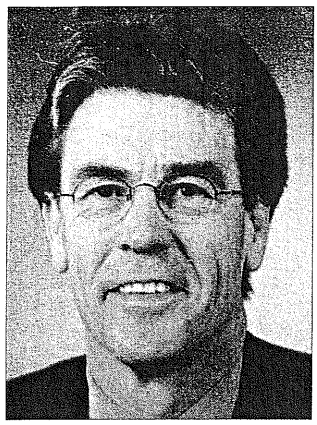
EDITORIAL



Arbeidsmarkt en strategie

Er is een groeiende ongerustheid over de personeelsvoorziening in de gezondheidszorg. De vraag naar personeel in de gezondheidszorg neemt nog steeds toe. Nu reeds kan een groot aantal vacatures om uiteenlopende redenen niet worden ingevuld. Alle auteurs in dit nummer van Health Management Forum verwachten dat de spanning tussen vraag en aanbod verder zal toenemen.

Vele instellingen, koepelorganisaties en opleidingsinstituten spannen zich afzonderlijk en gezamenlijk in, om in de komende jaren tot creatieve oplossingen te komen voor het personeelstekort binnen de bestaande kaders van wet- en regelgeving en binnen bestaande budgettaire kaders.

Bij het zoeken naar korte termijn oplossingen is er te weinig aandacht voor een meer strategische benadering van het arbeidsmarktvraagstuk in de gezondheidszorg. In dit nummer wordt een aantal interessante suggesties gedaan voor fundamentele veranderingen in het arbeidsmarktbeleid van met name het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bijna unaniem zijn de auteurs van oordeel, dat er een betere koppeling gelegd zal moeten worden tussen de verschillende beroepskrachtenramingen voor medici, paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden. Daarbij zullen met name de gevolgen van functiedifferentiatie en specialisatie in beeld moeten worden gebracht. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan de gevolgen van de opleiding en instroom van algemeen ziekenhuisartsen, nurse practioners, praktijkverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten.

Door verschillende auteurs wordt gewezen op het dilemma dat de overheid op dit moment zowel verantwoordelijk is voor de (totale) kostenbeheersing als voor het creëren van marktconforme arbeidsomstandigheden.

De spanning tussen deze twee doelstellingen wordt te groot. Om hierin een uitweg te vinden worden verschillende oplossingen aangedragen. In de eerste plaats is een betere en scherpere omschrijving van de omvang, inhoud en de kwaliteit van het 'basispakket' noodzakelijk. Zonder deze omschrijving en de bijbehorende vormen van indicatiestelling is een goede behoefteraming van personeel voor dit basispakket niet goed mogelijk. Ook bij een beperking van het basispakket lijken aanzienlijke investeringen noodzakelijk om goed te kunnen concurreren met andere sectoren. Vaak wordt erop gewezen, dat de hoogte van het salaris niet de primaire drijfveer is voor het reeds aanwezige personeel in de gezondheidszorg. Niettemin zal op dit moment bij de keuze voor de start van een opleiding in de gezondheidszorg, het huidige salaris- en carrièreperspectief geen belangrijke motiverende factor zijn.

Naast deze zorg in het basispakket - door wie ook verleent - zal er steeds meer 'extra' zorg worden gevraagd. Deze zal gefinancierd (moeten) worden door eigen betalingen of particuliere verzekeringen. Er zal een belangrijke markt ontstaan van 'zorgondernemers'. De consequenties van deze ontwikkeling worden geschetst in het artikel van professor dr. Han van Dijk over 'De toekomst van de arbeidsmarkt zorg'. De beleidsvrijheid van partijen voor het volume, de arbeidsvoorwaarden en het arbeidsmarktbeleid dient aanzienlijk te worden vergroot. Dit is ook een van de belangrijkste aanbevelingen van het recente RVZ-advies 'Zorgarbeid in de toekomst'. Drs. Edith Schipper (VNO/NCW) pleit voor een nog striktere beperking van de overheidsbemoeienis met de arbeidsmarkt in deze sector.
De rol van de uitzendbranche zal belangrijker worden. Mevrouw Tiemersma van Start Medi Interim verwacht dat uitzendorganisaties van leveranciers van uitzendkrachten zullen opschuiven in de richting van gesprekspartners op het terrein van personeelsbeleid.

Voor een flexibel functionerende arbeidsmarkt dienen tal van regelingen aan een kritische evaluatie te worden onderworpen. Dit zou onder andere kunnen betekenen een flexibilisering van aanspraken, herziening van indicatiestelling, uitbreiding persoonsgebonden financieringsvormen, deregulering van planning en bouw.
Medewerkers in de zorg moeten nu te veel tijd besteden aan de naleving van een grote hoeveelheid regels van overheden en uitvoeringsorganen. Deze roepen veel vragen en bureaucratie op. Instellingen moeten meer ruimte krijgen om zelf inventief om te gaan met de toenemende concurrentie op de arbeidsmarkt. Deze ontwikkelingsrichting verdraagt zich wel met overleg en afspraken zoals het arbeidsmarktconvenant, maar niet met bestaande centrale sturingsconcepties.
Een meer strategische benadering van gezondheidsvraagstukken is meer dan ooit noodzakelijk. In bijeenkomsten van HMF en bij manifestaties zoals het Futurement (zie elders in dit nummer) zal hiervoor de aandacht worden gevraagd.

Mr. R.F. Schreuder
directeur STG, secretaris HMF

Advies Raad voor Volksgezondheid en Zorg

Zorgarbeid in de toekomst

In mei van dit jaar hebben de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg een gezamenlijk advies uitgebracht. Dit advies, met als titel 'Zorgarbeid in de toekomst', gaat over de vraag welke beleidsinterventies noodzakelijk zijn om in de komende periode in voldoende mate en met voldoende kwaliteit zorg te kunnen leveren.

Het advies 'Zorgarbeid in de toekomst' besteedt zowel aandacht aan de formele arbeidsmarkt, dat wil zeggen de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, als aan de informele zorgarbeid. Onder dit laatste worden in het advies mantelzorg en vrijwilligerswerk verstaan. Dit artikel besteedt primair aandacht aan de formele arbeidsmarkt. In beperkte mate wordt ingegaan op de beschikbaarheid van informele zorgarbeid en op de relatie tussen formele en informele zorgarbeid.

Ten behoeve van de adviesvoorbereiding is een viertal achtergrondstudies geschreven, die samen met het advies zijn gepubliceerd. Het Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA) heeft de structuur van de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen in kaart gebracht. Het NZi heeft in het bijzonder aandacht besteed aan managementinstrumenten voor innovatief arbeidsmarktbeleid. Door het NIVEL is een verkenning uitgevoerd van vraag- en aanbodontwikkelingen voor de medische en paramedische zorg. Het NIZW tenslotte heeft onderzoek gedaan naar de wijze en omvang van mantelzorgondersteuning.

Veranderende zorgvraag

De vraag naar zorg zal in de toekomst, onder meer ten gevolge van demografische veranderingen, niet alleen toenemen, maar zich ook anders uiten. De levensverwachting neemt, met name voor mannen, verhoudingsgewijs nog toe. De winst aan levensjaren zal niet altijd ook een winst aan gezonde jaren betekenen. De vraag naar zorg zal hierdoor groeien. Bovendien verandert ze van aard. Vooral ouderdomsziekten zullen door demografische veranderingen in aantal toenemen.

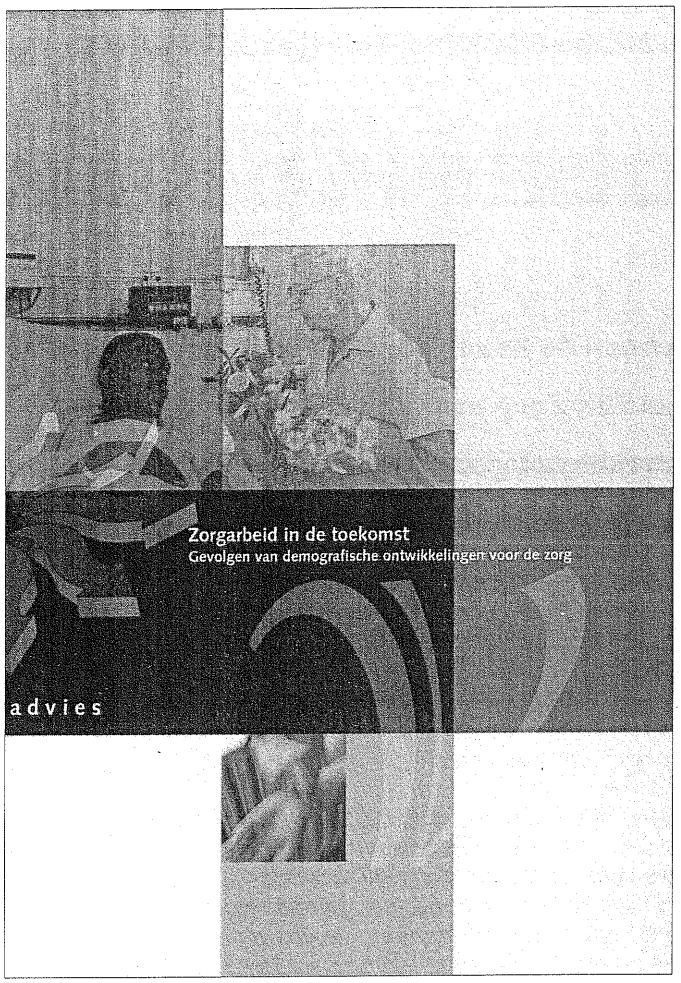
Naast demografische factoren hebben ook maatschappelijke ontwikkelingen invloed op de vraag naar zorg. Verwacht wordt bijvoorbeeld dat de vraag zal veranderen door het toegenomen opleidingsniveau van ouderen. Zij zullen over het algemeen mondiger zijn en andere eisen stellen aan de zorg en aan beroepsbeoefenaren. De zelfredzaamheid van ouderen zal toenemen. Zij zullen beter in staat zijn informatie in te winnen over het voorkómen van ziekten en zullen deze kennis meer in praktijk brengen. Toekomstige ouderen zullen in veel gevallen meer draagkrachtig zijn, waardoor het beroep op collectief gefinancierde zorg mogelijk zou kunnen afnemen. Ondanks deze verbeteringen zullen er toch ook in de toekomst nog grote groepen ouderen zijn die minder makkelijk voor hun belangen kunnen opkomen en over minder financiële middelen beschikken.

Arbeidsmarkt-zorgsector en veranderingen in het aanbod van zorg

In de toekomst zal het aantal mensen dat zorg kan leveren door onder meer demografische oorzaken afnemen. Het aanbod van zorg wordt naast demografische ontwikkelingen ook door andere factoren beïnvloed. Zo zal de leeftijd waarop mensen in de zorgsector met pensioen gaan grote gevolgen hebben voor het aanbod van zorgarbeid. Verder is ook de wens tot arbeidstijdnormalisering, vooral binnen de medische beroepen een belangrijke factor. Ook de mate waarin vrouwen participeren op de arbeidsmarkt zorgsector is van essentieel belang. Deze participatie is de afgelopen jaren sterk gestegen.

Het toekomstige aanbod van zorg is uiteraard ook afhankelijk van de mate waarin de zorgsector erin slaagt, voldoende schoolverlaters te interesseren voor het werk in de zorg. Ook de mogelijkheden voor herintreden zijn in de zorgsector van groot belang. Het imago van zorgarbeid is voor beide aspecten een belangrijke factor.

Er kan in de zorgsector niet gesproken worden van één arbeidsmarkt. In feite zijn er veel verschillende 'vakdeelmarkten' die gekenmerkt worden door een nauwe relatie tussen opleiding en beroep: bijvoorbeeld de vakdeelmarkt van artsen, paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden. Elk van deze vakdeelmarkten kent een specifieke ontwikkeling. Voor de artsen bijvoorbeeld zijn de belangrijke ontwikkelingen het toenemend aantal vrouwelijke artsen, de groeiende wens om in deeltijd te werken en de toenemende vraag naar arbeidstijdverkorting. Ten aanzien van de paramedici is de toekomstige ontwikkeling niet duidelijk. Voor de verpleging wordt een uitbreiding van het aantal arbeidsplaatsen voorzien, alsook een toenemende differentiatie in functies en een verdere specialisatie. Een belangrijke ontwikkeling voor deze beroepsgroep vormt de verwachte toename van het aantal 50-plussers. Ook voor de beroepsgroep verzorgenden wordt een uitbreiding van het aantal arbeidsplaatsen en van het aandeel 50-plussers voorzien.



Algemene veranderingen

Naast deze beroepsgroepspecifieke ontwikkelingen kan ook een aantal algemene veranderingen voor de arbeidsmarktzorgsector als geheel voorzien worden. Technologische en economische ontwikkelingen bijvoorbeeld zullen niet alleen de inhoud, maar ook de organisatie van het werk veranderen. Sleutelbegrippen hierbij zijn pluriformiteit en flexibiliteit. De relatie tussen werkgevers en werknemers zal veranderen. Van werknemers zal meer flexibiliteit in de inzetbaarheid gevraagd worden. Dit stelt onder meer eisen aan de kwaliteit van de werknemers: permanent leren wordt belangrijker. Voor werkgevers is een flexibele opstelling bij het te voeren personeelsbeleid van belang, naast een bereidheid tot investeren in de kwaliteit van de medewerkers.
De relatie met de overheid vormt een specifiek aspect voor de arbeidsmarktzorgsector. De overheid heeft een grote invloed op de beschikbare financiële ruimte voor de ontwikkeling van de arbeidsvoorwaarden. Er bestaat daardoor een spanning tussen het bereiken van zoveel mogelijk marktconforme arbeidsvoorwaarden en het beheersen van de kosten en de omvang van de zorg.
Een ander specifiek aspect van de arbeidsmarkt in de zorgsector is de relatie met het wettelijk stelsel van ziektekostenverzekeringen. Veranderingen in dit stelsel zullen van invloed kunnen zijn op de inhoud en omvang van het aanbod van zorgarbeid.

Voorspellingen over het benodigd aantal mensen om aan de zorgvraag tegemoet te komen, zijn niet eenvoudig en eenduidig te geven. De ervaringen met arbeidsmarktramingen in de zorgsector laten dat zien. De Raden doen daarom in het advies geen gekwantificeerde uitspraken over te verwachten tekorten in het aanbod van zorgarbeid. In enkele van de eerdergenoemde achtergrondstudies bij het advies zijn wel aantallen te vinden. Een en ander laat onverlet dat de Raden wel problemen verwachten in de toekomstige afstemming tussen vraag naar en aanbod van zorgarbeid. Het doel van het advies is derhalve om aanbevelingen te doen waarmee deze afstemming in de toekomst zo optimaal mogelijk zou kunnen plaatsvinden.

Het aanbod van informele zorg

In Nederland wordt op ruime schaal informele zorg verleend, met name in de thuissituatie van patiënten. In veruit de meeste gevallen gaat het om mantelzorg, dat wil zeggen niet georganiseerde zorg aan familieleden en bekenden. Ongeveer elf procent van de volwassen Nederlanders verzorgt regelmatig hulpbehoevende familieleden of bekenden. In de zorgverlening in de thuissituatie is het aandeel van mantelzorg ongeveer vier- tot vijfmaal groter dan dat van de formele thuiszorg.

Door veranderingen in het aanbod van formele zorg is de druk op de informele zorg in het recente verleden toegenomen. De informele zorg fungeert in toenemende mate als buffer tussen de vraag van hulpbehoevenden en het formele zorgaanbod. De bereidheid van mensen om informele zorg te verlenen is hoog en blijft dat naar verwachting ook. Daarbij nemen de mogelijkheden tot het verlenen van informele zorg echter af vanwege een grotere en nog steeds groeiende arbeidsparticipatie van vrouwen, alsook door toenemende individualisering en het afbrokkelen van sociale netwerken.

Mantelzorg speelt zich voor het grootste deel in de privésfeer van de hulpbehoevende af. Dit heeft een aantal consequenties. In de eerste plaats onttrekt de kwaliteit van deze zorg zich grotendeels aan de mogelijkheden tot toetsing, waardoor onduidelijkheid bestaat over de vraag in hoeverre de verleende zorg adequaat is. Daarnaast blijft veelal ook de mate van belasting dan wel overbelasting van mantelzorgers buiten beeld. Hierdoor is het vaak niet mogelijk om te anticiperen op dreigende overbelasting.

Aanbevelingen van de Raden

De Raden achten het van groot belang dat de arbeidsmarkt zorgsector flexibel zal kunnen inspelen op de snel veranderende maatschappelijke behoeften en daarbij een concurrerende positie op de arbeidsmarkt als geheel kan (blijven) innemen. Daarvoor achten zij een modernisering van de bestuurlijke verhoudingen tussen overheid en veldpartijen noodzakelijk. Belemmeringen voor de bedoelde flexibilisering van de arbeidsmarkt in de zorgsector zullen moeten worden weggenomen.

De gewenste modernisering van de bestuurlijke verhoudingen houdt in dat de zorgsector, binnen door de overheid aangegeven globale kaders, een integrale verantwoordelijkheid krijgt voor het volume-, het arbeidsvoorwaarden- en het arbeidsmarktbeleid. De kern van de gewenste bestuurlijke verhoudingen moet in de visie van de Raden bestaan uit het afsluiten van meerjarige integrale deel-

Foto: IJsselmeerziekenhuizen

sectorale zorgakkoorden. Overheid en veldpartijen moeten het er onderling over eens zijn dat de doelen die de zorgsector geacht wordt te realiseren, en de randvoorwaarden die aan de zorgsector worden opgelegd, c.q. de beleidsvrijheid waarover de veldpartijen beschikken, onderling in evenwicht zijn.

