

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/82573>

Please be advised that this information was generated on 2021-06-15 and may be subject to change.



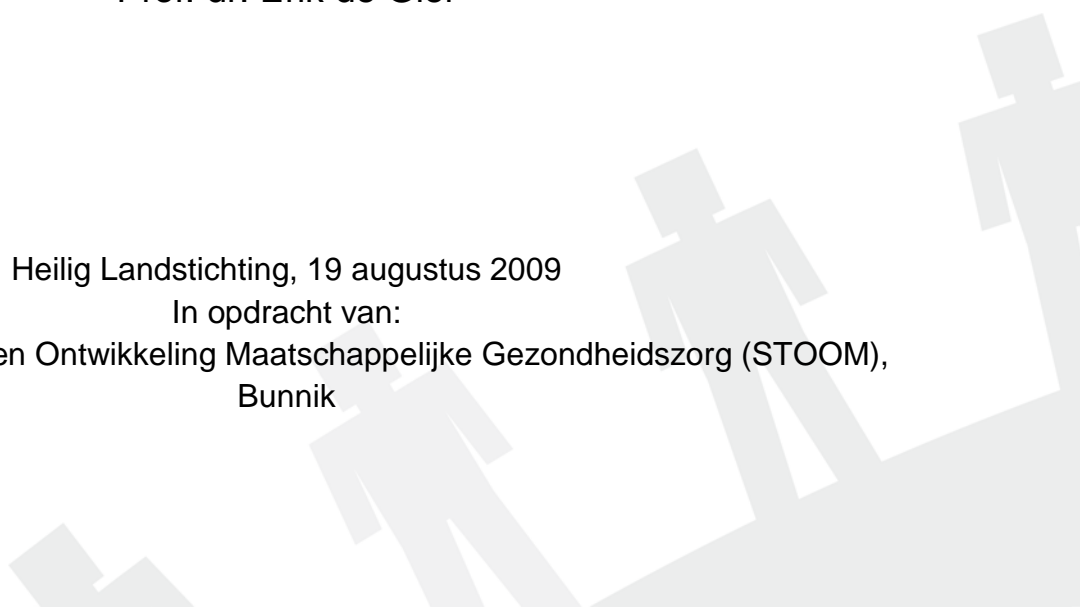
# De toekomst van de thuiszorg in het perspectief van de activerende participatiemaatschappij

Prof. dr. Erik de Gier

Heilig Landstichting, 19 augustus 2009

In opdracht van:

Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (STOOM),  
Bunnik





‘But in Utopia the facts speak for themselves. There, out of all the able-bodied men and women who live in a town, or in the country round it, five hundred at the most are exempted from ordinary work. This includes the Stywards, who, though legally exempt, go on working voluntarily to set a good example.’

Thomas More, *Utopia*, Penguin Classics, Harmondsworth 1984: 77.



## Inhoudsopgave

### Samenvatting

1. Inleiding
2. De activerende participatiemaatschappij als context
3. Employability en thuiszorg
4. Empowerment van cliënten, mantelzorgers en vrijwilligers
5. Institutionele en organisationele ontwikkelingen
6. Conclusies

### Referenties



## Samenvatting

In dit essay is de vraag aan orde welke ontwikkelingen en trends op het vlak van arbeid en arbeidsmarkt van invloed zijn op de toekomstige vraag en aanbod van zorg en ondersteuning thuis. De horizon is het jaar 2020.

Het perspectief waarbinnen wordt getracht deze vraag te beantwoorden is dat van de activerende participatiemaatschappij, waarin alle burgers naar vermogen bijdragen door middel van het verrichten van betaalde arbeid en/of door het geven van informele zorgarbeid of het verrichten van vrijwilligerswerk.

Een wezenlijk onderscheid in dit verband is het onderscheid tussen *employability* van werknemers en *empowerment* van zorgconsumenten en informele zorgers. Ten aanzien van arbeidsmarktontwikkelingen op het vlak van de thuiszorg betreft dit twee min of meer beïnvloedbare communicerende vaten.

De verwachte personeelstekorten in de thuiszorg op langere termijn zullen voor een deel worden opgevangen door een aanpassing van de verhouding tussen professionele zorg en informele zorg. Daarnaast zullen werkgevers in de thuiszorg al het nodige doen de instroom van nieuw personeel te bevorderen ter vervanging van de in de komende 15 jaar massaal uittrekkende overwegend vrouwelijke babyboomers. Tevens zullen zij door middel van leeftijdsspecifiek personeelsbeleid en een voor werkende vrouwen gunstig arbeidstijdenbeleid proberen te concurreren met andere sectoren in de zorg en dienstverlening. Ten slotte, wordt veel verwacht van de mogelijkheden die sociale innovatie en slimmer werken bieden voor productiviteitsverbeteringen en verbetering van de kwaliteit van de arbeid in de thuiszorg. Belangrijke uitdagingen voor de werkgevers in de thuiszorg zijn in dit verband de professionele aspecten van het werk in de thuiszorg een nieuwe inhoud te geven en het interesseren van de nieuwe generatie werknemers op de arbeidsmarkt (de zogenaamde generatie Y of de werknemer 2.0) voor werken in de thuiszorg. Voor een deel vergen beide uitdagingen een andere organisatie van de thuiszorg.

De toekomstige thuiszorg zal minder homogeen zijn georganiseerd. Vermoedelijk zal het aanbod van geprivatiseerde thuiszorg en zelfstandig ondernemerschap sterk toenemen ten koste van het aanbod en de kwaliteit van collectief gefinancierde thuiszorg. Dit brengt het risico met zich dat meer draagkrachtige zorgconsumenten in de toekomst zullen kunnen beschikken over kwalitatief hoogwaardiger thuiszorg dan minder draagkrachtige zorgconsumenten.

De activerende participatiemaatschappij is derhalve geen panacee voor de oplossing van alle kwalen op de arbeidsmarkt. Naast kansen, blijven er ook risico's voor werknemers op de arbeidsmarkt. Het verschil met het verleden is dat zij worden geacht daarvoor aanzienlijk meer eigen verantwoordelijkheid te nemen en ook wensen te nemen.



## 1. Inleiding

De thuiszorg bevindt zich in turbulent vaarwater. Tegelijkertijd staat de sector op het kruispunt van twee verschillende tijdvakken. Aan de ene kant is er nog de oude bekende tijd, gekenmerkt door vastigheid en geleidelijkheid. Aan de andere kant dient zich steeds manifester een nieuwe tijd aan, waarin vastigheid wordt ingeruild voor flexibiliteit, marktwerking en meer onzekerheid. De gevolgen zijn nog maar gedeeltelijk zichtbaar en hebben zich bovendien nog maar voor een deel vertaald naar de sector. Een voorbeeld daarvan is de invoering van de WMO op 1 januari 2007, waardoor huishoudelijke hulp niet langer uit de AWBZ wordt gefinancierd, maar door de gemeenten. Dit heeft onder andere geleid tot verschuivingen in de personeelssamenstelling van thuiszorginstellingen en tot veranderingen in de kwaliteit van de arbeid (Van der Velde e.a., 2007). Het laat zich aanzien dat toekomstige aanpassingen van de AWBZ opnieuw ingrijpende gevolgen met zich zullen brengen voor de arbeidsmarkt in de thuiszorg.

De omgeving van de thuiszorg wordt gekenmerkt door een grote hoeveelheid, soms tegenstrijdige, zekere en onzekere toekomstontwikkelingen. Indien we als referentiepunt het jaar 2020 kiezen dan is het bijvoorbeeld zeker dat de vergrijzing en de ontgroening van de bevolking zich onverkort zal doorzetten. Daardoor komen er meer ouderen, chronisch zieken en mensen met een handicap, met als gevolg een toenemende vraag naar zorg in het algemeen en thuiszorg in het bijzonder. Dezelfde demografische ontwikkeling leidt ertoe dat de omvang van de beroepsbevolking stabiliseert en vervolgens gaat dalen. Op grond daarvan zullen er bij min of meer ongewijzigd beleid grote tekorten gaan ontstaan in de personeelsvoorziening in de zorgsector. Dit wordt nog eens versterkt door het gegeven dat de zorgsector zelf behoort tot de meest vergrijzde sectoren op de arbeidsmarkt. In 2025 verwacht men een personeelstekort van om en nabij 15-20 procent. Dat betreft in totaal een kleine 500.000 werknemers. De thuiszorg zelf is een van de grotere arbeidverschaffende sectoren in de zorgsector. In de thuiszorg zijn momenteel ruim 130.000 werknemers werkzaam (voornamelijk in deeltijd werkende vrouwen) in onder meer 150 instellingen voor algemene thuiszorg (ActiZ, 2006).

Als het zo is dat na de huidige economische recessie de arbeidsmarkt in Nederland opnieuw zeer krap zal zijn, dan is het vooral in de zorgsector zaak een diversiteit aan strategieën te ontwikkelen die leidt tot meer efficiëntie en een grotere productiviteit en daarnaast tot werk dat qua aantrekkelijkheid kan concurreren met ander werk op de arbeidsmarkt. Daarnaast vergt de omvang van de kosten- en personeelsproblematiek ook maatregelen die zijn gericht op het afremmen van de groei van de vraag naar zorg, waaronder ook de thuiszorg.

In dit essay concentreren wij ons op het arbeids- en arbeidsmarkt-vraagstuk in de thuiszorg<sup>1</sup> tot ongeveer 2020. Hoewel het jaar 2020 op zichzelf geen vast gegeven is, is de keuze voor dit jaar voornamelijk ingegeven door het feit dat ook andere recente toekomstverkenningen ten aanzien van de zorg zich uitstrekken tot 2020<sup>2</sup>. Bovendien lijkt uit het oogpunt van realiteit een periode van ruim tien jaar een redelijk overzienbare periode.

Getracht wordt de twee volgende vragen te beantwoorden:

---

<sup>1</sup> De beschreven ontwikkelingen hebben veelal ook betrekking op de bredere zorgsector.

<sup>2</sup> Zie in dit verband onder andere VWS, Niet van later zorg, 2007.



(1): Welke ontwikkelingen en trends op het vlak van arbeid en arbeidsmarkt zijn van invloed op de toekomstige vraag en het toekomstige aanbod van zorg en ondersteuning thuis?

(2): Welke consequenties hebben die ontwikkelingen en trends voor de toekomstige vraag naar en het toekomstige aanbod van zorg thuis voor mensen met chronische ziekten, handicaps, of beperkingen door ouderdom?

Daarvan afgeleid zullen we tevens stil staan bij de vraag hoe de zorg thuis er omstreeks 2020 uit zou kunnen gaan zien en hoe stelsels en structuren zich naar alle waarschijnlijkheid zullen ontwikkelen.

De context van dit betoog is de activerende participatiemaatschappij. Dit is een maatschappijvorm waarin iedereen naar vermogen meedoet, bij voorkeur door middel van betaalde arbeid. Doel is dat niemand meer aan de kant staat (De Gier, 2007; WMO, 2008).

Het begrip activerende participatiemaatschappij is enkele jaren geleden gemunt door de Sociaal Economische Raad (SER) en omschreven als een toekomstbestendig stelsel van werk, scholing en inkomen, gericht op ontplooiing en benutting. Het accent in de omschrijving van de SER ligt eenzijdig op betaalde arbeid, zonder geheel voorbij te gaan aan onbetaalde arbeid (SER, 2006). In recentere omschrijvingen van het begrip wordt meer recht gedaan aan de betekenis van onbetaalde arbeid voor de participatiemaatschappij in de vorm van mantelzorg en vrijwilligerswerk (WMO, 2008).

