

Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn Noord-Nederland 2015

ZORG
PLEIN
NOORD



Grootste werkgeversverband
zorg & welzijn Noord-Nederland

Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn Noord-Nederland 2015



ONDER HET MOM VAN **ZELFREDZAAMHEID** EEN JOURNALISTEN NIEUWE MANTRA
Piet-Hein Peeter

ONDER HET MOM VAN **ZELFREDZAAMHEID**
Mario van Rijn | René van der Burgt **Handboek Scenarioplan**

Work Engagement **DE VERGRIJZING VOORBIJ**
A Handbook of Essential Theory and Research Edited by Arnold and Michael P. I.

THE SECOND MACHINE AGE
DRYIDLESSON AND HARRIS
De zeven eigenschappen van effectieve
COVEY
MENT
f. Houtman

INHOUD

Transities in goede banen	4
Hervorming zorgstelsel.....	6
Belangrijkste wijzigingen per wet.....	7
<i>Zorgverzekeringswet (Zvw)</i>	7
<i>Wet langdurige zorg (Wlz)</i>	8
<i>Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)</i>	8
<i>De Jeugdwet</i>	9
Veranderingen curatieve zorg.....	9
Demografie en zorggebruik.....	10
Demografische druk neemt toe.....	11
Zorggebruik verschilt per gemeente.....	12
Regionale opdracht.....	13
Werkgelegenheid Noord-Nederland	14
Landelijke prognoses vertaalt naar Noord-Nederland	17
Intermezzo	18
Transformatie.....	20
Interview Elly Schoemaker van Familiezorg.....	23
Leren en experimenteren.....	26
Mobiliteit bevorderen.....	27
Scholing voor het nieuwe stelsel	27
Organisatorische flexibiliteit.....	28
Leidinggeven en besturen.....	29
Bronnen.....	30

A landscape photograph with a dark blue sky, a green field, and a line of trees in the distance.

Transities in goede banen

1 januari 2015 gaat als de startdatum van ons nieuwe zorgstelsel de geschiedenis in. Hoewel de beleidsplannen van de gemeenten en de contractering van zorgaanbieders in de loop van 2014 langzaam duidelijk werden, zijn de effecten op de sector zorg en welzijn nog met veel onzekerheid omgeven. Zorg- en welzijnswerkgevers zijn zorgvuldig aan de slag gegaan om met minder middelen, in nieuwe organisatorische verbanden, goede zorg en ondersteuning vorm te geven. Door hun personeel te scholen zorgen ze ervoor dat medewerkers inzetbaar zijn in de nieuwe situatie. Wel beperken ze momenteel de instroom van nieuw personeel. Voor de zorg- en welzijnsmedewerkers brengen de transities vooral veel onzekerheid met zich mee. Hun zorgen betreffen de eigen baan en twijfels over het kunnen blijven bieden van goede zorg.

Ook wij, ZorgpleinNoord, hebben het afgelopen jaar geanticipeerd op de veranderingen in zorg en welzijn. Naast onze reguliere activiteiten, zoals de vacaturesite en de ondersteuning van arbeidsmobiliteit, hebben we in de vorm van het Sectorplan Zorg Noord-Nederland extra middelen verworven voor het scholen van personeel. Verder is veel aandacht besteed aan de transities, bijvoorbeeld door gemeenten en zorgaanbieders met elkaar in gesprek te brengen.

In deze arbeidsmarktverkenning geven we een overzicht van de belangrijkste hervormingen en de

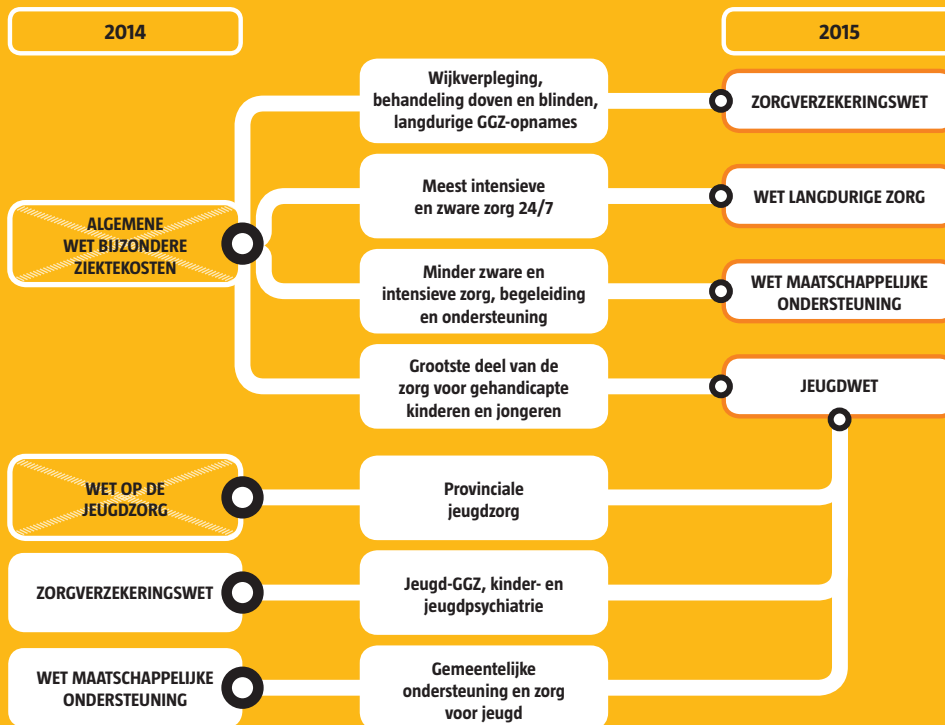
effecten daarvan voor de arbeidsmarkt. Hieruit blijkt dat vooruitkijken op dit moment niet gemakkelijk is.* Echter ook zonder 'harde cijfers' is duidelijk dat we op de korte termijn niet bang hoeven te zijn voor algemene personeelstekorten. Het gaat nu vooral om het op peil houden van de kwaliteit van de zorg en ondersteuning. De kwaliteit en motivatie van zorg- en welzijnsmedewerkers is hierin cruciaal. Voor personeel dat boventallig wordt is (inter)sectorale mobiliteit van groot belang, zodat hun expertise niet verloren gaat en de medewerkers perspectief behouden. Het beroepsonderwijs vragen we om genoeg personeel op te blijven leiden, omdat de vraag naar personeel in de nabije toekomst weer zal toenemen. Tot slot zien we dat er nieuwe organisatievormen ontstaan.

Voor zorg- en welzijnsorganisaties, de gemeenten en ZorgpleinNoord is 2015 een belangrijk jaar. In 2015 zal blijken of het nieuwe stelsel de beoogde resultaten oplevert en waar 'reparaties' nodig zijn. Wij blijven hierbij de sector zorg en welzijn in Noord-Nederland ondersteunen, praktisch en door het bevorderen van samenwerking en kennisuitwisseling. Wij staan daarbij 'op scherp' om nieuwe ondersteuningsverzoeken te beantwoorden en belangrijke nieuwe thema's te agenderen.

Ida Grasdijk
Directeur-bestuurder ZorgpleinNoord

* In het voorjaar verwachten we over nieuwe, geactualiseerde regionale cijfers te beschikken uit het landelijk onderzoeksprogramma Arbeid in Zorg en Welzijn. We houden u op de hoogte!

Welke zorg gaat naar welke wet?



Hervorming zorgstelsel

In november 2012 trad het kabinet Rutte II aan. Een van de speerpunten van dit VVD/PvdA-kabinet was het hervormen van ons zorgstelsel. In loop van 2013 werden de contouren van het nieuwe stelsel duidelijk, onder meer in zorgakkoorden over de langdurige zorg en de curatieve zorg. Een belangrijk kenmerk van de hervorming is dat zorg en ondersteuning zoveel mogelijk in de leefomgeving van cliënten en patiënten georganiseerd gaat worden. De overheid beoogt hiermee de kwaliteit te verhogen door een betere afstemming op kenmerken van de lokale situatie en populatie. Ook wil men hierdoor meer samenhang aanbrengen tussen verschillende vormen van zorg, ondersteuning en preventie. Het vergroten van de zelfredzaamheid van mensen is daarbij een belangrijk streven. De hervorming van het zorgstelsel is daarnaast bedoeld om de kosten van de zorg te beheersen.

