

# Arbeid in Zorg en Welzijn

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

2006

# Arbeid in Zorg en Welzijn 2006

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

*dr. G. (Gerard) van Essen  
drs. P.J. (Pieter) Paardekooper  
drs. H.F. (Henriëtte) Talma  
drs. W. (Willem) van der Windt*

*Utrecht, november 2006*

## Colofon

### Uitgave

November 2006

### Vormgeving

Drost, creatief in communicatie, De Meern

### Druk

PrintPartners Ipskamp BV, Enschede

### Oplage

2200

Dit rapport maakt deel uit van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Het onderzoeksprogramma wordt gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI), en de arbeidsmarktfondsen in de sectoren Zorg en WJK, te weten: StAZ (Ziekenhuizen), STAG (Gehandicaptenzorg), Stichting FAOT (Thuiszorg), FCB Dienstverleners in Arbeidsmarktvoorwaarden (WJK), O&O-fonds GGZ en SAB V&V.

Verantwoordelijk voor de uitvoering van het onderzoeksprogramma is Prismant. Informatie over Prismant is te vinden op [www.prismant.nl](http://www.prismant.nl).

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)

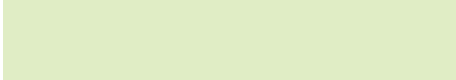
© Stichting Prismant, Utrecht, november 2006. Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit werk mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Stichting Prismant.

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

® Prismant is een wettig gedeponeerd dienst- en warenmerk.

## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding</b>	<b>7</b>
<b>1. De arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK</b>	<b>9</b>
1.1 Economische ontwikkelingen en de Nederlandse arbeidsmarkt	11
1.2 De werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK	12
1.3 Mobiliteit en vacatures	20
1.4 Opleidingen voor de sector Zorg en WJK	24
1.5 Kwaliteit van arbeid	30
1.6 Samenvatting	37
<b>2. De arbeidsmarkt in de komende jaren</b>	<b>39</b>
2.1 Ontwikkelingen in de vraag	41
2.2 Ontwikkelingen in het aanbod	49
2.3 De confrontatie van vraag en aanbod	54
2.4 Beschouwing	56
<b>3. De arbeidsmarkt per branche</b>	<b>58</b>
3.1 Een vergelijking tussen de branches	61
3.2 Ziekenhuizen	62
3.3 Verpleeg- en verzorgingshuizen	64
3.4 Gehandicaptenzorg	67
3.5 Thuiszorg	69
3.6 GGZ	71
3.7 Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening	72
3.8 Jeugdzorg	74
3.9 Kinderopvang	75
<b>4. Samenvatting</b>	<b>79</b>
<b>Literatuurlijst</b>	<b>85</b>



## Voorwoord

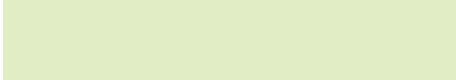
In opdracht van het ministerie van VWS, de arbeidsmarktfondsen van sociale partners en het CWI voert Prismant het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn uit. Het doel van dit programma is om partijen te voorzien van eenduidige en betrouwbare informatie over ontwikkelingen op de arbeidsmarkt 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 Zorg en Welzijn.

Voor u ligt het tweede integrerende rapport van Prismant. Het is een vervolg op de reeks integrerende rapporten die de OSA in de periode 1995-2004 heeft geschreven. Vorig jaar heeft Prismant de structuur van het integrerende rapport aangepast. Het is beknopter van opzet geworden en besteedt meer aandacht aan de verschillen tussen de branches. Uit de evaluatie van dit rapport blijkt dat bestuurders, beleidsmedewerkers en het veld zeer te spreken zijn over deze nieuwe opzet, met als sterke punten overzichtelijkheid en compactheid. We hebben daarom de nieuwe structuur gehandhaafd en dit jaar, op grond van de aanbevelingen uit de evaluatie, meer aandacht besteed aan kwalitatieve ontwikkelingen in Zorg en Welzijn.

Het integrerende rapport is verschillende keren besproken met de stuurgroep van het onderzoeksprogramma. We willen graag alle stuurgroepleden hartelijk 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.

Gerard van Essen  
Pieter Paardekooper  
Henriëtte Talma  
Willem van der Windt

Utrecht, november 2006



## Inleiding

Dit rapport geeft een 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. Het rapport bevat een selectie uit de beschikbare gegevens. Uitgebreidere cijfers over de arbeidsmarkt, per sector en per branche, zijn te vinden op [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl).

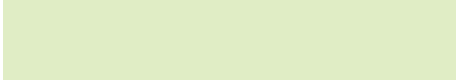
Hoofdstuk 1 beschrijft de ontwikkelingen van de afgelopen jaren en schetst een beeld van de huidige situatie in de sector in vergelijking met de rest van de economie. De werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK is sterk gegroeid. Er zijn in de afgelopen vijf jaar 235.000 banen bij gekomen. Hoewel de groei in 2004 en 2005 wat is afgezwakt neemt het aantal vacatures als gevolg van de aantrekkende economie flink toe.

Hoofdstuk 2 biedt een overzicht van ontwikkelingen die van invloed zijn op de vraag naar zorg- en welzijnsdiensten en op de vraag naar en het aanbod aan personeel. Uit de confrontatie tussen vraag en aanbod blijkt dat er in de komende jaren tekorten dreigen aan personeel. Om deze banen te kunnen vervullen zal in de toekomst meer personeel van buiten de sector moeten worden aange-trokken. Verder is aandacht nodig voor de opleidingen, het beheersen van het personeelsverloop en het imago van de sector. De belangrijkste uitdaging is echter om de zorg op een dusdanige wijze in te richten dat er minder personeel nodig is, zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit.

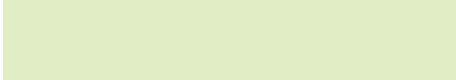
In hoofdstuk 3 worden de belangrijkste ontwikkelingen per branche geschetst.

In het afsluitende hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies en hun beleidsimplicaties samen-gevat.





# **1. De arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK**



## 1. De arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK.<sup>1</sup> Omdat de ontwikkelingen op deze arbeidsmarkt zich niet in een vacuüm voltrekken, beschrijven we eerst beknopt hoe de Nederlandse economie en arbeidsmarkt zich in het algemeen hebben ontwikkeld. De groeimogelijkheden van Zorg en WJK worden namelijk voor een belangrijk deel bepaald door de welvaartsontwikkeling in Nederland. De conjunctuur heeft bovendien invloed op de ontwikkeling van vraag en aanbod op de arbeidsmarkt als geheel en daarmee op de mobiliteit van het personeel in de sector Zorg en WJK.

We beschrijven vervolgens hoe de werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK zich heeft ontwikkeld en welke dynamiek daarachter schuil gaat. Een belangrijke invalshoek daarbij is de afstemming tussen de vraag naar personeel aan de ene kant en het aanbod van personeel aan de andere kant. Bij het realiseren van deze afstemming speelt de in-, door- en uitstroom van personeel een belangrijke rol. We gaan in op de uitstroom en bestemming van werknemers in de sector Zorg en WJK, de ontwikkeling van het aantal openstaande vacatures als gevolg van de baanopeningen die er ontstaan en de instroom en herkomst van werknemers.

In het laatste deel van dit hoofdstuk beschrijven we aspecten van de kwaliteit van arbeid. Deze hebben een belangrijke invloed op de wervingskracht van een sector. Aan de orde komen de onderwerpen beloning, arbeidsomstandigheden en arbeidsbeleving, verzuim, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie, en tot slot personeelsbeleid.

### 1.1 Economische ontwikkelingen en de Nederlandse arbeidsmarkt

De Nederlandse economie heeft in de periode 2001-2003 een zware klap gekregen. Na jarenlange groeicijfers van circa 4% viel in deze periode de economische groei sterk terug. Zo groeide de economie in 2002 nog maar 0,1%. Deze periode van laagconjunctuur is inmiddels achter de rug. In 2005 bedroeg de economische groei 1,5%, in het eerste kwartaal van 2006 2,9% en in het tweede kwartaal 2,8% (CBS, 28 september 2006). Het Centraal Planbureau (CPB) verwacht dat het herstel doorzet. Voor 2006 raamt het CPB een groei van 3,25% en voor 2007 van 3% (CPB, 2006). De verwachtingen over de ontwikkeling van de economie zijn dus weer aanmerkelijk zonniger. Op termijn zal dit vermoedelijk leiden tot meer groeimogelijkheden voor de sector Zorg en WJK. In het algemeen volgt de werkgelegenheid in Zorg en WJK namelijk met enige vertraging de ontwikkeling van de algemene economie (Van der Windt & Talma, 2006).

De economische malaise van afgelopen jaren heeft een negatieve invloed gehad op de ontwikkeling van de totale werkgelegenheid in Nederland. Zoals Tabel 1.1 laat zien zijn er sinds 2002 zowel minder banen alsook minder mensen aan het werk en vertoont daarnaast het totale arbeidsvolume (uitgedrukt in fte) een dalende lijn. Ook is in de periode 2002-2004 het aantal openstaande vacatures gedaald en de werkloosheid gestegen (zie paragraaf 1.3.2 en 1.3.3).

De opleving van de economie heeft in 2004 en 2005 nog niet geleid tot herstel van de werkgelegenheid. Pas sinds het laatste kwartaal van 2005 stijgt het aantal banen van werknemers weer (CBS, 29 september 2006). In het vierde kwartaal van 2005 is het aantal banen met 0,3% toegenomen ten opzichte van het jaar daarvoor. In zowel het eerste als tweede kwartaal van 2006 groeide het aantal banen met 1,1%.

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

**Tabel 1.1 Ontwikkeling werkgelegenheid in Nederland (in duizendtallen en groeipercentages)**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Groei '00-'05	Groei in 2005
<b>Werkzame personen</b>								
Aantal werkzame personen	8.115	8.282	8.324	8.283	8.206	8.208	1,1%	0,0%
Banen werkzame personen	8.680	8.811	8.851	8.796	8.719	8.725	0,5%	0,1%
Fte's werkzame personen	6.534	6.636	6.620	6.547	6.453	6.433	-1,5%	-0,3%
<b>Werknemers</b>								
Aantal werknemers	6.988	7.152	7.199	7.167	7.071	7.050	0,9%	-0,3%
Banen werknemers	7.410	7.559	7.607	7.560	7.461	7.441	0,4%	-0,3%
Fte's werknemers	5.750	5.858	5.850	5.776	5.666	5.627	-2,1%	-0,7%

Bron: CBS Arbeidsrekeningen (CBS Statline, 7 juli 2006)

Er zijn ook andere signalen dat de arbeidsmarkt zich herstelt. Zo daalt het aantal werklozen en het aantal niet-werkende werkzoekenden. In juni-augustus 2006 waren er 88.000 werklozen minder dan een jaar daarvoor (CBS, 21 september 2006) en in september 2006 waren er bijna 100.000 minder niet-werkende werkzoekenden dan in september 2005, een daling van 14,5% (CWI, 2006a). Tot slot lag het aantal openstaande vacatures aan het eind van het tweede kwartaal van 2006 36% hoger dan een jaar daarvoor. De vacaturegraad steeg van 22 vacatures per 1000 banen naar 31 per 1000 banen (CBS, 15 augustus 2006).

De groei van de werkgelegenheid en de dalende werkloosheid op de algemene arbeidsmarkt zullen ook consequenties hebben voor de arbeidsmarkt in de sector Zorg en WJK. Naar verwachting zal hierdoor de mobiliteit in de sector toenemen, zowel wat betreft de baan-baanmobiliteit binnen de sector als de uitstroom uit de sector (Van der Windt & Talma, 2006).

## 1.2 De werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK

De sector Zorg en WJK is een van de grootste bedrijfstakken van ons land. In 2005 telde deze sector 1,25 miljoen banen van werkzame personen. Achtereenvolgens gaan we in op de ontwikkeling en samenstelling van de werkgelegenheid op macroniveau, de werkgelegenheidsontwikkeling op organisatieniveau en de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit.

### 1.2.1 Ontwikkeling werkgelegenheid

In tegenstelling tot de totale Nederlandse arbeidsmarkt is de werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK in de periode 2000-2005 sterk gegroeid (zie Tabel 1.2). In deze periode zijn er 235.000 banen bij gekomen. Over de hele periode bedroeg de toename van het aantal banen en het arbeidsvolume circa 23%, terwijl in de economie als geheel het aantal banen vrijwel constant is gebleven (0,5%) en het arbeidsvolume is gedaald (-1,5%). Wél is de werkgelegenheidsgroei in Zorg en WJK na 2003 kleiner geworden. In de periode 2000-2003 lag het gemiddelde groeipercentage van het aantal banen op 4,6% per jaar. In 2005 was dit afgenomen tot circa 2%.

**Tabel 1.2 Ontwikkeling werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK (in duizendtallen en groeipercentages)**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Groei '00-'05	Groei in 2005
<b>Werkzame personen</b>								
Aantal werkzame personen	945	994	1.051	1.105	1.146	1.173	24,1%	2,4%
Banen werkzame personen	1.014	1.060	1.124	1.177	1.221	1.249	23,2%	2,3%
Fte's werkzame personen	677	713	758	794	822	835	23,3%	1,6%
<b>Werknemers</b>								
Aantal werknemers	896	942	1.000	1.056	1.090	1.111	24,0%	1,9%
Banen werknemers	955	999	1.065	1.119	1.156	1.178	23,4%	1,9%
Fte's werknemers	640	674	719	753	777	785	22,7%	1,0%

Bron: CBS Arbeidsrekeningen (CBS Statline, 5 juli 2006)

De sterke groei van de sector Zorg en WJK in de periode 2001-2003 had te maken met de omslag van aanbod- naar vraagsturing en met de extra middelen die beschikbaar kwamen om de wachtlijsten weg te werken. Volgens het CBS (27 mei 2005) namen in die jaren de uitgaven aan zorg jaarlijks toe met ongeveer 10%. Daarna zijn maatregelen genomen om de groei van de sector Zorg en WJK te beperken, mede als gevolg van de stagnerende economische groei. De overheid heeft convenanten met de zorgsector afgesloten om doelmatiger te werken en in dat kader met de AWBZ-branches een budgetplafond afgesproken. Dit, samen met de geringe tariefstijgingen van de meeste vrije beroepsbeoefenaren, heeft ertoe geleid dat de groei van de zorguitgaven in 2004 is teruggevallen naar 4,3% en in 2005 zelfs tot 2,8% (CBS, 30 mei 2006). Ook de groei van de werkgelegenheid is daardoor afgenomen. In het eerste kwartaal van 2006 is het aantal banen van werknemers met 2,4% gestegen ten opzichte van een jaar eerder en in het tweede kwartaal met 2,1% (CBS, 29 september 2006).

### 1.2.2 Samenstelling werkgelegenheid

In de afgelopen vijf jaar zijn er in de sector Zorg en WJK 235.000 banen bij gekomen. De vraag is welke gevolgen dit heeft gehad voor de samenstelling van de werkgelegenheid. We geven eerst aan hoe de werkgelegenheid zich op brancheniveau heeft ontwikkeld en wat de belangrijkste beroepen in het primaire proces zijn. Vervolgens kijken we naar ontwikkelingen in de samenstelling van de werkgelegenheid naar geslacht, leeftijd, etniciteit, onderwijsniveau, arbeidsduur en het aantal zelfstandigen.

#### *Samenstelling werkgelegenheid naar branche*

In Tabel 1.3 is de werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK uitgesplitst naar branches. Van de zorgbranches groeide de werkgelegenheid in de afgelopen jaren relatief het sterkst in de gehandicaptenzorg, gevolgd door de thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg. Deze branches kenden een gemiddelde groei van minimaal 3,5% per jaar. De grootste zorgbranches qua werkgelegenheid zijn de ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen. In deze branches werkten in 2005 naar schatting respectievelijk 244.000 en 238.000 personen.

In de drie WJK-branches werkten eind 2005 ruim 147.000 personen, waarvan ongeveer de helft in de branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening. Vooral de Jeugdzorg en Kinderopvang waren sterk groeiende branches. De ontwikkeling van de werkgelegenheid in de branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening was daarentegen licht negatief.

**Tabel 1.3 Ontwikkeling aantal banen van werknemers, uitgesplitst naar de belangrijkste branches in de sector Zorg en WJK**

	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>2</sup>	Gemiddelde groei per jaar
Ziekenhuizen <sup>1</sup>	219.980	233.430	239.400	241.280	244.000	2,6%
Verpleeg- en verzorgingshuizen	214.588	225.587	226.869	230.102	237.800	2,6%
Gehandicaptenzorg	115.269	129.688	138.873	147.928	152.600	7,3%
Thuiszorg <sup>3</sup>	129.410	143.900	157.100	152.990	155.800	4,7%
Geestelijke gezondheidszorg	59.630	60.180	65.750	67.140	69.000	3,7%
Welzijn en Maatsch. Dienstverlening	73.300	73.700	68.382	71.712	70.700	-0,9%
Jeugdzorg	18.200	22.600	26.227	25.295	26.800	10,2%
Kinderopvang	39.100	45.700	48.633	49.009	51.100	6,9%
Totaal	869.477	934.785	971.234	985.456	1.007.800	3,8%

<sup>1</sup> Inclusief academische ziekenhuizen, exclusief personeel niet in loondienst door het ontbreken van een tijdreeks.

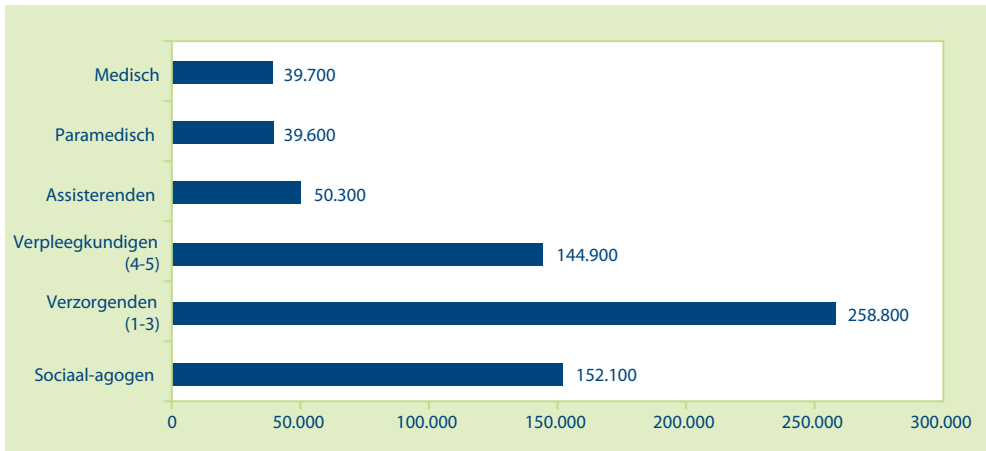
<sup>2</sup> Werkgelegenheid in 2005 is geschat op basis van de banengroei van werknemers tussen 2004-2005 in de EWL (CBS).

<sup>3</sup> Inclusief oproepkrachten exclusief alphahulpen.

Bron: Prismant, CBS, Gpi-monitor, MOgroep

#### *Samenstelling werkgelegenheid naar beroep*

De meest voorkomende beroepsgroepen in de sector Zorg en WJK zijn de verzorgenden, gevolgd door sociaalagogen en verpleegkundigen (zie Figuur 1.1). Sociaalagogen zijn zowel werkzaam in de zorgsector als in de sector WJK. De overige beroepsgroepen komen hoofdzakelijk in de zorgsector voor. Van Essen, Josten en Meihuizen (2004) constateren dat in de afgelopen jaren het aandeel sociaalagogen relatief is toegenomen, ten opzichte van de verpleegkundige en verzorgende beroepen. Zowel de tekorten aan verpleegkundig en verzorgend personeel in het verleden als het toenemende belang van agogische competenties in de caresector kunnen aan deze verschuiving hebben bijgedragen.

**Figuur 1.1 Raming van het aantal werkenden in 2005 bij een aantal beroepsgroepen**

Bron: NIVEL, Prismant, SGRC, HVRC, NMT, KNMP, NVE, NVLF, NVD, NVM, VBC, NVOM, Nwo, NVvp, Lohpr, Gpi-monitor, PMA, NVZ

#### *Samenstelling werkgelegenheid naar geslacht*

In de sector Zorg en WJK werken veel vrouwen en hun aandeel neemt nog steeds toe. Dat laatste komt enerzijds door de stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen, anderzijds doordat mannen in de oudste leeftijdscategorieën zijn oververtegenwoordigd en daardoor relatief veel uittreden (Van der Windt & Evers, 2002). Werd op 1 januari 2000 81,1% van de banen van werknemers door vrouwen vervuld, op 1 januari 2006 was dit toegenomen tot 82,8% (CBS, Statline). Ter vergelijking: in de totale economie werd op dat moment 45,3% van de banen door vrouwen bezet. Het aandeel vrouwen in de zorgsector bedroeg op 1 januari 2006 83,0%. In de sector WJK was dit 81,5%.

#### *Samenstelling werkgelegenheid naar leeftijd*

Het werknemersbestand in Zorg en WJK veroudert. Behalve dat werknemers langer blijven doorwerken heeft vermoedelijk ook de forse instroom van herintreedsters daaraan een bijdrage geleverd. Het aandeel van de leeftijdsklasse 45-65 jaar steeg tussen 2000 en 2005 van 32% naar 37%, terwijl het aandeel 25-45 jarigen daalde van 57% naar 51%. Het aandeel 50-plussers groeide in die periode van 17% naar 22% (CBS, Statline). Uit LKG-gegevens blijkt dat de gemiddelde leeftijd is gestegen van 38,6 jaar in 2000 tot bijna 41 jaar in 2005. Ondanks de vergrijzing kenschetsen Kerstholt, Kee en Milot (2006) de sector Zorg en WJK overigens als een bedrijfstak met een relatief evenwichtige leeftijdsopbouw die vergelijkbaar is met die van de totale werknemerspopulatie.

#### *Samenstelling werkgelegenheid naar etniciteit*

Allochtonen zijn ondervertegenwoordigd in de sector Zorg en WJK. Ook de sterke groei van de werkgelegenheid in de afgelopen jaren heeft dat beeld niet veranderd. Er zijn wel meer allochtonen in de sector Zorg en WJK gaan werken, maar dit geldt ook voor autochtonen. In 2004 was 16% van alle werknemers in Nederland van allochtone herkomst; in de sector Zorg en WJK was dat 13% (CBS, Statline). Vooral sommige groepen niet-westerse allochtonen zoals Turken en, in mindere mate, Marokkanen werken minder vaak in Zorg en WJK. Overigens blijkt uit onderzoek van de OSA (2005) dat de ondervertegenwoordiging van allochtonen alleen betrekking heeft op de zorgsector. In de sector WJK werken juist meer allochtonen dan landelijk gemiddeld.

De redenen voor de ondervertegenwoordiging van allochtonen in de zorgsector zijn divers. Factoren die meespelen zijn de geringe arbeidsparticipatie van sommige groepen allochtonen in het alge-

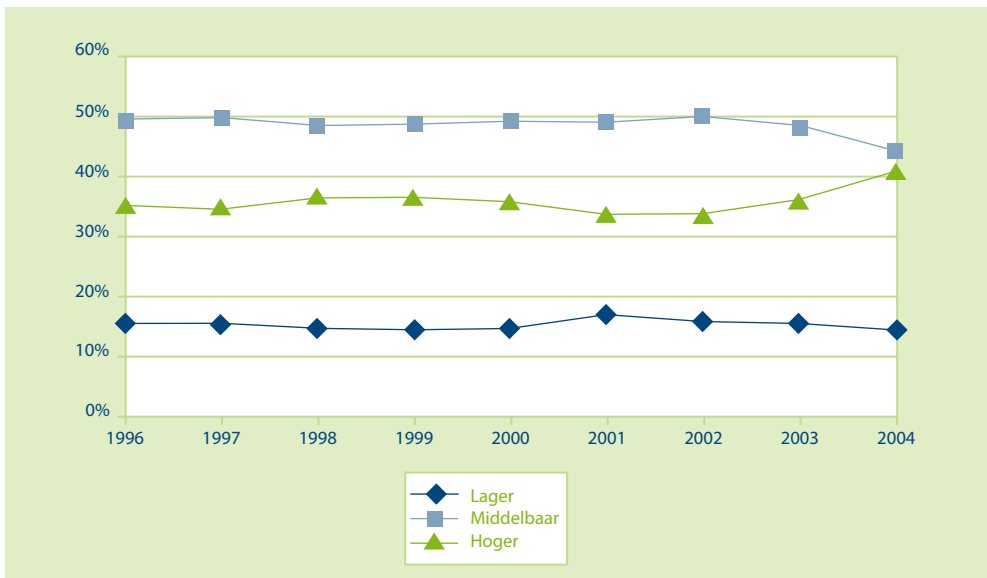


meen en van allochtone vrouwen in het bijzonder, een relatief laag opleidingsniveau, gebrekkige taalbeheersing en een gering animo om in de gezondheidszorg te werken. Dit laatste hangt onder andere samen met onbekendheid met de Nederlandse gezondheidszorg en met afwijkende normen en waarden ten aanzien van de zorgsector (De Graaf & Devillé, 2003).

#### *Samenstelling werkgelegenheid naar opleidingsniveau*

In de sector Zorg en WJK werken relatief veel middelbaar en hoger opgeleiden. Het percentage MBO-ers bedroeg in de sector Zorg en WJK in 2003/2004 gemiddeld 47% en het percentage HBO-ers en wetenschappelijk opgeleiden 38%. In de werkzame beroepsbevolking lagen die percentages op respectievelijk 44% en 31%. Het aandeel lager opgeleiden (basisonderwijs en VMBO) in de sector Zorg en WJK is daardoor relatief gering. In 2003/2004 lag dat gemiddeld op 15%, tegen 25% in de werkzame beroepsbevolking (Cörvers & Lintjens, 2006). Figuur 1.2 laat zien hoe het opleidingsniveau zich sinds 1996 heeft ontwikkeld. Wat opvalt is dat ten tijde van krapte op de arbeidsmarkt (2001-2002) het aandeel lager opgeleiden toenam ten koste van het aandeel hoger opgeleiden. Ook uit andere bronnen blijkt dat de instroom in de lagere zorgberoepen in die jaren veel hoger lag dan in de hogere zorgberoepen (Van Essen e.a., 2004). Verder valt op dat in 2004, toen de arbeidsmarkt als geheel ruim was, het aandeel hoger opgeleiden sterk is toegenomen, ten koste van het aandeel middelbaar en lager opgeleiden.

**Figuur 1.2** Ontwikkeling opleidingsniveau in de sector Zorg en WJK in de periode 1996-2004



Bron: CBS (Statline)

#### *Samenstelling werkgelegenheid naar werkweekomvang*

In de sector Zorg en WJK was in 2004 72% van alle banen een deeltijdbaai, tegen 37% in de totale economie. Het hoge percentage deeltijdbanen heeft enerzijds te maken met de voorkeur van vrouwen die graag hun werk met de zorg voor kinderen willen combineren. Anderzijds is de deeltijdfactor van zowel mannen als vrouwen in de sector Zorg en WJK lager dan in de rest van de economie. Dit geeft aan dat ook specifieke kenmerken van de sector bijdragen aan het veel voorkomen van deeltijdbanen.

#### Stand van zaken en vooruitblik

Uit Tabel 1.2 blijkt dat het arbeidsvolume in de sector Zorg en WJK in de afgelopen jaren minder hard is gegroeid dan het aantal werknemers en het aantal banen. Dit duidt erop dat de gemiddelde werkweek is afgenomen. De gemiddelde werkweek in de sector Zorg en WJK lag in 2004 op 24,4 uur. In 1999 was dat nog 25,1 uur. Ook in de economie als geheel is sprake van een neerwaartse trend. Werkten werknemers in 1999 nog gemiddeld 30,9 uur per week, in 2004 was dit gedaald naar 29,6 uur (CBS, Statline). De daling van de arbeidsduur kan enerzijds worden verklaard door de toegenomen participatiegraad van vrouwen ten opzichte van mannen (vrouwen werken minder uren dan mannen), anderzijds door veroudering van de werknemerspopulatie (ouderen werken minder dan jongeren). De neerwaartse trend lijkt zich ook in 2005 nog door te zetten.

#### *Samenstelling werkgelegenheid: zelfstandigen en werknemers*

Uit het verschil tussen het aantal werkzame personen en werknemers in Tabel 1.2 kan worden afgeleid dat het aantal personen in de sector Zorg en WJK dat niet in loondienst werkt, oftewel het aantal zelfstandigen, is toegenomen van 49.000 in 2000 tot 62.000 in 2005. Dat is in beide jaren circa 5% van alle werkzame personen in deze sector. Voor het grootste deel gaat het daarbij om vrije beroepsbeoefenaren zoals medisch specialisten en fysiotherapeuten. In 2003 behoorde 3,4% van de werkzame personen tot deze groep (36.000 personen). Daarnaast werkten in Zorg en WJK bijna 18.000 personen (1,8 %) als ZZP-er<sup>2</sup> (Van der Made, Van Essen & Van Montfort, 2006). In de sector WJK ligt het aandeel ZZP-ers met 2,3% hoger dan in de zorgsector (1,7%). Hoewel het aantal zelfstandigen in absolute zin is gegroeid, zijn er op basis van deze cijfers geen indicaties dat het aandeel zelfstandigen in de laatste jaren is gegroeid.

Naast vrije beroepsbeoefenaren en ZZP-ers zijn er ook zorgverleners die onder de tweedagenregeling vallen, zoals alphahulpen en sommige mensen die voor PGB-cliënten werken. Zij verrichten huishoudelijke of persoonlijke diensten in de huishouding van een natuurlijk persoon op maximaal twee dagen per week. Hoewel de mensen die van deze regeling gebruik maken juridisch gezien werknemer zijn, zijn er sterke overeenkomsten met de positie van zelfstandige. Er wordt namelijk per cliënt een arbeidsovereenkomst afgesloten en de verantwoordelijkheid voor afdracht van belasting en premies berust bij de uitvoerende. De meest recente schatting van de omvang van deze groep heeft betrekking op 2003. Er waren toen circa 55.000 alphahulpen werkzaam en 21.000 zorgverleners die op basis van de tweedagenregeling voor een PGB-cliënt werkten (Groot, Kok & Aerts, 2003). Het is niet bekend of deze groep in de afgelopen jaren is toe- of afgenomen.

