



HENIG AN 7

en rap een beetje

Regionale arbeidsmarktverkenning 2008



Per 1 januari 2008 beslaat het werkgebied van de Werkgeversvereniging zowel Twente als de gehele Achterhoek waar dit voorheen Twente/Oost-Achterhoek betrof.

'Henig An en rap een beetje-7' is de titel van het regionale arbeidsmarktonderzoek wat voor dit nieuwe werkgebied voor Zorg en Welzijn is uitgevoerd. Cijfermateriaal sluit zover als mogelijk aan bij eerdere rapportages. 'Henig An en rap een beetje' wordt gemaakt onder

verantwoordelijkheid van de begeleidingscommissie Onderzoek en Informatie. De unit Onderzoek Informatie en Communicatie is verantwoordelijk voor de uitvoering van het programma. De jaarlijkse rapportages zijn terug te vinden op website van de WGV www.wgvoost.nl

Werkgeversvereniging Zorgsector Twente en Achterhoek
Postbus 1212, 7550 BE Hengelo
Hans Hokke/Paul Foole, Mei 2008

Inhoud

1.	Evaluatie	3
2.	Voorwoord	4
	2.1 Conclusies en aanbevelingen	5
3.	Leeswijzer	7
4.	Arbeidsmarkt	8
	4.1 Preventie	8
	4.2 Jongeren/ontgroening	8
	4.3 Vergrijzing	8
	4.4 Vervangingsvraag	9
	4.5 Ketenzorg en geïntegreerde eerst lijn	9
	4.6 Wmo	10
	Personele consequenties Wmo	10
	4.7 Alfa Helpenden	10
	4.8 Vrijwilligers en mantelzorg	11
	4.9 Nieuwe vrijwilligers	12
	4.10 Maatschappelijke stage	12
	4.11 Eigenaar	12
	4.12 Nieuwe technologie	13
	4.13 Vergrijzing en leefstijl	13
	4.14 Zelf de regie	14
	4.15 Zorgvraag	14
5.	Twente	15
	5.1 Achterhoek	17
6.	Ontwikkelingen in de zorgorganisaties: situatie per werkveld	19
	6.1 Ouderenzorg (verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg)	19
	6.2 Ouderenzorg verzorgingshuizen	19
	6.3 Thuiszorg	20
	6.4 Ziekenhuizen	21
	6.5 Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	22
	6.6 Jeugdhulpverlening	23
	6.7 Gehandicaptenzorg	24
	6.8 Totaal	25
7.	Ontwikkelingen in het onderwijs	26
	7.1 Invloed van de arbeidsmarkt op onderwijssoort	28
	7.2 Voortijdig schoolverlaters	28
8.	Bijdrage arbeidsmarktverkenning	30
	Bijlage 1 Tabellen Twente, Achterhoek, landelijk	31
	Bijlage 2 Gehanteerde afkortingen	33
	Bijlage 3 Bronnen	34
	Bijlage 4 Overzicht lidinstellingen ultimo februari 2008	35



1. Evaluatie

Bij de Werkgeversvereniging Zorgsector Twente en Achterhoek (WGV) zijn de regionale arbeidsmarktverkenningen ondertussen een traditie geworden. 'Henig An en rap een beetje' is voor velen een geveugelde term geworden en heeft in de loop der jaren een aanzienlijk aantal ontwikkelingen gesignaleerd, conclusies getrokken en aanbevelingen voor beleid gedaan.

Het is goed om vervolgens stil te staan bij de vraag of en met welke aanbevelingen van Henig An daadwerkelijk wat gedaan is. Een aantal aanbevelingen blijkt als een rode draad door de afgelopen verkenningen te lopen. In het Masterplan personeelsvoorziening, dat de Werkgeversvereniging in september 2007 presenteerde, is de onderlinge samenhang tussen de verschillende activiteiten nog eens benadrukt. In het Masterplan wordt het vraagstuk rond de personeelsvoorziening in de sector beschreven aan de hand van een vijftal, op dat moment, actuele knelpunten:

- beroepspraktijkvorming van studenten uit het initiële onderwijs;
- herplaatsing van boventallige medewerkers als gevolg van bezuinigingen en reorganisaties;
- toeleiding van werkloos-werkzoekenden naar betaald werk;
- scholing en behoud van zittend personeel;
- vrijwilligerswerk en maatschappelijke participatie.

De ondertekening van een aantal intentieverklaringen en een convenant op 14 september 2007 vormde een eerste stap op weg naar een integrale aanpak van deze knelpunten.

Wat doet de vereniging?

Via het Regionaal Informatiepunt Zorg Opleidingen (RIZO) werkt de vereniging samen met de onderwijsinstellingen en Calbris aan een verbetering van de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt. De instroom in V&V en welzijnsopleidingen stijgt regionaal nog steeds, in tegenstelling tot de ontwikkelingen in met name de Randstad. Gastlessen op vmbo-scholen en ROC's moeten leerlingen en studenten een juist beeld geven van de mogelijkheden in de zorgsector. De vmbo Carrousel is als project opgezet om derde- en vierdejaars leerlingen zich breder te laten oriënteren. Daarnaast zijn er imagoactiviteiten, zoals de Open Dag van de Zorg en de informatievoorziening via de website, die bijdragen aan de beeldvorming over het werken in de zorg.

Het in september 2007 gestarte Proefproject moet bijdragen aan een betere toeleiding en instroom van werkloos-werkzoekenden naar de sector. Daarvoor is een betere en meer intensieve samenwerking tussen gemeenten, UWV, werkveld en onderwijsinstellingen noodzakelijk. De opzet van een project gericht op diversiteitbeleid en instroom van allochtonen is een volgende stap. Het in 2007 afgeronde KeBB-project heeft geresulteerd in de opzet van geleide leeromgevingen in de ziekenhuizen in Almelo, Hengelo en Winterswijk.

Het project Leeftijdgericht Personeelsbeleid is gestart om instellingen te stimuleren meer te investeren in gezondheid, ziektepreventie en blijvende inzetbaarheid van medewerkers. Het ergocoachproject houdt zich vooral bezig met vraagstukken rond fysieke belasting en agressie. Het project Zorgacademies is opgezet om instellingen te stimuleren vraagstukken rond organisatieontwikkeling te koppelen aan scholing en training van medewerkers. Het project Netwerken Intersectorale Mobiliteit draagt bij aan het voorkomen van uitval en de herplaatsing van medewerkers.

In algemene zin sluiten de activiteiten van de vereniging op het gebied van werving, mobiliteit en re-integratie goed aan bij de noodzaak om op deze terreinen gezamenlijk regionaal beleid te ontwikkelen. Mede als gevolg van de consequente aandacht voor de personeelsvoorziening worden regionale knelpunten, overigens altijd in een landelijke context, beter en sneller onderkend. Oplossingen kunnen hierdoor beter worden ingebed in staande organisaties, wat de kans op succes op lange termijn alleen maar vergroot. Acties en initiatieven zijn dus zinvol. Regionale samenwerking en afstemming een must!

2. Voorwoord

“Gezondheid en zorg zijn belangrijke maatschappelijke thema’s, die nagenoeg alle Nederlanders raken: patiënten, cliënten en hun familieleden, artsen, verpleegkundigen en overige werknemers in de sector en natuurlijk ook de verzekerden. Het onderwerp neemt dan ook een prominente plaats in op de politieke agenda en dat zal, getuige de nog steeds toenemende media-aandacht en het grote aantal Kamervragen, ook zo blijven. Enerzijds is de zorg daardoor van ‘iedereen’, anderzijds is zij voor haar functioneren sterk afhankelijk van specifieke professionele kennis en vaardigheden. Dit verklaart mede de bestuurlijke turbulentie waarin de sector bijna continu verkeert.”

(Deze inleiding staat in het briefadvies ‘De strategische agenda zorg 2007-2010’ uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg).

Ook de Werkgeversvereniging kent een strategisch beleidskader. Dit kader is geschreven met de insteek dat dit te allen tijde uitzicht moet bieden op de continuïteit van de zorgverlening en de personeelsvoorziening in het bijzonder. De economie trekt aan, hoewel het CPB aangeeft dat de economische groei zijn hoogtepunt heeft gehad. De huidige groei biedt echter nog kansen voor bedrijven en werkzoekenden. Partijen dienen elkaar dan wel weten te vinden. Meer werkgelegenheid betekent namelijk niet per definitie dat iedere werkzoekende makkelijker aan werk komt.

Een strategisch kader biedt de kans professionele en maatschappelijke doelstellingen op één lijn te krijgen. Het Masterplan, zoals gepresenteerd door de Werkgeversvereniging, is zo’n voorbeeld. Raad van Bestuur en directies van lidorganisaties, gemeenten, werknemersorganisaties, onderwijsveld, UWV, CWI en KBB Calibris hebben, met de ondertekening van een aantal intentieverklaringen en een convenant behorend bij het Masterplan, aangegeven zich bestuurlijk te willen committeren voor een gezamenlijke aanpak van de geschetste problemen op de arbeidsmarkt.

Tegelijkertijd blijft diezelfde arbeidsmarkt complex. Hoewel de overheid een belangrijke rol blijft spelen bij het volksgezondheids- en preventiebeleid, zorgen de gevolgen van de ‘gereguleerde’ concurrentie, de herijking van de AWBZ, de overheveling van de kleinere verstrekkingen naar de gemeenten (Wmo), het verschuiven van de curatieve geestelijke gezondheid van de AWBZ naar de basisverzekering, de liberalisering van het vastgoed, de DBC, de ZZP en de PGB voor veel onrust.

Van de overheid mag een aanzienlijke bijdrage worden verwacht aan de verbetering van het arbeidsmarktperspectief voor de zorgsector. Regionaal zal echter een inhoudelijke vertaling moeten worden gemaakt van vaak abstracte notities, die bedoeld zijn om de duurzaamheid van het zorgstelsel te kunnen blijven garanderen.

De arbeidsmarkt in de sector zorg en welzijn is, zoals ook al in Henig An-6 werd beschreven, nadrukkelijk een regionale arbeidsmarkt. Vraagstukken rondom in-, door- en uitstroom van personeel kunnen goed op regionaal niveau worden aangepakt. Op een aantal punten scoort werken in de zorgsector goed: mogelijkheden om in deeltijd te werken, werk en zorgtaken in de privé-sfeer zijn goed te combineren en de maatschappelijke relevantie van het werk is hoog. Toch wordt het vinden en vasthouden van geschikt personeel ook in de zorg een probleem.

De zorg moet concurreren met andere sectoren. Nieuwe jonge mensen aantrekken en oudere werknemers behouden zal meer prioriteit moeten krijgen. Daarnaast zal met beschikbare mensen zuinig moeten worden omgegaan. Er zijn veel mogelijkheden die nog onvoldoende benut worden om bijvoorbeeld arbeidstijd te besparen, productiviteit te verhogen, nieuwe beroepen in te zetten of, in de opleidingen, zorg en techniek beter met elkaar te verbinden. Goede voorbeelden zijn nodig om te kunnen volgen. Gerichte stimulansen bieden mogelijkheden. In het hele denken over zorg mag sociale innovatie een grotere rol gaan spelen; andere zorgvormen, andere samenlevingsvormen, soms met veel ondersteuning, soms met minder professionele ondersteuning, dienen kansen te krijgen. Minder starre aansturing en meer ruimte voor eigen initiatief en creativiteit leidt tot onvermoede kansen.

Namens de leden van de begeleidingscommissie hoop ik dat deze 7e Henig An als basis kan dienen voor concrete verbeteringen in uw strategisch arbeidsmarktbeleid.

Henk Bijleveld

Begeleidingscommissie Onderzoek en Informatie.

2.1 Conclusies en aanbevelingen

Evenals in voorgaande rapportages zijn ook uit deze verkenning de belangrijkste elementen gelicht. Hopelijk prikkelt een en ander om het rapport integraal door te nemen en.... aan de slag te gaan.

Personeelsplanning

Langere termijn personeelsplanning blijft één van de belangrijkste speerpunten voor beleid. Om de onomkeerbare, maar niet onoplosbare gevolgen van de vergrijzing het hoofd te kunnen bieden is voor de zorgorganisaties een lange termijn personeelsstrategie noodzakelijk. Nog nadrukkelijker zal daarom aandacht moeten worden geschonken aan:

- Het koesteren van de cultuur voor opleiden in de organisatie en de eigen kweekvijver (BBL of BOL).
- Blijvend opleiden: om straks te kunnen blijven voorzien in voldoende zorgmedewerkers, ook al betekent het een extra belasting voor de organisatie.
- Een leven lang leren: garandeer hiermee continuïteit van uw organisatie.
- Preventie: zorg voor een systematische aanpak voor het in kaart brengen van het arbeidsvermogen van medewerkers door bijvoorbeeld de vitaliteitsmonitor in te zetten.
- Middenmanagers: het middenmanagement vormt de sleutel tot verandering, zij schakelen tussen strategie en uitvoering. Versterk het middenkader door MD trajecten aan te bieden.
- Diversiteitsmanagement: laat een werkwijze ontstaan die recht doet en voordeel haalt uit de verscheidenheid die culturen, generaties en seksen met zich meebrengen.
- Leeftijdsopbouw: monitor de leeftijdsopbouw van het personeel en de evenwichtige spreiding ervan over de organisatieonderdelen.
- Sleutelfiguren: breng de sleutelfiguren van de organisatie in beeld en garandeer kennisoverdracht.
- Probleemeigenaren: zorg dat er binnen de organisatie probleemeigenaren zijn voor het vraagstuk arbeidsmarkt en personeelsstrategie.
- Instroom: vergroot de instroom van personeel. Ken de omgeving van uw organisatie en maak hier een plan voor.
- Behoud: zorg voor behoud van personeel. Weet wat er onder de personeelsleden speelt en hoe u deze informatie kunt gebruiken om te werken aan medewerkertevredenheid.
- Behoud: behoud medewerkers door de (intersectorale) mobiliteit te vergroten; slecht de schotten tussen de sectoren die de keten belemmeren!
- Innoveer zorgprocessen: stimuleer ICT gebruik voor meer doelmatig werken en zorg ervoor dat innovatie ook loont.
- Geef meer voorlichting over het werken in de zorg om te kunnen anticiperen op het verwachtingspatroon van jongeren.
- Arbeidsreserve: de arbeidsreserve droogt snel op, houd rekening met het feit dat mensen met een relatief laag opleidingsniveau of geen beroepsopleiding nu zijn oververtegenwoordigd.
- Arbeidsparticipatie vrouwen: de afgelopen jaren is de arbeidsparticipatie gegroeid van 57% naar 67%. Houd er rekening mee dat hier niet veel meer groei valt te verwachten.

- Roosteren: realiseer u dat optimaal roosteren van personeel een bijdrage kan leveren aan het oplossen van arbeidsmarkt-knelpunten.
- Deeltijd: houd rekening met het feit dat de tijd van kleine contracten voorbij lijkt en werkzoekenden niet meer geïnteresseerd zijn in kleinere contracten.

Vergrijzing

Voor het eerst in de geschiedenis zullen binnen 10 jaar mensen in Europa ouder dan 40 jaar in de meerderheid zijn. Tegelijkertijd zal het aantal mensen in de leeftijd van 20 tot 40 jaar met 10% afnemen. Voor zorgorganisaties worden de komende jaren de volgende zaken belangrijker:

- Aandacht voor kennisdeling en behoud van intrinsieke kennis van medewerkers.
Met het aanstaande vertrek van oudere werknemers dreigt ook hun kennis verloren te gaan. Hoe blijft die informatie beschikbaar voor de organisatie?
- Aandacht voor de jongere werknemer in de organisatie.
Is het personeelsbeleid ook gericht op de specifieke kenmerken van de 'nieuwe' jeugd?

