

# Arbeid in Zorg en Welzijn

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

2007

# Arbeid in Zorg en Welzijn 2007

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

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

*Utrecht, december 2007*

## Colofon

### Uitgave

December 2007

### Vormgeving

Drost, creatief in communicatie, De Meern

### Druk

PrintPartners Ipskamp BV, Enschede

Prismant is dé zakelijke dienstverlener voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Zij beschouwt het als haar opdracht om haar klanten te ondersteunen bij het formuleren, implementeren en evalueren van hun beleid, gericht op verbetering van doeltreffendheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg.

Vanuit haar betrokkenheid bij de Nederlandse gezondheidszorg wil Prismant toonaangevend zijn in de markt, betrouwbaar zijn als partner en excelleren op het gebied van advies, onderzoek, informatievoorziening en opleiding.

### Uitgever

Prismant

Papendorpseweg 65, 3528 BJ Utrecht

Postbus 85200, 3508 AE Utrecht

Telefoon 030 - 2345 678

Fax 030 - 2345 677

E-mail [prismant@prismant.nl](mailto:prismant@prismant.nl)

© Stichting Prismant, Utrecht, december 2007. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door foto kopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stichting Prismant.

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

® Prismant is een wettig gedeponeerd dienst- en warenmerk.

## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
<b>2. Trends op de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK</b>	<b>15</b>
<b>3. Vooruitzichten op de arbeidsmarkt</b>	<b>21</b>
<b>4. De arbeidsmarkt Zorg en WJK: een verdiepingsslag</b>	<b>27</b>
4.1 Benutten van reeds aanwezig personeel	30
4.2 Allochtone werknemers in Zorg en WJK, een nieuwe kans?	33
4.3 Kwalitatieve aansluitingsproblemen	41
4.4 Administratieve lasten en bureaucrativering	49
4.5 Taakherschikking en nieuwe beroepen in de zorg	52
4.6 Regionale verscheidenheid	54
<b>5. De arbeidsmarkt per branche</b>	<b>59</b>
5.1 Een vergelijking tussen de branches	61
5.2 Ziekenhuizen	62
5.3 Verpleeg- en verzorgingshuizen/thuiszorg	64
5.4 Gehandicaptenzorg	69
5.5 GGZ	72
5.6 Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening	74
5.7 Jeugdzorg	76
5.8 Kinderopvang	78
<b>6. Slotbeschouwing</b>	<b>81</b>
<b>Literatuur</b>	<b>87</b>



## Voorwoord

In opdracht van het ministerie van VWS, de arbeidsmarktfondsen van sociale partners, het CWI en Calibris voert Prismant het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn uit. Het doel van dit programma is om partijen te voorzien van eenduidige en betrouwbare informatie over ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de sector Zorg en Welzijn. Eén van de onderdelen van het programma is het jaarlijks schrijven van een integrerend rapport over de arbeidsmarktsituatie in de sector Zorg en Welzijn.

Voor u ligt het derde integrerend rapport van Prismant. Het is een vervolg op de reeks jaarlijkse rapporten waarmee de OSA in 1995 is begonnen en die vanaf 2005 door Prismant is voortgezet. De opzet van deze rapportage is gewijzigd ten opzichte van voorgaande jaren. De trends en ontwikkelingen die zich voordoen zijn hier beknopter weergegeven, maar elders uitgebreider te vinden ([www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)). Dit gaf ruimte om in deze rapportage aan een aantal specifiek onderwerpen wat uitgebreider aandacht te besteden.

Het integrerend rapport is verschillende keren besproken met de Stuurgroep van het onderzoeksprogramma. Bij het tot stand komen van deze rapportage maakten de volgende personen deel uit van de Stuurgroep: P. de Jonge (ActiZ, organisatie van zorgondernemers), mevr. J. Daggelder (GGZ Nederland), mevr. A. Cremers (NU'91), mevr. M. Meere (ABVA-KABO), J. Scholten (NVZ), H. Timmerman (VGN), A. Kersten (VWS), J. Weiland (VWS), K. Hillen (FCB Dienstverleners in Arbeid smarkt vraagstukken), L. Pothast (Calibris) en A. Bouman (CWI).

We willen graag alle stuurgroepleden bedanken voor hun constructieve bijdragen. We spreken de hoop uit dat het rapport zal bijdragen aan een groter inzicht in de arbeidsmarktontwikkelingen in de sector en aan het vinden van oplossingen voor de knelpunten die in de komende jaren worden verwacht.

De auteurs

Utrecht, december 2007



## Samenvatting

In deze rapportage zijn de resultaten van actueel onderzoek samengebracht. Daaruit komt een aantal belangrijke (potentiële) knelpunten op de arbeidsmarkt van zorg en WJK (Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang) naar voren, evenals belangrijke aandachtspunten voor het arbeidsmarktbeleid. We noemen het dreigende tekort aan verzorgenden; de dalende belangstelling voor de opleiding tot verzorgende; de wenselijkheid om bij een slinkend arbeidsaanbod nieuwe doelgroepen aan te boren; de geringe belangstelling van personen van Turkse en Marokkaanse afkomst om in de zorg te werken; de noodzaak om het arbeidsaanbod te vergroten door de uittredeleeftijd omhoog te brengen en de gemiddelde wekelijkse arbeidstijd te verlengen; de noodzaak om blijvend te investeren in scholing; het beter benutten van de mogelijkheden van personeelsplanning en het voldoende aandacht hebben voor arbeidsomstandigheden onder meer in verband met werkdruk en agressie.

### Dreigend groot tekort aan verzorgenden

De Nederlandse arbeidsmarkt wordt krappere. De vraag naar personeel groeit, ook in de sector zorg en WJK. Het traditionele aanbod voor de sector, vooral schoolverlaters en herintreders, slinkt. Bij verzorgenden leidt dit sectorbreed al snel tot dreigende problemen; zeker wanneer er een extra beroep gedaan wordt op de ouderenzorg. Voor de gehandicaptenzorg gaat het nu om niveau 3 in zijn algemeenheid; in de toekomst om medewerkers maatschappelijke zorg.

Het vergroten van de instroom in de opleidingen moet een en ander voorkomen. Deze instroom zal deels vanuit het voortgezet onderwijs plaats moeten vinden, deels door zij-instromers die van beroep veranderen. Hiertoe zullen gerichte plannen ontwikkeld moeten worden.

Bij andere beroepsgroepen (verpleegkundigen, sociaalagogen) in de sector zorg en WJK hangt de omvang van de toekomstige problemen af van de vraag welk beroep er door de maatschappij op zorg- en welzijnsdiensten gedaan wordt en hoe snel er vervolgens maatregelen genomen worden om in-, door- en uitstroom van personeel hierop aan te passen. Een vinger aan de pols is gewenst. Bij medici en verloskundigen lijken zich de komende jaren over het algemeen geen tekorten voor te doen. (Hetgeen niet wegneemt dat zich in specifieke situaties wel problemen kunnen voordoen.) Over andere groepen (paramedici en assistenten) kunnen geen uitspraken gedaan worden: daarover ontbreken recente onderzoeksgegevens.

### Noodzaak nieuwe doelgroepen

Ook al neemt de arbeidsproductiviteit (zoals bv. in de ziekenhuizen) sneller toe dan in het verleden, de doorgaande groei van de zorgvraag vergt hoe dan ook veel nieuw personeel. Over vijf à tien jaar komt daar een sterk stijgende vervangingsvraag als gevolg van de vergrijzing van het huidige personeelsbestand bij. Het aanboren van nieuwe groepen of het opnieuw aanboren van groepen waar de sector in het verleden succes had, is zonder meer noodzakelijk. Onderzoek naar de belemmeringen die Turken en Marokkanen ervaren om in de verpleging en verzorging te gaan werken heeft daarbij hoge prioriteit. Werkgevers zullen specifiek aandacht moeten besteden aan het werven en behouden van personeel uit deze groepen, voor zover zij dat niet al doen. Ook zullen zij-instromers nadrukkelijk aandacht moeten krijgen. Wellicht is het ook zinvol om te proberen meer mannen aan te trekken. Hun aandeel onder de werknemers in de sector blijft slinken. Het verder uitbouwen van loopbaanmogelijkheden, waar de sector overigens volgens de werknemers al enige verbeteringen in boekt, is dan wel noodzakelijk.

## Behoud van personeel

Momenteel worden door het kabinet veel inspanningen gericht op het verhogen van de uittredeleeftijd uit het arbeidsproces. Voor de sector is het verhogen van de uittredeleeftijd van belang om over vijf tot tien jaar niet op grote schaal geconfronteerd te worden met een enorme vervangingsvraag. In tegenstelling tot elders zijn er voor de sector nog weinig tekenen dat zich veranderingen voor gaan doen in het uittredingsproces. Onderzoek naar de voorwaarden waaronder de uittredeleeftijd verhoogd kan worden is zeer gewenst. Voor een dergelijk onderzoek gericht gedaan kan worden dienen eerst feitelijke gegevens rond uittreding op tafel te komen.

Verlenging van de wekelijkse arbeidstijd kan het aanbod ook vergroten. Bij de huidige werknemers lijkt de animo hiertoe niet groot. Waar deze zich wel manifesteert (bijvoorbeeld bij jongeren die net de arbeidsmarkt betreden) zullen werkgevers dit met beide handen moeten aangrijpen en moeten honoreren, ook al vraagt dit om creatieve oplossingen bij bijvoorbeeld de inroostering van werknemers.

## Blijven opleiden steeds belangrijker

De aansluiting van het beroepsonderwijs op de arbeidsmarkt vraagt veel aandacht. Ook de toerusting van het zittende personeel op huidige en toekomstige taken is van groot belang. Scholing van het personeel is een noodzakelijke voorwaarde om kwalitatief goede zorg en diensten op het terrein van WJK te kunnen blijven verlenen. Behalve de kwaliteit van de dienstverlening, speelt ook het individuele belang van de werknemer vanwege employability hierbij een rol. Steeds meer zal in een sterk veranderende Zorg- en WJK-sector niet de zekerheid van de baan, maar wel van het werk een rol spelen (werkzekerheid in plaats van functiezeekerheid). Een leven lang leren maakt opleiden nog belangrijker dan het al was.

## De paradox van verloopbeheersing en mobiliteitsbevordering

Een deel van met name jonge werknemers in de sector is zeer mobiel; voor ouderen is het vaak minder eenvoudig om van functie te wisselen. De sector wordt geconfronteerd met de noodzaak om het vertrek van personeel zo veel mogelijk te beperken en tegelijkertijd de interne doorstroom te bevorderen. Dit vraagt om een integrale en planmatige aanpak van de personeelsplanning.

In de sector fungeren tegenwoordig steeds meer grootschalige organisaties die in staat moeten zijn een intern doorstroombeleid voor hun personeel te realiseren. Verloopbeheersing, het bevorderen van interne mobiliteit en een gericht instroom- en scholingsbeleid kunnen elkaar zo in een samenhangend geheel versterken.

## Oordeel over het werk

Het verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel is betrokken, maar kritisch op het werk. Dat werk ervaart men als zwaar en men zou het graag beter willen doen. Een derde van de medewerkers wordt geconfronteerd met agressie. Men vindt vaak dat de betaling te wensen over laat, maar men is doorgaans tevreden met de werktijden. In elke instelling blijft dus aandacht voor arbeidsomstandigheden en -voorwaarden van groot belang om het belangrijke werk zo aantrekkelijk mogelijk te houden.

## Regionale verschillen

Uit onderzoek blijkt dat al deze mogelijke oplossingen in hun regionale context bekeken moeten worden. Tekorten aan verzorgenden manifesteren zich vrijwel overal. Er zijn echter grote verschillen tussen regio's op de volgende punten: het beslag dat de sector legt op de regionale arbeidsmarkt, de populariteit van het verpleegkundig, verzorgend en sociaal-agogische onderwijs, de ontwikkeling in die populariteit in de jaren 2000-2006, de participatiegraad van vrouwen op de arbeidsmarkt, het verloop en de mate waarin in deeltijd gewerkt wordt en de mate waarin het personeelsbestand vergrijsd is en verder zal vergrijzen.

Tussen deze factoren onderling is weinig samenhang. Dat impliceert dat de vrijheidsgraden om oplossingen te vinden voor dreigende personeelsproblemen groot zijn. Waar de beste kansen liggen voor een regio, is sterk regionaal bepaald. Dáár moeten dus de strategische keuzes worden vastgesteld.

## Branche verschillen

De verschillende organisaties opereren allen in een eigen, unieke arbeidsmarktsituatie. Per branche zijn er verschillen in welke knelpunten en aandachtspunten aandacht verdienen. Landelijke partijen zullen hierbij faciliterend actief moeten zijn.



# 1. Inleiding



## 1. Inleiding

Dit rapport geeft een beknopt, actueel beeld van de arbeidsmarkt in de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang (hierna: de sector Zorg en WJK) en een vooruitblik op de komende jaren. Verder besteden we aandacht aan een aantal specifieke onderwerpen, die op dit moment in discussies over de arbeidsmarkt in Zorg en WJK een prominente rol spelen.

Hoofdstuk 2 beschrijft beknopt de ontwikkelingen van de afgelopen jaren en schetst een beeld van de huidige situatie in de sector in vergelijking met de rest van de economie. Hoofdstuk 3 biedt een beknopt overzicht van ontwikkelingen die van invloed zijn op de vraag naar zorg- en welzijnsdiensten en op de toekomstige vraag naar en het aanbod aan personeel.

Uitgebreidere beschrijvingen over deze onderwerpen kunt u vinden op [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl). Daar wordt ook een databank aangeboden, waarmee over veel onderwerpen gedetailleerde statistische informatie is te verkrijgen.

In hoofdstuk 4 besteden we achtereenvolgens aandacht aan de volgende thema's: het beter benutten van al beschikbaar personeel, allochtonen, kwalitatieve tekorten en aansluitingsproblemen, regionale verscheidenheid en taakherschikking en nieuwe beroepen. Deze selectie van onderwerpen is gebaseerd op een keuze van de Stuurgroep. Zij bestempelden de onderwerpen als relevant gezien de problematiek op de arbeidsmarkt. In hoofdstuk 5 worden ten slotte de belangrijkste ontwikkelingen per branche geschetst.

<sup>1</sup> Sector Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang



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



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

In dit hoofdstuk beschrijven we beknopt de belangrijkste trends op de arbeidsmarkt van Zorg en WJK. Voor de achterliggende, meer uitgebreide documentatie verwijzen we naar [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)<sup>1</sup>. Achtereenvolgens worden de belangrijkste trends benoemd voor wat betreft de opleidingen, de werkgelegenheid, het personeelsbestand, de kwaliteit van arbeid en het personeelsbeleid. Uit deze korte beschrijving valt af te leiden waarin de arbeidsmarkt in de sector Zorg en WJK sterk is en waarin zij kwetsbaar is.

### Opleidingen

Het totaal aantal leerlingen dat een opleiding gericht op een zorg- of welzijnsberoep volgt groeide ook in 2006. De groei kwam echter vrijwel alleen voor rekening van de sociaalagogische en paramedische opleidingen. Het aantal leerlingen dat een medische, verpleegkundige of assisterende opleiding volgt stabiliseerde; bij de opleiding tot verzorgende is er sprake van een daling.

Voor beroepen in de verpleging en verzorging kan men langs twee routes een opleiding volgen: lerend werken (BBL) en lerend met stages (BOL). Het aandeel leerlingen dat een opleiding volgens de lerend werken route volgt (BBL) stabiliseerde in 2006, na een eerdere daling die in 2002 inzette.

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

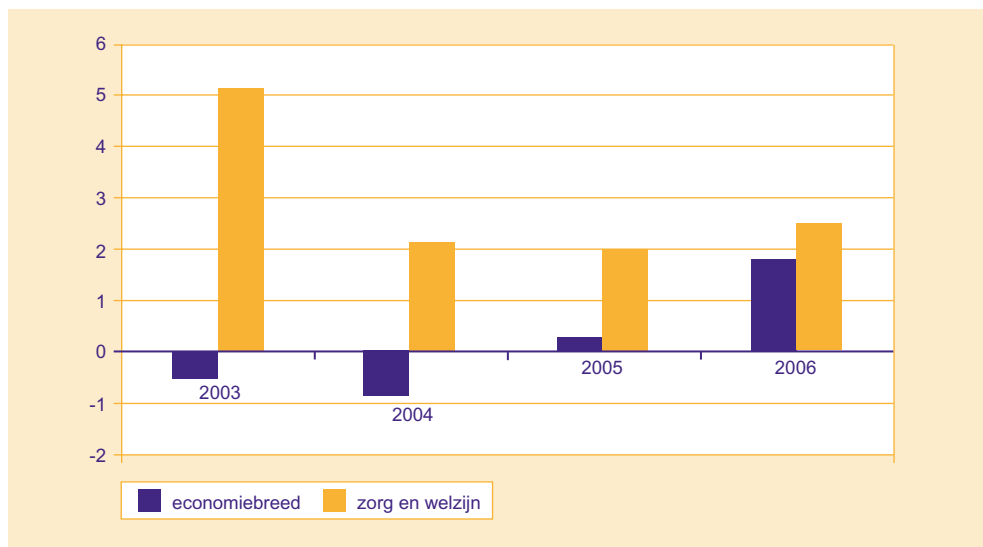
### Werkgelegenheid

#### Ontwikkeling

De werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK groeide de afgelopen drie jaar steeds met rond de 2%. Economiebreed was er daarentegen in 2003 en 2004 sprake van een krimp en zet de groei van de werkgelegenheid pas in 2006 in. Het groeitempo van de sector Zorg en WJK lag in 2006 nog iets hoger dan economiebreed (Figuur 2.1).

- 1 Dit hoofdstuk is gebaseerd op de volgende documenten:
  - 1.1 De ontwikkeling van de werkgelegenheid economiebreed en in Zorg en WJK
  - 1.2 De werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK nader bekeken
  - 1.3 Mobiliteit: vacatures, in- en uitstroom
  - 1.4 Opleidingen voor de sector Zorg en WJK
  - 1.5 Kwaliteit van arbeid

**Figuur 2.1 De mutatie in het aantal werkzame personen t.o.v. het voorafgaande jaar**



Bron: CBS

Al met al zijn er in 2006 bijna 1,2 miljoen werkenden in de sector Zorg en WJK. Dat is 14,1% van alle werkenden in ons land.

### Structuur

Eenzijds is er in een aantal branches door fusies en overnames sprake van steeds verdergaande concentratie en schaalvergroting van instellingen. Anderzijds verdubbelde het aantal eenmansbedrijven<sup>2</sup> in de sector Zorg en WJK in de afgelopen tien jaar ruimschoots. Economiebreed groeide het aantal eenmansbedrijven ook, maar met een toename van 40% aanzienlijk minder sterk dan in de sector Zorg en WJK (CBS, persbericht 17 september 2007).

### Trendbreuken

Doorgaans groeien alle branches in de sector. Veranderingen in het systeem van gezondheidszorg kunnen echter grote gevolgen hebben voor die groei. Zo leidt bijvoorbeeld de invoering van de Wmo in 2007 tot een aanzienlijke verschuiving in de vraag naar personeel in de thuiszorg: veel minder huishoudelijke hulp en veel meer alfahulp. Ook veranderingen bij de Kinderopvang in de vorm van eigen bijdragen hadden gevolgen voor de ontwikkeling van de werkgelegenheid. In 2005 was er sprake van krimp en nu onder invloed van verruiming van de buitenschoolse opvang van extra groei.

### Personeelsbestand

#### Vacatures, in- en uitstroom

Ondanks de sterkere groei van de werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK groeit het aantal vacatures en moeilijk vervulbare vacatures in 2006 minder snel dan economiebreed het geval is. De branches kennen bij het vervullen van vacatures elk hun eigen specifiek instroompatroon.

2 Ingeschreven bij de Kamer van koophandel, dus alfahulpen vallen hier niet onder.

De Jeugdzorg en de GGZ trekken veel nieuwe werknemers uit andere banen aan. De Jeugdzorg trekt daarbij vooral mensen van buiten de sector Zorg en WJK aan, de GGZ veel mensen uit andere branches van Zorg en WJK. De thuiszorg en kinderopvang trekken relatief veel mensen aan die voor het moment van instromen geen werk, maar ook geen eigen uitkering hadden. Welzijn en maatschappelijke dienstverlening trekken verhoudingsgewijs veel uitkeringsgerechtigden aan. Verpleeg- en verzorgingshuizen en ziekenhuizen onderscheiden zich door het verhoudingsgewijs aantrekken van veel scholieren.

De uitstroom van personeel neemt weer toe: van rond de 9% in 2006 naar rond de 10% medio 2007. De stijging is vooralsnog minder groot dan men op grond van het verleden in een aantrekende economie en arbeidsmarkt zou verwachten.

### **De werkenden**

De werkenden in de sector zijn geen afspiegeling van de totale beroepsbevolking. Vrouwen zijn aanzienlijk oververtegenwoordigd met 83% tegen 45% onder alle werkenden; allochtonen zijn ondervertegenwoordigd (met 13% tegen 18%) (zie ook paragraaf 4.2). Er wordt veel in deeltijd gewerkt en er werken veel middelbaar en hoger opgeleiden in de sector.

### **Arbeidsproductiviteit**

Verhoging van de arbeidsproductiviteit zal voor een deel in de blijvend toenemende vraag naar zorg- en WJK-diensten moeten voorzien. Recente gegevens over arbeidsproductiviteit ontbreken jammer genoeg. Het CBS komt begin 2008 op dit terrein met nieuwe informatie over ziekenhuizen en ouderenzorg.

### **Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid**

Bedroeg het ziekteverzuimpercentage (exclusief zwangerschap) in 2001 nog 7,7%, in 2007 is dat gedaald tot onder de 5%. Aan de jarenlange daling lijkt geleidelijk aan wel een einde gekomen te zijn.

### **Kwaliteit van arbeid**

In de kwaliteit van arbeid lijken tot nu toe geen grote verschuivingen plaats te hebben. Wel is er sprake van accentverschuivingen. Zo blijkt uit onderzoek (Zie bijvoorbeeld: Panel V&V) dat de zelfstandigheid van medewerkers in het primaire proces in de sector Zorg langzamerhand afneemt. Ook is er blijvend sprake van een hoge werkdruk, onder meer wegens de complexer wordende zorg, de personeelsbezetting en toenemende protocollering en registratie, onder meer in het kader van verbetering van de kwaliteit van zorg. Toenemende aandacht lijkt er ook te komen voor agressie en geweld op het werk, waar de gezondheidszorg bij uitstek mee te maken heeft. Ruim een derde van de verpleegkundigen en verzorgenden wordt in het werk geconfronteerd met agressie van cliënten. Het aantal meldingen van beroepsziekten uit de sectoren Zorg en WJK neemt daarentegen af, niet alleen in absolute aantallen, maar ook in vergelijking met andere sectoren. Dit is vooral te danken aan de daling van het aantal gemelde infectieziekten en aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat.

### **Personeelsbeleid**

Met betrekking tot het personeelsbeleid van werkgevers, gaat de aandacht in toenemende mate uit naar het aantrekken van nieuw personeel. Voor veel werkgevers vormt dit nu al een belangrijk knelpunt. Voor de komende jaren verwacht men dat dit knelpunt alleen maar groter zal worden.

Een deel van de werkgevers is van mening dat een aantal van hun medewerkers onvoldoende voorbereid is op de eisen die het werk de komende jaren aan hen gaat stellen. Daarom is er ook veel aandacht voor bij- en nascholing van medewerkers. Werkgevers zien in dat kader graag hogere overheidsinvesteringen in scholing en training, en zouden graag een stagefonds willen, als belangrijke maatregel om de arbeidsmarkt beter te laten functioneren.

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



### 3. Vooruitzichten op de arbeidsmarkt

In dit hoofdstuk geven we beknopt de belangrijkste vooruitzichten op de arbeidsmarkt van Zorg en WJK weer. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de vraag naar zorg en welzijn, het aanbod aan personeel en de confrontatie tussen vraag en aanbod. Voor de achterliggende documentatie verwijzen we naar [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)<sup>3</sup>.

#### De vraag naar zorg en welzijn

De vraag naar zorg wordt in de komende jaren vooral beïnvloed door de verdergaande vergrijzing van de bevolking. Daarmee gepaard zien we een toename van het aantal chronisch zieken.

De omvang van de bevolking neemt nog maar weinig toe.

Onduidelijk is wat de nog steeds stijgende levensverwachting voor de vraag naar zorg betekent. Immers met deze stijging neemt ook het aantal niet-gezonde levensjaren toe. Verder is van belang of een aantal ongunstige gezondheidstrends (overgewicht, weinig bewegen, gebruik tabak en alcohol) omgebogen kunnen worden. De vraag naar personeel neemt zeker toe, maar hoeveel is minder eenduidig.

In het huidige kabinetsbeleid krijgt de zorgsector prioriteit. Dit komt met name tot uitdrukking in het beschikbaar stellen van extra middelen voor zorghuizen en jeugdzorg. Ook Kinderopvang, met name buitenschoolse opvang, wordt gestimuleerd. Een en ander leidt de komende jaren tot een extra grote vraag naar personeel voor deze branches. Voor de Kinderopvang leidt dat door de uitbreiding van de buitenschoolse opvang (BSO) momenteel al tot extra vraag naar personeel.

Onderdelen van de professionele zorg kunnen mogelijk door mantelzorg opgevangen worden. Sommige onderzoeken wijzen op een tekortschietend aanbod van mantelzorg (Van Waveren, 2006), anderen voorspellen wel voldoende aanbod (De Boer, 2005; SCP, 2007). In alle gevallen wijst men er wel op dat door sociale en culturele trends de druk op individuele mantelzorgers toeneemt. De stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen en ouderen, de toenemende geografische afstand tussen verwanten en een hoger opleidingsniveau hebben een negatieve invloed op het aanbod van mantelzorg. Daarnaast prefereren veel hulpbehoevenden juist professionele zorg omdat zij zich bezwaard voelen om hulp van hun naasten te ontvangen.

Er zijn echter ook positieve ontwikkelingen, zoals de stijging van het aantal potentiële hulpverleners bij ouderen.

