

Een zorgelijke arbeidsmarkt

Gerda Raas

‘De politieke partijen hebben er (nog) geen verkiezingsissue van gemaakt. Vreemd, want wie zal voor onze medemens met Alzheimer zorgen? Het aantal dementerenden zal de komende decennia verdubbelen, terwijl het aantal professionele zorgwerkers juist halveert. Rijst de prangende vraag: hoe maken én houden we het vak van verzorgende aantrekkelijk? Straks is er geen jongere meer die in deze branche wil werken. Politiek, word wakker! U moet investeren.’

Met dit citaat uit de column van Stella Braam *Op weg naar het Alzheimer-paradijs* opent in 2006 de samenvatting van het advies *Arbeidsmarkt en zorgvraag* van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2006). Wie de debatten tijdens de laatste verkiezingscampagne heeft gevolgd, zal echter moeten constateren dat het lijkt alsof de politiek op dit punt de afgelopen vier jaar heeft zitten slapen.

Het zorgstelsel zelf kreeg wel ruimschoots aandacht tijdens de verkiezingsdebatten: onder meer wel of geen inkomensafhankelijke premie voor de ziektekostenverzekering, wel of geen eigen risico, wel of geen marktwerking in de zorg, de samenstelling van het verzekerde pakket, enzovoorts. In het geheel van die onderwerpen kreeg het punt van de dreigende personeelstekorten nauwelijks aandacht.

Het personeel in de zorg haalde in die periode overigens wel de krantenkoppen. *De Volkskrant* op 18 mei: ‘Grote leegloop dreigt in de zorg’. Het *Algemeen Dagblad*: ‘Zorgpersoneel dreigt massaal op te stappen’. Ieder dagblad had wel een bericht naar aanleiding van een onderzoek van zorgverzekeraar Menzis. De resultaten van de Nationale Zorgenquête, een onderzoek waaraan 4.000 werkers in de zorg hebben deelgenomen, laat zien dat 63 procent van de medewerkers verwacht dat de kwaliteit van zorg de komende tijd zal afnemen. Dat is een zorgelijk gegeven voor een arbeidsmarkt die onder andere wordt gekenmerkt door intrinsiek gemotiveerde professionals. En hoewel Kiwa Prismant (2010) in een reactie op die krantenkoppen terecht stelt dat andere cijfers een genuanceerder beeld laten zien, is er wel degelijk reden tot zorg en actie.

Dé arbeidsmarkt in de zorg bestaat niet, maar wordt gekenmerkt door verschillende segmenten, met voor ieder segment verschillende problemen, vragen en oplossingen. Zo gaan de te verwachten tekorten op de

Mr. G.P.M. Raas, werkzaam als senior-adviseur bij de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, was als ambtelijk projectleider nauw betrokken bij de totstandkoming van het advies *Arbeidsmarkt en zorgvraag*. Ze schreef dit artikel op persoonlijke titel.

arbeidsmarkt in de zorg vooral over tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden, maar in veel mindere mate over tekorten aan artsen (of andere professionals).

Vooraf op de wat langere termijn is de situatie in de verpleging en verzorging zorgelijk. Maar ook nu zijn er al geluiden over het moeilijker vervullen van vacatures. De nadruk in het artikel zal daarom liggen op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden, maar ook zullen, waar zinvol, uitstapjes worden gemaakt naar andere beroepen.

De volgende paragraaf presenteert enige feiten en cijfers. Daarna wordt achtereenvolgens ingegaan op de te verwachten knelpunten en op de opties om die knelpunten op te lossen. De belangrijkste inhoudelijke trends wat de zorgvraagontwikkeling betreft komen daarna aan de orde. Die trends zijn mede van belang om te kunnen inschatten aan welke soorten professionals in de toekomst behoefte gaat ontstaan. En waar moeten de mensen vandaan komen die zorg willen/kunnen verlenen? De te verwachten trends in het aanbod van zorg worden besproken in de een na laatste paragraaf, waarbij telkens wordt ingegaan op de mogelijke invloed van het HR-beleid. Tot slot worden nog twee (extra) uitdagingen voor HRM geschetst.

Enkele feiten en cijfers over de arbeidsmarkt in de zorg

Schets van de arbeidsmarkt in de zorg

De gezondheidszorg is een van de belangrijkste sectoren op de Nederlandse arbeidsmarkt. In 2003 had onze totale arbeidsmarkt een omvang van circa 6,4 miljoen fte's. Het gaat daarbij om ongeveer 8,3 miljoen personen. Van het aantal fte's wordt bijna 12 procent gerealiseerd in de sector zorg en welzijn; dat zijn ongeveer 1,1 miljoen personen (OSA, 2004a). Anno 2010 wordt 12,7 procent van het aantal fte's gerealiseerd in de sector zorg en welzijn (Prismant, 2009).

De werkgelegenheid in de zorgsector is sinds 1998 sterk gegroeid. De vele extra investeringen die vanaf het tweede paarse kabinet in de sector zijn gedaan, hebben hun vruchten afgeworpen. Tot 2003 ging die werkgelegenheids groei in de zorg namelijk ruim drie keer zo snel als in de totale economie (RVZ, 2006). Tussen 2003 en 2008 groeide het aantal werkzame personen in de sector zorg en welzijn 1,7 procent en in de totale economie 0,8 procent (Prismant, 2009).

Ondanks economische crisis groei werkgelegenheid verwacht

Vier jaar na het verschijnen van het RVZ-advies gaat het nog goed met de arbeidsmarkt in de zorg. Als gevolg van de economische crisis zal de werkgelegenheid in vrijwel alle sectoren afnemen. Wel pakt de crisis anders uit voor de verschillende opleidingsniveaus. De vooruitzichten

zijn het best voor HBO-ers, ongunstig voor ongeschoolden en minder goed voor academici (ROA, 2009).

Dat laatste geldt niet voor de gezondheidszorg. Door de sterke toename van de vraag naar gezondheidszorg wordt voor de medische en paramedische beroepen een groei van jaarlijks 1,9 procent van de vraag naar personeel verwacht. Ook de werkgelegenheid in de verzorgende beroepen met veel lager opgeleiden stijgt. Op de middellange termijn wordt weer schaarste verwacht. Dat komt omdat de vervangingsvraag groter is dan de instroom op de arbeidsmarkt. Hoewel in het algemeen de knelpunten tot 2014 voor werkgevers afnemen, worden die juist groter voor de sector zorg en welzijn door de toename van de werkgelegenheid (en het grote verloop aan de onderkant van de arbeidsmarkt; ROA, 2009). Hoewel de mogelijke bezuinigingen van de overheid naar verwachting de vraag naar personeel wel zullen temperen (Regiomarge, 2009).

*Op dit moment werkt
11 procent van de
beroepsbevolking in de
gezondheidszorg*

Op dit moment werkt 11 procent van de beroepsbevolking in de gezondheidszorg. Bij ongewijzigd beleid zou dat in de toekomst tussen de 19 en 22 procent moeten zijn. Om die groei te begrenzen heeft het kabinet-Balkenende IV als doel geformuleerd dat in 2025 niet meer dan 18 procent van de beroepsbevolking in de zorgsector werkzaam zal zijn. Ook in andere sectoren is immers personeel nodig.

Veel deeltijd en veel vrouwen

Kenmerkend voor de zorgsector is het grote aantal werknemers in deeltijd en het grote aantal vrouwen. Het aantal vrouwelijke werknemers ligt iets boven de 80 procent en dat is bijna het dubbele van het gemiddelde in de totale economie (Hingstman et al., 2004; Prismant 2009).

In de zorg wordt per week gemiddeld niet meer dan 24,4 uur gewerkt; na de horeca het laagste van alle arbeidssectoren. Het aantal mensen met een fulltime dienstverband is dan ook meer dan twee keer zo laag als in de hele economie. Met name in de verschillende caresectoren zoals de verpleeg- en verzorgingshuizen worden de instellingen voor het overgrote deel door parttimers draaiende gehouden. In relatieve zin is het aantal deeltijders eveneens sterk toegenomen. In 1990 waren er bijvoorbeeld 163 verpleegkundigen nodig om 100 fte te bezetten. In 2002 was dit gestegen naar 181. Dit effect heeft zich het meest voorgedaan in de gehandicaptenzorg en in de thuiszorg en veel minder in de geestelijke gezondheidszorg (Van de Windt et al., 2005).

Overzichten van aantallen beroepsbeoefenaren / mensen werkzaam in de zorgsector

Het aantal mensen dat in de zorg werkzaam is in een medisch of paramedisch beroep is relatief beperkt. De meeste mensen die in de zorg in het primaire proces werken (80 procent), werken in een verplegend of verzorgend beroep (zie tabel 1).

	2002	2004	2006
Medische beroepen	37.790	38.460	40.220
Paramedische beroepen	38.520	39.340	39.760
Assisterende beroepen	46.280	48.910	50.890
V&V beroepen	517.010	499.780	510.920
Totaal	639.600	626.490	641.790

Bron: www.azwinfo.nl.

Tabel 1. Werkzame personen naar soort beroep.

Vergeleken met de cure werken in de care (gehandicaptenzorg, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg) relatief veel verplegenden en verzorgenden. In tabel 2 is uitgesplitst in welke sectoren verpleegkundigen en verzorgenden werken.

	2002	2004	2006
Ziekenhuis	79.240	81.779	84.350
Geestelijke gezondheidszorg	25.005	25.675	28.300
Gehandicaptenzorg	142.139	107.284	114.950
Verpleeg- en verzorgingshuizen	266.920	281.333	267.050
Thuiszorg	143.900	151.837	*

* Gegevens ontbreken Bron: www.azwinfo.nl.

