

Arbeid in Zorg en Welzijn 2014 Integrerend Jaarrapport

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

The logo for AZW (Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn) features the letters 'AZW' in a bold, orange, sans-serif font. The letters are slightly shadowed, giving them a three-dimensional appearance as if they are floating above the background. The background consists of a complex, abstract pattern of overlapping, semi-transparent circles in various shades of light blue and white, creating a bokeh-like effect.

Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

Arbeid in Zorg en Welzijn 2014

Integrerend Jaarrapport

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

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

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

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Onderzoeksprogramma AZW	11
1.2 Leeswijzer	12
2 Diagnose van de arbeidsmarkt	13
2.1 Beleidsontwikkelingen, zorgvraag en gevolgen	13
2.2 Ontwikkelingen in de vraag naar arbeid	20
2.3 Recente ontwikkelingen in het aanbod van arbeid	23
2.4 Discrepanties op de arbeidsmarkt	26
2.5 Conclusie arbeidsmarktdiagnose	38
3 Oplossingen voor arbeidsmarktdiscrepanties in zorg en welzijn	43
3.1 Introductie	43
3.2 Organisatie en randvoorwaarden arbeidsmarktbeleid	45
3.3 Oplossingsrichtingen voor personeeloverschotten	49
3.4 Oplossingen voor tekorten (functies, competenties binnen functies)	70
3.5 Conclusie oplossingen voor arbeidsmarktdiscrepanties	86
Bijlagen	
BIJLAGE 1 Belangrijke ontwikkelingen in zorgvraag per branche	89
BIJLAGE 2 Verwachte arbeidsmarktontwikkelingen per beroepsgroep (cliëntgebonden; niet-VOV)	93
BIJLAGE 3 Vacatures, ingeschrevenen en Spanningsindicator UWV	97
BIJLAGE 4 Instroom in het onderwijs en sectorrendementen	99
BIJLAGE 5 SWOT-analyse	105
BIJLAGE 6 Geraadpleegde literatuur	109
BIJLAGE 7 Respondenten expertinterviews	121
BIJLAGE 8 Factsheets	123

Voorwoord

Het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) brengt arbeidsmarktknelpunten, onderwijsknelpunten en knelpunten in de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt in de sector zorg en WJK (Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening [WMD], Jeugdzorg en Kinderopvang) in kaart. Het beoogt relevante organisaties te voorzien van eenduidige en betrouwbare informatie over de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg en de WJK.

Het onderzoeksprogramma AZW wordt uitgevoerd door een consortium bestaande uit Panteia, SEOR en Etil in opdracht van de volgende organisaties:

- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport (VWS)
- Stichting Arbeidsmarkt- en Opleidingsbeleid Verpleeg- Verzorgingstehuizen en Thuiszorg (A+O VVT)
- FCB Dienstverleners in Arbeidsmarktvoorstellen
- Stichting Arbeidsmarkt Gehandicaptenzorg (StAG)
- Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ)
- Stichting O&O Fonds Geestelijke Gezondheidszorg (OOfGGZ)
- Calibris, kenniscentrum voor leren in de praktijk in Zorg, Welzijn en Sport

Voor de aansturing van het onderzoeksprogramma is een stuurgroep samengesteld bestaande uit:

- Aart Bertijn (VGN, namens StAG)
- Aloys Kersten (Ministerie van VWS)
- Anja Cremers (NU'91, namens StAZ)
- Jaap Scholten (NVZ, namens StAZ)
- Johan Siegert (FCB Dienstverleners in Arbeidsmarktvoorstellen)
- Lars Pothast (Calibris)
- Louis Rutten (FCB Dienstverleners in Arbeidsmarktvoorstellen)
- Machteld Alsbach (GGZ Nederland, namens OOfGGZ)
- Paul de Jonge (Actiz, namens A+O VVT)

Het programma brengt elk jaar een integrerend rapport uit. Input hiervoor vormt de - kwantitatieve en kwalitatieve - informatie uit de verschillende deelprojecten van het onderzoeksprogramma. Het rapport is geschreven door Peter de Klaver (Panteia), Matthijs de Jong (SEOR) en ondergetekende. Verder werkten Marcel Spijkerman van SEOR en Simone Freijer en Paul Vroonhof van Panteia er aan mee.

De stuurgroep heeft een begeleidingscommissie in het leven geroepen om de totstandkoming van dit rapport te begeleiden. Naast de stuurgroepleden De Jonge (voorzitter), Bertijn, Kersten en Siegert waren Pieter Osterthun van Calibris en Joost Trienekens van het ministerie van VWS daarvan lid. Joost Kamoschinski van GGZ Nederland heeft schriftelijk commentaar ingebracht. Deze mensen worden hierbij hartelijk bedankt voor hun constructieve bijdrage.

Douwe Grijpstra,

Projectleider integrerend rapport/directeur arbeidsmarktstudies Panteia

Samenvatting

Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt

Trendbreuk in de werkgelegenheid

De aankomende stelselwijzigingen in de langdurige zorg, de decentralisatie van de jeugdhulp, de bereikte onderhandelingsresultaten in de cure en de recente bezuinigingen op de kinderopvang hebben invloed op de werkgelegenheidsontwikkeling in zowel de sector zorg als de sector welzijn, jeugdzorg en kinderopvang (WJK). De werkgelegenheid neemt de komende jaren niet meer toe. Er is tot 2015 zelfs sprake van een daling, daarna van een beperkte stijging.

De ontwikkelingen zijn niet in alle branches hetzelfde. Een afname van de werkgelegenheid is vooral aan de orde in de Verpleging en verzorging (V&V), Gehandicaptenzorg (GHZ), Geestelijke gezondheidszorg (GGZ curatief en langdurig), Jeugdzorg en Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (WMD). De gevolgen voor de branches Ziekenhuizen en Overige zorg zijn vooralsnog beperkt. Voor de Kinderopvang is het nog ongewis: er is weer meer overheidsbudget, maar het aantal faillissementen stijgt nog en de effecten van eerdere bezuinigingen werken mogelijk nog langer door. Voor de Thuiszorg is enerzijds sprake van krimp als gevolg van de bezuinigingen op de huishoudelijke hulp en is anderzijds sprake van groei als gevolg van de extramuralisatie.

Nieuwe organisatie van zorg en welzijn, vraagt nieuwe competenties

Er ontstaat een nieuw sociaal domein met meer nadruk op preventie, zelfredzaamheid en samenwerking. Mensen blijven langer thuis wonen. Dit is mogelijk door zorg meer lokaal en vaak in de wijk te organiseren en een groter beroep te doen op mantelzorg en vrijwilligers. Gezinnen met ernstige problemen krijgen voortaan één regisseur. In de cure is sprake van concentratie van de complexe medisch-specialistische zorg, een verschuiving van tweedelijns- naar eerstelijnszorg en een verschuiving van eerstelijnszorg naar zelfzorg.

De inhoud van het werk verandert hierdoor, ook voor veel werknemers die dezelfde baan houden. Er ontstaat door deze ontwikkelingen meer behoefte aan competenties op het gebied van coördinatie, coaching/begeleiding, teamwork, zelfstandigheid, omgang met mantelzorg e.d. Verder treden er verschuivingen van werk tussen aanbieders op. Door de nieuwe inrichting van het sociale domein alleen al krijgen naar schatting 200.000 werknemers te maken met een verandering van baan en/of baaninhoud.

Van personeelstekorten naar overschotten

De grote personeelstekorten die enkele jaren geleden nog werden voorspeld, zullen de komende jaren niet optreden. Vrijwel alle branches verwachten de komende jaren te maken te krijgen met personele overschotten. Dit komt vooral door de stelselwijzigingen, maar ook door de latere uittredeleeftijd van het personeel als gevolg van pensioenhervormingen. Voor specifieke functies, zoals thuis- en wijkverpleging, kunnen er echter tekorten ontstaan.

De totale vraag naar personeel in de sector Zorg en WJK is onvoldoende om het aanbod aan werkzoekenden vanuit het onderwijs, andere sectoren en inactiviteit

op te vangen. Naarmate minder personeel uit andere sectoren aangetrokken wordt, is er meer ruimte voor instroom vanuit het onderwijs.

Onzekerheden

De ontwikkeling van de vraag naar arbeid is sterk afhankelijk van de wijze waarop gemeenten en zorgverzekeraars invulling zullen geven aan hun nieuwe rol. Hoe ze dit gaan doen, is vaak nog onzeker. Beleidskeuzes en de manier waarop gemeenten aansturen, bekostigen en contracteren, vormen een steeds belangrijkere factor voor de kwantiteit en de gevraagde kwaliteit van de werkgelegenheid in zorg en WJK.

Uitdagingen voor het arbeidsmarktbeleid

Niet overhaast, maar ook niet te traag reageren op veranderingen

Voor instellingen is de centrale vraag hoe zij met HR-beleid in kunnen spelen op de veranderingen. Op dit moment is nog onduidelijk hoe gemeenten en verzekeraars gaan handelen. Hoe gaat innovatie vorm krijgen? Welke kwalificaties hebben medewerkers straks nodig? Hoeveel ontslagen zullen er vallen? Instellingen moeten er tijdig op anticiperen dat ze, in ieder geval tijdelijk, minder personeel in dienst kunnen hebben. Te lang afwachten leidt tot problemen: er is in het HR-beleid een sense of urgency nodig. Tevens is het niet goed om te snel hard in te grijpen en teveel medewerkers te ontslaan. Er is, om frictiekosten zoveel mogelijk te beperken een middenweg nodig.

Juist in deze situatie van onzekerheid is het belangrijk over de nodige beleidsmatige aanknopingspunten te beschikken. Dat vraagt om strategische personeelsplanning. Werkgevers kunnen daarbinnen anticiperen op al de onzekerheden door meerdere scenario's in die planning te betrekken. Sectorale en regionale arbeidsmarktpartijen kunnen instellingen ondersteunen bij het ontwikkelen van hun HR-strategie.

Mobiliteit van werknemers

De mobiliteit van personeel is afgenomen. Op dit moment durven veel werknemers niet van baan te veranderen. Ze wachten af. Een deel van de werknemers beschikt echter niet over de in de toekomst benodigde competenties; een ander deel zal een andere positie binnen de instelling of bij een andere instelling moeten krijgen. Mobiliteit is dus nodig. Daarin kunnen van-werk-naar-werk-trajecten een rol spelen: binnen de instellingen, binnen de branche of regio, naar elders binnen de sector of naar buiten de sector. De sectorplannen kunnen hiervoor een financiële impuls geven.

Verandering van competenties

Aan medewerkers worden steeds hogere eisen gesteld. Het personeel heeft ook andere competenties nodig. De komende jaren zijn vooral overschotten aan personeel te verwachten, maar voor specifieke competenties en kwalificaties kunnen bij instellingen tekorten ontstaan. Dit vraagt om bijscholing van zittende medewerkers en aanpassing van de huidige inhoud van opleidingen waar dat mogelijk is. Dit heeft tot gevolg dat, mede op basis van onderzoek van de Commissie Innovatie Zorgberoepen en -opleidingen, door partijen een nieuwe beroepen- en opleidingsstructuur met aangepaste curricula zal worden ontwikkeld. In deze nieuwe structuur is het de bedoeling de overstap van het ene naar het andere zorgberoep te vergemakkelijken wat de flexibiliteit van de arbeidsmarkt ten goede komt.

Bestaande werknemers versus kansen voor nieuwe instroom

Een belangrijk dilemma is de keuze tussen nieuwe en zittende werknemers. Als er geen personeel nodig is, kiezen arbeidsorganisaties, ook in zorg en WJK, er vaak voor de instroom van nieuwe werknemers tot een minimum te beperken. Zowel een gevoel van verantwoordelijkheid voor de eigen medewerkers als financiële redenen spelen hierbij een rol. Hierdoor is het baanperspectief voor een deel van de pas afgestudeerden verminderd. Dit speelt overigens niet voor alle opleidingen: perspectieven voor verpleegkundigen en artsen zijn bijvoorbeeld goed. Als recent gediplomeerden uit andere opleidingen wel een baan vinden, gaat het vaak om tijdelijke contracten; zeker in 2015 bestaat het risico dat dergelijke contracten niet worden bestendigd. Voor de betreffende werknemers is dat een weinig aantrekkelijke oplossing en de instellingen moeten mogelijk medewerkers laten lopen die ze eigenlijk zouden willen vasthouden. Dit is slecht voor het imago van de sector, waardoor de sector onaantrekkelijker wordt voor schoolverlaters en er op termijn juist weer tekorten aan goed geschoold personeel kunnen ontstaan.

Wanneer instellingen teveel kiezen voor jonge werknemers, zijn het juist oudere werknemers voor wie de kans op baanbehoud afneemt. Oudere werkzoekenden komen ook nog eens moeilijk aan een andere baan. Instellingen moeten in dezen de goede afwegingen maken, mede op basis van hun strategische personeelsplanning. Het lijkt verder aan te bevelen dat de opleidingen in ieder geval de instroom op peil houden, mede gezien de toenemende vraag naar zorgpersoneel vanaf 2017. Wel is het zaak de instroom in de minst kansrijke opleidingen te beperken.

Hogere versus lagere niveaus

De sector staat voor het dilemma medewerkers met een lager opleidingsniveau perspectief te blijven bieden en tegelijkertijd de juiste mensen te vinden voor de invulling van nieuwe taken. Naar verwachting stijgt de vraag naar hoger gekwalificeerd personeel en neemt de vraag naar personeel op de lagere-mbo niveaus af. Voor de laatste groep bestaan er weinig alternatieven op de arbeidsmarkt. Gemeenten en Rijk lopen het risico dat ontslagen in zorg en WJK elders op de begroting, namelijk op de uitkeringen, gaan neerslaan. Als dat effect groter is dan bij het Regeerakkoord voorzien, dan kan hierdoor de financiële speelruimte van gemeenten afnemen. Wellicht dat voor een deel van deze werknemers de particuliere markt soelaas biedt. Voor huishoudelijke hulpen bestaat echter ook de kans dat ze aangewezen raken op het informele circuit. Dit lijkt te vragen om een betere organisatie van de particuliere markt voor huishoudelijke werk.

Een brug slaan naar een toekomst met een krappere arbeidsmarkt

De vraag naar zorg en dus ook de vraag naar zorgpersoneel zal na 2015 weer toenemen. Bovendien moet de bulk van de uittrede van de babyboomers nog komen. Ook dat verhoogt de vraag naar nieuw personeel. Een belangrijke uitdaging is dan ook om op de langere termijn medewerkers te interesseren en te behouden voor de sector zorg en WJK. Dat vraagt enerzijds om verstandig mobiliteitsbeleid gericht op de loopbaan en inzetbaarheid van werknemers in de sector zorg en WJK en anderzijds om te blijven investeren in stageplaatsen voor scholieren en studenten. Het vraagt ook dat oplossingen ter verhoging van de arbeidsproductiviteit in beeld moeten blijven. Dat geldt niet alleen voor technologische innovaties maar ook voor sociale innovaties zoals jobcarving en taakdifferentiatie. Dit kan toekomstige tekorten aan hoger opgeleid personeel verkleinen

en tevens een gedeeltelijke oplossing bieden voor overschotten aan lager opgeleid personeel.

Ten slotte: alle partijen moeten hun verantwoordelijkheid nemen

Dit rapport maakt duidelijk dat er in grote delen van zorg en WJK sprake is, en de komende jaren zal zijn, van grote veranderingen. Veranderingen die grote gevolgen hebben voor de arbeidsmarkt. Aanbieders komen voor grote uitdagingen en dilemma's te staan. Daar komt bij dat de veranderingen in een kort tijdsbestek hun beslag moeten krijgen en dat er op dit moment nog veel onzekerheid bestaat. Het risico op onbedoelde effecten is daarmee groter dan voorheen. Het gaat bovendien om een complex proces. Het gedrag van de verschillende partijen op de arbeidsmarkt (zorgaanbieders, werknemers, zorginkopers, opleidingsinstellingen en de rijksoverheid) is op elkaar van invloed.

In het rapport worden vele oplossingsrichtingen die op dit moment in de praktijk worden toegepast in beeld gebracht. Er is niet één oplossing voor alle problemen en het zal niet mogelijk zijn alle problemen op te vangen of te voorkomen. Om het proces hanteerbaar te houden en de transitie op de arbeidsmarkt zo goed mogelijk te laten verlopen, moeten alle partijen hun rol oppakken en hun verantwoordelijkheid nemen en gezamenlijk oplossingen zoeken voor de verwachte arbeidsmarktgevolgen voor instellingen, werknemers en opleidingsinstellingen.

1 Inleiding

Het onderzoeksprogramma AZW brengt elk jaar een integrerend rapport uit. Input hiervoor vormt de - kwantitatieve en kwalitatieve - informatie uit de verschillende deelprojecten van het onderzoeksprogramma. Het vorige integrerend jaar-rapport (eind 2012) had betrekking op het jaar 2011. Voorliggend integrerend jaarrapport 2014 bevat de meest recent beschikbare data (2012), maar trekt tevens de analyse door naar 2013 en latere jaren. Dit inleidende hoofdstuk bevat een korte uiteenzetting over het onderzoeksprogramma AZW (paragraaf 1.1) en een leeswijzer voor het rapport (paragraaf 1.2).

1.1 Onderzoeksprogramma AZW

Doel van het onderzoeksprogramma

Het onderzoeksprogramma AZW brengt de arbeidsmarkt en de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt in de sector zorg en WJK in kaart. Doel van het programma is de bij de arbeidsmarkt in de sector betrokken partijen handvatten te bieden om proactief beleid te voeren: landelijk, aan de cao-tafel, binnen de landelijk opererende instituties en op lokaal/regionaal niveau. Dit doet het door hen te voorzien van eenduidige en betrouwbare informatie over de recente en toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de sector.

Afbakening van het onderzoeksprogramma

Het onderzoeksprogramma AZW richt zich primair op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen. Het accent ligt daarbij vooral op het middelbare en hogere opleidings-/beroepsniveau. Waar beschikbaar zorgt het onderzoeksprogramma ook voor arbeidsmarktinformatie over andere beroepen in zorg en WJK. In het programma wordt - waar mogelijk en zinvol - de volgende indeling van de sector zorg en WJK in branches aangehouden:

- Ziekenhuizen
- Verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT), inclusief kraamzorg
- Gehandicaptenzorg
- Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), inclusief verslavingszorg
- Overige zorg
- Welzijn en maatschappelijke dienstverlening (WMD)
- Jeugdzorg
- Kinderopvang.

Opzet van het integrerend rapport

Het onderzoeksprogramma AZW hanteert een modelmatige aanpak, waarbij ook een nadere (kwalitatieve) duiding van de (kwantitatieve) gegevens plaatsheeft. Met het oog hierop is een model voor arbeidsmarktanalyse - bestaande uit een aantal onderling samenhangende deelmodellen - ontwikkeld. In dit model is, naast (prognoses van) ontwikkelingen en knelpunten op de arbeidsmarkt, ook plaats voor context (omgeving van de arbeidsmarkt) en oplossingsrichtingen. Dit model vormt - naast leidraad voor het onderzoeksprogramma AZW als geheel - ook de 'kapstok' voor het integrerend jaarrapport. Een beschrijving van (de verschillende deelmodellen van) het arbeidsmarktmodel is te vinden in bijlage I van *Arbeid in Zorg en Welzijn 2010*.

Het programma brengt elk jaar een integrerend rapport uit. Het integrerend jaar-rapport 2014 analyseert de huidige en toekomstige arbeidsmarktsituatie in zorg en WJK en trekt daaruit conclusies voor het arbeidsmarktbeleid in de sector. Input voor het rapport vormt de informatie uit de verschillende deelprojecten van het onderzoeksprogramma (en eventuele additionele onderzoeken) en een nadere duiding daarvan op basis van een interviewronde onder stakeholders.

1.2 Leeswijzer

De rest van dit rapport kent de volgende opbouw:

- Hoofdstuk 2 bevat een diagnose van de arbeidsmarkt in zorg en WJK. Het beschrijft de ontwikkelingen aan de vraag- en aanbodzijde, waarna een analyse volgt van knelpunten op de arbeidsmarkt in zorg en WJK. De analyse van knelpunten onderscheidt kwantitatieve discrepanties, kwalitatieve discrepanties en intransparanties.
- Vervolgens schetst hoofdstuk 3 oplossingsrichtingen voor arbeidsmarktdiscrepanties: in de randvoorwaardelijke sfeer, voor dreigende personeeloverschotten en voor de te verwachten tekorten, waarbij in het laatste geval oplossingen voor zowel kwantitatieve als kwalitatieve tekorten aan bod komen.

De bijlagen bij dit hoofdrapport bevatten te verwachten ontwikkelingen per branche en per beroepsgroep (bijlagen 1 en 2), UWV-gegevens (bijlage 3), onderwijsgegevens (bijlage 4), SWOT-analyse (bijlage 5), geraadpleegde literatuur (bijlage 6), de geïnterviewde respondenten (bijlage 7).

2 Diagnose van de arbeidsmarkt

Dit hoofdstuk schetst de huidige en toekomstige stand van zaken op de arbeidsmarkt in de sector zorg en WJK. In paragraaf 2.1 komen de recente ontwikkelingen in vraag en aanbod op de arbeidsmarkt aan de orde. Paragraaf 2.2 beschrijft de huidige en verwachte knelpunten op de arbeidsmarkt.

2.1 Beleidsontwikkelingen, zorgvraag en gevolgen

Beleidsontwikkelingen

Na jaren van groei van de werkgelegenheid en zorgen over tekorten is in 2013 in de sector een trendbreuk waar te nemen. Voornaamste oorzaak is gelegen in beleidswijzigingen, ingegeven door de noodzaak de sterk groeiende uitgaven in de zorg te verlagen naar een houdbaar groeipad, om de kwaliteit van de zorg nu en in de toekomst te waarborgen en te verbeteren en te zorgen voor een betere aansluiting bij de veranderende eisen van de moderne maatschappij.

In de periode 2001-2011 zijn in Nederland de totale zorguitgaven toegenomen. De zorguitgaven in Nederland stegen sterker dan het nationale inkomen en sneller dan in de ons omringende landen.¹ Het zorgvolume² neemt al jaren toe, al is de groei in 2011 (3,7%) lager dan in 2008 en 2009 (ongeveer 5%).³ Hoewel voor de ziekenhuizen sprake lijkt van een kentering,⁴ is de verwachting dat de zorgvraag en daarmee het zorgvolume verder toe zullen nemen, vanwege vergrijzing, bevolkingsgroei en welvaartsstijging. Bij ongewijzigd beleid leidt dit tot een onhoudbare situatie.⁵

In 2013 werd duidelijker langs welke contouren het beleid in de sector zorg en WJK zich zal gaan ontwikkelen. Uitgangspunten van het beleid zijn zorg voor elkaar, participatie van iedereen en de mogelijkheid om eigen keuzes te maken⁶, door meer nadruk te leggen op preventie, zelfredzaamheid, samenwerking en door een meer generalistische aanpak. Het beleid wordt vooral bepaald door de stelselwijziging van de AWBZ, de decentralisatie van de jeugdhulp en de onderhandelingsresultaten voor de cure.

Cure

Voor de cure geldt dat de groei van de uitgaven wordt beperkt. Medio juli 2013 zijn met ziekenhuizen, medisch specialisten, de curatieve GGZ, huisartsen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties onderhandelingsresultaten bereikt over beperking van de uitgavengroei tot 1,5% in 2014 respectievelijk 1% per jaar in 2015-2017. De akkoorden voorzien in verschuivingen in de curatieve zorg: concentratie van de complexe medisch-specialistische zorg, verschuiving van twee-

¹ CPB (2013). *Toekomst voor de zorg*.

² Het zorgvolume is gedefinieerd als de zorguitgaven gecorrigeerd voor prijsveranderingen.

³ Artikel 'Stijging zorguitgaven vooral door toename volume', OP: *cbs.nl*, 3 januari 2013.

⁴ NZA (2013). *Marktscan medisch specialistische zorg*.

⁵ Taskforce beheersing zorguitgaven (2012). *Naar beter betaalbare zorg*.

⁶ Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Gezamenlijke agenda VWS. Van systemen naar mensen*.

delijns- naar eerstelijnszorg, verschuiving van een deel van de gespecialiseerde GGZ naar de generalistische basis GGZ, verschuiving van eerstelijnszorg naar zelfzorg (onder meer e-health). Ook richten de akkoorden zich op verhoging van de kostenefficiëntie in de curatieve zorg (versobering van en aanscherping van de toegang tot het basispakket, strakker toepassen van richtlijnen en zorgstandaarden, meer transparantie in kwaliteit en kosten van zorg).¹

Care

De stelselwijzigingen in de langdurige zorg houden in dat AWBZ gefinancierde zorg overgaat naar gemeenten via de Wmo, naar verpleging en verzorging in de Zvw, of in de nieuwe Wet langdurige zorg. Voor de betrokken branches (VVT, gehandicaptenzorg, GGZ, voor zover langdurig), betekenen de maatregelen een budgetreductie in 2015 van 4,6% ten opzichte van 2012.² Het voorziene budget neemt na 2015 weer licht toe, maar blijft ongeveer 4% lager dan in 2012.³ Wel worden extra middelen voor gemeenten uitgetrokken voor vernieuwing van maatschappelijke ondersteuning (€200 miljoen) en een zorgvuldige overgang van cliënten (€200 miljoen) en ontvangen gemeenten 5% van het budget van de persoonlijke verzorging (€125 mln.).⁴

Er is sprake van beperkte voorbereidingstijd. Friciekosten in de vorm van wachtgeld en huisvestingskosten als gevolg van leegstand zijn hierdoor voor een deel van de instellingen onvermijdelijk.

Intramurale zorg in de gehandicaptenzorg, GGZ en V&V blijft gehandhaafd, maar alleen voor mensen met een zware zorgvraag. Daardoor verdwijnt verzorgingshuiszorg. Verpleeghuiszorg en intramurale gehandicaptenzorg worden gefinancierd via de nieuwe Wlz.⁵ De langdurige GGZ wordt net als de curatieve GGZ ondergebracht in de Zvw.

Thuiszorgverpleging en persoonlijke verzorging thuis worden niet gedecentraliseerd naar gemeenten. Om langer zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen, kunnen mensen hier via de zorgverzekering aanspraak op maken. Er is sprake van een budgetkorting van 5% (2017) op verpleging en 15% op persoonlijke verzorging. Wel wordt extra geïnvesteerd in wijkverpleegkundigen en sociale wijkteams. De wijkverpleegkundige moet de brug gaan vormen tussen gemeenten (huishoudelijke hulp, begeleiding, brede maatschappelijke ondersteuning) en alle zorgaanbieders (huisarts, ziekenhuis, GGZ, thuiszorg verzorging en verpleging).

¹ Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Onderhandelaarsresultaten beperking uitgavengroei curatieve zorg*; Rijksbegroting 2014.

² Zie: Panteia, SEOR, Etil (2013). *Arbeidsmarkteffecten maatregelen AWBZ en Wmo en stelselwijziging JZ*: Het gaat om 1,2 miljard euro. Hierbij is geen rekening gehouden met budgetverschuivingen of uitvoeringskosten en de overheveling van de extramurale persoonlijke verzorging naar de Zvw in plaats van gemeenten.

³ Panteia, SEOR, Etil (2013). *Arbeidsmarkteffecten maatregelen AWBZ en Wmo en stelselwijziging JZ*.

⁴ Artikel 'Van Rijn: akkoord met VNG over decentralisatie langdurige zorg en ondersteuning', OP: *rijksoverheid.nl*, 17 december 2013.

⁵ De curatieve GGZ gefinancierd via de Zvw.

Jeugdzorg

Gemeenten worden per 2015 ook bestuurlijk en financieel verantwoordelijk voor alle jeugdhulp en de uitvoering van kinderschermingsmaatregelen en jeugdclassering. Door ontschotting van budgetten in de nieuwe Jeugdwet komen behandelen, begeleiden en beschermen in één hand, onder het motto '1 gezin, 1 plan, 1 regisseur'. De verwachting is dat daardoor meer rust komt in de betrokken gezinnen en de hulp beter is af te stemmen.¹ Deze decentralisatie gaat gepaard met een efficiencykorting oplopend tot 15% in 2017. Omdat de toegangsfunctie van de Bureaus Jeugdzorg geheel verdwijnt en sommige taken worden ondergebracht bij andere aanbieders, verwacht de branche jeugdzorg een bezuiniging van ongeveer 20%.

WMD

De branche WMD wordt hoofdzakelijk gefinancierd door gemeenten. De WMD heeft vanwege gemeentelijke bezuinigingen en beleidskeuzes al enkele jaren te maken met bezuinigingen (jaarlijkse daling van het budget met ongeveer 4%). Algemeen wordt aangenomen dat de WMD een belangrijke rol gaat spelen in het toekomstig gemeentelijk beleid, omdat welzijnsorganisaties bekend zijn in de wijk. Dat biedt kansen, maar het is de vraag of de budgetten voor de WMD daardoor ook toenemen. Het is ook mogelijk dat de budgetten en taken verschuiven. Verder is het de vraag welke rol welzijnsorganisaties in de wijkteams krijgen. Onduidelijk is in hoeverre welzijnsorganisaties kansen weten te benutten, omdat ze door de stelselwijzigingen ook te maken krijgen met toenemende concurrentie van andere aanbieders. De branche zelf verwacht een daling van het WMD budget met 11% in 2015 ten opzichte van 2012.

Kinderopvang

In de kinderopvang zijn de afgelopen periode diverse maatregelen genomen om de uitgaven aan de kinderopvangtoeslag (KOT) beheersbaar te houden. Tegelijkertijd is er ook meer aandacht voor verbetering van de (pedagogische) kwaliteit van de kinderopvang.² In de Rijksbegroting 2014 is weer extra geld opgenomen voor verhoging van de KOT. Of dit leidt tot een stabilisatie in de branche is nog ongewis. Het aantal faillissementen stijgt nog steeds en de effecten van de bezuinigingen werken mogelijk nog langer door. Andere voor de kinderopvang relevante (voorgenomen) beleidsmaatregelen zijn het terugbrengen (en versoberen) van het aantal kindregelingen, het onderbrengen van (de financiering van) het peuterspeelzaalwerk in de Wet Kinderopvang³ en plannen voor een landelijke peutervoorziening voor alle kinderen vanaf 2,5 jaar (twee dagdelen opvang gefinancierd met KOT).⁴ Het Kabinet heeft in het Regeerakkoord het voornemen geformuleerd om de onderlinge afstemming tussen onderwijs, peuterspeelzaalwerk, kinderopvang en voor- en vroegschoolse educatie (VVE) te optimaliseren. Dit

¹ Ministerie van VenJ (2013). *Jeugdwet (inclusief Memorie van Toelichting en nader rapport)*; Rijksbegroting 2014.

² Ministerie van SZW (2013). *Kamerbrief Nieuw toezicht voor de kinderopvang*.

³ Vanaf 1 januari 2016 gelden dezelfde kwaliteitseisen voor kinderopvang en peuterspeelzalen. Ook krijgen werkende ouders vanaf die datum ook KOT als zij gebruik maken van een peuterspeelzaal i.p.v. de kinderopvang. Zie: Ministerie van SZW (2013). *Kamerbrief Een betere basis voor kleuters*.

⁴ Ten slotte is er op te wijzen dat op basis van de nieuwe cao werkgevers in de kinderopvang nu – zowel naar boven als naar beneden – maximaal 20% mogen afwijken van de gemiddelde arbeidsuren van een medewerker (was 10%).

vraagt een andere organisatie van de opvang en andere competenties van medewerkers.

Trendbreuk in de zorg en WJK

Al met al zorgen de overheidsmaatregelen op verschillende vlakken voor een trendbreuk. Er is niet langer sprake van groei van de werkgelegenheid in de cure. De gevolgen voor ziekenhuizen en overige zorg (huisartsen, tandartsen, e.d.) zijn, anders dan in de curatieve GGZ, relatief beperkt. In de WMD, jeugdzorg en kinderopvang zet de dalende tendens van de werkgelegenheid naar verwachting door. In de care slaat de groei om in, een krimp van de werkgelegenheid, met uitzondering van de thuis- en wijkverpleging.

Voor de te decentraliseren onderdelen van de care geldt dat de nodige medewerkers van baan wisselen, al dan niet bij dezelfde instelling. Afhankelijk van de keuzes van gemeenten kan de zorg door bestaande of nieuwe organisaties geleverd worden, met verschuivingen van het personeel als gevolg. Het aantal personele bewegingen wordt geschat op 200.000.¹ Mede omdat door gemeenten geleverde zorg een voorziening is en geen recht (zoals in de AWBZ), is de verwachting dat de volatiliteit van omzet - en dus de werkgelegenheid - toeneemt. De volatiliteit is mede afhankelijk van de manier van contracteren.

Bovendien wijzigt - als gevolg van de veranderende organisatie van de zorg - de inhoud van beroepen. Dat betekent nieuwe uitdagingen voor instellingen en medewerkers. Uitgangspunt is een wijkgerichte lokale benadering, gericht op ondersteuning en preventie door (zelfsturende) wijkteams. De invulling daarvan bepaalt de uiteindelijke rolverdeling tussen huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk/sociaal werker (de zogenaamde gouden driehoek) en de rol van de huidige instellingen in zorg en WJK. Zo is het nog de vraag wanneer overdracht plaats gaat vinden van het wijkteam naar meer gespecialiseerde zorg.

Regionale verschillen

De stelselwijzigingen maken de lokale zorgvraag en de individuele behoeften en mogelijkheden van mensen leidend. Vanwege verschillen in de lokale zorgvraag - mede afhankelijk van gemiddelde leeftijd, nationaliteit en sociaaleconomische status van de populaties² - kunnen gemeenten verschillende keuzes maken met betrekking tot de organisatie, vergoeding en bekostiging van de zorg. Een andere relevante ontwikkeling die leidt tot regionale verschillen is de specialisatie van ziekenhuizen. De specialisatie is onderdeel van de bestuurlijke afspraken. Doel is dat ziekenhuizen zich kunnen richten op die specialismen waar ze goed in zijn en de doelmatigheid en kwaliteit wordt bevorderd. Regionale verschillen kunnen leiden tot verschillen in de vraag naar personeel en daardoor tot arbeidsmigratie tussen regio's.

Mantelzorg of particuliere markt

Van burgers die zorg nodig hebben, wordt meer zelf gevraagd: ofwel via mantelzorgers uit het eigen netwerk, ofwel via het zelf inkopen op de particuliere markt. Het versterken van mantelzorg is een instrument voor gemeenten en

¹ Panteia, SEOR, Etil (2013). *Arbeidsmarkteffecten maatregelen AWBZ en Wmo en stelselwijziging JZ*.

² Vektis (2013). *Zorgthermometer. Zorg in regio's*.

aanbieders om de budgetkortingen te realiseren. Werkgelegenheid kan afnemen wanneer gemeenten een deel van de middelen anders dan voor zorg en welzijn inzetten binnen het sociale domein. Werkgelegenheid kan toenemen naarmate gemeenten meer middelen inzetten, of wanneer de particuliere markt tot stand komt. Naarmate meer mantelzorgers worden ingezet, wordt verwacht dat de rol van professionals zich meer zal toespitsen op ondersteuning van mantelzorgers, met gevolgen voor de inzet van personeel en de competenties van medewerkers.

Anticipatie-effecten

Instellingen in de zorg en WJK bereiden zich voor op het beleid, ondanks de grote onzekerheid over de uiteindelijke uitwerking daarvan. Daardoor ontstaan anticipatie-effecten (reorganisaties, preventief ontslag, om-, her-, en bijscholing en van werk naar werk trajecten) en is het mogelijk dat veel verschuivingen al eerder dan in 2015 plaatsvinden. Het is daarbij mogelijk dat instellingen vanwege onzekerheid los van elkaar een grotere korting verwachten dan de (macro) budgetkorting. Het totaal aan ontslagen kan daardoor groter zijn dan achteraf nodig blijkt. Wanneer instellingen te weinig anticiperen, lopen zij meer risico om failliet te gaan (ontslagprocedures kosten immers tijd), of krijgen medewerkers te maken met onnodig lange werkloosheid wanneer niet op tijd begonnen wordt met het om- her- en bijscholen van werknemers en/of het van werk naar werk begeleiden. Een balans tussen beide vinden is daarmee een belangrijk dilemma voor instellingen.

Anders organiseren betekent ook innovatie bij instellingen en in gemeentelijk beleid. Voor instellingen is het een uitdaging om in te spelen op veranderingen, door zorg anders te organiseren (sociale innovaties, schaalvergroting, logistieke maatregelen) en/of nieuwe, arbeidsbesparende technologie in te zetten (bijvoorbeeld e-health) om zo de arbeidsproductiviteit te verhogen en zichzelf in de kaart te spelen bij gemeenten als voortrekker, of integraal dienstverlener in de regio. Het is de vraag of alle medewerkers mee kunnen gaan in deze zorgvernieuwing. Hier speelt voor instellingen het dilemma tussen het inzetten van oudere (zittende) of jongere (nieuwe) werknemers en schoolverlaters.¹

Onzekerheid

Gemeenten zijn nog volop bezig met beleidsontwikkeling en het organiseren van zorg op het niveau van de wijken. Dat lukt in stedelijke gebieden beter dan in kleinere kernen. Meer duidelijkheid is te verwachten in de lente van 2014, na de gemeenteraadsverkiezingen. Voor gemeenten zijn op dit moment de financiële kaders nog niet precies duidelijk, evenals de voortzetting van het akkoord met de VNG.²

Al met al brengen de veranderingen onzekerheid met zich mee, voor individuele werknemers, maar ook voor instellingen. Verschuivingen betekenen kansen en bedreigingen, maar het is nog niet precies bekend waar verschuivingen plaatsvinden. De "diagnose" van de arbeidsmarkt in dit integrerend rapport is daardoor voor een deel nog onzeker. Duidelijk is dat instellingen en werknemers een manier moeten vinden om deze onzekerheid hanteerbaar te maken.

¹ In diverse interviews kwam dit dilemma aan de orde.

² Artikel 'Reactie Van Rijn op standpunt VNG-bestuur', OP: rijksoverheid.nl, 17 januari 2014.

Deze onzekerheid geldt vooral in de care, WMD en jeugdzorg. Voor de GGZ is nog eens erg lastig dat deze branche met nogal wat verschillende wijzigingen tegelijk te maken heeft. Dat kan de financiële sturing moeilijker maken en extra risico's op het gebied van reorganisaties en faillissementen en daarmee van ontslagen inhouden.

Conclusie

Er is sprake van een trendbreuk in zorg en WJK. De sterke groei van de uitgaven en werkgelegenheid, die het afgelopen decennium kenmerkte, is de afgelopen jaren afgevlakt. In 2015 wordt een daling en in de jaren daarna slechts een beperkte stijging van de werkgelegenheid verwacht. Ontwikkelingen in het beleid worden steeds belangrijker voor ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. De beleidsontwikkelingen hebben gevolgen voor de organisatie van zorg en WJK. Naast de instellingen zelf zijn gemeenten en verzekeraars steeds bepalender voor de vraag hoe de sector er qua personeel uit gaat zien. Daarin zitten zeker op dit moment nog de nodige onzekerheden. Voor zowel werkgevers als werknemers betekenen de veranderingen een uitdaging om daar zo goed mogelijk op te anticiperen en daarbij verlies aan werkgelegenheid zoveel mogelijk te beperken.

Ontwikkelingen in demografie, economie, zorgvraag en productiviteit

Demografische ontwikkelingen

Een belangrijke factor voor de ontwikkeling van de arbeidsmarkt in zorg en WJK is de vergrijzing van de bevolking.¹ Enerzijds neemt door de vergrijzende potentiële beroepsbevolking het aanbod aan arbeid af.² Anderzijds neemt door de vergrijzende bevolking de zorgvraag de komende decennia toe. Daarmee stijgt ook de vraag naar personeel in zorg en WJK. Tegelijkertijd is sprake van ontgroening. Ontgroening leidt tot een dalende zorgvraag in specifieke branches zoals de kraamzorg, kinderopvang en jeugdzorg. Tevens neemt door ontgroening de potentiële instroom in het relevante beroepsonderwijs op de langere termijn af. De uitwerking van beide effecten verschilt sterk tussen regio's.

Economische ontwikkelingen

De ontwikkeling van de economie is vooral van invloed op de concurrentiepositie van (opleidingen in) zorg en WJK op de arbeidsmarkt. De Nederlandse economie lijkt zich enigszins te herstellen. Na een krimp van het bbp in 2013 (-0,8%) wordt in 2014 en de jaren daarna weer een lichte economische groei verwacht (van 0,75% in 2014 respectievelijk 1,25% in 2015).³ Vooralsnog lijkt daarmee de komende jaren de economische groei geringer dan de verwachte groei van de arbeidsproductiviteit. De werkloosheid blijft hoog. Er blijft dus voldoende arbeidsaanbod beschikbaar. Andere sectoren trekken daardoor ook nauwelijks aan medewerkers in zorg en WJK.

¹ PBL en CBS (2013). *Regionale prognose 2013–2040. Vier grote gemeenten blijven sterke bevolkings-trekkers*; PBL (2013). *Vergrijzing en Ruimte: gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie*.

² Al lang wordt voorzien dat op enig moment de beroepsbevolking in omvang gaat afnemen. Dat omslagpunt schuift echter steeds naar achteren door (deels heeft dit te maken met statistiek, deels met een hogere pensioenleeftijd). Inmiddels schuift dit zover, dat, zeker bij een verder stijgende pensioenleeftijd, er weleens helemaal geen sprake meer zal zijn van een afname. Wel veroudert de beroepsbevolking.

³ CPB (2014). *Centraal Economisch Plan 2014*.

Verder valt niet te verwachten dat aankomende studenten in veel mindere mate voor zorg en WJK opleidingen zullen kiezen nu de werkgelegenheid afneemt: er zijn weinig alternatieven.

Ontwikkelingen in de vraag naar zorg

De zorgvraag wordt vooral beïnvloed door de leefsituatie, de gezondheidstoestand en de gezondheidsbeleving van de bevolking.¹ Ook de vakontwikkeling/medische technologie en de toenemende mondigheid van zorgconsumenten zijn van invloed op de zorgvraag. De ontwikkeling van de zorgvraag verschilt naar (*sub*)*branche*. De box in bijlage 1 vat – op basis van de literatuur en interviews met stakeholders – per branche de belangrijkste trends kort samen.

Ontwikkelingen in de arbeidsproductiviteit

De afgelopen jaren hebben verschillende studies de groei van de productiviteit binnen de zorg belicht. Zowel in de care als de cure werden productiviteitswinsten geboekt, al waren deze hoger voor ziekenhuizen en GGZ dan in de care.² Mogelijkheden om de groei van de arbeidsproductiviteit verder te verhogen zijn er met name nog in de ziekenhuiszorg, waar volgens sommige onderzoeken door optimaliseringsmethoden met hetzelfde personeel tot 30% meer patiënten kunnen worden behandeld, en in mindere mate ook in de GGZ.³ In de VVT is naar alle waarschijnlijkheid veel minder ruimte voor verhoging van de groei van de arbeidsproductiviteit. Wel zijn in deze branche recente experimenten met het verspreiden van (gratis) Ipads succesvol gebleken. Over de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in andere branches van zorg en WJK is weinig bekend. De hervorming in de langdurige zorg is mede gericht op het verhogen van de productiviteitsgroei door nieuwe zorgconcepten. De komende jaren zal mogelijk productiviteitswinst eerder samenhangen met afname van de werkgelegenheid dan in het verleden, toen het vaak leidde tot extra volume.⁴

De te behalen productiviteitswinst is verder afhankelijk van toekomstige ontwikkelingen in zorgzwaarte, zorgconsumentengedrag en dergelijke. De effect daarvan op de arbeidsproductiviteit zijn op voorhand moeilijk in te schatten. Ten slotte zijn de mogelijkheden niet onbegrensd. Arbeidsproductiviteitswinsten zijn – zeker in een arbeidsintensieve sector als zorg en WJK – niet oneindig op te rekken.

¹ Zie onder meer: SCP (2013). *De sociale staat van Nederland 2013*.

² Vandermeulen, L.J.R., Beldman, A. & Van der Kwartel, A.J.J. (2012). *Productiviteitswinst in de Zorg: Who gets what, when and how?*

³ Het gaat om de volgende drie promotieonderzoeken: T. van Essen (2013). *Flowing through hospitals*; Peter Hulshof (2013). *Integrated decision making in healthcare*; Egbert van der Veen (2013). *Personnel preferences in personnel planning and scheduling*. Zie ook: Artikel 'Tot 30 procent meer zorg met huidige omvang personeel', OP: *utwente.nl*, 22 november 2013.

⁴ Vandermeulen, L.J.R., Beldman, A. & Van der Kwartel, A.J.J. (2012). *Productiviteitswinst in de Zorg: Who gets what, when and how?*

2.2 Ontwikkelingen in de vraag naar arbeid

2.2.1 Recente ontwikkelingen in de vraag naar arbeid

Na jaren van werkgelegenheidsgroei en dreigende personeelstekorten in zorg en WJK is binnen een jaar tijd de stemming omgeslagen en staan verwachte personeelsoverschotten centraal. We gaan hier in op enkele recente ontwikkelingen die het begin van deze trendbreuk illustreren.

Werkgelegenheid

Tabel 2.1 geeft de ontwikkeling van de werkgelegenheid naar branche weer van 2006 tot en met 2012.

Tabel 2.1 Werkgelegenheid van werknemers naar branche, 2006-2012

Branche	2006 <i>fte</i> x 1.000	2006 banen x 1.000	Groei banen 2007	Groei banen 2008	Groei banen 2009	Groei banen 2010	Groei banen 2011	Groei banen 2012	2012 banen x 1.000	2012 <i>fte</i> x 1.000
Academische ziekenhuizen	50,0	61,5	4,6%	3,6%	1,9%	-1,1%	-1,0%	0,3%	66,7	55,4
Overige ziekenhuizen	146,5	201,9	-0,7%	1,6%	2,6%	1,3%	-1,0%	0,3%	210,1	156,9
GGZ	57,8	74,4	4,0%	3,2%	4,6%	-0,9%	0,5%	-0,6%	82,7	65,8
Verpleeg- en verzorgings- huizen	153,3	241,3	0,6%	1,0%	3,1%	1,2%	2,2%	4,5%	272,9	173,9
Gehandicaptenzorg	83,3	142,8	2,3%	-6,9%	7,9%	12,3%	2,9%	2,5%	173,7	96,8
Thuiszorg	100,8	147,1	3,4%	1,7%	1,8%	2,4%	3,4%	-3,1%	161,4	109,5
Overige zorg	83,9	122,1	5,0%	6,5%	6,2%	-2,0%	2,6%	2,6%	149,7	104,8
Welzijn/ Maatschappelijke Dienstverlening	48,1	66,4	0,1%	10,3%	1,3%	-5,8%	-4,7%	-5,4%	63,1	46,4
Jeugdzorg	21,8	27,2	6,6%	10,0%	9,8%	-1,0%	-5,4%	-0,7%	32,6	27,0
Kinderopvang	40,3	60,5	19,3%	15,3%	12,1%	8,1%	2,8%	-8,3%	95,0	62,0
Totaal zorg en WJK	786,1	1145,2	2,9%	2,7%	4,5%	2,1%	1,1%	0,1%	1307,8	898,4

Bron: CBS (SSB), PGGM, jaarverslagen academische ziekenhuizen

Tot 2009 was sprake van sterke groei van de werkgelegenheid in zorg en WJK. Vanaf 2009 neemt de groei af. In 2012 is deze nog net positief, voornamelijk door de relatief sterke groei in het V&V-deel van de VVT¹ (mede als gevolg van de extra middelen voor de langdurige zorg vanaf 2012), de gehandicaptenzorg en de overige zorg. In de ziekenhuiszorg is sprake van een lichte werkgelegenheidsgroei. Afname van de werkgelegenheid is te zien in de kinderopvang, de WMD, de thuiszorg, de GGZ en de jeugdzorg. In de jeugdzorg en de WMD neemt de werkgelegenheid al sinds 2010 af.

¹ Er is sprake van een afname in de Thuiszorg en toename in de V&V. Het onderscheid tussen Thuiszorg en V&V is niet altijd goed te maken vanwege de combinaties van instellingen. De totale VVT neemt nog wel toe.

Vacatures

Al sinds 2008 is sprake van een daling van de vacaturegraad in zorg en WJK. Eind 2013 waren er nog slechts 8 vacatures per 1000 banen tegenover meer dan 20 in 2008. De vacaturegraad is sinds 1997 niet meer zo laag geweest en is lager dan de vacaturegraad voor alle sectoren samen (12 vacatures per 1000 banen).¹ Ultimo 2013 staan in totaal 51.237 vacatures open in zorgberoepen, tegenover 78.157 aan het einde van 2011.²

Volgens de werkgeversenquête AZW ervaren werkgevers het aantrekken van nieuw personeel steeds minder als knelpunt. Begin 2013 had in de zorg ongeveer 40% van de werkgevers te maken met moeilijk vervulbare vacatures; in de WJK ging het om 16% van de instellingen.³ Moeilijk vervulbare vacatures in de zorg zijn er begin 2013 vooral voor verplegend en verzorgend personeel, medisch specialisten en sociaalwetenschappelijk medewerkers. In de GGZ gaat het met name om K&J-psychiaters. In de WMD en de kinderopvang zijn er vooral moeilijk vervulbare vacatures voor uitvoerend (sociaal) pedagogisch en agogisch personeel. In de jeugdzorg betreft het name medisch specialisten en sociaalwetenschappelijk medewerkers.⁴

De Arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact biedt informatie over specialisten. In het tweede kwartaal van 2013 staan de meeste vacatures open voor specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG) en artsen voor de spoedeisende hulp (SEH). De drie specialismen met de laagste vacaturegraad zijn klinisch geneticus, plastisch chirurg en kno-arts.⁵

Flexibele arbeid

De vraag naar arbeid in zorg en WJK wordt steeds minder ingevuld met vaste contracten. Onder de dreiging van bezuinigingen krijgen nieuwe medewerkers vrijwel uitsluitend tijdelijke of flexibele contracten aangeboden. Had in 2007 91% van de werknemers een vast contract, in 2013 was dit nog maar 77%.⁶ Relatief het hoogst is het aandeel werknemers met een vast contract nog in de GGZ en de jeugdzorg (83% en 85%), het laagst in de kinderopvang en de ziekenhuizen (71% en 73%).

Instellingen in zorg en WJK houden een flexibele schil aan om wijzigingen als gevolg van veranderingen in de zorgvraag en beleid op te kunnen vangen, maar ook vanwege de noodzakelijke flexibiliteit in geval van korte termijn schommelingen in de bezetting. Een belangrijk voordeel voor werkgevers is dat ontslagen wachtgeldregelingen voor tijdelijke contracten niet gelden. Inkrimping van personeel gebeurt vooral (95%) door het niet verlengen van tijdelijke contracten.⁷

¹ CBS Staline (2014) vacaturegraad naar SBI 2008

² UWV Arbeidsmarktinformatie op uwv.nl.

³ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013*.

⁴ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013*.

⁵ Arbeidsmarktmonitor Medisch Contact.

⁶ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013*.

⁷ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werknemersenquête 3 Zorg en WJK 2013*.

