Actieplan 3.0
Werk maken van werk in de zorg- en welzijnssector

Inhoud

INLEIDING 3

VISIE OP BASIS VAN ACTUELE SITUATIE 4

RESULTATEN ACTIEPLAN 1.0 EN 2.0 7

De campagne 7

Een zorgjob ik ga ervoor 7

Bijkomende campagnetools 9

Cijfermatige analyse 10

Evolutie van het aantal studenten in zorgopleidingen sinds de start van de campagne 10

Evolutie openstaande vacatures bij VDAB 12

Evolutie in het aantal studenten verpleegkunde (HBO5 en bachelor) 13

Evolutie in het aantal generatiestudenten in zorggerelateerde bacheloropleidingen 14

Evolutie in het aantal aangevraagde inleefmomenten 15

Evolutie in het aantal geregistreerde zorgkundigen en verpleegkundigen 16

Samenvattende inhoudelijke evaluatie 17

Evolutie in knelpuntkarakter van een aantal beroepen 17

Samenwerking tussen onderwijs en werkveld 17

Retentieproblematiek 18

Charter 'Enthousiasmerende stages' en spreiding in tijd en ruimte 18

Zoekconferentie: Slimmer zorgen voor morgen 18

HR-beleid 18

Besluit qua resultaten 19

KERN ACTIEPLAN 3.0 19

DE INSTROOM IN DE ZORGBEROEPEN 19

Campagneaanpak 20

De 7 privileges van de zorg 23

Sturing watervaleffect en verdere uitbouw zalmmodel 24

Ontwikkelen van een strategie naar nieuwe knelpuntberoepen in de (para-)medische sector zoals artsen – tandartsen – apothekers en kinesisten 27

Vraag en aanbod op de arbeidsmarkt op elkaar afstemmen 27

ORGANISATIE VAN ZORG EN WELZIJN....28
Optimalisatie van zorg en welzijn in functie van beperkt menselijk kapitaal....28
Opvolging van de ontwikkelingen inzake zorgethiek....39
MEDEWERKERSBELEID....39
De Vlaamse werkbaarheidsmonitor....40
Doelgroepenbeleid en gelijke kansenbeleid.....43
Flexibilisering en deregulering in een sociaal correct personeelsbeleid....48
Statuut van en samenwerkingsverbanden tussen zelfstandigen....48
Gedeelde aanstellingen....49
Mantelzorgvriendelijk medewerkersbeleid....49
BOORDTABELLEN en INDICATOREN ONTWIKKELING....50
BESLUIT....51

INLEIDING

Binnen Flanders' Care, het platform waarmee de Vlaamse regering resoluut wil blijven inzetten op innovatie en ondernemen om de grote uitdagingen in de zorg tegemoet te treden, is één van de pijlers 'Zorg om Talent'. Deze pijler wijst op het engagement van de Vlaamse overheid om haar verantwoordelijkheid op te nemen om de aantrekkelijkheid van een job in de zorgsector te verhogen en zodoende bij te dragen tot een oplossing van de (nakende) tekorten aan zorgpersoneel. Want de uitdagingen zijn groot. Simulaties tonen aan dat zowel omwille van de groei van de zorgvraag als omwille van te vervangen personeelsleden de bedrijfstak 'gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening' de komende jaren nood zal hebben aan tienduizenden nieuwe arbeidskrachten.
In dat kader werd er op 21 mei 2010 een actieplan 'WERK MAKEN VAN WERK IN DE ZORGSECTOR' uitgewerkt en binnen de Vlaamse regering besproken. Dit actieplan lijstte toen enkele acties op ter bevordering van de werkgelegenheid in de zorgsector, om de problematiek van het tekort aan zorgpersoneel te kunnen aanpakken.

Met het actieplan 2.0 was het de bedoeling voort te bouwen op wat reeds in gang werd gezet. Actieplan 2.0 actualiseerde een aantal bestaande acties en bracht verder structuur in de lopende initiatieven.
Globaal geschetst waren er drie belangrijke pijlers waarop in het actieplan 2.0 werd ingezet:

1. Versterken van de instroom
2. Het huidig personeel efficiënter en effectiever inzetten
3. Uitbouw van een HRM-beleid in functie van werving, retentie en carrièreplanning van medewerkers

Met het actieplan 3.0 gaan we verder op de ingeslagen weg, en bouwen we verder op de veranderende context en het voortschrijdend inzicht dat in de loop van de afgelopen jaren is ontwikkeld.

Derhalve zal in dit actieplan in eerste instantie kort de visie worden weergegeven op de actuele tendensen in zorg en welzijn, om vervolgens een aantal resultaten weer te geven vanuit het actieplan 1.0 en 2.0 om te eindigen met de actualisatie van een aantal initiatieven en het duiden van nieuwe initiatieven.

In deze context is het belangrijk om te melden dat voor wat de zorg- en welzijnssector betreft het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in Vlaanderen niet alleen verantwoordelijk is voor de oplossing van de tekorten en incentives in manpower in Vlaanderen. De problematiek raakt ook aan andere beleidsdomeinen, zowel binnen de Vlaamse als de Federale regering, en moet dus in samenspraak gezien worden met de inspanningen die daar gebeuren.
In het actieplan zal duidelijk worden aangegeven waarvoor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin autonoom bevoegd is, versus de zaken waarvoor in overleg met andere instanties en beleidsdomeinen zal moeten worden samengewerkt. Om constructief te bouwen aan werk maken van werk in zorg en welzijn, is een zeer nauwe samenwerking noodzakelijk tussen de domeinen zorg en welzijn – werk – en onderwijs op niveau van de Vlaamse Gemeenschap, evenals een nauwe samenwerking met Volksgezondheid op federaal niveau.

VISIE OP BASIS VAN ACTUELE SITUATIE

De samenleving is in beweging. Het Vlaams regeerakkoord is duidelijk: Vlaanderen verbinden vanuit vertrouwen – verbinding – vooruitgang.
De huidige Vlaamse regering wil in de eerste plaats een stroomstoot geven aan onze economie én onze zorg. Naast grote aandacht voor de economische groei, is de 2e prioriteit voor de Vlaamse regering de uitbouw van het zorg- en hulpverleningsaanbod met als doel alle Vlamingen maximaal te ondersteunen en in staat te stellen volwaardig te participeren aan de samenleving.
De toenemende vergrijzing van de maatschappij, de stijgende prevalentie van chronische ziekten, de toegenomen multimorbiditeit van de cliënten, de druk op de financiering van het gezondheidszorgsysteem, zijn voldoende bekend en aanleiding geweest tot een aantal visienota's zoals

- 'Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België': een oriëntatienota voorgesteld door de interkabinetten werkgroep 'Chronische Ziekten' van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid om te komen tot het sluiten van een protocolakkoord tussen de federale en de gefedereerde entiteiten voor een Nationaal Actieplan – 28 november 2013
- 'Gemeenschappelijke Verklaring over de geïntegreerde zorg voor chronisch zieken': Interkabinetten-werkgroep Chronische ziekten, 30 maart 2015
- 'De eerste lijn in beweging': een voortgangsrapport 2010 – 2013 als sluitstuk van het Symposium Eerstelijnsgezondheidszorg – Em. Yvo Nuyens – 7 december 2013
- 'De kracht van het engagement – De vermaatschappelijking van de zorg in de dagelijkse praktijk' – Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin – december 2013
- 'Slimmer zorgen voor morgen': eindrapport van de zoekconferentie Slimmer zorgen voor morgen – Herman Nys – 11 november 2014.
- 'Together we change – naar een sterke eerstelijn in een toegankelijke, kwaliteitsvolle, persooons- en populatiegerichte efficiënte gezondheidszorg': een publicatie op initiatief van het Interuniversitair Samenwerkingsverband Huisartsenopleidingen – Jan De Maeseneer, Bert Aertgeerts, Roy Remmen, Dirk Devroey – 9 december 2014
- 'Netwerkzorg – Een nieuw organisatieconcept voor personen met een complexe, langdurige zorg- en ondersteuningsvraag. – Bernadette Van Den Heuvel, ACCO, 2014, pp. 208

Ook de arbeidsmarkt van zorg- en welzijn werd de afgelopen jaren bestudeerd en leidde tot een aantal (gepubliceerde) studies zoals

- 'Tempus Fugit – Een aggiornamento van toekomstverkenningen voor de zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap' – Jozef Pacolet, Joris Vanormelingen, Annelies De Coninck – Rapport 17 van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin – maart 2014
- 'Versterking van het arbeidsvolume in de social profit sector' – onderzoek in opdracht van het Vlaams Ministerie van Werk en Sociale Economie en van het Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin door HIVA KU Leuven en Instituut voor Arbeidsrecht KU Leuven – nog niet gepubliceerd onderzoek – januari 2015
- Werkbaarheidsmonitor werknemers – SERV – Stichting innovatie & arbeid –http://www.serv.be/stichting/book-5967/werkbaarheidsmonitor-werknemers

Dit alles heeft de afgelopen jaren gezorgd voor een aantal (paradigma) verschuivingen, zowel in de maatschappij als in de professionele zorg- en welzijnswereld.

- Van professioneel gestuurde zorg voor cliënten naar vermaatschappelijking van de zorg, ondersteund waar nodig door professionals, in samenwerking met de cliënt
- Van hospitalocentrisme naar (gezondheids)zorg en ondersteuning zo dicht mogelijk bij de thuiscontext van de cliënt - gebruiker;
- Van 2 afzonderlijke werelden (gezondheidszorg en welzijn) naar een meer geïntegreerde aanpak en ontschotting;
- Van het (hoofdzakelijke) accent op acute geneeskunde naar een groter accent op chronische zorg met een accent op Langdurige Integrale Zorg en Ondersteuning (LIZO). Deze vorm van zorg en ondersteuning heeft een aantal kenmerken op verschillende niveaus.
    - Kenmerken op het niveau van de cliënt en zijn omgeving in relatie tot de zorgverstrekker
        - De (kwaliteit van leven van de) cliënt centraal;
        - Zelfmanagement, patiënt empowerment, cliënt als (co)producent van zorg;
        - Shared descision making / gedeelde besluitvorming / samenwerking;
        - Medebeheerder van het cliëntendossier
    - Kenmerken op het niveau van het zorgteam/de zorgpraktijk
        - Multidisciplinair zorgteam
        - Zelfmanagementondersteuning
        - Gestructureerd individueel zorgplan
        - Zorgcoördinatie
    - Kenmerken op het niveau van de organisatie van de zorg
        - Getrapte zorg (subsidiariteit)
        - Een direct toegankelijk eerstelijnsaanbod
        - Een elektronisch systeem voor gegevensdeling tussen de zorgactoren
        - Integratie in plaats van fragmentatie van zorg voor gezondheid en welzijn
        - Financiering afgestemd op ontschotting
- Van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg (vb. persoonsvolgende financiering) waarbij de cliënt (of zijn waarnemer) een actieve actor is in de organisatie van zijn zorg;
- Van een voornamelijk door de overheid gefinancierde zorg naar mengvormen van financiering van zorg en welzijn door de overheid – financiering door derden – de cliënt;
- Van een multiculturele naar een superdiverse samenleving
- Van een productie naar een kennis- en digitale maatschappij

Het Actieplan 1.0 (dd. 21 mei 2010) heeft, in eerste instantie, vooral de focus gelegd op de verpleegkundigen, verzorgenden en zorgkundigen binnen het domein zorg, evenals op de sectoren kinderopvang en personen met een beperking.
Na een succesvolle campagne 'word zorgverlener' werd de campagne uitgebreid naar alle knelpunt beroepen in zorg- en welzijn, met oog voor instroom – doorstroom en retentie.
In het Actieplan 2.0 (dd. 12 juli 2013) blijft het accent liggen op het versterken van de instroom, maar aangevuld met acties die werken aan het efficiënter en effectiever inzetten van het personeel en de uitbouw van een steviger HRM-beleid in functie van werving, retentie en carrièreplanning van medewerkers.

Het actieplan 3.0 blijft toekomstgericht inzetten op het voorzien van voldoende menselijk kapitaal om in te zetten in een efficiënt georganiseerd zorg- en welzijnsaanbod om
- een kwantitatief én kwalitatief antwoord te blijven bieden op de maatschappelijk verantwoorde vragen naar zorg of ondersteuning
- kwaliteitsvolle jobs uit te bouwen voor werknemers door continue competentieversterking.
Inhoudelijk bouwt het actieplan verder op de continu veranderende maatschappelijke context, de voortschrijdende resultaten en inzichten van actieplan 1.0 en 2.0, en op het concept van de langdurige integrale zorg en ondersteuning, zoals ontwikkeld in het kader van de zoekconferentie 'Slimmer zorgen voor morgen'.

We doen dit vanuit een aantal **globale uitgangspunten** en **visie-elementen** waaraan het actieplan kan getoetst worden.
Met name:

- ✓ We vertrekken vanuit
  - het Vlaamse regeerakkoord en de bijhorende beleidsnota's WVG, onderwijs en werk
  - het federaal regeerakkoord en de bijhorende beleidsnota's volksgezondheid en werk
  - de 6e staatshervorming en de overheveling van een aantal bevoegdheden
  - de principes van de vermaatschappelijking van de zorg
  - het aanspreken van de eigen arbeidsmarktreserve
  - het wegwerken van openstaande vacatures
  - het subsidiaireitsprincipe met de juiste competenties op elk niveau van zorg
  - een openminded spirit waarbij tradities en regelgeving in vraag kunnen worden gesteld, indien nodig.

- ✓ En we doen dit met oog voor
  - de gebruikers, de cliënten en de patiënten – de doelgroepen bij uitstek
  - het welbevinden van de cliënt die mondiger is en betrokken wil / moet worden
  - minstens het behoud, en liefst toename van de kwaliteit van zorg en welzijn
  - een sociaal en ethisch ondernemerschap
  - de werknemers en de zelfstandige zorgverleners
  - het doelgroepenbeleid
  - het activeringsbeleid
  - innovatie in arbeidsorganisatie
  - een evolutie naar meer technologische ondersteuning in zorg
  - de ouder wordende arbeidskrachten op de arbeidsmarkt gezien mensen langer moeten werken
  - een nauwere (praktische en inhoudelijke) samenwerking tussen arbeidsmarkt en vorming
  - de ontwikkeling naar een meer geïntegreerde zorg

De 6e staatshervorming en het voeren van een geïntegreerd beleid vragen een duidelijke afbakening van wat enerzijds binnen de bevoegdheid ligt van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en van wat anderzijds in overleg met andere bevoegde instanties moet uitgewerkt worden.
In het actieplan zal telkens worden aangegeven wat in eigen regie kan gebeuren en wat in overleg moet gebeuren en met wie. Het realiseren van een actieplan

om werk te maken van werk in de zorgsector kan immers alleen maar slagen in overleg met partners waar ontwikkelde acties duurzaam kunnen worden verankerd, zoals o.a. in overleg met

- de sociale partners (met inbegrip van de koepelorganisaties en de sectorwerking),
- kabinet en administratie Onderwijs
- kabinet en administratie Werk, Economie en Innovatie, Ondernemen
- kabinet en administratie Gelijke Kansen
- kabinet en administratie Volksgezondheid (federaal)
- kabinet en administratie Werk (federaal)
- vertegenwoordigers van de gebruikers
- Flanders Care
- VIVO (Vlaams Instituut voor vorming en opleiding)
- VDAB (Vlaamse Dienst voor arbeidsbemiddeling en beroepsopleiding)
- VGC (Vlaamse Gemeenschapscommissie)
- SAR (Sociale Adviesraad Vlaanderen)
- Vlaams Overlegplatform Promotie Zorgberoepen (VOPZ)
- De Provinciale Overlegplatformen Promotie Zorgberoepen (POPZ's)

RESULTATEN ACTIEPLAN 1.0 EN 2.0

Bij de bespreking van de resultaten sinds 2010 zullen we na de beschrijving van de werking van de campagne 'een zorgjob – ik ga ervoor' de evolutie in enkele indicatoren weergeven om tot slot ook een korte inhoudelijke evaluatie te geven. Op deze manier wordt overzicht gecreëerd in de werkwijze, de objectieve resultaten en de impact op het terrein.

De campagne

Een zorgjob ik ga ervoor

De campagne 'Een zorgjob – ik ga ervoor' is van start gegaan op 1 december 2011.
Voordien, in mei 2011, werd een beperkte campagne gevoerd (toen nog genoemd 'Word zorgverlener') die alleen gericht was op verpleegkundigen, zorgkundigen en verzorgenden.
Op 1 december 2011 is de website www.ikgaervoor.be gelanceerd, aangevuld met de website www.ikgaervoor.be/pro voor de professionals.
Deze websites zijn nog steeds actief en succesvol. Onderstaand vindt u enkele resultaten.

Thema's

Sinds de start zijn in de verschillende campagnes diverse thema's aangekaart zoals

- Een zorgjob dat is werken met je hoofd – je handen en je hart (2012)
- Een affiche op z'n kop is even dom als niet surfen naar www.ikgaervoor.be als het om je toekomst gaat (2013)
- Waarom ik – 'verpleegkundige' – 'verzorgende' – 'kinderbegeleider' – 'opvoeder' – 'docent verpleegkunde' – werd (2014)
- Pak uit met je talent in de gezondheidszorg (2015)

Elke campagne wordt voorbereid in het Vlaams Overlegplatform Promotie Zorgberoepen (VOPZ) in samenspraak met de provinciale platformen (POPZ's) in de 5 Vlaamse provincie en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.
De affichecampagnes worden vergezeld van onlinecampagnes op de website, facebook, you-tube, linked-in en Twitter.
Daarnaast wordt, in functie van het beschikbare budget, op specifieke momenten ook mediaruimte gekocht op televisie. (Vb. in januari tijdens de SID-in beurzen)

In 2014 bedroeg het budget voor de campagne 147 809,91 euro, waarvan 102459,22 voor mediaruimte. Het communicatiebureau Kunstmaan nv zorgde voor de campagnebegeleiding.

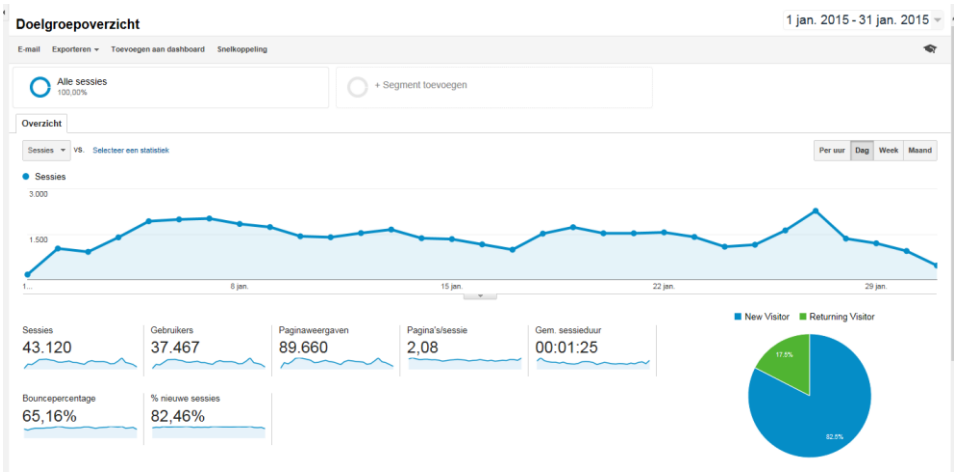
Dit alles resulteerde in verhoogde aandacht voor de website en de inleefmomenten. (Cf. infra)

Bezoekers website

Het campagne beeld voor 2015 is



3 jongeren hun hoofd werd letterlijk ingepakt en zo werden zij in een reële zorgsituatie gedropt die ze mee moesten oplossen.
De sector geeft sterke signalen om, naast het werk dat verricht wordt i.f.v. de kwantitatieve invulling van de tekorten, ook oog te hebben voor de kwaliteit van de instromende zorgverleners. Het accent van de laatste campagne is daarom gericht op het verhogen van de kwalitatieve instroom in de hoop meer studenten met een brede basisachtergrond en met veel talent in de sector te betrekken. In de campagne worden jongeren uit het middelbaar daarom aangesproken op hun lef – ambitie en verstand.
Dit resulteerde in een bezoekersaantal van 37.467 unieke gebruikers, of een gemiddelde van 1208 unieke bezoekers per dag op de publieke website www.ikgaervoor.be in januari 2015. (Let wel: dit was tijdens de campagnemaand terwijl de SID-in beurzen liepen.)



In het volledige jaar 2014 had de website 153.916 bezoeken, door 112.995 nieuwe gebruikers, goed voor 417.531 pageviews (320.463 unieke), en gemiddeld 2,71 pagina's per bezoek, met een gemiddelde tijd van 1'19'' op een pagina.
Concreet betekent dit **310 unieke nieuwe bezoekers per dag**.
In 2012 bedroeg het aantal unieke bezoekers 33.771 en in 2013 was dit 25.096. Het effect van de campagne is dus verviervoudigd.
De campagne mag dus zeker geslaagd genoemd worden qua bereik van de jongeren. Of dit ook resulteert in een verhoogde instroom in het komende academiejaar, kan pas geëvalueerd worden in oktober 2015.

