

De zorgarbeidsmarkt in spagaat?

Tussen een toenemende vraag naar arbeid en collectieve bezuinigingen

Erik de Gier

In dit artikel wordt aandacht besteed aan een dreigende spagaat op de zorgarbeidsmarkt. Deze wordt veroorzaakt door enerzijds een dramatische ontwikkeling van vraag en aanbod op de zorgarbeidsmarkt als gevolg van vergrijzing van de bevolking en de beroepsbevolking en anderzijds de noodzaak structureel in vergaande mate te bezuinigen op de collectieve uitgaven voor gezondheidszorg.

De onlangs door het Zorginnovatieplatform (ZIP) geschetste enorme kwantitatieve tekorten aan werknemers op de toekomstige zorgarbeidsmarkt zullen echter voor een deel teniet worden gedaan door een afnemend aanbod van collectief gefinancierde zorgvoorzieningen. Daarvoor in de plaats komt het vraagstuk van de kwaliteit van de arbeid in de zorgsector meer prominent naar voren, evenals het vraagstuk van toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg zelf. Vooral het vraagstuk van toenemende werkdruk en het verder oprukken van het 'Fordist model of medicine' vergen een creatief en gericht HRM-beleid in zorginstellingen.

Door het HRM-beleid van zorginstellingen te plaatsen in de context van een activerende participatiemaatschappij en meer in het bijzonder in de context van de wisselwerking of trade-off van employability van werknemers en empowerment van cliënten/patiënten en (werkende) mantelzorgers behoort een effectiever toekomstgericht HRM-beleid tot de mogelijkheden. Door bovendien het concept van de transitionele arbeidsmarkt consequent te incorporeren in het HRM-beleid van zorginstellingen en daarnaast het HRM-beleid van deze instellingen tevens voor een deel te richten op en te verbinden met mantelzorgers en zelfzorgers ontstaat een aantrekkelijker perspectief voor de zorgarbeidsmarkt.

De arbeidsmarkt in de zorg is in een spagaat terechtgekomen. Deze wordt veroorzaakt door enerzijds de gestaag toenemende vraag naar zorg als gevolg van de vergrijzing van de bevolking. In het verlengde hiervan zullen er bij ongewijzigd beleid in de nabije toekomst substantiële tekorten aan werknemers op de zorgarbeidsmarkt ontstaan en zal de concurrentieslag om werknemers afkomstig uit andere verwante beroepsdeelmarkten toenemen. Anderzijds zal in de komende jaren fors moeten worden bezuinigd op de uitgaven voor zowel curatieve zorg als langdurige zorg. Deze bezuinigingen staan op gespannen voet met de toenemende vraag naar zorg en zorgarbeidskrachten.

Prof. dr. H.G. de Gier is deeltijdhoogleraar comparatief arbeidsmarkt-beleid aan de Radboud Universiteit Nijmegen en zelfstandig onderzoeker en adviseur.

In dit artikel wil ik met behulp van de *capabilities-benadering*, toegespitst op *employability* van werknemers en *empowerment* van zelfzorgers en mantelzorgers, onderzoeken in hoeverre deze spagaat oplosbaar is en de toekomstige arbeidsmarkt in de zorg in een rustiger vaarwater terecht zou kunnen komen (De Gier, 2009). Doel daarvan is na te gaan of het in de gegeven context mogelijk is een optimale verhouding te realiseren tussen enerzijds de inspanningen van werknemers en anderzijds de inspanningen van cliënten en mantelzorgers. Lukt het uiteindelijk niet een verantwoorde balans te vinden tussen de inzet van werknemers, zelfzorg van patiënten en mantelzorgers, dan ligt op termijn een tweedeling tussen arm en rijk wat betreft toegang en gebruik van kwalitatief hoogwaardige zorg in het verschiets (De Gier, 2010). Daar zijn noch de werknemers, noch de cliënten en patiënten bij gebaat.

Om een antwoord te kunnen formuleren op de onderzoeksvraag zullen enkele recente beleidsrapporten nader worden geanalyseerd, zoals het kort geleden gepubliceerde arbeidsmarktadvies van het Zorginnovatieplatform (ZIP) en de rapporten die in het kader van de brede heroverweging zijn gemaakt over toekomstige bezuinigingen in de curatieve zorg en langdurige zorg. Deze rapporten geven een goed beeld van de huidige en toekomstige vraagstukken in de zorg in het perspectief van een krappe arbeidsmarkt en de politieke noodzaak substantieel te bezuinigen op de collectieve zorguitgaven. Aan het slot van het betoog komt de vraag aan de orde welke rol HRM in zorgorganisaties in dit verband kan spelen.

De vraag die ik in dit artikel wil beantwoorden is of de bovengenoemde spagaat in de zorgarbeidsmarkt op een bevredigende en duurzame wijze oplosbaar is in die zin dat de vraag naar en het aanbod van beroepskrachten en mantelzorgers redelijk met elkaar in evenwicht komen zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit en toegankelijkheid van de aangeboden zorg.¹ Beroepskrachten betreft medisch en verplegend en verzorgend personeel in zowel cure als care.

Mantelzorgers betreft familie, vrienden en vrijwilligers die (vrijwel) om niet ondersteunende zorgarbeid verrichten ten behoeve van een cliënt of patiënt. Kwaliteit omschrijven we in meer algemene zin als zorg die qua aard vergelijkbaar is met de kwaliteit van de zorgverlening op dit moment. In beginsel blijft de kwaliteit van de zorg gelijk indien de mortaliteit van patiënten niet stijgt over een reeks van jaren (Aiken et al., 2002). Toegankelijkheid ten slotte heeft betrekking op de betaalbaarheid en kosten van de aangeboden zorg. In ons land hebben alle burgers tot op heden gelijke toegang tot collectief gefinancierde zorg.

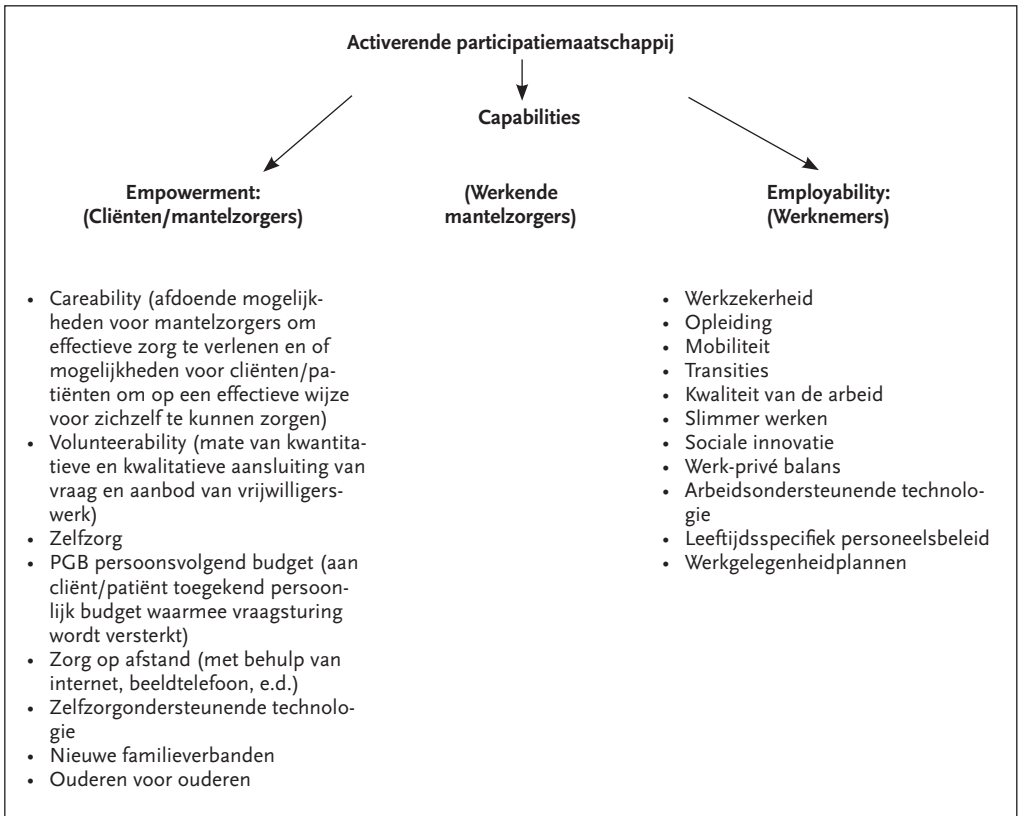
De capabilities-benadering

De ruimere context van dit betoog is het dominante beleidsconcept van een activerende participatiemaatschappij. Dit is een maatschappijvorm waarin iedereen naar vermogen meedoet, bij voorkeur door middel van betaalde arbeid. Doel is dat niemand aan de kant staat (De Gier, 2007; RMO, 2008).

