

---

## Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2007

---



**bibliotheek**  
otterstraat 118-124  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
tel 030 2729 614/615  
fax 030 2729729  
bibliotheek@nivel.nl  
www.nivel.nl

Opdrachtgever: LEVV

W. van der Windt (Prismant)

J. T. Bos (Nivel)

A. L. Francke (Nivel)

Utrecht, januari 2007



---

# Inhoud

---

## Voorwoord 5

### 1 Inleiding 7

### 2 De beroepsgroepen en de geboden zorg 9

2.1 Omvang van de beroepsgroepen 9

2.2 De geboden zorg 16

2.3 Samenvatting 21

### 3 Trends in het aanbod 23

3.1 De samenstelling 23

3.2 Ziekteverzuim 29

3.3 Het vertrek 31

3.4 Samenvatting 40

### 4 Scholing 43

4.1 Initieel onderwijs 43

4.2 Vervolgonderwijs 51

4.3 Samenvatting 53

### 5 Kenmerken van het werk en kwaliteit van zorg 55

5.1 Kenmerken van het werk 56

5.2 Kwaliteit van zorg 61

5.3 Conclusies 66

### 6 Toekomstige vraag aanbodverhoudingen 69

6.1 Algemene ontwikkelingen in de vraag 69

6.2 Vraag en aanbod 77

6.3 Samenvatting 80

**7 Samenvatting en uitgeleide 81**

7.1 Samenvatting 81

7.2 Uitgeleide 84

**Literatuur 87**

---

## Voorwoord

---

Uit deze uitgave blijkt dat het aantal verpleegkundigen en verzorgenden nauwelijks groter wordt. Tegelijkertijd zal de vraag naar deze beroepen toenemen. Dit leidt tot problemen op de arbeidsmarkt.

Een tekort aan personeel in de zorg kwam in de afgelopen jaren wel vaker voor, maar in de komende 20 jaar is het structureel. Het personeelstekort wordt vooral veroorzaakt door de vergrijzing. Steeds vaker zullen mensen met meervoudige en chronische problemen kampen. Hierdoor neemt de zorgvraag niet alleen toe, maar wordt ook complexer.

Het LEVV waarschuwt voor een te grote nadruk op alleen "handen aan het bed". Een complexe zorgvraag, vraagt om een deskundig antwoord. Als zorgverleners nauwelijks kennis hebben van de problematiek van de patiënt, is de kans op complicaties groter. Een gebrek aan kennis leidt nu al tot het onvoldoende onderkennen van bijvoorbeeld ondervoeding en dreigende verwardheid en doorliggen. Het gevolg is dat de patiënt onnodig lijdt en dat er extra zorg nodig is.

Als zorginstellingen gericht investeren in de scholing en ontplooiingsmogelijkheden, zijn zorgverleners beter toegerust om in de zorgvraag te voorzien. Bij het investeren in de ontplooiing van medewerkers snijdt het mes aan twee kanten. Het blijkt namelijk dat een gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden voor verpleegkundigen en verzorgenden een van de belangrijkste redenen is om de zorg te verlaten.

Joke Mintjes,  
Directeur Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)



---

# 1 Inleiding

---

Deze uitgave geeft een overzicht van feiten en cijfers over de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen. Daarbij kijken we naar trends in de zorgvraag en het zorgaanbod. U kunt een deel van de feiten & cijfers uit deze uitgave ook vinden op de website van het LEVV.

In hoofdstuk twee laten we zien hoe groot de beroepsgroepen zijn, waar ze werken en hoe omvangrijk de geleverde zorg is. In hoofdstuk drie schetsen we de trends in het aanbod. De ontwikkelingen in de samenstelling van het personeelsbestand komen daar aan de orde. Verder besteden we aandacht aan het ziekteverzuim en het vertrek van verpleegkundigen en verzorgenden. Aan de opleidingen wordt in hoofdstuk vier aandacht besteed. Ook de vervolgoopleidingen komen hierbij aan bod.

In hoofdstuk 5 beschrijven we de kenmerken van het werk en de kwaliteit van de zorg. Trends in de toekomst staan in hoofdstuk 6. Vragen die aan de orde komen zijn 'Hoe ontwikkelt zich de vraag naar zorg en naar verpleegkundigen en verzorgenden in het bijzonder? Staat daar voldoende aanbod tegenover?' We sluiten in hoofdstuk 7 af met een samenvatting en slotbeschouwing.

Deze uitgave is het resultaat van een coproductie tussen Nivel en Prismant. Het Nivel nam hoofdstuk 5 en de eerste paragraaf van hoofdstuk 6 voor haar rekening. Hoofdstuk 7 valt onder gezamenlijke verantwoordelijkheid. Prismant verzorgde de overige hoofdstukken. Opdrachtgever namens het LEVV was drs. Paul Poortvliet. Hij heeft de onderzoekers van Nivel en Prismant voorzien van deskundig en enthousiast commentaar





---

## 2 De beroepsgroepen en de geboden zorg

---

In dit hoofdstuk gaan we eerst na hoe het aantal verpleegkundigen en verzorgenden zich de afgelopen jaren ontwikkelde. Na een forse groei tot 2002 temperde deze. Vervolgens besteden we aandacht aan de geboden zorg. We behandelen daartoe een aantal kwantitatieve indicatoren zoals het aantal opnames en verpleegdagen. De meer kwalitatieve aspecten, zoals aandacht, inspelen op de behoefte van de cliënt, komen in hoofdstuk 5 aan de orde. De omvang van de geleverde zorg nam doorgaans in hetzelfde tempo toe als voorgaande jaren, terwijl het arbeidsvolume hierbij *grosso modo* achterbleef. Dit kan een aanwijzing zijn voor toegenomen arbeidsproductiviteit.

### 2.1 Omvang van de beroepsgroepen

In deze paragraaf gaan we na hoeveel werkenden in verpleging en verzorging in de afgelopen jaren in ons land waren. Daarna besteden we achtereenvolgens aandacht aan de ontwikkeling van het aantal volledige arbeidsplaatsen, de deeltijdfactor, het aantal geregistreerde verpleegkundigen in het BIG-register en de regionale spreiding van de beroepsgroep.

#### 2.1.1 *Het aantal werkzamen*

Tussen 2001 en 2002 groeide het aantal werkzamen in de verpleegkundige en verzorgende beroepen sterk (Tabel 2.1). Er was toen sprake van het massaal wegwerken van wachtlijsten. Met het daarvoor beschikbaar gestelde geld kon veel personeel aangetrokken worden. In de jaren na 2002 is er sprake van een zeer lichte groei en in 2004 zelfs van een krimp. Al met al bedroeg de groei in de periode 2001-2005 gemiddeld 1,6% per jaar.

Tabel 2.1

Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging 2001-2005

	2001	2002	2003	2004	2005	Gemiddelde jaarlijkse groei
Ziekenhuizen	77.298	81.415	81.483	80.905	80.501	1,0%
GGZ	24.544	24.712	26.200	25.675	25.945	1,4%
Gehandicaptenzorg	44.386	45.019	38.372	33.979	31.091	-8,5%
Verpl.- en verz.huizen	117.770	124.507	125.255	127.932	129.975	2,5%
Thuiszorg	133.720	145.010	154.190	152.309	155.106	3,8%
<b>Totaal</b>	<b>399.627</b>	<b>422.627</b>	<b>427.419</b>	<b>422.874</b>	<b>426.329</b>	<b>1,6%</b>
Groei t.o.v. voorgaande jaar		5,8	1,1	-1,1	0,8	

De daling in de gehandicaptenzorg wordt veroorzaakt doordat steeds meer functies daar als agogisch omschreven worden en minder als verpleegkundig of verzorgend. Het geheel aan patiëntgebonden personeel groeit in de gehandicaptenzorg overigens wel. Het sterkst groeiden de afgelopen jaren de branches waar men veel met ouderen te maken heeft.

### 2.1.2 Het aantal fte's

Kijken we naar het aantal volledige arbeidsplaatsen (het arbeidsvolume) dan zien we dat de groei daar langer heeft aangehouden dan bij het aantal werkzamen, maar dat deze de twee laatste jaren minimaal is (Tabel 2.2).

De verklaring zou kunnen zijn dat in 2002 de arbeidsmarkt van de totale economie nog krap was en werkgevers om maar vacatures te vervullen veel kleine deeltijdbanen aanboden. In een vanwege de recessie krimpende arbeidsmarkt (Ott c.s., 2005) was dat niet meer nodig en groeide het aantal werkzame personen in 2003 minder hard dan het aantal volledige banen. In 2004 en 2005 is er zelfs sprake van een minimale groei van de werkgelegenheid voor verpleegkundigen en verzorgenden. Voor de eerder genoemde statistische verschuiving in de gehandicaptenzorg is dan gecorrigeerd.

<sup>1</sup> Raming op grond van ontwikkeling totaal personeel

Tabel 2.2

Het aantal volledige arbeidsplaatsen in verpleging en verzorging 2001-2005

	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>2</sup>	Gemidd. jaarlijkse groei 01-05
Ziekenhuizen	54.291	56.097	56.786	57.042	56.642	1,1%
GGZ	18.209	19.184	19.879	19.526	19.715	2,0%
Gehandicaptenzorg	27.803	26.252	23.427	20.851	18.954	-9,1%
Verpl.- en verz. huizen	73.099	76.319	79.804	81.607	82.208	3,0%
Thuiszorg	47.463	51.215	54.898	54.150	55.094	3,8%
<b>Totaal</b>	<b>223.841</b>	<b>232.051</b>	<b>237.778</b>	<b>236.161</b>	<b>235.597</b>	<b>1,3%</b>
Groei t.o.v. voorgaande jaar in %		3,7	2,5	-0,7	-0,2	
Idem excl. gehandicaptenzorg in %		5,0	4,2	0,4	0,6	2,5%

De gemiddelde jaarlijkse groei van 0,5% bij verpleegkundigen en verzorgenden in de periode 2003-2005 is geringer dan het langjarig gemiddelde over de periode 1970-2005<sup>3</sup> van 1,7% (Van der Windt en Talma, 2006) en ook veel geringer dan in de tijdvakken 1990-1995 en 1995-2000 (zie Figuur 2.1). Bij de laatste is gecorrigeerd voor mutaties in collectieve arbeidsduurverkorting (doorgaans een teruggang van 38 naar 36 uur).

### 2.1.3 De deeltijdfactor

Tot 2002 nam de deeltijdfactor snel af (Tabel 2.3). Dit is waarschijnlijk het gevolg van de toen krappe arbeidsmarkt, waarbij werkgevers ook met minder omvangrijke arbeidscontracten akkoord gingen. Het vervullen van vacatures stond voorop. Tot 2004 zien we weer een lichte toename. Daarna zet een lichte daling in. Deze doet zich vooral voor in de caresectoren. Hierbij zou kunnen spelen dat personeel steeds efficiënter ingezet wordt (bijvoorbeeld alleen tijdens peaktijden) waardoor contracten een beperkte omvang

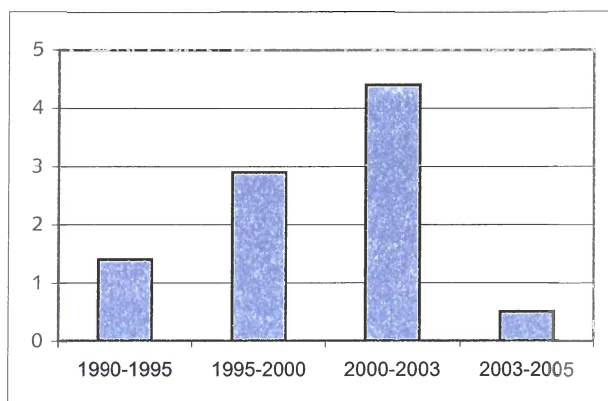
<sup>2</sup> Raming op grond van ontwikkeling totaal personeel

<sup>3</sup> Niet voor alle branches is zo'n lange tijdreeks mogelijk. Deze zijn cijfers zijn dan ook ramingen.

kennen. Getuige de huidige discussie in de kraamzorg met maximale contracten van 25 uur (vijf dagen van vijf uur per kraam) zou deze tendens zich in 2006 voortgezet kunnen hebben.

*Figuur 2.1*

*De gemiddelde jaarlijkse groei van het aantal fte's (arbeidsvolume) in vier tijdvakken<sup>4</sup>*



*Tabel 2.3*

*De ontwikkeling van de deeltijdfactor 2001-2005*

	2001	2002	2003	2004	2005
Ziekenhuizen	70,2	68,9	69,7	70,5	70,4
GGZ	74,2	77,6	75,9	76,1	76,0
Gehandicaptenzorg	62,6	58,3	61,1	61,4	61,0
Verpleeg- en verzorgingshuizen	62,1	61,3	63,7	63,8	63,2
Thuiszorg	35,5	35,3	35,6	35,6	35,5
<b>Totaal</b>	<b>56,0</b>	<b>54,9</b>	<b>55,6</b>	<b>55,8</b>	<b>55,3</b>

Bron: LKG

#### 2.1.4 Beroepsgroepen en kwalificaties

Een beeld van het totaal aantal verpleegkundigen in ons land kunnen we krijgen door na

<sup>4</sup> Vanaf 2000 exclusief gehandicaptenzorg

<sup>5</sup> Raming

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 (niveau 1 tot en met 5) die het opleidingssysteem kent.

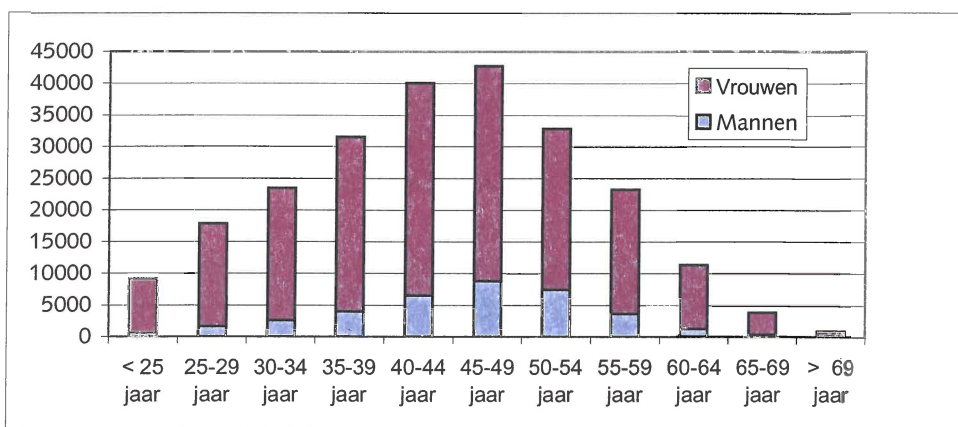
#### BIG-register

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 o.a. verpleegkundigen onderscheiden. Zij zijn gerechtigd om de beroepstitel 'verpleegkundige' te voeren.

Begin januari 2006 waren er in totaal 233.423 geregistreerden. Van de geregistreerde verpleegkundige is 84% vrouw. De gemiddelde leeftijd van mannen ligt hoger dan van vrouwen. Van de verpleegkundigen heeft ongeveer 50% hun diploma voor 1985 gehaald. De leeftijdscategorie 45-49 jaar is de meest voorkomende (zie Figuur 2.2).

Figuur 2.2

Het aantal BIG-geregistreerden naar leeftijd en geslacht



Bron: Big register

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.

Om de wettelijke 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*

Welk kwalificatieniveau werknemers hebben is uit de beschikbare statistische bronnen, zoals gehanteerd om tabel 2.1 op te stellen, niet direct af te leiden. Met behulp van RegioMarge<sup>6</sup> is dit wel in kaart gebracht (Van der Windt en Talma, 2006). Het gaat daarbij om de initiële kwalificaties zoals het onderwijsstelsel die kent. De percentuele verdeling over de beroepsgroepen uit dat onderzoek is verzameld uit de regionale toepassingen van RegioMarge, waaraan zo'n 600 instellingen in de afgelopen jaren deelnamen én uit de OSA-aanbodmonitor. 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 2.1 en 2.4 betreft de gehandicaptenzorg. In RegioMarge worden ook de sociaalagogisch opgeleiden meegenomen. In tabel 2.1 zijn alleen de verpleegkundigen en verzorgenden meegenomen. Dit levert een verschil van ongeveer 40.000 (sociaal-pedagogen) op.

In de zorgsector zijn ruim 570.000 mensen werkzaam in een functie in het verpleegkundig, verzorgend en opvoedkundig domein, waarvan bijna 411.000 personen een kwalificatie verpleging of verzorging op niveau 1 tot en met 5 bezitten. Tabel 2.4 laat per branche een onderverdeling naar kwalificatieniveau en opleiding zien. Deze 411.000 verpleegkundigen en verzorgenden bezetten 245.000 volledige arbeidsplaatsen.

Daarnaast zijn er steeds meer sociaalagogen werkzaam. In 2006 zijn dat er rond de 65.000. Zij zijn vooral werkzaam in de gehandicaptenzorg. Verder zijn er ruim 50.000 alfaulpen in de thuiszorg werkzaam. Van hen is het scholingsniveau onbekend.

<sup>6</sup> 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 informatie over de te onderscheiden beroepsgroepen in termen van opleidingskwalificaties op.

Tabel 2.4

De genoten initiële opleiding(en) van werkenden in verpleging en verzorging naar branche in 2006 (raming)

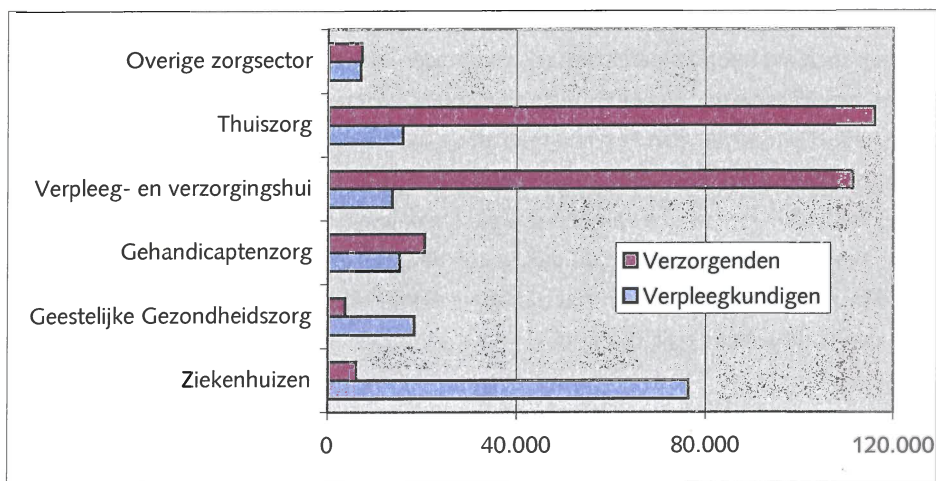
	Vpl5	Vpl4	Vz3	Hlp2	Zhlp1	Totaal
Ziekenhuizen	21.400	54.900	4.400	1.400	200	82.300
GGZ	7.100	11.200	3.200	400	0	21.900
Gehandicaptenzorg	1.900	13.200	12.700	5.400	2.400	35.600
Verpl.- en verz. huizen	3.700	9.900	88.500	17.600	5.300	125.000
Thuiszorg	7.800	8.000	49.900	20.900	45.300	131.900
Overige zorgsector	1.800	5.000	5.700	1.100	300	13.900
<b>Totaal branches</b>	<b>43.900</b>	<b>102.100</b>	<b>164.400</b>	<b>46.900</b>	<b>53.500</b>	<b>410.800</b>

Bron: bewerking gegevens RegioMarge 2006 en gegevens tabel 2.1

Figuur 2.3 maakt duidelijk dat verpleegkundigen (niveau 4 en 5) vooral werk in de ziekenhuizen vinden, terwijl verzorgenden (niveau 1 tot en met 3) vooral in thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuizen te vinden zijn.

Figuur 2.3

Verpleegkundigen en verzorgenden naar branche (2006) in %



## 2.2 De geboden zorg

We bekijken nu per branche hoeveel werk er de afgelopen jaren door verpleegkundigen en verzorgenden voor hun rekening is genomen. Het gaat om een aantal kwantitatieve indicatoren, die zo goed mogelijk weergeven hoeveel patiënten er verzorgd zijn. Dat geeft maar een beperkt beeld. Meer kwalitatieve aspecten van het werk behandelen we in hoofdstuk 5. We zullen hier proberen waar mogelijk een relatie te leggen tussen de groei van de geboden zorg en de groei van het arbeidsvolume. De omvang van de geleverde zorg nam doorgaans in hetzelfde tempo toe als voorgaande jaren, terwijl het arbeidsvolume hierbij *grosso modo* achterbleef. Dit kan een aanwijzing zijn voor toegenomen arbeidsproductiviteit. Dit is van belang in verband met mogelijke toekomstige tekorten aan personeel.

### 2.2.1 Ziekenhuizen

Het aantal verpleegdagen in ziekenhuizen daalde vanaf 1998 tot 2003 elk jaar (Tabel 2.5). In 2004 is er sprake van een lichte stijging; in 2005 van een stabilisatie. Tot 2001 nam het aantal opnamen in de Nederlandse ziekenhuizen af. Sindsdien is er sprake van een toename. Het gemiddeld aantal dagen per klinische opname neemt elk jaar verder af. Was de gemiddelde duur in 1998 nog 9,5 dag, in 2005 bedraagt deze nog maar 7,3.

In 2002 is er sprake van een scherpe daling als gevolg van het wegwerken van wachtlijsten waarbij de gemakkelijkste gevallen (knieën, heupen e.d.) het snelst weggewerkt konden worden.

In 2004 en 2005 is er sprake van een toename van het aantal verpleegdagen en het aantal opnamen, terwijl in 2004 het personeelsbestand maar zeer licht groeide en er in 2005 zelfs sprake was van een afnemend personeelsbestand. Daarbij is mogelijk dus sprake van een toegenomen productiviteit. We zien een en ander terug in het aantal opnamen en het aantal verpleegdagen dat per fte wordt gerealiseerd. Het aantal opnamen nam tot 2003 maar licht toe. Sindsdien is er sprake van een opvallende stijging. Nam het aantal verpleegdagen per fte jarenlang af door de daling van de gemiddelde verpleegduur per opname, in 2004 zien we een kentering: het aantal verpleegdagen per fte stijgt; in 2005 is er sprake van een stabilisatie (zie Figuur 2.4).

Vandermeulen (2006) constateert ook een sterke stijging van de arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen voor het jaar 2004.