Onderdeel van de hervorming van de zorg is de overdracht van verantwoordelijkheden van het Rijk (AWBZ) en de provincies (Wet op de Jeugdzorg) naar de gemeenten (Wmo en Jeugdwet) en zorgverzekeraars. Deze hervormingen worden ook wel transities genoemd. De transities gaan gepaard met nieuwe regels, financieringsstromen en organisatorische verhoudingen. Op 1 januari 2015 zijn de transities een feit en treden de nieuwe wetten in werking.

Belangrijkste wijzigingen per wet

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Naast de geneeskundige zorg is deze wet uitgebreid met twee nieuwe aanspraken en een verlenging:

- Wijkverpleging bestaat uit meer dan verpleegkundige handelingen. Persoonlijke verzorging bij lichamelijke aandoeningen (95% van de voormalige extramurale AWBZ-functie persoonlijke verzorging) en ondersteuning van kwetsbare ouderen bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zijn erbij gekomen. Ook de coördinatie van zorg, preventie, het versterken van de eigen regio en de mantelzorg behoren tot het takenpakket. Wie, een verpleegkundige, verzorgende of andere functionaris, welke zorg of ondersteuning levert, wordt bepaald door de specifieke omstandigheden. Daarnaast werkt de wijkverpleging samen met andere disciplines, bijvoorbeeld in een sociaal team. Om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, wordt ingezet op verbinding van het sociale en medische domein. Zorgverkeers en gemeenten stemmen onderling af welke zorg en maatschappelijk ondersteuning geleverd wordt in een wijk (Vilans, 2014; VWS, 6-11-2013).
- Geneeskundige zorg voor thuiswonenden met een zintuigelijke beperking wordt onderdeel van de Zvw. Dit heeft tot doel mensen met een visuele, auditieve of een communicatieve beperking (taalontwikkelingsstoornis) zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren (Vilans, 2014).

- Volwassen in een ggz-instelling gericht op behandeling vallen de eerste drie jaar onder de Zvw. Na drie jaar gaan cliënten over naar de Wet langdurige zorg. Dit was in de oude AWBZ één jaar (Vilans, 2014).

Wet langdurige zorg (Wlz)

- Onder deze nieuwe wet vallen de mensen die door een blijvende somatische, psychogeriatrische aandoening of blijvende verstandelijke, lichamelijke en/of zintuigelijk beperking 24 uur per dag zorg nodig hebben. Ook ggz-clieuten die drie jaar in een instelling met behandeling verblijven komen vanuit de Zvw in de Wlz (Vilans, 2014).
- Naast zorg en verblijf in een instelling, kan ook zorg geleverd worden in de vorm van een volledig pakket thuis, persoonsgebonden budget of vanuit een modulair pakket thuis (Vilans, 2014).
- In het begrotingsakkoord voor 2015 zijn VVD, PvdA, D'66, SGP en ChristenUnie het volgende overeengekomen, 5 miljoen euro (oplopend tot 70 miljoen in 2019) extra geld voor meer plaatsen en 100 miljoen extra per jaar voor begeleiding en dagbesteding in een instelling (VWS, 17-4-2014). Deze extra middelen verzachten het werkgelegenheidsverlies voor de intramurale zorg.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

- Het doel van de Wmo is om ouderen, chronisch zieken en mensen met een beperking (verstan-

delijk, lichamelijk of psychisch) zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Ook mensen die gebruik maken van maatschappelijke opvang en beschermd wonen vallen per 1 januari 2015 onder de Wmo. Gemeenten bieden daarbij ondersteuning in de vorm van algemene voorzieningen en indien nodig een maatwerkvoorziening. Uitgangspunt daarbij is zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Oftewel wat kan iemand zelf nog en wat kunnen familie, burens en vrienden doen (Vilans, 2014).

- Het budget dat de gemeenten krijgen voor de inzet van huishoudelijk hulp wordt met 40% gereduceerd per 1 januari 2015. Huishoudens die niet meer in aanmerking komen voor huishoudelijk hulp kunnen in 2015 en 2016 een Huishoudelijk Hulp Toelage aanvragen. Hiermee krijgen cliënten meer tijd om een alternatief te zoeken en behouden naar schatting 19.000 werknemers (uitgaande van een gemiddeld dienstverband van 16 uur per week) langer hun baan (VWS, 7-7-2014; VWS, 11-12-2014).
- De oude AWBZ-functies dagbesteding, begeleiding, vervoer en kort verblijf gaan over naar de Wmo. Voor de begeleiding en dagbesteding zou deze overgang aanvankelijk gepaard gaan met een korting van 25%. Door extra middelen overeengekomen in het begrotingsakkoord van 2015 bedraagt de korting voor gemeenten in 2015 6% en in 2016 11% (VWS, 17-4-2014).

De Jeugdwet

- Vanaf 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor alle hulp en ondersteuning aan hun jeugdige inwoners (tot 18 jaar, onder voorwaarden voort te zetten tot 23 jaar, Jeugdwet, artikel 1.1). Naast de bestaande basisvoorzieningen (scholen, kinderopvang en sport) en basis jeugd-gezondheidszorg, opvoedondersteuning en lichte hulpverlening komen hier de volgende taken bij: provinciale jeugdzorg, gesloten jeugdzorg, geestelijke gezondheidzorg voor jeugdigen, zorg voor jongeren met een licht verstandelijke beperking, forensische zorg voor jongeren, jeugdbescherming en jeugdreclassering (Vilans, 2014).
- Door het samenbrengen van de verantwoordelijkheid en financiering van alle zorg bij één overheid hoopt men problemen van kinderen in een vroeger stadium, meer in samenhang, met minder bureaucratie en goedkoper aan te pakken (Vilans 2014).
- De overheveling van de financiële middelen voor de jeugd naar de gemeenten gaat gepaard met een korting oplopend tot 15% in 2017. Met uitzondering van de jeugd-ggz (ook geen korting) zijn de bedragen voor jeugdzorg niet geoormerkt en worden ze toegevoegd aan de middelen voor het sociale domein. Voor de overgang naar de nieuwe Jeugdwet komt in 2015 eenmalig 60 miljoen euro beschikbaar, hoeveel van dit bedrag wordt overgeheveld naar de gemeente is nog niet bekend (Panteia, Seor en E,til, 2013; VWS, 17-4-2014).

Veranderingen curatieve zorg

- Al is er in de ziekenhuizen geen sprake van grootschalige transitie, ook daar is sprake van centralisatie en decentralisatie. Hoog complexe specialistische zorg met lage volumes concentreert zich in centrale topklinische en universitaire ziekenhuizen. De minder complexe ziekenhuiszorg, met grotere volumes wordt aangeboden door ziekenhuizen met een kleiner adherentiegebied. Zij verdelen, gestuurd door de zorgverzekeraars de planbare zorg. De voorbereiding van een opname, diagnostische opnames, poliklinische behandelingen en herstel zal in toenemende mate in lokale voorzieningen plaatsvinden: in gezondheidscentra, anderhalvelijnvoorzieningen en verpleeghuizen. Ook ziet men hier een toenemende rol weggelegd voor de wijkverpleging.
- Om de complexer wordende zorgvraag goed te kunnen beantwoorden heeft het kabinet de Subsidieregeling kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg in het leven geroepen (in totaal bijna 500 miljoen euro beschikbaar voor 2014-2017).
- In de GGZ en GHZ, voor onderdelen die niet vallen onder de Wmo, is ook een dergelijke combinatie van centraal, decentraal en ambulant waar te nemen.
- Ook de ziekenhuizen en GGZ hebben een bezuinigingsopdracht.

A photograph of an elderly woman with white hair and a caregiver with brown hair. The caregiver is holding a white smartphone and taking a selfie with the elderly woman. Both are smiling. The elderly woman is wearing a light-colored jacket and a watch. The caregiver is wearing a light blue shirt. The background is a blurred green outdoor setting.