Personeel in instellingen werkt zelf liever met interne dan met externe flexibele en tijdelijke krachten, vanwege continuïteit van de zorg en mogelijke inwerktijd en taakbeperkingen van externe krachten.¹ Voor werknemers betekenen tijdelijke en flexibele contracten meer onzekerheid. Flexibele en tijdelijke contracten kunnen daardoor tevens de arbeidsmobiliteit van zittend personeel (met een vast contract) verminderen.²

De toekomst van flexibele contracten is op dit moment nog onduidelijk.³

Arbeidsmobiliteit

Huidige arbeidsmobiliteit

Het verloop van personeel in zorg en WJK branches neemt in 2011 af, al is het verschil met 2010 gering. Gemiddeld is het verloop lager dan in voorgaande jaren. Vooral in de branches WMD, overige zorg en academische ziekenhuizen is de arbeidsmobiliteit afgenomen. In de branches jeugdzorg, kinderopvang en overige ziekenhuizen is een toename van de arbeidsmobiliteit waarneembaar.

Net name de uitstroom naar andere sectoren dan zorg en WJK is afgenomen. De enige branche waar een toename waarneembaar was, is de kinderopvang. Het is niet geheel duidelijk welk effect hiermee in de kinderopvang is waar te nemen, maar mogelijk is er een verband met de ontslagen in de afgelopen periode.

De arbeidsmobiliteit tussen branches binnen zorg en WJK laat een wisselend beeld zien. De uitstroom uit ziekenhuizen, jeugdzorg en kinderopvang naar andere branches is toegenomen. Voor de overige branches is sprake van een afname van de uitstroom. De uitstroom uit de kinderopvang naar andere branches is opnieuw mogelijk het gevolg van de afgenomen werkgelegenheid.

Verwachte arbeidsmobiliteit

Tweederde (65%) van de werknemers in zorg en WJK wil zich ontwikkelen in de huidige functie en 15% is op zoek naar een andere baan. Belangrijkste reden is het toe zijn aan een nieuwe uitdaging, gevolgd door dreigende reorganisatie of de afloop van een tijdelijk contract. Vooral in de WJK-branches zijn relatief veel werknemers op zoek naar een andere baan. Ze ondernemen daartoe echter weinig concrete actie; veelal gaat het om het bekijken van en reageren op personeelsadvertenties via internet.⁴

Gezien de aankomende verschuivingen (geschat op 200.000 werknemers) als gevolg van de stelselwijziging is mobiliteit een belangrijk dilemma voor werkgevers en werknemers. In diverse interviews werd dit aangestipt. Onderdeel van dit di-

¹ NIVEL (2013). *Zorgverleners werken liever met interne oproepkrachten dan met personeel van buitenaf. Factsheet Panel Verpleging & Verzorging, augustus 2013.*

² CPB (2013). *Labour Market Flexibility in the Netherlands: The Role of Contracts and Self-Employment*; CBS en TNO (2013). *Dynamiek op de Nederlandse arbeidsmarkt. De focus op flexibilisering*; SEO Economisch Onderzoek (2013). *De sociaaleconomische situatie van langdurig flexibele werknemers.*

³ Het wetsontwerp voor de Wet Werk en Zekerheid voorziet in meer zekerheid voor flexwerkers. In het Zorgakkoord wordt de inzet van het Sociaal Akkoord door partijen in de zorg onderschreven en zal leidraad zijn voor het optreden van partijen.

⁴ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werknemersenquête Zorg en WJK 2013.*

lemma is flexibilisering van arbeidscontracten. Werknemers in de zorg zijn nog te weinig gericht op de eigen loopbaanontwikkeling.¹ Minder dan de helft (46%) van de werknemers denkt ieder jaar bewust na over de eigen loopbaan en ontwikkeling.² Slechts een minderheid (30%) van de werknemers geeft aan hiertoe door de werkgever te worden aangespoord. Belangrijkste vormen van ondersteuning door de werkgever bij arbeidsmobiliteit zijn het verkrijgen van inzicht in de kansen op de arbeidsmarkt en (om- en bij)scholing.³ Het blijkt dat de beste krachten meer mobiel zijn en beter in staat zijn om nieuwe kansen op te pakken, waardoor organisaties juist de goede krachten verliezen.

2.3 Recente ontwikkelingen in het aanbod van arbeid

Huidige personeelsbestand

Samenstelling van het personeel

In de sector zorg en WJK werken nog steeds vooral vrouwen, vaak in deeltijd. De deeltijdfactor verandert de laatste jaren nauwelijks meer. Hoewel er ook op dit punt verschillen zijn tussen de branches, kent de sector zorg en WJK nog steeds een ondervertegenwoordiging van allochtonen.

Ziekteverzuim

Door ziekteverzuim is een deel van het zittend personeelsbestand tijdelijk niet inzetbaar. Het totale ziekteverzuim (exclusief zwangerschap) in zorg en WJK is traditioneel gemiddeld hoger dan dat in alle sectoren samen⁴; dit heeft er mee te maken dat in de sector veel vrouwen werken en het veelal om grote organisaties gaat. Het verschil is de afgelopen jaren echter wel kleiner geworden. Het verzuim in de zorg vertoont een dalende tendens en ligt medio 2013 met 5,08% historisch laag.⁵

Het arbeidsgerelateerde verzuim – dat in de zorg (1,2%) een vijfde hoger is dan gemiddeld in Nederland (1,0%) – wordt voornamelijk veroorzaakt door psychosociale arbeidsbelasting (50%) en fysieke belasting (30%). Daarnaast wordt 10% van de beroepsziekten in de zorg veroorzaakt door infecties met bacteriën of virussen.⁶ Werknemers in zorg en WJK maken naar verhouding relatief veel gebruik van arbeidsrelevante zorg zoals fysiotherapie en psychische zorg.⁷

Arbeidsmarktinstroom vanuit het onderwijs

De instroom op de arbeidsmarkt in zorg en WJK vanuit het onderwijs is de resultante van de instroom in en het (studie- en) sectorrendement van het zorg en WJK onderwijs. Het (studie- en) sectorrendement wordt mede bepaald door (de kwaliteit van) de beroepspraktijkvorming.

¹ Zie ook: Panteia, SEOR, Etil (2013). *Arbeidsmarkteffecten maatregelen AWBZ en Wmo en stelselwijziging JZ*.

² Panteia, SEOT en Etil (2013). *Werknemersenquête Zorg en WJK 2013*.

³ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werknemersenquête Zorg en WJK 2013*.

⁴ Zie ook: CBS Staline Ziekteverzuimpercentage; bedrijfstakken (SBI 2008) en bedrijfsgrootte

⁵ Artikel 'Zorg vestigt records ziekteverzuim', OP: *vernet.nl*, juli 2013.

⁶ Inspectie SZW (2013). *Gezond & veilig werken. Sectorrapportage Zorg & Welzijn 2010-2012*.

⁷ IZZ (2013). *Jaarrapport zorggebruik 2012. Arbeidsrelevante zorg voor zorgmedewerkers*.

Instroom in het onderwijs

Op mbo-niveau was in 2012 sprake van een toename van de instroom in het onderwijs. Dat gold zowel voor opleidingen tot verpleegkundige, verzorgende en helpende als voor de opleidingen maatschappelijke zorg. De instroom in de bbl (leerbanen) nam toe, terwijl de instroom in de bol (theoretische leerweg) daalde. De instroom in agogische opleidingen nam zowel op mbo- als hbo-niveau af. De instroom in de hbo-opleidingen sociaal pedagogische hulpverlening nam toe, net als die in de opleidingen verpleegkunde. Voor gedetailleerde instroomcijfers verwijzen we naar bijlage 4.

Beroepspraktijkvorming

Volgens instellingen is het aandeel stagiairs over de jaren redelijk stabiel.¹ Het aandeel mbo- en hbo-stagiairs in het totale personeelsbestand in de zorg bedraagt in 2013 5% (waarvan 4 procentpunt op mbo- en 1 procentpunt op hbo-niveau) en in de WJK 4% (3 procentpunt mbo en 1 procentpunt hbo). Relatief gezien werken de meeste mbo-stagiairs in de kinderopvang (7%) gevolgd door de gehandicaptenzorg (5%). Het grootste aandeel hbo-stagiairs is te vinden in de jeugdzorg.

Volgens cijfers van het Stagefonds neemt het aantal stages toe. In 2012/2013 werden 52.354 stageplaatsen gefinancierd, tegen 43.841 in 2009/2010.² Voor 2013/2014 rapporteert het SSB voor de zorg en WJK meer tekorten aan stageplaatsen op mbo-niveau dan voor 2012/2013. In de zorg zijn er vooral tekorten aan stageplaatsen voor studenten verpleegkunde (mbo 4); dit geldt met name voor de minder productieve eerste- en tweedejaars studenten. In de WJK zijn er met name knelpunten voor studenten maatschappelijke zorg (mbo 3 en 4), pedagogisch werker en maatschappelijke dienstverlener (beide mbo 4). Wat de assistentenopleidingen betreft, gaat het bij tekorten om stageplaatsen nog steeds vooral om doktersassistenten (mbo 4).³

Werkgevers verwachten dat het aantal stageplaatsen de komende jaren afneemt.⁴ Onvoldoende begeleidingscapaciteit is volgens hen de belangrijkste reden om minder stagiairs op te leiden.⁵ Steeds vaker beginnen studenten in de bol, waarna met name de goed presterende studenten vanaf het tweede of derde jaar overstappen naar de bbl.⁶ Vanuit de overheid is het budget voor het stagefonds verhoogd om werkgevers in staat te stellen meer stageplaatsen te kunnen bieden.

Sectorrendement

Het sectorrendement van het beroepsonderwijs in zorg en WJK is de mate waarin leerlingen en studenten na afronding van de opleiding in de sector gaan werken. Gedetailleerde informatie over het sectorrendement van de zorg en WJK oplei-

¹ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013*.

² Volgens opgave van VWS.

³ SBB (2013). *SBB Barometer van de stageplaatsen- en leerbanenmarkt oktober 2013*.

⁴ Diverse interviews.

⁵ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013*.

⁶ SBB (2013). *SBB Barometer van de stageplaatsen- en leerbanenmarkt oktober 2013*.

dingen is opgenomen in bijlage 4. Studenten gezondheidszorg geven meer dan in andere richtingen aan werk te hebben gevonden in eigen/verwante richting.¹ Op mbo-niveau is het sectorrendement voor de bbl hoger dan voor de bol. In beide leerwegen is het rendement met name hoog voor verpleegkundige en verzorgende opleidingen. Voor andere opleidingen, zoals sociaal dienstverlener, apothekersassistent en overige zorg en welzijn, is het sectorrendement lager. Opvallend is dat het rendement van de opleidingen tot zorghulp en helpende toeneemt. Uit de arbeidsmarkteffectrapportage (AER) kwam naar voren dat voor deze kwalificaties nauwelijks meer behoefte bestaat aan nieuwe instroom in de sector. Verder is op mbo-niveau voor enkele pedagogische opleidingen al een zekere verschuiving te zien van niveau 3 naar niveau 4. Op hbo-niveau is het sectorrendement vooral hoog voor verpleegkundige studies. In minder mate geldt dat ook voor SPH (niveau 5), mondzorgkunde en fysiotherapie. Het sectorrendement is naar verhouding laag voor de studies verloskunde, voeding en diëtetiek, oefentherapie en creatieve therapie. Het sectorrendement voor wo-studies is lager dan voor hbo-studies, met uitzondering van de masterstudies voor verpleegkundige en operatieassistent. Voor de overige wo-opleidingen is het rendement lager, omdat deze niet specifiek opleiden voor een beroep in zorg en WJK.

Arbeidsreserve en Werkloosheid

Vanwege de lage vacaturegraad, de arbeidsmarktinstroom vanuit het onderwijs (en andere sectoren) en arbeid beperkende maatregelen (ontslagen, niet verlengen contracten) neemt de arbeidsreserve in zorg en WJK toe. Het aantal bij UWV ingeschreven niet-werkende werkzoekenden voor alle zorg- en WJK-beroepen is toegenomen van 69.960 in 2011 tot 118.363 in 2013.² Het aantal niet-werkende werkzoekenden stijgt het meest voor de beroepsgroepen therapeuten/verpleegkundigen, ziekenverzorgenden en verplegenden/ doktersassistenten. Voor interieurverzorgers³, verpleeghulpen/leerling-verpleegkundigen en apothekers is de stijging relatief gering. In 2012 neemt het aantal niet-werkende werkzoekenden voor enkele beroepen nog af (afdelingshoofden van zorginstellingen, artsen, apothekers, onderwijskundigen). Voor deze beroepen geldt echter dat de stijging van het aantal niet-werkende werkzoekenden in 2013 groter is dan die voor veel andere beroepen. Bijlage 3 bevat gedetailleerde informatie over niet-werkende werkzoekenden in zorg en WJK.

In september 2013 zitten 56.000 zorg- en WJK-medewerkers in de WW tegenover bijna 38.000 een jaar eerder. Dat is een toename van 40%. De meest getroffen beroepsgroepen binnen de sector zijn de kinderopvangmedewerkers en helpenden in de thuiszorg.⁴

¹ ROA (2012) *Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt 2012*.

² UWV Arbeidsmarktinformatie op uwv.nl.

³ Hieronder valt een deel van de thuiszorgberoepen.

⁴ Artikel CBS en UWV 'Kleine toename werkloosheid', OP: uwv.nl, 17 oktober 2013; Artikel 'Zoektocht naar baan gestaakt', OP: volkskrant.nl, 18 oktober 2013.

2.4 Discrepanties op de arbeidsmarkt

Van kwantitatieve discrepanties is sprake wanneer er op de sectorale arbeidsmarkt als geheel of in bepaalde branches en/of regio's te weinig (gediplomeerde) schoolverlaters en andere categorieën werkzoekenden zijn, dan wel voor deze werkzoekenden bij werkgevers te weinig vacatures zijn.

Te verwachten kwantitatieve discrepanties

Op dit moment zijn verwachte overschotten op de arbeidsmarkt de belangrijkste kwantitatieve discrepantie. Eind 2012/begin 2013 verwachtten 46% van de instellingen in de zorg en 56% van de WJK-instellingen op korte termijn (de komende jaren) een overschot aan personeel.¹ Mogelijk verwachten inmiddels meer instellingen overschotten, omdat de precieze maatregelen pas na de werkgevers-enquête bekend werden. Men verwacht vooral een overschot aan personeel in de branches gehandicaptenzorg, jeugdzorg, kinderopvang en GGZ. Het betreft dan vooral agogisch personeel. In de kinderopvang, waar naar schatting van FCB de afgelopen twee à drie jaar al 20 tot 25% van het aantal banen is verdwenen, gaat het vaak om specifiek opgeleiden die voor ander werk zijn aangewezen op branches/sectoren waar het in deze tijd ook niet zo goed mee gaat (zorg, onderwijs). Ook zijn professionals in deze branche in het algemeen niet erg reis- of verhuisbereid.

Een belangrijke vraag waar instellingen mee worstelen is de hoe de overschotten op een goede manier op te vangen. Een dilemma daarbij is het beperken van de instroom van recent gediplomeerden versus het beperken van gedwongen ontslagen van zittend personeel. Waar nieuwe kansen liggen, bijvoorbeeld bij nieuwe (particuliere) aanbieders, wijkteams, of gemeenten, is nog niet altijd bekend, noch bij instellingen, noch bij werknemers. Dit verklaart mede waarom veel werknemers (behalve in branches als GGZ, jeugdzorg en thuiszorg) afwachtend zijn en ervan lijken uit te gaan dat de hervormingen vooral anderen zullen treffen. De nadruk op beperking van de instroom van recent gediplomeerden betekent ook dat er minder vers bloed in de sector komt, met als gevolg een scheve leeftijdsopbouw en minder gevoel voor innovaties.

Regionale verschillen

Vanzelfsprekend zijn er regionale verschillen in de aard en omvang van de overschotten/tekorten. Zo kent een perifere regio als Groningen/Drenthe voor een aantal zorgberoepen op hbo/wo-niveau, waarvoor doorgaans landelijk wordt geworven, tekorten. In deze relatief grote, dunbevolkte regio zijn naar verhouding minder banen buiten zorg en WJK (voor partners van zorg en WJK werknemers). Sommige delen van de regio hebben ook een minder gunstig imago. In andere regio's, zoals Amsterdam, worden overschotten in alle branches verwacht, behalve de eerstelijnszorg. Doordat gemeenten anders omgaan met de vormgeving van hun aandeel in de care, kunnen ook binnen regio's verschillen in de vraag naar personeel ontstaan.

Verwachte uitbreidingsvraag en vervangingsvraag tot 2017

De beleidsmaatregelen veroorzaken de komende jaren een afname in de werkgelegenheid in zorg en WJK (negatieve uitbreidingsvraag). Vanwege uitstroom, als

¹ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013*.

gevolg van vertrek naar een andere sector (intersectorale arbeidsmobiliteit), of (het tijdelijk dan wel definitief) verlaten van het arbeidsproces als gevolg van pensionering, arbeidsongeschiktheid of vrijwillige inactiviteit, kan een deel van deze afname worden opgevangen.

Algemeen bestaat de verwachting dat de uitstroom onvoldoende is om dreigende overschotten op te vangen. Het aantal werknemers dat jaarlijks met pensioen gaat, is beperkt. In 2013 gaat het om 0,85% van het personeel. Relatief gezien gaan meer verpleegkundigen (1,13%) en zorgverleners (1,19%) met pensioen dan andere werknemers. Vanwege de vergrijzing neemt het aantal werknemers dat met pensioen gaat de komende jaren wel toe. Vooral onder verpleegkundigen stijgt dit aantal.

Verwachte overschotten/tekorten aan VOV-personeel tot 2017

Volgens de AZW-prognoses zou in zorg en WJK als geheel in 2015 een overschot ontstaan van 62.800 werknemers (personen), oplopend tot 89.000 werknemers in 2017. Van dat overschot neemt de care meer dan de helft voor zijn rekening (51.400 werknemers in 2017). De AZW-prognoses zijn echter gebaseerd op trends uit het verleden, die - door de nadien aangekondigde kabinetsmaatregelen - niet langer van toepassing zijn. Het gaat met name om trends in de uitstroom naar sectoren buiten zorg en WJK en inactiviteit en de instroom vanuit sectoren buiten WJK en inactiviteit. Als de uitstroom (51.100) naar andere sectoren afneemt kunnen overschotten toenemen, terwijl overschotten kunnen afnemen als de instroom vanuit andere sectoren (39.000) afneemt. Voor de care geven de AZW prognoses vanwege de beleidsmaatregelen geen goed beeld meer van de te verwachten overschotten/tekorten. Voor de cure zijn de veranderingen minder ingrijpend en bieden de AZW-prognoses nog wel goed zicht op de toekomstige ontwikkelingen, met name de ontwikkeling van de werkgelegenheid.

De verwachting bestaat dat op de (zeer) lange termijn weer tekorten kunnen ontstaan. Instellingen in de zorg verwachten op de langere termijn veel vaker een tekort aan personeel dan instellingen in de WJK (68% tegenover 20%). Tekorten worden vooral verwacht in de VVT (deel: verpleging en verzorging), ziekenhuizen en thuiszorg.¹ In de meest recente werkgeversenquête AZW geven instellingen in de verpleging en verzorging en thuiszorg wel aan dat er meer vraag ontstaat naar personeel op de hogere mbo-niveaus (niveau 3 en 4). Of dat dat tot tekorten gaat leiden, is in deze enquête echter niet gevraagd.²

Care

De langdurige zorg en jeugdhulp staan zoals boven vermeld aan de vooravond van stelselwijzigingen, waarvan de precieze gevolgen nog grotendeels onbekend zijn. In de AER zijn voor de betreffende branches V&V, GHZ, thuiszorg, jeugdzorg en de GGZ (exclusief curatieve GGZ). aanvullende prognoses opgesteld. Op basis daarvan is voor 2015 in de care een verlies van bijna 36.000 werknemers (personen) te verwachten op een totaal van ruim 630.000 werknemers (5.7%).³

¹ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013*.

² Panteia, SEOR en Etil (2014). *Werkgeversenquête 4 Zorg en WJK 2013*.

³ Hierbij dient weer aangetekend te worden dat in (de prognoses in het kader van) de AER nog is uitgegaan van de overheveling van het bij de extramurale verpleging behorende deel van de verzorging naar de Wmo.

Vooraf voor huishoudelijke hulpen wordt een sterke daling van de werkgelegenheid verwacht.

Mogelijk neemt door de wijkgerichte aanpak en de extra middelen voor wijkverpleegkundigen de vraag naar verpleegkundigen toe, wat kan leiden tot tekorten. In de AZW-prognoses werden echter alleen tekorten verwacht aan verpleegkundigen op niveau 4. Bovendien is de instroom in de verpleegkundige opleidingen aanzienlijk toegenomen. Daarom is het de vraag of de tekorten aan verpleegkundigen werkelijkheid zullen worden.

Het verwachte overschot aan zorghulpen en helpenden is relatief groter dan dat aan verzorgenden. Verder is de verwachting dat de vraag naar personeel met een agogische opleiding afneemt, terwijl het aanbod groeit.

Ten slotte is er een substantiële groep werknemers in andere dan zorg- en WJK-functies, zoals facilitair medewerkers en koks, die door de verschuiving van intra- naar extramurale zorg en de daaruit voortvloeiende sluiting van locaties bovengenoemd wordt. Binnen zorg en WJK bestaan weinig alternatieven voor deze groep. De mate waarin zij buiten zorg en WJK aan de slag kunnen, is mede afhankelijk van de economische ontwikkeling van marktsectoren. Op dit moment zijn de kansen op werk in marktsectoren beperkt. Voor een deel van de intramurale instellingen betekent de sluiting van locaties overigens ook problemen in de sfeer van vastgoed en infrastructuur. Veel gebouwen zijn - voor de prijs waarvoor ze op de balans staan - moeilijk verkoopbaar. In de regel is ook een forse investering nodig om ze überhaupt verkoopbaar te maken. Dit kan tot faillissementen leiden met alle gevolgen van dien voor het personeel.

In de prognoses ten behoeve van de AER is ook nog geen rekening gehouden met effecten op microniveau (i.e. veranderingen bij instellingen als gevolg van concurrentie, aanbesteding, faillissementen, verhuizingen en verbouwingen). Die effecten zijn nog onbekend. In de AER werd verwacht dat ongeveer 200.000 werknemers (30%) te maken krijgt met verschuivingen.

Op dit moment is de impact van alle maatregelen in de care nog te onduidelijk om harde cijfermatige uitspraken te doen over de effecten op de arbeidsmarkt in de verschillende branches binnen de care. Instellingen anticiperen nu al op deze ontwikkelingen, hetgeen noodzakelijk is om de stelselwijzigingen goed voor te bereiden. Wanneer instellingen onvoldoende anticiperen nemen de risico's op faillissementen toe evenals de risico's op onnodig lange werkloosheid. Instellingen kunnen echter ook teveel anticiperen. Sommige instellingen grijpen de hervorming van de langdurige zorg aan om zogenaamd 'preventief ontslag' te realiseren. Dat betekent dat men nu meer personeel ontslaat dan strikt noodzakelijk is, om zo ruimte in te bouwen om later (in 2015/2016) andere werknemers aan te kunnen trekken die meer op de veranderende werkzaamheden (wijkgericht, integraal werken) toegesneden competenties hebben. Dit heeft natuurlijk consequenties voor de betrokken medewerkers.

WMD

De WMD maakt geen deel uit van de stelselwijziging in de langdurige zorg. Gemeenten zijn echter wel de belangrijkste bron van financiering van de WMD. Vanwege gemeentelijke bezuinigingen en beleidskeuzes is in de WMD sprake van overschotten. De AZW-prognoses gingen uit van een overschot van 6.000 werknemers, maar in het sectorplan voor de WJK wordt het aantal berekend op 8.000 (13% van het aantal werknemers in 2012).¹ In het welzijnswerk is vooral hoger opgeleid personeel werkzaam (hbo, hbo+). Daarom zullen ook de overschotten met name op de hogere niveaus betrekking hebben (maatschappelijke dienstverlening niveau 5).

Jeugdhulp

De jeugdhulp valt in 2015 onder de verantwoordelijkheid van gemeenten en maakte daarom deel uit van de AER. Het sectorplan voor de WJK gaat alleen al voor de jeugdzorg uit van een overschot van ongeveer 9.000 werknemers (30% van het aantal werknemers in 2012).² Ook binnen de jeugdzorg gaat het met name om hogere kwalificaties, waaronder pedagogen (niveau 5).

Kinderopvang

In de kinderopvang blijven volgens de huidige AZW-prognoses overschotten bestaan voor alle kwalificaties met uitzondering van helpenden en sociaal-cultureel werkenden. Hoewel de vraag naar personeel min of meer stabiliseert, is het aanbod vanuit onderwijs jaarlijks groter dan de vraag, waardoor de overschotten toenemen. In de AZW-prognoses werd uitgegaan van een overschot van ruim 30.000 werknemers in 2017. In het sectorplan voor de WJK wordt rekening gehouden met een overschot van meer dan 36.000 werknemers (40% van het aantal werknemers in 2012).³ Overschotten zijn er met name voor de kwalificaties pedagogisch werker (niveau 3) en sociaal pedagogisch werk (niveau 3 en 4). Daarbij is overigens nog geen rekening gehouden met de gemaakte afspraken over de kwaliteit in de kinderopvang.

Cure en overige sectoren

Ook in andere segmenten dan de care ontstaan overschotten. In de ziekenhuizen zijn vooral overschotten aan verpleegkundigen niveau 5 en verzorgenden te verwachten; in mindere mate geldt dat ook voor de kwalificatie SPH (niveau 5). Hoewel in de cure slechts sprake is van beperking van de groei van de middelen, vermindert de werkgelegenheid in ziekenhuizen. Dit komt onder meer door de verder toenemende arbeidsproductiviteit (bijvoorbeeld door de inzet van nieuwe technologieën), de verdere vermindering van de gemiddelde ligduur en de verschuiving van de tweedelijns- naar de eerstelijnszorg. Nurse practitioners, huisartsen en assistenten kunnen en doen steeds vaker kleine ingrepen, waardoor mensen niet meer naar het ziekenhuis hoeven te gaan. Naast overschotten zullen er in de ziekenhuiszorg echter ook tekorten zijn en wel voor de kwalificaties verpleegkundige niveau 4 en SPW niveau 3 (algemene ziekenhuizen) en pedagogiek niveau 5 (academische ziekenhuizen).

¹ Sectorplan WJK.

² Sectorplan WJK.

³ Sectorplan WJK.

Voor de curatieve GGZ zijn de gevolgen van de overeengekomen beperking van de uitgavengroei minder duidelijk. Een van de oorzaken hiervan is dat sub-branches binnen de GGZ lastig te onderscheiden zijn, mede omdat er veel gecombineerde instellingen bestaan. Dat maakt, zoals boven gesteld, de financiële sturing lastig, omdat overal sprake is van beleidswijzigingen; dat kan leiden tot ontslagen. De eisen aan hoofdbehandelaren, alsmede de vorming van de gespecialiseerde en basis-ggz en de prestatiebekostiging hebben in ieder geval de nodige gevolgen voor de kwantiteit en kwaliteit van het personeel in deze branche.

In de overige zorg worden personeelstekorten verwacht, vooral als gevolg van de toenemende vraag (middelen) en de beperkte stijging van het aanbod. Hierbij is vooralsnog geen rekening gehouden met toename van de instroom vanuit andere zorg en WJK branches. De tekorten betreffen de kwalificaties SPH (niveau 5), maatschappelijk werk (niveau 5) en SPW (niveau 4). Overschotten in de overige zorg worden verwacht voor verpleegkundigen, verzorgenden en zorg hulpen. Volgens de AZW-prognoses blijven de tekorten echter beperkt tot ongeveer 1.300 werknemers in 2017.

Beperkte mogelijkheden om overschotten en tekorten op te vangen

Er is een aantal tegengestelde ontwikkelingen waar te nemen tussen branches in de overschotten en tekorten die voor bepaalde functies worden verwacht. Overschotten aan verpleegkundigen (niveau 5) in ziekenhuizen en de overige zorg kunnen bijdragen aan de vermindering van tekorten die in de care ontstaan als gevolg van de te intensiveren inzet op wijkverpleging. Ook voor agogische functies bestaan op beperkte schaal mogelijkheden om tekorten en overschotten in verschillende branches (gedeeltelijk) te neutraliseren. Voor verzorgenden, helpenden en zorg hulpen zijn dergelijke mogelijkheden beperkt.

Al met al hebben de stelselwijzigingen een grote dynamiek op de arbeidsmarkt in zorg en WJK tot gevolg, waardoor zowel kansen en bedreigingen ontstaan. De kansen lijken vooral te ontstaan voor de hogere kwalificatieniveaus.

Verwachte overschotten/tekorten in overige cliëntgebonden zorgberoepen

Bijlage 2 biedt - op basis van de literatuur - een overzicht van de verwachte personeeloverschotten/-tekorten in overige cliëntgebonden zorgberoepen.

2.4.1 Kwalitatieve discrepanties

Kwalitatieve discrepanties treden op wanneer de eisen van de werkgevers hoger zijn dan de kennis, kunde, competenties en/of sociale vaardigheden van werknemers, gediplomeerde schoolverlaters en andere categorieën werkzoekenden, dan wel wanneer deze werknemers en werkzoekenden hogere eisen stellen aan arbeidsinhoud, -voorwaarden en -omstandigheden dan wat werkgevers willen/kunnen bieden.

Toenemende eisen aan werknemers

Al langer is er een algemene tendens van stijgende kwalificatie-eisen aan het personeel in zorg en WJK. Die eisen worden door de recente (beleids)ontwikkelingen alleen nog maar hoger:

- Door de dubbele vergrijzing van de bevolking (relatief meer ouderen die ook nog eens langer leven), de toenemende culturele diversiteit en het toenemend aantal mensen met chronische aandoeningen - ouderen vaak met verschillende aandoeningen tegelijk - wordt de te leveren zorg complexer.
- De verschuiving van intramurale naar extramurale zorg vraagt om bijscholing van zorgmedewerkers naar ambulante functies.
- Verschuiving van de tweedelijns- naar de eerstelijnszorg en de 'herintroductie' van de wijkverpleegkunde geven verpleegkundigen steeds meer een regierol. Dat betekent dat vaker een verpleegkundige op hbo-niveau wordt gevraagd.
- Met het oog op preventie en zelf- en samenredzaamheid moet VOV-personeel steeds meer een coachende rol spelen richting patiënten, mantelzorgers en vrijwilligers. Ook competenties gericht op samenwerking met ander zorgpersoneel worden belangrijker. Ook dit vraagt om specifieke kennis en vaardigheden.
- Een belangrijke trend is verder het werken van VOV-personeel in zelfsturende en/of integrale teams. Scheidingslijnen tussen beroepen kunnen daardoor vervagen: welzijn en zorg lopen steeds vaker door elkaar.
- Het dragen van meer eigen verantwoordelijkheid en/of het in één team samenwerken met andere disciplines ('gouden driehoek' van huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk/sociaal werker) stelt hogere eisen aan het personeel. Het heeft ook consequenties voor de aansturing van het uitvoerend personeel en dus voor de aan (het leiderschap van) managers en hoger uitvoerend personeel te stellen eisen.
- Zorgverzekeraars stellen in steeds meer gevallen ook steeds hogere eisen aan de inzet van personeel, met name op hbo-niveau.
- Vooral in de zorg wordt steeds meer technologie toegepast. Het gebruik van (nieuwe) technologie stelt hogere eisen aan opleiding en competenties van medewerkers. Medewerkers moeten met de technologie kunnen omgaan.
- Mogelijk betekenen ontwikkelingen als meer inzet van technologie, een betere ziekenhuislogistiek, minder noodzaak tot polikliniekbezoeken, minder snijden door chirurgen en een beter veiligheidsmanagement dat op de langere termijn in de ziekenhuiszorg minder specialisten en afgeleid minder verpleegkundigen nodig zijn. Dit zal, gezien het conservatisme binnen de branche, echter niet snel het geval zijn.
- In de WJK-branches vinden momenteel professionaliseringslagen plaats. Deze richten zich naast beroepskrachten ook op het management. In de kinderopvang gaat speciale aandacht uit naar de pedagogische kwaliteit en de taalvaardigheden van het uitvoerend personeel.¹ Verder zijn tijdens de ontslaggolf in de kinderopvang veel leidinggevende en staffuncties verdwenen. Tegelijkertijd is de leidster-kindratio hetzelfde gebleven. Dat betekent dat leidinggeven en stafmedewerkers meer organisaties onder hun hoede hebben gekregen en/of dat pedagogisch medewerkers extra (management)taken zijn toebedeeld. Daarnaast vraagt de intensivering van de samenwerking met het primair onderwijs om andere competenties van pedagogisch medewerkers.

¹ Zie voor de verschuivende eisen onder meer: Maastricht University (2012). *Ouderenzorg in het middelbaar beroepsonderwijs. Een inventarisatie bij zorgopleidingen (niveau 2 en 3)*; V&VN (2012). *Expertisegebied Wijkverpleegkundige*; Verkenningcommissie hbo gezondheidszorg (2013). *Voortrekkers in verandering. Zorg en opleidingen – partners in innovatie*.

Van de werkgevers in zorg en WJK 2013 verwacht 79% respectievelijk 63% de komende jaren verschuivingen in het kwalificatieniveau van het personeel. Vooral in de verpleging & verzorging en de thuiszorg verwachten zorginstellingen een opschuiving van het kwalificatieniveau van het personeel. Het gaat dan om verschuiving van mbo 1 en 2 naar mbo 3 en van mbo 3 naar mbo 4. In de ziekenhuizen en de jeugdzorg ziet men eerder een verschuiving van mbo 4 naar mbo-plus of hbo.

Hoewel de opleidingseisen dus toenemen, geeft in 2013 een substantieel deel van werknemers in zorg en WJK (23%) aan op een lager functieniveau te werken dan hun opleidingsniveau. Met name geldt dat voor de thuiszorg, kraamzorg en gehandicaptenzorg.

Ook is in deze branches de inhoudelijke aansluiting tussen opleiding en branche minder goed dan in andere branches. Uit cijfers van ROA blijkt dat 80% van de hbo- schoolverlaters in de richting gezondheidszorg minimaal op eigen niveau werkt. Dat is overigens hoger dan het landelijk gemiddelde (77%).¹

Er gebeurt overigens al wel het nodige aan scholing van werknemers, met name in de zorg. Werkgevers in de zorg geven in 2013 aan meer werknemers te hebben opgeleid dan in voorgaande jaren. In de WJK is dat juist andersom. Ongeveer een derde van het personeel in zorg (VOV personeel 49%, niet-VOV 18%) heeft in 2012 een cursus of training gericht op zorgtaken gevolgd, of gaat in 2013 een cursus of training volgen. Communicatietraining, trainingen rondom omgaan met agressie en specialisatiecursussen zijn de meest voorkomende trainingen.²

Door de stijgende kwalificatie-eisen nemen de perspectieven van lager opgeleiden op de arbeidsmarkt in zorg en WJK sterk af. Vaak is de opscholing naar niveau 3 geen mogelijkheid.

Vooraf voor niveau 1 en 2 worden weinig alternatieven op de arbeidsmarkt verwacht. Voor gemeenten en Rijk dreigt een situatie dat (gedwongen) ontslagen in zorg en WJK elders op de begroting (uitkeringen) gaan neerslaan. Als die effecten groter zijn dan bij het Regeerakkoord voorzien, dan kan hierdoor hun speelruimte afnemen.

De kwalitatieve verschuivingen betekenen dat, ondanks overschotten, er voor bepaalde competenties of kwalificaties tekorten kunnen ontstaan. Dat vormt voor instellingen in de aankomende periode een belangrijke uitdaging.

Aansluiting onderwijs-arbeidsmarkt

Uit cijfers van ROA blijkt dat gediplomeerden van mbo en hbo gezondheidszorg meer dan gemiddeld werk hebben gevonden in de eigen richting en de aansluiting als voldoende of goed beoordelen.³

De beleids- en stelselwijzigingen hebben tot gevolg dat de benodigde competenties van nieuwe werknemers veranderen. Deze veranderingen hebben tijd nodig om verwerkt te worden in opleidingen van nieuwe werknemers. Vooral gezien de snelheid waarmee het beleid de situatie heeft veranderd, is het niet mogelijk dat de huidige ontwikkelingen al in de kwalificatiedossiers zijn verwerkt. Bovendien kost het tijd voordat veranderingen in het onderwijs (curricula) tot stand komen.

¹ ROA (2012). *Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt 2012*.

² Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013*; Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werknemersenquête Zorg en WJK 2013*.

³ ROA (2012). *Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt 2012*.

Tenslotte worden de resultaten daarvan pas zichtbaar nadat studenten, die het onderwijs gevolgd hebben, uitstromen. De samenwerking tussen werkgevers en onderwijs is door de veranderingen in de zorg en WJK in een stroomversnelling geraakt.¹

Potentiële uitstroombfactoren voor werknemers

Arbeidsvoorwaarden

In arbeidsvoorwaardelijke sfeer gaat het allereerst om de (beleving van de) beloning. In het Nationaal Salaris Onderzoek 2013, dat inzicht biedt in het gemiddeld bruto-jaarsalaris voor mbo-, hbo en wo-opgeleiden van 23 brede beroepsgroepen, staan 'medische dienstverlening en zorg' en 'sociaal-cultureel en welzijn' in het 'rechtterijtje' op een 14^{de} respectievelijk 15^{de} plaats (€37.141 en €36.135).² In de Werknemersenquête Zorg en WJK 2013 geeft een kleine meerderheid (53%) aan het loon dat zij verdienen niet zo hoog te vinden (met name in de thuiszorg en kraamzorg is men op dit punt ontevreden).³ Daar staat tegenover dat volgens de CBS-cijfers de cao-uurlonen in de periode 2000-2012 in zorg en WJK sneller zijn gestegen dan gemiddeld (in totaal 35% tegenover 30%). In het in april 2013 gesloten Zorgakkoord is een matiging in de loonkostenontwikkeling overeengekomen. Eerdere plannen van het kabinet voor een nullijn in de zorg zijn daarmee van de baan.

Het traditionele beeld dat de doorgroei- en carrièremogelijkheden in zorg en WJK veel minder groot zijn dan in andere sectoren behoeft bijstelling. In de Werknemersenquête Zorg en WJK 2013 komen - naast de inhoud van het werk - de carrière- en ontplooiingsmogelijkheden als belangrijkste pull-factor naar voren, zowel voor werkenden, nieuwe werknemers als zij-instromers.⁴ Verder blijkt uit het Intermediair Salariskompas dat het in het beroep als verpleegkundige goed mogelijk is door te groeien. Volgens deze bron heeft 43% van de verpleegkundigen promotie gemaakt en geeft 28% leiding.⁵ De doorgroei- en carrièremogelijkheden nemen ook toe door de verdergaande taakherschikking en het dientengevolge ontstaan van 'tussenlagen' (bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten tussen verpleegkundigen en medisch specialisten).

Door de aard van de werkzaamheden zijn in zorg en WJK naar verhouding minder mogelijkheden voor tijd- en plaatsonafhankelijk werken dan in andere sectoren.

¹ Interview Calibris.

² Nyenrode Business Universiteit en Intermediair (2013). *Nationaal Salarisonderzoek 2013; intermediair.nl/salariskompas*.

³ Een derde (33%) vindt het loon (te) laag en de resterende 14% (tamelijk) hoog. Zie: Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werknemersenquête Zorg en WJK 2013*.

⁴ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werknemersenquête Zorg en WJK 2013*.

⁵ Artikel 'Salariswijzer: wat verdient een verpleegkundige met hbo?', OP: *intermediair.nl*, 14 februari 2013

Arbeidsomstandigheden

Qua arbeidsomstandigheden is vooral te wijzen op het in vergelijking met veel andere sectoren lichamelijk, geestelijk en emotioneel zware karakter van het werk, de onregelmatige werktijden (waaronder nachtwerk¹) en de psychosociale arbeidsbelasting. Onder psychosociale arbeidsbelasting worden situaties op het werk verstaan die ernstige vormen van stress kunnen veroorzaken. Naast een onevenwichtige werkdruk gaat het daarbij onder meer om verschillende vormen van gebrek aan sociale veiligheid op het werk (zoals agressie en geweld, seksuele intimidatie, discriminatie en pesten).²

Werkdruk

Een substantieel deel van de werknemers in zorg en WJK ervaart de werkdruk als vrij hoog (van 34% 'vaak/altijd hard werken' tot 50% 'vaak/altijd heel veel doen'). Opvallend is dat dit voor niet-VOV-personeel sterker geldt dan voor VOV-personeel. Werknemers in de jeugdzorg en GGZ ervaren de meeste werkdruk, werknemers in de thuiszorg en kraamzorg de minste.³

In de Benchmark in de Zorg 2013 van Actiz spreken werknemers in de VVT een positiever oordeel over de werkdruk dan in 2012. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat – mede als gevolg van de extra middelen voor de langdurige zorg – er meer personeel in de branche werkzaam is dan begin 2012.⁴

Volgens gegevens van het CBS is 77,2% van de werknemers tevreden met de arbeidsomstandigheden tegen 75,6 % voor alle economische sectoren.⁵ In vergelijking met andere sectoren buiten zorg en WJK is het werk vooral emotioneel veeleisend.⁶

Begin 2013 geven de meeste concerns in zorg en WJK aan maatregelen te nemen om de werkdruk te verminderen (met name door werkprocessen efficiënter in te richten en meer personeel aan te nemen). Een relatief groot deel (21% in zorg, 30% in WJK) doet dit echter nog niet.⁷ In de meest recente werkgeversenquête zegt meer dan de helft van de werkgevers (54% in zorg, 61% in WJK) dat de werkdruk het afgelopen jaar is toegenomen. Ook verwacht een meerderheid (67% in zorg, 52% in WJK) dat de werkdruk de komende jaren (verder) zal toenemen. Een derde deel van concerns (34% in zorg, 27% in WJK) ervaart als organisatie problemen met de werkdruk. Meest genoemde problemen zijn klachten onder het personeel, overwerk en – op enige afstand – conflicten/spanningen onder werknemers en hoger ziekteverzuim.⁸

¹ Canadees onderzoek bevestigt de bevindingen uit eerder – gebrekkiger – onderzoek naar de relatie tussen nachtwerk en borstkanker. Vrouwen die dertig of meer jaren nachtdiensten hadden gedraaid, bleken meer dan twee keer zo veel kans op het krijgen van de ziekte te hebben. De aantallen waren wel laag. Zie: A. Grundy et al. (2013), 'Increased risk of breast cancer associated with long-term shift work in Canada', Published Online First: 1 July 2013, doi: 10.1136/oemed-2013-101482 *Occup Environ Med* 1 July 2013.

² Rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezond-en-veilig-werken/psychosociale-belasting.

³ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werknemersenquête Zorg en WJK 3 2013*.

⁴ ActiZ (2013). *In Beweging, Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2013*.

⁵ CBS Statline Arbeidsomstandigheden werknemers; bedrijfstakken (SBI2008).

⁶ CBS Statline Arbeidsomstandigheden werknemers; bedrijfstakken (SBI2008).

⁷ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013*.

⁸ Panteia, SEOR en Etil (2014). *Werkgeversenquête 4 Zorg en WJK 2013*.

Werkdruk is een belangrijke bepalende factor voor langer doorwerken. Van het VOV-personeel denkt slechts 27% door te kunnen werken tot hun pensioen. 85% van de beroepskrachten in de directe patiëntenzorg denkt dat 50-plussers langer blijven werken als de werkdruk acceptabel is.¹

Niet alleen voor VOV-personeel kan sprake zijn van hoge werkdruk, ook huisartsen (waarnemend, in dienst van een huisarts (hidha) of gezondheidscentrum (hid), zelfstandig gevestigd) rapporteren een hoge en toenemende werkdruk.²

Agressie en geweld en Seksuele intimidatie

Een ander belangrijk aandachtspunt is (de aanpak van) agressie en geweld. Volgens de Werknemersenquête AZW 2013 wordt 13% van de werknemers in zorg en WJK (zeer) vaak geconfronteerd met verbale agressie door patiënten. Daarnaast geeft 38% van de werknemers aan hier af en toe mee te maken te krijgen. Ook fysieke agressie en bedreiging/intimidatie komen regelmatig voor (7% respectievelijk 3% vaak tot zeer vaak). Bij seksuele intimidatie en discriminatie gaat het om kleinere percentages (beide 1% vaak tot zeer vaak). VOV-personeel wordt vaker geconfronteerd met agressie en geweld dan niet-VOV-personeel. Dat is niet geheel onverwacht: VOV-werknemers hebben immers per definitie een cliëntgebonden functie en daarmee dagelijks met patiënten te maken. Dit geldt niet noodzakelijkerwijs voor werknemers in niet-VOV functies.³ Zorgpersoneel in ziekenhuizen wordt naar schatting ruim 4.500 keer per jaar slachtoffer van geweld. De meeste risico's zijn er bij de SEH en in het weekend, als gevolg van drank en drugsgebruik.⁴ Seksuele intimidatie kan zich naast werknemers ook richten op studenten in zorg en WJK. Van alle geneeskundestudenten zegt 12% (23% bij vrouwen) tijdens de studie wel eens met seksuele intimidatie te maken hebben gehad. Met name specialisten/stafleden (56%) en patiënten (59%) maken zich er schuldig aan. De slachtoffers doen vrijwel nooit melding.⁵

Stress

Van de verpleegkundigen in het ziekenhuis loopt een derde verhoogd risico op burn-out. Het aantal verpleegkundigen dat aangeeft daadwerkelijk een burn-out te ervaren is 10% (aanzienlijk minder dan het Europese gemiddelde van 30%). Vooral (kwantitatief en kwalitatief) onvoldoende personeel, hoge tijdsdruk, weinig overlegmogelijkheden binnen het team en een prestatiegerichte leiderschapsstijl verhogen de kans op stress bij verpleegkundig personeel.⁶

Van de huisartsen rapporteert 70% weleens signalen van overspannenheid bij zichzelf te hebben geconstateerd en 15% wel eens burn-out te zijn geweest.

¹ NIVEL (2012). *Werkdruk en werktevredenheid van belang voor kunnen doorwerken tot pensioen*.

² Artikel 'Huisartsopleiders zijn betere huisartsen', OP: *mednet.nl*, 5 september 2013; Artikel 'Kwart Hidha's ervaart hoge werkdruk', OP: *mednet.nl*, 31 mei 2013; LHV (2013). *Enquête onder huisartsen in dienstverband*.

³ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werknemersenquête Zorg en WJK 2013*.

⁴ Resultaten van een onderzoek van AD. Zie: Artikel 'Een bebloede vuist hard tegen mijn zwangere buik', OP: *ad.nl*, 15 april 2013

⁵ C. de Klerk, N. van Sprang en Henri Boersma (2013), 'Naaktfoto's tussen twee patiënten door', IN: *Medisch Contact*, nr. 21, 23 mei 2013 (*medischcontact.nl*).

⁶ Artikel 'Burn-out dreigt bij 1 op 3 verpleegkundigen', OP: *nursing.nl*, 5 september 2012; Veer, A.J.E. de, Francke, A.L., Struijs, A., Willems, D.L. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*: 2012.

Tweederde van de huisartsen rapporteert dat administratieve handelingen bijdragen aan het veroorzaken van overspannenheid.¹

De Inspectie SZW constateert in de eerste sectorrapportage voor de sector Zorg en Welzijn over de periode 2010 – 2012 dat de beheersing van arbeidsrisico's in de sector licht is verbeterd, maar nog niet voldoende is. Men wijst op verbetering van de aanpak van de psychosociale arbeidsbelasting en met name de werkdruk.²

Intrinsieke motivatie

Ondanks een aantal hierboven beschreven minder gunstige aspecten van arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden is de overgrote meerderheid van de medewerkers in zorg en WJK - alles overziend - tevreden met het werk. Volgens gegevens van het CBS is 82,7% van de werknemers tevreden met het werk tegenover 78,2% voor alle economische sectoren.³ Er blijkt vooral sprake te zijn van intrinsieke motivatie. Men wordt meer aangetrokken door zaken als inhoud en persoonlijke groei dan door extrinsieke prikkels als een hoog salaris. Dit geldt voor zowel VOV-personeel als voor niet-VOV-personeel en voor werknemers in alle zorg en WJK branches. De betrokkenheid van het personeel bij de instelling waar men werkt en de beroepstrots zijn groot.⁴ Diverse andere onderzoeken in (branches van) de sector zorg en WJK onderstrepen deze resultaten van de Werknemersenquête Zorg en WJK 2013.⁵ Ook huisartsen rapporteren - ondanks de hoge en toenemende werkdruk - plezier in hun werk te hebben.⁶

2.4.2 Intransparanties

Bij intransparanties gaat het om verschillen tussen het wervingsgedrag van werkgevers in de sector en het zoekgedrag van gediplomeerde schoolverlaters en andere categorieën werkzoekenden. Ook kunnen werkzoekenden een verkeerd beeld hebben van een sector en werkgevers een verkeerd beeld van werkzoekenden.

Het imago van de beroepsopleidingen in zorg en WJK onder jongeren is in het algemeen goed.⁷ Volgens de CBS-cijfers is vanaf 2005/06 een licht stijgende tendens waarneembaar van het aandeel mbo-studenten in de richting gezondheidszorg en welzijn (exclusief sport) . De zorgstudies op hbo- en wo-niveau zijn op dit moment ongekeerd populair. Belangrijke reden voor de snel toenemende po-

¹ Dit onderzoek onder 3.000 huisartsen is in opdracht van Movir uitgevoerd door LSJ Medisch Projectbureau. Zie: Movir (2012). *Landelijk onderzoek naar langdurige stressfactoren bij huisartsen*.

² Inspectie SZW (2013). *Gezond & veilig werken. Sectorrapportage Zorg & Welzijn 2010-2012*.

³ CBS Statline Arbeidsomstandigheden werknemers; bedrijfstakken (SBI2008)

⁴ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werknemersenquête Zorg en WJK 2013*.

⁵ Zie onder meer: ActiZ (2013). *In Beweging, Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2013*; Effectory (2013). *Brancherapportage GGZ 2012 Medewerkerbeleving*; GPTW (2013). *Medewerkers in de gehandicaptenzorg zijn trots op hun werk*.

⁶ Artikel 'Huisartsopleiders zijn betere huisartsen', OP: *mednet.nl*, 5 september 2013; Artikel 'Kwart Hidha's ervaart hoge werkdruk', OP: *mednet.nl*, 31 mei 2013.

⁷ Blauw Research (2013). *Landelijke Beroepskeuze Monitor 2012. Interesse en voorkeuren vervolgoopleiding en beroepskeuze van middelbare scholieren in Nederland. Rapport t.b.v. ministerie van VWS*.

pulariteit van zorgstudies is dat jongeren - na twee recessies op rij - zorg zien als een relatief veilige haven.¹

De belangrijkste vorm van intransparantie blijft daarmee het naar verhouding slechte werkgeversimago van een aantal branches binnen zorg en WJK, zoals de ouderenzorg en gehandicaptenzorg, ten opzichte van andere branches, zoals de ziekenhuiszorg, GGZ en jeugdzorg. Hierbij moet aangetekend worden dat het werkgeversimago niet alleen afhankelijk is van de branche als geheel, maar ook in sterke mate bepaald wordt door de individuele werkgever. De laatste jaren zijn organisaties uit verschillende branches (thuiszorg, gehandicaptenzorg, GGZ) hoog geëindigd in onderzoeken naar de beste werkgevers van Nederland van Randstad en Intermediair/Effectory.²

2.4.3 Door werkgevers ervaren knelpunten

Ter afsluiting van deze discrepantieanalyse geeft tabel 2.2 de vijf door werkgevers in zorg en WJK in 2013 als belangrijkste ervaren knelpunten weer (en vergeleekt deze met de top vijf uit 2009 en 2011). De top vijf bevat discrepanties van zowel kwantitatieve als meer kwalitatieve aard. Intransparanties maken geen deel uit van de top vijf.