Bijkomende campagnetools

Naast de permanent lopende werking van de campagne worden in de schoot van het VOPZ (Vlaams Overlegplatform Promotie Zorgberoepen) ook nog tal van andere acties ontwikkeld, aangepast aan de regionale noden.
De samenwerking tussen het Vlaams niveau en de provincies (+ het Brussels Hoofdstedelijk Gewest) wordt vastgelegd in een convenant die nu loopt tot 31-12- 2016. De grote lijn is dat de campagnes in de verschillende provincies zijn afgestemd op de Vlaamse campagne, maar met de mogelijkheid om antwoorden te bieden op lokale noden. Aan de convenant zijn geen financiële middelen verbonden. Binnen elke provincie wordt de campagne ondersteund door een medewerker van de provincie en/of door een voorzitter die werkt in een zorgvoorziening of opleidingsinstelling.
Hieronder worden een aantal voorbeelden van ontwikkelde acties weergegeven, echter zonder exhaustief te zijn:

Op Vlaams niveau

- Het ontwikkelen van de campagnebeelden en tools en sturen van de campagne
- Een inspiratiedag op 20 februari 2014, om ideeën uit te wisselen over de provincies heen
- Het ontwikkelen van een charter voor inspirerende en enthousiasmerende stages die gepubliceerd is op de website www.ikgaervoor.be/pro
- Het ontwikkelen van een afsprakenkader voor de spreiding van de studenten verpleegkunde.
  De spreiding van de leerlingen personenzorg (verzorgend – zorgkundigen) wordt opgenomen door VIVO
- Ondersteuning van lokale acties

De provincie Antwerpen

- Een jaarlijkse grote zorgbeurs (elk jaar op een andere plaats in de provincie)
- De ontwikkeling van een Talenthuis Zorg in Antwerpen
- Studiedag over het belang van mentorship bij stages

De provincie Limburg

- Aanboren van de arbeidsmarktreserve: Kleur in de zorg
- Ontwikkeling van een stageposter voor HBO5
- Opleiding van 1000 mentoren in ouderenzorg
- Zorgfestival op 12 oktober 2013 in de Cristal Arena KRC Genk
- Euregioprojecten rond zorg en welzijn met ontwikkeling van Euregionaal Zalmmodel
- Project duobanen voor co-sourcen van personeel tussen zorgorganisaties én tussen zorgorganisatie en onderwijs
- Inhouse opleiding BBT – BBK geriatrie in ziekenhuis

De provincie Vlaams-Brabant

- Project in samenwerking met de Katholieke Scholengemeenschap Leuven om zorg en welzijn onder de aandacht te brengen van leerlingen uit het 5e en 6e middelbaar via inleefmomenten
- Opstart met ronde tafels rond stage en inleefmomenten instellingen-onderwijs alle netten in regio Tienen en Leuven.
- Uni-Form: project rond stagebegeleiding voor de richtingen personenzorg, inclusief een mentorenopleiding, verder bouwend op de tool die in Limburg ontwikkeld is.
- Uitwerking van een themanummer zorgberoepen dat breed verspreid wordt in de derde graad van het secundair onderwijs

- Bevraging zorgvoorzieningen en kinderopvang omtrent stage en inleefmomenten met volgende doelstellingen: detectie blinde vlekken, regionale spreiding en samenwerking bevorderen tussen voorzieningen en onderwijs over de netten heen.
- Opstart ambassadeurswerking
- I.s.m. RESOC: project rond 'kleur in de zorg'
- Zorgbeurs in samenwerking met partners van het platform: VDAB, RESOC…….

De provincie Oost-Vlaanderen

- De organisatie van meerdere 'beroepenrallies in de zorg'
- Het aanstellen van lokale zorgambassadeurs (70 – tal)
- Opzetten van lokale acties voor de samenwerking tussen zorginstellingen en secundaire scholen, met een accent op ASO-scholen.
- Een perceptiemeeting over zorgberoepen bij studenten van het middelbaar

De provincie West-Vlaanderen

- Het ontwikkelen van een grootschalig project voor stagebegeleiding (http://www.zorgvoorstage.be/) inclusief
    - Vormingsfilm
    - Inspiratiemap
    - Website

Het Brussels hoofdstedelijk Gewest (via het Huis voor gezondheid)

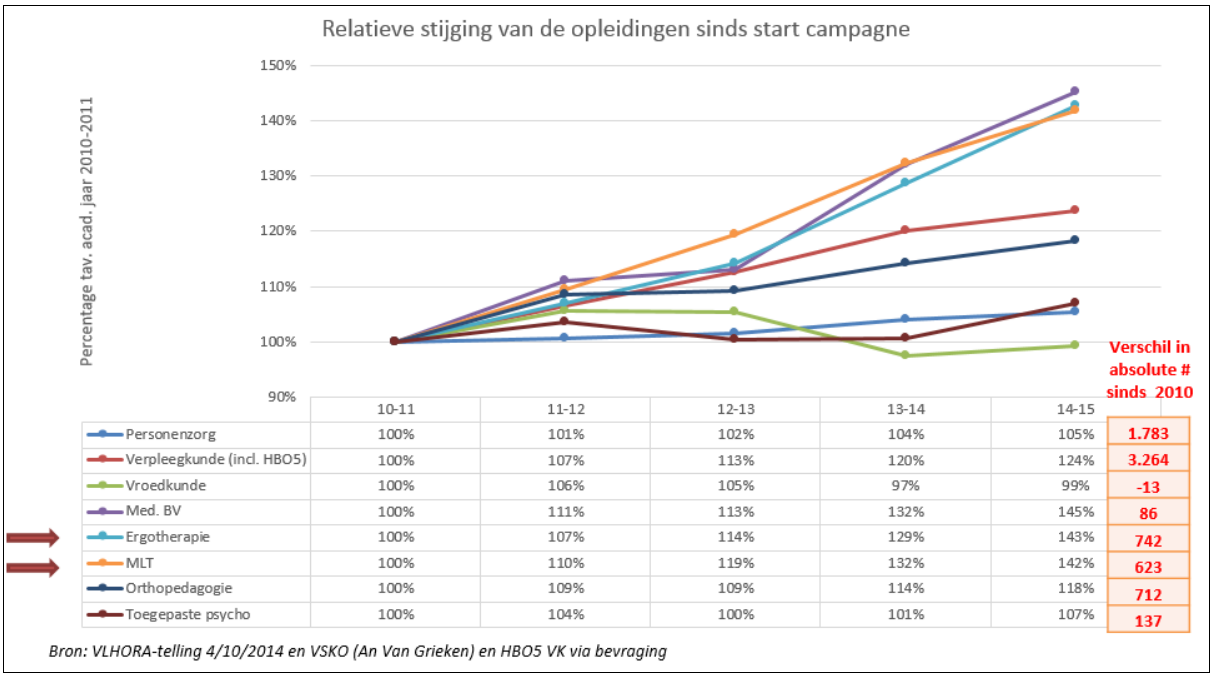
- De organisatie van een 'beroepenrally in de zorg', h-team en v-team sessies in de klassen van het middelbaar onderwijs
- De ontwikkeling van een oriëntatiegids Nederlandstalige zorgopleidingen voor zij-instromers
- De opbouw van een stagementoraat Brussel
- Inzet van rolmodellen met een migratie achtergrond

Cijfermatige analyse

De resultaten van de voorgaande actieplannen zijn duidelijk terug te vinden in de boordtabellen van de zorgambassadeur. In deze boordtabellen zijn ook de regionale cijfers opgenomen (per provincie).
Deze boordtabellen zijn te vinden via www.ikgaervoor.be/pro , de campagnewebsite voor de professionals. (Via download – studies en presentaties).
Alle resultaten in dit actieplan opnemen is niet mogelijk. We geven hieronder samenvattend enkele opmerkelijke resultaten weer.

Evolutie van het aantal studenten in zorgopleidingen sinds de start van de campagne

In fig. 1. wordt de evolutie van een aantal studenten in zorgopleidingen weergegeven sinds de start van de campagne. De stijging is spectaculair voor sommige beroepen, ofwel in %, ofwel in absolute aantallen. Enkele stijgingen behoeven extra aandacht, zoals de stijging van het aantal medisch laboratorium technologen. Hierop wordt verder ingegaan in het actieplan. Ergotherapie is ook dermate gestegen dat het in 2014 niet meer behoorde tot de lijst van de knelpuntberoepen van de VDAB.



	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	Verschil in absolute # sinds 2010
Personenzorg	100%	101%	102%	104%	105%	1.783
Verpleegkunde (incl. HBO5)	100%	107%	113%	120%	124%	3.264
Vroedkunde	100%	106%	105%	97%	99%	-13
Med. BV	100%	111%	113%	132%	145%	86
Ergotherapie	100%	107%	114%	129%	143%	742
MLT	100%	110%	119%	132%	142%	623
Orthopedagogie	100%	109%	109%	114%	118%	712
Toegepaste psycho	100%	104%	100%	101%	107%	137

Bron: VLHORA-telling 4/10/2014 en VSKO (An Van Grieken) en HBO5 VK via bevraging

Fig. 1. Relatieve stijging in een aantal studierichtingen zorg sinds de start van de campagne en stijging in absolute cijfers.

De enige daler is vroedkunde, wat in wezen een goede zaak is gezien er zeker geen tekort is aan vroedvrouwen op de arbeidsmarkt. Op het moment dat artikel 149 van de wet van 1O april 2014 van kracht wordt (1/10/2018) wordt, dreigt de werkeloosheid voor nieuwe vroedvrouwen. Immers, Artikel 149 van de wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid bepaalt: "De drager van de beroepstitel van vroedvrouw die het diploma heeft behaald voor 1 oktober 2018 mag van rechtswege de verpleegkunde uitoefenen onder dezelfde voorwaarden als de dragers van de beroepstitel van gegradueerde verpleegkundige; de drager van de beroepstitel van vroedvrouw die het diploma heeft behaald na 1 oktober 2018 mag van rechtswege de technische verpleegkundige verstrekkingen en de toevertrouwde medische handelingen die tot de verpleegkunde behoren, uitvoeren binnen het terrein van de verloskunde, de fertiliteitsbehandeling, de gynaecologie en de neonatologie."
De tewerkstelling voor vroedvrouwen wordt hierdoor ernstig beperkt. In het ziekenhuis wordt de inzet van vroedvrouwen vanaf dan alleen nog mogelijk op de vermelde afdelingen. Daarnaast is er nog wel de mogelijkheid om zelfstandig te werken of bij organisaties voor kraamzorg, aangevuld met nog wel enkele mogelijkheden zoals werken in geboortehuis, bij 'Kind & Gezin' of in centra voor relatievorming, seksuele voorlichting en zwangerschapsproblemen.
Tewerkstelling in het buitenland blijft ook mogelijk.
De sterkste stijger in absolute aantallen is verpleegkunde met 3.264 studenten meer in opleiding in vergelijking met 2010-2011. Maar ook personenzorg kent een mooie stijging.
Bij de evolutie in richting personenzorg is het opvallend dat de richting thuis- en bejaardenzorg de richting kinderzorg heeft ingehaald. (Cf. fig. 2) De instroom in kinderzorg is gelijk gebleven maar de instroom in thuis- en bejaardenzorg is gestegen met 81 % sinds schooljaar 2007-2008

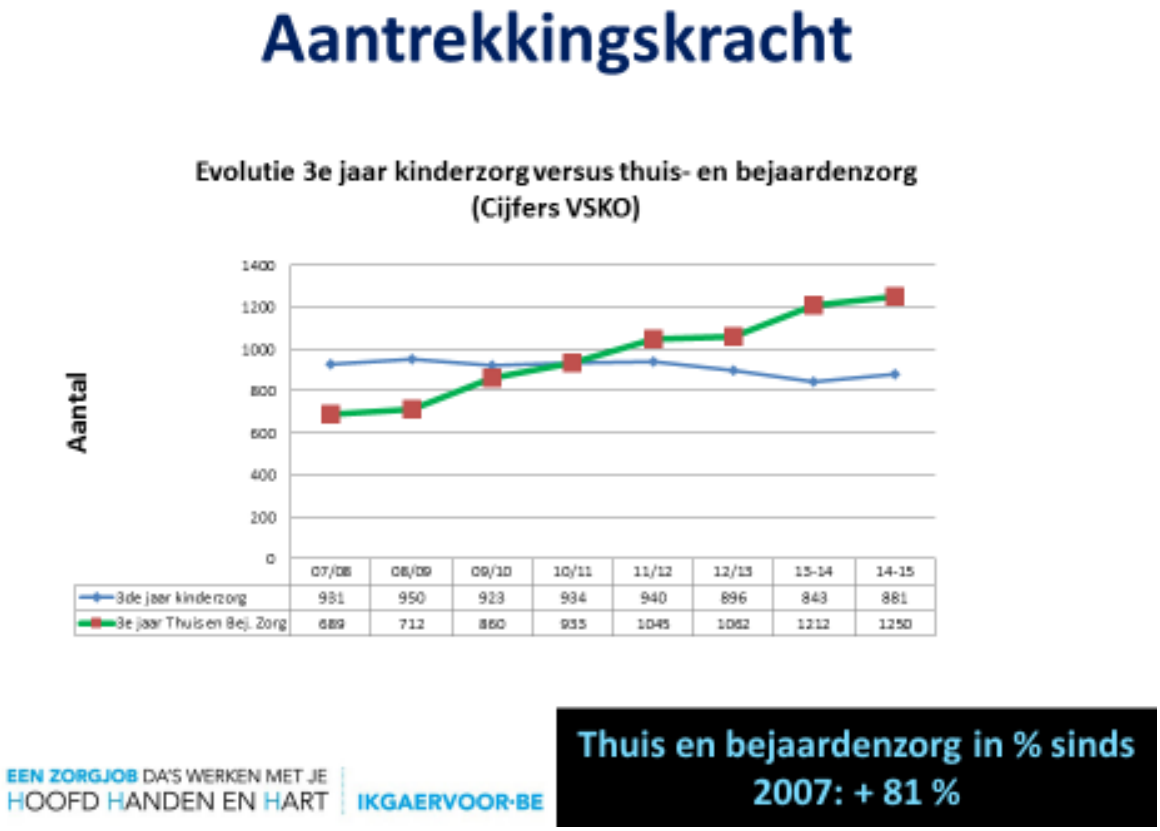


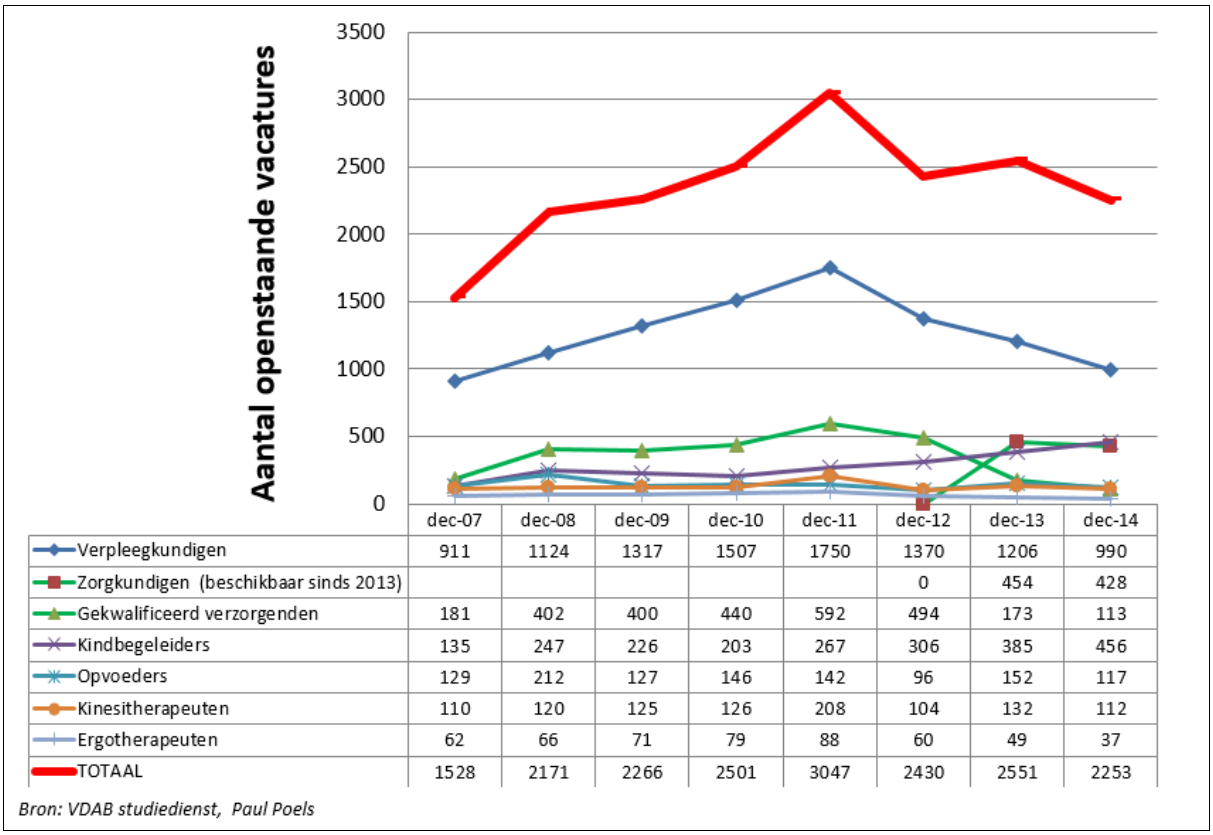
Fig. 2. Evolutie aantal studenten in 3e jaar kinderzorg en thuis- en bejaardenzorg.

De reden hiervoor is tweevoudig:

1. stijging door de continue sensibilisering voor de ouderenzorg en de aandacht voor werkgelegenheid in de ouderenzorg (wat evenwel niet altijd de juiste drijfveer is…);
2. stijging doordat leerlingen van het BSO gestimuleerd worden om een diploma van het secundair onderwijs te halen door het 7e jaar te doen, wat hen ook onmiddellijk toegang geeft tot de arbeidsmarkt als zorgkundige. Na geslaagd te zijn voor de eerste 2 modules verpleegkunde HBO5 zijn studenten zorgkundige, maar zonder te beschikken over een diploma niveau secundair onderwijs. Hiervoor moeten zij slagen in de 3 jaar HBO5 verpleegkunde. Hierdoor besluiten heel wat jongeren het zekere voor het onzekere te nemen en trapsgewijs eerst zorgkundige te worden.

Evolutie openstaande vacatures bij VDAB

Sinds de start van de campagne is er ook een duidelijke daling in het aantal openstaande vacatures bij de VDAB. (Cf. fig. 3.)



	dec-07	dec-08	dec-09	dec-10	dec-11	dec-12	dec-13	dec-14
Verpleegkundigen	911	1124	1317	1507	1750	1370	1206	990
Zorgkundigen (beschikbaar sinds 2013)						0	454	428
Gekwalificeerd verzorgenden	181	402	400	440	592	494	173	113
Kindbegeleiders	135	247	226	203	267	306	385	456
Opvoeders	129	212	127	146	142	96	152	117
Kinesitherapeuten	110	120	125	126	208	104	132	112
Ergotherapeuten	62	66	71	79	88	60	49	37
TOTAAL	1528	2171	2266	2501	3047	2430	2551	2253

Bron: VDAB studiedienst, Paul Poels

Fig. 3: evolutie van het aantal openstaande vacatures in de maand december bij VDAB

Deze daling is te wijten aan een dubbel effect: enerzijds de crisis die (vooral in de ziekenhuizen) het aantal vacatures laat verminderen, en anderzijds de gestegen uitstroom van gediplomeerden uit het onderwijs. Deze dubbele beweging laat zich vooral voelen vanaf 2012.
In de thuisverpleegkunde, in de ouderenzorg en in geestelijke gezondheidszorg neemt het aantal vacatures nog wel toe, maar dit wordt opgevangen door de gestegen uitstroom uit het onderwijs.

Evolutie in het aantal studenten verpleegkunde (HBO5 en bachelor)

De evolutie van het aantal studenten verpleegkunde ziet u in de onderstaande grafiek. In het academiejaar 2014 – 2015 hebben zich opnieuw een recordaantal studenten ingeschreven. Nooit eerder waren er zoveel studenten verpleegkunde. (Cf. fig. 4.)