Tabel 2.5

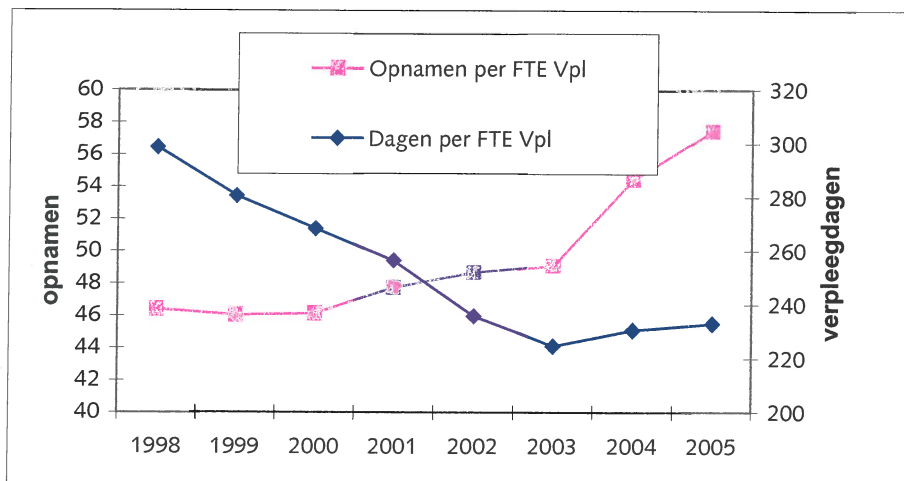
De ontwikkeling van het aantal verpleegdagen en opnamen en van het verpleegkundig personeel in fte's in ziekenhuizen 1998-2005

Ziekenhuizen	1998	2000	2002	2004	2005
Verpleegdagen x 1.000	14.160	12.791	11.705	11.594	11.567
Opmamen x 1.000	1.533	1.465	1.519	1.640	1.680
Dagopnamen x 1.000	723	803	1.000	1.243	1.340
Totaal dagen x 1.000	14.521	13.192	12.205	12.215	12.237
Totaal opnamen	2.256	2.267	2.519	2.883	3.019
Gemid. aantal dgn per opname	6,6	6,0	5,0	4,5	4,3
Gemiddeld aantal dagen per klinische opname	9,5	9,0	8,0	7,4	7,3
Arbeidsvolume	53.187	53.937	56.097	57.042	56.642
Personeel incl. ziekteverzuim	48.613	49.107	51.721	52.955	52.518

Bron: Prismant Statistiek Ziekenhuizen

Figuur 2.4

Het aantal opnamen en verpleegdagen per fte verpleegkundige (1998-2005)



Bron: Prismant Statistiek Ziekenhuizen

In bovenstaande berekeningen kon geen rekening gehouden worden met het feit dat verpleegkundigen steeds vaker ook onderdelen van medisch werk doen. Daarbij kan

gedacht worden aan diagnostiek, voorschrijven van medicijnen en monitoring. Op het totaal bezien is hun aantal waarschijnlijk nog niet al te groot, maar ze nemen wel jaar op jaar toe.

### 2.2.2 GGZ

De door de ggz geboden zorg bestaat uit een groot aantal onderdelen en richt zich op verschillende doelgroepen. Het aantal nieuwe meldingen bij Kinderen en Jeugd, verslavingszorg en forensische zorg groeide de afgelopen jaren. Bij volwassenen was er sprake van een afname. Totaal nam het aantal nieuwe meldingen met gemiddeld 1,2% per jaar toe. In Tabel 2.6 zijn de ontwikkelingen van het aantal verpleegdagen en het aantal dagbehandelingen weergegeven. Beide groeiden harder dan het arbeidsvolume verpleging.

Tabel 2.6

*Het aantal verpleegdagen, dagbehandelingen en arbeidsvolume verpleging in de ggz (2000-2004)*

	2000	2001	2002	2003	2004	Gem. jaarlijkse groei
Verpleegdagen	6.974.341	7.280.168	7.312.443	7.605.680	7.682.527	2,4
Dagbehandelingen	1.213.265	1.296.330	1.366.295	1.428.401	1.458.691	4,7
Arbeidsvolume	18.522	18.209	19.184	19.879	19.526	1,3

Bron: CTG en eigen onderzoek

### 2.2.3 Gehandicaptenzorg

In de gehandicaptenzorg is het lastig om onderscheid te maken naar verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-agogen. Zo wordt in de Statistiek Personeelssterkte van de gehandicaptenzorg gevraagd naar type functie. Het oordeel van de werkgever of het om een verpleegkundige, verzorgende of sociaalagogische functie gaat is hierbij maatgevend. Zo gemeten nam het aantal verpleegkundigen en verzorgenden de afgelopen jaren af (Tabel 2.1 en Tabel 2.7).

De productie in de gehandicaptenzorg, voor zover te achterhalen, steeg maar beperkt. Maar wat men doet is veel diverser geworden. Decentralisatie speelt een rol (zie van Essen, 2006). Op grond hiervan is het voor verpleegkundigen en verzorgenden afzonderlijk moeilijk conclusies te trekken.

Tabel 2.7

De ontwikkeling van het aantal plaatsten en het arbeidsvolume verpleging en verzorging in de gehandicaptenzorg

	1998	2000	2002	2003	2004	2005	gemiddelde jaarlijkse groei
Verstandelijk gehandicapten	33.148	34.646	35.321	35.898	37.033	37.494	1,8%
Jeugdig Licht Verst. Gehandicapten	2.201	2.274	3.485	2.564	2.688	2.745	3,2%
<b>Totaal</b>	<b>35.349</b>	<b>36.920</b>	<b>38.806</b>	<b>38.462</b>	<b>39.721</b>	<b>40.239</b>	<b>1,9%</b>
Arbeidsvolume V&V		26.867	26.252	23.427	20.851		-6,1%

Bron: CTG en Prismant

#### 2.2.4 Verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg

We nemen de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg tezamen. Door vervlechting van de organisaties wordt het steeds lastiger om hoeveelheid werk en arbeidsvolume op een correcte wijze met elkaar in verband te brengen. Zo is er steeds meer sprake van thuis geleverde zorg vanuit verpleeg- en verzorgingshuizen. Het onderscheid wordt hierdoor kunstmatig en het wordt onmogelijk de productie goed in relatie met het arbeidsvolume te brengen. Tabel 2.8 geeft een beeld van de ontwikkeling in de thuis geleverde zorg.

Tabel 2.8

Aantal cliënten en uren productieafspraken in thuis geleverde zorg (x 1.000)

	1998	2000	2001	2002	2003	2004	Gem. jaarlijkse groei
Gem. aantal cliënten	318	343	361	377	417	413	4,5
Aantal uren productie- afspraken	53.722	58.922	64.936	70.700	77.411	79.568	6,8

Bron: CBS en brancherapport Thuiszorg

In de periode 1998-2003 nam het aantal verpleegdagen in verpleeghuizen gestaag toe (zie Tabel 2.9). In 2004 treedt een versnelling in deze toename op. Het aantal bewoners in verzorgingshuizen neemt langzaam af.

Tabel 2.9

Indicatoren voor omvang werk in verpleeg- en verzorgingshuizen

---

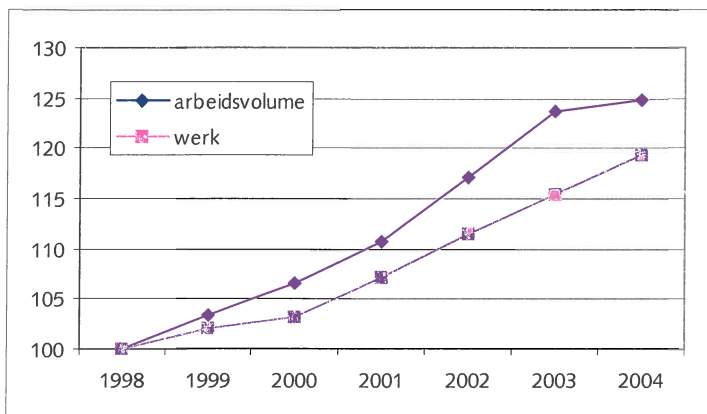
	1998	2000	2002	2003	2004	2005	Gem. jaarlijkse groei in %
Verpl.dgn in verpl.huizen x 1.000	20.229	20.511	21.055	21.282	22.842	23.421	2,1
Dagbehandelingsdagen x 1.000	1.178	1.329	1.436	1.507			5,0
Bewoners in verzorgingshuizen	107.806	104.113	102.088	100.797	100.213	.	-1,2

---

We brengen nu een en ander bij elkaar. Een dagbehandelingsdag is daarbij als halve verpleegdag gerekend. De verhoudingen in personeel tussen de drie branches van 1998 zijn aangehouden en als gewicht gehanteerd voor de weging. Wanneer we 1998 op 100 stellen is het totale werk in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg voor de genoemde indicatoren in 2004 op 120 gekomen, dus met een vijfde toegenomen. Het arbeidsvolume van verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg nam toe tot 125. Aangezien in de indicatoren niets van de zwaarte van de behandelde cliënten meegenomen is kunnen we voorzichtig concluderen dat de ontwikkeling van het arbeidsvolume ongeveer in de pas loopt met die van de hoeveelheid werk. Het laatste jaar zien we echter het arbeidsvolume nauwelijks meer stijgen terwijl het volume werk nog wel toenam.

Figuur 2.5

De ontwikkeling van de hoeveelheid werk en het arbeidsvolume in verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (index 1998=100)



### 2.3 Samenvatting

De laatste twee jaar is het aantal mensen dat zich met verpleging en verzorging bezighoudt veel minder snel gegroeid dan in de periode 1995-2003. In 2004 en 2005 was er met 0,5% sprake van een minimale groei. Inmiddels werken er in 2006 rond 411.000 verpleegkundigen en verzorgenden (niveau 1 tot en met 5). Zij nemen 245.000 volledige arbeidsplaatsen voor hun rekening.

We hebben de ontwikkeling van de hoeveelheid werk die door verpleegkundigen en verzorgenden gedaan wordt, voor zover dat mogelijk is en toegespitst op enkele kwantitatieve grootheden als b.v. verpleegdagen en aantallen cliënten, in verband gebracht met de ontwikkelingen in het arbeidsvolume.

In de ziekenhuizen groeit in de periode 2000-2005 in eerste instantie het arbeidsvolume harder dan het volume werk. Maar vanaf 2003 zien we een kentering: de hoeveelheid werk die volgens de indicatoren verpleegdagen en opnamen verricht wordt groeit sneller dan het arbeidsvolume; ook in de ouderenzorg zien we in eerste instantie een sterkere groei van het arbeidsvolume. In 2004 doet ook daar zich een omslag voor. Voor de ggz hebben we indicaties dat arbeidsvolume en hoeveelheid werk eveneens niet met elkaar in de pas lopen.

Men dient te bedenken dat we bij de indicatoren geen rekening konden houden met het feit dat er waarschijnlijk ook nog sprake is van een toenemende zorgwaarde van de cliëntèle. Ook konden we door gebrek aan statistisch materiaal geen rekening houden met nieuwe activiteiten die verpleegkundigen en verzorgenden voor hun rekening namen als b.v. dagopvang in verzorgingshuizen en medische zorg door verpleegkundigen in ziekenhuizen.

Op zichzelf behoeft de geschetste ontwikkeling niet ongunstig te zijn: als men door slimmer te werken méér kan doen is dat maatschappelijk gezien eerder gunstig te noemen. Het is zelfs een van de manieren om de gezondheidszorg in de toekomst betaalbaar te houden.

---

## 3 Trends in het aanbod

---

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan trends in het aanbod. We bekijken daartoe eerst de veranderingen in de samenstelling van het personeelsbestand in de afgelopen jaren. Opvallend daarbij is de vergrijzing van het personeelsbestand. Daarna gaan we in op het verloop en het verzuim. Beiden daalden de afgelopen jaren spectaculair.

### 3.1 De samenstelling

De veranderingen in de samenstelling van de beroepsgroepen illustreren we aan de hand van het aandeel vrouwen per branche, de gemiddelde leeftijd en de duur van het dienstverband van verpleegkundigen en verzorgenden bij eenzelfde werkgever. Tot slot wordt in de laatste paragraaf ingegaan op verschillen op deze aspecten tussen regio's.

#### 3.1.1 Geslacht

88% van de werkzame verpleegkundigen en verzorgenden is vrouw (Tabel 3.1). In de ggz ligt dit aandeel een stuk lager namelijk op 70%, terwijl in de thuiszorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen dit aandeel op respectievelijk 97 en bijna 95% ligt. In de ziekenhuizen zien we een lichte toename van het aandeel vrouwen. In de ggz nam in 2004 het aandeel voor het eerst af, maar in 2005 weer toe.

De oorzaak van de stijging van het aandeel vrouwen is niet het feit dat er minder mannen aan een opleiding beginnen, maar het feit dat vrouwen een langere loopbaan maken dan vroeger (Van der Velde en van der Windt, 2003).

#### 3.1.2 Leeftijd

De gemiddelde leeftijd is ook in 2003 wederom toegenomen (Tabel 3.2). Bedroeg in 1995 de gemiddelde leeftijd nog 34,1 jaar, in 2005 is de gemiddelde leeftijd gestegen tot 39,4 jaar. In de ggz en in de thuiszorg is de gemiddelde leeftijd wat hoger en in de gehandicaptenzorg juist wat lager.

Tabel 3.1

Het percentage vrouwen per branche in de periode 1995-2003

	2001	2002	2003	2004	2005
Ziekenhuizen	87,2	87,3	87,6	87,8	87,9
Academische ziekenhuizen <sup>3</sup>	82,7	82,9	83,4	83,5 <sup>2</sup>	.
Geestelijke gezondheidszorg	69,7	69,9	69,9	69,3	70,2
Gehandicaptenzorg	83,9	84,0	84,0	83,9	84,0
Verpleeg- en verzorgingshuizen	95,4	95,3	95,0	95,2	94,8
Thuiszorg	.	.	97,1	.	.
<b>Totaal<sup>1</sup></b>	<b>88,3</b>	<b>88,3</b>	<b>88,3</b>	<b>88,4</b>	<b>88,4</b>

<sup>1</sup> Berekend exclusief thuiszorg, <sup>2</sup> Gebaseerd op 7 academische ziekenhuizen  
Bron: LKG, voor thuiszorg OSA-aanbodMonitor 2003

Tabel 3.2

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

	1995	2001	2002	2003	2004	2005
Ziekenhuizen	34,4	37,1	37,5	37,7	38,5	39,1
Academische ziekenhuizen <sup>3</sup>	35,6	37,7	37,9	37,9	39,1	.
Geestelijke gezondheidszorg	36,3	38,9	39,2	39,4	40,1	40,8
Gehandicaptenzorg	32,7	35,8	36,1	36,1	36,8	37,4
Verpleeg- en verzorgingshuizen	33,8	37,1	38,4	38,8	39,7	39,9
Thuiszorg	39,2	.	.	41,6	.	.
<b>Totaal<sup>1</sup></b>	<b>34,1</b>	<b>37,4</b>	<b>37,9</b>	<b>38,1</b>	<b>38,9</b>	<b>39,4</b>

<sup>1</sup> Totaal geraamd exclusief thuiszorg <sup>2</sup> OSA aanbod Monitor 2003 <sup>3</sup> Voor 1995 bron Cadans en voor 2003 OSA-Aanbodmonitor Zorg en Welzijn 2003 Bron: LKG en Cadans <sup>3</sup> Gebaseerd op 7 academische ziekenhuizen.  
Bron: LKG

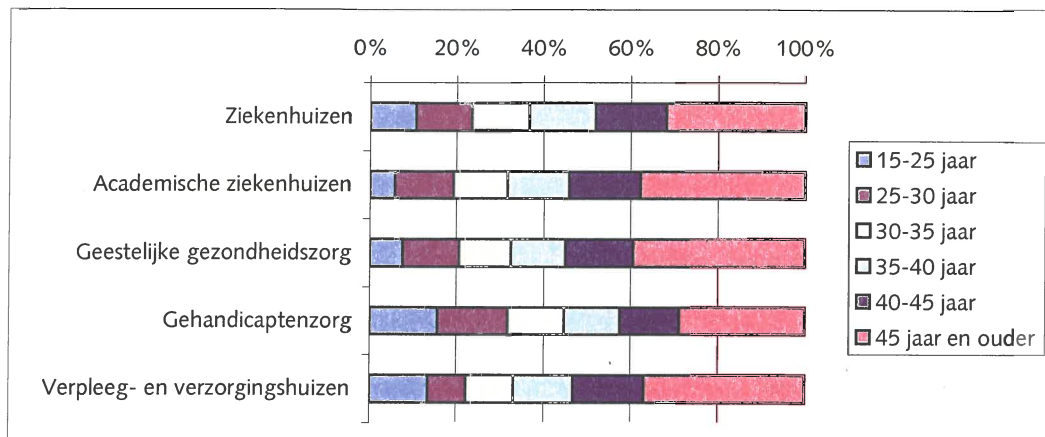
In Figuur 3.1 staat de leeftijdsverdeling naar leeftijdscohort vermeld voor de verschillende zorgbranches. In de gehandicaptenzorg werken relatief veel jongeren onder de 25 jaar. In de thuiszorg en in de ggz is juist het leeftijdscohort van 45 jaar en ouder ruim vertegenwoordigd.

Uitgaande van de huidige leeftijdsverdeling per branche kan worden berekend hoe de toekomstige leeftijdsverdeling er uit komt te zien. Hierbij wordt verondersteld dat in- en uitstroompatroon per leeftijdscohort de komende jaren hetzelfde blijft als in 2005. De resultaten van de berekeningen staan in Tabel 3.3.



Figuur 3.1

De leeftijdsverdeling per branche in 2005



Bron: LKG

Tabel 3.3

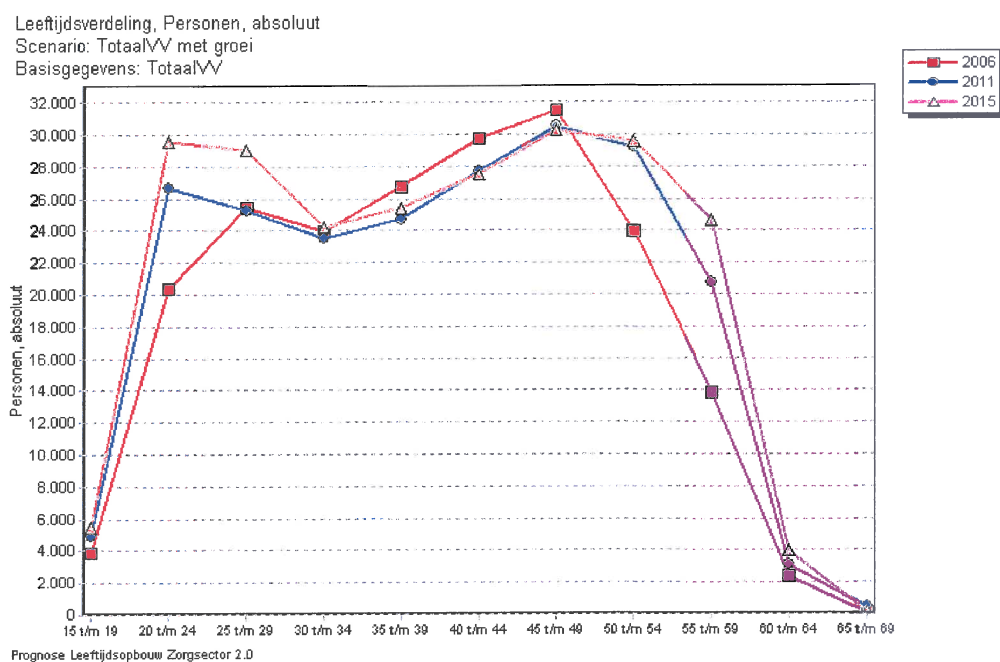
De verwachte toekomstige ontwikkelingen in de leeftijdsopbouw en brutoverloop voor verschillende branches

Ontwikkeling	Branche	2006	2011	2015
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	Alg. en categorale ziekenhuizen	38,6	38,5	38,3
	Verpl.- en verzorgingshuizen	40,0	40,1	40,0
	Geestelijke gezondheidszorg	40,5	40,8	40,6
	Gehandicaptenzorg	37,4	37,7	37,6
Aandeel 50- (% voor personen)	Alg. en categorale ziekenhuizen	18%	22%	24%
	Verpl.- en verzorgingshuizen	22%	26%	28%
	Geestelijke gezondheidszorg	25%	28%	28%
	Gehandicaptenzorg	16%	20%	21%
Brutoverloop	Alg. en categorale ziekenhuizen	7,8	8,5	9,1
	Verpl.- en verzorgingshuizen	12,4	13,6	14,0
	Geestelijke gezondheidszorg	11,2	11,6	12,2
	Gehandicaptenzorg	12,6	13,1	13,5

<sup>1</sup> Inclusief uurloners, <sup>2</sup> Inclusief leerlingen,  
Bron: Bewerking gegevens LKG en OSA aanbodmonitor

Uit tabel 3.3. blijkt dat de gemiddelde leeftijd van het verpleegkundig en verzorgend personeel de komende jaren weinig meer zal toenemen. De gemiddelde leeftijd neemt in de verpleeg- en verzorgingshuizen, ggz en gehandicaptenzorg tot 2011 nog heel licht toe om daarna - net zoals nu in de ziekenhuizen al het geval is - heel licht te gaan dalen. Ondanks de geringe verandering van de gemiddelde leeftijd neemt het aandeel 50+-ers toe. Dit geldt vooral de periode 2006-2011.

*Figuur 3.2*  
De leeftijdsverdeling in 2006, 2011 en 2015



Op grond van het in- en uitstroom patroon per leeftijdscohort kan ook 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. Deze neemt in elke branche toe. Toch speelt ook de toename van jongeren een rol. In Figuur 3.2 zien we dat hun aantal toeneemt en jongeren zijn doorgaans mobieler dan ouderen.

### 3.1.3 Duur dienstverband

Gemiddeld werkte een verpleegkundige en verzorgende in 2005 8,6 jaar bij een zelfde werkgever. In de branche algemene en categorale ziekenhuizen werkt men gemiddeld het langst bij dezelfde werkgever met een gemiddelde duur van het dienstverband van 10,6 jaar.

Tabel 3.4

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

	2001	2002	2003	2004	2005
Algemene en categorale ziekenhuizen	9,0	9,1	9,3	9,7	10,6
Academische ziekenhuizen <sup>1</sup>	8,6	8,7	8,6	10,1 <sup>1</sup>	.
Geestelijke gezondheidszorg	7,9	7,9	7,9	7,8	8,2
Gehandicaptenzorg	6,4	6,2	6,2	6,7	7,0
Verpleeg- en verzorgingshuizen	6,8	6,9	7,0	7,4	7,7
Thuiszorg			8,8		
<b>Totaal<sup>2</sup></b>	<b>7,5</b>	<b>7,6</b>	<b>7,7</b>	<b>8,0</b>	<b>8,6</b>

<sup>1</sup> Gebaseerd op 7 academische ziekenhuizen.