Tabel 2. Werkgelegenheid verplegende en verzorgende beroepen naar branche, aantal werkzame personen.

De instroom in de opleiding(en)

Van belang voor het aanbod van personeel is ook de instroom in de opleidingen. Hoe staat het daarmee? Tabel 3 maakt duidelijk dat de (stijging van de) instroom in de verpleegkundige beroepsopleidingen achterblijft ten opzichte van stijging van de instroom in de medische en paramedische beroepen.

	2000	2002	2004	2007	Groei (2000- 2007)
Paramedisch	3.468	4.083	4.638	5.474	36,6%
Geneeskunde	1.330	1.870	2.310	2.090	36,4%
Huisarts	360	466	512	514	30,0%
Specialist	820	1.083	1.093	-	25,0%*
Sociaal-geneeskundige	253	213	102	52	-79,4%
Verpleeghuisarts	84	82	99	86	2,3%
Tandheelkunde	180	210	220	190	5,3%
Farmacie	230	270	400	500	54,0%
Verloskunde	166	253	219	190	12,6%
Verpleegkunde (niveau 4 en 5)	7.687	8.532	10.834	10.924	29,6%

* = Groei 2000-2004. Bron: AZWinfo.nl.

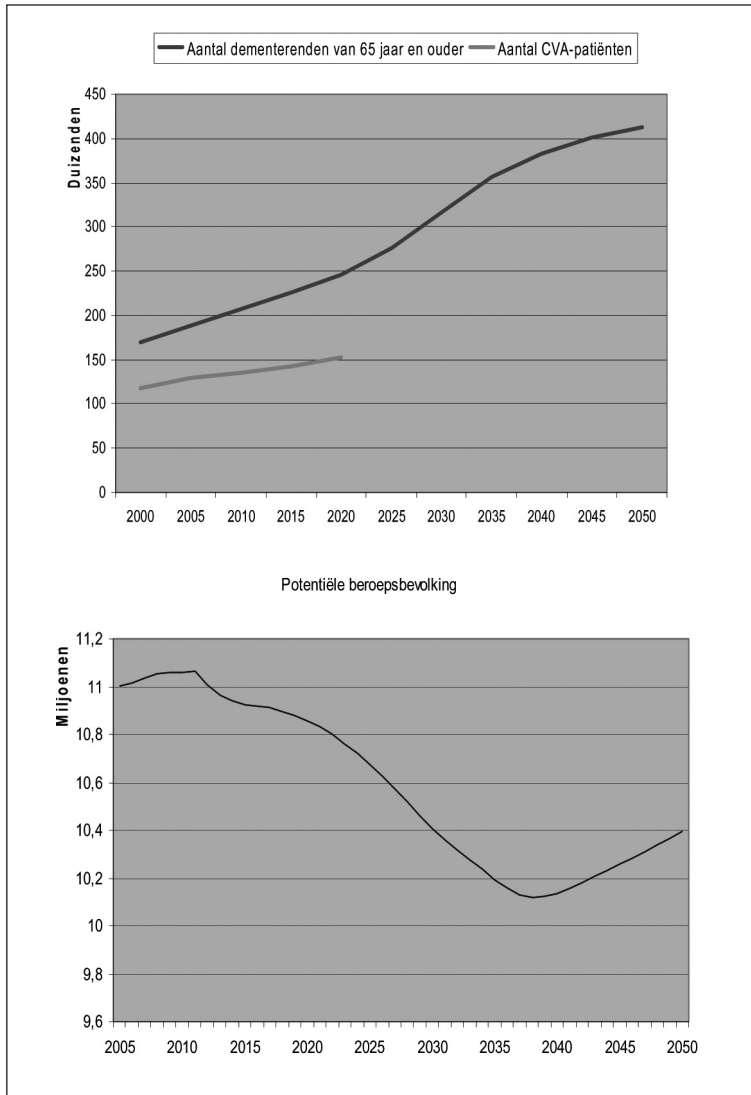
Tabel 3. Instroom in de (para)medische en verpleegkundige opleidingen (2000-2007).

Knelpunten op de arbeidsmarkt in de zorg

Kernprobleem is dat een gebrek aan evenwicht tussen vraag en aanbod in de zorg een structureel probleem gaat worden: de zorgvraag neemt toe en er komen minder mensen beschikbaar voor de arbeidsmarkt. De zorgsector is vanuit het verleden bekend met de zogeheten varkenscycli: tekorten aan personeel die afgewisseld worden door overschotten. Maar dat het tekort omslaat in een overschot is niet te verwachten. De varkenscyclus van vroeger lijkt verder weg dan ooit (Regiomarge, 2009).

In zijn advies *Arbeidsmarkt en zorgvraag* heeft de RVZ (2006) de toename van de vraag naar zorg voor twee arbeidsintensieve aandoeningen geschetst. Alleen al het aantal mensen met dementie loopt op van 175.000 in 2002 naar 412.000 in 2050. Als er geen 'Alzheimerpil' gevonden wordt, en daar ziet het op dit moment nog niet naar uit, vragen alleen al die 412.000 mensen met dementie gemiddeld twee jaar intramurale zorg, voorafgegaan door vijf jaar ondersteuning in hun eigen woonomgeving, met veel mantelzorg en thuiszorg. Ook het aantal CVA-patiënten zal in de komende jaren gestaag toenemen: van 118.000 in 2000 tot circa 152.000 in het jaar 2020. Bij deze groep patiënten kan een effectieve behandeling van hypertensie en cardiovasculaire preventie wellicht op termijn de zorgvraag enigszins terugdringen.

Figuur 1 brengt scherp in beeld de verhouding tussen de stijging van mensen met dementie en een CVA en de daling van de beroepsbevolking.



Figuur 1. Verhouding tussen de stijging van het aantal mensen met dementie en CVA en de potentiële beroepsbevolking.

Drie knelpunten aan de vraagzijde

De RVZ noemt in zijn advies drie knelpunten aan de vraagzijde:

- concurrerende beleidsdoelstellingen: stimuleren arbeidsparticipatie én mantelzorg;
- onvoldoende aandacht voor preventie;
- te weinig inzet van vraagbeperkende ICT.

Mantelzorg verlenen en betaalde arbeid verrichten kunnen elkaar negatief beïnvloeden. Een grotere arbeidsparticipatie van de beroepsbevolking, iets wat de overheid als belangrijk doel heeft geformuleerd, staat

op gespannen voet met het verrichten van mantelzorg. En dat terwijl mantelzorg enorm belangrijk is om de vraag naar professionele zorg te beheersen. Veel mantelzorgers zijn vrouwen en hun beschikbaarheid gaat afnemen als zij meer betaalde arbeid gaan verrichten (Van den Berg, 2005; Struijs, 2006). Zo blijken mantelzorgers die qua leeftijd tot de beroepsbevolking worden gerekend, gemiddeld 4 uur minder zorg te verlenen als zij daarnaast een betaalde baan hebben: 15 in plaats van 19 uur per week.

Te weinig aandacht voor preventie heeft tot gevolg dat mogelijkheden om daarmee de vraag naar zorg te verminderen onvoldoende worden benut. Zo heeft stoppen met roken effecten op toekomstige patiëntenaantallen (Van den Bos, 2006). Het lastige is echter dat zulke effecten pas op de langere termijn zichtbaar worden.

De inzet van technologie is een veelbelovende weg om de vraag naar zorg in te perken, maar de kansen worden in de praktijk van dit moment nog steeds onvoldoende benut. Voorbeelden van mogelijkheden heeft de RVZ geschetst in zijn recente advies Gezondheid 2.0 (RVZ, 2010b). Gezondheid 2.0 is een nieuwe maatschappelijke ontwikkeling waarbij de burger/patiënt participeert in communities die hem of haar ondersteunen in zijn activiteiten om gezond te blijven, weer gezond te worden of te leren omgaan met een aandoening of beperking. Het advies zegt daarover: 'Doordat de patiënt meer betrokken is, meer preventieve maatregelen neemt, meer therapietrouw is en meer aan zelfmanagement doet, heeft dit een gunstig effect op de ontwikkeling van de zorgkosten, het vraagt immers een lagere inzet van professionals. Tegelijkertijd draagt het bij aan het verminderen van het (komende) arbeidstekort in de zorg.'

Knelpunten aan de aanbodzijde

Aan de aanbodzijde zijn eveneens knelpunten: te weinig inzet van bewezen effectieve zorg, het invoeren van nieuwe zorgconcepten zonder dat iets bekend is over de extra capaciteit aan menskracht die dit vraagt, te geringe concurrentiekracht van de sector (onder meer door een te negatief imago) en de spanning in de zorg tussen arbeidsproductiviteit en kwaliteit.

Wat dit laatste betreft is duidelijk dat het vraagstuk van de arbeidsproductiviteit in de zorg extra gecompliceerd is. Het idee dat met een hogere arbeidsproductiviteit² aan meer zorgvraag kan worden voldaan, gaat voor de caresector bijvoorbeeld niet zomaar op. Dat komt ten eerste doordat de productiviteit daar niet altijd goed te meten is. Hoe weten we dan of en waar verbetering is bereikt? Maar er is nog een moeilijkheid. Wanneer noemen we een product in de zorg eigenlijk 'goed' en productie 'hoog'? Willen we een twee- of een viersterrenverpleeghuis als standaard?

Kiezen we voor hulp tijdens het eten bij mensen die dat zelf moeilijk kunnen of geven we de voorkeur aan snel toe te dienen drankjes die alle voedingsstoffen bevatten? De antwoorden hangen af van de norm die we hanteren voor verantwoorde zorg en kwaliteit van leven. Pas als we die vastgesteld hebben, komt in beeld hoe bij het uitvoeren van die taak productiever gewerkt kan worden.

