

Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1999

 NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729



W. van der Windt
H. Calsbeek
L. Hingstman

Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1999

Elsevier/De Tijdstroom
Landelijk Centrum
Verpleging & Verzorging

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

© Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, 1999

BASISVORMGEVING Robbert Zweegman, Nijmegen

OPMAAK Marian van Helden, Deventer

OMSLAG Cees Brake bNO, Enschede

UITGEVER Elsevier/De Tijdstroom, Postbus 1110, 3600 BC Maarssen
Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV), Postbus 3135, 3502 GC Utrecht.

Elsevier/De Tijdstroom is een imprint van Elsevier bedrijfsinformatie bv te Maarssen.

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

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 90 352 2223 7

NUGI 750, 756

Inhoud

1	Inleiding	[9]
Deel A	Vraag en aanbod	[11]
2	Ontwikkelingen in de vraag naar en het gebruik van verzorging en verpleging	[13]
2.1	Demografische ontwikkelingen	[14]
2.1.1	<i>Omvang van de bevolking</i>	[14]
2.1.2	<i>Geboorte</i>	[15]
2.1.3	<i>Sterfte</i>	[15]
2.1.4	<i>Migratie</i>	[16]
2.1.5	<i>Leeftijdsverdeling</i>	[17]
2.1.6	<i>Burgerlijke staat</i>	[18]
2.1.7	<i>Conclusie</i>	[19]
2.2	Epidemiologische ontwikkelingen	[19]
2.2.1	<i>Chronische aandoeningen</i>	[20]
2.2.2	<i>Kanker</i>	[21]
2.2.3	<i>Infectieziekten</i>	[21]
2.2.4	<i>Psychische stoornissen</i>	[22]
2.2.5	<i>Conclusie</i>	[23]
2.3	Sociale en culturele ontwikkelingen	[23]
2.3.1	<i>Onderwijs, arbeid en inkomen</i>	[23]
2.3.2	<i>Allochtone bevolking</i>	[24]
2.3.3	<i>Huishoudenssituatie</i>	[26]
2.3.4	<i>Mantelzorg</i>	[26]
2.3.5	<i>Conclusie</i>	[27]
2.4	Ontwikkelingen in het gebruik van verzorging en verpleging	[28]
2.4.1	<i>Ziekenhuiszorg</i>	[29]
2.4.2	<i>Geestelijke gezondheidszorg</i>	[30]

- 2.4.3 *Gehandicaptenzorg* [33]
- 2.4.4 *Ouderenzorg: verpleeghuiszorg* [34]
- 2.4.5 *Ouderenzorg: verzorgingshuizen* [35]
- 2.4.6 *Thuiszorg* [36]
- 2.4.7 *Conclusie* [39]
- 2.5 *Samenvatting vraagontwikkelingen* [39]

- 3 De omvang van de beroepsgroepen** [41]
 - 3.1 *Aantal werkzame personen* [41]
 - 3.2 *Volledige arbeidsplaatsen* [45]
 - 3.3 *De verhouding personen arbeidsplaatsen* [47]
 - 3.4 *Kwalificaties* [47]
 - 3.4.1 *Het BIG-register* [48]
 - 3.4.2 *Specialisaties in de verpleging* [50]
 - 3.4.3 *Uitkomsten uit personeelsplanningsprojecten* [50]
 - 3.4.4 *Een raming van de beroepsgroepen* [51]
 - 3.5 *Regionale gegevens* [52]
 - 3.6 *Vooruitblik* [53]
 - 3.7 *Samenvatting* [55]

- 4 De personeelssamenstelling** [57]
 - 4.1 *Geslacht* [57]
 - 4.2 *Leeftijd* [59]
 - 4.3 *Vooruitblik* [62]
 - 4.4 *Samenvatting* [64]

- 5 De arbeidssituatie** [65]
 - 5.1 *De dynamiek op de arbeidsmarkt, het verloop* [65]
 - 5.2 *De duur van het dienstverband* [68]
 - 5.3 *De werkweek* [69]
 - 5.4 *Ziekteverzuim* [71]
 - 5.5 *Samenvatting en vooruitzichten* [72]

- 6 Onderwijs** [75]
 - 6.1 *De instroom in de opleidingen* [75]
 - 6.2 *Het aantal behaalde diploma's* [76]
 - 6.3 *Aansluiting onderwijs arbeidsmarkt* [77]
 - 6.4 *De ooit opgeleiden* [78]
 - 6.5 *Samenvatting en vooruitblik* [79]

- 7 Functies en inkomen [81]**
 - 7.1 Functies [81]
 - 7.1.1 *Intramuraal* [82]
 - 7.1.2 *Verzorgingshuizen* [84]
 - 7.1.3 *Thuiszorg* [85]
 - 7.2 Salaris [86]
 - 7.3 Samenvatting [88]

- 8 Samenvatting aanbodontwikkelingen [89]**
 - 8.1 De omvang van de beroepsgroepen [89]
 - 8.2 De personeelssamenstelling [90]
 - 8.3 De arbeidssituatie [90]
 - 8.4 Het onderwijs [92]
 - 8.5 Functies en salaris [92]

Bijlage bij deel A [95]

Geraadpleegde literatuur deel A [161]

Deel B De aansluiting tussen opleiding en arbeidsmarkt verpleegkundigen en verzorgenden [167]

- 1 Inleiding [169]**
- 2 Opleidingsgegevens: in- en uitstroom [171]**
 - 2.1 Kiezen voor een opleiding in de verpleging of verzorging [172]
 - 2.2 De vooropleiding [173]
 - 2.2.1 *Verpleegkundigen* [173]
 - 2.2.2 *Ziekenverzorgenden* [175]
 - 2.2.3 *Verzorgenden* [175]
 - 2.2.4 *Helpenden en assistenten* [177]
 - 2.3 Instroom in de opleiding [178]
 - 2.3.1 *Verpleegkundigen* [178]
 - 2.3.2 *Ziekenverzorgenden en MDGO-Vp-opgeleiden* [179]
 - 2.3.3 *Helpenden en assistenten* [181]
 - 2.4 Uitstroom uit de opleiding [182]
 - 2.5 Conclusie [183]

- 3 Tussen opleiding en arbeidsmarkt [187]**
 - 3.1 De aansluiting: kwantitatief [187]**
 - 3.1.1 HBO-opgeleide verpleegkundigen [187]*
 - 3.1.2 MDGO-Vp-opgeleiden [189]*
 - 3.1.3 MDGO-Vz-opgeleiden [189]*
 - 3.1.4 Overige verpleegkundigen en verzorgenden [191]*
 - 3.2 De aansluiting: kwalitatief [191]**
 - 3.3 Wel als verpleegkundige of verzorgende opgeleid maar niet als zodanig werkzaam [191]**
 - 3.4 Conclusie [194]**

4 Slotbeschouwing [197]

Bijlage bij deel B [201]

Geraadpleegde literatuur deel B [217]

Lijst van afkortingen deel A en B [219]

1 Inleiding

Deze publicatie is inmiddels de derde waarin een uitvoerig kwantitatief beeld geschetst wordt over de verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland. De eerste twee uitgaven bleken duidelijk in een behoefte te voorzien; reden voor het LCVV om het NZi en het NIVEL te vragen de gegevens uit de vorige publicaties te actualiseren en waar mogelijk van aanvullingen te voorzien. Waar actualisering niet mogelijk was zijn de oorspronkelijke gegevens aangehouden om zo een volledig mogelijk beeld over de beroepsgroepen te geven. De informatie is met name gericht op beleidsmakers in de zorgsector, managers en afdelingshoofden in verpleging en verzorging, deelnemers aan verpleegkundige en verzorgende adviesraden, leden van (specifieke) beroepsorganisaties, politici en medewerkers in het onderwijsveld.

De verpleegkundigen en verzorgenden vormen tezamen een omvangrijke beroepsgroep: in 1997 bestond ze uit bijna 387.000 werkzame personen. Bovendien bestaat de verpleging en verzorging uit diverse beroepsbeoefenaren, te weten: verpleegkundigen, ziekenverzorgenden, verzorgenden, helpenden en zorgassistenten of zorghulpverleners.

Bij deze uitgave is de formule van de voorgaande versies aangehouden: in deel A worden vooral cijfermatige gegevens over de beroepsgroep gepresenteerd vanaf 1990 en in deel B wordt een specifiek arbeidsmarktfragment belicht.

In deel A wordt allereerst ingegaan op ontwikkelingen die de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging bepalen. Hierbij wordt onder andere aandacht besteed aan demografische ontwikkelingen, zoals de vergrijzing van de bevolking. Het hoofdstuk bevat een samenvatting waarin de belangrijkste vraagontwikkelingen zijn opgenomen. De hoofdstukken 3 tot en met 7 bevatten verschillende aspecten van het arbeidsaanbod. Zo wordt

in hoofdstuk 3 ingegaan op de omvang van de beroepsgroep en de ontwikkelingen die zich daarbij voordoen. In hoofdstuk 4 wordt aandacht besteed aan de samenstelling van de beroepsgroep naar kenmerken zoals leeftijd en geslacht. De toekomstige vergrijzing binnen de verpleging en verzorging wordt belicht aan de hand van de uitkomsten van een simulatiemodel. In hoofdstuk 5 komt een aantal onderwerpen rond de arbeidssituatie aan bod: het vertrek van verpleegkundigen en verzorgenden, de mate waarin deeltijdwerk voorkomt en het ziekteverzuim. Anders dan in voorgaande publicaties zijn ook in een aantal gevallen de meewerkende leerlingen meegenomen in de analyses. Immers, ook zij bepalen het beeld van de verpleging en verzorging in ons land. In hoofdstuk 6 komen onderwijsgegevens aan de orde en in hoofdstuk 7 ten slotte wordt aandacht besteed aan de inschaling ofwel functieopbouw in de verschillende sectoren en het verdiende salaris. Hoofdstuk 8 bevat een samenvatting van de belangrijkste aanbodontwikkelingen.

In de tekst worden in grote lijnen de uitkomsten beschreven. Gedetailleerde informatie is in de bijlage te vinden die het karakter van een tabellenrapport heeft. Daar waar nodig is een technische toelichting opgenomen.

In deel B wordt de aansluiting tussen het onderwijs en de arbeidsmarkt nader belicht. Hierbij wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op opleidingsgegevens, waarbij naast de in- en uitstroom ook aandacht wordt besteed aan het type vooropleiding, het keuzeproces van potentiële leerlingen en studenten V&V en de studie-uitval. In hoofdstuk 3 wordt aandacht besteed aan met name de kwantitatieve aspecten van de aansluiting met de arbeidsmarkt, zoals de maatschappelijke positie van pas gediplomeerde verpleegkundigen en verzorgenden.

Bij de totstandkoming van deze publicatie heeft het NIVEL hoofdstuk 2 van deel A (vraagontwikkelingen) voor haar rekening genomen. Het NZi verzorgde de overige hoofdstukken van deel A (aanbodontwikkelingen). Deel B is door de onderzoekers van het NIVEL samengesteld. De begeleiding van het project was in handen van de heer T. Oostrom van het LCVV.

In het zakboek *Feiten over verpleging en verzorging 1999* is een samenvatting van de belangrijkste gegevens opgenomen.

Wij hopen met dit derde jaarboek en het bijbehorende zakboek opnieuw een bijdrage geleverd te hebben aan de beleidsvorming rond de verpleging en verzorging in Nederland.

Deel A

Vraag en aanbod

2

Ontwikkelingen in de vraag naar en het gebruik van verzorging en verpleging

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de belangrijkste feiten over de vraag naar verpleging en verzorging van 1990 tot en met 1997. Waar mogelijk worden ook ontwikkelingen in de toekomst geschetst. Met vraag naar zorg wordt zowel de behoefte aan verpleging en verzorging bedoeld als het daadwerkelijke gebruik van zorg door patiënten/cliënten. De behoefte aan zorg wordt voor een groot deel beïnvloed door demografische ontwikkelingen (paragraaf 2.1), zoals een veranderende samenstelling van de bevolking waarin het aandeel ouderen nog steeds groeit.

Daarnaast worden epidemiologische ontwikkelingen onderscheiden (paragraaf 2.2) die ook van invloed kunnen zijn op de behoefte aan verpleging en verzorging. Dit zijn bijvoorbeeld ontwikkelingen die betrekking hebben op het voorkomen van chronische aandoeningen en infectieziekten. Het meer of minder voorkomen van dergelijke ziekten zal de vraag naar zorg respectievelijk doen toe- of afnemen.

Niet alleen de bevolkingsontwikkeling en de gezondheidstoestand van de bevolking beïnvloeden de zorgbehoefte. Ook sociale en culturele ontwikkelingen (paragraaf 2.3) kunnen de behoefte aan zorg doen stijgen of dalen. Als voorbeeld kan genoemd worden de beschikbaarheid van mantelzorg. Het daadwerkelijke gebruik van verpleging en verzorging (paragraaf 2.4) wordt beïnvloed door, naast ontwikkelingen in de zorgbehoefte, beleidsontwikkelingen in de zorgsector. Zo zullen zorgvernieuwingen, bijvoorbeeld gericht op transmurale zorg, niet zozeer de behoefte aan zorg doen veranderen, maar eerder een verschuiving in het daadwerkelijke gebruik van verpleging en verzorging in een bepaalde setting doen veroorzaken. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting (paragraaf 2.5).

De cijfermatige gegevens, die de basis vormen voor een groot deel van dit hoofdstuk, zijn in tabelvorm opgenomen in de bijlage.

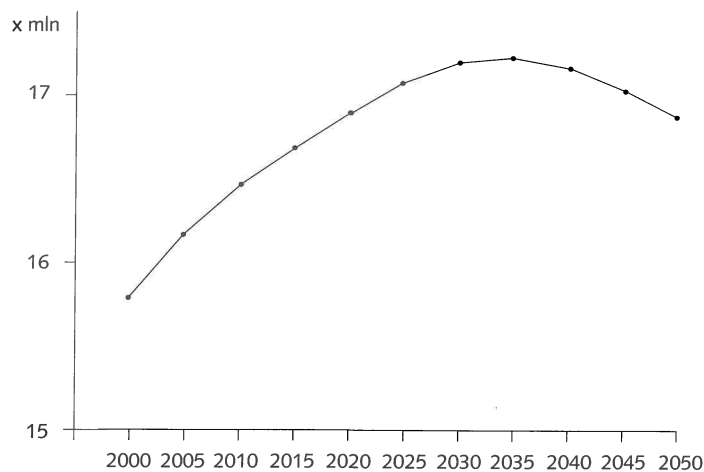
2.1 Demografische ontwikkelingen

Demografische ontwikkelingen hebben betrekking op de groei en de samenstelling van de bevolking. Ten aanzien van de groei wordt ingegaan op ontwikkelingen in de omvang van de bevolking, het aantal geboorten, sterfgevallen en de migratie. Ten aanzien van de samenstelling worden de leeftijdsopbouw en de burgerlijke staat van de bevolking beschreven.

2.1.1 Omvang van de bevolking (bijlagentabel A2.1)

Het aantal inwoners van Nederland groeit gestaag. Telde Nederland in 1990 14,8 miljoen mensen, op dit moment bedraagt het aantal ruim 15,5 miljoen (CBS, 1999). Sinds 1990 is de bevolking met circa 3,3% toegenomen. Jaarlijks neemt de bevolking met gemiddeld 0,5% toe. Overigens blijkt dat na een aantal jaren van dalende groeipercentages, vanaf 1997 het bevolkingsgroeipercentage weer toeneemt. Het aantal geboorten is hoger dan aanvankelijk gedacht. Deze omslag heeft tot gevolg dat de bevolkingsprognoses van het CBS voor de korte termijn – tot 2003 – iets naar boven zijn bijgesteld.

De prognose voor de langere termijn – tot het jaar 2050 – wordt iedere twee jaar bijgesteld. De meest actuele prognose is uit 1998. Volgens deze prognose zal de Nederlandse bevolking blijven groeien tot een maximale omvang van 17,2 miljoen inwoners in 2035. Daarna zal de bevolking afnemen (het aantal sterfgevallen overtreft dan het aantal geboorten). In figuur 2.1 wordt de lange-termijnbevolkingsprognose gepresenteerd.



Figuur 2.1 Inwoneraantal 1997-2050

Bron: Bevolkingsprognose CBS 1997, middenvariant.

2.1.2 *Geboorte (bijlagentabel A2.2)*

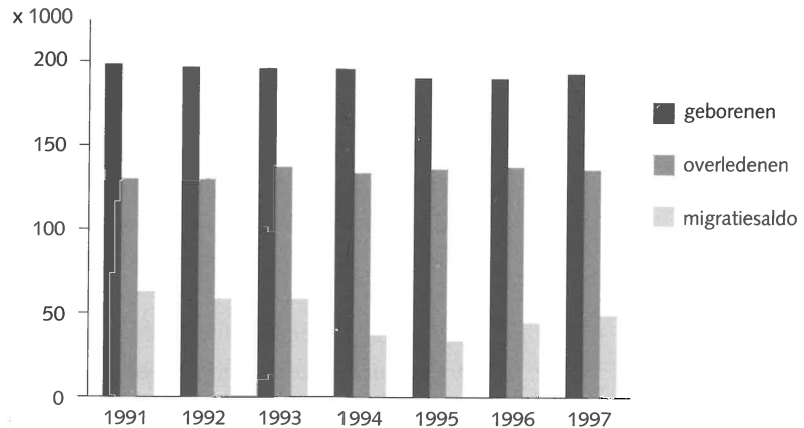
In de eerste helft van de jaren negentig liep het aantal geboorten terug van bijna 198.000 in 1990 naar 190.000 in 1996. In 1997 is echter weer sprake van een toename van het aantal geboorten (193.000) (tabel A2.2). In de nieuwste korte-termijnprognose (CBS, 1998) worden ook meer geboorten verwacht dan in de vorige prognose werd aangenomen. Volgens de nieuwste prognose zal het aantal geboorten in de periode 1998-2003 circa 2,5% hoger zijn dan aanvankelijk was voorspeld. Dit betekent in totaal 30.000 kinderen meer.

De leeftijd waarop vrouwen moeder worden nam de laatste jaren steeds toe, maar lijkt zich nu te stabiliseren (CBS, 1998). In 1990 was de gemiddelde leeftijd waarop een vrouw haar eerste kind kreeg 27,6 jaar. Dit is inmiddels al opgelopen tot bijna 29 jaar in 1996 en 1997. Overigens zijn er verschillen tussen vrouwen die in Nederland of in het buitenland zijn geboren. Zo zijn in 1997 de in Nederland geboren moeders bij hun eerste kind het oudst met gemiddeld 29,2 jaar, terwijl vrouwen geboren in Turkije gemiddeld het jongst zijn met 23,7 jaar. Hun gemiddelde leeftijd waarop het eerste kind wordt geboren is gedurende de jaren negentig het sterkst gestegen. Voor wat betreft de thuisbevallingen heeft het CBS in 1996/1997 weer een lichte stijging kunnen constateren ten opzichte van het voorgaande jaar: bijna 36% van de bevallingen vond thuis plaats tegen 34% in 1994/1995. In 1990 vond nog zo'n 38% van de bevallingen thuis plaats.