De activerende participatiemaatschappij heeft en zal ook in de nabije toekomst een grote impact hebben op de verdere ontwikkeling van de zorg. De zorg zal als sector en qua organisatievorm moeten inspelen op de activerende participatiemaatschappij. Dat houdt in dat de sector niet alleen zal moeten anticiperen op de veranderende betekenis van de betaalde, maar ook van de onbetaalde arbeid in de samenleving. Daarmee heeft de sector voor een groot deel als het ware zelf de sleutel in handen voor een oplossing van niet alleen het vraagstuk van personeelsvoorziening, maar ook ten aanzien van de toekomstige vraag naar zorg. Sleutelbegrippen in dit verband zijn 'capabilities', 'employability' en 'empowerment' (De Gier, 2009). Deze begrippen betreffen een nadere detaillering van het overkoepelende begrip activerende participatiemaatschappij (Box 1).

Door middel van de capabilities-benadering worden de juiste voorwaarden en kansen voor participatie gecreëerd en krijgt tegelijkertijd de eigen verantwoordelijkheid van de burger en werknemer nadere invulling. Capabilities zijn vermogens van individuen om daadwerkelijk te kunnen participeren in de samenleving, bijvoorbeeld in de vorm van het beschikken over de juiste vaardigheden om door middel van een betaalde baan een inkomen te verwerven (employability) of door het vermogen zichzelf voldoende te kunnen redden in het geval niet of slechts gedeeltelijk kan worden teruggevallen op professionele zorgvoorzieningen (empowerment).

De activerende participatiemaatschappij behelst een toekomstbestendig stelsel voor werk, scholing en inkomen en bestaat uit twee afzonderlijke, maar onderling verbonden pijlers, namelijk een inkomensbeschermende en een participatiepijler (SER, 2006; De Gier, 2007; Commissie-Bakker, 2008). De eerstgenoemde pijler bestaat uit het stelsel van sociale zekerheid. De tweede pijler richt zich op participatie en (levenslange) scholing van werknemers ten behoeve van het op peil houden van voor de arbeidsmarkt relevante competenties. De arbeidsmarkt die past bij de activerende participatiemaatschappij is er een waarbij baan zekerheid voor een reeks van jaren wordt vervangen door werkzekerheid. Dit laatste houdt in dat werknemers gedurende hun gehele actieve periode gemakkelijke en soepele overgangen maken van werken naar niet-werken ten behoeve van scholing, het uitvoeren van zorgtaken of het tijdelijk vervullen van langgekoesterde privéwensen, zoals het maken van een lange reis of sabbatical. Men spreekt in dit



Box 1. De activerende participatiemaatschappij.

verband van het ontstaan van een transitionele arbeidsmarkt. Dit type arbeidsmarkt wijkt fundamenteel af van een meer traditionele arbeidsmarkt omdat ook toekomstige kansen en risico's op de arbeidsmarkt worden ingecalculleerd. Een goed functionerende transitionele arbeidsmarkt verschaft aan werknemers zowel zekerheid als flexibiliteit ('flexicurity'). Hij realiseert werkzekerheid in die zin dat werknemers in staat zijn de risico's op werkloosheid of uitval om een andere reden te minimaliseren. Tegelijkertijd komt het idee van een transitionele arbeidsmarkt tegemoet aan de behoefte van werkgevers aan een flexibele personeelsinzet. Ook de functies van het stelsel van sociale zekerheid veranderen in deze context fundamenteel van karakter. Aan de ene kant komt er een veel sterker accent te liggen op het aspect individuele verantwoordelijkheid als gevolg van een gedeeltelijke privatisering van het stelsel en een toename van het eigen risico. Aan de andere kant wordt sociale zekerheid niet langer in de eerste plaats beschouwd als een vorm van inkomenshervreiding of hervreiding van sociale goederen tussen rijk en arm of tussen jong en oud, maar als een vorm van investeren in duurzame arbeidsparticipatie van actieve werknemers.

Zoals uit het bovenstaande blijkt, dient de activerende participatiemaatschappij meerdere heren en doelen. Zo zou de activerende participatiemaatschappij op termijn minder collectieve kosten met zich moeten brengen dan de eraan voorafgaande passiviteit bevorderende herverdelende verzorgingsstaat. Daarnaast draagt arbeidsparticipatie bij aan de betaalbaarheid van dure collectieve voorzieningen, waaronder de AOW. Arbeidsparticipatie komt tevens tegemoet aan de wens naar meer flexibiliteit van zowel werkgevers als werknemers. Het nader vorm geven van een voor werknemers plezierige work-life balance vormt daarvan een goed voorbeeld. Daarnaast is de gedachte dat een activerende participatiemaatschappij substantieel participatieverhogend uitwerkt en daardoor in staat zal zijn toekomstige arbeidstekorten op een vergrijzende en krimpende arbeidsmarkt te beperken. Dat kan op allerlei manieren; bijvoorbeeld door langer doorwerken van oudere werknemers en door het aanboren van onbenut arbeidspotentieel met of zonder sociale uitkering, zoals jongeren, vrouwen, deeltijders, langdurig werklozen en arbeidsongeschikten. In dit perspectief wordt het haalbaar geacht dat uiteindelijk 80 procent van de beroepsbevolking actief participeert op de arbeidsmarkt tegen ruim 60 procent op dit moment. Een substantieel deel van de beroepsbevolking zal ook in de toekomst in de zorg werkzaam zijn.

Zo gezien, lijkt de activerende participatiemaatschappij een panacee voor alle kwalen uit het verleden en ook toekomstige kwalen in de sfeer van arbeid en sociale zekerheid. Of het zo eenvoudig ligt, is de vraag. Als gevolg van de financiële en de daaropvolgende economische crisis sinds eind 2008 loopt ondanks de vergrijzing de werkloosheid in ons land weer op. Op dit moment is deze met ongeveer vijf procent relatief laag.

Een ander serieus punt van aandacht ten aanzien van de activerende participatiemaatschappij is het eenzijdige accent in het beleid op het verrichten van betaalde arbeid en de gelijktijdige verwaarlozing van de betekenis voor de samenleving van onbetaalde arbeid, in hoofdzaak vrijwilligerswerk evenals de voor de zorg uiterst relevante mantelzorg. In het bijzonder de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) heeft geprobeerd deze eenzijdigheid op te heffen door arbeid, vrijwillige inzet en mantelzorg meer systematisch aan elkaar te verbinden (RMO, 2008). De RMO stelt, zich basierend op gegevens van het Expertisecentrum Mantelzorg, onder meer dat op dit moment driekwart van de care in de Nederlandse gezondheidszorg voor rekening komt van veelal werkende mantelzorgers. Daardoor dreigt er niet alleen een risico voor overbelasting van de betrokken burgers, maar dreigt er op een op langere termijn blijvend krappe arbeidsmarkt tevens een concurrentiestrijd te ontbranden tussen betaalde arbeid, onbetaald werk en mantelzorg. Volgens de RMO komt dit niet ten goede aan de financieel-economische welvaart en evenmin aan de samenhang van de samenleving.

Indien de kritiek op de actuele beleidsmatige invulling van de activerende participatiemaatschappij ter harte wordt genomen, is er voldoende reden dit begrip te verbreden en nader uit te werken in de richting van de in Box 1 kort beschreven capabilities-benadering. Deze benadering speelt evenwichtig in op zowel vraag als aanbod op de arbeidsmarkt en biedt bovendien realistischer regel- en stuurmogelijkheden voor politici, beleidsmakers en HRM-managers omdat zowel rekening wordt gehouden met employability van werknemers als met empowerment van cliënten en mantelzorgers. Daarnaast komt ook de *werkende* mantelzorger scherper in beeld.