### **1.2.3 Werkgelegenheid op organisatieniveau**

Werkgelegenheid ontstaat en verdwijnt op het niveau van organisaties. Ontwikkelingen als marktwerking, modernisering van de AWBZ, vraaggericht werken en ketenvorming hebben in de afgelopen jaren geleid tot veel fusies en overnames in de sector Zorg en WJK. Er is daardoor in sommige branches sprake van concentratie en schaalvergroting. Volgens gegevens van het CBS (2005) is in de periode 1995-2004 het aantal bedrijven<sup>3</sup> in de intramurale zorgsector met bijna de helft gedaald en de gemiddelde bedrijfsomvang meer dan verdubbeld. Vooral het aantal zelfstandige verzorgingshuizen is sterk gedaald, evenals het aantal zelfstandige intramurale instellingen voor gehandicaptenzorg.

<sup>2</sup> Zelfstandige zonder personeel. Het gaat daarbij om zelfstandigen, freelancers, directeuren en grootaandeelhouders zonder personeel.

<sup>3</sup> Het gaat hier om bedrijven zoals geregistreerd in het Algemeen Bedrijfsregister. Een bedrijfseenheid is meestal de juridische eenheid, maar bestaat soms uit meerdere juridische eenheden die samen verantwoordelijk zijn voor het productieproces binnen een bedrijfseenheid. Een bedrijf kan uit meerdere vestigingen bestaan.

**Tabel 1.4 Het aantal bedrijven (afgerond op 10-tallen) en gemiddeld aantal banen per bedrijf in enkele werkvel-  
den van de zorgsector, periode 1995-2004**

	1995		2004	
	Aantal bedrijven	Banen per bedrijf	Aantal bedrijven	Banen per bedrijf
Algemene ziekenhuizen	110	1.250	90	2.010
Intramurale GGZ	160	260	130	540
Ambulante GGZ <sup>1</sup>	.	.	900	10
Intramurale gehandicaptenzorg <sup>2</sup>	260	290	160	810
Semimurale gehandicaptenzorg <sup>2</sup>	70	100	110	90
Verpleeghuizen	230	410	170	710
Verzorgingshuizen	1.200	80	580	190
Thuiszorg	410	260	720	200

<sup>1</sup> Inclusief vrijgevestigde beroepsbeoefenaren zoals psychotherapeuten en psychologen

<sup>2</sup> In de analyse van het CBS ontbreekt de ambulante gehandicaptenzorg.

Bron: CBS (2005)

Dit proces van schaalvergroting lijkt niet te zijn opgetreden bij de semimurale instellingen voor gehandicaptenzorg en thuiszorgorganisaties. In deze werkvelden is het aantal organisaties tussen 1995 en 2004 toegenomen en het gemiddeld aantal banen per organisatie afgenomen. De groei van het aantal thuiszorgbedrijven wordt vooral veroorzaakt door de start van nieuwe eenpersoons-bedrijven (ZZP-ers). Hierdoor is ook het gemiddeld aantal banen per bedrijf gedaald. Ook in de semimurale gehandicaptenzorg zijn er nieuwe kleine bedrijven bijgekomen (b.v. zorgboerderijen), waardoor de gemiddelde bedrijfsgrootte is afgenomen.

Fusies en overnames kunnen zowel binnen als buiten de eigen bedrijfsklasse plaatsvinden. In het eerste geval gaat het om uitbreiding van de capaciteit van een organisatie, in het tweede geval om verbreding van het zorgaanbod. Tabel 1.5 laat zien dat er tussen 1995 en 2004 veel fusies en overnames zijn geweest, zowel binnen als tussen bedrijfsklassen. Het aandeel banen wat daarbij betrokken is geweest varieert tussen de 43% en 84% van alle banen in deze bedrijfsklassen. In de ambulante ggz, de semimurale gehandicaptenzorg en de thuiszorg was het aandeel fusies gering, maar bij de fusies die er waren ging het wel om veel banen. Het geringe aandeel fusies is te verklaren door het feit dat deze werkvelden relatief veel kleine (nieuwe) bedrijven kennen. Dat het om veel banen gaat, betekent dat met name de grote instellingen in deze werkvelden zijn gefuseerd.

**Tabel 1.5 Aandeel organisaties in de zorgsector dat gefuseerd is tussen 1995 en 2004**

	Aandeel bedrijven			Aandeel banen
	Gefuseerd (%)	Gefuseerd binnen bedrijfsklasse (%)	Gefuseerd buiten bedrijfsklasse (%)	Gefuseerde bedrijven (%)
Algemene ziekenhuizen	40	31	27	57
Intramurale GGZ	39	30	38	84
Ambulante GGZ <sup>1</sup>	2	1	2	43
Intramurale gehandicaptenzorg <sup>2</sup>	36	32	21	74
Semimurale gehandicaptenzorg <sup>2</sup>	8	7	8	50
Verpleeghuizen	55	36	54	78
Verzorgingshuizen	24	24	9	64
Thuiszorg	7	6	3	59

<sup>1</sup> Inclusief vrijgevestigde beroepsbeoefenaren zoals psychotherapeuten en psychologen.

<sup>2</sup> In de analyse van het CBS ontbreekt de ambulante gehandicaptenzorg.

Bron: CBS (2005)

Veel fusies die plaats hebben gevonden gaan over de grenzen van de bedrijfsklasse heen. Bij ziekenhuizen gaat het met name om fusies met verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg en bij verpleeghuizen om fusies met verzorgingshuizen. Intramurale ggz-instellingen zijn vaak gefuseerd met ambulante ggz-instellingen en intramurale instellingen voor gehandicaptenzorg met semimurale gehandicaptenzorg-instellingen. Het CBS (2005) concludeert dat door de fusies het onderscheid tussen extra- en intramurale instellingen aan het verdwijnen is. Wel hebben fusies vooral plaatsgevonden tussen organisaties die zich op dezelfde doelgroep van cliënten richten. Het bedienen van meerdere doelgroepen komt nog weinig voor. Statistisch gezien is van belang dat branches door een steeds grotere diversiteit in zorgaanbod worden gekenmerkt en minder door de hoofdactiviteit die kenmerkend is voor een branche.

Van organisaties in de sector WJK zijn het aantal fusies en overnames (nog) niet in kaart gebracht. In 2005 is het aantal organisaties in deze sector dat in het Algemeen Bedrijfregister staat geregistreerd met ruim 500 toegenomen tot 10.050 bedrijven. Bijna tweederde van de bedrijven hebben hun hoofdactiviteit in de branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, bijna eenderde is actief in de Kinderopvang en de rest in de Jeugdzorg. In alle drie de branches is het aantal bedrijven in 2005 gestegen. De gemiddelde bedrijfsgrootte is het hoogst in de Jeugdzorg met 104 werknemers en het geringst in de branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (11 werknemers). Bedrijven in de Kinderopvang tellen gemiddeld 17 werknemers (CBS, Statline).

#### 1.2.4 Ontwikkeling arbeidsproductiviteit in de sector Zorg en WJK

De groei van de werkgelegenheid wordt mede beïnvloed door de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit. Naarmate organisaties de efficiency en doelmatigheid van hun dienstverlening weten te verbeteren en daarmee hun arbeidsproductiviteit verhogen kan de dienstverlening met relatief minder en/of anders samengesteld personeel worden uitgevoerd.

Bij het bepalen van de arbeidsproductiviteit in de sector Zorg en WJK treden veel meetproblemen op (Dell & Vandermeulen, 2005). Zo is het bijvoorbeeld nog niet goed mogelijk om rekening te houden met kwaliteitsverbeteringen, waardoor de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit wordt onderschat. Ook worden soms nieuwe producten nog niet geregistreerd, waardoor ze niet wor-

den meegenomen bij de berekening van de arbeidsproductiviteit. Verder gebruiken nog niet alle instituten dezelfde methodiek om de arbeidsproductiviteit te berekenen, waardoor er verschillen in uitkomsten zijn.

Volgens cijfers van het CBS was de gemiddelde arbeidsproductiviteitsgroei in de zorgsector in de periode 1970-2003 ongeveer 0,3% per jaar (CPB, 2006). Dit is lager dan in de marktsector, waar de arbeidsproductiviteit gemiddeld met 2% per jaar steeg. Ondanks de genoemde meetproblemen is dit toch een aanwijzing dat de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de zorgsector in die periode is achtergebleven. Dat de arbeidsproductiviteit in de zorg minder hard is gestegen dan in de marktsector, heeft onder andere te maken met het arbeidsintensieve karakter van de zorg en met het feit dat het in deze sector moeilijker is om arbeid door kapitaal te substitueren (CPB, 2006). Ook speelt mee dat organisaties in de sector Zorg en WJK in het verleden financieel onvoldoende werden geprikkeld om de efficiency te verhogen (Kok e.a., 2005). Er zijn overigens aanwijzingen dat de arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen in de afgelopen jaren wel sterk is toegenomen (zie paragraaf 3.2.1).

Sinds enkele jaren voert de overheid beleid gericht op het verhogen van de arbeidsproductiviteit in de sector Zorg en WJK. We komen daar in paragraaf 2.1.5 nog op terug.

### 1.3 Mobiliteit en vacatures

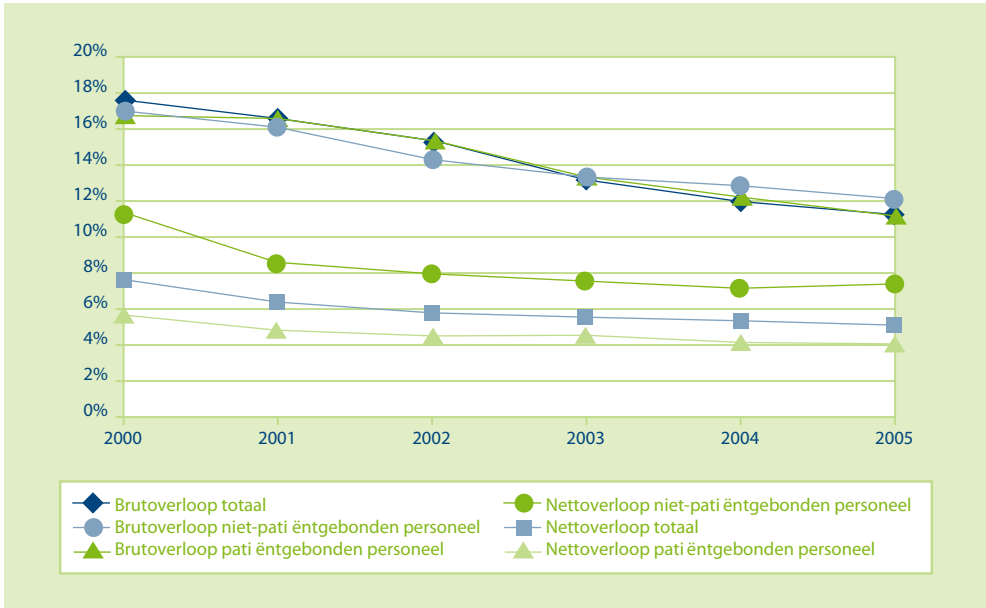
Achter de werkgelegenheidsgroei in de sector Zorg en WJK gaat een grote dynamiek schuil. Door de groei van de sector met 235.000 banen in de afgelopen vijf jaar is er veel nieuw personeel bijgekomen. Daarnaast zijn er baanwisselaars en mensen die, al dan niet tijdelijk, stoppen met werken. In deze paragraaf gaan we in op de uitstroom en bestemming van het personeel uit de sector Zorg en WJK, de ontwikkeling van het aantal openstaande vacatures om de baanopeningen op te vullen en de instroom en herkomst van personeel.

#### 1.3.1 Uitstroom en bestemming

Sinds 2000 is in de zorgsector het percentage werknemers dat de organisatie verlaat (het brutoverloop) aanmerkelijk gedaald. Vertrok in 2000 nog bijna één op de zes werknemers bij hun werkgever, in 2005 was dat teruggelopen tot één op de negen, ongeveer 110.000 werknemers. Ook vertrokken er minder werknemers uit de sector (het nettoverloop). In 2005 verliet 5% van de werknemers, circa 50.000 mensen, de sector; in 2000 was dat nog 7,4%. Onder het patiëntgebonden personeel lag het verloop nog lager. Het geringe aantal baanopeningen buiten de sector Zorg en WJK zal hebben bijgedragen aan de daling van het verloop. Door de economische malaise waren er weinig mogelijkheden om elders aan de slag te gaan.

Volgens cijfers van het CBS gaat ongeveer de helft van de mensen die uit de sector Zorg en WJK vertrekt aan de slag in een andere bedrijfstak (CBS, Statline). In de afgelopen jaren is dat aandeel wel iets gedaald. De slechte economische situatie heeft hier vermoedelijk aan bijgedragen. Het aantal uitstromers zonder baan is daardoor gegroeid.

**Figuur 1.3** Ontwikkeling van bruto- en nettoverloop in de zorgsector, periode 2000-2005<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Niet-patiëntgebonden personeel is exclusief thuiszorg wegens het ontbreken van het brutoverloop van niet-patiëntgebonden personeel in 2005.

Bron: LKG en Exit-interviews

Voor de sector WJK is er nog geen betrouwbare registratie beschikbaar waaruit de uitstroom betrouwbaar kan worden afgeleid. Volgens een in 2005 gehouden werkgeversenquête bedroeg het brutoverloop in WJK 11% (zie [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)).

De vertrekredenen van werknemers die in 2005 bij hun werkgever vertrokken, verschillen weinig van voorgaande jaren. De belangrijkste reden waarom mensen weggaan is dat ze behoefte hebben aan een andere werkring of onvoldoende loopbaanperspectief en ontplooiingsmogelijkheden ervaren. Daarnaast zijn redenen als veranderde omstandigheden thuis en betere salariering elders belangrijk (zie [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)). Afgezien van de privé-omstandigheden zijn bovengenoemde redenen in de ogen van de vertrekkende werknemers ook vermijdbaar. Als de werkgever dit aspect anders had georganiseerd had hun vertrek voorkomen kunnen worden.

### 1.3.2 Vacatures

In de afgelopen jaren is de sector Zorg en WJK sterk gegroeid. Door deze groei enerzijds en de uitstroom van personeel anderzijds, ontstaan er baanopeningen die door middel van vacatures worden opgevuld. De ontwikkeling van het aantal openstaande vacatures volgt in de praktijk de conjunctuur van de economie. Figuur 1.4 toont de ontwikkeling van de vacaturegraad (het aantal openstaande vacatures per 1.000 banen) sinds 1997. Hieruit blijkt dat in Nederland de vacaturegraad sinds 2000 met het teruglopen van de economische groei is gedaald tot 12 vacatures per 1.000 banen in het derde kwartaal van 2003. Daarna is de vacaturegraad weer gaan stijgen. In het tweede kwartaal van 2006 waren er 31 vacatures per 1.000 banen. De vacaturegraad is nu weer net zo hoog als in het tweede kwartaal van 2001. De stijging van de vacaturegraad geeft aan dat de

spanning op de arbeidsmarkt toeneemt. Er waren in de eerste helft van 2006 vooral meer vacatures in de zakelijke dienstverlening.

Hoewel de sector Zorg en WJK in de afgelopen jaren flink is blijven groeien, volgt de vacature-ontwikkeling ook in deze sector het algemene conjuncturele patroon, zij het enigszins vertraagd. In Zorg en WJK is de vacaturegraad na 2001 gedaald en er is pas sinds eind 2005 weer sprake van een stijgende lijn, hoewel de groei van de werkgelegenheid in de sector juist nu iets is afgezwakt. De vacaturegraad bedraagt nu 21 openstaande vacatures per 1.000 banen en ligt weer op het niveau van 2002. Opvallend daarbij is dat de sector op dit moment minder snel groeit dan in 2002 en het bruto- en nettoverloop lager liggen. Dit geeft aan dat bij een geringere groei werkgevers in Zorg en WJK al merkbaar meer moeite hebben om hun vacatures te vervullen.

**Figuur 1.4 Ontwikkeling van het aantal openstaande vacatures per 1.000 banen per kwartaal, periode 1997 t/m 2e kwartaal 2006**



Bron: CBS, vacature-enquête

### 1.3.3 Instroom

Bij de organisaties in de sector Zorg en WJK bedroeg de instroom in 2002 gemiddeld 21%. Door de minder sterke groei van de sector in de jaren daarna en het afgenomen brutoverloop is de instroom in 2005 teruggevallen naar ongeveer 12%. De instroom heeft enerzijds betrekking op baanwisselaars. Dit kunnen mensen zijn die binnen de sector Zorg en WJK van baan veranderen, maar ook mensen die instromen vanuit een baan in een andere sector. Anderzijds heeft de instroom betrekking hebben op mensen die voorheen geen baan hadden en op schoolverlaters. Helaas zijn er op dit moment geen betrouwbare gegevens beschikbaar over hoe de instroom over deze groepen is verdeeld. Cijfers van het CBS wijzen erop dat van de mensen die in 2002-2003 van buiten de sector Zorg en WJK waren ingestroomd, ruim de helft afkomstig was van baanwisselaars; circa 16% was afkomstig van schoolverlaters en de rest van mensen had voorheen geen baan.

### Onbenut arbeidsaanbod

Eén van de reservoirs waaruit de sector Zorg en WJK in de afgelopen jaren kon putten zijn mensen die geen of een kleine baan hebben: het onbenut arbeidsaanbod. Tabel 1.6 laat de ontwikkeling zien van het onbenut arbeidsaanbod in Nederland. De gegevens hebben alleen betrekking op vrouwen, aangezien ruim 80% van de werknemerspopulatie in de sector Zorg en WJK uit vrouwen bestaat. De categorieën die worden onderscheiden verschillen in de binding die ze met de arbeidsmarkt hebben. De categorie “werkloze beroepsbevolking” heeft betrekking op vrouwen die niet of minder dan 12 uur per week werken en actief zoeken naar werk voor 12 uur of meer. De categorie “niet-werkende werkzoekenden” betreft vrouwen die ingeschreven staan bij het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI) en geen werk hebben of werk van minder dan 12 uur per week. De categorie “wil (ooit) minstens 12 uur werken” heeft betrekking op vrouwen die niet, of minder dan 12 uur werken en betaald werk van minstens 12 uur zouden willen hebben, ongeacht of ze direct kunnen werken of actief op zoek zijn naar werk. Tot slot geven ook het aantal bijstands- en WW-uitkeringen dat aan vrouwen wordt verstrekt een indicatie van het arbeidspotentieel.

**Tabel 1.6 Indicatoren onbenut arbeidsaanbod van vrouwen (in duizendtallen)**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Werkloze beroepsbevolking	157	143	155	194	233	245
Niet-werkende werkzoekenden	250	246	267	327	339	342
Wil (ooit) minstens 12 uur werken	439	413	413	483	555	590
Bijstandsuitkeringen	205	199	197	203	204	201
WW-uitkeringen	82	72	84	118	139	138

Bron: CBS (Statline, 17 juli 2006)

Als gevolg van de laagconjunctuur is het onbenut arbeidsaanbod van vrouwen sinds 2002 volgens bijna alle indicatoren flink toegenomen. Dat geldt zelfs in geringe mate voor het aantal WW-uitkeringen afkomstig uit de groeisector Zorg en WJK (UWV, 2005). In hoeverre het onbenut arbeidsaanbod interessant is voor de sector Zorg en WJK, hangt onder andere af van hun kwalificaties en hun animo om in deze sector te werken. Onder de aanname dat het aandeel vrouwen dat in de sector Zorg en WJK kan werken net zo groot is als het aandeel in de beroepsbevolking (25%), varieert het arbeidspotentieel voor de sector Zorg en WJK in theorie tussen de 60.000 en 150.000 vrouwen.

De praktijk laat op dit moment helaas een somberder beeld zien. Uit gegevens van het CWI blijkt dat het aantal niet-werkende vrouwen én mannen dat op zoek is naar een baan in de sector Zorg en WJK in augustus 2006 slechts 46.000 personen bedraagt (zie Tabel 1.7). Dat ligt aanmerkelijk lager dan de hierboven genoemde ondergrens van 60.000 vrouwen. Die 46.000 belangstellenden vormen 7,7% van alle niet-werkende werkzoekenden in Nederland. Dit is slechts iets meer dan de helft van het aandeel Zorg- en WJK-werknemers in de totale werkgelegenheid, wat aangeeft dat het aantal werkzoekenden naar een baan in Zorg en WJK relatief gering is. Hoewel er in theorie dus een aanmerkelijk potentieel lijkt te zijn, is de belangstelling in de praktijk tamelijk gering.



**Tabel 1.7 Aantal niet-werkende werkzoekenden ingeschreven bij het CWI die zoek zijn naar een baan in de sector Zorg en WJK naar gewenst beroep in januari en augustus 2006<sup>1</sup>**

	Januari 2006	Augustus 2006
Lagere verpleegkundige beroepen	442	693
Lagere verzorgende beroepen	13.458	13.292
Middelbare verpleegkundige beroepen	1.743	1.468
Middelbaar verzorgende beroepen	14.136	12.699
Middelbare paramedische beroepen	4.064	3.773
Middelbaar agogische beroepen	5.439	4.661
Hogere verpleegkundige beroepen	480	498
Hogere verzorgende beroepen	1.455	1.340
Hogere paramedische beroepen	1.630	1.511
Hogere agogische beroepen	4.400	4.077
Wetenschappelijke (para)medische beroepen	1.591	1.496
Wetenschappelijke agogische beroepen	437	337
Managers (wetenschappelijk werk- en denkniveau)	115	178
Totaal	49.390	46.023

<sup>1</sup> De beroepindelings is ontleend aan de Standaard Beroepen Classificatie (SBC) van het CBS. Uit de onderscheiden beroepsklassen zijn alleen de beroepen geselecteerd die zich specifiek richten op de sector Zorg en WJK (bv. horecaberoepen).

Bron: CWI ([www.cwinet.nl](http://www.cwinet.nl), 28 september 2006)

Van de belangstellenden voor een baan in de sector Zorg en WJK ambiëren de meesten een lager of middelbaar verzorgend beroep (MBO niveau 1 t/m 3), dan wel (in mindere mate) een middelbaar (MBO niveau 2 t/m 4) of hoger agogisch beroep (HBO-niveau). Circa tweederde wil een baan van minstens 32 uur per week.

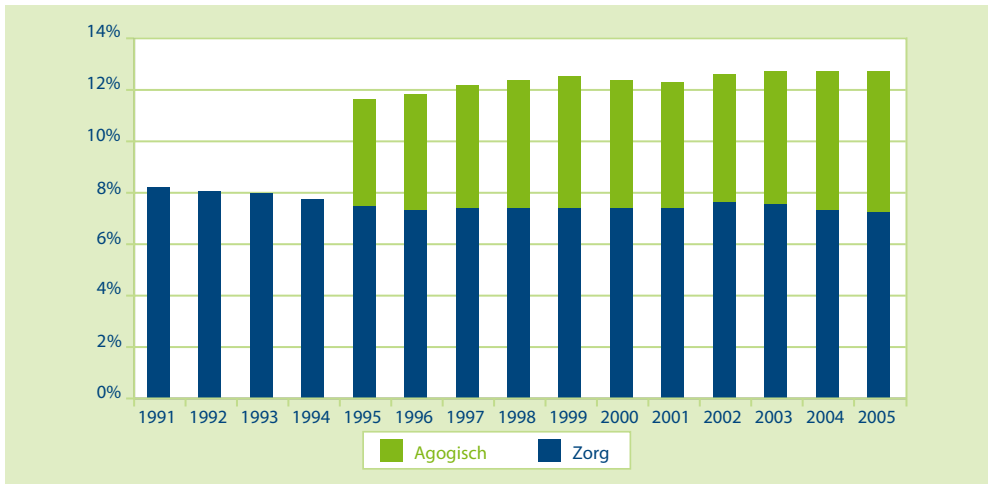
## 1.4 Opleidingen voor de sector Zorg en WJK

Een belangrijk deel van het potentiële arbeidsaanbod bestaat uit personen die een opleiding volgen voor een van de beroepen die in de sector Zorg en WJK worden uitgeoefend. Het gaat om de verzorgende en verpleegkundige, assisterende, (para)medische en agogische opleidingen. In deze paragraaf beschrijven we de ontwikkelingen in het aantal deelnemers aan deze opleidingen, de beroepspraktijkvorming, het studierendement en het sectorrendement.

### 1.4.1 Opleidingsdeelname

De meeste opleidingen voor een zorg- of agogisch beroep mogen zich verheugen in een toenemende populariteit. Het aantal personen dat zo'n opleiding volgt groeit jaarlijks en ook het "marktaandeel" binnen het totaal dat een opleiding volgt neemt jaar op jaar toe of blijft op zijn minst gelijk. In 2005 volgde 12,7% van de MBO-, HBO-, en WO-onderwijsvolgenden een specifieke zorg- of agogische opleiding.<sup>4</sup>

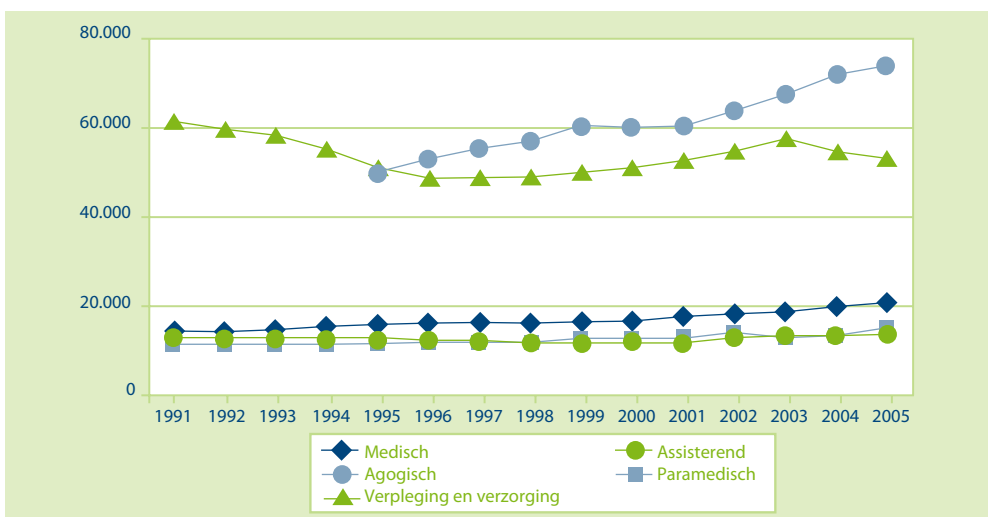
<sup>4</sup> Deze beroepsgroepen maken tweederde van het personeelsbestand van Zorg en WJK uit, dat op zijn beurt 15% van alle werkenden in ons land omvat.

**Figuur 1.5** Het aandeel dat een zorg of agogische opleiding volgt (MBO, HBO en WO) in %<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Het is lastig om vóór 1995 een overzicht samen te stellen van de agogische opleidingen.

Bron: Prismant

De grote uitzondering op de wassende stroom deelnemers wordt gevormd door de opleidingen voor verpleging en verzorging waar sinds 2003 sprake is van een afname in het deelnemersaantal (zie Figuur 1.6). Ook de verpleegkundige vervolgoopleidingen laten een afname zien. Zo nam de instroom in de meeste vervolgoopleidingen met een kwart af (zie [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)). Wellicht speelt het feit dat de bekostiging van deze opleidingen gaat veranderen, door opname in het zogenaamde Opleidingsfonds, naast conjuncturele ontwikkelingen een rol (Van der Windt & Talma, 2005).

**Figuur 1.6** Het aantal personen in opleiding voor zorg- en agogische beroepen

Bron: NIVEL, HVRC, MSCR, SGRC, SFK, NMT, Raad BRL, HBO-raad, OVDB, CBS, opleidingen voor verloskundigen, Ministerie van OC&W

De sociaalagogische opleidingen laten in de periode 1995-2005 een vrijwel ononderbroken groei zien. Hetzelfde geldt voor de medische opleidingen, die sinds 1991 steeds meer studenten trekken. De laatste kenden door het toepassen van een numerus fixus tot rond de eeuwwisseling vrijwel alleen een lichte groei, maar de laatste jaren is deze fixus aanzienlijk verruimd. Een stijging van 28% in de afgelopen vijf jaar was het gevolg. Het aantal vooraanmeldingen ligt hoger dan de fixus en is in de afgelopen drie jaar met een kwart gegroeid.

De daling van het aantal leerlingen dat een opleiding voor verpleging en verzorging volgt heeft volgens een statistische analyse vooral te maken met conjuncturele ontwikkelingen. Het aantal leerlingen dat een opleiding volgens de BeroepsOpleidende Leerweg (BOL)-variant volgt groeit de laatste jaren, maar het aantal dat de BeroepsBegeleidende Leerweg (BBL)-variant volgt daalt sterk. Het zijn vooral de zorginstellingen die de omvang van het leerlingenbestand in de BBL bepalen. Figuur 1.7 laat zien dat er van 1990 tot 1998 sprake was van een constante daling van het aandeel BBL. Hier spelen deels conjunctuur en deels onzekerheid bij zorginstellingen over de invoering van een nieuw opleidingsstelsel een rol. Met het aantrekken van de economische conjunctuur en het verloop van personeel trekt het aandeel BBL-leerlingen daarna snel aan. Na 2002, wanneer de conjunctuur weer omgeslagen is, daalt het aandeel rap. In 2005 is het gedaald tot 40%.

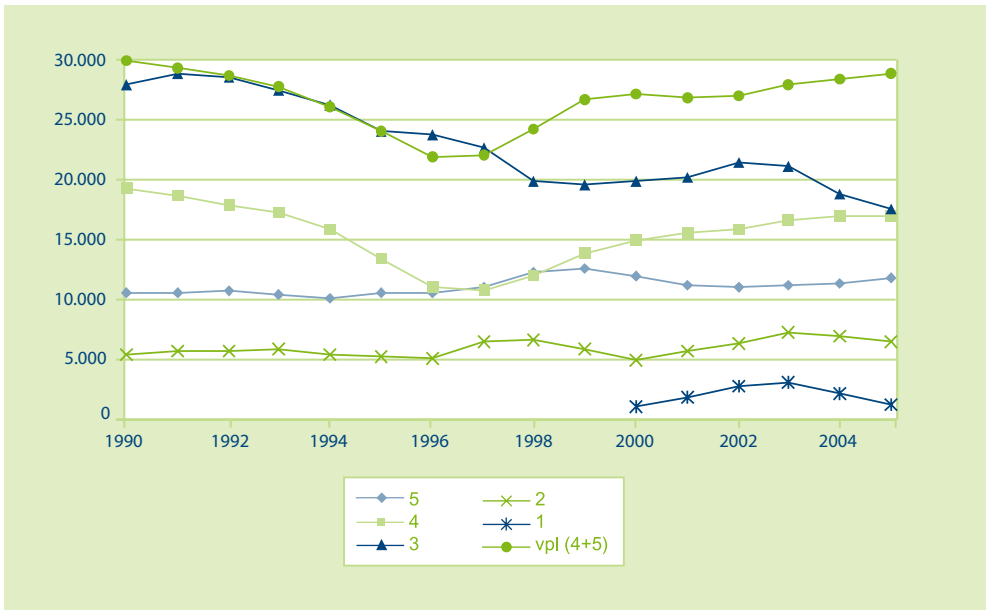
**Figuur 1.7 Het aandeel BBL-leerlingen in het totaal leerlingen dat een opleiding voor verpleging en verzorging volgt**



Bron: Ministerie van OC&W

Vooraf op niveau drie is de gevoeligheid voor de conjuncturele ontwikkelingen groot: het aandeel van de BBL-leerlingen is daar van oudsher hoger dan op de andere niveaus.

