



In opdracht van Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen



Utrecht, 3 februari 2022

De sectoranalyse ziekenhuizen is een product van
FWG Progressional People en Stichting FWG.



Inhoud

| | |
|---------------------|----------|
| 1. Inleiding | 5 |
|---------------------|----------|

| | |
|--------------------------|----------|
| 2. Verantwoording | 7 |
|--------------------------|----------|

| | |
|---|-----------|
| 3. De branche Ziekenhuizen in beeld (foto 1) | 10 |
|---|-----------|

| | | |
|------------|---|----|
| 3.1 | De juiste zorg op de juiste plek | 11 |
| 3.2 | Werken in netwerken en ketens | 11 |
| 3.3 | Arbeidsmarktkrapte en duurzame inzetbaarheid: de focus verschuift | 12 |
| 3.4 | Veilig leven en werken in een veranderende wereld | 13 |
| 3.5 | Meer preventie, meer leefstijlgeneeskunde | 14 |
| 3.6 | Technologie: van wildgroei naar standaarden | 15 |
| 3.7 | Organisaties, werkgevers en werkenden in de branche Ziekenhuizen | 16 |
| 3.8 | Samenvatting | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 4. Duurzame inzetbaarheid (foto 2) | 31 |
|---|-----------|

| | | |
|------------|---|----|
| 4.1 | Duurzame inzetbaarheid | 31 |
| 4.2 | Zwaar werk | 35 |
| 4.3 | Ontzietmaatregelen, zwaarwerkmaatregelen en stimuleringsmaatregelen | 39 |
| 4.4 | Effectiviteit van maatregelen | 42 |
| 4.5 | Samenvatting | 45 |

| | |
|--|-----------|
| 5. Werk, werken en duurzame inzetbaarheid in de ziekenhuizen (foto 3) | 47 |
|--|-----------|

| | | |
|------------|--|----|
| 5.1 | FWG-inconveniënten in veelvoorkomende functies | 47 |
| 5.2 | Kerncijfers duurzame inzetbaarheid | 49 |
| 5.3 | Personeelsbeleid duurzame inzetbaarheid | 59 |
| 5.4 | Maatregelen duurzame inzetbaarheid sociale partners Ziekenhuizen | 62 |
| 5.5 | Samenvatting | 65 |

| | |
|---|-----------|
| 6. De branche aan het woord (foto 4) | 66 |
|---|-----------|

| | | |
|------------|---|----|
| 6.1 | Samenstelling focusgroepen en werkwijze | 66 |
| 6.2 | Gespreksonderwerpen | 67 |



| | | |
|------------|-----------------------------|----|
| 6.3 | Terugkoppeling focusgroepen | 68 |
| 6.4 | Samenvatting focusgroepen | 77 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 7. | Maatregelen en regelingen (binnen en buiten) MDIEU (foto 5) | 81 |
|-----------|--|-----------|

| | | |
|------------|--|----|
| 7.1 | MDIEU op hoofdlijnen | 81 |
| 7.2 | MDIEU activiteitenplan en subsidie | 82 |
| 7.3 | MDIEU Activiteitenplan: duurzame inzetbaarheid | 82 |
| 7.4 | MDIEU Activiteitenplan: RVU | 83 |
| 7.5 | RVU nader toegelicht | 83 |
| 7.6 | Regelingen buiten MDIEU | 86 |
| 7.7 | Regelingen buiten het pensioenakkoord | 87 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 8. | Beantwoording kernvragen sectoranalyse | 90 |
|-----------|---|-----------|

| | | |
|------------|---|----|
| 8.1 | <i>Wat is de problematiek rond duurzame inzetbaarheid en zwaar werk in de sector? En welke groepen werkenden raakt dit in het bijzonder?</i> | 91 |
| 8.2 | <i>Wat wordt al gedaan aan duurzame inzetbaarheid; op welke wijze wordt hier aandacht aan besteed door werkenden en werkgevers? Wat wordt al gedaan aan ontzietmaatregelen of zwaarwerkregelingen in de sector?</i> | 93 |
| 8.3 | <i>Op welke manier kunnen extra investeringen in duurzame inzetbaarheid bijdragen aan oplossingen voor de beschreven problematiek?</i> | 94 |
| 8.4 | <i>Op welke manier kunnen extra investeringen in eerder stoppen met werken bijdragen aan oplossingen voor de beschreven problematiek?</i> | 95 |

| | | |
|--------------------|--------------------------------------|-----------|
| Bijlage 1 - | Werkingsfeer Cao Ziekenhuizen | 96 |
|--------------------|--------------------------------------|-----------|

| | | |
|--------------------|---|-----------|
| Bijlage 2 - | Bronnenlijst trends en ontwikkelingen in de Ziekenhuizen | 97 |
|--------------------|---|-----------|

1. Inleiding

Het kabinet bereikte medio 2019 met sociale partners een akkoord over de vernieuwing van het pensioenstelsel. Het pensioenakkoord bevat tevens afspraken over duurzame inzetbaarheid. Deze afspraken moeten eraan bijdragen dat mensen hun pensioen gezond werkend kunnen bereiken, ook diegenen die zwaar werk verrichten.

Eén van de maatregelen betreft een tijdelijke subsidieregeling: de Tijdelijke Maatwerk-regeling Duurzame Inzetbaarheid & Eerder Uittreden (hierna “MDIEU”), met als doel sectorale maatwerkafspraken rondom duurzame inzetbaarheid, langer doorwerken en eerder uittreden te faciliteren.

Sociale partners in sectoren of branches kunnen binnen deze regeling in gezamenlijk overleg subsidie aanvragen voor sectorale maatwerkafspraken over duurzame inzetbaarheid en eerder uittreden. Een subsidiabele activiteit heeft betrekking op een of meer van de onderstaande thema’s:

- » Het bevorderen van gezond, veilig en vitaal werken.
- » Het bevorderen van goed werkgeverschap en goed opdrachtgeverschap.
- » Het stimuleren van een leven lang ontwikkelen en arbeidsmobiliteit van werkenden.
- » Het bevorderen van bewustwording en van de eigen regie van werkenden op hun loopbaan.
- » Het treffen van maatwerkafspraken rondom eerder uittreden.

Daarbij geldt dat een pakket aan afspraken waarvoor subsidie wordt aangevraagd niet alleen betrekking mag hebben op maatwerkafspraken rondom eerder uittreden.

MDIEU

MDIEU bestaat uit twee delen: een subsidieregeling voor een sectoranalyse en een subsidieregeling voor een sectoraal Activiteitenplan. Een sectoranalyse gaat vooraf aan een eventuele subsidieaanvraag voor een activiteitenplan. Puntsgewijs samengevat hieronder de belangrijkste karakteristieken van MDIEU.

De sectoranalyse vormt feitelijk de voorbereiding op het indienen van (eventueel in te dienen) gezamenlijk activiteitenplan. De sectoranalyse dient daarbij inzicht te geven in de problematiek op het gebied van duurzame inzetbaarheid en eerder uittreden in een sector.

De sectoranalyse kijkt ten minste vijf jaar vooruit en geeft een onderbouwing van de omvang en samenstelling van het aantal werkenden in de sector, het aandeel kleine ondernemingen in de sector en een beschrijving van de problematiek met betrekking tot duurzame inzetbaarheid en eerder uittreden binnen de sector.

Met de sectoranalyse dienen vier kernvragen te worden beantwoord over de problematiek rond duurzame inzetbaarheid en zwaar werk in de ZIEKENHUIZEN, huidige (ontzie)maatregelen en de wenselijkheid van extra investeringen in duurzame inzetbaarheid en eerder stoppen met werken.

Cao Ziekenhuizen

Partijen bij de Cao Ziekenhuizen hebben besloten om de sectoranalyse op te (laten) stellen zodat het overleg over mogelijke maatregelen over duurzame inzetbaarheid en vervroegd uittreden goed onderbouwd kan plaatsvinden. Cao-partijen hebben om die reden via de

Stichting Arbeidsmarktbeleid Ziekenhuizen een subsidieaanvraag ingediend voor de uitvoering van de sectoranalyse. De cao-partijen hebben daarbij FWG Progressional People gevraagd om de sectoranalyse op te stellen en hiervoor een aanpak te hanteren die past bij de doelstelling van de cao-tafel.

2. Verantwoording

De sectoranalyse kent een feitelijk (inhoudelijk) deel en een visiedeel.

Het feitelijk inhoudelijke deel omvat een (cijfermatig) beeld van de branche Ziekenhuizen en de opbrengsten van de deskresearch over duurzame inzetbaarheid in brede zin en over werk en werken in de branche, inclusief de weergave van de uitkomsten van de focusgroepen.

Het visiedeel gaat over het beoordelen van de inhoudelijke analyse en het gezamenlijk komen tot duiding, conclusies en wenselijke maatregelen op het terrein van duurzame inzetbaarheid, zwaar werk en eerder uittreden.

Het afronden van een complete sectoranalyse doet een beroep op de bereidheid van de betrokken partijen in het overleg van cao-partijen om tot een gezamenlijke duiding te komen van wat wenselijk en haalbaar is voor de branche. De sectoranalyse is immers (mede) bedoeld als verplicht voorportaal voor het eventueel willen indienen van een gezamenlijk activiteitenplan voor de branche Ziekenhuizen, gericht op duurzame inzetbaarheid en eerder uittreden.

Foto's

FWG Progressional People heeft in samenspraak met de cao-partijen ervoor gekozen om, naast de gegevens die door het Ministerie van SZW als verplicht onderdeel van de sectoranalyse zijn voorgeschreven, aanvullende gegevens in de sectoranalyse op te nemen. Belangrijke extra is de stem van de ziekenhuizen in de vorm van focusgroepen. Daarmee is de sectoranalyse niet uitsluitend een studie op basis van deskresearch, maar bevat het ook ervaringen met en zienswijzen over het thema duurzame inzetbaarheid uit de branche zelf.

Het geheel leidt tot een reeks van foto's van de karakteristieken van de ziekenhuizen in relatie tot duurzame inzetbaarheid, zwaar werk, langer doorwerken en eerder uittreden:

- » Een foto (1) van de branche: over de organisaties, de werkgevers, en over de medewerkers die in de branche Ziekenhuizen werkzaam zijn.
- » Een foto (2) van duurzame inzetbaarheid in brede zin.
- » Een foto (3) van het werk, en werken in de branche Ziekenhuizen in relatie tot duurzame inzetbaarheid.
- » Een foto (4) van duurzame inzetbaarheid in de branche Ziekenhuizen in de praktijk ("de branche aan het woord").
- » Een foto (5) van mogelijke maatregelen en regelingen binnen en buiten MDIEU.

Met deze foto's zoomen we vanuit verschillende invalshoeken in op dit thema en belichten hiermee de relevante aspecten voor het werken in de branche Ziekenhuizen.

We kijken hierbij naar de relevante ontwikkelingen in de branche en de verwachtingen voor de komende vijf jaar. We kijken daarnaast naar de relevante karakteristieken van de werkgevers en medewerkers, het werken en de werkomstandigheden in de branche. Hiervoor gebruiken we zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens, zowel gegenereerd op basis van deskresearch als opgehaald uit de branche zelf.

Iedere foto start met een korte beschrijving van de informatie die door het ministerie van SZW is gevraagd in het kader van de sectoranalyse. Iedere foto eindigt met een samenvatting van de relevante aspecten.

We gaan daarbij van breed naar smal aan de hand van de samenvattingen en komen uiteindelijk bij de vier kernvragen van de sectoranalyse:

1. Wat is de problematiek rond duurzame inzetbaarheid en zwaar werk in de branche? Welke groepen werkenden raakt dit in het bijzonder?
2. Wat wordt al gedaan aan duurzame inzetbaarheid in de branche ZIEKENHUIZEN? Op welke wijze wordt hier aandacht aan besteed door werkenden en werkgevers? Wat wordt al gedaan aan ontzietmaatregelen of zwaar-werkregelingen in de branche?
3. Op welke manier kunnen extra investeringen in duurzame inzetbaarheid bijdragen aan oplossingen voor de beschreven problematiek in de ZIEKENHUIZEN?
4. Op welke manier kunnen extra investeringen in eerder stoppen met werken bijdragen aan oplossingen voor de beschreven problematiek?

Op deze wijze worden de thema's van MDIEU vanuit verschillende kanten belicht en beschreven en wordt aan sociale partners in de branche Ziekenhuizen een ondergrond geboden voor het beantwoorden van de kernvragen van deze sectoranalyse en het terug leveren van de sectoranalyse Ziekenhuizen aan het Ministerie van SZW.

Bronnen

Voor deze sectoranalyse is gebruikt gemaakt van verschillende bronnen. De hoeveelheid onderzoeken, data etc. rondom duurzame inzetbaarheid is groot. Er is daarbij dankbaar gebruik gemaakt van het door Pensioenfonds Zorg en Welzijn, AZW en IZZ aangereikte materiaal. Een woord van dank voor de bereidwillige medewerking van deze partijen is hier op zijn plaats.

Daarnaast is gebruik gemaakt van materiaal dat door de afdelingen Systeem en R&D van FWG Progressional People in de afgelopen jaren is verzameld in het kader van het jaarlijkse functieonderzoek en het langlopend trendonderzoek dat door FWG wordt verricht.

Belangrijk om op te merken is dat het thema duurzame inzetbaarheid een begrip geworden is dat op verschillende manieren wordt gedefinieerd. Voor deze sectoranalyse houden wij de definitie van duurzame inzetbaarheid volgens prof.dr. Tinka van Vuuren¹ aan: "in staat zijn om gezond, productief en met plezier huidig en toekomstig werk te kunnen en willen uitvoeren".

Focusgroepen

Om gebruik te maken van de kennis en ervaring uit de branche Ziekenhuizen zelf is gewerkt met een viertal focusgroepen, samengesteld uit respectievelijk Ondernemingsraden/vakbondsconsulenten/ kaderleden, Arbo-coördinatoren, HR-managers en Bestuurders. De werving en samenstelling van iedere focusgroep heeft in overleg met cao-partijen plaatsgevonden.

Doelstelling daarbij was om een dusdanige samenstelling van iedere focusgroep te realiseren zodat deze zo representatief mogelijk is voor het Ziekenhuis-landschap. Dat betekende een zo groot mogelijke variatie in deelname, in termen van organisatiegrootte, regionale spreiding over Nederland en dekking van de verschillende deelgebieden van de branche Ziekenhuizen.

In iedere focusgroep, met tussen de 3 en 13 deelnemers, heeft een gesprek van twee uur plaatsgevonden via Teams. Daar waar een deelnemer niet kon aansluiten heeft een separaat gesprek plaatsgevonden.

Versies en opleverdatum

Een eerste conceptversie van deze sectoranalyse is op 30 november 2021 besproken met de leden van de werkgroep bestaande uit de cao-partijen.

Op basis van feedback en vragen uit dit overleg is een tweede conceptversie opgesteld die op

¹ Tijdschrift HRM (2013) *Vitaliteitsmanagement; HR-activiteiten ter versterking van iemands duurzame inzetbaarheid*

7 december 2021 is besproken met de werkgroep. Na het overleg van 27 januari 2022 is deze definitieve versie opgesteld op 2 februari 2022 en aangeboden aan de cao-tafel.

Het indienen van deze definitieve sectoranalyse bij Uitvoering van Beleid van het Ministerie van SZW wordt verricht door het secretariaat van Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen, rekening houdend met de uiterste indiendatum (7 februari 2022) zoals die in de subsidiebeschikking van het Ministerie van SZW is vastgelegd.



3. De branche Ziekenhuizen in beeld (foto 1)

Voor de sectoranalyse wordt gevraagd om:

A. Algemene informatie over de sector, een beschrijving van de (sub)sector, of branche plus de van toepassing zijnde SBI code(s), ontwikkelingen in de sector met betrekking tot de werkenden en de werkgelegenheid met doorkijk naar de toekomst over ten minste 5 jaren.

B. Onderbouwing van de omvang en samenstelling van het aantal werkenden: totaal aantal werkenden in de sector, aantal werkenden in loondienst (medewerkers), de samenstelling medewerkers naar leeftijdsgroepen: 15 – 25 jaar/25 – 35 jaar/35 – 45 jaar/45 – 55 jaar/55 – 65 jaar/65 - 75 jaar en het aantal medewerkers 63– 66 jr.

C. Aandeel kleine ondernemingen (waarin minder dan 25 personen werkzaam zijn en waarvan de jaaromzet of het jaarlijkse balanstotaal €5 miljoen niet overschrijdt, berekend over het laatst afgesloten boekjaar voorafgaand aan de subsidieaanvraag), aantal ondernemingen/ arbeidsorganisaties in de sector, aantal kleine ondernemingen volgens bovenstaande definitie, aantal medewerkers werkzaam bij deze kleine ondernemingen.

Al deze informatie is in dit hoofdstuk, bij deze foto, terug te vinden.

De branche Ziekenhuizen: een algemeen beeld

Onder ziekenhuiszorg² valt die zorg die gericht is op het behandelen en genezen van acute en chronische lichamelijke aandoeningen die in met name de eerste lijn of andere zorginstellingen niet kunnen worden gediagnosticeerd of behandeld. Ziekenhuiszorg omvat medisch-specialistische hulp en daarmee samenhangende verpleging en verzorging aan patiënten. De zorg bestaat uit professionele en technische voorzieningen voor de diagnose, behandeling, verpleging en isolering van de patiënt. De zorg gegeven in ziekenhuizen valt onder cure: het primair op genezing gerichte deel van de gezondheidszorg.

De curatieve medisch-specialistische zorg, gegeven door medisch specialisten in het ziekenhuis, bestaat uit diagnostiek en behandeling van de bij de patiënt aanwezige aandoening(en) of symptomen. De verpleegkundige zorg in het ziekenhuis bestaat uit observatie, begeleiding en persoonlijke verzorging van degenen die in het ziekenhuis zijn opgenomen of op de polikliniek een bezoek afleggen.

Ziekenhuiszorg bestaat uit zorg geleverd door:

- Algemene en academische ziekenhuizen
- Categoriele ziekenhuizen
- Zelfstandig behandelcentra

Wanneer we hierna spreken over de branche ziekenhuizen hanteren we de werkingssfeer die de Cao Ziekenhuizen (bijlage 1) kent. Dat betekent dat het organisaties en haar medewerkers

² Bron: Zorgatlas



betreft die ziekenhuiszorg leveren (inclusief revalidatiecentra), met uitzondering van academische ziekenhuizen en de zelfstandige behandelcentra.

Trends en ontwikkelingen in de branche ziekenhuizen

Welke trends en ontwikkelingen in de branche Ziekenhuizen kunnen we onderscheiden? We beschrijven deze hierna langs zes trends. De gebruikte bronnen zijn in bijlage 2 terug te vinden.

3.1 De juiste zorg op de juiste plek

Er wordt kritischer afgewogen welke zorg wel en welke niet in het ziekenhuis dient plaats te vinden. Deze ontwikkeling is jaren geleden al ingezet met als doel de macro-uitgaven aan de zorg te beperken vanwege een toenemende zorgvraag door vergrijzing en de toename aan mensen met (meerdere) chronische aandoeningen. Ook komende jaren blijft er sprake van een **strikt budgetbeleid**. Er is in de ziekenhuizen geen tot nauwelijks groei mogelijk. Het gaat bij de juiste zorg op de juiste plek om drie lijnen: terugdringen van onnodige zorg, verplaatsen van zorg naar de eerste lijn of naar huis, en het vervangen van zorg door innovaties.

Zorgverzekeraars sluiten steeds vaker meerjarenafspraken af met ziekenhuizen om binnen veilige financiële kaders vorm te geven aan het **herpositioneren van zorg**. Zo heeft ziekenhuis Bernhoven binnen meerjarenafspraken ingezet op zinnige zorg en de volumeprikkel geëlimineerd. Dokters gingen in loondienst en de omzet daalde in vijf jaar tijd met 13 procent. Patiënten weken niet uit naar andere ziekenhuizen, toonde onderzoek aan in 2020. In Leiden neemt het Alrijne ziekenhuis een deel van de basiszorg over van het LUMC. Vakgroepen van ziekenhuizen werken vaker samen. In Twente gaan de medisch specialisten van Medisch Spectrum Twente (MST) en Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) komende jaren hun samenwerking verder vormgeven, en onderzoeken welke behandelingen kunnen worden geclusterd op één locatie. En de vakgroepen van spoedeisende hulpartsen van het VieCuri Medisch Centrum (Venlo) en het Laurentius Ziekenhuis (Roermond) zullen, naar verwachting in maart 2022, worden samengevoegd.

Concentratie en spreiding van zorg zullen komende jaren nog aan de orde zijn. Het openhouden van alle ziekenhuizen in Nederland voor alle vormen van zorg lijkt steeds minder een haalbare optie. De NZa zal in december het advies 'Passende zorg' uitbrengen aan de minister van VWS. Het advies richt zich op het toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg, in het licht van de vergrijzing, de toenemende zorgvraag, stijgende zorguitgaven en het personeelstekort. De NZa werkt samen met het Zorginstituut Nederland het concept 'passende zorg' uit. De bedoeling is dat veel zorg die ziekenhuizen nu nog doen, verschuift naar de eerstelijnszorg en het sociale domein. Volgens een prognose van KPMG (uit 2021) raken umc's 20 procent behandelcapaciteit kwijt en algemene ziekenhuizen zelfs 50 procent. Schaarste dwingt tot verdere samenwerking en tot keuzes. Het Zorginstituut werkt aan een aangepast pakketbeheer. De NZa voorziet een nieuw zorglandschap op basis van noodzaak.

3.2 Werken in netwerken en ketens

Passend bij de ontwikkeling **De juiste zorg op de juiste plaats**, zien we een toenemende behoefte om alles in samenhang te benaderen. Een mens is meer dan zijn zorgvraag. Ook binnen de ziekenhuiszorg is er toenemende aandacht voor de hele persoon, in zijn of haar specifieke context.

Deze focus betekent dat ziekenhuizen bewegen van een relatief statische 'organisatie' naar nieuwe organisatievormen, zoals joint ventures en coöperaties van organisaties. Ziekenhuizen werken steeds meer horizontaal en steeds meer verticaal samen. Denk bijvoorbeeld aan oncologie netwerken of netwerken palliatieve zorg.



Zo hebben Het Amphia Ziekenhuis, het Bravis Ziekenhuis, Bernhoven, het Catharina Ziekenhuis, Elkerliek, het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, het Jeroen Bosch Ziekenhuis, Máxima MC en het St. Anna Ziekenhuis een flexibele schil voor de Spoedeisende Eerste Hulp voor alle ziekenhuizen in Brabant. Daarnaast werken de ziekenhuizen samen om het opleiden van IC- en SEH-verpleegkundigen, anesthesiemedewerkers en operatieassistenten (beroepen waar door corona en inhaalzorg een grote vraag naar is) te verbeteren. De flexibele schil en het verbeteren van de opleiding is een proef van drie jaar waarin wordt samengewerkt met het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), Transvorm (de regionale werkgeversorganisatie) en BEN OK, het platform voor innovatieve opleiding en ontwikkeling op de operatiekamers in Brabant. In Oost-Nederland wisselen de intensive care-afdelingen van zes regionale ziekenhuizen in kennis, ervaringen én patiënten uit. De samenwerking moet er toe leiden dat IC-patiënten behandeld worden in het ziekenhuis met de meest relevante kennis en kunde. De betrokken ziekenhuizen zijn Isala, Gelre, Deventer Ziekenhuis, Saxenburgh Groep, MST en ZGT.

We verwachten dat (mede door schaarste aan personeel) de verticale samenwerking in de keten nog belangrijker wordt. Ziekenhuizen zullen dan in regionale netwerkorganisaties vaak rol van regisseur of kennispartner vervullen. Er zijn in dit kader ook meer vergaande allianties tussen ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties denkbaar. Zo zien we een toename van allerlei 'tussenvormen in zorg'. Bijvoorbeeld een minder duur bed op een herstelafdeling. In Rotterdam is het Havenziekenhuis in het gat gesprongen om de zorg voor kwetsbare ouderen op te vangen. En in Amsterdam is er een vergelijkbaar initiatief van Cordaan. Een ander voorbeeld is doorstroomafdeling De Schakel. Het Maastricht UMC+ en VVT-organisatie Envida zijn samen een transferafdeling in het ziekenhuis gestart. Deze Doorstroomafdeling biedt plaats aan negen ouderen die na een bezoek aan de eerste hulp of de huisartsenpost niet naar huis kunnen. Zij kunnen op deze afdeling blijven totdat ondersteunende zorg is geregeld. De Schakel is binnen de muren van het Maastricht UMC+ gevestigd, maar de zorg wordt geleverd door zorgprofessionals van Envida.

Op dit moment hebben zorgaanbieders echter nog niet altijd dezelfde (financiële) belangen, waardoor samenwerking soms moeizaam van de grond komt. Met een sectoroverstijgende betaaltitel verandert dit. Het doel is dat samen zorg leveren makkelijker of interessanter wordt. Het maakt daarbij niet uit of de zorg vanuit de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg (of beiden) wordt geleverd. De NZa verwacht dat deze betaaltitel een waardevolle extra optie is naast de reguliere bekostiging, en zal helpen bij regionale oplossingen, vernieuwende werkwijzen en/of het anders organiseren van zorg.

Het samenwerken in netwerken en ketens zal impact hebben op het werk in de ziekenhuizen. Zo verwachten we dat zorgmedewerkers minder vaak in een team met vaste collega's werken, maar vaker over locaties en organisaties heen ingezet worden. Ook stafafdelingen, waaronder HR, zullen steeds vaker regionaal in samenwerkingsverbanden werken.

3.3 Arbeidsmarktkrapte en duurzame inzetbaarheid: de focus verschuift

In ziekenhuizen staat het vinden en behouden van zorgprofessionals hoog op de agenda. De vergrijzing en toenemende zorgvraag (en daar bovenop nog de covid-zorg én de inhaalzorg) gaan namelijk tegelijk gepaard met een personeelstekort. Komende decennia is er een verder krimpende beroepsbevolking te verwachten. Het risico voor ziekenhuizen is dat het tekort aan (met name) verpleegkundigen tot consequenties gaat leiden voor andere zorg. De continue spanning door personeelsschaarste blijft de komende periode.

Er was de laatste jaren al veel aandacht voor taakherschikking en functiedifferentiatie. Maar ook komende jaren zullen ziekenhuizen blijven zoeken naar de juiste functiemix. We verwachten dat schaarste veel ziekenhuizen zal dwingen om in eigen huis de expertise zo efficiënt mogelijk in te zetten. Dat betekent opnieuw kijken naar wie doet welke taken, en waar



kan taakherschikking en functiedifferentiatie krapte oplossen? Daarbij wordt steeds belangrijker: hoe kun je zorgprofessionals optimaal inzetten en tegelijkertijd zorgen voor aantrekkelijk en gezond werk?

De uitdaging ligt in het balans houden tussen (continue druk om) productie te leveren (en doordoor financieel gezond te blijven als ziekenhuis) en het bieden van gezond werk waardoor medewerkers duurzaam inzetbaar blijven. Verder is het voor ziekenhuizen een uitdaging om ondanks het tekort aan medewerkers te werken aan concentratie en spreiding van zorg. Dat dit ingewikkeld en onzeker, maakt de bestuurder van Pantein in Boxmeer duidelijk. “De stelling dat concentratie helpt het personeelstekort op te lossen is niet voldoende onderzocht. Ik verwacht eerder het tegenovergestelde. SEH-verpleegkundigen gaan echt niet 30 km verder reizen om daar op de SEH van een groter ziekenhuis te werken. SEH-verpleegkundigen voelen zich verbonden met hun regionale ziekenhuis. Ze zullen eerder kiezen voor een andere functie in hetzelfde ziekenhuis. Dan krijgen die grote ziekenhuizen dus meer patiënten en niet het extra personeel.”

Personeelstekorten zorgen kortom voor hoofdbreken. Ook de komende jaren. De Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (WRR) noemt kwaliteit van werk als hét belangrijkste thema voor werkgevers voor de komende jaren. Volgens de WRR bestaat ‘goed werk’ uit drie pijlers: grip op geld, grip op het werk en grip op het leven. Deze pijlers geven een brede blik op kwaliteit van werk en zouden als kapstok kunnen dienen bij het herontwerpen van werk. Bij elk van deze pijlers is er nog ruimte voor verbetering. Zo zien we, passend binnen de pijler ‘Grip op werk’, veel ontwikkelingen rondom de erkenning, waardering en beloning van zorgmedewerkers.

Er is binnen ziekenhuizen aandacht voor de **positie van verpleegkundigen**. Verpleegkundigen komen in steeds meer ziekenhuizen beter in de positie om mee te praten aan de bestuurstafel, onder andere door een ‘chief nursing officer’, een verpleegkundige adviesraad of verpleegkundig stafbestuur aan te stellen of deze te versterken. Zo heeft het OLVG heeft sinds juni 2021 officieel een verpleegkundig stafbestuur.

3.4 Veilig leven en werken in een veranderende wereld

Klimaatverandering en onze omgang met de natuur lijken het werken in de zorg, en specifiek ziekenhuizen, misschien niet direct te raken, maar doen dit wel degelijk. Denk aan een hitteplan, besmettingsgevaar op het werk, het scheiden van afval en het duurzaam inkopen en hergebruiken van materialen. Een veranderende wereld zorgt voor veranderingen in het werk.

Zo ervaart inmiddels de hele wereld de gevolgen van **het coronavirus en de ziekte COVID-19**. Virologen voorspelden al lange tijd een pandemie. Zij dachten daarbij vooral aan een virus dat overgedragen zou worden door varkens (varkenspest) of vogels (vogelgriep). Vanwege ontbossing, intensieve veehouderij, in elkaar verknoopte voedselketens en de handel op wereldschaal is het **risico op een nieuwe pandemie** nog steeds aanwezig en actueel. Daarnaast verwachten experts dat Nederland met **nieuwe ziekten** te maken gaat krijgen doordat bepaalde dieren zoals de tijgermug en de reuzenteek door klimaatverandering nu ook in ons land gesignaleerd zijn. In het licht van deze ontwikkelingen is ‘veilig werken’ een belangrijk thema geworden. Veilig werken gaat daarbij op dit moment vooral over persoonlijke beschermingsmiddelen, gedragsmaatregelen en het wel/niet gevaccineerd zijn van medewerkers en patiënten. Het brengt **nieuwe morele dilemma’s en afwegingen** met zich mee voor medewerkers en werkgevers. Het besef groeit dat deze dilemma’s en afwegingen niet van tijdelijke aard zijn, maar dat veilig werken de komende jaren een belangrijk onderwerp blijft. Want effecten van klimaatverandering zijn ook steeds **heterer zomers** in Nederland, stijging van de zeespiegel en vaker ontregelde weersomstandigheden met mogelijk **overstromingen** tot gevolg. Denk aan de overstromingen in Limburg waarbij diverse zorginstellingen waaronder het VieCurie Medisch Centrum geëvacueerd moesten worden.



Inmiddels houden steeds meer ziekenhuizen zich bezig met '**duurzamer en groener**'. Bijna 75% van alle ziekenhuizen (academische, algemene en categorale ziekenhuizen) in Nederland heeft een portefeuilleroutekaart ingediend bij het Expertisecentrum Verduurzaming Zorg (EVZ). In de routekaarten wordt beschreven hoe men binnen de eigen vastgoedportefeuille denkt te komen tot het terugdringen van de directe CO₂-uitstoot om te voldoen aan de doelstellingen uit het Klimaatakkoord. Op 1 juli 2021 moet elke individuele zorginstelling namelijk inzichtelijk maken hoe zij toewerkt naar de landelijke doelstellingen. De individuele routekaart gaat in op 3 onderdelen: 1) Energie besparen; 2) Inzet duurzame energie (warmte, zon en wind); 3) Inkoop duurzame energie.

Daarnaast werken ziekenhuizen ook aan aanvullende projecten. Zo stopt het Bravis Ziekenhuis als eerste ziekenhuis van Nederland met het uitstoten van narcosegassen. Die gassen, die bijdragen aan de opwarming van de aarde, vangt het Brabantse ziekenhuis voortaan op. "Het broeikas-effect is een probleem van ons allemaal. Elke vermindering is welkom en hard nodig", laat het ziekenhuis met vestigingen in Roosendaal en Bergen op Zoom weten. Het BovenIJ ziekenhuis vermindert het afval van het OK met 300 kilo per maand. De steriele doeken waarmee het instrumentarium wordt verpakt, worden niet langer verbrand maar krijgen een tweede leven als tas, of andere kunststofproducten. In het Zuyderland Medisch Centrum lopen de activiteiten uiteen van insectvriendelijk snoeien, recyclen en het weren van plastic bestek tot energiezuinige nieuwbouw. Zij richtte hier zelfs een Green Team voor op. Vergroenen is allang geen kwestie meer van willen. 'Het is een morele verplichting', aldus Leon Rijkx, manager Technisch Beheer, Onderhoud en Vastgoed bij Zuyderland.

Uit een recente enquête onder studenten geneeskunde blijkt een zeer groot animo voor het vergroenen en verduurzamen van de zorg. **Toekomstige artsen in Nederland zien een rol en een verantwoordelijkheid voor artsen.** Daarnaast blijkt dat ze behoefte hebben aan de integratie van klimaatonderwijs in het medisch curriculum.

3.5 Meer preventie, meer leefstijlgeneeskunde

Er is historisch veel steun voor preventie en het preventieakkoord, zowel in de samenleving, de politiek als in de zorg. Ziekenhuizen zien steeds vaker voor zichzelf een rol in het **stimuleren van preventie en een gezonde leefstijl**.

Zo investeert het LUMC in 'Population Health'. Een team van artsen, datawetenschappers, bestuurskundigen en sociale wetenschappers analyseert preventiepatronen. *Het team* brengt op basis van data van huisartsen, lokale ziekenhuizen, het sociale domein en de GGD'en de grootste gezondheidsproblemen en risico's in kaart en onderzoekt aan welke knoppen we kunnen draaien om ziektes te voorkomen. Het betekent een omslag van ziekte naar gezondheid. Meer inzetten op bewegen, sporten, gezond eten/slapen, en het natuurlijke immuunsysteem. Het gezond houden van mensen in een gezonde leefomgeving. Ziekenhuizen en zorgprofessionals zien een verantwoordelijkheid en kans om deze beweging te ondersteunen, en hiermee de (uitkomsten van) zorg van de toekomst te organiseren. Zo krijgt in het Radboudumc de meerderheid van de patiënten die de komende jaren wordt geopereerd een training van enkele weken aangeboden om fitter te worden voorafgaand aan de behandeling. Een eerder succesvol project voor patiënten met darmkanker wordt op termijn uitgerold naar twintig zorgpaden. Bestuursvoorzitter Bertine Lahuis spreekt van een 'boerenverstand-interventie'. 'We vonden het bijna niet ethisch om het niet te doen.'

Ziekenhuizen gaan daarnaast ook vaker aan de slag met gezonde voeding in het ziekenhuis, het **stimuleren van de gezondheid van medewerkers**, gezond roosteren, fit blijven in nachtdiensten en het aanbieden van mentale coaching. Opvallend is dat met name **jonge artsen** pleitbezorger zijn van gezond werken. Maar over de hele linie wordt Leefstijlgeneeskunde steeds breder omarmd. Vanuit het zorgonderwijs klinkt de roep om gedegen opleidingsmateriaal.



3.6 Technologie: van wildgroei naar standaarden

De fase breekt aan dat technologie onderdeel van standaardzorg wordt. Met de opschaling van technologie neemt ook de impact ervan toe. Digitale zorg, telemonitoring, zorg op afstand nemen inmiddels een belangrijke plaats in. Op ondersteunende afdelingen worden vaker robots ingezet. En digitalisering en gegevensuitwisseling in de zorgketen maken belangrijke ontwikkelingen door. Verder zien we dat door nieuwe vormen van technologie er meer vormen van precisiegeneeskunde mogelijk worden. En we zien voorzichtige stappen op een nieuw toepassingssterrein van technologie: het voorspellen en voorkomen van zorg.

Zorg op afstand

In de Nederlandse ziekenhuizen is zorg op afstand inmiddels onderdeel van de standaardzorg, en nog steeds groeiende. Zowel het aantal beeldbelconsulten als het aantal telemonitoringverrichtingen ligt in de eerste 2 kwartalen van 2021 flink boven het kwartaalgemiddelde van 2020.

Verder zien we dat telemonitoring vaker wordt uitbesteed aan medisch servicecentra. Zo wordt er vanuit het meldcentrum van NAAST in Varsseveld digitale zorg geboden aan meer dan 100.000 mensen door heel Nederland. De digitale dienstverlening van NAAST varieert van het verzorgen van een digitale dubbele controle op medicatie, beeldzorg, personenalarmering, nachtzorg met camera's of sensoren, monitoring van de medicatie-inname tot uitgebreide telemonitoring voor patiënten met COPD en hartfalen. Zo gaat regio 't Gooi samenwerken met NAAST. Samen met de huisartsen, de verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties en zorgverzekeraar Zilveren Kruis werkte het Tergooi ziekenhuis een nieuwe regiovisie uit. In 2024 wil het Tergooi ziekenhuis jaarlijks 80.000 minder bezoeken aan de polikliniek en 11.000 ligdagen buiten de ziekenhuismuren houden. Zij wil dit met name gaan bereiken door de inzet van zorg op afstand vanuit NAAST. Dat betekent dat het ziekenhuis de telemonitoring van patiënten die thuis verblijven, uitbesteedt en zelf geen verpleegkundigen vrijmaakt voor monitoring op afstand.

Tegelijkertijd zien we dat het meten en monitoren van patiënten binnen het ziekenhuis zelf groeit. Door de continue metingen kunnen artsen en verpleegkundigen eerder inspelen op dreigende verslechtingen. Dat betekent ook dat artsen en verpleegkundigen anders gaan werken. Vaste controlerondes vervallen en men gaat opnieuw bekijken hoeveel patiënten 1 verpleegkundige onder haar hoede kan nemen, vooral omdat (zaal)artsen een deel van de taken van verpleegkundigen overnemen met behulp van de monitoring.

Steeds meer leunen op data

We signaleren een sterke en groeiende beweging in de wijze waarop we met data omgaan. Bij alles wat we doen en bij elke keuze die we maken, gebruiken we **steeds vaker data**. Binnen ziekenhuizen zien we dat niet alleen in de zorg voor individuele patiënten, bijvoorbeeld binnen diagnostische trajecten, het kiezen van een behandeling en het monitoren van effecten. Maar we zien het ook in capaciteitsplanning en logistiek, zorginkoop en bij strategische beslissingen. Met een speciaal algoritme dringt een ziekenhuis no-shows terug. 'Daarin zijn tachtig parameters opgenomen, zoals leeftijd, aandoening, eerdere no-shows en zelfs het weerbericht, want bij mooi weer blijven er meer mensen weg dan bij slecht weer. Dat alles leidt tot een zeer nauwkeurige voorspelling van de wegblijvers. We bellen de mensen die het hoogste scoren de dag van tevoren op, dat heeft dus een spectaculair effect op de opkomst.' Verder zien we dat rekenmodellen helpen bij de prioritering van ok-tijd. En dat met behulp van een algoritme een aanrijtijden van ambulances verbeteren.

Het sterker leunen op data brengt ook met zich mee dat we er steeds meer van afhankelijk zijn. Systemen, netwerken, technologie: ze mogen niet haperen of uitvallen. Ook betekent het voor zorgorganisatie dat zij moeten omgaan met nieuwe issues rondom privacy en veiligheid. Datalekken, hacking en phishing zijn belangrijke thema's. Afgelopen jaren zijn de investeringen in cybersecurity verhoogd. Inmiddels heeft 41 procent van de zorgorganisaties in de Benelux een plan opgesteld voor de afhandeling van een ransomware-aanval.



Precision medicine en voorspellingsgeneeskunde

Het beschikbaar hebben van grote(re) hoeveelheden data, maakt ook dat er met deze data meer kennis en inzicht in factoren van ziekten en beloop van ziekten ontstaat. Geneeskunde wordt preciezer en steeds meer toegesneden op een individu. Het beweegt zich richting **precisiegeneeskunde** of personalised medicine, waarbij biomarkers, genen en individuele patiëntfactoren in beeld worden gebracht en op basis waarvan medicatie of behandeling wordt afgestemd.

Ook de term **voorspellingsgeneeskunde** valt steeds vaker. Voorspellingsgeneeskunde staat voor de beweging dat men op basis van data en Artificial Intelligence (A.I.) probeert te voorspellen wat de beste behandeling en/of prognose is. Steeds vaker wil men in de zorg op basis van data en algoritmes een 'event', ziekte of complicaties eerder herkennen en voorkomen. Dat is een omslag van reageren naar voorspellen en voorkomen. Een aantal voorbeelden ter illustratie. Om een acuut hartinfarct sneller te herkennen is het Catharina ziekenhuis samen met het Nederlands Hart Netwerk Zuidoost Brabant, een samenwerkingsverband tussen de ziekenhuizen (Elkerliek, St Anna Ziekenhuis, Máxima MC en Catharina Ziekenhuis), huisartsen en de ambulancedienst het onderzoek gestart om de zorg voor patiënten die een zogenaamd 'stil' infarct doormaken, te verbeteren. De Universiteit Twente en MST zetten A.I. in voor de prognose van coma. Het Radboudumc werkt mee aan het AI-Mind-project. Onderzoekers ontwikkelen een instrument dat voorspelt welke mensen met milde cognitieve problemen dementie gaan ontwikkelen. Het instrument moet zorgen voor een snellere en vroegere diagnostiek bij dementie. Het uiteindelijke doel is om twee op A.I. gebaseerde instrumenten te ontwikkelen die de huidige ingewikkelde, arbeidsintensieve, dure en weinig voorspellende screeningsprocedures vervangen. Dat zou ook betekenen dat mensen in beeld komen die dementie gaan krijgen, maar nog geen klachten of symptomen hebben. 'Voorspellingsgeneeskunde' vraagt dan om te anticiperen op iets wat er nog niet is. Dit is een andere manier van werken dan men in de zorg gewend is. De vraag komt dan aan de orde wat voorspellende kennis waard is en of deze bepalend zou moeten zijn voor het al dan niet interveniëren.

3.7 Organisaties, werkgevers en werkenden in de branche Ziekenhuizen

Wat zijn de relevante kenmerken van de branche Ziekenhuizen? We kijken hiervoor eerst naar het aantal werkgevers en vervolgens naar de kenmerken van de werkenden in de branche.

Organisaties en branchecodes

Tot de branche Ziekenhuizen worden de volgende SBI-codes worden gerekend:

- 86102 Algemene ziekenhuizen
- 86103 Categorale ziekenhuizen
- 86221 Praktijken overige specialisten (alleen revalidatiecentra)

Pensioenfonds Zorg en Welzijn (PFZW) registreert voor de branche Ziekenhuizen in april 2021 168 organisaties als aangesloten werkgever.