Over concurrentie tussen de markt- en de collectieve sector zijn in het verleden diverse rapporten en adviezen verschenen (Commissie-Van Rijn, 2001; CWI, 2005; SER, 2006). Maar er is ook concurrentie tussen de verschillende sectoren in de zorg. De RVZ stelt dat het salaris daarin een belangrijke factor kan zijn. Zo verdient iemand in een verpleeghuis bijvoorbeeld 5 à 6 procent meer dan in een min of meer vergelijkbare functie in de thuiszorg. En een verpleegkundige kan tot 200 euro per maand meer verdienen in een ziekenhuis dan in een verpleeghuis. Ook salarisverschillen tussen commerciële en niet-commerciële zorginstellingen leiden tot concurrentie (RVZ, 2006).

Ook tussen professionals in dezelfde sector met een vergelijkbaar opleidingsniveau bestaan salarisverschillen. Zo ligt het gemiddeld bruto maandloon in 2007 voor hbo-opgeleide professionals op € 1.754 voor de verpleegkundige, op € 2.192 voor de fysiotherapeut en op € 2.377 voor de mondhygiënist (www.azwinfo.nl).

Opties voor het matchen van vraag en aanbod

Welke oplossingen zijn denkbaar om de kloof tussen vraag en aanbod te dichten of in ieder geval minder groot te laten worden? In deze paragraaf zal worden ingegaan op aanbevelingen die door de RVZ en Zorg Innovatie Platform (ZIP) zijn gedaan.

Aanbevelingen uit het RVZ-advies

Hoewel de RVZ het kabinet adviseert, zijn in het advies ook veel aanbevelingen terug te vinden die in feite gericht zijn aan betrokkenen in het veld van de gezondheidszorg. De aanbevelingen zijn er enerzijds op gericht om de vraag te reduceren, anderzijds om het arbeidsaanbod te vergroten.

Om de *vraag te reduceren* heeft de RVZ gewezen op het belang van meer voorzieningen in de woonomgeving, zoals klussendiensten, waardoor mensen langer thuis kunnen blijven wonen. Hij wees in dat verband ook op de ICT-voorzieningen met arbeidsbesparende potentie. Om de vraag naar professionele zorg te verminderen is de aanwezigheid van voldoende mantelzorg uiteraard van belang, net als inzetten op preventie van veelvoorkomende aandoeningen. Zo bleek uit de achtergrondstudies dat een betere opsporing en behandeling van hoge bloeddruk zal leiden

tot een groot potentieel aan gezondheidswinst en op zijn minst tot uitstel van de vraag naar zorg.

Om het *aanbod te vergroten* zijn in het advies evenzovele aanbevelingen te lezen: beleidsvoorstellen beoordelen op effecten voor de arbeidsmarkt, een grotere arbeidsparticipatie van vrouwen, langer doorwerken van ouderen, deeltijdomvang uitbreiden, zorgen voor goede arbeidsvoorwaarden, meer samenwerking tussen care en cure (bredere zorgallianties zijn vanuit arbeidsmarktperspectief aantrekkelijker) en de care profileren als sector met kenniscomponent. Om betere voorwaarden in de structurele sfeer te realiseren: stimuleren van een markt voor persoonlijke dienstverlening, gedifferentieerd belonen, verhogen van arbeidsproductiviteit, onder meer door slimmer te bouwen.

In zijn aanbevelingen aan het kabinet heeft de RVZ gekozen voor zes prioriteiten:

- preventie van hoge bloeddruk;
- markt voor persoonlijke dienstverlening;
- verhoog arbeidsparticipatie / kinderopvang voor werkers in de zorg gratis / op termijn kinderopvang basisvoorziening;
- arbeidsproductiviteit verhogen door slim bouwen (verpleeghuizen);
- overheid moet minimumnorm voor kwaliteit vaststellen.

De zesde prioriteit is een dringend beroep op werkgevers- en werknemersorganisaties om tot arbeidsvoorwaardelijke regelingen te komen die de aantrekkelijkheid van de zorgsector (vooral voor jongeren) versterkt en vergroot. De RVZ adviseert de overheid en niet de sociale partners, maar het is duidelijk dat zij het met name zijn die moeten zorgen voor een aantrekkelijke arbeidsmarkt.

Aanbevelingen van het ZIP-platform

In het rapport *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg* van het Zorg Innovatie Platform ligt de focus op het arbeidsaanbod van zorgpersoneel (ZIP, 2009). Niet dat het ZIP geen oog heeft voor andere factoren, maar de weerbarstige en veelomvattende problematiek heeft het ZIP doen besluiten voor een focus op de aanbodkant.

Het ZIP heeft de aanbevelingen in vier clusters ondergebracht: (1) investeren in een leven lang leren, (2) inspelen op diversiteit met arbeidsvoorwaarden, (3) optimaliseren van arbeidsorganisatie en inzetbaarheid en (4) werven met beleid. In het artikel van De Gier *De zorgarbeidsmarkt in spagaat*, verderop in dit nummer, staat een tabel waar deze aanbevelingen wat verder zijn gedetailleerd.

De overheid zet langs drie lijnen in op het overbruggen van de dreigende kloof tussen vraag en aanbod: innovatie van zorgprocessen, behoud van het zittend personeel en versterking van de instroom van nieuw personeel. Zo wordt in een overleg met de Tweede Kamer (april 2010) door minister Klink de intentie uitgesproken om tot een opleidingsfonds voor verpleegkundige (vervolg)opleidingen te komen. Een heikel punt daarbij is echter hoeveel middelen daarvoor aan het Budgettair Kader Zorg (BZK) onttrokken moeten worden. Wat het aanbod van personeel betreft, wordt het Besluit zorgaanspraken AWBZ aangepast om het mogelijk te maken dat ook zelfstandige verpleegkundigen (de zzp'ers) gecontracteerd kunnen worden. Maar het demissionair kabinet wil wel dat de sector terughoudendheid betracht bij het werven van buitenlands personeel omdat migratie van zorgwerkers naar westerse landen bijdraagt aan de tekorten aan zorgpersoneel in ontwikkelingslanden. Dit laatste naar aanleiding van berichten over werving van ok-assistenten in India. Het kabinet zet zich in voor een internationale gedragscode van de WHO (World Health Organisation) om op mondiaal niveau een kader te scheppen waarbinnen werving van zorgpersoneel uit ontwikkelingslanden ethisch verantwoord plaats kan vinden (TK, 29 282, nr. 96 en 98). Overigens is de arbeidsmigratie wat de zorgsector betreft zeer beperkt: 200 in 2008.³ Ook de RVZ ziet in migratie niet de oplossing voor het arbeidsmarktprobleem (RVZ, 2006).⁴

Anno 2010: te verwachten trends in vraag naar zorg

In vier jaar tijd kan veel veranderen. In 2006 – ten tijde van het verschijnen van het RVZ advies over de arbeidsmarkt – was de financiële crisis bijvoorbeeld nog niet in zicht. En als het economisch even niet mee zit, is dat in het algemeen gunstig voor de arbeidsmarkt in de zorg. De baan zekerheid in de zorg trekt dan meer mensen aan en het verloop daalt. Wat de verdere implicaties (zullen) zijn van de financiële crisis voor vraag- en aanbod op de arbeidsmarkt in de zorg is overigens nog niet zo gemakkelijk te voorspellen. Zo wordt op dit moment (juli 2010) druk onderhandeld over de samenstelling van een kabinet. De hoogte van de bezuinigingen is een prominent punt in de discussie en zal zeker ook de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en op de arbeidsmarkt beïnvloeden.

Maar nog los van de financiële gevolgen is een analyse van inhoudelijke ontwikkelingen in de zorgvraag en het aanbod van belang voor HR-beleid. Blijft de zorgvraag dezelfde of verandert die van karakter en wat zijn de trends daarin? Instellingen zullen zich moeten buigen over de vraag of de organisatie en het personeel wel zijn toegerust voor de eisen die de ontwikkelingen met zich meebrengen. Hoe ziet de zorg die we als organisatie willen bieden er in de toekomst uit? Hebben we daar het juiste personeel met de gewenste kwalificaties voor? Moeten er nieuwe

functies komen? Moeten/kunnen mensen wellicht bijgeschoold worden om zich te kunnen voorbereiden op veranderende vaardigheden die bijvoorbeeld Gezondheid 2.0 met zich meebrengt? Moeten we wellicht ook meer eisen stellen aan werknemers wat betreft de bereidheid tot levenslang leren?

Uit de veelheid aan veranderingen die zich zullen voordoen volgen hieronder in het kort twee trends die van invloed zullen zijn op de vraag: een veranderende en groeiende zorgvraag en gezondheid 2.0. De inhoudelijke ontwikkelingen in het aanbod komen in de volgende paragraaf aan bod.

Veranderende en groeiende zorgvraag

In zijn discussienota *Zorg voor je gezondheid!* (RVZ, 2010a) stelt de RVZ dat de uitdagingen en de mogelijkheden waarmee de zorgsector het komend decennium wordt geconfronteerd, ingrijpend zijn. Gedeeltelijk zijn ze ook nieuw en hebben ze als gemeenschappelijk kenmerk dat ze bijdragen aan een afnemende stuurbaarheid van de zorgsector.

In de eerste plaats verandert de zorgvraag door de relatief sterke toename van chronische ziekten. In combinatie met een langere levensduur en het sneller ontdekken van chronische ziekten betekent het dat meer jaren in ongezondheid zullen worden doorgebracht. In de tweede plaats komen er meer medische mogelijkheden en meer kennis daarover bij het publiek. Zo zullen de thuiszorgtechnologie, de ‘medische’ hulpmiddelen en e-health – telemedicine een sterke groei laten zien. In de derde plaats spelen zich in de omgeving van de zorgsector processen af die van invloed zijn op de zorgvraag. Zo zullen stijgende zorgpremies de burger kritischer maken en de burger zal ‘waar voor zijn geld’ willen. Die trends vergen volgens de RVZ een grote veranderingsslag in de gezondheidszorg: van ziekte en zorg ‘zz’ naar gezondheid en gedrag ‘gg’.

