

Een carrière aan het bed

Rapport van de MDW werkgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden in het Ziekenhuis

Den Haag, juni 2002

Samenvatting

1. Opdracht van de werkgroep

Binnen de zorg bestaat een tekort aan (gespecialiseerde) verpleegkundigen en aan anderen die medisch ondersteunende functies vervullen. Deze tekorten zouden hun oorzaak kunnen vinden in toetredingsbelemmeringen bij de opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden en bij de toegang tot de zorginstellingen. Het was de opdracht van deze MDW-werkgroep om te bezien of daarvan sprake is. De werkgroep heeft zich gericht op de initiële opleidingen voor verpleegkundigen en voor medisch ondersteunende functies en de verpleegkundige vervolgoedingen.

De werkgroep heeft het uitgangspunt gekozen dat toetredingsbelemmeringen op zich zelf niet negatief zijn. Toetredingsbelemmeringen zijn er immers vaak niet voor niets. De kwaliteit van de opleiding vergt een goede vooropleiding; de kwaliteit van de zorg vraagt een goede opleiding die met succes is afgelegd. Zuinigheid met publieke middelen vraagt dat niet teveel en niet te weinig verpleegkundigen en verzorgenden worden opgeleid. Abstracter gezegd: veel toetredingsbelemmeringen vinden hun rechtvaardiging in *publieke belangen*. Daarmee zijn geenszins alle toetredingsbelemmeringen automatisch gelegitimeerd. Vaak is er helemaal geen publiek belang in het geding, soms kan het publiek belang ook op een andere manier worden geborgd. Het probleem is namelijk helder: de Nederlandse gezondheidszorg lijdt momenteel aan een tekort aan artsen, verpleegkundigen en verzorgenden.

De werkgroep concludeert dat het tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden in de zorg slechts voor een deel aan toetredingsbelemmeringen kan worden toegeschreven. Het probleem wordt echter met name veroorzaakt door andere belemmeringen. Deze hebben een te geringe belangstelling voor de zorg tot gevolg; te weinig mensen melden zich aan voor een opleiding, te weinig mensen stromen in in het vak en te veel mensen stromen (te vroeg) eruit. De werkgroep had, gelet op zijn opdracht, kunnen besluiten om aan dit centrale probleem voorbij te gaan. Dit heeft hij niet gedaan. Het rapport zou erg onvolledig zijn geweest indien de werkgroep zich had beperkt tot toetredingsbelemmeringen.

2. Het probleem

Er bestaat een tekort aan personeel in ziekenhuizen, zowel ten aanzien van verpleegkundigen en verzorgenden in het algemeen als ten aanzien van gespecialiseerde verpleegkundigen (als intensive care verpleegkundigen, kinderverpleegkundigen) en van personeel voor medische ondersteunende functies (operatieassistenten, laboranten).

1. Het tekort aan *verpleegkundigen en verzorgenden* heeft zowel te maken met een te geringe instroom als met een (te vroege) uitstroom. De instroom heeft betrekking op (1) verpleegkundigen die net hun (initiële) opleiding hebben afgerond (inclusief zij-instromers), op (2) herintreders, die na een onderbreking (meestal vanwege het gezin) weer terugkeren naar hun oude beroep en op (3) buitenlandse werknemers.

De instroom van 'nieuwe' verpleegkundigen (die net hun initiële opleiding hebben afgerond) in het vak is met name onvoldoende door een te geringe belangstelling voor de opleiding en voor het beroep van verpleegkundige. De beperkingen die bij de toelating tot de opleiding worden gesteld, zijn niet alleen goed te rechtvaardigen uit het oogpunt van de kwaliteit van de opleiding, maar blijken bovendien niet prohibitief. Ook is er, met de huidige instroom, landelijk gezien geen gebrek aan stageplaatsen in de opleiding. Bij een veel grotere instroom zouden hier wel problemen kunnen ontstaan. Wel blijken vraag en aanbod ten aanzien van de stageplaatsen onvoldoende op elkaar aan te sluiten. In het algemeen ligt het probleem van een te geringe instroom dus niet in toetredingsbelemmeringen, maar in een tekort aan

belangstelling. Bovendien besluiten sommige leerlingen tijdens en na afloop van de opleiding niet in de zorg te willen werken. Ten slotte wordt het tekort veroorzaakt door een te hoge uitstroom uit het vak.

Bij de instroom van herintreders en van buitenlandse werknemers bestaan wel toetredingsbelemmeringen. Bij de instroom van herintreders hebben die te maken met de roosters en de werktijden. Toetredingsbelemmeringen voor buitenlandse werknemers zijn opgeworpen door afspraken over instroom groep tussen werkgevers, werknemers en de overheid.

2. Het tekort aan *gespecialiseerde verpleegkundigen* en *personeel voor medisch ondersteunende functies* heeft een andere oorzaak. Hier is wel sprake van een tekort aan opleidingsplaatsen. De vraag naar deze opleidingen overtreft het aanbod. De ziekenhuizen bieden te weinig opleidingsplaatsen aan. Een deel van het tekort wordt veroorzaakt doordat teveel mensen het vak verlaten.

Achtereenvolgens doet de werkgroep voorstellen voor een vergroting van de instroom in het vak, voor een verkleining van de uitstroom en voor een vergroting van de opleidingscapaciteit voor gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies.

3. Meer instroom in de opleiding

De te lage instroom in de opleiding vindt zijn oorzaak in een complex aan factoren. In het algemeen hebben middelbare scholieren niet alleen een 'soft' beeld van de zorgsector, maar ook een negatief beeld van werkdruk, salaris en de aantrekkelijkheid van het beroep. Ze zien het vak van verpleegkundige als eindstation en zien te weinig mogelijkheden om door te stromen naar hogere functies en vervolgoopleidingen.

Hoewel een imagocampagne dit beeld enigszins kan bijstellen (van een dergelijke imagocampagne is ook al werk gemaakt), kan de werkgroep de betreffende middelbare scholieren niet geheel ongelijk geven. In het algemeen is het aanvangssalaris van (met name Mbo-)verpleegkundigen niet te laag. Maar tegelijkertijd kent het beroep van verpleegkundige erg weinig mogelijkheden voor carrière, zowel functioneel als financieel. De enige mogelijkheid om werkelijk carrière te maken ligt in het management. Voor iemand die zich nu juist aangetrokken voelt tot de verzorgende kant van de zorgsector, is dat niet altijd een wenkend perspectief.

Daarbij verdient de Hbo-V-opleiding een speciale kanttekening. In het werkveld bestaat geen onderscheid tussen werkzaamheden voor mensen met een Mbo-opleiding en voor mensen met een Hbo-opleiding. Ook de salariering van Hbo- en Mbo-verpleegkundigen is gelijk. Hoewel Hbo-ers eerder doorstromen naar hogere functies of vervolgoopleidingen, is er dus weinig stimulans om een Hbo-opleiding te volgen in plaats van een Mbo-opleiding. Indien de overheid de Hbo-V-opleiding wil stimuleren, verdient het aanbeveling om Hbo-afgestudeerden sneller perspectief op doorstroming naar de functie van 'seniorverpleegkundige' te bieden.

Ook de mensen in medisch ondersteunende functies (als bijvoorbeeld operatieassistenten) verdienen een speciale kanttekening. Met name in deze beroepen zijn er weinig mogelijkheden om door te stromen, onder andere door de specifieke opleiding die ze hebben genoten. Om die reden moeten de medisch ondersteunenden meer mogelijkheden krijgen om in te stromen in andere zorgopleidingen. Dit kan door bij de instroom van vervolgoopleidingen gebruik te maken van het toetsen van eerder verworven competenties en het aanbieden van maatwerktrajecten in het licht van de verworven competenties. Ook het aanbieden van specifiek op deze groep gerichte vervolgoopleidingen kan hun vak uitdagend houden.

In het algemeen beveelt de werkgroep aan om verpleegkundigen meer mogelijkheden te bieden voor *carrière aan het bed*. Daarbij denkt de werkgroep aan het invoeren van functiedifferentiatie,

en daarbij behorende beloningen. Het creëren van nieuwe functies mag de bestaande functies niet uithollen.

4. Herintreders en buitenlandse werknemers

Het aantal herintreders blijkt nog steeds niet aan de verwachtingen te voldoen. Wel treden (soms grote) verschillen tussen zorginstellingen op. Instellingen die een grotere souplesse aan de dag leggen bij het vinden van (passende) werktijden en roosters en meer faciliteiten voor her- en bijscholing bieden, scoren duidelijk beter bij herintreders. Hier ligt de oorzaak van het tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden dus vooral in de sfeer van een tekortschietend management. Een vergelijkbare conclusie is reeds eerder getrokken over het ontstaan (en oplossen) van wachtlijsten in de zorg.

Bij de instroom van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden moet een onderscheid worden gemaakt tussen werknemers uit de Europese Economische Ruimte (EER) en werknemers van daarbuiten. Binnen de EER zijn diploma's juridisch gelijkgesteld. Hier bestaat dus geen belemmering. Werkgevers mogen pas verpleegkundigen en verzorgenden van buiten de EER aannemen als ze aantonen voldoende te hebben geworven binnen de EER. Er gelden quota per zorginstelling voor werknemers van buiten de EER (3% in 2000 aflopend naar 1,5% in 2004). Buitenlandse werknemers mogen niet worden aangenomen uit landen (buiten de EER) die zelf een tekort hebben aan verpleegkundigen. Tenslotte is het buitenlandse werknemers van buiten de EER niet toegestaan langer dan twee jaar in Nederland te werken en te verblijven. In het algemeen is het Nederlandse beleid erop gericht om het eigen potentieel te benutten.

Tot op heden is het aantal buitenlandse werknemers in de Nederlandse zorg gering, zo niet verwaarloosbaar. Algemeen wordt aangenomen dat een oplossing van de tekorten niet in deze richting moet worden gezocht. De toetredingsbelemmeringen zijn ook fors. Waar buitenlandse werknemers wel toetreden ontstaan vaak taalproblemen en maken andere cultuurverschillen het werken niet eenvoudig.

De werkgroep meent dat een braindrain, met name uit landen buiten de EER, moet worden voorkomen. Toetredingsbelemmeringen dienen hier derhalve een zuiver doel. Het lijkt ook hypocriet van de Nederlandse overheid om toetredingsbelemmeringen af te zwakken op het moment dat er evidente tekorten bestaan op de Nederlandse arbeidsmarkt. Hoogstens zou ervoor kunnen worden gepleit om meer buitenlandse werknemers een opleidingsstage in de Nederlandse zorg aan te bieden.

5. Minder uitstroom

De uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden is te groot. Uit onderzoek blijkt dat een groot deel van de werknemers vertrekt vanwege arbeidsomstandigheden en carrièreperspectief. Er is te weinig scholing, er is te weinig kinderopvang en er zijn te weinig mogelijkheden voor het aanpassen van roosters en werktijden aan de wensen van werknemers. Ook hier weer blijken de (grote) verschillen tussen zorginstellingen. Instellingen die een grotere souplesse vertonen in de arbeidsomstandigheden hebben een kleinere uitstroom. Het is dus vooral een kwestie van management. Het lijkt niet wijs om centraal richtlijnen te stellen voor betere arbeidsomstandigheden. Wel kan de overheid werkgevers in de zorg wijzen op het belang van betere arbeidsomstandigheden en hen daartoe nadrukkelijk stimuleren.

Daarnaast bestaat er een grote behoefte aan een vergroting van het aantal carrièremogelijkheden. Dit geldt niet alleen voor verpleegkundigen, maar ook voor het personeel in de medisch ondersteunende functies. Overstap naar andere zorgfuncties met betere beloning is vaak niet mogelijk. De enige uitweg is een managementfunctie, waar de ambitie van velen in de zorg nu juist

niet ligt. Eerder heeft de werkgroep al betere mogelijkheden voor een carrière aan het bed bepleit. Een verruiming van de carrièremogelijkheden kan niet alleen de instroom in de basisopleiding vergroten, maar ook de uitstroom uit het vak verminderen.

6. Vervolgopleiding

Er zijn te weinig gespecialiseerde verpleegkundigen omdat de ziekenhuizen te weinig gespecialiseerde verpleegkundigen opleiden. Sommige ziekenhuizen leiden helemaal geen gespecialiseerde verpleegkundigen meer op, en 'kopen' mensen weg bij andere ziekenhuizen. Dit laatste is een treffend voorbeeld van *free-rider-gedrag*. De ziekenhuizen ontvangen immers wel een budget voor het bieden van vervolgoopleidingen. Dit budget maakt echter een *niet-geoormerkt* deel uit van het budget van de ziekenhuizen. Niemand kan een ziekenhuis dus beletten om de lucratiefste weg te kiezen door gespecialiseerde verpleegkundigen van elders aan te trekken (eventueel met wat hogere salarissen) en het budget voor de vervolgoopleiding aan andere zaken te besteden.

Op het eerste gezicht lijkt outputfinanciering hier voor een oplossing te kunnen zorgen. Ziekenhuizen zouden slechts worden betaald naar gelang het aantal gespecialiseerde verpleegkundigen dat wordt opgeleid. Aan deze methode kleven echter twee grote bezwaren. Ten eerste moet worden vastgesteld wat de kosten van een vervolgoopleiding zijn. Dat is niet eenvoudig en brengt de overheid in een afhankelijke positie, waarvan de zorginstellingen alras gebruik zullen maken door te hoge vergoedingen te vragen voor de vervolgoopleidingen. Ten tweede moet in dit model de behoefte aan vervolgoopleidingen door de overheid worden vastgesteld. Het is de mening van de werkgroep dat een dergelijke behoefte beter decentraal kan worden vastgesteld.

De werkgroep beveelt aan om met de introductie van DBC's de kosten van de vervolgoopleidingen middels DBC's aan ziekenhuizen te vergoeden. Ook om die reden is het niet wenselijk om op dit moment een centraal fonds in te stellen voor de vervolgoopleidingen in de ziekenhuizen.

De werkgroep bepleit om deze redenen een andere, simpelere oplossing. Het probleem is het *free-rider-gedrag*. Dit betekent dat in alle gevallen de kosten van een vervolgoopleiding bij de ziekenhuizen in rekening moeten worden gebracht, ofwel door mensen zelf op te leiden, dan wel door andere ziekenhuizen te vergoeden bij het weggokopen van gespecialiseerde verpleegkundigen. Binnen de IT-wereld is het momenteel gangbaar dat mensen die een inservice-opleiding volgen, zich bij contract vastleggen op het terugbetalen van opleidingskosten indien men voor het verlopen van een bepaalde periode elders aan de slag gaat in een zelfde functie. Ziekenhuizen zouden dergelijke contracten moeten afsluiten met verpleegkundigen die een vervolgoopleiding starten. Dit voorstel zou ten koste kunnen gaan van de mobiliteit van verpleegkundigen. De werkgroep gaat er echter van uit dat bij vertrek naar een andere werkgever conform de huidige praktijk de kosten van de opleiding door de nieuwe werkgever worden vergoed.

Dit neemt niet weg dat er indicaties bestaan dat de opleidingscomponent in het budget van de ziekenhuizen momenteel te gering is. Het zou om die reden goed zijn om ziekenhuizen in aanvulling op hun budget een stimuleringspremie te geven voor elke gespecialiseerde verpleegkundige en medisch ondersteunende die is opgeleid. Deze premie is niet bedoeld om de kosten te dekken, ziekenhuizen hebben immers geld in hun budget om op te leiden. Dit systeem van stimuleringspremies kan betaald worden door reallocatie van middelen.

7. Sectorfondsen

Bovenstaande problemen zijn niet nieuw. Er zijn ook reeds initiatieven genomen om de problemen op te lossen. Onder andere richten de sectorfondsen in de zorg zich op vernieuwend arbeidsmarktbeleid. Tal van regelingen zijn in het leven geroepen om de instroom in de zorg te

verbeteren en de uitstroom te verkleinen. Het budget van de sectorfondsen is met name de laatste jaren nog aanzienlijk toegenomen. Momenteel beschikken de sectorfondsen Zorg en Welzijn over een budget van 162 miljoen euro. Enige jaren geleden beschikte men over een kwart van dit bedrag.

De uitbreiding van de sectorfondsen Zorg en Welzijn (overheidsgeld dat door de sociale partners wordt beheerd) is overigens niet gebaseerd op een helder inzicht in de resultaten van het werk van de sectorfondsen. Tot op heden is slechts bekend dat de sectorfondsen te bureaucratisch werken, hoewel recentelijk wel wordt gewerkt aan verbeteringen. Niettemin meldt de commissie 'Terugdringing Administratieve lasten zorgsector' dat de regelingen van de sectorfondsen uit het oogpunt van administratieve lasten slecht scoren. De commissie maakt bij gebrek aan een gedegen onderzoek van het werk van de sectorfondsen uiteindelijk geen keuze tussen de in haar ogen enige twee alternatieven: afschaffen of verbetering en stroomlijning van administratieve procedures bij de fondsen.

De werkgroep wenst, na een uitgebreider onderzoek, een stap verder te gaan. Ten eerste blijken de sectorfondsen momenteel zelf geen inzicht te hebben in de resultaten van hun eigen werk. Het grootste deel van het budget gaat via subsidies naar de zorginstellingen, die bij gebrek aan inzicht in de besteding ervan, het geld nagenoeg naar eigen goeddunken kunnen besteden binnen de kaders van de subsidieregeling. Ook in de effecten van de aanwending van de andere helft van het budget bestaat geen inzicht.

Ten tweede is bekend dat op ontwikkelingen in instroomcijfers, ziekteverzuimpercentages, uitstroomcijfers etc. geen effect van de projecten van de sectorfondsen valt te bespeuren. Hoogstens kunnen we hopen dat de sectorfondsen impulsen geven aan een nieuw arbeidsmarktbeleid door daarover kennis aan te dragen.

Met behulp van het op dit moment beschikbare materiaal kan niet worden aangetoond dat de sectorfondsen moeten worden gecontinueerd. De werkgroep stelt voor om het geld effectiever te besteden, tenzij het kabinet op korte termijn met onafhankelijk onderzoek kan aantonen dat de middelen van de sectorfondsen wel effectief worden besteed.

8. Epiloog

Het werkterrein van verpleegkundigen en verzorgenden overziende, zijn het niet de toetredingsbelemmeringen die in het oog springen. Het is vooral het gebrek aan belangstelling voor deze beroepen en daarmee het tekort aan instroom en de te snelle uitstroom die bepalend zijn voor de tekorten in de zorg. Dit betekent niet dat daarin geen verandering kan worden aangebracht. Zowel de zorginstellingen als de overheid hebben mogelijkheden om de belangstelling voor deze beroepen te doen toenemen.

Veel zorginstellingen moeten in hun personeelsbeleid (veel) meer oog hebben voor de belangen van de betrokkenen. Bovendien kunnen ziekenhuizen de vervolgoopleidingen bij collega-ziekenhuizen in rekening gaan brengen, hetgeen snel zal leiden tot een grotere instroom in vervolgoopleidingen. Het weggopen van gespecialiseerden uit andere ziekenhuizen wordt immers veel minder lucratief.

De overheid dient te stimuleren, en werkgevers en werknemers moeten ervoor zorgen dat verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen meer carrièreperspectief krijgen.

