

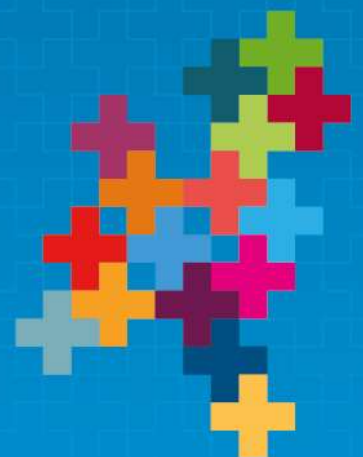


2016

Regioportret Utrecht en omgeving

De arbeidsmarkt in zorg en WJK in 2015
en een doorkijk naar 2020

Samengesteld door Etil
December 2016



Inhoudsopgave

Samenvatting en conclusies	2
Inleiding	3
Hoofdstuk 1 Trends en ontwikkelingen die invloed hebben op de sector zorg en WJK	4
Hoofdstuk 2 Belangrijke thema's binnen de sector zorg en WJK	10
Hoofdstuk 3 Stand van zaken op de arbeidsmarkt van zorg en WJK in regio Utrecht en omgeving	16
Hoofdstuk 4 Toekomstige arbeidsmarkt zorg en WJK in regio Utrecht en omgeving	26
Bijlage 1 Literatuur, bronnen en definities	31

Samenvatting en conclusies

In dit Regioportret presenteren we diverse ontwikkelingen met betrekking tot de arbeidsmarkt van zorg en WJK in Utrecht en omgeving. Hieruit volgen een aantal belangrijke signalen:

- Demografische en technologische ontwikkelingen oefenen een grote invloed uit op zorg en WJK.
- Toenemende extramuralisering en complexiteit van de zorgvraag, druk op prijs en kwaliteit, veranderende personeelsvraag en duurzame inzetbaarheid zijn belangrijke thema's in zorg en WJK. Al deze veranderingen maken dat de arbeidsmarkt in zorg en WJK in beweging is en dat er tegelijkertijd sprake is van krimp en groei.

Op basis van de gepresenteerde ontwikkelingen zijn er een aantal conclusies:

Conclusie - het aanbodtekort neemt toe:

- Hoewel het aantal medewerkers in zorg en WJK nog steeds een neergaande trend laat zien, vlt deze daling af;
- Na jaren van krimp in de werkgelegenheid, is het de verwachting dat de werkgelegenheid in zorg en WJK toch weer licht gaat groeien (uitbreidingsvraag). Daarnaast gaan de komende jaren nogal wat mensen met pensioen in zorg en WJK (vervangingsvraag) en is de instroom in zorg- en welzijnsopleidingen de afgelopen jaren afgenomen;
- Dit maakt dat in Utrecht en omgeving het aanbodtekort van 210 personen in 2016 verder oploopt naar een tekort van 790 personen in 2020 en dat voor bepaalde functies behoorlijke tekorten gaan ontstaan. Voornamelijk bij Verzorgende NLQF 3, Verpleegkundige NLQF 4 en Verpleegkundige NLQF 6;
- Gezien alle onzekerheden en snelle veranderingen is het belangrijk om deze ontwikkelingen continue te monitoren.

Conclusie - de arbeidsmarkt in zorg en WJK is niet in balans

Op verschillende gebieden is er momenteel sprake van een disbalans tussen vraag en aanbod:

- *Jongere en oudere medewerkers:* het aandeel oudere medewerkers in zorg en WJK neemt toe ten koste van het aandeel jongere medewerkers. Hierdoor worden thema's als duurzame inzetbaarheid, maar ook het aantrekken en behouden van jongeren voor de sector zorg en WJK steeds belangrijkere thema's.
- *Kwalificatieniveaus:* er zijn grote verschillen in de vraag naar en het aanbod van werknemers met verschillende kwalificaties. De behoefte aan hoog- en middelbaaropgeleide (zorg)professionals zoals verpleegkundigen en verzorgenden groeit, terwijl er minder behoefte is aan diverse laagopgeleide medewerkers. Dit vraagt om opscholing van zittend personeel en geeft tegelijkertijd de (maatschappelijke) uitdaging om op een andere manier kansen te creëren voor laaggeschoolde medewerkers;
- *Competenties:* ingegeven door alle veranderingen nemen de eisen die werkgevers stellen aan werknemers in zorg en WJK toe. Hierdoor sluiten competenties en vaardigheden van mensen die zich aanbieden op de arbeidsmarkt onvoldoende aan op wensen van werkgevers in zorg en WJK. Dit vraagt om meer aandacht voor om- en bijscholing; en
- *Branches:* de vraag naar personeel verschilt per branche. Behoeft aan verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen en VVT groeit, terwijl de werkgelegenheid in andere branches als kinderopvang en gehandicaptenzorg krimpt. Personeelsstromen tussen branches zijn onvoldoende om deze arbeidsmarktverschuivingen op te vangen.

Inleiding

Betrouwbare regionale arbeidsmarktinformatie onmisbaar

Om de balans tussen vraag en aanbod op de regionale arbeidsmarkt van zorg en WJK (welzijn en maatschappelijke dienstverlening, jeugdzorg en kinderopvang) zo dicht mogelijk te benaderen, is er behoefte aan betrouwbare regionale arbeidsmarktinformatie. Betrouwbare informatie is immers onmisbaar bij het ontwikkelen van effectief arbeidsmarktbeleid. In opdracht van RegioPlus en de regionale werkgeversorganisaties (waaronder Utrechtzorg) stelt onderzoeksbureau Etil daarom 28 Regioportretten samen. Een Regioportret biedt informatie over de ontwikkelingen op de regionale arbeidsmarkt in de sector zorg en WJK. Dit rapport brengt gegevens in kaart over de ontwikkelingen van vraag en aanbod op de arbeidsmarkt in zorg en WJK en bevat een analyse van de huidige en verwachte aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt. Met cijfers die het nodige zeggen over het heden en de middellange termijn, kunnen (regionale) partijen de juiste acties ondernemen op het gebied van personeelsvoorziening en onderwijs. Daarmee hebben de betrokken partijen handvatten om proactief beleid te voeren op provinciaal en sub regionaal niveau.

Voor RegioPlus en de vijftien regionale werkgeversorganisaties zijn instroom, doorstroom en behoud van personeel in de sector zorg en WJK belangrijke thema's. In de nieuwe strategische koers 2016-2020 van RegioPlus staat daarom het benaderen van de balans tussen vraag en aanbod op de regionale arbeidsmarkt van zorg en WJK centraal en worden vier strategische thema's onderscheiden:

- Strategisch Arbeidsmarktbeleid;
- Werven met Beleid;
- Kwalificeren voor zorg en WJK; en
- Duurzame inzetbaarheid.

Het leveren van goede en betrouwbare (regionale) arbeidsmarktinformatie door middel van onder andere de Regioportretten valt onder het thema 'Strategisch Arbeidsmarktbeleid'.

Regioportret Utrecht en omgeving

Dit Regioportret heeft betrekking op de regio Utrecht en omgeving en omvat de gemeenten Bunnik, De Bilt, De Ronde Venen, Eemnes, Houten, IJsselstein, Lopik, Montfoort, Nieuwegein, Oudewater, Renswoude, Rhenen, Scherpenzeel, Stichtse Vecht, Utrecht, Utrechtse Heuvelrug, Veenendaal, Vianen, Wijk bij Duurstede, Woerden, Woudenberg en Zeist. Dit is het werkgebied van werkgeversorganisatie Utrechtzorg, dat samenwerkt met partners, zoals zorg- en welzijnsorganisaties en het beroepsonderwijs, om de arbeidsmarkt voor zorg en WJK in Utrecht en omgeving zo goed mogelijk te laten functioneren.

Leeswijzer

Het vervolg van het Regioportret bestaat uit vier hoofdstukken die inzicht geven in:

- Trends en ontwikkelingen die invloed hebben op de sector zorg en WJK;
- Belangrijke thema's in de sector zorg en WJK;
- Stand van zaken op de arbeidsmarkt zorg en WJK in regio Utrecht en omgeving; en
- Prognose arbeidsmarktontwikkelingen in zorg en WJK in regio Utrecht en omgeving.

Hoofdstuk 1 Trends en ontwikkelingen die invloed hebben op de sector zorg en WJK

Demografische ontwikkelingen: dubbele vergrijzing zorgt voor stijging zorgvraag

Een belangrijke drijvende kracht achter toekomstige ontwikkelingen in gezondheid en zorg is de demografische opbouw van de bevolking. De Nederlandse bevolking zal de komende jaren groeien van 16,9 miljoen inwoners in 2015 naar 17,8 miljoen in 2030. Maar vooral de leeftijdsopbouw van de bevolking verandert sterk door ontgroening en vergrijzing. Nederland telt 3 miljoen 65-plussers, waarvan 0,7 miljoen 80-plussers in 2015. In 2025 is dat aantal gestegen naar circa 3,8 miljoen 65-plussers, waaronder bijna 1 miljoen 80-plussers. In Nederland neemt het percentage 65-plussers dus toe van 18 naar 22 procent. Ook in de regio Utrecht en omgeving neemt het aantal ouderen gestaag toe. In 2025 zal zo'n 18 procent van de bevolking 65 jaar of ouder zijn. Nu is dat nog 15 procent¹. Het aandeel 65-plussers ligt in Utrecht en omgeving dus lager dan landelijk.

Mensen leven gemiddeld langer, maar niet altijd gezonder en hebben meer te maken met chronische aandoeningen. Voor de arbeidsmarkt van de sector zorg en WJK betekenen de genoemde ontwikkelingen dat de vraag naar zorg blijft stijgen en dat de zorgvraag complexer wordt (mede door comorbiditeit). Daarmee stijgt ook de vraag naar arbeid. Tegelijk leidt de demografische ontwikkeling tot vergrijzing van de beroepsbevolking, waardoor de sector rekening moet houden met een groter wordende uitstroom van personeel.

Economische ontwikkelingen: slechts beperkte werkgelegenheids groei in de zorg

De afgelopen jaren hebben de verslechterde economische situatie en de noodzaak om de kosten van zorg en WJK beheersbaar te houden geleid tot hervormingen en financiële bijstellingen, die ervoor moeten zorgen dat de sector ook in de toekomst betaalbaar blijft. Tussen 2004 en 2015 zijn de uitgaven aan de sector zorg en WJK gestegen van 64,5 miljard naar 95 miljard euro. Toch zijn de zorguitgaven in de jaren 2013, 2014 en 2015 minder sterk toegenomen dan in de vijftien jaar daarvoor. Terwijl de zorguitgaven stegen met gemiddeld 0,9 procent per jaar, nam de Nederlandse economie met gemiddeld 1,7 procent per jaar toe (niet gecorrigeerd voor inflatie). Daardoor zijn de zorguitgaven uitgedrukt als percentage van het bruto binnenlands product (bbp) in 2015 voor het derde jaar op rij gedaald en beslaan deze nu ruim 14 procent van het bbp. Meer dan een kwart van de zorguitgaven gaat naar ziekenhuizen en specialistenpraktijken. Er is sprake van uitgavendalingen bij de ouderenzorg, het lokaal welzijnswerk, de jeugdzorg en de kosten van beheer².

Na de jaren van economische crisis meldt het CPB in de Macro Economische Verkenning 2017 dat het economisch herstel doorzet. Voor 2016 en 2017 verwacht het CPB dat:

- De Nederlandse economie groeit met 1,7% in beide jaren en deze toegenomen bedrijvigheid zorgt met enige vertraging voor *meer werkgelegenheid*. Hierdoor *daalt de werkloosheid* naar 6,2%³ in 2016 en blijft in 2017 stabiel.
- Aangemoedigd door het feit dat er meer banen beschikbaar zijn *groeit ook de werkzame beroepsbevolking* met 1,0% in 2016 en 0,8% in 2017. Door de toename van het arbeidsaanbod blijft de *daling van de werkloosheid achter bij de toename van de werkgelegenheid*.

¹ CBS (2015). Kernprognose 2015–2060: Hoge bevolkingsgroei op korte termijn.

² CBS (2016). Zorguitgaven stijgen langzaam en CBS (2015). Zorguitgaven stijgen met 1,8 procent in 2014

³ Dit percentage is een jaargemiddelde over 2016.

Het economische herstel zorgt voor toenemende spanning op de arbeidsmarkt. De vooruitzichten voor de komende jaren wijzen op een verdere groei van de economie, werkgelegenheid en vacatures, al is dat met lagere cijfers dan voor de recessie. De arbeidsmarkt verandert echter ook van karakter. De aantrekkelijke economie, het ophogen van de pensioenleeftijd en de grotere arbeidsparticipatie van onder andere vrouwen zorgen voor een toename van de beroepsbevolking. Vergrijzing leidt weliswaar tot het vertrek van vak-ervaren personeel, maar de vervangingsvraag die hierdoor ontstaat, is door het ophogen van de pensioengerechtigde leeftijd en het afschaffen van de VUT minder dan in eerdere jaren werd verwacht. Automatisering, toename van complexiteit en flexibilisering vragen andere competenties van de moderne werknemer. Door het aantrekken van de economie en de veranderde arbeidsmarkt kunnen knelpunten ontstaan in de beschikbaarheid van personeel. Soms is de instroom van schoolverlaters onvoldoende om in deze vervangingsvraag te kunnen voorzien. In veel gevallen sluiten echter opleiding, werkervaring en competenties niet goed aan bij de wensen van de werkgever⁴.

Het ROA verwacht in zorg en WJK weinig knelpunten bij het invullen van vacatures. De werkgelegenheid in de verpleging en verzorging stagneert en het onderwijs levert de komende jaren meer dan voldoende afgestudeerden af om de vervangingsvraag op dit niveau op te vangen⁵. Werkgevers in de zorgsector verwachten evenwel grote knelpunten in de personeelsvoorziening, vooral op hoger niveau, onder hbo-verpleegkundigen en artsen.