De capabilities-benadering is in eerste instantie ontwikkeld door de econoom en Nobelprijswinnaar Armatya Sen en de filosofe Martha Nussbaum.² Naarmate individuen over meer capabilities beschikken, neemt hun vrijheid van handelen en manoeuvreerruimte toe. In beginsel zijn er talloos veel capabilities, maar het gaat erom dat het individu daaruit een persoonlijke op zichzelf toegesneden keuze maakt. De uitkomst van dit keuzep proces is een beperkter aantal gerealiseerde of effectieve capabilities. Deze worden in de literatuur aangeduid als *functioning*.³

De capabilities-benadering heeft betrekking op de kwaliteit van het leven

Samengevat heeft de capabilities-benadering betrekking op de kwaliteit van het leven en daar moet het of zou het in essentie ook om moeten draaien, in het bijzonder in de sfeer van de zorg en de activerende participatiemaatschappij als middel voor het realiseren van individueel welzijn en individuele welvaart.

Employability van werknemers wordt in dit kader in hoofdzaak gerealiseerd door middel van implementatie van activerend arbeidsmarktbeleid en door middel van het vormgeven van transitioneel arbeidsmarktbeleid. Van belang in dit verband zijn zaken als vraag naar arbeid, kwaliteit van het werk, opleiding, leeftijdsspecifiek personeelsbeleid, sociale en technologische innovatie.

Empowerment krijgt op het terrein van zorg aan de andere kant voornamelijk gestalte door promotie van zelfzorg, mantelzorg, daarbij ondersteunende technologie, nieuwe familie- en/of samenlevingsverbanden, e.d. Daardoor kunnen mensen de noodzakelijke voorwaarden creëren waarmee men zichzelf beter kan redden. Anders geformuleerd versterkt empowerment het coping-gedrag van individuele burgers en levert het aanvullend daarnaast een bijdrage aan actief burgerschap (Steenssens et al., 2009). Van Regenmortel gaat nog een stap verder door empowerment aan te duiden als een uitdagend kader voor sociale insluiting en moderne zorg en daarbij ook organisaties en gemeenschappen te

betrekken. Zij omschrijft empowerment als: 'Een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie' (Van Regenmortel, 2008).

Kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen op de zorgarbeidsmarkt

Recentelijk zijn de kwantitatieve ontwikkelingen op de zorgarbeidsmarkt in samenvattende zin nader in beeld gebracht door het Zorginnovatieplatform (ZIP) (ZIP 2009). Daarbij onderscheidt het ZIP een drietal trends.

In de eerste plaats zal de zorgvraag in de komende vijftien jaar flink toenemen. Bovendien zal de vraag naar zorg complexer worden. Kwantitatief gezien neemt het aantal 65-plussers toe van 2,5 miljoen tot 3,7 miljoen. Het aantal 80-plussers groeit in dezelfde periode van 640.000 naar 910.000. Kwalitatief gezien zullen voornamelijk ziekten voortkomend uit de oude dag toenemen. Voorbeelden zijn hartfalen, dementie en beroerte.

In de tweede plaats krimpt het totale arbeidsaanbod in de komende vijftien jaar. Als gevolg daarvan zal de ontwikkeling van het arbeidsaanbod achter blijven bij de vraag. Voor de zorgsector ligt dit extra gecompliceerd. Uitgaande van een jaarlijkse groei van de zorgvraag met 2 procent en tegelijkertijd een stijging van een jaarlijkse groei van de productiviteit in deze sector met een half procent zal de vraag naar arbeid in de zorgsector toenemen tot 470.000 werknemers tot 2025, terwijl anderzijds het totale arbeidsaanbod in Nederland slechts zal groeien met 20.000 werknemers. Dit is een dramatisch verschil. Niettemin is de verwachting dat het aantal werknemers in de gezondheidszorg als percentage van de werkzame beroepsbevolking tussen 2010 en 2025 zal toenemen van 15 procent tot meer dan een vijfde (22 procent) van de werkzame beroepsbevolking. Daarbij zal de ouderenzorg het leeuwendeel voor zijn rekening nemen.

De derde door het ZIP onderscheiden trend is dat het arbeidsaanbod in de komende jaren gevarieerder wordt. Zo zullen er bijvoorbeeld meer vrouwen, ouderen en allochtonen op de arbeidsmarkt komen en zal daarnaast de diversiteit in arbeidsvoorwaarden sterk toenemen en in het verlengde daarvan de diversiteit in behoeften van werknemers.

Kijken we naar de samenstelling van het personeelsbestand in de zorgsector, dan valt op dat veruit het merendeel van de zorgwerkers bestaat uit verplegend en verzorgend personeel. In 2008 waren er 200.000 verplegenden en 300.000 verzorgenden in deze sector werkzaam. Daarnaast is er nog een substantiële groep (ca. 200.000) sociaalagogen, alfa hulpen en assistierenden, artsen en paramedisch personeel. Ten slotte werkt in

de sector een grote groep personeel die niet direct bij zorgverlening is betrokken (ZIP, 2009, p. 16).

Het spiegelbeeld van de zorgarbeidsmarkt betreft het aantal en aandeel vrijwilligers en mantelzorgers, evenals de toename van zelfzorg door cliënten/patiënten. Als geen andere sector op de arbeidsmarkt vormt de zorgarbeidsmarkt een communicerend vat met vrijwilligers en mantelzorgers en in het verlengde daarvan ook de zelfzorg. In theorie kan een tekort aan werknemers in de zorg voor een deel worden gecompenseerd met mantelzorgers, vrijwilligers en een toename van zelfzorg.

Wat betreft mantelzorg blijkt dat jaarlijks 30 procent van de volwassen Nederlandse bevolking (3,7 miljoen mensen) zorgondersteuning geeft aan familieleden of goede bekenden met gezondheidsproblemen. In totaal 6 procent geeft intensieve zorg door meer dan acht uur per week en langer dan drie maanden zorg te verlenen. De meeste hulp beperkt zich tot huishoudelijke hulp en ondersteuning. Daarentegen ontvingen in 2006 370.000 mensen mantelzorg. De verwachting is dat het aantal zorgontvangers tot 2020 stijgt met 50.000 mensen (RMO, 2008). Iets meer dan de helft van het aantal mantelzorgers heeft ook een betaalde baan. Van de mantelzorgers die jonger zijn dan 65 jaar hebben drie op de vier helpers (71 procent) naast de zorgtaak een betaalde baan van één of meer uren per week. Eén op de drie doet bovendien ook vrijwilligerswerk (SCP, 2009). Opgeteld omvat de verleende mantelzorg ongeveer een half miljoen manjaren. In 2015 zal dit naar verwachting zijn toegenomen tot 600.000 manjaren (RMO, 2008). Van belang is voorts dat niet-werkenden, alleenstaanden, vrouwen, ouderen en hoger opgeleiden gemiddeld meer tijd besteden aan vrijwilligerswerk en mantelzorg.

Concluderend blijft het aantal vrijwilligers over een langere tijdsperiode stabiel en neemt de mantelzorg en het aantal zorgontvangers geleidelijk verder toe als gevolg van de vergrijzing.

Binnen het kader van de activerende arbeidsparticipatiemaatschappij zal het totale volume vrijwilligerswerk en mantelzorg in de komende jaren verder moeten stijgen, zonder dat dit ten koste gaat van de inzet voor betaalde arbeid. De vraag is of dit mogelijk is. Er zijn aanwijzingen dat vooral intensieve zorg verlenende mantelzorgers in toenemende mate last hebben van verschijnselen die duiden op overbelasting en stress. Een deel van hen ondervindt zelfs een terugval in gezondheid die mede worden veroorzaakt door het geven van mantelzorg (RMO, 2008; SCP, 2009). Bij vrijwilligerswerk blijkt een verschuiving gaande van jonge werkende tweeverdieners al of niet met kinderen naar oudere generaties die over meer vrije tijd beschikken.

In het geval van zelfzorg gaat het niet zozeer om empowerment van onbetaalde zorgverleners, maar om empowerment en zelfredzaamheid van zorgconsumenten.

