

AZW

Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn



Arbeid in Zorg en Welzijn 2016

Eindrapport



Cisca Joldersma
Martien Laarman-Wierenga
Marjolein Brink

Managementsamenvatting

Dit eindrapport van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) bundelt de resultaten van het onderzoeksprogramma in 2016 en combineert deze met arbeidsmarktgegevens uit andere recente (onderzoeks)publicaties. De resultaten van de toekomstverkenning zijn integraal meegenomen in dit rapport. De toekomstverkenning is gebaseerd op een drietal scenario's: twee veel-vraag-scenario's, gebaseerd op de raming van het CPB en de Hoofdlijnenakkoorden, en een minder-vraag-scenario. Het eindrapport voorziet partijen en organisaties in de sector Zorg en Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang (WJK) van een basisdocument waarop zij hun arbeidsmarktanalyses en beleidsmaatregelen kunnen baseren.

Het jaar 2016 is voor de sector Zorg en WJK een omslagjaar. Er is sprake van een groeiend aantal branches waar de werkgelegenheid weer toeneemt. De krimp van de afgelopen jaren heeft geleid tot een groeiende uitstroom van medewerkers en is gepaard gegaan met verdere vergrijzing. De opleidingen voor beroepen in zorg en welzijn op mbo-niveau, hbo-niveau en wetenschappelijk niveau kenden de laatste jaren een dalende instroom. De verwachting is dat de werkgelegenheid in de komende vijf jaren zal toenemen onder invloed van de beschikbare financiële middelen en dat daarmee in 2017 de grootste krimp in werkgelegenheid voorbij is.

Voor diverse kwalificaties neemt de mismatch tussen vraag en aanbod toe. Op hbo-niveau ontstaan grotere tekorten en kleinere overschotten dan voor het mbo-4 niveau. Een kwalificatie die eruit springt, zijn de hbo-verpleegkundigen. Er ontstaan forse tekorten in het aantal hbo-verpleegkundigen, mede omdat de vraag sterk toeneemt. Voor de mbo-verpleegkundige zal de werkgelegenheid in eerste instantie nog niet toenemen; wel worden op basis van een veel-vraag-scenario na 2018 tekorten verwacht. Ook voor doktersassistenten ontstaan in het veel-vraag-scenario CPB tekorten. Op mbo-3 niveau zijn vooral overschotten te verwachten. Voor de verzorgenden zal in het veel-vraag-scenario CPB na 2018 een tekort ontstaan.

De tekorten zullen nog veel groter zijn wanneer voor ouderenzorg veel extra personeel nodig is. De grootste opgave voor de komende jaren is dan het vinden van voldoende extra personeel.

De werkgelegenheid voor lager gekwalificeerd personeel in de sector Zorg en WJK lijkt meer en meer te verdwijnen. Veranderingen in zorg en welzijn maken dat er steeds meer accent ligt op zelfregie van de patiënt en de cliënt thuis, met inzet van het sociale netwerk en gebruik van technologie. Dat vraagt van medewerkers andere competenties, gericht op het aanleren van gezondheidsvaardigheden en digitale vaardigheden. Veel werkgevers doen dan ook veel aan bijscholing. Werkgevers investeren ook veel in het opleiden voor hogere kwalificaties. In bijna alle branches is er momenteel sprake van een meer complexe werkomgeving en een hogere werkdruk. Dit gaat gepaard met de wens om meer personeel met hogere kwalificaties in te zetten. Dit rapport pleit voor een herwaardering van medewerkers van mbo-niveau in de wereld van zorg en welzijn. Mbo'ers zijn hard nodig en op volle kracht in te zetten via verdiepende bijscholing en maximale taakherschikking.

De vergrijzing blijft toenemen en het aandeel medewerkers van jonger dan 35 jaar neemt af. De vraag naar voldoende personeel voor de toekomst komt daarmee des te pregnanter naar voren. Hoe kunnen we met het oog op de toekomstige personeelsbehoefte zorgen voor passend werk voor de jongere en de oudere medewerker en de hoogopgeleide en laagopgeleide medewerker?

Inhoud

Managementsamenvatting	2
Inleiding	4
1 Stand van zaken op de arbeidsmarkt van zorg en WJK	5
1.1 Ontwikkeling van de werkgelegenheid	6
1.2 Mobiliteit van werknemers	7
1.3 Personele samenstelling	7
1.4 Flexibele arbeid	9
1.5 Ziekteverzuim	11
1.6 Werkloosheid	12
1.7 Onderwijs voor de sector	13
2 Vraag en aanbod: de vooruitzichten 2016-2020	16
2.1 Inleiding	17
2.2 Drie scenario's en uitgangspunten van het model	17
2.3 De confrontatie van vraag en aanbod: tekorten en overschotten	18
3 Ontwikkelingen in zorg en WJK	25
3.1 Inleiding	26
3.2 Maatschappelijke ontwikkelingen	26
3.3 Bestuurlijke en beleidsontwikkelingen	28
3.4 Inhoudelijke en organisatorische ontwikkelingen	29
3.5 Verwachte ontwikkelingen arbeidsmarkt	31
4 Resultaten in perspectief	33
4.1 Ontwikkeling werkgelegenheid	34
4.2 Ontwikkelingen per kwalificatie	35
4.3 Werkdruk & ziekteverzuim	36
4.4 Employability	36
4.5 Scholing en taakherschikking	37
Epiloog: Toekomst onderzoeksprogramma AZW	38
Literatuur	39

[Uitgebreide zoekfunctie](#)

[Inhoud](#)

[Vorige pagina](#)

[Volgende pagina](#)

[Volledig beeldscherm](#)

– Dit rapport is als interactief pdf uitgegeven.

– [Links staan in blauw aangegeven.](#)

Inleiding

Het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) brengt jaarlijks een integrerende eindrapportage uit. Dit eindrapport bundelt de resultaten van het onderzoeksprogramma in 2016 en combineert deze met arbeidsmarktgegevens uit andere recente (onderzoeks)publicaties. Daarmee voorziet het eindrapport partijen en organisaties in de sector Zorg en WJK van een basisdocument waarop zij hun arbeidsmarktanalyses en beleidsmaatregelen kunnen baseren.

In 2016 hebben de onderzoeksactiviteiten van het programma AZW bestaan uit: de continue dataverzameling; het actualiseren van gegevens op de website AZWinfo.nl; het verrichten van een geactualiseerde toekomstverkenning; het bieden van een online tool en regionale tabellenboeken; de Werkgeversenquête 2016 en het analyseren en rapporteren over kwalitatieve data. Het onderzoeksprogramma besteedt relatief veel aandacht aan de verpleegkundige, verzorgende en agogische kwalificaties. Over de overige kwalificaties is minder informatie beschikbaar.

Tussentijds is in 2016 over de resultaten gepubliceerd in AZW Actueel (1-3, 2016). In 2016 is ervoor gekozen om geen aparte rapportage voor de toekomstverkenning meer uit te brengen. De resultaten van de AZW arbeidsmarktprognoses zijn verwerkt in het voorliggende integrerend eindrapport "Arbeid in Zorg en Welzijn 2016". Wel is er een aparte technische toelichting gemaakt over de methodiek van de toekomstverkenning (zie AZWinfo.nl). Daarnaast verschijnen er afzonderlijke brancherapportages waarin de resultaten van de toekomstverkenning en overige ontwikkelingen in de branche zijn gebundeld.

1 Stand van zaken op de arbeidsmarkt van zorg en WJK

In 2016 is sprake van een groeiend aantal branches waarin het aantal werknemers weer toeneemt, zoals in de gehandicaptenzorg en de kinderopvang. De twee grootste branches, de ziekenhuizen en de verpleging, verzorging en thuiszorg (VV&T), kennen echter nog steeds een afnemend aantal werknemers. Dit geldt ook voor de geestelijke gezondheidszorg.

De meeste werknemers die zijn vertrokken bij hun werkgever (al dan niet vrijwillig) zijn buiten de sector aan het werk gegaan. Ook is de relatieve uitstroom naar het pensioen toegenomen.

De grootste groep medewerkers vormen nog steeds de verzorgenden en mbo-verpleegkundigen, ondanks de uitstroom in de afgelopen jaren.

De vergrijzing in de sector zet door. De gemiddelde leeftijd is toegenomen. Ook is het aandeel medewerkers dat jonger is dan 35 jaar afgenomen. De kinderopvang heeft het grootste aandeel jongere werknemers in dienst; de VV&T het grootste aandeel 55-plussers.

De sector Zorg en WJK als geheel kent meer vaste contracten dan de overige sectoren. Wel zijn er duidelijke verschillen tussen de branches. In de umc's, de ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en jeugdzorg is het percentage vaste contracten hoger dan het gemiddelde van de sector. In de huisartsenzorg en gezondheidscentra werken relatief veel zelfstandigen.

Het ziekteverzuim is in de sector Zorg en WJK hoger dan het landelijk gemiddelde voor alle sectoren. Dit is altijd het geval geweest. Het ziekteverzuim in de zorg en WJK is echter wel sneller gedaald dan het landelijke gemiddelde.

In 2016 is de werkloosheid over alle sectoren gedaald. Het aantal WW-toekenningen aan medewerkers die uit de zorg en WJK komen is tussen 2012 en 2015 sterk gestegen. Maar het lijkt er op dat dit aantal in 2016 voor het eerst sinds 2012 zal afnemen.

De opleidingen op mbo-, hbo- en wo-niveau, die opleiden voor beroepen in zorg en welzijn, kennen in de meeste gevallen een daling in de instroom tussen 2012 en 2014. Dit is mogelijk een gevolg van de daling van de werkgelegenheid in deze periode.

1.1 Ontwikkeling van de werkgelegenheid

De krimp in werkgelegenheid die in de afgelopen jaren in de meeste branches plaatsvond, lijkt in 2016 afgezwakt te zijn (uitgezonderd umc's). In de kinderopvang en de gehandicaptenzorg lijkt in 2016 de omslag van krimp naar groei plaats te vinden; in Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (WMD) en overige zorg lag dit omslagmoment in 2015

en lijkt de groei in 2016 door te zetten. In drie zorgbranches (ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg en VV&T) lijkt de krimp nog steeds door te zetten. De werkgelegenheid in de huisartsenzorg en gezondheidscentra is in 2016 vergelijkbaar met vorig jaar.

Tabel 1.1 – Ontwikkeling van het arbeidsvolume per branche (werknemers)

	2012	2013	2014*	2015*	Q3 2016**	Ontwikkeling 2015-2016
UMC's	68.455	69.092	69.670	69.419	***	
Algemene en overige ziekenhuizen	217.609	215.516	212.844	210.812	209.428	-0,7%
Geestelijke gezondheidszorg	88.821	89.357	85.501	83.242	82.502	-0,9%
Verpleging en verzorging/Thuiszorg	426.592	417.078	395.062	370.251	364.120	-1,7%
Gehandicaptenzorg	166.519	165.911	160.788	159.813	161.263	0,9%
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	27.530	27.939	29.094	30.210	30.175	-0,1%
Overige zorg	100.467	101.458	100.647	101.070	101.520	0,4%
Welzijn en maatschappelijke dienstverlening (WMD)	72.298	69.419	69.824	70.057	70.843	1,1%
Jeugdzorg	32.470	31.386	29.804	27.985	27.936	-0,2%
Kinderopvang	90.242	75.215	71.387	70.558	71.581	1,4%
Totaal aantal werknemers in Zorg en WJK	1.291.003	1.262.371	1.224.621	1.193.417		
Groeipercentage per jaar (excl. umc's alle jaren)	-2,4%	-3,2%*	-2,7%*	-0,4%**		

Bron: SSB van CBS, PGGM en jaarverslagen academische ziekenhuizen; bewerkt door Kiwa Carity.

* Voorlopige cijfers op basis van extrapolatie jaarcijfers.

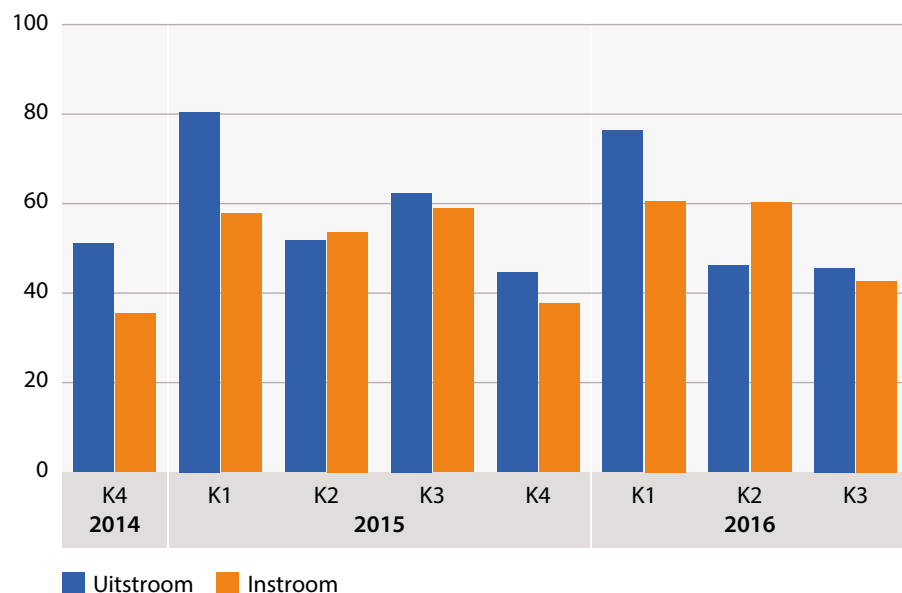
** Voorlopige cijfers op basis van extrapolatie jaarcijfers en tot nu toe bekende kwartaaldata 2016 onder voorbehoud van wijzigingen in verband met onvolledige informatie.

*** Op moment van schrijven is er geen kwartaaldata beschikbaar voor de umc's.

1.2 Mobiliteit van werknemers

Een afname van werkgelegenheid betekent dat de uitstroom groter is geweest dan de instroom. Figuur 1.1 laat zien dat de instroom en uitstroom per kwartaal verschilt.

Figuur 1.1 – Instroom en uitstroom van aantallen medewerkers per kwartaal voor de hele sector (x 1.000)



Bron: PGGM, bewerking Kiwa Carity (2016)

Instroom naar herkomst en uitstroom naar bestemming

Het is ook interessant om te kijken naar de herkomst en bestemming van de mensen die de sector verlaten of instromen. Waar hebben zij gewerkt voordat zij in hun huidige baan terecht kwamen of waar zijn ze naar toegegaan toen ze vertrokken?

Tussen het derde kwartaal van 2015 en het derde kwartaal van 2016 is de instroom van medewerkers van binnen de sector Zorg en WJK in de meeste branches afgenomen. Ondanks dat, vormen deze mensen het grootste

aandeel van de totale instroom. Ook de mensen die instromen van binnen de branche en werkenden vanuit andere sectoren, vormen een groot deel van de totale instroom. De instroom van herintreders en van mensen buiten de sector is toegenomen, maar dit blijft nog steeds een relatief kleine groep.

In diezelfde periode is de uitstroom van medewerkers naar werk binnen de sector afgenomen en de uitstroom van medewerkers naar werk buiten de sector toegenomen. Deze laatste groep uitstromers is veruit de grootste. Afhankelijk van de branche ging 59% tot 68% van de uitstromers buiten de sector aan het werk. Ook de uitstroom naar pensioen is toegenomen in de meeste branches, behalve in de jeugdzorg en de kinderopvang. In deze branches is de uitstroom niet veranderd. In de kinderopvang is de pensioenuitstroom relatief het laagst (2% van de uitstromers) en in de ziekenhuizen het hoogst (10% van de uitstromers).

1.3 Personele samenstelling

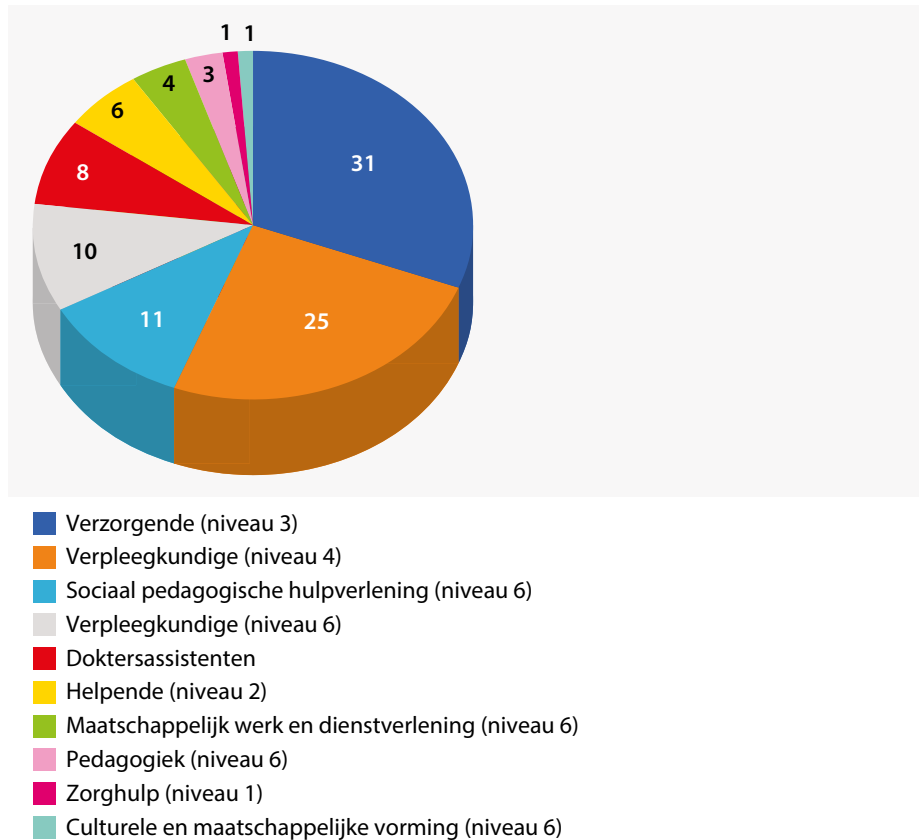
Personele samenstelling in de zorgbranches

Verzorgenden zijn de grootste groep onder de medewerkers met een specifieke kwalificatie voor het werken in de sector. Daarop volgen de verpleegkundigen op mbo-niveau, gevolgd door hbo-verpleegkundigen op de derde plaats. Verder zijn er nog relatief veel medewerkers met een agogisch diploma op niveau 4. De kleinste groep wordt gevormd door medewerkers met een diploma als pedagogisch werker, sociaal cultureel werker of sociaal dienstverlener.

Personele samenstelling in de WJK-branches

De meeste medewerkers met een specifieke kwalificatie voor het werken in de sector hebben een agogisch diploma op niveau 3 of 4, of een hbo-diploma als sociaal pedagogisch hulpverlener. De medewerkers met een diploma als medewerker maatschappelijke zorg niveau 3, zorghulp of doktersassistent vormen een kleine groep.