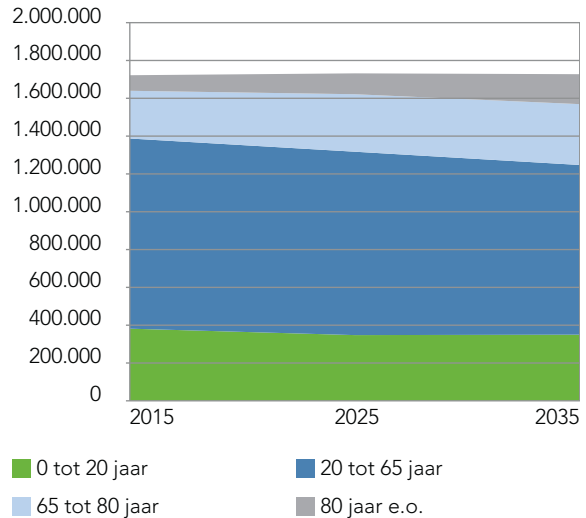
Demografie en zorggebruik

Demografische druk neemt toe

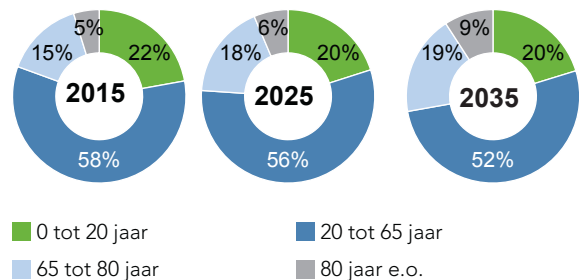
De leeftijdsopbouw van een regio is van invloed op het zorggebruik. Met de decentralisatie van de mid-delen naar gemeenten, neemt het belang toe om op lokaal niveau inzicht te hebben in de demografische kenmerken van een gebied. De komende twintig jaar blijft de Noord-Nederlandse bevolking in aantal nog op peil. Ontgroening en vergrijzing beïnvloeden voor-al de samenstelling van de bevolking, zie ook figuur 1 en 2. Tussen nu en 2025 daalt het aantal jongeren van 0 tot 20 jaar met 34.000 personen, een afname van 9%. Een decennium later groeit het aantal jongeren weer licht met 2.200 personen (1%). De vergrijzing ver-loopt gefaseerd. Van 2015 tot 2025 neemt het aantal 65- tot 80-jarigen met 52.000 personen in omvang het meest toe. Als gevolg van het 'doorschuiven' van de babyboomgeneratie (inwoners geboren tussen 1945 en 1955) is de groei van het aantal 80-plussers met bijna 50.000 personen in de periode 2025 tot 2035 groter. De veelal werkende bevolking van 20 tot 65 jaar neemt de komende twee decennia met 109.000 personen (-11%) af. Figuur 1 laat zien dat de boven-genoemde ontwikkelingen de demografische druk in Noord-Nederland opvoeren (CBS/PLB, 2013).

Demografische druk is de verhouding in draagkracht en draaglast van een samenleving, deze is vastge-steld aan de hand van de verhouding tussen jonge-ren (0-19 jarigen) en ouderen (65-plussers) enerzijds en de 'werkende' middengroep (20-64 jarigen) an-derzijds (bron: www.encyclo.nl, 2013).

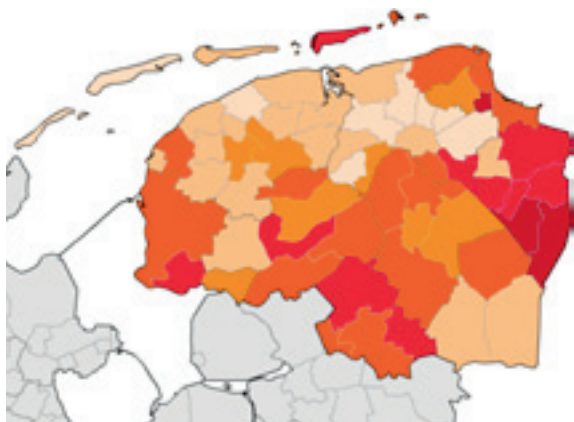
Figuur 1 Verwachte samenstelling bevolking Noord-Nederland 2015-2035 in aantal inwoners, bron: CBS/PBL, regionale bevolkingsprognose 2013, gegevens bewerkt door ZorgpleinNoord.



Figuur 2 Verwachte samenstelling bevolking Noord-Nederland 2015-2035 in procenten, bron: CBS/PBL, regionale bevolkingsprognose 2013, gegevens bewerkt door ZorgpleinNoord.



Op lokaal niveau zijn er duidelijke verschillen in de mate van ontgroening en vergrijzing. In de steden Groningen en Leeuwarden groeit het aantal jongeren de komende twintig jaar nog. Daarbij wonen in deze stedelijke gebieden in verhouding meer inwoners van 20 tot 65 jaar. Tussen 2025 en 2035 groeit het aantal jongeren in het Westerkwartier, Noord-Drenthe, Heerenveen en omgeving en Midden-Friesland, waardoor het aantal jonge noordelingen niet verder afneemt in Noord-Nederland. Dit in tegenstelling tot de meer landelijk gelegen regio's als Noord-Groningen, Noordoost-Friesland en Zuidwest-Friesland. Hier krimpt het aantal jongeren en de totale bevolking de komende twintig jaar. In deze regio's is rond 2035 meer dan 30% van de bevolking 65-plus, waarvan meer dan 10% 80-plus, en minder dan de helft is tussen de 20 en 65 jaar.



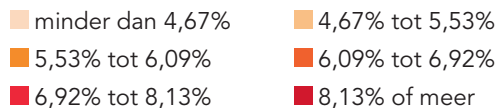
Figuur 3 Aandeel volwassenen met zorg uit AWBZ (zonder verblijf) en Wmo in 2013, bron: CBS Statline 2014.

N.B.: Over de gemeente De Friese Meren zijn (nog) geen gegevens beschikbaar.

Zorggebruik verschilt per gemeente

Het gebruik van extramurale zorg in de vorm van huishoudelijke verzorging, begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging ligt in 2013 met 5,9% van de volwassen bevolking in Noord-Nederland hoger dan gemiddeld in Nederland (5,3%). Opvallend is dat het extramurale zorggebruik in 2013 daalt ten opzichte van het stijgende gebruik in de periode 2009 tot en met 2012. Deze afname wordt grotendeels veroorzaakt door een dalend gebruik van huishoudelijk verzorging vanuit de Wmo. Figuur 3 toont de verschillen tussen de gemeenten in Noord-Nederland. In de provincie Groningen is een duidelijk verschil in zorggebruik tussen de stad Groningen en omliggende gemeenten en de gemeenten aan de oostkant van de provincie.

Van de volwassen Groningers ontving 3,0% in 2013 zorg en ondersteuning in een instelling voor verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg of geestelijk gezondheidzorg. In Friesland ligt dit percentage 0,1% hoger, in Drenthe ligt dit op 3,6% en landelijk op 3,0%. Het totale gebruik van intramurale zorg is in Noord-Nederland tussen 2012 en 2013 met 12%



teruggelopen. Waarschijnlijk komt dit doordat vanaf begin 2013 geen nieuwe indicaties meer afgegeven worden voor de zorgzwaartepakketten 1 en 2 in de verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg (CBS Statline, 2014; Kamerbrief VWS, 28-09-2012).

Tabel 1 Aantal en aandeel jongeren op het totale aantal jongeren tot 18 jaar in provinciaal gefinancierde jeugdzorg in 2013, bron: CBS Statline 2014 bewerking ZorgpleinNoord.

