

Arbeidsmarktverkenning 2011

Stedendriehoek



WGV



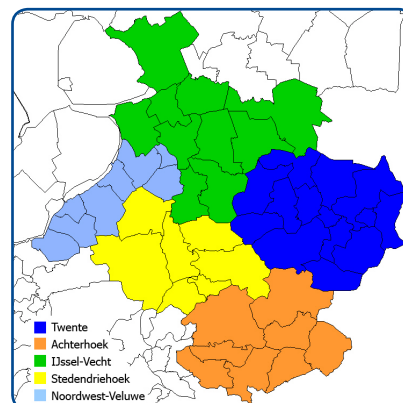
Werkgeversvereniging
Zorg en Welzijn
Oost-Nederland

Inhoudsopgave

Ten geleide	3
1. Inleiding	4
2. Werkgebied Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn Oost-Nederland	6
2.1 Grensregio	6
2.2 Arbeidsmigratie	6
3. Demografische ontwikkelingen; de consequenties	7
3.1 Ontgroening	7
3.2 De middengroep	8
3.3 Zorgvraag	8
4. Onderwijs	9
4.1 Aansluiting onderwijs en arbeidsmarkt	9
4.2 Instroom in opleidingen	10
4.3 Een leven lang leren	12
4.4 Diploma-erkenning	12
4.5 Deeltijdbanen	13
5. Arbeidsmarkt, werken in de zorg; voor alle generaties	14
5.1 Beeldvorming en imago	14
5.2 Redenen om te werken in de sector	14
5.3 Generaties	14
5.4 Duurzame inzetbaarheid	14
5.5 Gezondheid 2.0	15
5.6 Mantelzorg	15
5.7 Sociale innovatie	15
5.8 Arbeidsbesparende innovatie	15
5.9 50-plus	16
5.10 Mobiliteit	17
5.11 Flexibiliteit	17
5.12 Ziekteverzuim	17
5.13 Netto verloop	18
5.14 OBU en Flex-pensioen	18
5.15 Vervangingsvraag	18
5.16 Werving	19
5.17 Servicepunten en netwerken intersectorale mobiliteit	19
5.18 Niet-werkende werkzoekenden	19
6. Arbeidsmarkt sector zorg en welzijn Stedendriehoek	21
7. Ontwikkelingen en consequenties voor de arbeidsmarkt per sector	23
7.1 Eerstelijnszorg	23
7.2 Ziekenhuiszorg	24
7.3 Ouderenzorg	25
7.4 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	27
7.5 Gehandicaptenzorg (GHZ)	29
7.6 Jeugdzorg	30
8. Conclusies	33
9. Aanbevelingen	35
10. Gehanteerde bronnen	36
11. Afkortingen	37
12. Begrippen	38
13. Gemeenten in de Stedendriehoek	39
14. Opleidingsinstituten	40

Ten geleide

De arbeidsmarktverkenning 2011 van de Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn Oost-Nederland bestaat uit rapportages voor de subregio's Twente, Achterhoek, IJssel-Vecht, Noordwest-Veluwe en de Stedendriehoek. Tevens is er een samenvatting gemaakt in de vorm van een poster waarin op grote lijnen de centrale thema's, conclusies en aanbevelingen zijn terug te vinden. De samenvatting heeft betrekking op het gehele werkgebied van de vereniging. Alle publicaties zijn te downloaden via www.wgvoost.nl. De peildatum voor het gehanteerde cijfermateriaal in de grafieken is 31 december 2010.



Zoals ook gebruikelijk bij de vorige verkenningen is bij het opstellen van de verkenning voor 2010-2011 gebruik gemaakt van de informatie vanuit interviews met bestuurders of hoofden Personeel & Organisatie van zorgorganisaties in de regio, informatie vanuit de diverse netwerken van de WGV, input vanuit het onderwijsveld en ander bronnenmateriaal. Bekende gegevens zijn geëxtrapolerd naar regioniveau. Deze extrapolatie is met actueel cijfermateriaal van PGGM aangevuld.

Voor de arbeidsmarktprognose is gebruik gemaakt van het instrument RegioMarge. Daarmee worden ontwikkelingen aan de vraagkant van de zorg, zoals groei en krimp binnen sectoren en het ontstaan van nieuwe zorgproducten, geconfronteerd met ontwikkelingen aan de aanbodzijde: het aanbod van personeel, instroom van leerlingen en studenten in de opleidingen, uitstroom uit de sector et cetera. Ook krijgen ziekteverzuim, mobiliteit van personeel tussen sectoren en bijvoorbeeld de vergrijzing van personeel binnen een sector een plaats.

Voor deze verkenning is 2010 het peiljaar, als richtjaar is gekozen voor 2014. Het beeld wat is ontstaan geeft een 'koude' prognose voor 2014 weer. Er heeft geen doorrekening plaatsgevonden van het mogelijke effect van eventuele beleidsmaatregelen.

Per regio is specifiek aandacht geschonken aan de ontwikkelingen in een aantal deelsectoren: de eerstelijnszorg, ziekenhuiszorg, gehandicaptenzorg, de ouderenzorg (inclusief thuiszorg), de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg. Er wordt niet of nauwelijks ingegaan op de ontwikkelingen in domeinen als sociaal-cultureel werk en de maatschappelijke dienstverlening. Ook op de ontwikkelingen in de kinderopvang en de overige zorg (een restgroep die niet eenduidig bij een van de andere deelterreinen past) wordt in dit onderzoek niet nader ingegaan. In de totale werkgelegenheid per (sub)regio zijn deze deelsectoren wel meegenomen.

1. Inleiding

“Een kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg is cruciaal voor een samenleving. Mensen hebben recht op de best mogelijke zorg die er is. In Nederland is de zorg over het algemeen goed toegankelijk. De kwaliteit van de zorg kan nog beter, de kosten moeten beter worden beheerst”, aldus het regeerakkoord. (Bron: Regeerakkoord 2010)

De factor arbeid is in dit kader een belangrijke peiler. Zorg is mensenwerk. De kwaliteit van zorg is voor een belangrijk deel afhankelijk van de beschikbaarheid van voldoende en goed gekwalificeerde medewerkers. Tegelijkertijd is duidelijk dat de inzet van professionals leidt tot kosten. Een beleid dat is gericht op kostenbeheersing heeft derhalve gevolgen voor de vraag naar personeel in de sector zorg en welzijn. Politiek-maatschappelijke ontwikkelingen zijn slechts één van de vele factoren waarmee rekening moet worden gehouden.

Hoe ontwikkelt zich de vraag naar personeel en waar worden knelpunten verwacht?

De Nederlandse economie lijkt sneller van de economische crisis te herstellen dan velen hadden verwacht. Hoewel de werkloosheid minder snel is toegenomen dan aanvankelijk werd aangenomen, is het tekort op de Rijksbegroting juist veel sneller gestegen. Het nieuwe kabinet heeft een omvangrijk pakket van ombuigingen en maatregelen aangekondigd. In dat kader wordt ingezet op een vermindering van de collectieve lastendruk.

Op macroniveau zijn binnen de sector zorg en welzijn de volgende trends te onderscheiden:

- Vergrijzing
- Ontgroening
- Groeiende zorgvraag
- Groeiende vervangingsvraag
- Dalend arbeidspotentieel
- Stijgende kosten
- Terugtrekkende overheid
- Decentralisatie van overheidstaken
- Groeiende invloed van zorgverzekeraars

De stijgende kosten voor zorg en welzijn hebben zich de afgelopen jaren onverminderd voortgezet. De overheid probeert deze groei af te remmen door een verhoging van eigen bijdragen, verkleining van het pakket, verhoging van drempels en verschuiving van verantwoordelijkheden. Tegelijkertijd wordt ingezet op verdere efficiencyverhoging en toename van de marktwerking.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft in haar advies Perspectief 20/20 aangegeven dat ontwikkelingen in de uitgaven voor de zorg nopen tot veranderingen. De uitgaven in de cure blijven stijgen en de kosten van de AWBZ stijgen excessief. Zonder ingrijpen op aanspraken, veranderingen in het gedrag van zorgverleners, zorgvragers en veranderingen in het organiseren van de inhoud van het aanbod van zorg, dreigt de toegankelijkheid en kwaliteit in het geding te komen.

Zorgverzekeraars staan onder druk om de premies niet te veel te laten stijgen, wat betekent dat de druk op zorgaanbieders wordt verhoogd. Gemeenten zullen niet alleen worden geconfronteerd met een uitbreiding van taken en verantwoordelijkheden op het gebied van zorg en welzijn, maar tegelijkertijd zullen ze te maken krijgen met een beperking van de financiële ruimte.

Als gevolg van de vergrijzing en medisch-technische ontwikkelingen neemt de behoefte aan zorg toe. De onderlinge solidariteit en maatschappelijke bereidheid om vraagstukken

op het gebied van zorg en welzijn als samenleving op te pakken staat onder druk. Het keuzevraagstuk blijft een heet hangijzer. Toch is een verschuiving waarneembaar van 'ziekte en zorg' naar 'gedrag en gezondheid'. Dat wil zeggen dat de bevolking steeds meer aangesproken wordt op de eigen verantwoordelijkheid en de vraagstukken weer meer op het bord van de individuele patiënt en diens sociale netwerk worden neergelegd. Continuïteit van zorg is daarmee niet alleen een arbeidsmarkt-vraagstuk maar ook een sociaal vraagstuk geworden.

De arbeidsmarkt in de sector zorg en welzijn heeft in 2010 een relatieve ontspanning laten zien. Tegelijkertijd hebben veel zorgorganisaties besloten taken af te stoten of anders te organiseren. Dat leidt er over het algemeen toe dat ook arbeidsplaatsen worden geschrapt.

Het aandeel zorg en welzijn in de totale beroepsbevolking maakt van de sector een zeer belangrijke bedrijfstak. Het belang voor de samenleving is zo groot dat personele knelpunten als maatschappelijk probleem worden ervaren. De aard van de werkgelegenheid in de sector is divers:

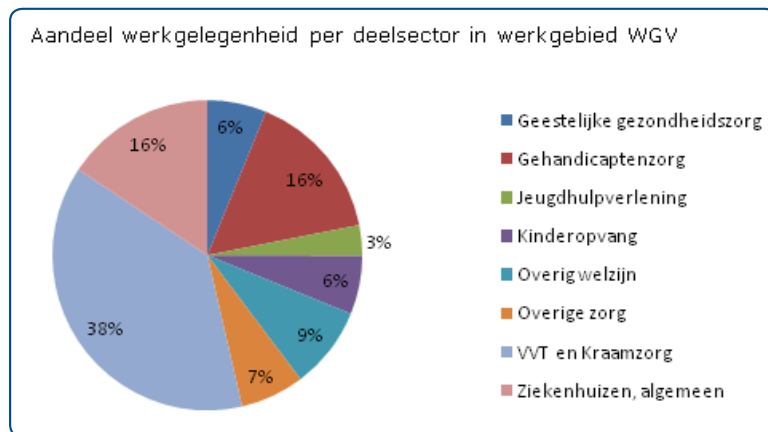
- van laag naar hoog opgeleide functies
- van kleine contracten tot fulltime banen
- de kans op een baan in de sector is groot
- er bestaat een hoge maatschappelijke waardering voor het werken in de sector
- er bestaat een grote diversiteit aan functies.

Het aantal werkzame personen in zorg en welzijn is de afgelopen 10 jaar sterk gegroeid. In 2000 waren 945.000 werknemers in Nederland werkzaam in zorg en welzijn, in 2010 zijn dit er al meer dan 1,3 miljoen. Een groei van meer dan 35%. Het is een verdienste van de sector dat men in staat is geweest om die groei ook in termen van personeelssterkte te realiseren. Tegelijkertijd blijken zorgwerknemers meer tevreden over hun baan dan werknemers in andere sectoren. Niet minder dan 82,7% van de werknemers blijkt (zeer) tevreden over hun baan (*Bron: arbeidsmarktbrief 2011, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*). Agressie en werkdruk blijven zonder meer een punt van aandacht.

2. Werkgebied Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn Oost-Nederland

Het werkgebied van de vereniging telt circa 1,9 miljoen inwoners, waarvan er 159.633 werkzaam zijn in de sector zorg en welzijn (*Bron: PGGM ultimo 2010*). Dat komt overeen met 18% van de beroepsbevolking. Omgerekend in fulltime equivalenten gaat het om 99.281 arbeidsplaatsen.

Het aantal stakeholders van de Werkgeversvereniging is groot. Inmiddels telt de vereniging 127 lidinstellingen. Het werkgebied is verdeeld over twee provincies, omvat 46 gemeenten, 5 RPA's, 11 werkpleinen, 4 hogescholen, 8 ROC's en 30 vmbo-scholen.



2.1 Grensregio

Op termijn krijgt vrijwel het gehele oostelijke grensgebied te maken met een krimpende bevolking. In het werkgebied van de WGV sluit een stukje IJssel-Vecht, Twente en de Achterhoek aan bij Duitse grensregio's. Voor het Noordelijke deel van de Nederlands-Duitse grensregio's geldt dat sprake is van landelijke gebieden met een lage bevolkingsdichtheid. Deze dichtheid stijgt naarmate deze grensgebieden zuidelijker liggen. Specifieke demografische informatie over de karakteristieken van desbetreffende regio's vereist verregaande studie. Wel is bekend dat zowel aan de Nederlandse als de Duitse kant van de grens de leeftijdsopbouw flink zal veranderen. Ook komen hier minder jongeren, meer ouderen en een afnemende beroepsbevolking. Het tempo van de vergrijzing ligt in het Duitse deel wel wat lager.

2.2 Arbeidsmigratie

Arbeidsmigratie in de zorgsector onderscheidt zich van migratie in de andere sectoren, omdat de zorg sterk bepaald wordt door overheidsregulering. Omdat de zorg een publieke sector is, heeft de overheid een grote invloed op de mate waarin en de manier waarop beroepskrachten in de gezondheidszorg worden opgeleid en ingezet. Om als verpleegkundige of verzorgende aan de slag te gaan, zijn de juiste kwalificaties vereist. Hoewel Europese wet- en regelgeving arbeidsmigratie binnen de Europese Unie gemakkelijker maakt, geldt dat (nog) niet voor een aantal nieuwe lidstaten, alsook voor migratie van buiten de Europese Unie.

3. Demografische ontwikkelingen; de consequenties

De structurele daling van de beroepsbevolking is in Noordoost-Groningen in 2003 begonnen. In 2008 zijn diverse andere regio's de top gepasseerd. Als na het huidige economisch dal de werkgelegenheid weer gaat groeien, wordt in regio's met een sterke vergrijzing waarschijnlijk niet meer het niveau gehaald van 2008. Er wonen dan in die regio's inmiddels niet meer voldoende mensen om aan de vraag naar arbeidskrachten te voldoen. Ook Oost-Nederland wordt hiermee geconfronteerd.