Figuur 1.2 – Personele samenstelling sector Zorg en WJK in 2015, top 10

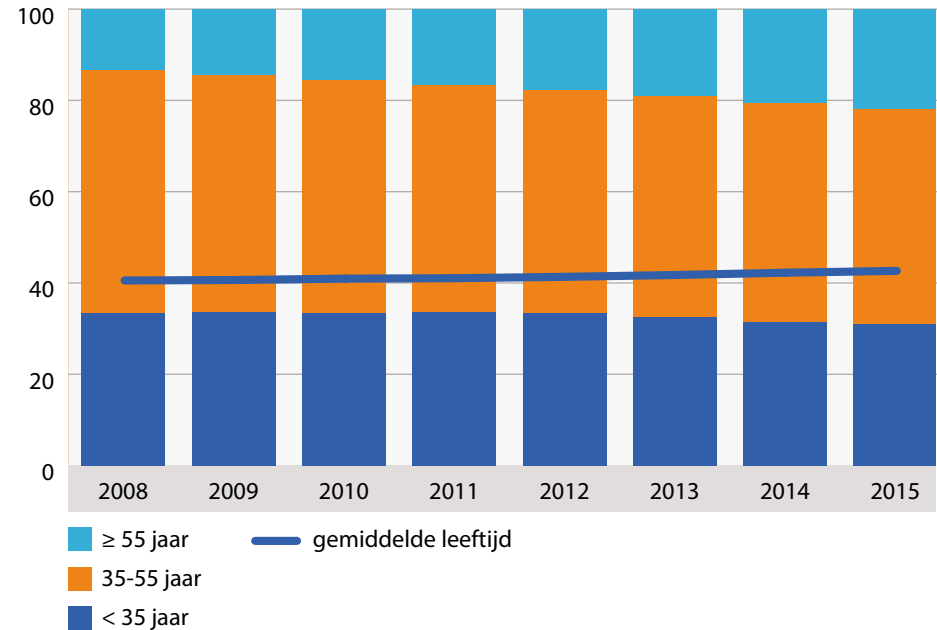


Bron: CBS en Werknemersenquête 2015; bewerking door Kiwa Carity (2016).

Leeftijdsopbouw per branche

De gemiddelde leeftijd van de medewerkers in de sector Zorg en WJK neemt langzaam toe en is in 2015 opgelopen tot 42,6 jaar. De stijging worden mede verklaard door het toenemen van de groep van 55 jaar en ouder. Ook is er, mede door krimp in de verschillende branches, minder instroom van jongeren. Het percentage medewerkers dat jonger is dan 35 jaar is dan ook afgenomen in de afgelopen jaren. In vergelijking met andere sectoren is de gemiddelde leeftijd in de sector vrij 'gemiddeld' (CBS, 2016b).

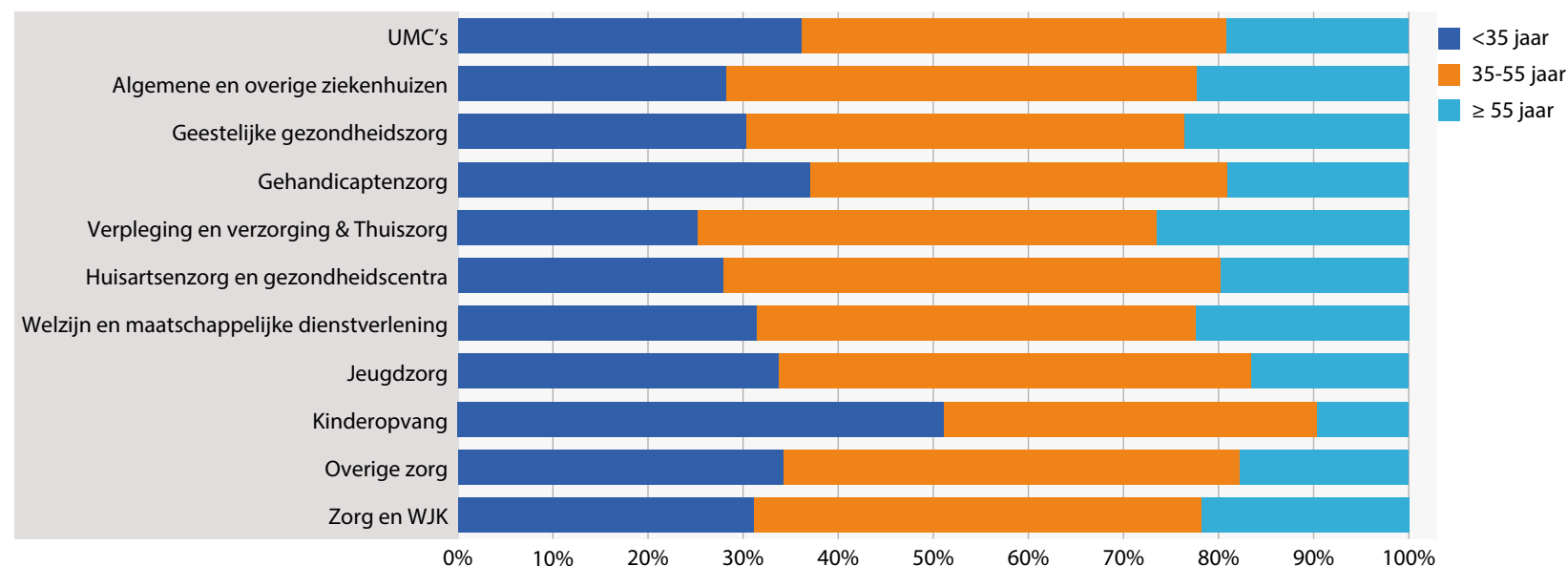
Figuur 1.3 – Leeftijdsopbouw medewerkers zorg en WJK 2008-2015



Bron: CBS en PGGM, bewerking Kiwa Carity (2016).

Per branche zijn er duidelijke verschillen. De VV&T wordt gekenmerkt door relatief weinig jongere en veel oudere medewerkers: de gemiddelde leeftijd is, met 44,5 jaar, het hoogst van alle branches. In de kinderopvang werken de meeste jongeren: de gemiddelde leeftijd in 2015 was 36,5 jaar.

Figuur 1.4 – Leeftijdsopbouw per branche (2015)



Bron: CBS en PGGM, bewerking Kiwa Carity (2016).

1.4 Flexibele arbeid

De sector Zorg en WJK verschilt van andere sectoren in de inrichting van de typen (flexibele) arbeid zoals in de tabel hiernaast is te zien. In 2015 had bijna 75% van de medewerkers in zorg en WJK een vast dienstverband met vaste uren. Dit is veel hoger dan in de andere sectoren. De andere medewerkers waren in dienst op meer flexibele basis. Ruim 10% van alle medewerkers werkte als zelfstandige; de meesten daarvan in hun eigen bedrijf. Ook dat is lager dan in de andere sectoren. Daarentegen werken er minder uitzendkrachten in de sector.

Tabel 1.2 – Aandeel medewerkers per type (flexibele) arbeid 2015 (%)

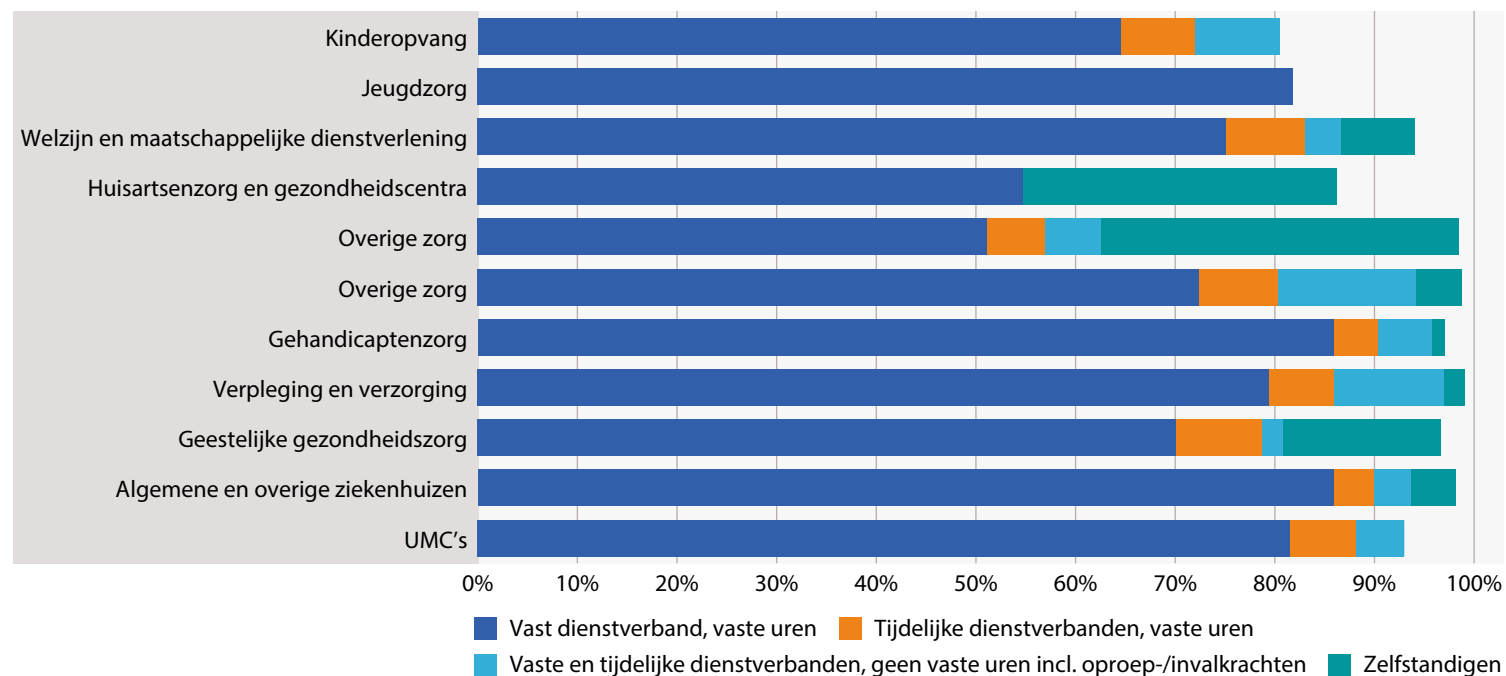
	Zorg & WJK	Overige sectoren
Vast dienstverband, vaste uren	74,4	59,6
Uitzicht op vast dienstverband, vaste uren	2,7	3,2
Tijdelijk dienstverband, vaste uren (≥ 1 jr)	2,9	2,1
Overig tijdelijk dienstverband, vaste uren	1,1	2,1
Uitzendkracht	0,7	3,3
Oproepkracht of invalkracht	5,2	7,1
Vast dienstverband zonder vaste uren	1,0	1,7
Tijdelijk dienstverband zonder vaste uren	1,2	3,0
Zelfstandige, werkzaam in eigen bedrijf	9,6	15,8
Zelfstandige, meewerkende	0,3	0,6
Zelfstandige, overig	0,9	1,5

Bron: CBS, bewerking Kiwa Carity (2016).

Vergelijking tussen branches

Per branche zijn er duidelijke verschillen. In de umc's, ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en jeugdzorg is het aandeel medewerkers met een vast contract voor een vast aantal uren meer dan 80%. In de huisartsenzorg en gezondheidscentra en in de overige zorg is dit aandeel een stuk lager: 50-55%. Het aandeel zelfstandigen in die laatstgenoemde branches is daarentegen relatief hoog in vergelijking met andere branches binnen de sector Zorg en WJK: 31,5% in de huisartsenzorg en gezondheidscentra en 36% van de medewerkers in de overige zorg.

Figuur 1.5 - Aandeel medewerkers per type (flexibele) arbeid 2015 per branche in %*



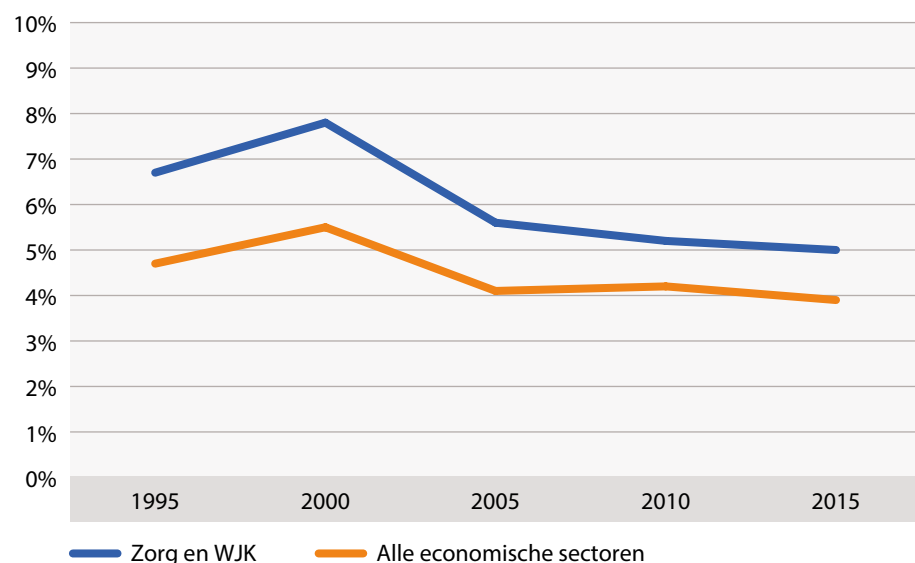
Bron: CBS, bewerking Kiwa Charity (2016).

* Kolom telt niet op tot 100% omdat de celvulling voor sommige categorieën te klein is om weer te mogen geven.

1.5 Ziekteverzuim

De sector Zorg en WJK wordt gekenmerkt door een relatief hoog ziekteverzuim in vergelijking met het gemiddelde van alle sectoren. Als we echter over een periode van 20 jaar kijken, dan zien we dat de sector altijd een hoger ziekteverzuim heeft gekend dan het gemiddelde. Het ziekteverzuim in de sector Zorg en WJK is wel sneller gedaald dan het verzuim in de economie als geheel: het verschil is in 20 jaar nagenoeg gehalveerd.

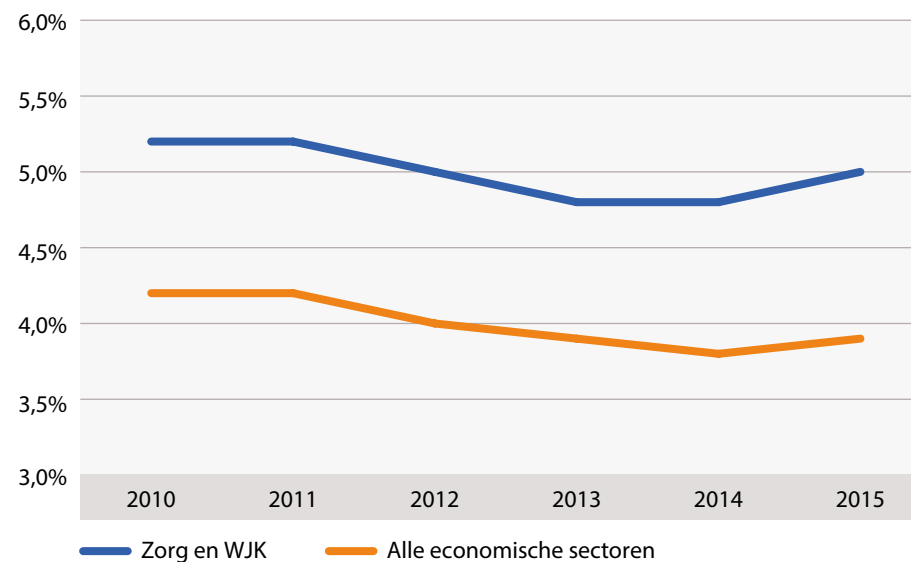
Figuur 1.6 – Percentage ziekteverzuim Zorg en WJK en alle economische sectoren, 1995-2015



Bron: CBS, bewerking Kiwa Carity (2016)

De daling van het ziekteverzuim zette nog door tot en met 2014. In 2015 zien we een lichte stijging, zowel binnen als buiten de sector Zorg en WJK.

Figuur 1.7 – Percentage ziekteverzuim Zorg en WJK en alle economische sectoren, 2012-2015

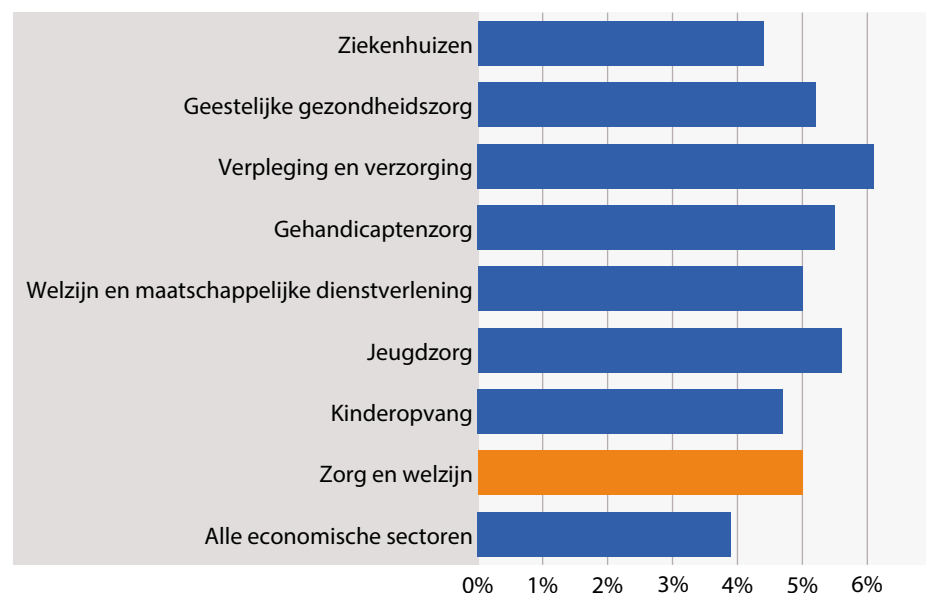


Bron: CBS, bewerking Kiwa Carity (2016)

Vergelijking tussen branches

In 2015 was het ziekteverzuim het hoogst in de branche VV&T (6,1%), gevolgd door de jeugdzorg (5,6%). In de ziekenhuizen (4,4%) en de kinderopvang (4,7%) was het verzuim het laagst.

Figuur 1.8 – Ziekteverzuimpercentage per branche



Bron: CBS en Vernet; bewerkt door Kiwa Charity (2016).

1.6 Werkloosheid

Situatie in 2016

De werkloosheid in Nederland blijft dalen en zakte eind 2016 onder de half miljoen mensen. Vooral het aantal jongeren en 50-plussers met een uitkering is gedaald dit jaar. Het herstel van de werkgelegenheid dat in de hele economie te zien is (CBS, 2016b) ziet het UWV vooral terug in een daling van het aantal uitkeringsgerechtigden met een beroep in het onderwijs en de bouw. De totale potentiële beroepsbevolking is in het derde kwartaal van 2016 toegenomen (UWV, 2016b). Dit betekent dat meer mensen weer op zoek gaan naar werk. Zelfs met die ontwikkeling is de werkloosheid afgenomen, wat aangeeft dat de arbeidsmarkt als geheel krappere is geworden.

Het aantal vacatures op mbo-niveau is in de eerste helft van 2016 met 9% gestegen ten opzichte van het jaar ervoor. De meeste vacatures ontstonden in de detailhandel, de sector gezondheidszorg, welzijn en cultuur volgt op de derde plaats (UWV en SBB, 2016).

Over de sector Zorg en WJK zijn recent geen sectorbeschrijvingen verschenen, dus de specifieke situatie voor deze sector in 2016 is niet beschreven. In de Monitor Sectorplannen (2016) staat wel specifieke informatie over de instroom in de WW vanuit de sector, vanaf 2012 tot en met 2016. Deze trend geeft een beeld van de ontwikkeling van de werkloosheid vanuit de sector sinds het begin van de transitie.

Instroom in de WW 2012-2016

In de onderstaande tabel is het aantal WW-toekenningen in de jaren 2012 tot en met 2015 weergegeven, plus de eerste drie kwartalen van 2016. De gegevens betreffen de branches GGZ, gehandicaptenzorg en VV&T gezamenlijk en de branches ziekenhuizen, welzijn en maatschappelijke dienstverlening, jeugdzorg, kinderopvang en overige zorgbranches gezamenlijk.¹ In de tabellen zijn de aantallen toekenningen weergegeven, niet de aantallen unieke personen. Eén persoon kan meerdere WW-uitkeringen ontvangen gedurende het jaar of omdat hij/zij werkloos is geraakt bij verschillende werkgevers. Het aantal werklozen in de zorg lag daardoor in 2014 ruim 9% lager dan het aantal uitkeringen, zo blijkt uit gegevens van UWV.