In het kader van de activerende participatiemaatschappij zullen zorgconsumenten zo veel mogelijk *capabilities* en *functionings* moeten ontwikkelen die een beroep op professionele hulpverlening kunnen beperken. Behalve door het verwerven van voldoende inkomen, waarmee in de toekomst geprivatiseerde zorg kan worden ingekocht, valt op dit vlak onder andere te denken aan de ontwikkeling en toepassing van zelfzorgondersteunende technologie, evenals aan de verdere ontwikkeling en uitbouw van vraagversterkende zorgvouchers ten behoeve van zorgconsumenten (PGB en persoonsvolgend budget).

Doorgaans blijken de werknemers in de zorg tevreden over hun kwaliteit van arbeid

Doorgaans blijken de werknemers in de zorg tevreden over hun kwaliteit van arbeid. Hoog in dit verband scoren bijvoorbeeld: inhoudelijk leuk werk (90%), uitingsmogelijkheden in het werk (80%), op de persoonlijke situatie aansluitende werktijden (66%), invloed op de inhoud van het werk (65%) en het kunnen ontplooiën van nieuwe initiatieven (63%). De overige beroepsbevolking is minder positief over het werken in de zorg en dit geldt het meest uitgesproken voor de jongere generaties (ZIP, 2009, p. 16-17).

De hoge tevredenheid met de kwaliteit van het werk en de arbeidsvoorwaarden en omstandigheden van het personeel in de zorg heeft op korte termijn een positieve invloed op de aantrekkelijkheid van de zorgarbeidsmarkt voor het zittende en toekomstige personeel. Toch is niet alles goud wat er blinkt. Kort geleden publiceerde zorgverzekeraar Menzis de resultaten van de Nationale Enquête 'Werken in de Zorg' 2010 (Menzis, 2010). In dit onderzoek, een landelijke enquête onder ruim 4000 werknemers in de zorg, is in feite een onderzoek naar de kwaliteit van de arbeid in de brede zorgsector. De resultaten daarvan zijn aanmerkelijk minder positief dan de resultaten van de eerder uitgevoerde onderzoeken van onder andere Prismant en Motivaction waarop het ZIP zich baseert. Als een van de meest opmerkelijke knelpunten komt uit het Menzis-onderzoek de toenemende werkdruk van zorgwerkers naar voren. Meer dan de helft is van mening dat er te weinig tijd is om het werk te doen en verwacht dat de problemen op dit vlak alleen nog maar zullen toenemen. Veel tijd van het uitvoerende zorgpersoneel (gemiddeld 40%) blijkt verloren te gaan met administratieve taken. Een tweede opmerkelijk knelpunt is de agressie op het werk. Bijna de helft van het zorgpersoneel heeft maandelijks met agressie op het werk te maken en meer dan een kwart heeft er wekelijks last van. Gevraagd

naar de toekomstverwachtingen antwoord 63 procent dat binnen nu en vier jaar de kwaliteit van de zorg daalt. De stemmingswisseling van het zorgpersoneel van overwegend positief over de kwaliteit van het werk en de zorg naar een substantieel minder positief beeld is mogelijk mede veroorzaakt door de huidige financiële en economische crisis.

De uitkomsten van dit onderzoek wijzen in de richting van een duurzame toename van de werkdruk bij het uitvoerend zorgpersoneel en tevens op een geleidelijke aantasting van vakmanschap van het werken in de zorg van zowel medisch als verplegend en verzorgend personeel. Door het permanente accent op productiviteitsverhoging neemt niet alleen de werkdruk van verplegend en verzorgend personeel toe, maar is er ook steeds minder tijd voor de voor zowel professional als patiënt/cliënt mensgerichte activiteiten van dit werk. In dit verband is een vergelijking met de situatie in het Verenigd Koninkrijk relevant. In zijn recente boek *The Craftsman* wijst de Brits-Amerikaanse socioloog Richard Sennett op de negatieve gevolgen van arbeidsdeling en tijdmeting van medische verrichtingen in de Britse NHS voor de kwaliteit van de arbeid van de werknemers (Sennett, 2008). Zowel dokters als verpleegkundig personeel geven aan het gevoel te hebben in het binnen de NHS dominante *Fordist model of medicine* niet meer toe te komen aan de meer mensgerichte aspecten van hun werk. Er is geen reden om aan te nemen dat het in ons land anders is dan in het Verenigd Koninkrijk.

Concluderend ontstaat zowel in kwantitatieve als kwalitatieve zin een uiterst gecompliceerd plaatje van de zorgarbeidsmarkt naar de toekomst toe. Allereerst neemt de vraag naar zorg toe. Daarnaast wordt de zorgvraag ook gecompliceerder. Anderzijds neemt de werkdruk van de zorgwerknemers toe, mede door het permanente streven van de zorgwerkgevers naar productiviteitsverhoging. Dat heeft grote gevolgen voor de inhoud van het werk. Naast een toename van kortcyclische taken, ontstaat er ook minder ruimte voor mensgerichte activiteiten. Per saldo zal daardoor niet alleen de kwaliteit van het werk en de dienstverlening afnemen, maar zal ook de zorgarbeidsmarkt aan aantrekkelijkheid inboeten ten opzichte van andere concurrerende sectoren.

Om vervolgens meer grip te krijgen op ontwikkelingen in de zorg en de zorgarbeidsmarkt naar de toekomst toe zal ik enige recente beleids- en adviesrapporten analyseren vanuit achtereenvolgens de invalshoek *employability* van werknemers en empowerment van cliënten en mantelzorgers. De achterliggende gedachte is dat een grotere mate van *employability* van werknemers en een grotere mate van *empowerment* van cliënten en mantelzorgers een substantiële bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van de toekomstige arbeid- en arbeidsmarktproblematiek in de zorgsector.

Employability van werknemers

In dit betoog draagt de toepassing van de capabilities-benadering bij aan een verdere nuancering en concretisering van het beleidsconcept activerende participatiemaatschappij. In essentie maakt de capabilities-benadering het mogelijk de activerende participatiemaatschappij op een meer integrale wijze te beschouwen als een evenwichtige combinatie van betaald en onbetaald werk. Het laatste aspect wordt vaak vergeten of over het hoofd gezien. Het onderscheid tussen employability en empowerment sluit daar uitstekend bij aan. Met andere woorden, de toekomstige uitdaging voor het HRM ligt in de zorgsector in het bevorderen van de juiste voorwaarden voor een brede diversiteit van capabilities en functionings van de zorgwerknemers. Daarmee zal binnen het ruimere kader van een activerende participatiemaatschappij op een optimale wijze kunnen worden ingespeeld op de toekomstige arbeids- en arbeidsmarktproblematiek in de zorgsector.

Binnen het kader van optimale en aantrekkelijke employability van werknemers zal de sector idealiter moeten inspelen op enerzijds transitioneel arbeidsmarktbeleid en anderzijds op kwaliteit van de arbeid binnen zorgorganisaties. Voorbeelden van goed transitioneel arbeidsmarktbeleid zijn voldoende aandacht voor leven lang leren en scholing, voldoende aandacht voor de werk-privé balans en voldoende aandacht voor de specifieke vraagstukken waarmee oudere en jongere werknemers worstelen. Wat betreft de kwaliteit van de arbeid houdt employability in het tegengaan of voorkomen van neo-tayloristische arbeid en in het verlengde daarvan neo-fordisme bij de organisatie van het werk en het leidinggeven. Omgekeerd zou veeleer het in stand houden en bevorderen van vakmanschap van verplegend en verzorgend personeel op de voorgrond moeten staan. Ten slotte impliceert employability in de zorgsector tevens aandacht voor de werkende mantelzorgers en zijn/haar capabilities en functionings.

Het ZIP-rapport stelt een viertal beleidslijnen voor

In deze paragraaf sta ik stil bij de employability van werknemers in de zorg. In de volgende paragraaf ligt het accent op empowerment van cliënten/patiënten en mantelzorgers. Aan de orde komt allereerst het eerdergenoemde ZIP-rapport. Daarna besteed ik aandacht aan de rapporten over de zorg die in het kader van de brede heroverwegingen zijn geproduceerd. Het ZIP-rapport heeft primair een investeringskarakter. De heroverwegingsrapporten hebben als invalshoek het bezuinigen op collectieve uitgaven. Tussen beide benaderingen bestaat een inherente spanning.