Tabel 2.2 Top 5 van als belangrijkste ervaren knelpunten in de sector zorg en WJK, in % van aantal concerns dat betreffende knelpunten ervaart, 2009-2011-2013

Zorg	2013	2011	2009
1. Vergrijzing van het personeel	46	48	51
2. Beheersing van de werkdruk	42	52	54
3. Het aantrekken van (nieuw) personeel	38	42	60
4. Onvoldoende beschikbaar personeel a.g.v. verlof/vakanties	31	35	47
5. Ziekteverzuim en/of WAO-instroom	30	-	-
<i>WJK</i>			
1. Afscheid nemen van boventallig personeel	38	38	-
2. Loonkosten	37	29	27
3. Beheersing van de werkdruk	33	47	37
4. Inzetbaarheid van het personeel	26	-	-
5. Vergrijzing van het personeel	23	30	24

Bron: Panteia (2013). *Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013*.

In zorg wordt het aantrekken van nieuw personeel door werkgevers steeds minder als knelpunt ervaren, terwijl dit in 2009 nog het belangrijkste knelpunt was. In de zorgbranches is het aantrekken van nieuw personeel in 2013 nog wel een belangrijk knelpunt, maar komt nu na vergrijzing en beheersing van de werkdruk pas op de derde plaats. Nieuw in de top vijf is ziekteverzuim en/of WAO-

¹ Artikel 'In de zorg zijn nog banen: zorgstudies ongekend populair', OP: *intermediair.nl*, 7 augustus 2013.

² Zie onder meer: *intelligence-group.nl*; Randstad (2012). *Employer Branding. Perception being reality. Rapport Nederland*; Randstad (2013). *Employer Branding. Perception being reality. Rapport Nederland*; *beste-werkgevers.nl*; Intermediair (2013). *Intermediair Imago Onderzoek 2013*.

instroom. Dit is opmerkelijk, omdat het ziekteverzuim in zorg medio 2013 een historisch laag niveau bereikte. Een mogelijke verklaring is het tijdstip van de enquête – begin 2013 – toen het ziekteverzuim tijdelijk negatief beïnvloed werd door de effecten van de toenmalige griepgolf. Dit kan het beeld hebben vertekend.

In de WJK branches is in 2013 het afscheid nemen van boventallig personeel voor werkgevers het belangrijkste knelpunt. In 2011 was dat nog beheersing van de werkdruk, dit knelpunt staat nu op een derde plaats. Verder worden loonkosten in de WJK steeds belangrijker als knelpunt (nu op plaats 2). Nieuw in de top vijf is de inzetbaarheid van personeel.

De tabel laat ook zien dat in zorg in het algemeen vaker knelpunten worden ervaren dan in WJK. Vergeleken met de peiling in 2011 ervaren werkgevers in zorg over de gehele linie minder vaak knelpunten. Wat WJK betreft, valt in vergelijking met de vorige peiling naast het veel vaker ervaren van problemen met de loonkosten vooral het minder vaak beleven van problemen met beheersing van de werkdruk en vergrijzing van het personeel op.

2.5 Conclusie arbeidsmarktdiagnose

Trendbreuk in de ontwikkeling van de werkgelegenheid

Er is sprake van een trendbreuk binnen de sector zorg en WJK. Om de kwaliteit nu en in de toekomst te waarborgen, kunnen de kosten voor zorg en welzijn niet meer (onbeperkt) toenemen. Centraal staan op dit moment de aankomende stelselwijzigingen in de langdurige zorg, de decentralisatie van de jeugdhulp en de bereikte onderhandelingsresultaten in de cure. Gemeenten worden verantwoordelijk voor delen van de thuiszorg, GHZ, GGZ en jeugdzorg gericht op ondersteuning van burgers. Ook aan verzekeraars worden nieuwe taken toebedeeld, waaronder de nieuwe aanspraak verpleging en verzorging thuis en langdurige GGZ. De intramurale verpleeghuiszorg en de langdurige gehandicaptenzorg worden gefinancierd via de nieuwe Wlz.

De ontwikkeling van de werkgelegenheid stagneert

Door de beleidswijzigingen neemt de werkgelegenheidsgroei af. De totale werkgelegenheid in de sector neemt niet langer elk jaar toe. Tot 2015 is zelfs sprake van een daling. Daarna is een beperkte stijging te verwachten.

Een afname van de werkgelegenheid geldt voor de V&V, GHZ, GGZ (curatief en langdurig) en jeugdzorg. Voor de thuis- en wijkverpleging is echter sprake van een toename van de werkgelegenheid. De gevolgen van beleidswijzigingen voor ziekenhuizen en overige zorg zijn vooralsnog relatief beperkt. Naar verwachting zet in de WMD de daling van de werkgelegenheid van de laatste jaren verder door. In de kinderopvang is na enkele jaren van bezuinigingen weer sprake van meer overheidsbudget. Of dit leidt tot een stabilisatie in de sector is nog ongewis. Het aantal faillissementen stijgt nog en de effecten van de bezuinigingen werken mogelijk nog langer door.

Nieuwe organisatie van zorg en welzijn beïnvloedt aard en omvang van de werkgelegenheid

De sturing in zorg en WJK komt in het nieuwe beleid in toenemende mate in handen van (vooral) gemeenten en verzekeraars. De beleidskeuzes die deze maken en de manier waarop deze de sector aansturen, bekostigen en contracteren

is een steeds belangrijkere factor voor de kwantiteit en de gevraagde kwaliteit van de werkgelegenheid. Bovendien kunnen regionale verschillen ontstaan.

In het nieuwe beleid ligt de nadruk meer op preventie, zelfredzaamheid en samenwerking. In de care krijgt dit mede vorm door zorg lokaal (in de wijk) te organiseren en een meer generalistische aanpak te hanteren. Extramuralisatie is een belangrijk onderdeel van het beleid. Voor de cure is sprake van een beperking van de uitgavengroei en concentratie van de complexe medisch-specialistische zorg, een verschuiving van tweedelijns- naar eerstelijnszorg en een verschuiving van eerstelijnszorg naar zelfzorg.

Van personeelstekorten naar overschotten

Begin 2013 waren er alleen in een deel van de WJK en de GGZ (verwachte) overschotten van personeel. In de loop van 2013 is dat beeld veranderd. Vrijwel alle branches verwachten de komende jaren te maken te krijgen met personeeloverschotten. Uitzonderingen zijn thuiszorgverpleging, verpleeghuiszorg en overige zorg. De verwachte overschotten zijn het grootst in 2015.

De vraag naar personeel is naar verwachting kleiner dan het (nieuwe) aanbod vanuit het onderwijs en andere sectoren of vanuit inactiviteit. Hoewel minder belangrijk, speelt hierbij ook de latere uittredeleeftijd van het personeel als gevolg van pensioenhervormingen een rol. Naarmate (bij gelijk blijvende uitstroom) de zij-instroom vermindert ten opzichte van de situatie voor de trendbreuk, is er meer ruimte voor arbeidsmarktinstroom vanuit het onderwijs en kunnen overschotten verminderen.

Grotere dynamiek en andere competenties

De stelselwijzigingen leiden bovendien tot verschuivingen in de vraag tussen aanbieders en daardoor tot verschuivingen van personeel tussen zorgaanbieders. Geschat wordt dat alleen al in de langdurige zorg 200.000 werknemers te maken krijgen met een verandering van baan. De inhoud van het werk verandert, ook voor werknemers die dezelfde baan houden. Daarvoor zijn andere competenties nodig, in de sfeer van coördinatie, coaching/begeleiding, teamwork, zelfstandigheid, e.d.

Onzekerheid

Er ontstaan nieuwe kansen. Maar er ontstaat ook veel onzekerheid. Dat komt mede doordat er nog geen duidelijkheid bestaat over de precieze invulling van het lokaal door gemeenten in te zetten beleid en over het tijdstip waarop gemeenten de regie voor de verschillende onderdelen van de zorg overnemen. Die onzekerheid raakt velen, met name in de WMO en in de eerstelijnszorg.

Uitdagingen voor het arbeidsmarktbeleid

De belangrijkste uitdagingen voor het arbeidsmarktbeleid in zorg en WJK de komende jaren zijn de volgende:¹

Anticiperen op onzekerheid

Voor instellingen is de centrale vraag hoe in te spelen op de stelselwijzigingen. Van belang is frictiekosten, waaronder gedwongen ontslagen, zoveel mogelijk te

¹ Een analyse van de sterktes en zwaktes van en kansen en bedreigingen voor de arbeidsmarkt in zorg en WJK is opgenomen in bijlage 5.

beperken. Vanwege de hierboven beschreven onduidelijkheid is nog niet goed in te schatten welke kwalificaties wel of niet meer nodig zijn, hoeveel ontslagen nodig zijn, hoe innovatie vorm kan krijgen en welke medewerkers daarvoor nodig zijn. Er is een sense of urgency nodig, maar tevens is het van belang onnodig hard ingrijpen te voorkomen.

Mobiliteit van werknemers

Vanwege de verwachte verschuivingen is mobiliteit van werknemers belangrijk. Een deel van de zittende werknemers beschikt niet over de in de toekomst benodigde competenties. Sommigen krijgen een andere positie binnen de instelling of bij een andere instelling. Op dit moment is de mobiliteit op de arbeidsmarkt in zorg en WJK nog beperkt. De uitstroom is afgenomen. Werknemers durven niet van baan te veranderen. Men is vaak nog afwachtend en weinig gericht op de eigen loopbaanontwikkeling. Een star personeelsbestand verhoogt de frictiekosten voor een instelling. Met het oog hierop zetten instellingen onder meer in op tijdelijke en flexibele contracten. Voor de betreffende werknemers is dat een echter weinig aantrekkelijke oplossing. Een belangrijke uitdaging voor werkgevers is dan ook de vraag hoe de mobiliteit te bevorderen.

Bestaande werknemers versus kansen voor nieuwe instroom

Een belangrijk dilemma is de keuze voor nieuwe (vaak jonge) of zittende (doorgaans oudere) werknemers.

Voor een deel van de recent gediplomeerden is door de werkgelegenheidsdaling in zorg en WJK het baanperspectief verminderd. Dat geldt overigens niet voor alle opleidingen: perspectieven voor verpleegkundigen en artsen zijn bijvoorbeeld goed. Recent gediplomeerden van andere zorg en WJK opleidingen die een baan vinden, stromen vaak in op een tijdelijk contract. Zeker in 2015 lopen ze het risico dat dit contract niet wordt bestendigd.

Tegelijkertijd ontstaan door verschuivingen ook kansen en nieuwe functies. Wanneer die liggen bij organisaties die zelf ook te maken hebben met overschotten, dan staan deze voor het dilemma van de keuze tussen nieuwe instroom versus bestaande medewerkers. Bij deze keuze spelen naast maatschappelijke verantwoordelijkheid als werkgever en potentiële frictiekosten ook de specifieke inhoud van een functie een rol. Wanneer veel organisaties (noodgedwongen) kiezen voor bestaande medewerkers – al dan niet na om-, her- of bijscholing – nemen de baankansen van recent gediplomeerden af. Dat is slecht voor het werkgeversimago van de sector en vergroot de kans op varkenscyclus-effecten. Wanneer echter teveel instellingen kiezen voor instroom van recent gediplomeerden, is dat van negatieve invloed op de arbeidsmarktpositie van oudere werknemers. Hun kansen op het baanbehoud nemen dan sterk af. Eenmaal zonder werk, komen oudere werkzoekenden ook nog eens heel moeilijk aan een andere baan. Instellingen moeten in dezen dus een goede afweging maken tussen enerzijds instroom van (jonge) recent gediplomeerden en behoud van (oudere) zittende werknemers.

Hogere versus lagere niveaus

Naar verwachting neemt in zorg en WJK de vraag naar hoger gekwalificeerd personeel toe ten koste van de lagere kwalificatieniveaus. Zeker op de lagere mbo-niveaus (niveau 1 en 2) nemen de kansen op (behoud van) werk af. Het betreft hier een groep waarvoor weinig alternatieven op de arbeidsmarkt zijn te verwachten. Voor gemeenten en Rijk dreigt hiermee de situatie dat (gedwongen) ontslagen in zorg en WJK elders op de begroting (uitkeringen) neerslaan. Als die effecten groter zijn dan bij het Regeerakkoord voorzien, dan kan hierdoor de

speelruimte van gemeenten en Rijk afnemen. Wellicht biedt voor een deel van deze groep werknemers de particuliere markt soelaas. Ook bestaat de kans dat huishoudelijke hulpen kiezen voor het informele circuit. Belangrijk dilemma voor de sector is daarmee enerzijds te werken aan de perspectieven van lager opgeleide werknemers en tegelijkertijd de juiste mensen weten te vinden voor de invulling van nieuwe taken.

Verandering van competenties

Aan medewerkers worden ook in termen van specifiek (beroeps)competenties steeds hogere eisen gesteld. Overal, maar met name in een extramurale setting in zelfsturende (wijk)teams, zijn meer competenties nodig gericht op coaching, samenwerking en zelfstandigheid. Ondanks overschotten, kunnen er voor specifieke competenties en kwalificaties bij instellingen tekorten ontstaan.

Tijdelijkheid, behoud voor de toekomst

Op enig moment in de toekomst is het toch weer nodig dat de financiering en de werkgelegenheid van zorg en WJK enigszins meegroeien met de door de vergrijzing toenemende zorgvraag. Bovendien moet de bulk van de uittrede van de babyboomers nog komen. Dan is wel weer sprake van een aanzienlijke vraag naar personeel en mogelijk brede tekorten. Een belangrijk dilemma is dan ook om medewerkers op de langere termijn te behouden voor de sector.

3 Oplossingen voor arbeidsmarktdiscrepanties in zorg en welzijn

3.1 Introductie

Uit de diagnose komen in hoofdlijnen twee soorten discrepanties naar voren die de komende jaren dominant zullen zijn op de arbeidsmarkt van zorg en WJK:

1. Overschotten aan personeel (als gevolg van de hervormingen en bezuinigingen)
2. Tekorten aan medewerkers met bepaalde competenties dan wel het ontbreken van bepaalde competenties bij zittende werknemers (door specifieke omstandigheden, bijvoorbeeld substituties/taakverschuivingen als gevolg van de stelselwijzigingen en beleid van stakeholders).

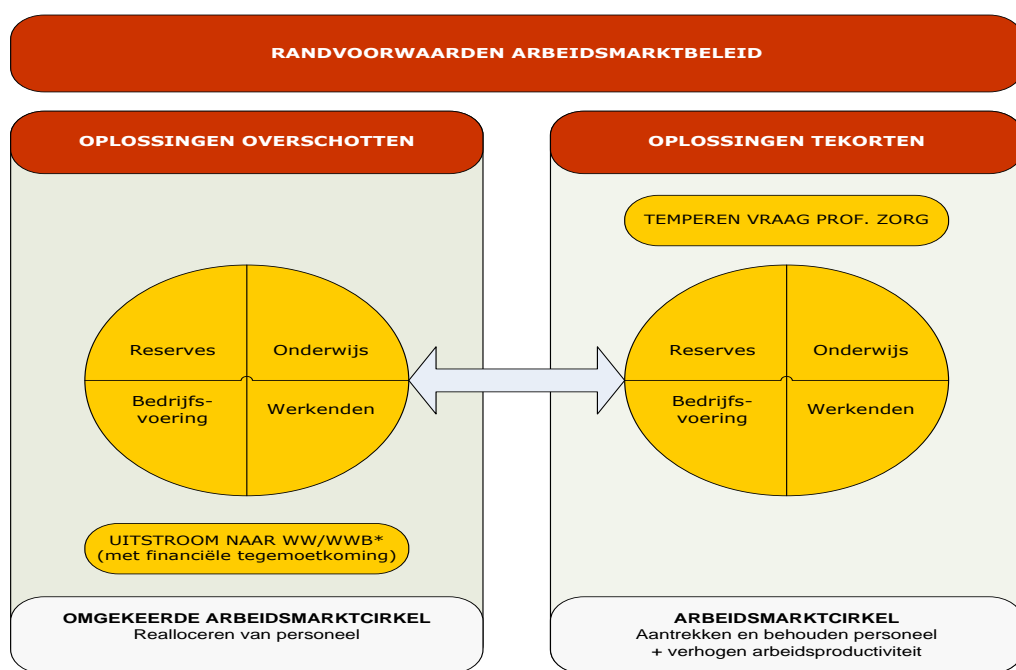
Voor één en dezelfde branche is naar verwachting vaak tegelijkertijd sprake van overschotten en specifieke tekorten, bijvoorbeeld een overschot aan zorgverleners en een tekort aan wijkverpleegkundigen in de VVT.

Op langere termijn dreigen mogelijk weer bredere tekorten aan personeel in zorg en welzijn (als gevolg van de vergrijzing en de toename van de zorgvraag).

De komende tijd zullen instellingen, brancheorganisaties, vakbonden en overheid oplossingen moeten zien te vinden voor de eerstgenoemde twee discrepanties, vaak in combinatie met elkaar. Tevens zullen betrokken partijen de bredere, toekomstige tekorten en de effecten van de oplossingen voor de lange termijn in het oog moeten houden.

Als kader voor het benoemen van oplossingsrichtingen voor de discrepanties dient in dit integrerend rapport weer de zogeheten Arbeidsmarkt-cirkel. Deze onderscheidt oplossingen in de sfeer van onderwijs, werkenden, reserves en bedrijfsvoering. Daarenboven biedt de cirkel ruimte aan meer algemene, strategische oplossingsrichtingen (temperen zorgvraag, randvoorwaarden arbeidsmarkt-beleid). Van de Arbeidsmarkt-cirkel bestaan twee varianten: één gericht op personeelstekorten en één gericht op personeeloverschotten.

Figuur 3.1 'Metamodel' oplossingen voor discrepanties arbeidsmarkt zorg en WJK



**Ultimum remedium/ongewenste oplossingsrichting*

Bron: Panteia.

De twee cirkels staan niet los van elkaar. Deels is sprake van 'communicerende vaten'. Zo is er een aantal oplossingsrichtingen die specifiek gericht zijn op het aan elkaar matchen van personeeloverschotten en -tekorten (bijvoorbeeld poolvorming, mobiliteitscentra, (grens)pendel, bemiddeling van WW-ers, et cetera).

Bovenstaande figuur laat zien dat niet alleen beleid gericht op overschotten en tekorten de werking van de arbeidsmarkt in zorg en WJK kan verbeteren, maar dat het ook van belang is de goede organisatorische en financiële randvoorwaarden, voor zowel oplossingen voor overschotten als voor tekorten, te creëren. Discrepanties moeten op de korte termijn worden opgelost, zonder dat daardoor de effecten van de oplossingen voor de lange termijn uit het oog worden verloren.

De volgende paragrafen gaan daarom achtereenvolgens in op:

- Organisatie van en randvoorwaarden voor adequaat arbeidsmarktbeleid (paragraaf 2.2)
- Oplossingen voor personeeloverschotten (paragraaf 2.3)
- Oplossingen voor personeelstekorten (functies, competenties binnen functies) (paragraaf 2.4).

Elk van de paragrafen wordt afgesloten met een korte samenvattende paragraaf met de belangrijkste conclusies. Aan het eind van het hoofdstuk volgt een slotconclusie.

In de huidige situatie biedt niet elk segment van de Arbeidsmarkt cirkel oplossingsrichtingen die aansluiten op de huidige arbeidsmarktdiscrepanties en de kansen die de arbeidsmarkt nu biedt. Waar soorten oplossingsrichtingen niet relevant zijn, zijn ze hieronder in de analyse weggelaten.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van welke oplossingsrichtingen er allemaal zijn. Het aantal daarvan is groot. Daarbij is het niet mogelijk steeds alle politiek-bestuurlijke en beleidsmatige overwegingen te benoemen. De inhoud van de tekst is voor rekening van de onderzoekers.

3.2 Organisatie en randvoorwaarden arbeidsmarktbeleid

Deze paragraaf stelt de organisatie van en de randvoorwaarden voor arbeidsmarktbeleid in zorg en WJK centraal. Daarbij gaat het allereerst om de organisatorische randvoorwaarden voor een adequaat arbeidsmarktbeleid in de sector in algemene zin. Meer specifiek zijn op dit moment de strategische besluiten over de inzet van financiële middelen in het kader van de sectorplannen relevant.

Temperen van de vraag naar zorg

Een bijzondere randvoorwaardelijke categorie wordt in deze paragraaf niet verder behandeld: dat is het temperen van de vraag naar zorg. Het huidige beleid richt zich er op zorg en WJK anders in te richten: meer nadruk op preventie, meer zelf- en samenredzaamheid; werken met mantelzorg en inzet van vrijwilligers. Daarmee is de groeiende zorgconsumptie (enigszins) af te remmen. De relatie hiervan met het arbeidsmarktbeleid kent diverse aspecten:

- Ten eerste is het inderdaad een randvoorwaarde: zonder dergelijke maatregelen is het waarschijnlijk dat er meer druk op het werk van professionals komt en dat er op het gebied van inzet van het personeel verdere aanpassingen nodig zijn. Dit aspect is vanuit arbeidsmarktperspectief echter minder relevant om hier te beschrijven, want de wijze van organisatie van het temperen van de vraag naar zorg ligt buiten het arbeidsmarktdomein.
- Ten tweede betekent minder vraag naar zorg ook minder vraag naar arbeid. Op de korte termijn vergroot dat personele overschotten, terwijl het op de middellange termijn mogelijk juist een oplossing voor personele tekorten is. Hier ligt vooral een relatie met de wijze waarop de invloed van de stelselwijzigingen al in de diagnose is beschreven.
- Ten derde worden de mantelzorgers en vrijwilligers, meer dan nu al het geval is, onderwerp van het personeels- en opleidingsbeleid. Dit rapport gaat echter over de positie van de professionals in de sector.
- Ten slotte stelt een andere inrichting van zorg en welzijn ook andere eisen aan medewerkers (en daarmee ook aan de beroepen- en onderwijsstructuur). De medewerker moet meer aansluiten op de eigen kracht en de sociale omgeving van de cliënt. Op dit punt is er een duidelijke samenhang met de te kiezen oplossingsrichtingen die hieronder beschreven worden. Het element van de andere inrichting van zorg en welzijn keert hierin dan ook regelmatig terug.

3.2.1 Algemene randvoorwaarden voor arbeidsmarktbeleid

Organisatorische randvoorwaarden voor adequaat arbeidsmarktbeleid zorg en WJK	Structurele vormen van overleg en samenwerking (zowel intra- als intersectoraal)
	Sense of urgency
	Voldoende (financiële, organisatorische, personele) middelen voor arbeidsmarktbeleid
	Gezamenlijke arbeidsmarktagenda (regionaal en per branche)
	Strategische personeelsplanning op instellingsniveau
	Arbeidsmarktonderzoek en evaluatie van arbeidsmarktmaatregelen
	Disseminatie en mainstreaming

In principe stelt een situatie van personeelsoverschotten dezelfde soort randvoorwaarden aan arbeidsmarktbeleid als een situatie van personeelstekorten:

- Het belangrijkste verschil is het naar verhouding grotere belang van *intersectorale samenwerking*. Een deel van het overcomplete personeel is op andere sectoren dan zorg en WJK aangewezen. Niet alleen is het zaak daartoe samen te werken met kansrijke sectoren, maar ook met intermediaire organisaties als uitzend- en outplacementbureaus (soms zijn dat dezelfde organisaties) en mogelijk ook met UWV en de centrumgemeenten die het arbeidsmarktbeleid regionaal trekken. Omgekeerd kan het ook nodig zijn met andere sectoren te overleggen over de mogelijke instroom van personeel waaraan binnen zorg en WJK tekorten ontstaan. Op regionaal niveau is het bovendien een optie niet alleen te praten met andere sectoren, maar ook bijvoorbeeld met organisaties in de sfeer van regio-marketing. Er ligt immers een gezamenlijk belang bij een goed imago van de regio (met name om hoger opgeleiden van buiten de regio te boeien en binden) en voldoende emplot binnen en buiten de sector. Bij het laatste gaat het erom dat andere sectoren werk moeten bieden aan partners van werknemers in zorg en WJK, terwijl zorg en WJK omgekeerd voor banen zorgen voor partners van hooggekwalificeerde medewerkers uit andere sectoren.
- Daarnaast blijft *intrasectoraal overleg/samenwerking* op landelijk, regionaal en lokaal niveau van belang (binnen het werkveld, binnen het onderwijsveld en tussen het werkveld en het onderwijsveld); dit om mogelijkheden binnen de sector (en tussen de branches) te blijven verkennen, om de stromen binnen het onderwijs af te stemmen en om gezamenlijk kansen in andere sectoren te verkennen. Dit is ook van belang om de gevolgen van veranderingen tussen en binnen functies goed in kaart te brengen en te voorkomen dat daardoor in een algemene overschotsituatie alsnog specifieke tekorten ontstaan. Voorbeelden van relevante gremia zijn onder meer de regionale werkgeversverbanden in het kader van RegioPlus, het sectoraal adviescollege hoger gezondheidszorgonderwijs¹ en de regionale samenwerkingsverbanden tus-

¹ Hbo-opleidingen in de zorg hebben via het sectoraal adviescollege hoger gezondheidszorgonderwijs regelmatig contact met het werkveld en beroepsorganisaties. Via dit adviescollege, georganiseerd door de Vereniging Hogescholen, voeren werkgeversorganisaties, werknemersorganisaties en onderwijspartijen overleg over onder andere stageplaatsen, de inhoud van de gezamenlijke competentieprofielen en een goede aansluiting op de beroepspraktijk. Zie: Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Visie op de arbeidsmarkt in de zorg en ondersteuning*.

sen ondernemers in de kinderopvang en mbo- en hbo-instellingen.¹ Gezamenlijk kan onder meer de aandacht uitgaan naar het in stand houden van opleidingen en stageplaatsen die door (tijdelijke) overschotten onder druk kunnen komen te staan.

- Op sectoraal en/of regionaal niveau zijn ook *strategische besluiten over de inzet van middelen*, zoals die in het kader van de *sectorplannen*, van belang. Op de sectorplannen wordt hieronder afzonderlijk ingegaan.
- *Sense of urgency*. Regionaal blijkt de belangstelling van bestuurders van instellingen voor de toekomstige arbeidsmarkt-/personele ontwikkeling in de sector sterk uiteen te lopen. Wat betreft het nemen van besluiten en het voeren van beleid geldt natuurlijk dat de instellingen in de sector sterk afhankelijk zijn van derden (bijvoorbeeld gemeenten) en politieke ontwikkelingen. Sommige besturen wachten af tot er meer duidelijkheid is over de gevolgen van de stelselwijzigingen en andere beleidsmaatregelen, anderen reageren juist zeer snel, met ontslagen. Zowel een te lage als een te hoge sense of urgency kan averechts uitpakken voor de regionale arbeidsmarkt, voor instellingen en voor de werknemers in de sector. Het is zaak in *de regio of branche* snel *scenario's* te verkennen en die steeds als leidraad te nemen voor verdere beslissingen over de aanpak van dreigende arbeidsmarktproblemen (opties staan verderop in dit hoofdstuk).

Naast aandacht voor de ontwikkeling van scenario's is het van belang om op instellingsniveau goed inzicht te hebben in *strategische personeelsplanning* (SPP). Veel regionale werkgeversverbanden, brancheorganisaties en A&O fondsen ondersteunen hun leden bij het ontwikkelen en uitvoeren van beleid op dit gebied. Daarmee neemt het aantal instellingen met SPP geleidelijk toe. Er zijn echter ook nog steeds de nodige instellingen die niet of nauwelijks aan SPP doen. Argument is vaak dat door de aanstaande stelselwijzigingen de situatie toch onzeker blijft. Juist in zo'n onzekere situatie is het nodig inzicht in personele ontwikkelingen te hebben, om bij veranderingen snel te kunnen schakelen. Kennis over de personele ontwikkeling vanuit SPP maakt het ook beter medewerkers van de noodzaak van bepaalde maatregelen te overtuigen.

- Gedegen (landelijk en regionaal) *arbeidsmarktonderzoek* ter onderbouwing van de gezamenlijke sectorale arbeidsmarktagenda (landelijke en regionale arbeidsmarktanalyses en toekomstscenario's) en een goede *evaluatie* van arbeidsmarktmaatregelen kunnen daarin ook een rol spelen. Specifiek probleem voor het evalueren van interventies op de arbeidsmarkt in zorg en WJK is dat het in het algemeen lastig is het netto-effect ervan vast te stellen.²

¹ Er zijn 20 regionale samenwerkingsverbanden tussen ondernemers in de kinderopvang en het beroepsonderwijs. De financiële ondersteuning hiervan vanuit Bureau Kwaliteit Kinderopvang (BKK) is eind 2013 gestopt. FCB geeft in 2014 een financiële stimulans voor de voorzetting van de samenwerkingsverbanden. Zie: FCB (2014). *Stimulans voortzetting regionale samenwerkingsverbanden*.

² Dit blijkt ook uit haalbaarheidsonderzoek in het kader van het onderzoeksprogramma AZW dat de (on)mogelijkheden van evaluatie van arbeidsmarktmaatregelen in de zorgsector nader onder de loep heeft genomen. Daaruit komt naar voren dat op de korte termijn van slechts een klein deel van de arbeidsmarktmaatregelen die momenteel in de zorgsector worden toegepast een duidelijk beeld is te verkrijgen van de kwantitatieve effecten. Op langere termijn is een groter deel hierop evalueerbaar, maar doordat de invloed van externe factoren zich dan doet gelden zal de betrouwbaarheid van effectmeting ook in die gevallen beperkt zijn. In het algemeen geldt hierbij dat de datavoorziening verbeterd moet worden om effectmeting daadwerkelijk mogelijk te maken. Zie Panteia, Etil en SEOR (2013). *Effectmeting van arbeidsmarktmaatregelen in de zorgsector. Een haalbaarheidsstudie*.

- Ten slotte is het overzetten van succesvol gebleken oplossingen voor arbeidsmarktproblemen (good practices) en de lessen van mislukkingen (bad practices) van de ene naar de andere plek (*disseminatie en mainstreaming*) van belang.¹ Websites van instanties als de A+O-fondsen in zorg en WJK en van programma's als *In voor zorg (& ondersteuning)* spelen hierin een ondersteunende rol.

3.2.2 Sectorplannen

Eén van de uitkomsten van het Sociaal Akkoord van april 2013 is dat het kabinet middelen beschikbaar stelt voor cofinanciering van sectorplannen. Het gaat primair om ondersteuning bij inspanningen om mensen die hun baan dreigen kwijt te raken via (inter-)sectorale mobiliteit en scholing aan de slag te houden. Ook het bieden van kansen aan mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt kan rekenen op steun, evenals het bieden van kansen aan jongeren om werkervaring op te doen. Daarnaast moeten sectorplannen bijdragen aan duurzame inzetbaarheid van werknemers en een betere werking van de arbeidsmarkt binnen en/of tussen sectoren, ook op langere termijn. De sectorplannen bieden hiermee een financiële impuls voor de meeste van de verder in dit rapport genoemde oplossingen.

Eind 2013 zijn voor de eerste tranche op landelijk niveau sectorplannen ingediend door de branches VVT (ActiZ), gehandicaptenzorg (StAG) en WJK (FCB). In deze sectorplannen ligt het accent vooral op mobiliteit (intern en extern, inclusief VWNW-trajecten) en (om-, bij- en op)scholing. De aanpak verschilt per branche. Daarnaast is voor de eerste tranche door zes regionale werkgeversverbanden een plan ingediend. Het betreft de regionale werkgeversverbanden ZorgZijn-werkt (Haaglanden en Nieuwe Waterweg Noord), Transvorm (Noord-Brabant), Utrechtzorg (Utrecht) en Zorg en Welzijn (Twente). Andere regio's zijn bezig met de ontwikkeling van plannen en zullen deze indienen voor de tweede tranche. Dit geldt bijvoorbeeld voor ZorgpleinNoord (Groningen/Drenthe) en Sibra (Groot-Amsterdam en Zaanstreek/Waterland). Er zijn daarentegen ook regio's die geen sectorplan in gaan dienen; onder meer omdat zij problemen voorzien met de cofinanciering.

Wanneer het Agentschap SZW een sectorplan honoreert, is het nodig, met cofinanciering, projecten vorm te geven. De plannen voor WJK zijn inmiddels goedgekeurd.

3.2.3 Conclusie

Voor instellingen in zorg en WJK is het, om bij veranderingen in de nabije toekomst snel te kunnen schakelen, van belang goed inzicht te hebben in de persoonlijke ontwikkeling (SPP) op basis van plausible scenario's. Juist in een situatie van onzekerheid over de effecten van de stelselwijzigingen en andere ontwikkelingen in de sector is dat van groot belang. Adequaar arbeidsmarktbeleid in zorg en WJK vraagt verder om (structurele vormen van) overleg en samenwerking,

¹ Een voorbeeld hiervan is het overnemen van de aanpak van Buurtzorg Nederland (zelfsturende wijkteams van verpleegkundigen in de thuiszorg) door andere thuiszorginstellingen. Ook het toepassen van de aanpak door Buurtzorg Nederland in andere branches (huishoudelijke zorg, jeugdzorg, GGZ) valt hieronder, evenals de navolging van de Buurtzorg aanpak in andere landen (zoals bijvoorbeeld Zweden en de VS). Zie: Panteia (2013). *Creation and development of jobs in care and support services for adults with disabilities or health problems. Country report on the Netherlands.*

zowel intra- als intersectoraal. Het is zaak ook per regio of branche scenario's te verkennen en op basis daarvan besluiten te nemen. In zowel scenariovorming als SPP kunnen arbeidsmarktonderzoek en evaluatie een rol spelen. Ten slotte is disseminatie en mainstreaming van succesvol gebleken oplossingen voor arbeidsmarktproblemen van belang.

Momenteel bieden de sectorplannen mogelijkheden voor intensivering van het arbeidsmarktbeleid in zorg en WJK. Eind 2013 hebben de branches VVT, gehandicaptenzorg en WJK en enkele regionale werkgeversverbanden een aanvraag ingediend. Het accent in deze plannen ligt vooral op mobiliteit (intern en extern, inclusief VWNW-trajecten) en (om-, bij- en na)scholing.

3.3 Oplossingsrichtingen voor personeeloverschotten

Op korte termijn zijn in zorg en WJK overschotten aan personeel te verwachten als gevolg van de hervormingen en bezuinigingen. Deze paragraaf beschrijft mogelijke oplossingsrichtingen voor deze personeeloverschotten. Daarbij wordt achtereenvolgens ingegaan op oplossingen in de sfeer van werkenden, onderwijs, reserves en bedrijfsvoering.

3.3.1 Oplossingsrichtingen op het gebied van werkenden in de sector

<i>Oplossingsrichting</i>	<i>Specifieke oplossingen</i>
Beperken van de instroom in arbeidsmarktsegmenten met matige vooruitzichten arbeidsvraag	<ul style="list-style-type: none"> • Minder aantrekkelijk maken van werk (aanpassing van arbeidsvoorwaarden, randvoorwaarden e.d.) • Flexibilisering (inzet van uitzendkrachten, zzp'ers) • Beperking van werving/instroom buitenlandse arbeidsmigranten
Optimaliseren van de inzet van het zittend personeel	<ul style="list-style-type: none"> • Bijscholing/opscholing van werkenden <ul style="list-style-type: none"> • Binnen instelling • Binnen branche • Binnen subsector • Binnen sector • Aanpassen van arbeidsduur (korter werken) <ul style="list-style-type: none"> • Verkorting van contractuele arbeidsduur • Short-time work arrangements (werktijd-verkorting, deeltijd-ww e.d.) • Verbreding van inzetbaarheid van werknemers (binnen instelling, binnen branche/sector, buiten branche)
Opvang van (tijdelijke) personeeloverschotten	<ul style="list-style-type: none"> • Interne poolvorming (intern uitzendbureau, flexpool, invalpool, 0-urenpool etc.) • Collegiale uitleen • Detachering • Externe poolvorming • Banenbehoud door zzp-status
Bevorderen van gewenste uitstroom	<ul style="list-style-type: none"> • Bevorderen bewustwording van belang van mobiliteit • Mobiliteitscentra en vacaturebanken • Interne overplaatsing • Intrasectorale mobiliteit • Meestromen met werk dat naar andere sectoren gaat • Intersectorale mobiliteit (zij-uitstroom naar tekortsectoren) • Omscholing (van groepen die op termijn met ontslag bedreigd worden)

<i>Oplossingsrichting</i>	<i>Specifieke oplossingen</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • VWNW-trajecten (al dan niet met omscholing en/of proefplaatsingen elders) • Bevorderen van vervroegde uittreding van ouderen (zie 'jong voor oud regelingen' in kwadrant Onderwijs) • Sociale plannen • Vacaturestop • Afbouw flexibele schil (uitzendkrachten e.d.) • Niet verlengen van tijdelijke contracten • Niet vervangen bij natuurlijk verloop • Gedwongen ontslag (ultimum remedium)

Oplossingsrichtingen die op dit moment in aanmerking komen om personeelsoverschotten tegen te gaan komen hieronder aan de orde.

Beperken van instroom in arbeidsmarktsegmenten met matige vooruitzichten

Flexibilisering

Instellingen in zorg en WJK houden een flexibele schil aan om veranderingen in de zorgvraag en beleid soepeler op te kunnen vangen. Er zijn daardoor minder gedwongen ontslagen nodig; dit beperkt de kosten voor ontslag en wachtgeldregelingen. De keerzijde is dat er minder zekerheid is van werk en functie-inhoud voor werknemers.

Veel instellingen bieden op dit moment vrijwel alleen nog flexibele dienstverbanden aan. Bij de aanstaande reorganisaties verliezen deze werknemers als eerste hun baan. De verwachting is daarom dat de komende jaren het aantal flexibele medewerkers gaat afnemen. Recent gediplomeerden zijn bijna altijd op een flexibel contract aangenomen. Als ze op enige schaal geen nieuw contract krijgen, kan dit tot ongewenste effecten leiden: een scheve leeftijdsopbouw in instellingen en een tanend imago van zorgopleidingen, wat mogelijk tot varkenscyclus-effecten zou kunnen leiden. Wel betekenen de stelselwijzigingen naar verwachting dat veel mensen van baan moeten veranderen. Dat schept dan weer kansen ook voor recent afgestudeerde flexibele medewerkers bij niet verlengen van een contract elders emplooi te vinden.

Optimaliseren van de inzet van het zittend personeel

Bijscholing/opscholing van werkenden

Bijscholing (in de vorm van – korte en passende - functiegerichte opleidingen) en opscholing (naar mbo- of hbo-diploma's) zijn belangrijke middelen om beleid gericht op personeelsoverschotten en –tekorten te combineren. Overschotten zijn er de komende jaren vooral aan verzorgenden. In de toekomst zijn naar verhouding meer verpleegkundigen nodig. Hoewel niet elke verzorgende daarvoor de capaciteiten heeft, is mogelijk een deel van de verzorgenden op te scholen tot verpleegkundige (mbo-4).

De hervormingen in de langdurige zorg en ondersteuning leiden tot veranderingen in het werk (wijkgericht, integraal werken). Die hebben tot gevolg dat veel medewerkers over meer of andere competenties moeten beschikken. Bijscholing/opscholing kan bijdragen aan de employability van werknemers in zorg en WJK (binnen de instelling, branche, subsector, sector) en daarmee gedwongen ontslagen voorkomen of een vlotte wisseling naar een andere baan bevorderen. Anders dan voorheen heeft een instelling – om reorganisatiekosten te beperken –

er in dit geval belang bij werknemers ook te scholen wanneer juist andere instellingen daarvan profiteren.

De regionale werkgeversverbanden zijn op het terrein van bij- en opscholing van werkenden een belangrijke samenwerkingspartner. Zij kunnen regionaal de zorginstellingen bij elkaar brengen om na te gaan welke scholingsbehoefte bestaat, welk aanbod aan scholing er op de markt is en zo nodig in samenspraak met landelijke partijen en arbeidsmarkt- en opleidingsfondsen een aanvullend en passend scholingsaanbod laten ontwikkelen.¹ Uiteraard vormen – bij honorering – de sectorplannen hierbij een belangrijk financieel vehikel.

Aanpassen van arbeidsduur (korter werken)

Het is een optie werknemers voor een aantal uren in plaats van volledig te ontslaan. In 2012 en 2013 kregen enkele kinderopvangorganisaties in de Randstad daarvoor toestemming van UWV. UWV vond dat *deeltijdontslag* onvermijdelijk was, omdat bij 'gewoon ontslag' onvoldoende met vaste gezichten op de groepen kon worden gewerkt. Deeltijdontslag is en blijft echter een uitzondering op de standaard ontslagprocedure waarbij werknemers volgens het afspiegelingsbeginsel worden voorgedragen voor ontslag. In de kinderopvang waren er echter vaak geen alternatieven meer. Op het hoofdkantoor en bij de groepshulpen zijn veelal reeds ontslagen gevallen. Daarna komen de leidsters aan de buurt. Ouders hechten aan de favoriete leidsters van hun kind. Vallen die weg, dan verdwijnen nog meer klanten.² Deeltijdontslag heeft echter ook nadelen: met deze kleine contracten kan bijvoorbeeld de economische zelfstandigheid van werknemers in gevaar komen. Vakbonden wijzen erop dat de kans bovendien groot is dat men daarna alsnog de baan verliest en dan is de WW-uitkering gebaseerd op een lager inkomen.³ Daarentegen kan, zoals in de kinderopvang al weer voorzichtig het geval is, de werkgelegenheid ook weer aantrekken, waarna de aanstelling qua aantal uren weer kan worden opgewaardeerd. Een garantie voor die opwaardering is er bij deeltijdontslag echter niet.

Een recent artikel in ESB noemt een ander alternatief: *permanente deeltijdontslagregelingen*. Daarmee zijn werkgevers in staat om taken en arbeidsuren uit contracten te verwijderen die door bijvoorbeeld de technologie kunnen worden overgenomen. Taken en uren die niet overbodig zijn geworden, kunnen op deze manier gemakkelijk behouden blijven. Met andere woorden: het permanente deeltijdontslag zorgt ervoor dat technologische vooruitgang niet hoeft te lijden tot volledig baanverlies binnen organisaties.⁴

Er is nog een andere route naar deeltijdontslag, die steeds meer aan populariteit wint. Daarin wordt aan individuele werknemers gevraagd in te stemmen met een *vaststellingsovereenkomst voor minder uren*. Vaak gebeurt dit op basis van 'gedwongen vrijwilligheid'.⁵ Soms ook is er een link met duurzaam inzetbaarheidsbeleid en/of demotie. Een al toegepaste optie is bijvoorbeeld (oudere) werknem-

¹ ActiZ (2013). *De transitieagenda. Voorwaarden om een verantwoorde transitie en transformatie van de langdurige zorg te realiseren*.

² Artikel 'UWV ondersteunt deeltijdontslag kinderopvang', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 7 december 2012; *lexsigma.nl/kinderopvang*; Artikel 'Deeltijdontslag onvermijdelijk?', IN: *Nieuwsbrief Brancheorganisatie Kinderopvang*, nr. 83, 21 februari 2013; Artikel 'Halve baan beter dan geen baan?', IN: *De Volkskrant*, 18 december 2013.

³ Artikel 'Vakbond vindt deeltijdontslag onwenselijk', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 22 juli 2013'.

⁴ Artikel 'Arbeidsmarkt van de toekomst vraagt om structureel deeltijdontslag', IN: ESB, 7 februari 2014.

⁵ Artikel 'Halve baan beter dan geen baan?', IN: *De Volkskrant*, 18 december 2013.

mers de mogelijkheid tot korter werken met een afbouwregeling van het salaris te bieden.

Anders dan bij deeltijd-ontslag bieden *arrangementen om korter te werken*, zoals werktijdverkorting en deeltijd-WW, garanties voor een terugkeer naar de baan in betere tijden.¹ ActiZ pleit voor revitalisering van de deeltijd-WW. Weliswaar wijst onderzoek naar eerdere toepassingen van werktijdverkorting (in de jaren tachtig) en deeltijd-WW (recenter) erop dat het effect op vermindering van de werkloosheid c.q. het behoud van werkgelegenheid in de praktijk beperkt is², maar ActiZ verwacht dat dat nu anders ligt. Een deel van de zorgondernemers in de VVT verwacht na een teruggang in omzet binnen afzienbare termijn weer omzet te gaan herwinnen. Daarom is de kans nu groter dat deeltijd-WW kan bijdragen aan de bekostiging van leegloop en daarmee aan het behoud van vakkrachten.³

Opvang van (tijdelijke) personeelsoverschotten

(Interne en externe) poolvorming

In de zorgsector bestaat reeds een lange traditie van interne pools van werknemers. Het gaat hierbij veelal om oproepcontracten, al dan niet met een minimum aantal uren. In een klein aantal gevallen zitten er uitzendkrachten in de pools. Interne pools bieden instellingen de mogelijkheid fluctuaties in vraag en aanbod op te vangen. Er zitten echter ook haken en ogen aan. De flexpool blijkt lang niet altijd (kosten)effectief te zijn. Zo neemt bijvoorbeeld de coördinatielast toe, is het personeel in de flexpool volgens onderzoek gemiddeld minder gemotiveerd en daardoor lang niet altijd inzetbaar.⁴

Er is in zorg en WJK ook sprake van een groeiend aantal externe flexpools, waarin verschillende instellingen samenwerken. Zo zijn in Groningen/Drenthe in 2013 vier welzijnsorganisaties, ondersteund door ZorgpleinNoord, een gezamenlijke pool van medewerkers (De Pool genaamd) gestart. Op deze manier kunnen de medewerkers aan het werk blijven en verliest de regio hun deskundigheid niet. Als medewerkers uit de pool verdwijnen (bijvoorbeeld door het krijgen van een vaste aanstelling) dan wordt gezamenlijk geworven voor nieuwe kandidaten. In 2014 vindt uitrol plaats naar een pool met brede welzijnswerkers voor de zorg. Binnen deze activiteit wordt onderzocht/ geëxperimenteerd met het soort functies waarin deze uitwisseling het best kan plaatsvinden en welke bijscholing gewenst is. Ook SIGRA wil in het kader van het in ontwikkeling zijnde regionaal sectorplan Zorg Werkt Zeker samen met de gemeente komen tot een arbeidspool.

¹ Deeltijd WW is een tijdelijke maatregel die de minister van SZW kan nemen in tijden van crisis. Bij deeltijd-WW blijft een werknemer volledig in dienst bij zijn werkgever, terwijl het werk tot maximaal de helft van het aantal uren wordt teruggebracht. Voor de niet-gewerkte uren krijgt men een uitkering (WW).

² APE (2012). *Werkt werktijdverkorting? Evaluatie bijzondere werktijdverkorting en deeltijd-WW*.

³ ActiZ (2013). *De transitieagenda. Voorwaarden om een verantwoorde transitie en transformatie van de langdurige zorg te realiseren*.

⁴ T. de Heer en M. Verweij (2011), 'De inzet van de flexpool. Wanneer wel en wanneer niet?', IN: *Zorgmarkt*, 2011, nr. 9.

Mogelijke belemmering voor externe poolvorming is het btw-probleem. Omdat zorginstellingen zelf niet btw-plichtig zijn, kunnen zij de betaalde btw voor uitzendkrachten (waaronder medewerkers van externe pools zijn te rekenen) ook niet terugvragen. Daarmee zijn deze medewerkers 21% duurder dan bijvoorbeeld zzp'ers of medewerkers van interne pools.

Collegiale uitleen/detachering

Een andere mogelijkheid bij (tijdelijke) overcapaciteit is collegiale uitleen (ofwel collegiale samenwerking). Daarbij worden medewerkers van een instelling uitgeleend aan of gedetacheerd bij een andere instelling, waar tekorten zijn. Voordeelen voor de uitlenende instelling zijn onder meer: 1) tijdelijke besparing op loonkosten; 2) behoud van vakmanschap van de medewerker voor de eigen organisatie; 3) besparing op de wervings- en inwerkkosten als de instelling opnieuw personeel nodig heeft; 4) kweken van goodwill onder het eigen personeel (omdat een structurele reorganisatie wordt voorkomen).¹

Mengvormen van poolvorming en collegiale uitleen

Er is ook een mix mogelijk tussen (interne en externe) poolvorming en collegiale uitleen:

- Het door Steunpunt in de Zorg ontwikkelde SAAMFLEX is een digitale portal voor mobiliteit en flexibiliteit van medewerkers in de zorg. Hiermee kunnen instellingen flexpools integreren: intern en met andere zorgorganisaties. Vervolgens kunnen ze hun flexmedewerkers uitwisselen. Het biedt ook de mogelijkheid medewerkers ervaring in andere branches in de zorg op te laten doen.²
- Een ander voorbeeld in dit verband is Flexzorg.net. Via een mobiele applicatie of via het web geeft de zorginstelling de openstaande diensten door aan haar eigen medewerkers, of indien gewenst aan zzp'ers. De meeste klanten van Flexzorg.net hebben een flexpool. Door invoering van Flexzorg.net wordt deze pool vergroot met eigen personeel dat elders in de organisatie werkzaam is. Bij drukte is dan extra capaciteit uit de flexpool te halen.³
- Een relevant voorbeeld uit een andere sector zijn de regionale vervangerspools in het basisonderwijs. Deze pools bestaan vaak uit een kern van vervangers die vast in dienst zijn bij één van de deelnemende instellingen. Bovendien maakt een aantal (recentelijk afgestudeerde) docenten door middel van tijdelijke contracten deel uit van de pools.⁴

In veel gevallen hebben de constructies met collegiale uitleen en flexpools het nadeel dat sprake is van een BTW-vergoeding die de inlener moet voldoen. Hooguit wanneer sprake is van een vorm van uitwisseling waarbij beide gedetacheerde medewerkers in dienst blijven van de eigen instelling is dit probleem te omzeilen. In de meeste gevallen zal echter op enig moment de ene instelling een surplus en de andere een tekort aan (danwel: ruimte voor) medewerkers hebben.

¹ Tjellens.nl/voor-werkgevers/outplacement/collegiale-uitleen.

² Zorgvoorinnovieren.nl/netwerk/innovatie/872/saamflex;

³ Flexzorg.net; Artikel 'Groot besparingspotentieel door flexibel werken', OP: *wgvzorgenwelzijn.nl*, 19 september 2012.

⁴ CAOP (2011). *Verkenning (inter)regionale mobiliteit*.