Politiek-bestuurlijke ontwikkelingen: verruiming zorgbegroting in 2016 en 2017

Vanwege de verbeterde economische situatie en verbeterde verwachtingen verruimde het kabinet in de begroting 2016 de zorgbudgetten op een aantal punten. Zo trok het kabinet 290 miljoen euro structureel extra uit voor verhoging van de kinderopvangtoeslag. Brancheorganisatie Kinderopvang verwacht dat er hierdoor zo'n 7.000 werknemers in de kinderopvang bijkomen. Daarnaast investeerde het kabinet 60 miljoen euro voor opvang van peuters. Tot slot stelde het kabinet in 2016 een bedrag van 140 miljoen euro beschikbaar voor de verpleeghuiszorg, dat in de jaren daarna oploopt tot structureel 210 miljoen euro. De geplande bezuiniging binnen de Wet langdurige zorg van 45 miljoen in 2016 werd geschrapt⁶.

Ook in de begroting van 2017 (gepresenteerd op 20 september 2016) kondigde het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een aantal maatregelen aan die gevolgen kunnen hebben voor de arbeidsmarkt in zorg en WJK⁷:

- € 500 miljoen aan geplande bezuinigingen in de langdurige zorg gaan niet door. Met name bij verpleeghuizen en gehandicaptenorganisaties. Dit helpt om de zorg beter af te stemmen op de behoefte van de patiënt. Ook kan de kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen en gehandicaptenorganisaties zo verbeteren. Mede door de extra investeringen in verpleeghuiszorg die op Prinsjesdag 2015 zijn aangekondigd, betekent deze maatregel dat het geld dat beschikbaar is in de Wet langdurige zorg voor ouderen en gehandicapten oploopt van € 19,8 miljard in 2016 tot € 23,3 miljard in 2020.
- € 180 miljoen extra voor wijkverpleging.
- Er wordt € 13,2 miljoen uitgetrokken tot en met 2018 voor het plan 'Samen werken aan betere gehandicaptenzorg' – dat samen met cliënten en zorgverleners is ontwikkeld.

De werkgelegenheidseffecten van deze maatregelen voor de sector zorg en WJK zijn op dit moment nog niet bekend.

⁴ UWV (2016) Regio in Beeld 2016

⁵ ROA (2015). De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2020.

⁶ Onderzoeksprogramma AZW (2015). Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015. Integreerend rapport.

⁷ Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/prinsjesdag/inhoud/miljoenennota-rijksbegroting-en-troonrede/onderwerpen-rijksbegroting-2017-uitgelicht/volksgezondheid-welzijn-en-sport>

Sectorplannen: opvangen werkgelegenheidsgevolgen van hervormingen en bezuinigingen in zorg en WJK

Om de werkgelegenheidsgevolgen van alle hervormingen en bezuinigingen op te vangen, zijn er in de sector zorg en WJK zowel per branche (landelijk) als per regio sectorplannen vastgesteld. De meeste sectorplannen richten zich op het bevorderen van arbeidsmarktfitheid, mobiliteit en deelname aan VWNW-trajecten. Daarnaast is er aandacht voor op-, bij- en nascholing van het zittend personeel en instroom van jongeren.

Stand van zaken landelijke sectorplannen zorg en WJK

Op verzoek van de ministeries van SZW en VWS hebben sociale partners in de zorgsector verschillende sectorplannen georganiseerd:

Sectorplan langdurige zorg: dit sectorplan is een samenwerkingsverband van de VVT, GGZ en GHZ en is gericht op de begeleiding van boventallig of met ontslag bedreigd personeel in het zoeken naar ander werk. Op 1 januari 2016 waren ongeveer 3.063 trajecten gestart, waarvan ruim 40 procent is afgerond. De trajecten zijn tot nu toe vrijwel allemaal ingezet voor medewerkers met een vaste aanstelling (97,8%). In de oorspronkelijke begroting van de sectorplannen is uitgegaan van in totaal bijna 24.000 trajecten. In augustus 2015 is het aantal bijgesteld naar maximaal 4.000 trajecten. Op basis van de laatste inschatting is het sectorplan begroot op ruim €9 miljoen. Het sectorplan kent een looptijd tot en met 30 juni 2016⁸.

Sectorplan Huisartsenzorg: het sectorplan huisartsenzorg is gericht op het opleiden van personeel uit andere zorgbranches voor ondersteunende functies in de huisartsenzorg vanwege bestaande en verwachte tekorten. Het doel is 150 doktersassistenten op te leiden, 200 praktijkondersteuners somatiek/praktijkverpleegkundigen en 250 praktijkondersteuners GGZ. Ook starten er vijf pilots om de instroom van arbeidsgehandicapten in de huisartsenzorg te versterken. Tot slot krijgen 250 praktijkondersteuners de mogelijkheid tot bijscholing tot praktijkverpleegkundige⁹.

Sectorplan WJK: Het sectorplan van sociale partners in welzijn, jeugdzorg en kinderopvang biedt de mogelijkheid om de arbeidsmarktpositie van 20.000 werknemers in deze sector te versterken. Op 1 december 2016 is deze doelstelling bereikt:

- * 4.500 medewerkers zijn naar een voorlichting en bewustwordingsbijeenkomst gegaan om medewerkers bewust te maken van de veranderingen op de arbeidsmarkt en tools te geven om met hun loopbaan aan de slag kunnen gaan.
- * Ruim 2.000 werknemers hebben een van werk naar werktraject gevolgd.
- * 270 medewerkers hebben omscholingstraject gevolgd.
- * Ruim 13.500 werknemers volgden een scholingstraject. Daarnaast worden er nog twintig regionale arbeidsmarktinitiatieven ondersteund¹⁰.

⁸ Kiwa & CAOP (2016). Monitor Sectorplannen zorg (februari 2016).

⁹ Onderzoeksprogramma AZW (2015). Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015. Integreerend rapport.

¹⁰ Onderzoeksprogramma AZW (2015). Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015. Integreerend rapport.

Stand van zaken regionale sectorplannen

De regionale sectorplannen in de zorg richten zich op scholing van zittend personeel en de instroom van jongeren. In totaal zijn per 1 januari 2016 over ruim 75.000 trajecten afspraken gemaakt, die voor een deel al in uitvoering zijn, reeds zijn uitgevoerd of nog uitgevoerd gaan worden. Dit overtreft het beoogde aantal van 70.000 trajecten. De helft van de afgesproken trajecten vindt plaats in de VVT, 31% in de gehandicaptenzorg, bijna 13% in de GGZ.¹¹ Het regionale sectorplan Zorg regio Midden heeft ruim 6 miljoen aan cofinanciering beschikbaar om in te zetten in de regio. In totaal nemen er 46 organisaties deel, de verdeling van het budget in de regio midden is: GHZ 19%, GGZ 11%, ZH 27% en VVT 43%. De afspraken binnen het Sectorplan Zorg regio Midden zijn met name gemaakt op het gebied van MBO en HBO scholingstrajecten: 855 MBO scholingstrajecten en 115 HBO scholingstrajecten. De MBO trajecten worden met name uitgevoerd in de VVT (66%), de HBO trajecten in de ziekenhuizen (70%).

Naast de bezuinigingen vanuit het Ministerie van VWS zijn er de afgelopen jaren nog een aantal wettelijke transitie en hervormingen geweest die invloed hebben op (de arbeidsmarkt van) de sector zorg en WJK:

- De invoering van de Wet langdurige zorg (Wlz);
- De aanpassing van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- De overheveling van onderdelen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- De invoering van de Jeugdwet;
- De invoering van de Participatiewet (zie ook kader Garantiebanen); en
- De aanpassing van de Wet werk en zekerheid.

Garantiebanen: werkgevers bij markt en overheid behalen doelstellingen ruimschoots

In 2015 zijn de Participatiewet en de Wet Banenafspraken in werking getreden. Het doel is meer werk voor mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt en te komen tot een inclusieve arbeidsmarkt. Het kabinet en sociale partners hebben samen afgesproken om tot 2026 125.000 extra banen te creëren voor de doelgroep van de banenafspraken, de zogenaamde *garantiebanen*. De afspraak is om 100.000 banen in de marktsector en 25.000 banen bij de overheid te creëren. De zorg en WJK wordt in dit verband gezien als onderdeel van de marktsector. Tot en met 2017 dienen er in de marktsector 23.000 banen te worden gecreëerd. Vanuit de banenafspraken moeten zorg- en welzijnsorganisaties voor 2017 landelijk 2.850 garantiebanen realiseren. Een behoorlijke klus voor de sector zorg en WJK waarin al veel is gereorganiseerd ten koste van veel banen. Ondanks positieve intenties bij werkgevers zal het voor de sector lastig zijn om een substantiële bijdrage te leveren aan extra banen voor mensen met een arbeidsbeperking in een periode dat men ook afscheid moet nemen van medewerkers op de lagere functieniveaus.

Volgens het UWV zijn er landelijk tot en met het eerste kwartaal van 2016 in totaal bijna 45.800 garantiebanen gecreëerd. De netto ontwikkeling in het aantal banen (in de definitie van de banenafspraken) ten opzichte van de nulmeting (1 januari 2015) ziet er als volgt uit:

- * 6.785 extra banen bij reguliere werkgevers via een dienstverband.
- * 10.815 extra banen bij reguliere werkgevers via een uitzendcontract/detachering.

Volgens het UWV zijn er in Utrecht en omgeving in totaal 1731 garantiebanen gecreëerd. Hiervan waren er 186 bij de overheid en 1545 in de marktsector (waaronder de zorg)¹².

¹¹ Kiwa & CAOP (2016). Monitor Sectorplannen zorg (februari 2016).

¹² UWV (2015). Regionale trendrapportage banenafspraken 1e kwartaal 2016.

Sociaal-culturele ontwikkelingen: de visie op zorgverlening verandert van ‘zorgen voor’ in ‘zorgen dat’

Gezondheid wordt niet langer opgevat als volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden, maar als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Deze verandering in de definiëring van gezondheid gaat gepaard met het toenemende belang van de participatiemaatschappij en het feit dat mensen, dus ook ouderen, hechten aan eigen verantwoordelijkheid, zelfontplooiing, autonomie, eigen keuze en eigen regie¹³. Deze sociaal-culturele verschuivingen maken, samen met de overheidsbezuinigingen, dat de visie op zorgverlening verandert van ‘zorgen voor’ in ‘zorgen dat’. Dit betekent een verandering in de manier waarop professionals geacht worden hun werk te doen. Zij begeleiden cliënten meer en meer in het versterken van hun eigen kracht en eigen regie, samen met mantelzorgers en vrijwilligers. Ook de arbeidsrelatie kenmerkt zich steeds meer als gelijkwaardige relatie, waarbij meer verantwoordelijkheid bij de medewerkers zelf wordt gelegd. Deze nieuwe manier van werken vraagt van medewerkers andere competenties.

De overheid vraagt van mensen om meer te werken, meer te zorgen en meer te leren. Qua tijdsbesteding en belasting zijn er echter wel grenzen aan de optelsom van deze activiteiten. Het verlenen van mantelzorg door werkenden toont een samenhang met meer combinatiedruk en een hoger ziekteverzuim: een op de vijf werkenden met een zorgtaak (kindzorg of mantelzorg) ervaart combinatiedruk. Dat wil zeggen dat ze moeite hebben om hun betaalde werk te combineren met de zorg voor kinderen of mensen in hun naaste omgeving. Vrouwen ervaren vaker combinatiedruk dan mannen (22% versus 16%). Werkenden die mantelzorg verlenen, ervaren een hogere combinatiedruk dan ouders met jonge kinderen. De ervaren combinatiedruk is daarnaast relatief hoog onder zelfstandigen, hoogopgeleiden, ouderen, werkenden met een lange reistijd en mensen die werken onder hoge tijdsdruk¹⁴. De toename van mantelzorg brengt voor zorgverleners extra risico op overbelasting met zich mee, omdat juist op hen vaker een beroep wordt gedaan als mantelzorger of vrijwilliger.

Technologische ontwikkelingen: steeds meer toepassingen in de zorg

Technologie nestelt zich in snel tempo in ons leven. De computer veranderde van desktop via laptop naar tablet. Steeds meer mensen doen online hun boodschappen, delen informatie via sociale media en werken plaats onafhankelijk. Ook in preventie en zorg zien we steeds meer toepassingen. De impact varieert van het beter kunnen stellen van diagnoses tot regeneratieve geneeskunde en het faciliteren van zelfstandig wonen met domotica in huis¹⁵. Technologie in de zorg kent ook risico's en nieuwe vraagstukken zoals de betrouwbaarheid van de werking van de techniek, elkaar tegensprekende kennisbronnen en privacy. Ook aan de implementatie van nieuwe technieken kan veel verbeterd worden. Veel zorgverleners ervaren techniek als een bedreiging voor de kwaliteit van de zorg, omdat ze bang zijn dat het menselijk contact (verder) vermindert. Ook wordt er veel geëxperimenteerd, maar weinig uitontwikkeld. En veel van de gebruikte technologie is nog te duur of te specifiek en daarmee (nog) niet interessant voor het bedrijfsleven¹⁶.

¹³ Onderzoeksprogramma AZW (2015). Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015. Integrerend rapport.

¹⁴ SCP (2016), Aanbod van arbeid 2016.

¹⁵ RIVM (2014). Een gezonder Nederland.

¹⁶ ZorgpleinNoord. Trends in zorg en welzijn in Noord-Nederland.

Het is nog niet duidelijk in welke mate technologische ontwikkelingen effect gaan hebben op de arbeidsmarkt in zorg en WJK. Technologische ontwikkelingen kunnen leiden tot een arbeidsbesparing, maar ook tot groei van de zorgvraag. De langdurige zorg wordt efficiënter door bijvoorbeeld zorg op afstand of het gebruik van robots. Ook in de curatieve zorg kan technologische vooruitgang kostenbesparend zijn, waardoor specialistische handelingen steeds meer routinematig kunnen worden uitgevoerd. Technologische ontwikkelingen kunnen ook leiden tot een efficiëntere bedrijfsvoering, waardoor minder overig personeel nodig is. Maar door bijvoorbeeld nieuwe behandelmethoden, ontwikkelingen in de nanotechnologie of het beschikbaar komen van dure medicijnen, zoals biologica, kan de zorgvraag ook toenemen. Technologische ontwikkelingen leiden verder tot een grotere vraag naar 'medisch-technisch' personeel en een relatieve afname van verpleegkundig personeel ten opzichte van behandelaren in de medisch specialistische zorg. Tot slot leiden deze ontwikkelingen tot de behoefte aan andere competenties: omgaan met nieuwe apparaten en andere communicatie met patiënten en cliënten (bijvoorbeeld zorg op afstand)¹⁷.