2.1.3 *Sterfte (bijlagentabel A2.3)*

Het aantal sterfgevallen in 1997 lag iets lager dan in 1996 (figuur 2.2), respectievelijk 135.800 en 137.600 sterfgevallen. Deze daling is opmerkelijk gezien het feit dat het aantal overledenen al gedurende vele jaren een geleidelijk stijgende trend vertoont (CBS, 1998). Het CBS verwacht – evenals in de vorige prognose – dat deze daling van tijdelijke aard is en dat – vanwege de toenemende vergrijzing van de bevolking – het jaarlijks aantal overledenen de komende decennia flink zal stijgen. De nieuwe korte-termijnsterfteprognose – tot het jaar 2003 – is derhalve niet bijgesteld.

Van de bijna 136.000 sterfgevallen in 1997 is ongeveer tweederde (87.000 mensen) overleden aan hart- en vaatziekten (doodsoorzaak nummer één) en kanker (doodsoorzaak nummer 2). Op de derde plaats volgen met 10% ziekten aan de ademhalingsorganen (CBS, 1998). Aan hart- en vaatziekten stierven er in 1997 ongeveer 50.000 mensen. Ten opzichte van 1996 is sprake van een daling van 3%. Aan kanker stierven ongeveer 37.000 men-



Figuur 2.2 Absoluut aantal geborenen, overledenen en het migratiesaldo 1990-1997

Bron: CBS, Statistisch jaarboek (1993, 1997, 1999).

sen en aan ademhalingsziekten, voornamelijk longontsteking en cara, overleden ruim 13.000 mensen.

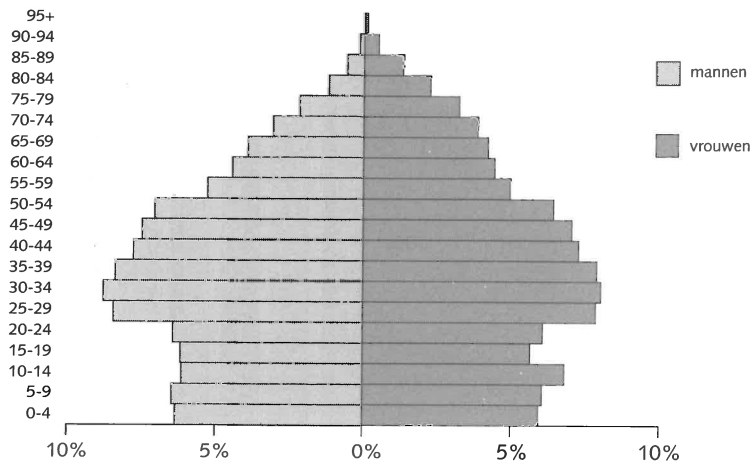
Bij mannen is het acute hartinfarct de belangrijkste doodsoorzaak, gevolgd door longkanker en herseninfarct. Bij vrouwen is het herseninfarct de belangrijkste doodsoorzaak, gevolgd door het acute hartinfarct en borstkanker.

Het CBS signaleert de laatste jaren een toenemend aantal vrouwen dat overlijdt aan longkanker. Verder blijkt dat relatief veel bejaarde vrouwen overlijden als gevolg van een val binnen of om het huis. Hieraan overlijden tweemaal zoveel vrouwen dan mannen. Deels heeft dat te maken met het feit dat vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen. Het CBS meldt in totaal 1542 dodelijke valpartijen in 1997.

2.1.4 Migratie (bijlagentabel A2.4)

Begin jaren negentig kwamen jaarlijks bijna 120.000 immigranten naar Nederland. Het migratiesaldo (aantal immigranten minus het aantal emigranten) bedroeg jaarlijks zo'n 50.000 personen. In 1993 en 1994 werden verschillende immigratiebeperkende maatregelen van kracht waardoor er destijds een einde kwam aan de stijging van het aantal immigranten. Vanaf 1996 was er weer sprake van een toename en in 1997 handhaafde de immigratie zich op ongeveer hetzelfde niveau (De Beer, 1998).

Emigratiecijfers vertonen een stijging tot 1997: van ruim 57.000 in 1990 tot



Figuur 2.3 Leeftijdsopbouw naar geslacht per 1 januari 1998

Bron: CBS en VWS, Gezondheidsvademecum (1998).

ruim 65.000 in 1996. In 1997 hebben minder Nederlanders zich in het buitenland gevestigd. Figuur 2.2 laat zien dat het migratiesaldo een lichte stijging vertoont ten opzichte van voorgaande jaren. In paragraaf 2.3 wordt nader ingegaan op zorg en etniciteit.

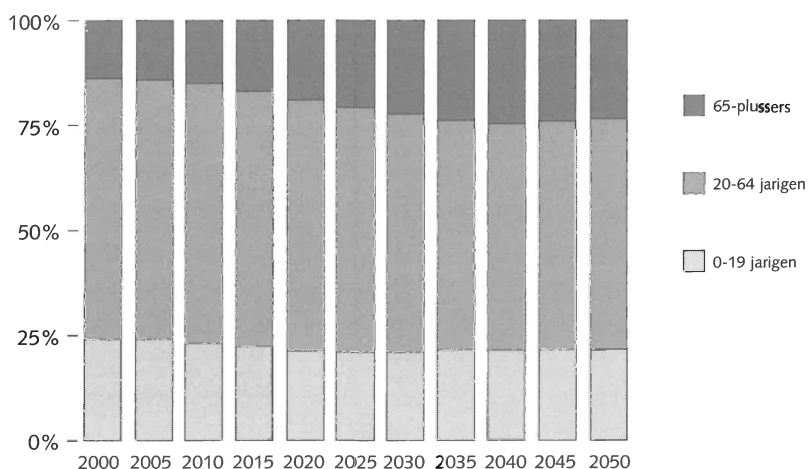
2.1.5 Leeftijdsverdeling (bijlagetabel A2.5)

Al sinds de jaren zestig neemt het percentage personen jonger dan 19 jaar af: van 37% toen naar ruim 24% nu. In figuur 2.3 is de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking weergegeven. Uit deze figuur kan worden afgeleid dat de meeste inwoners tussen de 25 en 40 jaar zijn.

Het aandeel ouderen vanaf 65 jaar bedroeg in 1997 13,4%, tegen 12,8% in 1990. Voor de komende jaren wordt verwacht dat dit percentage zal blijven stijgen (figuur 2.4).

In de afgelopen 25 jaar is het aantal personen in de leeftijdsgroep van 55 en ouder met 40% gegroeid, terwijl voor de komende 25 jaar een groei wordt voorzien van 60% (SCP, 1998). Vanaf het jaar 2000 zal de oudere bevolking versneld toenemen, waarbij de dubbele vergrijzing – de gemiddeld snellere groei van het aantal hoogbejaarden – wat zal afvlakken (SCP, 1998).

Vergrijzing van de bevolking vormt een belangrijke factor voor de vraag naar zorg. Ouderen die thuis zorg ontvangen (ongeveer 25% van de huishoudens) krijgen die meestal van personen uit hun sociale netwerk.



Figuur 2.4 Samenstelling van de bevolking naar leeftijd tot 2050

Bron: Bevolkingsprognose 1997, middenvariant.

Alleenstaanden, hoogbejaarden, mensen met ernstige beperkingen en ouderen met een laag inkomen ontvangen vaker informele zorg dan anderen (SCP, 1998). Onder de ouderen van 80 jaar en ouder en onder de 'ernstig beperkten' krijgt ruim de helft informele zorg. Van de 'ernstig beperkten' krijgt circa de helft formele thuiszorg van gezinsverzorging en wijkverpleging. Van de alleenstaande ouderen met fysieke beperkingen ontvangt 80% enigerlei vorm van hulp. Dit betekent dat zo'n 20% geen hulp thuis ontvangt, terwijl zij wel ernstige fysieke beperkingen hebben (SCP, 1998). Volgens het SCP spitst het problematische van de leefsituatie van ouderen zich toe op de samenhang tussen inkomen en de zorgbehoefte. Het inkomen is de laatste jaren weliswaar verbeterd (zie ook paragraaf 2.3), maar de zorgbehoefte kan kennelijk niet altijd worden vervuld.

2.1.6 Burgerlijke staat

Gescheidenen komen 'ongunstig uit de bus' in vergelijking met de totale bevolking voor wat betreft de meeste gezondheidsindicatoren (RIVM, 1997). Gezondheidsindicatoren zijn bijvoorbeeld: gezondheidsklachten, ervaren gezondheid, psychische problematiek en sterfte. Gehuwden (of samenwonenden) blijken het gezondst, daarna de ongehuwden. Gehuwde mannen en vrouwen hebben ook de minste psychische stoornissen. Bij vrouwen komen psychische stoornissen het meest voor onder weduwen en gescheidenen. Daarna volgen de nooit-gehuwden. Bij mannen hebben de

nooit-gehuwden en de gescheidenen de meeste psychische stoornissen (RIVM, 1997).

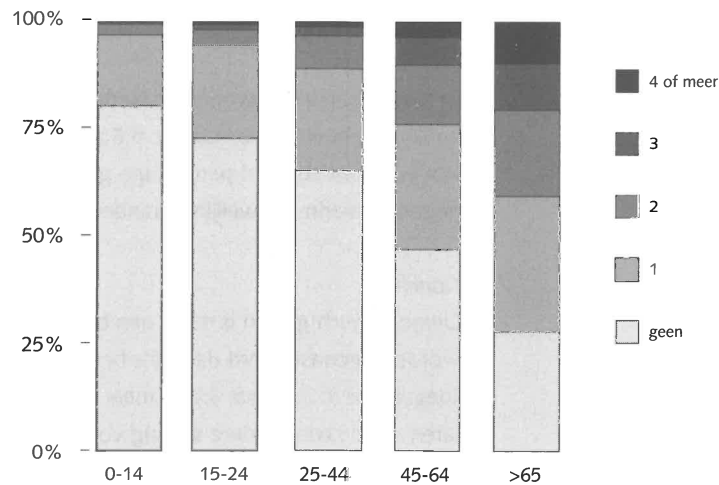
In cijfers: van alle inwoners in Nederland is in 1998 zo'n 45% gehuwd en 44% ongehuwd. Daarnaast is 5,6% weduwe en 5,2% gescheiden. Afgezien van een licht stijgend percentage gescheidenen is in de loop van de jaren negentig hierin nauwelijks verandering opgetreden.

2.1.7 *Conclusie*

Demografisch gezien is 1997 een bijzonder jaar. In de eerste plaats moet worden geconstateerd dat voor het eerst sinds jaren het aantal geboorten is toegenomen; in totaal 3.000 meer dan in 1996. Ook voor de komende jaren wordt een verdere stijging voorzien. Dit zou gevolgen kunnen hebben voor de kraamzorg. Daar komt bij dat ook het aandeel thuisbevallingen in 1997 is gestegen. De kraamzorg thuis zal dus te maken krijgen met een toenemende vraag. Verder bleek dat in 1997 het aantal sterfgevallen iets is afgenomen. Dit in tegenstelling tot de trend in de afgelopen jaren waarin sprake was van een jaarlijkse toename van het aantal sterfgevallen. Het CBS merkt echter op dat de verandering slechts van tijdelijke aard is. Met name de vergrijzing zal verantwoordelijk zijn voor een toenemende groei in vraag naar verpleging en verzorging.

2.2 **Epidemiologische ontwikkelingen**

Behalve ontwikkelingen ten aanzien van de omvang en samenstelling van de bevolking, zijn ook ontwikkelingen ten aanzien van veelvoorkomende ziekten en aandoeningen van belang voor de verpleging en verzorging. In deze paragraaf komen de volgende aandoeningen aan bod: chronische aandoeningen (waaronder cara, reuma en diabetes), kanker, infectieziekten (waaronder aids) en, nieuw ten opzichte van de vorige jaarpublicatie, psychische stoornissen. Gekeken is naar trends op basis van het voorkomen van ziekten in het (recente) verleden en naar mogelijke ontwikkelingen in de (nabije) toekomst. Hiervoor is voornamelijk gebruikgemaakt van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM (1997). Behalve trends en verwachtingen voor de toekomst is ook gekeken naar het voorkomen van ziekten op dit moment. Deze cijfers zijn ontleend aan (een nieuwe editie van) het Vademecum Gezondheidsstatistiek van het CBS (1998). Hierbij moet worden opgemerkt dat het voorkomen van aandoeningen gebaseerd is op zelfrapportage, hetgeen niet altijd overeen hoeft te komen met gediagnosticeerde ziekten.



Figuur 2.5 Aantal langdurige aandoeningen naar leeftijd

Bron: CBS en VWS, Gezondheidsvademeccum (1998).

2.2.1 Chronische aandoeningen (bijlagentabel A2.6)

Uit bovenstaande figuur blijkt dat met de leeftijd het risico op het hebben van een chronische aandoening groter wordt.

Enkele veelvoorkomende chronische aandoeningen zijn: cara, reuma en diabetes mellitus. Van de Nederlandse bevolking leed in 1997 respectievelijk 8%, 3,1% en 1,9% aan deze aandoeningen (CBS, 1998). Vanaf 1990 neemt het percentage mensen dat aan cara en reuma lijdt, toe. Zo is het percentage carazieken gestegen met 2% en is het aandeel mensen dat reuma heeft met 0,6% gestegen ten opzichte van 1990. Het aantal mensen met diabetes, blijft nagenoeg stabiel. Deze groei zal met de (dubbele) vergrijzing samenhangen. Uit tabel A2.6 blijkt ook dat over het algemeen cara en reuma met name voorkomen onder oudere mensen. Reuma komt bijna tweemaal zo vaak voor bij vrouwen dan bij mannen (tabel A2.6). De afgelopen tien jaren hebben zich verder geen noemenswaardige veranderingen voorgedaan voor wat betreft de prevalentie van chronische ziekten. Meer van belang voor de verpleging en verzorging is de voorspelling van het RIVM (1997) dat het aandeel mensen dat in de nabije toekomst (tot 2015) cara of reuma heeft, met zo'n 25 tot 35% zal toenemen. Het percentage mensen dat diabetes zal krijgen, zal eveneens toenemen, met maar liefst 35 tot 45%. Zoals eerder genoemd zijn deze enorme groeicijfers meer het gevolg van demografische ontwikkelingen dan dat er sprake zou zijn van epidemiologische veranderingen.

2.2.2 *Kanker*

Sinds 1990 zijn er geen noemenswaardige veranderingen opgetreden in het voorkomen van kanker in onze bevolking (CBS, 1998). Voor gegevens over een langere periode wordt verwezen naar de VTV van het RIVM (1993 en 1997).

Voor mannen geldt over het algemeen een hoger (cumulatief) risico (30,7%) op het krijgen van kanker dan vrouwen (24%). Vanaf de leeftijd van 65 jaar worden bij mannen bijna twee keer zoveel nieuwe gevallen van kanker geconstateerd dan bij vrouwen. Het hoogste (cumulatieve) risico voor mannen geldt ten aanzien van het krijgen van longkanker (8,3%), prostaat­kanker (6,3%) en darmkanker (2,7%). Voor vrouwen is dat borstkanker (9,4%) en darmkanker (2,2%).

Tot het jaar 2015 heeft het RIVM (1997) voor verscheidene vormen van kanker een flinke stijging voorspeld, variërend van 25% (borstkanker) tot 60% (slokdarmkanker, maagkanker, longkanker en prostaat­kanker). Deze stijging kan niet geheel los worden gezien van de groei en de vergrijzing van de bevolking (demografische ontwikkelingen), omdat kanker met name voorkomt onder oudere mensen. Voor de behoefte aan zorg maakt dat echter weinig uit; er zal steeds meer behoefte zijn aan specialistische (ouderen)zorg.

2.2.3 *Infectieziekten (bijlagentabel A2.7)*

In de VTV (1997) worden ontwikkelingen ten aanzien van infectieziekten beschreven vanaf 1985. Hieruit blijkt dat er (sinds 1990) zich geen grote veranderingen hebben voorgedaan in het voorkomen van of sterfte ten gevolge van infectieziekten. Tot het jaar 2015 verwacht het RIVM voor de meeste infectieziekten een geringer veranderingpercentage dan voor chronische aandoeningen en kanker, namelijk -5% tot 25%. De verklaring hiervoor is gelegen in het feit dat infectieziekten meer gespreid over de leeftijden voorkomen, in tegenstelling tot chronische ziekten en kanker die zich met name onder ouderen manifesteren.

De meest recente cijfers over het voorkomen van aids (CBS, 1998, zie tabel A2.7) laten zien dat het maximum aantal *gemelde* ziektegevallen (522) bereikt is in 1995. Dit geldt zowel voor mannen (439) als voor vrouwen (83).

Tot het jaar 2015 heeft het RIVM (1997) een lichte daling voorspeld van 0-5%. Wel zal de behoefte aan zorg voorlopig blijven toenemen vanwege een nog steeds toenemend aantal sterfgevallen.

2.2.4 *Psychische stoornissen*

Voor het bekijken van trends en mogelijke ontwikkelingen in de toekomst, heeft het RIVM (1997) gekeken naar zeven psychische stoornissen, te weten: dementie, schizofrenie, depressie, angststoornissen, afhankelijkheid van alcohol of drugs, verstandelijke handicap en psychische problematiek bij kinderen en jeugd. Deze selectie is gemaakt op basis van hun bijdrage aan het totaal aantal ziektegevallen en (vroegtijdige) sterfte in de bevolking. Er wordt in toenemende mate gebruikgemaakt van geestelijke hulpverlening (zie paragraaf 2.4), met name de vraag naar ambulante hulpverlening is toegenomen en neemt nog steeds toe. Volgens het RIVM (1997) zijn de belangrijkste verklaringen gelegen in een toenemende bewustwording in de bevolking van het bestaan van psychische stoornissen en het besef, zowel in de bevolking als bij medici, dat psychische stoornissen behandelbaar zijn. Door verschillende diagnostische systemen en zorgregistraties is het problematisch om trends weer te geven, aldus het RIVM. Gesignaleerde trends duiden eerder op 'wijzigingen in de "populariteit" van diagnoses'. Toch heeft het RIVM per stoornis ontwikkelingen in het voorkomen kunnen beschrijven. Zoals de voorgaande zinnen reeds doen vermoeden, is er over het algemeen sprake van een stijging van zowel het aantal nieuwe diagnoses als het aantal reeds gediagnosticeerde ('bekende') patiënten. Een uitzondering hierop vormt het voorkomen van schizofrenie. Ook blijkt het aantal en het aandeel mannen dat in verband met alcoholproblematiek een beroep op de zorg doet, te zijn afgenomen, terwijl dat voor vrouwen is toegenomen. Het voert voor deze publicatie helaas te ver om deze ontwikkelingen per stoornis te beschrijven. Voor details wordt de lezer verwezen naar de VTV (1997).

