

Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag





Abell & Erselina
Amsterdam, oktober 2009
E. Buur, J.P. Abell, Y. van Kastel, U. Saba

Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

Inhoud

Managementsamenvatting	5
1. Inleiding.....	9
2. Begripsomschrijvingen	11
2.1 Diversiteit.....	11
2.2 Een business case voor diversiteit	11
3. Het business case model	13
4. Indicatoren	15
5. Werkwijze.....	17
6. Resultaten.....	19
6.1 Diversiteit in de patiëntenpopulatie	19
6.1.1 Indicatoren in relatie tot de patiëntenpopulatie.....	21
6.2 Diversiteit op de arbeidsmarkt en ontwikkelingen in vraag en aanbod	22
6.2.1 Diversiteit binnen de beroepsbevolking	22
6.2.2 Diversiteit in de toekomstige beroepsbevolking.....	22
6.2.3 Indicatoren in relatie tot de arbeidsmarkt.....	26
6.2.4 De kosten van openstaande vacatures	27
6.3 De ziekenhuizen en diversiteit.....	28
6.3.1 Missie, strategie en beleid.....	28
6.3.2 Management.....	28
6.3.3 HRM.....	28
6.3.4 Communicatie, marketing en kwaliteit	28
6.3.5 De zorg: het primaire proces.....	28
6.3.6 Organisatiecultuur	29
6.3.7 Indicatoren in relatie tot de patiëntenzorg	29
6.3.8 Indicatoren in relatie tot HRM en het personeelsbestand.....	29
6.4 Overheid, verzekeraars en aandacht voor diversiteit.....	30
7. Conclusies en aanbevelingen	31
8. Good practices.....	33
9. Bronnen.....	39



Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

Managementsamenvatting

In opdracht van de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ) heeft Abell & Erselina voor de ziekenhuisbranche 'Een business case voor diversiteit' geformuleerd. In een business case voor diversiteit wordt inzichtelijk gemaakt waarom het voor een organisatie om zakelijke of bedrijfmatige redenen interessant kan zijn om aandacht te besteden aan diversiteit, wat daarmee bereikt kan worden en hoe de organisatie beter op diversiteit kan worden afgestemd. In een business case voor diversiteit wordt met andere woorden duidelijk op welke wijze het diversiteitsbeleid het bedrijfsresultaat van de organisatie ten goede komt. Op verzoek van de StAZ is diversiteit in dit project beperkt tot etnisch-culturele diversiteit (herkomst).

Het project is uitgevoerd met medewerking van het MC Haaglanden (MCH), te Den Haag en het Revalidatiecentrum Amsterdam/Jan van Breemen Instituut (RCA/JBI) te Amsterdam. Bij de uitvoering van het project verkeerden het RCA en het JBI in een proces van fusie. Het waren nog twee aparte organisaties met elk hun eigen projecten en activiteiten op het gebied van diversiteit.

De bedrijfsmatige aanleidingen voor een organisatie om met diversiteit aan de slag te gaan kunnen legio zijn: het aanboren van een nieuwe markt, het verbeteren van de dienstverlening, een arbeidsmarkt waarin al het talent moet worden binnengehaald en benut. In het kader van de business case voor ziekenhuisbranche zijn de volgende zaken in kaart gebracht:

- de culturele diversiteit in de patiëntenpopulatie en de invloed daarvan op de organisatie
- de culturele diversiteit op de regionale arbeidsmarkt, de ontwikkelingen in vraag en aanbod en de invloed daarvan op de organisatie
- de stand van zaken in de organisatie op het gebied van diversiteit
- de indicatoren voor een business case voor diversiteit, zodat duidelijk wordt wat de organisatie met diversiteit kan bereiken en het succes en de voortgang van haar aanpak kan volgen

De patiëntenpopulaties van ziekenhuizen in de Randstad zijn etnisch-cultureel zeer divers. In steden als Amsterdam en Den Haag heeft ruim een derde van de inwoners een niet-westerse achtergrond. Uit de interviews die in het kader van dit project zijn gehouden is naar voren gekomen dat ziekenhuizen in dat geval de zorg hebben voor een patiëntenpopulatie die gedeeltelijk andere ziektebeelden heeft, die de Nederlandse taal soms niet of nauwelijks spreekt en die andere verwachtingen van de zorg heeft. Ook blijken patiënten uit deze groep volgens geïnterviewden de mogelijkheden en effecten van behandeling vaak onvoldoende te begrijpen, omdat ze bijvoorbeeld geen kennis van de werking van het lichaam hebben. Omdat de zorg en de dienstverlening in de ziekenhuisbranche nog onvoldoende op deze patiëntenpopulatie zijn afgestemd, is het risico op no-show en het gebrek aan therapietrouw bij de allochtone patiëntenpopulatie hoger. Daarnaast is er bij deze patiëntengroep volgens een aantal geïnterviewden sprake van een verhoogd risico op over- en onderdiagnostiek en is het risico op complicaties - bijvoorbeeld als gevolg van verkeerd medicijngebruik of ondervoeding - groter.

In de ziekenhuizen worden op beperkte schaal initiatieven genomen om de zorg en dienstverlening beter op patiënten met een niet-westerse herkomst af te stemmen: zorgprogramma's worden inhoudelijk aangepast, er wordt



voorlichtingsmateriaal ontwikkeld voor mensen die de Nederlandse taal niet of onvoldoende spreken en er wordt waar mogelijk samenwerking gezocht met allochtone patiëntenorganisaties. Deze initiatieven worden organisatie- en sectorbreed echter onvoldoende benut. Het ontbreken van beleidsmatige aandacht voor diversiteit heeft tot gevolg dat bestaande initiatieven geïsoleerd blijven en dat het wiel steeds opnieuw wordt uitgevonden. Bedrijfsmatig is dit niet efficiënt. Ook komt het de zorg voor de patiënten niet ten goede en worden - in de gezondheidszorg en in de branche zelf - onnodig hoge kosten gemaakt.

Omdat bij het project een ziekenhuis was betrokken met zowel een vestiging in een 'zwarte' als een 'witte' wijk was het mogelijk de no-show te relateren aan etnische afkomst. In de wijk met een grote allochtone patiëntenpopulatie was de no-show bij de betreffende vestiging van het ziekenhuis anderhalf tot twee keer zo hoog als in de wijk met de autochtone patiëntenpopulatie. Hoewel niet echt hard te maken - het was om redenen van privacy niet mogelijk om de no-show gegevens direct te koppelen aan etnische afkomst - zijn er sterke aanwijzingen dat vooral de allochtone patiëntengroep een hoge no-show vertoont en daarmee hoofdoorzaak is voor deze verschillen. Een eenvoudige rekensom laat zien wat de hogere no-show onder allochtone patiëntengroepen aan gemiste inkomsten kan betekenen. Als, zoals uit het praktijkvoorbeeld is gebleken, bij de allochtone patiëntenpopulatie sprake is van een no-show van 7,7 procent en bij de autochtone patiëntenpopulatie van 4,4 procent, dan betekent dit bij een gemiddelde DBC prijs van 500 euro en 4000 méér niet nagekomen afspraken, een gemis aan inkomsten van zo'n twee miljoen euro.

Ook ontwikkelingen op de arbeidsmarkt vormen een bedrijfsmatige aanleiding voor de ziekenhuisbranche om met diversiteit aan de slag te gaan. Het grote aandeel leerlingen van allochtone afkomst dat nu uitstroomt uit opleidingen in het voortgezet onderwijs en in het middelbaar en hogere beroepsonderwijs vertaalt zich (nog steeds) niet in een vergelijkbare etnisch-culturele diversiteit binnen het verplegend personeel van de ziekenhuisbranche. Dit wijst erop dat een substantieel deel van de arbeidsmarkt voor de ziekenhuisbranche onbenut blijft. In het licht van de verwachte ontwikkelingen in vraag en aanbod, waarbij er binnen drie jaar in de randstad een vermoedelijk tekort van tien procent in de verpleegkundige functies gaat ontstaan, is het behouden van een goede aansluiting met de arbeidsmarkt essentieel.

Nu is het voor de ziekenhuizen soms al moeilijk om vacatures in te vullen. Dat zal in de nabije toekomst wanneer er sprake is van forse tekorten, nog lastiger worden. Openstaande vacatures kosten geld. Voor een organisatie met een verpleegkundige formatie van 600 fte en een verloop van 12 procent worden de (vervangings)kosten van de openstaande vacatures bij een gemiddelde vacatureduur van 80 dagen geschat op ruim 1,6 miljoen euro op jaarbasis als er gebruik gemaakt moet worden van bijvoorbeeld uitzendkrachten en zzp-ers. Per vacature bedragen de vervangingskosten in dat geval ruim 20.000 euro. Bij oplopende tekorten zullen de vacatureduur en daarmee de vervangingskosten toenemen tot ruim 28.000 euro per vacature. Bij een gelijk verloop van 12 procent bedragen de totale vervangingskosten dan ruim 2,2 miljoen euro.

Over de oorzaken voor de geringe instroom van verpleegkundig personeel (inclusief de leerlingen) met een niet-westerse achtergrond in de ziekenhuizen is nog maar weinig bekend. Daarmee is de branche niet uniek. Ook andere sectoren zoals de bouw, de rechterlijke macht of de overheid worstelen met de vraag waarom diversiteit niet zichtbaar is in de eigen branche. Daarbij moet ervoor gewaakt worden dat de bal uitsluitend bij de groepen zelf wordt gelegd: 'bouwen zit niet in het bloed', 'ze gaan voor het grote geld' of 'de overheid heeft een slecht

Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

imago in de landen van oorsprong'. Als er een zakelijk belang is om het allochtone arbeidsmarktpotentieel aan te spreken - zoals dat voor de ziekenhuisbranche zeker geldt - zou het voor organisaties een uitdaging moeten zijn om na te gaan hoe je ook deze groep kunt bereiken, binnenhalen en behouden. Helemaal als het aanbod op de arbeidsmarkt van deze groep substantieel is.

In de ziekenhuisbranche is er in relatie tot de patiëntenzorg bedrijfsmatig zonder meer aanleiding om te investeren in diversiteitsbeleid, zeker in de randstad waar al gauw 35 procent van de patiëntenpopulatie een niet-westerse herkomst heeft. Diversiteit verdient landelijk - vanuit overheid, verzekeraars en binnen de branche zelf - bedrijfsmatig aandacht. Daarmee zijn de patiënt en de gezondheidszorg gediend.

Het project heeft duidelijk gemaakt dat het diversiteitsbeleid zich in de ziekenhuisbranche zou moeten richten op drie pijlers: de patiëntenzorg, de arbeidsmarkt en het (interne) HRM beleid. In de zorg voor patiënten met niet-westerse allochtone achtergrond zou het diversiteitsbeleid zich moeten richten op het terugdringen van no-show, het bevorderen van therapietrouw en terugdringen van de over- en onderdiagnostiek. In relatie tot arbeidsmarkt zou het diversiteitsbeleid zich moeten richten op het terugdringen van de vacatureduur door het allochtone arbeidsmarktpotentieel beter te benutten voor de ziekenhuisbranche. Wat het (interne) HRM-beleid tenslotte betreft, zou het diversiteitsbeleid zich moeten richten op het binnenhalen, benutten en behouden van divers talent en zou er aandacht moeten zijn voor het terugdringen van het eventueel hogere verloop en verzuim bij deze groepen.



Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

1. Inleiding

In 2008 heeft Abell & Erselina in opdracht van de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ) het project 'Culturele Diversiteit in Ziekenhuizen' uitgevoerd.¹ Doel van dit project was na te gaan of er binnen de ziekenhuisbranche aandacht is voor de toenemende diversiteit in patiëntenpopulaties en op de arbeidsmarkt. De belangrijkste conclusie was dat culturele diversiteit en het ontwikkelen van beleid op dat terrein in de ziekenhuisbranche nog nauwelijks op de agenda staan. De resultaten waren in lijn met het ZonMw rapport 'Gezondheidszorg en etnische diversiteit in Nederland; naar een betere zorg voor iedereen' dat in 2007 verscheen.² In dit rapport wordt geconcludeerd dat

'...het erop lijkt dat ziekenhuizen ondanks een toenemende marktwerking en een groeiend aandeel patiënten met een andere etnische achtergrond hun zorgaanbod qua organisatie en inhoud nog niet op een cultureel diverse cliëntenpopulatie hebben afgestemd.'

De uitkomsten van het project 'Culturele Diversiteit in Ziekenhuizen' waren voor het bestuur van de StAZ aanleiding om Abell & Erselina opdracht te geven om - bij wijze van pilot - voor een ziekenhuis en een revalidatiecentrum een 'business case voor diversiteit' te formuleren. In een business case voor diversiteit wordt inzichtelijk gemaakt waarom diversiteit bedrijfsmatig gezien aandacht verdient, wat de organisatie hiermee kan bereiken, hoe de organisatie dat kan bereiken en hoe het succes en de voortgang van de acties om gestelde doelen te bereiken, gevolgd kunnen worden.

Het StAZ-project 'Een business case voor culturele diversiteit' is uitgevoerd met medewerking van het Medisch Centrum Haaglanden (MCH) en het Revalidatiecentrum Amsterdam / Jan van Breemen Instituut (RCA/JBI). Bij de uitvoering van het project verkeerden het RCA en het JBI in een proces van fusie. Het waren nog twee aparte organisaties met elk hun eigen projecten en activiteiten op het gebied van diversiteit. In het project is gebruikt gemaakt van gegevens en voorbeelden die uit de drie betrokken organisaties afkomstig zijn. Het project werd gefinancierd door de StAZ.

1 Kastel, van, Y., Sordam, R.H., Erselina, K.C., Abell, J.P. (2008) Culturele Diversiteit in Ziekenhuizen. Amsterdam: Abell&Erselina

2 Dahhan, N. (2007) Gezondheidszorg & etnische diversiteit in Nederland; naar een betere zorg voor iedereen. Amsterdam; Pacemaker in Global Health.



Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

2. Begripsomschrijvingen

2.1 Diversiteit

Diversiteit kan op verschillende manieren worden opgevat. McGrath e.a (in Raaijmakers, 2008³) maken bijvoorbeeld onderscheid tussen diversiteit op basis van sociale en demografische kenmerken zoals sekse, leeftijd, etniciteit, herkomst, seksuele oriëntatie, enz. en diversiteit op basis van functionele kenmerken zoals kennis, vaardigheden, waarden, overtuigingen, attitudes of gedragsstijl. Loden (1996)⁴ heeft het in dit verband over respectievelijk primaire en secundaire dimensies van diversiteit. Voor hem is het belangrijkste onderscheid dat de primaire dimensies van diversiteit zoals sekse, leeftijd of etniciteit, vastliggen en voor mensen niet veranderbaar zijn. De secundaire dimensies daarentegen zijn beïnvloedbaar voor het individu en kunnen in de loop van het leven ontwikkeld worden en veranderen.

Een belangrijk onderscheid is dat diversiteit breed of in beperkte zin wordt opgevat. Voor organisaties die met diversiteit aan de slag gaan is een afbakening van het begrip diversiteit van belang, omdat daarmee duidelijk wordt wat diversiteit voor de betreffende organisatie beleidsmatig en in de praktijk betekent. Sommige organisaties kiezen bewust voor een brede definitie van diversiteit. Het risico van een te brede definitie van diversiteit is dat er onvoldoende oog is voor verschillen tussen diverse groepen (oud/jong, man/vrouw, gehandicapt/niet-gehandicapt, autochtoon/allochtoon). Gevolg is dat eventuele verschillen in wensen, behoeften, mogelijkheden en talenten niet worden gezien/erkend en dat diversiteitsbeleid niet serieus op de agenda komt.

Op verzoek van de StAZ richt dit project zich op etnisch-culturele diversiteit. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen personen van autochtone, westerse allochtone en niet-westerse allochtone afkomst en aangesloten op de door het CBS gehanteerde definities van etniciteit.⁵

2.2 Een business case voor diversiteit

In een business case voor diversiteit gaat het om een zakelijke, bedrijfsmatige benadering van diversiteit.⁶ In een business case voor diversiteit wordt duidelijk:

- waarom aandacht voor diversiteit voor de organisatie van belang is
- wat de organisatie met aandacht voor diversiteit kan bereiken
- hoe de organisatie dat kan bereiken
- wat het de organisatie oplevert als gestelde doelen worden bereikt
- hoe de organisatie weet of ze op goede weg zit en wanneer ze succesvol is

3 Raaijmakers, M (2008). Authentiek verbinden: Diversiteitsmanagement vanuit veranderkundig perspectief. Den Haag: Delta Hage.

4 Loden, M. (1996) Implementing Diversity. US: Mc Graw-Hill.

5 Iemand van autochtone afkomst is een persoon wiens beide ouders zijn geboren in Nederland, ongeacht het land waar de persoon zelf is geboren. Iemand van westerse allochtone afkomst is iemand die zelf of van wie een van beide ouders is geboren in Europa, Noord-Amerika, Australië of Japan. Iemand van niet-westerse allochtone afkomst is iemand die zelf of van wie één van beide ouders is geboren in voormalig Joegoslavië, Turkije, Afrika, Zuid- en Midden Amerika of Azië (met uitzondering van voormalig Nederlands-Indië en Japan).

6 zie auteurs als Human, L. (2005); Robinson, G. and Dechant, K. (1997) en Monks, K (2005)



De bedrijfsmatige aanleidingen voor een organisatie om met diversiteit aan de slag te gaan kunnen legio zijn: het aanboren van een nieuwe markt, een betere dienstverlening, een arbeidsmarkt waarin al het talent moet worden benut.

Er zijn inmiddels verschillende organisaties die vanuit een zakelijk belang diversiteit op de agenda hebben gezet. Vaak zijn dit organisaties die zich ervan bewust zijn dat ze iets mislopen. Voorbeelden van organisaties die diversiteit uit zakelijke overwegingen op de agenda hebben gezet zijn: Partou, een organisatie voor kinderopvang die herkenbaar wil zijn voor verschillende cliëntengroepen en met verschillende opvoedingsperspectieven ervaring wil opdoen omdat ze niet het risico willen lopen klanten kwijt te raken; de Brauw & Blackstone advocaten, die wil voorkomen vrouwelijk talent kwijt te raken aan de concurrentie. Deze organisaties hebben een zakelijk belang om actie te ondernemen.

Zowel Partou als de Brauw & Blackstone hebben de zakelijke aanleiding vertaald in een plan van aanpak waarin duidelijk wordt waarom er actie wordt ondernomen, wat er bereikt moet worden, hoe dat bereikt gaat worden en wie waarvoor verantwoordelijk is. Diversiteit is dan geen doel op zich.

Een business case voor diversiteit

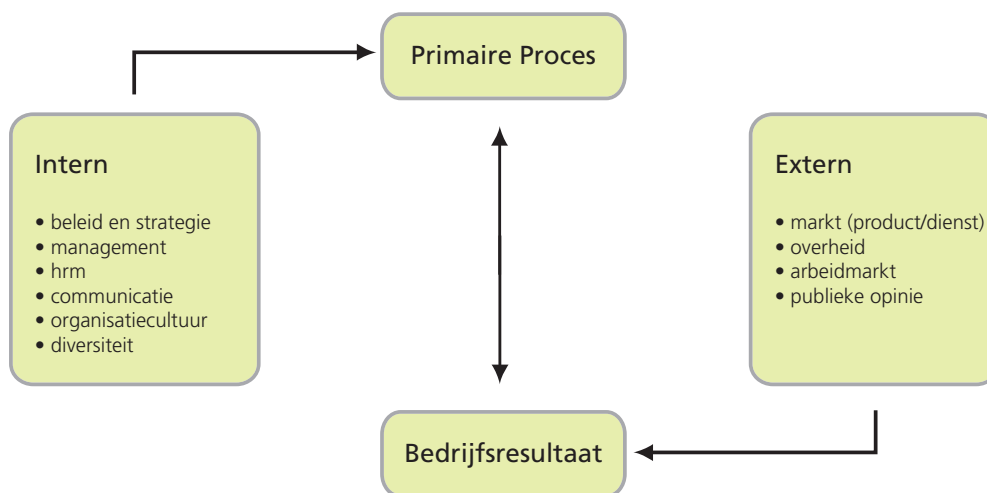
Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

3. Het business case model

De aanleiding om met diversiteit aan de gang te gaan is voor elke organisatie anders en kan worden ingegeven door interne of externe factoren of door een combinatie van beide. In het onderstaande figuur wordt duidelijk hoe de interne en externe factoren het primaire proces en het bedrijfsresultaat beïnvloeden.

Een verandering in de samenstelling van de markt (voor product of dienst) kan, als de organisatie haar primaire proces niet op die markt afstemt, het bedrijfsresultaat negatief beïnvloeden. Door intern het primaire proces (levering van product of dienst) wel op de markt af te stemmen kan die markt beter worden bereikt en wordt het bedrijfsresultaat positief beïnvloed.

In bepaalde gevallen kan - bijvoorbeeld door veranderde wetgeving - het primaire proces rechtstreeks door externe factoren worden beïnvloed.



Ook een interne verandering - bijvoorbeeld een nieuw management - kan leiden tot een verandering in het primaire proces (lagere/hogere productiviteit) waardoor het bedrijfsresultaat negatief of positief kan worden beïnvloed.

In een business case voor diversiteit wordt duidelijk of er vanuit interne of externe factoren of door een combinatie van beide aanleiding is om met diversiteit aan de slag te gaan.



Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

4. Indicatoren

Om na te gaan of diversiteit aandacht verdient is vooraf op basis van deskresearch, onze eigen onderzoeks- en adviespraktijk en interviews met artsen en leidinggevenden in de zorg een aantal indicatoren vastgesteld. Deze indicatoren geven aan wat een organisatie met een zakelijke aanpak van diversiteit kan bereiken en hoe het succes van de acties kan worden gevolgd. Een voorbeeld van zo'n indicator is therapietrouw. Therapietrouw is de mate waarin de patiënt de door de arts voorgeschreven geneesmiddelen ook daadwerkelijk gebruikt.⁷ Therapietrouw onder de allochtone patiëntengroep is soms lager dan onder de autochtone patiëntengroep omdat allochtone patiënten - door minder kennis van het lichaam en door communicatieproblemen - het doel van de behandeling minder goed begrijpen en daardoor voortijdig afhaken. Er is in dat geval een zakelijk belang om aandacht te besteden aan diversiteit, namelijk het bevorderen van de therapietrouw van de allochtone patiëntengroep.

De indicatoren worden in het reguliere bedrijfsvoeringsproces van de organisatie gebruikt. Een aantal van de indicatoren is financieel te vertalen. Zij zijn direct van invloed op het bedrijfsresultaat van de organisatie. Andere indicatoren zeggen meer over bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg, dienstverlening en management. Zij zijn indirect van invloed op het bedrijfsresultaat. In het kader van de business case voor diversiteit is nagegaan of er met betrekking tot deze indicatoren sprake is van verschillen tussen de autochtone en allochtone groep.