Het aantal WW-toekenningen ligt fors hoger dan het aantal toegekende ontslagvergunningen. Dat duidt er op dat een flink deel van de uitstroom niet via een ontslagprocedure bij UWV gaat, maar op een andere wijze plaatsvindt, zoals het niet verlengen van tijdelijke contracten, ontslag met wederzijds goedvinden, ontslag via de kantonrechter of omdat er sprake is van een faillissement van de werkgever.

¹ Het gaat hier om de totale aantallen per jaar (of voor 2016 de totale aantallen van de eerste negen maanden van het jaar).

Ervan uitgaande dat de ontwikkelingen in de eerste drie kwartalen van 2016 doorzetten in het laatste kwartaal van 2016, komt het totaal aantal WW-toekenningen in 2016 fors lager uit dan in 2015. Het aantal WW-toekenningen zou dan voor het eerst sinds 2012 weer dalen.

Tabel 1.3 - Aantal WW-toekenningen per jaar: 2012, 2013, 2014, 2015, 2016

	2012	2013	2014	2015	2016*
GGZ, GHZ, VVT	16.414	27.323	34.487	38.710	21.716
Overige zorg, ZKH, WMD, JZ en KO	19.722	27.381	24.321	21.313	13.078
Onbekend	11.247	15.424	16.222	16.205	9.975
Totaal	47.383	70.128	75.030	76.228	44.769

Bron: Monitor sectorplannen (2016).

* 2016 betreft alleen januari-september.

1.7 Onderwijs voor de sector

De instroom op de arbeidsmarkt vanuit het onderwijs is een belangrijke 'driver' voor het wel of niet ontstaan van tekorten op de middellange termijn. Hierover volgt meer in [hoofdstuk 2](#). In deze paragraaf kijken we naar de stand van zaken in het onderwijs voor de sector Zorg en WJK: hoeveel instromers en gediplomeerden zijn er en wat is de trend geweest in de afgelopen jaren?

Middelbaar beroepsonderwijs

Van alle leerlingen die in 2014 zijn ingestroomd in het mbo, is 38% ingestroomd in één van de opleidingen richting zorg en WJK. De instroom in veel van de belangrijkste mbo-opleidingen voor de sector Zorg en WJK is tussen 2012 en 2014 afgenomen. De meeste studenten, ruim 10.000, stroomden in in de opleiding tot verzorgende op niveau 3. De minste instroom zagen we in de opleiding tot zorghulp (476) en sociaal cultureel werker op niveau 4 (723). De opleidingen sociaal pedagogisch werk op niveau 3 en 4 zijn gestopt. Alleen de opleiding tot medewerker maatschappelijke zorg,

persoonlijk begeleider (niveau 4) en pedagogisch werker kinderopvang (niveau 4) zagen een toename in de instroom in de periode 2012-2014.

Tabel 1.4 – Instroom in mbo-opleidingen richting de sector zorg en WJK 2011-2014 (alle opleidingsvormen)

	2012	2013	2014	Ontwikkeling 2012-2014
Verzorgende	12.883	12.010	10.120	-21,4%
Helpende zorg en welzijn	12.352	10.459	8.242	-33,3%
MBO verpleegkundige	7.731	7.899	7.403	-4,2%
Pedagogisch werker, kinderopvang (niveau 3)	6.101	4.086	3.668	-39,9%
Medewerker maatschappelijke zorg (niveau 3)	4.123	3.935	3.612	-12,4%
Medewerkers maatschappelijke zorg, persoonlijk begeleider (niveau 4)	2.174	2.545	2.782	28%
Pedagogisch werker, kinderopvang (niveau 4)	2.235	1.997	2.280	2%
Medewerker maatschappelijke zorg, gehandicaptenzorg (niveau 4)	2.705	2.478	2.268	-16,1%
Doktersassistent	1.855	1.903	1.676	-9,6%
Sociaal maatschappelijk dienstverlener	1.378	1.326	1.359	-1,4%
Pedagogisch werker, jeugdzorg (niveau 4)	1.006	1.130	979	-2,7%
Sociaal cultureel werker	1.004	844	723	-28%
Zorghulp	1.210	1.086	476	-60,7%
Sociaal pedagogisch werker (niveau 4)	119	0	0	-
Sociaal pedagogisch werker (niveau 3)	176	0	0	-

Bron: www.azwinfo.nl.

De instroom in overige mbo-opleidingen, dus niet richting zorg en WJK, neemt de laatste jaren af. Hetzelfde geldt voor de instroom in het mbo als geheel. Die daling komt geheel door de afname van het aantal instromers in BBL-opleidingen. De instroom in BOL-opleidingen is tussen 2013 en 2014 gelijk gebleven. Als we echter alleen naar de instroom in opleidingen richting zorg en WJK kijken, dan blijkt dat de instroom in BOL-opleidingen tussen 2012 en 2013 nog toenam, maar tussen 2013 en 2014 is gedaald. De instroom in BBL-opleidingen is, net als in het hele mbo, fors afgenomen. De dalende trend van instroom die we in de opleidingen richting zorg en WJK zien, lijkt onderdeel te zijn van een algehele daling van de instroom in het mbo.

In 2014 ging ruim 80% van de instroom in het mbo naar de BOL-opleidingen; voor de opleidingen richting zorg en WJK is dat zelfs 82%. Van alle BOL-opleidingen trekken de opleidingen helpende (7.300), verzorgende (5.500) en verpleegkundige (5.000) de meeste leerlingen. De meest populaire BBL-opleidingen zijn dezelfde drie; alleen trekt daar de verzorgende-IG de meeste leerlingen: 4.600 leerlingen stroomden in in de opleiding.

Hoger beroepsonderwijs

Van het totaal aantal leerlingen dat instroomde in het hbo in 2014 ging ruim 24% een opleiding richting zorg en WJK volgen. Tabel 1.5 geeft weer welke opleidingen de meeste leerlingen wisten te trekken: maatschappelijke dienstverlening, verpleegkunde en sociaal pedagogische hulpverlening. Ruim 4.600 leerlingen stroomden in in een andere opleiding 'overig gedrag en maatschappelijk/gezondheidszorg bachelor'. Dat zijn er aanzienlijk minder dan in de jaren daarvoor: 5.000-8.100 per jaar in de periode 2011 tot 2013. Hierbij moet worden opgemerkt dat de instroom in sommige opleidingen een plafond heeft. Dit geldt in ieder geval voor de hbo-opleiding tot verpleegkundige (zie www.123studiekeuze.nl en <https://duo.nl/particulier/student-hbo-of-universiteit/afschaffing-loting.jsp> over afschaffen centrale numerus fixus en vervanging door decentrale selectie).

Tabel 1.5 - Instroom in hbo opleidingen richting de sector Zorg en WJK 2011-2014 (alle opleidingsvormen)

	2012	2013	2014	Ontwikkeling 2012-2014
Maatschappelijke dienstverlening	5.403	6.056	5.228	-3,2 %
Verpleegkundige	5.210	6.575	5.009	-3,9 %
Sociaal pedagogische hulpverlening	5.697	4.836	4.733	-16,9 %
Pedagogiek	2.712	2.725	3.634	34 %
Fysiotherapie	2.729	2.356	2.095	-23,2 %
Biologie en medisch laboratoriumonderzoek	1.453	1.685	1.928	32,7 %
Sociaal juridische dienstverlening	1.407	1.570	1.661	18,1 %
Voeding en diëtik	952	1.233	1.021	7,2 %
Ergotherapie	715	664	726	1,5 %
Logopedie	755	661	579	-23,3 %
Cultureel maatschappelijke vorming	668	549	567	-15,1 %
Mbrt	554	583	439	-20,8 %
Creatieve therapie	419	399	392	-6,4 %
Mondzorgkunde	349	340	332	-4,9 %
Verloskunde	227	222	231	1,8 %

Bron: www.azwinfo.nl

De instroom op het hbo als geheel is, na een forse piek in 2013 gedaald in 2014, maar in 2015 en 2016 is deze weer toegenomen (vgl. www.vereniginghogescholen.nl).

Wetenschappelijk onderwijs

Tabel 1.6 laat zien dat de opleidingen psychologie, geneeskunde en pedagogiek al jaren met afstand de meeste studenten trekken binnen de opleidingen voor de sector Zorg en WJK. Wel is er een daling te zien bij de meeste opleidingen tussen 2012 en 2014. Hierbij moet worden opgemerkt dat de instroom in sommige opleidingen een plafond heeft. Dit geldt in ieder geval voor geneeskunde, tandheelkunde en psychologie (vgl. <https://duo.nl/particulier/student-hbo-of-universiteit/afschaffing-losing.jsp> en <https://www.studiekeuze123.nl/welke-fixusopleidingen-met-selectie-zijn-er> over afschaffen centrale numerus fixus en vervanging door decentrale selectie).

Tabel 1.6 - Instroom in wo-opleidingen richting de sector Zorg en WJK 2011-2014 (alle opleidingsvormen)

	2012	2013	2014	Ontwikkeling 2012-2014
Psychologie	4.932	4.697	4.465	-9,5 %
Geneeskunde	3.289	3.151	3.892	18,3 %
Pedagogiek	2.020	2.002	1.796	-11,1 %
Gezondheidswetenschappen	944	924	883	-6,5 %
Verpleegkundige master	358	261	315	-12 %
Tandheelkunde	284	289	271	-4,6 %
Maatschappelijke dienstverlening master	103	110	120	16,5 %
Operatie-assistent master	157	114	118	-24,8 %

Bron: www.azwinfo.nl

2 Vraag en aanbod: de vooruitzichten 2016-2020

Alle drie scenario's gaan uit van een toename van de macro-beschikbare middelen voor de branches vanaf 2018. Deze verwachte toename geldt alleen niet voor de jeugdzorg en WMD.

De overall prognoses laten zien dat er op niveau 6 grotere (absolute) tekorten en kleinere (absolute) overschotten worden verwacht dan op niveau 4. Op niveau 4 worden in het hoogste veel-vraag-scenario nog wel tekorten verwacht; op niveau 3 is dat niet meer het geval.

De prognoses per kwalificatie laten een meer gemêleerd beeld zien. In ieder scenario worden in nagenoeg de hele prognoseperiode tekorten verwacht voor: hbo-verpleegkundigen, doktersassistenten en mensen met een opleiding als cultureel maatschappelijk dienstverlener.

In de veel-vraag-scenario's worden in een deel van de prognoseperiode tekorten verwacht voor: mbo-verpleegkundigen, sociaal pedagogisch hulpverleners, verzorgenden, pedagogisch werkers op niveau 4 en mensen met een opleiding maatschappelijk werk en dienstverlening.

Voor alle andere kwalificaties die worden onderscheiden in de prognoses worden alleen overschotten verwacht.

2.1 Inleiding

De ontwikkeling van de werkgelegenheid in de sector in de komende jaren is nauwelijks te voorspellen. In de afgelopen vier jaar is sprake geweest van een transitieperiode. Deze ontwikkelingen zijn niet één op één door te vertalen naar de toekomst. Wel kunnen de gevolgen van beleidskeuzes ingeschat worden op basis van de huidige kennis over de arbeidsmarkt van de sector en de beleidsplannen voor de komende jaren. Deze informatie is gebruikt als basis voor een doorvertaling van de ontwikkeling in de werkgelegenheid tot en met 2020. Gezien de onzekerheid en het grote aantal ontwikkelingen werken we drie scenario's uit. De werkelijkheid zal zich waarschijnlijk binnen de bandbreedte van deze scenario's voltrekken.

2.2 Drie scenario's en uitgangspunten van het model

De ontwikkeling van de macro-beschikbare middelen is de belangrijkste 'driver' van de vraag naar personeel in de sector Zorg en WJK, omdat arbeid de belangrijkste kostenpost is in de sector. Daarnaast speelt de ontwikkeling van de personele samenstelling een rol. Medewerkers volgen bijvoorbeeld een opleiding, gaan met pensioen of kiezen voor een baan buiten de sector. Tegelijk zijn er veel jongeren die zich aanbieden op de arbeidsmarkt voor de sector Zorg en WJK en is er ook sprake van medewerkers die vanuit andere sectoren worden aangetrokken. Al deze factoren zijn van invloed op de vraag naar en het aanbod van personeel voor de sector.

Uitgangspunten voor de scenario's

Er worden drie scenario's doorgerekend: twee veel-vraag-scenario's en één minder-vraag-scenario. Voor de jaren 2016 en 2017 zijn de twee veel-vraag-scenario's voor de zorgbranches gebaseerd op bekende realisaties en de VWS begroting 2017. Dit is voor de beide veel-vraag-scenario's voor de zorgbranches hetzelfde. Voor de jaren 2018 en verder is gekeken naar de middellange termijn raming van het Centraal Plan Bureau (CPB). Dit vormt de basis voor het veel-vraag-scenario CPB. Het CPB houdt soms ook rekening met een maximale budgetkorting voor de zorg. Het veel-vraag-scenario Hoofdlijnenakkoorden houdt hier rekening mee vanaf 2018 (CPB, 2016b). Het minder-vraag-scenario ligt voor iedere zorgbranche 1-procentpunt onder het veel-vraag-scenario Hoofdlijnenakkoorden.

Voor de branches WMD en kinderopvang zijn twee scenario's opgesteld, een veel-vraag-scenario en een minder-vraag-scenario. Hiervoor zijn afwijkende aannames gemaakt die zijn afgestemd met het arbeidsmarkt-fonds WJK (FCB). Voor de WMD is in het veel-vraag-scenario uitgegaan van beschikbare middelen bij gemeenten en is de aanname gemaakt dat WMD-organisaties kansen in de markt pakken. Voor de kinderopvang is voor het veel-vraag-scenario een inschatting gemaakt van meer kinderen op de opvang en de inzet van extra middelen voor kinderopvanguren. De verwachting is wel dat werkgelegenheidseffecten in de kinderopvang met vertraging in zullen zetten. Voor beide branches is ook een inschatting gemaakt van het minder-vraag-scenario langs dezelfde lijnen.

Uitgangspunten van het model

Voor het doorrekenen van de scenario's in het arbeidsmarktmodel wordt een aantal uitgangspunten gehanteerd:

- Er wordt niet uitgegaan van een situatie van evenwicht op de arbeidsmarkt. Voor alle kwalificaties is sprake van een overschot op de arbeidsmarkt in 2015, variërend van 0,5% tot 21,6% van de totale werkgelegenheid voor die kwalificatie.
- De toekomstige samenstelling van personeel wordt niet als constant verondersteld, maar er wordt uitgegaan van een mutatie van de samenstelling per branche tussen 2015 en 2020.
- Er wordt rekening gehouden met het sectorrendement.
- De prognoses zijn gemaakt op het niveau van kwalificaties, omdat deze toegang geven tot functies in branches, maar niet functie- of branchespecifiek zijn.
- Er is vanuit gegaan dat het gedrag van werkgevers en werknemers op de arbeidsmarkt gedurende de prognose-periode niet verandert. Dit is anders dan voorgaande jaren. Hierdoor vallen verwachte overschotten soms hoger uit.
- Wel wordt er vanuit gegaan dat een vacature na een jaar komt te vervallen.

2.3 De confrontatie van vraag en aanbod: tekorten en overschotten

Overschotten en tekorten kunnen om verschillende redenen ontstaan. Bij een grotere uitstroom uit de opleiding dan de vraag, ontstaan er overschotten. Bij een beperkte instroom, lager dan de vraag, kunnen er tekorten ontstaan. Ook als er veel werknemers uitstromen uit de sector, bijvoorbeeld vanwege pensioen of omdat ze in een andere sector gaan werken, kunnen er tekorten ontstaan. Uit tabel 2.4 blijkt dat op niveau 3 gedurende de hele prognoseperiode overschotten blijven bestaan, maar op niveau 4 en 6 ontstaan er, afhankelijk van het scenario, vooral tekorten.

Tabel 2.4 – Het aanbodoverschot per niveau per scenario (x 1.000 werknemers)

	Niveau 6			Niveau 4			Niveau 3		
	Minder vraag	Hoofdlijnen-akkoorden	CPB	Minder vraag	Hoofdlijnen-akkoorden	CPB	Minder vraag	Hoofdlijnen-akkoorden	CPB
2016	3,9	1,9	1,9	7,2	4,1	4,1	10,9	8,6	8,6
2017	2,7	-0,5	-0,5	6,8	2,1	2,1	9,7	6,1	6,1
2018	1,8	-1,5	-2,6	5,9	1,2	-0,8	8,7	5,1	3,7
2019	0,8	-2,8	-4,5	5,4	0,4	-2,7	8,5	4,8	2,5
2020	0,5	-3,3	-5,2	5,8	0,8	-2,5	8,8	4,9	2,5

Op niveau 6 ontstaan bij pedagogiek de grootste overschotten, die oplopen tot 17% van de werkgelegenheid in 2020 in het minder-vraag-scenario. Vooral bij verpleegkundigen op hbo-niveau zien we tekorten ontstaan. In het minder-vraag-scenario lopen deze op tot -3% en in het veel-vraag-scenario CPB tot -6% in 2020.

In het minder-vraag-scenario ontstaan er op niveau 4 vrijwel uitsluitend overschotten. Voor de doktersassistenten is in dit scenario sprake van een nagenoeg evenwicht op de arbeidsmarkt: van -0,4% tot +0,3% tussen 2016 en 2020. In het veel-vraag-scenario CPB worden voor de doktersassistenten tekorten verwacht, oplopend tot -3% van de werkgelegenheid voor deze kwalificatie in 2020. In de beide veel-vraag-scenario's worden er ook

tekorten verwacht van pedagogisch medewerkers op niveau 4 vanaf 2017, met het dieptepunt van -3% in 2018.

Op niveau 3 worden er in alle scenario's overschotten verwacht voor pedagogische werkers en medewerkers maatschappelijke zorg. Voor die eerste groep lopen de overschotten op tot 28% in 2020 in het veel-vraag-scenario CPB. In het veel-vraag-scenario Hoofdlijnenakkoorden wordt een nagenoeg evenwicht op de arbeidsmarkt voor verzorgenden voorspeld: tussen de +1,7% en +0,1%. In het minder-vraag-scenario verwachten we relatief kleine overschotten en in het veel-vraag-scenario CPB verwachten we relatief kleine tekorten voor deze kwalificatie.

We zoomen nu in op de prognoses per kwalificatie en per scenario.

Ten behoeve van de leesbaarheid hebben de grafieken niet dezelfde schaalwaarden. Alle grafieken geven aanbodoverschotten of -tekorten weer in percentages ten opzichte van de werkgelegenheid. Een positief percentage betekent een overschot, een percentage onder de 0 een tekort.