Als geheel groeit de bevolking van Nederland nog enigszins. In ruim 60% van de gemeenten zal tot 2025 het aantal inwoners dalen, waar de gemeenten met meer dan 100.000 inwoners nog wel groei laten zien. Substantiële krimp heeft gevolgen voor tal van beleidsterreinen variërend van woningmarkt, onderwijs, zorg en arbeidsmarkt, tot behoud van leefbaarheid en instandhouding van het voorzieningenniveau. "Groeidenken vormt een belemmering voor het vermogen om op goede en positieve manier met bevolkingskrimp om te gaan." Krimp biedt namelijk ook kansen voor bijvoorbeeld ruimte, intensieve productieprocessen, instandhouding open ruimte en een beter leefmilieu. Combinaties van groei- en krimpdoelstellingen kunnen verstandig zijn, mits van realistische veronderstellingen wordt uitgegaan en niet streeft naar groei ten koste van. (*Bron: www.bevolkingsdaling.nl zie ook het Interbestuurlijk Actieplan Bevolkingsdaling 'Krimpen met Kwaliteit' november 2009, ondertekend door vertegenwoordigers van het Rijk, provincies en gemeenten*)

Oudere samenlevingen vermijden risico's, de productiviteit neemt af en de tijdshorizon wordt beperkter (*Bron: Global Aging Initiative Washington, Richard Jackson, Volkskrant 8 maart 2011*). Zorg en pensioenkosten stijgen, wat ten koste kan gaan van investeringen in scholing en innovatie, hetgeen doorwerkt op de economie en de internationale positie.

Ook uit gepubliceerde scenario's van het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) en de Universiteit van Leeds blijkt dat tegenover elke werkende nog gemiddeld 1,1 niet-werkend persoon staat. In 2050 zal deze verhouding uitkomen op 1,7.

Niet alleen de bevolking vergrijst. Ook de beroepsbevolking en het personeelsbestand van de sector worden geconfronteerd met vergrijzing. Dat vraagt aandacht voor vitaliteit en duurzame inzetbaarheid en alle daarmee samenhangende vraagstukken. Het legt een grote druk op de sector zorg en welzijn om te innoveren en uitvalsrisico's te verminderen.

3.1 Ontgroening

Door de ontgroening is de aanwas te gering om de beroepsbevolking op peil te houden. Volgens het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA) zal het aantal nieuwe banen de komende jaren groter zijn dan het aantal schoolverlaters en afgestudeerden dat op de arbeidsmarkt toetreedt. Niet alleen zal een kwantitatieve mismatch kunnen gaan ontstaan, ook in kwalitatieve zin kan dit zich gaan voordoen. De eisen die aan medewerkers worden gesteld kunnen veranderen. Ook in de sector zorg en welzijn worden sommige functies complexer en worden andere (hogere) eisen gesteld.

De groei in de werkgelegenheid zal zich de komende jaren vooral voordoen in dienstverlenende beroepen en in de zorg. De mentale profielen van de huidige lichte jongeren passen echter beter bij de meer extraverte beroepen. Generaliserend: veel jongeren zoeken liever een baan waarin ze in de spotlights staan en veel van zichzelf kunnen laten zien, dan een baan waarin ze dienstbaar zijn. Juist deze sectoren krijgen echter te maken met tekorten.

3.2 De middengroep

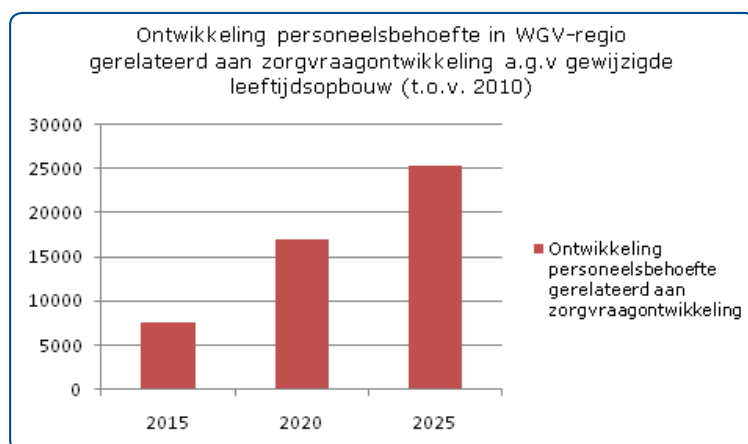
Het aandeel jongeren in de totale bevolking blijft grofweg gelijk. Het aandeel 65-plussers verdubbelt. Als gevolg hiervan zal het aandeel in de middencategorie teruglopen: van 61% in 2008 naar 53% in 2040. De potentiële beroepsbevolking zal ook de komende decennia nog voor een groot deel uit 50-plussers blijven bestaan. Het krimpen van de middengroep in combinatie met een te verwachten relatief hoge uitstroom vraagt veel aandacht voor het behouden van de intrinsieke kennis van een organisatie. Gezien de demografische ontwikkelingen valt te veronderstellen dat de uitstroom de komende jaren aanzienlijk toe zal gaan nemen.

3.3 Zorgvraag

Door een groeiende zorgvraag heeft Nederland steeds meer zorgpersoneel nodig. Het zorgvolume zal de komende periode jaarlijks groeien. Deze groei wordt voornamelijk veroorzaakt door sociaal-culturele, medisch-technologische en demografische ontwikkelingen, maar zal ook gunstig worden beïnvloed door te investeren in preventie en innovatie.

Om aan deze stijgende zorgvraag te voldoen dient het aantal zorgwerkers bij ongewijzigd beleid jaarlijks met ongeveer 3% te stijgen. De ontwikkeling van de beroepsbevolking blijft hierbij achter. De kloof tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt in de zorg zal dan ook steeds groter worden. Dit heeft als gevolg dat de vraag naar zorgpersoneel in toenemende mate druk uit zal oefenen op de Nederlandse arbeidsmarkt.

Bij zorgvraagontwikkeling is nuance op zijn plaats. Een demografische verschuiving betekent ook een verschuiving van de zorgvraag per doelgroep per sector. Er zijn immers wel meer ouderen, maar relatief ook minder jongeren. Hoewel bekend is dat de zorgvraag van ouderen veel sterker zal toenemen, zal relatief ook minder zorgvraag van jongeren geleverd hoeven te worden. Daarnaast gaat dit scenario uit van ontwikkelingen bij ongewijzigd beleid. (Bron: *Zorgen voor zorg, ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030, SCP; arbeidsmarktbrief 2011 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*)



In bovenstaande grafiek zijn demografische ontwikkelingen gekoppeld aan de ontwikkeling van de zorgvraag per leeftijdscategorie. Het uitgangspunt is dat relatief veel zorg nodig is in de leeftijd <5- en >70 jaar (Bron: *Wim Derks, Kenniscentrum voor Bevolkingsdaling en Beleid*). Voor Oost-Nederland zou deze doorrekening betekenen dat (bij ongewijzigd beleid) er ruim 25.000 extra zorg- en welzijnsmedewerkers nodig zijn om de groeiende zorgvraag als gevolg van de verandering van de leeftijdsopbouw van de bevolking te kunnen beantwoorden.

4. Onderwijs

De vereniging heeft in haar werkgebied te maken met 4 hogescholen, 8 ROC's en 30 vmbo-scholen. Het onderwijsveld is sterk in beweging. De invoering van het competentiegericht onderwijs en de afstemming met het beroepsveld vraagt veel aandacht. Nieuwe combinaties theorie/praktijk worden uitgetoet. Doorstroommogelijkheden worden vergroot. Er wordt gewerkt aan verlaging van de uitval tijdens opleidingen. Veel instellingen hebben leerafdelingen opgezet en betrekken het initieel onderwijs bij hun na- en bijscholingsprogramma's. De invoering van het competentiegericht onderwijs blijkt goed aan te sluiten bij de ontwikkelingsvragen vanuit het werkveld.

Het is duidelijk dat toekomstig arbeidsmarktperspectief bij de keuze voor beroepsopleidingen steeds belangrijker zal worden. Dat betekent dat bij de voorlichting niet alleen inzicht geboden moet worden in de inhoud van een opleiding, maar ook in de mogelijkheden die men na afronding van zo'n opleiding heeft. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat ouders invloed hebben op de studiekeuze van hun zoon of dochter. De mate waarin verschilt. Onderwijsorganisaties doen er echter goed aan om ouders bij de studiekeuze van hun kinderen te betrekken. Dit adviseert onder meer de Onderwijsraad in het rapport "Een succesvolle start in het hoger onderwijs". De verwachtingen van ouders ten opzichte van hun kinderen zijn namelijk vaak te hoog gespannen, waardoor kinderen nog al eens 'struikelen' gedurende de opleiding.

Het enkele jaren geleden door het Ministerie van VWS ingestelde stagefonds heeft bijgedragen aan meer stageplaatsen en een betere kwaliteit van die plaatsen. Het stagefonds wordt ook na 2011 voortgezet. In 2011 is 73 miljoen beschikbaar. In 2012 gaat het om 99 miljoen euro.

De sector heeft sterk geprotesteerd tegen de voorgenomen bezuinigingen op het onderwijs aan 30-plussers. Door het grote aandeel 30-plus studenten in zorgopleidingen zou deze sector onevenredig getroffen worden door de bezuinigingen bij OCW. Inmiddels is een akkoord bereikt waardoor jaarlijks toch nog bijna 20.000 30-plussers een zorgopleiding zouden kunnen volgen.

4.1 Aansluiting onderwijs en arbeidsmarkt

De aansluiting onderwijs-arbeidsmarkt is een blijvend vraagstuk. De koppeling van vraag en aanbod van stages is cruciaal om meerdere redenen:

- er moet zo veel mogelijk worden voorkomen dat beroepskrachten worden opgeleid voor functies waaraan geen of minder behoefte bestaat
- er moeten nu relatief meer beroepskrachten worden opgeleid voor functies waar sprake is van een dreigend tekort.

De vereniging investeert in de afstemming tussen werkveld en onderwijsinstellingen rond de opleiding van nieuwe beroepskrachten. Voorlichting is een belangrijk middel om scholieren en studenten te interesseren voor een (vervolg)opleiding gericht op de sectoren zorg en welzijn. De vereniging vervult een schakelfunctie naar scholen die aangeven behoefte te hebben aan gastlessen om hun leerlingen duidelijk te maken welke beroepsmogelijkheden er in de sector zijn. Gastlessen kunnen worden gegeven in alle onderwijsinstellingen: van basisschool tot wetenschappelijk onderwijs. Om leerlingen uit het vmbo kennis te laten maken met de diversiteit aan beroepen en werkvelden in de sector zorg en welzijn is de vmbo Carroussel opgezet.

Vanuit de arbeidsmarktbehoefte zouden studenten moeten kunnen beschikken over een zodanig brede opleiding dat zij in meerdere sectoren aan de slag zouden kunnen. Dit in tegenstelling tot de (begrijpelijke) wens naar een smallere (dus meer gericht op een specifieke sector) opleiding vanuit het werkveld.

De studentenaantallen in de verschillende opleidingsrichtingen geven slechts een beperkt beeld van het aantal beroepskrachten dat beschikbaar komt. Een groot aantal gediplomeerden kiest namelijk voor een vervolgopleiding (overstap vanuit vmbo naar mbo, vanuit mbo naar hbo en vanuit hbo naar wo).

De zorg blijkt en blijft een branche die erg gevoelig is voor imagoschade, waarbij incidenten het beeld bepalen. Dat geldt niet alleen voor zorgaanbieders, maar ook voor opleidingsinstellingen. Consistent en consequent optreden is dan een must.

Opleidingsinstellingen zoeken, veel meer dan in het verleden, actief afstemming met de praktijk. Zowel binnen het mbo als in het hbo worden medewerkers uit de praktijk steeds intensiever betrokken bij het onderwijs, terwijl gestimuleerd wordt dat docenten ook in de praktijk actief blijven. Hierdoor wordt de uitwisseling tussen theorie en praktijk verbeterd.

Hoewel kleinschaligheid, zowel in het onderwijs en in de zorg, steeds hoger op de agenda staat, is de schaalgrootte waarop zaken georganiseerd worden door fusies alleen nog maar toegenomen. Het gaat er in de toekomst steeds meer om, om evenwicht te vinden tussen de grootschalig organiseren en kleinschalig uitvoeren. De toenemende introductie van marktwerking kan hier een obstakel vormen. Met de start van nieuwe opleidingen kan een opleidingsinstituut inspelen op 'hypes', maar het is niet altijd duidelijk of er ook sprake is van voldoende arbeidsmarktperspectief.

Voor onderwijsinstellingen is het een uitdaging studenten voor te bereiden op hun toekomstige beroepspraktijk. Duidelijk is dat daarin andere competenties worden gevraagd dan nu het geval is. Er worden andere zorgconcepten ontwikkeld waarbij de rol van de professional verandert.

4.2 Instroom in opleidingen

De leerlingaantallen in het vmbo lopen gestaag terug. Dit zegt iets over de populariteit van het vmbo, alsook over de daling van het aantal jongeren. Om een beeld te geven van de omvang van dit vraagstuk: het aantal derdejaarsleerlingen in de richting zorg en welzijn is de periode 2004-2010 met 39% gedaald. Het aantal derdejaarsleerlingen in de theoretische leerroute is in dezelfde periode met 12% gedaald.

De effecten van een verminderende instroom in het vmbo zijn nog niet terug te zien in de instroomcijfers bij de mbo-scholen. De studentenaantallen daar blijven nog op peil door zij-instromers (veelal volwassenen) en de groeiende inspanningen van de scholen om zittend personeel naar een hoger kwalificatieniveau op te leiden.