Suggesties:

- doe aan functiedifferentiatie waar mogelijk;
- maak functies interessanter door aan verbreding van de functie te doen in plaats van specialisatie;
- buit de aantrekkelijke kanten van het werken in de zorg meer uit;
- overweeg om gevestigde rechten en plichten bespreekbaar te maken;
- stimuleer langer doorwerken;
- stimuleer een leven lang leren;
- verminder de bureaucratie, innovatiebelemmerende governancestructuren en verhoog de experimenteer ruimte;
- zorg voor meer coaching en begeleiding door oudere werknemers in te zetten bij de begeleiding van nieuwe medewerkers; hanteer het model meester/gezel, mentor/coach.



3. Leeswijzer

Henig An-7 zal voor het eerst in drie varianten verschijnen. Een integraal rapport zoals nu voorligt, een samenvatting welke in gedrukte vorm zal worden verspreid en als dynamisch document op internet op www.wgvoost.nl.

- De peildatum voor het gehanteerde cijfermateriaal in de grafieken is 31 december 2007.
- Ziekteverzuimcijfers zijn exclusief zwangerschap over het vierde kwartaal van 2007 (Vernet).
- Bij PGGM cijfermateriaal zijn gegevens tot en met het vierde kwartaal van 2007 gebruikt.
- Toelichting op de afkortingen kunt u terugvinden in de bijlage.

Zoals ook in voorgaande jaren is bij het opstellen van Henig An-7 gebruik gemaakt van de informatie, zoals deze beschikbaar is gekomen vanuit de interviews met hoofden Personeel en Organisatie van zorgorganisaties, informatie vanuit de diverse netwerken van de WGV, input vanuit het onderwijsveld, Calibris (voorheen OVDB), het POWI Twente en het POA Achterhoek.

Bekende gegevens zijn geëxtrapoleerd naar regioniveau. Deze extrapolatie kon met actueel cijfermateriaal van PGGM verder worden aangevuld. Cijfers van het onderwijsveld zijn gespiegeld aan gegevens zoals bekend bij Calibris.

Er is gebruik gemaakt van het model RegioMarge voor het verwerken van de instroomcijfers in het onderwijs, cijfermateriaal zoals verkregen uit de diverse interviews en aanvullende bronnen en de vertaling van deze gegevens naar grafieken. Om het model RegioMarge toe te kunnen passen is een modelmatige benadering (versimpeling) gehanteerd. De scherpe scheidslijnen doen dus niet altijd recht aan de werkelijkheid. Deze is namelijk veel complexer dan het model. Effecten van fusiebewegingen tussen organisaties uit verschillende branches, maken het onderscheid namelijk steeds vager. Het voortdurend kwalitatief verbeteren van kwantitatieve input van het model leidt er toe, dat effecten van bepaalde maatregelen of trends nauwkeuriger kunnen worden doorgerekend.

Om de leesbaarheid en vergelijkbaarheid te vergroten is de opbouw van Henig An-7 conform die van de vorige rapporten. Dit keer worden de arbeidsmarkt en de maatschappelijke ontwikkelingen uitgebreider beschreven.

4. Arbeidsmarkt

Ruim 500.000 mensen zijn werkzaam als verpleegkundige, verzorgende of sociaal agoog in de sector zorg en welzijn. In de sector gaat jaarlijks 54 miljard euro om. In totaal zijn er anno 2007 meer dan 1.085.000 medewerkers werkzaam (en bij PGGM-verzekerd), waarmee de sector ook de grootste werkgever van Nederland is.

De problematiek op de arbeidsmarkt is divers en kent over het algemeen een sterke regionale inkleuring. De oplossingsrichtingen om dreigende tekorten te voorkomen zijn daarom ook zeer divers en sterk regionaal bepaald. Ook per doelgroep zal voor een aparte aanpak moeten worden gekozen, gezien de verscheidenheid in positie en gedrag op de arbeidsmarkt.

Vergroten van de instroom vanuit werkgelegenheidstrajecten of vergroten van de instroom in het initiële onderwijs, verminderen van de uitval, behouden van personeel en verminderen van uitstroom zijn alom bekende werkwijzen.

Meer aanbod creëren vanuit het zittend personeel is een werkwijze die nog te weinig wordt toegepast en veel kansen biedt met name in de zorg waar traditioneel veel parttime wordt gewerkt.

4.1 Preventie

Finland kreeg als een van de eerste landen in Europa te maken met de effecten van de vergrijzing. Zeker na de opleving van de economie traden in diverse sectoren tekorten op aan voldoende opgeleide medewerkers. Mensen langer in het arbeidsproces houden ligt dan voor de hand, maar is maar een deel van de oplossing. De pensioenleeftijd ophogen en bijscholen is symptoombestrijding. Uiteindelijk wil je preventief bezig zijn. Dat vraagt een systematische aanpak voor het arbeidsvermogen van alle medewerkers gedurende hun hele werkzame leven. Elke werknemer moet in zijn of haar individuele omstandigheden worden beschouwd. Een praktische toets hiervoor is de Workability Index (WAI, Juhani Ilmarinen). Niet alleen kan met de WAI worden aangetoond dat welzijn van de werknemer leidt tot verhoging van de productiviteit en dat investeren in werkvermogen zich terugverdient, maar ook wat het kost om oudere werknemers (te) snel te laten vertrekken. Op korte termijn levert dat inderdaad geld op. Op lange termijn kost het geld, omdat kennis is weggelekt.

4.2 Jongeren/ontgroening

Bij vergrijzing gaat het niet alleen om oudere werknemers maar ook om jongeren. Er dient in organisaties meer aandacht te komen voor het borgen en verspreiden van kennis en interne mobiliteit.

Dat de beroepsbevolking zal gaan krimpen wordt onder een steeds groter publiek bekend. Dat er meer ouderen komen ook. Dat er minder jongeren beschikbaar zullen komen waarschijnlijk ook. Naast een terugloop van het aantal jongeren, moet echter ook rekening worden gehouden met het gegeven dat jongeren ook een andere arbeidsethos hebben. Jongeren wisselen makkelijker van baan en kennen een lagere loyaliteit aan het bedrijf. Jongeren zijn meer doelgericht, willen alles nu, maar hebben wel behoefte aan supervisie. Competenties van jongeren sluiten lang niet altijd aan bij de werkgeversbehoeften. Jongeren zijn meer gewend aan technologie, maar missen daarentegen steeds vaker basis schrijf- en rekenvaardigheden. Jongeren laten zich echter ook lastiger leiden en passen zich niet automatisch aan aan de geldende mores binnen een organisatie. Tenslotte hebben jongeren over het algemeen een verkeerd verwachtingspatroon ten aanzien van de inhoud van werk, ook waar het gaat om het werk in de sector zorg en welzijn. Jongeren krijgen en behouden vraagt dus een heel specifieke aanpak. Nu de focus met name gericht is op ouderen en de gevolgen van de vergrijzing, kan dit wel eens in het gedrang komen. De meester/gezel of mentor/coach variant is een voorbeeld van hoe jongeren op een goede manier kennis kunnen maken met werkritme. Het levert op korte termijn meer kennis en ervaring op binnen de organisatie, maar biedt ook de gelegenheid meer vers bloed te laten instromen. (Bron: Adecco Institute, Workforce Aeging on Internationale Scale, Erwin van Iersel)

4.3 Vergrijzing

De samenleving verandert in hoog tempo en naar allerlei kenmerken. Sociaal-economische gezondheidsverschillen blijven onverminderd groot. De bevolking vergriest en daardoor stijgt de behoefte aan zorg. Van 13% in 2000 zal in 2030 25% van de bevolking ouder zijn dan 65 jaar. De omvang van de beroepsbevolking blijft achter. Zowel de SER, de RVZ als de WRR constateren dat voor de lange termijn een aanzienlijk personeelstekort in Zorg en Welzijn valt te verwachten.

(Bron: Arbeidsmarktbrief 2007, Werken aan de zorg)



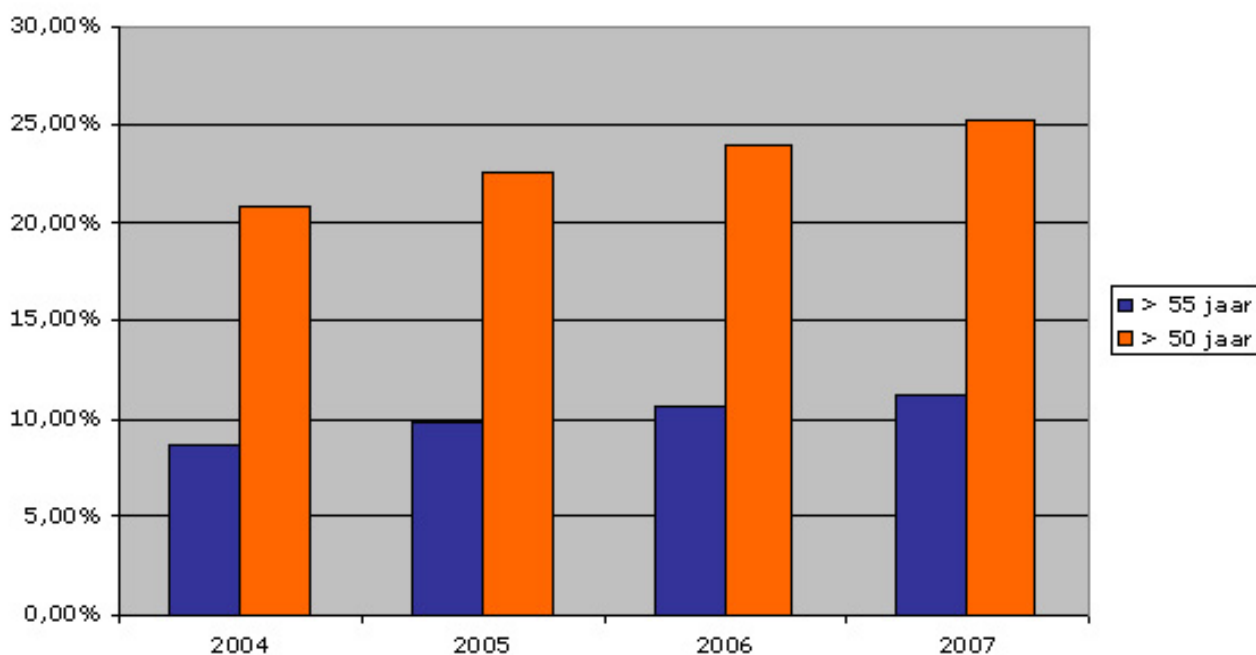
Bij ongewijzigd beleid zal in 2030 25% van de beroepsbevolking in de sector zorg en welzijn moeten werken om aan de vraag tegemoet te komen. Dit vraagt om dynamiek en aanpassingsvermogen van de sector.

Het potentieel aan jongeren is intussen aardig uitgeput. Daarom richten werkgevers zich nu vaker ook op andere leeftijdsgroepen. De wat oudere werkzoekenden profiteren daar ook van en komen meer dan voorheen (weer) aan het werk. Recent onderzoek bevestigt dat werkgevers momenteel minder kieskeurig kunnen zijn dan voorheen. Het aannemen van meer veertigplussers duidt echter niet op een principiële andere houding ten opzichte van oudere werknemers. Mocht de krapte op de arbeidsmarkt over enkele jaren voorbij zijn, dan stromen zij naar verwachting als eersten uit. Vooral nog lijkt de werving van ouderen dus een geleegenheidsoplossing.

(Bron: "Oudere werknemers door de lens van de werkgever", NiDi 2007, in opdracht van het Ministerie van EZ)

De problemen van de vergrijzing worden echter door veel organisaties nog niet erg opgemerkt. De problemen, als gevolg van de vergrijzing, spitsen zich toe op kennisverlies. Het hebben en houden van voldoende werknemers en de verstarring van organisaties als gevolg van een beperkte doorstroombmogelijkheid. Soms is al sprake van een grijs plafond.

% medewerkers 50 en 55 jaar en ouder Twente en Achterhoek t.o.v. totaal personeel Zorg en Welzijn



4.4 Vervangingsvraag

Nu er al voorzichtig signalen zijn dat medewerkers bereid zijn langer te blijven werken en niet altijd gebruik wensen te maken van, over het algemeen, gunstige uitstroomregelingen ontsnapt er voorzichtig wat stoom. Dit laat onverlet dat na 2012 relatief steeds meer mensen zullen uitstromen. De vraag is of organisaties zich daar al van bewust zijn. Op dat moment ontstaan er namelijk niet alleen veel baanopeningen, maar ook een enorme kennisdrain. Medewerkers op cruciale posities kunnen massaal vertrekken. Het is dus niet alleen zaak zicht te hebben op wie er vertrekt, maar ook wat diegene voor functie vervult en nog belangrijker hoe die intrinsieke kennis behouden kan blijven voor de organisatie.

4.5 Ketenzorg en geïntegreerde eerste lijn

Het belang van goed functionerende ketenzorg zal in de toekomst om twee redenen snel stijgen:

- de ziektelast zal de komende twintig jaar met minimaal 40% toenemen;
- zorg zal steeds minder plaatsvinden in een intramurale omgeving en steeds meer in de eigen leefomgeving. De complexiteit rondom de afstemming en de continuïteit van zorg zal hierdoor toenemen.

Daarnaast wordt individuele preventie belangrijker, hetgeen een stevige plaats vraagt in de zorgketen. Een stevige eerste lijn kan knelpunten in de tweede lijn helpen voorkomen en draagt bij aan minimalisatie van de ziektelast.
(Bron: Strategische beleidsagenda zorg 2007-2010, RVZ)

4.6 Wmo

Op 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking getreden. In de Wmo zijn de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG), de Welzijnswet en het onderdeel huishoudelijke verzorging uit de AWBZ samengebracht. Het doel van de Wmo is: 'meedoen'. De regering wil ervoor zorgen dat burgers zo lang en zo zelfstandig mogelijk kunnen blijven deelnemen aan de samenleving. De Wmo moet dus bijdragen aan het bevorderen en behouden van de zelfredzaamheid en de maatschappelijke participatie van burgers. De gemeente voert de Wmo uit. Zij zorgt ervoor dat iedereen zo goed mogelijk mee kan doen in de maatschappij. Hoe de gemeente dit doet, bepaalt zij voor een belangrijk deel zelf.

Personele consequenties Wmo

De gevolgen van de invoering van de Wmo zijn nog niet geheel te overzien. Dat de arbeidsmarkt in met name de thuiszorg onrustig is, is een understatement. Daarnaast staan nog bezuinigingen op de AWBZ op het programma en afschaffing van de ondersteunende begeleiding.

In plaats van de in het verleden meest gangbare verhouding 80/20, zwaardere versus lichtere huishoudelijke hulp in het kader van de AWBZ, komt de indicatiestelling van veel gemeenten in het kader van de Wmo vaak uit op 20/80. De druk op de tariefstelling, als gevolg van de invoering van marktwerking, wordt daardoor nog eens versterkt. Er ontstaat (wellicht tijdelijk) een overschot aan te duur personeel.

4.7 Alfa Helpenden

Sinds 1 januari 2007 valt het deel van de thuiszorg dat de huishoudelijke verzorging betreft onder de Wet maatschappelijke ondersteuning; de overige thuiszorg blijft via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten lopen. De decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden door het Rijk aan de gemeente heeft voor alle partijen grote gevolgen. Jaarlijks ontvangen 600.000 mensen thuiszorg in de vorm van verpleging of persoonlijke en huishoudelijke verzorging.

Gemeenten voeren de Wmo uit en hebben daarmee de regie gekregen over de keten wonen, zorg en maatschappelijke ondersteuning. Binnen de Wmo zijn gemeenten verantwoordelijk voor het inkopen en toekennen van huishoudelijke verzorging aan inwoners en contracteren daartoe zorgaanbieders. Het aantal uren thuiszorg is de laatste jaren gestegen, hetgeen past in de toenemende trend van extramuralisering. Meer dan 95% van de aanbestedingen is terecht gekomen bij zorginstellingen. Wel wordt steeds meer huishoudelijke zorg verricht door alfahulpen in plaats van helpenden a of b.