Inhoudsopgave

Samenvatting

1	Inleiding	8
1.1	Opdracht van de werkgroep.....	8
1.2	Samenstelling en werkwijze werkgroep	9
2	Probleembeschrijving	10
2.1	Instroom in de opleidingen.....	11
2.2	Instroom in het vak	12
2.3	Beroepsuitoefening	13
2.4	Uitstroom uit het vak	14
2.5	Oorzaken tekorten.....	14
3	Werken als verpleegkundige en verzorgende in het ziekenhuis.....	16
3.1	De vraag naar verplegend en verzorgend personeel	16
3.2	Oorzaken van de tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden.....	17
3.2.1	Te weinig instroom in het vak	17
3.2.2	Te grote uitstroom uit het vak	19
3.3	Lopende initiatieven en aanbevelingen van de werkgroep	20
3.3.1	Lopende initiatieven	21
3.3.2	Aanbevelingen werkgroep.....	26
4	Opleidingen voor gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies.....	28
4.1	Probleembeschrijving	28
4.1.1	Instroom in de opleiding.....	28
4.1.2	Uitstroom uit het vak	29
4.1.3	Tekortschietend aanbod opleidingsplaatsen	30
4.2	Lopende initiatieven en aanbevelingen van de werkgroep.....	31
4.2.1	Lopende initiatieven	31
4.2.2	Oplossingsrichtingen financiering opleidingen.....	32
4.2.3	Aanbeveling werkgroep: op langere termijn opnemen opleidingskosten in DBC's... ..	33
4.2.4	Aanbeveling werkgroep: voorkomen uitstroom.....	34

Bijlage 1. Opleidingsstelsels voor verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies

Bijlage 2 Actoren en verantwoordelijkheden

Bijlage 3 Literatuurlijst

Bijlage 4 Startnotitie

Bijlage 5 Overzicht doelstellingen sectorfondsen

1 Inleiding

1.1 Opdracht van de werkgroep

Het kabinet heeft een MDW werkgroep de opdracht gegeven een onderzoek te doen naar mogelijke toetredingsbelemmeringen en knelpunten bij de organisatie van opleidingen voor verpleegkundigen, verzorgenden en medisch ondersteunende functies in het ziekenhuis. De dreigende en actuele tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden, gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies vormen een directe aanleiding voor dit onderzoek. Deze opdracht sluit aan op het onderzoek naar toetredingsbelemmeringen bij medische beroepen, dat in 2001 is uitgevoerd.¹ In dit rapport doet de werkgroep verslag van haar bevindingen.

Deze MDW werkgroep richt zich op de volgende opleidingen:

- opleidingen voor verpleegkundigen aan regionale opleidingscentra of hogescholen, waarbij stages worden gelopen in de instelling (leren en werken variant) of de leerling in dienst is van de instelling (werken en leren variant);
- inservice opleidingen voor schoolverlaters, voor uiteenlopende medisch ondersteunende functies (bijvoorbeeld operatie en anesthesie assistenten, radiologische en radiotherapeutisch laboranten);
- vervolgoopleidingen voor verpleegkundigen (bijvoorbeeld dialyseverpleegkunde, intensive care verpleegkundige, spoedeisende hulp verpleegkundigen).

Het volgen van de laatste twee typen opleidingen is altijd gebonden aan een arbeidsovereenkomst met de instelling. De instellingen besteden het cursorisch gedeelte meestal uit aan een (eigen, regionaal of landelijk) opleidingsinstituut. Het is niet mogelijk dergelijke beroeps- of vervolgoopleidingen te volgen in het algemeen onderwijs.

De werkgroep heeft van het kabinet de opdracht gekregen om:

- een inventarisatie te maken van de knelpunten die thans inherent zijn aan de opleidingsstelsels die zich geheel of gedeeltelijk binnen de zorginstellingen afspelen.
- te kijken naar de financiering van opleidingen, het functioneren van de sectorfondsen, de beloning van gespecialiseerd verpleegkundig en medisch ondersteunend personeel en voorstellen te doen voor mogelijke verbeteringen terzake.
- Voor zover sprake is van toetredingsbelemmeringen per belemmering in kaart te brengen:
 - a. de oorspronkelijke doelstelling en verwachte voordelen van de belemmering,
 - b. welke beleidsontwikkelingen relevant zijn (is er recent een beleidswijziging geweest?, is een beleidswijziging in ontwikkeling?),
 - c. welke nadelen kleven er aan de toetredingsbelemmering (in hoeverre verhindert de belemmering de gewenste verruiming van de arbeidsmarkt?),
 - d. welke mogelijkheden zijn er om de belemmeringen zodanig te veranderen of weg te nemen, dat vraag en aanbod beter op elkaar aansluiten?
 - e. welke voor- en nadelen kleven er aan het opheffen van de toetredingsbelemmeringen?
- voorstellen te doen om de gesignaleerde knelpunten weg te nemen, zodat vraag en aanbod beter op elkaar kunnen aansluiten.

De problematiek wordt in hoofdstuk twee nader beschreven, waarbij de werkgroep zich heeft beperkt tot de werknemers in de ziekenhuizen. De werkgroep heeft alleen gekeken naar ziekenhuizen en niet naar andere zorginstellingen omdat in de ziekenhuizen de meeste vervolgoopleidingen voor verpleegkundigen en de opleidingen voor medisch ondersteunende functies plaatsvinden. Naast toetredingsbelemmeringen zijn er knelpunten die tekorten aan verpleegkundigen

¹ *Nooit meer wachten*, rapport van de MDW werkgroep Medische Beroepen inzake toetredingsbelemmeringen voor artsen, tandartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten, juli 2001

en verzorgenden veroorzaken. Deze MDW werkgroep inventariseert zowel toetredingsbelemmeringen als knelpunten en doet aanbevelingen voor oplossingen.

Voor de drie beroepsgroepen die in dit rapport worden beschouwd wordt een analyse gemaakt van de toetredingsbelemmeringen en knelpunten bij de instroom in de opleidingen, de instroom in het vak, de beroepsuitoefening en de uitstroom uit het vak. Vervolgens wordt aangegeven welke initiatieven er zijn om de gesignaleerde knelpunten op te lossen en welk effect deze initiatieven hebben. Hierbij betreft de werkgroep ook de rol van de sectorfondsen Zorg en Welzijn. Daarna formuleert de werkgroep oplossingen en geeft aan wie deze oplossingen moet gaan uitvoeren. Hoofdstuk drie beschrijft de problematiek voor verpleegkundigen en verzorgenden. In hoofdstuk vier wordt een beschrijving gegeven van de problematiek voor gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies.

1.2 Samenstelling en werkwijze werkgroep

De MDW werkgroep verpleegkundigen en verzorgenden in het ziekenhuis was als volgt samengesteld:

prof. dr W. Derksen	Ruimtelijk planbureau (voorzitter)
mw. L. Bastiaansen	Ministerie van SZW (agendalid)
drs. C. Breedveld	Ministerie van Economische Zaken
drs. D.P. van den Bosch	Ministerie van Justitie
drs. I.R. Habets	Ministerie van Financiën
drs. J.L.M. van den Heuvel	Ministerie van VWS
mw. drs. M.A.A. Kamp	Ministerie van VWS
drs. F.J. Krapels	Ministerie van VWS
drs. M.H.J. Odekerken	Ministerie van OCenW
Ch. W. van Polanen Petel	Ministerie van VWS (secretaris)
mw. ir. M. Stefanski	Ministerie van Economische Zaken (secretaris)

De werkgroep heeft in de periode van november 2001 tot mei 2002 negen keer vergaderd.

Aan het begin van de adviesfase heeft de voorzitter van de werkgroep relevante belangenorganisaties geïnformeerd over de werkgroep en hen uitgenodigd schriftelijk inbreng te geven. Een aantal belangenorganisaties heeft informatie toegestuurd. Het secretariaat van de werkgroep heeft over de problematiek gesproken met een aantal opleidingscoördinatoren voor opleidingen in het ziekenhuis, vertegenwoordigers van opleidingsinstellingen en werkgevers en werknemersorganisaties. De werkgroep heeft besloten zelf geen onderzoek uit te zetten omdat ze gebruik kon maken van de resultaten van een groot aantal onderzoeken op het gebied van verpleegkundigen en verzorgenden (zie bijlage 3). Ook heeft de werkgroep zich laten informeren over lopende werkgroepen en onderzoeken zoals het onderzoek naar een nieuwe financieringsstructuur voor vervolgoopleidingen, het onderzoek naar kosten en baten van stageplaatsen, de evaluatie van de CAZ regeling voor buitenlandse werknemers en de subwerkgroep over opleidingen in het DBC systeem. De voorzitter heeft gesproken met vertegenwoordigers van belangenorganisaties. De reacties van deze groepen zijn meegewogen bij het opstellen van de definitieve conclusies en aanbevelingen door de werkgroep.

2 Probleembeschrijving

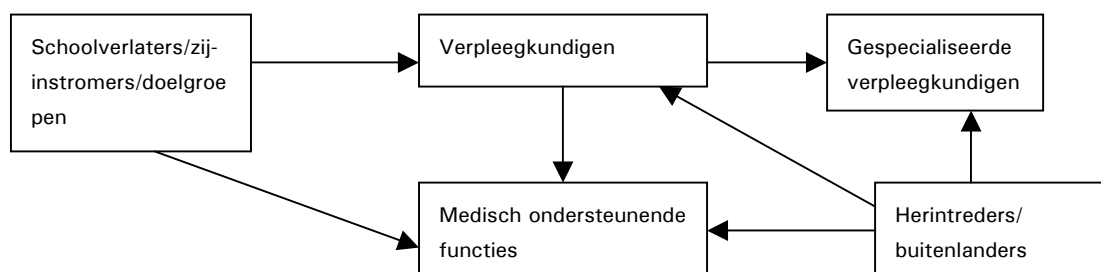
De krantenkoppen zijn bekend: “De vraag naar zorg zal de komende jaren toenemen en er is onvoldoende personeel om aan deze vraag te kunnen voldoen.” “Zorginstellingen hebben grote moeite om voldoende personeel te vinden en te behouden.” “Tekorten aan personeel hebben tot gevolg dat patiënten moeten wachten op operaties en op een plaats in een verpleeg- en verzorgingstehuis.”

Dit onderzoek richt zich op de tekorten aan personeel in ziekenhuizen. Daarbij worden drie groepen bekeken (zie ook bijlage 1):

- 1 *Verpleegkundigen en verzorgenden* Het overgrote deel van het verplegend en verzorgend personeel in ziekenhuizen heeft een inservice opleiding (inmiddels is dit opleidingstype afgebouwd) dan wel MBO- (verzorgenden en verpleegkundigen) of HBO-opleiding (alleen verpleegkundigen) gevolgd.
- 2 *Gespecialiseerde verpleegkundigen* Dit zijn verpleegkundigen die een vervolgopleiding hebben gevolgd op een bepaald terrein (bijvoorbeeld intensive care, spoedeisende hulp of kinderen). Een derde deel van alle in de ziekenhuizen werkzame verpleegkundigen heeft een specialisatie gedaan.
- 3 *Medisch ondersteunende functies* Dit zijn mensen die artsen ondersteunen bij hun werk in het ziekenhuis. Voorbeelden zijn operatie assistenten, anesthesie medewerkers en radiotherapeutisch laboranten.

In deze drie groepen doen zich personeelstekorten voor. Uit een onderzoek van Prismant blijkt dat voor alle branches in de zorgsector een tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden (inclusief gespecialiseerde verpleegkundigen) van 6,9% (+/- 33000) werknemers wordt verwacht in 2005. In de ziekenhuizen zal het tekort oplopen van 1,6% in 2001 tot een tekort van 2,0% (+/- 3000) in 2005.² De beschikbare cijfers over de tekorten zijn niet uitgesplitst naar tekorten aan *verpleegkundigen* en *gespecialiseerde verpleegkundigen*.

Bij de analyse van de oorzaken van deze tekorten kijkt de werkgroep naar toetredingsbelemmeringen en knelpunten in de instroom in de opleidingen, de instroom in het vak, de beroepsuitoefening en de uitstroom uit het vak. Daarnaast is er een relatie tussen de in- en uitstroom in de drie beroepsgroepen die in dit rapport worden bekeken. Een verpleegkundige die instroomt in de opleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige of tot een medisch ondersteunende functie is niet meer beschikbaar als “gewone” verpleegkundige maar blijft wel behouden als “handen aan het bed”. Deze verschuiving komt niet terug in de uitstroom cijfers omdat deze cijfers het totale aantal verpleegkundigen en verzorgenden beschrijven.



Figuur 1: Instroom in verschillende functies en onderlinge relaties

² Regiomarge 2001, Een arbeidsmarktverkenning van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogen, Prismant, januari 2002

2.1 Instroom in de opleidingen

De instroom in de opleidingen voor *verpleegkundigen en verzorgenden* vertoont de afgelopen jaren een wisselend beeld. De instroom bestaat naast schoolverlaters uit zij-instromers (mensen die uit een ander vakgebied een zorgopleiding willen gaan volgen) en specifieke doelgroepen (zoals allochtonen en herintreders). Uit een enquête van Prismant onder opleidingsinstituten blijkt dat in het schooljaar 2000-2001 de totale instroom van leerlingen met 6% is toegenomen, terwijl er in het jaar 1999-2000 een daling van 13% was. De HBO-V opleiding kampt echter al een aantal jaren met een dalende instroom. In het schooljaar 2000-2001 is de instroom in de voltijdopleiding voor HBO-V gedaald met 20% en in de duale opleiding met 7%. De werkgroep heeft geen gegevens over instroom in HBO- en MBO-opleidingen voor andere beroepen verzameld. Het studierendement van opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden ligt gemiddeld op 60% (5 jaar na start van de opleiding). Dit is vergelijkbaar met MBO- en HBO-opleidingen voor andere beroepen. Het studierendement is gedefinieerd als het deel van de leerlingen, dat de opleiding binnen een bepaalde termijn daadwerkelijk afrondt.

Opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden kunnen worden gevolgd op HBO niveau bij HBO-instellingen en op MBO-niveau bij regionale opleidingscentra. Er is geen instroombeperking voor deze opleidingen. Leerlingen kunnen kiezen voor een leren en werken variant (voltijd/BOL) waarbij ze stage lopen bij instellingen of een werken en leren variant (dual/BBL), waarbij ze in dienst zijn van een instelling maar wel externe stages lopen bij andere instellingen. In de HBO-opleiding is de leren en werken variant het meest populair (80% kiest voor voltijd in 1999). In de MBO opleiding wordt de werken en leren variant geprefereerd (60% kiest voor BBL in 1999).

Stageplaatsen

Als een school een leerling aanneemt, moet de school een stageplaats voor deze leerling garanderen. De school kan besluiten slechts een beperkt aantal leerlingen aan te nemen als de school onvoldoende stageplaatsen ter beschikking heeft. Uit onderzoek naar de kosten en baten van stage- en leerlingplaatsen blijkt dat er regionale fricties zijn tussen vraag en aanbod naar stageplaatsen. In sommige regio's is een tekort aan stageplaatsen ontstaan, in andere juist een overschot. Ook blijkt het niet altijd mogelijk een stageplaats te vinden in de specialisatie richting, die de leerling heeft gekozen.³ In de enquête naar instroomcijfers over het schooljaar 2000-2001 geven instellingen aan moeite te hebben om stageplaatsen te vinden. Bij een grotere instroom van leerlingen in de toekomst zou deze stageproblematiek ertoe kunnen leiden dat scholen niet alle leerlingen kunnen aannemen. Na het met goed gevolg afronden van de opleiding kunnen verpleegkundigen en verzorgenden solliciteren op een functie in het ziekenhuis. Leerlingen die een "werken en leren"-variant hebben gekozen hebben al een leer/arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis, deze kan worden omgezet in een arbeidsmarktovereenkomst na het afronden van de opleiding.

Opleidingen voor gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies

Over de instroom in opleidingen voor gespecialiseerde verpleegkundige en medisch ondersteunende functies zijn weinig gegevens bekend. Uit recent onderzoek van de NVZ blijkt dat de instroom in de opleidingen voor operatie en anesthesie assistent de afgelopen jaren is gestegen. Uit verschillende gesprekken met mensen uit het veld blijkt dat er voldoende leerlingen zijn voor de opleidingsplaatsen die ziekenhuizen aanbieden. Alleen ziekenhuizen bieden opleidingen tot gespecialiseerde verpleegkundige en medisch ondersteunende functies aan. Het ziekenhuis bepaalt het aantal opleidingsplaatsen. De leerlingen solliciteren op een opleidingsplaats op een bepaalde afdeling. Na afronding van de opleiding kunnen ze in de meeste gevallen op de afdeling blijven werken. De vervolgoopleidingen voor verpleegkundigen zijn alleen toegankelijk voor ver-

³ *Kosten en baten van stage- en leerlingplaatsen voor zorginstellingen*, Stichting Economisch Onderzoek, Amsterdam, oktober 2001

pleegkundigen. De opleidingen voor medisch ondersteunende functies zijn toegankelijk voor schoolverlaters en verpleegkundigen. Uit een studie naar de opleidingen voor spoedeisende hulp verpleegkundige uit 2001 blijkt dat het studierendement op 90% en het beroepsrendement zelfs op 100% ligt. Het beroepsrendement is gedefinieerd als het percentage afgestudeerden dat op een gekozen moment na afronding van de opleiding in de sector werkzaam is. Voor IC verpleegkundigen ligt het studierendement op 85%.⁴ Voor operatie assistenten ligt het studierendement op 67% en voor anesthesie assistenten op 80%.⁵

De verschillen in de organisatie van deze opleidingen is van wezenlijk belang bij de analyse van de instroom in het vak. Iemand die een opleiding tot verpleegkundige wil gaan volgen, zal na toetsing van bepaalde vooropleidingseisen, worden toegelaten. Iemand die een vervolgopleiding tot verpleegkundige of een opleiding tot een medisch ondersteunende functie wil gaan volgen, kan deze alleen volgen als er een opleidingsplaats vrij is en hij deze na een sollicitatie krijgt toegewezen.

2.2 Instroom in het vak

De instroom in het vak van *verpleegkundige en verzorgende* bestaat uit:

- verpleegkundigen die net hun opleiding hebben afgerond;
- herintreders, die na enige tijd terugkeren in het vak en
- buitenlandse werknemers met een opleiding tot verpleegkundige of verzorgende.

Het afronden van de opleiding leidt niet altijd tot instroom in het vak. Dit wordt aangegeven door het beroepsrendement van de opleiding. Metingen van Van Eijs en Jacob-Tacke 1,5 jaar na afstuderen over de afstudeerjaren 1997, 1998 en 1999 geven een gemiddeld beroepsrendement van 54% aan.⁶ Schattingen uit een onderzoek van Prismant over 2001 geven aan dat het beroepsrendement van de Duaal/BBL-opleidingen direct na afstuderen op 95% liggen. Het beroepsrendement van de Voltijd/BOL opleidingen ligt lager en vertoont een wisselend beeld per opleidingstype. Voor HBO-verpleegkundige met een voltijd-opleiding ligt dit rendement op 85%, voor MBO-verpleegkundigen met een BOL-opleiding op 37%. Dit lage rendement in deze laatste groep wordt veroorzaakt doordat veel MBO-verpleegkundigen doorstromen naar een zorgopleiding op een hoger niveau. Deze verpleegkundigen gaan dus in principe niet verloren als arbeidskracht voor de zorg.

De instroom in het vak van *gespecialiseerde verpleegkundigen* bestaat uit:

- verpleegkundigen die als leerling instromen om zich te specialiseren;
- herintreders met een specialistische opleiding en
- buitenlandse gespecialiseerde verpleegkundigen.

De instroom in *medisch ondersteunende functies* bestaat uit:

- verpleegkundigen die als leerling instromen;
- schoolverlaters en zij-instromers die als leerling instromen;
- herintreders met een opleiding voor medisch ondersteunende functies en
- buitenlandse werknemers met een opleiding voor medisch ondersteunende functies.

Er zijn geen algemene gegevens over het beroepsrendement voor deze opleidingen. Wel is bekend dat het overgrote deel van degenen die de opleiding afronden stromen in op de afdeling waar ze zijn opgeleid.

De in- en uit stroom in deze drie vakken is onderling gerelateerd. Alleen verpleegkundigen kunnen een opleiding tot gespecialiseerd verpleegkundige gaan volgen. De instroom in opleidingen voor medisch ondersteunende functies is niet voorbehouden aan verpleegkundigen. Als toetre-

⁴ *IC-verpleegkundigen op koers*, Prismant, juni 2000, *Spoedeisende hulp verpleegkundigen*, Prismant, voorjaar 2001

⁵ *Inspanning beloond, onderzoek naar de arbeidsmarkt voor operatie assistenten en anesthesie medewerkers*, Prismant, maart 2002.

⁶ *De aansluiting tussen opleiding en beroepspraktijk in de zorg- en welzijnssector*, Eijs en Jacob-Tacke, OSA, Tilburg, 2001

dingseis voor deze opleidingen wordt een havo diploma gesteld met bij voorkeur het profiel natuur en gezondheid.