*Als het economisch
niet mee zit, is dat
gunstig voor de arbeids-
markt in de zorg*

Gezondheid 2.0

Gezondheid 2.0 staat voor de maatschappelijke ontwikkeling die burgers met name door het gebruik van sociale media, zoals internet, op het gebied van gezondheid en zorg dichterbij elkaar brengt. Er zijn overigens verschillende definities in omloop, maar gezondheid 2.0 kenmerkt zich vooral door participatie tussen patiënten onderling, tussen professionals onderling en tussen professionals en patiënten (RVZ, 2010b en 2010c).

Omdat gezondheid 2.0 nog een relatief jong verschijnsel is, komt pas nu aandacht voor wat het zou kunnen betekenen. Zo is er nog weinig

goed en systematisch onderzoek en is er in de sector zelf nog nauwelijks besef van wat deze trend met zich kan brengen (RVZ, 2010c). De RVZ is van mening dat alle actoren in de zorg dienen te beseffen dat zich een ontwikkeling in gang heeft gezet die niet meer te stoppen is en die het nodig maakt erover na te denken hoe ermee moet worden omgegaan (RVZ, 2010b).

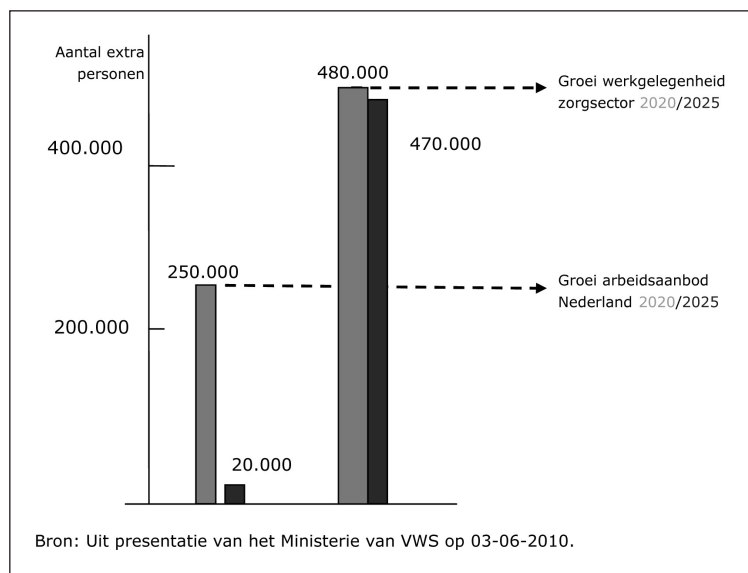
De te verwachten impact van die ontwikkeling is niet gering: de patiënt centraal is niet langer een wenselijkheid, maar realiteit. Zij/hij krijgt de mogelijkheid regie over zijn eigen gezondheid te voeren en kan zich daarbij laten ondersteunen door een netwerk van professionals en lotgenoten. Het mag duidelijk zijn dat een wezenlijk andere zorgvraag zal ontstaan. In hoeverre gezondheid 2.0 tot vraagvermindering en taakverschuiving zal leiden, is bij zo'n nieuwe ontwikkeling nog moeilijk te voorspellen.

Het mag duidelijk zijn dat gezondheid 2.0 ook voor de meeste professionals in de gezondheidszorg nog een onontgonnen gebied is. De toekomst zal leren in hoeverre beroepsorganisaties, opleidingen en organisaties als ziekenhuizen en thuiszorg anticiperen op deze toekomstige ontwikkeling en professionals ondersteunen om hun nieuwe rol in die ontwikkeling te leren vinden.

Anno 2010: te verwachten trends in het aanbod van zorg

Minder vraag naar personeel als gevolg van de financiële crisis en komende bezuinigingen zou men als gunstig kunnen beoordelen. Voor de korte termijn lijkt dat goed voor de aanbodkant in de zorg. Maar de beroepsbevolking krimpt structureel waardoor het arbeidsaanbod zal dalen en er in de toekomst minder mensen beschikbaar zullen zijn voor de arbeidsmarkt. Figuur 2 maakt nog eens duidelijk dat de kloof tussen aanbod en vraag al in 2020 zeer groot is. Bedenk daarbij nog dat die beperkte groei van het arbeidsaanbod verdeeld moet worden over alle sectoren van de economie.

Hoe kan het HR-beleid inspelen op veranderingen die zich zullen voordoen in het aanbod? Hieronder komen zes onderwerpen aan bod die in het bijzonder van belang zijn voor het aanbod in de zorgsector: een stijging van de arbeidsproductiviteit, het verhogen van de arbeidsparticipatie en deeltijdomvang, langer doorwerken, mantelzorg, innovaties en personeel werven en behouden. Het gaat om onderwerpen waarop het HR-beleid een verschil kan maken. Zo zijn bijvoorbeeld ook de cao's voor de zorg van belang in verband met de concurrentiekracht van de sector, maar omdat de onderhandelingen daarover niet of minder beïnvloed worden door het HR-beleid, blijft dit onderwerp buiten beschouwing.



Figuur 2. Verwachte groei van arbeidsaanbod en -vraag in 2020/2025.

Stijging arbeidsproductiviteit te verwachten?

Hiervoor is al aangegeven dat het vraagstuk van de arbeidsproductiviteit in de zorg gecompliceerd is. Dat komt onder andere omdat het vraagstuk van de kwaliteit(smeting) van het product/de zorg daar nauw mee samenhangt en die meting nog in de kinderschoenen staat.

Recentelijk is in een onderzoek voor het eerst voor een Nederlandse zorgsector getracht kwaliteitsverbeteringen in relatie te brengen met de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit. Het onderzoek heeft betrekking op verzorgingshuizen. De resultaten laten zien dat wanneer rekening wordt gehouden met een positieve kwaliteitsontwikkeling, dat een stijging van twee procentpunt arbeidsproductiviteit oplevert. De onderzoekers menen dat om die reden het beeld dat de arbeidsproductiviteit in verzorgingshuizen, en wellicht ook van andere zorgsectoren, achterblijft, bijstelling behoeft (Heijink et al., 2010).

De keerzijde van die uitkomst is dat de ruimte voor verbetering van de arbeidsproductiviteit wellicht ook kleiner is dan gedacht. Immers, als medewerkers in de sector beter presteren dan altijd is aangenomen, is de ruimte voor verbetering kleiner. 'Een arbeidsproductiviteitsverbetering door middel van kwaliteitsverbetering kan het oplossen van de personeelstekorten dus ook in de weg staan' (Heijink, 2010).

De ruimte om het personeelstekort door een stijging van de arbeidsproductiviteit op te lossen, lijkt dan ook niet eenvoudig. Daar komt bij

dat juist ook in de sector verpleging en verzorging medewerkers zeer gemotiveerd zijn om kwaliteit te leveren. Er zal dan ook naar andere innovatieve vormen van zorg moeten worden gekeken om tekorten op te lossen (zie ook hierna).

Een Europees onderzoek, waaraan twaalf landen meewerken, waaronder Nederland, moet licht werpen op de relatie tussen productiviteit, patiëntveiligheid, 'patient outcomes' en de omvang van de inzet van (gekwalificeerd) personeel. De resultaten worden medio 2011 verwacht.

(Bron: www.rn4cast.eu/en/pages-abstract)

Verhogen arbeidsparticipatie en deeltijdumfang?

In een sector die gekenmerkt wordt door een hoog aantal vrouwen en veel deeltijd, ligt het voor de hand nog eens extra te kijken of de arbeidsparticipatie en grotere deeltijdbanen nog soelaas kunnen bieden om het arbeidsaanbod te vergroten.

Om de arbeidsdeelname in uren van met name vrouwen te vergroten, stelde de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in 2008, voor de duur van twee jaar, een Taskforce in. Doel is dat vrouwen op termijn in grote deeltijdbanen van meer dan 24 uur per week willen en kunnen werken. Om zijn doelstelling te verwezenlijken heeft de Taskforce DeeltijdPlus bij individuele werkgevers, werknemers, sociale partners en de samenleving aandacht gevraagd voor kansen, mogelijkheden en belemmeringen voor met name vrouwen om te gaan werken dan wel meer te gaan werken.

In opdracht van de Taskforce heeft het SCP onderzocht hoe het is gesteld met de arbeidsparticipatie. Volgens het SCP is de arbeidsparticipatie van vrouwen in Nederland al hoog: in 2007 had 70 procent een baan van ten minste één uur per week. Alleen in Denemarken en Zweden hebben meer vrouwen zo'n baan (resp. 73 procent en 72 procent). Dat Nederland een hoog percentage deeltijders kent is bekend: 60 procent van de vrouwen werkt maximaal 30 uur per week. Wel is de gemiddelde arbeidsduur van vrouwen vergeleken met die in andere landen relatief laag: 25 uur per week (SCP, 2009).

Het SCP onderzocht eveneens hoe werkgevers en werknemers denken over het uitbreiden van kleinere deeltijdbanen. De belangrijkste conclusie in het deeltraject waarin de opvattingen van werkgevers hierover zijn onderzocht, was dat werkgevers over het algemeen niet erg actief zijn als het gaat om het uitbreiden van kleine deeltijdbanen. Hoewel de meerder-

heid van de werkgevers denkt dat er in hun organisatie mogelijkheden zijn om kleine deeltijdbanen te vergroten, ziet maar iets meer dan de helft van hen daarin een rol voor zichzelf weggelegd. Uit het onderzoek onder vrouwen blijkt dat vrouwen massaal kiezen om in deeltijd te werken. Maar er is wel ruimte voor het vergroten van de arbeidsduur. Dan moet het echter wel gemakkelijker worden om de werktijden beter op de privésituatie te kunnen afstemmen.

