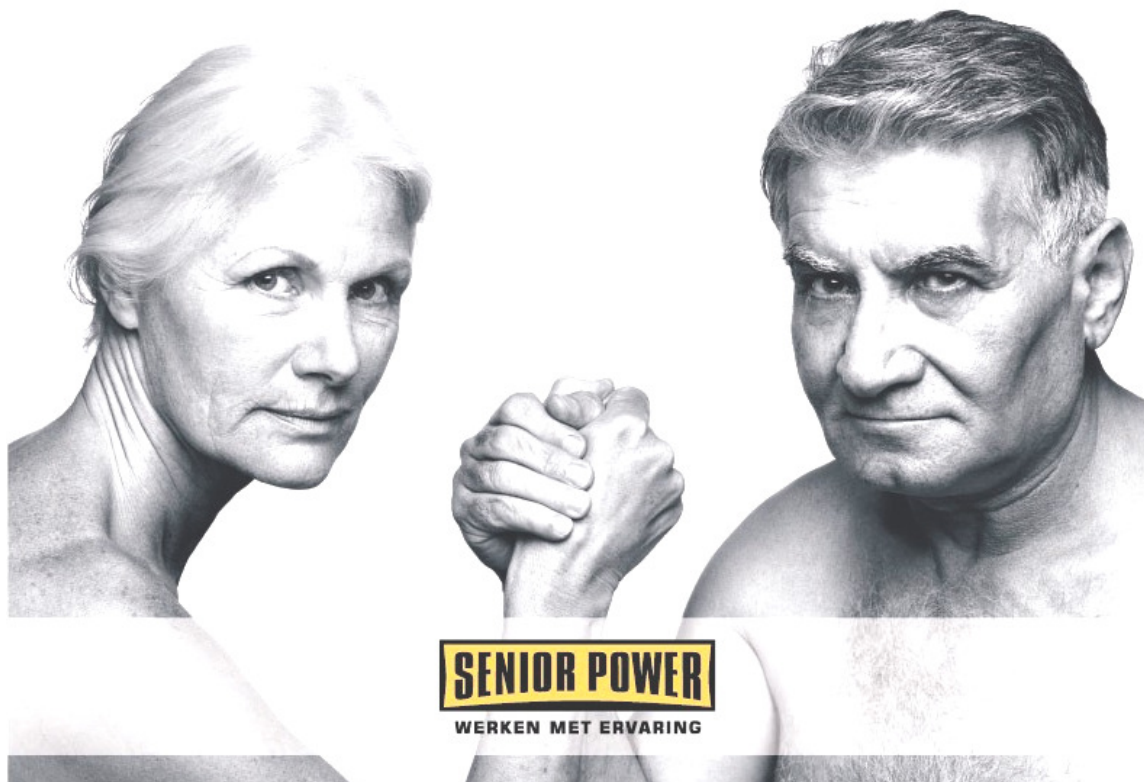


# SENIOR POWER

**WERKEN MET ERVARING**

## VERGRIJZINGSCENARIO Zorg

JANUARI 2006



Deze uitgave is opgesteld door Research voor Beleid in opdracht van Senior Power.

Senior Power is de naam waaronder de Regiegroep GrijsWerkt campagne voert.

Eind 2004 heeft Staatssecretaris Van Hoof van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de Regiegroep GrijsWerkt voor een periode van 3 jaar geïnstalleerd om een bijdrage te leveren aan een realistisch en positief beeld over langer werken.

De Regiegroep wil op drie gebieden resultaten boeken:

- ✦ Beeldvorming omtrent oudere werknemers
- ✦ Afspraken over personeelsbeleid met en tussen de sociale partners
- ✦ Het monitoren en ondersteunen van bestaande initiatieven

© 2006 Regiegroep GrijsWerkt, Postbus 16101 2500 BC 's-Gravenhage, [www.senior-power.nl](http://www.senior-power.nl)

Voor het overnemen van een of meer gedeelten uit deze uitgave is dit toegestaan mits dit gebeurt met bronvermelding en toezending kopie publicatie.

# INHOUD

<b>Samenvatting</b>	4
<b>Algemeen</b>	5
<b>Werkgelegenheid nu</b>	7
✦ <i>Aantal arbeidsorganisaties</i>	7
✦ <i>Omvang en samenstelling personeelsbestand</i>	9
✦ <i>Werkzame personen en leeftijd</i>	10
✦ <i>Vergrijzing en ontgroening van het personeelsbestand</i>	11
<b>Werkgelegenheid in de toekomst</b>	14
✦ <i>Uitbreidingsvraag</i>	14
✦ <i>Vervangingsvraag</i>	14
<b>Arrangementen met effect op arbeidsparticipatie van (oudere) werknemers</b>	16
✦ <i>Financiële maatregelen op het gebied van uittrekking</i>	16
✦ <i>Maatregelen om oudere medewerkers te ontzien</i>	17
✦ <i>Maatregelen gericht op het blijven faciliteren van werk en werkomgeving van oudere werknemers</i>	19
✦ <i>Maatregelen gericht op preventie: sturen op arbeidsparticipatie en productiviteit ongeacht leeftijd</i>	19
✦ <i>Bewustzijn binnen sector van belang van actief leeftijdsbewust beleid</i>	20
<b>Conclusie</b>	21
<b>Literatuur en links</b>	22



## Samenvatting

- ⊕ De zorgsector is één van de belangrijkste werkgevers van ons land. De belangrijkste branches binnen de zorgsector zijn ziekenhuizen, verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en thuiszorg. Van het personeel in de zorgsector (veelal vrouwen) heeft driekwart een verplegend of verzorgend beroep.
- ⊕ In de periode 2000-2004 is de werkgelegenheid in alle branches van de zorg flink toegenomen. Met name de thuiszorg en de gehandicaptenzorg kende een relatief sterke groei van het aantal werkzame personen.
- ⊕ De gemiddelde leeftijd van het personeel in de zorgsector stijgt en ligt iets hoger dan het landelijke cijfer. In 2004 varieerde het aandeel van 50-plussers in het personeelsbestand van 18 procent in de gehandicaptenzorg tot 27 procent in de thuiszorg en GGZ.
- ⊕ Als gevolg van de dubbele vergrijzing (meer ouderen die ook nog langer leven) neemt de zorgbehoefte sterk toe. Daardoor zal de werkgelegenheid in de zorg de komende jaren verder toenemen. Daarbij komt een geleidelijk toenemende extra vervangingsvraag als gevolg van de vergrijzing van het personeelsbestand. In de sector worden dan ook vanaf 2007 de nodige knelpunten in de personeelsvoorziening verwacht.
- ⊕ Het is dan ook onvermijdelijk dat ook in de zorg werknemers langer doorwerken. Op dit moment is het in de zorgsector echter nog steeds mogelijk om onder relatief gunstige voorwaarden eerder dan op 65-jarige leeftijd uit te treden. Verder kennen de branches in de zorgsector een aantal generieke 'ontzie' maatregelen voor ouderen (in de vorm van taakverlichting en extra verlofdagen), die oudere werknemers duurder en daardoor minder aantrekkelijk maken voor werkgevers. Net als in andere sectoren staan deze maatregelen in de zorgbranches overigens ter discussie.
- ⊕ In de zorgsector is in toenemende mate sprake van functiedifferentiatie. Op beperkte schaal gaat het daarbij ook om (de ontwikkeling van nieuwe) fysiek/ psychisch minder belastende functies voor oudere werknemers (met name in de coachende, begeleidende en opleidende sfeer).
- ⊕ Op het niveau van de verschillende zorgbranches zijn geen specifieke maatregelen gericht op het blijven faciliteren van werk en werkomgeving van oudere werknemers. Wat betreft maatregelen gericht op preventie (het sturen op arbeidsparticipatie en productiviteit ongeacht leeftijd) voorzien CAO's in de verschillende zorgbranches in scholings- en ontwikkelingsplannen. In specifiek mobiliteitsbeleid voorzien de CAO's niet.
- ⊕ Op het niveau van de branches (werkgevers- en werknemersorganisaties) is men door-drongen van het belang van actief leeftijdsbewust beleid. Bij instellingen ontbreekt vaak het besef van urgentie nog. Daarnaast is een cultuur-/mentaliteitsomslag nodig.
- ⊕ Van belang is ook dat het leeftijdsbewust beleid in de zorgsector zich niet alleen richt op het langer doorwerken van ouderen. Er dient ook voldoende aandacht te worden besteed aan het bevorderen van de instroom van voldoende jongeren én het behouden van jongere vrouwen na gezinsuitbreiding.