**Figuur 1.8** Het aantal leerlingen dat een opleiding verpleging of verzorging volgt naar niveau



Bron: Ministerie van OC&W

#### 1.4.2 Beroepspraktijkvorming

De afstemming tussen vraag en aanbod van BPV-plaatsen is al langere tijd onderwerp van zorg. Prismant heeft in 2005 in opdracht van de Bve Raad en de OVDB onderzoek gedaan naar de behoefte en beschikbaarheid van BPV-plaatsen in de sector Zorg en WJK (Van der Windt & Arnold, 2005). In het onderzoek is aan ROC's gevraagd naar de problemen op dit gebied. Het blijkt dat 85% van de ROC's moeite had om voldoende BPV-plaatsen te vinden en dat 46% concessies moest doen op dit gebied, bijvoorbeeld door de BPV-duur te verkorten of meer leerlingen op één BPV-plek te plaatsen. Van de ROC's zei 38% niet genoeg BPV-plaatsen te hebben. Bij de opleiding tot zorg-hulp hebben de problemen te maken met het gebrek aan arbeidsmarktperspectief. Bij de andere opleidingen is er volgens de ROC's een tekort aan BPV-plaatsen vanwege de stagevergoeding en vanwege de sterke groei van het aantal deelnemers. Het gaat niet alleen om opleidingen waar de instroom flink groeit. Het is ook moeilijk om voldoende BPV-plaatsen te vinden als het aandeel BBL-plaatsen in een opleiding sterk afneemt en er veel meer leerlingen dan normaal de BOL gaan volgen.

De OVDB (2006) heeft een instrument ontwikkeld om na te gaan of er nu en in de komende jaren voldoende stageplaatsen zijn voor de verzorgende, verpleegkundige en agogische MBO-opleidingen: de BPV-balans. Met dit instrument wordt de vraag naar BPV-plaatsen vergeleken met het aanbod. Bij de vraag naar BPV-plaatsen wordt enerzijds gekeken naar de vraag vanuit het onderwijs gezien het aantal leerlingen en anderzijds naar de vraag vanuit de arbeidsmarkt gezien de personeelsbehoefte in de komende jaren.

Vanuit het perspectief van het onderwijs is er in 2007 volgens de OVDB voldoende BPV-volume beschikbaar om het verwachte aantal leerlingen van een stageplaats te voorzien. Alleen bij de opleiding SPW niveau 4 is er sprake van een gering tekort. Dit positieve beeld is overigens gebaseerd op een optimale benutting van de geregistreerde plaatsen. In de praktijk kunnen daarom wel

knelpunten optreden. Bij een niet optimale benutting, bijvoorbeeld als gevolg van matchingsproblemen, is het met name bij de opleiding tot verpleegkundige niveau 4 een probleem om voldoende stageplaatsen te vinden. Bij de agogische opleidingen is de situatie alleen voor de opleiding SPW niveau 3 rooskleurig. Voor de andere kwalificaties is de situatie problematisch.

Vanuit het perspectief van de arbeidsmarkt is het BPV-volume op termijn (in 2010) ontoereikend om aan de arbeidsvraag te voldoen. Er zijn dan met name voor de opleiding tot verpleegkundige niveau 4, de opleiding SPW niveau 4 en in mindere mate de opleiding tot verzorgende niveau 3 meer BPV-plaatsen nodig.

### 1.4.3 Studie- en sectorrendement

#### *Studierendement*

Het studierendement geeft weer welk deel van de leerlingen of studenten van een opleiding hun diploma weet te behalen. Dit kan het meest nauwkeurig worden berekend door jaarlijks het cohort leerlingen of studenten te volgen dat met een opleiding begint en na een bepaald aantal jaren te bepalen welk deel van hen met succes het diploma heeft behaald. Zo blijkt dat van alle HBO-opleidingen 58% van de studenten binnen 5 jaar hun diploma behaalt. Na 9 jaar is dat gestegen tot 64% (CBS, Statline). Het studierendement van de agogische HBO-opleidingen is hiermee vergelijkbaar, terwijl het rendement van de HBO-zorgopleidingen hoger ligt. Na 5 jaar bedraagt het studierendement van de zorgopleidingen circa 66% en dit loopt op tot 71% na 9 jaar. Het studierendement van de universitaire opleidingen ligt na 9 jaar gemiddeld op 58%. Opnieuw ligt dit voor de zorgopleidingen met 80% een stuk hoger.

Het studierendement van de MBO-opleidingen is helaas niet op basis van de cohort-methode te bepalen, omdat leerlingen nog niet individueel kunnen worden gevolgd. Onderzoek van Van der Windt en Arnold (2006) laten sterk wisselende uitkomsten zien. Voor de verzorgende en verpleegkundige BOL-opleidingen varieert het studierendement tussen de 45% en 89%, al naar gelang opleiding en leerweg. Voor de assisterende opleidingen ligt het studierendement tussen de 73% en 80%. Bij de agogische opleidingen varieert het rendement tussen de 36% en 74%. In het algemeen is het studierendement van de BBL-variant hoger dan van de BOL-variant.

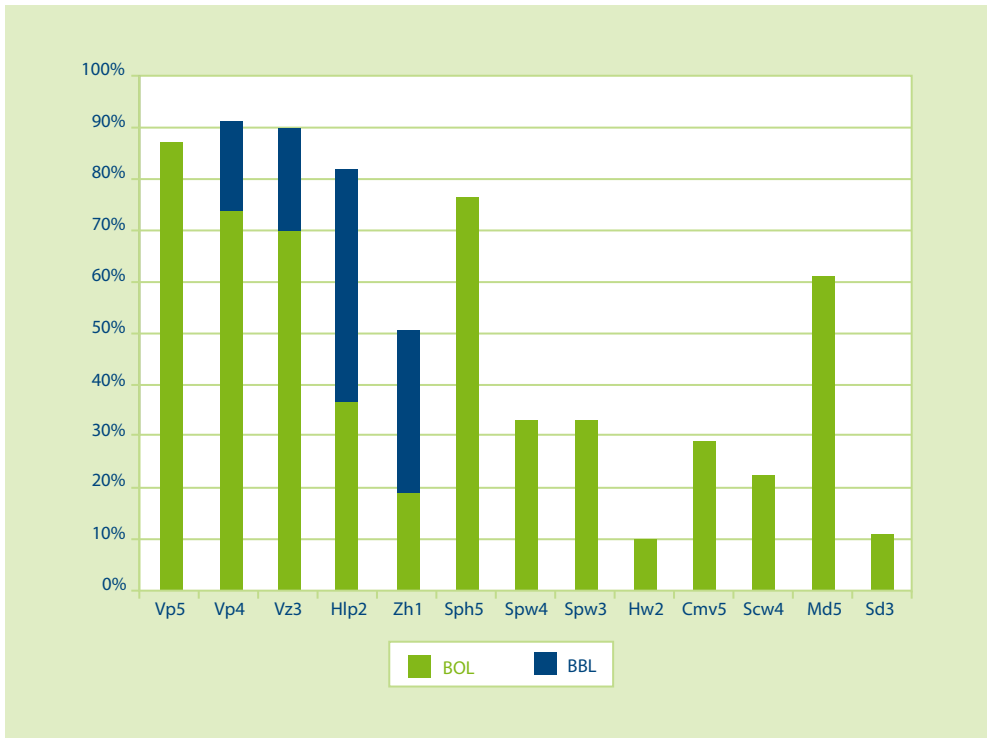
#### *Sectorrendement*

Voor de personeelsvoorziening in de sector Zorg en WJK is het van belang dat degenen die een opleiding gericht op Zorg en WJK hebben gevolgd, ook daadwerkelijk in de sector gaan werken. Het sectorrendement geeft aan welk deel van de gediplomeerden van de zorg- en agogische opleidingen in de sector Zorg en WJK is gaan werken. Dit staat in Figuur 1.9. Helaas is alleen van de grotere BBL-opleidingen het sectorrendement bekend.

Bij lagere opleidingen stromen gediplomeerden vaak door naar vervolgopleidingen en stellen ze hun intrede op de arbeidsmarkt nog uit. Het sectorrendement neemt daarom toe naarmate het opleidingsniveau stijgt en er vaker sprake is van eindonderwijs. Ook is het sectorrendement van duale opleidingen hoger dan van dagonderwijs, omdat de binding met de sector bij duale opleidingen groter is. Dit neemt niet weg dat het sectorrendement van sommige BOL-opleidingen, zoals Figuur 1.9 laat zien, erg laag is.

Het lage sectorrendement kan te maken hebben met de verhoudingen tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Zo kan er een geringe vraag zijn naar gediplomeerden van sommige (BOL)-opleidingen waardoor zij moeilijk in de sector Zorg en WJK een baan kunnen vinden. Daarnaast leiden met name agogische opleidingen ook op voor beroepen die in andere sectoren worden uitgeoefend, waardoor gediplomeerden ook elders een baan kunnen krijgen.

**Figuur 1.9 Het sectorrendement van de zorg- en agogische opleidingen naar leerweg (gemiddelde van de periode 2000-2004)<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Er zijn helaas maar weinig cijfers bekend over het sectorrendement van de BBL-opleidingen.

Bron: ROA (Van der Windt & Talma, 2006)

Sector- en studierendement zouden samen moeten bepalen hoe groot de kans is dat iemand die aan een opleiding begint ook daadwerkelijk in de sector gaat werken. De hier gepresenteerde cijfers zijn echter ontwikkeld om het arbeidsaanbod in de komende jaren te kunnen berekenen. Ze zijn niet bedoeld om individuele kansen te berekenen. Bij berekeningen voor het arbeidsaanbod is het immers niet van belang in welke mate opleidingen gestapeld worden: het gaat om het uiteindelijk arbeidsaanbod. Zo gaat van de afgestudeerden op niveau 4 BOL doorgaans een kwart verder op niveau 5. Dit komt tot uitdrukking in een relatief laag sectorrendement voor deze opleiding. Bij een individueel rendement moeten we hiermee rekening houden. Het totale rendement bij de BOL-opleidingen voor verpleging en verzorging niveau 3 tot en met 5 zal boven de 50% liggen; bij de corresponderende BBL-opleidingen tussen de 50 en 60%. De SPW-opleidingen op niveau 3 tot en met 5 komen op minimaal 30%. Het vergt specifiek onderzoek om de individuele kansen te bepalen.

## 1.5 Kwaliteit van arbeid

In het laatste deel van dit hoofdstuk gaan we in op aspecten van de kwaliteit van arbeid in de sector Zorg en WJK. We bespreken de beloningspositie van de sector Zorg en WJK, ontwikkelingen ten aanzien van arbeidsomstandigheden en werkbeleving, verzuim, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie, en ontwikkelingen op het gebied van personeelsbeleid.

### 1.5.1 Beloning

De sector Zorg en WJK is een arbeidsintensieve sector en de loonkosten vormen daarom een belangrijk deel van de totale kosten. Uit cijfers van het CBS blijkt dat de CAO-uurlonen en contractuurlonen in de sector Zorg en WJK sinds 2001, met uitzondering van 2004, sneller zijn gestegen dan gemiddeld in Nederland (Tabel 1.8). In de laatste twee jaar zijn de lonen minder hard gestegen, vermoedelijk als gevolg van het overheidsbeleid gericht op loonkostenmatiging.

**Tabel 1.8 Ontwikkeling van uurlonen inclusief bijzondere beloningen (jaarmutaties in %)**

	2001	2002	2003	2004	2005	Index 2005 (2000=100)
<b>CAO-loon</b>						
Totaal	4,4	3,6	2,8	1,3	0,7	113,4
Z&W	5,5	4,3	3,2	0,4	0,7	114,7
<b>Contractloon</b>						
Totaal	4,3	4,2	3,4	2,5	1,2	116,6
Z&W	5,2	5,2	3,6	1,5	1,6	118,3

Bron: CBS, Statline

De ontwikkeling van de CAO-lonen kan afwijken van de feitelijk betaalde lonen. Onderzoek dat de Arbeidsinspectie eens in de twee jaar uitvoert, geeft een goed beeld van de feitelijke loonontwikkeling. De meest recente cijfers hebben betrekking op 2004 (Venema, Faas, Hoeben & Samadhan, 2005). Hieruit blijkt dat de bruto-uurlonen van werknemers in de sector Zorg en WJK in dat jaar gemiddeld met 2,7% zijn gestegen, tegen 2,2% in de totale economie.

**Tabel 1.9 Jaarmutaties in bruto-uurlonen van werknemers in Nederland en in de sector Zorg en WJK**

Mutaties	Nederland			Zorg en WJK		
	2000	2002	2004	2000	2002	2004
Bruto-uurlonen	3,8%	4,4%	2,2%	2,4%	4,7%	2,7%
Komers-en-gaandereffect	-2,5%	-1,3%	-0,9%	-3,1%	-2,1%	-0,6%
Bruto-uurlonen blijvers	6,4%	5,7%	3,3%	5,5%	6,8%	3,3%
- Initieel	2,6%	2,3%	0,7%	2,4%	3,2%	0,3%
- Incidenteel	3,9%	3,5%	2,7%	3,3%	4,0%	3,1%
- Arbeidsduurmutatie	-0,2%	-0,1%	-0,1%	-0,2%	-0,3%	-0,1%
Extra uitkeringen blijvers	0,5%	0,2%	0,3%	0,4%	0,7%	0,2%
Brutolonen blijvers inclusief extra uitkeringen	6,9%	5,9%	3,6%	5,9%	7,5%	3,5%

Bron: Erdem, Pieters en Venema (2002); Venema, Faas en Samadhan (2003); Venema, Faas, Hoeben en Samadhan (2005)

In de stijging van de bruto-uurlonen zit naast de zuivere loongroei ook het effect van veranderingen in de samenstelling van het werknemersbestand als gevolg van in- en uitstroom van personeel (het komers- en gaanders-effect). Kijken we alleen naar de werknemers die niet van baan zijn veranderd (de blijvers), dan krijgen we zicht op de zuivere loongroei. Bij deze groep zijn in 2004 de bruto-uurlonen in Zorg en WJK en in Nederland als geheel in gelijke mate gestegen, namelijk met 3,3%. In Zorg en WJK is daarvan 0,3% het gevolg van afspraken waarop alle werknemers recht hebben, 3,1% als gevolg van bijvoorbeeld periodieke verhogingen en promoties en een negatief effect van 0,1% als gevolg van korter werken. Indien ook rekening wordt gehouden met de extra uitkeringen die de blijvers in 2004 ontvingen, suggereren de gegevens in Tabel 1.9 dat de loonontwikkeling in de sector Zorg en WJK in 2000 iets minder gunstig was dan in de totale economie, in 2002 gunstiger en in 2004 vrijwel gelijk verliep. Tevens is te zien dat het overheidsbeleid gericht op loonkosten-beheersing succesvol is geweest, gezien de relatief bescheiden (initieële) loonontwikkeling in 2004.

Er bestaat een hardnekkig beeld dat de lonen in de sector Zorg en WJK lager liggen dan in de marktsector. Dit beeld behoeft echter nuancering. Er is in de afgelopen jaren drie keer onderzoek gedaan naar de beloningsverschillen tussen de marktsector en de collectieve sector en steeds rijst een vergelijkbaar beeld (Hoogendoorn, 2001; Heyma, Tijdens, Janssens & Berkhout, 2004; Berkhout, Heyma & Salverda, 2006). Rekening houdend met verschillen in achtergrondkenmerken van werknemers wijkt het gemiddelde beloningsniveau in de sector Zorg en WJK nauwelijks af van de marktsector. Wel zijn er verschillen naar opleidingsniveau. Werknemers met een laag en middelbaar opleidingsniveau verdienen in de sector Zorg en WJK meer dan in de marktsector. Werknemers met een hoger opleidingsniveau daarentegen verdienen minder dan in de marktsector. Uit het meest recente onderzoek blijkt dat in 2004 het gemiddelde beloningsniveau in Zorg en WJK 0,2% lager lag dan in de marktsector, tegen 1,6% voor de collectieve sector als geheel (Berkhout e.a., 2006). Lager en middelbaar opgeleiden verdienen in Zorg en WJK gemiddeld meer dan in de marktsector (respectievelijk 8% en 3%), hoger en wetenschappelijk opgeleiden verdienen gemiddeld minder (respectievelijk 14% en 4%). Mannen, zowel in voltijd- als in deeltijdbanen, verdienen in de sector Zorg en WJK aanzienlijk minder dan in de marktsector (respectievelijk 15% en 13%). Vrouwen daarentegen hadden een klein beloningsvoordeel: 4% in voltijdbanen en 1% in deeltijdbanen. De beloningspositie van vrouwen is vergeleken met de marktsector vooral op jonge leeftijd



gunstig. De financiële doorgroei in Zorg en WJK later in de loopbaan blijft echter achter. Het onderzoek naar beloningsverschillen wijst er dus niet op dat de beloning in de sector Zorg en WJK slechter is dan in de marktsector. Wel lijkt de beloningspositie van de collectieve sector, inclusief Zorg en WJK, wat te zijn verslechterd sinds 2001.

### 1.5.2 Arbeidsomstandigheden

De sector Zorg en WJK is vanouds een sector met relatief zware arbeidsomstandigheden. Dit geldt zowel voor de fysieke alsook voor de emotionele belasting. In de achterliggende jaren zijn in alle branches Arbo-convenanten afgesloten met als doel de arbeidsomstandigheden te verbeteren. De meeste van deze Arbo-convenanten zijn in 2004 of 2005 afgelopen. De doelstellingen om fysieke belasting en werkdruk te verminderen en het verzuim omlaag te brengen, bleken over het algemeen gehaald (Ott, Paardekooper & Van der Windt, 2005).

In 2005 is de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA) over alle sectoren, waaronder de sector Zorg en WJK, gehouden. De resultaten worden gerapporteerd door het CBS en in de Arbobalans 2005 van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Houtman, Smulders & Van den Bossche, 2006).

In de NEA is gevraagd naar de tevredenheid met de arbeidsomstandigheden. Gemiddeld over alle sectoren van de Nederlandse economie heen geeft 69% van de medewerkers aan tevreden te zijn met hun arbeidsomstandigheden. In de sector Zorg en WJK geldt dat voor 72% van de medewerkers. Negen van de tien werkgevers zijn ook tevreden over het arbeidsomstandighedenbeleid dat zij voeren, zo blijkt uit de door Prismant gehouden Werkgeversenquête Zorg en Welzijn 2005.

#### *Werkdruk*

Volgens de NEA werkte in 2005 ongeveer 32% van alle werknemers vaak of altijd onder werkdruk. De sector Zorg en WJK wijkt hier vrijwel niet van af (34%). Volgens het OSA-werknemerspanel Zorg en Welzijn is de werkdruk in de afgelopen jaren afgenomen. Dit is echter niet de opvatting van werkgevers: volgens de Werkgeversenquête Zorg en Welzijn 2005 is de helft van de werkgevers van mening dat de werkdruk in de afgelopen twee jaar is toegenomen.

#### *Fysieke belasting*

Uit de NEA blijkt dat één op de drie medewerkers in de sector Zorg en WJK regelmatig te maken heeft met kracht zetten, tegenover gemiddeld een kwart van alle werknemers in Nederland. Ook voor tillen en duwen/trekken liggen de percentages hoger dan gemiddeld. Vergelijkende resultaten met eerdere jaren zijn niet beschikbaar. Zoals eerder bleek uit de evaluaties van de Arbo-convenanten, is de fysieke belasting in Zorg en WJK de achterliggende jaren wel gereduceerd.

#### *Gevaarlijke stoffen*

Blootstelling aan gevaarlijke stoffen komt in de sector Zorg en WJK relatief vaak voor, hoewel kan worden verondersteld dat dit per branche verschilt. Gevaarlijke stoffen zijn chemische middelen voor schoonmaak en desinfectie, geneesmiddelen, maar ook anaesthetica en cytostatica. Volgens de NEA komt 44% van de werknemers in Zorg en WJK met gevaarlijke stoffen in aanraking door inademing, een klein percentage ook via de huid (Houtman e.a., 2006). In 71% van de organisaties in Zorg en WJK wordt met gevaarlijke stoffen gewerkt (Vonk & Engelen, 2005). In de cijfers is geen onderscheid naar Zorg- en WJK-branches gemaakt, maar verondersteld kan worden dat in vrijwel alle zorgorganisaties medewerkers in meer of mindere mate in aanraking komen met gevaarlijke stoffen. Daarmee is de sector absolute koploper en risicosector ten opzichte van welke bedrijfstak

in Nederland dan ook. Opvallend daarbij is dat in 86% van de instellingen de blootstelling aan gevaarlijke stoffen niet wordt gemeten of geschat. Vermoedelijk beschouwen veel werkgevers dit niet als onderdeel van hun arbeidsomstandighedenbeleid. Overigens nemen instellingen als het goed is - mede op basis van een uitgevoerde Risico-inventarisatie en -evaluatie - maatregelen om medewerkers tegen gevaarlijke stoffen te beschermen.

#### *Beroepsziekten*

Het aantal meldingen van beroepsziekten uit de sector Zorg en WJK ten opzichte van het totaal aantal gemelde beroepsziekten is in de achterliggende jaren gestaag gedaald, van ruim 13% naar ruim 9%. Deze cijfers zijn afkomstig van het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten ([www.beroepsziekten.nl](http://www.beroepsziekten.nl)). Een beroepsziekte is een ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die in overwegende mate in arbeid en onder bepaalde arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden. Infectieziekten als gevolg van de blootstelling aan biologische agentia worden in deze sector relatief het vaakst gemeld; het betreft 61% van het totaal aantal gemelde infectieziekten en 21% van het totaal aantal meldingen uit de sector. In absolute aantallen zijn aandoeningen aan het houdings- en bewegingsapparaat de meest voorkomende aandoeningen in de sector Zorg en WJK. Het betreft hierbij 34% van de meldingen uit de sector.

#### *Emotionele belasting*

In vergelijking met andere sectoren is de sector Zorg en WJK de sector met de hoogste emotionele belasting (Houtman e.a., 2006). Van de werknemers geeft 20% aan met emotionele belasting te maken te hebben, tegen 9% in het algemeen. Agressie van cliënten en patiënten komt relatief vaak voor; 47% van de medewerkers heeft daarmee te maken tegen 27% van de medewerkers in de totale arbeidsmarkt. Bijna 40% van de medewerkers wil dat hiertegen door de werkgever maatregelen worden genomen. Ook uit het arbeidsaanbodpanel van de OSA blijkt dat werkenden in de sector Zorg en WJK twee maal zo vaak te maken hebben met agressie als gemiddeld (Fouarge e.a., 2006).

#### *Gewenste maatregelen*

Volgens de NEA vindt 64% van de werknemers in de sector Zorg en WJK maatregelen om werkdruk en werkstress te verminderen, het meest gewenst (Houtman e.a., 2006). Ruim de helft van de medewerkers wil ook maatregelen om de emotionele belasting te verminderen. Maatregelen om de agressie van cliënten en patiënten te verminderen zijn bij vier van de tien werknemers gewenst. In vergelijking met de totale economie is het aandeel medewerkers dat maatregelen op deze gebieden wil, hoog.

### **1.5.3 Arbeidsbeleving**

Landelijke cijfers over ontwikkelingen in de arbeidsbeleving in de sector Zorg en WJK ontbreken in 2005. Zoals eerder bleek is de tevredenheid met de arbeidsomstandigheden in Zorg en WJK wat hoger dan gemiddeld.

In 2005 is het panel V&V, het tweejaarlijkse onderzoek van het AVVV, het LEVV en het NIVEL onder verpleegkundigen en verzorgenden, weer uitgevoerd (De Jongh, De Veer, Bolle & De Kruif, 2006). Volgens verpleegkundigen en verzorgenden wordt het beroep in de eerste plaats aantrekkelijker door waardering binnen de organisatie voor het werk van deze beroepsgroepen. Op de tweede en derde plaats staan meer bij- en nascholing en verlaging van de werkdruk. Deze top 3 is gelijk aan de top 3 van 2003 en 2001.

De meeste verpleegkundigen en verzorgenden wordt bij- of nascholing aangeboden. Ongeveer 40% van hen is tevreden over het aanbod dat hun wordt gedaan. De helft van de verpleegkundigen en verzorgenden ervaart het werk als druk, daarboven ervaart gemiddeld 8% het werk als té druk. Opvallend daarbij is het dat de werkdrukvermindering die tussen 2001 en 2003 door het panel werd geconstateerd, in 2005 niet heeft doorgezet.

De tevredenheid met diverse kenmerken van het dagelijks werk, is op alle kenmerken vrijwel onveranderd. Er is na een lichte toename van de algehele tevredenheid in 2003, weer sprake van een lichte afname in 2005. Ten opzichte van 2001 blijft er sprake van een lichte toename van de tevredenheid.

### 1.5.4 Verzuim, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie

De dalende trend in het verzuim in de sector Zorg en WJK zet zich tot nu toe gestaag voort. Sinds 2002 is het verzuim gedaald van 6,8% in 2002 tot 5,7% in 2004. Dat is een daling van 1,1%-punt, ruim 16%. Het verzuim in de gehele economie daalde volgens het CBS in dezelfde periode van 5,3% naar 4,6% (cijfers over 2005 zijn nog niet bekend), dat is een daling van 13%. Algemeen wordt aangenomen dat de verzuimdaling te maken heeft met de laagconjunctuur en de nieuwe Wet verbetering Poortwachter. In de jaarrapportages Arbo-convenanten van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid wordt verondersteld dat de Arbo-convenanten hieraan een bijdrage hebben geleverd. In de zorgsector zette de daling van het verzuim in 2005 en 2006 verder door tot 5,2% in het 2e kwartaal van 2006 (voortschrijdend gemiddelde Vernet).

**Figuur 1.10 Ontwikkeling ziekteverzuim in de zorgsector en in de totale economie (in %)**



Bron: [www.vernet.nl](http://www.vernet.nl) en CBS (Statline)

Het verzuimcijfer van het CBS over de sector Zorg en WJK volgt de trend in de zorgsector, hoewel in het jaar 2003 het cijfer wel lager is. Wellicht was in 2003 sprake van een tijdelijke extra sterke

verzuimdaling in de sector WJK. Cijfers hierover zijn echter niet beschikbaar. De Werkgeversenquête Zorg en Welzijn 2005 rapporteert voor de sector WJK een verzuim van 6,0% in 2004.

#### *Arbeidsongeschiktheid en reïntegratie*

Net als het verzuim is ook de instroom in de WAO in de afgelopen jaren afgenomen. Van oudsher stroomden relatief veel werknemers uit de sector Zorg en WJK in de WAO. In 2003 en 2004 lag de instroomkans echter op hetzelfde niveau als in de totale werknemerspopulatie. In 2004 waren 108.000 WAO-uitkeringen afkomstig uit de sector GGMB<sup>5</sup> (UWV, 2006).

Met de invoering van de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) vanaf 1 januari 2006 is er geen nieuwe instroom meer in de WAO. Daarnaast is er door de verlenging van de loondoorbetaling sinds 2004 van één naar twee jaar ook sprake van een sterke daling van de instroom in de WAO in 2005. Er is daarom een trendbreuk. De instroom in de WIA in 2005 en eerste halfjaar 2006 blijft tot nu toe achter bij de prognoses. Cijfers voor de sector Zorg en WJK zijn nog niet bekend.

Cijfers over reïntegratie in de sector Zorg en WJK in 2005 zijn ook nog niet bekend. Uit onderzoek blijkt dat de sector Zorg en WJK is oververtegenwoordigd als sector waarin veel WAO-ers na herbeoordeling of een periode zonder inkomen na herbeoordeling, weer zijn heringetreden (Heyma & Zijl, 2005). Een project als 'Zorg maakt werk' van het UWV en PGGM dat van 2003 tot 2005 liep, is succesvol gebleken in het aan het werk helpen van gedeeltelijk arbeidsongeschikte personen.

#### **1.5.5 Personeelsbeleid**

In 2005 is onder werkgevers in de sector Zorg en WJK een enquête gehouden over het personeel en het personeelsbeleid. In deze Werkgeversenquête Zorg en Welzijn 2005 is werkgevers gevraagd in hoeverre bepaalde thema's in het personeelsbeleid prioriteit hebben, waar knelpunten worden ervaren, en tenslotte, welke maatregelen voor de arbeidsmarkt als geheel door werkgevers wenselijk worden geacht. Tabel 1.10 laat zien welke thema's meer of minder prioriteit hebben. Een hoge prioriteit krijgen opleiding en scholing, ziekteverzuim en reïntegratie, arbeidsomstandigheden en arbeidsvoorwaarden. Daarnaast scoren in de zorgsector ook werving en selectie en personeelsplanning erg hoog. Hoewel beoordeling van medewerkers en loopbaanontwikkeling ook vaak belangrijk wordt gevonden, geldt dit aanzienlijk minder voor competentie management (ruim 55% van de werkgevers).

Tabel 1.10 laat ook zien in hoeverre werkgevers tevreden zijn met bepaalde thema's in het personeelsbeleid. Werkgevers zijn vaak ontevreden met het gevoerde beleid met betrekking tot loopbaanontwikkeling en competentie management. Dit geldt voor werkgevers in de zorgsector meer dan voor werkgevers in de WJK-sector (50 tot 55% van de werkgevers in de Zorg; 40 tot 45% van de werkgevers in WJK). Van de werkgevers is 70% overigens wel tevreden over opleiding en scholing. Ruim 90% van hen beschikt ook over een opleidingsbudget. Opvallend is dat in de WJK-sector, ondanks dat er een opleidingsbudget beschikbaar is, vaak een opleidingsplan waarin het opleidingsbeleid is vastgelegd, ontbreekt. Slechts eenderde van de werkgevers in die sector beschikt daarover, tegenover 80% van de werkgevers in de zorgsector.

In de sector Zorg is men in mindere mate tevreden over personeelsplanning (bijna 60%). Over het arbeidsomstandighedenbeleid zijn opvallend veel werkgevers tevreden (ruim 90%).

<sup>5</sup> De sector GGMB staat voor de sector Gezondheid, Geestelijke- en Maatschappelijke Belangen en bestaat in werknemersaantallen voor circa 90% uit werknemers afkomstig uit de sector Zorg en WJK.