De activerende participatiemaatschappij wordt gezien als opvolger van de meer passieve op herverdeling gerichte verzorgingsstaat. In de activerende participatiemaatschappij krijgt de individuele burger meer eigen verantwoordelijkheid toebedeeld ten aanzien van het verwerven van inkomen, werk en hulp aan naasten. Dat het concept activerende participatiemaatschappij onder invloed van de huidige economische recessie nog weinig aan actualiteit heeft ingeboet, blijkt bijvoorbeeld uit het recente betoog van minister-president Balkenende in NRC-Handelsblad. Balkenende is van oordeel dat de activerende participatiemaatschappij Nederland zal helpen om sterker uit de crisis te komen door de koppeling van marktdynamiek aan zekerheid, eigen verantwoordelijkheid aan het algemeen belang en geloof in eigen kunnen aan wederzijds vertrouwen. Voorwaarde is het realiseren van een evenwicht tussen markt, overheid en 'burgersamenleving' (Balkenende, 2009).

De activerende participatiemaatschappij heeft en zal ook in de nabije toekomst een grote impact hebben op de verdere ontwikkeling van de thuiszorg, al was het maar omdat de thuiszorg als sector groot is geworden in de hoogtijdagen van de herverdelende verzorgingsstaat. De thuiszorg zal als sector en qua organisatievorm optimaal moeten inspelen op de activerende participatiemaatschappij wil het als afzonderlijke sector ook in de toekomst kunnen overleven. Dat houdt in dat de sector niet alleen zal moeten anticiperen op de veranderende betekenis van de betaalde, maar ook de onbetaalde arbeid in de samenleving. Daarmee heeft de sector voor een groot deel als het ware zelf de sleutel in handen voor een oplossing van niet alleen het vraagstuk van personeelsvoorziening, maar ook ten aanzien van de toekomstige vraag naar thuiszorg. Sleutelbegrippen in dit verband zijn 'capabilities', 'employability' en 'empowerment'. Deze begrippen betreffen een nadere detaillering van het overkoepelende begrip activerende participatiemaatschappij. Zie Box 1.

Door middel van de capabilities-benadering worden de juiste voorwaarden en kansen voor participatie gecreëerd en krijgt tegelijkertijd de eigen verantwoordelijkheid van de burger en



werknemer nadere invulling. Capabilities zijn vermogens van individuen om daadwerkelijk te kunnen participeren in de samenleving, bijvoorbeeld in de vorm van het beschikken over de juiste vaardigheden om door middel van een betaalde baan een inkomen te verwerven (employability) of door het vermogen zichzelf voldoende te kunnen redden in het geval niet of slechts gedeeltelijk kan worden teruggevallen op professionele zorgvoorzieningen (empowerment). Oorspronkelijk is deze benaderingswijze ontwikkeld en toegepast door de econoom Amartya Sen en de filosofe Martha Nussbaum.

### Box 1: De activerende participatiemaatschappij



Hierna gaan we allereerst dieper in op het begrip activerende participatiemaatschappij door onder andere aandacht te besteden aan het begrip zelf en uitwerking van de capabilities-benadering. De activerende participatiemaatschappij wordt vervolgens geplaatst in de context van belangrijke veranderingen in de sfeer van arbeid en arbeidsverhoudingen, flexibiliteit en zekerheid ('flexicurity').

Vervolgens besteden we aandacht aan employability en verschillende facetten hiervan door middel van een beschrijving van relevante kwantitatieve en kwalitatieve ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van de zorg en thuiszorg in relatie tot de demografische ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen zullen worden gerelateerd aan belangrijke toekomstontwikkelingen met betrekking tot het fenomeen arbeid. Van belang daarbij is de mogelijke noodzaak van een herwaardering van vakmanschap en professionaliteit, de slag om jong talent tussen de verschillende zorgsectoren en tussen de zorg en andere sectoren op de arbeidsmarkt.

Daarna komt de sfeer van de onbetaalde zorgarbeid vanuit het perspectief van de capabilities-benadering en empowerment aan de orde, evenals de mogelijke afruil van betaalde arbeid in de zorg met onbetaalde arbeid door een versterking van het aspect van empowerment en vice versa.





Ten slotte gaan we nader in op van belang zijnde institutionele ontwikkelingen met betrekking tot de relevante wet- en regelgeving (ZV, AWBZ, WMO, WWB) en met betrekking tot de veranderende organisatievormen. Wat het laatste betreft, maakt de thuiszorg over een langere periode een transformatie door van fusie tussen wijkverpleging en gezinszorg en schaalvergroting tot het naast elkaar ontstaan van omvangrijke geïntegreerde zorgagglomeraten, gespecialiseerde zorgondernemingen, zoals Buurtzorg Nederland en snelle groei van het aantal solo-ondernemers (ZZP-ers) in de thuiszorg. Afgezien van overwegingen ten aanzien van financiering (collectief en/of privaat), kosten en efficiency wordt deze ontwikkeling ook beïnvloed door ontwikkelingen op de arbeidsmarkt, kwaliteit van de arbeid en opvattingen over vakmanschap en professionaliteit.

## 2. De activerende participatiemaatschappij als context

De thuiszorg als institutie en daarnaast de relatief grote omvang van de sector thuiszorg heeft voornamelijk gestalte gekregen tijdens de hoogtijdagen van de collectieve verzorgingsstaat in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw. Daardoor geldt de thuiszorg als institutie als één van de belangrijke exponenten van de idee van de collectieve verzorgingsstaat. Tegelijkertijd is de thuiszorg zoals wij die vandaag de dag kennen ook een belangrijke resultante van de verzorgingsstaat. Het belang van de sector voor de werkgelegenheid van in het bijzonder werkende vrouwen is aanzienlijk. Mede door de aanhoudende vergrijzing van de bevolking en de stijging van de levensverwachting zal de vraag naar thuiszorg op zichzelf vooralsnog ook in de toekomst blijven toenemen. Intussen is politiek gezien de idee van collectieve verzorgingsstaat goeddeels verlaten en vervangen door het streven burgers zo min mogelijk afhankelijk te doen zijn van collectieve voorzieningen. Bovendien dienen burgers door middel van betaald werk in hun eigen onderhoud te voorzien. Sociale uitkeringen worden alleen nog verstrekt als het echt niet anders kan. De achterliggende gedachte is die van de activerende participatiemaatschappij waarbij alle inspanning is gericht op het verrichten van betaalde arbeid of op de voorbereiding daarvan door scholing, opleiding, training en lerend werken. Samengevat staat de thuiszorg als gevolg van deze ontwikkelingen tegelijkertijd met één been in het verleden en met één been in de toekomst. In de context van de activerende participatiemaatschappij staat de thuiszorg als exponent van collectieve zorg onder druk. Maar als verschaffer van werkgelegenheid en als banenmotor voor werkende vrouwen vormt de sector thuiszorg juist weer een wezenlijk onderdeel van de activerende participatiemaatschappij. Complicerend bij deze spanningsvolle verhouding is het gegeven dat de vraag naar thuiszorg niet statisch is en in de toekomst vrijwel zeker zal blijven groeien. Daaruit is af te leiden dat zowel institutie als sector optimaal zullen moeten inspelen op de activerende participatiemaatschappij. Daarbij is aanzienlijk meer in het geding dan alleen het arbeidsmarktvraagstuk. Het gaat ook om een kostenvraagstuk en het vraagstuk van de eigen verantwoordelijkheid van de burgers. De politieke druk om de kosten van de behoefte aan thuiszorg voor eigen rekening te nemen zal in deze context toenemen, in samenhang met een streven naar verlaging van kosten van thuiszorg en een groeiend beroep op naaste familieleden en bekenden in plaats van op professionals. Bovendien zal de werkgelegenheid in de sector thuiszorg meer en meer gaan verschuiven van collectief gefinancierde werkgelegenheid in de richting van privaat of semi-collectief gefinancierde werkgelegenheid. Hoe dit precies uitwerkt op de positie van minder draagkrachtige burgers



valt nu nog niet goed te voorzien, maar de kans is niet denkbeeldig dat sommige groepen in de samenleving in de toekomst dreigen te worden uitgesloten van kwalitatief goede thuiszorg.

De activerende participatiemaatschappij behelst een toekomstbestendig stelsel voor werk, scholing en inkomen en bestaat uit twee afzonderlijke, doch onderling verbonden pijlers, namelijk een inkomensbeschermende en een participatiepijler (SER, 2006). De eerstgenoemde pijler bestaat uit het stelsel van sociale zekerheid. De tweede pijler richt zich op participatie en (levenslange) scholing van werknemers ten behoeve van het op peil houden van voor de arbeidsmarkt relevante competenties.

De arbeidsmarkt die past bij de activerende participatiemaatschappij is er een waarbij baanzekerheid voor een reeks van jaren wordt vervangen door werkzekerheid. Dit laatste houdt in dat werknemers gedurende hun gehele actieve periode gemakkelijke en soepele overgangen maken van werken naar niet-werken ten behoeve van scholing, het uitvoeren van zorgtaken of het tijdelijk vervullen van langgekoesterde privé-wensen, zoals het maken van een lange reis of sabbatical. Men spreekt in dit verband van het ontstaan van een transitionele arbeidsmarkt. Dit type arbeidsmarkt wijkt fundamenteel af van een meer traditionele arbeidsmarkt omdat ook toekomstige kansen en risico's op de arbeidsmarkt worden ingecalculeerd. Een goed functionerende transitionele arbeidsmarkt verschaft aan werknemers zowel zekerheid als flexibiliteit ('flexicurity'). Hij realiseert werkzekerheid in die zin dat werknemers in staat zijn de risico's op werkloosheid of uitval om een andere reden te minimaliseren. Tegelijkertijd komt het idee van een transitionele arbeidsmarkt tegemoet aan de behoefte van werkgevers aan een flexibele personeelsinzet.

Ook de functies van het stelsel van sociale zekerheid veranderen in deze context fundamenteel van karakter. Aan de ene kant komt er een veel sterker accent te liggen op het aspect individuele verantwoordelijkheid als gevolg van een gedeeltelijke privatisering van het stelsel en een toename van het eigen risico. Aan de andere kant wordt sociale zekerheid niet langer in de eerste plaats beschouwd als een vorm van inkomensherverdeling of herverdeling van sociale goederen tussen rijk en arm of tussen jong en oud, maar als een vorm van investeren in duurzame arbeidsparticipatie van actieve werknemers.

De meest vergaande beleidsmatige vertaling tot nu toe van het concept activerende participatiemaatschappij is het hoofdzakelijk op het arbeidsaanbod gerichte activerende arbeidsmarktbeleid. Dit beleid bestaat uit een complex van 'activerende' sociale uitkeringen, scholingsmaatregelen, gesubsidieerde banen, gedereguleerd arbeidsrecht en gedecentraliseerde en voor een deel tevens geprivatiseerde arbeidsbemiddeling en reïntegratievoorzieningen (o. a. De Gier 2007, Advies Commissie Arbeidsparticipatie, 2008).

Zoals uit het bovenstaande blijkt, dient de activerende participatiemaatschappij meerdere heren en doelen. Zo zou de activerende participatiemaatschappij op termijn minder collectieve kosten met zich moeten brengen dan de eraan voorafgaande passiviteit bevorderende herverdelende verzorgingsstaat. Daarnaast draagt arbeidsparticipatie bij aan de betaalbaarheid van dure collectieve voorzieningen, waaronder de AOW.