Werkgevers worden in de basisadministratie van PFZW gekoppeld aan de kernactiviteit waar zij zich mee bezighouden. PFZW hanteert daarbij een set aan kernactiviteiten. Deze kernactiviteiten worden geclusterd naar branche-indelingen die de basis vormen voor de arbeidsmarktdata die PFZW beschikbaar stelt. Bij de Ziekenhuizen gaat het om de volgende kernactiviteiten (sub)branches:

- Algemene ziekenhuizen
- Categorale ziekenhuizen
- Revalidatiecentra

In het navolgende kengetallenbeeld van werkenden in de Ziekenhuizen hanteren we zowel data van het CBS als van PFZW waarbij telkens de herkomst van de tabellen en grafieken is

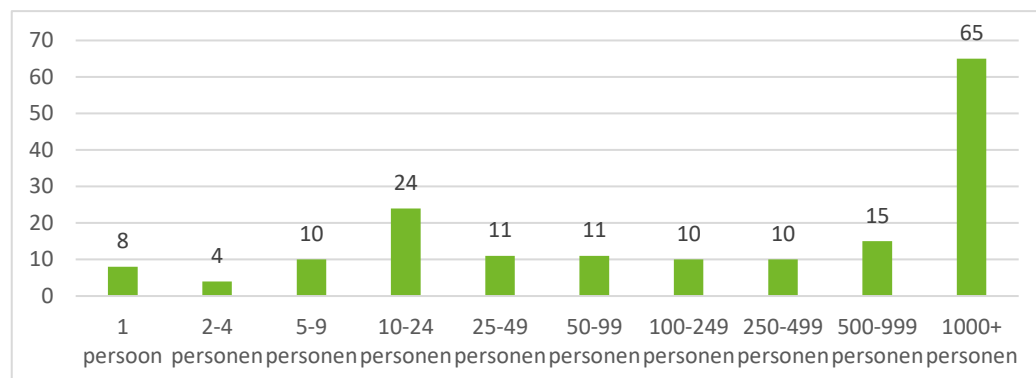


aangegeven. Als het gaat om de telling van het aantal kleine ondernemingen in de branche Ziekenhuizen hebben we gebruik gemaakt van cijfers uit een op ons verzoek uitgevoerde maatwerktelling door de landelijke Kamer van Koophandel.

De data die hierna worden gepresenteerd zijn gebaseerd op 2021 Q2 tenzij anders vermeld.

Aantal organisaties naar grootteklasse

De verdeling van de organisaties, de werkgevers, naar grootteklassen wordt in figuur 1 in beeld gebracht.



Figuur 1. Organisaties naar grootteklasse branche ziekenhuizen (Bron: PFZW, juni 2021 over april 2021)

Figuur 1 toont de verdeling naar grootteklassen op peilmoment april 2021. Het grootste aantal organisaties (65, of 39%) zien we in de grootteklasse 1000 en meer personen. Ruim 53 % van de organisaties heeft meer dan 500 medewerkers in dienst.

Kleine organisaties in de branche Ziekenhuizen

Ongeveer een kwart van de organisaties (46, of 27%) heeft minder dan 25 medewerkers. Als we kijken naar het aantal medewerkers in kleine organisaties dan zien we dat 0,2% van de werknemers werkzaam is in organisaties met minder dan 25 medewerkers.

Omzet

In het kader van deze sectoranalyse wordt voor het begrip 'kleine ondernemingen' niet alleen het aantal medewerkers gevraagd (minder dan 25 medewerkers werkzaam) maar ook de jaaromzet of het jaarlijkse balanstotaal (ten hoogste € 5 miljoen) als samengesteld criterium aangehouden. Desgevraagd heeft de landelijke Kamer van Koophandel een maatwerktelling voor de branche Ziekenhuizen uitgevoerd op het handelregister op basis van de hiervoor genoemde SBI-codes. Op basis van de gecombineerde criteria '0-24 werkzame personen' en 'balanstotaal minder dan € 5 miljoen' komt de Kamer van Koophandel tot de volgende aantallen:

- 86102 Algemene ziekenhuizen: 6
- 86103 Categorale ziekenhuizen: 11
- 86221 Praktijken overige specialisten: 7275

Relevant bij dit laatste is dat de KvK aangeeft dat zij geen onderscheid bij deze code kan maken naar revalidatiecentra. Om die reden, geeft deze telling geen nader, verdiepend, beeld.

Geconcludeerd kan wel worden dat het totaal aantal organisaties met minder dan 25 medewerkers en een balanstotaal van ten hoogste 5 miljoen in de branche Ziekenhuizen uiterst klein is.

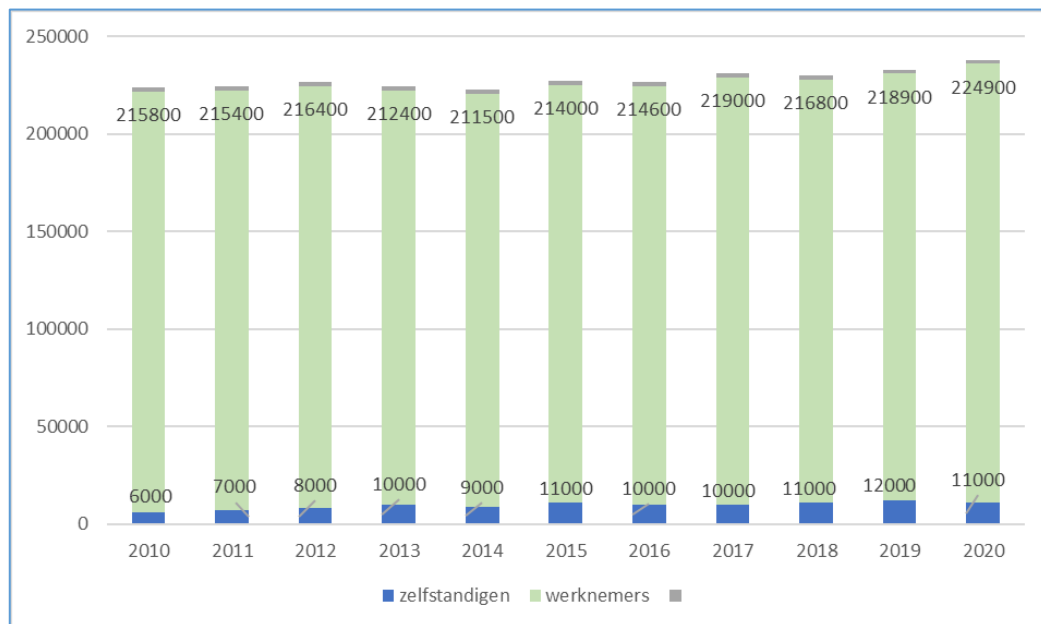
Aantal werkenden in de branche Ziekenhuizen

In de branche zijn in Q4 van 2020 in totaal 235.900 mensen werkzaam³. Van deze groep zijn 224.900 mensen werkzaam als werknemer in loondienst. Daarnaast zijn ongeveer 11.000

³ CBS Statline dashboard werkgelegenheid (<https://dashboards.cbs.nl/v2/AZWDashboard/>)



mensen werkzaam als zelfstandige⁴. Figuur 2 toont de totale werkgelegenheid in Q4 van het jaar naar type arbeidsrelatie over de afgelopen jaren⁵.



Figuur 2. Werkzame beroepsbevolking branche ziekenhuizen (2010-2020*) naar arbeidsrelatie (Bron: CBS AZW Statline, * is een voorlopig cijfer)

In deze figuur is te zien dat het totaal aantal werkenden licht is toegenomen in de periode 2010 t/m 2020, dit met circa 4,2%. Wanneer gekeken wordt naar de afgelopen drie jaar (2018 – 2020) zien we een stijging met 3,7%. 2019 ten opzichte van 2020 laat een 2,75% zien.

Het aandeel zelfstandigen is gestegen (2020 ten opzichte van 2010); zowel absoluut als relatief. Het aantal zelfstandigen in de laatste drie jaar lijkt zich te stabiliseren waarbij ten opzichte van 2019 (basis 2020) sprake is van een absolute en relatieve daling.

Op basis van de kernactiviteiten van PFZW worden er in totaal 202.579 medewerkers geteld op basis van peildatum Q2 2021.

Contractvormen

Wanneer we kijken naar de contractvormen bij de arbeidsovereenkomsten zien we op basis van PFZW dat:

- het aandeel contracten voor bepaalde tijd 19% bedraagt;
- het aandeel contracten voor onbepaalde tijd 81% bedraagt.

Het aantal oproepkrachten bedraagt circa 6,8% van het totaal aantal werknemers.

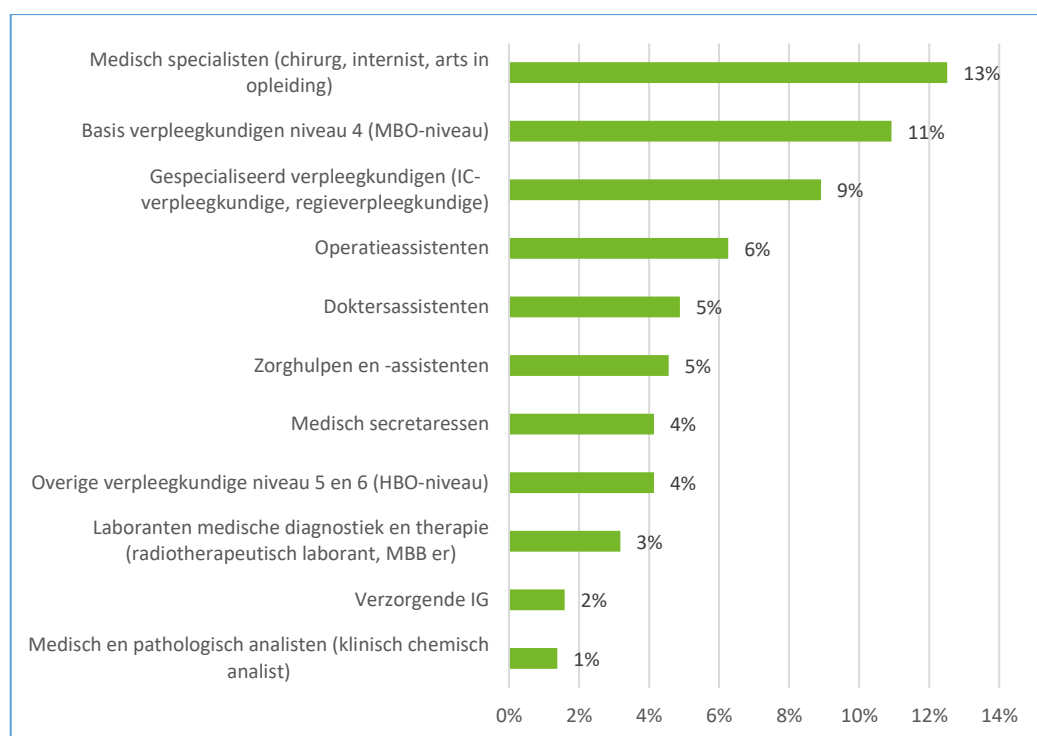
Meest voorkomende functies in de ziekenhuizen

Figuur 3 toont de specialismen van meest voorkomend naar minst voorkomend in de branche ziekenhuizen. In dit overzicht zijn ook de academische beroepen meegenomen⁶. Meest voorkomend is de functie van medisch specialist (13%), gevolgd door mbo-verpleegkundigen (11%), gespecialiseerd verpleegkundigen (9%, operatieassistenten (6%) en doktersassistenten (5%).

⁴ Het meest recente standcijfer over zelfstandigen is van 2020. Het cijfer is een schatting gebaseerd op de WNE van 2020. (<https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24096NED/table?ts=1617019384111>)

⁵ <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24062NED/table?ts=1617007022089>

⁶ In andere figuren afkomstig uit het AZW-onderzoeksprogramma zijn geen data zichtbaar voor beroepen waarvoor een academische opleiding vereist is omdat deze worden geraamd door het capaciteitsorgaan.

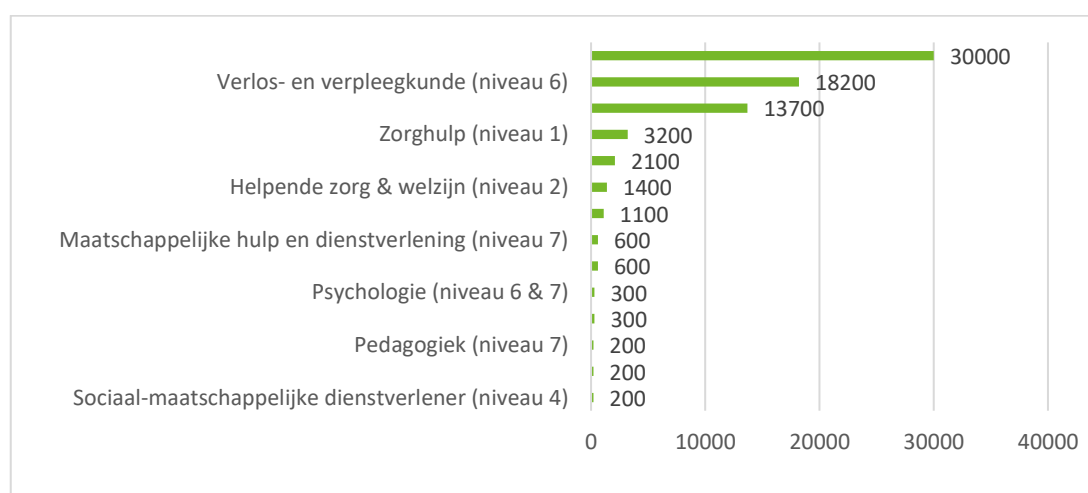


Figuur 3. Meest voorkomende functies⁷ (als aandeel in branche ziekenhuizen)

Meest voorkomende kwalificaties in de ziekenhuizen

Figuur 4 toont de verdeling van medewerkers in loondienst naar kwalificatieniveau in 2020 op basis van gegevens uit het prognosemodel Zorg en Welzijn (PMZW).

Niet van alle medewerkers is de opleidingsachtergrond bekend en in het overzicht worden alleen functies in het primaire proces getoond. Binnen de branche ziekenhuizen zien we dat de grootste groep een mbo-verpleegkundige achtergrond heeft. Op afstand volgen medewerkers met een achtergrond in verlos- of verpleegkunde en medewerkers met een mbo-achtergrond doktersassistent.



Figuur 4. Vervulde vraag in functies/kwalificaties in loondienst binnen de branche ziekenhuizen (bron: Prognosemodel arbeidsmarkt zorg en welzijn, jaar 2020)*

⁷ In de werkgeversenquête uitgevoerd door CBS in 2019 is deze lijst met functies als basis gebruikt voor de branche ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg. Andere functies zijn buiten beschouwing gelaten en er was geen mogelijkheid voor de respondent om andere functies in te vullen. Het overzicht telt daarmee niet op tot 100%.



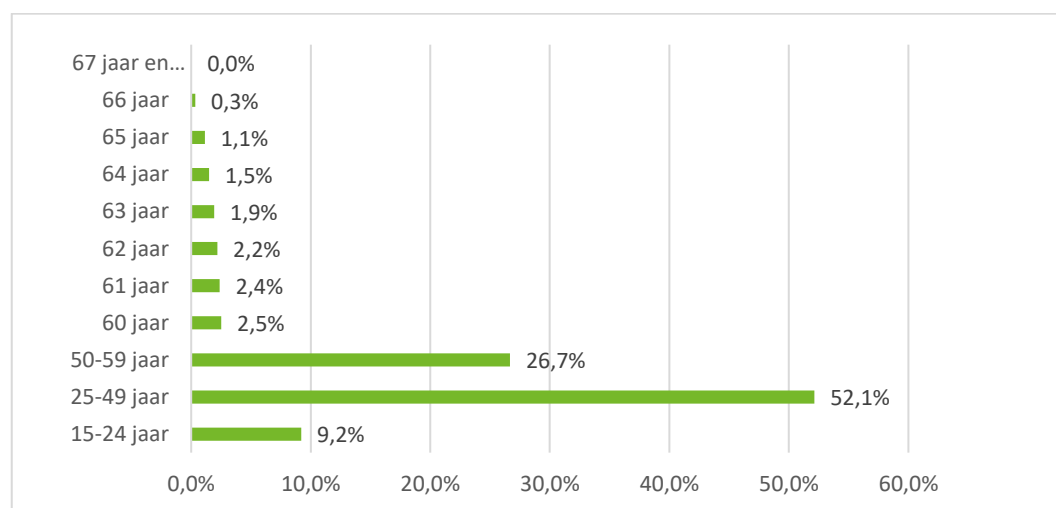
**De branche ziekenhuizen heeft naar verhouding een hoog aandeel personeel met een academische achtergrond. WO-kwalificaties zijn hierin niet meegenomen, omdat deze worden geschat door het capaciteitsorgaan. Ook bevat bovenstaand overzicht uitsluitend kwalificaties van medewerkers in loondienst.*

Geslacht

De verhouding tussen man-vrouw is 18% - 82% (bron PFZW). Daarmee wordt duidelijk dat het aandeel vrouwen die werkzaam is in de ziekenhuizen veel hoger ligt dan dat van mannen. Daarbij wijkt de branche Ziekenhuizen (zeer) licht af van de verdeling man- vrouw in de sector Zorg en Welzijn als geheel (16% man- 84% vrouw)

Medewerkers naar leeftijd

De leeftijdsverdeling van werknemers wordt zichtbaar in figuur 5. Circa 52% van de werknemers bevindt zich in de leeftijdscategorie tussen 25 en 49 jaar. In de groep van 60 jaar en ouder zien we 12% van de werknemers.



Figuur 5. Medewerkers verdeeld naar leeftijd (Bron: PFZW, juni 2021)

De leeftijdsklasse 25- 49 jaar, zoals deze gehanteerd wordt in het format van de sectoranalyse dat door het Ministerie is aangereikt, is grofmazig. Een verfijning van de leeftijdsverdeling in klassen van 5 jaar tussen 20 en 69 jaar, geeft het volgende beeld.

| Leeftijdsklasse | Aantal personen | Percentage |
|-----------------|-----------------|----------------|
| 19 en jonger | 2738 | 1,35% |
| 20 t/m 24 | 15859 | 7,83% |
| 25 t/m 29 | 23267 | 11,49% |
| 30 t/m 34 | 21993 | 10,86% |
| 35 t/m 39 | 19685 | 9,72% |
| 40 t/m 44 | 19540 | 9,65% |
| 45 t/m 49 | 21051 | 10,39% |
| 50 t/m 54 | 26337 | 13,00% |
| 55 t/m 59 | 27619 | 13,63% |
| 60 t/m 64 | 21502 | 10,61% |
| 65 t/m 69 | 2988 | 1,47% |
| Totaal | 202579 | 100,00% |

Tabel 1. Verdeling personeelsbestand naar leeftijdsklasse (bron PFZW)

Wanneer we kijken naar de ontwikkeling in de leeftijdsverdeling over de periode 2017 – 2020 dan zien we het volgende beeld:

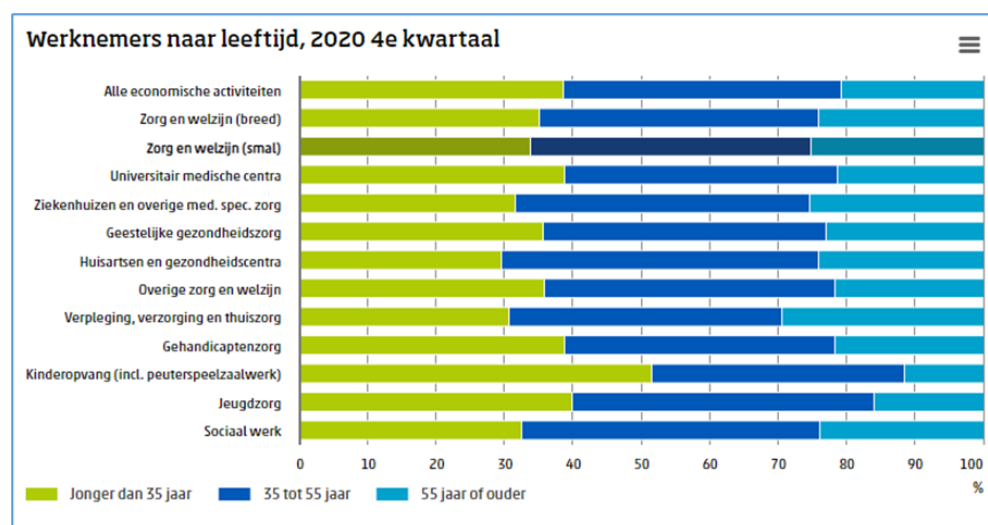
| Leeftijdsklasse | Aantal personen | | | | Percentage | | | |
|-----------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 19 en jonger | 1689 | 2000 | 2247 | 2794 | 0,86% | 1,02% | 1,13% | 1,38% |
| 20 t/m 24 | 12491 | 13374 | 14105 | 15999 | 6,39% | 6,82% | 7,12% | 7,88% |
| 25 t/m 29 | 20703 | 21135 | 21849 | 23028 | 10,59% | 10,78% | 11,03% | 11,34% |
| 30 t/m 34 | 20383 | 20843 | 21015 | 21857 | 10,43% | 10,63% | 10,60% | 10,76% |
| 35 t/m 39 | 19524 | 19246 | 19412 | 19682 | 9,99% | 9,82% | 9,80% | 9,69% |
| 40 t/m 44 | 19941 | 19557 | 19399 | 19601 | 10,20% | 9,97% | 9,79% | 9,65% |
| 45 t/m 49 | 25188 | 23721 | 22517 | 21687 | 12,89% | 12,10% | 11,36% | 10,68% |
| 50 t/m 54 | 28446 | 27641 | 27139 | 26703 | 14,56% | 14,10% | 13,70% | 13,15% |
| 55 t/m 59 | 27421 | 27326 | 27473 | 27635 | 14,03% | 13,94% | 13,86% | 13,61% |
| 60 t/m 64 | 18287 | 19363 | 20419 | 21198 | 9,36% | 9,88% | 10,30% | 10,44% |
| 65 t/m 69 | 1363 | 1861 | 2589 | 2919 | 0,70% | 0,95% | 1,31% | 1,44% |
| Totaal | 195436 | 196067 | 198164 | 203103 | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

Tabel 2. Ontwikkeling verdeling personeelsbestand naar leeftijdsklasse (bron PFZW)

We zien, 2020 ten opzichte van 2017, in absolute aantallen een stijging van het aantal werknemers in de leeftijdsklasse tot en met 39 jaar en in de leeftijdsklasse vanaf 55 jaar. Ook in relatieve zin zien we een stijging in de leeftijdsklassen tot en met 35 jaar en in de leeftijdsklassen van 60 jaar en ouder.

De gemiddelde leeftijd bedraagt 43,3 jaar (peildatum september 2021, bron PFZW). Ten opzichte van 2019 is deze gedaald (was 43,6 jaar).

Vergelijken we de leeftijdsverdeling in de ziekenhuizen met die van andere branches in Zorg en Welzijn op basis van de indeling van figuur 6, dan zien we dat deze voor de groep tot 35 jaar overeenkomt met de branche VVT echter ten opzichte van die branche een kleiner deel 55 jaar en ouder heeft.



Figuur 6. Medewerkers naar leeftijd Zorg en Welzijn 2020



Deeltijdfactor

De deeltijdfactor wordt berekend door het aantal contracturen van banen van medewerkers gedeeld door het aantal contracturen van een volle werkweek. De gemiddelde deeltijdfactor in de Ziekenhuizen bedroeg in 2020 bijna 76%, en is daarmee nagenoeg gelijk met 2019. Uitgedrukt in uren is dat een gemiddelde werkweek van 27,3 uur. De gemiddelde deeltijdfactor in de Zorg en Welzijn ligt daar met 0,68 (= 24,5 uur per week) duidelijk onder.

In de onderstaande tabel is de gemiddelde deeltijdfactor naar leeftijdsklasse weergegeven.

| Leeftijdsklasse | Gemiddelde deeltijdfactor |
|-----------------|---------------------------|
| 19 en jonger | 0,3434 |
| 20 t/m 24 | 0,6748 |
| 25 t/m 29 | 0,8489 |
| 30 t/m 34 | 0,7994 |
| 35 t/m 39 | 0,7577 |
| 40 t/m 44 | 0,7492 |
| 45 t/m 49 | 0,7559 |
| 50 t/m 54 | 0,7590 |
| 55 t/m 59 | 0,7566 |
| 60 t/m 64 | 0,7470 |
| 65 t/m 69 | 0,7236 |
| Totaal | 0,7580 |

Tabel 3. Gemiddelde deeltijdfactor per leeftijdsklasse (Bron PFZW, Q2 2021)

In de leeftijdsklasse 25 – 29 jaar wordt de hoogst gemiddelde deeltijdfactor gerealiseerd. In de klasse 55 – 59 jaar is de gemiddelde deeltijdfactor nog steeds nagenoeg gelijk aan het gemiddelde van de branche ziekenhuizen.

| Leeftijdsklasse | Gemiddelde deeltijdfactor | | | |
|-----------------|---------------------------|---------------|---------------|---------------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
| 19 en jonger | 0,3391 | 0,3492 | 0,3313 | 0,3181 |
| 20 t/m 24 | 0,7071 | 0,7121 | 0,7133 | 0,6819 |
| 25 t/m 29 | 0,8432 | 0,8484 | 0,8514 | 0,8502 |
| 30 t/m 34 | 0,7943 | 0,7979 | 0,7998 | 0,7989 |
| 35 t/m 39 | 0,7451 | 0,7491 | 0,7539 | 0,7577 |
| 40 t/m 44 | 0,7347 | 0,7391 | 0,7444 | 0,7486 |
| 45 t/m 49 | 0,7401 | 0,7458 | 0,7506 | 0,7539 |
| 50 t/m 54 | 0,7544 | 0,7551 | 0,7568 | 0,7598 |
| 55 t/m 59 | 0,7562 | 0,7576 | 0,7590 | 0,7569 |
| 60 t/m 64 | 0,7507 | 0,7490 | 0,7529 | 0,7495 |
| 65 t/m 69 | 0,7108 | 0,7238 | 0,7179 | 0,7251 |
| Totaal | 0,7562 | 0,7588 | 0,7611 | 0,7582 |

Tabel 4. Ontwikkeling in jaren gemiddelde deeltijdfactor per leeftijdsklasse (Bron PFZW, Q2 2021)

Tabel 4 laat zien dat de gemiddelde deeltijdfactor over de periode 2017 – 2020 nagenoeg gelijk is gebleven. Ten opzichte van 2019 laat 2020 een zeer lichte daling zien.



De volgende tabel geeft inzicht in de gemiddelde deeltijdfactor per leeftijdjaar voor de categorie 60 tot en met 66 jaar. Wat opvalt is dat de gemiddelde deeltijdfactor tot en met de leeftijd 63 nagenoeg constant blijft (27 resp. 26,5 uur) om daarna licht te dalen naar 25,8 uur (66 jaar). Ter vergelijking; de gemiddelde werkweek in de branche bedraagt 27,3 uur.

| Leeftijd | Gemiddelde deeltijdfactor |
|---------------|---------------------------|
| 60 | 0,7500 |
| 61 | 0,7508 |
| 62 | 0,7500 |
| 63 | 0,7435 |
| 64 | 0,7363 |
| 65 | 0,7277 |
| 66 | 0,7174 |
| Totaal | 0,7444 |

Tabel 5. Gemiddelde deeltijdfactor per leeftijdjaar

Salaris

Recente data (2021) van PFZW brengt het gemiddeld verdiende (parttime) salaris per leeftijdsklasse in beeld. Onder parttime jaarsalaris wordt verstaan: het daadwerkelijk verdiende jaarsalaris, inclusief vakantietoeslag en eindejaarsuitkering.

| Leeftijdsklasse | Gemiddelde parttime salaris |
|-----------------|-----------------------------|
| 19 en jonger | € 8.251,97 |
| 20 t/m 24 | € 21.409,40 |
| 25 t/m 29 | € 34.733,10 |
| 30 t/m 34 | € 38.708,63 |
| 35 t/m 39 | € 41.678,63 |
| 40 t/m 44 | € 42.981,60 |
| 45 t/m 49 | € 41.810,25 |
| 50 t/m 54 | € 39.174,22 |
| 55 t/m 59 | € 38.555,21 |
| Totaal | € 37.412,38 |

Tabel 6. gemiddeld parttime salaris per leeftijdsklasse

De tabel laat zien dat het gemiddeld verdiende salaris meestijgt met de leeftijd tot aan de leeftijdsklasse van 40 – 44 jaar.

Inzoomend op het gemiddeld verdiende salaris van medewerkers van 60 jaar en ouder zien het volgende beeld.

| Leeftijd | Gemiddelde parttime salaris |
|---------------|-----------------------------|
| 60 | € 38.978,92 |
| 61 | € 38.587,94 |
| 62 | € 38.880,53 |
| 63 | € 38.850,31 |
| 64 | € 38.134,60 |
| 65 | € 38.717,73 |
| 66 | € 35.996,01 |
| Totaal | € 38.651,54 |

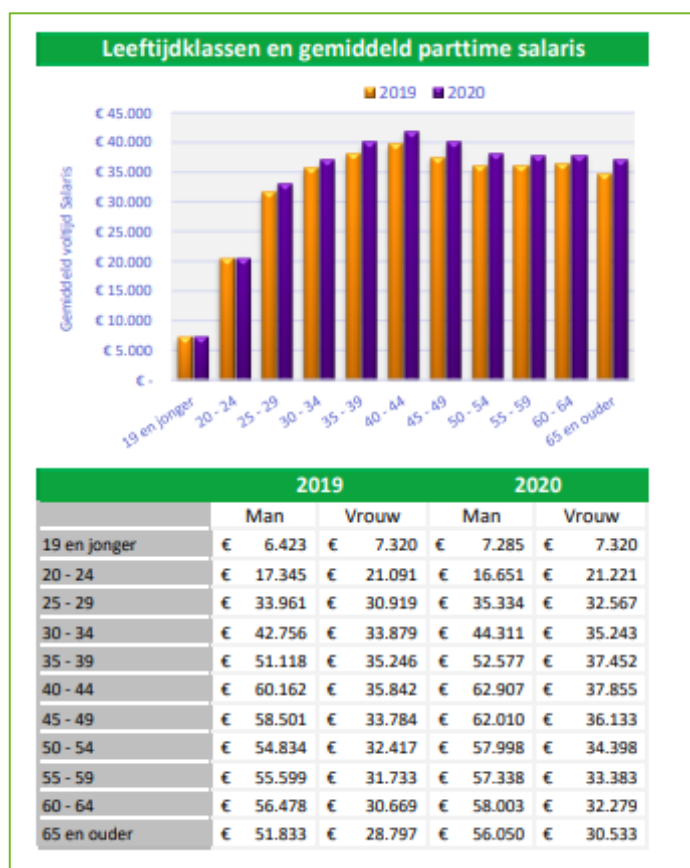
Tabel 7. gemiddeld parttime salaris per leeftijdsklasse



Tot en met de leeftijd van 63 jaar blijft het gemiddelde parttime salaris nagenoeg gelijk. Vanaf leeftijdsjaar 66 zien we een duidelijke daling (€). Dit beeld is consistent met het beeld van de gemiddelde deeltijdfactor die tussen de 60 en 63 jaar nauwelijks afneemt. Om enige vergelijking aan te brengen: in 2021 bedraagt het modale (= meest voorkomende) inkomen € 36.600 bruto per jaar (inclusief vakantiegeld).

Een nadere analyse van het salaris in de branche Ziekenhuizen geeft het volgende beeld.

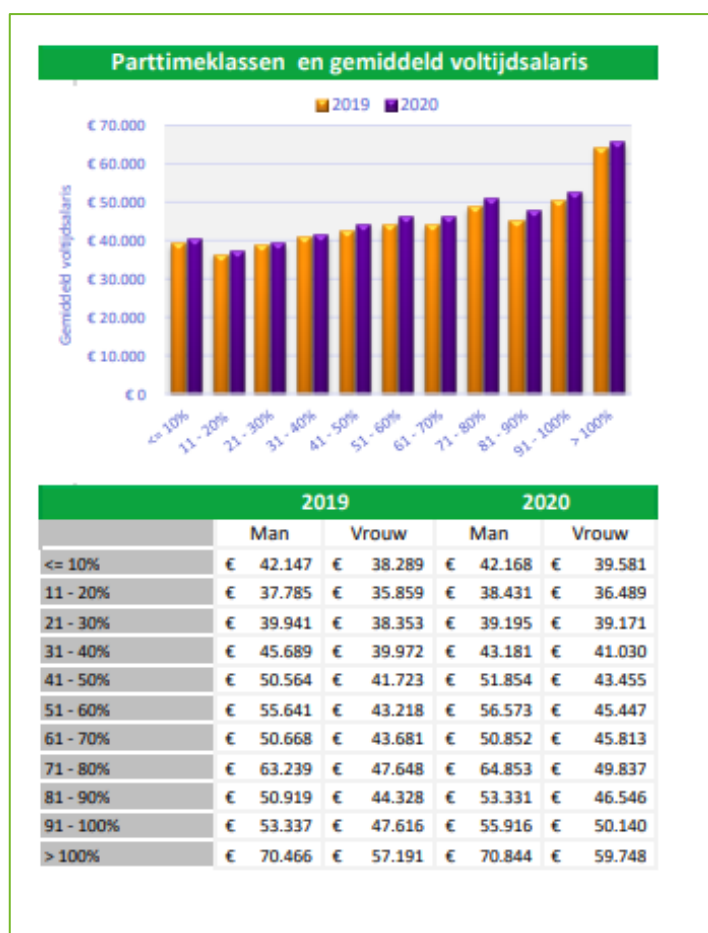
De volgende tabel zoomt in op het gemiddeld salaris naar geslacht en de ontwikkeling daarvan in 2019 en 2020.



Tabel 8. Gemiddeld salaris naar leeftijdsklasse en geslacht (bron PFZW, september 2021)

Bovenstaande figuur laat een duidelijk verschil zien tussen de salarissen van mannen en vrouwen, hetgeen groter wordt naarmate de leeftijd stijgt.

Wanneer we de parttimeklasse toevoegen aan het gemiddelde voltijdssalaris, ontstaat het volgende beeld.

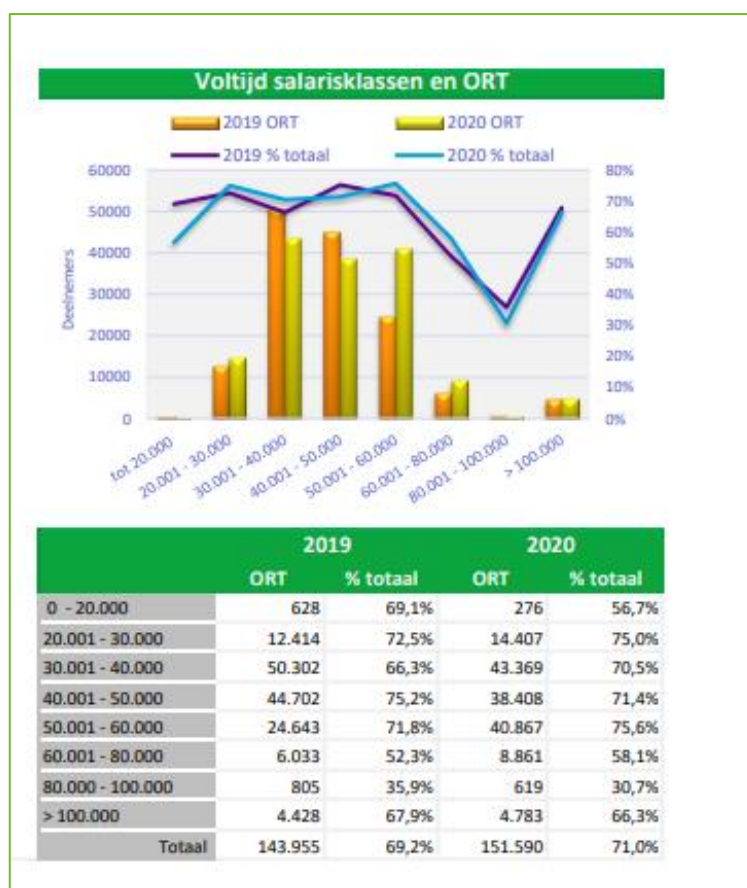


Tabel 9. Parttimeklasse, gemiddeld voltijdsalaris en geslacht (bron PFZW, september 2021)

ORT

Onregelmatigheidstoelage (ORT) is een toeslag voor werken op onregelmatige uren en wordt toegekend in de vorm van een verhoging op een deel van het brutoloon. De ORT vormt in de zorgsector een wezenlijk onderdeel van het jaarloon van veel medewerkers. Het gemiddelde bedrag dat aan ORT verdiend werd in de Ziekenhuizen bedroeg in 2020 € 2.735 per jaar. Het aantal deelnemers met ORT bedraagt circa 71%.

De volgende figuur brengt per salarisklasse in beeld hoeveel medewerkers in de Ziekenhuizen in 2019 en 2020 ORT ontvingen.



Figuur 7. Voltijd salarisklassen en ORT (Bron PFZW, september 2021)

In tabel 10 wordt de gemiddelde ORT per leeftijdsklasse over de jaren 2017-2020 in beeld gebracht. Het gemiddelde ORT-bedrag is het hoogste in de leeftijdsklasse 25 t/m 29 jaar.

| Leeftijdsklasse | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 19 en jonger | € 432,21 | € 509,33 | € 505,28 | € 573,27 |
| 20 t/m 24 | € 1.741,47 | € 1.890,78 | € 1.981,16 | € 2.079,89 |
| 25 t/m 29 | € 2.471,96 | € 2.539,55 | € 2.646,15 | € 3.178,03 |
| 30 t/m 34 | € 2.278,96 | € 2.342,29 | € 2.345,92 | € 2.893,10 |
| 35 t/m 39 | € 2.343,60 | € 2.341,00 | € 2.402,06 | € 2.901,08 |
| 40 t/m 44 | € 2.618,14 | € 2.655,74 | € 2.645,12 | € 3.024,57 |
| 45 t/m 49 | € 2.290,88 | € 2.391,86 | € 2.441,79 | € 2.896,31 |
| 50 t/m 54 | € 2.203,92 | € 2.241,68 | € 2.266,34 | € 2.682,61 |
| 55 t/m 59 | € 2.210,79 | € 2.243,25 | € 2.223,85 | € 2.629,41 |
| 60 t/m 64 | € 2.079,08 | € 2.186,88 | € 2.198,15 | € 2.520,72 |
| 65 t/m 69 | € 1.634,86 | € 2.153,68 | € 1.957,42 | € 2.384,73 |
| Totaal | € 2.248,88 | € 2.306,39 | € 2.331,16 | € 2.735,23 |

Tabel 10. Onregelmatigheidstoelag (ORT) per leeftijdsklasse (bron PFZW)

Uitstroom

De totale uitstroom in de Ziekenhuizen in 2020 bedroeg circa 30.000 medewerkers. Dat is circa 14% van het medewerkersbestand in 2020 (211.345 medewerkers). Ten opzichte van 2019 was in absolute zin sprake van een lichte daling van de uitstroom. Ook procentueel was sprake van een lichte daling (14,6% in 2019). In 2018 was sprake van een uitstroombestand van 14,9% (absolute uitstroom: 30.482 bij een bestand van 203.629 medewerkers).



| | 2019 | | 2020 | |
|------------------------|---------------|-------|---------------|-------|
| Overlijden | 179 | 0,6% | 155 | 0,5% |
| Arbeidsongeschikt | 243 | 0,8% | 186 | 0,6% |
| Ouderdomspensioen | 2.359 | 7,8% | 3.171 | 10,6% |
| Binnen de branche | 7.339 | 24,3% | 6.434 | 21,5% |
| Buiten de branche | 8.289 | 27,5% | 7.932 | 26,5% |
| Binnen Zorg en Welzijn | 1.639 | 5,4% | 260 | 0,9% |
| Buiten Zorg en Welzijn | 10.105 | 33,5% | 11.810 | 39,4% |
| Overig | 0 | 0,0% | 3 | 0,0% |
| Totaal | 30.153 | | 29.951 | |

Figuur 8. Uitstroom (Bron PFZW, september 2021)

Met betrekking tot de categorieën uitstroom zien we een stijgend aantal medewerkers (absoluut en relatief) dat uitstroomt naar ouderdomspensioen. Ook de uitstroom naar buiten de Zorg en Welzijn neemt zowel in absolute als in relatieve zin toe. Merk daarbij op dat PFZW bij deze cijfers geen functiecategorieën of uitstroomredenen beschikbaar heeft.

Ten slotte de informatie over de uitstroom in de Ziekenhuizen door FLEX- of ouderdomspensioen. De data zijn gebaseerd op alle vier de kwartalen van de geselecteerde jaren. Tabel 11 laat zien dat de uitstroom naar ouderdomspensioen tussen 2017 en 2020 is gestegen met 27,8%.

| Type uitstroom | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| FLEX | 6 | 5 | - | 3 |
| Ouderdomspensioen | 2412 | 2444 | 2301 | 3081 |
| Totaal | 2418 | 2449 | 2301 | 3084 |

Tabel 11. Uitstroom naar type (bron PFZW, Q2 2021)

Pensioenleeftijd

De afgelopen jaren steeg de gemiddelde pensioenleeftijd van medewerkers in de Ziekenhuizen van 63,3 jaren in 2016 tot 64,5 jaren in 2020. De komende jaren neemt het aantal medewerkers dat de AOW-gerechtigde leeftijd bereikt toe van 2.086 in 2021 naar 4.467 in 2025.

Gemiddelde duur van het arbeidsverleden

Tabel 10 geeft het aantal dienstjaren doorgebracht in de sector Zorg en Welzijn weer en tabel 11 laat zien wat het gemiddelde aantal dienstjaren in de Ziekenhuizen is voor deze leeftijdsgroep.

| Leeftijd | Gemiddelde duur arbeidsverhouding |
|----------|-----------------------------------|
| 60 | 29,08 |
| 61 | 29,83 |
| 62 | 30,5 |
| 63 | 31,17 |
| 64 | 30,92 |
| 65 | 31,08 |
| 66 | 28,33 |

Tabel 12. Gemiddelde duur arbeidsverhouding zorg en welzijn (bron PFZW)



| Leeftijd | Gemiddelde duur arbeidsverhouding |
|----------|-----------------------------------|
| 60 | 18,17 |
| 61 | 18,75 |
| 62 | 18,92 |
| 63 | 19,33 |
| 64 | 19,67 |
| 65 | 19,83 |
| 66 | 20,58 |

Tabel 13. Gemiddelde duur arbeidsverhouding Ziekenhuizen (bron PFZW)

Personeelsbestand Ziekenhuizen naar arbeidsverleden: medewerkers met 45 of meer dienstjaren

Op basis van het arbeidsverleden is inzichtelijk gemaakt hoeveel personen 45 jaar of langer werkzaam zijn/waren in de sector zorg & welzijn. Op peildatum geldt de voorwaarde dat de persoon toen werkzaam was in de branche Ziekenhuizen.