### 3.1.4 Regionale verschillen in de samenstelling van het personeelsbestand

Regionaal kunnen er belangrijke afwijkingen optreden van het landelijk beeld dat in de vorige paragrafen geschetst is. In Tabel 3.5 zijn de belangrijkste personeelskenmerken uitgespitst naar regio.

Een hoog percentage 50+-ers wijst op een grote vervangingsvraag in de nabije toekomst. Een hoog gemiddeld aantal dienstjaren bij dezelfde werkgever kan wijzen op immobiel personeel met alle mogelijke vaak negatieve gevolgen van dien (kans op burnout, geen optimale fit tussen werknemer en functie, e.d.). Een geringe gemiddelde werkweek kan bij grote personeelstekorten betekenen dat langer werken gestimuleerd zou kunnen worden.

In de regio Gooi en Kennemerland ligt de gemiddelde leeftijd en het aandeel 50+-ers ruim boven het landelijke gemiddelde. In de niet randstedelijke gebieden is globaal de gemiddelde duur van het dienstverband langer. In Zuid-Limburg werken verpleegkundigen en verzorgenden zelfs gemiddeld langer dan 10 jaar bij dezelfde werkgever.

Tabel 3.5

Verschillende personeelskenmerken van verpleegkundigen en verzorgenden per regio in 2005 (excl. thuiszorg)

	gemidd. leeftijd in jaren	% 50	gem . aantal dienstjaren bij zelfde werkgever	gemidd. werkweek in uren
Groningen	39,4	18,3	9,8	25,4
Friesland	38,8	16,4	8,6	23,7
Drenthe	40,0	20,3	9,3	23,5
IJssel-Vecht	38,1	13,7	8,3	22,7
Twente	38,5	15,3	9,7	23,3
Midden-IJssel	40,4	21,0	8,3	24,7
Veluwe	38,4	17,0	7,3	22,6
Amhem/Oost-Gelderland	39,5	17,3	8,9	24,4
Nijmegen/Rivierenland	39,8	19,0	9,5	23,8
Flevoland	39,5	19,1	5,5	24,0
Utrecht	39,2	18,9	7,2	24,9
Het Gooi en Vechtstreek	41,5	22,9	8,1	24,5
Noord-Holland Noord	40,7	21,5	9,8	23,6
Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	40,6	22,0	7,5	26,5
Kennemer-/Amstel- en Meerlanden	40,9	22,6	8,0	24,8
Rijnstreek	39,1	19,3	8,2	24,7
Haaglanden	40,3	20,6	7,7	26,8
Drechtsteden	38,0	17,1	6,3	23,7
Rijnmond	39,1	17,2	8,0	26,3
Zeeland	39,7	18,9	9,9	24,2
West-Brabant	39,8	18,1	9,1	25,2
Midden-Brabant	38,9	17,7	8,5	26,0
Noord-Oost Brabant	39,1	18,3	8,7	24,4
Zuid-Oost Brabant	38,9	17,3	8,9	24,3
Noord- en Midden-Limburg	39,9	19,3	10,0	23,0
Zuid-Limburg	40,5	19,7	10,9	25,1
<b>Nederland</b>	<b>39,5</b>	<b>18,7</b>	<b>8,5</b>	<b>24,6</b>

### 3.2 Ziekteverzuim

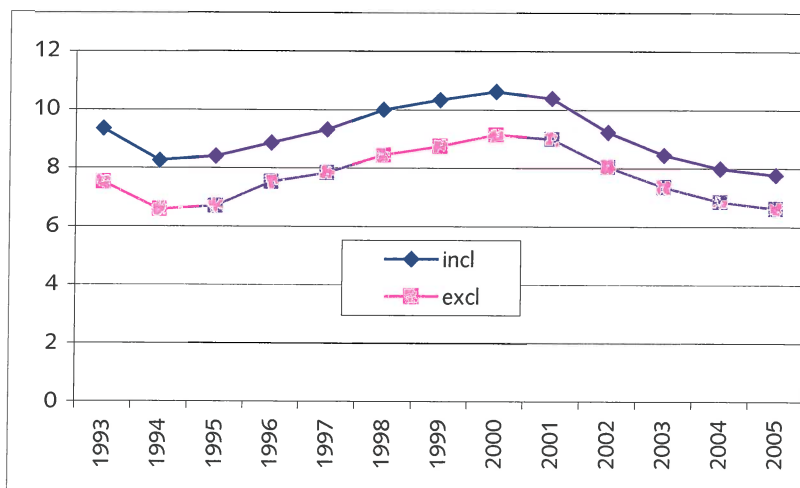
Het ziekteverzuim nam de afgelopen jaren sterk af. Aan de daling van het ziekteverzuim lijkt evenwel een einde te gaan komen. Het ziekteverzuim daalde in 2005 nog slechts licht. In deze paragraaf wordt het ziekteverzuim onder de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden naar branche en leeftijd beschreven. We sluiten af met een overzicht van regionale verschillen.

#### 3.2.1 Ziekteverzuim in de periode 1993 tot en met 2005

Mede onder invloed van de economische omstandigheden daalde het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden ook in 2005. Stegeman (2005) laat zien dat in een ruimer wordende arbeidsmarkt het ziekteverzuim daalt. Wordt de arbeidsmarkt krappere dan neemt het ziekteverzuim doorgaans toe.

Figuur 3.3

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



Bron: LKG, Vernet

Veranderingen in wetgeving, 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 7,8%

inclusief en 6,6% exclusief zwangerschapsverlof. Het belang van zwangerschapsverlof is in 2005 aanmerkelijk geringer dan begin jaren negentig. Het ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof ligt nu weer op het niveau van die tijd.

### 3.2.2 Het ziekteverzuim naar branche

Het ziekteverzuimpercentage neemt al een paar jaar in alle branches af (Tabel 3.6). Verhoudingsgewijs ligt het verzuim wat lager bij verpleegkundigen in ggz en ziekenhuizen en in de ouderen- en gehandicaptenzorg juist hoger.

Tabel 3.6

*Het ziekteverzuimpercentage in- en exclusief zwangerschapsverlof bij verpleegkundigen en verzorgenden 2001-2005*

	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Incl. zwangerschapsverlof</b>					
Algemene en categorale ziekenhuizen	8,7	7,8	7,4	7,2	7,3
Geestelijke gezondheidszorg	9,3	7,8	6,7	6,5	6,3
Intramurale gehandicaptenzorg	10,1	9,4	8,6	8,3	8,2
Ouderenzorg	10,7	10,0	9,2	8,5	8,3
Thuiszorg	11,5	9,8	8,9	8,5	7,8
<b>Raming totaal</b>	<b>10,4</b>	<b>9,2</b>	<b>8,4</b>	<b>8,0</b>	<b>7,8</b>
<b>Excl. zwangerschapsverlof</b>					
Algemene en categorale ziekenhuizen	7,1	6,5	6,1	5,8	5,9
Geestelijke gezondheidszorg	8,4	7,0	6,1	5,8	5,6
Intramurale gehandicaptenzorg	8,9	8,2	7,7	7,2	7,1
Ouderenzorg	10,2 <sup>1</sup>	8,9	8,2	7,5	7,3
Thuiszorg	10,1	8,5	7,6	7,1	6,5
<b>Raming totaal</b>	<b>9,0</b>	<b>8,0</b>	<b>7,4</b>	<b>6,9</b>	<b>6,6</b>

<sup>1</sup> Betreft alleen verpleeghuizen.

Bron: LKG; Vernet.

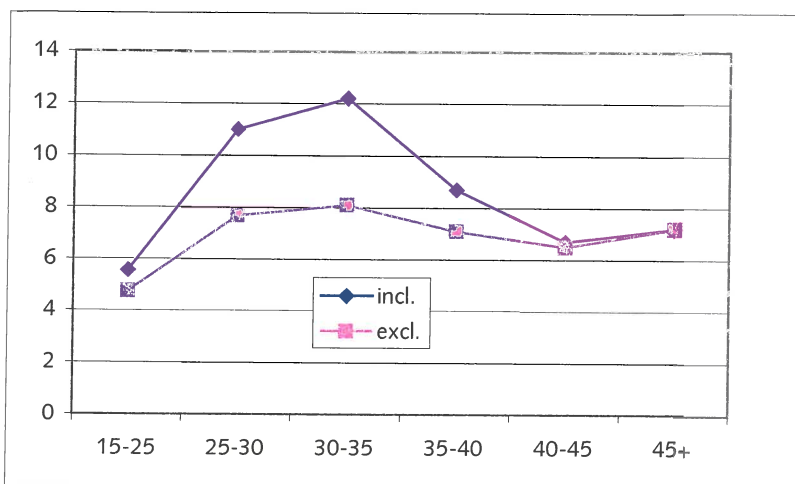
### 3.2.3 Ziekteverzuim naar leeftijd

Het ziekteverzuimpercentage is zowel inclusief als exclusief zwangerschapsverlof het hoogst voor de leeftijdscategorie 30 tot en met 35 jaar (Figuur 3.4). Het verzuim is het laagst voor de leeftijdscategorie 15 tot en met 25 jaar. Na het 35<sup>e</sup> levensjaar neemt het verzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden gemiddeld af om iets toe te nemen na

het 45<sup>e</sup> levensjaar. Het ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof is in de leeftijdscategorie 45 jaar en ouder weinig hoger dan gemiddeld.

*Figuur 3.4*

*Het ziekteverzuimpercentage naar leeftijd bij verpleegkundigen en verzorgenden (exclusief thuiszorg) in 2005 in %*



Bron: LKG

### 3.3 Het vertrek

Verpleegkundigen en verzorgenden veranderen net als andere beroepsgroepen om diverse redenen regelmatig van baan. Het vertrek nam de laatste jaren sterk af. Daar lijkt nu een einde aan gekomen te zijn. De eerste paragraaf geeft een beeld van de omvang van het vertrek en de tweede paragraaf gaat in op de redenen waarom verpleegkundigen en verzorgende hun baan opzeggen.

#### 3.3.1 De omvang van het vertrek

Het aandeel verpleegkundigen en verzorgenden dat een zorginstelling verlaat is in 2005 gedaald tot 10,2%. Deze daling is in alle branches zichtbaar (Tabel 3.7). Dit betreft het brutoverloop. Daarbij gaat het om al degenen die hun dienstverband bij een zorginstelling beëindigen. Stopt men óók met de beroepsuitoefening dan is er sprake van nettoverloop. Dat is het geval wanneer men stopt met werken of een ander beroep gaat uitoefenen. Gaat men het beroep in een andere instelling uitoefenen dan is het baan-baanmobiliteit.

Tabel 3.7

Het brutoverloop voor verpleegkundig en verzorgend personeel in % (1995-2005)

	1998	2000	2003	2004	2005
Ziekenhuizen	11,7	13,4	8,0	6,7	6,4
Academische ziekenhuizen	9,5	11,4	7,1	7,6 <sup>1</sup>	.
Geestelijke gezondheidszorg	14,5	16,2	11,2	9,6	9,6
Gehandicaptenzorg	14,2	19,4	13,3	11,7	11,6
Verpleeg en verzorgingshuizen	.	17,7	12,8	10,4	10,5
Totaal intramuraal	13,5	16,3	11,3	9,5	9,5
Thuiszorg	.	18,7	16,8	17,8	12,6 <sup>2</sup>
<b>Totaal zorgsector</b>		<b>17,0</b>	<b>12,7</b>	<b>11,6</b>	<b>10,2</b>

\* Exclusief verzorgingshuizen , \*\* Bron: Exitinterviews

Bron: LKG

Tabel 3.8

Brutoverloop verpleegkundig en verzorgend personeel in 2004 naar regio (in %\*)

Groningen	7,1%	Kennemer-/ Amstel- en Meerlanden	10,7%
Friesland	10,7%	Rijnstreek	11,4%
Drenthe	9,0%	Haaglanden	12,0%
IJssel-Vecht	9,6%	Drechtsteden	11,0%
Twente	6,3%	Rijnmond	10,6%
Midden-IJssel	7,3%	Zeeland	9,6%
Veluwe	10,3%	West-Brabant	7,6%
Arnhem/Oost-Gelderland	9,8%	Midden-Brabant	7,1%
Nijmegen/Rivierenland	8,4%	Noord-Oost Brabant	9,1%
Flevoland	10,0%	Zuid-Oost Brabant	8,8%
Utrecht	12,1%	Noord- en Midden-Limburg	7,2%
Het Gooi en Vechtstreek	10,3%	Zuid-Limburg	6,4%
Noord-Holland Noord	10,0%		
Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	12,9%	<b>Nederland</b>	<b>9,8%</b>

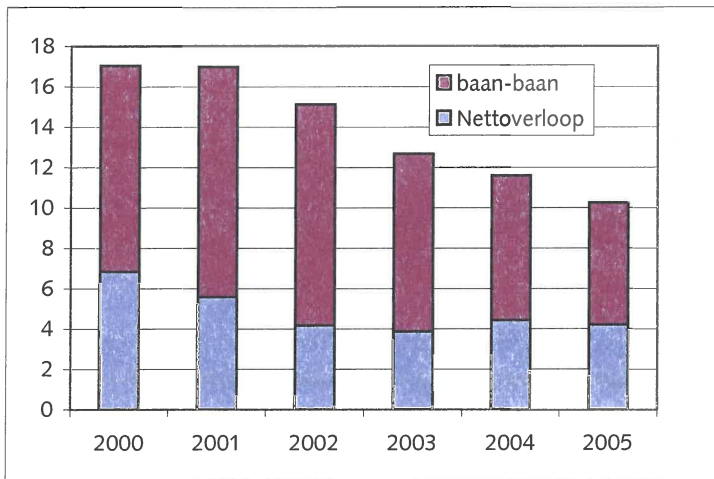
\* exclusief thuiszorg

Bron: LKG



Figuur 3.5

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



Bron: LKG en Exitinterviews

Het nettoverloop per branche is in Tabel 3.9 opgenomen. Het nettoverloop is in vrijwel alle branches afgenomen. Het nettoverloop in de thuiszorg is met 7,1% het hoogst. In deze branche vond vanaf 2003 een stijging plaats. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het relatief grote aandeel ouderen in het personeelsbestand (zie tabel 10.5) en de geringe groei de afgelopen jaren waarbij tijdelijke contracten niet werden verlengd.

In 2000 zette één op de 15 jaarlijks een punt achter de uitoefening van het beroep, in 2005 is dat gedaald tot nog geen één op de 25.

Daarmee nam het aantal verpleegkundigen en verzorgenden dat de zorg verliet af van rond 20.000 in 2000 tot minder dan 14.000 in 2005.

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.

Tabel 3.9

Het nettoverloop per branche voor de jaren 2000-2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ziekenhuizen	4,3	3,5	2,6	2,1	2,1	1,8
Geestelijke gezondheidszorg	5,2	3,2	3,2	2,3	3,1	2,7
Gehandicaptenzorg	6,6	6,2	4,9	4,2	4,0	3,4
Verpleeg- en verzorgingshuizen	6,2	4,3	3,7	3,3	3,1	4,2
Thuiszorg	10,4	9,4	6,1	6,3	8,7	7,1
<b>Totaal zorgsector</b>	<b>6,8</b>	<b>5,6</b>	<b>4,2</b>	<b>3,9</b>	<b>4,4</b>	<b>4,2</b>

Bron: LKG en Exitinterviews

In Tabel 3.10 is per branche de vertrekdirichting gespecificeerd. Binnen de thuiszorg is het aandeel dat binnen de zorg blijft werken traditioneel laag. 44% blijft binnen de zorg werken waarvan slechts 10% ook binnen de thuiszorg blijft werken. Verpleegkundigen en verzorgenden die binnen een ziekenhuis of de ggz werken, kiezen verhoudingsgewijs vaker voor een andere baan binnen hun eigen branche (dus in een ander ziekenhuis of ggz-instelling). Het gaat hier om 44% respectievelijk 42% van de vertrekkers. Binnen de overige branches wordt vaker voor een andere branche in de zorg gekozen. Tien tot 13% heeft nog geen werk; dat is hoger dan in 2003 toen dit voor 8% van de vertrekkers gold. Een en ander is waarschijnlijk het gevolg van afslankingsoperaties.

Opvallend is dat er in de thuiszorg verhoudingsgewijs veel mensen stoppen met werken, namelijk 25%. Vanuit de ziekenhuizen gaan maar weinig verpleegkundigen en verzorgende, namelijk 6%, buiten de zorg werken. Elders bedraagt dit percentage 10 tot 16%.

De gemiddelde leeftijd van de vertrekkende verpleegkundigen en verzorgenden is ten opzichte van 2003 met 1 tot 2,5 jaar gestegen. Wel geldt dat de vertrekkers gemiddeld nog steeds jonger zijn dan het zittend personeel.

Tabel 3.10

De vertrekriching per branche in 2005 en enkele demografische kenmerken van de vertrekkende werknemer

	zkh	ggz	geh.zorg	oud.zorg	thuiszorg
Binnen branche	44%	42%	28%	27%	10%
Andere zorgbranche	27%	30%	43%	34%	34%
Buiten zorg en welzijn	6%	12%	10%	10%	16%
Nog geen werk	10%	10%	11%	13%	12%
Gestopt	12%	6%	7%	13%	25%
Opleiding	1%	0%	2%	3%	3%
	100%	100%	100%	100%	100%
Aandeel vrouw	88%	72%	87%	95%	98%
Gemiddelde leeftijd	36,6	36,7	32,9	36,3	40,7

Bron: Exitinterviews

### 3.3.2 De vertrekredenen

De redenen waarom verpleegkundigen en verzorgenden uit een instelling vertrekken vertonen in de loop der tijd gedeeltelijk een tamelijk constant patroon (zie Tabel 3.11). De antwoordcategorieën zijn in de loop der tijd gewijzigd. In 2005 komen daardoor de antwoordmogelijkheden 'verandering van omstandigheden in het huishouden' en 'verhuizing' in de top voor. De behoefte aan ander werk, het ervaren gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden en loopbaanperspectieven scoren onveranderlijk hoog. Toch is er sprake van veranderingen. Als ongunstig ervaren werktijden en roosters worden steeds vaker als vertrekreden genoemd. Hetzelfde geldt voor de ontevredenheid met de zorg die geboden wordt. Beloning en werkdruk lijken meer met de omstandigheden samen te hangen. In 2000 werden ze in een tijd van hoogconjunctuur vaak genoemd, in 2003 minder en bij de opmaat naar een ontluikende hoogconjunctuur in 2005 weer meer.

Tabel 3.11

De belangrijkste vertrekredenen in 2000, 2003 en 2005 (meerdere antwoorden mogelijk)

2005	%	2003	%	2000	%
Behoefte ander werk	21	Ontplooiing	24	Behoefte ander werk	17
Verandering van omstandigheden in het huishouden	19	Behoefte ander werk	21	Ontplooiing	17
Wegens verhuizing	18	Perspectief	18	Beloning	16
Onvoldoende loopbaanperspectief/mogelijkheden tot positie verbetering	17	Voldoening werk	16	Reistijd	16
Onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden	17	Gezin	14	Gezin	13
De werktijden en roosters zijn ongunstig voor mij	16	Werktijden	14	Voldoening werk	13
De werkdruk is te hoog	15	Reistijd	13	Perspectief	12
Onvoldoende tevredenheid met zorg die wordt geboden	15	Opleiding	12	Werkdruk	11

Bron: Exit-interviews van Prismant

Naar branche zijn er verschillen in de vertrekredenen die het meest genoemd worden. Opvallend zijn de verpleeg- en verzorgingshuizen waar de te hoge werkdruk als hoogste scoort. Bij de thuiszorg liggen de twee meest genoemde vertrekredenen buiten het werk.

Tabel 3.12

De belangrijkste vertrekredenen in 2005 per branche

Ziekenhuizen	%
Behoefte aan een andere werkring	25%
Wegens verhuizing	22%
Onvoldoende loopbaanperspectief/mogelijkheden tot positie verbet.	21%
Onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden	20%
De werktijden en roosters zijn ongunstig voor mij	19%
Verandering van omstandigheden in het huishouden	18%
Reistijd is te lang	18%
Geen prettige sfeer op de afdeling	15%

---

<b>GGZ</b>	<b>%</b>
Behoeftte aan een andere werkkring	24%
Onvoldoende loopbaanperspectief/mogelijkheden tot pos.verbet.	21%
Wegens verhuizing	20%
Onvoldoende tevredenheid met zorg die wordt geboden	20%
Te weinig autonomie in het werk	17%
Verandering van omstandigheden in het huishouden	17%
Geen prettige sfeer op de afdeling	17%
Behoeftte aan meer vrije tijd	14%

---

<b>Gehandicaptenzorg</b>	<b>%</b>
Behoeftte aan een andere werkkring	25%
Betere salariering elders	21%
Onvoldoende tevredenheid met zorg die wordt geboden	20%
Onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden	20%
De werktijden en roosters zijn ongunstig voor mij	19%
Onvoldoende loopbaanperspectief/mogelijkheden tot pos.verbet.	19%
Verandering van omstandigheden in het huishouden	18%
Wegens verhuizing	16%

---

<b>Verpleeg- en verzorgingshuizen</b>	<b>%</b>
De werkdruk is te hoog	20%
Behoeftte aan een andere werkkring	20%
Verandering van omstandigheden in het huishouden	19%
Wegens verhuizing	19%
Onvoldoende tevredenheid met zorg die wordt geboden	17%
Het werk wordt fysiek te zwaar	17%
Geen prettige sfeer op de afdeling	15%
De werktijden en roosters zijn ongunstig voor mij	15%

---

<b>Thuiszorg</b>	<b>%</b>
Verandering van omstandigheden in het huishouden	19%
Pensioen (AOW) overbruggingsuitkering (OBU)	19%
Behoeftte aan een andere werkkring	17%
Wegens gezondheidsproblemen	16%
Behoeftte aan meer vrije tijd	15%
Onvoldoende loopbaanperspectief/mogelijkheden tot pos.verbet.	15%
Onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden	15%
Wegens verhuizing	14%

### 3.3.3 Vermijdbaar vertrek

Soms is vertrek onvermijdelijk en waren er geen redenen om te blijven. Soms had het vertrek misschien voorkomen kunnen worden als bepaalde omstandigheden anders waren geweest. Dit is ook aan de respondenten voorgelegd. We weten natuurlijk niet hoe realistisch de wensen zijn. Wél geven ze een indicatie in welke richting we het moeten zoeken hadden we het vertrek willen voorkomen.