## Algemeen

De zorgsector behoort tot de publieke sector. De zorgsector bestaat uit vijf grote branches:

- ⊕ Ziekenhuizen
- ⊕ Verpleging en verzorging (V&V)
- ⊕ Gehandicaptenzorg
- ⊕ Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
- ⊕ Thuiszorg.

Daarnaast zijn er nog zeven kleinere branches die samen onder de categorie 'overige zorg' vallen (apotheken, gezondheidscentra, trombosedienst, ambulancehulpverlening, bloedbanken, arbodiensten, gemeentelijke geneeskundige dienst). In het hiernavolgende worden deze zeven kleinere branches buiten beschouwing gelaten.

### **Organisatieontwikkeling en (veranderende) eisen aan personeel**

Binnen de zorgsector zijn onder meer de volgende trends waar te nemen:

- ⊕ Er is in de zorgsector sprake van een toenemende automatisering (inzet ICT-systemen, domotica et cetera)
- ⊕ In de zorgsector is een proces van functiedifferentiatie te zien. Voorbeeld is de toedeling van bepaalde artsentaken aan HBO'ers (nurse practitioners). Ook in ouderenzorg/ thuiszorg is sprake van een toenemende taakspecialisatie.
- ⊕ Een trend binnen ziekenhuizen is de toename van personeel met een logistieke achtergrond. Er ontstaan zogenaamde afdelingen 'quick & fit' voor ziek(t)en waarvan vooraf precies bekend is hoe lang de behandeling/ genezing duurt. De 'productieprocessen' zijn daarop af te stemmen.
- ⊕ Binnen de GGZ, gehandicaptenzorg en ouderenzorg treedt steeds meer een verschuiving op van intra- naar extramuraal. Dat heeft ook consequenties voor de inhoud van (en dus ook de opleidingseisen voor) V&V-functies: naast verzorgende/ verplegende taken ook ondersteuning bij gedrag, handhaven in de samenleving, financiën et cetera.
- ⊕ Er komt meer vraagsturing in de zorg, met meer regie voor de patiënt al niet in combinatie met een persoonsgebonden budget. Ook dat stelt andere (zwaardere) eisen aan het personeel
- ⊕ Een nieuwe specialistische functie is het ondersteunen van mensen bij het maken van keuzes in de AWBZ (soort adviseurschap).

Er is sprake van een toename van de werkdruk in de zorg. Factoren die hierbij een rol spelen zijn onder meer:

- ⊕ In de zorg is sprake van verzakelijking. De nadruk komt meer en meer te liggen op efficiëntie en productiviteit.
- ⊕ Door de vergrijzing stijgt het aantal zorgvragers. Daar komt bij dat ook de zwaarte van de zorgvrager toeneemt. Zo komen er meer chronisch zieken die over een langere periode veel zorg nodig hebben. Bij chronisch zieken is de lichamelijke belasting voor het verpleegkundig en verzorgend personeel vaak hoger. Ook werkt men hierdoor langer met dezelfde patiënt waardoor de dynamiek en afwisseling in het werk afneemt.

- ⊕ Ook de (tendens van) extramuralisering leidt tot zwaarder werk. Waar oudere, minder gezonde mensen voorheen naar een verzorgingstehuis gingen, blijven deze nu (langer) thuis wonen. Het probleem is dat de werkomstandigheden van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuissituatie vaak moeilijker zijn dan in een intramurale setting. De werkomgeving is immers niet primair ingericht op het verlenen van zorg. Specifieke hulpmiddelen ontbreken.
- ⊕ Overall neemt de fysieke belasting van werknemers toe. Ook de druk op jongeren neemt toe. Veelal wordt er juist van jongeren verwacht dat zij de zwaardere werkzaamheden uitvoeren en in onregelmatige diensten werken.
- ⊕ In de zorg werken veel (vrouwelijke) werknemers in deeltijd. Het combineren van werk en privé-leven kan een stressfactor zijn.

## Werkgelegenheid nu

### **Aantal arbeidsorganisaties**

#### *Ziekenhuizen*

Ziekenhuiszorg omvat medisch-specialistische hulp en daarmee samenhangende verpleging en verzorging aan patiënten. Nederland telt 140 ziekenhuislocaties en 38 buitenpoliklinieken. Deze zijn georganiseerd in 104 organisaties waaronder 8 academische ziekenhuisinstellingen.

#### *Aantal ziekenhuizen in Nederland*

<i>Ziekenhuizen</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>
Algemeen	96	94	89	89	86
Academisch	8	8	8	8	8
Categoriaal	11	10	10	10	10
Totaal	115	112	107	107	104

Bron: VWS, *Brancherapporten VWS*

Het aantal instellingen toont door fusies een dalende trend. Deze trend zet de komende jaren naar verwachting door. Schattingen variëren van 40 tot 70 ziekenhuisinstellingen in 2014, deels als gevolg van fusies. De afname van het aantal instellingen leidt niet tot een even grote afname van het aantal locaties. In de periode 2005-2010 zullen er naar verwachting gemiddeld 122 locaties zijn.

#### *Verpleeg- en verzorgingshuizen*

In 2003 waren er in Nederland 339 verpleeghuizen en 1.340 verzorgingshuizen. (Bron: VWS, *Brancherapporten VWS*). Ook hier is sprake van een dalende trend als gevolg van fusies.

#### *Gehandicaptenzorg*

De structuur binnen de gehandicaptenzorg is sterk aan het veranderen. Enerzijds is er sprake van bestuurlijke concentratie, anderzijds van een toenemende kleinschaligheid van de zorgverlening zelf (wonen en dagbesteding).

#### *Aantal instellingen gehandicaptenzorg*

	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>
Aantal Stichtingen	222	207	186	183
Wonen	2.404	2.515	2.889	33.02
Dagbesteding	467	494	540	560

Bron: RIVM, *Nationale Atlas Volksgezondheid*

In 2001 en 2002 nam het aantal stichtingen in de gehandicaptenzorg sterk af. In het daaropvolgende jaar (2003) was de daling minder sterk. Het is niet zeker of dat duidt op een stabilisering van de structuur van de aanbodzijde of dat sprake is van een tijdelijke vertraging.