De wijziging in de verhouding tussen lichtere en zwaardere hulp is van grote invloed geweest op de aard en omvang van de werkgelegenheid en er is, als gevolg van een vaak gedwongen reductie van het aantal helpenden, meer ruimte ontstaan voor nieuwe alfahulpen. Dit kan voor veel werkloos werkzoekenden een opstapmogelijkheid bieden.

Het gemiddelde aantal werkuren van de alfahulp varieert sterk. Vaak is dat afhankelijk van de plaats en regio waar hulp wordt geboden. Is dat in een stedelijke omgeving, dan is de omvang veelal groter (20 uur gemiddeld), in een meer landelijke omgeving is het aantal gewerkte uren veel kleiner (ongeveer 8 uur gemiddeld). Het aantal alfahulpen is bij sommigen zorgorganisaties als gevolg van de Wmo verdubbeld. Naar schatting bedraagt het aantal alfahulpen in Twente en Achterhoek ongeveer 7.000.

Of de Wmo directe gevolgen heeft voor het vrijwilligerswerk moet de praktijk uitwijzen. De Wmo houdt rekening met de beschikbaarheid van burenhulp, mantelzorg, vrijwillige zorg, buurtinitiatieven, verenigingsleven en dergelijke en legt grote nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van mensen. Er moet echter voor gewaakt worden dat de vrijwillige inzet vanuit het 'zorgen voor elkaar' niet vertaald wordt in een verplichte inzet.

Voor de zorgtaken die binnen Wmo zijn geformuleerd geldt dat gemeenten de samenwerking met vrijwilligersorganisaties zo snel mogelijk goed moeten oppakken. Op het moment dat de lokale rol van vrijwilligersorganisaties duidelijk is, zal meer samenwerking mogelijk zijn en dan kunnen vrijwilligersorganisaties op een professionele manier de coördinatie van de vrijwilligers oppakken. Dit komt het vrijwilligersbeleid (verzekeringen, vergoedingen, erkenning en waardering) ook ten goede. Vrijwilligersorganisaties zullen dan een grotere stem hebben in de rol die zij binnen de zorg kunnen en willen oppakken.

4.8 Vrijwilligers en mantelzorg

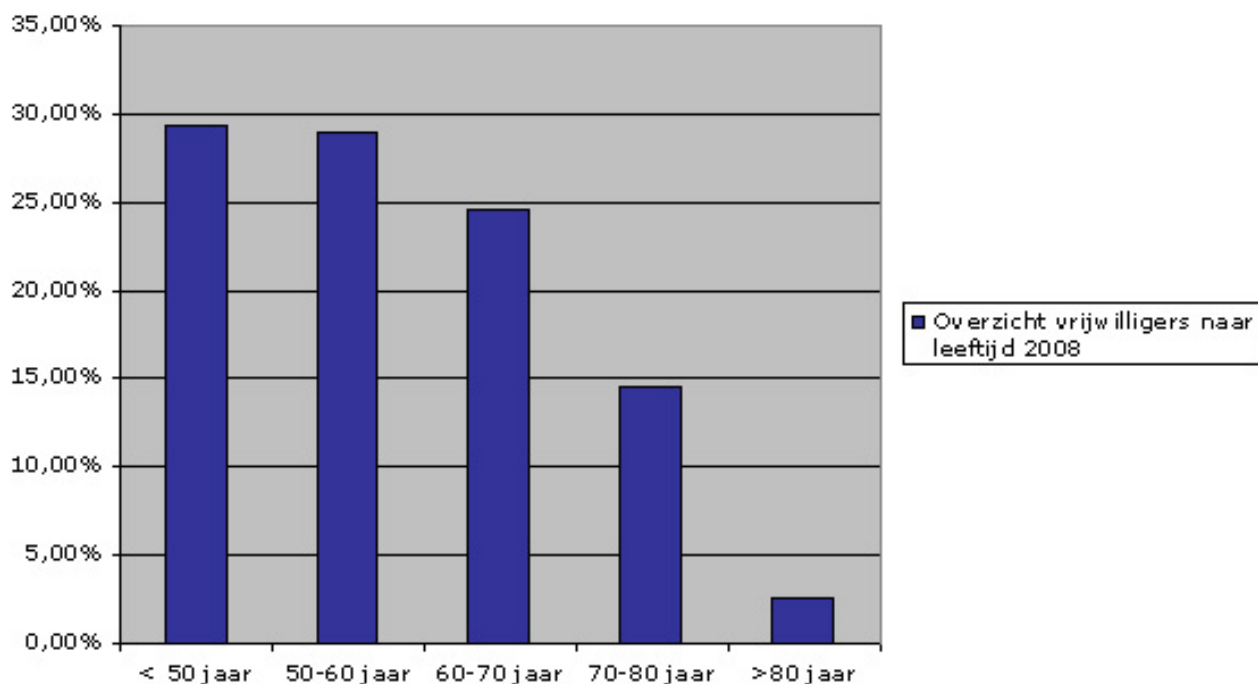
Landelijk zijn meer dan 4 miljoen mensen actief als vrijwilliger. (Bron: www.nov.nl)

De schattingen over het aantal vrijwilligers in de branche zorg en welzijn in Twente en de Achterhoek lopen sterk uiteen, maar aantallen tussen de 20.000 en 30.000 lijken, bij navraag bij diverse zorgorganisaties, niet onrealistisch. Ter vergelijking: in Twente en de Achterhoek hebben bijna 60.000 mensen een betaalde baan in de sector zorg en welzijn.

Feit is dat de vrijwilligers, als afspiegeling van de maatschappij, natuurlijk ook vergrijzen. Allochtone vrijwilligers in zorgorganisaties zijn er nog niet of nauwelijks. De gemiddelde tijd waarmee een vrijwilliger zich verbindt aan een organisatie ligt tussen de 5 tot 10 jaar. Redenen van vertrek zijn vaak van persoonlijke aard. Dat kunnen gezondheidsredenen zijn, maar ook de toenemende vraag van kinderen om op de kleinkinderen te passen is hierop van invloed. Niet alleen door vergrijzing, maar ook door toenemende arbeidsparticipatie van vooral vrouwen verwachten vrijwilligersorganisaties en zorgorganisaties de komende jaren een tekort aan en overbelasting van vrijwilligers. Nieuw onderzoek van het SCP bevestigt dit beeld.

Tot nu toe was het vergrijzende vrijwilligersbestand in staat om in grote lijnen tegemoet te komen aan de zorgvraag. Vanwege toenemende arbeidsparticipatie en door gebrekkige erkenning en waardering van de (vrijwillige) zorg kan het aankomende tekort niet zo maar aangevuld worden.

Leeftijdverdeling vrijwilligers Twente en Achterhoek



(Bron: WGV)

Maatschappelijk gezien zijn er ook ontwikkelingen te benoemen die in sterke mate van invloed zijn op de inzetbaarheid van vrijwilligers. Uit een onderzoek dat CIVIQ in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid deed, zijn een aantal knelpunten naar voren gekomen rond wetgeving en de gevolgen daarvan voor het vrijwilligerswerk. Met name zaken in

de Arboretwetgeving, de Sociale Wetgeving, de Wet op de Persoonsregistratie en de Arbeidstijdenwet werpen vragen op. Knelpunten die naar voren komen zijn: het extra werk dat ontstaat door complexiteit en onduidelijkheid van de wetgeving, maar ook kosten, administratieve rompslomp, extra tijdsinvestering en het over te weinig deskundigheid beschikken.

4.9 Nieuwe vrijwilligers

Nieuwe groepen vrijwilligers kunnen (gedeeltelijk) verlichting brengen. Dit kan zodra vrijwilligersorganisaties en zorgorganisaties meer inspelen op de eisen die de moderne vrijwilliger stelt aan zijn of haar vrijwilligerswerk. Die moderne vrijwilliger wil kortere klussen doen of slechts een korte periode aan de slag. Ook zijn er, om een veelheid aan redenen, nog weinig allochtone vrijwilligers. Hoewel de vergrijzing een probleem is, levert dit ook kansen op. De jongere ouderen, die de overstap van werk naar pensionering maken, vormen een groep die heel goed vrijwilligerswerk in de zorg zou kunnen doen. Daar ligt ook een taak voor de overheid en de bedrijfstak zelf. Het bedrijfsleven kan hier ook een rol in spelen. Mensen die tijdens hun beroepsloopbaan vrijwilligerswerk doen, blijken dat vaak ook na hun pensionering te doen. Met werknemersvrijwilligerswerk en stimulering van vrijwilligerswerk worden zo drie vliegen in één klap geslagen. Bedrijfsleven en overheid tonen zich maatschappelijk betrokken, ze verlichten rechtstreeks de zorgbehoefte en ze zorgen indirect ook nog eens voor een actief vrijwilligersbestand van gepensioneerde jongere ouderen in de zorg.

(Bron: 'Hoe stevig is het cement? Positie van vrijwilligers en vrijwilligersorganisaties in de zorg' van het Verwey-Jonker Instituut en het NIZW)

4.10 Maatschappelijke stage

De maatschappelijke stage wordt de komende jaren geleidelijk ingevoerd (naar verwachting 2011). Doel van de maatschappelijke stage is dat alle jongeren tijdens hun schooltijd kennis maken met én een onbetaalde bijdrage leveren aan de samenleving. Maatschappelijke stage sluit aan bij een aantal punten uit het regeerakkoord.

- Versterking van de sociale samenhang. Sociale samenhang is één van de pijlers van het kabinet Balkenende IV, dat streeft naar een samenleving waarin mensen kunnen meedoen. Veel Nederlanders geloven dat de maatschappelijke stage een positieve bijdrage kan leveren aan de sociale samenhang. Dat blijkt onder andere uit de brede steun voor dit beleidsvoornemen (met 73% is de maatschappelijke stage het meest gedragen beleidsvoornemen van dit kabinet).
- Versterking pijlers veiligheid, stabiliteit en respect. De maatschappelijke stage versterkt ook de pijlers 'veiligheid, stabiliteit en respect'. Door bekendheid met andere groepen mensen in de samenleving, neemt het begrip voor elkaar toe. Dat versterkt de maatschappelijke samenhang en zorgt voor meer wederzijds respect.

Verwacht mag worden dat een deel van de studenten in het voortgezet onderwijs zal kiezen voor een maatschappelijk stage in de sector zorg en welzijn. Mede gezien haar toekomstige behoefte aan personeel heeft de sector daar ook belang bij, evenals de behoefte aan vrijwilligers. Omdat het gaat om grote aantallen studenten, zullen instellingen zich moeten voorbereiden op hun komst.

4.11 Eigenaar

De vraag waarom arbeidsmarktproblematiek niet of in beperkte mate wordt opgemerkt heeft vaak als reden dat er geen eigenaarschap is van het probleem. Hoger management verwijst naar de afdeling Personeel en Organisatie en deze weer terug naar het management. De problematiek heeft hierdoor vaak ook nog geen plek gekregen in de strategische beleidsplannen van de organisaties. Keuzes worden hierdoor niet gemaakt en besluiten niet genomen.

Er zijn verschillende niveaus van eigenaarschap. Op medewerker niveau betreft dit verantwoordelijkheid voelen voor je functie, maar ook voor je toekomst. Op organisatie niveau is de randvoorwaarde dat het management zorg draagt voor de monitoring van de totale samenhang tussen medewerker-, leeftijd-, vacature-, organisatie- en zorgvraagontwikkeling in een steeds veranderende omgeving. Centrale aansturing van deze complexe materie lijkt voor grotere (fusie)organisaties steeds meer noodzaak te worden.



Uit onderzoek blijkt dat in ongeveer 10% van organisaties in de publieke sector, zorg en onderwijs een kwantitatief in-, door- en uitstroomscenario voorhanden is. In minder dan 8% van de instellingen blijkt een kwalitatieve variant beschikbaar.

4.12 Nieuwe technologie

Steeds worden nieuwe technieken en behandelingen ontwikkeld, die bij gebleken kosteneffectiviteit, een plek moeten krijgen in het systeem. De snelheid waarmee dit gebeurt, kan worden verhoogd zodat Nederland beter gaat presteren. Het gaat dan immers om slimme investeringen in gezondheid. Kwaliteitsverbetering en andere vernieuwingen – ook organisatorisch en in bedrijfsvoering – kunnen leiden tot meer doelmatigheid en uitgavenreductie.

(Bron: Probleemanalyse innovatie in de zorg, 2008)

Innovatie en ICT vormen een vitaal onderdeel van de politieke agenda. Innovatie in de zorg wordt dan ook vaak genoemd als expliciet speerpunt, de sleutel tot een houdbare zorg.

De knelpunten liggen op het gebied van cultuur (bijvoorbeeld eilandjes aan de aanbodkant en een te weinig kritische vraagkant, innovatiebelemmerende governancestructuur bij zorginstellingen), wet- en regelgeving (bijvoorbeeld bureaucratie, gebrek aan experimenteerruimte) en mogelijkheden om kennis, innovatie en ICT in te zetten (bijvoorbeeld autonomie, kosten en opbrengsten slaan verschillend neer) om best practices verder te verspreiden (bijvoorbeeld 'not invented here', ontbreken probleemgeëngenschap, belangentegenstellingen). Tegelijkertijd zijn er veel sterktes en doen zich een aantal grote kansen voor:

- groeimarkt (toename zorgvraag én vermogens);
- brede aanpak gezondheid; overstijgen zorgdomein;
- focus chronische aandoeningen; ketens;
- wens van cliënt wordt drijvende kracht;
- nieuwe producten en technologieën op komst;
- kwaliteit en doelmatigheid: motor voor innovatie.

(Bron: Probleemanalyse innovatie in de zorg, 2008)

Het verbeteren van de productiviteit en de kwaliteit van arbeid vormden de inzet van het landelijke project PRIK, dat staat voor (arbeids-)Productiviteit, Ruimte, Innovatie en Kwaliteit. PRIK is in 2006 uitgezet door het Ministerie van VWS en bedoeld om tot een hogere arbeidseffectiviteit te komen.

4.13 Vergrijzing en leefstijl

De verwachting is ook dat er meer chronisch zieken zullen komen als gevolg van vergrijzing, leefstijl (verkeerd voedingspatroon, gebrek aan beweging) en vroege diagnostiek. Mede daardoor en doordat er nieuwe behandelingsmogelijkheden zijn, stijgt het aantal mensen dat leeft met een chronische ziekte. Een belangrijke extra complicatie hierbij: ook het aantal mensen met meerdere (chronische) aandoeningen tegelijkertijd zal toenemen. Dit gegeven stelt andere eisen aan de te leveren zorg en de coördinatie van zorg.

(Bron: Probleemanalyse innovatie in de zorg)

Tabel: Prevalentie (totaal) van belangrijkste chronische aandoeningen, 2003 en 2025 (*1.000, geschat op basis van CBS middenvariant bevolkingsprognose) (Den Hollander, 2006)

	2003	2025	toename
Hartfalen	179	263	47%
Dementie	102	148	45%
Beroerte	229	329	44%
Gezichtsstoornissen	543	779	43%
Coronaire Hartziekten	676	959	42%
COPD	316	438	39%
Artrose	682	929	36%
Ouderdoms- en lawaaidoofheid	534	723	35%
Diabetes	609	807	33%
Reumatoïde Artritis	148	180	22%
Depressie	364	389	7%

4.14 Zelf de regie

Ook zullen ouderen van nu en straks andere eisen stellen aan de zorg: het moet aangepast zijn aan hun eigen wensen en behoeften. De omslag van aanbodsturing naar meer vraaggerichtheid heeft gezorgd voor een marktdynamiek, waarin mensen zich steeds meer kunnen en willen opstellen als zorgconsument. Ze willen geïnformeerd zijn over de geboden kwaliteit en veiligheid en ze willen kunnen kiezen waar ze welke zorg zullen afnemen. ICT (internet) maakt dat grote groepen burgers en bedrijven steeds meer zelf de regie in handen kunnen en willen nemen. Deze algemene trend is ook zichtbaar in de zorg.