#### Het aanbod van personeel

Aan de groei van de beroepsbevolking in ons land is bijna een einde gekomen (CWI, 2007).

De potentiële beroepsbevolking groeit zelf niet meer, maar wel neemt de participatiegraad nog iets toe, met name bij vrouwen en ouderen. Vanaf 2011 verwacht het CWI echter een afname van de beroepsbevolking. Dit speelt nu al in een aantal regio's met een demografische voorsprong (bijvoorbeeld Limburg).

3 Dit hoofdstuk is gebaseerd op de volgende documenten:

2.1 Demografische, epidemiologische en sociaalculturele ontwikkelingen en de vraag naar personeel;

2.2 Politiek/juridische ontwikkelingen en de vraag naar personeel;

Regiomarge 2007;

De totale uitstroom uit het Voortgezet Onderwijs neemt de komende jaren nog licht toe. Voor de sector is echter van belang dat de uitstroom uit het VMBO die voor opleidingen op niveau 3 en 4 relevant is, nu al aan het afnemen is. Deze tendens zet zich de komende jaren versterkt voort. De uitstroom van HAVO en vooral VWO groeit de komende jaren nog. Maar vanaf 2010 zet zich ook hier een daling in.

De vergrijzing van het personeelsbestand in de sector zet zich de komende tijd door. De samenstelling van het verplegend en verzorgend personeel bijvoorbeeld verandert daardoor aanzienlijk: in 2000 was één op de zes ouder dan 50 jaar, in 2011 zal dat méér dan één op de vier zijn (RegioMarge 2007).

Voor de sector in totaliteit leidt dit nog niet tot een sterke stijging van de vervangingsvraag omdat de meest voorkomende leeftijdscategorie nu 45-49 jaar is. Verder zijn de leeftijdscategorieën 40-44 en 50-54 jaar erg omvangrijk (zie Figuur 4.1). Slaagt de sector er echter niet in om de uittredeleeftijd te verhogen, dan gaat de vervangingsvraag over een jaar of vijf sterk stijgen.

#### Confrontatie van vraag aanbod

Het CWI (2007) verwacht dat - ondanks een groeiend aanbod van hoger opgeleiden - de komende jaren zich onder hen juist tekorten zullen manifesteren. Instellingen in Zorg en WJK zullen daar voor hun niet-direct patiënt- of cliëntgebonden personeel ook mee te maken krijgen.

Voor de sector zijn daarnaast beroepsopleidingen van groot belang. Bij medici lijken zich de komende jaren geen tekorten voor te doen. Het Capaciteitsorgaan (2005) adviseerde dan ook om de omvang van de instroom in de basisopleiding terug te brengen. De numerus fixus voor de opleiding tot basisarts is echter tot nu toe niet aangepast.

Overigens: ook al zijn er voor de totale groep medici geen tekorten te verwachten, dit sluit niet uit dat zich bij specifieke specialismen wél problemen voor kunnen doen.

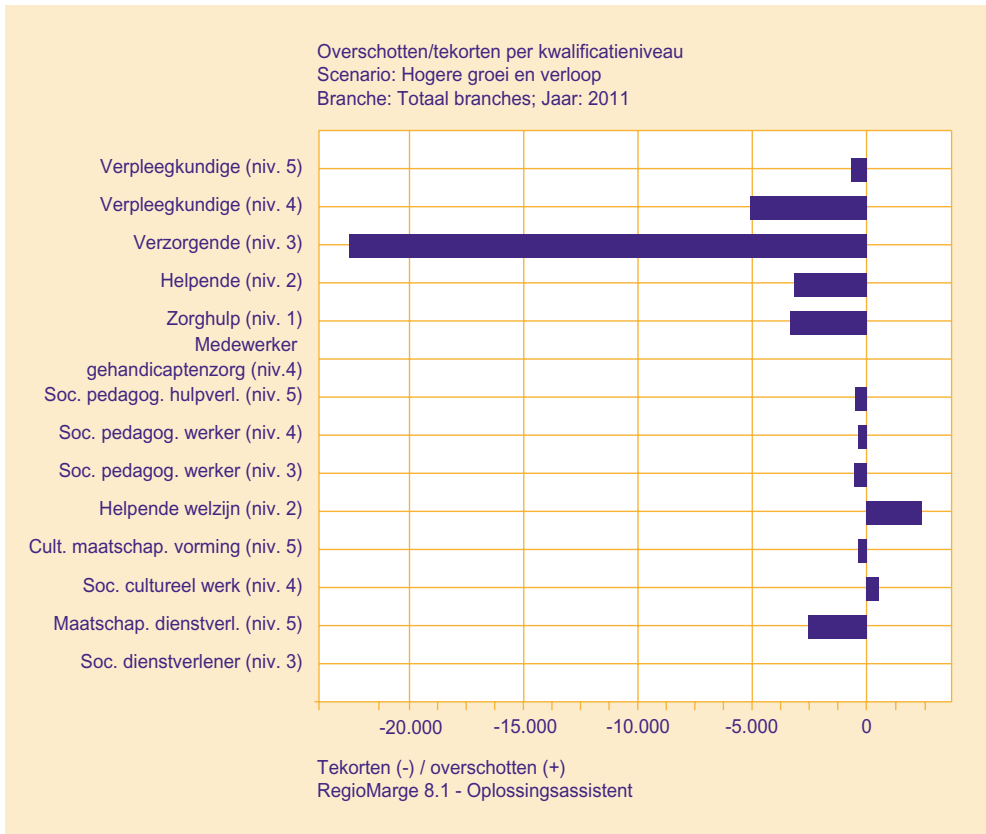
Ook voor verloskundigen lijken zich de komende jaren geen tekorten voor te doen (Wiegens en Jansen, 2007). Over andere groepen (paramedici en assistenden) kunnen geen uitspraken gedaan worden. Daarvoor ontbreken recente onderzoeksresultaten.

Voor het verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel, dat ongeveer de helft van het totale personeelsbestand uitmaakt, zijn de vooruitzichten minder gunstig. In RegioMarge 2007 zijn voor deze beroepsgroepen op basis van twee mogelijke ontwikkelingen een viertal scenario's ontwikkeld. Deze twee mogelijke ontwikkelingen zijn:

- de groei van de werkgelegenheid (matig tegenover sterk) en
- het personeelsverloop (hoog tegenover laag).

Gezien de meest recente kabinetsvoornemens die een groei van 2,8% van de werkgelegenheid per jaar betekenen lijken de scenario's waarin wordt uitgegaan van een matige groei van de werkgelegenheid inmiddels al niet meer erg reëel.

**Figuur 3.1 De tekorten (-) en overschotten (+) in 2011 in het Hogere groei- en verloop scenario**



In alle scenario's doen zich problemen voor bij de verzorgenden. De huidige opleidingsomvang is hoe dan ook te gering. Behalve in het scenario waarin wordt uitgegaan van een matige groei van de werkgelegenheid en een laag verloop, zijn er in de andere scenario's óók bij andere personeels-categorieën problemen te verwachten. Alleen bij SPW-ers schiet het aanbod niet tekort om in de vraag te voorzien. Maar op de middellange termijn doen zich bij deze groep ook knelpunten voor in het scenario waarin wordt uitgegaan van een sterke groei van de werkgelegenheid en een hoog verloop.

De verpleeg- en verzorgingshuizen worden het sterkst getroffen door tekorten aan personeel. Voor de gehandicaptenzorg gaat het nu om niveau 3 in zijn algemeenheid; in de toekomst om medewerkers maatschappelijke zorg. Bij de overige branches is de omvang van de tekorten afhankelijk van het scenario.

De hier geschetste vooruitzichten betreffen vooral de korte- en middellange termijn. Bij een krimpende beroepsbevolking zal een blijvend groeiende sector Zorg en WJK een steeds groter aandeel in de werkgelegenheid vergen. Een doorgaande trend zou betekenen dat op enig moment een vijfde tot een kwart van de beroepsbevolking in Zorg en WJK werkzaam zal zijn, waar dat nu nog slechts 14% bedraagt. Kijken we naar de zeer uiteenlopende situaties in andere landen (Goudriaan e.a, 2005) en de soms grote regionale verschillen binnen ons land (RegioMarge 2007), dan is nog moeilijk aan te geven óf en waar er grenzen aan deze ontwikkeling worden gesteld.



## **4. De arbeidsmarkt Zorg en WJK: een verdiepingsslag**



## 4. De arbeidsmarkt Zorg en WJK: een verdiepingsslag

In de voorgaande rapporten werden volgens een vast stramien aspecten van vraag en aanbod van personeel behandeld. Deze werkwijze heeft een aantal jaren voldaan (zie ook de evaluatiestudie van Van Essen c.s; zie [www.awzinfo.nl](http://www.awzinfo.nl)). Met de mogelijkheden die Internet biedt, is nu voor een nieuwe opzet gekozen. Veel van de (standaard)informatie waarover we beschikken behoeft slechts actualisatie. Het via Internet beschikbaar stellen van deze documenten neemt de noodzaak weg om ze in een papieren versie van het rapport op te nemen. Daarom kunnen we nu wat uitvoeriger stilstaan bij een aantal specifieke onderwerpen, die in discussies over de arbeidsmarkt steeds weer terugkeren. In samenspraak met de Stuurgroep is voor de onderstaande onderwerpen gekozen die in de rest van dit hoofdstuk nader worden uitgewerkt.

De grote behoefte aan personeel en de steeds weer dreigende tekorten vergen een verscheidenheid aan maatregelen om problemen te voorkomen. Het beheersen van de uitstroom van personeel is een van de belangrijkste pijlers onder een goede personeelsvoorziening. Hierbij gaat het om uitstroom uit de bedrijfstak. Het vertrek van medewerkers uit een instelling bestaat niet alleen uit uitstroom uit de sector, maar ook uit vertrek naar een andere instelling. Het is zaak om de eerste, het zogeheten netto verloop, zo laag mogelijk te houden. De tweede baan-baanmobiliteit binnen de sector moet echter een zekere omvang hebben. Een lage baan-baanmobiliteit binnen de sector betekent immers een geringere kans om de juiste mensen op de juiste plaatsen te krijgen. Daarom besteden we eerst aandacht aan het aan het optimaliseren van het aanbod van zittend personeel (paragraaf 4.1).

De grote personeelsbehoefte van de sector en het veranderend aanbod in de samenstelling van nieuw aan te trekken personeel (minder herintreders, minder scholieren), maakt dat de onderverteenwoordiging van werkenden uit sommige minderheidsgroeperingen (allochtonen) in een groot aantal branches in de sector zorgelijk is. De sectoren Zorg en Kinderopvang doen zich momenteel tekort bij deze potentiële doelgroep van instromers, die de komende jaren in omvang sterk zal groeien. Dit is een belangrijke reden om na te gaan of hierover vanuit het beschikbare onderzoek aanknopingspunten te melden zijn (paragraaf 4.2).

Niet alleen doen zich in de sector met regelmaat in kwantitatieve zin personele problemen voor, maar ook in kwalitatieve zin is er soms sprake van tekorten. Vaak gaat het om aansluitingsproblemen tussen onderwijs en arbeidsmarkt. Hoe groot zijn de problemen op dit terrein? Wat vinden werkgevers en werknemers hiervan? We gaan hier in paragraaf 4.3 nader op in.

Administratieve lasten vormen een steeds terugkerend discussiepunt bij oordelen over het functioneren van het stelsel van gezondheidszorg en WJK. Het streven is de last van administratie en bureaucratiesering zo beperkt mogelijk te houden. Opvallend is dat deze problematiek vaak alleen wordt benoemd in financiële termen. Over het beslag op spaarzaam beschikbaar personeel wordt weinig gerept. We gaan na of dat nader te specificeren is (paragraaf 4.4).

Het functiegebouw in organisaties is - net als het geheel aan functies in de sector - geen vast gegeven. Er doen zich voortdurend veranderingen voor die vragen om aanpassingen. Daarom keren discussies rond nut en noodzaak van taakherschikking voortdurend terug. Hierbij kunnen meerdere factoren een rol spelen: kwantitatieve en kwalitatieve tekorten aan bepaalde personeelscategorieën, maar ook financiële overwegingen. In paragraaf 4.5. besteden we hier aandacht aan. We doen dat in samenhang met de opkomst van nieuwe beroepen.

De dreigende tekorten zullen zich de komende jaren in meerdere of mindere mate in het hele land voordoen. Het CWI (2007) laat zien dat er grote verschillen zijn in de ontwikkeling van de beroepsbevolking in de onderscheiden regio's. In RegioMarge 2007 kwamen ook grote regionale verschillen in bijvoorbeeld de positie van het zorg- en WJK-onderwijs naar voren. Het vormt de aanleiding om eens systematisch aandacht aan regionale verschillen te besteden (paragraaf 4.6). Als er immers grote verschillen zijn, betekent dit ook dat de mogelijkheden om problemen op te lossen per regio verschillen.

#### 4.1 Benutten van reeds aanwezig personeel

Het beter benutten van personeel dat reeds in dienst is, kent meerdere facetten. Zo kan men denken aan het verhogen van de productiviteit door betere hulpmiddelen ter beschikking te stellen, maar ook aan het slimmer organiseren van de werkzaamheden. Zoals in hoofdstuk 1 gemeld, ontbreken hierover recente macrogegevens.

In tijden van schaarste aan personeel zal verloopbeheersing een van de belangrijkste pijlers van de personeelvoorziening zijn. De snelste winst valt immers te boeken door het behoud van personeel dat al in huis is. Dat personeel werkt vaak in deeltijd. Dit roept de vraag op of het stimuleren van een groter deeltijdcontract een bijdrage aan het oplossen van de personeelsvraag kan leveren. Achtereenvolgens gaan wij nader in op deze beide onderwerpen, verloopbeheersing en langer werken.

##### 4.1.1 De paradox van verloopbeheersing en mobiliteitsbevordering

De volgende vragen rijzen rond verloopbeheersing bij het zittend personeel: Is het verloop in de sector wel zo hoog? Wat zijn de verwachtingen voor de komende jaren? Wat zijn de vertrekredenen en veranderen die in de loop der tijd? Hoe staat het met een langere loopbaan (door een latere uittrede leeftijd) in de Zorg en WJK?

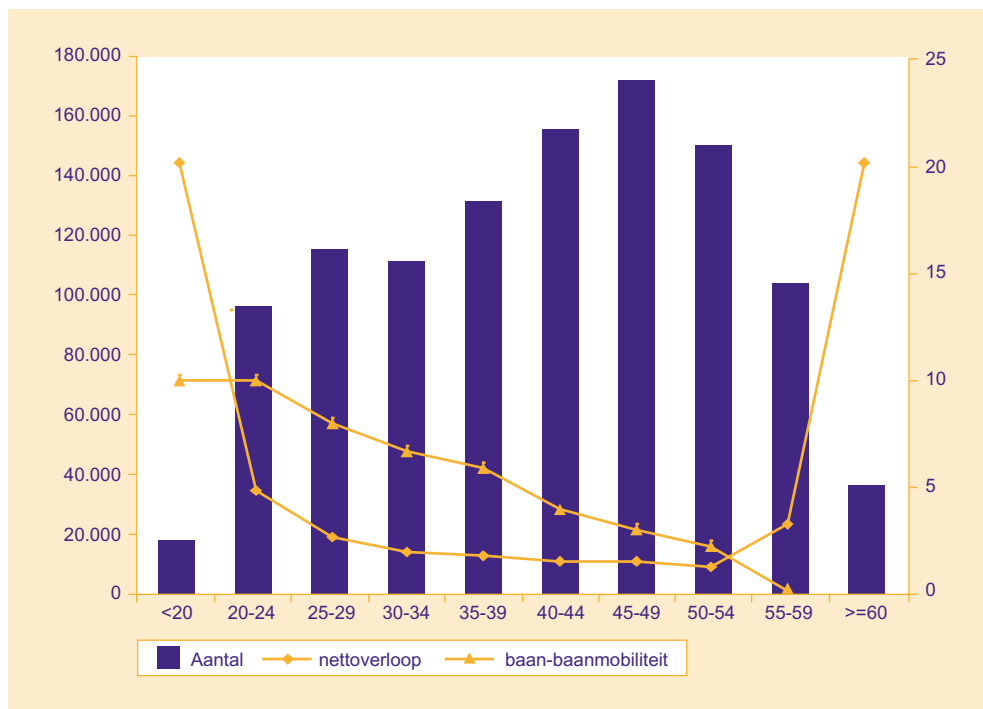
Van oorsprong, in de jaren zestig en zeventig, was de sector een van de bedrijfstakken met het hoogste verloop van personeel. Inmiddels is het verloop in de sector Zorg en WJK weinig hoger meer dan economiebreed het geval is (CBS: Sociaal Statistisch Bestand).

In hoofdstuk 2 constateerden we weliswaar dat de mobiliteit (het vertrekpercentage) de afgelopen tijd gestegen is, maar minder snel dan we op grond van ervaringen in het verleden mochten verwachten. Een mogelijke verklaring hiervoor wordt gevormd door de veranderende leeftijdsopbouw van het personeelsbestand.

Figuur 4.1 geeft een beeld van de leeftijdsopbouw, het nettoverloop en de baan-baanmobiliteit per leeftijdscategorie. De omvangrijkste leeftijdscategorieën zijn tevens in verhouding de meest immobiele groepen. Dit verklaart waarom veel organisaties tegelijkertijd met verloop én immobiliteit te kampen hebben. Er is een kleine mobiele groep werknemers en een grote groep immobielen. We zien dat ook terug bij de gemiddelde duur dat men bij dezelfde werkgever in dienst is (zie branchebeschrijvingen in hoofdstuk 5): deze loopt nog steeds op. In ziekenhuizen bedraagt dit inmiddels gemiddeld meer dan tien jaar!

4 PGGM-deelnemers betreft de gehele sector minus de academische ziekenhuizen. Het nettoverloop is geënt op het verplegend, verzorgend en sociaalagogisch personeel. De baan-baanmobiliteit betreft een raming van de stromen tussen instellingen in de zorg en WJKsector: het gaat om het brutoverloop (alle mensen die uit een instelling vertrekken) minus degenen die de sector Zorg en WJK verlaten (nettoverloop). Functieveranderingen bij dezelfde werkgever vallen hier dus niet onder.

**Figuur 4.1** Het aantal werkenden en het verlooppercentage per leeftijdscategorie in sector Zorg en WJK in 2007



Bron; PGGM-deelnemersbestand en azwinfo.nl

De geringe mobiliteit betekent een kleinere kans om via natuurlijke processen op de arbeidsmarkt de juiste mensen op de juiste plaats te krijgen. Organisaties die door fusies steeds groter zijn geworden, hebben wel steeds meer mogelijkheden om interne mobiliteit op een aantrekkelijke wijze vorm te geven. Hierdoor kan een passender afstemming in de personeelsbezetting bereikt worden.

Of men daar nu al in slaagt, is aan de hand van onderzoek moeilijk vast te stellen. Vertrekredenen van het personeel kunnen hiervoor als indicatie dienen. De afgelopen jaren zien we hierin weinig veranderingen. Het aandeel van verpleegkundigen en verzorgenden dat aangeeft te vertrekken vanwege onvoldoende loopbaanperspectieven en ontplooiingsmogelijkheden, blijft onveranderd hoog. Wel is het verlooppercentage zelf bij hen de afgelopen jaren aanzienlijk omlaag gegaan. Daarom is het goed om ook eens te kijken naar de absolute aantallen die met genoemde vertrekredenen gemoeid zijn. We doen dat voor verpleegkundigen en verzorgenden (Tabel 4.1).

**Tabel 4.1 Uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden (x 1.000) vanwege gebrek aan loopbaan- en ontplooiingsmogelijkheden of de behoefte aan ander werk 2000-2006<sup>5</sup>**

	2000	2003	2006
Onvoldoende loopbaanperspectief	7700	9700	7900
Ontplooiingsmogelijkheden	11000	13000	7400
Behoeftte aan ander werk	11000	11300	10300

Bron: Exit interviews

Opvallend is dat de vertrekreden *behoefte aan ander werk* in de loop der tijd - ondanks de verandering in omvang van de mobiliteit - vrijwel constant is. De mogelijkheid om van werkgever te veranderen voorziet kennelijk in een behoefte. Men zou ook kunnen zeggen dat een minimum aan verloop gewenst is om aan deze behoefte tegemoet te komen.

*Onvoldoende loopbaanperspectief en ontplooiingsmogelijkheden* worden in 2006 aanmerkelijk minder vaak als vertrekreden genoemd dan in 2003. Het lijkt er op dat men tussen 2003 en 2006 betere kansen binnen de eigen organisatie heeft gekregen. Uit werknemersonderzoek in 2007 blijkt dat men positiever is over de loopbaanperspectieven en ontplooiingsmogelijkheden dan in 2005. In 2005 vond 37% dat men voldoende loopbaanperspectieven had; in 2007 vindt 42% dit.

Het verhogen van de arbeidsparticipatie van ouderen vormt een van de doelen van het huidige kabinetsbeleid. Een van de middelen daartoe is het verhogen van de uittredeleeftijd. Tot voor kort waren OBU en VUT voor werknemers in de sector nog ongewijzigd van toepassing. De statistische bronnen laten momenteel dan ook nog geen grote veranderingen bij de uittredeleeftijd zien.

Onlangs legde Careon (2007) aan werknemers in de sector Zorg en WJK de vraag voor of men eerder met werken wil stoppen. Maar liefst 61% uitte deze wens. Uit het genoemde onderzoek blijkt dat 60 procent van diegenen die eerder willen stoppen met werken, dat bij voorkeur doen rond het 58<sup>e</sup> levensjaar. Ook ervaart bijna de helft van de mensen binnen de sector met een verpleeg- of zorgfunctie, het werk als zwaar of zeer zwaar.

Hoewel de voorspellende waarde van dit type onderzoek vaak beperkt is, geven de uitkomsten wel aan dat het niet eenvoudig zal zijn een verhoging van de uittredeleeftijd te bewerkstelligen. Nader onderzoek naar de voorwaarden waaronder men daartoe toch bereid is, is zeer gewenst.

#### 4.1.2 Vergroten deeltijdcontracten; mogelijkheden en beperkingen

Onderzoek van Smeets en Van der Windt (2007) laat zien dat de lengte van de werkweek sterk samenhangt met het functieniveau. Zij concluderen dat het sociologische model van Dagevos in de sector Zorg en WJK dominant lijkt: vrouwen zoeken een optimum tussen werk en andere zaken. Het passend maken van werktijden speelt een grote rol. Ook het RWI (2007) concludeert dat deeltijdwerk onder moeders met overweldigende afstand de voorkeur heeft en dat hierin geen verandering zichtbaar is. De verreweg belangrijkste incentive om meer uren te gaan werken is een externe factor: de noodzaak om het inkomen (tijdelijk) te verhogen. Het RWI (2007) spreekt in dit verband van een duidelijke financiële noodzaak. Voor een kwart van de werknemers speelt bij het uitbreiden van het aantal uren een "toevallige" en niet stuurbare" interne factor van de werksituatie, namelijk de noodzaak van het werk zelf. Daarbij speelt dus de betrokkenheid van de werknemer een rol.

<sup>5</sup> Er waren meerdere antwoorden mogelijk.

Het zijn vooral externe zaken die de beslissing van de werknemer inzake het willen werken van het aantal (extra) uren beïnvloeden. Als Zorg- en WJK-instelling kan men hier heel weinig in sturen. Dit in tegenstelling tot het verleden, toen het aanbieden van kinderopvang een belangrijke rol speelde in de personeelsvoorziening.

Van werkgeverskant gezien gaat het erom de werkprocessen zo goed mogelijk in te richten. Daarbij kan een bepaalde deeltijdfactor behoren. Over het algemeen kan men stellen dat de voorkeur uitgaat naar een zo groot mogelijke deeltijdfactor. Vraag en aanbod spelen echter ook een rol. Bij een krappe arbeidsmarkt zal de werknemer meer bepalend zijn, bij een ruime arbeidsmarkt de werkgever. Maar het verband is niet altijd rechtlijnig. Zo zijn er werkzaamheden die zich volgens sommigen niet lenen voor een voltijdsfunctie (bijvoorbeeld in de thuiszorg verzorging, kraamzorg, transmurale gehandicaptenzorg). Dit heeft bijvoorbeeld te maken met het feit dat de werkgever de werknemer inzet op tijden dat deze ook echt nodig is en dat is vaak geen acht uur achter elkaar. De opgave is om door creatief te roosteren en het combineren van functies het arbeidsaanbod dat er is zo goed mogelijk te benutten.

Een belangrijk instrument voor een instelling is daarnaast een regelmatige belangstellingsregistratie. Zo kan men in ieder geval systematisch in beeld krijgen wat de ambities van werknemers zijn (waaronder het punt van een eventuele uitbreiding van werktijden) en creëert men de mogelijkheid daar snel op in te kunnen springen.

