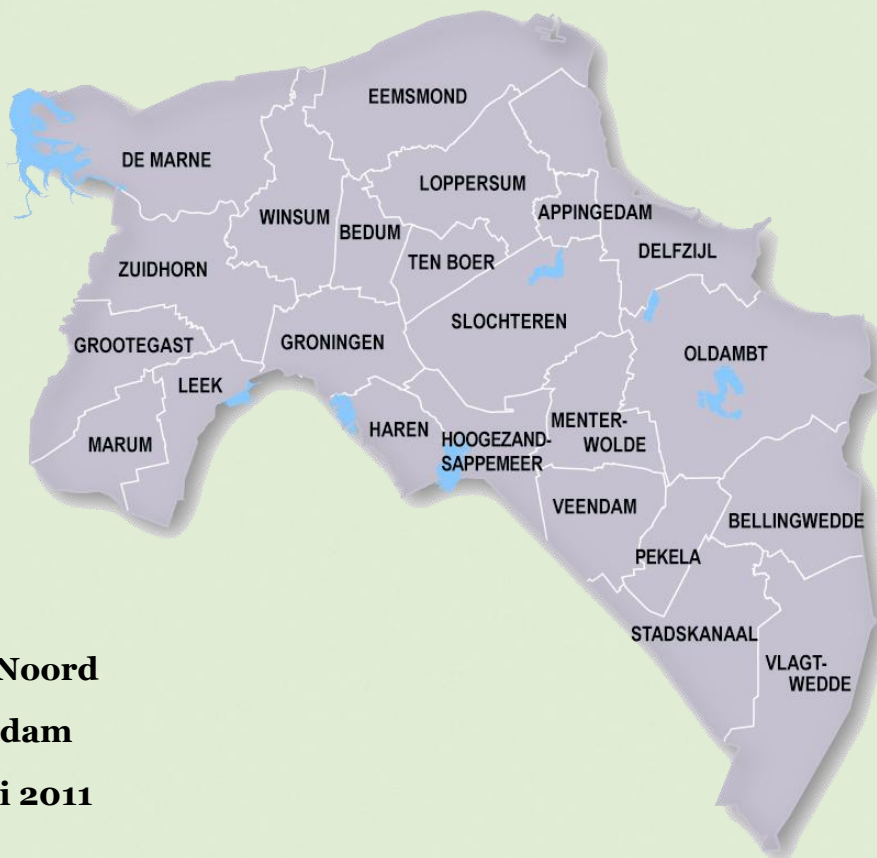




Zorgen voor morgen

Hoe voorkomen we een tekort aan hoger opgeleid personeel
in de zorg in Noordoost-Groningen?



ZorgpleinNoord

Femke Nijdam

Haren, juli 2011

ZorgpleinNoord-reeks

Beschikbaar op www.zorgpleinnoord.nl

6. Zorgen voor morgen

Hoe voorkomen we een tekort aan hoger opgeleid personeel in de zorg in Noordoost-Groningen?
Femke Nijdam, juli 2011

5. BBL in zorg en welzijn

Onderzoek naar BBL-plaatsen in zorg en welzijn
Petra Molenaars, mei 2011

4. Van reageren naar anticiperen

Strategische personeelsplanning voor de Zorg
Lotte Speelman, november 2010

3. Uitstroom van personeel onder de loep

Arbeidsmarkt voor zorg en welzijn in Noord-Nederland
Ellen Offers, oktober 2009

2. Zorgen voor toekomstig personeel

Onderzoek naar de uitstroom van personeel in de zorg- en welzijnssector in Noord-Nederland
Valerie Rings, juli 2009

1. De arbeidsmarkt voor Zorg en Welzijn in Groningen en Drenthe

Kwantitatieve Analyse
Ellen Offers, juni 2009

Femke Nijdam heeft dit advies geschreven in het kader van de masteropleiding Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen



Het onderzoek is uitgevoerd in het kader van het project DC NOISE, Arbeidsmarktstrategie Zorg Noordoost-Groningen.



The Interreg IVB
North Sea Region
Programme



Investing in the future by working together for a sustainable and competitive future.

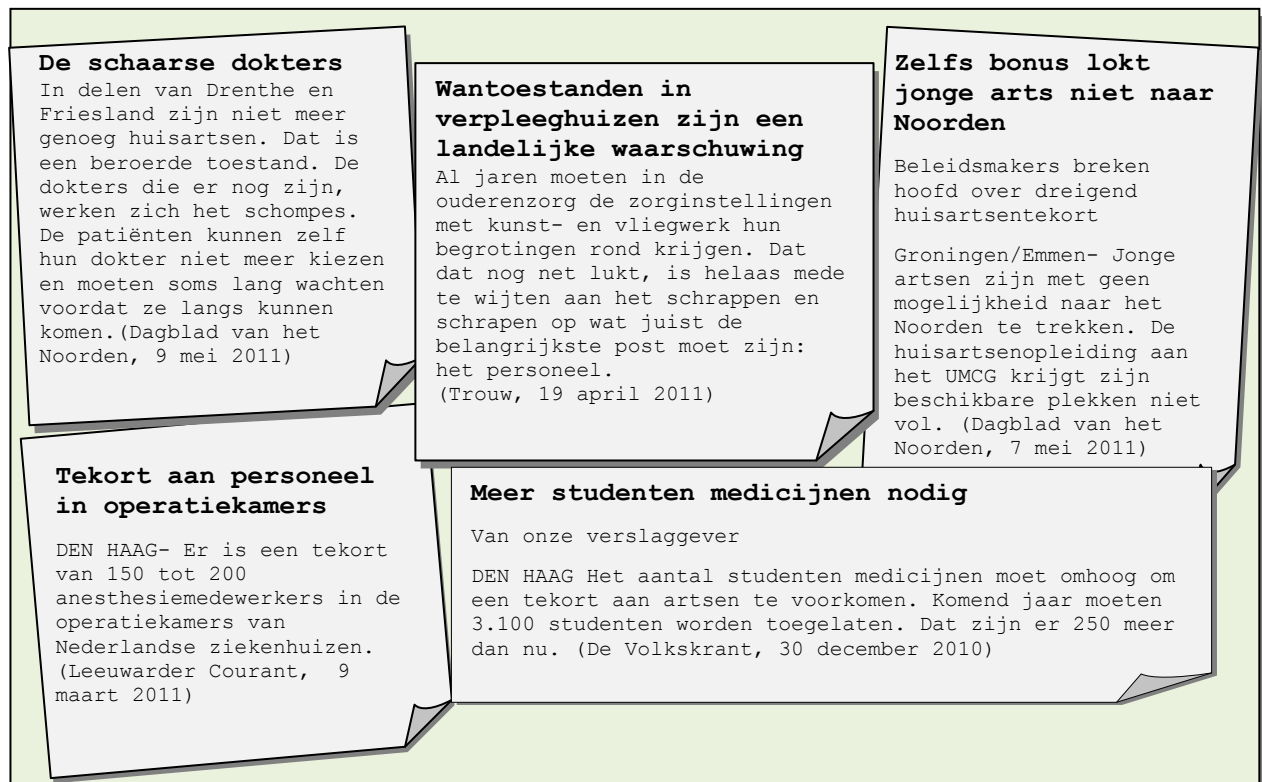
© 2011 ZorgpleinNoord

Publicatie van cijfers en/of tekst uit dit werk is toegestaan, mits de bron wordt vermeld.

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding	5
2. Onderzoek in het werkveld	8
3. Demografische ontwikkelingen	10
3.1. Bevolkingsdaling, vergrijzing en ontgroening	10
3.2. Should I stay or should I go?	13
3.3. Gevolgen van demografische ontwikkelingen op zorgvoorzieningen in plattelandsregio's	15
4. Zorg in beweging	17
4.1. Noordelijke zorgarbeidsmarkt	17
4.2. Verwachte personeelstekorten	17
4.3. Anticiperen op de ontwikkelingen	18
5. Case-study: Noordoost-Groningen	22
5.1. Verpleeg- en verzorgingshuizen	22
5.2. Ziekenhuizen	28
5.3. Huisartsenzorg	31
5.4. Conclusie	34
6. Hoe voorkomen we een tekort aan hoger opgeleid personeel in de zorg in Noordoost Groningen? Beleidsaanbevelingen	35
7. Managementsamenvatting	42
Literatuur	45
Bijlage I: Interviewgegevens	47
Bijlage II: Overzicht beleidsaanbevelingen	48

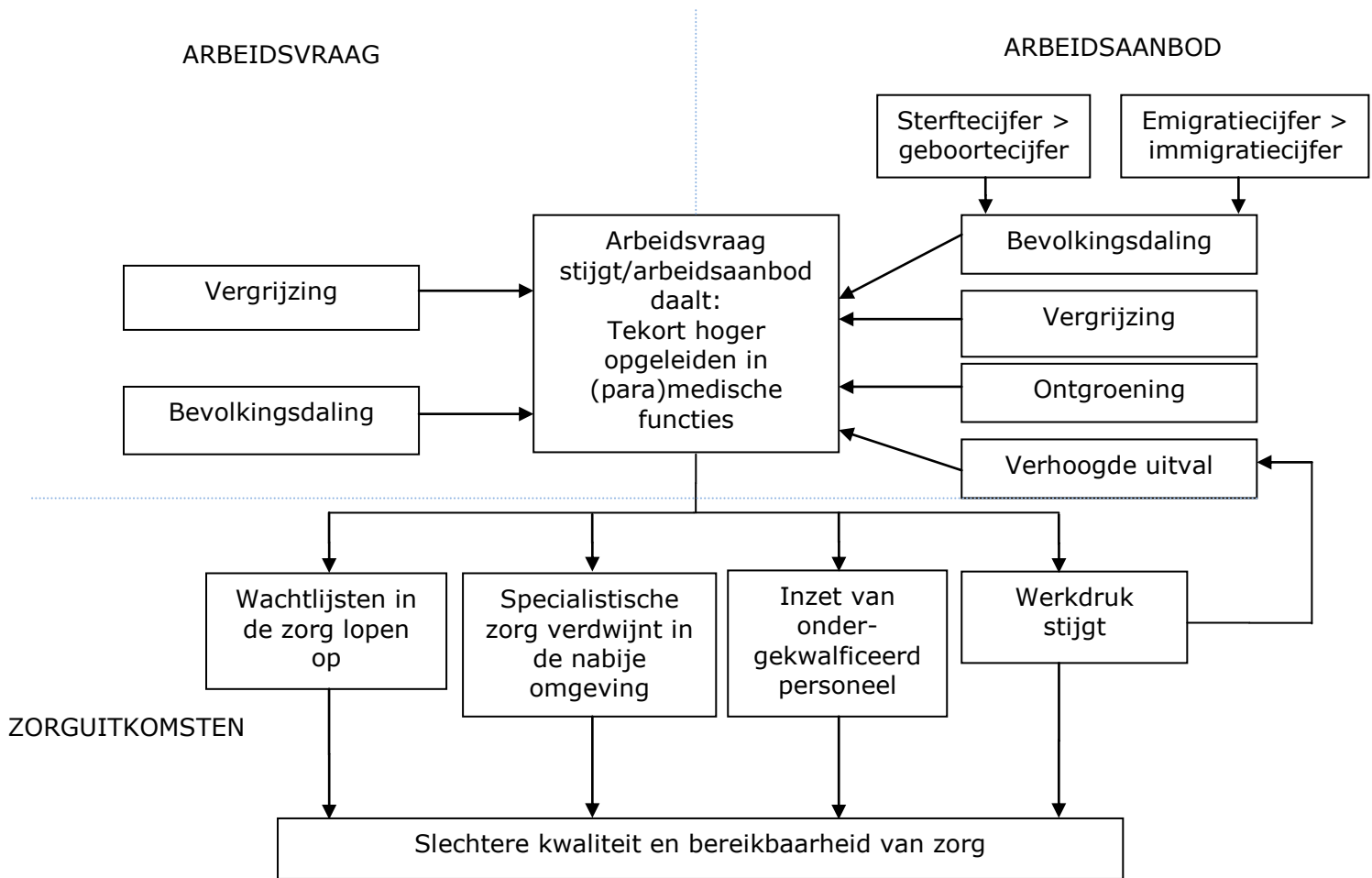
1. INLEIDING



Schreeuwende krantenkoppen: Noord-Nederland moet zich schrap zetten want het platteland loopt leeg, de ouderen blijven over en die moeten in steeds grotere getale verzorgd worden. Verzorgd door personeel dat er niet is, want wie wil er nog op de lege vlaktes wonen? Kort gezegd komen de krantenberichtjes hier op neer.

Bij ongewijzigd beleid worden er in de zorgsector op termijn personeelstekorten verwacht. Hierover wordt momenteel al de noodklok geluid in de media. De combinatie van vergrijzing en ontgroening zullen tezamen zorgen voor een toenemende zorgvraag enerzijds, en een afnemende beroepsbevolking anderzijds. Dit zal naar verwachting in de plattelandsregio's in Noord-Nederland voor grote problemen zorgen. De personeelstekorten in de zorg worden op alle opleidingsniveaus verwacht, maar de focus ligt in dit onderzoek bij de hoger opgeleiden (HBO/WO), werkzaam in de zorg. Concreet gaat het om HBO-verpleegkundigen, artsen, medisch specialisten en huisartsen, voor het gemak in het vervolg te noemen: hoger opgeleide (para)medici. De demografische ontwikkelingen, de gevolgen daarvan voor de arbeidsvraag en het arbeidsaanbod en daaruit volgende de zorguitkomsten in plattelandsregio's, zijn in figuur 1 schematisch weergegeven.

Figuur 1: De invloed van demografische ontwikkelingen op de arbeidsvraag en het arbeidsaanbod in de zorgsector in plattelandsregio's



Bron: Auteur

Dit schema is onderverdeeld in arbeidsvraag, arbeidsaanbod en de zorguitkomsten. De zorguitkomsten zijn in dit schema afhankelijk van de afstemming arbeidsvraag-arbeidsaanbod. Naar verwachting zal de arbeidsvraag in toenemende mate het arbeidsaanbod overstijgen. Enerzijds zal er door de vergrijzing een steeds groter beroep op zorg worden gedaan, anderzijds zal, als gevolg van de bevolkingsdaling, vergrijzing en ontgroening, het arbeidsaanbod afnemen. Door de relatief grote migratie van hoger opgeleiden van het platteland naar meer stedelijke gebieden, wordt verwacht dat het arbeidsaanbod van hoger opgeleiden, bijvoorbeeld in (para)medische beroepen, extra sterk zal afnemen. De mogelijke zorguitkomsten hebben betrekking op zowel de zorgvragers (wachlijsten in de zorg lopen op, specialistisch zorg verdwijnt in de nabije omgeving) als de zorgverleners (inzet van ondergekwalficeerd personeel, werkdruk stijgt). Uiteindelijk heeft dit zijn weerslag op de kwaliteit en nabijheid van de geboden zorg in algemene zin; die verslechtert.

ZorgpleinNoord (ZPN) gaf opdracht tot het uitvoeren van dit onderzoek. ZPN ondersteunt en adviseert zorg- en welzijnsorganisaties in Noord-Nederland op het terrein van strategisch arbeidsmarktbeleid. Om dit zo goed mogelijk te kunnen doen, vormt het doen van arbeidsmarktonderzoek een belangrijk onderdeel van het takenpakket. Een belangrijk doel van het arbeidsmarktonderzoek is het vroegtijdig signaleren van problemen op de regionale zorgarbeidsmarkt.

Genoemde demografische ontwikkelingen gaven aanleiding tot het stellen van de vraag: is er in Noord-Nederland sprake van een (dreigend) tekort aan hoger opgeleiden in (para)medische functies? En indien dit aan de orde is of dreigt te komen, welke rol kan

ZPN hierin spelen om dit tegen te gaan? De beleidsaanbevelingen volgend uit dit onderzoek zullen daarom met name gericht worden tot ZPN.

In dit onderzoek staat voorop dat kwalitatief hoogwaardige zorg overal en altijd voor iedereen beschikbaar moet zijn. Indien er (in de toekomst) personeelstekorten ontstaan onder hoger opgeleiden in de (para)medische functies, dan gaat dit ten koste van de geboden kwaliteit en/of nabijheid van zorg. Doelstelling van dit onderzoek is:

- Inzicht verkrijgen in hoeverre er sprake is van personeelstekorten voor hoger opgeleiden in (para)medische functies in Noord-Nederland.
- Inzicht verkrijgen in factoren die de kans op het vinden en binden van hoger opgeleiden in (para)medische functies in Noord-Nederland vergroten.

De eerste doelstelling is erop gericht om in kaart te brengen in hoeverre er op dit moment daadwerkelijk sprake is van tekorten in hogere (para)medische functies, om welke functies het gaat en of het structurele tekorten betreft. Ondanks alarmerende berichtgeving hierover in de media en de zogenaamde 'wandelgangen' is het onduidelijk of dit beeld juist is. Om vervolgens op de (toekomstige) tekorten te kunnen anticiperen, is de tweede doelstelling van belang. Hieruit volgen aanknopingspunten voor beleid gericht op het tegengaan van een tekort aan hoger opgeleiden in (para)medische functies in plattelandsregio's. Op deze manier komen we tot beantwoording van de centrale onderzoeksvraag, deze luidt: 'Hoe voorkomen we een tekort aan hoger opgeleiden in (para)medische functies in de plattelandsregio's van Noord-Nederland?'

Tot nog toe is weinig onderzoek gedaan naar de specifieke combinatie van vergrijzing, ontgroening, bevolkingsdaling en de gevolgen van deze demografische ontwikkelingen voor zorgvoorzieningen in de plattelandsregio's van Noord-Nederland. Dit onderzoek probeert hier op in te spelen door specifiek de zorgvoorzieningen in Noord-Nederland centraal te stellen. De stelling 'meten is weten' geldt hier als leidraad. Pas als duidelijk is wát het probleem is, kunnen hiervoor oplossingen gezocht worden.

Gezien de toekomstige demografische ontwikkelingen, een combinatie van vergrijzing en ontgroening, ligt de nadruk op de 'basale' zorg en ouderenzorg, die een steeds groter deel van de zorgvraag voor hun rekening zullen gaan nemen. De keuze voor de provincie Groningen als onderzoeksgebied komt voort uit de reeds waargenomen krimp in Noordoost-Groningen.

Voor beantwoording van de onderzoeksvragen is op twee manieren informatie verzameld. Ten eerste is er literatuur geraadpleegd over zowel demografische ontwikkelingen als ontwikkelingen in de zorg. Deze informatie vindt u respectievelijk terug in hoofdstuk 3 en 4. Daarnaast is ook in het directe zorgwerkveld informatie gezocht en verkregen.

Door middel van interviews met vertegenwoordigers van verpleeghuis-/verzorgingshuisorganisaties, ziekenhuisorganisaties en een eerstelijnsadviescentrum in (Noordoost-) Groningen is informatie verzameld over de stand van zaken in deze drie zorgtakken (hoofdstuk 5). Deze vertegenwoordigers hebben tevens hun licht laten schijnen over mogelijke beleidsaanbevelingen, deze vindt u terug in hoofdstuk 6. In het afsluitende hoofdstuk wordt een managementsamenvatting gepresenteerd.

Alvorens over te gaan op de beschrijving van demografische ontwikkelingen, zal in hoofdstuk 2 de aard en opzet van het onderzoek nader uiteengezet worden.

2.ONDERZOEK IN HET WERKVELD

De onderzoeksvraag

Onderzoek begint met een vraag. Hoe voorkomen we een tekort aan hoger opgeleiden in (para)medische functies in de plattelandsregio's van Noord-Nederland?' Eigenlijk ging deze vraag al een stapje te ver. Want is er wel sprake van een (dreigend) tekort aan hoger opgeleiden in zorgorganisaties in Noordoost-Groningen? Geluiden vanuit de sector en media kunnen aan de hand van een enkele voorzichtige uitspraak hierover een hele kettingreactie in gang zetten. Dus alvorens 'de' vraag te stellen is het van belang in kaart te brengen of er sprake is van een (dreigend) tekort, voor welke functie(s) en of dit voor de organisatie en/of regio structureel is.

Zoals reeds vermeld heeft er voor het onderzoek in het werkveld afbakening naar onderzoeksgebied en zorgbranche plaatsgevonden. De onderzoeksvraag heeft zich overeenkomstig vernauwd naar: 'Hoe voorkomen we een tekort aan hoger opgeleiden in (para)medische functies in de 1) ouderenzorg; 2) ziekenhuiszorg; en 3) huisartsenzorg in Noordoost-Groningen?'