De tabel laat per jaar zien hoeveel personen aan deze grens voldoen. Daarnaast laat de tabel ook zien hoeveel personen aan deze norm kunnen voldoen als ze blijven doorwerken tot hun AOW-leeftijd.

De berekening van het arbeidsverleden vindt plaats door de duur van de (vaak verschillende) dienstverbanden bij elkaar op te tellen. In het verleden startte de pensioenopbouw pas vanaf 25 jaar, terwijl men al wel langer in zorg- en welzijnsector werkzaam kon zijn. Bij een deel van het personeel is de werkelijke ingangsdatum van het dienstverband geregistreerd, bij een ander deel niet. Er is daarom gekeken op welke leeftijd men gemiddeld begon met werken als er sprake is van pensioenopbouw vanaf 25 jaar en een eerder geregistreerde ingangsdatum. Gemiddeld start deze groep met werken als ze 20,5 jaar oud zijn. Deze gemiddelde leeftijd vormt de basis voor de schatting van de ingangsdatum van de personen waar de startdatum dienstverband en startdatum pensioenopbouw beide op 25 jaar ligt. Bij deze groep is dus 4,5 jaar extra opgeteld aan werkzame jaren in zorg- en welzijn.

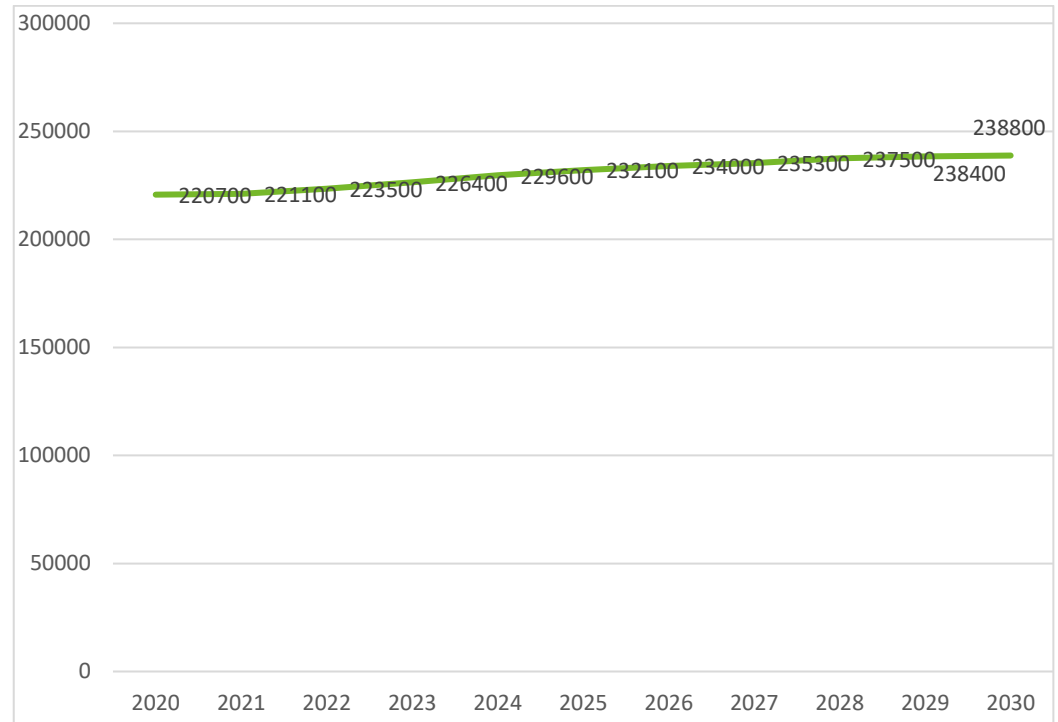
| Peiljaar | Aantal personen |
|---------------|-----------------|
| 2020 | 498 |
| 2021 | 628 |
| 2022 | 921 |
| 2023 | 1191 |
| 2024 | 1399 |
| 2025 | 443 |
| Totaal | 5080 |

Tabel 14. Aantal medewerkers met 45 of meer (te behalen) dienstjaren (bron PFZW)



Prognose ontwikkeling aantal werknemers Ziekenhuizen tot en met 2030

Het prognosemodel is beperkt tot werknemers met een functie in loondienst als werknemer. Binnen het prognosemodel worden verschillende grootheden in kaart gebracht. In figuur 9 tonen we de prognose in de vorm van de vervulde vraag naar werknemers onder het in het model gehanteerde corona basis scenario.



Figuur 9. Prognose vervulde vraag werknemers branche ziekenhuizen (Bron: Prognosemodel arbeidsmarkt zorg en welzijn ABF Research, corona basis scenario)

Op basis van deze prognose (uitgangspunt vervulde vraag naar werknemers/ corona basis scenario) is een stijging naar 238.800 werknemers in de branche in 2030. Dit is een stijging met 8% ten opzichte van 2021.



3.8 Samenvatting

- » In de branche Ziekenhuizen zijn eind 2020 in totaal op basis van de SBI-codes 235.900 mensen werkzaam, waarvan 224.900 in loondienst en ongeveer 11.000 als zelfstandige. Het aantal werkenden is in de periode 2010 – 2020 licht toegenomen. Het aantal zelfstandigen lijkt zich, kijkend naar de ontwikkeling in de afgelopen drie jaar, te stabiliseren.
- » Op basis van PFZW-data (waarbij een andere definitie wordt gehanteerd) zijn in Q2 van dit jaar 202.579 medewerkers op basis van een arbeidsovereenkomst werkzaam.
- » Op basis van de prognose (vervulde vraag naar werknemers, corona basis scenario) wordt zichtbaar dat de werkgelegenheid in de komende jaren licht zal stijgen naar in totaal 238.800 werknemers in 2030.
- » 27 % van de werkgevers in de branche heeft minder dan 25 medewerkers in dienst. In deze categorie werkgevers is 0,2% van de medewerkers uit de branche werkzaam. Daarmee is organisaties die een zeer klein aantal medewerkers in dienst heeft zeer gering.
- » De gemiddelde leeftijd van een medewerker in de branche Ziekenhuizen (Q3 2021) bedraagt 43,3 jaar, kent een gemiddeld salaris van € 36.261 per jaar en werkt 0,76% (27,4 uur).
- » In de branche Ziekenhuizen werken vooral vrouwen (82%).
- » Het aandeel contracten voor onbepaalde tijd bedraagt 81%. Het aandeel oproepkrachten bedraagt circa 6,8% van het totaal aantal medewerkers.
- » De gemiddelde leeftijd is in 2020 gedaald ten opzichte van 2019 (van 43,6 jaar naar 43,3 jaar) Het aandeel medewerkers van 60 jaar en ouder is in 2020 ten opzichte van 2019 zowel in absolute als relatieve zin gestegen (naar 11,9%). De groep 20 – 39 jaar neemt licht toe naar 39,7% (in 2019: 38,6%).
- » De gemiddelde deeltijdfactor is over de periode 2017 – 2020 nagenoeg gelijk gebleven. Ten opzichte van 2019 laat 2020 een lichte daling zien naar 0,76. De gemiddelde deeltijdfactor is de leeftijdsklasse 60 tot en met 66 jaar bedraagt 74,4%
- » De meeste medewerkers kennen een kwalificatieniveau 4 Verpleegkundige, Verlos- en verpleegkundige op niveau 6 en Doktersassistent op niveau 4.
- » De gemiddelde ORT op jaarbasis bedraagt € 2.735 per jaar. De gemiddelde ORT is het hoogste in de leeftijdsklasse 25 tot en met 29 jaar.
- » Er is een aanzienlijk verschil, ongeacht leeftijd of deeltijdfactor, in het voltijd salaris tussen man en vrouw. Het verschil wordt groter bij het oplopen van de leeftijd.
- » De totale uitstroom (zowel binnen als buiten de branche) in 2020 bedroeg circa 30.000 medewerkers. Dat is 14,6% van het totale medewerkersbestand. 21,5% van de uitstroom blijft binnen de branche. Bijna 11% stroomt uit vanwege Ouderdomspensioen. Ten opzichte van 2019 is daarbij sprake van een stijging met 2,8% punt
- » De gemiddelde pensioenleeftijd bedraagt 64,5 jaar (2020). In 2016 was deze 63,3 jaar.
- » De gemiddelde duur van de arbeidsverhouding bedraagt op de leeftijd van 60 jaar 29 jaar. In 2021 zijn er 628 medewerkers met een 45 of meer dienstjaren in de sector zorg en welzijn.

4. Duurzame inzetbaarheid (*foto 2*)

Bij deze foto focussen we als eerste op duurzame inzetbaarheid en op de specifieke aspecten zwaar werk, langer doorwerken en vervroegde uittreding. Dit vanuit de theorie en vanuit de praktijk en in brede zin; zowel in Nederland als geheel als specifiek voor de sector Zorg en Welzijn.

4.1 Duurzame inzetbaarheid

Duurzame inzetbaarheid in brede zin

Duurzame inzetbaarheid betreft de inzetbaarheid van werkenden in huidig en toekomstig werk. In deze analyse hanteren wij de definitie van Van Vuuren⁸ die duurzame inzetbaarheid beschrijft als het in staat zijn om gezond, productief en met plezier huidig en toekomstig werk te kunnen, willen en mogen uitvoeren.

Duurzame inzetbaarheid omvat veel facetten van werk, met in de kern de ontwikkeling van medewerkers en hun toegevoegde waarde binnen of buiten de organisatie. Bovendien spreken we in het kader van Duurzame Inzetbaarheid niet over een momentopname, maar strekt Duurzame Inzetbaarheid zich uit over de hele loopbaan. Duurzame Inzetbaarheid op de werkvloer is een rode draad door de gehele inzetbaarheid van medewerkers, en is daarmee ook niet deels op te pakken. De duurzaamheid van inzetbaarheid is ook geen kwaliteit die wel of niet aanwezig is; inzetbaarheid is alleen meer of minder duurzaam, en daarmee ook de betrokken medewerkers.

Duurzame inzetbaarheid staat in verband met de begrippen “belastbaarheid” en “belasting”. Belastbaarheid spreekt van hoeveel draagkracht een medewerker heeft, hoeveel ze op hun bord kunnen hebben qua werkdruk, en welke ruimte daarin te nemen is. Belasting omschrijft tot in hoeverre er ook aanspraak op de werknemer wordt gedaan, zowel fysiek als mentaal. Als er een balans is gevonden in de belasting en belastbaarheid van een medewerker, spreken we van Duurzame Inzetbaarheid.

De verschillende vectoren waarlangs duurzame inzetbaarheid toegepast kan worden, levert een breed mogelijk scala aan resultaten op:

- » Door goed te investeren in talenten, verkleint het ongewenste verloop.
- » De kans op zowel kort- als langdurig ziekteverzuim wordt kleiner.
- » Medewerkers voelen zich als individu gezien en gehoord.
- » Medewerkers zijn meer betrokken bij de organisatie, denken actiever mee over de toekomst en wordt productiever.

Het uiteindelijke doel van duurzame inzetbaarheid is om medewerkers langer, gezonder, en productiever betrokken te houden bij hun werk. De bovenstaande resultaten van het verduurzamen van inzetbaarheid dragen daar aan bij. Dit doel moet, indien de verduurzaming van inzetbaarheid ingezet wordt, niet uit het oog verloren worden. De realisatie dat het invoeren van Duurzame Inzetbaarheid op zich niet het doel is, staat aan de kern van de daadwerkelijke overstap naar Duurzame Inzetbaarheid.

⁸ Tijdschrift HRM (2013) Vitaliteitsmanagement; HR-activiteiten ter versterking van iemands duurzame inzetbaarheid

De duurzame inzetbaarheid van een medewerker komt voort uit de werkcontext. Het aanpassen van deze werkcontext op de mogelijkheden en behoeften van werknemers is wat uiteindelijk zowel de inzetbaarheid van werknemers vergroot, als deze verduurzaamt. Door de werkcontext voldoende uitdagend, interessant, en vormbaar te maken voor werknemers zorgt voor een breder palet aan mogelijkheden om medewerkers op in te zetten, en stelt werknemers in staat om voor langere tijd het werk uit te voeren.

Als werkgever staat hier centraal het bieden van de mogelijkheden om te verduurzamen. Zowel de werknemer als werkgever zullen in de verduurzaming van werknemersinzetbaarheid moeten sturen op *hoe* het werk verduurzaamd wordt. Hierbij is het belangrijk dat een werkgever dienstbaar wil zijn in het leveren van opties ten behoeve van de duurzame inzetbaarheid, en een actieve insteek heeft ter bevordering van de motivatie van werknemers. Het verduurzamen van inzetbaarheid doet aanspraak op het verbeteren van inzetbaarheid door de tijd, niet alleen in het moment, en dit vraagt ook van werkgevers dat ze gedurende een hele loopbaan hun werknemers ondersteunen in hun inzetbaarheid.

De resultaten van de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA)⁹ tonen aan dat de duurzame inzetbaarheid van medewerkers in de sector Zorg en Welzijn niet aansluit op de wensen van werknemers. De NEA bevaart de landbouw-, industrie-, bouw-, handel-, vervoer-, horeca-, ICT-, financiële-, zakelijke-, bestuurlijke-, onderwijs-, zorg-, en recreatiesectoren om tot een beeld te komen van de arbeidsomstandigheden in Nederland. Hierbij zijn gezondheidszorg en Verpleging, verzorging en begeleiding met overnachting is aparte sub-sectoren in de categorie zorg aangemerkt.

Uit de NEA blijkt dat men in de zorg langer wil doorwerken dan de gemiddelde werknemer in Nederland, maar denkt dit niet te kunnen. De 'gemiddelde' zorgmedewerker wil graag doorwerken tot zijn 63,7e jaar, waar de gemiddelde werknemer wil doorwerken tot het 62,7e jaar. Ongeveer de helft van de respondenten aan de AZW-medewerkers enquête Zorg en Welzijn betwijfelt dat ze onder de huidige werkomstandigheden de pensioenleeftijd haalt en iets meer dan de helft zou dat ook niet willen. Dit laatste sluit aan bij de NEA 2019: medewerkers willen gemiddeld tot 62,7 jaar doorwerken en denken te kunnen doorwerken tot 62,4 jaar. Medewerkers in de zorgsector denken door te kunnen tot hun 62,1e jaar, korter dan de *gemiddelde* medewerker. Dat zijn leeftijden die aanmerkelijk lager zijn dan de huidige pensioenleeftijd danwel de feitelijke uitredingsleeftijd. Vrouwen antwoorden daarbij relatief vaker negatief op deze vragen dan mannen. Qua sectoren denken vooral werkenden in de gezondheids- en welzijnszorg en in minder mate in de metaal, de pensioengerechtigde leeftijd niet in de huidige functie te kunnen halen.

Uit onderzoek blijkt¹⁰ dat over bijna de hele linie de zorgsector in brede zin ongunstig afsteekt ten opzichte van de medewerkers in de andere sectoren. Er blijken wel grote verschillen tussen de sub-sectoren van Zorg en Welzijn voor wat betreft de toekomstige duurzame inzetbaarheid van medewerkers, met name als het gaat over fysieke en psychosociale belasting op het werk. In onderzoek van TNO wordt onderscheidt gemaakt tussen de ziekenhuizen, huisartspraktijken, paramedisch, verpleeg- en verzorgingstehuizen, thuiszorg en overige 'zorg'.¹¹ Binnen de zorg zijn het vooral medewerkers in de verpleeg- en verzorgingstehuizen en de thuiszorg en in iets mindere mate de ziekenhuizen, die te maken hebben met een ongunstig inzetbaarheidsprofiel. Hier is werkstress relatief hoog, en zijn werkhulpbronnen betrekkelijk beperkt.

Het duurzaam inzetbaarheidsprofiel voor paramedici in de zorg is gemiddeld en dat van de huisartsenpraktijken gunstig, met uitzondering van het werken met gevaarlijke stoffen, autonomie alsook agressie en geweld op het werk door externen. Werkenden in de verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg blijken de grootste risicogroepen als het gaat om

⁹ TNO, CBS (2019): Nationale enquête arbeidsomstandigheden 2019

¹⁰ Houtman, I.L.D., Hooftman, W., De Vroome, E., 2017 Duurzame inzetbaarheid van werknemers in de sector zorg en welzijn, TNO

¹¹ TNO (2017) Duurzame inzetbaarheid van medewerkers in de sector zorg en welzijn



duurzame inzetbaarheid in het werk. Medewerkers in deze subsectoren geven ook aan het minst lang te kunnen doorwerken (respectievelijk 61,1 jaar en 61,7 jaar). Voor hen zitten deze risico's vooral in de fysieke belasting van het werk, alsook in het werken met gevaarlijke stoffen en agressie en geweld door derden zoals patiënten, familie van patiënten, klanten en publiek (ongewenste omgangsvormen).

Beleid op duurzame inzetbaarheid

De aanpak van zowel fysiek als psychisch belastende arbeidsomstandigheden is al meerdere decennia een beproefd beleidsinstrument. Onderzoek laat zien dat deze vormen van werkbelasting veelal samenhangen met een minder goede gezondheid, minder arbeidstevredenheid, meer ziekteverzuim en een verminderd vermogen om tot de pensioengerechtigde leeftijd of nog langer door te willen c.q. kunnen werken¹² In beperkte mate worden deze factoren ook in verband gebracht met vervroegd uittreden uit werk. Deze samenhang vindt vooral steun als er rekening wordt gehouden met andere relevante kenmerken; werkduur, leeftijd, geslacht, en sociaaleconomische status. In Nederland zijn deze inzichten vrijwel uitsluitend afkomstig uit cross-sectionele studies waarbij de vermeende oorzakelijke factor, de desbetreffende vorm van werkbelasting, tegelijkertijd met het gevolg, de gezondheid, de arbeidssatisfactie, het ziekteverzuim of de doorwerkpotentie, is gemeten. Causale ontwerpen waarbij werknemers met baselinemetingen van werkbelasting in de tijd worden gevolgd op het optreden van ernstige gezondheidsklachten, langdurig ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid of vervroegde uittreding, zijn uitermate duur en daarom incurant.

Er is veel aandacht voor de duurzame inzetbaarheid van werkenden in de sector zorg. Naast scholing staan in het beleid ook gezonde werkomstandigheden centraal om te voorkomen dat werkenden door ziekte voortijdig uit het arbeidsproces raken. Hierbij is er op de beleidsagenda van de overheid, naast fysieke werkomstandigheden, steeds meer aandacht voor de risico's van psychosociale arbeidsbelasting en werkstress, een steeds vaker voorkomende oorzaak van uitval.

Het in staat zijn om langer te kunnen en willen doorwerken begint bij een goede 'match' aan de voorkant, maar vergt ook blijvende investeringen daarna. Organisaties in alle branches van de sector Zorg en Welzijn hebben te maken met een kwalitatieve mismatch tussen vraag en aanbod, en investeren veel in het vervuld krijgen van vacatures. De sector is er echter bij gebaat dat medewerkers niet alleen worden binnengehaald, maar ook voor langere tijd aan de organisatie verbonden blijven. Dat begint op de opleiding, waar studenten een 'juist' beeld van de branche/sector voorgespiegeld moeten krijgen. Organisaties kunnen daarbij helpen, bijvoorbeeld door samen met opleidingen voorlichtingsdagen, lesmateriaal en snuffelstages te verzorgen. Maar ook in vacatures en sollicitaties is het zaak een realistisch beeld van de baan te geven én irreële verwachtingen van sollicitanten te weerleggen. Een goede opvang en begeleiding is daarbij essentieel, zeker bij medewerkers die net van school komen. Medewerkers die zich al tijdens de inwerkperiode verloren voelen zullen moeite hebben zich te 'binden' en daardoor weer snel uitstromen.

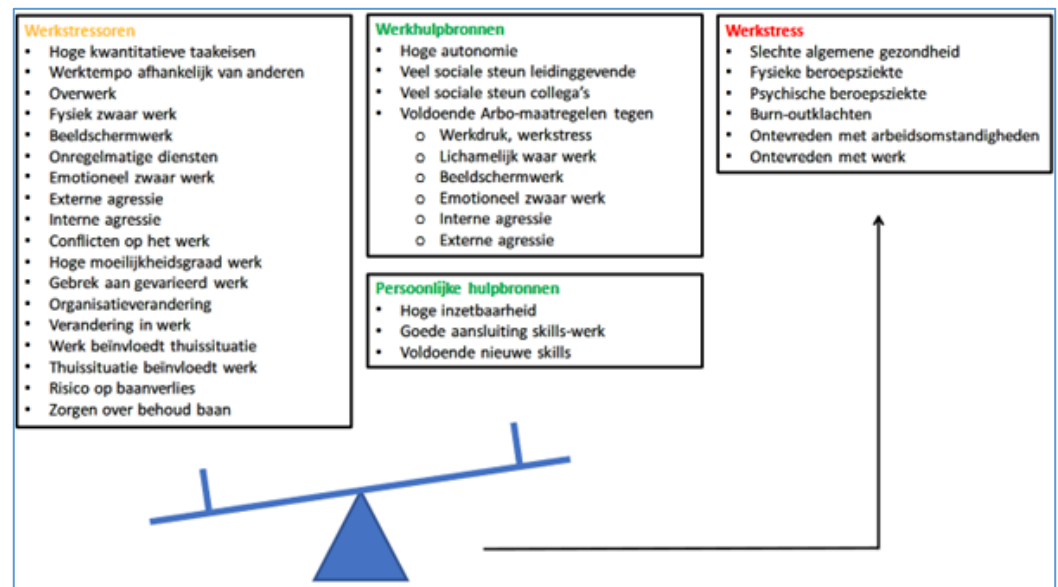
Om medewerkers ook op de langere termijn te binden is het vooral zaak om hen te prikkelen en kansen te bieden. Ook is het van belang medewerkers controle te geven over de eigen situatie, zeker wanneer het aantal werkstressoren hoog is. Dit alles in een sociaal veilige omgeving waarin er begrip, aandacht en respect voor elkaar is, waar medewerkers gezien en gewaardeerd worden, en mensen elkaar steunen.¹³ Deze balans tussen werkstressoren en werkhulpbronnen vormt de kern van veel beleid op het gebied van duurzame inzetbaarheid. In de ideale situatie wegen de werkhulpbronnen zwaarder dan de werkstressoren, en wordt werkstress voorkomen. Eventueel kunnen werkhulpbronnen ook aangevuld worden met persoonlijke hulpbronnen om dit te bereiken. Een disbalans tussen deze factoren zal juist voor

¹² TNO, CBS (2019): Nationale enquête arbeidsomstandigheden 2019

¹³ TNO (2017) Duurzame inzetbaarheid van medewerkers in de sector zorg en welzijn



werkstress zorgen. In de onderstaande figuur is een schematisch model weergegeven met werkstressoren- en hulpbronnen (TNO 2019)¹⁴.



Werkgevers passen verschillende strategieën toe om hun oudere medewerkers te ondersteunen bij het gemotiveerd langer doorwerken en zo bij te dragen aan de duurzame inzetbaarheid van werkenden. Bij de inrichting van de HR-activiteiten van werkgevers worden verschillende bundels onderscheiden met typen activiteiten die door de werkgever kunnen worden ingezet:

- » *Ontwikkel*: omvat HR-activiteiten zoals loopbaanplanning, trainingen en promoties.
- » *Behoud*: omvat activiteiten zoals functioneringsgesprekken, belonen en flexibele arbeidsvoorwaarden.
- » *Benut*: omvat activiteiten zoals taakverrijking en taakverlichting en loopbaanveranderingen.
- » *Ontzie*: omvat activiteiten zoals extra verlof, demoties en deeltijdpensioenen.

De relevantie van de verschillende activiteiten voor de medewerker is afhankelijk van zijn of haar leeftijd. Ouderen houden zich bijvoorbeeld minder vaak bezig met groei en juist meer met zekerheid. De bundel 'ontwikkel' zal om die reden met leeftijd minder belangrijk worden, terwijl 'behoud', 'benut' en 'ontzie' juist belangrijker worden met leeftijd.¹⁵ De focus van duurzame inzetbaarheid ligt op dit moment vooral bij oudere werknemers als gevolg van de vergrijzing. Hoewel dit begrijpelijk is, is hierboven al aangekaart dat duurzame inzetbaarheid geen momentopname binnen de loopbaan betreft, maar een kwaliteit van de gehele loopbaan is. Jongeren zullen minder ontzien hoeven worden in hun loopbaan, maar zullen in hun duurzame loopbaan graag willen ontwikkelen, en ook behoefte hebben aan behoudsmaatregelen. Hiernaast wordt ook zekerheid voor jongeren steeds belangrijker als gevolg van de groeiende hoeveelheid flexwerk en toenemende krapte op de huizenmarkt.

Duurzame inzetbaarheid is zowel een maatschappelijk vraagstuk als een vraagstuk van goed werkgeverschap. Maatschappelijk gezien neemt niet alleen de beschikbaarheid van arbeidskrachten af maar verandert ook de personeelsopbouw binnen organisaties door demografische ontwikkelingen.¹⁶ De uitdaging is niet alleen aan werkgevers, maar ook aan de overheid om medewerkers mentaal en fysiek fit, gezond en flexibel te houden. Het is zaak in het duurzame inzetbaarheidsbeleid om de maatschappelijke trends in de gaten te houden en hierop in te spelen. Beleid op duurzame inzetbaarheid loopt idealiter voor op de problematiek

¹⁴ TNO (2019) Arbeidsmarktproblematiek in de sector Zorg en welzijn (in opdracht van AZW)

¹⁵ Netspar (2020) Verbeteren van de inzetbaarheid van oudere medewerkers tot aan het pensioen

¹⁶ VTW (2019) Toezicht op duurzame inzetbaarheid van medewerkers

om zo al initiële werkstress te voorkomen. Reactief duurzame inzetbaarheidsbeleid zal voor werknemers ook al snel als druppels op een hete plaat voelen, terwijl proactief handelen werknemers vaak het vertrouwen in werknemers geeft om wel door te kunnen zetten in hun werkomgeving.

4.2 Zwaar werk

Wat maakt werk zwaar?

Wanneer we spreken over wat werk 'zwaar' maakt gaat het over mentale, emotionele en fysieke taakkenmerken die verwijzen naar de inhoud van het werk die de medewerker energie kosten. Het kan dan gaan over de kwantitatieve of kwalitatieve taakeisen van het werk. Hieronder verstaan we de fysieke, psychologische, sociale of organisatorische aspecten van de baan die moeite en inspanning vereisen. Denk bijvoorbeeld aan een hoge *werkdruk* waarbij het gaat over de mate waarin het werk mentaal, emotioneel en/of fysiek 'zwaar' is.

Deze vereisten van het werk hoeven niet te leiden tot negatieve uitkomsten, maar kunnen op lange termijn wel resulteren in langdurige mentale, fysieke of emotionele uitputting. Dit effect wordt versterkt als de medewerker onvoldoende hulpbronnen of hersteltijd heeft om met deze vereisten om te gaan. Deze combinatie kan leiden tot uitval bij medewerkers.

Zwaar werk vraagt om werkhulpbronnen van gelijke orde om deze uitval te voorkomen. Welke hulpbronnen aangesproken kunnen worden is afhankelijk van de verzwarende factoren van het werk¹⁷. Hieronder bespreken we een aantal verzwarende factoren. Het is belangrijk om hierbij in het oog te houden dat dit geen uitputtende lijst is; wat werkt zwaar maakt kan aan een brede groep aan factoren liggen, en in lijn met andere duurzame inzetbaarheidsmaatregelen is maatwerk vaak geboden.

Wat is zwaar werk?

De definitie van zwaar werk is niet eenduidig. In Nederland is zwaar werk niet centraal gedefinieerd, en is wat wel en niet onder zwaar werk valt een afspraak tussen werknemers, werkgevers, en vakbonden. De keuze om zwaar werk niet te definiëren is bewust gemaakt vanwege de vele verschillende manieren waarop werk gezien kan worden als zwaar werk.

De definitie die voor fysiek zware beroepen gehanteerd wordt is vaak *'beroepen die, als werknemers ze lange dan 30 jaar uitvoeren, zorgen voor fysieke slijtage die niet meer terug te draaien is'*. Hierbij denken we als sne aan stratenmakers, timmermannen, of metaalwerkers. Anderzijds wordt hierbij vaak voorbijgegaan aan andere componenten van werk, zoals de psychologische belasting of hoge werkdruk.

In het buitenland is zwaar werk op sommige plekken wel concreet gedefinieerd. In België bestaat een vaste lijst met zware beroepen in de publieke sector, waarop werk in de zorg ook een plek heeft. In de private sector bestaat deze lijst niet, en wordt ook met onderlinge afspraken tussen werkgevers en werknemers gewerkt. In Oostenrijk wordt een concrete maatstaf gebruikt: mannen die 2000+ of vrouwen die 1400+ calorieën verbranden door hun werk verrichten zwaar werk. Hierbij worden andere componenten dan het fysieke ook niet meegenomen.

In Nederland loopt in veel sectoren de discussie over wat wel en geen zwaar werk is. De staalsector is als dusdanig gekwalificeerd, en dezelfde slag wordt nu gemaakt voor timmermannen en in de Bouw en Infrastructuur. De eerste stap in de zorg is gezet met de regeling 'Stoppen na 45-Jaar', maar een concrete kwalificatie als zwaar werk blijft uit.

<https://eegaplus.nl/actueel/column-sietze/werknemers-in-zware-beroepen/>

<https://www.jobpersonality.com/zware-beroepen>

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/05/10/onderzoek-45-dienstjaren>

<https://www.fnv.nl/nieuwsbericht/sectornieuws/zorg-welzijn/2021/06/medewerkers-van-verpleeghuizen-verzorgingshuizen-e>

¹⁷ WRR (2020) werkintensivering van beroepen



Werkdruk

Om goed te kunnen blijven functioneren, moet er een balans zijn tussen de werklast en de belastbaarheid van de medewerker waarbij we belastbaarheid hanteren zoals omschreven in 4.1. Is die balans verdwenen, dan neem de werkdruk toe. De medewerker loopt daarmee het risico dat hij last krijgt van verhoogde werkstress, in als de werkdruk te hoog wordt zal de werkstress volgen. De gevolgen zullen terug te zien zijn in een slechtere gezondheid, hoger verzuim, en verminderd werkplezier. Werkdruk valt onder de zogenoemde psychosociale arbeidsbelasting. Werkdruk ontstaat wanneer de eisen die vanuit het werk gesteld worden het draagvermogen of de belastbaarheid van de medewerker te boven gaan. Er bestaan verschillende vormen van werkdruk:

- Cognitieve werkdruk (complexe materie, moeilijke beslissingen);
- Kwantitatieve werkdruk (te veel werk, hoge tijdsdruk);
- Emotionele werkdruk (emotioneel belastende situaties);
- Fysieke werkdruk (lichamelijke inspanning, langdurig dezelfde houdingen).

Werkdruk werd door 35 procent van de werkgevers relatief vaak genoemd als knelpunt.¹⁸ Van de medewerkers in de zorg- en welzijnssector gaf eind 2019 48 procent aan dat ze gemiddeld genomen een te hoge of veel te hoge werkdruk ervaren. Het waren vooral voor medewerkers in de ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg en in de jeugdzorg (beide 53 procent) die een (veel) te hoge werkdruk ervoeren, terwijl medewerkers in de overige Zorg en Welzijn (37 procent) en sociaal werk (39 procent) de minste werkdruk ervoeren¹⁵.

Wanneer men naar nieuw werk zocht was dat in 22 procent van de gevallen naar werk met een minder hoge werkdruk¹⁹. Door de hoge werkdruk vormt werkstress (bijvoorbeeld burn-outklachten) een serieus risico in de sector Zorg en Welzijn. Een ander veelal genoemd probleem door werkgevers wat ook weer zorgt voor een hogere werkbelasting zijn de personeelstekorten en krimp in de zorg. Door 41 procent van de werkgevers werd eind 2019 aangegeven dat ze problemen hebben met het aantrekken of vasthouden van medewerkers. Vooral medewerkers in niet-cliëntgebonden functies lijken de branche of sector te verlaten. Een belangrijk risico hiervan is dat het werk (deels) blijft bestaan en wordt overgelaten aan personeel in het primaire proces. Dit kan de werkdruk doen toenemen. Er ontstaat dus een neerwaartse spiraal binnen niet alleen Zorg en Welzijn, maar de hele zorg, als gevolg van een te hoge werkdruk. De effecten van deze neerwaartse spiraal worden breed gevoeld en erkend. De behoefte om de werkdruk te verlagen is breed gedragen, maar er is op dit moment weinig zicht op een overkoepelende, alles omvattende oplossing.

Intensivering van het werk

De werkintensiteit gaat over het 'druk op het werk' hebben. Het betreft de kwantitatieve taakeisen van het werk, zoals de toename van het aantal taken, de toegenomen snelheid waarmee taken moeten worden uitgevoerd of de mate waarin meerdere taken gelijktijdig moeten worden uitgevoerd. Door deze toename van kwantitatieve taakeisen krijgt de beroepsbeoefenaar te maken met verhoogde werkdruk. Wanneer de werkintensiteit toeneemt over een bepaalde tijdsperiode, spreken we van werkintensivering.

Werkintensivering kan zowel positieve als negatieve implicaties hebben voor werkenden. Aan de ene kant kan werkintensivering betekenen dat het werk uitdagender wordt, zoals door een meer aansprekend takenpakket of verhoogde verantwoordelijkheid. Aan de andere kant kunnen kortere deadlines en hogere targets medewerkers het gevoel geven dat ze niet anders kunnen dan overwerken totdat het werk af is. Werkintensivering kan hierdoor leiden tot meer psychische problemen. Werkintensivering kan mits ondersteund door werkhulpmiddelen ook zeker positieve effecten hebben op werknemers, en zelfs fungeren als een vorm van duurzame inzetbaarheid. Indien de juist handvaten bereikt worden en medewerkers zich gesteund voelen

¹⁸ AZW (2019) werkgeversenquête zorg en welzijn 2e meting

¹⁹ AZW (2019) werkgeversenquête zorg en welzijn 2e meting



tijdens werkintensivering, draagt dit bij aan duurzame inzetbaarheid door het werk spannender te maken en meer aanspraak te laten doen op de werknemers. Als werkintensivering ongecontroleerd gebeurt, zal een neerwaartse spiraal in gang komen waarbij de werknemer het werk steeds minder goed aankan, en steeds verder achter komt te lopen.

Het blijkt dat de impact van de intensivering van het werk zwaarder is voor vrouwen (die vaker werk doen dat gepaard gaat met werkdruk en emotionele belasting) en jongeren (die vaker een zwaardere fysieke belasting hebben). Jongeren ervaren ook in grotere mate de gevolgen van de flexibilisering. Ze krijgen zwaarder werk en hebben minder toegang tot arbo- en gezondheidsvoorzieningen²⁰. In de zorg, waar het overgrote deel van de werknemers vrouw of jong is, worden de effecten van werkintensivering dus snel gevoeld.

Technologisering, robotisering en digitalisering

In de sector Zorg en Welzijn zijn grote technologische sprongen gemaakt in de afgelopen decennia. Aan de ene kant kan dit het werk makkelijker maken, aan de andere kant kan het ook zorgen voor een toename van werkdruk. Technologisering en robotisering hebben ervoor gezorgd dat steeds minder medewerkers te maken hebben met lichamelijk zwaar werk. Nieuwe technologieën en innovatie kunnen het werk in de toekomst ook makkelijker maken door processen te stroomlijnen of medewerkers verder te ontlasten. Technologieën gericht op interne werkprocessen maakten in 63 procent van de gevallen het werk (zeer) veel gemakkelijker.

Bij technologieën gericht op domotica bedroeg dit 57 procent, en technologieën of innovaties gericht op e-learning maakten volgens 52 procent van de werkgevers het werk (zeer) veel gemakkelijker. Bij technologieën gericht op het contact met de cliënt was dat 50 procent, en bij E-health 37 procent. Van andere technologieën of innovaties gaf 67 procent van de werkgevers aan dat ze het (zeer) veel gemakkelijker maken²¹. In totaal gaf 66 procent van de werkgevers in de Zorg en Welzijn (breed), en 67 procent in de Zorg en Welzijn (smal) aan in 2019 nieuwe technologieën of innovaties ingezet te hebben, waarbij dat in ziekenhuizen zelfs 72 procent betrof. De grootste groepen nieuwe technologie betroffen technologie gericht op contact met cliënten, en technologieën gericht op interne werkprocessen. Zowel in de uitvoering van het werk, als in het stroomlijnen van werkprocessen heeft de technologie dus een plaats.

Medewerkers en organisaties die nog niet bekend zijn met de technologieën of zich nog in een pilot fase bevinden, staan echter niet altijd positief tegenover het gebruik hiervan. Zo ontstaat een diffuus beeld. Wat wel duidelijk is, is dat vooral zelflerende systemen nog ver van medewerkers en organisaties afstaan. Doordat er sprake is van technologisering, flexibilisering en intensivering van het werk is de aard van het werk in Nederland snel aan het veranderen en dat raakt de gezondheid en veiligheid van de werkenden. Werkend Nederland wordt steeds meer opgejaagd door een hoog werktempo, een hoge prestatiedruk, en een toenemende sociale druk vanuit de groeiende invloed van technologie op niet alleen werk, maar het hele leven.

Tegenwoordig blijken vooral sociale aspecten en onderlinge verhoudingen van belang om gezond werk te bewerkstelligen. Zaken als waardering en beloning, autonomie en zeggenschap, de kwaliteit van sociale relaties en de benutting van talenten zijn bepalend voor een gezonde werkomgeving. Medewerkers die in hun werk met technologisering te maken krijgen, ervaren in meerderheid verlies van autonomie en een toename van werkdruk. Door enerzijds een gevoel van competitie met de technologie, en anderzijds een sociale context die ver bij hen weg staat. Vervangen worden door de technologie is een grote angst van veel werknemers, net als het niet meer snappen van de technologie. De technologie die ingebracht wordt dient dus ook alleen haar doel als deze ondersteunend is aan werknemers, en dit ook duidelijk uitgedragen wordt. In de sociale context is de rol van de technologie dubbel: enerzijds is deze verbindend over een veel grotere afstand, anderzijds komt de drang om je te vergelijken met anderen

²⁰ FNV (2020/2021) veilig en gezond werken

²¹ AZW (2019) werkgeversenquête zorg en welzijn 2e meting



steeds sneller naar boven. Het verantwoordelijke gebruik van de technologie door medewerkers verdient aandacht op zich om onderdeel te worden van een duurzame inzetbaarheid.

Uitval door het werk: verzuim

Medewerkers die niet langer in staat zijn om hun werkzaamheden gezond, productief en met plezier uit te kunnen voeren als gevolg van werkstressoren, zijn ziek geworden van hun werk. Er zijn een aantal indicatoren die aangeven dat medewerkers ziek worden van hun werk. Dit zijn: 1) beroepsziekten, 2) werk gerelateerd ziekteverzuim, 3) arbeidsongevallen en 4) ziektebelast door arbeidsomstandigheden.²²

De Arboregeling spreekt van een beroepsziekte als een ziekte het gevolg is van 'een belasting die in hoofdzaak het gevolg is van het werk of de werkomstandigheden'. Was de onveilige of ongezonde werkbelasting er niet geweest, dan was de ziekte er niet geweest.

In de gezondheidszorg, de industrie en het onderwijs is het risico op beroepsziekten het grootst. Onder risico verstaan we de optelsom van de verschillende factoren waaraan een werknemer blootgesteld kan worden. Hierbij gaat het om werkdrukfactoren zoals een gebrek aan autonomie of hoge taakeisen, fysieke belasting zoals herhalende bewegingen, ongemakkelijke houdingen, omgevingsfactoren zoals gevaarlijke stoffen, gevaarlijk werk, en ongewenste omgangsnormen zoals ongewenst gedrag van patiënten of collega's. Zorgmedewerkers komen betrekkelijk vaak in aanraking met deze factoren, en hebben als gevolg daarvan een relatief grote kans op beroepsziekten.^{23,24}

Bij het ontstaan van beroepsziekten valt op dat psychosociale factoren de grootste categorie van oorzaken vormen en dat deze de laatste jaren zijn toegenomen. Daarentegen nam het aandeel beroepsziekten door fysieke factoren (zoals lawaai, trillingen, straling, kou of warmte) als oorzaak af, en dit gold in mindere mate ook voor beroepsziekten met een fysieke oorzaak, hoewel beide oorzaken nog steeds voor een grote groep beroepsziekten van toepassing zijn. De oorzaak van beroepsziekten is naast werkbelasting vooral gelegen in de sociale werkrelaties, zoals arbeidsconflict, ervaren waardering van het werk en sociale steun²⁰.

Ook ziekteverzuim heeft vaak de psychosociale arbeidsbelasting als oorzaak. TNO geeft drie belangrijke oorzaken van ziekteverzuim; Ten eerste zijn dit factoren als intimidatie, conflicten op het werk en discriminatie. Dit geeft aan hoe belangrijk goede onderlinge relaties op het werk zijn. Ten tweede hangt een hoog ziekteverzuim samen met blootstelling aan emotioneel veeleisend werk of aan werk met weinig autonomie, waarin de medewerker niét zelf kan beslissen over de werkmethode. Ten derde is het ziekteverzuim hoog bij grote fysieke of fysieke belasting, bijvoorbeeld regelmatige blootstelling aan een lawaaiige of gevaarlijke werkomgeving, fysiek zwaar werk of werken in een ongemakkelijke houding en werken met gevaarlijke stoffen of gereedschap.

In de algemene ziekenhuizen was in 2021 het verzuimpercentage 5.96 procent, een stijging van 9 procent ten opzichte van 2020. Met name onder jongeren steeg het verzuim veel, met 28 procent, terwijl de grootste individuele verzuim bij de groep 56 jaar en ouder ligt op 7.83 procent. Hoewel hier een stijging te zien is in elke leeftijdscategorie voor ziekenhuispersoneel, is de ziekenhuiszorg daarin niet uniek. Zorg-breed stijgt het verzuim van 6.51 procent naar 6.98 procent, een stijging van 7.2 procent. De ziekenhuizen stijgen dus harder dan de zorg in het algemeen, maar hebben nog steeds een lager verzuim.

Na een eeuw waarin verbetering vooral werd gezocht in het veiliger maken van machines en het borgen van arbeidsveiligheid in arbozorgsystemen, is het nu tijd om ook gedrag en cultuur op de werkvloer aan te pakken. Technologisering en robotisering hebben ervoor gezorgd dat steeds minder medewerkers te maken hebben met lichamelijk zwaar werk. Tegenwoordig

²² WRR (2020) Werk, zaligmakend of ziekmakend?

²³ WRR (2020) Werk, zaligmakend of ziekmakend?