Arbeidsparticipatie komt tevens tegemoet aan de wens naar meer flexibiliteit van zowel werkgevers als werknemers. Het nader vorm geven van een voor werknemers plezierige work-life balance vormt daarvan een goed voorbeeld. Daarnaast is de gedachte dat een activerende participatiemaatschappij substantieel participatieverhogend uitwerkt en daardoor in staat zal zijn toekomstige arbeidstekorten op een vergrijzende en krimpende arbeidsmarkt te beperken. Dat kan op allerlei manieren; bijvoorbeeld door langer doorwerken van oudere



werknemers en door het aanboren van onbenut arbeidspotentieel met of zonder sociale uitkering, zoals jongeren, vrouwen, deeltijders, langdurig werklozen en arbeidsongeschikten. In dit perspectief wordt het haalbaar geacht dat uiteindelijk 80 procent van de beroepsbevolking actief participeert op de arbeidsmarkt tegen ruim 60 procent op dit moment. Een substantieel deel van de beroepsbevolking zal ook in de toekomst in de zorg werkzaam zijn.

Zo bezien, lijkt de activerende participatiemaatschappij een panacee voor alle kwalen uit het verleden en ook toekomstige kwalen in de sfeer van arbeid en sociale zekerheid. Of het zo eenvoudig ligt, is nog maar de vraag. Als gevolg van de financiële en daaropvolgende economische crisis sinds eind 2008 loopt ondanks de vergrijzing de werkloosheid in ons land weer op. Op dit moment is deze met ca. vijf procent nog relatief laag. Maar een verdubbeling van dit percentage ligt op relatief korte termijn vrijwel zeker in het verschiet. Deze ontwikkeling heeft gevolgen voor de eerder veronderstelde toekomstige tekorten op de arbeidsmarkt, ook voor wat betreft de zorgsector. Deze zullen in de komende jaren zeer waarschijnlijk minder scherp uitpakken. Daarnaast is er nog een ander mechanisme in de economie werkzaam dat erop neer komt dat vraag- en aanbodontwikkelingen op de arbeidsmarkt zich met inachtneming van een overgangperiode op langere termijn aan elkaar aanpassen. Dat wil vooral zeggen dat in de toekomst verwachte tekorten aan werknemers vrijwel zeker lager zullen uitvallen als gevolg van dit mechanisme (De Beer, 2008). Of dit in gelijke mate ook voor overschotten op de arbeidsmarkt geldt, is minder zeker. Zo wijst Van Hasselt op het bestaan van een zekere mate van myopie onder de sociaal-economische beleidselite door het accent in het activeringsbeleid eenzijdig te leggen op arbeidsaanbodkant en in veel mindere mate op de kant van de vraag naar arbeid. Juist de vraagkant bergt vele onzekerheden in zich door het optreden van wegleffecten ten aanzien van werkgelegenheid als gevolg van innovatie, automatisering, productiviteitsverbetering en off-shoring van werkgelegenheid naar elders (Van Hasselt, 2009).

Een ander serieus punt van kritiek op de activerende participatiemaatschappij is het eenzijdige accent in het beleid op het verrichten van betaalde arbeid en de gelijktijdige verwaarlozing van de betekenis voor de samenleving van onbetaalde arbeid, in hoofdzaak vrijwilligerswerk evenals de voor de zorg uiterst relevante mantelzorg. In het bijzonder de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) heeft geprobeerd deze eenzijdigheid op te heffen door arbeid, vrijwillige inzet en mantelzorg meer systematisch aan elkaar te verbinden (RMO, 2008). De RMO stelt, zich baserend op gegevens van het Expertisecentrum Mantelzorg, onder meer dat op dit moment driekwart van de care in de Nederlandse gezondheidszorg voor rekening komt van veelal werkende mantelzorgers. Daardoor dreigt er niet alleen een risico voor overbelasting van de betrokken burgers, maar dreigt er op een langere termijn blijvend krappe arbeidsmarkt tevens een concurrentiestrijd te ontbranden tussen betaalde arbeid, onbetaald werk en mantelzorg. Volgens de RMO komt dit niet ten goede aan de financieel-economische welvaart en evenmin aan de samenhang van de samenleving.

Indien we de kritiek op de actuele beleidsmatige invulling van de activerende participatiemaatschappij ter harte nemen, is er voldoende reden dit begrip te verbreden en nader uit te werken in de richting van de in de inleiding en in Box 1 kort beschreven capabilities-benadering. Deze benadering speelt evenwichtiger in op zowel vraag als aanbod



op de arbeidsmarkt en biedt daardoor realistischer regel- en stuurmogelijkheden voor politici en beleidsmakers.

De capabilities-benadering is in eerste instantie ontwikkeld door de econoom en Nobelprijswinnaar Amartya Sen. Naarmate individuen over meer capabilities beschikken, neemt hun vrijheid van handelen en manoeuvreerruimte toe. In beginsel zijn er talloos veel *capabilities*, maar het gaat erom dat het individu daaruit een persoonlijke op zichzelf toegesneden keuze maakt. De uitkomst van dit keuzeproces is een beperkter aantal *functionings*, ofwel gerealiseerde of effectieve capabilities.

De filosofe Martha Nussbaum heeft getracht een min of meer uitputtende lijst van capabilities te formuleren. Samengevat noemt zij de volgende tien capabilities: leven (een leven van normale lengte kunnen leven); lichamelijke gezondheid (een goede gezondheid hebben, goed gevoed zijn, onderdak hebben); lichamelijke integriteit (onder andere zich vrij kunnen verplaatsen); zintuigen, creativiteit en gedachten (onder andere aangename ervaringen kunnen opdoen en onnodig pijn vermijden); emoties (verbonden zijn met mensen en dingen en niet overheerst worden door angsten); praktische rede (onder andere kritisch kunnen reflecteren hoe/zijn haar leven te plannen); verbondenheid (onder andere respect en zelfrespect kunnen krijgen en geven); andere soorten (bekommerd zijn om planten, dieren en de natuur); spel (kunnen spelen en ontspannende activiteiten ondernemen); en ten slotte, controle over de omgeving (politieke participatie, vrije meningsuiting en recht op arbeid) (Robeyns, 2004).

Samengevat heeft de capabilities-benadering betrekking op de kwaliteit van het leven en daar moet het of zou het in essentie ook om moeten draaien, in het bijzonder in de sfeer van thuiszorg en de activerende participatiemaatschappij als middel voor het realiseren van individueel welzijn en individuele welvaart. Vandaar dat wij *empowerment* en *employability* benoemen als een tweetal essentiële (samengestelde) capabilities van individuele burgers c.q. werknemers in de activerende participatiemaatschappij.

*Employability* van werknemers wordt in dit kader in hoofdzaak gerealiseerd door middel van implementatie van activerend arbeidsmarktbeleid en door middel van het vormgeven van transitioneel arbeidsmarktbeleid. Van belang in dit verband zijn zaken als vraag naar arbeid, kwaliteit van het werk, opleiding, leeftijdsspecifiek personeelsbeleid, sociale en technologische innovatie.

*Empowerment* krijgt op het terrein van zorg aan de andere kant voornamelijk gestalte door promotie van zelfzorg, mantelzorg, daarbij ondersteunende technologie, nieuwe familie- en/of samenlevingsverbanden, e.d. Daardoor kunnen mensen de noodzakelijke voorwaarden creëren waarmee men zichzelf beter kan redden. Anders geformuleerd, versterkt empowerment het coping-gedrag van individuele burgers en levert het aanvullend daarnaast een bijdrage aan actief burgerschap (Steenkens e.a., 2009). Van Regenmortel gaat nog een stap verder door empowerment aan te duiden als een uitdagend kader voor sociale insluiting en moderne zorg en daarbij ook organisaties en gemeenschappen te betrekken. Zij omschrijft empowerment als: 'Een proces van versterking waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de eigen situatie en hun omgeving en dit via het verwerven van controle, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie' (Van Regenmortel 2008).



### 3. Employability en thuiszorg

#### *De arbeidsmarkt van personeel in de (thuis-)zorg*

Uit de beschikbare arbeidsmarktinformatie over de zorgsector komt naar voren dat, behoudens enkele regionale verschillen, er op de korte termijn als gevolg van de economische teruggang geen al te grote problemen zijn te verwachten. Dreigende personeelstekorten kunnen op korte termijn goeddeels worden opgevangen door een toenemend arbeidsaanbod vanwege de oplopende werkloosheid in Nederland. De verwachting is echter dat op langere termijn de personeelsproblematiek voor de zorgsector weer in omvang zal gaan toenemen. Zoals opgemerkt, zal de vraag naar zorg en in het bijzonder ook de thuiszorg in de komende jaren blijven groeien. Dit wordt veroorzaakt door de vergrijzing en ontgroening van de bevolking en de toename van de gemiddelde levensduur. Het aandeel 65-plussers in de bevolking stijgt van ongeveer 17 procent nu naar ca. 25 procent in 2025. Tegelijkertijd daalt het aandeel jongeren tot 20 jaar van 24 procent nu naar ca. 21 procent in 2025. Daarnaast hebben steeds meer ouderen een voorkeur voor tot op hoge leeftijd zelfstandig wonen in plaats van wonen en verzorgd worden in een verpleeg- of verzorgingstehuis of een bejaardentehuis. De vergrijzing brengt bovendien met zich mee dat ook de beroepsbevolking vergrijst en vanaf 2012 niet meer groeit en vanaf 2019 bovendien een krimp gaat vertonen. De verwachting is dat de omvang van de beroepsbevolking omstreeks 2040 met een miljoen werknemers zal zijn afgenomen van 10 miljoen in 2016 tot 9 miljoen.

Wat de langere termijn van de zorgarbeidsmarkt betreft, zijn er schattingen dat het tekort aan werknemers bij ongewijzigd beleid in 2025 zal oplopen tot 15-20 procent in totaal. Voor de gehele zorgsector zou dat een tekort inhouden van om en nabij de 500.000 werknemers. De vraag is natuurlijk hoe reëel een dergelijke schatting is. Aangenomen mag worden dat het uiteindelijke tekort aan werknemers in de zorgsector substantieel lager zal uitvallen, al was het alleen maar dat vervulling van het verwachte aantal vacatures zal leiden tot een onevenredige kostenverzwaring veroorzaakt door het zogenaamde Beaumol-effect. Dit effect treedt op als gevolg van de achterblijvende productiviteitsontwikkeling in de zorgsector ten opzichte van de marktsector, bij vergelijkbare loonontwikkelingen in beide sectoren. Op grond hiervan kan worden aangenomen dat er binnen de thuiszorgorganisaties tevens een aantal strategieën op gang komt waarmee de ontwikkeling van de vraag naar arbeid kan worden afgeremd, bijvoorbeeld door middel van innovatie van zorgprocessen en door initiatieven op het vak van sociale innovatie.

In samenvattende zin vatten we hierna de belangrijkste kwantitatieve arbeidsmarktgegevens in de zorgsector en de thuiszorg samen (Prismant, 2008; Prismant, 2009).

In de periode 1985-2005 groeide de werkgelegenheid (in fte's) in de collectief gefinancierde verzorging (AWBZ en/of WMO) jaarlijks met 2.2 procent, terwijl het aantal cliënten groeide met 0.9 procent per jaar. Het verschil tussen deze twee cijfers geeft aan dat de gemiddelde AWBZ-klant behoefte kreeg aan meer inzet van personeel. De zogenoemde zorgzwaarte was daarom in 2005 hoger dan in 1985.