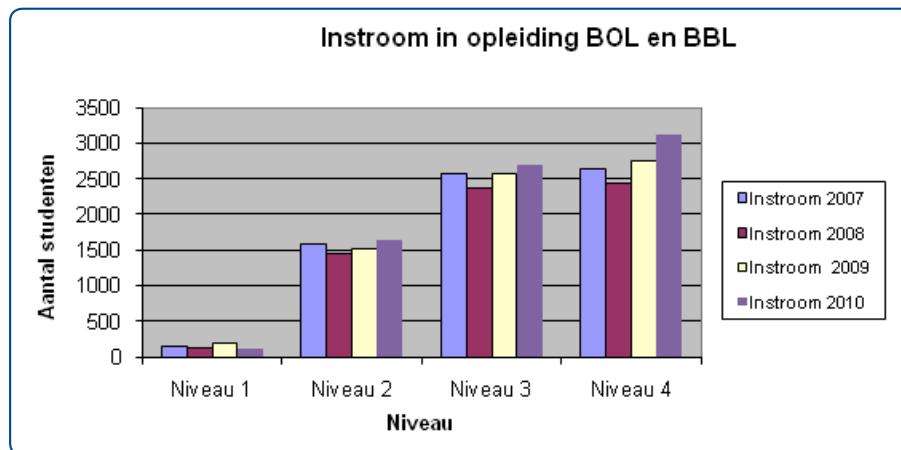
De ROC's maken zich terecht zorgen over het instroomniveau van de leerlingen. Terwijl het instroomniveau daalt, wordt van de onderwijsinstellingen verwacht dat zij studenten bijspijkeren zodat zij in staat zijn de landelijk ingevoerde reken- en taaltoets te halen. De voorwaarde voor het afgeven van een mbo-diploma (ongeacht de richting waarin studenten worden opgeleid) is dat zij deze reken- en taaltoets met goed gevolg hebben afgelegd. Dit kan ertoe leiden dat vaktechnisch goed geschoolde studenten toch geen einddiploma krijgen.

BBL opleiden met 1 of 2 BOL-startersjaren lijkt een toenemende voorkeur te krijgen. Waar dit niet het geval is blijkt een voorkeur te gaan ontstaan voor het werken met een leerafdeling met BOL-leerlingen die in een vergelijkbare constructie werken als BBL-leerlingen.

Op niveau 3 neemt de instroom in de opleiding Medewerker Maatschappelijke Zorg (MMZ) toe. Met deze opleiding wordt ingespeeld op de groeiende behoefte in het werkveld aan medewerkers die breder inzetbaar zijn. Het betekent dat medewerkers zowel verzorgende als begeleidingstaken kunnen uitvoeren en daarmee flexibeler inzetbaar zijn. Hierdoor kan de toenemende versnippering in geboden arbeidscontracten ook enigszins worden omgebogen.

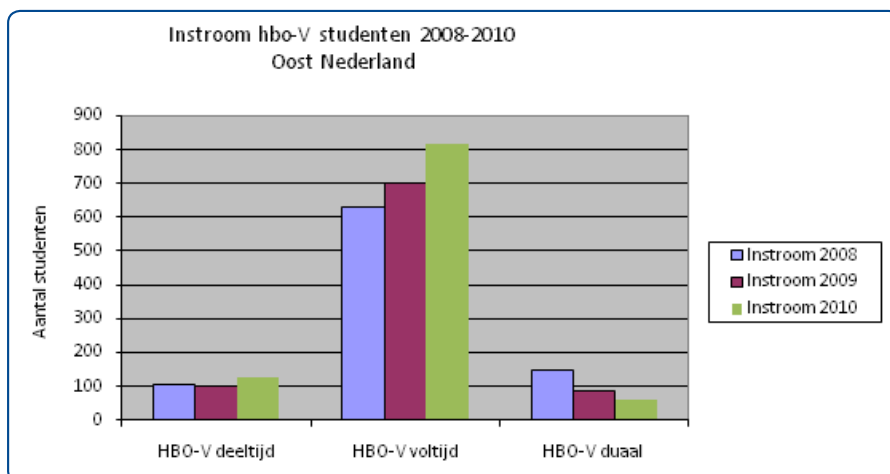
Gebleken is dat bijna 60% van de niveau 2 opgeleiden doorstroomt naar een niveau 3 opleiding. Het is duidelijk dat de opleidingsroute daarmee iets langer is dan noodzakelijk zou zijn. Tegelijkertijd is het van groot belang dat de sector ook investeert in de niveau 2 opleidingen. Dit om deze voedingsbron voor de niveau 3 opleidingen niet te laten opdrogen. Juist aan niveau 3 opgeleiden zal komende jaren veel behoefte bestaan.

De instroom in het mbo en hbo blijft wel op niveau, al is subregionaal wel sprake van verschillen. Ook de verdeling BOL-BBL blijkt te variëren. Waar in de ene regio meer voorkeur lijkt voor BBL opleiden, wordt elders meer gekozen voor de BOL-variant. In regio's waar sprake is van bovengemiddelde ontgroening is dit ook al zichtbaar in de daling van de instroom in de opleidingen.



Met het opwaarderen van het curriculum wordt gepoogd nieuwe elementen in de opleidingen in te brengen en deze daarmee ook meer aantrekkelijk te maken voor jongeren. Dat geldt zowel voor het mbo-, als het hbo-onderwijs.

Het hbo probeert via nieuwe opleidingen en herinrichting van bestaande opleidingen in te spelen op de behoefte vanuit het werkveld. De bachelors gerontologie en gezondheid en techniek zijn daar voorbeelden van. Door de introductie van lectoraten worden onderzoek, innovatie en praktijk dichter bij elkaar gebracht. Een belangrijk speerpunt daarbinnen is het hele domein van de ouderenzorg. Aansluiting bij het werkveld is hier essentieel om te kunnen garanderen dat 'nieuwe' opleidingen inspelen op de behoefte en helder is hoe deze nieuwe beroepskrachten ingepast kunnen worden in het functiebouwwerk.



(Bron: cijfermateriaal hbo-instellingen werkgebied WGV. Bewerking door de WGV)

4.3 Een leven lang leren

Competenties die tijdens een initiële opleiding zijn aangeleerd verwateren snel wanneer daar in de beroepspraktijk onvoldoende gebruik van wordt gemaakt. Kennis verouderd en bekwaamheden gaan verloren. Dat betekent dat er voortdurend geïnvesteerd moet worden in het behoud en vernieuwing van deze competenties. Een belangrijk hulpmiddel daarbij kan een elektronisch portfolio (e-portfolio) zijn. Een e-portfolio ondersteunt 'een leven lang leren' alleen wanneer afspraken worden gemaakt over standaardisatie. Het maakt het voor iedereen mogelijk zijn of haar competenties en de voortgang van de eigen ontwikkeling aan te tonen en bij te houden met behulp van ICT-middelen.

In een open proces is door een aantal partijen, op basis van de internationale IMS ePortfolio specificatie, een voor Nederland toepasbare standaard ontwikkeld (afsprake E-portfolio NL). Dit moet het mogelijk maken om in de toekomst een veel actiever beleid te gaan voeren bij het beheer en de ontwikkeling van zogenoemde 'competentievoorraden'. De individuele beroepskracht zal daarin een cruciale rol spelen. Hij/zij is in hoge mate zelf verantwoordelijk voor het onderhoud van kennis en vaardigheden en daarmee ook van de toekomstige inzetbaarheid. Dat betekent niet dat werkgevers zich terugtrekken. Het gaat eerder om het signaal dat de medewerker/beroepskracht steeds sterker wordt aangesproken op de eigen verantwoordelijkheid.

4.4 Diploma-erkenning

De obstakels bij de erkenning van diploma's voor in het buitenland gevolgde opleidingen zijn groot. Dit is met name van belang voor werkgevers die in grensregio's actief zijn. De grote verschillen tussen de Nederlandse en Duitse schoolsystemen maken het voor scholieren moeilijk om hun middelbare schoolopleiding in het buitenland voort te zetten, bijvoorbeeld bij een verhuizing. Het vergemakkelijken van de wederzijdse erkenning van opleidingskwalificaties en behaalde diploma's kan een belangrijke barrière wegnemen voor buitenlandse arbeidskrachten om in de zorg in Nederland aan de slag te gaan.

(Bron: Judith M. Roosblad, *Amsterdam Institute for Advanced labour Studies, Universiteit van Amsterdam*, "Vissen in een vreemde vijver: het werven van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland, ervaringen met en toekomstverwachtingen over arbeidsmigratie in de zorgsector")

4.5 Deeltijdbanen

In zorg en welzijn is het aantal deeltijdbanen groot en daarmee de gemiddelde werkweek kort. 60% van alle medewerkers is werkzaam op basis van een contract van 24 uur of minder. Er is wel sprake van de nodige verschillen tussen de diverse werksoorten. In de algemene ziekenhuizen en in de geestelijke gezondheidszorg is het gemiddelde parttime percentage 0,76% (meer grotere contracten). In de thuiszorg worden de kleinste contracten geboden (parttime percentage 0,49%). De overige branches zitten tussen beide percentages in. De afgelopen jaren is sprake geweest van een groei van het aantal kleine contracten. Om de sector aantrekkelijk te houden zou deze trend moeten worden omgebogen.

5. Arbeidsmarkt, werken in de zorg; voor alle generaties

5.1 Beeldvorming en imago

Knelpunten in zorg en welzijn worden vaak breed uitgemeten en de sector lijkt gefocust op negatieve signalen. Successen blijven veelal onderbelicht. Medewerkers willen geen deel van een probleem zijn maar deel van een oplossing. Ook de politiek reageert op knelpunten. Meer transparantie van de sector, eerlijkheid over de mogelijkheden ten aanzien van het werken in deze sector, een meer positieve externe profilering en inzet op positieve beeldvorming vergroten de kans op acceptatie en vergroten de aantrekkelijkheid van de sector als werkgever.

Boeien en binden van personeel is een verantwoordelijkheid van individuele werkgevers. Het profileren van de bedrijfstak zorg is een taak die instellingen in regionaal verband kunnen oppakken. Hierbij kan worden gedacht aan de organisatie van de Open Dag van de Zorg, voorlichting op scholen, werkpleinen of beurzen, bedrijfs- en werkbezoeken.

De sector kent als gevolg van de vergrijzing een grote personeelsbehoefte en biedt daarmee een gunstig arbeidsmarktperspectief. Met een sectorspecifieke opleiding is de kans op werk, nu en in de toekomst, erg groot. De hoeveelheid parttime functies maakt het over het algemeen goed mogelijk om werk en privé te combineren.

5.2 Redenen om te werken in de sector

Uit onderzoek blijkt dat in de afgelopen 30 jaar nauwelijks iets veranderd is als het gaat om de belangrijkste redenen om in de sector te komen werken. Salaris, werksfeer, inhoud, zekerheid en opleidingsmogelijkheden zijn en blijven de belangrijkste redenen (*Bron: YER en Intelligence Group; De Nederlandse arbeidsmarkt 2011-2015*). De rangorde van deze factoren blijkt evenals de manier waarop deze wordt ingevuld wel te veranderen. In 2011 staat salaris boven baanzekerheid. Kennis over deze verhoudingen zijn belangrijk voor het doen van goede arbeidsmarktvoorstellen.

5.3 Generaties

Om de nieuwe generatie te binden staan werkgevers voor een uitdaging. Met aan de ene kant het bieden van een aantrekkelijke werkomgeving waar voor de zelfredzamen voldoende uitdaging is, een leuke werkkring, in korte tijd veel ervaring opdoen en veel kunnen leren (eerder nog dan een carrièreperspectief), en aan de andere kant de structuurzoekers die meer behoefte hebben aan directe en duidelijke instructies. De grootste uitdaging is dan ook het veranderen van de stijl van leidinggeven. Dienend leiderschap gebaseerd op het geven van vertrouwen past over het algemeen beter dan een formele aansturing gebaseerd op hiërarchie. (*Bron: Motivaction en witboek Manpower; De grenzeloze generatie op de arbeidsmarkt*)

5.4 Duurzame inzetbaarheid

De inzetbaarheid van medewerkers is van groot belang voor de continuïteit van organisaties. Duurzaam inzetbaar is de mate waarin mensen productief, gezond en gemotiveerd willen en kunnen werken. In de organisatie of daarbuiten. Het inzetbaar houden kan groot effect hebben op kostenbeheersing (verzuim, arbeidsongeschiktheid), flexibiliteit, kennisbehoud en innovatief vermogen.

Ook in de gezondheidszorg lopen werkenden tegen tijdsknelpunten op, stelt de SER. Openingstijden van maatschappelijke organisaties zouden moeten worden verruimd en afspraken zouden beter op elkaar aan moeten sluiten. Meer digitale dienstverlening zou aan moeten sluiten bij een veranderende werkelijkheid. Plaatsongebonden werken en variabele

begin- en eindtijden zouden moeten kunnen leiden tot een betere combineerbaarheid van werk en privé over de gehele levensloop, hogere arbeidsdeelname en een duurzame, optimale arbeidsinzet van werkenden. (Bron: ontwerpadvies SER "Tijden van de samenleving" april 2011)

5.5 Gezondheid 2.0

In het rapport Gezondheid 2.0 wordt als vertrekpunt gehanteerd dat internet de zorg enorm gaat veranderen. De consument krijgt meer mogelijkheden om actief partner te worden en regie te nemen omdat hij digitaal ervaringen uit kan wisselen. Wel of geen Landelijk Schakelpunt om patiëntengegevens uit te wisselen, wel of geen Elektronisch Patiëntendossier. Het blijven nog even vraagtekens.

5.6 Mantelzorg

De nadruk zal steeds meer komen te liggen op de eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager en diens sociale netwerk. De druk op mantelzorg zal dus toenemen. Nederland telt 2,6 miljoen mantelzorgers. De geschatte waarde van mantelzorg ligt tussen de 4 en 7 miljard euro. Volgens het SCP combineert, van de werkende beroepsbevolking, 1 op de 8 werknemers werk met mantelzorgtaken. Zij besteden gemiddeld 17 uur per week aan mantelzorgtaken. Bijna de helft voelt zich overbelast.