²⁴ TNO (2018) Arbobalans 2018



blijken vooral sociale aspecten en onderlinge verhoudingen van belang om gezond werk te bewerkstelligen. Zaken als waardering en beloning, autonomie en zeggenschap, de kwaliteit van sociale relaties en de benutting van talenten zijn bepalend voor een gezonde werkomgeving. De volgende eeuw van werkvloerverbeteringen zal zich moeten richten op deze aspecten tezamen met de nog steeds groeiende technologie. Dit is de uitdaging die nu voorligt bij het HRM in de zorg.

4.3 Ontziemaatregelen, zwaarwerkmaatregelen en stimuleringsmaatregelen

Ontziemaatregelen of zwaarwerkmaatregelen hebben betrekking op het verminderen van blootstellen aan risico's in het werk en gaan over reductie van fysieke, mentale of fysieke belasting in het werk, reductie van de onregelmatigheid van het werk (bijvoorbeeld minder vaak nachtdiensten doen), en korter werken of eerder stoppen.

Stimuleringsmaatregelen gaan over het krijgen van scholing, professionele ontwikkeling van mensen en nieuwe dingen leren in het werk. Daarmee zijn stimuleringsmaatregelen niet gericht op het voorkomen of 'behandelen' van negatieve gevolgen van werkstress maar interventies die daaraan voorafgaan en gericht zijn op het bevorderen van positieve toestanden van mensen zoals bevoegdheid, welbevinden en gezondheid. Naast scholing en aandacht voor professionele ontwikkeling gaat het bijvoorbeeld over ruimte voor potentieel en autonomie en aandacht voor de sociale omgeving op het werk. Er zijn verschillende soorten regelingen te onderscheiden:

(Verlof)budgetten

Een al langer bestaand instrument is dat van persoonlijke verlofbudgetten zoals deze in de zorg zijn terug te vinden. Oorspronkelijk zijn de verlofbudgetten bedoeld om zowel te voldoen aan de wetgeving omtrent gelijke behandeling, als om invulling te geven aan het thema duurzame inzetbaarheid. Door het sparen van verlof door de medewerker kan tijdens de loopbaan door de medewerker op de gewenste momenten betaald verlof genoten worden dan wel eerder met pensioen gegaan worden. Dit stelt medewerkers in staat om zelf regie te nemen over hun eigen werk-privé balans. Aansluitend op de behoefte om duurzame inzetbaarheid door een gehele loopbaan te verweven kan een werknemer het verlof in een vroeg stadium sparen, wanneer er behoefte is aan veel werk en ruimte is in de privésfeer om dit te doen. In een later stadium, als er bijvoorbeeld kinderen zijn, kan de werknemer zo ruimte voor zichzelf nemen. Anderzijds kunnen vervullers van zwaar werk in hun jeugd dit later omzetten in hun vervroegde uittreden. De daadwerkelijke mogelijkheden hiervoor worden bepaald door enerzijds de bepaling van de betreffende cao-regeling en het niveau van de werknemer. Anderzijds wordt deze bepaald door de daadwerkelijk invulling op organisatieniveau; door de werkgever en de medewerker.

In het kader van ontwikkeling van medewerkers dient ook de persoonlijke ontwikkelingsbudgetten of leerrekeningen genoemd te worden. Deze worden in mindere mate ingezet in de zorg. Het gebruik is afhankelijk van het niveau en het (stimulerings-)beleid van de werkgever. Het persoonlijke ontwikkelingsbudget kan gebruikt worden om zowel opleidingen aan onderwijsinstellingen te halen, zoals vervolg-MBO diploma's, als om erkende certificaten te halen. Deze regeling verlaagd zowel de tijds-investeringsdrempel die voor velen geldt in het volgen van opleidingen, als een eventuele financiële drempel. Hoewel veel werknemers aangeven wel gebruik te willen maken van een dergelijke regeling, wordt hier niet breed gebruik van gemaakt, en geeft een groot deel van de medewerkers zelfs aan niet op de hoogte te zijn van het bestaan van deze budgetten.



Het generatiepact/generatieregeling

Een relatief nieuw cao-instrument is het *Generatiepact* of generatieregeling dat de kloof wil overbruggen tussen de wensen van jongere en de wensen van oudere medewerkers.²⁵ Oudere medewerkers kunnen minder gaan werken en krijgen daarvoor gedeeltelijke financiële compensatie, de hierdoor ontstane ruimte in de formatie wordt gebruikt om nieuwe (jongere) medewerkers te werven. In de ziekenhuizen zien we dit terug. Van de vrijgekomen uren wordt door 55 procent van de bevraagde ziekenhuizen aangegeven dat deze worden ingevuld door nieuwe medewerkers, en voor 52.5 procent door medewerkers reeds in dienst.

Het generatiepact kan van invloed zijn op de duurzame inzetbaarheid van de deelnemers en hun collega's omdat het ingrijpt op de balans tussen hun draagkracht en hun draaglast. Zowel de jongere als de oudere medewerkers hebben een moeilijke positie op de arbeidsmarkt. De oudere medewerkers vanwege een steeds langere loopbaan door de hogere pensioenleeftijd. De jongere medewerkers omdat ze vaak flexibele banen moeten accepteren. Voor beide leeftijdsgroepen staat hun duurzame inzetbaarheid onder druk. Over het algemeen wordt dan ook gesteld dat het Generatiepact niet alleen resulteerde in verminderde werkdruk door minder uren per week te werken, maar ook veranderde de werkinhoud en de perceptie van de werkgever positief. Het Generatiepact heeft daarom ook een vitaliserend karakter door de kansen voor oudere medewerkers te vergroten, wat resulteert in oudere medewerkers die tot hun pensioen gezonder, productiever en gelukkiger zijn.

Jongere medewerkers kunnen stabiliteit ontleen aan het Generatiepact door meer uren op zich te nemen, en werk over te nemen van hun oudere collega's. Binnen het kader van duurzame inzetbaarheid werkt het Generatiepact dus aan beide uiteinden van de loopbaan. Daarnaast geeft de introductie van het Generatiepact ook een impuls aan de discussie van verdere duurzame inzetbaarheidsmaatregelen. Binnen de ziekenhuizen geeft 62 procent aan dat de discussie omtrent het generatiepact aanhaakt op de discussie rondom aanpalende beleidsdossiers zoals duurzame inzetbaarheid in brede zin en strategische personeelsplanning, maar ook andere dossiers zoals informatieverschaffing en aantrekkelijk werkgeverschap.

Waar het generatiepact al in organisaties werd toegepast, lijkt dit een positief effect te hebben op de duurzame inzetbaarheid van de oudere en overige medewerkers. Deelnemers lijken langer door te werken. Deelname aan het generatiepact lijkt hun gezondheid te versterken door de mogelijkheid om meer rust te kunnen nemen. Ook lijkt de motivatie toe te nemen door relatief meer tijd te kunnen besteden aan de leukste taken op het werk en tijd voor vrijwilligerswerk naast het werk. Ook kregen de deelnemers nieuwe energie van het samen met hun leidinggevenden na te denken over hun loopbaan, en het was motiverend voor de deelnemers om geleidelijk hun kennis over te kunnen dragen. Verder nam vaak ook de vakbekwaamheid van de deelnemers en hun collega's toe. Dit door meer samen te kunnen werken met jongeren. Ook verschuiving van taken gaf nieuwe kansen en mogelijkheden voor de deelnemers en hun collega's waardoor hun vakbekwaamheid steeg.

Het Generatiepact had dus ook gevolgen voor de inhoud van het werk van de deelnemers. Zij werkten niet alleen minder uren, maar wijzigden ook hun taken. Er is daarom niet alleen sprake van verlichten, dat wil zeggen het verminderen van de draaglast van deelnemers, maar ook van vitaliseren, dat wil zeggen het vergroten van hun draagkracht. Het Generatiepact lijkt de kansen van oudere medewerkers daardoor te vergroten om niet alleen gezond, maar ook om productief en met plezier tot aan de pensioengerechtigde leeftijd aan het werk te blijven.

Wel wordt aangegeven binnen de ziekenhuiszorg dat nog maar een betrekkelijk klein deel van de medewerkers gebruik maakt van de generatieregeling als die optie er is. In het onderzoek van de StAZ (2019) geven ziekenhuizen aan dat maar tot 50 procent van de werknemers daadwerkelijk gebruik maakt van de regeling, en er veelal minder gebruik van wordt gemaakt. Hierbij wordt wel de kritische noot gegeven dat deelname niet inherent is, en bijvoorbeeld ook afhangt van hoe lang deze mogelijkheid al beschikbaar is. Daarnaast kiezen niet alle

²⁵ Tijdschrift voor HRM (2020) De impact van het Generatiepact

ziekenhuizen voor een generatieregeling. Enerzijds een kostenafweging en anderzijds een keuze voor andere regelingen zetten op een aantal plekken voorlopig een streep door de generatieregeling, hoewel 60 procent van de ziekenhuizen die voor een andere regeling kiezen wel aangeven in de toekomst een heroverweging te maken.

Vitaliteitspact, balansbudgetten, landingsbanen etc.

Verschillende regelingen waarover door Cao-partijen gesproken wordt, hebben als doelstelling om een bijdrage te leveren aan duurzame inzetbaarheid van oudere medewerkers. Een mogelijk pad om te bewandelen is om oudere medewerkers de mogelijkheid te geven op vrijwillige basis minder te gaan werken en zo op gezonde wijze de AOW-gerechtigde leeftijd te bereiken. Daarbij is een combinatie te zien van een (gedeeltelijke) generatieregeling en/of verlofsparen. Hier wordt weer aangehaakt op de vrije eigen regie van medewerkers gedurende de loopbaan, waarbij zowel in het kader van de fysieke duurzame inzetbaarheid als de mentale duurzame inzetbaarheid de eigen keuze bevorderlijk is.

Een andere weg is het vitaliteitspact. Met het vitaliteitspact zoals door de cao-partijen van de ambulancezorg is afgesproken, wordt de medewerker een percentage van zijn contractuele arbeidsuren vrijgesteld van werk. De werkgever betaalt het salaris over de helft van de vrijgestelde uren. Over de andere helft van de vrijgestelde uren ontvangt de medewerker geen salaris en hij financiert dit vanuit eigen middelen, zoals gespaard verlof, naar voren halen van pensioen, of uit brutoloon. Alle arbeidsvoorwaarden 'in tijd' uit de cao worden teruggebracht naar het gekozen aantal nieuw te werken uren. De arbeidsvoorwaarden 'in geld' uit de cao worden aangepast aan de nieuwe salarisbetaling. De medewerker heeft de keuze om zijn pensioenopbouw te houden op 100% van zijn oude contractuele arbeidsomvang met de bestaande premieverdeling volgens de cao tussen werkgever en medewerker²⁶.

Cao-partijen in de VVT hebben gewerkt aan een zogenaamde landingsbaan en balansbudget waarmee minder werken of eerder stoppen met werken mogelijk wordt gemaakt. Dit op basis en als uitwerking van het pensioenakkoord. Het balansbudget is een regeling om verlof te sparen, om dit later in te kunnen zetten. Hierbij kunnen medewerkers tot vijftig keer de arbeidsduur per week sparen om later in te zetten, en voor werknemers boven de zestig is het al mogelijk om tot 110 weken van de arbeidsduur te sparen. De LandingsBaan is een specifieke invulling van dit balansbudget. Hierbij wordt de gespaarde balans gebruikt om de arbeidsduur tot maximaal 50 procent te verminderen met een gelijkblijvend, of beperkt dalend, salaris.

Vervroegde uittreding

Zoals eerder aangegeven resulteert een te hoge werkbelasting in een te hoge ervaren werkdruk en uiteindelijk uitval van medewerkers. Er zijn een aantal zwaarwerk-regelingen en beleidsopties die het mogelijk maken om eerder uit te treden.

Een regeling die hier gehoor aan zou kunnen geven is de beleidsoptie om personen in zware beroepen de mogelijkheid te bieden om eerder uit te treden, tegen een actuair neutrale verlaging van de AOW-uitkering. Wel kent dit beleid enkele complicaties, ten eerste is de definitie van een zwaar beroep niet eenvoudig en eenduidig vast te stellen. Ten tweede moeten er afspraken gemaakt worden over hoe lang men in een zwaar beroep moet hebben gewerkt om in aanmerking te komen. Komen alleen mensen die in de laatste fase van hun arbeidsverleden in een zwaar beroep hebben gewerkt in aanmerking, of ook degenen die eerder een zwaar beroep hebben gehad? Ten derde speelt ook de beschikbaarheid van informatie over het arbeidsverleden een rol. Uitvoeringskosten zullen toenemen, omdat zware beroepen geregistreerd moeten worden. Dit alles is ook gebleken in de gesprekken tussen de overheid en de sociale partners ten behoeve van het pensioenakkoord en heeft er naar alle waarschijnlijkheid toe geleid dat er geen landelijke invulling is gegeven aan zware beroepen.

²⁶ Ambulancezorg, CNV, FNV(2021) Regeling vitaliteitspact, vanaf 1 juli 2021

Daarnaast proberen werkgevers zelf ook vaker oudere medewerkers te accommoderen met bijvoorbeeld flexibele werktijden (stijging van 32% naar 54% van 2009 tot 2017) of extra vrije dagen (stijging van 31% naar 46% van 2009 tot 2017), om zo te voorkomen dat zij langdurig uit het arbeidsproces vallen. Organisaties zetten nu vooral in op drie zaken: 1: voorlichting geven aan zowel managers als oudere medewerkers (44% van werkgevers), 2: meer aandacht voor veilig werken en voor gezondheid buiten het werk (69% van werkgevers) en 3: meer continue aandacht voor inzetbaarheid op de lange termijn (47%) van medewerkers. Een algemene trend is dat werkgevers hun maatregelen niet meer alleen op 60-plussers richten, maar ook op medewerkers aan het begin of halverwege hun carrière, die immers de oudere medewerkers van later zijn.

Relevant is overigens dat er ook averechtse effecten kunnen ontstaan, omdat een dergelijke regeling de prikkel voor zowel werkenden als werkgevers vermindert om zich in te zetten voor brede en duurzame inzetbaarheid, of het voorkomen van arbeidsongeschiktheid. Indien werknemers geneigd zijn eerder uit te treden, wordt het waarborgen van de laatste jaren van de loopbaan minder aantrekkelijk voor werknemers. Wel is deze insteek van duurzame inzetbaarheid met name gefocust op werknemers in hun latere loopbaan, terwijl de inzet van duurzame inzetbaarheid ook daarvoor al relevant is, met name gericht op behoud van werknemers.

4.4 Effectiviteit van maatregelen

In de literatuur wordt de effectiviteit van maatregelen om duurzame inzetbaarheid te bevorderen, weinig beschreven. Dit is in delen te danken aan de relatief korte periode waarin actief van duurzame inzetbaarheid gebruik wordt gemaakt, en in delen te danken aan het gebrek aan een concreet beeld van de inhoud van duurzame inzetbaarheid. Voor velen is het lastig om exact een beeld te geven van wat duurzame inzetbaarheid bij hun organisatie inhoudt, of hoe er gebruik van wordt gemaakt.

Een goede aanpak van duurzame inzetbaarheid vraagt in ieder geval om een integrale aanpak waarin een aantal succesfactoren en processtappen zijn aan te wijzen die de effectiviteit van maatregelen kunnen vergroten. In onderstaand visuele weergave worden de globale stappen weergegeven die een organisatie zou moeten doorlopen om de effectiviteit van aanpak op het gebied van duurzame inzetbaarheid te vergroten.





Ontwikkelplannen op het gebied van duurzame inzetbaarheid kennen daarmee de volgende actieve succesfactoren ten aanzien van een goede uitvoering en het realiseren van positieve resultaten:

- Het hebben van een integrale aanpak;
- Het leveren van maatwerk;
- Realiseren van draagvlak;
- Consistente, en constante communicatie;
- Aansluiten bij cultuur;
- Werken met intrinsieke motivatie;
- Leveren van persoonlijke begeleiding;
- Het hebben van een lange adem.

Ook het stimuleren van inzetbaarheid, in plaats van het inperken van niet-inzetbaarheid, is van belang in het vinden van een effectieve aanpak. Een open blik en het voeren van goede gesprekken oprechte aandacht en zonder waardeoordelen kunnen leidinggevenden helpen om het gesprek over duurzame inzetbaarheid aan te gaan. Dan geef je mensen de ruimte om hun eigen kansen en mogelijkheden te zien. Dit is belangrijk omdat ziek zijn, of een aandoening hebben, niet altijd betekent dat er geen mogelijkheden zijn voor werk. Zo ontstaat er ruimte voor het denken in termen van inzetbaarheid, in plaats van ziekteverzuim.

De Werkgevers Enquête Arbeid (WEA) van TNO laat zien dat werkgevers in de zorg redelijk gunstig afsteken ten opzichte van overige werkgevers als het gaat over de inzet van maatregelen gericht op het stimuleren van duurzame inzetbaarheid. Zo nemen werkgevers in de sector Zorg en Welzijn vaker ontsiemaatregelen als ook stimuleringsmaatregelen voor hun medewerkers. Nadere analyses op de WEA-gegevens laten echter zien dat vooral de thuiszorg op het punt van maatregelen relatief weinig actief is. Ook medewerkers met een flexibel contract zijn slechter af, een vignettenstudie onder werkgevers laat zien dat werkgevers in de zorg in het geheel niet investeren in de gezondheid van medewerkers met een flexibel contract wanneer zij gezondheidsproblemen ontwikkelen, dit wordt door één op de acht werkgevers in andere sectoren wel bij deze groep gedaan.

Hier wordt duidelijk dat de beeldvorming omtrent duurzame inzetbaarheid niet eenduidig is. Het nemen van maatregelen is niet een eenduidig stappenplan, en wordt ook niet door werkgevers en werknemers hetzelfde ervaren. Verduidelijking van duurzame inzetbaarheid als begrip, en wat dit inhoudt voor werkgevers en werknemers, en dit breed binnen organisaties neerleggen, is de eerste stap in het slaan van de brug naar de duurzame inzetbaarheid van de toekomst.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van maatregelen ter stimulering van het langer doorwerken. Waar het nemen van ontsiemaatregelen zoals het bieden van de mogelijkheid om korter te werken of minder nachtdiensten te doen effectief lijkt om het langer doorwerken van medewerkers te stimuleren, wordt ook wel gevonden dat een verminderd vermogen om (langer) door te werken juist voorafgaat aan het gebruikmaken van dit type regelingen. Hiermee wordt de aanpak van duurzame inzetbaarheid als een filosofie in de loopbaan, in plaats van een redmiddel aan het einde daarvan, naar voren geschoven. Ook voor de medewerkers in de zorg is preventie veel gewenster dan verzachten.

De huidige generatie oudere medewerkers zou baat kunnen hebben bij een tijdelijke voortzetting of intensivering van de ontsiemaatregelen. De keerzijde van ontsiemaatregelen is echter dat zij oudere medewerkers duurder maken en dat deze hogere kosten heel expliciet zijn voor werkgevers. Vooral oudere werklozen die op zoek zijn naar werk kunnen daardoor gehinderd worden in het vinden van een baan.

Omdat leeftijd vaak het enige criterium is, zijn deze maatregelen in de praktijk goed te hanteren. Zo kunnen bepaalde oudere cohorten worden ontzien bij versoberingen. Een ander voorbeeld is de verlenging van de IOW, dat is echter tegelijkertijd ook een voorbeeld van het feit dat tijdelijke regelingen de neiging hebben verlengd te worden. Het risico daarvan is dat dit structurele maatregelen voor duurzame inzetbaarheid ontmoedigt²⁷.

Er is in de praktijk weinig aandacht voor de effectiviteit van instrumenten voor het onderhoud van inzetbaarheid. Hier wordt snel gewezen naar de (nog) niet bewezen werkzaamheid daarvan. Sociale partners geven aan dat het op de agenda zetten van inzetbaarheid nog niet betekent dat er ook daadwerkelijk resultaten worden geboekt. Over de effectiviteit van interventies is weinig tot niets bekend en hierover worden zelden afspraken gemaakt. Na vastlegging van inzetbaarheidsdoelen door sociale partners is het primair de werkgever die invulling geeft aan de keuze van instrumenten en de manier waarop die worden ingezet; zicht op de uitwerking ervan is beperkt²⁸. De toekomst van duurzame inzetbaarheid berust op de wil de werknemer duurzaam in te zetten, en hiermee niet allen de eigen werknemer, of de eigen werkvloer, maar ook de sector als geheel te willen helpen.

²⁷ Netspar (2017) Keuzes voor nu en later

²⁸ Netspar (2020) Verbeteren van de inzetbaarheid van oudere medewerkers tot aan het pensioen



4.5 Samenvatting

- » Duurzame inzetbaarheid is een breed begrip, en niet samen te vatten in een enkele handeling. De kern van duurzame inzetbaarheid is het principe dat dit niet alleen op een stukje van de loopbaan van toepassing is, maar door de hele loopbaan heen loopt.
- » Het juist toepassen van duurzame inzetbaarheid stuurt vooral op het geven van mogelijkheden aan werknemers. Werknemers moeten de kans krijgen zich te ontwikkelen binnen hun werk, en zich gehoord voelen in hun eigen behoefte.
- » In de sector Zorg en Welzijn sluit de behoefte op duurzame inzetbaarheid op dit moment slecht aan op de praktijk. Fysieke en psychologische druk in het zorgwerk is hoog, en wordt weinig verlicht op dit moment. Veel zorgmedewerkers denken niet de pensioenleeftijd te gaan halen.
- » Er is toenemende aandacht voor de duurzame inzetbaarheid van werkenden in de sector zorg. Naast scholing staan in het beleid ook gezonde werkomstandigheden centraal om te voorkomen dat werkenden door ziekte voortijdig uit het arbeidsproces raken. Hierbij is er op de beleidsagenda van de overheid, naast fysieke werkomstandigheden, steeds meer aandacht voor de risico's van psychosociale arbeidsbelasting en werkstress, een steeds vaker voorkomende oorzaak van uitval. Hiernaast groeit de wetenschap dat het beleid op duurzame inzetbaarheid is niet 'one size fits all'. In duurzame inzetbaarheidsbeleid is het belangrijk om rekening te houden met factoren zoals leeftijd, geslacht, werkduur, en sociaaleconomische status.
- » Duurzame inzetbaarheid begint bij de match tussen de werknemer en de zorg. Hierna volgt de moeite om medewerkers te binden en te boeien, om zo het behoud van medewerkers veilig te stellen. Hiervoor heeft een werkgever een aantal HR-activiteiten tot zijn beschikking met verschillende doelen:
 - » Ontwikkel: omvat HR-activiteiten zoals loopbaanplanning, trainingen en promoties.
 - » Behoud: omvat activiteiten zoals functioneringsgesprekken, belonen en flexibele arbeidsvoorwaarden.
 - » Benut: omvat activiteiten zoals taakverrijking en taakverlichting en loopbaanveranderingen.
 - » Ontzie: omvat activiteiten zoals extra verlof, demoties en deeltijdpensioen.
- » Zwaar werk is een breed begrip zonder concrete definitie. De zwaarte van werk is niet per definitie van tevoren vastgesteld, en kan ook variëren door de tijd. Hoofdzakelijk kijken we naar hoeveel, en welke soort werkdruk een medewerker ervaart. Werkdruk valt onder de psychosociale belasting, en we zien een aantal vormen van werkdruk terug in de zorg:
 - » o Cognitieve werkdruk (complexe materie, moeilijke beslissingen)
 - » o Kwantitatieve werkdruk (te veel werk, hoge tijdsdruk)
 - » o Emotionele werkdruk (emotioneel belastende situaties)
 - » o Fysieke werkdruk (lichamelijke inspanning, langdurig dezelfde houdingen)
- » De intensivering van werk is vaak een factor in de zwaarte van werk. Binnen de zorgsector blijkt uit onderzoek dat meer dan een derde van de werkgevers de hoge werkdruk als knelpunt ervaart, en bijna de helft van de werkgevers gaf aan een te hoge werkdruk te hebben.
- » De technologische vooruitgang binnen de zorg werkt tweeledig. Hoewel een verplaatsing van het werk naar het digitale of de robotiseren enerzijds lasten verlichtend kan werken, ervaren velen de snelle vooruitgang ook als bron van verhoogde werkdruk.
- » Het verzuim in de ziekenhuissector is de afgelopen jaren toegenomen. Hierbij wordt de psychosociale arbeidsbelasting als boosdoener aangewezen. Tegenwoordig zijn zaken als waardering, autonomie, en zeggenschap belangrijk voor de psychosociale gezondheid, en om het verzuim te bestrijden zal hierop ingezet moeten worden.



- » Binnen de zorg wordt ingezet op een breed pakket aan maatregelen. Hierin spreken we van ontsiemaatregelen en stimuleringsregelingen. Deze regelingen kunnen per werkgever ingevuld worden, maar in de zorg zijn de meest voorkomende maatregelen de verlofbudgetten, de generatieregeling, het vitaliteitspact, balansbudgetten, en de landingsbaan.
- » Vervroegd uittreden is als gevolg van het veel voorkomende vervroegd uitvallen in regelingen gegoten. Hierbij wordt gekeken naar de zwaarte van arbeid en arbeidsduur. Beide parameters zijn echter lastig te meten, aangezien er geen bepaalde definitie van zwaar werk is, en het voor veel medewerkers lastig is om het volledige arbeidsverleden van 45 jaar te duiden.
- » Werkgevers proberen medewerkers te ontlasten en beter te informeren over het werk op hogere leeftijd om zo vervroegd uittreden te voorkomen en de arbeidskracht te blijven behouden. De zichtbare trend hierin is ook het aanspreken van jongere medewerkers op het gebied van duurzaamheidsmogelijkheden.
- » De effectiviteit van duurzame inzetbaarheidsmaatregelen is moeilijk te duiden. De thematiek is nog maar relatief kort onder handen, en hier systematisch peil op trekken is nog niet mogelijk. Wel zijn er uit de praktijk een aantal randvoorwaarden vastgesteld voor het slagen van duurzame inzetbaarheidsbeleid:
 - » o Het hebben van een integrale aanpak
 - » o Het leveren van maatwerk
 - » o Realiseren van draagvlak
 - » o Consistente, en constante communicatie
 - » o Aansluiten bij cultuur
 - » o Werken met intrinsieke motivatie
 - » o Leveren van persoonlijke begeleiding
 - » o Het hebben van een lange adem
- » Naast de bovenstaande randvoorwaarden komt ook de framing van duurzame inzetbaarheid duidelijk in beeld. Het neerzetten van duurzame inzetbaarheid als een stimulans op inzetbaarheid in plaats van een hulpmiddel tegen verzuim verschuift de mindset van medewerkers en werkgevers naar het positieve in de werksfeer, wat op zichzelf bijdraagt aan de duurzame inzetbaarheid.
- » Uit onderzoek binnen de gezondheidszorg blijkt dat de sector zich wel bovengemiddeld bezighoudt met duurzame inzetbaarheid. Hierbij wordt wel onderscheid gemaakt tussen de verschillende branches van zorg, waarbinnen in meer of mindere mate ingestoken wordt op duurzame inzetbaarheid. Hieruit volgt ook dat het beeld van de zorgmedewerker bij het concept duurzame inzetbaarheid niet eenduidig is, en de behoefte om hier ook voor de medewerker duidelijkheid in te scheppen is groot.
- » Aan de hand van het beeld geschetst door werknemers, werkgevers, en de verschillende onderzoeken naar duurzame inzetbaarheid in de sector Zorg en Welzijn blijkt dat de effectiviteit van duurzame inzetbaarheidsregelingen op dit moment niet buiten kijf staat. Het gevolg is dat binnen de sector de duurzame inzetbaarheid zichzelf niet in de hand werkt. Voor de ziekenhuisbranche, en de hele zorgsector, blijkt duidelijk de behoefte aan zowel een zicht op het heden als op de toekomst van duurzame inzetbaarheid groot. Hierbij lijkt een systematische, sector brede aanpak een richting met breed draagvlak vanuit de sector om duurzame inzetbaarheid te ontkoppelen van de individuele werkvloeren, en als instituut in de zorg te vestigen.



(FOTO 3)

5. Werk, werken en duurzame inzetbaarheid in de ziekenhuizen

(foto 3)

Bij deze foto zoomen we in op de kenmerken van het werken in de branche Ziekenhuizen en de werkomstandigheden. Om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen over relevante aspecten die samenhangen met het werken in de zorg, is geput uit verschillende bronnen zoals Vernet, IZZ, CBS/NEA en breder vanuit de door het onderzoeksprogramma AZW aangereikte materiaal.

5.1 FWG-inconveniënten in veelvoorkomende functies

We starten met een beeld van de functies zelf, met name die functies die veelvuldig voorkomen in de branche Ziekenhuizen. Daarbij maken we in de eerste paragraaf gebruik van het onderdeel 'Inconveniënten' van de FWG-systematiek. Inconveniënten maken deel uit van de functie-eisen die worden meegewogen in de FWG-systematiek bij de waardering van functies. Hiermee krijgen we een beeld van de bezwarende, c.q. belastende onderdelen bij functies in de Ziekenhuizen. Voor een 11-tal veel voorkomende kernfuncties in de branche Ziekenhuizen heeft FWG in haar systeem de volgende aspecten bij het onderdeel Inconveniënten opgenomen.

Medisch Specialist

- » Zware fysieke belasting treedt op door het veelvuldig staand verrichten van langdurige operaties (12 uur) in een gebogen houding met sterke gebondenheid aan de werkplek.
- » Psychische belasting treedt op door confrontatie met leed van (ernstig) zieke patiënten en het dragen van verantwoordelijkheid voor (chirurgische) behandeling.
- » Bezwaarlijke omstandigheden zijn het in contact komen met bloed en het langdurig dragen van handschoenen en mondmaskers op een operatiekamer.
- » Risico op persoonlijk letsel is aanwezig door het werken met scherp snijgereedschap.

Basis Verpleegkundige 4

- » Fysieke belasting treedt op door het vele malen per dag tillen en verplaatsen van patiënten met behulp van tilhulpmiddelen, lopen en staan.
- » Psychische belasting treedt op door de confrontatie met leed van patiënten en het aangesproken worden op (afwijkende) wensen/verwachtingen ten aanzien van zorgverlening.
- » Bezwarende werkomstandigheden bestaan uit het in aanraking komen met excretieproducten.
- » Risico op persoonlijk letsel als gevolg van prikaccidenten.

Gespecialiseerde Verpleegkundige

- » Fysieke belasting treedt op door het vele malen per dag tillen en verleggen van patiënten en langdurig in onnatuurlijke houdingen staan tijdens verbandwisselingen.
- » Psychische belasting treedt op door de diepgaande confrontatie met leed van patiënten en verwanten en als gevolg van het handelen in crisissituaties.



(FOTO 3)

- » Bezwarende werkomstandigheden bestaan uit het in contact komen met bloed en excretieproducten en het langdurig werken in kleine, zeer warme en vochtige ruimtes waar in dubbele beschermde kleding wordt gewerkt.
- » Risico op persoonlijk letsel door prikaccidenten.

Operatieassistent

- » Fysieke belasting treedt op door het vele malen per dag positioneren, tillen en verleggen van patiënten, langdurig staan en langdurig werken in een voorovergebogen houding.
- » Psychische belasting treedt op bij piekbelastingen, spoedoperaties en calamiteiten en door confrontatie met leed van patiënten.
- » Bezwarende werkomstandigheden bestaan uit het langdurig dragen van beschermende kleding, het in contact komen met narcosegassen, het omgaan met (besmet) patiëntmateriaal en het in contact komen met bloed en excretieproducten.
- » Er is risico op persoonlijk letsel door spat-, prik-, en snijaccidenten.

Doktersassistent

- » Fysieke belasting treedt op door het enkele malen per dag (samen met een zorgmedewerker) tillen en ondersteunen van patiënten/cliënten bij het in- en uit de rolstoel komen.
- » Psychische belasting treedt op door confrontatie met leed van patiënten/cliënten en door piekbelasting.
- » Bezwarende werkomstandigheden bestaan uit het in contact komen met het lichaam en bloed van patiënten/cliënten.
- » Er is risico op persoonlijk letsel door prikaccidenten en als gevolg van agressie van patiënten/cliënten.

Zorghulp assistent

- » Fysieke belasting treedt op door het enkele malen per dag tillen en werken in onnatuurlijke houdingen tijdens het verrichten van huishoudelijke werkzaamheden.
- » Bezwarende werkomstandigheden bestaan uit het in aanraking komen met stof en vuil bij het verrichten van huishoudelijke werkzaamheden.

Medische Secretariaessen

- » Psychische belasting treedt op door piekbelasting en bij het werken onder druk van (afwijkende) wensen/verwachtingen van patiënten/cliënten of diens verwanten en confrontatie met het leed van patiënten/cliënten.

Verpleegkundige 5 en 6

- » Fysieke belasting treedt op door het vele malen per dag tillen en verplaatsen van patiënten/cliënten met behulp van tilhulpmiddelen, lopen en staan.
- » Psychische belasting treedt op door de confrontatie met leed van patiënten en het aangesproken worden op (afwijkende) wensen/verwachtingen ten aanzien van zorgverlening.
- » Bezwarende werkomstandigheden bestaan uit het in aanraking komen met excretieproducten.
- » Er is risico op persoonlijk letsel als gevolg van prikaccidenten.

Laboranten Medische diagnostiek en Therapie

- » Fysieke belasting treedt op door het vele malen per dag werken in een inspannende houding tijdens bloedafname, lopen en staan.
- » Bezwarende omstandigheden bestaan uit het in aanraking komen met patiëntmateriaal.

Verzorgende IG

- » Fysieke belasting treedt op door het vele malen per dag tillen en ondersteunen van patiënten met behulp van tilhulpmiddelen, lopen en staan.
- » Psychische belasting treedt op bij de confrontatie met leed van patiënten.



(FOTO 3)

- » Bezwarende werkomstandigheden bestaan uit het in aanraking komen met feces en urine.
- » Er is risico op persoonlijk letsel als gevolg van het tillen van patiënten.

Medisch en pathologisch Analist

- » Psychische belasting treedt op door het dragen van verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van laboratoriumonderzoek.
- » Er is sprake van bezwarende werkomstandigheden door de omgang met chemische stoffen.
- » Er is risico op persoonlijk letsel door het werken met besmet of chemisch materiaal.

5.2 Kerncijfers duurzame inzetbaarheid

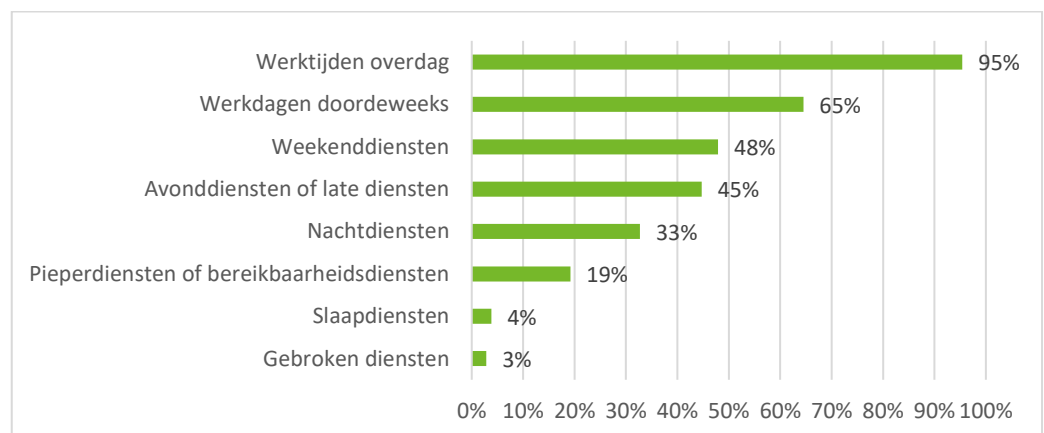
In het AZW-onderzoeksprogramma wordt informatie verzameld over diverse aspecten van werkbeleving door medewerkers door middel van een medewerkers onderzoek dat twee keer per jaar wordt uitgevoerd. Ook wordt elk jaar minstens een onderzoek uitgevoerd onder werkgevers waarin dezelfde thema's grotendeels worden bevestigd en waarin aandacht wordt besteed aan beleid. We vergelijken in dit deel de branche Ziekenhuizen steeds met het uitkomsten voor de sector Zorg en Welzijn breed. Met dit onderzoek komen verschillende gegevens ('kerncijfers') rondom het thema duurzame inzetbaarheid beschikbaar. Dit gaat over de volgende thema's (ook wel stressoren) en worden aangevuld met brede HRM knelpunten:

- A. Werktijden
- B. Werkdruk
- C. Agressie
- D. Vitaliteit
- E. Vermoeidheid
- F. Verzuim
- G. HRM-knelpunten

Op het onderdeel Verzuim maken we een verdiepingsslag op de cijfers met de gegevens van Vernet en IZZ (monitor 2020).

A. Werktijden

Gemiddeld werken werknemers in de branche ziekenhuizen 27,4 uren per week (Bron: PFZW 2021 Q2).



Figuur 10. Welke van de volgende werktijden of diensten maken deel uit van uw rooster? ziekenhuizen (Bron: WNE 2019, eerste meting)

Figuur 10 toont de werktijden en diensten binnen de branche ziekenhuizen van veel naar weinig voorkomend. 95% werkt (onder andere) op werktijden overdag. 65% werkt (ook) doordeweeks. 48% heeft te maken met weekenddiensten en 45% werkt in de avond of heeft

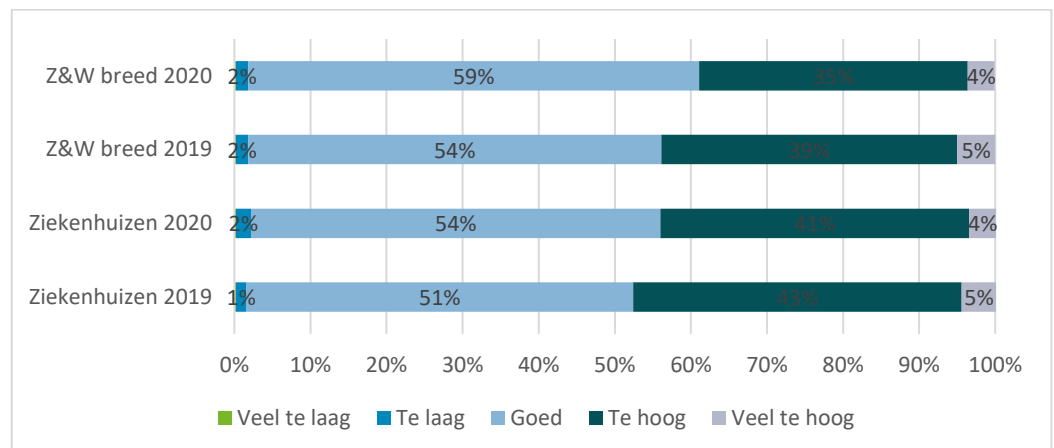


(FOTO 3)

late diensten. Nog eens 33% werkt in nachtdiensten. Pieper-of bereikbaarheidsdiensten komen voor bij 19%.

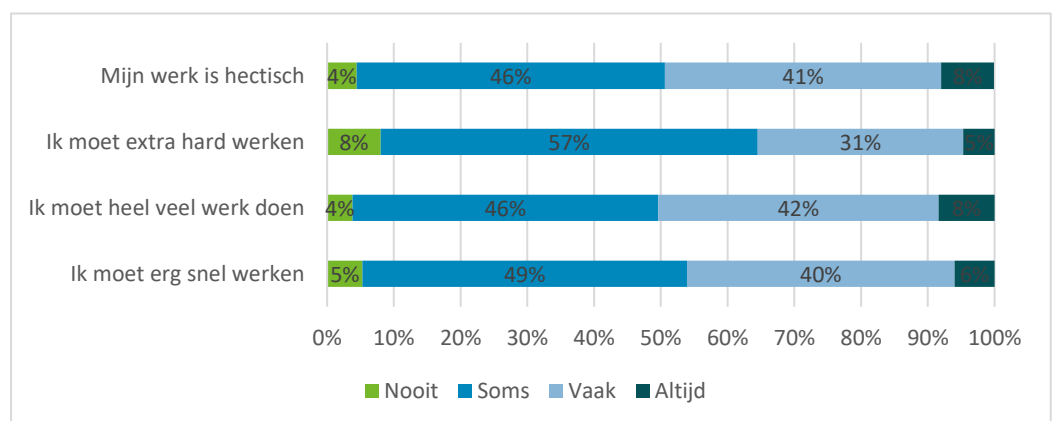
B. Werkdruk

De werkdruk in de branche ziekenhuizen is volgens 45% van de werknemers (veel) te hoog. 54% van de werknemers vindt de werkdruk goed. In vergelijking met de sector zorg en welzijn is het aandeel werknemers dat de werkdruk goed vindt in de branche ziekenhuizen lager. Als we kijken naar de uitkomsten van de meting in 2019 dan valt op dat in 2020 het aandeel medewerkers dat de werkdruk goed vindt hoger is dan in 2019. Ook het aandeel dat deze (veel) te hoog vindt nam af ten opzichte van 2019. Deze ontwikkeling zien we zowel in de ziekenhuizen als in de sector zorg en welzijn breed.



Figuur 11. Werkdruk branche ziekenhuizen in vergelijking met sector zorg en welzijn breed (Bron: WNE 2019 en 2020)

Als we verder kijken naar elementen uit het werk die opvallen bij de werkbelasting dan zien we dat de werkdruk vooral te maken heeft met de hoeveelheid werk (50%, tegen 45% in Z&W breed) en met hectische omstandigheden (49%, tegen 40% in Z&W breed).



Figuur 12. Elementen werkdruk branche ziekenhuizen (Bron: WNE 2020)

C. Agressie

Over het geheel gezien komen de verschillende vormen van agressie door patiënten/cliënten in de ziekenhuizen minder vaak voor dan gemiddeld in de sector Z&W. Verbale agressie is de meest voorkomende vorm van agressie en komt in de branche ziekenhuizen voor bij 53% (gelijk aan het gemiddelde van de sector Z&W). Pesten komt voor bij 22%, in Z&W gemiddeld komt dit voor bij 23% van de werknemers. 9% van de medewerkers geeft aan dat zij te maken hebben gehad met bedreiging/intimidatie (tegen 11% in Z&W). Als we deze uitkomsten vergelijken met de uitkomsten van 2019 dan zien we de meeste vormen van agressie in 2020 iets minder zijn

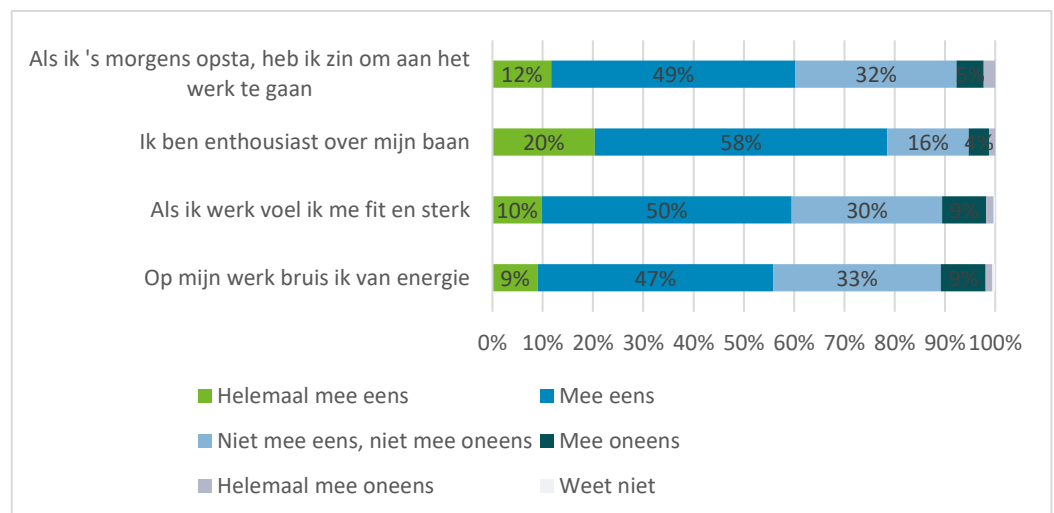


(FOTO 3)

voorgekomen dan in 2019 het geval was. Uitzondering hierop zijn fysieke agressie en discriminatie, waarop geen duidelijk verschil zichtbaar is.