(Bron: Probleemanalyse innovatie in de zorg)

4.15 Zorgvraag

Tabel Aantal banen werknemers in de zorg* per 100 inwoners naar leeftijd zorggebruikers, Nederland

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Aantal banen, x 1.000	1.024	1.085	1.137	1.145	1.177	1.201
Per 100 inwoners	6,4	6,7	7,0	7,0	7,2	7,4
Idem naar leeftijd						
0-4 jaar	9	10	10	10		
5-49 jaar	2	2	3	3		
50-69 jaar	5	5	6	6		
70-79 jaar	20	20	21	20		
80-84 jaar	45	46	47	45		
85 jaar en ouder	87	90	92	90		

*Zorg betreft de gezondheidszorg plus welzijnszorg. Van de totale zorg kon 82% gerelateerd worden aan de leeftijd van de gebruiker. Op basis daarvan is het totale aantal banen van werknemers (inclusief kleine deeltijdbanen, 4e kwartaal) in de zorg verdeeld over de leeftijd van gebruikers.

(Bron: CBS, Prismant (Landelijke Medische Registratie), Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK-BZ b.v.), bewerking Derks)



5. Twente



Na een stabilisatie in 2003 daalde in 2004 en 2005 de totale werkgelegenheid in Twente. In 2006 is weer een duidelijke groei te zien. De prognose is dat in de periode 2008 tot en met 2011 de werkgelegenheid in de gezondheidszorg jaarlijks met gemiddeld 1,5% zal toenemen. Het aantal arbeidsplaatsen blijft echter nog onder het topjaar 2003, toen er ruim 275.000 arbeidsplaatsen waren versus 274.000 in 2007.

De beroepsbevolking zal minder hard stijgen dan de voorgaande jaren, waardoor een zekere spanning op de arbeidsmarkt wel te verwachten valt. De sector niet-commerciële dienstverlening, waar ook de gezondheids- en welzijnzorg onder valt, heeft de meeste concurrentie te verwachten uit de bedrijfstak commerciële dienstverlening.

Het merendeel van de niet-werkende werkzoekenden (NWW) komt uit de drie grote Twentse steden, Almelo, Hengelo en Enschede. De werkloosheid staat op het laagste niveau sinds 2003 en is de afgelopen jaren met 15% gedaald.

De arbeidsreserve is relatief klein en niet snel inzetbaar; de ruime meerderheid van het actuele NWW-bestand in Twente is langdurig werkloos, vaak gecombineerd met een laag opleidingsniveau en een hoge leeftijd. De groepen niet ingeschreven uitkeringsgerechtigden en alloctonen bieden mogelijk nog arbeidspotentieel, mits hier specifiek beleid op gevoerd gaat worden.

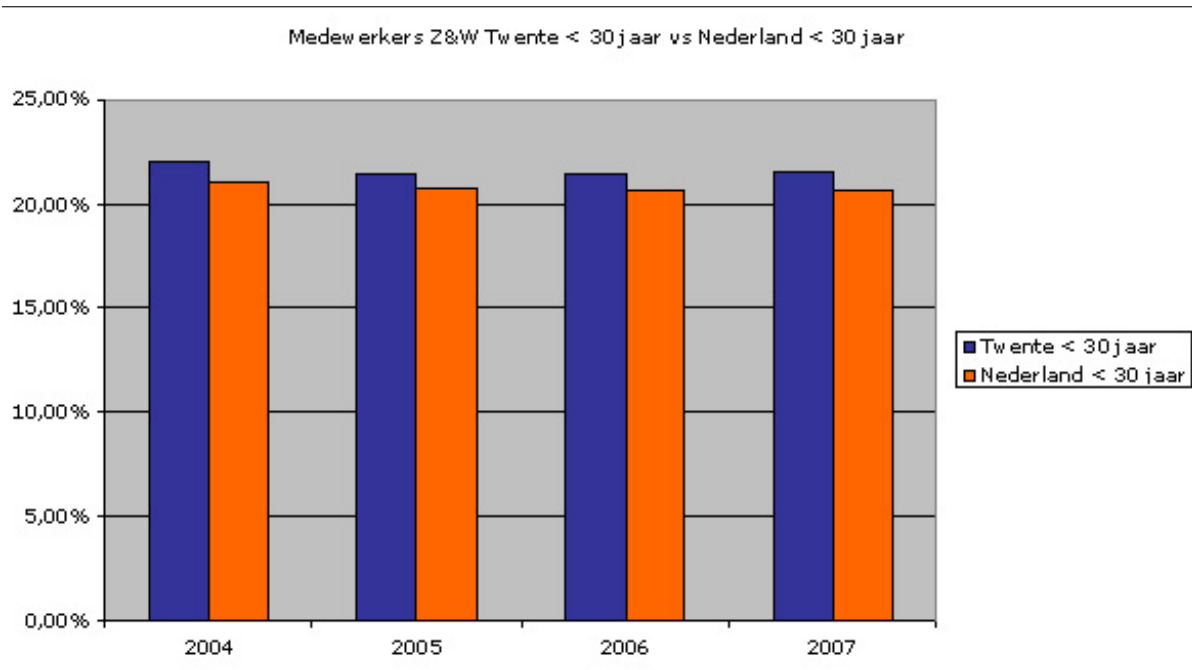
In Twente wordt ruim 14% van het totaal aantal arbeidsplaatsen ingevuld door werkenden in gezondheids- en welzijnzorg. Daarmee is zorg en welzijn naast de commerciële dienstverlening de grootste bron van werkgelegenheid in Twente.

Hoewel in de zorg traditiegetrouw veel vrouwen werken (gemiddeld 84%), blijft de arbeidsparticipatie van vrouwen in Twente in algemene zin iets achter bij het landelijk gemiddelde (67% versus 68,4%). De afgelopen jaren is de arbeidsparticipatie echter gegroeid van ongeveer 56% in 2002 naar 67% in 2007. Daarmee lijkt een eind gekomen te zijn aan de groei in deze doelgroep.

De leeftijdsopbouw in zorg en welzijn (Z&W) in Twente laat onder andere zien dat:

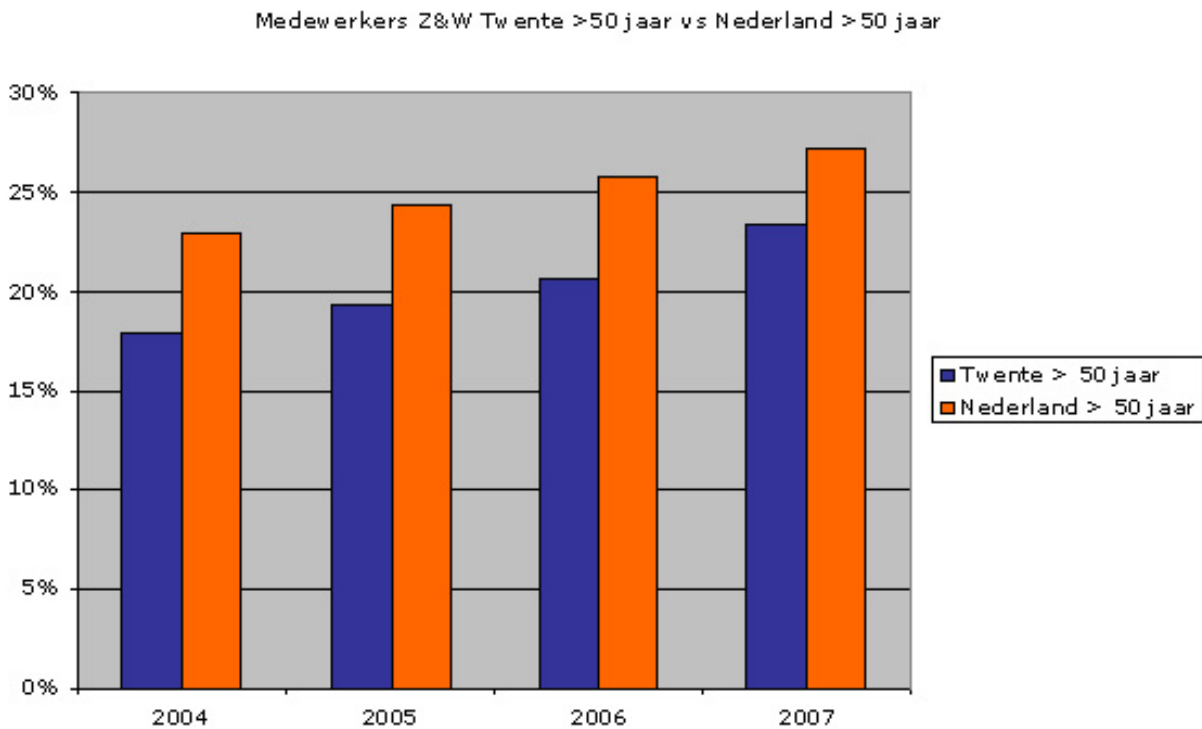
- Het aandeel medewerkers dat werkt in Z&W onder de dertig jaar groter is dan het landelijk gemiddelde, tegelijkertijd krimpt dit aantal in Twente in verhouding ook. Of een en ander te wijten valt aan een beter aannamebeleid of gewoonweg

omdat er meer mensen in deze leeftijdscategorie in Twente wonen en werken is niet vastgesteld.
(Bron: PGGM Dataset)



- Het aandeel medewerkers in Z&W boven de vijftig jaar is in verhouding kleiner dan het landelijk gemiddelde, tegelijkertijd groeit deze leeftijdsgroep in verhouding in deze periode erg hard.

(Bron: PGGM Dataset)



De combinatie van een daling van het aandeel medewerkers onder de dertig jaar en een sterke stijging van het aantal medewerkers boven de vijftig, zal de komende jaren bij ongewijzigd beleid merkbaar van invloed zijn op de bedrijfsvoering van (zorg) organisaties.

5.1 Achterhoek



De werkgelegenheidsontwikkeling in de Achterhoek laat een iets grotere groei zien dan in Twente. De groei van de beroepsbevolking volgt ook hier de landelijke trend en zal minder zijn dan afgelopen jaren het geval was. De gezondheidszorg is in de Achterhoek sterk vertegenwoordigd met 165 van de 1.000 banen (16,5%). Zij is hiermee de op één na grootste bedrijfstak in deze regio na de industrie. In 2003 was dit nog 14,3%. In absolute zin betekent dit een groei van 4.000 medewerkers.

De werkgelegenheidsverwachting laat in de Achterhoek voor de periode tot 2012 de grootste groei zien van het aantal banen en vacatures. Opmerkelijk genoeg blijkt het aantal moeilijk te vervullen vacatures met 12% erg laag te liggen ten opzichte van de overige branches, waar dit percentage ver boven de 60% ligt en soms wel de 90% bereikt. Blijkbaar is de zorg dus nog steeds in staat het aanbod van personeel goed te regelen.

De werkloosheid onder hoog opgeleiden is relatief laag (<2%) in vergelijking met lager opgeleiden. De werkloosheid onder ouderen met een lagere opleiding is weer relatief hoog (16%) in vergelijking met de werkloosheid onder jongeren. Dit beeld volgt hiermee de landelijke trend.

Ook in deze regio geldt dat de arbeidsreserve met het grootste potentieel praktisch uitgeput is (jongeren met beroepsopleiding) en dat de groep met een relatief grote afstand tot de arbeidsmarkt groeit.

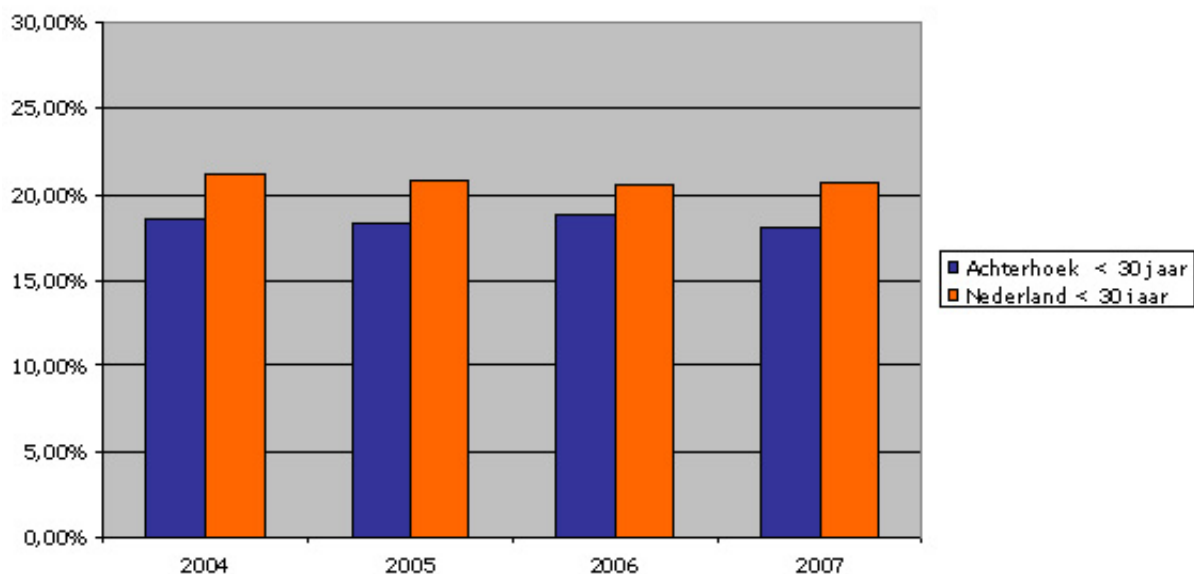
(Bron: Gegevens POA, Achterhoek)

De leeftijdsopbouw in Zorg en Welzijn (Z&W) in de Achterhoek laat onder andere zien dat:

- Het aandeel medewerkers dat werkt in Z&W onder de dertig jaar aanmerkelijk kleiner is dan het landelijk gemiddelde, terwijl tegelijkertijd ook nog een krimp van deze categorie valt te constateren.



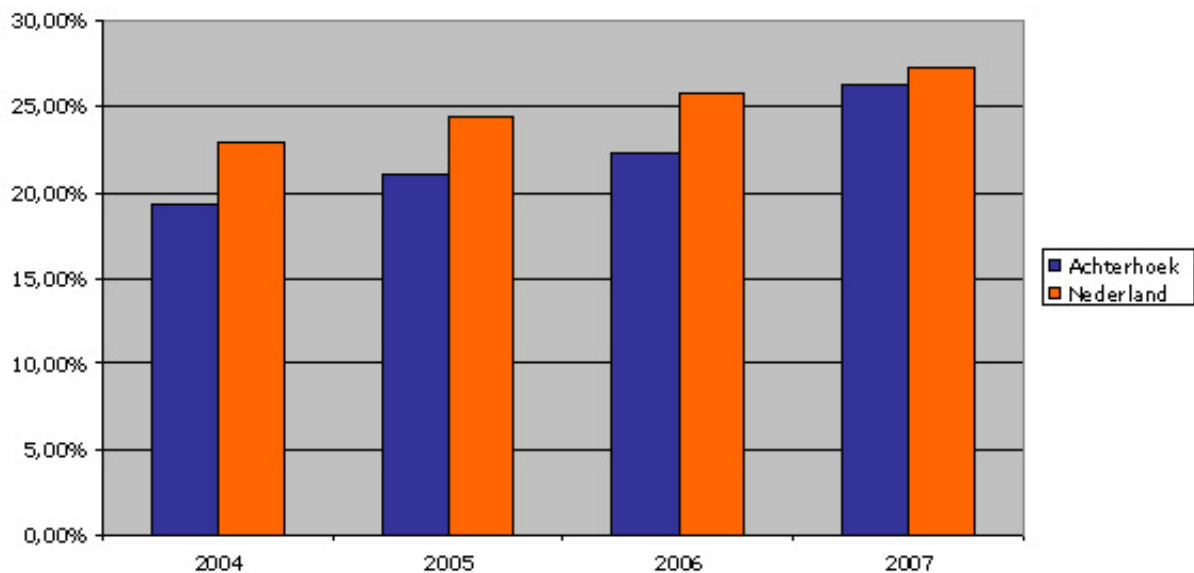
Medewerkers Z&W Achterhoek < 30 jaar vs Nederland < 30 jaar



(Bron: PGGM Dataset)

- Het aandeel medewerkers in Z&W boven de vijftig jaar weliswaar lager ligt dan het landelijke gemiddelde, tegelijkertijd groeit deze categorie medewerkers de laatste twee jaar explosief.