Van schoolverlater tot Intensive Care verpleegkundige: een voorbeeld

Carly komt net van school, en wil *verpleegkundige* worden. Ze heeft havo gedaan en kiest voor de HBO-V opleiding. Om op de HBO-V opleiding te kunnen worden toegelaten moet ze biologie in haar vakkenpakket hebben. Ze kan kiezen om de hele week naar school te gaan en stages te lopen of alvast bij een ziekenhuis te gaan werken en één dag per week naar school te gaan. Omdat ze nog niet meteen echt wil gaan werken kiest ze voor de leren en werken variant (voltijd-opleiding). Carly loopt stage in een ziekenhuis en een verpleegtehuis. Het was best moeilijk om een stageplek in het ziekenhuis te vinden. Tijdens de stage was er een aardige verpleegkundige die haar begeleidde, alleen jammer dat ze zo weinig tijd voor Carly had. Op het moment dat Carly het gevoel had dat ze een beetje was ingewerkt en gewend aan de afdeling, was de stage al weer afgelopen. Carly loopt ook nog stage in een verpleegtehuis en een psychiatrisch ziekenhuis. De stage in het ziekenhuis beviel haar het beste, daarom solliciteert ze na afloop van haar studie van vier jaar naar een baan in het ziekenhuis. Het werk bevalt haar op zich goed. Het valt haar tegen dat ze als HBO-er dezelfde taken krijgt als een MBO-verpleegkundige en dat de werkdruk hoog is. Na een paar jaar werken als verpleegkundige wil ze een carrière stap maken. Carly solliciteert op een opleidingsplaats voor *Intensive Care verpleegkundige* in een ander ziekenhuis. Er zijn tien sollicitanten voor de plek maar zij wordt aangenomen. De opleiding duurt 18 maanden. In die periode gaat Carly een dag per week naar school, op de andere dagen wordt ze begeleid door een ervaren Intensive Care verpleegkundige. Tijdens de opleiding behoudt ze haar verpleegkundige salaris. Na afloop van de opleiding blijft ze op de Intensive Care werken en krijgt ze een hoger salaris.

2.3 Beroepsuitoefening

Bij een onderzoek naar de instroom in opleidingen en het vak van verpleegkundige en de uitstroom is het ook van belang te kijken naar de beroepsuitoefening: hoe ervaren mensen hun werk, welke knelpunten zijn er? Uit verschillende onderzoeken blijkt dat ontevredenheid wordt veroorzaakt door het gebrek aan carrièreperspectieven (toegang tot vervolgoopleidingen, door-groei mogelijkheden naar senior- en managementfuncties) en door de arbeidsvoorwaarden (werkdruk, salaris, kinderopvang, flexibele werktijden loopbaanbegeleiding, functioneringsgesprekken). In 2000 gaf 56% van de vertrekkers aan dat hun vertrek voorkomen had kunnen worden als het werken voor hen aantrekkelijker was gemaakt.⁷ Hoge werkdruk en weinig taakautonomie zijn de belangrijkste arbeidsrisico's in de ziekenhuizen.⁸ Uit de arbeidsomstandighedenmonitor van CBS (2000) blijkt dat in de sector zorg en welzijn vaker onder tijdsdruk wordt gewerkt en dat deze werkdruk is toegenomen in de periode 1996-1999.

Uit een onderzoek van Prismant naar de arbeidsbeleving onder medewerkers in ziekenhuizen (artsen, verpleegkundigen en ondersteunende medewerkers) blijkt echter dat 80% van de werknemers tevreden is met het werk zelf en de organisatie waarin ze werken. Daarbij hechten medewerkers het grootste belang aan de inhoud van het werk, op de voet gevolgd door werkdruk, roosters en arbeidsomstandigheden en mogelijkheden voor persoonlijke ontwikkeling. In de groep werknemers tot 25 jaar staat persoonlijke ontwikkeling op de eerste plaats. Uit dit onderzoek blijkt ook dat er een relatie is tussen ziekteverzuim en de tevredenheid met het werk.⁹ Het verzuim in de ziekenhuissector lag in 2001 op 6,3% (exclusief zwangerschapsverlof). Het ziekteverzuim in de sector verpleging en verzorging was in 2000 bijna anderhalf maal hoger dan het landelijk gemiddelde (7,2% vs. 5,2%). In 2001 is het ziekteverzuim in de zorg sterker

⁷ *Verpleging en verzorging in kaart gebracht*, LCVV 2001

⁸ *Arbeidsrisico's, gezondheidsklachten en ziekteverzuim binnen branches*, S. van Binnendijk en C.G.I. van Deursen, 2001

⁹ *Personeel in beeld*, Prismant, januari 2002

gedaald (van 7,2% naar 6,8%) dan het landelijk gemiddelde (van 5,2% naar 5,1%).¹⁰ Naast ziekte worden ontevredenheid met de inhoud van het werk (gebruik eigen capaciteiten, sociaal klimaat, opleiding en perspectief), hoge werkdruk en problemen met leidinggevende aangegeven als redenen voor het verzuim.¹¹

Uit de verschillende onderzoeken en gesprekken met vertegenwoordigers uit het veld komt naar voren dat de beroepsuitoefening van invloed is op het oordeel dat mensen geven over hun werk en aanleiding kan zijn voor de teruglopende instroom, verzuim of vertrek uit het vak. Het gaat dan om factoren als de inhoud van het werk, de werkdruk en ontplooiingsmogelijkheden.

2.4 Uitstroom uit het vak

In 2000 verliet 5,4% van de verpleegkundigen en verzorgenden de sector (ziekenhuizen, verpleegtehuizen, thuiszorg etc). Deze uitstroom neemt naar verwachting af tot 5,2% in 2005.¹² Voor de ziekenhuizen wordt in de periode tot 2005 een uitstroom van 2,9% per jaar verwacht. Het verloop in de ziekenhuizen ligt daarbij lager dan in andere zorginstellingen. Onder uitstroom wordt verstaan mensen die het vak verlaten. Dit kan zijn omdat ze met pensioen gaan, thuis gaan zorgen voor kinderen (soms in combinatie met zorg voor oude ouders), in een andere sector gaan werken of arbeidsongeschikt zijn geraakt. Het grootste deel vertrekt vrijwillig ofwel om in een andere baan aan de slag te gaan ofwel om in z'n geheel te stoppen met werken. In 2000 gaf 56% van de vertrekkers aan dat hun vertrek voorkomen had kunnen worden als er betere mogelijkheden zouden zijn geweest voor ontplooiing, meer perspectief op een loopbaan kon worden gegeven of als zij meer voldoening uit hun werk hadden kunnen halen.¹³

2.5 Oorzaken tekorten

In dit rapport wordt een nadere analyse gegeven van de oorzaken van de tekorten aan verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunenden en worden mogelijke oplossingen beschreven. De werkgroep kijkt naar mogelijke belemmeringen in de instroom in de opleiding, bij de instroom in het vak en naar belemmeringen in de beroepsuitoefening en hun relatie met uitstroom uit het vak. Daarbij zijn er oorzaken te onderscheiden die voor alle drie de beroepsgroepen gelden en oorzaken, die alleen voor één groep gelden.

Uit verschillende onderzoeken en gesprekken komt naar voren dat problemen in de beroepsuitoefening een oorzaak kunnen zijn van de tekorten aan verpleegkundigen. Deze problemen zitten vooral in de arbeidsvoorwaarden (werkdruk, salaris, kinderopvang, flexibele werktijden loopbaanbegeleiding, functioneringsgesprekken) en de carrièreperspectieven (toegang tot vervolgoopleidingen, doorgroei mogelijkheden naar senior en managementfuncties). De beroepsgroep zelf is vrij tevreden over het werken in de zorg, het zijn vooral de mensen die niet instromen of uitstromen (deels door ziekte), die aangeven niet tevreden te zijn. Wel blijkt dat in ziekenhuizen waar veel aan personeelsbeleid wordt gedaan, het ziekteverzuim lager ligt en men gemakkelijker mensen vindt. Ook voor medisch ondersteunende functies en gespecialiseerde verpleegkundigen blijken ontevredenheid met de arbeidsvoorwaarden en het gebrek aan carrière perspectieven redenen te zijn om het vak te verlaten. Dit blijken echter geen redenen te zijn om niet in deze opleidingen in te stromen. Dat er te weinig gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies worden opgeleid, wordt veroorzaakt doordat de ziekenhuizen te weinig opleidingsplaatsen aanbieden. Het animo voor deze opleidingen is groot: alle aangeboden opleidingsplaatsen worden gevuld.

Bij het aandragen van mogelijke oplossingen voor de gesignaleerde knelpunten en toetredingsbelemmeringen heeft de werkgroep gekeken welke publieke belangen geborgd worden met het

¹⁰ cijfers Vernet verzuimnetwerk, www.vernet.nl, 2002

¹¹ *Arbeid in zorg en welzijn*, Integrerend OSA-rapport, 2001

¹² *Regiomarge 2001*, Prismant

¹³ *Verpleging en verzorging in kaart gebracht*, LCVV, 2001

hebben van voldoende gekwalificeerd personeel in de ziekenhuizen. De werkgroep hanteert als uitgangspunt dat de werkgevers verantwoordelijk zijn voor het aantrekken van voldoende personeel. Werkgevers en opleidingsinstituten zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het creëren van voldoende stageplaatsen. De kwaliteit van de zorg is echter een publiek belang, dat de overheid wil borgen. Deze kwaliteit kan alleen gegarandeerd worden als er voldoende gekwalificeerd personeel is. De werkgevers zijn verantwoordelijk voor het aantrekken en behouden en deels zelf opleiden van voldoende gekwalificeerd personeel. Gezien het publieke belang, dat hiermee gediend wordt, speelt de overheid daarin een ondersteunende en faciliterende rol.

3 Werken als verpleegkundige en verzorgende in het ziekenhuis

De zorgsector blijft de komende jaren geconfronteerd met personeelstekorten. De vraag naar verpleging en verzorging wordt groter en de instroom van nieuwe medewerkers blijft achter. Daarnaast vindt uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden plaats door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid of doordat mensen een ander vak kiezen. In dit hoofdstuk wordt een beschrijving van het probleem gegeven en worden antwoorden gezocht op de vraag: hoe het vak van verpleegkundige en verzorgende aantrekkelijker gemaakt kan worden?

3.1 De vraag naar verplegend en verzorgend personeel

In 2001 werkten in de totale zorg- en welzijnssector naar schatting 533.400 mensen in functies in de verpleging, verzorging en het sociaal-pedagogisch werk. Al met al gaat het om ongeveer 135.000 verpleegkundigen (niveau 4 en 5), 185.000 verzorgenden (niveau 1,2 en 3), 90.000 sociaal pedagogisch opgeleiden (niveaus 2 t/m 5) en 123.000 personen die geen van voornoemde opleidingen achter de rug hebben (anders opgeleiden). Het aantal moeilijk vervulbare vacatures in de totale zorg- en welzijnssector bedroeg in 2001 7.000 plaatsen (1,3%). In de ziekenhuizen (inclusief de sector geestelijke gezondheidszorg) werkten in 2001 naar schatting 101.600 mensen in functies in de verpleging, verzorging en het sociaal-pedagogisch werk. Het gaat dan om ongeveer 85.500 verpleegkundigen (niveau 4 en 5), 9.000 verzorgenden (niveau 1, 2 en 3), 1.400 sociaal pedagogisch opgeleiden in de geestelijke gezondheidszorg (niveau 4 en 5) en 5.700 personen die geen van voornoemde opleidingen achter de rug hebben (anders opgeleiden). Het aantal moeilijk vervulbare vacatures in de ziekenhuizen bedroeg in 2001 1.600 plaatsen (1,6%).

Uit de arbeidsmarktverkenning 'RegioMarge 2001' van Prismant worden in de ziekenhuizen in de periode 2002 – 2005 de volgende tekorten bij de kwalificatieniveaus verwacht:

Jaar	Vpl 5	Vpl 4	Vz 3 ig	Vz 3	Hlp 2	Totaal	Totaal in %
2002	75	356	272	29	272	1003	1,3
2003	-11	-332	441	40	493	631	0,8
2004	155	-227	604	50	706	1237	1,6
2005	325	-378	698	54	880	1579	2

Tabel 1: Verwachte tekorten in ziekenhuizen (personen, absoluut)

Uit eerdergenoemde arbeidsmarktverkenning worden voor de totale zorgsector (ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg) en de welzijnssector in dezelfde periode de volgende tekorten bij de kwalificatieniveaus verwacht:

Jaar	Vpl5	Vpl4	Vz3ig	Vz3	Hlp2	Zhlp1	SPH5	SPW4	SPW3	HW2	Totaal	Totaal in %
2002	969	2388	2953	1911	2367	1067	-551	-1427	1056	-2	10732	2,5
2003	1394	2494	4872	3099	4216	1678	-1143	-1442	2638	17	17825	4,0
2004	2147	3245	6595	4426	6189	2400	-1165	856	4287	115	29094	6,3
2005	2730	3220	7177	4681	7547	2609	-1446	1111	5012	-42	32599	6,9

Tabel 2: Verwachte tekorten in de zorgsector en welzijnssector (personen, absoluut)

Vpl = verpleegkundige; Vz3ig = verzorgende individuele gezondheidszorg; Vz = verzorgende; Hlp = helpende;

Zhlp = zorghulp; SPH = sociaal pedagogisch hulpverlener; SPW = sociaal pedagogisch werker; HW = helpende welzijn

3.2 Oorzaken van de tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden

De oorzaken van tekorten aan verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen zijn te onderscheiden in 2 categorieën:

1. te weinig instroom in het vak,
2. te grote uitstroom uit het vak.

3.2.1 Te weinig instroom in het vak

De instroom in het vak wordt bepaald door de instroom van schoolverlaters en ongekwalificeerde werknemers in de zorgopleidingen en door herintreders en buitenlandse werknemers, die al gekwalificeerd zijn voor het vak.

Instroom schoolverlaters en ongekwalificeerde werknemers in zorgopleidingen

Voor de initiële opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden (V&V opleidingen) bestaat geen beperking bij toelating, afgezien van de wettelijke vooropleidingseisen.

Schooljaar	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000/2001
Niveau 5	2.905	2.899	2.436	2028
Niveau 4	4.297	5.976	4.781	5233
Niveau 3	7.662	8.391	7.085	7505
Niveau 2	3.500	3.397	2.656	3326
Niveau 1	-	-	900	1265
Totaal	18.364	20.663	17.858	19.357

Tabel 3: Instroom in de initiële opleidingen voor verpleging en verzorging (Bronnen: Arbeid in Zorg en Welzijn, Integrerend OSA-rapport 2001, p. 223, Prismant, Regiomarge 2001)

De instroom in deze opleidingen vertoont van jaar tot jaar een wisselend beeld. Uit een enquête uitgevoerd door Prismant blijkt dat de instroom in de opleidingen voor verpleegkundige en verzorgende in het schooljaar 2000 – 2001 met ruim 8% is toegenomen ten opzichte van het schooljaar 1999 – 2000. In het schooljaar 1999 – 2000 was er sprake van een daling bij alle niveaus, in het schooljaar 2000 – 2001 geldt dit alleen voor niveau 5. De andere niveaus laten in 2000-2001 een lichte (niveau 3 en 4) tot aanzienlijke (niveau 2) stijging zien. Er zijn geen cijfers beschikbaar over de instroom in MBO-opleidingen voor andere beroepen in 2001. Wel blijkt uit metingen van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen dat het aantal leerlingen in MBO-opleidingen in 2001 met ruim 3% gestegen is ten opzichte van 2000. Het aantal leerlingen in zorg- en welzijnopleidingen op MBO-niveau is in 2001 met 4% gestegen. Ondanks de aantrekkelijke instroom in het studiejaar 2000 – 2001 is de instroom van de afgelopen jaren in de opleidingen niet voldoende om aan de vraag naar verpleegkundigen en verzorgenden te voldoen.

De oorzaak van een tekort schietende instroom is een complex van factoren. Schoolverlaters zien het vak verpleegkundige als eindstation en zien te weinig mogelijkheden om door te stromen naar hogere functies of vervolgoopleidingen. Ook hebben ze een negatief beeld van de werkdruk en het salaris. Het werk in de zorgsector spreekt jongeren mogelijk te weinig aan op hun drijfveren en interesses, zoals het dragen van eigen verantwoordelijkheid, mogelijkheden voor zelfontplooiing en scholing en het kunnen veranderen van werkomgeving.¹⁴ De instroom in de zorgopleidingen wordt niet alleen bepaald door het aanbod van leerlingen uit het regulier onderwijs, maar ook door ongekwalificeerde werknemers die een opleiding gaan volgen (zij-instromers en mensen uit specifieke doelgroepen zoals allochtonen). Zij volgen meestal de Duaal/BBL-opleiding. Er zijn geen gegevens bekend omtrent de omvang van deze groep.

¹⁴ *De arbeidsmarkt in de collectieve sector 2002*, Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijksrelaties, februari 2002

Stageplaatsen

In het opleidingsstelsel neemt de beroepspraktijkvorming (BPV-plaatsen) een belangrijke plaats in. De werkgroep signaleert echter wel knelpunten rondom de kwaliteit en kwantiteit van deze plaatsen. Het aanbod van BPV-plaatsen sluit niet aan op de vraag. Deze mismatch heeft zowel betrekking op de plaats zelf als op het soort plaats en de kwaliteit van begeleiding. Dit heeft tot gevolg dat studenten moeten uitwijken naar andere regio's of naar het buitenland. Een ander gevolg is dat studenten zich niet gewaardeerd voelen tijdens de stage en niet in de betreffende zorginstelling blijven werken na hun stage. Er worden verschillende oorzaken genoemd met betrekking tot de knelpunten rondom de kwaliteit en kwantiteit van de BPV-plaatsen:¹⁵

- Zorginstellingen hebben door de hoge werkdruk te weinig begeleidingscapaciteit beschikbaar.
- Ziekenhuizen geven aan dat de stages in de Voltijd/BOL- opleidingen te kort zijn om stagiaires effectief mee te kunnen laten draaien in het ziekenhuis.
- Het is soms lastig om een stageplaats te vinden voor een bepaalde door de student gekozen differentiatie (bijvoorbeeld differentiatie "moeder en kind").
- Duaal/BBL leerlingen hebben moeite een externe stageplaats te vinden, terwijl dit vanuit de breedte van de opleiding wordt vereist. Dit is een stageplaats buiten de zorginstelling waarmee een leerarbeidsovereenkomst is gesloten (een duaal/BBL leerling in het ziekenhuis gaat bijvoorbeeld stage lopen in de thuiszorg). In praktijk wordt hier creatief mee omgesprongen.
- In een aantal regio's kan de beperkte samenwerking tussen opleidingsinstellingen en zorginstellingen ertoe leiden dat BPV-plaatsen onvoldoende worden benut. Soms reserveren onderwijsinstellingen BPV-plaatsen bij een zorginstelling zonder dat ze worden benut. Een aantal zorginstellingen laat alleen deelnemers toe van één onderwijsinstelling vanwege ervaren verschillen tussen onderwijsinstellingen.
- In regio's waarin relatief veel opleidingsinstellingen bij elkaar zitten ontstaat concurrentie tussen de opleidingsinstellingen voor het vinden van stageplaatsen bij de zorginstellingen in de regio.
- De HBO-V stagiaires krijgen vaak dezelfde taken en begeleiding als MBO-V stagiaires. HBO-studenten raken hierdoor gedemotiveerd. Ze hebben het gevoel dat ze onder hun niveau werken.

Herintreders

Uit onderzoek van Prismant is gebleken dat 36.000 ex-verpleegkundigen en verzorgenden onder bepaalde voorwaarden wel weer in de zorg willen werken. Deze voorwaarden voor herintreding hebben te maken met passende werktijden, een werkweek die overeenkomt met hun wensen en de aanwezigheid van faciliteiten voor her- en bijscholing. Op basis van dit onderzoek is het project 'Hard Nodig' gestart met als doel om door middel van regionale wervingscampagnes herintreders extra te laten instromen in de zorg in de periode 2001 – 2004. Extra houdt in: boven op de reguliere instroom van ca. 7000 herintreders per jaar die er nu al is. Tot de doelgroep behoren niet alleen herintreders (mensen die ooit in de zorg hebben gewerkt), maar ook zij-instromers (mensen zonder werkervaring in de zorg). Het uiteindelijke doel van het project is het plaatsen van de herintreder of zij-instromer op een arbeidsplaats in de zorgsector.

De resultaten van dit project zijn op dit moment nog niet bekend, omdat de wervingscampagne nog niet alle regio's is gestart. Het is wel bekend dat werkgevers en herintreders moeite hebben om het eens te worden over de werktijden, wat de instroom bemoeilijkt. Ook zijn de herintreders vaak te laag opgeleid voor de functies die openstaan.