De Raden zijn van mening dat de totstandkoming van meerjarige integrale deelsectorale zorgakkoorden sterk zal worden bevorderd, wanneer overeenstemming bestaat tussen overheid en zorgsector over de bij de onderhandelingen te gebruiken basisinformatie. De instelling van een onafhankelijke en door alle partijen erkende informatieautoriteit kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

Bij de gewenste bestuurlijke verhoudingen hoort een verdere flexibilisering van het zorgstelsel. Zowel zorgvragers als zorgaanbieders moeten meer mogelijkheden krijgen om keuzes te maken in de wijze waarop de zorg wordt geleverd. In dat verband dringen de Raden erop aan om bestaande beleidsvoornemens met spoed in concreet beleid om te zetten. Dit betreft onder meer een verdere flexibilisering van de aanspraken en de indicatiecriteria, uitbreiding van persoonsgebonden financieringsvormen en deregulering van planning en bouw. De Raden achten de flexibilisering van de arbeidsmarkt-zorgsector primair een verantwoordelijkheid voor het veld zelf. De overheid kan de flexibiliteit op de arbeidsmarkt bevorderen door de sector in staat te stellen om te anticiperen op veranderingen ten gevolge van beleidsbeslissingen door de overheid. Dit kan onder meer worden geconcretiseerd door een systematisch onderzoek in de vorm van arbeidsmarkteffectrapportages, waarmee de risico's van arbeidsmarktverstoringen kunnen worden gesignaleerd. Zo achten de Raden in ieder geval een arbeidsmarkteffectrapportage gewenst bij beslissingen over de uitvoering van herregistratie in het kader van de wet BIG.

De Raden zijn van oordeel dat het werken in de zorgsector, met name in de verplegende en verzorgende beroepen, aantrekkelijker moet worden. Dit kan onder meer door het creëren van zwaardere functies voor verplegenden en verzorgenden. Verder zal de waardering voor het verzorgende element in de functiewaarderingssystematiek moeten worden vergroot. Het imago van de verplegende en verzorgende beroepen, alsook van de zorgsector als geheel kan hierdoor worden vergroot. Ook het concreet aandacht geven aan nadelige arbeidsomstandigheden en de oorzaken daarvan, zal het imago van de zorgsector kunnen verbeteren.

Verder adviseren de Raden de ontwikkeling van opleidings- en scholingsprogramma's voor de instroom in de zorgsector van mensen die nu geen betaald werk verrichten, alsook voor de doorstroom naar reguliere, gekwalificeerde banen.

De Raden zijn verder van mening dat de mogelijkheden van de combinatie van arbeid en zorg moeten worden verruimd. Hierdoor zal de werving van voldoende personeel voor de zorgsector worden vergemakkelijkt. Ook zal hierdoor de beschikbaarheid van informele zorg kunnen worden vergroot.

Met betrekking tot de informele zorg als zodanig zijn de Raden van oordeel dat het geven en ontvangen van informele zorg op basis van vrijwilligheid moet blijven plaatsvinden. De langdurende en of lijfgebonden thuiszorg zal naar de mening van de Raden in onderling overleg door de formele zorg gegeven moeten kunnen worden.

Verder zal er meer geïnvesteerd moeten worden in onderzoek naar de mogelijkheden voor het ondersteunen van informele zorg. Vooral de technologische ontwikkelingen zijn hierbij van belang. Enerzijds gaat het om technieken die het verlenen van informele zorg kunnen verlichten. Anderzijds moet er bij de ontwikkeling van nieuwe technologieën op het gebied van de thuiszorg meer rekening gehouden worden met de mogelijke consequenties ervan voor de mantelzorg.

mr. Gerda Raas,
drs. Jan van Hasselt,

De auteurs zijn respectievelijk hoofd afdeling Zorgbeleid van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en als projectleider betrokken bij de voorbereiding van het RMO/RVZ-advies 'Zorgarbeid in de toekomst'; beleidsmedewerker RVZ en als projectmedewerker betrokken bij de voorbereiding van genoemd advies.

Meer informatie is verkrijgbaar bij de RVZ te Zoetermeer, tel. 079 - 368 73 11

Zowel het advies 'Zorgarbeid in de toekomst' als de achtergrondstudie zijn à fl. 39,50 te bestellen bij:
Service Centrum Uitgevers, Christoffel Plantijnstraat 2, 2515 TZ Den Haag,
tel: 070 - 378 98 80, fax 070 - 378 97 83

Overheid faciliteert en stimuleert

Veld is verantwoordelijk voor arbeidsmarktbeleid

Overheid, sociale partners in de zorg-en welzijnssector en Arbeidsvoorziening ontwikkelen initiatieven om op langere termijn te voorzien in voldoende en goed gekwalificeerd personeel in de zorgsector. Deze kabinetsperiode krijgt het arbeidsmarktbeleid een extra impuls van de rijksoverheid. Een bijdrage van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

In de zorg- en welzijnssector werkten in 1997 maar liefst 800.000 mensen, met een baan van tenminste 12 uur per week (RAZ 1998). Dit betreft 13% van de werkenden in Nederland ofwel de grootste bedrijfstak van Nederland. Het werven en behouden van voldoende en goed opgeleid en gemotiveerd personeel is bepalend voor een goede zorgverlening. En uiteraard ook voor een succesvolle realisatie van de intensiveringen in de zorg uit het Regeerakkoord. Op basis van het Regeerakkoord is 5,7 miljard gulden extra beschikbaar voor de zorg, ofwel een volumegroei van 2,3% per jaar. In een arbeidsintensieve sector als de zorg heeft dit natuurlijk ook effecten op de vraag naar arbeidskrachten. De werkgelegenheid in de zorg groeit uitgedrukt in arbeidsjaren in 1999 met 2 1/4 % en in 2000 met 2%. De groei van de werkgelegenheid in de zorg ligt daarmee ruim boven die in de totale economie, respectievelijk 1 1/2% en 3/4% (bron: CEP 1999). Te verwachten valt dat in de jaren daarna deze ontwikkeling door zal gaan.

Prognosestudies

De zorg zal de komende jaren dus een zwaar beroep moeten doen op de arbeidsmarkt. Daarbij ziet zij zich geconfronteerd met een toenemend krappe arbeidsmarkt en een dalende instroom in de opleidingen. Andere ontwikkelingen die van invloed zijn op het aanbod van arbeid in de zorg zijn de veranderende samenstelling en leeftijdsopbouw van de bevolking en de ontwikkeling van de arbeidsparticipatie van vrouwen.

Drs. Lian Bastiaanse

Er zijn diverse studies verricht naar het effect van deze ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorgsector op middellange termijn. Zo heeft het Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies (IVA) in opdracht van het ministerie van VWS een drietal scenario's doorgerekend. Een beleidsarm scenario waarin de werkgelegenheid met 1,3% per jaar toeneemt, een groeiscenario waarin uitgegaan wordt van 2%, en een care-scenario met eveneens 2%. Bij dit laatste scenario komt de extra groei ten goede van de care-sectoren (met name verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg). In het Regeerakkoord is afgesproken dat de nadruk bij de intensiveringen moet liggen op de care-sectoren. Dit betekent dat, in elk geval tot en met 2002, de aannamen van het care scenario het meest aansluiten bij de afgesproken beleidsintensiveringen.

Een goed arbeids- en personeelsbeleid leveren zorginstellingen winst op

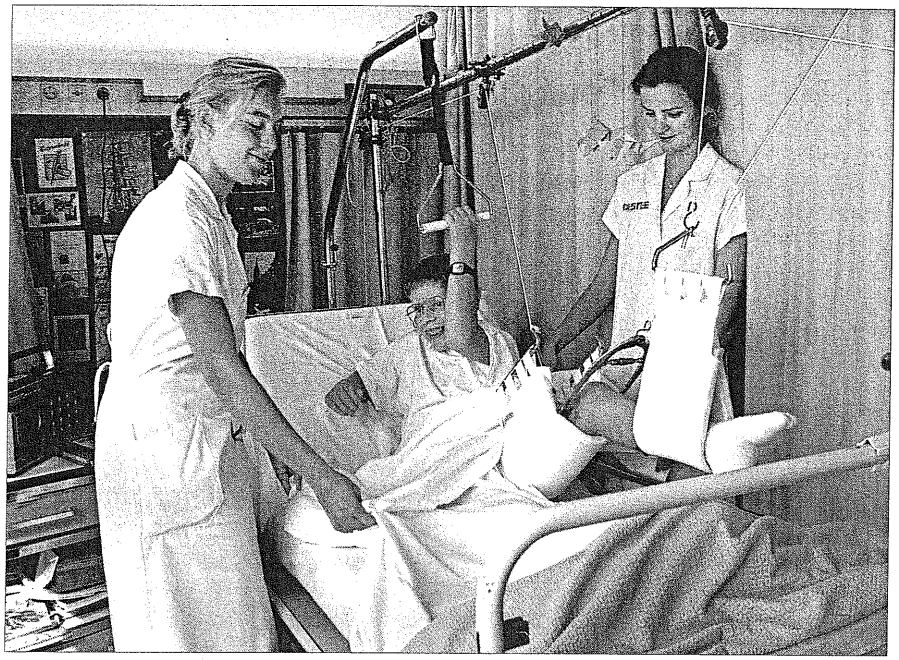
Recentere informatie over de effecten op de arbeidsmarkt biedt RegioMarge, een door het Nationaal Ziekenhuis instituut NZi in opdracht van de sectorfondsen AWO, AWOB en AWOZ ontwikkeld simulatiemodel voor de arbeidsmarkt. Dit model komt uit op een tekort bij ongewijzigd beleid aan verpleegkundigen en verzorgenden in 2003 van 12%. Tussen de regio's doen zich wel aanzienlijke verschillen in verwachte tekorten voor. De voorspelde tekorten doen zich vooral in het westen en het midden van het land voor. In de periferie (Noord-Holland, Zeeland, Friesland, Twente en Limburg) worden weinig problemen verwacht.

Arbeidsmarktbeleid

Los van de precieze omvang van het tekort is hoe dan ook duidelijk dat bij ongewijzigd beleid een probleem dreigt in de personeelsvoorziening. Problemen die zich in sommige regio's en voor een aantal gespecialiseerde beroepen al

voordoen. De belangrijkste door VWS onderschreven conclusie uit onder meer deze studie is dat er een diversiteit aan maatregelen nodig is om de personeelsvoorziening in de zorgsector veilig te stellen. Alleen een aanpak op een breed front kan de problemen oplossen of er in ieder geval voor zorgen dat ze binnen redelijke proporties blijven. Speerpunten hierbij zijn:

- het verminderen van de uitstroom door verbeteren van de arbeidsomstandigheden in ruime zin en het tegengaan van ziekteverzuim en instroom in de AAW/WAO, inclusief reïntegratiebeleid;
- verhoging van de instroom in de zorgopleidingen en verhoging van het opleidings –en beroepsrendement
- gebruik van scholing om tot een zo goed mogelijke kwalitatieve afstemming van vraag en aanbod te komen, mede in relatie tot de verhoging van de instroom van (her)intreders en allochtonen.



...neem klachten van personeel serieus....(foto: IJsselmeerziekenhuizen)

Overheid, sociale partners in de zorg-en welzijnssector en Arbeidsvoorziening hebben al de nodige initiatieven ontwikkeld om de dreigende tekorten af te wenden. Het uitgangspunt hierbij is dat werkgevers en werknemers primair verantwoordelijk zijn voor het arbeidsmarktbeleid. De overheid stimuleert en faciliteert. Deze kabinetsperiode krijgt het arbeidsmarktbeleid een extra impuls bovenop de middelen die VWS jaarlijks geeft aan de zogeheten sectorfondsen van sociale partners ten behoeve van vernieuwende activiteiten op het terrein van de arbeidsmarkt (in 1999 circa 100 miljoen). Zo faciliteert het kabinet de – deels in en bij de CAO's 1998 afgesproken - arbeidsmarktplannen van sociale partners. Dit betekent dat de overheid een deel van de kosten van deze plannen op zich neemt. Te noemen zijn:

- fiscale maatregelen voor kinderopvang, opleiding en scholing;
- middelen voor vermindering van de werkdruk;
- financiering van door instellingen aan te bieden initiële opleidingsfaciliteiten en
- middelen voor verbetering van de arbeidsomstandigheden.

In het Regeerakkoord zijn ook de meerjarenafspraken voor de zorg geïntroduceerd, waarbinnen het verbeteren van de arbeidsmarkt en verlichting van de werkdruk belangrijke onderwerpen zijn.

Convenant

Onlangs hebben overheid, sociale partners en Arbeidsvoorziening het Convenant Arbeidsmarkt Zorgsector en het Convenant Arbeidsmarkt Welzijn en Jeugdhulpverlening ondertekend. In deze convenanten spreken de verschillende landelijke partijen af voortaan tot een gezamenlijke, meerjarige, structurele en integrale aanpak van de arbeidsmarktproblematiek te komen. Het zwaartepunt in de uitvoering ligt daarbij op regionaal niveau (zie ook het artikel van Franc Janssen van AWOZ in dit nummer, red.)

In de convenanten is een aantal actuele thema's aangegeven die hiervoor onder speerpunten en plannen reeds zijn genoemd. De maatregelen moeten ook resulteren in een beter beeld van de sector. Op 16 februari 1999 is het startschot gegeven voor de beeldvormingscampagne. Uit onderzoek blijkt dat de zorgsector op zichzelf geen negatief beeld heeft bij schoolverlaters. Maar het beeld is divers en kan beter. Immers, over de zorgsector is er regelmatig zorgwekkende berichtgeving. Bijvoorbeeld over de financiering van de CAO's, de hoge werkdruk en het ziekteverzuim. Monitoring en onderzoek, tot slot, zijn belangrijke voorwaarden. Zowel voor nieuwe beleidsontwikkeling als voor de vaststelling van de efficiency en effectiviteit van de genomen maatregelen. De convenantpartijen sturen een gezamenlijk programma aan.

Conferentie

Op 1 april jl. organiseerde VWS de conferentie 'Met Zorg Werken' om met personen uit de kring van overheid, wetenschap, politiek, werkgevers, werknemers en Arbeidsvoorziening van gedachten te wisselen over hoe we de komende jaren verder invulling kunnen geven aan een sectorbrede en integrale aanpak van de voorziene arbeidsmarkt-

Tabel: Overschotten (+) of tekorten (-) van verplegenden en verzorgenden

	Basisscenario		*Groeiscenario*		*Carescenario*	
	2002	2007	2002	2007	2002	2007
Verzorgenden	5861 (6%)	-100 (0%)	2453 (3%)	-7200 (-7%)	-849 (-1%)	-14500 (-13%)
Verplegenden	4705 (2%)	-6500 (-3%)	-4708 (-2%)	26100 (-12%)	-11028 (-5%)	39900 (-17%)
Totaal	10566 (3%)	-6600 (-2%)	-2255 (-1%)	33300 (-10%)	-11877 (-4%)	-54400 (-15%)

Bron: IVA (1998)

knelpunten. De belangrijkste thema's waren:

- Functiedifferentiatie
  Een belangrijk deel van de verpleegkundigen en verzorgenden zegt over meer kennis en vaardigheden te beschikken dan voor het werk nodig is. Het gevaar dreigt dat zij uitgekeken raken op hun werk. Mogelijke oplossingen hiervoor zijn functiedifferentiatie en planning van mobiliteit. Tevens dient een realistisch beeld van het werk te worden gegeven, om teleurstellingen en afhakers te voorkomen.
- Verschillen tussen verpleegkundigen en verzorgenden
  Gevraagd naar de vertrekredenen blijken er duidelijke verschillen te bestaan tussen verpleegkundigen en verzorgenden. Verpleegkundigen vertrekken voornamelijk om redenen die samenhangen met carrièremogelijkheden, terwijl bij verzorgenden het vertrek vaak samenhangt met veranderingen in de gezinssituatie. Qua oplossingsrichtingen moet hierop worden ingespeeld: kinderopvang en mogelijkheden om flexibel te werken bij verzorgenden en scholing en doorgroeimogelijkheden bij verpleegkundigen.
- Een beroepsinhoudelijke aanpak van het personeelstekort
  Ofwel, neem de klacht van het personeel dat zich onderbenut voelt serieus. Dit kan door het creëren van nieuwe functies die een carrièreperspectief bieden zoals de praktijkverpleegkundige en door het bevorderen van management- en beleidsparticipatie. In dit verband kunnen de Verpleegkundige Adviesraden, maar ook het innemen van functies in het midden – en hoger kader door verpleegkundigen en verzorgenden genoemd worden.
- Verzilveren van de vergrijzing
  Het personeelsbestand in de zorg– en welzijnssector vergrijst. Leeftijdsbewust personeelsbeleid verdient meer aandacht zodat oudere werknemers niet de zorgsector verlaten door gebrek aan loopbaanperspectieven, langdurige werkbelasting en verzakelijking van de zorg. Vergrijzing biedt ook kansen voor de werkgever die het ervaren personeel kan inzetten als begeleiding van de jongere instroom. Begeleiding ontbreekt veelal met als gevolg dat er te weinig stageplaatsen gecreëerd worden.
- Regionale aanpak
  Het personeelstekort verschilt per regio. In de noordelijke provincies is het nauwelijks voelbaar, in de Randstad daarentegen een groot probleem. Het arbeidsmarktbeleid dient daarom op regionaal niveau vorm te krijgen. Er is een betere samenwerking nodig tussen onderwijs- en zorginstellingen (zie hiervoor het artikel van de Hogeschool Holland elders in dit blad, red.). Onder meer ten behoeve van betere afspraken over de regionale spreiding van stagiaires.
- Onbenut arbeidspotentieel
  Die groep bestaat voor een belangrijk deel uit vrouwen die ooit in de zorg hebben gewerkt en die de belangstelling ervoor hebben behouden (herintreders). Daarnaast bevindt zich ook een potentieel onder allochtonen, laag opgeleiden en arbeidsgehandicapten.
- Terugdringen ziekteverzuim
  Het ziekteverzuim in de zorgsector is erg hoog. Slechts een vijfde van de thuiszorginstellingen kent een ziekteverzuim beneden de 7%. Bij een zesde van de thuiszorginstellingen ligt het verzuim boven de 11%. Uit een benchmarkonderzoek in de thuiszorg blijkt dat goed presterende instellingen, afgemeten aan kwaliteit en doelmatigheid, een relatief laag ziekteverzuim hebben. Gelet op deze resultaten voert een aantal instellingen dus klaarblijkelijk een beter verzuimbeleid. Deze instellingen kunnen als voorbeeld dienen voor de rest. Over de oorzaken van ziekteverzuim is op dit moment overigens nader onderzoek nodig. Nieuwe inzichten kunnen in combinatie met aanwezige kennis ten dienste gebracht worden van alle instellingen.
- Rol van het management
  Personeel in de zorgsector wordt veel minder dan in het bedrijfsleven gezien als werkkapitaal waar zorgvuldig mee moet worden gegaan. Voor behoud en instroom van personeel is van belang dat het management van zorginstellingen alerter is op het personeelsbeleid, ook in relatie tot doelgroepen.