Tot het jaar 2015 voorspelt het RIVM een stijging van 5 tot 15% van zowel het aantal nieuwe als het aantal bekende gevallen van schizofrenie en van het aantal nieuwe gevallen van angststoornissen en een stijging van 15 tot 25% van het aantal nieuwe en bekende gevallen van depressie en het aantal bekende gevallen van angststoornissen. Voor het voorkomen van dementie verwacht het RIVM een stijging van 35 tot 45%, zowel voor wat betreft de bestaande gevallen als het aantal nieuwe gevallen. Het voorkomen van verstandelijke handicaps blijft gelijk of zal zelfs iets dalen (-5%). Toekomstvoorspellingen ten aanzien van de overige stoornissen, dus alcohol- en drugsverslaving en de jeugdproblematiek, worden in dit kader niet gedaan.

2.2.5 *Conclusie*

Op epidemiologisch gebied hebben zich de afgelopen jaren enkele veranderingen voorgedaan die relevant zijn voor de verpleging en verzorging.

Noemenswaardig in dit kader is een lichte stijging van het percentage mensen met reuma of cara. Voor een deel kan deze stijging toegeschreven worden aan de veranderde samenstelling van de bevolking (demografische ontwikkelingen). Dit geldt zeker voor de toekomst: voornamelijk als gevolg van de bevolkingsgroei en -samenstelling wordt tot 2015 een sterke toename van het aantal chronisch zieken en mensen met kanker verwacht. Voor het voorkomen van infectieziekten worden veel lagere groeipercentages verwacht. Ten slotte worden voor psychische stoornissen verschillende groeicijfers vermeld: van een stabiel of zelfs mogelijk dalend percentage mensen met een verstandelijke handicap tot een sterk groeiende groep mensen dat lijdt aan dementie. Geconcludeerd kan worden dat – hand in hand met de demografische ontwikkelingen – ook epidemiologische ontwikkelingen een grote druk zullen leggen op de beschikbare verpleging en verzorging.

2.3 **Sociale en culturele ontwikkelingen**

Op sociaal en cultureel terrein kunnen vier ontwikkelingen worden onderscheiden, relevant voor de vraag naar verpleging en verzorging, te weten: de maatschappelijke positie, beschreven aan de hand van de onderwijs-, arbeids- en inkomenssituatie, de etniciteit, de huishoudenssituatie en de mantelzorg.

2.3.1 *Onderwijs, arbeid en inkomen*

Onderwijs, arbeid en inkomen zijn relevante factoren voor de vraag naar zorg: een lage opleiding, een geringe arbeidsdeelname en een laag inkomen staan ieder voor zich, maar ook bij elkaar opgeteld in relatie tot een grotere behoefte aan zorg (SCP, 1997). Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau (1998) laten de trends ten aanzien van onderwijs, arbeid en inkomen een positief beeld zien.

Als gevolg van de toegenomen arbeidsdeelname is het opleidingsniveau van de bevolking de afgelopen decennia aanzienlijk gestegen (SCP, 1998). Het percentage hoogopgeleiden (HBO/WO-niveau) is meer dan verdubbeld tot 21% in 1996, terwijl het aantal laagopgeleiden sterk is verminderd: in 1996 had een op de zeven volwassenen niet meer dan basisonderwijs gevolgd. Met het stijgen van het opleidingsniveau is de ongelijkheid van de opleidingsverdeling verminderd. Doordat de opleidingsverdeling aan de bovenkant begrensd is – in tegenstelling tot bijvoorbeeld de inkomensverdeling –

heeft de stijging van het opleidingsniveau geleid tot een meer gelijkmatige spreiding (SCP, 1998).

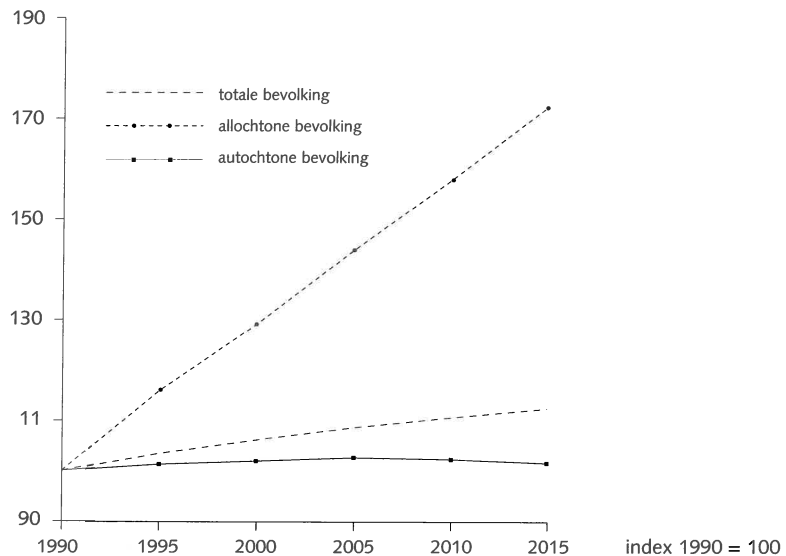
In sommige bevolkingsgroepen is er evenwel sprake van een hoger aandeel laagopgeleiden (SCP, 1998). Een voorbeeld daarvan zijn de ouderen: met name het opleidingsniveau van oudere vrouwen is laag: 42% van vrouwen van 55 jaar en ouder heeft niet meer dan basisonderwijs genoten. Ook onder sommige etnische minderheden wordt een hoger percentage lager opgeleiden aangetroffen (SCP, 1998). Meer dan 60% van de Turkse/Marokkaanse volwassenen heeft hoogstens basisonderwijs gevolgd. De arbeidsmarkt laat de laatste jaren een voorspoedige ontwikkeling zien (SCP, 1998). Na een 'milde recessie' in 1993 is sinds 1994 de werkzame beroepsbevolking met bijna een half miljoen personen gegroeid. Deze groei is nog steeds gaande, vooral ook ten gevolge van de toetreding van vrouwen tot de arbeidsmarkt (SCP, 1998). Door de groei van de beroepsbevolking daalt het aantal werklozen minder snel, al bereikte ze begin 1998 een bijna even laag punt als in 1991. Blijkens recente cijfers zet de daling zich voort, aldus het SCP.

Volgens het SCP (1998) heeft het inkomensbeleid van het kabinet-Kok (1994-1998), dat zich richtte op een evenwichtige inkomens- en welvaartsverdeling en daartoe veel aandacht besteedde aan de verbetering van de inkomenspositie van de laagste inkomensgroepen, nog geen statistisch meetbare vruchten afgeworpen. De inkomensontwikkeling is sinds de laatste recessie betrekkelijk stabiel tot licht stijgend. Het SCP signaleert dat met name in het jaar 1997-1998 het gemiddelde koopkrachtbeeld gunstiger is dan dat van de voorgaande jaren met een gemiddelde verbetering van 2,74%, waarbij uitkeringsgerechtigden en gepensioneerden met een laag inkomen uitschieters (naar boven) zijn. Door deze koopkrachtverbetering neemt de inkomensongelijkheid iets af. Het is evenwel moeilijk aan te geven wat hiervan de consequenties zijn voor de vraag naar zorg.

2.3.2 *Allochtone bevolking (bijlagentabel A2.8)*

Uit figuur 2.6 blijkt dat er een groot verschil is in groei tussen allochtone en autochtone mensen. Binnen de allochtone bevolking neemt het aantal Turken en Marokkanen het snelst toe (zie ook tabel A2.8). Hierbij is uitgegaan van de zogenaamde 'ruime definitie': de persoon zelf en/of een van beide ouders is in het buitenland geboren (CBS, 1998).

Voor wat betreft de gezondheidstoestand heeft het RIVM (1997) een vergelijking gemaakt tussen enerzijds Turken, Marokkanen, Surinamers en

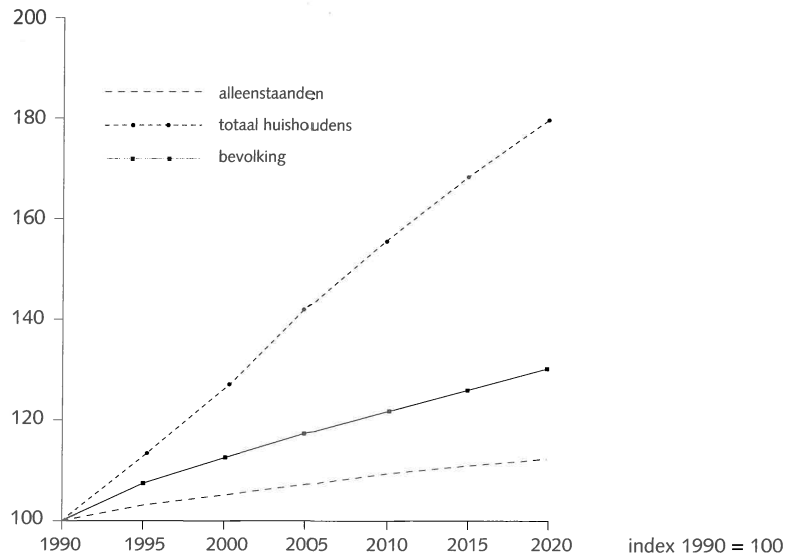


Figuur 2.6 Groei (allochtone en autochtone) bevolking (1990 = 100)

Bron: CBS, Bevolkingsprognose en allochtonenprognose (1997).

Antillianen en anderzijds de autochtone bevolking op basis van vier gezondheidsindicatoren (chronische aandoeningen, ervaren ongezondheid en gezondheid en sterfte) en, als maat voor de psychische gezondheid, het aantal opnames in de psychiatrie. Over het algemeen wijst deze vergelijking op een achterstand ten opzichte van de autochtone bevolking, zowel voor wat betreft de lichamelijke als de geestelijke gezondheidstoestand. Ook is de sterfte onder de meeste groepen allochtonen hoger, met name onder de jongste leeftijdsgroepen. De sterfte rond de geboorte is 1,5 tot 2 keer zo hoog als onder de autochtone bevolking. Echter, het RIVM waarschuwt voor te snelle conclusies: de sterfte onder volwassen Antillianen is weer lager dan die van de autochtone bevolking.

Zoals reeds in de vorige uitgave van *Verpleging en Verzorging in kaart gebracht 1998* is vermeld, bestaat er het vermoeden dat allochtone mensen minder gebruikmaken van de gezondheidszorg. Kennelijk beschikken allochtonen over uitgebreide sociale netwerken waarbinnen het verlenen van mantelzorg meer vanzelfsprekend is dan voor de autochtone bevolking. Ook is het niet altijd even duidelijk of allochtonen op de hoogte zijn van de beschikbare voorzieningen in de gezondheidszorg. Er lijkt hier een belangrijke taak te zijn weggelegd voor met name verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, niet alleen in de preventieve sfeer, maar ook ter ondersteuning van de mantelzorgers (zie ook paragraaf 2.3.4)



Figuur 2.7 Groei huishoudens en alleenstaanden ten opzichte van de totale bevolking

Bron: CBS, Huishoudensprognose en bevolkingsprognose (1997).

2.3.3 Huishoudenssituatie (bijlagentabellen A2.9 en A2.10)

Het is een gegeven dat de fysieke en mentale gezondheid van alleenwonende personen slechter is dan die van personen die met anderen wonen (Van der Heijdt en Van Hoorn, 1995). Ontwikkelingen in de groei van het aantal eenpersoonshuishoudens worden in figuur 2.7 gegeven.

Uit de figuur blijkt dat het totale aantal huishoudens sneller groeit dan de bevolking. De oorzaak hiervan is dat steeds meer mensen alleen wonen. Deze ontwikkeling is relevant voor de zorgvraag aangezien alleenstaanden vaker gebruikmaken van gezondheidszorgvoorzieningen. Zo blijkt uit tabel A2.10 (bijlage) dat – over een jaar gemeten – 15% van de alleenstaande 65-plussers verzorgd of verpleegd wordt door 'anderen dan gezinsleden of huisgenoten', tegen 9% van de 65-plussers die samenleven (CBS, 1997). Met een toenemend aantal (oudere) alleenstaanden zal ook de vraag naar thuiszorg blijven toenemen.

2.3.4 Mantelzorg

Verschillende berichten over mantelzorg verschijnen in de pers: 'Steeds meer Nederlanders verzorgen naaste', zo kopt Unie KBO in een persbericht d.d. 7

oktober 1998. 'Steeds minder mensen geven steeds meer zorg', aldus Van der Heijden (1997). Wat zijn de feiten? Volgens het RIVM (1997) bieden 1,3 miljoen mensen in Nederland, ongeveer 11% van de volwassen bevolking, mantelzorg. Gezamenlijk produceren zij 400 miljoen uur zorg (Van der Heijden, 1997). Dat is ongeveer acht keer zoveel als de professionele gezinszorg. Een mantelzorger biedt gemiddeld vijf uur zorg per week. Zo'n 15% van alle mantelzorgers werkt per week meer dan twintig uur en de helft werkt een tot vijf uur. Bijna de helft is al langer dan 10 jaar mantelzorger, eenderde vijf tot tien jaar (Van der Heijden, 1997).

Volgens Van der Heijden telt Nederland 1,5 miljoen mensen die niet helemaal voor zichzelf kunnen zorgen; meer dan de helft van hen krijgt alleen informele zorg, ofwel zorg van vrijwilligers of mantelzorgers. Zelfs van de ouderen met ernstige beperkingen ontvangt 30% uitsluitend informele hulp, 27% combinaties van informele en thuiszorg en 20% geen hulp (Timmermans, e.a., 1997).

De verwachting is dat het aantal chronisch zieken stijgt en dat een stijgend aantal zelfstandig wonende 65-plussers thuis hulp nodig heeft (zie voorgaande paragrafen). Bij een niet of nauwelijks groeiende professionele thuiszorg en een stabiel blijvend percentage mantelzorgers (Van der Heijden, 1997) zal de belasting voor mantelzorgers alleen maar toenemen. Vermij (1997) signaleert dat een kwart van de mantelzorgers 'ernstig overbelast' is. Ter verlichting van de belasting en ter versterking van de draagkracht van een mantelzorger zijn er inmiddels verschillende projecten en initiatieven in het leven geroepen (Van der Heijden, 1997). Over het algemeen kunnen drie ontwikkelingen onderscheiden worden. In de eerste plaats gaat het om de verbetering van de professionele en vrijwillige hulpverlening, bijvoorbeeld door tijdelijke overname van zorg. Voorbeelden hiervan zijn aanvullende zorgvormen van bijvoorbeeld verpleeghuizen die dagen of dagdelen overnemen van de mantelzorg in de vorm van dagopvang of dagbehandeling. Een tweede ontwikkeling is de oprichting van steunpunten voor mantelzorgers en de organisatie van ondersteuningsgroepen, cursussen, trainingen en voorlichtingsbijeenkomsten voor mantelzorgers. Ten derde zijn er enkele voorzieningen die de druk op de mantelzorg verminderen. Patiënten kunnen bijvoorbeeld aanpassingen voor hun woning aanvragen in het kader van de Wet Voorzieningen gezondheidszorg.

2.3.5 Conclusie

In deze paragraaf is een aantal sociale en culturele ontwikkelingen onderscheiden dat relevant is in het kader van de behoefte aan zorg, te weten: de

maatschappelijke positie, oftewel onderwijs-, arbeids- en inkomensontwikkelingen, de groei van het aantal allochtone mensen, een toenemend aantal eenpersoonshuishoudens en, voor een deel daarmee samenhangend, ontwikkelingen binnen de mantelzorg.

Met betrekking tot de onderwijs-, arbeids- en inkomensverdeling lijkt de ongelijkheid tussen verschillende bevolkingsgroepen af te nemen. Hoe dit zich laat vertalen in de behoefte aan zorg is moeilijk aan te geven. Er is in ieder geval geen sprake van een verslechtering van de maatschappelijke positie die de andere ontwikkelingen zou kunnen versterken. Zoals het feit dat binnen onze bevolking het aantal allochtonen een snel groeiende groep vormen, met name het aantal Turken en Marokkanen. Een vergelijking met de gezondheidstoestand van autochtonen leert namelijk dat over het algemeen allochtonen een slechtere gezondheid hebben. Met name voor de thuis- en kraamzorg lijkt een belangrijke taak te zijn weggelegd, zowel voor wat betreft preventieve zorg als ondersteuning van de mantelzorg. Een andere verandering in de bevolking heeft betrekking op een groeiende groep alleenstaanden. Deze groep (vooral 65-plussers) maken vaker gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen dan samenlevenden. Deze ontwikkeling legt een druk op de thuiszorg en andere vormen van ouderenzorg. In aansluiting hierop kan vermeld worden dat voor wat betreft de mantelzorg de maat vol is: verschillende bronnen maken melding van het feit dat de rek eruit is. Mantelzorgers zouden acht keer meer uren zorg verlenen dan de professionele gezins- en thuiszorg. Dit is op zich niet zo opzienbarend ware het niet dat er duidelijke signalen zijn van een stijgende zorgbehoefte bij een stabiel blijvend aantal mantelzorgers.

Kortom, los van demografische en epidemiologische ontwikkelingen, kan gesteld worden dat ook sociale en culturele ontwikkelingen hun invloed doen gelden op de vraag naar – met name – ouderen- en thuiszorg.

2.4 Ontwikkelingen in het gebruik van verzorging en verpleging

In de voorgaande paragrafen is ingegaan op trends en mogelijke ontwikkelingen in de toekomst die van invloed zijn (geweest) op de zorgbehoefte. In deze paragraaf wordt per sector het daadwerkelijke gebruik van de verpleging en verzorging van de afgelopen jaren belicht evenals de verwachte groei in de nabije toekomst (tot het jaar 2002). Beleidsontwikkelingen zijn in deze paragraaf geïntegreerd omdat deze meer van invloed zijn op het zorggebruik dan op de behoefte aan verpleging en verzorging. Gebruik van zorg (ook wel als 'productie' of 'vraagvolume' van een zorginstelling aangeduid) is in dit kader beschreven in termen van aantal opnamen, dagopnamen,

verpleegdagen, cliënten, enz. Hiertoe is hoofdzakelijk gebruikgemaakt van het rapport van de onderzoekscommissie De Vries (1998) getiteld 'Gezondheidszorg in Tel 6' ('GiT 6'). Daar waar andere bronnen zijn gebruikt, worden deze genoemd. Gedetailleerde informatie is te vinden in de tabellen A2.11 tot en met A2.26 in de bijlage. Om de groei van de productie van verpleging en verzorging te kunnen vergelijken met algehele groei binnen de gezondheidszorgsector zijn in de tabellen ook daarvan gegevens opgenomen.

2.4.1 Ziekenhuiszorg (bijlagentabellen A2.11 t/m A2.13)

De commissie GiT maakt in haar beschrijving van de ziekenhuiszorg onderscheid naar algemene, academische en categorale ziekenhuizen (bijvoorbeeld revalidatiecentra). Deze ziekenhuizen kennen twee functies: de behandel- en verpleegfunctie, waarbij de verpleegfunctie gevormd wordt door de verpleging en verzorging van dagbehandelings- en klinische patiënten. Indicatoren voor de verpleegfunctie zijn: het aantal verpleegdagen, het aantal dagopnamen en een intensiteitsindex. Deze index is weer samengesteld uit de ontwikkeling van het aandeel 65-plus patiënten en de gemiddelde verpleegduur.