Tabel 3.13

De belangrijkste vermijdbare vertrekredenen in 2000, 2003 en 2005 gewogen naar branche (meerdere antwoorden mogelijk)

<b>2005</b>	<b>%</b>	<b>2003</b>	<b>%</b>	<b>2000</b>	<b>%</b>
Onvoldoende loopbaanperspectief	14	Ontplooiing	16	Ontplooiing	15
Onvoldoende Ontplooiingsmogelijkheden	13	Loopbaanpersp.	13	Loopbaanpersp.	11
Werktijden	11	Werktijden	10	Werkdruk	11
Onvoldoende tevredenheid met zorg die wordt geboden	11	Voldoening	9	Klimaat	10
Behoeftte aan een andere werkkring	11	Beloning	8	Overleg	10
Betere salariering elders	10	Klimaat	8	Gebrek opleiding	9
Contact direct leidinggevende	9	Werkdruk	8	Beloning	9
De werkdruk is te hoog	9	Leiderschap	8	Voldoening werk	9

Bron: Exit-interviews van Prismant

De vermijdbare vertrekredenen vertonen een zeer constant beeld. Er verandert in de loop der tijd heel weinig.

Tabel 3.14

De vermijdbare vertrekredenen in 2005 per branche

<b>Ziekenhuizen</b>	<b>%</b>
Onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden	16%
Onvoldoende loopbaanperspectief/mogelijkheden	16%
De werktijden en roosters zijn ongunstig voor mij	14%
De werkdruk is te hoog	9%
Onvoldoende tevredenheid met zorg die wordt geboden	9%
Betere salariering elders	9%
Behoefte aan een andere werkkring	9%
Geen prettige sfeer op de afdeling	9%
<hr/>	
<b>GGZ</b>	<b>%</b>
Onvoldoende tevredenheid met zorg die wordt geboden	17%
Onvoldoende loopbaanperspectief/mogelijkheden	16%
Geen prettige sfeer op de afdeling	11%
Besluitvorming en overleg op de afdeling/werkeenheid	11%
Contact direct leidinggevende	11%
Betere salariering elders	10%
Onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden	10%
Te weinig autonomie in het werk	7%
<hr/>	
<b>Gehandicaptenzorg</b>	<b>%</b>
Onvoldoende tevredenheid met zorg die wordt geboden	16%
Onvoldoende loopbaanperspectief/mogelijkheden	16%
De werktijden en roosters zijn ongunstig voor mij	15%
Onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden	15%
Behoefte aan een andere werkkring	14%
Betere salariering elders	13%
Contact direct leidinggevende	11%
Geen prettige sfeer op de afdeling	11%

<b>Verpleeg- en verzorgingshuizen</b>	<b>%</b>
De werkdruk is te hoog	15%
Behoeftte aan een andere werkkring	13%
De werktijden en roosters zijn ongunstig voor mij	12%
Onvoldoende tevredenheid met zorg die wordt geboden	11%
Onvoldoende loopbaanperspectief/mogelijkheden	11%
Geen prettige sfeer op de afdeling	11%
Onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden	11%
Het werk wordt fysiek te zwaar	10%

<b>Thuiszorg</b>	<b>%</b>
Onvoldoende loopbaanperspectief/mogelijkheden	13%
Onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden	12%
Betere salariëring elders	9%
Het werk wordt fysiek te zwaar	8%
Behoeftte aan een andere werkkring	8%
Mogelijkheden om meer uren per week te werken	7%
Contact direct leidinggevende	7%
Te weinig verantwoordelijkheid	6%

### 3.4 Samenvatting

Van oudsher is de zorg een sector waar veel vrouwen werken. Van de verpleegkundigen en verzorgenden is 88% vrouw. Het aandeel vrouwen loopt nauwelijks verder op. De stijging van de gemiddelde leeftijd was de afgelopen jaren fors, maar zal de komende jaren sterk afvlakken. De sterke toename van de gemiddelde leeftijd had vooral te maken met de stabilisering van het verloop en de afname van de groei: daardoor stromen er minder jongeren in. Met name in verpleeg- en verzorgingshuizen nam het aandeel 50+-ers snel toe. De afvlakking van de stijging van de gemiddelde leeftijd betekent niet dat het aandeel 50+-ers niet meer groeit. Deze vorm van vergrijzing slaat vooral de komende jaren (tot 2009) nog hard toe. De vervangingsvraag die hierdoor ontstaat zwelt pas later aan: eerst moet men een tijdje 50+-er zijn voor men vertrekt. Dan gaat ook een meer gelijkmatige leeftijdsopbouw ontstaan.



De gemiddelde verblijfsduur bij dezelfde werkgever is net als in voorgaande jaren toegenomen en ligt in 2005 op 8,6 jaar. Deze toename is in de meeste branches zichtbaar. De gemiddelde leeftijd, het aandeel vrouw en 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+-ers ruim boven het landelijk gemiddelde. Het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden is in 2005 opnieuw gedaald. In 2005 bedraagt het ziekteverzuim percentage inclusief zwangerschapsverlof 7,8% en exclusief 6,6%. 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 branches ziekenhuizen en ggz ligt het verzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden traditioneel lager (in 2005 5,9 en 5,6% exclusief) vergeleken met de andere branches en in de ouderenzorg juist hoger (7,3% exclusief). Mannen hebben over het algemeen een lager verzuim dan vrouwen. In de leeftijdscategorie 30 tot en met 35 jaar is het verzuim (zowel in- 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.

Sinds 2000 nam het vertrek af. Sinds 2002 schommelt het nettoverloop rond de 4%. Een aantal vertrekredenen scoort door de jaren heen hoog. Het gaat dan om het gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden en het ontbreken van loopbaanperspectief en behoefte aan ander werk. De laatste jaren zien we een opmars van vertrekredenen als ontevredenheid met de zorg die geboden wordt, een te hoge werkdruk en ontevredenheid over werktijden en roosters en salariering.



## 4 Scholing

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de opleidingen tot verpleegkundige en verzorgende. Eerst komt het initieel onderwijs aan de orde. Vervolgens komt het studie- en sectorrendement, de achtergrondkenmerken van diplomabehalers en de aansluiting tussen opleiding en arbeidsmarkt aan de orde. Velen volgen na het initiële onderwijs nog specifieke opleidingen. Ontwikkelingen daarin komen staan in de volgende paragraaf.

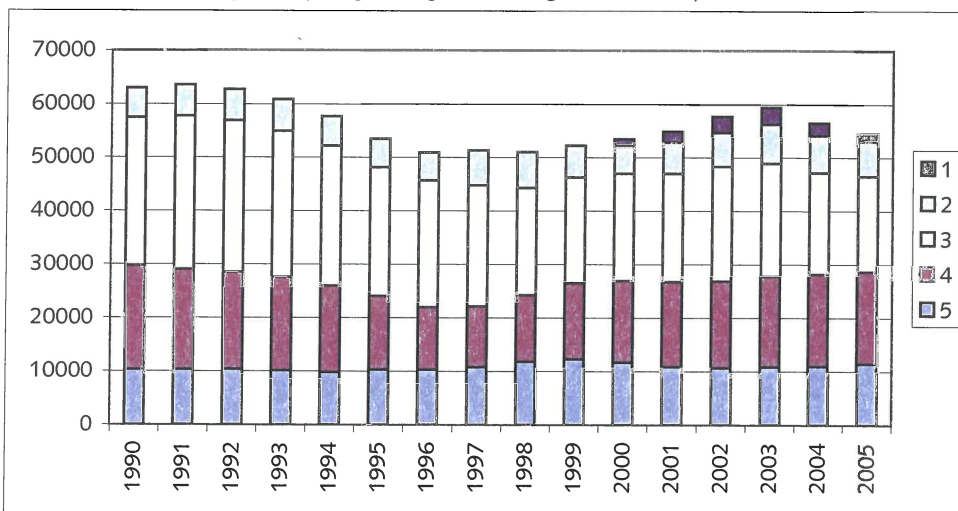
### 4.1 Initieel onderwijs

#### 4.1.1 Totaal aantal leerlingen

Het aantal leerlingen dat verpleegkundig en verzorgend onderwijs volgt, neemt sinds 2003 af. Na een hoogtepunt in het aantal leerlingen in 1991 zette een daling in die aanhield tot

Figuur 4.1

Totaal aantal leerlingen verpleegkundig en verzorgend onderwijs naar niveau 1990-2005



Bron: Cfi, HBO-raad

1998 (Figuur 4.1, vorige pagina). Daarna volgt een stijgende lijn tot 2003. Sindsdien is er weer sprake van een daling. Het aantal leerlingen bedraagt in 2005 bijna 55.000. Uit Tabel 4.1 komt naar voren dat er bij de BOL sprake is van een gestage toename sinds 2002, waar het aantal leerlingen dat BBL volgt juist snel afneemt<sup>7</sup>.

Tabel 4.1

*Het totaal aantal leerlingen in verpleegkundige en verzorgende opleidingen 2001-2005*

Niveau	2001	2002	2003	2004	2005
5	10.872	10.629	10.830	10.991	11.425
Duaal	2.433	2.543	2.620	2.505	2.298
BOL	6.037	5.709	6.060	6.576	7.306
Deeltijd	1.456	1.437	1.241	1.120	1.192
MGZ	946	940	909	790	629
4	15.853	16.209	16.922	17.455	17.238
BBL	9.736	9.938	9.662	8.946	7.647
BOL	6.117	6.271	7.260	8.509	9.591
3	20.310	21.468	21.196	19.155	17.851
BBL	12.800	14.327	14.395	12.069	10.093
BOL	7.510	7.141	6.801	7.086	7.758
2	5.835	6.386	7.310	6.822	6.563
BBL	3.118	3.480	3.400	2.156	1.611
BOL	2.717	2.906	3.910	4.666	4.952
1	2.063	3.007	3.227	2.094	1.439
BBL	644	917	1.146	457	366
BOL	1.419	1.464	1.716	1.394	838
BOL (deel)	459	626	365	243	235
Totaal	54.933	57.699	59.485	56.517	54.516
BBL/duaal	28.731	31.205	31.223	26.133	22.015
BOL	23.415	23.575	25.848	28.345	30.587
Overig	2.787	2.919	2.414	2.039	1.914

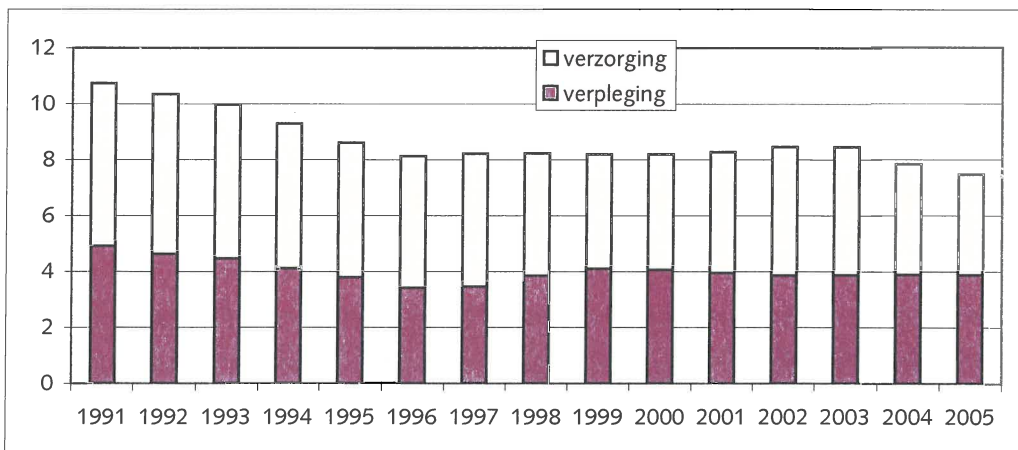
Bron: Cfi, HBO-raad

<sup>7</sup> De BOL staat voor beroepsopleidende leerweg (combinatie leren stage); de BBL staat voor beroepsbegeleidende leerweg (combinatie leren werken).

Hoe aantrekkelijk is de opleiding tot verpleegkundige en verzorgende? Deze vraag 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 kan volgen. 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 een verpleegkundige of verzorgende opleiding volgen gezet ten opzichte van alle MBO- en HBO-leerlingen in ons land. Begin jaren negentig bedroeg het aandeel ruim 9%. Midden jaren negentig daalde dit tot 8%. Sindsdien veranderde het aandeel nauwelijks. Vanaf 2003 is het weer aandeel aan het slinken. In 2005 is het aandeel afgenomen tot 7,5% (Figuur 4.2). Ook hier geldt dat het aandeel van verpleegkunde weinig varieert. De veranderingen komen tot stand door veranderingen bij het aantal leerlingen dat een opleiding voor verzorging volgt.

*Figuur 4.2*

*Het aandeel leerlingen in verpleegkundige en verzorgende opleidingen t.o.v. alle leerlingen MBO en HBO in het tijdvak 1991-2005 in %*



Regionaal bestaan er overigens grote verschillen in het aandeel leerlingen dat een verpleegkundige of verzorgende opleiding volgt. Gemiddeld bedraagt het aandeel onder MBO-ers 9,8%<sup>8</sup>. Regionaal loopt het uiteen van 6,3% in Noordoost Brabant tot 17% in Drenthe.

<sup>8</sup> We laten HBO hier buiten beschouwing, omdat nogal wat regio's geen HBO-opleiding hebben.

Tabel 4.2

Het aandeel van verpleegkundig en verzorgend onderwijs in het totale MBO in 2005  
(in %)

Regio	%	Regio	%
Groningen	10,7	Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	7,9
Friesland	10,8	Kennemer-/Amstel- en Meerlanden	11,0
Drenthe	17,0	Rijnstreek	7,9
IJssel-Vecht	7,3	Haaglanden	13,8
Twente	10,5	Drechtsteden	10,1
Midden-IJssel	9,0	Rijnmond	8,1
Veluwe	13,8	Zeeland	11,8
Arnhem/Oost-Gelderland	7,6	West-Brabant	10,7
Nijmegen/Rivierenland	10,5	Midden-Brabant	8,5
Flevoland	8,8	Noordoost Brabant	6,3
Utrecht	8,5	Zuidoost Brabant	11,1
Het Gooi en Vechtstreek	*	Noord- en Midden-Limburg	16,6
Noord-Holland Noord	14,2	Zuid-Limburg	9,3
		<b>Nederland</b>	<b>9,8</b>

Gaan we er vanuit dat de affiniteit om verpleegkundig en verzorgend onderwijs te volgen regionaal geen grote verschillen vertoont, dan kunnen we stellen dat er nog een groot potentieel aanwezig is. Zouden bijvoorbeeld alle regio's die nu onder het landelijk gemiddelde zitten het gemiddelde aandeel leerlingen hebben, dan zouden er landelijk 11% meer leerlingen in opleiding zijn.

#### 4.1.2 De instroom van leerlingen

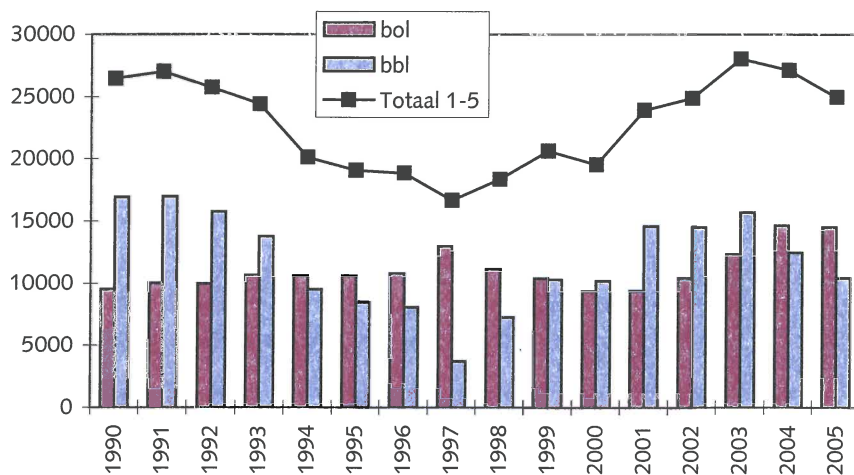
De afname van het totaal aantal leerlingen dat een opleiding volgt, wordt veelal veroorzaakt door een afnemende toestroom naar de opleidingen. Sinds 2003 is het aantal leerlingen dat aan een verpleegkundige of verzorgende opleiding begon weer aan het afnemen. In begin jaren negentig lag het jaarlijkse aantal ruim boven de 25.000. Tot het eerste jaar van de invoering van een nieuw opleidingsstelsel daalde het aantal jaar op jaar. Vanaf 1997 tot 2003 zien we een stijgende lijn.

Het hogere niveau sinds de eeuwwisseling kan aan verschillende factoren toegeschreven

worden. Zo is er vanaf 2000 een opleiding op niveau 1 bijgekomen. Ook is het denkbaar dat een van de beoogde doeleinden van het nieuwe stelsel gerealiseerd wordt, namelijk een betere doorstroming tussen de opleidingen. Hierdoor leidt uitval niet direct tot uitstroom.

*Figuur 4.3*

*De instroom in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen 1990-2005*



Sinds 2003 zien we op alle niveaus de instroom in de BBL-opleidingen dalen en bij de BOL stijgen met uitzondering van niveau 1 waar ook de BOL afnam (Tabel 4.3).

#### 4.1.3 Studie- en sectorrendement

Niet alle 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. Vrouwen zijn doorgaans succesvoller dan mannen: het studierendement bedraagt respectievelijk 63 en 46%. Het vijfjarig gemiddelde komt op 58%. De duale opleiding kent nog maar sinds kort afgestudeerden: Het studierendement van de lichte 1998 bedraagt 57%.

Bij de MBO-opleidingen vindt apart onderzoek naar het studierendement plaats (Arnold en Van der Windt). Het gaat om steekproefonderzoek. De BOL-opleidingen kennen weinig schommelingen. De BBL-opleidingen kennen wel grote fluctuaties. Dat wordt veroorzaakt door het feit dat het meten van de instroom lastig is door veel tussentijdse instroom. Vandaar ook dat voor alle opleidingen het gemiddelde van de afgelopen 5 jaar

gepresenteerd is. Dat gemiddelde ligt bij de BBL-opleidingen iets hoger dan de overeenkomstige BOL-opleidingen.

Het meten van het sectorrendement, het aandeel van de gediplomeerden dat ook daadwerkelijk in de sector zorg en welzijn gaat werken, is een momentopname. Daarbij speelt niet alleen de belangstelling van de afgestudeerde leerlingen een rol. Ook de vraag die werkgevers uitoefenen kan variëren. Bij de lagere opleidingen geldt dat men vaak ook een vervolgopleiding gaat doen (zie Tabel 4.5).

*Tabel 4.3*

*De instroom in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen*

	2001	2002	2003	2004	2005
Niveau 5	2.982	3.242	3.576	3.540	3.575
5 BBL	601	658	707	587	534
5 BOL	1.605	1.769	2.219	2.412	2.498
5 deeltijd	417	458	338	280	397
5 MGZ	359	357	312	261	146
Niveau 4	5.989	5.720	6.819	7.571	6.944
4 BBL	3.747	3.481	3.805	3.623	2.966
4 BOL	2.242	2.239	3.014	3.948	3.978
Niveau 3	10.115	9.894	10.263	9.175	9.104
3 BBL	7.300	6.927	7.608	5.859	5.240
3 BOL	2.815	2.967	2.655	3.316	3.864
Niveau 2	3.995	4.397	5.177	5.313	4.672
2 BBL	2.263	2.491	2.446	1.771	1.322
2 BOL	1.732	1.906	2.731	3.542	3.350
Niveau 1	2.063	3.018	3.217	2.413	1.459
1 BBL	644	947	1.146	642	366
1 BOL voltijd	960	1.477	1.706	1.426	838
1 BOL deeltijd	459	594	365	345	255

Bron: Cfi



Tabel 4.4

Het gemiddelde studie en sectorrendement over de periode 2001-2005  
naar opleiding en leerweg in %

	Studierendement		Sectorrendement	
	BBL	BOL	BBL	BOL
Vpl5	57	58	95	87
Vpl4	67	65	91	74
Vz3	66	68	90	70
Hlp2	81	67	84	58
Zhlp1	65	59	51	35

Bron: Van der Windt en Arnold, 2004

#### 4.1.4 Aansluiting opleiding arbeidsmarkt

De leeftijd waarop men de opleiding voltooit varieert vooral naar leerweg. Het aandeel dat onder de 30 jaar de opleiding afrondt bedraagt voor elk niveau iets meer dan 30% (Tabel 4.5). Alleen bij de laagste opleidingen tot verpleging en verzorging zijn de percentages allochtonen onder de gediplomeerde schoolverlaters substantieel. Ten opzichte van de samenstelling van de patiënten betekent dit een ondervertegenwoordiging. Het aandeel vrouwen is onveranderd hoog. In de loop der tijd doen zich daar weinig veranderingen in voor.

Bij de aansluiting tussen opleiding en arbeidsmarkt zijn verschillende facetten te onderscheiden. Uit Tabel 4.5 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 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 bijna 90% wel dezelfde opleidingsrichting opnieuw kiezen.

De opleidingen voor verpleging en verzorging steken doorgaans gunstig af ten opzichte van alle opleidingen tezamen (totaal MBO/HBO/WO). Zo is de werkloosheid geringer evenals het aandeel tijdelijke aanstellingen. Ook is de beloning gemiddeld hoger. Dit is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan het grotere aandeel BBL-ers, dat na de opleiding direct inzetbaar is. Bovendien zijn BBL-ers doorgaans ouder. Over de aansluiting opleiding werk is men goed te spreken.

Negatief is het geringe aandeel allochtonen en het geringe aantal uren dat men werkt. Het

laatste kan een gevolg zijn van het feit dat het doorgaans gaat om al wat oudere vrouwen die wellicht werk en zorgtaken willen combineren.

Tabel 4.5

Enkele kenmerken van gediplomeerde schoolverlaters in 2004 gemeten 1,5 jaar na het afstuderen

	zorghulp	helpende	verzorgende	vpl 4	vpl 5	Totaal MBO/HBO /WO
% man	5	4	4	12	16	47
% jonger dan 30 jaar	34	34	32	32	31	.
gem. leeftijd BOL	21,3	22,1	21,6	22,1	31,4*	21,7*
gem. leeftijd BBL	40,6	38,9	36,0	36,2		
% allochtoon	13	17	4	7	4	10
% werkloos	6	8	4	2	1	8
% in loondienst	100	74	90	95	97	92
% tijdelijke aanstelling	9	19	9	9	13	38
gemiddeld aantal uren	19,7	26,5	28,2	31,9	31,7	34,4
<b>gemiddeld bruto uurloon €</b>	9,05	10,19	11,02	13,42	14,25	9,84
<b>maatschappelijke positie</b>						
betaald werk	71	59	83	84	84	39
Studie	13	10	6	7	3	48
werkzoekend	5	5	1	0	1	3
werkend leren	7	23	7	6	10	7
Anders	5	2	3	3	2	3
<b>oordeel aansluiting opleiding en werk</b>						
goed of voldoende	98	89	96	86	81	80
<b>Eigen of verwante richting vereist</b>						
achteraf zelfde opleiding:	69	83	90	92	96	70
eigen opleiding	63	86	82	87	87	76

Bron: ROA  
BOL en BBL samen

## 4.2 Vervolgonderwijs

Sinds de invoering van de Wet-BIG wordt er geen register meer bijgehouden waarin aangetekend wordt welke vervolgoopleidingen verpleegkundigen hebben genoten. Veel verpleegkundige vervolgoopleidingen zijn georganiseerd in de VOVV. Daar wordt bijgehouden hoeveel verpleegkundigen jaarlijks een start maken met een vervolgoopleiding. Het aantal dat een diploma behaalt wordt niet centraal bijgehouden. Uit de OSA-aanbodmonitor blijkt dat een groot aandeel zo'n opleiding ook met succes afrond. Tabel 4.6 laat voor de periode 1999-2003 zien om welke aantallen nieuwe inschrijvingen het gaat<sup>9</sup>.