Banenbehoud door zzp-status

Voorbeelden van banenbehoud door zzp-status zijn onder meer de volgende:

- Facilitair dienstverlener Sodexo is via de LekkerLeven organisatie actief op Wmo-gebied. LekkerLeven werkt samen met een aantal lokale reguliere thuiszorgorganisaties. De afspraak is dat deze zich richten op puur verpleegkundige zorg en LekkerLeven alle andere Wmo-taken doet. LekkerLeven houdt de werkgelegenheid op peil door thuiszorgmedewerkers die hun baan verliezen in te schakelen als zzp-er.¹
- ZorgpleinNoord oppert het idee om boventallig geworden facilitair medewerkers/koks in de intramurale zorg via (scholings)trajecten toe te leiden naar zelfstandig ondernemerschap (bijvoorbeeld het runnen van een eigen restaurant of catering).
- Volgens FCB zijn veel overcomplete pedagogisch medewerkers in de kinderopvang aan de slag gegaan als zzp-ers, vaak bij gastouderbureaus. Door de strenge regelgeving voor kinderopvang is het echter moeilijk om als zelfstandige individueel kinderopvang te verzorgen. Een mogelijk alternatief is onder de paraplu van een franchiseorganisatie te werken.

Bevorderen van gewenste uitstroom

Bevorderen bewustwording van belang van mobiliteit

FCB besteedt in de sectorplannen voor de drie WJK-branches expliciet aandacht aan (voorlichtings)activiteiten gericht op) bewustwording bij werknemers van het belang van duurzame inzetbaarheid en mobiliteit.²

Mobiliteitscentra en vacaturebanken

ActiZ pleit voor *mobiliteitscentra* om in het kader van de hervorming van de langdurige zorg ontslagen medewerkers zo snel mogelijk weer aan een baan buiten de eigen organisatie te helpen. Het ligt voor de hand hierbij aansluiting te zoeken bij de lokale/regionale Servicepunten Zorg en Welzijn.³ In die gevallen dat daar lokaal en regionaal geen bestaande infrastructuur voor aanwezig is, zouden mogelijk afspraken te maken zijn met uitzendbureaus. Verder verkent ActiZ de mogelijkheden voor een landelijke *vacaturebank* om - in samenwerking met bestaande lokale/regionale initiatieven - medewerkers en werknemers snel inzicht te geven in openstaande vacatures.⁴

Op dit terrein is, bijvoorbeeld in Limburg, reeds ervaring opgedaan in de jeugdzorg. Met hulp van de provincie Limburg heeft een aantal Limburgse jeugdzorginstellingen al in 2011 een mobiliteitscentrum ingericht. Dit is een online plat-

¹ Artikel 'Sodexo gaat consumentenmarkt huishulp op', OP: *zorgvisie.nl*, 18 september 2013; *lekkerleven.nl*.

² FCB (2013). *Sectorplan W&MD. Extra inspanningen voor arbeidsmarkt W&MD via Sectorplan*; FCB (2013). *Sectorplan Jeugdzorg. Extra inspanningen voor arbeidsmarkt Jeugdzorg via Sectorplan*; FCB (2013). *Sectorplan Kinderopvang. Extra inspanningen voor arbeidsmarkt Kinderopvang via Sectorplan*.

³ Het UWV en RegioPlus hebben in de periode 2009 - 2011 met ondersteuning van de ministeries van SZW en VWS, een impuls gegeven aan de regionale samenwerking in zorg en welzijn. De financiering vanuit de Impulsregeling is inmiddels beëindigd, maar de netwerken die met behulp van de Impulsregeling zijn ontstaan of versterkt, blijven actief. Zie: *servicepuntzorgenwelzijn.nl*.

⁴ ActiZ (2013). *De transitieagenda. Voorwaarden om een verantwoorde transitie en transformatie van de langdurige zorg te realiseren*.

form waar middels het gebruik van e-portfolio's en mobiliteitscoaches trajecten worden ingezet om mensen uit de jeugdzorg van werk naar werk te begeleiden. Het gaat daarbij met name om (omscholing van) werknemers op hbo-niveau.¹ Mede om te voorkomen dat elke organisatie afzonderlijk een eigen mobiliteitscentrum ontwikkelt, inricht en opzet, verkent Zorg aan Zet in (Zuid) Limburg op dit moment de mogelijkheden van een intrasectoraal regionaal mobiliteitscentrum voor zorg en welzijn. Door samen te werken, is gebruik te maken van de aanwezige expertise, snelheid te maken en professionele invulling te kiezen.

Interne overplaatsing

Een oplossing voor instellingen die een VVT-breed of brancheoverschrijdend aanbod (verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg) hebben is het opzetten van een (tijdelijk) *intern mobiliteitsbureau*. Veel instellingen zijn bezig met dergelijke mobiliteitsbureaus. Een voorbeeld is ZorgAccent in Twente. Via een eigen intern mobiliteitsbureau realiseert men hier een pakket van bij- en nascholing en interne mobiliteit. Naast natuurlijk verloop en een vroege start van het mobiliteitscentrum denkt men door dit pakket de personele problemen (enerzijds overschotten en anderzijds tekorten) te kunnen oplossen.²

Intrasectorale mobiliteit

Bij intrasectorale mobiliteit gaat het om arbeidsmobiliteit *binnen of tussen* de verschillende 'zorg en WJK'-branches. De *Loopbaanwinkel* van de sociale partners in de drie WJK-branches biedt verschillende persoonlijke begeleidingstrajecten aan. De persoonlijke begeleiding richt zich op loopbaanoriëntatie en van werk-naar-werk-trajecten, zowel in groepen als individueel. FCB stimuleert de trajecten met een financiële bijdrage voor werkgevers (Stimuleringsregeling Loopbaanwinkel³). Eind juni 2013 opende FCB ook het *Loopbaanplein* voor werknemers en werkgevers in de WJK branches. Naast de Loopbaanwinkel zijn hier allerhande (gratis) diensten en producten vinden, zoals het E-portfolio, vacaturetools en zelftesten op het gebied van arbeidsontwikkeling.⁴

Werkgevers in de sector zorg en WJK zijn in 2012 gestart met experimentele 'proeftuinen' om de arbeidsmobiliteit van medewerkers te bevorderen. Het gaat om vijf regio's. Elke proeftuin heeft een doorlooptijd van twee jaar. FCB en Regioplus bieden ondersteuning. De resultaten, kennis en ervaringen worden gedeeld met andere organisaties in de sector.⁵ Van de regio Haaglanden zijn tussentijdse resultaten bekend. Met het project *Van kinderopvang naar zorg*, stelt Werkgeversvereniging ZorgZijn Werkt (ex)kinderopvangmedewerkers in de gelegenheid een verkort omscholingsproject in de zorg te volgen met toekomstper-

¹ Wise up verzorgt het projectmanagement. Er wordt samengewerkt met Zuyd-Hogeschool. Zie: NCSI (2012). *Bewegen naar een mobiliteitscultuur. Regionale en sectorale impulsen voor een flexibele en duurzame arbeidsmarkt*.

² Artikel 'Banen op de tocht in de ouderenzorg', IN: *De Twentse Courant Tubantia*, 20 januari 2014.

³ Aanvragen kunnen worden ingediend tussen 15 mei en 30 september 2013. Financiële bijdrage voor individuele begeleiding bedraagt €300,- per kandidaat. Financiële bijdrage voor groepsbegeleiding bedraagt €150,- per kandidaat. Per organisatie is voor maximaal 50 kandidaten in 2013 een financiële bijdrage mogelijk.

⁴ Zie: [Loopbaanwinkel.nl](http://loopbaanwinkel.nl); [Loopbaanplein.fcb.nl](http://loopbaanplein.fcb.nl).

⁵ <http://www.fcb.nl/welzijn/sterker-op-de-arbeidsmarkt/mobiliteit-in-welzijn/innovatieve-projecten>

spectief. In 2013 zijn al 94 (ex) kinderopvangmedewerkers met de verkorte omscholing gestart. Slechts 8 hiervan zijn uitgevallen. De werkgevers zijn erg enthousiast over de leerlingen. Bij een van de organisaties is zelfs een nieuwe naam voor de leerlingen ontstaan; zorgparels.¹ Jarabee maakt onderdeel uit van een proeftuin met 18 zorgaanbieders en de Hogeschool uit de regio Twente. In de proeftuin worden vacatures gedeeld en kunnen werknemers snuffelen bij verschillende werkgevers. Volgens Jarabee is overleg (om naar gezamenlijke oplossingen toe te werken) tot dusverre het belangrijkste resultaat van de proeftuin. Het is een eerste stap naar meer samenwerking, die wellicht noodzakelijk wordt als gevolg van de decentralisatie.

Eind vorig jaar is Calibris in samenwerking met Stichting Kinderopvang Stad Groningen (SKSG) een mobiliteitstraject gestart voor medewerkers die een opleidingstraject naar de zorg wilden volgen. Calibris heeft 10 BBL-vacatures VZ-IG voor dit traject geworven. Het traject naar de zorg is onderdeel van een bredere stimuleringsregeling: medewerkers konden ook kiezen voor een geldbedrag of een individueel outplacementtraject. De regeling heeft opgeleverd dat ongeveer 70 medewerkers (30fte) uitstromen. Een aantal van deze medewerkers heeft gesolliciteerd naar het opleidingstraject VZ-IG. Deze medewerkers zijn allemaal aangenomen en hebben inmiddels een voortraject bij het Alfa-College succesvol afgesloten. In september 2013 zijn ze gestart met een opleidingstraject van één jaar.²

Tussenvorm: het werkgeverschap verschuift naar buiten de sector

Een vorm van mobiliteit die tussen intrasectoraal en intersectoraal in zit is die van mobiliteit naar de private markt van zorg en welzijn, of naar andere private sectoren, zoals huishoudelijke verzorging, die werk overnemen. De mate waarin het eerste gaat gebeuren, hangt sterk samen met de ontwikkeling van die private markt (zie ook verder in dit hoofdstuk: ook de huidige instellingen kunnen op dat gebied activiteiten ontplooiën). De verwachting is dat naast huishoudelijke hulp en serviceverlening op termijn ook een deel van de werkgelegenheid in de verzorging en/of woonvoorzieningen zal verschuiven van de publieke naar de particuliere sector. Een voorbeeld van verdergaand commercieel zorgaanbod zijn de plannen van facilitair dienstverlener Facilicom zich de komende jaren in te kopen in huisartsenposten, buurthuizen, thuiszorgaanbieders en sociale werkplaatsen. Facilicom wil huisartsenzorg, thuiszorg en welzijnswerk organisatorisch onder één dak brengen en de diensten integraal aanbieden aan gemeenten.³ In de basis verandert met dit soort bewegingen niet de aard van het werk, maar gaat wel het werkgeverschap naar buiten de sector. Dit kan een verslechtering, maar in voorkomende gevallen ook een verbetering van arbeidsvoorwaarden (private zorg) inhouden. Zelfs slechtere arbeidsvoorwaarden zijn vervolgens vaak te prefereren boven werkloosheid.

Intersectorale mobiliteit

Bij intersectorale mobiliteit gaat het om arbeidsmobiliteit vanuit 'zorg en WJK'-branches naar andere sectoren. Een voorbeeld is dat van de 15 PUUR Netwerken. Deze netwerken bestaan uit grote bedrijven en organisaties uit verschillende sec-

¹ Projectbeschrijving 'Talenten behouden voor de zorg- en welzijnsector. Van kinderopvang naar zorg', OP: *zorgzijnwerkt.nl*; Artikel 'Werkgevers enthousiast over 'zorgparels'', 13 juni 2013.

² Artikel 'Calibris start samen met SKSG mobiliteitstraject in Groningen', OP: *calibris.nl*, 2 juli 2013.

³ Artikel 'Schoonmaakgigant stort zich op de zorg', IN: *De Volkskrant*, 15 januari 2014.

toren, waaronder zorg en WJK. Ze bestaan uit fysieke en virtuele ontmoetingsplekken. De netwerken worden ingezet bij boventaligheid, verzuim, re-integratie of vrijwillige mobiliteit van werk naar werk. Er worden vacatures, klussen, kandidaten en informatie uitgewisseld. Ook worden er gezamenlijke projecten uitgevoerd, zoals de Dag van de Mobiliteit en een gezamenlijk scholingsaanbod.¹ Een voorbeeld van de PUUR Netwerken is SAM Mokum Web in Amsterdam. Namens zorg en WJK neemt hieraan onder meer SIGRA deel. SIGRA ziet voor boventalige lager opgeleide zorg- en WJK-medewerkers in de regio vooral kansen in de hospitality en horeca.²

ZorgpleinNoord kent twee succesvolle intersectorale mobiliteitsnetwerken (respectievelijk GIM en Drenthe Draait). Beide netwerken bestaan elk uit 15 arbeidsorganisaties, zowel binnen als buiten zorg en WJK. Doel is vraag en aanbod op de arbeidsmarkt in evenwicht te brengen. Organisaties die zijn aangesloten bij het mobiliteitsnetwerk openen hun deuren voor elkaars werknemers en bieden elkaar hulp. Vier keer per jaar heeft een netwerkbijeenkomst plaats met mobiliteitsadviseurs, uitwisseling en een thema gerelateerd aan mobiliteit. Er worden ook concrete kandidaten voor (intersectorale) mobiliteit aan elkaar voorgedragen.

Vooralsnog lijken voor huishoudelijk medewerkers, facilitair medewerkers, koks e.d. meer mogelijkheden voor intersectorale mobiliteit (bijvoorbeeld in facilitaire dienstverlening, hospitality, horeca, toerisme en recreatie et cetera) dan voor meer sectorspecifiek personeel (zoals verzorgenden en verpleegkundigen). Het inzetten in andere sectoren van zorg en WJK medewerkers met gespecialiseerde functies is vaak lastig. Het vergt veel opleidingsinspanning, energie en motivatie. Het is zaak bij intersectorale mobiliteit niet al te statisch om te gaan met potentieel arbeidsaanbod. Men moet niet alleen kijken naar kwalificaties maar vooral naar competenties. Ook vakvolwassenheid is relevant.

'Van werk naar werk'-trajecten (VWNW)

VWNW-trajecten (al dan niet met een scholings- en EVC-component) vormen, een belangrijke oplossingsrichting voor personeelsoverschotten in zorg en WJK. VWNW-trajecten zijn speciaal bedoeld voor *met werkloosheid bedreigden* en kunnen zowel intra- als intersectoraal van aard zijn.³ Tot op heden zijn binnen zorg en WJK vooral ervaringen opgedaan met intrasectorale VWNW-trajecten. Vanuit de jeugdzorg bijvoorbeeld zijn herplaatsingen in het verleden veelal in de zorg gerealiseerd. Dat geldt momenteel ook voor de kinderopvang. VWNW-trajecten richting sectoren buiten zorg en WJK zijn doorgaans moeilijker te realiseren, in verband met de gevraagde kwalificaties.

In 2011 en 2012 zijn in het kader van het *Tijdelijk besluit van werk naar werk* met cofinanciering van het ministerie van SZW negen *VWNW-experimenten* in verschillende sectoren uitgevoerd. Onderzocht is in hoeverre bedrijven samen met de vakbond een directe rol kunnen spelen bij het van-werk-naar-werk begeleiden van werknemers. Een van de negen experimenten is uitgevoerd door ZW

¹ Zie: puurnetwerken.nl; sigra.nl.

² Zie: puurnetwerken.nl; sigra.nl. Het toerisme in Amsterdam groeit nog steeds en er worden bijvoorbeeld veel hotels bijgebouwd

³ Zie bijvoorbeeld: RWI (2008). *Van Werk Naar Werk. Activiteiten voor werkloosheid bedreigde werknemers, de rol van O&O-fondsen en intersectorale mobiliteit*; Panteia (2008). *Werk op Maat. Werk op maat. Curatieve Van Werk Naar Werk-activiteiten in de praktijk.*

Haaglanden. Bovenallige zorg en WJK werknemers in de regio Haaglanden werden met een re-integratie- of outplacementtraject naar ander werk begeleid. Dit gebeurde gefaseerd: 1) oriëntatie, 2) loopbaanpad en 3) marktwerking. Doelstelling was 60 VWNW-trajecten met een duur van zes maanden te realiseren en vervolgens 30 deelnemers te herplaatsen in een baan passend bij hun wensen en mogelijkheden; dit bij voorkeur in de zorg. Daarnaast moest het project alle deelnemende werknemers een reëel beeld geven van hun mogelijkheden op de arbeidsmarkt. Uit de evaluatie van CapGemini blijkt dat het project van ZW Haaglanden meer deelnemers heeft getrokken dan vooraf beoogd. Van de in totaal 79 trajecten waren er in september 2012 57 afgerond, 12 trajecten liepen nog en van 10 trajecten was de status onbekend. Tot dan toe hadden 28 transitie van werk-naar-werk plaatsgevonden (waarvan overigens ruim de helft plaatsingen bij de oude werkgever betrof).¹

Uit de evaluatie van de negen VWNW-experimenten komt *adequate netwerkvorming* als essentiële randvoorwaarde voor het welslagen van VWNW-trajecten naar voren. Van groot belang is de actieve betrokkenheid van de vakbond. Die geeft vertrouwen door onzekerheid weg te nemen bij werknemers én werkgevers en biedt - vanwege de nauwe betrokkenheid bij reorganisaties en faillissementen - toegang tot werknemer en werkgever. Verder is de kans van slagen het grootst bij bestaande, goedlopende samenwerkingsverbanden, zoals sectorfondsen en samenwerkende sociale partners.² Kansrijk is ook het door werkgevers - op formele en/of meer informele wijze - aanspreken van hun eigen netwerken, binnen én buiten zorg en WJK. Te wijzen is in dit verband op de hierboven beschreven intersectorale mobiliteitsnetwerken. Verder wil instelling voor gehandicaptenzorg Gemina SVG in Gouda VWNW-trajecten realiseren met steun van de vriendenclub van de instelling. Daarin zitten 70 lokale/regionale ondernemers die elk op hun beurt ook weer hun eigen netwerken hebben. Gemina SVG betaalt de transitie en stages. De VWNW-trajecten zijn hier vrijwel uitsluitend intersectoraal van aard.

De evaluatie van de VWNW-experimenten onderscheidt ook een aantal kritische succesfactoren voor het bereiken van resultaten in netwerken. Deze zijn onder te verdelen in drie clusters:

- *Organisatie van het netwerk*: inrichting van het netwerk en de mate waarin het netwerk in staat is de juiste dynamiek te vinden tussen voortdurende aanpassing en noodzakelijke stabiliteit.
- *Draagvlak onder de deelnemers*: vertrouwen tussen de deelnemers, het juiste aantal participanten c.q. de schaal waarop wordt samengewerkt en de mate van overeenstemming over de doelen.
- *Activiteiten van het netwerk*: begeleiding van het proces, communicatieve activiteiten, financiering en juridische middelen (CAO-afspraken, afspraken met vakbonden en dergelijke).

Deze drie clusters van kritische succesfactoren hebben niet alleen afzonderlijk invloed op de resultaten van de VWNW-projecten maar kunnen elkaar ook onderling beïnvloeden.³

¹ CapGemini Consulting (2012). *Evaluatie Experiment Van Werk Naar Werk. Eindrapportage december 2012.*

² CapGemini Consulting (2012), *idem*.

³ CapGemini Consulting (2012). *Evaluatie Experiment Van Werk Naar Werk. Eindrapportage december 2012.*

Sociale plannen

Een sociaal plan regelt wat de gevolgen zijn van een reorganisatie voor medewerkers. Het bevat vaak afspraken over scholing, begeleidingsfaciliteiten naar ander werk, welke reisafstand acceptabel is, of hoe een medewerker bezwaar kan maken tegen de plaatsing op een andere functie. ActiZ wijst in dit verband op belang van de totstandkoming van *realistische* sociale plannen en de ondersteunende rol die werkgeversorganisaties daarbij richting individuele werkgevers kunnen spelen.¹

Gedwongen ontslag

Gedwongen ontslag van personeel (i.e. uitstroom naar WW/bijstand met een financiële tegemoetkoming) wordt in het algemeen gezien als ultimum remedium. Soms kan het niet anders uit oogpunt van het voortbestaan van de instelling. Het gebeurt zowel collectief (met toestemming van UWV) als individueel (als er onvoldoende middelen zijn).

3.3.2 Oplossingsrichtingen op het gebied van onderwijs

<i>Oplossingsrichtingen</i>	<i>Specifieke oplossingen</i>
Beperken van de instroom in minder kansrijke opleidingsrichtingen	<ul style="list-style-type: none">• Goede/eerlijke voorlichting over arbeidsmarktkansen• Beperking van werving/instroom van buitenlandse studenten• Macrodoelmatigheidsbeleid (inkrimping minder kansrijke opleidingen)• Numerus fixus voor minder kansrijke opleidingen• Differentiatie in collegegelden (hoger collegegeld voor minder kansrijke opleidingen)
Vergroten van de instroom in/doorstroom naar kansrijke opleidingsrichtingen	<ul style="list-style-type: none">• Verbreding van minder kansrijke opleidingen met elementen kansrijke- re opleidingen• Bevorderen van doorstroom van minder naar meer kansrijke mbo- opleidingen• Bevorderen van doorstroom van minder kansrijke mbo 4-opleidingen naar kansrijke hbo-opleidingen• Stimuleren studenten/afgestudeerden tot behalen onderwijsbevoegd- heid
Begeleiding/ondersteuning van studenten met matige arbeidsmarktkansen	<ul style="list-style-type: none">• Begeleiding tijdens studie• Begeleiding tijdens stage
Begeleiding/ondersteuning van gediplomeerden met matige arbeidsmarktkansen	<ul style="list-style-type: none">• ('Warme') overdracht van gediplomeerden door scholen aan partners arbeidsmarktbeleid• Gediplomeerden (onbetaald/gesubsidieerd) werkervaring laten opdoen (projecten, werkstages, 'dakpanconstructies' e.d.)• 'Jong voor oud regelingen'

¹ ActiZ (2013). *De transitieagenda. Voorwaarden om een verantwoorde transitie en transformatie van de langdurige zorg te realiseren.*

Beperken van de instroom in minder kansrijke opleidingsrichtingen

Goede/eerlijke voorlichting over arbeidsmarktkansen

De afgelopen jaren zijn - onder meer door de Rotterdamse ROC's - goede ervaringen opgedaan met de zogenaamde 'Ombuiggesprekken'.¹ Deze hebben tot doel (ouders van) leerlingen die zich aanmelden voor populaire, minder kansrijke opleidingen te bewegen een andere - kansrijkere - studie te gaan volgen. De aanpak van de ombuiggesprekken is overgenomen door de overheid. Het actieplan Aanpak Jeugdwerkloosheid (maart 2013) bevat onder meer het *School ex-programma 2.0*. met subsidies voor ombuiggesprekken met jongeren die zich aanmelden voor een mbo-opleiding (niveau 1 tot en met 4) en begeleidingsgesprekken met bijna gediplomeerde mbo-studenten (niveau 1 tot en met 4). Verder komen voor het schooljaar 2014/2015 digitale studiebijsluiters beschikbaar, waarmee studenten het arbeidsmarktperspectief van een opleiding kunnen inschatten.² Een rol in dezen kan ook de site Youchooz, de landelijke voorlichtings-site over opleidingen en beroepen in zorg, welzijn en sport, spelen.³ Overigens is het zaak bij deze voorlichting niet alleen te kijken naar het korte termijnperspectief maar ook de kansen op de arbeidsmarkt op de lange(re) termijn te belichten.

Macrodoelmatigheidsbeleid en numerus fixus

Het kabinet heeft de ambitie de zogeheten macrodoelmatigheid van het opleidingsaanbod te vergroten. In 2014 wordt daartoe het wetsvoorstel *Macrodoelmatigheid Mbo* naar de Kamer gezonden. Dat bevat de volgende elementen⁴:

- Verplichte objectieve informatievoorziening van onderwijsinstellingen aan studenten over het arbeidsmarktperspectief (zie hierboven).
- *Regionale* afstemming van het opleidingsaanbod: met werkgevers en tussen onderwijsinstellingen in de regio. Dit jaar start OCW met het Regionaal Investeringsfonds MBO waar onderwijsinstellingen worden gestimuleerd om in PPSverbanden samen te werken met het bedrijfsleven waaronder de zorginstellingen.⁵

¹ Onderdeel van de ombuiggesprekken in Rotterdam was een klassikaal gedeelte met jongeren en hun ouders. Tijdens de sessie kregen deze een door het ROC opgestelde Arbeidsmarktbijsluiters. Die laat in één oogopslag zien wat de komende jaren de perspectieven zijn met de opleiding en hoe dat bij relevante andere opleidingen zit. Ook werd tijdens de sessie het te verwachten salaris bekeken. Na het klassikale gedeelte bood het ROC elke jongere en hun ouders een individueel gesprek aan. Zie: Artikel 'Leerlingen Welzijn omgepraat naar andere studie', OP: *zorgwelzijn.nl*, 6 september 2012; Artikel 'Minister van Bijsterveldt volgt ombuiggesprek in Rotterdam', OP: *rijksoverheid.nl*, 7 september 2013.

² Ministerie van SZW (2013). *Kamerbrief over aanpak jeugdwerkloosheid*; Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Visie op de arbeidsmarkt in de zorg en ondersteuning*. School ex-programma 2.0 is een vervolg op het succesvolle School ex-programma tijdens de crisis van 2009. ROA deed onderzoek naar dat programma. Ongeveer een kwart van de leerlingen heeft zich erdoor laten beïnvloeden. Zie: ROA (2011). *MBO-Diploma 2010: Doorleren of werk zoeken?*

³ Youchooz.nl.

⁴ Macrodoelmatigheid houdt in dat onderwijsinstellingen in samenspraak met andere instellingen en het (regionale) bedrijfsleven ervoor zorgen dat het opleidingsaanbod arbeidsmarktrelevant en doelmatig tussen instellingen is georganiseerd. Zie: Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Visie op de arbeidsmarkt in de zorg en ondersteuning*.

⁵ Hiermee is € 100 miljoen in 4 jaar tijd mee gemoeid. Zie: investeringsfondsmbo.nl.

- De Stichting Beroepsonderwijs Bedrijfsleven (SBB) draagt zorg voor de verspreiding van gegevens die inzicht geven in de doelmatigheid van het opleidingsaanbod in de regio en sector. Dit gebeurt in de vorm van zogeheten knipperlichtnormen. Die moeten ervoor zorgen dat een ondoelmatige situatie niet onbesproken blijft. Hieraan is ook een geschillencommissie gekoppeld.
- *Handhaving*. De Inspectie van het Onderwijs is verantwoordelijk voor de handhaving van de aangescherpte zorgplicht arbeidsmarktperspectief.¹

In zorg en WJK wordt inmiddels niet alleen op wo- maar ook op hbo- en mbo-niveau in sommige gevallen een *numerus fixus* gehanteerd om de instroom in populaire, minder kansrijke opleidingen te beperken. Voor volgend studiejaar (2014-2015) hebben vijftien van de zeventien hogescholen met een opleiding tot verpleegkundige een numerus fixus voor deze opleiding aangevraagd. Dit in navolging van de Hanzehogeschool Groningen die op dit moment al een loting kent voor hbo verpleegkunde om de instroom van nieuwe studenten te beperken.² Overigens wordt de numerus fixus in het hbo ook gehanteerd om de kwaliteit van de opleidingen te borgen.³ Als de instellingen (een deel van) hun studenten decentraal selecteren, mogen ze zelf bepalen welke instrumenten ze daarvoor gebruiken. Dat kan bijvoorbeeld aan de hand van een speciale selectiedag, zoals Hogeschool Windesheim in Zwolle doet.⁴

Richtsnoer bij instroombeperking voor populaire opleidingen op mbo-niveau is vaak het aantal beschikbare stageplaatsen. Diverse ROC's hebben een numerus fixus ingevoerd om de toestroom van nieuwe studenten pedagogisch werk op niveau 3 (PW-3, kinderopvang) te beperken.⁵ ROC van Twente hanteert om dezelfde reden een instroombeperking voor de opleidingen tot dokters- of tandartsassistenten.⁶

Gezien de op langere termijn verwachte tekorten (bijvoorbeeld aan verpleegkundigen door een toename van de grijze uitstroom) is numerus fixus niet altijd een goede oplossing. Er zou juist anticyclisch geschoold moeten worden: nu extra opleiden voor de toekomstige tekorten. Nu het saldo van belastingaftrek c.q. subsidieregeling praktijkleren aan de ene kant en stagefonds aan de andere kant lager uitvalt, kan de financiering van de begeleiding van stagiaires een financieel probleem worden. Ook kan gedwongen personeelsverloop de begeleidingscapaciteit verkleinen. De enige oplossing voor dit soort problemen lijkt additionele financiering maar een bron daarvoor is moeilijk te vinden.

¹ Ministerie van OCW (2013). *Kamerbrief over macrodoelmatigheid mbo*.

² Artikel 'Run op opleidingen verpleegkunde', OP: *nos.nl*, 20 juli 2013.

³ Een stijging van de instroom van nieuwe studenten hbo-v van bijvoorbeeld 20 procent is niet zo maar mogelijk zonder grote aanpassingen bij een hogeschool.

⁴ Alleen de Noordelijke Hogeschool Leeuwarden (NHL) en Hogeschool Zeeland hebben dat vooralsnog niet gedaan. Zie: Artikel 'Run op opleidingen verpleegkunde', OP: *nos.nl*, 20 juli 2013; Artikel 'Numerus fixus voor bijna alle hbo-v's', OP: *nursing.nl*, 12 november 2013.

⁵ Artikel 'Mbo zet het mes in kinderopvangopleidingen', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 23 januari 2013.

⁶ Artikel '*Blokken voor een baan*', IN: FORUM, nr. 18, 4 oktober 2012

Begeleiding/ondersteuning van gediplomeerden met matige arbeidsmarktkansen

Door de huidige situatie op de arbeidsmarkt in zorg en WJK is er weinig werk voor afgestudeerden en bovendien worden recent afgestudeerden, die veelal slechts een flexibel contract hebben gekregen, vaak het eerst ontslagen. De meeste recent gediplomeerden zullen – gezien de grote dynamiek op de arbeidsmarkt in de sector die de stelselwijzigingen met zich meebrengen – hun weg op de arbeidsmarkt wel vinden. Voor de restgroep dient er aandacht te zijn voor overbruggingsmaatregelen, zeker waar er op langere termijn weer medewerkers nodig zijn. Probleem hierbij is vaak het ontbreken van financiële middelen. Toch is er ook in deze richting een aantal kansrijke initiatieven te noemen.

Gediplomeerden (onbetaald/gesubsidieerd) werkervaring laten opdoen

Gediplomeerden die in eerste instantie geen werk vinden, kunnen werkervaring opdoen om hun arbeidsmarktkansen te vergroten voor wanneer in de toekomst de krapte in betreffende richtingen weer toeneemt.

De Orde van Medisch Specialisten en de Jonge Specialist zijn geen voorstander van het onbetaald laten werken door jonge, werkloze specialisten¹. Ze hebben het initiatief genomen tot een *solidariteitsplan* ter bestrijding van de werkloosheid onder jonge specialisten. Begin 2014 gaan ze maatschappen en ziekenhuizen vragen een gedeelte van hun inkomsten in een 'knelpuntenpot' te storten. Met deze pot willen de beroepsverenigingen tweehonderd tijdelijke banen voor jonge specialisten creëren.²

Een mogelijkheid om pas afgestudeerden binnen laboratoria (waaraan een overschot ontstaat) werkervaring te laten opdoen zijn de zogenaamde '*dakpanconstructies*'. Laboranten die bijna de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt, werken een pas afgestudeerde laborant in. Andersom ondersteunt de jonge laborant de oudere laborant door werkzaamheden over te nemen.³ Een andere onderzochte mogelijkheid is jonge klinisch chemici *op projectbasis* (of in deeltijd) aan te nemen. Als bijvoorbeeld iemand met zwangerschapsverlof gaat of het laboratorium een veranderproject moet uitvoeren, kunnen jonge laboranten inspringen om het tijdelijke tekort aan personeel op te vullen.⁴

¹ In sommige ziekenhuizen (onder meer het Rijnland Ziekenhuis en het AMC) werkte een aantal jonge medisch specialisten *met behoud van uitkering*. Deze werkstage-achtige constructies waren bedoeld om werkloze specialisten de gelegenheid te geven hun kennis en kunde op peil te houden en tevens de werkdruk van betaalde krachten te verlichten.

² Artikel 'Jonge medisch specialist werkt soms onbetaald', IN: *De Volkskrant*, 14 december 2013.

³ Uit een enquête onder labhoofden van klinisch chemische laboratoria in Nederland blijkt dat een derde van de respondenten openstaat voor dergelijke dakpanconstructies. Zie: J.J.G. Hillebrand et al. (2012), 'Van tekort naar overschot. Behoefteteraming klinisch chemici 2012 – 2016', IN: *Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk* 2012; 37: 254-256.

⁴ De helft van de labhoofden is bereid jonge klinisch chemici op projectbasis in dienst te nemen. Zie: J.J.G. Hillebrand et al. (2012), 'Van tekort naar overschot. Behoefteteraming klinisch chemici 2012 – 2016', IN: *Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk* 2012; 37: 254-256.

'Jong voor oud regelingen'

In het Sociaal Akkoord is de mogelijkheid benoemd voor toepassing van 'jong voor oud regelingen': jongeren de kans te geven op de arbeidsmarkt in te stromen en ouderen vervroegd met pensioen te laten gaan. ActiZ onderzoekt momenteel de mogelijkheden voor een dergelijke regeling in het kader van de hervorming van de langdurige zorg.¹

3.3.3 Oplossingsrichtingen op het gebied van de inzet van reserves

<i>Oplossingsrichtingen</i>	<i>Specifieke oplossingen</i>
Reallocceren van bekende reserves	<ul style="list-style-type: none">• Inzet van EVC-trajecten voor werklozen• Inzet van werkcoaches
Reallocceren van mobiele personen	<ul style="list-style-type: none">• Bevorderen van uitgaande pendel en/of verhuizen naar tekortregio's in Nederland• Bevorderen van uitgaande grenspendel en/of arbeidsmigratie naar tekortlanden• Integratie- en taaltrajecten voor arbeidsmigranten met kwalificaties

Uiteraard nemen de kansen voor reserves op de arbeidsmarkt sterk af, wanneer er in een sector personele overschotten zijn. Het kan zelfs nodig zijn zij-instroom te ontmoedigen ten einde voldoende verse instroom van jong gediplomeerden te kunnen houden. Daarom vermelden we hier alleen een aantal maatregelen die reallocatie van personele overschotten naar andere regio's of landen betreffen.

Reallocceren van mobiele personen

Bevorderen van uitgaande pendel en/of verhuizen naar tekortregio's

De arbeidsmarkt in zorg en WJK verschilt regionaal. In bepaalde regio's is bijvoorbeeld de zorgvraag (als gevolg van een sterkere mate van vergrijzing) groter en het arbeidsaanbod (als gevolg van bevolkingskrimp en het wegtrekken van jongeren) kleiner dan in andere regio's. Ook treden door de decentralisaties verschillen tussen gemeenten op. Daardoor kunnen de personeeloverschotten in de zorg in bepaalde regio's kleiner zijn of kunnen er zelfs tekorten bestaan. Dat biedt mogelijk perspectieven voor zorgpersoneel in de andere regio's (mits bereid te pendelen of te verhuizen).²

Bevorderen van uitgaande grenspendel/arbeidsmigratie naar tekortlanden

Er zijn in zorg en WJK diverse personele stromen naar het buitenland waarneembaar. De omvang hiervan is (voornamelijk) relatief beperkt. Sommige hoogopgeleide *artsen*, die hier geen baan kunnen vinden, trekken naar het buitenland. Medisch specialisten gaan vooral naar Duitsland en de Antillen, huisartsen kiezen

¹ ActiZ (2013). *De transitieagenda. Voorwaarden om een verantwoorde transitie en transformatie van de langdurige zorg te realiseren.*

² ActiZ (2013). *De transitieagenda. Voorwaarden om een verantwoorde transitie en transformatie van de langdurige zorg te realiseren.*

vaak voor het Franse platteland.¹ Australië heeft behoefte aan *verplegend personeel* dat Nederlands spreekt. Nederlanders die in de jaren '50 daar naartoe trokken en nu ouder worden, en soms dement, vergeten de Engelse taal vergeten en vallen terug op het Nederlands. Dat leidt regelmatig tot problemen in de zorg. Men is daarom op zoek naar Nederlandstalig verplegend personeel. Om grote aantallen gaat het hierbij echter niet.²

In Duitsland zijn naar verhouding veel vacatures voor pedagogisch medewerkers in de *kinderopvang*. Dit komt mede doordat de Duitse regering heeft besloten dat er vanaf 1 augustus 2013 voldoende kinderopvang moet zijn voor ieder één- of tweejarig kind. Dat betekent een enorme impuls voor de kinderopvang in Duitsland.³ Hoewel er ook verschillen zijn, is de opvang in Duitse kinderdagverblijven (*Kita's*) in veel opzichten vergelijkbaar met die in Nederland. Uiteraard is een goede beheersing van de Duits taal van belang, maar dat hoeft geen barrière te zijn, omdat taalverschillen aan de grens vaak gering zijn.⁴ FCB Kinderopvang heeft het Werken-in-Duitsland-loket: een online plek waar pedagogisch medewerkers kunnen onderzoeken of werken op een *Kita* iets voor hen is. De site bevat onder meer ook een overzicht met vacatures en allerhande praktische informatie.⁵ Zorg aan Zet in Limburg meldt echter dat voorlopig slechts enkele tientallen Limburgse kinderopvangswerkers in Duitsland werken (vooral vanuit Venlo en zuidoost-Limburg). Probleem is dat men niet te ver wil reizen, waardoor de grote steden in het Roergebied buiten beeld blijven.

Een idee is verder niet alleen voor de kinderopvang, maar ook voor zorgfuncties de mogelijkheden van het werken in Duitsland te onderzoeken. Opnieuw ziet Zorg aan Zet voor samenwerking tussen Nederland, Duitsland en België op het gebied van de arbeidsmarkt in zorg en WJK echter weinig soelaas. Alle drie landen zitten met dezelfde problemen: overschotten aan de onderkant en tekorten aan bepaalde typen van gespecialiseerd personeel.

3.3.4 Oplossingsrichtingen op het gebied van de bedrijfsvoering van instellingen

<i>Oplossingsrichtingen</i>	<i>Specifieke oplossingen</i>
Verhuizen van activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Verplaatsing van activiteiten naar andere regio's/landen
Optimaliseren van de arbeidsproductiviteit (beter benutten beschikbaar arbeidspotentieel)	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassen functie-inhouden (verbreding functie 'overschotpersoneel' met taken van 'tekortpersoneel')
Uitbreiden van de (core-) business	<ul style="list-style-type: none"> • (Intensivering) actieve acquisitie/ creëren extra vraag • Uitbreiding portfolio (aanvullende typen producten/diensten) • Integratie van werkzaamheden met die in andere branches

¹ Uit cijfers van BKV, het grootste artsendetacheringsbureau van Nederland, blijkt dat de afgelopen 5 jaar zeker 85 medici naar Duitsland en 50 naar de Antillen gingen. Zie: Artikel 'Nederlandse artsen zoeken werk over de grens', OP: *intermediair.nl*, 6 mei 2013.

² Artikel 'Australië zoekt Nederlandstalige verplegers', OP: *zorgvisie.nl*, 14 augustus 2013.

³ Artikel 'Alle Duitse peuters recht op kinderopvang', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 31 juli 2013.

⁴ Een concreet voorbeeld in dit verband zijn boventallige pedagogisch medewerkers van Kinderopvang Humanitas in de oostelijke grensgebieden die aan de slag kunnen in de Duitse kinderopvang. Zie: Artikel 'Humanitasmedewerkers aan de slag in Duitse kinderopvang', OP: *zorgvisie.nl*, 4 september 2013.

⁵ Artikel: 'Nieuw: Het Werken-in-Duitsland-loket', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 16 december 2013; *fcbl.nl*.

Verhuizen van activiteiten

Mogelijk leidt de hervorming van de langdurige zorg ook tot verruiming van de mogelijkheden om zorg in het buitenland vergoed te krijgen. Het kabinet wil immers een meer divers zorgaanbod en meer keuzevrijheid. Zorg in het buitenland past daar ook bij. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen zich daarmee onderscheiden. Omdat ouderen tegelijkertijd meer zelf moeten betalen, zal het aanbod van zorg in het buitenland vooral in het particuliere segment toenemen. Nederland kan zich hierbij spiegelen aan Noorwegen dat vooral naar Spanje veel ouderenzorg heeft geëxporteerd.¹ Wanneer het zorgpersoneel meegaat naar deze landen en er zorg verschuift naar het particuliere segment, kan dit mogelijkheden voor werk inhouden voor potentieel overcomplete personeel.

Uitbreiden van de (core-)business

(Intensivering) actieve acquisitie/ creëren extra (private) vraag

In verschillende zorg en WJK branches zijn initiatieven gericht op het creëren van extra vraag. Een voorbeeld is een eerstelijns fysiotherapiepraktijk in Groningen die goedkope *basic fysiotherapie* aanbiedt voor minder vermogenden en/of mensen die geen aanspraak (meer) kunnen maken op een vergoeding door de zorgverzekeraar.

Een manier voor verpleeg- en verzorgingshuizen om extra vraag te creëren is aanbieden van *luxere zorg tegen hogere kosten*. Vermogende ouderen betalen sinds 2012 een hogere eigen bijdrage en willen daarvoor iets terug. Dat maakt het voor hen aantrekkelijk om meer te betalen voor een woon(- en/of zorg)voorziening waar ze een omgeving en service krijgen die meer op hun wensen zijn afgestemd. Tegelijkertijd wil het kabinet een diverser zorgaanbod en meer keuzevrijheid. Luxere vormen van verzorgings- en verplegingshuizen buiten de reguliere VVT om, zoals zorgvilla's en Martha Florahuizen (gespecialiseerd in zorg voor Alzheimerpatiënten), passen hier goed in.² Boven is erop gewezen dat dit ook in het buitenland kan plaats hebben.

Ondernemers in de kinderopvang en de buitenschoolse opvang zoeken naar creatieve manieren om ouders te lokken. Bij deze *lokkertjes* kan het gaan om (een combinatie van) cadeaus om ouders over de streep te trekken, werklozenkorting, tijdelijk gratis opvang (voor solliciterende en/of minder vermogende ouders) en differentiatie in tarieven voor ouders met verschillende portemonnees.³

Een steeds meer genoemde, maar door de politiek vooralsnog niet nagestreefde, variant om meer (regulier) werk te creëren in met name de huishoudelijke verzorging is de invoering van *dienstencheques*, zoals deze in België al jaren met succes worden gebruikt. Dit zijn gesubsidieerde coupons waarmee cliënten bijvoorbeeld huishoudelijke hulp kunnen inkopen. Het in opdracht van Vebego door PWC verrichte onderzoek naar deze cheques levert daar een goede onderbouwing voor. Het onderzoek laat zien dat door invoering van de cheques met name aan de onderkant van de arbeidsmarkt veel verlies aan werkgelegenheid kan worden

¹ Artikel 'Bejaardenoord Spanje', IN: *De Volkskrant*, 27 juli 2013.

² Artikel 'Oud worden in luxe zorgvilla', IN: *Het Financiële Dagblad*, 23 juni 2013; Artikel 'CZ steekt geld in luxe verpleeghuis', OP: *zorgvisie.nl*, 27 augustus 2013..

³ Artikel 'Creatieve manieren om ouders te lokken', IN: *De Volkskrant*, 19 juni 2013; Artikel 'Gratis kinderopvang voor solliciterende ouders', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 6 augustus 2013; Artikel 'Hoorns kinderdagverblijf wil gratis opvang', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 7 augustus 2013; Artikel 'Kansen zien in krappe tijden', IN: *Management Kinderopvang*, november 2013.

voorkomen en zwart werk wit kan worden gemaakt.¹ Wel is van belang te wijzen op de fraudegevoeligheid van deze organisatie van huishoudelijk werk en op het grote budgettaire beslag dat hiermee gepaard gaat. Er zijn ook alternatieven te bedenken, zoals de Duitse minijobs of vormen van fiscale aftrekbaarheid. Deze alternatieve vormen hebben overigens weer hun eigen nadelen (respectievelijk een laag inkomen voor werkenden en minder belastinginkomsten).

Uitbreiding portfolio (aanvullende typen producten/ diensten)

Een andere variant is het uitbreiden van de portfolio van producten/diensten van de instelling. In de VVT is onder meer te wijzen op *zorghotels*, die tijdelijk verblijf bieden met 24-uursverpleging en -verzorging. Naast algemene verpleging en verzorging bieden veel zorghotels extra zorg op het gebied van fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, psychologie en diëtetik.² Verder is het *combineren van zorg met wellness* te noemen. Een voorbeeld in dit verband is de bouw van het Parkhotel Bad Arcen, een nieuw zorg- en wellnesshotel dat in directe verbinding met het Roompot Thermaalbad Arcen komt te liggen.³ Weer een andere optie is de *uitvoering van de sociale werkvoorziening*, alhoewel daarop natuurlijk ook bezuinigingen van toepassing zijn als de Participatiewet wordt ingevoerd.

Ook in de kinderopvang/ buitenschoolse opvang worden extra diensten aangeboden om de locaties gevuld te krijgen c.q. het personeel aan het werk te houden. Zo bieden veel kinderopvangorganisaties *flexibele opvang* aan (in de avond, het weekend, incidenteel, voor bedrijven etc), waarbij alleen de daadwerkelijk gebruikte uren in rekening worden gebracht.⁴ Er zijn ook ondernemers die kinderopvang aanvullen met andere opvangvormen zoals peuterspeelzaal, gastouderopvang en/of opvang thuis.

Een zeer specifieke nieuwe vorm van opvang is "uitvaartopvang". Zo werkt bijvoorbeeld Catalpa Kinderopvang in Twente samen met een uitvaartbedrijf uit de regio. Speciaal getrainde leidsters vangen kinderen op tijdens en rond de uitvaart. Deze vorm van opvang valt niet onder de Wet Kinderopvang en ouders hebben dus ook geen recht op kinderopvangtoeslag, maar moeten het zelf betalen.

Te noemen is verder de 24-uursopvang op Schiphol door CompaNanny ten behoeve van het vliegend personeel (dat veelal onderweg is) en het grondpersoneel (dat vaak op hele andere dan de 'normale' werktijden werkt).

Ten slotte zijn er kinderopvangorganisaties die samenwerking zoeken met lokale ondernemers om extra activiteiten aan te kunnen bieden. Zo heeft één van de ondernemers in het Kinderopvangpanel van Linkin Business geïnvesteerd in de samenwerking met lokale ondernemers om zo het activiteitenaanbod uit te breiden met sport-, muziek- en theaterlessen.

¹ Artikel 'ActiZ roept op tot samenwerking: Werkgelegenheidsplan voor ontslagen thuiszorg', OP: *actiz.nl*, 27 november 2013; PWC (2013). *Nieuwe werkgelegenheid voor laagopgeleiden. De waarde van dienstencheques voor Nederland*.

² *Zorghotels.nl*.

³ Artikel 'Roompot start bouw zorg- en wellnesshotel en thermaalbad', OP: *zorgvisie.nl*, 30 augustus 2013.

⁴ Ook minister Asscher van SZW heeft aangegeven de kinderopvang flexibeler te willen maken (met het oog op het beter kunnen combineren van werk en zorg). Hij is daarover in gesprek met de branche. Zie: Artikel 'Blijven stressen of werk en zorg beter verdelen?', OP: *trouw.nl*, 18 november 2013.

Integratie van werkzaamheden met die in andere branches

Bij deze oplossingsrichting gaat het allereerst om gecombineerde zorg/ welzijnstaken en -activiteiten. Relevant is de omvorming van het stimuleringsprogramma 'In Voor Zorg!' in 'In Voor Zorg & Ondersteuning'. Sinds 2009 bestaat het 'In Voor Zorg!' programma van WS en Vilans om zorgaanbieders in de langdurige zorg te helpen meer toekomstbestendig te worden. Betrokken partijen zullen door de hervorming van de langdurige zorg de komende jaren op een andere, meer integrale manier moeten werken. Dat vraagt om andere organisatievormen. Hoe eerder en beter huidige aanbieders hierop inspelen, hoe minder snel zij terrein verliezen ten opzichte van innovatieve nieuwkomers. Op verschillende plaatsen nemen instellingen in zorg en WJK inmiddels aanpalende taken uit andere branches in de sector over.

Ook in de kinderopvang is veel sprake van sectoroverstijgende integratie van werkzaamheden. Hierboven is reeds gewezen op het combineren van kinderopvang met peuterspeelzaal. Naar verwachting zal dit in de toekomst steeds structurele vormen gaan aannemen, waarbij ook verbinding wordt gelegd met het basisonderwijs. Er ontstaan steeds meer *Integrale Kindcentra (IKC's)* waarin organisaties als onderwijs, kinderdagverblijf, buitenschoolse opvang, peuterspeelzaal en welzijnsactiviteiten voor kinderen – organisatorisch en fysiek op één locatie – zijn samengevoegd.¹

Het programma *Kies nu voor Kinderen*, een initiatief van het Kinderopvangfonds en de Bernard van Leer Foundation, wil de versnippering van het aantal kindvoorzieningen definitief aanpakken. Het streven is volledige integratie van de peuterspeelzaal in de kinderopvang en intensievere samenwerking van de buitenschoolse opvang met het onderwijs. Daardoor is de leidster-kindratio te verlagen en wordt de kinderopvang toegankelijk voor alle kinderen, ongeacht of hun ouders werken of niet. SEO onderzoek heeft berekend dat deze hervorming van de kindvoorzieningen 5 miljoen euro per jaar oplevert.² In een aantal grote gemeenten (onder meer Leeuwarden, Oss, Rotterdam, Eindhoven en Amersfoort) wordt reeds (een variant van) het concept van Kies voor Kinderen reeds toegepast.³ De plannen van het ministerie van SZW voor een landelijke peutervoorziening sluiten aan bij het concept van Kies voor Kinderen. Deze voorziening krijgt vermoedelijk de vorm van twee dagdelen opvang voor alle kinderen vanaf 2,5 jaar, ongeacht of de ouders werken of niet, gefinancierd met het geld voor de kinderopvangtoeslag.

De nieuwe samenwerkingsvormen van de kinderopvang met peuterspeelzaalwerk en onderwijs (en in sommige gevallen ook met sport en welzijnsorganisaties) vraagt andere competenties van medewerkers in de kinderopvang.⁴ In theorie bieden deze samenwerkingsvormen kansen voor de werkgelegenheid in de kinderopvang, in de praktijk zal echter eerder sprake zijn van een bedreiging omdat

¹ Deels komt dit doordat gemeenten op betreffende gebieden meer verantwoordelijkheden hebben gekregen/krijgen. Deels ook is het onoverkomelijk, om leegloop in een buurt te voorkomen.

² SEO (2013). *De waarde van Kies nu voor Kinderen*.

³ Artikel 'In veel gemeenten gaan alle peuters al naar de voorschool', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 20 september 2013; Artikel 'Eindhoven heeft straks geen voorschool meer nodig', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 2 juli 2012.