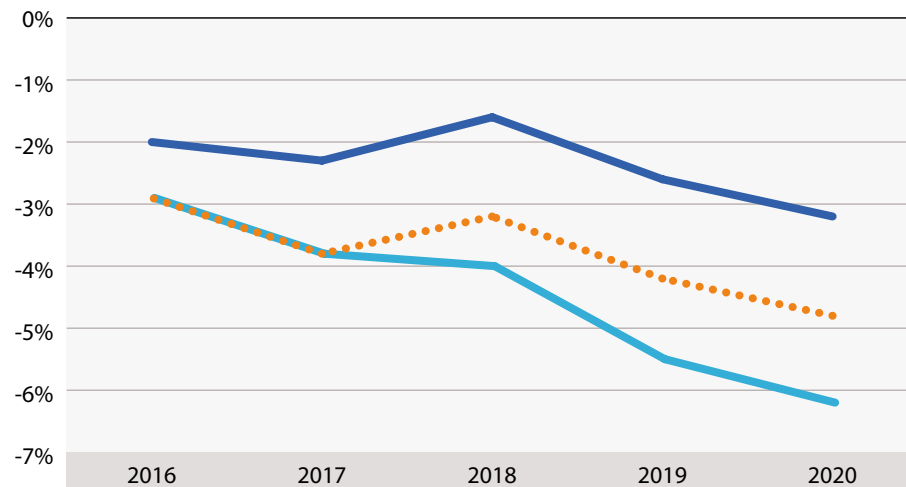
Legenda

- Minder vraag scenario
- Hoofdlijnenakkoord
- Veel vraag scenario

Tekorten en overschotten op niveau 6

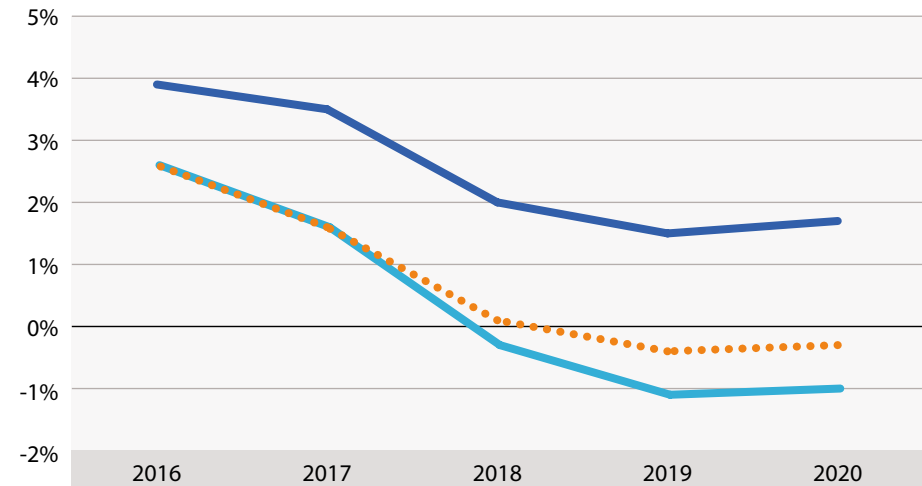
Op niveau 6 onderscheiden we vijf opleidingen: verpleegkunde, sociaal pedagogische hulpverlening, maatschappelijk werk en dienstverlening, culturele en maatschappelijke dienstverlening en pedagogiek.

Verpleegkundige niveau 6



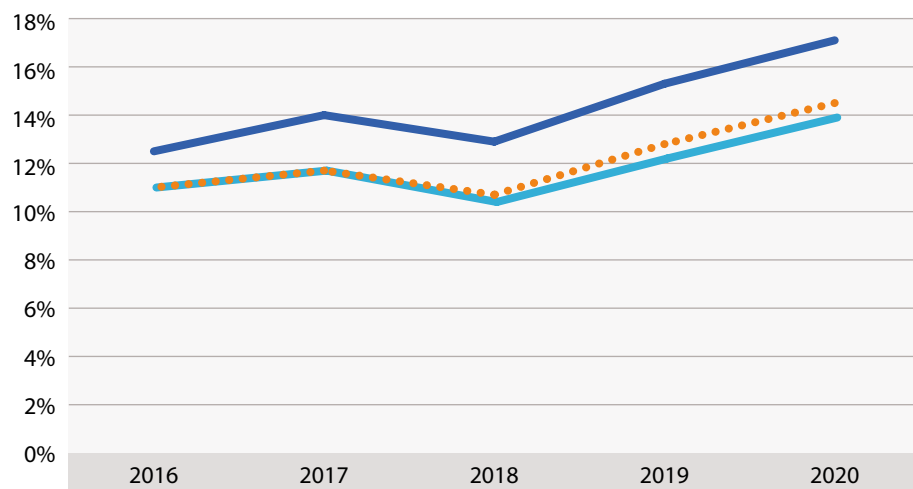
Ongeacht het scenario is er sprake van een tekort aan mensen met een opleiding tot verpleegkundige op hbo-niveau. In het veel-vraag-scenario CPB zal het tekort in 2020 zijn opgelopen tot 4.900 onvervulde vacatures. Een groot deel van de zorgbranches zal hiermee geconfronteerd worden. Bijna de helft van alle aanbod komt vanuit het onderwijs.

Sociaal pedagogische hulpverlening niveau 6



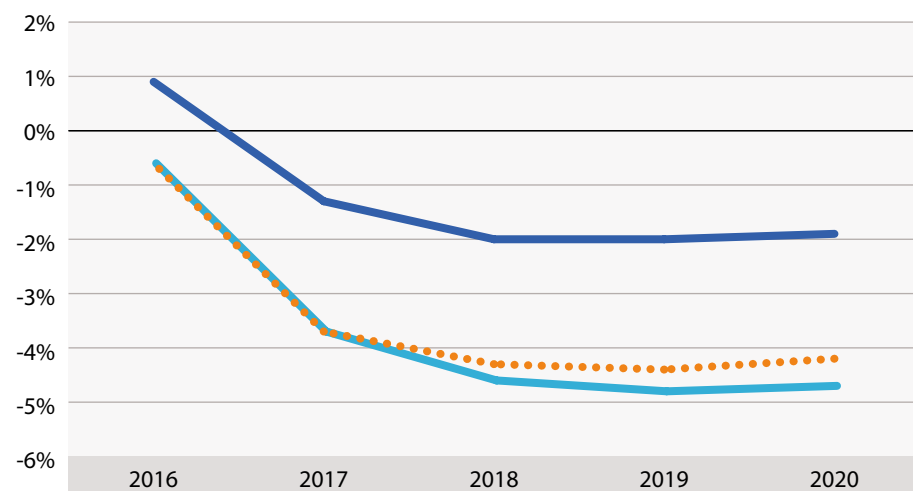
Alleen in de beide veel-vraag-scenario's zal er sprake zijn van een tekort aan sociaal pedagogisch hulpverleners. Dit tekort zal oplopen tot een kleine 700 onvervulde vacatures in 2020. In het minder-vraag-scenario zal er geen sprake zijn van tekorten van medewerkers met deze kwalificatie. In dit scenario zal in 2020 sprake zijn van een aanbodoverschot van 1.100 mensen. Iets minder dan een derde van het aanbod komt vanuit het onderwijs.

Pedagogiek niveau 6



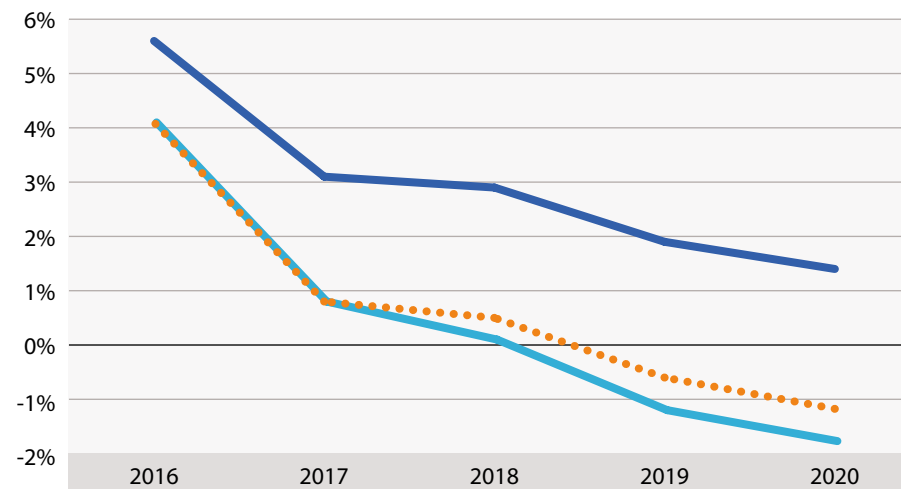
Voor pedagogiek worden alleen maar overschotten verwacht: in het minder-vraag-scenario wordt in 2020 een overschot van ruim 2.100 verwacht. Ruim een derde van het aanbod komt vanuit de schoolbanken.

Culturele en maatschappelijke vorming niveau 6



Daar tegenover staat dat er tekorten worden verwacht voor mensen met een kwalificatie culturele en maatschappelijke vorming, maar deze aantallen zijn veel kleiner: tot ruim 350 in 2020 in het veel-vraag-scenario CPB. Het meeste aanbod van deze medewerkers werkt nu in een andere bedrijfstak of heeft geen betaald werk.

Maatschappelijk werk en dienstverlening niveau 6

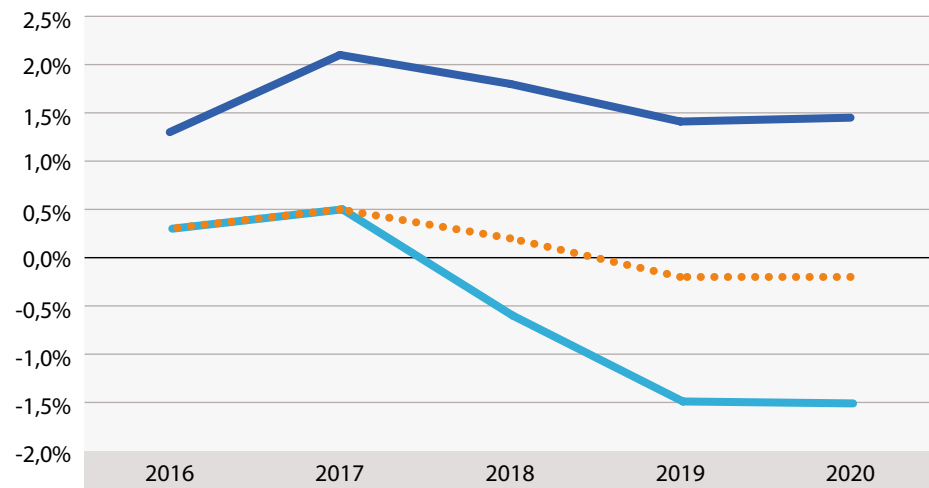


Voor maatschappelijk werk en dienstverlening wordt een krappere wordende arbeidsmarkt voorspeld (gezien vanuit werkgeversperspectief). In het minder-vraag-scenario lopen de overschotten terug naar 330 in 2020. Iets minder dan de helft van het aanbod is afkomstig van de schoolbanken.

Tekorten en overschotten op niveau 4

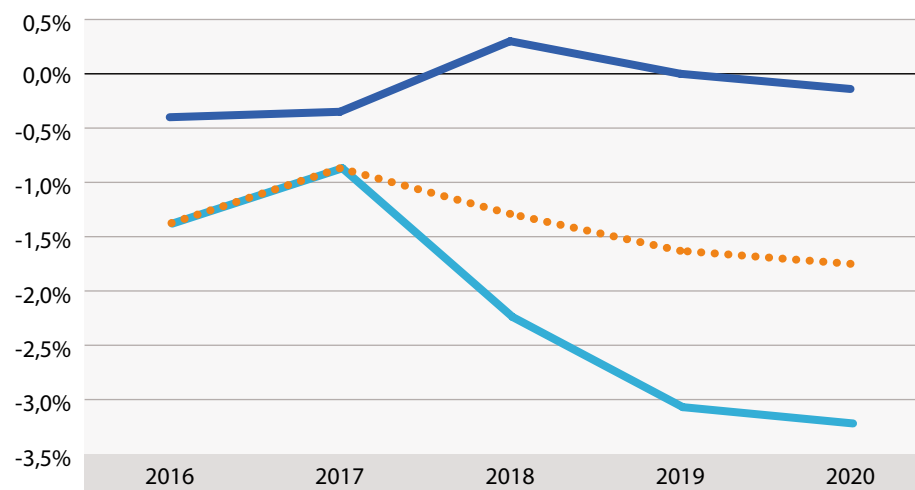
Op niveau 4 onderscheiden we zes opleidingen: verpleegkunde, dokters-assistent, pedagogisch werker, sociaal cultureel werker, sociaal dienst-verlener en medewerker maatschappelijke zorg.

Verpleegkundige niveau 4



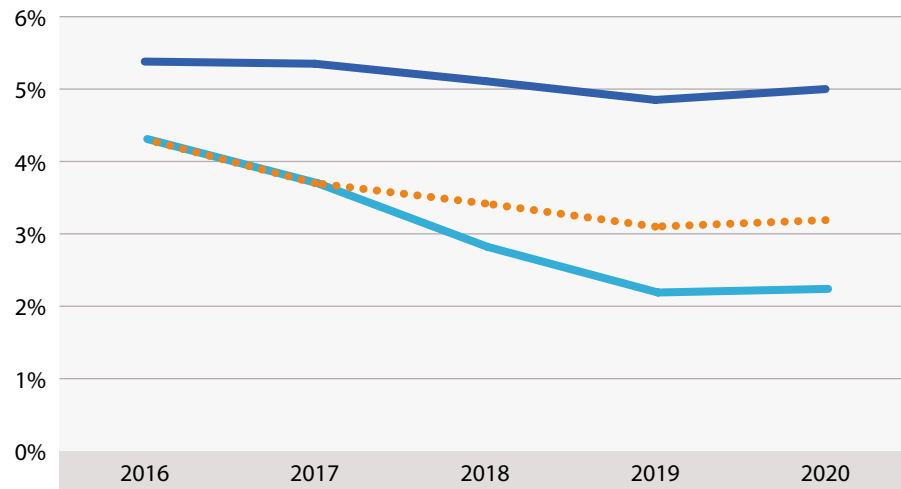
Het is de verwachting dat in 2016 en 2017 de werkgelegenheid voor de verpleegkundige op niveau 4 nog niet echt toe neemt. In het veel-vraag-scenario CPB worden aan het einde van de prognoseperiode ruim 2.200 onvervulde vacatures verwacht. Ruim 40% van het aanbod is afkomstig vanuit de schoolbanken.

Doktersassistent

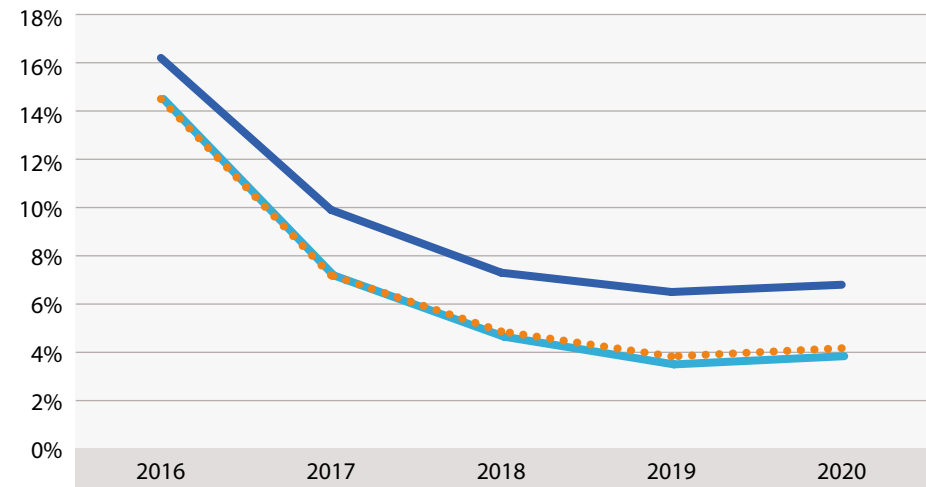


Voor de doktersassistenten is in het minder-vraag-scenario sprake van een nagenoeg evenwicht op de arbeidsmarkt. In het veel-vraag-scenario CPB lopen de tekorten op tot ruim -3% van de werkgelegenheid in 2020, wat neer komt op ruim 1.500 mensen. Ongeveer 40% van het aanbod is afkomstig van de schoolbanken; de rest werkt nu in een andere bedrijfstak of heeft geen betaald werk.

Medewerker maatschappelijke zorg niveau 4

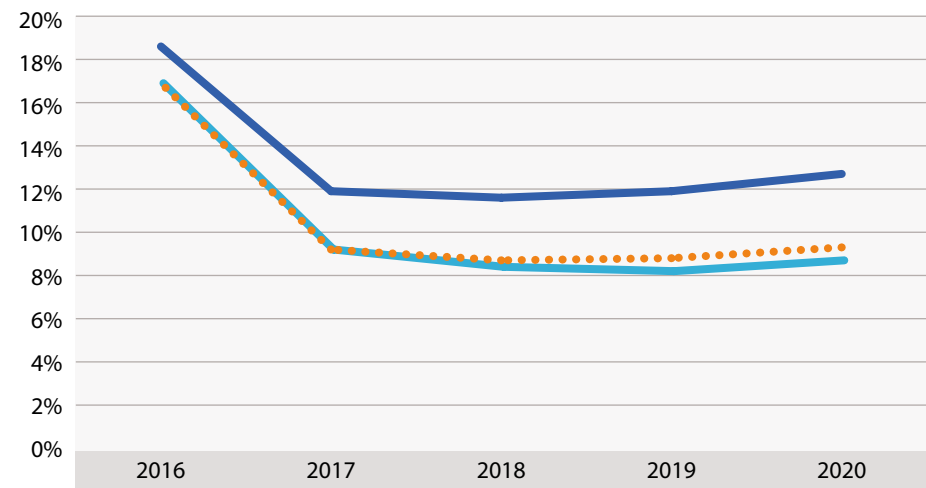


Sociaal cultureel werker niveau 4

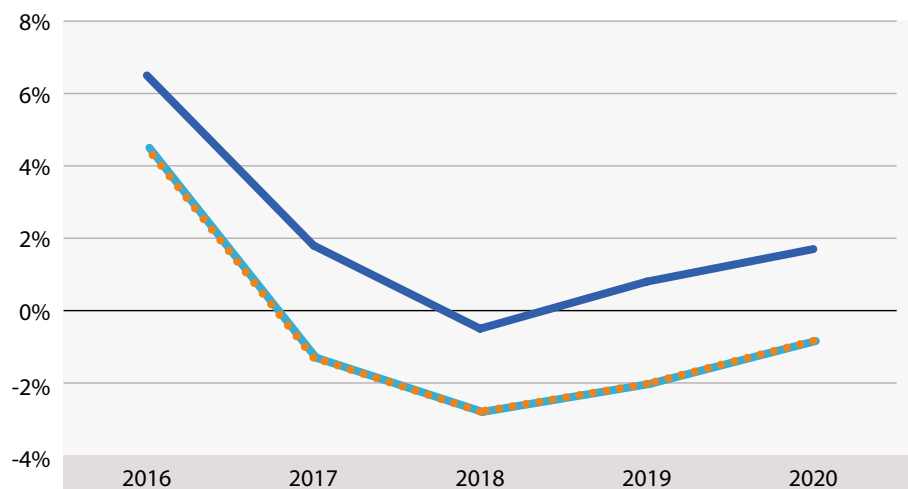


Voor de medewerkers maatschappelijke zorg, sociaal cultureel werkers en sociaal dienstverleners op niveau 4 wordt in ieder scenario overschotten verwacht gedurende de hele prognoseperiode. Bijna 40% van het aanbod MMZ 4 en SCW 4 is afkomstig vanuit de schoolbanken; voor de sociaal dienstverleners is dat iets meer: ruim 50%.

