

Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen
in Nederland 2004



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2004

W. van der Windt

H. Calsbeek

H. Talma

L. Hingstman

Het onderzoek dat ten grondslag ligt aan deze uitgave is uitgevoerd door Prismant en het NIVEL in opdracht van het LEVV.

© Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging 2004

BASISVORMGEVING

EN OMSLAG Robbert Zweegman, Malden

UITGEVERS Elsevier gezondheidszorg, Postbus 1110, 3600 BC Maarssen
Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV),
Postbus 3135, 3502 GC Utrecht

Elsevier gezondheidszorg is een imprint van Reed Business Information bv, Maarssen.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voorzover het maken van reprografische veeleenvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro). Voor het overnemen van een gedeelte van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

ISBN 90 352 2740 9

NUR 897

Voorwoord

Samen met Elsevier Gezondheidszorg brengt het LEVV de achtste editie van de uitgave *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen* uit. De totstand-
coming van het boekje is namens Prismant verzorgd door drs. W. van der Windt
en mw. drs. H. Talma en namens het NIVEL door mw. dr. H. Calsbeek en dr. L.
-lingstman.

In 1997 is het LEVV (toen nog LCVV) gestart met de uitgave. De aanleiding
was het gebrek aan inzicht over de vraag naar en het aanbod van verpleegkundi-
gen en verzorgenden. De gegevens die beschikbaar waren, waren gefragmen-
teerd. Het doel van de uitgave is gegevens te bundelen en een totaaloverzicht
te geven van de vraag naar en het aanbod van zorg.

Dit jaar hopen wij te voorzien in uw behoefte aan kwantitatieve informatie
over de beroepsgroepen. Ik wijs u erop dat op de website van het LEVV achter-
grondgegevens staan. Ook plaatsen wij regelmatig actuele informatie over de
verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen op onze site. Wanneer u naar
aanleiding van deze uitgave nog opmerkingen heeft, of als u meer informatie nog
noodig heeft, kunt u contact opnemen met het LEVV.

Mw. dr. A.J. Mintjes-de Groot

Utrecht, november 2004

Nationaal Expertise Centrum Verpleging & Verzorging
Postbus 3135
3502 GC Utrecht

Tel. 030-2919000
E-mail infocentrum@levv.nl
www.levv.nl

Inhoud

Samenvatting [11]

1 Inleiding [19]

2 De geboden zorg en wachtlijsten [21]

2.1 Ontwikkelingen in de gerealiseerde zorg [21]

2.2 Wachtlijstgegevens [24]

2.3 Samenvatting [27]

Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging [29]

1 Omvang en groei van de bevolking [29]

2 Samenstelling van de bevolking [32]

3 Langdurige aandoeningen [37]

4 Maatschappelijke ontwikkelingen [40]

5 Samenvatting [42]

Omvang van de beroepsgroepen [45]

1 De ontwikkeling van het aantal werkenden [46]

2 P/A-ratio [50]

3 Beroepsgroepen en kwalificaties [52]

4 Regionale spreiding [56]

5 Vacatures [57]

5 Samenvatting [58]

- 5 Samenstelling van de beroepsgroepen [59]**
 - 5.1 Geslacht [59]
 - 5.2 Leeftijd [60]
 - 5.3 Duur dienstverband [62]
 - 5.4 Samenstelling per regio [62]
 - 5.5 Samenvatting [64]

- 6 Scholing [65]**
 - 6.1 Initieel onderwijs [65]
 - 6.2 Vervolgonderwijs [72]
 - 6.3 Aansluiting kennis en vaardigheden [76]
 - 6.4 Samenvatting [77]

- 7 Ziekteverzuim [79]**
 - 7.1 Ziekteverzuim in de periode 1993 tot en met 2003 [79]
 - 7.2 Samenvatting [81]

- 8 De aantrekkelijkheid van de verzorgende en verpleegkundige beroepen [83]**
 - 8.1 Belangrijke werkkenmerken voor de aantrekkelijkheid van het beroep [83]
 - 8.2 De aantrekkelijkheid van het beroep in 2001 en 2003 [85]
 - 8.3 Samenvatting [86]

- 9 Werken in de zorg: vertrekken of blijven? [89]**
 - 9.1 Omvang van het vertrek [89]
 - 9.2 Vertrekredenen [93]
 - 9.3 Vooruitzichten [99]
 - 9.4 Samenvatting [99]

- 10 Kwaliteit van zorg [101]**
 - 10.1 Algemeen oordeel over de kwaliteit van zorg [102]
 - 10.2 Tevredenheid over de kwaliteit van zorg [104]
 - 10.3 Maatregelen ter verbetering van de kwaliteit van zorg [105]
 - 10.4 Samenvatting [108]

11 De toekomstige vraag- en aanbodverhoudingen [109]

11.1 De vraag naar zorg [109]

11.2 Het aanbod van arbeid [113]

11.3 Slotbeschouwing [115]

11.4 Samenvatting [116]

Literatuur en bronnen [119]

Lijst van afkortingen [125]

Register [127]

Samenvatting

De geboden zorg en wachtlijsten

De door verpleging en verzorging geboden zorg blijft zich per branche verschillend ontwikkelen. Zo neemt het aantal door de thuiszorg geholpen cliënten jaar op jaar toe. Daar staat tegenover dat het aantal bewoners in verzorgingshuizen steeds verder afneemt. In de verpleeghuizen neemt dagbehandeling sterk toe, terwijl het aantal verpleegdagen jaarlijks gematigd groeit. In de GGZ en de ziekenhuizen neemt het aantal verpleegdagen af, maar blijft het aantal dagbehandelingen en -opnamen groeien.

Voor wat betreft de wachtlijstgegevens kan geconcludeerd worden dat het aantal wachtenden op verpleging en verzorging thuis, in een verzorgingshuis en in een verpleeghuis reeds enkele jaren aan het dalen is. Eveneens gunstig is dat het aandeel wachtenden dat een vorm van overbruggingszorg ontvangt over het geheel genomen is gestegen. Dit betekent dat minder mensen die zorg behoeven, geen zorg ontvangen. De gehandicaptensector laat over het algemeen een stijging zien van de wachtlijsten, deze stijging komt vooral voor rekening van wachtenden met een lichamelijke beperking. In de GGZ zijn de wachtlijsten namelijk stabiel. Het percentage dat de Treeknorm overschrijdt (oftewel langer moet wachten dan dat zorgverzekeraars aanvaardbaar vinden) is met 50% tot bijna 90% hoog te noemen. Dit geldt met name voor de onderzoeksfase. Ten slotte geldt ook voor de ziekenhuissector dat de wachtlijsten in de laatste jaren stabiel zijn. Voor een klinische opname wachten over het algemeen de meeste mensen op een orthopedische behandeling, voor een dagopname is dat een orthopedische behandeling.

Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging

De vraag naar verpleging en verzorging blijft toenemen. In de eerste plaats om-

dat de bevolking blijft groeien, al is de groei sinds 2001 wat lager: in 2003 is de bevolking met 0,4% toegenomen, het jaar ervoor bedroeg de bevolkingsgroei 0,6%. Over de periode 1990-2003 is de bevolking met 9,4% toegenomen.

Daarnaast is er sprake van een voortzettende vergrijzing. Een toenemend aandeel van de Nederlandse bevolking is 65 jaar of ouder: in 2003 was dat 13,7%, in 1990 was dat aandeel 12,9%. Verwacht wordt dat dit aandeel voorlopig blijft stijgen tot bijna 15% in 2010. Het aantal hoogbejaarden (80+) stijgt even snel als de groep van 65 tot 80 jaar: van 2,9% in 1990 tot 3,4% in 2003.

Verder neemt het percentage mensen met een langdurige aandoening toe. Dit verschijnsel hangt voor een deel samen met de vergrijzing, in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder heeft bijna 80% een langdurige aandoening. Afhankelijk van de aandoening en rekening houdend met demografische kenmerken worden tot 2020 stijgingen verwacht van 5% tot 45%.

Ook een groeiend aandeel (niet-westerse) allochtone inwoners brengt naar verwachting een grotere vraag naar zorg met zich mee. Het percentage niet-westerse allochtonen bedroeg 7% in 1995 en 10% in 2003. Ook in de toekomst zal dit percentage blijven toenemen.

Ten slotte is er sprake van een stijgend aandeel eenpersoonshuishoudens: in de periode 1990-2003 bedroeg deze stijging ruim 13%. Omdat de behoefte aan zorg van alleenwonenden groter is dan die van personen die met anderen samenleven, zal dit eveneens de vraag naar verpleging en verzorging doen toenemen. Wat het precieze effect is van deze ontwikkelingen op de concrete vraag naar verpleging en verzorging, in termen van aantal verpleegdagen of uren zorg, is niet direct vast te stellen. De verwachting is dat het aanbod van mantelzorg de komende jaren gelijk zal blijven, zodat de vraag naar professionele zorg voorlopig blijft toenemen. In hoofdstuk 11 zal nader worden ingegaan op de verhoudingen tussen vraag en aanbod en de ontwikkelingen hierin in de nabije toekomst.

Omvang van de beroepsgroepen

De laatste jaren is het aantal mensen dat zich met verpleging en verzorging bezighoudt snel toegenomen. Dit staat in duidelijke tegenstelling tot de totale werkzame beroepsbevolking waarvan de groei de afgelopen jaren snel verminderde.

Inmiddels werken er in 2002 rond 440.000 mensen in de verpleging en verzor-

ging. Zij nemen 233.000 volledige arbeidsplaatsen voor hun rekening. De toename van deeltijdwerk bij verpleegkundigen en verzorgenden vond vooral in het begin van de jaren negentig plaats. Met name in de thuiszorg zijn er veel parttimers werkzaam. Het aandeel van werknemers in de verpleging en verzorging met een dienstverband van minder dan 80% van een volledige werkweek bedraagt inmiddels bijna 60%. Nog maar 40% werkt viervijfde of meer van een volledige werkweek.

In vijf jaar tijd (1997-2002) nam de groei van werkgelegenheid in volledige arbeidsplaatsen voor verpleging en verzorging met gemiddeld jaarlijks 2,5% toe. Door de collectieve arbeidsduurverkorting eind jaren negentig merkte de patiënt, in de vorm van handen aan het bed, daar wat minder van: netto bedroeg de groei in deze periode 1,8%. Het inmiddels gedaalde ziekteverzuim en het toenemend aantal meewerkende leerlingen hadden een positieve bijdrage op dit cijfer.

In 2002 was het percentage moeilijk vervulbare vacatures teruggelopen tot minder dan 1%. Een lager verloop en een groter aantal afstuderende leerlingen droegen hier vooral toe bij.

Samenstelling van de beroepsgroepen

Van oudsher is de zorg een sector waar veel vrouwen werken. Van de verpleegkundigen en verzorgenden is 88% vrouw. In de geestelijke gezondheidszorg werken wat minder vrouwen, maar met 70% is het aandeel vrouwen toch nog altijd hoog te noemen. In de ouderenzorg zijn voornamelijk vrouwen aan het werk. Meer dan 95% is van het vrouwelijk geslacht.

De gemiddelde leeftijd van de verpleegkundigen en verzorgenden is ten opzichte van 1995 met ruim vier jaar toegenomen tot 38,1 jaar in 2003. Naar verwachting zal ook de komende jaren de gemiddelde leeftijd in de verschillende branches toenemen. Vooral in de thuiszorg neemt het aandeel 50-plussers sterk toe. In 2013 zal met het huidige in- en uitstroompatroon bijna de helft ouder zijn dan 50 jaar.

De gemiddelde verblijfsduur bij dezelfde werkgever is net als in voorgaande jaren toegenomen en ligt in 2003 op 7,7 jaar. Deze toename is in de meeste branches zichtbaar.

De gemiddelde leeftijd, het aandeel vrouw en de gemiddelde duur van het dienstverband kunnen per regio verschillen. Globaal is de gemiddelde verblijfsduur bij dezelfde werkgever in de niet-randstedelijke gebieden langer. In de re-

gio's Gooi en Kennemerland ligt de gemiddelde leeftijd en het aandeel 50-plussers ruim hoger dan het landelijk gemiddelde.

Scholing

De jaarlijkse instroom in het initiële verplegend en verzorgend onderwijs nam ook in 2003 verder toe, tot bijna 27.000 leerlingen. Per 1 oktober 2003 volgden bijna 59.500 mensen een verpleegkundige of verzorgende opleiding. Het aandeel van leerlingen die verplegend en verzorgend onderwijs volgen onder alle mbo- en hbo-leerlingen neemt na een jarenlange gestage daling vanaf 2000 jaarlijks toe. Regionaal zijn er wel grote verschillen in de populariteit van het verplegend en verzorgend onderwijs.

De komende jaren zal het aantal leerlingen dat een diploma behaalt, schommelen rond het aantal van 2003, namelijk jaarlijks zo'n 18.000.

De grootste schommelingen in de instroom in de opleidingen doen zich voor bij de bbl-route (leren-werken). Deze is gevoeliger voor ontwikkelingen op de arbeidsmarkt dan de bol-route (leren-stage). In 2003 daalde dan ook de instroom in de bbl ten opzichte van het voorafgaande jaar, terwijl de instroom in de bol juist toenam.

Leerlingen die de bbl-route volgen zijn doorgaans ouder dan de bol-ers. Onder de laatsten is het aandeel allochtonen en vrouwen iets groter. Het aandeel allochtonen in het verplegend en verzorgend onderwijs blijft overigens laag.

De instroom in de op ziekenhuizen gerichte verpleegkundige vervolgopleidingen nam in 2002 ten opzichte van voorgaande jaren eenmalig toe. In 2003 is de instroom op hetzelfde niveau als in de periode 1998-2001: 2.300 verpleegkundigen begonnen aan een dergelijke opleiding (intensive care, kinderverpleegkundige, spoedeisende hulp, enzovoort).

Wel is er een groeiend aantal verpleegkundigen dat zich inschrijft voor een hbo-masteropleiding tot nurse practitioner. Het aantal afgestudeerde nurse practitioners bedraagt medio 2004 165.

Verpleegkundigen en verzorgenden ervaren doorgaans bij het uitoefenen van hun functie geen problemen ten aanzien van hun kennis en vaardigheden. In ziekenhuizen vindt driekwart van het verplegend en verzorgend personeel dat hun kennis en vaardigheden op hetzelfde niveau liggen als hun werk. In de gehandicaptenzorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen ervaart de helft van de verpleegkundigen over meer vaardigheden te bezitten dan strikt voor het werk noodzakelijk is.

Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden is in 2003 opnieuw gedaald. In 2003 bedraagt het ziekteverzuimpercentage inclusief zwangerschapsverlof 8,4% en exclusief 7,4%. Het ziekteverzuim inclusief zwangerschapsverlof ligt daarmee nagenoeg weer op hetzelfde niveau als in 1994.

De daling van het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden is in alle branches zichtbaar. In de branche ziekenhuizen ligt het verzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden traditioneel lager (in 2003 6,1% exclusief) vergeleken met de andere branches en in de ouderenzorg juist hoger (8,2% exclusief).

In de leeftijdscategorie 30 tot en met 35 jaar is het verzuim zowel inclusief als exclusief zwangerschapsverlof het hoogst. Het verzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden jonger dan 25 jaar is het laagst. Boven de 45 jaar ligt het ziekteverzuim (exclusief zwangerschapsverlof) weinig hoger dan gemiddeld. Mannen hebben over het algemeen een lager verzuim dan vrouwen.

De aantrekkelijkheid van de verzorgende en verpleegkundige beroepen

De resultaten van hoofdstuk 8 geven een goed inzicht in wat er moet gebeuren om het beroep van verpleegkundigen en verzorgenden aantrekkelijker te maken. Dit werd rechtstreeks aan verpleegkundigen en verzorgenden gevraagd, in 2001 en in 2003. Meer bij- en nascholingsmogelijkheden, meer waardering voor het werk van verpleegkundigen en verzorgenden vanuit de organisatie, en verlaging van de werkdruk stonden in 2003 in de 'top 3' van meest genoemde maatregelen om het beroep aantrekkelijker te maken. Deze top 3 is niet veranderd en opzichte van 2001. Wel bleek in 2003 dat minder verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat verschillende werkkenmerken hun beroep aantrekkelijker kunnen maken. Zo werd meer waardering voor het werk in 2001 door drie van de vier verpleegkundigen en verzorgenden gezien als aspect dat het werk aantrekkelijker maakt, in 2003 betrof het tweederde van het panel. Meer waardering is in 2003 vooral belangrijk voor verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen en in de psychiatrie, en verzorgenden in verpleeghuizen. Hierbij geldt: hoe meer werkervaring, hoe minder vaak waardering wordt gezien als belangrijk aspect voor de aantrekkelijkheid van het beroep. Verzorgenden in verpleeghuizen hechten bovendien veel waarde aan een verlaging van de werkdruk. Meer bij- en nascholing wordt in alle sectoren even belangrijk gevonden.

Werken in de zorg: vertrekken of blijven?

Het brutoverloop onder verpleegkundigen en verzorgenden is in 2003 gedaald tot 12,2%. Vooral in de geestelijke gezondheidszorg en in de gehandicaptenzorg is het brutoverloop flink gedaald. Bijna driekwart van de verpleegkundigen en verzorgenden verandert van baan binnen de zorgsector. Het nettoverloop, het percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat de zorgsector verlaat, is in alle branches afgenomen. Het nettoverloop ligt in 2003 voor de intramurale sector op 3,1% en is daarmee sinds de metingen van 1995 op het laagste niveau. Vertrokken in 2000 nog ongeveer 20.000 verpleegkundigen en verzorgenden uit het beroep, in 2003 is dat gedaald tot nog geen 13.000. Als specifiek naar de vertrekrichting wordt gekeken, valt op dat onder de verpleegkundigen en verzorgenden in de gehandicaptenzorg relatief veel personeel, namelijk 12%, voor een betrekking buiten de zorg kiest. In de thuiszorg blijft slechts 57% binnen de zorg werken waarvan slechts 11% binnen de branche thuiszorg zelf. Het aandeel dat stopt met werken ligt in de thuiszorg erg hoog. 24% stopt met werken terwijl dat binnen bijna alle andere branches onder de 10% ligt.

Behoeftes aan ander werk, het ontbreken van loopbaanperspectief en ontplooiingsmogelijkheden zijn in alle branches min of meer de belangrijkste vertrekredenen. In de geestelijke gezondheidszorg worden de meeste vertrekredenen genoemd. Bijna de helft geeft aan dat er onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden zijn. In de thuiszorg is de belangrijkste vertrekreden de gezins- of de thuissituatie. In deze branche en in de verpleeg- en verzorgingshuizen speelt lichamelijke belasting ook een belangrijke rol als vertrekreden.

In de loop der tijd zijn verpleegkundigen en verzorgenden minder vertrekredenen gaan noemen, wel worden de belangrijkste vertrekredenen door een grotere groep gedeeld. Tegelijkertijd zijn er minder verpleegkundigen en verzorgenden die een vermijdbare vertrekreden opgeven op de vraag of het vertrek in hun ogen vermeden had kunnen worden als bepaalde aspecten van het werk er anders uitgezien hadden. Vergeleken met 2000 is dit aandeel in 2003 afgenomen van 53% naar 44%.

Op grond van voorspellingen van het CPB ten aanzien van de werkgelegenheid en de werkeloosheid is de verwachting dat het verloop in 2004 nog verder zal dalen en pas in 2005 licht zal toenemen.

Kwaliteit van zorg

Gegevens over de kwaliteit van zorg gemeten over enkele jaren zijn nog nauwelijks voorhanden. Hoofdstuk 10 is voornamelijk gebaseerd op herhaalde metingen onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben tussen 2001 en 2002 geen verandering gesignaleerd in de kwaliteit van zorg (van eigen team of afdeling). Tussen 2002 en 2003 lijkt de kwaliteit van zorg naar de mening van verpleegkundigen en verzorgenden verbeterd. Ook benchmarkscores van verzorgings- en verpleeghuizen wijzen op een positieve ontwikkeling van de kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg zijn het meest positief over de kwaliteit van zorg, in verpleeghuizen is men het minst positief. Ook volgens benchmarkindicatoren worden verpleeghuizen over het algemeen minder positief beoordeeld dan verzorgingshuizen. In alle sectoren zien verpleegkundigen en verzorgenden mogelijkheden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Zo verwachtten in 2002 veel verpleegkundigen en verzorgenden een kwaliteitsimpuls van een lagere werkdruk en meer bij- en nascholing. Een lagere werkdruk en meer bij- en nascholing blijkt in 2003 daadwerkelijk gerealiseerd, hetgeen mogelijk heeft bijgedragen aan de gesignaleerde kwaliteitsverbetering door verpleegkundigen en verzorgenden.

De toekomstige vraag- en aanbodverhoudingen

De vraag naar zorg van verpleegkundigen en verzorgden neemt ook de komende jaren toe. Geraamd wordt dat de groei en de vergrijzing van de bevolking, trendmatige ontwikkelingen in het aanbod van zorg en de intensiteit van de gevraagde zorg jaarlijks de vraag met 1,9% doen toenemen. De geringe mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit te laten stijgen en tegelijkertijd de werkdruk niet op te laten lopen, betekenen dat het aanbod jaarlijks met 2,5% zou moeten stijgen.

Op de korte termijn is er door de matige economische toestand en het daardoor lage verloop van verpleegkundigen en verzorgenden voldoende aanbod om in de vraag te voorzien. Op de langere termijn, wanneer economie en arbeidsmarkt aantrekken, zijn er wel problemen te verwachten. Wil men deze problemen voorkomen door meer mensen op te leiden dan zal in 2007 de instroom in verpleegkundige opleidingen 12%, bij verzorgenden 9% en helpenden 7% groter moeten zijn dan in 2002.

Bij het combineren van verschillende onderzoeken over kwantiteit en kwaliteit van verpleging en verzorging komt het volgende beeld naar voren. De laatste jaren nam de kwaliteit van de zorg volgens degenen die hem leverden toe. Daar staat een beperkte productiviteitsdaling tegenover. Het lijkt erop dat de ruimte van de productiviteitsdaling deels ten goede gekomen is aan een kwaliteitsverbetering in de geleverde zorg.

Verpleegkundigen en verzorgenden ervaren een te grote werkdruk juist als een van de belangrijkste belemmeringen voor het niveau van de kwaliteit van de zorg die men levert.

Daarmee doet zich een groot probleem voor. Hoe kan met een verhoudingsgewijs beperkter aantal mensen toch een kwalitatief hoogstaande zorg geboden worden? Met behulp van arbeidsbesparende maatregelen kan de productiviteit vergroot worden. Dit is onder meer nodig omdat anders de verpleging en verzorging door hun grote aantal benodigde mensen in de toekomst een onevenredig groot beslag op de arbeidsmarkt leggen. Tegelijkertijd kan het beperken van het arbeidsvolume in relatie tot de hoeveelheid werk tot een toename van de werkdruk leiden en zo de kwaliteit van de geboden zorg in gevaar brengen. Arbeidsbesparende maatregelen kunnen dan ook niet doorgevoerd worden zonder belangrijke innovaties in de zorg en in de organisatie daarvan wanneer men althans de kwaliteit van de zorg op peil wil houden.

1 Inleiding

In dit feitenboek over verpleegkundige en verzorgende beroepen is alle beschikbare kwantitatieve informatie gebundeld over de vraag naar en het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden in ons land. Dit overzicht bevat zowel nieuwe gegevens als reeds gepubliceerde cijfers.

Hoofdstuk 2 start met een overzicht van de verrichtingen van verpleegkundigen en verzorgenden in de vorm van het aantal verpleegdagen, dagverplegingsdagen en gemiddeld aantal patiënten en cliënten. Dit kan men beschouwen als de vraag naar zorg waarin de afgelopen jaren is voorzien. Helaas zijn wachtlijsten nog steeds niet helemaal uitgebannen. Aan de omvang daarvan en ontwikkelingen daarin wordt ook in hoofdstuk 2 aandacht besteed.

Hoofdstuk 3 gaat in op ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging in de periode vanaf 1990. Waar mogelijk zijn ook toekomstige verwachtingen geschetst. Epidemiologische, demografische en maatschappelijke ontwikkelingen komen in dit hoofdstuk aan bod.

Daarna wordt in hoofdstuk 4 tot en met 9 het aanbod van zorg belicht. Bij de beschrijving van ontwikkelingen in het aanbod is in eerste instantie een overzicht gemaakt van de omvang en de samenstelling van de beroepsgroepen verpleegkundigen en verzorgenden. Vervolgens wordt ingegaan op onderwerpen als scholing, ziekteverzuim, aantrekkelijkheid van het beroep en omvang van het vertrek en vertrekredenen.

In de afsluitende hoofdstukken 10 en 11 komen vraag en aanbod in zekere zin bij elkaar: zo gaat hoofdstuk 10 over de ontwikkelingen in de kwaliteit van zorg en wordt in hoofdstuk 11 een raming gepresenteerd van de gewenste groei van verplegend en verzorgend personeel dat nodig is om in de vraag van de komende jaren te voorzien. Deze raming wordt vervolgens in verband gebracht met het verwachte aanbod in de komende jaren.

Behalve van gegevens uit bestaande registraties wordt gebruikgemaakt van bronnen waaruit een oordeel en mening over het werken in de verpleging en verzorging gedestilleerd kan worden. Zo is uitgebreid gebruikgemaakt van het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. Op basis van herhaalde metingen onder dit panel wordt informatie gepresenteerd over de aantrekkelijkheid van het beroep en de kwaliteit van zorg.

Bij de totstandkoming van deze publicatie, ten slotte, heeft het NIVEL de hoofdstukken 3, 8 en 10 geschreven. Prismant verzorgde de hoofdstukken 4 tot en met 7, hoofdstuk 9 en hoofdstuk 11. Hoofdstuk 2 is gezamenlijk geschreven.

2 De geboden zorg en wachtlijsten

In dit hoofdstuk wordt de in de afgelopen jaren geboden zorg beschreven aan de hand van een aantal beschikbare indicatoren (paragraaf 2.1). De feitelijk geboden zorg kan achterblijven op de benodigde zorg hetgeen tot uitdrukking kan komen in het aanwezig zijn van wachtlijsten. Paragraaf 2.2 gaat in op ontwikkelingen in wachtlijstgegevens.

2.1 Ontwikkelingen in de gerealiseerde zorg

In deze paragraaf wordt geprobeerd de omvang van de complexe werkelijkheid van verpleging en verzorging in een aantal kengetallen omtrent de geboden zorg weer te geven. Noodzakelijkerwijs wordt hier gewerkt aan de hand van grove indicatoren.

Het zijn grove indicatoren omdat een indicator als het aantal verpleegdagen nog niets zegt over de inhoud en complexiteit van zorg. Het aantal verpleegdagen is als gegeven over een lange reeks van jaren beschikbaar. Tabel 2.1 geeft per branche een overzicht van de gerealiseerde zorg.

In de thuiszorg is het aantal uren waarover productieafspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraars de laatste paar jaar sterk toegenomen. In de periode 1998-2003 is het aantal cliënten iets minder sterk gegroeid. Gemiddeld is het aantal cliënten met 5,6% toegenomen, terwijl het aantal uren gemiddeld met 7,6 % is toegenomen. Voor beide grootheden geldt dat de toename in 2003 ten opzichte van het jaar daarvoor zelfs rond de 10% lag.

Binnen het totale zorgpakket doen zich in de loop der tijd wel verschuivingen voor. Verzorging is de belangrijkste dienstverlening binnen de thuiszorg, maar neemt in aandeel af: in 2003 valt 36% van de geleverde uren zorg onder verzorging (inclusief gespecialiseerde verzorging). Na verzorging volgt in 2003 de in de loop der jaren in aandeel toenemende huishoudelijke verzorging met 34%. Alfhulpverlening kent een afnemend aandeel, resulterend in 16% van alle uren

in 2003. Verpleegkundige zorg vormt een relatief beperkt, maar groeiend deel van de geleverde zorg (12%).

De zorg vanuit verpleeg- en verzorgingshuizen is er steeds meer op gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te laten verblijven. De groei binnen deze twee branches zit dan ook niet zozeer in de toename van het aantal verpleegdagen of het aantal bewoners, maar veel meer in de toename van het aantal dagbehandelingsdagen en dag- en nachtopvang. Een uitzondering hierop wordt gevormd door het aanbod voor psychiatrische patiënten in verpleeghuizen. Het aantal verpleegdagen voor deze categorie neemt jaarlijks toe, gemiddeld met 1,5% per jaar. De belangrijkste oorzaak wordt gevormd door het toenemende aantal mensen met dementie (zie ook hoofdstuk 3).

Over activiteiten die men vanuit de verpleeg- en verzorgingshuizen buiten de muren van het huis doet, zijn (nog) geen statistische gegevens beschikbaar. Het aantal verpleegdagen binnen de verstandelijkgehandicaptenzorg is de afgelopen jaren nauwelijks gegroeid. Ook voor deze branche geldt dat er steeds meer activiteiten buitenshuis plaatsvinden, bijvoorbeeld via het patiëntgebonden budget. Totaal bedroeg het aantal gebruikers van de gehandicaptenzorg in 2003 bijna 63.000.

Binnen de GGZ is het aantal verpleegdagen de afgelopen jaren steeds verder afgenomen. Het aantal dagbehandelingsdagen is echter toegenomen met jaarlijks gemiddeld 2,3% in de periode 1998-2002. Ook het aantal nieuwe inschrijvingen voor de GGZ, dat sinds 2000 geregistreerd wordt, is toegenomen.

Ziekenhuizen zijn onder meer door technologische ontwikkelingen steeds meer in staat om verrichtingen in dagbehandeling uit te voeren. De gemiddelde jaarlijkse groei van dagbehandelingen bedroeg in de periode 1998-2002 dan ook 8,5%. Het aantal verpleegdagen neemt daarentegen af, terwijl het aantal opnamen licht schommelt, maar per saldo stabiliseert. Als gevolg van beide ontwikkelingen neemt de gemiddelde verpleegduur per opname af. In algemene ziekenhuizen bedroeg deze in 1998 nog 8,8; in 2002 is deze afgenomen tot 7,2.

Deze daling betekent niet direct dat er minder werk voor de verpleging is. Zo neemt het aandeel 65-plussers die doorgaans meer zorg vergen, jaar op jaar toe. Wat de gevolgen zijn voor de totale hoeveelheid werk die verzet wordt, komt in hoofdstuk 11 aan de orde.