## GGZ

De GGZ biedt behandeling, zorg en begeleiding aan mensen met psychische problemen en stoornissen. Zij draagt bij aan de verbetering van de geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven van de patiënt.

### *Aantal instellingen GGZ*

	2000	2001	2002	2003
GGZ-instellingen	124	118	116	114

Bron: RIVM, Nationale Atlas Volksgezondheid

Evenals in de andere zorgbranches neemt in de GGZ het aantal instellingen af. RIAGG's, Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ) en Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW) fuseren tot geïntegreerde GGZ-instellingen.

## Thuiszorg

Thuiszorg heeft als doel de hulpvrager in staat te stellen zich te handhaven in de thuissituatie. Thuiszorg omvat zowel kort- als langdurende verpleging en verzorging. Intensieve thuiszorg vervangt vaak een opname in ziekenhuis of verpleeghuis. Chronisch zieken op hoge leeftijd vormen de grootste doelgroep.

### *Aantal instellingen Thuiszorg*

	2000	2001	2002	2003
Thuiszorg	145	159	164	174

Bron: CBS Statline

In tegenstelling tot de andere zorgbranches laat de thuiszorg een toename zien van het aantal instellingen. Dit is het gevolg van een toename van commerciële thuiszorginstellingen. Commerciële thuiszorginstellingen worden deels via de AWBZ gefinancierd en deels vanuit particuliere gelden. Het aantal thuiszorginstellingen in 2003 (174) is exclusief nieuwe instellingen met een toelating en een CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) budget sinds 1 april 2003. De AWBZ-functies waar het dan om gaat zijn huishoudelijke en persoonlijke verzorging, verpleging, uitleenverpleegartikelen en dieetadviesing. Dit betreft 44 kleine instellingen met een aandeel van 1 procent in het totale, door het CTG vastgestelde, budget voor de thuiszorginstellingen

### **Omvang en samenstelling personeelsbestand**

De zorgsector is een van de belangrijkste werkgevers in ons land. Onderstaande tabel geeft inzicht in de ontwikkeling van de werkgelegenheid in de zorgsector naar branche.

#### *Werkgelegenheid in de zorgsector naar zorgbranche (aantal werkzame personen en bezette arbeidsplaatsen), 2000-2004*

Branche	2000	2001	2002	2003	2004	Jaarlijks gemiddelde groei
<i>Aantal werkzame personen</i>						
• Ziekenhuizen	205.958	211.238	224.604	236.979	240.202	3,9%
• Verpleeg- en verzorgingshuizen	195.397	209.642	218.158	223.671	225.546	3,7%
• Gehandicaptenzorg	113.706	114.244	120.683	127.153	134.842	4,4%
• GGZ	61.910	60.539	59.909	62.967	63.795	0,8%
• Thuiszorg	101.430	106.555	115.270	127.155	128.150	6,0%
<i>Aantal bezette arbeidsplaatsen</i>						
• Ziekenhuizen	151.822	156.209	162.498	168.387	170.537	2,9%
• Verpleeg- en verzorgingshuizen	123.757	130.079	134.222	139.232	138.869	2,9%
• Gehandicaptenzorg	73.903	74.085	76.270	80.925	86.136	3,9%
• GGZ	44.875	45.266	45.658	47.617	48.385	1,9%
• Thuiszorg	56.245	58.575	61.615	66.240	67.423	4,6%

Bron: Prismant (2005). *Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn 2005*.

Alle branches lieten in de periode 2000-2004 een (substantiële) toename van de werkgelegenheid zien. Relatief de sterkste groei vond plaats in de thuiszorg en de gehandicaptenzorg. In de GGZ was de groei verhoudingsgewijs kleiner.

Van het personeelsbestand in de zorgsector had in 2004 driekwart een verplegend of verzorgend beroep. Het resterende kwart was ongeveer gelijk verdeeld over de medische, paramedische en assisterende beroepsgroepen (zie tabel hieronder).

#### *Werkgelegenheid in de zorgsector naar beroepsgroep, in %, 2004*

	2004
Medische beroepen	7
Paramedische beroepen	7
Verplegende en verzorgende beroepen	75
Assisterende beroepen	9
Totaal	100

Bron: [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl)

Het aantal verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland is in de afgelopen 10 jaar gegroeid met gemiddeld 3 procent per jaar. In totaal waren er in 2004 ongeveer 152.900 verpleegkundigen en 245.700 verzorgenden, helpenden en assisterenden. (Bron: LEVV (2005). *Factsheet Omvang van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen*). De volgende tabel geeft de verdeling hiervan over de branches in de zorg weer

### Aantal verpleegkundigen en verzorgenden per branche in 2004

Niveau	ZH	GGZ	GH	VV	THZ	Overig	Totaal
Vpl5	21.400	5.400	2.800	3.400	7.800	6.200	47.000
Vpl4	54.900	10.800	19.200	9.200	8.100	3.700	105.900
Vz3	4.400	3.700	10.900	82.300	45.800	7.800	154.900
Hlp2	1.400	600	4.600	16.400	17.800	100	40.900
Zhlp1	200	0	2.000	4.900	42.600	100	49.900
Totaal	82.300	20.500	39.500	116.200	122.100	18.000	398.600

Bron: Regiomarge 2004

ZH = Ziekenhuizen, GGZ = Geestelijke Gezondheidszorg, GH= Gehandicaptenzorg, VV = Verpleeg & Verzorgingshuizen, THZ = Thuiszorg. Vpl = verpleegkundige, Vz = verzorgende, Hlp= helpende, Zhlp = Zorghulp

### Werkzame personen en leeftijd

De volgende tabellen bieden inzicht in de verdeling van het personeelsbestand in de zorg naar de achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd en arbeidsduur.

### Aandeel vrouwen in personeelsbestand zorgsector naar branche, in %, 2000-2004

Branche	2000	2001	2002	2003	2004
• Ziekenhuizen	79,9	80,1	81,1	80,4	81,0
• Verpleeg- en verzorgingshuizen	88,2	88,3	88,8	88,9	89,2
• Gehandicaptenzorg	80,5	81	81,1	80,9	81,1
• GGZ	66,8	67,8	68,3	68,4	68,3
• Thuiszorg	nb	nb	96,0	nb	96,0

Bron: Prismant (2005). *Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn 2005*.

In de zorgsector zijn vrouwen sterk oververtegenwoordigd. Met name is dat het geval in de thuiszorg en de verpleging- en verzorging (respectievelijk 96 en 89 procent). In de GGZ werken relatief gezien de minste vrouwen. Toch was ook daar het aandeel vrouwen in 2004 bijna 70 procent. De laatste jaren is het aandeel van vrouwen in het personeelsbestand in de zorgsector als geheel (licht) toegenomen.