Vrouwen (61%) verrichten vaker mantelzorgtaken dan mannen en dat betekent dat in sectoren waarin veel vrouwen werken, meer werknemers mantelzorgtaken hebben. Dit geldt in het bijzonder voor werknemers in de zorgsector, omdat zij zorgtaken vaak naar zich toetrekken. Ook sectoren met relatief veel oudere werknemers, zoals de overheid of de zorg, krijgen vaker met mantelzorg te maken dan sectoren waarin meer mannen en/of jongeren werken, zoals reclamebureaus of ICT-bedrijven. (Bron: www.werkenmantelzorg.nl en SCP)

5.7 Sociale innovatie

Sociale innovatie kan dienen als oplossing van tekorten en knelpunten, door efficiënter of slimmer werken, optimaal afstemmen van mensen en middelen en techniek, betere werk- en taakverdeling, flexibelere arbeidstijden en het effectiever benutten van talenten (competenties) van medewerkers. Combineren van technologische vernieuwing en slimmer werken kan leiden tot een aanzienlijke productiviteitsgroei. (Bron: FWG trendrapport 2010)

(Meer) sociale innovatie kan worden bereikt door ruimte te geven aan het excelleren van medewerkers. Medewerkers moeten zich kunnen ontplooiën en ondernemers moeten ruimte krijgen om te ondernemen. Sociale innovatie vraagt om een andere cultuur waar op falen geen stigma rust. (Bron: eindrapport van de Taskforce Sociale Innovatie "Sociale Innovatie, de Andere Dimensie" 2005)

5.8 Arbeidsbesparende innovatie

Technologische ontwikkelingen (kunstheup, -hart) zullen leiden tot een toenemende vraag. Maar de zorg voor de 'kwaal' zal wel afnemen. Arbeidsbesparende technologie kan dus leiden tot een toename van de vraag. (Bron: *Perspectief 20/20 en Ruimte voor arbeidsbesparende innovatie, Door slimmer werken meer kwaliteit met minder mensen*)

Als gevolg van een nieuwe technologie kan er ook sprake zijn van vervanging van arbeid of taakherschikking. Nieuwe technologie kan ook leiden tot een verbeterde planning of zorg op afstand met videocommunicatie, telethuiszorg, virtuele fysiotherapie (inzet WII),

dwaaldetectie, telegzorg psychiatrische patiënten of zorgrobotica. (Bron: Landelijk Congres Innovatieve Technologie in de Langdurende Zorg, november 2010, www.studiearena.nl)

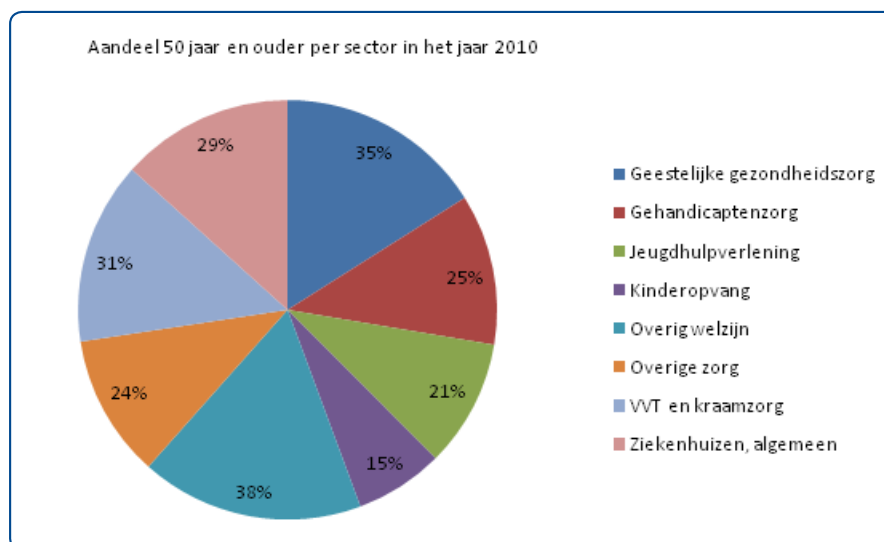
Een zo groot mogelijke mate van zelfredzaamheid van patiënten en cliënten moet het leidende principe worden in de zorg. Om de kwaliteit van zorg minimaal gelijkblijvend te kunnen houden, zal gezocht moeten worden naar een minder arbeidsintensieve manier van zorgverlenen, om ook de kosten enigszins beheersbaar te houden.

De ontwikkeling van de vraag zal leiden tot een duidelijke verschuiving van het aanbod van intramuraal naar extramuraal en van grootschalig naar kleinschalig. Ook zal het gebruik van PGB's (en zorgvouchers en andere vormen van persoonlijke inkoop) naar verwachting nog verder toenemen. Naast een discrepantie tussen vraag en aanbod zal ook een kwalitatieve verschuiving optreden. Er zal een nieuwe zorgvraag gesteld worden waardoor een ander aanbod vereist is.

Uit Engels onderzoek blijkt dat technologie vooral onzekerheid bij mensen wegneemt, waardoor de zorgvraag aanzienlijk kan afnemen. Een extra arbeidseffect van technologie zoals zorg op afstand ('de intensive care op afstand') is een mogelijkheid om medewerkers langer aan het werk te houden. Domotica en zorg op afstand kunnen onder meer bijdragen aan het verlagen van de vraag naar personeel (NPCF Stoom 2010), omdat mensen langer zelfstandig kunnen blijven. De vraag vermindert hierdoor weliswaar, maar het kan de eenzaamheid vergroten. Benadering van deze materie moet dus niet alleen vanuit het oogpunt van doelmatigheid worden gezien, maar ook vanuit kwaliteit. Dit geeft dus ruimte, al is tegelijkertijd duidelijk dat niet voor alle knelpunten technologische oplossingen gevonden kunnen worden.

5.9 50-plus

Was in 2004 het aandeel 50-plussers onder de werknemers in het werkgebied van de vereniging nog 21%, in 2010 is dit gestegen naar 30%.



(Brongegevens grafiek: PGGM, bewerking door de WGV)

De sectoren ziekenhuizen en VVT en kraamzorg vergrijzen relatief het snelst met een groei van het aandeel 50-plussers met respectievelijk 10 en 9% in de periode 2004-2010. Het aandeel 50-plussers op het totale personeelsbestand is echter het grootst in de sector overig welzijn, namelijk 38%. Het aandeel medewerkers in de leeftijd van 30 jaar en jonger

is in de vergelijkbare periode hetzelfde gebleven. Geen groei betekent in dit geval krimp van de middengroep (30-50 jarigen).

5.10 Mobiliteit

De mobiliteit van medewerkers in zorg en welzijn varieert tussen de 6 en 12%. Het laagst is deze in de sector ziekenhuizen en GGZ, het hoogst in de sector VVT en kraamzorg. Het overgrote deel van de mobiliteit is bruto verloop. Medewerkers vertrekken uit de instelling, maar blijven behouden voor de sector zorg en welzijn. Het pendelen binnen dezelfde sector is het laagst binnen de GGZ. Fusies van organisaties beïnvloeden deze bewegingen wel.

5.11 Flexibiliteit

De sector speelt steeds meer in op de behoefte van de bevolking aan meer flexibiliteit in het aanbod. Steeds vaker worden openingstijden van bijvoorbeeld behandelpoli's verlengd. Door werkprocessen beter af te stemmen kunnen doorlooptijden (diagnostiek/onderzoek/behandeling) worden verkort. Een uitbreiding van openingstijden naar de avonduren heeft ook consequenties voor de personeelsinzet. Er ontstaat een extra vraag naar medewerkers die buiten kantooruren willen werken. Ruimere openingstijden vragen meer maatwerk bij het vinden van een juiste combinatie werk en privé, maar bieden tegelijkertijd ook perspectief voor medewerkers die streven naar een uitbreiding van hun contractomvang.

5.12 Ziekteverzuim

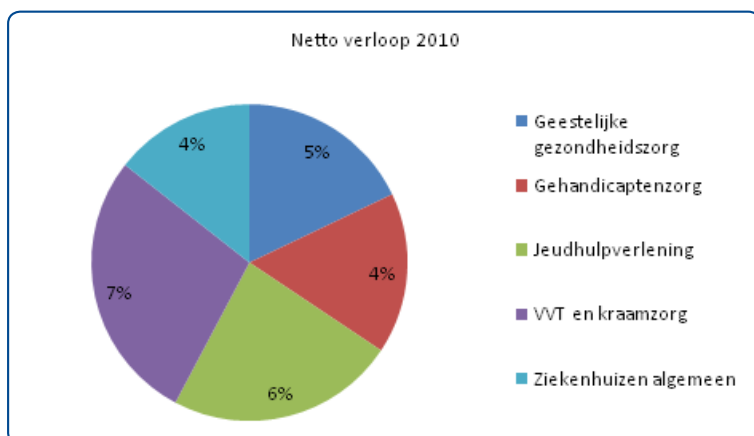
In 2010 is het ziekteverzuim in de zorgsector voor het vierde opeenvolgende jaar licht gedaald. Dit blijkt uit de jaarcijfers van Vernet Verzuimnetwerk BV. In 2010 bedroeg het verzuimpercentage in Nederland 5,26% en in het werkgebied van de vereniging 5,62%. De landelijke daling werd veroorzaakt door een flinke daling van het kortdurend verzuim. Bij het langdurig verzuim is juist sprake van een stijging. Ook in Oost-Nederland is sprake van een relatief hoog aandeel van het langdurig verzuim.

Anticiperen op de gevolgen van de demografische ontwikkelingen door meer aandacht te geven aan de vitaliteit en duurzame inzetbaarheid van medewerkers kan leiden tot een daling van het ziekteverzuim en stijging van de arbeidsproductiviteit.

	Verzuimpercentage Oost-Nederland	Landelijk
Ziekenhuizen	4,61	4,48
Gehandicaptenzorg	5,89	5,66
Geestelijke Gezondheidszorg	4,48	4,95
Ouderenzorg	6,39	6,00
Totaal gemiddeld	5,62	5,26

(Bron: Vernet 2010)

5.13 Netto verloop

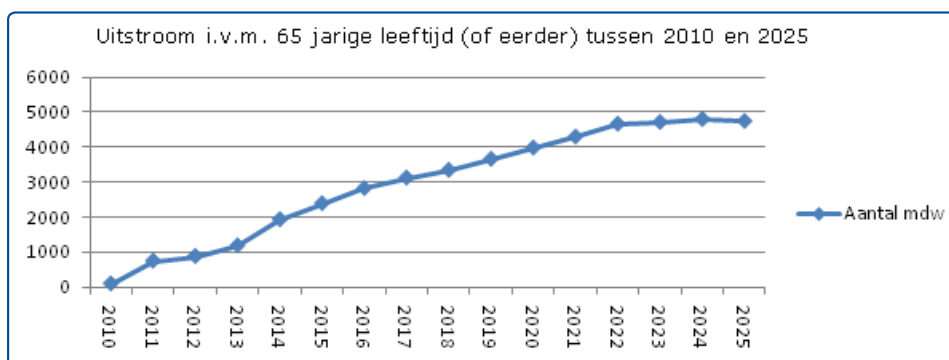


(Brongegevens grafiek: PGGM, bewerking door de WGV)

Het netto verloop (vertrek uit de sector) is de laatste jaren vrij constant, wel is het verloop in Oost-Nederland traditioneel lager dan in de Randstad.

5.14 OBU en Flex-pensioen

Medewerkers geboren voor 1949 konden nog gebruik maken van de overbruggingsuitkering om eerder te stoppen met werken. Flex-pensioen kan ingaan wanneer werknemers tussen 60 en 65 minder gaan werken dan voor het 60ste levensjaar.



Tussen 2010 en 2025 zullen als gevolg van het bereiken van de leeftijd van 65 jaar in Oost-Nederland ruim 47.000 medewerkers vertrekken uit de sector zorg en welzijn. Van deze medewerkers maakt een gedeelte nog gebruik van de mogelijkheid voor de OBU, anderen maken gebruik van de Flex-regeling. Tot 2020 stroomt hiervan al ruim de helft uit.

5.15 Vervangingsvraag

De vervangingsvraag zal toenemen:

- De groep die als gevolg van het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd stopt zal vervangen moeten worden.
- De groep die besluit de loopbaan in een andere bedrijfstak voort te zetten zal vervangen moeten worden.
- Medewerkers die langdurig ziek of arbeidsongeschikt raken, zullen vervangen moeten worden.

Deze vervangingsbehoefte staat nog los van de toenemende personeelsbehoefte als gevolg van een stijging van de zorgvraag.

De sector zal een groot beroep blijven doen op de arbeidsmarkt, terwijl het aanbod onder druk staat. Dat betekent dat creatief naar oplossingen moet worden gezocht: uitstroom beperken (investeren in behoud van medewerkers), investeren in aanpak ziekteverzuim en verlaging arbeidsrisico's, langer doorwerken (aanpassing pensioenleeftijd/stimuleren van het doorwerken op hogere leeftijd) en grotere contracten bieden aan deeltijdwerkers (zorgen voor een goede combinatie werk en privé).

De belangstelling van jongeren voor de sector is nog behoorlijk, er valt ook daar winst te halen uit een vermindering van de uitval uit opleidingen, meer aandacht voor carrièremogelijkheden en loopbaanbeleid.

5.16 Werving

Werving en recruitment zijn onderdeel van de HR-strategie van een organisatie, of zouden dat moeten zijn. Vooruitkijken is beter dan afwachten. De schaarste op de arbeidsmarkt wordt groot. Een duidelijke (sectorale) visie ten aanzien van werving kan bijdragen aan het oplossen van tekorten. Instroom wordt vaak gezien als oplossing voor het probleem personeelsvraag. Het is echter maar een deel van de oplossing. Het neerzetten van een positief beeld en imago van het werken in de sector is van groot belang om de instroom van de diverse doelgroepen te bewerkstelligen maar ook om zittend personeel te behouden.

Door het herstel van de economische groei is het de verwachting dat het aantal vacatures groeit. CBS cijfers laten zien dat in de eerste drie kwartalen van 2010 al weer meer vacatures zijn gemeld dan in heel 2009. Deze trend is ook terug te zien bij ZorgSelect, waar in het eerste kwartaal van 2011 niet alleen relatief, maar ook in absolute zin meer vacatures zijn gemeld dan in hetzelfde kwartaal van vorig jaar.

5.17 Servicepunten en netwerken intersectorale mobiliteit

Door samenwerking met uitkerende instanties die verantwoordelijk zijn voor de (re-) integratie van werkzoekenden in het arbeidsproces, kan de sector in een deel van de toekomstige personeelsbehoefte voorzien. De Werkgeversvereniging probeert daar samen met andere partners (onderwijs, kenniscentra en anderen) een goede aansluiting te realiseren tussen vraag (behoefte vanuit het werkveld) en aanbod (werkzoekenden/ uitkerende instanties). De servicepunten die hiervoor zijn opgericht en binnen de afzonderlijke werkpleinen gestalte krijgen, zijn hiervan een weerslag.

Werkgevers worden in toenemende mate zelf verantwoordelijk voor het van werk-naar-werk begeleiden van boventallige medewerkers, alsook medewerkers die dreigend arbeidsongeschikt zijn en niet intern herplaatst kunnen worden. De overheid trekt zich steeds meer terug en laat het initiatief bij sociale partners. Tevens worden individuele partijen aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid. Dat geldt niet alleen de werkgever, maar ook de individuele medewerker/werkzoekende. Werkgevers proberen hierop in te spelen via de oprichting van regionaal werkende intersectorale mobiliteitsnetwerken en regionale poortwachtercentra.

5.18 Niet-werkende werkzoekenden

Het aantal niet-werkende werkzoekenden (NWW) lijkt stabiel. In 2009 was daar nog een sterke stijging te constateren. Deze stijging was vooral groot in regio's waar de conjunctuur-gevoelige industriële sector sterk is vertegenwoordigd. Tot februari 2010 heeft deze stijging doorgezet. Hierna is het aantal NWW licht gedaald. Voor 2011 is de verwachting dat deze lichte daling zich voortzet.