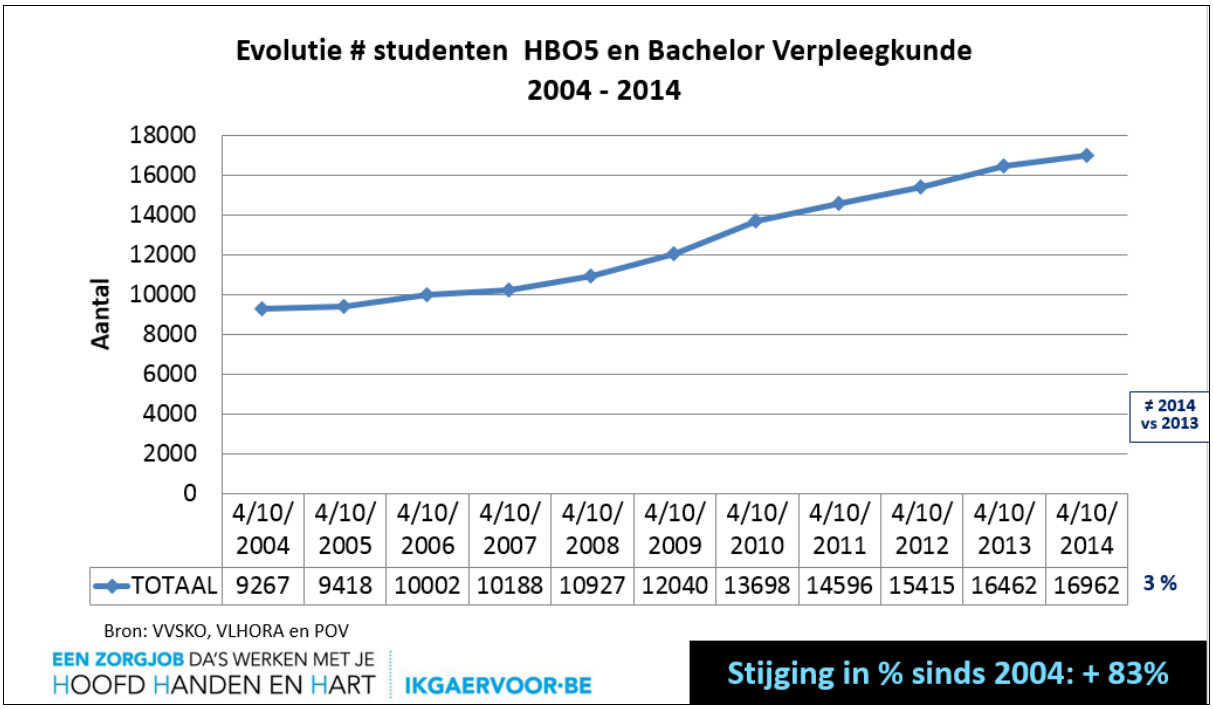


Fig. 4. Evolutie van het totaal aantal studenten verpleegkunde per academiejaar (telling in oktober)

Evolutie in het aantal generatiestudenten in zorggerelateerde bacheloropleidingen

De campagne richt zich steeds tot 2 doelgroepen: enerzijds de jongeren die een studiekeuze moeten maken en anderzijds tot de zogenaamde 'zij-instromers', zijnde mensen die op latere leeftijd beslissen om in een zorgopleiding te stappen. De afgelopen jaren hebben we een zeer sterke groei gezien van het aantal zij-instromers, maar het ook bij de jongeren zitten de zorgopleidingen in de lift. (Cf. fig. 5)

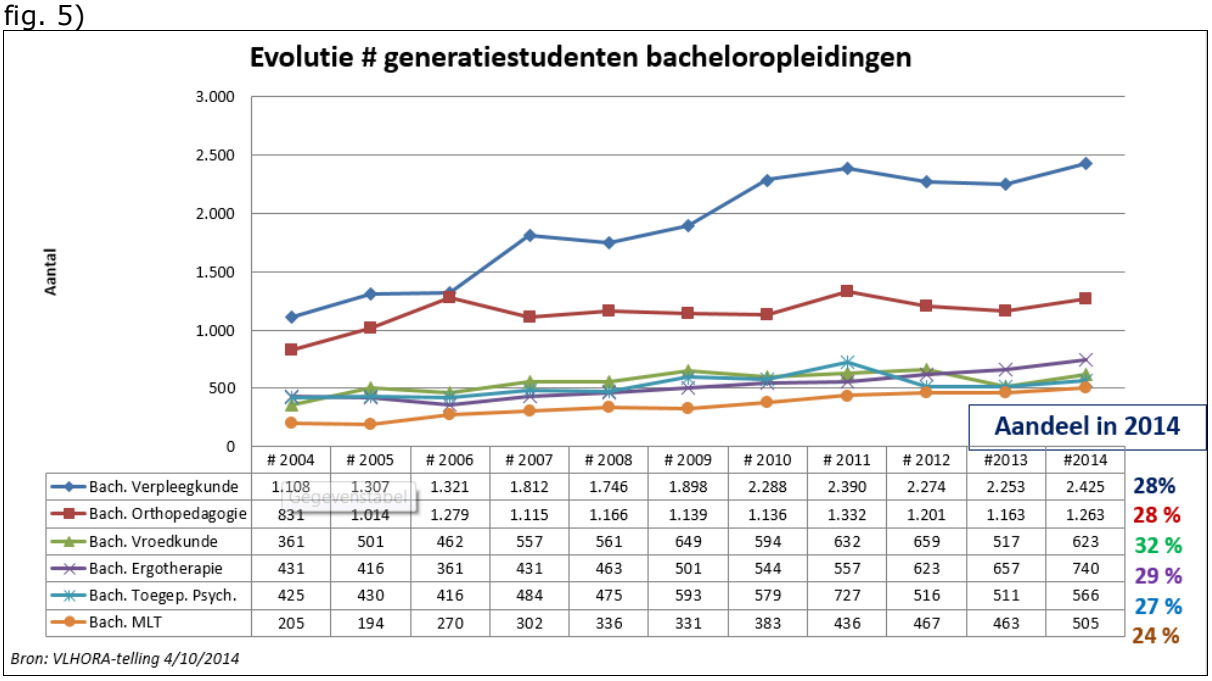


Fig. 5 Evolutie in het aantal generatiestudenten in de diverse bachelor opleidingen

Een kwart tot een derde van alle studenten die zich inschreven in de in figuur 5 vermelde bacheloropleidingen schreef zich in het academiejaar 2014 – 2015 voor de eerste maal in het hoger onderwijs. Een derde is uiteraard normaal, gezien de bacheloropleidingen doorsnee genomen 3 jaar duren. Indien dit % lager is, betekent dit dat meer en meer studenten zich inschrijven die al eens ingeschreven waren voor een andere richting in het hoger onderwijs. Hieruit valt af te leiden of de student initieel voor de opleiding kiest, dan wel dat het 'een 2e keuze' betreft.
Opmerkelijk is dat het aantal generatiestudenten voor de opleiding Medisch Laboratorium-technoloog zo laag is. Dit wordt onder meer verklaard door de toelatingsproef voor Geneeskunde waarvoor maar 22% van de kandidaten slaagt. Een deel van 78% niet-geslaagden schrijft zich vervolgens in voor Biomedische Wetenschappen, om als dat niet lukt of niet aanslaat, de overstap te maken naar Medisch Laboratoriumtechnoloog. Deze evolutie vraagt opvolging gezien de laboratoria meer en meer automatiseren en er ook hier dus een overaanbod dreigt op de arbeidsmarkt.

Evolutie in het aantal aangevraagde inleefmomenten

Een belangrijke tool in de campagne is en blijft de module om inleefmomenten aan te vragen. Iedereen kan, autonoom, een inleefmoment aanvragen via de website www.ikgaervoor.be in 1 van de 335 voorzieningen die inleefmomenten aanbieden in Vlaanderen.
Gemiddeld gebeurde dit in 2012 13 keer per maand, in 2013 was dit 124 keer en in 2014 is dit gestegen naar 135 aanvragen. (Cf. fig. 6) Dit is echter maar het topje van de ijsberg, gezien er ook heel wat inleefmomenten rechtstreeks geregeld worden tussen aanvrager en voorziening. Dit geldt zeker voor aanvragen voor groepen kandidaten (VDAB, middelbare scholen, enz.)

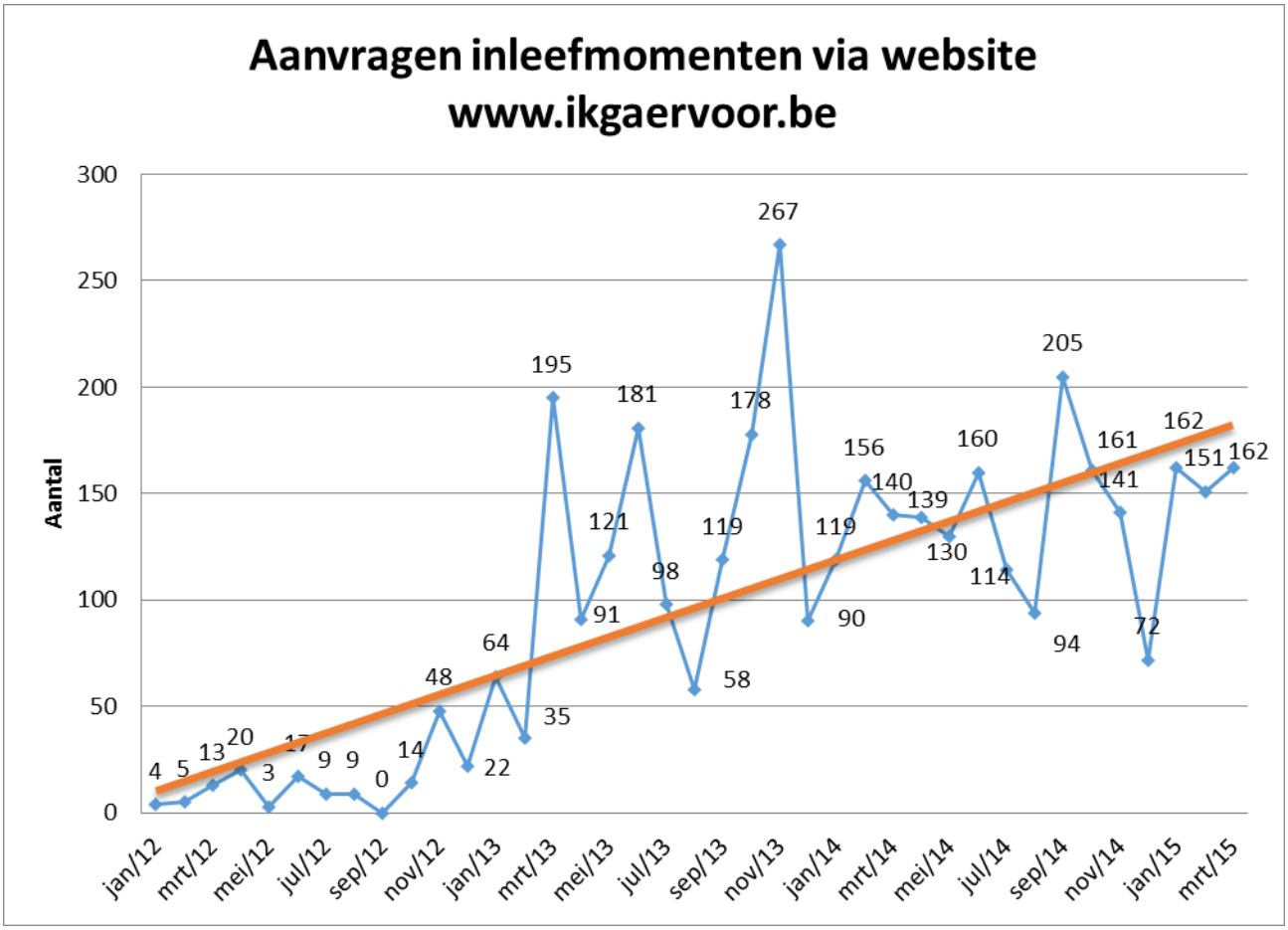


Fig. 6 Evolutie in het aantal aangevraagde inleefmomenten via de website www.ikgaervoor.be

De inleefmomenten zijn ook geëvalueerd bij de aanvragers via een SurveyMonky bevraging. 33% van alle aangeschrevenen hebben deelgenomen aan de enquête. De resultaten van deze bevraging zijn sterk en onderstrepen het belang van de inleefmomenten om de juiste mensen naar de sector te halen.
De 'inlevers' zijn tevreden en het impact is groot.

- 89% vindt de begeleiding tijdens het inleefmoment voldoende;
- 94% heeft een beter zicht op wat een bepaalde functie inhoudt;
- 68% kiest (mede) op basis van de inleefmomenten voor de zorg, 10% bewust niet en 20% blijft 'onverschillig';
- 60 deelnemers aan de enquête zijn bereid te getuigen over hun ervaring met het inleefmoment.

Evolutie in het aantal geregistreerde zorgkundigen en verpleegkundigen

Naast sensibilisering en instroom in het onderwijs, is het aantal geregistreerde beoefenaars natuurlijk de belangrijkste outcome parameter.
Ook die evolutie is positief.
In Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest steeg het aantal geregistreerde zorgkundigen sinds 31/12 /2010 met 16.447 of 25 % (Cf. fig. 7) en het aantal geregistreerde verpleegkundigen sinds 31/12/2011 met 6.537 of 5.7% (Cf. fig. 8). De grote stijging in het aantal geregistreerde zorgkundigen wordt mede veroorzaakt door de overgangsmaatregelen om van verzorgende zorgkundige te worden. Een belangrijk gegeven is ook dat een aantal 1e en 2e jaarstudenten verpleegkunde zich als zorgkundigen laten registreren voor een vakantiejob als zorgkundigen.

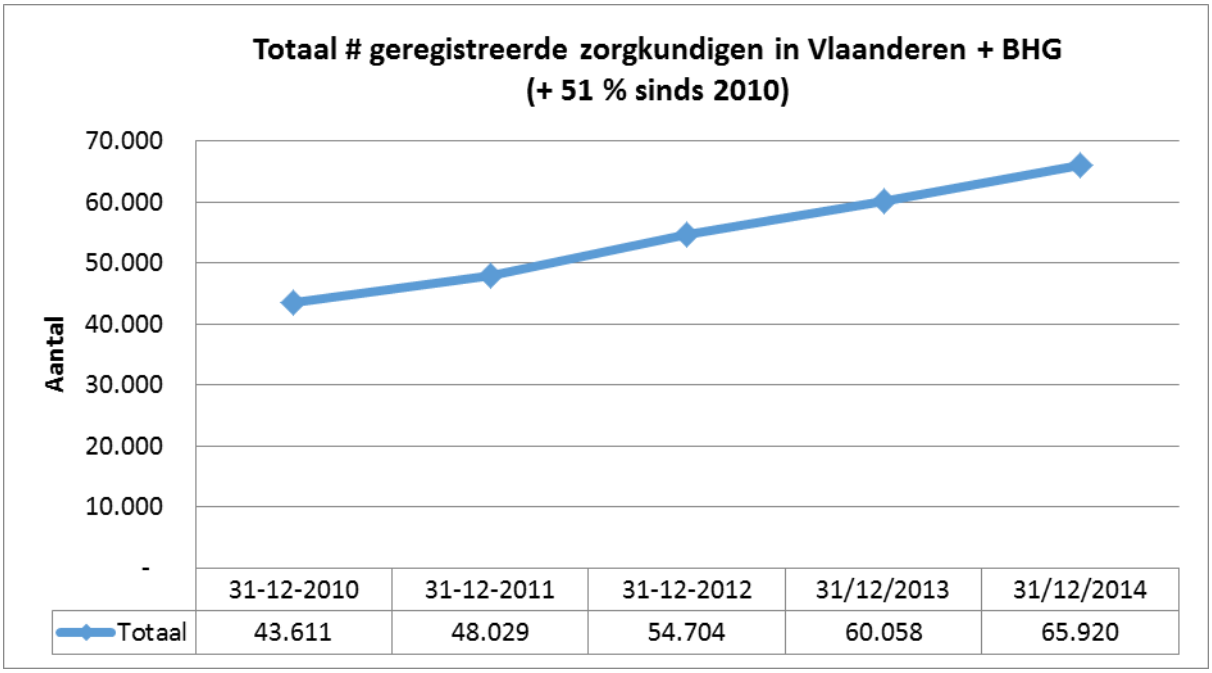


Fig. 7 Evolutie in het aantal geregistreerde zorgkundigen in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (Bron: FOD, Jaarstatistieken van de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België)

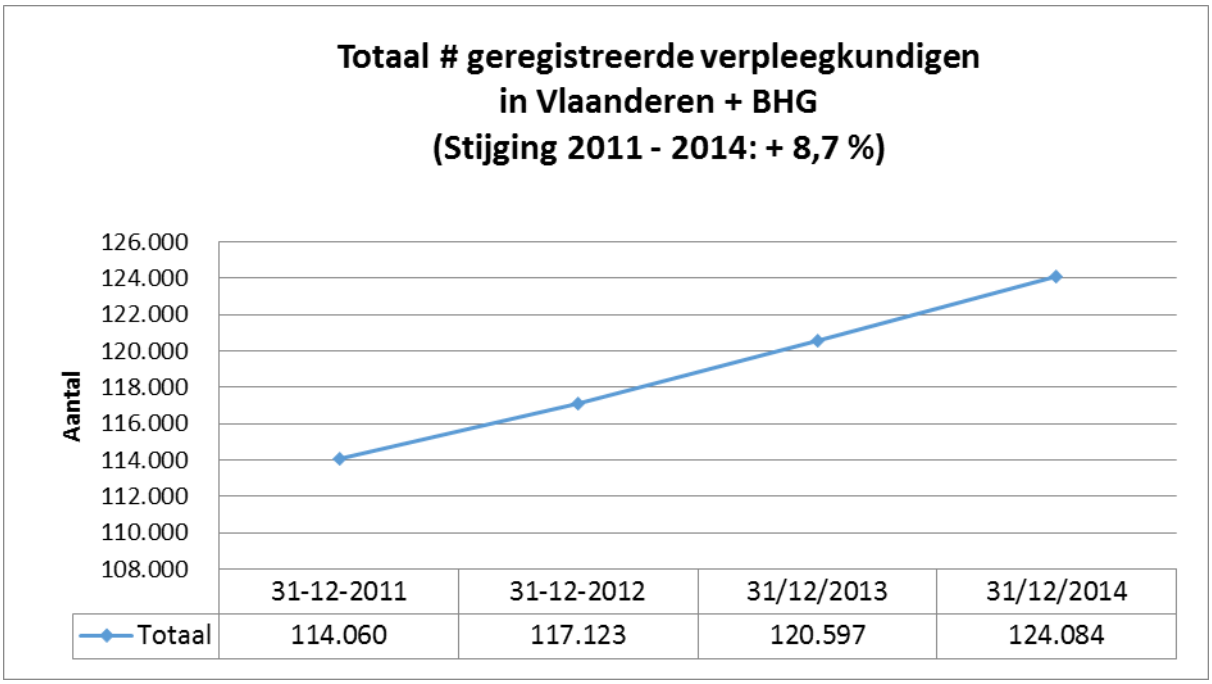


Fig. 8 Evolutie in het aantal geregistreerde verpleegkundigen in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (Bron: FOD, Jaarstatistieken van de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België)

Samenvattende inhoudelijke evaluatie

Evolutie in knelpuntkarakter van een aantal beroepen

Uit de studie 'Tempus Fugit blijkt dat de grootste schaarste is weg gewerkt. Uit de cijfers van de VDAB blijkt dat het aantal openstaande vacatures is gedaald en dat een aantal beroepen geen knelpunt meer zijn. Dit is af te leiden uit de knelpuntberoepenlijst van de VDAB die in 2014 is gepubliceerd en waaruit blijkt dat ergotherapeut, begeleider persoonlijk assistentiebudget, medisch laboratorium technoloog, logistiek medewerker geen knelpuntberoepen meer zijn. Voor andere knelpuntberoepen is het accent verschoven naar 'kwalitatieve' knelpuntberoepen, waarbij de arbeidsomstandigheden (vb. tijdelijke contracten, onderbroken diensten, werkuren buiten de schooltijd) eerder een rol spelen dan wel een te geringe instroom in het beroep (opvoeder, kinderbegeleider (vooral buitenschoolse opvang) en werkleider sociale of beschutte werkplaats. Andere beroepen blijven aanwezig op de lijst met knelpuntberoepen van de VDAB, maar zijn het aantal openstaande vacatures wel verminderd: verpleegkunde, verzorgende/zorgkundige, kinesist (maar hierbij geldt dat het gaat om vacatures in voorzieningen en niet over zelfstandige praktijken), ziekenhuisapotheker, en 2 beroepen die tot op heden nog niet zijn meegenomen in de campagne: opticien en dentaal technicus.
Doorheen de jaren heeft de samenwerking met VIVO en de VDAB in de Servicepunten Zorg, die nu in heel Vlaanderen zijn uitgerold, ook geleid tot meer zij-instromers. Eveneens neemt ook het aantal generatiestudenten die in een bacheloropleiding in zorg- of welzijn stappen toe. Het gaat over een stijging met 11% sinds 2010.

Samenwerking tussen onderwijs en werkveld

De belangrijkste inhoudelijke verwezenlijking is echter de toenemende samenwerking tussen onderwijs en het werkveld. Deze samenwerking is nu ondertussen uitgerold in alle provincies en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en leidt tot zowel betere regelingen qua stagespreiding als tot inhoudelijke

discussies over mentorschap, evoluties in zorg en welzijn, noden en opportuniteiten.

Retentieproblematiek

Retentie in de sector blijkt niet het grootste probleem. SD Worx heeft een grootschalig onderzoek gedaan in 2012 en rapporteren onder andere onderstaande paragraaf over retentie:
'De medewerkers in de zorgsector zijn zeer loyaal aan hun werkgever. Ongeveer de helft (47%) van de werknemers uit de social profit is nog nooit van werkgever veranderd (België 31%). Niet minder dan twee derde of 67% van de socialprofitmedewerkers heeft er nog maar één organisatiewissel opzitten, tegenover 53% van de Belgische werknemers. Als de Belg over het algemeen een loyale medewerker is (en daardoor in wezen te weinig mobiel op de arbeidsmarkt), dan geldt dat in nog hogere mate voor medewerkers uit de social profit. Zeker voor een sector waar de vraag naar arbeid groter is dan het aanbod, en werknemers geschoold tot hooggeschoold zijn, is dit een opmerkelijk cijfer. Hoogstwaarschijnlijk heeft dit beperkte aantal organisatiewissels te maken met de opleiding, die bijna per definitie naar de sector leidt, maar ook met andere factoren die loyauteit beïnvloeden, zoals tevredenheid over de job, een organisatie die in de buurt van de woonplaats gelegen is en een goede work-lifebalans. Dat blijkt althans uit het onderzoek'.[1]
Retentie is dus niet het grootste probleem, maar verdient wel blijvend aandacht binnen het HR-beleid in elke organisatie.

Charter 'Enthousiasmerende stages' en spreiding in tijd en ruimte

Het charter is ontwikkeld door werkveld en onderwijs samen en is verspreid via de website. Een aantal zorgorganisaties en/of (hoge)scholen zijn ermee aan de slag gegaan. Het heeft geleid tot meer en meer creatieve stagevormen in geriatrie en geestelijke gezondheidszorg.
De communicatie via de website is wellicht echter nog onvoldoende om het charter globaal nog meer ingang te doen vinden.

Zoekconferentie: Slimmer zorgen voor morgen

De zoekconferentie is doorgegaan in januari 2013. Om de rijke inhoud van de besprekingen bruikbaar te maken, werd Prof. H. Nijs gevraagd, om samen met een klankbordgroep dit tot een congruent geheel om te vormen. Dit heeft geleid tot het eindrapport ' Slimmere zorg' in november 2014.[2]
In dit document worden de resultaten van de Zoekconferentie 'Slimmer zorgen voor morgen' verwerkt naar een tekst waarin strategische keuzes worden gemaakt en waarbij voorstellen worden geformuleerd om de actielijnen uit de Zoekconferentie beleidsmatig om te zetten in regelgevend werk of andere beleidsinitiatieven. In de concrete acties van het actieplan 3.0 worden deze aanbevelingen meegenomen.

HR-beleid

In navolging van actieplan 2.0 en met steun van de vrijgemaakte financiële middelen in VIA4 is Verso gestart met HR-wijs[3], een platform voor kleine voorzieningen.