Het aantal *dagopnamen* groeit al jaren gestaag. In 1997 bedroeg deze toename voor de algemene ziekenhuizen 7% en voor de academische ziekenhuizen 7,8%. Deze groei kan verklaard worden uit het feit dat de klinische opname steeds vaker wordt vervangen door een dagopname. Tot en met het jaar 2002 wordt per jaar voor de algemene ziekenhuizen een groei van 8,4% verwacht, tegen 3,9% voor de academische ziekenhuizen.

De gemiddelde *verpleegduur* wordt in de algemene en in de academische ziekenhuizen steeds korter. Als gevolg hiervan neemt het aantal verpleegdagen af. Sinds 1991 bedraagt deze daling 2,1% voor de algemene ziekenhuizen en 1% voor de academische ziekenhuizen. Volgens de commissie GiT wordt de invloed van deze sterke daling geremd door het groeiend aandeel van de 65-plussers die een langere verpleegduur hebben. Voor de toekomst voorspelt ze dan ook per jaar een daling van het aantal verpleegdagen van respectievelijk 2% en 0,6% voor de algemene en academische ziekenhuizen. Voor wat betreft de revalidatiecentra geldt een afwijkend betoog. Het aantal klinische opnamen is gedaald met gemiddeld 1,3% per jaar sinds 1991. Deze daling komt mede voort uit het gevoerde beleid; alleen de zwaardere behandelingen vinden klinisch plaats. Hierdoor neemt het aantal verpleegdagen en de zorgintensiteit per opname toe. Sinds 1991 wordt voor wat betreft het aantal verpleegdagen jaarlijks een geringe groei waargeno-

men. Voor de toekomst wordt eveneens een beperkte groei voorspeld (0,4%).

De dagopnamen en de klinische verpleegdagen vormen samen het *totaal aantal verpleegdagen*. Zowel voor de algemene als de academische ziekenhuizen geldt dat de sterke groei van het aantal dagopnamen niet opweegt tegen de daling van het aantal verpleegdagen: in de periode 1991-1997 nam het totaal aantal verpleegdagen af met gemiddeld 1,7% per jaar voor de algemene ziekenhuizen en 0,8% voor de academische ziekenhuizen, terwijl de commissie voor de toekomst een daling van respectievelijk 1,2% en 0,5% per jaar voorspelt.

De kortere verpleegduur en het toenemend aandeel van de 65-plussers in het totaal van de verpleegdagen betekenen een *verzwaring van de zorg*. De commissie GiT heeft deze twee aspecten verwerkt in een index en zij stelt vast dat sinds 1982 een verpleegdag in een algemeen ziekenhuis gemiddeld 26,8% intensiever is geworden. De verzwaring van zorg in academische ziekenhuizen wordt afgezet tegen het jaar 1989, waarbij de commissie een verschil van 9,3% constateert. De invloed van 65-plus patiënten is in academische ziekenhuizen kleiner dan in algemene ziekenhuizen omdat de 65-plussers in de patiëntenpopulatie van de academische ziekenhuizen een relatief kleine groep vormen.

De commissie verwacht dat deze intensiteitsindex zal blijven toenemen met gemiddeld 1,5% per jaar in algemene ziekenhuizen en 1,4% in academische ziekenhuizen.

In zijn *totaliteit*, dus de aantallen verpleegdagen en de intensivering van zorg bij elkaar opgeteld, is de 'productie' binnen de verpleging en verzorging in algemene ziekenhuizen sinds 1991 jaarlijks afgenomen met 0,2%. Aan deze ontwikkeling lijkt een einde te zijn gekomen: het aantal verpleegdagen zal als gevolg van het toenemend aantal ouderen met een lange en intensieve verpleegduur minder snel dalen. In de academische ziekenhuizen is geen sprake van een daling: sinds 1991 is de 'productie' van verpleging en verzorging gegroeid met 0,4% en wordt voor de toekomst uitgegaan van een groei van 0,9%.

2.4.2 *Geestelijke gezondheidszorg (bijlagetabellen A2.14 t/m A.2.18)*

De commissie GiT maakt in haar beschrijving van de geestelijke gezondheidszorg onderscheid naar psychiatrische ziekenhuizen, beschermde woonvormen, ambulante geestelijke gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg voor kinderen.

De 'productie' binnen *psychiatrische ziekenhuizen* bestaat uit klinische

opnamen, waarbij cliënten soms voor enkele weken, soms voor vele jaren worden opgenomen. Daarnaast vormt de deeltijdbehandeling een onderdeel. Hierbij komen mensen enkele dagen per week voor een aantal uren per dag naar het ziekenhuis. Ten derde is er de polikliniek waar patiënten met een zekere regelmaat langskomen voor therapie of medicatie.

Voor wat betreft de *klinische zorg* neemt de commissie GiT twee tegengestelde bewegingen waar: enerzijds neemt sinds 1991 het aantal opnamen toe (jaarlijks met 3,6%), anderzijds neemt in dezelfde periode het aantal verpleegdagen af (met 0,8%) als gevolg van een gemiddeld kortere verblijfsduur. In 1997 waren deze percentages nog extremer: 7,5% en 3,5%. De sterke groei van het aantal opnamen kan verklaard worden uit de opkomst van de kortdurende opname (korter dan drie maanden). De daling van het aantal verpleegdagen schrijft de commissie geheel toe aan de algemene psychiatrische ziekenhuizen; bij de categorale instellingen (zoals verslavingsklinieken en tbs-instellingen) is er juist sprake van een toename van het aantal verpleegdagen. Door de toenemende extramuralisering neemt de intensiteit per verpleegdag toe, maar door de kortere verpleegduren neemt de intensiteit per opname af. Per saldo is voor de klinische zorg de zorgintensiteit jaarlijks met 3,6% gedaald over de periode 1991-1996. Omdat de meeste mensen die worden opgenomen tussen de 20 en de 45 jaar zijn en omdat deze groep in omvang afneemt, wordt de groei die op basis van de demografie verwacht mag worden, steeds minder. Over de periode 1991-1996 daalde de totale klinische zorg met 0,1%. Voor de toekomst wordt ook een daling van 0,1% voorspeld.

De *deeltijdbehandeling* is een sterk groeiend onderdeel. Net als in de andere sectoren is dit een teken van extramuralisering van de gezondheidszorg. Het aantal deeltijdopnamen is de laatste jaren veel sneller gegroeid dan het aantal behandelingsdagen; de duur van een deeltijdbehandeling wordt steeds korter: iemand die in 1990 in deeltijdbehandeling werd genomen, werd gemiddeld ongeveer 85 dagen behandeld, in 1996 was dat ongeveer 54 dagen. Hierdoor neemt de intensivering per verpleegdag toe, terwijl deze per opname afneemt. Over de periode 1991-1996 is de deeltijdbehandeling gestegen met 7,6%, voor de toekomst wordt een stijging van 7,3% verwacht.

Op de *polikliniek* van een psychiatrisch ziekenhuis worden steeds meer activiteiten ondernomen die voorheen alleen door Riagg's werden gedaan. Over de periode 1991-1996 bedroeg de groei 10,2%; tot en met 2002 wordt een toename van 10,1% verwacht.

In zijn *totaliteit* kan gesteld worden dat er binnen de psychiatrische zieken-

huizen een verschuiving heeft opgetreden: de groei van de deeltijdbehandeling en de polikliniek is hoger dan die van een klinische verpleegdag. Het aandeel van de kliniek daalt daarom langzaam binnen de totale zorgverlening. Over het algemeen wordt binnen de psychiatrische ziekenhuizen tot 2002 een groei verwacht van 1,1% per jaar.

De *beschermde woonvormen* bestaan uit RIBW's (regionale instellingen beschermd wonen) en psychiatrische woonvoorzieningen. De commissie GiT beschrijft alleen de ontwikkelingen van de RIBW's. Dat zijn instellingen die naast een woonfunctie ook primaire begeleiding en verzorging bieden. Over de periode 1991-1996 neemt het aantal cliënten sneller toe dan op basis van de demografie verwacht had mogen worden. Daarnaast groeit het aantal verzorgingsdagen sneller dan het aantal cliënten. Over het algemeen groeide de 'productie' van RIBW's jaarlijks met 7,7% en wordt voor de toekomst een jaarlijkse groei van 7,5% verwacht.

De *ambulante geestelijke gezondheidszorg* is ingedeeld in Riagg's (in 1996 waren er 61), CAD's (ambulante instellingen voor verslavingszorg: Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs) en overige instellingen. De aandelen van deze drie zorgvormen in de totale ambulante geestelijke gezondheidszorg bedragen respectievelijk 83%, 15% en 2%.

De verschillende producten van de *Riagg's* (aantal inschrijvingen, aantal verstrekte contacten en het aantal uren dienstverlening en preventie) groeiden sneller dan op basis van de demografie verwacht had mogen worden. Tussen 1991 en 1996 bedroeg de jaarlijkse groei 2,2% per jaar; tot 2002 wordt een jaarlijkse groei van 2% geraamd.

Het aantal hulpverleningscontacten van de *CAD's* is over de periode 1991 tot en met 1996 met 2,5% gegroeid. Deze groei is sterker dan op basis van de demografie verwacht had mogen worden (namelijk 0,7%). Ook voor de toekomst wordt een sterkere groei verwacht, te weten 2,3% (in plaats van 0,5%).

De laatste categorie binnen de geestelijke gezondheidszorg betreft die voor '*kinderen en jeugdigen*'. In 1997 waren er in Nederland 13 medische kindertehuizen (*MKT's*) en 51 medische kleuterdagverblijven (*MKD's*).

Het aantal opnamen in de *MKT's* is in de periode 1991-1997 met 1,3% gedaald terwijl juist op basis van de demografische ontwikkeling in deze periode slechts een groei van 0,7% verwacht had mogen worden. Het aantal verpleegdagen daalde in dezelfde periode met 0,4%, dus minder sterk dan de daling van het aantal opnamen. Voor de periode 1998-2002 wordt een daling van 2,3% per jaar verwacht.

In de periode 1991-1997 mocht voor de *MKD's* een demografische groei

van 1% per jaar verwacht worden. Het aantal opnamen groeide in deze periode evenwel met 4,6%. Daarbij nam de verpleegduur per opname af. De jaarlijkse 'productie' van MKD's bedroeg derhalve 3%. Tot en met 2002 wordt een groei van 2,6% per jaar verwacht.

De totale geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen is in 1991-1997 gegroeid met 1,8% per jaar; voor de toekomst wordt een jaarlijkse toename van 1,3% geraamd.

2.4.3 *Gehandicaptenzorg (bijlagetabellen A2.19 t/m A2.21)*

Binnen de gehandicaptenzorg heeft de commissie GiT onderscheid gemaakt naar intramurale gehandicaptenzorg, zorg voor zintuiglijk gehandicapten en semi-murale gehandicaptenzorg. De commissie constateert in de gehandicaptenzorg een streven naar zorg die de cliënt op plaatsen en momenten zal krijgen die het beste passen bij zijn zorgvraag, ook als deze dienstverlening dwars door de huidige structuur en financiering van instellingen heen loopt. Tot de *intramurale instellingen voor gehandicapten* behoren de algemene zwakzinnigeninrichtingen, instellingen voor meervoudig gehandicapten, instellingen voor jeugdig licht verstandelijk gehandicapten (orthopedagogische centra) en observatieklinieken. Twee opvallende ontwikkelingen worden door de commissie gesignaleerd: Ten eerste groeit het aantal cliënten, en daarmee het aantal verpleegdagen, sneller dan de totale bevolking. Het aantal verpleegdagen groeide over de periode 1991-1997 met 1,4% per jaar (0,8% meer dan op basis van de demografie verwacht had mogen worden). Ten tweede is er de kortdurende opname: verstandelijk gehandicapten worden voor een weekend, een paar dagen of twee weken opgenomen om de familie of verzorgers te ontlasten bij crisis, vakantie of ziekte. Het totaal aantal opnamen nam over de periode 1991-1997 dan ook toe met gemiddeld 12,8% per jaar. Ook is de zorg voor verstandelijk gehandicapten de laatste jaren geïntensiveerd door enerzijds vergrijzing en anderzijds het werken in kleinere groepen. In totaal nam de zorgproductie de afgelopen jaren toe met 2,6% per jaar; tot het jaar 2002 wordt een jaarlijkse toename van 2,5% verwacht.

Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten kunnen ingedeeld worden in voorzieningen voor auditief gehandicapten en instellingen voor visueel gehandicapten. In deze sector daalt het aantal verpleegdagen al jaren: over de periode 1991-1997 met 2,9% per jaar. Dit komt door een steeds lagere verpleegduur per opname. Voor de nabije toekomst wordt hierin weinig verandering verwacht. Ook de zorg voor zintuiglijk gehandicapten is de laatste jaren geïntensiveerd. Deze intensivering is zichtbaar door een toename in

het aantal arbeidsplaatsen in de verzorging en verpleging per cliënt. In totaal is het vraagvolume vanaf 1991 toch jaarlijks met 1,6% afgenomen en wordt voor de toekomst, tot 2002, een daling van 1,3% voorspeld. Bij de *semi-murale gehandicaptenzorg* wordt een onderscheid gemaakt tussen dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen. Bij de dagactiviteiten nam het aantal verzorgingsdagen toe, terwijl de intensiteit per dag afnam. In totaal maakten de dagverblijven wel een groei door van gemiddeld 4,1% per jaar (periode 1991-1995). Het gebruik van de woonvoorzieningen neemt ook toe (4,8% over dezelfde periode). Over ontwikkelingen in de intensiteit van een verzorgingsdag kan de commissie weinig zeggen. Wel concludeert ze op basis van gegevens over het aantal arbeidsplaatsen uit het JOZ dat er sprake is van een intensivering. In totaal is het vraagvolume van de semi-murale gehandicaptensector gegroeid met gemiddeld 4,5% per jaar. Een raming voor de toekomstige periode, tot het jaar 2002, laat een jaarlijkse groei van 3,8% zien. Dat is voor de dagactiviteiten en de woonvoorzieningen respectievelijk 3,3% en 4,2% per jaar.

2.4.4 Ouderenzorg: verpleeghuiszorg (bijlagetabel A2.22)

De commissie GiT maakt binnen de verpleeghuiszorg onderscheid naar klinische verpleegdagen en dagbehandelingen. Daarnaast wordt per zorgvorm weer onderscheid gemaakt naar somatische- en psychogeriatrische verzorging.

Van 1991 tot en met 1997 neemt het aantal somatische verpleegdagen jaarlijks met 0,4% af. In dezelfde periode neemt het aantal psychogeriatrische verpleegdagen toe met 3,3%. Voor beide soorten verpleegdagen constateert de commissie een intensivering van zorg, respectievelijk met 0,2% en 0,6%. Om de zorgzwaarte te bepalen heeft de commissie gebruikgemaakt van een hulpindex. Over de periode 1991-1997 is de gemiddelde hulpindex van een klinische verpleegdag toegenomen met 0,3%. Wanneer het aantal verpleegdagen en de hulpindex gecombineerd worden, is voor de periode 1991-1997 een groei berekend van gemiddeld 1,8% per jaar. Voor wat betreft de nabije toekomst is de verwachting dat een minder snelle groei van het aantal 80- tot 85-jarigen gecompenseerd wordt door een sterke groei van het aantal 75- tot 80-jarigen. Voor de jaren 1998-2002 wordt een jaarlijkse groei van 1,9% per jaar geraamd.

Over 1997 is het aantal *dagbehandelingsdagen* met ruim 5% gegroeid. Deze groei is geen uitzondering op het verleden. Zo groeide over de periode 1991-1997 het aantal dagbehandelingsdagen met 6,2%. Deze is vele malen sterker dan op basis van demografie verwacht had mogen worden (namelijk

1,4%): het gebruik van de dagbehandeling in een verpleeghuis per hoofd van de bevolking neemt toe. Over dezelfde periode nam de totale zorgintensivering af met 0,3% per jaar. Deze afname is het gevolg van een toenemend aandeel van het aantal psychogeriatrische dagbehandelingsdagen. De ontwikkeling van het aantal dagbehandelingsdagen gecombineerd met de intensiteitsontwikkeling laat een jaarlijkse groei zien van 5,9% over de periode 1991-1997. De prognose voor de toekomst bedraagt jaarlijks een groei van 6% tot en met het jaar 2002.

2.4.5 Ouderenzorg: verzorgingshuizen (bijlagetabellen A2.23 en A2.24)

Verzorgingshuizen hebben in de loop van de tijd een grote verandering ondergaan. Van voorzieningen voor wonen hebben zij zich steeds meer ontwikkeld tot zorginstellingen. Deze verandering heeft te maken met enerzijds factoren als de wensen en behoeften van ouderen, anderzijds met gewijzigd overheidsbeleid, ontwikkelingen in de ouderenhuisvesting en de in relatie tot de zorgvraag beperkte opnamecapaciteit van verpleeghuizen.

De grenzen van verzorgingshuizen worden naar verschillende kanten verlegd. Intramuraal worden nu ook, tegemoetkomend aan de wensen van ouderen, intensieve verpleging en verzorging geboden. Daarnaast bieden verzorgingshuizen een uitgebreid semi- en extramuraal zorg- en dienstenpakket, waardoor ouderen ondersteund worden in het zelfstandig wonen. Zo bieden zij ouderen bijvoorbeeld tijdelijke opname, dagverzorging en aanvullende zorg in verschillende woonvormen. Hierbij wordt vaak samengewerkt met thuiszorgorganisaties.

Om de 'productie' van verzorgingshuizen te bepalen maakt de commissie GiT onderscheid naar intramurale en extramurale productie.

Voor wat betreft het *intramurale* gebruik van zorg nam over de periode 1991-1996 het aantal bewoners met gemiddeld 2,3% per jaar af. In 1996 was deze daling ten opzichte van het voorgaande jaar met 3,4% nog sterker; voorlopige cijfers van 1997 laten weer een minder sterke terugloop van het aantal bewoners zien.

Als gevolg van demografisch ontwikkelingen zou een groeiend aantal bewoners verwacht mogen worden. De trendmatige ontwikkelingen zijn echter sterker dan de demografische ontwikkelingen. Hieraan liggen niet zozeer de ontwikkelingen in de vraag als wel aan het gevoerde beleid ten grondslag. Zo is een belangrijk deel van het gevoerde beleid gericht geweest op het afbouwen van capaciteiten. Dit komt onder meer tot uitdrukking in het budgettair neutraal renoveren en bouwen: een renovatie of verbouwing mag geen invloed hebben op het verzorgingstarief, wat ten koste gaat van de capaciteit.

Doordat er binnen de verzorgingshuizen in toenemende mate sprake is van een zorgfunctie, neemt de hulpbehoefendheid van ouderen toe. Van 1994 tot 1996 nam de intensivering iets sterker toe dan in het begin van de jaren negentig: respectievelijk 0,9% en 0,8%.