Onderzoeksgegevens en deelnemende organisaties

Antwoord op de onderzoeksvraag wordt gezocht bij zorgaanbieders, die een eventueel tekort aan hoger opgeleiden als eerste zouden moeten merken. Aan de hand van een mondeling interview is geprobeerd in beeld te brengen of, en in hoeverre er een tekort aan hoger opgeleiden in (para)medische functies is, of te verwachten valt. Het betreft hier de functies HBO-verpleegkundigen, paramedici, artsen, medisch specialisten en huisartsen. Ten tweede, indien het probleem bestaat of dreigt te ontstaan, wat zou dit dan voor het te voeren beleid impliceren?

De gesprekspartners zijn gezocht en gevonden binnen de P&O afdelingen van verzorgings- en verpleeghuizen, en ziekenhuizen. Daarnaast is contact gezocht met ELANN (Eerst Lijns Advies Noord-Nederland), in de hoop dat zij informatie konden verschaffen over de stand van zaken wat betreft de huisartsenzorg in Groningen. ELANN is een regionale ondersteuningsorganisatie (ROS) voor gezondheidszorgaanbieders in de eerste lijn in de provincie Groningen. ELANN vormt één van de 21 regionale ondersteuningsstructuren in Nederland en is lid van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG). Het doel is het bevorderen van samenhang, kwaliteit en continuïteit van de eerstelijns gezondheidszorg in Groningen.

De interviews vonden veelal plaats met medewerkers van de afdeling P&O, op locatie van de betreffende organisaties. De interviews vonden plaats tussen 28 april en 17 mei 2011. Van de twaalf aangeschreven organisaties hebben tien medewerking verleend aan het onderzoek. Het niet participeren van twee organisaties, beide verzorgings- en verpleeghuisorganisaties, werd ingegeven door tijdgebrek.

In het interview, aan de hand van een gestructureerde vragenlijst, zijn achtereenvolgens de kenmerken van de organisatie, de positie van hoger opgeleiden binnen de organisatie, en het personeelsbeleid aan de orde gekomen. Daarbij is zoveel mogelijk de nadruk gelegd op hoger opgeleiden in (para)medische functies. Hoger opgeleiden in managementfuncties en dergelijke, vielen buiten de scope van dit onderzoek. Indien mogelijk is er ook aandacht geschonken aan de specifieke ligging van de organisatie binnen het onderzoeksgebied, Noordoost-Groningen.

De participerende organisaties hebben vestigingslocaties in de gemeenten: Eemmond, Appingedam, Delfzijl, Winsum, Bedum, Ten Boer, Groningen, Oldambt, Bellingwedde, Hoogezand-Sappemeer, Veendam, Pekela, Stadskanaal en Vlagtwedde. De vestigingslocatie van ELANN bevindt zich in Groningen, maar het 'werkveld' omvat de gehele provincie Groningen.

Figuur 2 Gemeentelijke indeling Provincie Groningen



In tabel 1 zijn de participerende organisaties met bijbehorende vestigingslocaties weergegeven.

Tabel 1 Participerende organisaties

Organisatie	Vestigingslocatie(s)	Gemeente(s)
<i>Verzorgings-/verpleeghuizen</i>		
Zorgcentrum 'De Blanckenbörg'	Blijham	Bellingwedde
Zorggroep Groningen	Veendam, Ten Boer, Groningen, Wildervank	Veendam, Ten Boer, Groningen
Zorggroep Meander	Musselkanaal, Vlagtwedde, Veendam, Ter Apel, Stadskanaal	Stadskanaal, Vlagtwedde, Veendam
Stichting De Hoven	Bedum, Appingedam, Baflo, Warffum, Delfzijl	Bedum, Appingedam, Winsum, Delfzijl
Stichting Oosterlengte	Nieuwe Pekela, Oude Pekela, Nieuwolda, Beerta, Winschoten, Scheemda	Pekela, Oldambt
SVONN (Stichting Voorzieningen Noord-Nederland)	Sappemeer, Hoogezand, Uithuizen, Uithuizermeeden	Hoogezand-Sappemeer, Eemsmond
<i>Ziekenhuizen</i>		
Ommelander Ziekenhuis Groep (OZG)	Delfzijl, Winschoten	Delfzijl, Oldambt
Refaja Ziekenhuis	Stadskanaal	Stadskanaal
<i>Huisartsenzorg</i>		
ELANN (Eerstelijns Advies Noord-Nederland)	Groningen	Groningen

3. DEMOGRAFISCHE ONTWIKKELINGEN

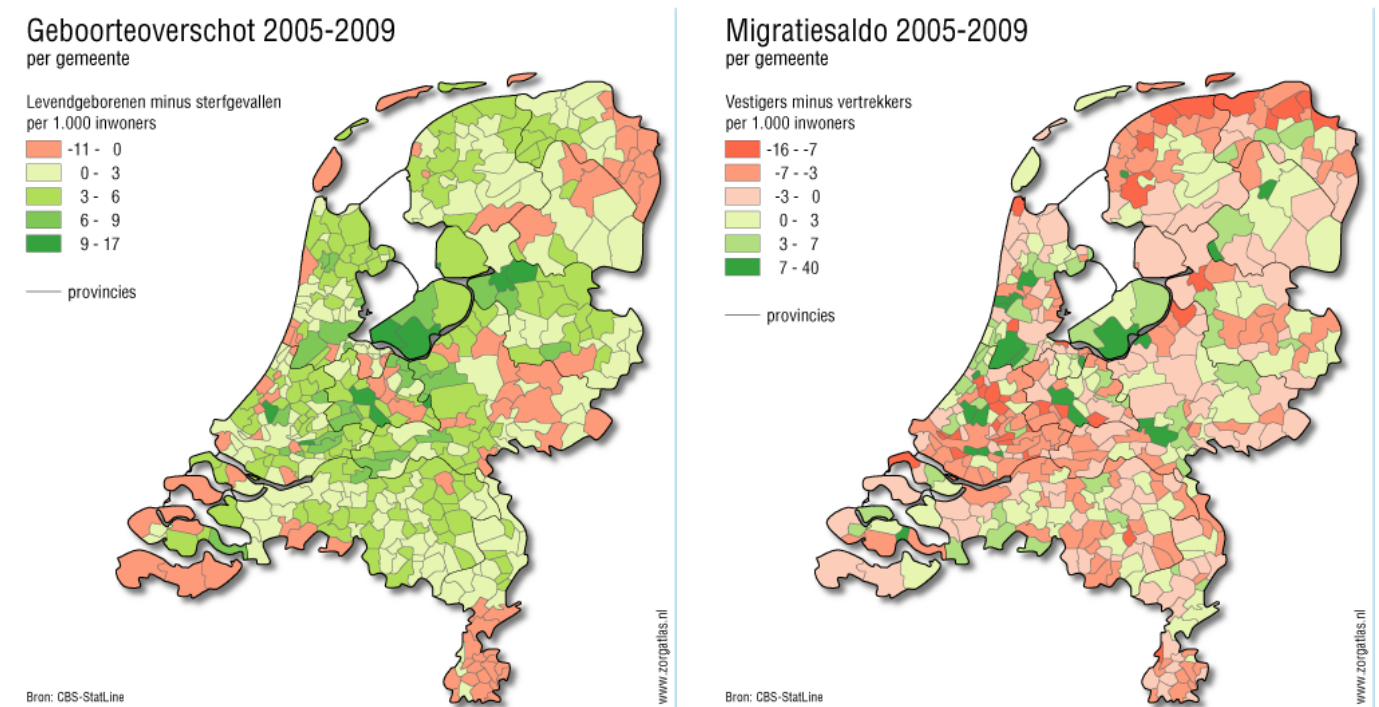
3.1. Bevolkingsdaling, vergrijzing en ontgroening

Bevolkingsdaling

Bevolkingsdaling, vergrijzing en ontgroening worden vaak in één adem genoemd. Dat is ook niet verwonderlijk want deze drie demografische ontwikkelingen komen vaak in combinatie voor, en versterken elkaar onderling ook nog eens. Het zijn feitelijk chique termen voor een simpele rekensom. De bevolkingsomvang in een bepaald gebied wordt bepaald door het geboorteoverschot (geboortecijfer minus sterftcijfer) en het migratiesaldo (immigratiecijfer minus emigratiecijfer). Indien deze inkomende en uitgaande stromen tezamen een negatief saldo laten zien is er sprake van bevolkingsdaling of krimp.

Figuur 3 toont links het geboorteoverschot en rechts het migratiesaldo per gemeente in de tijdspanne 2005-2009.

Figuur 3 Geboorteoverschot en migratiesaldo per gemeente, 2005-2009

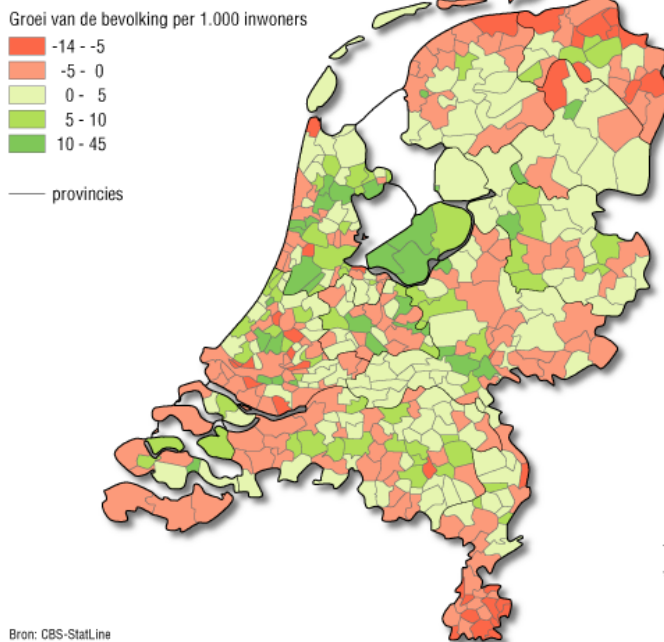


Gekeken naar Groningen, dan blijkt dat het geboorteoverschot met name in Oost-Groningen een negatief saldo kent. Wat betreft het migratiesaldo, ook dit kent tussen 2005 en 2009 in grote delen van Groningen een negatief saldo.

Het aantal inwoners in Nederland blijft tot 2040 groeien, maar dit betekent niet dat iedere regio binnen Nederland tot die tijd groeit. Een aantal regio's in met name Groningen, Zeeland en Limburg heeft nu al te maken met bevolkingsdaling, en deze bevolkingsdaling zal naar verwachting toenemen.

Figuur 4 Bevolkingsgroei 2005-2009

Bevolkingsgroei 2005-2009
per gemeente



De meest rode gebieden (met de grootste bevolkingsafname), worden in de periode 2005-2009 voor de provincie Groningen in de gemeenten De Marne, Loppersum, Bedum, Delfzijl, Appingedam, Bellingwedde en Pekela gevonden.

In het rapport *Krimp in Groningen* (2010) van de Provincie Groningen worden twee regio's en één gemeente aangeduid als krimpgebieden, gebieden waar de krimp in de toekomst naar verwachting sterk door zal zetten:

- 1) Regio Eemsdelta: gemeenten Delfzijl, Eemmond, Appingedam en Loppersum
- 2) Regio Oost-Groningen: gemeenten Oldambt, Veendam, Vlagtwedde, Menterwolde, Bellingwedde, Pekela en Stadskanaal
- 3) Gemeente De Marne

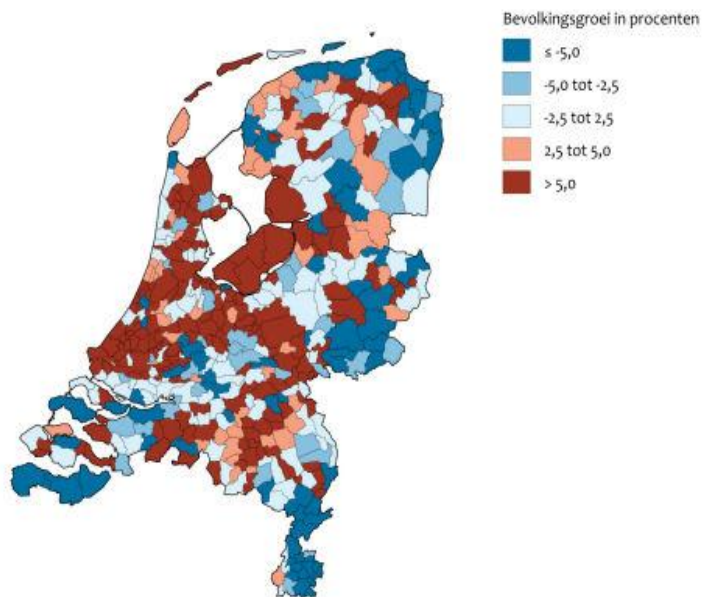
Twaalf van de drieëntwintig Groningse gemeenten had tussen 2005-2009 te maken met een flinke bevolkingsafname. Deze bevolkingsafname is geen recent verschijnsel: in de afgelopen 30 jaar is het inwonertal in de regio's Eemsdelta en Oost-Groningen al met ruim 10.000 inwoners afgenomen. Hoewel in veel gemeenten het aantal inwoners afneemt, groeit het aantal huishoudens nog wel doordat de gemiddelde huishoudengrootte kleiner wordt (Primos Prognose 2005).

Verskillende prognosemodellen proberen de demografische ontwikkelingen te voorspellen. Volgens de Primos Prognose 2009 zal in de periode 2008-2040 het inwonertal in de regio Eemsdelta met 25% (in Delfzijl wordt zelfs een daling van 50% verwacht), in Oost-Groningen met 13% en in gemeente De Marne met 25% dalen.

Er zijn verschillende voorspellingen in omloop die een beeld geven tot 2025 en tot 2040, hier is de bevolkingsgroeioprognose tot 2040 van PBL/CBS (*Regionale prognose 2009-2040: vergrijzing en omslag van groei naar krimp*, 2009) weergegeven (figuur 5).

Figuur 5 Bevolkingsgroei

Bevolkingsgroei per gemeente 2008 - 2040



Bron: PBL/CBS regionale bevolkings- en huishoudensprognose 2009-2040

Een prognose mag dan wel 'koffiedik' kijken zijn, en de verschillende prognosemodellen wijken op sommige punten van elkaar af, maar de trend is duidelijk: grote delen van de provincie Groningen in het algemeen, en de reeds benoemde krimpgebieden in het bijzonder, zullen met een toenemende bevolkingsdaling te maken krijgen. De figuur maakt verder duidelijk dat de grootste bevolkingsafname te verwachten valt langs de Oost- en Zuidkant van Nederland.

Vergrijzing en ontgroening

Vergrijzing wijst op een proces waarbij naar verhouding steeds meer 'ouderen' (hiervoor wordt vaak 65+ als criterium gehanteerd) deel uitmaken van de totale bevolking. Als gevolg van een toenemende levensverwachting enerzijds en een relatief laag geboortecijfer anderzijds, wordt het aandeel ouderen onder de totale bevolking 'als vanzelf' groter. In 2009 bedroeg de zogenaamde 'grijze druk' (het aandeel 65plussers ten opzichte van de beroepsbevolking) in Nederland 25%. Tot 2040 zal deze grijze druk toenemen tot 49%. Dit betekent dat er in 2040 per 65plusser twee potentiële arbeidskrachten (20-64 jarigen) zijn (*Vergrijzing samengevat*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

Het platteland vergrijst gemiddeld meer en sneller dan het stedelijke gebied. Dit wordt nog versterkt doordat gepensioneerden terugkeren naar dorp van herkomst of op zoek gaan naar een rustige en vaak goedkopere plek om de laatste jaren door te brengen. Tegelijkertijd migreren jongvolwassenen voor een opleiding, werk of vanwege het lage voorzieningenniveau. Hoger opgeleiden trekken vaker weg dan lager opgeleiden. Dit wegtrekken van hoger opgeleiden en het feit dat de gemiddelde leeftijd van de bewoners relatief hoog is, maakt dat het voor bedrijven geen aantrekkelijke regio is om zich te vestigen (Van Dijk, De Vries en Van Bochove, 2010). In de Groninger krimpgebieden is het aandeel 65-plussers behoorlijk groter dan provinciaal en landelijk gezien, hetzelfde geldt voor het aandeel 50-64 jarigen in deze gebieden. Het aantal 65-plussers zal in de provincie Groningen in 2040 met 57.000 zijn toegenomen, terwijl het aantal jongeren (0-29) in dezelfde periode met 22.000 zal afnemen (*Weten waar we staan. Sociaal Rapport Groningen 2010*, CMO Groningen).

Ontgroening staat tegenover vergrijzing, en geeft een proces weer waarin jongeren een steeds kleiner deel uitmaken van de totale bevolking wegens een laag geboortecijfer. Soms wordt met ontgroening ook wel het wegtrekken van jongeren uit hun geboorteplaats aangeduid. Ontgroening is het gevolg van een dalend geboortecijfer en migratie van jongeren. De zogenaamde 'groene druk' geeft de verhouding weer tussen jongeren onder de twintig ten opzichte van de werkzame bevolking (20- tot en met 64 jarigen). De groene druk is in Groningen kleiner dan het landelijk gemiddelde

(respectievelijk 35,8% en 38,9%) (*Weten waar we staan. Sociaal Rapport Groningen 2010*, CMO Groningen).

De ontwikkelingen door de jaren heen en de voorspellingen geven aan dat de groene druk in de provincie Groningen vrijwel gelijk blijft tot aan 2030. Toch zal het aantal kinderen en jeugdigen wel degelijk dalen, en dit zal niet zonder gevolgen blijven voor kinderdagopvang, peuterspeelzalen en onderwijs. Volgens prognoses overstijgt de grijze druk vanaf 2020 de groene druk. Dit betekent dat vooral de ouderen in de toekomst zorgen voor extra druk op de groep werkzame mensen (*Weten waar we staan. Sociaal Rapport Groningen 2010*, CMO Groningen).

3.2. Should I stay or should I go?

Veel jonge en 'kansrijke' personen verlaten de krimpgebieden. Een bekende motivatie hiervoor betreft de wens dichterbij werk en voorzieningen te wonen. Er zijn relatief veel mensen die de krimpgebieden verlaten, zonder dat er in tegengestelde richting migratie plaatsvindt. In de krimpgebieden komt in steeds hogere mate een eenzijdige bevolkingsopbouw tot stand, waar relatief veel ouderen, laag opgeleiden, werklozen en lagere inkomensgroepen deel van uit maken. In krimpgebieden komt vaak een vicieuze cirkel tot stand (figuur 6).