Medewerkers Z&W Achterhoek > 50 jaar vs Nederland > 50 jaar



(Bron: PGGM Dataset)

De combinatie van een relatief kleine categorie medewerkers onder de dertig jaar en een sterk groeiende categorie medewerkers ouder dan 50 zal de komende periode van merkbare invloed zijn op de bedrijfsvoering van de (zorg)organisaties bij ongewijzigd beleid.

6. Ontwikkelingen in de zorgorganisaties: situatie per werkveld

6.1 Ouderenzorg (verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg)

Het wordt steeds minder eenvoudig om onderscheid te maken tussen verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg. Vanuit veel verpleeg- en verzorgingshuizen wordt inmiddels ook thuiszorg geleverd. Daarmee vervalt het onderscheid met de traditionele thuiszorg. Naar verwachting zal de ouderenzorg meer regionaal (gebieds- en wijkgebonden) worden georganiseerd, waarbij per gebied alle voorzieningen aanwezig zijn, waardoor de dienstverlening beter op elkaar aan kan sluiten.

Ook de bewoner met complexe zorg kan steeds vaker blijven wonen in het verzorgingshuis. Wel maken steeds meer verpleeghuizen afspraken met ziekenhuizen over de opname van patiënten na bepaalde ingrepen of bij bepaalde ziektebeelden, waarbij specifieke eisen gesteld worden aan de zorg. Bijvoorbeeld de reactivering van patiënten na een heupoperatie of na een CVA. In het verpleeghuis wint in het algemeen het gedachtegoed dat kleinschalig gewoond en gewerkt dient te worden. Dat betekent voor het personeel dat vaak flexibeler en in kleinere contracten gewerkt zou moeten worden. Die kleinschaligheid maakt dat zorg op maat meer gerealiseerd wordt en de arbeidstevredenheid van personeel over het algemeen groter is. De vraag is echter of werkzoekenden geïnteresseerd zijn in kleine contracten. Ouderen zouden in een kleinschalige woonvorm minder hulp nodig hebben, meer sociaal betrokken zijn en meer kunnen genieten van de omgeving dan in een grootschalig verpleeghuis het geval zou zijn geweest. Ouderen met dementie zouden daarmee in een kleinschalige woonvorm 'beter af' zijn. Daarnaast blijkt, uit eerste ervaringen, dat het verzorgend personeel liever in kleinschalige woonvormen werkt. Ze zijn meer tevreden met hun werk en hebben minder burn-out klachten dan collega's in de grootschaliger opgezette verpleeghuizen. Familie van bewoners blijkt ook in het algemeen meer tevreden over kleinschalig wonen en vindt dat verzorgenden minder gehaast zijn in de omgang met de bewoners. Bovendien zijn familie en bewoners van mening, dat er meer respect is voor de belevingswereld van de bewoners en de gevoelens van de familieleden. Bij nieuwbouw en renovatie van verpleeghuizen wordt dan ook steeds vaker gekozen voor kleinschaligheid. Gelet op de sterke groei van het aantal dementerenden kan verwacht worden, dat in de regio meer kleinschalige projecten gestart zullen worden. Een aantal initiatieven zit reeds in de pijplijn.

6.2 Ouderenzorg verzorgingshuizen

De situatie in de verzorgingshuizen is vergelijkbaar met de situatie in de verpleeghuizen. Belangrijke thema's blijven het verder opschuiven naar meer individuele zorg en het verlenen van zorg in aanleunwoningen of buurt.

De complexiteit van zorg gaat verder omhoog. Het aantal plaatsen voor bewoners met dementieproblematiek stijgt snel. De bekostiging in de ouderenzorg aan de hand Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's) vanaf 2009 maakt dat men opnieuw na moet denken over een passende inzet van personeel. Om straks de zorg efficiënt, op maat en kwalitatief op orde te kunnen organiseren, moeten kostprijberekeningen opnieuw gemaakt worden. Ongetwijfeld zal dan de functieverdeling (differentiatie) opnieuw tegen het licht gehouden worden.

Instroom

Opvallend is dat men een toenemende krapte op niveau 3 vaststelt. Vacatures blijven langer open staan. Daarnaast valt een toename te constateren van herintredende oudere werknemers en zij-instromers. Als wervingsmedium wordt het belang van internet steeds groter. Dat geldt voor alle soorten vacatures.

Doorstroom

Het verloop in de sector blijft laag. De inzet van anders opgeleiden (SPW, SPH) dan verzorgenden blijft laag. Differentiatie naar niveau 2 is op veel plaatsen gerealiseerd, differentiatie naar de hogere functies wordt nog weinig gezien, behalve voor de meer leidinggevende functies waar vaak verpleegkundigen worden ingezet.

Verwachte verandering formatieopbouw in de sector

Onder invloed van de invoering van ZZP's zal de differentiatie in de personeelsopbouw verder toenemen. De verwachte groei in de sector kan worden gesteld op 2% op jaarbasis. In de loop van 2008 zal het tekort aan niveau 3 verder gaan toenemen, dit ondanks de toegenomen instroom van BBL'ers op dit niveau. Ook zal de behoefte aan niveau 2 opgeleiden sterk toenemen.

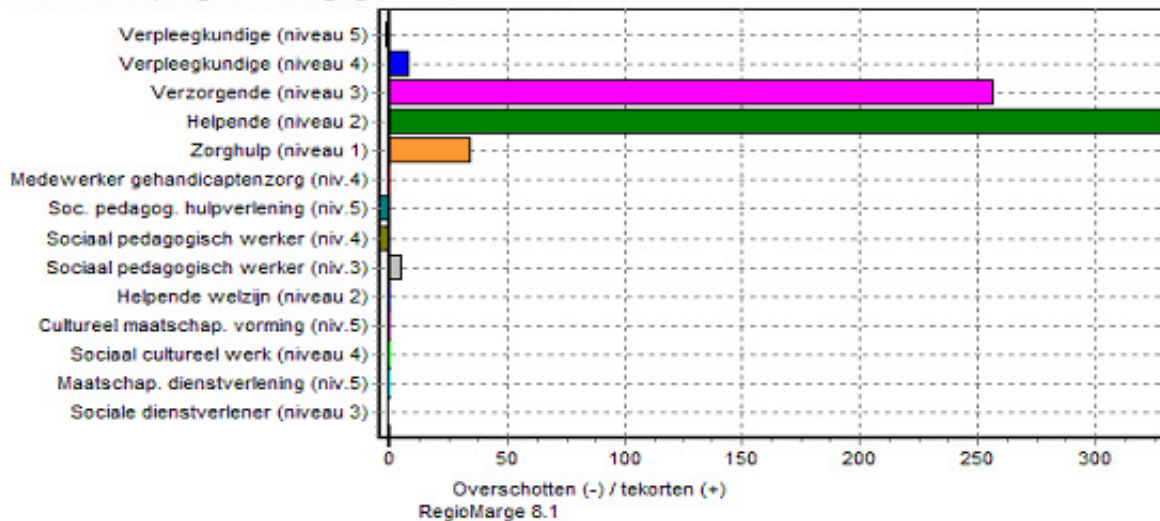
Trend ziekteverzuim

Het verzuim lijkt gemiddeld wat te stijgen en ligt in 2007 rond de 5,9%, waar het in 2006 nog 4,7% was.

Opleidingen

De ouderenzorg heeft de afgelopen jaren veel energie gestoken in de opleiding van nieuwe beroepskrachten. Daarnaast wordt extra instroom gerealiseerd via additionele projecten gericht op specifieke doelgroepen. De instroom is in 2007 op peil gebleven. Ook wordt veel gedaan aan de scholing van zittend personeel, met name op niveau 3. Recentelijk is de stagecapaciteit onder druk komen te staan als gevolg van nieuwe CAO-afspraken, die leiden tot een aanmerkelijke stijging van de stagevergoeding.

Overschotten/tekorten per kwalificatieniveau
Scenario: TA07
Branche: Verpleeg- en verzorgingshuizen; Jaar: 2011



In het rekenmodel is met de volgende factoren rekening gehouden:

Een netto-verloop van 3,5%.

Verhouding fte's/personen van 100:165 (gemiddelde omvang dienstverband is 61%).

Een jaarlijkse formatiegroei in de komende jaren van 2%.

6.3 Thuiszorg

De thuiszorg is sterk in beweging. Nog steeds is sprake van fusies of samenwerkingsverbanden. Meestal met organisaties in de ouderenzorg, soms met andere thuiszorgorganisaties. Over de activiteiten die onder de Wmo gaan vallen bestaat grote onzekerheid. De werkgelegenheid voor met name huishoudelijke hulpen is onzeker, omdat onduidelijk is in welke omvang gemeenten om deze diensten gaan vragen. De verschuiving in de indicatiestelling van HH2 (zwaardere huishoudelijke hulp) naar HH1 (lichtere huishoudelijke hulp) betekende dat thuiszorginstellingen meer met alfahulpen gingen werken. Alfahulpen vallen niet onder de CAO, hebben geen contract met de thuiszorginstelling, maar met de zorgvrager. De kostprijs per uur is in dat geval lager. Door middel van sociale plannen hebben de betrokken thuiszorgorganisaties in de regio gepoogd deze verandering soepel te laten verlopen en gedwongen ontslagen te vermijden. Daarbij is ingezet op een aantal sporen. Tijdelijke arbeidscontracten werden niet verlengd; medewerkers werden gestimuleerd vrijwillig te kiezen voor een alfacontract; een aantal medewerkers werd de mogelijkheid geboden via een opleiding door te stromen naar functies op niveau 2 of 3. Dit verloopt niet altijd gemakkelijk, maar collectieve ontslagen werden tot begin 2008 vermeden. Voor de gehele sector geldt dat de behoefte aan alfakrachten het grootst is.

In het voorjaar van 2008 bleek vervolgens dat de alfaconstructie in de toekomst niet langer houdbaar zal zijn. De politiek is van mening dat thuiszorgorganisaties alfakrachten een arbeidscontract moeten aanbieden. De belastingdienst is van mening dat de bestaande relatie tussen de alfakracht en de thuiszorginstelling feitelijk gezien zou kunnen worden als een gezagsverhouding en derhalve gesproken zou kunnen worden van een arbeidsrelatie. Dit betekent dat gezocht zal moeten worden naar manieren om alfakrachten toch in dienst te nemen. De haalbaarheid daarvan wordt echter bepaald door de wijze waarop de financiële gevolgen daarvan opgelost kunnen worden. In het gebied Twente en Achterhoek werken naar schatting 7.000 alfakrachten.

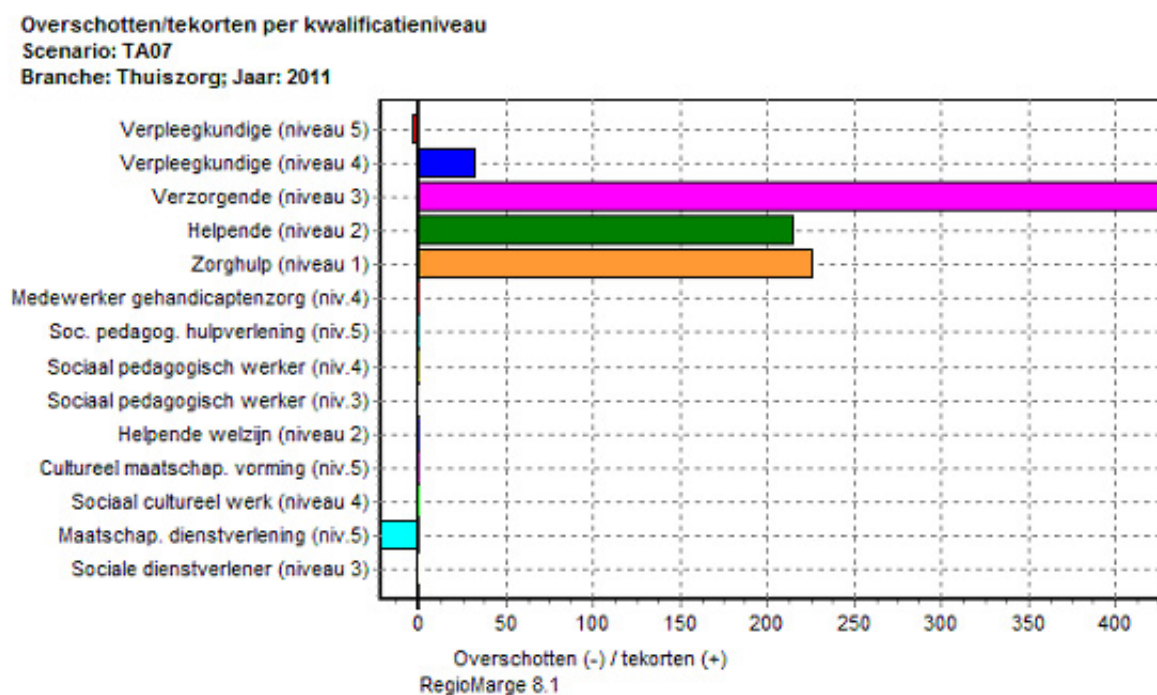
Een aantal thuiszorgorganisaties heeft de inzet van medewerkers op kwalificatieniveau 1 en 2 verlaagd als gevolg van de vermindering van het aantal indicaties voor zwaardere huishoudelijke hulp. Duidelijk mag zijn dat dit sterk afhangt van de vraag of men in het kader van de openbare aanbesteding van huishoudelijke zorg tot de 'winnaars' of 'verliezers' behoort.

Aan de andere kant wordt in de reguliere thuiszorg de inzet van niveau 4 en 5 belangrijker. Patiënten worden eerder met meer en complexere zorgvragen ontslagen uit het ziekenhuis. Ook op niveau 3 is extra instroom gewenst. Opvallend is dat de uitstroom, na een periode van stabilisering behoorlijk is toegenomen. De thuiszorg heeft een relatief 'vergrijsd' personeelsbestand en zal daarom sterker dan in andere branches het geval is, te maken krijgen met een hoge vervangingsvraag.

Trend ziekteverzuim

Was het ziekteverzuim in de thuiszorg in 2006 nog 5,3%, in 2007 stijgt dit percentage met 1,6% naar 6,9%.

In de formatieopbouw zien we dat de behoefte aan niveau 1, 2 en 3 het grootst is. Het aanbod op de arbeidsmarkt voor de niveaus 4 en 5 lijkt behoorlijk in lijn met de behoefte.



In het rekenmodel is met de volgende factoren rekening gehouden:

Een jaarlijkse formatiegroei in de komende jaren van 2%.

Een netto-verloop van 5,3%.

Verhouding fte's/personen van 100:300 (gemiddelde omvang dienstverband is 32%).

De grafiek geeft de arbeidsmarktbehoefte aan thuiszorgpersoneel weer, los van de vraag wie deze zorg levert.