Samenvatting:

- Demografische ontwikkelingen: dubbele vergrijzing zorgt voor stijging zorgvraag
- Politiek-bestuurlijke ontwikkelingen: verruiming zorgbegroting in 2016 en 2017
- Sociaal-culturele ontwikkelingen: de visie op zorgverlening verandert van 'zorgen voor' in 'zorgen dat'
- Technologische ontwikkelingen: steeds meer toepassingen in de zorg

¹⁷ Onderzoeksprogramma AZW (2015). Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015. Integrerend rapport.

Hoofdstuk 2 Belangrijke thema's binnen de sector zorg en WJK

Overheidsbeleid zorgt voor toenemende extramuralisering

Alle hervormingen en veranderingen (zie hoofdstuk 1) leiden ertoe dat de zorg verder extramuraliseert. Het beleid is erop gericht dat mensen langer thuis blijven wonen en eenvoudige zorg- en ondersteuningsbehoefte zo veel mogelijk zelf organiseren. Deze werkzaamheden gaan vaker door mantelzorgers en vrijwilligers worden uitgevoerd. De professionele zorg zal zich meer richten op de complexere zorgvragen. In de toeleiding naar arbeid krijgen medewerkers in de gehandicaptenzorg, WMD en jeugdzorg te maken met andere samenwerkingspartners dan voorheen. De intramurale zorg (ziekenhuizen, VVT, GGZ, GHZ, jeugdzorg) wordt minder omvangrijk, maar complexer, doordat de minder zware patiënten en cliënten langer thuisblijven of eerder naar huis gaan. Ook de toepassing van nieuwe technologie en de toenemende comorbiditeit verzwaren de zorgvraag¹⁸.

Eerstelijnszorg en wijkverpleging steeds belangrijker

De kosten van de gezondheidszorg dreigen onbetaalbaar te worden indien de toename van deze kosten met de huidige snelheid blijft doorgaan. Eén van de meest genoemde methoden om deze kosten in de hand te houden is substitutie van zorg van de (duurdere) tweede naar de (goedkopere) *eerste lijn*. Substitutie kan vanuit twee invalshoeken worden benaderd. Aan de ene kant is er beleid gericht op het voorkomen dat een beroep wordt gedaan op de tweede lijn. Het poortwachters-systeem van de huisarts kan worden gezien als de belangrijkste exponent van dat beleid. Toegang tot de tweede lijn is alleen mogelijk na een verwijzing. Aan de andere kant wordt er beleid gevoerd dat gericht is op het terugverwijzen naar de eerste lijn vanuit de tweede lijn, wanneer dat mogelijk is¹⁹.

De wereld van de *wijkverpleging* is sinds 2015 drastisch veranderd door de focus op zelfredzaamheid, eigen regie én goede, betaalbare zorg. Mensen moeten zo lang als mogelijk thuis blijven wonen en de wijkverpleegkundige is daarbij de spil: zij zorgt samen met een team, de eerste lijn en het sociaal domein voor effectievere zorg. De praktijk is echter weerbarstig en veel zorgorganisaties staan voor de nodige uitdagingen. Zo zijn verpleegkundigen die de wijkverpleging vorm moeten geven schaars, zowel op NLQF 4 als 5. Daarnaast is het broodnodige 'omdenken' om te kunnen 'ontzorgen' nog niet op peil. En veel organisaties worstelen nog met de invoer van zelforganisatie. De nieuwe bekostiging van wijkverpleging vanaf 2017 doet nog een extra duit in het zakje: van 'uurtje-factuurkje' naar meer afrekenen op uitkomsten van zorg en dat terwijl de meeste organisaties helemaal zijn ingericht op productie draaien²⁰.

Zorg- en welzijnsorganisaties ervaren toegenomen druk op prijs en kwaliteit

De hervormingen en bezuinigingen leiden mede als gevolg van de toegenomen concurrentie en/of onderhandelingen met zorgverzekeraars en zorgkantoren, tot meer druk op prijs en kwaliteit. Veel organisaties passen zowel hun financiële beleid als hun beleid ten aanzien van huisvesting en vastgoed aan. De maatregelen op dit gebied zijn bedoeld om kosten te besparen. Organisaties beperken hun inkoopkosten en overhead, kosten voor huisvesting en de inzet van personeel in het primaire proces. Tegelijkertijd hebben werkgevers door de hervormingen en bezuinigingen te maken met frictiekosten. Eind 2013 waren die nog relatief beperkt, medio 2015 lagen die volgens werkgevers een stuk hoger²¹. Die kosten bestaan vooral uit ontslagvergoedingen, opleidingen, wachtgeld en WW.

¹⁸ Onderzoeksprogramma AZW (2015). Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015. Integrerend rapport.

¹⁹ Nivel (2013). Ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg.

²⁰ Growwork. Langer thuis door innovatieve wijkverpleging. Andere focus, betere uitkomsten.

²¹ Werkgeversenquête Onderzoeksprogramma AZW 2014, 2015 en 2016.

Naast de toegenomen druk op kosten, is er ook een hogere werkdruk ontstaan. Ruim de helft van de geïnterviewde werkgevers in de zorg en WJK geeft aan dat de werkdruk is toegenomen ten opzichte van het voorgaande jaar. Klachten onder het personeel, hoger ziekteverzuim en overwerk zijn de belangrijkste uitingen van toegenomen werkdruk. Verder blijkt dat de werkdruk te maken heeft met het aan de ene kant moeten bezuinigen en efficiënter werken met minder medewerkers, terwijl aan de andere kant de zorgvraag intensiever, complexer en anders wordt. Daarnaast stellen opdrachtgevers en financiers meer eisen en zijn ook ouders en cliënten veeleisender geworden. De groep medewerkers die het werk uitvoert, raakt meer belast door ziekteverzuim en het inwerken van nieuw personeel²².

Maatregelen om de werkdruk te verminderen, hebben vooral betrekking op het aantrekken van extra personeel, werkprocessen efficiënter vormgeven en het bespreekbaar maken van werkdruk. Daarnaast blijkt dat wordt ingezet op (preventieve) verzuimbegeleiding, scholing & training, het veranderen van de werkverdeling en het stellen van prioriteiten in het werk. Ook wordt meer geprobeerd om vrijwilligers en het sociaal netwerk te betrekken, cliënten meer zelf te laten doen en de dienstverlening aan te passen (bijvoorbeeld door extra spreekuren).

Toenemende vraag naar hoger opgeleid personeel

De lichtere zorg- en ondersteuningsvragen nemen af, terwijl de complexere vragen zullen toenemen. Sturen op eigen regie en samenwerken in een nieuwe context vragen om nieuwe en andere competenties. Ook de begeleiding van mantelzorgers en de interprofessionele samenwerking, bijvoorbeeld in wijkteams en tussen eerste-, anderhalve- en tweedelijnszorg, alsmede het omgaan met nieuwe apparaten, vereisen nieuwe vaardigheden. Al deze ontwikkelingen maken dat de personeelsbehoefte in zorg en WJK verandert. Het is de verwachting dat de werkgelegenheid voor lager opgeleiden in zorg en WJK minder wordt, terwijl de personeelsbehoefte aan hoger opgeleiden toeneemt.

Met het oog op alle veranderingen werken de branches in zorg en WJK aan een nieuwe beroepenstructuur waarin vakmanschap toekomstbestendig wordt beschreven. Een nieuwe beroepenstructuur kan de wendbaarheid en mobiliteit, en daarmee de arbeidsmarktpositie, van werknemers versterken. Een studie die zich specifiek richt op de beroepenstructuur in de sector zorg en WJK is die van de commissie Kaljouw: Zorgberoepen 2030²³. Deze studie kijkt wat verder vooruit dan de meeste andere studies. Dat is gezien het doel om tot een toekomst - bestendige beroepenstructuur te komen ook begrijpelijk. De commissie verwacht dat er een grotere vraag naar generalisten zal ontstaan dan nu het geval is. In reactie op het advies van de commissie Kaljouw is professor Pauline Meurs²⁴ kritisch over de nadruk die Kaljouw legt op de inzet van generalisten. Dat is volgens Meurs niet het enige antwoord op de huidige fragmentatie. De kwaliteit van de zorg is juist gebaat bij professionals die zelf kunnen inschatten welke kennis en ervaring nodig zijn in een specifieke situatie. Soms zijn dat meer generalistisch geschoolden en soms zijn dat specialisten.

²² Onderzoeksprogramma AZW (2016). AZW Actueel.

²³ Zorginstituut Nederland (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren.

²⁴ Socioloog, hoogleraar aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam met als leeropdracht Bestuur van de Gezondheidszorg. Zij geeft mede leiding aan het onderzoeksprogramma 'Governance in de gezondheidszorg'.

In zorg en WJK duidelijk sprake van upgrading, mate van polarisatie nog onduidelijk

De afgelopen jaren is de trend van *upgrading* ofwel het toenemen van de opleidingseisen²⁵ in de gehele Nederlandse economie zichtbaar: de werkgelegenheid voor lager opgeleiden wordt minder, terwijl de behoefte aan hoger opgeleiden toeneemt. Voor de nabije toekomst is het de verwachting dat de stijging van de werkgelegenheid aan de bovenkant doorzet en dat dit vooral ten koste gaat van de werkgelegenheid in het middensegment. Op het lagere niveau zal juist een stabilisatie (of zelfs toename) optreden, waardoor een vaste vraag naar laagopgeleide werkenden blijft bestaan. Technologie zal namelijk enerzijds resulteren in complexer werk en anderzijds in vereenvoudiging van voorheen complexe taken. Het gevolg is dat naast complexer werk ook eenvoudiger werk 'ontstaat'. Dit gaat echter ten koste van middenfuncties (vanouds de 'backbone' van organisaties). Daar daalt de werkgelegenheid en staan de lonen onder druk. Mensen in deze functies moeten daardoor 'promoveren' of 'demoveren'. Indien mensen demoveren ontstaat druk op de lonen aan de onderkant. Deze trend waarbij de loonongelijkheid tussen de boven- en onderkant van de arbeidsmarkt toeneemt, wordt ook wel *polarisatie* genoemd²⁶.

Door de trend van upgrading zijn de arbeidsmarktperspectieven lang niet voor alle schoolverlaters die tussen 2015 en 2020 de arbeidsmarkt opstroomden goed. Een grove waarneming van de landelijke arbeidsmarktperspectieven leidt tot de conclusie dat de perspectieven slecht tot redelijk zijn voor gediplomeerden van beroepsopleidingen op middelbaar niveau, en beter worden naarmate het opleidingsniveau hoger ligt. Binnen het mbo zijn de perspectieven voor mbo 4 beter dan de perspectieven voor mbo 2/3 gediplomeerden²⁷.

De trend van upgrading is ook in de zorg en WJK zichtbaar. Zo geven werkgevers aan dat ze een uitbreiding van het aantal functies op hbo-niveau verwachten. Dit is vooral het geval bij verpleegkundige functies. Toename van dergelijke functies komt vooral voor in de ziekenhuizen, VVT en huisartsenzorg. In de GGZ, gehandicaptenzorg en jeugdzorg hebben werkgevers vaker de verwachting dat ze ook bij hbo-functies moeten inkrimpen. Verder verwachten ziekenhuizen en huisartsenzorg als enige branches vaker groei dan krimp van het aantal functies op hbo-masterniveau. Tot slot verwachten zorg- en welzijnsaanbieders vaker dat het aantal functies op wetenschappelijk niveau zal afnemen dan toenemen. Deze trend is het meest zichtbaar in de jeugdzorg, GGZ en gehandicaptenzorg²⁸.

Of er in de zorg en WJK ook sprake zal zijn van polarisatie is op dit moment nog onduidelijk.

Door middel van opscholing kunnen werkgevers het opleidingsniveau van medewerkers verhogen. Uit figuur 1 blijkt dat opscholing het meest aan de orde geweest is in de ziekenhuisbranche (80%) en de sector VVT (81%).

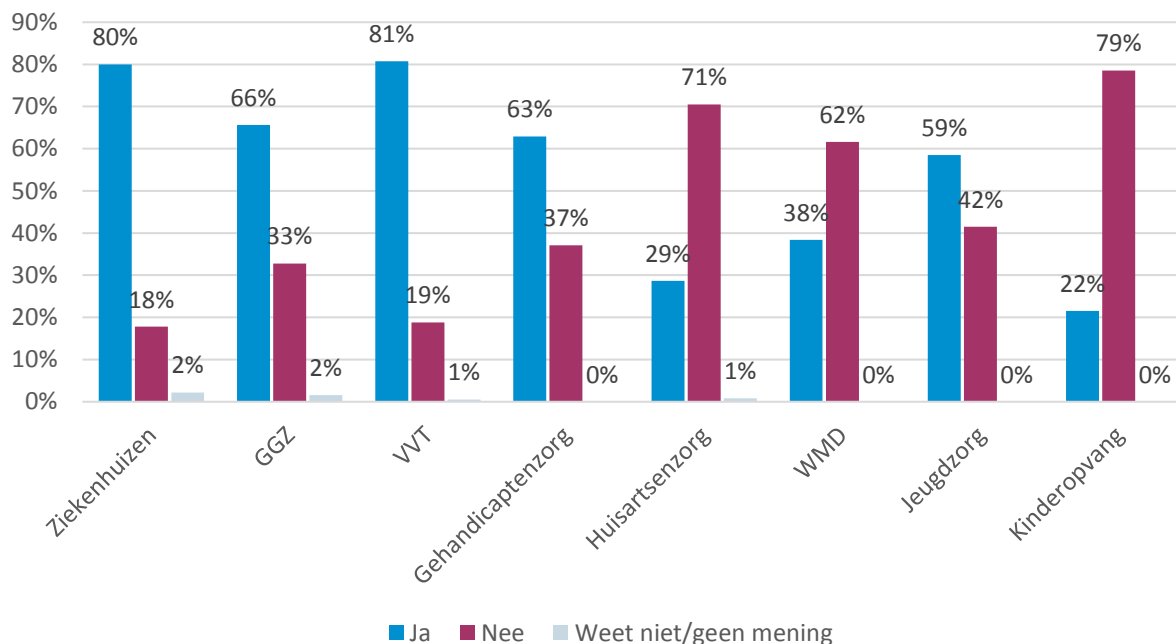
²⁵ TNO (2007). De toekomst werkt. De arbeidsmarkt in 2020.