## 4.2 Allochtone werknemers in Zorg en WJK, een nieuwe kans?

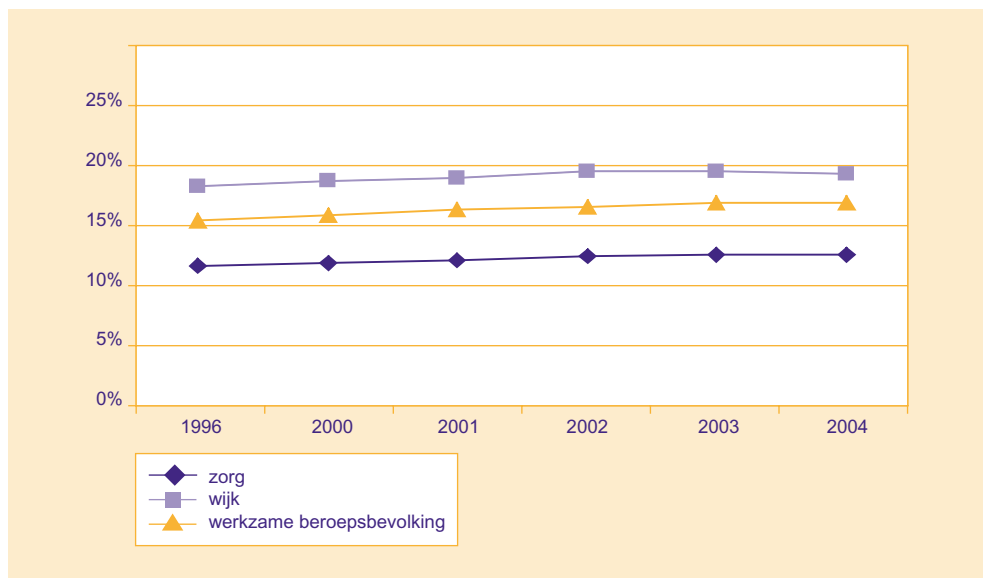
De samenstelling van de Nederlandse bevolking verandert. Het aandeel allochtonen neemt toe<sup>6</sup> en zal de komende jaren nog verder toenemen. Dit betekent dat ook de groep (potentiële) werknemers van samenstelling verandert. In deze paragraaf wordt ingegaan op allochtone werknemers in de sector Zorg en in de sector WJK. Eerst worden gegevens gepresenteerd over het aandeel van allochtone werknemers in Zorg en WJK, in vergelijking met de beroepsbevolking als totaal. Omdat er in dit opzicht grote verschillen bestaan tussen beide branches, wordt vervolgens ingegaan op de sector Zorg en daarna op de sector WJK. De paragraaf wordt afgesloten met enige gegevens over het aandeel allochtone leerlingen in de V&V-opleidingen en de sociaalagogische opleidingen. Hier is steeds de volgende onderverdeling naar herkomst gebruikt: Turken, Marokkanen, Surinamers, Antillianen en Arubanen, overige niet-westerse allochtonen, westerse allochtonen en autochtonen. Deze indeling is gekozen omdat hiermee de groepen niet-westerse allochtonen worden onderscheiden die het omvangrijkst zijn in Nederland en die de komende jaren in omvang toe zullen nemen. Bij deze groepen is deels sprake van ondervertegenwoordiging onder werknemers in de zorg.

### 4.2.1 Allochtone werknemers in de zorg

Het aandeel allochtonen dat in de zorgsector werkt, is duidelijk lager dan het landelijke aandeel allochtonen in de werkzame beroepsbevolking. Ondanks een lichte stijging van het aandeel allochtonen dat werkzaam is in de zorg, blijft dit aandeel steeds achter bij het aandeel in de werkzame beroepsbevolking (zie ook Figuur 4.2).

6 Volgens de definitie van het CBS is een allochtoon een persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren of die zelf in het buitenland is geboren.

**Figuur 4.2 Het aandeel allochtonen in de Zorg, WJK en de totale werkzame beroepsbevolking**



Bronnen: Statline CBS (SSB en EBB)

In tegenstelling tot de zorgsector zijn allochtonen in de sector WJK juist beter vertegenwoordigd dan in de beroepsbevolking als totaal. In de periode 1999-2004 was 18 tot 19% van de werknemers in deze sector van allochtone afkomst, waarvan het merendeel niet-westerse allochtonen zijn. Wel lijkt hier sprake te zijn van stagnatie: In de jaren 1999-2002 was een stijging te zien, in de jaren 2003 en 2004 is er geen sprake meer van groei. Gezien de diversiteit van de groep allochtonen wordt in de rest van deze tekst onderscheid gemaakt naar verschillende herkomstgroeperingen.

#### *Allochtone werknemers in de zorg*

Van de allochtonen die in de zorg werken, behoort het grootste deel tot de westerse allochtonen (ruim 7% van de werknemers in de zorg) en een kleiner deel tot de niet-westerse allochtonen (ongeveer 5% in 2004; bron: CBS). De relatieve ondervertegenwoordiging van allochtonen in de zorg verschilt naar herkomstgroepering: zijn vooral Turken en in mindere mate Marokkanen sterk ondervertegenwoordigd, bij Surinamer en Antillianen /Arubanen is geen sprake van ondervertegenwoordiging (tabel 1). Wordt gekeken naar de vrouwelijke werkzame beroepsbevolking (een groot deel van de werknemers in de zorg is immers vrouw), dan is er echter ook bij de Surinaamse vrouwen sprake van ondervertegenwoordiging in de zorg.

**Tabel 4.2 Herkomstgroepering van werknemers in de zorg, 2004**

	zorg	werkzame beroepsbevolking	werkzame vrouwelijke beroepsbevolking
Autochtoon	87,5%	82,3%	83,1%
Marokko	0,6%	1,0%	0,9%
Turkije	0,4%	1,5%	1,2%
Suriname	2,0%	2,1%	2,4%
Nederlandse Antillen en Aruba	0,7%	0,7%	0,7%
Overige niet-westerse landen <sup>7</sup>	1,3%	2,3%	2,1%
Overige westerse landen <sup>8</sup>	7,5%	9,0%	9,5%
Totaal	100%	100%	100%

Bron: CBS (SSB en EBB)

Tussen de verschillende zorgbranches bestaan bovendien verschillen wat betreft het aandeel allochtone werknemers. De gehandicaptenzorg slaagt er het minst in om allochtone werknemers aan te trekken: hier is ongeveer 9% van allochtone afkomst. In de thuiszorg zijn allochtonen vertegenwoordigd met 11,3%. In de ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en de GGZ is dat rond de 13% (Tabel 4.3, gegevens uit 2004).

In Tabel 4.3 is ook te zien dat de ondervertegenwoordiging van Turkse en Marokkaanse werknemers zich in alle vijf zorgbranches voordoet. Werknemers van Surinaamse en Arubaanse/Nederlands Antilliaanse afkomst zijn meer dan gemiddeld vertegenwoordigd in de V&V en ondervertegenwoordigd in de gehandicaptenzorg.

- 7 Niet-westerse landen: landen in Afrika, Azië (exclusief voormalig Nederlands Indië/Indonesië, Japan en Oceanië), Latijns Amerika en Turkije. In de tabel is een deel van deze landen apart benoemd (Marokko, Turkije, Suriname, Nederlandse Antillen en Aruba), vandaar dat de term 'overige niet-westerse landen' wordt gebruikt.
- 8 Westerse landen: Europese landen (excl. Turkije), Noord-Amerika, Indonesië/het vroegere Nederlands Indië, Japan en Oceanië. In de tabel zijn autochtonen apart benoemd, vandaar dat de term 'overige westerse landen' wordt gebruikt.

**Tabel 4.3 Aandeel allochtone werknemers en herkomstgroepering van werknemers naar branche in de zorgsector (2004)**

	Ziekenhuizen	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Thuiszorg <sup>2</sup>	GGZ	Gehandicap-tenzorg	Werkzame beroepsbevolking
Autochtoon	86,7%	86,5%	88,7%	86,9%	91,3%	82,3%
Marokko	0,7%	0,8%	0,5%	0,5%	0,3%	1,0%
Turkije	0,6%	0,5%	0,3%	0,4%	0,2%	1,5%
Suriname	1,9%	3,1%	2,2%	2,0%	1,0%	2,1%
Nederlandse Antillen en Aruba	0,7%	1,0%	0,6%	0,7%	0,4%	0,7%
Overige niet-westerse landen	1,3%	1,6%	1,1%	1,1%	0,7%	2,3%
Overige westerse landen	8,1%	6,4%	6,6%	8,4%	6,1%	9,0%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: CBS (SSB en EBB)

#### *Redenen voor ondervertegenwoordiging*

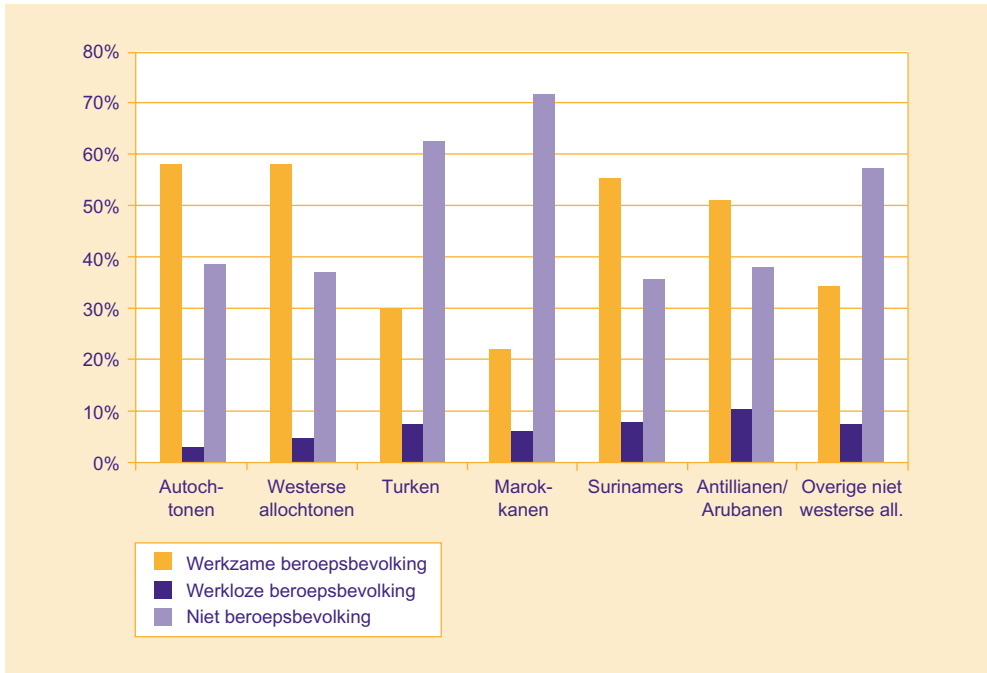
Gezien de toenemende vraag naar personeel in de zorg is de ondervertegenwoordiging van allochtonen ongunstig: om aan deze toenemende vraag te kunnen voldoen, is een grote instroom van leerlingen in de zorgopleidingen gewenst. Het aandeel van allochtonen in de uitstroom uit het voortgezet onderwijs neemt toe, dus om de instroom in de zorgopleidingen voldoende hoog te houden moet de belangstelling onder allochtone jongeren worden gestimuleerd (OSA, 2005). Het gaat dan met name om Turken en Marokkanen en in mindere mate Surinamers. Bij deze groepen is sprake van ondervertegenwoordiging als het gaat om het werken in de zorg en het zijn relatief grote bevolkingsgroepen die bovendien de komende jaren relatief sterk in omvang toe zullen nemen (prognoses CBS). Bovendien neemt het aandeel allochtonen onder de patiënten toe en is het daarom voor de kwaliteit van de zorgverlening wenselijk dat ook het aandeel in de zorg werkzame allochtonen toeneemt. (OSA, 2005)

De ondervertegenwoordiging van Turkse en Marokkaanse vrouwen in de zorg heeft te maken met hun positie op de arbeidsmarkt en met het specifieke werk in de sector. Turkse en Marokkaanse (en andere niet-westerse vrouwen) participeren minder vaak op de arbeidsmarkt dan autochtone vrouwen (zie figuur 4.3; deze figuur betreft overigens de arbeidsmarkt in het algemeen, dus niet specifiek de zorgsector). Wel is hier sprake van een verschil naar leeftijd: de jongere generaties hebben vaker een baan dan de oudere generaties vrouwen. Daarnaast is de werkloosheid onder Turken en Marokkanen (zowel mannen als vrouwen) groter dan onder autochtonen. Surinaamse en Antilliaanse vrouwen participeren iets vaker op de arbeidsmarkt dan autochtone vrouwen (maar zijn ook vaker werkloos).

Oorzaken van de lagere participatiegraad van allochtonen zijn onder andere een minder goede beheersing van het Nederlands en een cultureel bepaald standpunt over vrouwenarbeid bij bepaalde groepen allochtonen. Dit laatste mede omdat veel vrouwen uit die groep jonge kinderen hebben (OSA, 2000). Turkse en Marokkaanse vrouwen wonen vaker in een huishouden met kinderen dan Surinaamse, Antilliaanse en autochtone vrouwen (De Graaff en Devillé, 2003).

Niet alleen de herkomstgroepering, ook de generatie speelt mee bij de opvattingen over arbeidsparticipatie en gezinssituatie. Is van de Turkse en Marokkaanse vrouwen van de eerste generatie bijna de helft van mening dat vrouwen horen te stoppen met werken als zij een kind krijgen, bij de tweede generatie zijn dat er veel minder (Distelbrink en Hooghiemstra, in Das, 2006).

**Figuur 4.3 Arbeidspositie van vrouwen in de leeftijd van 15-64 jaar, naar herkomstgroepering (2006)**



Bron: Statline CBS (EBB 2006)

Zoals hierboven genoemd heeft het achterblijvende aandeel allochtone werknemers in de zorg ook te maken met het werk en de sector. In de literatuur worden hiervoor verschillende oorzaken genoemd. De afstemming tussen gevraagde en aangeboden kennis en vaardigheden spelen een grote rol (OSA, 2003; Allaart e.a., 2000). Het werken in de zorg vraagt over het algemeen om een specifieke vooropleiding. Allochtonen zijn vooral in de zorgopleidingen niveau 3 tot en met 5 ondervertegenwoordigd, terwijl hier in de zorg juist veel vraag naar is<sup>9</sup>. Uit eerder onderzoek onder gediplomeerde allochtone schoolverlaters blijkt dat allochtonen het werk in de zorg een lage status toekennen (OSA, 1996). Dit komt onder andere omdat in verschillende herkomstlanden het zorgen voor anderen als mantelzorg wordt gezien. Andere onderzoekers vonden juist dat het imago van de zorgsector onder allochtone en autochtone jongeren niet wezenlijk verschilt (Hoevenberg en Van Velden, 1996 in de Graaff en Devillé, 2003). Wat ook meespeelt is kennis over de mogelijkheden om in de zorg te werken. Turkse en Marokkaanse vrouwen zijn hiervan minder goed op de hoogte terwijl Surinaamse en Antilliaanse vrouwen deze kennis juist wel hebben (De Graaff en Devillé, 2003). In de diverse onderzoeken is echter niet altijd een onderscheid gemaakt naar de herkomst van de groepen, terwijl deze groepen wel in verschillende mate vertegenwoordigd zijn in de zorg. Door verschillende definities van het begrip 'allochtoon' in literatuur en onderzoeken,

<sup>9</sup> Een uitsplitsing naar herkomstgroepering is hier niet mogelijk.

doordat onderzoeken zich op verschillende doelgroepen richten en doordat niet altijd onderscheid is te maken tussen de verschillende groepen allochtonen, is het lastig om eenduidig te presenteren welke oorzaken er zijn voor ondervertegenwoordiging van allochtonen (en met name Turkse en Marokkaanse vrouwen) in de zorg.

Het aandeel van allochtonen in de totale bevolking zal de komende jaren stijgen. Prognoses van het CBS geven aan dat het aantal autochtonen de komende jaren iets af zal nemen. Daar staat een grote stijging van het aantal allochtonen tegenover. Volgens de prognoses daalt het aandeel autochtonen van 80,6% in 2007 naar 78,3% in 2020. In 2020 is het aandeel niet-westerse allochtonen 12,2% (in 2007 10,6%) en het aandeel westerse allochtonen 9,5% (in 2007 8,8%). Verwacht wordt dat de groep 'overige niet westerse allochtonen' het meest in omvang zal toenemen. Dit is een zeer diverse groep. Ook de groep Marokkanen en Antillianen zal verhoudingsgewijs sterk in omvang toenemen. De toename onder de groep Turken en Surinamers is wat kleiner.

Zoals gezegd zal het aantrekken van allochtoon personeel in de toekomst steeds belangrijker worden. Gezien de omvang en groei van de verschillende allochtone bevolkingsgroepen en de ondervertegenwoordiging in (delen van) de zorg, zal het vooral van belang zijn om Turkse en Marokkaanse werknemers aan te trekken. Dit betekent dat werkgevers zich vooral op deze groepen moeten gaan richten.

**Tabel 4.4 Prognose bevolkingsopbouw in 2020**

	2007	2020
Autochtoon	80,6%	78,3%
Marokko	2,0%	2,4%
Turkije	2,3%	2,5%
Suriname	2,0%	2,1%
Nederlandse Antillen en Aruba	0,8%	1,0%
Overige niet-westerse landen <sup>10</sup>	3,5%	4,3%
Overige westerse landen <sup>11</sup>	8,8%	9,5%
<b>Totaal</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Bron: Statline CBS

#### 4.2.2 Allochtone werknemers in de sector WJK

In de sector WJK is geen sprake van ondervertegenwoordiging van allochtonen. Wel zijn tussen de verschillende branches in deze sector grote verschillen te zien wat betreft het aandeel allochtone werknemers: in 2004 was het aandeel allochtonen in de kinderopvang 15%, in de jeugdzorg 17% en in welzijn 23% (zie tabel 4.5). In de welzijnssector zijn zowel Turken, Marokkanen, Surinamers als Antillianen meer dan gemiddeld vertegenwoordigd. De meeste van deze groepen zijn ook meer dan gemiddeld vertegenwoordigd in de Jeugdzorg. Een uitzondering hierop vormen de Turkse werknemers, zij zijn juist ondervertegenwoordigd. Dit geldt ook voor de kinderopvang (tabel 4.5).

10 Niet-westerse landen: landen in Afrika, Azië (exclusief voormalig Nederlands Indië/Indonesië, Japan en Oceanië), Latijns Amerika en Turkije. In de tabel is een deel van deze landen apart benoemd (Marokko, Turkije, Suriname, Nederlandse Antillen en Aruba), vandaar dat de term 'overige niet-westerse landen' wordt gebruikt.

11 Westerse landen: Europese landen (excl. Turkije), Noord-Amerika, Indonesië/het vroegere Nederlands Indië, Japan en Oceanië. In de tabel zijn autochtonen apart benoemd, vandaar dat de term 'overige westerse landen' wordt gebruikt.

Over het werk in de maatschappelijke opvang merken De Graaff en Devillé op dat in deze branche al lang ervaring bestaat met allochtone werknemers, waardoor er minder belemmeringen ervaren worden bij het aantrekken van allochtoon personeel. Bovendien hebben allochtone schoolverlaters hierdoor meer voorbeelden in hun omgeving van de mogelijkheden van het werk in de welzijns-sector.

**Tabel 4.5 Aandeel allochtone werknemers en herkomstgroepering van werknemers naar branche in de sector WJK (2004)**

	Welzijn	Jeugdzorg	Kinderopvang	WJK	Werkzame beroepsbevolking
Autochtoon	77,1%	82,5%	84,9%	81,0%	82,3%
Marokko	3,2%	1,5%	1,3%	2,2%	1,0%
Turkije	2,8%	1,0%	1,0%	1,8%	1,5%
Suriname	4,1%	3,6%	2,8%	3,6%	2,1%
Nederlandse Antillen en Aruba	1,4%	1,4%	1,2%	1,3%	0,7%
Overige niet-westerse landen	2,5%	1,5%	1,7%	2,0%	2,3%
Overige westerse landen	8,8%	8,5%	7,2%	8,1%	9,0%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: CBS (SSB en EBB)

Uit gegevens van het CBS blijkt dat het aantal niet-westerse deelnemers in het hoger onderwijs sterk is toegenomen in de periode 1995-2006. In het studiejaar 2006 stonden ruim drie keer zoveel niet-westerse allochtone vrouwen ingeschreven als in het studiejaar 1995. Bij deze groep zijn de studies management en personeelsadministratie, rechten en maatschappelijke hulp en dienstverlening het meest geliefd (Webmagazine CBS, 2007). Het aanbod van allochtoon personeel in de maatschappelijke hulp en dienstverlening zal naar verwachting dus nog stijgen.

#### *Regionale verscheidenheid*

Er bestaan forse verschillen in het aandeel allochtonen dat in zorg of WJK werkzaam is naar regio. Zowel absoluut als verhoudingsgewijs wonen de meeste allochtonen in Zuid- en Noord-Holland. Dit geldt ook voor Turken, Marokkanen en Surinamers. Daarnaast wonen er verhoudingsgewijs veel Marokkanen in Utrecht. Het is voor de instellingen in deze provincies van extra groot belang om Turkse, Marokkaanse en Surinaamse medewerkers aan te trekken. Hoewel cijfers naar provincie ontbreken, geeft een onderzoek uit 1995 wel aan dat het aandeel allochtone medewerkers in de zorg in de vier grote steden beduidend hoger is dan in andere regio's (Topaz, 1995).

### 4.2.3 In- en uitstroom van de opleidingen

Gegevens over de deelname van niet-westerse allochtonen aan de verschillende opleidingen zijn alleen op geaggregeerd niveau voorhanden: een uitsplitsing naar herkomstgroepering ontbreekt. Gezien de grote verschillen tussen de verschillende herkomstgroeperingen is dit een gemis. Gegevens over de groep niet-westerse allochtonen als geheel zijn er wel. Het percentage niet-westerse allochtonen<sup>12</sup> dat uitstroomt uit de opleidingen verschilt sterk per opleidingsniveau en - richting (zie tabel 4.6). De opleiding tot sociaal dienstverlener trekt verhoudingsgewijs veel allochtone deelnemers: het aandeel allochtonen in het MBO is 12%, bij de opleiding tot sociaal dienstverlener is dit 24%. Ook de opleiding tot maatschappelijk werker heeft relatief veel allochtone deelnemers, terwijl de opleiding Culturele en maatschappelijke vorming een evenredige vertegenwoordiging kent. De overige SAW-opleidingen hebben minder allochtone deelnemers dan gemiddeld in het MBO of HBO. Bij de V&V-opleidingen zijn allochtonen meer dan gemiddeld vertegenwoordigd in de uitstroom op niveau 1 en 2 en ondervertegenwoordigd in de uitstroom op niveau 3 tot en met 5. Gezien de omvang van de verschillende beroepsgroepen (verzorgenden en verpleegkundigen gezamenlijk ongeveer 75%, helpenden en verzorgenden gezamenlijk ongeveer 25% van de totale beroepsgroep verplegenden en verzorgenden) leidt dit ook tot een ondervertegenwoordiging in het personeelsbestand. Bij de assisterende beroepen is een oververtegenwoordiging van allochtonen te zien bij de dokters en apothekersassistenten.

**Tabel 4.6 Etniciteit sociaal agogische, verpleegkundige en verzorgende opleidingen: percentage allochtonen**

Sociaal-agogische opleidingen	%
Helpende Welzijn	10
Sociaal pedagogisch werker 3	8
Sociaal pedagogisch werker 4	4
Sociaal cultureel werk	9
Sociaal dienstverlener	24
Sociaal-pedagogische hulpverlening	5
Maatschappelijk werk en dienstverlening	14
Culturele en maatschappelijke vorming	9
V&V-opleidingen	%
Zorghulp	13
Helpende	17
Verzorgende	4
MBO verpleegkundige	7
HBO verpleegkundige	4
Doktersassistent	15
Tandartsassistent	8
Apothekersassistent	18
MBO totaal	12
HBO totaal	8

12 Het ROA hanteert hierbij de volgende definitie: om als allochtoon te worden aangemerkt dient de schoolverlater of ten minste één van zijn of haar ouders te zijn geboren in één van de landen die worden genoemd in de wet SAMEN (Stimulering Arbeidsdeelname Minderheden). Genoemde landen zijn Turkije, Marokko, Suriname, Nederlandse Antillen, Aruba, voormalig Joegoslavië, overige landen in Zuid- of Midden-Amerika, Afrika en Azië met uitzondering van Japan en voormalig Nederlands-Indië.

Over de opleidingen nog het volgende: in de BVE-monitor 2004-2005 is gekeken naar deelnemers in het MBO (BBL en deeltijd BOL). Hier wordt vermeld dat alloctonen naar verhouding de meeste moeite hebben om een BPV-plaats te vinden en dat in het verlengde daarvan een voldoende aanbod van BPV een belangrijk opleidingskeuzemotief is (BVE monitor 2004-2005).

### 4.3 Kwalitatieve aansluitingsproblemen

Niet alleen doen zich in de sector met regelmaat in kwantitatieve zin personele problemen voor, maar ook in kwalitatieve zin is er soms sprake van tekorten. Vaak gaat het om aansluitingsproblemen tussen onderwijs en arbeidsmarkt. Hoe groot zijn de problemen op dit terrein? Wat vinden werkgevers en werknemers hiervan?

#### 4.3.1 Aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt: kwalitatieve knelpunten

De beroepsopleidingen en de instellingen werken samen om er voor te zorgen dat de opleidingen in zorg en WJK zo goed mogelijk aansluiten op de wensen van de arbeidsmarkt. Desondanks bestaan er knelpunten in deze aansluiting. Kwantitatief als er te veel of juist te weinig gediplomeerden uitstromen, kwalitatief als de vaardigheden die de leerlingen opdoen niet voldoende aansluiten op de vaardigheden die benodigd zijn voor het werk dat zij moeten gaan doen. In deze paragraaf wordt ingegaan op de kwalitatieve knelpunten in de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt. Omdat er momenteel grote veranderingen gaande zijn in het onderwijs en er nieuwe beroepscompetentieprofielen zijn opgesteld, start deze paragraaf met een korte toelichting op deze veranderingen.

##### *Competentiegericht onderwijs en nieuwe beroepscompetentieprofielen*

Binnen het MBO vindt een omslag plaats: de kwalificatiestructuur wordt vernieuwd naar een competentiegerichte kwalificatiestructuur. Met dit competentiegericht onderwijs moet het MBO beter aansluiten op de eisen van het bedrijfsleven en de samenleving. Daarnaast moet het competentiegericht onderwijs de deelnemers meer boeien, zodat voortijdig schoolverlaten wordt voorkomen ([www.minocw.nl](http://www.minocw.nl)). Een competentie is te definiëren als 'het vermogen om in een specifieke situatie en context de adequate prestatie te kunnen leveren' (Colo, 2004, p. 5).