¹⁵ *Een hoop gedoe*, Prismant, augustus 2001, *Take 5*, visitatierapport HBO-V, mei 2001

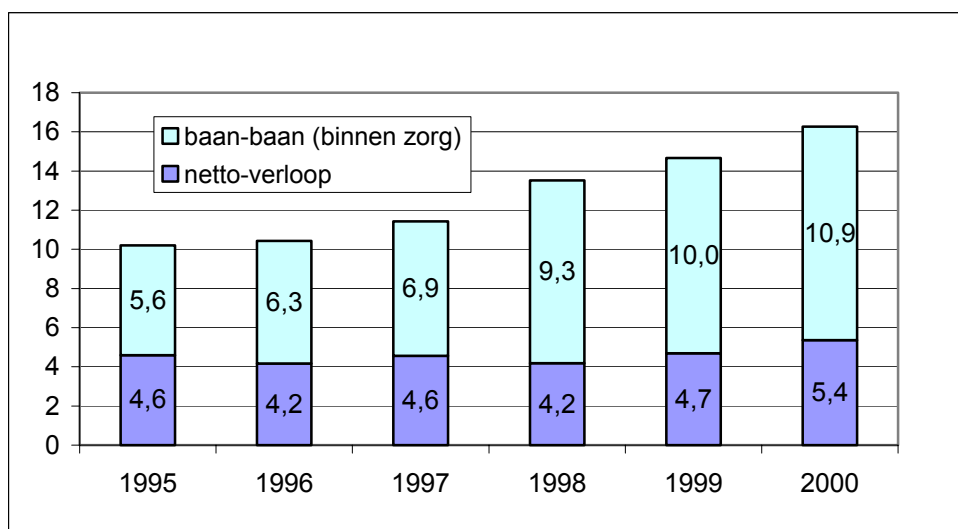
Buitenlandse werknemers

Het lange termijn beleid van het kabinet om het tekort aan verpleegkundigen aan te pakken is gericht op het benutten van het arbeidspotentieel in Nederland.

Op de korte termijn worden buitenlandse werknemers aangetrokken om een deel van de tekorten weg te nemen. In 2000 is in het kader van de Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorg een aantal afspraken geformuleerd om de werving van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden buiten de EER in goede banen te leiden. Deze afspraken zijn ingegaan per 1 juli 2000 voor een periode van vier jaar. In het voorjaar van 2002 heeft een evaluatie van deze afspraken plaatsgevonden. In deze evaluatie worden aanbevelingen gedaan om de toetsing van sommige afspraken te verbeteren.¹⁶ Een werkgever dient aan een aantal voorwaarden te voldoen om een tewerkstellingsvergunning te verkrijgen voor een werknemer van buiten de EER. De werkgever dient onder meer aan te tonen dat er in voldoende mate, maar zonder succes eerst in Nederland en de EER is geworven. In een zorginstelling mag maar een bepaald deel van de werknemers van buiten de EER komen. Dit quotum loopt af van 3% in 2000 tot 1,5 % in 2004. De tewerkstellingsvergunning wordt verleend voor één jaar en kan maximaal met één jaar worden verlengd. Ook zijn er voorwaarden gesteld aan een goede begeleiding van de buitenlandse werknemer in Nederland, inclusief scholing, opleiding en begeleiding. Het effect van het aantrekken van werknemers van buiten de EER is vooralsnog beperkt. Sedert de inwerkingtreding van de beleidsregels zijn in 2000 en 2001 in totaal respectievelijk 97 en 116 tewerkstellingsvergunningen verstrekt. Uit verschillende interviews met mensen uit het veld en artikelen blijkt dat vooral het inwerken van buitenlandse werknemers en het wennen aan het Nederlandse zorgsysteem tijd en moeite kost.

3.2.2 Te grote uitstroom uit het vak

Alle branches in de zorgsector hebben in de afgelopen jaren te maken gehad met een toegenomen bruto verloop (vertrek uit een baan). Ook het netto verloop (vertrek uit de zorgsector) is van 1995 – 2000 langzaam toegenomen, zij het minder dan het bruto verloop. In 2000 ligt het bruto verloop op 16,3% en het netto verloop op 5,4% wat betekent dat 5,4% van het personeel de zorg verlaat. Het resterende percentage van het bruto verloop in de zorgsector (10,9%) bestaat uit zogenaamde baan-baan mobiliteit waarbij werknemers één baan in de zorg inruilen voor een andere baan in de zorg en dus voor de sector behouden blijven. In de totale economie ligt het bruto verloop in 2000 op 17,5% en het netto verloop op 7,4%.



Figuur 2: Het verloop van verpleegkundigen en verzorgenden naar richting in procenten

¹⁶ De CAZ-afspraken ten aanzien van werving en te werkstelling van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden van buiten de EU, rapportage werkgroep buitenlandse verpleegkundigen, sectorfondsen zorg en welzijn, maart 2002

Bron: Prismant RegioMarge 2001, een arbeidsmarktverkenning

Uitstroom bestaat uit mensen die de zorg verlaten bijvoorbeeld om met pensioen te gaan, of omdat ze stoppen met werken om voor kinderen te gaan zorgen of om buiten de zorg te gaan werken. Uit gegevens over het jaar 1998 blijkt dat van het brutoverloop van 13,5 %, 9,2% vrijwillig is vertrokken en van 2,1 % het tijdelijk contract niet is verlengd. In de totale economie ligt het percentage dat vrijwillig vertrekt lager (7%). De aandelen van vertrek naar de WAO (0,5%), VUT/pensioen(0,5%) en gedwongen ontslag (0,4%) zijn zeer beperkt. Van de werknemers die vertrekken in de periode 1995-2000 gaat een steeds groter deel aan de slag in een andere baan (zowel binnen als buiten de zorg). In 2000 gaf 56% van de vertrekkers aan dat hun vertrek voorkomen had kunnen worden als er betere mogelijkheden zouden zijn geweest voor ontplooiing, meer perspectief op een loopbaan kon worden gegeven of als zij meer voldoening uit hun werk hadden kunnen halen.¹⁷

Het ziekteverzuim in de sector verpleging en verzorging was in 2000 bijna anderhalf maal hoger dan het landelijk gemiddelde (7,2% vs. 5,2%). Werknemers in de zorgsector geven hiervoor de hoge werkdruk (20%) en problemen met de leiding of collega's (9%) aan. De werkgroep heeft geen gegevens over de oorzaken voor verzuim in andere sectoren verzameld. Uit een onderzoek van Prismant over arbeidsbeleving van personeel in het ziekenhuis blijkt dat 80% van het personeel tevreden is met het werk en de organisatie. De inhoud van het werk en voor jonge medewerkers de mogelijkheden voor persoonlijke ontwikkeling zijn de belangrijkste kenmerken waar werknemers hun werk op beoordelen. Op de tweede plaats staan werkdruk, roosters en arbeidsomstandigheden.¹⁸

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat een te groot deel van de verpleegkundigen en verzorgende het vak verlaat om redenen die met de beroepsuitoefening te maken hebben (bijvoorbeeld arbeidsomstandigheden en gebrek aan carrièreperspectief). Bij arbeidsomstandigheden gaat het om mogelijkheden voor scholing, deeltijdwerk en kinderopvang. In veel zorginstellingen bestaan er weinig mogelijkheden om de arbeidssituatie aan te passen aan de wensen van de werknemers. Werknemers willen bijvoorbeeld parttime werken en hebben kinderopvang nodig ook op onregelmatige tijden. Daarnaast geven verpleegkundigen en verzorgenden aan te weinig invloed te hebben op de inhoud en organisatie van hun eigen werk.

Voor verpleegkundigen en verzorgenden zijn er weinig carrière perspectieven. De doorgroei mogelijkheden op basis van ervaring zijn zeer beperkt, ook financieel. Om andere werkzaamheden te kunnen gaan verrichten moet meestal een vervolgopleiding worden gevolgd. Er is slechts een beperkt aantal opleidingsplaatsen voor specialisaties beschikbaar. Een deel van de verpleegkundigen kan doorstromen naar een managementfunctie.

De uitstroom van HBO-verpleegkundigen wordt naast bovenstaande knelpunten, veroorzaakt door twee specifieke knelpunten voor deze groep. In het werkveld wordt geen onderscheid gemaakt in werkzaamheden voor MBO- en HBO-verpleegkundigen. Ook de salariering van HBO- en MBO-verpleegkundigen is gelijk. In de praktijk stromen HBO-verpleegkundigen wel sneller door naar hogere functies of vervolgopleidingen.

3.3 Lopende initiatieven en aanbevelingen van de werkgroep

Aangezien de kwaliteit van de zorg een publiek belang is en deze kwaliteit alleen gegarandeerd kan worden met voldoende gekwalificeerd personeel, speelt de overheid ook een rol. Deze rol moet vooral bestaan uit het stimuleren en faciliteren van het arbeidsmarkt- en personeelsbeleid.

¹⁷ *Arbeid in Zorg en Welzijn, integrerend OSA rapport 2001*, Organisatie voor strategisch arbeidsmarktonderzoek, oktober 2001; *Verpleging en verzorging in kaart gebracht*, LCVV 2001

¹⁸ *Personeel in beeld*, Prismant, januari 2002

Onderstaand wordt een overzicht gegeven van de lopende initiatieven op dit gebied. De werkgroep geeft vervolgens aan welke oplossingen zij in aanvulling op die projecten ziet.

3.3.1 Lopende initiatieven

Bij het formuleren van arbeidsmarktbeleid hanteert het kabinet het uitgangspunt dat de primaire verantwoordelijkheid voor het oplossen van de problemen op de arbeidsmarkt bij de sociale partners en het instellingsmanagement ligt. De overheid heeft hierin een faciliterende en stimulerende rol. Ook in de CAO's worden afspraken vastgelegd over arbeidsmarktbeleid. De overheid stelt geld ter beschikking voor de CAO's waarna de sociale partners zelfstandig een CAO afsluiten. De noodzakelijke versterking van het arbeidsmarktbeleid zal dan ook moeten plaatsvinden in het overleg tussen de sociale partners en de overheid.

Het bestaande beleid bestaat uit de volgende speerpunten:

Speerpunt 1 Het aantrekkelijk maken van een loopbaan in de sector

Hierbij gaat het onder andere om het bieden van meer carrièreperspectief, daarop toegesneden functieprofielen, meer gerichte scholing en het beter mogelijk maken van het combineren van zorg en arbeid. Het gaat hierbij ook om functiedifferentiatie en in het bijzonder het creëren van een aparte functie en bijpassende beloning voor de HBO-verpleegkundige.

Speerpunt 2 Voorwaarden scheppen voor een langere gemiddelde werktijd

Het management van de zorginstellingen moet inspelen op meer gewenste flexibiliteit voor werknemers bijvoorbeeld door meer toegesneden beloningen, het bieden van kinderopvang buiten de gebruikelijke tijden, het aantrekkelijker maken van onregelmatig werken en het verminderen van de werkdruk.

Speerpunt 3 Stimuleren van de instroom

Hierbij gaat het om vergroten van het aantal stageplaatsen, het verruimen van de opleidingen door het aanbieden van op maat toegesneden verkorte trajecten, het stimuleren van herintreders en gerichte werving en opleiding onder andere doelgroepen.

Speerpunt 4 Tegengaan van uitstroom

Dat kan onder meer worden bereikt door maatregelen gericht op het voorkomen van arbeidsuitval, het verbeteren van her- en bijscholing en het bevorderen van ouderparticipatie. Daarnaast dient het terugdringen van het ziekteverzuim een topprioriteit voor het management te zijn.

Aan deze speerpunten wordt invulling gegeven in de volgende projecten:

Projecten van de sectorfondsen Zorg en Welzijn

De Sectorfondsen Zorg en Welzijn zijn op 1 januari 2001 ontstaan uit een fusie van de sectorfondsen Arbeidsmarkt-, werkgelegenheids- en Opleidingsfonds sector Zorg en Welzijn (AWO), Arbeidsmarkt-, werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden (AWOB) en Arbeidsmarkt-, werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Ziekenhuiswezen (AWOZ). Deze fondsen zijn in het begin van de jaren '90 door sociale partners opgericht in het kader van het BAZ-akkoord. De sectorfondsen Zorg en Welzijn hebben een gezamenlijk uitvoeringsbureau opgericht dat het beleid voorbereidt en uitvoert, te weten de Stichting Arbeidsmarktbeleid Zorg en Welzijn. De sociale partners in de branches hebben primair de zeggenschap over het beleid en de middelen van het sectorfonds. Het sectorfonds heeft de taak innovaties op het gebied van arbeidsmarktbeleid te stimuleren. Goed personeelsbeleid blijft de verantwoordelijkheid van de instelling zelf en slaagt alleen als de directies van de instellingen er achter staan.

Het sectorfonds SoFoKleS (Sociaal Fonds voor de Kennissector) ondersteunt het arbeidsmarkt- en opleidingsbeleid voor de universiteiten, academische ziekenhuizen en onderzoeksinstituten. Ook zijn er sectorfondsen voor de ambulancesector (SOVAM) en voor de apothekersassistenten (SBA).

De reden van de oprichting van de sectorfondsen is het tot dan toe haperende arbeidsmarktbeleid een impuls te geven en het versnipperde (flankerende) arbeidsmarktbeleid te bundelen in centra waar dit samenkwam, met als doel een bijdrage te leveren aan het structurele arbeidsmarktbeleid door tijdelijke activiteiten. De insteek is dat ze ook beleidsmatig werk doen en geen subsidiefabriek zijn.

In het kader van het regeerakkoord 1989 en het BAZ heeft het Kabinet bij de oprichting van de sectorfondsen middelen beschikbaar gesteld als onderdeel van het akkoord. Hiermee kwam een toen lopend arbeidsconflict tussen werkgevers en bonden tot een eind. In latere jaren zijn extra middelen voor de sectorfondsen beschikbaar gesteld in het kader van akkoorden met sociale partners over het arbeidsmarktbeleid (bijvoorbeeld de arbeidsmarktconvenanten CAZ en CAWJ). De sectorfondsmiddelen zijn daarmee ook onderdeel van het door sociale partners gevoerde arbeidsmarktbeleid. Dat VWS de sectorfondsen financiert en de middelen op de begroting van VWS staan, doet daar niets aan af. Uiteraard moeten de sectorfondsen wel verantwoording afleggen over de besteding van de middelen. In onderstaande tabel is te zien dat deze middelen sinds 1998 fors zijn gestegen.

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Sectorfondsmiddelen	454	11.077	23.662	26.938	32.421	57.089	46.889	48.295	45.306	72.952	116.521	203.902

Tabel 4: Groei budgetten sectorfondsen in de afgelopen jaren (bedragen in euro x 1.000)

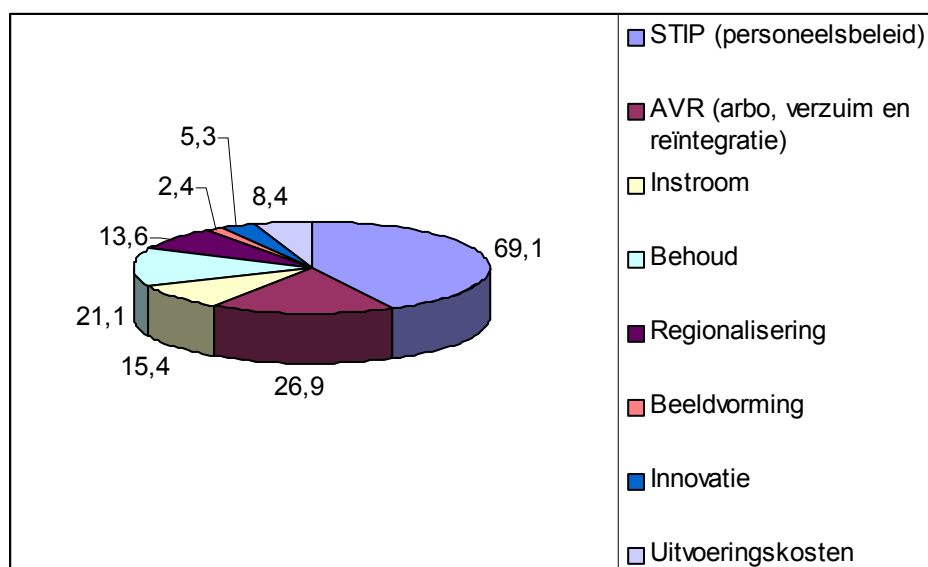
Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector (CAZ)

Werkgevers- en werknemersorganisaties, Arbeidsvoorziening en het Ministerie van VWS hebben het Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector (CAZ) afgesloten. De hoofddoelstelling van het CAZ luidt: het tekort aan verplegend en verzorgend personeel dat geraamd is op 37.500 personen in 2003 in een periode van 4 jaar terugdringen tot het niveau van de gebruikelijke frictie op de arbeidsmarkt. Dit impliceert een vermindering van het geraamde personeelstekort met in totaal 8% over de periode 2000-2004 (2% per jaar). Op grond van het Convenant is een Meerjarig Beleidskader 2000-2004 opgesteld met de volgende beleidsspeerpunten:

- Arbo, Verzuim en Reïntegratie
- Instroom van personeel
- Behoud van personeel
- Verbetering van het imago van de zorgsector
- Versterking en verbreding van de regionale infrastructuur
- Arbeidsmarktonderzoek en monitoring.

De activiteiten van het sectorfonds Zorg zijn gericht op de CAO-branches ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingstehuizen, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, thuiszorg en gezondheidscentra. Het totale budget voor de uitvoering van de projecten uit eerdergenoemd Meerjarig beleidskader, dat gebaseerd is op het CAZ bedraagt voor het jaar 2002 EUR 162 miljoen. In 1998 bedroeg het budget slechts EUR 40 miljoen. Het ministerie van VWS betaalt het budget. In 2001 vloeide 78% van het budget rechtstreeks naar de instellingen via de stimuleringsregelingen zoals de Stimuleringsregeling Integraal Personeelsbeleid (STIP) en andere instroom bevorderende regelingen.

Instellingen moeten een beleidsplan indienen om geld via de STIP regeling te krijgen en er vindt een accountantscontrole plaats op de besteding van deze gelden. Er vindt geen controle plaats op de effecten van de uitvoering van dit beleidsplan.



*Figuur 3: Bestedingsplan gelden Sectorfonds Zorg over 2002 in miljoenen euro's
Bron: Bestedingsplan Sectorfonds Zorg 2002, november 2001*

De resultaten van de eerste drie beleidsspeerpunten in de periode januari 1999 tot medio 2001 worden in een special van het sectorfonds Zorg uiteengezet.¹⁹

Arbo-, verzuim- en reïntegratiebeleid (AVR-beleid)

Op het gebied van Arbo-, verzuim- en reïntegratiebeleid (AVR-beleid) heeft het sectorfonds Zorg veel instrumenten geïmplementeerd (bijvoorbeeld arboconvenanten, arbokenniscentrum, subsidies voor hoog/laag bedden, verzuimmonitoring). De cijfers over 2001 tonen een positiever beeld dan de voorgaande jaren: het ziekteverzuim in de gehele sector en in de ziekenhuizen is gedaald. De instroomkans in de WAO is in 2000 toegenomen ten opzichte van 1999 (van 1,7 naar 1,8 %). De instroomkans in de WAO is over 2001 gelijk gebleven ten opzichte van 2000. Ziekteverzuim en instroomkans in de WAO liggen in de zorgsector boven het landelijk gemiddelde.

Instream

Om de instroom te bevorderen heeft het sectorfonds Zorg ook veel instrumenten uitgezet in het veld (project EVC-procedures, Intake Assessment HBO-V, voorlichting, beeldvormingcampagne "De zorg het echte werk", herintredersproject "Hard nodig"). Meetbare effecten zijn hier dat er 6% meer BPV-plaatsen zijn gerealiseerd in 2001 en dat de instroom van allochtonen in de zorg is vergroot. In 1998 en 1999 is de instroom in opleidingen voor verpleging en verzorging vergroot maar in 2000 viel die weer terug. In 2001 trekt de instroom weer aan.

¹⁹ *Veel gedaan, nog veel te doen*, Special Sectorfonds Zorg, december 2001

Behoud

Om werknemers te behouden voor de zorg heeft het sectorfonds Zorg veel projecten gestart (kinderopvang, vrouwen hoger op, subsidies voor leer- en opleidingsbeleid). De effecten van deze projecten zijn echter niet duidelijk. De netto uitstroom uit het vak is in 2000 gestegen ten opzichte van 1999 van 4,7% naar 5,4%.