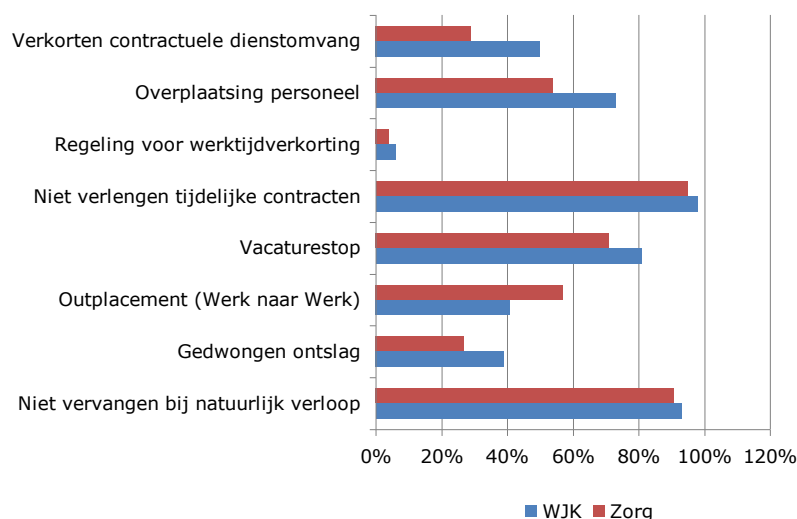
⁴ FCB (2013). *Sectorplan Kinderopvang. Extra inspanning voor arbeidsmarkt Kinderopvang via Sectorplan*.

het primaat/ de regie vaak bij het onderwijs zal komen te liggen. Het onderwijs zal vooral onderwijspersoneel willen inzetten.

3.3.5 Huidig beleid instellingen gericht op personeeloverschotten

De werkgeversenquête AZW¹ biedt inzicht in het aandeel instellingen in zorg en WJK dat op dit moment actief beleid gericht op personeeloverschotten voert. In 2011 was inkrimping van het personeelsbestand bij 19% van de instellingen in zorg en 22% van de instellingen in WJK al een thema waarop men actief beleid voerde. Twee jaar later (eind 2012, begin 2013) waren deze percentages met 37% en 62% aanzienlijk hoger. Binnen de zorg zijn het met name instellingen in de GGZ en de ziekenhuiszorg (elk met 50%) die actief beleid voeren op dit gebied op enige afstand gevolgd door de thuiszorg en de gehandicaptenzorg (respectievelijk 40 en 38%). Opvallend is de naar verhouding lage score voor de verplegings- en verzorgingsinstellingen (25%). Binnen WJK scoren kinderopvang en jeugdzorg het hoogst (met 66 en 64%).

Figuur 3.2 Maatregelen inkrimping personeel



Bron: Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013*.

Bovenstaande figuur laat zien dat instellingen in zorg en WJK in eerste instantie vooral inzetten op het niet aannemen van nieuw personeel (niet vervangen bij natuurlijk verloop en vacaturestop) en het niet verlengen van tijdelijke contracten. Vast personeel wordt door een meerderheid van de instellingen echter ook niet langer meer ontzien: voor maatregelen die medewerkers met een vast dienstverband treffen – zoals gedwongen ontslag, outplacement, het overplaatsen van personeel en het verkorten van contractuele dienstomvang – wordt vaker gekozen dan in de vorige meting in 2011.

¹ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013*.

3.3.6 Conclusie

Ten eerste kunnen oplossingen voor personeelsoverschotten in zorg en WJK zich richten op de *werkenden* in de sector:

- Flexibilisering beperkt de kosten van gedwongen uitstroom voor zorginstellingen. Tegelijkertijd biedt het weinig werkzekerheid voor werknemers.
- Bij-/opsholing kan bijdragen aan de employability van werknemers in de sector, waarmee gedwongen ontslagen zijn te voorkomen of een vlotte wisseling naar een andere baan is te bevorderen. De scholingsmogelijkheden zijn voor hoger-middelbaar en hoger opgeleiden groter dan voor lager-middelbaar en lager opgeleiden. Meest geëigende scholingsvorm voor werkenden zijn functiegerichte opleidingen (korte maatwerkopleidingen).
- Een mogelijke oplossing voor personeelsoverschotten ligt in korter werken door deeltijdontslag, individuele vaststellingsovereenkomsten voor minder uren of korter werken-arrangementen.
- (Tijdelijke) personeelsoverschotten zijn ook op te vangen door (interne en/of externe) poolvorming, hoewel hier ook haken en ogen aan zitten (o.m. in termen van meer coördinatielast en mindere motivatie/inzetbaarheid van personeel). Belemmering voor deze pools is het BTW-probleem. Alternatief voor poolvorming is collegiale uitleen/detachering. Banenbehoud door werknemers een zzp-status te geven is eveneens een oplossing, maar betekent wel verslechtering van de rechtspositie/werkzekerheid van betrokken werknemers.
- Belangrijkste oplossingsrichting in de sfeer van werkenden is het bevorderen van de interne, intra- en intersectorale mobiliteit, in het bijzonder door middel van VWNW-trajecten. Randvoorwaarden voor adequate mobiliteitsstromen zijn het bevorderen van de bewustwording bij werknemers en ondersteuning door middel van mobiliteitscentra/ vacaturebanken en (intersectorale) mobiliteitsnetwerken. Doorgaans is – in verband met de gevraagd kwalificaties –interne of intrasectorale mobiliteit makkelijker te realiseren dan intersectorale mobiliteit. Voor huishoudelijke medewerkers, facilitair medewerkers, koks e.d. zijn meer mogelijkheden voor intersectorale mobiliteit dan voor meer sectorspecifiek opgeleid personeel zoals verzorgenden en verpleegkundigen.
- VWNW-trajecten zijn mobiliteitstrajecten - al dan niet met een scholingscomponent - voor met werkloosheid bedreigde werknemers. Essentiële randvoorwaarde voor het welslagen van VWNW-projecten is adequate netwerkvorming. Van belang hierbij zijn actieve betrokkenheid van het personeel (bijvoorbeeld via de OR of de vakbond), aansluiting bij reeds bestaande goede lopende sectorale samenwerkingsverbanden tussen werkgevers en werknemers (dit kan in de sectorfondsen) en het door individuele werkgevers aanspreken van hun eigen netwerken. Kritische succesfactoren voor het bereiken van resultaten in een VWNW-netwerk zijn de inrichting van het netwerk, het draagvlak onder de deelnemers en de activiteiten van het netwerk (o.m. in termen van procesbegeleiding, communicatie, financiering en juridische middelen).
- Bij reorganisaties dienen realistische sociale plannen te worden opgesteld. Gedwongen (collectieve of individuele) ontslagen dienen gezien te worden als ultimum remedium.

Naast oplossingsrichtingen voor werkenden zijn ook oplossingen in de sfeer van onderwijs, reserves en bedrijfsvoering relevant:

- *Onderwijs*: De instroom in minder kansrijke opleidingen is te beperken door goede voorlichting, macrodoelmatigheidsbeleid en een numerus fixus. Laatstgenoemde maatregel is overigens niet altijd een goede oplossing (gezien de

op langere termijn weer te verwachten tekorten aan bijvoorbeeld verpleegkundigen).

Voor minder kansrijke recent afgestudeerden in zorg en WJK zonder werk zouden overbruggingsmaatregelen getroffen kunnen worden (werkstage-achtige constructies, 'jong voor oud' regelingen). Probleem is dat daarvoor de middelen vaak ontbreken.

- *Reserves*: Oplossingsrichtingen in de sfeer van mobiele reserves zijn het bevorderen van uitgaande pendel/verhuizing naar tekortregio's en uitgaande grenspendel/ arbeidsmigratie naar tekortlanden. Voor beide geldt dat werknemers bereid moeten zijn te pendelen of te verhuizen. Hoger opgeleiden zijn dat in het algemeen eerder dan lager opgeleiden. De internationale stromen lijken vooralsnog beperkt.
- *Bedrijfsvoering*: Bij aanpassingen van de bedrijfsvoering om personeelsoverschotten te voorkomen gaat het onder meer om verplaatsing van zorg en personeel naar private vormen in het buitenland (bijvoorbeeld Spanje) en uitbreiding van de core-business. Eerstgenoemde oplossingsrichting sluit aan bij het streven naar een meer divers zorgaanbod en meer keuzevrijheid. Bij de tweede oplossingsrichting gaat het om het creëren van extra vraag (door actieve acquisitie), de uitbreiding van de portfolio van producten/diensten en/of de integratie van de werkzaamheden met die in andere sectoren. Op dit gebied is in zorg en WJK reeds een aantal - soms verrassende - nieuwe initiatieven waarneembaar.

3.4 Oplossingen voor tekorten (functies, competenties binnen functies)

De diagnose laat zien dat op korte termijn in zorg en WJK door specifieke omstandigheden - bijvoorbeeld substituties, taakverschuivingen, andere methoden van werken e.d. in het kader van de hervormingen - tekorten in personele zin ontstaan: deels aan medewerkers die nieuwe functies kunnen invullen en deels aan huidige functionarissen die over bepaalde extra benodigde competenties beschikken. Dit hoofdstuk beschrijft aan de hand van de vier kwadranten van de Arbeidsmarkt cirkel oplossing(s)richting(en) voor deze tekorten, met name vanuit het perspectief van de stelselwijzigingen en andere relevante beleidsmaatregelen in zorg en WJK. Daarom beschrijven we niet altijd alle mogelijke oplossingen binnen een bepaald kwadrant.

Op langere termijn is - als gevolg van vergrijzing en verdere toename van de zorgvraag - weer sprake van bredere personeelstekorten in de sector. We gaan hier in deze paragraaf alleen (kort) op in wanneer er op dit moment al acties nodig zijn.

3.4.1 Oplossingsrichtingen op het gebied van onderwijs

De komende jaren verandert de wereld voor een behoorlijk deel van de zorgmedewerkers, met name voor wie werkzaam is in de langdurige zorg. Het onderwijs heeft enige tijd nodig hierop te reageren, zoals Calibris opmerkt. Op dit moment verandert het beleid snel. Het duurt enige tijd om de ontwikkelingen in de kwalificatiedossiers te verwerken. Veranderingen in onderwijs(curricula) kosten de nodige tijd. De effecten ervan op de arbeidsmarkt komen vervolgens pas na uitstroom uit het onderwijs (dus na een aantal jaar) tot uitdrukking. Het is mogelijk dat de arbeidsmarktsituatie dan volledig anders is.

Hier ligt het werkkterrein van de Commissie Innovatie Zorgberoepen en – opleidingen, die een toekomstbestendig stelsel van beroepen en opleidingen onderzoekt. De werkzaamheden daarvan liggen voorbij het korte en middellange termijnperspectief van dit rapport.

<i>Oplossingsrichtingen</i>	<i>Specifieke oplossingen</i>
Bevorderen instroom en gediplomeerde uitstroom	Bevorderen instroom
	Bevorderen studierendement
	Bevorderen sectorrendement
Verbetering aansluiting onderwijs - arbeidsmarkt	Monitoren van ontwikkelingen op arbeidsmarkt
	Uitwisselen informatie/kennis tussen onderwijs en arbeidsmarkt
	(Gezamenlijk) ontwikkelen nieuwe onderwijsprogramma's
	Flexibiliseren onderwijsaanbod
	Optimaliseren outfit/faciliteiten onderwijs
	Volgen schoolverlaters

Bevorderen instroom en gediplomeerde uitstroom

Bevorderen instroom

Bevordering van de instroom in zorg en WJK opleidingen is op dit moment niet erg relevant. Wel is het van belang varkenscycluseffecten tegen te gaan. Dergelijke effecten doen afbreuk aan het werkgeversimago van de sector.

Bevorderen studierendement

Uiteraard is het van belang het studierendement van studenten zo hoog mogelijk te houden. Wie zijn studie begint, moet ook in staat zijn deze af te ronden. In vergelijking met andere opleidingsrichtingen is het studierendement nu al hoog. Verdere verbeteringen zijn echter mogelijk.

Belangrijk (voor verdere verhoging van) het studierendement is een goed functionerende *stageplaatsen- en leerbanenmarkt*. Voor het Stagefonds Zorg, dat sinds 2007-2008 aan instellingen geld ter beschikking stelt voor goede begeleiding van stages en duale trajecten op mbo en hbo niveau, komt de komende jaren meer geld beschikbaar.¹ Vanaf 1 januari 2014 kunnen werkgevers in de huisartsenzorg een maandelijkse tegemoetkoming van 100 euro aanvragen voor het begeleiden van doktersassistenten en praktijkondersteuners in opleiding.² Verder is te wijzen op door Calibris ontwikkelde nieuwe, praktijkgerichte/-simulerende stageconcepten op mbo-niveau. Gezien de in de hervormingsplannen voor de

¹ Ministerie van VWS (2013). *Brief Stagefonds 2013*.

² Dat komt bovenop de maandelijkse tegemoetkoming van 100 euro voor de stagiairs zelf. Zie: Artikel 'Artikel 'Tegemoetkoming begeleiding stagiairs in de huisartsenzorg', OP: *abvakabofnv.nl*, 21 januari 2014

langdurige zorg en ondersteuning nagestreefde extramuralisatie/wijkgerichte aanpak is in dit verband vooral het WijkLeerbedrijf (WLB) een interessant en veelbelovend concept.¹ Te noemen op hbo-niveau zijn de stageplaatsen voor studenten van HAN hbo-v in de wijkverpleging onder begeleiding van een wijkverpleegkundige van ZZG zorggroep in Groesbeek. Door het vak in de praktijk te laten ervaren, neemt de animo van toekomstige verpleegkundigen om in de wijkverpleging te gaan werken toe.²

Bevorderen sectorrendement

Met betrekking tot het sectorrendement is een belangrijk aandachtspunt dat studenten in de zorg meer voor de ouderenzorg/-geneeskunde gaan kiezen. Een nieuw initiatief van Vilans en Zorgbelang Nederland richt zich hierop. In 2014 gaan in een pilot 24 ouderen, die extramuraal dan wel intramuraal langdurige zorg ontvangen, in (groeps)gesprekken mbo-, hbo- en wo-studenten die een zorgstudie volgen inspireren om voor de ouderenzorg te kiezen.³

Verbetering aansluiting onderwijs – arbeidsmarkt

De stelselwijzigingen betekenen onder meer wijkgericht, integraal/ multidisciplinair, generalistisch, coachend/regisserend en zelfsturend werken. Dit vraagt om andere/bredere kennis, vaardigheden en competenties. En daarmee ook om aanpassing van de beroepen- en onderwijsstructuur. Het is van belang breder/korter te scholen en daarna (korte) vervolgopleidingen aan te bieden voor plaatsing in een specifieke functie. Op die manier zijn ook werkenden bij- en op te scholen. Door dit te koppelen aan EVC, kan men landelijk gecertificeerde diploma's krijgen.

In het hiernavolgende komen, primair vanuit bovenstaand perspectief, maatregelen aan bod die bijdragen aan de verbetering van de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt in zorg en WJK.

(Gezamenlijk) ontwikkelen van nieuwe onderwijsprogramma's

Op het gebied van vernieuwing van onderwijsprogramma's verdienen onder meer de volgende – meer *inhoudelijke* - ontwikkelingen vermelding:

- Techniek speelt een steeds belangrijkere rol in (de beroepsuitoefening in) zorg en WJK. ROC's werken aan gecombineerde mbo opleidingen Zorg en Techniek; de ontwikkeling hiervan staat echter nog in de kinderschoenen.
- Te wijzen is verder op een aantal (in ontwikkeling zijnde) nieuwe specifieke opleidingen op mbo- en hbo niveau (zoals: mbo-opleiding gericht op zorg aan verstandelijk gehandicapten met ernstige gedragsstoornissen; ad opleiding gehandicaptenzorg met veel aandacht voor WMO-competenties; hbo opleiding gehandicaptenzorg met zowel een gezondheidskundige als sociaal agogische

¹ Het WLB begeleidt stagairs die werkervaring willen opdoen in de wijk waar ze wonen. De werkervaring sluit aan bij de opleiding ze volgen (mbo zorg en welzijn, niveau 1 en 2). De stagiairs helpen bewoners bij allerlei hand- en spandiensten. Zie: Calibris (2011). *Wijkleerbedrijf. Via de wijk aan het werk*; Panteia (2013). *Creation and development of jobs in care and support services for adults with disabilities or health problems. Country report on the Netherlands. Annex Case study Wijkleerbedrijf*; Artikel 'Jongere via Wijkleerbedrijf op zoek naar felbegeerde baan', IN: *De Volkskrant*, 3 april 2013.

² Artikel 'Grote stijging studenten verpleegkunde. Zorg in de buurt vraagt om vele duizenden hogere opgeleide verpleegkundigen', OP: *actiz.nl*, 30 augustus 2013.

³ Artikel 'Ouderen voor de klas van zorgstudenten', OP: *nursing.nl*, 30 augustus.

component; hbo-opleiding verpleegkundige gerontologie; nieuw hbo-beroepsprofiel voor de sociaal professional).

- Het zorgonderwijs gaat meer aansluiten op de ontwikkelingen in de richting van zelf- en samenredzaamheid/ extramuralisering/ wijkgerichte, integrale zorg. Te noemen in dit verband is de leergang 'Medewerker wijkzorg' van Amarant voor medewerkers in de gehandicaptenzorg. Rode draad hierin is het belang van samenwerken in de wijk, burgerparticipatie en het nemen van regie. De leergang is specifiek ontwikkeld voor senior persoonlijk begeleiders en begeleiders die reeds werkzaam zijn binnen de wijkzorg.¹
- Wat de opzet van de opleidingen op hbo-niveau betreft, adviseert de Verkenningcommissie hbo gezondheidszorg de hogescholen in te zetten op meer leer-werkplaatsen, op de vorming van learning communities. Ook zijn er meer docenten nodig met actuele kennis en ervaring uit de beroepspraktijk.²

3.4.2 Oplossingsrichtingen op het gebied van werkenden in de sector

<i>Oplossingsrichtingen</i>	<i>Specifieke oplossingen</i>
Optimaliseren inzet werknemers	Stimuleren jobgerichte scholing (bij- en nascholing)
	Stimuleren verticale en horizontale doorstroming (mobiliteitsbeleid)
	(Aanpassen van) werktijden (inclusief zelfroosteren en tijd- en plaatsafhankelijk werken)
	Verbreding inzetbaarheid personeel
	Optimaliseren van teamprestaties
Voorkomen uitstroom werknemers	Verbetering arbeidsinhoud, arbeidsvoorwaarden, arbeidsomstandigheden en werksfeer
	Bevordering ontplooiing werknemers
	Duurzaam inzetbaarheidsbeleid
	Diversiteitsbeleid
	Opvangen (tijdelijke) personeeloverschotten

Optimaliseren van de inzet van werknemers

Stimuleren jobgerichte scholing (bij- en nascholing)

De met de hervormingen van het stelsel van professionele zorg gepaard gaande substituties, taakverschuivingen en andere methoden van werken en de daaruit voortvloeiende aangepaste/geheel nieuwe functies nopen - naast aanpassingen van (het curriculum van) het initiële onderwijs - tot bij- en nascholing van het zittend personeel in zorg en WJK. Het ministerie van VWS gaat - samen met VNG

¹ V&VN (2012). *Expertisegebied wijkverpleegkundige*; Artikel 'Eerste opleiding wijkzorg erkend', OP: *vgn.nl*, 2 september 2013.

² Verkenningcommissie hbo gezondheidszorg (2013). *Voortrekkers in verandering. Zorg en opleidingen - partners in innovatie*.

en veldorganisaties – in 2014 aan de slag met het uitvoeren van een actieplan scholing voor zorg- en ondersteuningsprofessionals.¹

Bij jobgerichte scholing gaat het niet alleen om het upgraden van uitvoerend personeel, maar ook om (verdere) professionalisering van leidinggevend. Te wijzen in dit verband is onder meer op de Stimuleringsregeling Trainingen Leidinggeven Welzijn en Kinderopvang van FCB, gericht op het vergroten van de basis- en/of veranderkwaliteiten van leidinggevend in WMD en kinderopvang², de verbetertrajecten gericht op professionalisering in de langdurige zorg in het kader van In Voor Zorg (zoals 'Koers vast, trossen los!' van Het Baken in Gelderland³) en de Proeftuinen Ouderenzorg van V&VN in het kader van het convenant Investerings Langdurige Zorg 2011-2015. Doel van de proeftuinen is binnen de VVT, via (een netwerk van) zogenaamde leerateliers, te leren over de optimale mix van deskundigheidsniveaus en disciplines binnen een zorgteam.⁴

Verbreding inzetbaarheid personeel

Ook in de cure gaat in de toekomst het nodige veranderen wat van invloed is op de competentiebehoeften van medewerkers. V&VN stelt voor om personeel in ziekenhuizen breder in te zetten dan alleen op de eigen afdeling. Ook pleiten zij voor meer samenwerking en uitwisseling tussen specialistische afdelingen als intensive care, medium care en spoedeisende hulp omdat het nu erg lastig is om vervanging te vinden voor specialistische verpleegkundigen.⁵

Optimaliseren van teamprestaties

In de toekomst zal de nadruk meer en meer komen te liggen op extramurale zorg door - al dan niet zelfsturende - wijkgerichte, integrale teams. Eén van de karakteristieken van excellente zorgteams is een optimaal teamklimaat.⁶ Om zorgprofessionals uit zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van multidisciplinaire teamprestaties introduceert CBO de Nederlandse versie van TeamSTEPPS™: een onderbouwd curriculum gericht op het creëren van teams die werken op basis van een cultuur continu gericht op verbeteren.⁷ Te noemen in dit verband is verder het onderzoek Teammonitor van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN). De Teammonitor, ontwikkeld door het Expertisecentrum HRM&OB van de Rijksuniversiteit Groningen, meet de subjectief beleefde effectiviteit van een team (welke factoren in een team doen er echt toe om effectief te

¹ Rijksbegroting 2014. VWS en andere partijen gaan ook verder de positie van de informele zorgverlener binnen de langdurige zorg en ondersteuning beter vastleggen. Concrete acties voor 2014 zijn ook nog: het met VNG aanpassen van de basisfuncties vrijwilligerswerk en mantelzorg aan de hervorming van de langdurige zorg en ondersteuning en het beschikbaar stellen van de toolkit mantelzorg voor de eerste- en tweedelijnszorg.

² Fcb.nl.

³ In voor Zorg (2013). *Factsheet Het Baken: Het Baken. Koers vast, trossen los!*

⁴ Proeftuinenouderenzorg.nl.

⁵ V&VN (2013). *Brief Verspilling in de zorg.*

⁶ Tot 23 januari 2013 namen 143 zorgprofessionals deel aan dit onderzoek. Zie: Artikel 'Teamprestaties in de zorg kunnen ruim verbeterd worden,' OP: *cbo.nl*, 28 januari 2013.

⁷ *Cbo.nl/teamstepps.*

kunnen zijn?).¹ V&VN heeft voorts een *Werkboek Samenredzaamheid* samengesteld. Met behulp van de Teamscan Samenredzaamheid en inspirerende casussen ondersteunt het werkboek teams van verzorgenden en verpleegkundigen in de ouderenzorg een stap te zetten in deze nieuwe manier van werken.²

Voorkomen van uitstroom van werknemers

Bevordering van ontplooiing van werknemers

Bij dit type oplossingen gaat het naast *scholings- en carrière mogelijkheden* (zie eerder) om *zelfsturing* en activiteiten gericht op *verbetering van de positie van de zorgprofessional*:

- Er is - in verschillende zorg- en WJK-branches - sprake van toenemende inzet van zelfsturende (wijkgerichte) teams, waarin alle taken en verantwoordelijkheden binnen het team zelf liggen. Met deze teams zijn de afgelopen jaren goede ervaringen opgedaan.³ De verwachting is dat de inzet van dergelijke teams door de stelselwijzigingen alleen maar zal toenemen.
- Om de positie van de zorgprofessional binnen de zorginstellingen in Nederland te verbeteren, voert V&VN met subsidie van VWS al bijna vijf jaar het programma *Excellente Zorg* uit.⁴ Meer professionele ruimte op de werkvloer en een efficiëntere inzet van voldoende gekwalificeerd en gemotiveerd personeel vormen tevens een van de vier thema's van het sinds 2009 lopende stimuleringsprogramma voor de langdurige zorg *In voor Zorg (& Ondersteuning)*, een initiatief van het ministerie van VWS en kenniscentrum langdurige zorg *Vilans*.⁵ *Good practices* in het kader van *In voor Zorg* zijn onder meer de (verbeter)trajecten van *Volckaert*, *Interzorg Noord-Nederland*, *Juvent* en *Noorderboog*. Daarnaast zijn er op dit terrein, los van genoemde programma's, verschillende andere aansprekende projecten te noemen.⁶

De hierboven beschreven oplossingsrichtingen betekenen overigens niet alleen ontplooiingsmogelijkheden voor de werknemers. Zij dragen eveneens bij aan verhoging van de efficiency in de sector.

¹ Artikel 'Project Verslavingszorg Noord Nederland: Meer autonomie voor teams', OP: werkenindegz.nl, (Nieuwsbrief 20, oktober 2013).

² NIVEL (2013). *Preventie en het bevorderen van zelfmanagement. Visies en ervaringen van zorgprofessionals*; Artikel 'Deel zorgprofessionals onvoorbereid op samenwerking mantelzorgers', OP: venvn.nl, 18 juli 2013; V&VN (2013). *Werkboek Samenredzaamheid. Aan de slag met je cliënt en zijn netwerk*.

³ Zie onder meer: Panteia (2013). *Creation and development of jobs in care and support services for adults with disabilities or health problems. Country report on the Netherlands*; In voor Zorg (2013). *Factsheet Zorgcombinatie Interzorg: 'Tuk en Tin', Decentralisatie van verantwoordelijkheid*; In voor Zorg (2013). *Factsheet Omring: 54 zelfsturende zorgteams in de wijk brengen thuiszorg dicht bij cliënt*; Movidia (2013). *De nieuwe Thuiszorg: naar wijkgerichte en zelfsturende teams. Evaluatie uit de eerste teams bij Thuiszorg Amstelring*.

⁴ [Venvn.nl](http://venvn.nl) (Dossier Excellente Zorg).

⁵ In voor Zorg (2013). *Rapportage retrospectieve analyse Volckaert*; In voor Zorg (2013). *Factsheet Interzorg Noord-Nederland: Voedingsassistenten, verzorgenden en verpleegkundigen verbeteren hun eigen werk*; In voor Zorg (2013). *Factsheet Juvent: Transformatie Juvent*; In voor Zorg (2013). *Factsheet Zorgcombinatie Noorderboog: De Werkvloer Centraal in de praktijk*.

⁶ Zie onder meer: VUmc (2012). *Evaluatieonderzoek Van Harnas Naar Zomerjurk. De Herontdekking van de Zorg*; ActiZ (2013). *Handreiking sociale innovatie in de ouderenzorg*; STAG (2013). *Nu voel ik me meer betrokken'. Aan de slag met beroepstrots en sociale innovatie*.

Duurzaam inzetbaarheidsbeleid

De komende jaren gaan het nodige van werknemers vergen. A+O fondsen en regionale werkgeversverbanden ondersteunen instellingen in zorg en WJK bij het ontwikkelen/implementeren van duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Daarin spelen lerende netwerken van instellingen een belangrijke rol. Voorbeelden van initiatieven op het gebied van duurzame inzetbaarheid zijn projecten van AOVTT (Duurzaam Werken 2.0), StAG (Overstag), O&O-fonds GGZ (ESF-projecten duurzame inzetbaarheid) en ZorgpleinNoord (project duurzame inzetbaarheid resulterend in een 'inspiratieboek').¹ O&O fonds GGZ bijvoorbeeld zag in 2012 en 2013 twee sectorbrede ESF-aanvragen duurzame inzetbaarheid gehonoreerd. De drie pilots uit de eerste ronde – bij de GGZ-instellingen Dimence, GGZ Delfland en Streetcornerwork – zijn inmiddels afgerond.² Deze hebben geresulteerd in een routeplanner voor het Nieuwe Werken en een onderzoeksrapport over duurzame inzetbaarheid in de GGZ.³ Inmiddels is een vervolg ESF-aanvraag ingediend voor het project 'Doorgaan met duurzame inzetbaarheid in de GGZ'. Het betreft vier deelprojecten bij zeven GGZ-instellingen met als thema's slimmer roosteren, performance management, empowerment en werving en selectie. Verder heeft in 2013 binnen GGZ-instelling de proeftuin 'Sterk in je Werk' plaatsgevonden, een ontwikkeltraject waarin medewerkers in workshops actief aan de slag zijn gegaan met duurzame inzetbaarheid. De workshops richtten zich op bewustwording, stimuleren van duurzaam inzetbaar blijven en benutten van eigen stuurmogelijkheden.

Door RegioPlus is een programma ontwikkeld ter stimulering van beleid gericht op de duurzame inzetbaarheid van professionals. Daarnaast zijn 'In Voor Zorg & Ondersteuning!' (voorheen 'In Voor Zorg!') en het programma 'Duurzame Inzetbaarheid' van het ministerie van SZW voornemens om de komende jaren te gaan samenwerken om de duurzame inzetbaarheid van professionals te stimuleren en goede voorbeelden te delen.⁴

Diversiteitsbeleid

Dichter bij de cliënt betekent ook dichter bij het toenemend aantal allochtone cliënten. Sommige eerdere, grootschalige projecten specifiek gericht op het werven van allochtone werknemers waren weinig succesvol. Kleinschalige, meer lokale projecten, zoals bijvoorbeeld het project Zorg met Kleur⁵, blijken in de praktijk effectiever. Een succesvolle aanpak is ook het door instellingen als ambassadeur inzetten van werknemers van allochtone herkomst. Zij werven nieuwe medewerkers binnen hun eigen familie- en kennissenkring.

¹ Aovvt.nl; arbeidsmarktgehandicaptenzorg.nl; programma_overstag.shtmlOverstag.nu; Artikel 'ESF-project Actie E: Duurzame inzetbaarheid', OP: werkenindeggz.nl, (nieuwsbrief 20, oktober 2013); ZorgpleinNoord (2013). *Inspiratieboek Duurzame Inzetbaarheid*.

² De pilots zijn uitgevoerd door en/of met de systematiek van HealthyWork/Active Ageing. De resultaten van de pilot bij Dimence - o.m. een interventiekaart en een actieplan – zijn meegenomen in het beleid van Dimence ter bevordering van de duurzame inzetbaarheid van werknemers. GGZ Delfland heeft door de pilot inzicht gekregen in kwantitatieve en kwalitatieve gegevens t.a.v. de inzetbaarheid van personeel en in de stand van zaken m.b.t. interventies gericht op het optimaliseren daarvan. Bij Streetcornerwork is de systematiek toegepast om medewerkers te ondersteunen met activiteiten die duurzame inzetbaarheid bevorderen.

³ O&O fonds GGZ (2013). *Routeplanner Het Nieuwe Werken*; O&O fonds GGZ (2013). *Duurzame inzetbaarheid in de GGZ*.

⁴ Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Visie op de arbeidsmarkt in de zorg en ondersteuning*.

⁵ Artikel 'Project Zorg met Kleur geslaagd', OP: *calibris.nl*, 11 maart 2013.

Belangrijke randvoorwaarde voor succesvol diversiteitsbeleid is het hebben van een oog voor cultuur en diversiteit van mensen (cultuursensitiviteit). Onderzoek van Pharos, gefinancierd door ZonMw, laat zien dat ziekenhuiszorg afgestemd op de culturele achtergrond van de patiënt niet alleen kwalitatief betere zorg oplevert, maar ook kostenbesparend is. ZonMw stelt daarom geld beschikbaar ter ondersteuning van projecten om de migrantenzorg binnen ziekenhuizen te verbeteren.¹ In het kader van het door ActiZ en VGN in de periode mei 2011-mei 2013 uitgevoerde - en door VWS, BZK en het Europees Integratie Fonds (EIF) gefinancierde - programma *Een Intercultureel Fundament* (EIF) is een toolkit ontwikkeld die zorgorganisaties in de langdurige zorg kennis, kunde en tools biedt om goede cultuursensitieve zorg te leveren.²

3.4.3 Oplossingen op het gebied van reserves

Het mobiliseren van reserves als oplossingsrichting voor personele tekorten is op dit moment even minder relevant. In dit verband is te wijzen op de afspraken in het Sociaal Akkoord om zowel in de markt- als publieke sector vanaf 2014 jaarlijks een groot aantal mensen extra met een arbeidsbeperking aan een baan te helpen. Als de jaarlijkse voorziene aantallen niet worden gehaald, zal gebruik worden gemaakt van een quotumregeling (bedrijven en instellingen worden dan wettelijk verplicht 5% van hun personeel uit arbeidsgehandicapten te laten bestaan). Dit zet het HR-beleid van instellingen in zorg en WJK de komende jaren verder onder druk.

3.4.4 Oplossingen op het gebied van de bedrijfsvoering

<i>Oplossingsrichtingen</i>	<i>Specifieke oplossingen</i>
Optimaliseren arbeidsproductiviteit	Sociale innovaties (optimaliseren bestaande werkprocessen; verbetering functie-inhouden)
	Technologische innovaties
Verhuizen van activiteiten	(Geografisch) verplaatsen van activiteiten
	Optimaliseren van taken in keten
	Afstoten van niet-corebusiness

Optimaliseren arbeidsproductiviteit

Om bezuinigingen in zorg en WJK zo min mogelijk van invloed te doen zijn is het van belang arbeidsproductiviteit te verhogen (i.e. het met minder arbeidskrachten verrichten van dezelfde hoeveelheid werk). Dit type oplossingen heeft vervolgens direct gevolgen voor het personeel zelf. In dit cluster oplossingsrichtingen is globaal onderscheid te maken tussen sociale innovaties (onder meer het optimaliseren van bestaande werkprocessen en het verbeteren van functie-inhouden) en technologische innovaties.

¹ Pharos (2013). *Ziekenhuiszorg voor migranten: optimalisering van kwaliteit en doelmatigheid*.

² O&O-fonds GGZ (2013). *Cultuursensitiviteit op de werkvloer voor leidinggevenden en hun teamleden in de geestelijke gezondheidszorg. Handreiking*.

Sociale innovaties

De zorgbranche is sociaal innovatiever dan het bedrijfsleven (op een schaal van 7 scoort de zorg gemiddeld een 4,4; dat is een kwart hoger dan het bedrijfsleven). Zorgorganisaties die actief bezig zijn met sociale innovatie blijken in termen van goed werkgeverschap, kwaliteit van zorg en financiën beter te presteren dan organisaties die dat niet doen.¹ De komende jaren wordt onder meer binnen het programma In voor Zorg & Ondersteuning (de opvolger van In voor Zorg) de nodige aandacht besteed aan het stimuleren van sociale innovaties.²

Optimaliseren van werkprocessen

Er zijn verschillende mogelijkheden om de werkprocessen in zorg en WJK te optimaliseren:

- *Lean Six Sigma* integreert de bedrijfsfilosofieën Lean Management en Six Sigma teneinde processen te verbeteren. Lean Management richt zich op het managen en verbeteren van processen door het elimineren van verspillingen en het reduceren van doorlooptijden. Six Sigma is een kwaliteitsmanagementmethode om de operationele prestaties van een organisatie te verbeteren, door middel van het identificeren van tekortkomingen in werkprocessen binnen een organisatie én het verbeteren van deze werkprocessen. Het Mekka van Lean (Six Sigma) is het Virginia Mason Medical Center.³ In Nederland zijn eveneens reeds de nodige initiatieven op dit terrein (met name in de intramurale maar ook in de extramurale zorg).⁴ IG&H constateert in een rondgang langs 28 ziekenhuizen wel dat de resultaten die de Nederlandse ziekenhuizen met Lean behalen achterblijven bij de verwachtingen. Ondanks soms goede resultaten op afdelingsniveau, is van een echte ziekenhuisbrede kwaliteits- en doelmatigheidsformatie nog nergens sprake. Onder meer schort het aan een goede inbedding in de organisatie; veelal is Lean slechts een van de verbetertools in plaats van dé methode waarop het ziekenhuis verbeteringen doorvoert.⁵
- *Aanpak van verspilling in de zorg*: Hierbij gaat het onder meer om: 1) versterken van kostenbewustzijn bij cliënten en het verminderen van overbehandeling en praktijkvariatie; 2) terugdringen van overhead door minder managementlagen (plattere organisatie) en/of een meer faciliterende rol van het management (vooral de thuiszorg wint terrein op dit gebied; zie onder meer Buurtzorg en vergelijkbare initiatieven); 3) verminderen van regeldruk ofwel

¹ INSCOPE (2012). *Erasmus Innovatiemonitor Zorg 2012*.

² Dit programma helpt zorgorganisaties werkprocessen in te richten op de toekomst, bundelt bestaande kennis en biedt organisaties praktische ondersteuning bij veranderingen in de langdurige zorg en ondersteuning. Zie: Rijksbegroting 2014.

³ Artikel 'Mekka van Lean', OP: *zorgvisie.nl*, 31 mei 2013.

⁴ Zie onder meer: In voor Zorg (2013). *Rapportage retrospectieve analyse Vivantes*; ⁴ In voor Zorg (2013). *Factsheet Alerimus: 9+ Leanbeleving "Start van de dag"*; In voor Zorg (2013). *Blauwdruk Cliënt Journey Cliëntbeleving, Momenten van de Waarheid en de 9+ beleving – bij intramurale en extramurale zorg*.

⁵ IG&H (2013). *De bijsluiter van Lean in ziekenhuizen. Volledig doseren voor krachtige werking*.

administratieve lasten (efficiëntere zorg door minder/slimmer te registreren¹). Naast bovenstaande zijn er ook verspillingen die geen (of een minder) direct effect hebben op de vraag naar arbeid in de zorg, bijvoorbeeld verspillingen aan medicijnen en of hulpmiddelen. Verspilling – in welke vorm dan ook – zet de betaalbaarheid en toegankelijk van de zorg onder druk en tast de solidariteit aan. Daarom intensiveert het ministerie van VWS in het Programma Verspilling in de Zorg, samen met iedereen die zorg gebruikt, zorgproducten maakt of zorg verleent, de strijd tegen verspilling. De kern van dit programma is het meldpunt 'Verspilling in de Zorg' (verspillingindezorg.nl), waar iedereen melding kan doen van verspilling en daarvoor oplossingen kan aandragen. Op basis van een analyse van de meldingen wordt vervolgens een actieplan tegen verspilling opgesteld.²

- *Verbetering logistiek*: Recent onderzoek toont dat in de ziekenhuiszorg met hetzelfde personeel tot 30% meer patiënten zijn te behandelen, door, met behulp van wiskundige modellen, schaarse middelen – zoals bedden, operatiekamers en personeel – beter te benutten.³ Ander onderzoek laat zien dat door betere informatiewisseling tussen de verschillende afdelingen de opeenvolgende stappen in het zorgproces veel beter op elkaar zijn af te stemmen waardoor de duur van een ziekhuisbehandeling drastisch is te bekorten.⁴ Een concreet voorbeeld van verbetering van logistiek is het nieuwe centrum voor Acute Zorg van het Streekziekenhuis Koningin Beatrix (SKB). Hierin komen onder meer de Huisartsenpost (HAP), een triagekamer, de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH), een traumakamer, eerste Harthulp met minimaal twee plaatsen en een Intensive care en hartbewaking.⁵
- *Schaalvergroting*: Vaak wordt ook schaalvergroting gezien als een middel om de arbeidsproductiviteit te verhogen. Schaalvergroting blijkt echter slechts tot op zekere hoogte bij te dragen aan productiviteitsstijging. In ziekenhuizen met 200 tot 400 bedden wordt het efficiëntst gewerkt, bij grotere ziekenhuizen zijn er significante schaalnadelen.⁶ In de complexe spoedeisende en/of acute zorg vergroot schaalvergroting weliswaar de expertise en levert het kwaliteitswinst op maar het leidt niet tot kostenbesparing.⁷ In de GGZ heeft

¹ Actal (2012). *Efficiëntere zorg door slimmer registreren*; Actal (2013). *Ex-ante toetsing concept-wetsvoorstel Jeugd*; Artikel 'Regelarme zorg verhoogt welbevinden en werkplezier', OP: zorgvisie.nl, 6 september 2013; Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief over verlenging experiment regelarme instellingen*; In voor zorg (2013). *Van regels naar mensen. Experiment Regelarme Instellingen in de langdurige zorg: de eerste ervaringen*; Artikel 'Careyn stopt regelarme zorg vanwege meer regels', OP: zorgvisie.nl, 15 oktober 2013; Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Gezamenlijke agenda VWS. Van systemen naar mensen*; Hiemstra & De Vries (2013). *De minutenregistratie voorbij. Een handreiking voor eenvoud in de uitvoering*; Artikel 'Minutenregistratie is geen verplichting', OP: nursing.nl, 17 september 2013.

² Ministerie van VWS (2013). *Plan van aanpak 'Het tegengaan van verspilling in de zorg'*; Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Analyse meldingen over verspilling in de zorg*.

³ Het gaat om de volgende drie promotieonderzoeken: T. van Essen (2013). *Flowing through hospitals*; Peter Hulshof (2013). *Integrated decision making in healthcare*; Egbert van der Veen (2013). *Personnel preferences in personnel planning and scheduling*. Zie ook: Artikel 'Tot 30 procent meer zorg met huidige omvang personeel', OP: utwente.nl, 22 november 2013.

⁴ J. Drupsteen (2013). *Treating planning flows in patient flows*. Ook hier betreft het promotieonderzoek.

⁵ Artikel 'Uniek centrum Acute Zorg in Winterswijk', OP: nvz-ziekenhuizen.nl, 11 juli 2013.

⁶ S. van Kan en E.J. Troost (2012). *Schaalvoordelen in Nederlandse ziekenhuizen, een illusie?*

⁷ IPSE (2013). *Schaal- en synergie-effecten bij de spoedeisende hulp. Een literatuur- en empirisch onderzoek naar de kostenstructuur van de spoedeisende hulp*.

de forse schaalvergroting als gevolg van de intensivering van de samenwerkingsverbanden/fusies in de periode 1988-1999 in negatieve zin bijgedragen aan de productiviteitsstijging.¹

Verbetering van functie-inhouden

Verbetering van functie-inhouden kan eveneens een bijdrage leveren aan het oplossen van tekorten in specifieke functies in zorg en WJK. Bij verbetering van functie-inhouden gaat het onder meer om taakherschikking, functiedifferentiatie, en jobcarving/jobcrafting. Meer dan in andere sectoren bestaat in zorg en WJK op dit gebied reeds een zekere cultuur. Door de veranderende eisen aan zorgmedewerkers als gevolg van de hervormingen van de professionele zorg neemt het belang van dit cluster oplossingsrichtingen alleen maar toe.

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken en bevoegdheden tussen verschillende beroepsbeoefenaren.² Voorbeelden zijn verschuiving van taken:

- van gespecialiseerde arts naar generalistische arts (bijvoorbeeld SEH arts of ziekenhuisarts);
- van medisch specialist naar verpleegkundig specialist of physician assistant³;
- van psychiater naar psycholoog, psychotherapeut e.d. of naar verpleegkundig specialist in de GGZ⁴;
- van apotheker naar pharmacy practitioner⁵;
- van huisarts naar praktijkverpleegkundige of praktijkondersteuner (POH en POH GGZ)⁶;
- van verpleegkundigen in de GGZ naar afdelingsassistenten op niveau 2;
- van verzorgende naar helpende.

Bij *functiedifferentiatie* ontstaan door het uitsplitsen van taken nieuwe functies. Formeel blijft de taak wel bij de oorspronkelijke beroepsbeoefenaar.⁷ Zo kunnen bijvoorbeeld secretaresses administratief werk overnemen van verpleegkundigen en praktijkassistenten registratiewerkzaamheden van medici. Een ander voorbeeld is het in hun eigen competentiegebied voorschrijven van medicijnen door verpleegkundig specialisten (sinds 1 januari 2012 toegestaan). Voor verpleeg-

¹ IPSE (2013). *Productiviteitstrends in de geestelijke gezondheidszorg*.

² NZa (2012). *Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg*.

³ NAPA, V&VN en KNMG (2012). *Handreiking implementatie taakherschikking*; M. Laurant. (2013) 'Out of hours primary care', IN: *International Innovation. Health Partnership*, mei 2013; Ministerie van VWS (2013). *Vervolg kabinetsreactie advies NZa taakherschikking*; P.G. van Putten (2013). *Pitfalls and Opportunities in Colorectal Cancer Screening*.

⁴ Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Hoofdbehandelaarschap GGZ*; Artikel 'Geen extra taken voor verpleegkundigen ggz', IN: *Financieele Dagblad*, 12 augustus 2013.

⁵ Artikel 'Dit zijn nieuwe, kansrijke beroepen in de zorg', OP: *intermediair.nl*, 5 oktober 2013

⁶ NIVEL (2013). *Kennisvraag. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?*; LHV (2013). *Uitkomsten LHV-peiling over GGZ*; CvZ (2013). *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2*; NIVEL (2012). *Praktijkondersteuner-ggz maakt verwachtingen waar*; Artikel 'Ggz heeft steeds meer invloed bij de huisarts', IN: *De Volkskrant*, 8 augustus 2013; Artikel 'Praktijkverpleegkundigen in Weststellingwerf en Oldemarkt. Brug tussen huisartsen en-verzorgingshuizen', IN: *De Eerstelijns*, maart 2013.

⁷ RVZ (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*.

kundig specialisten is dat een verrijking van de werkzaamheden en voor de artsen betekent het een vermindering van de belasting.¹

Jobcarving (of functiecreatie) gaat uit van de persoonlijke mogelijkheden van mensen met een fysieke, psychische of mentale beperking. Binnen het totaal aan werkzaamheden op een afdeling of in een organisatie zoekt men naar activiteiten die binnen het bereik vallen van deze groep. Vervolgens worden met het oog hierop de werkprocessen herontworpen. Jobcarving wordt vaak gecombineerd met jobcoaching. Zorg is een ontvankelijke sector voor jobcarving, mede gezien de rijke variëteit aan taken, waaronder eenvoudige, ondersteunende taken. Relevant in dit verband is onder meer een gezamenlijk ESF-project van AOVVT en SBCM (de A+O fondsen in de VVT respectievelijk de SW) gericht op functiedifferentiatie in de V&V.² *Jobcrafting* gaat nog een stapje verder. Hierbij staat niet het werk maar de (toekomstig) werknemer centraal. Jobcrafting bestaat uit acties die (toekomstige) werknemers zelf nemen om hun werk te (her)definiëren en vorm te geven, rekening houdend met hun wensen en (fysieke en cognitieve) mogelijkheden.³ Een voorbeeld van jobcrafting in de zorg zijn de leerwerktrajecten in het kader van de in voorbereiding zijnde Zorgwerkschool. Daarin worden uitgaande van wat leerlingen in het VSO wél kunnen leerwerkbanen op maat 'geboetseerd'.

Aan dit cluster oplossingsrichtingen kunnen ook nadelen zitten. Zo moet ervoor gewaakt dat er teveel verschillende mensen over de vloer c.q. handen aan het bed komen. Ook zijn er voor bepaalde nieuwe beroepen zijn nog te weinig opgeleiden (dat geldt bijvoorbeeld voor SEH-arts). Verder laat onderzoek zien dat in de huisartsenzorg een substantieel deel van de patiënten ook voor eenvoudige verrichtingen en voorlichting toch de (vertrouwde) huisarts verkiest boven een (nieuwe) praktijkondersteuner.⁴

Technologische innovaties

De mogelijke effecten van technologische innovaties op de arbeidsmarkt in zorg en WJK zijn als volgt samen te vatten:

- Technologische innovaties kunnen arbeid besparen en daarmee de arbeidsproductiviteit verhogen. In veel gevallen zijn ze echter primair gericht op verhoging van de kwaliteit van de zorg en/of uitbreiding van de mogelijkheden om zorg te verlenen en leiden daardoor juist tot het duurder worden van de zorg. Vaak wordt het potentieel van nieuwe technologie (in termen van kwaliteit en doelmatigheid) ook niet gerealiseerd omdat nieuwe en oude technologie naast elkaar worden gebruikt (stapeling van technologie) en/of werkprocessen niet worden aangepast.⁵ Met de topsector Life Sciences en Health zet het ministe-

¹ Artikel 'Zelf medicijnen voorschrijven', IN: *Tracer*, 9 augustus 2012.

² AOVVY en SBCM (2012). *Een eerste blik. Overzicht van ervaringen met job carving en functiecreatie in de VVT-sector*; aovvt.nl

³ A. Wrzesniewski en J. Dutton (2001). *Turn the job you have into the job you want*; M. Tims A.B. Bakker (2010), 'Job crafting: Towards a new model of individual job redesign', IN: *SA Journal of Industrial Psychology*, 26, 9.

⁴ S. van Dulmen en J. Noordman (2012). 'Taken POH en huisarts complementair?', IN: *Huisarts & Wetenschap*, jrg. 55, nr. 6, juni 2012.

⁵ Artikel 'Meer aandacht voor sociale innovatie nodig', OP: *zorgvisie.nl*, 16 juli 2013; P. Idenburg (2013). *Diagnose Technologie*.

rie van VWS in op oplossingen voor de kostenstijging in de zorg (alsmede voor het op de langere termijn dreigende personeelstekort). Door de directe koppeling van innovatie en betaalbaarheid worden innovaties ondersteund die ook daadwerkelijk de kostenstijging in de zorg kunnen beperken.¹

- Dikwijls betekenen technologische innovaties een verlichting van de arbeid (verbetering van de arbeidsomstandigheden)
- Technologische innovaties kunnen het werk eenvoudiger (lagere opleidingseisen) maar ook juist moeilijker maken (hogere opleidingseisen). Ze kunnen ook leiden tot verschuivingen in de arbeidsvraag, tussen opleidingsniveaus en/of tussen branches. Zo kunnen bijvoorbeeld door technologische innovaties behandelingen dichtbij huis geleverd worden in plaats van in het ziekenhuis.²
- De komst van nieuwe technologie in de zorg maakt zorgprofessionals volgens zorgmanagers creatiever op het gebied van service, producten en processen.³

Technologische innovaties in zorg en WJK betreffen onder meer vernieuwingen op het terrein van:

- 'Slimme' bouw en (her)inrichting van zorginstellingen.
- Medische technologie, apparatuur, behandelmethoden en medicatie.
- Arbeidsverlichtende en -besparende apparatuur, zoals tilliften, transfermiddelen e.d., en hulpmiddelen.
- Robotica: hierbij gaat het onder meer om logistieke robots (i.e. transport van goederen en personen met behulp van zelfsturende mechanische platforms), operatierobots (zoals de da Vincirobot), servicerobots/sociale robots (zoals de in ontwikkeling zijnde Caredroid en ALFRED) en 'knuffelrobots' (zoals de robotzeehond PARO).⁴

Onderzoekers van het LUMC zijn van mening dat de introductie van de robotchirurgie in Nederland onverantwoord snel verloopt. Als reden noemen zij het - mede door de tekortschietende registratie en evaluatie - ontbreken van overtuigend bewijs dat robotchirurgie veiliger of effectiever is dan conventionele operatietechnieken. Ook is de snelle opmars niet ingegeven door klinische noodzaak.⁵

- Domotica (ofwel thuishet technologie): dit zijn hoogtechnologische aanpassingen in een woning, zoals het automatisch in- en uitschakelen van verwarming, verlichting of elektrische apparaten en systemen voor alarmering, die het mo-

¹ Ministerie van VWS (2013), *Kamerbrief Gezamenlijke agenda VWS. Van systemen naar mensen*.