	Jeugdzorg 2013	
	aantal	aandeel
Nederland	104.835	3,0%
Noord-Nederland	9.745	2,8%
Delfzijl-Appingedam-Loppersum	350	3,7%
Oost-Groningen	1.070	3,7%
Overig Groningen	2.135	3,0%
Groningen (gemeente)	1.190	4,1%
Noord-Friesland	2.110	3,0%
Zuidwest-Friesland	530	2,2%
Zuidoost-Friesland	1.230	2,8%
Leeuwarden	860	4,8%
Noord-Drenthe	895	2,2%
Zuidoost-Drenthe	875	2,6%
Zuidwest-Drenthe	550	2,0%
Assen	405	2,7%

- minder dan 1,5%
- 1,5% tot 2,5%
- 2,5% tot 3,5%
- 3,5% tot 4,5%
- 4,5% en meer

Het gebruik van jeugdzorg en opvoedhulp in Noord-Nederland is vergelijkbaar met het landelijke gebruik. Vanwege grote stedenproblematiek wordt in Leeuwarden en de stad Groningen meer gebruik gemaakt van jeugdzorg. Ook in de Noordoost- en Oost-Groningse regio's doen jongeren een groter beroep op deze vormen van zorg en ondersteuning (CBS Statline, 2014).

Regionale opdracht

Demografische en sociaaleconomische populatie-kenmerken als opleidingsniveau, werkloosheidspercentage en inkomen beïnvloeden de vraag naar zorg en ondersteuning. In de stedelijke gebieden en om- liggende gemeenten is het effect van de vergrijzing en ontgroening minder en ligt het zorggebruik lager dan in de meer landelijk gelegen gebieden. Dit maakt dat gemeenten voor verschillende opdrach- ten staan als het gaat om een goede organisatie van zorg en ondersteuning voor hun inwoners.

De hervorming van het zorgstelsel beoogt, mede door een strengere indicatie van zorg en het vergro- ten van de zelfredzaamheid van zorgvragers, een beperking van het zorggebruik. Na deze beoogde 'correctie' zal, door de vergrijzing van de bevolking, de zorgvraag wederom gaan stijgen. Het is waar- schijnlijk dat hierdoor ook de vraag naar personeel zal toenemen, terwijl het potentiële aanbod van arbeidskrachten krimpt als gevolg van een vergrij- zende bevolking. Mogelijk ontstaan er op de langere termijn personele tekorten.

A woman with blonde hair, wearing a red dress with a yellow and white floral pattern, is seen from the side, looking at a large black board. The board is covered with numerous colorful sticky notes in shades of blue, orange, red, and green, arranged in a structured manner. Some notes are in columns, while others are in rows. A teal container sits on a desk in front of the board. The text 'Werkgelegenheid Noord-Nederland' is overlaid in white on a transparent rectangular background.

Werkgelegenheid Noord-Nederland

MC Kast

Medium care

In voorgaande jaren werden regionale werkgelegenheidsprognoses gemaakt op basis van de beschikbare middelen vanuit de Rijksoverheid. Door veranderingen in de bekostiging van de zorg en mogelijke verschuivingen in de werkgelegenheid, wordt het een stuk complexer om een plausibele prognose te maken. In het kader vindt u een overzicht van factoren die het lastig maken om in te schatten hoeveel werknemers met welke kwalificaties, uit welke branche uiteindelijk de lokale zorg en ondersteuning gaan leveren (Panteia, Seor en E,til, 2014).

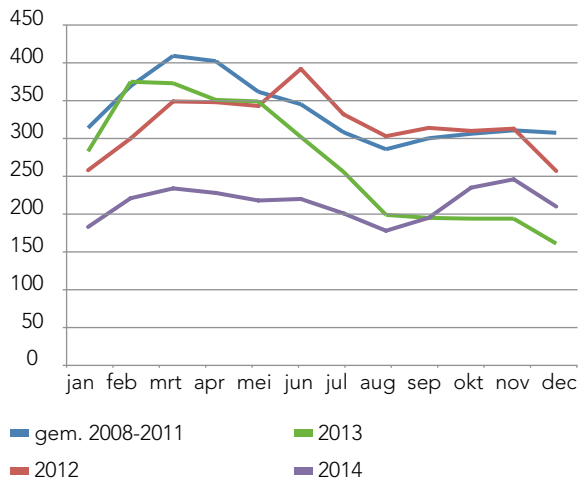
Daarbij zaten de zorg- en welzijnsorganisaties niet stil na de lancering van de hervorming van het zorgstelsel vlak voor de zomer van 2013. Figuur 4 laat zien dat na de presentatie van de nieuwe zorgplannen het aantal geplaatste vacatures van werkgevers in Groningen, Drenthe en een deel van Friesland behoorlijk terugloopt ten opzichte van de voorgaande jaren. Een ontwikkeling die ook naar voren komt in de groei van het aantal werknemers naar branche. Figuur 5 toont aan dat in alle branches op eerstelijnszorg na, het aantal werknemers in 2013 krimpt ten opzichte van 2012 (www.azwinfo.nl, oktober 2014). Een afname die, afgaand op het nog groeiende rijksbudget in 2013 en 2014 voor de geestelijke

Factoren die de lokale werkgelegenheid beïnvloeden (Panteia, Seor en E,til, 2014):

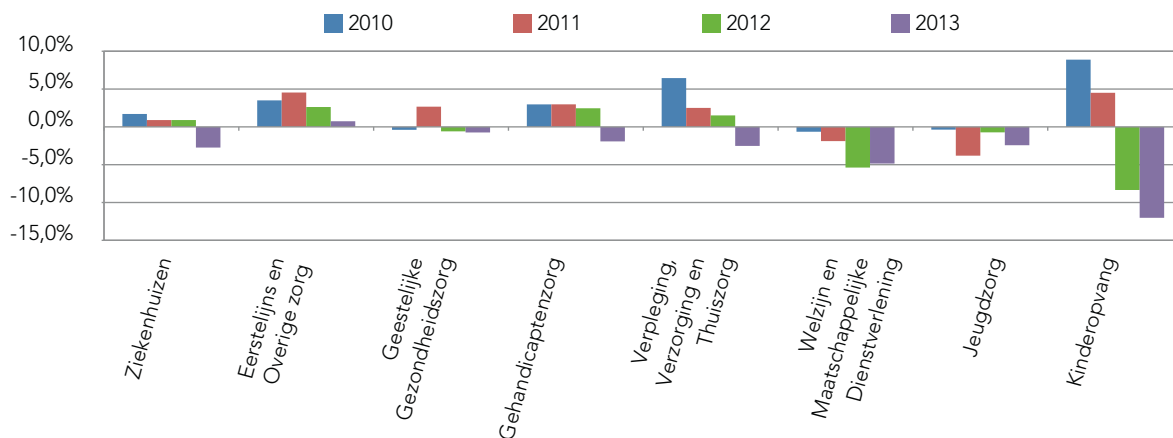
- Geen duidelijke visie op en/of niet tijdig duidelijkheid van inkopers over de inrichting van zorg en ondersteuning.
- De mate waarin een zorginkoper (extra) bespaart op tarief en/of hoeveelheid te leveren zorg en ondersteuning.
- De hoogte van uitvoeringskosten.
- De wijze van contractering en opdrachtverstrekking: een subsidierelatie, aanbesteden of werken met raamcontracten.
- De gevraagde diensten en producten (algemene voorzieningen versus maatwerk) en wijze waarop personeel van zorgaanbieders verbonden is aan een wijk- of buurtteam; gedetacheerd vanuit de tweede lijn of in dienst van een eerstelijnsorganisatie.
- De mate waarin inkopers van zorg en ondersteuning *social return* verlangen op door hun ingekochte zorg en ondersteuning.
- Mate van concurrentie (o.a. ruimte voor nieuwe aanbieders) en/of samenwerking tussen zorgaanbieders.
- De hoogte van frictiekosten en aanvullende administratieve lasten voor zorgaanbieders.

gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging, verzorging en thuiszorg, pas in 2015 verwacht werd (Panteia, Seor en E,til, 2013). Werkgevers in zorg en welzijn zijn voorzichtig geworden met het vervangen en aannemen van personeel. Daarmee lijken ze te anticiperen op de budgetreducties in 2015, en hopen ze gedwongen ontslagen te kunnen beperken. De landelijke werkgeversenquête uit december 2013 bevestigt dit beeld. Hierin geeft 72% van organisaties in de gehandicaptenzorg, verpleging, verzorging en thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, welzijn en maatschappelijk dienstverlening en jeugdzorg aan het personeelsbestand in 2013 en 2014 te laten inkrimpen (Panteia, Seor en E,til, 2014).