Om de arbeidsmarktproblematiek in de zorgsector in de komende jaren aan te pakken stelt het ZIP een viertal beleidslijnen voor (ZIP, 2009). Dit zijn achtereenvolgens:

- investeren in een leven lang leren;
- inspelen op diversiteit met arbeidsvoorwaarden;
- optimaliseren van arbeidsorganisatie en inzetbaarheid;
- werven met beleid.

Van belang is dat het ZIP zich richt op het tot stand komen van *integraal* HRM-beleid op alle relevante niveaus in de zorgsector, namelijk het landelijke niveau (ministeries, sociale partners en beroepsorganisaties), het regionale niveau (regionale samenwerkingsverbanden van zorginstellingen, regionale opleidingsinstituten, gemeenten, provincies, UWV Werkbedrijf) en het instellingsniveau (directeuren/managers HRM, ondernemingsraden, werknemers en raden van bestuur). Per beleidslijn doet het ZIP vervolgens een aantal concrete beleidsaanbevelingen. Ik kom daar later op terug als de toekomst van het HRM in de zorg nader wordt gezien.

Wat betekenen de recente heroverwegingsrapporten in dit perspectief? In het kader van de door het vorige kabinet ingestelde heroverwegingswerkgroepen die de opdracht hadden alle mogelijke bezuinigingen tot 20 procent op collectieve uitgaven in 2015 in het licht van de huidige economische crisis te inventariseren zijn drie rapporten geproduceerd over de zorg; namelijk één rapport over langdurige zorg en één rapport over curatieve zorg. Daarnaast is in een afzonderlijk rapport complementaire aandacht besteed aan de curatieve GGZ. Vooraf moet worden opgemerkt dat de heroverwegingsrapporten zich niet exclusief richten op de arbeidsmarktproblematiek in de zorg, maar er uiteraard wel grote gevolgen voor kunnen hebben indien het nieuwe kabinet een deel van de bezuinigingsvoorstellen overneemt.

De heroverwegingswerkgroep langdurige zorg heeft niet alleen 4,2 miljard euro aan bezuinigingsvoorstellen bijeen gebracht (20% van de premiegefinancierde uitgaven), maar tevens voorstellen gedaan voor een nieuwe, meer doelmatige inrichting van de langdurige zorg (Rapport brede heroverwegingen, 2010). Dat heeft vooral gevolgen voor de verantwoordelijkheidsverdeling in de uitvoering en voor de AWBZ. Er worden vier varianten onderscheiden.

De variant 'Eigen regie' legt de regie in hoofdzaak bij de cliënt; de variant 'Zorg dichtbij' legt de verantwoordelijkheid van de coördinatie van de zorg bij gemeenten; de variant 'Zorg verzekerd' baseert zich op een stelsel met onderling concurrerende verzekeraars; en ten slotte de variant 'AWBZ versoberd' bespaart 20 procent zonder stelselwijziging. De besparingen tussen de vier varianten bewegen zich tussen 3,1 miljard euro (Zorg verzekerd) en 4,4 miljard euro (AWBZ versoberd). In alle gevallen wordt er een groter beroep gedaan op zelfredzaamheid van

cliënten omdat regelingen of onderdelen daarvan worden afgeschaft of versoerd.

Hoewel het rapport over de langdurige zorg ten onrechte niet de gevolgen van de beoogde bezuinigingen voor de zorgarbeidsmarkt in beeld brengt, wordt wel opgemerkt dat bij alle vier varianten sprake zal zijn van een intensiever beroep op mantelzorgers, evenals van een niet te kwantificeren afname van het arbeidsaanbod. Daar staat tegenover dat door het verminderd aanbod van collectieve voorzieningen in zijn geheel de vraag naar arbeid in de zorgsector ook zal afnemen.

Bezien we vervolgens het heroverwegingsrapport over de curatieve zorg (Rapport brede heroverwegingen, 2010). De curatieve zorg behoort tot de categorie snelst groeiende collectieve uitgaven met ongeveer 4,5 procent per jaar. Sinds de millenniumwisseling overstijgt de groei van de zorgkosten de demografische trend. In vergelijking met het buitenland scoort de Nederlandse curatieve zorg goed op de punten toegankelijkheid en bereikbaarheid, maar minder goed op de punten kwaliteit, doelmatigheid en de macro-betaalbaarheid. De werkgroep heroverwegingen curatieve zorg stelt in het verlengde hiervan een driesporenbeleid voor waarmee 20 procent van de premiegefinancierde uitgaven zal kunnen worden bezuinigd, ofwel ruim 6 miljard euro. Dit is in de eerste plaats een verbetering van de doelmatigheid door middel een structurele aanpassing van het bestaande sturingsmodel dat een mengeling vormt van gereguleerde concurrentie en aanbodfinanciering. De keuze die hier moet worden gemaakt is wel of niet doorgaan met gereguleerde concurrentie in het kader van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ.

In de tweede plaats wordt voorgesteld de eigen verantwoordelijkheid van zorggebruikers te vergroten door middel van een forse verhoging van het eigen risico en een eigen vaste financiële bijdrage aan een huisartsenconsult. Ten slotte stelt de werkgroep een versmalling van het verzekerde pakket voor. Het rapport staat niet systematisch stil bij de mogelijke arbeidsmarkteffecten en de effecten op mantelzorg en vrijwilligerswerk, maar maakt wel impliciet een opmerking over dreigende forse personeelstekorten en looninflatie bij ongewijzigd beleid. Er mag concluderend dan ook van worden uitgegaan dat de richting van de voorgestelde bezuinigingen in elk geval zal leiden tot een stabilisering of afname van de premiegefinancierde curatieve zorg en als gevolg daarvan zeer waarschijnlijk ook een daling van de stijgende vraag naar personeel in het geval van ongewijzigd beleid. Daarnaast zullen, evenals in het geval van bezuinigingen op de langdurige zorg, substitutie-effecten optreden ten opzichte van mantelzorg en vrijwilligerswerk.

Het derde heroverwegingsrapport met betrekking tot de zorg spitst zich toe op geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (Rapport brede heroverwegingen, 2010). Er is bij GGZ-cliënten doorgaans sprake van een combinatie van psychische klachten en sociaal-maatschappelijke problemen. Het beleid op dit terrein is gefragmenteerd. De curatieve GGZ is onderdeel van de Zvw, terwijl de intramurale GGZ onderdeel vormt van de AWBZ. Daarnaast is de WMO van belang voor zover het gaat om maatschappelijke ondersteuning door gemeenten. De GGZ-uitgaven zijn in de afgelopen jaren aanzienlijk sterker gestegen dan die van de overige premiegefinancierde zorg.

De betreffende werkgroep stelt in het verlengde hiervan een samenhangende aanpak voor bestaande uit een verkleining van het verplicht verzekerde pakket c.q. een vergroting van het privaat te verzekeren pakket; het invoeren van eigen betalingen door cliënten en een verhoging van de doelmatigheid van de GGZ door middel van onder andere versterking van de zelfhulp (zelfmanagement en e-mental health), substitutie van duurder tweedelijnszorg naar goedkopere eerstelijnszorg en het versterken van financiële prikkels. Al met al kan ongeveer 400 miljoen euro op de GGZ worden bezuinigd conform de voorstellen van deze heroverwegingswerkgroep.

Samenvattend wijzen de drie heroverwegingsrapporten in de sfeer van de zorg alle in dezelfde richting. Dat wil zeggen:

- beperking van de collectief gefinancierde zorg (door middel van pakketverkleining en verhoging van eigen bijdragen) c.q. versterking van de privaat gefinancierde zorg;
- een groter beroep op zelfredzaamheid van cliënten/patiënten;
- een verdere substitutie tussen beroepkrachten en mantelzorgers/vrijwilligers;
- een verhoging van de doelmatigheid van het stelsel en de dienstverlening.

Er wordt in de rapporten niet expliciet ingegaan op de vraag welke effecten de voorgestelde maatregelen zullen hebben voor de vraag naar personeel en de zorgarbeidsmarkt. Duidelijk is wel dat er arbeidsmarkteffecten zullen optreden. In de eerste plaats zal de verwachte stijging van de vraag naar arbeid in de zorg afnemen. In de tweede plaats zal een groter beroep worden gedaan op respectievelijk zelfhulp, mantelzorg en vrijwilligerswerk. In de derde plaats zal er een gedeeltelijk verschuiving plaatsvinden van de vraag naar arbeid in de collectief gefinancierde zorg naar de privaat gefinancierde zorg.