Het SCP concludeert dat mogelijkheden voor uitbreiding van deeltijdbanen in potentie aanwezig zijn, maar dat tegelijkertijd de meesten 'het wel best vinden'. Het onderzoeksbureau verwacht dat de gemiddelde arbeidsduur van vrouwen geleidelijk aan wat omhoog zal gaan (SCP, 2009).

Die conclusie van het SCP stemt niet hoopvol in het licht van de tekorten die in de zorg verwacht worden. Tegelijkertijd biedt het onderzoek op dit punt handvatten voor HR-beleid in de zorgsector. De Taskforce Deeltijd-Plus doet concrete aanbevelingen aan organisaties. Die aanbevelingen zijn tevens van belang voor het HR-beleid. Zo is het belangrijk meer te doen aan strategische personeelsplanning om zicht te krijgen op de (middel)langetermijneffecten van de eigen personeelssamenstelling. Een andere aanbeveling is om standaard het aantal uren dat iemand werkt in functioneringsgesprekken aan de orde te stellen en daaraan de verhouding werk-privé en de ambities van vrouwen te koppelen. Ook ziet de taskforce meer mogelijkheden voor flexibiliteit om arbeid en zorg te kunnen combineren. Geef medewerkers, zo zegt de taskforce, meer invloed op de tijd en plaats van werken, voor zover de functie dat toelaat, waardoor zorgtaken beter te combineren zijn met het gewenste aantal uren werk (bijvoorbeeld via zelfroosteren).

Grote uittocht of langer doorwerken?

Het rapport *De grote uittocht* gaat over de publieke sector, over ambtenaren (Verbond Sectorwerkgevers Overheid, 2010). Binnen nu en tien jaar vertrekken zeven van de tien ambtenaren of zijn van baan gewisseld. Het gaat om mensen in bijvoorbeeld het onderwijs, bij de politie, de rechterlijke macht en het gevangeniswezen. In totaal gaan 275.000 mensen tot en met 2020 met pensioen.

Is ook in de zorg een dergelijke uittocht te verwachten? Dat zou het probleem nog groter kunnen maken. In het RVZ-advies uit 2006 is aandacht besteed aan het feit dat de uittocht in de zorgsector al veel eerder begint dan in andere sectoren. Toen begon de uittocht al net boven de 45. In andere sectoren lag de gemiddelde leeftijd bij uitstroom 59, bij vrouwen 57 (CBS, 2005). Die cijfers liggen anno 2010 niet veel anders.

Wat betreft het langer doorwerken van werknemers constateert Prismant een uitgesproken gebrek aan urgentie. Sterker nog, werkgevers in de zorg zijn minder dan de gemiddelde werkgever overtuigd van de wenselijkheid dat werknemers na hun zestigste doorwerken (Prismant, 2009).

In bovenstaande gegevens liggen voor het HR-beleid dus aanknopingspunten voor het vergroten van het arbeidsaanbod. Als de sector erin zou slagen oudere werknemers langer te laten doorwerken, zou dat een deel van het tekort aan personeel kunnen helpen oplossen.

Mantelzorg

Een andere manier om het aanbod van zorg te vergroten is een toename van het aantal mantelzorgers. Maar de vraag is of er in de toekomst wel voldoende verleners van mantelzorg beschikbaar zullen zijn. Twijfel daaraan komt steeds vaker op omdat familieleden steeds verder van elkaar wonen, de gezinnen kleiner worden en steeds meer mensen betaald werken. Hoe het in de toekomst gesteld is met de mantelzorg, is door het SCP in 2009 beantwoord.

Hoeveel mantelzorgers er precies zijn, is overigens niet zo eenduidig, zo stelt het SCP (SCP, 2010). Het aantal hangt namelijk af van de gekozen definitie en de exacte afbakening. De cijfers laten zien dat het aantal mantelzorgers in 2001 en 2008 vrijwel gelijk gebleven is (3,7 miljoen in 2001 en 3,5 miljoen in 2008). Wel deed zich een verandering in de duur en intensiteit van de hulp voor. In 2001 verleende 65 procent (2,4 miljoen) van alle mantelzorgers meer dan 8 uur per week en/of langer dan 3 maanden hulp; in 2008 is dat aandeel gestegen naar 74 procent (2,6 miljoen mantelzorgers).

Tot 2030 lijkt er geen sprake van een onrustbarende kloof tussen aantallen ontvangers en verleners van mantelzorg

Gegeven de uitkomsten van de ramingen en de wetenschap dat er wel onvervulde vraag, maar ook onbenut aanbod is, kan volgens het SCP voorzichtig worden geconcludeerd dat er tot 2030 geen sprake lijkt van een onrustbarende kloof tussen aantallen ontvangers en verleners van mantelzorg. Wel blijkt dat het aantal verleners van mantelzorg wordt overschat als geen rekening wordt gehouden met veranderingen in de arbeidsdeelname. Zo zegt de directeur van het SCP in zijn voorwoord: 'De uitkomsten laten zien dat we niet zonder meer kunnen rekenen op een leger van mantelzorgers dat een groeiende vraag naar professionele zorg voor hun oude ouders overbodig zal maken.'

‘De zaken lopen vast. Het is mijn diepe overtuiging dat we mantelzorg beter moeten ondersteunen. Anders redt de professionele zorg het niet. Of is het resultaat overbelaste mantelzorgers. Nu moeten we goed kiezen om te voorkomen dat de zorg door z'n hoeven zakt.’
(Anton Westerlaken, lid van de Raad van bestuur van het Erasmus MC in de 5e Nationale Mantelzorglezing op 3 juni 2010.)

Westerlaken stelde in zijn mantelzorglezing voor om werknemers collectief een dag verlof te laten inleveren om mantelzorg mogelijk te maken. Of dat zal gebeuren is niet duidelijk, maar wel duidelijk is dat in de toekomst ook op dit punt HR-beleid nodig zal zijn. Veel werknemers in de zorg leveren (naast het parttime werken) tevens een aandeel in de mantelzorg. Ze zijn in het kader van het verlenen van mantelzorg gebaat bij flexibiliteit, ook van de kant van de werkgever. Aanpassing van werktijden bijvoorbeeld tijdens een mantelzorgperiode kan nodig zijn. Daarmee kunnen werknemers die om die reden zouden overwegen te stoppen met werken, voor de sector wellicht behouden blijven.

En hoe gaan we in het personeelsbeleid om met mogelijkheden die er in toenemende mate zullen zijn om mantelzorg op afstand te verlenen? Waarom niet medewerkers, eventueel met gebruik van een webcam, in de gelegenheid stellen contact te hebben met zorgbehoeftige ouderen en/of relaties om na te gaan of bijvoorbeeld de medicatie wel op tijd wordt ingenomen? Of om even contact te zoeken voor een praatje waar de professionele zorg niet aan toekomt? Welk beleid wil de organisatie op dit punt voeren?

Wat kunnen innovaties voor het tekort betekenen?

Als met hetzelfde aantal mensen meer productie leveren (hogere arbeidsproductiviteit) niet meteen de oplossing is, hoe staat het dan met innovatieve vormen van zorg?

In 2006 moest de RVZ constateren dat er nog weinig zicht was op de arbeidsbesparende kant van innovaties. Mede om die reden is toen gekeken naar de mogelijkheid om slimmer te bouwen. Uit dat onderzoek kwam naar voren dat arbeidsbesparing te verwachten is van investeren in gebouwen. De exploitatiekosten van verpleeghuizen zouden met 11 procent kunnen dalen door anders te bouwen en meer te investeren in ICT en domotica (Achterberg et al., 2006). Tegelijkertijd is duidelijk dat gebruikersgroepen wel een grote meerwaarde zien in bijvoorbeeld beeldspraakverbindingen met een servicepunt in de wijk (Vermeulen, 2006), maar dat de arbeidsbesparende mogelijkheden nog onvoldoende kunnen worden gekwantificeerd. In het laatste kwartaal van 2010 komt de RVZ nog met een apart advies over arbeidsbesparende innovaties.

Voorbeelden van innovaties in de zorg die zouden kunnen helpen het tekort terug te dringen, zijn er voldoende (zie bijvoorbeeld onderstaand kader). Waar het aan ontbreekt is voldoende verspreiding om echt een verschil te kunnen maken. Factoren die van belang zijn voor een snelle verspreiding van innovaties heeft de RVZ beschreven in zijn advies *Van weten naar doen* (RVZ, 2005).

Diabetespatiënten van het Erasmus MC in Rotterdam kunnen sinds kort (mei 2010) zelfstandig periodieke metingen uitvoeren die nodig zijn voor het beoordelen van hun gezondheidssituatie. Zo kunnen ze zelf een foto maken van het oog en van de voeten. ICT-bedrijven ontwikkelden daarvoor in nauwe samenwerking met het Erasmus MC een innovatief DiabetesStation. Dat maakt het mogelijk om in de toekomst een goede zorg te garanderen aan een sterk groeiende groep patiënten met diabetes.