² Door technologische innovaties kunnen behandelingen dichtbij huis geleverd worden in plaats van in het ziekenhuis, e-consulten worden mogelijk en diagnostiek gebeurt met kleine apparaten of strips die in iedere huisartsenpraktijk passen. Ministerie van VWS (2013), *Kamerbrief Gezamenlijke agenda VWS. Van systemen naar mensen*.

³ The Intelligence Unit (2013). *Smarter systems, smarter doctors, Humans and machines in healthcare*.

⁴ Artikel 'Isala zet operatierobot in bij vervanging hartklep', OP: zorgvoornoveren.nl, 18 juli 2012; Artikel 'Sociale robot binnen twee jaar beschikbaar', OP: zorgvoornoveren.nl, 1 oktober 2012; Artikel 'Ouderenfonds ontwikkelt virtuele butler', OP: zorgvisie.nl, 15 november 2013; Artikel 'Proteion gebruikt robotzeehond voor dementerenden', OP: zorgvoornoveren.nl, 25 april 2012.

⁵ Ruim tien jaar na de introductie hebben nu zeventien Nederlandse ziekenhuizen de beschikking over operatierobots. Jaarlijks kost het 18 miljoen euro om de robots operationeel te houden. Alleen de Nederlandse vereniging voor Urologie (NVU) registreert robotgeassisteerde prostaatverwijderingen. Met circa 1.200 robot geassisteerde ingrepen is dit de meest voorkomende operatie. H. G. van der Poel,, H.P. Beerlage en S.O. Klaver (2013), 'Robotchirurgie: pas op de plaats?', IN: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2013;157:A6365.

gelijk maken dat (oudere) hulpbehoevenden langer zelfstandig in hun vertrouwde omgeving thuis (of in een woonzorgcentrum) kunnen blijven wonen. Een aansprekend voorbeeld in dit verband is het project Leefcirkels in Steenberg (dwaalpreventie door middel van polsbandjes voor dementerende ouderen verblijvend in een woonzorgcentrum).¹

Naast positieve maatschappelijke en economische effecten, zijn er ook risico's verbonden aan domotica. Zo moet de zorgorganisatie ingespeeld zijn op het veranderde zorgproces dat door de inzet van de technologie is ontstaan. Er wordt nog te weinig goed opgezet, grootschalig en langdurig onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid en effectiviteit van technologische toepassingen in de zorg thuis. Voor een verantwoord gebruik is het nodig dat zorginstellingen een duidelijke visie formuleren hoe zij de zorg met ondersteuning van domotica leveren en hoe daarmee de levenskwaliteit van de cliënten wordt verbeterd. Een good practice in dit verband is Vitaal Thuis, een door Actiz en Vita-Valley gezamenlijk ontwikkelde visie op technologische oplossingen om veilig, verzorgd en langer comfortabel thuis te wonen.²

- E-health is een verzamelnaam voor toepassingen van ICT - met name internettechnologie - ter ondersteuning van gezondheid en gezondheidszorg, zoals klinische en niet-klinische informatiesystemen, teleconsultatie³, telezorg (zorg op afstand), zorgnetwerken en web 2.0-applicaties. Onder e-health vallen ook verschillende vormen van informatisering⁴, elektronisch vergaderen (eConference) en het benutten van internet door (potentiële) patiënten als bron van informatie. Nederlanders maken in toenemende mate gebruik van internet als informatiebron over gezondheid en zorg. Zorgen baart dat één op de vijf Nederlanders na het lezen van online gezondheidsinformatie angstiger is geworden. Een derde van deze mensen heeft vervolgens ook meer gezondheidsklachten.⁵ Nieuwe ontwikkelingen op het terrein van e-health zijn onder meer het gebruik van voorgeprogrammeerde tablets door cliënten in de ouderenzorg⁶ en

¹ Artikel 'Leefcirkel houdt ouderen met dementie in vertrouwde omgeving', OP: *zorgvisie.nl*, 7 augustus 2012;

² Atrivé (2012). *Verkennd onderzoek bekendheid en behoefte thuishet technologie in Zwolle en Kampen*; RIVM (2013). *Domotica in de langdurige zorg - Inventarisatie van technieken en risico's : Handreiking voor risicobeheersing door zorgaanbieders*; NIVEL (2013). *Technologie in de zorg thuis. Nog een wereld te winnen!*; ActiZ en VitaValley (2013). *Vitaal Thuis. Samenwerken aan langer thuis wonen*.

³ Zie onder meer: Artikel 'Dermatologen starten online webcamconsult', OP: *zorgvisie.nl*, 24 september 2013.

⁴ Naast het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) gaat het onder meer om elektronische registratie (van status, toegediende medicijnen e.d) aan het bed van de patiënt, elektronisch voorschrijven en verstrekken van medicatie (ePrescription), elektronische overdracht van patiënten tussen verschillende instellingen in cure en care (eOverdracht).

⁵ NIVEL (2013). *Gebruik van internet voor gezondheidsinformatie*; ZegelGezond (2012). *ZegelGezond Monitor Nederland 2012*.

⁶ Artikel 'Tablets nuttig in ouderenzorg', OP: *nos.nl*, 17 augustus 2013; Artikel 'Sensire zet duizendste iPad in', IN: *zorgvisie.nl*, 16 augustus 2013; HAN (2012). *Beeld-schermproject Sensire. Resultaten 12 december 2012*.

de gehandicaptenzorg¹ en experimenten met de inzet van Google Glass - een computerbril met camera - in de operatiekamer e.d.²

Verhuizen van activiteiten

Optimaliseren van taken in de keten

In de toekomst vindt zorg meer en meer in de buurt plaats. Daarbij krijgen gezondheidscentra - waarin huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, tandartsen en andere zorgverleners samenwerken - een belangrijke rol. Zorg in de buurt betekent voor zorgmedewerkers werk dichterbij huis. Dat maakt voor hen het werk aantrekkelijker. Bij zorg in de buurt is ketenzorg - de integrale samenwerking tussen verschillende aanbieders van zorg in de eerste en tweede lijn, welzijn en wonen - een sleutelbegrip. Zorg in de buurt en ketenzorg leiden tot een efficiëntere inzet van middelen en meer kwaliteit van zorg. Daar staat het gevaar van vervaging tussen branches tegenover.

3.4.5 Conclusies

Oplossingen voor tekorten in personele zin (in termen van functies en/of competenties binnen functies) dienen zich ten eerste te richten op de basis: het zorg en WJK onderwijs. Daarbij past de kanttekening dat meer structurele veranderingen in onderwijs(curricula) veel tijd vergen en de effecten ervan op de arbeidsmarkt pas na uitstroom uit het onderwijs (dus na een aantal jaar) tot uitdrukking komen. Hier ligt het werkveld van de Commissie Innovatie Zorgberoepen en -Opleidingen. Ten aanzien van het kwadrant *onderwijs* zijn de volgende conclusies te trekken:

- Gezien de huidige situatie is het verder bevorderen van instroom in het op zorg en WJK gerichte onderwijs in algemene zin niet relevant (wel zijn er uitzonderingen voor bepaalde functies/opleidingen). Er moet wel gewaakt worden voor varkenscycluseffecten.
- Een goed functionerende stage- en leerbanenmarkt (inclusief voldoende middelen voor stagebegeleiding) en adequate, nieuwe vormen van stages (zoals het WijkLeerbedrijf) dragen bij aan het bevorderen van het studierendement én een betere aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt.
- Teneinde meer studenten in de zorg te laten kiezen voor de ouderenzorg/-geneeskunde verdient verbetering van het nog altijd niet al te gunstige imago van deze zorgbranche extra aandacht.
- Andere kansrijke (nieuwe) oplossingen gericht op verbetering van de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt zijn onder meer gecombineerde mbo-opleidingen Zorg en techniek en het nieuwe profiel wijkverpleegkunde (dat mede de basis gaat vormen van toekomstige curricula in het mbo en hbo).

¹ Onder meer door Gemina SVG in Gouda.

² Artikel 'Eerste operatie met Google Glass', OP: *De Volkskrant.nl*, 21 juni 2013; Artikel 'Google Glass helpt chirurgen', OP: *kennislink.nl*, 23 augustus 2013. Artikel 'Google Glass toont toestand patiënt tijdens operatie', OP: *zorgvisie.nl*, 4 oktober 2013.

Naast oplossingen gericht op het onderwijs zijn ook oplossingen in de sfeer van werkenden en bedrijfsvoering relevant:

- *Werkenden*: Van belang is de inzet van werknemers te optimaliseren en ongewenste uitstroom (met name van tekortpersoneel) te voorkomen.

Bij het optimaliseren van de inzet gaat het allereerst om het met het oog op de veranderende eisen t.g.v. de stelselwijzigingen 'up to-date' maken van het zittend personeel (bij- en nascholing, EVC-trajecten). Van belang is verder de verbreding van de inzetbaarheid van personeel en het optimaliseren van het teamklimaat (en daarmee de teamprestaties). Dit laatste is belangrijk omdat de nadruk meer komt te liggen op extramurale zorg door - zelfsturende - integrale wijkteams.

Ongewenste uitstroom is te voorkomen door bevordering van zelfontplooiing van werknemers (scholings- en carrièremogelijkheden, verantwoordelijkheden, zelfsturing), duurzaam inzetbaarheidsbeleid (met name maar niet uitsluitend gericht op het behoud van oudere werknemers) en diversiteitsbeleid (gericht op het boeien en binden van allochtone werknemers).

- *Bedrijfsvoering*: Relevant is vooral het optimaliseren van de arbeidsproductiviteit door stroomlijning van werkprocessen, verbetering van functie-inhouden en technologische innovaties. Daarnaast dient in dit verband 'verhuizing' van zorg naar de buurt te worden genoemd.

Werkprocessen in zorg en WJK zijn te optimaliseren door lean management, de aanpak van verspilling in bredere zin, verbetering van de logistiek en schaalvergroting. Bij laatstgenoemde oplossingsrichting past de kanttekening dat schaalvergroting slechts tot op zekere hoogte bijdraagt aan verhoging van de (arbeids)productiviteit; er kan op zeker moment ook sprake zijn van schaalnadelen.

Op het gebied van verbetering van functie-inhouden (taakherschikking, functiedifferentiatie, jobcarving/-crafting) bestaat in zorg en WJK reeds een zekere cultuur. In het kader van de stelselwijzigingen kan daarop - waar nodig - worden voortgeborduurd. Voorkomen moet wel worden dat er teveel verschillende mensen over de vloer c.q. handen aan het bed komen. Er is daarom ook sprake van een tegengestelde tendens (waarbij verpleegkundigen bijvoorbeeld ook verzorgende, ondersteunende en/of facilitaire taken verrichten).

Technologische innovaties kunnen (maar hoeven niet per definitie) arbeidsbesparend zijn, betekenen vaak verlichting van de arbeid, kunnen het werk eenvoudiger maar ook juist moeilijker maken en stimuleren de creativiteit van zorgprofessionals (op het gebied van service, producten en processen). Op dit moment staat vooral e-health hoog op de (politieke) agenda. E-health is ondersteunend aan zelf(- en samen)redzaamheid waardoor mensen langer zelfstandig kunnen blijven wonen en kan bovendien arbeids- en kosten besparend werken. Het beeld van de effectiviteit van e-health toepassingen is versnipperd (veel onderzoek beperkt zich tot één toepassing in één bepaalde setting) en ambivalent (naast positieve signalen zijn er ook negatieve). Van belang is daarom (het entameren van) breder onderzoek naar de voor- en nadelen (inclusief risico's) en effectiviteit (in termen van kosten- en arbeidsbesparing) van e-health. Op dit gebied lopen momenteel al enkele projecten (bijvoorbeeld eLabEL en e-Vita).

Zorg in de buurt en ketenzorg leiden ook tot een efficiëntere inzet van middelen en meer kwaliteit van zorg.

In de huidige situatie is het mobiliseren van *reserves* als oplossingsrichting voor personele tekorten even minder relevant. Aan een specifieke groep reserves, de arbeidsgehandicapten is het, gezien de afspraken in het Sociaal Akkoord, wel nodig aandacht binnen het HR-beleid te besteden.

3.5 Conclusie oplossingen voor arbeidsmarktdiscrepanties

Het arbeidsmarktbeleid in zorg en WJK staat voor een aanzienlijke uitdaging. Dat geldt in de eerste plaats voor de individuele instellingen, maar ook voor de partijen die het arbeidsmarktbeleid in de sector ondersteunen. Die uitdaging kent verschillende aspecten en hetzelfde geldt derhalve voor de oplossingen voor arbeidsmarktdiscrepanties. Er zijn of komen personeeloverschotten, een deel van het zittend personeel heeft (nog) niet de competenties in huis die nieuwe werkwijzen van ze vragen en ook is het nodig de personeelsvoorziening op langere termijn te waarborgen.

Het arbeidsmarktbeleid in zorg en WJK heeft te maken met nieuwe soorten discrepanties. Voorheen richtten arbeidsmarktmaatregelen zich meestal op kwantitatieve tekorten aan personeel. Nu gaat het om overschotten aan laaggeschoold personeel en om kwalitatieve discrepanties bij het zittend personeel. In de WJK speelt de overschotproblematiek al wat langer, maar daar leek juist vaak uitstroom naar de zorg de beste oplossing, en dat alternatief valt nu ook weg. Al met al hebben tot dusverre gekozen oplossingsrichtingen nog niet de tijd gehad zichzelf te bewijzen. Bovendien is de omvang van de discrepanties vaak aanzienlijk en spelen er in het beleid (van bijvoorbeeld gemeenten) ook nog de nodige onzekerheden die bepaalde oplossingen juist krachtig of minder krachtig kunnen maken. Niet zorg en WJK, maar gemeenten en verzekeraars zitten aan het roer. Het is daarom zaak geweest een groot aantal verschillende oplossingsrichtingen te inventariseren en te zoeken naar mogelijke voorbeelden van oplossingen die op termijn breder zijn in te zetten. Dit heeft ertoe geleid dat dit hoofdstuk een enigszins anekdotisch karakter kent: een tot dusverre op beperkte schaal gekozen oplossing kan in de toekomst brede toepassing krijgen en effectief blijken.

Ideaal lijkt op het eerste gezicht de gecombineerde oplossing van het probleem van overschotten en ontbrekende competenties: bijscholing en/of interne mobiliteit van zittende werknemers, die dan niet ontslagen hoeven te worden. Veel instellingen lijken voor zo'n scenario te kiezen. Nadeel daarvan is wel dat de kansen voor gediplomeerd schoolverlaters om een baan in de sector te vinden afnemen, hoewel die kansen, door de enorme dynamiek die de stelselwijzigingen met zich mee brengen niet nihil hoeven te zijn. Wel zullen werkgevers in de komende jaren nauwelijks genegen zijn vaste contracten aan te bieden. Flexibilisering biedt hen het handvat om de kosten van verdere gedwongen uitstroom laag te houden. Tegelijkertijd is het zaak dat het onderwijs de instroom naar minder kansrijke opleidingen beperkt.

Een deel van het personeel zal vervolgens nooit op het gevraagde niveau kunnen functioneren en de facto ontstaat er in een aantal sectoren ook in absolute zin een personeeloverschot. Ontslag van overcomplete werknemers is voor werknemer en werkgever bepaald niet de ideale oplossing. De oplossing zou moeten liggen in varianten van Van Werk Naar Werk (VWNW) trajecten te ondersteunen met mobiliteitscentra, vacaturebanken en (mobiliteits)netwerken. Mogelijk liggen er kansen in de private zorg, in regio's waar door de snelle vergrijzing wel tekorten ontstaan of in het buitenland. Voor laaggeschoold personeel ligt de oplossing verder met name buiten de sector want alle branches binnen de sector zoeken

vooral naar personeel vanaf niveau 4 mbo. Zolang de economie niet echt aantrekt en de overheid bezuinigt, blijven de opties voor VWNW beperkt; dit geldt des te sterker voor oudere werknemers. Door de vorming van pools of door collegiale in- en uitleen zijn mogelijk in voorkomende gevallen de jaren met lage beschikbare budgetten te overbruggen. Een laatste optie is korter werken of het zzp-schap te bevorderen.

Een veel groter deel van het personeel krijgt de komende jaren te maken met kwalitatieve tekorten: men moet de competenties krijgen te functioneren binnen de nieuwe werkomgeving die de stelselwijzigingen met zich meebrengen. Voor het onderwijs is het relevant om zich daar zo snel mogelijk op aan te passen, door niet teveel, maar wel gericht (ouderenverpleging, wijkverpleging), op te leiden en de (bestaande) opleidingen optimaal te laten aansluiten op de veranderende beroepspraktijk; dit kan door veel stages in te bouwen.

Met bij- en nascholing, zo nodig ondersteund met EVC-trajecten, zijn met name middelen gemoeid om werknemers te laten voldoen aan de veranderende eisen die het gevolg zijn van de stelselwijzigingen en de ermee gepaard gaande aspecten als zelf- en samenredzaamheid, kostenbewustzijn, gerichtheid op de daadwerkelijke behoeften van de cliënt, etc. Daarbij horen ook verbreding van inzetbaarheid, vergroten van de verantwoordelijkheden van medewerkers en optimaliseren van onderlinge samenwerking en teamklimaat. Het zal ook nodig zijn de arbeidsproductiviteit te verhogen door daadwerkelijk winst te boeken met de inzet van technologische innovaties, verbetering van de werkprocessen en wijk- en ketenzorg. Ook dat vraagt om gerichte bijscholing van medewerkers. Waar mogelijk (en hier ligt ook weer een gedeeltelijke oplossing voor de ontslagdreiging van laaggeschoolde medewerkers) liggen nog oplossingen in de sfeer van functie-inhouden (taakherschikking, functiedifferentiatie, jobcarving en jobcrafting).

De grote uitdagingen waarvoor instellingen staan op het gebied van arbeidsmarktbeleid (naast de uitdagingen waarvoor de stelselwijzigingen ze vaak überhaupt al stellen) betekenen ook het nodige voor de randvoorwaarden van het arbeidsmarktbeleid. Een eerste aspect daarvan is sense of urgency. Te lang wachten op beslissingen van gemeenten (vooral) en zorgverzekeraars helpt niet echt: het is aan te bevelen snel te kiezen voor strategisch personeelsbeleid en in ieder geval één en eventueel meer scenario's in huis te hebben voor het HR-beleid op de korte en middellange termijn. Hierbij, maar ook bij de vormgeving van bij- en opscholing, op het gebied van intersectorale samenwerking, voor onderzoek en bij de disseminatie en mainstreaming van succesvolle oplossingen, kunnen regionale en brancheorganisaties ondersteunen. De sectorplannen dienen vervolgens niet alleen ter cofinanciering maar ook ter structurering van de te kiezen HR-strategie.

Ten slotte: alle partijen moeten hun verantwoordelijkheid nemen

Dit rapport maakt duidelijk dat er in grote delen van zorg en WJK sprake is, en de komende jaren zal zijn, van grote veranderingen. Veranderingen die leiden tot grote gevolgen voor de arbeidsmarkt. Zorgaanbieders komen voor grote vraagstukken en dilemma's te staan. Daar komt bij dat deze veranderingen in een kort tijdsbestek hun beslag moeten krijgen en dat er op dit moment nog veel onzekerheid bestaat. Het risico op onbedoelde effecten is daarmee groter dan voorheen. Het is bovendien ook een complex proces waarin het gedrag van de verschillende partijen op de arbeidsmarkt (zorgaanbieders, werknemers, zorginkopers, opleidingsinstituten en de rijksoverheid) op elkaar van invloed is. In dit

rapport zijn vele oplossingsrichtingen die op dit moment in de praktijk worden gekozen in beeld gebracht. Het inzetten op één oplossing kan elders voor problemen zorgen. Er is dus niet één oplossing voor alle problemen en het zal niet mogelijk zijn alle problemen op te vangen of te voorkomen. Om het proces hanteerbaar te houden en de transitie op de arbeidsmarkt zo goed mogelijk te laten verlopen, moeten alle partijen hun rol oppakken en hun verantwoordelijkheid nemen en gezamenlijk oplossingen zoeken voor de verwachte arbeidsmarktgevolgen voor instellingen, werknemers en opleidingsinstituten.

BIJLAGE 1 Belangrijke ontwikkelingen in zorgvraag per branche

Branche	Belangrijkste ontwikkelingen in zorgvraag
Huisartsenzorg	In 2006-2011 toename van aantal huisartsbezoeken (oorzaak niet zozeer toename van aantal patiënten, maar toename van aantal consulten/contacten per patiënt). ¹ Ook in toekomst patiëntengedrag belangrijke vraagbepalende factor: deel zal vaker/ intensiever beroep doen op huisartsenzorg (m.n. grote groep kwetsbare ouderen en gehandicapten die in toekomst niet meer in aanmerking komen voor intramurale zorg), ander deel juist minder vaak/intensief (door meer nadruk op preventie/betere gezondheid, toegang tot medische kennis, zelfzorg en e-health). ²
Mondzorg	De verwachting is een stijging van de zorgvraag, m.n. door sociaal-culturele ontwikkelingen (toenemende tandartsenzorg voor ouderen vanwege uitgebreidere behandel mogelijkheden, forse toename van vraag naar preventie door mondhygiënist); voor tandartsen en mondhygiënist ook epidemiologische vraagontwikkeling te verwachten. ³
Soc. geneesk. zorg	Niet de burger zelf, maar overheid is maatgevend voor vraag naar sociaal geneeskundige hulp; sociale geneeskunde daarmee veel beïnvloedbaarder door overheidsbeleid dan andere branches. ⁴
Huisartsenposten en SEH	Hier speelt een specifiek probleem m.b.t. de zorgvraag: zelfverwijzers (ruim de helft van de bezoekers komt zonder verwijzing, waarvan volgens de zorgverleners zes op de tien ten onrechte). ⁵
Ziekenhuiszorg	In 2012 was het omslagpunt in uitgavengroei (ziekenhuizen voldoen ruimschoots aan afspraken bestuurlijk hoofdlijnenakkoord van 2011), een daling in het aantal polikliniekbezoeken (mede doordat chronisch zieken steeds minder zijn aangewezen op ziekenhuisbezoek doordat ze zichzelf kunnen helpen) en doorzetten van twee jarenlange trends: a) toename van aandeel dagbehandelingen ten koste van aandeel klinische opnames en b) afname van gemiddelde ligduur per klinische opname. ⁶ Dit laatste komt onder meer door toename van het aantal minder ingrijpende kijkoperaties en verbeterde zorglogistiek. Ook is een verschuiving waarneembaar van zorg naar diagnostische centra (met inzet van verpleegkundig assistenten) In 2012 is er volgens Achmea geen groei meer van patiëntenaantallen, in 2013 wordt een evidente krimp verwacht (-4%). ⁷ De Ligduurmonitor 2012 van Coppa voorziet de komende jaren een verdere daling van de gemiddelde ligduur. ⁸ Dit komt ook doordat er steeds minder daadwerkelijk zal worden gesneden door chirurgen. In de toekomst is nog meer winst door technologische verbeteringen te ver-

¹ NZa (2012). *Markscan Huisartsenzorg. Weergave van de markt tot en met 2011.*

² Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 2: Huisartsgeneeskunde.*

³ Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 3: Beroepen Mondzorg.*

⁴ Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 4: Sociaal Geneeskundigen.*

⁵ NIVEL (2013). *Selectie aan de poort: onterechte zelfverwijzers op de SEH terugdringen.*

⁶ NVZ (2013). *Zorg loont. Brancherapport 2013.*

⁷ Artikel 'Krimp ziekenhuizen 4 procent', *OP: zorgvisie.nl*, 18 oktober 2013.

⁸ Coppa (2013). *Ligduurmonitor Nederlandse ziekenhuizen 2012.*

Branche	Belangrijkste ontwikkelingen in zorgvraag
	wachten. De eerstelijnszorg zal meer zorg van ziekenhuizen overnemen. Wel hebben bezuinigingen op de care mogelijk een grotere vraag naar care tot gevolg.
GGZ	In 2010 t.o.v. 2009 was er een stijging van het aantal cliënten in de curatieve GGZ (eerste- en tweedelijns) met ca. 7% en in de langdurende GGZ (tweedelijns) met ca. 18%. ¹ In 2013 was er een sterke toename van het aantal mensen dat met psychische klachten (ook meer complexe) bij huisarts komt. Tegelijkertijd zijn er steeds minder mogelijkheden om door te verwijzen naar meer gespecialiseerde GGZ. ² Het Trimbos instituut signaleert een paradox: de gespecialiseerde GGZ heeft relatief veel mensen met lichte zorgvragen in behandeling, terwijl ernstige gevallen niet worden geholpen. ³ Toekomstige zorgvraag: het beleid is gericht op reductie (door zelfmanagement) en ombuiging van de zorgvraag (naar de basis GGZ); invloed van de demografische ontwikkelingen op zorgvraag per saldo gering, hoewel mogelijk oplopend in de cure; epidemiologische ontwikkelingen zijn niet aangetoond. ⁴
Ouderenzorg	In 2011 was er een lichte productiegroei in VVT (2% , tegen 1,3% in 2010); deze toename is volledig veroorzaakt door snelle groei in de thuiszorg (7%, groei het hoogst bij organisaties met een primair extramurale focus, groei met name in persoonlijke verzorging), in intramurale zorg groei in dagen slechts 0,2%. ⁵ Toekomstige zorgvraag: door toenemende vergrijzing zal de vraag naar ouderen zorg sterk stijgen; veranderingen in leefsituatie en hogere opleidingsstatus van de bevolking dempen deze ontwikkeling enigszins. ⁶
Geboortezorg (verloskundige en kraamzorg)	Tussen 2007 en 2011 toename van aantal zwangere vrouwen dat zowel in de eerste als in de tweede lijn verloskundige zorg ontvangt. Vraag naar kraamzorg relatief stabiel (aandeel niet-westers allochtone vrouwen dat gebruik maakt van kraamhulp wel stijgende trend) ⁷
Gehandicaptenzorg	Tussen 2007 en 2011 sterk toegenomen zorgvraag in verstandelijke gehandicaptenzorg, met name bij langdurig verblijf (pakketmaatregel begeleiding uit 2009, die toegang tot begeleiding uit AWBZ beperkte, temperde de groei in de extramurale zorg). Oorzaak sterk toegenomen zorgvraag <u>niet</u> toename aantal verstandelijk gehandicapten. Mogelijke oorzaken: 1) ingewikkeldere samenleving en minder tolerantie van afwijkend gedrag; 2) afname informele netwerken; 3) meer divers aanbod van zorg en verbetering van kwaliteit (creëert vraag); 4) betere mogelijkheden om diagnoses te stellen op terrein van bijkomende problematiek (zoals autisme-spectrum en ADHD). ⁸

¹ NZa (2013). *Marktscan en beleidsbrief GGZ. Weergave van de markt 2008-2012.*

² LHV (2013). *Uitkomst LHV-peiling over GGZ.*

³ Trimbos (2013). *Tendrapportage GGZ 2012.*

⁴ Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 6: Beroepen Geestelijke Gezondheid.*

⁵ Gupta Strategists (2012). *Stilte voor de storm. Zicht op prestaties ouderen zorg: studie VVT 2012.*

⁶ Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport: Specialist Ouderengeneeskunde.*

⁷ NZA (2012). *Marktscan Zorg rondom zwangerschap en geboorte. Weergave van de markt 2007-2012;* Artikel 'Autochtone moeders maken vaker gebruik van kraamzorg dan allochtone moeders', OP: *cbs.nl*, 8 januari 2013

⁸ SCP (2013). *Lasten onder de loep. De kostengroei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten ontrafeld.*

Branche	Belangrijkste ontwikkelingen in zorgvraag
	Belangrijke factoren voor toekomstige zorgvraag zijn mate waarin de maatschappij verstandelijk gehandicapte ondersteunt in een positie als volwaardig burger én de mate waarin deze een beroep mag blijven doen op formele zorg. ¹
Welzijn	Omslag naar Welzijn Nieuwe Stijl (meer verantwoordelijkheid bij de mensen zelf) gaat gepaard met kleinere budgetten en – al sinds 2008 – krimpende werkgelegenheid ² Verwachting dat dalende trend komende jaren doorzet, mogelijk wel getemperd door binnenhalen van extra werkzaamheden als gevolg van de transities (met name kansen in brede welzijnswerk en ondersteuning van cliënten). ³
Jeugdzorg	In 2001-2011 was de groei van de totale vraag naar jeugdzorg gemiddeld 4,6% per jaar; de laatste jaren neemt het groeitempo van de vraag af; het aantal meldingen door anderen (bijv. bij kindermishandeling) neemt toe. ⁴ Paradox: gezinnen met relatief veel problemen maken relatief weinig gebruik van tweedelijns jeugdzorg terwijl een deel van de gezinnen met relatief weinig problemen daar juist wel gebruik van maken. ⁵ Specifiek kenmerk: jaarlijks aanzienlijke vernieuwing cliëntenbestand (gem 1,2 keer per jaar) ⁶ Toekomstige zorgvraag: tot en met 2017 is er een verdere afvlakking van de groei in de vraag naar jeugdzorg naar gemiddeld 2,2% per jaar in 2017 (daarbij nog geen rekening gehouden met toekomstige veranderingen in de organisatie van de jeugdzorg) ⁷ ; op dit moment is het voor instellingen nog niet duidelijk welke producten en diensten van hen in het nieuwe jeugdstelsel precies gevraagd gaan worden. ⁸
Kinderopvang	Sterk vraaguitval door bezuinigingen op KOT en toenemende werkloosheid kinderopvangklanten; komende jaren krijgt de branche ook te maken met bevolkingskrimp, met name in niet-stedelijke gebieden. ⁹ FCB verwacht komende jaren landelijk min of meer stabilisatie in de vraag naar kinderopvang.

¹ Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 6: Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*.

² UWV (2013). *Sectorbeschrijving WJK*; Bureau Bartels (2012). *Participatie onder druk. Onderzoek naar bezuinigingen in Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening in relatie tot de transities*.

³ Onderzoek van Partners + Pröpper (juni 2013) in opdracht van FCB (niet gepubliceerd); Panteia, SEOR en Etil (2013). *Arbeidsmarkteffecten maatregelen AWBZ en Wmo en stelselwijziging JZ*.

⁴ SCP (2013). *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik*; SCP (2013). *Groeit de jeugdzorg door? Het beroep op de voorzieningen: realisatie 2001-2011 en raming 2011-2017*.

⁵ SCP (2013). *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik*.

⁶ Berenschot (2013). *Rapportage benchmark aanbieders van jeugd- en opvoedhulp 2013*.

⁷ SCP (2013). *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik*; SCP (2013). *Groeit de jeugdzorg door? Het beroep op de voorzieningen: realisatie 2001-2011 en raming 2011-2017*.

⁸ Panteia, SEOR en Etil (2013). *Arbeidsmarkteffecten maatregelen AWBZ en Wmo en stelselwijziging JZ*.

⁹ Ministerie van SZW (2013). *Kamerbrief Cijfers kinderopvang derde kwartaal 2013*; Brancheorganisatie Kinderopvang (2013). *Brancherapport kinderopvang 2013*.

BIJLAGE 2 Verwachte arbeidsmarktontwikkelingen per beroepsgroep (cliëntgebonden; niet-VOV)

Beroepsgroep	Verwachte personeeloverschotten/-tekorten
Basisartsen en geneeskundig specialisten	<p>Op dit moment overschot aan <u>basisartsen</u> (reservoir dat wacht op instroom in vervolgopleiding). Ook komende jaren overschotten aan basisartsen te verwachten. Capaciteitsorgaan (CO) adviseert in het Capaciteitsplan 2013 daarom instroom in geneeskundeopleiding te verminderen; enig overschot is echter wenselijk voor marktordening en kwaliteit van zorg.</p> <p>Voor <u>huisartsen</u> momenteel evenwicht tussen vraag en aanbod.¹ Dit wordt voor de toekomst ook verwacht. De instroom in de vervolgopleiding tot huisarts kan volgens CO daarom gelijk blijven. In de raming van CO al (deels) van uitgegaan dat huisartsen zorg van medisch specialisten gaan overnemen. Omdat de huisarts inmiddels beschikt over ruime mogelijkheden tot verticale substitutie (VS, PA's, POH's), vindt CO bijstelling van advies uit 2010 niet nodig;</p> <p>Momenteel tekorten aan <u>medisch specialisten</u> in een aantal (medisch klinische) specialismen (specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten, SEH-artsen en bedrijfsartsen). Deels een gevolg van minder gunstige werkgeversimago van betreffende branches. Aan de andere kant in aantal specialismen overschotten: chirurgen, cardiologen, internisten, kinderartsen, kno-artsen, neurologen, gynaecologen, orthopeden, oogartsen, plastisch chirurgen en radiologen.</p> <p>Kwalitatief probleem: groot gebrek aan allochtone medisch specialisten.</p> <p>Om (toekomstige) overschotten aan medisch specialisten te voorkomen, adviseert CO instroom in vervolgopleidingen tot medisch specialist te verminderen. Argument hierbij is ook streven verticale substitutie van medisch specialisten door verpleegkundig specialisten en physician assistants te stimuleren;</p> <p>De jaarlijkse instroom in de medische vervolgopleiding tot sociaal geneeskundige, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijke gehandicapten verandert in het advies van het CO niet of nauwelijks.²</p>
Verpleegkundig specialisten, physician assistants, praktijkondersteuners huisartsenpraktijk, doktersassistenten	<p>Op dit moment zijn er geen signalen van substantiële tekorten/of overschotten aan VS, PA en POH. Er zijn wel tekorten aan ervaren doktersassistenten (met name bij huisartsenpraktijken, veel minder bij huisartsenposten en gezondheidscentra).</p> <p>Komend jaren geen overschotten/tekorten te verwachten aan VS en PA. Volgens het CO is de huidige instroom in betreffende opleidingen</p>

¹ Vacatures voor huisartsen in dienst van gezondheidscentra (HID's) zijn wel vaak moeilijk in te vullen.

² Arbeidsmarktmonitor Medisch Contact; Artikel 'Tekort aan bedrijfsartsen dreigt', OP: nrc.nl, 2 januari 2013; Artikel 'Werkloosheid bij elf specialismen', OP: *medischcontact.nl*, 23 mei 2013; Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013*; LHV (2013). *Enquête onder huisartsen in dienstverband*.

Beroepsgroep	Verwachte personeeloverschotten/-tekorten
	voldoende om de scenario's met verticale substitutie voor alle geneeskundige specialismen mogelijk te maken. ¹ ROA verwacht ook in de komende jaren tekorten aan doktersassistenten. ²
GGZ-beroepen (psychologen, psychotherapeuten, klinisch (neuro) psychologen, verpleegkundig specialisten GGZ)	De veroudering van de bevolking leidt tot een zeer bescheiden groei of daling van de zorgvraag voor de meeste GGZ-beroepen; alleen de verpleegkundig specialist GGZ zal nog enige groei kennen. De veroudering van de beroepsgroep zelf leidt bij de psychotherapeuten en klinisch psychologen wel tot een hogere vervangingsvraag en daarmee tot mogelijke tekorten. Het CO komt daarom tot een hogere geadviseerde instroom in deze opleidingen. ³ De inschatting van het CO is echter beleidsarm en gaat voorbij aan herordering van zorg en inkoopbeleid van oa verzekeraars.
Beroepen in de mondzorg (tandartsen, mondhygiënisten, orthodontisten)	Tekorten aan Nederlandse tandartsen leiden al jaren tot instroom van buitenlandse tandartsen (eerst vooral vanuit België en Duitsland, nu ook steeds meer vanuit Zuid-Europese landen). Ook komende jaren worden forse tekorten verwacht aan tandartsen (en in beperktere mate ook aan mondhygiënisten). ⁴ De overheid zet in op taakherschikking in de mondzorg waarmee tekorten zijn op te lossen.
Beroepen in de apotheekzorg (apothekers, pharmacy practitioners apothekersassistenten)	Door beleid van overheid en verzekeraars staan omzet en marges van extramurale apothekers onder druk. Hun aantal neemt af. Baanperspectief van apothekers niet erg gunstig. Desondanks afgelopen jaren forse toename in instroom farmacieopleidingen. ⁵ Komende jaren daardoor mogelijk overschotten aan apothekers. Aan apothekersassistenten verwacht ROA schaarste. ⁶
Beroepen in de oogzorg (orthoptisten, optometristen, opticiens)	Optiekbranche maakt gunstige ontwikkeling door (meer vraag door vergrijzing bevolking, bril als modeaccessoire, naast oogzorg ook oorzorg aanbieden etc.). In combinatie met uitstroom als gevolg van vergrijzing van personeel lijdt dit vermoedelijk tot tekorten. ⁷
Beroepen in de oorzorg (audiciëns)	Audicienbranche is eveneens groeimarkt (meer slechthorenden door vergrijzing van bevolking en lawaaielasting bij jongeren, groter deel daarvan weet audicien te vinden). Daar staan een minder gunstig vergoedingssysteem en branchevervaging (zie hierboven) tegenover. ⁸ Al met geen duidelijk beeld van te verwachten tekorten/ overschotten.
Beroepen in de bewegings-	PM

¹ Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013*.

² ROA (2013). *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2018*.

³ Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013*.

⁴ Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013*.

⁵ ING (2013). *Sectorvisie Openbare Apotheken ING Economisch Bureau. Omzet en marges apotheken onder druk*; SFK (2013). *SFK Data en feiten 2013. Het jaar 2012 in cijfers*; Artikel 'Apothekers in een dip, maar een run op studie', OP: intermediair.nl, 17 juli 2013.

⁶ ROA (2013). *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2018*.

⁷ svgb.nl/trends-en-cijfers; SVGB. *Arbeidsmarktinformatie Audicien* (pdf, zonder titel en jaar).

⁸ svgb.nl/trends-en-cijfers.

Beroepsgroep	Verwachte personeeloverschotten/-tekorten
zorg (fysiotherapeuten, oefentherapeuten, ergotherapeuten en podotherapeuten)	
Beroepen in de perinatale zorg (verloskundigen)	Nederlandse vrouwen krijgen gemiddeld laat kinderen en aantal vrouwen met chronische ziekten neemt toe. In toekomst steeds meer vraag naar constante, intensieve en complexe zorg. Op maat en in de buurt. Vraagt om meer samenwerking tussen eerstelijns en tweedelijns verloskundigen, gynaecologen en kraamverzorgenden maar ook tussen bijv. verloskundigen, huisartsen en gemeenten. Komende jaren tekorten verwacht. Mate waarin vooral afhankelijk van mate waarin de integratie in de geboortezorg toeneemt (naar mate ketensamenwerking sneller en meer toeneemt zal instroom in opleidingen sterker moeten stijgen om toekomstige tekorten te voorkomen). ¹
Overige paramedische beroepen (diëtisten, huidtherapeuten, logopedisten, MBB'ers etc)	ROA verwacht schaarste aan medisch analisten. ²

¹ NIVEL (2013). De arbeidsmarkt voor verloskundigen in 2012 en 2022/2027. Een capaciteitsraming op basis van beleidsrijke scenario's.

² ROA (2013). *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2018*.

BIJLAGE 3 Vacatures, ingeschrevenen en Spanningsindicator UWV

Tabel B3.1 Aantal openstaande vacatures en kort ingeschrevenen bij UWV in 2013 en groei in de periode 2011 tot 2013

	Openstaande vacatures		Werkzoekenden	
	Niveau 2013	Groei 2011-2013	Niveau 2013	Groei 2011-2013
Medische en paramedische beroepen	4847	-32%	5664	97%
Verplegenden en doktersassistenten	1694	-26%	1871	116%
Apothekersassistenten en medisch laboranten	358	-42%	519	74%
Therapeuten en verpleegkundigen	1185	-34%	1013	141%
Medisch analisten	143	-39%	94	96%
Afdelingshoofden zorginstelling	133	-61%	759	85%
Verpleeghulpen en leerling-verpleegkundigen	163	-36%	503	48%
Artsen	1055	-24%	782	92%
Apothekers	117	-25%	123	52%
Pedagogische beroepen	2958	-22%	5751	93%
Onderwijskundigen en pedagogen	117	-32%	506	105%
Sociaal-culturele beroepen	3950	-34%	15219	71%
Activiteitenbegeleiders en medewerkers arbeidsbemiddeling	1305	-43%	3035	62%
Medewerkers sociaal-cultureel werk en personeel en arbeid	1153	-31%	5076	78%
Sociaal-wetenschappelijk medewerkers	140	-39%	525	63%
Hoofden sociaal-cultureel werk en personeel en arbeid	3	-40%	57	-7%
Verzorgende en dienstverlenende beroepen	23342	-33%	54394	64%
Ziekenverzorgenden	24	-58%	47	176%
Verzorgend personeel	4332	-44%	12404	109%
Interieurverzorgers	4218	-40%	10021	29%
Alle beroepen	96753	-33%	242073	66%

Bron: UWV

Tabel B3.2 Spanningsindicator Arbeidsmarkt UWV (verhouding openstaande vacatures/kort ingeschrevenen)

	2011	2012	2013
Totaal	ruim	ruim	zeer ruim
Medische en paramedische beroepen	zeer krap	krap	ruim
Verplegenden en doktersassistenten	zeer krap	krap	ruim
Apothekersassistenten en medisch laboranten	zeer krap	gemiddeld	ruim
Therapeuten en verpleegkundigen	zeer krap	zeer krap	gemiddeld
Medisch analisten	zeer krap	zeer krap	krap
Afdelingshoofden zorginstelling	ruim	ruim	zeer ruim
Verpleeghulpen en leerling-verpleegkundigen	ruim	ruim	zeer ruim
Artsen	zeer krap	zeer krap	gemiddeld
Apothekers	krap	zeer krap	ruim
Pedagogische beroepen	gemiddeld	ruim	ruim
Sociaal-culturele beroepen	ruim	ruim	zeer ruim
Medewerkers sociaal-cultureel werk en personeel en arbeid	ruim	zeer ruim	zeer ruim
Hoofden sociaal-cultureel werk en personeel en arbeid	zeer ruim	krap	zeer ruim
Verzorgende en dienstverlenende beroepen	gemiddeld	ruim	zeer ruim
Ziekenverzorgenden	zeer krap	gemiddeld	ruim
Verzorgend personeel	gemiddeld	ruim	zeer ruim

Bron: UWV

BIJLAGE 4 Instroom in het onderwijs en sectorrendementen

Tabel B4.1 Instroom in VOV opleidingen op MBO niveau in de periode 2006 tot 2012 (aantal leerlingen)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
BBL							
Verpleegkundige (4)	2758	3027	2642	3055	3022	2990	3048
Verzorgende (3)	5177	6067	6487	6537	6279	6482	8358
Helpende zorg en welzijn (2)	1947	2800	2909	2886	2639	2396	2819
Zorghulp (1)	422	289	330	345	434	395	416
Sociaal cultureel werker (4)	101	128	112	112	110	46	18
Sociaal dienstverlener (3)	14	56	61	61	59	34	34
Pedagogisch werker (4)	33	192	399	570	1098	780	282
Oud agogisch (4)	1834	1929	1558	1541	783	304	
Maatschappelijke zorg (4)	146	445	986	1298	1417	2259	2158
Pedagogisch werker (3)	89	446	752	1009	1051	859	299
Oud agogisch (3)	1058	1248	1117	624	327	55	
Maatschappelijke zorg (3)	53	239	458	857	1056	1280	1112
Totaal	13632	16866	17811	18895	18275	17880	18544
BOL							
Verpleegkundige (4)	3988	4037	3627	3858	4294	4304	4682
Verzorgende (3)	4331	3841	3736	3652	4041	3920	4557
Helpende zorg en welzijn (2)	9001	8987	8339	8605	8902	8384	8823
Zorghulp (1)	869	785	771	836	848	890	810
Sociaal cultureel werker (4)	1624	1714	1596	1381	1457	1194	987
Sociaal dienstverlener (3)	1078	1125	911	1118	1261	1360	1350
Pedagogisch werker (4)	880	2358	3176	4163	3916	3476	2795
Oud agogisch (4)	6170	4312	2406	1205	731	395	
Maatschappelijke zorg (4)	562	1088	2927	2544	2671	2556	2570
Pedagogisch werker (3)	1329	3099	4362	5591	6606	6804	5931
Oud agogisch (3)	7364	4697	2330	586	211	66	
Maatschappelijke zorg (3)	274	687	1317	1859	2271	2494	3021
Totaal	37470	36730	35498	35398	37209	35843	35525

Tabel B4.2 Instroom in VOV opleidingen op HBO niveau in de periode 2006 tot 2012 (aantal leerlingen)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
b creatieve therapie	508	466	439	440	477	400	360
b culturele en maatschappelijke vorming	844	927	832	960	908	759	559
b godsdienst-pastoraal werk	318	312	259	225	311	187	206
b maatschappelijk werk en dienstverlening	3.236	3.380	3.361	3.987	4.030	3.974	3.840
b pedagogiek	2.014	2.310	2.367	2.884	2.644	2.493	2.354
b sociaal pedagogische hulpverlening	4.532	4.796	4.673	4.743	4.951	4.652	4.840
b social work	510	503	526	512	523	486	417
b sport en bewegen	221	264	256	335	354	332	330
b sport en bewegingseducatie	118	94	264	249	351	351	509
b toegepaste psychologie		721	1.012	1.471	1.358	1.703	1.496
m pedagogiek	206	216	297	308	304	303	369
b huidtherapie	96	99	150	163	159	164	201
b kunstzinnige therapie	137	153	170	182	121	124	66
Totaal sociaal agogisch	12.507	13.989	14.381	16.234	16.425	15.931	15.540
b management in de zorg	379	364	331	335	343	253	187
b medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken	369	356	364	427	521	475	508
b medische hulpverlening					130	170	210
b mondzorgkunde	282	299	304	325	304	309	314
b oefen therapie cesar	66	76	128	152	214	92	91
b opleiding podotherapie	63	97	118	110	104	108	126
b opleiding tot fysiotherapeut	2.270	2.543	2.552	2.450	2.453	2.496	2.482
b opleiding tot verpleegkundige	3.599	3.606	3.586	3.710	4.034	4.363	4.696
b opleiding voor ergotherapie	507	397	469	605	697	742	705
b opleiding voor logopedie	648	685	703	716	687	722	721
b psychomotorische therapie en bewegingsagogie	88	114	105	123	115	118	100
b sport, gezondheid en management	324	320	401	383	351	301	443
b verloskunde			739	214	210	205	211
b voeding en diëtetiek	688	720	629	796	803	879	822
m advanced nursing practice	225	249	283	272	282	270	357
Totaal zorg	10.055	10.596	11.751	11.762	12.388	12.723	13.163
Totaal	22.562	24.585	26.132	27.996	28.813	28.654	28.703

Tabel B4.3 Sectorrendement MBO BOL route in de periode 2006 tot 2010 (percentage leerlingen dat na de opleiding werkzaam is binnen zorg en WJK)

	2006	2007	2008	2009	2010
Verpleegkundige (niveau 4)	83.7	80	82.9	80.5	85.3
Verzorgende (niveau 3)	82.8	82.8	84.4	84.3	85.8
Helpende zorg en welzijn (niveau 2)	32.8	37.3	37.1	36.2	41.9
Zorghulp (niveau 1)	24.3	31.5	29.7	27	26.1
Sociaal cultureel werker (4)	22.8	29.2	27.8	23.6	25.1
Sociaal dienstverlener (niveau 4)	24	22.6	24.2	22.2	21.5
Apothekersassistent (niveau 4)	10.2	9.5	12.6	15.2	12.4
Tandartsassistent (niveau 4)	52.7	57.1	53.3	53.4	56.5
Doktersassistent (niveau 4)	70.1	72.2	74.6	71.2	71.5
overig zorg en welzijn	12.9	14.1	14.7	13.4	11.7
overige opleidingen	2.9	3.2	3.6	3.6	3.7
Pedagogisch werk, jeugdzorg (niveau 4)		30.8	39.7	42.5	46.4
Pedagogisch werk, Kinderopvang (niveau 4)	77.8	71.1	65.5	62.8	67
Sociaal pedagogisch medewerker (niveau 4)	59.8	63.1	65	62.5	62.7
Maatschappelijke zorg, Gehandicaptenzorg (niveau 4)		86.7	71.7	72.4	76.4
Maatschappelijke zorg, Specifieke doelgroepen (niveau 4)		44.4	57.7	55.7	59.5
Pedagogisch werk, KD, (niveau 3)		70	82.1	79.5	62.5
Pedagogisch werk, Kinderopvang (niveau 3)	77.8	67.3	65.6	69.4	67.6
Sociaal pedagogisch werk (niveau 3)	55.4	62.5	62	62.7	60.5
Maatschappelijke zorg, Kerndeel (niveau 3/4)		50	65.3	76.2	62.8
Medewerker maatschappelijke zorg (niveau 3)		80	84.2	74.8	77.3

Tabel B4.4 Sectorrendement MBO BBL route in de periode 2006 tot 2010 (percentage leerlingen dat na de opleiding werkzaam is binnen zorg en WJK)

	2006	2007	2008	2009	2010
Verpleegkundige (niveau 4)	95.7	95.7	96	96.3	95.2
Verzorgende (niveau 3)	94.7	93.6	96.7	95.8	95.8
Helpende zorg en welzijn (niveau 2)	83.3	81.3	88.2	83.9	78.6
Zorghulp (niveau 1)	67.8	72.3	68.6	69.3	73.3
Sociaal cultureel werker (4)	73.2	71.4	64.3	65.5	62.3
Sociaal dienstverlener (niveau 4)	37.1	50	48	46.9	22.6
Apothekersassistent (niveau 4)	12.4	14.8	14.3	18	11.1
Tandartsassistent (niveau 4)	73.2	86.3	77.8	85.7	76.7
Doktersassistent (niveau 4)	92	90.3	96.1	91.7	92.6
overig zorg en welzijn	20.1	23.4	18.2	16.2	14.3
overige opleidingen	1	2.1	1.6	2	1.9
Pedagogisch werk, jeugdzorg (niveau 4)		88.9	53.1	82.4	84.6
Pedagogisch werk, Kinderopvang (niveau 4)	77.8	97.6	88.7	89	92.3
Sociaal pedagogisch medewerker (niveau 4)	84.4	83.1	84.8	79.8	75.3
Maatschappelijke zorg, Gehandicaptenzorg (niveau 4)	100	97.8	89.1	96.2	96.3
Maatschappelijke zorg, Specifieke doelgroepen (niveau 4)		61.5	77.2	83.7	80.6
Pedagogisch werk, KD, (niveau 3)		100	96.2	92.7	82.1
Pedagogisch werk, Kinderopvang (niveau 3)		64.3	81.5	87.8	87.5
Sociaal pedagogisch werk (niveau 3)	80	83.3	86.6	89.2	75.3
Maatschappelijke zorg, Kerndeel (niveau 3/4)		100	100	87.7	91.1
Medewerker maatschappelijke zorg (niveau 3)		85.7	87.2	93.3	92.7

Tabel B4.5 Sectorrendement HBO en WO in de periode 2006 tot 2010 (percentage leerlingen dat na de opleiding werkzaam is binnen zorg en WJK)

	2006	2007	2008	2009	2010
Verpleegkundige (niveau 5)	88.6	85.8	88.7	89	90.2
Sociaal pedagogische Hulpverlening (niveau 5)	75.6	77.2	77.6	77.9	76.6
Creatieve therapie	50.8	56.2	50.9	47.1	43.3
Cultureel maatschappelijke vorming	36.6	37.1	39.3	38.9	41.9
Maatschappelijke dienstverlening (niveau 5)	63.5	63.6	62.1	60.1	58.6
Sociaal juridische dienstverlening	12.4	13	11.7	13.6	16.7
Biologie en medisch laboratoriumonderzoek	39.7	39.7	42.8	33.2	34.3
Verloskunde			26.8	23.7	18.4
Pedagogiek (niveau 5)	57.9	60.6	65.4	61.3	66.4
Fysiotherapie	69.7	70.5	70.2	72.8	74.9
Ergotherapie	62.7	61.7	63	70.1	69.8
Logopedie	69	68.5	73.6	71.9	73.2
Voeding en diëtetiek	43.9	46.3	42.7	42.3	41.4
Mondzorgkunde	81.5	80.6	82.8	79.7	81
Oefentherapie – Cesar	56.4	47.7	48.9	43.1	44.2
Oefentherapie – Mensendieck	23.5	25	44.1	38.7	39.4
Orthoptie	100	77.8	87.1	84	73.9
Podotherapie	57.1	57.7	73.2	89.7	66.7
Mbrt	84.2	87.2	87.5	90.8	84.6
Huidtherapie	43.1	51.8	59.5	38.3	65.3
Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie	58.8	56.3	63.6	67.2	59
Overig gedrag en maatschappij/gezondheidszorg bachelor	26.6	26.9	30.3	30.5	27.9
Overige opleidingen bachelor	3.8	3.5	4.2	4.2	4.7
Geneeskunde	49	49.4	49.6	53.4	55.8
Tandheelkunde	27.3	24.8	28.4	26.4	24.7
Gezondheidswetenschappen	43.3	38.3	27.7	38.4	32.9
Psychologie (wo)	31.5	32.2	31.9	29	30
Pedagogiek (wo)	40.8	47.4	46.4	44.7	47.6
Verpleegkundige master	97.4	98.4	99	95.3	97.3
Maatschappelijke dienstverlening master			28.6	86.1	40
Operatieassistent master	83	95.2	98.4	96	94.7
Overig gedrag en maatschappij/gezondheidszorg master	14.3	12.8	13.3	13.2	13.3
Overige opleidingen master	3.4	3.4	3.9	3.5	3.5

BIJLAGE 5 SWOT-analyse

Ten behoeve van de diagnose van de arbeidsmarkt in zorg en WJK is een SWOT-analyse uitgevoerd. De SWOT-analyse is een van oorsprong bedrijfskundig model dat vier elementen bevat: Strengths, Weaknesses, Opportunities & Threats (sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen). De resultaten van de SWOT-analyse zijn te gebruiken als input voor het strategievormingsproces. Kern van de SWOT is om vanuit een brede analyse van de arbeidsmarkt (top-down) via de sterkten en zwakten te komen tot aan kansen en bedreigingen gelieerde oplossingsrichtingen voor arbeidsmarktknelpunten op sectoraal niveau. Voor de strategische personeelsplanning (bottom-up) van individuele instellingen geldt een omgekeerde volgorde. Daarbij is het juist de bedoeling om eerst vanuit de eigen situatie kansen en bedreigingen te definiëren en daaraan dan - gekoppeld aan de eigen sterkten en zwakten - een plan van aanpak te koppelen.