Met de omslag naar het competentiegericht beroepsonderwijs zijn ook nieuwe beroepscompetentieprofielen ontwikkeld. Hierdoor is een betere aansluiting mogelijk van het onderwijs op de vraag van de sector en op de beroepspraktijk. De beroepscompetentieprofielen hebben weer invloed op de kwalificatiedossiers. Naast de kwalificatiedossiers verandert ook de kwalificatiestructuur. De 'oude' indeling van het onderwijs is gericht op vijf afzonderlijke domeinen van menselijk functioneren: vitale levensverrichtingen (verpleging); algemeen dagelijkse levensverrichtingen (verzorging); het functioneren in de primaire levenssituatie (sociaal pedagogische hulpverlening); het functioneren in de directe sociale omgeving (psychosociale en informatieve hulpverlening/maatschappelijk werk en dienstverlening); het functioneren als lid van de samenleving (recreatie, activering en educatie, w.o. sociaal cultureel werk). Instellingen en organisaties en hun werknemers zijn echter steeds minder werkzaam in één domein (Vlaar e.a., 2006).

Dit geldt voor het werk in WJK en gehandicaptenzorg, maar ook in de andere branches binnen de zorgsector (met uitzondering van de ziekenhuisbranche) is steeds meer behoefte aan een combinatie van verzorgende, verpleegkundige en begeleidingscompetenties (Den Boer en Hövels, 2004). In de praktijk moeten beroepskrachten dus op meerdere domeinen ondersteuning kunnen bieden. Om goed in te kunnen spelen op de zorgvraag is verbreding en een vloeiender overgang tussen verpleging, verzorging en agogiek gewenst. Gelijktijdig is er behoefte aan verdieping, om adequate

ondersteuning te kunnen bieden aan de doelgroep binnen de context van het werk. Op dit moment is men bezig om deze aspecten terug te laten komen in de kwalificatiestructuur.

Op dit moment bevindt het onderwijssysteem zich dus op een omslagpunt. De veranderingen die gaande zijn in het onderwijs, moeten bijdragen aan het oplossen van knelpunten die gesignaleerd worden in de kwalitatieve aansluiting tussen het onderwijs en de arbeidsmarkt. Dit betekent dat (een deel van) de knelpunten die in deze paragraaf aan bod komen, in het nieuwe onderwijssysteem al aangepakt worden.

#### *Arbeidsmarktpositie van schoolverlaters*

Werkloosheid is een indicator van de arbeidsmarktpositie van schoolverlaters. Anderhalf jaar na het afstuderen is de gemiddelde werkloosheid onder degenen die een V&V-opleiding voltooiden lager dan de gemiddelde werkloosheid van het totaal aantal MBO'ers of HBO'ers. Ook de gemiddelde duur van de inredewerkloosheid van de afgestudeerden met een V&V-opleiding is over het algemeen lager dan gemiddeld voor MBO'ers of HBO'ers (ROA, 2004). Deze indicatoren geven een positief beeld. Bij de sociaalagogische opleidingen zijn geen eenduidige uitspraken te doen.

De mate waarin opleiding en functie op elkaar aansluiten, kan ook bekeken worden door na te gaan welke opleidingsrichting vereist is voor de functie waarin mensen werkzaam zijn. De gediplomeerden van de V&V-opleidingen met een baan zijn voor een groot deel werkzaam in een functie waarvoor de eigen of een verwante opleidingsrichting vereist is. Zij hebben vaker een dergelijke functie dan MBO'ers en HBO'ers als totaal. Degenen die een opleiding op niveau 3 of 4 hebben gevolgd, hebben over het algemeen een functie op het betreffende niveau. HBO-verpleegkundigen daarentegen werken relatief vaak onder hun niveau (ROA, 2004). De meeste gediplomeerde werkenden met een sociaal-agogische opleiding hebben een baan in de sectoren zorg of welzijn. Van de MBO'ers heeft het grootste deel een baan waarvoor de eigen en/of een verwante richting werd gevraagd. Bij de HBO'ers is dit minder het geval: degenen met een opleiding Culturele maatschappelijke vorming zijn ongeveer even vaak werkzaam in een functie waarvoor de eigen en/of een verwante richting werd gevraagd, als in een functie waarvoor een geheel andere of geen eigen richting werd gevraagd.

#### *Werkgevers over de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt*

Werkgevers ervaren soms knelpunten in de aansluiting van de opleidingen op de arbeidsmarkt. Uit een onderzoek uit 2004 kwam naar voren dat de meerwaarde van de verpleegkundige niveau 5 niet altijd duidelijk is. In de gehandicaptenzorg ervaart men knelpunten door de gescheiden opleidingsstelsels van zorg en welzijn: daar is behoefte aan een combinatie van verzorgende en begeleidende competenties. Over de uitstroomvariant Verzorgende Individuele Gezondheidszorg werd geoordeeld dat deze te verpleegtechnisch was (Den Boer en Hövels, 2004). Met de veranderingen die nu gaande zijn in het onderwijs zullen deze laatste twee punten echter veranderen: de nieuwe opleiding en maatschappelijke zorg is mede gebaseerd op het beroepscompetentieprofiel 'beroepskracht primair proces gehandicaptenzorg'. Voor de verzorgenden worden de verpleegtechnische handelingen een verplicht onderdeel in de kwalificatiestructuur, waarbij de verpleegtechnische handelingen worden opgedeeld in een (verplichte) basisset en een keuzeset.

Uit een evaluatie van de beroepenstructuur in de branches welzijn en maatschappelijke dienstverlening, gehandicaptenzorg, jeugdzorg en kinderopvang in 2003, kwam naar voren dat werkgevers bij welzijnsorganisaties van mening waren dat opleidingen niet opleiden naar de eisen van het werkveld. Er was echter geen eenduidig beeld over hoe opleidingen dan moeten opleiden.

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

Er is een voortdurende discussie gaande over breed versus specifiek opleiden (Van Hattum et al, 2003). Respondenten (middenmanagers, P&O'ers en directies van welzijnsorganisaties) waren van mening dat de medewerkers die op dat moment van de opleiding kwamen, te weinig kennis hadden van de doelgroep. Sommige respondenten gaven echter wel voorkeur aan breed opgeleide werknemers, terwijl anderen juist liever medewerkers hadden die meer specifiek zijn opgeleid voor de functie die zij gaan uitoefenen. Aspecten die de middenmanagers misten in de opleidingen waren houding en rol van de beroepskracht en sociale vaardigheden. De discrepantie die men ervoer tussen de opleidingen en het werkveld werden in verschillende kritiekpunten geformuleerd. Eén daarvan was te weinig aandacht in de opleiding voor specifieke kennis met betrekking tot behandeling van een bepaalde doelgroep. Andere punten waren te weinig aandacht voor het dienstverleningsaspect in de opleiding en te weinig aandacht voor welzijnsaspecten bij de opleidingen verpleging en verzorging (Luijckx et al, 2003).

#### 4.3.2 Toerusting van werknemers

Het zittend personeel in zorg, welzijn, jeugdzorg en kinderopvang heeft een eventuele opleiding al afgerond. In de werkgeversenquête 2007 is gevraagd naar personeel dat niet over een toereikend beroepsdiploma beschikt voor de functie die wordt uitgeoefend. Van de werkgevers in de zorg geeft 25% aan dat zij personeel in dienst heeft dat niet over een toereikend diploma beschikt voor de functie die wordt uitgeoefend (Tabel 4.7). Deze werkgevers geven daarbij ook aan dat dit in 40% van de gevallen een knelpunt is voor de organisatie. In de gehandicaptenzorg komen de meeste werkgevers voor die werknemers in dienst hebben die niet over een toereikend beroepsdiploma beschikken: 35%. Bij bijna de helft van deze werknemers zonder toereikend diploma wordt dit ook als een knelpunt ervaren.

**Tabel 4.7 Percentage werknemers zonder een voor de functie toereikend diploma**

	% werkgevers met werknemers zonder toereikend diploma	% werknemers zonder toereikend diploma waarbij dat een knelpunt is voor de organisatie
<b>zorg</b>	25%	40%
ziekenhuizen	8%	4%
V&V	27%	43%
thuiszorg	16%	20%
ggz	21%	38%
gehandicaptenzorg	35%	48%
<b>WJK</b>	21%	37%
welzijn	25%	32%
jeugdzorg	32%	58%
kinderopvang	13%	46%

Bron: werkgeversenquête 2007

Bij ziekenhuizen komt het het minst voor dat er werknemers zonder toereikend diploma in dienst zijn (8%), en daar waar dit wel het geval is, wordt dit in een klein deel van de gevallen als knelpunt ervaren (4%). In de sector welzijn, maatschappelijke dienstverlening, jeugdzorg en kinderopvang geeft 21% van de werkgevers aan dat er personeelsleden met een niet toereikend diploma werkzaam zijn. In 37% van de gevallen wordt dit als een knelpunt voor de organisatie gezien. In de kinderopvang komen de minste werkgevers met ongekwalificeerd personeel voor, in de jeugdzorg de meeste. In de jeugdzorg wordt dit ook vaak als een knelpunt ervaren: bij 58% van degenen die geen toereikend diploma hebben.

De werkgevers die aangeven dat zij verplegend, verzorgend of agogisch personeel in dienst hebben zonder toereikend diploma, is ook gevraagd welk percentage van hun personeel dit betreft. Vervolgens is berekend om welk percentage van het totaal aantal werknemers in een verplegende, verzorgende of agogische functie het landelijk gezien gaat. In Tabel 4.8 is dit weergegeven. Hier is te zien dat 1% van degenen die in Nederland in een verpleegkundige functie werken, niet over een toereikend diploma beschikt. Het aantal in een verzorgende functie zonder toereikend diploma is iets hoger: 1,9%.

**Tabel 4.8 Percentage werknemers met een ontoereikend diploma, in de sector of branche als totaal**

	% werknemers in verpleegkundige functies zonder toereikend diploma	% werknemers in verzorgende functies zonder toereikend diploma	% werknemers in agogische functies zonder toereikend diploma
Zorg	1,0%	1,9%	2,1%
Ziekenhuizen	0,2%	0,2%	
V&V	1,3%	1,9%	2,6%
Thuiszorg	0,7%	3,4%	
Ggz	0,2%	0,2%	1,7%
Gehandicaptenzorg	1,3%	2,8%	3,1%
WJK			4,0%
Welzijn en M.			6,0%
Jeugdzorg			3,0%
Kinderopvang			1,2%

Bron: werkgeversenquête 2007

Werkgevers in de thuiszorg en de gehandicaptenzorg rapporteren het grootste percentage niet toereikend gediplomeerde werknemers: 3,4% van het totaal aantal werkzamen in een verzorgende functie in de thuiszorg en 3,1% van het totaal aantal werknemers in een agogische functie in de gehandicaptenzorg beschikt niet over het juiste diploma (Tabel 4.8). In de ziekenhuizen en de GGZ werken relatief gezien het minste aantal werknemers zonder toereikend diploma: 0,2% van het verplegend en verzorgend personeel in beide branches en 1,7% van het agogisch personeel in de GGZ.

In de sector WJK beschikt 4% van het totaal aantal werknemers met een agogische functie niet over een toereikend beroepsdiploma. Het vaakst komt ongekwalificeerd personeel voor in agogische functies in de sector welzijn en maatschappelijke dienstverlening: het betreft 6% van het totaal aantal medewerkers met een agogische functie in deze sector.

*Werknemers over de aansluiting tussen hun opleiding, vaardigheden en hun werk*

Werknemers werken lang niet altijd op het niveau van hun opleiding. Zowel over- als onderkwalificatie komen voor (Tabel 4.9). Overkwalificatie komt vaker voor dan onderkwalificatie. In de gehandicaptenzorg en in welzijn zijn werknemers het minst vaak werkzaam op een functieniveau dat overeenstemt met hun opleidingsniveau. Dit wordt zowel door over- als door onderkwalificatie veroorzaakt.

**Tabel 4.9 Percentage werknemers dat op, onder of boven hun opleidingsniveau werkzaam is**

	functieniveau in overeenstemming met opleidingsniveau	functieniveau lager dan opleidingsniveau	functieniveau hoger dan opleidingsniveau
zorg	74%	19%	7%
ziekenhuizen	77%	15%	8%
V&V	74%	20%	6%
thuiszorg	72%	23%	5%
ggz	76%	15%	8%
gehandicaptenzorg	65%	25%	9%
WJK	70%	23%	7%
welzijn	66%	23%	10%
jeugdzorg	73%	20%	6%
kinderopvang	74%	21%	5%

Bron: werknemersenquête 2007

Het grootste deel van de werknemers is van mening dat hun kennis en vaardigheden goed aansluiten op het werk dat zij doen (Tabel 4.10). Een substantieel deel is van mening dat deze aansluiting redelijk is. Slechts een klein deel geeft aan dat hun kennis en vaardigheden matig of slecht aansluiten bij het werk dat zij doen. Werknemers in ziekenhuizen zijn het vaakst van mening dat de aansluiting tussen kennis en vaardigheden en het werk dat zij doen goed is, werknemers in de gehandicaptenzorg het minst vaak.

Tabel 4.10 Aansluiting van kennis en vaardigheden op het werk dat men doet

	goed	redelijk	matig	slecht
<b>zorg</b>	75%	22%	3%	1%
ziekenhuizen	80%	18%	2%	1%
V&V	72%	23%	4%	1%
thuiszorg	75%	21%	3%	1%
ggz	72%	24%	3%	0%
gehandicaptenzorg	68%	28%	3%	1%
<b>WJK</b>	76%	21%	2%	1%
welzijn	76%	19%	3%	2%
jeugdzorg	73%	24%	2%	0%
kinderopvang	77%	20%	2%	0%

Bron: werknemersenquête 2007

Als de aansluiting tussen kennis en vaardigheden op het werk dat men doet als redelijk, matig of zelfs slecht wordt beoordeeld, kan dit verschillende dingen betekenen: iemand kan meer of juist minder kennis en vaardigheden in huis hebben dan vereist voor het werk, of juist een ander soort kennis en vaardigheden. Op de vraag aan werknemers hoe zij de relatie beoordelen tussen hun kennis en vaardigheden en het werk dat zij verrichten, dan blijkt het grootste deel van mening te zijn dat deze op het niveau liggen die het werk vereist, of daarboven. Slechts een klein deel geeft aan dat deze minder zijn dan het werk vereist of op een andere manier niet goed aansluiten op het werk (Tabel 4.11).

Tabel 4.11 Beoordeling van de kennis en vaardigheden in relatie tot het werk dat men verricht

	ongeveer zelfde niveau	meer dan werk vereist	minder dan werk vereist	voor ander vak	verouderd doordat werk anders is geworden	niet voldoende praktijk- gericht	anders
<b>zorg</b>	64%	27%	3%	2%	2%	1%	1%
ziekenhuizen	69%	23%	3%	2%	2%	0%	1%
V&V	62%	29%	2%	2%	2%	1%	0%
thuiszorg	62%	31%	2%	3%	1%	1%	1%
ggz	63%	27%	4%	2%	1%	1%	1%
gehandicaptenzorg	57%	32%	4%	2%	3%	1%	0%
<b>WJK</b>	61%	30%	2%	3%	1%	1%	1%
welzijn	60%	31%	2%	3%	2%	1%	1%
jeugdzorg	60%	30%	3%	3%	1%	1%	1%
kinderopvang	63%	29%	2%	2%	1%	0%	1%

Bron: werknemersenquête 2007

Als de kennis en vaardigheden van een werknemer niet goed aansluiten op de eisen die het werk stelt, zullen bepaalde knelpunten optreden. In de werknemersenquête is gevraagd om aan te geven of respondenten wel eens problemen ervaren bij het uitoefenen van hun functie voor wat betreft hun kennis en vaardigheden. Tussen de 7% en 13% van de werknemers geeft aan wel eens problemen te ervaren wat betreft hun kennis en vaardigheden. Werknemers in de gehandicaptenzorg en in de jeugdzorg geven dit het vaakst aan, werknemers in de kinderopvang het minst vaak. (Zie tabel 4.12)

**Tabel 4.12 Percentage werknemers dat wel eens problemen ervaart bij het uitoefenen van hun functie voor wat betreft hun kennis en vaardigheden**

	% werknemers dat wel eens problemen ervaart	% werknemers dat nooit problemen ervaart
<b>zorg</b>	10%	90%
ziekenhuizen	9%	91%
V&V	10%	90%
thuiszorg	9%	90%
ggz	12%	88%
gehandicaptenzorg	13%	87%
<b>WJK</b>	10%	90%
welzijn	12%	88%
jeugdzorg	13%	87%
kinderopvang	7%	93%

Bron: werkgeversenquête 2007

Tijdens een onderzoek in 2004 is aan werknemers met een V&V-opleiding gevraagd voor welke competenties werknemers zich na afloop van hun beroepsopleiding onder- of overgekwalificeerd achten. Werknemers voelden zich het vaakst 'minder dan nodig' gekwalificeerd wat betreft:

- kennis van ziektebeelden en/of gedragsproblemen (38% van de respondenten);
- kunnen omgaan met agressie (35% van de respondenten);
- cliënt kunnen begeleiden bij psychische en sociale problemen (30%).

(Den Boer en Hövels, 2004).

#### *Toekomstige tekorten in de toerusting van werknemers*

Meer dan de helft van de werkgevers in de zorg is van mening dat er in hun organisatie werknemers zijn die onvoldoende zijn toegerust voor de eisen die het werk de komende jaren zal stellen (Tabel 4.13). Van deze werkgevers ervaart 64% dit als een knelpunt. In de thuiszorg geven de minste werkgevers aan dat een deel van hun werknemers niet is toegerust voor de toekomst, in de GGZ de meeste. In de sector WJK is een derde van de werkgevers van mening dat een deel van hun werknemers niet is toegerust voor de eisen die het werk in de toekomst aan hen stelt. Van deze werkgevers ervaart 70% dit als een knelpunt. Dit blijkt echter vooral bij werkgevers in welzijn het geval te zijn.

**Tabel 4.13** Percentage werkgevers met personeel dat onvoldoende is toegerust voor de toekomst en percentage werkgevers dat dat als een knelpunt ervaart

	% werkgevers met werknemers die onvoldoende zijn toegerust voor de toekomst	% van deze werkgevers dat dat als een knelpunt ervaart
<b>zorg</b>	55%	64%
ziekenhuizen	60%	58%
V&V	57%	60%
thuiszorg	41%	77%
ggz	66%	66%
gehandicaptenzorg	49%	70%
<b>WJK</b>	36%	70%
welzijn	41%	76%
jeugdzorg	44%	52%
kinderopvang	25%	58%

Bron: werkgeversenquête 2007

Niet alle werkgevers geven aan dat een deel van hun werknemers onvoldoende is toegerust voor de toekomst. Bovendien geldt dat, als er werknemers in dienst zijn die niet zijn toegerust, dit niet voor alle werknemers geldt. In Tabel 4.14 is daarom aangegeven welk deel van alle werknemers in de betreffende branche volgens de werkgevers niet is toegerust voor de toekomst.

**Tabel 4.14** Percentage werknemers dat niet voldoende is toegerust voor de eisen die het werk in de komende jaren zal stellen

	% werknemers dat niet is toegerust voor de toekomst
<b>zorg</b>	18%
ziekenhuizen	16%
V&V	20%
thuiszorg	19%
ggz	13%
gehandicaptenzorg	18%
<b>WJK</b>	20%
welzijn	23%
jeugdzorg	12%
kinderopvang	15%

Bron: werkgeversenquête 2007; bewerking Prismant

Uit de werkgeversenquête blijkt dat, volgens werkgevers, 18% van de werknemers in de zorg en 20% van de werknemers in WJK, niet voldoende is toegerust voor de eisen die het werk in de komende jaren zal stellen. Vooral in welzijn en de V&V zijn werknemers niet voldoende toegerust.

De werkgevers in de zorg die het als een knelpunt ervaren dat een deel van de werknemers niet is toegerust voor de toekomst, geven als belangrijkste oorzaken aan dat eisen en wensen van cliënten veranderen (76%) en dat werknemers een tekort hebben aan vakinhoudelijke kennis en vaardigheden (70%). Bij de werkgevers in WJK is dit precies andersom: 76% is van mening dat een tekort aan vakinhoudelijke kennis en vaardigheden een belangrijke rol speelt, 64% dat de veranderende eisen en wensen van cliënten van belang zijn. De werkgevers die knelpunten voor de toekomst verwachten (zowel in de zorg als in WJK) pakken dit aan door scholing, training, begeleiding en coaching van medewerkers.

Een deel van de werkgevers geeft desgevraagd ook aan dat een deel van hun werknemers overgequalificeerd is voor de eisen die het werk voor de komende jaren stelt: 50% van de werkgevers in de zorg en 44% van de werkgevers in WJK. Het gaat dan om een klein deel van de werknemers: respectievelijk 6% en 4% van het totaal aantal werknemers.

Uit de werkgeversenquête 2007 blijkt dus dat gemiddeld 18% (zorg) of 20% (WJK) van de werknemers niet voldoende is toegerust voor de eisen die het werk in de toekomst zal stellen. Dit lijkt fors. Echter, aangezien het werk in zorg en WJK steeds aan veranderingen onderhevig is, is een zekere mate van discrepantie tussen wat werknemers nu kunnen en kennen en wat ze in de toekomst moeten kunnen en kennen, niet te voorkomen. In hoeverre de geconstateerde tekortkomingen 'normaal' te noemen zijn is niet duidelijk. Wel is een beperkte vergelijking mogelijk met het OSA-arbeidsvraagpaneel van 1999. In deze enquête onder werkgevers in zorg en welzijn is gevraagd of het personeel voldoende is toegerust voor de eisen die het werk in de komende jaren zal stellen. Uit die gegevens blijkt dat 43% van de werkgevers in de zorg en 41% van de werkgevers in de sector WJK13 aangeeft dat het personeel onvoldoende is toegerust voor de toekomst (Allaart e.a., 2001). In 1998 was het percentage werkgevers in de zorg dat aangaf dat werknemers onvoldoende waren voorbereid op de toekomst nog 50%. Omdat deze vraag anders is gesteld (meer algemeen of 'het personeel' is toegerust voor de toekomst in plaats van of er werknemers in dienst zijn die onvoldoende zijn toegerust) is geen rechtstreekse vergelijking mogelijk. Wel lijken de gegevens uit 1998 en 1999 aan te geven dat ook acht jaar geleden een fors deel van de werkgevers zich zorgen maakte over de toerusting van het personeel op de dingen die komen gingen.

#### 4.4 Administratieve lasten en bureaucratisering

In de berichtgeving over de gezondheidszorg en de WJK zijn bureaucratisering en de ontwikkeling van de administratieve lastendruk terugkerende thema's. Er wordt verwezen naar een toenemende hoeveelheid administratieve handelingen (ook door degenen die rechtstreeks bij de zorg zijn betrokken) en naar een toenemende personele omvang van staf en administratie in zorginstellingen. Oorzaken zouden onder meer gelegen zijn in de grote hoeveelheid verantwoordingsplicht die zorginstellingen hebben en de invoering van marktwerking.

13 In deze enquête betrof dit de branches Jeugdhulpverlening, Kinderopvang, Sociaal-cultureel werk en Maatschappelijk werk

Toch is het lastig om 'harde' cijfermatige antwoorden te verkrijgen over de vraag of er daadwerkelijk sprake is van toenemende bureaucrativering en toename van de administratieve lastendruk. Dat heeft te maken met de complexiteit van het onderwerp. Zonder uitpuutend te willen zijn kunnen de volgende aspecten een rol spelen bij de beoordeling van de bureaucratie in de zorg:

- Wat is een redelijk niveau van 'overhead' binnen een (gezondheidszorg)organisatie? Uit Tabel 4.16 (zie verder in deze paragraaf) komt de indruk naar voren dat de relatieve omvang van de administratieve functies in de verpleeg- en verzorgingshuizen en in de gehandicaptenzorg aanzienlijk lager ligt dan in de (psychiatrische) ziekenhuizen. In hoeverre zijn dergelijke instellingen echter wél en niet met elkaar te vergelijken? Denk bijvoorbeeld aan zaken als: schaalgrootte, complexiteit van de zorgverlening en verblijfsduur van de cliënten.

Huijben en Geurtsen (2006) hebben onderzoek naar dit vraagstuk gedaan. Zij gingen daarbij uit van de volgende definitie: "Overhead is het geheel van functies gericht op de sturing en ondersteuning van het primaire proces". Overhead wordt uitgedrukt als het percentage fte in deze functies ten opzichte van het totaal aantal fte in de organisatie. De onderzoekers geven aan dat normen voor overhead in ieder geval per maatschappelijke sector moeten worden geformuleerd. Een gemeente is een heel ander type organisatie dan een zorginstelling. En binnen de zorgsector is een ziekenhuis weer een ander type instelling dan een verzorgingshuis. Met deze kanttekening geven de auteurs aan dat een overheadpercentage van tussen de 12,9% en 13,7% voor de sector Verpleging en verzorging een goede norm is. Bij een lagere overhead dreigt het gevaar van 'beleidsarmoede'. Als het percentage overhead boven de 15,3 komt is er sprake van een te grote overhead.

- Welke factoren beïnvloeden de omvang van de administratie/overhead? Er zijn verschillende factoren aan te geven die mede een verklaring kunnen vormen voor de groei van ondersteunende/administratieve functies. Enkele voorbeelden:
  - De productie van ziekenhuizen neemt toe en verandert inhoudelijk sterk van karakter. Ontwikkelingen zoals meer dagopnames en meer poliklinische verrichtingen tegenover een afname van langdurige opnamen, betekenen ook meer administratieve verrichtingen.
  - Mede door de vergrijzing, neemt de complexiteit van de zorg toe (comorbiditeit). Dat kan betekenen meer administratieve handelingen per patiënt dan in het verleden.
  - In ziekenhuizen wordt steeds meer gebruik gemaakt van ICT, zowel in de administratie als in de zorgverlening. Dat doet de vraag naar ICT-personeel stijgen.
  - Er is veel vraag naar verantwoording door externe partijen, zoals de NZa, de Inspectie Gezondheidszorg en het ministerie van VWS. Deze verantwoordingsvraag leidt eveneens tot extra administratieve handelingen.
  - Hoeveel administratieve handelingen worden gegenereerd door registraties vanuit de instelling zelf?
  - Wat is de invloed van het feit dat het gezondheidszorgstelsel zich in een overgangsfase bevindt? De overgang naar een meer marktgericht stelsel zal ongetwijfeld (tijdelijk) extra inzet van ondersteunend personeel vragen. Om de ontwikkeling van ondersteunende functies (waaronder administratieve functies) op haar waarde te kunnen beoordelen is meer inzicht nodig in deze aspecten.
- Hoe is het gesteld met de 'onzichtbare' bureaucratie? Daarmee wordt bedoeld de bureaucratie die deel uitmaakt van het dagelijks functioneren van het patiëntgebonden personeel; zaken als administratie, verslaglegging en werkoverleg. Op de omvang van deze vorm van overhead is weinig tot geen zicht, laat staan op de ontwikkeling daarin. Er zijn wel enkele kwalitatieve onderzoeken naar dit fenomeen gedaan. Van Zutphen e.a. hebben in 2007 een 'quick scan' uitgevoerd onder in totaal 40 medewerkers van negen verpleeg- en verzorgingshuizen. Men heeft zich in dit onderzoek geconcentreerd op registratieactiviteiten "die de professional moet verrichten, die

volgens de professional veel tijd kosten en/of tot irritatie leiden.” De conclusie uit deze quick scan is dat de registratieverplichtingen op zich niet veel tijd kosten, maar dat het er zo veel zijn. Opmerkelijk genoeg zien professionals in de zorg wel heel duidelijk het nut en de noodzaak van de registratieverplichtingen (Van Zutphen et al., 2007).