Sociale dienstverlening niveau 4



Pedagogisch werker niveau 4

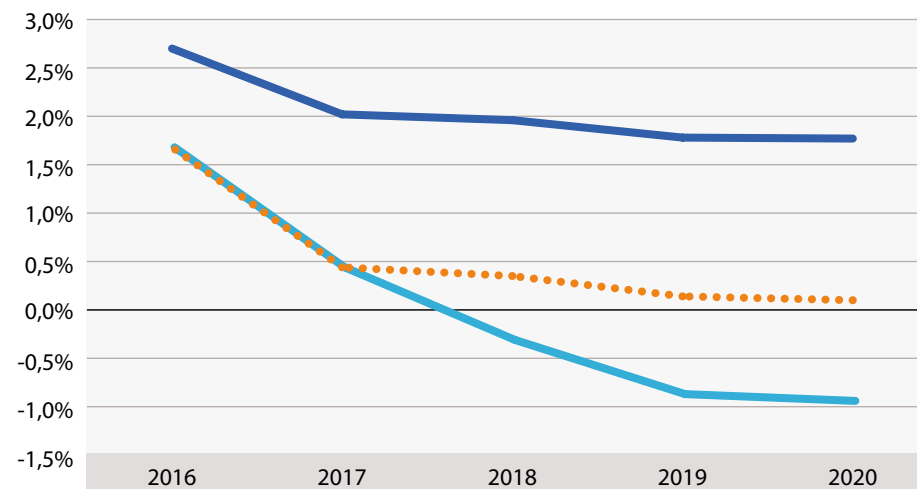


Omdat pedagogisch werkers op niveau 4 vooral werkzaam zijn in branches waarvoor twee scenario's geraamd zijn, worden hiervoor twee scenario's zichtbaar en geen drie. Tussen de 40 en 50% van het aanbod is afkomstig vanuit de schoolbanken; de rest werkt nu in een andere bedrijfstak of heeft geen betaald werk.

Tekorten en overschotten op niveau 3

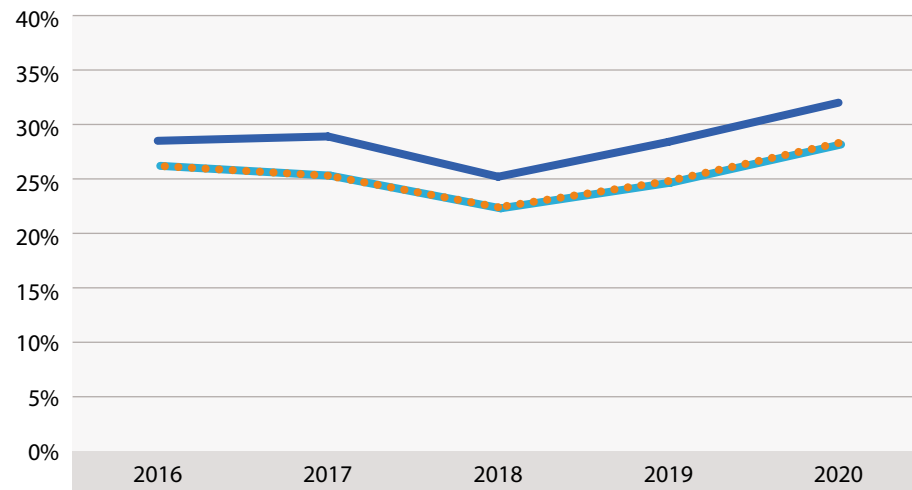
Op niveau 3 onderscheiden we drie kwalificaties: verzorgende, pedagogisch werker en medewerker maatschappelijke zorg.

Verzorgende



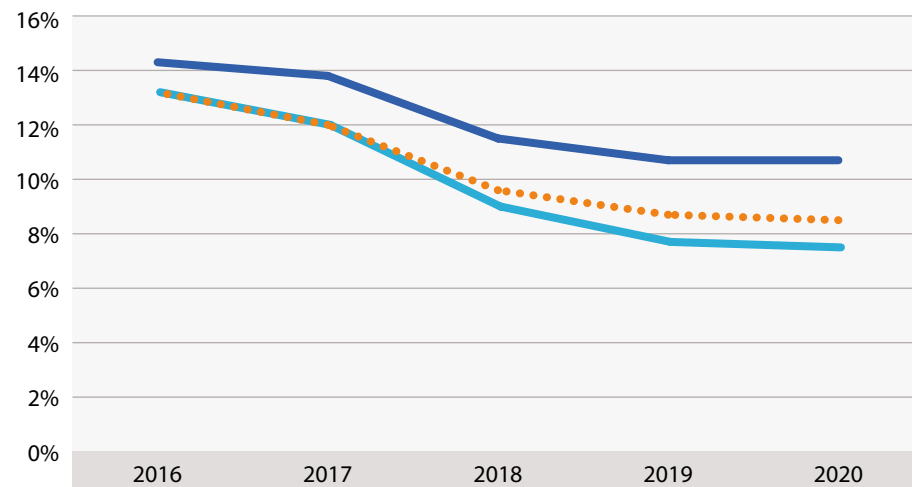
In het minder-vraag-scenario worden overschotten verwacht van medewerkers met een kwalificatie verzorgende, variërend van 5.000 in 2017 tot 3.500 in 2020. In de andere twee scenario's wordt een evenwicht op de arbeidsmarkt voorspeld (Hoofdlijnenakkoorden) en ook tekorten, oplopend tot -2.000 mensen in 2020 (CPB). Tussen de 35 en 40% van het aanbod is afkomstig vanuit het onderwijs.

Pedagogisch werker niveau 3



Voor pedagogisch medewerkers op niveau 3 en medewerkers maatschappelijke zorg op niveau 3 worden alleen maar overschotten voorspeld. Ongeveer de helft van het aanbod is afkomstig vanuit het onderwijs.

Medewerker maatschappelijke zorg niveau 3



3 Ontwikkelingen in zorg en WJK

Het aantal mensen dat zorg en ondersteuning nodig heeft, blijft stijgen. Daarbij gaat het vooral om ouderen, mensen die alleen wonen en mensen met een lage sociaal economische status (laag inkomen, lage opleiding).

Het accent verschuift steeds meer naar zelfregie van de patiënt en de cliënt thuis met inzet van hun sociale netwerk en het gebruik van technologie. Dat is niet voor iedereen haalbaar. Ook vraagt het andere competenties van medewerkers in de sector Zorg en WJK. Zij moeten zich meer richten op het aanleren van gezondheidsvaardigheden en digitale vaardigheden.

De transities in het sociaal domein en de verschuiving van derdelijn naar tweedelijns en van tweedelijns-, intramurale zorg naar eerstelijnszorg zetten gestaag door. Dat leidt in bijna alle branches tot een meer complexe werkomgeving en een hogere werkdruk.

De meer complexe en intensieve vraag naar zorg en ondersteuning, gecombineerd met hogere kwaliteitseisen, leiden tot de wens om meer personeel met hogere kwalificaties in te zetten. Er is dan ook een toenemende behoefte aan mbo-4 en hbo-geschoolde medewerkers.

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk maakt een onderscheid tussen maatschappelijke ontwikkelingen, bestuurlijke & beleidsontwikkelingen, inhoudelijke & organisatorische ontwikkelingen en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. De globale opbouw van dit hoofdstuk is van algemeen naar meer specifiek. De ontwikkelingen beïnvloeden elkaar wederzijds en werken in elkaar door.

Dit hoofdstuk is primair gebaseerd op onderzoekpublicaties in 2016. Een enkele keer wordt verwezen naar een publicatie uit een eerder jaar. Naast onderzoekpublicaties zijn ook scenario- en trendrapportages meegenomen met verwachte ontwikkelingen. Ook zijn er publicaties die beleid en visies betreffen en inzicht geven in gewenste ontwikkelingen.

Bij een sector in transitie bestaat grote behoefte aan een doorkijk naar de toekomst. Feitelijke informatie uit het recente verleden zegt weinig over ontwikkelingen in de toekomst. De veranderingen gaan zo snel dat het moeilijk is voorspellingen te doen (*FWG, 2016: 26*). Wanneer ontwikkelingen in de praktijk zichtbaar worden, ontbreekt vaak nog gedegen wetenschappelijk onderzoek. Om toch een rijker beeld van ontwikkelingen in de toekomst te kunnen schetsen, is in dit hoofdstuk niet alleen gebruik gemaakt van 'harde' kwantitatieve gegevens, maar ook van 'zachtere', kwalitatieve gegevens. De paragrafen beginnen met inzicht in 'hardere cijfers' en vervolgens komen zachtere en kwalitatieve gegevens aan bod.

3.2 Maatschappelijke ontwikkelingen

Demografische ontwikkelingen

In 2016 werd in Nederland de 17ste miljoen inwoner verwelkomd. Het aantal geboortes is in 2015 weer iets afgenomen tot 170.000, maar de verwachting is dat het de komende jaren weer licht gaat stijgen (*CBS, 2016a: 7*). Ten opzichte van de andere Europese landen heeft Nederland één van de jongste populaties (*SCP, 2016c*). De zogenaamde 'grijze druk' ofwel het aantal personen van 65 jaar en ouder ten opzichte van het aantal personen van 20 tot 65 jaar is in 2015 bijna 30%; een procent hoger dan in 2014 (*CBS, 2016b*). De gemiddelde levensverwachting stijgt nog steeds. Voor mannen is deze

in 2014 bijna 80 jaar en voor vrouwen is deze gestegen tot boven de 83 jaar. Mannen brengen gemiddeld bijna 65 jaar in goede gezondheid door, vrouwen gemiddeld 64 jaar. Voor laag opgeleiden is de levensverwachting 6 jaar korter dan voor hoogopgeleiden en het aantal jaren van goede gezondheid 19 jaar korter (*Ministerie van VWS, 2016d: 31; De Staat van Volksgezondheid en Zorg, 2016: 7*).

De trend van vergrijzing en ontgroening gaat gepaard met een sterke daling van de gemiddelde omvang van het huishouden. In Nederland leeft ruim één op de vijf volwassenen in een eenpersoonshuishouden. Ongeveer één op de elf zelfstandig wonende volwassenen is 75 jaar of ouder (*SCP, 2016d*).

In 2015 was sprake van een relatief hoog migratiesaldo. Er kwamen zo'n 200.000 migranten naar Nederland, 20.000 meer dan het jaar ervoor, en bijna 57.000 asielzoekers (*CBS, 2016a: 7-10*). De toestroom van asielzoekers is in de eerste helft van 2016 substantieel gedaald. Voor 2017 wordt uitgegaan van een instroom van asielzoekers van 42.000 personen (*Miljoenennota 2017: 56*).

Sociaal-economische ontwikkelingen

Het CPB verwacht dat het economisch herstel dat in 2014 is ingezet, zich ook voortzet in 2016 en 2017. De groei is echter minder hoog dan eerder verwacht en zal, na 2% stijging in 2015, in 2016 en 2017 blijven steken op 1,7% (*CPB, 2016d*).

Als de bestaande zorgakkoorden aflopen en er geen nieuwe maatregelen worden genomen, zullen de reële zorguitgaven op de middellange termijn stijgen met 3,4 procent per jaar. Er is een technische werkgroep ingesteld om te kijken hoe de zorguitgaven in de toekomst zijn te beteugelen (*Algemene Rekenkamer, 2016; Miljoenennota, 2017: 32; UWV, 2016a*).

Voor 2017 zijn eerder geplande bezuinigingen in de langdurige zorg geschrapt. Er zijn extra middelen uitgetrokken voor de ouderenzorg en voor de zorg voor verwarde personen. Ook is er extra geld beschikbaar gesteld voor verbetering van de gehandicaptenzorg en de wijkverpleeg-

kundige zorg. In 2017 komt er één geïntegreerd uurtarief voor verpleging en verzorging (*Miljoenennota 2017: 2-17*).

In Nederland neemt de flexibilisering in contracten onverminderd toe. Het aantal werkenden op een flexibel arbeidscontract is gestegen, van 13,6% in 2003 naar 21,1% in 2015. Het aantal zelfstandigen zonder personeel (zzp) is eveneens gestegen, van 8,2% in 2003 naar 12,3% in 2015. Het aantal flexibele contracten is vooral onder jongeren en laag opgeleiden sterk gestegen. De sector Zorg en WJK neemt ten opzichte van de andere sectoren overigens een uitzonderingspositie in en heeft relatief veel medewerkers met vaste contracten (zie [hoofdstuk 1](#)) (*CPB, 2016c; CPB, 2016d: 20-21; Miljoenennota 2017: 1-28*).

Om de arbeidsmarktkansen voor mensen met een laag inkomen te vergroten, is er voor werkgevers in 2017 een financieel voordeel wanneer zij een werknemer in dienst nemen die het minimumloon of net iets meer verdient (*Miljoenennota, 2017; UWV, 2016a*).

Sociaal-culturele ontwikkelingen

In 2015 en 2016 blijken burgers zich minder dan voorheen zorgen te maken over de zorg. Burgers plaatsen de zorg in de top 3 van onderwerpen waar zij trots op zijn. Daarbij zijn burgers positiever over de medische zorg dan over de langdurige zorg. Het Manifest Scherp op Ouderenzorg (2016) van Hugo Borst en Carin Gaemers over de verpleeghuizen wordt dan ook breed omarmd. Burgers die minder positief oordelen over de zorg blijken ook minder positief te oordelen over het parlement. Ontevredenheid over de zorg zou daarmee kunnen wijzen op een breder gevoel van maatschappelijk onbehagen of politieke onvrede (*SCP, 2016e: 6-26*).

In zorg en welzijn doet zich, net als in andere sectoren, een ontwikkeling voor van het 'het anders met elkaar te willen regelen' (*vergelijk FWG, 2015: 10*). Steeds meer is er aansluiting met de leefwereld van mensen, de professionele ruimte, de zelfredzaamheid en het sociale netwerk (*Transitiecommissie Sociaal Domein, 2016b*). De 'andere' definitie van gezondheid, '... het bevorderen en herstellen van het zelfstandig functioneren van mensen in hun eigen leefomgeving', raakt steeds meer ingeburgerd

(*Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2015*). Dat vergt van zorgprofessionals dat zij, samen met de zorgvrager, zich richten op het leren en ontwikkelen van gezondheidsvaardigheden (*Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2016*).

Een keerzijde van de andere kijk op zorg en welzijn is de toenemende ongerustheid over een groeiende tweedeling. Afhankelijk van financiële mogelijkheden, materiële omstandigheden, vaardigheden, kennis en sociale netwerken is een deel van de mensen niet in staat zelf hun zorg en gezelschap te organiseren (*FWG, 2015: 11-21*). Naast gezondheidsvaardigheden zijn ook digitale vaardigheden steeds belangrijker.

Technologische ontwikkelingen

Technologische innovaties zullen steeds meer 'de wereld van ons leven, werken en ondernemen gaan veranderen' (*SER, 2016b: 3*). Relevante digitale technieken in de zorg zijn robotisering en het zoeken naar patronen via big data. Big data combineert gegevens van zorgverleners, zorgverzekeraars, biomedische gegevens en gegevens die voortkomen uit het gebruik van domotica en beeldschermende technieken, interactieve media en apps ('quantified self'). De consequentie van het gebruik van big data is dat de 'reductionistische', orgaangerichte geneeskunde zich ontwikkelt richting een systeemnetwerk van 'personalized medicine' dat rekening houdt met individuele verschillen tussen mensen en daarnaast ook 'predictive', 'preventive' en 'participatory' is. De cliënt/patiënt in zijn sociaal netwerk neemt actief deel en er is sprake van 'shared decisionmaking' (*WRR, 2016a: 19,20 en 40,41*).

Digitalisering in de zorg komt volgens werkgevers in zorg en WJK op dit moment concreet tot uitdrukking in drie soorten toepassingen: het contact met patiënten en cliënten; het verbeteren van de interne werkprocessen; en de ondersteuning van behandeling en begeleiding. Bij het contact met de cliënt gaat het over het maken van afspraken, het aanvragen van recepten en het communiceren over wachttijden. De telefonische bereikbaarheid neemt toe, ook als medewerkers niet op locatie zijn. Daarnaast vindt elektronische communicatie plaats over cliëntgegevens en uitslagen en wordt onderling contact tussen cliënten gefaciliteerd. De digitalisering van interne werkprocessen betreft vooral het eenvoudiger registreren en

bekijken van cliëntgegevens via mobiel, tablet of laptop en het digitaliseren van dossiers. Daarnaast werken veel werkgevers met een digitaal personeelsportaal en is de interne elektronische communicatie en doorverwijzing naar ketenpartners verbeterd. In het kader van diagnostiek, begeleiding & behandeling wijzen werkgevers vooral op robotisering, beeldzorg, domotica en signalering op afstand als aanvulling op face-to-face contact om de cliënt te kunnen volgen (*Werkgeversenquête, 2016: 40-43*). Van de mensen die in 2015 zorg thuis ontvangen, geeft een op de twintig aan via het beeldscherm contact te maken met een zorgverlener. Bijna een kwart van de verpleegkundigen in de care geeft aan dat in hun zorginstelling door hen zelf of door anderen met beeldschermzorg wordt gewerkt (*Nictiz & Radboud UMC, 2015*).

Vier op de vijf werkgevers verwachten in 2016 dat door technologische ontwikkelingen de vraag naar cliëntgebonden personeel niet zal veranderen. Daarentegen verwacht meer dan een kwart van de werkgevers in jeugdzorg, ziekenhuizen, en VV&T dat het cliëntgebonden personeel wel afneemt. Sectorbreed verwacht twee derde van de werkgevers dat de competenties van medewerkers wel zullen veranderen en bij ziekenhuizen, GGZ, VV&T, gehandicaptenzorg en jeugdzorg verwacht vier vijfde van de werkgevers dat. Een derde van de werkgevers heeft het trainingsaanbod in de organisatie hiervoor uitgebreid. Twee vijfde van de werkgevers verwacht dat de vraag naar niet-cliantgebonden personeel zal afnemen (*Werkgeversenquête, 2016: 40-43*).

De verwachting is dat er een verdere verschuiving zal plaatsvinden van toepassing van ICT in ondersteunende functies naar diagnostiek en behandeling (*Birch consultants, 2015*). De behoefte aan ICT en medisch-technisch personeel neemt toe, al zal dat per regio en branche verschillen (*Intelligence Group, 2015*). Binnen de zorg kunnen nieuwe banen ontstaan voor mensen die anderen wegwijs maken in de zorg, zoals de zorgmakelaar, de zorg-intermediair en de zorgnavigator. De rol van de arts kan verschuiven van diagnosticus naar gezaghebbend adviseur (*FWG, 2015: 30-36*).

3.3 Bestuurlijke en beleidsontwikkelingen

Ook in 2017 is het regeringsbeleid gericht op het realiseren van zorg dichtbij en het inspelen op wensen en behoeften van cliënten en patiënten. Het gaat om 'het mogelijk maken van een persoonsgerichte aanpak met zorg thuis of dichtbij huis als het kan, en verder weg als het moet' (*Ministerie van VWS, 2016d: 9,10*).

Belangrijke aandachtspunten zijn in 2017 (*Ministerie van VWS, 2016d*):

- Preventie en het beïnvloeden van de leefstijl, waarbij ook aandacht is voor gezondheidsverschillen. De behoefte aan preventie en ondersteuning van zelfmanagement en leefstijl zal doorwerken in de taakopvatting van zorgverleners (*Stuurgroep Bachelor of Nursing, 2015; Birch Consultants, 2015; Nivel, 2016b*).
- Openheid over kosten en kwaliteit. In diverse branches zijn in of rond 2016 afspraken gemaakt over kwaliteit en/of vermindering van administratieve lasten, zoals Akkoord innovatie en kwaliteit kinderopvang, Beroepsregister Sociaal Werk, Het roer gaat om in de Huisartsenzorg, Kwaliteitsvensters en leernetwerken in ziekenhuizen en umc's, Kwaliteitskader en Waardigheid & Trots in verpleeghuizen en Model Kwaliteitsstatuut in de GGZ. Met name in de verpleeghuizen vindt naar aanleiding van het manifest 'Scherp op Ouderenzorg' een discussie plaats over personeelsnormeringen (zie ook *AZW Actueel, nr. 1 en Brancherapport VVT*).
- Ouderenzorg en het omgaan met dementie en depressie (zie ook *Kennisagenda ouderen met psychische problemen, 2016*).
- Benutten digitale mogelijkheden zorg.