'HRwijs' is het HR-ondersteuningsaanbod van Verso (Vereniging voor Social Profit Ondernemingen) op maat van kleine social profit organisaties. Het is een website met uitleg over HR-thema's, tools en korte getuigenissen inzake HR-beleid. Er is

---

[1] I. Flion, T. Swinnen, D. van Bastelaere, Bouwen aan de zorg. Personeelsbewegingen in de Vlaamse zorgsector. SD Worx – Resarch & Development, 2012, pp. 31

[2] H. Nijs. Eindrapport 'Slimmere zorg'. Herman NYS – KULEUVEN (CBMER-LUCAS) en EUROPESE COMMISSIE (BEPA-EGE), november 2014,pp. 35.

[3] Link naar de website: http://hrwijs.be/

een nieuwsbrief aan verbonden en er worden ook interactieve inspiratiesessies georganiseerd rond actuele HR-thema's.

Verder is het een platform waar werkgevers uit de social profit met vragen over medewerkersbeleid terecht kunnen.

HR-wijs is op 21 mei 2014 gelanceerd en heeft sindsdien (tot op 19 maart 2015) 10.511 unieke bezoekers gehad die 15.872 bezoeken (sessies) hebben gebracht aan de website.

Aanvullend op de engagementen via VIA4 heeft VIVO ook een aantal tools ontwikkeld in het kader van de sectorconvenant zoals www.lerenindesocialprofit.be en www.competentindesocialprofit.be

Besluit qua resultaten

Naast het op peil houden van de hoge instroom in zorg- en welzijnsjobs, zijn deze inhoudelijke ontwikkelingen belangrijk omdat het probleem van het tekort aan manpower in zorg en welzijn niet alleen met méér mensen kan opgelost worden.
Dit actieplan 3.0 wil bestaande initiatieven verder ondersteunen en nieuwe acties ontwikkelen om tegen 2020 met voldoende instroom en nieuwe opleidings- en organisatiemodellen klaar te staan om de zorgnood op te vangen.

KERN ACTIEPLAN 3.0

De kern van het Actieplan 3.0 bevat 4 pijlers die verder in detail zullen worden uitgewerkt:

- Verhoogde instroom minstens op peil houden met aandacht voor de kwaliteit van instroom (juiste competenties op het juiste niveau);
- Inspelen op de innovaties in de maatschappelijke organisatie van zorg en welzijn i.f.v. beperkt menselijk kapitaal, inclusief de beroepenstructuur, het opleidingsaanbod en de integratie van technologie en ondernemerschap;
- Verder werken op het medewerkersbeleid in functie van retentie en optimaal gebruik aanwezige competenties, inclusief doelgroepenbeleid;
- Het verder professionaliseren van de boordtabellen

DE INSTROOM IN DE ZORGBEROEPEN

De blijvende aandacht voor de instroom in knelpuntberoepen in zorg en welzijn is zonder meer noodzakelijk gezien alle studies aantonen dat de tekorten in de nabije toekomst opnieuw zullen toenemen. Rekening houdend met een 40 jarige carrière vanaf 20 jaar, begint de babyboom generatie (geboren tussen 1955 en 1965) nu volop uit te stromen. De vervangingsvraag, door o.a. de uitstroom omwille van brugpensioen of pensioen is binnen enkele jaren tot 9 maal zo groot als de uitbreidingsvraag omwille van de vergrijzing van de populatie.[4]
Onderstaande tabel van het departement WSE toont eveneens de toenemende verzilvering op korte termijn binnen de zorgverleners aan.

[4] Jozef Pacolet, Joris Vanormelingen, Annelies De Coninck, Tempus Fugit – Een aggiornamento van toekomstverkenningen voor de zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap. Rapport 17 van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin – maart 2014.

Tabel Leeftijdsverdeling - Procentueel

	2012			2017			2022		
	Man	Vrouw	%	Man	Vrouw	%	Man	Vrouw	%
15-19 jaar	0.17%	0.66%	0.83%						
20-24 jaar	1.1%	6.03%	7.13%	0.17%	0.66%	0.83%			
25-29 jaar	1.79%	10.17%	11.96%	1.1%	6.03%	7.13%	0.17%	0.66%	0.83%
30-34 jaar	1.89%	9.69%	11.58%	1.79%	10.17%	11.96%	1.1%	6.03%	7.13%
35 -39 jaar	2%	10.64%	12.64%	1.89%	9.69%	11.58%	1.79%	10.17%	11.96%
40-44 jaar	2.16%	10.65%	12.81%	2%	10.64%	12.64%	1.89%	9.69%	11.58%
45-49 jaar	2.75%	14.26%	17.01%	2.16%	10.65%	12.81%	2%	10.64%	12.64%
50-54 jaar	2.45%	12.09%	14.54%	2.75%	14.26%	17.01%	2.16%	10.65%	12.81%
55-59 jaar	1.94%	7.62%	9.56%	2.45%	12.09%	14.54%	2.75%	14.26%	17.01%
60-64 jaar	0.62%	1.23%	1.85%	1.94%	7.62%	9.56%	2.45%	12.09%	14.54%
>= 65 jaar	0.04%	0.04%	0.08%	0.65%	1.27%	1.93%	2.6%	8.89%	11.49%
			43,04%			**“53,9%”**			**“57%”**

Bron: Dept. WSE - Ingevulde Leeftijdsscans ZORG t.e.m. 30 nov 2012
**Projecties zonder rekening te houden met enige wijzigingen in het personeelsbestand*

Alhoewel de ambitie niet kan zijn om alleen te werken op instroom is het constant houden van het hoog niveau van instroom toch een belangrijke prioriteit die we op verschillende manieren willen aanpakken.
Bij het werken op instroom zijn er 2 onderscheiden aspecten die beide dienen aangepakt te worden, met name de **kwantiteit** maar ook de **kwaliteit** van de instroom. Dit laatste aspect komt meer en meer op de voorgrond bij de actuele vraag vanuit de sector. Sinds 2011 zijn heel wat werkzoekenden naar de zorgsector geleid. Het aantal hogergeschoolden dat op die manier zijn weg vond naar de sector is echter beperkter dan het aantal niet of laaggeschoolden. Van het aantal studenten dat met een VDAB contract voor verpleegkunde studeert (n = 2045 in 2013 en 2014 samen) heeft 19% een diploma hoger onderwijs en volgt 29% van hen de bacheloropleiding. De overigen hebben nog geen diploma hoger onderwijs (81%) en worden ingeschreven in de HBO5 opleiding verpleegkunde (71%).
Door de toenemende complexiteit, multidiversiteit, de aandacht voor patiëntveiligheid en de ontwikkelingen naar preventieve en educatieve geneeskunde en zorg, weerklinkt de vraag naar goed geschoold personeel luider en luider door. Ook in welzijn neemt deze problematiek toe, denken we maar aan de pedagogische kwaliteiten in de kinderopvang of de complexe contextbegeleidingen met multiproblem gezinnen. Dit hoeft echter niet te betekenen dat alleen ‘hooggeschoold’ personeel te werk wordt gesteld in de sector, maar wel dat de functies moeten worden ingevuld door mensen met voldoende competenties om de verantwoordelijkheid op te nemen die verbonden is aan de beoefende functie.
Zowel kwantiteit als kwaliteit dienen dus de nodige aandacht te krijgen in het wervingsverhaal.

Campagneaanpak

In overleg met de leden van het VOPZ is een communicatiematrix uitgewerkt die de prioriteiten en doelstellingen voor de campagne vastlegt voor de komende jaren. Deze zijn hieronder schematisch weergegeven voor zorg. Voor het domein welzijn dient nog een gelijkaardige matrix te worden uitgewerkt.
Voor de doelstellingen is vertrokken van de huidige klassieke indeling van het secundair onderwijs. In de loop van de komende jaren zal de modernisering van het secundair onderwijs wellicht helpen om de gericht instroom te verbeteren.

Onderwerp	Situatie vandaag (in cijfers)	Doelstelling	Doelgroep
Verhoging van het aantal verzorgenden en zorgkundigen in de arbeidsmarkt: (omwille van vergrijzing)	Schooljaar '13 - '14: 34.449 studenten personenzorg (Bron: boordtabellen)	**Verhoging met 5% van aantal studenten personenzorg tegen okt 2015 (afgelopen 10 jaar is de gemiddelde stijging 2,3 % per jaar). Doel = 36.171 studenten personenzorg BSO + TSO in VSKO[5] onderwijs Vlaanderen in schooljaar 2015-2016.**	Scholieren SO: TSO en BSO
	541 openstaande vacatures in december 2014 voor verzorgenden en zorgkundigen (Bron: VDAB)	**Het aantal vacatures voor verzorgenden en zorgkundigen daalt in de komende jaren, ondanks de stijgende nood door de vergrijzing van de maatschappij.**	Verzorgenden & zorgkundigen
	VDAB contracten in 2012 = 1524 Verhoging van de kwaliteit door toenemend aantal verzorgenden/zorgkundigen met levenservaring.	**In 2015 minstens 3000 mensen met VDAB contracten voor verzorgenden en zorgkundigen**	Zij-instromers
Meer high potentials in de verpleegkunde (als meetbare parameter)	Instroom studenten in opleiding verpleegkunde in 2012 (excl. Brug en excl. niet gekende vooropleiding):	**Minstens 50% instroom ASO naar hogeschool verpleegkunde (okt 2016) (globaal in Vlaanderen en Brussel) en per provincie**	1. Scholieren ASO, gezien we deze groep hoofdzakelijk missen in de instroom en hier toch nog veel potentieel zit. TSO studenten die

[5] De gegevens van het VSKO zijn doorheen de tijd eenduidig gedefinieerd, stabiel en zeer snel op te volgen.
De gegevens over alle netten beantwoorden onvoldoende aan deze criteria om als doelstelling te gebruiken.

		+10% tegen okt. 2016	verpleegkunde willen doen, stromen automatisch in.
	ASO: 37%, TSO 50%, BSO 11%, KSO 2%		2. Studenten - switchers (vooral unief)
	BRON: DHO		3. Zij-instromers (hoger opgeleid met baan)
Uitstroom uit het onderwijs naar de arbeidsmarkt verbeteren	85% van de afstuderende verpleegkundigen gaan naar ZH. Nieuw onderzoek vereist om opnieuw te meten.	**Gelijkmatige uitstroom uit het onderwijs naar ouderenzorg, GGZ en thuiszorg stimuleren, naast uitstroom naar het ziekenhuis.**	Studenten verpleegkunde en verzorging
			Leerkrachten verpleegkunde en verzorging
Meer cultuur-sensitieve zorg	Moeilijk tot niet te kwantificeren	**Stijging van etnisch culturele minderheden in zorgopleidingen**	ECM vanuit ASO, TSO en BSO
			Zij-instromers vanuit ECM
Mannen	In 2012 was de genderverdeling als volgt: Gezinszorg: 2,7% mannen WZC en ZH: 15,7% mannen KO en WZ: 35,2 % mannen	**Stijging van het aantal mannen in zorg in het algemeen tegen 2018 tot 5% in de gezinszorg, 35% in de WZC en ZH en 40% in KO en WZ**	Scholieren, ouders, studenten, zij-instromers.
Beheersing verhoogde instroom van studenten		**Oplossen van problemen door hoge instroom (te weinig stageplaatsen, gebouwen, te weinig doorstroom naar bepaalde beroepen, te weinig docenten…)**	BELEID

Uit de oefening die werd gemaakt door de leden van het VOPZ en in tweede instantie ook door het Vlaams Welzijnsverbond blijkt duidelijk dat ook de accenten tussen zorg en welzijn verschillend zijn. De matrix voor welzijn moet nog verder worden geconcretiseerd.
Voor de zorg komt als prioriteit naar voor om **afwisselend aandacht** te hebben voor de instromers op verschillende niveaus van onderwijs (ASO- TSO en BSO), evenals af te wisselen qua doelgroep volgens leeftijd (18 – jarigen versus zij-instromers) en voor verschillende zorgdomeinen (zoals de eerstelijnsgezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en welzijn).

➔ **ACTIES in eigen (of gedeeld) beheer, samen met VIVO en VDAB**:

- De sensibiseringscampagne 'Een zorgjob ik ga ervoor' verder zetten als de overkoepelende campagne die zich richt tot alle hierboven vermelde doelgroepen en alle zorgvormen en de komende jaren verder werken met nieuwe slagzinnen.
- Naast de sensibiliseringscampagne met slogan 'pak uit met je talent' worden ook in de verschillende provincies proefprojecten opgezet tussen zorginstellingen en ASO scholen om de jongeren de kans te bieden te ervaren wat de diverse zorgberoepen inhouden. Op deze manier bieden we een alternatief voor de studierichting geneeskunde, welke door de toelatingsproef, gelimiteerd is qua toegang.
- Opvolging van en inspelen op de modernisering van het secundair onderwijs
- Samen met Flanders Care zullen we ook nagaan hoe ook eerder technisch gerichte profielen naar de zorg kunnen oriënteren om zo de zorgtechnologische innovatie verder te ontwikkelen
- Samen met de welzijnssector: een zelfde communicatiematrix opstellen en duidelijke doelstellingen vastleggen, met o.a. aandacht voor aspecten van duurzame tewerkstelling (in plaats van de aaneensluiting van tijdelijke contacten).
- In functie van het stagebeleid (in samenwerking met VIVO): verder zetten van de kwantitatieve en kwalitatieve opvolging, werken aan de ondersteuning van mentoren, het project Uni-form dissemineren, tekort aan stageplaatsen voor zorgkundigen analyseren en voorstellen voor aanpassing doen, en innovatieve vormen van stage ontwikkelen

Betreffende de samenwerking met de provincies is de convenant verlengd tot 31-12-2016. Gezien door de 6e staatshervorming de persoonsgebonden materies niet langer in het takenpakket zitten van de provincies, moet er in de komende tijd werk gemaakt worden van een plan om vanaf 2017 de campagnewerking op een andere manier verder te zetten.

➔ **ACTIE in eigen beheer, maar met inbreng van de verschillende VOPZ-actoren**: in de komende 2 jaar een plan ontwikkelen voor de structurele verankering van de samenwerking tussen al de verschillende actoren (Vlaams en provinciaal) in bestaande structuren, in functie van de duurzaamheid van de campagne.

De 7 privileges van de zorg

Naast de website 'Ik ga ervoor' heeft de zorgambassadeur ook een boek geschreven: 'De 7 privileges van de zorg'. De release van het boek heeft veel media-aandacht gehad waardoor zorg en welzijn opnieuw in de belangstelling stond en sensibiliserend werkte in functie van instroom. [6]

[6] HOLTZER L., De 7 privileges van de zorg. ACCO-uitgeverij, pp.166, februari 2015

Sturing watervaleffect en verdere uitbouw zalmmodel

Competentiemanagement is een belangrijke uitdaging. Zowel jongeren als zij-instromers dienen enerzijds gewaardeerd te worden voor reeds opgebouwde competenties enerzijds en moeten anderzijds de kans krijgen om hun competenties verder te ontwikkelen.
Momenteel gaat er echter nog veel competentie verloren door het zogezegde watervaleffect (mensen die kiezen om te zorgen voor anderen maar in een te hoge studierichting zitten en dan afhaken), maar eveneens door het zalmmodel, omdat de beroepenstructuur in zorg en welzijn onvoldoende duidelijk en helder is en de opleidingen onvoldoende generiek zijn.
Er zijn voldoende mensen die zorg willen dragen voor cliënten, maar de opvolging en sturing van deze mensen is belangrijk om mensen die een hart voor de zorg hebben ook daar te houden in opleidingen en studierichtingen met toekomstperspectief in zorg of welzijn.

Sturing van het watervaleffect

Om de problematiek duidelijk te maken geven we enkele voorbeelden.

- ***Toelatingsproef geneeskunde***

Het aantal studenten dat zich inschrijft voor het ingangsexamen geneeskunde / tandheelkunde is bij zonder groot. In 2014 legden 5110 kandidaten de volledige proef af in juli. Van deze kandidaten slaagden er 556. In augustus slagen nog eens 584 kandidaten (op een totaal van 3331 kandidaten die de volledige proef aflegden).
De vraag is natuurlijk wat er met de ongeveer 4000 andere kandidaten gebeurden. Het betreft immers (voor het grootste deel) mensen die graag arts willen worden en op die manier een rol willen opnemen in de gezondheidszorg. Er is geen duidelijk beeld over wat deze studenten uiteindelijk gaan studeren, maar een deel van hen komt / kwam terecht in de opleiding Biomedische Wetenschappen, in de hoop hun kennis op die manier verder bij te werken om het volgende academiejaar wel te slagen in de toelatingsproef om alsnog arts of tandarts te worden.
Maar een groot deel kiest (al dan niet vrijwillig) uiteindelijk voor andere richtingen of blijft in de opleiding Biomedische Wetenschappen zitten.

➔ **ACTIE in overleg met onderwijs**: cohortestudie doen om het probleem verder te objectiveren en te kwantificeren.
➔ **ACTIE in eigen beheer**: overleg met de voorzitter van de examencommissie van de toelatingsproef geneeskunde of we een bijkomende oriëntatie zouden kunnen geven op basis van de toelatingsproef naar richtingen in de gezondheidszorg die wel perspectief bieden op werk indien oriëntatie op zorg OK is.

- ***Verhogen van de waardering voor de opleidingen op hogeschoolniveau***

Enkele richtingen aan de universiteit trekken massaal veel studenten terwijl de slaag percentages eerder laag zijn, evenals de kans op tewerkstelling in een diploma gerelateerde job.
Enkele cijfers om het probleem duidelijk te maken[7]:

[7] Bron: www.onderwijskiezer.be / studierendement

Studierichting	Totaal # studenten	# studenten uit ASO	# ASO geslaagd	Gemiddeld gewogen studierendement voor ASO studenten	Gemiddeld gewogen studierendement voor alle studenten
Biomedische wetenschappen	4420	4298	2757	64%	64%
Psychologie	5495	5316	3433	65%	63%

Bij het gemiddeld gewogen studierendement weegt een student zwaarder door naarmate hij meer studiepunten heeft opgenomen. Vb. Een gemiddeld SR van 64% = de studenten uit een secundaire studierichting zijn samen geslaagd voor 64% van de studiepunten waarvoor ze zich hadden ingeschreven. Hoe hoger het gemiddeld SR hoe beter de studenten uit deze secundaire studierichting het gemiddeld doen in het eerste jaar van een bepaalde bachelor
In het totaal studeren er bijna 10.000 studenten in het eerste jaar van de universiteit in de richtingen psychologie en biomedische wetenschappen.
Dit gaat over massaal veel studenten waarvan iets meer dan 60% slaagt. De overigen kiezen het jaar nadien een andere richtingen of proberen opnieuw.
97% van deze studenten is afkomstig uit het ASO en wil een universitair diploma halen. Des al niettemin geven deze richtingen minder kans op werk dan wel de aansluitende hogeschool richtingen die voor 99 % kans geven op arbeid in het eerste jaar na afstuderen.
Het zou dus goed zijn dat in de studiekeuze overweging van de jongeren eerder wordt gekeken naar wat de jongeren echt wil doen, dan wel naar het studieniveau.
Een deel van deze studenten zou met succes onmiddellijk een aantal zorg of welzijnsgebonden opleidingen op hogeschoolniveau kunnen doen en daardoor de kwalitatieve uitstroom uit het bacheloronderwijs vergroten. Heel wat richtingen geven daarenboven de kans om door te stromen naar een aansluitende masteropleiding via een schakeljaar.
Het zijn allemaal studenten die zorg willen dragen voor mensen maar omwille van het universitaire karakter kiezen voor deze opleidingen, wetende dat zij nadien moeilijk werk zullen vinden.
De hogescholen anticiperen hierop door brugprogramma's te voorzien van psychologie naar verpleegkunde bv. of van biomedische wetenschappen naar medisch laboratoriumtechnoloog. Maar dit biedt onvoldoende soelaas op de arbeidsmarkt.
De studierichting Biomedisch Laboratoriumtechnoloog is de richting die in het professioneel hoger onderwijs het sterkst is gegroeid, terwijl de laboratoria automatiseren en de job van laboratoriumtechnoloog minder arbeidskansen biedt.

➔ **ACTIE in eigen beheer, maar ook in samenwerking met VIVO en onderwijs**: sensibiliseringsactie bij CLB's, leerkrachten en ouders om jongeren, die geïnteresseerd zijn in het zorg dragen voor mensen, te leiden naar studies in het domein van zorg en welzijn die aansluiten bij hun interesse en ook een grote kans geven op tewerkstelling.

- ***Niet geslaagden in de eerste 60 stp bachelor of de eerste 2 modules HBO5 verpleegkunde***

Alhoewel het slaagpercentage binnen verpleegkunde hoog is, zijn er nog altijd 30% van de bachelorstudenten die hun studies niet succesvol beëindigen. Ook hier betreft het mensen die de zorg voor mensen willen opnemen.

Vanuit de bachelor worden studenten voor wie de studie te zwaar blijkt, al snel doorverwezen naar HBO5 verpleegkunde, maar de ervaring leert dat niet alle studenten de stap willen zetten van het hogeronderwijs terug naar het secundair onderwijs. Zij verkiezen dan liever om een andere richting in te slaan. Voor HBO5 studenten die de studie niet aankunnen is het nog moeilijker.
Om je visum als zorgkundige aan te vragen, een niveau dat een aantal studenten wel aan kan, moet je geslaagd zijn voor de eerste 2 modules HBO5verpleegkunde of voor de eerste 60 studiepunten bachelor verpleegkunde.
Hier moeten we kunnen ingrijpen. Indien we voor deze studenten een specifiek examen zorgkundige zouden kunnen voorzien, zouden zij wellicht hierop wel ingaan en toch al minstens 1 getuigschrift met zicht op werk op zak hebben, eventueel gekoppeld aan het behalen van het diploma van het secundair onderwijs (voor zover de student dit nog niet heeft). Op deze manier gaat deze cohorte niet verloren.
Voor de BSO studenten die geen 7e jaar hebben gedaan en rechtstreeks beginnen aan HBO5 verpleegkunde stelt zich het probleem dat zij na de eerste 2 modules geen diploma meer ontvangen van het secundair onderwijs, terwijl de studenten die eerst het 7e jaar BSO doen en dan aan verpleegkunde beginnen, wel al een diploma secundair onderwijs hebben. Hierdoor wordt de studieduur voor heel wat studenten die eigenlijk verpleegkunde willen doen, oneigenlijk verlengd met een jaar zonder dat dit uitzicht geeft op betere slaagkansen.