Figuur 4 Ontwikkeling aantal vacatures zorg en welzijn op website ZorgpleinNoord, bron: ZorgpleinNoord 2015.



Figuur 5 Jaarlijkse groei werknemers per branche in Nederland, bron: www.azwinfo.nl, detaildata landelijk, 2014.



Landelijke prognoses vertaalt naar Noord-Nederland

In oktober 2014 verscheen op verzoek van de Tweede Kamer een nieuwe arbeidsmarkteffectrapportage over de stelselwijzigingen en decentralisaties in de langdurige zorg en ondersteuning en jeugdhulp. Deze rapportage bevat een update van de werkgelegenheidsprognoses op landelijk niveau voor de branches geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verpleging, verzorging en thuiszorg en jeugdzorg voor de periode 2013 tot en met 2017. Hierin zijn de extra financiële middelen meegenomen voor de begroting van 2015. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verwacht dat door de Huishoudelijke Hulp Toelage voor 2015 en 2016 samen 19.000 huishoudelijke hulpen (gemiddeld dienstverband van 16 uur per week) langer hun baan houden (Kamerbrief VWS, 11-12-2014). Het effect daarvan, een extra werkgelegenheid van

9.500 werknemers per jaar, is toegevoegd aan de werkgelegenheidsontwikkeling voor de sector verpleging, verzorging en thuiszorg. Tabel 2 laat voor de vier branches de (verwachte) groei zien. Naast de prognose voor de periode 2014 tot en met eind 2017, is de gerealiseerde werkgelegenheidsgroei in 2013 meegenomen.

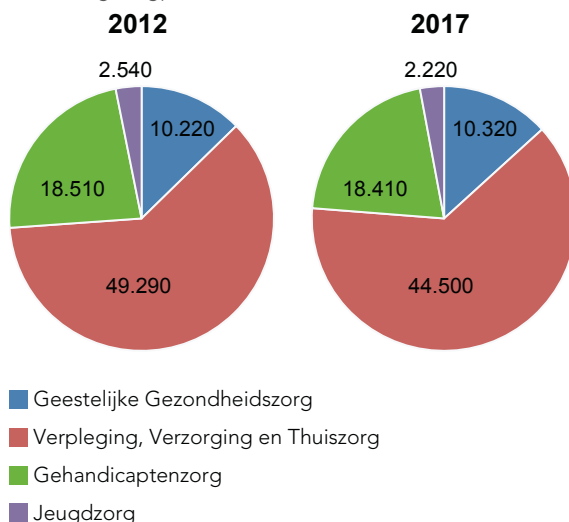
De landelijke groeipercentages kunnen op het aantal werknemers per branche in Noord-Nederland gelegd worden. Figuur 6 laat zien hoe het aantal werknemers zich dan tussen 2012 en 2017 ontwikkelt. Op basis van de landelijke budgetontwikkeling, zou het aantal werknemers in de sectoren betrokken bij langdurige zorg en ondersteuning en jeugdzorg in Noord-Nederland met ongeveer 6% (5.100 werknemers) afnemen tot en met 2017. Waarbij de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg (budget technisch) de grootste krimp al achter de

Tabel 2 Gerealiseerde en verwachte landelijke ontwikkeling werkgelegenheid, bron: www.azwinfo.nl, detaildata landelijk, 2014; Panteia, Seor, E,til, 2014 en VWS, 11-12-2014 bewerking ZorgpleinNoord.

	Ontwikkeling werkgelegenheid per branche				
	Realisatie	Verwachting			
	2013	2014-2015	2016	2017	2013-2017
Geestelijke Gezondheidszorg	-0,7%	1,5%	0,0%	0,2%	1,0%
Gehandicaptenzorg	-1,9%	1,8%	0,8%	-1,3%	-0,5%
Jeugdzorg	-2,4%	-1,3%	-4,5%	-4,3%	-12,5%
Verpleging,Verzorging, Thuiszorg*	-2,5%	-3,2%	-1,9%	-2,1%	-9,7%

* excl. geriatrische revalidatiezorg en alfa hulpen.

Figuur 6 Aantal werknemers naar branche in Noord-Nederland op basis van landelijke groeipercentages (zie tabel 2), bron: www.azwinfo.nl, detaildata regionaal 2013, bewerking ZorgpleinNoord.



rug hebben. De verpleging, verzorging en thuiszorg en de jeugdzorg zullen na 2015 nog verder inkrimpen. Wel is, zo blijkt uit tabel 2, de eerder verwachte grote werkgelegenheidsafname in 2015 verkleind door de extra financiële middelen van het kabinet en waarschijnlijk ook door het anticiperende beleid van de werkgevers.

Met de bovenstaande exercitie is aangegeven hoe de werkgelegenheid voor de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verpleging, verzorging en thuiszorg en jeugdzorg zich zou kunnen ontwikkelen de komende jaren. Voor de ziekenhuizen, eerstelijnspraktijken en overige zorg en welzijn, maatschappelijke dienstverlening en kinderopvang ontbreken deze cijfers. Daarbij is het natuurlijk de vraag op welke wijze gemeenten en zorgverzekeraars de zorg en ondersteuning gaan organiseren. Hier zijn de genoemde factoren op van invloed, en naast de beschikbare budgetten spelen ook lokale kenmerken als het zorggebruik en de demografie een rol.

Intermezzo

Wat betekenen de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor het arbeidsmarktonderzoek?

Uit het voorgaande blijkt dat het voorspellen van arbeidsmarktontwikkelingen momenteel erg moeilijk is. Dit heeft te maken met onduidelijkheid over de wijze waarop zorg en ondersteuning in de toekomst georganiseerd worden, over de verdeling van budgetten over branches en over veranderingen in de functiestructuur. Voor het arbeidsmarktonderzoek komt daar nog de vraag bij in hoeverre de ontwikkelingen zichtbaar zullen worden in de arbeidsmarkt cijfers in zorg en welzijn zoals die tot op heden gebruikt werden. De volgende voorbeelden zijn illustratief.

Voorbeeld 1:

Sociale teams in gemeenten hebben verschillende organisatievormen:

- Als het sociale team bestaat uit mensen die gedetacheerd worden uit verschillende organisaties, bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg of jeugdzorg, dan blijft hun inzet onderdeel van de werkgelegenheid van hun oorspronkelijke branches.
- Als de gemeente zelf mensen in dienst neemt (of een deel van de medewerkers, bijvoorbeeld de teamleiders), dan worden zij onderdeel van de sector overheid. Deze werkgelegenheid verdwijnt uit de sector zorg en welzijn en komt terug als 'overheid'.
- Het kan ook zijn dat een gemeente een bedrijf opricht om de medewerkers van de sociale teams in onder te brengen. Waarschijnlijk zal dit bedrijf dan toegerekend worden aan de branche welzijn en maatschappelijke dienstverlening. Dit stuk werkgelegenheid verschuift dan binnen de sector zorg en welzijn, vanuit bijvoorbeeld de branches geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg naar de branche welzijn en maatschappelijke dienstverlening.

Met de organisatievorm verschilt dus de branche waartoe de medewerkers gerekend worden en hoe ze als werkgelegenheid in de cijfers terecht komen.

Voorbeeld 2:

Het budget voor huishoudelijke ondersteuning wordt gekort.