**Tabel 1.10 Prioriteiten van werkgevers in het personeelsbeleid en tevredenheid met het gevoerde beleid (in % van de werkgevers)**

Prioriteiten in het personeelsbeleid	Zorg		WJK	
	(Zeer) belangrijk	Tevreden	(Zeer) belangrijk	Tevreden
Opleidingen en scholing	96%	69%	86%	66%
Ziekteverzuim	95%	69%	92%	80%
Arbeidsomstandigheden	90%	91%	88%	86%
Personeelsplanning	90%	59%	68%	77%
Werving en selectie	90%	91%	68%	93%
Reïntegratie	87%	65%	70%	86%
Arbeidsvoorwaarden	84%	87%	86%	87%
Loopbaanontwikkeling en mobiliteit	78%	43%	62%	54%
Beoordeling van medewerkers	76%	57%	86%	65%
Medezeggenschap	70%	89%	70%	86%
Levensfasegericht personeelsbeleid	63%	53%	45%	75%
Uitvoeren van reorganisatie	59%	82%	38%	85%
Competentiemanagement	57%	53%	56%	60%
Uitstroom	49%	79%	29%	81%

Bron: Werkgeversenquête Zorg en Welzijn 2005

### *Werkgeversknelpunten*

Door middel van de eerder genoemde Werkgeversenquête Zorg en Welzijn 2005 is ook in kaart gebracht welke knelpunten werkgevers in hun personeelsbeleid ervaren. Daaruit blijkt dat werkdruk en - in de zorgsector - vergrijzing, door een meerderheid van de werkgevers als belangrijkste knelpunten worden ervaren. In de zorgsector is volgens bijna de helft van de werkgevers personeel onvoldoende breed inzetbaar en ook het ziekteverzuim wordt als knelpunt ervaren. In mindere mate geldt dat voor de flexibiliteit en beschikbaarheid van het personeel en onder- of overkwalificatie van het personeel.

Naar de toekomst gezien, zien werkgevers in de zorgsector vooral knelpunten ten aanzien van de vergrijzing van het personeel (tweederde van de werkgevers). Ook verwacht bijna de helft van de werkgevers in de Zorg knelpunten bij het aantrekken van nieuw personeel en in mindere mate bij het ziekteverzuim. Zowel in de sector Zorg als in de sector WJK verwacht ongeveer 40% van de werkgevers knelpunten in de werkdruk.

### *Vergrijzing*

Een meerderheid van de werkgevers in de zorgsector geeft aan dat vergrijzing in de organisatie als een knelpunt wordt ervaren. Ook zijn veel werkgevers ontevreden over het levensfasegericht personeelsbeleid. Van de werkgevers in de zorgsector geeft 63% daadwerkelijk prioriteit aan levensfasegericht personeelsbeleid. In vergelijking met andere thema's is dat relatief weinig. In de sector WJK geldt dat voor ruim 45% van de werkgevers. Een op de drie werkgevers in deze sector geeft aan vergrijzing als knelpunt te ervaren.

Dat levensfasegericht personeelsbeleid van belang kan zijn om personeel vast te houden, suggereert ook de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden. Relatief veel medewerkers in de sector Zorg en

WJK (43% tegenover 36% algemeen) geven aan langer te kunnen doorwerken als de werkzaamheden lichter zouden worden gemaakt (Houtman e.a., 2006).

### *Arbeidsmarktmaatregelen*

In de Werkgeversenquête Zorg en Welzijn is werkgevers tenslotte gevraagd welke algemene arbeidsmarktmaatregelen zij van groot belang vinden. De maatregel die, op vermindering van de administratieve druk na, het vaakst van groot belang wordt gevonden, is een toename van de overheidsinvesteringen in scholing en training. Meer dan 80% van de werkgevers geeft aan deze maatregel van groot belang te vinden. De overheid is actief op dit terrein en heeft onlangs fiscale maatregelen genomen om scholing en training te stimuleren. Ook versoepeling van het ontslagrecht vinden werkgevers een maatregel van groot belang. Veel werkgevers willen meer ruimte voor eigen arbeidsvoorwaardenbeleid. Daarnaast willen werkgevers meer financiering van de overheid van kinderopvang.

### *Arbo- en verzuimbeleid*

Uit de Arbobalans 2005 blijkt dat verzuimbeleid in de sector Zorg en WJK meestal niet schriftelijk is vastgelegd. Dit geldt voor tweederde van de instellingen. Wel is er vaak sprake van mondeling vastgelegd verzuimbeleid. Dit beeld wijkt niet af van het gemiddelde in Nederland. Opvallend is dan wel dat uit de Werkgeversenquête 2005 blijkt dat arbeidsomstandighedenbeleid een hoge prioriteit wordt gegeven én dat werkgevers over het algemeen tevreden zijn over het gevoerde Arbo-beleid.

Uit dezelfde Arbobalans blijkt dat relatief weinig instellingen in Zorg en WJK beschikken over een getoetste Risico-Inventarisatie en Evaluatie (RI&E). Ruim 40% van de organisaties beschikt niet over een RI&E. Of dit voor Zorg of WJK meer of minder geldt, is niet bekend.

## **1.6 Samenvatting**

In tegenstelling tot de Nederlandse arbeidsmarkt is de werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK in de periode 2000-2005 sterk gegroeid. In deze periode zijn er 235.000 banen bij gekomen. Over de hele periode bedroeg de toename van het aantal banen en het arbeidsvolume circa 23%, terwijl in de economie als geheel het aantal banen vrijwel constant is gebleven (0,5%) en het arbeidsvolume is gedaald (-1,5%). Wel is de werkgelegenheidsgroei in Zorg en WJK na 2003 kleiner geworden. In de periode 2000-2003 lag het gemiddelde groeipercentage van het aantal banen op 4,6% per jaar. In 2005 was dit afgenomen tot circa 2%.

Het personeelsbestand in de sector vergrijst. Op korte termijn heeft dit nog weinig effect op de vervangingsvraag. Allochtonen zijn in de zorg nog steeds ondervertegenwoordigd; in de WJK-sector werken ze juist meer dan gemiddeld. Het aandeel deeltijders is met 72% hoog en de gemiddelde werkweek daalde de afgelopen jaren nog iets.

Fusies en overnames zorgen in een groot deel van de zorgsector voor schaalvergroting en een afname van het aantal organisaties. Er komen steeds meer grote bedrijven met een breed zorgaanbod die zowel intramuraal als extramuraal actief zijn. Tegelijkertijd ontstaat er in de thuiszorg en de gehandicaptenzorg ook nieuwe kleinschalige bedrijvigheid.

Het aantal werknemers dat in de loop van een jaar een organisatie verlaat (bruto-verloop) is in 2005 gedaald tot één op de negen. Eén op de twintig zet ook een punt achter de beroepsuitoefening in de sector. In 2000 was dat nog één op de veertien. Het vertrek hangt vaak samen met de behoefte aan ander werk en het ontbreken van loopbaanmogelijkheden.

Het aantal vacatures is sterk gegroeid en volgt de conjunctuur van de economie. Door het geringere aantal vacatures in voorgaande jaren is het onbenut arbeidsaanbod van vrouwen ten opzichte van 2000 aanzienlijk toegenomen. Toch ambiëren relatief weinig niet-werkende werkzoekenden een baan in de sector Zorg en WJK.

Er is sprake van een wassende stroom deelnemers aan opleidingen voor de sector Zorg en WJK. Uitzondering hierop vormt de verpleging en verzorging, die sinds 2003 een daling laat zien. De conjunctuurgevoeligheid van de instroom in de BBL speelt hierbij een belangrijke rol. Ook de instroom in de meeste verpleegkundige vervolgoopleidingen nam in een jaar tijd met een kwart af.

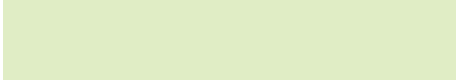
Met uitzondering van 2004 zijn de CAO-uurlonen en contractlonen de afgelopen jaren in de sector WJK sneller gestegen dan landelijk. Het beeld dat de lonen in de sector Zorg en WJK lager liggen behoeft nuancering. Lager en middelbaar opgeleiden verdienen doorgaans meer dan in de markt-sector, hoger opgeleiden minder. Vrouwen hebben een kleine beloningsvoorsprong, met name op jongere leeftijd. De financiële doorgroei later in de loopbaan blijft echter achter.

De arbeidsomstandigheden in de sector zorg en WJK ontwikkelen zich gunstig. Wel kampen de werknemers in de sector vaak met relatief zware fysieke belasting en komt emotionele belasting vaak voor. De dalende trend in het ziekteverzuim zet zich nog gestaag voort, evenals de instroom in de WAO.

Opleiding en scholing, ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden, personeelsplanning en werving en selectie zijn onderwerpen waaraan werkgevers veel prioriteit geven in hun personeelsbeleid. Men is vaak ontevreden over het beleid ten aanzien van loopbaanontwikkeling, mobiliteit en competentie-management. De meerderheid van de werkgevers ervaart de werkdruk en de vergrijzing van het personeelsbestand als een probleem.

## **2. De arbeidsmarkt in de komende jaren**





## 2. De arbeidsmarkt in de komende jaren

In dit hoofdstuk schetsen we een beeld van de vraag naar en het aanbod van arbeid die de komende jaren op de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK verwacht worden. Eerst gaan we in op de vraagontwikkeling. We besteden aandacht aan achterliggende factoren zoals demografische en epidemiologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, politiek-juridische ontwikkelingen en institutionele en organisatorische ontwikkelingen. Tevens gaan we in op de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de komende jaren.

In een volgende paragraaf besteden we aandacht aan de ontwikkelingen in het aanbod van personeel. Hierbij komen de ontwikkelingen inzake de beroepsbevolking en de opleidingen aan bod. Uiteraard gaan we ook in op verwachtingen ten aanzien van herintreding, de ontwikkeling van de werkweekomvang en het verloop van personeel.

In de laatste paragraaf worden vraag en aanbod met elkaar in verband gebracht. We doen dit eerst voor de totale arbeidsmarkt en daarna specifiek voor de sector Zorg en WJK. We sluiten het hoofdstuk af met een beschouwing.

### 2.1 Ontwikkelingen in de vraag

#### 2.1.1 Demografische en epidemiologische ontwikkelingen

Hoewel de bevolking van Nederland in de komende decennia naar verwachting nog met circa 700.000 inwoners zal toenemen tot ruim 17 miljoen personen, wordt de demografische ontwikkeling vooral gekenmerkt door vergrijzing. Het aandeel 65-plussers in de bevolking bedraagt nu circa 14% en stijgt tot 24% in 2040 (CBS, Statline). Daarnaast worden ouderen steeds ouder. Zo is de gemiddelde levensverwachting van mannen in de periode 1950-2002 volgens het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, 2006) gestegen van 70,4 jaar naar 76,2 jaar, terwijl dat voor vrouwen een stijging was van 72,6 jaar naar 80,9 jaar. Die extra levensjaren zijn meestal gezonde jaren. Naast deze vergrijzing vindt ontgroening plaats. Het aantal geboorten is gedaald van 207.000 in 2000 naar 194.000 in 2004 en de verwachting bestaat dat dit in 2011 is gedaald naar 180.000. Verder daalt het aantal jongeren tot 18 jaar tussen 2006 en 2011 in lichte mate met 80.000 (CBS, Statline).

Behalve veranderingen in de leeftijdsopbouw verandert ook de samenstelling van de Nederlandse huishoudens. Het aantal huishoudens neemt tot 2040 met circa 14% toe. Tegelijkertijd stijgt het aantal eenpersoonshuishoudens met 38% en het aantal eenoudergezinnen met 45%. Hierdoor daalt de gemiddelde huishoudensgrootte van 2,28 personen nu naar 2,09 personen in 2040.

Een andere ontwikkeling is de toenemende diversiteit in bevolkingsgroepen. Het aandeel allochtonen neemt naar verwachting toe van 19% in 2006 naar 27% in 2040 (CBS, Statline).

Door de groei van het aantal ouderen, neemt het aantal mensen met ziekten toe. Ook het percentage mensen met een aandoening neemt toe (RIVM, 2006). Een aantal chronische ziekten, zoals astma en diabetes, heeft de afgelopen tien jaar een sterke stijging laten zien en zal in de toekomst verder toenemen. Het gevolg van deze ontwikkelingen is dat ook het zorggebruik stijgt. Door de vergrijzing neemt daarnaast specifieke ouderenproblematiek zoals vereenzaming en sociaal isolement toe, waardoor er naast een grotere behoefte aan zorg, ook meer behoefte zal bestaan aan welzijnsactiviteiten gericht op ouderen. De daling van het aantal geboorten en - in beperkte mate - van het aantal jongeren heeft aan de andere kant tot gevolg dat op termijn de demografische component in de vraag naar diensten gericht op deze doelgroepen zal afnemen. Dit geldt bijvoorbeeld voor verloskundige zorg, ouder- en kindzorg, kinderopvang, jeugdzorg en jongerenwerk.

De veranderende huishoudenssamenstelling heeft ook invloed op het gebruik van de sector Zorg en WJK. Het toenemend aantal (eenpersoons)huishoudens leidt tot een groter beroep op de sector, onder andere omdat er minder vaak mantelzorg aanwezig is. Alleenstaanden en eenoudergezinnen hebben bovendien vaker specifieke problemen en maken relatief vaker gebruik van maatschappelijk werk en juridische- en schuldhelpverlening. Hierdoor neemt de vraag naar deze vormen van dienstverlening toe.

Het toenemend aandeel allochtonen leidt tot meer patiënten met een andere zorgvraag, andere verwachtingen ten opzichte van de zorg en een andere ziektebeleving. Dit vraagt aanpassingen in het voorzieningenaanbod van de sector. Zo zal voor de steeds groter wordende groep oudere allochtonen een aangepast aanbod moeten worden ontwikkeld in de ouderenzorg en het ouderenwerk en voor jonge allochtonen in het jongerenwerk.

Het RIVM heeft becijferd dat louter op grond van demografische veranderingen de zorguitgaven tot 2025 met 15 miljard zullen stijgen, waarvan 5 miljard vanwege de bevolkingsgroei en 10 miljard vanwege de veranderende samenstelling van de bevolking (vooral de vergrijzing). Om het zorggebruik te beperken adviseert de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2006) om meer aandacht te schenken aan preventie. "Minder ziekte leidt tot minder vraag naar zorg," zo is de gedachte. Concreet noemt de RVZ het beter opsporen en dus eerder behandelen van hoge bloeddruk, de inzet van ICT voor therapietrouw, telefonische ondersteuning bij de behandeling van depressies. De gevolgen van het beter benutten van de preventiemogelijkheden voor de arbeidsmarkt zijn echter onduidelijk. Het RIVM (2006) constateert dat een betere volksgezondheid eerder tot hogere dan tot lagere zorgkosten zal leiden. Als iedereen zou stoppen met roken zouden de medische kosten gedurende de levensloop met 6,5% toenemen. Minder overgewicht en meer beweging zouden leiden tot een kostenstijging van circa 2%. Omdat een groot deel van de zorgkosten samenhangt met de inzet van personeel, zou meer preventie dus ook tot een grotere vraag naar personeel kunnen leiden.

De vergrijzing en epidemiologische ontwikkelingen hebben invloed op het soort zorg waar vraag naar is. Het RIVM (2006) geeft aan dat het accent zal verschuiven van behandeling naar verzorging. Breedveld, Van Wersch, De Lange en De Roo (2004) geven aan dat door de vergrijzing er meer patiënten zijn waarbij sprake is van comorbiditeit (meerdere aandoeningen tegelijkertijd), waarbij zorg en inzet van personeel uit verschillende disciplines en branches nodig is. Dit betekent dat er meer moet worden samengewerkt tussen verschillende disciplines. Toename van het aantal chronisch zieken en de manifestatie van nieuwe aandoeningen kunnen er toe leiden dat de vraag naar specialistische functies toeneemt. Daar staat tegenover dat juist chronische patiënten behoefte lijken te hebben aan een integrale benadering. Toenemende zorgzwaarte en complexiteit, in combinatie met extramuralisering, leiden er toe dat de vraag naar begeleidende functies en de bijbehorende competenties toeneemt. Het ondersteunen en vergroten van de zelfredzaamheid van mensen vraagt sociaalagogische competenties (Breedveld e.a., 2004).

### 2.1.2 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Verschillende sociaal-culturele ontwikkelingen hebben invloed op de vraag naar dienstverlening in de sector Zorg en WJK. We noemen de individualisering, grotere mondigheid van burgers, vermaatschappelijking, vraaggericht werken en toenemende problematiek onder multiprobleemgezinnen en jongeren (Breedveld e.a., 2004; Van Vliet, Duyvendak, Boonstra & Plemper, 2004).

De individualisering van de samenleving leidt tot een grotere behoefte aan professionele ondersteuning. Er is sprake van toenemende vereenzaming en sociaal isolement van ouderen en toenemende

problematiek in gezinnen en onder jongeren. Mensen die hulp nodig hebben kunnen in mindere mate terugvallen op hun directe omgeving voor informele zorg en hulp. De toegenomen geografische mobiliteit waardoor familie en vrienden vaker op grote(re) afstand van elkaar wonen is daarbij ook een factor van betekenis. Bovendien constateert de RVZ (2006) dat informele zorg onder druk dreigt te komen door het overheidsbeleid gericht op vergroting van de arbeidsparticipatie van vrouwen. Vrouwen die werken verlenen minder mantelzorg als zij daarnaast een betaalde baan hebben. De RVZ beveelt daarom aan om de mantelzorgers beter te ondersteunen, omdat zij de vraag naar professionele zorg beheersbaar helpen te houden.

Behalve de informele zorg staat ook het vrijwilligerswerk onder druk. Volgens het SCP (2005a) loopt vooral onder jongeren en in de grote steden het aantal vrijwilligers terug. Bijna de helft van de vrijwilligersorganisaties die actief zijn op het gebied van zorg en hulpverlening kampt met een tekort aan vrijwilligers (Devilee, 2005). Er is met name behoefte aan mannelijke vrijwilligers tussen de 30 en 50 jaar en aan allochtone vrijwilligers. Gezien het grote belang van vrijwilligers voor de caresector en de sector WJK is het van belang om behalve mantelzorgers ook vrijwilligers beter te ondersteunen.

De grotere mondigheid van burgers leidt ertoe dat cliënten zich veel meer gaan gedragen als consumenten en assertiever, kritischer en veeleisender worden. Een negatief gevolg is de toenemende verbale en fysieke agressie van cliënten (zie paragraaf 1.5.2). De mondigheid van cliënten vergt meer tijd van zorg- en hulpverleners en andere competenties. Enerzijds een vraaggerichte instelling en een rol van deskundig onderhandelaar, anderzijds grenzen durven en kunnen stellen.

Een andere belangrijke trend is de vermaatschappelijking van de zorg- en hulpverlening: het beleid is erop gericht dat iedereen zich moet kunnen ontplooiën, zo zelfstandig mogelijk moet kunnen functioneren en zo volwaardig mogelijk aan de samenleving moet kunnen deelnemen. Deze ontwikkeling heeft geleid tot een verschuiving van intra- naar extramurale zorg en naar meer hulpverlening in de wijk. Ook zal er een toenemende behoefte bestaan aan coördinatie van medische, sociaalagogische en psychische hulpverlening voor cliënten in de wijk.

Al gedurende langere tijd is een omslag gaande van aanbodgerichte naar vraaggerichte dienstverlening, waarbij de wensen en behoeften van patiënten en cliënten centraal staan. Een voorbeeld is het inspelen op de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van integrale zorg: geen versnippering, maar afstemming, coördinatie en een duidelijk aanspreekpunt. Dit vraagt om samenwerking tussen organisaties en generalistisch personeel (Breedveld e.a., 2004).

De laatste ontwikkeling die wij hier noemen is de toenemende problematiek van multiprobleemgezinnen en jongeren met meervoudige en complexere problematiek, zowel in aantal als in complexiteit (Van Vliet e.a., 2004). Zo neemt bijvoorbeeld het aantal meldingen van kindermishandeling de laatste jaren toe (SCP, 2005b). Dit betekent dat aan het werk en aan de medewerkers in de sector hogere eisen worden gesteld. Daarbij komt dat er een groeiende groep hulpbehoevenden is, die uit zichzelf geen hulp zoekt. Het is belangrijk om ook die groep te bereiken en hulp te bieden.

### 2.1.3 Politiek-juridische ontwikkelingen

In de sector Zorg en WJK voltrekt zich momenteel een aantal omvangrijk systeemveranderingen of staan op stapel om ingevoerd te worden. Deze kunnen grote invloed hebben op de vraag naar dienstverlening en dus op de vraag naar arbeid in Zorg en WJK. We noemen de introductie van wet- en regelgeving die beoogt om meer marktwerking in de zorgsector te creëren, de modernisering van de AWBZ, de invoering van de WMO, de Wet op de Jeugdzorg en de Wet Kinderopvang.

### *Marktwerking curatieve sector*

De overheid streeft door gereguleerde marktwerking de vraaggerichtheid van de zorgsector te vergroten en de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de sector op lange termijn te garanderen. In het nieuwe stelsel ontstaat meer concurrentie tussen zorgverzekeraars onderling en zorgaanbieders onderling. Burgers kunnen zelf hun zorgverzekeraar kiezen en zorgverzekeraars krijgen de vrijheid om zelf te beslissen met welke zorgaanbieders zij contracten afsluiten. Overwegingen van prijs en kwaliteit spelen daarbij een belangrijke rol.

Op dit moment lijken de gevolgen van marktwerking nog beperkt. Algemeen wordt aangenomen dat de concurrentie die tussen zorgaanbieders zal ontstaan van invloed zal zijn op hun bedrijfsvoering en zorgpakket en daarmee ook op de kwantitatieve en kwalitatieve behoefte aan personeel. Door de Wet Toelating Zorginstellingen zal het ook voor commerciële organisaties makkelijker worden om zich op de zorgmarkt te bewegen.

Meestal bestaat er geen duidelijk inzicht wat een en ander voor effect heeft op de vraag naar zorg, laat staan op de vraag naar zorgpersoneel. Een van de weinige studies die hier enig licht op werpen is "De markt gaat werken! Maar hoe?" (Van der Kwartel & Van der Velde, 2006). Zij onderzochten de mogelijke gevolgen van marktwerking op de vraag naar medisch-specialistische zorg. Zij stellen allereerst dat professionals binnen hun beroepsdomein altijd al gestreefd hebben naar verbetering van doelmatigheid, maar dat de introductie van marktwerking ertoe dwingt om ook op 'systeemniveau' tot verhoging van de doelmatigheid te komen. Er is dus als het ware sprake van een 'verdieping' van het lopende proces van doelmatigheidsverbetering.

Op grond van interviews concluderen zij dat het huidige begin van overcapaciteit in de medisch specialistische zorg bij meer marktwerking manifester zal worden. De gevolgen kunnen zijn dat de onderhandelingspositie van medisch specialisten minder sterk wordt en dat minder productieve beroepsbeoefenaren onder druk komen te staan en mogelijk uittreden.

### *Modernisering AWBZ*

Ook in de AWBZ zijn marktprikkels geïntroduceerd. In het kader van de modernisering van de AWBZ worden AWBZ-instellingen sinds 2003 niet meer toegelaten en bekostigd voor één sector, maar voor het uitvoeren van bepaalde functies (huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf). Tevens hoeven zorgkantoren niet meer met alle zorgaanbieders in hun regio contracten af te sluiten. De functiegerichte bekostiging is tot nu toe beperkt tot de extramurale zorg en leidt in theorie tot grotere concurrentie tussen zorgaanbieders met een AWBZ-toelating (bijvoorbeeld tussen verzorgingshuizen en thuiszorg). Het CTG/ZAIO en CTZ (2006) concluderen in de AWBZ-monitor dat de introductie van marktwerking in de extramurale zorg vooralsnog niet heeft geleid tot sterke veranderingen in de markt op het gebied van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Er zijn volgens deze partijen meer prikkels nodig om dit te stimuleren.

De intramurale AWBZ-zorg krijgt een variant op functiegerichte bekostiging: zorgzwaarte-financiering. In dit systeem van zorgzwaartebekostiging ontvangen de zorginstellingen een geldbedrag dat is afgestemd op de zorgbehoefte van een patiënt, in plaats van een gemiddeld bedrag per bed.

Een andere ontwikkeling binnen de AWBZ heeft betrekking op de indicatiestelling. Binnen de AWBZ-zorg is een strengere indicatiestelling ingezet door de invoering van de richtlijnen uit het werkdocument Gebruikelijke Zorg. Het gevolg hiervan is dat mensen minder snel in aanmerking komen voor onder andere een verblijfsindicatie (KPMG, 2006b), als van de mantelzorg wordt verwacht dat deze de 'gebruikelijke zorg' op zich kan nemen. Dit past ook in het huidige politieke beleid om de verzorgingsstaat in te krimpen.

*WMO*

Een belangrijke ontwikkeling is de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De WMO heeft als doel om de participatie van mensen met beperkingen en problemen aan de samenleving te bevorderen. Door het integreren van de huidige Welzijnswet, de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) en onderdelen van de AWBZ in de WMO kunnen zorg- en welzijnsvoorzieningen op lokaal niveau beter op elkaar worden afgestemd. Per 1 januari 2007 wordt de huishoudelijke verzorging overgeheveld van de AWBZ naar de WMO. Gemeenten krijgen de vrijheid om zelf invulling te geven aan het begrip huishoudelijke verzorging en vast te stellen wie daarvoor in aanmerking komt, in welke mate, in welke omstandigheden en onder welke voorwaarden. Zij dienen de benodigde zorg in te kopen via een (Europese) aanbestedingsprocedure. Naast de reguliere zorgaanbieders (met name thuiszorg) kunnen ook andere organisaties zich daarop inschrijven, zoals schoonmaakbedrijven of uitzendbureaus. De aanbestedingen leiden ertoe dat er meer dan voorheen op prijs en kwaliteit wordt geconcurrereerd. Er zijn aanwijzingen dat de tarieven die momenteel worden afgesproken tot 30% lager liggen dan de huidige maximale CTG-tarieven (Ross-van Dorp, 2006). Daarnaast zullen er naar verwachting gevolgen zijn voor de werkgelegenheid en kwaliteit van de arbeid. Hoewel er op macroniveau waarschijnlijk geen werkgelegenheid verloren gaat, zullen er op het niveau van de thuiszorgaanbieders vermoedelijk wel grote verschuivingen optreden met baancreatie aan de ene kant en baanvernietiging aan de ander kant. In het verlengde daarvan dreigt het gevaar dat door de lagere tarieven die worden afgesproken de kwaliteit van arbeid van de medewerkers die huishoudelijke verzorging leveren onder druk komt te staan (Van Essen, Smeets & Van der Velde, 2006).

*Wet op de Jeugdzorg*

Met de Wet op de Jeugdzorg is het recht op jeugdzorg wettelijk vastgelegd. Verder heeft de wet onder meer ten doel om de vraag van de cliënt centraal te stellen en één centrale toegang tot jeugdzorg te bieden. De wet geldt voor de hele jeugdzorgketen. Bureau jeugdzorg indiceert behalve voor de jeugdzorg, ook voor de jeugd-ggz, de zorg voor verstandelijk gehandicapte jeugdigen en de jeugdzorg in justitiële jeugdinrichtingen.

Door de snel oplopende wachtlijsten voor jeugdzorg in de achterliggende jaren (zoals uit onderzoek van het ministerie van VWS blijkt), zijn door de overheid extra middelen beschikbaar gesteld om deze wachtlijsten terug te dringen. In dat kader wordt niet alleen extra capaciteit voor zowel indicatiestelling als zorg mogelijk gemaakt, maar worden ook prestatieafspraken gemaakt om de doelmatigheid te verbeteren en normen voor wachttijden ontwikkeld. De werkgelegenheid in de branche Jeugdzorg zal naar verwachting de komende jaren fors stijgen (Van der Windt & Talma, 2006).

*Wet kinderopvang*

De nieuwe Wet kinderopvang gaat ervan uit dat ouders, werkgevers en overheid de kosten van kinderopvang gezamenlijk dragen ([www.minszw.nl](http://www.minszw.nl)). Directe subsidiëring van kinderopvangcentra is vervallen. Ouders sluiten zelf een overeenkomst met de kinderopvang en krijgen een overheidsbijdrage via de belastingdienst. Na een terugval van de vraag naar kinderopvang, na invoering van de wet, verhoogde de overheid haar bijdrage aan de ouders. Daarnaast neemt de overheid maatregelen om de nu nog vrijwillige werkgeversbijdrage vanaf 2008 verplicht te stellen, omdat - volgens de overheid - te weinig werkgevers hiervoor een regeling hebben. In aanloop naar deze wijziging wordt de overheidsbijdrage aan kinderopvang nog een keer verhoogd.

Vanaf het schooljaar 2007-2008 worden basisscholen verplicht om voor- en naschoolse opvang aan te bieden ([www.minocw.nl](http://www.minocw.nl)). Het ministerie van OCW stelt voor de invoering daarvan voor het schooljaar 2006-2007 50 miljoen euro extra beschikbaar. Naar verwachting zullen organisaties in

de kinderopvang hierbij een rol gaan spelen. Wat dit voor de werkgelegenheid in deze branche zal betekenen, is nog ongewis.

### 2.1.4 Institutionele en organisatorische ontwikkelingen

Veel van de eerder genoemde ontwikkelingen hebben ook invloed op de structuur en organisatie van de sector Zorg en WJK. Zoals beschreven in paragraaf 1.2.3 hebben ontwikkelingen als marktwerking, modernisering van de AWBZ en de omslag van aanbod- naar vraaggericht werken geleid tot fusies en overnames in de zorgsector, met als gevolg schaalvergroting en vervagende grenzen tussen branches. Instellingen richten zich over het algemeen nog wel op dezelfde doelgroep, maar hebben wel hun zorgaanbod verbreed. In de toekomst valt te verwachten dat organisaties, als gevolg van de toenemende concurrentie, steeds vaker strategische keuzes zullen maken voor specifieke doelgroepen, diensten en positie op de markt: bijvoorbeeld een positie als productleider (veel aandacht voor productinnovaties, als kostenleider (veel aandacht voor scherpe kostprijzen) of als partner voor hun klanten (veel aandacht voor cliënttevredenheid) (PricewaterhouseCoopers, Instituut Werk en Stress, NIVEL & TNO Management Consultants, 2005).

De extramuralisering van de zorg blijft zich voortzetten. Hiervoor is een intensievere samenwerking nodig tussen organisaties en individuele zorgverleners. Extramuraal zorg kan ook doelmatiger zijn dan intramuraal zorg, vanwege de besparing op verblijfskosten. Het vereist echter wel meer reistijd van de betrokken werknemers in de zorg. Een gevolg van extramuralisering is de toename van de intramuraal zorgzwaarte, aangezien het met name de cliënten met een minder zware zorgvraag zijn die thuis kunnen blijven wonen.