²⁶ CPB (2015). Baanpolarisatie in Nederland.

²⁷ ROA (2015). De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2020.

²⁸ Werkgeversenquête Onderzoeksprogramma AZW 2014, 2015 en 2016.

Figuur 1. Heeft u in de afgelopen 12 maanden medewerkers scholing laten volgen om hun opleidingsniveau te verhogen?



Bron: Werkgeversenquête Onderzoeksprogramma AZW.

Bij ziekenhuizen, jeugdzorg, GGZ en huisartsenzorg gaat het vooral om opscholing van mbo naar hbo-niveau en in de VVT relatief vaker om opscholing van mbo 2 naar mbo 3 en van mbo 3 naar mbo 4 niveau. Bijna een vijfde van de werkgevers geeft ook andere vormen van opscholing aan. In bijna alle sectoren komt ook opscholing van hbo naar hbo+ voor, uitgezonderd de VVT. De geïnterviewde werkgevers in de VVT noemen daarentegen diverse varianten van opscholing van mbo 3 naar mbo 3+, via specialistische of verdiepende scholing. In de GGZ vindt regelmatig opscholing van wo naar wo+ plaats, bijvoorbeeld via de opleiding tot klinisch psycholoog. De geïnterviewde werkgevers in de huisartsenzorg noemen vooral varianten van opscholing binnen mbo 4 tot mbo 4+.

Tabel 1. Waar was de scholing om het opleidingsniveau van uw medewerkers te verhogen (opscholing) in de afgelopen 12 maanden met name op gericht?

	Ziekenhuizen	GGZ	VVT	Gehandicaptenzorg	Huisartsenzorg	WMD	Jeugdzorg	Kinderopvang
Mbo 1 niveau naar mbo 2 niveau	6%	2%	8%	5%	2%	2%	0%	0%
Mbo 2 niveau naar mbo 3 niveau	8%	5%	68%	31%	3%	3%	3%	11%
Mbo 3 niveau naar mbo 4 niveau	22%	24%	65%	59%	6%	15%	7%	53%
Mbo niveau naar hbo niveau	86%	59%	45%	54%	56%	72%	81%	40%
Hbo niveau naar wo niveau	25%	32%	2%	10%	10%	13%	19%	2%
Anders	19%	29%	12%	10%	28%	24%	32%	18%

Bron: Werkgeversenquête Onderzoeksprogramma AZW.

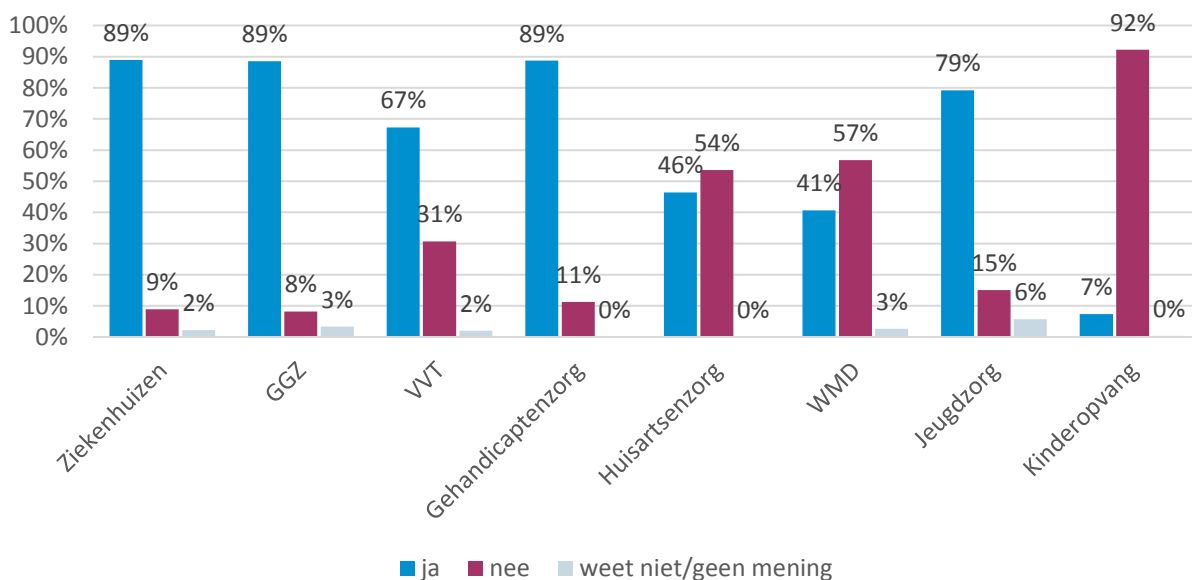
Meer aandacht voor duurzame inzetbaarheid

De gemiddelde leeftijd in de sector zorg en WJK is de afgelopen tien jaar gestegen van 39,5 jaar tot 40,5 jaar en het aandeel 55-plussers is toegenomen tot 18%. Door vergrijzing, ontgroening en de stapsgewijze verhoging van de pensioenleeftijd wordt de noodzaak om langer door te werken en daarmee het belang van duurzame inzetbaarheid steeds sterker. Bij duurzame inzetbaarheid is de vraag op welke wijze medewerkers in zorg en WJK langer inzetbaar kunnen blijven en op die manier kunnen worden behouden voor de sector. Activiteiten richten zich onder andere op:

- Het maximaliseren van de inzetbaarheid van werknemers door middel van gezondheidsbeleid;
- Preventie en vermindering van fysieke belasting en agressie;
- Bij- en doorscholing (leven lang leren); en
- Het vergroten van intrasectorale mobiliteit²⁹.

Agressie en fysieke belasting zijn vaak de oorzaak van verzuim en ziekte in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit vraagt om preventiebeleid en aandacht voor deze thema's op de werkvloer. Uit figuur 2 blijkt dat agressie en geweld het meest voorkomen in de ziekenhuisbranche, de GGZ, en de gehandicaptenzorg. Maar ook in de jeugdzorg en de sector VVT ligt het percentage medewerkers dat de afgelopen 12 maanden te maken heeft gehad met agressie en geweld behoorlijk hoog. Agressie en geweld is het afgelopen jaar het meest toegenomen bij de kinderopvang, de jeugdzorg en de huisartsenzorg. De ernst van de agressie en het geweld is het meest gestegen in de kinderopvang, de GGZ en de jeugdzorg. De belangrijkste sectorbrede maatregelen zijn het bespreekbaar maken van agressie en het komen tot werkafspraken. De gehandicaptenzorg lijkt daarin een voorloper, direct gevolgd door de GGZ. Ook geven werkgevers aan dat medewerkers diverse trainingen hebben gevolgd inzake het omgaan met agressie en weerbaarheid³⁰.

Figuur 2. Hebben medewerkers de afgelopen 12 maanden te maken gehad met agressie en geweld in hun werk?



Bron: Werkgeversenquête Onderzoeksprogramma AZW.

²⁹ RegioPlus.

³⁰ Onderzoeksprogramma AZW (2016). AZW Actueel.

Duurzame inzetbaarheid in zorg en WJK wordt verder vormgegeven door het creëren van bewustzijn, afstemming met het onderwijs en instrumenten met betrekking tot *'een leven lang leren'*. De eisen die aan medewerkers gesteld worden zijn hoog in de zorg. Bij-, op- en doorscholing is dus van groot belang. Bovendien draagt het ook bij aan de motivatie van medewerkers en worden zij op een positieve manier blijvend aan organisaties en sector verbonden. Uit de werkgeversenquête 2016 blijkt dat bijscholing sectorbreed bij meer dan een kwart van de werkgevers betrekking heeft gehad op veiligheid. Daarnaast zijn er veel trainingen geweest inzake vakinhoudelijke competenties en medisch-technische vaardigheden. Ook zijn vakinhoudelijke begeleiding en omgang met cliënten, en communicatie met cliënten en ouders regelmatig onderwerp van training. Daarnaast heeft bijscholing plaatsgevonden in reflectieve vaardigheden en professionele autonomie³¹.

Tot slot wordt duurzame inzetbaarheid personeel voor de sector behouden door specifiek in te zetten op *intrasectorale mobiliteit*. Mobiliteit houdt medewerkers actief, vitaal en geeft ontwikkelingsmogelijkheden. In geval van boventallige medewerkers in de ene branche (bijvoorbeeld kinderopvang en jeugdzorg), dragen regionale arbeidsmarktorganisaties hun steentje bij, door hen te begeleiden naar werk in de andere branche (zorg). Zo snijdt het mes aan twee kanten.

Samenvatting:

- Overheidsbeleid zorgt voor toenemende extramuralisering
- Zorg- en welzijnsorganisaties ervaren toegenomen druk op prijs en kwaliteit
- Toenemende vraag naar hoger opgeleid personeel
- Meer aandacht voor duurzame inzetbaarheid

³¹ Onderzoeksprogramma AZW (2016). AZW Actueel.

Hoofdstuk 3 Stand van zaken op de arbeidsmarkt in zorg en WJK in regio Utrecht en omgeving

Werkgelegenheid in zorg en WJK: aantal werknemers daalt tussen 2014 en 2015

In de regio Utrecht en omgeving werken in 2015 76.870 werknemers in zorg en WJK. In 2014 waren dat er nog 77.680. De werkgelegenheid in zorg en WJK in Nederland is in deze periode met 1,6 procent gedaald.

Per branche verschilt de werkgelegenheidsontwikkeling sterk. Zo is in de meeste werkvelden sprake van een werkgelegenheidsdaling, maar in sommige werkvelden valt toch alweer een stijging waar te nemen. In onderstaande tabel is te zien dat dit in Nederland onder andere geldt voor de gehandicaptenzorg, huisartsenzorg en gezondheidscentra, overige zorg en WMD. Het aantal werknemers daalde in Nederland het sterkst in de jeugdzorg (-5,5%), VVT (-5,0%) en GGZ (-2,2%). Ondanks de werkgelegenheidsafname blijft de VVT in Utrecht en omgeving de grootste werkgever, meer dan 20 procent van alle werknemers in zorg en WJK werkt in dit werkveld.

Tabel 1. Ontwikkeling werkgelegenheid naar branche in Utrecht en omgeving en Nederland, 2014-2015*

 Groei  Krimp

	Utrecht en omgeving		Nederland	
	Aantal werkn. 2015	Aandeel 2015	Aandeel 2015	% ontw 2014-2015
UMC's	9.840	14%	6%	-0,3%
Algemene en categorale ziekenhuizen	9.960	13%	18%	-0,2%
GGZ	5.540	7%	7%	-2,2%
VVT	15.820	23%	30%	-5,0%
Gehandicaptenzorg	8.590	11%	14%	0,4%
Huisartsenzorg en gezondheidscentra	1.590	2%	2%	4,8%
Overige zorg	10.400	13%	9%	1,0%
WMD	6.490	8%	6%	1,9%
Jeugdzorg	1.670	2%	2%	-5,5%
Kinderopvang	5.750	8%	6%	-1,6%
Totaal zorg en WJK	75.660	100%	100%	-1,6%

* Voorlopige cijfers op basis van landelijke trend 2014-2015.

Bron: Onderzoekprogramma AZW, bewerking Etil.

Niet alle werknemers in zorg en WJK werken direct met patiënten en cliënten. Om hier een duidelijk beeld van te krijgen is het van belang de functies van verpleegkundig, verzorgend en sociaal agogisch personeel centraal te stellen. Dit zogenaamde VVS-personeel beslaat in Utrecht en omgeving ruim 54% van het totale personeel in de zorg en WJK oftewel 40.910 personen (zie tabel 2).

Het grootste deel van het VVS-personeel is werkzaam als Verpleegkundige (NLQF 4) of Verzorgende (NLQF 3)³². Vergeleken met Nederland werken er in Utrecht en omgeving relatief weinig Verzorgenden (NLQF 3) (12,1% tegenover 16,5%).

Tussen 2014 en 2015 is de werkgelegenheid zowel bij het VVS-personeel als in overige kwalificaties gedaald. Gedurende deze periode lieten beide groepen een gelijke daling zien.

Tabel 2. Werkgelegenheid naar kwalificatie Utrecht en omgeving en Nederland

 Groei  Krimp

Kwalificaties	Utrecht en omgeving		Nederland	
	Aantal werknemers 2015*	Aandeel 2015	Aandeel 2015	% ontw 2014-2015
Verpleegkundige (NLQF 6)	4.350	5,7%	5,4%	4,5%
Verpleegkundige (NLQF 4)	10.210	13,5%	13,9%	-1,4%
Verzorgende (NLQF 3)	9.160	12,1%	15,6%	-0,8%
Helpende zorg en WJK (NLQF 2)	1.740	2,3%	2,5%	-9,5%
Zorghulp (NLQF 1)	1.020	1,3%	1,9%	-22,9%
Sociaal pedagogisch hulpverlener (NLQF 6)	4.110	5,4%	5,3%	0,1%
Pedagogiek (NLQF 6)	960	1,3%	1,2%	-3,3%
Maatschappelijk werk en dienstv. (NLQF 6)	1.930	2,6%	2,2%	2,5%
Culturele en maatschap. vorm. (NLQF 6)	430	0,6%	0,5%	-1,9%
Pedagogisch werker (NLQF 4)	2.010	2,7%	2,1%	3,3%
Sociaal cultureel werk (NLQF 4)	130	0,2%	0,1%	-2,2%
Sociaal dienstverlener (NLQF 4)	210	0,3%	0,2%	-1,4%
Med. maatschap. zorg (NLQF 4)	2.860	3,8%	4,4%	-1,5%
Med. maatschap. zorg (NLQF 3)	920	1,2%	1,4%	3,6%
Pedagogisch werker (NLQF 3)	890	1,2%	0,9%	-8,3%
Totaal VVS-personeel	40.910	54,1%	57,8%	-1,6%
Overige kwalificaties	34.750	45,9%	42,2%	-1,6%
Totaal zorg en WJK**	75.660	100,0%	100,0%	-1,6%

* Voorlopige cijfers op basis van landelijke trend 2014-2015.