Tabel 2.1

Enkele gegevens over de gerealiseerde zorg per branche 1998-2002/3 ($\times 1.000$)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003*	Gemiddelde jaarlijkse groei (in %) 1998-2002**
Thuiszorg							
Gemiddeld	318	329	343	361	377	417	5,6
aantal cliënten							
Aantal uren	53.722	56.756	58.922	64.936	70.700	77.411	7,6
productie- afspraken							
Verpleeghuizen							
<i>Verpleegdagen</i>							
Somatisch	8.991	8.946	8.946	8.951	9.111	-	0,3
Psycho- geriatrisch	11.239	11.324	11.565	11.668	11.944	-	1,5
Totaal	20.229	20.270	20.511	20.619	21.055	21.282	1,0
<i>Dagbehandelingsdagen</i>							
Somatisch	508	552	548	580	568	-	2,8
Psycho- geriatrisch	669	705	781	817	868	-	6,7
Totaal	1.178	1.256	1.329	1.397	1.436	1.507	5,1
Verzorgingshuizen							
Bewoners	108	107	104	103	102	98	-1,4
Personen in nachtopvang	2	2	2	2	2	2	-1,5
Personen in dagopvang	17	21	21	20	22	23	5,4
Verstandelijk gehandicapten							
Verpleegdagen	12.765	12.665	12.676	12.635	12.688	-	-0,2
GGZ							
Verpleegdagen (APZ)	7.394	7.065	6.876	6.853	6.715	-	-2,4
Dagbe- handelingen	1.160	1.211	1.208	1.187	1.269	-	2,3
Aantal nieuwe inschrijvingen APZ, GGZ en RIAGG	-	-	268	256	278	283	1,8
Ziekenhuizen							
Verpleegdagen	14.160	13.360	12.791	12.266	11.705	11.285	-4,6
Opnamen	1.533	1.504	1.465	1.457	1.519	1.513	-0,2
Dagopnamen	723	750	803	911	1.000	1.070	8,5

* Raming, behalve bij de thuiszorg.

** Voor thuiszorg geldt periode 1998-2003.

Bron: Prismant gegevensbestand Jaarbeeld Zorg (2003)

2.2 Wachtlijstgegevens

In deze paragraaf wordt een overzicht gepresenteerd van wachtlijstgegevens in de AWBZ-sectoren verpleging en verzorging, gehandicapten en geestelijke gezondheid. Daarnaast zijn wachtlijstgegevens opgenomen over de ziekenhuissector.

Wachtlijstgegevens sector verpleging en verzorging

De AWBZ-sector verpleging en verzorging omvat de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Per 1 oktober 2003 wachtten er 54.244 mensen op voor hen geïndiceerde zorg thuis, in een verzorgingshuis of in een verpleeghuis (tabel 2.2). Dit zijn ruim 20.000 minder wachtenden dan het jaar ervoor, een daling van 27%. De grootste daling van het aantal wachtenden is bij de thuiszorg (zorg thuis, extramurale verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg): met ruim 12.000 minder wachtenden is daar de wachtlijst met 39% afgenomen. In de verpleeghuiszorg bedraagt de daling van het aantal wachtenden 27%. In de verzorgingshuissector is de daling van 16% iets minder sterk.

Uit tabel 2.2 blijkt dat, evenals het jaar ervoor, in 2003 de meeste mensen wachtten op een plaats in een verzorgingshuis. In 2001 telde de thuiszorg het grootste aantal wachtenden. Het percentage wachtenden met alternatieve zorg (overbruggingszorg) is met 11% gestegen tot 64% van het aantal wachtenden. In 2003 werd overbruggingszorg het meest gegeven aan wachtenden voor verzorgingshuiszorg (67%). Dit betreft dan bijvoorbeeld hulp aan huis die voorlopig voldoet aan de zorgvraag.

Tabel 2.2

Aantal wachtenden in de sector verpleging en verzorging (en % met overbruggingszorg)

	Mei 2000	Maart 2001	Oktober 2001	November 2002	Oktober 2003
Thuiszorg	54.258 (44%)	35.174 (40%)	39.910 (45%)	31.835 (41%)	19.458 (57%)
Verzorgingshuizen	36.000 (55%)	35.505 (73%)	36.260 (75%)	33.029 (62%)	27.844 (67%)
Verpleeghuizen	11.400 (75%)	11.380 (85%)	11.406 (83%)	9.518 (59%)	6.942 (60%)
Totaal	101.658 (51%)	82.059 (61%)	87.276 (63%)	74.382 (53%)	54.244 (64%)

Bron: Taskforce Aanpak Wachtlijsten

Tabel 2.3
Aantal wachtenden sector gehandicaptenzorg

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Verstandelijk	13.265	13.180	11.700	11.211	15.524	15.081
Lichamelijk	-	-	1.738	1.335	1.972	2.521
Zintuiglijk	-	-	-	-	-	1.060

Bron: Taskforce Aanpak Wachlijsten, CVZ/ZRS

Wachlijstgegevens sector gehandicapten

Tabel 2.3 laat over het algemeen een stijging zien van de wachtlijsten in 2003. Voor wat betreft de verstandelijk gehandicapten is er weliswaar sprake van een lichte daling ten opzichte van het voorgaande jaar, vergeleken met de jaren daarvoor lijkt het aantal wachtenden zich te stabiliseren. Het aantal wachtenden met een lichamelijke beperking is in aantal fors gestegen, zowel ten opzichte van 2002 als van voorgaande jaren.

Wachlijstgegevens sector geestelijke gezondheid

In de sector geestelijke gezondheid worden drie wachtfasen onderscheiden: een fase van aanmelding, beoordeling en behandeling, oftewel de periode tussen de aanmelding en het eerste intakegesprek, de periode tussen het eerste in-

Tabel 2.4
Wachlijstgegevens volwassenenzorg GGZ naar wachtfase, peildata 1 januari

	2001	2002	2003
Aantal wachtenden			
Aanmeldingsfase	12.798	11.462	11.300
Onderzoeksfase	15.959	20.827	21.000
Behandelingfase	15.245	16.054	17.100
Aantal weken			
Aanmeldingsfase	6	7	6
Onderzoeksfase	12	15	14
Behandelingfase	23	17	14
Percentage boven de Treknormen			
Aanmeldingsfase (norm is 4 weken)	53-78	55-79	46-74
Onderzoeksfase (norm is 4 weken)	73-88	78-91	74-88
Behandelingfase (norm is 6-13 weken)	63-88	-	61-80

Bron: Wachlijstregistratie GGZ 2001, 2002, 2003 (voorheen: Taskforce Aanpak Wachlijsten)

takegesprek en een adviesgesprek en de periode die iemand na het adviesgesprek moet wachten op het eerste behandelcontact. Tabel 2.4 geeft een overzicht van de wachtlijstgegevens in de volwassenenzorg op de peildata 1 januari in 2001, 2002 en 2003 naar deze wachtfasen.

Uit deze tabel blijkt dat de wachtlijsten in de GGZ tamelijk stabiel zijn. In de onderzoeks- en behandelfase neemt het aantal wachtenden licht toe, terwijl de gemiddelde wachttijd iets is afgenomen in 2003. De Treeknorm geeft aan wat zorgverzekeraars aanvaardbaar vinden voor wat betreft de wachttijd. In 2003 variëren de percentages van bijna 50% tot bijna 90%. Dit betekent dat het percentage wachtenden dat langer moet wachten dan zorgverzekeraars aanvaardbaar vinden kan oplopen tot 90%.

Wachtlijstgegevens ziekenhuissector

Zowel voor klinische zorg als voor de dagbehandeling is het aantal wachtenden in de kwartalen van de afgelopen jaren stabiel (tabel 2.5).

Bij een klinische opname betreft het met name, in volgorde van het hoogste aantal wachtenden, een orthopedische, chirurgische of plastisch chirurgische behandeling. De gemiddelde wachttijden voor deze behandelingen bedroegen in 2003 respectievelijk 9 weken, 4 weken en 14 weken. De percentages 'over de Treeknorm' bedroegen respectievelijk 60%, 21% en 62%.

Wachtenden op een dagopname wachtten vooral op een oogheelkundige, chirurgische of orthopedische behandeling. De gemiddelde wachttijden hiervoor bedroegen respectievelijk 8 weken, 6 weken en 5 weken. De bijbehorende percentages waarbij de Treeknorm werd overschreden bedroegen respectievelijk: 55%, 30% en 33% (Brancherapport Cure, 2004).

Tabel 2.5

Aantal wachtenden voor opname in algemene ziekenhuizen, per kwartaal ($\times 1.000$)

	2002		2003			2004
	4	1	2	3	4	1
Klinische opname	64,1	61,4	60,0	61,2	62,5	57,8
Dagopname	77,2	76,8	77,3	79,8	76,8	74,3

Bron: Prismant/NVZ wachtlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen

2.3 Samenvatting

De door verpleging en verzorging geboden zorg blijft zich per branche verschillend ontwikkelen. Zo neemt het aantal door de thuiszorg geholpen cliënten jaar op jaar toe. Daar staat tegenover dat het aantal bewoners in verzorgingshuizen steeds verder afneemt. In de verpleeghuizen neemt dagbehandeling sterk toe, terwijl het aantal verpleegdagen jaarlijks gematigd groeit. In de GGZ en de ziekenhuizen neemt het aantal verpleegdagen af, maar blijft het aantal dagbehandelingen en -opnamen groeien.

Voor wat betreft de wachtlijstgegevens kan geconcludeerd worden dat het aantal wachtenden op verpleging en verzorging thuis, in een verzorgingshuis en in een verpleeghuis reeds enkele jaren aan het dalen is. Eveneens gunstig is dat het aandeel wachtenden dat een vorm van overbruggingszorg ontvangt over het geheel genomen is gestegen. Dit betekent dat minder mensen die zorg behoeven, geen zorg ontvangen. De gehandicaptensector laat over het algemeen een stijging zien van de wachtlijsten, deze stijging komt vooral voor rekening van wachtenden met een lichamelijke beperking. In de GGZ zijn de wachtlijsten tamelijk stabiel. Het percentage dat de Treeknorm overschrijdt (oftewel langer moet wachten dan dat zorgverzekeraars aanvaardbaar vinden) is met 50% tot bijna 90% hoog te noemen. Dit geldt met name voor de onderzoeksfase. Ten slotte geldt ook voor de ziekenhuissector dat de wachtlijsten in de laatste jaren stabiel zijn. Voor een klinische opname wachten over het algemeen de meeste mensen op een orthopedische behandeling, voor een dagopname is dat een oogheelkundige behandeling.

3

Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste ontwikkelingen met betrekking tot de vraag naar verpleging en verzorging beschreven in de periode van 1990 tot 2004. Waar mogelijk worden ook ontwikkelingen in de toekomst geschetst. Eerst wordt ingegaan op de omvang en groei van de bevolking (paragraaf 3.1), gevolgd door de samenstelling van de bevolking (paragraaf 3.2) en het vóórkomen van langdurige aandoeningen (paragraaf 3.3). Vervolgens worden relevante maatschappelijke ontwikkelingen beschreven zoals de huishoudenssituatie en mantelzorg (paragraaf 3.4).

3.1 Omvang en groei van de bevolking

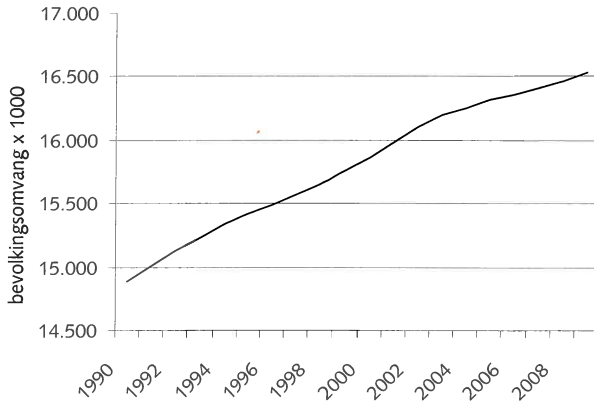
Omvang

De bevolking in Nederland groeit gestaag: van 14,9 miljoen mensen in 1990 tot 16,3 miljoen in 2003 (CBS 2004a), een toename van 9,4%.

De jaarlijkse groei schommelt rond de 0,6%, met lagere groeicijfers tussen 1990 en 1995, een stijging vanaf 1995 en sinds 2001 weer een daling. Ten opzichte van 2002 is de bevolking met 0,4% toegenomen (ter vergelijking: vorig jaar bedroeg deze stijging nog 0,6%).

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) berekent jaarlijks afwisselend een kortetermijn- en een langetermijnbevolkingsprognose. Vorig jaar is een prognose voor de lange termijn gepubliceerd (periode 2002-2050) (zie ook Van der Windt e.a. 2003), dit jaar is er een geactualiseerde prognose voor de korte termijn, deze bestrijkt de periode 2003-2009.

Deze nieuwe prognose wijkt nogal af van die van vorig jaar. Dit wordt met name veroorzaakt door een forse daling van het aantal immigranten en een forse stijging van het aantal emigranten. Zo bedraagt het geschatte aantal inwoners op 1 januari 2009 77.000 minder dan vorig jaar was voorspeld (De Jong e.a. 2004).



Figuur 3.1
Bevolkingsomvang 1990-2009 (1 januari)
Bron: CBS

Geboorte

Figuur 3.2 laat zien dat het aantal geboorten in 2003 licht gestegen is, 2.000 meer dan in 2002. Naar verwachting zal de daling zich volgend jaar hervatten, tot 184.000 geboorten in 2008 (De Jong e.a. 2004).

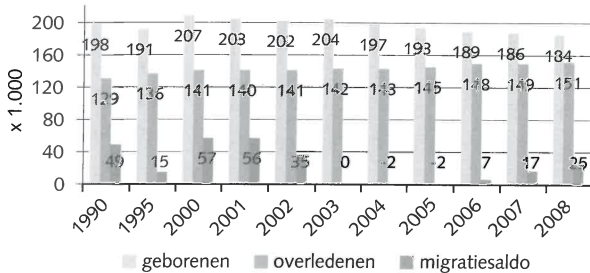
De gemiddelde leeftijd waarop een moeder haar (eerste) kind krijgt, stijgt langzaam maar zeker. In 2002 was een moeder gemiddeld 30,9 jaar bij de geboorte van haar kind en 29,2 jaar bij de geboorte van haar eerste kind. Nederland staat hierin niet (meer) alleen: in onder meer Griekenland en Spanje wachten vrouwen ongeveer even lang met hun moederschap. Zeer sterk toegenomen is het aantal geboorten onder moeders van 35 tot 45 jaar: van 19.700 naar 37.400 tussen 1990 en 2003 (Garssen 2003). Onder andere doordat vrouwen op steeds latere leeftijd kinderen krijgen, stijgt de behoefte aan intensieve zorg (IC) voor pasgeborenen (Gezondheidsraad 2000). Andere factoren die deze behoefte zouden doen stijgen, zijn de medisch-technische vooruitgang en een groeiend aandeel niet-Nederlandse vrouwen. Omdat bij oudere en bij niet-Nederlandse moeders vaker problemen in de zwangerschap optreden, stijgt het percentage pasgeborenen dat IC nodig heeft. Volgens de trend van voorgaande jaren zal dit percentage toenemen van 1,45% in 1986 tot 2,4% in 2005. Door de verwachte vermindering van het aantal geboorten, zal het jaarlijkse absoluut aantal pasgeborenen dat intensieve zorg behoeft de komende tien jaar echter niet toenemen (Gezondheidsraad 2000).

Voor wat betreft de plaats van de bevalling was er lange tijd een dalende trend

te constateren in het aantal thuisbevallingen. Na de opkomst van de poliklinische eerstelijnsbevalling is het percentage thuisbevallingen van ongeveer 68% in 1965 gedaald naar 31% in 1993 (Sjaauw 1995). Ook daarna is het percentage thuisbevallingen licht gedaald: van 31,6% in 1995 naar 30,3% in 2000 (Offerhaus e.a. 2002). Dit zijn de meest recente cijfers. Het dalende percentage (volutoide) thuisbevallingen wordt voor een groot deel verklaard door een stijgend aantal verwijzingen naar de tweede lijn (tijdens de zwangerschap en tijdens de bevalling).

Sterfte
 Met 142.000 sterfgevallen (figuur 3.2) telde 2003 meer sterfgevallen dan het voorgaande jaar (141.000). Verwacht wordt dat het jaarlijks aantal overledenen de komende jaren blijft toenemen tot 151.000 in 2008 (De Jong e.a. 2004). Doodsoorzaak nummer één zijn ziekten aan het hart- en vaatstelsel (CBS 2003a). Daarna is kanker de meest voorkomende oorzaak van overlijden. Bij mannen is dat longkanker, bij vrouwen borstkanker. Op de derde plaats volgen ziekten aan de ademhalingsorganen. Een verwachte toename van het aantal sterfgevallen zal een grotere druk leggen op de terminale zorgverlening.

Migratie
 Ontwikkelingen in het migratiesaldo (aantal immigranten minus het aantal emigranten) zijn vrij grillig (figuur 3.2). Sinds 2000 is het migratiesaldo dalende tot 2003: zowel het aantal immigranten als het aantal emigranten is in 2003 op 102.000 uitgekomen. De komende jaren verwacht het CBS een negatief migratiesaldo. Deze daling heeft te maken met zowel een dalend aantal immigranten als een stijgend aantal emigranten. Na 2005 zal het aantal immigranten



figuur 3.2
 Absoluut aantal (levend)geborenen, overledenen en migratiesaldo, 1990-2008
 bron: CBS

waarschijnlijk weer toenemen terwijl het aantal emigranten gaat dalen (De Jong e.a. 2004). In paragraaf 3.2 wordt nader ingegaan op etniciteit en zorg.

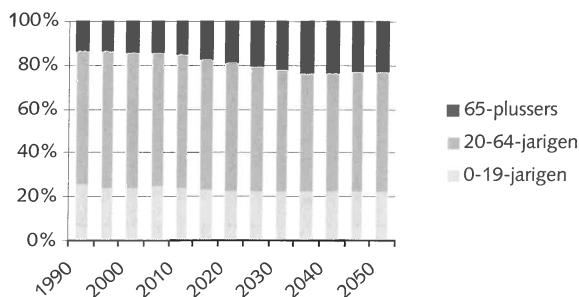
3.2 Samenstelling van de bevolking

Leeftijdsverdeling

Niet alleen de omvang van de bevolking is aan veranderingen onderhevig, ook de leeftijdsstructuur van de bevolking ondergaat sterke wijzigingen. Al sinds de jaren zestig is een afnemend percentage personen jonger dan 19 jaar: van 37% toen naar 25% nu (CBS 2004b). Ook in de komende decennia zal dit percentage geleidelijk aan nog iets afnemen (figuur 3.3).

Het aandeel ouderen vanaf 65 jaar bedroeg in 2003 13,7%, tegen 12,9% in 1990, een absolute toename van bijna 291.000 65-plussers. Uitgesplitst naar leeftijd, stijgt het aantal hoogbejaarden (80 jaar en ouder) in deze periode even snel als de groep van 65 tot 80 jaar: van 2,9% in 1990 tot 3,4% in 2003, een toename van 118.000 personen.

Uit tabel 3.1 blijkt dat er regionaal aanzienlijke verschillen kunnen zijn in het aandeel ouderen. Deze gegevens hebben betrekking op de groep 75-plussers. Deze groep legt een groot beslag op de zorg. In 2002 was 6,1% van de bevolking in ons land 75 jaar of ouder. Uitgesplitst naar regio loopt het aandeel 75-plussers uiteen van 3,6% in Flevoland en 5,1% in een aantal Brabantse regio's tot 7,9% in Zeeland en 8,2% in het Gooi. De komende jaren zullen regio's met relatief wei-



Figuur 3.3
Samenstelling van de bevolking naar leeftijd, 1990-2050
Bron: CBS

Tabel 3.1

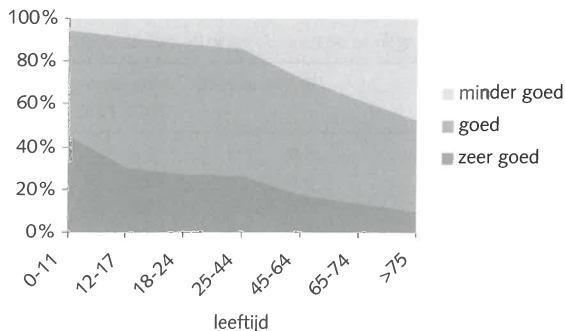
Percentage 75-plussers naar regio en de verandering in de periode 2002-2010

Regio	% 75+ in 2002	Verandering in de periode 2002-2010, %
Drenthe	6,9	5,6
Friesland	6,6	10,3
Gronthe	6,8	15,9
Gesel-Vecht	5,9	17,0
ente	6,1	17,0
Gidden-IJssel	7,0	6,7
eluwe	6,2	15,7
Gelderland WMO	5,7	16,8
Flevoland	3,6	31,3
trecht	5,7	9,2
ooi en Vechtstreek	8,2	2,9
oord-Holland Noord	5,4	16,9
sterdam/Zaanstreek/Waterland	5,8	3,2
ennemer-/Amstel- en Meerlanden	7,2	9,7
ijnstreek	5,4	14,8
laaglanden	7,1	1,9
rechtsteden	6,2	18,4
ijnmond	6,7	7,7
eeland	7,9	8,6
est-Brabant	5,9	18,6
idden-Brabant	5,1	23,1
oordoost-Brabant	5,1	24,5
idoost-Brabant	5,3	30,7
oord- en Midden-Limburg	5,6	25,1
id-Limburg	6,8	18,5
EDERLAND	6,1	13,2

Bron: RegioMarge 2003

g ouderen een sterkere toename van het aandeel ouderen kennen dan de reo's met nu een hoog aandeel. De verschillen tussen de regio's zullen daarom inder groot worden. De toename van het aantal 75-plussers loopt in de periode 2002-2010 uiteen van vrijwel nihil in de Haaglanden, Amsterdam en het ooi tot meer dan een kwart in Flevoland en in Midden- en Oost-Brabant.

p de nog langere termijn zet naar verwachting de vergrijzing in sterkere mate or: tussen 2010 en 2040 zal het aandeel 65-plussers toenemen van bijna % naar 23%, waarvan ongeveer 1,3 miljoen 80-plussers in 2040 (Alders & s, 2004). Overigens blijkt de vergrijzing in Nederland mee te vallen in vergelij-



Figuur 3.4
Subjectief ervaren gezondheidstoestand naar leeftijd, 2002
Bron: CBS, bewerking SCP

king met andere EU-landen: alleen Ierland kent een lager percentage 65-plussers (CBS 2003a).

Vergrijzing van de bevolking vormt een belangrijke factor voor de vraag naar zorg. Ouderen beoordelen hun gezondheidstoestand vaker dan jongeren als minder goed (antwoordcategorieën 'gaat wel', 'slecht' tot 'zeer slecht') (figuur 3.4). Zo beoordeelt bijna 10% van de personen ouder dan 75 jaar (oftewel bijna 65.000 personen) zijn gezondheid als (zeer) slecht (CBS 2003a; CBS 2004c).

Volgens Joung e.a. (2001) kan op grond van de vergrijzing een toename van 7% voor de prevalentie van chronische aandoeningen en van 13% voor ziekenhuisopnames worden verwacht in 2015 ten opzichte van 1996. Het effect van de vergrijzing wordt echter beïnvloed door andere factoren. Zo is de toename van prevalentiecijfers (aantal bekende gevallen) en gebruikscijfers (gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen) groter bij mannen dan bij vrouwen, zowel in absolute zin als in relatieve zin. Bij een verwacht hoger opleidingsniveau van de bevolking is het 'vergrijzingseffect' bij mannen wat kleiner, bij vrouwen zelfs bijna nihil. Maar ook de burgerlijke staat en veranderingen in de etnische samenstelling van de bevolking spelen een (versterkende) rol wanneer het gaat om het effect van vergrijzing op de prevalentie van gezondheidsproblemen en gebruikscijfers.

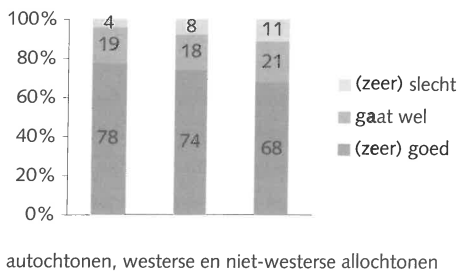
In 2002 heeft het RIVM voor 53 ziekten en aandoeningen berekend wat het effect is van de bevolkingsgroei en vergrijzing op de incidentie (aantal nieuwe gevallen) en prevalentie van deze aandoeningen (Oers 2002). Rekening houdend met de bevolkingsomvang, -opbouw, leeftijd en geslacht zijn er stijgingspercen-

tages berekend van 25 tot 60% voor de helft van deze aandoeningen. Het gaat hierbij om de verwachte toename in de periode 2000-2020. Met name aandoeningen die bij ouderen voorkomen, kennen hoge stijgingspercentages, bijvoorbeeld reuma met 25-35%, dementie, ziekte van Parkinson, beroerte, reupfractuur met 35-45%. Voor een volledig overzicht van de absolute aantallen en percentuele stijgingen van deze 53 aandoeningen (zowel incidentie als prevalentie) wordt op deze plaats verwezen naar de betreffende publicatie van het RIVM (Oers 2002: p. 281-283).

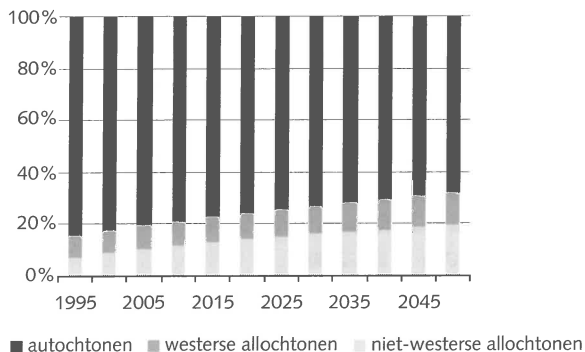
Allochtone bevolking

In voorgaande drukken van deze uitgave werd ervan uitgegaan dat allochtone mensen over het algemeen meer gezondheidsproblemen hebben en meer gebruikmaken van gezondheidszorgvoorzieningen dan autochtonen. Volgens Oers (2002) is deze aanname niet zonder meer juist. Het beeld verschilt per groep en wordt beïnvloed door verschillende risicofactoren zoals sportdeelname, voeding en roken. Het RIVM concludeert dan ook dat het niet mogelijk is om het effect van een veranderende bevolkingssamenstelling voor wat betreft etniciteit op de gezondheidstoestand vast te stellen. Over het algemeen beoordelen meer niet-westerse allochtone dan autochtone Nederlanders hun gezondheid als (zeer) slecht (figuur 3.5).

Volgens een gangbare definitie (CBS) zijn allochtone mensen alle personen die zelf in het buitenland zijn geboren (eerste generatie) en mensen die in Nederland zijn geboren en waarvan ten minste één ouder in het buitenland is geboren (tweede generatie). Personen van wie beide ouders in Nederland zijn geboren,



Figuur 3.5
Subjectief ervaren gezondheidstoestand van autochtone en allochtone inwoners, 2002
Bron: CBS, bewerking SCP



Figuur 3.6

Samenstelling van de bevolking naar autochtone en allochtone afkomst, 1995-2050

Bron: CBS

worden dus tot de autochtone bevolking gerekend. Het CBS onderscheidt westerse en niet-westerse allochtonen. Onder niet-westerse allochtonen worden mensen uit Turkije, Azië (exclusief Indonesië en Japan vanwege een vergelijkbare sociaal-economische positie met westerse landen), Afrika en Latijns-Amerika gerekend (Alders 2003).

Van de Nederlandse bevolking is een steeds groter deel allochtoon (figuur 3.6).

Het aantal niet-westerse allochtonen is toegenomen van 1,1 miljoen in 1995 tot 1,6 miljoen in 2002 en 2003. Het aantal westerse allochtonen steeg tot 2002 veel minder sterk: van 1,3 miljoen naar 1,4 miljoen personen. In 2003 is dit aantal gedaald naar 1,1 miljoen inwoners. De allochtone bevolking is sneller gegroeid dan de totale bevolking. Hierdoor is het aandeel niet-westerse allochtonen toegenomen van 7% in 1995 naar 10% in 2003. Het percentage westerse allochtonen is nauwelijks veranderd en bedraagt bijna 9%.

Van de huidige 1,6 miljoen niet-westerse allochtonen behoort bijna 60% tot de grootste drie herkomstgroeperingen: Turken (341.000 personen), Surinamers (321.000 personen) en Marokkanen (295.000 personen).

Het aantal niet-westerse allochtonen zal de komende jaren blijven groeien, van het huidige aantal van 1,6 miljoen tot 2 miljoen in 2010. De groep westerse allochtonen groeit minder snel: van 1,4 miljoen in 2002 naar 1,5 miljoen in 2010. Het percentage 65-plussers onder niet-westerse allochtonen neemt de komende jaren ook toe: in 2020 is bijna 6% 65 jaar of ouder. Westerse allochtonen lijken wat vergrijzing betreft meer op de autochtone bevolking.

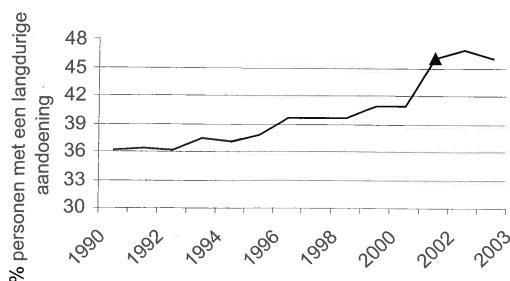
Een inventarisatie naar het gebruik van thuiszorg door oudere allochtonen (De Veer en Francke 2003) laat zien dat landelijke gegevens hierover ontbreken. Beschikbare onderzoeksresultaten wijzen erop dat allochtone ouderen nauwelijks gebruikmaken van gezinsverzorging of wijkverpleging. Als mogelijke verklaring hiervoor wordt genoemd dat men geen behoefte heeft aan zorg vanuit een thuiszorginstelling omdat veel zorg wordt opgevangen door mantelzorgers. Ook onbekendheid met de thuiszorg of het niet goed aansluiten op de zorgvraag (taalbarrière, gewoonten, bejegening) zijn mogelijke verklaringen voor het relatief weinig gebruikmaken van deze zorgvoorziening.

Ondanks het feit dat het niet mogelijk is om het effect van veranderingen in de etnische samenstelling van de bevolking op de gezondheidstoestand vast te tellen, kan gesteld worden dat deze in ieder geval een versterkende rol spelen bij het effect van vergrijzing op de prevalentie van gezondheidsproblemen en op gebruikscijfers (Joung e.a. 2001). Zo wordt bijvoorbeeld bij mannen verwacht dat de prevalentie van chronische aandoeningen toeneemt van 45,0 per 100 personen naar 48,2 als gevolg van de vergrijzing en naar 49,1 ten gevolge van zowel de vergrijzing als veranderingen in etnische samenstelling. Deze toename estrijkt de periode 1996-2015.