Indicatoren in relatie tot de patiëntenzorg

- No-show: het niet verschijnen op afspraken. Een verhoogde no-show op poliklinische spreekuren, OK's en bij functie-onderzoeken, bijvoorbeeld omdat patiënten niet nuchter op een OK verschijnen of het onderzoek niet op de juiste manier hebben voorbereid of in het geheel niet begrijpen wat het belang is van het onderzoek.
- Minder therapietrouw (compliance): dat wil zeggen dat een aanbevolen/voorgeschreven behandeling voortijdig wordt gestaakt. Een mogelijke oorzaak is dat patiënten - bijvoorbeeld door minder kennis van het lichaam - het doel van de behandeling niet begrijpen en daardoor voortijdig afhaken.
- Verkeerd medicijngebruik: een punt van aandacht, zeker bij complexere behandelingen en in het geval van 'comorbiditeit' (het voorkomen van meerdere ziekten tegelijkertijd); verkeerd medicijngebruik kan leiden tot onnodige complicaties.
- Problemen met diagnostiek en vaststellen behandeling: een arts is bij de anamnese voor een groot deel afhankelijk van de informatie die de patiënt - verbaal en non-verbaal - geeft om te komen tot een diagnose. Problemen in de diagnostiek kunnen leiden tot over- of onder diagnostiek; 'overdiagnostiek' kan ontstaan als een arts voor de zekerheid een zwaardere diagnose stelt, zodat extra onderzoek kan worden uitgevoerd (zoals bloedonderzoek en scans); 'onderdiagnostiek' ontstaat bijvoorbeeld als de arts (te snel) denkt dat er niets aan de hand is en de patiënt naar huis stuurt.
- Patiënttevredenheid is een indicator voor de tevredenheid van verschillende patiëntengroepen met de kwaliteit van zorg; uitgesplitst naar herkomst geeft dit informatie over de wijze waarop bijvoorbeeld Surinaamse of Marokkaanse patiëntengroepen de zorg en dienstverlening ervaren.

⁷ RIVM, 2009



Indicatoren in relatie tot de arbeidsmarkt

Hierbij gaat het gaat het simpelweg om vraag en aanbod. Als de vraag naar arbeidskrachten in bepaalde functies groot is en het aanbod op de arbeidsmarkt cultureel divers is, doet dit een extra appèl op de organisatie om dit diverse talent ook binnen te halen. Een indicator in relatie tot de arbeidsmarkt is het voorkomen van langdurig openstaande vacatures, die (aanzienlijke) kosten met zich meebrengen.

Indicatoren in relatie tot HRM en het personeelsbestand

Twee belangrijke indicatoren voor de kwaliteit van de HRM-praktijk zijn verloop en verzuim. Verloop en verzuim zijn ook indicatoren voor de 'diversiteitpraktijk' in een organisatie. In de praktijk blijkt bijvoorbeeld regelmatig dat het verloop onder (de nieuwe) minderheidsgroepen in een organisatie hoger is dan dat van de (de traditionele) meerderheid. Hetzelfde geldt voor verzuim. Als een organisatie niet is afgestemd op diversiteit kunnen verzuim- en verloopcijfers van bijvoorbeeld vrouwen of medewerkers met een niet-westerse herkomst hoger zijn dan dat van de meerderheid. Pas als duidelijk is wat de oorzaak is van dit hoge verloop/verzuim onder deze groepen kunnen gerichte maatregelen worden getroffen om dit verloop/verzuim terug te dringen. Een derde indicator in dit verband is medewerkerstevredenheid. Afhankelijk van de methode die gebruikt wordt kan dit instrument ingezet worden om na te gaan hoe verschillende groepen (ouderen, jongeren, medewerkers van niet westerse afkomst en autochtone medewerkers) de organisatie ervaren: hun contact met leidinggevenden, collega's, werkinhoud of ontwikkelingsmogelijkheden.

Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

5. Werkwijze

In het kader van een business case voor diversiteit zijn de onderstaande zaken in kaart gebracht:

- de etnisch-culturele diversiteit in de patiëntenpopulatie en de invloed daarvan op de organisatie
- de etnisch-culturele diversiteit op de regionale arbeidsmarkt, de ontwikkelingen in vraag en aanbod en de mogelijke invloed daarvan op de organisatie
- de aandacht vanuit politiek/overheid voor diversiteit en de invloed daarvan op de organisatie
- de stand van zaken in de organisatie op het gebied van diversiteit
- de indicatoren voor een business case voor diversiteit, waarmee duidelijk wordt wat de organisatie met diversiteit kan bereiken en hoe de organisatie het succes van haar acties kan volgen

Allereerst zijn gegevens verzameld over de mate van diversiteit in de patiëntenpopulatie van de organisaties en de mate van diversiteit op de arbeidsmarkt in de sector Zorg & Welzijn. Aangezien de (deelnemende) ziekenhuizen de herkomst van hun patiënten niet registreren, is om de etnisch-culturele diversiteit in de patiëntenpopulaties in kaart te brengen, gebruik gemaakt van CBS-gegevens over de bevolkingssamenstelling naar herkomst in de regio en in hun verzorgingsgebied. Bij het in kaart brengen van de diversiteit op de arbeidsmarkt en de (regionale) ontwikkelingen in vraag en aanbod in de sector zorg & welzijn is gebruik gemaakt van gegevens van het CBS, Prismant en Calibris.

Vervolgens is aandacht besteed aan de diversiteit in de personele formatie van de organisatie en is onderzocht of en in hoeverre de organisatie als geheel op diversiteit is afgestemd. Hierbij zijn de organisatiegebieden strategie, beleid, marketing en communicatie onder de loep genomen. Daarnaast is nagegaan in hoeverre er in het HRM beleid aandacht is voor diversiteit (werving, selectie, beoordeling, verzuim, verloop). Tot slot zijn 'good practices' verzameld. Deze good practices illustreren hoe verschillende afdelingen en specialismen in de organisatie op praktische wijze inspelen op situaties waar ze vanuit de divers samengestelde patiëntenpopulatie mee worden geconfronteerd.



Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

6. Resultaten

6.1 Diversiteit in de patiëntenpopulatie

In Den Haag en Amsterdam heeft inmiddels bijna 35 procent van de bevolking een niet-westerse herkomst. Dit percentage is landelijk gezien aanzienlijk lager (tabel 1).

	Bevolking	Aut	Wa	Nwa	Totaal
	abs	%	%	%	%
Nederland	16.405.399	80,4	8,8	10,8	100
Amsterdam	747.093	51,0	14,4	34,6	100
Den Haag	475.681	53,8	13,5	32,7	100

Aut - Autochtoon Wa - Westerse allochtoon Nwa - Niet-westerse allochtoon

Tabel 1. Bevolkingssamenstelling naar herkomst ultimo 2008. Bron: CBS

Het CBS maakt binnen de groep niet-westerse allochtonen onderscheid tussen Marokkanen, Antillianen, Surinamers, Turken en overige niet-westerse allochtonen. In Den Haag wonen veel mensen met een Surinaamse en Turkse achtergrond. In Amsterdam wonen relatief veel mensen met een Marokkaanse en Surinaamse achtergrond. In beide steden is de groep overige niet-westerse allochtonen relatief groot.

	N inwoners	Nwa	Marokko	NL Antillen & Aruba	Suriname	Turkije	Overige NWA
	abs	%	%	%	%	%	%
Nederland	16.405.399	10,8	2,0	0,8	2,0	2,3	3,6
Amsterdam	747.093	34,6	9,0	1,5	9,2	5,2	9,6
Den Haag	475.681	32,7	5,4	2,3	9,7	7,1	8,3

Aut - Autochtoon Wa - Westerse allochtoon Nwa - Niet-westerse allochtoon

Tabel 2. Niet-westerse bevolking naar land van herkomst ultimo 2008 Bron: CBS.

Om een beeld te krijgen van de landen van herkomst van de patiëntenpopulatie van de ziekenhuizen is voor beide organisaties een schatting gemaakt van het aandeel autochtone en (niet-)westerse allochtone mensen in hun primaire verzorgingsgebied. Er is er daarbij vanuit gegaan dat het primaire verzorgingsgebied van een ziekenhuis voor een belangrijk deel bepaald wordt door de locatie van het ziekenhuis.

Het MCH Westeinde ligt in het hart van de Schilderswijk. Binnen het primaire verzorgingsgebied van het MCH Westeinde dat de Schilderswijk en de aangrenzende wijken omvat is ruim 60 procent van de patiëntenpopulatie van niet-westerse afkomst (tabel 3). Binnen deze groep hebben de meeste mensen een Marokkaanse, Surinaamse, Turkse of overig niet-westerse afkomst.



Wijken/ Buurten	Inwoners	AU	WA	NWA	Marokko	Antillen & Aruba	Suriname	Turkije	Overige NWA
	N	%	%	%	%	%	%	%	%
Regentessekwartier	12.110	53	16	31	4	2	14	3	7
Stationsbuurt	8.830	38	12	50	9	8	12	6	15
Centrum	17.090	48	19	29	5	3	7	2	12
Schildersbuurt	32.560	10	4	86	23	3	20	27	13
Transvaalkwartier	14.020	10	7	83	14	2	24	29	13
Groente-&Fruitmarkt	5.420	23	8	69	7	2	21	30	9
Laakkwartier en Spoor- wijk	36.780	35	10	55	10	4	19	9	14
Totaal (Schilderswijk e.o.)	126.810	29	10	61	12	3	17	15	13
Den Haag	475.680	54	13	33	5	2	10	7	8

AU - Autochtone afkomst WA - Westers allochtone afkomst NWA - Niet-westerse allochtone afkomst

Tabel 3. Bevolkingssamenstelling wijken/buurten grenzend aan Schilderswijk naar herkomst. Bron: CBS.

Het primaire verzorgingsgebied van het RCA/JBI, dat meer omvat dan de stad Amsterdam (tabel 4), bedraagt het aandeel inwoners met een niet-westerse herkomst 24 procent.⁸ Gezien de locatie van het RCA/JBI en de belangrijkste werkgebieden in het verzorgingsgebied van de organisatie zal het aandeel patiënten met een niet-westerse herkomst naar alle waarschijnlijkheid hoger zijn dan die 24 procent.⁹

Werkgebied	Inwoners	AU	WA	NWA	Marokko	Antillen & Aruba	Suriname	Turkije	Overige NWA
	N	%	%	%	%	%	%	%	%
Amsterdam e.o.*	1.381.069	63,5	12,3	24,2	5,5	1,1	6,3	3,9	7,4
Amsterdam	747.093	51,0	14,4	34,6	9,0	1,5	9,2	5,2	9,6

*'Amsterdam en omstreken' omvat uit de volgende gemeentes: Aalsmeer, Amstelveen, Amsterdam, Beemster, Diemen, Edam-Volendam, Graft-De Rijp, Haarlemmermeer, Landsmeer, Oostzaan, Ouder-Amstel, Purmerend, Uithoorn, Waterland, Wormerland, Zaanstad en Zeevang.

Tabel 4. Bevolkingssamenstelling primaire werkgebied van RCA/JBI in Amsterdam naar herkomst., ultimo 2008 Bron: CBS.

⁸ Jaarverslag JBI 2007 en Jaarverslag RCA 2007, Amsterdam RCA/JBI

⁹ Jaarverslag JBI 2007, Amsterdam: JBI.

Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

6.1.1 Indicatoren in relatie tot de patiëntenpopulatie

Door de geïnterviewde artsen en leidinggevendenden in beide bij het project betrokken organisaties wordt een (aanzienlijk) hogere no-show en minder therapietrouw bij de allochtone patiëntenpopulatie gesignaleerd. No-show vormt een duidelijke kostenpost. Elk ziekenhuis maakt productieafspraken met een zorgverzekeraar. Het ziekenhuis baseert de productieafspraken op basis van onder meer beschikbare ruimte, apparatuur en personeel. Als de productie niet gehaald wordt, betekent dit dat er sprake is van overcapaciteit. Tegenover ruimte, apparatuur en personeel waar het ziekenhuis wel voor betaald staan geen inkomsten. Dat no-show een landelijk probleem is en niet uitsluitend een probleem voor de bij dit project betrokken instellingen, moge duidelijk zijn.

Van het MCH konden de no-show gegevens worden uitgesplitst naar de verschillende vestigingen. De no-show percentages zijn voor sommige poli's /afdelingen aanzienlijk. In beide vestigingen zijn dezelfde specialisten werkzaam. De no-show percentages in Antoniushove en Westeinde vertonen ruwweg dan ook hetzelfde beeld: hoge no-show percentages in Antoniushove corresponderen met hoge no-show percentages in vergelijkbare poli's /afdelingen in Westeinde. Wat opvalt zijn de verschillen tussen Westeinde en Antoniushove: de no-show percentages in Westeinde zijn systematisch hoger dan in Antoniushove. Slechts in vier van de 30 vergelijkbare poli's /afdelingen is de no-show hoger in Antoniushove.

Overall bedragen de no-show percentages in Westeinde en Antoniushove en respectievelijk 7,7 en 4,4 procent. In absolute zin komen in Westeinde ruim 10.000 patiënten hun afspraken niet na, in Antoniushove zijn dat er bijna 3.500. Hoewel niet echt hard te maken - het was niet mogelijk om no-show gegevens direct te koppelen aan etnische afkomst - zijn er sterke aanwijzingen dat vooral de allochtone patiëntengroep een hoge no-show vertoont en daarmee hoofdoorzaak is voor deze verschillen. Antoniushove kent een overwegend autochtone patiëntenpopulatie, Westeinde een overwegend allochtone patiëntenpopulatie. Vooral communicatieproblemen met allochtone patiënten die het doel van de behandeling minder goed begrijpen en daardoor niet op komen dagen werd veel genoemd door de geïnterviewden.

Een rekenvoorbeeld kan enig inzicht geven in wat het financieel zou opleveren als de allochtone patiëntengroep een vergelijkbare no-show zou laten zien als de autochtone patiëntenpopulatie, bijvoorbeeld door de communicatie zo goed mogelijk op eerstgenoemde groep af te stemmen. Een no-show in Westeinde van 4,4 procent - dus gelijk aan de no-show in Antoniushove - zou leiden tot een toename van 3971 wél nagekomen afspraken. Hoeveel dit aan extra inkomsten kan opleveren hangt af van de DBC tarieven die sterk uiteen lopen. Zo bedraagt het tarief van de duurste DBC bij Dermatologie - waar sprake is van een relatief hoge non-respons - 18.597 euro en bedraagt het tarief van de goedkoopste DBC 100 euro (kostenbedrag zorginstelling). Dit betekent minimaal 397.100 euro aan gemiste inkomsten. Bij een gemiddelde DBC van 500 euro kan dit bedrag zelfs oplopen tot bijna twee miljoen euro (1.985.500). Op een totaal van ruim 31 miljoen aan netto omzet in het MCH B-segment betekent dit bijna 6.5 procent aan gemiste inkomsten.¹⁰

10 Geconsolideerde jaarrekening Medisch Centrum Haaglanden 2008



6.2 Diversiteit op de arbeidsmarkt en ontwikkelingen in vraag en aanbod

6.2.1 Diversiteit binnen de beroepsbevolking

In Nederland is 19 procent van de beroepsbevolking van niet westers allochtone afkomst. In tabel 5 wordt zichtbaar dat hun aandeel op arbeidsmarkt in de steden Amsterdam en Den Haag rond de 40 procent bedraagt. Specifieke gegevens over de samenstelling van de beroepsbevolking naar herkomst zijn voor de huidige arbeidsmarkt van Zorg & Welzijn niet beschikbaar.

	N Beroepsbevolking	AU %	WA %
Nederland	7.684.000	81	19
Amsterdam	380.000	61	39
Den Haag	221.000	57	43

Tabel 5 Samenstelling beroepsbevolking naar herkomst (ultimo 2008). Bron: CBS

6.2.2 Diversiteit in de toekomstige beroepsbevolking

Het aandeel leerlingen met een niet-westerse achtergrond in Den Haag en Amsterdam is op alle niveaus in het voortgezet onderwijs aanzienlijk hoger dan in de rest van Nederland. In Den Haag en Amsterdam heeft maar liefst 50-70 procent van de VMBO 4-leerlingen een niet-westerse achtergrond. Op HAVO 5 niveau ligt dit percentage tussen de 37-51 procent en voor het VWO 6 is dit percentage bijna 30 procent (tabel 6).

Studierichting		Nederland		Amsterdam		Den Haag	
		N	%	N	%	N	%
VMBO 4	Autochtonen	82.610	76,6	930	24,0	1070	39,5
	Westerse allochtonen	5.990	5,6	190	4,9	160	5,9
	Niet westerse allochtonen	19.240	17,8	2750	71,1	1480	54,6
	Totaal	107.840	100	3870	100	2710	100
HAVO 5	Autochtonen	39.020	82,4	490	40,2	550	51,4
	Westerse allochtonen	3.040	6,4	110	9,0	120	11,2
	Niet westerse allochtonen	5.270	11,1	620	50,8	400	37,4
	Totaal	47.330	100	1220	100	1070	100
VWO 6	Autochtonen	29.800	83,1	670	56,8	490	57,0
	Westerse allochtonen	2.790	7,8	170	14,4	130	15,1
	Niet westerse allochtonen	3.280	9,1	340	28,8	240	27,9
	Totaal	35.870	100	1180	100	860	100

Tabel 6. Leerlingen naar herkomst in het eindexamenjaar van het voortgezet onderwijs. Bron: CBS.

Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

Voor verpleegkundige functies in de ziekenhuisbranche is minimaal een opleiding op MBO 4 niveau vereist. In tabel 7 is het aandeel leerlingen met een niet westerse herkomst op MBO 4 niveau vermeld. Landelijk is het aandeel leerlingen met een niet-westerse herkomst voor de studierichting gezondheidszorg & welzijn op MBO 4 niveau 15 procent. In Den Haag is dit aandeel 55 procent, in Amsterdam ligt dit percentage zelfs op 68 procent (tabel 7). Door ROC's in beide regio's werd gemeld dat het aandeel allochtone leerlingen in de verpleegkundige functies lager ligt, vermoedelijk rond de 40 procent.

Studierichting		Nederland		Amsterdam		Den Haag	
		N	%	N	%	N	%
Totaal	Autochtonen	168.069	77	2.079	26	1.796	37
	Westerse allochtonen	13.418	6	554	7	356	7
	Niet westerse allochtonen	35.844	17	5.380	67	2.679	56
	Totaal	217.331	100	8.013	100	4.831	100
GZ en Welzijn	Autochtonen	44.014	79	475	25	486	39
	Westerse allochtonen	3.127	6	144	8	76	6
	Niet westerse allochtonen	8.407	15	1.284	68	697	55
	Totaal	55.548	100	1.903	100	1.259	100

Tabel 7. Middenkaderopleiding (niveau 4): leerlingen naar herkomst in het middelbaar beroepsonderwijs 2007- 2008 . Bron: CBS.



Ook op HBO niveau is het aandeel leerlingen in Amsterdam en Den Haag met een niet-westerse herkomst aanmerkelijk hoger dan landelijk (tabel 8). In Nederland heeft 14 procent van de leerlingen op het HBO een niet-westerse achtergrond, in Amsterdam en Den Haag is dit aandeel respectievelijk 35 en 38 en procent. In Den Haag heeft ruim 30 procent van de leerlingen op de HBO-Gezondheidszorg¹¹ en de HBO-Verpleegkunde een niet-westerse achtergrond. In Amsterdam is dit lager, respectievelijk 27 en 22 procent.

Studierichting		Nederland		Amsterdam		Den Haag	
		N	%	N	%	N	%
Totaal	Autochtonen	224.970	77	10.645	52	6.226	48
	Westerse allochtonen	25.660	9	2.653	13	1.899	15
	Niet westerse allochtonen	42.170	14	7.170	35	4.986	38
	Totaal	292.800	100	20.468	100	13.111	100
GZ en Welzijn	Autochtonen	53.620	80	1.538	49	1.092	50
	Westerse allochtonen	4.740	7	326	10	171	8
	Niet westerse allochtonen	8.780	13	1.274	41	923	42
	Totaal	67.140	100	3.138	100	2.186	100
GZ	Autochtonen	29.000	84	843	60	574	61
	Westerse allochtonen	2.450	7	190	14	81	9
	Niet westerse allochtonen	3.130	9	373	27	291	31
	Totaal	34.850	100	1.406	100	946	100
Verpleegkunde	Autochtonen	10.780	88	284	69	161	54
	Westerse allochtonen	650	5	38	9	37	13
	Niet westerse allochtonen	840	7	89	22	98	33
	Totaal	12.270	100	411	100	296	100

Tabel 8. Leerlingen naar herkomst in het hoger beroepsonderwijs 2007-2008. Bron: CBS.

¹¹ De opleidingscategorie HBO gezondheidszorg omvat opleidingen als voeding & diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie en logopedie. De opleidingscategorie HBO Gezondheidszorg en Welzijn omvat daarnaast ook opleidingen als Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdwelzijnswerk, Sociaal Juridische en Sociaal Pedagogische Dienstverlening.

Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

In tabel 9 staan de gegevens over de deelname van leerlingen naar herkomst aan het wetenschappelijk onderwijs in het studiejaar 2007/2008. Landelijk heeft ruim 13 procent van de leerlingen op het WO in de gezondheidszorg een niet-westerse achtergrond. In Amsterdam is dit 17% terwijl in Den Haag dit bijna 45 procent zou zijn. Aangezien Den Haag geen universiteit heeft, wonen er in absolute zin maar weinig studenten waardoor een wat vertekend beeld ontstaat.

Studierichting		Nederland		Amsterdam		Den Haag	
		N	%	N	%	N	%
Totaal	Autochtonen	157.210	76	16.435	68	2.932	51
	Westerse allochtonen	23.340	11	3.816	16	790	14
	Niet westerse allochtonen	25.850	13	3.908	16	2.005	35
	Totaal	206.400	100	24.159	100	5.727	100
GZ	Autochtonen	24.070	78	2.993	70	284	43
	Westerse allochtonen	2.840	9	540	13	83	13
	Niet westerse allochtonen	4.160	13	717	17	297	45
	Totaal	31.070	100	4.250	100	664	100
Verpleegkunde	Autochtonen	90	100	3	100	0	0
	Westerse allochtonen	0	0	0	0	1	100
	Niet westerse allochtonen	0	0	0	0	0	0
	Totaal	90	100	3	100	1	100

Tabel 9. Leerlingen naar herkomst in het wetenschappelijk onderwijs 2007-2008. Bron: CBS.



6.2.3 Indicatoren in relatie tot de arbeidsmarkt

Uit de analyse van de etnisch-culturele diversiteit op arbeidsmarkt, de ontwikkelingen in vraag en aanbod en de etnisch culturele diversiteit in de organisatie is naar voren gekomen dat de etnische-culturele diversiteit op de arbeidsmarkt veel groter is dan binnen de organisatie. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat er rond 2012 een groot tekort gaat ontstaan in de verpleegkundige functies. Dit doet een extra groot appèl op een organisatie om het bestaande arbeidsmarktpotentieel - ook met een andere etnisch-culturele achtergrond - te benutten en langdurig openstaande vacatures te voorkomen.