Hierdoor neemt de door de gemeente geïndiceerde huishoudelijke ondersteuning af. Maar wellicht komt hier iets anders voor in de plaats, bijvoorbeeld:

- Thuiszorg bekostigd uit private middelen. Als thuiszorgorganisaties dit aanbieden blijft dit onderdeel van de werkgelegenheid in de zorg. Als schoonmaakbedrijven deze diensten gaan aanbieden dan wordt deze werkgelegenheid onderdeel van de schoonmaakbranche.
- Waarschijnlijk zullen meer particulieren een 'werkster' betrekken uit het zwarte circuit. Deze werkgelegenheid is niet zichtbaar in de cijfers, maar behoedt de voormalige thuiszorg-medewerkers wel voor een armoedeval.
- Ten slotte kunnen we meer op ruil gebaseerde 'arbeidsovereenkomsten' tegenkomen: *time banking* of *wehelpen.nl*. Misschien dat meer mensen een *au pair* nemen: kost, inwoning en zakgeld. Dit voorziet dan in een (klein) deel van de zorgvraag, maar leidt niet tot officiële werkgelegenheid.



Transformatie

'Gezondheid is 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' (Machteld Huber, 2011).

De wijziging van het zorgstelsel impliceert ook een verandering in de opvattingen over wat goede zorg en ondersteuning is. Vanuit een nieuwe definitie van gezondheid komen veerkracht en zelfredzaamheid als streven bovenaan te staan. Dit houdt meer in dan een andere bekostigingsstructuur van de zorg, dit betekent een transformatie van de wijze waarop zorg verleend wordt.

Voor zorg- en hulpverleners betekent dit dat:

- de zorg en ondersteuning vaker bij cliënten en patiënten thuis of in hun directie leefomgeving plaatsvindt,
- het versterken van de eigen regie van cliënten en patiënten een belangrijk onderdeel wordt van hun taak,
- zij samenwerken met de mantelzorg en de mantelzorg versterken.

In de branche welzijn en maatschappelijke dienstverlening is de expliciete aandacht voor zelfredzaamheid en eigen regie al langer een punt van aandacht. Men sprak in dit kader van 'welzijn nieuwe stijl' en 'de kanteling'. Momenteel zien we dat ook zorgberoepen door deze nieuwe taakstelling aan het transformeren zijn.

De implementatie van de nieuwe bekostigingsstructuur van het nieuwe zorgstelsel, de transitie van overheids- en provinciale verantwoordelijkheden naar gemeenten en zorgverzekeraars, kan op een bepaalde datum voltooid zijn. Een transformatie naar een nieuwe beroepsinhoud heeft meer tijd nodig. Deze transformatie heeft daarbij alleen succes als deze op verschillende niveaus plaatsvindt. In de breedste zin is het een cultuurverandering naar een 'participatiesamenleving' waarin 'iedereen die dat kan, verantwoordelijkheid neemt voor zijn of haar eigen leven en omgeving' (Troonrede 2013). Op het niveau van de organisatie betekent het dat regels en procedures ruimte moeten bieden aan een invulling van de zorg en ondersteuning die aansluit bij de regie-voerende partij: de cliënt of patiënt. Op het niveau van de beroepsbeoefenaren betekent het de implementatie van nieuwe werkwijzen en het verwerven van nieuwe competenties.

Bij de beroepsbeoefenaren is op dit moment veel aandacht voor de transformatie. Veel zorgorganisaties scholen hun personeel bij in de benodigde competenties. Zij doen dit zelf of maken gebruik van bijscholingsprogramma's in het beroepsonderwijs. De ROC's en hogescholen bieden hiertoe bijvoorbeeld scholing aan met titels als 'Ouderenwerk 3.0' (Stenden professionals) en 'Zorg en Welzijn in de

participatiesamenleving' (Hanzehogeschool). Daarnaast zijn er nieuwe initiatieven op het terrein van training en advisering. Een voorbeeld hiervan is Familiezorg Groningen.

Met veel elan is een start gemaakt met de transformatie van zorg en ondersteuning. Hierbij ligt de nadruk op het bevorderen van zelfredzaamheid. Er is een start gemaakt met het identificeren van de daarvoor benodigde competenties voor verschillende beroepsgroepen. Dat beroepen gaan veranderen is een gegeven. Hoe ze er precies uit komen te zien en zich tot elkaar zullen verhouden zal het resultaat zijn van discussiëren, experimenteren en reflecteren.





Interview

Aan het woord is Elly Schoemaker, hogeschooldocent aan de Academie voor Verpleegkunde van de Hanzehogeschool Groningen en medeoprichter van Familiezorg Groningen.

'De term familiezorg is bewust gekozen. Mantelzorg is een geweldig mooi begrip, maar familiezorg dekt de lading beter. Bij familiezorg gaat het over het hele systeem en de relaties binnen dat systeem. Familiezorg omvat de patiënt, de mantelzorgers en het bredere systeem dat erom heen zit. Er hoeft geen bloedverwantschap te zijn, het gaat om mensen die dicht naast elkaar staan.

Stel je bijvoorbeeld voor: meneer en mevrouw Jansen, beiden tegen de negentig. Zij wonen zelfstandig. Hun kinderen wonen wat verder weg, maar doen toch regelmatig klusjes en boodschappen. Het echtpaar redt zich prima totdat mevrouw Jansen in het ziekenhuis belandt. Dit ontwricht het systeem. Deze mensen zijn nooit lang uit elkaar geweest, allerlei kleine dingen lopen in het honderd. De kinderen kunnen er niet voor zorgen dat moeder elke dag even bezoek krijgt van vader. Het echtpaar was trots op hun zelfstandigheid en meneer Jansen vindt het heel moeilijk om hulp te vragen aan de burens.



Met de methode familiezorg kijk je naar de situatie van de cliënt en zijn familie en andere belangrijke personen. Het gaat om de gezondheid en het welzijn van álle personen in het systeem. We gaan met elkaar om de tafel om de problemen te inventariseren en te zoeken naar oplossingen. Soms is een oplossing gemakkelijk: een kennis die de krant even brengt en tegelijkertijd even kijkt of alles goed gaat.

Maar ook komt het voor dat men zijn netwerk moet verbreden. Ze moeten dan accepteren dat het niet alleen via hun kinderen kan. Vaak moeten ze ook leren om hulp te vragen.

Met één of meer familiegesprekken kan je een familiesysteem op gang brengen om samen te werken in de zorg voor de patiënt. Dit kan heel complex zijn.

Het gaat om communicatie, samenwerking en maatschappelijke verantwoordelijkheid.

De verpleegkundige competenties dienen – op hbo-niveau - aangevuld te worden met kennis rond het functioneren van familieverbanden, het maken van een geno- en ecogram, het herkennen van verstoringen in het systeem, de vaardigheid de familie in gezamenlijkheid problemen te laten onderkennen en oplossingen te vinden.

Deze competenties moeten ook ingebed worden in het reguliere onderwijs, maar dat vraagt veel tijd. De samenleving vraagt nú van ons onze beroepsinhoud te verbreden. Daarom zijn wij, vanuit onze persoonlijke belangstelling en expertise, gestart met Familiezorg Groningen. Wij kunnen iedereen die dat wil nú al trainen. Tegelijkertijd voeden we het reguliere curriculum van de hbo-v, onder andere door samen te werken met het lectoraat Verpleegkundige diagnostiek van de Hanzehogeschool Groningen. Wij zoeken naar een goede verhouding tussen ons

eigen bedrijf en onze 'moederorganisaties', de Hanzehogeschool, het UMCG en TSN. Daar zullen we ook onze inspanning leveren, maar het proces moet van beide kanten komen: vanuit de bestaande instituties en het particuliere initiatief.'



De initiatiefnemers van Familiezorg Groningen zijn Gerda Kort, Marie Louise Luttik en Elly Schoemaker.
Kijk voor meer informatie op www.familiezorggroningen.nl.

A landscape photograph of a frozen canal at sunset. The sun is low on the horizon, casting a warm orange glow across the sky and reflecting on the water in the canal. The canal is flanked by dark, frost-covered banks. In the background, a line of trees is visible against the horizon. A white rectangular box is superimposed over the center of the image, containing the text "Leren en experimenteren" in white. A thin white line, possibly a comet or a satellite trail, is visible in the upper right portion of the sky.