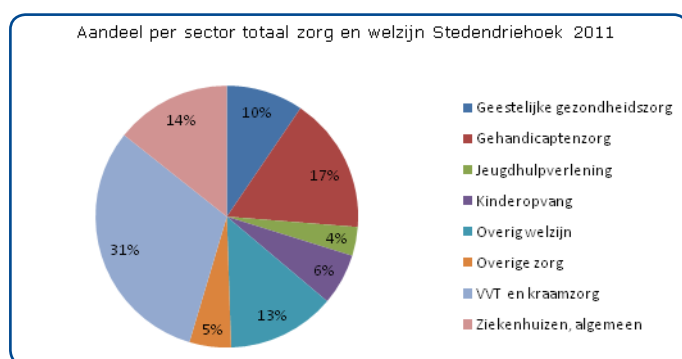
Wanneer het aantal NWW'ers wordt afgezet tegen de beroepsbevolking levert dat een NWW-percentage als graadmeter voor de relatieve omvang van de werkloosheid. Twente laat dan een relatief hoog NWW-percentage zien van ongeveer 8%. IJssel-Vecht scoort daar met minder dan 5% relatief gunstig. Noordwest-Veluwe en de Achterhoek zitten daar met 5-6% tussenin. Het aandeel NWW met opleidingsniveau vmbo of lager is in Twente relatief hoog: namelijk 54%. IJssel-Vecht scoort hier relatief beter met minder dan 43%.

Uit de polisadministratie van het UWV WERKbedrijf blijkt dat 35% van de werkzame personen 45 jaar of ouder is. 12% is 55 jaar of ouder. Regionaal zijn er daarnaast ook nog wel verschillen. In de regio IJssel-Vecht en de Achterhoek ligt het aandeel 45-plussers boven het landelijk gemiddelde.

6. Arbeidsmarkt sector zorg en welzijn Stedendriehoek

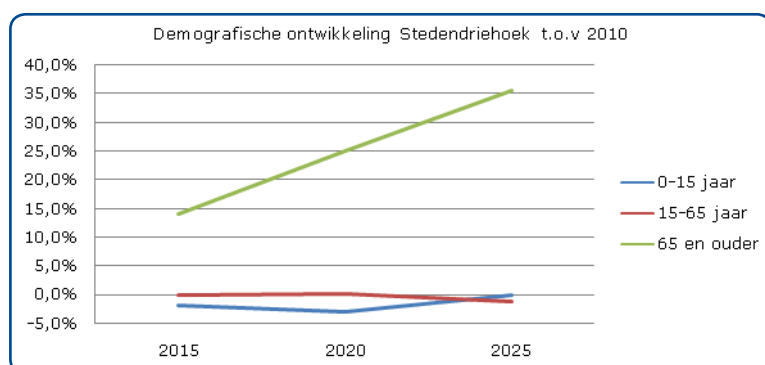
De afgelopen jaren is de werkgelegenheid gemeten op basis van de hoofdlocatie van de instelling in de betreffende regio. Dit jaar is het aantal werknemers dat woont in de betreffende regio en werkt in zorg en welzijn leidraad. Dat heeft voor de cijfers van sommige regio's consequenties. Op basis van deze methodiek wonen en werken er in de Stedendriehoek ruim 34.000 (22.126 Fte) mensen. De beroepsbevolking telt 190.300 mensen. Hiermee is ruim 18% van de beroepsbevolking werkzaam in de sector zorg en welzijn. Het NWW-percentage scoort voor de Stedendriehoek ten opzichte van het landelijk gemiddelde met 5-6% relatief gunstig. De gemiddelde parttime factor gemeten over alle sectoren is 0,64%.

De Stedendriehoek ligt op het knooppunt van drie subregio's; Achterhoek, Gelderland-Noord en IJssel-Vecht. Dit gegeven en de behoorlijke schooldichtheid (mbo en hbo) maakt dat de lokale arbeidsmarkt enigszins afwijkt van de meest decentrale beelden.



Het aandeel medewerkers dat 50 jaar of ouder is, stijgt het hardst in de sector ziekenhuizen en overig welzijn, met 9% over de periode 2004-2010. Het grootste aandeel 50-plussers is terug te vinden in de sector 'overig welzijn'. Hier is namelijk bijna 40% van de medewerkers 50 jaar of ouder.

De middengroep van 31-50 jaar krimpt als gevolg van de ontgroening en de vergrijzing met gemiddeld 7,5% in de periode 2004-2010. De sector VVT krimpt in die middengroep echter met 12%. Het krimpen van de middengroep in combinatie met een te verwachten relatief hoge uitstroom vraagt veel aandacht voor het behouden van de intrinsieke kennis van een organisatie. Gezien de demografische ontwikkelingen valt te veronderstellen dat de uitstroom de komende jaren aanzienlijk toe zal gaan nemen. Dat biedt kansen wanneer tijdig wordt geanticipeerd. De netto uitstroom uit de sector is met 5,2% iets hoger dan de regionale trend van ongeveer 5%.



Als gevolg van de demografische ontwikkeling zal de zorgvraag toe- en afnemen. De vergrijzing van de inwoners in de leeftijd van 70 jaar en ouder kan (bij ongewijzigd beleid) de zorgvraag doen toenemen met ongeveer 30%. Daarentegen veroorzaakt de ontgroening een krimp van de zorgvraag in de jongere leeftijdscategorie. Deze krimp is weliswaar onvoldoende om het effect van vergrijzing op te heffen, het biedt wel tegenwicht.

Prognoses voor de arbeidsmarkt zijn gezien de ontwikkelingen niet makkelijk te maken. Of sprake gaat zijn van tekorten of overschotten hangt af van een veelheid van factoren. Gebleken is dat de zorg de laatste tien jaar in staat is geweest de vraag naar zorg te beantwoorden door te groeien als sector en daarbij het personeel te vinden. Het is zeker dat er wat staat te veranderen in de manier waarop zorg verleend gaat worden. Veel zal afhangen van het innoverend vermogen van de sector.

Onder invloed van de invoering van de ZZP en belangrijke bewegingen als kleinschalig wonen, is de arbeidsmarktvraag geleidelijk aan het veranderen. Daarnaast neemt de vervangingsvraag toe. Indien de instroom gelijk blijft kan dit op korte termijn leiden tot tekorten. Er is in een scenario van gematigde groei gerekend. Vooral het tekort aan Verzorgenden niveau 3, Helpenden niveau 2 en Verpleegkundigen niveau 4 valt op.

7. Ontwikkelingen en consequenties voor de arbeidsmarkt per sector

7.1 Eerstelijnszorg

Eerstelijnszorg is zorg dichtbij huis. Het is het eerste aanspreekpunt voor mensen die zorg nodig hebben. Iemand die een probleem heeft met zijn gezondheid, neemt in eerste instantie contact op met een zorgverlener uit de eerstelijns. Dat is bijvoorbeeld de huisarts, tandarts, fysiotherapeut of verloskundige. De eerstelijns voorkomt dat mensen een onnodig beroep doen op complexere en duurdere zorg. Ook is de eerstelijns relatief goedkoop: zij kost ongeveer 4% van het totale budget dat per jaar aan zorg wordt besteed.

De eerstelijnszorg levert een bijdrage aan het gezond blijven van mensen. Het gaat dan om lichamelijke en psychische gezondheid en sociaal welbevinden. Daarnaast draagt de eerstelijnszorg bij aan begeleiding bij zwangerschap en bevalling, snel genezen van alledaagse ziekten of zo goed mogelijk functioneren met (chronische) ziekte of handicap. De zorgverleners uit de eerstelijns kunnen het grootste deel van de mensen met gezondheidsproblemen helpen. Een huisarts kan bijvoorbeeld doorverwijzen naar andere eerstelijns zorgverleners, zoals een fysiotherapeut of logopedist. Als het nodig is kan een zorgverlener uit de eerstelijns natuurlijk doorverwijzen naar het ziekenhuis. De eerstelijnszorg zit voor een groot deel in het basispakket. Enkele zorgsoorten vallen onder de aanvullende verzekering of AWBZ.

Ook de eerstelijns heeft te maken met de problematiek die de institutionele zorg kent. Ook hier wordt men geconfronteerd met een stijgende zorgvraag. Ziet men meer samenwerkingsverbanden ontstaan, krijgt men te maken met meer mondiger wordende patiënten, zorgverzekeraars die meer kwaliteit en efficiency eisen, een toename van het aantal technologische ontwikkelingen en de nadruk die komt te liggen op preventie: van 'ziekte en zorg' naar 'gedrag en gezondheid'. Mede daarom heeft men behoefte aan meer en goed geschoold personeel. Zorgaanbieders in de eerstelijns hebben zich de afgelopen jaren steeds beter georganiseerd, waardoor zij ook steeds beter in staat zijn zich (collectief) op de arbeidsmarkt te profileren. Het aandeel solopraktijken van huisartsen neemt gestaag af. Het aandeel van groepspraktijken en gezondheidscentra groeit. Weekend- en nachtdiensten worden via regionale huisartsenposten ingevuld, waarbij meestal intensief wordt samengewerkt met de afdelingen eerste hulp van de ziekenhuizen.

Het aantal huisartsen dat komende jaren met pensioen gaat is groot. Het wordt steeds moeilijker, zeker bij solopraktijken, om deze plekken opnieuw ingevuld te krijgen. De behoefte aan praktijkondersteuners groeit. In de toekomst zal de vraag naar personeel binnen de eerstelijns alleen maar toenemen. Voor de eerstelijns ligt daar een extra uitdaging, omdat het kabinet inzet op versterking van de eerstelijns om op die manier de doorstroom naar duurdere tweedelijnszorg te beperken.

Substitutie van zorg is noodzakelijk, vanuit de tweede naar de eerstelijns. In de organisatie van de eerstelijns zitten ook veel faseverschillen. Sommigen werken vanuit zorgprogramma's, anderen niet. De zorgprogramma's beschrijven per doelgroep een gemeenschappelijk kader waaraan de betrokken organisaties, zorgverleners en cliënten zich houden. De gedachtelijns van zorgprogramma's is er al lang.

De zorggroepen bestaan nog maar een paar jaar. Het zijn vooral huisartsengroepen: veelal groepen van 50-100 huisartsen die samen een contract afsluiten met de zorgverzekeraar. Het betreft inmiddels een bijna landelijk dekkend netwerk. 90% is al aangesloten. Dit in tegenstelling tot de gezondheidscentra waar ongeveer 15% is aangesloten.

Momenteel zijn er ongeveer 100 zorggroepen in Nederland. Het is begonnen met kleine groepen, maar de verzekeraars dwingen meer grootschalige eenheden af. Met een groot verschil tussen koplopers en achterblijvers.

Om eerstelijnsorganisaties daarin te ondersteunen zijn zogenaamde ROS'en (Regionale Ondersteuning Structuur) opgericht. In het werkgebied van de vereniging is een drietal ROS'en actief: ROSET in de regio Twente, Caranscoop in Noord- en Oost-Gelderland en ProGez in de regio IJssel-Vecht. ROS'en houden zich bezig met: samenwerkingsvraagstukken, kwaliteitsbeleid, bedrijfsvoering, management en organisatie, vraag/aanbod eerstelijns en inzet op programma's preventie, ouderenzorg en patiëntveiligheid. Arbeidsmarktontwikkelingen zullen in toenemende mate ook van de eerstelijns zorgaanbieders een actieve rol vragen.

7.2 Ziekenhuiszorg

Het kapitaallastendossier speelt in de ziekenhuisorganisaties een grote rol: de overgang van een vast budget op basis van werkelijke normatieve kosten naar een onderhandelbaar percentage van de omzet (DBC).

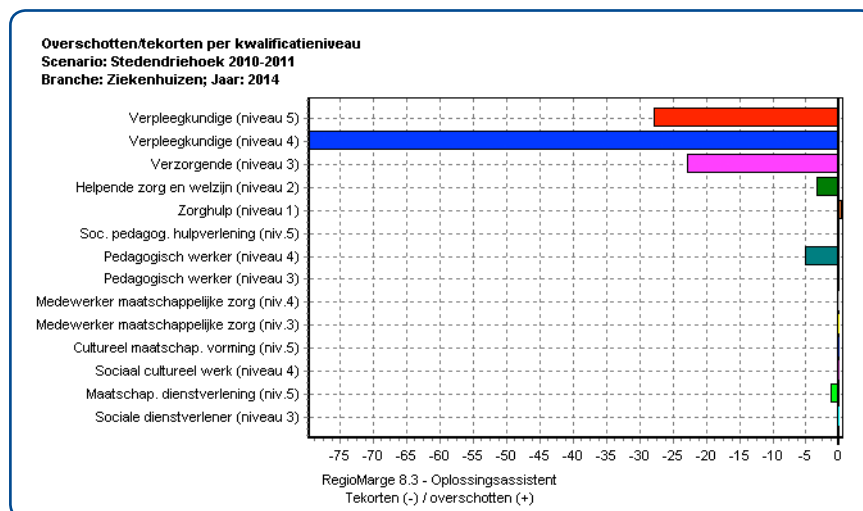
Ziekenhuizen worden gefinancierd door zorgverzekeraars via integrale DBC-tarieven. De prijs van ziekenhuiszorg bestaat uit een vast deel (het A-segment, circa 66%) en een vrij deel (het B-segment, circa 34%). Het blijkt dat prijsstijgingen in het vrije segment over het algemeen lager waren dan in het vaste segment.

Uit de monitor ziekenhuiszorg blijkt dat de afgelopen 3 jaren steeds meer aandacht was voor kwaliteit tijdens onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Zorgverzekeraars vragen vaker kwaliteitsindicatoren en zorgprofielen op. Geprobeerd wordt de concurrentie te verhogen door organisaties met elkaar te vergelijken. Dat daarmee ook geprobeerd wordt de prijsstijgingen onder druk te zetten, spreekt voor zich.

Concentratie en differentiatie van ziekenhuiszorg zijn speerpunten van beleid. Hierdoor kan een verhoging van de kwaliteit en efficiëntie worden gerealiseerd en daarmee een kostenbesparing van publieke middelen. Meer nog dan momenteel het geval is, zullen ook de medisch specialisten na moeten denken over de mogelijkheden van concentratie en differentiatie van werkzaamheden.

Op de arbeidsmarkt voor de ziekenhuizen bestaat nog een relatief evenwicht. Er ontstaat een beperkt tekort aan niveau 4 en een beperkt tekort aan niveau 5 opgeleide verpleegkundigen. Naar het zich laat aanzien zal het tekort aan gespecialiseerd personeel verder toenemen.