Het aantal bewoners en de zorgintensiteit bepalen samen het totale intramurale zorggebruik. Over de periode 1991-1996 is er gemiddeld sprake van een jaarlijkse daling van 1,6%. Bij een gelijkblijvend beleid wordt tot het jaar 2002 jaarlijks een gemiddelde daling van 2,4% van het aantal bewoners verwacht. Verwacht wordt echter ook dat de hulpbehoefendheid van ouderen in verzorgingshuizen zal blijven toenemen. In zijn totaliteit wordt daarom voor het intramurale zorggebruik een daling van 1,7% verwacht.

Voor wat betreft de *extramurale* dienstverlening wordt over het geheel een groei geconstateerd van 6,2% per jaar vanaf 1991. De snelst groeiende producten zijn de kortdurende opname en de dagverzorging. Het aantal dagen kortdurende opname nam iets minder snel toe dan het aantal kortdurende opnamen. Dit betekent dat de duur van een kortdurende opname iets korter is geworden. Andere vormen van dienstverlening die in omvang toenemen zijn: voetverzorging, maaltijdverstrekking en aansluiting op een alarmsysteem. Van de mogelijkheden tot nachtopvang en bewegen voor ouderen wordt steeds minder gebruik van gemaakt.

De totale zorgverlening door verzorgingshuizen – intramuraal en extramuraal bij elkaar opgeteld – heeft de afgelopen jaren (1991-1996) een daling laten zien van 1,1% per jaar. Ook voor de toekomst wordt, zij het in mindere mate, een daling verwacht van 0,5%.

2.4.6 *Thuiszorg (bijlagetabellen A2.25 en A2.26)*

Ook de thuiszorg is een voorziening waar voornamelijk ouderen een beroep op doen. De zorg is erop gericht om mensen zolang mogelijk thuis te laten wonen voorzover zij daar op eigen kracht niet of onvoldoende toe in staat zijn. Daarnaast vervult de thuiszorg een basisfunctie bij het actief bewaken en bevorderen van de gezondheid van zuigelingen en peuters.

De thuiszorg wordt onderscheiden in drie hoofdvormen: Ten eerste de AWBZ-verstrekking thuiszorg die wijkverpleging, gezinsverzorging en uitleen van hulpmiddelen omvat. Deze vorm van zorg dient door alle thuiszorgorganisaties geleverd te worden. Ten tweede de AWBZ-verstrekkingen jeugdgezondheidszorg en diëtië en ten derde de in de Ziekenfondswet neergelegde verstrekking kraamzorg.

Voor wat betreft de *eerste AWBZ-vorm*, de wijkverpleging, de gezinsverzorging en uitleen van artikelen, constateert de commissie een gemiddelde

jaarlijkse stijging van 1,1% van het aantal cliënten in de periode 1990-1996. Het aantal productieve uren gezinsverzorging en wijkverpleging is in dezelfde periode jaarlijks respectievelijk met 0,1% en 2,5% gestegen. De stijging van het aantal uren wijkverpleging heeft vooral plaatsgevonden in het jaar 1995-1996 (14,8%). De commissie geeft hiervoor twee redenen: enerzijds leidde de toenemende druk binnen de wijkverpleging tot een verschuiving van collectieve, preventieve taken naar meer individuele zorguren.

Daarnaast is er een meer beleidsmatige reden, namelijk het vrijkomen van extra gelden (30 miljoen) in 1996 ten behoeve van de thuiszorg wat zich eveneens heeft vertaald in extra zorguren.

Het combineren van ontwikkelingen in het aantal cliënten en het aantal uren verleende zorg geeft een indicatie van de zorgintensiteit (aantal zorguren per cliënt). De gezinsverzorging en de wijkverpleging laten wat dit betreft een tegenstrijdig beeld zien. Zo is er binnen de gezinsverzorging sprake van een daling in de zorgintensiteit (van bijna 4% per jaar), terwijl er in de wijkverpleging juist een stijging heeft plaatsgevonden (2,5% per jaar). De oorzaak van een dalende zorgintensiteit voor cliënten van de gezinsverzorging kan volgens de commissie gelegen zijn in het beperkte aanbod binnen de thuiszorg: de patiënt wordt geholpen als er personeel en uren voorhanden zijn en niet per se wanneer er behoefte aan zorg is. De stijgende intensiteit voor patiënten met wijkverplegingsuren zou wijzen op een toenemende zorgzwaarte die het gevolg kan zijn van de aanscherping van de toelating in de intramurale ouderenvoorzieningen.

Bij de *tweede AWBZ-vorm*, jeugdgezondheidszorg en diëtiëk, kent de jeugdgezondheidszorg een gemiddelde jaarlijkse stijging van het aantal consulten van 1% in de periode 1990-1996. Bij de diëtiëk is een groei te zien van 5,5% waarbij er met name in 1995-1996 een stijging in het aantal consulten plaatsvond met maar liefst 15,5%.

De *beide AWBZ-verstrekkingen gezamenlijk* kennen over de periode 1990-1996 een gemiddelde jaarlijkse groei van 0,5%. Door demografische ontwikkelingen, de substitutie van intramurale zorg naar thuiszorg en de toenemende zorgzwaarte wordt de vraag naar thuiszorg de komende jaren, tot het jaar 2002, groter. Dit geldt niet voor de jeugdgezondheidszorg: een daling van 0,1% per jaar is de prognose van de commissie GiT. Voor de diëtiëk daarentegen wordt een jaarlijkse stijging van 4,9% verwacht. Ten aanzien van de gezinsverzorging en de wijkverpleging presenteert de commissie GiT twee varianten op basis waarvan een voorspelling wordt gedaan. Deze zijn opgenomen in tabel A2.25.

In de *eerste variant* wordt ervan uitgegaan dat de toekomstige vraag naar

verpleging en verzorging ten minste gelijk is aan de verwachte demografische ontwikkeling en de trendmatige ontwikkeling van het aantal cliënten per jaar. Bovendien wordt verondersteld dat de zorgintensiteit voor de gezinsverzorging constant zal blijven en die voor de wijkverpleging zal toenemen met 0,4% per jaar. Op basis van deze vooronderstellingen wordt een groei in de thuisverpleging en -verzorging verwacht van 3,4%. In de *tweede variant* wordt tevens rekening gehouden met een structurele verandering in de ontwikkelingen in de intramurale gezondheidszorg die van invloed zal zijn op de vraag naar thuiszorg. Verwacht wordt dat er een patiëntenstroom met een intramurale indicatie opgenomen zal moeten worden door de thuiszorg. Patiënten die gebruikmaken van de regeling intensieve thuiszorg (verpleeghuis of ziekenhuisvervangende zorg) komen in aanmerking voor ten minste drie uren zorg per dag thuis. Deze toekomstige instroom zal verdeeld worden over de gezinszorg en de wijkverpleging waardoor het aantal uren dienstverlening door gezinsverzorging en wijkverpleging respectievelijk met 0,5% en 1% extra zal groeien. Hetgeen resulteert in een verwachte jaarlijkse toename van de thuisverpleging en -verzorging van 4,1% (in plaats van 3,4%).

De commissie concludeert dat in de afgelopen jaren binnen de gezinsverzorging een verschrapping van zorg heeft plaatsgevonden van ongeveer 4%, terwijl bij de wijkverpleging de zorgintensiteit is toegenomen met 2,5%.

Eenzijds heeft er dus verschrapping plaatsgevonden, anderzijds is men er binnen de thuiszorg in geslaagd om een zwaardere patiëntenpopulatie op te nemen binnen de functie wijkverpleging.

Ten slotte de *kraamzorg*. Over de periode 1990-1996 is het totale aantal verzorgingen jaarlijks met 0,7% gestegen. Deze stijging wordt eerder verklaard uit trendmatige dan demografische ontwikkelingen: de demografische vraag – het aantal levendgeborenen – nam af. Een deel van de trendmatige stijging kan verklaard worden door een vanaf 1993 steeds groter wordend 'marktaandeel': het aantal verzorgingen gedeeld door het aantal levendgeborenen. Het aantal verzorgingsdagen (de verzorgingsduur) is jaarlijks met 0,2% afgenomen. Gevoegd bij een stijging van het aantal verzorgingen (0,7% per jaar), kan geconcludeerd worden dat de gemiddelde duur per kraamverzorging bleef dalen. Volgens de laatste prognoses van het CBS (zie ook paragraaf 2.1) stijgt het aantal geboorten in de nabije periode sneller dan aanvankelijk werd gedacht. De daling van het aantal geboorten voor de toekomst, tot het jaar 2002, is dus minder drastisch. De commissie verwacht ten aanzien van de kraamzorg een gemiddelde jaarlijkse daling van 0,2% tot het jaar 2002.

2.4.7 *Conclusie*

Voor wat betreft de ontwikkelingen die van invloed zijn op het gebruik van verpleging en verzorging kan in de eerste plaats worden geconstateerd dat de extramuralisering van de zorg verder doorzet. Binnen de ziekenhuizen neemt het aantal dagopnamen jaarlijks gestaag toe. Dit gaat ten koste van het aantal klinische opnamen. Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt die extramuralisering vertaald in een sterke toename van het aantal deeltijdbehandelingen en een sterke groei van de poliklinische activiteiten binnen de psychiatrische ziekenhuizen. Binnen de verpleeghuiszorg groeit het aantal dagopnamen sneller dan op grond van de demografische ontwikkelingen verwacht mag worden. Ook binnen de verzorgingshuizen is vastgesteld dat de extramurale dienstverlening erg snel groeit.

Naast de extramuralisering is in vrijwel alle onderscheiden sectoren een verdergaande zorgintensivering bemerkt. Door meer opnamen van zorgintensievere patiënten (psychiatrie), meer dagactiviteiten met bewoners (gehandicaptenzorg) en de dubbele vergrijzing (alle sectoren) neemt de zorgintensiteit toe. De gezinsverzorging en de wijkverpleging laten wat dit betreft een tegenstrijdig beeld zien. Zo is er binnen de gezinsverzorging sprake van een daling in de zorgintensiteit, terwijl binnen de wijkverpleging juist een stijging heeft plaatsgevonden. De daling in de gezinszorg zou het resultaat kunnen zijn van het beperkte aanbod binnen de thuiszorg; de patiënt wordt geholpen als er personeel en uren voorhanden zijn en niet per se wanneer er behoefte aan zorg is. De stijgende intensiteit voor patiënten met wijkverplegingsuren zou wijzen op een toenemende zorgzwaarte die het gevolg kan zijn van de aanscherping van de toelatingscriteria in de intramurale ouderenvoorzieningen.

2.5 **Samenvatting vraagontwikkelingen**

In dit hoofdstuk is een aantal ontwikkelingen beschreven die de vraag naar verpleging en verzorging hebben beïnvloed of zullen beïnvloeden.

Op de eerste plaats zijn dat demografische ontwikkelingen. Een inmiddels bekend maar niet onbelangrijk gegeven is het feit dat onze bevolking steeds meer oudere mensen telt. Deze vergrijzing zal zich voorlopig voortzetten: in de komende 25 jaar zal het aantal 55-plussers met 60% toenemen.

Opmerkelijk is dat in 1997 het aantal sterfgevallen is afgenomen. Deze verandering zou echter slechts tijdelijk zijn. Eveneens in tegenstelling tot voorgaande jaren is een toename van het aantal geboorten geconstateerd. Ook in de komende jaren worden meer geboorten verwacht dan in een eerdere prognose was aangenomen. Met een stijging van het percentage thuisbevallingen komt een grotere druk te liggen op de kraamzorg thuis.

Op de tweede plaats is geconcludeerd dat ook epidemiologische ontwikkelingen – voor een deel voortvloeiend uit demografische ontwikkelingen – hun invloed uitoefenen op de behoefte aan zorg. Zo wordt een lichte stijging geconstateerd van mensen met reuma of cara en voor de toekomst is de verwachting dat het aantal mensen met een chronische aandoening sterk zal toenemen.

Op sociaal en cultureel gebied valt met name op dat het aantal eenpersoonshuishoudens sterk zal toenemen; het aantal huishoudens groeit sneller dan de totale bevolking. Aangezien alleenstaanden meer gebruikmaken van de gezondheidszorgvoorzieningen dan samenwonenden, zal dit met name een grotere druk leggen op de thuiszorg. Daarbij komen signalen uit verschillende hoeken dat voor wat betreft de mantelzorg het maximale bereikt is. Een grotere behoefte aan thuiszorg kan dus niet (meer) worden opgevangen door familie en/of andere naasten.

Ten slotte zijn ontwikkelingen beschreven ten aanzien van het daadwerkelijke gebruik van verpleging en verzorging. Hierbij valt ten eerste op dat het proces van extramuralisering – zorgverlening op een andere dan traditionele wijze en veelal letterlijk buiten de muren van de betreffende instelling – nog steeds gaande is: in de ziekenhuizen worden klinische opnamen steeds vaker vervangen door dagopnamen, in de geestelijke gezondheidszorg groeit het aantal deeltijdopnamen sneller dan het aantal behandelingsdagen, in verpleeghuizen groeit het aantal dagbehandelingsdagen sneller dan op basis van demografische ontwikkelingen verwacht mocht worden. Binnen de verzorgingshuizen zijn kortdurende opnamen en dagverzorgingen snel groeiende voorzieningen. Voor de thuiszorg geldt dat steeds vaker afspraken worden gemaakt met regionale verzorgings- en verpleeghuizen met als doel cliënten zo lang mogelijk in de thuissituatie te kunnen verzorgen. Een tweede ontwikkeling ten aanzien van het gebruik van zorg is een verdere intensivering van zorg. Dat wil zeggen een verzwaring van zorg als gevolg van het feit dat meer patiënten/cliënten worden verzorgd binnen dezelfde tijd. Dit betekent dat er minder tijd beschikbaar is per patiënt/cliënt of per opname. Dit geldt eigenlijk voor alle sectoren. Opvallend hierbij is het beeld van de thuiszorg: terwijl in de wijkverpleging, evenals in de andere zorgsectoren, een stijging van de zorgintensiteit plaatsvindt, neemt de zorgintensiteit binnen de gezinszorg af. Dit zou het resultaat kunnen zijn van een beperkt aanbod van gezinsverzorgenden en -hulpen: er wordt alleen zorg verleend op het moment dat er gezinszorg beschikbaar is.

3

De omvang van de beroepsgroepen

Hoe groot de omvang van de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden is, komt in dit hoofdstuk aan de orde. Onder verpleegkundigen en verzorgenden verstaan we de volgende beroepsbeoefenaren: verpleegkundigen, ziekenverzorgenden en verzorgenden en helpenden in de gezinszorg, de kraamzorg, de bejaardenzorg en de zorg voor lichamelijk gehandicapten. We besteden aandacht aan de ontwikkeling van het aantal werkzame personen tussen 1990 en 1997. Daarna gaan we na welke ontwikkeling zich in hetzelfde tijdvak voordeed in het arbeidsvolume, het aantal volledige banen (FTE's). Hierbij zijn parttimers naar rato omgerekend. Waar nodig besteden we aandacht aan verschillen tussen de onderscheiden sectoren.

Over het aantal werkzame beroepsbeoefenaren naar kwalificatieniveau leven veel vragen. Tot voor kort waren er geen databronnen waar dergelijke gegevens eenduidig uit af te leiden zijn. Met de invoering van de Wet BIG en de daarop geënte registratie en via recent uitgevoerde projecten in het kader van personeelsplanning bestaat er betere informatie met een landelijke betekenis.

Ten slotte gaan we na hoe de regionale spreiding van de beroepsgroep is en welk aandeel de beroepsgroep heeft in de totale werkgelegenheid in de regio's.

In de slotparagraaf blikken we vooruit en geven een aantal toekomstverwachtingen weer.

De in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens vormen een selectie van veel uitgebreidere gegevens die in de bijlage zijn weergegeven. Daar wordt ook aandacht besteed aan kwesties als definiëring e.d.

3.1 Aantal werkzame personen

In ons land waren in 1997 386.900 personen werkzaam in de verpleging en verzorging. Het gaat hierbij om degenen die werkzaam zijn in een reguliere instelling voor gezondheidszorg. Het aantal werkzamen in de particuliere

sfeer is niet bekend. Evenmin is bij dit aantal met uitzendkrachten rekening gehouden.

In 1990 bedroeg het aantal werkzamen volgens dezelfde definitie 328.300. In zes jaar tijd nam het aantal werkenden in verpleging en verzorging met bijna 60.000 personen toe oftewel met 18%. De gemiddelde jaarlijkse groei over deze periode bedroeg 2,4%.

In de zorgsector is een combinatie van leren en werken bij veel beroepen gebruikelijk. Ook de verpleging en verzorging kent tot augustus 1997 het inservice-onderwijs en maakt gebruik van het leerlingwezen; een en ander is inmiddels omgebouwd tot de zogenaamde beroepsbegeleidende leerweg in het nieuwe onderwijsstelsel. In bovenstaande gegevens zijn deze leerlingen meegerekend. Zonder de deels meewerkende leerlingen mee te rekenen is het aantal beroepsbeoefenaren in de periode 1990-1997 sterker gestegen, namelijk met 25%. Het aantal leerlingen is in genoemde periode zowel in de verpleging, als met name in de verzorging sterk teruggelopen.

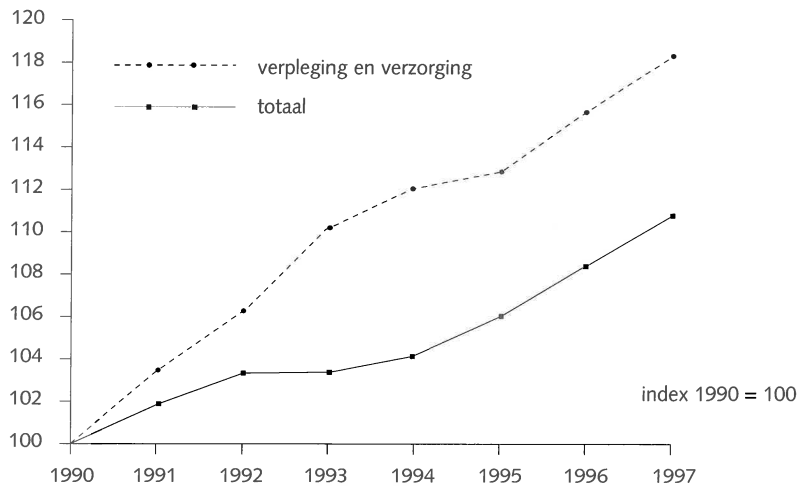
Tabel 3.1

Ontwikkeling werkzame personen in verpleging en verzorging en totaal landelijk

Index 1990 = 100							Gem. jaarlijkse groei 1990-1997
	1990	1993	1994	1995	1996	1997	
Verpleging en verzorging	100	109,7	111,1	112,8	115,3	118,0	2,4
Totaal	100	103,3	104,1	106,0	108,3	107,0	1,5

De werkzamen in de verpleging en verzorging nemen veel sterker toe dan het totaal aantal werkzame personen in ons land. Tabel 3.1 laat een vergelijking zien. Het aantal werkzame personen in ons land groeide in dezelfde periode met 10,7%. De jaarlijkse groei van het aantal werkenden in ons land bedroeg over de periode 1990-1997 gemiddeld 1,5%, voor verpleging en verzorging 2,4%. Het aandeel van verpleging en verzorging in het totaal aantal werkenden neemt derhalve jaar op jaar toe.