D. Vitaliteit

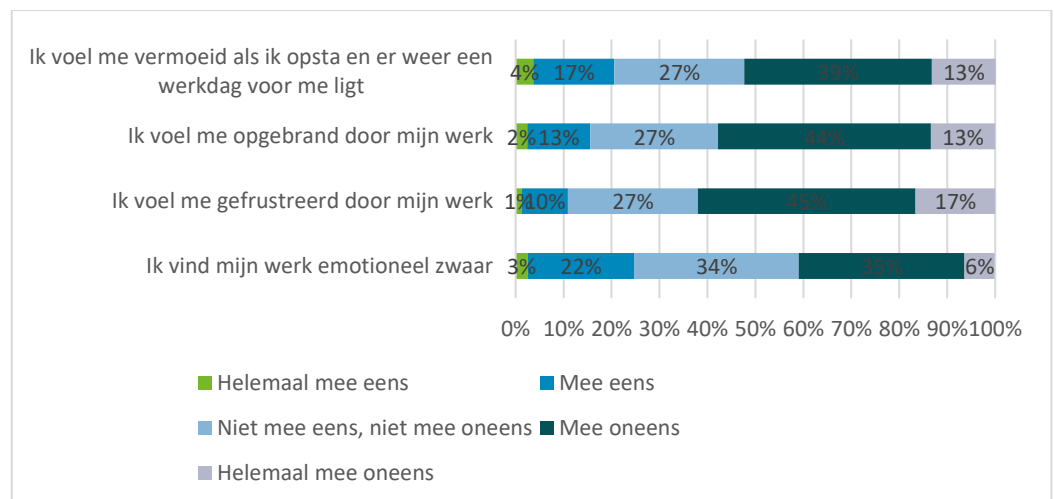
In de branche ziekenhuizen is het grootste deel van de werknemers enthousiast over hun baan (78%, dat is ongeveer gelijk met het aandeel in Z&W, daar 79%). 60% voelt zich fit en sterk tijdens het werk (tegen 64% in Z&W). Nog eens 56% bruist van energie (tegen 62% in Z&W) en 61% heeft zin om aan het werk te gaan bij het opstaan (63% in Z&W).



Figuur 13. Vitaliteit in de branche ziekenhuizen (Bron: WNE 2019, tweede meting)²⁹

E. Vermoeidheid

Gemiddeld scoren medewerkers in de branche ziekenhuizen deels lager en deels hoger op stellingen over vermoeidheid dan medewerkers in de sector zorg en welzijn gemiddeld doen.



Figuur 14. Vermoeidheid in de branche ziekenhuizen (Bron: WNE 2020)

In de branche ziekenhuizen vindt 25% van de medewerkers het werk emotioneel zwaar (tegen 27% in Z&W). 21% ervaart gevoelens van vermoeidheid aan het begin van de dag (19% in Z&W). 15% geeft aan zich opgebrand te voelen door het werk (gelijk aan Z&W) en 11% geeft aan zich gefrustreerd te voelen door het werk (tegen 12% in Z&W). Als we deze uitkomsten vergelijken met de uitkomsten van de meting in 2019 dan zien we een klein verschil waarbij het

²⁹ In de WNE-meting 2020 is deze vraag niet gesteld.

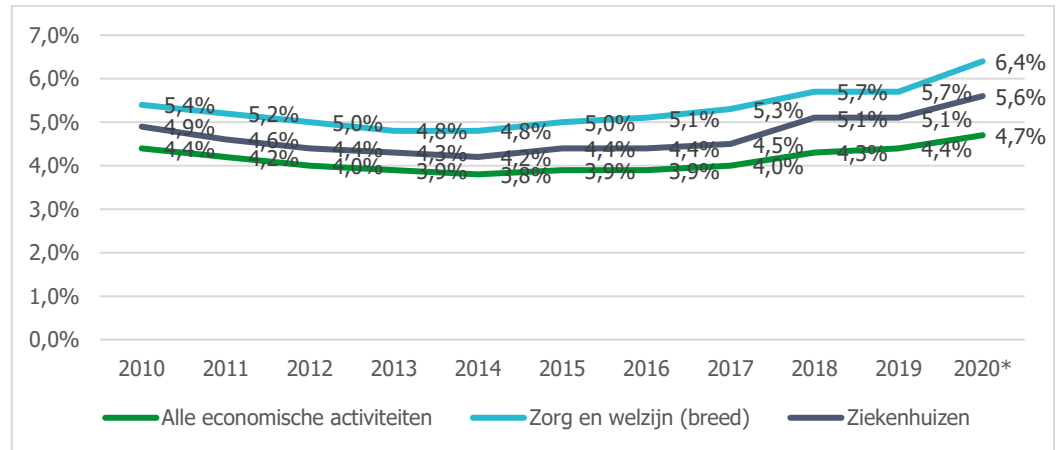


(FOTO 3)

aandeel medewerkers dat het (helemaal) oneens is met de stellingen is toegenomen. Gemiddeld wordt er daarmee iets minder vermoeidheid ervaren dan in 2019 het geval was.

F. Verzuim

In figuur 15 wordt het langjarig verzuim getoond voor de periode 2010 tot en met 2020³⁰.

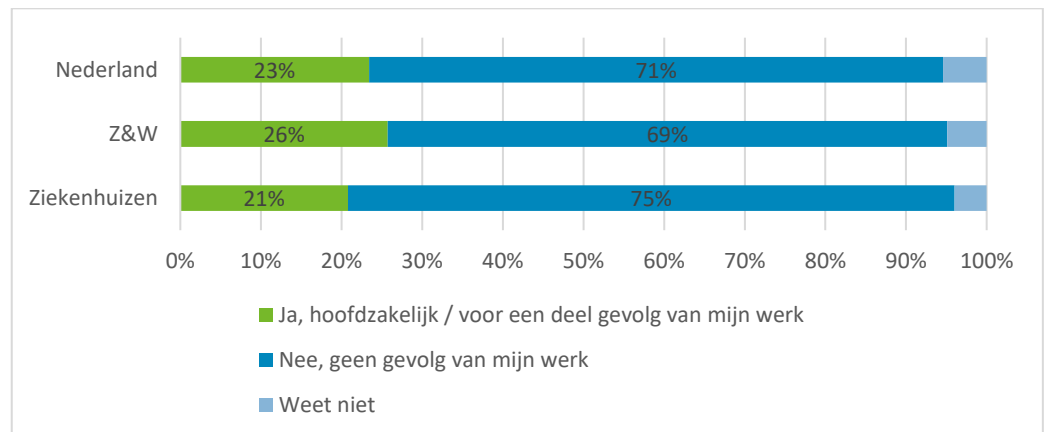


Figuur 15. Ontwikkeling verzuim in de branche ziekenhuizen, vergeleken met Z&W en alle economische activiteiten (Bron: verzuimdata CBS AZW statline)

Over deze periode zien we dat het verzuim in de branche ziekenhuizen in alle jaren hoger lag dan het Nederlands gemiddelde, maar lager dan het gemiddelde in de sector Z&W. In de branche ziekenhuizen zien we dat het verzuim recent net als in zorg en welzijn hoger is geweest, mede als gevolg van de coronacrisis. In 2020* pakt het verzuim met 5,6% uit op het hoogste niveau in de afgelopen 10 jaar.

Aandeel werk gerelateerd verzuim

TNO heeft in het kader van beleidsrijk onderzoek in 2019 een secundaire analyse gemaakt op basis van data uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA). In deze enquête zitten enkele vragen over oorzaken van verzuim die zijn uitgevraagd bij werknemers die aangaven dat zij hadden verzuimd. In figuur 16 zien we cijfers op basis van de vraag of de klachten waarmee men verzuimde een oorzaak hadden in het werk. Hieruit komt naar voren dat 21% van de³¹ medewerkers in de branche ziekenhuizen die hadden verzuimd aangaven dat de oorzaak van het verzuim hoofdzakelijk of deels een gevolg was van het werk. Ter vergelijking ligt dit percentage gemiddeld voor Nederland op 23% en voor de sector zorg en welzijn op 26%.



³⁰ * is een voorlopig cijfer.

³¹ TNO NEA, 2019

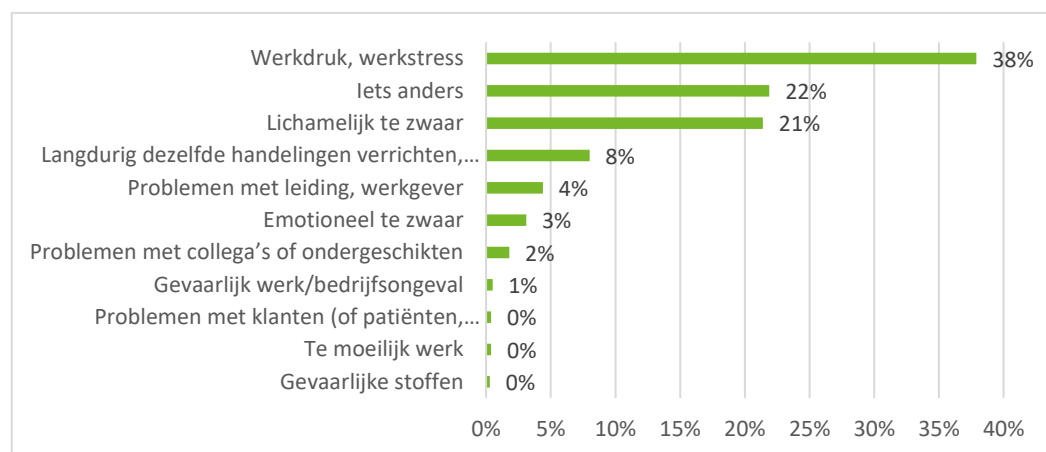


(FOTO 3)

Figuur 16. Werk gerelateerd verzuim ziekenhuizen (Bron: TNO NEA, 2019)

Oorzaken werkgerelateerd verzuim

In het hetzelfde onderzoek is ook aandacht geschonken aan de oorzaken van het verzuim indien deze in het werk lagen. De uitkomsten zijn als volgt.



Figuur 17. Oorzaken werkgerelateerd verzuim ziekenhuizen (Bron: TNO NEA, 2019)

Het grootste aandeel werknemers (38%) gaf hier als antwoord werkdruk, werkstress, gevolgd door iets anders (22%). Nog eens 21% noemt het werk lichamelijk te zwaar. 8% rapporteert verzuim als gevolg van het langdurig verrichten van de dezelfde handelingen, of achter de computer werken.

Inzoomen: ziekteverzuim

Voor een verdieping van de cijfers hebben we Vernet als bron geraadpleegd. Daarbij is gebruik gemaakt van de Branche Viewer Algemene Ziekenhuizen kwartaal 2021-2. De analyse die Vernet geeft over deze periode is de volgende.

In het tweede kwartaal van 2021 is het verzuimpercentage van de Algemene Ziekenhuizen 5,96. Dit is een stijging van 9% in vergelijking met een jaar geleden (5,47). Over het voortschrijdend jaar 2020-3 t/m 2021-2 is het verzuimpercentage 5,89, een stijging van 8% ten opzichte van vorig jaar (5,46). De toename van het verzuim vergeleken met een jaar geleden zien we in alle leeftijdsgroepen terug. Onder jongere werknemers (tot 26 jaar) is weer de grootste stijging (28%) te zien. In de leeftijdsklasse 56 jaar en ouder is met 7,83 het hoogste verzuimpercentage zien. Bij de duurklassen is te zien dat ten opzichte van een jaar geleden het verzuim in alle klassen is gestegen, behalve in 1 t/m 14 dagen.

In elke deeltijdklasse is een toename van verzuim te zien. Het hoogste verzuim zit in de klasse 40-60%. Alle salarisklassen laten een toename in verzuim zien, met de grootste stijging van 15% in de categorie € 3.000-3.500.

In alle regio's is het verzuim gestegen ten opzichte van een jaar geleden. De regio Randstad laat dit jaar weer het hoogste verzuim zien en regio Zuid met 10% de grootste stijging.

De meldingsfrequentie laat met 1,02 een daling zien ten opzichte van een jaar geleden. De daling is in alle leeftijdsklassen terug te zien. De gemiddelde duur is 26,2 en is daarmee met ruim 4 dagen toegenomen ten opzichte van een jaar geleden.

Ten opzichte van een jaar geleden is het verzuimpercentage zorgbreed gestegen van 6,51 naar 6,98. Alle branches laten een toename in verzuim zien, behalve de GGZ waar het verzuimpercentage licht daalt. Het verzuim in de VVT is het hoogst en is tevens met 9% het sterkst gestegen. De meldingsfrequentie is zorgbreed gedaald van 1,06 naar 0,96. Deze daling zien we terug in alle branches, waar de GGZ met 16% de sterkste daling laat zien.



(FOTO 3)

In de volgende tabellen worden de ontwikkeling rondom het ziekteverzuim vanuit verschillende kanten belicht.

| Voortschrijdend jaar | 1e zk-jaar | 2e zk-jaar | Totaal |
|----------------------|------------|------------|--------|
| 2018-3 t/m 2019-2 | 4,60 | 0,56 | 5,16 |
| 2019-3 t/m 2020-2 | 4,87 | 0,59 | 5,46 |
| 2020-3 t/m 2021-2 | 5,30 | 0,59 | 5,89 |

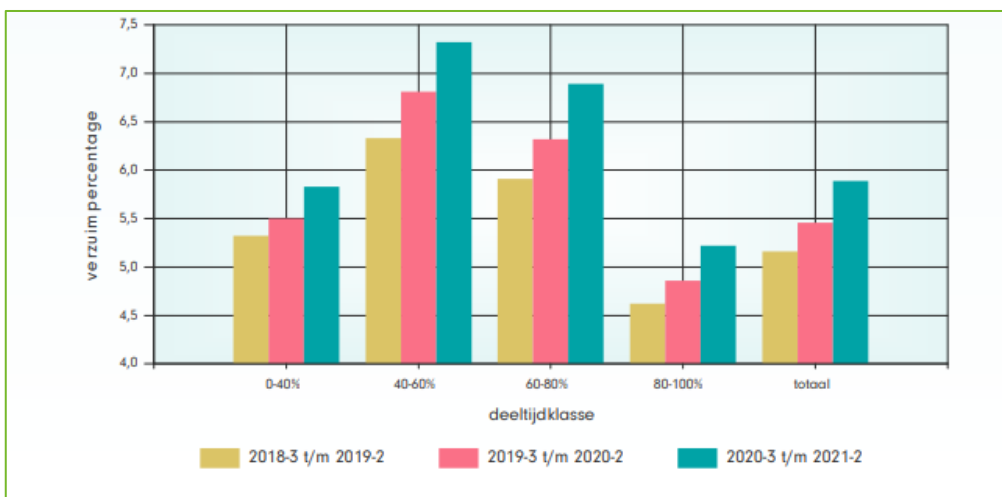
Tabel 13. Ontwikkeling ziekteverzuim; Verzuimpercentage eerste en tweede ziektejaar per voortschrijdend jaar (bron Vernet)

| Leeftijdsklasse | 2018-3 | 2019-3 | 2020-3 |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|
| | t/m 2019-2 | t/m 2020-2 | t/m 2021-2 |
| 25 jaar en jonger | 3,01 | 3,34 | 4,29 |
| 26 t/m 35 jaar | 3,65 | 3,91 | 4,41 |
| 36 t/m 45 jaar | 5,01 | 5,28 | 5,64 |
| 46 t/m 55 jaar | 5,63 | 5,91 | 6,38 |
| 56 jaar en ouder | 7,15 | 7,60 | 7,83 |
| totaal | 5,16 | 5,46 | 5,89 |

Tabel 14. Verzuimpercentage naar leeftijdsklasse per voortschrijdend jaar

| Leeftijdsklasse | 2018-3 | 2019-3 | 2020-3 |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|
| | t/m 2019-2 | t/m 2020-2 | t/m 2021-2 |
| 25 jaar en jonger | 1,39 | 1,39 | 1,31 |
| 26 t/m 35 jaar | 1,25 | 1,23 | 1,13 |
| 36 t/m 45 jaar | 1,12 | 1,09 | 1,00 |
| 46 t/m 55 jaar | 1,05 | 1,03 | 0,92 |
| 56 jaar en ouder | 1,06 | 1,04 | 0,92 |
| totaal | 1,14 | 1,12 | 1,02 |

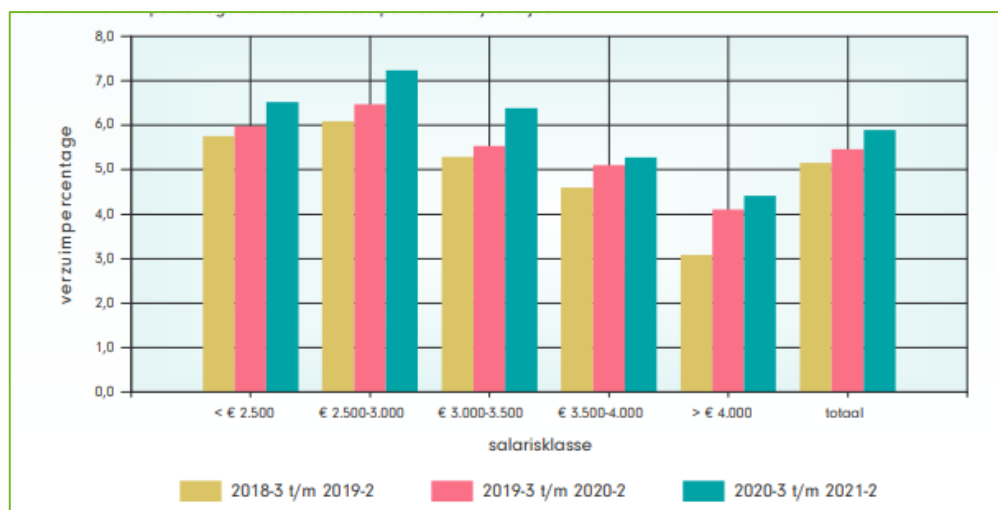
Tabel 15. Meldingsfrequentie naar leeftijdsklasse per voortschrijdend jaar



Figuur 18. Verzuimpercentage naar deeltijdklasse per voortschrijdend jaar



(FOTO 3)



Figuur 19. Verzuimpercentage naar salarisklasse per voortschrijdend jaar

Inzoomen: monitor gezond werken IZZ 2021

IZZ heeft in september 2021 de resultaten van de Monitor Gezond Werken (hierna de "Monitor") gepresenteerd. Met de Monitor Gezond werken in de zorg onderzoekt Stichting IZZ jaarlijks in samenwerking met de Universiteit Utrecht hoe het werken in de zorg wordt ervaren en hoe dit verband houdt met gezondheid en welzijn. De Monitor wordt vijf jaar lang elk voorjaar uitgevoerd onder leden van Stichting IZZ die momenteel werkzaam zijn in de zorg. In totaal hebben 8.132 zorgmedewerkers werkzaam in verschillende branches en beroepsgroepen deelgenomen aan de Monitor 2021.

In de Monitor wordt onderscheid gemaakt tussen de volgende vier branches: de ziekenhuizen (ZKH), de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en de Gehandicaptenzorg (GHZ). De grootste groep van deelnemers aan de Monitor Gezond werken in de zorg is werkzaam als verpleegkundige (28%). De kleinste groep deelnemers is werkzaam als arts of medisch specialist (3%). 16% van de deelnemers heeft een leidinggevende functie en 83% heeft in het werk direct contact met patiënten of cliënten. 61% van de medewerkers werkt volgens een dienstrooster, waarvan het grootste gedeelte werkt met een vast, repeterend of voorkeursrooster.

Tot slot: 67% van de deelnemers verleent mantelzorgtaken voor een chronisch zieke, gehandicapte of hulpbehoevende partner, ouder, kind of ander familielid, vriend of kennis. Het grootste gedeelte van de deelnemers met mantelzorgtaken verleent 1 tot 2 keer per week mantelzorg (46.8%).

De Monitor 2021 laat zien dat de gezondheid en het welzijn van zorgmedewerkers afhangt van verschillende factoren. De belangrijkste risico's voor een mindere gezondheid, hoger verzuim en een hogere verloopintentie zijn:

- » Langdurige klachten na een Covid-19 besmetting;
- » Geen mogelijkheden voor hulp rondom psychosociale belastende situaties ontstaan door covid-19;
- » Werken volgens een vast of repeterend voorkeursrooster;
- » Naast het werk ook verlenen van mantelzorg aan vrienden of familie.

Om de gezondheid en het welzijn van medewerkers te verbeteren, kunnen werkgevers aan verschillende knoppen draaien. De belangrijkste energiegevers zijn een gezond en veilig organisatieklimaat en het versterken van empowering leiderschap.

In het kader van deze sectoranalyse focussen we hierna op deze energiegevers en andere voor de sectoranalyse ziekenhuizen relevante zaken die specifiek voor deze branche naar voren worden gebracht in de Monitor.



(FOTO 3)

Werkdruk

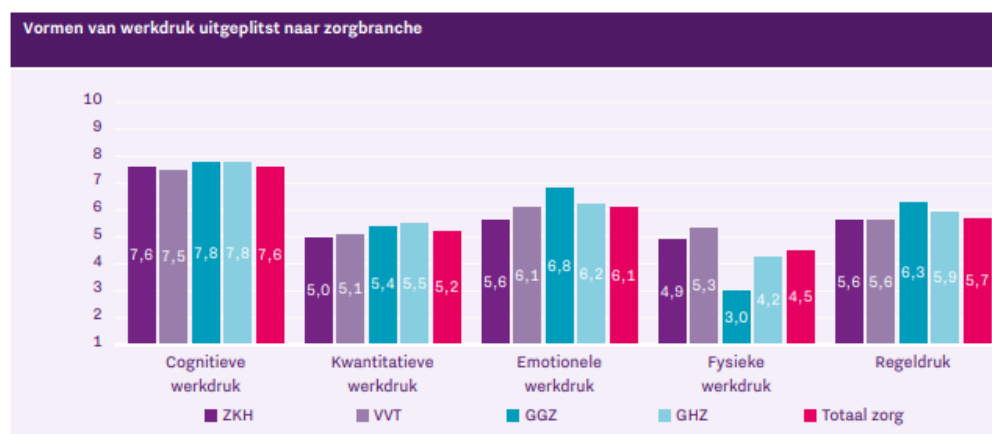
Werkdruk ontstaat wanneer de eisen die vanuit het werk gesteld worden het draagvermogen (belastbaarheid) van de medewerker te boven gaan. Er bestaan verschillende vormen van werkdruk:

- » Cognitieve werkdruk (complexe materie, moeilijke beslissingen);
- » Kwantitatieve werkdruk (te veel werk, hoge tijdsdruk);
- » Emotionele werkdruk (emotioneel belastende situaties);
- » Fysieke werkdruk (lichamelijke inspanning, langdurig dezelfde houdingen);
- » Regeldruk (nalevingslast van regels, gebrek aan functionaliteit van regels).

In combinatie met een gebrek aan hulpbronnen (autonomie, sociale steun) om met deze eisen om te gaan, kunnen deze vormen van werkdruk leiden tot werkstress en gezondheidsklachten.

De cognitieve werkdruk is het hoogst in de zorg (gem. 7,6), gevolgd door de emotionele werkdruk (gem. 6,1), de regeldruk (gem. 5,7), de kwantitatieve werkdruk (gem. 5,1) en de fysieke werkdruk (gem. 4,5; tabel 4).

Uitgesplitst naar branches blijkt dat de cognitieve werkdruk, de kwantitatieve werkdruk, de emotionele werkdruk en de regeldruk het hoogst zijn in de GGZ en GHZ. De **fysieke werkdruk** is het hoogst in de VVT en ZKH.



Figuur 20. Gemiddelde score op vormen van werkdruk uitgesplitst naar zorgbranche (schaal 1-10, bron IZZ)

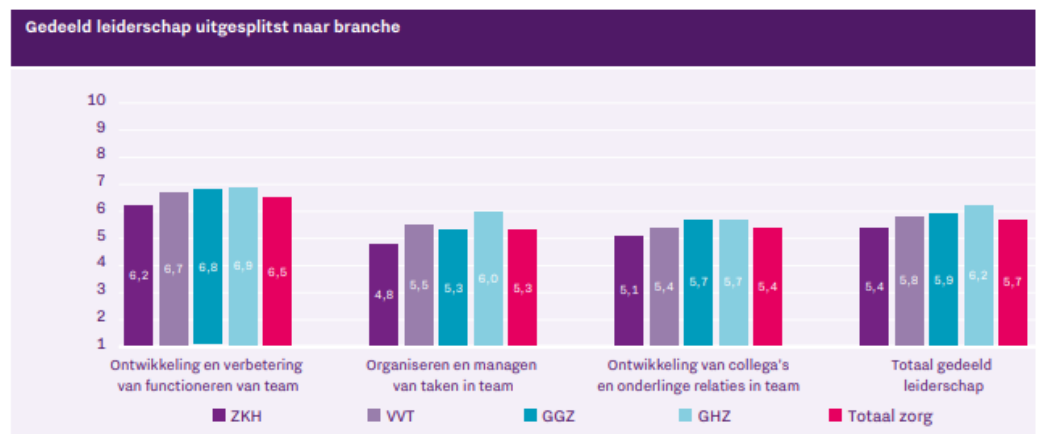
Leiderschap

In de Monitor is met diverse stellingen gemeten hoe zorgmedewerkers **empowering leiderschap** van de leidinggevende en gedeeld leiderschap onder medewerkers ervaren. Empowering leiderschap is een vorm van leiderschap waarbij de leidinggevende een omgeving creëert waarin zeggenschap en verantwoordelijkheid gedeeld worden met medewerkers in het team. In de Monitor is deze vorm gemeten op de volgende vier onderdelen:

- » De betekenis van het werk voor de medewerker vergroten.
- » De participatie en betrokkenheid van de medewerker bij het werk stimuleren.
- » Vertrouwen uiten in de capaciteiten van de medewerker..
- » Autonomie geven aan de medewerker om het werk op zijn/haar eigen manier uit te voeren.



(FOTO 3)

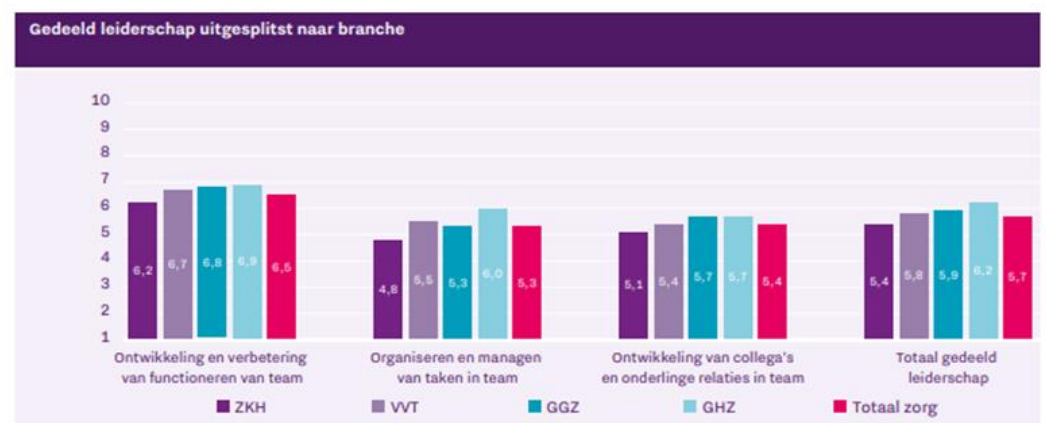


Figuur 21. Gemiddelde score op onderdelen van empowering leiderschap van leidinggevenden uitgesplitst naar zorgbranche (schaal 1-10, bron IZZ)

Uit deze grafiek blijkt dat de score op empowering stijl van leidinggevenden hoger ligt in de GGZ en GHZ dan in ziekenhuizen en de VVT. Met name het stimuleren van participatie en het geven van autonomie door leidinggevenden wordt in deze branches gemiddeld vaker ervaren door medewerkers.

Bij **gedeeld leiderschap** gaat het niet om het gedrag van één individuele leider, maar om de wijze waarop medewerkers in een team elkaar leiden tot het behalen van de doelen van het team of de organisatie. Medewerkers houden zich bij deze leiderschapsstijl bezig met taken en verantwoordelijkheden die traditioneel vooral aan de leidinggevende werden toegeschreven, maar nu verspreid zijn over de medewerkers in het team. In de Monitor is gedeeld leiderschap onder medewerkers gemeten aan de hand van verschillende vragen over drie onderwerpen:

- » De ontwikkeling en het verbeteren van het functioneren van het team (veranderingsgerichte verantwoordelijkheid van de medewerker).
- » Het organiseren en managen van taken in het team (taakgerichte verantwoordelijkheid van de medewerker).
- » De ontwikkeling van collega's en managen van onderlinge relaties in het team (relatiegerichte verantwoordelijkheid van de medewerker).



Figuur 22. Gemiddelde score op vormen van werkdruk uitgesplitst naar zorgbranche (schaal 1-10, bron IZZ)

In deze grafiek is te zien dat van alle branches, medewerkers in de GHZ scoren het hoogst op gedeeld leiderschap. Medewerkers in de GHZ nemen vooral vaker verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling en verbetering van het team en voor het organiseren en managen van taken in het team dan medewerkers uit de andere branches. Medewerkers in ziekenhuizen scoren het laagst op gedeeld leiderschap, met name op het organiseren en managen van taken in het team.

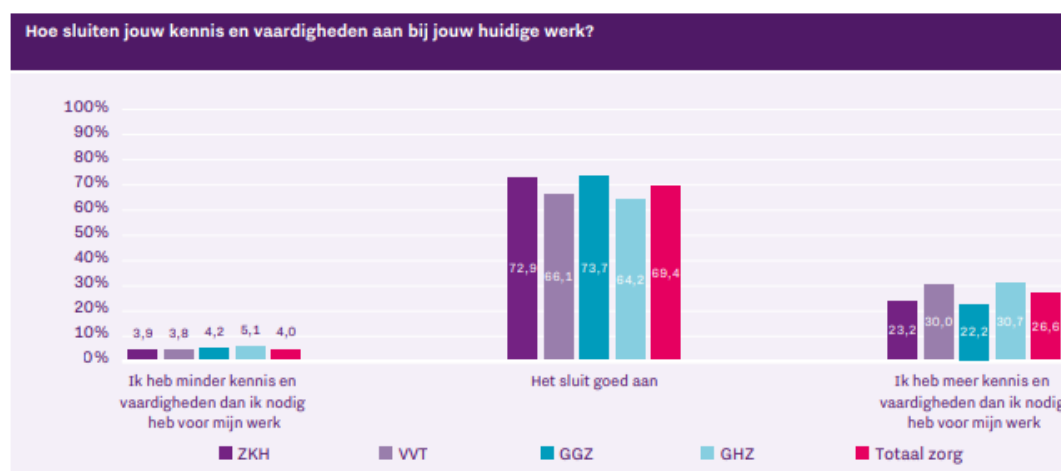


(FOTO 3)

Functieontwikkeling

Met verschillende vragen en stellingen is gemeten in hoeverre kennis en vaardigheden aansluiten bij de huidige werkzaamheden van zorgmedewerkers. Daarnaast is gemeten in welke mate de ontwikkeling van kennis en vaardigheden wordt gestimuleerd en een opleiding of cursus is gevolgd voor het werk.

Uit de volgende grafiek blijkt dat 96% van de zorgmedewerkers over voldoende kennis en vaardigheden beschikt om het werk goed te kunnen doen. Iets meer dan een kwart beschikt zelfs over meer kennis en vaardigheden dan het werk vraagt. In de ziekenhuizen geven 23,2% van de medewerkers aan dat men over meer kennis en vaardigheden beschikt dan het werk vraagt.



Figuur 23. Aansluiting kennis en vaardigheden bij het werk (bron IZZ)

Gezond en veilig werkklimaat

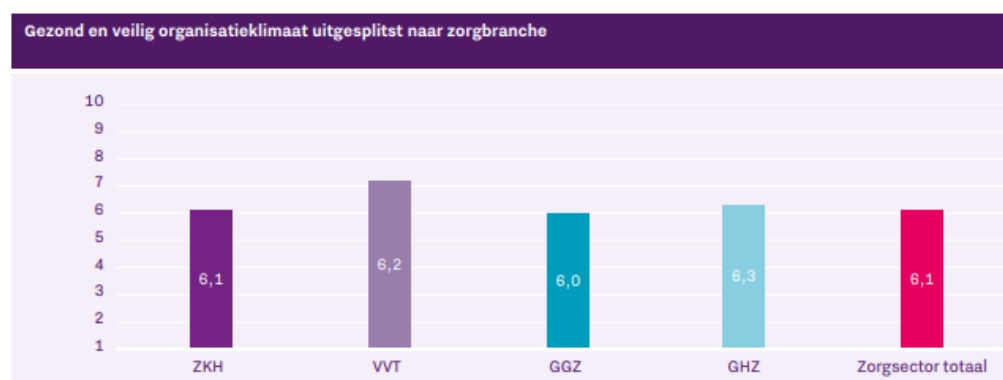
In zorgorganisaties met een gezond en veilig organisatieklimaat ervaren de medewerkers veel aandacht en prioriteit voor de gezondheid, veiligheid en het welzijn van medewerkers. Uit onderzoek blijkt dat een gezond en veilig organisatieklimaat een belangrijke voorspeller is voor de gezondheid en het welzijn van medewerkers (verlaging van uitputting, zorggebruik en verzuim). Een gezond en veilig organisatieklimaat bestaat uit vijf onderdelen:

- » Prioriteit bij het hoger management voor gezond en veilig werken;
- » Betrokkenheid van de leidinggevende bij gezond en veilig werken;
- » Groepsnormen en -gedrag in het team omtrent gezond en veilig werken;
- » Communicatie binnen de organisatie over gezond en veilig werken;
- » Participatiemogelijkheden voor medewerkers bij gezond en veilig werken.

Zorgmedewerkers beoordelen het organisatieklimaat van hun organisatie gemiddeld met een 6,1 (tabel 16). Het beste wordt gescoord op de groepsnormen en –gedrag in het team omtrent gezond en veilig werken. Zo'n 68% van de medewerkers vindt dat er binnen het team bewustzijn is voor gezond en veilig werken. Medewerkers zijn het minst tevreden over de participatiemogelijkheden. Ongeveer 38% van de medewerkers vindt dat alle lagen in de organisatie worden betrokken om gezond en veilig werken te stimuleren. Het organisatieklimaat wordt het best beoordeeld door medewerkers in de GHZ (grafiek 33). In de GGZ wordt het organisatieklimaat het minst beoordeeld de branche Ziekenhuizen zit op het niveau van de sector (6.1).



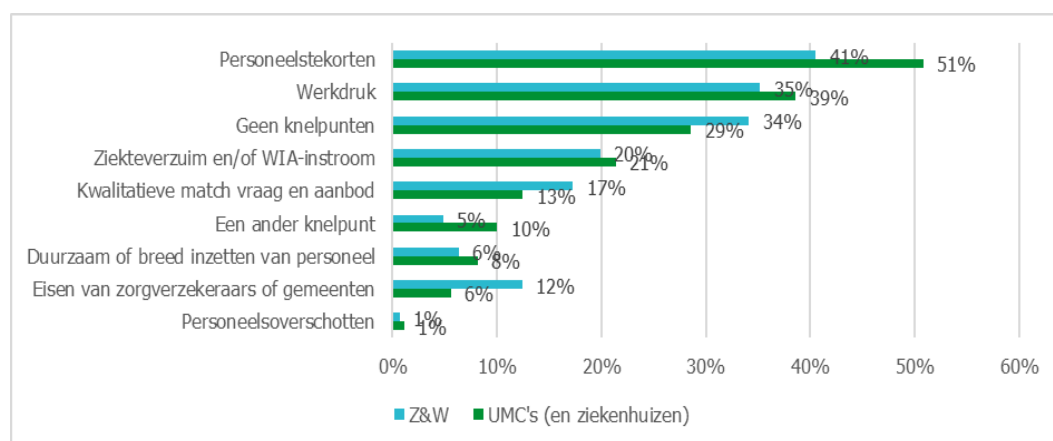
(FOTO 3)



Figuur 24. Gemiddelde score op gezond en veilig organisatieklimaat uitgesplitst naar zorgbranche (schaal 1-10, bron IZZ)

G. HRM-knelpunten

In de werkgevers enquête van 2019 (tweede meting) is ook aandacht geschonken aan de knelpunten in het personeelsbeleid van organisaties. In figuur 25 zijn de gerapporteerde knelpunten weergegeven voor de branche ziekenhuizen (samen met de UMC's) en voor de sector Z&W breed, geordend naar mate van voorkomen in de branche ziekenhuizen (en UMC's).



Figuur 25. HRM-knelpunten ziekenhuizen (en UMC's) en sector Z&W (Bron: WGE 2019, tweede meting)

51% rapporteert personeelstekorten. Nog eens 39% noemt (daarnaast) knelpunten door werkdruk. Deze knelpunten worden vaker genoemd dan gemiddeld in Z&W. 29% van de organisaties rapporteerde geen knelpunten. Daarna volgen ziekteverzuim (21%) en de kwalitatieve match tussen vraag en aanbod (13%).

5.3 Personeelsbeleid duurzame inzetbaarheid

In de werkgeversenquête van 2019 (eerste en tweede meting) en 2020 zijn verschillende thema's binnen het personeelsbeleid uitgevraagd. In dit deel presenteren we een overzicht van de cijfers over thema's rond duurzame inzetbaarheid. In de werkgeversenquête van 2020 is een wijziging aangebracht in de samenstelling van het panel³². Deze wijziging kan mede de oorzaak zijn van veranderingen in uitkomsten bij de figuren die volgen in dit onderdeel.

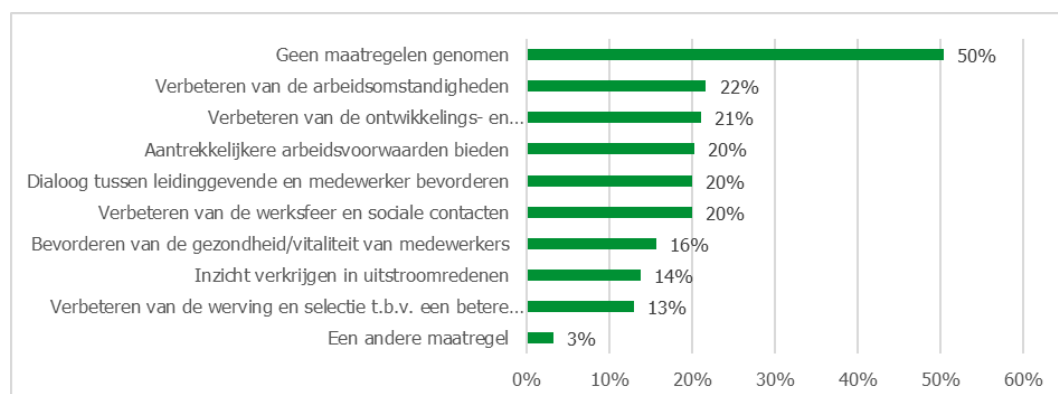
³² Het steekproefontwerp voor de derde peiling is gewijzigd t.o.v. de eerste twee peilingen in 2019. Bedrijven met GK 10 (1 werkzame persoon) zijn geen onderdeel meer van de doelpopulatie.



(FOTO 3)

Maatregelen beperken uitstroom

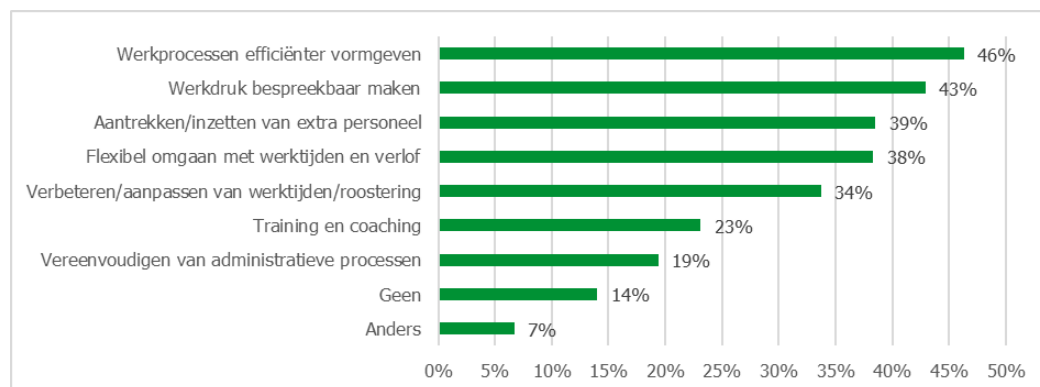
In figuur 26 zijn de maatregelen te zien die organisaties in de branche ziekenhuizen hebben getroffen om de uitstroom te beperken. 50% van de organisaties gaf aan geen maatregelen te hebben genomen (gelijk aan het aandeel in Z&W). Nog eens 22% heeft gewerkt aan verbeteren van de arbeidsomstandigheden (tegen 20% in Z&W). Nog eens 21% heeft zich ingezet voor het verbeteren van ontwikkelings- en loopbaanmogelijkheden (tegen 19% in Z&W). En 14% heeft actie ondernomen om inzicht te krijgen in de uitstroomredenen (tegen 9% in Z&W). Als we deze uitkomsten vergelijken met de uitkomsten van de meting in 2019 dan zien we flinke verschillen. Het aandeel dat geen maatregelen heeft genomen is toegenomen van 38% naar 50%. Verder zien we dat een deel van de voorgelegde maatregelen in 2020 door een kleiner aandeel van de organisaties zijn ingezet dan in 2019 het geval was. Andere maatregelen zijn juist meer ingezet zoals het verbeteren van de ontwikkelings- en loopbaanmogelijkheden en het verbeteren van de dialoog tussen leidinggevende en medewerker.