In 2017 wordt doorgebouwd op ontwikkelingen, regelingen en wetgeving die eerder in de steigers zijn gezet:

- Verschuiving van de tweede lijn naar de eerste lijn. De umc's richten zich op de meest complexe en kwalitatief hoogwaardige zorg, terwijl het algemene ziekenhuis doet wat de eerste lijn echt niet kan. Vanaf 2017 is er geen CIZ indicatie meer nodig voor het eerstelijnsverblijf (*vergelijk Ministerie van VWS, 2016b en 2016c; zie ook Nivel, 2016d*). Verder worden de opleidingsplekken voor verpleegkundig specialisten en physician assistants uitgebreid. Het beroep kan zich nog verder doorontwikkelen

in de niet-primair-medische-aspecten van zorg, zoals de psychologische, sociale en spirituele aspecten (*Ter Maten-Speksnijder, 2016*).

- Onderscheid in de Wet BIG tussen de hbo-verpleegkundige en de mbo-verpleegkundige. In het advies van de Stuurgroep Toekomstbestendige beroepen in verpleging en verzorging (2015) is een scherper onderscheid aangebracht tussen de beroepsprofielen van de verzorgende IG (verlenen persoonlijke zorg en begeleiding, veelal in de leefsituatie van de zorgvrager), de basisverpleegkundige (mbo-verpleegkundige voor planbare en voorspelbare zorgvragen) en de regieverpleegkundige (hbo-verpleegkundige en regisseur van het hele zorgproces en werkzaam in onvoorspelbare en complexe zorgsituaties).
- Werken aan nieuw perspectief voor medewerkers in het sociaal domein door vernieuwing van de ondersteuning thuis, bijvoorbeeld door het creëren van nieuwe integrale functies in de thuisondersteuning (*Ministerie van VWS, 2016d: 84*). Daar liggen 'geweldige' kansen (*Transitiecommissie Sociaal Domein, 2016b*).
- Het onverminderd doorgaan met de aanpak van verwarde personen. De regio's werken aan een voorziening voor kortdurende opvang en beoordeling. Er is landelijke inzet nodig voor het oplossen van problemen op het snijvlak WLZ, WMO en ZVW (*Aanjaagteam verwarde personen, 2016*).
- Het voltooid leven. De ingestelde adviescommissie Voltooid Leven constateert in 2016 dat de bestaande Wet Toetsing Levensbeëindiging ruimte biedt om bij een opeenstapeling van ouderdomsklachten het merendeel van de 'voltooid leven problematiek' af te vangen (*Adviescommissie Voltooid leven, 2016*). De regering kondigt aan hierover met een nieuw wetsvoorstel te komen.
- Verdere uitvoering en/of afronding van de (regionale en landelijke) sectorplannen waarmee medewerkers in de zorg zijn om- en bijgeschoold ten behoeve van het vinden van een nieuwe baan (*Monitor Sectorplannen, 2016*).
- Consequenties van de Wet Werk & Zekerheid en de regelgeving voor ZZP'ers. Door de Wet Werk & Zekerheid vinden meer contractbeëindigingen plaats met wederzijds goedvinden en is er structureel effect op het aantal uitkeringen (*UWV, 2016a*).

3.4 Inhoudelijke en organisatorische ontwikkelingen

Gebruik van zorg en welzijn

De belangrijkste doodsoorzaken in Nederland zijn in 2014 nog steeds kanker (32%) en hart- en vaatziekten (27%). In 2015 waren er ruim een half miljoen mensen in Nederland bij wie de afgelopen 10 jaar de diagnose kanker was gesteld en werd bij ongeveer 105.000 personen de diagnose kanker voor het eerst gesteld. Dat is relatief hoog in vergelijking met andere EU-landen. De verwachting is dat kanker de komende jaren nog verder stijgt. Ook het aantal mensen dat overlijdt als gevolg van Alzheimer of andere vormen van dementie neemt toe (*CBS, 2016a: 26; RIVM, 2016: 13,14*).

De verschuiving in gebruik naar de eerste lijn en de zorg thuis wordt meer zichtbaar. Het aantal opnames in ziekenhuizen is in 2015 licht gedaald tot bijna 1.380.000. Ook het aantal verpleegdagen is afgenomen. Dat geldt ook voor het aantal eerste polikliniekbezoeken en dagbehandelingen (*NVZ, 2016: 25-36*). Meer dan twee derde van de bevolking had in 2015 contact met de huisarts, met name voor chronische aandoeningen (*CBS, 2016a: 28*). In 2014 hebben 5,3 miljoen personen voor minimaal één chronische aandoening contact gehad en bijna 2 miljoen personen voor minimaal twee chronische aandoeningen. Het contact met de huisartsenpraktijk voor een chronische aandoening neemt toe met de leeftijd. De verwachting is dat in 2030 meer dan 7 miljoen Nederlanders een of meer chronische aandoeningen heeft (*Ministerie van VWS, 2016d: 9; De Staat van de Volksgezondheid & Zorg, 2016*). In 2014 stonden ruim 1,5 miljoen personen met minimaal één psychisch probleem geregistreerd bij de huisarts. Nederland kent momenteel zo'n 800.000 mensen met een depressie (*CBS, 2016a: 28; Ministerie van VWS, 2016d: 13*).

In 2014 ontving bijna 17% van de zelfstandig wonende volwassenen boven de 18 enige vorm van zorg en ondersteuning. Bijna 9% van de Nederlandse bevolking ontvangt huishoudelijke hulp van iemand uit het sociale netwerk. Ook persoonlijke verzorging wordt relatief vaak door een mantelzorggever gegeven. Ongeveer een kwart van de mensen die alleen wonen, ontvangen zorg en ondersteuning. Voor zelfstandig wonende volwassenen van 75 jaar of ouder is dat meer dan het dubbele (*SCP, 2016d*).

De ervaren belasting van mantelzorgers neemt toe. Mantelzorgers van een persoon met dementie voelen zich vaak 'tamelijk belast tot overbelast' (54%). Ruim één op de zes mantelzorgers voelt zich overbelast of zwaar belast; eerder was dit nog maar één op de tien. De ervaren belasting neemt toe naarmate men meer uren per dag voor de dierbare zorgt. Van de samenwonenden meldt 46% een verstoorde nachtrust (*Alzheimer en Nivel, 2016*).

Eind 2015 waren in 87% van de gemeenten een of meer (sociale) wijkteams actief. Een op de drie 80-plussers maakt gebruik van een WMO-voorziening. Van de geleverde WMO-hulp in het eerste half jaar van 2015 bestaat 55% uit huishoudelijke hulp, 26% uit ondersteuning thuis, 16% uit woon- en vervoersvoorzieningen en 3% uit beschermd wonen (*SCP, 2016b*).

In 2014 verbleven ruim 245 duizend volwassenen in een instelling voor langdurige zorg. Het aantal mannen (onder de 65 jaar) neemt relatief toe en het aantal vrouwen af. Boven de 65 jaar verblijft 3,2% van de mannen en 6,6% van de vrouwen in een instelling (*CBS in NZA, 2016*).

Verwachte ontwikkelingen in zorgfuncties en organisatie van zorg en welzijn

Diverse studies wijzen erop dat zorgverleners in de toekomst steeds meer extramuraal zullen werken en minder intramuraal en dat welzijn en zorg daarbij meer worden geïntegreerd. Dat vraagt andere competenties als eigenaarschap, bieden van zorg op maat, multidisciplinair samenwerken, interprofessionaliteit en het flexibel meebewegen. Ook het toenemende aantal ouderen met comorbiditeit stelt nieuwe eisen aan de competenties van zorgverleners. De toerusting van de medewerker en van de burger moeten gelijk opgaan. De nieuwe competenties gaan gepaard met een toenemende vraag naar hoogopgeleide medewerkers (*Commissie Innovaties Zorgberoepen & Opleidingen, 2016; FWG, 2016: 41; Nivel, 2016b*).

In de nabije zorg is een centrale rol weggelegd voor de wijkverpleegkundige en de huisarts in de eerste lijn (*Sigra e.a., 2016*). In de wijk ligt het uitvoerende werk behalve bij de verpleegkundigen niveau 4 ook bij de verzorgenden IG. In de toekomst zou bij de wijkteams de regierol idealiter komen te liggen bij de hbo-verpleegkundige. Veel, met name oudere verzorgenden van niveau 2 en 3, zouden momenteel moeite hebben met het versterken van de zelfregie bij de cliënt (*Bosman & Vos, 2016*). De ondersteuning voor de huisarts groeit. In 2016 is in 88% van de praktijken een praktijkondersteuner somatiek (POH-S) aanwezig en in 81% van de praktijken een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). Per fte huisarts is dat 0,5 POH-S en 0,25 POH-GGZ. Er zijn wel verschillen per regio. Enkele praktijken beschikken over een POH jeugd GGZ en een POH ouderenzorg. Vanaf 2020 studeren er hbo-geschoolde praktijkverpleegkundigen af die voornamelijk de hoog complexe zorg in de huisartspraktijk zullen leveren (*vgl. LHV/NHG, 2012; SSFH, 2016*).

Naast de generalistische en brede extramuraal zorg zou een concentratie van de specialistische, complexe zorg kunnen ontstaan. Specialisten gaan zich – mede vanwege de hogere kwaliteitseisen – steeds verder specialiseren op hun vakgebied (*Capaciteitsorgaan, 2016*). De umc's leggen de focus steeds meer op de meest complexe hoogwaardige zorg. Tussen ziekenhuizen zal, met name in de dunbevolkte regio's, meer samenwerking ontstaan (*vergelijk Commissie Toekomstige Zorg Zeeland, 2016*). Ook in de toekomst blijft er naar verwachting een dominante rol weggelegd voor de intramuraal zorg (*Zorgplein Noord en Ventura Plus, 2016*). De intramuraal ouderenzorg bestaat overwegend uit 24-uurs 'verpleeghuiszorg' vanwege de ernstige beperkingen van de bewoners (*Coolen, 2015*). Dagactiviteiten staan daarbij onder druk (*vgl. Alzheimer Nederland & Nivel, 2016; Movisie, 2016*).

In de organisatie van de zorg bestaat meer aandacht voor zelfsturing, ketensamenwerking en ketenzorg en interdisciplinair samen werken (*Stuurgroep Bachelor of Nursing, 2015*). Zelfsturing van teams lijkt geleidelijk plaats te maken voor de achterliggende principes van zelforganisatie vanuit processen en eigenaarschap, regelruimte en regie (*FWG, 2016: 27-35*).

3.5 Verwachte ontwikkelingen arbeidsmarkt

Afstemming vraag en aanbod personeel

Bijna een vijfde van de werkgevers in zorg en welzijn constateert het afgelopen jaar te maken te hebben gehad met een afname van banen. Van de werkgevers heeft 30% momenteel te maken met moeilijk te vervullen vacatures. Een derde verwacht het komende jaar tekorten. De werkgevers in de huisartsenzorg geven aan weinig (moeilijk te vervullen) vacatures te hebben en verwachten in de toekomst vooral te groeien. Ook bij de kinderopvang verwachten de werkgevers sinds dit jaar weer enige groei (*Werkgeversenquête, 2016: 18-27; Werkgeversenquête, 2015: 16-18*).

Zorg- en welzijnsbreed is voor werkgevers het belangrijkste knelpunt het aantrekken en behouden van personeel. In de zorgsectoren gaat het dan vooral om de verpleegkundigen en in de VV&T-sector ook om de verzorgende IG (*Werkgeversenquête, 2016: 18-29; vgl. Transvorm, 2016*). Bij WJK heeft vooral in de jeugdzorg een verlies van banen plaatsgevonden in de agogische groepen. Ook voor de toekomst verwachten de werkgevers daar eerder een overschot dan een tekort (*Werkgeversenquête, 2016: 18-29*).

Werkdruk & werkstress

Andere belangrijke knelpunten op de arbeidsmarkt zijn voor de werkgevers in zorg en welzijn in 2016 het ziekteverzuim (een op de 5 werkgevers) en de werkdruk (meer dan een op de 10 werkgevers). De hogere werkdruk komt volgens de werkgevers onder andere tot uiting in een hoger ziekteverzuim. Meer dan de helft van de werkgevers in zorg en welzijn geeft aan dat de werkdruk het afgelopen jaar is toegenomen (*Werkgeversenquête, 2016: 30-34*).

Zorgverleners zijn, in 2015, minder tevreden over de werkdruk dan in voorgaande jaren. Ten opzichte van 2011 en 2013 vinden zorgverleners in 2015 het werk vaker (te) druk (69%) en vinden zij vaker dat er onvoldoende maatregelen zijn getroffen om de werkdruk te verlichten (54%). Een mogelijke verklaring voor de hogere ervaren werkdruk is de administratieve lastendruk. Bijna drie kwart van de zorgverleners vindt dat vermindering van de administratieve taken het werk aantrekkelijker zou maken (*Nivel, 2016a*).

Als drie belangrijkste oorzaken van de werkdruk noemen werkgevers in 2016: meer (nieuwe) taken (17%), moeilijker/complexer werk (15%) en te weinig personeel (onderbezetting) (11%). Ook wijst een aantal werkgevers op de eisen van zorgverzekeraars/financiers (8%). Uit de nadere toelichting van de werkgevers blijkt de werkdruk vooral te verklaren uit het aan de ene kant moeten bezuinigen en efficiënter werken, terwijl aan de andere kant de vraag naar zorg en welzijn intensiever, complexer en anders wordt. De groep medewerkers die het werk uitvoert, raakt meer belast door ziekteverzuim van anderen en het inwerken van nieuw personeel. De eisen aan medewerkers nemen toe en het werk moet worden gedaan met minder mensen (*Werkgeversenquête, 2016*).

Bijna twee vijfde van de werkgevers geeft in 2016 aan dat de omvang van agressie en geweld is toegenomen en volgens drie op de tien werkgevers is ook de ernst van agressie en geweld toegenomen (*Werkgeversenquête, 2016: 30-34*). Onderzoek van TNO wijst uit dat werknemers in de zorg en specifiek in de verpleging het meest van alle medewerkers te maken hebben met agressie en geweld.

Employability

Flexibiliteit is behalve via externen ook mogelijk door binnen de organisatie brede inzetbaarheid van medewerkers te creëren. Dat kan door het hantieren van brede taakbeschrijvingen en taakrotatie bij vaste medewerkers en het verruimen of aanpassen van werktijden (*vgl. Brinkman & Strating, 2016: 4-5*). Flexibele werkvormen kunnen helpen om pieken op het werk op te vangen door de arbeidsinspanning aan te passen (*Bart et al., 2016*). Thuiswerken, deeltijdwerk en flexibele werktijden kunnen de combinatie van arbeid en zorg makkelijker maken. Zo werkt een op de vijf werknemers in Nederland minstens een dag per week thuis. Dat speelt niet alleen voor jonge ouders, maar in toenemende mate ook voor oudere werknemers met zorgbehoevende naasten (*SCP, 2016a*).

Een op de zeven werkgevers in zorg en welzijn geeft in 2016 aan flexibel om te gaan met werktijden en verlof. Medewerkers krijgen ook steeds vaker de mogelijkheid om zelf te roosteren. Slechts minder dan 4% van de werk-

gevers zet in op het bevorderen van thuiswerken. Ook proberen werkgevers te werken aan strategische personeelsplanning. Men gaat na welke medewerkers waarvoor nodig zijn en er is bijvoorbeeld een kweekvijver voor jong personeel en begeleiding van oudere medewerkers. Ook wordt gericht gewerkt aan interne mobiliteit en uitstroming. Tenslotte wordt ook ingezet op het komen tot interne flexpools en het investeren in stagiaires (*Werkgeversenquête, 2016: 35-36 en 50-51*).

FWG verwacht dat in de zorg, brede inzetbaarheid ofwel 'employability' de nieuwe norm zal zijn. De eigen, interne flexibele schil wordt geoptimaliseerd zodat het niet nodig is externe capaciteit in te schakelen. Dat gaat gepaard met het inzichtelijk maken en monitoren van gegevens op de kortere termijn, bijvoorbeeld met behulp van een dashboard (*FWG, 2016: 27-29, 31-37*).

Scholing

Meer dan 90% van de werkgevers in zorg en welzijn geeft aan het afgelopen jaar aan bijscholing te hebben gedaan. Bij meer dan een kwart is de bijscholing gericht op veiligheid. Bij 10 tot 15% van de werkgevers is er bijscholing rond technologie, nieuwe cliëntvragen, werken met zwaardere cliënten, preventie en signalering. Ook vakinhoudelijke competenties, vakinhoudelijke begeleiding en omgang met cliënten, en communicatie met cliënten en ouders zijn regelmatig onderwerp van training. Ook heeft bijscholing plaatsgevonden in reflectieve vaardigheden en professionele autonomie (*Werkgeversenquête, 2016*).

Zorgverleners geven zelf ook aan behoefte te hebben aan bijscholing in technologische vaardigheden. Minder dan drie kwart van de ondervraagde zorgverleners voelt zich competent in elektronische communicatie met cliënten (*Nivel, 2016b*). Voor het kunnen omgaan met domotica en beeldschermende technieken, is constante begeleiding nodig (*Nictiz & Radbout, 2015*).

Meer dan twee vijfde van de werkgevers heeft in 2016 scholing voor een hogere kwalificatie mogelijk gemaakt. Bij meer dan de helft gaat het daarbij om een kwalificatie van mbo-niveau naar hbo-niveau, en bij bijna twee

vijfde om het kwalificeren van mbo 3 naar mbo 4 en bij een kwart van mbo 2 naar mbo 3. In bijna alle sectoren vindt ook scholing van hbo naar hbo+ plaats, uitgezonderd de branche VV&T. De geïnterviewde werkgevers in de VV&T noemen meer varianten van specialistische of verdiepende scholing van kwalificatie mbo 3 naar mbo 3+. In de GGZ vindt regelmatig scholing van wo naar wo+ plaats, terwijl de werkgevers in de huisartsenzorg vooral varianten van scholing van mbo 4 naar mbo 4+ noemen. Scholing vindt bij meer dan drie kwart (mede) plaats vanwege de toekomstige personeelsbehoefte (*Werkgeversenquête, 2016: 44-50*).

Hoogopgeleiden blijken veel vaker scholing te volgen (57%) dan laagopgeleiden (24%), terwijl gezien de ontwikkelingen bijleren voor de groep laagopgeleiden meer noodzakelijk is. Dit geldt niet alleen voor de zorg, maar voor de hele arbeidsmarkt. Het SCP constateert dat groepen met een zwakkere arbeidsmarktpositie, zoals laagopgeleiden, ouderen, flexwerkers en mensen met een minder goede gezondheid, relatief weinig scholing ontvangen (*SCP, 2016a*).

Opleidingen voor professionals in zorg en welzijn zullen in de toekomst steeds meer breed en integraal worden. De integratie tussen de opleiding voor medewerker maatschappelijke zorg en verzorgende-IG is daarvan al een voorbeeld. De commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen wenst dat vraagstukken uit de beroepspraktijk, informeel leren en leerwerkplaatsen steeds meer centraal komen te staan. In alle levensfasen zullen studenten en zorgprofessionals in de toekomst een lerende en interactieve werkomgeving ervaren met structurele bij- en omscholing (*Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2016*).