Door de extramuralisering ontstaan nieuwe diensten, die het mogelijk maken dat zorgvragers langer thuis kunnen blijven wonen. De dagopvang in de ouderenzorg is hier een voorbeeld van. Zelfstandige wonende ouderen kunnen gebruik maken van de faciliteiten van een verzorgingshuis (Den Boer & Hövels, 2004).

Naast extramuralisering vindt er ook deconcentratie plaats: het spreiden van de bedden over de regio. Hierdoor blijft de zorg zo dicht mogelijk bij de oorspronkelijke woonplaats van de cliënt. De cliënt kan dan ook gebruik blijven maken van mantelzorg. De gedeconcentreerde zorgverlening vindt over het algemeen plaats binnen kleinere eenheden, wat tot stijgende kosten leidt (KPMG 2005, 2006a, 2006b). De trend naar kleinschaliger woonvormen en voorzieningen is zowel in de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg als de ouderenzorg zichtbaar (Den Boer & Hövels, 2004).

Een belangrijke vraag is wat dergelijke ontwikkelingen betekenen voor de vraag naar personeel. Is er extra personeel nodig of juist niet en welke competenties zijn vereist? De RVZ (2006) adviseert dat nieuwe zorgconcepten voortaan eerst op hun personele consequenties worden beoordeeld. Zo signaleert men risico's voor de personeelsvoorziening bij kleinschalige stand-alone-voorzieningen voor ernstig dementerenden wanneer voldaan moet worden aan de inspectienorm van permanent toezicht. Betrokkenen signaleren negatieve effecten, zoals toegenomen reistijd, een moeilijker verlofplanning en minder sociale veiligheid door avondbezoeken en het vaak voorkomen van gebroken, korte werktijden. Daar staat tegenover dat men het op zichzelf prettiger vindt om in kleinschalige vormen te werken.

Onder druk van het streven naar doelmatigheids- en kwaliteitsverbetering en tekorten op de arbeidsmarkt vindt taakherschikking en -delegatie plaats. Uit de literatuur blijkt dat steeds meer organisaties, zowel in de eerstelijns- als tweedelijnsgezondheidszorg, hiervoor kiezen. Veel voorbeelden van taakherschikking en -delegatie hebben betrekking op taken die worden uitgevoerd door artsen en die worden overgedragen of gedelegeerd naar nurse practitioners, physician assistants, gespecialiseerd verpleegkundigen of paramedici (Van Essen, Derks & Bloemendaal, 2006). Uit de

praktijkervaringen blijkt dat taakherschikking en -delegatie in het algemeen tot verbetering van de kwaliteit leidt. Er zijn voorsnog echter minder harde gegevens beschikbaar over verbetering van de doelmatigheid. Belemmeringen rond taakherschikking en -delegatie liggen in de sfeer van de voorbehouden handelingen (Wet BIG) en het voorschrijven van medicijnen. Er liggen op dit moment voorstellen om de bevoegdheden op deze terreinen te verruimen.

Veel ontwikkelingen in de sector Zorg en WJK hebben ook gevolgen voor de eisen die aan het personeel worden gesteld. Nieuwe beroepen, veranderingen in de werkverdeling tussen beroepsbeoefenaren en nieuwe competentie-eisen maken het noodzakelijk dat de beroepenstructuur in de sector Zorg en WJK regelmatig geactualiseerd wordt, teneinde vraag en aanbod tussen werkveld en beroepsopleidingen goed op elkaar af te kunnen stemmen. Er zijn in de afgelopen jaren verschillende initiatieven geweest om tot een meer eenduidige en toekomstbestendige beroepenstructuur te komen. Deze initiatieven waren onder andere gericht op de geestelijke gezondheidszorg, de verpleging en de sector WJK. In de ggz worden nu vijf clusters van beroepen onderscheiden: medische, verpleegkundige, psychologische, agogische en vaktherapeutische beroepen (VWS, 2001). Wat betreft de verpleging ligt er een advies aan de minister van VWS om onderscheid te maken tussen de verpleegkundige zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en de verpleegkundig specialist, zoals bedoeld in artikel 14 van de wet BIG. Binnen deze twee beroepsniveaus is gekozen voor verbijzondering naar vier deelgebieden waarin een verpleegkundige actief kan zijn: preventieve, acute, intensieve of chronische zorg (VBOC-AVVV, 2006). Tot slot is er een nieuwe beroepenstructuur voor de sector WJK ontwikkeld (Vlaar, Van Hattum, Van Dam & Broeken, 2005). De nieuwe beroepenstructuur speelt in op de vraag naar meer breedte en grotere differentiatie in het dienstenaanbod van de sector. De beroepenstructuur is gedifferentieerd naar kenmerken van het werk op drie dimensies: complexiteit van het werk, van algemeen naar specifiek en van individueel naar collectief. Daarnaast is er differentiatie naar niveau van verantwoordelijkheid, zelfstandigheid, en dergelijke. De basis wordt gevormd door de competenties die bij de diverse werkdomeinen nodig zijn.

### 2.1.5 Ontwikkeling arbeidsproductiviteit

In paragraaf 1.2.4 werd geconstateerd dat de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de zorgsector in de afgelopen decennia is achtergebleven bij de marktsector. Omdat de vraag naar zorg in de komende jaren sterk zal toenemen is het overheidsbeleid erop gericht de arbeidsproductiviteit te verhogen teneinde de vraag naar personeel te beperken. Het ministerie van VWS streeft naar een verhoging van de arbeidsproductiviteit van jaarlijks 1,25% en heeft daartoe prestatiecontracten afgesloten met de AWBZ-branches en ziekenhuizen.

De afspraken over de doelmatigheidsontwikkeling (om de uitgaven aan de zorg te beteugelen) kunnen leiden tot reorganisaties en herinrichting van bedrijfsprocessen (met als doel: meer doelmatigheid, productiviteitsverhoging en kwaliteitsverbetering). Dit kan leiden tot nieuwe samenwerkingsverbanden: horizontaal tussen gelijksoortige organisaties binnen deelsectoren (schaalvergroting), verticaal tussen ongelijksoortige organisaties van diverse deelsectoren (transmuralisatie, ketenzorg) (Breedveld e.a., 2004). Onder druk van het streven naar doelmatigheid vindt ook taakherschikking en -delegatie plaats. Dit leidt tot vraag naar nieuwe functies (als nurse practitioners, physician assistants en verpleegkundig specialisten). Voorsnog is het onduidelijk of taakherschikking en -delegatie tot een hogere arbeidsproductiviteit leiden. Er is weliswaar sprake van kwaliteitsverbetering, maar die gaat tot nu toe over het algemeen ook gepaard met een grotere personeelsinzet (Van Essen e.a., 2006).

In het advies "Arbeidsmarkt en zorgvraag" doet de RVZ (2006) aanbevelingen om de vraag naar formele zorg te beperken teneinde op termijn arbeidsmarktproblemen te voorkomen. Zo beveelt



de Raad aan om de zelfredzaamheid te vergroten, omdat mensen pas een beroep doen op formele zorg als de hulpbronnen in de eigen omgeving niet toereikend zijn. Het adequaat ondersteunen van mantelzorg, meer aandacht voor preventie en het stimuleren van een markt voor persoonlijke dienstverlening liggen in het verlengde hiervan. Volgens de RVZ moet verder geïnvesteerd worden in huizen met domotica- en ICT-voorzieningen met arbeidsbesparende potentie. De Raad noemt als voorbeeld telehuisverplegen voor nieuw gediagnosticeerde chronische patiënten die een beeldtelefoon, een elektronische stethoscoop en een digitale bloeddruk monitor kregen, hetgeen leidde tot 17% minder thuisbezoek. Ook ziet de Raad mogelijkheden voor arbeidsproductiviteitswinst door slimmer te bouwen. Gebouwen die ontworpen zijn om efficiënt te werken kunnen bijdragen aan een hogere arbeidsproductiviteit. Uit een onderzoek in verpleeghuizen blijkt een besparing mogelijk te zijn van 11% op de exploitatiekosten bij een viertal interventies.

De RVZ adviseert tot slot de overheid om bij het toekennen van trendmatige vergoedingen op basis van arbeidsproductiviteit rekening te houden met verschillen tussen branches. Het werk in de caresector is arbeidsintensief en technologie-extensief: de kwaliteit van het leven hangt van meer af dan technisch adequate verpleging. De mogelijkheden voor arbeidsproductiviteitsstijging zijn daar derhalve beperkter dan in de curesector.

### 2.1.6 Hoe ontwikkelt zich de vraag naar arbeid?

In de voorgaande paragrafen zijn verschillende kwalitatieve ontwikkelingen besproken die van invloed zijn op de vraag naar diensten van de sector Zorg en WJK. Wat betekent dit alles voor de vraag naar arbeid?

In de arbeidsmarktprognose van het CWI (2006b) wordt verwacht dat het aantal banen in de sector Zorg en WJK zal toenemen: met 19.000 in 2005 tot gemiddeld 26.000 per jaar in de periode 2008-2011. In het verlengde daarvan zullen er in deze sector ook meer vacatures gaan ontstaan. Ontstonden er zowel in 2005 en 2006 nog 117.000 vacatures, in de periode 2008-2011 zal dit toenemen tot gemiddeld 122.000 vacatures per jaar. Dit biedt kansen voor werkzoekenden.

Het CPB (2006) publiceerde onlangs het rapport "Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011" en kwam daarbij met een globale raming van de werkgelegenheidsontwikkeling in de zorgsector. Deze raming heeft als doel een bijdrage te leveren aan het vaststellen van de budgettaire kaders voor de komende kabinetsperiode 2008-2011. Het CPB beschrijft de ontwikkelingen bij ongewijzigd beleid. In de rapportage worden uitspraken gedaan over de vraag naar zorg per branche en over de arbeidsproductiviteit, zodat een beeld is te schetsen van de vraag naar personeel.

Globaal komt het CPB voor de zorgsector tot een groei van de vraag naar zorg van gemiddeld 2,4% per jaar voor de periode 2008-2011.<sup>6</sup> Wordt rekening gehouden met een arbeidsproductiviteitsstijging in de zorgsector van 0,3% per jaar (dat is het gemiddelde van de afgelopen dertig jaar), dan neemt de vraag naar personeel jaarlijks met gemiddeld 2,1% toe. Het CPB heeft de vraag naar personeel niet uitgesplitst naar branche, onder andere omdat men de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit niet per branche in beeld heeft. Gaan we er vanuit dat de arbeidsproductiviteitsstijging van 0,3% per jaar van de zorgsector voor alle branches gelijk is, dan resulteert de raming van de vraag naar personeel in Tabel 2.1.

<sup>6</sup> Exclusief medicijnen en hulpmiddelen.

Het CPB stelt dat ramingen van de zorguitgaven altijd met de nodige onzekerheden zijn omgeven. Naast de gebruikelijke onzekerheden spelen in dit geval ook de structuurveranderingen die zich in de zorg voltrekken een rol.<sup>7</sup> Daarnaast noemt het CPB nog een aantal specifieke onzekerheden: de ontwikkeling van technologie en de kwaliteit van de zorg; het gedrag van concurrerende verzekeraars en de limieten die de arbeidsmarkt mogelijk stelt. De marges van de uitkomsten zijn derhalve groot; het CPB noemt zelf 1% naar boven of beneden als orde van grootte voor mogelijke afwijkingen.

**Tabel 2.1 De ontwikkeling van de vraag naar personeel per branche in de periode 2008-2011, gebaseerd op de raming van het CPB (gemiddelde jaarlijkse groei in %)**

Branche	Toename zorgvraag	Toename arbeidsproductiviteit	Toename vraag naar personeel
Ziekenhuizen en specialisten	2,5%	0,3%	2,2%
Geestelijke gezondheidszorg	2,3%	0,3%	2,0%
Gehandicaptenzorg	2,5%	0,3%	2,2%
Verpleeghuizen	2,1%	0,3%	1,8%
Verzorgingshuizen	0,9%	0,3%	0,6%
Thuiszorg	3,7%	0,3%	3,4%
Totaal zorgsector	2,4%	0,3%	2,1%

Bron: CPB (2006), bewerkt door Prismant

De verschillen tussen de CPB-raming van de vraagontwikkeling en andere prognoses van de vraag zoals die van het CWI (2006b) en Prismant (Van der Windt & Talma, 2006) zijn over het algemeen niet zo groot. Zeker niet voor het totaal van de zorgsector, al zijn er soms wel aanmerkelijke verschillen per branche. De genoemde onderzoeken baseren zich alle op trends uit het verleden. Grote onzekerheden blijven er evenwel omdat van veel structuurwijzigingen niet is aan te geven wat ze betekenen voor de vraag naar personeel.

Van der Windt en Talma (2006) hebben voor de sector WJK een raming van de vraagontwikkeling gemaakt. Voor de kinderopvang en welzijn en maatschappelijke dienstverlening verwachten zij in de periode 2006-2010 een groei van gemiddeld 1,2% per jaar. Voor de jeugdzorg wordt een groei van ruim 8% per jaar geraamd, mede gezien het Deltaplan voor gezinsvoogdij.

## 2.2 Ontwikkelingen in het aanbod

### 2.2.1 Demografische ontwikkelingen in het arbeidsaanbod

Het toekomstig arbeidsaanbod wordt sterk beïnvloed door demografische ontwikkelingen. Van Vuuren en Euwals (2006) verwachten de komende jaren een veel lagere groei van het arbeidsaanbod dan zich de afgelopen jaren heeft voorgedaan. Voor de periode 2008-2011 verwachten zij een groei van gemiddeld 39.000 personen per jaar. In de periode 2002-2007 was dat nog gemiddeld 77.000 personen per jaar. De lichte toename in de periode 2008-2011 is een gevolg van het nog stijgen van de participatiegraad van ouderen en vrouwen. Dit compenseert voorlopig

<sup>7</sup> Bij de berekeningen is geen rekening gehouden met de mogelijke veranderingen als gevolg van de invoering van de WMO.

nog de afname van het arbeidsaanbod vanwege de verder vergrijzende beroepsbevolking. De nog toenemende participatiegraad van vrouwen is voor de sector Zorg en WJK van groot belang. Overigens gaat het dan om vrouwen die nu al werkzaam zijn en die in tegenstelling tot hun voorgangers wel tot de pensioengerechtigde leeftijd blijven werken. Een en ander komt tot uitdrukking in een nog laag blijvend verloop van personeel.

Regionaal zijn er grote verschillen in de bevolkingsontwikkeling en daarmee ook in de ontwikkeling van de beroepsbevolking. Het CWI (2006b) komt voor de korte termijn tot de conclusie dat de groei van het arbeidsaanbod in Zuid-Limburg en het Gooi stagneert. De groei van het arbeidsaanbod vanwege de stijging van de participatiegraad houdt hier de komende twee jaar gelijke tred met de daling van het arbeidsaanbod vanwege de demografie. In de overige regio's groeit het arbeidsaanbod nog.

Derks, Hovens en Klinkers (2006) laten zien dat er op de langere termijn in veel regio's sprake is van een afnemende beroepsbevolking. Voor een aantal regio's geldt dat echter al veel eerder. De provincie Limburg had daar al vanaf 1997 mee te maken. Groningen, Friesland en Drenthe zullen naar verwachting binnenkort volgen. Beschouwd op een gedetailleerdere schaal (Corop) is er nu al in 13 van de 40 sprake van een daling van de beroepsbevolking. Derks e.a. verwachten al met al een lichte groei van het arbeidsaanbod in de (regio's in de) Randstad, maar een aanzienlijke daling in de perifere provincies, en binnen die provincies in de perifere Corop-regio's.

### 2.2.2 Opleidingen

Voor de meeste beroepen in de sector Zorg en WJK geldt dat het aanbod van nieuw afgestudeerden de komende tijd groeit. We zagen immers al dat het aantal personen in opleiding de afgelopen jaren ook is toegenomen. Een uitzondering wordt gevormd door de opleidingen in de verzorging (niveau 1 tot en met 3). Daar zal de komende tijd al sprake zijn van een terugloop in het aantal gediplomeerden.

Net als bij de uitstroom van de opleidingen is er bij de potentiële instroom in de opleidingen sprake van een divers beeld. Voor de sector Zorg en WJK is het van belang dat de omvang van het aantal leerlingen dat uitstroomt uit het voortgezet onderwijs naar verwachting vanaf 2007 gaat afnemen. De uitstroom uit het VWO en HAVO groeit weliswaar nog door, maar compenseert de afname bij het VMBO niet (zie Tabel 2.2).

**Tabel 2.2 De voorkeur voor werk in de zorgsector en de geraamde uitstroom uit opleidingen uit het voortgezet onderwijs**

	% voorkeur voor werk in de zorgsector	% mutatie uitstroom diplomabehalers 2006-2015
VWO	21	18
HAVO	17	11
VMBO-tl	15	-16
VMBO-b,g,k	12	-12

Bron: Blauw (2006) en bewerking prognose Ministerie van OC&W/Cfi

De sector Zorg en WJK trekt uit alle schoolsoorten leerlingen aan, maar voor een aantal omvangrijke beroepsgroepen, zoals verpleegkundigen niveau 4 en verzorgenden niveau 3, is het VMBO

de belangrijkste toeleverancier. Een extra handicap is dat de belangstelling om te kiezen voor de zorgsector bij VMBO-ers met 12-15% geringer is dan bij havisten (17%) en VWO-ers (21%) (Blauw, 2006). Het gevolg is dat het potentieel dat voor een HBO-V opleiding kan kiezen de komende 10 jaar nog groeit met 11%, terwijl het potentieel voor verzorgenden bij een gelijkblijvende belangstelling naar schoolsoort met 13% afneemt.

Het belang van het MBO-niveau 3/4 wordt in Tabel 2.3 duidelijk. Meer dan 40% van de schoolverlaters die aangetrokken worden in de gezondheidszorg<sup>8</sup> heeft dit niveau. De zorgsector is daarmee een geduchte speler op dit segment, maar is ook kwetsbaar nu de potentiële toestroom naar deze opleidingen verminderd.

**Tabel 2.3 Instroom van gediplomeerde schoolverlaters naar opleidingsniveau 1999-2004 in %**

	VMBO, MBO 1+2	MBO 3+4	HBO	WO	Totaal	N
Gezondheidszorg	13,8	41,5	32,9	11	100	176.000
Totaal	28,2	26,1	32,5	13,2	100	823.300
Aandeel zorg in % van totaal	10,5	34,0	21,6	17,8	21,2	

Bron: bewerking ROA-gegevens

Overigens zijn er regionaal nog wel aanzienlijke verschillen in de populariteit van het verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch onderwijs (Van der Windt & Talma, 2005). Er valt nog winst te boeken wanneer regio's met een gering marktaandeel dit omhoog weten te brengen.

Vanuit het bestrijden van werkloosheid is de idee ontstaan om een sectorstartniveau te definiëren waar jongeren zich op kunnen richten om een baan in een sector te kunnen krijgen. Het sectorstartniveau is het minimale opleidingsniveau voor een succesvolle start van een min of meer stabiele arbeidsloopbaan binnen een sector. Dit niveau is niet statisch, maar kan variëren met de economische, conjuncturele en technische ontwikkelingen. Het gaat om een niveau dat ligt onder startkwalificatie niveau 2: mensen die een diploma VMBO en/of niveau 1 gehaald hebben.

Volgens onderzoek van het ROA (Cörvers & Lintjens, 2006) kwamen van de 20.000 jongeren die de afgelopen vijf jaar jaarlijks met succes de arbeidsmarkt betraden, maar geen startkwalificatie (niveau 2 of meer) bezaten, er 1.800 in de gezondheidszorg terecht. Vanuit het oogpunt van bestrijden van werkloosheid is dat een belangrijk gegeven. De sector is met een aandeel van 9% laagopgeleide jongeren evenredig vertegenwoordigd. Van alle werkzame laagopgeleiden in Nederland werkt namelijk ruim 8% in de sector Zorg en WJK.

### 2.2.3 Herintreding en overig aanbod

In de sector Zorg en WJK wordt herintreding als een belangrijke mogelijkheid gezien om de personeelsvoorziening in goede banen te leiden. Vooral wanneer er op korte termijn veel nieuw personeel nodig is, is dit een aantrekkelijke optie. De stroom schoolverlaters is immers tamelijk constant en minder snel te beïnvloeden. Groeide de werkgelegenheid in de zorgsector hard, dan was de instroom van herintreders groot (Van der Windt, 2004).

<sup>8</sup> Het ROA spreekt verder over overige quartaire diensten, waar de sector WJK-sector grotendeels onder valt. Bij de instroom in de gezondheidszorg zijn alle schoolverlaters, dus ook sociaalagogen, meegenomen.

Herintreding kan men in “enge” en “ruime” zin opvatten. In de “enge” opvatting is er sprake van het weer gaan werken van een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar die voordien enige tijd niet betaald werkzaam was. In de ruime opvatting gaat het om een ieder die voordien niet werkzaam was, los van de vraag voor welk beroep men gekwalificeerd is.

Herintreding in “enge” zin zal steeds minder vaak voorkomen. Door de stijgende participatiegraad van vrouwen vond er de afgelopen jaren steeds minder uittreding plaats. Het verloop van personeel nam sterk af. Het aantal potentiële herintreders zal dan waarschijnlijk ook snel afgenomen zijn. Overigens blijkt uit onderzoek van Ecorys en Seor (2006) dat er in principe nog wel potentieel aanbod is. Voor verpleegkundigen (HBO, MBO) bedraagt de bruto participatiegraad 75% en voor verzorgenden (MBO, VMBO) slechts 65%, terwijl voor de meeste andere groepen een bruto participatiegraad van 80% geldt. Dat betekent dat van de verpleegkundigen 25% niet participeert en van de verzorgenden 35%. Zo bezien is er nog wel wat ruimte voor het binnenkrijgen van geschoolde medewerkers. Volledige participatie is natuurlijk niet te bereiken. Niet iedereen behoeft immers ook al gewerkt te hebben in de praktijk (zie sectorrendement). Vandaar dat we ook een vergelijking met ander groepen maken.

Herintreding in “ruime” zin biedt voor de toekomst wellicht meer kansen. De participatiegraad van vrouwen varieert met het niveau van scholing (Van der Windt & Talma, 2006). Bij hoger opgeleiden is deze veel hoger dan bij lager opgeleiden. Gezien de lagere participatiegraad bij lager opgeleiden is onder hen het aanbod van potentiële herintreders veel groter. Door het Raad voor Werk en Inkomen (RWI, 2006) is de vrees geuit dat de werkloosheid onder lager opgeleiden de komende jaren nog hardnekkig kan zijn. Politieke organisaties stellen in hun verkiezingsprogramma's allerlei concrete maatregelen voor om deze groep naar de arbeidsmarkt te leiden. Vooral voor de lagere functies in de sector Zorg en WJK (MBO-niveau 1 t/m 4), waar volgens de laatste prognose van Prismant meer vraag dan aanbod naar is, is dat van belang (Van der Windt & Talma, 2006). In dat geval gaat het dus om herintreding van niet-gekwalificeerden, die overigens na indiensttreding wel vaak het werken combineren met enige vorm van scholing. Het ligt voor de hand deze groep vooral gerichte scholing te bieden.

In het eerder genoemde advies “Arbeidsmarkt en zorgvraag” beschrijft de RVZ (2006) een aantal beleidsopties voor het vergroten van het arbeidsaanbod, waaronder het bevorderen dat meer vrouwen aan het werk gaan. Zo zou volgens berekeningen van het CPB door het afschaffen van de heffingskorting voor niet-werkende partners het arbeidsaanbod van vrouwen met 9% stijgen wanneer tegelijkertijd voldoende kinderopvang beschikbaar komt. Een goede en betaalbare kinderopvang zou ook een bijdrage kunnen leveren aan het beschikbaar blijven van mantelzorg.

Een belangrijke vraag is in hoeverre het aanbod van lager opgeleiden voldoende gekwalificeerd is voor het werk in de sector Zorg en WJK. De sector kan hier aansluiten bij de aanpak van het CWI. Bij veertig vestigingen van het CWI is dit voorjaar een Competentie Test Centrum ingericht. Werkzoekenden kunnen hier terecht om te testen hoe het staat met hun competenties: eigenschappen en vaardigheden die op een standaard-CV onvermeld blijven, maar die doorslaggevend kunnen zijn voor iemands geschiktheid voor een bepaalde baan. Competenties zijn bijvoorbeeld zelfstandig kunnen werken, ondernemend zijn, flexibel of ordelijk werken. Bemiddelen op basis van competenties is voor CWI een extra instrument om de aansluiting tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt te verbeteren. Ook in het MBO wordt competentiegericht leren ingevoerd. Veel werkgevers passen competentie management inmiddels toe bij loopbaanbeleid en werving en selectie. De sector Zorg en WJK kan door te werken met competenties nieuwe medewerkers uit verschillende doelgroepen

aantrekken die vervolgens met scholing het voor de Zorg en WJK gewenste niveau kunnen verkrijgen.

#### 2.2.4 Werkweekomvang

Nederland is uniek in de mate waarin deeltijdwerk voorkomt. Een voor Europa gemiddelde participatiegraad van vrouwen gaat gepaard met een hoog percentage deeltijdwerkers (Baaijens & Schippers, 2005). De vraag is hoe de werkweekomvang zich de komende jaren zal ontwikkelen en of er mogelijkheden zijn om de deeltijdfactor te verhogen om zo meer arbeidsaanbod te genereren.

De participatiegraad van vrouwen tussen de 20-50 jaar varieert weinig met leeftijd, maar meer met het hebben van kinderen in bepaalde leeftijdsklasse (Fouarge e.a., 2006). Naar opleidingsniveau zijn er wel verschillen. De cesuur ligt bij VMBO-MBO: MBO-, HBO- en WO-opgeleiden kennen een hogere participatiegraad dan opgeleiden met alleen lager onderwijs en/of VMBO. De OSA constateert wel een lichte stijging van de participatiegraad onder laagopgeleide vrouwen, maar dit kan ook het gevolg zijn van een leeftijdeffect: jongeren participeren meer dan ouderen.

De deeltijdfactor zal volgens het CPB (Vuuren & Euwals, 2006) de komende jaren weinig meer dalen. De groei van het aandeel vrouwen neemt af; sociaal-culturele trends als emancipatie zorgen ervoor dat vrouwen niet minder uren gaan werken of misschien wel meer uren gaan werken. Volgens Portegijs, Cloin, Ooms en Eggink (2006) zijn er op dit moment geen specifieke belemmeringen om betaald werk te verrichten. Óf en hoeveel men werkt hangt af van de wensen die men ten aanzien van het werk heeft. Doorgaans hechten vrouwen met kinderen sterk aan de combinatie van zorg én betaald werk en gaat men weer meer en langer werken als het jongste kind ouder wordt (Fouarge e.a., 2006). Daarnaast speelt de intrinsieke waarde van werk een belangrijke rol. Beleidsmatig gezien vormt de mogelijkheid om werk aantrekkelijker te maken een aanknopingspunt voor verhoging van de deeltijdfactor. Overigens is verhoging van de deeltijdfactor niet alleen afhankelijk van de wensen van het arbeidsaanbod. De omvang van de contracten worden namelijk in belangrijke mate ook bepaald door de wensen van werkgevers.

Naast vergroten van de deeltijdfactor zouden langere werkweken ook een bijdrage kunnen leveren. De meeste CAO's in Zorg en WJK kennen al een mogelijkheid om af te wijken van de 36-urige werkweek. Onlangs heeft de Kinderopvang een onderhandelaarsakkoord afgesloten over een nieuwe CAO, waarin de fulltime arbeidsduur wordt verlengd van 36 uur naar 38 uur per week. Werknemers kunnen op basis van vrijwilligheid dus meer gaan werken ([www.abvakabofnv.nl](http://www.abvakabofnv.nl)). Onderzoek naar een langere werkweek in de collectieve sector geeft aan dat eenderde van de voltijders geneigd is om meer uren te werken (Berkhout, 2005). Werknemers in de sector Zorg en WJK zouden daar graag mogelijkheden van vervroegd pensioen tegenover zien. Wat het totale netto-effect is wordt niet in de onderzoeksrapportage vermeld.

Hoewel de trend in de afgelopen jaren eerder gericht was op korter dan op langer werken, is het interessant om te bezien wat het effect van langer werken op het arbeidsaanbod zou kunnen zijn? Voor verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel bedroeg de gemiddelde werkweek in 2005 23,1 uur (Van der Windt & Talma, 2006). Zou men gemiddeld 1 uur langer werken, dan betekent dit een vergroting van het arbeidsaanbod met 4,3%. In de meest recente arbeidsmarktverkenning voor deze beroepsgroepen zou daarmee een groot deel van de berekende tekorten weggewerkt kunnen worden (Van der Windt & Talma, 2006).

#### 2.2.5 Verloop van personeel

Met het aantrekken van de economie zal het verloop van personeel toenemen. Er ontstaan dan

immers meer baanopeningen binnen en buiten de sector Zorg en WJK. De sector heeft daarnaast te maken met een toenemende vervangingsvraag vanwege vergrijzing. Dat laatste is in voorgaande jaren gekwantificeerd en leidde doorgaans tot een stijging van het verloop van 0,1- tot 0,3%-punt per jaar. Op dit moment is de invloed van de vergrijzing moeilijker te becijferen, omdat het gedrag van oudere werknemers aan het veranderen is. Onder invloed van het streven van de overheid om werknemers langer te laten blijven werken vlak de groei van het verloop wellicht wat af. Uiteindelijk levert het toch vertrek op. In RegioMarge 2004 werd berekend dat voor het verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel één jaar later pensioen gedurende één jaar een extra aanbod van 0,6% oplevert (Van der Windt & Talma, 2005).

In de economie als geheel denkt ruim de helft van de ondervraagde werknemers (56%) tot zijn vijftenzestigste of langer te moeten doorwerken. Slechts 14% denkt al vóór zijn zestigste levensjaar te gaan genieten van de oude dag (Ernst & Young, 24 augustus 2006). Daar staat tegenover dat maar 32% van de werknemers in de sector Zorg en WJK zich in staat acht tot 65 jaar te werken. Slechts 22% wil dat ook (CBS, 19 juni 2006). De werknemers in Zorg en WJK wijken ten opzichte van andere bedrijfstakken niet af in hun wensen, wél in wat ze denken te kunnen. In veel andere bedrijfstakken achten werknemers zich tot langer blijven werken in staat. Het minst scoren de Zorg en WJK, Bouw, Landbouw en Horeca.

Overigens lijkt het vroegtijdig invoeren van flexpensioenen door het PGGM de invloed van het extra aanbod als gevolg van de overheidsstimulering te beperken.