** Als gevolg van afrondingsverschillen kan het totaal aantal werknemers 2015 in deze tabel afwijken van tabel 1.

Bron: Onderzoekprogramma AZW, bewerking Etil.

³² In het onderzoeksprogramma AZW wordt voor de kwalificatieniveaus aangesloten bij de NLQF indeling. NLQF is een overzicht van alle mogelijke kwalificaties die in Nederland te behalen zijn en is gekoppeld aan het Europese EQF zodat alle opleidingen in Europa met elkaar vergelijkbaar zijn. Opleidingen op hbo-niveau zijn NLQF-niveau 6 in tegenstelling tot het oude ordeningssysteem waarin hbo'ers niveau 5 waren. Voor de overige kwalificatieniveaus komt de NLQF-indeling overeen met de indeling in 'oude' niveaus. Ook in dit rapport gebruiken we de NLQF-indeling.

In- en uitstroom: ondanks daling werkgelegenheid, nog altijd dynamiek in sector zorg en WJK

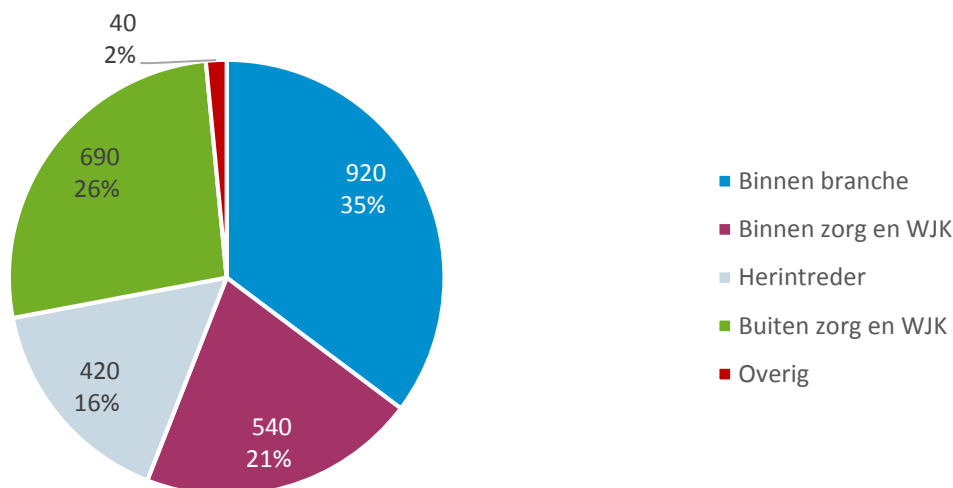
Zoals blijkt uit tabel 1 en 2 is de werkgelegenheid in zorg en WJK in Utrecht en omgeving tussen 2014 en 2015 gekrompen. In 2015 was in Utrecht en omgeving de uitstroom (gemiddeld 3.000 personen) groter dan de instroom (gemiddeld 2.610 personen).

Onder de totale in- en uitstroom gaat mobiliteit schuil: mensen wisselen van baan binnen branches, vinden een baan in een andere branche, stromen de sector in van buiten de sector et cetera. Figuur 1a geeft aan waar de werknemers vandaan komen die aan een nieuwe baan beginnen in de sector zorg en WJK. 56 procent van de nieuwkomers in Utrecht en omgeving komt uit de eigen branche of was daarvoor al werkzaam in zorg en WJK. 26 procent komt uit een andere sector en 16 procent betreft herintreders. Landelijk is hier ten opzichte van 2013 een verschuiving zichtbaar: de mensen die in 2015 aan een nieuwe baan beginnen, komen vaker uit de eigen branche en minder vaak van buiten de sector. Een verklaring hiervoor is de afname van de werkgelegenheid: er is daardoor meer arbeidsaanbod vanuit de eigen branche³³.

In figuur 1b staan de bestemmingen van mensen die de sector zorg en WJK in Utrecht en omgeving hebben verlaten. Een kleine meerderheid blijft binnen de sector actief, 42 procent heeft werk gevonden in een andere sector en 5 procent is uitgestroomd naar pensioen. Landelijke ontwikkelingen laten zien dat ten opzichte van 2013 mensen vaker de sector verlaten en minder vaak naar een andere branche binnen zorg en WJK verplaatsen. De uitstroom naar pensioen is verhoudingsgewijs ook afgenomen. Maar dat heeft eerder te maken met een toename van de uitstroom naar andere bestemmingen dan met een afname van de absolute uitstroom naar pensioen.

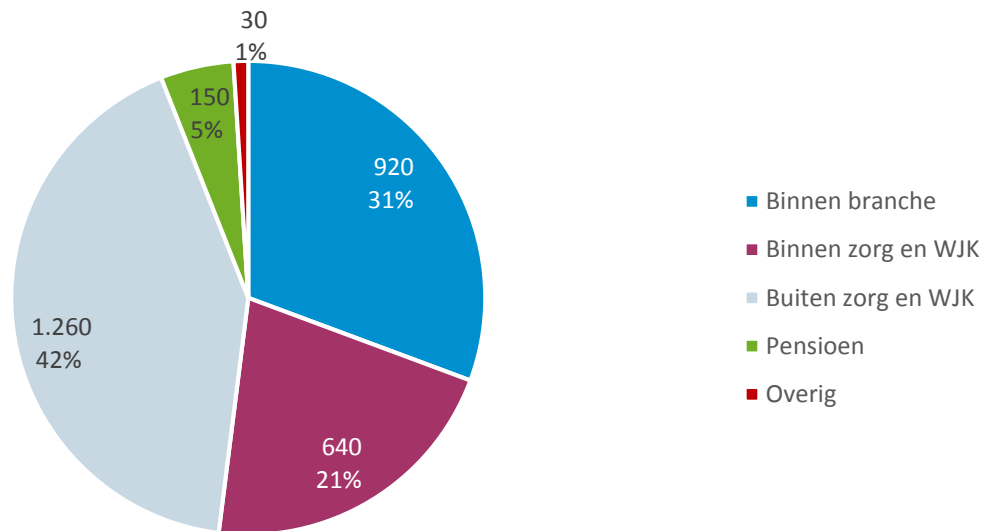
Figuur 1. Mobiliteit binnen en buiten de sector zorg en WJK*

A. Instroom van werknemers naar bestemming in Utrecht en omgeving, 2015



B. Uitstroom van werknemers naar bestemming in Utrecht en omgeving, 2015

³³ Onderzoeksprogramma AZW (2015). Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015. Integrerend rapport.



* Voorlopige cijfers op basis van landelijke trend 2014-2015.
Bron: Onderzoekprogramma AZW, CBS, bewerking Etil.

Uitstroom vanwege pensioen: aantal pensioengangers in zorg en WJK stabiel

In de afgelopen jaren is de gemiddelde pensioenleeftijd in de zorg en WJK sterk toegenomen. In 2007 was deze nog geen 61 jaar en in 2014 bedraagt deze ruim 63,5 jaar. De sector loopt daarmee iets achter op het gedrag dat economiebreed voorkomt, want economiebreed ligt de gemiddelde pensioenleeftijd op 64,4 jaar. Landelijk schommelt het aantal pensioengangers uit de sector zorg en WJK al sinds 2005 tussen de 10.000 en 12.000 personen per jaar.

De gemiddelde pensioenleeftijd in de sector zorg en WJK zal de komende jaren vermoedelijk steeds dichterbij de opschuivende pensioengerechtigde leeftijd komen te liggen. Desondanks zal zich wel een aanzienlijke toename van het aantal pensioengangers gaan voordoen. Deze toename wordt veroorzaakt door de leeftijdsopbouw van personeel in de sector. Uit landelijke analyses blijkt dat afhankelijk van de stijging van gemiddelde pensioenleeftijd in de periode 2015-2020 16%³⁴ tot 22%³⁵ van het personeelsbestand in de sector zorg en WJK met pensioen gaat³⁶. Zijn er nu jaarlijks zo'n 12.000 pensioengangers, de komende jaren gaat dat oplopen naar 30.000 tot 35.000 per jaar.

Een verdubbeling van het aantal pensioengangers is fors en doet meteen een enorme vervangingsvraag vermoeden. Maar omdat de stijging van het aantal pensioengangers plaatsvindt binnen een breder perspectief van in- en uitstroom binnen de zorgsector (landelijk in totaal zo'n 200.000 personen per jaar), is er relatief gezien een beperktere stijging van de totale vervangingsvraag. Ondanks dat vormt de verwachte uitstroom naar pensioen en daarmee gepaard gaande vervangingsvraag in sterk vergrijsde regio's, zoals ook Utrecht en omgeving, toch een uitdaging.

³⁴ Bij stijging van pensioenleeftijd naar 66 jaar.

³⁵ Bij gelijkblijvende pensioenleeftijd van 64 jaar.

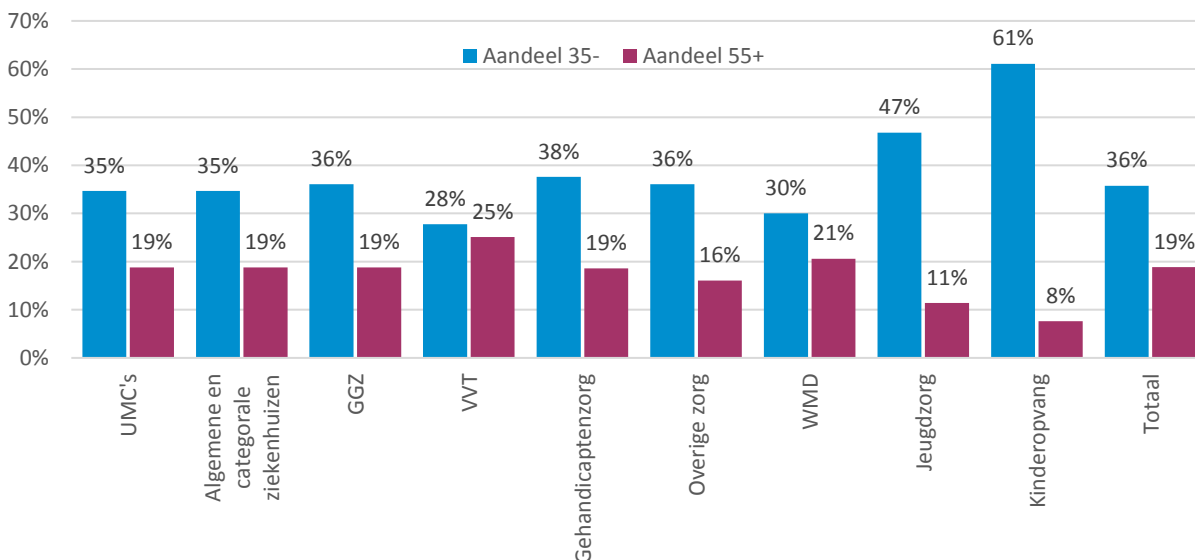
³⁶ Onderzoekprogramma AZW (2015). Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015. Integreerend rapport.

Jongere en oudere werknemers in zorg en WJK: aandeel jongeren daalt

Ten opzichte van twee jaar geleden is de uitstroom uit de sector zorg en WJK toegenomen en de instroom afgenomen. Landelijk is er onderzocht of dit effect heeft gehad op de leeftijdsopbouw binnen de verschillende branches³⁷. Uit die analyse blijkt dat jongeren (de groep werknemers tot en met 34 jaar) oververtegenwoordigd zijn in zowel de in- als de uitstroom uit een branche. Dat komt onder andere door factoren als de instroom van schoolverlaters of jongeren die vaker een tijdelijk contract hebben dan ouderen en daarmee ook sneller weer een organisatie verlaten. Ook de afgelopen jaren bleven jongeren oververtegenwoordigd in zowel de in- als uitstroom. Er is dus geen duidelijke stijging of daling van hun aandeel te zien in de in- of uitstroom.

Wel is bij de verschillende branches te zien dat het aandeel jongere werknemers daalt. Dat heeft er mee te maken dat de uitstroom van werknemers in die branches in de afgelopen jaren groter is geweest dan de instroom. Gezien de vergrijzing daalt het aandeel jongeren in zorg en WJK al langer. Een versterking van die trend in de afgelopen jaren duidt erop dat voor jongeren de effecten van het werkgelegenheidsverlies groter zijn dan voor ouderen. Dat is te verklaren doordat een (groot) deel van het verlies aan banen wordt opgevangen door het niet verlengen van tijdelijke contracten en jongeren hebben relatief vaak zo'n tijdelijk contract. Figuur 2 laat het aandeel jongere en oudere werknemers per branche in Utrecht en omgeving zien en figuur 3 laat diezelfde cijfers zien voor Nederland. In alle branches is het aandeel 35-minners nog altijd groter dan het aandeel 55-plussers. Vooral de branches kinderopvang en jeugdzorg kennen relatief een hoog aandeel jongeren. Vergelijken we de Utrechtse percentages met Nederland dan valt op dat het aandeel 35-minners vooral bij VVT, jeugdzorg en kinderopvang in Utrecht en omgeving hoger liggen dan landelijk.