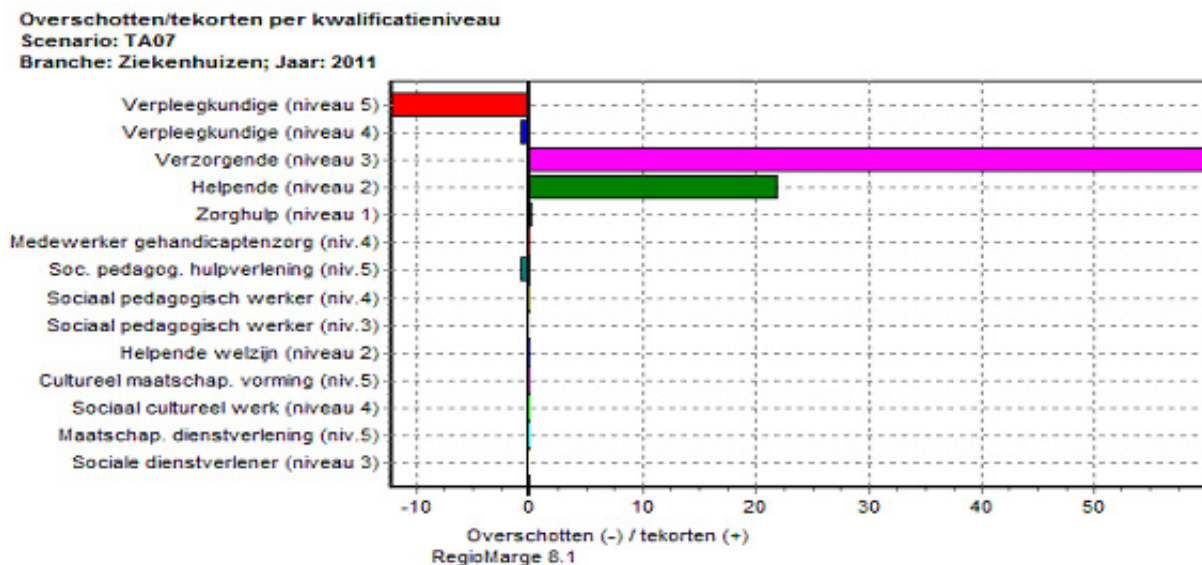
6.4 Ziekenhuizen

De schaalvergroting in de ziekenhuissector lijkt zich de komende jaren vooral te manifesteren via een verdergaande specialisatie en onderlinge taakverdelingen. Onder invloed van de invoering van DBC's zullen de ziekenhuizen zich naar verwachting meer gaan specialiseren, waarmee de streekfunctie onder druk kan komen te staan. De personeelsopbouw in de ziekenhuizen is sterk aan het veranderen. Zorgprocessen worden efficiënter ingericht. De opnameduur daalt sterk, er is een sterke verschuiving naar poliklinische zorg gaande en ook de dagbehandeling groeit sterk. Tegelijkertijd wordt op de afdelingen steeds vaker naar de inhoud van de zorgverlening gekeken als het gaat om een passende inzet van personeel. De behoefte aan gespecialiseerd verpleegkundig personeel neemt toe. Daar wordt de krapte het eerst zichtbaar. Het aanbod van IC-verpleegkundigen, nurse practitioners en OK-personeel is kleiner dan de vraag.

Ziekenhuizen kijken sterker dan voorheen naar de mogelijkheden om te komen tot een verdere differentiatie in de personeelsinzet. Dat betekent dat vaker dan voorheen bezien wordt of een deel van de taken van verpleegkundigen door verzorgenden of helpenden kunnen worden overgenomen.

Ook hier is feitelijk nog geen sprake van krapte. Men blijft BBL opleiden. Opleidingen op de niveaus 2 tot en met 5 komen voor. De inzet van niveau 3 wordt belangrijker en op de iets langere termijn wordt de behoefte aan niveau 4 weer groter. Het overschot aan niveau 5 kan wellicht gebruikt worden om meer op te gaan leiden in de specialistische functies.

De behoefte aan personeel op met name niveau 2 en 3 zal groeien. Een en ander zal zichtbaar worden in een formatieverschuiving, waarbij de omvang van niveau 4 naar verhouding zal afnemen. Het gemiddelde ziekteverzuim lag in 2006 nog rond de 4,9% en is ultimo het 4e kwartaal 2007 opgelopen naar 5%.



In het rekenmodel is met de volgende factoren rekening gehouden:

Een formatiegroei in de komende jaren van 1% per jaar, ook voor 2008.

Een netto-verloop van 3,0 %.

Een toenemende differentiatie naar de niveaus 3 en 2.

Verhouding fte's/personen van 100:140 (gemiddelde omvang dienstverband is 68%).

6.5 Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)

De werkgelegenheid is de afgelopen jaren in de GGZ sterk gegroeid. Ook voor de komende jaren wordt een uitbreiding verwacht. De invoering van de DBC moet dit ook mogelijk maken. De nadruk is in de GGZ de afgelopen jaren komen te liggen op begeleiden van cliënten en ambulante zorg. De komende jaren zal de nadruk meer komen te liggen op de langdurige zorg.

Per organisatie verschilt de inzet van personeel nogal. Soms wordt gekozen voor een mix van functies op niveau 4 en 5, in andere organisaties wordt vanaf niveau 2 personeel ingezet. Waar de ene organisatie krimpt onder invloed van toenemende concurrentie, zien we andere organisaties groeien.

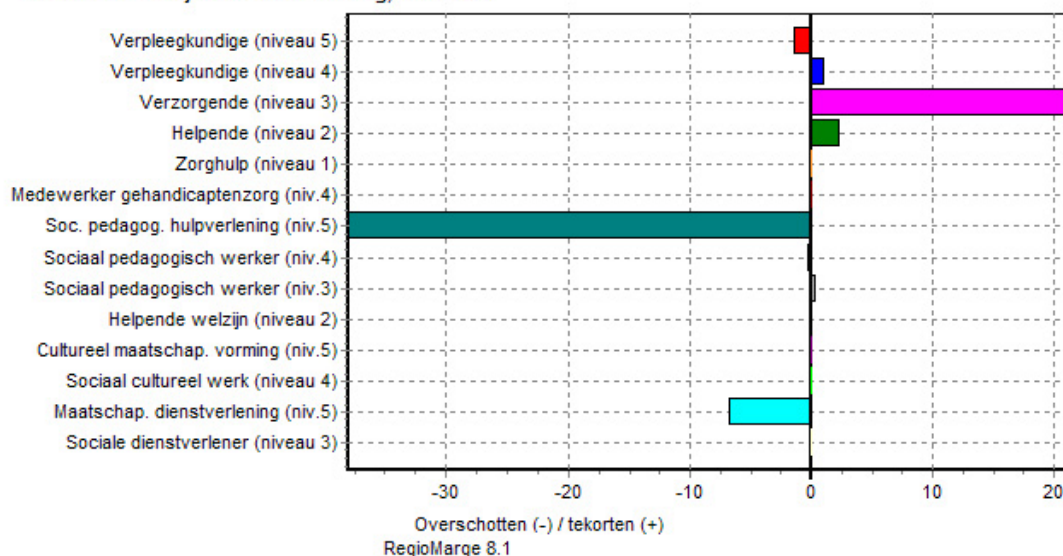
Onvervulbare vacatures zijn er nog niet of nauwelijks, wel kan men niet altijd personen met de gewenste vooropleiding vinden. Een algemene trend is dat binnen veel organisaties nagedacht wordt over mogelijkheden voor functiedifferentiatie.

Het gemiddelde ziekteverzuim lag in 2006 op gemiddeld 4% en is in 2007 nauwelijks gestegen.

Door de toenemende vergrijzing zal de behoefte aan niveau 3 in deze sector stijgen.

Een overschot aan niveau 5 SPH opgeleiden ontstaat hier. Van grote overschotten of tekorten zal de komende tijd geen sprake zijn.

Overschotten/tekorten per kwalificatieniveau
 Scenario: TA07
 Branche: Geestelijke Gezondheidszorg; Jaar: 2011



In het rekenmodel is met de volgende factoren rekening gehouden:

Een jaarlijkse en stabiliserende formatiegroei op 2% (voetnoot: in de tabel van de regio Twente valt in 2007 een krimp te constateren. Dit heeft te maken met incidentele krimp in één zorgorganisatie. De 2% groei is een trendgemiddelde).

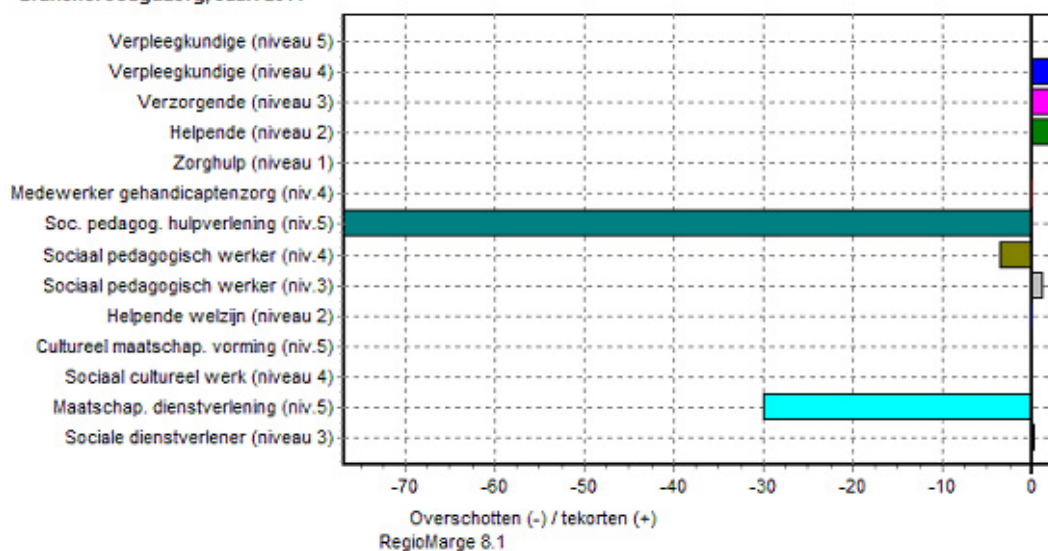
Een netto-verloop van 5%.

Verhouding fte's/personen van 100:130 (gemiddelde omvang dienstverband is 76%).

6.6 Jeugdhulpverlening

Investeren in jeugd staat hoog op de maatschappelijke en politieke agenda. De jeugdzorg houdt zich bezig met jeugdigen met opgroei- en opvoedingsproblemen. Sinds 2007 is er zelfs een programmaminister voor Jeugd en Gezin. Het aangekondigde Deltaplan voor gezinsvoogdij zal een aanzienlijke toename van personeel vragen. Een convenant met afspraken over de beroepsstructuur, het versterken van bestaande beroepsverenigingen, beroepscode en tuchtrecht, het actualiseren van opleidingen is in de maak. Het doel is het bereiken van betere afstemming tussen opleidingen en instellingen over de competenties van professionals in de jeugdzorg.

Overschotten/tekorten per kwalificatieniveau
 Scenario: TA07
 Branche: Jeugdzorg; Jaar: 2011



Het doorvoeren van functiedifferentiatie blijft een thema. Voor wat betreft de personeelsvoorziening blijft het al dan niet permanent beschikbaar zijn van middelen belangrijk. Tijdelijke vacatures, voorkomend uit extra financiële middelen met een tijdelijk karakter, zijn niet altijd gemakkelijk in te vullen.

Het aantal functies op niveau 4 zal de komende jaren worden uitgebreid. Naar alle waarschijnlijkheid gaat dit ten koste van het aantal functies op niveau 5.

De arbeidsmarkt voor de jeugdhulpverlening is op dit moment ruim, al zijn enige tekorten op het niveau 4 SPW te verwachten. Deze tekorten kunnen echter worden opgevuld door niveau 5 opgeleiden. Landelijke schattingen houden een gemiddelde groei van 4,9% aan. In het rekenmodel voor de regio is rekening gehouden met een 2% groei.

Verder is gerekend met een netto-verloop van 5%, een verhouding fte's/personen van 100:145 (gemiddelde omvang dienstverband is 69%).

Gezien het relatief grote aantal medewerkers van 50 jaar of ouder, zullen de instellingen in de jeugdhulpverlening in toenemende mate problemen ervaren als gevolg van de vergrijzing. Daarnaast heeft een aantal organisaties in de jeugdzorg te kampen met een negatief imago (ingewikkelde opvoedingsproblematiek, jeugdigen met delinquent gedrag), hetgeen de bereidheid om in deze sector aan de slag te gaan negatief beïnvloed.

6.7 Gehandicaptenzorg

De werkgelegenheid in de gehandicaptenzorg is de afgelopen jaren sterk gegroeid, mede als gevolg van verbreding van het aanbod, toenemende kleinschaligheid, groei van de doelgroep en wachtlijstbepalende maatregelen. In de regio zijn trends van concentratie en deconcentratie aan de orde. Soms lijkt het beter om cliënten in grotere organisatieonderdelen op een min of meer beschut terrein onder te brengen en soms heeft het de voorkeur om zo veel als mogelijk te kiezen voor maximale integratie in de woonwijk. De groei van de werkgelegenheid zal de komende jaren naar verwachting minder sterk zijn dan de afgelopen jaren. Ook de gehandicaptenzorg zet in op een efficiëntere inzet van personeel via het anders organiseren van werk (slim roosteren) en de extra inzet van ICT technologie en domotica.

In de gehandicaptenzorg wint de somatische zorgverlening terrein. Toenemend is sprake van vergrijzing onder de groep cliënten, waardoor meer zorg gerelateerde handelingen moeten worden verricht.

Een erkend knelpunt is dat de opleiding verpleging en verzorging voor de gehandicaptenzorg te weinig agogiek bevatte. Anderzijds bekwamen leerlingen in de opleiding Sociaal Pedagogisch Werk zich voor de branche te weinig op verplegend en verzorgend gebied. De SPW opleiding wordt daarom gesplitst in een opleiding richting Pedagogisch Werk en een richting Maatschappelijke Zorg, waarin meer verzorgende aspecten zijn opgenomen. Hoewel altijd behoefte zal blijven bestaan aan specialisten, zal als gevolg van deze opleiding het onderscheid tussen verpleging, verzorging en sociaal agogen waarschijnlijk meer naar de achtergrond verdwijnen.

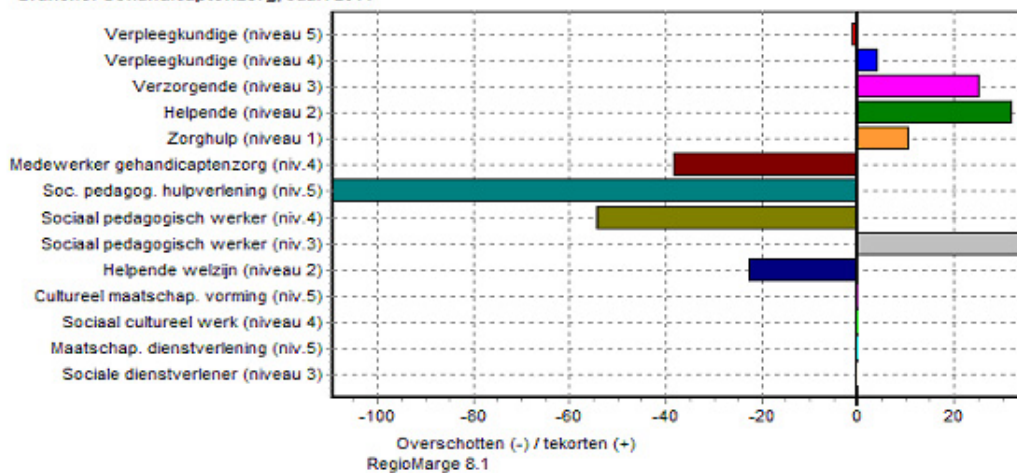
De bekostiging van intramurale AWBZ-instellingen zal vanaf 2009 ingrijpend veranderen. Instellingen worden vanaf dat moment bekostigd op basis van de per cliënt geleverde prestatie (zorgzwaartepakket). Dat kan belangrijke gevolgen hebben. Door de ZZP's zal uiteindelijk het gehele budget zijn gerelateerd aan de werkelijk gerealiseerde productie. De instelling zal dus een volledig bezettingsrisico gaan lopen en de onderhandelingen met de zorgkantoren zullen zijn gebaseerd op integrale tarieven (uiteindelijk inclusief kapitaallasten).