(Bron: www.erasmusmc.nl)

Het NIVEL, die de ontwikkelingen in *Monitor Zorg op afstand* (in de thuissituatie) monitort, constateert dat deelnemende organisaties zeer gemotiveerd zijn om met dit type innovatie door te gaan, maar wel te maken hebben met belemmeringen. Naast financiële belemmeringen is dat bijvoorbeeld ook de attitude van professionals. Meestal zijn er in organisaties wel enkele enthousiaste medewerkers, maar het merendeel van de zorgmedewerkers (van de deelnemende organisaties) staat sceptisch tegenover zorg op afstand (Nivel, 2009). De ethische vragen die bij zorg op afstand te stellen zijn, houden veel zorgverleners bezig (Provincie Utrecht, 2009).

‘Er zijn grof gezegd twee vormen van zorg op afstand: videocommunicatie en telebegeleiding. Bij videocommunicatie kan een cliënt of mantelzorger vanuit huis via de afstandsbediening, een druk op de knop of een touch-screen, contact opnemen met de medewerker van de zorgcentrale. Deze verschijnt dan vrijwel direct op het beeldscherm en kan vragen beantwoorden. Bij telebegeleiding heeft een cliënt een Health Buddy, een soort mobiele telefoon waarop hij dagelijks een aantal vragen over zijn ziekte of leefstijl invult. Deze wordt vooral gebruikt om patiënten met diabetes, COPD (chronisch obstructieve longziekte) of hartfalen te ondersteunen.’

(Bron: www.nivel.nl)

Medewerkers staan niet allemaal te trappelen om nieuwe technologieën in te voeren als dat geen betere zorg oplevert. Zo blijkt uit onderzoek onder 90 begeleiders met een verpleegkundige opleiding en werkzaam in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, dat ruim twee derde geen effect of zelfs een negatief effect op de kwaliteit van zorg van verzorgend wassen verwacht (verzorgend wassen: een methode waarbij patiënten gewassen worden met speciale, met vloeistof geïmpregneerde washandjes of doekjes zonder water). Arbeidsbesparing speelt voor de meeste begeleiders geen rol van betekenis (De Veer et al., 2009). Verder wijst de IGZ erop dat in de praktijk kosten- en/of arbeidsbesparing meestal niet direct of niet optreden bij de inzet van domotica (IGZ, 2009).

Voor zorgorganisaties die met zorg op afstand of de inzet van technologie aan de slag willen om het personeelstekort het hoofd te bieden, is het dus van belang om in het HR-beleid rekening te houden met opvattingen van medewerkers. Hebben ze bedenkingen omdat ze zich onzeker voelen over hun competenties? Kan scholing daarin iets betekenen? Of zijn de opvattingen over wat 'goede zorg' is tussen management en medewerkers te verschillend en noopt dat wellicht tot het werven van personeel met meer affiniteit voor modernere technologieën en communicatiemiddelen?

Werven en behoud van personeel

Wat verpleegkundigen en verzorgenden zelf vinden van het werk, is van belang voor de werving van personeel. Zij zouden immers de beste 'ambassadeurs' moeten zijn om jongeren enthousiast te maken voor het werken in de zorg. Vanuit de verpleegkundige beroepsgroep wordt daar ook aan gewerkt. Zo zorgt het verpleegkundig museum dat een Zorgtrailer langs scholen gaat om scholieren warm te maken voor de zorg door films en games en is er een theaterprogramma *Zuster on Tour voor werkenden in de zorg* (www.fni.nl).

Dat het beter kan blijkt uit de zogenaamde monitorpeiling die elke twee jaar gehouden wordt onder verpleegkundigen en verzorgenden over de aantrekkelijkheid van hun beroep. Deze verpleegkundigen en verzorgenden maken deel uit van het landelijke, representatieve onderzoekspanel in de verpleging en verzorging (Panel Verpleging & Verzorging).

Elke monitorpeiling geven de verpleegkundigen en verzorgenden aan wat er in hun ogen moet gebeuren om hun werk aantrekkelijker te maken. De top-3 van meest genoemde mogelijkheden is over de jaren heen onveranderd: meer waardering voor verpleegkundigen en verzorgenden vanuit de organisatie (68 procent), verlaging van de werkdruk (66 procent), en meer bij- en nascholingsmogelijkheden (57 procent).

Verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen hechten, meer dan die in andere sectoren, belang aan werkdrukverlaging (respectievelijk 85 procent en 82 procent) en dat belang wordt de laatste jaren groter (De Veer et al., 2010).

In de werkdruk ligt voor het HR-beleid dan ook een aanknopingspunt om mensen voor de zorg te behouden. Uit de monitorpeiling blijkt echter dat de werkdrukvermindering tussen 2001 en 2003, in 2005 is omgebogen naar een toenemende werkdruk. Verpleegkundigen en verzorgenden vinden het in 2009 vaker druk, slaan vaker pauzes over en zijn minder tevreden over de werkdruk dan in 2003. Werkgevers hebben, in de perceptie van verpleegkundigen en verzorgenden, minder vaak werkdrukmaatregelen genomen. Het percentage dat aangeeft dat er onvoldoende maatregelen zijn genomen is gestegen van 31 procent in 2003 naar 46 procent in 2009.

Werkdrukvermindering voor verpleegkundigen was in Californië aanleiding wettelijk vast te leggen hoeveel patiënten een verpleegkundige per dienst mag begeleiden. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar soorten afdelingen. Zo mag een verpleegkundige op een chirurgische afdeling maximaal 5 patiënten begeleiden, op een psychiatrische afdeling maximaal 6, en op psychiatrie en op verloskunde maximaal 3. Sinds de implementatie van de wet in 2004 scoort Californië in vergelijking met andere staten beduidend lager wat betreft sterftecijfers, beduidend hoger wat betreft het aantrekken van personeel en beduidend lager wat betreft het verloop van personeel (Aiken et al., 2010; www.nnoc.net). Die gegevens trekken ook de aandacht van de landelijke pers (*Bron: New York Times, 2010*).

Loopbaanmogelijkheden creëren is eveneens een belangrijk punt voor het HR-beleid. Ze worden nog onvoldoende benut om personeel te behouden. Bijna driekwart van de verpleegkundigen en verzorgenden (72 procent) hecht waarde aan goede loopbaanmogelijkheden, maar slechts 37 procent is hier tevreden over. 'Sinds 2003 zijn de antwoorden op de vragen over loopbaanmogelijkheden grotendeels hetzelfde gebleven, wat erop duidt dat er weinig veranderd is' (De Veer, 2010). Ook op dit punt is dus nog werk aan de winkel voor HR-professionals.

Toch is het mogelijk ook in tijden van schaarste personeel voor de zorg te behouden. Sterker nog, dat het personeel in de rij staat om bij een instelling te mogen werken. Dat bleek de situatie te zijn in Amerika tijdens de schaarste aan personeel aldaar in de jaren tachtig van de vorige eeuw. In die tijd waren er ziekenhuizen die als een 'magneet' verpleegkundigen bleken aan te trekken. Onderzocht is welke variabe-

len in de ziekenhuisorganisatie die magneetkracht genereren en welke specifieke combinatie van variabelen zorgt voor die magneetkracht. Het kunnen werken met vakbekwame collega's en zeggenschap over de beroepsuitoefening zijn bijvoorbeeld twee van die variabelen (McClure e.a., 1983). Dat heeft geleid tot het concept van de 'Magnet Hospitals' dat zich sindsdien heeft ontwikkeld tot een algemeen erkende kwaliteitsstandaard voor zorginstellingen in Amerika. Magnet staat voor werkomstandigheden die verpleegkundigen nodig hebben om kwaliteit van zorg te kunnen leveren.

In Nederland hebben de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen V&VN en de patiëntenorganisatie NPCF zich tijdens een studiereis naar de 'Magnet Hospitals' laten inspireren en een eigen concept ontwikkeld: Excellente Zorg. Het uitgangspunt daarbij is dat een andere positionering in instellingen van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep ervoor zorgt dat ze ervaren het beroep goed te kunnen uitoefenen, dat de patiëntenzorg verbetert en dat organisaties dat faciliteren. Twaalf instellingen in de zorg (ziekenhuizen, ggz-instellingen, thuiszorginstellingen en verpleeg- en verzorgingshuizen) hebben meegewerkt aan een pilot om het ontwikkelde instrumentarium te testen. De pilot heeft de deelnemende instellingen veel informatie opgeleverd die bruikbaar is voor het hrm-beleid. De instellingen staan klaar om verbetertrajecten te starten.

De 'methode' Buurtzorg blijkt eveneens aantrekkelijk te zijn voor verpleegkundigen en verzorgenden (in de thuiszorg). Het aantal zelfsturende Buurtzorgteams groeide in drie jaar tijd naar 250 en het aantal medewerkers bedraagt inmiddels 2500 (mei 2010). De keuze van Buurtzorg om de relatie tussen cliënt en professional als uitgangspunt te nemen en de rest van de netwerkorganisatie daarbij een ondersteunende rol te laten spelen, spreekt veel verpleegkundigen en verzorgenden aan. Ook cliënten zijn erg tevreden over deze aanpak. Buurtzorg krijgt van de cliënten het hoogste rapportcijfer van alle thuiszorginstellingen. Buurtzorgcliënten ervaren de zorg als bovengemiddeld goed op 10 van de 14 onderzochte indicatoren voor kwaliteit van zorg. Meest eruitspringend zijn de telefonische bereikbaarheid van Buurtzorg, de professionaliteit en veiligheid van de zorg, en de beschikbaarheid van personeel (Nivel, 2008 en 2009).

Uitdagingen voor HRM

Hiervoor zijn al uitdagingen aan de orde geweest voor het HR-beleid, hoewel dat zeker geen uitputtende lijst is. Twee onderwerpen die niet zozeer met een groter aanbod aan personeel te maken hebben, maar voor het HR-beleid zelf van wezenlijk belang zijn, komen hierna nog aan de orde: de positie van het hrm-beleid en de cultuur in instellingen.