Groei werkgelegenheid in de zorgsector is bovengemiddeld

Samenvatting

De uitdaging voor de komende jaren is te kunnen blijven beschikken over voldoende en gemotiveerd personeel. Hiervoor is naast het aantrekken van nieuw personeel door een actief wervingsbeleid, ook het behoud van personeel middels een goed arbeidsomstandighedenbeleid en een adequaat personeelsmanagement noodzakelijk.
Het werken in de gezondheidszorg moet weer aantrekkelijk worden. Dit vraagt om een diversiteit aan maatregelen. Zaken als betere doorstroming, meer mogelijkheden tot scholing, meer keuzemogelijkheden om omvang van het dienstverband aan te passen, inspraak van werknemers in het beleid van de instelling en vermindering van de werkdruk en de lichamelijke belasting kunnen een bijdrage vormen aan het oplossen van de problematiek. Over de oorzaken van werkdruk en ziekteverzuim is op dit moment nog weinig bekend. Naar deze oorzaken, evenals naar de omvang en inzetbaarheid van het arbeidspotentieel, is nader onderzoek nodig.
Dit alles vraagt, in aanvulling op de voor 1999 getroffen maatregelen, om een gezamenlijke inspanning van overheid, sociale partners en Arbeidsvoorziening. Deze gezamenlijke inspanning krijgt de komende jaren vorm via het Convenant Arbeidsmarkt Zorgsector en het Convenant Arbeidsmarkt Welzijn en Jeugdhulpverlening. Op korte termijn zal een meerjarig beleidskader worden vastgesteld en een concrete invulling voor het jaar 2000. Vervolgens kan aan de uitvoering van de plannen worden begonnen.

drs. Lian Bastiaanse
De auteur is beleidsmedewerker van het ministerie van VWS, directie Macro-economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid

Meer informatie is verkrijgbaar bij het ministerie van VWS, directie MEVA, tel. 070 - 340 73 53

Literatuuroverzicht:
P.W. Evers, W. van der Windt, De arbeidsmarkt van de zorgsector in beeld – Regiomarge anno 1998 – Verkenning van de arbeidsmarkt van verpleegkundige en verzorgende beroepen, NZi, december 1998;
Centraal Economisch Plan 1999, CPB;
H.J.J.M. Vermeulen, A.M.C. Vissers, K. de Vos, J. Weltevrede, Prognoses van knelpunten op de arbeidsmarkt van de zorgsector, IVA Tilburg, februari 1998;
Verslag conferentie 'Met Zorg Werken', mei 1999;
Jaaroverzicht Zorg 1999, Tweede kamer, vergaderjaar 1998-1999, 26 204, nr. 3;
NIVEL, NZi, OSA, Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1998, augustus 1998;
Arbeid in de zorgsector; Integrerend OSA-rapport 1998, OSA publicatie Z 33, oktober 1998.

Eerste resultaten arbeidsmarktaanpak in de zorg

Zorgconvenant markeert 'kwalitatief omslagpunt'

Een 14-tal voorzitters van sociale partners in de zorgsector ondertekenden op 16 december 1998, het convenant arbeidsmarktbeleid zorgsector. Ondertekenaars waren ook de minister en staatssecretaris van VWS en de directeur van Arbeidsvoorziening Nederland. Over de daadkracht en argumenten hierachter en de eerste gevolgen ervan een bijdrage van Franc Janssen, coördinator van Stichting AWOZ, lid van de werkgroep Convenant en een van de geestelijke vaders van het convenant.

De betrokken werkgeversorganisaties vertegenwoordigden de branches ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg. Namens werknemersorganisaties waren vertegenwoordigd ABVA KABO, CFO, FHV en als nieuwe partij NU'91, de beroepsvereniging verplegenden en verzorgenden.
De heer drs. Ton Krol sloot er, namens de gezamenlijke werkgevers in de zorg en als voorzitter van de NZf, zijn laatste publieke optreden mee af.

In 1990 werd voor het eerst een convenant voor de arbeidsmarktaanpak in de zorg gesloten tussen sociale partners in de intramurale sector, de overheid en Arbeidsvoorziening.
Behalve een gezamenlijke start van de zorgarbeidsmarkt vormde dat convenant de basis voor de oprichting van de regionale samenwerkingsverbanden TSO's en het sectorfonds AWOZ dat ook in 1990 werd opgericht. Dit initiatief kreeg snel navolging van de verzorgingshuizen en thuiszorg. In 1991 werd door partijen, na een stevig CAO-conflict, een nieuw akkoord bereikt (Beleidskader Arbeidsmarkt Zorgsector), waardoor substantiële middelen beschikbaar kwamen voor arbeidsmarktmaatregelen in het verlengde van het convenant.
Dit vertaalde zich in onderzoek, projecten en subsidieregelingen, symposia en veel handleidingen en publicaties.

Resultaten

Resultaten van die gezamenlijke aanpak en steun door de sectorfondsen in de afgelopen 8 jaar zijn de volgende geweest:

1 Er kwam een intensieve landelijke en regionale samenwerkingsstructuur tot stand tussen werkgevers en werknemers in de zorg, tezamen met arbeidsvoorziening;

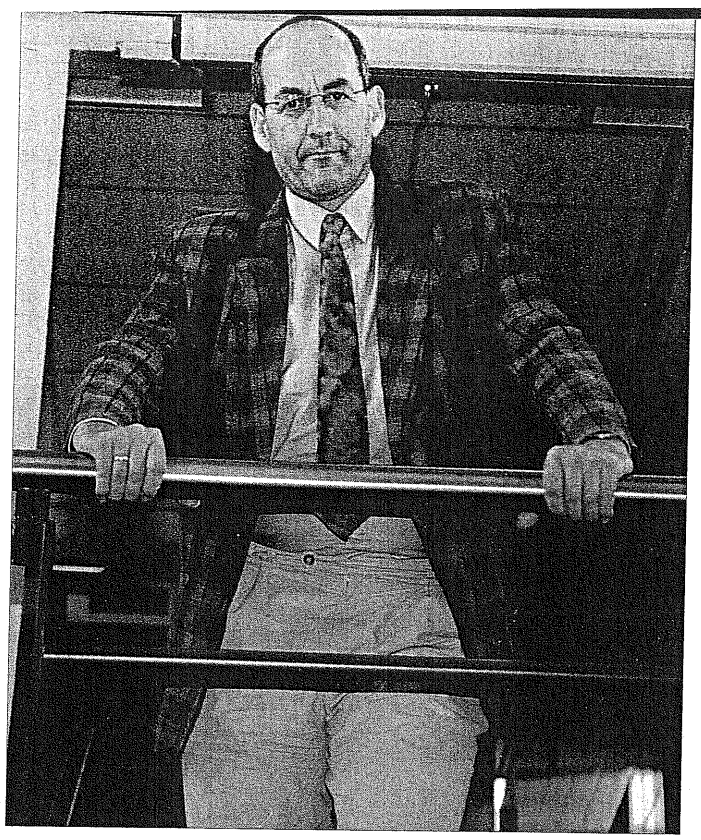
Te vaak wordt het belang van personeel nog ondergeschikt verklaard

2 Gemiddeld werden er 10.000 vacatures per jaar gericht opgevuld voor de zorgsectoren vanuit arbeidsvoorziening;
3 Er zijn enige honderdduizenden mensen geschoold;
4 Er is een actief personeels- en loopbaanbeleid ontwikkeld;
5 Er werden arbeidsmarktinstrumentaria ontwikkeld, onder andere voor functiedifferentiatie, roosterplanning en direct voor de planning van personeel zoals RegioMarge (regionaal) en Zorg-format (instellingsniveau). Tevens ontstonden zo'n 20 regionale transferpunten;
6 Er zijn ruim 7.000 allochtonen ingestroomd in de zorgsector;
7 Er zijn 10.000 kinderopvangplaatsen gerealiseerd;
8 Vele tientallen miljoenen guldens kwamen voor de zorgsectoren beschikbaar uit landelijke en Europese subsidies;
9 Op instellingsniveau is een forse impuls gegeven aan activieiten en beleid op het gebied van werving, personeelsplanning, opleidingsbeleid, employability en behoud van personeel;
10 Er kwam ook een stroom van arbeidsmarktmonitoring en informatievoorziening op gang.

Een krappere arbeidsmarkt

In begin jaren '90 werd de arbeidsmarkt in de zorgsector gekenmerkt door een tekort aan personeel met daar tegenover een groot reservoir aan werklozen. Anno 1999 ontstaan opnieuw tekorten met dit verschil dat het reservoir aan inzetbare werklozen bijna is opgedroogd. De prognoses geven een tekort van 367.500 vacatures aan in 2007 bij ongewijzigd beleid. Het aantal werklozen is krap 260.000 en daalt gestaag.

De ontwikkelingen in vraag en aanbod lopen uiteen. De sector ziet zich gesteld tegenover ontwikkelingen als vergrijzing (inclusief een groeiend aantal steeds ouder wordende ouderen) en ontgroe-



Franc Janssen, coördinator van stichting AWOZ (foto: Ben Claessens)

ning, derhalve een stijgende zorgvraag met daartegenover een dalend personeelsaanbod. Het aanbod van het huidige personeel wordt relatief steeds kleiner vanwege nadelige trends als het in toenemende mate werken in deeltijd, arbeidsduurverkorting, de vergrijzing van het personeel en het hoge ziekteverzuim. Daardoor is meer personeel nodig om hetzelfde werk te verrichten.
Het samenhangende opleidingsstelsel dat in 1997 werd ingevoerd heeft deze tendens nog niet kunnen keren. Afgelopen jaar daalde de instroom van leerlingen op niveau 3 en hoger opnieuw met bijna 20%. De verwachting voor het komende jaar is niet veel beter. Dit terwijl de instroom de afgelopen tien jaar al is gehalveerd. Een gedeeltelijke compensatie hiervoor bood de halvering van het verloop van medewerkers in instellingen, maar dat effect is er nu niet meer.

Het is al met al duidelijk dat de handen ineen geslagen moeten worden om te voorkomen dat er structurele arbeidsmarktproblemen zullen gaan ontstaan. Er zal extra personeel moeten worden geworven terwijl het huidige personeel behouden moet blijven voor de sector. Er dient een gericht doelgroepenbeleid voor werklozen, allochtonen, herintredende vrouwen en arbeidsgehandicapten gevoerd te worden. Precies om al deze redenen is het convenant tot stand gekomen. Het feit dat alle werkgevers- en werknemersorganisaties het convenant hebben ondertekend, maakt de omvang van het probleem duidelijk alsmede de noodzaak die partijen zien in een gezamenlijk optreden.

Omslagpunt

Met het ondertekenen van het zorgconvenant is een kwalitatief omslagpunt gemarkeerd. De intensievere samenwerking tussen de diverse landelijke en regionale structuren vraagt om een herijking van de landelijke en regionale structuren. Het nieuwe, met de sectoren verzorgingshuizen, thuiszorg en academische ziekenhuizen verbrede, convenant geeft aanleiding te zoeken naar een nieuwe uitvoeringsstructuur voor de vele gezamenlijke projecten en activiteiten die naar verwachting versneld zullen toenemen.
Het convenant pleit naast integratie van landelijke sectorfondsen ook voor een verdere integratie van de, door sociale partners en sectorfondsen ondersteunde regionale infrastructuren voor de intramurale zorg, de TSO's en voor de verzorgingshuizen de RAP-V's. Ook de thuiszorg gaat participeren in die nieuwe, meer geïntegreerde regionale structuur.
Regionaal wordt namelijk tussen de diverse zorgregio's steeds intensiever samengewerkt. Dat wordt bijvoorbeeld zichtbaar in de TSO-structuur; in de helft van de TSO's wordt al samengewerkt vanuit ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische instellingen en instellingen voor gehandicaptenzorg met verzorgingshuizen, academische ziekenhuizen en thuis-zorginstellingen. Bijna elke regio kent een sectorbreed werkend transfer- of mobiliteitspunt. Maar ook de samenwerking op het gebied van regionale personeelsplanning is een voorbeeld. RegioMarge (een plannings- en scenario-instrument voor de regio's) kent al een geïntegreerde zorgbrede versie en ook ZorgFormat, het planningsinstrument op instellingsniveau zal in 1999 in een geïntegreerde versie uitkomen. Daarnaast wordt regionaal en landelijk steeds meer inhoudelijk samengewerkt op het gebied van imago, scholingsbeleid en het verwerven van Europese en landelijke subsidies. Deze ontwikkelingen zijn niet van gisteren. De gezamenlijke sectorfondsen in de zorg voeren al sinds enkele jaren sectoroverstijgende projecten uit. Voorbeelden daarvan zijn de oprichting, ondersteuning en financiering van TOPAZ, het Tijdelijk Ondersteunings-Punt voor Allochtonen in de Zorgsector, het Informatiepunt Kinderopvang (IK), waarvan de internetsite met voorlichting over beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg, het GOBnet, het meest recente voorbeeld is.

Eerste resultaten

Met dit convenant wordt een verdere impuls gegeven om de structuur en de regelingen en werkterreinen van de sectorfondsen meer op elkaar af te stemmen en waar nodig te vervangen door nieuwe. Voor zover aanwezig dienen bureaucratie en administratieve 'rompslomp' verminderd te worden.
Eerste resultaat van het nieuwe convenant is de zorgsectorbrede gezamenlijke regionale regeling voor ondersteuning voor zorgsectorbrede samenwerking in de regio's. Hiermee wordt de zorgsectorbrede regionale activiteiten- en samenwerkingsstructuur ondersteund. Een ander wapenfeit is het onderzoeksprogramma dat medio mei is vastgesteld. Voorheen liepen de onderzoeksprogramma's vanuit VWS en de sectorfondsen gescheiden. Vanaf 1999 is er een gezamenlijk programma voor de zorg als onderdeel van het convenant waardoor het onderzoeksbeleid beter op elkaar afgestemd kan worden.

Beeldvormingscampagne

Het meest recente gezamenlijke initiatief van sociale partners in de zorg is het, met steun van VWS, starten van een landelijke beeldvormingscampagne. Het dalende aandeel van de schoolver-

laters in de zorg, de grote te verwachten tekorten, maar vooral ook de negatieve publiciteit waarin de zorg zich steeds mag 'verheugen' (het beeld van poep en pies, mistoestanden, CAO-conflicten, malversaties van directies, verpleegkundigen die van moord worden beschuldigd, werkdruk en ziekteverzuim et cetera) vragen om een reactie.
De positieve kanten - halvering van het verloop in de afgelopen tien jaar, de voldoening in het werk, de zorg voor patiënt en collegiale sfeer - komen nauwelijks voor het voetlicht. Het gaat erom de gebleken belangstelling die er bij één op de zes jongeren is voor de zorg, om te zetten in daadwerkelijk kiezen voor de zorg. Dit laatste is een regionaal gebonden taak. Hier komen met name de instellingen zelf in beeld. Zij zullen een actief arbeidsbeleid moeten gaan ontwikkelen, stageplaatsen en praktijkbegeleiding realiseren, een aantrekkelijk secundair arbeidsvoorwaardenpakket met loopbaanmogelijkheden, kinderopvang, scholingsmogelijkheden, employability en een prettige werksfeer aanbieden. Ze zullen, voorzover dat niet al het geval is, de mogelijkheden moeten bieden voor flexibele ureninzet. Werkoverleg en medezeggenschap en ziekteverzuim-, arbo-, opleidings-, mobiliteits-, doelgroepen - en reïntegratiebeleid zullen daadwerkelijk gestalte moeten krijgen. De zorginstellingen concurreren zichzelf uit de markt als ze niet in staat zijn een dergelijke omslag te bewerkstelligen. Goed personeel wordt iets om zuinig op te zijn.

drs. Franc Janssen
De auteur is coördinator van Stichting AWOZ

Meer informatie is verkrijgbaar bij de Stichting AWOZ, tel. 030 - 273 95 62

AWOZ	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds voor het Ziekenhuiswezen
NZf	Nederlandse Zorgfederatie
TSO	Tripartite Sectorale Overleg, samenwerkingsverband van zorgwerkgevers, werknemers en arbeidsvoorziening in 28 regio's
RAP-v	Regionale Aandachtfunctionaris Personeelsvoorziening Verzorgingshuizen
GOB	Gezondheidszorg Opleidingen en Beroepen (www.gobnet.nl)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

Amsterdam kampt met ernstig verloskundigentekort

Niet alleen onder artsen en verpleegkundigen/verzorgenden doet zich een tekort voor, ook aan verloskundigen is gebrek. In Amsterdam is de situatie op dat terrein onderzocht door ZAO verzekeringen. In een rapport heet het dat bij een toenemend aantal geboorten de stad kampt met onvoldoende verloskundigen.
ZAO constateert dat de beschikbaarheid van verloskundigen in een negatieve spiraal is beland. Voor de huidige praktijken is het moeilijk om voldoende goede waarneming te realiseren. Vertrekkende verloskundigen kunnen geen opvolger vinden. Reden hiervan is dat steeds minder verloskundigen de hoge werkdruk van een eigen praktijk aandurven in Amsterdam. Om die reden moest in Amsterdam Noord al één praktijk worden gesloten. De toekomst van andere praktijken is onzeker. Sommige praktijken hebben onvoldoende rek om de opvang voor probleempraktijken op te vangen. Vrouwen die moeten bevallen moeten uitwijken naar ziekenhuizen. Daar speelt een tekort aan beschikbare verloskamerbedden voor poliklinische bevallingen, mede veroorzaakt door het tekort aan verpleegkundige zorg. Andere knelpunten die leiden tot een hoge werkdruk voor verloskundigen zijn de wens van verloskundigen om parttime te werken, het toenemende tijdsbeslag van algemene informatieverstrekking, met name bij allochtone cliënten en het tekort aan kraamzorg. Vierdejaarsstudenten die waarnemen maken gewag van gevoelens van onveiligheid in Amsterdam-Zuidoost wat de inzet van verloskundigen in die wijk, met name bij nachtdiensten, bemoeilijkt. Al geruime tijd bestudeert ZAO met de beroepsgroep (Amsterdamse verloskundigen kring) en ziekenhuizen in de regio hoe op korte termijn een oplossing kan worden geboden. Met ziekenhuizen zijn afspraken voor uitbreiding van verloskundige zorg en er is een wervingscampagne voor verloskundigen in Engeland gestart. Op de lange termijn heeft ZAO een reorganisatie van de verloskundige zorg in Amsterdam voor ogen. De insteek daarbij is te komen tot een eerstelijns verloskunde die minder kwetsbaar is, aantrekkelijke arbeidsomstandigheden biedt, beter aansluit bij de behoefte aan patiënten en betere verbindingen heeft met aanpalende voorzieningen zoals ziekenhuizen, kraamzorg enzovoort. Een idee dat ter bestudering wordt voorgesteld is een kraamcentrum waarbij verloskundigen in (loon)dienst zijn en waarbij de diensten niet langer zijn dan acht uur. Ervaringen zoals in De Haag waar een eerstelijnscoördinator stedelijke problemen oplost kunnen nuttig zijn. Voor het beddentekort wordt voorgesteld een centrale organisatie in te schakelen die kan zoeken naar alternatieve verloskamerruimte. Een dergelijke organisatie zou ook een rol kunnen spelen wanneer zich een tekort aan kraamzorg voordoet. De ervaren onveiligheid bij nachtdiensten zou kunnen worden teruggedrongen door een auto met chauffeur in te zetten. Hiermee zijn al goede ervaringen bij huisartsen opgedaan.