Tot 2030 verwacht het SCP opnieuw een (vergelijkbare) toename van het aantal gebruikers van collectief gefinancierde verzorging en verpleging van ongeveer 29 procent ten opzichte van 2005. Bij deze cijfers is het goed in het achterhoofd te houden dat het aantal potentiële gebruikers van collectief gefinancierde zorg substantieel hoger uitvalt dan het aantal feitelijke gebruikers. Dit wordt voor een flink deel opgevangen door vrijwilligerswerk en mantelzorg. De vrijwillige zorg neemt daardoor een belangrijke plaats in in de totale zorg.

Overigens is het CPB in een recente raming minder positief over de verwachte jaarlijkse





groei van de werkgelegenheid in de thuiszorg. Tussen 2009 en 2012 raamt het CPB bijna een halvering van de groei van de werkgelegenheid in de thuiszorg die op grond van de AWBZ wordt gefinancierd, namelijk van 2.9 procent naar 1.5 procent. De groei van de werkgelegenheid in de door de WMO gefinancierde thuiszorg blijft in deze periode volgens het CPB nagenoeg gelijk, maar ligt op een aanzienlijk lager niveau van 0.8 procent. De werkgelegenheid in de kraamzorg krimpt gelijkmatige met ongeveer -1.5 procent tussen 2009 en 2012 (Prismant 2009).

Vergelijken we de sector Zorg en WJK met de gehele Nederlandse economie dan blijkt dat het aandeel werkzame personen in de Zorg en WJK in 2005 14 procent (1.210 miljoen) bedroeg. Het percentage vrouwen bedroeg in datzelfde jaar in de Zorg en WJK 82.8 procent ten opzichte van 45.3 procent in de totale economie. En 85.8 procent was middelbaar of hoger opgeleid ten opzichte van 75.3 procent in de totale economie. Het aandeel werknemers beneden de 30 jaar bedroeg 22.1 procent in de Zorg en WJK tegenover 26.6 procent in de totale economie. Ten slotte, was ook de mobiliteit in de Zorg WJK lager en het ziekteverzuim hoger dan in de totale economie.

Na een toename van het aantal oudere werknemers in de periode 2000-2004, neemt inmiddels het aantal vroeggepensioneerden in Zorg en WJK weer toe. Niettemin is de verwachting dat het aantal werkzame 50-plusser tot 2017 sterk ook in deze sector zal blijven toenemen.

Indien we de thuiszorg (inclusief oproepkrachten en exclusief alfahulpen) wat meer specifiek onder de loep nemen in vergelijking met de sector verpleeg- en verzorgingstehuizen, dan blijkt dat (cijfers 2007) de gemiddelde werkweek korter is, de gemiddelde leeftijd hoger is, het aandeel 50-plusser hoger is, het aandeel vrouwen hoger is, het verloop hoger uitvalt en het ziekteverzuim hoger is (zie Tabel 1).

Tussen 2002 en 2005 groeide de werkgelegenheid in de thuiszorg van 143.900 personen tot bijna 156.00 personen. Veruit het merendeel hiervan werkt vast of tijdelijk in loondienst bij thuiszorginstellingen of is alfahulp (oproepkracht zonder arbeidscontract).

Tussen 2002 en 2007 nam het aantal 50-plussers onder de werknemers toe van 24.6 procent tot 30.4 procent. De vergrijzing van het personeelsbestand in de thuiszorg zal zich ook in de komende jaren verder doorzetten.

Tabel 1: Arbeidskenmerken twee branches in Zorg en WJK (2007)

	Verpleeg- en verzorgingstehuizen	Thuiszorg
<b>Omvang gemiddelde werkweek</b>	58.6%	47.9%
<b>Gemiddelde leeftijd in jaren</b>	41	42
<b>Aandeel 50+</b>	28.5%	30.4%
<b>Aandeel vrouw</b>	89.5%	94.8%
<b>Brutoverloop</b>	14.1%	15.7%
<b>Nettoverloop</b>	6.3%	7.7%
<b>Ziekteverzuim (excl. Zwangerschap)</b>	5.4%	6.3%

Bron: Prismant 2008: 95



We kunnen deze cijfers nog wat verder inkleuren met aanvullende gegevens over arbeidsbeleving, arbeidstevredenheid en verzuim.

In vergelijking met andere sectoren zijn de werknemers in de sector Zorg en WJK behoorlijk tevreden over hun kwaliteit van de arbeid en daarmee wijkt de sector niet significant af van andere sectoren of branches. Wel zijn de werknemers in de zorg iets vaker ontevreden over hun beloning.

Op het punt ervaren werkdruk, waardering van leidinggevende, werkevaluatie en werkautonomie blijven de gemiddelde scores over een periode van acht jaar nagenoeg gelijk. Alleen de werkdruk is gevoelsmatig volgens de werknemers iets toegenomen. Het ziekteverzuim in de thuiszorg vertoont tussen 2002 en 2007 een dalende tendens. In die periode daalde het verzuim van 8.5 procent naar 6.3 procent.

Samenvattend kan op grond van de beschikbare kwantitatieve arbeidsmarktinformatie het volgende over de zorgsector en meer in het bijzonder over de thuiszorg worden geconcludeerd:

- Als gevolg van de economische teruggang is de krapte op de zorgarbeidsmarkt afgenomen en zijn er op korte termijn geen al te grote problemen te verwachten in de personeelsvoorziening van zorgpersoneel. Mogelijk ontstaan er wel mismatches tussen vraag en aanbod omdat de arbeidsmarkt van de zorg in verhouding sterk afhankelijk is van herintreders op de arbeidsmarkt. Herintreders zijn gemiddeld ouder en ook lager opgeleid dan schoolverlaters.
- Op langere termijn blijft de vraag naar zorg op grond van demografische ontwikkelingen groeien. Hoe zich dit vervolgens meer in concreto vertaalt in de vraag naar zorgpersoneel is minder evident. De prognoses ten aanzien van de groei van de werkgelegenheid zijn onzeker en spreken elkaar voor een deel tegen. De schatting dat de zorgsector in zijn totaliteit in 2025 een tekort van 500.000 werknemers zal hebben is in dit perspectief niet reëel. Te meer omdat bij een achterblijvende productiviteit de loonkosten in de sector relatief zwaar op het beschikbare budget drukken. Om die reden zullen waar mogelijk door thuiszorginstellingen productiviteitsverbetering worden nagestreefd.
- Omdat de zorgsector tot de meest vergrijsde sectoren van de Nederlandse economie behoort, zal de vraag op de arbeidsmarkt in deze sector zich in het komende decennium meer toespitsen op vervanging van de uittrekkende babyboomers dan op nieuwe werkgelegenheid.
- De problematiek van de in de afgelopen jaren toegenomen zorgzwaarte, waardoor het personeel in de zorgsector sneller is gegroeid dan het aantal cliënten, zal leiden tot een verdere toename van de groep potentiële zorggebruikers. Als gevolg daarvan zal zeer waarschijnlijk de druk op mantelzorg verder toenemen. Ook is het mogelijk dat dit leidt tot een groter beroep op geprivatiseerde zorgaanbieders.
- De gemiddelde werknemer in de thuiszorg is vrouw, is van middelbare leeftijd, is gemiddeld opgeleid, werkt parttime, heeft schoolgaande kinderen, is tevreden over de kwaliteit van het werk en is tamelijk honkvast.

#### *Het personeelsvraagstuk in de (thuis-)zorg*

Voor werkgevers in thuiszorg is de arbeidsmarkt in het licht van bovengenoemde ontwikkelingen nu en in de toekomst een gecompliceerde aangelegenheid. Dat komt vooral door de enorme groei van de omvang van de sector en van de werkgelegenheid in het recente verleden, de relatief grote mate van onzekerheid ten aanzien van toekomstige ontwikkelingen met betrekking tot de vraag naar zorg en de daaruit voortvloeiende behoefte



aan personeel, de toenemende druk op collectief gefinancierde budgetten, de bij de marktsector achterblijvende productiviteit van de sector en de recente en mogelijke toekomstige effecten van marktwerking in de zorg. In dit perspectief is de activerende participatiemaatschappij voor hen zowel een zegen als een vloek.

In dit spanningsveld zullen zij duurzame, doch soms voor een deel ook tegenstrijdige, oplossingen moeten zoeken voor het op hen afkomende personeelsvraagstuk. Deze komen in essentie neer op een streven naar productiviteitsverhoging en het tegelijkertijd realiseren van een goede en aantrekkelijke kwaliteit van de arbeid voor de werknemers in de zorg. In het eerste geval gaat het voornamelijk om een combinatie van slimmer werken ofwel sociale innovatie. In het tweede geval betreft het vooral maatregelen in de sfeer van binden en boeien van werknemers, waaronder het bieden van mogelijkheden voor een evenwichtige work-life balance en beleid gericht op aantrekken en vasthouden van jong talent.

Sinds kort staat sociale innovatie ook hoog op de agenda van thuiszorginstellingen. Sociale innovatie kan worden opgevat als een verzamelnaam voor vernieuwing van management, werkorganisatie, arbeidsrelaties (leidinggevende-medewerkers) en arbeidsverhoudingen (medezeggenschap en sociale partners) (Pot, 2009). Eén in de literatuur veel gebruikte definitie van sociale innovatie is: het ontwikkelen van nieuwe managementvaardigheden (dynamisch managen), het hanteren van innovatieve organisatieprincipes (flexibel organiseren) en het realiseren van hoogwaardige arbeidsvormen (slimmer werken en talentontplooiing) om het concurrentievermogen en de productiviteit te verbeteren (Volberda e.a., 2005).

Uit de definities blijkt dat sociale innovatie voor een belangrijk deel zeker ook oude wijn in nieuwe zakken inhoudt. Maar door sociale innovatie expliciet te koppelen aan de introductie van technologische, veelal arbeidsbesparende, innovatie in werkorganisaties ontstaan er ruime mogelijkheden voor productiviteitsverhoging, al of niet in combinatie met een betere kwaliteit van de arbeid.

Een voorbeeld van sociale innovatie in werkorganisaties is het invoeren of verruimen van de mogelijkheden voor zelfroosteren bij het bepalen van arbeidstijden. Een ander voorbeeld is het stimuleren van medeondernemerschap van werknemers in arbeidsorganisaties.

In de thuiszorg is ActiZ, sectororganisatie van ondernemers, onlangs gestart met een programma sociale innovatie dat zich toespitst op de volgende onderwerpen: zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van medewerkers, talentontplooiing en loopbaanontwikkeling, organisatieveranderingen in samenhang met nieuwe technologie en aanpak van processen, optimalisering van inzetbaarheid, veranderend leiderschap en cultuurverandering (ActiZ, 2008). Aangezien veel zorginstellingen zijn aangesloten bij ActiZ mag worden verondersteld dat dit programma in de vorm van concrete projecten op termijn zeker zal leiden tot een diversiteit van sociale innovaties in de zorgsector.