➔ **ACTIES in samenwerking met onderwijs en met de nationale raad voor verpleegkunde**:

- onderzoeken of we voor die studenten die niet slagen voor de eerste 60 stp. bachelor verpleegkunde of de eerste 2 modules van HBO5 verpleegkunde een competentietest kunnen voorzien zodat zij, eventueel aangevuld met een beperkte bijscholing toch toelating zouden kunnen krijgen tot het beroep van zorgkundige.
- Onderzoeken of het diploma secundair toch kan uitgereikt worden na de eerste 2 modules HBO5 verpleegkunde voor leerlingen die na het 6e jaar BSO aan verpleegkunde beginnen maar niet verder geraken dan de eerste 2 modules.

Zalmmodel

In het zalmmodel is al veel moeite gestoken en dit heeft ongetwijfeld gerendeerd.
Gezien vooral zorg een sector is waar kwalificatievereisten een belangrijke plaats innemen, is het nodig om mensen te begeleiden in hun groeimogelijkheden tot op een niveau dat overeenstemt de verantwoordelijkheden die menens intellectueel aan kunnen en waarbij het groeipad logisch is opgebouwd, zonder overlappingen en herhalingen. In welzijn spelen kwalificatievereisten geen rol meer en wordt meer ingezet op competenties.
De ontwikkeling van een groeimodel in het onderwijs over de verschillende niveaus van de Vlaamse Kwalificatiestructuur heen is aangewezen in alle clusters van zorg en welzijn.

➔ **ACTIE in eigen beheer, maar samen met onderwijs en werk**: het werkveld ontwikkelt beroepskwalificatiedossiers in de diverse sectoren van zorg en welzijn.

Ontwikkelen van een strategie naar nieuwe knelpuntberoepen in de (para-)medische sector zoals artsen – tandartsen – apothekers en kinesisten

Deze doelgroepen vragen een andere aanpak dan de zorgberoepen op bachelor of HBO5 niveau, alhoewel dit in de campagne best hand in hand gaat.

Artsen / kinesisten / apothekers

Voor deze 3 doelgroepen is de instroom van studenten voldoende hoog. In deze groepen speelt de uiteindelijke keuze qua specialisatie een grotere rol. In dit actieplan willen we in de campagne meer en meer de aandacht trekken op werkomgevingen waar de tekorten dreigen:

- Voor artsen is dit huisartsgeneeskunde, geriatrie, geestelijke gezondheidszorg.
- Voor kinesisten is dit kinesist met een bediende statuut, met speciale aandacht voor kinesisten in woonzorgcentra, voorzieningen voor mensen met een beperking, ziekenhuizen
- Voor apothekers gaat het heel specifiek over ziekenhuisapotheek.

Deze problematiek vraagt een aanpak via planning van de zorgberoepen en contingentering enerzijds (in overleg met federale minister van volksgezondheid) en vraagt anderzijds overleg met de faculteiten geneeskunde / farmacie en bewegings- en revalidatiewetenschappen.

➔ **ACTIE in eigen beheer:** samen met de betrokken faculteiten van de universiteiten, de koepels van zorginstellingen en de Federatie voor vrije beroepen op zoek gaan naar een strategie om te zorgen voor een gelijkwaardige spreiding van de afstuderende geneesheren, apothekers, kinesisten zodat ook ziekenhuizen, woonzorgcentra, centra GGZ en voorzieningen voor mensen met een beperking voldoende instroom krijgen van deze groepen.

Tandartsen

De Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen (VBT) pleit sinds haar ontstaan voor hulpkrachten, zowel tandartsassistenten als mondhygiënisten. Daarnaast is de instroom van tandartsen ontoereikend.
Al deze beroepen moeten meer aandacht krijgen.

➔ **ACTIE in eigen beheer**: in overleg met VBT problematiek van het tekort aan menskracht in mondzorg (op de 3 niveaus) in beeld brengen en een strategie ontwikkelen om hieraan tegemoet te komen.

Vraag en aanbod op de arbeidsmarkt op elkaar afstemmen

In samenwerking met de VDAB (onder andere met de Servicepunten zorg die nu in heel Vlaanderen operationeel zijn) is het noodzakelijk om nog verder te werken op de verdere afstemming tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Het is bijzonder belangrijk om, rekening houdend met lokale verschillen, een beleid op maat te kunnen uitwerken. Speciale aandacht moet ook gaan naar de tewerkstelling van jongeren in grootsteden.
Dit alles vraagt een nauwe samenwerking van de POPZ's met de Servicepunten zorg. Vanuit de POPZ's moet ingezet worden op het stimuleren van de zorgorganisaties om AL hun vacatures te blijven posten in de vacaturebank van de VDAB. Een bevraging bij organisaties (steekproef) leert dat dit nog altijd niet het geval is, waardoor de cijfers van de VDAB met betrekking tot de openstaande vacatures een onderschatting zijn van de realiteit.

Gezien het aantal vacatures in een sector mede bepalend is voor de grootte van het budget voor de opleidingen ten behoeve van die sector, moet de inspanning om alle vacatures te melden bij de VDAB onverminderd voortgaan. Dit moet zowel lokaal als op Vlaams niveau mee opgenomen worden door de VDAB en door de leden van het VOPZ/POPZ.
Het is belangrijk om in Vlaanderen en Brussel verder in te zetten op de uitwerking van de sectorwerking.
Er is nog 1 feit dat onder de aandacht moeten blijven en verder opvolging vragen, namelijk

- het dalend aantal VDAB contracten voor studenten verpleegkunde. In 2014 zijn er 35% minder VDAB contracten voor studenten verpleegkunde ten opzichte van 2013, of 301 contracten minder. Het aantal studenten voor de bacheloropleiding is met 38% gedaald. Het aantal HBO5 studenten met een VDAB contract daalde met 22%.

➔ **ACTIES in samenwerking met de VDAB**

- Verder zetten van de bestaande nauwe samenwerking en overleg in de taskforce die is opgezet in het kader van de actieplannen, en dit ook in samenwerking met VIVO, teneinde de inspanningen op elkaar af te stemmen en elkaars werking te verstevigen.
- Beleid ontwikkelen voor instroom in zorg in grootsteden (Antwerpen, Gent, Brussel, Genk, …)
- Flexibele instroom van hooggeschoolde werknemers en middengeschoolden via een dynamische knelpuntberoepenlijst (met aandacht voor de OKOT voorwaarden voor de instroom in de opleiding verpleegkunde).

ORGANISATIE VAN ZORG EN WELZIJN

Optimalisatie van zorg en welzijn in functie van beperkt menselijk kapitaal

Binnen Flanders Care is een van de belangrijke pijlers 'Zorg om talent'. Flanders Care zet resoluut in op innovatie en ondernemen in de gezondheids- en welzijnssector. Het doel is om bij te dragen aan een oplossing voor het nakende tekort aan medewerkers.
Gezien het werken op het aanbrengen van voldoende menselijk potentieel in zorg en welzijn eindig is, én economisch niet te verantwoorden, zal naast het maatschappelijk verantwoord streven naar voldoende menskracht voor zorg en welzijn, ook verder moeten worden gewerkt op de efficiëntie en de effectiviteit van het inzetten van menselijk kapitaal in de sector. Dit kan alleen door reorganisatie van de zorg, van de zorgberoepen en van de zorgopleidingen.
In januari 2013 werd door Flanders Care een zoekconferentie ingericht met als centrale vraag: 'Welke toekomstige scenario's willen we als actoren in de zorg en welzijn tegen 2020 samen uittekenen en realiseren, om ondanks een continu veranderende context kwalitatieve dienstverlening te garanderen?' In navolging van deze zoekconferentie waaraan zowel interne als externe stakeholders en vertegenwoordigers van het brede domein van zorg en welzijn deelnamen heeft geleid tot een eindrapport onder redactie van Prof. Herman Nys.
In het eindrapport zijn een aantal conclusies opgenomen die opvolging behoeven. In dit actieplan focussen we alleen op de conclusies die invloed hebben op de menskracht en de organisatie van zorg en welzijn. De overige conclusies, die ook bijzonder waardevol zijn, laten we in dit actieplan buiten beschouwing.
Voor de organisatie van de zorgberoepen wordt in dit actieplan ingezet op de hertekening van de structuur van de zorgberoepen en, indien nodig en zinvol, op het introduceren van nieuwe beroepen in de zorg.

Voor de organisatie van de zorg wil dit actieplan in zetten op de verdere concretisering van de resultaten van de zoekconferentie 'Slimmer zorgen voor morgen' en het daaruit voortvloeiende eindrapport van Herman Nijs enerzijds, en de follow-up van de zorgproeftuinen van Flanders Care anderzijds.
De reorganisatie van de zorg- en welzijnsopleidingen moeten de toekomst helpen voorbereiden.

Organisatie van de zorgberoepen

In het eindrapport van de zoekconferentie 'Slimmer zorgen voor morgen' situeren een aantal conclusies zich op het grondig herzien van de beroepenstructuur binnen zorg en welzijn. Hierbij is de erkenning van de zorgberoepen door de 6e staatshervorming een Vlaamse bevoegdheid geworden, maar de toelatingsvoorwaarden tot de beroepen en de beroepsprofielen blijven federale materie. De uittekening van een nieuwe structuur zal dus moeten bekrachtigd worden binnen een interministeriële conferentie en vraagt in de voorbereiding veel overleg en afstemming tussen de federale minister van Volksgezondheid, de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en de Vlaamse minister van Onderwijs.
In Vlaanderen is AKOV (Agentschap voor Kwaliteitszorg in Onderwijs en Vorming) bevoegd voor het uittekenen van de beroepskwalificaties. Deze uittekening gebeurt door het werkveld, zonder inbreng van het onderwijs.
Op basis van de inschaling van de beroepskwalificaties worden hieraan opleidingskwalificaties toegekend met daaraan gekoppeld de nodige opleidingen.
Het hertekenen van de beroepenstructuur binnen zorg en welzijn is nodig om een aantal problemen het hoofd te bieden:

1. De vergrijzing van de bevolking en de toenemende gezondheidszorg en in welzijn nopen tot het inzetten van alle beschikbare menselijke middelen, met aandacht voor de juiste inschaling van het bereikte competentieniveau.
2. De fragmentatie van de zorg die maakt dat cliënten geconfronteerd worden met zeer veel verschillende zorgverleners die telkens voor fracties van hun verzorging/behandeling bevoegd zijn;
3. De onvrijwillige deeltijdse tewerkstelling van lager geschoold personeel omdat hun inzet beperkt blijft tot de piekmomenten in de dagelijkse zorgverlening;
4. De Europese regelgeving waaraan bepaalde gezondheidszorgberoepen dienen te voldoen in functie van de vrijheid van personenverkeer in de EU. Dit geldt voornamelijk voor verpleegkundigen (Richtlijn 2013/55/EU die in voege treedt vanaf 18/1/2016)
5. De beperkingen op bepaalde beschermde handelingen uit KB nr. 78 die kunnen gesteld worden door welzijnswerkers in hun zorg voor het welzijn van kinderen, jeugd, ouderen of mensen met een beperking. Denken we bijvoorbeeld maar aan orthopedagogen die geen zorgkundige handelingen mogen stellen, opvoeders die geen beschermde handelingen mogen stellen bij hun cliënten. Wat betreft dit laatste zijn er wel al beperkte protocolakkoorden afgesloten, maar de integratie kan nog verder gaan.
6. De noodzaak aan hoog gekwalificeerd personeel enerzijds en aan een betaalbaar gezondheidszorg- en welzijnssysteem anderzijds.
7. Bepaalde beroepsgroepen binnen de gezondheidszorg neigen eerder naar een overtal De vroedvrouwen en de medisch laboratoriumtechnologen zijn 2 groepen bij uitstek die zonder ingrijpen deels in de werkeloosheid zullen terecht komen. Voor de vroedvrouwen stelt zich dit probleem vanaf 1/10/ 2018. Door de wijziging in de wet van 10 april 2014 zullen vroedvrouwen die nadien afstuderen alleen nog kunnen ingezet worden op een beperkt aantal domeinen die verbonden zijn met moeder en kindzorg.

8. De beperking naar de flexibele inzet van verpleegkundigen door het toenemend aantal beroepstitels en beroepsbekwaamheden, met daaraan verbonden een zeer grote kost voor een beperkt deel van de beroepsbeoefenaars.

In de uittekening van de structuur van de zorg- en welzijnsberoepen wordt rekening gehouden met volgende uitgangsprincipes:

1. Om zoveel mogelijk mensen kansen te geven om in zorg of welzijn aan de slag te gaan, dienen alle trappen van de Vlaamse kwalificatiestructuur een invulling te krijgen. Dit geeft aan mensen de kansen om in te stappen op een niveau dat haalbaar is en waarbij doorgroei mogelijkheden worden gecreëerd en mensen ook de kans krijgen om zich tijdens hun loopbaan te heroriënteren.
2. We vertrekken van het subsidiariteitsprincipe: alle kansen geven aan zelfzorg, mantelzorg en informele zorg met waar nodig professionele ondersteuning.
3. Binnen de professionele zorg werken we naar zoveel mogelijk generieke profielen, die allen mee kunnen instaan voor basiszorg en breed inzetbaar zijn.
4. Er is nood aan generieke en gespecialiseerde profielen, waarbij beide groepen evenwaardig zijn maar op een andere manier worden ingezet. Basisopleidingen dienen echter zo generiek mogelijk te zijn.
5. Er is nood aan sociale professionals die een evenwaardige functie krijgen t.o.v. de medische professionals.
6. Er zijn verschillende rollen noodzakelijk in zorg en welzijn, maar niet elke rol in zorg of welzijn moet uitmonden in een andere functie.
7. Bij de uittekening van de structuur zal rekening moeten worden gehouden met de effecten op KB nr. 78 voor wat de gezondheidszorgberoepen betreft, en met de effecten op het decreet 'bijstand aan personen' voor wat de zorg- en welzijnsberoepen betreft.
8. De uittekening van de structuur moet bekrachtigd worden door het werkveld en gedragen worden door onderwijs.
9. De eerder verworven competenties moeten mee in rekening kunnen worden genomen. Dit vraagt de verdere uitrol van een goed EVC – beleid
10. Waar mogelijk moet gekeken worden of opleidingen ook kunnen gekaderd worden in het model van duaal leren.
11. Met aandacht voor omvorming van bestaande opleidingen (in plaats van het creëren van nieuwe opleidingen) en een duidelijke structuur voor het geheel van de zorg- en welzijnsopleidingen. Er moet rekening worden gehouden met het lopende moratorium op het creëren van nieuwe opleidingen.

Het uitwerken van een nieuwe structuur blijft niet zonder gevolgen. Na de ontwikkeling van een structuur die rekening houdt met bovenstaande principes en die aanvaard wordt door alle partijen, zal in een tweede tijd verder gewerkt moeten worden aan bijsturing van een aantal wettelijke vereisten in zorg en welzijn, en in arbeidsrecht.
Hierbij denken we aan:

1. De ontwikkelde of in ontwikkeling zijnde beroepsprofielen die de toegang tot het beroep bepalen
2. KB nr. 78 dat grondig moeten herzien worden, zoals reeds is opgenomen in het federaal regeerakkoord en in de beleidsnota van de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
3. De effecten op het decreet 'Bijstand aan personen'. Deze moeten worden nagegaan en bijgestuurd waar nodig.

4. De nieuwe beroepenstructuur moet ook vertaald worden naar nieuwe erkennings- en financieringsnormen binnen zorg en welzijnsvoorzieningen, zowel op federaal als Vlaams niveau
5. Er zal ook moeten gekeken worden naar de effecten van de beroepenstructuur op de werknemersstatuten, waarbij er rekening moet worden gehouden met het feit dat er momenteel een grote diversiteit is in sociaalrechtelijke en arbeidsrechtelijke statuten.

➔ **ACTIE in overleg met de minister van Onderwijs**
➔ **ACTIE in overleg met de federale minister van Volksgezondheid**
➔ **ACTIE in overleg met de minister van Werk**
➔ **ACTIE in overleg met de sociale partners**
➔ **ACTIE in overleg met de VDAB**

Voorstel ontwikkelen en bespreken van een beroepenstructuur, met oog op de toekomstige noden, en rekening houdend met bovenstaande problemen en principes.

Bij het uitwerken van de structuur wordt best ook gekeken naar internationale ervaringen. In Europa bestaat het netwerk van de CNO's (chief nurse officer) waarvoor België Miguel Lardennois deel van uit maakt.
Een contact met Prof. Dr. Marieke Schuurmans (CNO Nederland) leert dat het interessant is om bij dit netwerk aan te sluiten vanuit Vlaanderen.

➔ **ACTIE**: in overleg met Miguel Lardennois, als zorgambassadeur vanuit Vlaanderen aansluiten bij dit netwerk om zo internationaal beter de ontwikkelingen te kunnen opvolgen.

EVC – beleid

Het EVC-beleid in Vlaanderen heeft een aanzet gekend maar is binnen zorg en welzijn nog lang niet ten volle benut.
Nochtans biedt EVC belangrijke voordelen zowel voor het individu, de werkgever en de organisaties, de onderwijsverstrekkers en de maatschappij. Een overzicht van al deze voordelen zijn terug te vinden op de website vlaanderen.be/evc
Gezien EVC nog onderbenut is binnen zorg en welzijn, heeft het Europees Sociaal Fonds een project goedgekeurd 'ZOrgCOmpetent' (ZOCO-project) dat bijzondere aandacht vraagt naar opvolging om na te kijken hoe EVC meer ingezet kan worden bij de opleiding van zorgprofessionals die op latere leeftijd kiezen om een carrière uit te bouwen in zorg of welzijn. Het aantal zij-instromers is groot en verklaart voor een groot deel de stijgende trend in de cijfers van de instroom in het onderwijs.
Dit zou nog meer versterkt kunnen worden door een voor zorg en welzijn aangepast EVC beleid.

➔ **ACTIE in overleg met departement onderwijs:** Opvolging van het ESF project ZOCO voor zorgkundigen (ZOCO = ZOrgCOmpetent). De resultaten van dit project worden in de loop van 2015 gepresenteerd.

Daarnaast moet ook worden nagegaan of er meer kan worden gewerkt met de zogenaamde ervaringsbewijzen in zorg en welzijn. Ook een vorm van erkenning die in de zorg- en welzijnssector, wat een zeer diplomagerichte sector is, nog niet ingeburgerd is.

➔ **ACTIE in overleg met departement werk:** Analyse van de mogelijkheden om het werken met ervaringsbewijzen in de zorg te integreren.

Optimalisatie van de bestaande opleidingen

In navolging van actieplan 2.0 zijn er nog een aantal acties die verder moeten worden uitgewerkt of geïmplementeerd in samenwerking met onderwijs en het werkveld, en nog enkele nieuwe acties die ondernomen moeten worden (of opgevolgd) in navolging van het regeerakkoord en de zoekconferentie Slimmer zorgen voor morgen.

➔ **ACTIE in overleg met onderwijs:** aandacht voor Zorg kan breed aan bod komen binnen het onderwijs. Deze aandacht versterken we binnen het SO door scholen beter te ondersteunen bij de realisatie van de vakoverschrijdende eindtermen eerste hulp.

➔ **ACTIES in overleg met onderwijs en werkveld:**

- Het verder ontwikkelen van innovatieve opleidings- en stagemodellen.
- De implementatie van het charter rond 'inspirerend en enthousiasmerend klinisch onderwijs en praktijkervaring in de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg
- Verder bouwen in onderling overleg tussen onderwijs en werkveld aan het monitoren en uitbouwen van voldoende en kwaliteitsvolle stageplaatsen, rekening houdend met het feit dat ook alle leerlingen uit het technisch en beroeps secundair onderwijs praktijkervaring moeten opdoen.

Eveneens in het regeerakkoord opgenomen is dat heroriëntatie van mensen, zowel van laaggeschoolden als van mensen die reeds een hoger onderwijsdiploma bezitten mogelijk moet zijn. In beide doelgroepen bestaat zeker interesse maar op dit ogenblik is het niet evident om een opleidingsplaats te vinden om zorgkundige te worden, evenmin om als hoger geschoolde een omscholing te doen naar zorg of welzijn.

➔ **ACTIES in overleg met kabinet Werk en VIVO:**

- Tekort aan opleidingsplaatsen voor zorgkundigen aanpakken (lokale verschillen).
- Nagaan hoe we op een goede manier een traject kunnen ontwikkelen om hoger geschoolden op een kostefficiënte manier een omscholing te laten volgen zodat zij op een zinvolle manier in het arbeidscircuit kunnen blijven.

Door de 6e staatshervorming is de erkenning van de zorgberoepen Vlaamse bevoegdheid geworden. Het hele proces voor de erkenning van individuele beroepsbeoefenaars neemt vaak te veel tijd in beslag (in zonderheid voor de zorgkundigen). Bij overname van het proces tot erkenning vanuit de Federale Overheidsdiensten Volksgezondheid, was dit nog niet gedigitaliseerd en vrij complex. Hierdoor liepen de wachttijden voor het verkrijgen van een beroepstitel op tot verschillende maanden.

➔ **ACTIE in eigen beheer:** samen met de administratie van het Zorgagentschap het proces vereenvoudigen, digitaliseren en versnellen. Deze oefening zou moeten afgerond zijn tegen 1/1/2016.

Dossier verpleegkunde

Gezien het belang van het dossier 'verpleegkunde' wijden we hier een afzonderlijk onderdeel aan.
Op 31/12/2014 waren er in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest 124.084 verpleegkundigen actief. Dit zijn zowel de HBO5 als de bachelor verpleegkundigen. De grootte van de groep onderstreept het belang van een bijkomende analyse gezien een aantal recente evoluties.
Recente evoluties op de verschillende niveaus:

1. Europa

Europa vraagt toepassing van de nieuwe Europese richtlijn 2013/55/EU tegen januari 2016. Deze richtlijn omvat nog steeds de 2300 u stage, het verplichte generieke karakter van de opleiding verpleegkunde maar is aangevuld met 8 competenties waarover elke verpleegkundige moet beschikken. De richtlijn spreekt zich niet uit over het niveau van de opleiding (beroepsopleiding, hogeschool of universitair), maar geeft aan welke competenties moeten worden bereikt opdat het diploma in aanmerking komt voor grensoverschrijdende mobiliteit van verpleegkundigen in Europa.