De sectorfondsen zelf en partijen uit het veld geven aan dat het moeilijk is om het effect van de instrumenten van de fondsen op de uiteindelijke doelstellingen (vergroten instroom en behoud van personeel) te meten. In het integrerend OSA rapport 2001 wordt opgemerkt dat de doelstellingen van het CAZ niet duidelijk geformuleerd zijn en niet goed meetbaar. De referentiegetallen voor de doelstellingen zijn ook niet altijd duidelijk. Is 2000 het referentiejaar of moeten veranderingen in de totale arbeidsmarkt mee worden genomen? Het OSA rapport geeft aan dat de indicatoren voor de verschillende doelstellingen zich niet in de goede richting ontwikkelen. Dit betreft echter de situatie van 2000 ten opzichte van 1999. In 2001 is de situatie op een aantal punten verbeterd. In bijlage 5 wordt een overzicht gegeven van de effecten tot nu toe per doelstelling.²⁰

Financiële – en fiscale maatregelen

In 1999 heeft het ministerie van VWS EUR 29 miljoen structureel beschikbaar gesteld om werkgevers te stimuleren studenten in de duale/BBL-route aan te nemen. De intramurale instellingen hebben ervoor gekozen de middelen aan de instellingsbudgetten toe te voegen, waarbij de beschikbare middelen per branche jaarlijks door het CTG over de instellingen worden verdeeld, naar rato van het totaal van de aantallen in opleiding genomen leerlingen.

Omdat duaal/BBL leerlingen in dienst zijn, kunnen instellingen gebruik maken van de Wet Vermindering Afdracht Loonbelasting. Op grond van deze wet kunnen werkgevers voor deze leerlingen een korting krijgen op de af te dragen loonbelasting en sociale premies (de zogenaamde Afdrachtvermindering Onderwijs). De korting bedraagt EUR 2.400 per kalenderjaar per duaal/BBL leerling.

Ook kan de zorgwerkgever gebruik maken van de Afdrachtvermindering Scholing. Deze afdrachtvermindering bedraagt nu 12 % van een bepaald maximumbedrag dat de zorgwerkgever in het loontijdvak direct, dan wel indirect door middel van vergoedingen aan de werknemers heeft betaald aan scholing en die gericht is op het verkrijgen van een startkwalificatieniveau. De effecten van deze regelingen op de toename van het aantal leerlingen zijn niet bekend.

Stagerugzakje

Een aantal partijen in het veld stellen voor om studenten verpleegkunde een stagerugzakje mee te geven. In zo'n rugzakje moet geld zitten dat ze aan de instelling kunnen geven waar ze stage gaan lopen. Met dit geld kunnen dan de begeleidingskosten van stagiaires in instellingen worden gedekt. Doordat leerlingen het geld zelf meenemen, wordt voorkomen dat instellingen geld dat bedoeld is voor het begeleiden van stagiaires aan andere dingen besteden. Het instellingsgeld, dat is bestemd voor begeleiding van stagiaires moet ook daarvoor worden ingezet. Het rugzakje voorziet echter niet in een oplossing voor dit probleem. Het invoeren van zo'n rugzakje legt de verantwoordelijkheid voor het vinden van een stage bij de leerling. Onderwijs- en zorginstellingen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het aanbieden van voldoende stageplaatsen en kwalitatief goede stageplaatsen. Deze verantwoordelijkheid mag de overheid niet op de leerling afwentelen. Momenteel werkt de overheid samen met het veld aan een nieuwe bekostigingsstructuur voor opleidingen waaronder ook de praktijkcomponent van de initiële opleidingen verpleging en verzorging (de stageperiode) valt. In de voorbereiding van de bekostigingsstructuur is aandacht voor maximale uitbreidingsmogelijkheden van het opleidingsaanbod. Er wordt verkend of prikkels als

²⁰ *Integrerend OSA rapport 2001*, Essen et al., oktober 2001

een leerling gebonden budget (de rugzak) een plaats moeten krijgen in de bekostigingsstructuur. Het tekort aan stageplaatsen kan alleen worden opgelost door de zorginstellingen zelf. Betere regionale samenwerking tussen opleidingsinstituten en zorginstellingen kan ervoor zorgen dat er meer stageplaatsen worden gecreëerd en dat de stageplaatsen die er zijn optimaal worden benut.

CAO's

In de in het voorjaar van 2001 afgesloten collectieve arbeidsovereenkomsten (CAO's) zijn door sociale partners per sector afspraken gemaakt die zijn toegesneden op de specifieke omstandigheden binnen de verschillende sectoren. Thema's als functiedifferentiatie, ouderenbeleid, kinderopvang, arbobeleid, zorgverlof en employability komen voor in nagenoeg elke CAO. Rond opleiding en scholing zijn afspraken gemaakt over het doorbetalen van lessen, betere begeleiding, onkostenvergoeding voor leerlingen en een stagevergoeding.

Moedercontracten UMC voor operatie assistenten

Het Moedercontract is een nieuwe arbeidsovereenkomst voor operatiepersoneel, waarbij moeders (en vaders) binnen de schooltijden van hun kinderen kunnen werken. Het Moedercontract maakt het voor medewerkers van de operatiekamers van het medisch centrum gemakkelijker om werk en privé te combineren. Een werkrooster voor operatie en anesthesie assistenten wordt specifiek afgestemd op de schooltijden en schoolvakanties van werkende moeders (en vaders) met kinderen in de basisschoolleeftijd. Voor de invulling van de flexibele roosters wordt een aantal standaard operaties geselecteerd van beperkte en voorspelbare duur. Het UMC Utrecht startte met het aanbieden van een moedercontract voor operatiepersoneel in mei 2001.

Convenant HBO-Raad en AVVV

In april 2002 hebben de HBO-Raad en de AVVV een convenant ondertekend over de afstemming rond de beroepspraktijk van de HBO-verpleegkundige en de hogere beroepsopleiding tot verpleegkundige (HBO-V). In het convenant zijn voor de periode 2002 – 2004 afspraken vastgelegd over de verpleegkundige beroepenstructuur, het beroepen- en opleidingsstelsel in de verpleegkunde en de kwaliteitsborging. Beide partijen streven naar een verbeterde aantrekkingskracht van zowel het beroep als de opleiding tot verpleegkundige. Een goede positionering en een attractief imago van de HBO-verpleegkundige zijn hierbij van groot belang. In het convenant wordt afgesproken dat de HBO-Raad en de AVVV zich zullen inspannen om de kwaliteit van de verpleegkundige beroepsuitoefening beter te borgen, onder andere door zich in te zetten voor voldoende stageplaatsen. Beide partijen zullen de komende tijd verkennen op welke wijze gezamenlijk kwaliteitsverbeterende projecten kunnen worden opgepakt.

Nieuwe opleidingen in het HBO

Het ontbreken van een carrière perspectieven is een van de redenen waarom leerlingen niet instromen in een HBO-V opleiding en het vak verlaten. In antwoord daarop is een aantal nieuwe vervolgoopleidingen voor verpleegkundigen ontwikkeld, waarin verpleegkundigen op specifieke terreinen leren om taken van artsen over te nemen. Het betreft bijvoorbeeld de opleiding tot advanced nursing practice, physician assistent en de praktijkondersteuner bij huisartsen. In het project medisch opleidingscontinuüm wordt daarnaast gepleit voor een vereenvoudiging van de doorstroming van verpleegkundigen naar de geneeskunde opleiding. Op basis van verworven competenties moeten verpleegkundigen een aangepast programma krijgen, waarbij ze deze opleiding in kortere tijd kunnen doorlopen.

Pilotproject functiedifferentiatie Radboud Ziekenhuis Nijmegen

In het Radboud is in een pilot project gekeken naar de mogelijkheden van functiedifferentiatie voor verpleegkundigen. Op de kinder-afdeling werden 4 assistent verpleegkundigen en twee seniorverpleegkundigen aangesteld. De assistenten waren voltijd/BOL en dual/BBL leerlingen. Zij kregen een aangepast takenpakket met taken als voeding geven, patiënten welkom heten, ouders begeleiden bij de inleiding in de narcose van hun kind. Zo konden ze op een relaxte manier kennis maken met het vak. Senior verpleegkundigen hebben extra taken en verantwoordelijkheden gekregen boven op het takenpakket dat gewone verpleegkundigen hebben. Ze ervaren dit als positief omdat ze meer mogelijkheden en waardering in hun werk hebben gekregen.

3.3.2 Aanbevelingen werkgroep

De werkgroep constateert dat er allerlei lopende initiatieven zijn op het gebied van arbeidsmarkt- en personeelsbeleid maar dat de tekorten aan verplegend en verzorgend personeel nog steeds blijven bestaan.

De werkgroep constateert dat zowel de overheid als het veld van mening is dat een goed personeelsbeleid begint bij het management van de zorginstellingen. De overheid en organisaties zoals de sectorfondsen kunnen alleen een stimulerende en faciliterende rol vervullen bijvoorbeeld bij het ontwikkelen en verspreiden van innovaties en best practices en het transparant maken van de verschillen in personeelsbeleid tussen instellingen.

Arbeidsvoorwaarden

De werkgroep vindt dat instellingen zich moeten richten op het aantrekkelijker maken van het werken in de sector door de arbeidsvoorwaarden te verbeteren en betere carrière perspectieven te bieden. Op het gebied van arbeidsvoorwaarden gaat het vooral om het aanbieden van flexibele werktijden en kinderopvang en het invoeren van beoordelingsgesprekken en prestatie afhankelijke beloningen. Flexibelere arbeidsvoorwaarden zijn de methode om herintreders aan te trekken. Het experiment met de moedercontracten geeft daar een goed voorbeeld van.

Het salaris blijkt niet een van de belangrijkste punten te zijn waarop verpleegkundigen en verzorgenden hun beroep beoordelen. In de afgelopen jaren zijn de salarissen van verpleegkundigen verhoogd. De werkgroep beveelt dan ook geen generieke salarisverhogingen aan. De werkgroep beveelt wel aan om functiedifferentiatie en bijbehorende beloningen in te voeren. Ook het invoeren van beoordelingsgesprekken en daaraan gekoppelde prestatie beloningen kunnen tot enige salarisdifferentiatie leiden.

Carrièreperspectieven

Werkgevers kunnen betere carrièreperspectieven bieden door het verder differentiëren van functies en het aanpassen van de beloning aan die nieuwe functies. Functiedifferentiatie kan ertoe leiden dat verpleegkundigen meer bevoegdheden krijgen die tegen de taken van artsen aanliggen. De werkgroep moedigt functiedifferentiatie aan maar plaatst daarbij wel de kanttekening de bestaande functies niet uit te hollen. De basisfunctie van verpleegkundige moet even breed blijven. Instellingen dienen het volgen van vervolgopleidingen te stimuleren en daarop aansluitende functies aan te bieden. Bij het instromen in vervolgopleidingen kunnen opleidingsinstituten meer gebruik maken van het toetsen van elders verworven competenties (EVC's). Op basis van EVC's kunnen opleidingsinstituten een maatwerkprogramma ontwikkelen waarbij een leerling sneller een opleidingsprogramma kan doorlopen. Daarnaast kunnen opleidingsinstituten inventariseren welke leermomenten in verschillende opleidingen overeenkomen om de verschillende opleidingen meer op elkaar af te stemmen.

Sectorfondsen Zorg en Welzijn

De werkgroep concludeert dat de relatie tussen de projecten van de sectorfondsen Zorg en Welzijn en de doelstellingen van deze projecten moeilijk te leggen is. De sectorfondsen Zorg en Welzijn zijn in het leven geroepen om arbeidsmarktbeleid in de zorgsector te stimuleren. In de praktijk geven ze nu 78% van hun budget rechtstreeks door aan instellingen in de vorm van subsidies, wat niet strookt met de doelstelling van de fondsen. De werkgroep heeft tijdens haar onderzoek de volgende signalen over de werking van de sectorfondsen gekregen:

- De effecten van de projecten van de sectorfondsen zijn niet altijd duidelijk. Het uitzetten van projecten lijkt een doel op zich te worden zonder dat de relatie met het beoogde doel (bijvoorbeeld terugdringen van het ziekteverzuim of vergroten van de instroom) bekend is.
- Het indienen van aanvragen voor subsidies uit de fondsen gaat met veel administratieve handelingen gepaard. De commissie de Beer heeft in een onderzoek naar de administratieve lasten in de zorgsector aangegeven dat de administratieve lasten van de uitvoering van regelingen van de sectorfondsen hoog zijn en vaak niet in verhouding staan tot de opbrengsten.
- De rol van de sectorfondsen lijkt de afgelopen jaren te zijn verschoven van aanjager van innovaties en kenniscentrum op het gebied van de zorgsector naar doorgever van subsidies. En dat terwijl het sectorfonds zelf het aanjagen van innovaties nog steeds als haar belangrijkste taak ziet.

De werkgroep ondersteunt de doelstellingen van het CAZ. De werkgroep heeft echter onvoldoende zicht kunnen krijgen op de efficiency en effectiviteit van de projecten van de sectorfondsen bij het bereiken van de arbeidsmarktdoelstellingen van het CAZ. Uit het OSA rapport en onderzoek van de commissie de Beer naar administratieve lasten en gesprekken met betrokkenen komen kritische geluiden over de werking van de fondsen.

Met behulp van het nu ter beschikking staande materiaal kan niet worden aangetoond dat de sectorfondsen Zorg en Welzijn moeten worden gecontinueerd. De werkgroep stelt voor om het geld effectiever te besteden, tenzij het kabinet alsnog op korte termijn met behulp van onafhankelijk onderzoek kan aantonen dat de middelen van de sectorfondsen wel effectief worden besteed.

4 Opleidingen voor gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies

4.1 Probleembeschrijving

“Intensive care bedden staan leeg vanwege tekort aan verpleegkundig personeel”; “Een op de tien patiënten die intensive zorg nodig hebben, wordt geweigerd”; “Telefoontje na telefoontje voor een plek op de Intensive Care” “Operatiekamers sluiten door gebrek aan personeel”.²¹ Deze krantenkoppen duiden op het probleem van tekorten aan gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel. Deze tekorten hebben tot gevolg dat mensen niet de zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben of moeten wachten op een behandeling.

Gespecialiseerde verpleegkundigen zijn verpleegkundigen die een vervolgopleiding hebben gevolgd in een bepaalde richting bijvoorbeeld intensive care, kinder intensive care of spoedeisende hulp. In het ziekenhuis wordt een 40-tal vervolgopleidingen voor verpleegkundigen aangeboden. Deze opleidingen kunnen alleen gevolgd worden door op niveau 4 of 5 opgeleide verpleegkundigen. In deze vervolg opleidingen leert een verpleegkundige om patiënten voor te lichten over een bepaalde ziekte (bijvoorbeeld diabetes of reuma consulent) of worden specifieke verpleegkundige vaardigheden aangeleerd in een bepaald gebied (intensive care, neonatologie, dialyse, gipsverbandmeester). Voor acht vervolgopleidingen zijn de eisen vastgelegd in de landelijke regeling verpleegkundige vervolgopleidingen (LRVV), opgesteld door werkgevers, werknemers en opleidingsinstituten. Voor de consulentfuncties (bijvoorbeeld reuma of incontinentie) worden opleidingen verzorgd door de Stichting Scholing Verpleegkundigen, waar de NVZ, de verenigingen voor gespecialiseerde verpleegkundigen en patiëntenverenigingen in vertegenwoordigd zijn. Voor de overige functies bestaan geen landelijke regelingen.

Medisch ondersteunend personeel ondersteunt artsen bij hun werk in het ziekenhuis. Dit zijn de volgende functies: operatie assistenten, anesthesie assistenten, radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten, longfunctie assistenten en hartfunctie laborant. Deze opleidingen kunnen gevolgd worden door schoolverlaters met een Havo of VWO diploma. De NVZ heeft in een landelijke regeling de opleidingseisen voor operatie en anesthesie assistenten vastgelegd. Voor radiotherapeutisch en radiodiagnostisch laboranten zijn de opleidingseisen volgens artikel 34 van de BIG geregeld. De stichting beroepsopleiding hartfunctie laborant en de stichting beroepsopleiding longfunctie assistent stellen de eisen voor deze opleidingen vast. Daarnaast zijn er specialistische functies in het ziekenhuizen, die niet direct als medisch ondersteunende functies zijn aan te merken maar daar wel aan gerelateerd zijn. Voor deze opleidingen zijn geen landelijk opleidingseisen vastgesteld (bijvoorbeeld voor de recovery medewerker, die de patient opvangt na een operatie). Dit leidt tot verschillen in opleidingseisen voor deze functies per ziekenhuis en in onduidelijkheid over de status van het beroep.

4.1.1 Instroom in de opleiding

De instroom in deze opleiding bestaat uit verpleegkundigen en schoolverlaters. Voor verpleegkundigen is het volgen van een opleiding om aan de slag te gaan als gespecialiseerde verpleegkundige of in een medisch ondersteunende functie een interessante carrière mogelijkheid. In zo'n opleiding leren ze nieuwe vaardigheden aan en op het deelterrein waarin ze zich specialiseren mogen ze zelfstandig handelingen verrichten. Gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies worden in het algemeen ook beter beloond. Uit een onderzoek uit 1999

²¹ diverse artikelen Volkskrant 2001/2002

onder bijna afgestudeerde HBO-V studenten blijkt dat 24% geïnteresseerd is in een vervolgopleiding als kinder verpleegkundige, 16% in Spoedeisende Hulp en 13% in Intensive Care.²² In 1999 waren er 6505 Intensive Care verpleegkundigen werkzaam in Nederland waarbij er 674 in opleiding waren. In 2001 waren er 2437 spoedeisende hulp verpleegkundigen in Nederland waarbij er 228 in opleiding waren.²³ In verschillende gesprekken met mensen uit het veld kwam naar voren dat er voldoende interesse is voor de aangeboden opleidingsplaatsen. Sommige mensen uit het veld gaven echter aan dat de interesse voor sommige vervolgopleidingen (bijvoorbeeld intensive care en kinder intensive care) begint af te nemen. Als oorzaak gaven deze mensen onder andere de tekorten zelf aan. De werkdruk op de afdeling is toegenomen, waardoor er weinig ruimte is voor flexibele arbeidsvoorwaarden en begeleiding van mensen in opleiding. De instroom in de opleidingen voor medisch ondersteunende functies bestaat voor een deel ook uit schoolverlaters. Voor de opleidingen tot operatie en anesthesie assistent is tot nu toe nog voldoende interesse onder schoolverlaters. Uit recent onderzoek van de NVZ blijkt dat de instroom in opleidingen voor operatie en anesthesie assistent de afgelopen jaren is gestegen (voor operatie assistenten met 18% sinds 1998 tot een totaal van 593 plaatsen in 2001, voor anesthesie assistenten met 25% sinds 1998 tot een totaal van 297 plaatsen in 2001). In aanvulling daarop geven ziekenhuizen aan ruimte te hebben om nog eens 148 extra operatie assistenten en 91 extra anesthesie assistenten te kunnen opleiden als ze daar voldoende geld voor krijgen. De opleiding tot radiodiagnostisch laborant kampt met teruglopende belangstelling van schoolverlaters (van 172 startende leerlingen in 2000 tot 147 in 2001).²⁴ Deze opleidingen ondervinden concurrentie van technische HBO opleidingen. Een andere oorzaak voor de teruglopende instroom in de opleidingen voor medisch ondersteunende functies is de onbekendheid met de opleiding. Voor de opleidingen tot operatie en anesthesie assistent speelt ook het gebrek aan status van de opleidingen. Bij afronding van de opleiding krijgen cursisten een certificaat van de branche vereniging en niet een door de overheid erkende MBO of HBO titel.