### Gemiddelde leeftijd van en aandeel 50-plussers in personeelsbestand zorgsector naar branche, in %, 2000-2004

Branche	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Gemiddelde leeftijd</i>					
• Ziekenhuizen	38,6	38,6	39,0	39,7	40,3
• Verpleeg- en verzorgingshuizen	38,3	38,8	39,5	40,1	40,7
• Gehandicaptenzorg	37,5	37,7	37,8	38,1	38,6
• GGZ	41,0	40,9	41,0	41,4	42,0
• Thuiszorg	nb	nb	42,5	nb	42,9
<i>Aandeel 50-plussers (in %)</i>					
• Ziekenhuizen	15,7	16,7	17,4	19,0	20,8
• Verpleeg- en verzorgingshuizen	16,9	nb	20,5	22,6	24,4
• Gehandicaptenzorg	13,0	nb	15,5	16,6	18,0
• GGZ	20,6	nb	23,3	24,7	26,7
• Thuiszorg	nb	nb	24,7	nb	27,0

Bron: Prismant (2005). *Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn 2005*.

De gemiddelde leeftijd stijgt in alle vijf zorgbranches. In de periode 2000-2004 kende de thuiszorg de hoogste gemiddelde leeftijd (en de gehandicaptenzorg de laagste). De hoge gemiddelde leeftijd in de thuiszorg hangt deels samen met het extramurale karakter van het werk in de branche: het personeel moet vrij zelfstandig kunnen werken en daarom over voldoende (levens)ervaring beschikken. De branche verpleging en verzorging liet in de onderzochte periode de grootste stijging zien. De gemiddelde leeftijd in de sector als geheel is iets hoger dan het landelijke cijfer.

Ook het aandeel ouderen (50-plussers) neemt in alle vijf branches toe. Dit aandeel was in de periode 2000-2004 met 27 procent het grootst in de sectoren thuiszorg en GGZ (en met 18 procent het laagst in de gehandicaptenzorg).

*Omvang gemiddelde werkweek (FTE=1) personeelsbestand zorgsector naar branche, in %, 2000-2004*

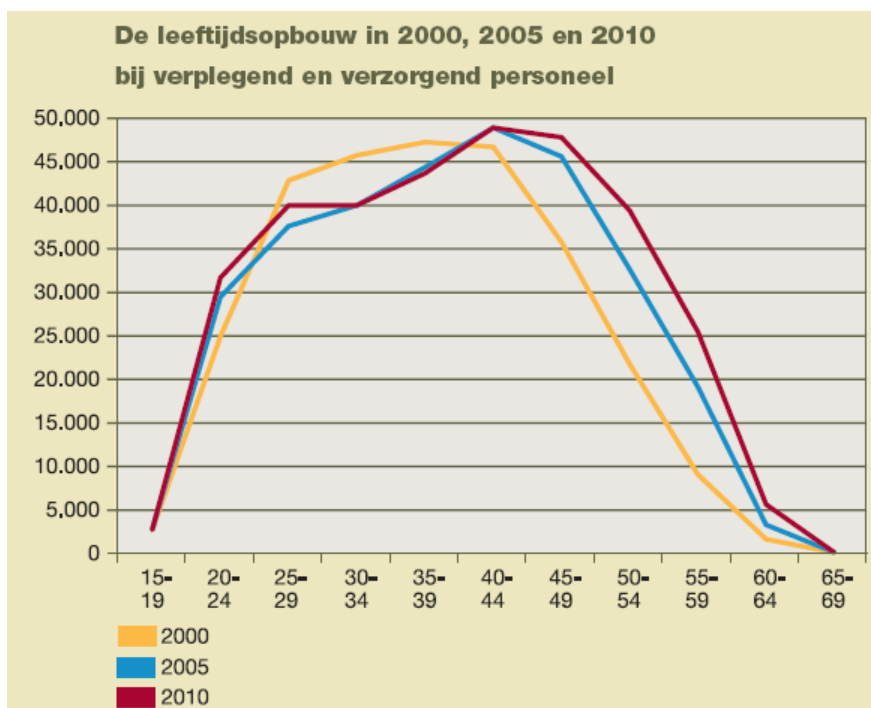
Branche	2000	2001	2002	2003	2004
• Ziekenhuizen	0,74	0,74	0,72	0,71	0,71
• Verpleeg- en verzorgingshuizen	0,63	0,62	0,62	0,62	0,62
• Gehandicaptenzorg	0,65	0,65	0,63	0,64	0,64
• GGZ	0,72	0,75	0,76	0,76	0,76
• Thuiszorg	0,55	0,55	0,53	0,52	0,53

Bron: Prismant (2005). *Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn 2005*.

In de zorgsector wordt – mede door het grote aandeel vrouwen – veel in deeltijd gewerkt. De deeltijdfactor varieerde in 2004 van 0,5 in de thuiszorg tot 0,8 in de GGZ. In de thuiszorg gaat het veelal om een halve dagtaak omdat veel klanten de gewenste zorg in de ochtenduren willen hebben. Daarnaast willen veel vrouwen tijdens schooltijden werken. Dit kan zo goed gecombineerd worden.

### **Vergrijzing en ontgroening van het personeelsbestand**

Zoals uit het voorgaande blijkt, is in de zorgsector net als in andere sectoren sprake van een vergrijzing van het personeelsbestand. De vergrijzing zet de komende jaren ook in de zorgsector door. De sector stelt jaarlijks met behulp van het instrument Regiomarge prognoses op voor de arbeidsmarkt in de sector. Onderstaande figuur geeft de verwachte ontwikkeling van de leeftijdsopbouw van het verplegend en verzorgend personeel in de periode 2000-2010 weer. De figuur laat zien dat het aantal ouderen steeds groter wordt. De grijze golf rolt langzaam door. Dit heeft uiteindelijk tot gevolg dat de uitstroom door (pre)pensioen steeds meer toeneemt.



Bron: *Prismant magazine*, oktober 2004.

Onderstaande tabel laat zien dat de het aandeel van 50+ plussers ook na 2010 nog toeneemt (zij het minder snel).

*Verwachte toekomstige ontwikkelingen in de leeftijdsopbouw van verplegend en verzorgend personeel*

	<i>Branche</i>	<i>2004</i>	<i>2009</i>	<i>2014</i>
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	Algemene en categorale ziekenhuizen	37,8	38,4	38,4
	Academische ziekenhuizen	38,3	39,0	38,9
	Verpleeg- en verzorgingshuizen	39,5	40,1	40,2
	Geestelijke gezondheidszorg	39,5	40,0	39,8
	Gehandicaptenzorg	36,5	36,9	37,0
Aandeel 50+ (% voor personen)	Algemene en categorale ziekenhuizen	15,3	20,9	23,0
	Academische ziekenhuizen	16,5	23,0	25,3
	Verpleeg- en verzorgingshuizen	19,7	25,2	27,5
	Geestelijke gezondheidszorg	20,1	25,7	26
	Gehandicaptenzorg	13,0	18,2	19,7

Noot: Exclusief uurloners

Bron: LEVV (2005). Factsheet Verwachte ontwikkelingen leeftijdsopbouw en brutoverloop verschillende branches  
Uit een enquête die OSA in 2003 onder werkgevers hield, blijkt dat in de zorgsector na de beheersing van de werkdruk, de vergrijzing van het personeel het vaakst wordt genoemd als knelpunt. Meer dan de helft van de werkgevers ziet vergrijzing als een belangrijk knelpunt. Dat is tweemaal zo veel als in alle andere sectoren. (Bron: *OSA-werkgeverspanel 2003/2004*).