Tabel 4.6  
Het aantal verpleegkundigen dat een beroepsvervolgoopleiding gaat volgen 2001-2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Intensive Care/CC*/pediatrie	541	601	750	491	389	275
IC Neonatologie/kinderen	168	154	195	150	130	87
Spoed Eisende Hulp	224	250	295	262	181	154
Kinderverpleegkunde	341	294	353	355	307	223
Obstetrie en Gynaecologie	210	236	236	211	181	119
Oncologie	235	289	275	299	235	190
Dialyse	213	159	245	197	145	122
Maatschappelijke Gezondheidszorg (HBO)	341	356	354	309	259	146
GGZ Verpleegkundig specialist	29	37	32	32	39	45
<b>Totaal</b>	<b>2.302</b>	<b>2.376</b>	<b>2.735</b>	<b>2.306</b>	<b>1.866</b>	<b>1.361</b>

<sup>1</sup> In 2003 exclusief CC.

Bron: VOVV, AZG en GGZ-VS

Tot en met 2001 was 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 2004 en 2005 is er sprake van een aanzienlijke terugval. Een uitzondering hierop wordt gevormd door de opleiding tot verpleegkundig specialist ggz.

Ook de deelname aan de door de SSSV (Stichting Specifieke Scholing verpleegkundigen) georganiseerde scholing kende tot 2003 een groeiende belangstelling. Tussen 1997 en 2003 nam het aantal cursisten toe van 428 tot 680. In 2005 is dit aantal gedaald tot 459.

<sup>9</sup> Sinds 2002 maakt het Academisch Ziekenhuis Groningen geen deel uit van de VOVV. De aantallen zijn wel toegevoegd.

De meeste belangstelling is er voor diabeteseducatie, de opleiding tot endoscopie-assistente en voor stomazorg en mammacare (Jaarverslag SSSV, 2005 voor aantallen zie azwinfo.nl).

#### *Universitaire studies*

De studie Verplegingswetenschap is de enige wetenschappelijke opleiding die uitsluitend voorbehouden is aan verpleegkundigen. Dit was de eerste universitaire studierichting, waarin de wetenschappelijke ontwikkeling en onderbouwing van het verpleegkundig vakgebied het uitgangspunt was. Naar schatting waren er in 2004 in Nederland rond 1.800 afgestudeerde verplegingswetenschappers en waren er een vijftigtal hiervan gepromoveerd. Recentere gegevens ontbreken.

De universitaire studie Zorgwetenschappen is niet alleen voorbehouden aan verpleegkundigen. Het 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 overstijgen. 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 de Master in Advanced Nursing Practice en Physician Assistent.

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.

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, in tegenstelling tot de opleiding tot nurse practitioner, niet voorbehouden aan verpleegkundigen maar ook toegankelijk voor paramedici.

Tabel 4.7

*Instroom en opleidingsgegevens voor HBO-Master opleidingen*

---

	2004	2005
<b>Instroom</b>		
Advanced nursing practice	136	155
Physician assistant	48	85
<b>In opleiding</b>		
Advanced nursing practice	176	372
Physician assistant	56	154

---

Bron: HBO-Raad

#### *Vervolg HBO-opleiding*

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.

### **4.3 Samenvatting**

Sinds 2003 neemt het aantal leerlingen dat een verpleegkundige of verzorgende opleiding volgt af. Dit is vooral toe te schrijven aan een afnemende instroom in de BBL-opleidingen. Hierdoor neemt ook het aandeel in het totale MBO- en HBO-onderwijs af. Regionaal zijn er grote verschillen in dit aandeel onder MBO-leerlingen (van 6,3% tot 17% bij een landelijk gemiddelde van 9,8%).

BBL-leerlingen zijn doorgaans aanmerkelijk ouder dan BOL-leerlingen, hun slaagkans is groter. Hoe hoger de opleiding, hoe geringer de kans op werkloosheid en hoe groter de kans dat men ook werk gaat doen waarvoor men opgeleid is.

Degenen die een opleiding voor verpleging en verzorging afronden, steken gunstig af bij andere wanneer we kijken naar werkloosheid en tijdelijkheid van aanstellingen na de opleiding. Door het beroepsgerichte karakter, onder meer veel BBL, is het gemiddeld loon relatief hoog. Ook over de aansluiting opleiding werk is men goed te spreken. Negatief is

het geringe aandeel allochtonen en het geringe aantal uren dat men werkt. Net als bij de BBL-opleidingen laten de door werkgevers betaalde vervolgoopleidingen vanaf 2002 een aanzienlijk teruggang in de instroom zien. De HBO-masteropleidingen daarentegen laten een aanzienlijk groei zien.

---

## 5 Kenmerken van het werk en kwaliteit van zorg

---

Dit hoofdstuk bestaat uit twee delen. Ten eerste gaan we in op arbeidstevredenheid en andere werkkenmerken van verpleegkundigen en verzorgenden. Voor een belangrijk deel zijn deze werkkenmerken ook genoemd als (mogelijke) vertrekredenen in hoofdstuk 3.

De meeste verpleegkundigen en verzorgenden blijken tevreden over hun werk.

Ten tweede geven we inzicht in de oordelen van zowel verpleegkundigen en verzorgenden als van cliënten over de kwaliteit van de geleverde zorg. Voldoet de zorg aan de wensen en waar is verbetering mogelijk? We zullen laten zien dat het oordeel over de kwaliteit van zorg afhankelijk is van de sector. Verzorgenden in de thuiszorg oordelen vaker positief over de kwaliteit van zorg dan bijvoorbeeld verzorgenden in verpleeghuizen. Ook blijkt dat de positieve ontwikkeling in de kwaliteitsoordelen tussen 2002 en 2004 zich tussen 2004 en 2005 niet heeft voortgezet.

Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van recente feiten en cijfers; meestal zijn dat gegevens uit 2005 of – indien die niet of beperkt aanwezig zijn – uit de daaraan voorafgaande jaren. Belangrijkste informatiebron is het landelijke Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden van AVVV/LEV/V/NIVEL<sup>10</sup> (Welling e.a., 2002, De Veer e.a., 2004; de Jongh e.a., 2006). Daarbij is voor een deel gebruik gemaakt van bestaande publicaties, maar er zijn ten behoeve van dit hoofdstuk ook nog aanvullende analyses gedaan van panelgegevens. Het Panel V & V bestaat uit ongeveer 400 verpleegkundigen en 300 verzorgenden uit verschillende zorgsectoren.

Daarnaast waren belangrijke bronnen publicaties uit de Benchmark Verpleeg- en Verzorgingshuizen (Arcares, 2005; Messchendorp e.a., 2004; Stichting Cliënt & Kwaliteit, 2006), de Benchmark Thuiszorg (PWC, 2005a en 2005b) en de OSA arbeidsaanbodmonitor (OSA, 2005).

<sup>10</sup> Sinds 2006 is de naam van de AVVV veranderd in V&VN. Omdat we gegevens uit de jaren daarvoor presenteren gebruiken we echter nog de oude benaming AVVV.

## 5.1 Kenmerken van het werk

Belangrijke werkkenmerken die samenhangen met de aantrekkelijkheid van het werken in de verpleging en verzorging zijn groei- en ontplooiingsmogelijkheden, werkdruk en arbeidstevredenheid. In de hierna volgende paragrafen bespreken we deze werkkenmerken, te beginnen met arbeidstevredenheid (ofwel arbeidssatisfactie of tevredenheid met het werk).

### 5.1.1 Arbeidstevredenheid

Ruim 90 procent van de verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden die in 2005 deelnamen aan de arbeidsaanbodmonitor van de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA) was (zeer) tevreden met zijn of haar baan. Wel was eenderde van mening dat het werk emotioneel zwaar is en vond ruim 55 procent het uurloon te laag (OSA, 2005).

In de peilingen van het Panel V&V is de tevredenheid met het werk gemeten met de Maastrichtse Arbeidstevredenheidsschaal (MAS-GZ) van Landeweerd e.a. (1996). De schaal heeft een range van 1 (zeer ontevreden) tot 5 (zeer tevreden). De algehele score op tevredenheid ligt in 2005, evenals in 2003 tussen neutraal en tevreden in, namelijk 3,6. In 2001 was deze score lager: 3,4. Het meest tevreden is men over de contacten met collega's en patiënten/cliënten (beide score 4,0). De tevredenheid over het werk blijkt niet significant samen te hangen met de zorgsector waarin men werkzaam is (de Jongh e.a., 2006).

In de Benchmark Thuiszorg 2004/2005 zijn onder andere de factoren 'werkplezier' en 'tevredenheid met het werk' opgenomen; beide scores in 2004 significant lager dan in 2002. Toch is ook in 2004 de gemiddelde waardering vrij hoog (7,6 bij werkplezier en 7,5 bij tevredenheid met het werk, binnen een range van 1 tot 10) (PWC, 2005b).

Ook medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn over het algemeen tevreden met hun werk, zo blijkt uit de Benchmark Verpleeg- en Verzorgingshuizen 2004. De gemiddelde score op deze schaal met een range van 1 (niet tevreden) tot 5 (in zeer hoge mate tevreden) is 3,96 (sd 0,58). Bijna 90% vindt dat het werk bij hen past, vier op de vijf medewerkers hebben plezier in hun werk en vinden het werk voldoende uitdagend. De tevredenheid met het werk hangt significant samen met het kunnen gebruiken van de eigen capaciteiten. De hoogste tevredenheid wordt gevonden onder verzorgenden bij wie gemaakte afspraken zijn nagekomen, die een persoonlijk ontwikkelingsplan hebben, die deelnemen aan werkoverleg en met wie functioneringsgesprekken worden gehouden (Messchendorp e.a., 2004).



### 5.1.2 Groei- en ontplooiingsmogelijkheden

Bij groei- en ontplooiingsmogelijkheden kan gedacht worden aan loopbaanmogelijkheden loopbaanbegeleiding en mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering.

#### a. *Loopbaan- of promotiemogelijkheden*

In de gezondheidszorg hebben loopbaan- of promotiemogelijkheden twee varianten: (a) zich specialiseren, bijvoorbeeld diabetes- of intensive care verpleegkundige worden of (b) op een hoger algemeen niveau van functioneren komen, door meer verantwoordelijkheden of leidinggevende taken te krijgen.

Bij de 2005-peiling onder het Panel V&V geeft 39% aan dat men tevreden of zeer tevreden is met de loopbaanmogelijkheden. Die tevredenheid varieert overigens wel per sector: verzorgenden in verzorgingshuizen zijn het vaakst tevreden of zeer tevreden over loopbaanmogelijkheden (47%) en verpleegkundigen in de thuiszorg het minst vaak (29%). Mogelijk spelen de verschillende opleidingsniveaus en daarmee de verschillende eisen die men stelt aan loopbaanmogelijkheden ook een rol bij de verschillen in sectoren. In de peiling van de OSA arbeidsaanbodmonitor in 2005 blijkt ook 40% tevreden te zijn met de loopbaanmogelijkheden (OSA, 2005). Ruim 31% is daar niet tevreden over. Het ontbreken van loopbaanmogelijkheden blijkt één van de belangrijkste redenen voor vertrek uit het beroep te zijn (zie hoofdstuk 3).

#### b. *Loopbaanbegeleiding*

Loopbaanbegeleiding kan invulling krijgen in functioneringsgesprekken en het opstellen van een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP). In een POP wordt door de werknemer, samen met de leidinggevende aangegeven wat de ambities zijn en wat de ontwikkelingspunten zijn. Een POP kan positieve invloed hebben op de ontwikkeling van werknemers. Het houden van functioneringsgesprekken heeft positieve invloed op de arbeidsbeleving (Messchendorp e.a., 2002). Van de medewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen, die minimaal één jaar in dienst zijn, geeft 14% aan een persoonlijk ontwikkelingsplan te hebben opgesteld samen met de leidinggevende. Bijna de helft (48,8%) had het voorgaande jaar een functioneringsgesprek (Messchendorp e.a., 2002). Van de verpleegkundigen en verzorgenden in de 2005-peiling onder het Panel V&V had 45% regelmatig een functioneringsgesprek (de Jongh e.a., 2006). Dit is duidelijk meer dan in 2003; toen zei 34% regelmatig een functioneringsgesprek te hebben. Bij de interpretatie van die gegevens is inzicht in de CAO afspraken over functioneringsgesprekken en het opstellen van POP's van belang. De eisen die aan het houden van functioneringsgesprekken worden gesteld, blijken per zorgsector nogal te

variëren: van een jaarlijkse verplichting in de CAO ziekenhuizen en de CAO GGZ tot een vrijblijvende opmerking over personeelsbeoordeling in de CAO thuiszorg (zie Box 1.)

Box 1:

Overzicht van CAO-afspraken omtrent functioneringsgesprekken of POP's

CAO VERPLEEG- EN VERZORGINGSHUIZEN 2005

Artikel 2.3 lid 6

De werkgever dient te streven naar een systeem van periodieke functioneringsgesprekken, waarbij onder meer rekening gehouden dient te worden met werktijden, loopbaanbeleid en eventuele zorgtaken van de werknemer

CAO ZIEKENHUIZEN 2006-2008

Artikel 3.2.2. lid 1 en 2

De werkgever is verplicht jaarlijks een gesprek te voeren met de werknemer. In deze regeling zal onder andere aandacht worden besteed aan het persoonlijk ontwikkelingsplan (na implementatie).

CAO THUISZORG 2005-2006

Artikel 61 lid 1

De werkgever kan een systeem van personeelsbeoordeling hanteren, waaronder wordt verstaan een systematiek waarmee de werknemer wordt beoordeeld in zijn functioneren als werknemer.

CAO GGZ 2005-2006

Artikel 1 lid 1

De werkgever voert jaarlijks een gesprek met de werknemer. De onderwerpen die in dit gesprek o.a. aan de orde komen zijn de loopbaanontwikkeling en de opleidingswensen hetgeen kan leiden tot een persoonlijk opleidingsplan (POP)

CAO GEHANDICAPTENZORG 2005-2007

Artikel 10.5 lid 3

Instellingsbeleid op periodieke gesprekken: de werkgever stelt in overleg met de ondernemingsraad een beleid inzake het voeren van periodieke, in de regel jaarlijks, individuele gesprekken met werknemers. Bestaande systematieken van functionerings- en / of beoordelingsgesprekken worden hierin geïntegreerd.

Verpleegkundigen uit het Panel V&V werkzaam in de thuiszorg zijn in 2005 veruit het minst tevreden over de loopbaanbegeleiding (bijna 40% is ontevreden), gevolgd door verpleegkundigen werkzaam in de psychiatrie en in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking (23% is ontevreden). Verzorgenden in verzorgingshuizen zijn hierover het meest tevreden (35% is tevreden, 18% is ontevreden) (de Jongh e.a., 2006). Nadere analyses van de peiling in 2005 van het Panel V&V laten zien dat mannen significant vaker ontevreden zijn over de loopbaanbegeleiding dan vrouwen. Er is geen samenhang met leeftijd of werkervaring.

*c. Deskundigheidsbevordering*

Belangrijke vormen van deskundigheidsbevordering zijn bij- en nascholing en aanvullende opleidingen. Uit de peiling in 2005 onder het Panel V&V blijkt dat veel verpleegkundigen en verzorgenden bij- of nascholing ontvangen; 82% geeft aan in het voorgaande jaar bij- of nascholing te hebben gevolgd. Veelal gaat het daarbij om korte scholingen in de vorm van een klinische les of een vakinhoudelijke cursus. Een kleinere groep, namelijk 47%, heeft ooit een langdurige aanvullende opleiding na de basisopleiding gevolgd. Het percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat bij- of nascholing volgde en gesprekken had over aanvullende opleidingen steeg tussen 2001 en 2003, maar daalde weer in 2005 (de Jongh e.a., 2006). In tabel 5.1 zijn de meest voorkomende vormen van deskundigheidsbevordering getoond per zorgsector (de Jongh e.a., 2006). Bijna 70% is tevreden met het scholingsaanbod (de Jongh e.a., 2006).

In de OSA arbeidsaanbodmonitor is een kleinere groep, namelijk 52,2%, (zeer) tevreden met de scholingsmogelijkheden. Deze verschillen tussen de percentages genoemd bij het Panel V&V en die uit de OSA arbeidsaanbodmonitor hangen waarschijnlijk samen met het feit dat in de monitor van OSA ook agogisch werkenden participeren.

In de Benchmark Verpleeg- en Verzorgingshuizen-2004 is één op de vier medewerkers ontevreden over de aandacht die er binnen de instelling is voor persoonlijke ontwikkeling, zoals scholing en doorgroeimogelijkheden. Wanneer een functiegerichte scholing is gevolgd zijn medewerkers onder andere meer tevreden over het werk en het gebruik van eigen capaciteiten, maar ervaart men wel meer werkdruk (Messchendorp e.a., 2004).

Tabel 5.1

Deskundigheidsbevorderende activiteiten die verpleegkundigen en verzorgenden uit het Panel V&V in de afgelopen twee jaar het meest gedaan hebben (% panelleden)

	ZKH N=99	PSY N=102	VG N=103	THZ-vp N=106	THZ-vz N=94	VZH N=93	VPH N=96	Totaal N=693
Afdelingsbijscholing / klinische les bijgewoond	91	84	78	70	54	84	78	77
Vakliteratuur gelezen	88	95	69	89	64	50	59	74
Gebruik gemaakt van protocol / richtlijn	78	57	54	65	43	59	48	58
Nascholing gevolgd	51	57	45	40	38	36	34	43
Bijscholing met toets gevolgd	43	48	26	48	37	45	35	41
Symposium / congres	63	69	21	52	16	17	19	37
Workshop bijgewoond	37	42	23	47	28	24	17	32
Deelgenomen aan inter- en supervisie	17	78	24	34	11	11	7	26

Bron: de Jongh e.a., 2006

ZKH=verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen; PSY=verpleegkundigen in psychiatrie;

VG=verpleegkundigen in zorg voor mensen met een verstandelijke beperking; THZ-vp=verpleegkundigen in thuiszorg; THZ-vz= verzorgenden in thuiszorg; VPH:verzorgenden in verzorgingshuizen; VZH:verzorgenden in verpleeghuizen

### 5.1.3 Werkdruk

In 2005 vond 8% van het Panel V&V het werk te druk. De ervaren werkdruk varieerde echter nogal per sector. Te hoge werkdruk werd het meest genoemd door verzorgenden in verpleeghuizen (17%) en het minst door verpleegkundigen in de psychiatrie en verzorgenden in de thuiszorg (4%). De algemene tevredenheid over de werkdruk steeg tussen 2001 en 2003, maar deze verbetering heeft niet doorgezet tussen 2003 en 2005. In 2005 ervaren verpleegkundigen en verzorgenden het werk als even druk als in 2003. Dat de verbetering in werkdruk zich niet heeft voortgezet, hangt mogelijk samen met het feit dat in 2005 significant minder verpleegkundigen en verzorgenden uit het Panel V&V aangaven dat er binnen de instelling maatregelen genomen waren om de werkdruk te verlagen (de Jongh e.a., 2006).

Gegevens uit de Benchmark Thuiszorg laten zien dat de ervaren werkdruk tevens samenhangt met leeftijd. Medewerkers tot 20 jaar en medewerkers ouder dan 61 jaar ervaren minder werkbelasting dan de medewerkers in de overige leeftijdsgroepen (PWC, 2005b).

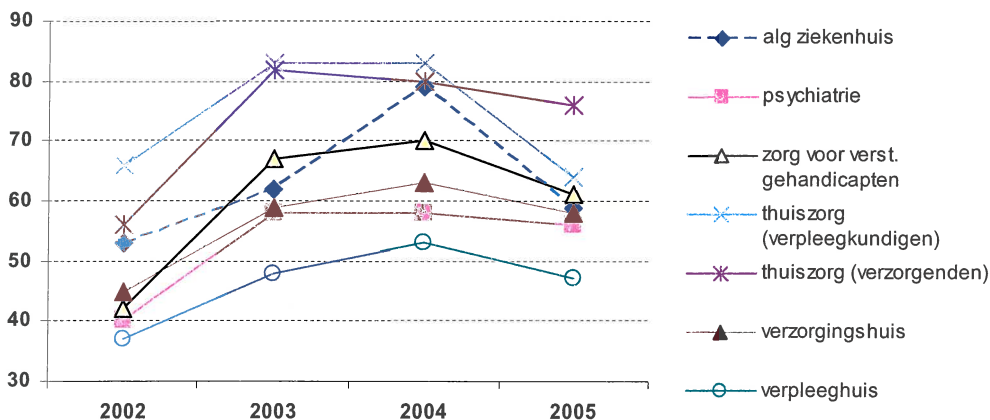
## 5.2 Kwaliteit van zorg

In deze paragraaf gaan we nader in op aspecten van kwaliteit van zorg; eerst vanuit het perspectief van verpleegkundigen en verzorgenden zelf, dan vanuit het perspectief van cliënten en tenslotte wordt ook gekeken naar "objectieve" kwaliteitsindicatoren.

### 5.2.1 Kwaliteit van zorg volgens verpleegkundigen en verzorgenden

Bij de 2005-peiling onder het Panel V&V waren verzorgenden in de thuiszorg het vaakst positief over de kwaliteit van zorg: ongeveer drie kwart vond de zorg in het eigen team goed of zeer goed. Verzorgenden in het verpleeghuis waren daarover het minst vaak positief: van deze groep noemde iets minder dan de helft de zorg goed of zeer goed (zie figuur 5.1).