4.1.2 Uitstroom uit het vak

Een deel van de gespecialiseerde verpleegkundigen en het medisch ondersteunend personeel verlaat het vak na een tijdje. Er zijn geen verloopcijfers voor de totale beroepsgroep bekend. Het netto verloop onder intensive care verpleegkundigen was 4,7% in 1999, hiervan verlaat slechts een derde de zorg, twee derde gaat andere zorgberoepen uitoefenen (bijvoorbeeld ambulanceverpleegkundigen of basis verpleegkundige). Onder spoedeisende hulp verpleegkundigen is het netto verloop 6%, waarvan weer een derde het vak echt verlaat en twee derde in een zorgfunctie blijft werken. De hoge werkdruk en moeilijke patiënten op de spoedeisende hulp worden als redenen voor vertrek aangegeven. Het netto verloop onder operatie assistenten is de afgelopen jaren toegenomen tot 3,4% in 2001, onder anesthesie assistenten is het verloop hoger namelijk 5,3%. Beide groepen noemen behoefte aan ander werk en gebrek aan ontplooiings- en loopbaanmogelijkheden als oorzaken voor hun vertrek.²⁵ Andere redenen voor vertrek uit specialiserende functies die in gesprekken met het veld naar voren kwamen, zijn het gebrek aan flexibele arbeidsvoorwaarden (werktijden, kinderopvang) en de eentonigheid van het vak. Functies zoals IC verpleegkundige en operatie assistent worden ook wel fuikfuncties genoemd omdat ze een zeer eng werkterrein beslaan. Het overstappen naar andere specialisaties kan alleen als daarvoor weer een volledige opleiding wordt gevolgd. Medewerkers in medisch ondersteunende functies kunnen daarbij minder makkelijk overstappen naar andere functies en opleidingen omdat de status van hun opleiding onduidelijk is en zij geen verpleegkundige vooropleiding hebben.

²² Een onderzoek toegespitst op de marktpositie van Intensive Care opleidingen, Houwing, Hogeschool Utrecht, juni 1999

²³ Spoedeisende hulpverpleegkundigen, Prismant, april 2001, IC-verpleegkundigen op koers, Prismant, juni 2000

²⁴ Jaarverslag 2001, Raad BRL, maart 2002

²⁵ Inspanning beloond, onderzoek naar de arbeidsmarkt van operatie assistenten en anesthesie medewerkers, Prismant, Maart 2002

Zij kunnen niet instromen in vervolgopleidingen voor verpleegkundigen en hebben moeite vrijstellingen te krijgen voor aanverwante HBO opleidingen zoals bijvoorbeeld fysiotherapeut.

4.1.3 Tekortschietend aanbod opleidingsplaatsen

Kern van de problematiek rondom de vervolgopleidingen voor verpleegkundigen is dat het aanbod van gespecialiseerde opleidingsplaatsen beperkt is. Op opleidingsplaatsen moet worden gesolliciteerd. De leerling gaat een arbeidsovereenkomst aan met het ziekenhuis. Tijdens de opleiding werkt de leerling meestal al in het veld waarin deze wordt opgeleid (bijvoorbeeld intensive care). De gemiddelde duur van een verpleegkundige vervolgopleiding is 18 maanden. De opleidingen voor operatie en anesthesie assistent duren 3 jaar. De opleiding bestaat uit een theorie-deel (meestal 1 dag per week) en intensieve begeleiding in de praktijk. Het theorie-deel van de vervolgopleiding wordt of door de eigen opleidingsinstituten van de ziekenhuizen verzorgd of door een hogeschool of ROC op basis van contractonderwijs.

Aantal opleidingsplaatsen

Elk ziekenhuis bepaalt hoeveel opleidingsplaatsen het aanbiedt voor gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies. De meeste ziekenhuizen plannen hierbij op de zeer korte termijn. Dit heeft tot gevolg dat er tekorten aan gespecialiseerde verpleegkundigen ontstaan omdat opleiden tijd kost. Ze kijken naar de verwachte uitstroom (uit het vak en naar andere ziekenhuizen) en naar hun eigen behoefte op korte termijn. In een enquête onder ziekenhuizen geeft 77% aan dat het verwachte verloop onder spoedeisende hulpverpleegkundigen de belangrijkste factor is waarop het aantal opleidingsplaatsen wordt gebaseerd. Ook voor de opleiding van IC verpleegkundigen geldt dat het verwachte verloop (39%) en het beschikbare aantal formatieplaatsen (27%) de belangrijkste factoren zijn waarop het aantal opleidingsplaatsen wordt gebaseerd.²⁶ Andere factoren die van invloed zijn op het bepalen van het aantal opleidingsplaatsen zijn de mate van productiviteit van de leerlingen, de hoogte van de opleidingskosten en de mogelijkheid om free rider gedrag te voorkomen in arbeidscontracten. Opleiden geeft ziekenhuizen ook een bepaalde status; het is een kwaliteitskenmerk waarmee ziekenhuizen zich willen onderscheiden. Sommige ziekenhuizen kopen gespecialiseerde verpleegkundigen weg bij andere ziekenhuizen in plaats van zelf op te leiden.

Financiering opleidingsplaatsen

Dat er te weinig mensen worden opgeleid wordt weer veroorzaakt door de wijze waarop deze opleidingen worden gefinancierd. De ziekenhuizen betalen de opleidingen uit hun algemene budget, waarin de kosten voor opleidingen weliswaar zijn opgenomen maar niet zijn geoormerkt. Dit algemene budget is samengesteld uit kapitaallasten, locatiegebonden kosten, de loonkosten van medisch specialisten in dienstverband en bedragen voor productie afspraken over aantallen opnames, verpleegdagen etc. Het CTG stelt dit budget per ziekenhuis vast. Het budget wordt voor het grootste deel betaald uit de zorgverzekeringspremies. Of een ziekenhuis wel of niet opleidt, heeft geen invloed op de hoogte van het budget. Ziekenhuizen krijgen dus perverse prikkels. Als ze mensen opleiden worden ze hier niet voor vergoed en bestaat het risico dat deze mensen worden weggekocht. De weggkopende ziekenhuizen kunnen voor het weggkopen het geld inzetten, dat ze uitsparen door zelf niet op te leiden. Sommige ziekenhuizen hebben in arbeidscontracten voorwaarden vastgelegd over de condities waarop iemand mag vertrekken naar een ander ziekenhuis (bijvoorbeeld vertrekken mag pas na een bepaalde tijd na afronden van de opleiding, of na het terugbetalen van een deel van de opleidingskosten).

²⁶ *Spoedeisende hulpverpleegkundigen*, Prismant, april 2001, *IC-verpleegkundigen op koers*, Prismant, juni 2000

Om de kwaliteit van de opleiding te waarborgen kan het aantal opleidingsplaatsen voor gespecialiseerde verpleegkundigen niet oneindig worden uitgebreid. Een groot deel van de opleiding bestaat uit learning on the job en moet dus onder intensieve begeleiding in het ziekenhuis plaats vinden. De ziekenhuizen geven echter aan dat zij nog wel ruimte hebben om meer mensen op te leiden maar dat vooral niet doen vanwege gebrek aan geld.

4.2 Lopende initiatieven en aanbevelingen van de werkgroep

De werkgroep wil oplossingen zoeken voor de slechte aansluiting van de vraag naar gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies op het aanbod. De werkgroep zoekt ook oplossingen voor het gebrek aan overstapmogelijkheden tussen specialistische functies. De werkgroep richt zich daarbij vooral op het vergroten van het aanbod van het aantal opleidingsplaatsen maar doet ook aanbevelingen om de vraag naar deze opleidingen op peil te houden. Voor de problemen op het gebied van behoud van personeel en het aantrekken van herintreders zijn in hoofdstuk drie al oplossingen aangedragen, die ook van toepassing zijn op gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies. Voordat de werkgroep tot oplossingen komt is een inventarisatie gemaakt van de lopende initiatieven op dit terrein.

4.2.1 Lopende initiatieven

Een aantal lopende initiatieven zijn van belang bij het zoeken naar een nieuwe financieringsstructuur voor opleidingen in het ziekenhuis. Dit zijn:

Schaarste offensief Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ)

De VAZ heeft in 2001 een schaarste offensief gelanceerd om de tekorten aan gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies weg te werken en meer stageplaatsen te creëren voor verpleegkundigen in de basis opleiding. Tot 2004 moeten er 1000 mensen extra worden opgeleid in functies zoals intensive care verpleegkundige, kinder en oncologie verpleegkundige, operatie en anesthesie assistenten, radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laboranten. Per academisch ziekenhuis is bepaald hoeveel mensen extra zijn opgeleid ten opzichte van 1998. De kosten van deze extra opleidingsplaatsen zijn met terugwerkende kracht volledig vergoed vanuit het sectorfonds Sofokles. Dit geld moet weer worden besteed aan extra opleidingsinspanningen. In 2001 was vanuit Sofokles een budget van 13,6 miljoen euro voor het schaarste-offensief beschikbaar, een deel hiervan is ook aan het inwerken van herintreders en stageplaatsen voor initiële opleidingen besteed. In totaal zijn sinds 1998 291 extra mensen in verpleegkundige specialisaties en medisch ondersteunende functies opgeleid. Ook hebben academisch ziekenhuizen zelf 8,4 miljoen euro extra besteed aan het opleiden van verpleegkundigen en verzorgenden.

Financieringsconstructie ziekenhuisopleidingen

Tijdens de begrotingsbehandeling van VWS in het najaar van 2001 is gesproken over een structurele vorm van financiering voor de vervolgoopleidingen voor verpleegkundigen en voor medisch ondersteunende functies. In april 2002 is van start gegaan met de financiering van extra opleidingsplaatsen voor een vijftal opleidingen in algemene ziekenhuizen via het CTG.²⁷ De kosten van de plaatsen die in 2002 in de algemene ziekenhuizen extra zijn gerealiseerd ten opzichte van het peiljaar 2001 worden vergoed. Het CTG keert de vergoeding uit voor deze opleidingen. De uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen in 2002 ten opzichte van 2001 zal door de NVZ worden geïnventariseerd en moet door het ministerie van VWS worden goedgekeurd. Deze financieringsconstructie is vastgelegd in een beleidsregel van het CTG, die tot 1 januari 2003 van

²⁷ operatie en anesthesie assistenten, intensive care en dialyse verpleegkundigen en radiodiagnostisch laboranten

kracht is. Vanaf 1 januari 2003 zal de bekostiging waarschijnlijk op een andere wijze plaatsvinden.

Diagnose behandelcombinaties (DBC's)

De bekostiging van de gezondheidszorg gaat drastisch veranderen met de invoering van DBC's. Een diagnose behandelcombinatie is het geheel van activiteiten en verrichtingen die in een ziekenhuis worden verricht voor een patiënt. Het gaat om medische handelingen en ondersteunende activiteiten dus om een onderzoek, een operatie en om verpleegdagen. In 2003 wordt gestart met een eenvoudige vorm van het DBC systeem. Ziekenhuizen krijgen nog steeds een algemeen budget maar gaan al wel DBC's administreren om hiermee vertrouwd te raken. In de DBC die ze administreren zitten alleen de directe kosten van de zorgvraag (dus salaris specialist maal tijdsbesteding, salaris verpleegkundige maal tijdsbesteding). In de toekomst moeten de DBC's de integrale kosten van de zorgvraag weergeven en dus ook de overhead kosten (bijvoorbeeld huisvesting en de kosten van opleidingen in het ziekenhuis) bevatten.

4.2.2 Oplossingsrichtingen financiering opleidingen

De werkgroep vindt dat de financiering voor vervolgoopleidingen in het ziekenhuis output gericht moet zijn. Ziekenhuizen moeten geprikkeld worden om voldoende mensen op te leiden. Een uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen mag echter niet ten koste gaan van de kwaliteit van de opleiding. De werkgroep is van mening dat het uitgangspunt bij vervolgoopleidingen in de ziekenhuizen is dat de ziekenhuizen hiervoor verantwoordelijk zijn. De ziekenhuizen hebben het beste zicht op de benodigde capaciteit aan gespecialiseerd personeel, de inhoud van de opleidingen en de benodigde begeleiding in de praktijk. Tot nu toe zijn deze opleidingen altijd aan de ziekenhuizen overgelaten. Zij bepalen het aantal opleidingsplaatsen en de inhoud van de opleiding. Het opleiden van mensen heeft positieve effecten voor ziekenhuizen. De verpleegkundigen in opleiding kunnen al worden ingezet voor de zorg. Het ziekenhuis ontleent een bepaalde status aan het opleiden. Het ziekenhuis blijft op de hoogte van de ontwikkelingen in het vakgebied door op te leiden.

De werkgroep heeft op basis van bovenstaande uitgangspunten een aantal oplossingsrichtingen overwogen. De eerste drie oplossingrichtingen zijn op korte termijn te implementeren. De laatste op langere termijn.

Verplichten tot opleiden

De overheid zou ziekenhuizen kunnen verplichten om een bepaald aantal mensen per jaar op te leiden in verschillende functies. Ziekenhuizen die niet aan die verplichting voldoen zouden hiervoor beboet moeten worden. De overheid zou de opleidingsbehoefte dan gedetailleerd moeten laten ramen door een onafhankelijke instelling. Deze oplossing maakt free-rider gedrag onmogelijk.

Opleidingsfonds

Ziekenhuizen en de overheid kunnen een apart fonds oprichten waaruit de kosten van deze opleidingen worden vergoed. Een onafhankelijk orgaan moet de prijs van de opleidingen bepalen. Ieder ziekenhuis dat iemand opleidt, krijgt een vergoeding uit het fonds. Het fonds kan een open einde regeling krijgen of er kan een vast volume aan opleidingen worden vergoed. Om een fonds met een bestedingsplafond in te stellen, moeten er ramingen gemaakt worden van het benodigde aantal opleidingsplaatsen. Ook bij een opleidingsfonds zal er geraamd moeten worden om de kosten van het fonds in te schatten. Bij deze oplossing is het minder erg dat sommige ziekenhuizen niet opleiden maar wegekopen (free-rider gedrag) omdat de ziekenhuizen die wel opleiden daarvoor een vergoeding ontvangen.

Regionale aanbesteding

De overheid bepaalt per regio hoeveel mensen er in verschillende functies moeten worden opgeleid. De overheid baseert zich daarbij op de ramingen van een onafhankelijk orgaan. Vervolgens besteedt de overheid deze opleidingsvraag aan bij de ziekenhuizen in zo'n regio. Het ziekenhuis met de beste aanbieding gaat uiteindelijk opleiden. In dit scenario bepaalt de overheid welke ziekenhuizen opleiden en welke ziekenhuizen niet opleiden. Deze oplossing maakt free-rider gedrag onmogelijk.

Opnemen in DBC's

De kosten van vervolgoopleidingen voor verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies in het ziekenhuis worden in de DBC's opgenomen. Uitgangspunt van de DBC's is dat een integrale kostprijs van een behandeling wordt bepaald. Het ziekenhuis kan ervoor kiezen zelf op te leiden en deze opleidingskosten in de DBC's terug te laten komen of gespecialiseerde verpleegkundigen weg te kopen en de wegkoopkosten in de DBC's te versleutelen. De ziekenhuizen die opleiden kunnen het free rider gedrag van andere ziekenhuizen, die niet opleiden inperken door in de contracten met het personeel te bepalen onder welke voorwaarden het personeel mag vertrekken. Zulke voorwaarden kunnen zijn dat een persoon bij vertrek binnen een bepaalde periode na afronding van de opleiding een deel van de opleidingskosten moet terugbetalen. Ziekenhuizen kunnen het opleiden ook uitbesteden aan andere ziekenhuizen (een gereguleerde vorm van wegkopen). Binnen het DBC systeem hebben ziekenhuizen de mogelijkheid om gezamenlijk te gaan opleiden en hiervoor een fonds in te richten waarin elk ziekenhuis geld stort. Door de kosten van de vervolgoopleidingen op te nemen in de DBC's worden de ziekenhuizen gestimuleerd het aantal gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunenden af te stemmen op de vraag naar zorg. De verantwoordelijkheid voor deze vervolgoopleidingen blijft dus duidelijk bij de ziekenhuizen liggen, dit past binnen de DBC systematiek. Om te bepalen hoeveel mensen een ziekenhuis wil opleiden zal het ziekenhuis ramingen nodig hebben van een onafhankelijk orgaan. Totdat gewerkt kan worden met integrale DBC's moeten ziekenhuizen op een andere manier gestimuleerd worden om voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen op te leiden.

4.2.3 Aanbeveling werkgroep: op langere termijn opnemen opleidingskosten in DBC's

Bij de afweging van deze alternatieven heeft de werkgroep als uitgangspunt gehanteerd dat de ziekenhuizen verantwoordelijk zijn voor het opleiden van voldoende mensen en dat zij de juiste prikkels moeten krijgen om voldoende mensen op te leiden. Daarbij vindt de werkgroep het van belang dat wordt aangesloten bij de nieuwe vraaggestuurde financiering in de gezondheidszorg. De werkgroep vindt dat bij de eerste drie alternatieven (verplichten tot opleiden, het opleidingsfonds en regionale aanbesteding) de regie over het opleiden teveel bij de overheid ligt. De werkgroep is daar geen voorstander van omdat deze alternatieven geen prikkel in zich hebben om de kosten van opleidingen laag te houden en omdat de overheid dan teveel op de stoel van de ziekenhuizen gaat zitten. De overheid bepaalt en betaalt bij deze alternatieven het aantal mensen dat wordt opgeleid en de prijs van de opleiding terwijl ze daar niet de juiste informatie voor heeft. Bij regionale aanbesteding en verplichten tot opleiden bepaalt de overheid ook nog eens welk ziekenhuis de opleidingen gaat verzorgen terwijl ziekenhuizen juist zelf deze afweging moet maken op basis van de kosten van de opleiding maar ook op basis van positieve effecten van het opleiden zelf.

De werkgroep spreekt zich uit voor het opnemen van de opleidingskosten in de DBC's op de lange termijn. In andere sectoren is het ook gebruikelijk om de kosten voor opleidingen in de kostprijs terug te laten komen (b.v. tandtechniek en de bouw). Ziekenhuizen krijgen in dit systeem een prikkel om voldoende mensen op te leiden of te laten opleiden. Als ze te weinig

opleiden kunnen ze niet aan de vraag naar DBC's voldoen en lopen ze dus inkomsten mis, als ze teveel opleiden zal dit hun inkomen onder druk zetten. Dit systeem prikkelt de ziekenhuizen om specialisten breder in te zetten om te voorkomen dat op één afdeling een overschot is aan personeel en op een andere afdeling een tekort. Een voorbeeld is het inzetten van IC verpleegkundigen op de spoed eisende hulp. Zo'n bredere inzet van gespecialiseerd personeel stelt ook eisen aan de opleiding. In de opleiding moeten leermomenten voor verschillende specialisaties worden gecombineerd. De werkgroep beveelt ziekenhuizen aan om eventueel free-rider gedrag van ziekenhuizen (zelf niet opleiden, maar wegekopen bij andere ziekenhuizen) in te perken door in de contracten met het personeel te bepalen dat een persoon bij vertrek binnen een bepaalde periode na afronding van de opleiding een deel van de opleidingskosten moet terugbetalen. Deze werkgroep ziet in dat deze maatregel de arbeidsmobiliteit van verpleegkundigen zou kunnen beperken. De werkgroep gaat er echter vanuit dat bij vertrek naar een andere werkgever conform de huidige praktijk de kosten van de opleiding door de nieuwe werkgever worden vergoed.

4.2.3.1 Overgangperiode naar integrale DBC's

Het opnemen van de opleidingskosten in de DBC zal pas op langere termijn kunnen. In 2003 wordt gestart met DBC's waarin alleen de directe kosten van een diagnose en behandeling worden opgenomen. Pas op de lange termijn worden DBC's gebruikt op basis van integrale kosten. In het ontwikkelingstraject van deze integrale DBC's moeten de opleidingskosten worden meegenomen. De invoering hangt per DBC cluster af van de verhouding tussen de beschikbare capaciteit, de huidige capaciteit in opleiding, de doorlooptijd van nieuw op te leiden personeel en de ontwikkelingen in de vraag. Het ministerie van VWS zal per cluster streefdata opstellen. Totdat gewerkt kan worden met integrale DBC's moeten ziekenhuizen op een andere manier gestimuleerd worden om voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen op te leiden. De ziekenhuizen hebben nu geld in hun budgetten voor opleidingen maar dit geld is niet geoormerkt. In de overgangperiode naar integrale DBC's krijgen ziekenhuizen een apart budget voor indirecte kosten (zoals opleiden en huisvesting). De werkgroep stelt voor om ziekenhuizen in aanvulling op dat budget een stimuleringspremie te geven voor elke gespecialiseerde verpleegkundige en medisch ondersteunende die is opgeleid. Premies kunnen ook worden uitgekeerd voor stageplaatsen. Deze premie is niet bedoeld om de totale kosten van de opleidingsplaats te dekken, ziekenhuizen hebben immers al geld in hun budget om op te leiden. De premie is bedoeld om ziekenhuizen te stimuleren meer op te leiden. De stimuleringspremies kunnen worden uitgekeerd door een betalingskantoor of het CTG. Dit systeem van stimuleringspremies kan betaald worden door re-allocatie van middelen. De werkgroep acht het van belang om zo'n stimuleringsstelsel op te stellen om te zorgen dat er voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen zijn op het moment dat de kosten van die opleiding in de DBC's worden opgenomen. Zo'n stimuleringspremie past in de lijn die de werkgroep kiest: ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor het hebben van voldoende goed opgeleid personeel, de overheid kan hen daarbij ondersteunen. Dit systeem komt in de plaats van het systeem dat in 2002 voor 5 opleidingen in de algemene ziekenhuizen is ingevoerd, waarin deze ziekenhuizen een volledige vergoeding krijgen voor extra opleidingsplaatsen die ze realiseren. Voordeel van een systeem van stimuleringspremies is dat wordt voorkomen dat alleen de ziekenhuizen die recentelijk extra zijn gaan opleiden, beloond worden (in tegenstelling tot ziekenhuizen die al eerder tekorten hadden voorzien en extra zijn gaan opleiden). Ook is het niet nodig dat de overheid de kosten van de opleiding vastlegt.