De tabel hieronder bevat de resultaten van de ten behoeve van de diagnose van de arbeidsmarkt in zorg en WJK uitgevoerde SWOT-analyse.

Tabel B5.1 SWOT-analyse arbeidsmarkt zorg en WJK

Sterkten	Zwakten
<p>Zorgvraag/arbeidsvraag/arbeidsproductiviteit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zorg: over (en op) langere termijn gezien banenmotor + veel werkzekerheid (groeisector + weinig conjunctuurgevoelig) 	<p>Zorgvraag/arbeidsvraag/arbeidsproductiviteit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zorg: tijdelijk groeisector af en minder werkzekerheid (bezuinigingen) - WJK: krimpsector + weinig werkzekerheid (bezuinigingen)
<p>Arbeidsaanbod</p> <p><i>Potentieel aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <p><i>Zittend personeelsbestand</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Werknemers steeds later met pensioen <p><i>Nieuw aanbod voor Z&W vanuit onderwijs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vaak positief imago Z&W-opleidingen, nog versterkt door conjunctuur - Hoog studie- en sectorrendement Z&W-opleidingen - Z&W-gediplomeerden vinden vaak bij eigen niveau, richting e.d. passende baan <p><i>Reserves voor Z&W</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Veel (mogelijkheden voor) zij-instroom - Tijdelijk reservoir van direct inzetbare werzoekenden met Z&W-opleiding 	<p>Arbeidsaanbod</p> <p><i>Potentieel aanbod</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Krimp potentiële beroepsbevolking <p><i>Zittend personeelsbestand</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Weinig allochtone werknemers - Sterke vergrijzing personeel - Relatief veel ziekteverzuim en AO-instroom (wel dalende tendens) - 'Honkvast' personeel (weinig interne en externe arbeidsmobiliteit; weinig geografische arbeidsmobiliteit), nog versterkt door conjunctuur <p><i>Nieuw aanbod voor Z&W vanuit onderwijs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Minder positief imago Z&W-opleidingen onder vmbo'ers - Minder positief imago Z&W-opleidingen onder allochtonen - Te weinig stageplaatsen voor sommige Z&W-opleidingen - Te klein aanbod van gediplomeerden van sommige Z&W-opleidingen, te groot aanbod van sommige andere opleidingen <p><i>Reserves voor Z&W</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Beperkt deel AO'ers en WSW'ers toe te leiden naar sector
<p>Pullfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - I.h.a. positief werkgeversimago - I.h.a. positieve beleving arbeidsinhoud - Objectief gezien gunstige loonontwikkeling - Veel mogelijkheden voor deeltijdwerk - Doorgroei- en carrièremogelijkheden (in tegenstelling tot traditionele beeld dat hiervan bestaat) - Positieve beleving – alles overziend - van het werk (personeel is m.n. intrinsiek gemotiveerd) 	<p>Pushfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Minder positief werkgeversimago sommige Z&W-branches (m.n. ouderenzorg en gehandicaptenzorg) - Minder positieve beleving arbeidsinhoud Z&W door 'Generatie Y' (laag modern technologisch gehalte; weinig mogelijkheden voor tijd- en plaatsafhankelijk werken) - Objectief en subjectief gezien minder gunstige beloning ('rechterrijtje') - Minder gunstige beleving lonen/loonontwikkeling - Toename flexibele schil (afname vaste dienstverbanden) - Zwaar werk, onregelmatige werktijden, hoge psychosociale belasting (hoge werkdruk en gebrek aan sociale veiligheid), risico op burn-out
<p>Omgevingsfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Groot maatschappelijk (en economisch) belang en daardoor veel politieke en beleidsmatige aandacht voor Z&W - Veel bestaande structurele vormen van overleg/samenwerking/afstemming 	<p>Omgevingsfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sterke afhankelijkheid (werkgelegenheid in) van (budgettaire) beslissingen Rijk, gemeenten en zorgverzekeraars

Kansen	Bedreigingen
<p>Zorgvraag/arbeidsvraag/arbeidsproductiviteit</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Afremmen zorgvraag</i>: preventie/ gezondheidsbevordering, zelf- en samenredzaamheid, informele zorg, versterking kostenbewustzijn, vermindering overbehandeling en praktijkvariatie - <i>Verhoging arbeidsproductiviteit/arbeidsbesparing</i>: sociale innovaties, technologische innovaties, verbetering logistiek en 'verhuizen' van activiteiten (verticale substitutie, concentratie en specialisatie, ketenzorg, afstoten van niet-corebusiness) - <i>Verplaatsing zorgaanbod naar andere regio's/landen</i> - <i>Uitbreiding (core-)business in geval van (tijdelijke) personeeloverschotten</i>: zorgmarketing (profiling), acquisitie/creëren extra vraag, uitbreiding portfolio, integratie werkzaamheden met die in andere branches 	<p>Zorgvraag/arbeidsvraag/arbeidsproductiviteit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Op langere termijn m.n. in zorg weer personeelstekorten - Tijdelijke personeeloverschotten in zorg en WJK als gevolg van stelselwijzigingen en bezuinigingen
<p>Arbeidsaanbod</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Potentieel aanbod: stijging omvang beroepsbevolking; individualisering beroepsbevolking (inzet zzp'ers); feminisering en verkleuring beroepsbevolking (toename aanbod vrouwen en allochtonen); toename opleidingsniveau beroepsbevolking</i> - <i>Zittend personeelsbestand Z&W</i>: scholing personeel; verbreding inzetbaarheid; optimaliseren teamgeest/-prestaties; duurzaam inzetbaarheidsbeleid; diversiteitsbeleid; opvang (tijdelijke) overschotten (poolvorming, collegiale uitleen detachering, banenbehoud door zzp-status, mobiliteitsbeleid, VWNW-trajecten etc.) - <i>Nieuw aanbod voor Z&W vanuit onderwijs</i>: verbetering Z&W-opleidingen (qua inhoud, opzet en aansluiting op arbeidsmarkt); beperking instroom/doorstroom minder kansrijke Z&W opleidingen en bevordering instroom/doorstroom kansrijke Z&W opleidingen; begeleiding/ondersteuning studenten; begeleiding/ ondersteuning gediplomeerden; actieve benutting social media in arbeidsmarktcommunicatie en werving - <i>Reserves voor Z&W</i>: bemiddeling direct inzetbare werkzoekenden met Z&W-opleiding; re-integratietrajecten; zij-instroom; grenspendel; arbeidsmigratie 	<p>Arbeidsaanbod</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Potentieel aanbod</i>: vergrijzing zet door - <i>Zittend personeelsbestand Z&W</i>: afnemend werkvermogen door vergrijzing; door uitstroom babyboomers verlies van kennis en kunde (keerzijde: instroom 'nieuw bloed' met andere houding/skills) - <i>Nieuw aanbod voor Z&W vanuit onderwijs</i>: ontgroening en veranderingen in studiekeuze; langer doorleren (jongeren later op arbeidsmarkt); steeds meer concurrentie om hoger opgeleiden met aanvullende (gedragmatige) competenties - <i>Reserves voor Z&W</i>: bron van stille reserves droogt op (minder potentiële herintreders door toename participatie vrouwen)
<p>Pullfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verdere verbetering arbeidsinhoud (meer ruimte voor professionals); nieuwe doorgroei- en carrièremogelijkheden door taakherschikking; verdere aanpak psychosociale belasting (hoge werkdruk en gebrek aan sociale veiligheid); bij laagconjunctuur Z&W geliefder als werkgever 	<p>Pushfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij omslag economie naar hoogconjunctuur Z&W minder kansen als werkgever; loonmatiging (maar geen dreiging meer van nullijn)

Kansen	Bedreigingen
<p>Omgevingsfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Z&W-beleid</i>: stelselherzieningen care en onderhandelaarsakkoorden cure - <i>Onderwijsbeleid</i>: nieuwe beroepsprofielen; nieuwe mbo-kwalificatiestructuur mbo; macrodoelmatigheidsbeleid; deel mbo 4-opleidingen van 4 naar 3 jaar; structureel karakter ad-opleidingen - <i>SZ- en overig beleid</i>: verhoging AOW-leeftijd; Wet Werk en Zekerheid (versoepeling ontslagrecht en meer zekerheid voor flexwerkers); aanscherping verplichtingen uitkeringsgerechtigden - <i>Randvoorwaarden</i>: voldoende middelen voor arbeidsmarktbeleid (extra middelen voor sectorplannen; extra middelen voor stagefonds zorg); gezamenlijke arbeidsmarktagenda; arbeidsmarktonderzoek; evaluatie arbeidsmarktmaatregelen; verspreiding good practices; meer aandacht voor SPP 	<p>Omgevingsfactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Z&W-beleid</i>: discontinuïteit in Z&W-beleid als gevolg van 'beperkte houdbaarheid' regeringscoalities; bezuinigingen en stelselherzieningen Z&W-branches (bedreiging voor aanbodkant) - <i>SZ- en overig beleid</i>: vermindering re-integratiebudget; afschaffing werkbonus 61-64 jarige; lagere bijdrage stagekosten door omzetten

Bron: Panteia

BIJLAGE 6 Geraadpleegde literatuur

Publicaties i.h.k.v. het onderzoeksprogramma AZW

- Panteia, SEOR en Etil (2013). *Arbeidsmarkteffecten maatregelen AWBZ en Wmo en stelselwijziging Jeugdzorg.*
- Panteia, SEOR en Etil (2013). *Effectmeting van arbeidsmarktmaatregelen in de zorgsector. Een haalbaarheidsstudie.*
- Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werkgeversenquête 3 Zorg en WJK 2013*
- Panteia, SEOR en Etil (2013). *Werknemersenquête Zorg en WJK 2013.*
- Panteia, SEOR en Etil (2014). *Werkgeversenquête 4 Zorg en WJK 2013.*

Externe publicaties

- Actal (2012). *Efficiëntere zorg door slimmer registreren.*
- Actal (2013). *Ex-ante toetsing conceptwetsvoorstel Jeugd.*
- ActiZ (2013). *De transitieagenda. Voorwaarden om een verantwoorde transitie en transformatie van de langdurige zorg te realiseren.*
- ActiZ (2013). *Handreiking sociale innovatie in de ouderenzorg.*
- ActiZ (2013). *In Beweging, Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2013.*
- ActiZ en VitalValley (2103). *Vitaal Thuis. Samenwerken aan langer thuis wonen.*
- AOVVT en SBCM (2012). *Een eerste blik. Overzicht van ervaringen met job carving en functiecreatie in de VVT-sector; aovvt.nl*
- APE (2012). *Werkt werktijdverkorting? Evaluatie bijzondere werktijdverkorting en deeltijd-WW.*
- Artikel 'ActiZ roept op tot samenwerking: Werkgelegenheidsplan voor ontslagen thuiszorg', OP: *actiz.nl*, 27 november 2013.
- Artikel 'Alle Duitse peuters recht op kinderopvang', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 31 juli 2013.
- Artikel 'Apothekers in een dip, maar een run op studie', OP: *intermediair.nl*, 17 juli 2013.
- Artikel 'Arbeidsmarkt van de toekomst vraagt om structureel deeltijdontslag', IN: *ESB*, 7 februari 2014.
- Artikel 'Artsen vrezen voor privé bij gebruik e-health', OP: *mednet.nl*, 19 september 2012.
- Artikel 'Australië zoekt Nederlandstalige verplegers', OP: *zorgvisie.nl*, 14 augustus 2013.
- Artikel 'Autochtone moeders maken vaker gebruik van kraamzorg dan allochtone moeders', OP: *cbs.nl*, 8 januari 2013.
- Artikel 'Banen op de tocht in de ouderenzorg', IN: *De Twentse Courant Tubantia*, 20 januari 2014.
- Artikel 'Bejaardenoord Spanje', IN: *De Volkskrant*, 27 juli 2013.

- Artikel 'Blijven stressen of werk en zorg beter verdelen?', OP: *trouw.nl*, 18 november 2013.
- Artikel 'Blokken voor een baan', IN: *FORUM*, nr. 18, 4 oktober 2012.
- Artikel 'Burn-out dreigt bij 1 op 3 verpleegkundigen', OP: *nursing.nl*, 5 september 2012.
- Artikel 'Calibris start samen met SKSG mobiliteitstraject in Groningen', OP: *calibris.nl*, 2 juli 2013.
- Artikel 'Careyn stopt regelarme zorg vanwege meer regels', OP: *zorgvisie.nl*, 15 oktober 2013.
- Artikel 'Creatieve manieren om ouders te lokken', IN: *De Volkskrant*, 19 juni 2013.
- Artikel 'CZ steekt geld in luxe verpleeghuis', OP: *zorgvisie.nl*, 27 augustus 2013.
- Artikel 'Deel zorgprofessionals onvoorbereid op samenwerking mantelzorgers', OP: *venvn.nl*, 18 juli 2013.
- Artikel 'Deeltijdontslag onvermijdelijk?', IN: *Nieuwsbrief Brancheorganisatie Kinderopvang*, nr. 83, 21 februari 2013.
- Artikel 'Dermatologen starten online webcamconsult', OP: *zorgvisie.nl*, 24 september 2013.
- Artikel 'Dit zijn nieuwe, kansrijke beroepen in de zorg', OP: *intermediair.nl*, 5 oktober 2013.
- Artikel 'Eerste operatie met Google Glass', OP: *De Volkskrant.nl*, 21 juni 2013.
- Artikel 'Eerste opleiding wijkzorg erkend', OP: *vgn.nl*, 2 september 2013.
- Artikel 'Eindhoven heeft straks geen voorschool meer nodig', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 2 juli 2012.
- Artikel 'ESF-project Actie E: Duurzame inzetbaarheid', OP: *werkenindeggz.nl*, (nieuwsbrief 20, oktober 2013).
- Artikel 'Gebruik online hulp stijgt dertien procent', OP: *zorgvisie.nl*, 30 oktober 2013.
- Artikel 'Geen extra taken voor verpleegkundigen ggz', IN: *Financieele Dagblad*, 12 augustus 2013.
- Artikel 'Ggz heeft steeds meer invloed bij de huisarts', IN: *De Volkskrant*, 8 augustus 2013.
- Artikel 'Google Glass helpt chirurgen', OP: *kennislink.nl*, 23 augustus 2013.
- Artikel 'Google Glass toont toestand patiënt tijdens operatie', OP: *zorgvisie.nl*, 4 oktober 2013.
- Artikel 'Gratis kinderopvang voor solliciterende ouders', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 6 augustus 2013.
- Artikel 'Groot besparingspotentieel door flexibel werken', OP: *wgvzorgenwelzijn.nl*, 19 september 2012.
- Artikel 'Grote stijging studenten verpleegkunde. Zorg in de buurt vraagt om vele duizenden hogere opgeleide verpleegkundigen', OP: *actiz.nl*, 30 augustus 2013.

- Artikel 'Halve baan beter dan geen baan?', IN: *De Volkskrant*, 18 december 2013.
- Artikel 'Hoorns kinderdagverblijf wil gratis opvang', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 7 augustus 2013.
- Artikel 'Huisartsopleiders zijn betere huisartsen', OP: *mednet.nl*, 5 september 2013.
- Artikel 'Humanitasmedewerkers aan de slag in Duitse kinderopvang', OP: *zorgvisie.nl*, 4 september 2013.
- Artikel 'In de zorg zijn nog banen: zorgstudies ongekend populair', OP: *intermediair.nl*, 7 augustus 2013.
- Artikel 'In veel gemeenten gaan alle peuters al naar de voorschool', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 20 september 2013.
- Artikel 'Isala zet operatierobot in bij vervanging hartklep', OP: *zorgvoorinnovieren.nl*, 18 juli 2012.
- Artikel 'Jonge medisch specialist werkt soms onbetaald', IN: *De Volkskrant*, 14 december 2013.
- Artikel 'Jongere via Wijkleerbedrijf op zoek naar felbegeerde baan', IN: *De Volkskrant*, 3 april 2013.
- Artikel 'Kansen zien in krappe tijden', IN: *Management Kinderopvang*, november 2013.
- Artikel 'Kleine toename werkloosheid', OP: *uwv.nl*, 17 oktober 2013.
- Artikel 'Krimp ziekenhuizen 4 procent', OP: *zorgvisie.nl*, 18 oktober 2013.
- Artikel 'Kwart Hidha's ervaart hoge werkdruk', OP: *mednet.nl*, 31 mei 2013.
- Artikel 'Leefcirkel houdt ouderen met dementie in vertrouwde omgeving', OP: *zorgvisie.nl*, 7 augustus 2012.
- Artikel 'Leerlingen Welzijn omgepraat naar andere studie', OP: *zorgwelzijn.nl*, 6 september 2012.
- Artikel 'Mbo zet het mes in kinderopvangopleidingen', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 23 januari 2013.
- Artikel 'Meer aandacht voor sociale innovatie nodig', OP: *zorgvisie.nl*, 16 juli 2013.
- Artikel 'Mekka van Lean', OP: *zorgvisie.nl*, 31 mei 2013.
- Artikel 'Minister van Bijsterveldt volgt ombuiggesprek in Rotterdam', OP: *rijks-overheid.nl*, 7 september 2013.
- Artikel 'Minutenregistratie is geen verplichting', OP: *nursing.nl*, 17 september 2013.
- Artikel 'Nederlandse artsen zoeken werk over de grens', OP: *intermediair.nl*, 6 mei 2013.
- Artikel 'Nieuw: Het Werken-in-Duitsland-loket', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 16 december 2013; *fcv.nl*.
- Artikel 'Nieuwe website geeft inzicht in mogelijkheden bekostiging e-health', OP: *mednet.nl*, 17 september 2013.

- Artikel 'Numerus fixus voor bijna alle hbo-v's', OP: *nursing.nl*, 12 november 2013.
- Artikel 'Oud worden in luxe zorgvilla', IN: *Het Financieele Dagblad*, 23 juni 2013.
- Artikel 'Ouderen voor de klas van zorgstudenten', OP: *nursing.nl*, 30 augustus.
- Artikel 'Ouderenfonds ontwikkelt virtuele butler', OP: *zorgvisie.nl*, 15 november 2013.
- Artikel 'Philips en Achmea starten groot e-healthonderzoek', OP: *zorgvisie.nl*, 20 november 2013.
- Artikel 'Praktijkverpleegkundigen in Weststellingwerf en Oldemarkt. Brug tussen huisartsen en-verzorgingshuizen', IN: *De Eerstelijns*, maart 2013.
- Artikel 'Project Verslavingszorg Noord Nederland: Meer autonomie voor teams', OP: *werkenindeggz.nl*, (Nieuwsbrief 20, oktober 2013).
- Artikel 'Project Zorg met Kleur geslaagd', OP: *calibris.nl*, 11 maart 2013.
- Artikel 'Proteion gebruikt robotzeehond voor dementerenden', OP: *zorgvoorinnoveren.nl*, 25 april 2012.
- Artikel 'Reactie Van Rijn op standpunt VNG-bestuur', OP: *rijksoverheid.nl*, 17 januari 2014.
- Artikel 'Regelarme zorg verhoogt welbevinden en werkplezier', OP: *zorgvisie.nl*, 6 september 2013.
- Artikel 'Roompot start bouw zorg- en wellnesshotel en thermaalbad', OP: *zorgvisie.nl*, 30 augustus 2013.
- Artikel 'Run op opleidingen verpleegkunde', OP: *nos.nl*, 20 juli 2013.
- Artikel 'Salariswijzer: wat verdient een verpleegkundige met hbo?', OP: *intermediar.nl*, 14 februari 2013.
- Artikel 'Schoonmaakgigant stort zich op de zorg', IN: *De Volkskrant*, 15 januari 2014.
- Artikel 'Sensire zet duizendste iPad in', IN: *zorgvisie.nl*, 16 augustus 2013.
- Artikel 'Sociale robot binnen twee jaar beschikbaar', OP: *zorgvoorinnoveren.nl*, 1 oktober 2012.
- Artikel 'Sodexo gaat consumentenmarkt huishulp op', OP: *zorgvisie.nl*, 18 september 2013; *lekkerleven.nl*.
- Artikel 'Stijging zorguitgaven vooral door toename volume', OP: *cbs.nl*, 3 januari 2013.
- Artikel 'Tablets nuttig in ouderenzorg', OP: *nos.nl*, 17 augustus 2013.
- Artikel 'Teamprestaties in de zorg kunnen ruim verbeterd worden', OP: *cbo.nl*, 28 januari 2013.
- Artikel 'Tegemoetkoming begeleiding stagiairs in de huisartsenzorg', OP: *abvakabofnv.nl*, 21 januari 2014.
- Artikel 'Tekort aan bedrijfsartsen dreigt', OP: *nrc.nl*, 2 januari 2013.
- Artikel 'Tot 30 procent meer zorg met huidige omvang personeel', OP: *utwente.nl*, 22 november 2013.

- Artikel 'Uniek centrum Acute Zorg in Winterswijk', OP: *nvz-ziekenhuizen.nl*, 11 juli 2013.
- Artikel 'UWV ondersteunt deeltijdontslag kinderopvang', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 7 december 2012.
- Artikel 'Vakbond vindt deeltijdontslag onwenselijk', OP: *kinderopvangtotaal.nl*, 22 juli 2013'.
- Artikel 'Van Rijn: akkoord met VNG over decentralisatie langdurige zorg en ondersteuning', OP: *rijksoverheid.nl*, 17 december 2013.
- Artikel 'Werkgevers enthousiast over 'zorgparels'', OP: *zorgzijnwerkt.nl*, 13 juni 2013.
- Artikel 'Werkloosheid bij elf specialismen', OP: *medischcontact.nl*, 23 mei 2013.
- Artikel 'Zelf medicijnen voorschrijven', IN: *Tracer*, 9 augustus 2012.
- Artikel 'Zoektocht naar baan gestaakt', OP: *volkskrant.nl*, 18 oktober 2013.
- Artikel 'Zorg vestigt records ziekteverzuim', OP: *vernet.nl*, juli 2013.
- Artikel 'Arbeidsmarkt van de toekomst vraagt om structureel deeltijdontslag', IN: *ESB*, 7 februari 2014.
- Artikel 'Een bebloede vuist hard tegen mijn zwangere buik', OP: *ad.nl*, 15 april 2013.
- Atrivé (2012). *Verkennend onderzoek bekendheid en behoefte thuishetchnologie in Zwolle en Kampen*.
- Berenschot (2013). *Rapportage benchmark aanbieders van jeugd- en opvoedhulp 2013*.
- Blauw Research (2013). *Landelijke Beroepskeuze Monitor 2012. Interesse en voorkeuren vervolgoopleiding en beroepskeuze van middelbare scholieren in Nederland. Rapport t.b.v. ministerie van VWS*.
- Brancheorganisatie Kinderopvang (2013). *Brancherapport kinderopvang 2013*.
- Bureau Bartels (2012). *Participatie onder druk. Onderzoek naar bezuinigingen in Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening in relatie tot de transities*.
- Calibris (2011). *Wijkleerbedrijf. Via de wijk aan het werk*.
- CAOP (2011). *Verkenning (inter)regionale mobiliteit*.
- Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013*
- Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 2: Huisartsgeneeskunde*.
- Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 3: Beroepen Mondzorg*.
- Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 4: Sociaal Geneeskundigen*.
- Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 5: Specialist Ouderengeneeskunde*.
- Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 6: Arts voor Verstandelijk Gehandicaptten*.
- Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013. Deelrapport 6: Beroepen Geestelijke Gezondheid*.

- CapGemini Consulting (2012). *Evaluatie Experiment Van Werk Naar Werk. Eindrapportage december 2012.*
- CBP (2013). *Onderzoek naar de beveiliging van het online aanvragen van herhaalrecepten bij huisarts en apotheek.*
- CBS en TNO (2013). *Dynamiek op de Nederlandse arbeidsmarkt. De focus op flexibilisering.*
- CCTR (2013). *Visiedocument eLabel.*
- Coppa (2013). *Ligduurmonitor Nederlandse ziekenhuizen 2012.*
- CPB (2013). *Labour Market Flexibility in the Netherlands: The Role of Contracts and Self-Employment.*
- CPB (2013). *Toekomst voor de zorg.*
- CPB (2014). *Centraal Economisch Plan 2014.*
- CvZ (2013). *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2.*
- Drupsteen, J. (2013). *Treating planning flows in patient flows.* Ook hier betreft het promotieonderzoek.
- Dulmen, S. van en J. Noordman (2012). 'Taken POH en huisarts complementair?', IN: *Huisarts & Wetenschap*, jrg. 55, nr. 6, juni 2012.
- Effectory (2013). *Brancherapportage GGZ 2012 Medewerkerbeleving.*
- Essen, T. van (2013). *Flowing through hospitals.*
- FCB (2013). *Sectorplan Jeugdzorg. Extra inspanningen voor arbeidsmarkt Jeugdzorg via Sectorplan.*
- FCB (2013). *Sectorplan Kinderopvang. Extra inspanningen voor arbeidsmarkt Kinderopvang via Sectorplan.*
- FCB (2013). *Sectorplan W&MD. Extra inspanningen voor arbeidsmarkt W&MD via Sectorplan.*
- FCB (2014). *Stimulans voortzetting regionale samenwerkingsverbanden.*
- GPTW (2013). *Medewerkers in de gehandicaptenzorg zijn trots op hun werk.*
- Grundy, A. et al. (2013), 'Increased risk of breast cancer associated with long-term shift work in Canada', Published Online First: 1 July 2013, doi: 10.1136/oemed-2013-101482 *Occup Environ Med* 1 July 2013.
- Gupta Strategists (2012). *Stilte voor de storm. Zicht op prestaties ouderenzorg: studie VVT 2012.*
- HAN (2012). *Beeld-schermpresentatie Sensire. Resultaten 12 december 2012.*
- Heer, T. de en M. Verweij (2011), 'De inzet van de flexpool. Wanneer wel en wanneer niet?', IN: *Zorgmarkt*, 2011, nr. 9.
- Hiemstra & De Vries (2013). *De minutenregistratie voorbij. Een handreiking voor eenvoud in de uitvoering.*
- Hillebrand, J.J.G. et al. (2012), 'Van tekort naar overschot. Behoefteterminering klinisch chemici 2012 – 2016', IN: *Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk* 2012; 37: 254-256.
- Hulshof, P (2013). *Integrated decision making in healthcare.*
- Idenburg, P. (2013). *Diagnose Technologie.*

- IG&H (2013). *De bijsluiter van Lean in ziekenhuizen. Volledig doseren voor krachtige werking.*
- In voor Zorg (2013). *Blauwdruk Cliënt Journey Cliëntbeleving, Momenten van de Waarheid en de 9+ beleving – bij intramurale en extramurale zorg.*
- In voor Zorg (2013). *Factsheet Alerimus: 9+ Leanbeleving "Start van de dag".*
- In voor Zorg (2013). *Factsheet Het Baken: Het Baken. Koers vast, trossen los!*
- In voor Zorg (2013). *Factsheet Interzorg Noord-Nederland: Voedingsassistenten, verzorgenden en verpleegkundigen verbeteren hun eigen werk.*
- In voor Zorg (2013). *Factsheet Juvent: Transformatie Juvent.*
- In voor Zorg (2013). *Factsheet Omring: 54 zelfsturende zorgteams in de wijk brengen thuiszorg dicht bij cliënt.*
- In voor Zorg (2013). *Factsheet Zorgcombinatie Interzorg: 'Tuk en Tin', Decentralisatie van verantwoordelijkheid.*
- In voor Zorg (2013). *Factsheet Zorgcombinatie Noorderboog: De Werkvloer Centraal in de praktijk.*
- In voor Zorg (2013). *Rapportage retrospectieve analyse Vivantes.*
- In voor Zorg (2013). *Rapportage retrospectieve analyse Volckaert*
- In voor zorg (2013). *Van regels naar mensen. Experiment Regelarme Instellingen in de langdurige zorg: de eerste ervaringen.*
- ING (2013). *Sectorvisie Openbare Apotheken ING Economisch Bureau. Omzet en marges apotheken onder druk.*
- INSCOPE (2012). *Erasmus Innovatiemonitor Zorg 2012.*
- Inspectie SZW (2013). *Gezond & veilig werken. Sectorrapportage Zorg & Welzijn 2010-2012.*
- Intermediair (2013). *Intermediair Imago Onderzoek 2013.*
- IPSE (2013). *Productiviteitstrends in de geestelijke gezondheidszorg.*
- IPSE (2013). *Schaal- en synergie-effecten bij de spoedeisende hulp. Een literatuur- en empirisch onderzoek naar de kostenstructuur van de spoedeisende hulp.*
- IZZ (2013). *Jaarrapport zorggebruik 2012. Arbeidsrelevante zorg voor zorgmedewerkers.*
- Kan, S. van en E.J. Troost (2012). *Schaalvoordelen in Nederlandse ziekenhuizen, een illusie?*
- Klerk, C. de, N. van Sprang en H. Boersma (2013), 'Naaktfoto's tussen twee patiënten door', IN: *Medisch Contact*, nr. 21, 23 mei 2013 (medischcontact.nl).
- KNMG, NPCF en ZN (2012). *Nationale Implementatie Agenda (NIA) e-Health.*
- Laurant, M. (2013) 'Out of hours primary care', IN: *International Innovation. Health Partnership*, mei 2013.
- LHV (2013). *Enquête onder huisartsen in dienstverband.*
- LHV (2013). *Uitkomsten LHV-peiling over GGZ.*
- Maastricht University (2012). *Ouderenzorg in het middelbaar beroepsonderwijs. Een inventarisatie bij zorgopleidingen (niveau 2 en 3).*

- Ministerie van OCW (2013). *Kamerbrief over macrodoelmatigheid mbo.*
- Ministerie van SZW (2013). *Kamerbrief Cijfers kinderopvang derde kwartaal 2013.*
- Ministerie van SZW (2013). *Kamerbrief Een betere basis voor kleuters.*
- Ministerie van SZW (2013). *Kamerbrief Nieuw toezicht voor de kinderopvang.*
- Ministerie van SZW (2013). *Kamerbrief over aanpak jeugdwerkloosheid.*
- Ministerie van VenJ (2013). *Jeugdwet (inclusief Memorie van Toelichting en nader rapport).*
- Ministerie van VWS (2013), *Kamerbrief Gezamenlijke agenda VWS. Van systemen naar mensen.*
- Ministerie van VWS (2013). *Brief Stagefonds 2013.*
- Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Analyse meldingen over verspilling in de zorg.*
- Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst*
- Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Hoofdbehandelaarschap GGZ.*
- Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Nadere uitwerking brief Hervorming langdurige zorg.*
- Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Onderhandelaarsresultaten beperking uitgavengroei curatieve zorg*
- Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief over verlenging experiment regelarme instellingen.*
- Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Resultaten zorgoverleg.*
- Ministerie van VWS (2013). *Kamerbrief Visie op de arbeidsmarkt in de zorg en ondersteuning.*
- Ministerie van VWS (2013). *Plan van aanpak 'Het tegengaan van verspilling in de zorg'.*
- Ministerie van VWS (2013). *Vervolg kabinetsreactie advies NZa taakherschikking.*
- Movida (2013). *De nieuwe Thuiszorg: naar wijkgerichte en zelfsturende teams. Evaluatie uit de eerste teams bij Thuiszorg Amstelring.*
- Movir (2012). *Landelijk onderzoek naar langdurige stressfactoren bij huisartsen.*
- NAPA, V&VN en KNMG (2012). *Handreiking implementatie taakherschikking.*
- NCSI (2012). *Bewegen naar een mobiliteitscultuur. Regionale en sectorale impulsen voor een flexibele en duurzame arbeidsmarkt.*
- Nictiz en NIVEL (2013). *E-health Monitor 2013.*
- Nictiz en NIVEL (2013). *E-health Monitor 2013..*
- NIVEL (2012). *Praktijkondersteuner-ggz maakt verwachtingen waar.*
- NIVEL (2012). *Werkdruk en werktevredenheid van belang voor kunnen doorwerken tot pensioen.*

- NIVEL (2013). *De arbeidsmarkt voor verloskundigen in 2012 en 2022/2027. Een capaciteitsraming op basis van beleidsrijke scenario's.*
- NIVEL (2013). *Gebruik van internet voor gezondheidsinformatie.*
- NIVEL (2013). *Kennisvraag. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?*
- NIVEL (2013). *Preventie en het bevorderen van zelfmanagement. Visies en ervaringen van zorgprofessionals.*
- NIVEL (2013). *Selectie aan de poort: onterechte zelfverwijzers op de SEH terugdringen.*
- NIVEL (2013). *Technologie in de zorg thuis. Nog een wereld te winnen!*
- NIVEL (2013). *Zorgverleners werken liever met interne oproepkrachten dan met personeel van buitenaf. Factsheet Panel Verpleging & Verzorging, augustus 2013.*
- NvZ (2013). *Imago Zorg Consumenten 2013. Wat vindt Nederland van de ziekenhuizen en de ziekenhuiszorg?*
- NVZ (2013). *Zorg loont. Brancherapport 2013.*
- Nyenrode Business Universiteit en Intermediair (2013). *Nationaal Salarisonderzoek 2013; intermediair.nl/salariskompas.*
- NYFER (2013). *Gezondheid online.*
- NZa (2012). *Marktscan Huisartsenzorg. Weergave van de markt tot en met 2011.*
- NZA (2012). *Marktscan Zorg rondom zwangerschap en geboorte. Weergave van de markt 2007-2012.*
- NZa (2012). *Taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg.*
- NZa (2013). *Marktscan en beleidsbrief GGZ. Weergave van de markt 2008-2012.*
- NZA (2013). *Marktscan medisch specialistische zorg.*
- O&O fonds GGZ (2013). *Duurzame inzetbaarheid in de GGZ.*
- O&O fonds GGZ (2013). *Routeplanner Het Nieuwe Werken.*
- O&O-fonds GGZ (2013). *Cultuursensitiviteit op de werkvloer voor leidinggeven- den en hun teamleden in de geestelijke gezondheidszorg. Handreiking.*
- Onderzoek van Partners + Pröpper (juni 2013) in opdracht van FCB (niet gepubliceerd).
- Panteia (2008). *Werk op Maat. Werk op maat. Curatieve Van Werk Naar Werk-activiteiten in de praktijk.*
- Panteia (2013). *Creation and development of jobs in care and support services for adults with disabilities or health problems. Country report on the Netherlands.*
- Panteia (2013). *Creation and development of jobs in care and support services for adults with disabilities or health problems. Country report on the Netherlands. Annex Case study Wijkleerbedrijf.*

- PBL (2013). *Vergrijzing en ruimte. Gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie.*
- PBL en CBS (2013). *Regionale prognose 2013–2040. Vier grote gemeenten blijven sterke bevolkingstrekkers.*
- Pharos (2013). *Ziekenhuiszorg voor migranten: optimalisering van kwaliteit en doelmatigheid.*
- Poel, H.G. van der, H.P. Beerlage en S.O. Klaver (2013), 'Robotchirurgie: pas op de plaats?', IN: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2013;157:A6365.
- Projectbeschrijving 'Talenten behouden voor de zorg- en welzijnsector. Van kinderopvang naar zorg', OP: *zorgzijnwerkt.nl*.
- Putten, P.G. van (2013). *Pitfalls and Opportunities in Colorectal Cancer Screening.*
- PWC (2013). *Nieuwe werkgelegenheid voor laagopgeleiden. De waarde van dienstencheques voor Nederland.*
- Randstad (2012). *Employer Branding. Perception being reality. Rapport Nederland.*
- Richters, J. en R.S. Gerrits (2013) 'Een pilot-studie naar de potentiële effecten van online behandeling voor verschillende angststoornissen en depressie', IN: *Gedragstherapie*, 46 161-178.
- Rijksbegroting 2014.
- RIVM (2012). *Risks related to the use of eHealth Technologies. An exploratory study.*
- RIVM (2013). *Domotica in de langdurige zorg - Inventarisatie van technieken en risico's : Handreiking voor risicobeheersing door zorgaanbieders.*
- RIVM en Nictiz (2013). *Omgaan met de risico's van e-health.*
- ROA (2011). *MBO-Diploma 2010: Doorleren of werk zoeken?*
- ROA (2012). *Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt 2012.*
- ROA (2013). *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2018.*
- RVZ (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg.*
- RWI (2008). *Van Werk Naar Werk. Activiteiten voor werkloosheid bedreigde werknemers, de rol van O&O-fondsen en intersectorale mobiliteit*
- SBB (2013). *SBB Barometer van de stageplaatsen- en leerbanenmarkt oktober 2013.*
- SCP (2013). *De sociale staat van Nederland 2013.*
- SCP (2013). *Groeit de jeugdzorg door? Het beroep op de voorzieningen: realisatie 2001-2011 en raming 2011-2017.*
- SCP (2013). *Lasten onder de loep. De kostengroei van de zorg voor verstandelijk gehandicapten ontrafeld.*
- SCP (2013). *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik.*
- SEO (2013). *De waarde van Kies nu voor Kinderen.*
- SEO Economisch Onderzoek (2013). *De sociaaleconomische situatie van langdurig flexibele werknemers.*

- SFK (2013). *SFK Data en feiten 2013. Het jaar 2012 in cijfers.*
- STAG (2013). *Nu voel ik me meer betrokken'. Aan de slag met beroepstrots en sociale innovatie.*
- SVGB. Arbeidsmarktinformatie Audiciens (pdf, zonder titel en jaar).
- Taskforce beheersing zorguitgaven (2012). *Naar beter betaalbare zorg.*
- The Intelligence Unit (2013). *Smarter systems, smarter doctors, Humans and machines in healthcare.*
- Tims, M. en A.B. Bakker (2010), 'Job crafting: Towards a new model of individual job redesign', IN: *SA Journal of Industrial Psychology*, 26, 9.
- Trimbos (2013). *Tendrapportage GGZ 2012.*
- UWV (2013). *Sectorbeschrijving WJK.*
- V&VN (2012). *Expertisegebied Wijkverpleegkundige.*
- V&VN (2013). *Brief Verspilling in de zorg.*
- V&VN (2013). *Werkboek Samenredzaamheid. Aan de slag met je cliënt en zijn netwerk.*
- Vandermeulen, L.J.R., Beldman, A. & Van der Kwartel, A.J.J. (2012). *Productiviteitswinst in de Zorg: Who gets what, when and how?*
- Veen, E. van der (2013). *Personnel preferences in personnel planning and scheduling.*
- Veer, A.J.E. de, Francke, A.L., Struijs, A., Willems, D.L. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*: 2012.
- Vektis (2013). *Zorgthermometer. Zorg in regio's.*
- Verkenningcommissie hbo gezondheidszorg (2013). *Voortrekkers in verandering. Zorg en opleidingen – partners in innovatie*
- Vries, A.E. de e.a. (2013), 'Health Professionals' Expectations Versus Experiences of Internet-Based Telemonitoring: Survey Among Heart Failure Clinics', IN: *Journal of Medical Internet Research (JMIR)*, 2013;15(1):e4.
- VU Amsterdam (2013). *Preventie en eMental-health.*
- VUmc (2012). *Evaluatieonderzoek Van Harnas Naar Zomerjurk. De Herontdekking van de Zorg.*
- Wrzesniewski, A. en J. Dutton (2001). *Turn the job you have into the job you want.*
- ZegelGezond (2012). *ZegelGezond Monitor Nederland 2012.*
- ZorgpleinNoord (2013). *Inspiratieboek Duurzame Inzetbaarheid.*

Websites/-pagina's

- Aovvt.nl
- Arbeidsmarktgehandicaptenzorg.nl.
- Beste-werkgevers.nl.
- Cbo.nl/teamstepps.

- [Fcb.nl](#).
- [Fcb.nl/welzijn/sterker-op-de-arbeidsmarkt/mobiliteit-in-welzijn/innovatieve-projecten](#).
- [Flexzorg.net](#).
- [Intelligence-group.nl](#).
- [Investeringsfondsmbo.nl](#).
- [Lexsigma.nl/kinderopvang](#).
- [Loopbaanplein.fcb.nl](#).
- [Loopbaanwinkel.nl](#).
- [Medischcontact.artsennet.nl/kennis-1/dossiers/werk-en-inkomen/arbeidsmarktmonitor.htm](#) (Arbeidsmarktmonitor Medisch Contact)
- [Proeftuinenouderenzorg.nl](#).
- [Programma_overstag.shtml](#)Overstag.nu.
- [Puurnetwerken.nl](#).
- [Rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezond-en-veilig-werken/psychosiale-belasting](#).
- [Servicepuntzorgenwelzijn.nl](#).
- [Sigra.nl](#).
- [Statline.cbs.nl/statweb](#) (CBS Statline)
- [Svgb.nl/trends-en-cijfers](#).
- [Telecare.org.uk/industry/whole-system-demonstrator-project](#).
- [Tjellens.nl/voor-werkgevers/outplacement/collegiale-uitleen](#).
- [Uwv.nl](#) (UWV Arbeidsmarktinformatie)
- [Venvn.nl](#) (Dossier Excellente Zorg).
- [Youchooz.nl](#).
- [Zorghotels.nl](#).
- [Zorgvoorinnoveren.nl/netwerk/innovatie/872/saamflex](#).