### 2.3 De confrontatie van vraag en aanbod

Zijn er weer tekorten aan personeel in het algemeen en in het bijzonder in de sector Zorg en WJK te verwachten? Voor de arbeidsmarkt als geheel is de verwachting dat met het aantrekken van de economie en in het kielzog daarvan de arbeidsmarkt er weer knelpunten gaan ontstaan. Het CWI (2006b) verwacht een geleidelijk oplopende groei van het aantal banen. Voor 2006 gaat het CWI nog uit van een bescheiden groei, maar voor de periode 2008-2011 stijgt het aantal banen met 1,6% per jaar. Overigens is dit ook nog bescheiden, vergeleken met de groei in 1996-2000 van gemiddeld 2,8% per jaar.

De gunstige economische ontwikkeling lokt volgens het CWI meer mensen naar de arbeidsmarkt. Voor de periode 2008-2011 verwacht het CWI een groei van de beroepsbevolking van 1% per jaar. Dit is lager dan in de afgelopen hoogconjunctuur, toen de beroepsbevolking met gemiddeld 1,7% per jaar toenam. De groei van de beroepsbevolking zal in de komende jaren achterblijven bij de groei van het aantal banen. Gevolg van een en ander is wel dat de werkloosheid fors afneemt. Behoorde in 2004 9% van de beroepsbevolking tot de niet-werkende werkzoekenden, in 2011 zal dit naar verwachting zijn afgenomen naar bijna 5%. Het CWI verwacht dan dat tekorten en overschotten naast elkaar zullen bestaan, waarbij met name de arbeidsmarktpositie van de laagst opgeleiden zorgwekkend zal zijn. De werkloosheid onder de laagst opgeleiden daalt wel, maar minder dan onder hoger opgeleiden. Het CWI (2006b) beschrijft de positie van laag opgeleiden als zorgwekkend.

Het ROA (2005) brengt de nuance aan dat de arbeidsmarktperspectieven meer afhankelijk zijn van de richting dan van het niveau van scholing. Met name de technische en de opleidingen gericht op de onderwijssector en de sector Zorg en WJK bieden op alle niveaus redelijke tot goede arbeidsmarktperspectieven voor studiekeziers. Doorgaans betekent dit dat de betrokken werkgevers meer moeite hebben om personeel aan te trekken.

### De sector Zorg en WJK

Wat zijn de meest recente vooruitzichten op de arbeidsmarkt de sector Zorg en WJK? Volgens het CWI (2006b) nemen de vraag naar en het aanbod van verzorgende en medische beroepsbeoefenaars de komende jaren sterk toe. Op sommige deelmarkten zullen tekorten optreden, bijvoorbeeld bij de medisch analisten.

In opdracht van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties hebben Ecorys en Seor (2006) onderzoek gedaan naar de vraag- en aanbodontwikkeling van personeel in de collectieve sector tot 2013. Deze studie is gebaseerd op de door het CPB ontwikkelde scenario's in de studie "Vier vergezichten op Nederland" (Bos, 2004). In slechts een van deze scenario's treden er geen problemen op. Dit scenario wordt gekenmerkt door een economische groei die de helft bedraagt van die van de afgelopen twintig jaar, een relatief hoge werkloosheid en een krap toebemeten zorgsector. Deze groeit dan ook maar half zo hard als in de afgelopen twintig jaar. In elk van de drie andere scenario's doemen omvangrijke problemen op. Ecorys en Seor signaleren omvangrijke problemen op het middenniveau (niveau 3) in de sector Zorg en WJK, al vrij snel bij verzorgenden en wat later bij welzijnswerkers.

Aan de hand van de door het CPB geraamde ontwikkeling van de vraag naar arbeid in de zorgsector (zie paragraaf 2.1.6)<sup>9</sup> en de door CPB en CWI verwachte ontwikkelingen rond werkgelegenheid en werkloosheid in de totale economie heeft Prismant een prognose gemaakt van tekorten en overschotten voor het verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel in 2011. Dit is een actualisatie van de arbeidsmarktverkenning van Van der Windt en Talma (2006). In deze nieuwe prognose is voor de komende jaren uitgegaan van een arbeidsvolumegroei van 1,6% per jaar voor de totale economie en een daling van de werkloosheid op grond van prognoses van het CWI. Wat betreft het actuele arbeidsaanbod van leerlingen is gebruik gemaakt van de meeste recente instroomgegevens over de opleidingen (meting oktober 2005).<sup>10</sup>

**Tabel 2.4 De berekende tekorten aan verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel per branche en opleiding in 2011 (in %)**

Branche	Tekort in 2011	Opleiding	Tekort in 2011
Ziekenhuizen	2,5%	Verpleegkundige 5	0,7%
Geestelijke gezondheidszorg	5,4%	Verpleegkundige 4	4,7%
Gehandicaptenzorg	5,4%	Verzorgende 3	7,3%
Verpleeg- en verzorgingshuizen	7,5%	Helpende zorg/welzijn 2	5,6%
Thuiszorg	3,3%	Zorghulp 1	4,2%
Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening	6,2%	Maatschappelijk dienstverlener 5	8,9%
Jeugdzorg	5,9%	Sociaal-pedagogisch hulpverlener 5	-1,3%
Kinderopvang	3,3%	Sociaal-pedagogisch werker 4	2,1%
Totaal sector Zorg en WJK	4,9%	Sociaal-pedagogisch werker 3	3,5%

Bron: Prismant

<sup>9</sup> Bij de ziekenhuizen is de door het CPB geraamde groei maar voor tweederde toegepast, omdat de verpleging daar minder hard groeit dan het totale personeelsbestand vanwege de al jarenlange verschuiving van verpleging naar behandeling.

<sup>10</sup> Er vond nog een aantal aanpassingen plaats ten opzichte van RegioMarge 2006 (Van der Windt en Talma, 2006). Zo is het torenement van SPW 3 en 4 verhoogd naar een eerder niveau van 45%, de bijscholing in de thuiszorg naar niveau 1 en 2 opgehoogd en is de werkgelegenheidsprognose van de Jeugdzorg op basis van voortschrijdend inzicht van 8 naar 4% teruggebracht.



Tabel 2.4 geeft een overzicht van de tekorten aan verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen. Het blijkt dat in 2011 er een tekort is van bijna 5%. Binnen de zorgsector zullen de ernstigste knelpunten zich voordoen bij de verpleeg- en verzorgingshuizen, maar ook in de andere zorgbranches dreigen forse problemen. Net als bij de studie van Ecorys en Seor liggen de belangrijkste knelpunten op het middenniveau: verzorgenden (niveau 3) en helpenden (niveau 2). In WJK treden de grootste problemen op in de branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening. Dit houdt verband met het tekort aan maatschappelijk dienstverleners op niveau 5. Ook de jeugdzorg heeft hier last van. De geraamde tekorten in Tabel 2.4 moeten overigens niet te absoluut genomen worden: ze geven vooral een indicatie van de omvang van de onevenwichtigheden en dus van te verwachten problemen. Bij de raming van de vraag naar zorg is bovendien geen rekening gehouden met eventuele gevolgen van de invoering van de WMO. De tekorten bij helpenden en zorghulpverleners en de thuiszorg zullen naar alle waarschijnlijkheid dus flatterend zijn. Ook is nog geen rekening gehouden met de in sommige verkiezingsprogramma's gewenste gratis kinderopvang. Een stimulans op dat terrein kan grote gevolgen hebben voor de vraag naar personeel in deze branche.

Volgens het Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige opleidingen (2005) moet het mogelijk zijn om op de langere termijn bij de medische beroepen evenwicht tussen vraag en aanbod tot stand te brengen. Volgens het Capaciteitsorgaan kan zelfs met een lagere omvang van de instroom dan de huidige volstaan worden wanneer de inzet van andere disciplines verder doorgezet wordt.

Er zijn weinig recente onderzoeken naar vraag- en aanbodontwikkelingen voor andere zorg- of agogische beroepen. Wellicht werpt het instellen van een opleidingsfonds zijn schaduw vooruit en wacht men dat af (Van der Windt & Talma, 2005). Alleen over verloskundigen is recent onderzoek verschenen (Wiegers & Janssen, 2006). Zij constateert dat het grote tekort aan verloskundigen aan het begin van deze eeuw, dat er voor zorgde dat de werkdruk zo hoog was dat verloskundigen in veel gevallen te weinig tijd hadden om een bevalling goed te begeleiden, opgelost is. Het sterk verhogen van de opleidingscapaciteit, bracht vraag en aanbod met elkaar in evenwicht. Zo was het ook nog mogelijk om de normpraktijk met 20% te verlagen. Samen met een verhoging van de tarieven is de werkdruk aanzienlijk terug gebracht. Overigens heeft het teruglopende aantal geboorten ook bijgedragen aan het in evenwicht brengen van vraag en aanbod.

Al met al is het opvallend dat er voor de sector Zorg en WJK vooral problemen verwacht worden op het lagere middenniveau, waar op de totale arbeidsmarkt de hogere niveaus als problematisch gekenschetst worden. Alle onderzoeken wijzen op een tekortschietend aanbod op niveau 3, terwijl zich in de algemene verpleging nog weinig problemen aftekenen. Hetzelfde geldt voor de beroepen op HBO- en WO-niveau. Voor deze groepen geldt wel dat de sector de komende jaren moet blijven binden en boeien om de aantrekkende arbeidsmarkt elders te weerstaan. Voor de niet-zorgberoepen op hoger niveau, bijvoorbeeld ICT-beroepen, zullen instellingen wel de concurrentie van de algemene arbeidsmarkt ondervinden.

## 2.4 Beschouwing

De sector Zorg en WJK is sterk in beweging. Er voltrekken zich omvangrijke systeemveranderingen, die grote invloed kunnen hebben op de vraag naar arbeid. Welke invloed precies is nog onduidelijk. Het arbeidsintensieve karakter van het werk alsmede de omvangrijke toekomstige vraag naar zorg maken dat er steeds meer aandacht komt voor arbeidsbesparende maatregelen. Hoe vraag en aanbod van personeel zich de komende jaren ontwikkelen is dus met onzekerheden omgeven.

De uitkomsten van de meeste studies naar de situatie op de toekomstige arbeidsmarkt wijken in essentie niet veel van elkaar af, omdat voor een trendmatige aanpak gekozen wordt. Met systeemveranderingen is geen rekening gehouden.

De sector Zorg en WJK mag zich bij de meeste schoolverlaters in een warme belangstelling verheugen. De animo om te kiezen voor een opleiding gericht op de sector is bij Havisten en VWO-ers ruim te noemen. Bij de medische opleidingen doen zich op afzienbare termijn volgens het Capaciteitsorgaan dan ook geen problemen voor. Voor de paramedische opleidingen ontbreken harde gegevens om uitspraken te doen, maar lijkt wel hetzelfde te gelden. Bij de verpleegkundige en sociaalagogische opleidingen worden bij de huidige inzichten pas op de langere termijn tekorten voorzien.

Problematisch is de situatie in de nabije toekomst bij verzorgenden (niveau 3). De instroom in de opleidingen is de afgelopen jaren gedaald. De vraag naar deze categorie, die sterk in de ouderenzorg vertegenwoordigd is, blijft groeien. Zij maken overigens in de Zorg en WJK-sector nu al 40% van de gekwalificeerde verpleegkundigen en verzorgenden (niveau 1 tot met 5) uit. Omvangrijke tekorten bij deze personeelscategorie liggen in het verschiet. Daarbij komt dat de belangstelling onder VMBO-ers, van waaruit velen de opleiding tot verzorgende instromen, voor de zorg geringer is dan bij de hoger opgeleiden uit het voortgezet onderwijs. Bovendien neemt het aantal gediplomeerden dat de VMBO verlaat in tegenstelling tot de HAVO en het VWO de komende jaren af.

Zowel vraag als aanbod laten regionaal grote verschillen zien. Demografische verschillen tussen regio's, die zowel de vraag naar zorg als het aanbod van personeel beïnvloeden, zijn hier debet aan. Dit betekent dat de intensiteit van het geschetste probleem rond verzorgenden regionaal verschilt. Ook geldt dat er bij andere beroepsgroepen, hoewel er landelijk nog weinig problemen voorzien worden, in sommige regio's wel knelpunten kunnen optreden.

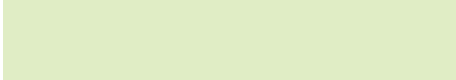
Welke oplossingen dienen zich aan? Elke personeelsvoorziening begint met het beheersen van personeelsverloop. Daar zijn zeker mogelijkheden voor. 60% van de verzorgenden meldt dat hun vertrek voorkomen had kunnen worden. Als belangrijke vermijdbare vertrekreden wordt in 2005 door 15% de te hoge werkdruk genoemd. Verder volgen redenen die te maken hebben met loopbaan, ontplooiingsmogelijkheden, werksfeer op de afdeling en leidinggeven. De inmiddels brede zorgallianties in de ouderenzorg zouden hun schaalvoordeel uit moeten buiten met een actief mobiliteitsbeleid om het huidige personeel vast te houden. Zo kan men voor personeel binnen een groter geheel aantrekkelijke loopbanen creëren. Scholing en carrière kunnen zo hand in hand gaan. Met het creëren van deze mogelijkheden kan de sector, zoals de RVZ stelt, wellicht ook verlost worden van het zorgelijke imago: het is dan geen geïsoleerde en problematische sector meer.

Het veiligstellen van voldoende instroom in de opleidingen is de tweede peiler van de personeelsvoorziening. Die instroom kan uit jongeren bestaan, maar ook uit degenen die nu werkloos zijn, niet werken of in een andere bedrijfstak werkzaam zijn. De recente nadruk in de MBO-opleiding op competentiegericht leren en het door het CWI gepropageerde inzichtelijk maken van de competenties van werkzoekenden, sluiten in principe goed op elkaar aan.

Zowel het beheersen van het verloop als het opleiden hebben direct effect op het aanbod van personeel. Ook het stimuleren van langer werken kan een bijdrage leveren. Tegelijkertijd zijn ook vraagbeperkende maatregelen van belang: het stimuleren van zelfredzaamheid, het stimuleren van een markt voor persoonlijke dienstverlening en het stimuleren van ICT, slimmer bouwen, prosumerisme en andere arbeidsbesparende maatregelen kunnen alle een bijdrage leveren aan het beperken van

de vraag naar professionele arbeid. Tot slot is het advies van de RVZ (2006) aanbevelingswaardig om nieuwe zorgconcepten te onderzoeken op hun gevolgen voor het personeel.

## **3. De arbeidsmarkt per branche**



### 3. 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. Per branche volgt dan een korte schets van de actuele ontwikkelingen, een aantal kerncijfers, gegevens over vraag- en aanbodontwikkelingen en, voorzover beschikbaar, gegevens over de kwaliteit van arbeid.

#### 3.1 Een vergelijking tussen de branches

Tabel 3.1 presenteert een aantal actuele gegevens voor alle afzonderlijke branches. Het valt op dat de ontwikkeling van de werkgelegenheid sterk per branche verschilt. Jeugdzorg en kinderopvang waren de afgelopen jaren de sterkst groeiende branches binnen WJK. Binnen Zorg waren dat de gehandicaptenzorg, thuiszorg en ggz. De ziekenhuizen blijven de grootste branche, op de voet 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 3.1 Een aantal arbeidsmarktkenmerken per branche in 2005**

	Ziekenhuizen	Verpleeg- en verzorgingshuizen	Gehandicaptenzorg	Thuiszorg <sup>2</sup>	GGZ	Welzijn en Maatsch. Dienstverlening	Jeugdzorg	Kinderopvang
Werkzame personen <sup>1</sup>	244.000	237.800	152.600	155.800	69.000	70.700	26.800	51.100
Gem. groei in pers. (2001-2005)	2,6%	2,6%	7,3%	4,7%	3,7%	-0,9%	10,2%	6,9%
Bezette arbeidsplaatsen <sup>1</sup>	175.200	151.900	90.500	72.200	52.400	46.100	20.900	31.100
Gem. groei in fte (2001-2005)	2,8%	3,4%	4,8%	3,9%	4,5%	0,2%	10,5%	6,6%
Omvang gem. werkweek	71,8%	63,9%	59,3%	46,3%	75,9%	65,2%	78,0%	60,9%
Gemiddelde leeftijd in jaren	41,0	41,2	39,2	.	42,6	44,4	40,0	35,6
Aandeel 50+-ers	22,6%	26,1%	19,8%	.	28,8%	29,1%	17,9%	10,1%
Aandeel vrouwen	81,1%	89,5%	81,4%	.	68,9%	73,0%	73,0%	96,3%
Duur dienstverband (in jaren)	10,3	7,6	8,3	.	7,7	6,8	6,7	5,7
Brutoverloop	9,3%	11,3%	11,6%	12,6%	11,8%	12,3%	.	9,0%
Nettoverloop	3,7%	5,3%	4,7%	7,1%	4,5%	.	.	.
Ziekteverzuim (excl. zwangerschaps- en bevallingsverlof) <sup>3</sup>	4,7%	5,8%	5,7%	6,5%	5,0%	6,1%	.	5,9%

<sup>1</sup> Werkgelegenheid in 2005 is geschat op basis van de banengroei van werknemers tussen 2004-2005 in de EWL (CBS).

<sup>2</sup> Inclusief oproepkrachten exclusief alphahulp

<sup>3</sup> Ziekteverzuimcijfers van WJK hebben betrekking op 2004

Bron: CBS, LKG, Gpi-monitor, Vernet, Werkgeversenquête Zorg en Welzijn, Exit-interviews, MOgroep

## 3.2 Ziekenhuizen

### 3.2.1 Ontwikkelingen

Bij de ziekenhuizen vindt de overstap plaats naar gereguleerde marktwerking. Ongeveer 10% van de ziekenhuiszorg wordt sinds 2005 gefinancierd via DBC's (Diagnose Behandeling Combinaties). In onderhandelingen tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar wordt voor elke DBC een gemiddelde prijs vastgesteld. Deze systematiek en gereguleerde marktwerking beoogt concurrentie op prijs en kwaliteit en doelmatiger werken te bevorderen. Doelmatiger werken zal leiden tot reorganisatie van werkprocessen en specialisatie. Doelmatiger werken kan ook een stimulans vormen voor taakherschikking en taakdelegatie. De taakherschikking die momenteel in ziekenhuizen plaatsvindt, heeft met name betrekking op verschuiving van medische taken naar HBO-opgeleiden (gespecialiseerde verpleegkundigen, optometristen, nurse practitioners, physician assistants). Of er ook meer taken naar MBO-opgeleiden gedelegeerd zullen worden moet nog blijken. Uit onderzoek uit 2003 blijkt dat een grote meerderheid van de ziekenhuizen bezig is met functiedifferentiatie, maar dat vooral het bieden van loopbaanperspectief aan medewerkers en verbetering van de kwaliteit van zorg daarvoor redenen zijn. Meer doelmatigheid was toen nog niet de eerste drijfveer. Over het algemeen is met de functiedifferentiatie het aantal functiesoorten en het aantal functieniveaus in de verpleging en verzorging toegenomen. De meeste nieuwe functies betreffen functies op niveau 5 en niveau 3, waarbij verpleegkundigen respectievelijk verzorgenden aanvullende of gespecialiseerde taken krijgen (Gerardts, 2005).

Binnen de ziekenhuissector is veel aandacht voor productiviteitsverhoging en doelmatigheid. Dit is ook te zien aan het prestatiecontract "Groei door doelmatigheid" en het programma "Sneller Beter". Privé-klinieken en Zelfstandige Behandel Centra (ZBC's) die in opkomst zijn, kunnen door het toepassen van 'zorgstraten' een hoge arbeidsproductiviteit realiseren. Uit recent onderzoek van Vandermeulen (2006) blijkt dat de arbeidsproductiviteit in de ziekenhuizen sterk is verbeterd. Eind jaren negentig was de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in deze branche negatief. De belangrijkste oorzaak hiervoor moet gezocht worden in de invoering van de lokale initiatieven. Als gevolg hiervan leverde een toename van het productievolume niet langer een hoger honorarium op voor de medisch specialist. Het productievolume stagneerde als gevolg hiervan, met wachtlijsten en een lage arbeidsproductiviteit als gevolg. Vanaf 2001 neemt als gevolg van de invoering van "Boter bij de Vis" het productievolume sterk toe. Met het oog op de naderende invoering van marktwerking in de ziekenhuisbranche wordt door de ziekenhuizen tevens gewerkt aan het verbeteren van de eigen vermogenspositie. Het gevolg is dat de arbeidsproductiviteit sterk is toegenomen. Vooral in 2004 ligt de arbeidsproductiviteit op een hoog niveau.

### 3.2.2 Kerngegevens

- De groei van de werkgelegenheid in de branche ziekenhuizen is in 2005 tot stilstand gekomen. Een en ander is onder meer het gevolg van afspraken tussen NVZ-ziekenhuizen en de overheid om met dezelfde hoeveelheid middelen meer te produceren.
- De omvang van de gemiddelde werkweek die in 2002 wellicht door de grote vraag naar personeel daalde, blijft de laatste jaren stabiel.
- De vergrijzing van het personeelsbestand zet zich ook in 2005 onverminderd voort.
- Het aandeel 50+-ers, dat in 2000 nog 15,7% bedroeg, is inmiddels gegroeid naar 22,6% in 2005.
- Ook de gemiddelde duur van het dienstverband steeg in 2005. Gemiddeld is men nu ruim 10 jaar bij dezelfde werkgever in dienst.

- In 2005 lijkt er bijna een einde gekomen te zijn aan de jarenlange daling van zowel het bruto- als nettoverloop (oftewel het percentage vertrekkers uit instellingen en uit de sector Zorg en WJK).
- Ook in 2005 nam het ziekteverzuim nog af. De daling is echter veel geringer dan in voorgaande jaren.

**Tabel 3.2 Branchegegevens arbeidsmarkt Ziekenhuizen<sup>1</sup>**

	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>3</sup>	Gem. groei per jaar 2001-2005
Aantal werkzame personen <sup>2</sup>	219.980	233.430	239.400	241.280	244.000	2,6%
Aantal arbeidsplaatsen <sup>2</sup>	156.910	164.350	170.770	173.300	175.200	2,8%
Omvang gemiddelde werkweek	71,3%	70,4%	71,3%	71,8%	71,8%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren) <sup>4</sup>	38,6	39,0	39,7	40,3	41,0	
Aandeel 50+ <sup>4</sup>	16,7%	17,4%	19,0%	20,8%	22,6%	
Aandeel vrouwen <sup>4</sup>	80,1%	81,1%	80,4%	81,0%	81,1%	
Duur dienstverband (in jaren) <sup>4</sup>	9,0	9,1	9,5	9,8	10,3	
Brutoverloop <sup>4</sup>	13,5%	12,0%	10,7%	9,4%	9,3%	
Nettoverloop <sup>4</sup>	5,1%	4,2%	4,0%	3,8%	3,7%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap) <sup>4</sup>	6,3%	5,6%	5,1%	4,8%	4,7%	

<sup>1</sup> Werkgelegenheid betreft algemene, categorale, academische ziekenhuizen en revalidatiecentra.

<sup>2</sup> Werkgelegenheid is exclusief personeel niet in loondienst omdat deze cijfers niet voor alle jaren bekend zijn.

<sup>3</sup> Werkgelegenheid in 2005 is geschat op basis van de banengroei van werknemers tussen 2004-2005 in de EWL (CBS).

<sup>4</sup> Betreft algemene ziekenhuizen.

Bron: CBS, Vernet en LKG

### 3.2.3 Vraag en aanbod personeel

Bij de prognoses van vraag en aanbod van verpleegkundig personeel (Van der Windt & Talma, 2006) en de algemene arbeidsmarktverkenningen (CWI 2006b, Ecorys & Seor, 2006) wordt in alle gevallen uitgegaan van een groei van de werkgelegenheid voor de ziekenhuizen. Ook het CPB raamt een groei van de benodigde middelen voor de komende kabinetsperiode van 2,5% per jaar voor de periode 2008-2011.

De vraag naar verpleegkundigen zal overigens minder hard toenemen. Er is sprake van enige arbeidsproductiviteitsstijging en een verschuiving binnen de ziekenhuizen naar meer personeel om de functie van medisch-technologische behandelcentra vorm te geven.

Door een redelijke instroom in voorgaande jaren zullen de opleidingen tot en met 2007 ruim voldoende gediplomeerden afleveren. Daarna bestaat de mogelijkheid van licht oplopende tekorten. Een en ander hangt sterk samen met het huidige beleid van ziekenhuizen inzake het opleiden van BBL-leerlingen.

Zijn de vooruitzichten bij de hoofdstroom van verpleegkundigen nog niet somber, bij de specialistische verpleegkundigen is er sprake van een forse terugval van het aantal mensen dat een vervolgopleiding volgt: in drie jaar tijd is er sprake van een halvering van de instroom. Aangezien er geen onderzoek naar de vraag is gedaan is niet aan te geven of dit tot problemen gaat leiden.

Het aanbod van medisch specialisten zal naar verwachting de komende jaren voldoende zijn om in de vraag te voorzien (Capaciteitsorgaan, 2005). Dit geldt zeker wanneer aanpalende beroepsgroe-



pen bepaalde taken van hen overnemen. Overigens meldt het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (Ministerie van BZK, 2006) in de "Trendnota Arbeidszaken Overheid 2007" wel dat, in het geval van de academische ziekenhuizen, er problemen zijn gesignaleerd bij het werven van medisch specialisten, OK-assistenten en gespecialiseerd verpleegkundigen.

Uit een inventariserend onderzoek onder hoofden P&O en OR-leden in ziekenhuizen in 2005 blijkt dat vraagstukken en knelpunten voor hoofden P&O op dit moment vooral liggen bij wijzigingen in het personeelsbestand (waaronder afbouw) en flexibilisering van arbeidstijden en planning. In de toekomst spelen vooral vergrijzing, mobiliteit en mogelijke tekorten aan personeel (Paardekooper & Van Montfort, 2005).

#### 3.2.4 Kwaliteit van arbeid

Uit onderzoek van Berkhout e.a. (2006) naar beloningsverschillen tussen de marktsector en collectieve sector blijkt dat de beloningspositie van werknemers in academische ziekenhuizen er gunstig uitspringt. Gecorrigeerd voor verschillen in achtergrondkenmerken van werknemers lag het beloningsniveau in 2004 9,5% hoger dan in de marktsector. Het beloningsvoordeel is het grootst voor lager en middelbaar opgeleiden (respectievelijk 12% en 19%), maar in tegenstelling tot de sector Zorg en WJK als geheel, is er in de academische ziekenhuizen ook een beloningsvoordeel voor hoger en wetenschappelijk opgeleiden (1% en 7%). Met name middelbaar opgeleid personeel zag de beloningspositie tussen 2001 en 2004 verbeteren. Helaas zijn vergelijkbare gegevens niet beschikbaar voor de algemene en categorale ziekenhuizen.

Uit het panel V&V van het AVVV/LEV/NIVEL blijkt dat voor verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen naast meer waardering vooral bij- en nascholing het werk aantrekkelijker maakt (De Jongh e.a., 2006). Zij hebben daar ook relatief vaak aan deelgenomen. Ook wordt in ziekenhuizen vaker dan in andere branches met de medewerkers gesproken over het functioneren, loopbaanmogelijkheden en opleidingen. In vergelijking met andere branches is werkdruk een minder belangrijk issue in ziekenhuizen.

### 3.3 Verpleeg- en verzorgingshuizen

#### 3.3.1 Ontwikkelingen

Doordat de vergrijzing grote regionale verschillen vertoont, zal de vraag naar verpleeg- en verzorgingshuiszorg regionaal sterker kunnen gaan verschillen. Terwijl in de grootstedelijke gebieden het aantal 75+-ers de komende jaren gelijk blijft, wordt voor de Brabantse regio's een toename met een kwart in zeven jaar tijd verwacht. Omdat dit ook consequenties voor de vraag naar personeel heeft, vergt deze ontwikkeling een regionaal gedifferentieerde aanpak van het arbeidsmarktbeleid (Ott e.a., 2005).

Verpleeg- en verzorgingshuizen worden geconfronteerd met de wijzigingen in het zorgstelsel. Verpleeg- en verzorgingshuizen kunnen nu ook extramurale zorg leveren en daarmee concurreren met de thuiszorg. In 2007 zullen verpleeg- en verzorgingshuizen die ook huishoudelijke verzorging bieden, de gevolgen ondervinden van de inwerkingtreding van de WMO. Vanaf 2007 krijgen verpleeg- en verzorgingshuizen bovendien te maken met zorgzwaartefinanciering.

Er vinden veel fusies plaats tussen verpleeg- en verzorgingshuizen, die steeds meer opgaan in grotere organisatorische verbanden (zie paragraaf 1.2.3). De grens tussen verpleeg- en verzorgingshuizen enerzijds en de thuiszorg anderzijds is aan het vervagen. Ondanks de tendens naar grotere organi-

satorische verbanden, is er eveneens sprake van deconcentratie: kleinere organisatorische eenheden in de wijk. Door de ontschotting in de AWBZ worden wonen en zorg tegenwoordig steeds vaker gescheiden. De cliënt kan veel meer zelf bepalen waar zorg wordt ingekocht.

Burgers willen over het algemeen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Deze trend zal zich in de toekomst versterkt doorzetten, onder meer door het stijgende opleidingsniveau van ouderen. De voorkeur om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen heeft tot gevolg gehad dat het gebruik van verzorgingshuizen is afgenomen. Het SCP rapporteert dat in de periode 1990-2003 de productie in de verzorgingshuizen met gemiddeld 1% per jaar is gekrompen (Kuhry & Pommer, 2006).

Onder invloed van het streven naar besparingen vindt substitutie van zorg plaats. In ziekenhuizen worden verpleeghuisplaatsen ingericht en in verpleeghuizen verzorgingshuisplaatsen. Ook komen er substitutieproducten, zoals CVA-projecten (gespecialiseerde opvang in CVA-units van verpleeghuis). De patiënt kan op die manier het ziekenhuis sneller verlaten.

Er is veel aandacht voor de kwaliteit van zorg geleverd door verpleeg- en verzorgingshuizen. Met name verpleeghuizen zijn op dit punt vaak negatief in het nieuws. Uit recent onderzoek van het CTG/Zaio (2006) blijkt dat verpleeghuizen in het algemeen problemen hebben om met het beschikbare budget de geïndiceerde zorg te leveren. Gemiddeld krijgen cliënten 3,9 uur per week minder zorg dan geïndiceerd. De overheid heeft hierop besloten om in 2007 aanvullende middelen beschikbaar te stellen om een deel van het zorgtekort door het aannemen van extra personeel weg te werken. De rest van het tekort dient te worden aangepakt door productiviteitsverhoging.