*Figuur 5.1: Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat de kwaliteit van de geleverde zorg in het eigen team goed of zeer goed vindt, uitgesplitst naar sector*



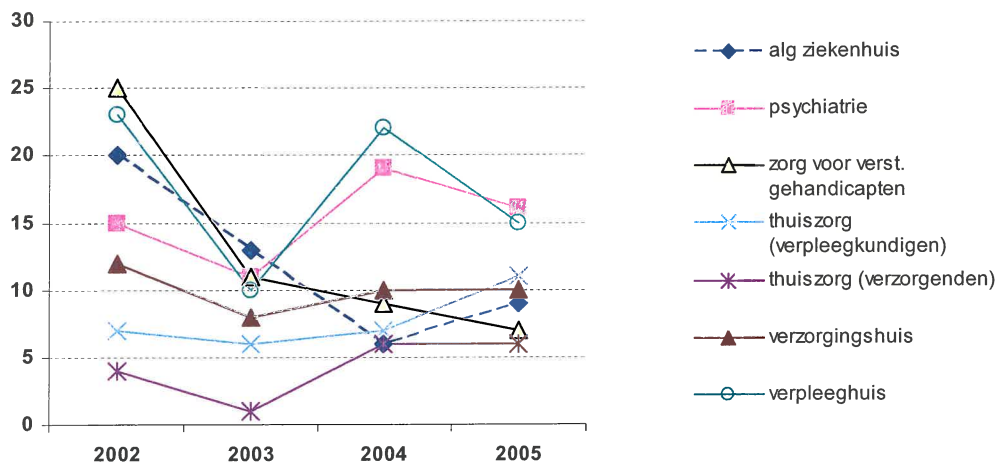
Bron: Panel V&V (aanvullende analyses NIVEL)

In 2005 zien we in alle sectoren een negatievere waardering van de kwaliteit van zorg op de eigen afdeling of binnen het eigen team dan in 2004 (zie fig. 5.1). Vond in 2004 nog 69% van alle verpleegkundigen en verzorgenden de door hen geleverde zorg (zeer) goed, in 2005 is dat 60%. Verpleegkundigen in de thuiszorg oordelen in 2005 zelfs negatiever dan in 2002 toen in het algemeen de kwaliteitsoordelen op het laagste punt waren. De positieve verandering in bijna alle sectoren tussen 2002 en 2004 heeft zich tussen 2004 en 2005 dus niet voortgezet.

Als gevraagd wordt naar zorg die niet goed is, dan zien we dat tussen 2004 en 2005 in de meeste sectoren een klein herstel optreedt of dat de scores ongeveer gelijk bleven (zie figuur 5.2). Echter de percentages verpleegkundigen in de thuiszorg en in de algemene ziekenhuizen die de kwaliteit van zorg regelmatig of vaak niet goed vonden, stegen juist tussen 2004 en 2005.

Figuur 5.2:

Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat vindt dat de kwaliteit van zorg in het eigen team regelmatig of vaak **niet** goed is, uitgesplitst naar zorgsector



Bron: Panel V&V (aanvullende analyses NIVEL)

In beide figuren (5.1 en 5.2) is te zien dat verzorgenden in de thuiszorg het vaakst positief zijn over de kwaliteit van zorg, tegenover verzorgenden in verpleeghuizen die het minst vaak positief oordelen. Ook laten beide figuren zien dat verpleegkundigen in de psychiatrie

relatief negatief oordelen over de kwaliteit van zorg.

In Benchmark Verpleeg- en Verzorgingshuizen is in 2004 de score van medewerkers op kwaliteit van zorg 2,88 in verzorgingshuizen en 2,53 in verpleeghuizen op een schaal die loopt van 1 (slecht) tot 5 (zeer goed) (Arcares, 2005). Ruim veertig procent geeft aan dat er niet altijd voldoende personeel is in relatie tot de zorgzwaarte. Tevens geeft 35% aan dat cliënten vaak moeten wachten voordat zij geholpen kunnen worden. Ook de dagindeling van cliënten zou sterk verbeterd kunnen worden (ruim 40% noemt dit). Verder noemt in een peiling onder 273 verzorgenden in verpleeghuizen, uitgevoerd door Groen Links in 2005, 81% dat men door een gebrek aan middelen (niet nader gespecificeerd) niet kan voldoen aan de eigen kwaliteitsnormen (Tonkens e.a., 2005).

### *5.2.2 Kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief*

Uit verschillende peilingen blijkt dat cliënten gemiddeld gesproken tevreden zijn over de kwaliteit van zorg.

Patiënten behandeld in Universitaire Medische Centra zijn over het algemeen 'redelijk tevreden' tot 'duidelijk tevreden'. Tussen de UMC's blijken verschillen te bestaan, maar die zijn niet significant. Evenmin zijn er verschillen met resultaten uit 2003 (Winters-Van der Meer e.a., 2006).

Ook de cliëntenraadpleging in de Benchmark Thuiszorg laat zien dat cliënten in 2004 gemiddeld genomen tevreden zijn over de kwaliteit van de zorg: het gemiddelde (rapport)cijfer van thuiszorgcliënten voor de zorgverlening door de thuiszorg is 8,8 voor persoonlijke verzorging en verpleging en 9,0 voor huishoudelijke hulp (scorerange van 0 tot 10). Ook op deelaspecten van kwaliteit van zorg (deskundigheid, bejegening, cliëntgerichtheid, communicatie, aandacht voor mantelzorg en betrouwbaarheid medewerkers) zijn de scores in de Benchmark Thuiszorg 2004 hoog: variërend van 7,6 tot en met 9,5.

In de Benchmarkstudie in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn bewoners in 2005 ook gevraagd naar diverse aspecten van kwaliteit van zorg: informatie, inspraak, evaluatie, vakbekwaamheid, organisatie, bejegening en autonomie. Bij de meeste van die aspecten krijgen de verpleeg- en verzorgingshuizen een score van rond de norm van 3 (binnen een range van 0 die staat voor zeer ontevreden tot 4 die zeer tevreden betekent). Aspecten waar verpleeg- en verzorgingshuizen onder de gehanteerde ondergrens van 2,5 uitkomen zijn: informatie (bijvoorbeeld over hoe de organisatie in elkaar zit, wat te doen bij noodgevallen en vragen e.a.) en inspraak van de bewoner op individueel en organisatieniveau (Stichting Cliënt & Kwaliteit, 2006).

### *5.2.3 Kwaliteit van zorg uitgedrukt in kwaliteitsindicatoren*

Over kwaliteitsindicatoren in de verpleeg- en verzorgingshuissector en thuiszorg zijn, in vergelijking tot andere sectoren, op dit moment de meest duidelijke en meest volledige gegevens voorhanden. Voor het derde jaar op rij is er in 2006 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg een groot aantal gegevens over indicatoren in verpleeg- en verzorgingshuizen verzameld (IGZ, 2006a en b). Ook de thuiszorg deed voor het tweede jaar mee aan het invullen van het betreffende inspectieformulier (IGZ, 2006b). De uitkomstmaten in de verpleeghuizen en in verzorgingshuizen zonder en met verpleegunits laten over de afgelopen drie jaar een enigszins fluctuerend beeld zien. Hoewel in 2005 voor vrijwel alle zorgproblemen een lichte daling te zien was, waren sommige percentages in 2006 weer gestegen. Zo bedroeg het percentage cliënten met medicatiefouten in verpleeghuizen in 2006 27%, in 2005 23% en in 2004 31%. In de verzorgingshuizen zonder verpleegunits was dat 20% in 2006 en 18% in 2005 en 2004. In de verzorgingshuizen met unit was dat respectievelijk 20% in 2006, 15% in 2005 en 17% in 2004. Alleen het percentage cliënten met decubitus daalt vrij gestaag. In de verpleeghuizen was er in 2006 bij 9% sprake van decubitus, tegenover 10% in 2005 en 12% in 2004. In de verzorgingshuizen zonder unit was dat 3% in 2006 en 2005 en 4% in 2004. In de verzorgingshuizen met unit was dat 3 (2006), 4 (2005) en 5% (2004). In de thuiszorg werden er in 2005 bij 2% van de cliënten medicatiefouten gesignaleerd, tegenover 1% in 2005. Decubitus werd in 2006 bij 3% van de cliënten gesignaleerd, terwijl dit percentage in 2005 nog 6 was (IGZ, 2006b). Met de interpretatie van de uitkomsten in de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg, moet voorzichtig worden omgegaan, aldus de Inspectie. De zorg kan door alle aandacht in de afgelopen jaren (bijvoorbeeld door de verbetertrajecten die vanuit VWS/ZonMW zijn geïnitieerd) op onderdelen zijn verbeterd, bijvoorbeeld rondom het onderwerp decubitus. Maar beter registreren kan ook leiden tot betere herkenning van ongewenste situaties met - in eerste instantie - juist slechtere uitkomsten tot gevolg.

### *5.2.4 Maatregelen ter verbetering van de kwaliteit van zorg*

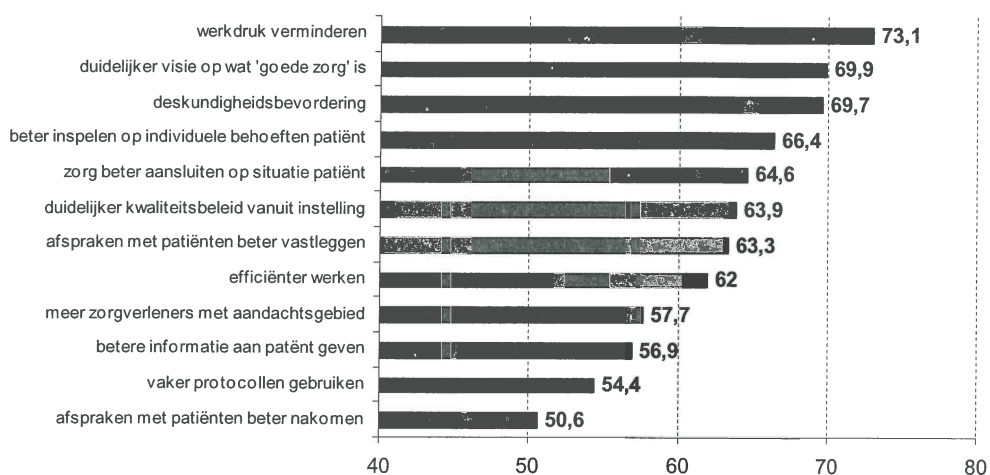
Verpleegkundigen en verzorgenden uit het Panel V&V werden in 2004 tevens bevroegd over hoe de zorg binnen hun team of afdeling verbeterd zou kunnen worden. Er werd een lijst van achttien mogelijke maatregelen voorgelegd. Figuur 5.3 laat zien welke maatregelen door tenminste de helft werd genoemd. Op de eerste plaats staat werkdrukvermindering: 73,1% verwachtte dat een verlaging van de werkdruk zou kunnen leiden tot een betere kwaliteit van zorg. Veel verpleegkundigen en verzorgenden uit het Panel verwachtten dat wanneer zij zélf een eigen visie ontwikkelen op 'goede zorg' dit tot



een kwaliteitsverbetering kan leiden (69,9%). Deskundigheidsbevordering werd evenals in voorgaande jaren gezien als een goede impuls om de kwaliteit van zorg te verbeteren (69,7%) (zie figuur 5.3). In 2002 en in 2004 werden dezelfde drie maatregelen het meest genoemd, maar in een andere volgorde (de Veer en Francke, 2002; de Veer e.a., 2005).

*Figuur 5.3:*

*Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat verwacht dat de kwaliteit van de zorg binnen het eigen team of afdeling verbetert door genoemde maatregelen (in 2004)*



Bron: Panel V&V 2004 (aanvullende analyses NIVEL)

'Werkdruk verminderen' staat in figuur 5.3 bovenaan, maar wordt niet binnen alle sectoren even belangrijk gevonden voor verbetering van de kwaliteit van zorg. Vooral verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn bijna allemaal van mening dat de werkdruk omlaag moet om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Een duidelijker visie op wat 'goede zorg' is wordt vooral door verpleegkundigen in de thuiszorg en in de psychiatrie van belang geacht (zie tabel 5.2). Verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen verwachten het meeste resultaat van deskundigheidsbevordering.

Tabel 5.2:

Top 3 van de meest genoemde maatregelen die volgens verpleegkundigen en verzorgenden de kwaliteit van zorg kunnen verhogen, uitgesplitst naar sector (in 2004)

Algemene ziekenhuizen (verpleegkundigen)	Psychiatrie (verpleegkundigen)	Zorg v. mensen met verstandelijke beperking (verpleegkundigen)	Thuiszorg (verpleegkundigen)
deskundigheidsbevordering 68,7%	duidelijker visie op wat 'goede zorg' is 78,4%	werkdruk verminderen 70,0%	duidelijker visie op wat 'goede zorg' is 81,2%
werkdruk verminderen 65,9%	deskundigheidsbevordering 75,3%	deskundigheidsbevordering 69,2%	afspraken met patiënt beter vastleggen 77,6%
beter informatie aan patiënt geven 63,8%	afspraken met patiënt beter vastleggen 71,1%	beter inspelen op behoefte patiënt 68,1%	deskundigheidsbevordering 71,8%

Thuiszorg (verzorgenden)	Verzorgingshuizen (verzorgenden)	Verpleeghuizen (verzorgenden)
werkdruk verminderen 68,0%	werkdruk verminderen 85,4%	werkdruk verminderen 91,5%
beter inspelen op behoeften patiënt 67,3%	beter inspelen op behoeften patiënt 71,9%	beter inspelen op behoeften patiënt 74,4%
duidelijker visie op wat 'goede zorg' is 67,3%	efficiënter werken 69,8%	Deskundigheidsbevordering 69,5%

Bron: Panel V&V 2004 (aanvullende analyses NIVEL)

### 5.3 Conclusies

Hoe staat het met de arbeidstevredenheid, groei- en ontplooiingsmogelijkheden en werkdruk en wat is het oordeel van zowel cliënten als medewerkers over de kwaliteit van

zorg? Dat zijn vragen die in dit hoofdstuk zijn beantwoord.

De meeste verpleegkundigen en verzorgenden zijn tevreden over hun werk. Toch lijkt er nog winst te behalen door jaarlijks functioneringsgesprekken te houden en door het opstellen van persoonlijk ontwikkelingsplannen (POP) met werknemers. Beide activiteiten hebben positieve invloed op de arbeidstevredenheid. Ook hebben verpleegkundigen en verzorgenden die - bijvoorbeeld door het houden van functioneringsgesprekken of POP's - meer ontplooiingsmogelijkheden en loopbaanperspectief ervaren, in het algemeen minder de neiging om te vertrekken uit hun beroep (zie hoofdstuk 3).

Verder valt op dat er qua werkdruk duidelijke verschillen zijn tussen sectoren.

Verzorgenden in verpleeghuizen noemen het meest een hoge werkdruk. De verzorgenden in verpleeghuizen en ook hun collega's in verzorgingshuizen noemen het verlagen van de werkdruk als belangrijkste maatregel om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Naast werkdrukverlichting, zijn deskundigheidsbevordering en het ontwikkelen van een eigen visie op goede zorg, volgens verpleegkundigen en verzorgenden belangrijk voor het verhogen van de kwaliteit van zorg.

Cliënten zijn over het algemeen tevreden over de kwaliteit van zorg, zo blijkt uit diverse peilingen in verschillende sectoren. Het oordeel van verpleegkundigen en verzorgenden zelf over de kwaliteit van zorg blijkt nogal afhankelijk van de sector waarin men werkt.

Verzorgenden in de thuiszorg oordelen daarover het vaakst positief; verzorgenden in verpleeghuizen het vaakst negatief. Uit de laatste peiling onder het Panel V&V blijkt dat de positieve stijging in kwaliteitsoordelen tussen 2002 en 2004 zich tussen 2004 en 2005 niet heeft voortgezet.



---

## 6 Toekomstige vraag aanbodverhoudingen

---

In de voorafgaande hoofdstukken blikten we steeds terug. We brachten in kaart wat voor ontwikkelingen zich voorgedaan hebben. In dit hoofdstuk blikken we vooruit. Hoe ontwikkelen zich vraag naar en aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden in de komende jaren? En leidt deze confrontatie tot knelpunten?

### 6.1 Algemene ontwikkelingen in de vraag

#### 6.1.1 Omvang en groei van de bevolking

##### a. Omvang en prognose

De bevolking in Nederland groeide van 14,9 miljoen mensen in 1990 tot 16,3 miljoen in 2006, een toename van 9,4%. De jaarlijkse groei schommelde veelal rond de 0,6%, met lagere groeicijfers tussen 1994 en 1996, een stijging vanaf 1997 en sinds 2001 weer een daling. In 2004 was de bevolkingstoename 0,3% en in 2005 bedroeg deze 0,2% (CBS Statline, 2006a). In de eerste helft van 2006 is de bevolking nauwelijks toegenomen, terwijl de bevolkingsgroei in het derde kwartaal ver achter bleef bij de groei in voorgaande jaren (CBS, 2006j).

Ook op de langere termijn is de verwachting dat de bevolking minder hard zal groeien dan voorheen. Volgens de prognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zal de bevolking de komende twintig jaar met 0,6 miljoen toenemen tot 16,9 miljoen mensen in 2025. Ter vergelijking: de voorgaande twintig jaar nam de bevolking met bijna 2 miljoen toe (van Duin e.a., 2006).

De bevolkingstoename in de komende jaren zal zich concentreren in het westen van het land, terwijl ten gevolge van de vergrijzing en door het wegtrekken van veel jongeren, de provincies Limburg en Zeeland naar verwachting in 2025 een kleiner inwonertal zullen hebben dan momenteel (de Jong, 2006).

### *b. Geboorte en sterfte*

De omvang van de bevolking wordt door verschillende demografische componenten beïnvloed. De belangrijkste component is het geboortecijfer. Sterfte heeft eveneens, maar in mindere mate, invloed op de bevolkingsopbouw (Beets en Fokkema, 2005).

Het aantal geboorten per 1000 inwoners loopt sinds 1950 terug met gemiddeld 0,2 geboorten per 1000 inwoners per jaar; van 22,7 in 1950 tot 11,5 in 2005 (CBS Statline, 2006b). Deze afname in het aantal geboorten heeft onder andere te maken met de uitvinding van de anticonceptiepil en de toegenomen arbeidsparticipatie van vrouwen. Van een geheel andere orde is het feit dat sinds 1996 het aantal vrouwen in de meest vruchtbare leeftijd afneemt (van Duin, 2006). Deze dalende trend is zichtbaar in de geboortecijfers van afgelopen tien jaar. Werden er in 1995 nog 190.500 levend geboren kinderen geboren, in 2005 was dat gedaald naar 188.000.

Het absolute aantal sterfgevallen per jaar fluctueert. De laatste jaren is sprake van een afname. Op de lange termijn is de verwachting dat het aantal sterfgevallen door de vergrijzing flink zal toenemen van ruim 136 duizend in 2005 tot ver boven de 200 duizend na 2030 (CBS, 2004). De natuurlijke aanwas (aantal geborenen min het aantal overledenen) zal terug lopen van 51.000 in 2005 naar 8.000 in 2024.

### *6.1.2 Samenstelling van de bevolking*

#### *a. Leeftijdsopbouw en vergrijzing*

Niet alleen de omvang van de bevolking is aan veranderingen onderhevig, ook de leeftijdsopbouw van de bevolking ondergaat sterke wijzigingen. Figuur 6.1 laat zien dat het aandeel ouderen de laatste jaren is toegenomen, terwijl het aandeel jongeren kleiner wordt; er is sprake van "vergrijzing".

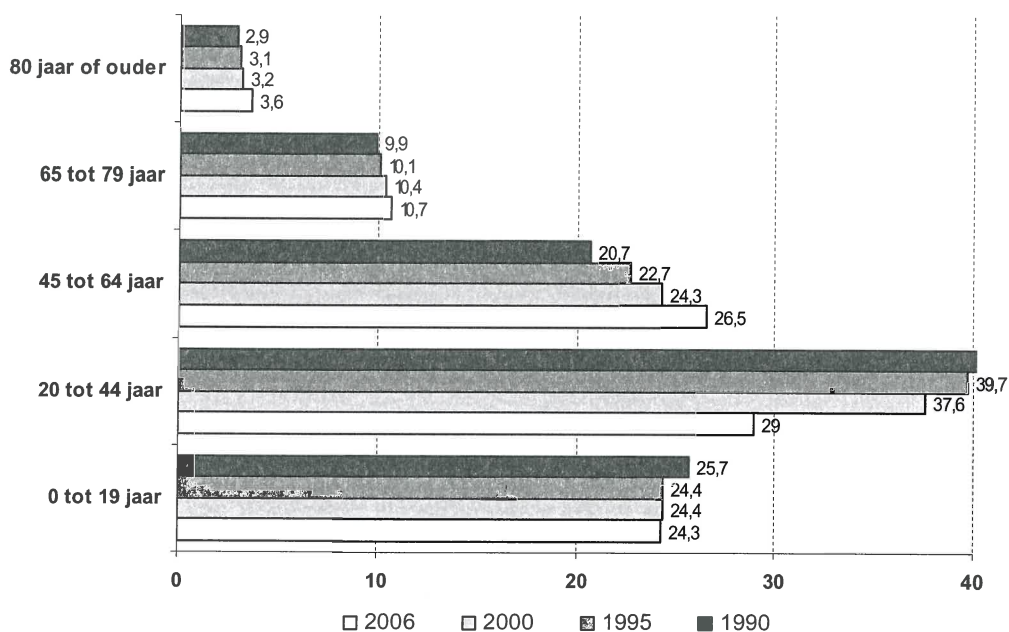
De vergrijzing van de bevolking is al meer dan 100 jaar aan de gang, maar heeft sinds de jaren zeventig een vlucht genomen, mede door de hiervoor besproken afname van het aantal geboorten. In de nabije toekomst zal het tempo van de vergrijzing toenemen doordat na 2010 de naoorlogse geboortegolf in de leeftijdsklasse van 65 jaar en ouder gaat instromen (de Jong, 2006). In 2025 zal het aandeel 65 plussers daardoor naar verwachting zijn opgelopen tot bijna 21 procent (van Duin e.a., 2006).

Op 1 januari 2006 was 14,3 procent 65 jaar of ouder. In 1990 was dat nog maar 12,8 procent van de totale bevolking (zie figuur 6.1). Uitgesplitst naar leeftijd, stijgt het aantal hoogbejaarden (80 jaar en ouder) ongeveer even sterk als het totale aandeel ouderen (65 jaar en ouder) (CBS Statline, 2006d).

De meeste ouderen wonen in de meer perifeer gelegen provincies (Vlieland en Van Leeuwen, 2006). De sterkst vergrijsde provincie is Zeeland (17 procent); minst vergrijsd is Flevoland (bijna 9% ).

*Figuur 6.1*

*Leeftijdsofbouw Nederlandse bevolking tussen 1 januari 1990 en 1 januari 2006*



Bron: CBS Statline, 2006c.Regionale kerncijfers Nederland. Bewerking NIVEL, 2006

In de komende twintig jaar zullen veel gemeenten te maken krijgen met een versnelling van de vergrijzing. In grote delen van ons land zal in 2025 minimaal een kwart van de inwoners van gemeenten 65 jaar of ouder zijn.

Dit zal grote consequenties hebben voor de vraag naar onder meer verpleging en verzorging.