Grote personeelstekorten zijn voorlopig niet te verwachten. De behoefte aan V&V 3 zal toenemen, net als de behoefte aan helpenden. Verder blijkt de behoefte aan SPH- en SPW-opgeleiden (niveau 4) alsook aan medewerkers gehandicaptenzorg, opgeleid op niveau 4, terug te lopen. Naar SPW-opgeleiden op niveau 3 ontstaat echter juist meer vraag.

Het gemiddelde ziekteverzuim stijgt evenals in de andere sectoren licht: van 4,5% in 2006 naar 4,8% in 2007.



Overschotten/tekorten per kwalificatieniveau
 Scenario: TA07
 Branche: Gehandicaptenzorg; Jaar: 2011



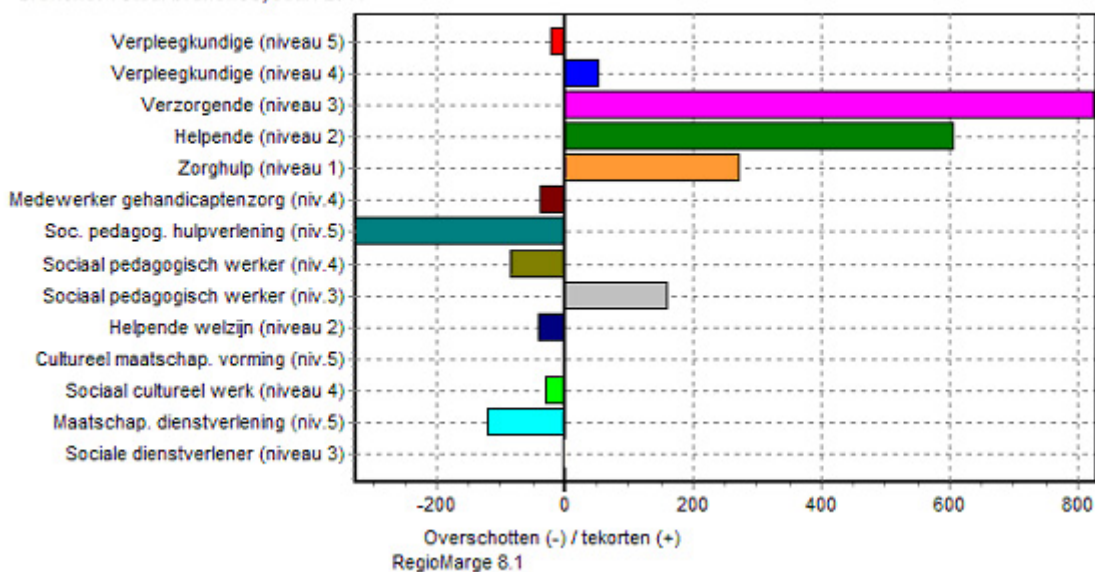
In het rekenmodel is met de volgende factoren rekening gehouden:
 Een jaarlijkse formatiegroei in de komende jaren van 2% en een netto-verloop van 3%.
 Een verhouding fte's/personen van 100:161 (gemiddelde omvang dienstverband is 62%).

6.8 Totaal

Zoals blijkt uit de grafieken per sector, is het beeld ten opzicht van vorig jaar opnieuw gewijzigd. De arbeidsmarkt blijft nog redelijk in evenwicht, al zal de behoefte aan niveau 3, 2 en 1 opgeleiden verder toenemen. Binnen de sector zorg en welzijn is het beroepsrendement van medewerkers met een SPH opleiding laag. Veel medewerkers met een SPH-opleiding komen dan ook niet te werken op het niveau waarvoor ze zijn opgeleid en gaan of in een andere sector werken of zijn bereid op een lager niveau hun werk te verrichten.

Wanneer de resultaten uit de verschillende sectoren opgeteld worden ontstaat het volgende beeld.

Overschotten/tekorten per kwalificatieniveau
 Scenario: TA07
 Branche: Totaal branches; Jaar: 2011



7. Ontwikkelingen in het onderwijs

Ook dit jaar is de instroom in de zorg en welzijnsopleidingen goed op peil gebleven. Daarbij wordt binnen het onderwijs een aantal trends waargenomen.

Vanuit de koepelorganisaties en het zorgveld wordt een toenemende druk ervaren om de opleidingen weer meer branchegericht te maken. Vanuit het perspectief van de branches is dit te verklaren. Immers, langs een kortere weg worden leerlingen en studenten voorbereid op het werken in de specifieke branche. Daarmee sluit de opleiding dan ook meer aan bij de verwachtingen van de toekomstige werkgever. Door de opleidingen zelf wordt dit gezien als korte-termijn denken. Het breed inzetbaar zijn voor de zorg komt op deze manier onder druk te staan. Ook ontbreekt zo kennis en ervaring opgedaan in andere sectoren, vaak ook van belang voor de eigen specifieke branche. Daarnaast is de kans groot dat op deze manier de kennis en ervaring, die nodig is om goed in de keten te functioneren, niet wordt opgedaan.

Het onderwijs (Saxion Hogeschool, Graafschapcollege en ROC van Twente) blijft sterk achter de gedachte van breed opleiden en daarmee de wettelijke eisen staan. De vraag is wel hoelang men dit vol kan houden, wanneer de roep vanuit het werkveld om sectorspecifiek op te leiden nog sterker wordt.

	Instroom 1-10-2007		meer/minder ten opzichte van 1-10-2006	
	BOL	BBL	BOL	BBL
ROC van Twente				
Niveau 1	48	5	7	0
Niveau 2	354	165	-64	67
Niveau 3 V&V	168	313	-37	143
Niveau 3 SPW	140	93	-150	14
Niveau 4	184	64	-3	28
	894	640	-247	252
Graafschap College				
Niveau 1		28	0	-3
Niveau 2	188	33	37	-44
Niveau 3 V&V	85	130	-46	78
Niveau 3 SPW	131	5	-75	-6
Niveau 4 V&V	83	10	57	-5
	487	206	-27	20
Saxion Hogeschool				
Niveau 5 V&V Deventer	50	29	-17	8
Niveau 5 V&V Enschede	162	12	11	-2
Niveau 5 SPH	189	234	49	28
	401	275	43	34

(Bron: ROC van Twente, Graafschapcollege en Saxion Hogeschool. Bewerking WGV)

Uit de instroomcijfers per 1 oktober 2007 en 1 oktober 2006 kan voorzichtig de conclusie getrokken worden dat de verschillende werkvelden meer en meer voorkeur krijgen voor de BBL opleiden en minder voor de BOL variant.

In de GGZ is de trend naar versmalling van de opleiding nu het sterkst. Ook in de ziekenhuizen valt te constateren dat men zich beraadt op het functioneler inzetten van de medewerker, versus de keuze voor breed opleiden en brede inzet. Belangrijke veroorzaker in de ziekenhuizen is de verschuiving naar poliklinische zorg en dagbehandeling. De doorvertaling naar de consequenties voor opleiden heeft daar echter nog niet plaatsgevonden. De opleiding tot verpleegkundige in het ziekenhuis zal naar verwachting toenemend instrumenteel-technisch zijn en wellicht minder gericht zijn op begeleiden en verplegen.

Het aantal en soort stageplaatsen blijft een groot punt van aandacht. Het Graafschap College neemt momenteel beperkt BOL leerlingen aan, omdat de noodzakelijke beroepspraktijkvorming niet gegarandeerd kan worden. De scholen beseffen tegelijkertijd wel dat deze leerlingen straks – na diplomering - hard nodig zullen zijn om in de behoefte te voorzien. Vandaar ook dat een beroep gedaan wordt op de sector om meer stageplaatsen beschikbaar te stellen.

Na de overdracht van de opleidingsverantwoordelijkheid van VWS naar OC&W een tiental jaren geleden, is ook de opleidingscultuur binnen zorgorganisaties verwaterd. Als gevolg hiervan zijn er minder eigen opleiders en wordt stagebegeleiding op de werkvloer meer als belasting ervaren. Meer energie zou gestoken kunnen worden in het trainen van werkbegeleiders. Korte

termijn bezuinigingsmaatregelen leiden er vaak toe dat minder geïnvesteerd wordt in de opleiding van nieuwe medewerkers. De mogelijkheden om subsidies en fiscale aftrekmogelijkheden toe te passen worden onvoldoende benut, met als gevolg dat er in zijn totaliteit minder beroepskrachten worden opgeleid.

De afgelopen jaren is door de opleidingsinstituten veel geïnvesteerd om oplossingen te vinden voor de stageplaatsenproblematiek. Een deel van deze oplossingen ligt in het in kaart brengen van vraag en aanbod in de regio, eenduidige afstemming van de stageduur, -periode, -capaciteit, -inhoud en tenslotte de stageplanning voor alle scholen en zorginstellingen in de regio. In het laatste kwartaal van 2007 werd door het RIZO geconstateerd dat er een tekort was aan stageplaatsen voor alle opleidingen.

Door zowel werkgevers als opleidingsinstituten is creatief gezocht naar oplossingen. Zo is voor niveau 2 een mogelijke oplossing gevonden door de leerafdeling naar de school te verplaatsen en is voor niveau 3 geschoven met BPV periodes. Voor niveau 4 worden elders nog stageadressen gezocht, dan wel worden de groepen gesplitst en de stageperioden verkort. Voor niveau 5 zijn voor komend schooljaar nog niet voor alle stageperiodes definitieve oplossingen gevonden.

(Bron: Beleids en activiteitenplan RIZO 2008)

Een aantal organisaties is begonnen met het opzetten van leerafdelingen waar BOL-leerlingen groepsgewijs verantwoordelijkheid krijgen voor de zorg. Leerafdelingen geven zorgorganisaties de mogelijkheid om het begeleidingsproces efficiënter in te richten. Daarnaast wordt het werken op de leerafdeling door de leerling of student als positief ervaren. Het opzetten van leerafdelingen heeft dan ook laten zien dat hier winst valt te behalen! De scholen zien een positief effect van het zelfstandig leren van de student op de mate waarin deze vervolgens in de praktijk kan worden belast. In dat kader is het van belang dat ook de omgeving (ouders/familie) leerlingen steunen in het leerproces.

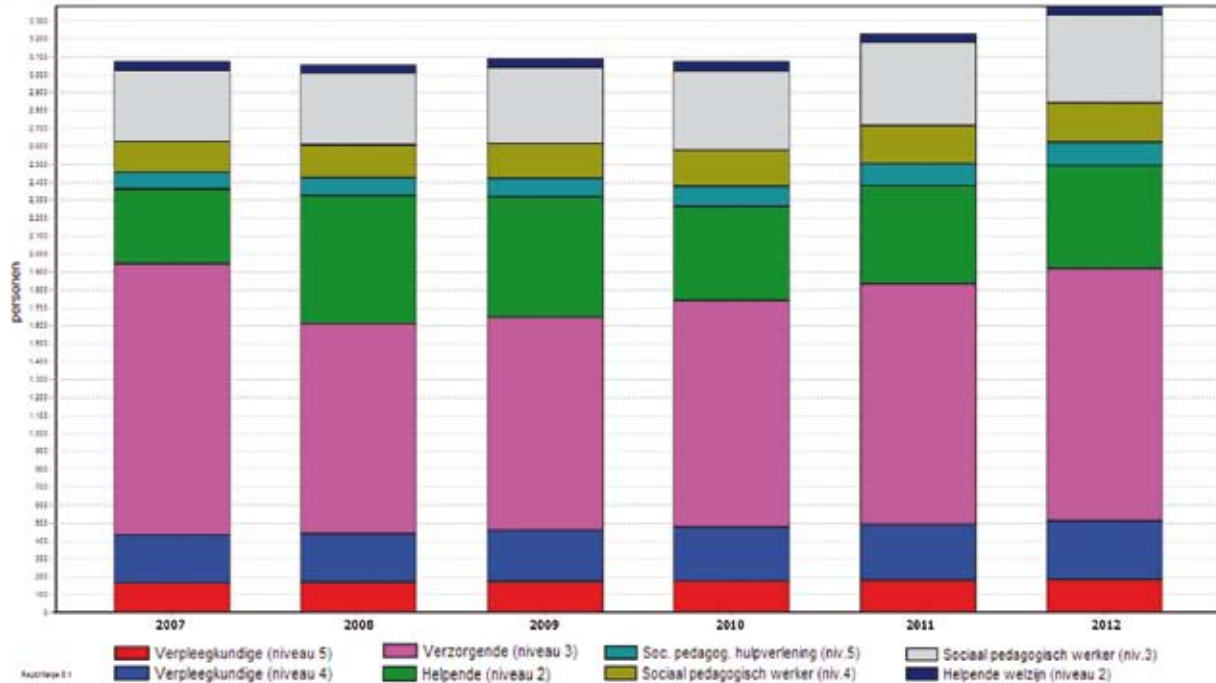
Dat de arbeidsmarkt aantrekt en voor gediplomeerden in spé aantrekkelijker wordt, blijkt wel uit het feit dat leerlingen tijdens stages banen aangeboden wordt of worden 'weggekocht' wanneer ze nog in opleiding zijn.

Binnen de zorg zelf ontstaan nieuwe opleidingen en meer diversiteit in beroepen en beroepsprofielen. Bijvoorbeeld de gespecialiseerd verpleegkundige, nurse practitioner, zorgmakelaar, biofysicus in zorg, etc. Daardoor is verdere taakherschikking mogelijk. Bovendien levert dit ruimte op voor diversiteit tussen zorginstellingen en daarmee keuzemogelijkheden voor de patiënt of cliënt.



Gewenste instroom in de opleidingen voor de periode 2007-2012.

Gewenste instroom in opleidingen, Twerite
(instroom in alle leerjaren opgeteld)
Scenario: TAD07



Bron: RegioMarge

Er ontstaan overschotten op met name de niveau 5 SPH opleiding, de tekorten op niveau 3 en 2 worden groter.

7.1 Invloed van de arbeidsmarkt op onderwijssoort

De afgelopen jaren heeft in het MBO een aanzienlijke verschuiving plaatsgevonden van deeltijdonderwijs (BBL en deeltijd BOL) naar voltijdonderwijs (BOL). Dit hing duidelijk samen met de verslechterende arbeidsmarkt. Naarmate er meer werkloosheid is zijn jongeren eerder geneigd om voltijdonderwijs te volgen. Werklozen (of partiel werklozen) zullen, teneinde hun kansen op de arbeidsmarkt te vergroten, vaak voor voltijdonderwijs kiezen. Ook zijn er minder werkenden die naast hun werk een deeltijdopleiding volgen. In het algemeen is dus samenhang te verwachten tussen de verhouding voltijd-/deeltijdonderwijs en de werkloosheid. De grafiek toont aan dat deze samenhang er duidelijk is bij het mbo en in veel mindere mate bij het hbo en wetenschappelijk onderwijs.

Voor BBL-opleidingen is niet alleen sprake van een vraageffect, maar ook van een aanbodeffect. Het hebben van een stageplek (beroepspraktijkvormingsplaats) is voorwaarde om tot een BBL-opleiding te worden toegelaten.

(Bron: interne publicatie van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Onderwijsdeelname 1990-2020)

7.2 Voortijdig schoolverlaters

Voldoende gekwalificeerd de arbeidsmarkt betreden is van belang om een blijvende plaats op de arbeidsmarkt te veroveren. Veel jongeren betreden de arbeidsmarkt echter zonder startkwalificatie, met name in de grootstedelijke gebieden. De Europese Unie heeft in 2002 tijdens de Lissabon conferentie de ambitie geformuleerd dat de Europese economie in 2010 tot de wereldtop moet behoren. In dat kader staat de aanpak van voortijdig schoolverlaten hoog op de maatschappelijke en politieke agenda.