Figuur 26. Maatregelen beperken uitstroom ziekenhuizen (en UMC's) (Bron: WGE 2020)

Maatregelen tegen werkdruk

In figuur 27 zijn de maatregelen te zien die organisaties hebben genomen om de werkdruk te bestrijden. Meest genoemd wordt (door 46%) het efficiënter vormgeven van werkprocessen (tegen 41% in Z&W). Daarna worden het vaakst genoemd het bespreekbaar maken van de werkdruk (43%, tegen 49% in Z&W) en het aantrekken/inzetten van extra personeel (39%, gelijk aan het aandeel in Z&W). Als we deze uitkomsten vergelijken met de uitkomsten van 2019 dan zien we dat het aandeel dat geen maatregelen heeft genomen sterk is gedaald (van 40% naar 14%). Ook zien we dat de individuele voorgelegde maatregelen in 2020 door een groter deel van de organisaties zijn ingezet dan in 2019 het geval was.



Figuur 27. Maatregelen tegen werkdruk ziekenhuizen (en UMC's) (Bron: WGE 2020).

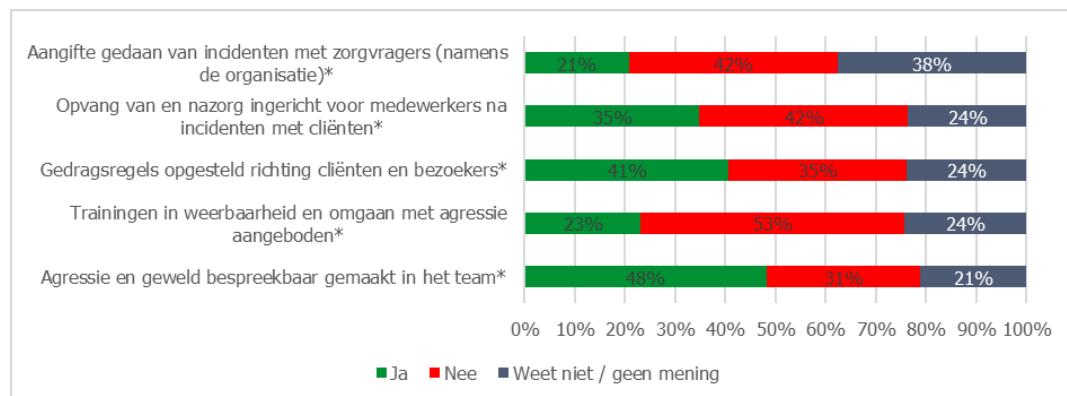
Maatregelen tegen agressie

In de branche ziekenhuizen worden vooral maatregelen genomen door agressie en geweld bespreekbaar te maken in de teams (48%, tegen 44% in Z&W) en door gedragsregels op te stellen voor bezoekers (41% tegen 39% in Z&W). Ook wordt opvang en nazorg verleend voor



(FOTO 3)

medewerkers (35%, tegen 27% in Z&W). Relatief vaak worden trainingen gegeven aan medewerkers in weerbaarheid en omgaan met agressie (23%, tegen 16% in Z&W) en wordt aangifte gedaan van incidenten met zorgvragers (21% tegen 16% in Z&W).



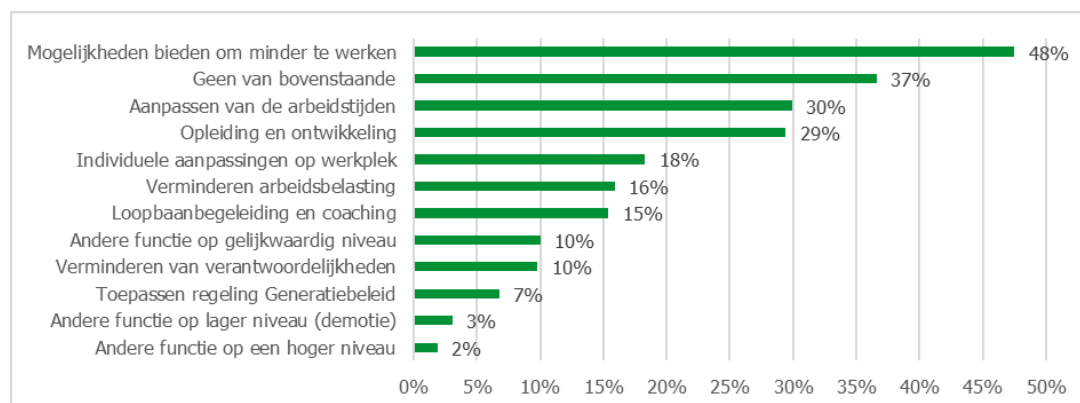
Figuur 28. Maatregelen tegen agressie ziekenhuizen (en UMC's) (Bron: WGE 2020)

* Exclusief de bedrijven die worden beschouwd als zelfstandige zonder personeel (zzp)

Als we deze uitkomsten vergelijken met de uitkomsten van de meting van 2019 dan valt op dat het aandeel antwoorden in de weet niet/geen mening categorie bij alle maatregelen is toegenomen. Verder valt op dat een groter deel van de organisaties in 2020 gedragsregels heeft opgesteld (41% tegen 30% in 2019) en opvang en nazorg heeft ingericht (35% tegen 25% in 2019).

Maatregelen voor langer doorwerken

In de tweede meting van de WGE 2019 is ook een serie maatregelen voorgelegd aan respondenten met de vraag of deze werden toegepast om medewerkers in staat te stellen om langer door te werken. 37% van de deelnemende organisaties gaf aan geen van deze maatregelen in te zetten. In de branche ziekenhuizen (en UMC's) wordt vooral gekozen om medewerkers de mogelijkheid te bieden om minder te werken (48% tegen 33% in Z&W). Ook kiest men vaak voor aanpassing van de arbeidstijden (30% tegen 21% in Z&W). Daarnaast wordt gekozen voor opleiding en ontwikkeling (29%, tegen 20% in Z&W) en voor Individuele aanpassingen op de werkplek (18% tegen 14% in Z&W).



Figuur 29. Maatregelen langer doorwerken ziekenhuizen en UMC's (Bron: WGE 2019, tweede meting)³³

³³ In de WGE-meting 2020 is deze vraag niet gesteld.



(FOTO 3)

5.4 Maatregelen duurzame inzetbaarheid sociale partners Ziekenhuizen

Het thema Duurzame Inzetbaarheid heeft al jaren de aandacht van sociale partners. Die aandacht is terug te vinden in zowel de CAO Ziekenhuizen als in de activiteiten van de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ). In deze paragraaf worden zowel voor de cao als voor de StAZ een opsomming gegeven.

CAO Ziekenhuizen 2019 - 2021

In de cao kunnen de volgende afspraken c.q. instrumenten benoemd worden die geschaard kunnen worden onder het thema Duurzame inzetbaarheid.

Preambule:

Onregelmatige diensten en flexibele inzet: extra beloning.

Studie flexibele inzet van vaste medewerkers

Innovatieve arbeidsmarktagenda: op de agenda staan experimenten en studies met betrekking tot innovatief personeelsbeleid (reduceren werkdruk en stimuleren instroom en behoud van medewerkers) die een positief effect op de werkbeleving van medewerker en kwaliteit van zorg ten goede komen. Enkele thema's die partijen willen agenderen: Vitaliteit en gezondheid, Flexibiliteit, Persoonlijke ontwikkeling

Balans werk-privé: afspraken over mogelijkheden aanpassen aan arbeidspatroon en verlof

Generatiebeleid en duurzame inzetbaarheid: continuering bestaande afspraken

Opleiden en ontwikkelen: aanwijzen scholing als werktijd

PLB en verlof: stimuleren medewerkers tot opstellen werknemersplan PLB

Herstellen na werken in de nacht: verlenging rusttijd

Geconsigneerde pauze in de nacht: pauze opnemen is hoofdregel. Als dit niet mogelijk is wordt een vergoeding toegekend.

Bepalingen

Algemene verplichtingen: 3.2.1 lid 5, 6 en 7 (aandacht voor werkdruk. Passende oplossing als een medewerker in wisselende diensten aangeeft deze niet langer te kunnen vervullen).

Regeling in het kader van leeftijdsgericht personeelsbeleid ter verlichting van werkbelasting van de oudere medewerker)

Jaargesprek 3.2.2.

Scholing en employability 3.2.19

Verzuimbeleid 4.5 (actief beleid gericht op terugdringen ziekteverzuim. Inspanning om bovenmatige werkdruk te voorkomen; inzet van coaching)

Flexpool 6.8 (vormgeven interne flexibiliteit)

Onregelmatige dienst 9.2 lid 3 (vrijgestelde werknemer van 57 jaar en ouder)

BAC-diensten 10.2 lid 6 (vrijgestelde werknemer van 58 jaar en ouder)

Persoonlijk Levensfasebudget 12: "Met de invoering van PLB-uren is beoogd de duurzame inzetbaarheid van de werknemer te bevorderen"

Bijlage A Statuut Sociaal Beleid: aandachtsgebied loopbaanontwikkeling, werklustbeheersing, her- en bijscholing, gezondheid, individuele werknemer, gezond roosteren

Bijlage D Generatiebeleid: Het generatiebeleid zorgt ervoor dat oudere medewerkers minder kunnen werken en op gezonde wijze de AOW-gerechtigde leeftijd kunnen halen.ao-partijen willen met de afspraak over het generatiebeleid duurzame inzetbaarheid te stimuleren.

Bijlage G Protocol aanbevelingen ter verbetering van de arbeidsomstandigheden en ter bestrijding van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkdruk.

StAZ

Via de Stichting Arbeidsmarkt Ziekenhuizen (StAZ) geïnvesteerd in bijvoorbeeld gezonde roosters, sociale veiligheid en praktische tools over generatiebeleid. Het aanbod van de StAZ bestaat in 2021 onder meer uit de volgende instrumenten.



(FOTO 3)

Gezond, veilig en vitaal werken**Verzuim (Vernet)**

- » Vernet levert ieder kwartaal een branchemonitor op met verzuimcijfers en enkele indicatoren worden ook per maand gerapporteerd. De gegevens vormen input voor beleid en activiteiten.

Arbocatalogus

- » Overzicht met arbeidsrisico's en beheersmaatregelen, sectorbreed beschikbaar voor arbo-professionals, leidinggevend en medewerkers.

RisicoRadar

- » Digitale tool voor ergocoaches en medewerkers met als doel risico's en oplossingen rond fysieke belasting in beeld te brengen zodat medewerkers veilig kunnen werken.

Veilige zorg

- » Stimuleren en faciliteren ziekenhuizen in het omgaan met en terugdringen van agressie en geweld.
- » Kennissite voor HR/arbo/beveiliging over voorkomen van en optreden tegen agressie.
- » Kennisuitwisseling middels regionale bijeenkomsten met ziekenhuizen, politie en OM.

App nachtarbeid

- » App met tips en adviezen voor medewerkers om zo gezond mogelijk 's nachts te werken.
- » App krijgt o.a. de mogelijkheid om het eigen rooster in te kunnen voeren voor maatwerkadvies.

Stimuleringspremie Gezond en veilig werken

- » Projectsubsidie die organisatie stimuleert nieuwe activiteiten te ontplooiën die bijdragen aan een gezond en veilig werkklimaat.

Goed werkgeverschap en opdrachtgeverschap**Innovatief roosteren**

- » Een serious game helpt teams om verbeterpunten in het rooster(proces) te benoemen en verbeteren, waardoor meer rust in het rooster ontstaat en een betere werk/privébalans.
- » Goede praktijkvoorbeelden over de flexibele inzet van personeel worden gedeeld, waaronder bijvoorbeeld een flexpool waarin breed opgeleide professionals de interne flexibele schil van de organisatie vormen.

Generatiebeleid

- » Rekentools voor werkgevers en werknemers die helpen zicht krijgen op de gevolgen van het afsluiten van c.q. deelnemen aan een generatieregeling in de organisatie.

Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

- » Programma waarin sociale partners onderzoeken en (bestaande) data ontsluiten over het brede terrein van opleiden en arbeidsmarkt.
- » Werkgevers kunnen deze HR-data inzetten om hun HR-beleid mede vorm te geven.

Stimuleringspremie Arbeidsverhoudingen

- » Projectsubsidie die organisatie stimuleert nieuwe activiteiten te ontplooiën die bijdragen aan goede arbeidsverhoudingen, op organisatie-, team- en individueel niveau.

Leven lang ontwikkelen en stimuleren van arbeidsmobiliteit**YouChooz**

- » Voorlichtingssite die jongeren informeert over opleidingen en beroepen in zorg, welzijn en sport.



(FOTO 3)

- » Met YouChooz.nl faciliteren de sociale partners in de zorg samen met VWS de beroepsoriëntatie en beroepskeuze van potentiële werknemers voor de sector Zorg en Welzijn.

Handreiking scholingsverzoek

- » De handreiking helpt medewerkers om een scholingsverzoek te onderbouwen en in te dienen. Leidinggevendenden kunnen de handreiking gebruiken bij het gesprek met medewerkers over een scholingsverzoek.

Programma Digivaardig

- » Bij het platform Digivaardig in de Zorg vinden medewerkers, leidinggevendenden en opleidingsadviseurs informatie en tools om te werken aan de digitale vaardigheden in de organisatie.

Eigen regie

Zorginspirator

- » Online loopbaanadvies op maat voor alle medewerkers in de zorg.
- » Van en voor de sector, kosteloos in gebruik.

Cao-app

Integrale cao-tekst en (reken)tools om cao-afspraken (ook over duurzame inzetbaarheid) te ontsluiten voor zowel organisaties als medewerkers.



(FOTO 3)

5.5 Samenvatting

- » Gemiddeld wordt er in de branche Ziekenhuizen 27,3 uur per week gewerkt. 45% van de medewerkers werkt in avond of late diensten, 33% werkt in nachtdiensten. Pieper of bereikbaarheidsdiensten komen voor bij 19% van de medewerkers.
 - » Psychische belasting, fysieke belasting, bezwarende werkomstandigheden en het risico op persoonlijk letsel komen als relevante elementen terug in de functies in het primair proces.
 - » 45% van de medewerkers vindt de werkdruk (veel) te hoog. De werkdruk ontstaat vooral door de hoeveelheid werk en hectische omstandigheden.
 - » Over het geheel gezien komen de verschillende vormen van agressie door patiënten/ cliënten minder vaak voor dan gemiddeld in de sector Zorg en Welzijn. Bij 53% van de medewerkers komt (verbale) agressie voor. Pesten bij 22 % en bedreiging en intimidatie bij 9 %. Deze (gemiddelde) percentages zijn lager (met uitzondering van agressie, die is gelijk aan het gemiddelde) in de branche Ziekenhuizen dan in Zorg en Welzijn.
 - » Gemiddeld is 78% in de branche Ziekenhuizen enthousiast over hun baan. Dit is nagenoeg gelijk aan het gemiddelde in de sector Zorg en Welzijn. 25% vindt het werk emotioneel zwaar. 21% ervaart gevoelens van vermoeidheid aan het begin van de dag terwijl 15% van de medewerkers aangeeft zich opgebrand te voelen door het werk. 11% geeft aan zich gefrustreerd te voelen door het werk.
 - » In de periode 2010 tot en met 2020 ligt het gemiddelde verzuim in de branche ziekenhuizen hoger dan het Nederlands gemiddelde en lager dan het gemiddelde voor de sector Zorg en Welzijn. In 2020 is het verzuim met 5,6% op het hoogste niveau van de afgelopen 10 jaar (bron CBS AZW statline).
 - » Vernet rapporteert voor het tweede kwartaal van 2021 een ziekteverzuimpercentage van 5,96%. Dit is een stijging met 9% en opzichte van 2020. De stijging is in alle leeftijdsklasse terug te zien. De grootste stijging is te zien bij medewerkers tot 26 jaar. In de leeftijdsklasse 56 jaar en ouder is het verzuimpercentage het hoogste (7,83%)
 - » Van de medewerkers die verzuimden gaf 21% aan dat de oorzaak hiervan (deels) in het werk lag. Dit is lager dan het gemiddelde in de sector Zorg en Welzijn (26%) en voor Nederland (23%). De meest genoemde oorzaak is werkdruk en -stress (38%), 21% noemt het werk lichamelijk te zwaar.
 - » IZZ rapporteert in haar Monitor 2021 dat de fysieke werkdruk (lichamelijke inspanningen/ langdurig dezelfde houdingen), vergeleken met ander zorgbranches, in de branche Ziekenhuizen het hoogste is.
 - » Personeelstekorten (51%) zijn het meest genoemde HRM knelpunt. Een ander veelgenoemd knelpunt is werkdruk (39%). Beide knelpunten worden vaker genoemd dan gemiddeld in de sector Zorg en Welzijn. 29% van de organisaties in de branche Ziekenhuizen ervaart geen knelpunten in het personeelsbeleid.
 - » Om het medewerkers mogelijk te maken om langer door te werken biedt 48% van de organisaties de mogelijkheid om minder te werken en 30% biedt de mogelijkheid om arbeidstijden aan te passen. 37 % van de organisaties neemt geen maatregelen die gericht zijn op langer doorwerken.
- Zowel in de Cao Ziekenhuizen als in de activiteiten van het arbeidsmarktfonds (StAZ) zijn de nodige afspraken en instrumenten te vinden die gericht zijn op duurzame inzetbaarheid. Vanuit de StAZ richten zich de activiteiten zich op gezond, veilig en vitaal werken, goed werkgeverschap en ontwikkelen en arbeidsmarktbaarheid.

6. De branche aan het woord (foto 4)

In de voorgaande foto's is het thema duurzame inzetbaarheid uitgewerkt op basis van deskresearch. Hoe wordt het thema duurzaamheid in de praktijk, in de branche Ziekenhuizen, opgepakt en hoe denkt men over dit thema? Om dit te achterhalen zijn focusgroepen gehouden, met als doel kennis, ervaring, ideeën en gedachten op te halen uit het veld zelf rondom het thema duurzame inzetbaarheid. Daarmee wordt het materiaal dat via deskresearch verkregen is, getoetst, verdiept en verrijkt.

6.1 Samenstelling focusgroepen en werkwijze

Met de focusgroepen wordt ingezoomd op de vraagstukken in de Ziekenhuizen rondom duurzame inzetbaarheid, belastend werk, langer doorwerken en vervroegd uittreden. Voor de focusgroepen zijn afgevaardigden uit drie groepen uitgenodigd: HR-managers, OR-leden/vakbondsconsulenten/kaderleden, Arbo-coördinatoren en Bestuurders.

Voor de samenstelling van de focusgroepen is een zgn. Sampling matrix gehanteerd. Aan de hand van drie kenmerken (omvang organisatie, type zorgorganisatie) is getracht om tot een zo representatief ('branche-dekkend') mogelijke samenstelling van de focusgroepen te komen. Door de cao-partijen zijn kandidaten voorgesteld voor deze vier focusgroepen. FWG Progressional People heeft aan de hand van de sampling matrix de focusgroepen definitief samengesteld. Bij de voorgestelde kandidaten bleken er geen werkzaam te zijn bij een kleine (< 25 medewerkers) organisatie. Voor iedere focusgroep zijn tenminste vijf deelnemers uitgenodigd.

Bij de organisatie van de bijeenkomsten voor de focusgroepen (die via Teams plaatsvonden) is daar waar kandidaten aangaven niet te kunnen, besloten om separate individuele gesprekken te voeren. Bij alle focusgroepen zijn individuele gesprekken gevoerd.

Aan de focusgroepen hebben vertegenwoordigers van de volgende organisaties deelgenomen:

| Focusgroep OR/ Vakbondsconsulenten/ Kaderleden | Focusgroep HR | Focusgroep Arbo coördinatoren |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Amphia Ziekenhuis | Basalt revalidatie | OLVG |
| Bernhoven | CWZ | Antoniusziekenhuis |
| Catharina Ziekenhuis Eindhoven | Diakonessehuis Utrecht | Laurentius |
| Diakonessehuis Utrecht | Haga Ziekenhuis | Sein |
| Dijklander Ziekenhuis | Revant | |
| Franciscus Ziekenhuis | Rivas Zorggroep | |
| Franciscus Ziekenhuis Rotterdam | Tergooi | |
| Instituut Verbeeten Tilburg | Focusgroep Bestuurders | |
| Noord West Ziekenhuisgroep | Haga Ziekenhuis | |
| Rijnstate | Noordwest Ziekenhuisgroep | |
| Treant | Wilhelmina Ziekenhuis Assen | |
| Wilhelmina Ziekenhuis Assen | | |
| *(1 deelnemer was net gepensioneerd) | | |

6.2 Gespreksonderwerpen

Voorafgaand aan de bijeenkomst van iedere focusgroep heeft iedere deelnemer via e-mail een toelichting over het traject sectoranalyse ontvangen. Daarbij zijn er drie vragen gesteld met het verzoek hierover alvast na te denken:

1. **Duurzame inzetbaarheid**

Voor de sectoranalyse is het van belang om een beeld te vormen van hoe het in de sector Ziekenhuizen is gesteld met de duurzame inzetbaarheid van medewerkers. Onder duurzame inzetbaarheid verstaan we hier: in staat zijn om gezond, productief en met plezier huidig en toekomstig werk te kunnen en willen uitvoeren.

Hoe staat het ervoor met de duurzame inzetbaarheid van de medewerkers in uw organisatie? Wat gaat goed? Wat zijn volgens u de belangrijkste problemen rondom duurzame inzetbaarheid?

Hoe effectief zijn bestaande maatregelen op dit gebied? Wat mist u?

2. **Zwaar werk**

Onderdeel van de sectoranalyse is het verkennen van het onderwerp “zwaar werk” in de branche Ziekenhuizen.

Welk werk binnen uw organisatie moet volgens u als “zwaar” worden bestempeld? Waarom? Welke factoren spelen hier in mee? Welke medewerkers raakt dit in het bijzonder? Welke (ontzie)maatregelen zijn nodig?

3. **Vervroegd uittreden**

Een specifiek onderdeel van de sectoranalyse betreft de wenselijkheid of noodzaak van een regeling voor vervroegde uittreding voor oudere medewerkers (van 60 jaar en ouder) in de branche Ziekenhuizen.

Wat is het beeld in uw organisatie van uitval en vervroegd uittreden bij oudere medewerkers? Is dit vermijdbaar? Welke maatregelen worden er getroffen om oudere medewerkers langer aan het werk te houden? In hoeverre is een tijdelijke regeling voor vervroegde uittreding wenselijk?

In de bijeenkomsten zijn deze vragen besproken aan de hand van de volgende (6) blokken:

1. Duurzame inzetbaarheid
2. Huidige maatregelen en duurzame inzetbaarheid
3. Zwaar werk
4. Vervroegd uittreden

In het vijfde blok heeft een reflectie met de deelnemers plaatsgevonden aan de hand van twee vragen:

5.1 Als we over dit gesprek heenvliegen en we pakken de belangrijkste problemen rondom duurzame inzetbaarheid, met welke extra/nieuwe maatregelen zou uw organisatie dan het meest gebaat zijn en waarom?

5.2 Specifiek inzoomend op de oudere medewerkers: in hoeverre is uw organisatie gebaat bij extra/nieuwe regelingen voor minder werken en vervroegd uittreden en waarom?

De afronding heeft plaatsgevonden met de slotvraag of er nog thema's zijn rondom de problematiek van duurzame inzetbaarheid die niet zijn besproken (blok 6).

6.3 Terugkoppeling focusgroepen

De terugkoppeling van de bijeenkomsten wordt hierna per focusgroep weergegeven. Dit per blok beknopt en praktisch ongecensureerd. We sluiten dit hoofdstuk af met een samenvatting van de input die met de vier focusgroepen is verkregen.

Focusgroep OR

1. Problematiek duurzame inzetbaarheid en zwaar werk

- » De focus bij duurzame inzetbaarheid ligt bij de groep medewerkers tussen de 50 en 60 jaar oud. Gevoeld wordt dat vanaf 55 jaar een kantelpunt ligt waar medewerkers niet meer geholpen kunnen worden om de pensioenleeftijd te halen.
- » Door het moeten ontlasten van oudere medewerkers wordt de werkdruk op jongere medewerkers steeds hoger. De duurzame omgang met jonge medewerkers staat sterk in de schaduw van de duurzame omgang met oudere medewerkers.
- » Juist jonge werknemers hebben behoefte aan duurzame omgang in hun inzetbaarheid in de periode waarin ze bijvoorbeeld en gezin stichten.
- » Oudere medewerkers ervaren druk van herhalende scholing die in hun optiek weinig veranderd. De scholing moet in eigen tijd, behalve de toetsing, en dit levert werkstress zonder het gevoel van beloning te geven.
- » Technologische ontwikkeling zorgt ook voor een tweedeling in het werknemersbestand. Oudere medewerkers geven aan moeite te hebben om mee te komen met de technologie, en niet het gevoel te hebben hierdoor beter ingezet te kunnen worden. Jongere medewerkers geven juist aan in lasten verlicht te worden.
- » Naast de leeftijd spelen drie thema's een hoofdrol bij Duurzame Inzetbaarheid: fysieke belasting, mentale belasting en werk-privé balans.
- » De werk-privé balans staat zwaar onder druk door de onregelmatigheid van het werk en de hoeveelheid werk. Door de arbeidsmarktkrapte is er weinig ruimte voor medewerkers om niet te werken.
- » De fysieke belasting zit in de aard van het werk. Bijna alle vormen van zorgwerk worden als fysiek belastend aangeduid, en hierbij wordt aangekaart dat velen al decennia in de zorg werken, en dus al decennia fysiek belastend bezig zijn.
- » De mentale druk wordt aan veel oorzaken toegeschreven. Patiënten en hun familie of naasten worden mondiger, de zorg wordt complexer, de digitalisering maakt de zorg complexer, en de arbeidsmarktkrapte zorgt voor een grotere vraag aan de medewerkers.
- » Veel ziekenhuizen hebben een redelijk aanbod aan duurzame inzetbaarheidsmaatregelen, maar deze maatregelen worden niet gezien als een oplossing van de duurzame Inzetbaarheidsproblematiek.
- » Cursussen worden wel aangeboden, maar onder werktijd zonder vergoeding of opvang van diensten, wat bezwarend werkt voor medewerkers.
- » Beleid op duurzame inzetbaarheid is organisatiegebonden, wat voor een brede variatie aan maatregelen binnen de sector zorgt. Als de individuele organisatie duurzame Inzetbaarheid niet prioriteert wordt er weinig mee gedaan.
- » Het generatiebeleid wordt weinig aangesproken als het gaat om vervroegd uittreden. Medewerkers treden wel degelijk vervroegd uit, maar komen niet in aanmerking voor het generatiebeleid of de ziekenhuis kent dit niet.
- » Het gevoel heerst dat duurzame inzetbaarheid op dit moment vooral gericht is op herstel, en niet op preventie van de problematiek



2. Huidige maatregelen

- » De verschillende OR-leden zijn actief bezig met het versterken van de duurzame Inzetbaarheidsmaatregelen. De druk ligt vooral op de financiële kant, waar erg weinig ruimte is in de ziekenhuizen.
- » Op dit moment liggen veel maatregelen vast vanuit de ziekenhuizen, en zijn deze vaak algemeen. De behoefte is er om duurzame inzetbaarheid als maatwerk te leveren.
- » Het generatiebeleid is een lastige kwestie, omdat er maar weinig aanspraak op gedaan kan worden. Niet alle ziekenhuizen voorzien in het beleid, hoewel het wel gewenst is.
- » In veel ziekenhuizen wordt het generatiebeleid overgeslagen en worden PLB-uren die in het verleden gespaard zijn, gebruikt om vervroegd met pensioen te gaan. Dit is niet wenselijk, maar voor velen wel begrijpelijk; je levert niet in op de financiële kant en kan wel eerder stoppen.
- » Het generatiebeleid verhoogt de werkdruk op medewerkers die in dienst blijven; diensten komen uit bij andere medewerkers, omdat door arbeidsmarktcrisp deze niet gevuld worden.
- » In veel ziekenhuizen heerst de gedachte dat alleen de werkgever verantwoordelijk is voor duurzame inzetbaarheid. De eigen inzet van de medewerker wordt gemist, waarbij duidelijk wordt dat ook voor ziekenhuizen het inzetten op duurzame inzetbaarheid moeilijk is. Als er maatwerk geleverd moet worden, moet dit van twee kanten komen.

3. Zwaar werk

Wat is zwaar werk?

- » Deze vraag is lastig te beantwoorden. Fysiek zwaar werk vindt zeker plaats in de ziekenhuizen, zowel in het primaire proces als in het facilitaire gedeelte.
- » Het primaire proces ervaart zowel fysiek zwaar werk in de werkzaamheden (bukken, tillen, buigen, veel lopen, veel op de voeten) als in de onregelmatigheid van diensten.
- » De onregelmatigheid werkt in de ogen van velen ook verzwarend op de werk-privé balans in elke levensfase.
- » Zwaar werk is ook levensfase gebonden als het gaat om het matchen van werkzaamheden bij een leeftijdsgroep. De suggestie om oudere medewerkers bijvoorbeeld opleidende of coachende werkzaamheden te geven, wordt vaak aangehaald.
- » De mentale last van zorgwerk maakt het ook zwaar werk. Hierbij spelen grote dingen een rol, zoals de omgang met patiënten zonder kans op herstel (“uitzichtsloos”), maar ook een grote concentratienoodzaak van medewerkers (het constant ‘aan’ staan). Hiernaast heerst ook het gevoel dat de kleine dingen, zoals parkeerbeleid, niet geregeld zijn. Dat stapelt zich op tot een zware mentale last.

Is er sprake van lastenverlichting op zwaar werk?

- » Dit is heel spaarzaam het geval. De ziekenhuizen proberen lasten te verlichten, maar komen snel in de knel met bijvoorbeeld de bezetting of een gebrek aan financiële middelen.
- » In de COVID-periode werd er veel gedaan om het zorgmedewerkers makkelijker te maken. Dit werd zeer positief ontvangen in de ziekenhuizen, en dat dit nu niet meer het geval is wordt jammer gevonden. De kleine hulpbronnen van de COVID-periode worden als zeer laaghangend fruit gezien dat nu niet geplukt wordt.

4. Vervroegd uittreden

- » Vervroegd uittreden wordt gezien als een noodzakelijk middel in de ziekenhuizen. De groep medewerkers die hun pensioenleeftijd haalt, is al heel beperkt.
- » De vergrijzing van de zorg wekt ook zorgen als het gaat om de verhogende werkdruk op andere medewerkers. Als een groot deel van de ziekenhuismedewerkers vervroegd uittreedt, is dat ondoenlijk voor de rest.
- » Het vervroegd uittreden is nu een decentrale kwestie in de ziekenhuizen. Elk ziekenhuis heeft zijn eigen regelingen en ruimte voor vervroegd uittreden, wat voor verdeeldheid zorgt. Bij de



OR heerst de behoefte om een generatieregeling in de cao vast te leggen om dit voor elke medewerker een recht te maken in de ziekenhuisbranche.

- » Het vervroegd uittreden moet ook financieel beter op de poten komen te staan. De 'stopleeftijd' ligt rond de 62-63, wat betekent dat men tegenwoordig niet 2 of 3 jaar moet overbruggen, maar 4 of 5, en dat is voor velen financieel niet haalbaar. Medewerkers werken zich nu het verzuim in omdat ze niet kunnen stoppen als ze daar echt behoefte aan hebben.
- » De ruimte in vervroegd uittreden moet ook breder worden. De 45-jaarsregeling die er nu ligt is niet werkzaam als medewerkers beginnen op hun 17e.
- » De regie voor vervroegd uittreden moet wel bij de medewerker komen te liggen. Een medewerker die nog fit is en tot zijn of haar 67e door kan, moet dat ook kunnen, terwijl er ruimte moet komen om te stoppen als daar behoefte aan is bij andere medewerkers.
- » De regie op PLB-uren moet anders in de ziekenhuizen. Op dit moment wordt het gezien als een middel om eerder met pensioen te kunnen, waardoor er aan het einde van de loopbaan voor alle partijen problemen ontstaan: medewerkers komen ongezond bij hun pensioenleeftijd door het niet opnemen van PLB-uren, en de werkgever zit diep in de kosten omwille van de PLB-uren.
- » Door PLB beter te regisseren, kan een medewerker duurzamer ingezet worden.

5. Reflectie en extra aandachtspunten

- » Als laatste komt de hoge turnover van zorg boven drijven. De behandelingen zijn korter, er komen meer patiënten in de ziekenhuizen en de ademruimte voor medewerkers is sterk verkort.
- » Er is behoefte aan meer hersteltijd binnen het werk om zo langer door te kunnen. Nu heerst het gevoel dat het werk zich hak op de tak opvolgt, en er eigenlijk geen ruimte voor herstel is.

Focusgroep HR

1. Problematiek duurzame inzetbaarheid en zwaar werk

- » Eerste observatie vanuit het HR-management is dat de werkdruk ontzettend hoog is, en er een spanningsveld is tussen de ruimte voor medewerkers en het leveren van 'productie'.
- » Behandelen is een snel productieproces geworden voor medewerkers, in plaats van iets wat met passie geleverd wordt. Dit geeft een zware mentale last op de medewerker. Het gevoel dat het om mensen draait neemt steeds meer af.
- » Duurzame inzetbaarheid neemt af door dit soort denken, de medewerker voelt zowel de patiënt als zichzelf niet meer centraal staan.
- » Vanuit het HR-management leeft juist de beleving dat de medewerker enerzijds vanuit de werkgever centraal moet staan, en anderzijds zelf regie moet pakken.
- » Het aanbod aan duurzame inzetbaarheidsmaatregelen is breed binnen de ziekenhuizen; workshops, fitheid in het werk, en leermogelijkheden zijn er allemaal. De programma's worden alleen niet altijd aangewend door medewerkers.
- » Er ontbreekt vanuit de medewerker een stuk regie op de eigen duurzame inzetbaarheid. Veel medewerkers kijken van een afstand toe wat er op ze afkomt in de categorie duurzame inzetbaarheid, maar nemen niet zelf stappen.
- » Voor een deel komt dit voort uit de ruimte die medewerkers beleidsmatig krijgen. Medewerkers die hun eigen tijd of geld moeten opofferen voor duurzame inzetbaarheidsinitiatieven zijn minder snel bereid dat te doen. De wisselwerking tussen de medewerker en de ziekenhuizen laat nu te wensen over, het blijft moeilijk om samen tot een werkend programma te komen.
- » Het gebrek aan duurzame inzetbaarheid in het verleden leidt op dit moment tot problemen. Veel oudere medewerkers zijn moe en kijken vooruit naar vervroegd uittreden. Vanuit de HR-afdelingen is de insteek breder dan dat, maar voor een grote groep medewerkers ligt hier de nadruk.



- » Het is moeilijk om het fysiek zwarte werk te verminderen voor de groep oudere medewerkers. Enerzijds is het onttrekken van handen aan het primaire proces moeilijk, anderzijds kunnen medewerkers zelf soms lastig schakelen tussen werkvelden. Eerder inzetten op een breed aanbod binnen het werkveld kan dit in de toekomst voorkomen.
- » Deze medewerkers worden wel geholpen door de introductie van het 'goede gesprek'. Door direct met de medewerkers in gesprek te gaan en daar ruimte te bieden als het gaat om wat er speelt voor de medewerker kan de inzetbaarheid verduurzaamd worden en het verzuim verlaagd.
- » Digitalisering matcht slecht met oudere medewerkers. Dit gaat vaak te snel, en is moeilijk bij te houden.

2. Huidige maatregelen

- » Artsen zijn een *apart pijnpunt* voor de HR-afdelingen. Artsen vallen buiten bredere afspraken, en hebben een ander loopbaanpad binnen de ziekenhuizen. De behoefte om artsen dicht te betrekken bij hun eigen duurzame inzetbaarheid is er, maar daarvoor moeten artsen open staan.
- » Op dit moment is er een klem op de duurzame inzetbaarheidsmaatregelen vanuit de zorgverzekeraars. Hier wordt weinig bijgelegd voor het beleid, terwijl voor het gevoel juist zorgverzekeraars uitkomst zouden kunnen bieden.
- » De cao biedt op dit moment ook weinig ruimte, deze is relatief ingewikkeld als het gaat om dit soort beleid, en alle haken en ogen aan de geboden mogelijkheden leiden vaak tot een keuze hier niet mee in zee te gaan.
- » Er is vanuit de cao geen mogelijkheid als het gaat om een 'demotiebeleid'. Medewerkers kunnen geen stap terugnemen op de werkvloer waardoor ze vastzitten in de bestaande werkzaamheden vanuit de cao. Een demotiebeleid zou zowel de lasten van de werknemer in het werk verlichten, als financiële druk op de ziekenhuizen verlagen.
- » De regeltechnische insteek van de cao wordt wel gewaardeerd door de ziekenhuizen. Het wordt erkend dat het hebben van regels en het borgen van zekerheden noodzakelijk is, en dat is waar de cao in de optiek van de ziekenhuizen voor staat. Wel is er behoefte aan een kader waar binnen meer vrijheid is om te opereren als het om duurzame inzetbaarheid gaat.
- » Concreet is er behoefte vanuit de HR-kant aan het kunnen bieden van een breed scala aan opties waarbij werknemers zelf regie kunnen nemen en kunnen kiezen uit wat voor hen werkt, en wat niet.
- » De *gelijkheid* in de duurzame inzetbaarheid moet ook gewaarborgd worden. Duurzame inzetbaarheid die alleen gericht is op het verlagen van de lasten op oudere medewerkers en dit op het bord van de jongere medewerkers legt, is niet de oplossing.
- » Voor de HR-afdelingen is er behoefte aan een afgebakend kader waarin duurzame inzetbaarheid behandeld kan worden, en waar financieel en beleidsmatig de ruimte is om maatwerk te leveren aan medewerkers.

3. Zwaar werk

Wat is zwaar werk?

- » Binnen de ziekenhuizen veel discussie. Enerzijds wordt de zwaarte van werk erkend, anderzijds geldt dat sommige vormen van werk zwaarder zijn omdat bestaande hulpmiddelen niet gebruikt worden. Hiernaast is de context van werk erg bepalend voor de zwaarte.
- » Zowel mentale als fysieke aspecten komen terug als het om zwaar werk gaat.
- » Mentaal geldt dat medewerkers vaak hun hele dienst 'aan' staan, en weinig ruimte hebben om te herstellen. Hierboven op komt ook een administratieve last die bijdraagt en de mentale druk van medewerkers.
- » De voorspelbaarheid neemt af binnen het werk in de zorg. Door de snelle opvolging van werk is de duidelijkheid en voorspelbaarheid laag, en moeten medewerkers onder druk snel schakelen.

- » Digitaliseren wordt gezien als een oplossing als het om duurzaam werken gaat, maar is vaak ook een bron van mentale druk bij medewerkers die geen affiniteit hebben met de digitalisering. Hier wordt een splitsing gezien tussen de medewerkers die wel en geen affiniteit hebben.
- » Fysiek is het werk zwaar als het gaat om het primaire proces en werk als facilitair of cateringwerk.
- » Beleidsmatig is het recht op onbereikbaarheid recent op de voorgrond getreden. Altijd bereikbaar moeten zijn is zwaar voor medewerkers, waarbij ook het gevoel heerst van medewerkers om er voor elkaar te moeten zijn. Zelf onbereikbaar mogen zijn en van collega's weten wanneer ze onbereikbaar zijn zou lasten moeten verlichten.

Welke maatregelen zijn er?

- » Centrale afspraken worden niet per se als nodig gezien, juist maatwerk voor elk ziekenhuis, en het liefst elke medewerker, levert het meeste op.
- » Op dit moment is er nog veel behoefte aan managementcontrole. Management moet zelf lager in de controle gaan zitten en daarbij werknemers vertrouwen, om hun inzetbaarheid te verduurzamen.
- » De generatieregeling wordt niet als werkbaar gezien, die ondersteunt mensen te weinig bij vervroegd uittreden. De meeste medewerkers verdienen niet genoeg om de jaren tot hun pensioen te overbruggen met een uittredingsregeling.

4. Vervroegd uittreden

- » De wens om vervroegd uittreden is breed binnen de ziekenhuizen. Veel medewerkers starten vroeg in hun leven met werken, en zijn *op* voor hun AOW. Het opschuiven van de AOW-leeftijd valt ook slecht bij deze medewerkers, de stip op de horizon wordt voor ze uitgeschoven.
- » Naast het niet halen van de AOW-leeftijd zijn er ook medewerkers die na een lange dienstperiode graag willen stoppen omdat het voldoende geweest is. Ook deze medewerkers moeten de ruimte krijgen om op tijd te stoppen.
- » Het generatiebeleid wordt weinig aangesproken, ook omdat daar zelf voor betaald wordt door de werknemer. Dit doet snel afknappen, medewerkers vinden de huidige regeling een 'koekje van eigen deeg', er wordt afgebroken aan de eigen 'spaarpot' van pensioenopbouw en PLB-uren in plaats van dat de werkgevers iets leveren.
- » De vraag is wel of werkgevers hierin moeten leveren. De ruimte daarvoor aan de werkgeverskant is erg krap. De behoefte aan financiële ruimte vanuit bijvoorbeeld de cao is groot.
- » Hiernaast komt kijken dat deze maatregelen op dit moment niet duurzaam aanvoelen. Maatregelen die over drie jaar anders moeten, zijn niet houdbaar voor de zorg, en de behoefte is er dan ook om dit zo in te regelen dat zowel de generatie die er nu aan toe is, als de komende generaties, een goede regeling hebben.
- » De PLB-uren zijn vanuit de ziekenhuizen een pijnpunt. Veel PLB-sparen heeft voor hoge kosten en een lage productie gezorgd. Hier wordt ook een gebrek aan duurzaamheid gevoeld onder werknemers die hun PLB jaren niet inzetten, en dus ongezond bij hun pensioen komen. Jongere werknemers nemen op dit moment hun PLB wel op.
- » Er is ook een behoefte om de muurtjes tussen de branches te verwijderen, op die manier kunnen mensen behouden worden voor de sector, zelfs als ze uit de ziekenhuizen vloeien.

5. Reflectie en extra aandachtspunten

- » De uitstroom in de komende 10 jaar is echt een pijnpunt. Het behouden van jongere medewerkers wordt heel erg belangrijk in de komende tijd. Om dit te bewerkstelligen zouden

eventueel oudere en jongere werknemers gekoppeld kunnen worden. Zo ontlast je oudere werknemers en verzorg je goede begeleiding bij jongere werknemers.

- » Geen behoefte aan regelingen die meer kwaad dan goed doen, wel behoefte aan objectieve richtlijn voor vervroegd uittreden en liefst bijbehorende financiële tegemoetkoming. AOW-verruiming heeft duidelijke afspraken die ook voor werkgevers werkbaar zijn nodig, niet een regeling die de ene of andere kant platslaat. Moeite met regeling is vooral hoe vaak het net te kort schiet.
- » AOW heeft met name betrekking op 'zware beroepen', staffuncties bijvoorbeeld komen niet aan bod, die redden het vaak. Alleen als ze het niet redden moet ook hier maatwerk zijn.