Empowerment van cliënten en (werkende) mantelzorgers

Hoewel mantelzorgers al een groot deel van de zorg in ons land voor hun rekening nemen, neemt het belang van mantelzorg in de komende jaren verder toe vanwege enerzijds de veronderstelde krapte en tekorten

op de zorgarbeidsmarkt en anderzijds de forse bezuinigingsnoodzaak in de sfeer van collectieve of premiegefinancierde zorguitgaven. Er kan in deze situatie gemakkelijk een spanning ontstaan tussen het opvoeren van employability van werkenden en empowerment van (werkende) mantelzorgers. Anders gezegd zal een toename van arbeidsparticipatie in de komende jaren van vrouwen van middelbare leeftijd die in belangrijke mate ook mantelzorgtaken verrichten, ertoe kunnen leiden dat er een krapte aan mantelzorgers gaat ontstaan. Ook bestaat omgekeerd de mogelijkheid dat het toenemend belang van mantelzorg drempelverhogend werkt ten aanzien van de deelname aan betaald werk.⁴ Op deze wijze ontstaat een onwenselijke tegenstelling tussen twee verschillende beleidsdoelen (RWI, 2010; Hoffmann & Rodrigues, 2010, p. 6). Toenemende druk op mantelzorg brengt bovendien een hogere kans op tijdelijke of langdurige uitval van mantelzorgers met zich mee.

Hoewel tot nu toe in het beleid van de overheid en werkgevers betrekkelijk weinig rekening is gehouden met de problemen waar mantelzorg tegenop kan lopen in een activerende participatiemaatschappij, ontstaat er zo langzamerhand wel meer discussie en zijn of worden eerste beleids-

maatregelen genomen. In dit geval kan worden gedacht aan onder andere een financiële tegemoetkoming voor mantelzorgers, respijtzorg, tweedelijnsondersteuning van mantelzorgers en daarnaast aan het bevorderen van de mogelijkheden voor het verlenen van mantelzorg aan naasten door werkenden.

Het toenemend belang van mantelzorg kan drempelverhogend werken ten aanzien van de deelname aan betaald werk

Respijtzorg biedt overbelaste mantelzorgers de mogelijkheid gedurende enige tijd op adem te komen. De mantelzorg wordt tijdelijk overgenomen door een andere mantelzorger of professionele hulpverlener.

Tweedelijns ondersteuning van mantelzorgers kan het best wordt georganiseerd vanuit de WMO en de betaalde zorg in de vorm van counseling. Arbeidsorganisaties ten slotte zouden in de sfeer van HRM structureel meer aandacht moeten besteden aan dat deel van hun personeel dat mantelzorg verricht. Uit onderzoek van de RWI blijkt dat binnen arbeidsorganisaties lang niet altijd bekend is welk deel van het personeel ook mantelzorg verleent. Daardoor blijft afstemming van mantelzorg op betaald werk in deze organisaties nagenoeg achterwege (RWI, 2010, p. 37).

Indien we het aanbod van mantelzorgers over een langere tijdsperiode analyseren, dan blijkt er sprake te zijn van een verschuiving van de traditioneel grootste groep mantelzorgers (vrouwen tussen 40-64 jaar) naar oudere mannen en naar mantelzorgverleners die niet tot het gezin of huishouden behoren (Hoffmann & Rodrigues, 2010, p. 4-5). Daarnaast

is als gevolg van demografische, sociale en politieke ontwikkelingen de kans op het ontstaan van zogenaamde ‘care gaps’ toegenomen. Tijdens een ‘care gap’ is er een tekort aan informele hulpverleners en neemt het beroep op professionals toe.

Een derde vorm van empowerment is versterking van het zelfmanagement en zelfzorg van cliënten en patiënten. Ook op dit terrein is er tot nu toe betrekkelijk weinig gerichte beleidsinspanning. In een van de hiervoor behandelde heroverwegingsrapporten is sprake van het bevorderen van e-health. Dit voorbeeld wijst in de richting van een toenemende benutting van technologische hulpmiddelen in de sfeer van zowel professionele zorg als mantel- en zelfzorg.

De meest vergaande optie in de sfeer van zelfzorg is het recente pleidooi van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voor een grote veranderingsslag in de komende tien jaar van ziekte en zorg (zz) naar gezondheid en gedrag (gg) (RVZ, 2010). Een belangrijke aanleiding voor dit advies is de verwachte sterke toename van het aantal mensen met een chronische aandoening tussen 2010 en 2020. Bij ongewijzigd beleid zal die toename leiden tot een sterke verhoging van de vraag naar zorgarbeid. De opgave voor de zorg in het komende decennium is dan ook het voorkomen van chronische aandoeningen door onder meer vroegtijdig ingrijpen of het leren omgaan met de eigen chronische ziekte of van een huisgenoot. Zowel de zorgaanbieder als de zorgvrager zullen op deze uitdaging moeten inspelen. De RVZ verbijzondert de uitdaging in vier afzonderlijke onderdelen:

- een substantieel groeiende, maar vooral veranderende zorgvraag;
- meer medische mogelijkheden en meer kennis daarover bij het publiek;
- een kritische zorgconsument en burgers op zoek naar gezondheid;
- tegelijkertijd een dubbele rem op dit groeipotentieel: de arbeidsmarkt en het zorgbudget.

De oplossing voor deze uitdagingen kan worden gevonden in bijvoorbeeld het versterken van zelfzorg door het stimuleren van persoonlijke gezondheidsdossiers en het elektronisch patiëntendossier van professionals, het meer benutten van ict-netwerken voor cliënten en professionals, het invoeren van een hoog eigen risico, selectieve zorginkoop, invoering van prestatieloon, taakherschikking en gedifferentieerde honoraria, inloopcentra voor huisarts, etc.

Samenvattend leidt de gecombineerde problematiek van een omvangrijke bezuinigingsnoodzaak en een toekomstig zeer krappe zorgarbeidsmarkt geleidelijk aan tot nieuwe initiatieven in de sfeer van mantelzorg, werkende mantelzorgers en zelfzorg. Ook op dit vlak gaat het

uiteindelijk om het realiseren van een totaal nieuwe ordening van het aanbod van voorzieningen, financiering, kwaliteit en het functioneren van de vraagzijde.

De toekomst van HRM in de zorg

Wat betekenen deze ontwikkelingen voor het HRM in de zorg? Enerzijds is op middellange termijn sprake van een zeer omvangrijk arbeidsmarktprobleem. Als gevolg van de vergrijzing en de toename van chronisch zieken zal de vraag naar arbeid in de zorgsector sterk toenemen. Aan de andere kant brengt de financiële en economische crisis met zich mee dat er fors zal moeten worden gesneden in de collectieve zorguitgaven. Tot 2015 zal circa twintig procent moeten worden bezuinigd. Om dit te kunnen realiseren wordt een aantal maatregelen voorgesteld, zoals vergroting van de doelmatigheid in de zorg, vergroting van gereguleerde concurrentie tussen zorginstellingen en aanbodfinanciering, versmalling van het collectief verzekerde pakket, bevordering van mantelzorg en zelfzorg en waar mogelijk inzet van arbeidsbesparende en productiviteit verhogende technologie.

Een hierbij aansluitende complementaire beleidslijn is de door de RVZ voorgestelde cultuuromslag van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Behalve dat de beoogde bezuinigingen in combinatie met de beoogde cultuuromslag zullen leiden tot een zekere mate van beheersing van de premiegefinancierde zorguitgaven, zullen deze maatregelen zeker ook gevolgen hebben voor zowel de vraag naar arbeid in de zorgsector als de kwaliteit van de arbeid in de zorgsector.

Tentatief geredeneerd zijn onder meer de volgende arbeidsmarkt-effecten mogelijk:

- afzwakking van het toekomstige dramatische arbeidsmarktscenario van het ZIP. Dat wil zeggen dat de vraag naar arbeid in de collectieve zorgsector in de komende jaren minder hard zal stijgen;
- verdere vervanging van een deel van de betaalde zorgarbeid door mantelzorg, vrijwilligerswerk en zelfzorg;
- toename van de werkdruk bij werknemers in de zorgsector;
- een verdere groei van een *Fordist model of medicine*, waardoor de aantrekkelijkheid van het werk in de collectief gefinancierde zorgsector verder zal afnemen;
- toename van werkdruk van niet-werkende en werkende mantelzorgers;
- toename van concurrentie tussen de collectieve zorgarbeidsmarkt en een in omvang toenemende private zorgarbeidsmarkt.