De 8 competenties uit de Europese richtlijn 2013/55/EU zijn de volgende:

a) "competentie om met de huidige theoretische en klinische kennis zelfstandig een diagnose te stellen voor de nodige verpleegkundige verzorging en om de verpleegkundige verzorging bij de behandeling van patiënten te plannen, organiseren en implementeren op basis van de kennis en vaardigheden die overeenkomstig lid 6, onder a), b) en c), zijn verworven ter verbetering van de praktijkervaring;
b) competentie om doeltreffend samen te werken met andere actoren in de gezondheidszorg, met inbegrip van deelname aan de praktische opleiding van het op het gebied van de gezondheidszorg werkzame personeel, op basis van de kennis en vaardigheden die overeenkomstig lid 6, onder d) en e), zijn verworven;
c) competentie om personen, gezinnen en groepen te helpen een gezonde levensstijl aan te nemen en voor zichzelf te zorgen op basis van de kennis en vaardigheden die overeenkomstig lid 6, onder a) en b), zijn verworven;
d) competentie om zelfstandig urgente levensreddende maatregelen te kunnen treffen en in crisis- en rampensituaties te kunnen handelen;
e) competentie om zorgbehoevenden en hun naasten onafhankelijk te adviseren, instrueren en ondersteunen;
f) competentie om zelfstandig de kwaliteit van verpleegkundige verzorging te kunnen garanderen en evalueren;
g) competentie om beroepsmatig duidelijk te communiceren en samen te werken met andere personen die op het gebied van de gezondheidszorg werkzaam zijn;
h) competentie om de kwaliteit van de zorg te analyseren om hun eigen praktijkervaring als verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger te verbeteren."

Lid 6 van de Europese Richtlijn 2013/55/EU waarnaar verwezen wordt omhelst volgende kennis en vaardigheden:

"De opleiding tot verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger waarborgt dat de betrokken beroepsbeoefenaar de volgende kennis en vaardigheden heeft verworven:

a) uitgebreide kennis van de wetenschappen waarop de algemene ziekenverpleging is gebaseerd, met inbegrip van voldoende kennis van het organisme, de fysiologie en het gedrag van de gezonde en de zieke mens, alsmede van het verband tussen de gezondheidstoestand en de fysieke en sociale omgeving van de mens;
b) kennis van de aard en de ethiek van het beroep en van de algemene beginselen betreffende gezondheid en verpleging;
c) adequate klinische ervaring; deze ervaring, bij de keuze waarvan de vormende waarde voorop dient te worden gesteld, moet worden opgedaan onder toezicht van geschoold verpleegkundig personeel en op plaatsen waar de numerieke omvang van het geschoolde personeel en de uitrusting geschikt zijn voor de verpleging van zieken;

d) bekwaamheid om deel te nemen aan de praktische opleiding van het op het gebied van de gezondheidszorg werkzame personeel en ervaring op het gebied van samenwerking met dit personeel;
e) ervaring op het gebied van samenwerking met andere personen die beroepsmatig op het gebied van de gezondheidszorg werkzaam zijn.";

2. Federaal

Federaal is het beroeps- en competentieprofiel verpleegkunde aanvaard door de Federale Raad voor Verpleegkunde. Het ontwikkelde beroeps- en competentieprofiel is een advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde voor de federale minister van Volksgezondheid, dat rekening houdt met het dwingend karakter van de omzetting van de Europese richtlijnen 2005/36 en 2013/55 in Belgische wetgeving. Een beroepscompetentieprofiel heeft verschillende functies. Het geeft een beeld van wat men van deze beroepsgroep verwacht en versterkt de professionalisering van de beoefenaars. Het profiel is een hulpmiddel om de uitoefening van verpleegkunde te omschrijven. Hieruit worden de domeinspecifieke leerresultaten van de opleiding tot verpleegkundige, de criteria voor het bekomen van de titel 'verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg' en de voorwaarden voor permanente vorming afgeleid.
Dit beroeps- en competentieprofiel van de 'verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg' heeft tot doel om:

voor de beroepsgroep:
- een definitie te geven van het beroep;
- de rollen en competenties te bepalen die nodig zijn om verpleegkunde autonoom en verantwoord in een brede waaier van werkomgevingen te kunnen uitvoeren;
- bescherming en ondersteuning te bieden voor het statuut van 'verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg';
- te zorgen voor een gemeenschappelijke basis voor de verschillende competentieniveaus in de verpleegkundige praktijk in België;
- te zorgen voor een duidelijke en gemeenschappelijke identiteit van 'verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg';
- een kader bieden voor professionele evaluatie.

voor de cliënt, de samenleving, de overheid en de werkgever:
- de kwaliteit en de veiligheid van de gezondheidszorg te bewaken en te bevorderen;
- de competenties vereist om het beroep uit te oefenen te verduidelijken;
- een kader te bieden voor continue professionele evaluatie en ontwikkeling;
- de rol en de competenties te bepalen op basis waarvan de verpleegkundige praktijk zich efficiënt intra- en interdisciplinair kan ontwikkelen;
- een harmonieus en complementair partnerschip met de opleidings- en vormingsinstellingen te ontwikkelen;
- de erkenningscriteria voor het bekomen en behouden van de beroepstitel van 'verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg' in België te bepalen;
- de erkenning van de beroepskwalificaties en de mobiliteit van de 'verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg' in Europa te bevorderen.

In de Belgische wet (KB nr.78) betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen staat in art. 21quinquies dat de erkenning als verpleegkundige wordt toegekend overeenkomstig de door de Koning vastgestelde procedure en voor zover is voldaan aan de door de Koning bepaalde erkenningscriteria, na advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde (FRV).

Tot op heden werden deze erkenningscriteria nog niet vastgelegd, bij gebrek aan een algemeen aanvaard beroepsprofiel.
Het advies, zoals goedgekeurd door de Federale Raad voor verpleegkunde, is overgemaakt aan minister De Block.

3. Vlaanderen

Voor de bacheloropleidingen:

De bacheloropleidingen verpleegkunde zijn in 2014 gevisiteerd en hebben bij gebrek aan controle van de visitatiecommissie op het voldoen aan de Europese regelgeving geen verlenging van hun accreditatie gekregen. Momenteel zitten zij in een fase waarbij onderzocht wordt of de opleidingen voldoen aan de kwantitatieve eisen van Europa (zijnde minstens 2300 theorie en minstens 2300 stage). Op dit ogenblik voldoen de bacheloropleidingen niet aan dit criterium en wordt in overleg met de het kabinet onderwijs en het werkveld gezocht naar een oplossing die, indien niet anders mogelijk, zal resulteren in een studieduurverlenging. Dit is noodzakelijk gezien de bacheoloropleidingen ook moeten voldoen aan de eisen gesteld aan niveau 6 van de Vlaamse Kwalificatiestructuur. In een 3-jarige opleiding waarvan 2300 u stage moeten zijn, blijft onvoldoende ruimte om de nodige theoretische kennis in te bouwen om professionele verpleegkundigen op te leiden, rekening houdend met een redelijke studiebelasting (zelfs in de huidige opleiding ligt de studiebelasting al op 45 u per week. Indien de theoretische component effectief moet worden gegeven op 2300 u, stijgt de studiebelasting tot 56 u per week, wat niet redelijk is).

Concreet betekent dit dat er in Vlaanderen gemiddeld 900 uren stage moeten worden toegevoegd aan de bestaande curricula. De visitatiecommissies hebben derhalve in hun globale beschouwingen een gesprek met de overheid aangeraden m.b.t. de studieduur. De accreditering loopt tot de zomer 2015 (maar kan mogelijks nog met een jaar verlengd worden).

In nauw overleg met kabinet Onderwijs wordt getracht nog voor de zomer een oplossing voor te stellen, indien niet anders mogelijk, eventueel met uitbreiding van de studieduur.

(NB: ook HBO5 verpleegkunde zullen we vanuit de Europese bril moeten bekijken.)

Voor de HBO5-opleidingen verpleegkunde

De HBO5-opleidingen maken deel uit van het nieuwe niveau HBO5 en moeten in navolging van het decreet op de HBO5 hun omvormingsdossier schrijven voor januari 2017, maar zij kunnen dit niet doen zolang er geen beroepskwalificatiedossier is ontwikkeld binnen het Agentschap voor Kwaliteitszorg in Onderwijs en Vorming (AKOV).

Het dossier VK vraagt dus dringend een toekomstgericht overleg met alle betrokken partijen en een aanpak op alle niveaus, om ervoor te zorgen dat er een beroepenstructuur wordt uitgetekend waarbij alle niveaus van de Vlaamse kwalificatiestructuur mogelijkheid bieden tot instroom – doorstroom (zalmprincipe) en uitstroom (duidelijk en toekomstgericht profiel op de arbeidsmarkt) in de zorg- en welzijnssector.

.

- ➔ **ACTIE van volksgezondheid federaal:** Belgische wetgeving aanpassen zodat voldaan wordt aan de Europese richtlijn. (Deadline: 18/1/2016)
- ➔ **ACTIE van kabinet onderwijs:** in overleg toekomstgerichte oplossingen uitwerken voor de opleidingen op niveau 5 en niveau 6 zodat deze voldoen aan de Europese en federale en Vlaamse wetgeving en een antwoord bieden op de toekomstige zorg- en hulpverleningsvraag in

Vlaanderen.
Deadline voor de bachelor opleiding verpleegkunde accreditatie in september 2015;
Deadline voor HBO5 verpleegkunde omvormingsdossier tegen januari 2017.

➔ **ACTIE van VIVO in overleg met AKOV:** beroepskwalificatiedossiers uitwerken zodra er meer duidelijkheid is in de federale wetgeving met betrekking tot de uitoefening van de verpleegkunde en er eensgezindheid is over de finaliteit van de beroepenstructuur.

➔ **ACTIE in overleg met VIVO, onderwijs, welzijn, volksgezondheid en gezin, en volksgezondheid federaal:** uitwerken van een toekomstgerichte beroepenstructuur met een oplossing op alle niveaus.

Introduceren van nieuwe ontwikkelingen en beroepen in de zorg

Alhoewel rationalisatie en besparing in het onderwijs noodzakelijk is, en het aantal diverse opleidingen in zorg en welzijn zeer hoog is, vragen maatschappelijke en sector gebonden evoluties toch om nieuwe beroepen in zorg en welzijn.
Rekening houdend met het moratorium op nieuwe opleidingen moet derhalve ook steeds nagegaan worden of er een mogelijkheid bestaat om bestaande opleidingen om te vormen. Een aantal opleidingen zijn echter al goedgekeurd en vallen binnen het moratorium, een aantal nog niet. In de specifieke onderdelen wordt dit onderscheid aangegeven. Globaal moet nagekeken worden of het aantal opleidingen in zorg en welzijn niet kan beperkt worden door meer generieke opleidingen te maken.

- ***Technologie in de zorg***

Zorgverlening wordt meer en meer beheerst door technologie. Cliënten kunnen zelfstandiger functioneren door specifieke toepassingen. De ontwikkelingen in ICT zijn prominent aanwezig. Toch is de vraag of cliënten en zorgverleners klaar zijn om met deze technologische revolutie om te gaan, en in welke mate de ontwikkelde technologie aanbod- of vraaggestuurd is. Technologie en informatica zijn een middel en geen doel op zich.
Het juist kunnen inschatten van welke ontwikkelingen nuttig zijn voor de cliënt, de zorgverlener of de organisatie is niet mogelijk zonder intrinsieke kennis van de zorg. Omgekeerd zijn zorgverleners niet in staat om de juiste vragen te stellen aan de technici.
De band tussen zorg en technologie moet dus verder worden aangehaald, conform de ontwikkelingen binnen Flanders Care.
De regering keurde de nieuwe bachelor 'zorgtechnologie' goed. Het zal over 3 jaar belangrijk zijn om deze afgestudeerden zinvol in te schakelen in zorg en welzijn of in de industrie. In de industrie zullen deze bachelors erg gegeerd zijn. De vraag is of zorg en welzijn klaar zullen zijn om hen zinvol in te schakelen. Daarnaast zal ook moeten gekeken worden naar de huidige opleidingen om te kijken of er de juiste aandacht wordt geschonken aan de industriële ontwikkelingen op het gebied van zorg en welzijn.

➔ **ACTIE in overleg met Flanders Care en het platform voor de STEM – beroepen:** opportuniteiten voor samenwerking uitwerken met als doelstelling duurzame ontwikkelingen op het vlak van technologie en ICT op een goede manier te integreren in de zorg- en welzijnssector.

➔ **ACTIE in eigen beheer:** opvolging van het project ZORGSTEM in de scholengemeenschap RHIZO waarbij men doorheen de wetenschappelijke vakken een leerlijn zorg en zorgethiek wil weven.

➔ **ACTIE in eigen beheer:** toekomstgericht zinvolle inschakelingen uitwerken BINNEN zorg en welzijn voor deze nieuwe bachelors.

- ***Nieuwe beroepen in de eerstelijnszorg***

Momenteel wordt er gewerkt aan een aantal concepten voor opleidingen in de eerstelijnszorg. Elk op zich zeer waardevol, maar niet echt overzichtelijk.
Het gaat hier om volgende ontwikkelingen:

1. De **bachelor-na-bachelor opleiding eerstelijnszorg** waarbij in multidisciplinair verband de rol van coach van de zorgvrager verder wordt uitgewerkt en aangeleerd, ten einde de zorg voor de cliënt in de thuiszorg te coördineren en te organiseren.
2. Een **postgraduaat thuisverpleegkunde**, waarbij vooral wordt ingezet op de opkomende trend van de intensievere rol van de verpleegkundige in de huisartspraktijk om een aantal taken van de huisarts over te nemen inzake assessment van patiënten, preventie en educatie.
3. Het dossier '**praktijkassistente**' waarbij op een lager geschoold niveau de combinatie wordt gemaakt van enkele verpleegkundige handelingen en secretariaatswerk, ook als ondersteuning van de huisartsenpraktijk.

Elke ontwikkeling kent zijn sterke punten en biedt een antwoord op de terechte vraag van huisartsen naar ondersteuning in hun praktijk en op de terechte nood vanuit de cliënt naar coördinatie van de zorg.
Desalniettemin zal moeten worden nagegaan hoe de eerstelijnszorg georganiseerd zal worden en welke noden zich dan ontwikkelen. Afstemming tussen de diverse opleidingen lijkt aangewezen in overleg met de actoren van de eerstelijn.

➔ **ACTIE in eigen beheer**: opvolging van het Eerstelijns congres dat begin 2016 zal plaatsvinden en opleidingen hierop afstemmen

- ***Mondzorg***

Naast de bestaande opleiding tandartsassistent (VKS niveau 4) start in het academiejaar 2015 – 2016 een nieuwe opleiding: mondzorghygiëniste. (VKS niveau 6). De macrodoelmatigheid van deze opleiding is positief geadviseerd door de commissie hogeronderwijs. De toets nieuwe opleiding wordt momenteel nog doorlopen. Hiervan is het resultaat op heden nog niet gekend.
Gezien het nijpende de tekort aan tandartsen in Vlaanderen, en gezien de mogelijkheid om via het subsidiariteitsprincipe taken te delegeren, is de ontwikkeling van deze nieuwe opleiding een belangrijke meerwaarde in het zorglandschap. Een belangrijk en niet te verwaarlozen accent zal liggen op preventie.
Cf. ook de actie in de paragraaf over het ontwikkelen van een strategie naar nieuwe knelpuntberoepen.

- ***Basis zorg- en hulpverlening***

De vraag stelt zich in welke mate een breed inzetbaar profiel van een basis zorg- en hulpverlener zijn plaats kan vinden in het zorg- en welzijnslandschap.
Deze opleiding kan een gemeenschappelijke basis leggen op een HBO5 niveau van waaruit doorgroei naar diverse bacheloropleidingen mogelijk zou moeten zijn.
Dit profiel zou voor de basiszorg en een aantal nog nader te bepalen beschermde handelingen toegang moeten hebben tot KB 78. Hierdoor wordt de inzetbaarheid vergroot en kan de continuïteit in de zorg voor patiënten, cliënten, mensen met een beperking, ouderen enz. beter worden verzekerd zonder versnippering van de zorg.
Het betreft hier nog een prematuur idee dat verder moet geanalyseerd worden maar het biedt een oplossing aan een heel aantal problemen zoals bv.:

- De vraag naar generiek opgeleide zorg- en hulpverleners

- Het inschakelen van opvoeders in de ouderenzorg
- De moeilijkheid dat hulpverleners geen KB 78 handelingen mogen stellen bij gebrek aan vorming en opleiding, terwijl dit voor mantelzorgers wel is toegelaten (ook mits vorming)
- Tegemoet komen aan de onvrijwillige deeltijdse arbeid van lager opgeleiden omdat hun profiel alleen inzet toelaat tijdens de piekuren in de zorg
- Enz.

➔ **ACTIE in samenwerking met onderwijs, volksgezondheid federaal, het werkveld:** verder onderzoeken of dit idee een toekomst heeft.

Organisatie van de zorg

In de afgelopen tijd zijn visienota's ontwikkeld en openbaar gemaakt. Denken we maar aan de nota's over eerstelijnszorg en chronische zorg. Er is vanuit Zorgnet Vlaanderen ook werk verricht rond woonzorgnetwerken, en de vermaatschappelijking van de zorg vraagt ook het herdenken van de concepten. ICT toepassingen winnen aan belang om informatie te delen met de cliënt en met andere zorgprofessionals, evenals in een aantal klinische toepassingen waarbij gegevens van patiënten vanop afstand kunnen gevolgd worden.
De cliënt en de informele zorg krijgen vanuit het oogpunt van de vermaatschappelijking van de zorg een actieve rol toebedeeld, voor zover dit mogelijk is. Zorg moet aanzien worden als een dynamisch proces waarbij de zorg gedeeld wordt tussen cliënt en zorgverlener, en waar de cliënt niet centraal staat maar een actieve rol krijgt in het zorgteam. De implementatie van de persoonsvolgende financiering van personen met een beperking is hiervan een mooi voorbeeld.
Dit alles vraagt een serieuze mentaliteitswijziging en nieuwe vormen van samenwerkingsverbanden tussen organisaties en tussen zorgprofessionals.
In de het document 'Slimmere zorg voor morgen' van Herman Nys wordt gewezen op de juridische consequenties van deze shift in organisatie van zorg, met de ontwikkeling van het concept van Langdurige Integrale Zorg en Ondersteuning (LIZO).

➔ **ACTIE in eigen beheer:** opvolging van de ontwikkelingen in de organisatie van de zorg om de impact op de manpower in zorg en welzijn in te schatten en de nodige bijsturingen te doen.

Opvolging van de zorgproeftuinen in de schoot van Flanders Care

Op 19 september 2013 zijn de Zorg Proeftuinen in Vlaanderen officieel van start gegaan. De doelstelling van de Zorg Proeftuinen is innovatie van nieuwe zorg- en hulpprocessen/producten in de ouderenzorg te faciliteren. De deelnemende platformen, met elk hun eigen accent, zijn:

- 'Ageing in Place' (AIPA) in de regio Aalst
- 'Online Buurten' in West-Vlaanderen
- 'InnovAGE' in de regio Leuven
- 'Actief Zorgzame Buurt' in Antwerpen en Brussel
- 'Living and Care Lab' (LiCalab) in de regio Kempen
- 'CareVille Limburg - Moving Care' in de regio Genk & Hasselt

De 112 organisaties van de Zorg Proeftuinen hebben allemaal één zelfde droom: mensen die ouder worden zo lang mogelijk te laten thuis wonen en samen ontdekken hoe dit het beste kan.
Momenteel bevinden deze proeftuinen zich op kruissnelheid en creëren zij heel wat activiteiten voor de deelnemende partners in zogenaamde co-creatie sessies.

➔ **ACTIES in eigen beheer**: de outcome van de zorgproeftuinen nauwgezet opvolgen om er lessen uit te trekken voor de toekomst en indien noodzakelijk het beleid bij te sturen.

Opvolging van de ontwikkelingen inzake zorgethiek

In Vlaanderen zijn verschillende initiatieven ontwikkeld om te werken rond zorgethiek. Een van de meest bekende initiatieven is het ethisch zorglab sTimul. Stimul is in 2007 opgericht met de bedoeling om het in de praktijk aangevoelde lacunes tussen onderwijs, opleiding en werkveld op te heffen op het vlak van zorgethische competentie, op het vlak van zorgethische bezieling en op het vlak van zorgethische efficiëntie.
Voor de komende jaren zijn er een aantal beleidsmatige uitdagingen zoals

- Beleidsintegratie sTimul Moorsele en sTimul Lubbeek qua doelstellingen, territoriale spreiding en inhoudelijk aanbod.
- Sectorspecifieke differentiatie in het aanbod rond zorgethisch leren m.b.t. ouderenzorg, thuiszorg, algemene ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg.
- Samenwerking welzijnssector inzake zorgethiek en inclusie kwetsbare doelgroepen.
- Inhoudelijke uitdagingen: zorgethisch leren, geestelijke gezondheidszorg, psychiatrie, ervaringsgerichte trajecten, zorgethiek en inclusie kwetsbare groepen, …

sTimul Moorsele vzw is sedert de opstart in 2007 een vereniging zonder winstoogmerk (vzw). Het bestuur is samengesteld met partnerorganisaties uit de onderwijs- en zorgsector.
sTimul Lubeek is sedert de opstart in 2013 een feitelijke vereniging rechtsgeldig vertegenwoordigd door UZ Leuven. Het bestuur is samengesteld met partnerorganisaties uit onderwijs- en zorgsector.
Beide sTimulhuizen kregen de toelating van hun respectievelijke besturen om de samenwerking te intensifiëren en de ontwikkeling naar één gezamenlijke vzw structuur te verkennen. Met dit proces is een aanvang genomen in 2015.
Na jaren van projectfinanciering is er nu de vraag naar een structurele verankering, waarbij nu de vraag gestreefd wordt naar begeleiding een zelfdragende structuur. Hiervoor is een samenwerking tussen Vlaamse minister Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, minister van Onderwijs en, indien opportuun, minister bevoegd voor innovatie kan mogelijks de werking van sTimul in een breder perspectief plaatsen. (Quid: Flanders Care).