Tot op heden is er nog weinig bekend over concrete activiteiten in arbeidsorganisaties op het terrein van sociale innovatie. Uit een recente telefonische enquête onder 650 MKB-bedrijven in Nederland blijkt niettemin dat ongeveer 79 procent van de geënquêteerde bedrijven in de afgelopen twee jaar activiteiten heeft ondernomen op het terrein van sociale innovatie. De helft van de aandacht ging daarbij uit naar slimmer werken, dat wil in dit geval zeggen veranderingen in de managementstructuur, herschikking van taken op de werkvloer, herinrichting van werkprocessen, flexibele werktijden en mogelijk maken van thuiswerk. Uit dezelfde enquête komt naar voren dat bedrijven die hebben geïnvesteerd in sociale innovatie ook betere bedrijfsprestaties hebben geleverd in de sfeer van bedrijfsresultaat, omzet,





productiviteit en werkgelegenheid. In de bedrijven met investeringen in sociale innovatie viel het bedrijfsresultaat 16 procent en de productiviteitsontwikkeling 9 procent hoger uit dan bij vergelijkbare bedrijven zonder investeringen in sociale innovatie (Van der Hauw e.a., 2009).

Wat de toekomstige kwaliteit van het werk in de thuiszorgsector betreft, zal de sector, gezien de relatief grote personeelsbehoefte, moeten kunnen concurreren met andere sectoren binnen en buiten de zorg. Dat houdt een aantal zaken in zoals het creëren van voldoende mogelijkheden om de vele oudere werknemers in de thuiszorg gezond en ook langer aan het werk te houden, extra aandacht voor het zo veel mogelijk op maat vormgeven van de work-life balance van de vele vrouwelijke werknemers (parttime en fulltime), introductie van leven lang leren voorzieningen naast het reguliere opleidingsaanbod, het aantrekken van werknemers uit minderheidsgroepen die nu nog niet evenredig participeren in de zorgsector en vooral ook een aantrekkelijke werksector zijn voor de jongere generaties die in de komende tien jaar toetreden tot de arbeidsmarkt. Soms zal technologische innovatie in combinatie met sociale innovatie een oplossing kunnen betekenen, zoals in het geval van zorg op afstand of het ontwerpen van technische hulpmiddelen waarmee de fysieke zwaarte van het werk kan worden verminderd. Maar er is meer nodig als we ook belangrijke ontwikkelingen in het arbeidsbestel in ogenschouw nemen in relatie tot recente en mogelijk toekomstige ontwikkelingen in de thuiszorg.

De introductie van de WMO in 2007 heeft geleid tot een zekere mate van organisatorische afsplitsing van huishoudelijke hulp van reguliere thuiszorgorganisaties naar andere organisaties en individuen. Huishoudelijk hulp wordt niet langer vergoed door de AWBZ. Dat heeft tot gevolg dat de duurdere en meer gespecialiseerde thuiszorg voorsnog binnen het domein is gebleven van de reguliere thuiszorgorganisaties. Aan de andere kant is het persoonsgebonden budget (PGB), waarmee klanten zelf zorg kunnen inkopen in de afgelopen 10 jaar steeds belangrijker geworden. In het verlengde hiervan is ook het vergelijkbare persoonsvolgend budget ontstaan. Dat leidt ertoe dat patiënten of thuiszorgklanten in toenemende mate zelf kunnen gaan bepalen welke zorg en bij wie zij deze inkopen. In de toekomst zal er op grond van deze ontwikkelingen een diversiteit van aanbod van institutionele en individuele thuiszorgaanbieders zijn op de markt van thuiszorg. Deze ontwikkeling speelt wellicht onbewust positief in op een nieuw type werknemer dat zich de komende tien jaar meer en meer op de arbeidsmarkt zal melden, namelijk de zogenoemde nieuwe werknemer ofwel de werknemer 2.0.

Er zijn schattingen dat de omvang van deze categorie ongeveer 10 procent van de actieve beroepsbevolking bedraagt. Dat is evenveel als de omvang van de in de komende jaren uittrekkende categorie babyboomers.

Anders dan de ons bekende categorieën werknemers is de werknemer 2.0 opgegroeid in een sterk gedigitaliseerde omgeving (Tapscott, 2008). Het is niet alleen iemand die goed uit de voeten kan met de hedendaagse digitale voorzieningen en hulpmiddelen, zoals Internet, LinkedIn en Twitter, maar het is ook iemand die bij voorkeur ook verschillende taken naast elkaar uitvoert, gemakkelijk digitale contacten over organisatiegrenzen heen legt en ten slotte hecht aan een ruime mate van autonomie en vrijheid. De nieuwe werknemer wil graag eigen ideeën inbrengen, invloed uitoefenen op de gang van zaken in organisaties en in egalitaire organisatorische verbanden werken.

Vanzelfsprekend zal ook de werknemer 2.0 zijn weg moeten vinden naar de thuiszorg. Wil de thuiszorg ook voor deze groep werknemers aantrekkelijk zijn dan zal moeten worden nagedacht over nieuwe manieren van organiseren en nieuwe manieren van leidinggeven.



Daarnaast zal zeer waarschijnlijk een substantieel deel van deze groep werknemers indien de keuze wordt gemaakt voor werken in de thuiszorg een voorkeur hebben voor het zelfstandig ondernemerschap. Tot nu toe neem het zelfstandig- of solo-ondernemerschap nog maar een bescheiden plaats in op de arbeidsmarkt van de thuiszorg. Op dit punt liggen er dus zeer waarschijnlijk grote veranderingen in het verschiet.

Een laatste ontwikkeling waaraan we in het kader van employability afzonderlijk aandacht moeten besteden, betreft ontwikkelingen op het vlak van vakmanschap en professionaliteit. In moderne arbeidsorganisaties is vanuit een traditioneel Fordistische invalshoek in de voorbije decennia een vergaande mate van gespecialiseerd arbeidsdeling tot stand gekomen tussen en binnen hoofd- en handarbeid; zo ook in de zorg en de thuiszorg. Uit de arbeidsmarktrapporten van Prismant over arbeid en zorg in welzijn, blijkt dat er in de sector Zorg en WJK een onderscheid wordt gemaakt tussen een relatief groot aantal verschillende categorieën werknemers met verschillende taakinvingingen en functieniveaus. Het hoofdonderscheid tussen verplegende, verzorgende en helpende kent daarnaast weer verschillende subonderscheidingen. Daarnaast is in het verlengde hiervan het werken in de zorg in toenemende mate aan meetbare prestatie-indicatoren gekoppeld.

Zonder te willen suggereren dat het onderscheid in functieniveaus geheel disfunctioneel is, kan men zich niettemin afvragen of de verschillende onderscheidingen en het meten van de zorginspanningen niet te ver zijn doorgevoerd en geleidelijk aan afbreuk zijn gaan doen aan professionaliteit en vakmanschap in de sector. Uit recente sociaal-wetenschappelijke literatuur komt naar voren dat vakmanschap in het moderne arbeidsbestel voor een belangrijk deel verloren is gegaan als gevolg van een vergaande mate van arbeidsdeling tussen en binnen hand- en hoofdarbeid en daardoor dringend toe is aan een herwaardering. Op die manier kan niet alleen de kwaliteit van het werk worden verbeterd, maar kan ook de aantrekkelijkheid worden vergroot van arbeidsorganisaties voor nieuwe jonge categorieën werknemers op de arbeidsmarkt (Sennett, 2008; De Botton, 2009). Sennett refereert in zijn recente boek *The Craftsman* aan de negatieve gevolgen van arbeidsdeling en tijdmeting van medische verrichtingen in de Britse NHS voor de kwaliteit van de arbeid van de werknemers (Sennett, 2008). Zowel dokters als verpleegkundig personeel geven aan het gevoel te hebben in het binnen de NHS dominante *Fordist model of medicine* niet meer toe te komen aan de meer mensgerichte aspecten van hun werk.

Mogelijk moet hieruit de les worden geleerd dat herwaardering van vakmanschap en professionaliteit een sleutel vormen bij het oplossen van de toekomstige personeelsproblematiek in de zorg en thuiszorg<sup>3</sup>.

Concluderend kunnen we over employability als een van de hoofdonderdelen van de activerende participatiemaatschappij opmerken dat op dit vlak en kijkend naar de toekomst een grote uitdaging ligt voor de werkgevers en in mindere mate ook voor de werknemers. Werkgevers staan voor de uitdaging de thuiszorg op een adequate manier door de economische crisis en vervolgens de vergrijzingsgolf te loodsen. Naast reguliere inspanningen op het vlak van HRM, zoals leeftijdsspecifiek personeelsbeleid en aandacht voor een evenwichtige invulling van de work-life balance, zal bijzondere aandacht moeten

---

<sup>3</sup> Een mogelijke reactie op deze stelling is dat het in dat geval veel moeilijker, zo niet onmogelijk, zal zijn om werklozen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt te activeren voor arbeid in de zorgsector en thuiszorg. Om die reden blijven vanzelfsprekend tijdelijke brugbanen met een eenvoudige functie-invulling, maar bij voorkeur in combinatie met opleidingsinspanningen, aanvaardbaar. Werklozen kunnen dan niet alleen nuttige werkervaring opdoen, maar ook hun kwalificaties en competenties verbeteren.



worden gegeven aan het vraagstuk van vakmanschap en professionaliteit in de sector en aan het verleiden van nieuwe werknemers tot werken in de zorgsector en de thuiszorg. Daarbij kunnen sociale innovatie, technologische innovatie en nieuwe organisatievormen een belangrijke rol spelen.

Werknemers op hun beurt zullen bereid moeten zijn in deze ontwikkelingen mee te gaan, door onder meer ook zelf blijvend te investeren in het op peil houden van hun vaardigheden en kennis in een flexibele arbeidsmarkt.

#### 4. Empowerment van cliënten, mantelzorgers en vrijwilligers

De tweede pijler van de activerende participatiemaatschappij betreft '*empowerment*'. *Empowerment* krijgt in de praktijk concreet gestalte door een samenstel van een per individu verschillende bundel van '*functionings*' van patiënten of cliënten van de thuiszorg en hun directe omgeving. Een patiënt of cliënt kan als *empowered* worden gezien als deze door middel van zelfzorg en ondersteunende mantelzorg geen of slechts een beperkt beroep hoeft te doen op de professionele zorgvoorzieningen. Ook welvarende patiënten die een beroep doen op geprivatiseerde zorg in plaats van op professionele zorg kunnen in dit opzicht als *empowered* worden beschouwd. Bij *empowerde* patiënten staan zelfredzaamheid en het nemen van eigen verantwoordelijkheid voorop.

Gezien de hoge en ook in de toekomst stijgende kosten van de institutionele (thuis)zorg en de verwachte personeelstekorten hebben zowel de overheid als de zorginstellingen veel baat bij patiënten die een eventueel beroep op collectief gefinancierde professionele zorg zo veel mogelijk beperken. Tegelijkertijd passen de concepten van zelfzorg en mantelzorg goed binnen de achterliggende filosofie van de activerende participatiemaatschappij.

Aan de kant van de patiënten/ cliënten is in vergelijking met het verleden sprake van gemiddeld meer welvaart, een gemiddeld hogere opleiding en een grotere mondigheid. Ook deze kenmerken corresponderen goed met *empowerment*.

Per saldo mag van alle burgers worden verwacht dat zij maatregelen treffen voor de eigen oude dag. De staat garandeert een vangnet voor diegenen die dit niet of maar gedeeltelijk kunnen.

In tegenstelling tot in het verleden laten burgers zich daarbij in hun handelen minder leiden door hun sociale milieu of religie maar door leefstijlen en waardepatronen (VWS, 2007).