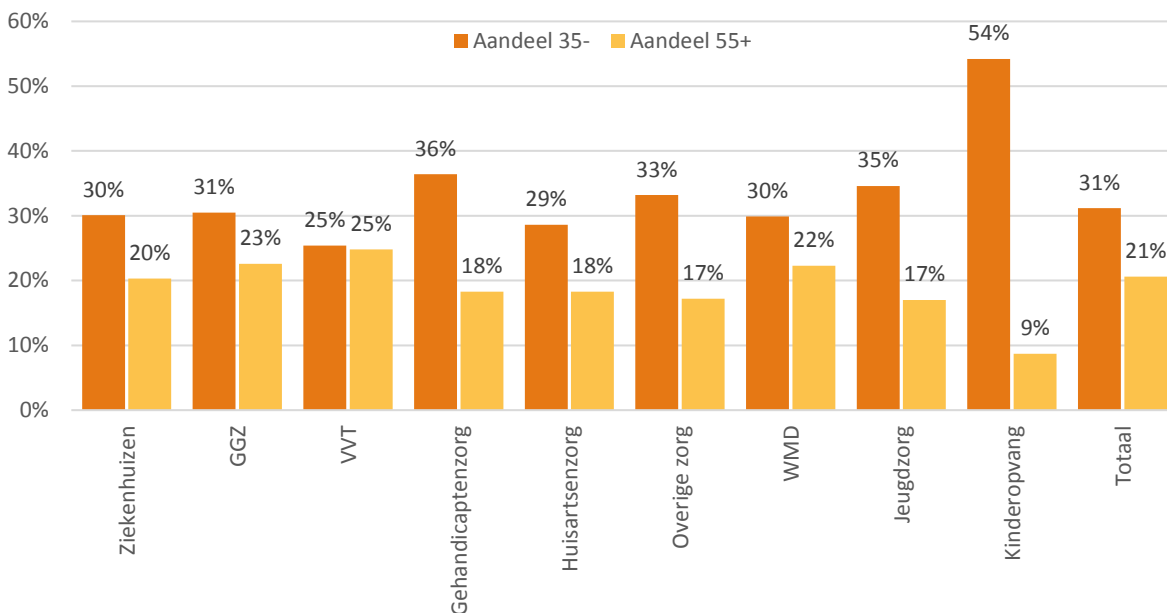
Figuur 2. Aandeel jongere en oudere werknemers per branche in Utrecht en omgeving, 2014



Bron: Onderzoekprogramma AZW, CBS, bewerking Etil.

³⁷ Onderzoekprogramma AZW (2015). Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015. Integrerend rapport.

Figuur 3. Aandeel jongere en oudere werknemers per branche in Nederland, 2014



Bron: Onderzoekprogramma AZW, CBS, bewerking Etil.

Toenemende flexibilisering, ook in zorg en WJK

Zwaar economisch weer en toenemende onzekerheden maken het flexibel kunnen inzetten van mensen nodig. Onder turbulente omstandigheden moeten organisaties snel en wendbaar zijn om mee te blijven doen. Dat kan alleen via *flexibiliteit van arbeid*. Flexwerkers vormen voor veel bedrijven en organisaties het veiligheidsventiel in tijden van recessie. De afgelopen jaren kozen bedrijven en organisaties daarom vaker voor flexibele arbeidsverbanden. Daarnaast kozen meer mensen (al dan niet gedwongen) voor zelfstandigheid.

Flexibele arbeidsrelaties³⁸ en ZZP'ers nemen een steeds grotere plek in op de Nederlandse arbeidsmarkt. In Nederland is het aantal personen met een vast contract sinds de start van de crisis in 2008 gedaald met ongeveer 600.000, terwijl de opwaartse trend in de aantallen flexwerkers en ZZP'ers doorzet. Sinds 2008 is het aantal flexibele arbeidsrelaties toegenomen met bijna 280.000 en het aantal ZZP'ers met circa 180.000 personen. Momenteel werkt ongeveer 35% van de werkzame beroepsbevolking op een flexibele arbeidsrelatie of als ZZP'er. Weinig andere landen kennen een dergelijk hoog percentage³⁹.

Een groot deel van de mensen die werkzaam zijn in zorg en WJK heeft een vast contract met vaste uren: in 2015 was dat bijna 75%. Bijna 7% had een tijdelijk contract met vaste uren, terwijl ruim 8% een contract had zonder vaste uren (dit zijn zowel vaste als tijdelijke contracten en is inclusief de oproep- of invalkrachten). Ruim 10% was werkzaam als zelfstandige. Per branche zijn er duidelijke verschillen te zien. In de UMC's, algemene en overige ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en jeugdzorg is het aandeel medewerkers met een vast contract voor een vast aantal uren meer dan 80%. In de huisartsenzorg en gezondheidscentra en de overige zorg is dit aandeel slechts 50-55%⁴⁰.

De (relatieve) omvang van de flexibele schil is in de periode 2010-2014 toegenomen. Ruim een derde van de werkgevers geeft dan ook aan dat uitbreiding van de flexibele schil een van de maatregelen is die zij nemen in reactie op de hervormingen en bezuinigingen⁴¹.

³⁸ Het CBS rekent tot flexibele arbeidsrelaties: werknemer tijdelijk (uitzicht op vast of ≥ 1 jaar of < 1 jaar), oproep-/invalkracht, uitzendkracht, werknemer vast maar geen vaste uren en werknemer tijdelijk maar geen vaste uren.

³⁹ CPB (2015). Macro Economische Verkenning 2016.

⁴⁰ Onderzoekprogramma AZW (2016). AZW Actueel.

⁴¹ Onderzoekprogramma AZW (2015). Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015. Integrerend rapport.

Instroom vanuit opleidingen: instroom in zorg- en welzijnsopleidingen neemt als gevolg van bezuinigingen in de sector af

Naast instroom vanuit overige sectoren of herintreders, zijn gediplomeerden die aan het werk gaan in de sector zorg en WJK een belangrijke bron van nieuwe instroom. In tabel 3 staat de instroom in zorg- en welzijnsopleidingen in Utrecht en omgeving weergegeven. De totale instroom is de laatste jaren afgenomen. In 2010 stroomden er nog 3.850 leerlingen in een van de kwalificaties van de sector zorg en WJK in en in 2014 waren dat er 3.230. Deze afname is ook landelijk te zien. De afname wordt veroorzaakt door de verslechterde arbeidsmarktperspectieven in de zorg en WJK; in 2009 en 2010 startten door de toenmalige crisis nog veel mensen met opleidingen in de zorg en WJK, omdat deze sector goede arbeidsmarktperspectieven bood. Inmiddels hebben er veel veranderingen plaatsgevonden in de sector, waardoor de perspectieven verslechterd zijn. Er is momenteel nog geen sprake van een afname van het aantal leerlingen in het mbo en hbo als gevolg van ontgroening. Deze afname wordt rond 2020 verwacht. In 2014 zijn de meeste leerlingen zijn ingestroomd bij de Helpende zorg en WJK (NLQF 2). Daarnaast is er een grote instroom in de kwalificaties Verzorgende (NLQF 3), Verpleegkundige (NLQF 6).

Tabel 3. De instroom in opleidingen naar VVS-kwalificaties, Utrecht en omgeving, 2010-2014*

Kwalificaties	2010	2011	2012	2013**	2014**
Verpleegkundige (NLQF 6)	220	260	320	440	430
Verpleegkundige (NLQF 4)	350	300	390	310	300
Verzorgende (NLQF 3)	450	370	530	440	430
Helpende zorg en WJK (NLQF 2)	670	510	870	520	500
Zorghulp (NLQF 1)	40	70	60	40	40
Sociaal pedagogisch hulpverlener (NLQF 6)	260	240	260	270	260
Pedagogiek (NLQF 6)	170	180	160	140	140
Maatschappelijk werk en dienstv. (NLQF 6)	280	280	260	300	290
Culturele en maatschap. vorm. (NLQF 6)	110	70	90	60	60
Pedagogisch werker (NLQF 4)	230	180	160	190	180
Pedagogisch werker (NLQF 3)	710	700	540	420	290
Sociaal cultureel werk (NLQF 4)	70	70	50	40	40
Sociaal dienstverlener (NLQF 4)	20	10	0	0	0
Med. maatschap. zorg (NLQF 4)	140	110	170	170	160
Med. maatschap. zorg (NLQF 3)	130	140	150	110	110
Totaal	3.850	3.490	4.010	3.450	3.230

* Vanwege lage aantallen clustering van agogische kwalificaties op NLQF 3 en 4.

** Gegevens 2013 en 2014 op basis van een raming van landelijke gegevens CBS en Vereniging Hoge Scholen, Referentieraming van OC&W en regionale gegevens DUO.

Bron: Onderzoeksprogramma AZW, bewerking Etil.

Onderwijs: een veranderende personeelsbehoefte vraagt ook om onderwijsvernieuwingen

De verwachting is dat voor een goede aansluiting op de arbeidsmarkt een aantal kerncompetenties vereist is: de '21st century skills'. Naast geletterdheid in de breedte, zijn dit competenties als samenwerken, creativiteit, ict-geletterdheid, communiceren, probleemoplossend vermogen, kritisch denken en sociale en culturele vaardigheden. Ook een betrokken, ondernemende en nieuwsgierige houding is in de 21ste eeuw nog steeds essentieel⁴². De vaardigheid om nieuwe informatie op te nemen (te blijven leren) en om zich aan te passen aan veranderende omstandigheden (te blijven vernieuwen) wordt steeds belangrijker⁴³. Ook in zorg en WJK worden andere en nieuwe vaardigheden gevraagd van nieuw en zittend personeel. Het aanleren van deze nieuwe vaardigheden begint in het zorgonderwijs.

Het landelijke Zorgpact stimuleert daarom de samenwerking tussen zorg- en onderwijsinstellingen en gemeenten, zodat zij samen kunnen inspelen op die veranderingen. Het Zorgpact fungeert als de aanjager en stimuleert een gezamenlijke aanpak via regionale Zorgpacten. Zorgpact Midden Nederland heeft als ambitie dat zorg en onderwijs continu kunnen inspelen op nieuwe ontwikkelingen en veranderende (zorg)vraag. De focus ligt daarbij op de thema's 'zelfmanagement' en 'zorg en technologie'.

Projecten die gestart zijn:

- * Ontwikkeling en verduurzaming leerwerkplaatsen;
- * Ontwikkeling keuzedelen MBO onderwijs: 'zorg en technologie' en 'zorginnovatie en technologie';
- * Living Lab Zorgzaam;
- * Ontwikkeling nascholingstraject 'zelfmanagement gaat niet vanzelf maar kun je leren';
- * Ontwikkeling van innovatieve lesmethoden;

Doel is van projecten naar beweging te gaan, door steeds meer initiatieven te starten en partijen te verbinden.

Tegelijkertijd zijn er zowel in het mbo als hbo al initiatieven ontstaan om vernieuwingen door te voeren in het onderwijs:

- * Mbo: de vernieuwde kwalificatiestructuur in het mbo kent minder en deels bredere profielen, die zijn opgebouwd uit een brede basis, uitstroomprofielen en keuzedelen. De introductie van keuzevakken is bedoeld om de beroepsopleidingen meer en flexibeler toe te snijden op de beroepspraktijk en sneller aan te passen aan nieuwe ontwikkelingen.
- * Hbo: met het project 'Bachelor Nursing 2020' wordt de hbo-opleiding verpleegkunde vernieuwd en toegesneden op het nieuwe kader dat daarvoor in 2012 is vastgesteld. In de nieuwe opleiding wordt een groot accent gelegd op de generalistische beroepsuitoefening. Met een combinatie van een minor (keuzeonderwijs), de stage en het afstudeerproject kan een student een eigen focus aanbrengen. Dit kan gericht zijn op een branche- of themagerichte verdieping, op doorstroom naar de verpleegkundig specialist of op wetenschappelijk vervolgonderwijs. Ook ontstaan er nieuwe opleidingen in het hbo, bijvoorbeeld de bachelor Medisch Hulpverlener. De hbo-verpleegkundige met een Bachelor of Nursing zal NLQF 6 zijn.

Naast vernieuwingen in het onderwijs, verdienen ook zaken als wel of geen numerus fixus op de opleiding hbo-verpleegkundige of de ontwikkeling van het bbl-leerlingen de aandacht. Dit vergemakkelijkt of bemoeilijkt immers de instroom van gekwalificeerd personeel. Onderzoek van SBB laat zien dat in WJK het aantal bbl-ers de laatste jaren sterk is gedaald: van 15 procent in 2009-2010 naar 2 procent in 2015-2016. In de zorg wint het percentage bbl-ers weer terrein na een aanvankelijke terugloop. In 2009-2010 was 38 procent van de studenten bbl-er, dit percentage daalde naar 26, in 2014-2015 en steeg dit studiejaar naar 28 procent⁴⁴.

⁴² Bron: www.kennisnet.nl/themas/21st-century-skills/vaardigheden/benodigde-vaardigheden-voor-de-21ste-eeuw/

⁴³ Sociaal en Cultureel Planbureau, De sociale staat van Nederland, 2015.

⁴⁴ SBB (2016). Sectorkamerrapportage 2016. Sectorkamer Zorg, Welzijn en Sport.

Als de instroom in het onderwijs bekend is, kan door middel van het studierendement berekend worden hoeveel leerlingen het diploma in een bepaalde kwalificatie behalen. Bij het studierendement wordt gekeken hoeveel studenten die in een opleiding instromen, daar ook daadwerkelijk het diploma behalen. Van deze gediplomeerden kan dan weer berekend worden hoeveel personen ook daadwerkelijk instromen in de VVS-kwalificaties in de sector zorg en WJK. Dit wordt gedaan aan de hand van het zogenaamde sectorrendement: het aantal gediplomeerden dat in een van de kwalificaties van de sector zorg en WJK gaat werken, ten opzichte van het totaal aantal gediplomeerden in die kwalificatie in een bepaald jaar. Aan de hand van deze factoren wordt dus een vrij goed beeld verkregen van de (te verwachten) instroom vanuit het onderwijs.

In tabel 4 zijn de studie- en sectorrendementen per kwalificatie weergegeven voor de regio Utrecht en omgeving en voor Nederland. De meeste studierendementen lagen in Utrecht en omgeving iets hoger dan in Nederland; relatief meer van de ingestroomde leerlingen behaalden dus een diploma in een van de relevante opleidingen.