➔ **ACTIE in eigen beheer maar in overleg met Onderwijs:** vertegenwoordigers van sTimul, van Flanders Care en van de 2 betrokken kabinetten samenbrengen om een zelfdragende structuur voor te bereiden via afsluiting van een eenmalige gemeenschappelijke convenant om de continuïteit tot aan de zelfdragende structuur te blijven garanderen.

MEDEWERKERSBELEID

Om op een kwalitatieve manier aan de zorgnoden te blijven voldoen is het niet voldoende om mensen aan te trekken naar de sector. Even belangrijk, zo niet nog belangrijker, is het om het zorgpersoneel te behouden, gemotiveerd en bezield te houden (in functie van kwaliteit van zorg), en het beschikbare menselijk kapitaal zo goed mogelijk in te zetten waarbij elkeen die vanuit de juiste houding naar zorg of welzijn wil komen, alle kansen krijgt om een professionele loopbaan te ontwikkelen in deze sector.

De Vlaamse werkbaarheidsmonitor

In 2013 heeft de SERV de Vlaamse werkbaarheidsmonitor geactualiseerd. Hierbij organiseerde de SERV / Stichting Innovatie & Arbeid voor de vierde keer een grootschalige enquête bij 40.000 werknemers in Vlaanderen. (Vorige versies dateren van 2004, 2007 en 2010.) Met 17.214 bruikbare antwoorden ligt de respons op 43,1%, wat bijzonder hoog is voor een schriftelijke enquête. Zoals bij de vorige metingen zijn de data representatief naar geslacht, leeftijd en sector. Centraal staat de evolutie van de vier werkbaarheidsindicatoren (psychische vermoeidheid, welbevinden in het werk, leermogelijkheden en werk-privé-balans) en de zes risico-indicatoren (werkdruk, emotionele belasting, taakvariatie, autonomie, ondersteuning leiding, arbeidsomstandigheden).

In vergelijking met 2004 is de werkbaarheidsgraad in 2013 gestegen van 52,3% naar 54,6%. Van alle werknemers in Vlaanderen heeft 54,6% in 2013 werkbaar werk. Deze werknemers zijn niet psychisch vermoeid door hun werk, ze hebben een job die hen motiveert en voldoende leermogelijkheden biedt en hun werk-privé-balans is in evenwicht.

VERSO heeft de resultaten van de werkbaarheidsmonitor voor de social profit geanalyseerd. Deze studie levert interessant materiaal op, waaruit blijkt dat de social profit sector gemiddeld beter presteert dan de Vlaamse arbeidsmarkt met 58,8 % medewerkers met een kwaliteitsvolle job, ten opzichte van 54,6 % op de Vlaamse arbeidsmarkt. (Cf. fig. 9)

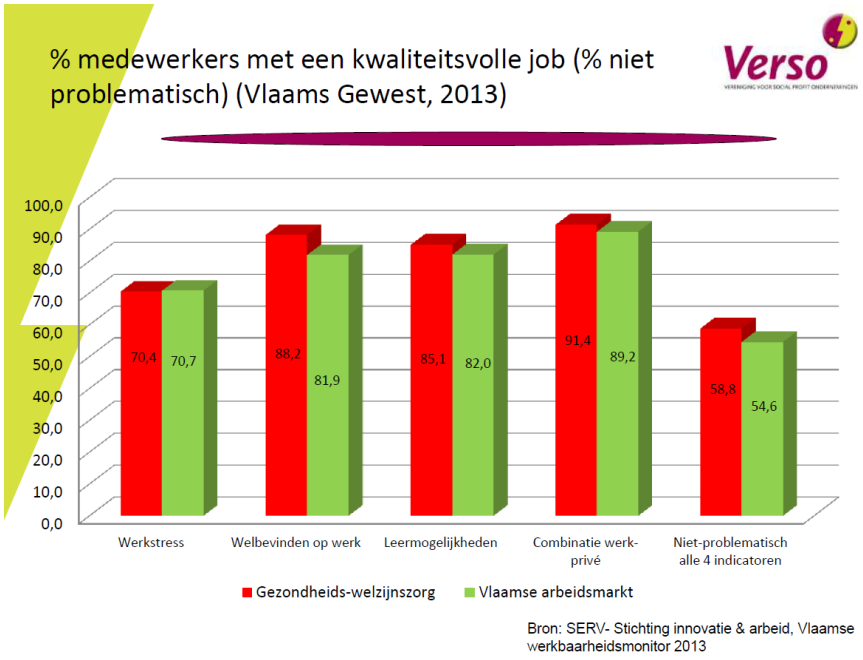
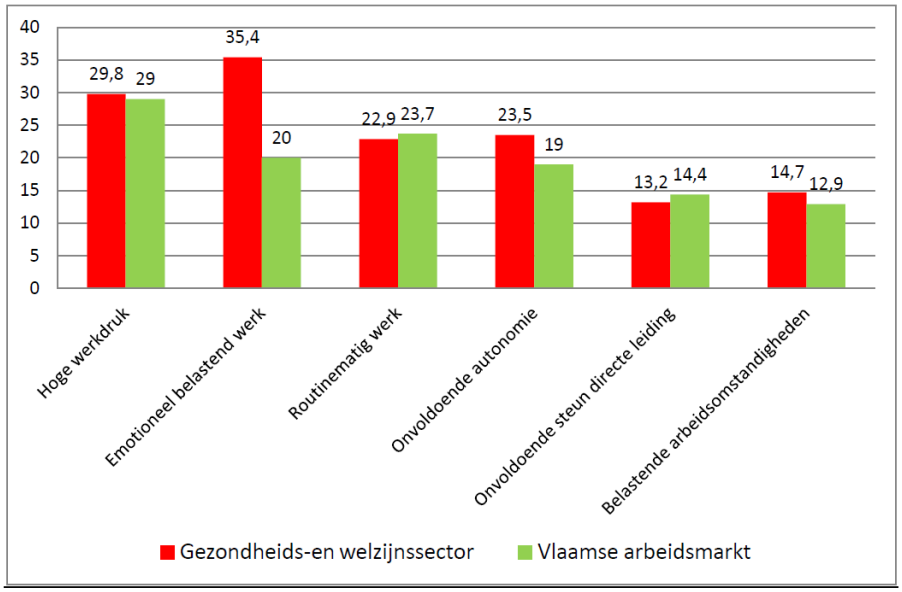


Fig. 9: % medewerkers met een kwaliteitsvolle job in Vlaanderen en in de sector gezondheidszorg – welzijn.

Anderzijds zijn de belastende factoren in gezondheidszorg en welzijn wel licht hoger in vergelijking met de Vlaamse arbeidsmarkt, waar bij vooral de emotionele belasting, het gebrek aan autonomie en de hoge werkdruk doorwegen. (Cf. fig. 10)

Figuur 24: Percentage (%) medewerkers dat problemen ervaart met de werkbaarheidrisico's (2013, Vlaams Gewest)

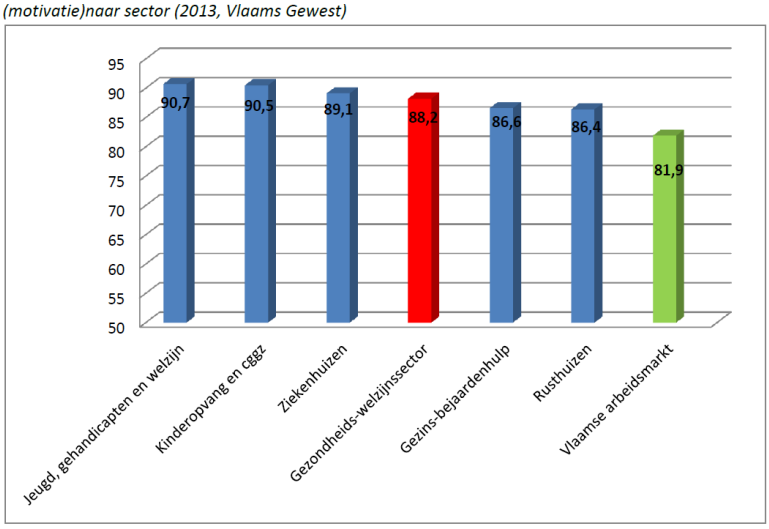


Bron : Serv, Stichting Innovatie en Arbeid, Vlaamse Werkbaarheidsmonitor

Fig. 10: % medewerkers met problemen rond werkbaarheidsrisico's in Vlaanderen en in de Gezondheids- en welzijnssector

Bij de analyse van de sectoren binnen gezondheidszorg en welzijn, valt op dat vooral de ouderenzorg nood heeft ondersteuning, alhoewel het % medewerkers dat geen probleem ervaart met het welbevinden op het werk nog hoger is dan het gemiddelde op de Vlaamse arbeidsmarkt. (Cf. fig. 11)

Figuur 21: Percentage (%) medewerkers dat geen probleem ervaart met welbevinden op het werk (motivatie)naar sector (2013, Vlaams Gewest)

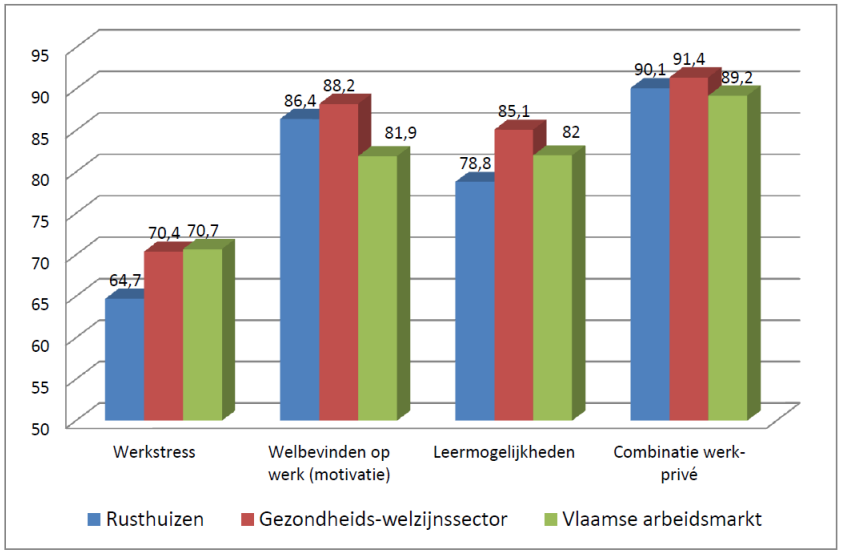


Bron : Serv, Stichting Innovatie en Arbeid, Vlaamse Werkbaarheidsmonitor

Fig. 11: % medewerkers dat geen problemen ervaart met welbevinden op het werk naar sector

Maar de cijfers uit de studie vragen om opvolging in de sector ouderenzorg gezien dit de sterkst groeiende sector is en het laagste scoort qua % medewerkers dat geen problemen ervaart met het welbevinden op het werk, alhoewel nog steeds boven het gemiddelde van de Vlaamse arbeidsmarkt.
Als we meer in detail kijken naar de resultaten van de ouderenzorg (Cf. fig. 12) zien we dat vooral de het % werknemers dat geen problemen heeft met 'werkstress' en 'leermogelijkheden' zeer laag is in de ouderenzorg. Wat de motivatie betreft daarentegen scoort de ouderenzorg boven het Vlaamse gemiddelde.

Figuur 17: Percentage (%) medewerkers in de rusthuizen dat geen probleem ervaart met werkbaarheid (2013, Vlaams Gewest)



Bron : Serv, Stichting Innovatie en Arbeid, Vlaamse Werkbaarheidsmonitor

Fig. 12: % medewerkers uit de ouderenzorg dat geen problemen ervaart met werkbaarheid

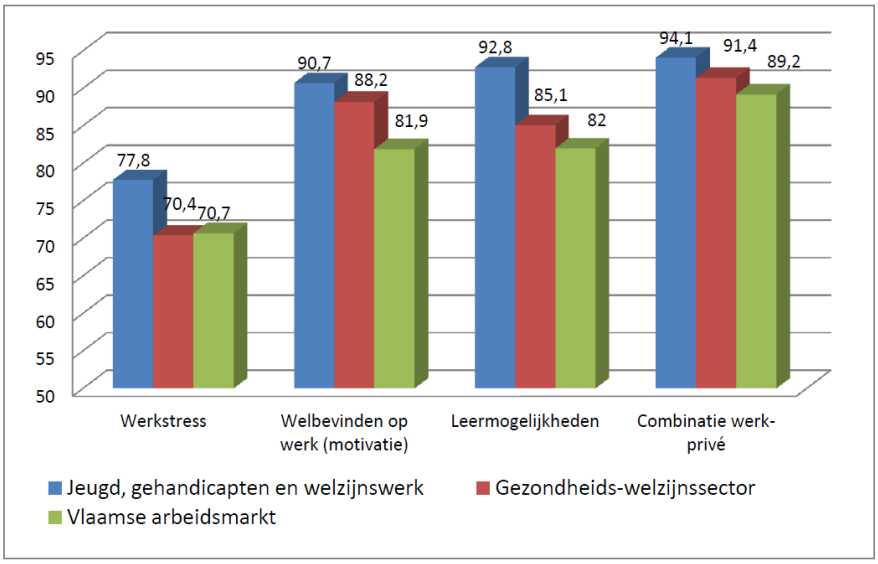
Door de 6e staatshervorming is de Vlaamse Gemeenschap nu ook volledig bevoegd voor deze sector qua normering (erkenning – personeel – kwaliteit). Er liggen dus kansen open om de komende jaren, samen met de sector zelf, werk te verrichten en de resultaten te verbeteren. De meting van 2016 zal wellicht nog te vroeg zijn om resultaten te zien, maar tegen 2019 is de doelstelling dat ouderenzorg een betere score haalt in de werkbaarheidsmonitor.
Om deze doelstelling te bereiken zal een fundamentele herdenking van de ouderenzorg noodzakelijk zijn. Hierbij kan gedacht worden aan pistes zoals

- het stimuleren van innovatieve arbeidsorganisatie met meer zelfregulatie voor het zorgpersoneel en het herschikken van de taken
- inzetten op continue vorming en groeikansen van de medewerkers
- actualiseren – zowel kwalitatief als kwantitatief - van bestaande personeelsnormen ter gelegenheid van integratie federale RVT regelgeving in Vlaamse regelgeving
- inzetten op positieve beeldvorming voor werken in de ouderenzorg (ik ben trots op mijn job in de ouderenzorg)

➔ **ACTIE in eigen beheer:** ontwikkelen van een actieplan samen met de sector om aan de pijnpunten in het HR-beleid een antwoord te bieden tegen de werkbaarheidsmeting van 2019.

De sector van jeugd, gehandicapten en welzijn scoort het sterkst op het gebied van welzijn op het werk, evenals op alle indicatoren waarbij het percentage werknemers dat geen problemen ervaart grotere is dan gemiddeld in zorg en welzijn en hoger dan de Vlaamse arbeidsmarkt. (Cf. fig. 13)

Figuur 15: Percentage (%) medewerkers in de jeugdbijstand, gehandicaptenzorg en welzijnswerk dat geen probleem ervaart met werkbaarheid (2013, Vlaams Gewest)



Bron : Serv, Stichting Innovatie en Arbeid, Vlaamse Werkbaarheidsmonitor

Fig. 13: % medewerkers in welzijn (per sector) dat geen problemen ervaart met de werkbaarheid.

Ondanks deze eerder bemoedigende resultaten is het toch belangrijk om aandacht te hebben voor een heel aantal belangrijke thema's in HR-beleid in de zorg- en welzijnssector.
VIVO heeft, in navolging van de sectorconvenant en in samenwerking met het Europees Sociaal Fonds een onderzoek opgezet dat antwoorden zoekt op de volgende vragen:

- Wat maakt dat iemand vindt dat hij een kwalitatieve job heeft?
- Is de omschrijving van een kwalitatieve job afhankelijk van de sector en het profiel van de werknemer?
- Vinden werknemers dezelfde elementen belangrijk voor werkbaar werk als in het kwantitatief onderzoek en andere literatuur?
- Welke instrumenten en initiatieven zijn er momenteel om de werkbaarheid van werk te bevorderen?
- Verhogen de instrumenten de tevredenheid van werknemers?
- Hoe kunnen we jobs werkbaar houden voor mensen boven de 55 jaar?
- Wat zorgt er voor dat werknemers blijven of weg gaan in de sociale en beschutte werkplaatsen.

➔ **ACTIE in samenwerking met VIVO**: opvolging van de door VIVO gerealiseerde studie naar werkbaar werk.

Doelgroepenbeleid en gelijke kansenbeleid.

Het regeerakkoord legt een duidelijk accent doelgroepenbeleid en gelijke kansen beleid.
Wat de doelgroepen betreft gaat dit over de tewerkstelling van jongeren, 55-plussers, mensen met een arbeidsbeperking en tewerkstelling van mensen uit etnisch culturele minderheden.
In onderstaande tabel vindt u een overzicht met de evolutie van het aandeel werkzoekenden die werk vonden per doelgroep en per sector.

Kansengroep	Sector	2007 (%)	2008 (%)	2009 (%)	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2012-2013 (ppn)
50+	Gezondheidszorg (nace 851)	4,4	6,0	5,4	5,8	6,3	6,8	6,7	-0,1
	Maatschappelijke dienstverlening (nace 853)	7,2	9,0	8,3	8,0	8,3	9,0	8,9	-0,1
	Ontspanning, cultuur en sport (nace 923,925,926, 927)	7,1	8,2	7,4	8,7	8,9	9,5	8,4	-1,1
	Vlaamse Arbeidsmarkt	6,2	7,0	6,9	7,0	7,4	8,0	8,1	0,1
									0,0
Arbeidshandicap	Gezondheidszorg (nace 851)	4,2	4,8	4,4	5,2	4,9	4,0	3,8	-0,2
	Maatschappelijke dienstverlening (nace 853)	15,0	14,8	12,8	14,1	13,7	13,1	12,2	-0,9
	Ontspanning, cultuur en sport (nace 923,925,926, 927)	3,1	3,0	3,1	2,9	3,0	2,8	2,8	0,0
	Vlaamse Arbeidsmarkt	6,5	6,9	5,9	5,9	5,8	4,7	4,8	0,1
									0,0
Allochtonen	Gezondheidszorg (nace 851)	8,4	8,5	9,6	10,1	9,9	11,2	10,9	-0,3
	Maatschappelijke dienstverlening (nace 853)	12,9	15,4	17,3	19,1	19,5	24,0	20,8	-3,2
	Ontspanning, cultuur en sport (nace 923,925,926, 927)	7,0	6,2	8,1	7,2	7,6	9,0	8,4	-0,6
	Vlaamse Arbeidsmarkt	16,4	17,7	16,7	19,2	19,7	18,9	18,7	-0,2

Wat betreft de allochtonen scoren we met 10,9 % al beter dan in 2007 waar het maar 8,4 % was, maar nog altijd beduidend onder de Vlaamse Arbeidsmarkt die in 2013 op 18,7 % zat.
Het slechtst scoren we naar de inzet van mensen met een arbeidshandicap. Wat opvalt, is dat we procentueel in de gezondheidszorg voor alle doelgroepen iets achteruit gegaan zijn. Dat wijst erop dat de doelgroepen geen gelijke (stijgende) tred houden met de gestegen instroom. Het wijst dus niet noodzakelijk op een gedaald aantal maar behoeft zeker verdere acties.
Helemaal in de lijn met de vorige actieplannen wordt ook in dit actieplan verder gewerkt op de mogelijkheden voor deze doelgroepen.

Qua diversiteitsbeleid:

In de campagnes wordt steeds zeer bewust gewerkt met getuigenissen en beelden van mensen van etnisch culturele minderheden. Echter, dat volstaat niet om voldoende effect te hebben. In de komende jaren willen we daarom trachten om via kleinere maar heel concrete en lokale projecten de etnisch culturele minderheden te bereiken, evenals door het opzetten van een groter en doelgericht project met medewerking van het Minderhedenforum.

- ***Diversiteit op de werkplek als spiegel van de maatschappij***

De Vlaamse samenleving evolueert van een multiculturele samenleving naar een super-diverse samenleving. Dit stelt ons, ook in de sectoren van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, voor grote uitdagingen die we op een constructieve wijze willen aanpakken. Welzijn en zorg moet, zowel voor wat betreft de gebruikers als de medewerkers, representatief zijn voor de Vlaamse samenleving. In dit kader willen we dan ook instrumenten ontwikkelen die de sociale ondernemingen actief in welzijn en zorg in staat moeten stellen om een doorgedreven diversiteitsbeleid te voeren op het vlak van medewerkersbeleid. Daarnaast is er rond dit thema ook nood aan sensibilisering zowel binnen de sociale onderneming, als bij de doelgroep zelf.
Uit cijfers blijkt: de social profit noteerde een toename van 5.000 loontrekkenden met een EU-herkomst en 7.100 loontrekkenden met een niet-EU-herkomst tussen 2009 en 2013, wat goed is voor een stijging van respectievelijk +44,6% en +63,3%. De loontrekkende tewerkstelling van personen met een buitenlandse herkomst gaat verhoudingsgewijs sterker vooruit dan die van personen met een Belgische herkomst (+27.600, +11,5%).