Buiten de sfeer van de arbeidsmarkt zullen vergaande bezuinigingen op collectieve zorguitgaven zeer waarschijnlijk ook negatieve gevolgen

hebben voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Het is om die reden van belang de ontwikkeling van de mortaliteit te volgen en eventueel bij te sturen. Daarbij kan ook HRM-beleid van zorginstellingen een rol van betekenis leveren.

Hoewel nog veel onzeker is en belangrijke politieke en beleidskeuzen nog moeten worden gemaakt, is het beeld van de toekomstige zorgarbeidsmarkt dat hieruit oprijst, genuanceerder dan het arbeidsmarktbeeld dat het ZIP schetst. Immers in het ZIP-arbeidsmarktadvies is geen of weinig rekening gehouden met mogelijke effecten van bezuinigingen op zorguitgaven en evenmin met mogelijke substitutie-effecten tussen betaalde zorgarbeid en mantelzorg. In tabel 1 op pagina 86 vat ik de vier door het ZIP onderscheiden beleidslijnen samen en verbind deze met de vertaling ervan naar concrete beleidsaanbevelingen voor HRM-beleid op zorginstellingsniveau. Het merendeel van de concrete beleidsaanbevelingen per beleidslijn is niet specifiek voor de zorgsector. Niettemin is het een breed en gevarieerd pakket.

Uit tabel 1 valt het volgende af te leiden ten aanzien van enerzijds de gekozen beleidslijnen en anderzijds de vertaling daarvan naar instellingsniveau. In de eerste plaats sluiten de onderscheiden beleidslijnen in beginsel aan bij datgene wat op dit moment doorgaans onder strategisch HRM wordt verstaan. Relateren we de vier ZIP-beleidslijnen aan het door Boselie gemaakte onderscheid in vijf sleutelgebieden die tot strategisch HRM behoren, namelijk werving en selectie, opleiding en ontwikkeling, personeelsevaluatie en -management, compensatie en werknemersparticipatie, dan zijn de overeenkomsten tussen de ZIP-aanbevelingen en het onderscheid van Boselie groot (Boselie, 2010, p. 37).

In de tweede plaats valt in het verlengde hiervan de vertaling of operationalisering van de ZIP-beleidslijnen naar het instellingsniveau enigszins mager uit. De voorgestelde aanbevelingen op instellingsniveau blijken allerminst revolutionair en evenmin exclusief te zijn voor de zorgsector tegen de achtergrond van de omvang van de toekomstige personeels- en arbeidsmarktproblematiek in de zorgsector en de noodzaak fors te bezuinigen op de omvang van de zorguitgaven. Er is weliswaar aandacht voor instroom en behoud van werknemers voor de sector, evenals voor de lange termijn, maar er is (nog) geen sprake van een uitgewerkt idee over hoe de zorgarbeidsmarkt in de toekomst optimaal zal kunnen inspelen op de vraag naar werknemers in combinatie met de relatief omvangrijker en meer gecompliceerde zorgvraag. Als gevolg daarvan gaapt er in de ZIP-voorstellen een kloof tussen de analyse van kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen op de zorgarbeidsmarkt en het voorgestelde HRM-beleid op instellingsniveau. Het gegeven dat het ZIP aanbevelingen doet voor verschillende niveaus is weliswaar

Aanbevelingen per beleidslijn	Vertaling aanbevelingen naar instellingsniveau
1. Investeren in leven lang leren	
– Monitoren van personeelsbehoefte	Inrichten van meerjarige strategische personeelsplanning
– Samenwerken voor vergroting studie- en sectorrendement	Intensiever samenwerken met onderwijsinstellingen en maken van resultaatafspraken
– Investeren in meer stages	Financiële ondersteuning uit stagefonds voor verbetering stagebeleid
– Investeren in opleiding & ontwikkeling medewerkers	Continue maatwerkinvestering in scholing + POP's, competentie management, e.d.
– Verzilver ervaring via EVC-trajecten	Verhoging van inzetbaarheid van medewerkers door competentie management in combinatie met EVC-trajecten
2. Inspelen op diversiteit met arbeidsvoorwaarden	
– Streef naar marktconforme beloning en differentiatie in beloning	Regelmatige functionerings- en beoordelingsgesprekken met budget voor gedifferentieerd belonen
– School- en opvangtijden afstemmen op werk- en studietijden	-
– Flexibel inzetten van verlofsparen	-
– Focus op inzetbaarheidsbeleid alle leeftijden	Nieuwe vormen van opleidings- en doorwerkbeleid, incl. maatwerk en inspelen op diversiteit
– Heldere carrièrepaden voor verzorgenden en verpleegkundigen	Functies moeten passen bij capaciteiten en opleidingsniveau + carrièrepaden in beeld brengen
3. Optimaliseren van arbeidsorganisatie en inzetbaarheid	
– Voer zelfroosteren in	Invoeren van zelfroosteren en flexibele roosters
– Bevorder zelfsturing	Stimuleren van zelfsturing + coachend leiderschap
– Taakherschikking en functiedifferentiatie	Verder doorvoeren van taakherschikking en functiedifferentiatie
– Optimaliseren van arbeidsomstandigheden	Continu optimaliseren van arbeidsomstandigheden + doelgroepenbeleid
– Mogelijkheden voor btw-compensatiefonds?	-
4. Werven met beleid	
– Verbeteren van imago zorgsector als werkgever	Integreren van marktwerking en zorgcultuur + binding van ondervertegenwoordigde doelgroepen
– Investeren in kennisontwikkeling werving en selectie	-
– Versterking regionale samenwerking	-

Bron: ZIP 2009

Tabel 1. Vier beleidslijnen en aanbevelingen op instellingsniveau voor integraal HRM-beleid in de zorgsector.

positief, maar doet weinig af aan deze conclusie. Effectief strategisch HRM vergt bovendien een fit tussen de ruimere organisatiestrategie van zorginstellingen en het HRM-beleid binnen die instellingen.⁵ In de derde plaats sluiten de ZIP-aanbevelingen niet haarscherp aan bij het oplossen van de sectorale problemen waarmee de zorg in de komende jaren in toenemende mate mee te maken zal krijgen, namelijk het te-

gingaan van een toenemende werkdruk en een vergaande tendens tot neo-taylorisering van het werk in de zorg en de arbeidsverhoudingen.

Relateren we het voorgaande aan het in Box 1 weergegeven model van de activerende participatiemaatschappij en het daarbinnen gemaakte onderscheid tussen employability en empowerment, dan kan allereerst worden geconcludeerd dat het verstandig is de toekomstige zorgarbeidsmarkt te beschouwen als een permanente trade-off tussen betaalde en onbetaalde arbeid, waarbij vanuit het perspectief van HRM in zorginstellingen niet alleen aandacht nodig is voor het investeren in de employability van de werknemers die werkzaam zijn in zorginstellingen, maar tevens voor werknemers in zorginstellingen die zelf ook mantelzorg verrichten.

Naast het meer algemene HRM-beleid dat door het ZIP wordt voorgesteld ten aanzien van investeren in leven lang leren, inspelen op diversiteit in arbeidsvoorwaarden, optimaliseren van arbeidsorganisatie en inzetbaarheid en werven met beleid, is het in dit perspectief verstandig in het HRM-beleid van zorginstellingen veel gerichte aandacht in te ruimen voor het vraagstuk van de groeiende werkdruk en daarnaast voor het beperken of voorkomen van het verder oprukken van het *Fordist model of medicine*.

Daarnaast zal gericht moeten worden geïnvesteerd in het realiseren van transitioneel arbeidsmarktbeleid op organisatie- en sectorniveau. Het ligt voor de hand daarbij ook, waar mogelijk, een directe verbinding te leggen met het streven naar empowerment van cliënten/patiënten en mantelzorgers. Op deze manier zal de spagaat waarin de zorgarbeidsmarkt dreigt te komen verkeren zo veel mogelijk kunnen worden geneutraliseerd.