Figuur 6 Vicieuze cirkel in krimpgebieden



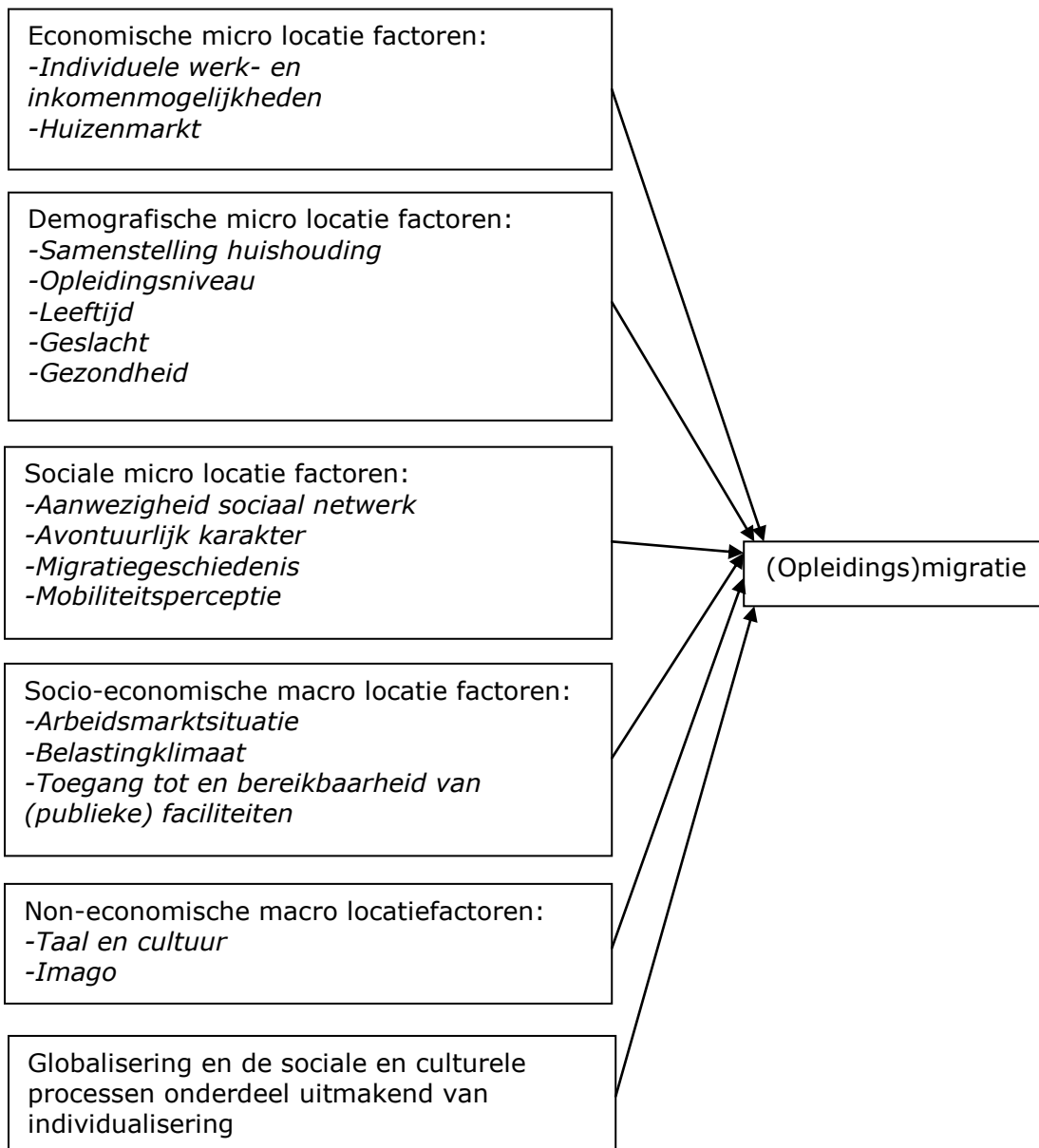
Binnen de provincie Groningen functioneert de stad Groningen als 'opwerkfabriek'. Jongeren uit Noord-Nederland trekken naar de stad en volgen hier een opleiding aan een hogeschool of de universiteit. Veel jongeren vertrekken nadat ze zijn afgestudeerd. Ze gaan met name richting West-Nederland waar ze een grotere kans maken op inkomensstijging. Volgens Latten, Das en Chkalova (2008) hebben de drie noordelijke provincies de afgelopen jaren niet of nauwelijks nieuwe inwoners gekregen door binnenlandse verhuisstromen.

Bron: Auteur

De keuze om te gaan verhuizen hangt vaak samen met de levensfase waarin een persoon zich bevindt. Jongere mensen verhuizen vaak om elders kenniskapitaal te vergaren, terwijl eind twintigers en begin dertigers met partner op zoek zijn naar een plek waar ze als gezin kunnen settlen.

Van den Berg (2008) onderzocht welke factoren migratie van hoger opgeleiden beïnvloedden (onderzoek vond plaats onder recent afgestudeerde studenten, 2007/2008). In figuur 7 zijn deze factoren weergegeven.

Figuur 7 (opleidings)migratie: beïnvloedende factoren



Bron: Van den Berg, 2008

NB: 'Globalisering en de sociale en culturele processen onderdeel uitmakend van individualisering' toevoeging auteur, naar Thissen, Fortuijn, Strijker & Haartsen, 2010

De factoren die volgens de figuur van belang worden geacht voor de migratiekeuze van (pas afgestudeerde) studenten spreken grotendeels voor zich. Enkele opvallende toelichtingen volgen hieronder, voor overige toelichtingen zij verwezen naar de bron.

- De mogelijkheid tot mobiliteit neemt toe naarmate het opleidingsniveau toeneemt (Eliasson, Lindgren & Westerlund, 2003). Dit komt omdat zij: 1) de migratiekosten sneller kunnen terugverdienen; 2) vaak efficiënter te werk gaan bij migratie; en 3) zich gemakkelijker aanpassen aan de gewoonten en gebruiken van het toekomstige gebied.
- Als gevolg van de globalisering en de individualisering zijn jonge mensen minder afhankelijk geworden van de regio waarin ze zijn geboren (Liefbroer & De Jong Gierveld, 1995).

- Hoger opgeleiden worden bij hun beslissing om te gaan migreren vooral geleid door arbeidsgerelateerde motieven. Daarbij worden hoger opgeleiden meer gedreven door financiële prikkels dan lager opgeleiden (Gross & Schmitt, 2006).
- Over het algemeen zijn mannelijke studenten minder migratiegeneigd dan vrouwen (Venhorst et al. 2010). Volgens Faggian, McCann & Sheppard (2007) komt dit omdat vrouwen migratie aangrijpen om te kunnen beschikken over een groter aanbod van banen en betere banen om zo gedeeltelijk te compenseren voor 'gender differences'.
- Belangrijk onderdeel van de aanwezigheid van een sociaal netwerk is het hebben van een partner. Deze partner heeft, onder andere op grond van baanperspectieven, grote invloed op de keuze om al dan niet te migreren.

Uit onderzoek (Venhorst et al., 2010) blijkt dat universitaire studenten een hogere mate van ruimtelijke mobiliteit kennen dan HBO-studenten. Zowel excellente universitaire- als HBO-studenten zijn niet eerder geneigd om de perifere regio's te verlaten, deze studenten zijn wel eerder geneigd om naar het buitenland te vertrekken. Over het algemeen bestaat het beeld dat de beste studenten in de afstudeerregio blijven en dus door werkgevers worden geselecteerd. Welke studenten blijven en welke gaan is verder ook afhankelijk van studierichting. Agrarische en economische studenten zijn het meest geneigd te migreren. Universitaire studenten natuurwetenschappen, sociale en gedragswetenschappen en gezondheidszorg, en HBO-studenten onderwijs zijn het minst geneigd om te migreren.

3.3. Gevolgen van demografische ontwikkelingen op zorgvoorzieningen in plattelandsregio's

Algemene gevolgen van bevolkingskrimp

De gevolgen van bevolkingskrimp zijn, afhankelijk van de aard en omvang van de krimp in een bepaald gebied, ingrijpend en divers van aard. Te denken valt aan:

- Woningleegstand, waardedaling en ontbreken van doorstroming op de woningmarkt.
- Segregatie als gevolg van het wegtrekken van jongeren en mensen met kansen naar de (meer) stedelijke gebieden.
- Voorzieningen komen onder druk te staan door bevolkingsdaling en schaalvergroting. Onder andere onderwijsvoorzieningen, cultuurvoorzieningen, horecavoorzieningen, zorgvoorzieningen en facilitaire voorzieningen.
- Werkloosheid, tegelijkertijd met afnemend arbeidsaanbod, terwijl het arbeidsaanbod dat er is vaak niet geschikt is (frictiewerkloosheid).
- Verloedering van de openbare ruimte als gevolg van toenemende leegstand, sociale segregatie en stagnerende nieuwbouw.

Deze vijf krimpeffecten bedreigen tezamen de leefbaarheid van een gebied (*Krimp in Groningen, consequenties van bevolkingsdaling voor de overheid*, Provincie Groningen). Het zorgt ervoor dat een dergelijk gebied onaantrekkelijk wordt om je als inwoner of bedrijf te vestigen, terwijl het tegelijkertijd zorgt voor het wegtrekken van de huidige bevolking en bedrijven.

Gevolgen zorgvoorzieningen

Wat zijn de gevolgen van al deze demografische ontwikkelingen voor de zorgvoorzieningen in de plattelandsregio's? Door de vergrijzing in combinatie met de langere levensverwachting zal de vraag naar (langdurige) zorg toenemen, terwijl de zorgarbeidsmarkt als gevolg van de bevolkingsafname krappere wordt. De eenzijdige bevolkingsopbouw (relatief veel ouderen, laag opgeleiden, werklozen en lagere inkomensgroepen) zorgt daarnaast ook voor een relatief hoge zorgvraag en weinig geschikt arbeidspotentieel. Voor de verschillende zorgsegmenten zijn verschillende

gevolgen te verwachten. In hoofdstuk 4 zal uiteengezet worden welke ontwikkelingen zich in de zorg zullen voordoen, wat de gevolgen hiervan zijn voor de zorgvraag en het zorgaanbod van hoger opgeleiden in plattelandsregio's en hoe hier vervolgens op geanticipeerd kan worden.

4. ZORG IN BEWEGING

4.1. Noordelijke zorgarbeidsmarkt

In de provincie Groningen waren in 2008 in de sector Zorg en WJK (Welzijn en Maatschappelijke dienstverlening, Jeugdzorg, en Kinderopvang) 48.100 mensen werkzaam, dat is 19,1% van alle werkzaamheden in de provincie. Landelijk bedraagt het aandeel zorg en welzijn op de totale werkgelegenheid 14,5%. Tussen 1997 en 2007 is het aantal banen in de provincie Groningen in de sector jaarlijks met gemiddeld 2,5% gegroeid (Prismant, 2009).

Typend voor de zorg is dat er veel vrouwen (>80%) in deze sector werkzaam zijn en dat er heel veel in deeltijd wordt gewerkt (Raas, 2010). In de zorg wordt gemiddeld niet meer dan 24,4 uur gewerkt. Vooral in de 'care' (onder andere verpleeg- en verzorgingshuizen) zijn met name parttimers werkzaam. Het is interessant te kijken of ditzelfde gemiddelde ook geldt voor hoger opgeleiden in (para)medische functies, maar dit wordt uit de literatuur niet duidelijk. Daarnaast gaan mensen in de zorg gemiddeld eerder met (vervroegd) pensioen, namelijk op 60-jarige leeftijd (Prismant, 2008). Of dit verschilt naar opleidingsniveau is onbekend.

Duidelijk is dat de zorgsector in de provincie Groningen verantwoordelijk is voor een groot deel van de werkgelegenheid. Het zou interessant zijn wanneer hierbij een onderscheid kan worden gemaakt naar opleidingsniveau: hoe groot is het aandeel banen in hoger opgeleide (para)medische functies? En hoe zal die werkgelegenheid zich ontwikkelen? Belangrijker: worden en zullen die functies wel vervuld zijn in de toekomst?

Opmerkelijk is dat er in de literatuur nauwelijks (specifieke) aandacht wordt besteed aan hoger opgeleiden in de noordelijke zorgarbeidsmarkt. De nadruk ligt veeleer bij voldoende 'handen aan het bed', het gaat voornamelijk over verzorgenden en verpleegkundigen. Hoger opgeleiden in (para)medische functies vervullen zogenaamde 'kritische' functies, bij een tekort aan bijvoorbeeld OK-verpleegkundigen moeten operatiekamers gesloten worden. Bij gebrek aan een bepaalde hoger opgeleide (para)medicus, kan een heel specialisme in een bepaald ziekenhuis en/of regio verdwijnen. Dit kan ingrijpende gevolgen hebben voor de kwaliteit en nabijheid van de zorg in een bepaalde regio.

4.2. Verwachte personeelstekorten

'Zorg is niet primair een kwestie van geld. De crux zit in het zorgpersoneel. Werken er in 2025 nog voldoende mensen in de zorg om de gevraagde care en cure te leveren?' Met deze woorden start het rapport *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg* (ZIP, 2009). De noodzaak tot het stellen van deze vraag komt door drie trends:

1. De vraag naar zorg groeit en wordt complexer (onder invloed van onder andere vergrijzing)
2. Het arbeidsaanbod wordt schaarser (onder invloed van ontgroening en vergrijzing)
3. Het arbeidsaanbod wordt gevarieerder (werkgevers hebben steeds vaker te maken met mannen en vrouwen van verschillende herkomst, met specifieke wensen en behoeften, die werk, -al dan niet in deeltijd- combineren met andere taken en bezigheden (SER 2009))

Volgens het ZIP-advies zetten deze drie trends de arbeidsmarkt in de zorg onder druk. Los van de vervangingsvraag, zullen er in Nederland 470.000 extra arbeidskrachten in de zorg nodig zijn, terwijl verwacht wordt dat het arbeidsaanbod stijgt met slechts 20.000 mensen (ZIP,2009). Er dreigt een toenemende kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod. Er wordt gewezen op regionale verschillen, verwacht wordt dat krimpregio's zeker met personeelstekorten te maken zullen krijgen. Een specifieke afweging voor hoger opgeleiden op deze arbeidsmarkt wordt hierbij niet gemaakt.

Ontwikkeling van de zorgvraag

Wat zijn nu de te verwachten *specifieke* effecten van krimp, vergrijzing en een lage bevolkingsdichtheid op de zorgvraag? Volgens de Boston Consultancy Group (BCG, 2010) is het effect van de krimp op de zorgvraag in de totale regio (provincie Groningen) beperkt. De krimp zal wel invloed hebben op waar de zorgvraag gelokaliseerd zal zijn. De vergrijzing in de regio loopt ongeveer 10 jaar voor op Nederland en leidt tot een grotere zorgvraag per persoon. Diezelfde vergrijzing zorgt ook voor een verschuiving van en naar specifieke ziektebeelden, zo zal bijvoorbeeld de zorgvraag naar kindergeneeskunde dalen, en die van interne geneeskunde stijgen. BCG denkt verder dat de verschillen in krimp en vergrijzing per gemeente ook zullen zorgen voor flinke verschillen in zorgvraag per gemeente. Een lage bevolkingsdichtheid beïnvloedt de 'dichtheid' van de zorgvraag en daardoor de invulling van het zorgaanbod. Gemiddeld genomen zijn de aanrijtijden naar zorgverleners gemiddeld langer en de ziekenhuislocaties gemiddeld kleiner.

BCG stelt ten slotte dat door de verschillen tussen Noordoost-Groningen en Nederland ontwikkelingen in (de eisen aan) het zorgaanbod een ander/groter effect kunnen hebben op deze regio. Zo kan er bijvoorbeeld moeilijker aan eisen van de Gezondheidsinspectie en beroepsgroepen tegemoet gekomen worden door een lagere bevolkingsdichtheid, een beperkt wegennet en een hogere mate van vergrijzing onder (para)medisch personeel.

4.3. Anticiperen op de ontwikkelingen

De specifieke demografische ontwikkelingen in de krimpregio's in Groningen zullen verschillende effecten hebben op de verschillende zorgsegmenten. Hoe zorgen we ervoor dat de zorg in de krimpregio's toekomstbestendig wordt ingericht? In de literatuur worden verschillende oplossingsrichtingen genoemd.

Zorg en aanbod in evenwicht door de werking van het marktmechanisme

Het ZIP (2009) gaat na wat er gebeurt als het marktmechanisme zijn gang kan gaan: In theorie kunnen personeelstekorten in de zorg dan als volgt opgelost worden:

1. Door de tekorten stijgen de lonen. De loonstijging maakt werken in de zorg relatief aantrekkelijker dan werken in andere sectoren. Dit heeft een positieve invloed op het aanbod van arbeid in de zorg. Meer studenten zullen kiezen voor een beroep in de zorg en meer werknemers uit andere sectoren stromen in.
2. De stijging in lonen leidt tot hogere zorgkosten en daardoor tot prijsstijgingen in de zorg. Hierdoor daalt de vraag naar zorg en daardoor ook de vraag naar arbeid in de zorg.
3. De lonen stijgen tot er een evenwicht is bereikt tussen vraag en aanbod van zorgpersoneel.

Dit alles vereist dat het prijsmechanisme op de arbeids- en de zorgmarkt tot voldoende gedragsreacties leidt:

- Hogere lonen leiden tot substantieel meer aanbod van zorgpersoneel.
- Hogere zorgprijzen leiden tot substantieel minder vraag naar zorg.

Bij beide voorwaarden worden vraagtekens geplaatst. Onderzoek laat zien dat loonstijging slechts beperkt leidt tot een groter aanbod van zorgpersoneel. Uit internationaal onderzoek blijkt verder dat de zorgvraag weinig gevoelig is voor prijseffecten: zorg is geen vrijblijvend goed dat naar believen wordt aangeschaft. Integendeel, de vraag doet zich vaak onverwacht voor en soms acuut.

De lage gevoeligheid voor prijseffecten heeft tot gevolg dat er alleen een evenwicht tussen vraag en aanbod ontstaat bij zeer hoge loonstijgingen. ZIP stelt dat daarmee de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg in het geding zijn.

Overigens bestaat het beeld dat de salarissen in de zorg lager zijn dan gemiddeld. Dit beeld klopt voor de hoger opgeleiden in de zorg (voor lagere functies

klopt het beeld niet). Hoger en wetenschappelijk opgeleiden verdienen gemiddeld 14 en 4 procent minder dan vergelijkbare werknemers in de marktsector (SEO, 2006). Loonstijging voor HBO- en WO-(para)medici zou, op grond van deze informatie, wellicht tot gevolg kunnen hebben dat substantieel meer hoger opgeleiden kiezen voor het volgen van een (para)medische opleiding. Toegespitst op een loonstijging voor hoger opgeleiden, zou deze oplossingsrichting misschien kunnen werken. Aanvullend onderzoek hiernaar is wenselijk.

Verminderen van de zorgvraag

Leefstijlinterventies en preventie, participatie (inzetten op participatie van burgers als preventief middel) en Zorg dichtbij (zorg op afstand aanbieden/zorg efficiënter inrichten) zijn voorbeelden uit het Masterplan Zorg voor de Toekomst Noord- en Oost-Groningen (ZIF, 2009)) die gericht zijn op het verminderen van de zorgvraag. Daarnaast wordt ingezet op arbeidsbesparende maatregelen door gebruik te maken van arbeidsondersteunende technologie.

Taakherschikking en functiedifferentiatie

Nurse practitioner (NP) en physican assistent (PA) zijn de meest genoemde beroepen om taken van artsen en medisch specialisten over te nemen. Op die manier kunnen artsen en medisch specialisten zich met de complexe zorgvragen bezighouden, en zijn er naar rato minder nodig. Voor verpleegkundigen bieden dit soort functies zowel positieve inkomenseffecten als carrièremogelijkheden. Toch is het aantal NP's en PA's nog beperkt (RVZ, 2010). In 2009 waren er in Nederland 480 PA's en PAi.o.'s werkzaam. Daarnaast spreekt het RVZ van 825 NP's, werkzaam in ziekenhuizen (141), huisartsendienstenstructuren (52) en verpleeghuizen (324). De overige NP's zijn werkzaam in verzorgingshuizen, thuiszorg en de ambulancezorg (aantallen worden niet vermeld).

Werven van buitenlands personeel?

Op dit moment worden er door de Nederlandse ziekenhuizen naast binnenlandse ook buitenlandse medisch specialisten geworven, voor andere functies is dit niet of nauwelijks aan de orde. De RVZ (2010) ziet in het werven van buitenlands personeel geen oplossing voor het arbeidsmarktprobleem. Hierbij moet tevens voorkomen worden dat de migratie van zorgwerkers naar westerse landen een tekort aan zorgpersoneel in ontwikkelingslanden tot gevolg heeft. Het kabinet zet zich in voor een internationale gedragscode van de World Health Organisation (WHO) om ervoor te zorgen dat werving van zorgpersoneel uit ontwikkelingslanden ethisch verantwoord plaats kan vinden.

Numerus fixus

De numerus fixus voor geneeskunde is al jaren een landelijk discussiepunt. In 2010 is de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) met een adviesrapport gekomen (Numerus Fixus Geneeskunde: Loslaten of vasthouden). Aanleiding voor het rapport is de toenemende zorgvraag enerzijds en een tekort aan sommige soorten medisch specialisten anderzijds. Met name voor impopulaire specialismen worden nu al nijpende tekorten gevoeld, bijvoorbeeld ouderengeneeskunde en jeugd- en gehandicaptenzorg. In dit adviesrapport worden drie belangrijke aanbevelingen gedaan:

1. Een gereguleerde uitbreiding van het aantal medisch specialisten (niet loten wel selectie).
2. Inzetten op meer profielartsen zoals SEH-artsen en artsen verslavingszorg en anders opgeleide zorgprofessionals.
3. Zwaarder inzetten op functiedifferentiatie en taakherschikking.