Tabel 4. Studierendement (2013) en sectorrendement (2012) van de VVS-opleidingen in Utrecht en omgeving en Nederland*

Kwalificatie	Studierendement		Sectorrendement	
	Utrecht en omgeving	Nederland	Utrecht en omgeving	Nederland
Verpleegkundige (NLQF 6)	59%	55%	89%	88%
Verpleegkundige (NLQF 4)	57%	56%	88%	89%
Verzorgende (NLQF 3)	47%	53%	89%	91%
Helpende zorg en WJK (NLQF 2)	69%	67%	54%	43%
Zorghulp (NLQF 1)	76%	77%	41%	41%
SPH (NLQF 6)	50%	54%	77%	77%
Pedagogiek (NLQF 6)	65%	55%	67%	62%
Maatschappelijke dienstverlening (NLQF 6)	49%	50%	57%	62%
Cultureel maatschappelijke dienstverlening (NLQF 6)	46%	38%	29%	39%
Sociaal agogisch oud (NLQF 4)	28%	75%	84%	67%
Sociale dienstverlener (NLQF 4)	28%	50%	84%	24%
Pedagogisch werker, kinderopvang (NLQF 4)	80%	52%	72%	75%
Pedagogisch werker jeugdzorg (NLQF 4)	71%	52%	41%	53%
Sociaal cultureel werker (NLQF 4)	40%	49%	29%	29%
Maatschappelijke zorg, gehandicaptenzorg (NLQF 4)	73%	61%	91%	86%
Maatschappelijke zorg, persoonlijk begeleider (NLQF 4)	83%	48%	64%	64%
Sociaal agoog (NLQF 3)	59%	59%	63%	63%
Medewerker maatschappelijke zorg (NLQF 3)	40%	59%	69%	83%
Pedagogisch werker, kinderopvang (NLQF 3)	56%	52%	76%	72%

* Vanwege lage aantallen clustering van agogische kwalificaties op NLQF 3 en 4.

Bron: Onderzoeksprogramma AZW, bewerking Etil.

Hoofdstuk 4 De arbeidsmarkt van zorg en WJK in regio Utrecht en omgeving 2016-2020

De ontwikkeling van de werkgelegenheid in de sector zorg en WJK voor de komende jaren is nauwelijks te voorspellen. Wel kunnen de gevolgen van beleidskeuzes ingeschat worden op basis van informatie die op dit moment voor handen is en vervolgens vertaald worden naar een werkgelegenheidsontwikkeling voor de periode 2016-2020. In het Onderzoeksprogramma AZW (AZW) zijn er gezien de diversiteit van ontwikkelingen meerdere scenario's geformuleerd: drie scenario's voor de zorgbranches en twee scenario's voor WJK. In het Regioportret sluiten we aan bij deze scenario's. Het uitgangspunt van de prognoses zijn de landelijke inzichten per branche in combinatie met de regionale werkgelegenheidssamenstelling per branche. *Hierna worden de diverse scenario's kort toegelicht en daarbij maken we gebruik van de toelichting uit AZW. Meer informatie is op dit moment niet voor handen en nadere informatie volgt via AZW.*

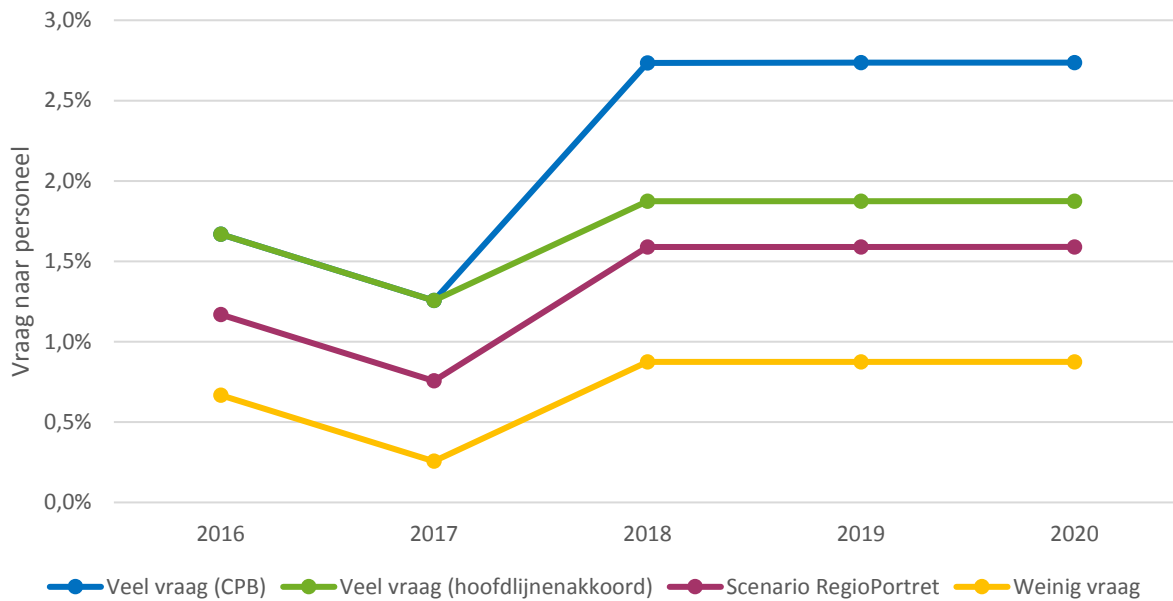
Scenario's zorg

Gezien de diversiteit van ontwikkelingen zijn er voor de zorgbranches drie verschillende scenario's geformuleerd (zie figuur 1). De werkelijkheid zal zich waarschijnlijk binnen de bandbreedte van deze scenario's voltrekken. De twee veel vraag scenario's voor de zorgbranches zijn gebaseerd op alle budgettaire mutaties, kortingen, intensiveringen en (voor de Zvw en Wlz) realisaties op basis van de VWS begroting 2017. Voor 2015 en 2016 zijn er nog geen realisaties bekend voor de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Uit onderzoek is bekend dat in beide wetten sprake is van onderbesteding. De recente uitspraken van de Centrale Raad voor Beroep hebben naar verwachting een positief effect op de uitgaven in het Sociaal Domein. Deze factoren zijn hier niet meegenomen. Voor de jaren 2018 en verder is gekeken naar de middellange termijn raming van het CPB. Het scenario hoofdlijnenakkoord gaat uit van de maximale budgetkorting die het CPB hanteert voor hoofdlijnenakkoorden bij de doorrekening van verkiezingsprogramma's. Het minder vraag scenario ligt voor iedere branche 1-procentpunt onder het scenario 'hoofdlijnenakkoord'. Uit de figuur blijkt ook dat voor de prognoses in het Regioportret is uitgegaan van een gemiddelde tussen het veel-vraag scenario (hoofdlijnenakkoord & CPB) en het weinig-vraag scenario.

Scenario's WJK

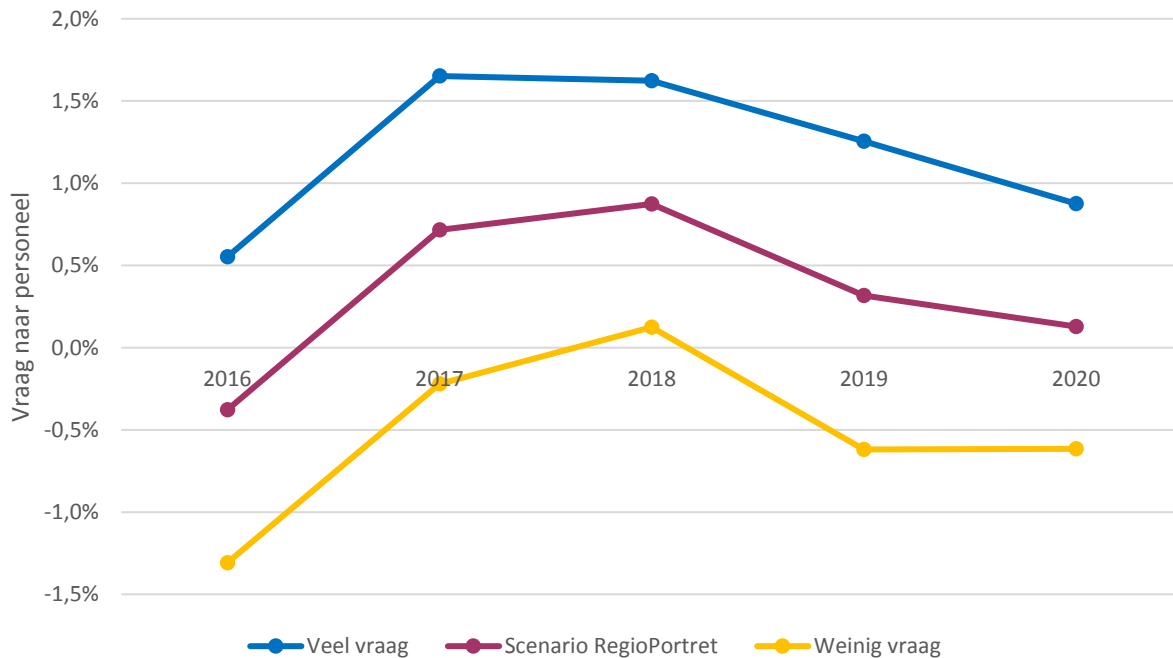
Voor de sector WJK zijn er binnen het onderzoeksprogramma twee scenario's geformuleerd (zie figuur 2). De branche WMD wordt voornamelijk gefinancierd vanuit gemeentelijke middelen. Harde cijfers over beschikbare middelen voor de komende vijf jaren zijn niet beschikbaar. Het veel vraag scenario gaat er van uit dat er nieuwe kansen voor WMD-organisaties ontstaan en dat deze verzilverd worden in de vorm van werkgelegenheid. Voor de jeugdzorg is uitgegaan van de ontwikkeling van het macrobudget dat in het gemeentefonds wordt gealloceerd voor Jeugdhulp. In de kinderopvang is, na een aantal jaren van bezuinigingen, in 2016 en 2017 sprake van meer geld. De verwachting is dat de werkgelegenheidseffecten met een jaar vertraging optreden, dus vanaf 2017 respectievelijk 2018. Voor de prognoses in het Regioportret is ook bij WJK gekozen voor een gemiddelde tussen het veel-vraag scenario en het weinig-vraag scenario.

Figuur 1. Scenario's werkgelegenheidsontwikkeling in zorg in Utrecht en omgeving, 2016-2020 (fte)



Bron: Onderzoeksprogramma AZW, bewerking Etil.

Figuur 2. Scenario's werkgelegenheidsontwikkeling in WJK in Utrecht en omgeving, 2016-2020 (fte)



Bron: Onderzoeksprogramma AZW, bewerking Etil.

Verwachte werkgelegenheidsontwikkeling per branche

In figuur 1 en 2 staan voor de diverse scenario's de totale werkgelegenheidsontwikkeling van zorg en WJK gepresenteerd. Uiteraard liggen hier per branche verschillende cijfers, inschattingen en aannames onder. In tabel 1, 2 en figuur 3 geven we volgens het 'scenario Regioportret' de verwachtingen weer voor de branches in de periode 2016-2020. Gezien de onzekerheden op de arbeidsmarkt van zorg en WJK, is het heel goed mogelijk dat een ander scenario dan het scenario Regioportret werkelijkheid wordt. In geval het 'veel-vraag scenario' werkelijkheid wordt, betekent dit een hogere groei van werkgelegenheid en grotere tekorten dan gepresenteerd in onderstaande tabellen en figuur. In geval van het 'minder vraag scenario' betekent het juist een lagere werkgelegenheidsgroei en grotere overschotten. Volgens het scenario Regioportret neemt in 2016 de werkgelegenheid in zorg en WJK met ongeveer 1 procent toe. Dit loopt in de opeenvolgende jaren verder op naar een verwachte toename van 1,5 procent per jaar. Tussen de verschillende branches is sprake van behoorlijke verschillen. De werkgelegenheidsontwikkeling in de jeugdzorg blijft negatief, terwijl de werkgelegenheid in de branches VVT, kinderopvang en overige zorg relatief sterk toeneemt.

Tabel 1. Ontwikkeling werkgelegenheid naar branche, Nederland, 2016-2020 (scenario Regioportret)

Branches	2016	2017	2018	2019	2020
UMC's	0,4%	-0,5%	1,7%	1,7%	1,7%
Algemene en categorale ziekenhuizen	-0,1%	-0,3%	1,6%	1,6%	1,6%
GGZ	0,2%	0,1%	1,3%	1,3%	1,3%
VVT	2,5%	1,4%	1,7%	1,7%	1,7%
Gehandicaptenzorg	-0,1%	0,6%	1,3%	1,3%	1,3%
Overige zorg	2,6%	2,3%	1,6%	1,6%	1,6%
WMD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Jeugdzorg	-5,3%	-2,9%	-0,5%	-0,5%	-0,5%
Kinderopvang	1,0%	3,0%	2,5%	1,0%	0,5%
Totaal	1,1%	0,9%	1,6%	1,5%	1,5%

Bron: Onderzoeksprogramma AZW, AZW Actueel, RegioPlus, bewerking Etil.

Verwachte overschotten en tekorten

Een van de onderdelen van het OAZW is een Arbeidsmarkttool. Met deze tool is het mogelijk ontwikkelingen die zich de komende jaren op de (regionale) arbeidsmarkt van zorg en WJK voordoen zelf te verkennen. Door de toekomstscenario's van de landelijke werkgelegenheidsontwikkeling naar branche (tabel 1) in deze tool in te laden, verkrijgen we een eerste beeld van de toekomstige tekorten of overschotten in personeel naar kwalificaties en branches gedurende de periode 2016-2020. Het doel van deze exercitie is dus niet om toekomstige tekorten of overschotten aan personeel exact te voorspellen, maar om een eerste inzicht te geven in de toekomstige arbeidsmarktsituatie in de sector zorg en WJK. Op basis van deze inzichten kunnen de diverse actoren het regionale arbeidsmarktbeleid verder vormgeven, zodat vraag en aanbod van personeel beter op elkaar aansluiten.

Confrontatie vraag en aanbod naar VVS-kwalificatie

De doorberekening met behulp van de Arbeidsmarkttool leidt voor Utrecht en omgeving tot een aanbodtekort van 210 personen in het jaar 2016, dat gedurende de periode 2017-2020 oploopt tot 790 personen in 2020. De omvang van het aanbodoverschot (dan wel tekort) verschilt per kwalificatie en opleidingsrichting. Volgens de berekeningen is er in 2020 sprake van het volgende:

- Een aanbodtekort bij vrijwel alle personeelscategorieën;
- Een afnemend aanbodoverschot voor Maatschappelijk werk en dienstverlening (NLQF 6) en Pedagogisch werker (NLQF 3);
- Een (licht) afnemend aanbodtekort voor Verpleegkundige (NLQF 6) en Culturele en maatschappelijke vorming (NLQF 6)

Vanwege de onduidelijkheden aan zowel de vraagkant als de aanbodkant voor de zorgkwalificaties op niveaus 1 en 2 is het niet mogelijk om hier een beeld te schetsen van de toekomst voor deze groepen. Op korte termijn is er sprake van een aanbodoverschot, maar de wijze waarop dit richting 2020 verder zal ontwikkelen is nog lastig aan te geven.