Een groot voordeel voor de zorgarbeidsmarkt ten opzichte van diverse andere concurrerende deelarbeitsmarkten, zoals het onderwijs en de dienstverlening, is dat de zorgarbeidsmarkt voor een aanzienlijk deel bestaat uit een informeel arbeidsaanbod (mantelzorg en vrijwilligerswerk). Dat biedt de mogelijkheid om tot op zekere hoogte mee te ademen met de voorgenomen collectieve financiële bezuinigingen en privatiseringstendensen, zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Tegelijkertijd vergt dit gegeven dat het HRM-beleid van zorginstellingen niet alleen aandacht heeft voor de eigen werknemers en de eigen werkende mantelzorgers, maar ook voor mantelzorgers en vrijwilligers in de directe omgeving van de zorginstellingen. Daarbij valt allereerst te denken aan het inzetten van een deel van de middelen voor training en opleiding voor de eigen werknemers ten behoeve van training en opleiding van de mantelzorgers en vrijwilligers die actief zijn in het domein van en specifieke zorginstelling. Dat biedt

bovendien de mogelijkheid kwaliteitseisen te stellen aan het verlenen van mantelzorg en vrijwilligerswerk. Ook de andere genoemde onderdelen van strategisch HRM-beleid zouden tot op zekere hoogte kunnen worden gericht op mantelzorgers en vrijwilligers.

Samenvattend ligt het met het oog op toekomstige uitdagingen voor de hand op het niveau van afzonderlijke zorginstellingen een integraal strategisch HRM-beleid te ontwikkelen voor zowel de eigen werknemers als de betrokken mantelzorgers en vrijwilligers. Op die manier wordt als het ware de directe omgeving van een zorginstelling binnen de organisatie gehaald met als doel een adequater functioneren van de voor de instelling relevante arbeidsmarkt en personeelsvoorziening. Of dit op langere termijn afdoende zal zijn om de verwachte toekomstige spanning op de zorgarbeidsmarkt geheel te neutraliseren blijft natuurlijk een belangrijke vraag. Een vergaande cultuuromslag, zoals bepleit door de RVZ, in de richting van een verdere versterking van de zelfzorg en het zelfmanagement van cliënten en patiënten zal daarnaast vrijwel zeker ook noodzakelijk blijven. Ook daarin kunnen individuele zorginstellingen een belangrijke rol vervullen.

Literatuur

- Aiken, L., S.P. Clarke & D.M. Sloane et al. (2002). Hospitals, Nurse Staffing and patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA* 288 (16), pp. 1987-1993.
- Boselie, P. (2010). *Strategic Human Resource Management. A Balanced Approach*. Londen: McGraw-Hill.
- Boxall, P. & J. Purcell (2003). *Strategy and Human resources Management*. New York: Palgrave Macmillan.
- Commissie-Bakker. *Naar een toekomst die werkt. Advies*. Rotterdam, 16 juni 2008.
- Gier, E. de (2007). *Overpeinzingen bij een activerende participatiemaatschappij*. Oratie, Nijmegen, Radboud Universiteit.
- Gier, E. de (2009). *De toekomst van de thuiszorg in het perspectief van de activerende participatiemaatschappij*. Bunnik/Den Haag: STOOM/NPCF.
- Gier, E. de (2010). 'Gedachten over de toekomstige arbeidsmarkt in de zorgsector.' *Tijdschrift voor HRM*, jrg. 13, nr. 1, pp. 49-50.
- Goerne, A. (2010). *The Capability Approach in social policy analysis. Yet another concept?* Working Papers on the Reconciliation of Work and Welfare in Europe, REC-WP 03/2010.
- Hoffmann, F. & R. Rodrigues (2010). *Informal Carers: Who Takes Care of Them?* Policy Brief. Vienna: European Centre for Social Welfare policy and Research.
- Menzis (2010). *Wat leeft er in de zorg?* Samenvatting uitkomsten Nationale Enquête 'Werken in de Zorg' 2010. Enschede.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (april 2010). *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag.

- Raad voor Werk en Inkomen (maart 2010). *Werken met zorg. Advies over het combineren van arbeid en zorg*. Den Haag.
- Rapport brede heroverwegingen (april 2010). *Curatieve zorg 2.0*. Den Haag.
- Rapport brede heroverwegingen (april 2010). *Interdepartementaal beleidsonderzoek curatieve GGZ*. Bijlage bij het rapport heroverwegingen curatieve zorg. Den Haag.
- Rapport brede Heroverwegingen (april 2010). *Langdurige zorg*. Den Haag.
- Regenmortel, T. van, *Zwanger van empowerment. Een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg*. Oratie. Fontys Hogescholen, Eindhoven, 21 november 2008.
- RMO. *Verkenning participatie. Arbeid, vrijwillige inzet en mantelzorg in perspectief*. Werkdocument 16. Den Haag, november 2008.
- Robeyns, I. 'De kwaliteit van het leven: drie politiek-filosofische benaderingen'. *Ethiek en Maatschappij*, 2004.
- Sennett, R. (2008). *The Craftsman*. Londen: Penguin.
- Sociaal Economische Raad (SER). *Welvaartsgroei voor en door iedereen. Advies*. Den Haag, september 2006.
- Steenessens, K., B. Demeyer & T. van Regenmortel, *Conceptnota empowerment en activering in armoedesituaties. Een onderzoek in opdracht van de Vlaamse minister van Werk, Onderwijs en Vorming*. Katholieke Universiteit Leuven/ Hoger Instituut voor Arbeid (HIVA), Leuven, 2009.
- STOOM/NPCF (2010). *Toekomst Zorg Thuis. Nieuwe Trends, Nieuwe Kansen*. Bunnik/Den Haag.
- ZIP (Zorginnovatieplatform) (november 2009). *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025*. Den Haag.

Noten

- 1 In dit artikel wordt geen expliciete aandacht besteed aan de mogelijkheid van het oplossen van een deel van de toekomstige arbeidsmarktproblematiek in de zorg door het inzetten van buitenlandse zorgarbeidskrachten. In het verleden is daarmee ervaring opgedaan in diverse ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Taalproblemen tussen zorgpersoneel en patiënten hadden daarbij een negatieve invloed op deze ervaringen. Vanzelfsprekend blijft ook in de toekomst het inzetten van buitenlands zorgpersoneel een mogelijkheid om de druk op de zorgarbeidsmarkt te verlichten. De in dit artikel gevolgde benadering sluit het inzetten van buitenlanders niet uit.
- 2 De filosofe Martha Nussbaum heeft getracht een min of meer uitputtende lijst van capabilities te formuleren. Samengevat noemt zij de volgende tien capabilities: leven (een leven van normale lengte kunnen leven); lichamelijke gezondheid (een goede gezondheid hebben, goed gevoed zijn, onderdak hebben); lichamelijke integriteit (onder andere zich vrij kunnen verplaatsen); zintuigen, creativiteit en gedachten (onder andere aangename ervaringen kunnen opdoen en onnodig pijn vermijden); emoties (verbonden zijn met mensen en dingen en niet overheerst worden door angsten); praktische rede (onder andere kritisch kunnen reflecteren hoe/zijn haar leven te plannen); verbondenheid (onder andere respect en zelfrespect

kunnen krijgen en geven); andere soorten (bekommerd zijn om planten, dieren en de natuur); spel (kunnen spelen en ontspannende activiteiten ondernemen); en ten slotte, controle over de omgeving (politieke participatie, vrije meningsuiting en recht op arbeid) (Robeyns 2004).

- 3 Goerne vat het onderscheid tussen capabilities en functionings treffend aldus samen: '*Where functionings refer to what people really do and are, capabilities denote what people really can do and can be*' (Goerne, 2010, p. 7).
- 4 Uit internationaal vergelijkend onderzoek blijkt dat de arbeidsparticipatie van oudere vrouwen tussen 55-64 jaar het hoogst is in die landen waar het aanbod van formele betaalde zorg het best is geregeld. Zo bedroeg de arbeidsparticipatie van deze groep in 2008 in Nederland ca. 28 procent, in Denemarken 30 procent en in Italië 5 procent (Hoffmann & Rodrigues, 2010, p. 13).
- 5 In navolging van Boxall & Purcell omschrijft Boselie strategisch HRM als: '*focused on the alignment of fit between the strategy of an organization and the HRM strategy of an organization*' (Boselie, 2010, p. 21; Boxall & Purcell, 2003).