### 3.3.2 Kernegegevens

- De jarenlange sterke groei van de werkgelegenheid zette ook in 2005 door.<sup>11</sup>
- Ook in 2005 nam de gemiddelde leeftijd verder toe. Inmiddels is meer dan een kwart van het personeelsbestand (26,1%) de vijftig jaar gepasseerd. In 2000 bedroeg dit aandeel nog maar één op de zes (16,9%).
- De gemiddelde duur van het dienstverband bij dezelfde werkgever nam maar licht toe.
- De daling van het bruto- en het nettoverloop zijn in 2005 tot staan gekomen.
- De daling van het ziekteverzuim zette zich nog in geringe mate voort.

<sup>11</sup> Met alle fusies tussen verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen worden de databronnen steeds minder betrouwbaar.

**Tabel 3.3 Branchegegevens arbeidsmarkt Verpleeg- en verzorgingshuizen**

	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>1</sup>	Gem. groei per jaar 2001-2005
Aantal werkzame personen	214.588	225.587	226.869	230.102	237.800	2,6%
Aantal arbeidsplaatsen	132.739	137.783	144.174	146.986	151.900	3,4%
Omvang gemiddelde werkweek	61,9%	61,1%	63,5%	63,9%	63,9%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	38,8	39,5	40,1	40,7	41,2	
Aandeel 50+	.	20,5%	22,6%	24,5%	26,1%	
Aandeel vrouwen	88,3%	88,8%	88,9%	89,2%	89,5%	
Duur dienstverband (in jaren)	7,0	7,0	7,2	7,4	7,6	
Brutoverloop	17,2%	16,3%	13,2%	11,3%	11,3%	
Nettoverloop	6,1%	5,5%	5,0%	5,2%	5,3%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	8,3%	7,4%	6,5%	6,1%	5,8%	

<sup>1</sup> Werkgelegenheid in 2005 is geschat op basis van de banengroei van werknemers tussen 2004-2005 in de EWL (CBS).

Bron: CBS, Vernet en LKG

### 3.3.3 Vraag en aanbod personeel

Gezien de dalende instroom in de opleidingen in de afgelopen jaren tekenen zich snel tekorten aan personeel op niveau 3 van de verzorging af (Van der Windt & Talma, 2006). Bij deze prognose is geen rekening gehouden met de extra middelen die in 2007 ingezet kunnen worden vanwege de door het CTG geconstateerde tekorten in kwaliteit van de zorg.

Regionaal zal de groei in de vraag naar personeel sterk uiteenlopen. De vergrijzing en bijvoorbeeld de groei van het aantal 75+-ers lopen sterk uiteen. Ook de ontwikkeling van de potentiële instroom in de opleiding tot verzorgende laat grote regionale verschillen zien die lang niet altijd parallel verlopen met de vraagontwikkeling.

### 3.3.4 Kwaliteit van arbeid

De werkdruk van verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen blijft onverminderd hoog, zo blijkt uit het panel V&V van het AVVV/LEVV/NIVEL (De Jongh e.a., 2006). Een eerdere daling van de werkdruk zet zich vooralsnog niet door. Uit het panel V&V en het werknemerspanel van OSA uit 2004 blijkt overigens dat werknemers ook geen toename van de werkdruk rapporteren. Wel hechten verpleegkundigen en verzorgenden veel belang aan het verlagen van de werkdruk. Een meerderheid, en ook ten opzichte van andere branches relatief veel, van de verzorgenden in verpleeghuizen vindt dat er te weinig maatregelen tegen de werkdruk zijn genomen. 46% van hen geeft aan dat hun functioneren door de werkdruk negatief wordt beïnvloed.

Driekwart van de werkgevers in de branche hebben in 2004 maatregelen genomen tegen de werkdruk, zo blijkt uit de Werkgeversenquête Zorg en Welzijn 2005 (zie [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)). Ondanks dat geeft bijna de helft van hen aan dat de werkdruk in 2004 nog wél is toegenomen. Voor de meeste werkgevers is en blijft werkdruk het belangrijkste knelpunt. Dit is het enige knelpunt dat in deze branche vaker dan in andere branches wordt gerapporteerd. Hoewel ook in de branche V&V de vergrijzing toeneemt, wordt dit nog in minder dan de helft van de verpleeg- en verzorgingshuizen,

minder vaak dan gemiddeld in de zorg, als knelpunt ervaren. Relatief veel werkgevers in de V&V zijn tevreden met het gevoerde levensfasebewust personeelsbeleid.

In het algemeen zijn verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen minder tevreden over de kwaliteit van zorg dan collega's in andere branches, zo laten de resultaten van het panel V&V zien. Zij ervaren vaker dan gemiddeld waardering van hun directie, maar minder vaak dan gemiddeld ervaren zij waardering van hun direct-leidinggevende.

### 3.4 Gehandicaptenzorg

#### 3.4.1 Ontwikkelingen

Ook binnen de gehandicaptenzorg zijn de gevolgen van de vergrijzing merkbaar: onder andere door de verbeterde medische kennis worden verstandelijk gehandicapten ook ouder. Hier is echter geen sprake van ontgroening: het aantal kinderen met een verstandelijke handicap dat wordt geboren neemt toe (Arensberger & Liefhebber, 2005).

In de gehandicaptenzorg is de scheiding tussen intra- en extramuraal vrijwel verdwenen. Ook hier vinden fusies plaats waardoor grotere organisaties ontstaan en is er sprake van een ontwikkeling naar deconcentratie en kleinschaligheid. Dit betekent dus: grotere organisaties met kleinere locaties (zie paragraaf 1.2.3). Deze tendens naar deconcentratie en kleinschaligheid vergt meer personeel (Van der Windt & Talma, 2006).

Door extramuralisering wonen mensen met een (verstandelijke) handicap steeds vaker zelfstandig in de wijk. Er is echter een tekort aan gespecialiseerde eerstelijnszorg. Er wordt een tekort aan verpleegkundige en medisch expertise ervaren, door enerzijds een tekort aan artsen en verpleegkundigen, anderzijds door verschuivingen in het personeel binnen de gehandicaptenzorg (meer agogisch opgeleiden dan verpleegkundig opgeleiden) (Arensberger & Liefhebber, 2005).

Daarnaast vindt steeds meer samenwerking plaats tussen de verschillende sectoren. Hierdoor ontstaan nieuwe zorgarrangementen, zoals zorgboerderijen (Arensberger & Liefhebber, 2005). Het scheiden van wonen en dagbesteding heeft grote impact op het profiel van het werk op de arbeidsmarkt. Binnen de branche heeft dit geleid tot een trek van medewerkers van wonen naar dagbesteding (Ott e.a., 2005). Door zowel maatschappelijke als beleidsmatige ontwikkelingen ontstaan niet-traditionele functies in de gehandicaptenzorg (bijvoorbeeld de woon-werkbegeleider, coaches en casemanagers) (Arensberger & Liefhebber, 2005).

De gehandicaptenzorg heeft recentelijk een landelijk "competentieprofiel beroepsbeoefenaren primair proces gehandicaptenzorg" opgesteld. Het uitgangspunt daarbij is de cliënt. Mede op basis van dit profiel is vervolgens gewerkt aan de herziening van de kwalificatiestructuur voor het MBO (VGN, 11 mei 2005). Binnen Zorg en WJK ontstaat tussen het domein sociaal agogisch werk en verpleging en verzorging een steeds groter overgangsgebied. In de beschrijving van dit gedeelde gebied 'maatschappelijke zorg' speelt het landelijk competentieprofiel gehandicaptenzorg een belangrijke rol. Ook op het niveau van helpende zien we een bijeen komen van aspecten van zorg en welzijn in de experimentele opleiding helpende zorg én welzijn. In regionaal verband wordt er door de gehandicaptenzorg verder gewerkt aan een betere aansluiting tussen opleiden en arbeidsmarkt.

### 3.4.2 Kernegevens

- De werkgelegenheid in de gehandicaptenzorg stijgt nog steeds sterk.
- De gemiddelde werkweek is afgenomen, maar in 2005 constant gebleven.
- De gemiddelde leeftijd van het personeelsbestand neemt toe. Het aandeel 50<sup>+</sup>-ers bedraagt in 2005 bijna een vijfde.
- Mede door de daling van het verloop nam de gemiddelde duur van het dienstverband bij dezelfde werkgever de afgelopen jaren toe.
- Aan de daling van het verloop lijkt in 2005 vrijwel een einde gekomen te zijn.
- Ook de daling van het ziekteverzuimpercentage vlakt af.

**Tabel 3.4 Branchegegevens arbeidsmarkt Gehandicaptenzorg**

	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>1</sup>	Gem. groei per jaar 2001-2005
Aantal werkzame personen	115.269	129.688	138.873	147.928	152.600	7,3%
Aantal arbeidsplaatsen	74.962	78.821	85.396	87.779	90.500	4,8%
Omvang gemiddelde werkweek	65,0%	60,8%	61,5%	59,3%	59,3%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	37,7	37,8	38,1	38,6	39,2	
Aandeel 50 <sup>+</sup>	.	15,5%	16,6%	18,1%	19,8%	
Aandeel vrouwen	81,0%	81,1%	80,9%	81,1%	81,4%	
Duur dienstverband (in jaren)	6,9	6,8	6,9	7,2	8,3	
Brutoverloop	16,9%	15,9%	12,8%	11,7%	11,6%	
Nettoverloop	6,1%	5,1%	4,6%	5,0%	4,7%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	8,1%	7,3%	6,5%	6,0%	5,7%	

<sup>1</sup> Werkgelegenheid in 2005 is geschat op basis van de banengroei van werknemers tussen 2004-2005 in de EWL (CBS).

Bron: CBS, Vernet en LKG

### 3.4.3 Vraag en aanbod personeel

De door het CPB (2006) ten behoeve van de komende kabinetsperiode geraamde groei van de benodigde uitgaven ligt voor de gehandicaptenzorg lager dan de groei in de afgelopen jaren. De laatste raming heeft als uitgangspunt gediend voor de ramingen van RegioMarge 2006 (Van der Windt & Talma, 2006). Daaruit kwamen voor de gehandicaptenzorg al snel oplopende tekorten aan personeel naar voren. Zouden de ramingen van het CBP werkelijkheid worden dan groeit de werkgelegenheid toch ook nog jaarlijks met ongeveer 2,2%. Ook dan blijft het aanbod achter, zij het minder sterk dan de berekeningen van RegioMarge 2006.

### 3.4.4 Kwaliteit van arbeid

Uit het panel V&V van het AVVV/LEV/NIVEL blijkt dat de werkdruk in de gehandicaptenzorg niet hoger of lager is dan in andere branches (De Jongh e.a., 2006). Wel vinden relatief veel medewerkers dat er te weinig maatregelen daartegen zijn genomen. Ook op andere aspecten van het werk laten het verplegend en verzorgend personeel geen opvallende afwijkingen zien.

## 3.5 Thuiszorg

### 3.5.1 Ontwikkelingen

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 eenpersoons bedrijven. Dit zijn kleine zelfstandigen (ZZP-ers) die zich op de thuiszorgmarkt aanbieden.

De inwerkingtreding van de WMO per 1 januari 2007 is voor de thuiszorg een belangrijke ontwikkeling. De huishoudelijke verzorging die de thuiszorg levert, wordt dan overgeheveld naar de WMO. Thuiszorginstellingen realiseren ongeveer de helft van hun omzet met huishoudelijke verzorging. Gemeenten kopen de benodigde zorg in via aanbestedingsprocedures. Afhankelijk van de gunningcriteria zullen hier niet alleen thuiszorginstellingen, maar ook andere bedrijven op kunnen inschrijven (bijvoorbeeld schoonmaakbedrijven). Het is dus de vraag of de gemeenten de huishoudelijke verzorging bij de reguliere thuiszorgorganisaties zullen contracteren. Op macroniveau zal de werkgelegenheid vermoedelijk niet afnemen, wel kunnen er op het niveau van de thuiszorgaanbieders belangrijke verschuivingen optreden. De dynamiek in termen van baancreatie en baanvernietiging zal toenemen. Onderzoek laat zien zorgaanbieders anticiperen op de komst van de WMO en dat zij anders omgaan met het aantrekken en contracteren van personeel. Er worden geen vaste contracten meer aangeboden, tijdelijke contracten worden niet verlengd en het aantal flexibele contracten neemt toe. Ook treedt er een verschuiving op naar goedkopere alphahulpen. Verder wijzen de onderzoeksresultaten op een verslechtering van de arbeidskwaliteit van het personeel dat huishoudelijke verzorging verleent (Van Essen e.a., 2006).

De hogere eigen bijdrage voor de huishoudelijke zorg, de scherpere indicatiestelling door het CIZ, 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 betekent voor de werkgelegenheid in de thuiszorg. De sterke groei van het aantal thuiszorgorganisaties betekent ook dat de onderlinge concurrentie toeneemt.

### 3.5.2 Kerncijfers

- Na een jarenlange sterke groei is de werkgelegenheid in 2004 gekrompen. In 2005 is de werkgelegenheid weer toegenomen.
- Ook in de thuiszorg is er sprake van vergrijzing van het personeelsbestand.
- De omvang van de gemiddelde werkweek schommelt van jaar tot jaar.
- In tegenstelling tot andere branches lijkt er aan de daling van het bruto- en het nettoverloop in 2005 nog geen einde gekomen te zijn
- Ook de daling van het ziekteverzuim zette zich in 2005 nog in sterke mate voort.

**Tabel 3.5 Branchegegevens arbeidsmarkt Thuiszorg**

	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>1</sup>	Gem. groei per jaar 2001-2005
Aantal werkzame personen <sup>2</sup>	129.410	143.900	157.100	152.990	155.800	4,7%
Aantal arbeidsplaatsen <sup>2</sup>	61.910	66.450	71.970	70.963	72.200	3,9%
Omvang gemiddelde werkweek	47,8%	46,2%	45,8%	46,4%	46,3%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren) <sup>3</sup>	.	42,5 <sup>2</sup>	.	42,9 <sup>2</sup>	.	
Aandeel 50+ <sup>3</sup>	.	24,7% <sup>2</sup>	.	27,0% <sup>2</sup>	.	
Aandeel vrouwen <sup>3</sup>	.	96% <sup>2</sup>	.	96% <sup>2</sup>	.	
Brutoverloop	19,6%	18,3%	16,8%	17,8%	12,6% <sup>4</sup>	
Nettoverloop	9,5%	9,2%	9,8%	7,9%	7,1%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	10,1%	8,5%	7,6%	7,1%	6,5%	

<sup>1</sup> Werkgelegenheid in 2005 is geschat op basis van de banengroei van werknemers tussen 2004-2005 in de EWL (CBS).

<sup>2</sup> Werkgelegenheid is inclusief oproepkrachten en exclusief alphahulpen.

<sup>3</sup> Medewerkersraadpleging thuiszorg (PricewaterhouseCoopers e.a., 2005).

<sup>4</sup> Voorlopige schatting uit de exit-interviews.

Bron: CBS, Vernet

### 3.5.3 Vraag en aanbod personeel

Door de komende invoering van de WMO verkeren veel instellingen nog in onzekerheid over de mate waarin zij volgend jaar huishoudelijke verzorging kunnen bieden. Door de grote onzekerheid is er momenteel weinig te zeggen over de ontwikkeling van vraag en aanbod en of deze met elkaar in evenwicht zullen zijn. Dat hangt niet alleen af van de nieuwe spelers op dit terrein, maar ook van de vraag welke zorg gemeenten nog gaan honoreren.

Het CPB heeft ten behoeve van de komende kabinetsperiode (2008-2011) de groei van de benodigde uitgaven geraamd. Deze ligt met 3,7% op het niveau van de groei van de afgelopen jaren. De ramingen van RegioMarge 2006 blijven derhalve van kracht (Van der Windt & Talma, 2006). Daaruit kwamen voor de thuiszorg al snel oplopende tekorten aan personeel naar voren. Die gelden vooral voor medewerkers op verzorgenden niveau 3. Net als bij de verpleeg- en verzorgingshuizen zijn er regionaal aanzienlijke verschillen in de groei van de vraag vanwege grote verschillen in demografische opbouw.

### 3.5.4 Kwaliteit van arbeid

Verzorgenden in de thuiszorg zijn relatief wat vaker dan gemiddeld tevreden over de loopbaanbegeleiding in hun organisatie, zo blijkt uit het panel V&V van het AVVV/LEVV/NIVEL (De Jongh e.a., 2006). Voor verpleegkundigen geldt juist het omgekeerde: zij zijn daarover minder tevreden. Ook over de werkdruk zijn verzorgenden in de thuiszorg relatief wat vaker tevreden. In vergelijking met de andere zorgbranches zijn verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg het meest tevreden over de kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen in de thuiszorg zijn minder vaak op de hoogte van het verloop van de besluitvorming in hun organisatie en bij wie zij met problemen terecht kunnen. Ook zijn verpleegkundigen minder vaak tevreden over de leiding. Wat algehele tevredenheid betreft is er voor de thuiszorg een minder positieve trend te zien.

## 3.6 GGZ

### 3.6.1 Ontwikkelingen

Net als in de andere zorgbranches is het effect van de dubbele vergrijzing merkbaar in de ggz. Het geestelijk welbevinden van ouderen boven de 75 jaar neemt af (NVSPV, 2004). Ongeveer een op de vier ouderen heeft een psychische stoornis. Veel voorkomende stoornissen zijn angst, depressie en dementie. In de toekomst zal de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen bovendien toenemen, door de toenemende deskundigheid van hulpverleners, maar ook doordat ouderen steeds zelfbewuster worden (RIVM, 2006). Dit betekent voor de hulpverleners dat zij meer competenties ten aanzien van de ouderenproblematiek zullen moeten verwerven.

De curatieve ggz zal op 1 januari 2008 volledig overgeheveld zijn van de AWBZ naar de zorgverzekeringswet (de extramurale ggz en de intramurale ggz tot een jaar). Dit betekent een verschuiving van centrale aansturing naar gereguleerde marktwerking: er zal onderhandeld gaan worden tussen aanbieders en verzekeraars. Per 1 januari 2008 wordt de DBC als bekostigingssystematiek ingevoerd voor de ggz, waardoor het huidige budgetsysteem kan komen te vervallen. De personeelsbehoefte in de ggz kan daardoor gaan groeien (Breedveld e.a., 2004).

Voor enkelvoudige psychiatrische zorgvraag kan deze marktwerking leiden tot meer keuzemogelijkheden, meer diversiteit in aanbod, meer vernieuwing en meer service. De sector ziet echter geen geschikte mogelijkheid voor marktwerking in de complexe ggz (zorg voor kwetsbare psychiatrische patiënten). Het is op dit moment onduidelijk op welke delen van de ggz straks marktwerking van toepassing zal zijn.

De zorgvraag in de ggz zal waarschijnlijk sneller groeien dan op basis van demografie te verwachten is, onder andere vanwege de toenemende individualisering. Gegeven de groeiende vraag naar geestelijke gezondheidszorg zullen de huidige instellingen en eventuele nieuwe toetreders extra personeel uit de arbeidsmarkt moeten werven. Daarnaast zijn de wachtlijsten de afgelopen jaren niet afgenomen. Verwacht mag worden dat daarop een extra inspanning wordt gepleegd (Van der Windt & Talma, 2006).

### 3.6.2 Kerncijfers

- De werkgelegenheid in de ggz is de afgelopen jaren relatief sterk gegroeid.
- De omvang van de gemiddelde werkweek schommelt van jaar tot jaar, maar bedraagt circa 76% van een fulltime arbeidsplaats.
- De gemiddelde leeftijd van de werknemers in de ggz nam ook in 2005 verder toe; evenals het aandeel werknemers dat de 50 jaar gepasseerd is.
- Het aandeel vrouwen dat in de ggz werkt is in 2005 verder toegenomen.
- Aan de daling van het bruto- en het nettoverloop lijkt in 2005 bijna een einde gekomen te zijn.
- Ondanks de daling van het brutoverloop in de afgelopen jaren is de gemiddelde duur van het dienstverband afgenomen.
- Ook de daling van het ziekteverzuim zette zich in 2005 nog maar in lichte mate voort.



**Tabel 3.6 Branchegegevens arbeidsmarkt Geestelijke gezondheidszorg**

	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>1</sup>	Gem. groei per jaar 2001-2005
Aantal werkzame personen	59.630	60.180	65.750	67.140	69.000	3,7%
Aantal arbeidsplaatsen	43.990	45.895	49.340	50.998	52.400	4,5%
Omvang gemiddelde werkweek	73,8%	76,3%	75,0%	76,0%	75,9%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	40,9	41,0	41,4	42,0	42,6	
Aandeel 50+	.	23,3%	24,7%	26,7%	28,8%	
Aandeel vrouwen	67,8%	68,3%	68,4%	68,3%	68,9%	
Duur dienstverband (in jaren)	8,4	8,2	8,3	7,9	7,7	
Brutoverloop	16,7%	14,4%	13,2%	11,9%	11,8%	
Nettoverloop	5,0%	4,7%	4,5%	5,1%	4,5%	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap)	6,9%	5,9%	5,3%	5,1%	5,0%	

<sup>1</sup> Werkgelegenheid in 2005 is geschat op basis van de banengroei van werknemers tussen 2004- 2005 in de EWL (CBS).

Bron: CBS, Vernet en LKG

### 3.6.3 Vraag en aanbod personeel

De door het CPB (2006) ten behoeve van de komende kabinetsperiode geraamde groei van de benodigde uitgaven ligt voor de ggz iets lager dan de groei in de afgelopen jaren. Dit laatste groeicijfer heeft als uitgangspunt gediend voor RegioMarge 2006 (Van der Windt & Talma, 2006). Daaruit kwam voor de ggz maar geringe tekorten aan personeel naar voren. Zouden de ramingen van het CBP werkelijkheid worden dan groeit de werkgelegenheid toch ook nog jaarlijks met ongeveer 2,0%. Voor de ggz is een mogelijke forse omslag in het verloop van personeel in de komende jaren de grootste risicofactor in de personeelsvoorziening.

### 3.6.4 Kwaliteit van arbeid

Uit het panel V&V van het AVVV/LEV/NIVEL blijkt dat verpleegkundigen in de psychiatrie vaker dan hun collega's in andere branches, betrokken zijn bij de beleids- en besluitvorming in de organisatie (De Jongh e.a., 2006). Zij hebben ook vaker invloed op afspraken met andere disciplines. Ook hebben zij vaker gesprekken over hun functioneren, loopbaanmogelijkheden en opleidingen.

## 3.7 Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening

### 3.7.1 Ontwikkelingen

Organisaties in de branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening hebben op dit moment vooral te maken met onzekerheid over de gevolgen van de invoering van de WMO. Zij maken een omslag naar vraaggericht werken, verzakelijking en concurrentie, bijvoorbeeld van zorginstellingen (met name thuiszorg). Enerzijds vormt de invoering van de WMO voor de branche een risico, namelijk dat wordt bezuinigd op de preventieve functie van welzijn, wanneer niet meer aan de (dure) specifieke en individuele zorgvraag kan worden voldaan. Dit vraagt van organisaties een strategische heroriëntatie op haar aanbod, samenwerkingspartners en de meerwaarde van haar dienstverlening in de maatschappij.

Anderzijds biedt de WMO de branche ook kansen. De branche kan in het aanbieden van algemene voorzieningen met name een belangrijke rol spelen bij het voorkomen van verslechtering van de situatie van kwetsbare groepen in de samenleving. Indirect kan zij daarmee een bijdrage leveren aan het beperken van de relatief dure specifieke, in eerste instantie extramurale zorgvraag. Daarnaast zal de branche zich kunnen profileren met het bieden van de signaleringsfunctie, door versterking van outreachend werken, zodat waar dat nodig is, in een vroeg stadium hulp kan worden geboden.

Voor de arbeidsmarkt in deze branche zijn de gevolgen van de invoering van de WMO ongewis. De veranderingen zullen vraaggerichtheid en een brede oriëntatie van medewerkers vragen. De versterkte signaleringsfunctie zal ook hogere eisen aan medewerkers en vrijwilligers stellen. Om reden dat ook aan vrijwilligers hogere eisen worden gesteld, zal het steeds lastiger worden om voldoende vrijwilligers te vinden.

### 3.7.2 Kernegevens

- De ontwikkeling van de werkgelegenheid fluctueert. In 2003 kromp de werkgelegenheid, in 2004 was er stijging en in 2005 weer een krimp.
- De gemiddelde leeftijd van de werknemers steeg 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% (Van der Windt & Talma, 2005).
- Het aandeel vrouwen is gedaald van 77% naar 73%.
- Er zijn geen cijfers over de ontwikkeling van het bruto- en nettoverloop.
- Er is een stijgende lijn zichtbaar in de duur van het dienstverband.

**Tabel 3.7 Branchegegevens arbeidsmarkt Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening**

	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>1</sup>	Gem. groei per jaar 2001-2005
Aantal werkzame personen	73.300	73.700	68.382	71.712	70.700	-0,9%
Aantal arbeidsplaatsen	45.650	48.100	43.011	46.836	46.100	0,2%
Omvang gemiddelde werkweek	62,3%	65,3%	62,9%	65,3%	65,2%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	41,9	42,4	43,4	43,9	44,4	
Aandeel 50+	.	.	26,2%	28,5%	29,1%	
Aandeel vrouwen	76,9%	77,4%	71,4%	72,1%	73,0%	
Duur dienstverband (in jaren)	5,6	5,7	5,7	6,3	6,8	
Brutoverloop <sup>2</sup>	.	.	.	12,3%	.	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap) <sup>2</sup>	.	.	6,7%	6,1%	.	

<sup>1</sup> Werkgelegenheid in 2005 is geschat op basis van de banengroei van werknemers tussen 2004-2005 in de EWL (CBS).

<sup>2</sup> Bron: in 2003 werkgeversenquête OSA; in 2004 werkgeversenquête Prismant.

Bron: MOgroep

### 3.7.3 Vraag en aanbod personeel

De arbeidsmarktprognose laat zien dat er in 2011 een tekort dreigt van 6,2% (zie paragraaf 2.3). Er dreigen vooral tekorten aan maatschappelijk werkenden en SPW-ers. Een en ander is vooral terug te voeren op het feit dat andere branches zoals de jeugdzorg en gehandicaptenzorg ook een aanzienlijke vraag naar dit personeel uitoefenen.

#### 3.7.4 Kwaliteit van arbeid

In 2004 is volgens tweederde van de werkgevers in de branche de werkdruk toegenomen, zo blijkt uit de Werkgeversenquête Zorg en Welzijn 2005 (zie [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)). Een meerderheid van hen heeft in 2004 maatregelen daartegen genomen. Relatief veel werkgevers in deze branche ervaren en verwachten ook in de toekomst knelpunten in de beheersing van de werkdruk en de vergrijzing van het personeel (ongeveer 40% van de werkgevers). Het afstoten van personeel wordt relatief vaak als toekomstig knelpunt gezien. Dit geldt voor 29% van de werkgevers. Ondanks de vergrijzing die zich vooral in deze branche de komende jaren zal gaan manifesteren, vinden relatief weinig werkgevers levensfasegericht personeelsbeleid belangrijk. Bijna driekwart van hen is overigens over het gevoerde beleid in dat kader tevreden. Ter vergelijking: in de zorgsector vindt men beleid in dat kader veel belangrijker en is men over het gevoerde beleid veel minder tevreden.

Opvallend in de resultaten van de Werkgeversenquête 2005 is dat vrijwel alle werkgevers in de branche een opleidingsbudget beschikbaar hebben, maar slechts 27% van hen het opleidingsbeleid hebben vastgelegd in een opleidingsplan (zie [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)).

### 3.8 Jeugdzorg

#### 3.8.1 Ontwikkelingen

Overall waar jeugdigen én hun ouders ondersteuning, bescherming of toezicht nodig hebben, is de jeugdzorg actief. In de jeugdzorg is er, naast de herstructurering als gevolg van de Wet op de Jeugdzorg, sprake van een sterke groei van de vraag naar jeugdzorg en uitbreiding van het takenpakket. Het Deltaplan voor gezinsvoogdij en nieuwe taken voor de bureaus jeugdzorg (b.v. indicatie van licht verstandelijk gehandicapten) spelen daarbij een rol.

Door de sterk groeiende vraag is er in de branche ook een groeiende vraag naar maatschappelijk werkenden (Van der Windt & Talma, 2006). Deze vraag kan op dit moment niet worden opgevangen door de opleidingen. Het is van groot belang om het - relatief hoge - verloop te beheersen, waardoor de vraag naar nieuw personeel kan worden beperkt.

#### 3.8.2 Kerngegevens

- De groei van het aantal werkzame personen kwam in 2004 abrupt ten einde, maar zet in 2005 toch weer door.
- Het aandeel vrouwen in de jeugdzorg groeit gestaag.
- Hetzelfde geldt voor de gemiddelde leeftijd van het personeel.
- Tot 2002 was er sprake van een daling van de duur dat men bij dezelfde werkgever in dienst is; vanaf dat jaar is er sprake van een snelle toename.

**Tabel 3.8 Branchegegevens arbeidsmarkt Jeugdzorg**

	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>1</sup>	Gem. groei per jaar 2001-2005
Aantal werkzame personen	18.200	22.600	26.227	25.295	26.800	10,2%
Aantal arbeidsplaatsen	14.000	15.200	18.883	19.786	20.900	10,5%
Omvang gemiddelde werkweek	76,9%	67,3%	72,0%	78,2%	78,0%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	39,0	38,6	39,3	39,7	40,0	
Aandeel 50+	.	.	16,6%	18,5%	17,9%	
Aandeel vrouwen	68,1%	68,9%	69,0%	71,9%	73,0%	
Duur dienstverband (in jaren)	6,0	5,5	6,0	6,8	6,7	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap) <sup>2</sup>	.	.	5,8%	.	.	

<sup>1</sup> Werkgelegenheid in 2005 is geschat op basis van de banengroei van werknemers tussen 2004-2005 in de EWL (CBS)

<sup>2</sup> Bron werkgeversenquête OSA.

Bron: MOgroep

### 3.8.3 Vraag en aanbod personeel

Naar verwachting bedraagt in 2011 het tekort aan sociaalagogisch personeel in de jeugdzorg 5,9% (zie paragraaf 2.3). De verwachte groei van werkgelegenheid in de jeugdzorg leidt met name tot een tekortschietend aanbod van maatschappelijk werkenden.

### 3.8.4 Kwaliteit van arbeid

Door een achterblijvende respons vanuit de jeugdzorg op de Werkgeversenquête Zorg en Welzijn 2005, kan over deze branche niet worden gerapporteerd. Ook andere branchespecifieke gegevens over ontwikkelingen in de kwaliteit van arbeid ontbreken.