De kwestie van de numerus fixus is gecompliceerd en dit komt ook tot uiting in het RVZ advies. Achterliggende gedachte voor de beleidsaanbevelingen is dat de groeiende zorgvraag niet alleen opgevangen moet worden door medisch specialisten. Anders

opgeleide artsen en zorgprofessionals kunnen dat voor een deel net zo goed en kosten minder geld. De voorgestane implementatievolgorde is de omgekeerde volgorde.

In het advies wordt tevens gepleit voor het bij voorrang stimuleren van impopulaire specialismen. Gesteld wordt dat daarvoor waarschijnlijk flankerende maatregelen in de sfeer van arbeidsvoorwaarden noodzakelijk zijn, en RVZ schrijft verder voorstander te zijn van het inbouwen van financiële prikkels om de instroom in impopulaire vervolgoopleidingen te vergroten.

Een landelijke tekort aan medisch specialisten zal in krimpregio's dubbelop werken doordat deze regio's voor veel mensen minder aantrekkelijk zijn om zich te vestigen vanwege de typisch landelijke omgeving met beperkte (nabije) voorzieningen en beperkte baanperspectieven voor de partner.

Reorganisatie van de ziekenhuiszorg

Voor de ziekenhuizen in krimpgebieden geldt dat het moeilijk is om alle specialistische zorgafdelingen te kunnen behouden. Zo zijn op de locatie Delfzicht van de OZG de klinische afdelingen gynaecologie en kindergeneeskunde al gesloten, hoewel de directe oorzaak hiervoor niet de afnemende zorgvraag was maar de problemen met het vervullen van de vacature gynaecoloog. Het sluiten van afdelingen zou ook een eerste stap kunnen zijn voordat het in de toekomst misschien noodzakelijk wordt om een ziekenhuis te sluiten. De ziekenhuizen hebben enerzijds te maken met een 'zorgafnamegebied' met een lage bevolkingsdichtheid en vergrijzing, anderzijds moet tegemoet worden gekomen aan diverse kwaliteitseisen en toenemende krapte wat betreft personeel. Duidelijk is dat de ziekenhuizen nu en in de toekomst steeds meer zullen moeten samenwerken en taken onderling moeten afstemmen, zodat goede zorg in de gehele provincie gewaarborgd blijft maar ook rekening houdend met een goede spreiding. Hierin zal nog behoorlijk gepuzzeld moeten worden.

Bij de (her)inrichting van het zorgaanbod in krimpregio's wordt vaak uitgeweken naar concentratie. Naast nadelen, zoals het feit dat inwoners van krimpregio's verder/langer moeten reizen naar een zorgvoorziening, biedt dit anderzijds voor zorgverleners voordelen:

- Centralisatie leidt tot een grotere vakgroep, daarmee lagere dienstfrequenties en betere specialisatiemogelijkheden (BCG, 2010; genoemd in het kader van gynaecologen).
- Zorgconcentratie zorgt ervoor dat specialisten beter kunnen worden ondersteund in hun zorgtaken, doordat gespecialiseerde ondersteuning kan worden geoptimaliseerd als gevolg van een juiste mix van ondersteunende artsen, verpleegkundigen, apparatuur en infrastructuur (BCG, 2010; genoemd in het kader van electieve zorg).

In Friesland neemt De Friesland Zorgverzekeraar al stappen richting het opnieuw verdelen van medische voorzieningen over de provincie. Na die herverdeling is het in Friesland 'niet waarschijnlijk dat alle vijf ziekenhuizen nog bevallingen doen én spoedzorg leveren én moeilijke vaten openmaken én tumoren verwijderen' (NRC, 4 juni 2011). Volgens De Friesland is het te onveilig en te duur omdat artsen zo onvoldoende ervaring opdoen. De reorganisatieplannen van De Friesland kunnen een voorbeeld zijn voor de provincie Groningen.

Reorganisatie van de huisartsenzorg

In de huisartsenzorg geldt dat praktijken als gevolg van de bevolkingsdaling te klein en daardoor onrendabel worden. Dit probleem kan tegen worden gegaan door groepspraktijken of zogenaamde gezondheidscentra op te zetten. Hierin zitten meerdere huisartsen onder één dak, al dan niet met andere eerstelijns zorgaanbieders zoals bijvoorbeeld een fysiotherapeut en verloskundige. Deze oplossing is bijvoorbeeld toegepast in Zuidbroek, terwijl in Midwolda een huisarts of praktijkondersteuner op vaste tijden spreekuur houdt. Het blijkt erg moeilijk om huisartsen, met name in Noordoost-Groningen, te laten vervangen indien deze besluit te stoppen of met pensioen gaat.

Volgens Van Dijk, De Vries en Van Bochove (2010) is het probleem van de huisartsen niet zozeer dat een praktijk niet kan bestaan, waarbij geldt dat 2350 patiënten voor een huisarts het minimumaantal is om een rendabele praktijk te hebben, maar de kans dat de huisartsen die binnenkort met pensioen gaan niet vervangen worden door onvoldoende animo hiervoor.

Resumerend komen in de literatuur met betrekking tot het bestrijden van een tekort aan hoger opgeleiden in (para)medische functies de volgende oplossingsrichtingen naar voren:

- Zorg en aanbod in evenwicht door de werking van het marktmechanisme
- Verminderen van de zorgvraag
- Taakherschikking en functiedifferentiatie
- Ethisch verantwoorde werving van buitenlandse (para)medici
- Numerus fixus verruimen
- Reorganisatie van de ziekenhuiszorg
- Reorganisatie van de huisartsenzorg

In het volgende hoofdstuk zullen de interviews in het werkveld (ouderenzorg, ziekenhuiszorg) een beeld geven van de arbeidsmarktsituatie per zorgsegment voor hoger opgeleiden in (para)medische functies.

5. CASE-STUDY: NOORDOOST-GRONINGEN

In Noordoost-Groningen is met vertegenwoordigers van drie verschillende typen zorgorganisaties (ouderenzorg, ziekenhuiszorg, huisartsenzorg) gesproken. Hierdoor kon de onderzoeksvraag diepgaand aan de orde worden gesteld. Per type zorgorganisatie wordt nagegaan of er een tekort wordt ervaren en hoe zorgorganisaties met (dreigende) tekorten omgaan. In hoofdstuk 6 zullen de door de participanten aangevoerde aanbevelingen besproken en aangevuld worden.

5.1. Verpleeg- en verzorgingshuizen

In de verpleeg- en verzorgingshuizen is gesproken met zes personen, allen afkomstig van de afdeling P&O. Met uitzondering van zorgcentrum 'De Blanckenbörg', gaat het om relatief grote organisaties met tenminste vier locaties. Zorgcentrum De Blanckenbörg neemt vanwege zijn locatie en het 'zelfstandig zijn' een bijzondere plek in binnen deze onderzoekspopulatie. Dit is tevens, samen met SVONN, de enige organisatie die (para)medici 'inhuurt' (dat wil zeggen; met uitzondering van HBO-verpleegkundigen), de overige vier organisaties hebben deze zelf in dienst. Alle participerende organisaties bieden eveneens thuiszorg aan.

Hoger opgeleiden in de verpleeg- en verzorgingshuizen

De functies voor hoger opgeleiden in deze organisaties zijn: HBO-verpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde (voorheen de verpleeghuisarts) en de paramedische staf, waaronder fysio- en ergotherapeuten.

Opvallend was dat het aantal HBO-verpleegkundigen onder de totale verpleegkundigenpopulatie maar een klein deel in beslag neemt bij deze organisaties. De verpleegkundigen die er werken hebben meestal een MBO-diploma, niveau 4.

Binnen verpleeg- en verzorgingshuizen wordt de toegevoegde waarde van een HBO-verpleegkundige gezien als minimaal.

"Organisatiebreed hebben we een stuk of vier mensen in dienst met een HBO-V diploma. Die mensen hebben dan wel HBO-V gedaan, maar de functie vereist dat niet echt. Dat kan ook heel prima een MBO-verpleegkundige zijn. Heel eerlijk gezegd heb ik er een beetje mijn vraagtekens bij als een verpleegkundige komt solliciteren bij ons als verzorgingshuis, thuiszorg niet. Dan denk ik: waarom heb je die opleiding gedaan? Waarom gaat het niet goed? Vind je het misschien eng? Of heb je niets met de verpleeg-technische handelingen? Want er zit gewoon wel minder uitdaging in."

Wel wordt aangegeven dat HBO-verpleegkundigen ingezet worden bij het scholen van andere medewerkers. In die zin zou de toegevoegde waarde van de HBO-verpleegkundigen in verpleeg- en verzorgingshuizen voornamelijk van belang zijn in het kader van het opleiden en ondersteunen van zorgmedewerkers, en niet zozeer voor de geboden zorg in het algemeen.

Financiële motieven voor het voornamelijk aanstellen van MBO-verpleegkundigen, in plaats van HBO-verpleegkundigen, lijken geen rol te spelen: MBO- en HBO-verpleegkundigen bevinden zich in dezelfde salarisschaal.

Hoger opgeleiden: vraag en aanbod

Vier van de zes organisaties rapporteert een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde. Het gaat in alle gevallen om een structureel probleem dat al jaren speelt:

"Het vinden van een specialist ouderengeneeskunde is al langer een probleem. Daar hebben we zelfs een bureau voor in de arm genomen. Dat bureau zoekt voor ons. Mochten ze iemand in hun bestand krijgen die hier in de omgeving iets zoekt, dan bellen ze vaak van 'goh hebben jullie nog ruimte?' Die zijn preventief aan het zoeken, nog voordat er een vacature is. Maar we hebben laatst bijna een jaar een vacature open gehad, zolang duurde het voordat we een geschikte kandidaat hadden. Zeker mensen die klaar zijn met de opleiding zijn moeilijk te vinden. Je kunt wel basisartsen krijgen die de opleiding willen volgen maar soms is dat niet voldoende, want je moet mensen hebben die gediplomeerd zijn."

Volgens de geïnterviewden kan dit tekort aan specialisten ouderengeneeskunde verklaard worden door het negatieve imago dat aan dit beroep kleeft. Hierdoor zouden maar weinig basisartsen kiezen voor deze drie jaren durende specialisatie. Een andere geïnterviewde oppert dat de oorzaak voor het tekort aan verpleeghuisartsen ligt aan de regio waarin de organisatie is gevestigd:

"Niet iedereen wil hier in het rustige Noorden wonen en werken. Veel kiezen toch voor het Westen, en daar is het aanbod natuurlijk ook groter. Het zijn echt mensen die er bewust voor kiezen om hier in het Noorden te komen wonen en werken. Maar dat zijn er maar weinig."

Omdat sommige streken binnen de regio dan nog weer een extra negatief imago kennen, wordt er sinds kort door één van de organisaties voor gekozen om in de vacatures de werklocatie niet te vermelden. In de sollicitatiegesprekken wordt vervolgens de locatie wel vermeld. De potentiële kandidaat heeft dan in ieder geval de eerste horde al genomen, zo is de gedachtegang.

Verder wordt er een tekort aan wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en HBO-verpleegkundigen ervaren. Vier verschillende tekorten, die door respectievelijk vier verschillende organisaties worden ervaren. Het lijkt hier dan ook om specifieke tekorten van betreffende organisaties te gaan. Dit in tegenstelling tot het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde, waar alle organisaties die deze functie ook daadwerkelijk binnen hun organisatie ingebed hebben, zich mee geconfronteerd zien.

Het tekort aan wijkverpleegkundigen kan door de geïnterviewde maar moeilijk verklaard worden. Het beroep van wijkverpleegkundige wordt gezien als een afwisselende baan. De geïnterviewde geeft verder aan wel een scheiding te zien in medewerkers die een voorkeur hebben voor intramuraal werken en mensen die een voorkeur hebben voor extramuraal werken, maar deze voorkeursgroepen zijn naar haar idee nagenoeg gelijk in grootte. Hierin lijkt dus ook geen verklaring te schuilen.

Een tekort aan fysiotherapeuten wordt ook door één organisatie aan de orde gesteld. Hierbij lijkt het niet zozeer om een structurele, maar om incidentele wervingsmoeilijkheden te gaan.

Moeilijkheden met het aantrekken van ergotherapeuten is wel een structureel probleem voor de betreffende organisatie. Een verklaring hiervoor wordt gezocht in het feit dat er in het Noorden geen mogelijkheid wordt geboden tot het volgen van de opleiding Ergotherapie. De opleiding Ergotherapie kan alleen in Nijmegen, Amsterdam, Rotterdam en Heerlen worden gevolgd.

Enkele geïnterviewden geven aan een tekort aan HBO-verpleegkundigen te ervaren of te verwachten. Gedacht wordt dat verpleeg-/verzorgingshuizen de HBO-verpleegkundigen over het algemeen verliezen aan de ziekenhuizen, omdat daar meer variatie in werkzaamheden is en de cliëntengroepen meer divers van aard zijn. Dit zou meer mensen aanspreken:

"HBO-verpleegkundigen willen over het algemeen liever in het ziekenhuis werken. Dat is het probleem in een verzorgingshuis: het feit dat een verpleegkundige hier eigenlijk gelijk staat aan een verzorgende... Dus je zoekt mensen die niet gaan voor status, maar die echt willen zorgen. Het is niet goed of fout, maar het is een totaal ander type. Ik geloof best dat er voldoende HBO-verpleegkundigen worden opgeleid, maar wij zijn voor hen geen aantrekkelijke werkgever. En dan zitten we ook nog met de locatie. Het is hooguit iets tijdelijks, dat mensen hier ter overbrugging komen werken, maar die vestigen zich hier echt niet."

Slechts één organisatie geeft aan voor geen enkele (MBO/HBO/WO) functie echte wervingsmoeilijkheden te ondervinden en dit ook op korte termijn niet te verwachten:

"Er wordt wel heel hard geroepen, vooral voor wat betreft een toekomstig tekort aan MBO-verzorgenden niveau 2 en 3... Maar als ik kijk naar het aanbod van stagiaires dan valt het volgens mij nog wel een beetje mee. Ik kan natuurlijk ook niet in de toekomst kijken, maar dan hebben ze het over 2015, dat zou dan gaan om de mensen die nu instromen in de opleiding. Ja, de afgelopen tijd is dat wel vaker geroepen. We zouden nu ook al een tekort moeten hebben, het Noorden loopt altijd iets achter op de rest van het land... Maar als je kijkt naar het aanbod van stagiaires valt dat nu nog wel mee."

Deze geïnterviewde betwijfelt of de problematiek zich zal voordoen, en mocht het zich wel voordoen in welke mate dit zich dan zal manifesteren. Er zijn meer geïnterviewden die uitspreken (nog) niet overtuigd te zijn van een dreigend ernstig tekort aan hoger opgeleiden in de zorg. Toch erkenden de meeste geïnterviewden dat er wel degelijk een kans bestaat op toekomstige (grotere) moeilijkheden met het werven en behouden van hoger opgeleiden, naast de moeilijkheden zoals die nu al bestaan voor wat betreft specialisten ouderengeneeskunde. Alle reacties samengenomen kan het beste samengevat worden als: 'we moeten er alert op zijn dat we in de toekomst misschien te maken zullen krijgen met wervingsmoeilijkheden van hoger opgeleiden in de zorg, maar vooralsnog denken we dat dit wel mee zal vallen en hebben we dit nog niet in beeld gebracht voor onze organisatie'.

Als vraag en aanbod niet in evenwicht zijn: de verwachte gevolgen

Over de eventuele gevolgen van een tekort aan hoger opgeleiden in de zorg bestaat eenduidigheid. Genoemd worden: noodgedwongen inzetten van uitzendkrachten, verhoogde werkdruk voor medewerkers, een verhoogde vraag naar flexibiliteit van de medewerkers, kostentoeename, veel wervingstijd en moeite, en langere wachtlijsten. Cliënten zullen hiervan waarschijnlijk last ondervinden in de vorm van 'gehaaste' zorgverlening, waarin minder tijd en aandacht voor de cliënt ingeruimd kan worden. Daarnaast kan het bijvoorbeeld langer duren voordat de cliënt bij een specialist ouderengeneeskunde terecht kan. In het ergste geval zullen cliënten misschien geweigerd moeten worden, wanneer de benodigde zorg als gevolg van tekorten niet meer verleend kan worden.

Profilering van de verpleeg-/verzorgingshuizen

Van belang is de vraag hoe de betreffende organisaties zich profileren op de arbeidsmarkt. Wat maakt dat hun organisatie een aantrekkelijke werkgever is voor medewerkers in het algemeen en voor hoger opgeleide (para)medici in het bijzonder? De meeste organisaties geven te kennen zich niet specifiek te profileren wat betreft hoger opgeleiden, maar voor alle (toekomstige) medewerkers een aantrekkelijke werkgever willen zijn. Veel genoemde argumenten die de organisatie aantrekkelijk maken zijn de secundaire arbeidsvoorwaarden, zoals een pc-plan, fietsplan, collectieve verzekeringsvoordelen en bedrijfsfitness. Tegelijkertijd blijkt dat alle verpleeg-/verzorgingshuizen ongeveer hetzelfde pakket bieden, en het dus moeilijk is om je op dit gebied als organisatie te onderscheiden.

Eén geïnterviewde geeft aan zich sterk te richten op zelfstandigheid en eigen ontwikkeling van de medewerkers, onderdeel uitmakend van een continue ontwikkeling

van het perspectief op zorg. Zo wordt er van medewerkers steeds meer maatwerk gevraagd, en is de zorg in steeds grotere mate gericht op het eindresultaat in plaats van op controle

Het werken met veelal dezelfde werktijden en zogenoemde cyclische roosters voor verpleegkundigen wordt door één geïnterviewde aangeduid als een aantrekkingsfactor voor de betreffende organisatie. De werktijden worden zoveel mogelijk naar wens van de medewerkers ingepland. Zo worden nachtdiensten voornamelijk gedraaid door medewerkers die graag nachtdiensten draaien. Deze medewerkers worden dan volledig ingezet voor de nachtdienst. De geïnterviewde denkt dat het zeker iets uitmaakt voor de medewerkers, omdat zij op deze manier de mogelijkheid krijgen een balans tussen werk en privé tot stand te brengen. De vraag is of dit veel uitmaakt voor hoger opgeleiden, omdat die 's nachts en in het weekend hooguit bereikbaarheidsdiensten hebben, en niet betrokken zijn bij de '24/7 zorg'.

Ten aanzien van hoger opgeleiden noemen enkele geïnterviewden ten slotte dat het van belang is HBO'ers en WO'ers een situatie te bieden waarin de mogelijkheid bestaat om door te groeien. Eén organisatie zegt hoger opgeleiden aan te spreken door bewust te kiezen voor complexe zorg en een variërend aanbod van cliëntèle. Hierdoor hebben ze relatief veel collega's, waar kennis en kunde mee uitgewisseld kan worden.

Pijlers in personeelsbeleid

Drie van de zes geïnterviewden zeggen op dit moment te maken te hebben met een aanzienlijke vergrijzing onder het personeelsbestand. Het gaat dan om vergrijzing door de hele organisatie heen. Vergrijzing in de verpleeg- en verzorgingshuizen lijkt het logische gevolg te zijn van het feit dat deze organisaties veelal gekenmerkt worden door weinig verloop onder de medewerkers.

Gevraagd werd hoe de organisaties er zorg voor dragen dat er nu en in de toekomst voldoende hoger opgeleide (para)medici kunnen worden aangetrokken en behouden kunnen blijven. Opvallend is dat de meeste organisaties verschillende invalshoeken hanteren in het personeelsbeleid voor nu en in de toekomst. Eén van de geïnterviewden geeft aan, in het kader van de schaarste aan specialisten ouderengeneeskunde, in te gaan zetten op functiedifferentiatie en daarom nurse practitioners in te zetten. Volgens de geïnterviewde brengt functiedifferentiatie twee voordelen met zich mee. Het is ten eerste goedkoper. Ten tweede wordt door functiedifferentiatie het tekort aan verpleeghuisartsen in het algemeen tegengegaan omdat er dan überhaupt minder verpleeghuisartsen benodigd zijn. De geïnterviewde geeft aan dat, indien er in de toekomst een tekort ontstaat aan verpleegkundigen en wijkverpleegkundigen, er dan waarschijnlijk eenzelfde aanpak volgt.