Zijn HRM-afdelingen klaar voor de uitdagingen?

In zijn advies in 2006 constateerde de RVZ dat het spijtig was dat de aanbevelingen uit 2001 van de toenmalige commissie-Van Rijn, gericht op verbeteringen van het reactievermogen van sectoren, nog niet verder vorm hadden gekregen. Pro-actief beleid, zo constateerde de RVZ, is niet het sterkst ontwikkeld in de verschillende sectoren.

Die proactieve houding lijkt ook nu nog niet ver ontwikkeld. Slechts twee van de vijf zorg- en welzijnsinstellingen doen momenteel aan strategische personeelsplanning (Regiomarge, 2009). De urgentie van het dreigend tekort in de sector wordt blijkbaar ook nu nog onvoldoende gevoeld. De conclusie van Prismant is dat zorginstellingen de problemen wel zien, maar er feitelijk weinig aan doen. Er is niet of nauwelijks oog voor toekomstige ontwikkelingen (Prismant, 2009, p. 57).

Die bevindingen van Prismant worden bevestigd in een recentelijk door Marketresponse gehouden onderzoek *Flexibilisering van arbeid in de zorg* onder 265 lijn- en stafmanagers en directieleden in de zorg. Er wordt geen verband gelegd tussen ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en de opbouw van het toekomstig personeelsbestand, aldus bijna de helft van de ondervraagden uit de zorg. Slechts 22 procent zegt dat er daadwerkelijk sprake is van een succesvol strategisch Human Resources-plan. De zorg loopt hierin achter op andere branches (www.functiemediair.nl).

Als meest opvallende uitkomsten worden genoemd:

- van de ondervraagden denkt bijna 90 procent dat de toenemende zorgvraag ingrijpende gevolgen zal hebben voor het personeel in de zorgsector;
- slechts 24 procent geeft aan dat er op dit moment in hun organisatie sprake is van een meerjarig in-, door- en uitstroomplan;
- van de ondervraagden geeft 43 procent zelfs aan dat er helemaal geen plan is;
- en maar 64 procent zegt inzichtelijk te hebben welke competenties en functies er nu en in de toekomst nodig zijn om de uitdagingen het hoofd te bieden.

Maar is wel duidelijk wat van HRM-afdelingen wordt verwacht? Uit genoemd onderzoek van Prismant blijkt dat over die rol verschillend wordt gedacht (Prismant, 2009). In vergelijking met personeelsafdelingen in de profitsector zijn de meeste personeelsafdelingen in de zorg sterk gericht op het beheer van het personeel. Personeel- en salarisadministratie worden gezien als dé kernactiviteiten van die afdelingen. 'Bijna nooit vindt ondersteuning vanuit personeelsafdelingen plaats bij het veranderen van het ontwerp van de organisatiestructuur of het optimaliseren van (zorg)logistieke processen. De wijze van ondersteunen wordt

vooral geboden vanuit een personeel en beloningsperspectief. Van een adviesrelatie of HR als businesspartner is nimmer sprake (behalve in één instelling)' (Prismant, 2009, p. 44).

Die bevindingen roepen op zijn minst verwondering op. Want een afdeling personeelszaken zal toch moeten weten voor welke soort hulpverleners moet worden geworven. Welke kant wil de instelling op met de zorg? En is bij verpleegkundigen, zoals in Regiomarge wordt gesteld, sprake van een overaanbod op niveau 5 (Regiomarge, 2009, p. 63)? Of moet de conclusie zijn dat de behoefte van innovatieve en ondernemende instellingen in de care nadrukkelijk verschuift naar hoger opgeleid personeel: meer verpleegkundigen op niveau 4 en 5 en een behoefte aan meer artsen en internationaal georiënteerde fysio- en ergotherapeuten (Prismant, 2009, p. 39)?

*De zorgsector scoort
vergeleken met andere
sectoren laag op markt-
cultuur*

Welke visie op zorg is leidend in de instelling en wat zijn de consequenties daarvan voor het werven en/of behouden van personeel of in meer algemene zin voor het personeelsbeleid? Worden de mogelijkheden voor en de positieve bijdrage van hrm-afdelingen aan het beantwoorden van die vraag voldoende benut? In een heroriëntatie op de positie van het HR-beleid in de instelling ligt een eerste uitdaging.

Hoe staat het met de cultuur in de organisaties?

Veranderingen in organisaties zijn niet gemakkelijk te sturen als niet ook rekening wordt gehouden met bestaande (sub)culturen. Interessant in dit verband is een onderzoek naar de organisatiecultuur in de Nederlandse zorgsector. Met behulp van een meetinstrument is de cultuur van instellingen in kaart gebracht. Het model dat daarvoor gebruikt wordt, is gebaseerd op vier concurrerende waarden die corresponderen met vier typen organisatieculturen. Het gaat om de tegengestelde waarden interne versus externe gerichtheid en stabiliteit versus flexibiliteit. De vier cultuurtypen zijn de interne mensgerichte familiecultuur, de externe innovatieve adhocraticultuur, de externe resultaatgerichte marktcultuur en de interne beheersmatige hiërarchiecultuur (Bremer et al., 2008).

De zorgsector scoort vergeleken met andere sectoren laag op marktcultuur. Die cultuur staat haaks op belangrijke waarden die veel zorgprofessionals koesteren. Ze willen vanuit persoonlijke overtuiging voor mensen zorgen en doen dit veelal met passie. Dat lijkt te botsen met waarden als doelgerichtheid en concurrentie, waarden die in de marktcultuur belangrijk zijn. De onderzoekers zien in dit waardenconflict een risico voor de zorgsector op langere termijn. 'Mensen die niet in overeenstemming met hun waarden kunnen werken, kunnen daarop op langere termijn

“leeglopen”. Zij raken ontevreden en/of oververmoeid. Het resultaat kan bestaan uit ziekteverzuim en uitstroom uit de zorg naar andere sectoren. Gezien het dreigend personeelstekort is dit een ongewenste ontwikkeling’ (Bremer et al., 2009, p. 59).

Ook het onderzoek van Motivaction en Prismant (Prismant & Motivaction, 2009) kan in dit verband genoemd worden. Op basis van onderzoek worden acht sociale milieus (mentality milieus) onderscheiden in de Nederlandse samenleving, met elk een eigen levensinstelling en eigen persoonlijke waarden. Kenmerkende waardepatronen verschillen per generatie. De ‘opwaarts mobielen’ bijvoorbeeld zijn veelal te vinden onder de jongste generatie, maar dat milieu is ten opzichte van de gehele beroepsbevolking ondervertegenwoordigd onder werknemers in de zorg en welzijn. ‘Voor de toekomst is het van belang dat de milieus die oververtegenwoordigd zijn in de zorg, behouden blijven, terwijl de milieus die ondervertegenwoordigd zijn juist meer aangetrokken worden’ (ZIP, 2009).

Voor HR-beleid is dus zeker voor de langere termijn van belang in kaart te brengen welke cultuur dominant is in de organisatie en welk type medewerker daar bijhoort. En welk type werknemer willen we behouden en/of werven gezien de toekomstplannen?

Tot slot

Het zal een opgave zijn om bij de aangekondigde bezuinigingen als gevolg van de financiële crisis de materiële waardering voor het werk van verpleegkundigen en verzorgenden op peil te houden. In het overleg met de Tweede Kamer in april 2010 liet de minister daarover geen misverstanden bestaan. Hoewel hij in dat overleg ook te kennen gaf dat de arbeidsomstandigheden in de zorg in de eerste plaats een verantwoordelijkheid zijn van de sociale partners, had hij ‘een dwingende behoefte om een appèl te doen op de marktsector en de werkgevers in de zorg om zo dicht mogelijk bij de nullijn te blijven’ (TK, 29 282, nr. 98, pag. 22).

Nu staat voor veel mensen in de zorgsector materiële waardering niet het hoogst op het verlanglijstje. Waardering van de leiding scoort wat dat betreft wel hoog. Het staat hoog op de lijst van te verbeteren werk-omstandigheden. Sinds 2003 is echter het percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat zich gewaardeerd voelt door de werkgever, alleen maar gedaald (Nivel, 2008). Alle reden dus om het HR-beleid met het laten blijken van waardering te laten starten. En dat hoeft geen extra geld te kosten. Goed werkgeverschap is daarbij wel nodig. Zou daarom niet te overwegen zijn om aan de taken binnen het HR-beleid – naast die gericht op personeelbeheer – taken gericht op goed werkgeverschap toe te voegen?

Overigens moet nu niet de conclusie zijn dat salaris geen issue zou zijn voor verpleegkundigen en verzorgenden. Gevraagd naar wat voor hen doorslaggevende redenen zijn om een andere baan te gaan zoeken, is dat voor 61 procent een te laag salaris (Nivel, 2008). Als de economie in andere sectoren aantrekt, zou dat voor de zorgsector een extra zorg kunnen worden.

‘De zorgsector zal een uitstekende werkgever moeten zijn, die mensen aan zich weet te binden en nieuwe werknemers weet aan te trekken. Met flexibele roosters, die mensen zelf mogen maken, zodat ze werk en gezinsleven optimaal kunnen combineren. Ook met meer zeggenschap over het eigen werk, met meer differentiatie in functies en met heldere carrièrepaden kun je mensen aan het vak binden. Human Resource Management – dat moet ook in de zorg vanzelfsprekend zijn.’

(Bron: Minister Klink in zijn toespraak op 1 februari 2010 bij de opening van de Bedrijvendagen van de Faculteitsvereniging Beleid en Management Gezondheidszorg in Rotterdam.)