Er kunnen in dit verband met het oog op de toekomst drie groepen algemene zorgconsumenten en twee groepen speciale zorgconsumenten worden onderscheiden. Dit zijn achtereenvolgens de minder zelfredzame zorgconsument, de pragmatische zorgconsument, de maatschappelijke zorgconsument en als speciale groepen de psychogeriatrische patiënt en de oudere allochtoon<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Deze indeling in drie groepen zorgconsumenten komt in belangrijke mate overeen met de indeling van Schrijvers. Schrijvers onderscheidt in de eerste plaats de groep cliënten die het niet redt op de meeste levensterreinen zoals inkomensverwerving, zelfredzaamheid, zingeving, persoonlijke verzorging, sociaal gedrag, wonen, zorg, onderwijs en werk. Het betreft een vereenzaamde groep die vroeg of laat een probleem wordt voor zichzelf en de naaste omgeving. Deze groep heeft behoefte aan (collectieve) geïntegreerde hulp- en dienstverlening. De tweede door Schrijvers onderscheiden groep redt zich op de meeste levensterreinen, maar heeft continu zorg- en dienstverlening nodig die niet volledig uit eigen zak zal kunnen worden betaald. De derde en laatste groep heeft een hoog inkomen en betaalt alle zorg- en dienstverlening uit eigen zak (Schrijvers, 2009).



Mede afhankelijk van de feitelijke toekomstige economische groei en welvaart zullen deze groepen anders handelen met betrekking tot zorgconsumptie. Als we er bijvoorbeeld vanuit gaan dat liberalisering en marktwerking ten aanzien van de zorgsector zich zullen doorzetten en dat daarnaast sprake zal zijn van een (lage) selectieve economische groei ontstaat kortweg het volgende handelingspatroon.

De minder zelfredzame zorgconsumenten, bestaande uit enerzijds mensen met een laag inkomen en anderzijds de zogenoemde gemaksgewoonten zorgconsumenten, zullen niet goed hun weg kunnen vinden in het feitelijke zorgaanbod en moeite hebben met het maken van keuzes.

Daarentegen zijn de pragmatische zorgconsumenten beter af. Zij kunnen hun eigen afwegingen maken en ondervinden alleen financiële beperkingen ten aanzien van dure nieuwe medische technologie.

De maatschappijkritische consumenten hebben vooral moeite met de in dit geval individualisering in de zorg en hebben bovendien moeite met de relatief grote verschillen in toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

Ten slotte zullen ook de twee onderscheiden speciale groepen moeilijkheden ondervinden bij een soberder collectief zorgaanbod. Ook zij lopen het risico zich achtergesteld te voelen. Over de verwachte omvang van de onderscheiden groepen zijn geen nadere gegevens beschikbaar. Wel is duidelijk dat vooral zowel de pragmatische zorgconsument als de maatschappijkritische consument geneigd zullen zijn tot het bieden van mantelzorg en tot het zich inzetten als vrijwilliger.

Achtereenvolgens besteden we hierna aandacht aan ontwikkelingen met betrekking tot mantelzorg en vrijwilligerswerk ('ouderen voor ouderen') en zelfzorg (PGB, persoonsvolgend budget, zelfzorgondersteunende technologie en zorg op afstand). Aan het eind van de paragraaf stellen we de vraag aan de orde welke gevolgen een verdergaande 'afruïl' tussen professionele zorg en onbetaalde zorg in de komende jaren zal hebben voor de arbeidsmarkt van de thuiszorg.

### *Mantelzorg en vrijwilligerswerk*

Mantelzorg betreft zorgtaken die verder reiken dan de gebruikelijke zorgtaken in een gezin. De aard van de geboden informele zorg varieert van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, verpleegkundige hulp en emotionele steun tot begeleiding bij het regelen van zaken, administratie, het bezoeken van familie, artsen en winkelen. Mantelzorg vindt niet in georganiseerd verband plaats, maar binnen het eigen sociale netwerk en familie. Het SCP onderscheidt vier groepen mantelzorgers, namelijk mantelzorgers van partners, mantelzorgers van (schoon)ouders, mantelzorgers van kinderen en mantelzorgers van anderen (SCP, 2009). Mantelzorg wordt vaak verleend in combinatie met professionele thuiszorg. Er is pas sprake van mantelzorg in formele zin als mensen minimaal acht uur per week gedurende minimaal drie maanden hulp verlenen.

Vrijwilligerswerk is arbeidsparticipatie waarbij men afziet van een financiële beloning. Berekeningen wijzen uit dat ongeveer de helft van de Nederlanders wel eens als vrijwilliger actief is, maar ongeveer een kwart is structureel gemiddeld 4.5 uur per week actief. Onder de vrijwilligers zelf is een kleine groep van 16 procent verantwoordelijk voor de helft van het aantal vrijwilligersuren (SCP, 2009). Bij elkaar opgeteld was er in 2005 sprake van in totaal 725.4 miljoen uur vrijwilligerswerk. Dit getal komt overeen met 421.000 voltijdbanen op het niveau van het wettelijk minimumloon. Over een langere periode bezien blijft de structurele



inzet van vrijwilligerswerk vrijwel constant. Zo beweegt het gemiddelde aantal bestede uren zich sinds 1975 rond 4.5 uur per week (WMO, 2008). Ook voor 2015 verwacht het SCP min of meer dezelfde cijfers. Wel zal vrijwillige inzet steeds meer een individuele keuze worden en zal een verschuiving in vrijwillige inzet plaats vinden van jongere leeftijdscohorten naar oudere (SCP, 2007; SCP, 2009).

Kijken we naar mantelzorg dan blijkt dat jaarlijks 30 procent van de volwassen Nederlandse bevolking (3.7 miljoen mensen) zorgondersteuning geeft aan familieleden of goede bekenden met gezondheidsproblemen. In totaal 6 procent geeft intensieve zorg door meer dan acht uur per week en langer dan drie maanden zorg te verlenen. De meeste hulp beperkt zich tot huishoudelijke hulp en ondersteuning. Daarentegen ontvingen in 2006 370.000 mensen mantelzorg. De verwachting is dat het aantal zorgontvangers tot 2020 stijgt met 50.000 mensen (RMO, 2008).

Iets meer dan de helft van het aantal mantelzorgers heeft ook een betaalde baan. Van de mantelzorgers die jonger zijn dan 65 jaar heeft drie op de vier helpers (71 procent) naast de zorgtaak een betaalde baan van één of meer uren per week. Eén op de drie doet bovendien ook vrijwilligerswerk (SCP, 2009). Opgeteld omvat de verleende mantelzorg ongeveer een half miljoen manjaren. In 2015 zal dit naar verwachting zijn toegenomen tot 600.000 manjaren (WMO, 2008).

Van belang is voorts dat niet-werkenden, alleenstaanden, vrouwen, ouderen en hoger opgeleiden gemiddeld meer tijd besteden aan vrijwilligerswerk en mantelzorg. Concluderend blijft het aantal vrijwilligers over een langere tijdsperiode stabiel en neemt de mantelzorg en het aantal zorgontvangers geleidelijk verder toe als gevolg van de vergrijzing.

Binnen het kader van de activerende arbeidsparticipatiemaatschappij zal het totale volume vrijwilligerswerk en mantelzorg in de komende jaren verder moeten stijgen, zonder dat dit ten koste gaat van de inzet voor betaalde arbeid. De vraag is of dit mogelijk is. Er zijn aanwijzingen dat vooral intensieve zorg verlenende mantelzorgers in toenemende mate last hebben van verschijnselen die duiden op overbelasting en stress. Een deel van hen ondervindt zelfs een terugval in gezondheid die mede worden veroorzaakt door het geven van mantelzorg (WMO, 2008; SCP, 2009). Bij vrijwilligerswerk blijkt een verschuiving gaande van jonge werkende tweeverdieners al of niet met kinderen naar oudere generaties die over meer vrije tijd beschikken.

Willen het vrijwilligerswerk en de mantelzorg ook in de komende jaren op peil blijven of kunnen groeien, dan zullen ook de overheid en het bedrijfsleven een duidelijke bijdrage moeten leveren aan de verdere empowerment van vrijwilligers en mantelzorgers. Zelf ziet de overheid de invoering van de WMO in 2007 als een duidelijke eerste stap op dit vlak. Deze wet stimuleert zorgbehoevenden meer steun in de directe omgeving te zoeken en in mindere mate een beroep te doen op professionele hulp. Daarnaast zijn er in beperkte mate bij bedrijfsleven en overheid verlofregelingen en regelingen voor een tijdelijke aanpassingen van arbeidstijden voor mantelzorgers. Daarnaast bestaat voor mantelzorgers ook de mogelijkheid van respijtzorg; dat wil zegen dat een vrijwilliger of formele hulpverlening gedurende een bepaalde periode het werk van de mantelzorger overneemt, zodat deze weer op adem kan komen. Ten slotte tracht de overheid het niet-werkende deel van de beroepsbevolking zo veel mogelijk te stimuleren allereerst betaalde arbeid te gaan verrichten, maar daarnaast ook vrijwilligerswerk en mantelzorg. Eén van de belangrijke discussiepunten in dit verband is het stimuleren van ouderen om langer door te werken door middel van onder andere het verhogen van de pensioengerechtigde leeftijd van 65 naar 67





jaar. Omdat juist deze bevolkingscategorie ook een belangrijk reservoir is voor vrijwilligerswerk en mantelzorg kan hier in de nabije toekomst een extra spanningsveld ontstaan tussen betaalde en onbetaald arbeid. Het is anderzijds ook mogelijk om ouderen te stimuleren dreigende toekomstige capaciteitsproblemen in de zorgsector mee te helpen oplossen door juist hen meer mogelijkheden te bieden op het vlak van vrijwilligerswerk en mantelzorg (Velema, 2009).

### *Zelfzorg*

In het geval van zelfzorg gaat het niet zozeer om empowerment van onbetaalde zorgverleners, maar om empowerment en zelfredzaamheid van zorgconsumenten. In het kader van de activerende participatiemaatschappij zullen zorgconsumenten zo veel mogelijk *capabilities* en *functionings* moeten ontwikkelen die een beroep op professionele hulpverlening kan beperken. Behalve door het verwerven van voldoende inkomen, waarmee in de toekomst geprivatiseerde zorg kan worden ingekocht, valt op dit vlak onder andere te denken aan de ontwikkeling en toepassing van zelfzorgondersteunende technologie, alsmede aan de verdere ontwikkeling en uitbouw van vraagversterkende zorgvouchers ten behoeve van zorgconsumenten (PGB en persoonsvolgend budget).

Wat het eerste betreft, vindt inmiddels -mede onder druk van dreigende capaciteitstekorten in de professionele (thuis)zorg- een waarlijk revolutionaire ontwikkeling plaats waarin de zorginstellingen, het bedrijfsleven en het Zorginnovatieplatform (ZIP) alle een vooraanstaande rol spelen.

Zorgondernemer Actiz bijvoorbeeld is intensief bezig met het ontwikkelen van het concept zorg op afstand in de vorm van audiovisuele communicatie tussen zorgverleners en cliënten. Daarbij dient de techniek het zorgproces te ondersteunen. Momenteel werkt ActiZ met 1500 aangesloten cliënten, maar dit moeten er in de toekomst aanzienlijk meer worden. Ten behoeve van een verdere verspreiding van het concept heeft ActiZ daarom ook een implementatie-toolkit ontwikkeld. Zorg op afstand is niet alleen bedoeld voor de zorgconsumenten alleen, maar ook voor betrokken mantelzorgers (Zorginnovatieplatform, juli 2007).