De vraag naar zorg stijgt immers met het toenemen van de leeftijd. Van de 65 tot 74 jarigen maakt negen procent gebruik van de thuiszorg, van de 75 tot 84 jarigen 28 procent en van de 85-plussers 42 procent. Ook het gebruik van intramurale voorzieningen stijgt sterk met het toenemen van de leeftijd. Het omslagpunt naar meer intensieve zorg ligt rond de 80-jarige leeftijd (Demos, 2003).

In de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) zal de vergrijzing minder snel gaan. Hier neemt het aandeel ouderen toe van 11 à 14 procent in 2005 tot 15 à 17 procent in 2025, aanzienlijk lager dan het landelijk gemiddelde van 21 procent. Dit wordt vooral veroorzaakt door de grote aantrekkingskracht die grote steden hebben op jonge mensen vanwege de mogelijkheden voor scholing en beroep (Manting en Vernooy, 2006).

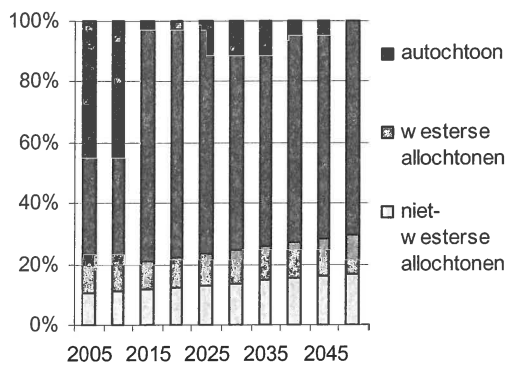
*b. Allochtonen*

Allochtonen zijn personen van wie tenminste 1 ouder in het buitenland is geboren. De verwachting is dat de komende jaren de allochtone bevolking sterk zal stijgen: van 19% in 2005 naar 23% in 2025; 4 miljoen mensen. Daarvan heeft 2,2 miljoen een niet-westerse achtergrond. Een groot deel daarvan, ongeveer driekwart van het totaal, zal behoren tot de tweede generatie. Bij westerse allochtonen is dat eenderde. Het aantal personen van 65 jaar en ouder van niet-westerse herkomst zal groeien van 45 duizend in 2005 naar 175 duizend personen in 2025 (de Jong, 2006).

Figuur 6.3 laat zien hoe de percentages allochtonen en autochtonen binnen de bevolking zicht de komende decennia volgens prognoses zullen ontwikkelen.

*Figuur 6.3*

*Prognose aandeel westerse en niet-westerse allochtonen in Nederlandse bevolking tot 2050.*



Bron: CBS Statline, 2006g Prognose-intervallen allochtonen 2005-2050



In hoeverre het grotere aandeel van allochtonen in de Nederlandse bevolking gepaard zal gaan met een veel grotere vraag naar zorg vanuit deze groepen is niet geheel duidelijk. Foets e.a (2005) kwamen op basis van uitgebreid literatuuronderzoek tot de conclusie dat vooral de huisarts door oudere niet-westerse allochtonen (55 jaar en ouder) vaker wordt bezocht dan door autochtonen. Bij de overige vormen van zorg worden minder consistente en duidelijke verschillen waargenomen. Van sommige zorgvoorzieningen lijken niet-westerse allochtonen juist minder gebruik te maken. De vraag naar thuiszorg en verzorgingshuiszorg ligt bijvoorbeeld vaak lager bij allochtone groepen. Mantelzorg daarentegen komt aanzienlijk vaker voor onder allochtonen en dan met name onder Marokkanen en Turken (Foets e.a., 2005).

### *6.1.3 Chronische aandoeningen*

Ongeveer de helft van de bevolking heeft één of meer langdurige aandoeningen. Volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid komen lichamelijke chronische aandoeningen het meeste voor. Het gaat vooral om nek- en rugklachten (> 1.000.000), maar ook contact-eczeem, artrose, coronaire hartziekten, diabetes mellitus, visie- en gehoorstoornissen, astma en COPD komen elk voor bij 300.000 tot 1.000.000 mensen. Sommige ziekten komen steeds meer voor (bijvoorbeeld diabetes mellitus, dementie, schizofrenie, depressie), andere ziekten nemen in prevalentie af (zoals COPD, zweren in maag en 12-vingerige darm, slechthorendheid, hartfalen bij vrouwen) (Poos, 2006).

Ziekten die op oudere leeftijd veel voorkomen zijn cardio-/cerebrovasculaire aandoeningen (hartinfarct, angina pectoris, beroerte), dementie, COPD, diabetes mellitus, kanker, depressie, aandoeningen van het bewegingsapparaat en zintuiglijke stoornissen. Algemeen wordt aangenomen dat het aantal mensen met één of meer van deze aandoeningen de komende twintig jaar met ongeveer 50% toe zal nemen (van den Berg Jeths e.a., 2004), wat ook grote consequenties zal hebben voor de vraag naar verpleging en verzorging. De toename van chronische ziekten hangt samen met de vergrijzing. Mensen hebben over het algemeen meer en ernstigere beperkingen naarmate ze ouder zijn. Bijna tweederde van de zelfstandig wonende 75-plussers heeft één of meer chronische aandoeningen. Vrouwen rapporteren vaker beperkingen dan mannen (de Boer, 2006).

### *6.1.4 Maatschappelijke ontwikkelingen*

#### *a. Huishoudenssituatie*

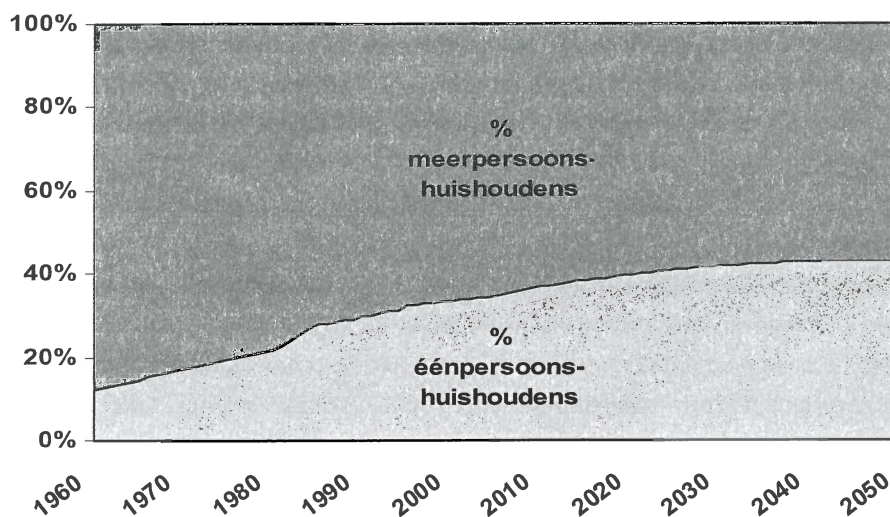
Bestonden huishoudens in 1960 gemiddeld uit 3,6 personen, in 2005 is dat aantal afgenomen tot gemiddeld 2,3. De gemiddelde huishoudensgrootte zal de komende

decennia nog verder dalen (Hilderink e.a., 2005). De huishoudensprognose van het CBS komt uit op een huishoudensgrootte van 2,1 in 2040 (CBS Statline, 2006i). Deze afname in huishoudensgrootte wordt naast het afnemend kindertal veroorzaakt door het toenemende aantal eenpersoonshuishoudens.

Eind 2005 kende Nederland 2,4 miljoen alleenstaanden (34,5%); dit aantal zal stijgen naar circa 3,5 miljoen in 2040. Daarna zal de toename van het aantal éénpersoonshuishoudens stoppen (CBS Statline, 2006i en h). Figuur 6.4 geeft de historische en verwachte ontwikkeling van het aandeel één- en meerpersoonshuishoudens weer.

*Figuur 6.4*

*Historie en prognose van het aantal éénpersoonshuishoudens in Nederland*



Bron: CBS; Kerncijfers van de huishoudens prognose 2005-2050 en Historie bevolking

De toename van het aantal éénpersoonshuishoudens zal hoogstwaarschijnlijk gepaard gaan met minder mogelijkheden voor mantelzorg en daardoor een groter beroep op professionele verpleging en verzorging. Het is bekend dat personen die met anderen wonen meer 'hulpbronnen' hebben bij het omgaan met beperkingen en gezondheidsproblemen (Schellingerhout, 2004). Dit effect van alleen wonen 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.

### *b. Mantelzorg*

Mantelzorg, ook wel informele zorg genoemd, is het geven van hulp aan familieleden of goede bekenden die vanwege gezondheidsproblemen ondersteuning nodig hebben. In Nederland waren er in 2001 ongeveer 3,7 miljoen mensen die mantelzorg verleenden. Ongeveer 2,4 miljoen mensen doen dit langer dan drie maanden of meer dan acht uur per week (Timmermans, 2003). Vooral mensen van 65 jaar en ouder maken gebruik van mantelzorg. In gemeenten waar het aandeel ouderen hoger is dan gemiddeld, zal de vraag naar mantelzorg eveneens groter zijn dan gemiddeld (van Waveren, 2006).

De verschillende groepen binnen de samenleving leveren niet in gelijke mate mantelzorg aan naasten. Men biedt vooral hulp als men een hulpbehoevende partner en/of hulpbehoevende ouders heeft (de Boer, 2005). Voor een aantal bevolkingsgroepen is de kans dat ze informele zorg geven, (veel) hoger dan gemiddeld en de kans dat ze hulp ontvangen, juist veel lager. Dat geldt voor vrouwen, alleenstaanden, personen jonger dan 65 jaar en middelbaar opgeleide personen (de Boer, 2005).

De gemiddelde leeftijd van de mantelzorgers is 49 jaar. 54% van de mantelzorgers behoort tot de leeftijdscategorie van 35 tot 65 jaar (Timmermans, 2003).

In tabel 6.1 is te zien dat het aandeel mantelzorgers in vooral de leeftijdscategorieën tussen 35 en 65 jaar groter is dan het aandeel van die leeftijdscategorieën in de bevolking. De discrepantie is het grootst in de leeftijdscategorie 45-54 jaar.

*Tabel 6.1*

*Aandeel in geleverde mantelzorg versus aandeel in de Nederlandse bevolking in 2001*

Leeftijdscategorieën	Aandeel in bevolking (%)	Aandeel in geleverde mantelzorg (%)
18-34	30,3	16
35-44	20,6	22
45-54	18,7	32
55-64	13	17
65-74	9,7	9
75 jaar en ouder	7,8	4

bron: Tympaan Instituut (van Waveren, 2006)

Het aantal uren door mantelzorgers verleende zorg per week is mede afhankelijk van de huishoudensituatie. Aan iemand van buiten het eigen huishouden wordt gemiddeld 13 uur

per week zorg verleend. Wordt de zorg verleend aan een inwonende, bijvoorbeeld een kind, partner of ouder, dan gaat het gemiddeld om 45 uur per week; gemiddeld drie keer zo lang (de Boer e.a., 2003).

Vaak wordt gevreesd dat door het toenemend aantal vrouwen dat buitenshuis (blijft) werken, het aanbod aan mantelzorgers achter zal blijven bij de groeiende vraag. Dit hoeft echter niet het geval te zijn. In de afgelopen vijftien jaar is het aandeel 18-plussers dat mantelzorg verleent, opmerkelijk stabiel gebleven (12% in 1991 en 13% in 2003). Bij de jongste generatie volwassenen neemt het aanbod wel iets af, maar de samenhang met de groei van de deelname aan de arbeidsmarkt is zeer gering. Ondanks de toegenomen arbeidsparticipatie (van vrouwen) wordt informele zorg nog dus steeds verleend en kennelijk ook ingepast in het drukker leven (de Boer, 2005).

De inschattingen van de toekomstige verhouding tussen vraag naar en aanbod van mantelzorg zijn niet eenduidig. Waar de ene voorspelling uitkomt op voldoende aanbod aan mantelzorg (de Boer, 2005), rapporteert een ander een toenemende discrepantie (van Waveren, 2006). Wel wijzen zowel het rapport van De Boer (2005) als dat van Van Waveren (2006) erop dat in de loop der jaren de druk op individuele mantelzorgers hoger is geworden en dat er aandacht moet zijn voor mantelzorgers.

Ook mantelzorgers zelf hebben vaak behoefte aan ondersteuning van bijvoorbeeld de thuiszorg. Het SCP heeft verschillende risicogroepen onderscheiden: mantelzorgers van huisgenoten en degenen die veel en/of veel soorten hulp bieden. Mantelzorgers van terminale patiënten of van recent overleden personen, vormen ook een risicogroep. Dit kan samenhangen met de langdurige en intensieve zorg die zij geleverd hebben, met daarbij het (voorzicht op het) verlies van iemand die hen dierbaar is. Maar het kan ook te maken hebben met de uitdrukkelijke wens van degene die verzorgd wordt om thuis te overlijden. In mindere mate kan ook de groep oudere mannen die in hun eentje zorgen voor een chronisch zieke als potentiële risicogroep worden aangemerkt (Timmermans e.a., 2005).

#### *6.1.5 Afsluitende opmerkingen over ontwikkelingen van invloed op de zorgvraag*

In de voorgaande paragrafen zijn verschillende ontwikkelingen beschreven die de komende jaren invloed zullen hebben op de vraag naar verpleging en verzorging.

De bevolkingsgroei blijft nog doorgaan, ook al gaat die minder hard dan in voorgaande jaren. Vooral de groep ouderen zal de komende decennia nog sterk toenemen. In grote delen van ons land zal over zo'n twintig jaar een kwart van de bevolking 65 jaar of ouder zijn. Samenhangend met de vergrijzing neemt ook het aantal mensen met chronische

ziekten toe, wat een groot beroep zal doen op verpleging en verzorging. Bij de vraag naar professionele zorg speelt ook een rol dat een groeiend aantal mensen alleen woont. Alleen wonende mensen zijn vaak wat ongezonder dan mensen die met anderen wonen. Daarnaast is het voor hen moeilijker om informele zorg te regelen, waardoor zij sneller zijn aangewezen op professionele zorg.

In hoeverre het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden in de toekomst aan zal sluiten bij de groeiende zorgvraag, wordt in de rest van dit hoofdstuk belicht.

## 6.2 Vraag en aanbod

In voorgaande edities werd steeds gebruik gemaakt van trendmatige berekeningen die voor het GiT-project werden uitgevoerd. Zoals we al eerder zagen was er in de jaren rond 2002 sprake van een sterke groei in de productie en ook in de personeelsaantallen. Aangezien de benodigde gedetailleerde en actuele gegevens nog niet allemaal beschikbaar zijn, zou het toepassen van deze methode een vertekend beeld geven.

Onlangs bracht het CPB een publicatie uit over de zorguitgaven in de periode van het toekomstige kabinet. Vanwege het recentere karakter van de gegevens en de beleidsmatige implicatie<sup>11</sup>, is er voor gekozen om het CPB te volgen.

Aan de hand van de door het CPB geraamde ontwikkeling van de vraag naar arbeid in de zorgsector<sup>12</sup> en de door CPB en CWI verwachte ontwikkelingen rond werkgelegenheid en werkloosheid in de totale economie, heeft Prismant een prognose gemaakt van tekorten en overschotten voor het verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel in 2011. Dit is een actualisatie van de arbeidsmarktverkenning van Van der Windt en Talma (2006). In deze nieuwe prognose is voor de komende jaren uitgegaan van een arbeidsvolumegroei van 1,6% per jaar voor de totale economie en een daling van de werkloosheid op grond van prognoses van het CWI. Wat betreft het actuele nog dalende, maar daarna toenemende instroom in de BBL-opleidingen als gevolg van het toenemende verloop van personeel.

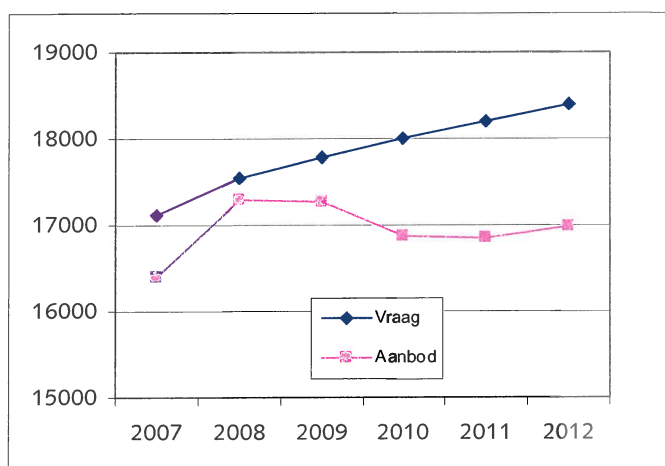
De ontwikkeling in de jaarlijkse vraag naar verpleegkundigen is te zien in Figuur 6.5. We zagen eerder dat er rond 146.000 verpleegkundigen (niveau 4 en 5) werkzaam zijn (Tabel

<sup>11</sup> Voordeel van CPB berekening is dat deze als onderlegger bij de huidige kabinetsformatie gebruikt wordt.

<sup>12</sup> Bij de ziekenhuizen is de door het CPB geraamde groei maar voor tweederde toegepast. Dit is gebeurd omdat de verpleging daar minder hard groeit dan het totale personeelsbestand. Dit komt vanwege de al jarenlange verschuiving van verpleging naar behandeling.

arbeidsaanbod van leerlingen is gebruik gemaakt van de meeste recente instroomgegevens over de opleidingen (meting oktober 2005)<sup>13</sup>. Verder is rekening gehouden met een eerst 2.4). Vanwege uitbreiding van de werkgelegenheid en vervanging van degenen die een punt zetten achter de beroepsuitoefening zijn er jaarlijks 17.000 nieuwe mensen nodig. Dit geldt voor 2008 en loopt op tot ruim 18.000 in 2012. Het aanbod loopt tot 2008 nog redelijk met de vraag in de pas. Daarna schiet het aanbod tekort en zullen bij ongewijzigde omstandigheden de tekorten snel op gaan lopen (Figuur 6.5).

*Figuur 6.5*  
*Vraag en aanbod op niveau 4/5*



De groep verzorgenden (niveau 3) is omvangrijker dan die van de verpleegkundigen. Het gaat in 2006 om ruim 164.000 personen (zie Tabel 2.4). Bij verzorgenden geldt dat het aanbod al direct in 2007 tekortschiet bij de vraag (Figuur 6.6). Vanwege uitbreiding van de werkgelegenheid en vervanging van degenen die een punt zetten achter de beroepsuitoefening zijn er in dat jaar bijna 24.000 nieuwe mensen nodig. Het aanbod bedraagt in 2007 ongeveer 21.000 personen. Ook in de jaren daarna groeit het blijft er bij

<sup>13</sup> Er vond nog een aantal aanpassingen plaats ten opzichte van RegioMarge 2006 (Van der Windt en Talma, 2006). Zo is het sectorrendement van SPW 3 en 4 verhoogd naar een eerder niveau van 45%, de bijscholing in de thuiszorg naar niveau 1 en 2 opgehoogd en is de werkgelegenheids groei van de Jeugdzorg op basis van voortschrijdend inzicht van 8 naar 4% teruggebracht.



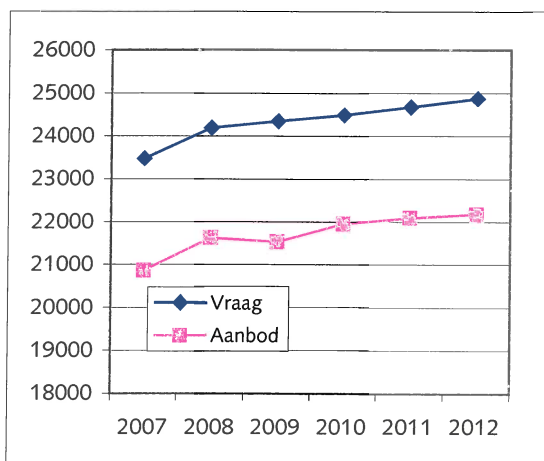
ongewijzigde omstandigheden een tekort van jaarlijks ruim 2000 bestaan. Door het opstapelen van jaren met tekorten laat zich raden dat een omvangrijk tekort in 2012 het gevolg is.

Figuur 6.7 laat zien dat op de niveaus 1 en 2 er weinig problemen te verwachten zijn. Op niveau 2 zijn hier ook de helpenden welzijn zowel in vraag als aanbod meegenomen. Bij veel ROC's wordt bij de opleiding tot helpende immers geen onderscheid meer gemaakt naar zorg en welzijn.

Totaal zijn er in 2006 ruim 100.000 mensen werkzaam (zie Tabel 2.4). De jaarlijkse vraag bedraagt rond de 19.000 personen. Deze ontstaat vanwege uitbreiding van de werkgelegenheid en vervanging van degenen die een punt zetten achter de beroepsuitoefening. Het aanbod is van dezelfde orde van grootte.

Figuur 6.6

Vraag en aanbod niveau 3 verzorgenden



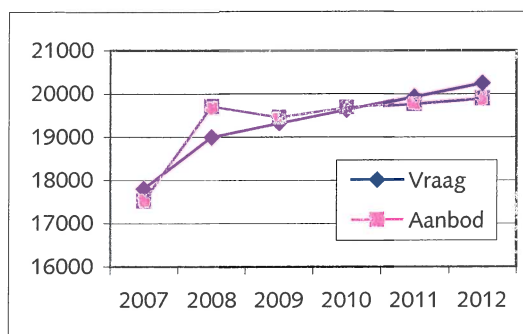
Bij deze evenwichtige situatie passen een aantal opmerkingen. Op dit moment zijn er nog weinig helpende welzijn werkzaam. De opleiding is pas recent tot stand gekomen. Het aantal thans werkzamen, een relatief kleine groep, wordt geraamd op een 5.000. De uitstroom uit de opleiding is de komende jaren groot. Verondersteld wordt dat zij dus ook op het terrein waar nu helpenden zorg werkzaam zijn aan de slag gaan.

Verder geldt dat de vraag naar personeel op niveau 1 en 2 met grote onzekerheden is omgeven door de invoering van de WMO vanaf januari 2007. Op dit moment is nog onduidelijk welke kwaliteitseisen er bij de aanbesteding van werkzaamheden door de

gemeenten een rol gaan spelen. Ook is onduidelijk of en in welke mate zich een verschuiving naar meer patiëntgebonden budgetten (PGB's) en alfahulpen zal voordoen. Voorts geldt dat het t op dit niveau -bij een eventueel tekortschietend aanbod- veel gemakkelijker is om met snelle gerichte scholing het aanbod te vergroten dan op de niveaus 3 en hoger.