In 2007 waren in de ziekenhuisbranche ruim 83.000 mensen werkzaam in verpleegkundige, verzorgende en sociaal-agogische functies.¹² In de ziekenhuizen werkt ruim de helft van deze groep als verpleegkundige op niveau 4 (40.000 mensen) en één kwart werkt als verpleegkundige op niveau 5 (20.000 mensen).

Binnen twee tot drie jaar wordt in de zorgsector een fors tekort aan arbeidskrachten verwacht (tabel 10). Landelijk gaat om een tekort van 1700-2500 verpleegkundigen. Ook blijkt uit tabel 10 dat in steden als Amsterdam en Den Haag de tekorten aanzienlijk hoger zullen zijn dan in de rest van Nederland. Voor de ziekenhuisbranche in de regio Haaglanden worden de tekorten in 2012 bij een matige groei van de werkgelegenheid geschat op 10 procent.

	Totaal ziekenhuisbranche		V&V	
	laag scenario	hoog scenario	laag scenario	hoog scenario
Nederland	-3	-5	-4	-6
Amsterdam*	-8	-11	-14	-16
Den Haag **	-7	-10***	-8	-10

* Amsterdam/Zaanstreek Waterland | **Regio Haaglanden *** Quickscan regiomarge Haaglanden

Tabel 10. Verwachte personeelstekorten in 2012 (totaal en in de V&V - verpleegkundige & verzorgende -functies) in procenten van het huidige personeelsbestand; cijfers over Nederland, Amsterdam en Den Haag. Bron: Regiomarge 2008, Prismant.

Het betreft met name tekorten in de verpleegkundige en verzorgende functies op MBO niveau. De cijfers over de te verwachte tekorten zijn gebaseerd op een ideale doorstroom (100%) van afgestudeerden en andere werkzoekenden naar een baan. Er zijn echter tal van factoren die een optimale doorstroom negatief beïnvloeden. Het sectorrendement blijkt in de praktijk rond de 85% te liggen, waardoor de te verwachten tekorten nog hoger zullen zijn.

Op dit moment is al sprake van een sterk tekort aan leerlingen op de opleidingen voor verpleegkundige niveau 4. Met het huidige aanbod aan leerlingen zal aan de vraag van de arbeidsmarkt in 2012 niet kunnen worden voldaan.¹³ Een factor die in dit verband zeker een rol speelt is dat het studierendement voor de BBL en de BOL opleidingen voor verpleegkundige niveau 4 slechts 65 procent is.¹⁴

12 Regiomarge (2008) De arbeidsmarkt van verpleegkundigen en sociaalagogen 2008-2012. Utrecht: Prismant.

13 Calibris (2008) Arbeidsmarktmonitor Zorg,najaar 2008.

14 Calibris (2008) Arbeidsmarktmonitor Zorg,najaar 2008.

Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

6.2.4 De kosten van openstaande vacatures

In 2008 bedroeg de gemiddelde vacatureduur in de zorg ongeveer 80 dagen (Regiomarge 2008, Prismant). Vacatures kosten geld. Naast wervingskosten is er sprake van (tijdelijke) vervangingskosten en moet rekening worden gehouden met inwerkkosten en eventueel tijdelijke overplanning. De kosten van openstaande vacatures zijn in tabel 11 weergegeven. Bij het berekenen van de vervangingskosten is uitgegaan van de inhuur van uitzendkrachten en zzp-ers. Het MCH is daar als voorbeeld genomen. Bij een verloop van 12,3 procent en een verpleegkundige formatie van 640 fte (MCH, 2008) kunnen de kosten van openstaande vacatures worden geschat op 1.627.400 euro per jaar.

	kosten/dag	dagen	kosten
Kosten voor vervanging door nieuwe medewerker:			
werving (opzetten werving, advertenties, sollicitatiegesprekken, afhandeling),			3.500
extra kosten inlenen vervangende medewerker per dag	190	80	15.200
Kosten inwerken nieuwe medewerker:			
overplanning	190	10	1.900
begeleiding	225	0,25	56
totale kosten / vacature			20.600
totale kosten / jaarbasis, alle vacatures			1.627.400
kengetallen			
gemiddeld dagsalaris verpleegkundige 2725 / maand , 20% toeslag, 25% werkgeverslasten (incl. 8% vakantietoeslag)	190		
gemiddeld dagsalaris detachingsbureau (incl. btw)	380		
aantal vacatures /jaar (verloop 12%, 640 verpleegkundigen medewerker	79		

Tabel 11. kosten van opstaande vacatures

Tekorten zullen leiden tot een langere vacatureduur. Als wordt uitgegaan van een verlenging van de vacatureduur met 50% bij de te verwachten tekorten, zoals hiervoor besproken, zullen bij een vacatureduur van 120 dagen - 1,5 keer de huidige vacatureduur - de geschatte kosten bij één vacature oplopen tot 28.000 euro. Bij 79 vacatures op jaarbasis gaat het dan om een bedrag van 2.227.800 euro. Dit geeft het belang aan van het tijdig vervullen van openstaande vacatures.

Eerder (zie 6.2.2) werd gewezen op het hoge aandeel leerlingen van allochtone afkomst dat nu uitstroomt uit het middelbaar en hogere beroepsonderwijs in Amsterdam en Den Haag: in het middelbaar beroepsonderwijs al meer dan 50 procent, in het hoger beroepsonderwijs al meer dan 30 procent. Ook werd er op gewezen dat deze uitstroom zich niet vertaalt in een vergelijkbare etnisch-culturele diversiteit binnen het verplegend personeel binnen



het MCH en het RCA/JBI. Een substantieel deel van de arbeidsmarkt blijft dus onbenut. Als beide organisaties zich expliciet gaan richten op het binnenhalen en binnenhouden van allochtone verpleegkundigen zal de kans groter zijn dat zij er in slagen vacatures (eerder) te vervullen. Elke ingevulde vacature scheelt bij een vacatureduur van 80-120 dagen tussen de 20.000 en 28.000 euro op jaarbasis.

6.3 De ziekenhuizen en diversiteit

6.3.1 Missie, strategie en beleid

In de missie en de strategie van het MCH en van het RCA/JBI staat de cliënt/patiënt centraal. Beide organisaties streven er naar hun diensten en zorg zo goed mogelijk op de patiëntenpopulatie in hun primaire verzorgingsgebied af te stemmen. In beide organisaties bestaat op directie- en managementniveau de vraag of diversiteit aandacht verdient.

6.3.2 Management

Zowel het MCH als het RCA/JBI werken met integraal management. Leidinggevendend zijn verantwoordelijk voor personeelsmanagement, financieel management en voor de (kwaliteit) van de patiëntenzorg op hun afdeling. Een deel van de leidinggevendend stemt de zorgverlening op hun afdeling wel af op de etnisch-culturele diversiteit in hun patiëntenpopulatie (zie hoofdstuk 8. Good Practices).

6.3.3 HRM

In het MCH en in het RCA/JBI wordt de herkomst van medewerkers niet geregistreerd. Het aandeel medewerkers met een niet-westerse herkomst kon alleen worden geschat. In beide organisaties bedraagt het aandeel medewerkers met een niet-westerse herkomst naar schatting tien procent. In beide organisaties zijn deze medewerkers vooral werkzaam in de lagere functiegroepen. In het MCH en in het RCA/JBI is diversiteit nog niet in het reguliere HRM-beleid geïntegreerd.

6.3.4 Communicatie, marketing en kwaliteit

De afdelingen marketing, communicatie en kwaliteit zijn in beide organisaties nauwelijks actief op het gebied van diversiteit. De etnische afkomst van patiënten wordt niet in de analyses van de bedrijfsresultaten betrokken. Er is vanuit bedrijfsmatige optiek geen zicht op de zaken die in relatie tot dienstverlening aan de allochtone patiëntenpopulatie de aandacht zouden verdienen. De afdeling marketing in het MCH is zich wel aan het oriënteren op mogelijkheden om meer zicht te krijgen op de etnisch-culturele samenstelling van de bevolking in het primaire verzorgingsgebied van het ziekenhuis.

6.3.5 De zorg: het primaire proces

In de zorg hebben medewerkers heel direct met de etnisch-culturele diversiteit van de patiëntenpopulatie te maken. Op verschillende afdelingen en specialismen wordt in de praktijk actie ondernomen om de allochtone patiëntenpopulatie beter te bereiken (zie hoofdstuk 8. Good Practices.)

Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

Volgens de geïnterviewden spreekt een deel van de allochtone patiëntengroepen de Nederlandse taal niet of onvoldoende. Zowel in het MCH als in het RCA /JBI is een tolkentelefoon beschikbaar. Dit is wettelijke verplicht. Of en hoe vaak er in de praktijk gebruik gemaakt wordt van de tolkentelefoon is niet duidelijk. Het werken met de tolkentelefoon wordt in de praktijk als lastig ervaren. Het kost tijd om deze in te schakelen en maakt het moeilijk om diepgang in het gesprek te brengen. In de praktijk worden dan ook regelmatig familie / bekenden van de patiënt ingeschakeld om te tolken. Men weet in die gevallen nooit precies wat er vertaald wordt. Consulten met patiënten die de Nederlandse taal niet beheersen vereisen eigenlijk een extra goede voorbereiding. In de praktijk is er sprake van een vergroot risico van miscommunicatie.

In de praktijk zoeken verschillende specialismen volgens de geïnterviewden naar manieren om de allochtone patiëntenpopulatie beter te bereiken. Dit gebeurt voornamelijk vooral door het aanpassen van voorlichtingsmateriaal met bijvoorbeeld plaatjes of eenvoudige instructies. Andere specialismen zoeken bijvoorbeeld samenwerking met allochtone patiëntenorganisaties (de oncologen in het MCH).

Uit de interviews bleek dat hulpverleners die de zorg hebben voor patiënten met een niet-westerse herkomst worden geconfronteerd met andere normen, waarden, verwachtingen en omgangsvormen. Volgens de geïnterviewden gaat het daarbij om andere man/vrouw verhoudingen, verschillen in omgangsvormen, een andere rol van de familie in de zorg voor de patiënt, een andere betekenis van gezondheid en ziekte en andere taboes in de zorg. Dit kan tot ongemakkelijke situaties, onderlinge misverstanden en onbegrip leiden.

Een aantal geïnterviewden merkte op dat patiënten met een niet-westerse herkomst soms over minder kennis van het lichaam beschikken. Daarnaast weten zij volgens de geïnterviewden niet goed welke mogelijkheden en beperkingen er zijn als het gaat om hun behandeling en weten ze niet wat ze van een behandeling kunnen verwachten en wat ze daar zelf aan moeten doen. Dit kennistekort is volgens deze geïnterviewden één van de factoren die ertoe kunnen leiden dat patiënten voortijdig met een behandeling stoppen met alle gevolgen van dien.

6.3.6 Organisatiecultuur

De mate waarin er in beide organisaties rekening wordt gehouden met diversiteit verschilt per afdeling. In het MCH heeft de Dienst Geestelijke Verzorging (DGV) organisatiebreed een zeer actieve rol het onder de aandacht brengen van diversiteit. Naast haar reguliere werkzaamheden, organiseert de DGV onder andere jaarlijks een congres over 'diversiteit in de zorg', verzorgt ze een rondleiding door de Schilderswijk, pleit ze voor het verzorgen van halal-maaltijden en zorgt ze ervoor dat ook niet-Christelijke feestdagen worden gevierd.