Andere voorbeelden zijn de virtuele fitness coach en het project Gabriël (bewaking van dagelijkse activiteiten met webcam en bio-sensoren) van Philips, mobiele communicatieprojecten van KPN, domotica, etc. (STOOM, 2005; STOOM, z.j.). STOOM merkt in dit verband op dat de EU -na eerdere subsidies- recentelijk 150 miljoen euro heeft uitgetrokken om overheden en bedrijfsleven te stimuleren tot investeringen in technologieën die ouderen langer op de been houden (STOOM, z.j.).

Ook het PGB en recentelijk het persoonsvolgend budget in de vorm van een inkomensoverdracht hebben een hoge vlucht genomen in het kader van de AWBZ. Steeds vaker bepalen zorgconsumenten zelf wanneer en bij wie zij professionele en informele zorg inkopen. Zij zijn daardoor minder afhankelijk van een gefixeerd aanbod van zorg en kunnen ook gemakkelijker familieleden of burens 'in dienst nemen'. Budgethouders zijn over het algemeen tevreden over het PGB en het PGB valt intussen niet meer weg te denken naast de verstrekking van zorg in natura. Medio 2007 waren er 70.642 budgethouders in het kader van de AWBZ. Kort daarvoor, per eind december 2006, waren dit er nog 94.740. De daling werd veroorzaakt door de introductie van de WMO per januari 2007. In het totale aanbod van zorg neemt het PGB iets minder dan 10 procent voor zijn rekening en de zorg in natura iets meer dan 90 procent. De laatste jaren blijft deze verhouding ongeveer gelijk (VWS, november 2007).



## Conclusie

In het komende decennium zullen mantelzorg en vrijwilligerswerk van substantieel belang blijven in het kader van empowerment van zorgconsumenten. Daarnaast zal de betekenis van zelfzorg al of niet met ondersteuning van technologische hulpmiddelen, mantelzorg en professionele zorg verder toenemen. Tegelijkertijd stimuleert de activerende participatiemaatschappij een verdere groei van betaalde arbeidsdeelname. Voor de professionele thuiszorg brengt dit op zijn minst een intensiever schakelen met zich mee van professionele zorgverleners met mantelzorgers, vrijwilligers en zorgconsumenten. Omdat de zorgsector ook aanloopt tegen blijvend stijgende zorgkosten, is evenmin de mogelijkheid uitgesloten dat de omvang van de professionele zorg op termijn verhoudingsgewijs zelfs zal gaan afnemen ten opzichte van de informele zorg. Anderzijds is de rek in informele zorg en vrijwilligerswerk beperkt en kan een verdere toename van de betaalde arbeidsparticipatie in Nederland negatief uitwerken op de bereidheid informele zorg te verlenen. De verschuiving van jongere werkende naar oudere niet meer of mindere werkende leeftijdscohorten bij vrijwillige inzet is daarvan nu al een duidelijke indicatie. Het is daarom van groot belang de ondersteuning van informele zorg goed te organiseren en daarnaast -waar mogelijk- vrijwillige inzet te koppelen aan mantelzorg. Dat kan bijdragen aan het voorkomen van uitval van overbelaste mantelzorgers en daarnaast ook aan een betere kwaliteit van de mantelzorgarbeid. Zowel overheid als bedrijfsleven vervullen hierin een sleutelfunctie. In het kader van de WMO is de (gemeentelijke) overheid gehouden de ondersteuning van mantelzorg en vrijwillige inzet nader inhoud en vorm te geven. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld vrijwillige extramurale zorg bevorderen door vrijwilligersorganisaties ondersteuning te bieden bij het afleggen van huisbezoeken, vervoer en begeleiding. Ook kan worden gedacht aan scholingsvoorzieningen, collectieve verzekeringen, onkostenvergoedingen en sociaal-juridische advisering (SCP, maart 2008). Ondersteuning van mantelzorg dient zich niet alleen te richten op individuele mantelzorgers, maar ook op de professionele hulp. In dit verband valt te denken aan het stimuleren van gemengde en evenwichtig samengestelde netwerken van mantelzorgers, vrijwilligers en professionals (SCP, oktober 2008). Hoe dan ook is het duidelijk dat de verhouding tussen professionele, informele zorg en vrijwilligerswerk in de nabije toekomst mogelijk niet alleen in kwantitatieve zin anders zal komen te liggen, maar zeker ook in kwalitatieve zin. Moderne zelfzorgondersteunende technologie vervult daarin een sleutelrol.

## 5. Institutionele en organisationele ontwikkelingen

Hoe het zorglandschap en dus ook vraag naar en aanbod van arbeidskrachten er in de zorgsector omstreeks 2020 zullen uitzien, is mede afhankelijk van institutionele en organisationele ontwikkelingen. Om daarvan een beeld te krijgen, kunnen we te rade gaan bij twee documenten. Het ene document betreft de VWS-toekomstverkenning *Niet van later zorg* (VWS, 2007) en het andere de beleidsbrief van de Staatssecretaris van VWS van 12 juni 2009 over de toekomst van de AWBZ (VWS, juni 2009).

Uit deze twee documenten komen samenvattend de volgende contouren naar voren. Allereerst zal de zorgzwaarte problematiek zijn toegenomen, mede als gevolg van de sterke toename van het aantal hulpbehoevende chronisch zieken en het aantal psychogeriatrische



patiënten. Deze toename zal niet geheel kunnen worden opgevangen door de collectief gefinancierde zorgvoorzieningen. Omdat de zorgcliënt meer verantwoordelijk zal zijn voor zijn gezondheid en welzijn, zal het belang van mantelzorg en vrijwilligerswerk zijn toegenomen. De directe leefomgeving van de cliënt, in het bijzonder de wijk waar de cliënt woont, zal daarvoor een belangrijke context vormen. Op dat niveau zullen in 2020 diverse nieuwe, zowel formele als informele, zorgvormen gestalte hebben gekregen. Te denken valt onder meer aan buurtzorg, het delen van gemeenschappelijke voorzieningen, nieuwe kleinschalige wooncomplexen, een actievere inzet van individuele hulpverleners (ZZP-ers), e.d. De WMO, maar ook de WWB zullen deze ontwikkeling mede faciliteren en schragen (RMO, 2009).

Op het vlak van wetgeving zal er omstreeks 2020 een verdere verschuiving hebben plaatsgevonden van op basis van de AWBZ gefinancierde zorg naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). De AWBZ maakt al geruime tijd een ontwikkeling door van aanbodgerichte sturing naar vraagsturing. Op korte termijn houdt dat een gedeeltelijke verschuiving in van het aanbieden van zorg in natura naar persoonsgebonden budgetten (PGB's) en persoonsvolgende budgetten. Omstreeks 2020 zullen ook zorgvouchers, waarmee individuele zorgcliënten zorg bij gecertificeerde verstrekkers kunnen inkopen, gemeengoed zijn. Vouchers kunnen, meer dan PGB's en persoonsvolgende budgetten, worden gezien als een exponent van vraaggerichte sturing. Per saldo zal daardoor het zorgaanbod omstreeks 2020 aanzienlijk flexibeler zijn en bovendien minder generiek zijn georganiseerd dan op dit moment. Naast een sterke toename van individuele aanbieders van zorg, zullen ook particuliere verzekeraars zorgtaken gaan uitvoeren. Om dat handen en voeten te kunnen geven, zullen particuliere zorgverzekeraars financiële belangen gaan nemen in de bestaande thuiszorgorganisaties. Het traditionele onderscheid tussen cure en care zal mede daardoor verder vervagen. Een ander gevolg van deze ontwikkeling zal zijn dat particuliere verzekeraars private, commercieel gefinancierde, thuiszorgarrangementen opnemen in hun aanbod van zorgpakketten. Daarnaast krijgen zij een rol bij de verstrekking van PGB's, persoonsvolgende budgetten en zorgvouchers. Dat brengt het risico voor een maatschappelijke tweedeling in de (thuis)zorg naderbij tussen twee groepen zorgconsumenten die zich nu al aftekenen, namelijk de minder zelfredzame zorgconsumenten en de groep zorgconsumenten met een hoog inkomen. De eerste groep doet een blijvend beroep op beperkter beschikbare collectief gefinancierde zorg en als gevolg daarvan een groeiend beroep op informele zorg en zorg in de particuliere sfeer<sup>5</sup>. De tweede groep is in staat privaat aangeboden zorgvoorzieningen in te kopen.

Samenvattend heeft in het zorglandschap van 2020 een verdere schaalvergroting plaatsgevonden door fusies van thuisorganisaties en fusies van particuliere verzekeraars met thuiszorgorganisaties. Daarnaast heeft ook schaalverkleining aanmerkelijk meer body gekregen; enerzijds door de sterke toename van het aantal solo-ondernemers in de zorg en anderzijds door de introductie van nieuwe kleinschalige innoverende zorgorganisatievormen, zoals Buurtzorg<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Uit ramingen van het SCP blijkt er een gat van 12 procent zit tussen de stijgende potentiële vraag naar verpleging en verzorging in de periode 2002-2020 en het gebruik van de AWBZ-gefinancierde zorg in dezelfde periode (SCP, oktober 2007).

<sup>6</sup> Buurtzorg is 'een nieuw zorgconcept waarin wordt gewerkt in een team van professionals dat thuiszorg levert aan zelfstandig wonende cliënten. Buurtzorg geeft de zorg voor individuele cliënten inhoud door eigen





Private financiering maakt in 2020 een groter deel uit van de totale financiering van de thuiszorg. De kans dat dit, ondanks alle mooie uitgangspunten van collectief gefinancierde zorg<sup>7</sup>, omstreeks 2020 ten koste zal zijn gegaan van de kwaliteit van de collectief gefinancierde thuiszorg is daarbij niet denkbeeldig.

## 6. Conclusie

Het op dit moment vigerende en dominante beeld van de toekomstige arbeidsmarkt in de thuiszorg (omstreeks 2020) is het optreden van grote tekorten aan werknemers op een economiebrede krappe arbeidsmarkt. Daarom zullen de werkgevers in de thuiszorg, de brancheorganisaties, maar ook de overheid tijdig al het nodige moeten doen om de instroom van werknemers te verhogen, de zittende werknemers zo veel mogelijk te binden en de uistroom uit de sector zo veel mogelijk te beperken. Zij zullen daarbij op de arbeidsmarkt moeten concurreren met andere zorgsectoren en de overige sectoren in de economie. In dit verband wordt al en zal ook in de toekomst verder aandacht moeten worden besteed aan onder andere scholings- en opleidingsmogelijkheden, de kwaliteit van het werk in de thuiszorg, leeftijdsspecifiek personeelsbeleid, een aantrekkelijke work-life balance voor de vele vrouwelijke werknemers in de sector, het introduceren van manieren van slimmer werken en sociale innovatie en aan het op peil houden van vrijwillige inzet en mantelzorg als complement van de professionele thuiszorg.

Wanneer we dit perspectief plaatsen in de context van de activerende participatiemaatschappij en in het bijzonder de vertaling ervan in het streven naar een vergroting van respectievelijk *employability* en *empowerment* en andere belangrijke daaraan gerelateerde trends in de sfeer van arbeid en samenleving, ontstaat echter een genuanceerder en tegelijkertijd ook minder eenduidig beeld.

Er blijkt dan sprake te zijn van enerzijds een afruil tussen professionele zorg en informele zorg en anderzijds een afruil tussen collectief gefinancierde thuiszorg en privaat gefinancierde thuiszorg. De precieze uitkomst van deze twee aan elkaar gerelateerde processen is nu nog niet helemaal duidelijk.

In het verlengde hiervan kunnen we een aantal zekere en minder zekere trends en ontwikkelingen onderkennen die van invloed zijn op de toekomstige vraag en aanbod van werknemers in de thuiszorg (zie Box 2).