3.3 Langdurige aandoeningen

Langdurige aandoeningen sinds 1990

Figuur 3.7 laat het percentage langdurige aandoeningen bij de bevolking zien van 1990 tot en met 2003. Dit percentage is gebaseerd op schriftelijke rapportage



Figuur 3.7

Percentage personen met een langdurige aandoening 1990-2003*

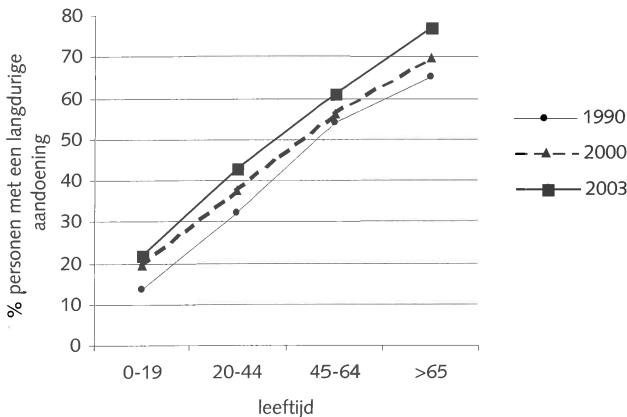
bron: CBS

*Vanaf 2001 (driehoekje) zijn de percentages van het CBS niet vergelijkbaar met die van de voorgaande jaren vanwege een andere vraagstelling die beter aansluit bij Europese peilingen.

van mensen zelf en omvat onder andere aandoeningen als kanker, CVA, hartinfarct, astma, migraine, diabetes, hernia, incontinentie en reuma (CBS, Permanent Onderzoek Leef Situatie; POLS). Het percentage mensen dat aangeeft een langdurige aandoening te hebben vertoonde in de periode 1990-2000 een lichte stijging: rapporteerde in 1990 36% van de Nederlandse bevolking een langdurige aandoening, in 2000 was dat 41% (CBS 2002; CBS jaarboek 2003b). Vanwege een gewijzigde vraagstelling zijn de percentages vanaf 2001 niet vergelijkbaar met die van de voorgaande jaren. Vanaf 2001 rapporteert ongeveer 46% van de bevolking een langdurige aandoening te hebben (CBS, Statline 2004).

Langdurige aandoeningen naar leeftijd

Figuur 3.8 laat zien dat met het ouder worden de kans op een langdurige aandoening groter wordt. In de leeftijdsgroep 20-44 jaar geeft ruim 40% aan een langdurige aandoening te hebben; in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder is dat bijna 80% (CBS, Statline 2004). Ook laat deze figuur zien dat de stijging van het percentage personen met een langdurige aandoening in vrijwel alle leeftijdsgroepen voorkomt. Hierbij moet worden opgemerkt dat de percentages van 2003 niet vergelijkbaar zijn met die van 1990 en 2000 vanwege een andere vraagstelling.



Figuur 3.8
 Percentage personen met een of meer langdurige aandoeningen naar leeftijd, 1990, 2000, 2003*

Bron: CBS

* Zie ook voetnoot bij figuur 3.7: de percentages van 2003 zijn niet vergelijkbaar met die van 1990 en 2000.

Langdurige aandoeningen zijn verantwoordelijk voor een belangrijk deel van het zorggebruik (Oers 2002). Volgens het RIVM wordt de meeste zorg verleend aan mensen met een langdurige aandoening, zoals een verstandelijke handicap, dementie, beroerte en psychische aandoeningen. Onderzoek onder het Patiëntenpanel Chronisch Zieken (PPCZ, Rijken & Spreeuwenberg 2004) laat zien dat het gebruik van thuiszorg door mensen met een langdurige aandoening drie keer zo groot is als onder de algemene bevolking vanaf 15 jaar, namelijk 12% versus 4%. Dit percentage is al enige jaren stabiel. De geboden thuiszorg bestaat voornamelijk uit huishoudelijke hulp (10%) en minder uit verpleging of verzorging (1 à 2%). Over het algemeen is het gebruik van thuiszorg niet gerelateerd aan het type langdurige aandoening. Een uitzondering hierop vormen personen met een langdurige aandoening aan het bewegingsapparaat. Deze groep maakt meer gebruik van thuiszorg: in 2002 gaf 27% aan contact te hebben gehad met de thuiszorg (Rijken & Spreeuwenberg 2004). De prevalentie van chronische aandoeningen aan het bewegingsapparaat (het voorkomen van een aandoening) in de huisartsenpraktijk is ongeveer 10% (Van der Linden e.a. 2004). Hoewel kanker een belangrijke doodsoorzaak is, is het aandeel van kanker in het zorggebruik niet zo hoog vanwege relatief korte ziekteduren (bijvoorbeeld longkanker) of door een lage incidentie (aantal nieuwe gevallen), zoals slokarmkanker. Toch is er volgens Janssen-Heijnen e.a. (2003) sprake van een jaarlijks toenemende zorgvraag: door een stijging in incidentie, verbeteringen in overleving, en groei en veroudering van de bevolking, groeit het aantal mensen dat ooit kanker heeft gehad en nu nog in leven is. Hoewel volgens de auteurs de grootste zorgvraag te verwachten is in de eerste jaren na de diagnose, blijft deze op langere termijn bestaan in de vorm van nacontroles en revalidatie. Janssen-Heijnen e.a. schatten dat de zorgvraag per jaar met 5% zou kunnen toenemen.

In het aantal personen met een verstandelijke handicap wordt in de periode 2000-2020 maar een kleine stijging verwacht, namelijk minder dan 5% (Oers 2002). Voor psychische aandoeningen als schizofrenie, depressie en angststoornissen is een toename van 5 tot 15% voorspeld, terwijl voor dementie en beroer-
 stijgingspercentages van 35 tot 45% genoemd worden. In deze cijfers is rekening gehouden met veranderingen in de bevolkingsgroei, en -opbouw naar leeftijd en geslacht. Veelvoorkomende langdurige aandoeningen zijn astma, reuma en diabetes mellitus. Het RIVM verwacht in 2020 een stijging 5 tot 15% voor het aantal mensen met astma, 25 tot 35% voor het aantal mensen met reuma en 35 tot 45% voor het aantal mensen met diabetes mellitus.

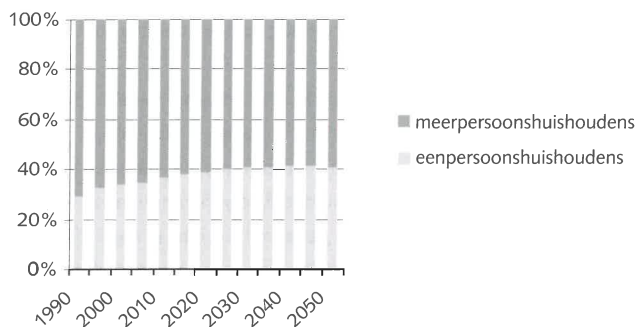
Kort samengevat kan worden geconcludeerd dat ontwikkelingen in het voorkomen van langdurige aandoeningen in belangrijke mate het zorggebruik beïnvloeden. Afhankelijk van het type aandoening, legt de verwachte stijging van het aantal mensen met een langdurige aandoening een steeds grotere druk op de verpleging en verzorging.

3.4 Maatschappelijke ontwikkelingen

Huishoudenssituatie

Om inzicht te krijgen in de behoefte aan zorg, moet ook gekeken worden naar ontwikkelingen in de huishoudenssituatie. Het is bekend dat de fysieke en mentale gezondheid van alleenwonende personen slechter is dan die van personen die met anderen samenleven (Van der Heijdt & Van de Hoorn 1995). Dit effect is groter voor mannen dan voor vrouwen: alleenstaande vrouwen letten beter op hun gezondheid en hebben over het algemeen een groter sociaal netwerk dan mannen. Voor beide seksen geldt evenwel dat samenwonenden gelukkiger en gezonder zijn dan alleenstaanden. Volgens het CBS is in de afgelopen vijf jaar het aantal eenpersoonshuishoudens toegenomen met gemiddeld 40.000 per jaar. Op dit moment kent Nederland 2,4 miljoen alleenstaanden (34,1%); dit aantal zal stijgen naar 3,3 miljoen in 2030.

Figuur 3.9 laat zien dat het aandeel eenpersoonshuishoudens sinds 1990 aan het toenemen is. Het totaal aantal huishoudens bedroeg in 2003 ruim 7 miljoen (CBS 2003c).



Figuur 3.9
Percentage eenpersoons- en meerpersoonshuishoudens, 1990-2050

Bron: CBS

Het totale aantal huishoudens groeit sneller dan de totale bevolking. In de periode 1995-2003 is het aantal huishoudens met 8,2% toegenomen; ter vergelijking: de groei van de bevolking bedroeg in diezelfde periode 5,1%. Deze groei wordt verklaard doordat steeds meer mensen alleen wonen ('huishoudensverlunning'): het aantal eenpersoonshuishoudens is in deze periode met 13,3% toegenomen. De toename van het aantal alleenstaanden heeft in alle leeftijds-categorieën plaatsgevonden (CBS 2003c). In aansluiting op de bovengenoemde lichtere gezondheidstoestand van alleenstaanden, blijken alleenstaande ouderen vaker gebruik te maken van gezondheidszorgvoorzieningen dan samen-lenden: respectievelijk 15% en 9% (Berg 1997). Met een toenemend aantal (oudere) alleenstaanden zal de vraag naar (ouderen)zorg en mantelzorg dus blij-ven toenemen.

Mantelzorg

Mantelzorg kan worden omschreven als 'de hulp bij het dagelijks functioneren, die vrijwillig en onbetaald wordt verleend aan personen uit het sociale netwerk die – door welke oorzaak dan ook – vrij ernstige fysieke, verstandelijke of psy-chische beperkingen hebben' (SCP 2003). Vrijwilligers vallen dus niet onder deze definitie. Vaak wordt nog onderscheid gemaakt naar incidentele hulp en meer structurele mantelzorg, respectievelijk korter en langer dan drie maanden. Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP 2003) blijkt dat 70% van de Nederlanders het geven van mantelzorg een volkomen vanzelfsprekende zaak vindt. Waarschijnlijk maakt het uit of iemand mantelzorg ontvangt, heeft of er (nog) niet mee te maken heeft; een studie onder mensen met een langdurige aandoening laat zien dat van degenen die mantelzorg ontvangen (zo'n 22%), slechts 35% dit als vanzelfsprekend ervaart. Met name relatief jonge patiënten, als de mantelzorger iemand anders is dan de partner, of bij relatief ernstige fysieke beperkingen, wordt mantelzorg als minder vanzelfsprekend ervaard. Verder voelen vooral vrouwen zich bezwaard bij het krijgen van mantelzorg. Ongeveer 90% van de mantelzorgontvangers krijgt huishoudelijke hulp, ongeveer 15% krijgt (ook) hulp van persoonlijke, verzorgende of verpleegkun-dige aard (Calsbeek e.a. aangeboden).

In 2001 zorgden ongeveer 3,7 miljoen mensen voor een hulpbehoevende ver-ant, vriend of buur. Dit komt overeen met bijna een kwart van de bevolking. Van de mantelzorgers verleent ongeveer 20% (750.000 mensen) langdurige

en intensieve hulp: gedurende een periode van langer dan drie maanden en meer dan acht uren per week. De meeste zorg wordt gegeven aan chronisch zieken (9%), tijdelijk zieken (15%) en terminaal zieken (6%) (de Boer & de Klerk 2001).

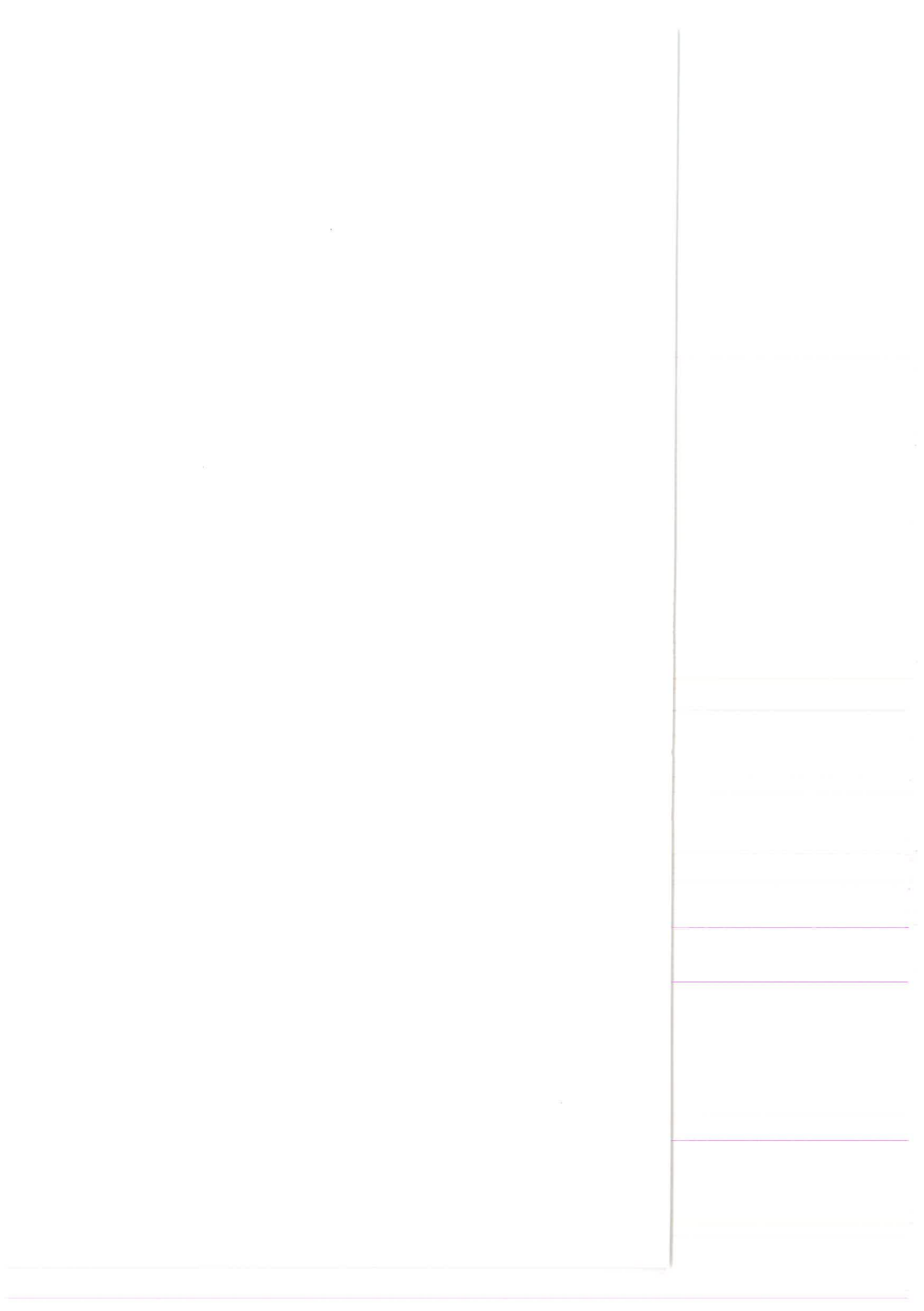
Alhoewel Kremer (2000) in haar studie tot andere cijfers komt, hetgeen waarschijnlijk te wijten is aan een andere definitie of vraagstelling, kan worden geconstateerd dat de verschillende Europese verzorgingsstaten redelijk vergelijkbaar zijn voor wat betreft het aantal mantelzorgers. Wel verschilt de mate van belasting nogal. Met name in Ierland en Spanje hebben veel mantelzorgers (bijna 50%) te maken met dagelijks zware zorgtaken (meer dan 4 uur per dag), tegen 14% van de mantelzorgers in Nederland. Maar ook in landen als het Verenigd Koninkrijk, Italië, Duitsland en België zijn deze percentages beduidend hoger.

In een eerdere uitgave van V&V (Van der Windt e.a. 2002) werd een aantal ontwikkelingen beschreven dat erop zou kunnen wijzen dat het aanbod van mantelzorg de komende jaren zal dalen. Hierbij kan gedacht worden aan een afnemend aantal kinderen per huishouden, een groeiend aantal kinderloze gezinnen, een toenemende fysieke afstand tussen kinderen en ouders en de verwachting dat de arbeidsparticipatie zal toenemen (meer werkende mensen). Geconcludeerd werd echter dat de beschikbare mantelzorg de komende 15 tot 20 jaar ongeveer gelijk zal blijven (VWS 2001). Gegeven de verwachte vergrijzing, een toename van het aantal mensen met langdurige aandoeningen, en een stijging van het aantal alleenstaanden, zal de behoefte aan zorg voorlopig blijven toenemen. Deze toename kan alleen worden opgevangen door professionele zorgverleners, vooral in de thuiszorg, en door vrijwilligers.

3.5 Samenvatting

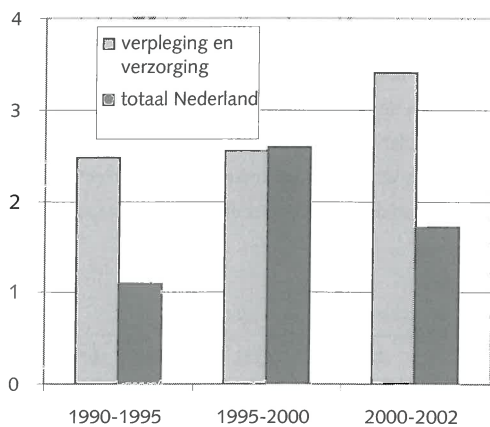
De vraag naar verpleging en verzorging blijft toenemen. In de eerste plaats omdat de bevolking blijft groeien, al is de groei sinds 2001 wat lager: in 2003 is de bevolking met 0,4% toegenomen, het jaar ervoor bedroeg de bevolkingsgroei 0,6%. Over de periode 1990-2003 is de bevolking met 9,4% toegenomen. Daarnaast is er sprake van een voortzettende vergrijzing. Een toenemend aandeel van de Nederlandse bevolking is 65 jaar of ouder: in 2003 was dat 13,7%, in 1990 was dat aandeel 12,9%. Verwacht wordt dat dit aandeel voorlopig blijft stijgen tot bijna 15% in 2010. Het aantal hoogbejaarden (80+) stijgt even snel als de groep van 65 tot 80 jaar: van 2,9% in 1990 tot 3,4% in 2003. Verder

neemt het percentage mensen met een langdurige aandoening toe. Dit verschijnsel hangt voor een deel samen met de vergrijzing, in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder heeft bijna 80% een langdurige aandoening. Afhankelijk van de aandoening en rekening houdend met demografische kenmerken worden tot 2020 stijgingen verwacht van 5% tot 45%. Ook een groeiend aandeel (niet-westerse) allochtone inwoners brengt naar verwachting een grotere vraag naar zorg met zich mee. Het percentage niet-westerse allochtonen bedroeg 7% in 1995 en 10% in 2003. Ook in de toekomst zal dit percentage blijven toenemen. Ten slotte is er sprake van een stijgend aandeel eenpersoonshuishoudens: in de periode 1990-2003 bedroeg deze stijging ruim 13%. Omdat de behoefte aan zorg van alleenwonenden groter is dan die van personen die met anderen samenleven, zal dit eveneens de vraag naar verpleging en verzorging doen toenemen. Wat het precieze effect is van deze ontwikkelingen op de concrete vraag naar verpleging en verzorging, in termen van aantal verpleegdagen of uren zorg, is niet direct vast te stellen. De verwachting is dat het aanbod van mantelzorg de komende jaren gelijk zal blijven, zodat de vraag naar professionele zorg voorlopig blijft toenemen. In hoofdstuk 11 zal nader worden ingegaan op de verhoudingen tussen vraag en aanbod en de ontwikkelingen hierin in de nabije toekomst.



Omvang van de beroepsgroepen

In dit hoofdstuk wordt het aantal werkzame personen in de beroepsgroepen van verpleegkundigen en verzorgenden in kaart gebracht. Dit wordt gedaan voor de periode 1990 tot en met 2002. Het aantal volledige arbeidsplaatsen wordt daarna in beeld gebracht. Vervolgens zal er aandacht besteed worden aan de omvang van de dienstverbanden, de zogenaamde deeltijdfactor. Daarna presenteren we gegevens over de omvang van de groep met een kwalificatie als verpleegkundige zoals opgenomen in het zogeheten BIG-register. Het hoofdstuk wordt afgesloten met paragrafen over de regionale spreiding van de beroepsgroep en het aantal vacatures.



figuur 4.1
 gemiddelde jaarlijkse groei van het aantal personen werkzaam in verpleging en verzorging en het landelijk totaal in %

4.1 De ontwikkeling van het aantal werkenden

Het precieze aantal werkenden van de beroepsgroepen is lastig te bepalen. De beschikbare statistische bronnen maken veelal geen onderscheid naar de opleiding die men heeft genoten. In deze paragraaf worden daarom aantallen gepresenteerd van hen die volgens de werkgever werkzaam zijn in de functie van verpleegkundige, opvoedkundige of verzorgende en die dus tot het verplegend, verzorgend en opvoedkundige personeel (voortaan kortweg verpleging en verzorging genoemd) gerekend worden. Velen, maar niet allen, hebben daartoe ook een opleiding gevolgd. Op de relatie functie en kwalificatie of opleiding komen we in paragraaf 4.3 terug.

Inmiddels werken in 2002 rond de 440.000 personen in een verpleegkundige, verzorgende of opvoedkundige functie in de zorgsector. Een aantal categorieën valt buiten de gangbare statistieken. Op grond van berekeningen op basis van recent onderzoek onder zorgverleners die als freelancer of als werknemer voor mensen met een persoonsgebonden budget actief zijn (Groot e.a. 2003) komen we voor 2003 tot een schatting van rond de 6.000 mensen die werkzaam zijn met een opleiding op niveau 1 tot en met 5. Hierbij is zo goed mogelijk gecorrigeerd voor dubbeltellingen, d.w.z. mensen die ook al een baan in een instelling hebben. Over de jaren voor 2003 zijn geen gegevens beschikbaar. Deze 444.000 personen bezetten bij elkaar ongeveer 233.000 fte's (volledige arbeidsplaatsen).

De werkgelegenheid en het aantal werkzamen bij verpleegkundigen, verzorgenden en opvoedkundigen groeit sneller dan het landelijk gemiddelde. In de periode 1990-1995 en in de periode 2000-2002 was de groei ruim boven het landelijk gemiddelde. In de periode 1995-2000 werd gelijke tred met de landelijke arbeidsmarkt gehouden (tabel 4.1). In die periode groeide het aantal fte's sneller dan het aantal personen, omdat verkorting van de collectieve arbeidsduur veelal met opplussen van de contracten met deeltijders gepaard ging. Met name

Tabel 4.1
De jaarlijkse gemiddelde groei in personen en fte's in %

Personen	2000	2001	2002	1990-1995	1995-2000	2000-2002
Verpleging en verzorging	2,9	3,1	3,8	2,5	2,6	3,4
Totaal Nederland	2,4	1,8	0,9	1,1	2,6	1,7
<i>fte's</i>						
Verpleging en verzorging	3,1	3,2	1,9	1,4	3,2	2,5
Totaal Nederland	1,6	1,3	0,2	0,7	2,6	1,1

n de twee laatst bekende jaren, 2001 en 2002, was de groei van verpleging en verzorging veel sterker.

De belangrijkste branche waar degenen met een verpleegkundige of verzorgende functie werkzaam zijn, is de thuiszorg. Daar waren in 2002 ruim 150.000 mensen werkzaam (tabel 4.2). De geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg kennen een relatief klein aandeel.

Tabel 4.2 geeft ook per branche een overzicht van de ontwikkeling van het aantal werkzame personen. Het aantal bezette (volledige) arbeidsplaatsen is te vinden in tabel 4.3.

In de periode 1990-1995 is de jaarlijkse gemiddelde groei van werkzame personen in elke branche toegenomen. Het aantal leerlingen is echter wel gedaald in deze periode.

In de periode 1995-2000 is het aantal personen met een verpleegkundige of verzorgende functie alleen bij een tweetal kleine categorieën gedaald¹. De sterkste groei in die periode is te vinden in de branches GGZ en gehandicaptenzorg (zie de noot bij tabel 4.2).

Voor de periode 2000-2002 zien we een sterke groei bij veel branches. De GGZ en de gehandicaptenzorg vormen een uitzondering. In de GGZ groeit ook het totale personeelsbestand nauwelijks, in de gehandicaptenzorg speelt dat het belang van verpleging en verzorging binnen het totaal afneemt.

Op de omvang van groei van de afgelopen jaren valt wel enige nuancering aan te brengen. Dit brengt ons op de volgende vraag. Hoe groot was de groei van het netto-arbeidsvolume in de afgelopen vijf jaar? Er deden zich immers veranderingen voor in de collectieve arbeidsduur, maar ook in de hoogte van het ziekteverzuim en het aantal meewerkende leerlingen. Deze gegevens beïnvloedeniteraard de feitelijke handen aan het bed.

Hoe groot de nettogroei van het arbeidsvolume, de feitelijke handen aan het bed, geweest is kan slechts bij benadering aangegeven worden. Bij het toepassen van een aantal correctiefactoren voor de gemiddelde jaarlijkse groei over de periode 1995-2000 bleek deze slechts 0,9% te bedragen (van der Windt 2002). Voor de periode 1996-2001 ging het om 1,6%. Voor de periode 1997-2002 komen we tot een raming van 1,8% (zie tabel 4.4).

Dit heeft meer een statistische achtergrond. Discontinuïteit in bronnen en verschuivingen tussen categorieën.

Tabel 4.2

Het aantal werkzame personen in de verpleging en verzorging 1990-2002

	1990	1995	2000	2001	2002	Gemiddelde jaarlijkse groei		
						90-95	95-00	00-02
Ziekenhuis	58.240	68.706	74.970	77.037	81.186	3,4	1,8	4,1
algemeen ziekenhuis	44.141	52.798	57.222	58.684	61.988	3,6	1,6	4,1
academisch	10.381	11.984	14.108	15.089	15.545	2,9	3,3	5,0
categoraal en revalidatie	3.718	3.924	3.640	3.264	3.653	1,1	-1,5	0,2
Geestelijke gezondheidszorg	17.047	21.361	25.561	24.964	25.005	4,6	3,7	-1,1
Gehandicaptenzorg*	15.815	22.746	43.472	42.936	41.893	7,5	13,8	-1,8
Ouderenzorg	80.823	96.409	109.826	118.297	120.642	3,6	2,6	4,8
verpleeghuizen	39.188	51.338	58.694	65.479	65.369	5,5	2,7	5,5
verzorgingshuizen	41.635	45.072	51.132	52.819	55.273	1,6	2,6	4,0
Thuiszorg	115.760	126.670	139.075	142.130	150.145	1,8	1,9	3,9
verpleegkundigen	7.679	9.400	10.565	10.875	12.035	4,1	2,4	6,7
verzorgenden/helpenden	-	70.524	72.850	77.855	85.655	-	0,7	8,4
alfahelpenden	-	46.747	55.660	53.400	52.455	-	3,6	-2,9
Overig extramuraal werkende verpleegkundigen	2.382	3.935	3.559	3.701	3.711	10,6	-2,0	2,1
Totaal	290.066	339.827	386.281	409.065	422.581	3,2	2,6	4,6
Inserviceerlingen	27.872	20.531	14.459	14.451	16.416	-5,9	-6,8	6,6
Leerlingwezen verzorgingshuizen	3.203	2.573	842	902	1.212	-4,3	-20,0	20,0
Totaal	321.141	362.931	401.582	424.418	440.209	2,5	2,0	4,7

Bron: bewerking gegevens van Prismant en CBS

* Bij de gehandicaptenzorg wordt onderscheid gemaakt naar verpleging, verzorging en sociaal-pedagogisch personeel. De laatste categorie, die de laatste jaren sterk gegroeid is, is hier buiten beschouwing gelaten. Binnen het patiëntgebonden personeel dat in de gehandicaptenzorg tussen 2001 en 2002 wel is toegenomen, neemt verpleging en verzorging dus af. De groei tussen 1995 en 2000 in deze branche heeft voor een belangrijk deel te maken met uitbreiding van instellingen die geëquipteerd worden (onder meer toevoeging semi-murale gehandicaptenzorg). Sinds 2000 worden het aantal verpleegkundigen en verzorgenden ook in de semi-murale en transmurale setting bijgehouden. In de semi-murale setting blijken zo'n 8.000 verzorgenden te werken. Zonder de semi-murale setting is in deze branche in 2000 het aantal verpleegkundigen en verzorgenden met ongeveer 7.000 toegenomen.

In deze tabel is gecorrigeerd voor veranderingen in de collectieve arbeidsduur, maar ook in de hoogte van het ziekteverzuim. Tevens is rekening gehouden met veranderingen in het aantal meewerkende inserviceerlingen.

Tabel 4.3

Het aantal volledige arbeidsplaatsen (fte's) van verpleging en verzorging naar branche 1990-2002¹

	1990	1995	2000	2001	2002	Gemiddelde jaarlijkse groei		
						90-95	95-00	00-02
Ziekenhuis	44.428	48.556	53.937	54.534	55.883	1,8	2,1	1,8
algemeen	32.942	36.568	40.392	40.898	41.895	2,1	2,0	1,8
academisch	8.659	9.261	10.785	11.199	11.231	1,4	3,1	2,0
categoraal en revalidatie	2.827	2.727	2.760	2.437	2.757	-0,7	0,2	-0,1
Geestelijke gezondheidszorg	13.549	16.073	18.522	19.065	19.162	3,5	2,9	1,7
Gehandicaptenzorg	12.095	15.708	26.867	26.847	25.405	5,4	11,3	-2,8
Ouderenzorg	56.440	61.260	70.436	73.717	74.491	1,7	2,8	2,8
verpleeghuizen	27.719	33.164	38.842	41.507	40.995	3,7	3,2	2,7
verzorgingshuizen	28.721	28.096	31.594	32.210	33.496	-0,4	2,4	3,0
thuiszorg	48.915	45.006	49.390	51.970	55.385	-1,7	1,9	5,9
Overig extramuraal werkende verpleegkundigen	2.036	3.178	2.853	2.976	2.985	9,3	-2,1	2,3
Totaal	177.463	189.780	222.004	229.109	233.310	1,4	3,2	2,5

¹ Exclusief inserviceleerlingen.

Tabel 4.4

De netto-ontwikkeling van het arbeidsvolume 1997-2002 in %

	Groei fte's	Mutaties in:				Gemiddelde jaarlijkse groei 1997-2002
		ADV	Ziekte- verzuim	Leerlingen	Nettogroei	
ziekenhuiszorg	9,2	-4,2	0,1	1,5	6,6	1,3
geestelijke gezondheidszorg	10,4	-4,5	0,5	-0,8	5,6	1,1
gehandicaptenzorg	1,8	-4,5	-0,3	-0,3	-3,3	-0,7
verpleeghuizen	12,7	-4,2	0,0	1,6	10,1	1,9
verzorgingshuizen	15,6	-5,5	0,0	0,0	10,1	1,9
thuiszorg	24,0	-5,2	0,8	-	19,6	3,6
Totaal	13,2	-4,7	0,2	0,7	9,3	1,8

In alle branches werd in de periode 1997-2002 een collectieve arbeidsduurverkortung doorgevoerd: van 38 naar 36 uur per week ofwel een afname van 5,2%. Per CAO vond een verschillende invulling van het aantal vakantiedagen plaats, waardoor de arbeidsduurverkortung per branche verschilt.