Deze onderwerpen (en wellicht nog diverse andere) vormen met elkaar een mogelijk kader om onderzoek te doen naar de mate van ‘bureaucratisering’ in de gezondheidszorg en de waardering van eventuele ontwikkelingen daarin.

Gegeven de bovenstaande voorbehouden is de vraag of er op dit moment al indicaties zijn voor een toenemende ‘bureaucratisering’ van de zorg, zeker waar het de invloed van marktwerking en toenemende (maatschappelijke) verantwoording betreft. In het proces van invoering van marktwerking in de zorg lopen de ziekenhuizen voorop en zouden dergelijke indicaties dus het eerst aan deze sector te ontlenen moeten zijn.

Er zijn twee bronnen van informatie over personeelscategorieën: het Loonkostenmodel Gezondheidszorg (LKG) en de Jaarenquête Personeelsstatistieken van Prismant. De eerste omvat alle ziekenhuizen (academisch, algemeen en categoriaal), maar is niet volledig, de tweede betreft alleen de algemene ziekenhuizen, maar is wel omgerekend naar het totaal aantal arbeidsplaatsen.

Beide registraties blijken enige indicatie te geven van een relatieve toename in de categorie ‘Management en staf algemene en administratieve functies’ in ziekenhuizen. Het ontwikkelingspatroon is echter sterk verschillend. De cijfers uit het LKG suggereren een regelmatige, geleidelijke stijging tot 2004, dan een snelle stijging tussen 2004 en 2005, gevolgd door weer een regelmatige, geleidelijke stijging. De gegevens uit de Jaarenquête suggereren tussen 2003 en 2005 een geleidelijke stijging die zich bovendien op een veel lager relatief niveau afspeelt. Zonder nader onderzoek vallen daarom voor de sector ziekenhuizen geen conclusies te trekken over de mate van bureaucratiesering.

Als we de LKGgegevens bekijken voor de ontwikkeling voor de verdeling van het totale ziekenhuispersoneel over de belangrijkste grote personeelscategorieën, ontstaat het volgende beeld:

**Tabel 4.15 Procentuele verdeling personeel over hoofdcategorieën, ziekenhuizen, 2002-2006**

Personeel	2002	2003	2004	2005	2006
Algemene en administratieve functies	18,7	19,3	19,0	20,5	20,7
Hotelfuncties	10,7	10,7	9,8	10,0	9,8
Patiënt- c.q. bewonergebonden functies	62,5	63,5	60,7	59,5	59,9
Leerling verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend	3,3	3,3	3,1	3,1	2,5
Overig (inclusief terrein- en gebouwgebonden functies)	4,8	3,3	7,4	6,8	7,0

Bron: LKG

De deelcategorie *Algemene en administratieve functies* stijgt tussen 2002 en 2006 met twee procentpunten. Het aandeel van de deelcategorie ‘patiënt- c.q. bewonergebonden functies’ daalt in diezelfde periode met 2,6 procentpunten. Maar, zoals aan het begin van deze paragraaf is beargumenteerd, mag zeker niet zonder nader onderzoek worden geconcludeerd dat toenemende administratie ten koste zou gaan van patiëntgebonden functies.

In de andere drie sectoren van de gezondheidszorg (geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen) is een ontwikkeling in de relatieve omvang van de algemene en administratieve functies zichtbaar. Zij hebben echter elk een eigen ontwikkelingspatroon. Ter vergelijking is in tabel 4.16 de ontwikkeling weergegeven van de omvang van de hoofdcategorie 'Personeel algemene en administratieve functies' als percentage van het totaal personeelsbestand in de verschillende sectoren (hiervoor is alleen de LKG als bron beschikbaar).

**Tabel 4.16 Ontwikkeling van de procentuele omvang van de personeelscategorie algemene en administratieve functies in vier sectoren van de gezondheidszorg, 2002-2006**

Algemene en administratieve functies	2002	2003	2004	2005	2006
Ziekenhuizen	18,7	19,3	19,0	20,5	20,7
Geestelijke gezondheidszorg	13,9	16,7	16,0	17,0	17,9
Verpleeg- en verzorgingshuizen	6,4	9,0	7,6	6,0	7,4
Gehandicaptenzorg	7,4	8,9	7,5	7,3	7,9

Bron: LKG

Ook in de geestelijke gezondheidszorg neemt de relatieve omvang van deze personeelscategorie toe. De ontwikkeling volgt echter een ander patroon dan die in de ziekenhuizen. In de beide andere sectoren is de relatieve omvang van deze personeelscategorie aanzienlijk kleiner en de ontwikkeling is wat grillig, maar laat tussen 2002 en 2006 wel een stijgende lijn zien.

## 4.5 Taakherschikking en nieuwe beroepen in de zorg

### 4.5.1 Nieuwe beroepen

In de gezondheidszorg is sprake van een steeds verder gaande differentiatie van de beroepenstructuur. De ontwikkeling van nieuwe beroepen is al vele jaren aan de gang, maar met de steeds grotere aandacht voor efficiency in de zorg en daarmee voor de rationalisering van de zorgverlening neemt het belang van deze nieuwe groepen verder toe.

Er zijn enkele hoofdgroepen te onderkennen, waarbinnen - zonder uitputtend te zijn - de volgende voorbeelden kunnen worden genoemd:

- Vervolg op c.q. specialisatie van verplegende beroepen. Hieronder vallen onder meer:
  - Nurse Practitioners (NP)
  - Gespecialiseerde verpleegkundigen, zoals:
- Diabetesverpleegkundige
- Hartfalenverpleegkundige
  - Praktijkondersteuners huisartsen (POH) (Ook doktersassistenten kunnen met een verlengde opleiding doorgroeien naar de functie van POH.)
- Nieuwe c.q. verder gespecialiseerde paramedische beroepen. Hieronder vallen bijvoorbeeld:
  - Physician Assistants (PA)
  - Optometristen
- Nieuwe geneeskundige beroepen. Hieronder vallen:
  - Ziekenhuisarts (een basisarts die zich niet verder wil specialiseren)
  - Intensivist
  - Arts Spoedeisende hulp (SEH-arts)
  - Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG)

Over deze nieuwe beroepen zijn weinig kwantitatieve gegevens voor handen. Hieronder wordt voor enkele ervan nadere kwantitatieve informatie gegeven.

#### *Nurse practitioners (NP) en Physician Assistants (PA)*

NP's en PA's zijn beide beroepen waarvan de functieuitoefening plaats vindt aan de grenzen van het medische domein. De NP werkt in het grensgebied van het medische en het verpleegkundige domein. De NP richt zich veelal op bepaalde groepen (chronische) patiënten voor wie zij routinematige werkzaamheden van de medisch specialist overnemen.

**Tabel 4.17 Opleidingsgegevens Nurse Practitioners en Physician Assistants, 2004-2006**

	2004	2005	2006
<b>Nurse Practitioners</b>			
Instroom	135	155	147
In opleiding	179	372	459
Gediplomeerden			94
<b>Physician Assistants</b>			
Instroom	47	85	63
In opleiding	55	154	218

Bron: HBO-Raad

Meestal zijn het (gespecialiseerde) verpleegkundigen die de opleiding 'advanced nursing practice' hebben gevolgd. PA's zijn meestal gekoppeld aan een specialisme. Zij kunnen sterk geprotocolleerde, routinematige werkzaamheden van de medisch specialist overnemen, waaronder bepaalde medische ingrepen. In de praktijk overlappen de beide functies elkaar nog en worden de NP en PA vaak in één adem genoemd. In 2000 studeerden de eerste twaalf NP's af. In 2005 waren er naar schatting 280 afgestudeerde NP's werkzaam. De Nederlandse Vereniging van Nurse Practitioners telt anno 2007 436 leden. In 2003 studeerden de eerste vijf PA's af. Alhoewel er in absolute zin (nog) sprake is van kleine aantallen, is er dus wel sprake van een forse groei. In 2007 werken er 148 PA's in ziekenhuizen.

#### *Praktijkondersteuners Huisartsenzorg (POH)*

Praktijkondersteuners Huisartsenzorg (POH's) zijn in veel gevallen verpleegkundigen die een éénjarige aanvullende opleiding hebben gevolgd om in een huisartsenpraktijk werkzaam te kunnen zijn. Ook doktersassistenten kunnen de opleiding tot POH volgen. Zij moeten daartoe een tweejarige opleiding volgen. Tabel 4.18 geeft een indruk van de ontwikkeling van het aantal Praktijkondersteuners Huisartsenzorg (POH).

**Tabel 4.18 Aantal werkzame praktijkondersteuners in huisartsenpraktijken, 2001-2003**

	2001	2002	2003
Aantal werkzame personen	158	540	1.005
Aantal fte	94	303	558
Aantal in opleiding	73	294	367

Bron: NIVEL

Over latere jaren zijn geen systematische gegevens bekend, maar op grond van recent onderzoek door het NIVEL wordt geschat dat er anno 2007 bijna 1.400 FTE POH's werkzaam zijn in huisartsenpraktijken. Dat betekent dat er in de periode 2003-2007 voor deze beroepsgroep sprake is van een groei met zo'n 150%. Het NIVEL schat dat momenteel zo'n 60% van de huisartsenpraktijken beschikt over een POH.

#### *Optometristen*

Optometristen zijn opgeleid om op HBO-niveau ogen te kunnen onderzoeken. De optometrist noemt zichzelf 'de specialist van het gezonde oog'. Zij zijn in staat het onderscheid tussen 'pluis' en 'niet-pluis' te herkennen. Het beroep is eind 2000 erkend op grond van de Wet Big. Optometristen kunnen werkzaam zijn in oogartsenpraktijken in ziekenhuizen en in optiekzaken. In deze laatste situatie vormen ze een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Het precieze aantal werkzame optometristen is niet bekend, maar de ontwikkeling van het ledenbestand van de Optometristen Vereniging Nederland (OVN) geeft een goede indicatie, omdat vrijwel alle optometristen lid zijn van de OVN. In 2000 kende de OVN 266 leden, in 2007 waren dat er 775, bijna drie keer zoveel.

#### **4.5.2 Taakherschikking**

Deze nieuwe zorgprofessionals beginnen taken van artsen, in het bijzonder van medisch specialisten en huisartsen over te nemen. Het gaat dan om routinematige taken die goed protocolleerbaar zijn en voor een relatief grote groep (veelal chronische) patiënten moeten worden verricht. Er zijn twee motivaties voor deze ontwikkeling aan te geven:

1. De vrees voor een tekort aan artsen tegenover een stijging van de zorgvraag van in het bijzonder chronisch zieken.
2. De noodzaak om onder invloed van de toenemende marktwerking te zoeken naar de meest doelmatige vormen van zorgverlening. Rationalisering van het zorgproces waaronder het uitzuiveren van routinematige activiteiten, kan daar een onderdeel van zijn.

Tot nu toe wijzen de ervaringen erop dat taakherschikking niet leidt tot een lagere behoefte aan artsen. De tijd die bij artsen vrijkomt door taakoverdracht lijkt direct te worden opgevuld met nieuwe activiteiten. Bovendien wordt een deel van de gewonnen tijd teniet gedaan door meer aandacht voor supervisie en begeleiding. Wel kunnen voorzichtig de volgende veronderstellingen worden geformuleerd, wanneer deze processen van taakherschikking zich breed zouden doorzetten:

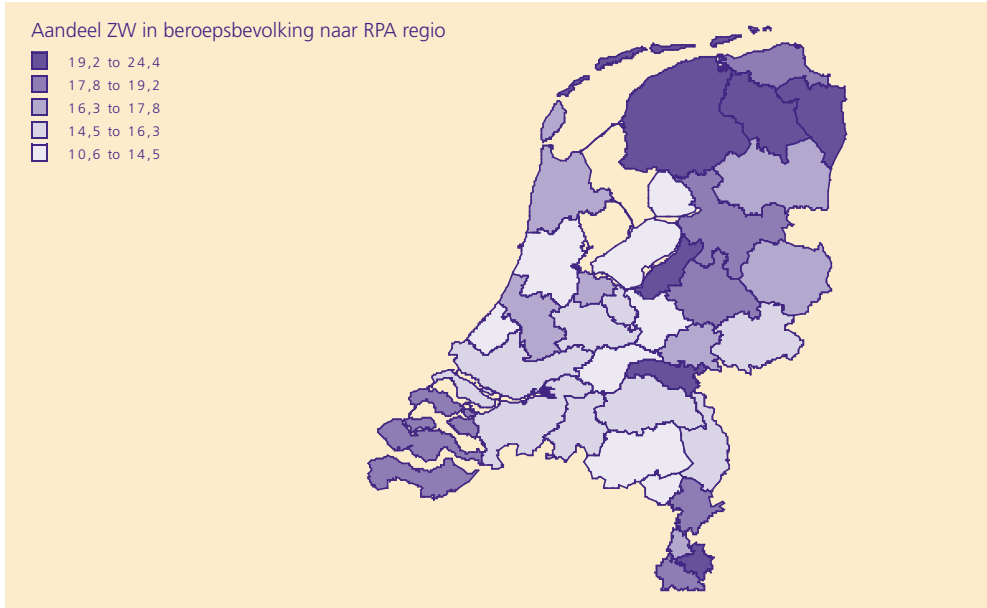
1. De behoefte aan gespecialiseerde zorgprofessionals op HBO-niveau zal verder toenemen.
2. De structuur en organisatie van de medische zorg zal gaan veranderen. Artsen worden meer 'zorgmanager' over HBO-opgeleide, gespecialiseerde zorgprofessionals. Zelf zullen ze zich vooral richten op de niet-overdraagbare taken, zoals bijvoorbeeld de zorg voor complexe patiënten met meervoudige pathologie.

#### **4.6 Regionale verscheidenheid**

In ons land zijn er aanzienlijke regionale verschillen in de demografische ontwikkeling van de bevolking. Er zijn regio's waar de beroepsbevolking al krimpt, terwijl in andere regio's nog sprake is van groei. In sommige regio's staat nog een forse vergrijzing te wachten, waar andere al weer aan vergroening van de bevolking toe zijn. Dergelijke verschillen beïnvloeden niet alleen de vraag naar zorg, maar ook de vraag naar en het aanbod van zorg- en WJK-personeel. RegioMarge 2007 laat zien dat de verschillen tussen regio's zich niet beperken tot de demografische ontwikkeling van de bevolking. Die verschillen zijn ook terug te vinden in het aandeel dat de sector in de regionale werkgelegenheid heeft (zie figuur 4.4), in het aandeel dat de zorg- en WJK-opleidingen in het totaal

van de opleidingen hebben en in het studierendement van die opleidingen. Dit brengt ons op de vraag hoe groot de verschillen zijn en of er verschijnselen zijn die een grotere verscheidenheid ten toon spreiden dan andere.

**Figuur 4.4 Het aandeel van de sector Zorg en WJK in de totale beroepsbevolking**



Bron: CBS RPA

Tabel 4.19 laat voor een groot aantal van de genoemde onderwerpen het gemiddelde over de regio's zien (in dit geval 23 RBA's of 45 ROC's)<sup>14</sup>.

14 Daarnaast is de standaarddeviatie weergegeven. Bij een normale verdeling bevindt tweederde van de waarnemingen zich tussen het gemiddelde plus en min deze standaarddeviatie. Om de mate van verscheidenheid van de verschijnselen onderling te kunnen vergelijken is de variantie (=standaarddeviatie/gemiddelde) weergegeven.

Tabel 4.19 Een aantal voorbeelden van regionale verscheidenheid

	Gemiddelde	Bandbreedte: 2/3 zit tussen		Variantie	
<b>Omvang opleidingen</b>					
<i>Omvang opleidingscapaciteit/zittend bestand in %</i>					
- verpleging 4	17,3	12,1	22,5	0,30	
- verzorging	11,4	7,9	14,9	0,30	
<i>Populariteit opleidingen in 2005 in %</i>					
- verpleging 4	21,4	26,3	16,3	0,23	
- verzorging	3,8	2,3	5,3	0,39	
- SPW3/4	4,0	2,7	5,4	0,34	
- nivo 1+2	9,7	7,1	12,3	0,27	
- nivo 1+2	3,9	2,9	4,9	0,27	
<b>Studierendement opleidingen in %</b>					
<b>65,3</b>					
- verpleging 4	BOL	60,7	47,7	73,7	0,22
	BBL	64,4	53,7	75,1	0,16
- verzorging	BOL	64,4	51,7	77,1	0,20
	BBL	68,4	57,4	79,4	0,16
- SPW4	BOL	70,6	61,2	80,0	0,13
	BBL	73,8	58,5	89,1	0,21
<b>Arbeidsaanbod in instellingen</b>					
Verloop in %		9,5	7,8	11,2	0,18
Gemiddeld aantal uren per week		24,6	23,5	25,7	0,05
Ziekteverzuim in % (excl. zwangerschap)		5,4	5,0	5,8	0,07
<b>Externe arbeidsmarkt</b>					
Beslag op arbeidsmarkt in %		16,1	13,2	19,0	0,18
Beslag op vrouwen (participatiegraad) in %		58,3	55,5	61,1	0,05

Bron: Diversen

De grootste verschillen (de grootste variantie) tussen regio's vinden we bij de populariteit van de opleidingen en bij de verhoudingen tussen leerlingen in opleiding ten opzichte van het zittend personeelsbestand. De variantie bij de populariteit van de gezamenlijke opleidingen is kleiner dan bij de afzonderlijke. Ook bij het studierendement geldt dat de variantie groter is bij de afzonderlijke opleidingen dan wanneer we ze bij elkaar nemen. Dit betekent dat er sprake is van compenserende effecten. Zo zal een ROC niet slecht scoren op alle opleidingen, maar wel op één of twee. Waar het gaat om populariteit van opleidingen is bekend dat regio's waar veel verpleegkundigen opgeleid worden, minder goed scoren op SPW en andersom. Overigens is deze samenhang in de periode 2000-2006 wel minder sterk geworden.

In RegioMarge 2007 is ook gekeken naar samenhang tussen verschijnselen. Daar werd geconcludeerd dat het unieke karakter van de arbeidsmarktregio's in de sector Zorg en WJK blijkt uit de geringe structurele samenhangen die aangetroffen werden. Zo zou men verwachten dat regio's met een hoge participatiegraad van vrouwen een groot aandeel werkenden in de sector kennen; dat er een samenhang is tussen het aantal werkzamen en het aantal in opleiding enz. Dergelijke samenhangen blijken echter niet aan te tonen.

Wat is nu de praktische betekenis van deze uitkomsten? We kunnen twee conclusies trekken:

- Het feit dat de regionale verscheidenheid met weinig structurele samenhang gepaard gaat, betekent voor elke regio maatwerk bij verbeteringen (individueel programma); elke regio is als het ware uniek.
- Met name bij deelname aan de verschillende opleidingen valt nog veel te winnen, op de voet gevolgd door het studierendement van opleidingen.

Men dient wel te bedenken dat het hier om een statistische analyse gaat en het beantwoorden van de vraag op welke onderdelen de verschillen statistisch gezien het grootst zijn. Dit zegt niets over de inspanning die geleverd moet worden om veranderingen tot stand te brengen.



## **5. De arbeidsmarkt per branche**



## 5. De arbeidsmarkt per branche

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

### 5.1 Een vergelijking tussen de branches

Tabel 5.1 presenteert actuele gegevens voor alle afzonderlijke branches. Het valt op dat de ontwikkeling van de werkgelegenheid sterk per branche verschilt. Jeugdzorg was de afgelopen jaren de sterkst groeiende branche binnen WJK. Binnen de Zorg waren dat de gehandicaptenzorg en de GGZ. De ziekenhuizen blijven de grootste branche, gevolgd door de verpleeg en verzorgingshuizen. Het ziekteverzuim is laag in de ziekenhuizen en hoog in de thuiszorg. Het aandeel ouderen, 50+-ers, is hoog in de branches welzijn en maatschappelijke dienstverlening, thuiszorg, GGZ en verpleeg- en verzorgingshuizen.

**Tabel 5.1 Een aantal arbeidsmarktkenmerken per branche in 2006**

	Ziekenhuizen	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Gehandicaptenzorg	Thuiszorg**	GGZ	Welzijn en MD	Jeugdzorg	Kinderopvang
Aantal werkzame personen*	255.900	252.600	.	.	.	.	.	.
Gemiddelde groei in personeel (2002-2006)	1,9%	1,4%	.	.	.	.	.	.
Aantal arbeidsplaatsen	180.800	153.000	.	75.800	.	.	.	.
Gemiddelde groei in personeel (2002-2006)	2,0%	2,3%	.	3,3%	.	.	.	.
Aantal werkzame personen in loondienst*	251.000	237.300	146.700	140.400	71.900	66.300	26.500	56.200
Gemiddelde groei in personeel in loondienst (2002-2006)	1,8%	1,6%	5,0%	2,8%	6,0%	-1,0%	6,0%	3,1%
Aantal arbeidsplaatsen van personeel in loondienst	178.300	149.300	89.400	69.600	54.900	42.500	19.900	32.400
Gemiddelde groei in personeel in loondienst (2002-2006)	2,1%	2,4%	4,0%	2,2%	5,5%	-1,4%	9,0%	1,2%
Omvang gemiddelde werkweek	69,0%	62,9%	60,9%	49,6%	76,4%	64,1%	75,1%	57,7%
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	41	41	39	43***	42	42	39	35
Aandeel 50+	23,7%	27,2%	20,6%	27,0%***	28,2%	31,3%	22,2%	14,1%
Aandeel vrouw	80,5%	89,5%	81,8%	96,0%***	69,3%	69,0%	73,3%	96,0%
Duur dienstverband (in jaren)	10,3	7,7	7,4	.	7,9	.	.	.
Brutoverloop	11,0%	13,8%	14,0%	16,6%	13,2%	15,4%	13,8%	11,1%
Nettoverloop	4,7%	5,8%	5,8%	9,4%	5,2%	.	.	.
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	4,4%	5,4%	5,3%	6,0%	4,6%	6,2%	5,0%	4,4%

\* De werkgelegenheid 2006 is geschat op basis van de groei van werkzame personen tussen 2005 en 2006 in de PGGM database

\*\* Inclusief oproepkrachten, exclusief alphahelpenden

\*\*\* 2004.

Bron: CBS, Vernet, LKG, Gpi, PGGM, Werkgeversenquête, Exit-interviews en Mo-groep

## 5.2 Ziekenhuizen

### 5.2.1 Ontwikkelingen

Bij de ziekenhuizen wordt geregleerde marktwerking ingevoerd. Hiermee wordt beoogd om concurrentie op prijs en kwaliteit en doelmatiger werken te bevorderen. De ziekenhuiszorg wordt nu via DBC's (Diagnose Behandeling Combinaties) gefinancierd. Ongeveer 10% van de DBC's behoort tot het vrije segment: ziekenhuizen en zorgver

zekeraars onderhandelen over de prijs van de DBC's die in dit segment vallen. Het ministerie van VWS is van plan om dit vrije segment in 2008 uit te breiden, zodat dan ongeveer 20% van de DBC's onderhandelbaar is. Het kabinet heeft daarnaast plannen om 'maatstafconcurrentie' in te voeren. Hierbij worden landelijke gemiddeldes van de prijzen vastgesteld. Deze gemiddeldes gelden dan als 'prijsplafond'. Ziekenhuizen die hier boven zitten komen tekort, ziekenhuizen die er onder zitten mogen het verschil houden. Verder is er sprake van een overgang naar integrale kapitaallasten: in plaats dat de overheid de vastgoedlasten van ziekenhuizen vergoedt, moeten de ziekenhuizen die lasten zelf gaan dragen. Voor ziekenhuizen die recent nieuwbouw hebben neergezet, komt dit harder aan dan voor ziekenhuizen waarvan de gebouwen al voor een groot deel zijn afgeschreven.

De financiële risico's voor de ziekenhuizen nemen dus toe, terwijl voor een deel van de ziekenhuizen de resultaten minder worden. Verschillende ziekenhuizen hebben al laten weten dat zij financiële problemen hebben of aangekondigd dat zij gaan bezuinigen. Als gevolg hiervan verdwijnen er banen en wordt lager geschoold personeel ingezet. Voor andere ziekenhuizen geldt echter dat het hen financieel wél voor de wind gaat.

Naar verwachting zal de schaalvergroting binnen de branche nog doorzetten en zal er de komende tijd verder gefuseerd worden. De marktwerking in de sector leidt er toe dat er veel aandacht is voor efficiënt werken en doelmatigheid. Hierdoor worden werkprocessen gereorganiseerd en vindt concentratie plaats. Voorbeelden hiervan zijn de knie-, heup- en oogstraten of de dagbehandelcentra voor electieve zorg. De aandacht voor doelmatigheid kan ook stimulerend zijn voor taakherschikking en taakdelegatie.