Twee van de zes organisaties geven aan in het personeelsbeleid veel aandacht te schenken aan de arbeidsverhoudingen. Hiermee wordt bedoeld op de plaats die de medewerker inneemt binnen de organisatie. Eén geïnterviewde hanteert hierbij de term 'co-creatie', waarin voor de leidinggevende in hoge mate een faciliterende rol is weggelegd, waarin medewerkers meer verantwoordelijkheid krijgen en gevraagd worden actief mee te denken over hoe de zorgverlening in de organisatie het beste vorm gegeven kan worden. Deze ontwikkeling staat binnen de betreffende organisatie nog in de kinderschoenen, maar naar verwachting zullen alle medewerkers zich hier goed in kunnen vinden. Verwacht wordt dat alle medewerkers zich op deze manier beter kunnen ontplooiën, waarschijnlijk geldt dit nog in sterkere mate voor hoger opgeleiden. Ook een andere geïnterviewde geeft aan in personeelsbeleid te focussen op een grotere autonomie voor de medewerkers. Dit wil zij bereiken door kleinschalig wonen, waarin een team verantwoordelijkheid draagt voor de geboden zorg.

Het belang van heldere communicatie over en weer wordt ook aangestipt als een belangrijke pijler in personeelsbeleid wat betreft het vinden en behouden van medewerkers. Het is belangrijk dat medewerkers weten wat er van hen verwacht wordt, maar ook wat ze van de organisatie mogen verwachten.

Meerdere malen wordt aangegeven dat personeelsbeleid in de zorg niet eenvoudig is. Eén geïnterviewde vat dit als volgt samen:

"Lastig is dat de zorg onvoorspelbaar is. Nee, op de lange termijn hebben we niet echt beleid klaar liggen. Kijk, in de zorg is vooruit kijken ontzettend moeilijk. Dan moet je weer op ZZP's bekostigen, dan moet je weer extramuraal, dan weer intramuraal... Maar ook moet je steeds anticiperen op het aantal cliënten per afdeling. Je moet je constant aanpassen op wat er op een bepaald moment speelt. Wij richten ons echt op wat binnen is, dat wat ons goed bevalt, dat we het die zo veel mogelijk naar de zin maken zodat die blijven."

Hieruit komt ook de problematiek ten aanzien van het contracteren van medewerkers naar voren. Dit wordt door de meerderheid van de geïnterviewden aangeduid als de achilleshiel in het personeelsbeleid. Dit speelt zeker bij jonge mensen een belangrijke rol. Jonge mensen willen graag veel uren maken, en het bieden van een groter contract vergroot de kans dat jonge mensen kunnen worden aangetrokken. In de zorgsector wordt zeer veel gebruik gemaakt van tijdelijke- en kleine contracten. Dit bevordert de flexibiliteit bij het inplannen aan werkgeverszijde, de keerzijde is dat het aan de werknemerszijde veel onzekerheid met zich meebrengt. Eén van de geïnterviewden oppert:

"Wat betreft het behouden van mensen: dan wordt er nog teveel gedacht vanuit de werkgever, de werkgeversvisie. Dan moet je misschien zeggen: 'Oké, als jij hier drie jaar als oproepkracht komt werken, garanderen we dat je na die drie jaar een vast contract krijgt aangeboden.'

Ook wat betreft vakantiekrachten kun je veel creatiever zijn. Veel jongeren werken door het jaar heen bij de 'appiehappie', al voordat ze via bijvoorbeeld stage met de zorg in aanraking zijn gekomen. Maar die jongere neemt dan ook vakantiewerk aan bij de appiehappie, logisch anders zijn ze hun bijbaan ook kwijt, maar wij zien ze dan niet. Misschien moeten we ze dan gewoon ja-uren geven. Dat ze wel gewoon maandelijks een bedrag krijgen, maar moeten werken in piekperiodes. In de vakantieperiode dus."

Het salaris wordt aan de hand van de CAO bepaald, en de meeste geïnterviewden geven aan weinig speelruimte te zien voor salarisverhoging. Bovendien zou dit als ongewenst gevolg hebben dat er binnen de organisatie scheve verhoudingen ontstaan. Eén van de geïnterviewden geeft aan dat hoger opgeleide zorgmedewerkers nog wel eens direct een vast contract krijgen aangeboden, in tegenstelling tot het gebruikelijke tijdelijke contract.

Tot slot voeren twee organisaties een actief scholingsbeleid. Deze organisaties doen dit vanuit verschillende achterliggende motieven. De ene organisatie geeft aan dat recente wervingsrondes voor verpleegkundigen niet succesvol zijn verlopen. Er werd weliswaar voldoende gesolliciteerd, maar de kandidaten werden veelal ongeschikt bevonden. Daarom heeft deze organisatie de omslag gemaakt naar intern opleiden onder het motto: 'Waarom van buiten halen wat je binnen hebt?' Tegelijkertijd wordt aangegeven dat het verkrijgen van personeel van onderaf probleemloos verloopt. De andere organisatie geeft aan in te zetten op scholing om zo in te spelen op het behouden van medewerkers. Binnen deze organisatie krijgt iedere medewerker, van receptie tot zorg, een opleidingskaart. Hoewel erkend wordt dat deze actieve stimulering tot scholing onder het gehele personeelsbestand hoge kosten met zich meebrengt, overheerst de gedachte dat dit zich uiteindelijk altijd terug betaalt.

Zelfstandigen Zonder Personeel (ZZP) zijn in de verpleeg-/verzorgingshuizen een relatief nieuw verschijnsel. Veelal wordt aangegeven geen ZZP'ers in dienst te hebben en dat dit in de toekomst waarschijnlijk ook niet het geval zal zijn. Dat dit binnen deze zorgtak (nog) niet van de grond is gekomen, is volgens een geïnterviewde te wijten aan de Groningse mentaliteit, waarin men naar haar zeggen gaat voor veiligheid. Slechts één van de geïnterviewden ziet de ZZP'ers oprukken in de verpleeg-/verzorgingshuizen. Zij zegt hierover:

"Je ziet dat aardig wat specialisten ouderengeneeskunde ZZP'er zijn geworden. ZZP'ers, dat is een hele logische ontwikkeling. En waar vind je dat als eerste? Bij een groep die

heel schaars is. Het geeft je heel erg veel vrijheid. Ongewenst gevolg is wel dat ze meer geld vragen. Ik denk dat je hier als organisatie mee moet leren omgaan. Ik denk dat je het spel moet leren spelen."

Behalve dat men het inzetten van ZZP'ers veelal onwaarschijnlijk acht, vindt men het ook onwenselijk omdat dit hogere kosten met zich mee zal brengen.

Samenwerking tussen verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio

Wanneer organisaties binnen een bepaalde regio eenzelfde probleem ervaren, zou het wenselijk kunnen zijn om met elkaar in contact te treden, zodat er gezamenlijk naar een oplossing gezocht kan worden waar alle partijen van kunnen profiteren. Met deze gedachte in het achterhoofd werd de geïnterviewden gevraagd of zij vinden dat er voldoende samenwerking wordt gerealiseerd tussen de organisaties onderling en binnen de regio. Twee geïnterviewden beaamen dat er voldoende samenwerking is, en achten dit ook wenselijk in het kader van de arbeidsvoorwaardenconcurrentie.

Over het geheel gezien lijkt de concurrentie onderlinge samenwerking toch in de weg te staan. Eén van de geïnterviewden formuleert het als volgt:

"We zien elkaar toch een beetje als concurrenten. We zitten allemaal in dezelfde vijver te vissen. Want je wilt toch de beste mensen hebben voor jouw organisatie. Dus wij hebben het daar niet over met elkaar, maar ik denk ook niet dat dat wenselijk is. Want wat zou dat nou opleveren bij elkaar? Ja, je zou iemand kunnen delen, maar dan kom je altijd met roosters in de knoei. Want het probleem ligt bij ons in de weekenden, maar dat is bij anderen natuurlijk ook zo. Kijk, het is nu ook wel eens zo dat iemand met een klein contract bij ons werkt en er nog een baan naast heeft. Maar dat is heel lastig, want als de nood dan hoog is en je kunt ze niet krijgen... Het enige wat je dan kunt doen is ze meer uren geven, zodat je als het ware het alleenrecht over zo'n medewerker krijgt, en dat gebeurt wel. Andersom ook: concurrenten kapen ook wel eens iemand bij ons weg met een groter contract. Dan bieden ze meer uren dan wij. Het is toch ieder voor zich."

De onderlinge concurrentie wordt nog eens versterkt door de schaarste in sommige functies. Dit schept voor potentiële kandidaten een situatie waarin 'geshopt' kan worden. Concurrentie wordt verder voornamelijk ervaren van de omringende streekziekenhuizen, waarbij de laatste sterker staan.

Eén van de geïnterviewden ervaart een tekortschietende samenwerking bij de verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio en geeft aan dat dit komt door 'het pad van de marktwerking':

"Er is te weinig samenwerking. Ik zou heel graag een centrale post willen hebben, waarin alle specialisten ouderengeneeskunde zijn gebundeld en die van daaruit een aantal organisaties bedienen. Laten we daarin samenwerken! Maar dat gebeurt nu dus niet door die concurrentie. Op zich is het een situatie die we ook wilden hebben, als gevolg van het feit dat we het pad van de marktwerking zijn ingeslagen, maar ik vind dat niet goed uitpakken want het maakt de zorg gewoon veel duurder."

Toch geeft één van de geïnterviewden aan dat het wel meevalt met de concurrentie tussen de verpleeg-/verzorgingshuizen. De visie van werkgevers is dat het belangrijk is dat 'je echt met elkaar wilt samenwerken'. De afgelopen jaren lijkt wederzijdse loyaliteit in die zin de strijd te hebben gewonnen ten gunste van het aantrekken van zoveel mogelijk 'willekeurige' medewerkers.

Zowel over de mate van als over de wenselijkheid van onderlinge samenwerking van zorgorganisaties in de regio bestaan dus verschillende ideeën. Indien samenwerking concreter zou worden geformuleerd, bijvoorbeeld toegespitst ten behoeve van een pool van specialisten ouderengeneeskunde, zou dit misschien wel leiden tot meer overeenkomstige reacties, maar dit is in de interviews niet zo aan de orde gekomen. Het beeld wat nu overeind blijft staan is er één waarin samenwerking niet op de eerste plaats staat omdat concurrentiemotieven vergaande samenwerking belemmeren.

De rol van de overheid

Over de rol van de overheid in de vorm van regionale ondersteuning wat betreft het vinden en behouden van hoger opgeleiden, wordt verschillend gedacht. Eén van de geïnterviewden stelt dat de gemeentes voldoende aandacht hebben voor het probleem, maar de meeste geïnterviewden geven aan er geen notie van te hebben of 'de overheid' aandacht heeft voor het probleem. Met 'de overheid' wordt dan vooral bedoeld op de provincie en betreffende gemeente(s).

Met betrekking tot de nationale overheid bestaan er veel duidelijkere ideeën, en komen met name de continue bezuinigingen in de zorg aan de orde. Eén van de geïnterviewden zegt hierover:

"Vanuit Den Haag mis ik heel erg de nuancering. Er wordt altijd maar gezegd: 'De zorg is te duur'. Maar wat is dan duur, wáár is het duur? Gaat het om ziekenhuiszorg? VVT-zorg? De overheid doet op dit moment ook niets met de arbeidsmarkt. Maar frictie gaat ook gevolgen hebben voor hoger opgeleiden. Op dit moment moet 'de markt' het oplossen, en ik ben heel benieuwd hoe dat gaat uitpakken... Als je schaarste op de arbeidsmarkt hebt, dan betekent dat dat de prijs omhoog wordt gedreven. Dit geldt vooral bij HBO- en WO-functies. Dat zorgt er weer voor dat de zorg fors duurder wordt.

Bij de bezuinigingen die de overheid oplegt wordt geen rekening gehouden met de arbeidsmarktproblematiek. Ondertussen is de zorg al wel behoorlijk uitgekleeft. Zo wordt er bijvoorbeeld al veel bezuinigd op ondersteunend personeel, daardoor komen leidinggevenden veel minder aan het echte werk toe."

De geïnterviewde spreekt hier enerzijds de wens uit tot het expliciteren van waar de bezuinigingen plaats moeten vinden, anderzijds spreekt ze haar vrees uit dat de door de overheid geïnitieerde marktwerking in de zorg negatieve gevolgen met zich meebrengt. Zo vreest zij bijvoorbeeld dat de kosten voor de zorg als gevolg van de schaarste en het achterwege blijven van interventies door de overheid, enorm zullen stijgen. Eigenlijk spreekt voorgaande zich ook uit tegen het relatief afzijdig houden van de overheid ten opzichte van de (organisatie van de) zorg, en dat is iets waar ook een andere geïnterviewde op wijst:

"De overheid heeft onvoldoende aandacht voor de personele problemen in de zorg, want anders zouden ze wel keuzes maken. Zo spelen de tekorten aan specialisten ouderenzorg al zo'n tien jaar, iedereen heeft hier een tekort aan. Een keuze die de overheid zou kunnen maken is meer mensen toe te laten tot de studie Geneeskunde, maar ook zou de overheid zich wat actiever mogen inzetten bij het promoten van zorg in algemene zin. Je vindt overal spotjes voor op de televisie, waarom zou je hier niet eens een spotje voor kunnen maken?"

Onder de geïnterviewden die aangeven er eigenlijk niet van op de hoogte te zijn of de overheid aandacht heeft voor de huidige en toekomstige personeelsproblemen in de zorg, overheerste tegelijkertijd de gedachte dat dit ook onwenselijk is, vooral als hieruit ook inhoudelijke bemoediging volgt. En daar wordt voor gevreesd volgens het principe: 'wie betaalt, bepaalt'.

5.2. Ziekenhuizen

Hoger opgeleiden in de ziekenhuizen

In de twee ziekenhuizen zijn veel meer HBO- en WO-zorgfuncties aanwezig dan in de verpleeg-/verzorgingshuizen. Te denken valt aan HBO-verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen, paramedici en medisch specialisten. Over de verdeling MBO-/HBO-verpleegkundigen wordt het volgende gezegd:

"Het liefst willen we op de afdelingen een gemêleerd team. Je moet ook niet willen dat je op een afdeling alleen HBO-verpleegkundigen hebt zitten, want MBO-verpleegkundigen zijn gewoon heel anders opgeleid dan HBO-verpleegkundigen. Een MBO-verpleegkundige is veel meer praktisch opgeleid, heeft echt al stages gelopen, vaak in een ziekenhuis, en is in die zin verder dan een HBO-verpleegkundige. HBO-verpleegkundigen hebben in hun opleiding meer theorie gehad, dus kan daarin meer betekenen of daarin dingen sneller oppakken. Het is heel mooi als je een mix hebt, als je denkers en doeners bij elkaar hebt, en die elkaar daarin ook kunnen aanvullen. Kijk, je zoekt nooit een HBO-verpleegkundige, je zoekt een verpleegkundige. Vervolgens is het gewoon kijken naar het aanbod, maar als een HBO-verpleegkundige reageert dan is het wel zo dat we die in ieder geval even willen spreken want het is vaak wel een lastige groep om aan te komen"

In de ziekenhuizen wordt dus bewust geprobeerd een mix van MBO- en HBO-verpleegkundigen te creëren.

Hoger opgeleiden: vraag en aanbod

Beide ziekenhuizen geven te kennen dat medisch specialisten moeilijk te werven zijn. Het gaat dan om medische specialismen over de gehele linie, maar in het bijzonder worden genoemd: ergotherapeut, neuroloog, gynaecoloog, kinderarts en hoofd OK. Aan deze specialismen is een structureel tekort. De wervingsmoeilijkheden spelen in ieder geval al zo'n tien jaar. Naar het oordeel van de geïnterviewden is er voor veel medische specialismen landelijk gezien een tekort. Geopperd wordt dat landelijke tekorten in het Noorden wellicht dubbelop werken omdat 'medisch specialisten het maar net aantrekkelijk moeten vinden om te werken in een streekziekenhuis in een uithoek van Nederland'.

Het is lastig om medewerkers van buiten de regio aan te trekken, waarbij geldt dat de reisbereidheid onder de medisch specialisten een stuk groter is dan onder de (HBO-) verpleegkundigen. Omdat het moeilijk is om sollicitanten van buiten de regio aan te trekken, gaat het bij de sollicitanten vaak om pas afgestudeerden of mensen die van buiten de regio weer terugkeren naar het Noorden.

Om de vacatures vervuld te krijgen wordt vaak uitgeweken naar het buitenland. Beide ziekenhuizen hebben buitenlandse medisch specialisten in dienst:

"Het is erg moeilijk om aan medisch specialisten te komen. Dus wat doen wij, wij zoeken ook veel in het buitenland. Dat doen we niet zelf, daar zijn speciale werving- en selectiebureaus voor. Dat is iets wat landelijk gezien in ziekenhuizen gebeurt, al gebeurt het in bepaalde regio's wel meer dan in bijvoorbeeld Amsterdam. In de regio's die aan Duitsland grenzen, zijn veel Duitse medisch specialisten werkzaam."

In de ziekenhuizen wordt dus een deel van de vacatures van medisch specialisten vervuld door personen met een andere nationaliteit. Genoemde landen waar deze medisch specialisten vandaan komen zijn: Duitsland, Polen, Tsjechië, Slowakije, Iran, India en Zuid-Afrika, waarbij Duitse medisch specialisten de grootste groep vormen. Nadat er achtereenvolgens (afhankelijk van het land van herkomst) is voldaan aan een toelatingsexamen, BIG-registratie en de Nederlandse taal voldoende wordt beheerst, kunnen deze mensen in Nederlandse ziekenhuizen aan de slag. De kosten hiervoor worden door het desbetreffende ziekenhuis gedragen.

Verder wordt aangegeven dat er voor sommige medisch specialistische functies het hele jaar door vacatures openstaan. Dit zijn als het ware 'preventieve vacatures', waarbij een gediplomeerde sollicitant vrijwel altijd uitgenodigd wordt voor een sollicitatiegesprek.

De mogelijke gevolgen van een (toekomstig) tekort aan medisch specialisten die worden genoemd zijn: bedden sluiten, (operatie)roosters niet vol kunnen krijgen, oplopende wachtlijsten en een verhoogde werkdruk voor medewerkers.

Wat betreft de HBO-verpleegkundigen en specialistische verpleegkundigen, hier zijn wervingsmoeilijkheden vrijwel niet aan de orde. Specialistische verpleegkundige functies zijn vaak intern erg geliefd om in door te stromen. Eén geïnterviewde oppert dat de vraag naar verpleegkundigen in het Westen veel groter is dan in het Noorden. Zij zegt

daarover: 'Natuurlijk, af en toe moeten wij ook wel eens onze stinkende best doen om iemand te vinden, maar over het algemeen lukt het wel'.

Ook de ziekenhuizen ervaren een tekort aan ergotherapeuten. Hier wordt wederom aangehaald dat er in Noord-Nederland geen opleidingsmogelijkheden zijn.

Profilering van de ziekenhuizen

De ziekenhuizen lijken zich veel minder te hoeven profileren dan de verpleeg-/verzorgingshuizen omdat 'het ziekenhuis' een aantrekkingsfactor op zich is. Daarnaast geven de geïnterviewden aan dat de kleinschaligheid in hun voordeel werkt:

"Het is een klein ziekenhuis, met korte lijnen. Het gevoel dat je elkaar allemaal kent is ook heel sterk aanwezig, en dat geldt ook voor de hoger opgeleiden. Opmerkelijk is ook dat het verloop hier zeer klein is. Het feit dat wij een streekziekenhuis zijn werkt in deze regio denk ik in het voordeel. Dus dat het niet zo massaal is, dat spreek veel sollicitanten aan."

Ook binnen deze zorgtak wordt aangegeven dat de CAO zeer bindend is en dat het inzetten op arbeidsvoorwaarden bij het werven van personeel weinig, althans in onderscheidend vermogen, heeft te bieden.

Pijlers personeelsbeleid

Voor het behouden van medewerkers wordt actief ingezet op communiceren, met name de jaargesprekken bieden hier een goede gelegenheid voor. Mocht je iemand die de organisatie dreigt te verlaten graag willen behouden, dan wordt al snel gedacht aan het aanbieden van een salarisverhoging of bonus. Dit middel wordt zoveel mogelijk alleen in urgente gevallen ingezet:

"We proberen zo weinig mogelijk met salarisverhoging en dergelijke te doen omdat je dan toch met scheve verhoudingen komt te zitten. Nou ja, bepaalde functies zijn gewoon heel moeilijk in te vullen, en dan ga je af en toe gewoon buiten je boekje. En het aanbieden van een vast contract of meer uren wil ook nog wel eens gebeuren. Maar dat is dus in noodgevallen."