Bron: Zorgkantoor Amsterdam, tel. 020 - 567 16 44

LCVV: betrek beroepsgroep meer in het overleg

De vertrekredenen in de verpleging en verzorging

In 1998 verscheen voor het derde jaar de publicatie 'Verpleging en verzorging in kaart' van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV). De gegevens werden verzameld door het NZi en het NIVEL. Ook de vertrekredenen van verpleegkundigen en verzorgenden komen aan bod. De resultaten bieden volgens LCVV-beleidsmedewerker Tom Oostrom oplossingsrichtingen voor een beroepsinhoudelijke aanpak van het personeelstekort.

De uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden bevindt zich op een laag peil. Verliet tien jaar geleden nog ongeveer één op de vier verpleegkundigen of verzorgenden de werkplek, op dit moment is dat ongeveer één op de tien. Toch is de laatste jaren een lichte stijging van de uitstroom waarneembaar. Deze trend was voor het LCVV aanleiding tot het onderzoek naar vertrekredenen. In het onderzoek is gevraagd naar de motieven van beide beroepsgroepen om de werkplek te verlaten en de condities waaronder vertrek te voorkomen was geweest. In het onderzoek is gebruik gemaakt van exit-interviews onder vertrekkend personeel in de intramurale gezondheidszorg en de resultaten van een vragenlijst onder verpleegkundigen en verzorgenden die in 1997 uit dienst zijn getreden van een thuiszorgorganisatie of verzorgingshuis.

Vertrekredenen

Van de vertrekkers is bijna de helft onder de 26 jaar. Ongeveer 35% van de vertrekkers gaat in een andere instelling in de zorg werken, 65% vertrekt helemaal uit de zorgsector.

Motieven van verpleegkundigen voor vertrek zijn vooral de aantrekkelijkheid van een nieuwe baan en de onvoldoende mogelijkheden voor ontplooiing, het ontbreken van loopbaanperspectief en lichamelijk zwaar werk in de huidige baan. *(zie kader 1)*

kader 1

Belangrijkste vertrekredenen verpleegkundigen

Elders werk
Weinig mogelijkheden voor ontplooiing
Behoefte aan andere werkkring
Loopbaanperspectief
Lichamelijk zwaar werk

kader 2

Belangrijkste vertrekredenen verzorgenden

Zwangerschap/gezinsuitbreiding
Lichamelijk zwaar werk
Onregelmatige diensten
Weinig mogelijkheden kinderopvang
Ziekte/arbeidsongeschiktheid zelf/familie

Bij verzorgenden ziet het beeld er anders uit. Houden veel verpleegkundigen na het krijgen van een kind hun baan aan, veel verzorgenden kiezen er dan voor om te stoppen met het werk of elders te gaan werken. De motieven voor vertrek van verzorgenden hebben vooral te maken met de arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden en persoonlijke omstandigheden. *(zie kader 2)*

kader 3

Condities waaronder vertrek te voorkomen was (met name verpleegkundigen)

Mannen
1 Loopbaanperspectief
2 Ontplooiing/benutting capaciteiten
3 Beloning
4 Opleiding
5 Klimaat afdeling

Vrouwen
1 Meer/minder werken
2 Ontplooiing/benutting capaciteiten
3 Werktijden en roosters
4 Loopbaanperspectief
5 Klimaat afdeling

Voor zowel mannen als vrouwen geldt dat vertrek had kunnen worden voorkomen als zij een beter loopbaanperspectief hadden gehad of, als hun capaciteiten beter waren benut. Bij vrouwen is de mogelijkheid om meer of minder te werken de voornaamste conditie om te blijven. Alhoewel op dit front de laatste jaren de nodige verbeteringen zijn aangebracht, blijkt toch dat werkgevers lang niet altijd die mogelijkheid bieden. Hetzelfde geldt voor de werktijden en roosters, waarbij blijkbaar onvoldoende rekening wordt gehouden met de persoonlijke omstandigheden of gezinssituatie (zie kader 3). Overigens hebben

deze gegevens voornamelijk betrekking op de intramurale sector.
De vertrekredenen komen overigens overeen met het signaal dat verpleegkundigen en verzorgenden hebben afgegeven tijdens de discussierondes over de toekomstscenario's verpleging en verzorging. Zowel verpleegkundigen als verzorgenden gaven met hun voorkeur voor het wijkscenario te kennen meer zeggenschap over hun werk te willen (Oostrom, 1998).

drs. Tom Oostrom, LCVV
(foto: Ben Claessens)

Aanpak tekort

Een interessante vraag is, in hoeverre de huidige maatregelen gericht op de aanpak van het personeelstekort zich verhouden tot de resultaten van het onderzoek naar vertrekredenen.
In de loop van 1998 startten de eerste wervingscampagnes in de regio Amsterdam en de provincie Brabant. Op landelijk niveau hebben het ministerie van VWS, Arbeidsvoorziening en sociale partners eind 1998 een arbeidsmarktconvenant gesloten. In dit convenant spreken de partijen met elkaar af om te komen tot een meerjarige, structurele en integrale aanpak van het personeelstekort. Een van de eerste activiteiten betreft de landelijke beeldvormingcampagne die op 16 februari 1999 van start is gegaan. Andere maatregelen zijn onder andere scholing van herintreders, vermindering van de werkdruk, terugdringing van het ziekteverzuim, uitbreiding van de kinderopvang en arbeidsmarktmonitoring. Een breed pakket aan maatregelen, waarbij vooral de nadruk ligt op het bevorderen van de instroom van nieuw personeel en het behoud van huidig personeel door het verbeteren van de arbeidsomstandigheden.
Uit het onderzoek naar vertrekredenen, blijkt een duidelijk onderscheid tussen de vertrekredenen van verpleegkundigen en van verzorgenden. Een gedifferentieerde aanpak in behoud en werving van personeel is dus van belang. Een dergelijke aanpak is niet terug te vinden in het convenant, de maatregelen in het arbeidsmarktconvenant richten zich immers op alle werkers in de zorgsector. Uit de toelichting die de partijen geven op het convenant blijkt, dat zij veel waarde hechten aan het terugdringen van de hoge werkdruk en het hoge ziekteverzuim. Beide verschijnselen spelen een belangrijke rol in de personeelsproblematiek. Het ziekteverzuim is hoger dan het gemiddelde van de gehele arbeidsmarkt en is vooral de laatste tijd explosief gestegen. Vergeleken met andere sectoren is ook de werkdruk hoog. Ziekteverzuim en hoge werkdruk zijn echter een uiting van een ongewenste situatie. Het is dus van belang te weten wat de aanleiding hiertoe vormt. Uit een onderzoek van de Stichting Kwaliteitsbevordering Bedrijfsgezondheidszorg (SKB) blijkt dat hoge werkdruk of stress niet automatisch leidt tot een hoger ziekteverzuim. Met andere woorden, hoge werkdruk is niet per definitie een probleem. Het lijkt een opvallend onderzoeksresultaat maar dat is het eigenlijk niet. Als je een willekeurige werknemer vraagt naar zijn werk, zal hij in veel gevallen zeggen dat de werkdruk hoog is. Vraag je diezelfde werknemer of hij van baan wil veranderen, dan is de kans groot dat hij het toch, ondanks de hoge werkdruk, erg naar zijn zin heeft en zeker niet aan vertrekken denkt. Hoge werkdruk is in veel gevallen de kick van het werk. Voor verpleegkundigen en verzorgenden zal dat niet anders zijn. Werkdruk wordt pas een probleem als het werk waarmee men zo druk is niet meer bevredigt. De hoge werkdruk die tot voor kort acceptabel was en inherent aan het vak, wordt dan ineens een probleem.
In het onderzoek naar vertrekredenen van verpleegkundigen en verzorgenden, is ontevredenheid over de inhoud van de functie een belangrijke vertrekreden. Dit komt overeen met de conclusie van de SKB, dat de inhoud van de baan sterk bepalend is voor de beleving van stress. De aanpak van het personeelstekort moet dus breder dan alleen het bevorderen van de instroom van nieuw personeel en het behoud van huidig personeel door het verbeteren van de arbeidsomstandigheden. Een beroepsinhoudelijke aanpak van het personeelstekort is eveneens van belang. Deze drie aspecten tezamen vormen een integrale aanpak van het personeelstekort.
In een beroepsinhoudelijke aanpak gaat het vooral om gebruikmaking van de capaciteiten van verpleegkundigen en verzorgenden en om het creëren van een gunstig loopbaanperspectief. Verdieping van het beroep en het bevorderen van management- en beleidsparticipatie zijn maatregelen, die invulling kunnen geven aan de beroepsinhoudelijke aanpak van het personeelstekort.

Stopwatch-zorg belemmert zeggenschap thuiszorgmedewerkers

Verdieping van het beroep

Op dit moment worden reeds initiatieven ontplooid waarin een verdieping van het beroep centraal staat. Ik noem er enkele:

- Een aantal opleidingen is gestart met de Advanced Nursing Practise Opleidingen. De opleiding leidt op tot Nurse practitioner, een verpleegkundige die taken verricht die tot het terrein van de arts behoren maar deze taken volgens de wet BIG en onder bepaalde voorwaarden wel mag uitvoeren;
- De praktijkverpleegkundige of beter gezegd de praktijkgebonden ondersteuning door de wijkverpleegkundige. Op verschillende plaatsen in het land wordt geëxperimenteerd met het inzetten van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Binnen de versterking van de eerste lijn is de tandem huisarts-wijkverpleegkundige essentieel en wordt een concept dat vroeger goed werkte in ere hersteld;
- De verpleegkundig specialist. In een toenemend aantal zorginstellingen zijn verpleegkundigen werkzaam als specialist op een specifiek aandachtsgebied. Hun werk kenmerkt zich door de combinatie praktijk-onderzoek-consult.

Er zijn ongetwijfeld nog meer functies of initiatieven te noemen, maar duidelijk is in ieder geval, dat de verpleging zelf niet stil zit als het gaat om het creëren van nieuwe functies. In de beleidscircuits is toenemende aandacht voor nieuwe functies in de verpleging. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) zegt in zijn rapport 'Redesign van de eerste lijn', dat er meer verantwoordelijkheid bij de werkvloer moet worden gelegd. In dit verband worden in het advies een aantal nieuwe verpleegkundige functies genoemd: de gespecialiseerd wijkverpleegkundige, de transmuraal verpleegkundige en de praktijkverpleegkundige.
Een belangrijke voorwaarde om het creëren van nieuwe functies in de verpleging en verzorging mogelijk te maken is dat deze ontwikkelingen worden ondersteund door onderzoek. Daar zit een probleem, omdat er op dit moment weinig financieringsbronnen voor onderzoek in de verpleging en verzorging zijn. Het LCVV heeft er daarom bij ZorgOnderzoek Nederland op aangedrongen dat binnen hun programmering meer aandacht dient te komen voor dergelijk onderzoek. Het LCVV zal hierover ook in overleg treden met de Ziekenfondsraad.
Het bevorderen van management- en beleidsparticipatie is een tweede maatregel om invulling te geven aan de beroepsinhoudelijke aanpak van het personeelstekort. Verpleegkundigen en verzorgenden willen meer zeggenschap in hun werk. Op meerdere niveaus dienen verbeteringen te worden aangebracht. De 'stopwatch'-zorg in de thuiszorg vormt een ernstige belemmering voor de zeggenschap van de verpleegkundige en verzorgende in de directe uitvoering van de zorg.
Inzicht in de zorg is terecht, maar kan ook door de thuiszorg meer outputgericht te besturen en verpleegkundigen en verzorgenden verantwoordelijkheid te geven voor hun werk. Op instellingsniveau is het van belang dat verpleegkundigen en verzorgenden een bijdrage leveren aan het beleid van de instelling. De verpleegkundige of verzorgende adviesraad kan een belangrijke rol vervullen bij het versterken van beleidsparticipatie. Daarnaast is het ook van belang dat de managementparticipatie van verpleegkundigen en verzorgenden wordt versterkt door het innemen van functies in het middenkader en hoger kader van instellingen.
Verdieping van het beroep en het bevorderen van management- en beleidsparticipatie zijn maatregelen die niet van bovenaf opgelegd kunnen worden. Actieve betrokkenheid van de beroepsgroepen is een voorwaarde om deze maatregelen te doen slagen. De maatregelen dienen in dialoog tussen beroepsgroepen en werkgevers tot stand te worden gebracht. Op macro-niveau is dat tussen de Algemene Vergadering Verplegenden en Verzorgenden (AVVV) en de werkgeverskoepels. Op instellingsniveau ligt hier een taak voor verpleegkundige en verzorgende adviesraden en directies van instellingen. Daarbij dienen beide partijen een gemeenschappelijk doel voor ogen te houden: voldoende, gekwalificeerd en tevreden personeel om de toenemende vraag naar zorg te kunnen beantwoorden.

Verpleegkundigen en verzorgenden willen een stem in het kapittel

drs. Tom Oostrom
De auteur is beleidsadviseur van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV)

Meer informatie is verkrijgbaar bij het LCVV, tel. 030 - 296 76 14

Literatuur

STG (1997) Een verzorgde toekomst, toekomstscenario's voor verpleging en verzorging. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom;
Dijk, J.K. van en T.A.J. Oostrom (red.)(1998): Perspectief op verandering. Utrecht: Elsevier/LCVV en NZi;
Oostrom, T.A.J. (1998): Toekomstscenario's verpleging en verzorging in relatie tot organisaties en overheidsbeleid. In: Sympoz-publicatie deel 27 'Zorg en toekomst';
Oostrom, T.A.J. (1999): Onderzoek op verpleegkundige en verzorgende thema's noodzakelijk. In: Mediator, nr. 1, pp 29-32;
RVZ (1998): Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief;
Windt, W. van der, H. Calsbeek en L. Hingstman (1998): Verpleging en verzorging in kaart gebracht, LCVV/Elsevier.

De toekomst van de arbeidsmarkt zorg

Zelfstandige zorgondernemers vormen geduchte concurrent

Naast - en door - de nu bestaande formele zorgvoorzieningen zal steeds meer zorg worden verstrekt die particulier wordt betaald, dan wel via extra verzekeringen wordt bekostigd. Naast de groei van het aantal mensen in de zorg dat particuliere zorg gaat verlenen is er onder verpleegkundigen en ziekenverzorgenden een ontwikkeling gaande in de richting van het 'vrije ondernemerschap'. De sector krijgt concurrentie van 'zelfstandige zorgondernemers' waarschuwt prof. Han van Dijk.

De verwachte vraag op de arbeidsmarkt zorg heeft zich in de jaren negentig gunstiger ontwikkeld dan de voorspellingen over de aanbod- en vraagontwikkeling van de verpleging en verzorging lange tijd wilden doen geloven. De vraag naar zorg echter zal blijven toenemen, vooral als gevolg van medisch technologische en demografische ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen zullen onder meer tot gevolg hebben dat de commerciële, maar ook particulier betaalde zorg zullen toenemen. Naast - en door - de nu bestaande formele zorgvoorzieningen zal steeds meer zorg worden verstrekt die particulier wordt betaald, dan wel via extra verzekeringen wordt bekostigd. De overheid hoeft niet veel meer te doen dan ze nu doet, om deze ontwikkeling te bevorderen, namelijk het voeren van een restrictief beleid en substitutie.
Naast de groei van het aantal mensen dat particuliere zorg gaat verlenen is er een ontwikkeling gaande in de richting van het 'vrije ondernemerschap' onder verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. Mede de wetgeving individuele beroepen gezondheidszorg (BIG) maakt het mogelijk dat in zowel cure als care zorgverleners hun diensten kunnen aanbieden. Hun aantal loopt inmiddels in de duizenden. Met het oog op de verwachte volumegroei en de personeelsschaarste zal de zorgsector serieus rekening moeten gaan houden met concurrentie van de zelfstandige zorgondernemers.

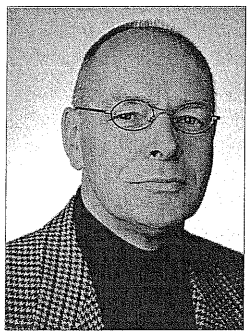


Foto: Prof. Han van Dijk

Nu al is in verschillende regio's sprake van een personeelstekort en kunnen vacatures met moeite of niet vervuld worden. In zorgsectoren is sprake van een stijgend ziekteverzuim, met name in verpleeghuizen, hetgeen het tekort alleen maar nijpender maakt. Door de veroudering van het personeel stijgen de lonen hetgeen consequenties heeft voor het aantal arbeidsplaatsen van een zorginstelling.