### 5.2.2 Kerngegevens

- De groei in de werkgelegenheid in de branche ziekenhuizen lijkt in 2006 door te zetten, ondanks afspraken tussen NVZ-ziekenhuizen en de overheid om met dezelfde hoeveelheid middelen meer te produceren.
- De omvang van de gemiddelde werkweek die eerst nog steeg, daalde in 2005 weer iets.
- De vergrijzing van het personeelsbestand zet door: de gemiddelde leeftijd is inmiddels 41 jaar en het aandeel 50+-ers was in 2006 bijna 24%. In 2002 was dit nog 17%.
- Het aandeel vrouwen verandert nauwelijks: in de periode 2002-2006 lag dit steeds tussen de 80,2% en 81%.
- De gemiddelde duur van het dienstverband stijgt licht. Men is gemiddeld ruim tien jaar bij dezelfde werkgever in dienst.
- Er lijkt een einde te zijn gekomen aan de daling van het brutoverloop (vertrekkers uit de instellingen): dit is in 2006 weliswaar hoger dan in 2003, maar nog ruim onder het niveau van 2002.
- Ook aan de stabiele trend van het nettoverloop lijkt een eind te zijn gekomen: dit percentage steeg van ongeveer 4% in de jaren 2002-2005 naar 5% in 2006.
- Het ziekteverzuim blijft nog steeds dalen.

Tabel 5.2 Branchegegevens arbeidsmarkt Ziekenhuizen\*

	2002	2003	2004	2005	2006***	Gem groei per jaar 2002-2006
Aantal werkzame personen	237.360	242.800	243.670	249.451	255.900	1,9%
- waarvan in loondienst	233.430	239.400	240.510	244.685	251.000	1,8%
- waarvan in academische ziekenhuizen	54.830	58.590	58.680	59.862	61.400	2,9%
- waarvan in algemene, categorale ziekenhuizen en revalidatiecentra	178.600	180.810	181.830	184.823	189.600	1,5%
Aantal arbeidsplaatsen	167.180	173.150	175.140	176.272	180.800	2,0%
- waarvan in loondienst	164.350	170.770	173.300	173.795	178.300	2,1%
- waarvan in academische ziekenhuizen	41.550	45.330	46.570	46.311	47.500	3,4%
- waarvan in algemene, categorale ziekenhuizen en revalidatiecentra	122.800	125.440	126.730	127.484	130.800	1,6%
Omvang gemiddelde werkweek****	68,8%	69,4%	69,7%	69,0%	69,0%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)****	39,0	39,6	39,9	40,6	41,0	
Aandeel 50+****	17,4%	18,8%	20,3%	22,1%	23,7%	
Aandeel vrouw****	80,2%	80,5%	80,6%	81,0%	80,5%	
Duur dienstverband (in jaren)****	9,2	9,1	9,4	9,8	10,3	
Brutoverloop****	12,5%	10,4%	9,4%	9,4%	11,0%	
Nettoverloop****	4,4%	3,9%	3,8%	3,7%	4,7%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)****	5,6%	5,1%	4,8%	4,7%	4,4%	

Bron: CBS, PGGM, Vernet en LKG

\* Bij de werkgelegenheid zijn ook de academische ziekenhuizen meegenomen. Daar zij geen deel uitmaken van het onderzoeksprogramma zijn er geen gegevens over hun werknemers opgenomen

\*\*\* De werkgelegenheid in 2006 is geschat op basis van de groei van werkzame personen tussen 2005 en 2006 in de PGGM-deelnemersbestand.

\*\*\*\* Betreft algemene ziekenhuizen

### 5.2.3 Vraag en aanbod

Door het verruimen van de numerus fixus bij de medicijnenstudie zijn er de komende jaren weinig problemen rond het aanbod van artsen te verwachten. Wordt het *Gematigde scenario* uit RegioMarge 2007 (zie hoofdstuk 3) werkelijkheid dan zijn er voor de ziekenhuizen de komende jaren weinig problemen op de arbeidsmarkt van verpleegkundigen<sup>15</sup> te verwachten. Ontrolt zich echter het *Hogere groei- en verloopscenario*, dan manifesteert zich vanaf 2011 een tekortschietend aanbod van verpleegkundigen. Het gaat dan om verpleegkundigen op niveau 4. Naar gespecialiseerde verpleegkundigen is geen recent onderzoek gedaan. De sterk gedaalde instroom in de opleidingen in de afgelopen jaren bergt wel risico's in zich.

De vergrijzing van het personeelsbestand heeft de komende jaren nog weinig effect op de vervangingsvraag, omdat de grootste groep nu tussen de 40 en de 50 jaar is. Het verloop is nu laag. Aandacht voor variatie in werk en mobiliteit in functies bij dezelfde werkgever wordt van steeds groter belang. Nog steeds zeggen de meeste vertrekkers dat vertrek voorkomen had kunnen

<sup>15</sup> In RegioMarge worden geen uitspraken over gespecialiseerde verpleegkundigen gedaan; het gaat om de totale groep verpleegkundigen.

worden. Men ervaart daarbij onvoldoende ontplooiings- en loopbaanmogelijkheden. Het lijkt er echter op dat velen wel voor de sector behouden blijven en in een andere zorginstellingen de gewenste mogelijkheden vinden.

### 5.2.4 Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid / Personeelsplanning kan beter

De in het najaar van 2006 gehouden werkgeversenquête toont aan dat werkgevers in ziekenhuizen zich vooral zorgen maken om de vergrijzing van het personeel. Bijna de helft van de werkgevers ervaart dit als een knelpunt. Vooral werkgevers in ziekenhuizen vinden het dan ook belangrijk dat werknemers ook na hun 60<sup>ste</sup> blijven werken. Naast vergrijzing zijn ook werkdruk en coördinatieproblemen vanwege veel deeltijders een knelpunt. Personeelsplanning krijgt dan ook in vrijwel alle ziekenhuizen prioriteit in het personeelsbeleid. Bijna de helft van de ziekenhuizen is ontevreden over de personeelsplanning, maar dat geldt voor alle zorgsectoren. Ook ontevreden zijn werkgevers over het loopbaanbeleid en het levensfasebewust personeelsbeleid.

Relatief weinig (ruim één op de vijf) werkgevers verwachten de komende twee jaar uitbreiding van het personeelsbestand. Integendeel, een derde van de werkgevers verwacht inkrimping. Een kwart van de werkgevers is daar nu al mee bezig. Dit gaat slechts in een enkel geval met gedwongen ontslagen gepaard. Binnen de zorgsector staan bij ziekenhuizen het minste aantal functies open en hebben ziekenhuizen relatief weinig te maken met moeilijk vervulbare vacatures. Ziekenhuizen zien de komende jaren met name knelpunten ontstaan in het aantrekken van nieuw personeel, met name veroorzaakt door de vergrijzing van het personeel en de krapper wordende arbeidsmarkt.

Werkgevers zijn van mening dat, op enkelen na, alle medewerkers op dit moment over voldoende zijn toegerust voor het werk dat zij doen. De ziekenhuizen bevinden zich echter in een omslag naar marktwerking, waarbij meer klantgerichtheid en meer flexibiliteit van medewerkers wordt gevraagd. In dat perspectief meent 60 procent van de werkgevers dat een deel van hun medewerkers niet voldoende toegerust is voor de eisen die het werk de komende jaren aan hen zal stellen. (Zie ook paragraaf 4.3.2)

Arbeidsomstandigheden hebben voor vrijwel alle ziekenhuizen prioriteit in het personeelsbeleid. Op enkele uitzonderingen na zijn werkgevers over dat beleid ook tevreden. De Arbeidsinspectie is hierover echter minder tevreden. (Arbeidsinspectie, 2007a). Zij heeft in 2006 een inspectieproject in ziekenhuizen gehouden, dat gericht was op de aspecten fysieke belasting, narcosegassen en cytostatica, en agressie en geweld. Het inspectierapport maakt zichtbaar dat ziekenhuizen de laatste jaren, ook in het kader van het Arboconvenant, voortvarend aan de slag zijn gegaan met deze onderwerpen. Ten opzichte van eerdere inspecties is vooruitgang geboekt. De naleving blijkt echter in 55 procent van de organisaties 'matig' en in ruim een kwart van de ziekenhuizen 'niet goed'.

Verpleegkundigen in ziekenhuizen ervaren in vergelijking met de andere zorgbranches relatief vaak werkdruk, zo blijkt uit het Panel V&V (Veer, e.a., 2007). Wel worden in deze branche, volgens de verpleegkundigen althans, relatief ook vaak maatregelen tegen die werkdruk genomen.

## 5.3 Verpleeg- en verzorgingshuizen/thuiszorg

### 5.3.1 Ontwikkelingen bij verpleeg- en verzorgingshuizen

Ontwikkelingen in de branche Verpleeg- en verzorgingshuizen die al eerder zijn ingezet, zetten zich verder voort. Organisaties zoeken daarbij naar hun eigen profiel en marktpositie. In veel gevallen leidt dit tot fusies, schaalvergroting en heroriëntatie op en verbreding van het dienstenaanbod.

#### Stand van zaken en vooruitblik

Zo wordt de extramurale zorg, die vroeger vooral in aanleunwoningen of serviceflats werd aangeboden, steeds vaker ook in de wijk aangeboden. Wel richten ze zich vooral op de AWBZ-zorg, zodat het zittende personeel daarbij kan worden ingezet. Als er geen fusie is met de thuiszorg, is er veelal sprake van een dubbele relatie met thuiszorgorganisaties: er wordt zowel geconcurrereerd als samengewerkt.

Door de fusies, die onverminderd lijken door te gaan, worden organisaties steeds groter. De vermeende efficiencywinst die daarmee bereikt zou moeten worden, lijkt in veel gevallen uit te blijven. Vooral een versterkte marktpositie is reden om te fuseren. Opvallend is dat te midden van deze fusiegolf een aantal kleinere organisaties die vooral op het platteland werkzaam zijn, zich weten te handhaven en er bewust voor kiezen om niet te fuseren. Wel is dan vaak sprake van samenwerking met andere organisaties. Deze kleinere organisaties lijken een wat hogere kwaliteit van zorg te kunnen realiseren dan grote organisaties. De tendens naar kleinschaligheid van de zorgverlening, die vooral in combinatie met nieuwbouw wordt gerealiseerd, zal naar verwachting ook bij grotere organisaties doorzetten. In veel gevallen vraagt de andere organisatie van het werk, een gewijzigd takenpakket en meer extramurale zorg, van medewerkers meer flexibiliteit. Niet alle medewerkers kunnen mee in deze veranderingen.

Naast deze veranderingen die vooral op de interne organisatie zijn gericht, wordt de zorg van met name verzorgingshuizen meer naar de wijk gebracht. Organisaties bieden in toenemende mate een integraal voorzieningenpakket voor ouderen in de wijk, een aanbod dat past in de filosofie van de WMO. Organisaties zitten daarvoor vaker ook met gemeenten en welzijnsorganisaties aan tafel. Door de toenemende scheiding van wonen en zorg wordt eveneens vaker samengewerkt met woningcorporaties of zijn zij aan elkaar verbonden. Overigens heeft een aantal organisaties in deze branche gekozen voor fusie met organisaties voor gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

Een heikel punt blijft de zorgzwaartefinanciering. Vooruitlopend daarop is begin 2007 van cliënten de zorgzwaarte bepaald en ingedeeld in een zorgzwaartepakket (ZZP). Er is veel kritiek op de gehanteerde methodiek. De komende tijd zal moeten blijken welke gevolgen dit zal hebben voor (de financiering en bedrijfsvoering van) individuele organisaties.

### 5.3.2 Kernegevens verpleeg- en verzorgingshuizen

- De jarenlange sterke groei van de werkgelegenheid zette zich ook in 2006 door<sup>16</sup>.
- In 2006 nam de gemiddelde leeftijd van de werknemers verder toe. Inmiddels is meer dan een kwart van het personeelsbestand (27,2%) de vijftig jaar gepasseerd. In 2000 bedroeg dit aandeel nog maar één op de zes (16,9%).
- De gemiddelde duur van het dienstverband (in jaren) bij dezelfde werkgever nam maar licht toe.
- De daling van het bruto- en het nettoverloop is in 2006 tot staan gekomen. In 2006 is er sprake van een toename.
- De daling van het ziekteverzuim zette zich nog voort.

<sup>16</sup> Met alle fusies tussen verpleeg- verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen worden de databronnen steeds minder betrouwbaar. De groei bij de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen zoals PGGM die tussen 2005 en 2006 registreert is samen genomen.

**Tabel 5.3 Branchegegevens arbeidsmarkt verpleeg- en verzorgingshuizen**

	2002	2003	2004	2005	2006*	Gem groei per jaar 2002-2006
Aantal werkzame personen	238.842	240.053	243.062	250.038	252.600	1,4%
- waarvan in loondienst	222.361	224.746	227.969	234.904	237.300	1,6%
Aantal arbeidsplaatsen	139.787	146.262	149.097	151.439	153.000	2,3%
- waarvan in loondienst	135.738	142.715	145.504	147.784	149.300	2,4%
Omvang gemiddelde werkweek	61,0%	63,5%	63,8%	62,9%	62,9%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	39,5	40,0	40,4	40,8	41,2	
Aandeel 50+	20,2%	21,9%	23,4%	25,0%	27,2%	
Aandeel vrouw	88,3%	88,7%	89,0%	89,3%	89,5%	
Duur dienstverband (in jaren)	7,1	6,9	7,3	7,6	7,7	
Brutoverloop	16,6%	12,9%	11,4%	11,3%	13,8%	
Nettoverloop	5,6%	4,9%	5,2%	5,3%	5,8%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	7,4%	6,5%	6,1%	5,8%	5,4%	

### 5.3.3 Vraag en aanbod verpleeg- en verzorgingshuizen

Welk scenario uit RegioMarge 2007 ook werkelijkheid wordt (zie hoofdstuk 3), het aanbod van verzorgenden schiet tekort bij de vraag. Het berekende tekort loopt in de verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 2007-2011 geleidelijk op tot 1,2% in het *Gematigde scenario* en tot 9,5% in het *Hogere groeiscenario*. Zelfs in het *Gematigde scenario* bedraagt het tekort aan verzorgenden in 2011 ruim 2.000 personen. Dit kan leiden ófwel tot kwaliteitsverlies van de zorgverlening wanneer anderen met een lager niveau deze moeten gaan leveren ófwel tot een daling van de omvang van de zorgverlening. De populariteit van de opleiding tot verzorgende is de afgelopen jaren, in tegenstelling tot MBO-verpleging en SPW, sterk afgenomen. De sterke ondervertegenwoordiging van allochtonen (Turken en Marokkanen) speelt daarbij wellicht een rol. Meer opleiden is van groot belang.

### 5.3.4 Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid

Evenals de thuiszorg en de GGZ heeft de V&V-branche meer en meer te maken met problemen bij het aantrekken van nieuw personeel. Dit geldt nu al voor de helft van de werkgevers, zo blijkt uit de resultaten van de Werkgeversenquêtes uit het najaar 2006 en voorjaar 2007. Een derde van de vacatures is volgens de werkgevers moeilijk vervulbaar. Het knelpunt is daarmee inmiddels dominantier geworden dan de werkdruk, hoewel ook de beheersing van de werkdruk, met de vergrijzing, voor veel werkgevers een knelpunt blijft. De komende jaren zullen werkgevers - naar eigen zeggen - nog vaker te maken krijgen met problemen bij het aantrekken van nieuw personeel, vergrijzing van het personeel en beheersing van de werkdruk. Niet alleen een krappe arbeidsmarkt, maar ook uitbreiding van het personeelsbestand speelt voor veel werkgevers hierbij een rol.

Ruim een kwart van de werkgevers heeft medewerkers in dienst die niet voldoende zijn toegerust voor het werk. (Zie ook paragraaf 4.3.2) Het gaat volgens deze werkgevers binnen hun organisaties om gemiddeld ruim 17 procent van de medewerkers in verpleegkundige functies, ruim 9 procent in de verzorgende functies, en ruim 13 procent in agogische functies. Voor ruim 40 procent van deze groep medewerkers vormt dat voor deze werkgevers wel een probleem. Naar de toekomst toe

zien ruim de helft van de werkgevers voor gemiddeld 20 procent van hun personeel onvoldoende toerusting voor de eisen die het werk dan aan hen stelt. Ruim eenderde van de werkgevers in de branche ervaart dat nu al als een knelpunt.

Werkgevers in verpleeg- en verzorgingshuizen geven vaak prioriteit aan arbeidsomstandighedenbeleid, werving en selectie, bij- en nascholing en personeelsplanning. Ongeveer een vijfde van deze werkgevers is ontevreden over het beleid op deze punten. Met name over de personeelsplanning is bijna de helft van de werkgevers ontevreden. Met betrekking tot de arbeidsomstandigheden constateerde ook de Arbeidsinspectie (Arbeidsinspectie, 2007b) dat de achterliggende tijd veel verbeterd is in de instellingen. Implementatie en borging blijven echter voortdurend om aandacht vragen. In een kwart van de organisaties was de naleving nog 'niet goed'.

Uit de resultaten van het Panel V&V uit 2007 blijkt dat verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen in vergelijking met andere branches de werkdruk blijvend hoog vinden: rond de 70 procent van hen ervaart het werk als (te) druk. Verzorgenden in verpleeghuizen zijn in vergelijking met andere branches het minst te spreken over de kwaliteit van zorg. Volgens 51 procent van de verzorgenden in verpleeghuizen is er onvoldoende personeel om de veiligheid van cliënten te kunnen waarborgen. Gemiddeld genomen geldt dat voor 29 procent van de panelleden.

### 5.3.5 Ontwikkelingen in de thuiszorg

In de afgelopen jaren is het aantal thuiszorgorganisaties sterk gegroeid. In 1995 waren er volgens het CBS 450 bedrijven actief in de thuiszorg. Op 1 januari 2006 waren dit er al 855 (CBS, Statline). De sterke stijging wordt vooral veroorzaakt door een sterke groei van het aantal eenpersoonsbedrijven. Dit zijn kleine zelfstandigen (Zelfstandigen Zonder Personeel, ZZP-ers) die zich op de thuiszorgmarkt aanbieden. Het is echter zeer de vraag of de groei van de afgelopen jaren ook in 2007 zal doorzetten, aangezien er veel veranderd is als gevolg van de invoering van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) op 1 januari 2007.

De Wmo is een wet die erop gericht is mensen te laten participeren in de samenleving (SGBO, 2006). Dit houdt in dat er eerst wordt gekeken naar de mogelijkheden in iemands directe sociale omgeving, alvorens er reguliere hulpverlening ingezet wordt bij de huishoudelijke verzorging. Deze hulp omvat ongeveer de helft van de omzet van thuiszorginstellingen. De gemeenten zijn door de invoering van de Wmo hiervoor verantwoordelijk geworden en bepalen uiteindelijk of iemand recht heeft op hulp. De gemeenten hebben deze hulp via Europese aanbestedingsprocedures ingekocht, waarbij vooral is gekeken naar de prijs-/kwaliteitverhouding. Hierdoor was het dus niet vanzelfsprekend dat de traditionele thuiszorgbedrijven de gunningen in hun werkgebied gekregen hebben. De traditionele verzorgingsgebieden zijn veelal door elkaar geschud en cliënten kregen vaak niet meer hun vertrouwde thuishulp over de vloer. Bovendien zijn de tarieven als gevolg van de aanbestedingen tussen de 9 en 12% gedaald ten opzichte van de tarieven in 2006. Dit alles heeft ertoe geleid dat thuiszorgorganisaties moeten reorganiseren, bezuinigen en/of interen op hun eigen vermogen.

Aan de aanbestedingen hebben ook schoonmaakbedrijven meegedaan, maar omdat veelal kwaliteitscertificaten (bijv. HKZ) geëist werden, is nergens thuiszorg aan schoonmaakbedrijven gegund. Wel is er sprake van fusies tussen thuiszorgorganisaties en schoonmaakbedrijven.

Op macroniveau is de werkgelegenheid vooralsnog niet afgenomen, hoewel er signalen zijn van ontslagen bij thuishulpen A als gevolg van een verschoven indicatiestelling. Gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor de indicatiestelling, hetgeen vooral in de eerste maanden van 2007 geleid heeft tot minder toegekende hulp. Bovendien worden cliënten vaker geïndiceerd op hulp in de huishouding door een alphahulp. Alphahulpen hebben minder rechten en voorzieningen, omdat zij niet in

dienst van de thuiszorgorganisatie werken. Voor thuishulpen A is er minder werk, zodat deze vaak omschoold of ontslagen worden. Bovendien is er sprake van een verandering in het aantrekken en contracteren van personeel: er worden minder vaste contracten aangeboden. De contracten die wél aangeboden worden, zijn vaker van tijdelijke of flexibele aard. Al deze gevolgen zorgen voor een verslechtering van de arbeidskwaliteit van het personeel dat huishoudelijke verzorging verleent (Van de Velde e.a., 2007).

De hogere eigen bijdrage voor de huishoudelijke zorg, de scherpere indicatiestelling en het grotendeels verdwijnen van de wachtlijsten zullen er voor zorgen dat de groei bij de thuiszorg minder sterk is dan de afgelopen jaren (Van der Windt & Talma, 2006). Al met al is er veel onzekerheid over wat dit op de langere termijn betekent voor de werkgelegenheid en de kwaliteit van arbeid in de thuiszorg.

### 5.3.6 Kernegevens

- Na een jarenlange sterke groei is de werkgelegenheid in 2004 gekrompen. In 2005 en 2006 is de werkgelegenheid weer toegenomen<sup>17</sup>.
- Ook in de thuiszorg is er sprake van vergrijzing van het personeelsbestand.
- De omvang van de gemiddelde werkweek schommelt rond de 50%.
- Het bruto- en het nettoverloop vertonen schommelingen die voor een deel samenhangen met de ontwikkeling in de economie, maar ook met branchespecifieke ontwikkelingen, zoals de invoering van Wmo
- De daling van het ziekteverzuim zette zich in 2006 nog in sterke mate voort.

**Tabel 5.4 Branchegegevens arbeidsmarkt Thuiszorg**

	2002	2003	2004	2005	2006*	Gem groei per jaar 2002-2006
Aantal werkzame personen**	143.900	157.100	152.990	155.976	157.600	2,3%
- waarvan in loondienst	125.620	138.960	136.049	138.989	140.400	2,8%
Aantal arbeidsplaatsen**	66.450	71.970	70.963	75.049	75.800	3,3%
- waarvan in loondienst	63.690	69.370	68.403	68.842	69.600	2,2%
Omvang gemiddelde werkweek	50,7%	49,9%	50,3%	49,5%	49,6%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)***	42,5	.	42,9	.	.	
Aandeel 50+***	24,7%	.	27,0%	.	.	
Aandeel vrouw***	96,0%	.	96,0%	94,7%	.	
Brutoverloop	18,3%	16,8%	17,8%	18,0%	16,6%	
Nettoverloop	9,2%	9,8%	7,9%	10,1%	9,4%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	8,5%	7,6%	7,1%	6,5%	6,0%	
Aantal Alphahelpenden	53.290	52.170	51.186	49.941	.	

\* De werkgelegenheid in 2006 is geschat op basis van de groei van werkzame personen tussen 2005 en 2006 in de PGGM database

\*\* Werkgelegenheid is inclusief oproepkrachten en exclusief alphahelpenden

\*\*\* 2002/2004: Medewerkersraadpleging thuiszorg (PriceWaterhouseCoopers e.a., 2005); 2005: CBS

17 Met alle fusies tussen verpleeg- verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen worden de databronnen steeds minder betrouwbaar. De groei bij de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen zoals PGGM die tussen 2005 en 2006 registreert is samen genomen.

### 5.3.7 Vraag en aanbod de komende jaren

Als we naar de toekomst kijken, speelt er bij de zorg thuis een tweedeling. Over de activiteiten die onder de Wmo gaan vallen, voornamelijk huishoudelijke hulp, bestaat grote onzekerheid. Er is sprake van concurrentie van nieuwe aanbieders. Onduidelijk is in welke omvang gemeenten om deze diensten zullen gaan vragen. De ontwikkeling van de werkgelegenheid voor huishoudelijke hulpen is derhalve onzeker. De tendens lijkt te zijn dat men meer met alfahulpen gaat werken (Van der Velde e.a., 2007). De kans bestaat dat de totale vraag naar huishoudelijke hulp die gehonoreerd wordt via de Wmo, op termijn minder groot is dan vóór het invoeren van deze wet. Bij verpleging en verzorging in de thuiszorg spelen deze onzekerheden een minder grote rol. Bij de kraamzorg bestaat er echter een druk op de omvang op het pakket waar verzekerden recht op hebben. Als gevolg hiervan kan zich een beperking in de vraag naar personeel op dit gebied voordoen. Recent heeft VWS meer ruimte gecreëerd (Begroting van VWS voor 2008).

### 5.3.8 Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid

Werkgevers in de thuiszorg maken melding van twee dominante knelpunten, welke in de thuiszorg veel vaker voorkomen dan bij werkgevers in de andere zorgbranches. Het gaat om het aantrekken van nieuw personeel en het beheersen van de werkdruk. Werkgevers verwachten dat deze knelpunten in de toekomst nog manifester in de sector aanwezig zullen zijn. Daarbij zal ook het vasthouden van het zittende personeel een probleem kunnen worden. Ook het aantal vacatures dat moeilijk vervulbaar is, is in de thuiszorg erg hoog: meer dan 50 procent. Vooral het tekort aan sollicitanten speelt hierbij een rol.

Desondanks is het beeld, in deze tijd van grote verschuivingen, wisselend. Ruim 27 procent van de werkgevers (vooral onder invloed van externe ontwikkelingen) verwacht te moeten inkrimpen. Daarbij zijn voor het merendeel gedwongen ontslagen niet te vermijden, waar dit in andere branches veelal niet nodig zal zijn. 24 procent van de werkgevers voerde eind 2006 - naar eigen zeggen - reeds beleid tot inkrimping van het personeelsbestand.

Prioriteit in het personeelsbeleid hebben personeelsplanning (waarover veel werkgevers overigens ontevreden zijn), bij- en nascholing, werving en behoud van personeel. Ook arbeidsomstandigheden behoren in de meeste organisaties tot de prioriteiten. Uit het Panel V&V blijkt dat een meerderheid van de verpleegkundigen in de thuiszorg die aan het panel deelnemen, het scholingsaanbod onvoldoende vinden.