Daarnaast wordt ook het belang van doorgroeimogelijkheden in sterke mate onderkend. Veel mensen vinden het prettig om bij te blijven en zich continu bij te scholen. Met dit gegeven in het achterhoofd wordt ook geprobeerd het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden, maar wegens bezuinigingsmaatregelen vanuit Den Haag is het voor organisaties moeilijk om dit ook daadwerkelijk te realiseren.

Ziekenhuis in de regio

De geïnterviewden zijn van mening dat er onder de zorgorganisaties in de regio voldoende samenwerking wordt gerealiseerd. Er wordt ook nauwelijks concurrentie ervaren van andere zorginstellingen in de regio als het gaat om het vinden en behouden van hoger opgeleiden in (para) medische functies. Concurrentie is op dit gebied enkel afkomstig van het Martini Ziekenhuis en het UMCG in de stad Groningen. Deze ziekenhuizen trekken mensen die liever in een grotere organisatie werken of in (de nabijheid van) de stad Groningen willen wonen.

Hoewel de ziekenhuizen zich in (toekomstige) krimpgebieden bevinden en hiervoor in de verschillende overheidslagen aandacht lijkt te zijn, ontbeert het volgens de geïnterviewden nog aan een vertaalslag naar handelen. Daarnaast lijkt de vanuit de overheid gepropageerde marktwerking in de praktijk misplaatst te zijn voor ziekenhuizen die zich in krimpregio's bevinden. Eén van de geïnterviewden zegt hierover het volgende:

"Ik denk wel dat de overheid zich realiseert dat de zorgsector, als gevolg van de demografische ontwikkelingen, in de problemen dreigt te komen. Maar het feit dat je hier in een krimpregio zit, dat wil je niet overal bij opvoeren... Sommige tekorten zijn ook niet regionaal terug te voeren, dat is gewoon landelijk. Maar dan denk ik ja, als er gewoon

niet genoeg opleidingsplekken zijn, dan heb je daar als ziekenhuis altijd last van en dan moeten wij de kosten dragen om ze intern weer verder op te leiden. Als ik dan ook kijk wat er in zo'n notitie staat, dat we in 2025 zoveel meer zorgpersoneel nodig hebben... Nou, ik zie nog niet echt beweging om daar naar toe te groeien. Om te kijken hoe we de zorg aantrekkelijker kunnen maken, want het gaat om fysiek maar ook emotioneel gezien zware beroepen.

Wij zitten ook in een moeilijk parket want het ziekenhuis is een beetje semi-overheidachtig, dus je kunt ook niet zeggen we bieden mensen gewoon extra geld, of dit of dat. De invloed van de overheid is gewoon heel groot, maar de invloed van zorgverzekeraars ook. Ik denk dat de overheid daar meer boven op zou moeten zitten om ook wat meer invloed op de zorgverzekeraars te hebben, want die bepalen eigenlijk heel veel. Als ziekenhuis ben je eigenlijk gewoon niet commercieel. Ik bedoel, hoe moeten we hier dan aan marktwerking doen? Kijk als je in een stad zit en er zitten vier ziekenhuizen... Maar hier heb je geen keus."

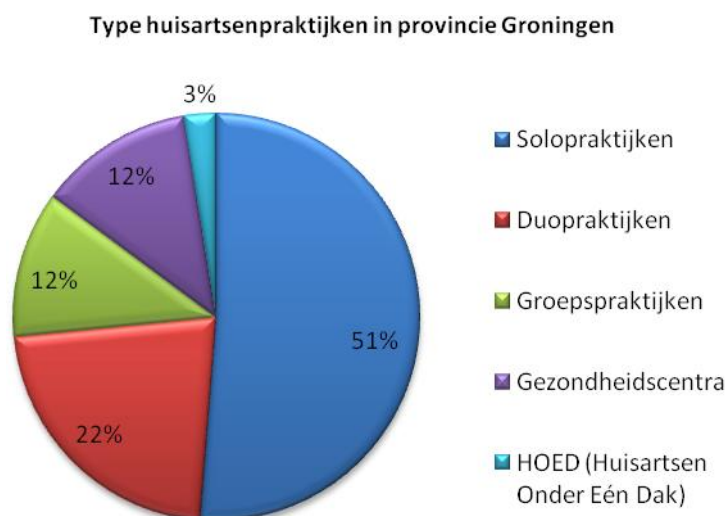
Zowel de Gezondheidsinspectie als de medische vakgroepen schrijven regels voor binnen de zorg. Zo stelt de Gezondheidsinspectie de aanwezigheid van bepaalde specialismen binnen een ziekenhuis verplicht. Daarnaast valt ook te denken aan het hanteren van normen wat betreft een minimaal aantal operaties dat een medisch specialist op jaarbasis moet uitvoeren. Uit de interviews komt niet een eenduidig beeld naar voren of deze regels eventueel aangepast of versoepeld zouden moeten worden in een krimpregio als Noordoost-Groningen: 'Het is gewoon heel strikt, de regels gelden voor alle ziekenhuizen. En dan is het wel eens de vraag of je daar niet naar rato naar moet kijken, of ze daar wat flexibeler in moeten zijn. Maar daar heb ik niet genoeg inzicht in'. Over het algemeen lijken de opgelegde regels en normen voldoende draagkracht te hebben onder de geïnterviewden, er lijkt sprake te zijn van berusting in deze.

5.3. Huisartsenzorg

Huisartsenpopulatie in Noordoost-Groningen

In de provincie Groningen zijn, bij benadering, 275 huisartsen werkzaam. De meerderheid van de huisartsen is man (191). De huisartsen werken in verschillende typen praktijken, de meerderheid werkt solo. De verdeling is als volgt:

Figuur 8 Percentage huisartsen naar praktijktype



Het betreft een veelal vergrijsde huisartsenpopulatie. Binnen een termijn van drie jaar zullen 19 van de 275 huisartsen de leeftijd van 65 jaar bereiken. Het is niet bekend of al deze huisartsen de termijn zullen uitdienen.

Het verschilt per praktijk of het lastig is om nieuwe huisartsen te werven ter vervanging van pensioengerechtigde huisartsen. Duidelijk is dat dit in Noordoost-Groningen redelijk problematisch verloopt. Het werven van 'nieuwe' huisartsen zal in de toekomst waarschijnlijk alleen nog maar moeilijker worden. De grootste tekorten worden op termijn verwacht in Noordoost- en Zuidoost-Groningen.

Specifiek speelt dit tekort momenteel vooral in Zuidoost-Groningen. Volgens de geïnterviewde is het negatieve imago van Oost-Groningen debet aan het huisartsentekort in deze regio. Daarnaast werken huisartsen in sommige plaatsen nog niet in samenwerkingsverbanden.

Landelijke regelgeving werkt hierbij soms belemmerend. Een voorbeeld hiervan zijn de regels omtrent vergunningverlening van een apotheek in de huisartsenpraktijk. De namens ELANN geïnterviewde geeft hier een voorbeeld van:

"Sommige huisartsen zijn nog apotheekhoudend. De regels omtrent vergunningverlening voor de apotheek bij de huisartsenpraktijk hebben in een Oost-Groningse gemeente bijna de komst van een opvolger verhinderd. Sommige praktijken op het platteland zijn slechts rendabel met een apotheek bij de huisartsenpraktijk."

Af en toe dwingt de huisartsenschaarste ook tot creatieve oplossingen, bijvoorbeeld het aanstellen van nurse practitioners.

"In Nieuwolda is ongeveer tien jaar geleden de huisarts uit het dorp verdwenen. De patiënten zijn destijds overgegaan naar een nabij gelegen huisarts in Siddeburen. Deze huisarts wordt ondersteund door een nurse practitioner die spreekuur houdt in Nieuwolda. Deze constructie bestaat nog steeds en voldoet prima."

De functie van nurse practitioner is ontstaan vanuit een behoefte aan taakherschikking. Omdat de ernst van de hulpvragen van patiënten nogal uiteen lopen, hoeven deze niet altijd door de huisarts 'beantwoord' te worden. Voor de eenvoudige hulpvragen kan een nurse practitioner uitkomst bieden. Daardoor krijgen huisartsen meer tijd voor de complexere hulpvragen. Bovendien zijn er op deze manier per definitie minder huisartsen nodig, wat een welkome ontwikkeling is in de plattelandsregio's waar het extreem moeilijk is de huisartsenpraktijken te behouden.

De problematiek wat betreft de werving van huisartsen in Groningen is niet onopgemerkt gebleven door het provinciebestuur. De provincie Groningen werkt samen met ELANN, Menzis en de Huisartsenkring Groningen in een samenwerkingsverband aan een gezamenlijke aanpak om het tekort aan huisartsen in de provincie Groningen tegen te gaan. Onderdeel van dit samenwerkingsverband is het oprichten van een stichting die tijdelijk huisartsenpraktijken overneemt als hiervoor niet een opvolger kan worden gevonden. ELANN gaat deze stichting Praktijkbeheer 'runnen'. Deze stichting zal waarnemers of zogenaamde HIDHA's (Huisarts In Dienst van een Huisarts) inzetten. Achterliggende gedachte is dat de praktijken na verloop van tijd door de waarnemer(s) of HIDHA(s) zullen worden overgenomen.

ELANN vervult daarnaast een intermediaire functie bij vraag en aanbod van huisartsen. Omdat er vaak sprake is van een moeizame invulling van vacatures binnen de huisartsenzorg in Noordoost-Groningen, heeft ELANN een database opgezet. ELANN bemiddelt actief tussen vragers en praktijkzoekende huisartsen. In de database kunnen ook huisartsen worden opgenomen die nog in opleiding (HAIO's) zijn.

Nieuwe initiatieven

Naast participatie in het hierboven beschreven samenwerkingsverband, neemt Menzis ook afzonderlijk stappen om de huisartsenschaarste in Noordoost-Groningen op te lossen. Via dochterbedrijf ZorgPunt worden huisartsenpraktijken overgenomen door de zorgverzekeraar. Het doel van ZorgPunt is om een landelijke keten van eerstelijns

gezondheidscentra op te zetten. In dit centrum werken de huisarts, fysiotherapeut, apotheker, psycholoog en verpleegkundige intensief met elkaar samen. Dit bevordert naar de mening van ZorgPunt een snelle en effectieve behandeling voor patiënten. Medewerkers in een dergelijk gezondheidscentrum werken in loondienst, waarbij aangevoerd wordt dat de huisarts zich op deze manier minder met bureaucratische rompslomp hoeft bezig te houden en zich op het medische vak kunnen concentreren.

Op dit moment zijn er twee gezondheidscentra van Menzis in Groningen, en zestien van Vitea in onder andere Delft, Den Haag en Vlaardingen. Minister Schippers van VWS wil het initiatief op termijn gaan verbieden, want zij vreest belangenverstrengeling: als verzekeraars zorgverlener worden hebben ze er belang bij om hun verzekerden naar een bepaalde arts of kliniek te sturen. De geïnterviewde namens ELANN meent dat ZorgPunt als tijdelijke oplossing voor het huisartsentekort een goed initiatief is. Het wordt echter niet als een structurele oplossing gezien vanwege het feit dat de zorgverzekeraar in feite zorgaanbieder wordt. Voor de kwaliteit van zorg, wat betreft de continuïteit van zorg in persoon, en de keuzevrijheid van de patiënt wordt dit op de langere termijn niet als een adequate oplossing gezien. Onderstaand krantenartikel toont eveneens de gemengde gevoelens bij de verschillende partijen in reactie op het initiatief van Menzis.

Overnamegolf huisartsen

Menzis' dochter Zorgpunt bezig met zes praktijken Groningen - Bezwaren minister, patiënten en collega-huisartsen

Groningen/Winschoten - Veel patiënten zetten vraagtekens en de huisartsen die meedoen worden met de nek aangekeken door hun collega-artsen. En nu wil de minister het ook nog gaan verbieden. Toch gaan Menzis en zijn dochterbedrijf Zorgpunt op volle kracht door met het overnemen van huisartsenpraktijken. Eind dit jaar zijn het er alweer zes in de provincie Groningen. "Het is gewoon hard nodig de medische zorg dicht bij de mensen thuis te verbeteren en de ervaringen met ons soort praktijken wijzen uit dat patiënten erg tevreden zijn", zegt directeur Arjan Hoop van Zorgpunt. "Bij ons hebben huisartsen meer tijd voor de zorg aan de patiënt zelf."

Hoop maakt zich geen zorgen dat het dreigende verbod van minister Schippers roet in het eten gaat gooien. "We verwachten niet dat ze haar verbod waar kan maken", zegt Hoop. "Maar zelfs als het haar toch lukt, lossen we het wel op. Zorgpunt is een joint-venture van Menzis en Reggeborgh, maar dan zoeken we misschien wel een andere eigenaar voor het aandeel van Menzis. Dat wordt geen probleem, we worden regelmatig benaderd door financiële partijen."

Zorgpunt is vorig jaar opgericht. "En meteen werden we aangenaam verrast door de reacties", zegt Hoop. "Veel huisartsen willen met ons in zee, maar ook bellen er gemeentes. Zo zijn we door een wethouder van Pekela benaderd. Van alle huisartsen in Oude Pekela is de jongste 59jaar. In Winschoten zijn nu twee praktijken overgenomen. In Hoogezand is net een overeenkomst getekend met huisarts Gerben Lochorn. Gezondheidscentrum West in Stad was al van Menzis, nu van Zorgpunt. En dit jaar zullen er nog minstens twee of drie bij komen in de provincie, verwacht Hoop.

Maar veel collega-dokters vinden het gevaarlijk dat hun collega's zich afhankelijk maken van een zorgverzekeraar. Vooral het punt van de loondienst is een bezwaar. Maar binnenkort gaat het bedrijf ook werken met zelfstandige huisartsen, die dus niet in vaste dienst komen. Zo blijft Lochorn in Hoogezand ook eigen baas. "Dat doen we niet alleen om bezwaren van artsen weg te nemen, maar ook omdat we wel zien dat het erg nuttig is om in de woonplaatsen zelf ondernemerschap te tonen. We hebben belang bij artsen die hun nek uitsteken."

Bron: Dagblad van het Noorden, 29 april 2011

Vooralsnog lijkt het initiatief in eerste instantie noodgedwongen te worden toegestaan door partijen als ELANN en de overheid. Je kunt je echter afvragen of deze ontwikkeling op termijn eenvoudig is terug te draaien, maar tot zolang lijkt de eerstelijnszorg in Noordoost-Groningen voorlopig in ieder geval gewaarborgd te zijn.

5.4. Conclusie

In deze case-study zijn zoveel mogelijk verschillende geïnterviewden aan het woord gekomen, afkomstig uit VVT-, ziekenhuis- en huisartsenorganisaties in Noordoost-Groningen. Ieder type organisatie kent zo haar eigen kenmerken en moeilijkheden, dit is ook de reden dat de secties in dit hoofdstuk grotendeels zijn opgedeeld naar type zorg.

VVT-organisaties blijken maar weinig HBO-ers in dienst te hebben, en van de HBO-verpleegkundigen die in dienst zijn wordt veelal de expertise benut voor het (intern) opleiden van zorgpersoneel. Drie van de zes VVT-organisaties geeft aan met vergrijzing van het personeelsbestand te maken te hebben. Onderlinge samenwerking tussen VVT-organisaties in Noordoost-Groningen komt moeilijk van de grond. Sommige geïnterviewden geven aan weinig heil te zien in samenwerking, anderen geven aan dit wel te willen maar dat concurrentiemotieven dit tot op heden belemmeren. Binnen VVT-organisaties wordt over de gehele linie, structureel een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde ervaren. Bij de schaarste wat betreft andere hoger opgeleide functies lijkt het vooralsnog om incidentele gevallen te gaan. De vraag of er in de toekomst ook bij andere HBO- en WO-(para)medici schaarste dan wel een tekort zal ontstaan, wordt niet eenduidig beantwoordt. Sommigen lijken hier impliciet wel rekening mee te houden, anderen lijken de situatie voor de eigen organisatie nog niet geheel in kaart te hebben of neigen ertoe de in de media geschetste toekomstige situatie enigszins te relativiseren

In ziekenhuisorganisaties wordt meer en complexere zorg verleend, hier zijn dan ook een groter aantal HBO-verpleegkundigen, paramedici en WO-afgestudeerde medici werkzaam. Beide ziekenhuizen ervaren schaarste dan wel een tekort aan medisch specialisten. Voor de vervulling van deze vacatures wordt al jarenlang uitgeweken naar het buitenland.

De huisartsenzorg in Noordoost-Groningen baart zorgen. Momenteel zijn er al de nodige moeilijkheden bij het vervullen van huisartsenvacatures. In de wetenschap dat er binnen nu en drie jaar 19 huisartsen de pensioengerechtigde leeftijd zullen bereiken, lijkt de situatie alleen maar nijpender te worden.

6. HOE VOORKOMEN WE EEN TEKORT AAN HOGER OPGELEID PERSONEEL IN DE ZORG IN NOORDOOST-GRONINGEN? BELEIDSAANBEVELINGEN

Welke beleidsaanbevelingen doen de geïnterviewden voor zorginstellingen in plattelandsregio's in Noordoost-Groningen om hoger opgeleiden in (para)medische functies, nu en in de toekomst, te vinden en behouden? In de beleidsaanbevelingen kunnen verschillende categorieën onderscheiden worden:

- I Bewustwording en visievorming
- II Bevorderen leefbaarheid plattelandsregio's
- III Strategisch personeelsbeleid binnen zorgorganisatie
- IV Strategische samenwerking
- V Onderwijs

Per categorie zullen de beleidsaanbevelingen, aangedragen door de verschillende geïnterviewden, verduidelijkt worden. Ook zal, voor zover bekend, aangegeven worden welke initiatieven reeds plaatsvinden, dan wel bij welke organisaties nieuwe initiatieven zouden kunnen plaatsvinden. Een overzicht van alle beleidsaanbevelingen kan teruggevonden worden in Bijlage I.

Aan ZorgpleinNoord (ZPN), opdrachtgever van dit onderzoek, is gevraagd bij welke aanbevelingen het een rol zou kunnen spelen, daarbij inspeland op de spilfunctie van ZPN als regionale arbeidsmarktorganisatie. In het hiernavolgende zijn de gedane aanbevelingen indien mogelijk aangevuld met aandacht voor de specifieke invulling hiervan door ZPN, middels bij ZPN reeds bestaande of te ontwikkelen middelen.

I Bewustwording en visievorming

Ten eerste wordt de noodzaak gevoeld om de situatie in kaart te brengen (bewustwording) om vervolgens op de (toekomstige) situatie te kunnen anticiperen (visievorming). In dit kader worden beleidsaanbevelingen 1 t/m 3 gedaan.

I. Bewustwording en visievorming

Actie	Betrokken partijen
1. Ramen van toekomstige vraag en aanbod van (hoger opgeleid) zorgpersoneel in Noord-Nederland	Zorgwerkgevers, ZPN
2. In kaart brengen landelijke versus regionale schaarste medisch specialisten	Onderwijs en OpleidingsRegio (OOR), Rijk, overkoepelende ziekenhuisorganisaties
3. Versterken van de status van de verpleegkundige in VVT-organisaties	VVT-organisaties, ZPN

Ad.1

Een aantal geïnterviewden geeft aan dat 'er veel geroepen wordt', dat de in het verleden voorspelde problemen in de zorg niet of in veel mildere vorm aan de orde zijn gekomen en dat een specifieke voorspelling voor de zorgarbeidsmarkt in de noordelijke provincies ontbreekt. De regionale zorgarbeidsmarkt is, zo wordt gesteld, simpelweg niet vergelijkbaar met de landelijke situatie.

ZorgpleinNoord doet arbeidsmarktonderzoek, specifiek voor zorg en welzijn in Noord-Nederland, en ondersteunt zorgwerkgevers bij strategische personeelsplanning. ZorgpleinNoord en werkgevers kunnen samen de toekomstige vraag en aanbod van hoger opgeleiden verhelderen.