Evolutie loontrekkende tewerkstelling volgens herkomst en sectorgroep (Vlaanderen, 2009-2013)

	TOTAAL	Belg	EU-afkomst	Niet-EU afkomst
Vlaanderen	+1.1%	-2.1%	+23.5%	+30.1%
Social profit	+15.2%	+11.5%	+44.6%	+63.3%

DWH Arbeidsmarkt en Sociale Bescherming KSZ (bewerking Departement WSE/Steunpunt WSE)[8]

Op deze trend willen we blijvend inzetten met een actie, in eigen beheer, doch in samenwerking met het beleidsdomein werk. We focussen hierbij op de tewerkstelling van mensen van allochtone origine in de zorg- en welzijnsondernemingen.
De doelstelling hiervan is om de aanwerving van mensen uit allochtone gemeenschappen, in alle geledingen van de zorg- en welzijnsinstellingen te bevorderen en te doen stijgen.

➔ **ACTIE in eigen beheer en in samenwerking met het Minderhedenforum, de representatieve werkgeversorganisaties en de VDAB**:

- Werk maken van bruggen tussen allochtone gemeenschappen en de voorzieningen met de focus op rekrutering van mensen uit allochtone gemeenschappen
- Sensibiliseren, zowel in de allochtone gemeenschap(pen) als binnen de voorzieningen
- Ontwikkelen van concrete instrumenten waarmee voorzieningen in hun medewerkersbeleid aan de slag kunnen
- Stimuleren van zorg- en welzijnsinstellingen om de nodige maatregelen te nemen om taalverwerving Nederlands op de werkvloer te stimuleren

- ***Lokale projecten***

In Limburg loopt momenteel een pilootproject om via de actieve benadering van etnisch culturele minderheidsgroepen sensibiliserend te werken. Via een info avond, specifiek ingericht voor deze groepen wordt geschetst welke mogelijkheden er allemaal zijn in de sector.
Na deze avond kunnen de deelnemers een inleefmoment en een gesprek met een allochtone zorgverlener aanvragen.
In een derde tijd wordt dan stilgestaan bij de nog overblijvende drempels.
POM Limburg ontwikkelt een draaiboek voor deze aanpak dat dan kan gedeeld worden met de andere provincies.

➔ **ACTIE in eigen beheer:** uitrollen van het draaiboek van de POM Limburg naar andere grootsteden en centrumsteden waar de superdiversiteit merkbaar aanwezig is.

In de sectorconvenant worden samen met VIVO en VDAB prioriteiten gelegd inzake doelgroepenbeleid en gelijke kansen beleid

➔ **ACTIE in overleg met VIVO en VDAB:** opvolging van de resultaten van de werking rond doelgroepenbeleid en gelijke kansen beleid

[8] Bron: http://www.werk.be/sites/default/files/herkomstmonitor_2015.pdf

De vraag blijft bestaan of er in de normering van zorgvoorzieningen quota moeten worden bepaald om de arbeidsmarkt gerichter te laten werken rond cultuursensitieve zorg.

Qua inzet van 55-plusers

Voor de inzet van 55-plussers moeten we onderscheid maken tussen werknemers die reeds werken in zorg of welzijn, en 55-plussers die nog in zorg of welzijn willen starten.
Voor de reeds in zorg en welzijn werkende 55-plussers is het belangrijk een leeftijdsbewust personeelsbeleid te ontwikkelen in de zorgvoorzieningen.
HR-wijs en VIVO werken op dit thema.

➔ **ACTIE in samenwerking met VIVO en VDAB:** opvolging van de resultaten van de werking rond 55-plussers binnen VIVO en binnen de VDAB om gezamenlijke afspraken te maken hoe de wederzijdse werking kan versterkt worden met als doel het % in zorg en welzijn actieve 55-plussers te verhogen.

Voor de zij-instromers die ouder zijn dan 55 jaar, is er de samenwerking met de VDAB (Servicepunten Zorg) en met het onderwijs (afstandsonderwijs en volwassen onderwijs). Er wordt zorgzaam omgesprongen met geïnteresseerde 55-plusers die willen werken in zorg of welzijn. Dit is echter niet evident, maar wel bijzonder waardevol, gezien 55 plussers over een heel deel competenties beschikken die bijzonder waardevol zijn voor zorg en welzijn. Hun levenservaring en maturiteit zijn een absolute meerwaarde in de zorg- of hulpverlening.
Maar gezien zorg en welzijn een sterk diploma gerichte sector is, moeten we oplossingen zoeken om deze mensen in functies op te nemen die haalbaar zijn in het volwassenenonderwijs (CVO) en via EVC-procedures.

➔ **ACTIE in samenwerking met onderwijs en werk**: gezamenlijk ontwikkelen van een goed EVC-beleid waarbij ook ouderen die geïnteresseerd zijn in een job in zorg of welzijn gewaardeerd worden in hun opgedane competenties, verder bouwend op het project ZOCO.
➔ **ACTIE in eigen beheer**: oog hebben voor de diplomagerichtheid in de Vlaamse regelgeving in zorg en welzijn

Qua inzet van personen met een arbeidshandicap

Wat betreft de inzet van personen met een arbeidshandicap, scoort de sector echt niet goed en kan worden opgemerkt dat er nog veel werk moet worden verricht om in zorgorganisaties mentale ruimte te creëren om creatiever om te gaan met de inzet van personen met een arbeidshandicap.
Sensibiliseringscampagne helpen in deze onvoldoende. Om werk te maken van een grotere inschakeling van mensen met een arbeidsbeperking, zal moeten worden ingezet op het vinden van, en werken met, enkele voorbeelden van good practices om zo de sector te inspireren. Dit staat echter niet los van de beperkte normering waarbinnen zorgvoorzieningen momenteel werken.
Verso heeft al bijna 10 jaar een project 'Jobkanaal'. In dit project wordt (net zoals bij Unizo en Voka) getracht om de werkgelegenheid van de prioritaire kansengroepen zoals bepaald in het EAD-decreet (waaronder personen met een arbeidshandicap) via diverse kanalen te bevorderen (o.a. specifieke vacatures, contacten met arbeidsbemiddelaars, bezoeken aan socialprofitondernemingen, sensibiliseringscampagnes, enz.). Een zeer goed voorbeeld van dit laatste is de campagne www.verhalendieblijvenplakken.be, waar door middel van eenvoudige, sprekende filmpjes met p(l)akkende getuigenissen uit ondernemingen andere werkgevers geïnspireerd worden op het vlak van diversiteit en inclusie.

➔ **ACTIE in samenwerking met VERSO:** in het kader van Jobkanaal zet Verso verder in op het bevorderen van de werkgelegenheid van kansengroepen, in het bijzonder bij personen met een arbeidshandicap. Follow-up van het resultaat is nodig, aangevuld met bijkomende acties in het gewenste effect niet wordt bereikt.
➔ **ACTIE in samenwerking met VIVO – FEBI**: onderzoeken van mogelijke ondersteuning voor de tewerkstelling van mensen met een arbeidshandicap
➔ **ACTIE in samenwerking met werk en sociale economie**: opvolging van het maatwerkdecreet

Qua gelijke kansenbeleid (gender, seksuele diversiteit, toegankelijkheid)

In de campagne aanpak is duidelijk gespecifieerd dat we ook willen werken aan een verhoogde instroom van mannen in de sector. De concreet meetbare doelstelling is hier (zeer ambitieus) gezet op een stijging tot 35% mannen in woonzorgcentra en ziekenhuizen. In de woonzorgcentra is het laag aantal mannen te verklaren door het feit dat in deze sector veel zorgkundigen werken met deeltijdse contracten, wat voor mannen (maar ook voor vrouwen) vaak een probleem vormt.
In de thuiszorg ligt het % mannen bijzonder laag en is het wellicht niet realistisch om dit spectaculair te verhogen. Elke man is daar nochtans zeer welkom en in de campagne (op de website) hebben we duidelijk ook gekozen om een getuigenis te brengen van een mannelijke verzorgende. De kinderopvang kampt met een gelijkaardig probleem qua inzet van mannen. De andere welzijnssectoren scoren hiermee in vergelijking beter. Bij het tot stand komen van een 'Vlaams actieplan ter bestrijding van de loopbaankloof tussen mannen en vrouwen', zoals opgenomen in het Vlaams Regeerakkoord zullen we een link leggen met dit actieplan en vice versa teneinde een integrale benadering uit te werken. Een groter probleem dat kan gemeld worden onder gelijke kansenbeleid is de gelijke kansen op voltijdse tewerkstelling, ook voor lager geschoolden. Hierop moet zeker worden verder gewerkt, o.a. via een hertekening van de beroepenstructuur waardoor lager geschoolden breder inzetbaar zijn en dus ook meer kans maken op voltijdse tewerkstelling.
Eveneens dient er meer aandacht te gaan naar de integrale toegankelijkheid en redelijke aanpassingen in het werk voor mensen met een beperking. Zorg- en welzijnsinstellingen dienen nauwgezet te kijken of hun dienstverlening voldoet aan de eisen inzake toegankelijkheid, dit zowel voor de cliënten als voor de werknemers.

➔ **ACTIE in eigen beheer, maar met input van departement gelijke kansen:**
- Promoten van een gender neutrale beeldvorming over alle zorgberoepen

➔ **ACTIE in eigen beheer, maar met input van departement Werk:**
- In kaart brengen van de gender verdeling over de verschillende sectoren
- In kaart brengen van de problematiek van de onvrijwillig deeltijdse arbeid
- In een tweede tijd: bepalen wat realistische doelstellingen zijn en hierop gericht actieplannen ontwikkelen.
- Acties ondernemen om het belang van toegankelijkheid voor mensen met een beperking meer onder de aandacht te brengen en proberen pilootprojecten op te zetten om meer mensen met een beperking in te schakelen in zorg en welzijn.

Flexibilisering en deregulering in een sociaal correct personeelsbeleid

Nationale wetgeving, federale en sectorale cao's vormen niet altijd een éénduidig geheel.
Dit stelt de sector voor uitdagingen:

1. "Nieuwe" beleidsmogelijkheden lijken hierdoor voor sociale partners en organisaties soms een complexe aangelegenheid , o.a. op het vlak van beschikbaarheid van de werknemer voor de werkgever in combinatie met een betere werk – thuis balans voor de werknemers.
2. Daarnaast zijn de reeds bestaande (juridische) mogelijkheden voor organisaties om een flexibel en sociaal personeelsbeleid te voeren niet (altijd) gekend en indien ze gekend zijn is niet iedereen zich bewust van de verschillende manieren waarop ermee kan worden omgegaan.

Een inventarisatie van alle mogelijkheden en informatie aan de sector is nodig.
Dereguleren en uniformiseren maakt deel uit van het sociaal overleg .
Nieuwe pistes moeten en kunnen onderzocht worden op hun haalbaarheid (Een mix van reeds bestaande en nieuwe mogelijkheden kan dan bijdragen tot een flexibel sociaal correct personeelsbeleid.

- ➔ **ACTIE in eigen beheer:** Studie over en inventarisatie van tewerkstellingsmaatregelen en het hieraan gekoppelde tewerkstellingsbeleid in de zorg- en welzijnssector.
- ➔ **ACTIE in samenwerking met het departement Werk:** Oplevering van de Viona- studie en een debat en reflectie hierover met de sociale partners

Statuut van en samenwerkingsverbanden tussen zelfstandigen

Meer en meer werken zorgverleners, zoals o.a. verpleegkundigen in de thuiszorg, als zelfstandigen, al dan niet gecombineerd met een tewerkstelling als bediende in een zorgvoorziening.
Een interessante vorm om op verder te werken zijn organisatievormen als coöperatieve vennootschap met beperkte aansprakelijkheid. CVBA's zijn autonome organisaties van personen die zich vrijwillig verenigen om hun gemeenschappelijke economische, sociale en culturele behoeften en ambities te behartigen door middel van een onderneming waarvan ze samen eigenaar zijn en die ze democratisch controleren.
Deze vorm van organisatie biedt voor de zorg veel voordelen:

- Het laat multidisciplinair werken toe op voet van gelijkheid
- Het laat toe om gestructureerde equipes te maken waardoor de inzet van zorgkundige mogelijk wordt voor zelfstandige zorgverleners
- Het stimuleert het ondernemerschap van zorgverleners
- Het vereenvoudigt het inspelen op (technologische en ICT) evoluties in zorg en welzijn
- Het maakt samenwerking met zorginstelling (serviceflats, voorzieningen voor personen met een beperking, ADL-ondersteuning in de thuissituatie…) gestructureerd mogelijk

Er zijn nog niet zoveel zelfstandigen op deze manier georganiseerd. In gesprek met de Federatie Vrije Beroepen kan deze vorm verder worden onderzocht op zijn voor- en nadelen en gezet worden naast andere organisatievormen.

- ➔ **ACTIE in eigen beheer:** in gesprek gaan met de Federatie Vrije Beroepen om te kijken wat er moet/kan gebeuren om de groep van zelfstandige zorgverstrekkers verder te ondersteunen en modellen te ontwikkelen met als doel goede, multidisciplinaire zorgverlening voor cliënten te behartigen.

Gedeelde aanstellingen

O.a. in functie van

- het delen van expertise en deskundigheid tussen zorgorganisaties onderling en/of tussen onderwijs en werkveld;
- de strijd tegen onvrijwillig deeltijdse arbeid in functie van de werknemers en in functie van het tekort aan zorgverleners op de arbeidsmarkt;
- de ontschotting tussen sectoren en het creëren van samenwerkingsverbanden in functie van goede zorg voor cliënten;
- burn-out preventie en ontplooiingskansen voor medewerkers

bieden gedeelde aanstellingen of duobanen een goed antwoord.
Echter de implementatie van het werken met duobanen stuit op heel wat (voornamelijk) juridische en arbeidsrechtelijke problemen enerzijds en op organisatorische problemen anderzijds.
POM-Limburg heeft hieromtrent een groot project uitgewerkt in 2 tijden.
De resultaten van deze projecten zijn ondertussen gekend en daarop kan worden verder gewerkt Vlaanderen breed.

➔ **ACTIE in samenwerking met de POPZ's:**

- Nagaan of we de onvrijwillige deeltijdse tewerkstelling in kaart kunnen brengen zodat we kunnen kwantificeren
- Nood inventariseren om hier verder op door te werkenGezamenlijke acties ontwikkelen verder bouwend op de expertise die ontwikkeld is in de provincie Limburg.
- Opvolging van de resultaten van het project co-sourcing binnen de proeftuin Careville

Ook de evolutie in de richting van werkgeversgroeperingen verdient zeker verdere opvolging.
In de regeling van de werkgeversgroepering kan een groep van ondernemingen een of meer werknemers in dienst hebben die voor alle ondernemingen van die groep kunnen werken. De werknemer sluit slechts één arbeidsovereenkomst met de groepering, die zijn enige werkgever is. De groepering is met elke gebruikende onderneming verbonden door een andere overeenkomst waarin de modaliteiten van de terbeschikkingstelling vastgelegd zijn.
Tot juli 2015 kunnen proefprojecten worden ingediend. De opvolging van deze projecten (al dan niet binnen zorg- en welzijn) verdienen dus zeker de nodige aandacht om na te gaan of hierdoor gedeelde aanstellingen en / of duobanen kunnen gerealiseerd worden binnen de sectoren zorg en welzijn.

➔ **ACTIE in eigen beheer maar in samenwerking met de koepelorganisaties:** opvolging van de proefprojecten en de verdere ontwikkelingen inzake werkgeversgroeperingen.

Mantelzorgvriendelijk medewerkersbeleid

In een beleid dat streeft naar vermaatschappelijking van de zorg, is mantelzorg een belangrijk speerpunt. Niet zo zeer omwille van het inzetten van 'goedkope' zorg, maar veeleer ook vanuit een kwalitatief oogpunt. Goede zorg begint immers bij de relatie tussen de zorgvrager en de zorgverlener, en indien de zorgverlener al een lange band heeft met de zorgvrager, kan de kwaliteit van de zorg er alleen maar op vooruit gaan. Daarenboven zal mantelzorg ook nodig zijn omwille van de hoeveelheid zorg die op ons afkomt door de stijgende levensverwachting en de nakende vergrijzing en dubbele vergrijzing van onze samenleving. Door te werken aan een beleid dat streeft naar zorg in de vertrouwde thuisomgeving, zal de focus in de toekomst meer en meer op thuiszorg en mantelzorg komen te liggen. Zowel de verhoogde pensioenleeftijd als de grotere participatie van

vrouwen op de arbeidsmarkt – vaak de primaire mantelzorgers – bemoeilijken de combinatie zorg en arbeid. Eén op vijf werkende mantelzorgers blijkt een (zeer) hoge belasting te ervaren. Toch kiezen veel mantelzorgers omwille van financiële en sociale redenen voor voltijdse of deeltijdse arbeid. Mits de nodige ondersteuning van de werkgever en op-maat-gemaakte dienstverlening kunnen mantelzorgers gestimuleerd worden om actief te blijven op de arbeidsmarkt tijdens het verlenen van de zorg.
In een ESF-project werd een human resource beleid uitgewerkt in samenwerking met zowel profit als social profit bedrijven. Een mantelzorgvriendelijk human resourcebeleid komt zowel tegemoet aan noden op maatschappelijk niveau, op niveau van de werkgever als van de werknemer.
Maatschappelijk niveau: in het kader van de nakende vergrijzing is er nood aan een actieve werkende bevolking die de lasten van de pensioenen helpt dragen. Anderzijds is er nood aan een maatschappelijk geëngageerde bevolking die bereid is de zorg voor hulpbehoevende familieleden en vrienden op zich te nemen. Dit komt tegemoet aan de vraag naar kwaliteitsvolle zorg, die begint met een goede relatie tussen zorgvrager en zorgverlener.
Organisatieniveau: een mensgericht human resource beleid brengt enkele opmerkelijke voordelen met zich mee voor de organisatie. Uit literatuur blijkt dat verzuimkosten aanzienlijk verminderen, de productiviteit stijgt en de kwaliteit van de werkzaamheden verbetert, de organisatie aantrekkelijker wordt voor werknemers, waardevolle werknemers behouden blijven, er minder verloop is waardoor er minder kosten zijn voor o.a. werving en selectie van nieuwe medewerkers.
Niveau van de mantelzorger: een human resourcebeleid met oog voor de individuele noden van de mantelzorger zorgt ervoor dat de mantelzorger zorg en werk beter kan combineren en brengt verschillende voordelen met zich mee. De mantelzorger behoudt immers zijn/haar inkomen, ervaart minder belasting bij het combineren van zorg en arbeid, behoudt de sociale contacten met collega's en behoudt bovendien zijn/haar sociale rol in de maatschappij. Op deze manier wordt de draaglast verminderd.

➔ **ACTIE in samenwerking met VERSO en VIVO:** opvolging van de resultaten van dit ESF project en met de sociale partners in gesprek gaan om te kijken welke van de voorgestelde maatregelen kunnen worden geïntegreerd in het personeelsbeleid.

➔ **ACTIES rekeninghoudend met de beleidsdomeinspecifieke doelstellingen in het kader van het open coördinatiemethode-proces:**

- In kaart brengen en monitoren wie mantelzorg opneemt.
- Bij eventuele initiatieven vanuit de Vlaamse overheid om mantelzorg te promoten, wordt actief ingezet op niet-stereotyperende beeldvorming. Dit met het oog op het enthousiasmeren en betrekken van zowel vrouwen als mannen.

BOORDTABELLEN en INDICATOREN ONTWIKKELING
De boordtabellen om de instroom in de zorgberoepen te volgen worden gepubliceerd op de website van de campagne www.ikgaervoor.be/pro en zijn publiekelijk toegankelijk.
De gegevens worden verzameld vanuit verschillende bronnen en manueel in vorm gegoten door de zorgambassadeur. Dit is een vrij ambachtelijk werk dat beter zou kunnen gebeuren door de gegevensstromen rechtstreeks te vatten en in een model te gieten waardoor de verwerking semiautomatisch gebeurt. Daarenboven is het belangrijk om de lokale verschillen (die aanwezig zijn!) in kaart te brengen. In de convenant die is afgesloten met de provincies (looptijd tot 31-12-2016) is opgenomen dat de set van gegevens worden aangeleverd op provinciaal niveau – zover als haalbaar – uit de oorspronkelijke bronnen.

Om deze oefening te doen is er een samenwerking opgezet tussen het departement WVG en de zorgambassadeur. Er wordt samen met de betrokken partners gekeken hoe de gegevensstromen, met respect voor de privacy van de burgers, kunnen gekanaliseerd worden om zo in een model te worden opgenomen. De betrokken partners zijn o.a.

- VDAB
- Departement onderwijs
- FOD volksgezondheid

De opgehaalde gegevens worden in verband gebracht met de beschikbare gegevens van de studiedienst van het departement welzijn, volksgezondheid en gezin.
Op deze manier kan beter geanticipeerd worden op groei en krimp scenario's waardoor de campagne nog beter bestuurbaar wordt.
Bij het ontwikkelen van de gegevensstroom wordt getracht de manipulaties tot een minimum te herleiden om op die manier ook de foutenmarge zo klein mogelijk te houden.

➔ **ACTIE in eigen beheer**:

- in samenwerking met het departement WVG worden de noodzakelijke gegevensstromen opgezet in samenwerking met de partners;
- de verschillende provinciale overlegplatformen krijgen de gegevens die voor hen toepasbaar zijn aangeleverd zodat ze kunnen verwerkt worden in hun gegevensbestanden en analysemethodes.

BESLUIT

Met dit actieplan, dat berust op **coöperatieve co-creatie**, en waaraan geen middelen verbonden zijn, willen we verder gaan op de ingeslagen weg om werk te maken van werk in de zorg- en welzijnssector.
Het is duidelijk dat het een actieplan is dat **overleg en samenwerking** vraagt, maar het bevat een aantal elementen die noodzakelijk zijn om in de toekomst iedere zorgvrager of cliënt de zorg te kunnen blijven geven waar hij op een maatschappelijk verantwoorde wijze recht op heeft.
De motivatie in de sector om verder te werken op de ingeslagen weg is groot. De uitwerking van het actieplan zal, met de nodige inzet van alle betrokken partners, tot de noodzakelijke resultaten leiden.
Gezien de omvang van een aantal acties wordt dit actieplan opgevat als een meerjarenplan met een jaarlijkse evaluatie m.b.t. de stand van zaken.