4 Resultaten in perspectief

De ergste krimp in de werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK is voorbij, maar de mate van groei verschilt per branche. Het effect op afzonderlijke werkgevers is mede afhankelijk van de regionale arbeidsmarkt, de eigen strategische positionering en strategische keuzen. Maar ook landelijke beleidskeuzen inzake personeelsnormeringen kunnen van grote invloed zijn op de vraag naar personeel.

Er is veel gaande in de sector: meer complexe en intensieve zorg, differentiatie in taken tussen de mbo-verpleegkundige en de hbo-verpleegkundige, eisen van zorgverzekeraars en andere financiers en toenemende kwaliteitseisen.

De ontwikkelingen en de herverdeling van taken van zorg en welzijn tussen branches gaat voorsnog gepaard met een toenemende intensiteit en complexiteit van de vraag naar zorg en welzijn en een toenemende werkdruk. Meer aandacht is de komende jaren nodig voor werkplezier en werkverlichting.

De ontwikkelingen vertalen zich in de meeste branches in een toenemende vraag naar hoog opgeleiden, zoals hbo-verpleegkundigen. Gecombineerd met de toenemende vergrijzing in de sector komt het nu al belangrijkste knelpunt van het aantrekken en vasthouden van personeel nog pregnanter naar voren. Het is daarom niet mogelijk en wenselijk alleen in te zetten op hoog opgeleid personeel. Mbo'ers blijven in zorg en welzijn heel hard nodig. Via een optimale functiemix en maximale taakherschikking zijn mbo'ers op volle kracht in te zetten. Passend werk is daarbij nodig voor zowel oudere als jongere werknemers.

Werkgevers investeren veel in scholing. Voor de bredere inzetbaarheid van mbo-geschoolden in de toekomst kan nog meer gebruik worden gemaakt van taakherschikking in combinatie met verdiepende bijscholing van mbo'ers.

4.1 Ontwikkeling werkgelegenheid

In de afgelopen jaren was vooral sprake van afnemende werkgelegenheid. Ook in 2016 is er in drie zorgbranches nog sprake van afname van de werkgelegenheid: de ziekenhuizen, GGZ en de VV&T. De cijfers schetsen niet het hele plaatje. Werkgevers in deze zorgbranches hebben nu ook al moeite met het vervullen van vacatures rond verpleegkundigen en werkgevers in verpleeghuiszorg ervaren ook nog eens tekorten aan verzorgenden-IG. Het beeld van een krappe arbeidsmarkt voor verzorgenden blijkt ook uit de spanningsindicator van het UWV. In de andere branches is de werkgelegenheid gelijk gebleven (huisartsenzorg) of is er inmiddels sprake van een omslag naar groei. Dit beeld komt overeen met het beeld dat de werkgevers schetsen.

In de komende jaren zal de werkgelegenheid verder toenemen, met name door de verruiming van de op macroniveau beschikbare financiële middelen. Deze middelen vormen de basis voor drie scenario's voor de ontwikkeling van de werkgelegenheid: twee veel-vraag-scenario's en één minder-vraag-scenario. De inschatting is dat de werkelijkheid zich waarschijnlijk binnen de bandbreedte van deze scenario's zal voltrekken. Voor 2016 en 2017 wordt nog uitgegaan van matige krimp tot matige groei in de meeste branches. Alleen in de thuiszorg, huisartsenzorg en overige zorg wordt een meer substantiële toename van de werkgelegenheid verwacht. Voor de jeugdzorg wordt in 2016 en 2017 krimp verwacht. Vanaf 2018 wordt in ieder scenario en in bijna alle branches een toename van de beschikbare middelen verwacht. De jeugdzorg en de WMD vormen daarop de uitzondering: in deze sectoren wordt ook rekening gehouden met krimp.

De – voorzichtige – groei van de werkgelegenheid in 2017 in de veel-vraag-scenario's komt overeen met de verwachtingen van werkgevers. Voor het komend jaar verwacht bijna 30% van de werkgevers een groei van het personeelsbestand. Toch verwacht 15% nog een krimp in het personeelsbestand. De werkgevers in de ziekenhuizen en GGZ zijn pessimistischer over de groei dan de andere werkgevers. Bijna de helft van de werkgevers in de ziekenhuizen verwacht verder te krimpen in hun personeelsbestand. In de GGZ is dat meer dan twee vijfde van de werkgevers. De verwachtingen van deze werkgevers sluiten het meest aan bij het minder-vraag-scenario. De werkgevers in de jeugdzorg zijn wat optimistischer gestemd

dan het beeld dat uit de scenario's blijkt. Meer dan een derde van de werkgevers in de jeugdzorg verwacht krimp in het personeelsbestand, terwijl eveneens een derde groei verwacht.

De bestaande werkgelegenheidsontwikkelingen en de vooruitzichten op basis van de scenario's blijken niet één op één te corresponderen met ervaringen en verwachtingen van de afzonderlijke werkgevers. Hiervoor zijn verschillende verklaringen. Zo krijgen de landelijke cijfers regionaal een andere inkleuring doordat er regionale verschillen bestaan op de arbeidsmarkt. Sommige werkgevers zijn bovendien in diverse branches en regio's actief en hebben daardoor andere ervaringen met krimp en groei. De verwachtingen van werkgevers over de werkgelegenheid hangen ook samen met de eigen strategische positionering en eigen strategische keuzes. De ervaren ontwikkeling van de werkgelegenheid kan daarom verschillend uitpakken voor afzonderlijke werkgevers. Het jaar 2016 is te zien als een omslagjaar waarin sectorbreed het dieptepunt van de krimp in personeel is bereikt en de krimp geleidelijk omslaat naar een voorzichtige groei. Het tempo waarin deze omslag plaatsvindt, verschilt per branche en per regio.

Ook toekomstige beleidskeuzes van nationale overheid en sociale partners hebben invloed op de toekomstige werkgelegenheid en de te verwachten tekorten. De drie geschetste scenario's zijn in die zin beleidsarm en houden geen rekening met mogelijke beleidsmaatregelen. Zo vindt momenteel naar aanleiding van het Manifest Scherp op Ouderenzorg (2016) een discussie plaats over personeelsnormeringen die van grote invloed kunnen zijn op de vraag naar personeel in de ouderenzorg. Het zou kunnen betekenen dat voor verpleegkundigen (hbo en mbo) en verzorgenden-IG sneller een krappere arbeidsmarkt ontstaat.

Uitdaging

Het tempo van de groei van de werkgelegenheid verschilt per regio en per branche. In de sector Zorg en WJK neemt het risico op frictiewerkloosheid en moeilijk te vervullen vacatures toe. Dit geldt in het bijzonder voor verpleegkundigen (hbo en mbo) en verzorgenden-IG.

4.2 Ontwikkelingen per kwalificatie

De meest voorkomende kwalificaties in de sector Zorg en WJK zijn de verzorgende (bijna een derde) en de mbo-verpleegkundige (een kwart). De opleidingen voor deze kwalificaties kennen ook de relatief hoogste instroom van studenten. Bij een verruiming van de middelen komt er meer vraag naar deze kwalificaties en dreigen er tekorten. Uit de prognoses blijkt dat voor 2017 nog geen tekorten worden verwacht voor mbo-verpleegkundigen en verzorgenden. Dit verandert echter vanaf 2018 in de veelvraag-scenario's. De instroom in de opleiding voor hbo-verpleegkundigen heeft de afgelopen jaren gefluctueerd, wat ook terug te zien is in de verwachte aantallen gediplomeerde hbo-verpleegkundigen voor de komende jaren. Er is nu al een tekort en in alle scenario's blijft er een fors tekort bestaan. De verwachting is dat het tekort aan hbo-verpleegkundigen in de toekomst alleen maar verder zal stijgen.

In alle zorgsectoren zoeken werkgevers nu al naarstig naar verpleegkundigen. De ziekenhuizen en de GGZ zijn vooral op zoek naar de hbo-verpleegkundige. Werkgevers in de gehandicaptenzorg en VV&T willen zowel meer mbo- als hbo-verpleegkundigen. Terwijl de werkgevers in ziekenhuizen en de gehandicaptenzorg een overschot verwachten aan verzorgenden, noemen werkgevers in de VV&T juist een tekort aan verzorgenden. Wel geven werkgevers in de VV&T aan een overschot te hebben aan zorgverleners en helpenden. Werkgevers in de huisartsenzorg wijzen vooral op een tekort aan doktersassistenten. De prognoses en met name de veelvraag-scenario's onderschrijven dit beeld van tekorten aan doktersassistenten.

In de WJK is de kinderopvang vooral op zoek naar agogen op mbo-niveau en in de jeugdzorg en WMD is men op zoek naar zowel mbo'ers als hbo'ers. Sommige werkgevers bij WMD en de jeugdzorg geven aan voor een bepaalde kwalificatie een tekort te verwachten, terwijl andere werkgevers voor dezelfde kwalificatie juist een overschot verwachten. De prognoses voor agogen laten zien dat er op niveau 6 een risico bestaat op tekorten in de komende jaren. Dit geldt alleen niet voor pedagogen. Tot en met 2018 neemt naar verwachting het overschot aan de pedagogisch werkers op niveau 4 af wat gepaard kan gaan met tekorten in 2018. Na 2018 is het afhankelijk van het scenario of de overschotten heel licht toenemen of

de tekorten weer afnemen. Voor andere agogische kwalificaties op niveau 3 en 4 worden vooral (grote) overschotten voorspeld.

Voor diverse kwalificaties lijkt een verdere mismatch tussen vraag en aanbod te ontstaan. Dat komt onder andere door een toenemende behoefte van werkgevers aan de inzet van personeel met een hoger kwalificatieniveau. Deze behoefte is mede te verklaren uit de kwaliteitseisen aan professionals in zorg en WJK, de differentiatie tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen, en de toenemende complexiteit en intensiteit van zorg en WJK. De algemene veronderstelling is dat meer complexe zorg- en WJK-taken vragen om meer hoger opgeleiden. Zonder een koerswijziging zal het tekort aan hoger opgeleiden verder toenemen.

De veronderstelling dat alleen hbo'ers kunnen bijdragen aan meer complexe zorg- en WJK-taken lijkt een 'self-fulfilling prophecy' te worden. Mbo'ers in zorg en welzijn hebben een eigenstandige en kwalitatief hoogwaardige taak die niet door hbo'ers is over te nemen. Met het oog op de groeiende werkgelegenheid zal de sector zorgpersoneel en agogisch personeel op mbo-niveau ook heel hard nodig hebben. De meer complexe zorg- en WJK-taken maken dat een optimale functiemix – wie kan wat het beste doen – steeds belangrijker wordt.

Uitdaging

Er is een blijvende opwaartse druk op het kwalificatieniveau als gevolg van de differentiatie tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen, de toenemende complexiteit en intensiteit van de vraag, en de (kwaliteits)eisen van zorgverzekeraars en andere financiers. Het risico is dat de werkgelegenheid voor het lager gekwalificeerd personeel in de sector Zorg en WJK verdwijnt. Met een toenemende schaarste aan hoger opgeleid personeel kan de sector zich dit verlies niet veroorloven. Een omslag is nodig naar een focus op het beschikbare arbeidspotentieel. Overheid en sociale partners zetten in op een optimale functiemix en maximale taakherschikking zodat zorgpersoneel en agogisch personeel op mbo-niveau (en hbo-niveau) op volle kracht worden ingezet. Daarbij is ook aandacht nodig voor sociale innovatie, duurzame inzetbaarheid en technologische ontwikkelingen als e-health.

4.3 Werkdruk & ziekteverzuim

De krimp in de afgelopen periode en de bezuinigingen en veranderingen in de financiering hebben ertoe geleid dat sectorbreed veel nadruk is gelegd op efficiënter werken. Meer dan drie kwart van de werkgevers noemt het efficiënter inrichten van werkprocessen een van de belangrijkste instrumenten voor toekomstige personeelsplanning.

Meer dan de helft van de werkgevers wijst erop dat de werkdruk het afgelopen jaar is toegenomen. Dit geldt in mindere mate voor de kinderopvang. Werkdruk en ziekteverzuim worden vaak genoemd als personeelsprobleem. De toename van werkdruk komt vooral doordat het werk met minder mensen gedaan moet worden. Dat heeft onder andere te maken met de intensievere en complexere vraag naar zorg en WJK. Door deze intensivering vindt met enige regelmaat overwerk plaats. De gemaakte uren zijn echter niet altijd declarabel. Ook de onzekerheid of men volgend jaar nog op de financiering van de gemeenten kan rekenen, veroorzaakt druk. Verder wordt een verhoging van de eisen van zorgverzekeraars en financiers ervaren, wat gepaard gaat met hogere administratieve lasten. Een aantal werkgevers bij ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en WMD wijst op onduidelijkheid in de organisatie over rollen en beleid als oorzaak voor de werkdruk. Daarnaast constateren werkgevers een tekort aan personeel door verloop en uitstroom. Sommige werkgevers hebben de werkdruk kunnen verlichten door extra personeel aan te nemen en anderen zetten vaker mantelzorgers en vrijwilligers in. Dat laatste geldt met name voor de GGZ, de VV&T, de gehandicaptenzorg en WMD.

De herverdeling van taken tussen branches, als gevolg van de transities en de verschuiving van de derdelijn naar de tweedelij en van de tweedelij naar de eerstelij en (sociale) wijkteams, heeft (nog) niet geleid tot werkverlichting in branches. Er bestaat nog steeds onrust en onduidelijkheid en de werkdruk neemt verder toe door de toenemende complexiteit en intensiteit van de taken rond zorg en WJK en een toenemende druk om efficiënt te werken.

Uitdaging

Hoe kunnen we in de nabije toekomst sectorbreed en in de afzonderlijke branches zelf werkverlichting en werkplezier organiseren zodat mensen in zorg en welzijn willen en kunnen blijven werken?

4.4 Employability

De groep medewerkers van 55 jaar en ouder in de sector Zorg en WJK neemt gestaag toe en het aandeel medewerkers dat jonger is dan 35 jaar neemt af. Dat maakt het moeilijker om de vervangingsvraag als gevolg van pensionering op te vangen. Ook voor de uitbreidingsvraag is meer personeel nodig voor de sector Zorg en WJK.

Bij de inzetbaarheid van zowel oudere als jongere medewerkers speelt daarbij de balans tussen arbeid en zorg een rol. Terwijl bij jongere werknemers sprake is van een 'spitsuur' door een gezin te combineren met werken, is ook bij oudere werknemers vaak sprake is van een 'spitsuur' in het leven waar werk wordt gecombineerd met mantelzorg. De jongere werknemer met weinig verplichtingen buiten het werk krijgt bovendien niet altijd de mogelijkheid om blijvend in de sector te werken vanwege kleine en tijdelijke contracten.

Het toenemend accent op zelfregie, de inzet van het sociaal netwerk en het gebruik van technologie vraagt ook andere competenties van het toekomstig personeel. Er wordt meer waarde gehecht aan het aanleren van gezondheidsvaardigheden en aan digitale vaardigheden.

Momenteel nemen werkgevers al diverse maatregelen voor een betere balans tussen werk en zorg en het bevorderen van de interne mobiliteit. Ook bestaan er diverse initiatieven in de branches voor duurzame inzetbaarheid en het bevorderen van mentale en fysieke fitheid. Niettemin noemen de werkgevers het aantrekken en vasthouden van personeel een belangrijk knelpunt. Wanneer het niet lukt om zowel jongere als oudere werknemers in de toekomst passend werk te bieden, zal het aantrekken en vasthouden van personeel een steeds nijpender probleem worden. Er zijn

diverse mogelijkheden om te bevorderen dat medewerkers van alle leeftijden coöperatief samenwerken en intergenerationele solidariteit wordt bevorderd (vgl. *European social partner's agreement on active ageing and inter-generational approach, 2017*).

Uitdaging

In het licht van de toenemende vervangingsvraag en uitbreidingsvraag naar personeel in de sector Zorg en WJK is meer inzet nodig op employability en passend werk voor verschillende generaties.

4.5 Scholing en taakherschikking

Scholing is een manier om medewerkers beter toe te rusten. In de sector Zorg en WJK vindt veel scholing plaats. Driekwart van de werkgevers noemen kwalificatie en scholing van personeel dan ook het belangrijkste instrument voor strategische personeelsplanning. Bijscholing richt zich in de praktijk op veiligheid, technologische vaardigheden, vakinhoudelijke vaardigheden en het omgaan met nieuwe en complexe cliënt- en zorgvragen. Mede om te voorzien in de vraag naar hoogopgeleid personeel, heeft meer dan twee vijfde van de werkgevers in 2016 hun personeel de mogelijkheid geboden tot scholing voor een hoger kwalificatieniveau. Daarbij gaat het meestal om een kwalificatie van mbo-niveau naar hbo-niveau en in iets mindere mate om scholing van mbo-3 naar mbo-4 niveau. De behoefte aan hoger opgeleid personeel komt onder andere voort uit de differentiatie in taken tussen de mbo-verpleegkundige en de hbo-verpleegkundige, de eisen van zorgverzekeraars en ander financiers en de toenemende kwaliteitseisen zoals die tot uitdrukking komen in de diverse registers voor professionals in zorg en WJK.

Een ander instrument voor het inspelen op de toekomstige personeelsbehoefte is herschikking van taken. Meer dan de helft van de werkgevers geeft aan herschikking van taken de afgelopen maanden ook te hebben ingezet om te anticiperen op de toekomstige personeelsbehoefte. Taakherschikking kan bijdragen aan een gezonde functiemix waarbij een

ieder alleen de taken vervult die past bij de functie en kwalificatie. De mogelijkheden van taakherschikking lijken in de praktijk nog minder te worden benut dan scholing. Voor de toekomstige personeelsbehoefte kan een combinatie van taakherschikking en bijscholing kansen bieden om te voorzien in de toekomstige personeelsbehoefte.

Uitdaging

Naast verticale scholing gericht op een hoger kwalificatieniveau, is horizontale bijscholing en taakherschikking meer doelgericht in te zetten. Daarmee wordt het mogelijk in te spelen op de langere termijn behoefte aan personeel op basis van de toekomstige zorgvraag (i.e., strategische personeelsplanning).

Epiloog: Toekomst onderzoeksprogramma AZW

Het huidige onderzoeksprogramma AZW loopt door tot het eind van 2017. Momenteel vindt een brede verkenning plaats met gebruikers en opdrachtgevers die moet leiden tot een vernieuwd onderzoeksprogramma vanaf 2018.

Het onderzoeksprogramma AZW wil werkgevers en werknemers en andere partijen en organisaties in de sector Zorg en WJK van eenduidige en betrouwbare informatie voorzien over de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Het moet partijen kennis opleveren over het aanpakken van knelpunten en het komen tot oplossingsstrategieën.

Betrouwbare en eenduidige informatie over het verleden en het heden is noodzakelijk om inzicht te hebben in: 'hoe staan we ervoor?'. Het helpt ook om trends uit het verleden zichtbaar te maken en door te trekken naar de toekomst: 'wat zou het kunnen betekenen?' Het Onderzoeksprogramma AZW werkt momenteel met een prognosemodel. Ontwikkelingen worden geëxtrapoleerd naar de toekomst op basis van met name de geraamde zorguitgaven van het Ministerie voor de komende jaren. Het is wenselijk om in toekomstige scenario's en prognoses meer rekening te houden met andere belangrijke en onzekere ontwikkelingen dan zorguitgaven, zoals zorggebruik.