Leren en experimenteren

Op 1 januari 2015 werd een aantal fundamentele veranderingen in het Nederlandse zorgstelsel van kracht. Zorg- en welzijnsorganisaties, gemeenten en zorgverzekeraars hebben zich daarop goed voorbereid. Desondanks zullen de effecten op de organisatie van zorg en welzijn, de personeelsvoorziening en de beroepsinhoud van zorg- en welzijnsmedewerkers de komende tijd pas duidelijk worden. In dit laatste hoofdstuk van deze arbeidsmarktverkenning belichten we een aantal urgente vraagstukken die daarbij spelen.

Mobiliteit bevorderen

Extramuralisering, krimpende werkgelegenheid en verschuivingen tussen branches leiden bij veel organisaties tot boventalligheid van medewerkers, maar kunnen elders tot een nieuwe vraag naar personeel leiden. In deze context is de mobiliteit van werknemers op de arbeidsmarkt van groot belang, zowel voor het voorkomen van gedwongen ontslagen, als voor het loopbaanperspectief van medewerkers.

Bij het bevorderen van arbeidsmobiliteit is het de kunst vraag en aanbod bij elkaar te brengen. Intersectorale samenwerking biedt hierbij goede kansen. Door extramuralisering worden bijvoorbeeld veel facilitaire medewerkers in de zorg bedreigd met ontslag. Samen met UWV is gezocht naar bedrijfstakken waar deze medewerkers, eventueel met een aanvullende scholing, kans op een baan maken. Mede om deze reden ziet ZorgpleinNoord

ook kansen voor de samenwerking met het recent opgerichte IndustriepleinNoord.

Daarnaast zullen binnen de sector zorg en welzijn veel verschuivingen plaatsvinden. Door de grote veranderingen in de contractering van zorg- en welzijnsinstellingen, zullen bij de ene organisatie banen verdwijnen, terwijl andere organisaties groeien. Want al krimpt de sector als geheel, en worden er andere antwoorden gezocht op bepaalde zorgvragen, de sector zorg en welzijn blijft een grote sector, met een grote (vervangings)vraag naar personeel. Door medewerkers te ondersteunen bij het vinden van een andere baan, blijft hun expertise voor de sector behouden.

Scholing voor het nieuwe stelsel

Scholing is van belang voor het behoud van de huidige baan en het perspectief op een andere baan. De veranderingen in zorg en welzijn vragen nieuwe werkwijzen en competenties van de medewerkers. Door extramuralisering en een kritischere indicering neemt daarbij de zorgzwaarte toe, waarmee het gemiddelde functieniveau stijgt.

Vrijwel alle werkgevers in zorg en welzijn investeren momenteel in het scholen van hun personeel. Onderwerpen als ambulant werken, indicering en het samenwerken met familieleden en vrijwilligers komen hierin aan bod, maar ook zaken rond bedrijfsvoering en ondernemerschap.

Wellicht omdat de veranderingen in de zorg nog maar recent geïmplementeerd zijn, is het lastig om

de nieuwe competenties te benoemen en te definiëren voor de verschillende opleidingsniveaus. Wel is duidelijk dat er meer agogische vaardigheden gevraagd zullen worden (coaching, netwerkvorming, interveniëren in sociale systemen). De kennis en ervaring binnen de branche welzijn en maatschappelijke dienstverlening komen hier goed van pas.

Veel organisaties stimuleren momenteel hun medewerkers zich te scholen naar een hoger niveau of een andere kwalificatie, bijvoorbeeld van verzorgende naar mbo-verpleegkundige of van sociaalpedagogisch hulpverlener naar hbo-verpleegkundige. Momenteel maken enkele tientallen organisaties voor het scholen van hun personeel gebruik van de middelen uit het Sectorplan Zorg Noord-Nederland.

Ondanks de krimpende arbeidsmarkt in zorg en welzijn, blijft ook het opleiden van nieuwe medewerkers belangrijk. De huidige krimp kan beschouwd worden als een 'correctie' op de gestage groei van de sector zorg en welzijn. Na deze correctie zal er, door de vergrijzing van de bevolking, weer sprake zijn van een groei van de zorgvraag. Samen met een toenemende pensioenuitstroom van personeel, zal ook de vraag naar zorgpersoneel weer gaan groeien.

Een andere belangrijke opdracht voor het beroepsonderwijs is ten slotte de inbedding van de nieuwe competenties in het curriculum.

Organisatorische flexibiliteit

Zorg- en welzijnsorganisaties hebben te maken met een fluctuerende zorgvraag en kortere inkoopcontracten (half jaar tot een jaar). Dit vereist een behoorlijke flexibiliteit van de organisatie. Om deze reden hebben veel organisaties een zogenaamde 'flexibele schil' van tijdelijke en/of flexibel in te zetten medewerkers. De afgelopen periode anticipeerden de werkgevers op een reductie van de middelen door het niet verlengen van tijdelijke contracten. Hiermee verdween dit deel van de flexibele schil. Daarbij worden de regels rond tijdelijke contracten aangescherpt (maximaal 2 jaar) en is ook het 0-urencontract niet meer mogelijk. Werkgevers zoeken daarom nieuwe vormen van flexibiliteit. Het behoud van opgebouwde ervaring en deskundigheid zijn hierbij belangrijke aandachtspunten. Zo hebben zeven welzijnsorganisaties in Groningen en Drenthe, met ondersteuning van ZorgpleinNoord, een gezamenlijke pool van maatschappelijk werkers opgezet. Ook zijn er in de sector voorbeelden van collegiale uitleen.

Op dit moment zien we dat zorg- en welzijnsorganisaties in toenemende mate gebruik maken van zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers). Andersom bieden steeds meer zorgprofessionals zich als zzp'er op de arbeidsmarkt aan. En ook steeds vaker verenigen zzp'ers zich, bijvoorbeeld in een coöperatie, en presenteren ze zich als nieuwe zorgaanbieder.

Het is nog onduidelijk of kleine zorgaanbieders in het nieuwe zorgstelsel het kind van de rekening worden of juist handig gebruik maken van de niches die grote organisaties laten liggen. Hoe komen zij in beeld van de zorginkopers en nieuwe verwijzers op wijkniveau? En ook hier zien we nieuwe organisatievormen ontstaan. Vanuit ZorgpleinNoord volgen we deze ontwikkelingen op de voet, onder andere in de vorm van gezamenlijk onderzoek met het Kenniscentrum Arbeid van de Hanzehogeschool Groningen.