Instellingen proberen binnen het dilemma 'zorgaanbod en -vraag' te streven naar:

- maximale functionaliteit in het gebruik van voorzieningen in 'cure' zodat zoveel mogelijk mensen tegen aanvaardbare kosten kunnen worden geholpen;
- het beperken van het zorgaanbod in de zogenaamde care tot hetgeen strikt noodzakelijk is;
- het behoud van zelfstandigheid van burgers, ook wanneer men vanwege handicaps, chronische ziekte of andere beperkingen langdurig is aangewezen op zorg door anderen;
- het scheiden van wonen, werken, leren, vrijetijdsbesteding e.d. in het aanbod aan burgers, ook wanneer men fysieke, mentale of sociale beperkingen heeft.

Verpleegtechniek en -diagnostiek zullen een nog sterkere rol gaan spelen in de uitoefening van het beroep in de ziekenhuizen en in de thuiszorg. Verpleegkundigen zullen steeds meer als specialisten worden ingezet, in leidinggevende functies doorstromen en als zelfstandige gaan werken. In de verzorgende beroepen zal een grote differentiatie gaan optreden waarbij met name MBO-opgeleiden een gevraagde beroepsgroep vormen in alle sectoren. Of instellingen en zorgaanbieders voldoende personeel zullen trekken heeft ermee te maken of men de kwaliteiten van de beroepsgroep weet te benutten en of men een aantrekkelijke en uitdagende werkomgeving weet te scheppen. Maatschappelijk ondernemen in de zorg moet op z'n minst tot stand komen als resultaat van een samenspel van management. Daarvan is nog onvoldoende sprake. De tegenbeweging, namelijk de verzelfstandiging van duizenden zorgverleners die de wind mee hebben bij de sterke groei van de particuliere zorg in de komende jaren, getuigt hiervan.
prof. dr. Han van Dijk

De auteur is werkzaam aan de Erasmus universiteit en op het NZi
Meer informatie is verkrijgbaar via het NZi, tel. 030 - 273 97 00

VNO-NCW: Imagoprobleem is absoluut onverdiend

Stappen ter verbetering van het werkklimaat

De gezondheidszorg is een uiterst dynamische werkomgeving en kent een veelheid aan ontwikkelingen. Toch kampt de sector met een imagoprobleem. Edith Schippers van het VNO-NCW geeft aan op welke punten in het arbeidsvoorwaardenbeleid en in de beeldvorming verbetering mogelijk is om de sector als werkomgeving aantrekkelijk te maken.

Het beeld van een verpleegster is er één van een overbelaste, onderbetaalde werknemer die geen tijd heeft de patiënt die aandacht te geven die hij verdient. Het beeld van een arts wordt beheerst door 80-urige werkweken en wachtlijsten.
Bij een gezinsverzorgende verrijst het beeld van een persoon, fietsend tegen de wind met een stopwatch in de hand. Voor het broodnodige praatje lijkt niemand tijd te hebben. Al met al een welhaast treurig beeld. Toch staat gezondheid in samenleving hoog op de prioriteitenlijst. Niet zonder reden: gezondheid staat immers aan de basis van het leven, van werken en van het functioneren van de mens in meest brede zin van het woord.
De vraag die hier rijst, is hoe een sector, die aan samenleving en werknemers zoveel te bieden heeft, aan zo'n belabberd imago komt.

Arbeidskrapte

Als gevolg van arbeidskrapte wordt het steeds moeilijker om geschikt, gekwalificeerd personeel te krijgen. Dit is niet uniek voor de gezondheidszorg, ook andere overheidssectoren, zoals de politie en het onderwijs, kampen hiermee. Marktsectoren als de informatica technologie en de industriële sector hebben eveneens last van aanbodschaarste op de arbeidsmarkt.

De gezondheidszorg is een groeimarkt. Het toekomstperspectief van de sector is derhalve zonnig. Het aantal mensen dat een beroep doet op de sector stijgt, terwijl de echte vergrijzingsgolf Nederland pas over een paar jaar zal aandoen. Preventieve geneeskunst wint terrein, mede als gevolg van de ontwikkelingen op gentechnologisch gebied.
Interessante technologische ontwikkelingen op het gebied van onder meer de farmacie, de medische hulpmiddelen, de operatieve geneeskunst en de informatie communicatie zullen de gezondheidszorg in enkele decennia weer een geheel ander aangezicht geven. Groeimarkten brengen uitdagingen en problemen met zich mee. Met betrekking tot de arbeidsmarkt springt het toenemend personeelstekort in het oog.

Gezondheidszorg speelt een dubbelrol

Sociale partners en de overheid

Een Collectieve Arbeidsovereenkomst (CAO) wordt afgesloten tussen werkgevers en werknemers. Onderhandelingen over lonen, secundaire arbeidsvoorwaarden en prestatie vinden bipartite plaats. Zo niet in de gezondheidszorg. De overheid bepaalt het kader waar binnen kan worden onderhandeld. Dit brengt de zorgsector in een spagaat. De onderhandelingspositie tegenover de overheid leidt tot het uitventen van een negatief beeld over de arbeidsvoorwaarden in de sector. Logisch, de onderhandelingspositie vraagt hierom. Indien de arbeidsvoorwaarden positief worden afgeschilderd, is er van overheidszijde geen bereidheid tot het oprekken van het kader. De consequentie is echter dat dit leidt tot een negatief imago dat zich vertaalt in schadelijke effecten op de arbeidsmarkt. Zelfs een imagocampagne (al dan niet gesubsidieerd door VWS) helpt dan niet meer.

Oplossingen

Diverse knelpunten vragen om oplossingen.

- De zorgsector moet af van de CAO onderhandelingen via de band van de overheid. Het neerzetten van een negatief beeld van de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden verliest dan de huidige functie. Dit zal de sector bevrijden van een imago dat met geen enkele campagne nog is recht te zetten.
- Een tweede belangrijke stap is de verbetering van de ontplooiingsmogelijkheden. Flexibilisering en 'personeelsbeleid op maat' zijn hierin cruciaal. Functiedifferentiatie, loondifferentiatie, scholingsmogelijkheden verbonden aan een carrièreperspectief, vergroten de uitdaging en de inspiratie. De gezondheidszorgsector leent zich hiervoor bij uitstek. In, bijvoorbeeld, het onderwijs zijn hiervoor veel minder mogelijkheden. Werknemers in de gezondheidszorg zijn veelal te hoog opgeleid voor het werk dat zij uitvoeren. Het 'ijzeren gordijn' tussen artsen en verpleegkundige is uit de tijd. Artsen

kunnen taken afstoten naar ambitieuze, hoog opgeleide verpleegkundigen, die op hun beurt weer taken afstaan, enzovoorts. Door dit beter op elkaar te laten aansluiten en gelijktijdig het loongebouw uiteen te trekken ontstaat een denivellering die stimulerend werkt. Dit fenomeen staat ook wel bekend als vergroting van 'de trek in de schoorsteen'. Uiteindelijk komt aan de onderkant van de arbeidsmarkt ruimte vrij voor nieuwe krachten.

- Op basis van het regeerakkoord zijn aan de zorg nieuwe Melkertbanen toegekend. Het betreft zowel doorals instroombanen. Tot en met 1998 waren bijna 14.000 Melkertbanen aan de zorg toegewezen, daarvan zijn er inmiddels 10.000 bezet. De aanpak via Melkertbanen alléén kan het arbeidsmarktprobleem van de sector echter niet oplossen.
- Werkomstandigheden moeten worden verbeterd om uitstroom tegen te gaan. Naast loopbaanperspectief en scholing is vergroting van betrokkenheid van personeel bij de organisatie door ervaringsinzichten serieus te nemen en een goede werksfeer te creëren (goed management), een goede kinderopvangregeling en mogelijkheden voor op maat gesneden arbeidspatronen van doorslaggevend belang.
- De zorgsector kampt met een relatief hoge werkdruk, een relatief hoog ziekteverzuim en een relatief minder ruime bezetting. De voortgaande arbeidsduurverkorting gedurende een aantal jaren heeft hieraan zeker bijgedragen. Om de negatieve spiraal te doorbreken zou allereerst van de 36-urige werkweek moeten worden afgestapt. Daarnaast is aanpak van ziekteverzuim belangrijk. Een 40-urige werkweek afhandelen in 36 uur verhoogt de werkdruk. Als daarbij sprake is van een hoog ziekteverzuim neemt de werkdruk slechts toe, hetgeen het ziekteverzuim weer vergroot. Het gevaar in een vicieuze cirkel te geraken is hier reëel aanwezig.
- Aanpak van ziekteverzuim is echter niet alleen een kwestie van arbeidsomstandigheden. Goed management, een adequate procedure van ziekmelding en arbeidsvoorwaardelijke prikkels zoals wachtdagen en/of positieve prikkels zijn minstens zo belangrijk. Ziekteverzuim is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van werkgever en werknemer, waarin ieder z'n eigen verantwoordelijkheid moet nemen.
- Als gevolg van veranderingen op het gebied van Sociale Zaken (zoals Pemba - premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en Wulbz - Wet uitbreiding loondoorbetaling bij ziekte), heeft de werkgever meer verantwoordelijkheid gekregen voor het voorkomen van ziekte van werknemers (preventie), het begeleiden van zieke werknemers en het snel reïntegreren van werknemers die weer kunnen werken. Werkgevers moeten dan wel invulling aan deze verantwoordelijkheden kunnen geven en kunnen rekenen op een klantgerichte gezondheidszorg. Te lange wachtlijsten spelen hierin een negatieve rol. Hoe langer de patiënt thuis zit, al wachtend op 'zijn beurt', hoe groter de kans dat de patiënt niet meer terugkomt in het arbeidsproces. Er is in deze dus sprake van een dubbelrol van de gezondheidszorg, enerzijds als werkgever die kampt met een hoog ziekteverzuim en anderzijds als klant van 'zichzelf'. Ook de rol van de zorgverzekeraar en de Arbodienst is in dit kader belangrijk. In de contracten die met hen worden afgesloten moeten de wensen van de organisatie duidelijk zijn opgenomen, zodat kan worden gestuurd op wat aan de organisatie wordt geleverd.
- Naast de doelgroep van de jonge schoolverlaters, die door een goede beroepskeuzevoorlichting moeten worden geattendeerd op de zorgsector als passende werkomgeving, moeten ook andere doelgroepen worden aangesproken. Herintredende vrouwen, ouderen en allochtonen zijn zulke doelgroepen. Het aandeel allochtonen als percentage van de bevolking groeit, het aantal allochtonen dat een beroep doet op de gezondheidszorg ook. Het aandeel allochtonen werkzaam in de zorgsector blijft daarbij achter.

Drs. Edith Schippers, VNO-NCW (Foto: Ben Claessens)

Zorgsector moet af van CAO-onderhandelingen via band met overheid

De gezondheidszorg kenmerkt zich door een, door veel werknemers gewenste combinatie van dynamiek, technologie en mensenwerk. De sector zal dat ook moeten uitstralen. Vervolgens is noodzakelijk de uitstroom vanuit de sector te beperken.
Flexibilisering en maatwerk zijn hier de sleutelwoorden. Carrièreperspectief, waardering en een goede werksfeer moeten worden gerealiseerd en nieuwe doelgroepen moeten worden aangeboord. Terugdringing van het veel te hoge ziekteverzuim is tenslotte noodzakelijk. Arbo-diensten en de zorgverzekeraar kunnen hierbij de helpende hand bieden, terwijl positieve en/of negatieve prikkels de werknemer een stukje mede verantwoordelijkheid geven. Kortom deze uitdagingen moeten de sociale partners in de gezondheidszorg met verve aangaan. Tegen een dergelijk resultaat kan geen campagne op!

drs. Edith Schippers
De auteur is secretaris gezondheidszorg bij de werkgeversorganisatie VNO-NCW

Meer informatie is verkrijgbaar bij VNO-NCW, tel. 070 - 349 02 24

Specialisten; huisartsen; arbeidsmarkt; beroepskrachten planning; opleiding; (2)

Vraag- en aanbodontwikkelingen in medische zorg

Artsenaanbod beïnvloed door sociaal-culturele aspecten

Het NIVEL heeft in de afgelopen jaren diverse behoefteramingsonderzoeken uitgevoerd voor een groot aantal artsenberoepen (zie literatuurlijst)). Het doel van deze onderzoeken is het bepalen van de benodigde opleidingscapaciteit. Daartoe wordt enerzijds gekeken naar de toekomstige vraag en anderzijds naar de te verwachten ontwikkelingen in het aanbod.

De gegevens voor deze onderzoeken worden enerzijds verkregen via bestaande informatiebronnen zoals het Polikliniek Informatie Systeem (POLIS), de Landelijke Medische Registratie (LMR) en de bevolkingsprognoses van het CBS, en anderzijds via schriftelijke vragenlijsten die door het NIVEL zijn verzameld onder werkzame specialisten en AGIO's. De respons op deze enquêtes liep uiteen van ongeveer 75% voor bijvoorbeeld de gynaecologen en orthopaeden tot ongeveer 90% voor de kinderartsen en de reumatologen.

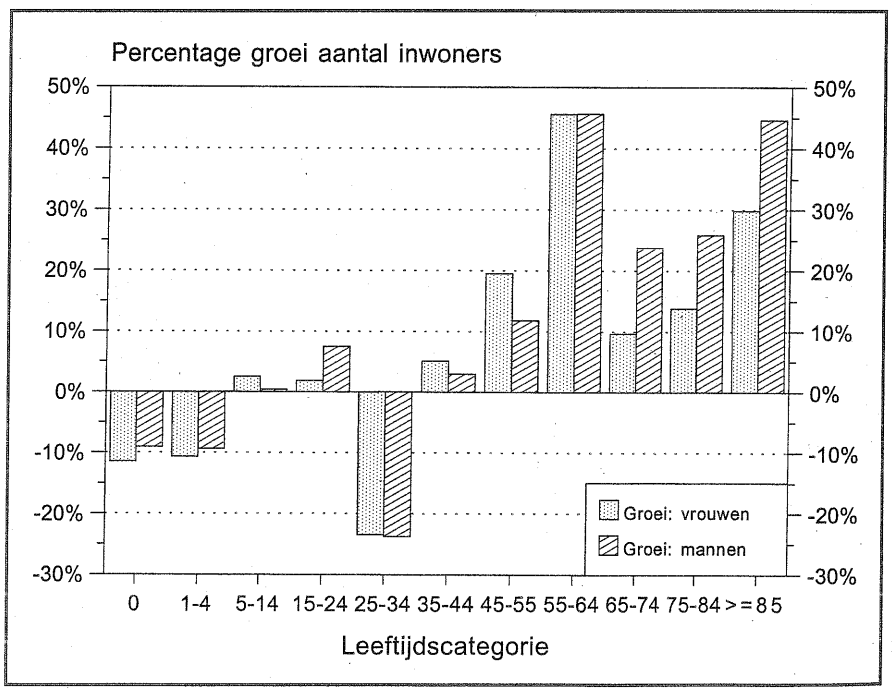
Ontwikkeling in zorgvraag

Er zijn verschillende factoren die in meer of mindere mate van invloed zijn op de toekomstige zorgvraag. Er is echter één ontwikkeling die in de komende jaren verreweg de grootste invloed heeft op de zorgvraag, namelijk de vergrijzing en ontgroening van de Nederlandse bevolking. In de komende tien jaar zal het aantal 65-plussers met 18% toenemen. Het aantal hoogbejaarden (85+) neemt zelfs met 35% toe. Met name de groep oudere mannen zal snel toenemen (figuur 1). Door de dubbele vergrijzing zal er een aanmerkelijke toename plaatsvinden in de zorgvraag. Immers, voor het merendeel van de specialismen geldt dat een aanzienlijk deel van het zorggebruik voor rekening komt van de oudere bevolkingsgroepen. Bij een aantal vergrijzingsgevoelige specialismen (verpleeghuisartsen, geriaters, reumatologen, orthopaeden) neemt de zorgvraag in de komende tien jaar met meer dan 20% toe. Als in die periode geen veranderingen optreden in het leeftijds- en geslachtsspecifieke zorggebruik, dan zou ook het aanbod in deze betreffende beroepsgroepen met meer dan 20% moeten toenemen om in ieder geval dezelfde hoeveelheid zorg te kunnen garanderen .

Aan de andere kant is er ook sprake van een ontgroening van de Nederlandse bevolking. De jongste leeftijdscategorieën zullen in de komende jaren afnemen (figuur 1). Dit betekent dat voor een aantal andere specialismen de zorgvraag zal verminderen. Dit geldt met name voor de gynaecologen, kinderartsen en jeugdartsen.

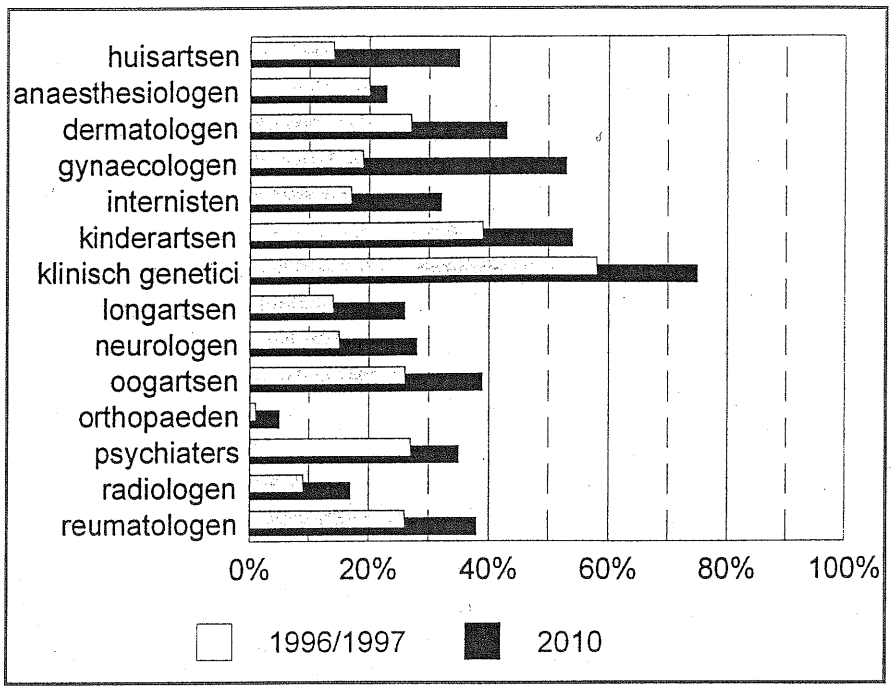
Opvallend is verder de sterke afname in het aantal 25-34 jarigen. Deze leeftijdsgroep neemt in de komende jaren met circa 24% af.