### *Verblijfsduur in de sector*

De zorgsector wordt van oudsher gekenmerkt door een relatief groot verloop. De verschillen met andere sectoren worden op dit punt wel kleiner. Belangrijke vertrekredenen voor verplegend en verzorgend personeel zijn:

- Het gebrek aan carrièremogelijkheden
- Het gebrek aan autonomie
- De (gepercipeerde) hoge werkdruk (zie eerder).

Het verloop is onder jongeren groter dan onder ouderen. Jongere werknemers zijn veel meer gericht op 'jobhoppen' en 'snuffelen' aan werk. Door opleiding, kennis en ervaring zitten werknemers van 40 jaar of ouder min of meer vast aan de sector. Zij hebben weinig mogelijkheden om van sector of branche te wisselen.

### *Doorstroom binnen dezelfde instelling*

De doorstroommogelijkheden voor verplegend en verzorgend personeel binnen dezelfde instelling zijn beperkt. Voorheen kon een deel van het personeel doorstromen naar leidinggevende en managementfuncties. Het aantal functies is echter terugdrongen en tegelijkertijd worden managementfuncties in toenemende mate opgevuld met mensen zonder van buiten de zorg (meer economisch/ bedrijfskundig geschoold).

Voor ouder verplegend en verzorgend personeel gelden de beperkte doorstroommogelijkheden in versterkte mate. Voor deze categorie is doorstroom echter juist extra belangrijk, omdat men op latere leeftijd eigenlijk geen fysiek zwaar werk meer kan doen. Een beperkt deel van de oudere werknemers kan in de eigen organisatie doorstromen naar de functie van kwaliteitsfunctionaris. Voor dergelijke functies worden echter steeds meer beleidsmatig onderlegde personen aangenomen. Vroeger waren er ook mogelijkheden om bijvoorbeeld als vakdocent binnen de eigen instelling vakopleidingen te geven. Het inservice-onderwijs is echter zo'n tien jaar geleden afgeschaft. Sindsdien gaat het gros van de leerlingen in de zorg naar school en loopt stages.<sup>1</sup> Ook de mogelijkheden om kwaliteitsfunctionaris te worden nemen af doordat er voor deze functies meer beleidsmatig onderlegde personen worden aangenomen. Een mogelijke oplossing zou zijn om oudere werknemers in te zetten als stagebegeleiders of –coaches, temeer daar er een tekort is aan stageplaatsen in de sector.

### *Vergrijzing bij allochtonen*

Bij vergrijzing van allochtonen werkzaam in de zorg speelt een aantal specifieke problemen:

- Laag opleidingsniveau
- Beperkte communicatieve vaardigheden
- Andersoortige lichamelijke klachten en andere ziekteperceptie
- Beperkte doorgroeimogelijkheden binnen de sector.

Al met al vereist deze groep extra aandacht.

---

<sup>1</sup> Er is wel een beweging terug waar te nemen. Een toenemend aantal zorginstellingen zet een eigen 'huisopleiding'. Het gaat om speciale leerafdelingen waar leerlingen na een korte inwerkperiode onder begeleiding de zorg overnemen voor een deel van de patiënten of bewoners. Een en ander is ingegeven door onvrede over het niveau van de gediplomeerden die van de scholen afkomen.

## Werkgelegenheid in de toekomst

De vraag naar personeel kan worden onderscheiden in uitbreidingsvraag en vervangingsvraag.

- ⊕ **Uitbreidingsvraag** is de vraag die ontstaat door de werkgelegenheids groei in een (deel)sector.
- ⊕ **Vervangingsvraag** is de vraag die ontstaat doordat arbeidskrachten uit een (deel)sector uitstromen (als gevolg van uitstroom naar een andere sector, arbeidsongeschiktheid, (pre)pensionering et cetera) en vervangen moeten worden.

### **Uitbreidingsvraag**

Het aantal mensen boven de 65 jaar neemt toe en ook de gemiddelde levensverwachting stijgt. Anders geformuleerd: er komen steeds meer ouderen die ook nog eens langer leven. Deze dubbele vergrijzing zorgt voor een groei in de vraag naar zorg. De groeiende vraag naar zorg (toenemende zorgconsumptie) betekent volgens berekeningen van Prismant voor de komende jaren (2004-2008) een toename van de vraag naar (verpleegkundig, verzorgend en sociaalpedagogisch) personeel in de zorgsector van 2,5 procent per jaar. (Bron: Prismant (2005). *De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalpedagogen in de zorgsector*).

### **Vervangingsvraag**

De prognoses uit Regiomarge lieten al zien dat het aantal oudere werknemers in de zorg steeds verder toeneemt. Daarmee gepaard gaat een grote uitstroom van personen naar (pre)pensioen. Dat betekent dat de vervangingsvraag ten gevolge van vergrijzing geleidelijk verder zal toenemen. Voor de groep 'verzorgende en dienstverlenende beroepen' verwacht ROA voor de periode 2005-2010 een vervangingsvraag van jaarlijks gemiddeld 3,4 procent (Bron: ROA (2005). *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2010*).

Onderstaande tabel biedt inzicht in het brutoverloop van verpleegkundigen en verzorgenden in de periode 2004-2014 (exclusief thuiszorg). Het verloop (en de toename daarvan) is in de onderzochte periode het grootst in de branches gehandicaptenzorg, GGZ en verpleeg- en verzorgingshuizen.

#### *Verwachte toekomstige ontwikkelingen in brutoverloop*

	<b>Branche</b>	<b>2004</b>	<b>2009</b>	<b>2014</b>
Brutoverloop	Algemene en categorale ziekenhuizen	9,1	10,6	11,3
	Academische ziekenhuizen	8,9	10,2	10,9
	Verpleeg- en verzorgingshuizen	12,3	14,4	15,1
	Geestelijke gezondheidszorg	12,8	14,0	14,7
	Gehandicaptenzorg	14,5	16,4	17,0

Noot: Exclusief uurloners, verloop is inclusief leerlingen

Bron: LEVV (2005). Factsheet Verwachte ontwikkelingen leeftijdsopbouw en brutoverloop verschillende branches

De scenario's over de arbeidsmarkt op langere termijn zijn verschillend. Nu werkt 13 procent (11 procent in FTE's) van de Nederlandse beroepsbevolking in de gezondheidszorg. De werkgelegenheid in de gezondheidszorg neemt tot 2040 toe tot tussen de 16,4 en 18,5 procent (in FTE's). (Bron: persbericht LEVV, 21-12-2005)

Het is de vraag of het lukt om zoveel mensen voor de zorg te mobiliseren. Eerder is geweest op het relatief hoge verloop in de sector. De sector heeft ook problemen jongeren aan te trekken. De zorg is voor jongeren een niet al te aantrekkelijke werkomgeving: de werkdruk is hoog, het werk is fysiek en psychisch zwaar, de werktijden zijn onregelmatig, het werk wordt beschouwd als slecht betaald, en het werk heeft een statusprobleem. Ook de relatief geringe carrièremogelijkheden maken het werken in de sector minder aantrekkelijk.

Mogelijke toekomstige personeelstekorten zijn voor een - zij het vermoedelijk zeer beperkt - deel op te vangen door (nieuwe) technologische ontwikkelingen (inzet van ICT, domotica et cetera).