6.3.7 Indicatoren in relatie tot de patiëntenzorg

Eerder is in relatie tot patiëntenzorg berekend wat het terugdringen van no-show een ziekenhuis financieel kan opleveren (zie 6.1.1). Een andere indicator die in relatie tot de zorg voor allochtone patiënten een rol speelt is therapietrouw (compliance), die volgens de geïnterviewden vaak lager is bij de allochtone patiënten. Wereldwijd wordt het gebrek aan therapietrouw als een van de grotere problemen en kostenverhogende factoren in de gezondheidszorg beschouwd.¹⁵ Verder merken geïnterviewden op dat de allochtone patiëntenpopulatie meer

¹⁵ RIVM congres 'Therapietrouw', 9 november 2009



problemen kan opleveren met de diagnostiek en het vaststellen van de behandeling. Dit leidt tot een verhoogd risico op over- of onderdiagnostiek. Overdiagnostiek heeft vooral gevolgen voor de kosten die in de gezondheidszorg worden gemaakt, omdat er meer diagnostisch onderzoek wordt verricht dan noodzakelijk. Onderdiagnostiek heeft in eerste instantie gevolgen voor de patiënt, wat vooral in geval van co-morbiditeit tot onnodige complicaties kan leiden. Beide ziekenhuizen voeren (zelf) patiënttevredenheid onderzoek uit. Er wordt in deze onderzoeken geen aparte aandacht besteed aan de tevredenheid van verschillende allochtone patiëntengroepen.

6.3.8 Indicatoren in relatie tot HRM en het personeelsbestand

Verloop en verzuim zijn reguliere indicatoren voor de kwaliteit van de HRM-praktijk. Verloop en verzuim zijn ook indicatoren voor de diversiteit-praktijk in een organisatie. In de praktijk blijkt regelmatig dat het verloop onder minderheidsgroepen in een organisatie hoger is dan dat van de meerderheid. Hetzelfde geldt voor verzuim. Als een organisatie niet is afgestemd op diversiteit kunnen de verzuim- en verloopcijfers van medewerkers met een niet-westerse herkomst hoger zijn dan de verzuim- en verloopcijfers van de (autochtone) meerderheid met meer niet vervulde vacatures als gevolg en dito kosten (zie 6.1.1)

Een derde indicator in dit verband is medewerkerstevredenheid. Afhankelijk van de methode die gebruikt wordt, kan dit instrument ingezet worden om na te gaan hoe verschillende groepen (ouderen, jongeren, allochtone en autochtone medewerkers) het contact met leidinggevenden en collega's, de werkinhoud of hun ontwikkelingsmogelijkheden ervaren.

6.4 Overheid, verzekeraars en aandacht voor diversiteit

Vanuit de overheid is er nauwelijks aandacht voor etnisch-culturele diversiteit in de zorg. Zeer recentelijk heeft ZonMw de hoofdlijnen voor het programmavoorstel 'Etniciteit en Gezondheid' aan het directoraat-generaal curatieve zorg van het Ministerie van VWS aangeboden.¹⁶ Dit voorstel omvat drie programmeringsstudies, waarvan er twee betrekking hebben op de somatische gezondheidszorg. Doel van deze laatste twee programmeringsstudies is het stroomlijnen van toekomstig onderzoek.¹⁷¹⁸ Met het oog op het (verder) verbeteren van de kwaliteit van zorg voor verschillende etnische groepen, wordt er in het voorstel ook voor gepleit om in de zorg op etnisch-culturele afkomst te gaan registreren.

Een korte belronde onder de grootste verzekeraars in de Randstad bracht aan het licht dat er vanuit de verzekeraars in de ziekenhuisbranche nog nauwelijks aandacht is voor etnisch-culturele diversiteit.

16 Etniciteit en Gezondheid. Hoofdlijnen ZonMw programmavoorstel. Den Haag: ZonMw

17 Seeleman, C., Essink-Bot, M.L. & Stronks, K. (2008) Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg. Literatuurstudie Programmeringsstudie 'etniciteit en gezondheid' voor ZonMw. Amsterdam: AMC.

18 Kunst, A.E.; Markenbach, J.P.; Lamkaddem, M.; Rademakers, J.J. D.J.M. & Devillé, W. (2008). 'Overzicht en evaluatie van resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar etnische verschillen in gezondheid, gezondheidsrisico's en zorggebruik in Nederland. Rotterdam/Utrecht: Erasmus MC/Nivel.

Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

7. Conclusies en Aanbevelingen

In de ziekenhuisbranche is er in relatie tot de patiëntenzorg bedrijfsmatig zonder meer aanleiding om te investeren in diversiteitsbeleid, zeker in de randstad waar al gauw 35 procent van de patiënten-populatie een niet-westerse herkomst heeft. Diversiteit verdient landelijk - vanuit overheid, verzekeraars en binnen de branche zelf - bedrijfsmatig aandacht. Daarmee zijn de patiënt en de gezondheidszorg gediend. Omdat de ziekenhuiszorg niet op deze patiëntenpopulatie is afgestemd, is bijvoorbeeld no-show en het gebrek aan therapietrouw bij allochtone patiëntenpopulatie hoger. De kosten hiervan kunnen aanzienlijk zijn. Als de allochtone patiëntengroep een vergelijkbare no-show zou laten zien als de autochtone patiëntenpopulatie, bijvoorbeeld door de communicatie zo goed mogelijk op eerstgenoemde groep af te stemmen waardoor de no-show van 7,7 tot 4,4 procent wordt teruggedrongen, zou dit bij een gemiddelde DBC van 500 euro een extra omzet kunnen betekenen van bijna twee miljoen euro.

Dat steeds meer ziekenhuizen de zorg hebben voor een patiëntenpopulatie met een niet-westerse herkomst is bekend. Uit de interviews die in het kader van dit project zijn gehouden kwam naar voren dat de allochtone populatie andere ziektebeelden kent, de Nederlandse taal soms niet of onvoldoende spreekt, andere verwachtingen van de zorg heeft, andere omgangsvormen kent en soms - zeker als er sprake is van een laag opleidingsniveau - minder kennis van het lichaam heeft, waardoor men het doel en de mogelijkheden van de behandeling niet begrijpt. Dit leidt ertoe dat deze groepen in de praktijk niet goed worden bereikt. Daarnaast is er volgens een aantal geïnterviewden bij de allochtone patiëntengroep sprake van een verhoogd risico op over- en onderdiagnostiek en is het risico op complicaties, als gevolg van verkeerd medicijngebruik of ondervoeding - omdat er bijvoorbeeld geen halal of kosjere maaltijden worden aangeboden - groter. Met dit gegeven wordt onvoldoende gedaan. Dit kost geld, terwijl met relatief eenvoudige maatregelen en door zaken beter te organiseren de zorg voor deze groep aanmerkelijk kan worden verbeterd.

Op beperkte schaal worden in de patiëntenzorg initiatieven genomen om de zorg en dienstverlening beter op patiënten met een niet-westerse herkomst af te stemmen: zorgprogramma's worden inhoudelijk aangepast, er wordt voorlichtingsmateriaal gemaakt voor mensen die de Nederlandse taal niet/onvoldoende spreken, er wordt samenwerking gezocht met allochtone patiëntenverenigingen. Echter, beleidsmatig ontbreekt vanuit politiek, verzekeraars en de ziekenhuizen aandacht voor diversiteit. Dit heeft tot gevolg dat initiatieven geïsoleerd blijven en dat er binnen verschillende organisaties en op verschillende afdelingen steeds weer opnieuw het wiel wordt uitgevonden. Bedrijfsmatig is dit niet efficiënt. Ook komt het patiëntenzorg niet ten goede en kost het de gezondheidszorg (en de ziekenhuisbranche zelf) geld.

Ook ontwikkelingen op de arbeidsmarkt vormen een bedrijfsmatige aanleiding om met diversiteit aan de slag te gaan. Nu al is het moeilijk om vacatures in te vullen. Dat zal op korte termijn, als er sprake is van forse tekorten, nog lastiger worden. Openstaande vacatures kosten geld. Voor een organisatie met een verpleegkundige formatie van 600 fte en een verloop van 12 procent werd dit geschat op ruim twee miljoen euro aan vervangingskosten op jaarbasis als een beroep moet worden gedaan op uitzendkrachten en zzp-ers. Het grote aandeel leerlingen van allochtone afkomst dat nu uitstroomt uit opleidingen in het voortgezet onderwijs en in het middelbaar en hogere beroepsonderwijs vertaalt zich niet in een vergelijkbare etnisch-culturele diversiteit binnen het verplegend personeel binnen ziekenhuisbranche.

Dit wijst erop dat een substantieel deel van de arbeidsmarkt voor de ziekenhuisbranche onbenut blijft. In het licht



van de verwachte ontwikkelingen in vraag en aanbod, waarbij er binnen drie jaar in de randstad een vermoedelijk tekort van tien procent in de verpleegkundige functies gaat ontstaan, is het behouden van een goede aansluiting met de arbeidsmarkt essentieel.

Uit dit project is gebleken dat het arbeidsmarktpotentieel in de zorg behoorlijk divers is, maar dat deze diversiteit niet zichtbaar is in de ziekenhuizen zelf. Over de oorzaken voor de geringe instroom in de ziekenhuizen van verpleegkundig personeel (inclusief de leerlingen) met een niet-westerse achtergrond in de ziekenhuizen is nog maar weinig bekend. Daarmee is de branche niet uniek. Ook andere sectoren zoals de bouw, de rechterlijke macht of de overheid worstelen met de vraag waarom diversiteit niet zichtbaar is in de eigen branche. Daarbij moet ervoor gewaakt worden dat de bal bij de groepen uitsluitend bij de groepen zelf wordt gelegd: 'bouwen zit niet in het bloed'. 'ze gaan voor het grote geld' of 'de overheid heeft een slecht imago in de landen van oorsprong'. Als er een zakelijk belang is om het allochtone arbeidsmarktpotentieel aan te spreken - zoals dat voor de ziekenhuisbranche zeker geldt - zou het voor organisaties een uitdaging moeten zijn om na te gaan hoe je die groepen kunt bereiken, binnenhalen en behouden. Met het oog op de te verwachten tekorten op de arbeidsmarkt verdient dit punt bijzondere aandacht.

Het project heeft duidelijk gemaakt dat het diversiteitsbeleid zich vanuit bedrijfsmatige optiek zou moeten richten op drie pijlers: de patiëntenzorg, de arbeidsmarkt en het (interne) HRM-beleid. In de zorg voor patiënten met een niet-westerse allochtone achtergrond zou het diversiteitsbeleid zich moeten richten op het terugdringen van no-show, het bevorderen van therapietrouw en het terugdringen van de over- en onderdiagnostiek. In relatie tot arbeidsmarkt zou het diversiteitsbeleid zich moeten richten op het terugdringen van de vacatureduur door het allochtone arbeidsmarktpotentieel beter te benutten. Wat het (interne) HRM-beleid tenslotte betreft zou het diversiteitsbeleid zich moeten richten op het binnenhalen, benutten en behouden van divers talent en zou er aandacht moeten zijn voor het terugdringen van eventueel voortijdig verloop en verzuim bij deze groepen.

Voorwaarde voor een bedrijfsmatige aanpak van diversiteit is dat de factor etniciteit, net als de factoren leeftijd en sekse, in de analyses van de zorg en de arbeidsmarkt wordt betrokken. Alleen als duidelijk is wat er binnen de allochtone patiëntenpopulatie speelt en om hoeveel patiënten het gaat is te zeggen of het vanuit bedrijfsmatige overwegingen zinvol is om maatregelen te nemen. Hetzelfde geldt voor het HRM beleid en de arbeidsmarkt.

Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

8. Good Practices

De good practices in dit rapport zijn voorbeelden van succesvolle interventies in situaties waar (culturele) diversiteit een rol in speelt. Ze maken duidelijk dat het omgaan met diversiteit niet altijd ingewikkeld hoeft te zijn en dat vaak simpele, 'hands-on' oplossingen succesvol kunnen zijn.

Good practices inspireren en motiveren. Ze maken zichtbaar wat diversiteit in de praktijk betekent en hoe daar, in de dagelijkse gang van zaken, mee omgegaan kan worden. Het begrip wordt minder abstract en men is daardoor eerder bereid er mee aan de slag te gaan.

8.1 Cardioprogramma voor allochtonen

Interview met Coosje van Zwol (ma 11-05-09)

Maatschappelijk werker bij het RCA en lid van het Cardio Team

Hartrevalidatie is in te delen in 3 categorieën; enkelvoudige, meervoudige en complexe revalidatie. Het Revalidatiecentrum Amsterdam (RCA) heeft uitsluitend met de laatste categorie te maken. De problemen die daarmee gepaard gaan manifesteren zich vaak op meerdere gebieden: sociaal maatschappelijk, psychologisch en cultureel. 'Aan deze problemen kunnen ziekenhuizen vaak onvoldoende aandacht besteden. Bij het RCA gaan we daar anders mee om.' Aan het woord is Coosje van Zwol, maatschappelijk werker bij het RCA en lid van het cardio-team.

'Uit onderzoek bleek bijvoorbeeld dat het aantal (niet-westerse) allochtone patiënten met chronische specifieke rugklachten dat gedurende een revalidatietraject afviel, in verhouding veel hoger was dan bij autochtone patiënten. Ook bleven de resultaten van de allochtone patiënten die dat traject wel volledig aflegden duidelijk achter bij die van de autochtone patiënten'.¹⁹

'De basis is dat iedereen recht heeft op goede zorg. We zullen dus -als we aansluiting willen houden met de markt- moeten inspelen op de veranderende samenstelling en behoefte van onze patiëntenpopulatie'

Het niet opvolgen van de gezondheidsadviezen kan – zeker in het geval van hartrevalidatie - verstrekkende gevolgen hebben en zelfs levensbedreigend zijn. Het was dus (nood)zaak om actie te ondernemen. Literatuurstudie bracht echter geen bestaande aanpak aan het licht. Vandaar dat een geheel eigen aanpak werd ontwikkeld.

Naast het feit dat er sprake is van een lage therapietrouw, blijken niet westerse allochtone patiënten geen (goede) kennis te hebben van het functioneren van het menselijk lichaam. Dit leidt tot misverstanden, angst en uiteindelijk tot het afhaken van deze groep patiënten.

¹⁹ Sloots M, Scheppers EF, van de Weg FB, Dekker JH, Bartels EA, Geertzen JH, Dekker J. 'Higher drop-out rate in non-native patients than in native patients in rehabilitation in The Netherlands', International Journal of Rehabilitation Research', 2009; Sep; 32(3):232-7.



“Zo worden normale fysiologische verschijnselen bij inspanning als zweten en sneller ademen door allochtone patiënten vaak onterecht gezien als een hartprobleem. Een ander voorbeeld is dat zij niet op hun linker zij willen liggen omdat dit de doorstroming van het bloed zou belemmeren”

Anatomische les is essentieel bij hartrevalidatie voor allochtonen en neemt een prominente plek in het programma van het RCA. Op basis van informatie die beschikbaar was via het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) en dan met name de ‘klapper’ Voorlichting Eigen Taal en Cultuur (VETC) werd een eigen werkmop samengesteld die samen met een anatomisch model (pop) gebruikt wordt om de basiskennis van het menselijk lichaam over te dragen.

Naast de anatomische les onderscheidt het programma zich doordat het gericht is op de specifieke hartproblematiek van de revalidant. Hierdoor ontstaat een programma op maat, waarin zo optimaal mogelijk wordt aangesloten op de belevingswereld van de revalidant en bijvoorbeeld gerichte adviezen over voeding of bewegingsmogelijkheden na het programma gegeven kunnen worden. Indien nodig wordt gebruik gemaakt van een tolk (geen familie). Tijdens deze intake wordt informatie verzameld over factoren die de revalidatie kunnen beïnvloeden, zoals scholingsniveau, familieachtergrond, religie en ziektebeleving.

Het programma heeft sinds de invoering vier jaar geleden geleid tot een afname van afhakende patiënten van allochtone afkomst. Hoewel er geen onderzoek is gedaan naar de financiële effecten van therapietrouw, is het niet moeilijk voor te stellen dat volledig gerevalideerde patiënten minder druk leggen op de eerstelijnszorg dan patiënten die gedurende het revalidatietraject afhaken en dat ook de kwaliteit van leven van deze groep aanmerkelijk verbeterd zal zijn doordat zij minder angstig zijn.

‘Het werken op deze manier vraagt een bepaalde instelling. Je moet flexibel zijn en betrokken. Maar primair moet je het leuk vinden om op deze manier aan de slag te gaan.’

Ondanks het succes vindt het programma (nog) geen navolging. Van Zwol wijt dat aan het feit dat tolken niet (altijd) vergoed worden en dat de beschikbaarheid ook niet altijd optimaal is. Daarnaast vraagt het programma ook een bepaalde, flexibele instelling van het team dat er mee aan de slag gaat.

Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

8.2 Dienst Geestelijke Verzorging MCH

Interview met Ad de Gruijter (ma 18-05-09)

Geestelijk verzorger bij het MCH

De Dienst Geestelijke Verzorging (DGV) van het MCH neemt een unieke plaats in het ziekenhuis in. Het team is niet alleen divers van samenstelling maar vervult tevens een voortrekkersrol bij het onder de aandacht brengen van diversiteit. Naast acties op het eigen werkgebied neemt de DGV daartoe verschillende initiatieven en is daarmee dus eigenlijk een good practice op zich.

Midden jaren negentig werd de vraag naar (structurele) geestelijke verzorging voor hindoes en moslims steeds groter. Tot dan waren in de (Haagse) zorginstellingen alleen maar geestelijk verzorgers met een christelijke of humanistische achtergrond werkzaam. Het bestuur van de Samenwerkende Ziekenhuizen 's Gravenhage (SZG) zag in het groeiende aantal moslims en hindoes in de patiëntenpopulatie voldoende aanleiding om de situatie in kaart te brengen en aanbevelingen uit te werken. Samen met de Stichting Haags Islamitisch Platform (SHIP) en de Stichting Sanatan Platform (SSP) werd in 1995 een uniek overlegplatform opgericht: SZG-Werkgroep (geestelijke verzorging aan moslims en hindoes). De aanbevelingen uit het rapport van deze werkgroep liggen aan de basis van de samenstelling van de DGV van het MCH.²⁰

Ook de Vereniging van Geestelijk Verzorger in Zorginstellingen (VGVZ) speelde in die tijd in op de veranderingen in de samenleving en richtte de werkgroep Multiculturele Geestelijke Verzorging op om de landelijke initiatieven met betrekking tot geestelijke verzorging aan moslims en hindoes in zorginstellingen te coördineren. Uiteindelijk doel was om naast de reeds bestaande sectoren (katholiek, protestants, humanistisch en joods) een islamitische- en een hindoe-sector gestalte te geven.

Een éézijdige visie op zorg is geen optie. Zorg kan niet alleen op resultaat gericht zijn'

Het signaal van de werkvloer is dus goed opgevangen en er is actie ondernomen. Maar daarmee ben je er nog niet. Volgens de Gruijter is het van wezenlijk belang dat je probleemoplossend denkt en servicegericht werkt. Dat is de basis. Een éézijdige visie op zorg is wat hem betreft geen optie. 'Zorg kan niet alleen gericht zijn op het (bedrijfs)resultaat.' De DGV ontplooit als gezegd diverse initiatieven op het snijvlak van cultuur en geloof. Zo werden in het verleden trainingen gegeven voor verpleegkundigen waarin cultuurverschillen aan de orde kwamen en waar het spel 'relihopper' onderdeel van uitmaakte. Een praktisch spel met allerlei vragen over het geloof en hoe te handelen in bepaalde situaties.

In 2008 werd het goed bezochte congres over de zorg voor verschillende allochtone patiëntengroepen georganiseerd. Voor dit jaar staat het congres 'Taboes in de zorg' op het programma waar onder andere de film 'Het is de wil van Allah' vertoond zal worden. De film gaat over de in de moslimgemeenschap moeilijk bespreekbare ziekte kanker en hoe je daar mee om kunt gaan.

²⁰ Aanbevelingen m.b.t. geestelijke verzorging aan moslim- en hindoe-patiënten in instellingen voor de gezondheidszorg aangesloten bij de SZG - SZG Werkgroep 1996



Zowel in de vestiging Westeinde als Antoniushoeve heeft de DGV een multireligieuze gebedsruimte ingericht. Hier zijn de belangrijkste religieuze stromingen (letterlijk) naast elkaar vertegenwoordigd.

Een ander -jaarlijks terugkerend- item is de multiculturele excursie 'Ken je cliënt, ken je wijk' die dit jaar alweer voor de derde keer georganiseerd wordt. Het MCH Westeinde ligt middenin een wijk die wat betreft etniciteit zeer divers van samenstelling is. Veel van de medewerkers van het MCH wonen echter niet in de wijk en zijn dus relatief onbekend met de etnisch-culturele achtergrond van hun patiënten. Tijdens deze culturele stadswandeling worden een aantal gebedshuizen (tempel, moskee, kerk), een gezondheidscentrum en een wijk- en dienstencentrum bezocht en wordt halverwege gestopt voor een exotische lunch. Oorspronkelijk was de excursie uitsluitend bedoeld voor leidinggevenden, maar na de eerste editie bleek de interesse ook bij andere medewerkers erg groot.

Naast alle eigen initiatieven wordt de DGV regelmatig ingeschakeld bij situaties waarin sprake is van culturele problemen en wederzijds onbegrip tussen verpleegkundigen en patiënten. Zoals bijvoorbeeld in het geval van een islamitische patiënt die weigerde zijn medicijnen in te nemen. Nadat de spanning op de afdeling behoorlijk was opgelopen werd de DGV ingeschakeld. De moslim geestelijk verzorger kreeg boven water dat de capsules van gelatine waren gemaakt en dat daarin vaak beendermeel van varkens is verwerkt. Dit was de reden dat de man weigerde zijn medicijnen in te nemen. De imam heeft de patiënt uiteindelijk kunnen overtuigen de medicijnen in te nemen.

Resultaat

In het geval van de DGV is het misschien beter om niet van resultaat te spreken maar van het effect dat de diverse initiatieven op de organisatie hebben. Met betrekking tot het eigen functioneren van de dienst kan in ieder geval gesteld worden dat de patiëntenpopulatie met de uitbreiding van een moslim en hindoe geestelijk verzorger en de multireligieuze gebedsruimten in beide vestigingen van het MCH beter bediend wordt dan wanneer deze initiatieven niet genomen waren geworden.

Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

8.3 De gastvrouwen van het slaapcentrum

Interview met Geraldine Schutten (wo 20-05-09)

Zorgmanager van de afdeling Slaapcentrum/Klinische Neurofysiologie (KNF) in het MCH

Bij de afdeling Slaapcentrum/Klinische Neurofysiologie (KNF) was sprake van een relatief hoge 'no-show' (het zonder bericht wegblijven op eerste afspraak) en lage therapietrouw (niet nakomen van vervolgspraken) ten opzichte van andere afdelingen in het MCH.