---

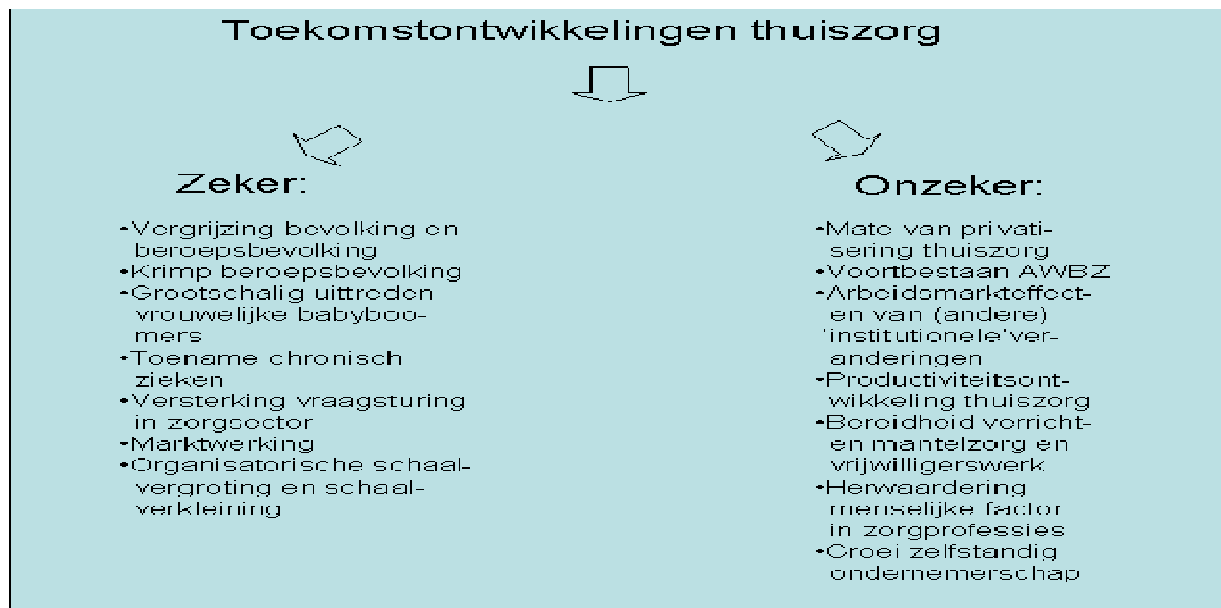
mogelijkheden, de mantelzorg, het sociale netwerk en oplossingen in de buurt optimaal te gebruiken' (VWS, 2009: 5).

<sup>7</sup> VWS hanteert voor de zorg en ondersteuning van mensen met beperkingen of chronische aandoeningen de volgende uitgangspunten:

- hun wensen en behoeften staan centraal
- zij moeten zo veel mogelijk de regie over het eigen leven behouden
- er moet een goede samenhang tussen zorg en welzijn zijn
- er moet een goede samenhang tussen cure en care zijn (VWS, 2009: 1)



## Box 2: Zekere & onzekere toekomstontwikkelingen thuiszorg



Het valt hierbij op dat het vigerende en dominante beeld van de arbeidsmarkt in de zorg en thuiszorg voornamelijk is gebaseerd op de linkerkolom (zekere ontwikkelingen) en in aanzienlijk mindere mate op de rechterkolom (onzekere ontwikkelingen). De onzekere ontwikkelingen zijn overigens op zichzelf niet zo onzeker; wel onzeker is in welke mate deze zullen optreden. Daardoor is onvoldoende duidelijk welke effecten deze ontwikkelingen meer precies op vraag en aanbod van werknemers in de thuiszorg zullen hebben. De tendens wijst op dit moment in de richting van afnemende collectieve bekostiging van de thuiszorg door bezuinigingen op collectieve middelen, aanpassingen in bestaande wetgeving en nieuwe wetgeving, een toenemend aanbod van geprivatiseerde zorg, arbeidsbesparing door slimmer werken en sociale innovatie, afnemende bereidheid voor mantelzorg en vrijwilligerswerk vanwege verdere toename arbeidsparticipatie beroepsbevolking.

Indien we deze ontwikkeling proberen te vatten in een samenvattende term dan zal er in het komende decennium sprake zijn van zogenoemde *commodificering* van arbeid in de thuiszorg. Ten opzichte van het verleden is dit een trendbreuk. Tot voor kort was de ontwikkeling er in hoofdzaak een van *dé-commodificering*.

Per saldo zal het arbeidsmarktfragment in de (thuis)zorg er over tien jaar dan ook, zowel in kwantitatieve als kwalitatieve zin, zeer waarschijnlijk anders uitzien dan in de gangbare arbeidsmarktprognoses naar voren komt. Vermoedelijk zal er niet langer sprake zijn van grote en quasi onoverbrugbare tekorten aan personeel. Het aanbod van thuiszorg zal bovendien verder zijn verkaveld in enerzijds geprivatiseerde hoogwaardige thuiszorg en anderzijds kwalitatief minder hoogwaardige huishoudelijke hulp. In eerstgenoemde segment zal sprake zijn van een aanzienlijke mate van werkzekerheid, goede beloning en een aantrekkelijke kwaliteit van de arbeid voor de betrokken werknemers. In het tweede segment zullen vermoedelijk tijdelijke contracten, matig beloning, beperkte werkzekerheid en minder goede arbeidsomstandigheden de boventoon voeren. In beide segmenten zal een grotere variëteit van organisatievormen ontstaan, waaronder een substantiële toename van solo-ondernemerschap.



Welvarende en minder welvarende zorgconsumenten, ten slotte, zullen een ongelijk beroep kunnen doen op het toekomstige aanbod van thuiszorgvoorzieningen.

Door vanaf nu meer expliciet uit te gaan van de inzichten uit de in dit betoog gehanteerde capabilities-benadering en de in die context plaatsvindende afruil tussen aan de ene kant collectief aangeboden thuiszorg en privaat aangeboden thuiszorg en aan de andere kant de afruil tussen enerzijds zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg kan worden bevorderd dat niet alleen de toekomstige arbeidsmarkt van de thuiszorg beter functioneert. Ook het dreigende risico van ongelijke behandeling en sociale uitsluiting van minder draagkrachtige thuiszorgcliënten kan in dat geval zo veel mogelijk wordt beperkt.



## Referenties

ActiZ, *Plan van aanpak sociale innovatie VVT*, Utrecht, november 2008.

Balkenende, Jan Peter, Sterker uit de crisis met Rijndeltamodel. NRC Handelsblad, dinsdag 19 mei 2009.

Beer, Paul de, Krimpene arbeidsmarkt: nieuw perspectief, oude problemen. B en M, 2008 35 (4), blz. 278- 288.

Botton, Alain de, *The Pleasures and Sorrows of Work*. Penguin, London, 2009.

Commissie Bakker, *Naar een toekomst die werkt*. Advies. Rotterdam, 16 juni 2008.

Gier, Erik de, *Overpeinzingen bij een activerende participatiemaatschappij*. Inaugurele rede Radboud Universiteit. Nijmegen, 1 maart 2007.

Hauw, P.A. van der, M.N. Pasaribu, P.T. van der Zeijden, *Slimmer werken: gebruik, mogelijkheden en opbrengsten in de praktijk*. EIM, Zoetermeer, juli 2009.

Hasselt, Michiel van, Beleidselite miskent arbeidsmarkt. Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken, 2009 25 (2), blz. 207-220.

Prismant, Arbeid in Zorg en Welzijn. *Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Utrecht, december 2008.

Prismant, *Regiomarge 2009. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2009-2013*. Utrecht, juni 2009.

RMO, *Verkenning participatie. Arbeid, vrijwillige inzet en mantelzorg in perspectief*. Werkdocument 16. Den Haag, november 2008.

RMO, *De wijk nemen. Een subtiel samenspel van burgers, maatschappelijke organisaties en overheid*. Amsterdam, 2009.

Regenmortel, Tine van, *Zwanger van empowerment. Een uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg*. Oratie. Fontys Hogescholen, Eindhoven, 21 november 2008.

Pot, F.D., *Sociale innovatie als inspiratie*. Inaugurele rede Radboud Universiteit Nijmegen, 24 april 2009.

Robeyns, Ingrid, *De kwaliteit van het leven: drie politiek-filosofische benaderingen*. Ethiek en Maatschappij, 2004.

Schrijvers, Guus, Een driedeling in de sociale zekerheid. 2025, juli 2009, blz. 16-18.

SCP, *Mantelzorg. Een overzicht van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag, februari 2009.

SCP, *Toekomstverkenning Vrijwillige Inzet 2015*. Den Haag, juni 2007.



SCP, *Hoe groot is de vraag? Operationalisatie van de potentiële vraag naar AWBZ-gefinancierde zorg*. Den Haag, oktober 2007.

SCP, *Vrijwillig verzorgd. Over vrijwilligerswerk voor zorgbehoevenden en mantelzorgers buiten de instellingen*. Den Haag, maart 2008.

SCP, *Portretten van mantelzorgers*. Den Haag, oktober 2008.

SCP, *Vrijwilligerswerk in meervoud. Civil society en vrijwilligerswerk 5*. Den Haag, mei 2009.

Sennett, Richard, *The Craftsman*. Penguin, London, 2008.

Sociaal Economische Raad (SER), *Welvaartsgroei voor en door iedereen*. Advies. Den Haag, september 2006.

Steenssens, Katrien, Barbara Demeyer en Tine van Regenmortel, *Conceptnota empowerment en activering in armoedesituaties*. Een onderzoek in opdracht van de Vlaamse minister van Werk, Onderwijs en Vorming. Katholieke Universiteit Leuven/ Hoger Instituut voor Arbeid (HIVA), Leuven, 2009.

STOOM, *Thuiszorg in de toekomst. Duurzaamheid door innovatie*. Verslag van het jubileumcongres, Bunnik, 31 mei 2005.

STOOM, *Cliënt en Thuiszorg. Trends in beeld*. Bunnik, z.j.

Tapscott, Don, *Grown up digital. How the net generation is changing your world*. McGraw Hill, New York 2009.

Velde, F. van der, R.C.K.H. Smeets & G. van Essen, *De Wet maatschappelijke ondersteuning en de arbeid in de thuiszorg. Eindrapport*. Stichting FAOT/Prismant, Den Haag, Utrecht, mei 2007.

Velema, Willem, Donner op drijfzand. De Volkskrant, 2 mei 2009.

Volberda, H.W., F. Vaas, J. Visser, F. Leijnse, *Maatschappelijk Topinstituut Sociale Innovatie: Naar productiviteitsgroei en versterking van de Nederlandse concurrentiepositie*. AIAS, EUR, TNO, Rotterdam, 2005.

VWS, TK 29 282, Nr. 46, *Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector*. Brief van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, 5 november 2007.

VWS, *Niet van later zorg*. Den Haag, 2007.

VWS, *Evaluatie persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2005-2006*. Eindrapport. Kamerstuk 9 november 2007.

VWS, *Nadere uitwerking toekomst van de AWBZ*. Brief aan de Tweede Kamer, 12 juni 2009.

Zorginnovatieplatform (ZIP), *Zorg op afstand moet gewoon interaal onderdeel worden van zorgaanbod en financiering*. [www.zorginnovatieplatform.nl/kennis/86/](http://www.zorginnovatieplatform.nl/kennis/86/).