Focusgroep Arbo Coördinatoren

1. Problematiek duurzame inzetbaarheid en zwaar werk

- » Op dit moment zijn er wel duurzame inzetbaarheidsinitiatieven, maar die komen niet altijd bij de juiste medewerkers aan. Het primaire proces moet de initiatieven vaak laten liggen, terwijl bijvoorbeeld kantoorpersoneel hier wel mee aan de slag kan.
- » De aangeboden interventies zijn vaak reactief in plaats van positief, en komen dus vaak te laat om de problemen van medewerkers op te lossen. De insteek op herstel boven preventie sluit niet aan bij het beeld van wat duurzame inzetbaarheid zou moeten zijn.
- » Het is lastig voor zorgpersoneel om aan de slag te gaan met duurzame inzetbaarheid omdat medewerkers geen tijd van het zorgproces weg willen nemen. Daarnaast vinden medewerkers het bij de werkgever liggen om hen te voorzien in de duurzame inzetbaarheid.
- » Artsen hebben geen cultuur rondom duurzame inzetbaarheid, en hier landt het thema dus maar langzaam.
- » Vergrijzing binnen de zorg speelt een grote rol in duurzame inzetbaarheid van medewerkers. Medewerkers zijn lang in dienst en honkvast, en zijn dus moeilijk te bewegen om andere taken op te pakken na veel jaar in hetzelfde werk gezeten te hebben.
- » Naast leeftijd is ook de fysieke belasting een heikel punt als het gaat om duurzame inzetbaarheid. Zowel bij het primaire proces als in het facilitaire werk zijn de fysieke lasten hoog.
- » Veel oudere medewerkers halen fysiek hun AOW niet, maar de focus kan niet alleen daar liggen. Ook jongere medewerkers (25-40) worstelen met de duurzaamheid van hun inzetbaarheid en hebben moeite hun werk-privé balans te handhaven.
- » De druk op het privéleven is groot voor zorgmedewerkers. Veel medewerkers organiseren hun werk om het privéleven heen, waar men mantelzorger is, of met twee werkende partners een gezin start.
- » Hierbij komt ook de onregelmatigheid van zorgwerk nog een keer om de hoek. Het gevoel dat het de gezondheid geen goed doet, en druk oplevert in de privésfeer, maakt dit dubbel verzwarend.
- » Naast alle fysieke lasten, loopt ook de mentale last in de zorg sterk op. COVID heeft een sterk effect in de laatste jaren, maar ook daarbuiten is er een sterke toename in wat het werk mentaal van medewerkers vraagt.
- » Agressie van patiënten en naasten is sterk toegenomen in de laatste jaren, en dat wordt door de zorgmedewerker sterk gevoeld. Dit wordt gecombineerd met een steeds hogere productienorm, waardoor de tijd voor herstel tussen zorgmomenten langzaam verdwijnt. De zorgmedewerker is niet meer instaat zichzelf op de been te houden, en mist daarin ook begeleiding vanuit de werkgever.
- » Beleidsmatig wordt er weinig actieve insteek gevoeld. Zowel (door)ontwikkel- als demotiebeleid worden nu gemist. Wel wordt erkend dat dit regeltechnisch ook slecht in elkaar zit. De behoefte aan slagkracht van de werkgever is wel sterk toegenomen in de laatste jaren.



2. Huidige maatregelen

- » Op dit moment is er wel een poging om een langdurig beleid neer te zetten, maar beleid is nog steeds veel reactief. Hierbij wordt er wel gekeken naar maatschappelijke trends, maar ook hier wordt er snel achter de feiten aangelopen.
- » De breedte van maatregelen leidt snel tot een gebrek aan participatie. Als de initiatieven niet aansluiten op de individuele behoefte maakt het bestaan er van weinig verschil.
- » De evaluatie van maatregelen blijft vaak achter. Maatregelen worden vaak snel opgevolgd door de volgende in de reeks, wat geen ruimte biedt om de effectiviteit te bekijken. Dit voelt voor velen als verspilde moeite.
- » Het is ook lastig om medewerkers uit zichzelf te bewegen voor duurzame inzetbaarheid. Medewerkers hebben snel het gevoel dat duurzame inzetbaarheid inbreuk op de persoonlijke sfeer maakt als het om thema's als fitheid of planningskunde gaat.
- » Er is wel een generatieregeling, maar die voorziet niet in de behoefte van werknemers of werkgevers.
- » Voor oudere werknemers zou er een tussenvorm moeten zijn, waarin er misschien geen of een verminderde rol in het primaire proces is, maar een rol in begeleiding bij komt. Kennisoverdracht mist nu, en kan juist een uitkomst bieden.
- » Demotie is een lastige kwestie, enerzijds zou het uitkomsten bieden, maar de financiële stap terug is voor velen lastig. Medewerkers voelen zich afgerekend als ze een stap terug moeten nemen in hun functie, terwijl het juist een goede optie zou zijn voor lastenverlichting.
- » PLB moet anders ingezet worden. Nu is het met name een spaarpot, terwijl gebruik voor ontwikkeling juist nuttig zou zijn.
- » De focus op 25-40-jarigen moet omhoog, want juist in deze groep heerst er veel langdurig verzuim.

3. Zwaar werk

Wat is zwaar werk?

- » Lastig te definiëren, met name omdat de belastbaarheid van medewerkers verschilt, en dus ook het beeld van wat zwaar werk is.
- » Verpleegkundigen en spoedeisende hulp zou je breed als zwaar werk aan kunnen duiden. Acute situaties en een hoge toevoer van werk zorgen voor mentaal zwaar werk. Hier komt ook een gevoel van onvoorspelbaarheid, en een gebrek aan autonomie bij die ervoor zorgen dat veel medewerkers in deze categorieën het zwaar hebben.
- » Hiernaast speelt fysieke belasting een grote rol. Deze is in het primaire proces hoog, maar ook in het facilitaire werk, en eigenlijk voor alle medewerkers die al 45 dienstjaren hebben.
- » De beleving is dat vroeger er niet lang genoeg gewerkt werd om klachten te ontwikkelen, omdat veel mensen al vroeg stopten met werken door bijvoorbeeld kinderen te krijgen. Dit speelt nu geen rol meer, dus de klachten groeien stevig op dit moment.
- » Veel functies zijn eigenlijk niet meer geschikt op het moment dat de belastbaarheid van medewerkers afneemt, terwijl medewerkers vaak lang op een plek blijven zitten. Hier zou een actiever beleid op het oppakken van passend werk uitkomst kunnen bieden.

Welke maatregelen zijn er?

- » Op dit moment wordt met name naar het generatiebeleid gekeken, hoewel dit niet overal van de grond is gekomen.
- » Het creëren van een duurzaam loopbaanpad is een optie, maar staat op dit moment niet bij de ziekenhuizen. Een loopbaanpad waarbij opleidingen verbreed worden, en medewerkers langzaam minder fysiek uitdagend en meer coachende- of mentorrollen oppakken zou een stap in de juiste richting van een duurzame, 45-jarige loopbaan kunnen zijn.



- » Er wordt gepoogd medewerkers fysiek te ontlasten, maar dat lukt maar spaarzaam. Hierbij de ARBO meenemen is cruciaal, zo wordt er soms verbouwd zonder ARBO-meedenken, waarna blijkt dat de kasten te hoog zijn voor werknemers. Dit vraagt om een sterk samenspel om duurzame inzetbaarheid te waarborgen.

4. Vervroegd uittreden

- » Op dit moment is er de indruk dat medewerkers langer doorgaan. Mensen moeten voor hun eigen gevoel blijven werken, ook omdat ze het financieel niet kunnen dragen te stoppen. Er is nog steeds een gevoel dat je in je laatste jaren het meeste pensioen opbouwt, dat is niet zo.
- » In sommige ziekenhuizen is er een aantal keer per jaar een presentatie van PFZW over pensioenen, maar dit trekt mensen niet over de streep om vervroegd uit te treden.
- » Er is een gevoel dat het inzetten van de generatieregeling afgehouden wordt omdat dit veel kost aan de werkgeverskant.
- » Het gebruiken van vervroegde uittreedregelingen gaat het verzuim niet verminderen. Dit ligt namelijk vooral bij 35-40-jarigen, terwijl dit een maatregel voor oudere medewerkers is. Hiernaast worden de 62+ers niet bereikt, omdat velen niet lang genoeg gewerkt hebben. 45 jaar in een sector werken is bijna niet haalbaar.
- » Veel medewerkers voelen zich niet begrepen door een gebrek aan tegemoetkoming door werkgevers en hebben het gevoel recht te hebben op hun uittreden.
- » Vanuit het beleid zijn de financiële middelen er niet om dit te bolwerken. Het zou helpen om kaders te hebben waarbinnen werkgevers kunnen onderhandelen en het goede gesprek kunnen voeren met werknemers, en dat ontbreekt nu.
- » De nadruk op de financiële kant is heel sterk. Medewerkers rekenen naar hun pensioen toe, en treden uit als ze het kunnen dragen. Het overheersende gevoel is het *verdiend hebben* van een goed pensioen na een leven van lang werken.
- » Vanuit deze groep is het gevoel dat er meer mogelijkheden tot goede regie bij de werkgever moet komen. Als er handvatten komen kan de organisatie deze ook aanpakken, en zich gaan richten op de lange termijn en de individuele werknemer, en niet alleen meer op kortetermijnoplossingen die niet aanslaan bij de werknemers.

Focusgroep Bestuurders

1. Problematiek duurzame inzetbaarheid en zwaar werk

- » De hoofdmoot wordt gevoerd door de heersende arbeidsmarktkrapte. Het is hoofdzaak om medewerkers te binden en te boeien. Met name het behouden van mensen is een onderdeel van de duurzame inzetbaarheid en het goed omgaan met de behouden medewerkers.
- » Het behoud van medewerkers komt ook uit het gevoel van eigen regie. Als medewerkers zelf kunnen roosteren en daar onderling goed mee om kunnen gaan, wordt het werkplezier en de loyaliteit jegens elkaar sterker.
- » De loyaliteit snijdt aan twee kanten; enerzijds is het voor medewerkers makkelijker om extra werk op te pakken omdat de zorg geleverd moet worden en medewerkers dit niet zomaar naast zich neer willen leggen, anderzijds leidt dit vaak tot een hogere belasting door het draaien van te veel uren.
- » Vanuit de werkgever is er een behoefte om minder aanspraak op medewerkers te doen op deze manier en de goede zorg voor medewerkers moet ook liggen bij de werkgever. Medewerkers moeten zich gehoord voelen en een vrij gesprek met hun werkgever kunnen voeren over hun eigen duurzame inzetbaarheid.
- » Duurzame inzetbaarheid, of het gebrek daaraan, komt terug in veel aspecten van werk. Medewerkers blijven lang op dezelfde plek zitten, hebben een hoge dienstbelasting, en keren snel in zichzelf en hun eigen werk. Taakherschikking en een focus op het loopbaanpad zouden hierbij helpen.



- » Het heldere instrumentarium voor de werkgever ontbreekt op dit moment. Nu ligt alles op het bord van de werkgever, zonder kaders of richtlijnen enerzijds en vaak zonder input vanuit de medewerker anderzijds. Medewerkers moeten ook op hun eigen duurzame inzetbaarheid inzetten en kunnen niet alleen kijken naar wat de werkgever biedt.
- » Het ontbreekt in duurzame inzetbaarheid ook aan flexibiliteit naar levensfase. Niet alleen oudere medewerkers hebben hier ondersteuning in nodig, ook jongere medewerkers hebben hulp nodig in hun werk-privé balans, en om een leven lang te leren.
- » Vervroegd uittreden is een lastige zaak voor de werkgever. Op dit moment is er veel PLB-sparing waar geld in vast zit, en vervroegd uittreden zorgt vaak voor gaten die niet gevuld worden. Dit wordt niet als oplossing gezien.

2. Huidige maatregelen

- » Op dit moment zijn er vooral tijdelijke maatregelen, maar de zoektocht is naar iets vast en duurzaam.
- » Het belangrijkste is dat er in de maatregelen, in welke vorm dan ook, aandacht naar de medewerker gaat en hun eigen duurzame inzetbaarheid. Medewerkers moeten zelf in hun kracht gezet worden in hun werk, en zelf slagkracht krijgen in hun duurzame inzetbaarheid.
- » Het opzetten van een ontwikkelpad kan helpen met het behoud, met name op plekken waar nu alleen de optie 'vertrekken' bestaat als je als medewerker anders ingezet wil worden.
- » Sectoraal moet er een stap gezet worden op dit beleid. Het is net zo goed een cultuuromslag als een institutionele of financiële omslag en het zou de hele zorg helpen hier anders mee om te gaan.
- » Als alle zorgmedewerkers onderling in hun kracht komen te staan moet de inzetbaarheid ook groeien.
- » De financiële ruimte is erg klein op dit moment en die zou groter mogen. Werkgevers komen er op dit moment financieel niet uit om hun medewerkers duurzamer in te zetten.

3. Zwaar werk

Wat is zwaar werk?

- » Er is een onderscheid tussen fysiek en mentaal zwaar werk. Voor veel zorgpersoneel is de dienstbelasting erg hoog en is het gevoel er dat alles zwaar is. Dit is lastig omdat met dit stempel het einde snel zoek zou zijn, maar het gevoel is heel begrijpelijk.
- » Fysiek zwaar werk zit in alle aspecten van het werk, maar dekt voor het gevoel slecht de lading. Er is met name veel stress op het werk.
- » Mentaal is er veel stress, op dit moment ontbreekt het gevoel van eigen regie en moeten medewerkers voor hun gevoel veel regelen binnen hun werk. Daar moet ontlast worden.

Welke maatregelen zijn er?

- » De kwaliteit van leiderschap speelt een rol in hoe zwaar werk is. Hoe dichter een manager op het werk staat, hoe makkelijker hij lasten verlicht.
- » Niet alles rondom zwaar werk kan in de cao geregeld worden. Op dit moment wordt daar sterk naar gekeken, maar de cao gaat geen overkoepelende oplossing bieden. Op het gebied van onbereikbaarheid en thuiswerken zou de cao zwaar werk wel kunnen verlichten.

4. Vervroegd uittreden

- » Doorwerken tot aan de pensioenleeftijd is lastig. In de komende 5-7 jaar wordt veel uitstroom verwacht, terwijl juist de focus ligt op hoe mensen tot hun 67e door kunnen.
- » Verzuim groeit vooral bij de groep 35-45, maar hoe dat komt, is niet duidelijk op dit moment.



- » In zowel de PLB-uren als de generatieregeling is er winst te behalen in de ziekenhuizen. Beiden moeten als maatwerk ingezet kunnen worden en dat ontbreekt nu.
- » PLB wordt nu gebruikt om vervroegd met pensioen te gaan, wat de plank mislaat. Sturen op het opnemen van PLB gedurende de loopbaan om gezond bij 67 te komen, zou helpen. Maar dat moet niet in de cao verankerd worden. Medewerkers moeten daarin vrijheid behouden.
- » Vervroegd uittreden is niet populair, met name omdat het geld kost aan de werknemerskant.
- » Pensioen zou misschien de kant op moeten van een actieve arbeidsvoorwaarde.

6.4 Samenvatting focusgroepen

WERKEN IN DE ZIEKENHUIZEN EN DUURZAME INZETBAARHEID

- » In de ziekenhuizen staat de productie centraal. Het voortschrijdende arbeidstekort zorgt ervoor dat medewerkers veel werk op zich moeten nemen en weinig tot geen ruimte voor de zorg voor zichzelf hebben.
- » Bij duurzaam inzetbaarheidsbeleid ligt de nadruk op het behoud van medewerkers, maar behoudsmaatregelen zijn vaak beperkt of lijken niet passend te zijn voor het vraagstuk. Vanuit zowel de werkgever als de medewerker is er behoefte aan eigen regie bij de medewerker, en daarmee het gevoel van controle over de eigen situatie. Dit gevoel leidt sneller tot behoud van medewerker. Bij werkgevers is er daarnaast behoefte aan duidelijke, vastgestelde kaders waarbinnen medewerkers maatwerk aangeboden kunnen krijgen om hun eigen situatie te verbeteren, in plaats van dat er met een brede, niet toereikende regeling gewerkt moet worden.
- » Niet alleen het primaire proces heeft behoefte aan een sterke inzet op duurzame inzetbaarheid. Ook bij andere afdelingen zoals het facilitair bedrijf halen de medewerkers veelal de pensioenleeftijd niet en is er behoefte aan maatwerk om gezond de pensioenleeftijd te halen.
- » Medewerkers zijn terughoudend in het gebruik van duurzame inzetbaarheidsinitiatieven. Hier liggen meerdere oorzaken aan ten grondslag. Deze initiatieven zijn vaak onder werktijd, wat betekent dat wanneer medewerkers ervoor kiezen om een dienst te laten vallen om aan hun duurzame inzetbaarheid te werken, dit ten koste gaat van hun inkomen. Daarnaast ontstaat dan het gevoel dat daarmee de werkdruk voor hun collega's wordt verhoogd. Daarnaast spreken de maatregelen het individu niet altijd aan of zien zij het belang er niet van in. Medewerkers geven wel duidelijk aan behoefte aan maatwerk te hebben.
- » Oudere medewerkers blijven op dit moment vastzitten in het draaien van productie, en kunnen moeilijk andere werkzaamheden krijgen. Wijzigingen in of van de functie vinden/ vindt niet plaats. Het verschuiven naar een opleidende of ondersteunde rol voor deze groep medewerkers zou juist een uitkomst kunnen bieden. Door de lasten te verlagen en de jongere medewerkers meer ondersteuning te bieden kunnen twee vliegen in een klap geslagen worden. Anderzijds wordt hier terughoudend mee omgegaan, omdat het wegvallen van deze werknemers voor de productie niet snel opgevuld kan worden.
- » Het binden en boeien van medewerkers is lastig voor ziekenhuizen. Met de toenemende arbeidsmarktkrapte ligt de focus op het behouden van alle medewerkers en het gevoel c.q. de urgentie hier duurzaam mee om te gaan heerst. Op dit moment is de vraag vanuit de ziekenhuizen met name hoe ze dit moeten doen, gelet op de combinatie van een hoge werkdruk en weinig ruimte in de bestaande kaders.
- » De technologische vooruitgang zet medewerkers op twee sporen. Enerzijds voelen sommige medewerkers zich gesterkt door de nieuwe technologie die lasten wegneemt en werk lichter maakt, anderzijds is er een grote groep medewerkers die het lastig vindt om de technologische ontwikkeling bij te benen, en hier juist stress door ervaart.



ZWAAR WERK

- » Zwaar werk kent geen eenduidige definitie, maar heeft wel duidelijk identificeerbare componenten. Hierbij staan de fysieke en de mentale component van het werk centraal. De belasting op deze beide vlakken wordt door alle zorgmedewerkers als hoog ervaren, waarbij het fysieke als een inherent onderdeel van het werk wordt gezien. De groeiende mentale last wordt toegeschreven aan de doorlopende ontwikkelingen in het werk.
- » In het huidige werkpatroon is weinig ruimte voor rust en herstel. Zorgverleners moeten snel tussen patiënten schakelen en bouwen geen band meer op met degenen voor wie ze zorgdragen. Medewerkers staan permanent aan, ook buiten werktijd, en voelen als gevolg hiervan mentaal een hoge druk.
- » De agressie van zowel patiënten als familie van patiënten is sterk toegenomen in de laatste jaren. Dit geeft medewerkers een onveilig gevoel in hun werk en werpt mentale barrières op in het werk.
- » De werk-privé balans is een heikel punt. Medewerkers hebben het lastig met de onregelmatigheid van werk en de zwaarte van het werk, waardoor het werken in de ziekenhuizen snel als zwaar beschouwd wordt. Het vormen van een goede werk-privé balans is lastig: enerzijds bestaat er een grote loyaliteit naar het werk, anderzijds bestaat de behoefte aan meer vrijheid op het privé-front.
- » De context van werk is erg bepalend voor het zwaartebeeld. Acute zorg op een IC-afdeling wordt door vrijwel iedereen als zwaar werk gezien, maar voor werk buiten de zorg is niet altijd aandacht. Facilitair werk wordt door veel respondenten ook als zwaar werk aangekaart.
- » Artsen mengen zich momenteel vaak niet in de discussie over zwaar werk binnen de zorg, ook omdat veel artsen zelfstandigen zijn en daarmee een afstand tot het personeel in loondienst hebben. Deze groep staat evengoed onder druk, maar blijft buiten zicht van de makers van duurzaam inzetbaarheidsbeleid, en worden zo niet bereikt door dit beleid.



VERVROEGD UITTREDEN

- » De behoefte om eerder te stoppen met werken is groot in de ziekenhuizen. Veel medewerkers redden het fysiek niet om tot hun 67e door te werken in de zorg. Onder medewerkers in staffuncties speelt dit minder, daar is het makkelijker om de pensioenleeftijd te halen.
- » De behoefte om eerder uit te treden wordt nu gezien als de enige optie om niet fysiek in elkaar te storten. Voor veel oudere medewerkers geldt een diensttijd van meer dan 40 jaar rond hun 62e-63e, en dan is voor velen de koek ook echt op. Er bestaat voor velen geen optie om minder of ander werk te doen en zo aan het werk te blijven.
- » De generatieregeling is niet breed toegepast in de sector, en wordt indien wel toegepast maar spaarzaam gebruikt. Medewerkers kunnen vaak de financiële component niet dragen tot aan hun pensioen, en maken dus geen gebruik van een generatieregeling.
- » Een *45-dienstjarenregeling* wordt gezien als een doekje voor het bloeden, maar wordt niet als passend en effectief gezien. Velen zijn *op* voor de 45 jaar gehaald is, of hebben niet 45 jaar in de sector gewerkt.
- » Voor vervroegd uittreden geldt net als voor andere duurzame inzetbaarheidsmaatregelen dat maatwerk op zijn plaats is. Niet alle medewerkers hebben de behoefte vervroegd uit te stappen, en een regeling moet dus flexibel genoeg zijn om alle vormen van vervroegd uittreden te kunnen voorzien.
- » Het PLB-sparen is een knelpunt voor de ziekenhuizen. Veel medewerkers hebben een grote spaarpot aan PLB-uren, die vaak uitsluitend wordt ingezet om eerder te stoppen met werken. Dit staat voor de werkgevers haaks op wat de bedoeling is voor de PLB-uren, namelijk meer ruimte bieden aan medewerkers om hun tijd zelf in te richten. Daarnaast ziet men dat het inzetten van de PLB-uren gedurende de loopbaan medewerkers ook in staat zou stellen om gezond hun pensioen te halen.
- » Het is zaak om een regeling rondom vervroegd uittreden zo in te richten dat deze toekomstbestendig is. De regelingen voor de huidige generatie die vervroegd uittreedt, moet ook nog geschikt zijn voor de groep die nu 25-45 is.

BELEID EN INSTRUMENTEN

- » Er is veel variatie tussen ziekenhuizen als het gaat om het beleid rondom duurzame inzetbaarheid, zowel met betrekking tot de gekozen instrumenten, de inzet daarvan, als de ontvangst en het gebruik ervan door medewerkers. De caseload is toegenomen maar er is weinig ruimte voor de zachte kant van het werk (die mogelijk juist energiegevers zijn)
- » Er is veel behoefte aan een scherp en duidelijk duurzaam inzetbaarheidsbeleid. Zowel vanuit de werkgeverskant als vanuit de medewerkerskant. Op dit moment gaat duurzame inzetbaarheid verloren in de waan van de dag binnen de ziekenhuizen. Hoewel initiatieven rondom duurzame inzetbaarheid wel gestart worden, worden ze niet doorgezet of opgepakt door medewerkers.
- » Voor medewerkers is duurzaam inzetbaarheidsbeleid lastig te combineren met het draaien van de productie. Bij hen is behoefte aan beleidsmatige ruimte om voor de eigen duurzame inzetbaarheid te zorgen.
- » Beleid is nu vaak een reactief instrument om te proberen een duurzaam inzetbaarheidsprobleem op te lossen. De behoefte is er om dit anders in te zetten en duurzame inzetbaarheid vanaf het begin van de loopbaan proactief in te zetten zodat medewerkers gezond hun pensioen halen.



TOEKOMSTIG BELEID

- » Duurzaam inzetbaarheidsbeleid is binnen de huidige kaders moeilijk te realiseren. De behoefte voor toekomstig beleid is om duidelijke kaders binnen de sector te hebben, dan wel binnen de ziekenhuizen individueel, dan wel vanuit de cao gestuurd.
- » Toekomstig duurzaam inzetbaarheidsbeleid moet de focus leggen op preventie van duurzame inzetbaarheidsproblematiek boven het genezen hiervan. Duurzaam inzetbaarheidsbeleid moet vooruitstrevend zijn en kijken naar de lange termijn van zowel de werknemer als de organisatie.
- » Er is een sterke behoefte aan maatwerkbeleid boven algemeen beleid in de toekomst. Dit beleid moet zowel medewerker-specifiek worden als de verschillende levensfasen van medewerkers meenemen.
- » Er moet ruimte voor werknemers en werkgevers komen om het goede gesprek vroeg in de loopbaan aan te gaan en op basis daarvan de duurzame inzetbaarheid naar de toekomst te sturen.



7. Maatregelen en regelingen (binnen en buiten) MDIEU (foto 5)

Pensioenakkoord

Het pensioenakkoord tussen kabinet en sociale partners bevat naast afspraken over de vernieuwing van het pensioenstelsel ook (flankerende) afspraken over duurzame inzetbaarheid. Die moeten eraan bijdragen dat mensen hun pensioen gezond werkend kunnen bereiken; ook degenen die zwaar werk verrichten.

Daarvoor is een pakket aan maatregelen overeengekomen. Eén van de maatregelen betreft een tijdelijke subsidieregeling die ziet op het faciliteren van sectorale maatwerkafspraken rondom duurzame inzetbaarheid, langer doorwerken en eerder uittreden: de Tijdelijke Maatwerkregeling Duurzame Inzetbaarheid & Eerder Uittreden (MDIEU)

Sociale partners in sectoren of branches kunnen binnen de MDIEU-regeling in gezamenlijk overleg subsidie aanvragen voor het faciliteren van sectorale maatwerkafspraken over duurzame inzetbaarheid en eerder uittreden.

De mogelijkheden voor (aanvullende) maatregelen gericht op duurzame inzetbaarheid, langer doorwerken of vervroegd uittreden die sociale partners in een branche kunnen afspreken, is niet beperkt tot de reikwijdte van de MDIEU-regeling. Maatregelen buiten het bestek van de MDIEU-regeling komen echter niet in aanmerking voor subsidie (cofinanciering) in het kader van MDIEU.

In dit hoofdstuk geven wij een overzicht van mogelijke maatregelen op het gebied van het bevorderen van de duurzame inzetbaarheid en vervroegde uittreding, al dan niet onder de vlag van MDIEU en/of het pensioenakkoord. In hoofdstuk 9 leggen wij deze mogelijkheden vervolgens aan tegen de uitkomsten van de sectoranalyse zoals die in de voorgaande hoofdstukken zijn uitgewerkt.

7.1 MDIEU op hoofdlijnen

Met de maatwerkregeling MDIEU vult het kabinet een van de afspraken in uit het Pensioenakkoord met de sociale partners, namelijk dat zoveel mogelijk mensen straks gezond werkend hun pensioen kunnen bereiken door te investeren in duurzame inzetbaarheid.

De MDIEU-regeling biedt een subsidie voor activiteiten die structurele aandacht voor duurzame inzetbaarheid bevorderen en de eigen regie van werkenden versterken. De regeling biedt ook subsidie voor uitkeringen van werkgevers aan medewerkers die eerder willen stoppen. Onder de MDIEU-regeling komen onder voorwaarden ook al bestaande initiatieven voor subsidie in aanmerking.

De subsidie wordt verleend aan samenwerkingsverbanden van sociale partners op sectoraal niveau en wordt van daaruit doorgeleid aan werkgevers binnen de sector. Sociale partners bepalen zelf in welk samenwerkingsverband zij het meest effectief tot maatregelen kunnen komen: langs de lijnen van Cao's, branches of anders.



Samenwerkingsverbanden kunnen subsidie aanvragen voor een activiteitenplan dat op maat is gesneden voor hun sector of branche. Op sectoraal niveau dient een goede inschatting worden gemaakt welk pakket van instrumenten het meest effectief is. Het uitvoeren van een al dan niet gesubsidieerde sectoranalyse, zoals deze sectoranalyse Ziekenhuizen, is daarom een voorwaarde om MDIEU-subsidie te kunnen aanvragen.

Sectoraal maatwerk is ook het uitgangspunt van maatregelen die onder MDIEU gesubsidieerd kunnen worden. Sociale partners weten waar in hun sector of branche de uitdagingen liggen op het gebied van duurzame inzetbaarheid, waar het werk als zwaar wordt ervaren en welke werkgevers knelpunten ervaren bij het bieden van een regeling voor vervroegde uitreding (RVU) aan medewerkers die hier behoefte aan hebben.

7.2 MDIEU activiteitenplan en subsidie

Na het uitvoeren van de sectoranalyse kan de sector via het samenwerkingsverband een aanvraag indienen voor het subsidiëren van het uitvoeren van een *activiteitenplan*. Een activiteitenplan bevat activiteiten (sectorale maatwerk-afspraken) met betrekking tot duurzame inzetbaarheid en eerder uittreden.

Voor de periode 2021 tot en met 2025 is € 964 miljoen beschikbaar voor de subsidiëring van sectoranalyses en sectorale activiteitenplannen. Dit bedrag wordt onderverdeeld naar aanvraagtijdvakken die elke een afzonderlijk vast te stellen subsidieplafond kennen.

Voor een subsidieaanvraag voor een activiteitenplan geldt dat de aangevraagde subsidie ten minste € 125.000 exclusief overhead bedraagt. De projectperiode van een gesubsidieerd activiteitenplan bedraagt ten hoogste 24 maanden aaneengesloten.

Uitgangspunt van MDIEU is dat meer werkenden gezond werkend hun pensioen bereiken en dat er de komende jaren (nog) meer wordt ingezet op duurzame inzetbaarheid, ook bij de jongere generaties. Om die reden is als voorwaarde in MDIEU opgenomen dat van het gevraagde subsidiebedrag tenminste 25% moet worden ingezet voor investeringen in duurzame inzetbaarheid. De overige 75% van het subsidiebedrag mag worden ingezet als bijdrage in de kosten die werkgevers moeten maken voor regelingen voor vervroegde uittreding (RVU).

De subsidie bedraagt ten hoogste 50% van de subsidiabele kosten voor activiteiten met betrekking tot duurzame inzetbaarheid en ten hoogste 25% van de subsidiabele kosten voor eerder uittreden. In de subsidieaanvraag kan voor wat betreft het percentage van 25% onderscheid worden gemaakt tussen kleine ondernemingen en overige ondernemingen in een verhouding van 2:1.

Uitvoering Van Beleid, onderdeel van de directie Dienstverlening, Samenwerkingsverbanden en Uitvoering van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, voert de MDIEU-regeling uit en beoordeelt subsidieaanvragen voor sectoranalyses en activiteitenplannen.

7.3 MDIEU Activiteitenplan: duurzame inzetbaarheid

Subsidiabele activiteiten met betrekking tot duurzame inzetbaarheid zijn samen te vatten onder vier thema's:

- A. Gezond, veilig en vitaal werken bevorderen
- B. Goed werkgeverschap en opdrachtgeverschap bevorderen
- C. Een leven lang ontwikkelen en de arbeidsmobiliteit van werkende stimuleren
- D. Bewustwording van duurzame inzetbaarheid en eigen regie op de loopbaan bij werkenden bevorderen



Op de Menukaart MDIEU, gepubliceerd door Uitvoering Van Beleid, worden als voorbeelden van *subsidiabele* activiteiten genoemd:

- » Het ontwikkelen en toepassen van sectorale instrumenten, methoden of werkwijzen inclusief het uitvoeren van onderzoek in verband hiermee
- » Activiteiten op maat voor individuele arbeidsorganisaties
- » Opzetten van een infrastructuur om structureel duurzame inzetbaarheid te bevorderen
- » Een communicatie- of voorlichtingsactiviteit
- » Een kortdurende training van of workshops voor groepen
- » Monitoring en evaluatie

De Menukaart bevat ook voorbeelden van *niet-subsidiabele* activiteiten:

- » Het verbeteren van processen, door productie of werkprocessen efficiënter in te richten
 - » Activiteiten die plaatsvinden in het kader van een wettelijke verplichting, zoals de Risico Inventarisatie & Evaluatie (RI&E) en de monitoring arbeidsomstandigheden
 - » Regulier of formeel onderwijs, waaronder reguliere basisvaardigheden (digitale vaardigheden, rekenen en taal), de Beroepsbegeleidende Leerweg (BBL), Beroepsopleidende Leerweg (BOL) en derde leerweg
 - » Kwalificerende scholing gericht op het behalen van een diploma of een certificaat
 - » Praktijk- of werklerplaatsen
 - » EVC-trajecten
 - » Van werk naar werk (VWNW) begeleiding na ontslag of bij reorganisatie
- Lopende projecten of programma's die gericht zijn op duurzame inzetbaarheid, zoals onderzoek, voorlichtingsactiviteiten of campagnes, komen ook in aanmerking voor subsidie als ze worden *geïntensiveerd, bestendigd of verrijkt*.

De Menukaart bevat onder de genoemde thema's en voorbeelden van activiteiten een gevarieerde, niet-uitputtende opsomming van voorbeelden waar sectoren uit kunnen putten voor een eigen sectoraal activiteitenplan. De Menukaart is als bijlage aan deze sectoranalyse toegevoegd.

7.4 MDIEU Activiteitenplan: RVU

De subsidiabele activiteit met betrekking tot eerder uittreden betreft een *individuele* of *collectieve* regeling voor eerder (vervroegd) uittreden (RVU) waarbij de arbeidsovereenkomst op verzoek van de medewerker wordt beëindigd en waarbij de werkgever zich verplicht tot maandelijkse uitkeringen in een periode van ten hoogste 36 maanden vóór het bereiken van de AOW-gerechtigde leeftijd van de medewerker.

De kosten van de maandelijkse uitkeringen komen voor 25% in aanmerking voor subsidiëring.

De uitvoering van een dergelijke regeling mag door sociale partners of een individuele werkgever worden opgedragen aan een externe uitvoerder. De (subsidiabele) RVU wordt hieronder nader toegelicht.

7.5 RVU nader toegelicht

In het Pensioenakkoord is afgesproken dat RVU's van 1 januari 2021 tot en met 31 december 2025 onder voorwaarden niet belast worden met een RVU-heffing van 52%. In de Wet op de loonbelasting is daarvoor een *drempelvrijstelling* opgenomen. Door deze RVU-drempelvrijstelling kunnen werkgevers in de genoemde periode aan hun medewerkers die aan de voorwaarden voldoen uitkeringen doen zonder dat hierover een RVU-heffing hoeft te worden betaald.

Deze tijdelijke aanpassing van de RVU-heffing heeft als doel de medewerkers die zich onvoldoende hebben kunnen voorbereiden op de verhoging van de AOW-leeftijd en die niet in



staat zijn gezond werkend de AOW-leeftijd te bereiken, de mogelijkheid te bieden eerder te stoppen met werken.

De hoogte van de fiscaal vrijgestelde bruto RVU-uitkering leidt tot een nettobedrag vergelijkbaar met de maandelijkse netto AOW-uitkering voor alleenstaanden. Een medewerker kan dit bedrag eventueel zelf aanvullen, bijvoorbeeld door zijn of haar pensioen naar voren te halen of door middel van verlofsparen. Een en ander is nader uitgewerkt in de Wet Bedrag ineens, RVU en Verlofsparen.

Om onder de RVU-drempelvrijstelling te vallen, moet een RVU aan **drie voorwaarden** voldoen:

1. De RVU-drempelvrijstelling kan worden toegepast vanaf het moment dat de medewerker niet meer dan **36 maanden** verwijderd is van de voor hem of haar geldende AOW-leeftijd.

Als de RVU voor een langere periode wordt afgesproken, geldt de fiscale vrijstelling niet voor uitkeringen die worden gedaan in de maanden die vóór deze 36 maanden liggen. Over die eerdere maanden is de werkgever dus wel een RVU-heffing van 52% verschuldigd..

2. De RVU is maximaal gelijk aan de **RVU-drempelvrijstelling**.

Voor zover de afgesproken RVU-uitkering gelijk is aan of lager is dan het drempelbedrag, geldt de volledige vrijstelling van de RVU-heffing. Voor 2021 betekent dit een RVU-drempelvrijstelling van € 1.847 bruto per maand (= € 22.164 bruto per jaar) voor maximaal 36 maanden.

3. De hoogte van de totale RVU-drempelvrijstelling hangt af van de periode tot de AOW-datum. Dus: resteren er 36 maanden tot aan de AOW-leeftijd, dan bedraagt de RVU-drempelvrijstelling € 1.847 x 36; resteert er nog maar één maand tot de AOW, dan bedraagt de RVU-drempelvrijstelling 1 x € 1.847.

Als de RVU-uitkering hoger is dan het vrijgestelde drempelbedrag, dan is over het meerdere een RVU-heffing van 52% verschuldigd.

De hoogte van de RVU-drempelvrijstelling is gekoppeld aan de hoogte van de netto-AOW en wordt in de jaren 2021 tot en met 2028 jaarlijks herzien, zodat deze blijft aansluiten bij de hoogte van de netto-AOW. In hun afspraken over een RVU kunnen werkgever en medewerker desgewenst overeenkomen dat de RVU-uitkering meestijgt met de jaarlijkse herziening van de RVU-drempelvrijstelling.

Ook mogelijk is om een RVU-uitkering overeen te komen met een uitkeringshoogte die lager is dan het vrijgestelde bedrag of een uitkeringsduur van minder dan 36 maanden. Verder kan de werkgever ervoor kiezen de hoogte van de RVU-uitkering te laten afhangen van de deeltijdfactor van de medewerker, maar dat hoeft niet.

4. De RVU-drempelvrijstelling geldt uitsluitend voor uitkeringen aan medewerkers die in de periode van **1 januari 2021 tot en met 31 december 2025** maximaal 36 maanden van hun wettelijke AOW-leeftijd verwijderd zijn.

Er geldt wel een uitlooperperiode van 3 jaar. Als uiterlijk op 31 december 2025 een RVU wordt overeengekomen met een medewerker die uiterlijk op 31 december 2028 de AOW-leeftijd bereikt, dan kan tot en met 31 december 2028 de RVU-drempelvrijstelling worden toegepast op die RVU

Voorwaarde om in aanmerking te komen voor een MDIEU-subsidie van de uitkeringen van een RVU-regeling die voldoet aan de bovenstaande voorwaarden, is dat de medewerker het



dienstverband met de werkgever *volledig* verbreekt. Dit is echter geen voorwaarde in het kader van de drempelvrijstelling.

RVU oude versus nieuwe situatie

De onderstaande tabel* laat de verschillen zien tussen een RVU in de *oude situatie* (zonder drempelvrijstelling) en de *nieuwe situatie* (met drempelvrijstelling en met en zonder MDIEU-subsidie).

Tabel 1 Verschillen RVU oude en nieuwe situatie

| | Oude situatie: | Nieuwe situatie: | Nieuwe situatie: |
|--|--|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • RVU op basis van 70% van het loon • zonder drempelvrijstelling • zonder MDIEU-subsidie | <ul style="list-style-type: none"> • RVU op basis van 70% van het loon • met drempelvrijstelling • zonder MDIEU-subsidie | <ul style="list-style-type: none"> • RVU op basis van de drempelvrijstelling • met MDIEU-subsidie |
| Loon | € 44.000 | € 44.000 | € 44.000 |
| | | | |
| RVU-uitkering | € 30.800 | € 30.800 | € 22.164 |
| | | | |
| Achteruitgang inkomen | € 13.200 (= 30%) | € 13.200 (= 30%) | € 21.836 (= 49,6%) |
| | | | |
| RVU-eindheffing: 52% over € 30.800 | € 16.016 | | |
| RVU-eindheffing: 52% over € 30.800 -/- € 22.164 | | € 4.490 | |
| RVU-eindheffing: 52% over € 0 | | | € 0 |
| | | | |
| Kosten RVU zonder MDIEU-subsidie | € 46.816 | € 35.290 | € 22.164 |
| | | | |
| MDIEU-subsidie: 25% * bedrag drempelvrijstelling | | | € 5.541 |
| | | | |



| | | | |
|-------------------------------|--------|--------|----------|
| Kosten RVU met MDIEU-subsidie | n.v.t. | n.v.t. | € 16.623 |
|-------------------------------|--------|--------|----------|

**bewerking van een door PFZW opgesteld voorbeeld*

In het bovenstaande voorbeeld is verder geen rekening gehouden met over het bruto loon berekende medewerkerslasten zoals loonheffingen, pensioenpremie en toeslagen.

Merk op de toepassing van MDIEU een maximering van de RVU op basis van de drempelvrijstelling betekent dat de RVU-uitkering op jaarbasis uitkomt op 50,4% van het bruto loon.

Een eventuele aanvulling van de inkomensachteruitgang kan niet door de werkgever gedaan worden en zal desgewenst door de medewerker zelf “gefinancierd” moeten worden, bijvoorbeeld door (indien mogelijk) het laten uitbetalen van gespaarde verlofuren bij uitdiensttreding of het vervroegen van het ouderdomspensioen.

RVU en pensioenopbouw

Als een medewerker ten hoogste 36 maanden voor zijn pensioenleeftijd met RVU gaat en het dienstverband wordt beëindigd, stopt ook de pensioenopbouw.

Een werkgever mag aan de medewerker die met RVU gaat een extra, bruto bedrag meegeven als tegemoetkoming voor de gestopte pensioenopbouw, maar deze tegemoetkoming telt dan wel mee voor de RVU-drempelvrijstelling.

In het geval een individuele medewerker nog ongebruikte fiscale ruimte voor pensioenopbouw heeft, dan kan die ruimte worden benut voor extra pensioeninhaal of -inkoop en kan de werkgever binnen deze ruimte een eenmalige storting in de pensioenregeling van de medewerker doen wanneer deze uit dienst treedt. Hiervoor is altijd een individuele berekening in overleg met de pensioenuitvoerder nodig en het extra pensioen moet direct bij de pensioenuitvoerder worden gestort.

Een dergelijke werkgeverbijdrage in de pensioenregeling kwalificeert *niet* als een RVU en is daarom geen onderdeel van het bedrag waaraan de RVU-drempelvrijstelling wordt getoetst.

Collectief of individueel

Het is mogelijk maar niet verplicht om afspraken over RVU's bij cao vast te leggen.

Een werkgever kan in principe ook een individuele RVU afspreken met een medewerker en daarbij gebruik maken van dezelfde fiscale vrijstelling.