4.2.4 Aanbeveling werkgroep: voorkomen uitstroom

Een deel van de uitstroom uit het vak wordt veroorzaakt door de geringe flexibiliteit in de arbeidsvoorwaarden (welke ook bij verpleegkundigen tot uitstroom leidt). In hoofdstuk drie draagt de werkgroep oplossingen aan voor dit probleem. De aard van de specialistische functies (het zijn een soort fuikfuncties) veroorzaakt ook een deel van de uitstroom. De gespecialiseerde verpleegkundige en medisch ondersteunende werkt op een zeer eng werkkterrein. Om de

vervolgopleidingen voor verpleegkundigen aantrekkelijker te maken en het civiele effect te vergroten, beveelt de werkgroep aan om leermomenten in samenhangende vervolgopleidingen te combineren zodat overstappen tussen specialisaties wordt vergemakkelijkt en mensen verschillende specialisaties kunnen volgen (bijvoorbeeld intensive care en spoedeisende hulp of kinder IC verpleegkundige en neonatologie). Deze combinatie van leermomenten maakt het ook gemakkelijker voor de ziekenhuis directie om personeel flexibel in te zetten op verwante afdelingen en zo efficiënt mogelijk om te gaan met de beschikbare capaciteit. Voor de vervolgopleidingen kunnen opleidings- en zorginstellingen gezamenlijk een samenhangend opleidingsstelsel opzetten. Om het volgen van meerdere vervolgopleidingen te vereenvoudigen kunnen opleidingsinstellingen meer gebruik maken van het toetsen van elders verworven competenties (EVC's) en het aanbieden van maatwerktrajecten.

De aantrekkelijkheid van de medisch ondersteunende functies kan door opleidingsinstellingen worden vergroot door de doorstroom naar andere zorgopleidingen te vereenvoudigen. Opleidingsinstellingen kunnen bij de instroom van medisch ondersteunenden in andere zorgopleidingen meer gebruik maken van het toetsen van EVC's en het aanbieden van daarop afgestemde maatwerktrajecten. Ook het aanbieden van specifiek op deze groep gerichte vervolgopleidingen kan het vak uitdagend houden. De werkgroep concludeert dat er al veel initiatieven zijn op dit vlak en moedigt werkgevers en opleidingsinstellingen aan om hier voortvarend mee aan de slag te gaan.

Bijlage 1. Opleidingsstelsels voor verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunende functies

Het stelsel voor de initiële opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden

Met ingang van augustus 1997 is een nieuw opleidingsstelsel voor verpleging en verzorging (V&V-opleidingen) van kracht. De basis voor de inhoudelijke vernieuwing vormde het eindrapport "Gekwalificeerd voor de toekomst" van juni 1996. Op het nieuwe onderwijsstelsel zijn de Wet Educatie en Beroepsonderwijs (WEB) en de Wet op het Hoger Onderwijs (WHW) van toepassing. Het nieuwe onderwijsstelsel leidt op tot gekwalificeerd, breed opgeleid en flexibel inzetbaar personeel. Breed opgeleid wil zeggen dat de afgestudeerden beschikken over duurzame en wendbare kennis en vaardigheden waarmee zij in alle zorgsituaties (dus in alle werkvelden, zoals in ziekenhuizen, verzorgings- en verpleeghuizen, thuiszorg) als beginnend beroepsbeoefenaar aan de slag kunnen.

Kwalificatieniveaus

De initiële opleidingen zijn ondergebracht in het reguliere beroepsonderwijs, te weten het secundair beroepsonderwijs (MBO) en het hoger beroepsonderwijs (HBO) en vormen een kwalificatiestructuur van vijf niveaus. De kwalificatieniveaus sluiten op elkaar aan en bieden mogelijkheden voor horizontale en verticale doorstroming.

Niveau 1 - opleiding tot zorghulp	- studieduur ½-1 jaar, MBO
Niveau 2 – opleiding tot helpende	- studieduur 2 jaar, MBO
Niveau 3 – opleiding tot verzorgende	- studieduur 3 jaar, MBO
Niveau 4 – opleiding tot verpleegkundige	- studieduur 4 jaar, MBO
Niveau 5 – opleiding tot verpleegkundige	- studieduur 4-4½ jaar, HBO

Vereiste wettelijke vooropleiding

Niveau 1:	drempelloos
Niveau 2:	min. 10 jaar dagonderwijs of min leeftijd 16 jaar
Niveau 3:	VMBO, overgangsbewijs van 3 naar 4 HAVO/VWO
Niveau 4:	VMBO, overgangsbewijs van 3 naar 4 HAVO/MAVO
Niveau 5:	HAVO, VWO, MBO niveau 4 (aanvullende eis: het vak biologie)

De opleiding tot verzorgende niveau 3 kent twee uitstroomvarianten: de variant 'verzorgende' en de variant 'verzorgende individuele gezondheidszorg (VIG)'. De VIG is in staat een aantal specifieke verpleegtechnische interventies te verrichten.

Verpleegkundigen niveau 4 (MBO) en niveau 5 (HBO) kennen een systeem van registratie op grond van artikel 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG) indien zij voldoen aan de wettelijke opleidingseisen die voor hun beroep gelden. Door deze registratie ontstaat het recht om de wettelijk beschermde titel 'verpleegkundige' te voeren. Alle artikel 3 beroepen vallen onder het tuchtrecht.

De VIG kent een wettelijke opleidingstitel welke is geregeld in artikel 34 van de wet BIG. De beroepen in artikel 34 kennen geen overheidsregister en geen tuchtrecht.

Leerwegen

In elke regio worden twee gelijkwaardige leerwegen aangeboden: 'leren-stage' (beroepopleidende leerweg, Voltijd/BOL) en 'werken-leren' (beroepsbegeleidende leerweg, BBL of 'duale leerweg' in het HBO). De leerwegen hebben dezelfde eindtermen; elk diploma kan worden bereikt via beide leerwegen.

Bij de leerweg 'leren-stage' ligt het accent op 'binnenschools leren'. Praktijkervaring wordt verkregen via een aantal stages.

Bij de leerweg 'werken-leren' ligt het accent op 'buitenschools leren'. Het grootste deel van deze opleiding is de leerling al werkend aan het leren, aangevuld of voorbereid door binnenschools leren. De leerling is in dienst van het ziekenhuis en sluit hiervoor een leerarbeidsovereenkomst af.

Het MBO wordt verzorgd door Regionale Opleidingscentra (ROC) en kent een modulaire opbouw. Het HBO wordt verzorgd door hogescholen, waar binnen gewerkt wordt met studiepunten. Beide onderwijsmethoden bieden de mogelijkheid rekening te houden met elders verworven competenties (EVC's) waardoor opleidingen op maat geboden kunnen worden via verkorte opleidingen. Deze vorm van onderwijs biedt flexibele mogelijkheden voor zij-instromers, herintreders en voor andere doelgroepen zoals oudere studenten en allochtonen (interculturalisatie). Op dit moment worden in het HBO-V voor de hiervoor genoemde doelgroepen intake assessments ontwikkeld om studenten op basis van zorgcompetenties waarover ze reeds beschikken, zo snel mogelijk tot HBO-Verpleegkundige op te leiden. Voor een afgestudeerde MBO-student met een opleiding die verwant is aan een HBO-opleiding geldt in het HBO een maximale opleidingsduur van 3 jaar.

Beroepspraktijkvorming

In het nieuwe onderwijsstelsel neemt de beroepspraktijkvorming (BPV-plaats) een belangrijke plaats in. Een BPV-plaats is de ruimte die op een afdeling beschikbaar is voor een student om stage te lopen. Dit houdt in dat één stageplek op jaarbasis door meerdere studenten zou kunnen worden benut, afhankelijk van het type stage dat wordt gelopen. Deze stageplek noemt de Bve Raad een BPV-plaats. Onder een stage wordt een periode verstaan waarin een student een BPV-plaats bezet. Zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor het bieden van voldoende BPV-plaatsen. Zij moeten met de onderwijsinstellingen in de regio afspraken maken over capaciteit en begeleiding van de studenten. Zorginstellingen en onderwijsinstellingen maken gebruik van elkaars faciliteiten bij de opleiding tot verpleegkundige of verzorgende.

De beroepsopleidende leerweg (Voltijd/BOL) en de HBO-voltijd variant bieden onderwijs met een praktijkdeel dat minimaal 20% en maximaal 60% bedraagt van de studieduur. De overige tijd wordt besteed aan theorie en praktijktraining. De beroepsbegeleidende leerweg (Duaal/BBL) heeft een praktijkdeel van ten minste 60% of meer van de studieduur. Bij de HBO-V duale variant bestaat het onderwijs globaal uit 40% theorie en 60% stage. Deze eisen zijn vastgelegd in het rapport "Gekwalificeerd voor de toekomst" uit 1996.

Brede kwalificatie en differentiatie

De afgestudeerden zijn breed gekwalificeerd. Dat betekent dat zij in principe kunnen werken in alle zorgsituaties. Uitgaande van deze gewenste brede kwalificatie van het verplegend en verzorgend personeel kunnen er verschillende differentiaties worden aangeboden. Een 'differentiatie' is een verdieping in een onderdeel of aspect van het beroep, die het (brede) civiel effect van het diploma niet aantast. Differentiaties worden aangeboden in de laatste fase van de opleiding. Bij de indeling van differentiaties is uitgegaan van zorgcategorieën. Zorgcategorieën omvatten meerdere groepen zorgvragers. De gekozen eenheden zijn groot, onderscheiden zich voldoende van elkaar en zijn voor de zorgsector herkenbaar.

Bij de opleiding tot verpleegkundige worden de volgende differentiaties aangeboden:

- klinische zorg differentiaties;
- kraam-, kind- en jeugdzorg differentiaties;
- differentiaties voor de ouderenzorg zoals 'zorgvragers met acute en psychiatrische ziekten';

- verstandelijk gehandicapten en
- chronisch zieken.

De opleiding tot verzorgende kent zoals aangegeven twee uitstroomvarianten: de 'verzorgende' en de 'VIG'. De uitstroomvariant VIG kent geen differentiaties. De tijd die in de uitstroomvariant 'verzorgende' besteed wordt aan de differentiaties, wordt in de uitstroomvariant 'VIG' besteed aan de deelkwalificatie 'verplegende elementen'. De opleiding tot VIG kent dus geen verdieping maar een verbreding. Voor de uitstroomvariant 'verzorgende' zijn als differentiaties benoemd: kortdurende zorg, kraamverzorging en zorg voor ouderen en chronisch zieken. Bij de opleidingen tot zorghulp en helpende was de korte opleidingsduur en het generieke karakter van de opleiding reden om geen differentiaties op te nemen.

Financiering

Het ministerie van OC&W is verantwoordelijk voor de bekostiging van de theoriecomponent van zowel het secundair beroepsonderwijs (MBO) als het hoger beroepsonderwijs (HBO) en de ziekenhuizen zijn verantwoordelijk voor de financiering van de BPV-plaatsen.

Vervolgopleidingen voor verpleegkundigen en opleidingen voor medisch ondersteunende functies

De vervolgopleidingen spelen een grote rol in de personeelsvoorziening van ziekenhuizen. Deze vervolgopleidingen worden door de ziekenhuizen zelf verzorgd en bekostigd uit de budgetten. De deelnemers en studenten zijn in dienst van of sluiten een leerarbeidsovereenkomst met het desbetreffende ziekenhuis. Er kunnen in de verpleging en verzorging binnen ziekenhuizen de volgende vervolgkwalificaties en –opleidingen worden onderscheiden:

- a. vervolgopleidingen en specifieke scholing voor verpleegkundigen en
- b. opleidingen voor medisch ondersteunende functies.

Tot de vervolgopleidingen tot gespecialiseerd verpleegkundige behoren:

- Intensive Care Verpleegkundige
- Intensive Care Kinderverpleegkundige
- Intensive Care Neonatologie Verpleegkundige
- Kinderverpleegkundige
- Obstetrische en Gynaecologische Verpleegkundige
- Oncologie Verpleegkundige
- Spoedeisende Hulp verpleegkundige
- Dialyse Verpleegkundige.

Deze vervolgopleidingen zijn ondergebracht in het convenant Landelijke Regeling Verpleegkundige Vervolgopleidingen (LRVV). Het convenant LRVV is door de volgende partijen opgesteld en ondertekend: de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ), de Algemene Vergadering verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) en de Vereniging van Opleidingsinstituten voor Verpleegkundige Vervolgopleidingen (VOVV).

De LRVV beoogt: het verkrijgen van waarborgen met betrekking tot de kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid van de gespecialiseerde verpleegkundige vervolgopleidingen en in dat licht te bewaken dat:

- ziekenhuizen en opleidingsinstituten kwalitatief verantwoord en doelmatig vervolgopleidingen tot gespecialiseerde verpleegkundigen verzorgen;
- het civiel effect van vervolgopleidingen wordt bewerkstelligd;
- de duur en de kosten van vervolgopleidingen worden beheerst;
- samenhang in het verpleegkundig vervolgonderwijs ontstaat;
- de continuïteit van de opleidingen tot gespecialiseerde verpleegkundigen gewaarborgd is ten behoeve van de personeelsvoorziening en
- de kwaliteit van de vervolgopleidingen nauwgezet kan worden gecontroleerd en aangepast in overeenstemming met ontwikkelingen in de zorg.

De deelnemers aan deze vervolgopleidingen zijn in dienst van het desbetreffende ziekenhuis.

De AVVV is door het ministerie van VWS in het kader van artikel 14 van de Wet BIG aangewezen als de representatieve beroepsorganisatie om een specialismenregeling voor het beroep van verpleegkundige op te stellen.

Tot de specifieke scholing voor verpleegkundigen behoren:

- opleiding reuma;
- opleiding astma COPD (tot voor kort aangeduid met : CARA);
- opleiding diabetes-educatie;
- opleiding mammacare;
- opleiding incontinentie;
- opleiding stomazorg;
- opleiding endoscopie (gastro-enterologie).

Door middel van deze opleidingen wordt gestreefd naar een geïntegreerde behandeling en zorgverlening, afgestemd op de behoeften van specifieke patiëntengroepen (consulentenfunctie). De Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen (SSSV) organiseert landelijk deze theoretische en praktijkgerichte opleidingen. De SSSV kan rekenen op een breed draagvlak, gevormd door de NVZ, thuiszorgorganisaties, medisch-wetenschappelijke verenigingen, verenigingen van specialistische verpleegkundigen en patiëntenverenigingen. Deze organisaties participeren in de SSSV en spannen zich gezamenlijk in voor een adequaat opleidingsbeleid. In de verschillende begeleidingscommissies waken deskundigen over de inhoud en de kwaliteit van het opleidingsprogramma.

De deelnemers aan deze specifieke scholing zijn in dienst van het desbetreffende ziekenhuis.

Voorst is er nog de specialistische vervolgopleiding Gipsverbandmeester. Deze opleiding duurt 2 jaar. De studie kent een theoretisch en een praktisch gedeelte. Tijdens de opleiding werkt de student als leerling gipsverbandmeester in een ziekenhuis en sluit hiervoor een leerarbeidsovereenkomst af. De leerling doet in het ziekenhuis het praktische gedeelte van de opleiding. Het theoretische gedeelte van de opleiding kan alleen worden gevolgd bij het opleidingsinstituut van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam.

De toelatingseis voor deze opleiding is in het bezit zijn van één van de volgende diploma's:

- Verpleegkundige A
- Verpleegkundige MBO, niveau 4
- Verpleegkundige HBO, niveau 5

Naast vorenvermelde opleidingen zijn er nog diverse vervolgopleidingen, bij en nascholingen voor verpleegkundigen.

Tot de opleidingen tbv medisch ondersteunende functies voor schoolverlaters behoren:

- de opleiding tot operatie-assistent;
- de opleiding tot anesthesie-assistent;
- de opleiding tot radiodiagnostisch laborant;
- de opleiding tot radiotherapeutisch laborant;
- de opleiding tot longfunctie-assistent;
- de opleiding tot hartfunctielaborant.

Deze opleidingen zijn opleidingen op HBO-niveau met een studieduur van drie jaar. De student is in dienst van het ziekenhuis en sluit hiervoor een leerarbeidsovereenkomst af. De toelatingseis voor deze opleidingen is in het bezit zijn van één van de volgende diploma's:

- HAVO
- VWO
- MBO niveau 4

De radiotherapeutisch- en radiodiagnostisch laborant is een wettelijk beschermde opleidingstitel, geregeld in artikel 34 van de Wet BIG. De opleidingseisen en het deskundigheidsgebied zijn bij AmvB geregeld. Voor de opleiding tot operatie-assistent en anesthesie-assistent gelden de landelijke opleidingsregelingen van de NVZ. De Stichting beroepsopleiding hartfunctielaborant en de Stichting beroepsopleiding longfunctie-assistent stellen de eisen voor deze opleidingen vast.

Naast vorenvermelde functies zijn er in ziekenhuizen diverse specialistische functies, die niet direct als medisch ondersteunende functies zijn aan te merken maar daar wel aan gerelateerd zijn (zoals de recovery medewerker).

Bijlage 2 Actoren en verantwoordelijkheden

Overheid

Ministerie van VWS

Met de Wet BIG heeft VWS een instrument in handen om beroepen in de gezondheidszorg te regelen. Hierin worden voor wettelijk geregelde beroepen opleidingseisen of deskundigheidsgebieden geformuleerd. In de V&V-sector gaat het om de wettelijke geregelde beroepen van Verpleegkundige en van Verzorgende in de Individuele Gezondheidszorg (VIG). De minister van OC&W hoort de minister van VWS voordat de kwalificatiestructuur voor de opleidingen in de verpleging en verzorging wordt vastgesteld. Hierdoor wordt VWS mede verantwoordelijk voor het vaststellen van de eindtermen van de opleidingen van deze wettelijk geregelde beroepen. De rol en verantwoordelijkheid van VWS betreft verantwoordelijkheid voor de hoofdlijnen van het gewenste niveau van de zorgvoorzieningen. VWS vervult wat het arbeidsmarktbeleid betreft een faciliterende, stimulerende en initiërende rol. In het kader hiervan participeert VWS in het Convenant Arbeidsmarkt Zorg (CAZ).

Ministerie van OC&W

Het ministerie van OC&W is verantwoordelijk voor de bekostiging en het algemeen beleid ten aanzien van de kwaliteit van het MBO en HBO. De onderwijsinstellingen zijn verantwoordelijk voor de aansluiting van zorgopleidingen op zorgberoepen op alle vijf onderwijsniveaus. Het ministerie van OC&W stelt vooropleidingseisen, eisen met betrekking tot interne en externe kwaliteitszorg, houdt toezicht en bekostigt de opleidingsinstituten. De onderwijsinstellingen stellen eindtermen vast voor het V&V-onderwijs. De ROC's doen dat op advies van de landelijke organen voor het beroepsonderwijs.

Werkgeversverenigingen ziekenhuizen

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)

De NVZ behartigt de belangen van alle algemene ziekenhuizen, categorale instellingen en revalidatiecentra in Nederland. De NVZ kent 170 leden.

Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ)

De VAZ behartigt de belangen van de 8 academische ziekenhuizen in Nederland.

Onderwijsorganisaties

HBO-raad

De HBO-raad is een vereniging van 50 hogescholen met als doelen de ontplooiing van het hoger beroepsonderwijs in relatie tot maatschappelijke ontwikkelingen en de behartiging van het collectief belang van de aangesloten leden. Aan 19 hogescholen is een HBO-V opleiding verbonden.