In onderstaand beeld is gerekend met 0,8% groei voor 2011 en een beperkte groei voor de komende jaren (0,8% jaar). Het bruto verloop is gesteld op 5,6% en het netto verloop op 4%.



Functiedifferentiatie, met de inzet van niveau 2 Helpende en niveau 3 V&V, krijgt als gevolg van een veranderend kostenbewustzijn opnieuw aandacht. Op dit moment zijn er geen tekorten aan personeel in de ziekenhuiszorg, maar is sprake van een licht overschot. Dat overschot is echter relatief. Personeel is en blijft in de toekomst hard nodig. Bredere inzet over afdelingen en mogelijk over instellingen heen lijkt de toekomst.

Het op een centraal punt beschikbaar stellen van BBL-vacatures, om daar de werkdruk voor instellingen te verminderen, lijkt gewenst om te kunnen blijven voldoen aan opleidingsdoelstellingen en imago van de zorg.

Het traditionele onderscheid tussen branches zal als gevolg van de toenemende ketenzorg steeds meer vervagen. Er zullen meer en meer netwerken tussen eerstelijns, cure en care ontstaan.

Waar de productie in de ziekenhuizen nog steeds groeit, kan ook een sterke reductie van de ligduur worden geconstateerd. Drie verschillende patiënten die op een dag hetzelfde bed bezetten zijn al lang geen uitzondering meer. De intensiteit van het zorgverlenen neemt hierdoor sterk toe. In korte tijd moet namelijk steeds meer zorg worden verleend. Het beperken of verleggen van de administratieve druk die een hoge turn-over met zich meebrengt zou in sterke mate kunnen bijdragen aan het verlagen van werkdruk en het verhogen van efficiency.

Nog steeds is de behoefte aan gespecialiseerd personeel in de ziekenhuiszorg groot. Op meerdere plaatsen wordt het tekort aan dit personeel opgelost door het inhuren van ZZP-ers (IC-verpleegkundigen, OK-verpleegkundigen, SEH-verpleegkundigen), wat een kostbare zaak is.

Om dreigende tekorten voor gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel te voorkomen, is onlangs de subsidieregeling ziekenhuisopleidingen vastgesteld. Vanaf 2011 krijgen ziekenhuizen een subsidie naar rato van het aantal mensen dat opgeleid wordt.

Het specialistenmodel brengt het risico met zich mee dat op het verkeerde moment teveel medewerkers beschikbaar zijn en vice versa. Budgetoverschrijding kan dan een gevolg zijn. Dit kan dan weer leiden tot een krimp van de formatie terwijl eigenlijk gesproken zou moeten worden over aangepaste inzet van personeel of herverdeling.

7.3 Ouderenzorg

De sector ouderenzorg (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg) kent drie financieringsbronnen: AWBZ, Wmo en Zorgverzekeringswet (Zvw). Verschuiving van AWBZ-middelen naar gemeente of Zorgverzekeringswet zal in toenemende mate zorgen voor nieuwe rollen van de diverse partners. Zo zal de burger meer en meer worden aangesproken op eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid (denk aan eigen bijdrage). Gemeenten zullen meer voorzieningen gaan creëren zodat burgers die niet in staat zijn om zelf de regie te voeren hierbij ondersteuning kunnen krijgen. Zorgorganisaties zullen klanten meer en meer moeten ondersteunen bij het verhogen van de zelfredzaamheid.

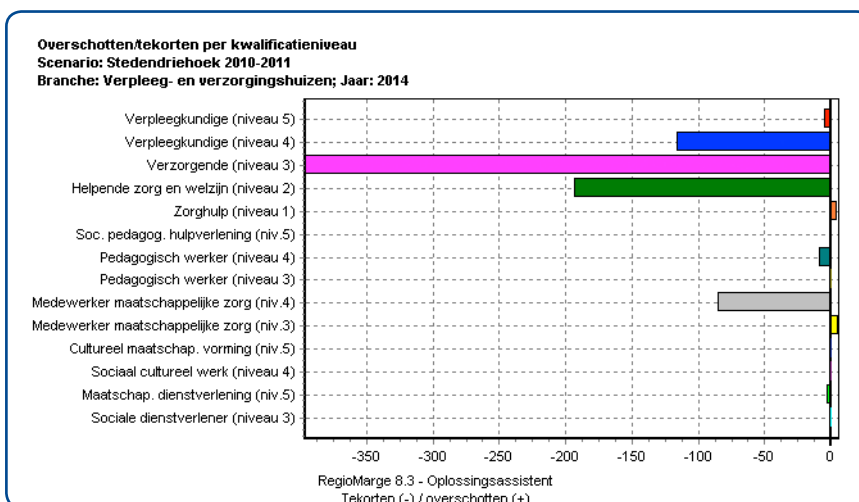
Een aanpassing van de ZZP-vergoeding zou organisaties die AWBZ-zorg leveren meer financiële ruimte moeten bieden. In het regeerakkoord is extra geld gereserveerd voor meer handen aan het bed. Doelstelling is om 12.000 extra medewerkers mogelijk te maken. Deze middelen zullen vooral ten goede komen aan de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. Rekening houdend met de deeltijdfactor gaat het al snel om 20.000 medewerkers extra. Het is nog niet duidelijk op welke wijze deze plannen uitgevoerd gaan worden.

De toenemende zorgvraag zal bijna automatisch leiden tot een toenemende vraag naar personeel. Het feit is dat het vinden van een evenwicht tussen kosten (voor een belangrijk deel personeelskosten) en opbrengsten (gegenereerd vanuit de ZZP-mix) lastig is en zal blijven.

Uit de prognoses, zoals beschreven in de eerdere arbeidsmarktverkenningen, blijkt dat de benodigde capaciteit aan medewerkers in de ouderenzorg fors doorgroeit. Of een personele invulling wordt gegeven aan deze groei is soms de vraag. Vergroten van efficiency speelt ook hier een grote rol. Door de zorgorganisaties wordt met die groeiende capaciteitsvraag verschillend omgegaan. Een aantal organisaties blijft kiezen voor een inzet van personeel hoofdzakelijk op niveau 3 V&V, terwijl andere organisaties kiezen voor een meer pluriforme opbouw van het personeelsbestand. De aanwezigheid van werknemers geschoold in zorg en welzijn wint gestaag terrein. Maar ook daar zijn de individuele verschillen tussen zorgorganisaties groot.

Bij de huidige ontwikkelingen in de zorg lijkt een verschuiving plaats te gaan vinden van V&V niveau 3 naar een grotere inzet van Helpende zorg en welzijn. Daarnaast wordt de toetreding van de Medewerker Maatschappelijke Zorg, niveau 4 en 3 verwacht in deze sector.

In onderstaand beeld is gerekend met 1% groei voor 2011 en een beperkte groei voor de komende jaren. Het bruto verloop is gesteld op 10%, het netto verloop op 8,8%.



Daar waar organisaties kiezen voor de inzet van hoofdzakelijk niveau 3 V&V zien we ook de grootste inspanning om aan de formatievraag te voldoen. Organisaties die breed op de arbeidsmarkt werven, ondervinden veelal minder problemen in de personeelsvoorziening dan smal wervende organisaties. Daarnaast groeit de behoefte aan een meer flexibele inzet van personeel sterk.

De druk op medewerkers, vrijwilligers en mantelzorgers neemt mede als gevolg van de stijgende vraag nog steeds toe.

De sector verandert van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde sector. Nieuwe wetgeving en veranderende financiering spelen hierop in. Er moet steeds meer met gelijkblijvende of krimpende middelen gedaan worden.

Een van die veranderingen in de ouderenzorg betreft een verschuiving van grootschalige intramurale complexen naar meer kleinschalige woonvormen, vooral voor cliënten met chronische zorgvragen, zoals dementie. Vrijwel elke zorgaanbieder die bezig is met

nieuwbouw of renovatie realiseert dit deels met kleinschalige woonprojecten. Nu bestaat circa 6% van de verblijfsplaatsen uit kleinschalige woonvormen. Dit percentage is groeiende. Deze ontwikkeling vraagt om een andere organisatie en aanpak van de zorg en ondersteunende processen in deze locaties. Facilitaire activiteiten maken dan ook steeds vaker een groot deel uit van de werkzaamheden. Personeel dat werkt in kleinschaliger woonvormen ervaren ook toenemend een gecombineerde verantwoordelijkheid voor de zorg, het welbevinden en het huishouden.

In de thuiszorg zien we de rol van de domotica langzaam belangrijker worden. Het verpleegkundig spreekuur, de hulpvragen en alarmmeldingen op afstand zijn daar voorbeelden van.

Een aantal thuiszorgorganisaties staat op het punt om kleinschalig georganiseerde thuiszorg te gaan leveren volgens het model buurtzorg. Thuiszorgorganisaties zien de voordelen van dit model in, maar verwachten toch ook dat in dit model de bureaucratie uiteindelijk weer de overhand zal krijgen.

Van tweedeling in de zorg was waarschijnlijk altijd al sprake. Cliënten met voldoende draagkracht zijn steeds meer in staat om extra wensen ten aanzien van de kwaliteit van zorg gerealiseerd te zien worden. Het wordt eenvoudiger het bekende en gewenste niveau van leven door te zetten nadat men intramuraal is gaan wonen. Extra faciliteiten kunnen tegen een zekere meerprijs worden gerealiseerd. Waar de begrenzing hiervan ligt is nog niet duidelijk. Wat vinden we als maatschappij het minimum wat in het basispakket opgenomen en wettelijk gegarandeerd zou moeten zijn?

Echte knelpunten in de personeelsvoorziening werden niet aangetroffen. Wel kan de afstemming onderwijs en praktijk op een aantal plaatsen verbeterd worden.

7.4 Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Opvallende ontwikkelingen binnen de GGZ zijn ook hier de toenemende concurrentie tussen de organisaties, meer aandacht voor kwaliteit en de doorzettende beweging richting ambulantisering. Daarnaast wordt op een aantal plaatsen de formatieomvang verkleind.

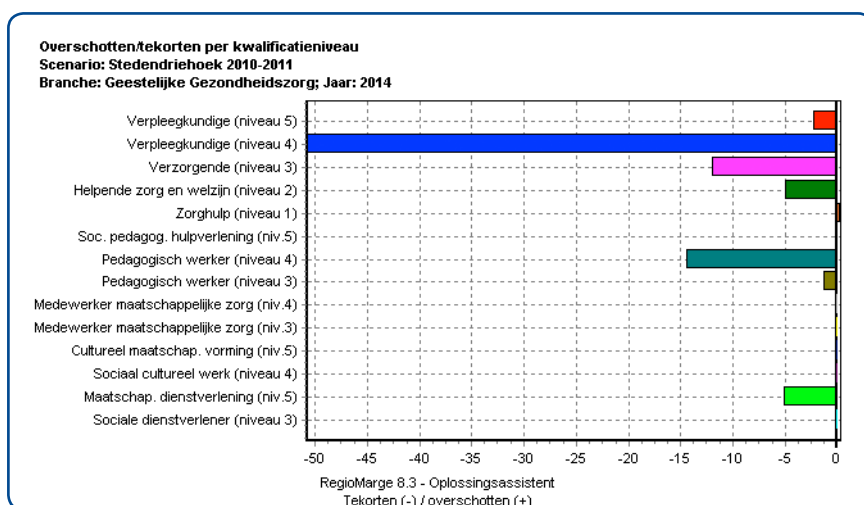
Ook de GGZ ontkomt niet aan de ingezette koers voor wat betreft het ondernemen in de zorg. Ultieme doelstellingen zijn dan natuurlijk het leveren van goede kwaliteit en het inzichtelijk en beheersbaar maken van de kosten voor zorg.

Ook voor de GGZ geldt dat door demografische ontwikkelingen - vergrijzing en ontgroening - de komende jaren de omvang van de beroepsbevolking afneemt. Voorlopig is dat voor Oost-Nederland nog een dreigement op langere termijn. Gemiddeld gezien is de personeelsvoorziening voor de zorg goed op orde. Wel is in absolute zin de GGZ-zorg in omvang aan het groeien. Er zijn dus steeds meer mensen nodig en het karakter van de zorg verandert. De beschikbaarheid van psychiaters en artsen is en blijft punt van zorg.

Vraag en aanbod dienen op de arbeidsmarkt ook voor de langere termijn op orde te zijn, zowel kwantitatief als kwalitatief. Dat blijft een moeilijke opgave door bijvoorbeeld de verschuiving van intramurale naar extramurale zorg. Steeds meer zorg wordt vanuit het psychiatrisch ziekenhuis ambulant geleverd. Wat over blijft is de langdurige- of chronische zorg voor patiënten waarvan de zorg zo intensief is dat deze geïnstitutionaliseerd dient te blijven en de zorg voor patiënten in de acute of semi-acute fase; de opnameafdeling of de voortgezette behandelafdeling.

In de GGZ zijn enige tekorten op niveau 4 V&V te verwachten. Meer uitwijken naar het domein SPW/SPH geeft nog steeds mogelijkheden.

In onderstaand beeld is gerekend met 1% groei van de sector voor 2011 en een beperkte groei voor de komende jaren. Het bruto verloop is gesteld op 4,8% en het netto verloop op 4%.



Tegelijkertijd moet de GGZ gaan opereren in een meer marktgestuurde omgeving en zal ze nog klantgerichter moeten gaan werken. Complicerend zijn de toename van de individuele mondigheid, vergrijzing van de bevolking en de groeiende culturele diversiteit. Ook veranderen de cliëntpopulaties en de wensen van de zorgvragers. De veranderingen in de zorgverzekeringswetten (ZZP's en DBC's), de invoering van een nieuwe bekostigingsstructuur en de herstructurering van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg zijn van grote invloed op de organisaties, op de werkzaamheden van de beroepsbeoefenaren en op de eisen die aan de professionals worden gesteld.

Door deze ontwikkelingen heen zien we dan ook dat het karakter van de hulpverlening verandert. Patiënten blijven enerzijds langer in hun eigen omgeving en worden ambulante begeleid of medicamenteus behandeld. Anderzijds is de groep die uiteindelijk toch opgenomen wordt intensiever in zorg en begeleiding en wordt de opnameduur verkort.

Er zijn consequenties voor het werken in de zorg. Ambulante zorg verlenen is anders qua karakter dan werken in een team. Verantwoordelijkheden liggen persoonlijker en van de werker wordt verwacht overzicht te hebben over de hele zorgsituatie en om de grenzen van de mogelijkheden van het systeem rond de patiënt in beeld te hebben.