## Arrangementen met effect op arbeidsparticipatie van (oudere) werknemers

Demografische ontwikkelingen hebben gevolgen voor het arbeidsvolume in sectoren. Om deze effecten te dimmen, kunnen sectoren verschillende maatregelen treffen die een effect hebben op de arbeidsparticipatie van (oudere) medewerkers. Er zijn vier soorten maatregelen te onderscheiden:

1. **Financiële maatregelen op het gebied van uittreding.** Maatregelen die het mogelijk maken vervoegd uit te treden hebben over het algemeen een negatieve invloed op de arbeidsparticipatie. Maatregelen die het vervoegd uittreden financieel onaantrekkelijk maken, verhogen de arbeidsparticipatie. Flexibilisering van uittredingsmogelijkheden (bijvoorbeeld in de vorm van deeltijdpensioen) kan de arbeidsparticipatie positief beïnvloeden.
2. **Maatregelen om oudere medewerkers te ontzien.** Door ouderen extra verlofdagen te geven, te onttrekken aan zwaar werk of een eenvoudigere functie aan te bieden, kunnen deze mogelijk langer doorwerken. Als inzet van deze maatregelen echter zonder directe noodzaak (generiek) plaatsheeft, worden deze veelal gezien als extra secundaire arbeidsvoorwaarden. Het duurder zijn van oudere werknemers is voor een belangrijk deel het gevolg van de kosten van deze 'ontzie' maatregelen. Daarnaast kan het stellen van leeftijdsgrenzen voor dergelijke maatregelen strijdig zijn met de Wet gelijke behandeling op grond van leeftijd bij de arbeid.
3. **Maatregelen gericht op het blijven faciliteren van werk en werkomgeving van oudere werknemers.** Gericht personeelsbeleid kan het oudere werknemers mogelijk maken langer op een bepaald niveau door te werken. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om scholing en training, gezondheidschecks en activiteiten om de gezondheid op peil te houden, preventief arbobeleid, het bieden van voldoende afwisseling en uitdaging, et cetera.
4. **Maatregelen gericht op preventie: sturen op arbeidsparticipatie en productiviteit ongeacht leeftijd.** Het is mogelijk om al bij de start van de werkloopbaan maatregelen te treffen waardoor werknemers wanneer ze ouder worden gezond productief kunnen blijven. Te denken valt aan scholing, adequate verlofregelingen, gezondheidsbevordering, bevordering van interne en externe arbeidsmobiliteit, et cetera (leeftijdsbewust beleid).

Voor de verschillende branches in de zorgsector zijn aparte CAO's. Op een aantal van bovenstaande punten zijn in deze CAO's (doorgaans vergelijkbare) afspraken gemaakt. Als voorbeelden gebruiken we in het onderstaande de CAO's voor de gehandicaptenzorg en de thuiszorg. Beide zijn eind 2004 afgelopen. De onderhandelingen voor nieuwe CAO's zijn nog steeds gaande.

### Ad 1. Financiële maatregelen op het gebied van uittreding

#### *(Pre)pensioen*

Per 1 januari 2006 gaan er nieuwe fiscale regels gelden voor vroegpensioenregelingen. Het kabinet wil deze regeling fiscaal onaantrekkelijk maken, opdat Nederlanders langer door blijven werken.

Als reactie hierop zijn sociale partners in 2005 een nieuwe ouderdomsregeling overeengekomen. Belangrijkste uitkomst van de nieuwe regeling is dat werknemers nu kunnen kiezen tussen eerder stoppen of langer doorwerken. Het blijft mogelijk om zo rond de 62 jaar te stoppen. De afspraken houden in het kort het volgende in:

- ⊕ Werknemers gaan meer ouderdomspensioenen opbouwen over een groter deel van het salaris. De opbouw gaat van 1,75 procent naar 2,05 procent.
- ⊕ Het pensioen kan ook voor of na de 65e verjaardag worden aangesproken.
- ⊕ Werknemers worden financieel beloond als ze later met pensioen gaan.
- ⊕ Binnen de pensioenregeling blijven individuele keuzes mogelijk. Een voorbeeld hiervan is het verschuiven van het partnerpensioen naar het ouderdomspensioen of omgekeerd.  
(Bron: [www.fnv.nl](http://www.fnv.nl))

#### *Minimumsalaris 55+-er*

Aan de werknemer in de gehandicaptenzorg, die a) tenminste de 55-jarige leeftijd heeft bereikt en b) daaraan direct voorafgaand onafgebroken vijf jaren in dienst van dezelfde werkgever is geweest, wordt geen lager salaris toegekend dan het maximum vastgestelde salaris van de schaal, waarin betrokkene is ingedeeld. Toepassing van deze bepaling geldt uitsluitend voor werknemers die een arbeidsovereenkomst zijn aangegaan bij de huidige werkgever vóór 1 juli 1994.

#### *Flexibele pensionering*

In de zorgsector wordt wel gekeken naar de inzet van 65-plussers als werknemers, maar daarover is in CAO's niets geregeld. Verder worden ex-zorgwerknemers gestimuleerd om mantelzorg te gaan verlenen.

### **Ad 2. Maatregelen om oudere medewerkers te ontzien**

De volgende maatregelen om oudere werknemers te ontzien, zijn te onderscheiden:

- ⊕ Taakverlichting
- ⊕ Werktijdverkorting
- ⊕ Taakvermindering
- ⊕ Extra verlof.

#### *Taakverlichting/ taakverschuiving*

Een werknemer in de gehandicaptenzorg van 55 jaar en ouder kan niet verplicht worden om hetzij overwerk, hetzij onregelmatige diensten, bereikbaarheidsdiensten of aanwezigheidsdiensten te verrichten. Aan de werknemer in de thuiszorg die 55 jaar of ouder is mag tegen zijn wil geen overwerk, werk tijdens inconveniente uren, bereikbaarheidsdienst en slaapdienst worden opgedragen.

In de zorgsector is in toenemende mate sprake van functiedifferentiatie. Op beperkte schaal gaat het daarbij ook om (de ontwikkeling van nieuwe) fysiek/ psychisch minder belastende functies voor oudere werknemers. Voorbeelden zijn functies gericht op coaching, begeleiding en/ of opleiding van nieuwe jonge collega's (bijvoorbeeld in de vorm van een senior-junior combinatie) of stagiaires.

### Extra verlof

De gehandicaptenzorg kent extra vakantieverlof (vergrijzingsuren) en seniorenverlof (55+ regeling):

- ⊕ Het vakantieverlof wordt voor werknemers met een volledig dienstverband verhoogd:
  - met ingang van het kalenderjaar waarin de werknemer de leeftijd van 45 jaar bereikt tot en met het kalenderjaar waarin de werknemer de leeftijd van 49 jaar bereikt met 14,4 uur;
  - met ingang van het kalenderjaar waarin de werknemer de leeftijd van 50 jaar bereikt tot en met het kalenderjaar waarin de werknemer de leeftijd van 54 jaar bereikt met 21,6 uur;
  - met ingang van het kalenderjaar waarin de werknemer de leeftijd van 55 jaar bereikt tot de dag waarop de werknemer 55 jaar wordt met 3 uur per volle maand in dat kalenderjaar dat de werknemer nog geen 55 jaar is.
- ⊕ De werknemer met een volledig dienstverband heeft vanaf de dag waarop hij de leeftijd van 55 jaar bereikt, recht op seniorenverlof tot een maximum van 184 uur per kalenderjaar. De werknemer dient dit verlof op te nemen in de vorm van een aaneengesloten periode van 4 uur per week en gedurende 46 weken. Indien de werknemer van 55 jaar en ouder voor een kalenderjaar geen gebruik maakt van deze regeling wordt voor de betreffende werknemer, naar rato van de periode waarin de werknemer geen gebruik maakt van de regeling het vakantieverlof verhoogd met ingang van de dag waarop de werknemer:
  - de leeftijd van 55 jaar bereikt tot en met het kalenderjaar waarin de werknemer de leeftijd van 59 jaar bereikt, met 57,6 uren extra vakantieverlof per volledig kalenderjaar;
  - het begin van het kalenderjaar bereikt waarin de werknemer 60 jaar wordt tot en met de dag waarop de werknemer de leeftijd van 65 jaar bereikt, met 72 uren extra vakantieverlof per volledig kalenderjaar.