## 5.4 Gehandicaptenzorg

### 5.4.1 Ontwikkelingen

Ook in de gehandicaptenzorg zijn de gevolgen van de vergrijzing merkbaar: verstandelijk gehandicapten worden ouder dan voorheen, onder andere door de verbeterde medische kennis. Daarnaast stijgt het aantal kinderen met een verstandelijke handicap dat wordt geboren (Arensberger en Liefhebber, 2005).

De VGN heeft eind 2006 in een reactie op de Miljoenennota 2007 gepleit voor aanzienlijke investeringen op drie terreinen: volume, kwaliteit en personeel. Investerings in volume, omdat de VGN knelpunten signaleert op dat gebied: er zijn wachtlijsten voor jeugdig licht verstandelijk gehandicapten en er is te weinig geld om cliënten volwaardige dagbesteding te kunnen bieden. Investerings in personeel zijn nodig om de kwaliteit van dienstverlening verder te verbeteren. Hiervoor is financiële ruimte nodig voor bij- en nascholing van zittend personeel en voor het opleiden van nieuwe medewerkers. Verder zijn marktconforme arbeidsvoorwaarden nodig om als sector

een aantrekkelijke werkgever te kunnen blijven en de druk op de arbeidsmarkt aan te kunnen (www.vgn.nl; artikel 15/09/2006).

De huidige regering geeft in haar coalitieakkoord aan dat de zorg in de AWBZ, en dan met name verpleeghuiszorg, ouderenzorg en gehandicaptenzorg, zich naar haar aard niet leent voor vrije prijsvorming en commerciële concurrentie. Wel willen de partijen blijven streven naar een lagere werkdruk, minder bureaucratie, een grotere doelmatigheid en een sterkere positie van de zorgconsument. Met het oog daarop wil de overheid verschillende ontwikkelingen bevorderen, zoals het financieel scheiden van wonen en zorg, ruimte voor ondernemerschap en privaat kapitaal en een aantal maatregelen die op termijn tot verdere kostenbesparingen (in de cure en de care) zullen leiden (Regeerakkoord 07-02-2007).

De afgelopen jaren hebben zich verschillende ontwikkelingen voorgedaan in de gehandicaptenzorg: vermaatschappelijking van de zorg waardoor meer werk ambuland gedaan wordt; het steeds verder verdwijnen van de scheiding tussen intra- en extramuraal; extramuralisering van de zorg; deconcentratie en een trend naar kleinschaligheid; fusies; meer samenwerking tussen de verschillende sectoren; het ontstaan van nieuwe zorgarrangementen. Voor de arbeidsmarkt hebben deze ontwikkelingen verschillende gevolgen gehad. De vraag naar personeel nam toe door de deconcentratie en kleinschaligheid, de verbreding van het aanbod, inhaalacties om wachtlijsten te beperken en een toename van het aantal in leven blijvende gehandicapte kinderen en ouderen (Regiomarge 2007). Voor de komende jaren wordt een minder sterke groei van de werkgelegenheid verwacht, vanwege onder andere de Wmo en een andere organisatie van het werk (bijvoorbeeld door meer gebruik te maken van ICT en domotica) (Regiomarge 2007).

De vraag naar het soort arbeid is verschoven: er is meer vraag naar agogisch dan naar verpleegkundig opgeleiden. Daarnaast vond een verschuiving naar 'medewerker wonen' plaats (RAZW 2006). Binnen de gehandicaptenzorg worden knelpunten ervaren met het opleidingstelsel: degenen met een verzorgende of verpleegkundige opleiding hebben te weinig agogische vaardigheden, degenen met een agogische opleiding schieten te kort op het gebied van verpleging en verzorging. De sector werkt op verschillende manieren aan oplossingen hiervoor. In 2005 is een landelijk competentieprofiel 'beroepsbeoefenaren primair proces gehandicaptenzorg' opgesteld. De nieuwe opleidingen maatschappelijke zorg (niveau 3 en 4) zijn mede gebaseerd op dit beroepscompetentieprofiel. In dit kwalificatiedossier komen verpleegkundige en agogische aspecten samen. Ook op niveau 2 komen deze beide aspecten samen in de nieuwe opleiding 'helpende zorg en welzijn'. In regionaal verband wordt gewerkt aan een betere aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt door het vormen van regionale opleidingsnetwerken. In deze netwerken geven zorginstellingen en scholen gezamenlijk invulling aan de opleidingen.

#### 5.4.2 Kernegevens

- De werkgelegenheid in de gehandicaptenzorg blijft groeien, het laatste jaar wat minder snel dan daarvoor
- De gemiddelde duur van de werkweek is tussen 2003 en 2005 aanzienlijk gedaald.
- De gemiddelde leeftijd van de werknemers in de gehandicaptenzorg blijft stijgen en was in 2006 ruim 39 jaar. Het aandeel 50+-ers is ruim 20%.
- Het aandeel vrouwen in het personeelsbestand blijft ongeveer gelijk.
- De duur van het gemiddelde dienstverband is bijna gelijk gebleven, ondanks een stijging van het brutoverloop. Dit wijst op de paradox van het tegelijkertijd voorkomen van verloop en immobiliteit (zie paragraaf 4.1.1).

#### Stand van zaken en vooruitblik

- Het nettoverloop is evenals het brutoverloop gestegen.
- De daling van het ziekteverzuim zet door.

Omtrent de omvang van de branche bestaan verschillende indelingen en definities. Wat betreft de omvang van de werkgelegenheid zijn in de tabel tot 2005 de gegevens van het CBS gepresenteerd. Op grond van het PGGM-deelnemersbestand is de werkgelegenheid in 2006 geraamd op basis van de groei van werkzame personen tussen 2005 en 2006. In *Basisgegevens Arbeidsmarkt Zorg en WJK* zijn de verschillen nader toegelicht (te vinden op [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)).

**Tabel 5.5 Branchegegevens arbeidsmarkt Gehandicaptenzorg**

	2002	2003	2004	2005**	2006*	Gem groei per jaar 2002-2006
Aantal werkzame personen	129.688	138.873	147.928			
- waarvan in loondienst	120.802	128.298	135.831	140.614	146.700	5,0%
Aantal arbeidsplaatsen	78.821	85.396	87.779			
- waarvan in loondienst	76.481	83.009	85.084	85.668	89.400	4,0%
Omvang gemiddelde werkweek	63,3%	64,7%	62,6%	60,9%		
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	37,8	38,1	37,9	39,0	39,2	
Aandeel 50+	15,5%	16,6%	17,3%	19,2%	20,6%	
Aandeel vrouw	81,0%	80,4%	81,1%	81,5%	81,8%	
Duur dienstverband (in jaren)	6,8	6,6	6,8	7,3	7,4	
Brutoverloop	15,5%	12,9%	12,1%	11,2%	14,0%	
Nettoverloop	5,0%	4,6%	5,2%	4,5%	5,8%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	7,3%	6,5%	6,0%	5,7%	5,3%	

\* De werkgelegenheid in 2006 is geschat op basis van de groei van werkzame personen tussen 2005 en 2006 in de PGGM database (dit is dus exclusief personeel niet in loondienst).

\*\* De werkgelegenheid in 2005 is alleen in loondienst bekend

Bron: CBS, PGGM, Vernet en LKG

### 5.4.3 Vraag en aanbod

Wordt het *Gematigde scenario* uit RegioMarge 2007 werkelijkheid (Zie hoofdstuk 3) dan is er tot 2011 voor de gehandicaptenzorg voldoende aanbod van sociaalagogen, maar een tekortschietend aanbod van verzorgenden, verpleegkundigen en in de toekomst om medewerkers maatschappelijke zorg.

Van de SPW-ers is de uitstroombifferentiatie niet exact bekend. Velen zijn gericht op de WJK-sector. Via een gerichte benadering en een relatief kort traject kan een deel van deze groep ook bereid en in staat worden gevonden om in de (gehandicapt)zorg te gaan werken. Doorscholing van SPW-ers naar een sociaalagogische of verpleegkundige HBO-diploma helpt ook de tekorten te verminderen. Ontrolt zich het *Hogere groei- en verloopscenario* uit RegioMarge 2007 dan manifesteert zich ook vanaf 2011 een tekortschietend aanbod aan SPW-ers.

Voor de toekomstige personeelsvoorziening is van belang dat het aanbod van inactieven, schoolverlaters en uitkeringsgerechtigden, die de afgelopen jaren in de vraag voorzagen, af zal nemen. De groep die een baan buiten Zorg en WJK omwisselt voor één in een instelling voor gehandicaptenzorg zal binnen het aanbod aan personeel moeten gaan groeien.

#### 5.4.4 Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid

Uit de medewerkerraadpleging die in 2006 onder medewerkers in de gehandicaptenzorg is gehouden, blijkt dat het medewerkeroordeel over de kwaliteit van arbeid in vergelijking met 2004 nagenoeg onveranderd is (PwC, 2007). Een geringe verschuiving wordt zichtbaar bij werkdruk en inspraak, die beide negatiever worden beoordeeld. Aan inspraak wordt door medewerkers steeds meer belang gehecht. Blijvende aandacht in deze branche is gewenst voor de interne communicatie en de werkdruk.

Ook werkgevers zien werkdruk als het belangrijkste knelpunt, zo blijkt uit de werkgeversenquête uit het najaar 2006. Het gaat hierbij om 42 procent van de werkgevers. Ten opzichte van andere branches is dat aan de lage kant. Wel is het opvallend dat onder- of overkwalificatie van personeel relatief vaak als knelpunt wordt genoemd. Ruim eenderde van de werkgevers geeft aan dat een deel van het personeel niet over een toereikend beroepsdiploma beschikt (Werkgeversenquête voorjaar 2007). Het betreft bij die werkgevers gemiddeld 9 à 10 procent van de medewerkers. Voor ongeveer de helft van deze werknemers ervaart de werkgever dit als een knelpunt.

Ongeveer de helft van de werkgevers geeft aan dat een deel van hun medewerkers niet klaar is voor de eisen die het werk de komende jaren aan hen zal stellen. Het betreft gemiddeld bijna een vijfde van hun medewerkers. Oorzaken daarvoor zijn een combinatie van veranderende zorg voor cliënten en een tekort aan vakinhoudelijke kennis en vaardigheden om met deze veranderingen om te gaan. Ruim eenderde van de werkgevers geeft aan dit nu al als een knelpunt te ervaren. Werkgevers spelen hierop in door meer coaching en bij- en nascholing aan te bieden.

De werkgeversenquête van voorjaar 2007 laat zien dat de komende twee jaar vooral knelpunten worden verwacht bij het aantrekken van nieuw personeel. Volgens de werkgevers was eind 2006 24 procent van de vacatures moeilijk vervulbaar. Zeker de helft van de werkgevers verwacht een toename van de werkgelegenheid binnen de organisatie. Als het gaat om het actuele personeelsbeleid zijn werkgevers vooral ontevreden over de personeelsplanning en loopbaanontwikkeling voor medewerkers.

## 5.5 GGZ

### 5.5.1 Ontwikkelingen

Een op de vier volwassenen heeft te maken met een psychische stoornis. Vrouwen en mannen hebben even vaak psychische problemen. Uitgangspunt van het overheidsbeleid is dat het goed is als mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen.

Een groot deel van de psychische problemen is goed en snel te genezen. Daarom wordt de geneeskundige GGZ vanaf 1 januari 2008 ondergebracht bij de nieuwe zorgverzekering. De niet-geneeskundige GGZ blijft in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Of iemand recht heeft op AWBZ-zorg en om wat voor soort zorg het precies moet gaan, wordt landelijk vastgesteld door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

De centraal gestuurde financiering wordt geleidelijk aan vervangen door gereguleerde markwerking: aanbieders en verzekeraars onderhandelen decentraal over omvang en prijs. Sinds 1 januari 2006 zijn de GGZ-aanbieders verplicht om hun productie te registreren in DBC's.

Per 1 januari 2007 vindt er een overheveling plaats van een deel van de GGZ van het ministerie van VWS naar het ministerie van Justitie (forensische psychiatrie). Naar schatting gaat het om 6% van de totale branche. De vraag naar personeel verandert daardoor uiteraard niet, tenzij de nieuwe financiering leidt tot een grotere vraag naar ggz-zorg voor gedetineerden.

De afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor ambulantisering. Het personeelsbestand is daar ook op aangepast. De nadruk is meer komen te liggen op het begeleiden van cliënten. De komende tijd zal er veel aandacht zijn voor langdurige zorg (d.i. AWBZ-zorg). Dit is immers nog steeds één van de speerpunten van de GGZ, maar stond de afgelopen tijd wat minder in de belangstelling. Verder zal de komende jaren ook de preventie van depressies hoog op de agenda staan. Op dit terrein manifesteren zich allerlei nieuwe aanbieders.

### 5.5.2 Kerncijfers

- De werkgelegenheid in de GGZ is de afgelopen jaren relatief sterk gegroeid.
- De omvang van de gemiddelde werkweek is de laatste jaren stabiel en schommelt rond 76% van een fulltime arbeidsplaats.
- De gemiddelde leeftijd van de werknemers in de GGZ nam in 2006 niet verder toe; wel groeide het aandeel van werknemers dat de 50 jaar gepasseerd is.
- Het aandeel vrouwen dat in de GGZ werkt is ook in 2006 verder toegenomen.
- Aan de daling van het bruto- en het nettoverloop is in 2006 een einde gekomen; beide stijgen.
- De gemiddelde duur van het dienstverband stabiliseert in 2006.
- De daling van het ziekteverzuim zette zich in 2006 nog voort.

**Tabel 5.6 Branchegegevens arbeidsmarkt GGZ**

	2002	2003	2004	2005	2006*	Gem groei per jaar 2002-2006
Aantal werkzame personen						
- waarvan in loondienst	56.921	62.189	65.440	68.932	71.900	6,0%
Aantal arbeidsplaatsen						
- waarvan in loondienst	44.256	47.578	49.996	52.649	54.900	5,5%
Omvang gemiddelde werkweek	77,8%	76,5%	76,4%	76,4%	76,4%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	40,8	41,3	41,3	42,2	42,1	
Aandeel 50+	23,1%	24,5%	25,5%	27,7%	28,2%	
Aandeel vrouw	67,9%	68,0%	68,3%	68,8%	69,3%	
Duur dienstverband (in jaren)	8,0	7,4	7,4	7,9	7,9	
Brutoverloop	14,5%	13,2%	12,4%	12,0%	13,2%	
Nettoverloop	4,7%	4,5%	5,2%	4,6%	5,2%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	5,9%	5,3%	5,1%	5,0%	4,6%	

### 5.5.3 Vraag en aanbod van personeel

Wordt het *Gematigde scenario* uit Regiomarge 2007 (zie hoofdstuk 3) werkelijkheid, dan zijn er voor de GGZ de komende jaren weinig problemen op de arbeidsmarkt van verpleegkundigen en sociaalagogen te verwachten. Ontrolt zich het *Hogere groei- en verloopscenario* dan manifesteert zich vanaf 2009 een tekortschietend aanbod van verpleegkundigen. Het gaat dan zowel om niveau 4 als 5, maar ook om verzorgenden.

De tekorten kunnen in de praktijk meevallen, omdat de GGZ veel mensen vanuit andere branches aantrekt en zo het probleem elders komt te liggen. Verloopbeheersing blijft geboden. Aandacht voor variatie in werk en mobiliteit in functies bij dezelfde werkgever wordt van steeds groter belang.

Nog steeds zeggen de meeste vertrekkers dat vertrek voorkomen had kunnen worden. Men ervaart daarbij onvoldoende ontplooiings- en loopbaanmogelijkheden.

#### 5.5.4 Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid

Voor de helft van de werkgevers in de geestelijke gezondheidszorg is het aantrekken van nieuw personeel een knelpunt. Ook beheersing van de werkdruk is relatief vaak een knelpunt. In de GGZ heeft werving van nieuw personeel dan ook de hoogste prioriteit en één op de drie werkgevers zijn hierover ontevreden. Werkgevers zijn ook ontevreden over het beleid ten aanzien van loopbaanontwikkeling.

Ten aanzien van de verwachtingen voor de komende twee jaar, verwacht het overgrote deel van de werkgevers een (aanzienlijke) uitbreiding van het personeelsbestand. Nu al is het aantrekken van nieuw personeel voor veel werkgevers een knelpunt, en de komende jaren geldt dat voor meer dan 4 van de 5 werkgevers.

Een klein deel (gemiddeld 3 tot 7 procent) van de werknemers is volgens werkgevers niet voldoende toegerust voor het werk. Voor het overgrote deel van deze werknemers wordt dit niet als een knelpunt ervaren. Naar de toekomst gezien voorzien werkgevers een toenemend tekort aan vakinhoudelijke kennis en vaardigheden bij een deel van het zittende personeel. Eenderde van de werkgevers ziet dat nu al als een knelpunt.

### 5.6 Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening

#### 5.6.1 Ontwikkelingen

De branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening is heterogeen samengesteld. Er wordt een variëteit aan maatschappelijke diensten en voorzieningen voor burgers aangeboden, zoals jeugd- en jongerenwerk, algemeen maatschappelijk werk, opvoedingsondersteuning, buurtpreventie, peuterspeelzalen, maatschappelijke opvang, schuldhulp, juridische hulp en advies, culturele vorming, vrijetijdsbesteding en welzijnsdiensten voor ouderen.

Bij de invoering van de Welzijnswet in 1994 werd de verantwoordelijkheid voor het welzijnsbeleid gedecentraliseerd naar de gemeenten. De provincies en de vier grote steden kregen de verantwoordelijkheid voor de provinciale en grootstedelijke steunfuncties, terwijl de minister van VWS de mogelijkheid had om specifieke uitkeringen en subsidies aan gemeenten te verstrekken voor bijvoorbeeld maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en vrouwenopvang. Met de invoering van de WMO per 2007 zal de verantwoordelijkheid volledig bij gemeenten komen te liggen.

In veel deelsectoren van de welzijnssector is het aantal vrijwilligers een veelvoud van het aantal betaalde krachten (SCP, 2005). Mede dankzij de vele vrijwilligers kan de welzijnssector met een relatief bescheiden budget en een zeer divers aanbod veel burgers van dienst zijn.

De invoering van de Wmo geeft enerzijds onzekerheid, maar biedt anderzijds ook kansen om voorzieningen aan te bieden. De effecten op de arbeidsmarkt zijn nog niet te overzien en dus ongewis.

#### 5.6.2 Kerncijfers

- De ontwikkeling van de werkgelegenheid laat een tamelijk gelijkmatige daling zien<sup>18</sup>.
- De gemiddelde leeftijd van de werknemers steeg in 2005 verder.
- Bijna drie op de tien personeelsleden zijn de 50 jaar gepasseerd. Dit leidt op korte termijn al tot een verhoging van de vervangingsvraag met jaarlijks 0,3 procentpunt (Van der Windt & Talma, 2005).

- Het aandeel vrouwen is gedaald van 77% naar 73%.
- Tot 2005 daalde het bruto verloop. In 2006 is er sprake van een lichte toename.
- Er is een stijgende lijn zichtbaar in de duur van het dienstverband.
- Het ziekteverzuim daalde in de periode 2003-2006 aanmerkelijk

**Tabel 5.7 Branchegegevens arbeidsmarkt welzijn en maatschappelijke dienstverlening**

	2002	2003	2004	2005	2006	Gem groei per jaar 2002-2006
Aantal werkzame personen	.	.	.	.	.	.
- waarvan in loondienst 1) en 2)	69.000	71.400	68.000	67.000	66.300	-1,0%
Aantal arbeidsplaatsen	.	.	.	.	.	.
- waarvan in loondienst 1) en 2)	45.000	44.900	44.400	43.000	42.500	-1,4%
Omvang gemiddelde werkweek	65,2%	62,9%	65,3%	64,2%	64,1%	.
Gemiddelde leeftijd (in jaren) 2)	.	.	.	.	42	42
Aandeel 50+ 2)	.	.	.	.	29,6%	31,3%
Aandeel vrouw 2)	.	.	.	.	69,0%	69,0%
Duur dienstverband (in jaren) 4)	5,7	5,7	6,3	6,8	.	.
Brutoverloop 2)	.	.	.	19,6%	15,0%	15,4%
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap) 3)	.	.	9,1%	7,6%	7,1%	6,2%

\* De werkgelegenheid in 2006 is geschat op basis van de groei van werkzame personen tussen 2005 en 2006 in de PGGM database

Bron: CBS (1) PGGM (2) Evaluatie Arboconvenanten WMD en Jeugdzorg 2007 (3) MOgroep (4)

Omtrent de omvang van de branche bestaan verschillende indelingen en definities. Wat betreft de omvang van de werkgelegenheid zijn in de tabel tot 2005 de gegevens van het CBS gepresenteerd. Op grond van het PGGM-deelnemersbestand is de werkgelegenheid in 2006 geraamd op basis van de groei van werkzame personen tussen 2005 en 2006. In *Basisgegevens Arbeidsmarkt Zorg en WJK* zijn de verschillen nader toegelicht (te vinden op [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)).

### 5.6.3 Vraag en aanbod

Wordt het *Gematigde scenario* uit RegioMarge 2007 werkelijkheid (Zie hoofdstuk 3) dan zijn er voor de branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening de komende jaren weinig problemen op de arbeidsmarkt van sociaalagogen te verwachten. Ontrolt zich het *Hogere groei en verloop* scenario dan manifesteert zich vanaf 2009 een tekortschietend aanbod van personeel. Het gaat dan om medewerkers op niveau 5 (SPH en Maatschappelijk werkers).

De branche trok in het verleden veel uitkeringsgerechtigden en inactieven (geen werk, geen uitkering) aan. Naar verwachting neemt het aanbod van deze categorieën de komende tijd af.

### 5.6.4 Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid

In tegenstelling tot de andere branches in de sector WJK is de vergrijzing, na werkdruk, het vaakst genoemde knelpunt voor werkgevers in de branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening.

De komende jaren wordt dit knelpunt naar verwachting groter. Ten opzichte van 2004 lijkt de urgentie om levensfasegericht personeelsbeleid te voeren wat toegenomen en de tevredenheid over het gevoerde beleid afgenomen te zijn.

In de branche is er, naar het oordeel van werkgevers, een opvallend hoog percentage medewerkers onvoldoende toegerust voor het werk. Een kwart van de werkgevers geeft aan daarmee te maken te hebben. Gemiddeld bijna 23 procent van het personeel van deze werkgevers is onvoldoende toegerust. Voor bijna eenderde van deze werknemers geldt dit voor de werkgever als een knelpunt. Bij- en nascholing en beoordeling krijgen (met arbeidsomstandigheden) binnen het personeelsbeleid de hoogste prioriteit. Overigens is ongeveer eenderde van de werkgevers ontevreden over het beleid op dit gebied.

In 2004 verwachtte 29 procent van de werkgevers de komende twee jaar te maken te krijgen met het afstoten van personeel. Eind 2006 voerde bijna 15 procent van de werkgevers daadwerkelijk beleid tot inkrimping van het personeelsbestand en verwacht 20 procent daar de komende jaren mee te maken te krijgen. Ongeveer 40 procent van de werkgevers verwacht groei van het personeelsbestand.

## 5.7 Jeugdzorg

### 5.7.1 Ontwikkelingen

De Jeugdzorg krijgt momenteel veel aandacht. Investeren in de jeugd staat hoog op de maatschappelijke en politieke agenda. De jeugdzorg houdt zich bezig met jeugdigen die ernstige opgroei en opvoedingsproblemen hebben. In het beleid van het kabinet staat Jeugd en gezin centraal en heeft een eigen programmaminister. De beleidsprioriteiten zijn in vijf thema's samen te vatten: Centra voor Jeugd en Gezin, stroomlijning jeugdzorg, kwaliteitsverbetering jeugdzorg, pilots onwillige jongeren en gezinsbeleid.

Jeugdzorg had voor het aantreden van het nieuwe kabinet al de nodige aandacht. Zo zal de invoering van het reeds aangekondigde Deltaplan voor gezinsvoogdij een aanzienlijke toename van personeel vergen. Er zijn schattingen in omloop van een groei van 20%.

In april 2006 maakte VWS met alle provincies en grootstedelijke regio's prestatieafspraken. Zij zijn verantwoordelijk voor de jeugdzorg in hun regio. De hoogte van de financiering hing af van de mate waarin de provincies de afgesproken prestaties nakwamen. Jeugdzorg is mensenwerk, dus het extra geld betekent vooral meer personeel bij de organisaties die zorg verlenen. Ook bij de meest recente Begrotingsbehandeling is er extra geld, ruim 40 miljoen toegezegd. Voor 2008 resulteert dit wederom in meer middelen dan in het voorgaande jaar.

Een Convenant tussen MOgroep Jeugdzorg, beroepsorganisaties, opleidingen en het ministerie is afgesloten. In het convenant zijn afspraken gemaakt over een beroepsstructuur, het versterken van bestaande beroepsverenigingen, het registreren van het beroep, beroepscode en tuchtrecht, het actualiseren van opleidingen en het inrichten van een databank na- en bijscholing is in de maak. De MO-groep Jeugdzorg, beroepsorganisaties en opleidingen willen dit met het ministerie afspreken. Het doel van dit convenant is betere afstemming tussen de opleidingen en instellingen over de competenties van de professionals in de jeugdzorg. Door het bijhouden en verbeteren van de professie, door het promoten van een lidmaatschap van een beroepsvereniging en de invoering van tuchtrecht, ontstaat de mogelijkheid van onderlinge toetsing voor professionals op de uitvoering van het werk.

### 5.7.2 Kerncijfers

- De groei van het aantal werkzame personen kwam in 2004 abrupt ten einde, maar deze zet in 2005 en 2006 toch weer door. Bij het CBS wordt nog nagegaan of hier sprake is van een "artefact". Een en ander heeft mogelijk te maken met de invoering van de wet op de jeugdzorg per 1-1-2005.
- Het aandeel vrouwen in de jeugdzorg groeit gestaag.
- Hetzelfde geldt voor de gemiddelde leeftijd van het personeel.
- Aan de stijging van de duur dat men bij dezelfde werkgever in dienst is, is in 2006 een einde gekomen.
- Dit heeft wellicht te maken met het in 2006 toegenomen verloop van personeel.