De sector Zorg en WJK verandert in een rap tempo. Veranderingen in de arbeidsmarkt hangen samen met veranderingen in de inrichting, organisatie en financiering van zorg en WJK. Ook het opleidingsveld is aan veranderingen onderhevig. Veranderingen doen zich landelijk voor, maar ook in de regio, in diverse (sub)branches en op de grensgebieden tussen deze branches en in afzonderlijke gemeenten en organisaties. Al deze trends kunnen niet los van elkaar worden gezien. Ze beïnvloeden elkaar wederzijds. Dat betekent dat regionale trends voorbodes kunnen zijn van toekomstige landelijke trends of dat experimenten in enkele organisaties landelijke navolging kunnen krijgen. In deze context zou een onderzoeks-

programma de huidige focus op verzorgende, verpleegkundige en agogische kwalificaties moeten verbreden naar andere kwalificaties en functies. Bovendien is behalve kwantitatieve informatie ook kwalitatieve informatie van belang over 'weak signals' (nu nog weinig impact, maar mogelijk in de toekomst wel) en 'wild cards' (komen niet vaak voor, maar als ze zich voordoen, hebben ze enorme impact).

Uitdaging

Belangrijke onderzoeksvragen in een vernieuwd Onderzoeksprogramma Arbeid in Zorg en Welzijn zijn:

Hoe kunnen arbeidsmarktinformatie, trends en scenario's zo worden vormgegeven dat ze zo goed mogelijk aansluiten bij de actuele personele en arbeidsmarktuitdagingen van werkgevers, regio's, branches en onderwijs?

Literatuur

- Aanjaagteam verwarde personen (2016). *Doorpakken! Eindrapportage aanjaagteam verwarde personen*. Den Haag: VNG. vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20160930-eindrapportage-anjaagteam-verwarde-personen-sep2016.pdf
- Adviescommissie Voltooid Leven (2016). *Voltooid leven: Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Commissie van wijzen inzake hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten*. Den Haag. njb.nl/Uploads/2016/2/160204-adviescommissie-voltooid-leven-voltooid-leven-over-hulp-bij-zelfdoding-aan-mensen-die-hun-leven-voltooid-achten.pdf
- Algemene Rekenkamer (2016). *Zorgakkoorden: Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4*. www.rekenkamer.nl/Publicaties/Onderzoeksrapporten/Introducties/2016/12/Zorgakkoorden
- Alzheimer Nederland en Nivel (2016). *Dementiemonitor Mantelzorg 2016: Mantelzorgers over zorgbelasting en ondersteuning*. www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Dementiemonitor_Mantelzorg_2016.pdf
- Arbeidsmarktprogramma Zorg en Welzijn (2016)*. www.azwinfo.nl
- Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015: Integrerend rapport (2016)*. Essen, G. van, Kramer, S., Velde, F. van der & Windt, W. van der. Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Den Haag: CAOP & Kiwa Charity. www.azwinfo.nl/documents/Basispublicaties
- AZW Actueel - 1 (2016)*. Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Kiwa Charity & CAOP. Juni 2016. www.azwinfo.nl/documents
- AZW Actueel - 2 (2016)*. Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Kiwa Charity & CAOP. Oktober 2016. www.azwinfo.nl/documents
- AZW Actueel - 3 (2016)*. Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Kiwa Charity & CAOP. December 2016. www.azwinfo.nl/documents
- Bart, F. et al. (2016). *De routekaart naar een meer integrale benadering van wonen, zorg en pensioen*. Netspar, Occasional, 01 2016. https://www.netspar.nl/assets/uploads/OCC-01-2016_De_routekaart_naar_een_meer_integrale_benadering_van_wonen_zorg_en_pensioen.pdf
- Birch consultants (2015). *Tendrapportage: Een toekomstverkenning van de zorg en de paramedische beroepen*. Eindhoven: Fontys. www.birchconsultants.com/downloads/373/tendrapportage.-een-toekomstverkenning-van-de-zorg-sector-en-de-paramedische-beroepen-slotversie-.pdf
- Bosman & Vos (2016). *Verzorgenden in wijkteams: Een verkenning naar aantallen, deskundigheid en rol*. Poortvliet, P. & Lameris, P. in opdracht van ZonMW. www.bosmanvos.nl/nieuws/versterken-rol-en-deskundigheid-van-verzorgenden-in-wijkteams/
- Brinkman & Strating (2016). *Cao's in een veranderende arbeidsmarkt*, *Tijdschrift voor HRM*, 9, 4-5. tijdschriftvoorhrm.nl/newhrm/downloaddocument.php?document=613
- Capaciteitsorgaan (2016). *Capaciteitsplan 2016. Deelrapport 8 FZO-beroepen: 7 Medisch ondersteunende beroepen en 8 Gespecialiseerd verpleegkundige beroepen*. Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2016. www.capaciteitsorgaan.nl/wp-content/uploads/2016/10/2016_10_21-Capaciteitsplan-2016-Deelrapport-8-FZO-DEFINITIEF.pdf
- CBS (2016a). *Trends in Nederland 2016*. www.cbs.nl/-/media/_pdf/2016/26/2016-trends-in-nederland-2016.pdf
- CBS (2016b). Statline. statline.cbs.nl/
- Commissie Toekomstige Zorg Zeeland (2016). *Visie op zorg in Zeeland in 2025*. www.zeeland.nl/sites/zi-zeeland/files/visie_op_zorg_in_zeeland.pdf
- Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: De contouren*. M. Kaljouw & K. van Vliet (red.). Zorginstituut Nederland. www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2015/04/10/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren/naar-nieuwe-zorg-en-zorgberoepen-de-contouren.pdf
- Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (2016). *Anders kijken, anders leren, anders doen*. www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/11/17/anders-kijken-anders-leren-anders-doen
- Coolen, J. (2015). *Ouderen in zorghuizen: broze mensen én leefplezier*. www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/ouderen-zorghuizen-kwaliteit-verpleeghuiszorg.pdf

- CPB (2016a). *Een raming van de zorguitgaven 2018-2021*. Mot, E., Stuu, K., Westra, P. & Aalberts, R. (2016). CPB, Achtergronddocument, 30 maart 2016. www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-achtergrond-document-30mrt2016-een-raming-van-de-zorguitgaven-2018-2021.pdf
- CPB (2016b). *Startnotitie Keuzes in Kaart 2018-2021: De budgettaire effecten*. www.cpb.nl/publicatie/startnotitie-keuzes-in-kaart-2018-2021-de-budgettaire-effecten
- CPB (2016c). *De flexibele schil van de Nederlandse arbeidsmarkt: Een analyse op basis van microdata*. CPB Achtergronddocument. Den Haag. www.cpb.nl/publicatie/de-flexibele-schil-van-de-nederlandse-arbeidsmarkt-een-analyse-op-basis-van-microdata
- CPB (2016d). *Macro-economische verkenningen 2017*. www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/Macro-Economische-Verkenning-MEV-2017.pdf
- De staat van Volksgezondheid en Zorg: Kerncijfers voor beleid*. www.staatvenz.nl/
- DUO (2016). duo.nl/organisatie/open_onderwijsdata/databestanden/default.asp
- European social partner's agreement on active ageing and inter-generational approach, 2017*. www.epsu.org/sites/default/files/article/files/AAIS_and_EU_SD.pdf
- FWG (2015). *De zorg ontregelt*. www.fwg.nl/wp-content/uploads/2016/01/FWG-Trendrapport-De-zorg-ontregelt-digitale-versie.pdf
- FWG (2016). *En wat heeft de cliënt eraan? Over de toekomst van HR in de zorg*. www.fwg.nl/hrtrendmonitor2016/
- Intelligence Group (2015). *IT Labour market monitor 2016 The Netherlands: Developments & opportunities in the IT Labour market*. Bekke, G., Oonk, V., Derksen, D. & Hol, M. Rotterdam. www.netcare.nl/webdav/download?container_guid=1&p=IT%20labour%20market%202016.pdf
- Kennisagenda ouderen met psychische problemen, 2016*. Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie. www.nkop.nl/nieuws/bericht/?bericht=59
- LHV/NHG (2012). *Toekomstvisie Huisartsenzorg*. www.tkv2022.nl/wp-content/uploads/2012/11/LHV001-37-Toekomstvisie-Totaal-Binnenwerk_021112_WWW.pdf
- Maten-Speksnijder, A. ter (2016). *Finding Florence: Shedding Light on Nurse Practitioners' Professional Responsibility*. Diss. Rotterdam: Hogeschool. <https://repub.eur.nl/pub/93247/>
- Manifest Scherp op Ouderenzorg* (2016). Borst, H. & Gaemers, C. www.scherpopouderenzorg.nl/
- Miljoenennota 2017: Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, 34 550, nr. 1*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/begrotingen/2016/09/20/miljoenennota-2017>
- Ministerie van VWS (2016a). *Aanbiedingsbrief Eindrapport 'Toekomstbestendige beroepen binnen de verpleging en verzorging' (13 januari 2016)*. Den Haag. www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/01/13/kamerbrief-over-rapport-toekomstbestendige-beroepen-in-de-verpleging-en-verzorging
- Ministerie van VWS (2016b). *Aanpak regeldruk en administratieve lasten, Tweede Kamer 29 515, nr. 395*. Den Haag. zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29515-395.html
- Ministerie van VWS (2016c). *Bijlage Beschreven kaders door betrokken partijen eerstelijnsverblijf in de zorgverzekeringswet per 2017*. www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2016/05/30/beschreven-kaders-door-betrokken-partijen-eerstelijns-verblijf-in-de-zorg-verzekeringwet-per-2017
- Ministerie van VWS (2016d). *Rijksbegroting 2017 XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, 23 550 xvi, nr. 1*. www.rijksoverheid.nl/documenten/begrotingen/2016/09/20/xvi-volksgezondheid-welzijn-en-sport-rijksbegroting-2017
- Monitor sectorplannen zorg* (2016). Velde, F. van der & Wilschut, J.. Rijswijk en Den Haag: Kiwa en CAOP. www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/08/01/monitor-sectorplannen-zorg-augustus-2016
- Movisie (2016). *Hoe gaan gemeenten om met dagbesteding: Verkenning binnen 35 gemeenten*. Utrecht. [www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Verkenning-dagbesteding-35-gemeenten%20\[MOV-9882436-1.1\].pdf](http://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Verkenning-dagbesteding-35-gemeenten%20[MOV-9882436-1.1].pdf)
- Nictiz en Radboud UMC (2015). *Een deur naar de rest van de wereld: Succesfactoren en barrières bij de implementatie van beelschermzorg*. <https://www.nictiz.nl/publicaties/rapporten/een-deur-naar-de-rest-van-de-wereld>
- Nivel (2016a). *De aantrekkelijkheid van werken in de zorg 2015: Cijfers en trends*. Maurits, E.M.M., Veer, A.J.E. de, Spreeuwenberg, P. & Francke, A.L. Utrecht: Nivel. www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/aantrekkelijkheid-werken-zorg-2015.pdf

- Nivel (2016b). *Inspelen op Veranderingen in de zorg: Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners*. Maurits, E.E.M., Veer, A.J.E. & Francke, E.L.. Utrecht: Nivel. www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Inspelen_op_veranderingen_in_de_zorg.pdf
- Nivel (2016c). *Praktijkondersteuners POH'ers in beeld: Aantallen, kenmerken en geografische spreiding in Nederland*. Hassel, D. van, Batenburg, R. & Velden, L. van der. Utrecht: Nivel. www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_analyse_arbeidsmarkt_POH.pdf
- Nivel (2016d). *Substitutiepotentieel tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg: Communicerende vaten of gescheiden circuits?* Jong, J. de, Korevaar, J., Kroneman, M., Dijk, C. van, Bouwhuis, S. & Bakker, D. de. Utrecht: Nivel. www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/substitutiepotentieel-tussen-eerste-tweede-lijns-zorg.pdf
- NVZ (2016). *25 jaar patiënt in beeld. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2016*. Utrecht: NVZ. www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/35423/Brancherapport_2016_NVZ.pdf
- NZA (2016). *Monitor Langdurige zorg*. www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/langdurige-zorg/nieuws/NZa-publiceert-Markscan-langdurige-zorg-2016/
- RIVM (2016). *Een samenhangend beeld van kanker: ziekte, zorg, mens en maatschappij. Themarapportage van de Staat van Volksgezondheid en zorg*. www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2016/November/Een_samenhangend_beeld_van_kanker_ziekte_zorg_mens_en_maatschappij_Themarapportage_van_de_Staat_van_Volksgezondheid_en_Zorg
- SCP (2016a). *Aanbod van Arbeid*. https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/Aanbod_van_arbeid_2016
- SCP (2016b). *Overall rapportage sociaal domein 2015; Rondom de transitie*. Pommer, J., Boelhouwer, J. (red.). Den Haag. https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/overall_rapportage_sociaal_domein_2015
- SCP (2016c). *Verzorgd in Europa: kerncijfers 2013. Een vergelijking van de zorg en ondersteuning voor 50-plussers in veertien Europese landen*. https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/Verzorgd_in_Europa_kerncijfers_2013
- SCP (2016d). *Zorg en ondersteuning in Nederland: Kerncijfers 2014*. Putman, L., Verbeek-Oudijk, B., Klerk, M. de, Eggink, E. Den Haag: SCP. zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-739733.pdf
- SCP (2016e). *Zorg en onbehagen in de bevolking: Een verkenning van de publieke opinie op verzoek van de Raad van Volksgezondheid en samenleving ter voorbereiding van zijn congres op 10 oktober 2016*. http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2016/Zorg_en_onbehagen_in_de_bevolking
- SER (2016a). *Een werkende combinatie. Advies over het combineren van werken, leren en zorgen in de toekomst*. Den Haag. www.ser.nl/~media/db_adviezen/2010_2019/2016/werkende-combinatie-deel1
- SER (2016b). *Mens en technologie samen aan het werk*. Den Haag. www.ser.nl/nl/publicaties/adviezen/2010-2019/2016/mens-technologie.aspx
- SER (2016c). *Toekomstgericht beroepsonderwijs*. <https://www.ser.nl/nl/publicaties/adviezen/2010-2019/2016/toekomstbestendig-beroepsonderwijs.aspx>
- Sigra, in samenwerking met de 1e lijn in Amsterdam (2016). *De Amsterdamse huisartsenzorg in 2025 in drie scenario's: hoe ziet de huisartsenzorg er in de toekomst mogelijk uit en wat betekent dit voor arbeidsmarktbeleid in de eerste lijn?* www.sigra.nl/sites/default/files/publicaties/de_amsterdamse_huisartsenzorg_in_2025_in_drie_scenarios_-_sigra_april_2016_pdf.pdf
- SSFH (2016). *De praktijkondersteuner somatiek (POH-S) blijft onderdeel van het team in de huisartsenpraktijk*. www.ssfh.nl/nieuws/nieuws-item/de-praktijkondersteuner-somatiek-poh-s-blijft-onderdeel-van-het-team-in-de-huisartsenpraktijk/
- Stichting Beroepsonderwijs & bedrijfsleven (2016). *Toelichting kans op werk*. www.s-bb.nl/feiten-en-cijfers/kans-op-werk/toelichting-kans-op-werk
- Stuurgroep Bachelor of Nursing (2015). *Bachelor Nursing 2020: Een toekomstbestendig opleidingsprofiel*. LOOV. www.nursing.nl/verpleegkundigen/nieuws/2015/1/nieuw-opleidingsprofiel-hbo-verpleegkundige-gepresenteerd-1692873w/
- Stuurgroep Toekomstbestendige beroepen in verpleging en verzorging (2015). *Toekomstbestendige beroepen in verpleging en verzorging: Rapport stuurgroep over de beroepsprofielen en de overgangsregeling*. www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/12/03/toekomstbestendige-beroepen-in-de-verpleging-en-verzorging
- TNO (2016). *Maatschappelijke kosten van werkgerelateerde gezondheidsproblemen: kosten van arbeidsongeschiktheid en zorg*. publications.tno.nl/publication/34619473/KlnJzf/ploeg-2015-kosten.pdf

- Transform (2016). *Arbeidsmarkt in kaart Noord-Brabant*. September 2016.
arbeidsmarktinkaat.transvorm.org/
- Transitiecommissie Sociaal Domein (2016a). *De decentralisaties in het Sociaal Domein: 'wie houdt er niet van kakelbont?'*
www.transitiecommissiesociaaldomein.nl/documenten/persberichten/2016/03/18/vierde-voortgangsrapportage-tsd-een-sociaal-domein
- Transitiecommissie Sociaal Domein (2016b) *Transformatie in het Sociaal Domein; de praktijk aan de macht*. Den Haag, 30 september 2016;
www.transitiecommissiesociaaldomein.nl/documenten/rapporten/2016/09/30/vijfde-rapportage-tsd-transformatie-in-het-sociaal-domein-de-praktijk-aan-de-macht
- UWV (2016a). *Arbeidsprognoses 2016-2017*. www.uwv.nl/overuwv/kennis-cijfers-en-onderzoek/arbeidsmarktinformatie/uwv-arbeidsmarktprognose-2016-2017--ruim-200-duizend-banen-erbij-in-twee-jaar-tijd.aspx
- UWV (2016b). *Werk.nl* www.werk.nl/werk_nl/arbeidsmarktinformatie/publicaties/publicatie-voor-de-pers/persberichten?id=WDO217747
- UWV en SBB (2016). *Basiscijfers Jeugd, december 2016*.
www.uwv.nl/overuwv/kennis-cijfers-en-onderzoek/arbeidsmarktinformatie/basiscijfers-jeugd-december-2016--landelijke-editie.aspx
- Vilans (2016). *Grenzen verkennen: Wettelijke en juridische aspecten in het samenspel tussen informele zorg en formele zorg*. Scholten, C. Utrecht: Vilans.
www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/grenzen-verkennen-samenspel-informele-formele-zorg.pdf
- VNG (2015). *Verkenningen transformatie Sociaal Domein: Toekomstscenario's door en van de Nederlandse Gemeenten*. www.gemeentenvandetoekomst.nl
- VUmc (2016). *Toezichthoudende domotica; een handreiking voor zorginstellingen van VUmc*.
www.vumc.nl/afdelingen-themas/4851287/27797/Toezichthoudendedomotica
- Werknemersenquête (WNE) Zorg en WJK 2015* (2015). Evers, G., Jettinghoff, K. & Essen, G. van. Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Den Haag: CAOP & Kiwa Charity. www.azwinfo.nl/documents/Basispublicaties
- Werkgeversenquête 2015* (2015). Evers, G., Jettinghoff, K. & Essen, G. van. Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Den Haag: CAOP & Kiwa Charity. <http://www.azwinfo.nl/documents>
- Werkgeversenquête (WGE) 2016*. Jettinghoff, K. & Joldersma, C. Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Den Haag: CAOP & Kiwa Charity. <http://www.azwinfo.nl/documents>
- WRR (2016a). *Big Data in de zorg*. Working paper, nr. 19. Den Haag.
www.wrr.nl/publicaties/publicaties/2016/04/28/big-data-in-de-zorg
- WRR (2016b). *Verkenning van redzaamheid*. Custers. G. Den Haag.
www.wrr.nl/publicaties/publicaties/2016/04/16/verkenning-van-redzaamheid
- WRR (2016c). *De robot de baas: De toekomst van werk in het tweede machinetijdperk*. Went, R., Kremer, M. & Knottnerus, A. (red.). Den Haag.
www.wrr.nl/publicaties/publicaties/2015/12/08/de-robot-de-baas
- Zorgplein Noord en Ventura Plus. *Arbeidsmarkt zorg en welzijn Noord Nederland*.
www.zorgpleinnoord.nl/media/archives/publicaties-arbeidsmarktinformatie-arbeidsmarktverkenning-2016.pdf

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

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij
het CAOP. 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 het CAOP. CAOP aanvaardt geen
aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere
onvolkomenheden.

Colofon

Dit rapport is een uitgave van CAOP
Lange Voorhout 13, Postbus 556, 2501 CN Den Haag
www.caop.nl; info@caop.nl

Vormgeving: Studio tint, Den Haag

Dit programma wordt uitgevoerd door:

CAOP

kiwa 
Partner for progress