Hoewel het ziekteverzuim sinds 2000 (zie ook hoofdstuk 7) aan het dalen is, bleef het over de gehele periode 1997-2002 gezien vrijwel stabiel. Ten slotte groeide het aantal meewerkende leerlingen tussen 1997 en 2002 licht. Deze verandering is niet volledig meegenomen, maar er is verondersteld dat voor elke twee leerlingen één gediplomeerde nodig is. Per branche verschilt de ontwikkeling op deze variabelen licht.

Duidelijk mag zijn dat een en ander een benadering vormt. De statistische bronnen vormen soms beperkingen of dwingen tot aannames.

Van de totale groei van 13,2% in de periode 1997-2002 blijft na de hiervoor beschreven correctie 9,3% over. De gemiddelde jaarlijkse nettogroei komt dan op 1,8%, zoals tabel 4.4 laat zien. Vergeleken met de periode 1995-2000, met een nettogroei van 0,9%, was de groei van het aantal arbeidsplaatsen groter, nam het ziekteverzuim niet toe en groeide het aantal meewerkende leerlingen.

4.2 P/A-ratio

In de zorgsector wordt veel in deeltijd gewerkt. Het aantal mensen dat nodig is om 100 (volledige) arbeidsplaatsen te bezetten wordt de P/A-ratio genoemd. In 1990 waren er 163 verpleegkundigen en verzorgenden nodig om 100 (volledige) arbeidsplaatsen te bezetten, in 2002 is dit aantal toegenomen toe 181. Onder verpleegkundigen en verzorgenden wordt dus meer in deeltijd gewerkt. De toename vond vooral in de periode 1990-1995 plaats. Tussen 1995 en 2000 treedt een stabilisatie op.

Vooraf in de thuiszorg wordt veel in deeltijd gewerkt. De P/A-ratio is in de periode 2000-2002 in de ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen toegenomen. De thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg kennen ten opzichte van 2000 een afname.

In figuur 4.2 wordt de grootte van het dienstverband weergegeven in de loop der tijd. In de periode 1995-2003 zijn de qua omvang kleinste dienstverbanden toegenomen. Dit is mogelijk een gevolg van de krapte op de arbeidsmarkt van eind jaren negentig en begin 2000, waardoor werkgevers meer aan de wensen van werknemers ten aanzien van arbeidstijden tegemoetkwamen. Het aantal

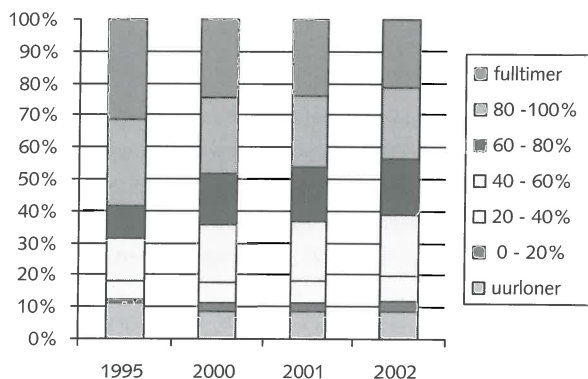
Tabel 4.5
P/A-ratio voor verpleging en verzorging voor verschillende branches in 1990-2002

	1990	1995	2000	2001	2002
Ziekenhuis	131	141	139	141	145
Geestelijke gezondheidszorg	126	133	138	131	130
Gehandicaptenzorg	131	145	162	160	165
Verpleeg- en verzorgingshuizen	143	157	156	160	162
Thuiszorg	237	281	282	274	271
Overig extramuraal	117	124	125	124	124
Totaal	163	179	179	179	181

Bron: Prismant en CBS

urloners is in dezelfde periode juist afgenomen. Het aandeel fulltimers blijft nog steeds afnemen.

In tabel 4.6 wordt de verdeling van de werkweek per branche weergegeven. De korte dienstverbanden zijn vooral gangbaar in de verpleeg- en verzorgingshuizen en in de gehandicaptenzorg. Maar liefst 41% van de dienstverbanden in de verpleeg- en verzorgingshuizen en 33% in de gehandicaptenzorg is kleiner dan 60%. In de andere branches zijn meer fulltimers en deeltijders met een omvangrijk contract aan het werk.



Figuur 4.2
De werkweek van verplegend en verzorgend personeel in 1995-2003 (in % van volledige werkweek)
Bron: LKG

Tabel 4.6

De werkweek van verplegend en verzorgend personeel als percentage van de volledige werkweek in 2003 in %

	Uurloner	0-20%	20-40%	40-60%	60-80%	80-100%	Fulltimer	Totaal
Ziekenhuizen	6	2	5	21	18	20	29	100
Academische ziekenhuizen	10	1	2	11	19	27	31	100
Geestelijke gezondheidszorg	4	3	4	12	19	30	26	100
Gehandicaptenzorg	10	5	9	19	19	24	14	100
Verpleeg- en verzorgingshuizen	10	5	13	23	17	18	14	100

Bron: LKG

4.3 Beroepsgroepen en kwalificaties

Een beeld van het maximale aantal verpleegkundigen in ons land kunnen we krijgen door na te gaan hoeveel er geregistreerd zijn. In het door de overheid ingestelde BIG-register zijn verpleegkundigen opgenomen die gerechtigd zijn de beroepstitel 'verpleegkundige' te voeren. Zij behoeven dus niet feitelijk als verpleegkundige werkzaam te zijn.

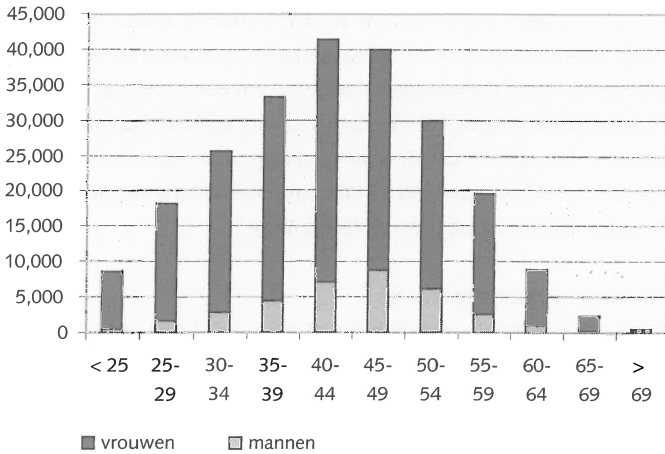
Daarna besteden we aandacht aan een raming van het aantal werkzamen naar kwalificaties die het opleidingssysteem kent.

BIG-register

Ter bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening is in 1993 de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) aangenomen. In het BIG-register zijn onder andere verpleegkundigen onderscheiden. Zij zijn gerechtigd om de beroepstitel 'verpleegkundige' te voeren.

Begin juni 2004 waren er in totaal 227.984 geregistreerden. Ten opzichte van 2003 is dat een toename van 2,8%. In een jaar tijd zijn er 287 verpleegkundigen uitgeschreven uit het BIG-register, waarvan 96% als gevolg van overlijden. Twee verpleegkundigen hebben zich uit laten schrijven op eigen verzoek, 7 staan geregistreerd met clausules en 2 zijn gedwongen uitgeschreven.

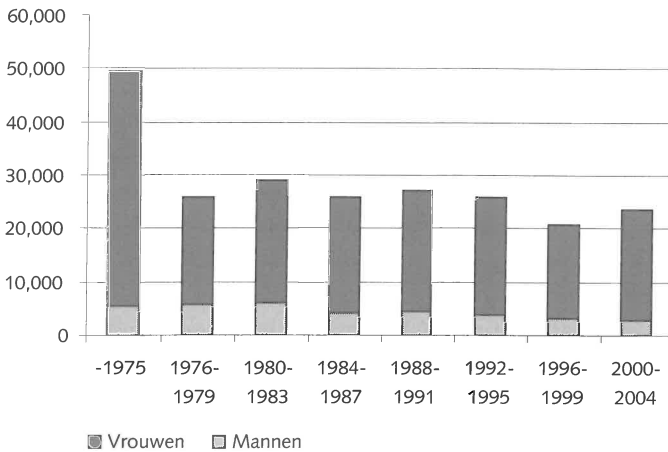
Van de geregistreerde verpleegkundigen is 84% vrouw en de gemiddelde leeftijd van mannen ligt hoger dan van vrouwen.



figuur 4.3
het aantal BIG-geregistreerde verpleegkundigen naar leeftijd en geslacht

van de verpleegkundigen heeft 50% hun diploma voor 1985 gehaald (zie figuur 4.4).

Verpleegkundigen in het BIG-register hoeven niet per se als verpleegkundige werkzaam te zijn. Uit onderzoek (Vugts e.a. 2004) blijkt dat 70% van de geregistreerden werkzaam is als verpleegkundige.



figuur 4.4
het aantal BIG-geregistreerden naar jaar van diplomering en geslacht

Om de wettelijk beschermde titel te mogen blijven voeren, moeten beroepsbeoefenaren over voldoende werkervaring of bijscholing (blijven) beschikken. Bij het BIG-register wordt hier nog geen expliciete vorm aangegeven. Er vindt nog geen kwaliteitsbewaking in de vorm van herregistratie plaats. Vugts e.a. vonden in hun onderzoek dat 97% van de verpleegkundigen hun registratie willen behouden. Van de verpleegkundigen die hun registratie willen behouden is 28% op dit moment niet werkzaam als verpleegkundige.

Initiële niveaus volgens RegioMarge

Uit de beschikbare statistische bronnen zoals gehanteerd om tabel 4.2 op te stellen is niet direct af te leiden welk kwalificatieniveau men heeft. Met behulp van RegioMarge² is in kaart gebracht welke kwalificaties degenen die werkzaam zijn in verpleging en verzorging hebben (Van der Windt 2004). Het gaat dan om de initiële kwalificaties in de terminologie van het nieuwe onderwijsstelsel. Op grond van landelijk beschikbare statistische bronnen zoals in de voorgaande paragraaf (tabel 4.2) gehanteerd, is het totaal aantal werkzamen in functies in verpleging en verzorging geraamd. De percentuele verdeling over de beroepsgroepen is verzameld uit de regionale toepassingen van RegioMarge, waaraan zo'n zeshonderd instellingen in 2002 en 2003 deelnamen. De hier gepresenteerde gegevens wijken wat af ten opzichte van de gegevens in dezelfde tabel in de publicatie van vorig jaar. Dit wordt vooral veroorzaakt door een betere raming van het aantal werkenden in de thuiszorg. Het belang van de tabel is dat het de best denkbare raming op dit moment is. Ontwikkelingen in de tijd kunnen er dus niet altijd goed in afgelezen worden.

Het belangrijkste verschil tussen de tabellen 4.2 en 4.7 betreft de gehandicaptenzorg. In RegioMarge worden ook de sociaal-agogisch opgeleiden meegenomen. In tabel 4.2 zijn alleen de verpleegkundigen en verzorgenden meegenomen. Dit levert een verschil van rond de 40.000 (sociaal-pedagogen) op. Tabel 4.7 laat per branche een onderverdeling naar kwalificatieniveau en opleiding zien.

In de zorgsector zijn ruim 512.000 mensen werkzaam in een functie in het verpleegkundig, verzorgend en opvoedkundig domein, waarvan 372.000 personen

² RegioMarge is een regionaal toegepast instrument ten behoeve van arbeidsmarktverkenning en personeelsplanning dat in vrijwel alle regio's in ons land gehanteerd wordt. Door de toepassing in de regio's levert het onder meer ook informatie over de te onderscheiden beroepsgroepen in termen van opleidingskwalificaties op.

Tabel 4.7

De genoten initiële opleiding(en) van werkenden in verpleging en verzorging naar branche in 2003 (aantallen × 1.000)

	Vpl5	Vpl4	Vz3ig	Vz3	Hlp2	Zhlp1	Overig	Totaal
Ziekenhuizen	19,9	50,8	2,6	1,4	1,3	0,2	2,9	79,2
Geestelijke gezondheidszorg	5,1	10,3	2,2	1,3	0,6	0,0	6,7	26,1
Gehandicaptenzorg	2,6	14,4	7,0	7,2	4,3	1,9	55,3	92,8
Verpleeghuizen	1,8	4,7	27,2	16,3	8,2	2,3	6,6	67,1
Verzorgingshuizen	1,4	3,9	19,7	14,5	7,1	2,3	5,4	54,4
Thuiszorg	7,4	8,1	8,9	34,1	17,6	42,5	63,7	182,6
Overig zorgsector	4,2	1,8	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	10,5
Totaal	42,4	94,0	72,1	74,8	39,1	49,2	140,6	512,7

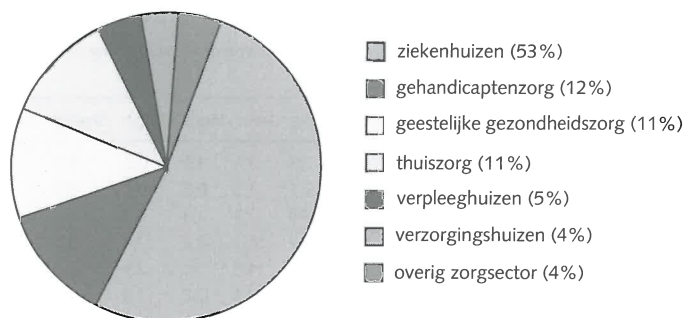
Bron: bewerking gegevens RegioMarge 2003 en gegevens tabel 4.2

De kwalificatie verpleging of verzorging op niveau 1 tot en met 5 bezitten. Dit zijn de zogenoemde gekwalificeerden.

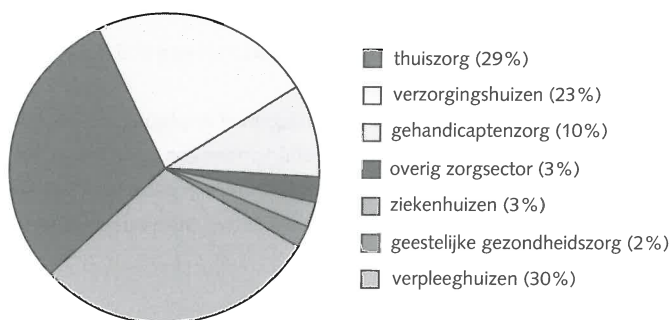
De anders opgeleiden werkzaam in het functiegebied verpleging, opvoedkunde en verzorging in de zorg, ruim 140.000 in getal, vormen een grote groep. Het merendeel hiervan, bijna 64.000, treffen we in de thuiszorg aan. Voor het overgrote deel betreft het alfa-hulpverleners; maar ook een omvangrijke categorie als thuiszorg-A valt hier deels onder.

De gemeten veranderingen die zich tussen de verschillende jaren voordoen kunnen aan werkelijke veranderingen toegeschreven worden, maar kunnen ook aan verschil in deelname van instellingen aan het project te wijten zijn. Voorzichtigheid bij vergelijkingen in de tijd is derhalve geboden. In de loop der jaren tentoon komt zich wel een tendens af: verzorgenden niveau 3 en verpleegkundigen niveau 5 nemen wat sneller toe dan verpleegkundigen op niveau 4. In de GGZ, maar vooral in de gehandicaptenzorg neemt het aandeel anders opgeleiden sneller toe dan in de andere branches.

Verreemd wordt dat er ruim 136.000 verpleegkundigen (niveau 4 en 5 uit tabel 4.7) werkzaam zijn. Vergelijken we dit met de bijna 222.000 in 2003 geregistreerden volgens de BIG dan is naar schatting 61% ook feitelijk werkzaam. Houde we ook rekening met degenen die niet in loondienst werkzaam zijn, met andere krachten, enzovoort, dan komen we op een schatting van 65% die het beroep nog uitoefent. Dit ligt iets lager dan het eerdergenoemde percentage van 70 uit het onderzoek van Vugts (2004).



Figuur 4.5
Het aandeel van branches waar verpleegkundigen werkzaam zijn (2003) in %



Figuur 4.6
Het aandeel van branches waar verzorgenden (niveau 3) werkzaam zijn (2003) in %

Figuur 4.5 en figuur 4.6 maken duidelijk dat verpleegkundigen (niveau 4 en 5) vooral werk in de ziekenhuizen vinden, terwijl verzorgenden (niveau 3) vooral in thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen te vinden zijn.

4.4 Regionale spreiding

Tabel 4.8 laat zien dat de werkgelegenheid van verpleegkundigen en verzorgenden niet volledig regelmatig verspreid is over ons land. Zo is het aandeel in de RBA-regio IJssel-Veluwe met 8,4% aanmerkelijk hoger dan in Rijnstreek en Flevo met 5,4 en 3,4%. In het eerste geval is één op de twaalf werkenden actief in verpleging en verzorging, in het laatste geval één op de negenentwintig.

Tabel 4.8

Raming van het aantal verpleegkundigen en verzorgenden naar regio en het aandeel in werkzame beroepsbevolking in 2002

	× 1.000	aandeel in totaal in %
Groningen	19,5	8,3
Friesland	18,1	6,9
Drenthe	16,6	8,2
IJssel-Vecht/Twente	33,1	7,5
IJssel/Veluwe	31,2	8,4
Arnhem-Oost-Gelderland/Nijmegen/Rivierenland	34,4	6,9
Flevoland	5,2	3,4
Midden-Nederland	47,8	7,6
Noord-Holland Noord	15,9	5,5
Zuidelijk Noord-Holland	47,5	6,0
Rijnstreek	18,9	5,4
Flaaglanden	32,2	7,1
Rijnmond	48,9	6,8
Zeeland	13,2	8,3
Widde- en West-Brabant	30,8	6,2
Noordoost-Brabant	18,1	6,7
Zuidoost-Brabant	19,5	6,0
Limburg	35,2	7,2
Nederland	486,1	6,8

Bron: Prismant, CBS, Regio Marge 2003

1.5 Vacatures

In 2002 groeide het aanbod van verpleegkundigen en daalde de vraag. Zo was het aantal mensen dat een diploma behaalde groter dan in 2001 (zie hoofdstuk 5), terwijl het vertrek uit het beroep afnam (zie hoofdstuk 9). Het aantal moeilijk vervulbare vacatures nam verder af en bedraagt minder dan 1%. De moeilijk vervulbare vacatures die er nog zijn, zijn vooral in het midden van het land te vinden (Van der Windt 2004).

1.6 Samenvatting

De laatste jaren is het aantal mensen dat zich met verpleging en verzorging bezig houdt snel toegenomen. Dit staat in duidelijke tegenstelling tot de totale

werkzame beroepsbevolking waarvan de groei de afgelopen jaren snel verminderte.

Inmiddels werken er in 2002 rond 440.000 mensen in verpleging en verzorging. Zij nemen 233.000 volledige arbeidsplaatsen voor hun rekening.

De toename van deeltijdwerk bij verpleegkundigen en verzorgenden vond vooral in het begin van de jaren negentig plaats. Met name in de thuiszorg zijn er veel parttimers werkzaam. Het aandeel van werknemers in verpleging en verzorging met een dienstverband van minder dan 80% van een volledige werkweek bedraagt inmiddels bijna 60%. Nog maar 40% werkt viervijfde of meer van een volledige werkweek.

In de afgelopen vijf jaar (1997-2002) nam de groei van werkgelegenheid in volledige arbeidsplaatsen voor verpleging en verzorging met gemiddeld jaarlijks 2,5% toe. Door de collectieve arbeidsduurverkorting van eind jaren negentig merkte de patiënt, in de vorm van handen aan het bed, daar wat minder van: netto bedroeg de groei in deze periode 1,8%. Het inmiddels gedaalde ziekteverzuim en het toenemend aantal meewerkende leerlingen hadden een positieve bijdrage op dit cijfer.

In 2002 was het percentage moeilijk vervulbare vacatures teruggelopen tot minder dan 1%. Een lager verloop en een groter aantal afstuderende leerlingen droegen hier vooral toe bij.

Samenstelling van de beroepsgroepen

Aan de hand van enkele kenmerken wordt een beeld geschetst van de samenstelling van de beroepsgroepen. Het aandeel vrouwen per branche, de gemiddelde leeftijd en hoe lang verpleegkundigen en verzorgenden bij een werkgever blijven verken, dat zijn de onderwerpen die in dit hoofdstuk worden behandeld. Tot slot wordt in de laatste paragraaf ingegaan op verschillen tussen regio's.

5.1 Geslacht

Het zijn voornamelijk vrouwen die als verpleegkundige en verzorgende werken in de verschillende zorgbranches. 88% van de werkzame verpleegkundigen en verzorgenden is vrouw. In de geestelijke gezondheidszorg ligt dit aandeel een stuk lager, namelijk onder de 70%, terwijl in de thuiszorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen dit aandeel op respectievelijk 97 en 95% ligt. In de ziekenhuizen zien we een lichte toename van het aandeel vrouwen. In de GGZ nam in 2003 het aandeel vrouwen voor het eerst af.

tabel 5.1
Het percentage vrouwen per branche in de periode 1995-2003

	1995	1998	2001	2002	2003
Ziekenhuizen	86,2	86,7	87,2	87,3	87,6
Academische ziekenhuizen	80,3	81,3	82,7	82,9	83,4
Geestelijke gezondheidszorg	64,6	65,9	69,7	69,9	69,9
Ehancaptenzorg ⁴	81,2	-	83,9	84,0	84,0
Verpleeg- en verzorgingshuizen	94,3	-	95,4	95,3	95,0
Thuiszorg	98,5 ²	97,5 ³	-	-	97,1 ³
Totaal ¹	88,2	-	88,3	88,3	88,2

Totaal exclusief thuiszorg

BVG materiaal bewerkt door het IVA

OSA-Aanbodmonitor Zorg en Welzijn

Vanaf 2001 inclusief sociaal agogen

bron: LKG

Tabel 5.2

De gemiddelde leeftijd van verpleegkundigen en verzorgenden per branche (in jaren)

	1995	1998	2001	2002	2003
Ziekenhuizen	34,4	35,9	37,1	37,5	37,7
Academische ziekenhuizen	35,6	37,0	37,7	37,9	37,9
Geestelijke gezondheidszorg	36,3	37,8	38,9	39,2	39,4
Gehandicaptenzorg	32,7	34,1	35,8	36,1	36,1
Verpleeg- en verzorgingshuizen	33,8	-	37,8	38,4	38,8
Thuiszorg	39,2	-	-	-	41,6**
Totaal*	34,1	-	37,4	37,9	38,1

* Totaal geraamd exclusief thuiszorg

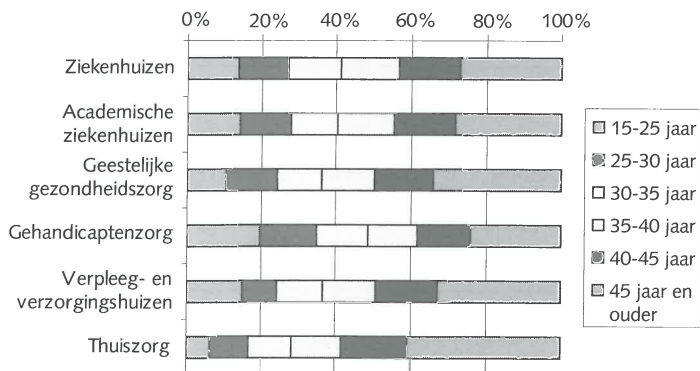
** OSA-Aanbodmonitor Zorg en Welzijn 2003

Bron: LKG en Cadans

5.2 Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden is ook in 2003 wederom toegenomen. Was in 1995 de gemiddelde leeftijd nog 34,1 jaar, in 2003 is de gemiddelde leeftijd gestegen tot 38,1 jaar. In de geestelijke gezondheidszorg en in de thuiszorg is de gemiddelde leeftijd wat hoger en in de gehandicaptenzorg juist wat lager.

In figuur 5.1 staat de leeftijdsverdeling naar leeftijdscohort vermeld voor de verschillende zorgbranches. In de gehandicaptenzorg werken relatief veel jongeren onder de 25 jaar. In de thuiszorg en in de geestelijke gezondheidszorg is juist



Figuur 5.1

De leeftijdsverdeling per branche in 2003

het leeftijdscohort van 45 jaar en ouder ruim vertegenwoordigd. In de thuiszorg valt 50% van de verpleegkundigen en verzorgenden in het leeftijdscohort van 45 jaar en ouder.

Uitgaande van de huidige leeftijdsverdeling per branche kan worden doorgerekend hoe de toekomstige populatie van werknemers er uit komt te zien. Hierbij wordt verondersteld dat het in- en uitstroompatroon per leeftijdscohort de komende jaren hetzelfde blijft als in 2003. De resultaten van de berekeningen staan in tabel 5.3.

Uit deze tabel blijkt dat de gemiddelde leeftijd van het verpleegkundig en verzorgend personeel de komende jaren nog zal toenemen. De gemiddelde leeftijd neemt in de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen meer toe dan in de algemene en categorale ziekenhuizen. In alle branches is de toename van de gemiddelde leeftijd tot 2008 groter dan in de periode 2008-2013.

De stijging van de gemiddelde leeftijd neemt ook het aandeel 50-plussers

Tabel 5.3
Verwachte toekomstige ontwikkelingen in de leeftijdsopbouw en brutoverloop voor verschillende branches

		2003	2008	2013
Gemiddelde leeftijd* (in jaren)	Algemene en categorale ziekenhuizen	37,5	38,4	38,7
	Academische ziekenhuizen	37,6	38,8	39,2
	Verpleeg- en verzorgingshuizen	39,2	40,6	41,1
	Geestelijke gezondheidszorg	40,4	41,8	42,1
	Gehandicaptenzorg	36,7	37,7	38,2
	Thuiszorg	42,4	43,3	43,8
Aandeel 50+ (% voor personen)*	Algemene en categorale ziekenhuizen	14,4	19,5	22,6
	Academische ziekenhuizen	14,7	21,2	24,2
	Verpleeg- en verzorgingshuizen	18,9	25,3	28
	Geestelijke gezondheidszorg	21,1	28,5	30,8
	Gehandicaptenzorg	12,3	18,5	21,2
	Thuiszorg	37,6	41	48,5
Brutoverloop**	Algemene en categorale ziekenhuizen	10,5	11,4	11,9
	Academische ziekenhuizen	7,2	7,4	7,9
	Verpleeg- en verzorgingshuizen	14,9	15,6	15,9
	Geestelijke gezondheidszorg	15,0	15,1	15,7
	Gehandicaptenzorg	15,1	15,6	15,8
	Thuiszorg	12,6	11,7	12,4

Inclusief uurloners

Inclusief leerlingen

Bron: Bewerking gegevens LKG

toe. In de thuiszorg is naar verwachting bijna de helft van het personeel in 2013 ouder dan 50 jaar. Ook in de geestelijke gezondheidszorg en in de academische ziekenhuizen neemt dit aandeel sneller dan gemiddeld toe.

Op grond van een vast in- en uitstroompatroon per leeftijdscohort kan worden doorgerekend welk niveau van brutoverloop er de komende jaren optreedt.

Het effect van de vergrijzing van het personeelsbestand wordt zichtbaar in de toename van het brutoverloop. Dit neemt in elke branche toe. Vooral in de periode 2008-2013 neemt het verloop toe.

5.3 Duur dienstverband

Gemiddeld werkt een verpleegkundige en verzorgende 7,7 jaar bij eenzelfde werkgever. In de branche algemene en categorale ziekenhuizen werkt men gemiddeld het langst bij dezelfde werkgever met een gemiddelde duur van het dienstverband van 9,3 jaar. De gemiddelde duur van het dienstverband is in de branches gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en academische ziekenhuizen niet toegenomen.

Tabel 5.4

Gemiddelde duur van het dienstverband per branche in 1995-2003 (in jaren)

	1995	1998	2001	2002	2003
Algemene en categorale ziekenhuizen	7,9	8,5	9,0	9,1	9,3
Academische ziekenhuizen	8,3	8,6	8,6	8,7	8,6
Geestelijke gezondheidszorg	6,8	7,7	7,9	7,9	7,9
Gehandicaptenzorg	6,3	6,8	6,4	6,2	6,2
Verpleeg- en verzorgingshuizen*	5,8	6,6	6,8	6,9	7,0
Thuiszorg					8,8
Totaal**	6,9	7,5	7,5	7,6	7,7

* 1995 en 1998 alleen verpleeghuizen

** Totaal exclusief thuiszorg

Bron: LKG en OSA-Aanbodmonitor Zorg en Welzijn 2003

5.4 Samenstelling per regio

Regionaal kunnen er belangrijke afwijkingen optreden van het landelijk beeld dat in de vorige paragrafen geschetst is. In tabel 5.5 zijn de belangrijkste persoonskenmerken uitgesplitst naar regio ongeacht de branchesamenstelling.

Tabel 5.5
 Verschillende personeelskenmerken van verpleegkundigen en verzorgenden per regio in 2003*

	% Vrouw	Gemiddelde leeftijd (in jaren)	Aandeel 50+ (in %)	Gemiddelde duur dienstverband (in jaren)
Arnhem/Nijmegen	87	38,8	16	7,7
Brabant	90	38,2	15	8,3
Drenthe	85	39,2	17	9,3
Friesland	91	37,0	11	7,8
Gelderland	90	37,9	13	9,1
Limburg	85	39,6	18	7,9
Overijssel	90	37,7	15	7,1
Utrecht	88	39,0	15	7,5
Zeeland	88	38,9	16	7,8
Amsterdam	92	38,7	15	5,1
Den Haag	85	37,8	15	6,5
Rotterdam	91	40,6	21	7,4
Utrecht	88	39,7	17	7,9
Amsterdam	83	39,6	18	7,1
Amsterdam	87	39,8	19	6,9
Amsterdam	90	39,4	18	7,7
Amsterdam	84	39,2	18	7,1
Amsterdam	90	37,4	14	5,9
Amsterdam	89	38,4	15	7,3
Amsterdam	90	38,6	16	9,1
Amsterdam	90	38,1	14	7,6
Amsterdam	86	38,0	14	7,5
Amsterdam	88	38,6	16	7,6
Amsterdam	89	37,9	14	8,6
Amsterdam	90	39,1	16	10,2
Amsterdam	86	38,8	15	10,0

bron: LKG

Exclusief thuiszorg.

Het aandeel vrouwen onder de werknemers varieert tussen de 83 en 92%. In de regio's Gooi en Kennemerland ligt de gemiddelde leeftijd en het aandeel 50-plussers hoger dan het landelijk gemiddelde. In de niet-randstedelijke gebieden is de gemiddelde duur van het dienstverband gemiddeld langer. In Zuid-Limburg werken verpleegkundigen en verzorgenden zelfs gemiddeld 10 jaar bij dezelfde werkgever.