Ondanks het feit dat het MCH niet registreert op etniciteit viel het op dat op de lijst van no-show gevallen opvallend veel namen voorkwamen die met enige mate van zekerheid konden worden toegewezen aan personen van niet westerse komaf. Daar kunnen volgens Geraldine Schutten, zorgmanager van de afdeling Slaapcentrum/KNF, verschillende oorzaken aan ten grondslag liggen. Dat kan variëren van taalproblemen, tot religie en cultuur gebonden gebruiken. 'Het komt voor dat patiënten ja zeggen en nee bedoelen. In sommige culturen is het gewoon niet respectvol om nee te zeggen tegen een arts. Maar ook TPG laat wel eens een steekje vallen waardoor afspraken tussen wal en schip raken.'

'Het komt voor dat patiënten ja zeggen en nee bedoelen. In sommige culturen is het gewoon niet respectvol om nee te zeggen tegen een arts'

Om het aantal no-shows terug te dringen, werden twee 'gastvrouwen' benoemd. Dames die al in het team zaten en dus op de hoogte waren van het reilen en zeilen van de afdeling. De gastvrouwen bellen patiënten op om ze te herinneren aan hun afspraak. Ondanks de specifieke problemen die daar bij komen kijken (vaak wisselende contactgegevens, slechte bereikbaarheid op het werk) werd het aantal no-shows aanzienlijk teruggedrongen. Naast het feit dat daardoor een kostenbesparing wordt gerealiseerd (optimaal benutten van de capaciteit doordat teams niet onnodig stilstaan) heeft het terugdringen van no-show een gunstig effect op de lengte van de wachtlijsten.

Het project loopt nu een jaar en de resultaten zijn enigszins gedrukt doordat één van de beide gastvrouwen langdurig ziek is geweest en geen (tijdige) vervanging is gevonden. In de toekomst is het de bedoeling de service verder uit te breiden met zogenaamde sms- en e-mail alerts.



Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

8.4 Burka op de kinderafdeling

Interview met Margreet Lenters (do 21-05-09)

Zorgmanager en Unitcoördinator van de kinderafdeling van het MCH

Voorbeelden van cultuurverschillen met betrekking tot de zorg heeft ze genoeg. Ze ziet daar echter eerder een uitdaging en een verrijking in dan een probleem. 'Dat is ook precies waarom ik voor dit ziekenhuis heb gekozen. Het MCH is eigenlijk een perfecte afspiegeling van de maatschappij.' We zijn in gesprek met Margreet Lenters, zorgmanager en unitcoördinator van de kinderafdeling van het MCH.

'Het MCH is een perfecte afspiegeling van de maatschappij'

De kinderafdeling van het MCH is niet zo maar toegankelijk. Onder andere uit veiligheidsoverwegingen worden uitsluitend de ouders of familie van het kind (onder begeleiding van één van de ouders) toegelaten. 'Toen een vrouw in burka haar kind wilde bezoeken en zelf wilde voeden, ontstond voor ons een vervelende situatie omdat we eenvoudigweg niet konden nagaan of de vrouw in kwestie ook daadwerkelijk de moeder was'. Daarnaast wordt door het dragen van de burka non-verbale communicatie onmogelijk.

Om toch tot een werkbare situatie te komen is toen besloten om enige privacy op de afdeling te creëren door goed afsluitbare gordijnen. Aan de wens dat mevrouw (en haar kind) alleen geholpen wilde worden door vrouwelijk personeel van de afdeling is geen gehoor gegeven. 'De grens ligt voor ons altijd bij het verlenen goede zorg. In geen geval mag het medisch beleid ondermijnd worden. Daar los je namelijk niets mee op'.

'Goed communiceren blijkt een groot deel van het probleem op te lossen'

Het compromis is zowel door de medewerkers van de afdeling als door de ouders van het kind als prettig ervaren. 'Goed communiceren blijkt in dit soort gevallen al een groot deel van het probleem op te lossen. De ouders voelen zich gehoord en zullen daarom ook bereid zijn concessies te doen'.



Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

9. Bronnen

Geraadpleegde documenten

- Boot, J.M. & Knape, M.H.J.M (2005). De Nederlandse Gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu, Van Loghum.
- Calibris (2008) Arbeidsmarktmonitor Zorg, najaar 2008.
- Calibris, Siga en Werk in de Zorg (2008) Prognose Arbeidsmarkt regio Amsterdam 2008-2016.
- Calibris, ZW Haaglanden en Prismant (2008) Arbeidsmarktverkenning Haaglanden Zorg en Welzijn 2008-2011. Utrecht: Prismant.
- CBS (2007) Gezondheid en zorg in cijfers 2007. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Dahhan, N. (2007) Gezondheidszorg & Etnische Diversiteit in Nederland; naar een betere zorg voor iedereen. Amsterdam: Pacemaker in Global Health.
- De effecten van voorlichting in de eigen taal en cultuur in beeld - NIGZ - september 2008
- Human, L. (2005). Diversity Management for business success. Pretoria, Van Schaik Publishers
- Kwartel, van der, A., Velde, van der, F., Windt, van der, W. (2008) Arbeid in Zorg en Welzijn. Utrecht: Prismant.
- Monks, K. The business impact of equality&diversity: the international evidence (2007) Dublin: Equality Authority and National Centre for Partnership&Performance.
- NIAZ (2005) Kwaliteitsnorm Zorginstelling; versie 1.0-1 juni 2005. Utrecht: Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen.
- NVZ (2008) B-segment; onderzoek naar de belangrijkste ontwikkelingen. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.
- NZA (2008) Monitor Ziekenhuiszorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Raaijmakers, M (2008). Authentiek verbinden: Diversiteitsmanagement vanuit veranderkundig perspectief. Den Haag: Delta Hage.
- Regiomarge (2008) De arbeidsmarkt van verpleegkundigen en sociaalagogen 2008-2012. Utrecht: Prismant.
- RIVM website (2008) Nationaal Kompas Volksgezondheid; Etniciteit. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Robinson, G. and Dechant K. (1997) "Building a case for diversity". Academy of Management Executive, 1997, vol.11, nr3.
- Seeleman, C., Essink-Bot, ML. & Stronks, K. (2008) Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg. Literatuurstudie Programmeringsstudie 'Etniciteit en Gezondheid' voor ZonMw. Amsterdam: AMC.
- Sloots M, Scheppers EF, van de Weg FB, Dekker JH, Bartels EA, Geertzen JH, Dekker J. 'Higher drop-out rate in non-native patients than in native patients in rehabilitation in The Netherlands', International Journal of Rehabilitation Research', 2009; Sep; 32(3):232-7.
- SZG Werkgroep 1996 - Aanbevelingen m.b.t. geestelijke verzorging aan moslim- en hindoepatiënten...
- ZonMw (2008). Etniciteit en Gezondheid, een signalement. Den Haag: ZonMw

Documenten Medisch Centrum Haaglanden:

- Jaardocument Medisch Centrum Haaglanden 2007. Den Haag: MCH
- Zorg met Passie I 2005-2008. (2005) Den Haag: MCH
- Zorg met Passie II 2009-2011. (2008) Den Haag: MCH (pp presentatie)
- Quickscan Regiomarge Haaglanden 2012-2014. (2008) ZW Haaglanden



Verzuimcijfers MCH
Verloopcijfers MCH
Leeftijdsopbouw MCH

Geïnterviewden MC Haaglanden :

Dhr. Willem Geerlings, Voorzitter Raad van Bestuur
Mw. Evelyn Beekhuizen, divisie manager HRM
Mw. Caroline Wortman, manager communicatie
Dhr. Hans Huyser, manager kwaliteit
Dhr. Don de Bruin, HRM-adviseur
Dhr. Frans Linsen, opleidingscoördinator Landsteiner Instituut
Mw. Jeanine Versteegh, coördinator beroepsopleidingen Landsteiner Instituut
Mw. Corrie Kapteyn, patiëntenvoorlichter
Mw. Temke Tiggelman, patiëntenvoorlichter
Mw. Rineke Zantvoort, stafmedewerker patiëntencommunicatie
Mw. Hilde Poortvliet, klachtenfunctionaris
Mw. Janneke van Zelst, adviseur marketing&sales
Dhr. Godfried van Leeuwen, manager marketing&sales
Dhr. Hans van der Sluys, intensivist, hoofd medische staf
Mw. Resi Reynen, arts spoedeisende hulp
Dhr. Patraap Chandie Shaw, internist/nefroloog
Mw. Ellen Nunes, voorzitter verpleegkundige adviesraad
Dhr. Driedonks, voorzitter patiëntenadviesraad
Mw. Margreet Lenters, ZM kindergeneeskunde, urologie, gynaecologie
Mw. Sandra Richel, ZM IC;
Dhr. Patrick Tetteroo, ZM Oogheelkunde;
Mw. Cecile Goldman, DVM Snijdend;
Mw. Lisette Persoons, ZM heilkunde/chirurgie;
Mw. Geraldine Schutten, ZM slaapcentrum
Mw. Yvette van Groeningen, voorzitter OR
Dhr. Ad de Gruijter, geestelijk verzorger
Dhr. Attry Rhamdanie, geestelijk verzorger
Dhr. Martijn Vooijs, hoofd financieën

Documenten RCA/JBI:

Informatie over functies en formatie RCA/JBI
Fusie Flits (2009), voortgang fusie RCA/JBI
JBI maatschappelijk verslag 2007, Amsterdam: JBI
JBI beleidsplan 2006-2010, Amsterdam: JBI
JBI: plan van aanpak diversiteit (2008) Amsterdam: JBI
Jaarverslag JBI 2008, Amsterdam: JBI
JBI leiderschaps enquête (2008) Amsterdam: JBI

Een business case voor diversiteit

Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, Den Haag

Medewerkerstevredenheidsonderzoek RCA (2008) Amsterdam: RCA
RCA kleurrijk! Jaarbeeld 2007, Amsterdam: RCA
RCA beleidsplan 2007-2011, Amsterdam: RCA
Verzuimcijfers RCA/JBI
Verloopcijfers RCA/JBI
Leeftijdsopbouw RCA/JBI
Zipper, fusiekrant van het RCA en het JBI. (2009) Amsterdam: RCA/JBI

Geïnterviewden RCA/JBI:

Mw. Lilian Paarlberg, divisie manager POMC
Mw. Tina Engel, adviseur personeel & organisatie
Dhr. Toine Vogel, divisie manager bedrijfsvoering
Mw. Matty Schinkel, divisie manager revalidatie volwassenen
Dhr. Arjan Baan, divisie manager revalidatie kinderen en jongeren
Dhr. , namens de divisie onderzoek & opleiding
Dhr. Theo Nijssen, revalidatiearts
Dhr. Peter Bergma, OR-lid
Mw. Inge Goldhorn, OR-lid
Mw. Hatice Efe, medewerkster financiële administratie
Mw. Kadya Oumlil, secretariaatmedewerkster reumatologie
Mw. Elsbeth Littooy, dienst geestelijke verzorging
Dhr. Hielke Bosma, dienst geestelijke verzorging
Mw. Inge Lauriks, clusterhoofd reumarevalidatie
Mw. Miranda Schoen, communicatieadviseur
Mw. Ria Zondervan, communicatieadviseur
Dhr. Cees van Dijk, staffunctionaris kwaliteit en voorlichting
Dhr. Maurits Sloots, ergotherapeut en antropoloog
Mw. Wilma de Boer, voorzitter patiëntenraad
Mw. Coosje van Zwol, maatschappelijk werkster, lid cardioteam
Dhr. Pit Kerstens, reumatoloog
Dhr. Gerard Tjihuis, reumatoloog, voorzitter OR JBI