## 3.9 Kinderopvang

### 3.9.1 Ontwikkelingen

De Wet kinderopvang heeft geleid tot marktwerking en een open markt. Om de kwaliteit te waarborgen, zijn door de branche een aantal kwaliteitseisen, zoals de verhouding leidsters/kinderen, in een Convenant kwaliteit vastgelegd. Deze kwaliteitseisen worden door de overheid gehandhaafd door middel van de Beleidsregels kwaliteit. De open markt, met aan de andere zijde kwaliteitseisen die worden gehandhaafd, leidt tot een professionaliseringsslag van organisaties in de kinderopvang. De nieuwe Wet kinderopvang heeft echter ook een terugval in het gebruik van kinderopvang tot gevolg gehad. De overheid acht dit een ongewenst neveneffect en heeft daarom de overheidsbijdrage aan ouders verhoogd en stelt de werkgeversbijdrage vanaf 2008 verplicht. In individuele gevallen zullen deze maatregelen de kinderopvang (aanzienlijk) goedkoper maken. Het is dan ook te verwachten dat de vraag naar kinderopvang weer zal toenemen.

Ook het recht op voor- en naschoolse opvang dat van kracht zal gaan, zal gevolgen hebben voor de vraag naar kinderopvang. Het is echter nog de vraag in hoeverre deze voorziening door organisaties in de kinderopvang zal worden uitgevoerd en welke capaciteit dit van de kinderopvang zal vragen.

### 3.9.2 Kerncijfers

- Sinds 2002 is er sprake van een gematigder groei van de werkgelegenheid dan in de jaren daarvoor.
- 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.

**Tabel 3.9** Branchegegevens arbeidsmarkt Kinderopvang

	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>1</sup>	Gem. groei per jaar 2001-2005
Aantal werkzame personen	39.100	45.700	48.633	49.009	51.100	6,9%
Aantal arbeidsplaatsen	24.100	28.400	29.330	29.849	31.100	6,6%
Omvang gemiddelde werkweek	61,6%	62,1%	60,3%	60,9%	60,9%	
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	32,5	33,0	34,2	34,9	35,6	
Aandeel 50+	.	.	8,3%	9,3%	10,1%	
Aandeel vrouwen	96,9%	96,6%	96,6%	96,5%	96,3%	
Duur dienstverband (in jaren)	3,4	3,7	4,4	5,0	5,7	
Brutoverloop <sup>2</sup>	.	.	.	9,0%	.	
Ziekteverzuim (excl. zwangerschap) <sup>2</sup>	.	.	5,8%	5,9%	.	

<sup>1</sup> Werkgelegenheid in 2005 is geschat op basis van de banengroei van werknemers tussen 2004-2005 in de EWL (CBS).

<sup>2</sup> Bron: in 2003 werkgeversenquête OSA; in 2004 werkgeversenquête Prismant.

Bron: MOgroep

### 3.9.3 Vraag en aanbod personeel

Arbeidsmarktprognoses laten zien dat er de komende jaren geleidelijk aan lichte tekorten aan sociaal-agogisch personeel zullen ontstaan (Van der Windt & Talma, 2006). Uit de Werkgeversenquête Zorg en Welzijn 2005 blijkt dat relatief veel, ruim 28%, kinderopvangorganisaties een aanzienlijke of zeer grote toename van de werkgelegenheid verwachten (zie [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)).

### 3.9.4 Kwaliteit van arbeid

Een meerderheid van de kinderopvangorganisaties heeft in 2004 maatregelen tegen de werkdruk genomen, zo blijkt uit de Werkgeversenquête Zorg en Welzijn 2005 (zie [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)). Naar het oordeel van de werkgevers is desondanks in ruim een kwart van de organisaties de werkdruk nog toegenomen.

Daartegenover staat dat in 2005 bij veel organisaties door de terugval in de vraag naar kinderopvang, een knelpunt is ontstaan bij het afstoten van overtollig personeel. Dit geldt voor een derde van de organisaties. Ziekteverzuim wordt even vaak als knelpunt ervaren. Voor de kinderopvang zijn dit de belangrijkste actuele knelpunten.

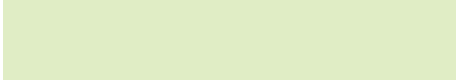
Kinderopvangorganisaties vinden arbeidsomstandigheden zonder uitzondering één van de belangrijkste prioriteiten in het beleid. Opvallend is daarbij dat ruim 90% van hen ook tevreden is over het gevoerde beleid. Ondanks dat constateert de Arbeidsinspectie in haar inspectierapport over de Kinderopvang (Arbeidsinspectie, 2006) dat er nog veel overtredingen worden geconstateerd op het

gebied van fysieke belasting. Bij tweederde van de bezochte locaties waren de zaken niet in orde. De daadwerkelijke implementatie van maatregelen in het kader van het Arboconvenant is duidelijk nog niet afgerond. Wel wordt er aan acht van de tien medewerkers veel voorlichting en onderricht omtrent fysieke belasting gegeven.



## 4. Samenvatting





## 4. Samenvatting

### Veranderende structuren zorgen voor een onzekere toekomst

De sector Zorg en WJK heeft te maken met ingrijpende systeemveranderingen. Organisaties in de zorgsector hebben onder andere te maken met de invoering van gereguleerde marktwerking, de nieuwe zorgverzekeringswet, modernisering van de AWBZ en de overheveling van delen van de AWBZ naar de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Voor branches in de sector WJK speelt eveneens de WMO en daarnaast de Wet op de Jeugdzorg en de Wet Kinderopvang.

De systeemveranderingen vragen van alle organisaties een strategische heroriëntatie van hun positie op de markt, ten opzichte van de concurrentie en ten opzichte van zorgverzekeraars en gemeenten. Voorzover er nog sprake is van budgetfinanciering dwingen prestatieafspraken tot een doelmatiger bedrijfsvoering. In de afgelopen jaren hebben er in de zorgsector veel fusies plaatsgevonden, waardoor er in de meeste branches een aanzienlijke schaalvergroting is opgetreden. Opvallend is dat het onderscheid tussen extramurale en intramurale instellingen aan het verdwijnen is. Wel hebben de fusies vooral plaatsgevonden tussen organisaties die zich op dezelfde doelgroepen van cliënten richten. Vooral in de ouderenzorg zijn er veel fusies geweest, waardoor er in die branche steeds grotere zorgconcerns ontstaan die bovendien steeds vaker ook extramurale zorg bieden. In de thuiszorg is er daarnaast sprake van veel kleine nieuwkomers.

De gevolgen van deze ontwikkelingen voor het personeel zijn nog ongewis. De dynamiek op de arbeidsmarkt zal de komende tijd toenemen. Door de invoering van marktwerking zal in een aantal organisaties de werkzekerheid voor het personeel afnemen. In het algemeen zullen organisaties meer behoefte hebben aan flexibilisering van de arbeid en werkprocessen doelmatiger inrichten.

### Blijvende groei van de werkgelegenheid

In deze veranderende omgeving zal de werkgelegenheid in de sector Zorg en WJK de komende jaren gestaag blijven groeien. Voor een groot deel wordt dit veroorzaakt door de vergrijzing van de Nederlandse bevolking. De groei van de werkgelegenheid is op dit moment wel minder sterk dan enkele jaren geleden. Dit is het effect van maatregelen om de sterke groei van eerdere jaren te beperken, zoals prestatieafspraken die erop gericht zijn om de doelmatigheid te verhogen.

De sterke groei van de werkgelegenheid leidde in de afgelopen jaren nog niet tot knelpunten in de personeelsvoorziening. De al enkele jaren aantrekkende economie gaat echter inmiddels gepaard met een krappere wordende arbeidsmarkt, waarbij de vraag naar personeel groter is dan het aanbod. Naar verwachting leidt dit binnen enkele jaren tot aanzienlijke knelpunten op de arbeidsmarkt van Zorg en WJK. Knelpunten zullen niet direct in de gehele sector optreden, maar treden in eerste instantie vooral op regionaal niveau en voor bepaalde functies op. Omvangrijke personeelstekorten worden met name verwacht voor verzorgenden op niveau 3 en maatschappelijk dienstverleners op niveau 5. Daarnaast zouden zich knelpunten kunnen gaan voordoen bij sociaal-pedagogisch werkers op niveau 3, met name als organisaties voor kinderopvang een rol gaan spelen bij de voor- en naschoolse opvang die basisscholen vanaf het schooljaar 2007-2008 verplicht moeten aanbieden.

In een krappe arbeidsmarkt zijn meer en intensievere maatregelen nodig om knelpunten in de personeelsvoorziening op te lossen, dan wanneer sprake is van een ruimere arbeidsmarkt. Zo zal

op termijn een groter wordend deel van het personeel van buiten de sector moeten worden aangetrokken, om de verwachte knelpunten te helpen op te lossen. Dit is echter lang niet voldoende. Er is meer nodig om de personeelsvoorziening in de sector Zorg en WJK in de toekomst op peil te houden. Het is een zaak van hoge urgentie om alle mogelijkheden te verkennen en te benutten om de zorg op een dusdanige wijze in te richten dat minder personeel nodig is. De noodzaak om dit te doen wordt echter nog onvoldoende onderkend, onder meer omdat er op dit moment nog geen actuele problemen zijn met de personeelsvoorziening. Bestaande instituties van bekostiging en de onzekere situatie waarin organisaties verkeren als gevolg van de ingrijpende systeemveranderingen, lijken een echte doorbraak daarvoor nog in de weg te staan.

Ook door beperking van de vraag naar professionele zorg- en hulpverlening kan de vraag naar personeel worden beperkt, en toekomstige problemen in de personeelsvoorziening worden verminderd. Onder meer kan daarbij gedacht worden aan het versterken van de mantelzorg en het vrijwilligerswerk, het versterken van de zelfzorg, het beter benutten van de mogelijkheden van ICT en verbetering van het aanbod van persoonlijke diensten en voorzieningen voor ouderen.

### **Gevraagde competenties**

Naast een toenemende zorgvraag die de personeelsbehoefte doet toenemen, is er ook sprake van een toenemende zorgzwaarte en complexiteit van de zorg. Bovendien zal deze zorg steeds vaker in een extramurale setting worden geleverd. Dit leidt er toe dat van medewerkers andere competenties dan voorheen gevraagd worden. Van medewerkers wordt steeds vaker een begeleidende rol gevraagd die sociaalagogische competenties vraagt. Zo zullen medewerkers steeds vaker de zelfredzaamheid van mensen moeten ondersteunen en vergroten. Deze veranderende competenties leiden tot andere competentieprofielen voor het personeel. Om in de toekomst te kunnen voorzien in de behoefte aan lager- en middelbaar opgeleiden, biedt meer werving en selectie van medewerkers op competenties in plaats van uitsluitend op beroepskwalificaties mogelijkheden. Op dit moment worden daartoe reeds initiatieven genomen, onder meer door het CWI met het inrichten van testcentra. Het is belangrijk dat er een goede afstemming is tussen verschillende initiatieven.

### **Veranderend aanbod van personeel**

In de afgelopen jaren is de mobiliteit op de arbeidsmarkt van de sector Zorg en WJK langzaam afgenomen. De uitstroom is gedaald vanwege de ruime arbeidsmarkt enerzijds en de gestegen participatie van vrouwen anderzijds. Door het geringere verloop en de minder uitbundige groei van de sector is daarnaast ook de instroom afgenomen. Verwacht mag worden dat de mobiliteit in de komende jaren weer zal stijgen. De aantrekkende economie zal leiden tot een hogere uitstroom, waardoor de vraag naar personeel extra toe zal nemen. De instroom in de achterliggende jaren kon worden gerealiseerd dankzij de ruime arbeidsmarkt. Dat zal een stuk moeilijker worden in een krappe arbeidsmarkt. Het is daarom van groot belang om het toen geworven personeel voor de sector te behouden.

In de nabije toekomst worden omvangrijke tekorten verwacht bij verzorgenden (niveau 3) en maatschappelijk dienstverleners (niveau 5). Tevens kunnen er afhankelijk van de ontwikkelingen in de kinderopvang op termijn knelpunten ontstaan voor sociaal-pedagogisch werkers (niveau 3). De instroom in de opleidingen voor verzorgenden is de afgelopen jaren gedaald. De vraag naar deze categorie personeel, die sterk in de ouderenzorg vertegenwoordigd is, blijft echter groeien. Zij maken in de sector Zorg nu al 40% van de gekwalificeerde verpleegkundigen en verzorgenden uit. Daarbij komt

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

dat de belangstelling voor de zorg onder VMBO-ers, van waaruit velen de opleiding tot verzorgende instromen, geringer is dan bij hoger opgeleiden uit het voortgezet onderwijs. Bovendien neemt het aantal gediplomeerden dat de VMBO verlaat in tegenstelling tot de HAVO en het VWO de komende jaren af. De intensiteit van het geschetste probleem rond verzorgenden verschilt regionaal.

Het veiligstellen van voldoende instroom in de opleidingen is één van de peilers van de personeelsvoorziening, waarmee niet vroeg genoeg kan worden begonnen, omdat er jaren overheen gaan voordat de leerlingen daadwerkelijk in de sector aan het werk gaan. Daarvoor dienen met name financiële randvoorwaarden te zijn ingevuld, vooral als het gaat om de beschikbaarheid van BPV-plaatsen. De achterliggende jaren zijn verschuivingen te zien tussen de BOL- en BBL-opleidingen. De BBL-opleidingen laten een conjunctuurgevoelige trend zien. Omdat BBL-leerlingen vrijwel allemaal ook daadwerkelijk in de sector aan de slag gaan en dus voor de sector behouden blijven, kan deze leerweg in een tijd van dreigende personeelstekorten een nivellerende werking op de tekorten hebben. Dit zal het belang van de BBL-opleidingen de komende jaren doen toenemen.

Naast het interesseren van jongeren voor een opleiding gericht op de sector Zorg en WJK en het verhogen van de instroom in deze opleidingen zijn er andere mogelijkheden om het aanbod aan personeel te vergroten. Zo zullen veel werkzoekenden de komende jaren in de sector aan het werk kunnen. Dit geldt te meer voor WW-ers die afkomstig zijn uit de sector Zorg en WJK en die waarschijnlijk snel aan de slag kunnen. Wellicht biedt het groeiende aanbod van sociaalagogen soelaas voor de tekorten aan verzorgenden. Andere mogelijkheden om in de personeelsbehoefte te voorzien, zijn het vergroten van de werkweekomvang van deeltijders en werknemers te stimuleren om langer door te werken.

Om in de toekomst te voorzien in gevraagde competenties en een hoog niveau van kwaliteit van zorg te kunnen bieden, is en blijft er ook behoefte aan hoger opgeleiden. Dit geldt ook voor niet-cliëntgebonden personeel. Op termijn kan het aanbod van hoger opgeleiden echter als gevolg van een samenspel van een aantrekkende economie en een beloningsachterstand voor deze groep medewerkers in deze sector, gaan teruglopen. Daardoor zouden ook hier in korte tijd knelpunten kunnen ontstaan.

Laagopgeleiden zijn in de sector Zorg en WJK relatief ondervertegenwoordigd. De sector zou moeten bezien hoe laagopgeleiden in de toekomst vaker in de sector kunnen worden ingezet en daarmee een oplossing bieden voor personeelstekorten. Werving en selectie op competenties in plaats van op diploma's zou hieraan kunnen bijdragen.

### **Vasthouden van het zittende personeel**

Een goede personeelsvoorziening begint met het beheersen van het verloop. In veel gevallen had een organisatie het vertrek van een medewerker kunnen voorkomen. Daarbij gaat het om werksfeer, de wijze van leidinggeven, loopbaan- en ontplooiingsmogelijkheden en werkdruk. Binnen de steeds groter wordende organisaties kan men door een adequaat mobiliteitsbeleid voor het personeel aantrekkelijke loopbanen creëren. Het aandeel mensen met middelbare leeftijd neemt langzaam toe. Met name werkgevers in de zorgsector zien hier knelpunten ontstaan. Dit doet de noodzaak voor levensfasebewust personeelsbeleid toenemen.

Voordat nieuw personeel wordt aangetrokken, zullen organisaties eerst meer vragen van het zittende personeel. Nu al is de werkdruk voor werkgevers het belangrijkste knelpunt in het per-

soneelsbeleid. Er zijn met name maatregelen nodig om een goede personeelsbezetting, verdere flexibilisering van arbeid en arbeidstijden te realiseren. Goede randvoorwaarden in arbeidstijden, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden en beloning, kunnen personeel behouden voor de organisatie en voor de sector. Bovendien hebben goede werkomstandigheden een gunstig effect op het verzuim.

#### **Klaar voor de toekomst?**

Wil de sector klaar zijn voor de toekomst, dan zal zij een antwoord moeten vinden op een aantal vragen. Hoe zorgen we ervoor dat er nog meer jongeren in de sector aan de slag willen? Zijn de randvoorwaarden voor het werk gunstig genoeg dat medewerkers in de sector willen blijven werken? Is er veranderingsbereidheid bij het personeel? Zijn de opleidingen voldoende afgestemd op de competenties die instellingen vragen? Worden er voldoende (technische) innovaties ontwikkeld die bijdragen aan een doelmatige inzet van het personeel? Wat is er nodig om een flexibele personeelsvoorziening te realiseren, zowel op regionaal als op lokaal niveau, die afdoende kan inspelen op dreigende knelpunten? De antwoorden op deze vragen zijn niet eenvoudig te vinden, maar wel noodzakelijk om de personeelstekorten te beperken. Dan nog is het de vraag of er op de lange termijn voldoende personeel beschikbaar is voor de sector en of er geen ingrijpendere maatregelen nodig zijn. Het gevaar dreigt anders dat de personeelstekorten ten koste zullen gaan van de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de sector Zorg en WJK.

# Literatuurlijst



## Literatuurlijst

Arbeidsinspectie (2006), *Kinderopvang. Inspectieonderwerp: Fysieke belasting werknemers*, Arbeidsinspectie, Den Haag

Arensberger, C. van & S. Liefhebber (2005), *Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg*, NIZW Beroepsontwikkeling, Utrecht

Baaijens, Christine & Joop Schippers (2005), *Arbeidstijden: Nederland in Europees perspectief*, in: Christine Baaijens, Peter Ester & Joop Schippers (red.), *De toekomst van de arbeidstijden* (blz. 157-176), Dutch University Press, Amsterdam

Berkhout, Ernest, Arjan Heyma & Wiemer Salverda (2006), *Beloningsverschillen tussen de marktsector en collectieve sector in 2004*. SEO-rapport nr. 889, SEO, Amsterdam

Blaauw Research (2006), *Werken in de zorg: belangrijk en nuttig. Landelijke BeroepsKeuzeMonitor 2006*, Blaauw Research bv, Rotterdam

Boer, Paul den & Ben Hövels (2004), *Ruimte maken en benutten. De aansluiting tussen beschikbare en vereiste competenties bij gediplomeerden van het nieuwe opleidingsstelsel verpleging en verzorging*, OSA-rapport ZW55, OSA, Tilburg

Bosch, C.J. van den, C. Bouius, M.P. Eikens-Jansen & M.J.D. Romkes-Heuvelman (2003), *Werknemersverzekeringen in de sectoren Zorg en WJK in 2000 en 2001*, OSA-publicatie ZW50, OSA, Tilburg

Breedveld, Elly, Sandra van Wersch, Willem de Lange & Aad de Roo (2004), *Gevraagd: nieuwe competenties. Ontwikkelingen in de zorg en de effecten op de vraag naar arbeid en het HRM beleid*, OSA-rapport ZW58, OSA, Tilburg

Capaciteitsorgaan (2005), *Capaciteitsplan 2005 voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Advies 2005 over de initiële opleiding geneeskunde*, Capaciteitsorgaan, Utrecht

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2005), *Bedrijvendynamiek in de zorgsector*, in: *Gezondheid en zorg in cijfers 2005* (blz. 77-87), CBS, Voorburg

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 27 mei 2005), *Stijging zorguitgaven loopt sterk terug*, PB05-064, [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 30 mei 2006), *Zorguitgaven stijgen steeds minder*, PB06-060, [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 19 juni 2006), *Weinig animo om door te werken tot 65%*, Webmagazine, [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 15 augustus 2006), *Meer vacatures*, Persbericht PB06-084, [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)



- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 21 september 2006), *Werkloosheid gedaald tot 400 duizend*, PB06-091, [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 28 september 2006), *Economie groeit 2,8% in het tweede kwartaal 2006*, PB06-093, [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 29 september 2006), *Banengroei houdt aan in tweede kwartaal*, PB06-094, [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)
- Cörvers, F. & E. Lintjens (2006), *Het instroomniveau voor schoolverlaters op de arbeidsmarkt*, Raad voor Werk en Inkomen, Den Haag
- Centraal Planbureau (CPB, 2006), *Macro Economische Verkenning 2007*, [www.cpb.nl](http://www.cpb.nl)
- Centrum voor Werk en Inkomen (CWI, 2006a), *Nieuwsflits Arbeidsmarkt september 2006*, [www.cwinet.nl](http://www.cwinet.nl)
- Centrum voor Werk en Inkomen (CWI, 2006b), *CWI Arbeidsmarktprognose 2006-2011*, CWI, Amsterdam
- CTG/ZAio (2006), *Doelmatigheid verpleeghuizen in relatie tot verantwoorde zorg onderzocht*, [www.nza.nl](http://www.nza.nl)
- CTG/ZAio & CTZ (2006), *Monitor extramurale AWBZ-zorg. Analyse van de marktontwikkelingen in 2005 en 2006*, [www.nza.nl](http://www.nza.nl)
- Dell, M.W. & L.J.R. Vandermeulen (2005), *Arbeidsproductiviteit in de zorg*, OSA-publicatie ZW63, OSA, Tilburg
- Derks, W., P. Hovens & L.E.M. Klinkers (2006), *Structurele bevolkingsdaling. Een urgente nieuwe invalshoek voor beleidsmakers*, Raad voor Verkeer en Waterstaat en VROMraad, Den Haag
- Devilee, Jeroen (2005), *Vrijwilligersorganisaties onderzocht. Over het tekort aan vrijwilligers en de wijze van werving en ondersteuning*, SCP, Den Haag
- Ecorys en Seor (2006), *Vraag en aanbod van personeel in de collectieve sector tot 2013*, Ecorys/Seor, Rotterdam, [www.minbzk.nl](http://www.minbzk.nl)
- Erdem, Ö., I. Pieters & P. Venema (2002), *Arbeidsvoorwaardenontwikkelingen in 2001: Een onderzoek naar ontwikkelingen in bruto-uurlonen, extra uitkeringen en afdrachtverminderingen*, Arbeidsinspectie, Den Haag
- Ernst en Young (24 augustus 2006), *Idee langer werken went. Nederlandse werknemer verwacht langer door te werken*, Nieuwsbericht, [www.ey.nl](http://www.ey.nl)
- Essen, Gerard van, Edith Josten & Hanne Meihuizen (2004), *Arbeid in zorg en welzijn. Integrerend OSA-rapport 2004*, OSA-publicatie ZW60, OSA, Tilburg

Essen, Gerard van, Maartje Derks & Ineke Bloemendaal (2006), *Praktijkervaringen met taakherschikking in de zorgsector*, MOBG, Utrecht

Essen, G. van, R.C.K.H. Smeets & F. van der Velde (2006), *Wmo en de arbeidsmarkt van de thuiszorg. Deelrapport meting I en II*, Stichting FAOT, Den Haag

Fouarge, Didier, Anne Gielen, Rob Grim, Marcel Kerkhofs, Amelia Román, Joop Schippers, Ton Wilthagen (2006), *Tendrapport Aanbod van Arbeid 2005*, OSA-publicatie A220, OSA, Tilburg

Gerardts, L. (2005), *Jaarboek werknemers in de zorg 2005*, Abvakabo FNV, Zoetermeer

Groot, Inge, Lucy Kok & Monique Aerts (2003), *Zorgverleners zonder zekerheid. De arbeidsmarktpositie van freelancers en van werknemers voor mensen met een persoonsgebonden budget*, OSA-publicatie ZW44, OSA, Tilburg

Heyma, A., K. Tijdens, L. Janssens & E. Berkhout (2005), *De aantrekkelijkheid van de collectieve sector als werkgever. Een vergelijking van beloningsverschillen tussen de collectieve sector en marktsector*, SEO-rapport nr. 797, SEO: Amsterdam

Heyma, A. & M. Zijl (2005), *De weg terug: van arbeidsongeschiktheid naar werk*, SEO, Amsterdam

Houtman, Irene, Peter Smulders & Seth van den Bossche (2006), *Arbobalans 2005. Arbeidsrisico's, effecten en maatregelen in Nederland*, TNO, Hoofddorp

Jongh, D.M. de, A.J.E. de Veer, F.J.J. Bolle & J.Th.C.M. de Kruif (2006), *De aantrekkelijkheid van het beroep 2005, Een peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden*, NIVEL, Utrecht.

Kerstholt, Willem, Peter Kee & Robin Milot (2006), Vergrijzing en dynamiek van werknemers naar bedrijfstak, in: CBS (2006), *Sociaal-economische trends, 2<sup>e</sup> kwartaal 2006* (blz. 44-50), CBS, Voorburg, [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

Kok, L., M. Biermans, I. Groot, L. Janssens, J.A. Korteweg, J. Maljers, K. van Bemmerl & M. van Praag (2005), *Morgen zonder zorg(en)? Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg*, SEO, Amsterdam

KPMG (2005), *Brancheverkenning Gehandicaptenzorg*, KPMG Gezondheidszorg, Amsterdam

KPMG (2006a), *Brancheverkenning GGZ*, KPMG Gezondheidszorg, Amsterdam

KPMG (2006b), *Brancheverkenning Verpleging en Verzorging*, KPMG Gezondheidszorg, Amsterdam

Kuhry, B. & E. Pommer (2006), *Publieke productie en persoonlijk profijt. De productie van publieke diensten en profijt van de overheid, 1990-2003*, SCP, Den Haag

Ministerie van BZK (2006), *Trendnota Arbeidszaken Overheid 2007*, Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 30801, nrs. 1-2, Sdu Uitgevers, Den Haag

Ministerie van VWS (2001), *Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geestelijke gezondheidszorg*, Ministerie van VWS, Den Haag

Nederlandse Vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (NVSPV, 2004), *Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige*, AVVV, Utrecht

Ott, Marlies, Pieter Paardekooper & Willem van der Windt (2005), *Arbeid in Zorg en Welzijn 2005. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*, Prismant, Utrecht

OSA (2005), *Allochtonen blijven ondervertegenwoordigd in personeelsbestand zorg en oververtegenwoordigd in welzijn, jeugdzorg en kinderopvang*, Trendbericht zorg en welzijn, OSA, Tilburg

OVDB (2006), *Informatie arbeidsmarkt en onderwijs 2006-2007*, OVDB, Bunnik

Paardekooper, Pieter & Sander van Montfort (2005), *HR-beleid in ziekenhuizen. Resultaten van een onderzoek voor de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen*, [www.staz.nl](http://www.staz.nl)

Portegijs, Wil, Mariëlle Cloïn, Ingrid Ooms & Evelien Eggink (2006), *Hoe het werkt met kinderen. Moeders over kinderopvang en werk*, SCP, Den Haag

PricewaterhouseCoopers, Instituut Werk en Stress, NIVEL, TNO Management Consultants (2005), *Brancherapport Z-orgbenchmarkonderzoek thuiszorg 2004*, PWC, Utrecht

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2006), *Arbeidsmarkt en zorgvraag*, RVZ, Den Haag

Raad voor Werk en Inkomen (RWI, 2006), *Arbeidsmarktanalyse 2006*, RWI, Den Haag

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, 2006), *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*, RIVM, Bilthoven, [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

ROA (2005), *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2010*, ROA-R-2005/9, ROA, Maastricht, [www.roa.unimaas.nl](http://www.roa.unimaas.nl)

Ross-van Dorp, C. (2006), *(Stand van zaken invoering) Wmo*, Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, kenmerk DMO/CB/U-2715322

Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP, 2005a), *De sociale staat van Nederland 2005*, SCP, Den Haag

Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP, 2005b), *De jeugd in Nederland, enkele cijfers...*, SCP, Den Haag

Uitvoering Werknemersverzekeringen (UWV, 2005), *Sector 35, Gezondheid, geestelijke en maatschappelijke belangen t/m 4e kwartaal 2004. Kwartaalrapportage*, [www.uwv.nl](http://www.uwv.nl)

- Vandermeulen, L.J.R. (2006), *Meting Arbeidsproductiviteit Zorg: een uitdaging*, Prismant, Utrecht
- VBOC-AVV (2006), *Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening*, AVVV, Utrecht
- Venema, P., A. Faas & J. Samadhan (2003), *Arbeidsvoorwaardenontwikkeling in 2001: Een onderzoek naar ontwikkelingen in bruto-uurlonen, extra uitkeringen en afdrachtverminderingen*, Arbeidsinspectie, Den Haag
- Venema, P.M., A. Faas, J. Hoeben & J.A. Samadhan (2005), *Arbeidsvoorwaardenontwikkeling in 2004: Een onderzoek naar ontwikkelingen in de bruto-uurlonen en de extra uitkeringen*, Arbeidsinspectie, Den Haag
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN, 11 mei 2005), *Staatssecretaris Ross neemt competentieprofiel voor de gehandicaptenzorg in ontvangst*, [www.vgn.org](http://www.vgn.org)
- Vlaar, P., M. van Hattum, C. van Dam & R. Broeken (2005), *Klaar voor de toekomst; een nieuwe beroepsstructuur*, NIZW, Utrecht
- Vliet, K. van, J.W. Duyvendak, N. Boonstra & E. Plemper (2004), *Toekomstverkenning ten behoeve van een beroepsstructuur in zorg en welzijn*, Verwey-Jonker Instituut, Utrecht
- Vonk, M. & M. Engelen (2005), *Programma VASt in bedrijf: Nulmeting Eindrapport*, Research voor Beleid, Leiden
- Vuuren, Daniël van & Rob Euwals (2006), *De structurele groei van het arbeidsaanbod op middellange termijn*, CPB-memorandum 155, CPB, Den Haag, [www.cpb.nl](http://www.cpb.nl)
- Wiegers, T.A. & B.M. Janssen (2006), *Monitor verloskundige zorgverlening: eindrapport*, NIVEL, Utrecht
- Windt, W. van der & P. Evers (2002), *Verjonging en vergrijzing, toepassing van een Simulatiemodel Leefstijdsopbouw Zorgsector*, OSA-publicatie ZW38, OSA, Tilburg
- Windt, Willem van der & Henriëtte Talma (2005), *De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogen in de zorgsector 2004-2008*, Prismant, Utrecht
- Windt, Willem van der & Henriëtte Talma (2006), *RegioMarge 2006. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen*, Prismant, Utrecht
- Windt, Willem van der (2004), *Verkenningen voor RegioMarge*, OSA-publicatie ZW53, OSA, Tilburg



**Prismant**



Antwoord op uw vragen