BIJLAGE 7 Respondenten expertinterviews

Abvakabo	Elise Merlijn
Actiz	Adriaan Wirtz
Calibris	Sabine Terheggen
FCB Jeugdzorg	Marja van Dijk
FCB Kinderopvang	Els Geeris
FCB Welzijn	Bibi Prummel
Gemina SVG	Jacques Devilee
GGZ Nederland	Joost Kamoschinski Annebeth Dermer Dineke Moerman
Jarabee	Gitta Griffioen
Nu91	Anja Cremers
NVZ	Jaap Scholten
SIGRA	Joop Looijenga
VGN	Hans Timmerman
VWS	Joost Trienekens Peter Kruihof Gerben Korthouwer
Zorg aan Zet	Joep Mooren
ZorgpleinNoord	Ellen Offers

BIJLAGE 8 Factsheets

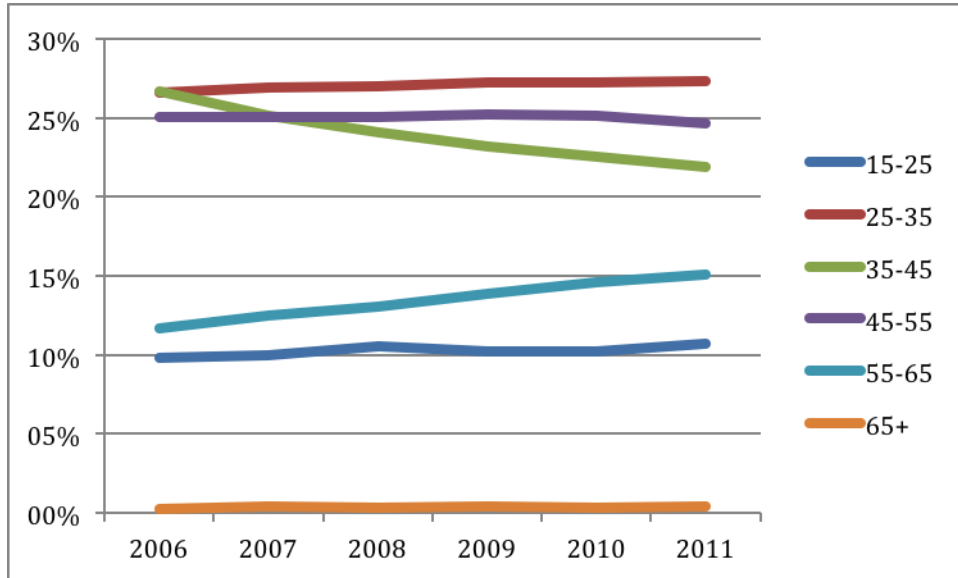
Factsheet Academische ziekenhuizen

Tabel B7.1 Academische ziekenhuizen

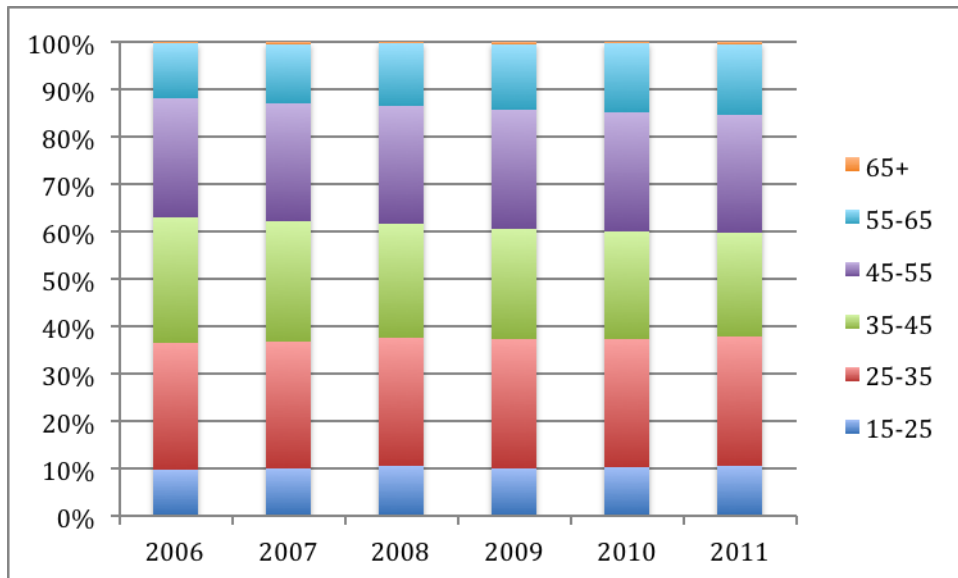
<i>Werkgelegenheid</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Aantal werknemers (1000)	61.5	64.3	66.6	67.9	67.2	69.4	69.7	
Aantal fte (1000)	50.0	52.3	53.9	55.3	55.2	56.4	56.8	
Omvang van de werkweek (%)	81.3%	81.3%	80.9%	81.4%	82.2%	81.2%	81.5%	
<i>Uitstroom</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Uitstroom naar andere branche binnen Zorg en WJK	4.2%	4.3%	4.1%	3.9%	4.0%	4.2%		
Uitstroom buiten de sector	8.4%	8.5%	8.4%	10.2%	7.5%	8.4%		
Percentage werknemers dat werkzaam blijft binnen branche	86.0%	87.4%	87.2%	87.5%	85.9%	88.5%		
<i>Leeftijdsopbouw</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Percentage 15 – 25	9,8%	10,0%	10,5%	10,2%	10,2%	10,7%		
Percentage 25 – 35	26,6%	26,9%	27,0%	27,2%	27,2%	27,3%		
Percentage 35 – 45	26,7%	25,2%	24,1%	23,2%	22,6%	21,9%		
Percentage 45 – 55	25,0%	25,0%	25,0%	25,2%	25,1%	24,6%		
Percentage 55 – 65	11,7%	12,5%	13,1%	13,9%	14,6%	15,1%		
Percentage 65+	0,2%	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%		
<i>Type dienstverband van werknemers*</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Vast		91.4		84		83.2		72.6
Tijdelijk		6.9		12.5		13.4		22.3
Anders		1.8		3.5		3.3		5
<i>Werknemerskenmerken</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Gemiddelde leeftijd	39,8	39,9	40,0	40,2	40,4	40,3		
Percentage vrouw	67,3%	67,5%	67,8%	68,2%	68,8%	69,2%		
Percentage niet-westerse allochtoon	6,8%	7,1%	7,5%	7,8%	8,2%	8,2%		

* Contracten zijn gebaseerd op contracten voor alle ziekenhuizen

Figuur B7.1 Ontwikkeling leeftijdscategorieën Academische ziekenhuizen (2006-2011)



Figuur B7.2 Aandelen leeftijdscategorieën Academische ziekenhuizen per jaar (2006-2011)



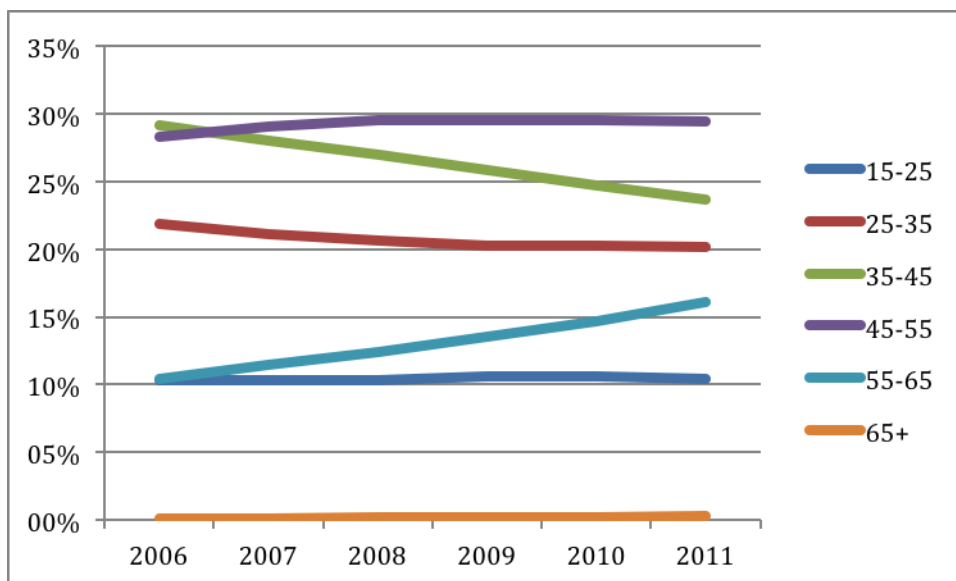
Factsheet Overige ziekenhuizen

Tabel B7.2 Overige ziekenhuizen

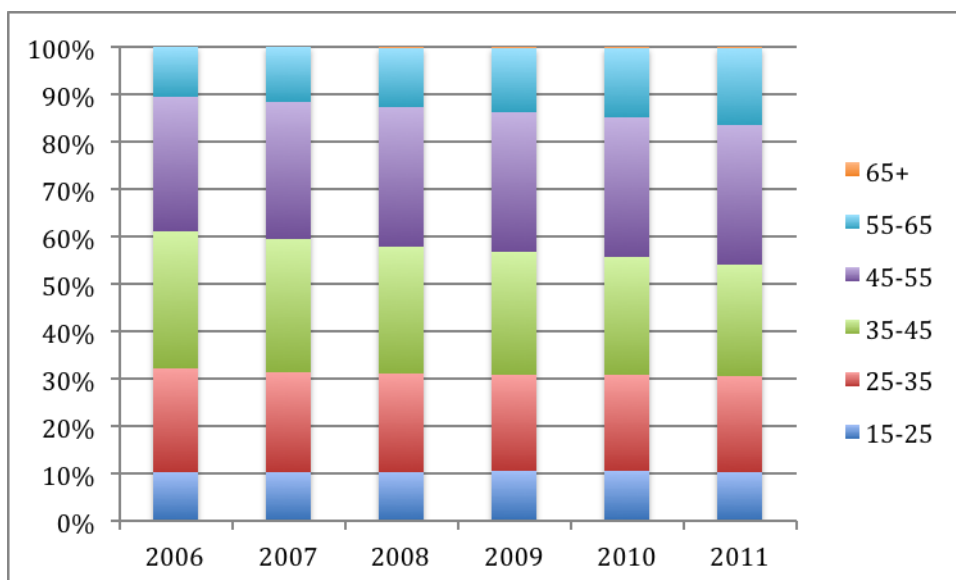
<i>Werkgelegenheid</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal werknemers (1000)	201,9	200,4	203,5	208,9	211,7	213,4	214,0	
Aantal fte (1000)	146,5	146,3	149,6	153,9	156,4	157,3	158,5	
Omvang van de werkweek (%)	72,6%	73,0%	73,5%	73,7%	73,9%	73,7%	74,1%	
<i>Uitstroom</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uitstroom naar andere branche bin- nen Zorg en WJK	3,2%	3,6%	3,8%	3,6%	3,3%	4,0%		
Uitstroom buiten de sector	7,1%	8,4%	7,3%	5,9%	6,6%	6,2%		
Percentage werknemers dat werk- zaam blijft binnen branche	89,6%	88,0%	88,9%	90,5%	90,1%	89,8%		
<i>Leeftijdsopbouw</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Percentage 15 - 25	10,3%	10,3%	10,3%	10,6%	10,6%	10,4%		
Percentage 25 - 35	21,9%	21,1%	20,7%	20,3%	20,3%	20,2%		
Percentage 35 - 45	29,1%	28,0%	26,9%	25,8%	24,7%	23,6%		
Percentage 45 - 55	28,3%	29,0%	29,5%	29,5%	29,5%	29,4%		
Percentage 55 - 65	10,4%	11,5%	12,4%	13,5%	14,7%	16,1%		
Percentage 65+	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%		
<i>Type dienstverband van werknemers*</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vast		91.4		84		83.2		72.6
Tijdelijk		6.9		12.5		13.4		22.3
Anders		1.8		3.5		3.3		5
<i>Werknemerskenmerken</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gemiddelde leeftijd	40,2	40,5	40,8	41,1	41,3	41,7		
Percentage vrouw	81,2%	81,4%	82,0%	82,2%	82,4%	82,4%		
Percentage niet-westerse allochtoon	5,0%	5,0%	5,2%	5,4%	5,5%	5,5%		

* Contracten zijn gebaseerd op contracten voor alle ziekenhuizen

Figuur B7.3 Ontwikkeling leeftijdscategorieën Overige ziekenhuizen (2006-2011)



Figuur B7.4 Aandelen leeftijdscategorieën Overige ziekenhuizen per jaar (2006-2011)

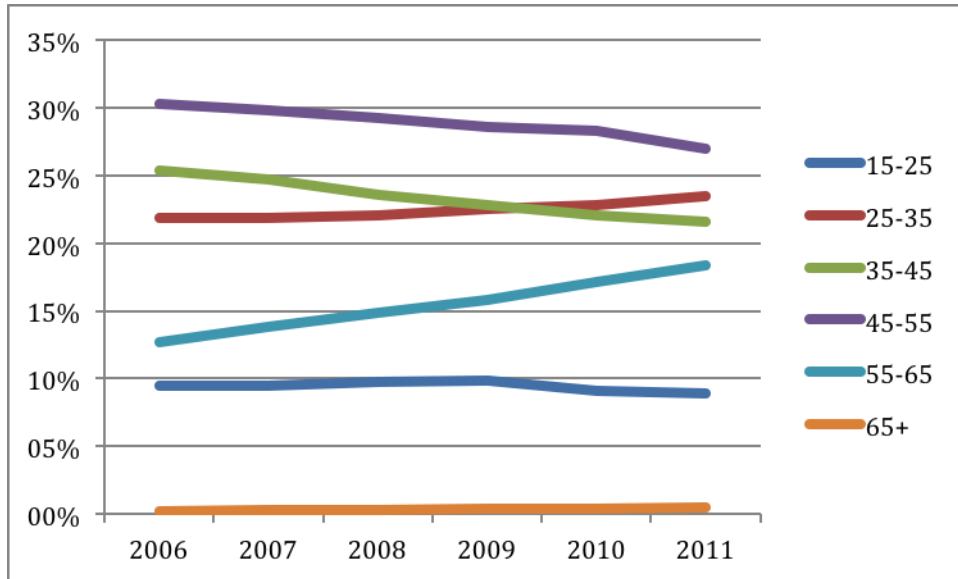


Factsheet GGZ

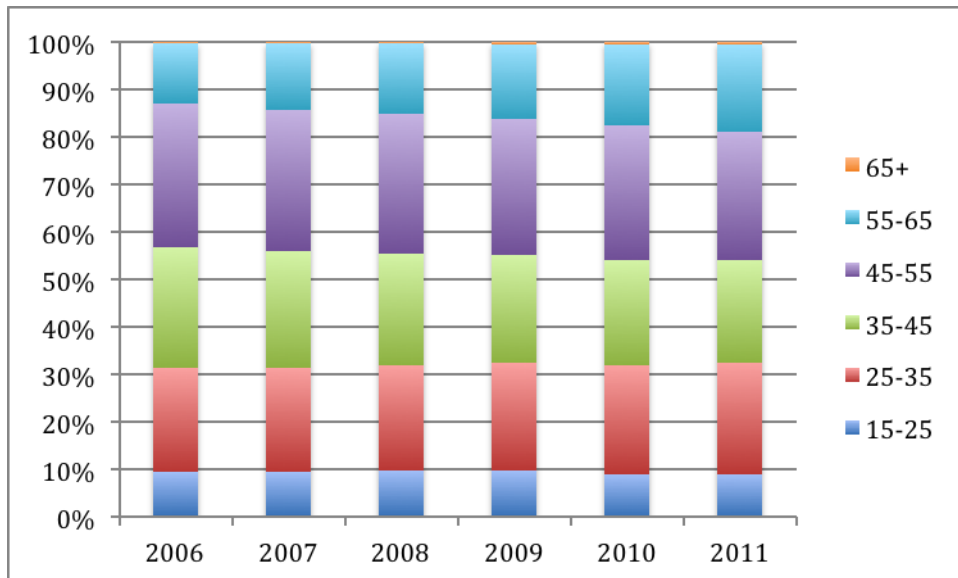
Tabel B7.3 GGZ

<i>Werkgelegenheid</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal werknemers (1000)	74,4	77,4	79,9	83,5	82,8	85,2	84,7	
Aantal fte (1000)	57,8	61,1	63,1	66,2	65,0	67,5	67,2	
Omvang van de werkweek (%)	77,8%	78,9%	79,0%	79,3%	78,5%	79,2%	79,3%	
<i>Uitstroom</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uitstroom naar andere branche binnen Zorg en WJK	3,8%	4,5%	4,7%	4,2%	4,3%	3,9%		
Uitstroom buiten de sector	7,8%	8,1%	8,0%	7,1%	8,3%	7,1%		
Percentage werknemers dat werkzaam blijft binnen branche	88,5%	87,4%	87,3%	88,7%	87,4%	89,0%		
<i>Leeftijdsopbouw</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Percentage 15 - 25	9,5%	9,5%	9,8%	9,9%	9,1%	8,9%		
Percentage 25 - 35	21,9%	21,9%	22,1%	22,6%	22,8%	23,5%		
Percentage 35 - 45	25,4%	24,7%	23,6%	22,8%	22,1%	21,6%		
Percentage 45 - 55	30,3%	29,8%	29,3%	28,6%	28,3%	27,0%		
Percentage 55 - 65	12,7%	13,9%	14,9%	15,8%	17,2%	18,4%		
Percentage 65+	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%		
<i>Type dienstverband van werknemers</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vast		90,6		87,6		85		83
Tijdelijk		7,5		10,8		13,4		13,6
Anders		1,9		1,5		1,6		3,4
<i>Werknemerskenmerken</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gemiddelde leeftijd	41,0	41,2	41,3	41,4	41,8	41,9		
Percentage vrouw	70,5%	71,0%	71,5%	72,0%	72,1%	72,4%		
Percentage niet-westerse allochtoon	5,1%	5,3%	5,5%	5,8%	5,7%	6,0%		

Figuur B7.5 Ontwikkeling leeftijdscategorieën GGZ (2006-2011)



Figuur B7.6 Aandelen leeftijdscategorieën GGZ per jaar (2006-2011)



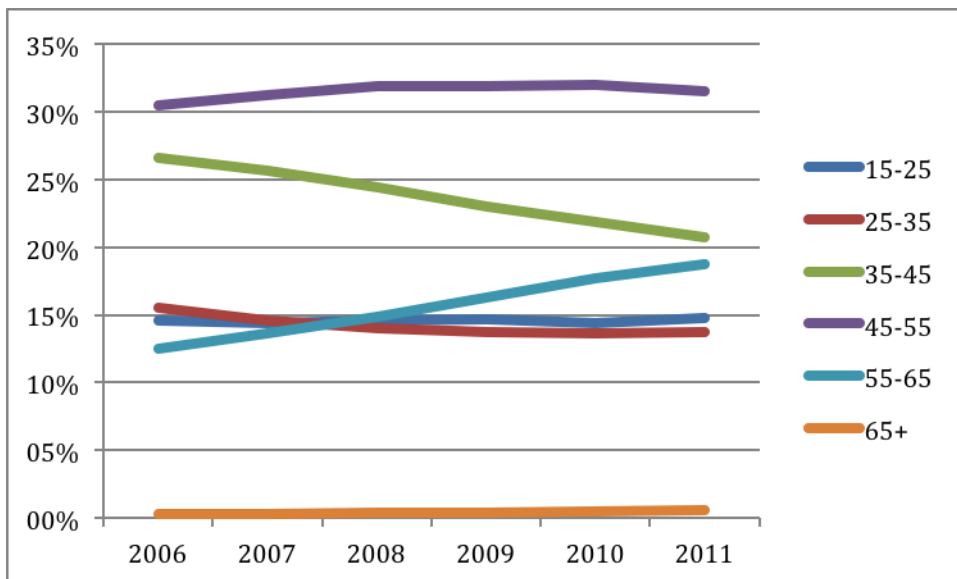
Factsheet Verpleeg- en verzorgingshuizen

Tabel B7.4 V&V

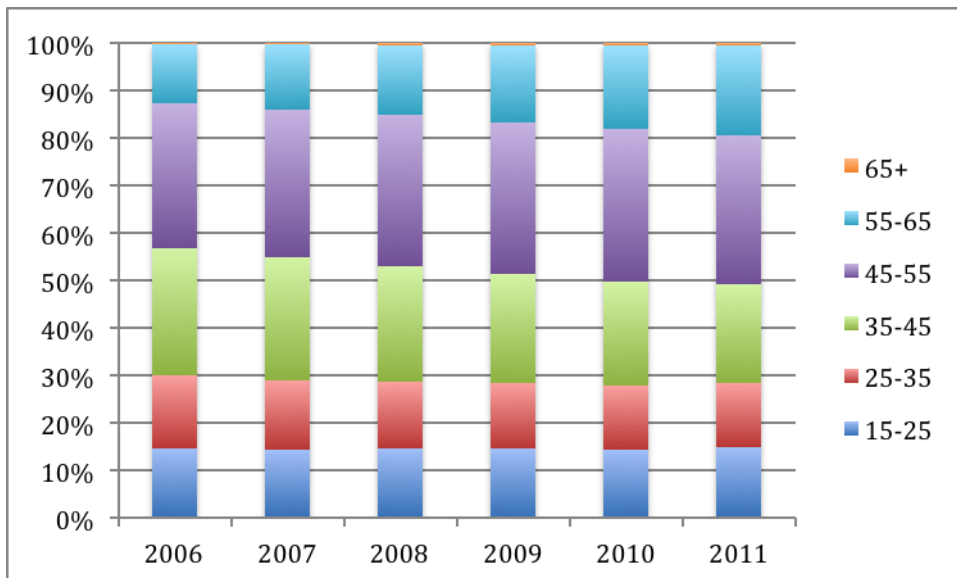
<i>Werkgelegenheid</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal werknemers (1000)	241,3	242,7	245,0	252,5	255,6	263,6	275,3	
Aantal fte (1000)	153,3	155,5	158,6	161,2	160,6	166,2	174,3	
Omvang van de werkweek (%)	63,6%	64,1%	64,7%	63,8%	62,8%	63,0%	63,3%	
<i>Uitstroom</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uitstroom naar andere branche binnen Zorg en WJK	3,4%	4,0%	4,4%	4,3%	4,1%	3,9%		
Uitstroom buiten de sector	8,3%	9,4%	9,3%	7,6%	9,6%	8,2%		
Percentage werknemers dat werkzaam blijft binnen branche	88,3%	86,6%	86,3%	88,1%	86,3%	87,9%		
<i>Leeftijdsopbouw</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Percentage 15 - 25	14,6%	14,4%	14,6%	14,7%	14,4%	14,8%		
Percentage 25 - 35	15,5%	14,6%	14,0%	13,7%	13,6%	13,7%		
Percentage 35 - 45	26,6%	25,7%	24,4%	23,0%	21,9%	20,7%		
Percentage 45 - 55	30,5%	31,2%	31,9%	31,9%	32,0%	31,5%		
Percentage 55 - 65	12,5%	13,6%	14,8%	16,2%	17,7%	18,7%		
Percentage 65+	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%	0,6%		
<i>Type dienstverband van werknemers*</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vast		93,6		88,9		83,6		78
Tijdelijk		4,3		8		12,1		15,5
Anders		2		3,1		4,3		6,5
<i>Werknemerskenmerken</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gemiddelde leeftijd	40,6	41,1	41,4	41,7	42,1	42,3		
Percentage vrouw	89,3%	89,6%	90,0%	90,1%	90,5%	90,5%		
Percentage niet-westerse allochtoon	7,5%	7,8%	8,0%	8,1%	7,9%	8,3%		

* Contracten zijn gebaseerd op contracten in de gehele VVT.

Figuur B7.7 Ontwikkeling leeftijdscategorieën V&V (2006-2011)



Figuur B7.8 Aandelen leeftijdscategorieën V&V per jaar (2006-2011)



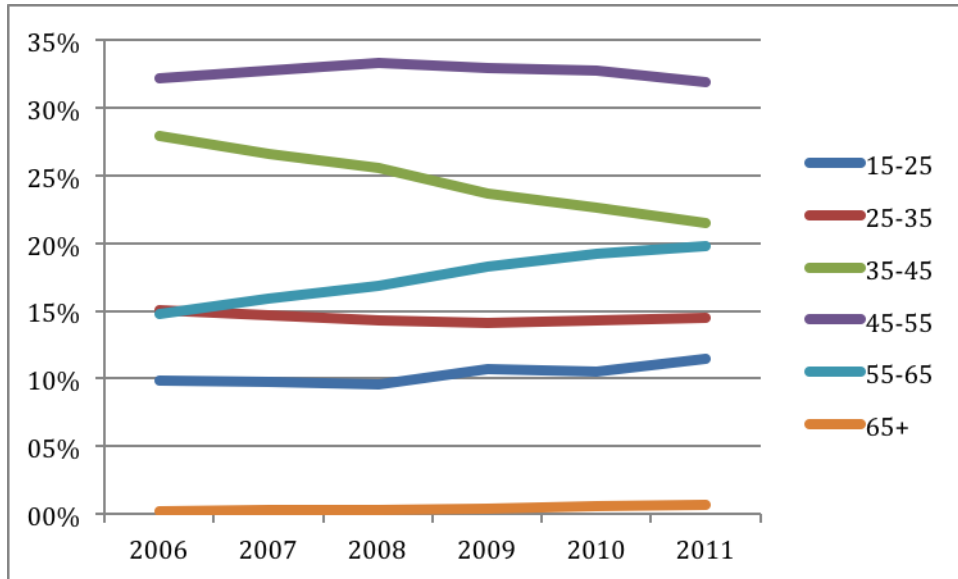
Factsheet Thuiszorg

Tabel B7.5 Thuiszorg

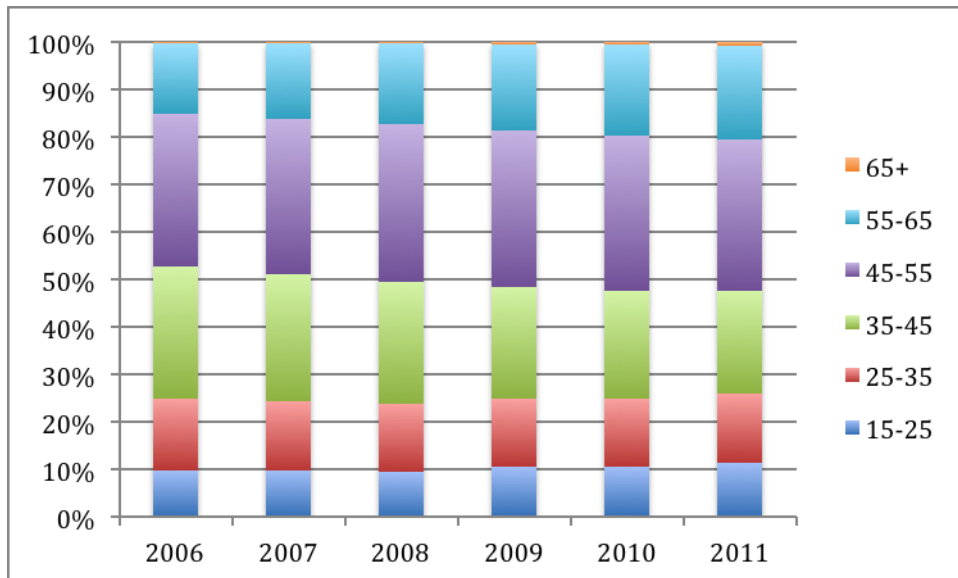
<i>Werkgelegenheid</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal werknemers (1000)	142,8	146,1	136,0	146,7	164,8	168,8	172,9	
Aantal fte (1000)	83,3	105,4	108,3	109,8	90,1	92,9	95,7	
Omvang van de werkweek (%)	58,4%	72,2%	79,7%	74,9%	54,7%	55,0%	55,4%	
<i>Uitstroom</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uitstroom naar andere branche binnen Zorg en WJK	4,2%	4,9%	6,4%	5,5%	5,0%	4,7%		
Uitstroom buiten de sector	16,1%	17,7%	22,8%	9,9%	12,4%	12,3%		
Percentage werknemers dat werkzaam blijft binnen branche	79,7%	77,4%	70,8%	84,6%	82,6%	83,0%		
<i>Leeftijdsopbouw</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Percentage 15 - 25	9,9%	9,8%	9,6%	10,7%	10,6%	11,5%		
Percentage 25 - 35	15,1%	14,7%	14,3%	14,1%	14,3%	14,5%		
Percentage 35 - 45	27,9%	26,6%	25,5%	23,6%	22,6%	21,5%		
Percentage 45 - 55	32,2%	32,7%	33,3%	32,9%	32,7%	31,9%		
Percentage 55 - 65	14,8%	15,9%	16,9%	18,3%	19,2%	19,8%		
Percentage 65+	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,6%	0,7%		
<i>Type dienstverband van werknemers*</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vast		93,6		88,9		83,6		78
Tijdelijk		4,3		8		12,1		15,5
Anders		2		3,1		4,3		6,5
<i>Werknemerskenmerken</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gemiddelde leeftijd	42,2	42,6	42,9	43,0	43,3	43,2		
Percentage vrouw	95,0%	94,5%	94,5%	94,6%	94,8%	94,6%		
Percentage niet-westerse allochtoon	5,2%	6,3%	6,7%	7,6%	8,1%	8,5%		

* Contracten zijn gebaseerd op contracten in de gehele VVT.

Figuur B7.9 Ontwikkeling leeftijdscategorieën Thuiszorg (2006-2011)



Figuur B7.10 Aandelen leeftijdscategorieën Thuiszorg per jaar (2006-2011)

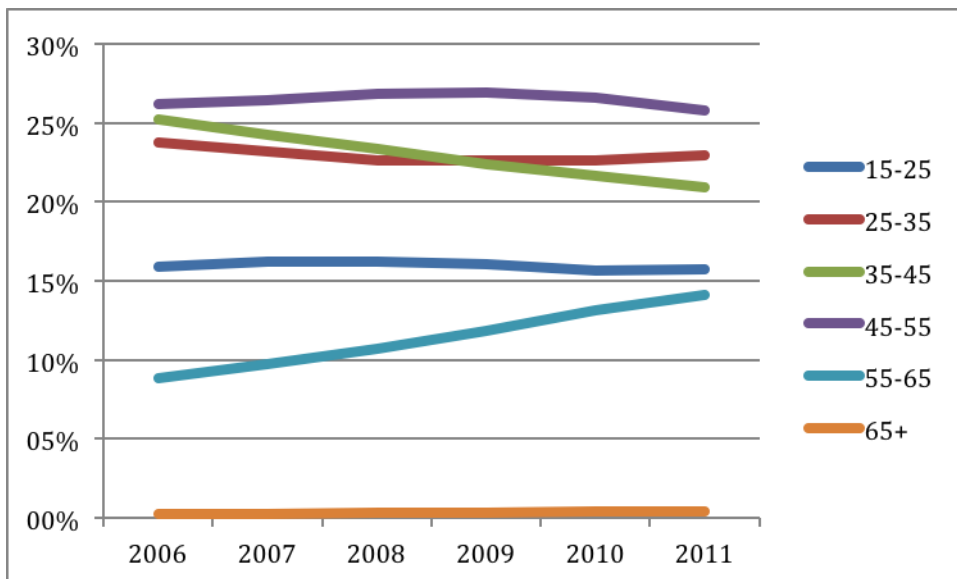


Factsheet Gehandicaptenzorg

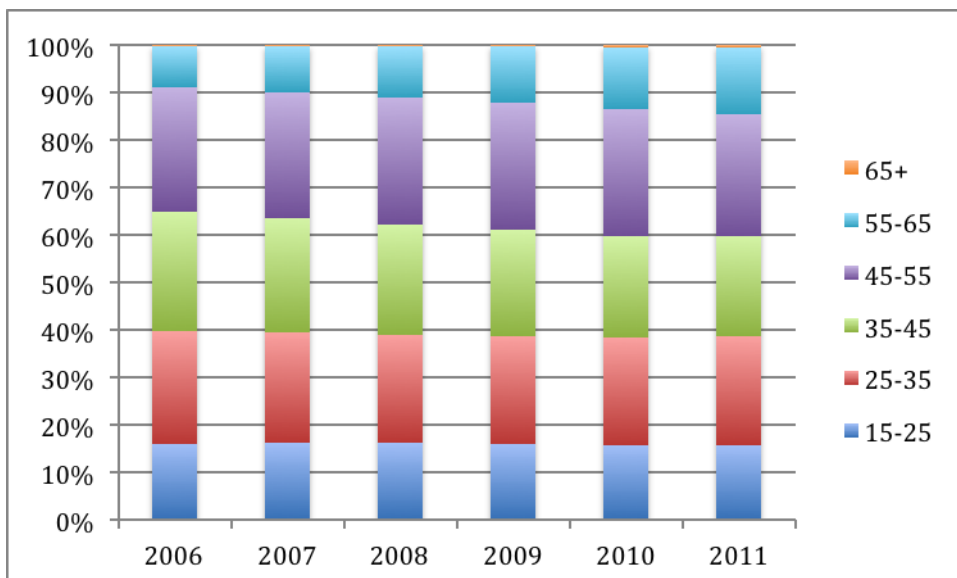
Tabel B7.6 Gehandicaptenzorg

<i>Werkgelegenheid</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal werknemers (1000)	147,1	152,1	154,6	157,4	161,1	166,3	161,1	
Aantal fte (1000)	100,8	87,6	82,8	86,3	111,5	114,9	108,5	
Omvang van de werkweek (%)	68,5%	57,6%	53,6%	54,8%	69,2%	69,1%	67,4%	
<i>Uitstroom</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uitstroom naar andere branche binnen Zorg en WJK	3,8%	4,3%	4,8%	4,8%	4,0%	3,8%		
Uitstroom buiten de sector	8,4%	7,9%	8,0%	6,9%	7,6%	7,3%		
Percentage werknemers dat werkzaam blijft binnen branche	87,9%	87,8%	87,2%	88,3%	88,4%	88,9%		
<i>Leeftijdsopbouw</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Percentage 15 - 25	15,9%	16,2%	16,2%	16,0%	15,6%	15,7%		
Percentage 25 - 35	23,8%	23,2%	22,7%	22,6%	22,7%	23,0%		
Percentage 35 - 45	25,2%	24,2%	23,3%	22,4%	21,6%	20,9%		
Percentage 45 - 55	26,2%	26,4%	26,8%	26,9%	26,6%	25,8%		
Percentage 55 - 65	8,8%	9,7%	10,7%	11,8%	13,1%	14,1%		
Percentage 65+	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%		
<i>Type dienstverband van werknemers</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vast		92		88,6		86,9		80,1
Tijdelijk		6,5		8,8		9,7		14,4
Anders		1,6		2,7		3,5		5,4
<i>Werknemerskenmerken</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gemiddelde leeftijd	38,4	38,6	38,9	39,3	39,6	39,7		
Percentage vrouw	82,0%	82,3%	82,5%	82,5%	82,5%	82,3%		
Percentage niet-westerse allochtoon	2,9%	3,1%	3,2%	3,3%	3,4%	3,7%		

Figuur B7.11 Ontwikkeling leeftijdscategorieën Gehandicaptenzorg (2006-2011)



Figuur B7.12 Aandelen leeftijdscategorieën Gehandicaptenzorg per jaar (2006-2011)

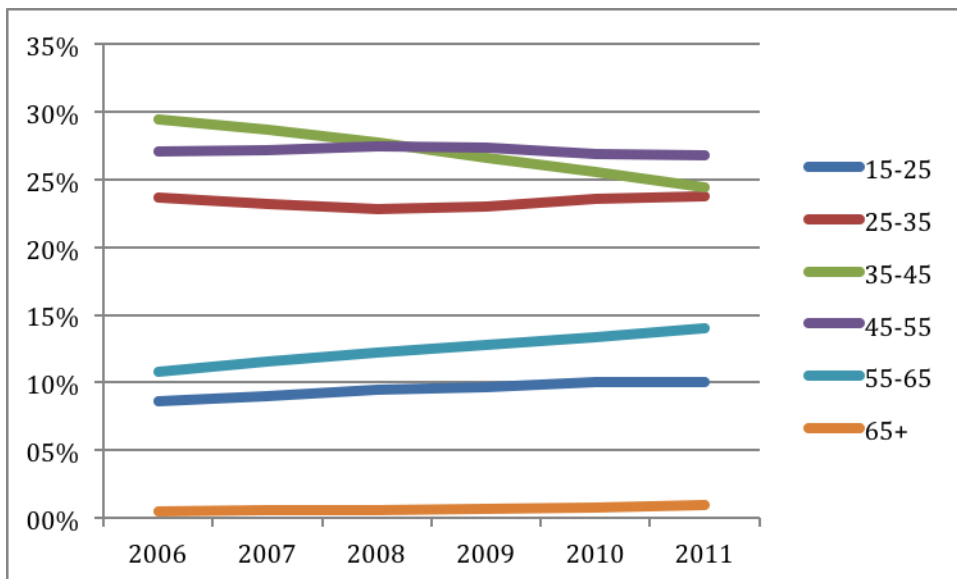


Factsheet Overige zorg

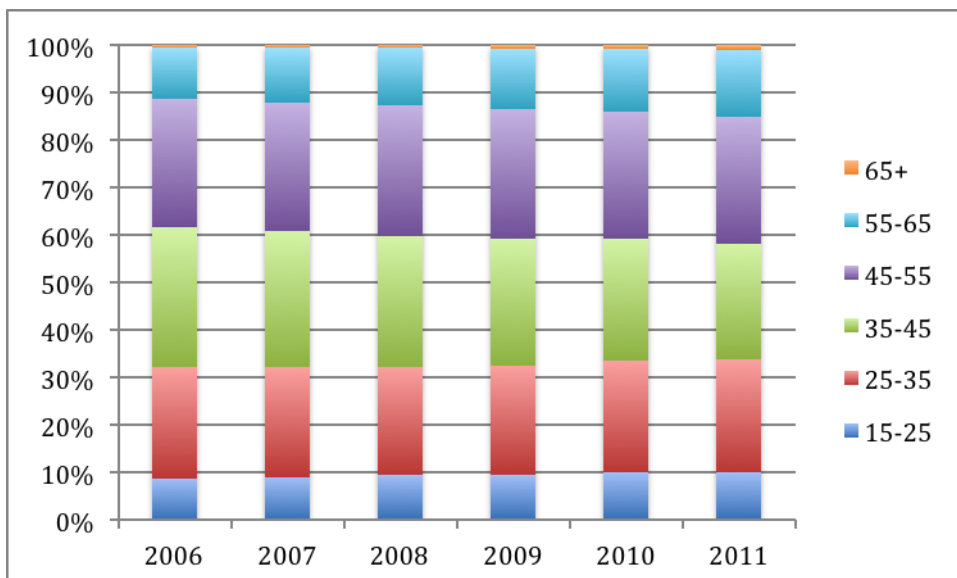
Tabel B7.7 Overige zorg

<i>Werkgelegenheid</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal werknemers (1000)	122,1	128,2	136,5	145,0	142,1	150,7	154,7	
Aantal fte (1000)	83,9	88,8	94,6	100,8	97,6	103,2	106,0	
Omvang van de werkweek (%)	68,7%	69,3%	69,3%	69,5%	68,7%	68,5%	68,5%	
<i>Uitstroom</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uitstroom naar andere branche binnen Zorg en WJK	2,5%	2,6%	2,8%	2,8%	2,5%	2,5%		
Uitstroom buiten de sector	12,5%	12,5%	12,6%	11,3%	17,8%	11,6%		
Percentage werknemers dat werkzaam blijft binnen branche	84,9%	84,9%	84,6%	85,9%	79,7%	85,9%		
<i>Leeftijdsopbouw</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Percentage 15 - 25	8,6%	9,0%	9,4%	9,6%	10,0%	10,0%		
Percentage 25 - 35	23,7%	23,2%	22,8%	23,0%	23,6%	23,8%		
Percentage 35 - 45	29,4%	28,6%	27,7%	26,6%	25,5%	24,4%		
Percentage 45 - 55	27,0%	27,1%	27,4%	27,3%	26,8%	26,7%		
Percentage 55 - 65	10,8%	11,5%	12,2%	12,8%	13,3%	14,0%		
Percentage 65+	0,5%	0,6%	0,6%	0,7%	0,8%	1,0%		
<i>Type dienstverband van werknemers</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vast		83,2		86,1		81,6		80
Tijdelijk		11,7		11,7		15,9		18,6
Anders		5,2		2,1		2,5		1,4
<i>Werknemerskenmerken</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gemiddelde leeftijd	40,4	40,6	40,7	40,8	40,8	40,9		
Percentage vrouw	76,3%	76,8%	77,1%	76,6%	78,2%	78,6%		
Percentage niet-westerse allochtoon	5,6%	6,4%	6,7%	7,5%	7,4%	7,1%		

Figuur B7.13 Ontwikkeling leeftijdscategorieën Overige zorg (2006-2011)



Figuur B7.14 Aandelen leeftijdscategorieën Overige zorg per jaar (2006-2011)

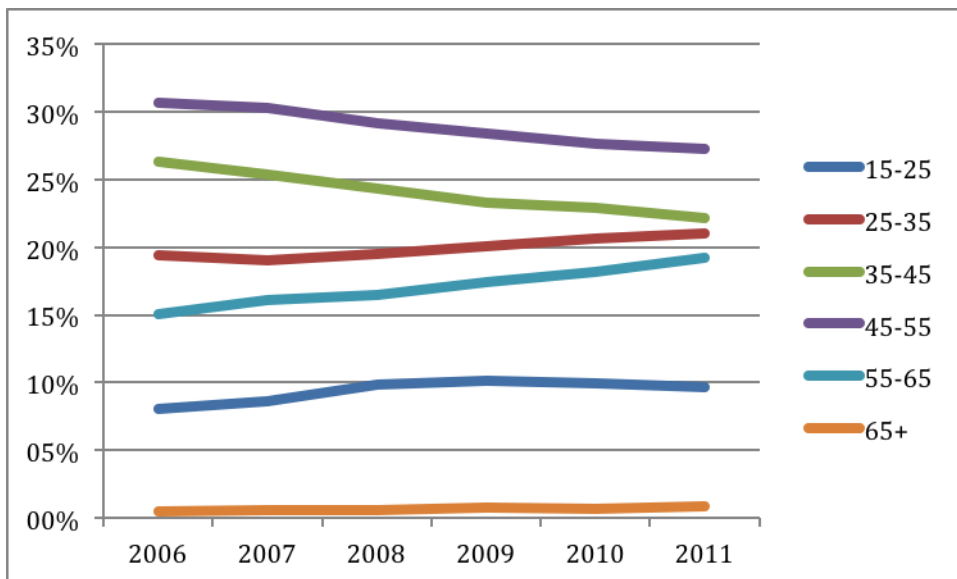


Factsheet WMD

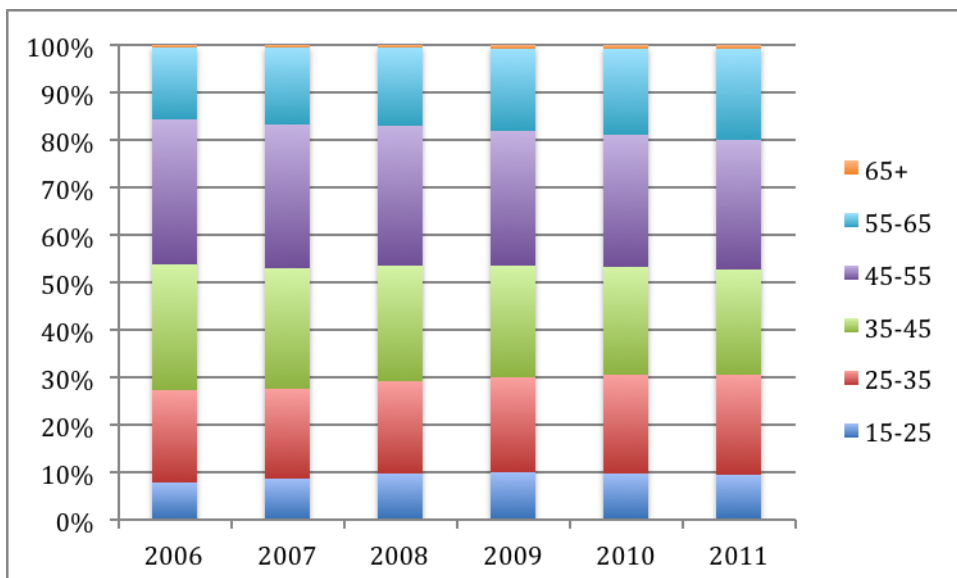
Tabel 7.8 WMD

<i>Werkgelegenheid</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal werknemers (1000)	66,4	66,4	73,3	74,3	69,9	69,3	65,6	
Aantal fte (1000)	48,1	48,4	54,1	54,5	51,4	50,7	47,7	
Omvang van de werkweek (%)	72,5%	72,8%	73,9%	73,4%	73,4%	73,1%	72,7%	
<i>Uitstroom</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uitstroom naar andere branche binnen Zorg en WJK	3,5%	4,2%	4,4%	4,3%	4,3%	4,2%		
Uitstroom buiten de sector	14,9%	17,5%	14,3%	14,4%	18,8%	14,0%		
Percentage werknemers dat werkzaam blijft binnen branche	81,6%	78,3%	81,3%	81,3%	76,9%	81,8%		
<i>Leeftijdsopbouw</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Percentage 15 - 25	8,0%	8,6%	9,8%	10,1%	9,9%	9,6%		
Percentage 25 - 35	19,4%	19,0%	19,5%	20,1%	20,6%	21,0%		
Percentage 35 - 45	26,3%	25,4%	24,3%	23,3%	22,9%	22,1%		
Percentage 45 - 55	30,7%	30,3%	29,2%	28,4%	27,7%	27,3%		
Percentage 55 - 65	15,0%	16,1%	16,5%	17,4%	18,2%	19,2%		
Percentage 65+	0,5%	0,6%	0,6%	0,8%	0,7%	0,9%		
<i>Type dienstverband van werknemers</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vast		90,5		83,4		83,8		80,1
Tijdelijk		7,2		14,3		14,3		22,3
Anders		2,3		2,2		1,9		3,1
<i>Werknemerskenmerken</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gemiddelde leeftijd	42,1	42,3	42,0	42,1	42,1	42,4		
Percentage vrouw	71,8%	72,1%	72,6%	73,2%	73,5%	73,6%		
Percentage niet-westerse allochtoon	14,2%	14,8%	14,9%	14,3%	14,3%	14,0%		

Figuur B7.15 Ontwikkeling leeftijdscategorieën WMD (2006-2011)



Figuur B7.16 Aandelen leeftijdscategorieën WMD per jaar (2006-2011)

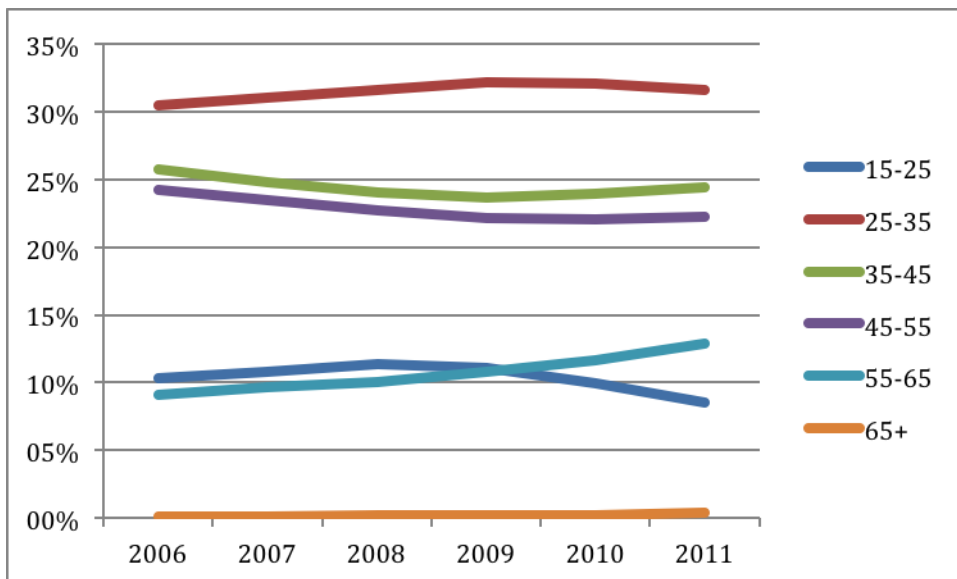


Factsheet Jeugdzorg

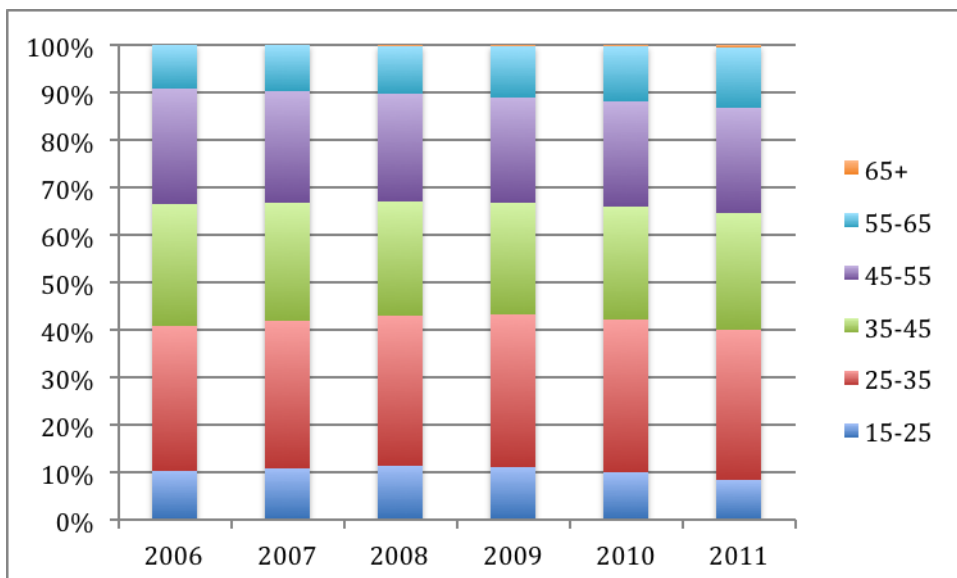
Tabel 7.9 Jeugdzorg

<i>Werkgelegenheid</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal werknemers (1000)	27,2	29,0	31,9	35,1	34,7	33,4	33,2	
Aantal fte (1000)	21,8	23,6	26,1	28,6	28,5	27,3	27,2	
Omvang van de werkweek (%)	80,1%	81,3%	81,6%	81,7%	82,1%	81,7%	81,8%	
<i>Uitstroom</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uitstroom naar andere branche binnen Zorg en WJK	4,9%	5,4%	5,5%	4,8%	5,1%	5,6%		
Uitstroom buiten de sector	10,0%	10,5%	9,9%	8,5%	9,6%	9,3%		
Percentage werknemers dat werkzaam blijft binnen branche	85,1%	84,1%	84,6%	86,7%	85,3%	85,1%		
<i>Leeftijdsopbouw</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Percentage 15 - 25	10,4%	10,8%	11,4%	11,1%	10,0%	8,5%		
Percentage 25 - 35	30,5%	31,1%	31,6%	32,2%	32,1%	31,6%		
Percentage 35 - 45	25,7%	24,8%	24,0%	23,6%	23,9%	24,4%		
Percentage 45 - 55	24,2%	23,4%	22,7%	22,1%	22,0%	22,2%		
Percentage 55 - 65	9,1%	9,7%	10,1%	10,8%	11,7%	12,9%		
Percentage 65+	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,4%		
<i>Type dienstverband van werknemers</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vast		86%		86,9%		83,2%		84,5%
Tijdelijk		13,5%		11,4%		15,1%		12,8%
Anders		0,6%		1,6%		1,7%		2,7%
<i>Werknemerskenmerken</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gemiddelde leeftijd	38,6	38,5	38,4	38,5	38,9	39,6		
Percentage vrouw	73,4%	74,2%	75,1%	75,3%	75,4%	75,7%		
Percentage niet-westerse allochtoon	9,5%	9,6%	9,5%	9,5%	10,0%	10,2%		

Figuur B7.17 Ontwikkeling leeftijdscategorieën Jeugdzorg (2006-2011)



Figuur B7.18 Aandelen leeftijdscategorieën Jeugdzorg per jaar (2006-2011)

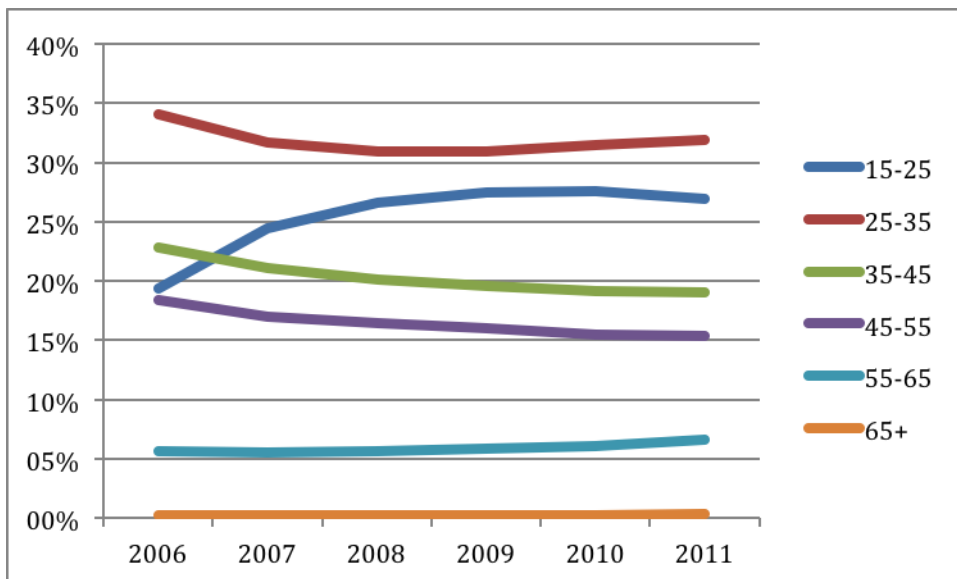


Factsheet Kinderopvang

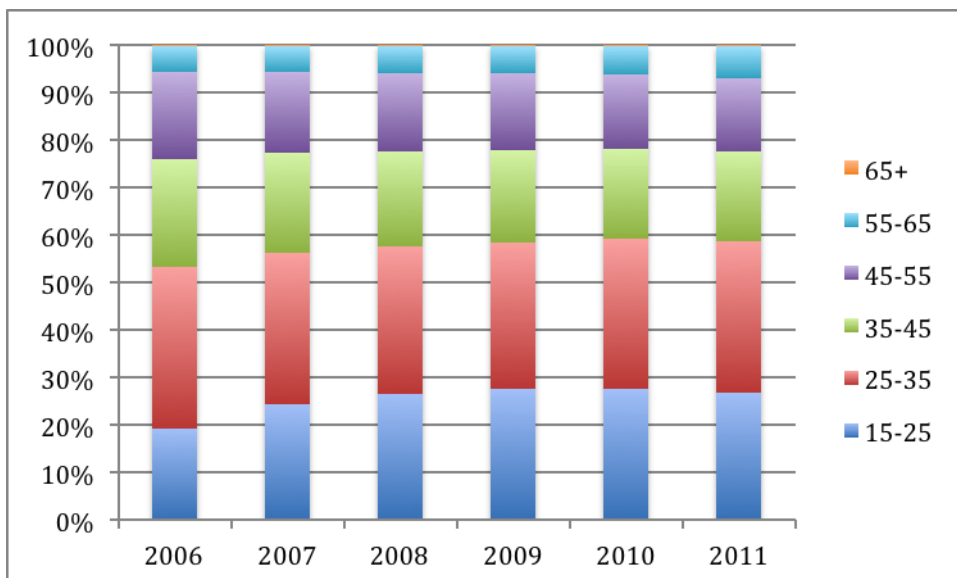
Tabel 7.10 Kinderopvang

<i>Werkgelegenheid</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal werknemers (1000)	60,5	72,1	83,2	93,3	100,8	105,5	96,7	
Aantal fte (1000)	40,3	49,1	56,5	62,9	68,0	70,8	62,3	
Omvang van de werkweek (%)	66,7%	68,1%	67,9%	67,5%	67,5%	67,1%	64,5%	
<i>Uitstroom</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Uitstroom naar andere branche binnen Zorg en WJK	2,8%	2,7%	3,2%	2,7%	2,5%	2,7%		
Uitstroom buiten de sector	10,4%	10,4%	11,5%	10,6%	11,4%	11,5%		
Percentage werknemers dat werkzaam blijft binnen branche	86,8%	86,9%	85,3%	86,7%	86,1%	85,8%		
<i>Leeftijdsopbouw</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Percentage 15 - 25	19,4%	24,5%	26,6%	27,5%	27,6%	26,9%		
Percentage 25 - 35	34,1%	31,7%	30,9%	30,9%	31,5%	31,9%		
Percentage 35 - 45	22,8%	21,1%	20,1%	19,6%	19,1%	19,0%		
Percentage 45 - 55	18,4%	17,0%	16,5%	16,0%	15,5%	15,4%		
Percentage 55 - 65	5,6%	5,5%	5,6%	5,8%	6,1%	6,6%		
Percentage 65+	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%		
<i>Type dienstverband van werknemers</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vast		89,3%		73,6%		70,4%		71,4%
Tijdelijk		10,2%		21,8%		24,9%		21,4%
Anders		0,5%		4,6%		4,6%		7,2%
<i>Werknemerskenmerken</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gemiddelde leeftijd	35,4	34,3	34,0	33,9	33,8	34,0		
Percentage vrouw	96,6%	96,4%	96,2%	95,8%	95,4%	95,3%		
Percentage niet-westerse allochtoon	9,1%	10,1%	10,9%	11,1%	11,5%	11,7%		

Figuur B7.19 Ontwikkeling leeftijdscategorieën Kinderopvang (2006-2011)



Figuur B7.20 Aandelen leeftijdscategorieën Kinderopvang per jaar (2006-2011)



Dit rapport is onderdeel van het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Meer informatie over dit programma is te vinden op www.azwinfo.nl

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

COLOFON

Dit rapport is een uitgave van Panteia
Bredewater 26, Postbus 7001, 2701 AA Zoetermeer

Dit programma wordt uitgevoerd door:



basis voor beslissingen **E,til**