Omgekeerd kunnen sociale partners ook buiten een cao om collectief afspreken om een RVU-uitkering aan te bieden aan specifieke groepen medewerkers.

7.6 Regelingen buiten MDIEU

In de wet Bedrag ineens, RVU en Verlofsparen worden nog twee andere maatregelen uit het pensioenakkoord uitgewerkt: de verruiming van fiscaal vrijgesteld verlofsparen en de mogelijkheid om bij pensionering een bedrag ineens op te nemen.

Verruiming verlofsparen

Om medewerkers meer mogelijkheden te bieden eerder te stoppen met werken wordt het aantal weken fiscaal vrijgesteld verlofsparen verdubbeld. Tot 1 januari 2021 moest een werkgever direct loonheffing afdragen voor gespaard verlof dat meer bedraagt dan 50 verlofweken. Deze grens is met ingang van 1 januari 2021 verhoogd naar 100 verlofweken.

Het verhogen van deze grens geeft medewerkers fiscaal gezien meer mogelijkheden om verlofuren te sparen met het oog op eerder of gedeeltelijk stoppen met werken of tijdens de werkzame periode kortere of langere periodes niet of minder te werken.



Sociale partners in een sector kunnen deze verruiming desgewenst benutten voor (uitbreiding van) (tijdspar) regelingen die de duurzame inzetbaarheid van medewerkers bevorderen of eerder of gedeeltelijk stoppen met werken mogelijk maken. Gespaard verlof kan op de balans van de werkgever worden gezet of worden ondergebracht in een extern fonds.

Opname pensioen ineens (vanaf 2023)

Deelnemers aan een pensioenregeling krijgen het recht om bij pensionering maximaal 10% van de waarde van het opgebouwde ouderdomspensioen op te nemen als bedrag ineens. Minder mag dus ook. Bij deeltijd pensioen mag er telkens 10% van het deel van het pensioen dat ingaat worden afgekocht.

Het bedrag ineens is vrij besteedbaar en biedt deelnemers de mogelijkheid om keuzes te maken die passen bij hun persoonlijke situatie. De resterende levenslange pensioenuitkering gaat na opname naar evenredigheid omlaag en moet na de afkoop nog wel meer zijn dan € 503,24 bruto per jaar.

Het is niet mogelijk om zowel 10% op pensioendatum op te nemen en ook te kiezen voor een zogenaamde hoog/laag regeling en ook is toestemming van de partner vereist is als door de afkoop het partnerpensioen lager wordt. De afkoopmogelijkheid wordt een keuzerecht voor deelnemers aan een pensioenregeling; pensioenuitvoerder zijn verplicht om hieraan mee te werken.

7.7 Regelingen buiten het pensioenakkoord

Buiten de maatregelen die als onderdeel van het pensioenakkoord zijn of worden uitgewerkt, biedt de huidige wet- en regelgeving op het gebied van arbeidsrecht en fiscaliteit ruimte om de het bevorderen van duurzame inzetbaarheid en de mogelijkheid van vervroegde uittreding met andere (aanverwante) maatregelen en regelingen te faciliteren.

Zwaar werk en pensioen na 45 jaar werken

Een van de uitgangspunten bij het sluiten van het pensioenakkoord was dat het voor werkenden haalbaar moet zijn om op een gezonde wijze de pensioendatum te halen. Mede daarom hebben sociale partners destijds de voorwaarde gesteld dat er gekeken zou worden naar de mogelijkheid om na 45 dienstjaren uit te treden. De veronderstelling daarbij was dat mensen met zware beroepen vaak op jonge leeftijd zijn gaan werken en de 45 dienstjaren al bereiken rond hun 65^e.

Op verzoek van de Eerste Kamer is in januari 2021 een technisch onderzoek gepubliceerd naar onder andere de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van een dergelijke maatregel. Het onderzoek ging uit van een uitkering die hetzelfde inkomen oplevert als de hoogte van de netto AOW-uitkering.

Aangezien er zowel in Nederland als in het buitenland tot op heden geen algemeen aanvaarde en uitputtende lijst kon worden opgesteld van welke beroepen zwaar zijn en welke niet, is in dit onderzoek vooral gekeken naar opleidingsniveaus. De aanname daarbij is dat er een sterk verband is tussen opleidingsniveau en zwaarte van het beroep, waarbij een lager opleidingsniveau van de werkende een indicator is voor het zwaarder zijn van het werk.

Het huidige demissionaire kabinet heeft recent laten weten dat zij een generieke en publiek gefinancierde regeling om werkenden na 45 jaar te laten uittreden als niet doelmatig, juridisch kwetsbaar en zeer moeilijk uitvoerbaar beschouwt. Het kabinet vindt het daarom dat het niet wenselijk om iedereen na 45 dienstjaren het recht te geven op een publiek gefinancierd pensioen dat gebaseerd is op de hoogte van de AOW.

In de kamerbrief hierover wordt onder meer gewezen op het feit dat het op andere manieren mogelijk is om een regeling voor minder werken, gedeeltelijk stoppen met werken of vervroegde uittreding te treffen voor beroepen en medewerkers die zwaar werken verrichten



en voor wie gezond doorwerken tot de AOW-leeftijd niet (goed) mogelijk is. Daarbij verwijst zij onder andere naar de mogelijkheid om op individuele basis (gedeeltelijk) eerder met pensioen te gaan of andere mogelijkheden en regelingen om die een geleidelijke overgang naar pensionering mogelijk maken.

Generatieregeling

Veel sectoren en cao's kennen inmiddels een generatieregeling. Ook deze Cao Ziekenhuizen kent deze; hieraan is echter geen verplichtend karakter toegekend.

Generatieregelingen komen inmiddels in diverse varianten voor. In essentie zijn het regelingen die oudere medewerkers de mogelijkheid geven om minder te gaan werken. Vanaf 10 jaar voor de in de pensioenregeling vastgestelde ingangsdatum mag de werkgever aan een medewerker een generatieregeling aanbieden. De medewerker gaat daarbij minder uren werken, tegen een relatief hoger salaris en met behoud van pensioen.

Dergelijke regelingen zijn al sinds 2005 fiscaal gefaciliteerd mits de medewerker tenminste 50% blijft werken.

Generatieregelingen zijn vrijwillige regelingen, de medewerker is niet verplicht tot deelname een generatieregeling. Veel voorkomende generatieregeling scenario's zijn:

- 60% werk, 80% salaris, 100% pensioen
- 70% werk, 85% salaris, 100% pensioen
- 80% werk, 90% salaris, 100% pensioen

Het komt ook voor dat in één generatieregeling meerdere varianten worden toegepast, gericht op verschillende groepen medewerkers.

Het oogmerk van generatieregelingen is dat een medewerker de mogelijkheid krijgt om minder te werken tegen goede arbeidsvoorwaarden, wat bijdraagt aan een betere gezondheid, meer werkplezier, het geleidelijk afbouwen van de werkzame periode en het doorgeven van kennis en vaardigheden aan nieuwe, jongere medewerkers.

De opbrengst c.q. de bekostiging van generatieregelingen wordt gezocht in behoud van vakkennis, lagere verzuimkosten en hogere productiviteit, een evenwichtig personeels- bestand en een meer geleidelijke afbouw van de loopbaan die de kennis- overdracht van ouderen aan jongeren bevordert.

Demotieregeling

Net als een generatieregeling stelt een demotieregeling oudere medewerkers in staat om minder te werken onder aanvullende afspraken. In tegenstelling tot een generatieregeling bevat een demotieregeling echter alleen een afspraak over de voortgezette pensioenopbouw en worden er geen aanvullende afspraak gemaakt over de hoogte van het loon.

Demotie leidt tot een lager loon. Die loonsverlaging kan op twee manieren ontstaan:

- » De medewerker aanvaardt een lager gekwalificeerde functie waar een lager loon tegenover staat
- » De medewerker gaat minder werken, bijvoorbeeld 80% werken en 80% loon ontvangen

In beide situaties blijft de medewerker echter pensioen opbouwen op basis van het oude loon, alsof er nog 100% gewerkt wordt c.q. alsof er nog gewerkt wordt in de oude, hoger betaalde functie.

Een kenmerkend verschil met een generatieregeling is dus dat in een demotieregeling het loon niet hoger is dan het feitelijke aantal uren dat nog gewerkt wordt.



Belangrijkste voorwaarden voor toepassing van een demotieregeling:

- » Er moet sprake zijn van loonsverlaging omdat de medewerker minder gaat werken of omdat de medewerker een lager gekwalificeerde functie aanvaardt
- » Het minder gaan werken bedraagt maximaal 50% van de contactsomvang
- » De periode van demotie begint niet eerder dan 10 jaar voor de pensioenrichtleeftijd
- » De demotieregeling is opgenomen in (een addendum op) het betreffende pensioenreglement.

Wordt aan deze voorwaarden voldaan, dan kan de pensioenopbouw na demotie ongewijzigd worden voortgezet.

Merk op dat generatieregelingen feitelijk de demotieregeling incorporeren door binnen de bovenstaande spelregels volledige voorzetting van de pensioenopbouw bij minder werken met minder loon mogelijk te maken.



8.

Beantwoording kernvragen sectoranalyse

Als onderdeel van de sectoranalyse richt dit hoofdstuk zich op het beantwoorden van de 4 kernvragen van de sectoranalyse Ziekenhuizen.

Algemeen

De Sectoranalyse Ziekenhuizen geeft inzicht in het thema duurzame inzetbaarheid in de ziekenhuizen. Het geeft een overzicht van de branche in termen van type organisaties, opbouw van het personeelsbestand, gezondheid, verzuim en verloop van medewerkers en oorzaken van ziekte en verzuim. Daarnaast laat het zien wat ziekenhuizen op dit moment aan maatregelen rondom duurzame inzetbaarheid ontwikkeld hebben en gebruiken. Focusgroepen geven vervolgens extra kleur en duiding aan de cijfers uit de deskresearch. Bovendien geven de focusgroepen een beeld van de context waarbinnen het werk plaatsvindt en waarbinnen maatregelen, activiteiten en regelingen rondom duurzame inzetbaarheid plaatsvinden. De analyse maakt duidelijk dat het vraagstuk van duurzame inzetbaarheid een urgent, complex en gelaagd vraagstuk is.

Allereerst zien we dat verschillende groepen medewerkers onderscheiden kunnen worden, waarbij leeftijd, levensfase, aard van het werk en de fysieke, emotionele en cognitieve werkbelasting van belang zijn. Cijfers geven de volgende aanknopingspunten: de deeltijdfactor is over de laatste jaren nagenoeg gelijk gebleven, ook in de leeftijdscategorieën 55+. De leeftijdsklasse 25-29 jaar ontvangt gemiddeld de hoogste ORT, en werken dus het meest onregelmatig. Per jaar stromen in totaal circa 30.000 medewerkers uit (14% van het totale medewerkersbestand). De ervaren werkdruk en de emotionele belasting zijn hoog: 53% van de medewerkers in de ziekenhuizen en overige medisch specialistische zorg vindt de werkdruk (te) hoog. Medewerkers in ziekenhuizen rapporteren dat zij vaak veel werk moeten verzetten, vaak hard moeten werken en dat het werk vaak hectisch is. 22% van de medewerkers vindt zijn/haar werk emotioneel zwaar. Werkdruk en werkstress zijn belangrijke oorzaken van ziekteverzuim (38%) en uitstroom (22%). Tegelijkertijd worden huidige regelingen en het huidige aanbod aan vitaliteit en duurzame inzetbaarheid (nog) weinig gebruikt.

De focusgroepen laten een werkcontext zien waarin de (impliciete) boodschap aan medewerkers is dat er productie moet worden gedraaid, er efficiënt moet worden gewerkt, en dat het altijd beter kan. Het werk stelt (door verschillende ontwikkelingen) hoge eisen aan mensen. Men is het gewend om op het scherpst van de snede te roosteren. Tegelijk moeten medewerkers complexe, sociale taken sneller en beter uitvoeren dan voorheen. Opvallend is dat werkgevers als maatregel op werkdruk rapporteren 'werkprocessen efficiënter vorm te geven'. Opvallend is eveneens dat medewerkers een sterke eigen regie moeten laten zien en zelf hun grenzen moeten aangeven en initiatief moeten nemen als het werk te zwaar is. Beleid is daarmee veelal reactief in plaats van preventief, gericht op de korte termijn in plaats van op de lange termijn, en op kostenbeheersing in plaats van op gezondheid. In de focusgroepen pleitten meerdere ziekenhuizen voor een cultuuromslag. Ziekenhuizen zelf vinden dat het anders moet. Als belangrijke trigger of teken aan de wand noemt men dat 'de jonge artsen' de werkcontext niet meer accepteren, en men is bang dat zij massaal weglopen uit de ziekenhuizen.



Opvallend is eveneens dat ziekenhuizen medewerkers en leidinggevenden aan de ene kant vragen om meer eigen verantwoordelijkheid te nemen en leiderschap te tonen. Terwijl, aan de andere kant, de werkcontext (productie draaien, efficiënter werken en krappe financiële kaders) telkens hoge eisen aan mensen blijft stellen. Dat schuurt en het zorgt voor onvrede en dubbel stress. Zo worden medewerkers en leidinggevenden tegelijkertijd oplossing en oorzaak van het probleem.

De analyse laat zien dat ziekenhuizen meer moeten doen dan denken in termen van maatregelen en interventies. Maatregelen kunnen bijdragen en voor bepaalde groepen van waarde zijn (merk op dat het personeelsbestand binnen de branche ziekenhuizen gevarieerd is), maar sowieso is het effect van maatregelen als geheel sterk afhankelijk van de context waarbinnen de maatregelen worden toegepast. Als de werkcontext niet verandert, zullen maatregelen minder of niet effectief zijn. Dat betekent dat allen die invloed hebben op de werkcontext in de branche ziekenhuizen een opdracht hebben. Het vraagstuk kan niet worden opgelost door enkele maatregelen die slechts één doelgroep of één geïsoleerd aspect van duurzame inzetbaarheid verbeteren. Het is een kluit die in elkaar grijpt. Tegelijk staat vast: hoe complex en gelaagd het vraagstuk ook is, de urgentie ervan maakt dat – naar de toekomst toe – niets doen geen optie is.

8.2 Wat is de problematiek rond duurzame inzetbaarheid en zwaar werk in de sector? En welke groepen werkenden raakt dit in het bijzonder?

Het thema duurzame inzetbaarheid leeft sterk binnen ziekenhuizen. De urgentie van het vraagstuk wordt gevoeld en erkend en spreekt uit de cijfers. Voor zowel werkgevers als werknemers is duidelijk dat er niet één enkele, simpele oplossing is. Het is een complex gelaagd probleem, waarbij men op dit moment weinig ruimte voor oplossingen ervaart binnen de huidige werkcontext.

De problematiek rond duurzame inzetbaarheid kent verschillende invalshoeken. Zo onderscheiden we verschillende groepen werkenden die in het bijzonder te maken hebben met de problematiek van duurzame inzetbaarheid.

- » De gemiddelde leeftijd waarop men stopt met werken is 64,5 jaar in de ziekenhuizen. Daaruit volgt dat op dit moment het merendeel van de medewerkers in ziekenhuizen de pensioenleeftijd (AOW-leeftijd) niet werkend bereiken. Dit betreft in eerste instantie medewerkers die in het primaire proces werkzaam zijn, maar ook medewerkers in facilitaire functies, zoals schoonmaak of catering. Medewerkers vanaf circa 55 jaar kijken hierbij vooral naar het wel of niet kunnen halen van hun pensioen, op een gezonde, vitale manier. Opvallend is tegelijkertijd dat de deeltijdfactor over de jaren heen in de leeftijdsklassen 55+ jaar gelijk is gebleven. Medewerkers blijven (in formele contracturen) evenveel uren per week werken; maar een deel valt voor de pensioenleeftijd uit. De ervaren fysieke belasting in het werk vormt hiervoor een belangrijke reden. Dit fysieke aspect wordt ook met name gevoeld door de gemiddeld lange diensttijd waarin het fysiek zware werk is uitgevoerd.
- » Daarnaast ervaren zorgmedewerkers een hoge mentale en emotionele belasting van het werk. Werkdruk is een belangrijke oorzaak van uitval. De ervaren mentale zwaarte komt voort uit een combinatie van de intensivering van het zorgproces en het werk, personeelskrapte, een toename van (verbale) agressie, en de moeite in het vinden van een goede werk-privé balans.
- » Jongere medewerkers die het werk fysiek nog wel goed kunnen dragen, ervaren mentale stressoren en hebben behoefte hierin ondersteund te worden. Daarnaast zijn er geluiden in de sector dat deze groep jongere medewerkers nu al baat heeft bij fysieke ontlasting om problemen op latere leeftijd te voorkomen. Vooral omdat deze jongere groep relatief vaker onregelmatig werkt. Het breed gedragen beeld is dat bij alle groepen medewerkers, en bij de jongere groepen in het bijzonder, moet worden ingestoken op preventie in plaats van achteraf reageren op problemen.



Uit de sectoranalyse komen de volgende bevindingen naar voren die een beeld geven van de omvang van de problematiek van duurzame inzetbaarheid. In 53% van de ziekenhuizen wordt de werkdruk door de medewerkers als te hoog ervaren, en van degenen die van baan wisselen doet 22% dit om de werkdruk te verlagen. Deze uitstroom verhoogt de werkdruk van het blijvende zorgpersoneel. Het groeiende personeelstekort zorgt voor een werkklimaat waarin medewerkers altijd 'aan staan', en weinig ruimte voor herstel hebben binnen hun werk. Gecombineerd met de nadruk op kostenbeheersing, efficiency, productie draaien en legt dit veel druk op zorgmedewerkers.

Het werk in de ziekenhuizen wordt vaak aangeduid als 'zwaar werk'. Hoewel er geen vaste definitie van zwaar werk is, ervaren medewerkers in de ziekenhuizen in hoge mate cognitieve, kwantitatieve, emotionele en fysieke werkdruk. In 2021 was het verzuim 5,96%: een stijging van 9% ten opzichte van 2020. Het verzuim in de ziekenhuizen verschilt per leeftijdsgroep: de groep medewerkers van 56 jaar en ouder heeft het hoogste percentage verzuim met 7,83%, terwijl onder jongere medewerkers het verzuim het meeste stijgt met 28% in het laatste jaar. Vergeleken met andere zorgbranches is het verzuim in ziekenhuizen gemiddeld iets lager, met 6,4% voor Z&W, en 5,6% voor de branche Ziekenhuizen. De zorg als sector kent een hoger verzuim dan andere sectoren in Nederland met 6,4% tegenover 4,7% gemiddeld in Nederland (H5.2-F).

Technologische ontwikkelingen in het werk leveren een tweedeling op als het gaat om ervaren zwaarte. Vooral jongere medewerkers pakken de technologie snel op en voelen dat het werk voor hen er makkelijker van wordt. Technologie kan werk verrijken, verlichten en vrijheid geven. Oudere medewerkers ervaren dit gemiddeld minder. Voor hen is het een extra leerstap en in een aantal gevallen een extra stressor in het werk om met nieuwe technologie om te moeten leren gaan. Het vinden van een balans tussen de vergemakkelijking van werk en de stress die dit bij werknemers oplevert, is een belangrijk aandachtspunt voor werkgevers. Eveneens dient er aandacht te zijn voor de manieren waarop technologie het werk in ervaring ook ten nadele kan veranderen, bijvoorbeeld doordat werk eentoniger wordt, rustmomenten verdwijnen, de arbeidsproductiviteit en snelheid van werken wordt verhoogd, de handelingsvrijheid beperkt wordt en het werk opgeknipt wordt in microtaken. Het is voor de problematiek van duurzame inzetbaarheid belangrijk om medewerkers te betrekken bij het vormgeven en inpassen van technologie in hun werk.

De combinatie van nijpende arbeidsmarkttekorten, veeleisend intensief werk (veel werk verzetten, hectisch tijdens werk, hard moeten werken, complexe sociale taken), en een hoge werkdruk, zorgt voor een werkcontext waarin een actieve insteek op duurzame inzetbaarheid hard nodig is. Door de gevarieerde samenstelling van het werknemersbestand voldoet een algemeen beleid op duurzame inzetbaarheid niet. Werknemers zijn gebaat bij maatwerk als het gaat om hun eigen duurzame inzetbaarheid. De uitdaging voor de sector ligt in het vinden van ruimte in het beleid op duurzame inzetbaarheid om medewerkers zowel individueel als in teams te versterken, om zo de branche als geheel vitaal te houden richting de toekomst.



8.3 Wat wordt al gedaan aan duurzame inzetbaarheid; op welke wijze wordt hier aandacht aan besteed door werkenden en werkgevers? Wat wordt al gedaan aan ontsiemaatregelen of zwaarwerkregelingen in de sector?

Binnen de ziekenhuizen worden reeds diverse maatregelen getroffen die te classificeren zijn als ontsiemaatregelen, zwaar werk-maatregelen en stimuleringsmaatregelen. Denk hierbij aan verlofbudgetten en (met een niet verplichtend karakter), de generatieregeling. Stimuleringsmaatregelen bestaan uit extra scholing voor medewerkers, en initiatieven die medewerkers vitaal houden. Vrijwel alle ziekenhuizen hebben een breed aanbod van workshops, vouchers, kortingen voor sport, ontspanning, persoonlijke ontwikkeling en vitaliteit. Veelal gepresenteerd via een web-portal of intranet.

Hoewel medewerkers vaak wel bekend zijn met duurzame inzetbaarheidsmaatregelen, maken zij er nog weinig tot wisselend gebruik van. Uit gesprekken met de sector blijkt dat voor veel medewerkers de maatregelen overkomen als iets wat hen niet naar behoeven helpt. Vervroegd uittreden (geheel of gedeeltelijk), al dan niet met een generatie- of andere regeling, wordt door de werknemer vaak van de hand gedaan als financieel niet passend. Leidinggevenden en HR-afdelingen worstelen met het dilemma dat men medewerkers in het primaire proces eigenlijk niet wil missen. Verder is het aanbod voor extra scholing, vitaliteit en ontspanning vaak buiten werktijd, wat voor veel medewerkers voelt als het moeten besteden van vrije tijd als werktijd. Medewerkers voelen zich hierdoor niet voorzien in hun behoefte en missen hierbij een insteek op hun persoonlijke welzijn en gezondheid. Werkgevers willen wel meer kunnen bieden, maar voelen zich in het toepassen van een beleid voor duurzame inzetbaarheid beknelde door de kaders waarmee zij te maken hebben. Er is voor werkgevers weinig financiële ruimte om maatwerk te leveren, terwijl veel algemene maatregelen als niet toereikend worden ervaren. Eveneens dient opgemerkt te worden dat men binnen de ziekenhuizen op dit moment weinig ruimte ervaart om beleid rondom duurzame inzetbaarheid écht effectief te laten zijn. Met name vanwege de huidige personeelstekorten, de sterke nadruk op efficiency, productie en eigen verantwoordelijkheid.

Werkgevers benoemen als wens meer eigen initiatief en eigen regie bij medewerkers ten aanzien van het thema duurzame inzetbaarheid. Zij zien weinig eigen initiatief onder medewerkers om zich te laten helpen of om de vinger op te steken bij behoefte aan hulp. Dit leidt tot een reactief systeem, dat vooral te maken heeft met genezing in plaats van preventie. De wens om meer in te zetten op de preventiekant van het duurzame inzetbaarheidsvraagstuk wordt breed gedeeld.

Veel initiatieven rondom duurzame inzetbaarheid stranden door bovengenoemde redenen dan ook kort na de implementatie. Vaak wordt een nieuw initiatief ingezet, en de deelname daaraan gestart, om vervolgens weer losgelaten te worden zonder een duidelijk resultaat of impact.

Binnen de sector ziekenhuizen is er brede behoefte aan duidelijke kaders voor werkgevers waarin financiële en regelruimte wordt geboden, om op werkgeversniveau maatwerk te kunnen bieden. Dit houdt ook in het voorlichten van medewerkers in alle leeftijdscategorieën over de mogelijkheden voor duurzame inzetbaarheid, en het opstellen van een toekomstbestendig, duurzaam inzetbaarheidsbeleid, om zoveel mogelijk medewerkers gezond de pensioenleeftijd te laten halen.



8.4 *Op welke manier kunnen extra investeringen in duurzame inzetbaarheid bijdragen aan oplossingen voor de beschreven problematiek?*

Antwoorden op deze vraag beginnen bij het besef dat het vraagstuk een gelaagd vraagstuk is. Het introduceren van een enkele maatregel, instrument of een cao-regeling doet geen recht aan de problematiek van duurzame inzetbaarheid binnen de ziekenhuizen zoals dat in deze analyse naar voren komt. Op alle lagen en vanuit alle actoren zijn acties nodig. Het is daarbij zaak om oog te hebben voor dilemma's en voor de vraag hoe maatregelen écht werkend en effectief kunnen zijn in de werkcontext.

Ondanks de complexiteit van het vraagstuk zijn alle betrokkenen het met elkaar eens dat:

- » 'Niets doen geen optie is';
- » Bij het aanpakken het gewenst is prioriteiten te stellen ("grootste problemen eerst"), te ordenen naar korte en lange termijn, zo concreet mogelijk te zijn en bij voorkeur niet te werken met compromissen;
- » Er maatregelen voor meerdere doelgroepen nodig zijn, in de volle breedte van het personeelsbestand. Zowel voor de werkenden die met moeite hun pensioenleeftijd kunnen halen, als ook voor jongeren die het werk mentaal zwaar vinden, voor diegenen die vaak onregelmatig werken, en voor diegenen die fysiek en/of mentaal zwaar werk doen;
- » Het leidende principe moet 'gezondheid van medewerkers' worden, van repareren naar preventie;
- » Dat wat er al is aan maatregelen en aanbod, zou beter gebruikt moeten worden. Medewerkers, leidinggevenden en werkgevers hebben daarvoor ruimte nodig, zowel in sociale normen (cultuur), financieel en fte.

Extra investeringen kunnen een deel van de oplossing vormen wanneer deze ingezet worden voor:

- » gerichte activiteiten i.c. maatregelen voor alle doelgroepen waarbij de focus wordt gelegd 'van reparatie naar preventie' en die een bijdrage leveren aan het verbeteren van de werkcontext;
- » het doen van onderzoek naar belastbaarheid, daarbij gebruikmakend van kennis en ervaring uit andere sectoren (buiten de zorg). Dit specifiek rondom onregelmatig werken: bekijken hoe nachtarbeid gezonder kan, zoals middels innovatief roosteren, en naar de huidige wijze waarop bereikbaarheidsdiensten worden gedraaid;
- » het doen van (periodiek) onderzoek naar uitstroomredenen van medewerkers;
- » het tegen het licht houden van de cao. Gericht op onder meer de vraag of de wijze waarop de cao nu is samengesteld, kan worden aangepast op een wijze waardoor regelingen beter tot hun recht komen. Wat kan er anders, beter en eenvoudiger? Waar kan een cao de ontwikkeling naar modern werkgeverschap en modern werknemerschap ondersteunen? Bijvoorbeeld rondom de thema's autonomie, veiligheid en agressie, zeggenschap, roosteren en regie. Ook valt te denken aan het heroverwegen van de wellicht in de moderne tijdsgeest van 'goed werk' verouderde jaarurensystematiek, ORT, stapeling van toeslagen en flexwerk. Dit alles in het licht van een medewerker die in de loop der tijd ook in toenemende mate geëmancipeerd is en andere behoeften en wensen heeft;
- » het kunnen bieden van een 'zachte landing' voor medewerkers richting de pensioenleeftijd, voor als het écht niet meer anders kan.;
- » het beter benutten van de huidige generatieregeling en van het huidige ontwikkelde aanbod binnen ziekenhuizen waardoor mensen langer door kunnen werken (ook als is dit bij een verlaging van de arbeidsduur) en er zoveel mogelijk medewerkers behouden blijven voor de branche en breder de sector Zorg;
- » het mentaal ondersteunen van jongeren en het extra investeren en extra ondersteunen van medewerkers aan het begin van hun carrière. Passend bij hun levensfase;
- » het organiseren van het "goede gesprek" over duurzaam werken in de Ziekenhuizen, dit op elk niveau.



Bij alle extra investeringen dient de werkcontext en de cultuur onderwerp van aandacht te zijn. Willen ziekenhuizen een gezondere en duurzamere werkcontext ontwikkelen, dan vraagt dat om actie, ruimte, vertrouwen en verantwoordelijkheid van alle actoren in de branche.

8.5 Op welke manier kunnen extra investeringen in eerder stoppen met werken bijdragen aan oplossingen voor de beschreven problematiek?

Veel oudere medewerkers (met name boven de 60 jaar) ervaren het werk in deze fase van hun loopbaan als te zwaar om te blijven werken tot aan de pensioengerechtigde leeftijd. De ervaren behoefte, feitelijk de noodzaak, om minder te werken of zelfs eerder volledig te stoppen met werken, is hierbij nadrukkelijk aanwezig. Op dit moment lijkt 'eerder stoppen' de enige optie voor medewerkers.

Deze groep medewerkers heeft behoefte aan regelingen die de werkgever aanbiedt om anders of minder te werken zonder dat dit grote consequenties heeft voor inkomen en pensioenopbouw. Werkgevers hebben de behoefte om maatwerk te kunnen bieden, waardoor medewerkers nog wel deels behouden kunnen blijven en ieder geval de medewerkers iets te kunnen bieden.

Daarnaast is er behoefte aan een regeling voor die groep medewerkers waarvan doorwerken tot aan de pensioengerechtigde leeftijd, op welke wijze dan ook, geen reële optie is. Dit met als doel deze groep een zachte landing te bieden.

Kortom, het is wenselijk om te investeren in het realiseren van beleid en in een pakket van maatregelen en regelingen die het mogelijk maakt voor die medewerkers voor wie dit gewenst is om in de laatste loopbaanfase minder te gaan werken of, als last resort, eerder te stoppen met werken.

De behoefte aan deze mogelijkheden lijkt sterker aan de orde bij lager opgeleiden dan bij hoger opgeleiden. En eerder bij functies in het primaire proces (waaronder facilitair) dan bij ondersteunende, staf, functies. Juist medewerkers in lagere FWG-schalen lukt het financieel op dit moment niet om minder te werken of eerder te stoppen.

In dit kader kan een regeling om volledig eerder te stoppen in specifieke situaties uitkomst bieden voor medewerkers. Aandachtspunt hierbij is of deze financieel aantrekkelijk/ passend is voor de medewerker.

Een aandachtspunt is daarbij dat de regeling zoals die uit hoofde van MDIEU geboden kan worden tijdelijk van aard is. Een dergelijke regeling biedt daarmee voor een beperkte periode soelaas. Enkele ziekenhuizen noemden in de focusgroepen dat de tijdelijkheid van een regeling voor een paar individuen zeker wel een optie kan bieden, maar dat je daarna weer anderen moet teleurstellen. Deze tijdelijkheid wordt als oneerlijk en onwenselijk beschouwd.

De zekerheid van het beschikbaar zijn van een passende regeling zou hand in hand moeten gaan met meer mogelijkheden om het werk aan te passen in de laatste fase van de loopbaan en anders om te gaan met bijvoorbeeld productiviteitsnormen. En ook geldt: er is verschil tussen het individu en het collectief. Maatwerk en zekerheid zijn hier de kernwoorden.



Bijlage 1 - Werkingssfeer Cao Ziekenhuizen

a. De werkgever

1. De rechtspersoon die, en/of een organisatorisch verband dat, ten doel heeft ziekenhuiszorg te bieden, dan wel organisaties die op het moment van inwerkingtreding van deze cao lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

Hierbij wordt onder ziekenhuiszorg verstaan: zorg die wordt geleverd door een rechtspersoon die of een organisatorisch verband dat ingevolge de Wet toelating Zorginstellingen (Uitvoeringsbesluit WTZi: Staatsblad 2005, nr. 575) is toegelaten en/of in het kader van de Zorgverzekeringswet (Staatsblad 2005, nr. 358) 50% of meer gefinancierde curatieve medisch specialistische zorg biedt.

Uitgezonderd zijn:

- » een rechtspersoon die een academisch ziekenhuis, als bedoeld in artikel 1:13 van de Wet op het hoger en wetenschappelijk onderwijs, exploiteert;
- » het Centraal Militair Hospitaal te Utrecht;
- » het militair revalidatiecentrum Aardenburg te Doorn;
- » een rechtspersoon die uitsluitend of nagenoeg uitsluitend geestelijke gezondheidszorg en/of verslavingszorg biedt;
- » een organisatorische eenheid van een rechtspersoon die gehouden is de sector Cao Ambulancezorg toe te passen ten aanzien van de werknemers van die eenheid.

2. De rechtspersoon die, en/of een organisatorisch verband dat, ziekenhuiszorgactiviteiten verricht en waarbij een meerderheidsbelang (50% of meer) of een overwegende mate van zeggenschap ligt bij de werkgever(s) als bedoeld onder 1.

3. De rechtspersoon die, en/of een organisatorisch verband dat, op structureel contractuele basis, medisch specialistische zorg biedt ten behoeve van de werkgever(s) als bedoeld onder 1.

Onder ziekenhuiszorgactiviteiten, als bedoeld onder 2 worden mede verstaan werkzaamheden verricht door een:

- sterilisatiedienst
- diagnostisch centrum
- centrum voor geestelijke verzorging
- medische (orthopedische) instrumentmakerij
- apotheek
- klinisch chemisch-, microbiologisch- en/of pathologisch laboratorium
- (huisartsen)laboratorium
- trombosedienst
- paramedische instelling
- verloskundige instelling

Uitgezonderd zijn:

Rechtspersonen die zijn opgericht door een academisch ziekenhuis en de werkgever(s) als bedoeld onder 1 gezamenlijk.



Bijlage 2 - Bronnenlijst trends en ontwikkelingen in de Ziekenhuizen

- » Brabants Dagblad, 2021. Vandaag in Tilburg, morgen Den Bosch; nieuwe groep spoedverpleegkundigen werkt daar waar de druk het hoogst is | Brabant | bd.nl
- » CPB, Nieuwe manier van werken ziekenhuizen leidt tot doelmatiger zorg zonder kwaliteitsverlies, 2020 via <https://www.cpb.nl/evaluatie-programmas-beatrixziekenhuis-en-bernhoven>
- » De Gelderlander. Vanuit dit meldcentrum in Varsseveld wordt zorg geboden aan meer dan 100.000 mensen, 7 maart 2019
- » De geneeskunde student, 2021, Lancering onderzoeksrapport duurzaamheid. Via: <https://degeneeskundestudent.nl/nieuws/terugblik-lancering-onderzoeksrapport-duurzaamheid/>
- » De Volkskrant, 2019, Van massamedicijn naar maatwerk: de precisiegeneeskunde rukt op³⁴
- » EVZ, Factsheet Energiekengetallen zorgsector, november 2020
- » FNV, Werken in de hitte, Wanneer is het te warm om te werken fnv.nl/werk-inkomen/veilig-gezondwerken/werken-in-de-hitte
- » FWG, De FWG-Essays. Hoe verandert corona het werken in de zorg? Essay 2 – Een pleidooi voor vakmanschap, juli 2020 fwg.nl/essay-2-een-pleidooivoor-vakmanschap/
- » FWG, Trendrapport VVT #Hoedan? Ouderenzorg tussen wens en werkelijkheid, 2021.
- » ICT Magazine, maart 2020, De toekomst van ICT in de ziekenhuizen. Via: <https://www.ictmagazine.nl/uitgelicht/de-toekomst-van-ict-in-de-ziekenhuizen/>
- » ICT&Health, 2019, Nederlandse zorg heeft veel vertrouwen in cybersecurity
- » ICT&Health, 2020, Juiste zorg op juiste plek meer verankerd in ziekenhuizen
- » ICT&Health, 2021, Onderzoek naar vroege herkenning en behandeling van 'stil' hartinfarct. Via: [Onderzoek naar vroege herkenning, behandeling 'stil' hartinfarct - ICT&health>](#)
- » ICT&Health, AI-platform voor snellere diagnostiek bij dementie, 26 februari 2021
- » Instituut Voor Vastgoed & Duurzaamheid, Uitdaging Zorgsector: geen CO2 uitstoot meer in 2050, 18 november 2020 www.ivvd.nl/uitdaging-zorgsectorgeen-co2-uitstoot-meer-in-2050/
- » International Labour Organization (ILO), Report, Working on a warmer planet: The effect of heat stress on productivity and decent work, 1 juli 2019
- » KPMG, 2021, Oude structuren, nieuwe contouren De noodzaak voorbij, innoveren in de ziekenhuissector Over de herijking van ambitie, rol, positie en leveringsmodellen ziekenhuizen. Via: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/nl/pdf/2021/sectoren/oude-structuren-nieuwe-contouren-health-check.pdf>
- » LinkedIn, post van Maurice van den Bosch: hospital without walls the future of healthcare activity. Via: https://www.linkedin.com/posts/mauricevandenbosch_hospitals-without-walls-the-future-of-healthcare-activity-6833311499109335040-PzbP/
- » M&I partners, 2020. Jaarlijks onderzoek naar de stand van zaken van AI bij Nederlandse ziekenhuizen (editie 2020) <https://mxi.nl/uploads/files/publication/ai-onderzoek-editie-2020.pdf>
- » Medisch contact, 2020, #101 voorbeelden van de juiste zorg op de juiste plek in kaart
- » Medisch Contact, 2021, Specialisten Twentse ziekenhuizen bekijken samenwerking. Via: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/specialisten-twentse-ziekenhuizen-bekijken-samenwerking-.htm>
- » Medisch Contact, Het gevaar griep, 27 maart 2002
- » Medisch Contact, VieCuri en Laurentius voegen vakgroepen van SEH-artsen samen, okt 2021
- » NOS, Angst is opeens een belangrijke factor in mijn werk, 14 april 2020 nos.nl/collectie/13838/ artikel/2330454-angst-is-opeens-eenbelangrijke-factor-in-mijn-werk



- » NVZ, 2021, Driekwart ziekenhuizen levert portefeulleroutekaart in. Via: <https://nvz-ziekenhuizen.nl/nieuws/driekwart-ziekenhuizen-levert-portefeulleroutekaart>
- » NVZ, Factsheet digitale zorg, oktober 2021. Via: [Meer digitale zorg dan vorig jaar - NVZ \(nvz-ziekenhuizen.nl\)](https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/Meer-digitale-zorg-dan-vorig-jaar-NVZ)
- » NVZ, <https://zorgvoorjump.nl/nl/taakherschikking>
- » NZa, 2019, Effecten taakherschikking op betaalbaarheid blijven achter. Via: <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/04/01/effecten-taakherschikking-op-betaalbaarheid-blijven-achter>
- » OLVG, 2021, Verpleegkundig Stafbestuur. Via: <https://www.olvg.nl/verpleegkundig-stafbestuur>
- » Presentatie Marjan Kaljouw (NZa) op het Zorgvisie Congres Acute Zorg, 28 oktober 2021
- » Radboudumc, Artificiële Intelligentie voor betere preventie van dementie, 23 februari 2021
Via: www.radboudumc.nl/nieuws/2021/artificiele-intelligentievoor-betere-preventie-van-dementie
- » RIVM, Veelgestelde vragen over de Aziatische tijgermug, 3 april 2020
www.rivm.nl/veelgestelde-vragen-over-aziatische-tijgermug
- » RVS, Waarde(n)volle zorgtechnologie - Een verkennend advies over de kansen en risico's van kunstmatige intelligentie in de zorg, 5 februari 2019
- » RVS, Zorg op afstand dichterbij, 27 augustus 2020
- » Skipr, okt 2021, 'Nieuw' Bravis ziekenhuis gaat hybride: 10 tot 40 procent consulten kan op afstand
- » Skipr, 2019, Oost-Nederlandse IC's zoeken elkaar op
- » Skipr, 2020, Maastricht UMC+ biedt nieuwe aanpak van beddenproblematiek
- » Skipr, 2021, NZa: tijd is rijp voor sectoroverstijgende betaaltitel
- » Skipr, Alrijne Ziekenhuis neemt basiszorg over van LUMC, aug 2020
- » Skipr, aug 2021, Zo halveerde Zuyderland de CO2-uitstoot in 12 jaar tijd
- » Skipr, juli 2021, Evacuatie patiënten VieCuri Medisch Centrum door hoog water
- » Skipr, juli 2021, Jonge artsen binnen Franciscus aan de slag voor meer 'Zin in Zorg'
- » Skipr, sept 2021, BovenIJ verduurzaamt de OK
- » Smarthealth, maart 2020. Continue monitoring in het Radboudumc.
<https://smarthealth.live/2020/03/05/continu-monitoring-radboudumc-ai-data/>
- » The Scientist, Characteristics that Give Viruses Pandemic Potential, 17 augustus 2020
www.the-scientist.com/feature/characteristics-that-give-viruses-pandemic-potential
- » Trouw, sept 2021, Brabants ziekenhuis vangt narcosegassen op, bespaart zo jaarlijks 2,2 miljoen autokilometers aan uitstoot
- » Trouw, Zo gaat de nieuwe manier van zorg verlenen eruit zien: in het Gooi zijn ze al ver, 11 december 2020
- » Universiteit Twente, 2019, AI geeft betrouwbare prognose bij coma. Via: <https://www.utwente.nl/nieuws/2019/6/521106/ai-geeft-betrouwbare-prognose-bij-coma>
- » WRR, 2020, Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht. Via: [Het betere werk. De nieuwe maatschappelijke opdracht | Rapport | WRR](https://www.wrr.nl/publicaties/publicatie/Het-betere-werk)
- » WRR, 2021, *Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak* (rapport nr. 104, 2021)
- » ZonMw, Kennisagenda Klimaat en Gezondheid, 23 mei 2019 https://www.zonmw.nl/fileadmin/zonmw/documenten/Gezondheidsbescherming/Kennisagenda_Klimaat_en_Gezondheid
- » Zorgvisie, 2020, Sjaak Wijma: 'Zorgaanbieders mogen alleen nog passende zorg declareren'
- » Zorgvisie, 29 juni 2021, 'Trainen voor je operatie is een boerenverstand-interventie'
- » Zorgvisie, A.I. in de zorg: successen, beperkingen en wensen, 17 februari 2021
- » Zorgvisie, A.I. krijgt steeds grotere rol datagebruik voor preventie, 25 september 2020
- » Zorgvisie, aug 2021, 'Vergroenen is geen keuze, maar een morele verplichting'
- » Zorgvisie, Brede samenwerking MST en ZGT moet zorg in Twente houden, maart 2021
- » Zorgvisie, okt 2021, 'Concentratie verergerd personeelstekort acute zorg'
- » Zorgvisie, Samen werken aan duurzame zorg, 17 januari 2020 www.zorgvisie.nl/samen-werken-aan-duurzame-zorg/
- » Zorgvisie, SEH's met weinig aanloop moeten vrezen voor voortbestaan, okt 2021



- » Zorgvisie, WRR: Zonder scherpe politieke keuzes gaat kwaliteit van de hele zorg ten onder, 2021