Opvallend is dat de groei van de totale werkgelegenheid in ons land een grilliger patroon laat zien dan de groei van de werkgelegenheid in de verpleging en verzorging (zie figuur 3.1). De laatste verloopt veel gelijkmatiger.



Figuur 3.1 Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging totaal

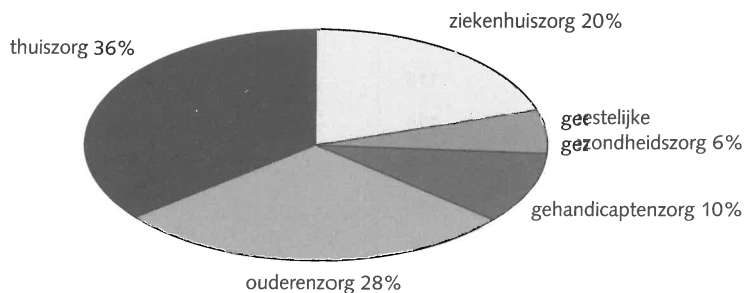
De ontwikkeling van het aantal werkzame personen tussen 1990-1997 voltrok zich niet voor alle sectoren van de (gezondheids)zorg op dezelfde wijze. In bijlagentabel A3.1 is een groot aantal velden waar verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam zijn weergegeven.

In de beschrijving hier hanteren we echter een beknoptere indeling. Dit is niet alleen uit praktische overwegingen gedaan, maar is ook ingegeven door het feit dat door het vervagen van grenzen tussen voorzieningen, bijvoorbeeld als gevolg van transmuralisering (zie hoofdstuk 2), het voor het beschrijven van de ontwikkeling op hoofdlijnen zinvoller is om een aantal hoofdterreinen te onderscheiden.

We hanteren hierbij de indeling die ook door VWS (1998) in haar JOZ 1999 (Jaar Overzicht Zorg) wordt gehanteerd: ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg en thuiszorg. Waar welke sector en welk werkveld ingedeeld is, is te vinden in bijlage tabel 3.1.

De omvang van de verschillende hoofdsectoren loopt zoals figuur 3.2 laat zien nogal uiteen. De thuiszorg en de ouderenzorg nemen samen een ruime meerderheid voor hun rekening.

Alle onderscheiden sectoren laten tussen 1990 en 1997 een groei van het aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden zien. Het tempo en de omvang van de groei is echter per hoofdsector verschillend.



Figuur 3.2 Het aandeel van de sectoren in 1997

De ouderenzorg kende een groei van ruim 22.000 werknemers (zie tabel 3.2). De thuiszorg groeide in dezelfde tijd met bijna 19.000 werkzamen; de ziekenhuiszorg met ruim 14.000. De gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn evenwel relatief gezien sterker groeiende sectoren. Dit blijkt wanneer we de groei indexeren (1990 = 100). Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging nam in de gehandicaptenzorg in zes jaar tijd met 57% toe; in de geestelijke gezondheidszorg met bijna 36%. Drukken we een en ander uit in gemiddelde jaarlijkse groei dan scoren deze sectoren met respectievelijk 6,7% en 4,5% ruim boven de 3,2% van het totaal.

Tabel 3.2

Het aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden¹

Index 1990 = 100	1990	1995	1997	Gem. jaarlijkse groei	
Ziekenhuiszorg	58.240	68.706	72.399	124,3	3,2
Geestelijke gezondheidszorg	17.047	21.361	23.130	135,7	4,5
Gehandicaptenzorg	22.670	31.091	35.618	157,1	6,7
Ouderenzorg	80.823	96.773	102.913	127,3	3,5
Thuiszorg	117.032	126.670	133.555	114,1	1,9
Totaal (incl. overig)	296.921	346.791	369.405	24,4	3,2

¹ exclusief leerlingen

3.2 Volledige arbeidsplaatsen

Niet alleen het aantal werkzame personen is van belang, ook het aantal FTE's (het aantal volledige banen of arbeidsplaatsen, waarbij parttimers naar rato omgerekend zijn) in verpleging en verzorging. Dit wordt ook wel het arbeidsvolume genoemd. Men denke maar aan de hoeveelheid zorg die verleend kan worden. Anno 1997 is er sprake van bijna 204.000 volledige arbeidsplaatsen. Hierbij zijn de inservice-leerlingen en die van het leerling-wezen buiten beschouwing gelaten.

Het aantal FTE's groeide van 183.900 in 1990 tot 203.900 in 1997. Deze groei is minder sterk dan die van het aantal functies namelijk 12,6% tegen 18%. De toename van deeltijdwerk is de belangrijkste oorzaak van dit verschil.

Bij de ontwikkeling van het aantal volledige arbeidsplaatsen geldt dat de verpleging en verzorging gunstig afsteekt ten opzichte van de totale werkgelegenheid in ons land. Tabel 3.3 laat zien dat in dezelfde periode de totale werkgelegenheid, het totale arbeidsvolume, in ons land met 7,4% groeide.

Tabel 3.3

De ontwikkeling van het arbeidsvolume (FTE's) verpleging en verzorging en totaal

Index 1990 = 100	1990	1993	1994	1995	1996	1997	Gem. jaarlijkse groei
Verpleging en verzorging	100	105,8	104,1	106,3	108,8	111,6	1,6
Totaal	100	102,3	102,0	103,4	105,3	107,4	1,0

Kijken we naar de ontwikkeling binnen de beschouwde periode van zeven jaar, dan zien we een wisselend beeld. In het begin van de jaren negentig is er sprake van groei van de werkgelegenheid in verpleging en verzorging, zoals dat al decennia lang het geval is, maar in 1994 treedt er stagnatie op en zelfs een lichte afbrokkeling van de werkgelegenheid. Sindsdien is er weer sprake van groei; in 1996 en 1997 zelfs van een sterke groei.

Naar sector doen zich aanmerkelijke verschillen voor (zie tabel 3.4). De ziekenhuiszorg groeide in de jaren 1990-1997 in absoluut aantal FTE's sterk. De groei vond echter vooral in het begin van de jaren negentig en in 1996 en 1997 plaats.

Tabel 3.4
Het aantal FTE's verpleging en verzorging

Index 1990 = 100	1990	1995	1997	Gem. jaarlijkse groei	
Ziekenhuiszorg	44.428	48.556	51.198	115,2	2,0
Geestelijke gezondheidszorg	13.549	16.073	17.287	127,6	3,5
Gehandicaptenzorg	17.338	21.440	23.863	137,6	4,7
Ouderenzorg	56.440	61.533	65.645	116,3	2,2
Thuiszorg	48.915	45.006	44.562	99,1*	-0,3
Totaal (incl. overig)	182.706	194.217	203.900	111,6	1,6

* 1994-1997

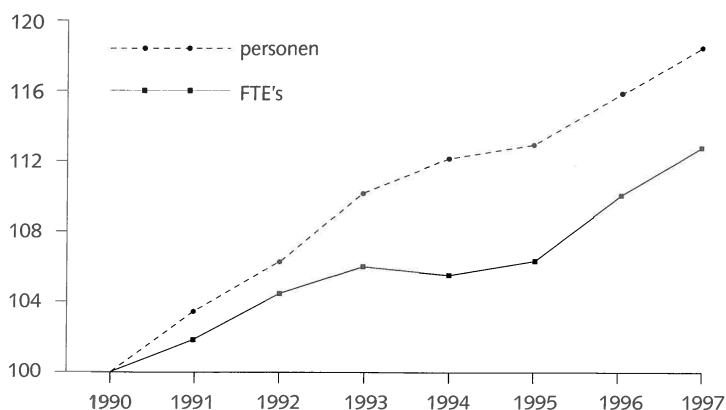
De gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg waren in de periode 1990-1997 evenals bij de werkzame personen de relatief sterkst groeiende sectoren.

De ouderenzorg bestaat uit twee onderdelen die een geheel verschillende ontwikkeling doormaken: de verpleeghuizen kennen een jaarlijkse groei van de werkgelegenheid, terwijl de verzorgingshuizen in volledige arbeidsplaatsen gemeten tot 1995 een krimp laten zien. Met name de verzorgingshuizen staan in het middelpunt van een transformatieproces dat zich in de ouderenzorg aan het aftekenen is.

Aan de jarenlange afbrokkeling van werkgelegenheid lijkt voor de verzorgingshuizen nu een einde gekomen te zijn. Vanaf 1996 tekent zich een opmerkelijke groei af. Deze resulteert in 1997 in een vrijwel gelijke omvang van de werkgelegenheid als in 1990.

In de thuiszorg doet zich in de periode 1994-1997¹ een krimp van de werkgelegenheid voor. De opkomst van particuliere thuiszorginstellingen speelt bij deze daling een rol. Ten opzichte van 1994 is de werkgelegenheid in 1997 al met al met 1% afgenomen.

¹ In 1994 is het CBS op een andere wijze van vragen overgegaan. Vergelijkingen met gegevens van voor die tijd zijn daardoor niet zuiver.



Figuur 3.3 De ontwikkeling van het aantal werkzamen en het arbeidsvolume in verpleging en verzorging (index 1990 = 100)

3.3 De verhouding personenarbeidsplaatsen

Ten slotte bekijken we de ontwikkeling van het aantal werkzame personen en de werkgelegenheid in volledige arbeidsplaatsen tezamen. Figuur 3.3 laat zien dat de groei van het aantal FTE's zorgsector breed vooral in het begin van de jaren negentig plaatsvond. Daarna is er sprake van een afvlakking van de groei, die in 1994 zelfs overgaat in een lichte krimp van de werkgelegenheid. Sindsdien treedt er weer een groei op. Voor 1996 en 1997 is deze aanmerkelijk. Door de toename van het aantal deeltijders nam in alle jaren het aantal werkzamen nog wel aanzienlijk toe. In de beschouwde periode groeide het arbeidsvolume met bijna 13% en het aantal werkzame personen met 18%.

De verhouding tussen aantal personeelsleden en volledige arbeidsplaatsen wordt P/A-ratio genoemd. Deze ligt in de zorgsector op een hoog niveau en stijgt nog steeds (zie tabel 3.5).

Waren in 1990 162 personen voldoende om 100 arbeidsplaatsen te bemensen, in 1997 bedraagt dit al 180. Tussen de sectoren doen zich grote verschillen voor. De thuiszorg kent verreweg de hoogste P/A-ratio. Met name alfhulpverleners die per definitie een in omvang beperkte werkweek hebben doen hier hun invloed gelden.

3.4 Kwalificaties

Bij de zojuist gepresenteerde gegevens over het aantal werkzamen in verpleging en verzorging gaat het om een breed scala van beroepsuitoefening,

Tabel 3.5

De P/A-ratio in verpleging en verzorging naar sector

	1990	1997
Ziekenhuiszorg	131	141
Geestelijke gezondheidszorg	126	133
Gehandicaptenzorg	131	150
Ouderenzorg	143	157
Thuiszorg	234	286
Totaal (incl. overig)	162	180

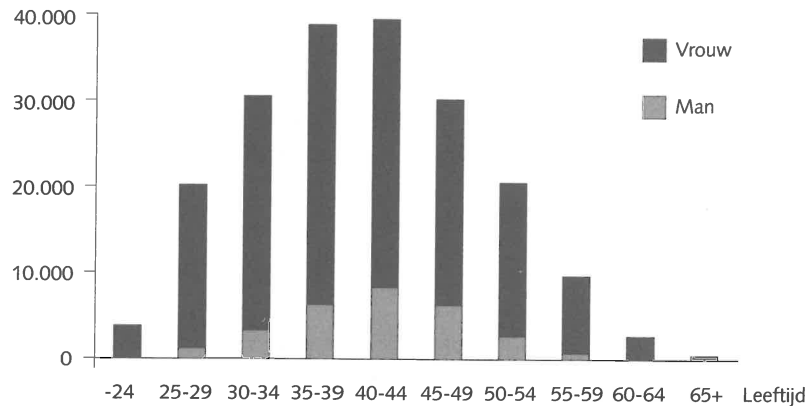
van, in termen van het verplegend en verzorgend onderwijs, niet-gekwalificeerde alfahulpverleners tot HBO-verpleegkundigen. Exacte cijfers over kwalificaties in de zin van vooropleidingsniveau waren niet te geven. Ze worden nergens op een systematische wijze bijgehouden.

Sinds kort zijn er echter twee bronnen waaruit wel landelijke indicaties te ontleen zijn, namelijk het BIG-register voor verpleegkundigen en uit de op vrij grote schaal uitgevoerde regionale personeelsplanningsprojecten, waarbij eenzelfde model, RegioMarge, in alle regio's wordt toegepast. Op de uitkomsten van beide bronnen gaan we hieronder in.

3.4.1 *Het BIG-register*

Sinds 1996 is de Wet BIG voor verpleegkundigen van kracht. Dat wil zeggen dat er een registratie van beroepsbeoefenaren bestaat. Vanwege de omvang van de beroepsgroep heeft de vulling van het register enige tijd gevegd en is in fasen uitgevoerd. Begin 1999 kunnen we, op een enkele uitzondering na, ervan uitgaan dat iedereen die zich wilde en kon laten registreren, dat ook gedaan heeft.

Begin 1999 blijken er 196.495 verpleegkundigen in het register opgenomen te zijn. Hiervan vormen vrouwen een meerderheid met 83,8% tegen mannen 16,2%. Het register kent geen leeftijdsgrens. Evenmin is het noodzakelijk dat men het beroep nog uitoefent of recent heeft uitgeoefend. De leeftijd van de geregistreerden loopt dan ook uiteen van 20 tot 85 jaar. Er zijn inmiddels zeshonderd personen die de 65 al gepasseerd zijn en zich desondanks toch hebben laten registreren.



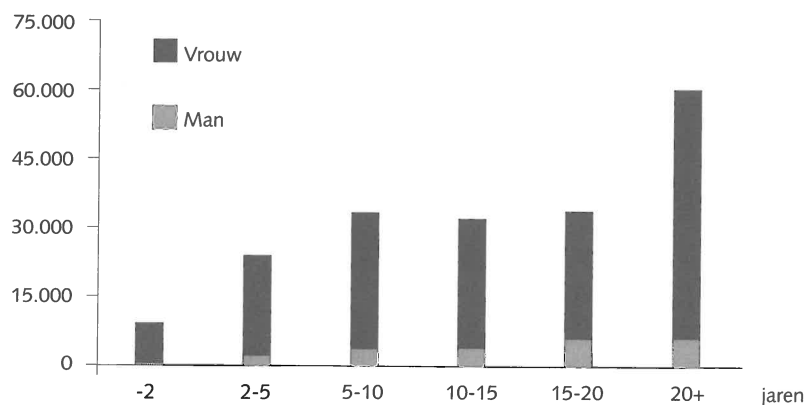
Figuur 3.4 BIG-geregistreerden naar leeftijd en geslacht

Bron: BIG-register maart 1999.

De leeftijdsopbouw is te zien in figuur 3.4. Van de geregistreerden is de helft jonger dan 40 jaar.

Mannen zijn gemiddeld ouder dan vrouwen (39,9 jaar tegen 38,5 jaar).

Een overzicht wanneer men het diploma behaalde geeft figuur 3.5. Van de geregistreerden behaalde de helft het diploma na 1983. Opvallend is dat een kwart van de geregistreerde mannen en eenderde van de geregistreerde vrouwen reeds 20 jaar of langer in het bezit van het diploma is.



Figuur 3.5 BIG-geregistreerden naar lengte diplomabezit

Bron: BIG-register maart 1999.

Zijn alle geregistreerden ook werkzaam in het beroep? In paragraaf 3.5.4 wordt een raming gemaakt hoeveel verpleegkundigen er anno 1997 in loondienst werkzaam zijn in het beroep. Dit aantal wordt geraamd op 122.000. We komen dan tot de conclusie dat tweederde van het totaal aantal geregistreerden in loondienst werkzaam is bij reguliere instellingen. Houden we rekening met uitzendwerk en degenen die in particuliere dienst zijn dan komen we op een schatting van zeven op de tien uit. Drie op de tien geregistreerden oefent het beroep dus op dit moment niet uit.

3.4.2 *Specialisaties in de verpleging*

Binnen de verpleging bestaat er een groot aantal specialisaties. Aantallen gespecialiseerde verpleegkundigen zijn echter niet systematisch bekend. Registers zoals die op grond van de Wet BIG ontbreken per specialisatie en in de BIG-registratie worden geen specialisaties opgenomen. Een van de specialisaties waar wel uitvoerig onderzoek naar is gedaan zijn de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (Hoof en Wolf, 1995). Zij schatten het aantal werkzame verpleegkundigen met deze achtergrond in 1994 op rond de 1550.

Veel gespecialiseerde verpleegkundigen zijn aangesloten bij een specifieke beroepsorganisatie. Anno 1995 zijn er zo'n 70 waar het LCVV contact mee heeft (LCVV, jaarverslag). Tabel A3.7 geeft een beeld omtrent de verscheidenheid. De organisaties waarbij in principe alleen verpleegkundigen aangesloten kunnen zijn, tellen ruim 13.000 leden.

3.4.3 *Uitkomsten uit personeelsplanningsprojecten*

Met de komst van het nieuwe onderwijsstelsel is de betekenis van regionale personeelsplanning voor verpleging en verzorging in belang toegenomen. Dit is door de sectorfondsen in de zorg, AWOZ, AWOB en AWO onderkend. Deze fondsen hebben een plannings- en simulatiemodel laten ontwikkelen dat inmiddels in veel regio's is toegepast (Evers en Van der Windt, 1997 en 1998).

Door een groot aantal instellingen is in dat kader een indicatie gegeven hoe hun bestand aan verplegend en verzorgend personeel er op dit moment uitziet in termen van de nieuwe kwalificatiestructuur. De landelijke getotaliseerde uitkomsten zijn te zien in tabel 3.7.

Van de werkgelegenheid in verpleging en verzorging wordt een kwart uitgevoerd door in termen van het verplegend en verzorgend onderwijs, niet-gekwalificeerd personeel. Zij hebben een andere opleiding achter de rug.

Deze kan uiteenlopen van uitsluitend basisonderwijs tot HBO-sociaal pedagogisch werk. Kwalificatieniveau 4, MBO-verpleging is het meest voorkomende niveau met 28%. Daarna volgen de verzorgenden IG met 16%. Naar sector zijn er uiteraard grote verschillen, gezien de uiteenlopende typen zorgverlening.

Tabel 3.7

Werkzamen in verpleging en verzorging in 1998 naar niveau (in %)

Niveau	Ziekenhuizen	Geestelijke gezondheidszorg	Gehandicaptenzorg	Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen	Thuiszorg	Totaal
5	27	13	4	4	2	8	9
4	66	64	56	11	9	5	28
3IG	2	9	5	62	21	6	16
3	0	1	3	6	45	28	13
2	1	1	3	6	11	15	7
Anders	4	12	29	11	12	38	28
Totaal	100	100	100	100	100	100	100

Bron: RegioMarge 1998.