Leidinggeven en besturen

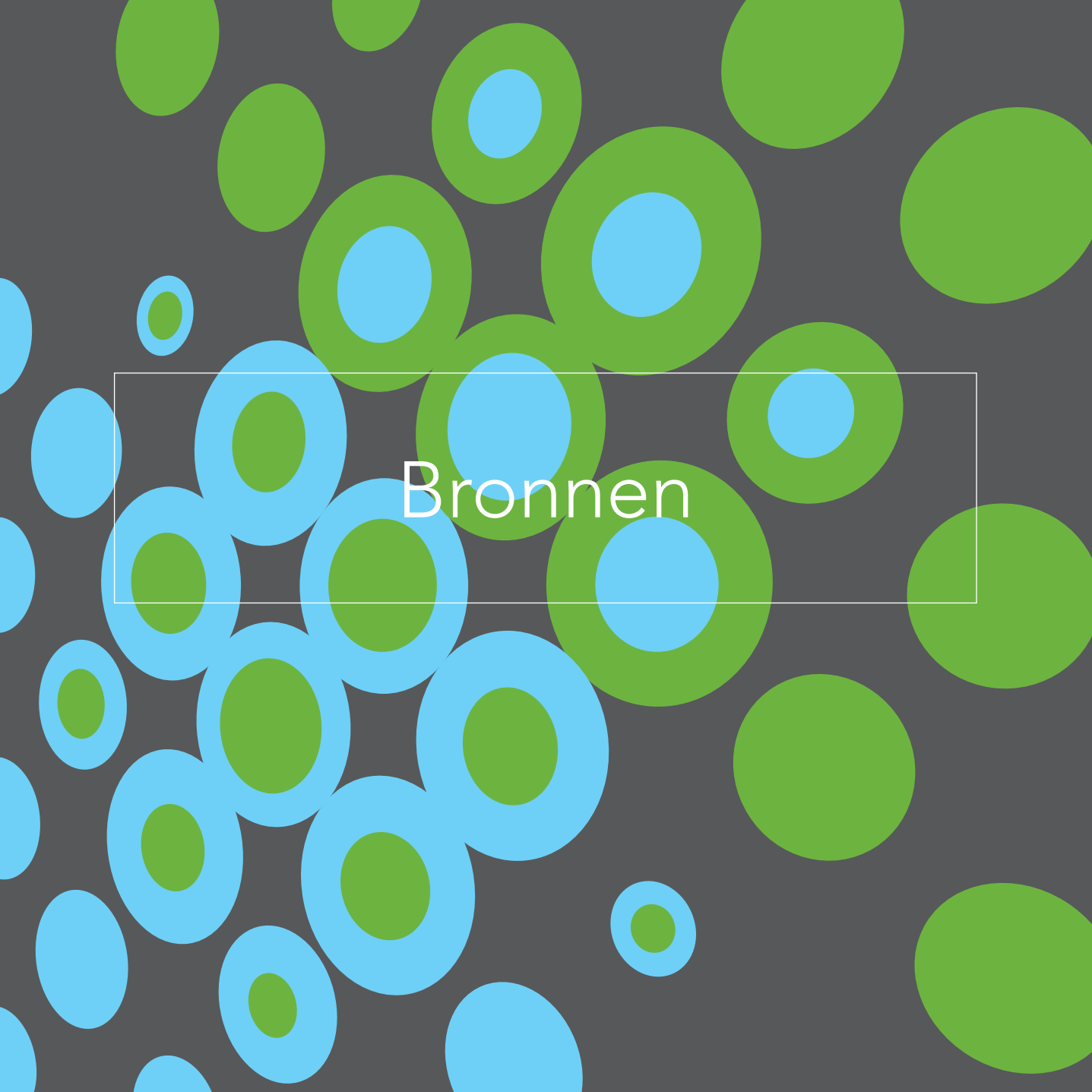
De effecten van de veranderingen in het zorgstelsel op de organisatie van zorg en welzijn, beroepsinhouden en de aansturing van personeel, doen een groot appel op bestuurders en leidinggevend. Zo staat het streven naar zelfredzaamheid van cliënten en patiënten op gespannen voet met het werken volgens protocollen en kwaliteitsstandaarden. Samenwerking tussen disciplines in wijk of dorp, stuit op vragen rond de privacy van bewoners. En hoe verander je de natuurlijke neiging van veel beroepsbeoefenaren om 'te zorgen voor' in 'te zorgen dat'?

Het is duidelijk dat het optuigen van een nieuwe bureaucratie niet wenselijk is. Reeds een aantal jaren wordt er juist gewerkt aan het beperken van de bureaucratie, onder andere door een herwaardering van vakmanschap en het delegeren van verantwoordelijkheden naar de werkvloer. De

overheid spreekt in dit kader van 'high trust, high penalty'. Echter het risico van een 'high penalty' moedigt niet aan om cliënten de regie te geven of fouten te openbaren en ervan te leren.

In deze arbeidsmarktverkenning spraken we van de 'transities' en 'transformatie' van het zorgstelsel. De transities hebben betrekking op formele verantwoordelijkheden en regels. De transformatie gaat in breedste zin over een cultuurverandering die betrekking heeft op alle niveaus van onze samenleving: de overheid, de zorg- en welzijnssector, de beroepsbeoefenaren en de cliënten en hun sociale omgeving.

In de transformatie zullen antwoorden gevonden moeten worden op bovenstaande vragen. Veel besturen (overheden en werkgevers) bieden de komende jaren daarom de ruimte te experimenteren en te leren met als doel de ontwikkeling van een zorg- en welzijnssector die past in een samenleving waar zelfredzaamheid voorop staat én waar goede zorg en ondersteuning is voor degenen die dat nodig hebben.



Bronnen

- www.azwinfo.nl (2013 en 2014). Geraadpleegd oktober 2014 op:
 - <http://detaildata.azwinfo.nl/userif.aspx?SelectDataset=22&SelectSubset=82&Country=NL>.
 - <http://detaildata.azwinfo.nl/userif.aspx?SelectDataset=21&SelectSubset=89&Country=NL>.
- Centraal Bureau van de Statistiek/Planbureau voor de Leefomgeving (2013). *Regionale bevolkingsprognose 2013-2040*. Maatwerk door Centraal Bureau van de Statistiek.
- CBS Statline (2014):
 - *Jongeren in provinciaal gefinancierde jeugdzorg; zorgduur, zorgvorm, regio*. (datum publicatie: 3 oktober 2014).
 - *Personen met indicatie of gebruik ZZV; functie en regio*. (datum publicatie: 29 oktober 2014).
 - *Personen met indicatie en/of gebruik ZMV; grondslag, indicatie zzp, regio*. (datum publicatie: 29 oktober 2014).
- www.encyclo.nl (2013). Geraadpleegd januari 2015 op <http://www.encyclo.nl/2013/zoek.php?woord=demografische+druk>.
- Huber, Machteld (2011). *How should we define health?* In: British Medical Journal, July 2011; 343: d4163.
- Kamerbrief Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (28 september 2012). *Uitwerking extramuraliseren lichte zorgzwaartepakketten*. Den Haag.
- Kamerbrief Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (6 november 2013). *Een nadere uitwerking brief Hervorming Langdurige zorg*. Den Haag.
- Kamerbrief Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (17 april 2014). *Uitkomst begrotings-overleg hervorming langdurige zorg*. Den Haag.
- Kamerbrief Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (7 juli 2014). *Stand van zaken arbeidsmarkt zorg*. Den Haag.
- Kamerbrief Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (11 december 2014). *Stand van zaken HHT december*. Den Haag.
- Panteia, Seor en E,til (2013). *Arbeidsmarktprognoses van VOV-personeel in Zorg en Welzijn*. Zoetermeer.
- Panteia, Seor en E,til (2013). *Arbeidsmarkteffecten maatregelen AWBZ en Wmo en stelselwijziging JZ, Eindrapport Onderzoeksfase 1*. Zoetermeer.
- Panteia, Seor en E,til (2014). *Arbeidsmarkt-effectrapportage Fase II. Stelselwijzigingen en decentralisaties in de langdurige zorg en ondersteuning en in de jeugdhulp*. Zoetermeer.
- Panteia, Seor en E,til (2014), *Bijlage 4 AER Fase II. Werkgeversenquête AZW: Verwachte arbeidsmarkteffecten tot en met 2014 als gevolg van transitie*. Zoetermeer.
- Troonrede 2013. Den Haag.
- Vilans (2014). *Hervorming van zorg en ondersteuning: de vertaling van de transitie binnen de gemeente*.
- www.zowerktdezorg.nl De Argumentenfabriek, *Zó werkt de zorg in Nederland*, 2014.

"Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn Noord-Nederland 2015" is een uitgave van stichting ZorgpleinNoord.

Auteurs:

Karin Doornbos

Ellen Offers

Beeld en fotografie:

Nynke Bonga (omslag, pag. 4 en 26)

Fenneke Bouwman (pag. 2)

De Argumentenfabriek (pag. 6)

iStock (pag. 10, 20 en 24)

Inge Jansen bij VNN (pag. 14)

Vormgeving en drukwerk:

Koninklijke Van Gorcum, Assen

Voor een digitale versie van deze publicatie verwijzen we u naar de website www.zorgpleinnoord.nl. Op deze website vindt u actuele informatie over de arbeidsmarkt en het overheidsbeleid relevant voor de sector zorg en welzijn in Noord-Nederland.

Zolang de voorraad strekt kunt u een extra exemplaar van deze uitgave aanvragen.

Publicatie uit dit werk is toegestaan, mits de bron wordt vermeld.

ZORG
PLEIN
NORD



Grootste werkgeversverband
zorg & welzijn Noord-Nederland