In de thuiszorg heeft de werknemer per kalenderjaar bij een arbeidsduur van gemiddeld 36 uur per week, en afhankelijk van de leeftijd die de werknemer in het betreffende kalenderjaar bereikt, recht op het navolgende aantal uren (vakantie)verlof met behoud van salaris:

- ⊕ 18 jaar 271 uren
- ⊕ 19 jaar 263 uren
- ⊕ 20 jaar 256 uren
- ⊕ 21 tot en met 29 jaar 249 uren
- ⊕ 30 tot en met 39 jaar 256 uren
- ⊕ 40 tot en met 44 jaar 263 uren
- ⊕ 45 tot en met 49 jaar 271 uren
- ⊕ 50 tot en met 54 jaar 278 uren
- ⊕ 55 tot en met 64 jaar 342 uren.

Zowel in de gehandicaptenzorg als de thuiszorg staan deze zogenaamde 'leeftijdsdagen' in de lopende onderhandelingen over een nieuwe CAO ter discussie. Werkgevers willen er vanaf en beroepen zich daarbij op de Wet gelijke behandeling o.g.v. leeftijd bij de arbeid. Werknemers willen dat er – net als in andere sectoren - eerst een studie naar wordt verricht. Dit omdat nog veel onduidelijk is over de toepassing van genoemde wet.

### **Ad 3. Maatregelen gericht op het blijven faciliteren van werk en werkomgeving van oudere werknemers**

Op het niveau van de verschillende branches zijn geen specifieke maatregelen gericht op het blijven faciliteren van werk en werkomgeving van oudere werknemers. Mogelijk is dat bij sommige individuele instellingen wel het geval. Uit onderzoek is wel bekend dat in de sector relatief veel wordt gedaan aan scholing/ opleiding van oudere werknemers. Van de werkgevers in de zorg geeft 48 procent scholing en opleiding van oudere werknemers te stimuleren. Het gemiddelde voor alle werkgevers is 30 procent. ( Bron: *OSA-werkgeverspanel 2003/2004*).

### **Ad 4. Maatregelen gericht op preventie: sturen op arbeidsparticipatie en productiviteit ongeacht leeftijd.**

Preventieve maatregelen richten zich onder meer op:

- ⊕ Bevordering van arbeidsmobiliteit binnen de sector
- ⊕ Integraal personeelsbeleid
- ⊕ Bevordering van nieuwe instroom
- ⊕ Stimulering van strategische personeelsplanning.

#### *Bevorderen arbeidsmobiliteit*

Op niveau van de verschillende branches is geen sprake van formeel vastgelegd mobiliteitsbeleid. Brancheorganisatie Z-org geeft aan naar een Basis-CAO voor de thuiszorg te willen die - al naar gelang de lokale arbeidsmarktomstandigheden - decentraal verder is in te vullen. Ook het mobiliteitsbeleid zou dan decentraal kunnen worden ingevuld. De verschillen tussen de diverse organisaties zijn groot, evenals de lokale omstandigheden waaronder zij moeten opereren. Z-org probeert op een motiverende, enthousiasmerende wijze mobiliteitsbeleid bij haar leden onder de aandacht te brengen. Ook heeft Z-org een kennisfunctie op dit terrein.

#### *Scholings- en ontwikkelingsplannen*

Zowel de CAO voor de gehandicaptenzorg als die voor de thuiszorg voorziet in scholings- en ontwikkelingsplannen:

- ⊕ In de gehandicaptenzorg stelt de werkgever in overleg met de ondernemingsraad/ personeelsvertegenwoordiging het scholingsplan en persoonlijk ontwikkelingsbeleid voor de instelling vast. In het scholingsplan wordt een relatie gelegd tussen de strategie van de organisatie, informatie uit de loopbaanadviezen met de werknemers, de beschikbare middelen voor de uitvoering van het scholingsplan, mede in relatie tot de scholingsfaciliteiten regeling. Het scholingsplan speelt in op de scholingsbehoefte van de te onderscheiden beroepsgroepen binnen de sector gehandicaptenzorg. In het persoonlijk ontwikkelingsbeleid voor de instelling komt de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor persoonlijke ontwikkeling van werknemers van werkgever en werknemer tot uitdrukking. Hierbij geldt tevens het recht op het schriftelijk vast te leggen loopbaanadvies één keer per vijf jaar voor iedere werknemer die langdurig werkzaam is in de sector gehandicaptenzorg.
- ⊕ De werknemer in de gehandicaptenzorg heeft recht op en plicht tot het volgen van scholingsactiviteiten. Aan het verzoek van werknemer op een opleiding te volgen zal worden tegemoet gekomen, voorzover dit past binnen het scholingsplan, het scholingsbudget en de scholingsregeling van de instelling. Tevens moet de werkgever rekening houden met de inhoud van het loopbaanadvies dat aan de werknemer is uitgebracht.

- ⊕ De werkgever in de thuiszorg stelt jaarlijks in overleg met de ondernemingsraad een scholings- en opleidingsplan vast, waarin afspraken zijn opgenomen gericht op opleiding ten behoeve van instroom van nieuwe werknemers, alsook afspraken in het kader van opleiding en (bij)scholing van reeds in dienst zijnde werknemers. De werkgever kan de werknemer verplichten een opleiding of bijscholing te volgen die noodzakelijk is voor een goede uitoefening van de functie. De werknemer kan de werkgever verzoeken een opleiding of bijscholing te volgen onder volledige toepassing van dit artikel, welk verzoek de werkgever slechts gemotiveerd kan afwijzen.

### ***Bewustzijn binnen sector van belang van actief leeftijdsbewust beleid***

Het bewustzijn van het belang van actief leeftijdsbewust beleid is bij de werkgevers- en werknemersorganisaties in de verschillende zorgbranches wel aanwezig. Op instellingsniveau is dat in veel minder mate het geval. In het algemeen is er in instellingen nog onvoldoende aandacht voor. Instellingen kiezen vaak - bewust of onbewust - voor (het aannemen van) jonge werknemers. Beeldvorming speelt daarbij een belangrijke rol. Het beeld dat van oudere werknemers bestaat is dat zij minder flexibel zijn dan jongere werknemers, minder kennis hebben van ICT en dat het algemene tempo van ouderen lager ligt dan van jongere verplegers en verzorgenden. Jongeren zijn goedkoper, nog eenvoudiger naar de organisatie te 'modellieren' en kunnen fysiek zwaarder werk doen. Ook zijn zij eenvoudiger in te zetten in onregelmatige diensten. Daarentegen beschikt de oudere werknemer wel over veel meer kennis, kunde en ervaring. Van belang is te zoeken naar een goede balans.