Omtrent de omvang van de branche bestaan verschillende indelingen en definities. Wat betreft de omvang van de werkgelegenheid zijn in de tabel tot 2005 de gegevens van het CBS gepresenteerd. Op grond van het PGGM-deelnemersbestand is de werkgelegenheid in 2006 geraamd op basis van de groei van werkzame personen tussen 2005 en 2006. In Basisgegevens Arbeidsmarkt Zorg en WJK zijn de verschillen nader toegelicht (te vinden op [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)).

**Tabel 5.8 Branchegegevens arbeidsmarkt jeugdzorg**

	2002	2003	2004	2005	2006	Gem groei per jaar 2002-2006
Aantal werkzame personen	.	.	.	.	.	.
- waarvan in loondienst <sup>1) en 2)</sup>	21.000	23.600	24.300	25.700	26.500	6,0%
Aantal arbeidsplaatsen	.	.	.	.	.	.
- waarvan in loondienst <sup>1) en 2)</sup>	14.100	17.000	19.000	19.300	19.900	9,0%
Omvang gemiddelde werkweek	67,1%	72,0%	78,2%	75,1%	75,1%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren) <sup>2)</sup>	.	.	.	39	39	
Aandeel 50+ <sup>2)</sup>	.	.	.	21,2%	22,2%	
Aandeel vrouw <sup>2)</sup>	.	.	.	73,3%	73,3%	
Duur dienstverband (in jaren) <sup>4)</sup>	5,5	6,0	6,8	6,7	.	
Brutoverloop <sup>2)</sup>	.	.	14,0%	11,3%	13,8%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap) <sup>3)</sup>	.	5,9%	5,0%	5,1%	5,0%	

\* De werkgelegenheid in 2006 is geschat op basis van de groei van werkzame personen tussen 2005 en 2006 in de PGGM database

Bron: CBS (1) PGGM (2) Evaluatie Arboconvenanten WMD en Jeugdzorg 2007 (3) MOgroep (4)

### 5.7.3 Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid

Binnen de sectoren Zorg en WJK heeft de Jeugdzorg bij uitstek te maken met het beheersen van de werkdruk als knelpunt. Meer dan anderhalf keer zoveel werkgevers in de jeugdzorg, namelijk ruim 63 procent, zegt dit als een knelpunt te ervaren. Belangrijke prioriteit in het personeelsbeleid is dan ook werving en selectie van nieuwe medewerkers. Ook de komende jaren verwachten relatief veel werkgevers daar nog knelpunten in. Tweederde van de werkgevers verwacht dan ook een groei van het personeelsbestand. 20 procent van de werkgevers verwacht meer dan 5 procent groei. Desondanks voerde ruim 10 procent van de werkgevers eind 2006 nog beleid tot inkrimping van het personeelsbestand. Door de krappe arbeidsmarkt merken werkgevers dat het lastig is om vacatures in te vullen. Volgens hen gaat het om bijna 40 procent van de vacatures.

## 5.8 Kinderopvang

### 5.8.1 Ontwikkelingen

Kinderopvang is een essentiële voorziening voor kinderen, ouders en maatschappij. Professionele kinderopvang biedt een prettige, veilige omgeving voor het kind. Met deskundige begeleiding van het personeel draagt de kinderopvang bij aan onder andere de cognitieve, sociale en emotionele ontwikkeling van het kind en stelt ouders in staat in de maatschappij en op de arbeidsmarkt te participeren. De vraag naar kinderopvang ontwikkelde zich de laatste jaren door veranderingen in het beleid nogal grillig. In 2005 werd de eigen bijdrage van ouders verhoogd waardoor de vraag naar kinderopvang verminderde. Vanaf 1 augustus 2007 zijn scholen verplicht kinderopvang te bieden als ouders hierom vragen. Per 1 januari 2007 is de financiële toegankelijkheid al vergroot als gevolg van de verplichte werkgeversbijdrage en de ruimere toeslag via de rijksoverheid. Dit heeft eind 2006 al geleid tot een toename van de vraag naar Buitenschoolse Opvang (BSO) (Regioplan, september 2007 en Taskforce Bestrijding Wachtlijsten Buitenschoolse Opvang (2007)). Deze BSO heeft nu een aanzienlijke invloed op de vraag naar kinderopvang.

Een paar tendensen die zich in de branche voordoen zijn schaalvergroting, commercialisering en breder samenwerken. Dit laatste vindt plaats in combinatie met sport, school, en opvang en krijgt vaak vorm in de constructie van ketenpartners.

### 5.8.2 Kerncijfers

- In 2005 is er sprake van een aanzienlijk terugval in de werkgelegenheid, waarschijnlijk als gevolg van een wijziging in de financiering. In de andere jaren is er sprake van een gelijkmatige stijging.
- Door de geringere instroom van nieuw personeel in de afgelopen jaren zien we de gemiddelde leeftijd, die verhoudingsgewijs vrij laag ligt, toenemen.
- Ook de gemiddelde duur die men bij de huidige werkgever in dienst is, stijgt in snel tempo.
- Het verloop nam net als het ziekteverzuim in de loop der jaren af en bereikte in 2006 het laagste niveau tot nu toe.

**Tabel 5.9 Branchegegevens arbeidsmarkt kinderopvang**

	2002	2003	2004	2005	2006	Gem groei per jaar 2002-2006
Aantal werkzame personen	.	.	.	.	.	.
- waarvan in loondienst <sup>1) en 2)</sup>	49.700	50.300	52.500	54.700	56.200	3,1%
Aantal arbeidsplaatsen	.	.	.	.	.	.
- waarvan in loondienst <sup>1) en 2)</sup>	30.900	30.300	32.000	31.600	32.400	1,2%
Omvang gemiddelde werkweek	62,2%	60,2%	61,0%	57,8%	57,7%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren) <sup>2)</sup>	.	.	.	.	35	35
Aandeel 50+ <sup>2)</sup>	.	.	.	.	13,4%	14,1%
Aandeel vrouw <sup>2)</sup>	.	.	.	.	96,0%	96,0%
Duur dienstverband (in jaren) <sup>4)</sup>	3,7	4,4	5,0	5,7	.	
Brutoverloop <sup>2)</sup>	.	.	.	14,6%	13,4%	11,1%
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap) <sup>3)</sup>	.	5,8%	5,9%	4,6%	4,4%	

\* De werkgelegenheid in 2006 is geschat op basis van de groei van werkzame personen tussen 2005 en 2006 in de PGGM database  
Bron: CBS (1) PGGM (2) Evaluatie Arboconvenanten WMD en Jeugdzorg 2007 (3) MOgroep (4)

Omtrent de omvang van de branche bestaan verschillende indelingen en definities. Wat betreft de omvang van de werkgelegenheid zijn in de tabel tot 2005 de gegevens van het CBS gepresenteerd. Op grond van het PGGM-deelnemersbestand is de werkgelegenheid in 2006 geraamd op basis van de groei van werkzame personen tussen 2005 en 2006. In *Basisgegevens Arbeidsmarkt Zorg en WJK* zijn de verschillen nader toegelicht (te vinden op [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)).

### 5.8.3 Vraag en aanbod

Op dit moment kampt de Kinderopvang door de forse uitbreiding van de BSO met een tekortschietend aanbod van personeel. Regioplan (2007) laat zien dat er voor 26% van de kinderen tussen 0-3 jaar een plek binnen 10 autominuten beschikbaar is en maar voor 11% van de 4-12 jarigen. Op de langere termijn lijken zich minder problemen voor te doen. Wordt het *Gematigde scenario* uit RegioMarge 2007 werkelijkheid (Zie hoofdstuk 3) dan zijn er voor de Kinderopvang de komende jaren weinig problemen op de arbeidsmarkt te verwachten. Ontrolt zich het *Hogere groei- en verloopscenario* dan manifesteert zich vanaf 2011 een tekortschietend aanbod van personeel.

Een en ander is het gevolg van de nog steeds toenemende populariteit van de SPW-opleiding. Daardoor is er een ruim aanbod van afstuderende leerlingen. Verder trekt de Kinderopvang van oudsher veel herintreders en mensen vanuit andere bedrijfstakken (bijvoorbeeld Onderwijs) aan.

### 5.8.4 Personeelsbeleid en kwaliteit van arbeid

In twee jaar tijd kan er veel gebeuren. Dit geldt ook voor de branche Kinderopvang. Door overheidsmaatregelen is het perspectief voor organisaties in de kinderopvang sterk verbeterd. Een op de drie werkgevers ervoer in 2004 nog een knelpunt bij het moeten afstoten van overtollig personeel. Eind 2006 gaf ruim een op de drie werkgevers aan een knelpunt te ervaren bij het aantrekken van nieuw personeel. 39 procent van de vacatures is moeilijk vervulbaar (Bron: Werkgeversenquête Prismant). Vrijwel geen enkele werkgever voert nog beleid tot inkrimping van het personeelsbestand. Veel werkgevers hebben ook moeite met de beschikbaarheid van het personeel in verband met verlof en vakanties.

Ook ten aanzien van de nabije toekomst verwachten de meeste werkgevers uitbreiding van het personeelsbestand.

Opvallend in al deze ontwikkelingen is dat behoud van personeel nu het meeste prioriteit in het personeelsbeleid krijgt. Overigens zijn de meeste werkgevers hierover ook tevreden. Ook personeelsplanning, beoordeling van medewerkers en bij- en nascholing krijgt vaak prioriteit.



## 6. Slotbeschouwing



## 6. Slotbeschouwing

De arbeidsmarkt wordt krappere. De vraag groeit. Het traditionele aanbod voor de sector, vooral schoolverlaters en herintreders, wordt kleiner. Bij verzorgenden leidt dit zorgsectorbreed al snel tot dreigende problemen. Het vergroten van de instroom in de opleidingen moet een en ander voorkomen.

Bij de andere beroepsgroepen in de sector zorg en WJK hangt de omvang van de problemen af van de vraag welk beroep er op zorg en welzijnsdiensten gedaan wordt en hoe snel er maatregelen genomen worden om in-, door- en uitstroom van personeel hierop aan te passen.

### Een effectief arbeidsmarktbeleid vraagt duidelijkheid

Vorig jaar (RAZW 2006) werd al opgemerkt dat veranderende structuren in de Zorg- en WJK-sector voor een onzekere toekomst zorgen. Systeemveranderingen vragen om nieuwe positionering en heroriëntering van de zorg en diensten die de instellingen leveren. Pas daarna kunnen omvang en samenstelling van het personeelsbestand geoptimaliseerd worden. Een en ander leidt vanuit de instellingen tot een roep om meer flexibiliteit en snellere mogelijkheden om aanpassingen te kunnen realiseren in onzekere en snel veranderende omstandigheden.

In zo'n situatie bestaat het risico dat activiteiten die pas op de lange termijn opbrengsten genereren te weinig aandacht krijgen of zelfs veronachtzaamd worden. Dit geldt bijvoorbeeld voor het opleidingsbeleid van instellingen, dat pas op de lange termijn vruchten afwerpt en door het langdurige karakter weinig flexibel is. Verder speelt dat in een situatie waarin er een steeds grotere nadruk op de reductie van kosten komt te liggen, activiteiten die niet direct renderen weinig prioriteit zullen verkrijgen. Dit verklaart waarom het gesternte momenteel minder gunstig is voor het investeren in opleiden en bijvoorbeeld in het aanbieden van stageplaatsen.

Het is van groot belang om waar mogelijk zo snel als kan onzekerheid weg te nemen en daarmee de negatieve effecten voor de arbeidsmarkt zo veel mogelijk te minimaliseren. Dan kan ook integraal en planmatig personeelsbeleid, waar de huidige veelal grote organisaties voldoende schaal voor hebben, beter dan nu van de grond komen. Verloopbeheersing, het bevorderen van interne mobiliteit en een gericht instroom- en scholingsbeleid vinden dan een betere verankering in de organisatie.

### Blijven opleiden steeds belangrijker

Zowel werkgevers als werknemers ervaren dat kennis en vaardigheden van werknemers niet altijd goed aansluiten op de beroepspraktijk. Zowel overkwalificatie als onderkwalificatie van werknemers komt voor. Een naadloze aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt zal niet mogelijk zijn, zeker niet in een sector waarin zich zoveel ontwikkelingen voordoen als de zorg en WJK.

Een noodzakelijke voorwaarde om kwalitatief goede zorg en diensten op het terrein van Zorg en WJK te kunnen blijven verlenen is scholing van het personeel. Hierbij speelt enerzijds de kwaliteit van de dienstverlening en anderzijds het individuele belang van de werknemer vanwege employability een rol. Steeds meer zal in een sterk veranderende Zorg- en WJK-sector niet de zekerheid van de baan, maar wel van het werk, de functie die uitgeoefend wordt, een rol spelen.

## Behoud van personeel

Momenteel worden veel inspanningen gericht op het verhogen van de uittredeleeftijd uit het arbeidsproces. Voor de sector is het verhogen van de uittredeleeftijd van belang om over vijf tot tien jaar niet en masse geconfronteerd te worden met een grote vervangingsvraag. In tegenstelling tot elders zijn er voor de sector nog weinig tekenen dat zich veranderingen voor gaan doen in het uittredingsproces. Onderzoek naar de voorwaarden waaronder de uittredeleeftijd verhoogd kan worden is zeer gewenst.

## Nieuwe doelgroepen

Ook al neemt de arbeidsproductiviteit sneller toe dan in het verleden, de desondanks doorgaande groei van de werkgelegenheid vraagt om nieuw personeel. Over vijf à tien jaar komt daar een sterk stijgende vervangingsvraag als gevolg van de vergrijzing van het huidige personeel bij. Het aanboren van nieuwe groepen of het opnieuw aanboren van groepen waar de sector in het verleden succes had, is zonder meer noodzakelijk. Onderzoek naar de belemmeringen die mensen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond ervaren om in de zorg te gaan werken heeft hoge prioriteit. Ook zullen zijinstromers nadrukkelijk aandacht moeten krijgen. Wellicht is het ook zinvol om te proberen meer mannen aan te trekken.

De arbeidsdeelname van vrouwen stijgt nog steeds, ook die van Turkse en Marokkaanse vrouwen. Werkgevers zullen specifiek aandacht moeten besteden aan het werven en behouden van personeel uit deze groepen, voor zover zij dat niet al doen.

## Administratieve lasten en bureaucrativering

De omvang van de administratieve lastendruk en de mate van bureaucrativering zijn terugkerende thema's in beleidsmatige discussies over de gezondheidszorg. Toch weten we maar bijster weinig over de werkelijke omvang hiervan en beschikken we niet of nauwelijks over normen om die omvang aan te toetsen. Misschien moeten we concluderen dat met het complexer worden van het primaire proces van zorgverlening ook de ondersteunende administratieve lasten toenemen en dat dat nu eenmaal de tol is die betaald moet worden voor het behoud of zelfs toename van de kwaliteit van zorg. Tegelijkertijd blijft het gevoel dat het allemaal toch een wat minder groot beslag zou behoren te leggen op de beschikbare capaciteit, bijvoorbeeld door een optimale inzet van ICT. We kennen het waarheidsgehalte van dit soort veronderstellingen niet. Nodig is een algemeen geaccepteerd model dat een goede weergave kan vormen van 'bureaucratie' in de gezondheidszorg. Vervolgens moet met behulp van gedegen onderzoek dit model worden ingevuld met harde gegevens. Pas dan kunnen vergelijkingen worden gemaakt en een oordeel worden uitgesproken.

## Nieuwe beroepen en taakherschikking

Het lijkt erop dat het beroepenveld in de gezondheidszorg zich steeds sterker differentieert. Met name ontstaan er nieuwe beroepsgroepen die op een hoger opgeleid niveau functioneren dan de traditionele paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden. In termen van het opleidingsniveau lijkt het erop dat de kloof tussen artsen en niet-artsen minder groot wordt gemaakt. Deze nieuwe beroepen kunnen de aanzet vormen tot een nieuwe organisatie van de gezondheidszorg, waarin de traditionele verhoudingen tussen bijvoorbeeld artsen en niet-artsen anders ingevuld zullen worden.

De vraag is of deze ontwikkeling, waarvan op dit moment de eerste signalen zichtbaar worden, zich zal doorzetten. Dat is nog niet zeker. Geluiden worden bijvoorbeeld vernomen dat de eerste NP's al weer zijn ontslagen omdat er geen werk voor hen zou zijn.

Als deze ontwikkeling zich echter wel doorzet, zijn de volgende voorspellingen te doen:

- De differentiatie naar gespecialiseerde beroepsgroepen op post-HBO-niveau zou groter kunnen worden dan nu is te overzien.
- De vraag naar dergelijk gespecialiseerd, hoog opgeleid, personeel zal kunnen toenemen.
- De rol van de artsen zal kunnen gaan veranderen naar die van een manager van ondersteunende, hoog opgeleide, gespecialiseerde zorgprofessionals, waarbij hijzelf nog uitsluitend de 'superspecialist' blijft voor complexe patiënten. Een dergelijke ontwikkeling zou een grote impact kunnen hebben op het opleidingsprofiel van de medisch specialist.

### **Maatwerk**

Instellingen in de sector opereren allen in een eigen, unieke arbeidsmarktsituatie. Niet alleen verschillen de sterke en zwakke punten van de organisaties zelf, ook de regionale omstandigheden bieden een verscheidenheid aan mogelijkheden, maar ook belemmeringen voor een effectief arbeidsmarktbeleid.

De noodzaak om, zoals eerder gesteld, een integraal en planmatig personeelsbeleid te voeren is groter dan ooit. Verloopbeheersing, het bevorderen van interne mobiliteit en een gericht instroom- en scholingsbeleid vinden dan een betere verankering in de organisatie en kunnen in samenhang gezien worden.

Waar nuttig en nodig kan regionale samenwerking de collectieve belangen van de sector behartigen, de sterke positie van de sector in een regio vasthouden en uitbouwen en een platform bieden om gezamenlijk de zwakke punten te verbeteren. Landelijke partijen zullen hierbij vooral faciliterend actief moeten zijn.



# Literatuur



## Literatuur

- Agtmaal-Wobma, E. van, C. van Duin: *Huishoudensprognose 2006-2050: belangrijkste uitkomsten, bevolkingstrend*. Tweede kwartaal 2007, Voorburg, CBS, 2007
- Allaart, P.C., G. van Essen, F.J.M. Peters: *Arbeid in zorg en welzijn. Integreerend OSA-rapport 2000*. OSA, Tilburg, 2000
- Allaart, P.C., G. van Essen, R. Kunnen, W.C.M. Praat, J.P.M. Vosse: *Arbeid in de zorgsector. Integreerend OSA-rapport 1996*. OSA, Tilburg, 1996
- Allaart, P.C., G. van Essen, H.E. Meihuizen, F. Peters, A.M. de Voogd-Hamelink: *Trendrapport Vraag naar arbeid in zorg en welzijn 2000*. OSA, Tilburg, 2001
- Arbeidsinspectie: *Projectverslag Inspectieproject academische en algemene ziekenhuizen*, Arbeidsinspectie. Den Haag, 2007a
- Arbeidsinspectie: *Projectverslag Inspectieproject verpleging en verzorging*. Arbeidsinspectie, Den Haag, 2007b
- Arensberger, C. van, S. Liefhebber: *Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg*. NIZW Beroepsontwikkeling, Utrecht, 2005
- Bekker, S., G. van Essen, E. Josten, H. Meihuizen: *Arbeid in zorg en welzijn. Integreerend OSA-rapport 2003*. OSA, Tilburg, 2003
- Boer, P. den, B. Hövels: *Ruimte maken en benutten*. OSA, Tilburg, 2004
- Boer, A.H. de, R. Schellingerhout en J.M. Timmermans: *Mantelzorg in getallen*. SCP Den Haag, 2003
- Broek, A. van den, M. Hulsen, J. Kerstens: *BVE-Deelnemersmonitor 2004-2005. Beroepsbegeleidende leerweg (bbl) en beroepsopleidende leerweg deeltijd (bol-dt)*. ITS, Nijmegen, 2005
- Careon: *Zorgpersoneel wil eerder stoppen met werken*, persbericht september 2007
- CBS: *Sociaal Statistisch Bestand*, 2006
- CBS: *Allochtonen in hoger onderwijs in opmars*. Webmagazine, CBS, Voorburg, 2007
- CBS: *Meer kleine en minder grote bedrijven*, persbericht september 2007
- Coalitieakkoord CDA, PvdA en CU, februari 2007
- Colo: *Tijdens verbouwing geopend. Competentiegerichte kwalificatieprofielen als basis voor dynamisch en uitnodigend beroepsopleidingsonderwijs*. Colo, Zoetermeer, 2004
- CWI: *Arbeidsmarktprognose 2007-2012*. Amsterdam, 2007

- Das, M. *Allochtone vrouwen: arbeidsdeelname en verandering in de gezinssituatie*. In: Sociaal-economische trends, 3e kwartaal 2006. CBS, Voorburg, 2006
- Essen, G. van, P.J. Paardekooper, H.F. Talma, W. van der Windt: *Arbeid in Zorg en Welzijn. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Prismant, Utrecht, 2006
- Essen, G. van en S. van Montfort: *Evaluatierapport Arbeid in Zorg en Welzijn 2005*. Prismant, Utrecht, www.azwinfo.nl. 2005
- Garssen, J.: *De toekomst van onze levensverwachting*. Voorburg, CBS, 2004
- Goudriaan, R., M. van Hauten, H. Bartelings en R.W.D.J. Snijders: *Arbeidsmarkt, arbeidsproductiviteit en vergrijzing*. APE, Den Haag, 2005
- Graaff, F. de, L.J.M. Devillé: *Kansen en belemmeringen voor allochtonen op de arbeidsmarkt in de zorg-en welzijnssector*. OSA, Tilburg, 2003
- Hattum, M. van, J. Luijkx, F. Peters, P. Vlaar: *Beroepenstructuur 2005. Schets van een herziene structuur*. Niet gepubliceerd. NIZW, Utrecht, 2003
- Huijben, M., A. Geurtsen: *Overhead bij publieke organisaties: onderzoek naar een norm*. Berenschot, 2006
- Linden, B. van der, A. Leemeijer, C. Smits, H. Kanters, I. Bloemendaal: *Aanpak arbeidsdeelnamebeleid allochtonen in de zorgsector*. TOPAZ. Wijk bij Duurstede, 1995
- Loozen, S., C. van Duin: *Allochtonenprognose 2006-2050: belangrijkste uitkomsten, bevolkingstrends*. Tweede kwartaal, Voorburg, CBS, 2007
- Luijkx, J., M. van Hattum, F. Peters, P. Vlaar: *Resultaten van Evaluatie Beroepenstructuur bij het ontwerp beroepenstructuur 2005*. Bijlage bij Hattum, M. van, J. Luijkx, F. Peters, P. Vlaar: *Beroepenstructuur 2005. Schets van een herziene structuur*. Niet gepubliceerd. NIZW, Utrecht, 2003
- OSA: *Allochtonen blijven ondervertegenwoordigd in personeelsbestand zorg en oververtegenwoordigd in welzijn, jeugdzorg en kinderopvang*. OSA, Trendbericht zorg en welzijn, nr. 6, 2005
- PricewaterhouseCoopers: *Weten voor Beter; Brancherapport benchmark gehandicaptenzorg*. PwC Amsterdam, 2007
- Raad voor Werk en Inkomen (RWI). *Arbeidsmarktanalyse 2007* Den Haag, 2007
- Regioplan: *Basisgegevens Kinderopvang*. Amsterdam, 2007
- ROA: *Gegevens uit het schoolverlatersonderzoek 2004 (afgestudeerden 2003)*. Niet gepubliceerd. ROA, Maastricht, 2004

Román, A., J. Schippers en J.D. Vlasblom: *Vrouwen, gezinnen en werk: een cohortbenadering van de arbeidsparticipatie in Nederland*. OSA, Universiteit Utrecht, verschenen als OSA publicatie A224, 2007

SCP: *Emancipatiemonitor 2006*. Den Haag, 2006

SCP: *Toekomstverkenning informele zorg*. Den Haag, 2007

SGBO: *Implementatie Wmo algemene handreiking Den Haag*. (zie ook [www.invoeringwmo.nl](http://www.invoeringwmo.nl)), 2006

Smeets, R. en W. van der Windt: *De omvang van de werkweek: een gegeven of een instrument in de personeelsvoorziening?* Prismant, [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl), 2007

*Taskforce Bestrijding Wachlijsten Buitenschoolse Opvang Groeistuipen*. Ministerie van OCW Den Haag, 2007

Veer, A.J.E. de, E.P. Poortvliet, B. Vogel, A.L. Francke: *De aantrekkelijkheid van het beroep 2007; Een peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden*. NIVEL/LEVW&VN, Utrecht, 2007

Velde, F van der, R.C.K.H. Smeets en G. van Essen: *De Wet maatschappelijke ondersteuning en de arbeidsmarkt van de thuiszorg*. FAOT, Den Haag, 2007

Waveren L. van: *Naar een ramingsmodel mantelzorg en mantelzorgondersteuning*. Tympan Instituut, 2006

Werkgeversenquête, najaar 2006

Werkgeversenquête, voorjaar 2007

Werknemersenquête, 2007

Wiegiers, T.A. en B. Jansen: *Monitor verloskundige zorgverlening*. Nivel Utrecht, 2007

Windt, W. van der, H. Talma: *RegioMarge 2006. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2006-1010*. Prismant, Utrecht, 2006

Windt, W. van der, E.J.E. Arnold en R. Keulen: *RegioMarge 2007. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2007-2011*. Prismant, Utrecht, 2007

Windt, W. van der, en E.J.E. Arnold: *Basisgegevens Arbeidsmarkt Zorg en WJK*. Prismant, [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl). 2007

WRR: *Investeren in werkzekerheid*. Den Haag, 2007

Zutphen, F. van, A. Uwland, V. Thio, S. Barkhuysen: *'Zorgen' achter het bureau of zorg aan bed?* ECORYS Nederland BV, Rotterdam, augustus 2007