Met name het aandeel van anders opgeleiden, is aanmerkelijk groter, namelijk 28%. Vooral in de thuiszorg waar de alfa hulpen tot deze categorie gerekend worden is het aandeel anders opgeleiden groot, 38% in personen.

3.4.4 Een raming van de beroepsgroepen

Uit het voorafgaande mag duidelijk geworden zijn dat de vraag hoeveel verpleegkundigen er in Nederland werkzaam zijn niet eenduidig te beantwoorden is. Hetzelfde geldt voor het aantal verzorgenden. Op grond van verschillende bronnen is wel een raming te maken. In de publicatie van twee jaar geleden werd uitvoerig beschreven op welke wijze deze tot stand is gekomen voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden (zie p. 113-114). Wanneer we de groei in het aantal werkzame personen verrekenen kunnen we een aantal voor 1997 schatten. Naar aanleiding van de eerdergenoemde planningsprojecten is het aantal ziekenverzorgenden iets hoger gesteld. Als we al degenen die in de ouderenzorg en thuiszorg werkzaam zijn als verzorgenden, helpenden en alfa hulp rekenen tot de verzorgenden evenals dege-

nen uit de intramurale gezondheidszorg die niet elders ingedeeld zijn, dan komen we tot het overzicht van tabel 3.8

Tabel 3.8

Mensen werkzaam in verpleging en verzorging: geraamde onderverdeling naar beroepsgroep in 1997 (x 1000)

Verpleegkundigen	121
Ziekenverzorgenden	56
Verzorgenden	182
SPW + instellingswerk	11
Leerlingen	17
Totaal	387

Tegenover de SPW'ers in het domein van verpleging en verzorging staan zo'n 5500 (voormalig) verpleegkundigen die werkzaam zijn in semimurale gehandicaptenzorg (zie toelichting tabel A3.1).

3.5 Regionale gegevens

Ten slotte besteden we aandacht aan de werkgelegenheid naar regio's. Hiervoor zijn de regio's die de arbeidsvoorziening (RBA's uit 1991) kent gebruikt. Men mag verwachten dat de mate waarin werkenden in de verpleging en verzorging over ons land verspreid zijn parallellen vertoont met de spreiding van de bevolking. Toch zijn er in tabel 3.9 aanzienlijke regionale verschillen te constateren. Het aandeel van de verpleging en verzorging in de totale werkgelegenheid (banen) in de regio's loopt uiteen van 4,3% in Flevoland en West-Utrecht tot 8% in Drenthe. Landelijk bedraagt het aandeel 6%.

Het zijn met name een aantal gebieden met van oudsher veel voorzieningen op het terrein van gehandicaptenzorg en geestelijk gezondheidszorg waar de verpleging en verzorging een relatief hoog aandeel in de regionale werkgelegenheid kent. Voorbeelden van deze regio's zijn Drenthe, Veluwe en Kennemerland. Onder invloed van deconcentratietendenissen bij genoemde voorzieningen zullen de verschillen tussen de regio's naar verwachting geleidelijk aan minder groot gaan worden.

Tabel 3.9

Het aandeel van verpleging en verzorging in de regionale werkgelegenheid in % (1997)

Groningen	7,5	Amsterdam	4,9
Friesland	7,8	Kennemerland	4,9
Drente	8,0	Rijnstreek	7,0
IJssel-Vecht	5,9	Den Haag/Delfland	5,5
Twente	6,4	Drechtsteden	5,9
Midden-IJssel	5,7	Rijnmond	5,6
Veluwe	7,3	Zeeland	7,2
Arnhem/Oost-Gelderland	6,4	West-Noord-Brabant	5,5
Nijmegen/Rivierengebied	7,8	Breda	5,8
Flevoland	4,3	Midden-Brabant	6,1
Oost-Utrecht	7,1	Noord-Oost-Brabant	5,3
West-Utrecht	4,3	Zuid-Oost-Brabant	5,4
Gooi/Vecht	5,6	Noord-Midden-Limburg	5,7
Noord-Holland-Noord	6,7	Zuid-Limburg	6,5
Landelijk	6,0		

N.B. Zorgsector: verzorgingshuizen en thuiszorg 1996.

3.6 Vooruitblik

Verandering in omvang

Zowel het aantal werkzame personen als de werkgelegenheid in FTE's van de verpleging en verzorging zal de komende jaren verder groeien. Een indicatie vormen de budgetten die de verschillende sectoren de komende jaren zullen krijgen. Uit het JOZ 1999 valt het volgende per sector af te leiden (zie tabel 3.10).

Nemen we de totale zorgsector bij elkaar dan betekent dit voor de periode 1999-2002 een jaarlijkse groei van 1,7%. De groei van de werkgelegenheid, het arbeidsvolume, verpleging en verzorging zal daar waarschijnlijk niet al te ver van afwijken. Daarmee is de verwachting dat de groei de komende jaren gelijke tred houdt met de periode 1990-97 waarin jaarlijks een groei van 1,6% werd gerealiseerd. De groei van het aantal werkzame personen zal naar alle waarschijnlijkheid groter zijn.

Tabel 3.10

De percentuele verandering van het netto-budget t.o.v. voorgaand jaar volgens JOZ 1999 en de gemiddelde jaarlijkse groei 1990-1997

	JOZ 1999				Gem. jaarlijkse groei
	1999	2000	2001	2002	1990-1997
Ziekenhuizen	1,0	1,3	1,2	1,2	2,0
Geestelijke gezondheidszorg	1,5	0,8	0,7	0,7	3,5
Gehandicaptenzorg	1,3	1,4	1,4	1,1	4,7
Verpleeghuizen	3,9	3,5	3,3	2,4	4,1
Verzorgingshuizen	2,4	2,4	2,4	2,7	0,1
Thuiszorg	2,0	2,9	2,7	2,5	-0,7

Bron: Bewerking van JOZ 1999.

Verschilt de te verwachten groei in totaliteit weinig van die van de afgelopen jaren, naar onderdelen van de zorg zijn de verschillen wel pregnant. Gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en in mindere mate de ziekenhuizen hebben een veel lager groeipercentage in het vooruitzicht dan wat de afgelopen jaren werd gerealiseerd. Verzorgingshuizen en thuiszorg, sectoren waar de afgelopen jaren de werkgelegenheid niet of nauwelijks een groei kende, zullen de komende jaren fors gaan uitbreiden.

Verandering in samenstelling

Uit de personeelsplanningsprojecten van RegioMarge valt af te leiden dat de in de toekomst gewenste samenstelling van het verplegend en verzorgend personeelsbestand in de verschillende sectoren afwijkt van de huidige. Over de sectoren heen, getotaliseerd zijn de veranderingen beperkt.

Spanning op de arbeidsmarkt

Berekeningen met het eerdergenoemde RegioMarge laten zien dat er de komende jaren omvangrijke tekorten aan verplegend en verzorgend personeel gaan ontstaan als gevolg van een te geringe instroom in het onderwijs (Gezondheidszorg in Tel-6, Van der Bent en Van der Windt, 1998). De problemen zullen zich vooral concentreren op niveau 3, verzorgenden en verzorgenden IG (Evers en Van der Windt, 1998). Het zal geen verbazing wekken dat deze categorieën vooral in de groeisectoren veel voorkomen. Het

vroegtijdig onderkennen van deze problemen en het nemen van adequate maatregelen kan ertoe bijdragen dat de spanning op de arbeidsmarkt zich niet in die volle omvang zal voltrekken als zich nu aftekent.

3.7 Samenvatting

In ons land waren in 1996 386.900 personen werkzaam in de verpleging en verzorging. Dit is ruim 6% van de werkzame beroepsbevolking. Het aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden (exclusief leerlingen) groeide in de periode 1990-1997 met 25%; inclusief leerlingen met 18%. Het totaal aantal in ons land werkzame personen groeide in dezelfde periode met bijna 11%.

Gemeten in volledige banen is er in deze periode na een stagnatie in de periode 1993-1995 in 1996 en 1997 weer sprake van een aanzienlijke groei van de werkgelegenheid. De afbrokkeling van werkgelegenheid zoals die zich in de ziekenhuissector, de verzorgingshuizen en de thuiszorg voordeed is tot staan gebracht en voor de eerste twee in groei omgebogen.

Schattingen wijzen uit dat de particulier thuiszorg de krimp van de werkgelegenheid in de reguliere thuiszorg in de afgelopen jaren niet compenseert.

Over specialisaties binnen verpleging en verzorging bestaat momenteel nog weinig systematische informatie, althans in kwantitatief opzicht. Met de komst van de Wet BIG is wel bekend hoeveel geregistreerde verpleegkundigen er zijn. Begin 1999 hebben ruim 196.000 verpleegkundigen zich laten registreren. In 83% van de gevallen gaat het om vrouwen, 31% behaalde zijn/haar diploma 20 jaar of langer geleden. Ongeveer zeven op de tien geregistreerden oefenen op dit moment ook daadwerkelijk het beroep uit.

De vooruitzichten voor de werkgelegenheid in de verpleging en verzorging voor de komende jaren zijn gunstig. Vertalen we de financiële vooruitzichten die de overheid momenteel biedt in het JOZ 1999 dan is een groei van 1,7% voor de jaren tot 2002 te verwachten. Daarmee zet de groei van de afgelopen jaren zich onverminderd voort. Wel is er een aanzienlijke verschuiving in de groei tussen de sectoren. Gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en in mindere mate de ziekenhuizen hebben een veel lager groeipercentage in het vooruitzicht dan wat de afgelopen jaren werd gerealiseerd. Verzorgingshuizen en thuiszorg, sectoren waar de afgelopen jaren de werkgelegenheid niet of nauwelijks een groei kende, zullen zich naar verwachting de komende jaren fors gaan uitbreiden.

Zeker voor de laatstgenoemde sectoren kan het een probleem worden om

voldoende gekwalificeerde mensen te vinden. De uitstroom uit de opleidingen is de komende jaren gering als gevolg van de daling in de instroom een paar jaar geleden.

4 De personeelssamenstelling

In dit hoofdstuk komen de klassieke kenmerken van de personeelssamenstelling aan de orde: geslacht en leeftijd. Is het beroep van verpleegkundige en verzorgende nog steeds te kenschetsen als een vrouwenberoep? Treedt er in de verpleging en verzorging evenals elders ook een vergrijzing van het personeelsbestand op? Deze twee vragen komen in dit hoofdstuk aan de orde. Eerst nemen we de verschillende sectoren onder de loep, daarna de te onderscheiden beroepsgroepen.

De gehanteerde bronnen zijn het LKG (het loonkostengegevensbestand) en het verzekerdenbestand van de Bedrijfsvereniging Gezondheidszorg (BVG, tegenwoordig Cadans geheten). Deze laatste is in opdracht van OSA door het IVA ontwikkeld (Vermeulen, 1996). Een groot voordeel van deze bron is dat zij uniforme informatie bevat over vrijwel alle voor de verpleging en verzorging relevante sectoren van de zorgsector. Vergelijking met het LKG, dat 70% van de werknemers in de intramurale zorg beslaat, leert echter dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen beide bronnen, waar het de leeftijdsopbouw betreft. Een van de oorzaken is dat de definiëring van verplegend en verzorgend personeel bij Cadans beperkter is dan bij het LKG. Met name staf-achtige functies komen wel in het LKG voor en waarschijnlijk minder vaak in het bij Cadans gemaakte bestand (Vermeulen en Van der Windt, 1999). Waar het om sectorspecifieke informatie gaat is waar mogelijk aan het LKG de voorkeur gegeven. Helaas was het niet mogelijk om de gegevens uit de Cadansbestanden te actualiseren. Daarom gaan deze niet verder dan 1996.

4.1 Geslacht

Het aandeel vrouwen onder de werkenden in de zorgsector is groot. Dit geldt zeker voor de verplegende en verzorgende beroepen. In 1996 was 90% van de werknemers vrouw. Dit aandeel loopt uiteen van ruim tweederde in de psychiatrische ziekenhuizen tot 98% in de gezinszorg (tabel

Tabel 4.1

Het percentage vrouwen naar sector en beroepsgroep in 1996

<i>Sector</i>	
Ziekenhuizen	86,8
Psychiatrische ziekenhuizen	68,8
Instellingen voor gehandicaptenzorg	82,8
Verpleeghuizen	92,5
Verzorgingshuizen	96,3
Thuiszorg	98,4
Overig	86,7
<i>Beroepsgroep</i>	
Verpleegkundigen/ziekenverzorgenden	88,9
Kraamverpleegkundigen/-verzorgenden	99,6
Gezinsverzorgenden/-helpenden	98,4
Bejaardenverzorgenden/-helpenden	98,2
Groepsleiders	82,0
Leidinggevenden	67,7
Oproepkrachten	87,8
<i>Totaal</i>	90,6

Bron: Cadans-materiaal bewerkt door het IVA.

4.1). Er treedt hierin in de loop der tijd weinig verandering op. Zo gezien is er weinig effect van acties als 'Kies exact' en andere maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij het onderscheid tussen mannen- en vrouwenberoepen vervaagt. Kijken we naar verpleegkundigen dan zien we in het begin van de jaren zestig een spronggewijze groei van het aandeel mannen dat aan een opleiding voor dit beroep begint. Sindsdien doen zich daarin geen opvallende wijzigingen meer voor.

Wel dient men te bedenken dat vrouwen veel vaker in deeltijd werken dan mannen (zie hoofdstuk 5), met andere woorden: de kans dat bewoners of patiënten met een man als verpleegkundige of verzorgende te maken krijgen is wat groter dan deze cijfers suggereren. Daar staat tegenover dat mannen in de intramurale gezondheidszorg nog steeds een grotere kans hebben om een leidinggevende functie te gaan bekleden (Van der Windt, 1999) en derhalve juist weer minder directe patiëntenzorg zullen verlenen.

Uit de gegevens van Cadans in de bijlage valt af te leiden dat het aandeel vrouwen onder leidinggevendenden zelfs, zij het heel geleidelijk, terugloopt. Ruijs et al. (1996) komen in hun studie 'Vrouwen in de leiding' op basis van Cadans-materiaal tot eenzelfde conclusie.

Ook binnen de zorgsector vormen de verpleging en verzorging nog steeds een vrouwenbolwerk. Is van alle verpleegkundigen en verzorgenden 90% vrouw, voor alle werkenden in de zorgsector is dat in 77% van de gevallen zo; voor de gehele arbeidsmarkt geldt een percentage van 37 (RAZ 1998). Verpleging en verzorging blijven onveranderd een belangrijke bron van werkgelegenheid voor vrouwen. Zo vond één op de zes van de in 1996 werkzame vrouwen in ons land emplooi in deze beroepsgroepen.

4.2 Leeftijd

De leeftijdsamenstelling van verpleegkundigen en verzorgenden laat een sterk afwijkend beeld ten opzichte van andere beroepen en bedrijfstakken zien. Vergelijken we de opbouw anno 1996 met die van de totale zorg en alle werkenden in ons land dan valt op dat de categorie ouderen, van 45 tot 64 jaar, aanzienlijk ondervertegenwoordigd zijn zowel in vergelijking met de gehele zorgsector als met de totale arbeidsmarkt in ons land. Dit is onafhankelijk van welke bron men hanteert. Het aandeel jongeren is bij verpleging en verzorging daarentegen veel groter.

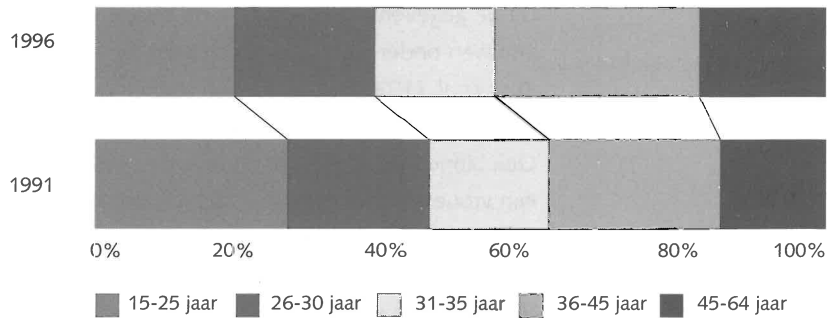
Tabel 4.2

De leeftijdsopbouw van personeel in de verpleging en verzorging, de gehele zorgsector en de totale arbeidsmarkt in 1996 (in %)

Leeftijdsklasse	Verpleging en verzorging		Zorgsector	Totaal
	(Cadans)	(LKG)		
15-24 jaar	19	14	10	13
25-44 jaar	64	72	64	59
45-64 jaar	17	14	26	28
Totaal	100	100	100	100

Bron: RAZ 1996, LKG, Cadans.

De leeftijdsopbouw van het verplegend en verzorgend personeel is sterk in beweging en gaat meer op die van andere sectoren en beroepsgroepen lij-



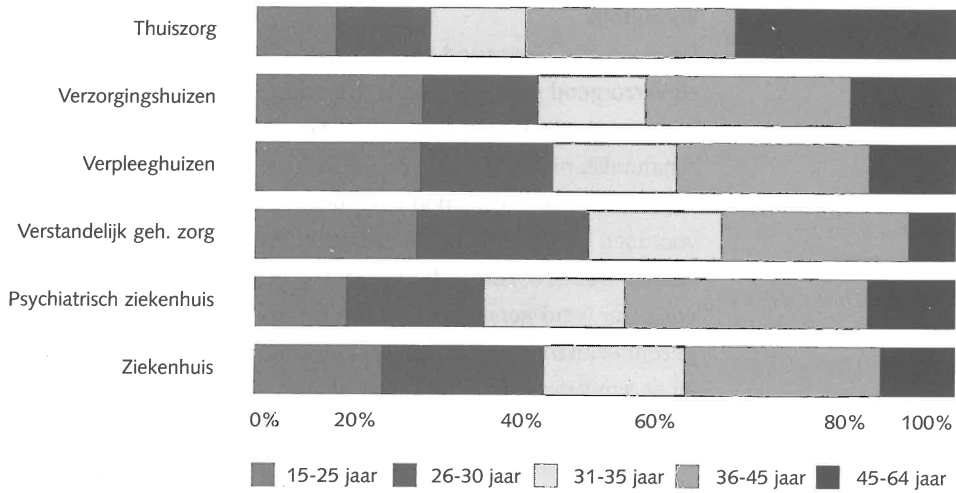
Figuur 4.1 De leeftijdsverdeling in 1991 en 1996

ken. Er is de laatste jaren sprake van een aanzienlijke vergrijzing van het personeelsbestand in de verpleging en verzorging. In vijf jaar tijd nam de gemiddelde leeftijd met 1,6 jaar toe (van 33,5 tot 35,1). Dit is gebaseerd op Cadans-gegevens (zie bijlagentabel A4.2). Het proces van vergrijzing van het personeelsbestand van verpleegkundigen en verzorgenden is overigens in een versnelling terechtgekomen. Tussen 1993 en 1996 bedroeg de toename van de gemiddelde leeftijd maar liefst 1,3 jaar. Een van de oorzaken van deze snelle toename is het gedaalde verloop van personeel. We besteden hier in hoofdstuk 5 aandacht aan.