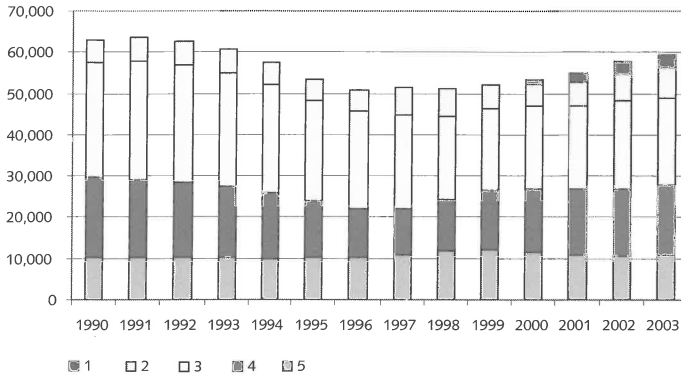
5.5 Samenvatting

Van oudsher is de zorg een sector waar veel vrouwen werken. Van de verpleegkundigen en verzorgenden is 88% vrouw. In de geestelijke gezondheidszorg werken wat minder vrouwen maar met 70% is het aandeel vrouwen toch nog altijd hoog te noemen. In de ouderenzorg zijn voornamelijk vrouwen aan het werk. Meer dan 95% is van het vrouwelijk geslacht.

De gemiddelde leeftijd van de verpleegkundigen en verzorgenden is ten opzichte van 1995 met ruim vier jaar toegenomen tot 38,1 jaar in 2003. Naar verwachting zal ook de komende jaren de gemiddelde leeftijd in de verschillende branches toenemen. Vooral in de thuiszorg neemt het aandeel 50-plussers sterk toe. In 2013 zal met het huidige in- en uitstroomp patroon bijna de helft ouder zijn dan 50 jaar.

De gemiddelde verblijfsduur bij dezelfde werkgever is net als in voorgaande jaren toegenomen en ligt in 2003 op 7,7 jaar. Deze toename is in de meeste branches zichtbaar.

De gemiddelde leeftijd, het aandeel vrouw en de gemiddelde duur van het dienstverband kunnen per regio verschillen. Globaal is de gemiddelde verblijfsduur bij dezelfde werkgever in de niet-randstedelijke gebieden langer. In de regio's Gooi en Kennemerland ligt de gemiddelde leeftijd en het aandeel 50-plussers ruim hoger dan het landelijk gemiddelde.



Figuur 6.1

Het totaal aantal leerlingen in verpleegkundig en verzorgend onderwijs naar niveau 1990-2003

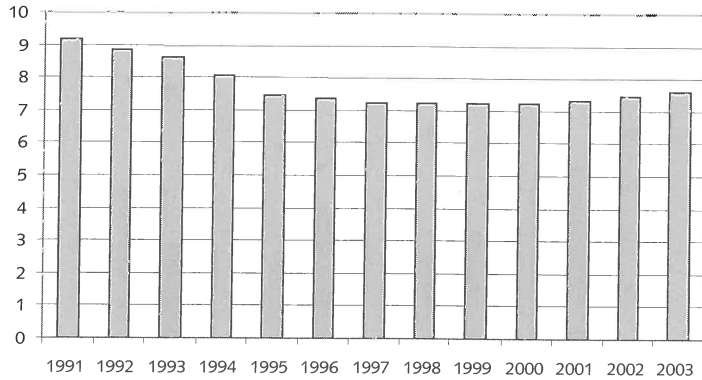
Bron: Cfi, HBO-raad

Tabel 6.1

Het totaal aantal leerlingen in verpleegkundige en verzorgende opleidingen 1995-2003

	1995	2000	2001	2002	2003
Niveau 5	10.297	11.634	10.872	10.629	10.830
Bbl		2.226	2.433	2.543	2.620
Bol	8.392	6.985	6.037	5.709	6.060
Deeltijd	1.905	1.564	1.456	1.437	1.241
MGZ	1.000	859	946	940	909
Niveau 4	13.770	15.352	15.853	16.209	16.922
Bbl	13.770	9.247	9.736	9.938	9.662
Bol	0	6.105	6.117	6.271	7.260
Niveau 3	24.075	20.031	20.310	21.468	21.196
Bbl	9.217	11.224	12.800	14.327	14.395
Bol	14.858	8.807	7.510	7.141	6.801
Niveau 2	5.342	5.087	5.835	6.386	7.310
Bbl	832	1.995	3.118	3.480	3.400
Bol	4.510	3.092	2.717	2.906	3.910
Niveau 1		1.370	2.063	3.007	3.227
Bbl		348	644	917	1.146
Bol		1.022	1.419	1.464	1.716
Bol (deeltijd)		452	459	626	365
Totaal	53.484	53.474	54.933	57.699	59.485
Bbl	23.819	25.040	28.731	31.205	31.223
Bol	27.760	25.621	23.415	23.575	25.848
Overig	1.905	2.813	2.787	2.919	2.414

Bron: Cfi, HBO-raad



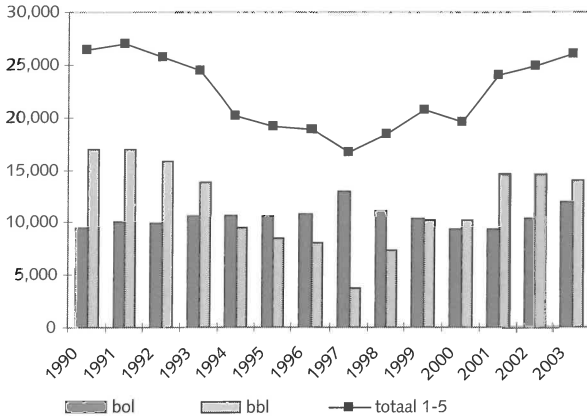
figuur 6.2
 Het aandeel voltijdsleerlingen in verpleegkundige en verzorgende opleidingen t.o.v. alle leerlingen mbo en hbo 1991-2003

bron: Bewerking gegevens Cfi en HBO-Raad

raag is niet zo gemakkelijk te beantwoorden, zeker niet bij de verpleegkundige en verzorgende opleidingen, waar werkgevers ook invloed uitoefenen op het aantal leerlingen dat een opleiding volgt. Een maatstaf om deze vraag deels te beantwoorden, is hoe het aantal leerlingen dat dit onderwijs volgt zich verhoudt tot het totaal aantal leerlingen in ons land. We hebben degenen die voltijds in verpleegkundige of verzorgende opleiding volgen, afgezet tegen alle mbo- en hbo-leerlingen in ons land. Begin jaren negentig bedroeg het aandeel ruim 9%. Midden jaren negentig daalde dit tot 7,2%. In 2003 is het aandeel toegenomen tot 7,6% (figuur 6.2).

1.2 De instroom van leerlingen

Het aantal leerlingen dat aan een verpleegkundige of verzorgende opleiding begint, is aan een zekere golfbeweging onderhevig (zie figuur 6.3). Begin jaren negentig van de vorige eeuw lag het aantal boven de 25.000 en daalde tot onder de 16.000 in 1997. Sindsdien neemt het aantal nieuwe leerlingen weer toe. In 2003 begonnen bijna 27.000 mensen aan een opleiding. Dat zullen niet allemaal nieuwe mensen zijn; de opzet van de opleidingen is zo dat het beter dan het verleden mogelijk is om na het afronden van het ene niveau door te stromen naar een volgend niveau. 42% van de verzorgenden op niveau 1 verhoogt direct of na verloop van tijd zijn kwalificatieniveau en op niveau 2 is dat aandeel 50%. Van de verpleegkundigen die op kwalificatieniveau 5 eindigen blijkt 30% op een lager kwalificatieniveau afkomstig te zijn (Van der Windt 2003).



Figuur 6.3

De instroom in de verpleegkundige en verzorgende (voltijds)opleidingen in 1990-2003 naar leerweg

Tabel 6.2

De instroom in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen 1995-2003

	1995	2000	2001	2002	2003
Niveau 5	3.221	3.161	2.982	3.259	3.576
Bbl	0	617	601	693	707
Bol	2.523	1.825	1.605	1.747	2.219
Deeltijd	428	378	417	462	338
MGZ	270	341	359	357	312
Niveau 4	3.373	4.869	5.989	5.720	6.416
Bbl	3.373	2.883	3.747	3.481	3.488
Bol		1.986	2.242	2.239	2.928
Niveau 3	9.896	8.106	10.115	9.894	9.068
Bbl	4.429	4.935	7.300	6.927	6.535
Bol	5.467	3.171	2.815	2.967	2.533
Niveau 2	3.305	3.179	3.995	4.418	4.676
Bbl	667	1.390	2.263	2.512	2.082
Bol	2.638	1.789	1.732	1.906	2.594
Niveau 1		1.370	2.063	3.018	3.217
Bbl		348	644	947	1.146
Bol		570	960	1.477	1.706
Bol deeltijd		452	459	594	365
Totaal 1-5	19.795	20.685	25.144	26.309	26.953
Bbl	8.469	10.173	14.555	14.560	13.958
Bol	10.628	9.341	9.354	10.336	11.980
Overig	698	1.171	1.235	1.413	1.015

De grootste schommelingen in instroom in de opleidingen doen zich voor in de bbl-route. Voor 2002 en 2003 is opvallend dat zowel de bbl als de bol toeneemt, maar in voorgaande jaren doorgaans de een toeneemt en de ander afneemt.

studierendement

Het aantal leerlingen die aan een opleiding beginnen, voltooien deze met succes. Het aantal leerlingen dat de eindstreep met diploma behaalt ten opzichte van de oorspronkelijke groep die aan de opleiding begonnen is, noemt men het studierendement. Voor niveau 5 wordt dat nauwkeurig bijgehouden. Van degenen die in 1996 begonnen, was 60% er na vijf jaar in geslaagd het diploma te verwerken, bij degenen die in 1997 en 1998 begonnen, was dat respectievelijk 63 en 70%. Vrouwen zijn doorgaans succesvoller dan mannen: het studierendement bedraagt respectievelijk 63 en 46%. De duale opleiding kent nog maar sinds kort afgestudeerden: het studierendement van de lichte 1998 bedraagt 57%.

De bol-opleidingen kennen weinig schommelingen en stijgen licht. De bbl-opleidingen kennen grote fluctuaties. Dat komt doordat het meten van de instroom laag is door veel tussentijdse instroom. Vandaar dat voor deze opleidingen vaak een gemiddelde van 3 jaar gepresenteerd is. Dat gemiddelde ligt iets hoger dan de overeenkomstige bol-opleidingen.

diplomabehalers

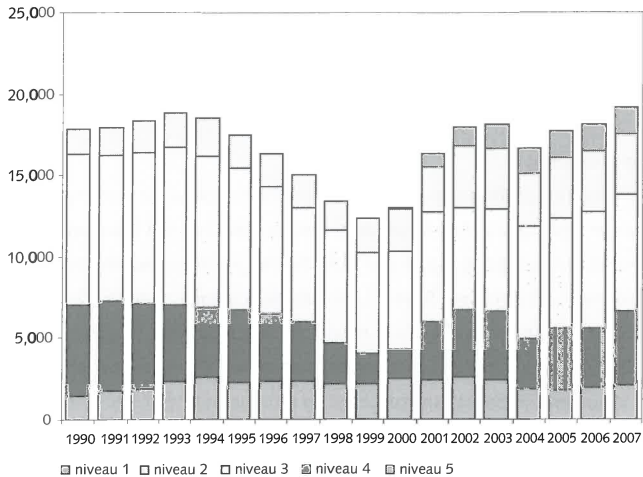
Het aantal leerlingen dat met succes de opleiding afrondt is sinds 1999 sterk gegrepen (zie figuur 6.4). In 2004 zal de lichte daling van de instroom in 2000 merkbaar zijn. Daarna neemt het op grond van het huidige studierendement verwacht aantal diplomabehalers weer toe.

tabel 6.3

het studierendement naar opleiding en leerweg in %

	Leerweg	Meting 2001	Meting 2002	Meting 2003	Gemiddeld
opleegkundige	bbl	65	88	66	73
	bol	61	62	64	
verzorgende	bbl	70	83	54	69
	bol	63	65	65	
opende zorg	bbl	78	-	-	-
	bol	65	66	68	
hulp		59	58	48	

bron: Van der Windt en Arnold 2004



Figuur 6.4

Het (verwachte) aantal nieuwe gediplomeerden 1990-2007 naar niveau

Regionale verschillen

De populariteit van het verpleegkundig en verzorgend onderwijs verschilt per regio. Zo loopt het aandeel leerlingen dat een verpleegkundige of verzorgende opleiding volgt, gerelateerd aan alle mbo-leerlingen uiteen van 7% in Amsterdam

Tabel 6.4

Het aandeel leerlingen op niveau 1-4 bij verpleging en verzorging ten opzichte van het totaal aantal mbo-leerlingen in % (2002)

Groningen	12,9	Kennemerland/Amstelland en Meerlanden	13,7
Friesland	10,6	Rijnstreek	10,2
Drenthe	13,1	Haaglanden	15,0
IJssel-Vecht	8,9	Drechtsteden	10,3
Twente	11,1	Rijnmond	9,3
Midden-IJssel	9,8	Zeeland	11,2
Veluwe	13,5	West-Brabant	13,0
Arnhem/Oost-Gelderland	9,5	Midden-Brabant	10,6
Nijmegen/Rivierenland	14,3	Noordoost-Brabant	7,9
Flevoland	8,5	Zuidoost-Brabant	12,2
Utrecht	10,0	Noord- en Midden-Limburg	16,6
Gooi en Vechtstreek	10,2	Zuid-Limburg	13,0
Noord-Holland Noord	14,7		
Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	7,1	Nederland	11,0

Bron: Bewerking Cfi-gegevens

ot ruim 16% in Noord- en Midden-Limburg. Doorgaans gaat een laag percentage leerlingen bij verpleging en verzorging samen met een hoog aandeel leerlingen dat een sociaal-pedagogische opleiding volgt (Van der Windt 2004). andelijk bedraagt het aandeel van verpleging en verzorging 11%.

achtergronden van gediplomeerden

de leeftijd waarop men de opleiding voltooit, varieert vooral naar leerweg. Bij de bbl-opleidingen zijn degenen die een diploma behalen doorgaans ouder dan degenen die voor de bol-route kiezen (tabel 6.5). Alleen bij de laagste bol-opleiding tot verpleging en verzorging zijn de percentages allochtonen onder de gediplomeerde schoolverlaters substantieel. Ten opzichte van de samenstelling van de patiënten (zie hoofdstuk 3) betekent dit een ondervertegenwoordiging. Het aandeel vrouwen is onveranderd hoog. In de loop der tijd doen zich maar weinig veranderingen in voor.

Tabel 6.5
*kele kenmerken van gediplomeerde schoolverlaters in 2003 uit het mbo-onderwijs
derhalf jaar na het afstuderen*

	% Vrou- wen	Percentage allochtonen onder de gediplomeerde schoolverlaters van de verpleegkundige en verzorgende opleidingen (definitie Wet Samen)	Leeftijd van de gediplomeerde schoolverlaters van de verpleegkundige en verzorgende opleidingen (mediaan)
niveau 1/2			
verpleging en verzorging niveau 2	88	27	20,1
1/2 gezondheidszorg	90	29	20,2
niveau 3/4			
verpleging en verzorging niveau 3	97	7	21,0
verpleging en verzorging niveau 4	94	13	21,8
3/4 gezondheidszorg	94	8	21,1
niveau 1/2			
verpleging en verzorging niveau 1	100	5	40,6
verpleging en verzorging niveau 2	94	7	36,6
1/2 gezondheidszorg	95	7	34,4
niveau 3/4			
verpleging en verzorging niveau 3	96	8	34,0
verpleging en verzorging niveau 4	87	1	29,7
3/4 gezondheidszorg	92	5	32,1

ROA

6.1.3 Aansluiting opleiding arbeidsmarkt

Bij de aansluiting tussen opleiding en arbeidsmarkt zijn verschillende facetten te onderscheiden. In tabel 6.6 wordt er een aantal over het mbo gepresenteerd. Bij het opstellen van dit rapport waren de nieuwste gegevens over het hbo nog niet beschikbaar. Voor gegevens over het hbo verwijzen we naar de rapportage van vorig jaar (Van der Windt e.a. 2003).

Uit tabel 6.6 blijkt dat er anderhalf jaar na het afronden van de opleiding meer werklozen zijn onder schoolverlaters met een lager kwalificatieniveau. Dit geldt in het bijzonder voor de bol-opleiding bij de helpenden (kwalificatieniveau 2). Bovendien zijn relatief veel van hen niet werkzaam in de richting waarvoor men opgeleid is. Toch zou van hen desgevraagd ruim 80% dezelfde opleidingsrichting opnieuw kiezen.

Op alle kwalificatieniveaus geldt dat bbl-ers, wanneer ze de keuze hadden, veel vaker opnieuw dezelfde opleiding zouden volgen dan bol-ers.

Ten opzichte van vorig jaar is er bij alle niveaus sprake van een stijging van het bruto verdiende uurloon. Een vergelijking met andere opleidingen voor de gezondheidszorg valt doorgaans gunstig uit.

6.2 Vervolgonderwijs

Sinds de invoering van de Wet BIG wordt er geen register meer bijgehouden waarin aangetekend wordt welke vervolgopleidingen verpleegkundigen hebben genoten. Veel verpleegkundige vervolgopleidingen zijn georganiseerd in de VOVV. Daar wordt bijgehouden hoeveel verpleegkundigen jaarlijks een start maken met een vervolgopleiding. Het aantal dat een diploma behaalt, wordt niet centraal bijgehouden. Uit de OSA-Aanbodmonitor Zorg en Welzijn blijkt dat een groot aandeel zo'n opleiding ook met succes afrondt. Tabel 6.7 laat voor de periode 1999-2003 zien om welke aantallen nieuwe inschrijvingen het gaat³.

Tot en met 2001 is het aantal nieuwe inschrijvingen totaal gezien min of meer stabiel. Het jaar 2002 kent een verhoudingsgewijs grote instroom. In 2003 wordt weer het niveau van de periode 1999-2001 gehaald. In 2003 kenden de meeste vervolgopleidingen een ten opzichte van het voorgaande jaar afne-

³ Sinds 2002 maakt het Academisch Ziekenhuis Groningen geen deel meer uit van de VOVV. De aantallen zijn wel toegevoegd.

Enkele kernindicatoren van schoolverlaters uit het mbo-onderwijs in 2003 anderhalf jaar na het afstuderen

	Tevredenheid met opleidingskeuze (% schoolverlaters dat dezelfde opleiding opnieuw zou kiezen)	Werkloos op moment van enqueteren (in %)	Intrade werkloosheid (in maanden)	Met een flexibele aanstelling (in %)	Bruto-uurloon van degenen die betaald werk verrichten (in euro's)	Aansluiting tussen het opleidingsniveau van de schoolverlaters op het door werkgevers vereiste opleidingsniveau voor de functie (minimaal eigen niveau in %)	Werkzaam in eigen/verwante richting (in %)
Bol niveau 1/2							
Verpleging en verzorging niveau 2	83	13	0,7	11	7,03	87	73
Bol 1/2 gezondheidszorg	82	14	0,7	15	7,05	89	77
Bol niveau 3/4							
Verpleging en verzorging niveau 3	69	2	0,2	15	9,31	88	86
Verpleging en verzorging niveau 4	53	0	0	36	10,47	94	94
Bol 3/4 gezondheidszorg	75	3	0,5	19	8,81	78	83
Bbl niveau 1/2							
Verpleging en verzorging niveau 1	72	5	0,3	3	10,47	27	56
Verpleging en verzorging niveau 2	69	3	0,1	20	10,62	86	79
Bbl 1/2 gezondheidszorg	72	4	0,2	18	10,01	83	79
Bbl niveau 3/4							
Verpleging en verzorging niveau 3	87	0	0	6	11,86	79	90
Verpleging en verzorging niveau 4	80	0	0,8	5	12,46	90	91
Bbl 3/4 gezondheidszorg	84	0	0,3	6	11,98	82	90

Bron: ROA

Tabel 6.7

Het aantal verpleegkundigen dat een beroepsvervolgopleiding gaat volgen 1999-2003

	1999	2000	2001	2002	2003
Intensive Care/CC*	611	541	601	750	481
IC neonatologie/kinderen	205	168	154	195	153
Spoedeisende hulp	199	224	250	295	268
Kinderverpleegkunde	352	341	294	353	355
Obstetrie en gynaecologie	182	210	236	236	211
Oncologie	238	235	289	275	284
Dialyseverpleging	153	213	159	245	203
Maatschappelijke gezondheidszorg (hbo)	329	341	359	357	312
GGZ verpleegkundig specialist	29	29	37	32	32
Totaal	2.298	2.302	2.379	2.738	2.299

Bron: VOVV, AZG en GGZ-VS

* In 2003 exclusief CC.

mende instroom. Een uitzondering hierop wordt gevormd door kinderverpleegkunde, oncologie en de opleiding tot GGZ verpleegkundig specialist.

Ook de SSSV (Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen) kende een groeiende belangstelling. Tussen 1997 en 2003 nam het aantal cursisten toe van 428 tot 680. De meeste belangstelling is er voor diabeteseducatie, de opleiding tot endoscopieassistent en voor stomazorg en mammacare (Jaarverslag SSSV 2003).

Universitaire studies

De invoering van de Bachelor-Masterstructuur (BaMa) in het hoger onderwijs heeft tot een ingrijpende omvorming geleid van de structuur van de wetenschappelijke opleidingen in Nederland. Kende een wetenschappelijke opleiding tot voor kort een propedeutische fase van een jaar en een doctoraalfase van drie of vier jaar, vanaf september 2002 is dat gewijzigd in een bachelorfase van drie jaar en een masterfase van één (academische master) of twee (onderzoeksmaster) jaar.

De universitaire vervolgstudies voor verpleegkundigen, zoals Verplegingswetenschap, Zorgwetenschappen, en Beleid en management gezondheidszorg (afstudeerrichtingen van de opleiding Algemene Gezondheidswetenschappen) zijn ingepast in het nieuwe bachelor-mastersysteem.

De studie Verplegingswetenschap is de enige wetenschappelijke opleiding die uitsluitend voorbehouden is aan verpleegkundigen. Dit was de eerste universi-

aire studierichting, waarin de wetenschappelijke ontwikkeling en onderbouwing van het verpleegkundig vakgebied het uitgangspunt was. Naar schatting zijn er in Nederland 1.700 afgestudeerde verplegingswetenschappers en zijn er vijftig hiervan gepromoveerd.

De universitaire studie Zorgwetenschappen is niet alleen voorbehouden aan verpleegkundigen en leidt mensen op die een overzicht hebben over het gehele gezondheidszorgveld en richt zich naast inzicht in ziekte en bijbehorende zorg, ook op de bestudering van zorgprocessen die de individuele zorgverlener overtuigen. Verpleegkundigen geïnteresseerd in een managementgerichte opleiding zijn ook te vinden in Rotterdam bij de faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen waar tot voor kort de studie Beleid en management gezondheidszorg gevolgd kon worden.

hbo-masteropleidingen

De BaMa-structuur biedt hogescholen ook de mogelijkheid om masteropleidingen aan te bieden. Binnen de verpleegkunde kunnen studenten kiezen uit hbo-masteropleidingen als Master in Advanced Nursing Practice en Physician Assistant.

De opleiding Advanced Nursing Practice is een tweejarige opleiding en integreert medische en verpleegkundige kennis waarmee verpleegkundigen het medisch beroepsterrein kunnen betreden. Met deze opleiding wordt de mogelijkheid geschapen om een carrière op te bouwen gericht op patiëntenzorg. *Evidence based* onderzoek is een wezenlijk onderdeel van het werk van een nurse practitioner (NP). Tijdens de opleiding wordt dan ook veel aandacht besteed aan dergelijke onderzoeksmethodes.

Verpleegkundigen hebben in totaal 165 verpleegkundigen de opleiding afgerond en staat in een groeiend aantal verpleegkundigen ingeschreven. De opleiding wordt geboden in Groningen, Diemen, Eindhoven, Leiden, Utrecht en Nijmegen. 49% van de afgestudeerden is werkzaam in een algemeen ziekenhuis en 36% in een academisch ziekenhuis. De andere gerubriceerde settings zijn verpleeghuis (3%), eerste lijn (5%) en psychiatrie (3%) (Albersnagel 2004).

Een andere nieuwe functie in de zorg is physician assistant (PA). Deze functie richt zich op medische taken en is gerelateerd aan een medisch specialisme. Onder supervisie van een arts worden routinetaken overgenomen. Deze opleiding is een tegenstelling tot de opleiding tot nurse practitioner niet voorbehouden aan verpleegkundigen, maar ook toegankelijk voor paramedici.

Hbo-vervolgopleiding

Als laatste nieuwe functie in de zorg kan de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) worden genoemd. Deze hbo-opleiding is toegankelijk voor doktersassistenten en verpleegkundigen op niveau 4 en 5 (LHV 2003; Spaans e.a. 2003).

De opleiding is gericht op specifieke groepen chronisch zieken in de huisartsenpraktijk. De POH organiseert spreekuren voor bepaalde patiëntencategorieën, doet controles, geeft voorlichting en bevordert de deskundigheid over het leven met de aandoening en zorgt voor een deskundig netwerk.

6.3 Aansluiting kennis en vaardigheden

Tabel 6.8 geeft een overzicht van hoe verpleegkundigen en verzorgenden hun eigen kennis en vaardigheden beoordelen in relatie tot het werk dat ze doen.

Ongeveer driekwart van de verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in

Tabel 6.8

Beoordeling van kennis en vaardigheden in relatie tot het werk uitgesplitst voor verpleegkundigen en verzorgenden (in %)

	Ziekenhuis	Verpleeg- en verzor- gingshuis	Gehandig- captent- zorg	GGZ	Thuis- zorg
Verpleegkundigen – kennis en vaardigheden					
liggen ongeveer op niveau van het werk	72	35	46	62	64
zijn meer dan het werk vereist	22	59	54	32	29
zijn minder dan het werk vereist	4	2	0	2	1
zijn voor ander vak dan huidige werk	0	1	0	2	1
zijn verouderd, werk is anders geworden	1	1	0	2	0
zijn niet voldoende praktijkgericht	1	1	0	1	4
Anders	100	100	100	100	100
<i>Aandeel in totaal VV</i>	96%	12%	77%	88%	27%
Verzorgenden – kennis en vaardigheden					
liggen ongeveer op niveau van het werk	78	64	46	53	69
zijn meer dan het werk vereist	13	30	33	32	25
zijn minder dan het werk vereist	5	2	8	3	2
zijn voor ander vak dan huidige werk	0	1	4	9	2
zijn verouderd, werk is anders geworden	5	3	8	3	2
zijn niet voldoende praktijkgericht	0	1	0	0	1
Anders	100	100	100	100	100
<i>Aandeel in totaal VV</i>	4%	88%	23%	12%	73%

Bron: OSA-Aanbodmonitor Zorg en Welzijn 2003

en ziekenhuis vindt dat hun kennis en vaardigheden op hetzelfde niveau liggen als het werk vereist. Meer dan de helft van de verpleegkundigen werkzaam in de branches verpleeg- en verzorgingshuizen en in de gehandicaptenzorg vindt dat hun kennis groter is dan vereist. In de GGZ ervaart 9% van de verzorgenden dat hun kennis en vaardigheden meer gericht zijn op een ander vak in plaats van het huidige werk. Verzorgenden ervaren vaker dat hun kennis en vaardigheden verouderd zijn doordat het werk anders is geworden. Dit speelt vooral in de gehandicaptenzorg.

De aanzien van hun kennis en vaardigheden ervaren verpleegkundigen en verzorgenden doorgaans geen problemen bij de uitoefening van hun functie. Over het algemeen ervaren verpleegkundigen en verzorgenden dat ze werkzaamheden verrichten die tot hun functie behoren. Als ze werkzaamheden verrichten die niet tot hun functie behoren dan zijn verzorgenden doorgaans van oordeel dat ze werkzaamheden verrichten die op een hoger niveau liggen en verpleegkundigen juist op een lager niveau.

4 Samenvatting

De jaarlijkse instroom in het initiële verplegend en verzorgend onderwijs nam ook in 2003 verder toe, tot bijna 27.000 leerlingen. Per 1 oktober 2003 volgden bijna 59.500 mensen een verpleegkundige of verzorgende opleiding. Het aantal van leerlingen die verplegend en verzorgend onderwijs volgen onder alle bo- en hbo-leerlingen neemt na een jarenlange gestage daling vanaf 2000 jaarlijks toe. Regionaal zijn er wel grote verschillen in de populariteit van het verplegend en verzorgend onderwijs.

De komende jaren zal het aantal leerlingen dat een diploma behaalt schommelen rond het aantal van 2003, namelijk jaarlijks zo'n 18.000.

De grootste schommelingen in de instroom in de opleidingen doen zich voor bij de bbl-route (leren-werken). Deze is gevoeliger voor ontwikkelingen op de arbeidsmarkt dan de bol-route (leren-stage). In 2003 daalde dan ook de instroom in de bbl ten opzichte van het voorafgaande jaar, terwijl de instroom in de bol juist toenam.

Leerlingen die de bbl-route volgen zijn doorgaans ouder dan de bol-ers. Onder de laatste is het aandeel allochtonen en vrouwen iets groter. Het aandeel allochtonen in het verplegend en verzorgend onderwijs blijft overigens laag.

De instroom in de op ziekenhuizen gerichte verpleegkundige vervolgopleidingen nam in 2002 ten opzichte van voorgaande jaren eenmalig toe. In 2003 is de instroom op hetzelfde niveau als in de periode 1998-2001: 2.300 verpleegkundigen begonnen aan een dergelijke opleiding (intensive care, kinderverpleegkundige, spoedeisende hulp, enzovoort).

Wel is er een groeiend aantal verpleegkundigen dat zich inschrijft voor een hbo-masteropleiding tot nurse practitioner. Het aantal afgestudeerde nurse practitioners bedraagt medio 2004 165.

Verpleegkundigen en verzorgenden ervaren doorgaans bij het uitoefenen van hun functie geen problemen ten aanzien van hun kennis en vaardigheden. In ziekenhuizen vindt driekwart van het verplegend en verzorgend personeel dat hun kennis en vaardigheden op hetzelfde niveau ligt als hun werk. In de gehandicaptenzorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen ervaart de helft van de verpleegkundigen over meer vaardigheden te bezitten dan strikt voor het werk noodzakelijk is.

7

Ziekteverzuim

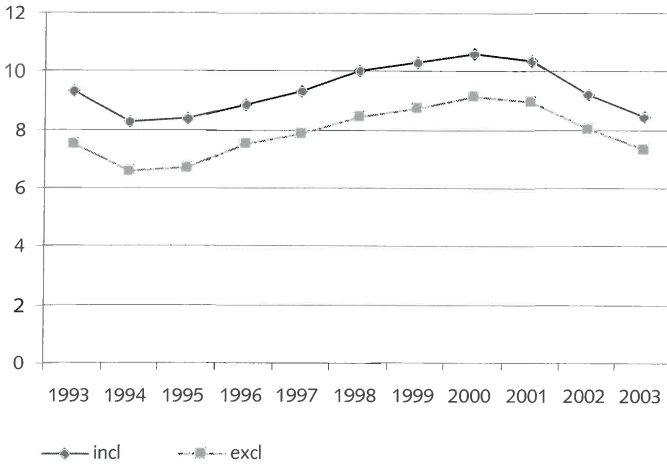
In dit hoofdstuk wordt het ziekteverzuim onder de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden beschreven. Na een totaalbeeld te hebben gegeven zal het ziekteverzuim per branche worden gepresenteerd. Vervolgens wordt kort ingegaan op het ziekteverzuim per leeftijdscategorie om af te sluiten met uitkomsten per regio.