Daar waar differentiatie in de personeelsopbouw intramuraal te realiseren valt, doordat met verantwoordelijkheden geschoven kan worden, is dat lastiger te realiseren in de ambulante situatie. Ambulant zal er een inschatting van de complexiteit van zorg gemaakt moeten worden en kan aan de hand daarvan bepaald worden of de werkzaamheden een hbo- of mbo-karakter hebben.

Voor de individuele zorgorganisaties is het van belang dat zij een goede raming kunnen maken van de toekomstige werkgelegenheid; of ze een idee hebben van hun eigen concurrentiepositie in zowel de zorgverlening als op de arbeidsmarkt. Is de instroom van werknemers voldoende en kwalitatief in orde? Worden werknemers optimaal ingezet en behouden voor het werk? Het belang van het neerzetten van een positief imago van het werken in de GGZ wordt de komende jaren belangrijker. Het positief buigen van de verhalen over het werken met cliënten met een justitieel verleden is hier een voorbeeld van.

7.5 Gehandicaptenzorg (GHZ)

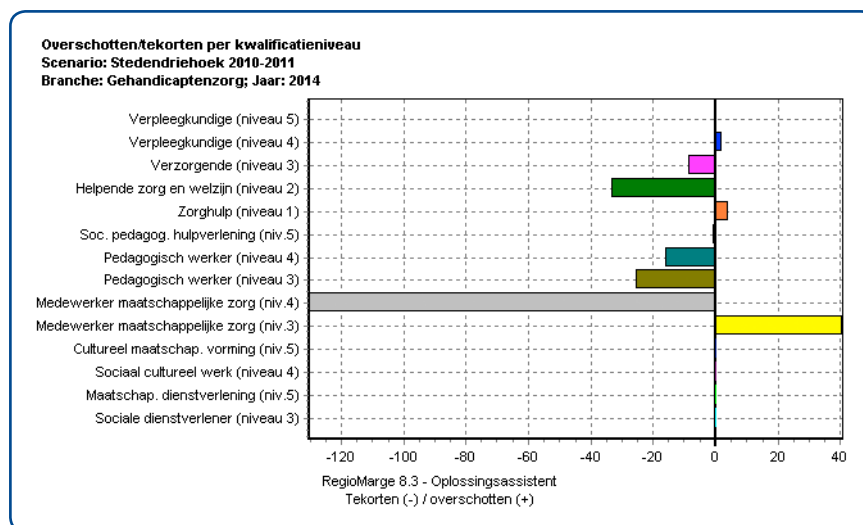
Traditioneel in de gehandicaptenzorg is de discussie tussen 'zorg' en 'welzijn'. Waar de Z-verpleegkundige haar werk deed nam de pedagogisch geschoolde medewerker geleidelijk aan deze rol over. We staan nu weer voor een kentering, maar dan die van gehandicaptenzorg naar een vorm van ouderenzorg. In die zin is 'zorg' weer in opmars in de gehandicaptenzorg.

De manier waarop opgeleid wordt in de gehandicaptenzorg varieert sterk. Soms wordt er BBL opgeleid, soms via BOL-trajecten. Toenemend worden leerlingen in een combinatie van deze trajecten opgeleid. Men begint als BOL-leerling en na bijvoorbeeld 1,5 jaar treedt men in dienst van de zorgorganisatie en vervolgt de opleiding als BBL-er. Door zorgorganisaties wordt het belang van sectorspecifiek opleiden met nadrukkelijk overleg over onderwijsinhouden als aandachtspunt genoemd.

Er wordt qua onderwijs en functiegebouw 'breed' ingezet. Van niveau 2 tot en met niveau 5. De inzet van niveau 2, vooral daar waar kleinschalig gewerkt wordt, is beperkt. Niveau 5 wordt vaak ingezet op een functie waar het niveau 3 of 4 betreft.

In de gehandicaptenzorg zijn enige tekorten te verwachten. Tekorten op niveau 4 Medewerker Maatschappelijke Zorg.

In onderstaand beeld is gerekend met 1% groei voor 2011 en eenzelfde groei voor de komende jaren. Het bruto verloop is gesteld op 4% en het netto verloop op 3,2%.



De gehandicaptenzorg is momenteel primair gefinancierd via de AWBZ (op basis van Zorgzwaartepakketten). De politieke discussie over een mogelijke verkleining van de AWBZ en overheveling van delen van de AWBZ naar de Wmo (verantwoordelijkheid van gemeenten), kan niet alleen voor de ouderenzorg, maar ook voor de gehandicaptenzorg grote consequenties hebben. Voor de gehandicaptenzorg geldt daarbij nog eens extra de discussie over een mogelijke verscherping van de indicatiestelling, door een verhoging van de IQ-grens. Dit zou kunnen betekenen dat grote groepen cliënten in de toekomst niet langer een AWBZ-indicatie zouden krijgen. Dit kan mogelijk ingrijpende gevolgen hebben, niet alleen voor de cliënt, maar ook voor zorgaanbieders.

De woonmarkt voor gehandicaptenzorg verandert. De volgende vormen worden nu steeds meer gezien.

- Kleinschalige woonprojecten
Steeds vaker ontstaan kleinschalige woonprojecten voor jongeren of volwassenen met een beperking. De ouders nemen vaak het initiatief. Deze ouders kopen of huren zelf een huis en kopen de zorg in met een persoonsgebonden budget (PGB). Voor dit soort projecten zijn er ook andere namen, zoals ouderinitiatieven, particuliere wooninitiatieven en cliëntinitiatieven. Het zelf opzetten van een kleinschalig woonproject is lastig. Ouders krijgen te maken met verschillende instanties en ingewikkelde wettelijke regelingen. De 'traditionele' zorgaanbieders spelen hier steeds meer op in.
- Zorg op maat
In een woonzorgzone kan men dag en nacht zorg krijgen. Daardoor kan men langer thuis huis blijven wonen, ook als men ouder wordt of bijvoorbeeld een chronische ziekte of handicap heeft. Iedereen kan in een woonzorgzone wonen, of men nu zorg nodig heeft of niet. Woonzorgzones vinden we op het platteland en in de stad. Men woont zelfstandig. Dat geldt ook voor mensen die normaal meestal in een instelling wonen, zoals mensen met dementie, mensen met een verstandelijke of een lichamelijke handicap, ouderen en mensen met psychiatrische problemen.
- Zorgsteunpunt
Bij deze woningen hoort vaak een centraal huis. Dat huis kan verschillende namen hebben: zorgsteunpunt, servicepunt of wijkpost. Daar vindt men een huisarts, een apotheek, een organisatie voor thuiszorg en een fysiotherapeut. Soms is er een restaurant. Verder kan men boodschappen laten doen en meedoen aan allerlei activiteiten. Vaak is er een huismeester die klussen doet.
- Zorgboerderijen
Er komen steeds meer zorgboerderijen. Veel mensen voelen zich thuis op een boerderij. Ze zijn bezig en leren al werkende allerlei dingen. Zorgboerderijen zijn er voor veel groepen mensen. Bijvoorbeeld voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking, een meervoudige beperking, voor mensen met psychiatrische problemen, dementie of autisme, voor ouderen, voor jongeren met leerproblemen en voor mensen met een burn-out. Bij sommige boerderijen kan iedereen terecht. Andere zijn gericht op een specifieke groep, bijvoorbeeld op mensen met een verstandelijke beperking. Voor de toelating tot een zorgboerderij is een indicatie nodig. Afhankelijk van de ernst de beperkingen (licht, matig, ernstig) krijgt men bezoek aan een zorgboerderij vergoed uit de AWBZ of via de gemeente, uit de Wmo. Steeds vaker kan er ook gewoond worden op een zorgboerderij.

Voor de arbeidsmarkt voor de gehandicaptenzorg betekent dit dat er een diverse inzet van functionarissen aan de orde zal zijn. De scherpe begrenzing tussen de verschillende sectoren verdwijnt meer en meer. Dit heeft tot gevolg dat personeel breder ingezet zal worden en dat enige vorm van kennismanagement binnen de organisatie belangrijker wordt. Ook hier geldt dat de kenmerken van de zorg- en begeleidingssituatie toenemend bepalen wie er in die situatie aan het werk moet of kan. Een specifiek aandachtspunt dat wordt genoemd door de zorgorganisaties is dat de werker zich moeten kunnen hechten aan de cliëntenpopulatie.

7.6 Jeugdzorg

Ook de jeugdzorg is een steeds belangrijkere sector aan het worden in het perspectief van de arbeidsmarkt voor zorg en welzijn. Het huidige kabinet heeft geen minister van Jeugd en Gezin meer. Een aantal incidentele middelen zijn geschrapt, wat resulteert in gemiddeld 10 tot 15% minder budget voor de reguliere jeugdzorg. Een gevolg daarvan is onder andere:

- het terugbrengen van het aantal tijdelijke contracten

- een afbouw van de 24-uurszorg en dagopvang
- een toename van de ambulante zorg

Deze verandering brengt met zich mee dat er op enige schaal om- of doorscholing plaatsvindt van pedagogisch medewerkende naar maatschappelijk werkende.

Inmiddels is de Wet op de Jeugdzorg van kracht. Daarin wordt geregeld dat het Ministerie van VWS verantwoordelijk is voor de gesloten of besloten jeugdzorg aan onder toezicht gestelde jeugdigen met ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen. Dat betekent dat deze gesloten of besloten jeugdzorg niet meer valt onder Justitie. De bekostiging van deze plaatsen of 'bedden' is op historische gronden bepaald. Met de toenemende verwachtingen omtrent kwaliteit, behandeldoelstellingen etc. wordt in de betreffende organisaties de behoefte aan een andere bekostigingssystematiek steeds groter.

Voor 2011 is door het programmaministerie een sobere beleidsagenda in het leven geroepen. Leidraad voor deze agenda is: 'Alle kansen voor alle kinderen'. De voor de arbeidsmarkt meest relevante thema's hieruit zijn:

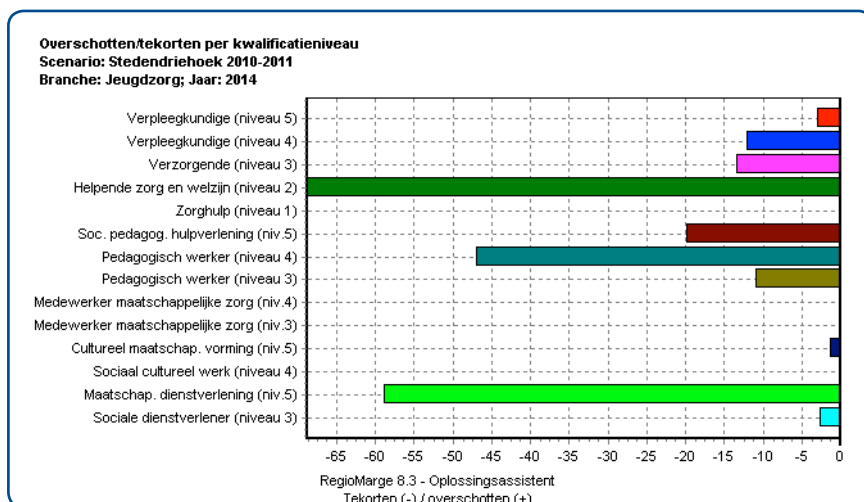
- Alle gemeenten moeten eind 2011 een Centrum voor Jeugd en Gezin hebben. Gemeenten krijgen daartoe ook in 2011 vanuit het Rijk en de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG) gerichte ondersteuning.
- Kinderen en gezinnen die kampen met verschillende problemen hebben baat bij samenhangende zorg en ondersteuning (zorgcoördinatie) volgens het uitgangspunt 'één gezin, één plan'. Een aantal gemeenten doet op dit moment ervaring op met speciale experimenten, waarbij gecoördineerde hulpverlening in praktijk wordt gebracht.
- Voor 2011 gelden nog de afspraken die het toenmalig Ministerie voor Jeugd en Gezin met het Interprovinciaal Overleg (IPO) heeft. Hierin staat onder meer dat provincies zich inspannen om de instroom in de geïndiceerde jeugdzorg te beperken. Hiertoe heeft het Rijk de mogelijkheden verruimd om te experimenteren met de beschikbaar gestelde uitkering jeugdzorg, bijvoorbeeld door ambulante zorg te verlenen zonder indicatiestelling.
- Gesloten jeugdzorg. Streven is door verkorting van de verblijfsduur in een gesloten instelling meer jongeren te helpen. Dit kan door een betere aansluiting op open jeugdzorg en nazorg te realiseren. De inzet is dat in 2011 instellingen voor 20% van de jongeren die aangemeld worden, langs deze lijn een traject starten. De komende jaren breiden de instellingen dit uit tot 100%.
- Aanpak regeldruk. De bureaucratie in de jeugdsector is groot. Sinds 2007 bestaat het programma Regeldruk AanPak (RAP). Langs verschillende lijnen wordt de regeldruk van cliënten en professionals aangepakt. Het gaat onder andere om vereenvoudiging van de indicatiestelling en vermindering van de registratielast. In het voorjaar van 2011 wordt getoetst of het doel – een kwart minder regeldruk – is gehaald.

Afgewacht moet worden of geschetste beleidsuitgangspunten ook werkelijk doorgang gaan vinden. In te schatten valt wel dat de hele jeugdzorg meer resultaatgericht gaat werken. Voor de residentiële jeugdzorg betekent dat aanpassing van de programma's richting snel behandelresultaat en terugplaatsing naar de eigen omgeving, met een nadrukkelijker samenwerking met de ambulante jeugdzorg. Voor de reguliere jeugdzorg betekent dit een sterkere oriëntatie op behalen van behandeldoelen in de leefsituatie van de cliënt zelf; minder langdurige trajecten met kortere slagen naar het bereiken van behandeldoelen.

Een en ander betekent dat het 'breed' kijken naar de problematiek minder aan de orde zal zijn. Veel meer aan de orde zal zijn het op gang brengen van zelfhulp en het leveren van directe oplossingen die doelstelling van de behandeling zijn. Anders gezegd, de productie moet omhoog.

In de jeugdzorg zijn enige tekorten te verwachten. Er zijn tekorten op niveau 4 Pedagogisch werker en niveau 5 Maatschappelijke dienstverlening. Naar verwachting zal de positie van de Helpende zorg en welzijn in met name de residentiële jeugdzorg steviger worden.

In onderstaand beeld is gerekend met 1% groei voor 2011, stijgend naar 2% groei voor de komende jaren. Het bruto verloop is gesteld op 7,2% en het netto verloop op 6,8%.