Naast demografische ontwikkelingen zullen ook epidemiologische, sociaal-culturele en beleidsmatige ontwikkelingen van invloed zijn op de veranderingen in de zorgvraag. Bij de epidemiologische ontwikkelingen moet bijvoorbeeld ge-



Figuur 1: Groei in aantal inwoners naar leeftijd en geslacht tussen 1996 en 2010

Figuur 2: Aandeel vrouwen per beroepsgroep in 1996/1997 en 2010



dacht worden aan veranderingen in de prevalentie en incidentie als gevolg van toename van het aantal infectieziekten, een toename van het aantal importziekten, toenemend alcohol-gebruik en overgewicht en een afnemend aantal mannen dat rookt[2].
Met betrekking tot de sociaal-culturele ontwikkelingen moet onder andere gedacht worden aan het stijgend opleidingsniveau, toenemende mondigheid, een toenemend aantal alleenstaanden en een toenemend aantal allochtonen. Dit soort ontwikkelingen zal overigens tot marginale veranderingen in de zorgvraag leiden.
Tot slot moet in het kader van de zorgvraagontwikkeling ook rekening gehouden worden met beleidsmatige ontwikkelingen.
Beleidsmaatregelen hebben meestal tot doel het zorggebruik te beïnvloeden. In de afgelopen jaren zijn daartoe verschillende regelingen getroffen (algemene eigen bijdrage, persoonsgebonden budget, beperking aanspraak ziekenfondsverzekerden e.d.).
In het algemeen blijkt dat dit soort regelingen veelal niet tot grote veranderingen in het zorggebruik hebben geleid, maar wel tot veranderingen in de financiering van de zorg.

Frictie op de arbeidsmarkt zorg

In de komende decennia wordt de zorgsector geconfronteerd met kwantitatieve en kwalitatieve fricties op de arbeidsmarkt. Ten aanzien van de kwantitatieve fricties zal door de (dubbele) vergrijzing sprake zijn van een sterke toename in de zorgvraag. Aan de andere kant zien we dat er sprake is van een verdere ontgroening van de Nederlandse bevolking. Die ontgroening zorgt ervoor dat het aanbod op de arbeidsmarkt gaat afnemen. Met betrekking tot de kwalitatieve fricties geldt dat er in de komende jaren verschuivingen plaatsvinden in de inhoud van de zorg. Naast aandacht voor het behandelen van zieken (cure) zal er een intensivering ontstaan in de verzorging van de ziekten (care), alsmede het voorkomen van ziekten en bevordering van de gezondheid (preventie).
Fricties op de arbeidsmarkt van de zorgsector waren voor het kabinet aanleiding het Adviesontwerp 'Gevolgen van de ontgroening en vergrijzing in de zorgsector' voor te leggen aan de Raad voor Volksgezondheid en de Zorg (RVZ) en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO), met de vraag 'welke beleidsintenties zijn noodzakelijk om ook in de toekomst voldoende kwalitatieve zorg te kunnen bieden?'. De RVZ en de RMO hebben voor hun advies-voorbereiding aan het NIVEL gevraagd voor de medische en paramedische sector een achtergrondstudie op te stellen.
Dit rapport is in mei 1999 gepubliceerd[1].
In dit artikel worden, voor wat betreft de medische sector, de belangrijkste resultaten uit dit rapport gepresenteerd (verderop in deze uitgave is ook een artikel naar aanleiding van het RVZ-rapport opgenomen, red.).

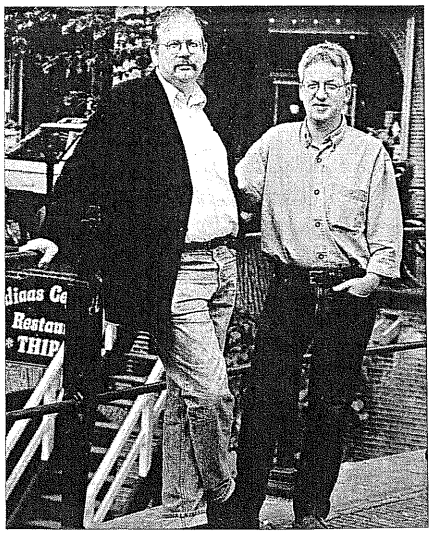
Ontwikkelingen in zorgaanbod

Met betrekking tot het toekomstig zorgaanbod zijn de volgende ontwikkelingen te voorzien. In de eerste plaats zal door de ontgroening van de Nederlandse bevolking, met name na het jaar 2005, het aantal jongeren dat kiest voor een medische opleiding weleens kunnen afnemen. Momenteel is het aantal belangstellenden nog steeds groter dan het aantal beschikbare opleidingsplaatsen. Daar komt nog bij dat op termijn de belangstelling voor dit soort opleidingen zou kunnen verminderen. Factoren die daarbij een rol spelen zijn de lange opleidingsduur voor artsen, statusvermindering van het beroep van arts en de inkomens die steeds meer onder druk komen te staan. Naast de ontgroening zal ook de vergrijzing van de beroepsgroep voor de nodige problemen kunnen zorgen. De snelle groei van het aantal artsen in het begin van de jaren tachtig heeft tot gevolg dat rond het jaar 2010 een groot aantal artsen met pensioen gaat. Momenteel gaan artsen gemiddeld met 63 jaar met pensioen. Er moet echter rekening mee worden gehouden dat de te verwachten hoge uitstroom weleens voor 2010 kan plaatsvinden. Als gevolg van de goede pensioenvoorzieningen die er momenteel zijn, is de kans groot dat grote aantallen artsen eerder met pensioen gaan. Het zijn echter met name een drietal sociaal-culturele ontwikkelingen die in de komende jaren van grote invloed zijn op het zorgaanbod van artsen. Dit zijn achtereenvolgens de snelle toename van het aantal vrouwelijke artsen, de toename van het aantal deeltijders en

de toenemende wens tot arbeidstijdnormalisatie. Voor wat betreft de te verwachten toename van het aantal vrouwelijke artsen moet in de eerste plaats worden geconstateerd dat het percentage vrouwen bij de eerstejaarsstudenten geneeskunde in de afgelopen decennia is gegroeid van 20% in 1960 tot 55% in 1997. Deze toename heeft er niet toe geleid dat in diezelfde periode het aandeel vrouwen binnen de totale groep werkzame artsen met eenzelfde percentage is gestegen. Dit heeft grotendeels te maken met het feit dat de meeste specialismen tot dusverre voornamelijk uit mannen hebben bestaan. Derhalve duurt het nog vele jaren voordat de toename in het aantal vrouwelijke studenten geneeskunde duidelijk zichtbaar wordt in het aandeel van de werkzame vrouwelijke specialisten per beroepsgroep.

Uit figuur 2 kan worden afgeleid dat in het jaar 2010 in verreweg de meeste specialismen meer dan 25% van de beroepsbeoefenaren vrouw is. In een aantal beroepsgroepen zal in 2010 de meerderheid bestaan uit vrouwen, te weten de klinisch genetici, kinderartsen en gynaecologen. Een beroepsgroep waar het aandeel vrouwen relatief minder sterk zal stijgen zijn de orthopaeden, waar het aandeel vrouwen nu 1% is en in 2010 waarschijnlijk 5%.

Naast de toename van het aantal vrouwelijke artsen zal - en dat heeft daar deels mee te maken - sprake zijn van een verdere toename van het aantal deeltijders. Momenteel werkt circa 20% van de specialisten in deeltijd. Echter, als aan de huidige groep AGIO's wordt gevraagd welke wensen er leven ten aanzien van het in deeltijd werken, dan blijkt dat 65% kiest voor een deeltijdbaan. Dit geldt overigens in grotere mate voor vrouwen (87%) dan voor mannen (45%). Indien de toenemende wens van artsen voor een deeltijdbaan ook gerealiseerd zal worden, dan zal het totale zorgaanbod, afhankelijk van het specialisme, in de periode 1997-2010 tussen 3% en 8% afnemen. Dit betekent dat het aantal artsen tussen de 3% en 8% zal moeten toenemen om de afname in het



Dr. Lammert Hingstman (l.) en dr. Ludwig van der Velde (Foto: Ben Claessens)

zorgaanbod te kunnen compenseren. Tot slot zal er in de komende jaren sprake zijn van een toenemende wens tot arbeidstijdnormalisering. Het gemiddelde aantal werkuren per week op fulltime basis loopt voor de diverse medisch specialismen uiteen van 49 uur tot 58 uur per week (exclusief diensten). Wanneer wordt gevraagd hoeveel uur men het liefst zou willen werken, dan

Artsen willen massaal af van 'excessief hoge aantal werkuren'

blijkt dat men in het algemeen een vrij forse teruggang in het aantal uren per week wenst. Men wil vrij massaal af van het in het algemeen excessief hoge aantal werkuren. Indien deze gewenste arbeidstijdnormalisering wordt gerealiseerd, dan zal het aantal artsen tussen de 5% en 10% moeten toenemen om de arbeidstijdnormalisering op te vangen.

Knelpunten en oplossingen

Of er op basis van de te verwachten ontwikkelingen in zorgvraag en zorgaanbod problemen gaan ontstaan op de arbeidsmarkt voor artsen, hangt enerzijds af van de huidige en toekomstige opleidingscapaciteit en anderzijds van de inschatting van de kans, dat de veronderstelde ontwikkelingen ook bewaarheid worden. De mogelijkheden om knelpunten op te vangen liggen met name op het terrein van het beïnvloeden van het zorgaanbod.
Naast het aanpassen van de opleidingscapaciteit zullen met name oplossingen gezocht moeten worden in flexibiliteit van de arbeidsinzet en substitutie van zorg. Een aantal van deze oplossingen wordt puntsgewijs toegelicht.

Bepaling opleidingscapaciteit
Met betrekking tot de bepaling van de opleidingscapaciteit van de initiële opleidingen en de medische vervolgopleidingen is sprake van gescheiden verantwoordelijkheden. Voor de initiële opleidingen is het Ministerie van OC&W verantwoordelijk, terwijl het Ministerie van VWS slechts een adviserende taak heeft. Voor wat betreft de medische vervolgopleidingen zijn het de afzonderlijke Wetenschappelijke Verenigingen die verantwoordelijk zijn voor de instroomcapaciteit, waarbij de financiering deels onder verantwoordelijkheid valt van de zorgbudgetten van de ziekenhuizen.
Het begin 1999 opgerichte Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen zal een belangrijke stimulans zijn om de behoefteramingen van de verschillende Wetenschappelijke Verenigingen van medisch specialisten op elkaar af te stemmen. In de tweede plaats kan het Capaciteitsorgaan een rol spelen bij een goede afstemming tussen de capaciteitsbepaling van initiële opleidingen en de medische vervolgopleidingen (zie hiervoor het artikel elders in dit blad, red).

Flexibiliteit op de arbeidsmarkt
De huidige opleidingsstructuur biedt niet de mogelijkheid om snel te kunnen inspelen op veranderingen in de zorgvraag en het zorgaanbod. De initiële opleiding duurt zes jaar en de meeste vervolgopleidingen drie tot zes jaar. De mobiliteit tussen de verschillende artsengroepen is dan ook gering. Een factor die daarbij ongetwijfeld ook een rol speelt is de toename van het aantal subspecialismen en het feit dat men bij de Specialisten Registratie Commissie (SRC) niet voor twee specialismen ingeschreven mag staan. Het zal niet eenvoudig zijn om op korte termijn veranderingen in het opleidingstraject door te voeren. Wellicht dat de flexibiliteit bevorderd kan worden door in de toekomst meer algemeen inzetbare artsen op te leiden.

Productiviteit
Door tal van maatschappelijke ontwikkelingen (meer vrouwelijke artsen, toename aantal deeltijders, de wens tot arbeidstijdnormalisatie, dienstverband specialisten) zal het aantal productieve uren per beroepsbeoefenaar afnemen. Met betrekking tot het in deeltijd werken zijn het met name vrouwen die hiervoor kiezen; met als belangrijkste reden de zorg voor kinderen. Dit zou ervoor pleiten om meer mogelijkheden te creëren voor kinderopvang. Ten aanzien van de arbeidstijdnormalisering lijkt het niet onwaarschijnlijk dat dit proces in de komende jaren zich zal versnellen, zeker als een steeds groter deel van de specialisten in dienstverband gaat werken. Dit zou weleens tot grote fricties op de arbeidsmarkt kunnen leiden. Vanuit dit perspectief zal de invoering van een dienstverband voor specialisten waarschijnlijk geleidelijk moeten plaatsvinden.

Internationale mobiliteit
Waarschijnlijk zullen er in de komende jaren geen grote migratiestromen van artsen op gang komen (taalproblemen). Aan de andere kant zal rekening gehouden moeten worden met een toenemende zorgvraag van allochtonen. De vraag naar artsen van allochtoonse afkomst zou weleens kunnen toenemen. Er moet onderzocht worden in hoeverre er mogelijkheden zijn om artsen aan te trekken uit landen waarvan reeds grote bevolkingsgroepen in Nederland werkzaam zijn (Turkije, Marokko).

Arbeidsmarkt en ontgroening
Met een afnemend aantal jongeren zal men er alert op moeten zijn of in de komende jaren de belangstelling voor een artsenopleiding niet achteruit gaat. Het opleidingstraject is relatief lang, de inkomens staan onder druk en ook de status van het beroep van arts is tanende. Verder zullen de artsenopleidingen moeten concurreren met opleidingen die korter zijn en waar de carrièremogelijkheden wellicht groter zijn. Van groot belang is dat er op korte termijn geen negatief imago gaat ontstaan rond het artsenberoep.

Toenemende uitstroom
De gemiddelde leeftijd waarop artsen met pensioen gaan bedraagt nu 63 jaar. Gezien de huidige leeftijdsopbouw van artsen, zal rond 2010 sprake zijn van een hoge uitstroom. Wellicht dat deze uitstroom nog eerder op gang komt gezien de verbeterde pensioenvoorzieningen in de afgelopen jaren. Gezien de relatief toch al oudere leeftijd waarop artsen met pensioen gaan, zijn er weinig mogelijkheden om de pensioenleeftijd nog verder op te rekken. Om vervroegde uittreding als gevolg van burn-out te voorkomen, zou onderzocht moeten worden op welke wijze burn-out tijdig onderkend kan worden en in hoeverre daartegen preventieve maatregelen getroffen kunnen worden.

Flexibiliteit bevorderen door opleiding van meer algemeen inzetbare artsen

Substitutie van zorg
Eén van de mogelijkheden om de teruggang in het aantal productieve uren op te vangen is het afstoten van een deel van het werk naar lager opgeleiden (substitutie van zorg). Daartoe is het van groot belang dat op korte termijn wordt onderzocht welke taken en activiteiten van artsen daarvoor in aanmerking komen. In het kader van mogelijke substitutieprocessen zou bij toekomstige capaciteitsramingen vooral de nadruk moeten liggen op ramingen van clusters van aanpalende beroepen.

dr. Lammert Hingstman
dr. Ludwig. F. J. van der Velden

De auteurs zijn als onderzoekers verbonden aan het NIVEL, het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
Meer informatie is verkrijgbaar bij het NIVEL, tel. 030 - 272 97 29

Noten:
1 Velden, L. F. J. van der, L. Hingstman en P .P. Groenewegen (1999). Verkenning van vraag- en aanbodontwikkelingen binnen de medische en paramedische zorg: knelpunten en oplossingen. Zoetermeer: RVZ.
2 RIVM (1997). Volksgezondheid Toekomst Verkenning (1997). De som der delen. Bilthoven, RIVM.

Lijst NIVEL-onderzoeken voor artsenberoepen
1 Hingstman L., J. Harmsen en R.A. Holl (1996). Behoefteraming kinderartsen 1995-2005. Utrecht: NIVEL.
2 Velden, L.F.J., L. Hingstman, F. Coelingh Bennink en M. Ridder (1997). Behoefteraming obstetrici/gynaecologen 1997-2010. Utrecht: NIVEL.
3 Velden L.F.J. van der, L. Hingstman en J. Harmsen (1997). Behoefteraming reumatologen 1997-2010. Utrecht, NIVEL.
4 Velden L.F.J. van der, H. Calsbeek en L. Hingstman (1998). Behoefteraming dermatologen 1998-2010. Utrecht, NIVEL.
5 Velden L.F.J. van der, H. Calsbeek en L. Hingstman (1998). Behoefteraming klinisch genetici 1997-2010. Utrecht, NIVEL.
6 Velden L.F.J. van der, H. Calsbeek en L. Hingstman (1998). Behoefteraming radiologen 1998-2010. Utrecht, NIVEL.
7 Velden L.F.J. van der, H. Calsbeek en L. Hingstman (1998). Behoefteraming neurologen en klinische neurofysiologie 1997-2010. Utrecht, NIVEL.
8 Harmsen J., L.F.J. van der Velden en L. Hingstman (1996). Behoefteraming longartsen 1996-2010. Utrecht, NIVEL.
9 Velden, L.F.J. van der, L. Hingstman en M. Ridder (1997). Behoefteraming orthopaeden 1997-2010. Utrecht: NIVEL.
10 Hingstman L., en L.F.J. van der Velden (1998). Behoefteraming huisartsen 1998-2010. Utrecht, NIVEL

Minister bepaalt uiteindelijk toegestane capaciteit

Betere planning in artsenopleidingen

Het nieuwe capaciteitsorgaan gaat de benodigde capaciteit aan opleidingsplaatsen voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen vaststellen. De wijze waarop aan deze planning invulling wordt gegeven, betekent een belangrijke verbetering, aldus projectmanager J. Doets.