Tabel 2. Het aanbodoverschot naar kwalificaties, Utrecht en omgeving, absoluut en in % van totaal, 2016 en 2020 (scenario Regioportret)*

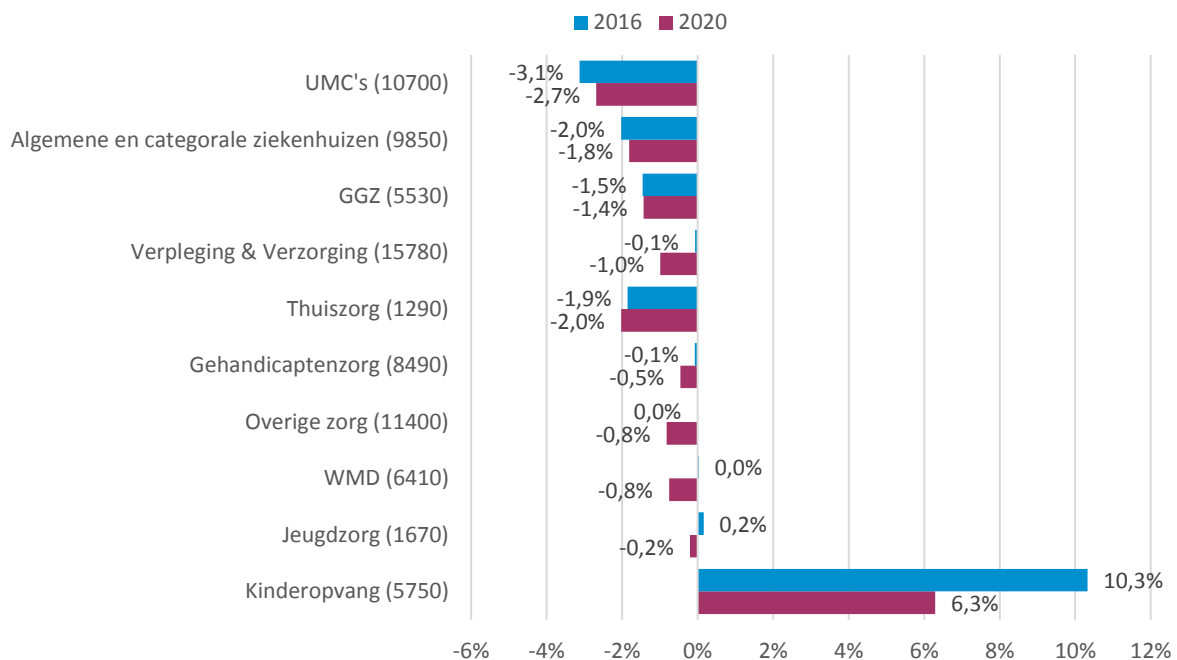
Kwalificaties	2015 Werknemers	Aanbodoverschot			
		Absoluut		In % totaal	
		2016	2020	2016	2020
Verpleegkundige (NLQF 6)	4.350	-280	-300	-6,0%	-4,9%
Verpleegkundige (NLQF 4)	10.210	-120	-240	-1,2%	-2,3%
Verzorgende (NLQF 3)	9.160	-150	-290	-1,6%	-2,6%
Sociaal pedagogische hulpverlening (NLQF 6)	4.110	-30	-60	-0,7%	-1,3%
Pedagogiek (NLQF 6)	960	100	60	10,6%	6,6%
Maatschappelijk werk en dienst. (NLQF 6)	1.930	-50	-90	-2,4%	-3,9%
Culturele en maatschap. vorm. (NLQF 6)	430	-10	-10	-3,1%	-1,9%
Pedagogisch werker (NLQF 4)	2.010	-20	-30	-0,8%	-1,3%
Sociaal cultureel werk (NLQF 4)	130	0	0	1,0%	-2,7%
Sociaal dienstverlener (NLQF 4)	210	-10	-10	-5,1%	-6,2%
Med. maatschappelijke zorg (NLQF 4)	2.860	-10	-30	-0,4%	-1,0%
Med. maatschappelijke zorg (NLQF 3)	920	-10	-30	-0,7%	-2,8%
Pedagogisch werker (NLQF 3)	890	380	240	45,8%	41,9%
Totaal	38.170	-210	-790	-0,5%	-1,7%

* Met behulp van prognoses is het momenteel niet mogelijk om uitspraken te doen over de verwachte omvang van de overschotten voor de kwalificaties op NLQF 1 en 2. Datzelfde geldt voor gespecialiseerde functies en beroepen (bijv. specialistisch verpleegkundige). Deze kwalificaties staan daarom niet opgenomen in bovenstaande tabel.
Bron: Onderzoeksprogramma AZW, RegioPlus, bewerking Etil.

Confrontatie vraag en aanbod naar branche

De mate waarin organisaties in een bepaalde branche te maken krijgen met problemen op de arbeidsmarkt (het werven van het juiste en voldoende personeel) hangt sterk af van het actuele personeelsbestand en de vraag naar bepaalde kwalificaties binnen de branche. Op basis van de resultaten in tabel 2 is het mogelijk een grove indicatie te geven van de arbeidsoverschotten naar branches. In figuur 3 is daarom voor regio Utrecht en omgeving het aanbodoverschot in 2016 en 2020 als percentage van het totaal aantal werknemers in de branche opgenomen. In bijna alle branches is er in 2016 sprake van een aanbodtekort dat gedurende de periode 2017-2020 groter wordt. In de branche jeugdzorg slaat het overschot zelfs om naar een aanbodtekort. In 2016 kennen de branches UMC en algemene en categorale ziekenhuizen relatief gezien het grootste aanbodtekort. In 2020 zijn dat de branches UMC en thuiszorg.

Figuur 3. Het aanbodoverschot naar branches (VVS-personeel) in Utrecht en omgeving, in % van totaal, 2016 en 2020 (scenario Regiportret)*



* Inclusief indicatie arbeidsoverschot helpende zorg en WJK (NLQF 2) en zorghulp (NLQF 1).
Bron: Onderzoeksprogramma AZW, RegioPlus, bewerking Etil.

Bijlage 1: Literatuur, bronnen en definities

Literatuur

CBS (2015). Zorguitgaven stijgen met 1,8 procent in 2014

CBS (2015). Kernprognose 2015–2060: Hoge bevolkingsgroei op korte termijn.

CBS (2016). Zorguitgaven stijgen langzaam

CPB (2015). Baanpolarisatie in Nederland.

CPB (2015). Macro Economische Verkenning 2016.

CPB (2016). Macro Economische Verkenning (MEV) 2017.

Growwork. Langer thuis door innovatieve wijkverpleging. Andere focus, betere uitkomsten.

Kennisnet: www.kennisnet.nl/themas/21st-century-skills/vaardigheden/benodigde-vaardigheden-voor-de-21ste-eeuw/

Kiwa & CAOP (2016). Monitor Sectorplannen zorg (februari 2016).

Nivel (2013). Ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg.

Onderzoeksprogramma AZW (2015). Arbeid in Zorg en Welzijn, Jeugdzorg en Kinderopvang 2015. Integreerend rapport.

Onderzoeksprogramma AZW (2016). AZW Actueel.

RegioPlus (2015). Koersen op kansen, regionaal resultaat. Strategisch programma voor de regionale arbeidsmarkt Zorg & Welzijn 2016 – 2020.

Rijksoverheid: www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/prinsjesdag/inhoud/miljoenennota-rijksbegroting-en-troonrede/onderwerpen-rijksbegroting-2017-uitgelicht/volksgezondheid-welzijn-en-sport

RIVM (2014). Een gezonder Nederland.

ROA (2015). De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2020.

SCP (2016), Aanbod van arbeid 2016.

SCP (2015). De sociale staat van Nederland.

SBB (2016). Sectorkamerrapportage 2016. Sectorkamer Zorg, Welzijn en sport.

TNO (2007). De toekomst werkt. De arbeidsmarkt in 2020.

UWV (2015). Regionale trendrapportage banenafspraken 1e kwartaal 2016.

UWV (2016). Regio in Beeld 2016.

Werkgeversenquête Onderzoeksprogramma AZW 2014, 2015 en 2016.

Zorginstituut Nederland (2015). Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren.

ZorgpleinNoord. Trends in zorg en welzijn in Noord-Nederland.

Bronnen

Betrouwbare arbeidsmarktinformatie is van belang voor de personeelsplanning en voorziening van zorg- en welzijnsorganisaties. In dit rapport is gebruik gemaakt van gegevens uit het landelijke onderzoeksprogramma AZW. Het onderzoeksprogramma AZW wordt uitgevoerd door Kiwa Carity en CAOP. Dit AZW Onderzoeksprogramma beoogt relevante organisaties te voorzien van eenduidige en betrouwbare informatie over de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in zorg en WJK. Naast landelijke arbeidsmarktinformatie voorziet het Onderzoeksprogramma ook in regionale cijfers. Gezien de relevantie van regionale arbeidsmarktinformatie wordt binnen het Onderzoeksprogramma alle informatie beschikbaar gemaakt via een databank. Het idee hierachter is dat AZW de belangrijkste cijfers levert en regio's hier zelf rapporten van kunnen maken als daar behoefte aan is.

Naast de informatie uit het landelijke onderzoeksprogramma AZW is er verder gebruik gemaakt van de gegevens die Utrechtzorg, in RegioPlus-verband of zelfstandig, zelf verzameld heeft. Het voordeel van de door Utrechtzorg verzamelde gegevens is dat deze beter aansluiten bij de regionale praktijk. Verder is binnen het rapport naast de kwantitatieve inzichten van Utrechtzorg ook gebruik gemaakt van de meer kwalitatieve kennis van Utrechtzorg. Op basis van deze kennis kunnen bepaalde kwantitatieve ontwikkelingen in de regio verder aangescherpt of genuanceerd worden.

Definities

Aantal werknemers

Het aantal personen dat een arbeidsovereenkomst werknemer-werkgever heeft.

Branche Overige Zorg

De branche overige zorg is een verzamelnaam voor organisaties die niet bij de overige zorgbranches konden worden ondergebracht. Kort gezegd vallen hier de volgende zaken onder: medische praktijken (huisartsen, psychiaters, tandartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten et cetera, organisaties voor curatieve zorg (abortusklinieken, gezondheidscentra), medische laboratoria, ambulancediensten et cetera.

VVS-personeel

Verplegend, verzorgend en sociaal agogisch personeel. Voorheen bekend als verplegend, opvoedkundig en verzorgend personeel (VOV-personeel). In plaats van de term opvoedkundig wordt tegenwoordig meestal de term sociaal-agogisch gebruikt. Wanneer gesproken wordt over VVS-personeel dan is het ondersteunend personeel (bijvoorbeeld in administratieve functies, ICT, et cetera) buiten beschouwing gelaten.

Instroom in het onderwijs

Aantal personen dat staat ingeschreven in een zorg- of welzijnsopleiding van het bekostigd onderwijs op peildatum 1 oktober per jaar en voor die tijd niet stond ingeschreven voor een dergelijke opleiding. Als uitgangspunt voor het meten van instroom geldt de woonplaats van de leerling.

Studierendement

Het percentage studenten dat is ingestroomd in een bepaalde kwalificatie in jaar t dat binnen x+1 jaar het bijbehorende diploma heeft behaald, waarbij x de reguliere studieduur in jaren is. Het regionale onderwijssrendement wordt berekend op basis van de woonregio van de student in het instroomjaar t.

Sectorrendement

Het percentage gediplomeerden (met een behaalde kwalificatie zorg & WJK) in jaar t dat in jaar t+1 werkzaam is in de sector zorg & WJK. Het regionale sectorrendement wordt berekend op basis van de woonregio van de gediplomeerde in jaar t.

Vervangingsvraag

Vraag naar personeel als gevolg van uitstroom van werknemers uit zorg en WJK. Dit wordt aangeduid als vervangingsvraag. In het gehanteerde regionale prognosemodel worden meerdere bestemmingen van de uitstroom meegenomen: overige bedrijfstakken, uitkering, inactiviteit, pensioen, opscholing en pendel.

Instroom vanuit onderwijs

Het aantal gediplomeerden (met een behaalde kwalificatie zorg en WJK) dat instroomt op de arbeidsmarkt binnen de sector zorg en WJK. In de prognoses van de instroom vanuit het onderwijs worden alleen de door ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap bekostigde opleidingen meegenomen. Dit geeft echter geen volledig beeld omdat organisaties in de zorg en WJK zelf ook personeel opleiden. Dit is vooral relevant voor de thuiszorg waar veel werknemers functiegerichte opleidingen volgen en afronden. In het prognosemodel zijn voor zorghulpen aannames gemaakt over de werknemers die een functieopleiding met succes afronden.

Totale arbeidsmarktinstroom

De instroom van personeel op de arbeidsmarkt zorg en WJK. In het gehanteerde regionale prognosemodel bestaat de instroom uit meerdere aanbod categorieën: onderwijs, instroom vanuit andere kwalificaties (opscholing), overige bedrijfstakken, uitkering, inactiviteit, pendel.

Opscholing

Onder opscholing wordt de instroom verstaan van mensen die voorheen werkzaam waren als VVS-personeel, maar dan met een andere (meestal lagere) kwalificatie.

Tekorten/overschotten

De tekorten/overschotten zijn het saldo van de werkgelegenheidsontwikkeling en de uitstroom uit de sector minus de arbeidsmarktinstroom in de sector. De tekorten/overschotten hebben betrekking op de gehele periode 2015-2019.

WJK

De afkorting WJK staat voor welzijn en maatschappelijke dienstverlening, jeugdzorg en kinderopvang.