Ad. 2

Er blijkt onduidelijkheid te zijn in hoeverre de schaarste aan medisch specialisten in de ziekenhuizen een regionaal dan wel landelijk verschijnsel is. Het aantal

opleidingsplaatsen voor medisch specialisten wordt landelijk vastgesteld. Een landelijke aanpak is daarom op zijn plaats. Mocht het tekort aan een bepaald specialisme van regionale aard zijn, dan moet onderzocht worden wat hiervoor een mogelijke oorzaak kan zijn, alvorens hierop ingespeeld kan worden.

Ad. 3

Meerdere malen is er vanuit VVT-organisaties gewezen op het feit 'dat er op een of andere manier iets met de status van de verpleegkundige in VVT-organisaties moet worden gedaan'. Tegelijkertijd is hierbij het besef aanwezig dat status moeilijk te beïnvloeden is, maar omdat de ervaren lagere status van een verpleegkundige in een VVT-organisatie doorslaggevend lijkt te zijn om niet voor de een baan in dit type zorgorganisaties te kiezen, zou dit naar de mening van de geïnterviewden toch een punt van aandacht moeten vormen. ZorgpleinNoord kan nagaan of de positie van de verpleegkundige in de VVT in het bestaande voorlichtingspakket voldoende belicht wordt, dan wel verbeterd moet worden.

II Leefbaarheid in plattelandsregio's in stand houden

De zorginstellingen en huisartsen staan niet op zichzelf, de regio waarin zij zich bevinden speelt een belangrijke rol bij het aantrekken van hoger opgeleide (para)medici voor zowel wonen als werken, evenals de verbinding hiertussen. Tegen deze achtergrond wordt er een aantal aanbevelingen gedaan om de leefbaarheid in Noordoost-Groningen in stand te houden.

II Leefbaarheid in plattelandsregio's in stand houden

Actie	Betrokken partijen
4. Aansturen op het zoveel mogelijk in stand houden van voorzieningen in de regio	Rijk, Provincie Groningen, gemeenten
5. Aansturen op het zoveel mogelijk behouden van zowel basis- als middelbaar onderwijs in de regio	Rijk, Provincie Groningen, gemeenten

Ad. 4

De nabijheid en bereikbaarheid van voorzieningen in de woonomgeving is voor bewoners in alle leeftijdscategorieën van groot belang. Voor de jongeren omdat zij, zogezegd, 'niet willen wonen in één of ander gehucht waar geen eens een winkel is', en voor ouderen omdat zij bij ontbrekende voorzieningen in de nabijheid van het woonhuis door een beperkte mobiliteit al snel zullen wegtrekken als gevolg van het niet meer zelfstandig kunnen leven. Hierbij de kanttekening dat zorgvoorzieningen op zichzelf natuurlijk eveneens belangrijke voorzieningen vormen in een regio.

Ad. 5

'Gaaf een school uit een dorp weg, dan is de leefbaarheid vaak ook weg'. Een school wordt gezien als een belangrijke stuwende kracht. De aanwezigheid van een school in een plattelandsdorp heeft een zogenaamd spillover effect, omdat een school veel randzaken faciliteert en soms ook evenementen organiseert, het dorpsgenoten met elkaar in contact brengt, het de saamhorigheid verhoogd, en dus de leefbaarheid in een dorpsgemeenschap. Hoewel financiële overwegingen en wettelijke normen voor het minimale leerlingaantal hierbij een grote rol spelen, is overheerst toch de gedachte dat zoveel mogelijk ingezet moeten worden op het behoud van onderwijsinstellingen in plattelandsregio's.

III Strategisch personeelsbeleid binnen zorgorganisaties

Een opvallende terugkerende bevinding is dat zorgorganisaties veelal nog geen beeld hebben van de toekomstige ontwikkelingen in het personeelsbestand in het algemeen, en het hoger opgeleide personeelsbestand in het bijzonder. Hoewel zowel demografische ontwikkelingen als vergrijzing in combinatie met ontgroening, en zorgwekkende berichten in de media over ernstige toekomstige personeelstekorten in de zorg in brede

zin worden onderkend, hebben veel zorgorganisaties de eventuele gevolgen hiervan voor de eigen organisatie nog niet in kaart gebracht. Tegelijkertijd geven veel van deze organisaties aan dit wel als een doelstelling te zien voor de organisatie.

III Strategisch personeelsbeleid binnen zorgorganisaties

	Actie	Betrokken partijen
6.	Strategische personeelsplanning	Zorgwerkgevers, ZPN
7.	Aanbodgericht werken	Zorgwerkgevers
8.	Arbeidsmarktcommunicatie	Zorgwerkgevers, ZPN
9.	Inzetten op structurele contractuitbreiding voor jonge hoger opgeleide zorgmedewerkers	Zorgwerkgevers
10.	Inzetten op doorgroeimogelijkheden voor medewerkers	Zorgwerkgevers, Rijk, sociale partners
11.	Taakherschikking en functiedifferentiatie	Zorgwerkgevers, beroepsorganisaties, Rijksoverheid

Ad. 6, 7, 8

Eén van de geïnterviewden geeft aan dat zorgorganisaties drie pijlers zouden moeten hanteren wat betreft het vinden en behouden van hoger opgeleiden. Ten eerste zou strategische personeelsplanning een centrale plaats in moeten nemen: 'Strategische personeelsplanning moet echt nog van de grond komen. Het moet allemaal veel integraler'. Eigenlijk is dit een nadere uitwerking van beleidsaanbeveling 1 ('Ramen van toekomstige vraag en aanbod van hoger opgeleid zorgpersoneel in Noord-Nederland') toegespitst op een individuele organisatie. Door het ontbreken van een strategische personeelsplanning wordt er geen verband gelegd tussen ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en de opbouw van het toekomstige personeelsbestand. ZorgpleinNoord kan organisaties ondersteunen bij strategische personeelsplanning.

Ten tweede constateerde de geïnterviewde dat zorgorganisaties zich meer moeten richten op het anticiperen op de instroom, oftewel: 'wat moet er in ons aanbod zitten om potentiële kandidaten aan te spreken?'

Tot slot zou de arbeidsmarktcommunicatie effectiever moeten: 'Je moet op de juiste plek je behoefte kenbaar maken, en kijken hoe je je wilt onderscheiden'. Deze beleidsaanbeveling sluit aan op voorgaande aanbeveling van strategische personeelsplanning. Op basis van inzicht in toekomstige behoefte aan personeel moeten er gericht bepaalde doelgroepen geworven worden. Vervolgens is het zaak om hierop te anticiperen en na te denken over hoe je je als organisatie wilt presenteren aan potentiële medewerkers. Ook hierbij kan gebruik gemaakt worden van de ondersteuningsmogelijkheden die ZorgpleinNoord biedt, bijvoorbeeld deelname aan mobiliteits- en PR-netwerken en gebruik maken van de aanwezige middelen voor en deskundigheid van arbeidsmarktcommunicatie. Aandachtspunt daarbij is hoe de infrastructuur van ZorgpleinNoord gebruikt kan worden voor bovenregionale werving.

Ad. 9

Jonge (pas) afgestudeerde HBO-verpleegkundigen willen graag een 'groot' contract. Het structureel initieel aanbieden van een groot contract zal zowel het vinden als het binden van HBO-verpleegkundigen bevorderen. Voor andere (para)medische functies in bijvoorbeeld ziekenhuizen lijken de kleine contracten minder aan de orde, maar hier geldt hetzelfde principe.

Ad. 10

Deze beleidsaanbeveling wijst op het actief inzetten op doorgroeimogelijkheden voor hoger opgeleide medewerkers. De gedachtegang is dat je hierdoor zowel het vinden van

hoger opgeleid personeel (in de zin dat je ze wat te bieden hebt), als het behouden van hoger opgeleid personeel bevordert. Bovendien wordt aangevoerd dat veel mensen de behoefte voelen om constant bij te scholen, het leuk vinden om 'bij te blijven'. Door verschillende organisaties wordt het bieden van opleidingsmogelijkheden als aanbevelenswaardig gezien, maar tegelijkertijd wordt de kanttekening geplaatst dat uitvoering hiervan als gevolg van bezuinigingen vaak achterwege blijft.

Ad. 11

Deze beleidsaanbeveling wordt door geïnterviewden en door het Zorginnovatie Platform (ZIP, 2009) gedaan. Bij taakherschikking en functiedifferentiatie worden (minder complexe) zorgtaken structureel overgeheveld naar nieuwe of andere functies. Taakherschikking en functiedifferentiatie zorgen ervoor dat hoogopgeleid zorgpersoneel meer tijd heeft om zich bezig te houden met de complexe zorgvragen.

In het kader van taakherschikking wordt er door geïnterviewden geopperd dat nurse practitioners vaker kunnen worden ingezet ter (gedeeltelijke) vervanging van huisartsen, en specialist ouderengeneeskunde. Geïnterviewden uit de verpleeg- en verzorgingshuizen wijzen er op dat, ondanks het feit dat het inzetten van een nurse practitioner in veel opzichten een adequate oplossing is, het 'best een dure oplossing is'. Dit omdat er alsnog behoefte blijft aan een specialist ouderengeneeskunde.

IV Strategische samenwerking realiseren

Door een aantal verpleeg- en verzorgingshuisorganisaties wordt de noodzaak gevoeld om onderling meer samenwerking te realiseren. De invulling van het woord 'strategische' werd door een geïnterviewde als volgt treffend verwoordt: 'Twee verpleeg-/verzorgingshuisorganisaties met schaarste kunnen elkaar niet helpen'. Zij stelt dat werkgevers met een overschot enerzijds, en werkgevers met een tekort anderzijds onvoldoende met elkaar in contact staan. Vanzelfsprekend wordt de situatie een stuk ingewikkelder als er geen werkgevers met een overschot zijn.

IV Strategische samenwerking realiseren

Actie	Betrokken partijen
12. Samenwerking realiseren tussen VVT-organisaties	Verpleeg-/verzorgingshuisorganisaties, ZPN
13. Specialist ouderengeneeskunde laten samenwerken met huisartsen	Verpleeg-/verzorgingshuisorganisaties, huisartsenorganisaties
14. Meer samenwerking realiseren tussen huisartsen onderling en met aanpalende sectoren als welzijn	Huisartsenorganisaties, welzijnsorganisaties
15. Vacatures voor hoger opgeleiden in de drie noordelijke provincies 'koppelen'	Zorgwerkgevers, Provincie Friesland, Groningen, Drenthe, ZPN
16. Contact leggen met hogescholen en RUG wat betreft zorgopleidingen	Zorgwerkgevers

Ad. 12

Zoals eerder naar voren is gekomen, zou het creëren van een centrale post waarin alle specialisten ouderengeneeskunde zitten, en van waaruit dan meerdere organisaties bediend kunnen worden, een voorbeeld kunnen zijn van strategische samenwerking. In het kader van strategische samenwerking, waarvoor een eerste contactlegging tussen organisaties een noodzakelijke voorwaarde is, stelt een geïnterviewde dat hier wellicht een rol voor ZorgpleinNoord is weggelegd:

"ZorgpleinNoord zou bijvoorbeeld een soort van overzicht kunnen maken, een pool. Dat je een soort van netwerk creëert. Ik denk dat daar wel behoefte aan zou zijn. Dat je één keer in de zoveel tijd bij elkaar komt en dat er dan uitwisseling plaatsvindt. Zo van: 'Wij hebben die een half jaar over... Wij hebben iemand met zwangerschapsverlof... Heb jij nog iemand?' Gewoon heel praktisch, dat je personele bezettingsproblemen die van korte termijn zijn onderling met elkaar oplost."

Met name voor de wat kleinere organisaties zou dit uitkomst kunnen bieden, omdat hier de mogelijkheden om het intern op te lossen veel beperkter zijn. ZorgpleinNoord heeft reeds (onder andere) met dit doel mobiliteitsnetwerken opgezet. De deelnemende werkgevers ontmoeten hier hun collega's uit andere organisaties en kunnen nieuwe initiatieven ontplooiën.

Ad. 13

Een geïnterviewde meent dat specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen te ver van elkaar afstaan, terwijl een samenwerking tussen beiden de kwaliteit van de geleverde zorg zou kunnen verbeteren. Zij zegt hierover:

"Wat een oplossing is, is denk ik dat specialisten ouderengeneeskunde veel meer met huisartsen gaan samenwerken. Dat ze veel meer vanuit de eerste lijn gaan opereren. Want je ziet toch dat huisartsen heel weinig kennis hebben genoten van dementie. En daar zouden ze elkaar heel erg kunnen versterken denk ik. Dat ze samen in een praktijk gaan zitten, en dat die praktijk bijvoorbeeld in een verpleeghuis zit. Dan kun je veel sneller gebruik maken van elkaars kennis en kunde. Er zitten zoveel muren tussen bepaalde beroepen. Dan denk ik: als we die muren nou eens weg zouden halen en meer gebruik gaan maken van elkaars kennis."

Ad. 14

Deze beleidsaanbeveling wijst op het belang van meer samenwerking tussen huisartsen onderling, en tussen huisartsen en aangrenzende sectoren als welzijn. Eigenlijk wordt hier wederom gewezen op het feit dat er nog te veel muren tussen bepaalde beroepsgroepen bestaan. Gezondheidscentra zoals die nu door zorgverzekeraar Menzis worden opgezet is, ongeacht of de zorgverzekeraar de aangewezen organisatie is om dit te doen, een voorbeeld waarin de gehele eerstelijnszorg onder één dak opereert. Onder dit dak kan eenvoudig samenwerking gerealiseerd worden, dit zou een voorbeeld kunnen zijn om aan deze aanbeveling tegemoet te komen.

Ad. 15

Door de vacatures voor hoger opgeleide (para)medische functies in de drie noordelijke provincies te 'koppelen' kan verhinderd worden dat zij het Noorden verlaten. Dit koppelen kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld door een combinatievacature op te stellen van een functie bij twee verschillende organisaties, bijvoorbeeld een ziekenhuis en een verpleeg-/verzorgingshuis in Groningen, waardoor er een fulltime baan gecreëerd wordt. Het doel is ervoor te zorgen dat er minder tijd zit tussen zoeken en vinden van werk, zodat pas afgestudeerden als het ware geen kans krijgen om het Noorden te verlaten. De meeste organisaties in Groningen, Drenthe en deels Friesland adverteren op www.zorgpleinnoord.nl. Het verdient aanbeveling te starten met onderzoek naar de omvang van de vacatures voor hoger opgeleiden. Als sprake is van veel kleine contracten, kan bekeken worden of het koppelen van vacatures een mogelijkheid is.

Ad. 16

Opvallende bevinding bij zowel verpleeg-/verzorgingshuizen als ziekenhuizen is dat er over het algemeen veel en goede contacten met MBO-scholen met zorgopleidingen bestaan, maar dat dit niet geldt voor hogescholen en/of de RuG. Achterliggende oorzaak hiervoor is waarschijnlijk dat MBO-opleidingen een veel groter aandeel stage bevat.

V Onderwijs

In het kader van onderwijs worden vier aanbevelingen gedaan. Het gaat dan om zowel de inhoud van onderwijs als om het überhaupt aanbieden van zorgopleidingen in het Noorden, en om zorgpromotie in het onderwijs in het algemeen.

V Onderwijs

Actie	Betrokken partijen
17. In HBO-V opleiding meer aandacht voor de functie invulling in VVT-organisaties	Verpleegkundigenopleiding
18. Promoten van het specialisme ouderengeneeskunde; ondersteuning eventuele partner	Rijk, opleidingsinstituten specialist ouderengeneeskunde, studie Geneeskunde, ZPN
19. Ondersteuning eventuele partner bij het vinden van een baan	ZPN
20. Onderzoeken of het mogelijk/haalbaar is in Noord-Nederland een studie Ergotherapie in te richten	Rijk, Provincie
21. Basis- en middelbare school leerlingen kennis laten maken met de zorgsector en enthousiasmeren voor de zorg	Basisscholen, middelbare scholen, zorgorganisaties, gemeente, ZPN

Ad. 17

Verpleeg-/verzorgingshuizen verliezen verpleegkundigen aan ziekenhuizen. Door in de opleiding meer aandacht te hebben voor de specifieke functie-invulling in deze organisaties, en dit bovendien te promoten kunnen mogelijk meer verpleegkundigen geënthousiasmeerd worden voor de VVT. Het verschil kan gemaakt worden door er bijvoorbeeld op te wijzen dat er in de VVT-zorg meer mogelijkheid is tot het opbouwen van langdurige cliëntrelaties, iets wat in een ziekenhuis over het algemeen veel minder aan de orde is.

Ad. 18 en 19

Landelijk bestaat een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde. Regionaal is het vervullen van vacatures extra moeilijk doordat de plattelandsomgeving niet voor iedereen aantrekkelijk is. Daarbij speelt ook mee dat een eventuele partner ook in diezelfde omgeving een baan moet kunnen vinden. Dat er onvoldoende specialisten ouderengeneeskunde worden opgeleid wordt geweten aan het beperkte aantal mensen dat kiest voor het beroep specialist ouderengeneeskunde: 'Überhaupt specialist ouderengeneeskunde willen zijn, dat is nou niet het summum'.

Mogelijk kan ook gekeken worden naar manieren om de eventuele partner te ondersteunen bij het vinden van een baan. De afdeling Loopbaan en Advies van ZorgpleinNoord kan daar wellicht een bijdrage aan leveren.

Ad. 20

Omdat de opleiding Ergotherapie alleen in Nijmegen, Amsterdam, Rotterdam en Heerlen wordt aangeboden, wordt door sommigen gepleit voor de mogelijkheid deze studie in de toekomst ook in het Noorden aan te bieden.

Ad. 21

De laatste aanbeveling betreft promotie van de zorg bij basisschool- en middelbare schoolleerlingen om deze leerlingen te enthousiasmeren voor een baan in de zorg. Deze aanbeveling is niet specifiek gericht op hoger opgeleiden, al zou dat wel wenselijk zijn. ZorgpleinNoord biedt reeds voorlichting over werken in de zorg aan basisscholen. Het verdient aanbeveling om na te gaan in hoeverre er in de voorlichting aandacht is voor HBO- en WO-functies. Momenteel is ZorgpleinNoord gestart met voorbereidingen ten

behoefte van voorlichtingsactiviteiten voor HAVO- en VWO-scholieren. Hierin is expliciet aandacht voor HBO- en WO-functies in de zorg.

Ook de maatschappelijke stage zou een aanknopingspunt kunnen vormen, het valt dan ook aan te bevelen om hier als zorgorganisatie op te anticiperen door zowel kwalitatief als kwantitatief te investeren in het aanbieden van maatschappelijke stages. Het wordt verder ook belangrijk gevonden dat de zorgorganisaties haar deuren meer en meer openzet: 'Het is gewoon belangrijk dat je je als organisatie open naar buiten toe stelt. In het verleden vond ik de zorg te veel op en in zichzelf gericht, en daar reddend we het niet mee'.

7. MANAGEMENTSAMENVATTING

Verwachte tekorten hoger opgeleide (para)medici in plattelandsregio's

Bij ongewijzigd beleid worden er in de zorgsector op termijn personeelstekorten verwacht. De combinatie van vergrijzing en ontgroening zullen tezamen zorgen voor een toenemende zorgvraag enerzijds, en een afnemende beroepsbevolking anderzijds. Door de relatief grote migratie van hoger opgeleiden van het platteland naar meer stedelijke gebieden, wordt verwacht dat het arbeidsaanbod van hoger opgeleiden, bijvoorbeeld in (para)medische beroepen, in plattelandsregio's extra sterk zal afnemen. Dit kan in de plattelandsregio's in Noord-Nederland voor grote problemen gaan zorgen.

Kwalitatief hoogwaardige zorg moet overal en altijd voor iedereen beschikbaar zijn. Indien er (in de toekomst) personeelstekorten ontstaan onder hoger opgeleiden in (para)medische functies dan gaat dit ten koste van de geboden kwaliteit/nabijheid van zorg.

Daarnaast vervullen hoger opgeleiden in (para)medische functies zogenaamde 'kritische' functies. Bij gebrek aan een bepaalde hoger opgeleide (para)medicus kan een heel specialisme in een ziekenhuis en/of regio verdwijnen.

Aan de hand van literatuurstudie en interviews in het werkveld wordt een beeld geschetst van de situatie wat betreft een (toekomstig) tekort aan hoger opgeleide (para)medici in de VVT-zorg, ziekenhuiszorg en huisartsenzorg in Noordoost-Groningen.