1 Ziekteverzuim in de periode 1993 tot en met 2003

Mede onder invloed van de economische omstandigheden daalde het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden ook in 2003. Veranderingen in de omgeving, bijvoorbeeld de Wet poortwachter en de activiteiten van sociale partners, zoals de invoering van Arbo-convenanten, zullen eveneens bijgedragen hebben aan de daling die zich sinds 2000 voordoet. Vanaf 1994 nam het ziekteverzuim jaar op jaar toe tot 10,6% in 2000. Na die tijd is het in een snel tempo gedaald tot 8,4% inclusief en 7,4% exclusief zwangerschapsverlof. Het ziekteverzuim inclusief zwangerschapsverlof is hiermee op ongeveer hetzelfde niveau als in 1994. Het verzuim exclusief zwangerschapsverlof is minder snel gedaald. In 2003 ligt het ziekteverzuimpercentage inclusief zwangerschapsverlof op 8,4% en exclusief op 7,4%.

Het ziekteverzuimpercentage neemt al een paar jaar in alle branches af. Verhoudingsgewijs ligt het verzuim wat lager bij verpleegkundigen in ziekenhuizen en de ouderenzorg juist hoger.

Het ziekteverzuimpercentage is zowel inclusief als exclusief zwangerschapsverlof hoogst voor de leeftijdscategorie 30 tot en met 35 jaar (figuur 7.2). Het verzuim is het laagst voor de leeftijdscategorie 15 tot en met 25 jaar. Na het 35e levensjaar neemt het verzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden ge-



Figuur 7.1

Het ziekteverzuim in- en exclusief zwangerschapsverlof bij verpleegkundigen en verzorgenden in de zorgsector in %

Bron: LKG, Vernet

Tabel 7.1

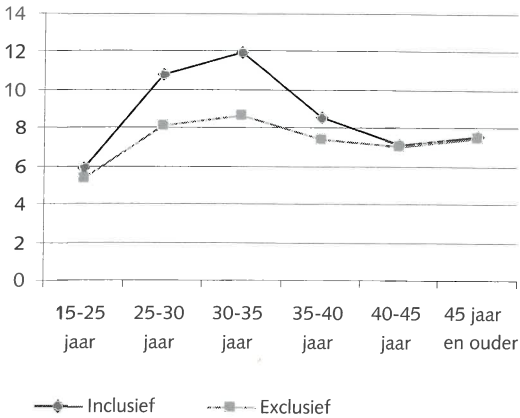
Het ziekteverzuimpercentage in- en exclusief zwangerschapsverlof bij verpleegkundigen en verzorgenden 1995-2003

	1995	1998	2001	2002	2003
Inclusief zwangerschapsverlof					
Algemene en categorale ziekenhuizen	7,5	8,6	8,7	7,8	7,4
Geestelijke gezondheidszorg	7,9	8,7	9,3	7,8	6,7
Intramurale gehandicaptenzorg	8,4	9,6	10,1	9,4	8,6
Ouderenzorg	9,6*	9,6	10,7	10,0	9,2
Thuiszorg**	8,4	11,3	11,5	9,8	8,9
Raming totaal	8,4	10,0	10,4	9,2	8,4
Exclusief zwangerschapsverlof					
Algemene en categorale ziekenhuizen	5,5	6,8	7,1	6,5	6,1
Geestelijke gezondheidszorg	6,0	7,6	8,4	7,0	6,1
Intramurale gehandicaptenzorg	6,2	8,0	8,9	8,2	7,7
Ouderenzorg	7,5*	8,2	10,2*	8,9	8,2
Thuiszorg**	7,8	9,8	10,1	8,5	7,6
Raming totaal	6,7	8,4	9,0	8,0	7,4

* Alleen verpleeghuizen

** Thuiszorg betreft al het personeel

Bron: LKG; Vernet, Nzi/LVT, CBS



figuur 7.2
 Het ziekteverzuimpercentage naar leeftijd bij verpleegkundigen en verzorgenden (exclusief thuiszorg) in 2003
 bron: LKG

middeld af om iets toe te nemen na het 45e levensjaar. Het ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof is in de leeftijdscategorie 45 jaar en ouder weinig hoger dan gemiddeld.

De regionale verschillen in de hoogte van het ziekteverzuim lijken minder groot te worden (tabel 7.2). Het ziekteverzuim is in alle regio's gedaald, vooral in Nijmegen en Amsterdam is het ziekteverzuim aanzienlijk afgenomen ten opzichte van het jaar ervoor.

2 Samenvatting

Het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden is in 2003 opnieuw gedaald. In 2003 bedraagt het ziekteverzuimpercentage inclusief zwangerschapsverlof 8,4% en exclusief 7,4%. Het ziekteverzuim inclusief zwangerschapsverlof ligt daarmee nagenoeg weer op hetzelfde niveau als in 1994.

De daling van het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden is in alle branches zichtbaar. In de branche ziekenhuizen ligt het verzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden traditioneel lager (in 2003 6,1 exclusief) vergeleken met de andere branches en in de ouderenzorg juist hoger (8,2% exclusief).

Tabel 7.2

Het ziekteverzuim* exclusief zwangerschapsverlof per regio in 1999-2003 in %

	1999	2000	2001	2002	2003
Groningen	8,4	8,5	8,4	8,0	7,5
Friesland	7,1	6,9	7,5	7,4	5,7
Drenthe	8,2	8,1	8,6	7,4	6,6
IJssel-Vecht	7,2	7,3	7,6	6,9	6,4
Twente	7,1	7,2	7,9	6,8	6,5
Midden-IJssel	7,5	7,6	7,8	6,8	5,5
Veluwe	7,0	7,3	7,1	6,6	6,0
Arnhem/Oost-Gelderland	8,1	8,4	8,7	7,6	6,9
Nijmegen/Rivierenland	8,6	9,1	9,6	9,5	7,2
Flevoland	7,9	8,0	8,6	8,4	6,4
Utrecht	7,4	7,7	7,6	7,3	6,4
Gooi en Vechtstreek	8,1	8,2	8,5	7,3	7,0
Noord-Holland Noord	7,2	7,4	7,5	7,8	6,4
Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	9,8	8,7	9,6	8,3	6,2
Kennemerland/Amstelland en Meerlanden	7,6	8,0	7,6	7,7	6,4
Rijnstreek	7,4	7,1	7,9	7,7	6,9
Haaglanden	8,2	8,8	9,4	7,7	7,0
Drechtsteden	7,1	8,2	8,6	7,6	6,7
Rijnmond	7,4	8,0	8,7	7,1	6,5
Zeeland	7,1	7,6	7,4	7,5	6,8
West-Brabant	6,4	6,6	7,2	6,7	6,3
Midden-Brabant	7,5	7,6	7,1	6,6	5,8
Noordoost-Brabant	7,1	6,9	7,2	6,8	6,2
Zuidoost-Brabant	6,3	6,5	7,1	7,1	5,7
Noord- en Midden-Limburg	6,7	6,5	6,8	6,6	5,9
Zuid-Limburg	8,0	8,4	8,1	7,6	6,8
Landelijk	7,6	7,7	8,0	7,4	6,4

* Exclusief thuiszorg

Bron: LKG

In de leeftijdscategorie 30 tot en met 35 jaar is het verzuim zowel inclusief als exclusief zwangerschapsverlof het hoogst. Het verzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden jonger dan 25 jaar is het laagst. Boven de 45 jaar ligt het ziekteverzuim (exclusief zwangerschapsverlof) weinig hoger dan gemiddeld. Mannen hebben over het algemeen een lager verzuim dan vrouwen.

B De aantrekkelijkheid van de verzorgende en verpleegkundige beroepen

Wat maakt de beroepen van verpleging en verzorging aantrekkelijk(er)? Vanuit het oogpunt van de arbeidsmarkt is dit een belangrijke vraag. Het belang van verpleegkundige en verzorgende zorg voor de gezondheidszorg, de omvang van de beroepsgroepen, ontwikkelingen binnen de beroepsgroepen, zoals het verloop, de groeiende vraag naar zorg en (dreigende) tekorten aan 'handen aan het bed', maken deze vraag een speerpunt voor beleid, op zowel nationaal als microniveau. Een vraag ook die ten grondslag lag aan de start van het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden van het LEVV en NIVEL (Welling e.a. 2002; De Veer e.a. 2004). Het doel van het panel is een actueel beeld te verkrijgen van meningen en ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden over de aantrekkelijkheid van het beroep. Met andere woorden, hoe kunnen meer verpleegkundigen en verzorgenden worden behouden voor het vak, hoe kan aantrek worden voorkomen en hoe krijgen we meer 'handen aan het bed'. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de volgende vragen: welke werkkenmerken noemen verpleegkundigen en verzorgenden die hun beroepen aantrekkelijk(er) maken in 2003? In hoeverre zijn er verschillen tussen sectoren? Zijn er verschillen ten opzichte van een eerdere meting in 2001 of zijn dergelijke opstellingen stabiel over de tijd?

1.1 Belangrijke werkkenmerken voor de aantrekkelijkheid van het beroep

De peiling onder het panel in 2003 laat zien dat een meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden bij- en nascholingsmogelijkheden (64%), waardering voor het werk (62%) en een verlaging van de werkdruk (58%) belangrijke werkkenmerken vindt. Tabel 8.1 geeft de percentages weer per sector.

Leer bij- en nascholing wordt met name door verpleegkundigen in de thuiszorg en door verzorgenden in de thuiszorg en verzorgingshuizen aangemerkt als

Tabel 8.1
Belang van werkkenmerken voor het aantrekkelijker maken van het beroep (% V&V, het belangrijkste kenmerk per sector is vetgedrukt)

	Algemeen ziekenhuis	Psychiatrie	Verstandelijk- gehandicaptenzorg	Thuiszorg, verpleegkundigen	Thuiszorg, verzorgenden	Verzorgingshuis	Verpleeghuis	Totaal
Meer bij- en nascholing	66	65	58	61	66	68	64	64
Meer waardering V&V	71	70	57	54	57	55	74	62
Verlaging werkdruk	66	43	61	52	47	66	72	58
Meer inspraak	41	53	44	53	39	46	54	47
Duidelijker loopbaanperspectief	32	48	41	44	39	35	37	40
Meer ondersteuning leiding	39	38	30	41	39	34	39	37
Meer zelfstandigheid	16	27	26	14	17	28	33	23

Bron: Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (De Veer e.a. 2004)

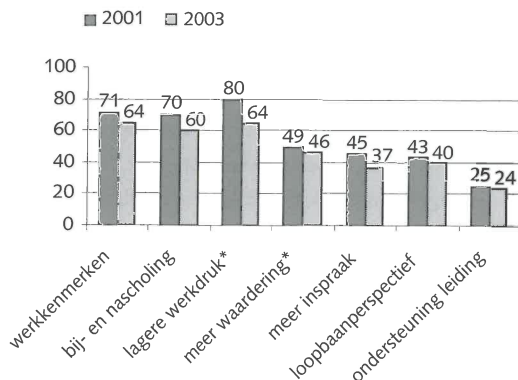
een belangrijk werkkenmerk voor wat betreft de aantrekkelijkheid van het beroep. Verder hechten vooral verpleegkundigen werkzaam in algemene ziekenhuizen, in de psychiatrie of verzorgenden in verpleeghuizen veel waarde aan waardering binnen de organisatie voor hun werk. Voor deze groepen geldt waardering voor het werk als belangrijkste werkkenmerk voor de aantrekkelijkheid van het beroep. Een lagere werkdruk staat op de eerste plaats in de verstandelijkgehandicaptensector.

Verdere analyses naar een mogelijke samenhang met geslacht, leeftijd en werkervaring laten zien dat hoe meer werkervaring men heeft, hoe minder belangrijk opleidings- en nascholing wordt gevonden voor wat betreft de aantrekkelijkheid van het beroep (rekening houdend met geslacht en leeftijd). Verder staat een duidelijker loopbaanperspectief niet bovenaan het lijstje van verpleegkundigen en verzorgenden om het werk aantrekkelijker te maken. Toch geldt dit over het algemeen voor 40% van het panel. Rekening houdend met verschillen in leeftijd en werkervaring zien met name mannen dit als een belangrijk aspect van het beroep: 60% van hen heeft dit aangekruist, tegen 40% van de vrouwen (het panel bestaat voor 90% uit vrouwen, zoals ook in de praktijk).

2.2 De aantrekkelijkheid van het beroep in 2001 en 2003

Figuur 8.1 geeft een beeld van het belang dat aan verschillende werkkenmerken wordt toegekend in 2001 en 2003.

Wat opvalt is dat in 2003 verpleegkundigen en verzorgenden over het algemeen minder vaak vinden dat de verschillende werkkenmerken hun beroep aantrekkelijker kunnen maken. In 2001 werd door bijna 80% van de verpleegkundigen en verzorgenden meer waardering voor het werk aangemerkt als een belangrijk aspect van het werk dat het beroep aantrekkelijker maakt. In 2003 is dit percentage flink lager (64%). Ook een lagere werkdruk wordt door minder verpleegkundigen en verzorgenden als belangrijk gezien. Toch is nog steeds 60% van mening dat een lagere werkdruk het werk aantrekkelijker maakt. Ten aanzien van de overige werkkenmerken is de mening van verpleegkundigen en verzorgenden onveranderd qua belang voor de aantrekkelijkheid van het beroep. Ook de 'top 3' van werkkenmerken is niet veranderd ten opzichte van 2001. Het gesplitst naar sector (tabel 8.2) valt op dat vooral verpleegkundigen in de ziekenhuizen, psychiatrie en in de verstandelijkgehandicaptenzorg in 2003 minder



Figuur 8.1

Belang van werkkenmerken voor het aantrekkelijker maken van het beroep, 2001 en 2003 (% V&V)

* statistisch significant verschil tussen 2001 en 2003

NB: De percentages over 2003 wijken iets af van die in tabel 8.1, dit komt omdat de figuur alleen respondenten betreft die beide vragenlijsten hebben ingevuld.

Bron: Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (De Veer e.a. 2004)

vaak waardering vanuit de organisatie voor hun werk opvatten als een werkkenmerk dat hun werk aantrekkelijker maakt. Daarnaast was in dit kader verlaging van de werkdruk voor bijna 90% van de verzorgenden in verpleeghuizen in 2001 een belangrijk aspect van het werk. In 2003 is dit percentage een stuk lager, alhoewel nog steeds driekwart een verlaging van de werkdruk noemt als een belangrijk aspect dat hun werk aantrekkelijker zou maken. Verder valt op dat juist verzorgenden in verpleeghuizen verschillende werkkenmerken vaker hebben aangekruist als aspecten die hun werk aantrekkelijker maken. Het gaat daarbij met name om meer bij- en nascholing, meer inspraak en een duidelijker loopbaanperspectief.

8.3 Samenvatting

De resultaten van dit hoofdstuk geven een goed inzicht in wat er moet gebeuren om het beroep van verpleegkundigen en verzorgenden aantrekkelijker te maken. Dit werd rechtstreeks aan verpleegkundigen en verzorgenden gevraagd, in 2001 en in 2003. Meer bij- en nascholingsmogelijkheden, meer waardering voor het werk van verpleegkundigen en verzorgenden vanuit de organisatie, en verlaging van de werkdruk stonden in 2003 in de 'top 3' van meest genoemde maat-

Tabel 8.2
Belang van werkkenmerken voor het aantrekkelijker maken van het beroep, vergelijking tussen 2001 en 2003 (% V&V)

	Algemeen ziekenhuis		Psychiatrie		Verstandelijk gehandicap- tenzorg		Thuiszorg, verzorgenden		Verzorgings- huis		Verpleeghuis	
	'01	'03	'01	'03	'01	'03	'01	'03	'01	'03	'01	'03
Meer bij- en nascholing	81	64	70	63	77	60	71	72	73	64	53	63
Meer waardering V&V	94	74	90	71	86	59	64	47	66	59	80	74
Verlaging werkdruk	73	63	69	51	66	54	56	52	71	61	88	76
Meer inspraak	56	37	60	48	61	52	33	37	49	51	38	50
Duidelijker loopbaanperspectief	45	25	60	44	44	44	47	40	44	33	28	38
Meer ondersteuning leiding	50	40	54	46	50	36	29	38	36	34	36	44
Meer zelfstandigheid	15	8	33	26	40	33	22	18	11	29	33	31

Vet: statistisch significant verschil tussen 2001 en 2003.

NB De percentages over 2003 wijken iets af van die in tabel 8.1, dit komt omdat deze tabel alleen respondenten betreft die beide vragenlijsten hebben ingevuld.

Bron: Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (De Veer e.a. 2004)

regelen om het beroep aantrekkelijker te maken. Deze top 3 is niet veranderd ten opzichte van 2001. Wel bleek in 2003 dat minder verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat verschillende werkkenmerken hun beroep aantrekkelijker zouden kunnen maken. Zo werd meer waardering voor het werk in 2001 door drie van de vier verpleegkundigen en verzorgenden gezien als aspect dat het werk aantrekkelijker maakt, in 2003 betrof het tweederde van het panel. Meer waardering is in 2003 vooral belangrijk voor verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen en in de psychiatrie, en verzorgenden in verpleeghuizen. Hierbij geldt: hoe meer werkervaring, hoe minder vaak waardering wordt gezien als belangrijk aspect voor de aantrekkelijkheid van het beroep. Verzorgenden in verpleeghuizen hechten bovendien veel waarde aan een verlaging van de werkdruk. Meer bij- en nascholing wordt in alle sectoren even belangrijk gevonden.



Werken in de zorg: vertrekken of blijven?

Verpleegkundigen en verzorgenden veranderen net als andere beroepsgroepen om diverse redenen regelmatig van baan. De eerste paragraaf geeft een beeld van de omvang van het vertrek en de tweede paragraaf gaat in op de redenen waarom verpleegkundigen en verzorgenden hun baan opzeggen.

1.1 Omvang van het vertrek

Het aandeel verpleegkundigen en verzorgenden dat een intramurale zorginstelling verlaat is in 2003 gedaald tot 11,3%. Deze daling is vooral zichtbaar in de branche geestelijke gezondheidszorg en in de gehandicaptenzorg. Het brutoverloop ligt met 11,3% in 2003 op een niveau dat eerder in de jaren negentig gebruikelijk was.

tabel 9.1
Het brutoverloop voor verpleegkundig en verzorgend personeel in % (1995-2003)

	1995	1998	2001	2002	2003
Woonzorghuizen	8,1	11,7	12,0	9,5	8,0
Academische ziekenhuizen	6,9	9,5	10,7	9,8	7,1
Geestelijke gezondheidszorg	10,2	14,5	16,8	14,4	11,2
Gehandicaptenzorg	11,7	14,2	18,0	16,9	13,3
Verpleeg- en verzorgingshuizen	12,3*	15,6*	18,0	15,9	12,8
Alleen intramuraal	10,2	13,5	15,9	14,1	11,3
Woonzorg**	-	-	17,7	15,9	14,7
Alleen zorgsector	-	-	16,5	14,5	12,2

Exclusief verzorgingshuizen

Bron: Exitinterviews

bron: LKG

Omdat gegevens over het vertrek uit de thuiszorg pas vanaf 2000 beschikbaar zijn, kan in tabel 9.1 alleen vanaf dat jaar een zorgsectorbreed cijfer voor verpleegkundigen en verzorgenden berekend worden. In 2003 bedroeg het percentage 12,2%.

In tabel 9.2 is het brutoverloop per regio opgenomen. In deze tabel wordt geen rekening gehouden met het feit dat de regio's kunnen verschillen in branchesamenstelling. Het verloop is in de regio Midden-Brabant het laagst met 7,5%. De regio's het Gooi en Haaglanden kennen een relatief hoog verloop. In deze regio's is er relatief veel werkgelegenheid in de ouderenzorg waar het brutoverloop gemiddeld wat hoger ligt.

Van de verpleegkundigen en verzorgenden die vertrekken, kiest in 2003 73% voor een andere baan in de zorg. Het aandeel verpleegkundigen en verzorgenden dat bij vertrek nog geen baan heeft, is iets toegenomen tot 21%. Dit is wellicht het gevolg van het beëindigen van tijdelijke contracten, waarbij de contractant niet direct een nieuwe baan heeft gevonden.

Nam het vertrek uit het zorgberoep aanvankelijk tot 2000 toe (figuur 9.1), na 2000 is het nettoverloop afgenomen tot 3,1%. Daarmee is het vertrek uit het zorgberoep op het laagste niveau sinds de metingen in 1995 begonnen. De baan-baanmobiliteit, het veranderen van baan met behoud van het beroep, is

Tabel 9.2

Het brutoverloop voor verpleegkundig en verzorgend personeel in 2003 naar regio in %

Groningen	9,0	Kennemerland/Amstelland en Meerlanden	13,2
Friesland	10,6	Rijnstreek	12,9
Drenthe	9,8	Haaglanden	14,1
IJssel-Vecht	8,3	Drechtsteden	15,6
Twente	8,8	Rijnmond	12,7
Midden-IJssel	11,8	Zeeland	10,1
Veluwe	12,4	West-Brabant	10,3
Arnhem/Oost-Gelderland	10,3	Midden-Brabant	7,6
Nijmegen/Rivierenland	11,0	Noordoost-Brabant	11,0
Flevoland	11,3	Zuidoost-Brabant	10,1
Utrecht	13,5	Noord- en Midden-Limburg	10,5
Gooi en Vechtstreek	15,1	Zuid-Limburg	10,2
Noord-Holland Noord	11,0		
Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	13,6	Totaal	11,5

Bron: LKG

Tabel 9.3
Vertrekrichting van verpleegkundig en verzorgend personeel* in % voor de periode 1998-2003

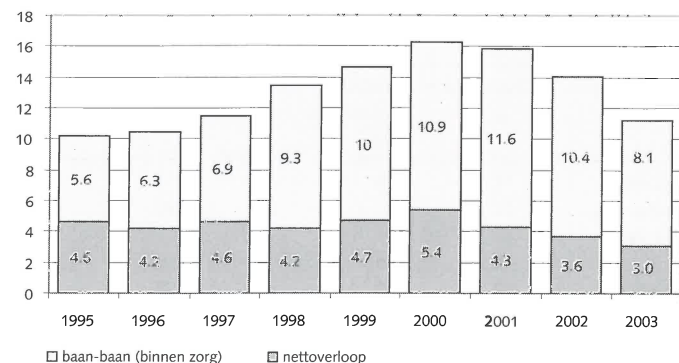
	1998	2000	2001	2002	2003
Binnen zorg	69	67	73	74	73
Buiten zorg	10	11	10	7	7
(Nog) geen werk	21	22	18	19	21
	100	100	100	100	100

Exclusief thuiszorg
Bron: Exitinterviews van Prismant

Relatief gedaald, maar blijft in vergelijking met het midden van de jaren negentig nog wel op een redelijk niveau.

Het nettoverloop per branche is in tabel 9.4 opgenomen. Het nettoverloop is in rijwiel alle branches afgenomen. Het nettoverloop in de thuiszorg is het hoogst met 6,3%. In deze branche vond tussen 2002 en 2003 geen daling plaats. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het relatief grote aandeel ouderen in het personeelsbestand (zie tabel 5.3). Hun vertrek wordt minder beïnvloed door actuele economische omstandigheden.

Vanaf 2000 doen er voldoende thuiszorginstellingen mee aan de Exitinterviews, zodat het vanaf dat moment mogelijk is om een zorgsectorbreed cijfer voor de verpleging en verzorging te presenteren. We zien vanaf 2000 een sterke daling,



Tabel 9.1
Het vertrek naar richting van verpleegkundigen en verzorgenden in de gezondheidszorg %*

Bron: LKG en Exitinterviews
Exclusief thuiszorg

Tabel 9.4

Het nettoverloop per branche voor de jaren 2000-2003

	2000	2001	2002	2003
Ziekenhuizen	4,3	3,5	2,6	2,1
Geestelijke gezondheidszorg	5,2	3,2	3,2	2,3
Gehandicaptenzorg	6,6	6,2	4,9	4,2
Verpleeg- en verzorgingshuizen	6,2	4,3	3,7	3,3
Totaal intramuraal	5,4	4,3	3,7	3,1
Thuiszorg	10,4	9,4	6,1	6,3
Totaal zorgsector	6,8	5,6	4,2	3,9

Bron: LKG en Exitinterviews

die in de loop der jaren wel iets afzwakt. In 2000 zette 1 op de 15 jaarlijks een punt achter de uitoefening van het beroep, in 2003 is dat gedaald tot nog geen 1 op de 25.

Daarmee nam het aantal verpleegkundigen en verzorgenden dat de zorg verliet, af van rond 20.000 in 2000 tot minder dan 13.000 in 2003.

In tabel 9.5 is per branche de vertrekrichting gespecificeerd. Binnen de thuiszorg is het aandeel dat binnen de zorg blijft werken traditioneel laag. 57% blijft binnen de zorg werken waarvan slechts 11% ook binnen de thuiszorg blijft werken.

Tabel 9.5

De vertrekrichting per branche in 2003 en enkele demografische kenmerken van de vertrekkende werknemer

Vertrekrichting	Ziekenhuizen	Geestelijke gezondheids- zorg	Gehandi- captenzorg	Ouderenzorg	Thuiszorg
Binnen zorg	74	79	68	74	57
waarvan binnen eigen branche	41	24	27	30	11
Elders	5	5	12	5	7
Nog geen werk	8	8	8	8	9
Gestopt	11	5	8	9	24
Gaat opleiding volgen	3	2	4	4	4
Totaal	100	100	100	100	100
Demografie:					
aandeel vrouw	89	76	89	93	98
gemiddelde leeftijd	34,3	35,0	31,3	34,5	38,2

Bron: Exitinterviews

Verpleegkundigen en verzorgenden die binnen een ziekenhuis werken, kiezen verhoudingsgewijs vaker voor een andere baan binnen hun eigen branche, dan voor een ander ziekenhuis. Het gaat hier om 41% van de vertrekkers. Binnen de overige branches wordt vaker voor een andere branche in de zorg gekozen.

Opvallend is dat er in de thuiszorg verhoudingsgewijs veel mensen stoppen met werken, namelijk 24%. In de gehandicaptenzorg gaan relatief veel verpleegkundigen en verzorgenden, namelijk 12%, buiten de zorg werken.

Vergeleken met 2000 is de gemiddelde leeftijd dat men stopt met werken gestegen. In 2000 was de gemiddelde leeftijd 39,6 jaar en in 2003 ligt de gemiddelde leeftijd op 44,4 jaar. Vooral in de geestelijke gezondheidszorg is de gemiddelde leeftijd dat men stopt snel toegenomen.

Over het algemeen is de gemiddelde leeftijd van de vertrekkende verpleegkundigen en verzorgenden lager dan van het zittend personeel.

2 Vertrekredenen

Onder het vertrekkend personeel zijn behoefte aan ander werk, het ontbreken van loopbaanperspectief en ontplooiingsmogelijkheden doorgaans de belangrijkste vertrekredenen. Loopbaanperspectief is een belangrijke vertrekreden, terwijl dat voor de aantrekkelijkheid van het beroep (hoofdstuk 8) minder aandacht naar voren komt. Bij- en nascholingsmogelijkheden, waardering voor het werk en een verlaging van de werkdruk worden eerder genoemd als belangrijke vertrekkenmerken voor de aantrekkelijkheid van het beroep.

In de geestelijke gezondheidszorg geven de vertrekkers de meeste vertrekredenen aan. Bijna de helft geeft aan dat men vindt dat er onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden zijn. In de verpleeg- en verzorgingshuizen en in de thuiszorg is er meer diversiteit in de opgegeven vertrekredenen. Lichamelijke lastigheid wordt daar bijvoorbeeld vaker genoemd dan in de andere branches. In de thuiszorg geldt als belangrijkste vertrekredenen de gezins- en of thuis situatie.

In de vertrekkende verpleegkundigen en verzorgenden geeft 44% aan dat het vertrek vermeden had kunnen worden als bepaalde aspecten van het werk anders waren. In de geestelijke gezondheidszorg loopt dit percentage zelfs op tot 60%, terwijl in de thuiszorg dit percentage op 37% ligt.

Label 9.7 staat vermeld om welke aspecten het gaat. Ontplooiing is in alle

Tabel 9.6

De belangrijkste vertrekredenen per branche in 2003

Ziekenhuizen	%	Geestelijke gezondheidszorg	%	Gehandicapten- zorg	%
Behoeftte aan ander werk	27	Ontplooiing	47	Ontplooiing	31
Ontplooiing	23	Perspectief	39	Behoeftte aan ander werk	30
Perspectief	18	Behoeftte aan ander werk	33	Perspectief	24
Reistijd	18	Voldoening werk	27	Voldoening werk	20
Werktijden	16	Autonomie	18	Reistijd	15
Gezin	16	Beloning	17	Werktijden	15
Voldoening werk	16	Klimaat	16	Beloning	14
Verhuizing	15	Reistijd	13	Gezin	14
Verpleeg- en verzorgingshuizen	%	Thuiszorg	%		
Behoeftte aan ander werk	26	Gezinsituatie	19		
Ontplooiing	22	Ontplooiing	17		
Voldoening werk	16	Werktijden	14		
Lichamelijke belasting	15	Perspectief	14		
Opleiding	15	Voldoening werk	11		
Perspectief	14	Lichamelijke belasting	11		
Werkdruk	14	Vrije tijd	10		
Reistijd	12	Opleiding	10		

Bron: Exitinterviews van Prismant

branches de belangrijkste vermijdbare vertrekredenen. In de geestelijke gezondheidszorg geeft zelfs een derde van het vertrekkend personeel dit als reden aan.

Ontwikkeling vertrekredenen

Vergeleken met 2000 neemt het gemiddeld aantal genoemde vertrekredenen per verpleegkundige of verzorgende af. Daarentegen worden de belangrijkste vertrekredenen wel door een grotere groep verpleegkundigen en verzorgenden gedeeld. Ontplooiing en behoefte aan ander werk blijven de belangrijkste vertrekredenen.