*Figuur 6.7*

*Vraag en aanbod niveau 1 (zorghulp) en 2 (helpende welzijn en zorg)*



### 6.3 Samenvatting

De vraag naar en het aanbod van verpleegkundigen zijn op de korte termijn nog wel met elkaar in evenwicht. Vanaf 2009 is er sprake van een tekortschietend aanbod. Bij de verzorgenden is er op dit moment al sprake van een tekortschietend aanbod ten opzichte van de geraamde vraag. De tekorten zullen dan ook snel op gaan lopen, tenzij er stappen ondernomen worden om bij te sturen. Op het niveau van zorghulpen en helpenden worden geen grote onevenwichtigheden voorzien. De vraag naar personeel is hier echter onzeker door de invoering van de WMO. Bij eventuele tekorten kunnen door de korte tijdspanne die scholing vergt, snel aanvullend compenserende maatregelen genomen worden.



---

## 7 Samenvatting en uitgeleide

---

### 7.1 Samenvatting

#### *Hoofdstuk 2 De beroepsgroepen en geboden zorg*

De laatste twee jaar is het aantal mensen dat zich met verpleging en verzorging bezighoudt veel minder snel gegroeid dan in de periode 1995-2003. In 2004 en 2005 was er met 0,5% sprake van een minimale groei. Inmiddels werken er in 2006 rond 411.000 verpleegkundigen en verzorgenden (niveau 1 tot en met 5). Zij nemen 245.000 volledige arbeidsplaatsen voor hun rekening.

We hebben de ontwikkeling van de hoeveelheid werk die door verpleegkundigen en verzorgende gedaan wordt, voor zover dat mogelijk is en toegespitst op enkele kwantitatieve grootheden als b.v. verpleegdagen en aantallen cliënten, in verband gebracht met de ontwikkelingen in het arbeidsvolume.

In de ziekenhuizen groeit in de periode 2000-2005 in eerste instantie het arbeidsvolume harder dan het volume werk. Maar vanaf 2003 zien we een kentering: de hoeveelheid werk die volgens de indicatoren verpleegdagen en opnamen verricht wordt groeit sneller dan het arbeidsvolume; ook in de ouderenzorg zien we in eerste instantie een sterkere groei van het arbeidsvolume. In 2004 doet ook daar zich een omslag voor. Voor de ggz hebben we indicaties dat arbeidsvolume en hoeveelheid werk eveneens niet met elkaar in de pas lopen.

Men dient te bedenken dat we bij de indicatoren geen rekening konden houden met het feit dat er waarschijnlijk ook nog sprake is van een toenemende zorgzwaarte van de cliëntèle. Ook konden we door gebrek aan statistisch materiaal geen rekening houden met nieuwe activiteiten die verpleegkundigen en verzorgenden voor hun rekening namen als b.v. dagopvang in verzorgingshuizen en medische zorg door verpleegkundigen in ziekenhuizen.

Op zichzelf behoeft de geschetste ontwikkeling niet ongunstig te zijn: als men door slimmer te werken méér kan doen is dat maatschappelijk gezien eerder gunstig te noemen. Het is zelfs een van de manieren om de gezondheidszorg in de toekomst betaalbaar te

houden. In hoofdstuk 5 zullen we echter zien dat de ervaren werkdruk bij sommige groepen werknemers de laatste jaren omhoog gegaan is, terwijl medewerkers het verlagen van de werkdruk als belangrijkste maatregel zien om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

### *Hoofdstuk 3 Trends in het aanbod*

Van oudsher is de zorg een sector waar veel vrouwen werken. Van de verpleegkundigen en verzorgenden is 88% vrouw. Het aandeel vrouwen loopt nauwelijks verder op. De stijging van de gemiddelde leeftijd was de afgelopen jaren fors, maar zal de komende jaren sterk afvlakken. De sterke toename van de gemiddelde leeftijd had vooral te maken met de stabilisering van het verloop en de afname van de groei: daardoor stromen er minder jongeren in. Met name in verpleeg- en verzorgingshuizen nam het aandeel 50+-ers snel toe. De afvlakking van de stijging van de gemiddelde leeftijd betekent niet dat het aandeel 50+-ers niet meer groeit. Deze vorm van vergrijzing slaat vooral de komende jaren (tot 2009) nog hard toe. De vervangingsvraag die hierdoor ontstaat zwelt pas later aan: eerst moet men een tijdje 50+-er zijn voor men vertrekt. Daarna gaat ook een meer gelijkmatige leeftijdsopbouw ontstaan.

De gemiddelde verblijfsduur bij dezelfde werkgever is net als in voorgaande jaren toegenomen en ligt in 2005 op 8,6 jaar. Deze toename is in de meeste branches zichtbaar. De gemiddelde leeftijd, het aandeel vrouw en 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+-ers ruim boven het landelijk gemiddelde. Het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden is in 2005 opnieuw gedaald. In 2005 bedraagt het ziekteverzuim percentage inclusief zwangerschapsverlof 7,8% en exclusief 6,6%. 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 branches ziekenhuizen en ggz ligt het verzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden traditioneel lager (in 2005 5,9 en 5,6% exclusief) vergeleken met de andere branches en in de ouderenzorg juist hoger (7,3% exclusief). Mannen hebben over het algemeen een lager verzuim dan vrouwen. In de leeftijdscategorie 30 tot en met 35 jaar is het verzuim zowel in- 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.

Sinds 2000 nam het vertrek af. Sinds 2002 schommelt het nettoverloop rond de 4%. Een aantal vertrekredenen scoort door de jaren heen hoog. Het gaat dan om het gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden en het ontbreken van loopbaanperspectief en behoefte aan ander werk. De laatste jaren zien we een opmars van vertrekredenen als ontevredenheid met de zorg die geboden wordt, een te hoge werkdruk en ontevredenheid over werktijden en roosters en salariëring.

#### *Hoofdstuk 4 Scholing*

Sinds 2003 neemt het aantal leerlingen dat een verpleegkundige of verzorgende opleiding volgt af. Dit is vooral toe te schrijven aan een afnemende instroom in de BBL-opleidingen. Hierdoor neemt ook het aandeel in het totale MBO- en HBO-onderwijs af. Regionaal zijn er grote verschillen in dit aandeel onder MBO-leerlingen (van 6,3% tot 17% bij een landelijk gemiddelde van 9,8%).

BBL-leerlingen zijn doorgaans aanmerkelijk ouder dan BOL-leerlingen, hun slaagkans is groter. Hoe hoger de opleiding, hoe geringer de kans op werkloosheid en hoe groter de kans dat men ook werk gaat doen waarvoor men opgeleid is.

Degenen die een opleiding voor verpleging en verzorging afronden, steken gunstig af bij andere wanneer we kijken naar werkloosheid en tijdelijkheid van aanstellingen na de opleiding. Door het beroepsgerichte karakter, onder meer veel BBL, is het gemiddeld loon relatief hoog. Ook over de aansluiting opleiding werk is men goed te spreken.

Net als bij de BBL-opleidingen laten de door werkgevers betaalde vervolgoopleidingen vanaf 2002 een aanzienlijk teruggang in de instroom zien. De HBO-masteropleidingen daarentegen laten een aanzienlijk groei zien.

#### *Hoofdstuk 5 Kenmerken van het werk en kwaliteit van zorg*

De arbeidstevredenheid onder verpleegkundigen en verzorgenden is doorgaans redelijk hoog. Wel valt op dat functioneringsgesprekken en loopbaanbegeleiding, bijvoorbeeld in de vorm van een persoonlijk ontwikkelingsplan voor de werknemer, nog niet overal gemeengoed zijn. Vanuit het oogpunt van arbeidstevredenheid, maar ook om vertrek uit het beroep te voorkomen (zie hoofdstuk 3), verdienen functioneringsgesprekken en loopbaanbegeleiding meer aandacht.

Voor wat betreft de werkdruk zijn er duidelijke verschillen tussen sectoren. Vooral verzorgende in verpleeghuizen vinden de werkdruk vaak te hoog. Zij noemen het verlagen van de werkdruk dan ook als belangrijkste maatregel om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Ook het oordeel van verpleegkundigen en verzorgenden over de kwaliteit van zorg is

afhankelijk van de sector. Verzorgenden in de thuiszorg zijn daarover het vaakst positief en verzorgenden in verpleeghuizen het meest negatief.

De stijging tussen 2002 en 2004 in de oordelen van verpleegkundigen en verzorgenden over de kwaliteit van zorg lijkt zich tussen 2004 en 2005 niet te hebben voortgezet.

#### *Hoofdstuk 6 Toekomstige vraag aanbodverhouding*

De vraag naar verpleging en verzorging zal de komende jaren toenemen. Niet alleen ten gevolge van de vergrijzing en de toename van het aantal mensen met een (of meer) chronische ziekte(n), maar ook door bijvoorbeeld het feit dat steeds meer mensen alleen wonen. Mensen die alleen wonen zijn vaak wat ongezonder dan mensen die samenwonen. Daarnaast is het voor hen moeilijker om informele zorg te regelen, waardoor zij sneller zijn aangewezen op professionele zorg.

De vraag naar en het aanbod van verpleegkundigen zijn op de korte termijn nog wel met elkaar in evenwicht. Vanaf 2009 is er sprake van een tekortschietend aanbod. Bij de verzorgende is er op dit moment al sprake van een tekortschietend aanbod ten opzichte van de geraamde vraag. De tekorten zullen dan ook snel op gaan lopen, tenzij er stappen ondernomen worden om bij te sturen. Op het niveau van zorghulpen en helpenden worden geen grote onevenwichtigheden voorzien. De vraag naar personeel is hier echter onzeker door de invoering van de WMO. Bij eventuele tekorten kunnen door de korte tijdspanne die scholing vergt snel aanvullend compenserende maatregelen genomen worden.

### **7.2 Uitgeleide**

De komende jaren zullen gekenmerkt worden door een weer krapper wordende arbeidsmarkt. Dit is het meest voelbaar bij verzorgenden, maar zal op termijn ook niet ongemerkt aan verpleegkundigen voorbij gaan. Er is een veelheid van maatregelen nodig en denkbaar om deze dreigende tekorten te keren. Het aantrekken van meer leerlingen, verloopbeheersbeleid, het slimmer organiseren van het werk zijn enkele voorbeelden. Gezien vanuit de beroepsgroep en voortvloeiend uit de eerdere hoofdstukken vallen twee belangrijke aandachtspunten af te leiden, te weten de aandacht voor het behoud van het huidige personeel en de inrichting van het werk. We werken beide punten nader uit.

Bij het behoud van personeel spelen de volgende zaken een belangrijke rol. Het consequent voeren van functioneringsgesprekken moet gezien worden als een

noodzakelijke voorwaarde voor goed personeelsbeleid. Daaraan gekoppeld is een goede belangstellingsregistratie essentieel. Daarmee wordt systematisch nagaan welke verdere stappen men in de loopbaan wenst. Dat kan gaan om meer of minder uren werken, maar ook om welke nieuwe uitdagingen men verwacht. Het gaat als het ware om het inventariseren van de wensen en het potentieel van medewerkers. Instellingen kunnen op grond hiervan loopbaanbegeleiding bieden en indien noodzakelijk interne mobiliteit bevorderen. Zo kan men het verloop beperken door interne doorstroom te bevorderen. Te vaak wordt bij vertrek nog het ontbreken van loopbaanmogelijkheden en ontplooiingsmogelijkheden als vermijdbare vertrekredenen genoemd. Een loopbaanbegeleiding zoals hiervoor gesteld vergroot de employability van medewerkers en kan bovendien leiden tot een flexibeler inzet. De door fusies steeds groter wordende zorginstellingen hebben steeds meer variatie in werk te bieden en kunnen deze mogelijkheden verzilveren door een planmatige aanpak van scholing en doorstroming van hun medewerkers.

Blijvende aandacht is nodig voor de gevolgen voor de werkdruk door het stroomlijnen van werkprocessen. Waar de traditionele arbeidsmarkt maatregelen, die gericht zijn op het beheersen van in-, door- en uitstroom onvoldoende soelaas bieden, zal de inrichting van het werk en de hulpmiddelen die daarbij gebruikt worden meer aandacht moeten krijgen. Slimmer werken, werkdrukverlichting, deskundigheidsbevordering en deskundigheidsbevordering beïnvloeden in sterke mate kwantiteit en kwaliteit van het werk. Ook lijkt er nog winst te behalen als verpleegkundigen en verzorgenden meer ontplooiingsmogelijkheden binnen hun beroep krijgen en er meer aandacht is voor loopbaanontwikkeling.



---

## Literatuur

---

### **Hoofdstuk 2 De beroepsgroepen en geboden zorg**

Dell, M.W. en L.J.R. Vandermeulen, *Arbeidsproductiviteit in de zorg*, OSA-publicatie ZW63, OSA, Tilburg, 2005.

Vandermeulen, L.J.R. *Arbeidsproductiviteit in ziekenhuizen*. Handboek SFG, Reed Elsevier, 2005

Windt, W. van der en H.F. Talma *RegioMarge 2006 De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen* Prismant, Utrecht 2006

### **Hoofdstuk 3 Trends in het aanbod**

Essen, G. van, e.a. *Arbeid in Zorg en Welzijn 2006*, Prismant, Utrecht, 2006.

Stegeman, H. *De conjunctuurgevoeligheid van ziekteverzuim*, CPB, Den Haag, 2005.

Velden, F. van der en W. van der Windt. *Mannen in de verpleging: toeloop of terugloop?* Prismant, Utrecht, 2003.

### **Hoofdstuk 4 Scholing**

Arnold E.J.E. en W. van der Windt *Instroom en rendement van mbo-opleidingen*, OSA, Tilburg, 2002.

### **Hoofdstuk 5 Kenmerken van het werk en kwaliteit van zorg**

Arcares. *Benchmark verpleeg- en verzorgingshuizen 2004/2005. Prestaties van zorgaanbieders gemeten*. Algemeen rapport. Utrecht november 2005

Hingstman L, Kenens R, van der Windt W, Talma HF, Meijhuizen HE, de Voogd-Hamelink AM. *Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2001*. OSA/NIVEL/Prismant, Tilburg/Utrecht, 2001.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Kwaliteitsverbetering mogelijk door actief gebruik indicatoren*. IGZ, den Haag, april 2006a.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Drie jaar inspectieformulier*. IGZ, den Haag, december 2006b

Jongh de DM, de Veer AJE, Bolle FJJ, de Kruif JThCM. *De aantrekkelijkheid van het beroep 2005*. Een peiling onder het Panel Verpleegkundigen en verzorgenden. AVVV/LEV/NIVEL, Utrecht, 2006.

Landeweerd, J.A., Boumans, N.P.G., J.M.J.F. Nissen. *Arbeidsvoldoening bij verplegenden en verzorgenden. De Maastrichtse arbeidssatisfactieschaal voor de gezondheidszorg*. Handboek verpleegkundige innovatie, 1996, p. D250-1-26.

Messchendorp HJ, Van der Weerd E, Steenbeek R, Dinkgreve R, Meulenkamp T, Mettendaf A. *Brancherapport Werk in beeld 2002*. Utrecht Prismant/ATOS, september 2002.

Messchendorp HJ, Blok AJ, Koopman MI, Wansink O, van Vliet M. *Werk in beeld brancherapport 2004. Tweede meting medewerkersraadpleging verpleeg- en verzorgingshuizen*. Werk in beeld. Utrecht september 2004.

Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA). *Gegevens arbeidsaanbodmonitor*, 2005.

PWC, PriceWaterhouseCoopers. *Medewerkers positiever over werkomstandigheden. Lidinstellingen LVT scoren bij medewerkersraadpleging 2004, hoger dan bij raadpleging in 2002*. Amstelveen/ Utrecht. April 2005a (interne publicatie)

PWC, PriceWaterhouseCoopers. *Brancherapport Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004*. Utrecht: PWC, 2005b

Stichting Cliënt & Kwaliteit. *Alles naar wens? Rapportage Stichting Cliënt & Kwaliteit 2005*. Utrecht, november 2006.



Tummers GER, Landerweerd JA, Van Merode GG. *Organisatieaspecten, ervaren werkkenmerken en werkreacties in de verpleging*. Verpleegkunde 2000;3:132-40.

Tonkens E, Klijn D, Kohlman C, Veldstra G. *De verpleging weet het beter. Onderzoek onder verpleegkundigen in verpleegtehuizen*.  
[www.groenlinks.nl/2ekamer/notities/Notitie.2005-05-11.5702](http://www.groenlinks.nl/2ekamer/notities/Notitie.2005-05-11.5702).

Veer de AJE, Francke AL, Poortvliet EP. *De aantrekkelijkheid van het beroep 2003. Een peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden*. LCVV/NIVEL, Utrecht, 2004.

Veer de AJE, Francke A.L. *Helpt van de verpleegkundigen vindt de kwaliteit van de eigen zorg goed*. TVZ 2002;11:14-5.

Veer de, AJE, Francke AL, De Kruif A, Bolle F. *Werkdruk en opleidingsgraad. Verpleegkundigen en verzorgenden over kwaliteit van zorg*. TVZ 2005;7/8:40-3.

Welling BJM, van der Meulen-Arts SEJ, Hutten JBF, Francke AL. *De aantrekkelijkheid van het beroep. De eerste peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden*. LCVV/NIVEL, Utrecht, 2002.

Winters-van der Meer ACM, Kleefstra SM, Stavenuiter JJA, Kool RB. *2005 Tevredenheid gepeild (2005). De tevredenheid van patiënten van de acht Universitair Medische Centra*. Prismant, 2006.

#### **Hoofdstuk 6 Toekomstige vraag aanbodverhoudingen**

Beets GCN en Fokkema CM. *Misverstanden over vergrijzing; wensenpakket van velen niet te realiseren* Demos, bulletin over bevolking en samenleving 21 (5): 37-40. 2005

Berg Jeths van den A, JM Timmermans, N Hoeymans, IB Woittiez. *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000 - 2020*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Bilthoven, 2004.

Boer de AH, Schellingerhout R, Timmermans JM. *Mantelzorg in getallen*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag oktober 2003

Boer de A (red.). *Kijk op informele zorg*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag september 2005.

Boer de AH (red.). *Rapportage ouderen 2006. Veranderingen in levenssituatie en levensloop*. Sociaal en Cultureel Planbureau. Juni 2006

Centraal Bureau voor de Statistiek (Statline, 2006a). Historie bevolking EN Bevolkingsontwikkeling naar herkomstgroepering (statline.cbs.nl)

Centraal Bureau voor de Statistiek (Statline, 2006b). Geboorten naar diverse kenmerken. (statline.cbs.nl)

Centraal Bureau voor de Statistiek (Statline, 2006c). Regionale kerncijfers Nederland. (cbs.statline.nl)

Centraal Bureau voor de Statistiek (Statline, 2006d). Historie bevolking. (statline.cbs.nl)  
Centraal Bureau voor de Statistiek (Statline, 2006e). Gerapporteerde gezondheid en leefstijl. (statline.cbs.nl)

Centraal Bureau voor de Statistiek (Statline, 2006f). Bevolking per regio naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat. (cbs.statline.nl)

Centraal Bureau voor de Statistiek (Statline, 2006g). Prognose-intervallen allochtonen 2005-2050. (cbs.statline.nl)

Centraal Bureau voor de Statistiek (Statline, 2006h). Historie van de bevolking. Huishoudens. (statline.cbs.nl)

Centraal Bureau voor de Statistiek (Statline, 2006i). Kerncijfers van de huishoudensprognose 2005-2050. (statline.cbs.nl)

Centraal Bureau voor de Statistiek. Persbericht. *Emigratie remt bevolkingsgroei*. www.cbs.nl 10 november 2006J.

Centraal Bureau voor de Statistiek. *De Nederlandse Samenleving 2004. Sociale trends*. Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2004.

Centraal Bureau voor de Statistiek. *Gezondheid en zorg in cijfers*. CBS Voorburg/Heerlen, 2005

Demos. De arbeid voorbij. Jaargang 19. september 2003

Duin van C. Bevolkingsprognose 2005-2011: stabiele lage groei. *Bevolkingstrends*, eerste kwartaal 2006; 61-66.

Duin van C, de Jong A, Broekman R. Regionale bevolkings- en allochtonenprognose 2005-2025. Ruimtelijk Planbureau/ Centraal Bureau voor de statistiek Den Haag 2006.

Foets M, van der Lucht F, Droomers M. *Allochtonen en zorggebruik*. In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Bevolking\ Etniciteit, 13 mei 2005

Hilderink H, Den Otter H, De Jong A. (2005) *Scenario's voor huishoudensontwikkelingen in Nederland*. RIVM Bilthoven Maart 2005

Jong de A. *Uitkomsten van de regionale bevolkings- en allochtonenprognose 2005-2025 voor provincies*. *Bevolkingstrends derde kwartaal 2006* 51-59.

Manting D en Vernooij F. *Waar wonen ouderen nu en in 2025*. *Bevolkingstrends derde kwartaal 2006*, 60-62

Nimwegen, N. van & J.A.A. de Beer (2006), *Media: bevolkingsgroei is eindig! Maar is er iets nieuws onder de zon?* Demos, bulletin over bevolking en samenleving 22 (4): 32-35

Otten F, Bos W, Vrooman C, Hoff S (reds.). *Armoede bericht 2006*. Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2006.

Poos MJJC. *Welke ziekten hebben de hoogste prevalentie?* In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl>.

Schellingerhout R. (red). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. SCP, Den Haag, november 2004.

Ter Bekke S, van Dalen H, Henkens K. *Emigratie van Nederlanders. Geprikkeld door bevolkingsdruk*. Demos, bulletin over bevolking en samenleving 21 (4): 25-28. 2005.

Timmermans JM. *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*. SCP, Den Haag, 2003

Timmermans J, de Boer A, Iedema J. *De mantelval. Over dreigende overbelasting van de mantelzorgers*. SCP Den Haag december 2005

Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2006. *Gezondheidsachterstanden. Kwetsbare groepen*. <<http://www.rivm.nl>. > vtv\ dwarse thema's\ gezondheidsachterstanden

Vliegen M, van Leeuwen N. *Regionale verscheidenheid in bevolkingsconcentraties. Deel 1: gemiddelde leeftijd en leeftijdsopbouw*. Bevolkingstrends eerste kwartaal 2006. 54-60

Waveren van L. *Naar een ramingsmodel mantelzorg en mantelzorgondersteuning*. Tympaan Instituut, 2006.

CPB (2006) *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011* CPB Document 121, Den Haag.  
Windt, W. van der en H.F. Talma *RegioMarge 2006 De arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen* Prismant, Utrecht

Statistische bronnen:

- CBS Statline
- CTg: Productiegegevens
- Ministerie van OCW/Cfi: Leerlingentellingen
- Ministerie van VWS: Big-register
- Prismant: Exitinterviews, Statistieken Personeelssterkte en LKG



**LEVV Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging**

Bernadottelaan 11  
Postbus 3135  
3502 GC Utrecht  
T 030 291 90 00  
F 030 291 90 49  
[levv@levv.nl](mailto:levv@levv.nl)  
[www.levv.nl](http://www.levv.nl)