Demografische ontwikkelingen

Binnen de provincie Groningen heeft een flink aantal gemeenten te maken met een combinatie van bevolkingsdaling, vergrijzing en ontgroening.

Het platteland vergrijst gemiddeld meer en sneller dan het stedelijke gebied. Tegelijkertijd migreren jongvolwassenen voor een opleiding, werk of vanwege het lage voorzieningenniveau. Hoger opgeleiden trekken vaker weg dan lager opgeleiden. Universitaire studenten zijn eerder dan HBO-studenten geneigd om de perifere regio's te verlaten. Zowel excellente HBO- als WO-studenten blijven over het algemeen wel vaker in de afstudeerregio's; blijkbaar zijn werkgevers in de regio in staat om deze studenten tijdig aan zich te binden. Verder is de studierichting van belang: samen met nog enkele studies zijn zowel HBO- als WO-studenten in de gezondheidszorg het minst geneigd om te migreren.

Veel jonge en 'kansrijke' personen verlaten de krimpgebieden. Omdat relatief veel mensen de krimpgebieden verlaten zonder dat er in tegengestelde richting migratie plaatsvindt, ontstaat er een eenzijdige bevolkingsopbouw, waar relatief veel ouderen, laag opgeleiden, werklozen en lagere inkomensgroepen deel van uit maken.

Gevolgen van de demografische ontwikkelingen voor de (organisatie van) de zorg

De demografische ontwikkelingen in de krimpregio's van Groningen zullen verschillende effecten hebben op de verschillende zorgsegmenten.

Het zal voor ziekenhuizen in de krimpgebieden moeilijk zijn om alle specialistische zorgafdelingen te kunnen behouden. Enerzijds hebben ze te maken met een 'zorgafnamegebied' met een lage bevolkingsdichtheid en vergrijzing, anderzijds moet tegemoet worden gekomen aan diverse kwaliteitseisen en toenemende personeelskrapte.

Daarnaast zal een landelijk tekort aan medisch specialisten in krimpregio's dubbelop werken doordat deze regio's voor veel mensen minder aantrekkelijk zijn om zich te vestigen vanwege de typisch landelijke omgeving met beperkte (nabije) voorzieningen en beperkte baanperspectieven voor de partner.

In de ouderzorg zal de zorgvraag, door de toename van het aantal ouderen, sterk stijgen. Hoewel er in de ouderenzorg relatief weinig hoger opgeleiden werkzaam zijn, wordt ook daar een tekort aan hoger opgeleiden verwacht.

In de huisartsenzorg geldt dat praktijken als gevolg van de bevolkingsdaling te klein en daardoor onrendabel worden. Daarbij speelt het probleem dat huisartsen die binnenkort met pensioen gaan niet of onvoldoende vervangen dreigen te worden doordat hiervoor onvoldoende animo is.

Hoe ernstig zijn de tekorten op dit moment in Noordoost-Groningen?

Op grond van de interviews met vertegenwoordigers van VVT-organisaties (6), ziekenhuisorganisaties (2) en de huisartsenzorg (1) werden er een aantal bevindingen gedaan met betrekking tot de ervaren schaarste dan wel tekorten aan hoger opgeleiden in (para)medische functies.

Ouderenzorg:

- Vier van de zes VVT-organisaties rapporteert een structureel tekort aan specialisten ouderengeneeskunde.
- Incidenteel wordt er in VVT-organisaties een tekort aan wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en HBO-verpleegkundigen ervaren.

Ziekenhuiszorg:

- Schaarste aan medische specialisten over de gehele linie, in het bijzonder een structureel tekort aan: ergotherapeuten, neurologen, gynaecologen, kinderartsen en OK-personeel.
- Om de vacatures vervuld te krijgen wordt vaak uitgeweken naar buitenlandse kandidaten.

Huisartsenzorg:

- Binnen drie jaar zullen 19 van de 275 huisartsen in Groningen de leeftijd van 65 jaar bereiken.
- Het werven van 'nieuwe' huisartsen verloopt redelijk problematisch en zal in de toekomst alleen nog maar moeilijker worden.

Hoe voorkomen we een tekort aan hoger opgeleid personeel in de zorg in Noordoost-Groningen?

Met betrekking tot het bestrijden van een tekort aan hoger opgeleiden in (para)medische functies komen uit de literatuur de volgende oplossingsrichtingen naar voren:

- Zorgvraag en arbeidsaanbod in evenwicht door de werking van het marktmechanisme
- Verminderen van de zorgvraag
- Taakherschikking en functiedifferentiatie
- Ethisch verantwoorde werving van buitenlandse (para)medici
- Numerus fixus verruimen
- Reorganisatie van de ziekenhuiszorg
- Reorganisatie van de huisartsenzorg

Daarnaast doen de geïnterviewden verschillende specifieke beleidsaanbevelingen, ZorgpleinNoord (ZPN) kan als regionale arbeidsmarktorganisatie bij een aantal beleidsaanbevelingen een belangrijke rol vervullen.

Tabel 2 Beleidsaanbevelingen voor ZorgpleinNoord ten behoeve van het voorkomen van een tekort aan hoger opgeleid personeel in de zorg

1. Ramen van toekomstige vraag en aanbod (van hoger) opgeleid) zorgpersoneel in Noord-Nederland	6. Versterken van de status van de verpleegkundige in VVT-organisaties
2. Strategische personeelsplanning	7. Promoten van het specialisme ouderengeneeskunde
3. Arbeidsmarkt communicatie	8. Ondersteuning eventuele partner bij het vinden van een baan
4. Samenwerking realiseren tussen VVT-organisaties	9. Basis- en middelbare school leerlingen kennis laten maken met, en enthousiasmeren voor de zorg
5. Vacatures voor hoger opgeleiden in de drie noordelijke provincies 'koppelen'	

Ten eerste kan ZPN, samen met zorgwerkgevers de toekomstige vraag en aanbod van hoger opgeleiden verhelderen (1). Op grond van deze verheldering kan er een verband gelegd worden tussen ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en de opbouw van het toekomstige personeelsbestand. Vervolgens kan ZPN organisaties ondersteunen bij de strategische personeelsplanning (2).

Strategische personeelsplanning biedt inzicht in de toekomstige behoefte aan personeel, op basis hiervan kunnen er gericht bepaalde doelgroepen geworven worden. ZPN kan zorgwerkgevers bij de arbeidsmarktcommunicatie (3) ondersteunen. ZPN biedt op het gebied van arbeidsmarktcommunicatie verschillende ondersteuningsmogelijkheden, bijvoorbeeld deelname aan mobiliteits- en PR-netwerken en het gebruik maken van de aanwezige middelen voor en deskundigheid van arbeidsmarktcommunicatie. Aandachtspunt daarbij is hoe de infrastructuur van ZorgpleinNoord gebruikt kan worden voor bovenregionale werving.

Het realiseren van meer samenwerking tussen de VVT-organisaties (4) in de noordelijke provincies wordt eveneens gezien als een wenselijke aanbeveling. De door ZPN opgezette mobiliteitsnetwerken kunnen hierbij uitkomst bieden. Deelnemende werkgevers ontmoeten hier hun collega's uit andere organisaties en kunnen samen nieuwe initiatieven ontplooiën.

Door de vacatures voor hoger opgeleide (para)medische functies in de noordelijke provincies te 'koppelen' kan verhinderd worden dat zij het Noorden verlaten (5). Zo kan er bijvoorbeeld een combinatievacature opgesteld worden van een functie bij twee verschillende organisaties waardoor er een fulltime baan gecreëerd wordt. Het verdient aanbeveling dat ZPN start met een onderzoek naar de omvang van de vacatures voor hoger opgeleiden zoals aangeboden op www.zorgpleinnoord.nl. Als sprake is van veel kleine contracten, kan bekeken worden of het koppelen van vacatures een mogelijkheid is.

Daarnaast is het aanbevelenswaardig om statusversteving van de verpleegkundige in VVT-organisaties tot stand te brengen (6). ZPN kan in dit kader nagaan of de positie van de verpleegkundige in de VVT in het bestaande voorlichtingspakket voldoende belicht wordt, dan wel verbeterd moet worden.

Ook wordt de aanbeveling gedaan om het specialisme ouderengeneeskunde te promoten onder geneeskundestudenten (7). Het kan voor bijvoorbeeld hoger opgeleide (para)medici onaantrekkelijk zijn om zich te vestigen in Noordoost-Groningen, doordat eventuele partners hier geen baan kunnen vinden. Mogelijk kan ZPN ondersteunen bij het vinden van een baan voor de partner (8), de afdeling Loopbaan en Advies van ZPN zou daar een bijdrage aan kunnen leveren.

Tot slot wordt aanbevolen om de zorgsector te promoten onder leerlingen van basis- en middelbare scholen (9). ZPN geeft al voorlichting over werken in de zorg aan basisscholen. Het verdient aanbeveling om na te gaan in hoeverre er in de voorlichting aandacht is voor HBO- en WO-functies. Momenteel is ZorgpleinNoord bezig met het ontwikkelen van voorlichtingsactiviteiten voor HAVO- en VWO-scholieren. Hierin is expliciet aandacht voor HBO- en WO-functies in de zorg.

LITERATUUR

- ABF Research. Bevolkingsprognoses 2005, 2008, 2009. Geraadpleegd op Internet op 13 april 2011, ca. 15.00 via URL <http://www.abfresearch.nl/producten/prognoses/bevolking.aspx>.
- Berg, E. van den. (2008). Liever wonen dan werken in Noord-Nederland. De aantrekkelijkheid van Noord-Nederland als woon- en werkgebied voor hoger opgeleiden. *Wetenschapswinkel Economie en Bedrijfskunde, EC 186*. Rijksuniversiteit Groningen.
- Boston Consulting Group (2010). Zorglandschap Oost-Groningen en Noord-Oost Drenthe. Ontwikkelingen in de zorgvraag en het speelveld tot 2035. Geraadpleegd op Internet op 12 mei, ca. 7 mei 2011 via URL http://www.provinciegroningen.nl/fileadmin/user_upload/documenten/Downloads/Zorgvraag_oost_Groningen.pdf.
- CMO Groningen. Weten waar we staan. Sociaal Rapport Provincie Groningen 2010. Geraadpleegd op Internet op 2 april 2011, ca. 13.00 via URL http://www.provinciegroningen.nl/fileadmin/user_upload/Documenten/Downloads/Sociaal_Rapport_WEBversie_01.pdf.
- Dijk, J.J. van., Vries, J. de. & Bochove, B.J. van. (2010). Bloeiende gemeenschappen in krimpende Kernen. *Notitie Tweede Kamerfractie CDA*. Geraadpleegd op Internet op 21 april 2011 11.20 via URL <http://www.keicentrum.nl/websites/kei/files/CDA%20Actieplan%20groeierende%20gemeenschap.pdf>.
- Eliasson, K., Lindgren, U. & Westerlund, O. (2003). Geographical labour mobility: migration or Commuting? *Regional Studies, 37(8)*, 827-837.
- Faggian, A., McCann, P. & Sheppard, S. (2007). Some evidence that women are more mobile than men: gender differences in UK graduate migration behavior. *Journal of Regional Science, 47(3)*.
- Gross, D. & Schmitt, N. (2006). Why do low- and high-skill workers migrate? Flow evidence from France. *CESinfo Working Paper, Nr. 1797*.
- Jong, A. de. & Duin, C. van. (2009). *Regionale prognose 2009-2040: vergrijzing en omslag naar krimp*. PBL/CBS. Geraadpleegd op Internet op 28 maart 2011, ca. 16.00 via URL http://www.regionalebevolkingsprognose.nl/rapportages/20100126_ArtikelBevolkingstrends.pdf.nl.
- Latten, J.J., Das, M. & Chkalova, K. (2008). De stad Groningen als roltrap van Noord-Nederland. *Bevolkingstrends, CBS*. Geraadpleegd op Internet op 28 maart 2011 via URL: <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/192F36F9-A262-4808-9784-CC23A1E4989C/0/2008k2b15p52art.pdf>.
- Liefbroer, A.C. & De Jong Gierveld, J. (1995). Standardization and individualization: the transition from Youth to adulthood among cohorts born between 1903 and 1965. In: Van den Brekel, H. & Van Deven, F.(Eds.), *Population and family in the low countries* (1994). Dordrecht: Kluwer.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Demografie*. Geraadpleegd op 11 april 2011, ca. 13.30 via URL <http://www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/demografie/>.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Vergrijzing samengevat*. Geraadpleegd op 11 april 2011, ca. 14.00 via URL <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/vergrijzing/vergrijzing-samengevat/>.
- Provincie Groningen (2009). Krimp in Groningen. Consequenties van bevolkingsdaling voor de overheid. *Ruimtelijke plannen*, juni 2009.
- Provincie Groningen. Krimp in Groningen. Provinciaal Actieplan bevolkingsdaling 2010-2013. Geraadpleegd op Internet op 27 maart 2011, ca. 11.00 via URL http://www.provinciegroningen.nl/fileadmin/user_upload/Documenten/Downloads/Provinciaal_Actieplan_Bevolkingdaling_definitief.pdf.
- Raas, G.(2010). Een zorgelijke arbeidsmarkt. *Tijdschrift voor HRM, 3*, 7-34.
- RVZ (2010). Numerus fixus geneeskunde: loslaten of vasthouden? Geraadpleegd op Internet op 2 juni 2011, ca. 14.00 via URL http://rvz.net/uploads/docs/Advies_-_Numerus_Fixus1.pdf.
- SEO (2006). Beloningsverschillen tussen de marktsector en de collectieve sector in 2004. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
- SER (2009). Diversiteit in het personeelsbestand. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- Thissen, F., Drooglever Fortuijn, J., Strijker, D. & Haartsen, T. (2010). Migration intentions of rural youth in the Westhoek, Flanders, Belgium and the Veenkoloniën, The Netherlands. *Journal of Rural Studies, 26*, 428-436.

Venhorst, V.A., Dijk, J. van. & Wissen, L.J.G. van. (2010). Do the best graduates leave the peripheral areas in the Netherlands? *Journal of Economic and Social Geography*, 101(5), 521-537.

ZIF (2009). Masterplan Zorg voor de Toekomst Noord- en Oost-Groningen. Geraadpleegd op Internet op 27 maart 2011, ca. 11.30 via URL <http://www.zorgvoordetoekomst.com/index.html>.

Krantenartikelen

Herderscheê, G. (2010). Meer studenten medicijnen nodig. *De Volkskrant*, 30 december 2010.

Geraadpleegd op Internet op 21 mei 2011, ca. 10.00 via URL <http://academic.lexisnexis.nl.proxy-ub.rug.nl/uvt/>.

Rosenberg, E. (2011). Slokdarm in Sneek, buik in Drachten. *NRC Handelsblad*, 4 juni 2011. Geraadpleegd op Internet op 10 juni, ca. 20.00 via URL <http://academic.lexisnexis.nl.proxy-ub.rug.nl/uvt/>.

Sijpersma, P. (2011). De schaarse dokters. *Dagblad van het Noorden*, 9 mei 2011. Geraadpleegd op Internet op 20 mei 2011, ca. 11.30 via URL <http://academic.lexisnexis.nl.proxy-ub.rug.nl/uvt/>.

Wijngaarden, A. van. (2011). Zelfs bonus lokt jonge arts niet naar het Noorden. *Dagblad van het Noorden*, 7 mei 2011. Geraadpleegd op Internet op 20 mei 2011, ca. 11.30 via URL <http://academic.lexisnexis.nl.proxy-ub.rug.nl/uvt/>.

Wijngaarden, A. (2011). Overnamegolf huisartsen. *Dagblad van het Noorden*, 29 april 2011.

Geraadpleegd op Internet op 7 mei 2011 via URL <http://academic.lexisnexis.nl.proxy-ub.rug.nl/uvt/>.

Wantoestanden in verpleeghuizen zijn een landelijke waarschuwing. *Trouw*, 19 april 2011. Geraadpleegd op Internet op 20 mei ca. 11.30 via URL <http://academic.lexisnexis.nl.proxy-ub.rug.nl/uvt/>.

Tekort aan personeel in operatiekamers. *Leeuwarder Courant*, 9 maart 2011. Geraadpleegd op Internet op 20 mei 2011, ca. 12.00 via URL <http://academic.lexisnexis.nl.proxy-ub.rug.nl/uvt/>.

Bijlage I

Interviewgegevens

	Naam	Functie	Organisatie
1	C. Brand-Blokzijl	Hoofd P&O	Zorgcentrum 'de Blanckenbörg'
2	R. Tuinstra	Manager HRM	Zorggroep Meander
3	M. Huberts	Personeelsfunctionaris	SVONN
4	1.A. Slagter 2.K. van der Ven	1. Hoofd P&O 2. Personeelsadviseur	Zorggroep Groningen
5	J. van Loon	Hoofd P&O	Stichting De Hoven
6	N.Troelstra	P&O adviseur	OZG
7	E. Rendering	P&O adviseur	Stichting Oosterlengte
8	J. van der Werff	Personeelsconsulent	Refaja Ziekenhuis
9	T. Hummel	Directeur ELANN	ELANN

Bijlage II

Beleidsaanbevelingen ten behoeve van het voorkomen van een tekort aan hoger opgeleid personeel in de zorg

	Actie	Betrokken partijen
BEWUSTWORDING EN VISIEVORMING	1. Ramen van toekomstige vraag en aanbod van (hoger opgeleid) zorgpersoneel in Noord-Nederland	Zorgwerkgevers, ZPN
	2. In kaart brengen landelijke versus regionale schaarste medisch specialisten	Onderwijs en OpleidingsRegio (OOR), Rijk, overkoepelende ziekenhuisorganisaties
	3. Versterken van de status van de verpleegkundige in VVT-organisaties	VVT-organisaties, ZPN
LEEFBAARHEID	4. Aansturen op het zoveel mogelijk in stand houden van voorzieningen in de regio	Rijk, Provincie Groningen, gemeenten
	5. Aansturen op het zoveel mogelijk behouden van zowel basis- als middelbaar onderwijs in de regio	Rijk, Provincie Groningen, gemeenten
STRATEGISCH PERSONEELSBELEID	6. Strategische personeelsplanning	Zorgwerkgevers, ZPN
	7. Aanbodgericht werken	Zorgwerkgevers
	8. Arbeidsmarktcommunicatie	Zorgwerkgevers, ZPN
	9. Inzetten op structurele contractuitbreiding voor jonge hoger opgeleide zorgmedewerkers	Zorgwerkgevers
	10. Inzetten op doorgroeimogelijkheden voor medewerkers	Zorgwerkgevers, Rijk, sociale partners
	11. Taakherschikking en functiedifferentiatie	Zorgwerkgevers beroepsorganisaties, Rijksoverheid
STRATEGISCHE SAMENWERKING	12. Samenwerking realiseren tussen VVT-organisaties	Verpleeg-/verzorgingshuisorganisaties, ZPN
	13. Specialisten ouderengeneeskunde laten samenwerken met huisartsen	Verpleeg-/verzorgingshuisorganisaties, huisartsenorganisaties
	14. Meer samenwerking realiseren tussen huisartsen onderling en met aanpalende sectoren als welzijn	Huisartsenorganisaties, welzijnsorganisaties
	15. Vacatures voor hoger opgeleiden in de drie noordelijke provincies 'koppelen'	Zorgwerkgevers, Provincie Friesland, Groningen, Drenthe, ZPN
	16. Contact leggen met hogescholen en RUG wat betreft zorgopleidingen	Zorgwerkgevers
ONDERWIJS	17. In HBO-V opleiding meer aandacht voor de functie invulling in VVT-organisaties	Verpleegkundigenopleiding
	18. Promoten van het specialisme ouderengeneeskunde; ondersteuning eventuele partner	Rijk, opleidingsinstituten specialist ouderengeneeskunde, studie Geneeskunde, ZPN
	19. Ondersteuning eventuele partner bij het vinden van een baan	ZPN
	20. Onderzoeken of het mogelijk/haalbaar is in Noord-Nederland een studie Ergotherapie in te richten	Rijk, Provincie
	21. Basis- en middelbare school leerlingen kennis laten maken met, en enthousiasmeren voor de zorg	Basisscholen, middelbare scholen, zorgorganisaties, gemeente, ZPN