In 2000 noemt 53% van de verpleegkundigen en verzorgenden een vermijdbare vertrekreden, terwijl in 2003 nog 44% een vermijdbare vertrekreden opgeeft. Gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden en loopbaanperspectief blijven de be-

tabel 9.7

vermijdbare vertrekredenen in 2003 per branche (in %)

Wonen	%	Geestelijke gezondheidszorg	%	Gehandicaptenzorg	%
Ontplooiing	14	Ontplooiing	34	Ontplooiing	17
Perspectief	13	Perspectief	27	Perspectief	13
Werktijden	13	Voldoening	21	Beloning	12
Klimaat	9	Beloning	15	Overleg	10
Gebrek opleiding	8	Gebrek opleiding	12	Klimaat	10
Werkdruk	8	Leiderschap	12	Werktijden	10
Leiderschap	8	Klimaat	10	Voldoening	9
Voldoening	8	Arbeidsomstandigheden	10	Werkdruk	9
Gezondheidszorg	%	Thuiszorg	%		
Ontplooiing	15	Ontplooiing	12		
Werkdruk	12	Perspectief	11		
Voldoening	12	Werktijden	9		
Perspectief	10	Lichamelijke belasting	6		
Lichamelijke belasting	10	Beloning	6		
Klimaat	9	Overleg	6		
Werktijden	9	Leiderschap	6		
Beloning	9	Gebrek opleiding	5		

Bron: Exitinterviews

Belangrijkste vermijdbare vertrekredenen. Gebrek aan opleidingsmogelijkheden werd in 2000 door 9% van de vertrekkers als vermijdbaar ervaren, in 2003 nog door 6%.

tabel 9.8

belangrijkste vertrekredenen in 2000 en 2003 gewogen naar branche

2000	%	2003	%
Behoefteloosheid aan ander werk	17	Ontplooiing	24
Ontplooiing	17	Behoefteloosheid aan ander werk	21
Beloning	16	Perspectief	18
Werkstijd	16	Voldoening werk	16
Gezin	13	Gezin	14
Voldoening werk	13	Werktijden	14
Perspectief	12	Reistijd	13
Werkdruk	11	Opleiding	12

Bron: Exitinterviews van Prismant

Tabel 9.9

De belangrijkste vermijdbare vertrekredenen in 2000 en 2003 gewogen naar branche

2000	%	2003	%
Ontplooiing	15	Ontplooiing	16
Perspectief	11	Perspectief	13
Werkdruk	11	Werktijden	10
Klimaat	10	Voldoening	9
Overleg	10	Beloning	8
Gebrek opleiding	9	Klimaat	8
Beloning	9	Werkdruk	8
Voldoening werk	9	Leiderschap	8

Bron: Exitinterviews van Prismant

Vertrekriching

De vertrekkers kunnen in vijf groepen worden onderverdeeld wanneer de vertrekriching als uitgangspunt genomen wordt. De grootste groep vertrekkers kiest voor een andere baan in de zorg en welzijnssector (tabel 9.10). 6% gaat de zorgsector verlaten en gaat buiten de zorg en welzijnssector werken en 9% heeft nog geen baan gevonden. Daarnaast zijn er vertrekkers die stoppen met werken en ook mensen die een opleiding gaan volgen en dientengevolge tijdelijk niet beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt.

Per groep is gekeken hoeveel procent een vermijdbare vertrekreden opgeeft. Opvallend is dat meer dan de helft van de baan-baanveranderaars een vermijdbare vertrekreden noemt. Van de groep die buiten de zorg een baan verkiest, is dat minder hoog, namelijk 44%.

Tabel 9.10

Relatieve verdeling naar vertrekriching en het aandeel dat een vermijdbare vertrekreden noemt

	%	% vermijdbaar
Binnen zorg	67%	52%
Buiten zorg	6%	44%
Nog geen werk	9%	37%
Gestopt	14%	21%
Opleiding	4%	26%
Totaal	100%	

Bron: Exitinterviews

Tabel 9.11

Belangrijkste vertrekredenen naar vertrekrichting in 2003

Naar baan	%	Buiten zorg	%	Nog geen werk	%
Ontplooiing	29	Behoeftte aan ander werk	30	Verhuizing	24
Behoeftte aan ander werk	28	Ontplooiing	27	Ontplooiing	19
Perspectief	23	Perspectief	20	Voldoening werk	15
Voldoening werk	19	Voldoening werk	18	Gezin	15
Werktijd	17	Werktijden	15	Overleg	13
Werktijden	16	Gezin	15	Einde contract	12
Opleiding	13	Opleiding	14	Werktijden	12
Beloning	12	Beloning	13	Behoeftte aan ander werk	11

Bron: Exitinterviews

De vertrekkers die een andere baan kiezen binnen zorg en welzijn geven met 44% het vaakst een vermijdbare vertrekreden aan. Voor diegenen die voor een baan buiten de zorg kiezen, ligt dit op 44%.

In tabel 9.11 en tabel 9.12 zijn voor drie groepen vertrekkers de (vermijdbare) vertrekredenen opgenomen. Van de mensen die stoppen met werken en een opleiding gaan doen, zijn de vertrekredenen meer voor de hand liggend en om die reden buiten beschouwing gelaten.

Belangrijke vertrekredenen bij de baanveranderaars en vertrekkers naar buiten de zorg zijn het ontbreken van ontplooiingsmogelijkheden, behoefte aan ander

Tabel 9.12

Belangrijkste vermijdbare vertrekredenen naar vertrekrichting in 2003

Naar baan	%	Buiten zorg	%	Nog geen werk	%
Ontplooiing	19	Ontplooiing	16	Overleg	11
Perspectief	16	Werktijden	11	Werktijden	11
Werktijden	12	Voldoening	11	Ontplooiing	11
Voldoening	12	Perspectief	10	Klimaat	10
Beloning	11	Lichamelijke belasting	9	Leiderschap	9
Klimaat	10	Beloning	7	Voldoening	6
Werkdruk	9	Werkdruk	7	Perspectief	6
Leiderschap	9	Klimaat	6	Lichamelijke belasting	6

Bron: Exitinterviews

werk en het gemis aan loopbaanperspectief alsmede het ontbreken van voldoening in het werk. Bij hen spelen gezondheidsredenen nauwelijks een rol. Instellingen in de gezondheidszorg concurreren onderling wel op reisafstand. Ten opzichte van concurrenten buiten de zorg speelt dit als vertrekreden een minder grote rol.

Bij de baanveranderaars blijkt reistijd een belangrijke vermijdbare vertrekreden te zijn.

Bij de groep die de zorgsector verlaat en elders aan de slag gaat speelde in 2002 zowel geestelijke als lichamelijke belasting een belangrijke rol. In 2003 komt dat als vertrekreden nauwelijks meer terug.

Bij de groep die (tijdelijk) stopt zijn vooral persoonlijke motieven belangrijk. Gezin, ouderschap, maar ook pensioen zijn belangrijke vertrekredenen. In vergelijking met vorig jaar is verhuizing als vertrekreden sterk naar voren gekomen: een stijging van 10 naar 24%.

Vertrekredenen naar regio

Rekening houdend met de branchesamenstelling per regio kan onderzocht worden of er regionale verschillen zijn in vertrekredenen. In het westen worden meer (vermijdbare) vertrekredenen genoemd dan elders in het land. Er zijn echter geen grote verschillen in de aard van de (vermijdbare) vertrekredenen. In het westen vormt het gezin iets minder vaak een vertrekreden dan in het noorden, oosten en zuiden van het land. Beloning wordt door 5% van de vertrekkers in het noorden als vermijdbare vertrekreden genoemd terwijl dat in het westen en in het zuiden op respectievelijk 9 en 8% ligt.

Tabel 9.13

De belangrijkste vermijdbare vertrekredenen naar regio in 2003 gewogen naar branche

Noord/Oost	%	West	%	Zuid	%
Ontplooiing	13	Ontplooiing	15	Ontplooiing	18
Perspectief	11	Perspectief	13	Perspectief	13
Werktijden	11	Werkdruk	10	Werktijden	10
Klimaat	8	Klimaat	10	Voldoening	10
Leiderschap	7	Beloning	10	Beloning	8
Overleg	7	Werktijden	10	Gebrek opleiding	6
Voldoening	7	Voldoening	10	Leiderschap	6
Gebrek opleiding	6	Leiderschap	9	Arbeidsomstandigheden	6

Bron: Exitinterviews

3.3 Vooruitzichten

De omvang van het vertrek uit de zorg hangt samen met de situatie elders op de arbeidsmarkt (Visser en Van der Windt 2004). Zij beschrijven, uitgaande van de verschillende participanten op de arbeidsmarkt van de zorgsector, welke reacties zich mogelijk voordoen. Als participanten zijn onderscheiden werkgevers, (potentiële) werknemers en opleidingsinstellingen. Veranderingen in arbeidsmarktgedrag zijn bekeken als reactie op veranderingen in de groei van de nationale werkgelegenheid en werkloosheid en de groei van de werkgelegenheid in de zorgsector.

Uit dit onderzoek blijkt het nettoverloop van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogisch personeel samen te hangen met veranderingen in de nationale werkgelegenheid; de baan-baanmobiliteit⁴ hangt samen met veranderingen in de nationale werkloosheid.

Het CPB voorspelt voor 2004 een verdere daling van de omvang van de werkgelegenheid en een verdere groei van de werkloosheid. Pas in 2005 treedt er naar verwachting enige verbetering op. Een en ander leidt tot de verwachting dat het vertrek van verpleegkundigen en verzorgenden uit de zorgsector in 2004 nog verder zal dalen en mogelijk pas vanaf 2005 weer licht zal gaan nemen.

4 Samenvatting

Het brutoverloop is in 2003 gedaald tot 12,2%. Vooral in de geestelijke gezondheidszorg en in de gehandicaptenzorg is het brutoverloop flink gedaald. Bijna driekwart van de verpleegkundigen en verzorgenden verandert van baan binnen de zorgsector. Het nettoverloop, het percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat de zorgsector verlaat, is in alle branches afgenomen. Het nettoverloop is in 2003 voor de intramurale sector op 3,1% en is daarmee sinds de metingen in 1995 op het laagste niveau. Vertrokken in 2000 nog rond 20.000 verpleegkundigen en verzorgenden uit het beroep, in 2003 is dat gedaald tot nog geen 10.000. Als specifiek naar de vertrekrichting wordt gekeken, valt op dat onder verpleegkundigen en verzorgenden in de gehandicaptenzorg relatief veel personeel, namelijk 12%, voor een betrekking buiten de zorg kiest. In de thuiszorg vertrekt slechts 57% binnen de zorg werken waarvan slechts 11% binnen de bran-

⁴ Dit is het verschil tussen bruto- en nettoverloop.

che thuiszorg zelf. Het aandeel dat stopt met werken ligt in de thuiszorg erg hoog. 24% stopt met werken terwijl dat binnen bijna alle andere branches onder de 10% ligt.

Behoeftes aan ander werk, het ontbreken van loopbaanperspectief en ont-plooiingsmogelijkheden zijn in alle branches min of meer de belangrijkste vertrekredenen. In de geestelijke gezondheidszorg worden de meeste vertrekredenen genoemd. Bijna de helft geeft aan dat er onvoldoende ont-plooiingsmogelijkheden zijn. In de thuiszorg is de belangrijkste vertrekreden de gezins- en of de thuissituatie. In deze branche en in de verpleeg- en verzorgings-huizen speelt lichamelijke belasting ook een belangrijke rol als vertrekreden. In de loop der tijd zijn verpleegkundigen en verzorgenden minder vertrekredenen gaan noemen, wel worden de belangrijkste vertrekredenen door een grotere groep gedeeld. Tegelijkertijd zijn er minder verpleegkundigen en verzorgenden die een vermijdbare vertrekreden opgeven op de vraag of het vertrek in hun ogen vermeden had kunnen worden als bepaalde aspecten van het werk er anders uitgezien hadden. Vergeleken met 2000 is het aandeel in 2003 afgenomen van 53 naar 44%.

Op grond van voorspellingen van het CPB ten aanzien van de werkgelegenheid en de werkloosheid is de verwachting dat het verloop in 2004 nog verder zal dalen en pas in 2005 licht zal toenemen.

0 Kwaliteit van zorg

voorgaande hoofdstukken zijn allerlei vraag- en aanbodontwikkelingen de reële gepasseerd, inclusief het oordeel van verpleegkundigen en verzorgenden over de aantrekkelijkheid van hun beroep. Kwaliteit van zorg kan opgevat worden als een soort uitkomstmaat van vraag en aanbod: is er voldoende aanbod van zorg, zowel qua opleidingsniveau als handen aan het bed, om kwalitatief goede zorg te bieden? Wat de belangrijkste kenmerken zijn van een goede kwaliteit van zorg hangt mede af van het perspectief van de beoordelaar. Voor een patiënt of cliënt zal de wijze waarop men bejegend wordt een belangrijke rol spelen. Voor de zorgverzekeraar is het belangrijk dat de zorg doelmatig gegeven wordt. En een zorgverlener zal het accent leggen op de eigen professionaliteit en effectiviteit. In de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) wordt kwaliteit aangeduid als 'verantwoorde zorg'. Verantwoorde zorg wordt daar gedefinieerd als zorg van een goed niveau die doelmatig, doeltreffend en patiëntgericht wordt verleend en tegemoetkomt aan de reële behoefte van de patiënt. Het meten van de kwaliteit van zorg via kengetallen of indicatoren, is een proces dat momenteel volop gaande is. Dergelijke kengetallen of indicatoren worden vaak op opleidingsniveau of instellingsniveau vastgesteld.

Dit hoofdstuk gaat uit van wat verpleegkundigen en verzorgenden zelf van de kwaliteit van hun zorg vinden. De gegevens zijn afkomstig van het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (Welling e.a. 2002; De Veer e.a. 2004). Verpleegkundigen en verzorgenden hebben op basis van hun kennis en werkervaring een goed beeld van wat kwalitatief goede zorg is. In de definitie van goede kwaliteit van zorg zoals gehanteerd in de peilingen onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden, is dat beeld als uitgangspunt genomen. De verpleegkundigen en verzorgenden uit het panel kregen de volgende definitie voorgepresenteerd: goede kwaliteit van zorg is zorg die aansluit bij (a) de zorgbehoefte van patiënten/cliënten en (b) bij de visie van verpleegkundigen en verzor-

genden zelf op wat 'goede' zorg is. In deze definitie van kwaliteit van zorg worden verpleegkundigen en verzorgenden als professionals beschouwd met een eigen visie op kwaliteit van zorg. Omdat in de definitie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen het perspectief van de cliënt een belangrijke rol speelt, is dit element expliciet genoemd. De gegevens betreffen drie metingen: in het voorjaar van 2001, 2002 en 2003. Het aantal respondenten was respectievelijk 489, 680 en 673.

Paragraaf 10.1 gaat in zijn algemeenheid in op de kwaliteit van zorg naar het oordeel van verpleegkundigen en verzorgenden, zo mogelijk aangevuld met informatie uit andere studies, zoals benchmarkstudies. Alleen vergelijkingen over de jaren heen worden in dit verband gepresenteerd. Dergelijke informatie blijkt echter schaars, veelal is de beschikbare informatie afkomstig van één meetmoment. Daarbij hebben bijvoorbeeld benchmarkstudies als belangrijkste doel het onderling vergelijken van zorginstellingen. De paragrafen 10.2 en 10.3 gaan vervolgens in op de tevredenheid over de kwaliteit van zorg en maatregelen ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Beide paragrafen zijn gebaseerd op panelgegevens.

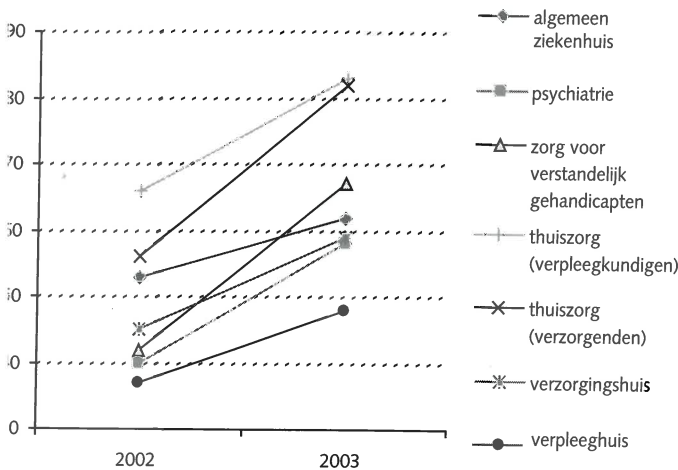
10.1 Algemeen oordeel over de kwaliteit van zorg

Aan het panel zijn op twee tijdstippen, te weten het voorjaar van 2002 en 2003, twee identieke vragen gesteld over de kwaliteit van de verzorging en verpleging op de eigen afdeling of binnen het eigen team. Ten eerste werd gevraagd naar een kwalificatie van deze zorg in termen van goed en slecht (op een vijf-puntsschaal). In 2002 vond 49% van de verpleegkundigen en verzorgenden de zorg goed tot zeer goed. Ruim een tiende van het panel vond de zorg matig tot slecht. De overigen (40%) vonden de zorg van voldoende kwaliteit. In 2003 waren de verpleegkundigen en verzorgenden positiever: 65% vond de kwaliteit goed tot zeer goed en 6% matig of slecht. Er zijn wel verschillen tussen sectoren zichtbaar (figuur 10.1). De verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg waren duidelijk het meest positief over de kwaliteit van de zorg. Veruit het minst positief waren de verzorgenden in een verpleeghuis. In alle sectoren waren verpleegkundigen en verzorgenden in 2003 positiever over de kwaliteit van zorg dan het voorgaande jaar.

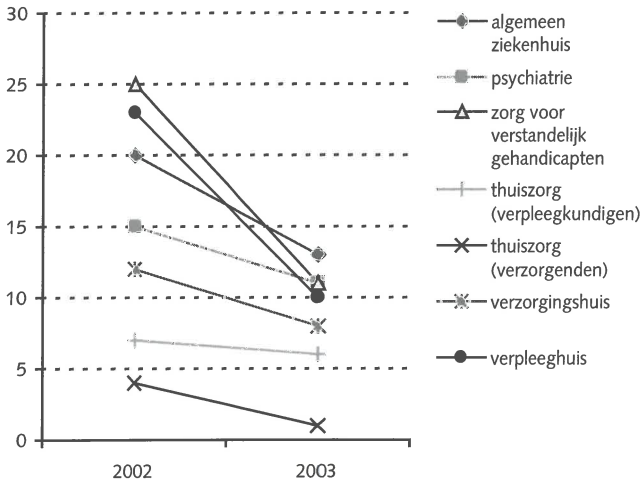
Deze ontwikkeling is ook zichtbaar in benchmarkscores van verpleeg- en verzorgingshuizen op basis van cliëntoordelen (Arcare 2004). Over verschillende ja-

in 2003 waren het hoogst van drie metingen. Over het algemeen oordeelt men in verpleeghuizen (meningen van contactpersonen) negatiever over de zorg dan in verzorgingshuizen (cliënten zelf). Dit verschil lijkt in de afgelopen jaren eerder groter geworden dan kleiner (Stichting Cliënt en kwaliteit 2004). Dit geldt ook voor zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren (bijvoorbeeld aantal cliënten met doorligwonden, aantal valpartijen of aandacht voor de cliënt); over het algemeen is de kwaliteit van zorg in verzorgingshuizen beter dan in verpleeghuizen. Een vergelijking over de tijd levert geen eenduidig beeld: de ene indicator neemt iets af, de andere iets toe. Ook volgens het medewerkersoordeel worden verpleeghuizen over het algemeen iets lager. Dit oordeel was niet vergelijkbaar met voorgaande metingen.

De tweede is het vóórkomen van zorg die niet goed is, geïnventariseerd (figuur 10.2). Het gaat daarbij om zorg die verpleegkundigen of verzorgenden binnen eigen afdeling of team geven. Gevraagd werd hoe vaak de kwaliteit van die zorg niet goed is. Ook hier waren vijf antwoordmogelijkheden, oplopend van nooit naar vaak. Vijftien procent van de verpleegkundigen en verzorgenden gaf in 2002 aan dat het regelmatig tot vaak voorkomt dat de zorg niet goed is. In verpleeghuizen was dat het geval volgens 23% van de verzorgenden. Dertig pro-



Figuur 10.1
 Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat de kwaliteit van zorg die cliënten krijgen van verpleegkundigen en/of verzorgenden uit het eigen team goed tot zeer goed is, uitgesplitst naar sector

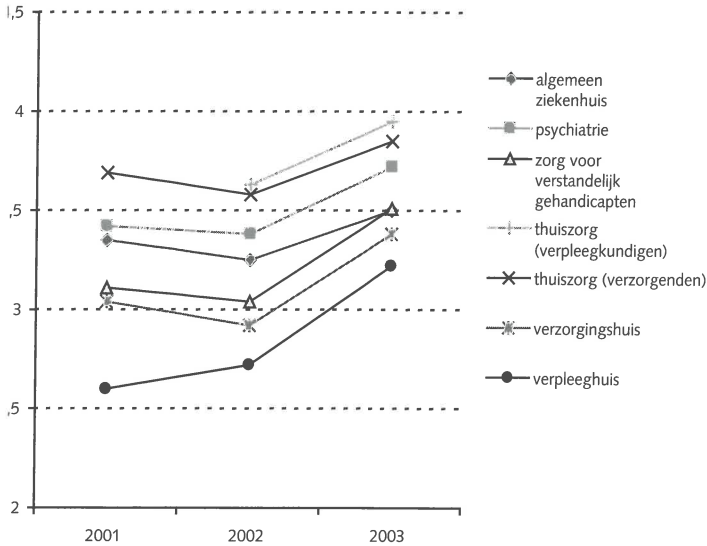


Figuur 10.2
 Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat vindt dat de kwaliteit van zorg die cliënten krijgen van verpleegkundigen en/of verzorgenden uit het eigen team regelmatig of vaak niet goed is, uitgesplitst naar sector

cent van alle verpleegkundigen en verzorgenden rapporteerde dat de zorg nauwelijks of nooit niet goed was. De rest gaf aan dat dat soms voorkwam. Een jaar later (2003) noemde 8% de zorg regelmatig of vaak niet goed, terwijl 35% aangaf dat niet goede zorg nauwelijks of nooit voorkwam. De richting van deze percentages zijn vergelijkbaar met die in figuur 10.1. In de thuiszorg signaleerde men vaker dat de zorg van voldoende kwaliteit is en in 2003 was men ook wat positiever dan een jaar eerder. De verpleeghuizen vallen in figuur 10.2 minder uit de toon dan in figuur 10.1. Opmerkelijk is dat in 2002 relatief veel verpleegkundigen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten de zorg regelmatig of vaak niet goed vonden.

10.2 Tevredenheid over de kwaliteit van zorg

In de peilingen van het voorjaar in 2001, 2002 en 2003 is geïnventariseerd hoe tevreden verpleegkundigen en verzorgenden waren over de kwaliteit van de zorg. Tevredenheid over de kwaliteit van zorg werd gemeten met een subschaal (drie items, vijfpuntsschaal) uit een grotere vragenlijst naar arbeidstevredenheid (Landeweerd e.a. 1996). In het algemeen blijft de tevredenheid tussen 2001 en 2002 vrij stabiel, maar is er in 2003 een stijging zichtbaar (figuur

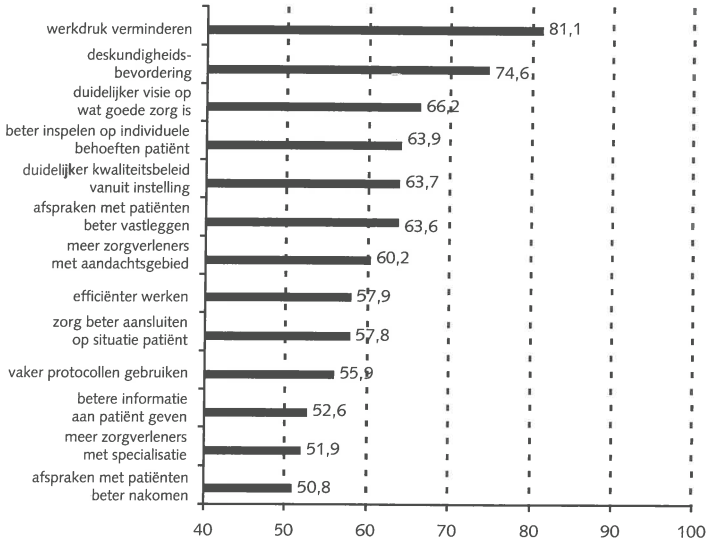


Figuur 10.3
 Vredigheid van verpleegkundigen en verzorgenden over de kwaliteit van de zorg, uitgesplitst naar sector (van 2001 zijn geen gegevens beschikbaar voor verpleegkundigen in thuiszorg)

1.3). Dit patroon is in alle sectoren zichtbaar, alhoewel de verschillen tussen sectoren in 2003 wat kleiner zijn dan in de voorgaande jaren. Verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg zijn het meest tevreden. Verzorgenden in verpleeghuizen zijn het minst tevreden.

1.3 Maatregelen ter verbetering van de kwaliteit van zorg

Verpleegkundigen en verzorgenden werden in 2002 tevens bevraagd over hoe zorg van het team waarin zij werken, verbeterd zou kunnen worden. Er werd een lijst van achttien mogelijke maatregelen voorgelegd. Figuur 10.4 laat zien welke maatregelen door ten minste de helft van de respondenten werden genoemd. De eerste plaats staat verlagings van de werkdruk: 81% verwachtte dat vermindering van de werkdruk zou kunnen leiden tot een betere kwaliteit van de zorg. De bevordering van de kennis en vaardigheden van verpleegkundigen en verzorgenden werd eveneens gezien als een belangrijke impuls voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg (76%). Ook verwachtten veel panelleden (66%) dat wanneer zij zélf een eigen bedrijf ontwikkelen op goede zorg dit tot een kwaliteitsverbetering kan leiden.



Figuur 10.4

Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat verwacht dat de kwaliteit van de zorg binnen het eigen team verbetert door genoemde maatregelen (2002)

Ook uitgesplitst naar sector blijkt dat de meeste verpleegkundigen en verzorgenden een vermindering van de werkdruk als een belangrijke maatregel zien voor verhoging van de kwaliteit van zorg, met name in de verzorgingshuizen (tabel 10.1). Ook meer aandacht voor deskundigheidsbevordering van verpleegkundigen en verzorgenden staat in alle sectoren in de top drie van meest genoemde maatregelen. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking en in verzorgings- en verpleeghuizen staat het beter inspelen op de individuele zorgbehoeften van de cliënten in de top 3. In de algemene ziekenhuizen en de psychiatrie staat een duidelijker kwaliteitsbeleid in de top 3, alhoewel het percentage verpleegkundigen dat dit belangrijk vond (statistisch) niet afwijkt van de andere sectoren. Verpleegkundigen in de thuiszorg vonden het relatief vaak belangrijk dat de afspraken met patiënten beter worden vastgelegd en nageleefd. De verzorgenden in de thuiszorg verwachtten, naast werkdrukvermindering en deskundigheidsbevordering, een kwaliteitsverbetering door te gaan werken met aandachtsgebieden, zoals verzorgenden die extra zijn opgeleid om te werken met diabetespatiënten.

Tabel 10.1

Top 3 van de meest genoemde maatregelen die volgens verpleegkundigen en verzorgenden de kwaliteit van zorg kunnen verhogen, uitgesplitst naar sector (in 2002)

Algemene ziekenhuizen (verpleegkundigen)	Psychiatrie (verpleegkundigen)	Verstandelijkgehandicaptenzorg (verpleegkundigen)	Thuiszorg (verpleegkundigen)
Werkdruk verminderen 86,1% Deskundigheidsbevordering 70,3%	Werkdruk verminderen 74,2% Duidelijker kwaliteitsbeleid vanuit de instelling 71,7% Deskundigheidsbevordering 68,8%	Werkdruk verminderen 83,0% Deskundigheidsbevordering 79,8% Beter inspelen op behoeften patiënt 73,4%	Deskundigheidsbevordering 78,8% Afspraken met patiënt beter vastleggen 75,9% Werkdruk verminderen 74,4%
Thuiszorg (verzorgenden)	Verzorgingshuizen (verzorgenden)	Verpleeghuizen (verzorgenden)	
Werkdruk verminderen 74,5% Deskundigheidsbevordering 67,7%	Werkdruk verminderen 83,1% Deskundigheidsbevordering 81,9%	Werkdruk verminderen 94,4% Beter inspelen op behoeften patiënt 78,7% Deskundigheidsbevordering 75,3%	
Werken met aandachtsgebieden 64,6%	Beter inspelen op behoeften patiënt 77,1%		

In 2003 blijkt – in vergelijking met 2001 – de werkdruk lager te zijn en is er meer bij- en nascholing gevolgd (De Veer e.a. 2004). Dit zou dus mogelijk de kwaliteitsverbetering in 2003 kunnen verklaren.

10.4 Samenvatting

Gegevens over de kwaliteit van zorg gemeten over enkele jaren zijn nog nauwelijks voorhanden. Dit hoofdstuk is voornamelijk gebaseerd op herhaalde metingen onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. Verpleegkundigen en verzorgenden hebben tussen 2001 en 2002 geen verandering gesignaleerd in de kwaliteit van zorg (van eigen team of afdeling). Tussen 2002 en 2003 lijkt de kwaliteit van zorg naar de mening van verpleegkundigen en verzorgenden verbeterd. Ook benchmarkscores van verzorgings- en verpleeghuizen wijzen op een positieve ontwikkeling van de kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg zijn het meest positief over de kwaliteit van zorg, in verpleeghuizen is men het minst positief. Ook volgens benchmarkindicatoren worden verpleeghuizen over het algemeen minder positief beoordeeld dan verzorgingshuizen. In alle sectoren zien verpleegkundigen en verzorgenden mogelijkheden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Zo verwachtten in 2002 veel verpleegkundigen en verzorgenden een kwaliteitsimpuls van een lagere werkdruk en meer bij- en nascholing. Een lagere werkdruk en meer bij- en nascholing blijkt in 2003 daadwerkelijk gerealiseerd, hetgeen mogelijk heeft bijgedragen aan de gesignaleerde kwaliteitsverbetering door verpleegkundigen en verzorgenden.

1

De toekomstige vraag- en aanbodverhoudingen

om inzicht te krijgen in de toekomstige vraag- en aanbodverhoudingen op de arbeidsmarkt van verpleegkundigen en verzorgenden moeten we een beeld hebben hoe de vraag naar deze beroepsgroepen zich ontwikkelt en hoe het aanbod er de komende jaren naar verwachting uit zal zien. In hoofdstuk 3 werd al een meer beschrijvend beeld geschetst over de vraag in de komende jaren; in hoofdstukken 6 en 9 werd iets zichtbaar van het aanbod in de komende jaren. Beide grootheden zijn uiteraard met onzekerheden omgeven, maar op grond van trends uit het verleden is er wel iets over te zeggen. Het verschil met de voorgaande hoofdstukken is dat we hier maat en getal aan de ontwikkelingen geven.

Deze kwantitatieve benadering geeft in sommige opzichten een beperkt beeld. Daarom leggen we in een slotparagraaf een verband met de meer kwalitatieve uitkomsten van het voorgaande hoofdstuk.