Voor de arbeidsmarkt in de jeugdzorg betekent dit een meer functionele inzet van personeel. De kenmerken van de zorg- en begeleidingssituatie zullen toenemend bepalen wie er in die situatie aan het werk moet. Uitbreiding van behandelrollen voor hbo-opgeleiden met een effectieve ondersteuning vanuit het mbo-niveau is aan de orde. De academisch geschoolde behandelaar zal toenemend in een coördinerende rol moeten functioneren.

8. Conclusies

1. Het is nog onduidelijk wat de gevolgen van het kabinetsbeleid (afremmen groei zorgkosten door een combinatie van maatregelen) zullen zijn voor de toekomstige werkgelegenheid in de sector zorg en welzijn.
2. De zorgvraag stijgt, maar verandert tegelijkertijd. De vergrijzing en de groei van de medisch-technologische mogelijkheden leiden tot meer mensen met chronische aandoeningen die beter behandelbaar zijn, maar wel zorg en begeleiding vragen.
3. Er zal in toenemende mate sprake zijn van substitutie van zorg van de tweede naar de eerstelijns. De vraag naar zorgmedewerkers in de eerstelijns zal sterk groeien.
4. Demografische veranderingen variëren sterk per regio of woongebied. Dat illustreert de noodzaak om een gedifferentieerd regionaal beleid te voeren.
5. De beroepsbevolking zal komende jaren in absolute zin gaan krimpen. Dit door een combinatie van ontgroening en vergrijzing. De potentiële beroepsbevolking zal de komende decennia steeds meer uit 50-plussers bestaan.
6. Tussen 2013 en 2025 stijgt de uitstroom als gevolg van vergrijzing substantieel. De vergrijzing leidt tot een grote vervangingsvraag en kennisdrain.
7. Het loont om te investeren in het langer duurzaam inzetbaar houden van medewerkers.
8. Werkgevers hebben veelal nog onvoldoende beeld van de beschikbare kennis en ervaring bij hun zittend personeel. Het wordt een uitdaging om de reeds beschikbare competenties beter te benutten. De invoering van een gestandaardiseerd portfolio waarin beschikbare competenties per medewerker worden vastgelegd kan hierbij behulpzaam zijn.
9. Terwijl de ontgroening al zichtbaar is in dalende instroomcijfers in het vmbo geldt dat nog niet voor het mbo of hbo. In het mbo en hbo vindt compensatie nu nog plaats vanuit zijinstroom en doorscholing van zittend personeel. Deze effecten zijn eindig. De instroom in het onderwijs groeit bij de BOL-variant en krimpt bij de BBL-variant. De netto instroom is te laag om in de toekomstige behoefte aan gekwalificeerd personeel te voorzien.
10. Het instroomniveau van leerlingen blijft een punt van aandacht, zo ook de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt.
11. Aandacht voor de werk- en denkwijze van de 'nieuwe jeugd' is noodzakelijk om ook jongeren voor deze sector te interesseren. Zij vragen om een nieuwe manier van leidinggeven.
12. Combinatiefuncties kunnen een antwoord vormen op de kleinere contracten die worden aangeboden.
13. De parttime ratio is in zorg en welzijn nog steeds relatief laag (mede omdat relatief veel kleine contracten worden aangeboden), maar vormt een groot potentieel voor toekomstige arbeidskrachten. Ongeveer 30% van het te verwachten personeelstekort in zorg en welzijn zou kunnen worden opgelost door vergroting van de instroom in het initieel onderwijs. De overige 70% kan onder meer worden ingevuld door meer uren binnen een parttime contract te gaan werken. Denk daarbij aan het aanpassen van de diensttijden. De kortere diensttijden zijn 'in', de voordelen van bijvoorbeeld 10-uurs diensten worden vaak niet gezien.

14. De sector zal veel nadrukkelijker moeten insteken op het verhogen van de (additionele) instroom door zij-instromers via (verkorte) opleidingen naar functies te scholen waarvoor tekorten worden verwacht.
15. Problemen met diploma-erkenning vormen een barrière voor de werving van gekwalificeerd personeel uit het buitenland.
16. Door flexibelere openingstijden/behandeltijden worden pieken en dalen vermeden en is een gelijkmatiger inzet van personeel mogelijk. De balans tussen werk en privé is daarbij een belangrijk aandachtspunt. Het kan zowel positief, als negatief uitwerken.
17. Het aantal voltijdbanen neemt af als gevolg van het toenemend 'op maat roosteren'. Vooral jongere medewerkers hebben liever een voltijdbaan, passend bij hun levensfase. Wanneer de sector hieraan niet kan voldoen kan dit tot een hogere uitstroom leiden.
18. Het imago van zorg en welzijn is vluchtig. Meer transparantie van de sector, eerlijkheid over de mogelijkheden ten aanzien van het werken in zorg en welzijn en meer consistente positieve beeldvorming vergroten de aantrekkelijkheid van de sector als werkgever.

Bovenstaande conclusies wijken nauwelijks af van de conclusies die vorig jaar werden getrokken. De sector kiest – ten onrechte – vaak nog een instrumentele benadering bij de aanpak van personeelsvraagstukken. De vraag naar meer flexibiliteit, een beter evenwicht werk en privé, ruimte voor mantelzorgtaken en aandacht voor generatieverschillen, vragen juist een wat andere aanpak. Nog te weinig werkgevers hebben strategisch HRM-beleid ontwikkeld, laat staan geïmplementeerd.

9. Aanbevelingen

1. Gezien de dynamiek op de arbeidsmarkt is het van groot belang dat organisaties beschikken over een strategisch HRM-beleid. De Werkgeversvereniging kan niet treden in de verantwoordelijkheid van individuele organisaties om beleidsmatige afwegingen te maken. Het advies aan de bestuurders van zorg- en welzijnsinstellingen is dan ook HRM-beleid op te nemen in het strategisch plan van de organisatie. De vereniging kan u de benodigde ingrediënten voor de ontwikkeling van strategisch HRM-beleid aanreiken.
2. Wie de jeugd heeft, heeft de toekomst. Investeer in de opleidingskeuze/ beroeporiëntatie voor jongeren. Dit om hen een goed beeld te geven van de mogelijkheden in de sector zorg en welzijn. Incorporeer de reeds bestaande contacten tussen werkveld en onderwijsinstellingen in een regionaal programma waarin de breedte en diversiteit van de sector goed aan bod komt. Juist bij de logistieke organisatie en inhoudelijke afstemming valt nog veel winst te halen. De maatschappelijke stage kan eveneens gebruikt worden om jongeren voor de sector te interesseren.
3. Het beschikbare potentieel kan worden 'vergroot' wanneer de sector kiest voor het in kaart brengen van competenties van zowel nieuw als zittend personeel middels een e-portfolio. De vereniging kan hierin een faciliterende rol spelen.
4. Maak meer gebruik van de interne flexibiliteit van medewerkers, stimuleer de eigen verantwoordelijkheid van medewerkers. Geef medewerkers meer invloed op het eigen werkproces, zowel door ruimte te bieden om de omvang van arbeidscontracten te variëren, als door zelf te roosteren. Indien de gewenste flexibiliteit binnen één organisatie niet geboden kan worden, kan de oplossing wellicht over meerdere organisaties heen gevonden worden (combinatiecontracten of poolvorming).
5. Investeer in sociale en technologische innovaties. Als gevolg van de verdere ontwikkeling van internet komen veel verbeteringen in de zorg dichterbij. Meer transparantie over diagnoses, behandelmogelijkheden en kosten kunnen leiden tot een meer gelijkwaardige verhouding tussen professional en patiënt. Wat kan leiden tot een kwaliteitsverbetering van het zorgsysteem, waarbij de transparantie wordt vergroot en wordt toegewerkt naar een zorgconsument die zelf de regie voert in zijn zorgproces. Daarmee wordt ook de afhankelijkheid van professionals kleiner.
6. Geef meer aandacht aan de (blijvende) inzetbaarheid van het zittend personeel. Daarbij gaat het niet alleen om thema's als arbeidssatisfactie; de combinatie van werk en privé, ontwikkelingsmogelijkheden, maar ook om contractomvang en inzetbaarheid, samenhangend met de vergrijzing van het personeelsbestand. Het project 'Vitale medewerkers in een vitale sector' biedt hiervoor een goede ingang. Gebruik dit project als kapstok om het bewustzijn ten aanzien van duurzaam inzetbaarheidsbeleid bij het management van instellingen te verhogen.

10. Gehanteerde bronnen

Rijksoverheid: regeerakkoord 2010 (www.rijksoverheid.nl)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Arbeidsmarktbrief 2011

www.bevolkingsdaling.nl: zie ook het Interbestuurlijk 'Krimpen met Kwaliteit' November 2009, ondertekend door vertegenwoordigers van het Rijk, provincies en gemeenten

Global Aging Initiative, Washington: vergrijzing bedreigt Europese samenleving, Richard Jackson, Volkskrant 8 maart 2011

SER: bevolkingskrimp benoemen en benutten, 18 maart 2011

SER: ontwerpadvies 'Tijden van de samenleving' april 2011

YER en Intelligence Group: de Nederlandse arbeidsmarkt 2011-2015

Motivaction en witboek Manpower: de grenzeloze generatie op de arbeidsmarkt

FWG: trendrapport 2010

Taskforce Sociale Innovatie: eindrapport 'Sociale Innovatie, de Andere Dimensie 2005'

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: perspectief op gezondheid 20/20

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg: ruimte voor arbeidsbesparende innovatie in de zorg, door slimmer werken meer kwaliteit met minder mensen

Landelijk Congres Innovatieve Technologie in de Langdurende Zorg: november 2010, www.studiearena.nl

SCP: www.werkenmantelzorg.nl

SCP Zorgen voor zorg: ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030,

Judith M. Roosblad, Amsterdam Institute for Advanced labour Studies, Universiteit van Amsterdam: vissen in een vreemde vijver: het werven van verpleegkundigen en verzorgenden in het buitenland, ervaringen met en toekomstverwachtingen over arbeidsmigratie in de zorgsector

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: arbeidsmarktbrief 2011

Vernet: www.vernet.nl

UWV WERKbedrijf: Regio in beeld 2010-2011, de arbeidsmarkt in 30 arbeidsmarktregio's

11. Afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBL	Beroeps Begeleidende Leerweg
BOL	Beroeps Opleidende Leerweg
CBS	Centraal Bureau Statistiek
DBC	Diagnosebehandelcombinatie
FTE	Full-time equivalent
FWG	Functie Waardering Gezondheidszorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHZ	Gehandicaptenzorg
HAVO	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
IC	Intensive Care
ICT	Informatie Communicatie Technologie
IMS	Intercontinental Marketing Services
IPO	Interprovinciaal Overleg
MBO	Middelbaar Beroeps Onderwijs
MMZ	Medewerker Maatschappelijke Zorg
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NWW	Niet-werkende werkzoekenden
OBU	Overbruggingsuitkering
OK	Operatiekamer
PBL	Planbureau voor de leefomgeving
PGB	Persoonsgebonden Budget
RAP	Regeldruk Aanpak
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROA	Research Centrum Onderwijs Arbeidsmarkt
ROC	Regionaal Opleidings Centrum
ROS	Regionale Ondersteuning Structuur
RPA	Regionaal Platform Arbeidsmarkt
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SEH	Spoedeisende Hulp
SER	Sociaal Economische Raad
SPH	Sociaal Pedagogische Hulpverlening
SPW	Sociaal Pedagogisch Werk
STOOM	Stg. Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg
VMBO	Voortgezet Middelbaar Beroeps Onderwijs
VNG	Vereniging voor Nederlandse Gemeenten
V&V	Verpleging en Verzorging
VVT	Verpleging Verzorging Thuiszorg
VWO	Voortgezet Wetenschappelijk Onderwijs
WGV	Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn Oost-Nederland
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WO	Wetenschappelijk Onderwijs
ZVW	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zelfstandigen Zonder Personeel
ZZP	Zorgzwaartepakketten

12. Begrippen

NWW-percentage

Het aandeel Niet-werkende werkzoekenden ten opzichte van de beroepsbevolking.

Netto verloop

Vertrek van medewerkers werkend in de sector zorg en welzijn naar een andere sector.

Bruto verloop

Vertrek van medewerkers werkend in de sector zorg en welzijn naar een andere sector binnen zorg en welzijn.

NB. Wat netto verloop voor een instelling is (de medewerker vertrekt uit de instelling) kan bruto verloop voor de sector betekenen. Immers de medewerker blijft dan behouden voor de sector zorg en welzijn.

Groei/krimp

Voor het vaststellen van het aantal werknemers dat werkzaam is in zorg en welzijn wordt als bron het deelnemersbestand van PGGM gehanteerd. Er kan sprake zijn van autonome groei/krimp van de sector (de sector als geheel is dan gegroeid of gekrompen) of van groei/krimp van het deelnemersbestand van PGGM.

Wanneer in het rapport wordt gesproken over groei/krimp dan is dit groei/krimp van het deelnemersbestand van PGGM. Er hoeft in absolute zin dus geen sprake te zijn van groei van de sector. Zoveel als mogelijk is echter geprobeerd met deze verschillen rekening te houden in de presentatie van de cijfers.

Steeds meer is sprake van ketenzorg. De hoofdlocatie van een organisatie is steeds vaker de administratieve hoofdlocatie en lang niet altijd meer de locatie waar medewerkers werken. Om de werkgelegenheid per gemeente/provincie meer objectief te kunnen benaderen is daarom dit jaar gekozen om niet op hoofdvestiging te kijken naar het aantal Fte/medewerkers, maar naar medewerkers **werkend** in zorg en welzijn en **wonend** in betreffende regio. Afwijkingen met de cijfers van vorig jaar kunnen dus voorkomen en moeten niet automatisch worden gelezen als groei/krimp.

Verwarring kan ontstaan met het lezen van de grafieken per sector. Waar nu sprake is van een overschot staat een '+' en waar sprake is van een tekort staat een '-'. In de rapportages van vorig jaar was het omgekeerde het geval. We hopen hiermee de leesbaarheid van de grafieken te hebben verhoogd.

13. Gemeenten in de Stedendriehoek

- Apeldoorn
- Brummen
- Deventer
- Epe
- Lochem
- Voorst
- Zutphen

14. Opleidingsinstituten

De instroomgegevens van onderstaande opleidingsinstituten hebben als basis gediend voor de arbeidsmarktverkenning van de Stedendriehoek.

Hbo V&V:

- Hogeschool Windesheim (gedeeltelijk)
- Saxion Deventer

Hbo SPH:

- Hogeschool Windesheim
- Saxion Deventer

Mbo V&V:

- ROC Aventus Apeldoorn, Deventer, Zutphen
- Hoornbeeck Apeldoorn

Mbo SPW:

- ROC Aventus Apeldoorn, Deventer, Zutphen
- Hoornbeeck Apeldoorn