Met het passeren van de statuten op 23 april 1999 is de oprichting van de stichting 'Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen', kortweg het capaciteitsorgaan genoemd een feit. Het capaciteitsorgaan heeft tot doel om op gestructureerde wijze, onder meer op basis van de verwachte zorgbehoefte, de benodigde capaciteit aan opleidingsplaatsen voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen vast te stellen. De wijze waarop aan dit orgaan vorm wordt gegeven, waarborgt een breed draagvlak en inbreng van de relevante organisaties en groeperingen. Met het instellen van het orgaan, gehuisvest in Domus Medica te Utrecht, wordt een belangrijk deel van de huidige planningsproblematiek opgelost.

Kamers

In het capaciteitsorgaan werken dertien organisaties uit de gezondheidszorg samen. Het bestuur wordt gevormd door het Plenair Orgaan waarin drie groeperingen - beroepsbeoefenaren, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars - elk met maximaal 8 leden zijn vertegenwoordigd. Elke groepering kan, ongeacht het aantal door haar zelf benoemde leden, een derde deel van het totaal aantal stemmen uitbrengen.
Ten behoeve van het opstellen van de capaciteitsramingen per sector/specialisme worden Kamers ingesteld. Onderscheiden worden de Huisartsenkamer, de Specialistenkamer, de Kamer Tandheelkundige Specialismen, de Verpleeghuisartsenkamer en de Sociaal Geneeskundigenkamer. Ook in deze Kamers zijn in beginsel de drie groeperingen vertegenwoordigd. De Kamers kunnen werkgroepen instellen en voor bepaalde vraagstukken deskundigen raadplegen. De Kamers moeten bij hun werkzaamheden de wetenschappelijke verenigingen betrekken.

Het capaciteitsorgaan stelt jaarlijks een plan op inzake de benodigde opleidingscapaciteit per sector en binnen een sector per specialisme. Bij het opstellen van de ramingen is het uitgangspunt de zorgbehoefte. Hierbij worden onder meer objectieve gegevens gehanteerd over: ontwikkeling van de bevolking, ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van de bevolking, medische en technologische ontwikkelingen, ontwikkelingen in de gezondheidszorg, normatieve werkbelasting, normatieve kwaliteit en normatieve toegankelijkheid.
Tevens wordt rekening gehouden met relevante wet- en regelgeving zoals wet BIG, WGBO, ATW etc. In de Kamers worden per sector en per specialisme op basis van boven beschreven punten de benodigde capaciteiten bepaald. De Kamers verrichten de werkzaamheden in samenwerking met de desbetreffende wetenschappelijke verenigingen. De door de Kamers opgestelde capaciteitsramingen worden door het Plenair orgaan vastgesteld in een integraal capaciteitsplan voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen.

Planningscyclus

Naast de structuur en werkwijze van het capaciteitsorgaan, waardoor er sprake is van een transparante en integrale benadering van de planning, wordt ook een aansluiting bewerkstelligd met de gangbare planningscyclus (i.c. het JOZ). Twee maal per jaar vindt een bestuurlijk overleg plaats met de minister van VWS waarin het capaciteitsplan wordt besproken. De minister van VWS bepaalt uiteindelijk de toegestane capaciteit en draagt er zorg voor dat de daarvoor bestemde gelden per sector in de rijksbegroting en het JOZ worden opgenomen. Indien het beschikbare budget niet overeenkomt met de benodigde middelen om het capaciteitsplan uit te voeren, zal de minister van VWS dienen aan te geven hoe het capaciteitsplan per sector of per specialisme aangepast moet worden. Nadat de opleidingscapaciteit door de minister van VWS is vastgesteld, behoort het tot de primaire verantwoordelijkheid van de wetenschappelijke verenigingen of een andere organisatie, die daarmee door de beroepsgroep is belast, om tot invulling van de opleidingsplaatsen over te gaan.

Ter objectivering in hoeverre de vastgestelde opleidingscapaciteit is gerealiseerd en om eventuele knelpunten te signaleren wordt een zeven leden tellend College van Toezicht ingesteld. Dit College werkt onafhankelijk van het Plenair Orgaan en doet jaarlijks verslag van haar bevindingen en aanbevelingen.

J. Doets, arts
De auteur is projectmanager capaciteitsorgaan

Meer informatie is verkrijgbaar bij het capaciteitsorgaan tel. 030-282 32 41.

Enquête Sting onder beroepsgroep:

Zo kan het werk weer aantrekkelijk worden

De verzorging raakt op. Veel helpenden en verzorgenden in de zorgsector zijn ontevreden. Sting, de beroepsvereniging voor de Gehandicaptenverzorging, Kraamverzorging, Intramurale verzorging en Thuisverzorging, hield vorig najaar een enquête onder de beroepsgroep. De reacties geven een richting aan voor nieuw beleid dat erop gericht moet zijn het werk weer aantrekkelijk te maken.

Het tekort aan helpenden, verzorgenden en begeleiders neemt in hoog tempo toe en er zijn nog grotere tekorten voorspeld, naar schatting tienduizenden in de komende jaren. Gezien de stijging van de zorgvraag is dat een stevig probleem. Geen wonder, aldus Sting, dat de interesse voor werken in de zorgsector van de kant van politiek, ministerie van VWS en andere beleidsmakers nog nooit zo groot is geweest.
Eind vorig jaar hield Sting een telefonische enquête onder 405 helpenden en verzorgenden in de thuiszorg, de kraamzorg en de ouderenzorg. De resultaten werden door Sting gepresenteerd als een beleidsaanbeveling van de beroepsgroep, gericht op het aantrekkelijker maken van hun werk/beroep.

De enquête betreft een vijftal vragen over de beroepskeuze, de aantrekkelijkheid van het werk, tevredenheids-/ontevredenheidsfactoren, of de beste zorg geleverd kan worden en welke punten verbeterd kunnen worden om het werk aantrekkelijker te maken. In de reacties gaf geen van de ondervraagden blijk van spijt van de beroepskeuze. Als kern van het vak ziet men het contact en de relatie met de cliënt waarbinnen de zorg zoveel als mogelijk is wordt afgestemd op de behoefte. Dáárop wil men ook gewaardeerd en afgerekend worden. En het is juist dat contact met de cliënt, die essentie van het vak, waarop volgens de ondervraagden de laatste jaren is ingeleverd. Motivatieverlies en burn-out dienen vooral van daaruit begrepen te worden. De helft van de beroepsgroep vindt dat ze niet de zorg kan leveren die nodig is. Dat geldt vooral voor de intramurale ouderenzorg (68%) en gehandicaptenzorg (61%). Ontevredenheid bestaat ook over de mogelijkheden tot ontplooiing, scholing en werkbegeleiding, werkdruk, inzet van vakkennis, invloed op beleid en organisatie van de zorg en het punt dat men in het werk moeilijk economisch zelfstandig kan zijn. Deze gegevens werden bediscussieerd tijdens het landelijke congres 'Een beeld van een beroep!' van Sting op 19 november 1998. Daaruit zijn adviezen gekomen die kunnen gelden als beleidsaanbevelingen van de beroepsgroep om het beroep aantrekkelijker te maken. Een algemeen advies is dat het te beperkte beeld, dat over het werken in de verzorging bestaat, positief moet worden bijgesteld. Verzorgenden kunnen daarin zelf een belangrijke rol spelen. De adviezen voor de diverse partijen:

Politiek en zorgverzekeraars:
- Zorg voor een groei van 10.000 extra, geschoolde banen in de verzorging;
- Maak ruimte in de tarieven voor scholing, begeleiding en werkoverleg;
- Maak concrete afspraken met zorgorganisaties over de inzet van de extra middelen voor betere zorg en werkdrukvermindering.

Management/werkgevers
- Geef helpenden en verzorgenden meer invloed en stimuleer verzorgende adviesraden;
- Investeer in ontwikkelingsmogelijkheden van verzorgenden (beroep/opleiding);
- Maak concrete afspraken met verzorgenden over kwaliteitsverbetering en werkdrukvermindering;
- Behandel de huishoudelijke zorg als een wezenlijk en integraal onderdeel van de totale zorg aan cliënten;
- Zet verzorgenden in bij voorlichting over het beroep.

Opleidingen en arbeidsbemiddeling
- Geef betere en positievere voorlichting over het beroep en zorg voor een betere aansluiting tussen opleiding en praktijk.

Sociale partners
- Realiseer de mogelijkheid tot economische zelfstandigheid, door een beter salaris en een zodanige organisatie van het werk dat het op fulltime basis uit te voeren is;
- Stel paal en perk aan de vergaande versnippering van de werktijd.

Namens het ministerie van VWS nam de heer drs. D. Lont de adviezen van de beroepsgroep in ontvangst (in dit nummer is een bijdrage van VWS over de arbeidsmarktproblemen opgenomen, red).
De beleidsadviezen kwamen opnieuw aan de orde in de actieweek 'Breng je beroep in beeld' van Sting die op 22 maart jl. begon. In die week gaven verzorgenden in het hele land voorlichting over hun beroep op scholen, in de regionale pers enz.

Meer informatie is verkrijgbaar bij Sting in Utrecht, tel. 030 - 297 00 60

Nieuwe rol van uitzendorganisaties in de zorgsector

Uitzendorganisatie wordt partner in personeelsbeleid

De gezondheidszorg kampt met steeds meer problemen op de krappe arbeidsmarkt. Het wordt moeilijker voldoende en vooral goed opgeleide werknemers te vinden. Daarnaast is de flexibiliteit die het werk in de gezondheidszorg met zich meebrengt in toenemende mate een probleem. Uitzendorganisaties kunnen een bijdrage leveren aan de oplossing van deze problemen.

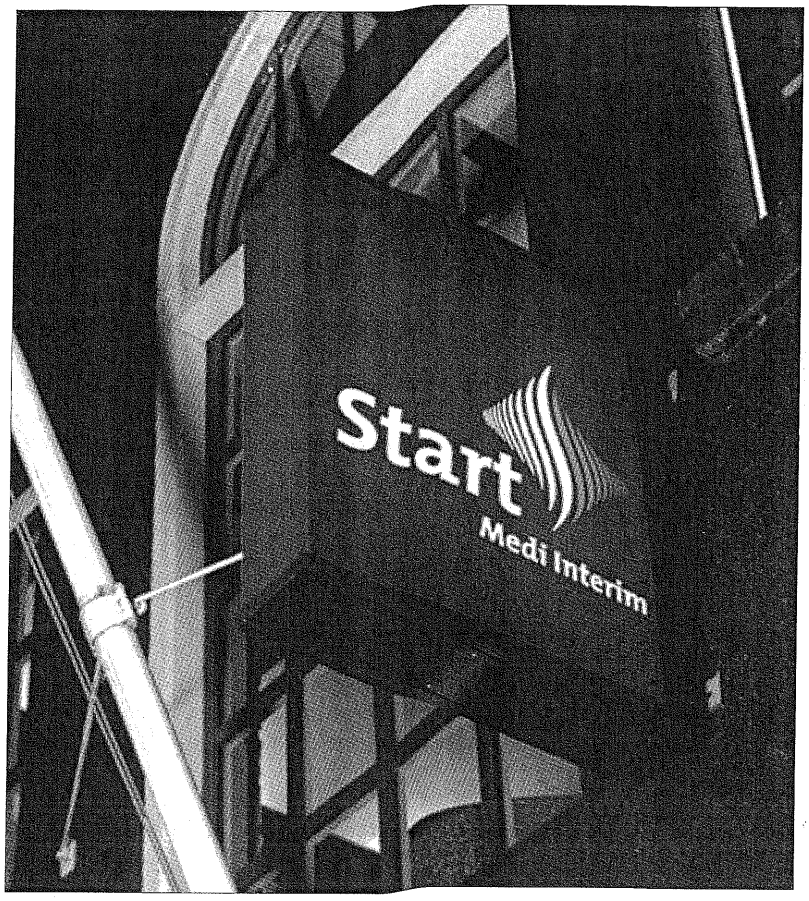
'Ziekenhuis in Blaricum least verpleegkundigen' kopte NRC-Handelsblad onlangs. Een kop als deze illustreert niet alleen het voortdurend toenemende gebrek aan personeel in de gezondheidszorg, maar laat ook zien dat instellingen nieuwe wegen zoeken om in dat tekort te voorzien. Het tekort aan personeel in de gezondheidszorg is een groeiend probleem. Beperkte het zich tot voor kort nog vooral tot gediplomeerd en gespecialiseerd verpleegkundig personeel, inmiddels kampt ook een sector als de thuiszorg met flinke tekorten. Een belangrijke oorzaak, zo blijkt uit onderzoek, is het slechte imago van het werk in de zorgsector. De werkdruk en de onregelmatigheid worden daarin, opmerkelijk genoeg meer dan het salaris, telkens weer genoemd als belangrijke factoren. Het gevolg daarvan is dat onvoldoende schoolverlaters kiezen voor een baan in de gezondheidszorg. Inmiddels is het ministerie van VWS een grote campagne gestart om het imago van de zorgsector te verbeteren. Maar intussen moeten er ook concrete maatregelen genomen worden om de problemen het hoofd te bieden. Als de opleidingen onvoldoende kunnen voorzien in de vraag, dan is het zaak langs andere kanalen mensen te vinden die een baan in de zorg ambiëren en hen te helpen via opleidingen die stap te maken.
Uitzendorganisaties zijn de afgelopen jaren een steeds belangrijkere rol gaan spelen in de gezondheidszorg. Ook aan de oplossing van de huidige problemen zouden zij een goede bijdrage kunnen leveren. Om die bijdrage te schetsen, moeten we eerst de belangrijkste oorzaken van het slechte imago, de werkdruk en de flexibiliteit, wat scherper in kaart brengen.

Nieuwe verhoudingen

De hogere werkdruk is een gevolg van het steeds intensiever worden van de zorg, onder meer door de vergrijzing. Partijen in de gezondheidszorg en de overheid trachten voortdurend de kwaliteit van de zorg te verhogen. Dat heeft de laatste jaren onder meer geleid tot de invoering van een nieuwe Kwaliteitswet en de wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Deze wetgeving leidt ook tot steeds nieuwere en hogere eisen aan de vakbekwaamheid van verpleegkundig en verzorgend personeel. Niet iedereen die in de gezondheidszorg zou willen werken, voldoet aan deze eisen. Met als gevolg dat veel mensen die een baan in de gezondheidszorg ambiëren niet voldoende gekwalificeerd zijn. Dat vraagt om maatwerk in opleidingen.
De flexibiliteit die het werk in de gezondheidszorg vraagt is een probleem met twee kanten. Het werken in wisselende diensten brengt nu eenmaal onregelmatigheid met zich mee. Maar ook de werknemers in de gezondheidszorg stellen eisen aan flexibiliteit. Daarbij is een belangrijk gegeven dat de werknemers in de gezondheidszorg nog altijd voor 80 procent vrouwen zijn, die naast hun werk niet zelden ook de verantwoordelijkheid hebben voor huishouden en gezin. In een samenleving die verder individualiseert en waar de krappere arbeidsmarkt werknemers bovendien in staat stelt hun eigen wensen op dit punt meer kracht bij te zetten, wordt de onderlinge afstemming van de flexibiliteitsbehoefte van instellingen en personeel dus steeds ingewikkelder. Een uitdrukking van deze veranderende verhoudingen is ook de recente invoering van de nieuwe wet Flexibiliteit en Zekerheid die de instellingen zal dwingen hun hele personeelsbeleid op dit punt opnieuw te bezien.

Opleidingen

Aan de oplossing van deze twee problemen, de toenemende behoefte aan scholing en de steeds ingewikkelder wordende problemen rond flexibiliteit, kunnen uitzendorganisaties vanuit hun expertise een goede bijdrage leveren. Uiteraard hebben ook uitzendorganisaties te maken met de krappe arbeidsmarkt. Dat betekent dat wel mensen geworven kunnen worden voor een baan in de gezondheidszorg, maar ook dat eerst in die mensen geïnvesteerd moet worden, voordat ze aan het werk kunnen. Om die reden heeft Start Medi Interim als onderdeel van het Start-concern, de afgelopen jaren een zevental opleidingen ontwikkeld voor onder meer verpleeghulpen, thuiszorg en kraamzorg, waar jaarlijks honderden mensen worden opgeleid. Daarbij gaat het om werving en selectie en vervolgens om bij- en herscholing van mensen die in het verleden al eens in de gezondheidszorg hebben gewerkt en om cursussen voor mensen die voor het eerst een baan in de zorg zoeken. Waar



de reguliere opleidingen hun handen vol hebben aan werving en opleiding van reguliere schoolverlaters, zijn het met name de uitzendbranche en arbeidsvoorziening die werving en selectie en de opleiding van andere groepen werknemers voor hun rekening kunnen en willen nemen.

Flexibiliteit

Uitzendorganisaties zijn de afgelopen jaren een steeds belangrijker rol gaan spelen bij de personeelsvoorziening in de gezondheidszorg. Dat heeft langzaam maar zeker geleid tot een situatie waarin instellingen naast hun vaste personeel vaak beschikten over een eigen pool van flexibele oproepkrachten die zij naar behoefte aanvulden met uitzendkrachten. Op die manier is sprake van een kern met twee 'schillen': een vaste kern, een schil van oproepkrachten die een relatie hebben met de instelling en een schil van uitzendkrachten. Voordeel van die tweede schil is dat het voor een uitzendbureau gemakkelijker is de flexibiliteitswensen van instellingen te matchen met die van werknemers, dan voor een instelling die vaak te maken heeft met lastige belangenafwegingen tussen de wensen van het vaste personeel en die van oproepkrachten.

De recente invoering van de wet Flexibiliteit en Zekerheid zal waarschijnlijk verstrekkende gevolgen hebben voor het beleid van instellingen rond flexibiliteit. Doel van de wet is te komen tot een evenwichtiger verdeling van de risico's van flexibel werk tussen werkgever en werknemer. De essentie is dat contracten van flexibele werknemers niet ongelimiteerd verlengd kunnen worden, en dat er op een zeker moment een situatie ontstaat waarin de betreffende werknemer aanspraak kan maken op een vast contract bij de werkgever. In het geval van een instelling betekent dit dat er een heel nieuwe relatie ontstaat met de oproepkrachten. Na een bepaalde tijd komen die 'vanzelf' in aanmerking voor een vast contract. Het gros van de instellingen is onvoldoende voorbereid op deze wetgeving en de consequenties ervan. Dat betekent dat zij onvoldoende kunnen inschatten welke claims hen boven het hoofd hangen, laat staan dat ze die kunnen voorkomen. Een voor de hand liggende oplossing lijkt, snel kennis op te doen over de nieuwe wetgeving. Dat vergt echter een flinke investering die iedere instelling voor zichzelf opnieuw zou moeten doen. Een andere oplossing zou kunnen zijn de eerste flexschil niet langer zelf te willen managen, maar dat over te laten aan een professionele uitzendorganisatie. Die is immers al helemaal ingesteld op de nieuwe wetgeving, is bereid de werkgeverslasten voor haar rekening te nemen en kan vervolgens in samenwerking met de instellingen een maatwerkoplossing ontwikkelen.