1.1 De vraag naar zorg

Hiertijd is in *Gezondheidszorg in Tel* (Muiswinkel 2000) een methodiek ontwikkeld om trends uit het verleden om te zetten in verwachtingen voor de nabije toekomst. De vooronderstelling hierbij is dat zich geen grote veranderingen voordoen zoals stelselwijzigingen of omvangrijke veranderingen in de financiering. Met andere woorden er mag geen sprake zijn van grote trendbreuken. Gezondheidszorg in Tel gaat uit van een drietal begrippen om de vraag naar zorg te kaart te brengen⁵. De eerste is de demografie: berekend wordt wat de groei en de vergrijzing van de bevolking in de komende jaren voor de vraag naar zorg betekenen. De tweede is de trendmatige ontwikkeling in het gebruik: bijvoor-

⁵ GiT-8 wordt uitvoerig ingegaan op de gehanteerde methode en variabelen. Voor verdere informatie wordt dan ook naar dat rapport verwezen. We volstaan hier met een globale beschrijving, waarbij de grote lijn aan de orde komt.

beeld waar er naar gestreefd wordt om geleidelijk aan ouderen steeds meer thuis in plaats van in een residentiële voorziening van zorg te voorzien, vertaalt zich dat in een lagere groei van het gebruik van verzorgingshuizen en een grotere vraag naar thuiszorg dan op grond van alleen demografie verwacht mag worden. De derde en laatste factor waar rekening mee gehouden wordt, is de intensiteit van de zorg. Oudere patiënten vragen bijvoorbeeld in een ziekenhuis bij eenzelfde aandoening doorgaans meer zorg dan jongere patiënten. Neemt het aandeel ouderen in de ziekenhuispopulatie toe, dan betekent dit dat er niet alleen vanwege hun aantal, maar ook vanwege de extra zorg die ze vergen meer personeel nodig is. Ook de toenemende complexiteit van de zorgvraag moet in deze factor tot uitdrukking komen.

Tabel 11.1 laat zien wat per branche de verwachtingen zijn voor de drie genoemde factoren voor de komende jaren (periode 2004-2008). Deze uitkomsten zijn gebaseerd op een extrapolatie van de periode 1996-2002.

De demografische ontwikkeling, de groei van de bevolking en de verandering in de leeftijdsopbouw, heeft als gevolg dat de vraag in de periode 2004-2008 jaarlijks gemiddeld met 1% toeneemt. Bij verzorgings- en verpleeghuizen is deze component hoger, bij de gehandicaptenzorg juist lager. Bij de trends in gebruik zien we vooral een toename bij de thuiszorg en de GGZ en afnamen bij verzorgingshuizen en ziekenhuizen. De intensiteit van de gevraagde zorg neemt

Tabel 11.1

De gemiddelde jaarlijkse verandering in de vraag naar zorg en in het arbeidsaanbod per branche naar achterliggende factoren voor de periode 2004-2008

	Vraag			Arbeidsaanbod		
	Demografie	Trend	Intensiteit	Totaal	Arbeidsproductiviteit	Arbeidsvolume
Ziekenhuizen	0,6	-0,6	1,3	1,2	-0,7	2,0
GGZ	0,1	2,6	-0,8	1,9	0,6	1,3
Verstandelijk gehandicapten	0,3	0,9	-0,1	1,1	-1,3	2,2
Verpleeghuizen	1,6	0,5	0,0	2,1	-0,1	2,2
Verzorgingshuizen	2,1	-2,1	1,2	1,2	-3,2	3,0
Thuiszorg	1,0	2,4	-0,2	3,2	-0,1	3,3
Totaal	1,0	0,5	0,4	1,9	-0,8	2,5

oorgaans toe. Zo worden er weliswaar in verzorgingshuizen jaarlijks minder bewoners verzorgd, maar de bewoners die verzorgd moeten worden vragen inmiddels wel meer zorg!

Om te komen tot de drie factoren bij elkaar, dan is het resultaat de berekende jaarlijkse gemiddelde toename in de vraag naar zorg wanneer zich geen trendbreuken voordoen. Voor het geheel neemt de geraamde vraag gemiddeld met 1,9% per jaar toe. De thuiszorg groeit naar verwachting harder dan het gemiddelde, de andere branches schommelen met een groei tussen de 1,1 en 2,1% rond het gemiddelde.

Niet alle gevraagde zorg is verpleegkundig of verzorgend van aard. Zeker in ziekenhuizen bestaat een substantieel deel van de zorg uit behandelingen. In de care-sectoren zal het verschil tussen de totale zorg en de zorg te geven door verpleegkundigen en verzorgenden niet groot zijn.

Vooral de cure-sector (ziekenhuizen en GGZ) hebben we wel een poging gedaan om een en ander verder uit te splitsen. Dat blijkt echter óf weinig resultaat op te leveren óf moeilijk te realiseren te zijn. Vorig jaar lieten we zien dat een iets minder sterke groei in ziekenhuizen en GGZ op de omvang van de zorgsector de vraag slechts een marginaal effect heeft.

Niet alle veranderingen in de vraag betekenen ook direct dat er meer personeel nodig is. Zo wordt in GiT (*Gezondheidszorg in Tel*) onderscheid gemaakt naar verschillende productiefactoren arbeid, gebruik en kapitaal. In een arbeidsintensieve branche zal de totale groei en de groei van arbeid ongeveer overeenkomen, maar in een branche als de verzorgingshuizen, waar maar 60% van de uitgaven aan personeel plaatsvindt en gebouwen dus ook een belangrijke kostenpost vormen, kunnen afwijkingen ontstaan. In GiT worden de trends in arbeid, gebruik en kapitaal van de afgelopen jaren doorgetrokken.

De factor arbeid wordt nog onderscheid gemaakt in arbeidsproductiviteit en arbeidsvolume. Door technologie en hulpmiddelen moet het mogelijk zijn om meer te verrichten met dezelfde mensen. Een oplopende werkdruk kan echter ook het gevolg zijn wanneer met dezelfde mensen meer gedaan moet worden.

Het tegendeel geldt ook. Zo hebben de indertijd toegekende werklastgelden negatieve gevolgen voor de arbeidsproductiviteit⁶.

Tabel 11.1 laat voor de meeste branches een negatieve arbeidsproductiviteit op grond van extrapolatie uit het verleden zien. Alleen bij de GGZ was de trend licht positief. Hier speelt waarschijnlijk een rol dat meer mensen behandeld worden met een in aantallen stabiel personeelsbestand.

Een negatieve arbeidsproductiviteit behoeft niet te duiden op inefficiency. Het is ook mogelijk dat er meer gedaan wordt, maar dat dat meerdere door onvolkomenheden in het meten niet in de 'productie' tot uitdrukking komt. Vaak zal het gaan om kwalitatieve aspecten die bij deze kwantitatieve aanpak niet uit de verf komen. Ook kan een rol spelen dat nieuwe producten niet of onvoldoende in de statistieken tot uitdrukking komen. Inmiddels is er onderzoek gestart om te komen tot verbeteringen in het meten van de arbeidsproductiviteit.

Dat is ook van belang in verband met de momenteel actuele discussie of het personeelsbestand in de zorg maar jaar op jaar moet blijven groeien. Zo stelde minister Hoogervorst dat bij een doorgaande trend in 2025 22% van de beroepsbevolking in de zorg werkt, waar dat nu nog 13% is. De vraag is of dat economisch en maatschappelijk gewenst is. Een en ander vraagt om arbeidsbesparende innovaties.

Hoe dan ook zal op de korte termijn de vraag naar personeel om in de zorgvraag te kunnen voorzien volgens de hier gehanteerde methode van berekenen jaarlijks gemiddeld met 2,5% toenemen (zie tabel 11.1).

Naast deze berekening, die uitgaat van een trendmatige benadering van de vraag naar personeel, zijn er ook andere benaderingen van het bepalen van de toekomstige vraag naar personeel mogelijk. Zo wordt in *RegioMarge 2004* (Van der Windt 2004) een schets gegeven van de ruimte aan financiële middelen die er volgens de begroting van het ministerie van VWS bij de branches voor de komend jaren is. In genoemde rapportage wordt vervolgens een mix van beide benaderingen gekozen om tot een raming te komen. Daarbij speelt een rol in welke mate een trendmatige benadering gezien ontwikkelingen in de organisatie van de zorg, bijvoorbeeld het meer honoreren van het recht op zorg, een af-

⁶ In *RegioMarge 2002* wordt dit effect geschat op ongeveer 0,5% per jaar: zonder werkdruk-middelen zou de arbeidsproductiviteit 0,5% hoger liggen. Daar staat tegenover dat bij tabel 11.1 ook geen rekening gehouden is met het inlopen van de vraag vanwege wachtlijsten, die in *RegioMarge 2002* berekend werd op een jaarlijkse vraag van 0,8% extra.

afwijking van de trend kunnen veroorzaken. Voor de totale zorgsector betekent dit een groei in de vraag naar personeel variërend van 3,6% wanneer de Zorgnota gevolgd wordt en 3,3% bij een mix van trendmatige ontwikkeling en beschikbare financiële ruimte.

Omdat verpleegkundigen en verzorgenden ruim de helft van het personeelsbestand uitmaken zal de vraag naar hun werkzaamheden hier weinig van afwijken. Welke maatregelen worden genomen om de komende jaren in deze vraag te voorzien?

1.2 Het aanbod van arbeid

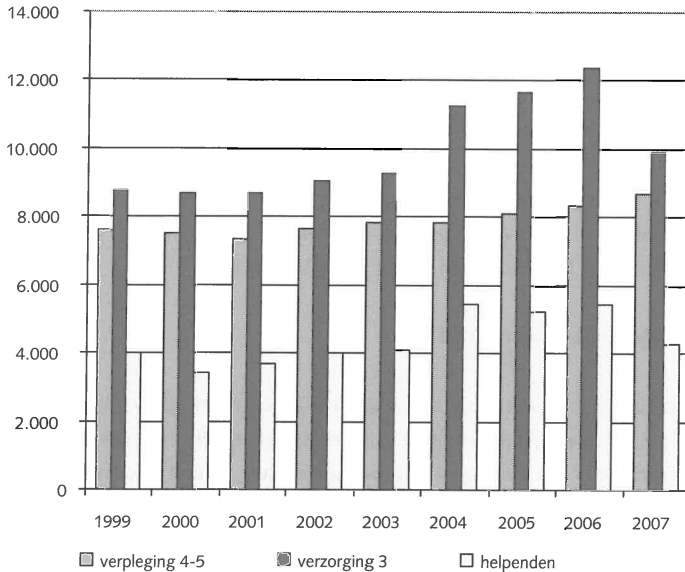
Sinds 2002 is er sprake van een omslag op de arbeidsmarkt. De werkgelegenheid groeit nauwelijks en krimpt zelfs in een aantal bedrijfstakken en de werkloosheid neemt toe. De vraag is of er een samenhang bestaat tussen de omvang van de in- en uitstroom van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogisch personeel in de zorgsector en interne en externe factoren op de arbeidsmarkt.

De Vrijman en Van der Windt (2004) beschrijven, uitgaande van de verschillende participanten op de arbeidsmarkt van de zorgsector, welke reacties zich mogelijk voordoen. Als participanten zijn onderscheiden werkgevers, (potentiële) werknemers en opleidingsinstellingen. Veranderingen in arbeidsmarktgedrag zijn te bekijken als reactie op veranderingen in de groei van de nationale werkgelegenheid en werkloosheid en de groei van de werkgelegenheid in de zorgsector. Uit dit onderzoek blijkt het nettoverloop van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-pedagogisch personeel samen te hangen met veranderingen in de nationale werkgelegenheid; de baan-baanmobiliteit⁷ hangt samen met veranderingen in de nationale werkloosheid.

De instroom in de bbl-opleidingen vertoont een sterke samenhang met het brutoverloop een jaar eerder; de instroom in de bol-opleidingen werkt enigszins compenserend op de instroom in de bbl. Gezamenlijk kennen deze opleidingen een tamelijk constante instroom. De instroom van herintreders hangt vooral samen met de groei van de werkgelegenheid in de zorgsector.

De basis van deze uitkomsten is aan de hand van de meest recente prognoses van het CPB over de nationale werkgelegenheid en werkloosheid een scenario voor de in- en uitstroomvariabelen van *RegioMarge 2003* opgesteld.

⁷ Dit is het verschil tussen bruto- en nettoverloop.



Figuur 11.1

De gewenste instroom in de opleidingen voor de jaren 2003 e.v. om het tekortschietend aanbod op te lossen (1999-2002 = realisatie)

Op de korte termijn leidt een en ander niet tot tekorten op de arbeidsmarkt. Het aanbod van personeel is ruim voldoende om in de vraag te voorzien. Op de langere termijn, wanneer de economie weer aantrekt, zal het aanbod onvoldoende zijn om in de vraag te voorzien. In figuur 11.1 wordt zichtbaar wat de omvang van de gewenste instroom in de opleidingen is wanneer we een tekortschietend aanbod van personeel willen voorkomen door meer personeel op te leiden. De sterke groei van de ouderenzorg komt tot uitdrukking in de hoge gewenste instroom van verzorgenden en helpenden in de jaren 2003-2006. Kijken we naar de langere termijn dan stellen we vast dat vooral de instroom in de verpleegkundige opleidingen toe moet nemen. In 2007 zou de instroom in de verpleegkundige opleidingen 14% hoger moeten zijn dan in 2002, voor verzorgenden geldt een toename van 9% en voor helpenden 7% (zie tabel 11.2).

Vergelijken we de huidige vooruitzichten met die van vorig jaar (Van der Windt e.a. 2003) dan stellen we vast dat vraag en aanbod wat langer met elkaar in evenwicht zijn. De sterke groei van de ouderenzorg vraagt om meer verzorgen-

Tabel 11.2
 De feitelijk instroom in de opleidingen in 2002 en de gewenste instroom voor voldoende aanbod in 2007

	Verpleging 4-5	Verzorging 3	Helpenden
Feitelijke instroom 2002	7.660	9.057	3.992
Gewenste instroom in 2007	8.697	9.916	4.281
Deficitatie in %	14	9	7

en en helpenden op de middellange termijn. Op de langere termijn zal het aantal verpleegkundigen in opleiding omhoog moeten (zie tabel 11.2).

Naast een toename van het aantal mensen dat opgeleid wordt, kan men ook denken aan het vergroten van de arbeidsparticipatie van met name ouderen en vrouwen. Denk aan tekorten aan personeel te voorkomen. Bij het huidige in- en uitroombestand van personeel levert de zorgsector al een forse bijdrage aan de toename van de participatiegraad. In hoofdstuk 5 zagen we al dat het aandeel van 50-plussers in het personeelsbestand sterk toeneemt in de komende jaren. Het extra aanbod is door het beperken van het vertrek van ouder personeel voor de komende jaren niet te verwachten.

11.3 Slotbeschouwing

Uit de berekeningen komt naar voren dat de productiviteit in de zorg eerder zal dalen dan toeneemt. Deels heeft dit te maken met het statistisch niet goed kunnen meten van allerlei nieuwe producten die aangeboden worden. Een andere oorzaak betreft de kwaliteit van producten die geleverd worden. Veranderingen in de kwaliteit komen vaak niet of onvoldoende tot uitdrukking in de gehanteerde kwantitatieve maatstaven.

Als men het combineren van verschillende onderzoeken over kwantiteit en kwaliteit van verpleging en verzorging komt het volgende beeld naar voren. De laatste jaren nam de kwaliteit van de zorg volgens degenen die hem leverden toe (zie hoofdstuk 10). Daar staat een beperkte productiviteitsdaling tegenover. Het lijkt erop dat de ruimte van de productiviteitsdaling deels ten goede gekomen is aan een kwaliteitsverbetering in de geleverde zorg.

Verpleegkundigen en verzorgenden ervaren een te grote werkdruk juist als een van de belangrijkste belemmeringen voor het niveau van de kwaliteit van de zorg die men levert.

Daarmee doet zich een groot probleem voor. Hoe kan met een verhoudingsgewijs beperkter aantal mensen toch een kwalitatief hoogstaande zorg geboden worden? Met behulp van arbeidsbesparende maatregelen kan de productiviteit vergroot worden. Dit is onder meer nodig omdat anders de verpleging en verzorging door hun grote aantal benodigde mensen in de toekomst een onevenredig groot beslag op de arbeidsmarkt leggen. Tegelijkertijd kan het beperken van het arbeidsvolume in relatie tot de hoeveelheid werk tot een toename van de werkdruk leiden en zo de kwaliteit van de geboden zorg in gevaar brengen. Arbeidsbesparende maatregelen kunnen dan ook niet doorgevoerd worden zonder belangrijke innovaties in de zorg en in de organisatie daarvan, wanneer men althans de kwaliteit van de zorg op peil wil houden.

11.4 Samenvatting

De vraag naar zorg van verpleegkundigen en verzorgden neemt ook de komende jaren toe. Geraamd wordt dat de groei en de vergrijzing van de bevolking, trendmatige ontwikkelingen in het aanbod van zorg en de intensiteit van de gevraagde zorg jaarlijks de vraag met 1,9% doen toenemen. De geringe mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit te laten stijgen en tegelijkertijd de werkdruk niet op te laten lopen, betekenen dat het aanbod jaarlijks met 2,5% zou moeten stijgen.

Op de korte termijn is er door de matige economische toestand en het daardoor lage verloop van verpleegkundigen en verzorgenden, voldoende aanbod om in de vraag te voorzien. Op de langere termijn, wanneer economie en arbeidsmarkt aantrekken, zijn er wel problemen te verwachten. Wil men deze problemen voorkomen door meer mensen op te leiden dan zal in 2007 de instroom in verpleegkundige opleidingen 12%, bij verzorgenden 9% en helpenden 7% groter moeten zijn dan in 2002.

Bij het combineren van verschillende onderzoeken over kwantiteit en kwaliteit van verpleging en verzorging komt het volgende beeld naar voren. De laatste jaren nam de kwaliteit van de zorg volgens degenen die hem leverden toe. Daar staat een beperkte productiviteitsdaling tegenover. Het lijkt erop dat de ruimte van de productiviteitsdaling deels ten goede gekomen is aan een kwaliteitsverbetering in de geleverde zorg.

Verpleegkundigen en verzorgenden ervaren een te grote werkdruk juist als een van de belangrijkste belemmeringen voor het niveau van de kwaliteit van de zorg die men levert.

Daarmee doet zich een groot probleem voor. Hoe kan met een verhoudingsgewijs beperkter aantal mensen toch een kwalitatief hoogstaande zorg geboden worden? Met behulp van arbeidsbesparende maatregelen kan de productiviteit vergroot worden. Dit is onder meer nodig omdat anders de verpleging en verzorging door hun grote aantal benodigde mensen in de toekomst een onevenredig groot beslag op de arbeidsmarkt leggen. Tegelijkertijd kan het beperken van het arbeidsvolume in relatie tot de hoeveelheid werk tot een toename van de werkdruk leiden en zo de kwaliteit van de geboden zorg in gevaar brengen. Arbeidsbesparende maatregelen kunnen dan ook niet doorgevoerd worden zonder belangrijke innovaties in de zorg en in de organisatie daarvan wanneer men althans de kwaliteit van de zorg op peil wil houden.



Literatuur en bronnen

Hoofdstuk 2

De geboden zorg en wachtlijsten

- De Ruijter, M. van den, De Ruiters, C., Schoemaker, C. (2004). Brancherapport GGZ- en GGZ-MZ 2000-2003. Den Haag: VWS.
- Landelijke en regionale rapportages wachtlijsten. www.wachtlijstaanpak.nl.
- De Ruijter, M. van den, Delnoij, D.M.J. Brancherapport Cure 2000-2003. Den Haag: VWS, 2004.
- Prismant (2003). Jaarbeeld Zorg.
- De Ruijter, M. van den en Prismant (2004). Brancherapport Care 2000-2003. Den Haag: VWS.

Hoofdstuk 3

Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging

- De Ruijter, M. (2003). Allochtonenprognose 2002-2050: bijna twee miljoen niet-westerse allochtonen in 2010. *Bevolkingstrends* 2003; 1:34-41.
- De Ruijter, M., Tas, R. (2004). Lang leven de ouderen. www.cbs.nl, 25 mei 2004.
- De Ruijter, E.L. van den (1997). Gezondheid en welzijn. Voorzieningsgebruik in de gezondheids- en welzijnzorg, 1995. *Maandstatistiek van de bevolking*, 6, 4-17.
- De Ruijter, A.H. de, Klerk, M.M.Y. de (2001). Informele hulp samengevat. In: *Volksgezondheid Toekomstverkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Nationaal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). *Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland*. Voorburg/Heerlen: CBS.
- Nationaal Bureau voor de Statistiek (Statline 2003). *Prognose-intervallen van de bevolking naar leeftijdsgroep, 2003-2050*. www.cbs.nl.
- Nationaal Bureau voor de Statistiek (Statline 2003). *Kerncijfers van de huishoudensprognose 2003-2050*. www.cbs.nl.

- Centraal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003a). *Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland. Voorburg/Heerlen*: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2003b). *Statistisch jaarboek. Voorburg/Heerlen*: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2003c). *Allochtonenprognose 2002-2050. Bevolkingstrends 2003*;1:77.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2004a). *Maand-, kwartaal- en jaarcijfers. Bevolkingstrends 2004*;1:89.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2004b). *Statistisch jaarboek. Voorburg/Heerlen*: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, bewerking door Sociaal en Cultureel Planbureau (2004c). *De sociale staat van Nederland 2003, bijlagen. www.socialestaat.nl, 24 mei 2004.*
- Garssen, J. *Demografie van Nederland. Bevolkingstrends 2003*;4:12-30.
- Gezondheidsraad (2000). *Intensive care rond de geboorte. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatienummer 2000/08.*
- Heijdt, J. van der, Hoorn, W.D. van de (1995). *Huishoudenssituatie en de gezondheid van ouderen. Maandstatistiek van de bevolking, 4, 6-11.*
- Janssen-Heijnen, M.L.G., Louwman, W.J., Poll-Franse, L.V. van de, Voogd, A.C., Houterman, S., Coebergh, J.W.W. (2003). *Trends in incidentie en prevalentie van kanker en in overleving van patiënten in Zuidoost-Nederland, 1970-1999. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2003*;23:118-1126.
- Jong, A. de, Alders, M., Nicolaas, H. (2004). *Bevolkingsprognose 2003-2009: tragere bevolkingsgroei. Bevolkingstrends 2004*;1:58-65.
- Joung, I.M.A., Kunst, A.E., Imhoff, E. Van, Mackenbach, J.P. (2001). *Sociaal-demografische variabelen en toekomstige gezondheid. Effecten op gezondheid en gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen 1996-2015. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG), 1, 21-26.*
- Kremer, M. (2000). *Geven en claimen. Burgerschap en informele zorg in Europees perspectief. Utrecht: NIZW.*
- Linden, M.W. van den, Westert G.P., Bakker D.H., Schellevis F.G. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartsenpraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.*

- ers, J.A.M. (Eindredactie) (2002). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomstverkenning 2002*. Bilthoven/Houten: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Bohn Stafleu Van Loghum.
- fferhaus, P.M., Anthony, S., Oudshoorn, C.G.M., Pal-de Bruin, K.M. van der, Buitendijk, S.E. (2002). *De thuisbevalling in Nederland. Eindrapportage: 1995-2000*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- ijken, P.M., Spreeuwenberg, P. (2003). *Patiëntenpanel Chronisch Zieken. Kerngegevens Zorg, 2003*. Utrecht: NIVEL.
- auw, M. (1995). *Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van de geboorte, 1993*. Maandbericht gezondheidsstatistiek, 14 (mei), 30-41.
- ociaal en Cultureel Planbureau (2003). *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: SCP.
- eer, A.J.E. de, Francke, A.L. (2003). *Thuiszorg voor allochtone ouderen. Een inventarisatie*. *Verpleegkunde* 2003;3:169-176.
- WS (2001). *Zorg Nabij, notitie over mantelzorgondersteuning*. Kamerstuk 27401, nr 65.
- indt, W. van der, Calsbeek, H., Hingstman, L., Talma, H. (2002, 2003). *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland*. Maarssen/ Utrecht: Elsevier gezondheidszorg/LEVV.

oofdstuk 4

mvang van de beroepsgroepen

- root, I., L. Kok en M. Aerts (2003). *Zorgverleners zonder zekerheid; de arbeidsmarktpositie van freelancers in de gezondheidszorg en van werknemers voor mensen met een persoonsgebonden budget*. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek.
- gts, C.J., Hingstman, L. (2004). *Herregistratie in het BIG-register: een eerste inventarisatie*. Utrecht: NIVEL.
- indt, W. van der (2004). *RegioMarge 2003*. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn.

oofdstuk 6

holing

- bersnagel-Thijssen, E.P.L. (2004). *Aantal afgestudeerde NP's van de Hanze-hogeschool-onderwijsmethodiek naar setting (2004)*.

Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) (2004). www.artsennet.nl, 24 juni 2003.

Spaans, M., W. de Vree, Jong, A. de (2003). Nieuwe professionals. *Zorgvisie*, 3a (maart), 26-29.

Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen (2004). Jaarverslag 2003.

Windt, W. van der en Arnold, E. (2004) Instroom en rendement van mbo-opleidingen in de sectoren zorg en welzijn.

Windt, W. van der, Calsbeek, H., Talma, H.F., en Hingstman, L. (2003). Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland. Maarssen/Utrecht: Elsevier gezondheidszorg/LEVV.

Hoofdstuk 8

De aantrekkelijkheid van de verzorgende en verpleegkundige beroepen

Veer, A.J.D., Francke, A.L., Poortvliet, E.P. (2003). De aantrekkelijkheid van het beroep 2003. Een peiling onder het panel Verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht: LEVV/NIVEL.

Welling, B.J.M., Meulen-Arts, S.E.J. van der, Hutten, J.B.F., Francke, A.L. (2002). De aantrekkelijkheid van het beroep. De eerste peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. Utrecht: LCVV/NIVEL.

Hoofdstuk 9

Werken in de zorg: vertrekken of blijven?

Visser, J. en Windt, W. van der (2004). Externe invloeden en interne koppelingen in W. van der Windt (ed) *Verkenningen voor RegioMarge*, OSA, Tilburg.

Hoofdstuk 10

Kwaliteit van zorg

Arcares (2004). *Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen 2003*. Prestaties van zorgaanbieders gemeten. Utrecht: Arcares.

Landeweerd, J.A., Boumans, N.P.G., Nissen, J.M.J.F. (1996). Arbeidsvoldoening bij verplegenden en verzorgenden. De Maastrichtse arbeidssatisfactieschaal voor de gezondheidszorg. *Handboek verpleegkundige innovatie*.

Stichting Cliënt en Kwaliteit (2004). *Alles naar wens? Onderzoeksuitkomsten Cliënt & Kwaliteit*. Utrecht.

veer, A.J.D., Francke, A.L., Poortvliet, E.P. (2003). De aantrekkelijkheid van het beroep 2003. Een peiling onder het panel Verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht: LEVV/NIVEL.

velling, B.J.M., Meulen-Arts, S.E.J. van der, Hutten, J.B.F., Francke, A.L. (2002). De aantrekkelijkheid van het beroep. De eerste peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. Utrecht: LCVV/NIVEL.

loofdstuk 11

de toekomstige vraag- en aanbodverhoudingen

uiswinkel, L.F. (2000). Gezondheidszorg in tel 2001; editie 8. Utrecht: Prismant.

elden, L.F.J., Hingstman, L., Windt, W. van der, Arnold, E.J.E. (2003) Raming benodigde instroom per medische en tandheekkundige vervolgopleiding 2003-2012-2017-2020 Prismant, NIVEL.

findt, W. van der (2004) RegioMarge 2003. Sectorfondsen Zorg en Welzijn, Utrecht.

lijst van afkortingen

GGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
AZ	Beleidskader Arbeidsmarkt Zorgsector
BL	Beroepsbegeleidende leerweg (werken/leren)
G	(Wet op de) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
DL	Beroepsopleidende leerweg (werken/stage)
'G	Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (tegenwoordig Cadans)
AO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
IA	Centraal Bureau Arbeidsvoorziening
IS	Centraal Bureau voor de Statistiek
B	Centraal Plan Bureau
E('s)	Fulltime-equivalenten
ID	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
IZ	Geestelijke Gezondheidszorg
II	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid
\	Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies
'G	Jeugdwerkgarantieplan
L	Jaarstatistiek van Werkgelegenheid en Lonen
Z	Jaaroverzicht Zorg
G	Loonkostengegevensbestand
F	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MD	Medisch Kinderdagverblijf
KT	Medisch Kindertehuis
Gv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (tegenwoordig Trimbos Instituut)
VLG	Nederlandse Federatie Voorzieningencentra Lichamelijk Ge-handicapten

NIA	Nederlands Instituut voor Arbeidsmarktomstandigheden
NZi	NZi, Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg (voormalig Nationaal Ziekenhuisinstituut, tegenwoordig Prisma)
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSA	Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
OVDB	Stichting Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen
RBA	Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening
REGBIG	Registratie beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
ROC	Regionaal Opleidingscentrum
RUBS	Registratie van Uitstroom en Bestemming van Schoolverlaters
SOMMA	Federatie van ouderverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan verstandelijk gehandicapten
SPD	Sociaal Pedagogische/Psychiatrische Dienst
STIPUD	Stimuleringsregeling Inpassing Personen uit Doelgroepen
STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
SOZAWE	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO)
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektenverzekeringen Arbo(-wet) Arbeidsomstandigheden(wet)
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad

Register

ansluiting tussen opleiding en arbeidsmarkt
!
ochtone bevolking 35
ochtonen 71
beidsplaatsen 47
beidsproductiviteit 112
an-baanmobiliteit 90
l-route 69
volkingsprognose 29
l-route 65
anche 47
tloverloop 89
ronische aandoening, mensen met 39
lyseverpleging 74
boden zorg 21
boorte 30
iZ verpleegkundig specialist 74
nden aan het bed 47
o-masteropleidingen 75
ishoudenssituatie 40
ensive Care 74
rnis en vaardigheden 77
derverpleegkunde 74
alificatieniveau 54
aliteit van zorg 101
gdurige aandoeningen 37
rlingen 67
atschappelijke gezondheidszorg 74
mantelzorg 41
netto-arbeidsvolume 47
nettoverloop 91
nurse practitioner (NP) 75
obstetrie en gynaecologie 74
oncologie 74
personeel, aanbod van 114
physician assistant (PA) 75
praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH)
76
psychiatrische patiënten 22
regionale spreiding 56
schoolverlaters 71-72
spoedeisende hulp 74
sterfte 31
studierendement 69
vacatures 57
vergrijzing 33
verpleegdagen 21
verpleegkundig onderwijs 65
verplegingswetenschap 74
vertrekredenen 93
vervolgopleidingen verpleegkundigen 72
wachtlijstgegevens 24
werkkenmerken 83
werkzame personen 45
ziekteverzuim 79
zorggebruik 39