Literatuur

- Achterberg, J. et al. (2006). *Arbeidsproductiviteit en gebouw: een exploratieve studie in de verpleegzorg. Arbeidsmarkt en zorgvraag, achtergrondstudies*. Den Haag: RVZ.
- Aiken, L.H. et al. *Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States*. HSR: Health Services research.
- Berg, B. van den (2005). *Informal Care: an economic approach*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bos, G.A.M. van den, et al. (2006). ‘Zorgen voor CVA-patiënten’. In: *Arbeidsmarkt en zorgvraag, achtergrondstudies*. Den Haag: RVZ.
- Bremer et al. (2008). *Nationaal Onderzoek Zorgcultuur, Klaar voor vernieuwing: marktgericht en menselijk. Een onderzoek naar cultuur in de Nederlandse zorgsector met het Organizational Culture Assessment Instrument*. Kikker Groep.
- Brown, T. (2010). ‘Is There a Nurse in the House?’ *New York Times*, 18 juni 2010.
- Commissie Van Rijn (2001). *De arbeidsmarkt in de collectieve sector*. Den Haag.
- CWI (2005). *Arbeidsmarktprognose 2005-2010..* Amsterdam: Centrum voor Werk en Inkomen.
- Een verkenning van de grenzen. Ethische overwegingen bij zorg op afstand* (2009). Utrecht: Provincie Utrecht.
- Eindrapport Taskforce DeeltijdPlus (2010). *De discussie voorbij*. Den Haag.
- Gezondheidsraad (2002). *Dementie*. Den Haag: GR.
- Heijink, R. et al. (2010). De bijdrage van kwaliteit aan de arbeidsproductiviteit van verzorgingshuizen. *TSG*, 1988, No. 4, p. 196-203.

- Hingstman, L. et al. (2004). *Arbeidsmarktstatistieken in zorg en welzijn 2004*. Gezamenlijke publicatie van NIVEL, Prismant en OSA.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2009). *Toepassing van domotica in de zorg moet zorgvuldiger*. Den Haag.
- Klink, A. (2010). *Mensen inspireren, boeien en binden voor de zorg*. Toespraak van 1 februari 2010.
- McClure, M.L., M.A. Poulin, M.D. Sovie & M.A. Wandelt (1983). *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*. American Academy of Nursing Task Force on Nursing Practice in Hospitals. Kansas City, MO: American Nurses Association.
- Menzis (2010). *Werken in de Zorg*. Nationale Enquête, 2010.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2010). *Vraag naar en aanbod van medisch specialisten. Visiedocument Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg*, juni 2010.
- NIVEL (2008). *Goede teamsfeer belangrijkst voor verpleegkundigen en verzorgenden*. Factsheet Panel Verpleging en Verzorging. Utrecht, oktober 2008.
- NIVEL (2009). *Monitor Zorg op afstand. Verslaglegging van de peiling eind 2008/begin 2009*. Utrecht: NIVEL 2009.
- OSA-publicatie (2004a). *Arbeidsmarktstatistieken, Zorg en Welzijn 2004*. OSA, Nivel en Prismant. Tilburg, Utrecht. ZW61, november 2004.
- OSA-publicatie (2004b). G. van Essen, , E. Josten en H. Meihuizen. *Arbeid in zorg en welzijn: integrerend OSA-rapport 2004*. Tilburg: OSA, 2004.
- Prismant (2009). *Arbeid in Zorg en Welzijn. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Utrecht.
- Prismant en Motivaction (2009). *ZorgWerk en ZorgWerkers in 2025: De 'Z-generatie' als wenkend toekomstperspectief*. Utrecht: Prismant.
- RegioMarge (2009). *De arbeidsmarkt, van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal agogen 2009-2013*.
- Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (ROA) (2009). *De Arbeidsmarkt, naar opleiding en beroep tot 2014*. Maastricht. November 2009, ROA-R-2009/5.
- RVZ (2005). *Van weten naar doen*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (2006). *Arbeidsmarkt en zorgvraag*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- RVZ (2010a). *Zorg voor je gezondheid!* Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010.
- RVZ (2010b). *Gezondheid 2.0*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010.
- RVZ (2010c). *Health 2.0, It's not just about medicine and technology, it's about living your life. Achtergrondstudie bij advies. 2.0*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010.
- SCP (2009a). *De toekomst van de mantelzorg*. Den Haag, Sociaal Cultureel Planbureau, oktober 2009.

- SCP (2009b). *Deeltijd (g)een probleem. Mogelijkheden om de arbeidsduur van vrouwen met een kleine deeltijd baan te vergroten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SCP (2010). *Mantelzorg uit de doeken*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, april 2010.
- SER (2006). *Voorkomen arbeidsmarkt knelpunten collectieve sector*. Advies uitgebracht aan de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- Struijs (2006). A. *Mantelzorg, arbeidsmarkt en zorgvraag. Arbeidsmarkt en zorgvraag, achtergrondstudies*. Den Haag: RVZ.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Arbeidsmarktbeleid en opleidingen Zorgsector*, brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2009-2010, 29 282, No. 96.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Arbeidsmarktbeleid en opleidingen Zorgsector*, verslag van een algemeen overleg. Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2009-2010, 29 282, No. 98.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Arbeidsmarktbeleid en opleidingen Zorgsector*, brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2009-2010, 29 282, No. 99.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Migratiebeleid*, brief van de staatssecretaris van Justitie. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2008-2009, 30 573, No. 34.
- Windt, W. van der & H. Talma (2005). *De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalpedagogen in de zorgsector 2004-2008: een verkenning van de arbeidsmarkt met RegioMarge*. Utrecht: Prismant, 2005.
- Veer, A.J.E. de & A.L. Francke (2009). *Ervaringen van begeleiders en verzorgenden met nieuwe technologieën in de zorg. Resultaten van de peiling onder de leden van het panel Verpleging en Verzorging*. Utrecht: Nivel.
- Veer, A.J.E. de & A.L. Francke (2010). *Werkdruk; meer dan overwerk*. Utrecht: NIVEL.
- Veer, A.J.E. de, et al. (2008). *Buurtzorg: nieuw maar toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen*. Utrecht: NIVEL.
- Veer, A.J.E. de, et al. (2009). *Ervaringen van Buurtzorgcliënten in landelijk perspectief. Addendum bij het rapport "Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd"*. NIVEL.
- Veer, A.J.E. de, et al. (2010). *De aantrekkelijkheid van het verpleegkundig en verzorgend beroep 2009. Cijfers en trends*. Utrecht: Nivel 2010.
- Veer, A.J.E. de, R. Verkaik & A.L. Francke (2010). *Verpleegkundigen en verzorgenden met plezier naar het werk*. TvZ Tijdschrift voor verpleegkundigen 2010, No. 5.
- Verbond Sectorwerkgevers Overheid (2010). *Grote uittocht, De. Vier toekomstbeelden van de arbeidsmarkt van onderwijs- en overheidssectoren*. Samenwerkende Centrales Overheidspersoneel en Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2010.
- Vermeulen, J. (2006). *Langer zelfstandig wonen en hoe ICT daarbij kan helpen*. Proefschrift. Universiteit van Tilburg, 2006.

- Vernooij-Dassen, M. et al. (2006). Zorgen voor mensen met dementie en arbeidsmarkt. *Arbeidsmarkt en zorgvraag, achtergrondstudies*. Den Haag: RVZ, 2006.
- Westerlaken, A. (2010). *Relatie tussen formele en informele zorg*. Vijfde Nationale Mantelzorglezing. 3 juni 2010.
- ZIP (2009). *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorg-sector richting 2025*. Advies van het Zorginnovatieplatform.

Websites

- <http://lexius.nl/instellingsbesluit-taskforce-deeltijdplus> : Besluit van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 7 april 2008, nr. AV/A&Z/2008/8410, tot instelling van de Taskforce DeeltijdPlus (Instellingsbesluit Taskforce Deeltijd-Plus)
- www.nnoc.net : RN-to-Patient Ratios Helping to Solve Nursing Shortage
- www.nnoc.net : Fact Sheet on Ratios and the Nursing Shortage
- www.nnoc.net : RATIOS BOOKLET The Ratio Solution. CANA/NNOC's RN-to-Patient Ratios Work – Better Care, More Nurses
- www.prismant.nl : Kiwa Prismant. Twee procent van de medewerkers in de zorg is op zoek naar een baan buiten de zorg
- www.fni.nl : Zorgtrailer en Zusters on Tour
- www.funktiemediair.nl : Grote uitdaging voor zorg op arbeidsmarkt

Noten

- 1 Cerebro Vasculair Accident (CVA) is de medische term voor een ongeluk in de vaten van de hersenen. In het dagelijks taalgebruik wordt een CVA ook een beroerte genoemd, zoals onder andere een hersenbloeding of herseninfarct.
- 2 Op een abstract niveau is een basale overeenstemming over wat arbeidsproductiviteit ongeveer inhoudt: het zo doelmatig mogelijk inzetten van de beschikbare hoeveelheid arbeid. Maar in de praktijk worden daar veelal verschillende dingen onder verstaan. Het gevolg is veel conceptuele en operationele problemen bij onderzoek naar arbeidsproductiviteit (zie verder 'Arbeidsproductiviteit: een begripsverkenning', bijlage 5 in RVZ, 2006).
- 3 Daarbij gaat het voor een deel om stagiairs en tijdelijke mensen (TK, 30 573, nr. 34, pag. 2.)
- 4 Zo blijkt uit onderzoek naar eerdere wervingacties in het buitenland dat de inspanningen weinig effect hebben gehad. Daarvoor zijn meer redenen. Zie onder meer: 'Internationale mobiliteit van beroepsbeoefenaren: migratie een oplossing voor toekomstige tekorten op de arbeidsmarkt in de zorgsector?', bijlage 6 in RVZ. 2006.