Bve Raad

De Bve Raad is de landelijke brancheorganisatie van de instellingen voor beroepsonderwijs en volwasseneneducatie. De Bve Raad is een vereniging. Leden zijn de onderwijsinstellingen in de bve-sector. De Bve Raad richt zich op de versterking van de branche onder andere door

behartiging van belangen. Aan 43 regionale opleidingscentra (ROC's) worden opleidingen voor verpleegkunde en verzorging aangeboden.

OVDB

De OVDB is het Landelijk Orgaan van het Beroepsonderwijs Gezondheidszorg, Dienstverlening, Welzijn en Sport. De OVDB wordt bestuurd door de werkgevers- en werknemersorganisaties in deze sectoren en door de branche-organisatie van de onderwijsorganisaties, de Bve Raad. Dit landelijk orgaan heeft een aantal functies, de belangrijkste zijn het erkennen van arbeidsorganisaties als leerbedrijf voor de beroepspraktijkvorming en het ontwikkelen en onderhouden van kwalificatiestructuren voor de niveaus 1 tot en met 4. In de regio's zijn consulenten van de OVDB actief die de leerbedrijven ondersteunen. Zij geven advies en ondersteuning op het gebied van opleidingen.

Beroepsorganisaties

AVVV

De Algemene Vergadering voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) is de koepel van beroepsorganisaties van verpleegkundigen en verzorgenden. De meeste beroepsorganisaties in de verpleging en verzorging hebben zich aangesloten bij deze koepel. Alle vakbonden voor verpleging en verzorging zijn aangesloten bij de AVVV, behalve de ABVAKABO FNV en de Unie voor Zorg en Welzijn. Zo hebben de hogescholen op landelijk niveau contacten met de AVVV onder meer ten aanzien van aansluiting op inhoudelijke ontwikkelingen. De AVVV wil de invloed en zeggenschap van verpleegkundigen en verzorgenden op het terrein van de inhoud van het beroep vergroten en is in toenemende mate het aanspreekpunt.

Sociale partners

Werkgevers- en werknemersorganisaties

De werkgeversorganisaties in de zorg, georganiseerd per sector en de werknemersorganisaties bepalen mede het opleidings- en arbeidsmarktbeleid. De werkgevers- en werknemersorganisaties hebben zitting in het bestuur van de OVDB en zijn in die hoedanigheid betrokken bij het formuleren, onderhouden en vernieuwen van eindtermen en kwalificaties voor de kwalificatieniveaus 1 tot en met 4 en bij het erkennen van leerbedrijven.

In het Convenant Arbeidsmarkt Zorgsector (CAZ) is vastgelegd dat werkgevers- en werknemersorganisaties primair verantwoordelijk zijn voor het arbeidsmarktbeleid. Zij dienen te zorgen voor de realisatie en het behoud van een kwantitatief en een kwalitatief evenwicht op de arbeidsmarkt. De werkgevers zijn ook zorgaanbieder waarbij zij op instellingsniveau verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening.

Sectorfondsen

Sectorfondsen Zorg en Welzijn en het Sectorfonds SoFoKles

De Sectorfondsen Zorg en Welzijn en Sofokles richten zich op vernieuwend arbeidsmarktbeleid. Het Sectorfonds SoFoKles is het sectorfonds voor de academische ziekenhuizen. Zij stellen zich ten doel het arbeidsmarkt-, werkgelegenheids- en opleidingsbeleid in de branche in brede zin te stimuleren en samenwerking en synergie tussen branches te bevorderen. De sectorfondsen worden in hoofdzaak door het Ministerie van VWS gefinancierd.

De sectorfondsen bereiden het door sociale partners (al dan niet na overleg met VWS) geïnitieerde beleid voor en voeren de door de convenantpartijen overeengekomen maatregelen uit. Met betrekking tot de voorbereiding, stimulering en uitvoering van de convenantsafspraken spelen de sectorfondsen een ondersteunende en adviserende rol.

Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorg (CAZ)

Werkgevers- en werknemersorganisaties, Arbeidsvoorziening en het Ministerie van VWS hebben het Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector (CAZ) afgesloten. Het CAZ schept een landelijk overlegkader voor een sectorbrede, meerjarige, structurele en integrale aanpak van de arbeidsmarkt, mede in relatie tot zorginhoudelijke ontwikkelingen en werkgelegenheidsdoelen. Het geeft richting en binding aan maatregelen van landelijke partijen en van daaruit ook aan regio's en instellingen. Op grond van het Convenant is een Meerjarig Beleidskader 2000-2004 opgesteld met doelstellingen en 6 speerpunten te weten instroom, doorstroom, behoud, beeldvorming, stimulering van regionaal beleid en onderzoek. Jaarlijks worden maatregelen met verwachte effecten en uitkomsten vastgesteld. Hoofddoelstelling in het Meerjarig Beleidskader 2000-2004 is de verwachte personeelstekorten in de verplegende en verzorgende beroepen in een periode van vier jaar terug te dringen tot het niveau van de gebruikelijke frictie op de arbeidsmarkt. Ten aanzien van de speerpunt Instroom in de initiële opleidingen zijn vier doelstellingen geformuleerd:

- vergroting van de instroom in de opleidingen met 20%;
- afname van de uitval uit de opleidingen met 20% (verhoging studierendement) en vermindering van het deel van de afgestudeerden uit de opleidingen dat niet in de zorgsector gaat werken met 20% (verhoging beroepsrendement);
- toename van de inzet van agogisch opgeleiden met 20% (met name in de gehandicaptenzorg en organisaties voor psychiatrie);
- uitbreiding van het contractonderwijs met 50% (met name in de thuiszorg).

Onderwijsinstellingen

Regionale opleidingscentra (ROC's)

De regionale opleidingscentra (ROC's) voor MBO, zijn op grond van de WEB (Wet Educatie Beroepsonderwijs) verantwoordelijk voor het curriculum en de kwaliteit van het onderwijs. In samspraak met de zorginstellingen, ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid, dienen zij te komen tot een volwaardig onderwijsaanbod waarin theorie en praktijk zijn afgestemd.

Hogescholen

De hogescholen bieden hoger beroepsonderwijs en zijn verantwoordelijk voor het curriculum en de kwaliteit van het onderwijs. Hogescholen hebben vanuit de wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) de eindverantwoordelijkheid voor de theoretische en de praktische voorbereidingen op de beroepsuitoefening. De hogescholen hebben landelijk, regionaal en op instellingsniveau contact met de werkgevers- en werknemersorganisatie over de inhoud en de aansluiting van de opleidingen op het beroepenveld.

Zorginstellingen

De zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor de personeelsvoorziening in de zorg. Binnen het opleidingsstelsel zijn zij verantwoordelijk voor het bieden van kwantitatief en kwalitatief voldoende beroepspraktijkvormingsplaatsen (BPV-plaatsen). Daarnaast zijn zij verantwoordelijk voor vervolgoopleidingen voor gespecialiseerde verpleegkundigen en medische ondersteunend personeel.

Regionale arbeidsmarktverbanden

In de regio's zijn functionarissen werkzaam van de OVDB en van de sectorfondsen. In alle regio's slaan instanties de handen ineen om te komen tot een betere afstemming tussen vraag en aanbod van stages en afstemming van de opleidingscapaciteit op de behoefte van de zorginstellingen en voor de verbetering van de kwaliteit van de BPV-plaatsen. Deze samenwerking wordt aangemoedigd, door middel van subsidieregelingen.

In verschillende regio's wordt gewerkt met regionale bureaus die de coördinatie van BPV-sta-geplaatsen in de betreffende regio regelen. Deze bureaus matchen vraag en aanbod voor BPV-plaatsen tussen de zorg- en onderwijsinstellingen.

Bijlage 3 Literatuurlijst

- *Arbeid in zorg en welzijn*, Integrerend OSA-rapport, Organisatie voor strategisch arbeidsmarktonderzoek, oktober 2001
- *Bestedingsplan sectorfonds Zorg 2002*, november 2001
- *De aansluiting tussen opleiding en beroepspraktijk in de zorg- en welzijnssector*, Eijs en Jacob-Tacke, OSA, Tilburg, 2001
- *De arbeidsmarkt in de collectieve sector 2002*, Ministerie van Binnenlandse zaken en Koninkrijkrelaties, februari 2002
- *De CAZ-afspraken ten aanzien van werving en te werkstelling van buitenlandse verpleegkundigen en verzorgenden van buiten de EU*, rapportage werkgroep buitenlandse verpleegkundigen, sectorfondsen zorg en welzijn, maart 2002
- *Een hoop gedoe*, Prismant, augustus 2001,
- *HBOV en dan?*, Een onderzoek toegespitst op de marktpositie van Intensive Care opleidingen, Houwing, Hogeschool Utrecht, juni 1999
- *IC-verpleegkundigen op koers*, Prismant, juni 2000,
- *Inspanning beloond, onderzoek naar de arbeidsmarkt voor operatie assistenten en anesthesie medewerkers*, Prismant, maart 2002.
- *Jaarverslag 2001*, Raad BRL, maart 2002
- *Kosten en baten van stage- en leerlingplaatsen voor zorginstellingen*, Stichting Economisch Onderzoek, Amsterdam, concept oktober 2001
- *Nooit meer wachten*, rapport van de MDW werkgroep Medische Beroepen inzake toetredingsbelemmeringen voor artsen, tandartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten, juli 2001
- *Personeel in beeld*, Prismant, januari 2002
- *Regiomarge 2001, een arbeidsmarktverkenning van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogen*, Prismant, januari 2002
- *Spoedeisende hulp verpleegkundigen*, Prismant, april 2001
- *Take 5*, visitatierapport HBO-V, mei 2001
- *Veel gedaan, nog veel te doen*, Special Sectorfonds Zorg, december 2001
- *Verpleging en verzorging in kaart gebracht*, LCVV, 2001

1. Inleiding

In het kader van MDW zijn de afgelopen jaren voor verschillende vrije beroepsbeoefenaren nut en noodzaak van marktversturende regelgeving onder de loep genomen, bijvoorbeeld voor advocaten, deurwaarders en makelaars. Dergelijke belemmeringen zijn er ook bij de gezondheidszorg beroepsbeoefenaren, zowel de vrijgevestigde als ook bij de beroepsbeoefenaren die in loondienst zijn. De tekorten aan bijvoorbeeld huisartsen en verpleegkundigen hebben de toetredingsbelemmeringen extra actueel gemaakt.

Er zijn dreigende en actuele tekorten aan (gespecialiseerde) verpleegkundigen en andere ziekenhuisberoepen (zoals operatie- en anesthesie-assistenten). Toegang tot de opleiding voor deze beroepen en functies is grotendeels in handen van de zorginstellingen, evenals de praktijkcomponent van de initiële opleidingen. De huidige tekorten zijn daarom slechts beperkt door andere partijen te beïnvloeden.

Het kabinet is gezien het bovenstaande tot de conclusie gekomen dat een analyse van deze markt van de gezondheidszorg beroepsbeoefenaren gewenst is. Tevens zou moeten worden bezien of de belemmeringen, indien gewenst, zodanig kunnen worden veranderd of weggenomen, dat een meer passende aansluiting tussen vraag en aanbod mogelijk is.

Het kabinet heeft daarom in 2000 een werkgroep ingesteld om de toetredingsbelemmeringen te beschrijven en aanbevelingen te doen hoe daar mee om te gaan, voor artsen, tandartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten. Die werkgroep heeft haar rapport "Nooit meer wachten" in juli 2001 uitgebracht. In het standpunt op dit rapport heeft het kabinet aangegeven dat er een vervolg zou moeten komen met betrekking tot de opleidingen in het ziekenhuis voor verpleegkundigen en verzorgenden. Immers, uit het rapport "Nooit meer wachten" blijkt dat er hindernissen bestaan in de toegang tot de opleidingen. Gezien de problemen op de arbeidsmarkt van bijna alle beroepen, waarvoor de opleiding geheel of deels in de zorginstellingen plaats vindt, is het zaak alle belemmeringen te analyseren en –naar wenselijkheid- weg te nemen.

2. Probleemstelling

De toetreding tot de markten voor de gezondheidszorg beroepsbeoefenaren kent diverse belemmeringen. Voor de opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden en medische ondersteunende functies gelden belemmeringen als gevolg van opleidingscapaciteit, financiële middelen, organisatie en personeelsmanagement van de instellingen, maar mogelijk ook als gevolg van de hantering van de Wet BIG.

Deze MDW werkgroep richt zich op de initiële opleidingen voor ondersteunende functies en de verpleegkundige vervolgoopleidingen. Deze opleidingen zijn uitsluitend te volgen als werknemer bij intramurale instellingen in de gezondheidszorg (algemene, academische, categorale ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen).

Het betreft:

- inservice opleidingen voor schoolverlaters, voor uiteenlopende medisch ondersteunende functies in de instelling (diverse assistenten, laboranten, gipsverbandmeester);
- vervolgoopleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden, werkzaam bij de instelling (bijvoorbeeld dialyseverpleegkunde, intensive care verpleegkundige).

Het volgen van deze opleidingen is altijd gebonden aan een arbeidsovereenkomst met de instelling. De instellingen besteden het cursorisch gedeelte meestal uit aan een (eigen, regionaal of landelijk) opleidingsinstituut. Het is niet mogelijk dergelijke beroeps- of vervolgoopleidingen te volgen in het algemeen onderwijs.

De werkgevers in de zorg bepalen derhalve de omvang van de betreffende beroepsgroepen en

specialisaties. De keuze voor opleiden wordt mede bepaald door afwegingen van financiële aard, bedrijfsmatige prioriteiten en personeelsbeleid.

De huidige tekorten in met name operatiepersoneel heeft een directe relatie met die afwegingen van de zorginstellingen in het verleden; het wegwerken van het tekort kan alleen via de zorginstellingen.

De huidige organisatie van deze opleidingen beperkt de keuzevrijheid van schoolverlaters en verpleegkundigen. De betreffende opleidingen kunnen immers niet open in het beroepsonderwijs gevolgd worden. De ROC's en hogescholen kunnen dergelijke (vervolg)opleidingen ook niet aanbieden.

Toetredingsbelemmeringen beperken het aanbod van de beroepsbeoefenaren. Dit kan leiden tot tekorten in het aanbod van zorg bij de beantwoording van de zorgvraag. Het kan ook leiden, meer in het algemeen, tot beperking van de keuzemogelijkheden voor de zorgverzekeraars en de consumenten. Voorts kan het tot relatief hoge prijzen leiden.

Het gaat om toetredingsbelemmeringen in brede zin, dus belemmeringen in de opleiding (capaciteit opleidingen, stages), titel- en beroepsbescherming (Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, Wet BIG), kwaliteitseisen, de toelating van buitenslands gediplomeerden en afspraken rond de rechtspositie.

3. Taakopdracht

De werkgroep heeft als taak om:

- Een inventarisatie te maken van de knelpunten die thans inherent zijn aan de opleidingsstelsels die zich geheel of gedeeltelijk binnen de zorginstellingen afspelen.
- Het functioneren te onderzoeken van de wijze waarop de financiering van opleidingen is geregeld, van het functioneren van de sectorfondsen in dit opzicht, van de beloning van gespecialiseerd verpleegkundig personeel etc. en voorstellen te doen voor mogelijke verbeteringen terzake.
- Voor zover sprake is van toetredingsbelemmeringen per belemmering in kaart te brengen:
 - a. de oorspronkelijke doelstelling en verwachte voordelen van de belemmering,
 - b. welke beleidsontwikkelingen relevant zijn (is er recent een beleidswijziging geweest?, is een beleidswijziging in ontwikkeling?),
 - c. welke nadelen kleven er aan de toetredingsbelemmering (in hoeverre verhindert de belemmering de gewenste verruiming van de arbeidsmarkt?),
 - d. welke mogelijkheden zijn er om de belemmeringen zodanig te veranderen of weg te nemen, dat vraag en aanbod beter op elkaar aansluiten?
 - e. welke voor- en nadelen kleven er aan het opheffen van de toetredingsbelemmeringen?
- voorstellen te doen om de gesignaleerde knelpunten weg te nemen, zodat vraag en aanbod beter op elkaar kunnen aansluiten.

4. Operationele aspecten

- In de werkgroep hebben zitting vertegenwoordigers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Economische Zaken, Justitie, Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en Financiën. Het ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid is agendalid.
- De werkgroep staat onder leiding van een onafhankelijk voorzitter.
- Het secretariaat wordt gevoerd door EZ en VWS.
- De werkgroep regelt zelf de betrokkenheid van externe deskundigen. Voorts regelt de werkgroep zelf consultaties bijvoorbeeld met vertegenwoordigers van de zorginstellingen, de opleidingsinstellingen, de beroepsbeoefenaren en de zorgverzekeraars.
- De werkgroep start in oktober 2001 en rapporteert in april 2002.

Bijlage 5 Overzicht doelstellingen sectorfondsen

Een deel van de activiteiten van het sectorfonds Zorg geven uitvoering aan de doelstellingen van het convenant arbeidsmarktbeleid zorgsector. In dit convenant hebben werkgevers en werknemers organisaties zich tot doel gesteld de verwachte personeels tekorten in de verplegende en verzorgende beroepen van ca 37.500 in 2003, in een periode van 4 jaar terug te dringen tot de gebruikelijke frictie op de arbeidsmarkt. Deze doelstelling is uitgewerkt in subdoelstellingen voor de periode 2000-2004. In onderstaande tabel wordt per subdoelstelling weergegeven wat er tot nu toe is bereikt.

Doelstelling	Effect tot nu toe (voor zover bekend)
Hoofddoelstelling: terugdringen personeels tekorten tot gebruikelijke frictie arbeidsmarkt	De vacaturegraad in de totale zorgsector vertoont in de periode 1999-2000 een stijging van 1,3% naar 1,6%. In 2001 blijft de vacature graad op 1,6% liggen. In de ziekenhuizen is in de periode 1999-2001 een stijging waar te nemen van 1,3% naar 1,5% naar 1,6%.
Halvering verschil ziekteverzuim tussen de zorgsector en gemiddeld niveau arbeidsmarkt.	In 2000 is het verschil 2% (7,2% in zorg, 5,2% totale arbeidsmarkt) in 2001 is het verschil gedaald tot 1,7% (resp. 6,8% en 5,1%)
Halvering verschil WAO instroom tussen zorgsector en totale instroom	In 2001 is kans WAO instroom gelijk aan 2000 (1,9%). In heel Nederland is de instroomkans gestegen van 1,4 naar 1,5%.
Reïntegratie van arbeidsgehandicapten	In 1999 zijn 519 mensen geplaatst, 1644 arbeidsongeschikten hebben een baan gevonden in de zorgsector. Er zijn geen gegevens over 2000 en 2001
Vergroting instroom in opleidingen met 20%	De instroom is in 2000 gedaald met 14% t.o.v. 1999. In 2001 is de instroom vergroot met 8% t.o.v. 2000; Instroom 1999: 20.642, instroom 2000: 17858, instroom 2001: 19356.
Vergroten studie en beroepsrendement met 20 %	Beroepsrendement 1,5 jaar na afstuderen bedraagt in 2000: 54%. Het beroepsrendement wordt in 2001 geschat op 95% bij BBL en 85% bij HBO Bol en 35% bij MBO BOL. Het studierendement bedraagt 5 jaar na de start van de opleiding 60% (meting in 2000).
Vergroten instroom van specifieke doelgroepen	In 1998 zijn 39.000 mensen uit specifieke doelgroepen ingestroomd.
Bevorderen evenredige arbeidsdeelname allochtonen met een minimale instroom van 4000 allochtonen in 4 jaar	De deelname bedraagt in 2000 4,4%. De norm is 7,8%. In 1999 zijn 3000 allochtonen ingestroomd.
Creatie van 18000 Melkertbanen	In 1999 zijn 10.993 Melkert banen gecreëerd. Stand van zaken 2000 is onbekend
Terugdringen van nettoverloop met 20%	Nettoverloop is gestegen van 4,7% in 1999 tot 5,4% in 2000.
De helft van de ingestroomde personen uit specifieke doelgroepen is nog werkzaam in de sector	Geen gegevens bekend
Leer- en opleidingsbeleid werkenden	Cursusdeelname is toegenomen 84%; instellingen heeft scholingsbeleid
Uitbreiding arbeidsduur met 0,5 %	Arbeidsduur in 1999 en 2000 is gelijk: 1117 uur