Conclusie

De ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg kenmerken zich door toenemende krapte en door veranderende verhoudingen ten aanzien van de inzet van flexibel personeel. Op beide punten kunnen uitzendorganisaties vanuit hun expertise een belangrijke rol spelen. Door hun ervaring op het gebeid van werving en selectie, gekoppeld aan opleidingstrajecten, kunnen zij een bijdrage leveren aan de instroom van personeel dat niet via de reguliere opleidingskanalen de zorg binnenkomt. Vanuit hun kerncompetentie, het omgaan met en vormgeven aan flexibiliteit, kunnen zij instellingen ondersteunen bij het invullen van hun flexibiliteitsbehoefte en het omgaan met nieuwe wetgeving op dat gebied. Als gevolg van deze ontwikkelingen zal de relatie tussen instellingen en uitzendorganisaties in de nabije toekomst veranderen. Van leverancier van uitzendkrachten zullen de uitzendorganisaties steeds meer gesprekspartners worden op het gebied van personeelszaken.

Joke Tiemersma
De auteur is werkzaam als Marketing manager bij Start Medi Interim

Meer informatie is verkrijgbaar bij Start Medi Interim, tel. 020 - 668 20 71

Hogeschool Holland over arbeidsmarktproblematiek

Werving van leerlingen effectiever aanpakken

Media maken geregeld melding van schrikbarend tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden. Onder meer ziekenhuizen die genoopt zijn afdelingen te sluiten wegens personeelstekorten dienen als voorbeeld. Minder bekend is dat in veel regio's wordt samengewerkt tussen opleidingen en instellingen om de problematiek van tekorten in het zorgaanbod het hoofd te kunnen bieden.

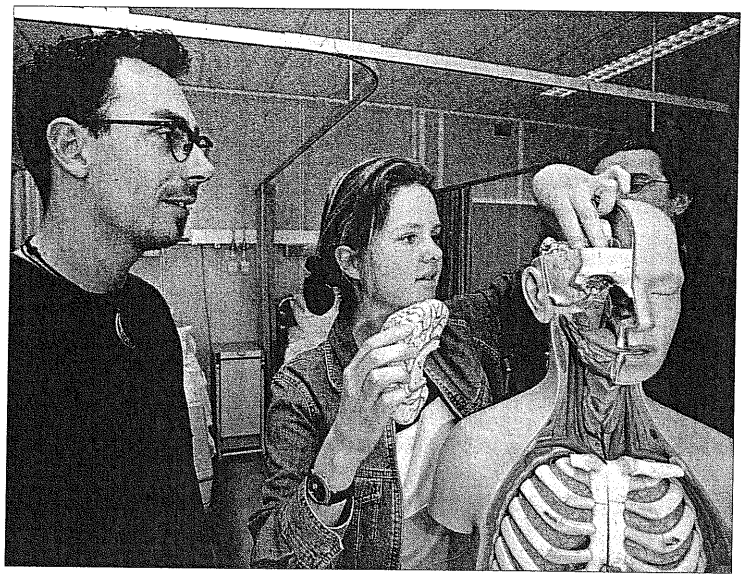
De verschillende onderzoeken naar de arbeidsmarktontwikkelingen in de zorgsector zijn in hun conclusies nagenoeg eenduidig. Door arbeidstijdverkorting, toename van parttime werk, intensivering van de zorg en demografische ontwikkelingen (met name de vergrijzing) neemt de landelijke vraag naar verpleegkundigen in de toekomst met jaarlijks zo'n 1 tot 3 % toe. Per regio verschillen de getallen. De SIGRA, een samenwerkingsverband van zorginstellingen in de regio Amsterdam, heeft aangegeven dat het aantal vacatures in haar regio ten behoeve van de ziekenhuizen in één jaar tijd met maar liefst 60 % is gestegen en het moeilijk vervulbare aantal vacatures in dezelfde termijn zelfs is verdubbeld. De praktijkleerplaatsen die beschikbaar zijn gesteld blijven voor 25 % leeg en ook de Melkertbanen worden niet opgevuld. In de thuiszorg stijgt het tekort eveneens onverwacht snel.
Terwijl de vraag naar verpleegkundigen en verzorgers groeit, neemt het aanbod van leerlingen aan de desbetreffende opleidingen af of stagneert. De reputatie van een 'hoge werkdruk' en een 'slechte honorering' maken het beroep van verpleegkundige en verzorgende weinig of niet aantrekkelijk, terwijl de sector tevens kampt met een grote uitval onder de beroepsgroepen waarbij dezelfde redenen een rol spelen. Overigens lijkt het erop dat het imagoprobleem van de sector voor jongeren minder een probleem is. Het NRC van 25 november 1998 meldde dat maar liefst 46 procent van de jongeren tussen de 14 en 19 jaar zei het beroep van verpleegkundige 'interessant' en 'aantrekkelijk' te vinden. Om op dit punt werkelijk onderbouwde conclusies te kunnen trekken zal naar het imago van de verpleegkundige en verzorgende veel meer onderzoek gedaan moeten worden.

Bevordering van instroom

De opleidingsstructuur voor verzorgenden en verpleegkundigen kent vijf niveaus. Leerlingen met vbo, mavo, havo en vwo kunnen ieder op hun eigen niveau aan de slag: 1 voor assisterenden; 2 voor helpenden; 3 voor verzorgenden; 4 en 5 voor verpleegkundigen op mbo en hbo niveau. De tekorten aan opgeleiden gelden voor alle kwalificatieniveaus maar met name aan hbo-afgestudeerden (niveau 5) wordt voor de sector als geheel een flink tekort verwacht. Vooral academische en topklinische ziekenhuizen die een voorkeur voor hbo-opgeleiden hebben, grijpen hier mis. Over de jaren 1999 tot 2005 is anderhalf keer zoveel instroom van studenten nodig om het tekort op te kunnen vangen.

> Zorgmarkt kan niet zonder afstemming tussen instellingen en opleidingen

Voor de hbo-opleidingen zijn er twee manieren om toename van de instroom te verkrijgen. Ten eerste door voltijd onderwijs voor havo-studenten (leren/stagetraject) aantrekkelijker te maken, ten tweede door duaal onderwijs aan mensen die reeds in het werkveld bezig zijn te versterken.
Omdat de instroom van het aantal havo-studenten naar het zich laat aanzien (ten opzichte van andere hbo-opleidingen) niet erg hoog zal zijn, is het van groot belang de studenten die interesse hebben en zich aanmelden vast te houden en volkomen toe te rusten op hun werkzaamheden. Het praktijkgerichte competentiegericht onderwijs biedt daar de oplossing voor. In dit onderwijs ligt de nadruk op het verwerven van competenties die nodig zijn voor een goede beroepsuitoefening. Studenten weten in een eerder stadium van hun studie of het beroep hen ligt, ze bouwen meer werkervaring op en raken beter toegerust op de praktijk van hun werkomgeving. Hierdoor wordt het rendement van de opleiding groter en is er minder uitval te verwachten.
De competenties zijn ontleend aan de beroepspraktijk. Hierdoor raakt de student direct en op een reële wijze bij de praktijk betrokken. Voor de werkgevers in het veld betekent dit dat zij opgeleiden krijgen die beter voorbereid zijn op hun taken, die al een zekere praktijkervaring hebben en flexibeler en zelfstandiger zijn.
Deze vorm van competentiegericht onderwijs is inmiddels van start gegaan aan de Hogeschool Holland. Dit gebeurt in



Een leerling-verpleegkundige krijgt les aan de Hogeschool Holland in Diemen

samenwerking met regionale opleidingscentra. En met instellingen uit de gezondheidszorg. Die samenwerking is nodig om te zorgen dat de vraag vanuit de praktijk zoveel mogelijk in de opleiding is verwerkt en voorts, om te zorgen voor een optimale en soepele begeleiding van studenten.
Een tweede manier om de instroom te verhogen is het versterken van het duaal onderwijs, dat de vervolgopleidingen en de bij- en nascholing (werken/leren-traject) omvat. De Hogeschool Holland biedt diverse duale opleidingen aan. De nieuwste is de lesplaats Zaandam, waarin diverse ziekenhuizen uit de regio zorgdragen voor de praktijkervaring en een duaal-traject dat specifiek is afgestemd op de geestelijke gezondheidszorg. Opleiden is investeren, dus zowel het leren/stage-traject als het werken/leren-traject vragen om een investering.

Samenwerking

Voor beide genoemde opleidingsvormen geldt dat, het werd al aangestipt, samenwerking met stageverlenende instellingen, zorginstellingen en diverse mbo- en hbo-opleidingen van belang is. Deze afstemming leidt tot minder uitval omdat studenten die te hoog hebben gegrepen gemakkelijker in een lager niveau opnieuw geplaatst kunnen worden. Het mbo vormt een vangnet voor uitvallers van het hbo, zodat deze leerlingen voor de gezondheidszorg behouden blijven.
De meerwaarde van de samenwerking tussen de Hogeschool Holland, zorginstellingen en regionale opleidingscentra (te weten ROC-ASA, Regio College Zaandam en ROC Flevoland) heeft geleid tot een breed aanbod van opleidingen, dat volkomen op de praktijkvraag is afgestemd en waarin het opleidingsprogramma uitwisselbaar is. Het gevolg is dat in kwalitatieve en kwantitatieve zin in allerlei opleidingsbehoeften afstemming wordt bereikt.
Dankzij deze samenwerkingsverbanden is een samenhangend stelsel gecreëerd van verplegende en verzorgende beroepen van niveau 1 tot en met 5 waarin zo'n 50 zorginstellingen participeren. Dit heeft vele voordelen:

- Door de bundeling van krachten kunnen kennis en kunde beter uitgewisseld worden.
- De doorstroom wordt vergemakkelijkt en de uitval beperkt. Ook de instroom van bijzondere groepen op de arbeidsmarkt (zoals herintreders, allochtonen en gedeeltelijk arbeidsongeschikten) wordt eenvoudiger.
- De besteding van beschikbare middelen kan worden afgestemd en de expertise gedeeld. Publicitair kan effectiever aan verbetering van het imago worden gewerkt.
- Onderwijsvernieuwingen, zoals het competentiegericht onderwijs, kunnen eenvoudiger worden uitgevoerd. In samenwerking tussen opleiding en instelling kunnen simulatielokalen gemakkelijker worden ingericht.
- Extra service kan worden verleend aan werkgevers, met als bijkomend voordeel dat de arbeidsmarktproblematiek nauwkeuriger gevolgd kan worden.
- Met nieuwe opleidingen en specialismen kan worden ingespeeld op de veranderingen in de markt. Zo wordt bijvoorbeeld met de verrijkingsstroom HBO Technische Verpleegkunde van Fontys Hogescholen en de Hogeschool Holland ingespeeld op de toegenomen (technische) complexiteit van de zorg, terwijl tevens een nieuwe doelgroep wordt aangeboord. Momenteel wordt gewerkt aan een binnenkort te starten Opleidingsinstituut Zorg en Welzijn, dat een uitbreiding vormt van het hierboven beschreven samenwerkingsverband met de Vrije Universiteit en het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit.

De conclusie is dat een oplossing voor het tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden alleen gevonden kan worden door extra investeringen. Er zijn kortweg drie dingen nodig: ten eerste regelmatig onderzoek naar knelpunten en behoeften in de sector om zo effectief mogelijk te kunnen inspelen op de arbeidsmarktproblematiek. Ten tweede het voeren van aanstekelijke promotiecampagnes, aanboren van nieuwe doelgroepen en het verbeteren van het imago. Ten derde dient er ingespeeld te worden op dreigende tekorten aan stageplaatsen en de benodigde werkplaatsen voor duale opleidingen. Instellingen van de verschillende niveaus dienen mee en samen te werken om deze praktijkervaring in toenemende mate te blijven bieden.

drs. Fleur Speet
De auteur is werkzaam bij de Academie Zorg en Welzijn van de Hogeschool Holland te Diemen

Meer informatie is verkrijgbaar aan de Hogeschool Holland, tel. 020 - 495 14 42

Geraadpleegde bronnen:
Verkenning opleidingen Zorg en Welzijn regio Amsterdam, Maatschap Advies & Ontwikkeling, Amersfoort, 2 december 1998;
De behoefte aan hbo-verpleegkundigen op de arbeidsmarkt, een scenario-onderzoek, H. Kanters, T. Meulenkamp en W. van der Windt, NZi, Utrecht, oktober 1998;
Regionaal beleids- en bestedingsplan TSO Gooi en Vechtstreek 1999 R. Meijer, Bussum, december 1998;
Arbeidsmarktplan Ziekenhuizen 1999-2003 SIGRA, 1 februari 1999;
Resultaten Opleidingen-enquête gezondheidszorg SIGRA-regio 1998 SIGRA-RPOP, januari 1999.

'Fundament van de gezondheidszorg'

Mantelzorg wil in regionaal overleg

De schaarste aan verzorgend, verpleegkundig en medisch personeel kan ertoe leiden dat patiënten te snel naar huis gestuurd worden en de zorg neerkomt op de schouders van partners, familie en vrienden. Om die reden wil de mantelzorg een stem in het regionale zorgoverleg, zegt Gerrie Wagemakers van de Landelijke Organisatie Thuisverzorgers (LOT).

'Thuisfront patiënt moet stem krijgen'

'DE PROBLEMEN in de

De 'stille zorger' die thuis een gehandicapte of langdurige

21 uur dan? Want het kan tech-

Kop van een artikel uit de Volkskrant

Als zij één dag zouden gaan staken dan zouden mantelzorgers duidelijk zichtbaar zijn. De gevolgen ervan zouden onvoorstelbaar zijn. Maar mantelzorgers vinden hun taak vanzelfsprekend. Ze rollen in hun verzorgende taak, krijgen er steeds meer werk bij en weten vaak niet dat ze een beroep kunnen doen op gezinsverzorging of wijkverpleging. De problemen waar de verzorgende partij tegenaan loopt, blijven veelal onbesproken. Met als gevolg dat menige mantelzorger zwijgend ten onder gaat aan de last die op de schouders ligt.

In het overleg tussen het ziekenhuis en thuiszorg wordt vaak over de hoofden van de patiënt en diens familie heen gewerkt. Er wordt nog te eenzijdig naar het belang van de patiënt gekeken. Snel naar huis gaan is goed, het bevordert de kwaliteit van zijn leven. Maar hoe is het met de kwaliteit van het leven van de gezinsleden? Die kunnen niet, zoals de professionele thuiszorg, zeggen dat ze maximaal drie uur per dag zorg kunnen leveren. Voor hen gaat de zorg door, dag in dag uit, soms maand in maand uit. Hoe zijn die gezinsleden er na een half jaar aan toe?
Professionals in de regionale gezondheidszorg, met name ziekenhuis en thuiszorg moeten, méér dan nu het geval is, met de mantelzorgers gaan praten. De mantelzorg moet gezien worden als partij, als partner in de zorg, met wie men net zo goed moet onderhandelen als met collega-hulpverleners. Een voorbeeld: Thuiszorg, cliënt en naaste familie kunnen vanaf de intake in kaart brengen welke zorg nodig is, welke taken door directe gezinsleden kunnen worden opgevangen, welke door verdere familieleden en vrienden en wat er van de professionele thuiszorg wordt verwacht.
Er is nieuw beleid in de regionale zorgsector nodig waarin mantelzorgers een stem hebben. Dit beleid moet ertoe leiden dat de zorgvraag in voorkomende gevallen aansluit bij de praktijk van mantelzorgers. Waar nodig zullen hiervoor overlegorganen moeten komen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg sprak zich in een advies aan de regering over transmurale zorg al uit voor wijkzorgnetwerken waarin cliënten met hulpverleners de zorg organiseren.

Zorgverzekeraars

Ook zorgverzekeraars hebben nog geen geregeld overleg met mantelzorgers, terwijl uit bovenstaande mag blijken dat het ook in hun directe belang is. Immers, een zieke mantelzorger kost hen uiteindelijk geld. Sinds een aantal jaren bestaat wel het regiovisie-overleg. Zorgaanbieders, financiers van zorg, regionale patiënten-/ cliëntenorganisaties komen in dit overleg overeen hoe het geld per regio verdeeld moet worden. In dat overleg kan ook beslist worden of er geld wordt gegeven aan mantelzorgondersteuning. Mantelzorgers zijn - tot op heden - niet bij dit overleg betrokken en praten dus ook niet mee over knelpunten in de zorg, beleidsontwikkeling en de verdeling van het geld.
Mantelzorgers zijn nog slechts sporadisch verenigd. Een positief punt is wel dat in het hele land in diverse initiatieven aanzetten worden gegeven om ze op plaatselijk of regionaal niveau bij elkaar te brengen. Waar mantelzorgers zich verenigd hebben zijn ze, zo blijkt, beter in staat hun belangen te behartigen bij de plaatselijke thuiszorg- en ziekenhuisinstellingen. Door op verschillende niveaus mantelzorgers te verenigen, wordt een belangrijke bijdrage geleverd in verbetering van de regionale zorg.

Gerrie Wagemakers
De auteur is freelance medewerker van de Landelijke Organisatie Thuisverzorgers (LOT). Zij was betrokken bij de eerste landelijke LOT-conferentie 'Mantelzorgers bij elkaar brengen via lotgenotencontact' op 18 mei jl. in Bunnik.

Meer informatie is verkrijgbaar op het kantoor van de LOT te Bunnik, tel. 030 - 659 22 22 of bij Gerrie Wagemakers, tel. 024 - 344 20 13