Bij de individuele instellingen in de zorg ontbreekt nog het besef van urgentie. De problemen moeten urgenter worden vooraleer instellingen geneigd zijn er meer aan te doen. Er is bij de instellingen ook een cultuur-/mentaliteitsomslag nodig. Het belangrijkste is een wijziging van denken, een andere manier van personeelsbeleid. Werkgevers- en werknemersorganisaties kunnen hieraan een bijdrage leveren door informatie-uitwisseling, inventarisatie van wensen van werkgevers en werknemers, uitvoeren/meewerken aan scans etc. De cultuur-/mentaliteitsomslag moet door de overheid worden ondersteund. De overheid moet actief uitdragen dat het goed is om langer door te werken, ook door zelf het goede voorbeeld te geven.

Het leeftijdsbewust beleid dient naast langer doorwerken van oudere werknemers ook expliciet aandacht te besteden aan het bevorderen van de instroom van jongeren in de sector én het behouden van jongere vrouwen wanneer zij kinderen krijgen:

- ⊕ Het imago van (de arbeidsomstandigheden en –voorwaarden in) de zorg is onder jongeren niet al te positief. Die beeldvorming is echter niet altijd even juist. Zo heeft de zorgsector een wijd verbreid imago van lage beloning. Uit onderzoek blijkt echter dat het bruto uurloon in de zorgsector gemiddeld 0,8 procent hoger ligt dan in de marktsector. (Bron: Heyma et al. (2004). *Beloningsverschillen tussen de marktsector en collectieve sector in 2001*).
- ⊕ In de zorg zijn veel vrouwen werkzaam. Veel vrouwen van rond de 25 trekken zich geheel of gedeeltelijk terug van de arbeidsmarkt in verband met gezinsuitbreiding. Er moet veel moeite worden gedaan om deze groep vervolgens te laten herintreden. Een goede kans om deze groep werknemers in het arbeidsproces te houden ligt bij beleid gericht op het faciliteren van de combinatie van werk en zorgtaken.

## Conclusie

De groeiende zorgconsumptie als gevolg van de dubbele vergrijzing betekent een toenemende vraag naar personeel in de zorgsector. Volgens berekeningen zal in 2040 mogelijk een vijfde deel van de totale werkzame bevolking van ons land in de zorgsector werkzaam (moeten) zijn. Naast deze uitbreidingsvraag is er in de zorgsector - als gevolg van de vergrijzing van het personeelsbestand - sprake van een toenemende vervangingsvraag. Op kortere termijn zullen naar verwachting nog geen personeelstekorten ontstaan. Vanaf 2007 schieten bij ongewijzigd beleid de tekorten echter omhoog.

Het is dan ook onvermijdelijk dat ook in de zorg werknemers langer doorwerken. Op dit moment is het in de zorgsector echter nog steeds mogelijk om onder relatief gunstige voorwaarden eerder dan op 65-jarige leeftijd uit te treden. Verder kennen de branches in de zorgsector een aantal generieke 'ontzie' maatregelen voor ouderen (in de vorm van taakverlichting en extra verlofdagen). Aan de ene kant kunnen dergelijke maatregelen ouderen stimuleren langer door te werken. Aan de andere kant maken deze maatregelen oudere werknemers duurder en daardoor minder aantrekkelijk voor werkgevers. Ook kunnen deze maatregelen strijdig zijn met de Wet gelijke behandeling o.g.v. leeftijd bij de arbeid. Net als in andere sectoren staan deze maatregelen in de zorgbranches dan ook ter discussie (of is afgesproken hier een studie naar te verrichten).

In de zorgsector is in toenemende mate sprake van functiedifferentiatie. Op beperkte schaal gaat het daarbij ook om (de ontwikkeling van nieuwe) fysiek/ psychisch minder belastende functies voor oudere werknemers (met name in de coachende, begeleidende en opleidende sfeer). Dergelijke functieverhuizingen hebben een positief effect op de arbeidsparticipatie van ouderen.

Op het niveau van de verschillende zorgbranches zijn geen specifieke maatregelen gericht op het blijven faciliteren van werk en werkomgeving van oudere werknemers. Wat betreft maatregelen gericht op preventie (het sturen op arbeidsparticipatie en productiviteit ongeacht leeftijd) voorzien CAO's in de verschillende zorgbranches in scholings- en ontwikkelingsplannen. Werknemers hebben het recht maar ook de plicht een opleiding te volgen die noodzakelijk is voor een goede uitoefening van de functie. In specifiek mobiliteitsbeleid voorzien de CAO's niet.

Op het niveau van de branches (werkgevers- en werknemersorganisaties) is men doordrongen van het belang van actief leeftijdsbewust beleid. Dat is op het niveau van de instellingen in het algemeen een stuk minder. Het besef van urgentie ontbreekt nog. Daarnaast is ook een cultuur-/mentaliteitsomslag nodig. Werkgevers- en werknemersorganisaties kunnen hieraan een bijdrage leveren door informatie-uitwisseling, inventarisatie van wensen van werkgevers en werknemers, uitvoeren/meewerken aan scans etc. De overheid moet actief uitdragen dat het goed is om langer door te werken, ook door zelf het goede voorbeeld te geven.

Van belang is ook dat het leeftijdsbewust beleid in de zorgsector zich niet alleen richt op het langer doorwerken van ouderen. Er dient ook voldoende aandacht te worden besteed aan het bevorderen van de instroom van voldoende jongeren én het behouden van jongere vrouwen na gezinsuitbreiding.

## Literatuur en links

### Literatuur

- LEVV (2005). *Factsheet Omvang van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen*. Mac Gillavry E (red.). 'Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2005'. In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Ministerie van VWS (2004). *Zorgnota 2005*.
- OSA (2004). *Arbeidsmarktstatistieken Zorg en Welzijn 2004*.
- OSA (2004). *Integrerend OSA-rapport 2004: Arbeid in Zorg en Welzijn*. OSA, Tilburg.
- OSA (2004). *OSA-werkgeverspanel 2003/2004*.
- Prismant (2004). *Regiomarge 2003. Sectorfondsen Zorg en Welzijn*.
- Prismant (2005). *Arbeidsmarkt in Zorg en Welzijn 2005*
- Prismant (2005). *De Arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal pedagogen in de zorgsector 2004 – 2008. Een verkenning van de arbeidsmarkt met Regiomarge*.
- ROA (2005). *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2010*
- SEO (2004). *Beloningsverschillen tussen de marktsector en collectieve sector in 2001*.

### Interviews

AVVV – Francis Bolle

Z-org, Organisatie van zorgondernemers – Marjan Heukers

### Links

Arbeidsmarktinformatie Zorg en Welzijn	<a href="http://www.azwinfo.nl">www.azwinfo.nl</a>
Brancherapporten VWS	<a href="http://www.brancherapporten.minvws.nl">www.brancherapporten.minvws.nl</a>
Landelijk Expertisecentrum V	<a href="http://www.levv.nl">www.levv.nl</a>
Nationale Atlas Volksgezondheid	<a href="http://www.zorgatlas.nl">www.zorgatlas.nl</a>