Het beroepsonderwijs heeft brede ambities, met als gemeenschappelijke noemer het verhogen van competenties van jong en oud voor de arbeidsmarkt. Desondanks kan het leren van ouderen nog een flinke impuls gebruiken. De toenemende vergrijzing vraagt dat volwassenen meer investeren in leren. Het wordt immers steeds moeilijker de oudere, vaak lager opgeleide beroeps-

bevolking te vervangen door beter opgeleide jongeren. De afgelopen jaren blijkt de deelname van laaggeschoolden aan leren met 0,3% te zijn gestegen in Europa, maar die van hoger opgeleiden met 2%. Die verhouding dreigt steeds schever te worden. Er zal dus nadrukkelijker moeten worden nagedacht over een aanpak die vooral lager opgeleide volwassenen aanspreekt. Het leren zou daarom meer kunnen worden georganiseerd op de werkvloer, in nauw overleg met bedrijven en de werkenden zelf. De vraag is of de reguliere instellingen voor beroepsonderwijs (ROC's) die uitdaging willen oppakken. Een belangrijk vraagstuk voor de toekomst.

De cijfers maken duidelijk dat scholen, werkgevers, zorginstellingen en andere betrokkenen gezamenlijk nog een grote inspanning moeten leveren. Gemeenten hebben daarbij een belangrijke, coördinerende rol.

Voortijdig Schoolverlaters Nederland is ingedeeld in 39 Regionaal Meld- en Coördinatiecentrum (RMC)-regio's. De RMC- en leerplichtadministraties worden op termijn zoveel mogelijk geïntegreerd tot één gemeentelijke administratie. Die wordt gevoed door één digitaal loket (via BRON). Daarmee komt op termijn een einde aan de RMC-registratie in de huidige vorm. Het streefcijfer nieuwe voortijdig schoolverlaters is voor 2010 gesteld op 35.000, waar dat in 2005 nog 63.000 voortijdig schoolverlaters betrof. (Bron: Kennisnet en brief minister van der Hoeven aan de 2^e kamer)

In Twente en de Achterhoek lijken, in relatieve termen, goede resultaten te worden geboekt gezien de uitkomsten van de eindrapportage RMC analyse 2007, voortijdig schoolverlaters en RMC functie 2006/2007. Het aantal herplaatsingen per voortijdig schoolverlater ligt met percentages van 80% en 84% ruim boven de landelijk gemiddelden.

8. Bijdrage arbeidsmarktverkenning

Onderzoekers

De heer H. Hokke	Hoofd Bedrijfsvoering Onderzoek, Informatie en Communicatie (BOIC) van de WGV
De heer J. Stubbe	Informatiewerker BOIC, WGV
De heer P.M.R. Foole	Bureau PFC

Begeleidingscommissie Onderzoek en Informatie

De heer H. Bijleveld	Directeur Bruggerbosch centrum voor psychogeriatric, voorzitter
De heer H.G.A.Voss	Clustermanager MST, plv. voorzitter
Mevrouw A.H.J.Klopper-Kes	Wvd. Lid Raad van Bestuur Ziekenhuisgroep Twente
De heer D. van Dieten	Staffunctionaris P&O Carint Reggeland Groep
Mevrouw G.H. Griffioen	Directeur Jarabee Jeugdzorg Twente
De heer A.M.J. Kleine-Schaars	Regiodirecteur, InteraktContour
De heer B. Verpalen	Directeur, RIBW Twente
De heer P.M.R. Foole	Extern adviseur, bureau PFC



Bijlage 1 Tabellen Twente, Achterhoek, Landelijk

Tabel: Groei per sector

Twente	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007
Totaal aantal inwoners		616.886	617.682	618.223	
Werkzame beroepsbevolking*		271.237	274.536	277.270	7.612.000
Het aantal inwoners werkend in zorg** wonend in Twente***	32.127	32.569	33.547	35.484	
Percentage van beroepsbevolking		12,01%	12,22%	12,80%	

Groei per sector	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007
Ziekenhuizen	0,05%	0,39%	1,17%	0,75%	1.41%
Gehandicaptenzorg	0,00%	3,16%	5,95%	4,00%	3.02%
Geestelijke Gezondheidszorg	0,93%	2,60%	0,96%	-4,39%	3.27%
Ouderenzorg	2,06%	9,61%	4,92%	3,21%	-0,09%
Jeugd Hulpverlening	-7,20%	-7,85%	-5,86%	-0,57%	5.59%
Thuiszorg	3,88%	2,72%	2,09%	1,20%	4.38%
Aantal mdw < 30 jaar t.o.v. totaal aantal mdw	22,02%	21,45%	21,43%	21,29%	
Aantal mdw >50 jaar t.o.v. totaal aantal mdw	17,94%	19,34%	20,59%	22,09%	

Instroom van buiten de zorg naar in de zorg	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007
Jonger dan 30 jaar t.o.v. totaal instroom	55,25%	52,46%	53,78%	54,35%	
30 tot 50 jaar t.o.v. totaal instroom	37,53%	39,36%	38,86%	36,69%	
50 jaar en ouder t.o.v. totaal instroom	7,22%	8,18%	7,35%	8,96%	

Uitstroom uit de zorg	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007
Jonger dan 30 jaar t.o.v. totaal uitstroom	44,19%	42,58%	41,64%	33,09%	
30 tot 50 jaar t.o.v. totaal uitstroom	34,88%	35,81%	32,14%	39,43%	
50 jaar en ouder t.o.v. totaal uitstroom	20,94%	21,61%	26,22%	27,48%	

In de tabel van de regio Twente valt in 2007 een krimp te constateren. Dit heeft te maken met incidentele krimp in één zorgorganisatie. De 2% groei is een trendgemiddelde). Ook JHV heeft hier te maken met een incidentele krimp.

* werkzame beroepsbevolking: personen (15-64 jaar) die tenminste 12 uur per week betaald werken of werk hebben aanvaard.

** zorg: betreft alleen ZH, GGZ, GHZ, JHV en Ouderenzorg (inclusief TZ). Geen welzijn.

*** Twente: zie pagina 21 voor overzicht gemeenten.

Tabel: Groei per sector

Achterhoek	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007
Totaal aantal inwoners		402.785	402.675	401.729	
Werkzame beroepsbevolking* (gemiddelde over periode 2004-2006)	197.040	197.040	197.040	197.040	
Het aantal inwoners werkend in zorg** wonend in Achterhoek***	21.342	21.632	22.336	23.485	
Percentage van beroepsbevolking	10,83%	10,98%	11,34%	11,92%	

Groei per sector	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007
Ziekenhuizen	1,33%	3,90%	1,60%	-0,08%	1,41%
Gehandicaptenzorg	8,19%	3,63%	4,87%	2,11%	3,02%
Geestelijke Gezondheidszorg	1,66%	-3,30%	3,58%	2,06%	3,27%
Ouderenzorg	0,96%	1,56%	2,44%	3,74%	-0,09%
Jeugd Hulpverlening	-1,87%	-0,03%	-2,00%	0,75%	5,59%
Thuiszorg	11,50%	12,76%	-0,63%	0,00%	4,38%
Aantal mdw < 30 jaar t.o.v. totaal aantal mdw	18,56%	18,35%	18,84%	17,78%	
Aantal mdw >50 jaar t.o.v. totaal aantal mdw	19,27%	20,94%	22,18%	24,93%	

Instroom van buiten de zorg naar in de zorg	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007
Jonger dan 30 jaar t.o.v. totaal instroom	49,72%	47,93%	47,86%	42,65%	
30 tot 50 jaar t.o.v. totaal instroom	41,07%	41,15%	40,72%	46,33%	
50 jaar en ouder t.o.v. totaal instroom	9,21%	10,92%	11,41%	11,03%	

Uitstroom uit de zorg	2004	2005	2006	2007	Landelijk 2007
Jonger dan 30 jaar t.o.v. totaal uitstroom	43,35%	39,11%	42,63%	29,65%	
30 tot 50 jaar t.o.v. totaal uitstroom	35,94%	37,30%	35,16%	42,29%	
50 jaar en ouder t.o.v. totaal uitstroom	20,71%	23,59%	22,22%	28,06%	

* werkzame beroepsbevolking: personen (15-64 jaar) die tenminste 12 uur per week betaald werken of werk hebben aanvaard.

** zorg: betreft alleen ZH, GGZ, GHZ, JHV en Ouderenzorg (incl. TZ). Geen welzijn.

*** Achterhoek: zie pagina 22 voor overzicht gemeenten.

Landelijke groei per sector	2004	2005	2006	2007
ZH	0,73%	0,05%	3,25%	1,41%
GGZ	3,61%	2,05%	5,34%	3,27%
V&V	0,34%	1,90%	-0,02%	-0,09%
GHZ	5,69%	4,16%	2,58%	3,02%
TZ	4,85%	-3,74%	5,49%	4,38%
JHV	-1,95%	1,65%	4,21%	5,59%

Bijlage 2 Gehanteerde afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBL	Beroeps Begeleidende Leerweg
BOL	Beroeps Opleidende Leerweg
BPV	Beroeps Parktijkvorming
BRON	Basisregister Onderwijs (beheerd door de IB-Groep)
CAK BZ	Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Ziektekosten
CAO	Collectieve Arbeids Overeenkomst
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CIVIQ	Instituut Vrijwillige Inzet (nu Movisie)
CPB	Centraal Plan Bureau
CVA	Cerebrovasculair Accident
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EZ	Ministerie voor Economische Zaken
FTE	Fulltime Equivalent
GGZ	Geestelijke Gezondheids Zorg
GHZ	Gehandicapten Zorg
Havo	Hoger Algemeen Voortgezet Onderwijs
Hbo	Hoger Beroeps Onderwijs
HH1 en 2	Huishoudelijke Hulp
ICT	Informatie Communicatie Technologie
JHV	Jeugd Hulp Verlening
Mbo	Middelbaar Beroeps Onderwijs
MD traject	Management Development Traject
NiDi	Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut
NWW	Niet Werkende Werkzoekenden
OC&W	ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschap
OVDB	Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen (nu Calibris)
PGB	Persoons Gebonden Budget
PGGM	Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen
POA	Platform Onderwijs Arbeidsmarkt Achterhoek
POWI	Platform Onderwijs Inkomen Twente
PRIK	Productiviteit, Ruimte, Innovatie en Kwaliteit
RIZO	Regionaal Informatiepunt Zorg Opleidingen
RMC	Regionaal Meld- en Coördinatiepunt
ROC	Regionaal Opleidings Centrum
RVZ	Raad voor Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SER	Sociaal Economische Raad
SPW	Sociaal Pedagogisch Werk
SPH	Sociaal Pedagogische Hulpverlening
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
V&V	Verpleging en Verzorging
Vmbo	Vorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
VSV	Voortijdig Schoolverlater
VWS	ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAI	Workability Index
WGA	Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten
WGV	Werkgeversvereniging Zorgsector Twente en Achterhoek
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WVG	Wet Voorziening Gehandicapten
ZH	Ziekenhuizen
ZZP	Zelfstandige Zonder Personeel/ Zorg Zwaarte Pakketten
Z&W	zorg & welzijn

Met dank aan de geïnterviewde lidorganisaties en scholen

Literatuur

Probleemanalyse innovatie in de zorg; Ministerie van VWS

Arbeidsmarktbrief 2007 Werken aan zorg; Ministerie van VWS

"Oudere werknemers door de lens van de werkgever"; NiDi 2007, in opdracht van het Ministerie van EZ

Strategische beleidagenda zorg 2007-2010; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

RegioMarge 2007; de arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen 2007-2011; Prismant

Vergrijzingsmonitor; Een initiatief van het Netwerk Organisatie Vergrijzing, Kluwer, KPMG en Randstad.
www.organisatievergrijzing.nl

Innovatie in de zorg; Een samenwerking tussen de interdepartementale programmadirectie KenI (m.m.v. VWS, EZ, SenterNovem, OCW, LNV) en het Innovatieplatform

'Hoe stevig is het cement? Positie van vrijwilligers en vrijwilligersorganisaties in de zorg'; Verwey-Jonker Instituut en het NIZW

Thuiszorg de stand van zaken; Economisch bureau ING

Workforce Aeging in Internationale Scale; Adecco Institute; E. van Iersel

Kennisnet

CWI; kwartaalrapportages; arbeidsmarktprognoses

Werken in Twente 2007; POWI monitor

Presentatie H. Korten; CWI Winterswijk

Bijlage 4 Overzicht lidinstellingen ultimo februari 2008

Ledenlijst WGV per 01-02-2008

Naam instelling	ZH	TZ	GGZ	GHZ	V&V	JHV	Welzijn	Overige Zorg
Ab Hulp Twente		x						
Adhesie GGZ Midden-Overijssel			x					
Ambulance Oost								x
AntiStollingsCentrum Oost-Nederland ASCON								x
AriënsZorgpalet					x			
Aveleijn / SDT				x				
Azora					x			
Baalderborg				x				
Bruggerbosch					x			
Bureau Jeugdzorg Overijssel							x	
Bureau SPV (01-02-2008)			x					
Careaz		x			x			
Carint-Reggeland-Groep		x			x			
Centrale Huisartsen Post Almelo								x
CIZ (regio Oost)								x
Coöperatieve Huisartsenpost Hengelo								x
De Twentse Zorgcentra				x				
Estinea				x				
Forensisch Psychiatrisch Kliniek Oldenkotte			x					
Gezondheidscentrum 'Hasseler Es'								x
GGD Regio Twente								x
GGNet			x					
Hanimeli Thuiszorg		x						
Huisartsendienst Twente-Oost (HDT-Oost)								x
Huize Dahme					x			
IKST								x
InteraktContour				x				
J.P. van den Bent Stichting				x				
Jarabee Jeugdzorg in Twente						x		
Jongerenhuis Harreveld (01-02-2008)			x					
Karakter			x					
Laboratorium Microbiologie Twente Achterhoek								x
Laboratorium Pathologie Oost Nederland								x
Leger des Heils							x	
Livio		x			x			
Mediant			x					
Medisch Spectrum Twente	x							
MEE Twente						x		
Michaelshoeve (01-01-2008)				x				
Naviva Kraamzorg		x						
Previtas B.V.								x
Revalidatiecentrum Het Roessingh	x							
RIBW Twente			x					
ROSET								x
SbT Thuiszorg		x						
Sensire		x						
Stichting Atzon		x						
Stichting De Eik (+ Z.O.N.)				x				

Naam instelling	ZH	TZ	GGZ	GHZ	V&V	JHV	Welzijn	Overige Zorg
Stichting Fokus Exploitatie				x				
Stichting Huisartsenlaboratorium Oost (SHO)								x
Stichting Humanitas Onder Dak Twente (SHODT)							x	
Stichting Markenheem				x				
Stichting Philadelphia Zorg Salland-Twente				x				
Stichting Verzorgingshuizen Regio Oost (SVRO)					x			
Stichting ZorgAccent		x			x			
Stichting Zorgcombinatie Marga Klompé					x			
Stichting Zorgfederatie Oldenzaal					x			
Streekziekenhuis Koningin Beatrix	x							
TACTUS, Instelling voor Verslavingszorg			x					
Thuiszorg Noord West Twente & De Koppel		x			x			
Trivium Meulenbelt Groep					x			
Trombosedienst Hengelo (01-02-2008)								x
Viataal						x		
VVT		x						
WOOD								x
Woon- en Zorgcentrum De Vriezenhof					x			
Woon- en Zorgcentrum Friso					x			
Ziekenhuisgroep Twente	x							
Zorgcentrum De Posten					x			
Zorggroep Manna					x			
Zorggroep Sint Maarten			x			x		