Overigens doet de vergrijzing zich het minst voor in de thuiszorg, de sector met een al relatief hoge gemiddelde leeftijd (zie bijlagentabel A4.2). Uit figuur 4.2 komt naar voren dat in de verzorgingshuizen er verhoudingsgewijs sprake is van de meest evenwichtige verdeling over de leeftijdsklassen. De gehandicaptenzorg kent het meest jonge personeelsbestand.

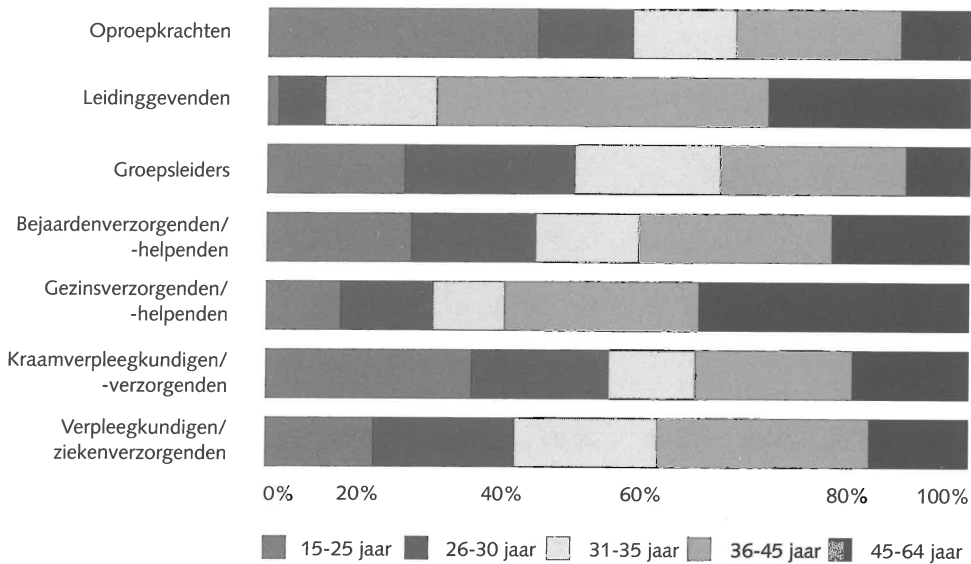
De gemiddelde leeftijd van de onderscheiden beroepsgroepen vertoont, wanneer we oproepkrachten die relatief jong zijn en leidinggevendenden die relatief oud zijn buiten beschouwing laten, geen grote verschillen met uitzondering van de gezinsverzorgenden/-hulpverleners, die in 1996 met ruim 40 jaar gemiddeld vijf jaar ouder zijn dan de overige groepen.

De ontwikkeling van de gemiddelde leeftijd bij de beroepsgroepen correspondeert in grote lijnen met die van de sector waar ze het sterkst in zijn vertegenwoordigd. In figuur 4.3 is per beroepsgroep de verdeling over de leeftijdsklassen weergegeven. Opvallend is dat bij gezinsverzorgenden/-hulpverleners het aandeel ouderen (46 jaar en ouder) veel groter is dan bij de bejaardenverzorgenden/-hulpverleners en zeker wanneer we het aandeel met verpleegkundigen en ziekenverzorgenden vergelijken.



Figuur 4.2 De leeftijdsverdeling per sector 1996

De OSA (1995b) verwacht dat het extra aanbod van vrouwen op de arbeidsmarkt in de komende jaren vooral in de categorie 50+ zal plaatsvinden. Voor de zorgsector is daarbij de opgave om het werk zo te organiseren dat deze categorie ook daadwerkelijk haar steentje kan bijdragen. Een leeftijdsbewust personeelsbeleid zal hierbij een belangrijke rol moeten spelen.



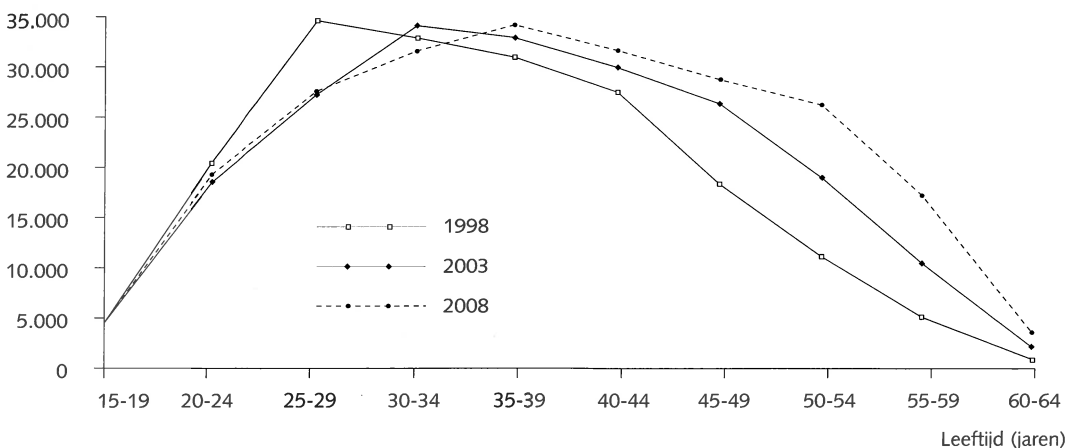
Figuur 4.3 De leeftijdsverdeling per beroepsgroep 1996

4.3 Vooruitblik

De afgelopen jaren vond er een aanzienlijke vergrijzing van het verplegend en verzorgend personeel plaats. De vraag die rijst is of dit ook de komende jaren nog in die mate het geval zal zijn. Een exact antwoord op deze vraag is natuurlijk niet te geven. Wel kunnen we dit vraagstuk verkennen aan de hand van een simulatiemodel dat uitrekent welke ontwikkelingen zich zullen voordoen bij welke veronderstellingen. We hanteren het Prognose Leeftijdsopbouw Zorgsector versie 1.1, de opvolger van PLOP, waarover vorig jaar werd gerapporteerd. We passen het toe op de intramurale gezondheidszorg. Een en ander is inclusief inservice-leerlingen. Bij de simulatie van de toekomst hebben we de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- een groei van het personeelsbestand in FTE's met 1,7% jaarlijks;
- het in- en uitstroompatroon naar leeftijd blijft de komende jaren hetzelfde als in 1997-1998;
- het verloop per leeftijdscategorie blijft hetzelfde als in 1997-1998.

Figuur 4.4 geeft een beeld hoe de leeftijdsopbouw zal veranderen. We zien dat ook in de komende jaren de vergrijzing zich nog voortzet. De gemiddelde leeftijd neemt toe van 35,2 in 1998 via 36,8 in 2003 naar 37,7 jaar in 2008 (zie tabel 4.3).



Figuur 4.4 Prognose leeftijdsopbouw verplegend en verzorgend personeel 1998, 2003 en 2008

Bron: Prognose Leeftijdsopbouw Zorgsector 1.1.

Het aandeel 50-plussers neemt drastisch toe: van nog geen 8,5% in 1998 tot bijna 20% in 2008. Het verloop zal onder invloed van de vergrijzing licht dalen van 14,7% in 1998 voor de totale intramurale zorg naar 13,3% in 2008.

Wat het werk betreft zijn de veranderingen even groot, het aandeel werk dat 50-plussers gemeten in FTE's voor hun rekening nemen neemt toe van 7,7 naar 19,3%. Hierbij is verondersteld dat de instroom in het beroep de vraag naar gekwalificeerd personeel volgt. Wanneer de instroom in het beroep achterblijft en bijvoorbeeld op het huidige niveau, instroom in opleidingen 1998, blijft, zal het aantal gekwalificeerde verpleegkundigen en verzorgenden niet verder groeien. In dat geval neemt het aandeel dat gekwalificeerde 50-plussers voor hun rekening moeten nemen toe tot 21,5% in 2008 oftewel meer dan één op de vijf verpleegkundigen is ouder dan 50 jaar.

Tabel 4.3

Ontwikkelingen in de leeftijdsopbouw van het verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg

	Gemiddelde leeftijd	% 50-plussers personen	% 50-plussers FTE's	% verloop
1998	35,2	8,4	7,7	14,7
2003	37,7	14,5	13,9	13,5
2008	39,0	19,5	19,3	13,3

Bron: Prognose Leeftijdsopbouw Zorgsector 1.1.

Hoe dan ook zal de voortschrijdende vergrijzing vergaande gevolgen hebben voor het werk in verpleging en verzorging. Ouderen in de verpleging en verzorging vervullen nu vaak managementfuncties en staf-achtige functies. Straks zal het aantal ouderen in absolute aantallen dermate groot zijn dat wanneer functies die minder zware fysieke eisen met zich meebrengen gezocht worden, de spoeling erg dun zal zijn. Een leeftijdsbewust personeelsbeleid is zonder meer noodzakelijk. Anders zou het gevolg een grotere uitstroom kunnen zijn onder ouderen dan nu het geval is. Dit betekent los van de persoonlijke problematiek die dit oproept ook dat er een groter beroep op instroom van nieuw personeel gedaan moet worden. We zagen al in hoofdstuk 3 dat dat niet eenvoudig zal zijn. De instroom in de opleidin-

gen is op dit moment al te gering; laat staan dat er een grotere personeelsbehoefte vervuld kan worden.

4.4 Samenvatting

Van oudsher was de personeelssamenstelling van verplegend en verzorgend personeel sterk afwijkend van de totale beroepsbevolking. Wat betreft het aandeel vrouwen is daar in de afgelopen jaren weinig aan veranderd. Wat betreft de leeftijdsopbouw gaat het personeelsbestand meer op het gemiddelde lijken. Het tempo van vergrijzing in de periode 1990-1998 is in de verpleging en verzorging veel sterker dan bij de totale beroepsbevolking. De vergrijzing van de afgelopen jaren is vooral een gevolg van de forse toename van de leeftijdscategorie 36 tot 45 jaar. Simulatiemodellen toegepast op de intramurale gezondheidszorg laten zien dat bij voortzetting van de trends van de afgelopen jaren de gemiddelde leeftijd ook de komende jaren nog flink zal toenemen. Bij deze berekeningen, waarbij ook meewerkende leerlingen zijn meegerekend, neemt de gemiddelde leeftijd toe van 35,2 jaar in 1998 tot 37,7 in 2003 en 39 in 2007. Het werk dat 50-plussers geacht worden te verzetten neemt in die zelfde periode toe van 7,7 tot 19,3%. Een leeftijdsbewust personeelsbeleid ten aanzien van verpleegkundigen en verzorgenden lijkt een noodzakelijke voorwaarde te zijn voor de toename van de oudste leeftijdscategorie. Gebeurt dit niet dan zal een veel grotere behoefte aan nieuw personeel dan nu voorzien wordt, het gevolg zijn.

5 De arbeidssituatie

In dit hoofdstuk wordt een aantal aspecten van de arbeidssituatie bekeken. De dynamiek op de arbeidsmarkt wordt in kaart gebracht. We gaan na hoe het vertrek van verplegend en verzorgend personeel zich heeft ontwikkeld. Betekent vertrek ook beëindiging van de beroepsuitoefening? Waarom vertrekt men uit de verpleging en verzorging? Had het vertrek voorkomen kunnen worden?

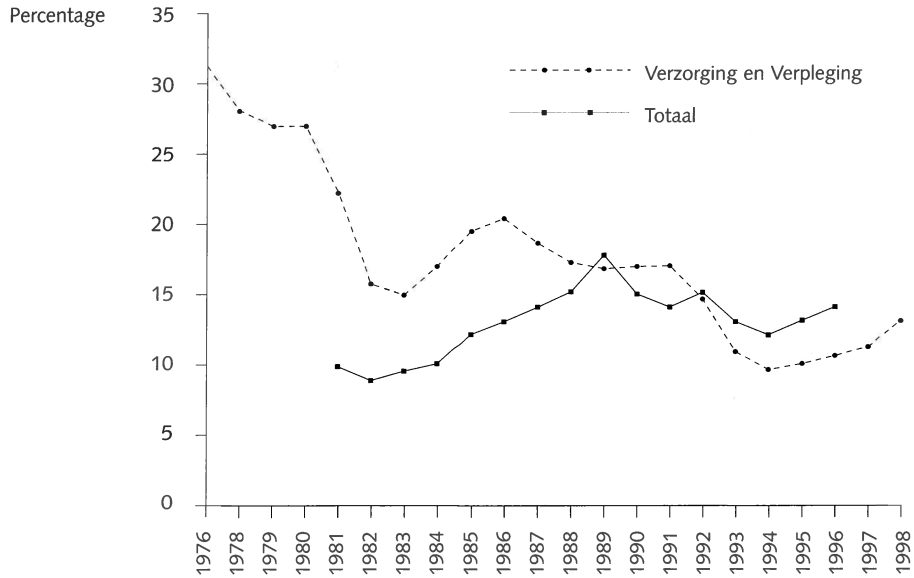
Een resultante van het afgenomen verloop is het stijgend aantal jaren dat men gemiddeld bij de huidige werkgever in dienst is. Dit is een volgend onderwerp waar we kort bijilstaan. Daarna besteden we aandacht aan ontwikkelingen in de verdeling van het werk: de groei van het parttime werken krijgt hierbij de aandacht. Ten slotte gaan we in dit hoofdstuk in op ontwikkelingen in het ziekteverzuim.

5.1 De dynamiek op de arbeidsmarkt, het verloop

De jaren negentig werden aanvankelijk gekenmerkt door een verdere daling van het verloop. Deze ontwikkeling had zich al eind jaren tachtig ingezet (zie bijlagentabel A5.1 en figuur 5.1).

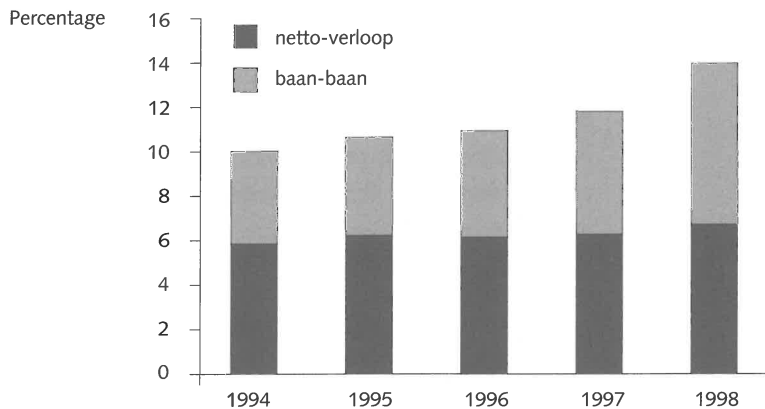
Sinds 1994 zien we daarentegen weer een geleidelijk toenemen van het verloop. De toename van het vertrek is vooral toe te schrijven aan het feit dat verpleegkundigen en verzorgenden in een andere instelling hun loopbaan voortzetten, de zogenoemde baan-baanmobiliteit. De pendant hiervan, de beëindiging van de uitoefening van het beroep, kan betekenen dat men gestopt is met werken, maar ook dat men in een andere bedrijfstak aan de slag is gegaan.

Combineren we de gegevens over de absolute omvang van het vertrek uit het LKG en die over de richting van de exit-interviews dan valt het volgende beeld te construeren.

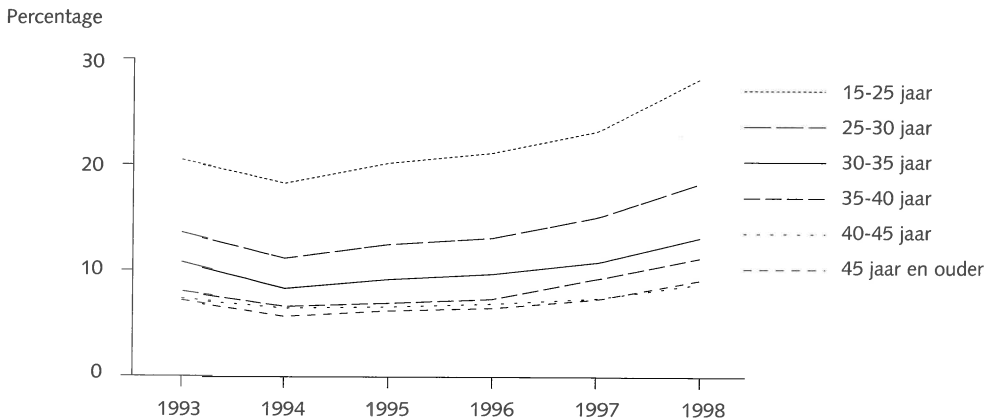


Figuur 5.1 Verloop bij verpleegkundigen en verzorgenden in de intramurale gezondheidszorg en bij de totale beroepsbevolking

We zien in figuur 5.2 dat het vertrek uit de instellingen van verplegend en verzorgend personeel de afgelopen jaren slechts weinig heeft geleid tot extra vertrek uit het beroep; een toename van 5,7 naar 6,6%. De toegenomen totale mobiliteit betekent vooral dat verpleegkundigen en verzorgenden vaker van baan veranderd zijn; een toename van 4 tot 7% per jaar.



Figuur 5.2 Mobiliteit naar richting 1994-1998



Figuur 5.3 Het verloop naar leeftijdsklasse 1993-1998

De toename in het vertrek tekent zich vooral bij de jongeren af. Boven de 35 jaar nam het verloop in de periode 1993-1998 slechts licht toe. De stijging doet zich vooral onder de 30 en met name onder de 25 jaar voor (zie figuur 5.3). In de laatste leeftijdscategorie vinden we veel leerlingen, die werken en leren combineren. Bij hen zien we met name in 1998 een toename ten opzichte van voorgaande jaren in het vertrek.

De hierna te presenteren gegevens zijn gebaseerd op exit-interviews jaarlijks gehouden bij een vijftigtal intramurale gezondheidszorginstellingen. Het aandeel van beroepsbeëindigingen onder de vertrekkers zoals we al zagen nam tussen 1995 en 1998 af van 58% tot 47% (bijlagentabel A5.3). We zien dat deze afname zich bij alle leeftijdscategorieën onder de 50 jaar voordoet; in het bijzonder bij degenen die tussen de 35 en 40 jaar zijn. De belangrijkste reden voor vertrek is het feit dat men elders werk gevonden heeft (zie bijlagentabel A5.5). Dit geldt uiteraard vooral voor degenen die het beroep voortzetten in een andere instelling in de zorg, maar ook steeds meer voor degenen die het beroep al dan niet tijdelijk vaarwel zeggen. Bij deze laatste groep is ouderschap/zwangerschap nog wel een belangrijke reden voor vertrek (een op de negen in de periode 1994-1998), maar in de loop der tijd is deze reden wel tanende. Bij degenen die naar een andere instelling vertrekken is reistijd een vaak genoemde reden. Verder valt op dat men een breed scala van redenen als de belangrijkste opgeeft. Het krappere worden van de arbeidsmarkt komt tot uitdrukking in het feit dat steeds minder vaak beëindiging van een tijdelijk dienstverband en de mogelijkheid om een gewenst aantal uren te gaan werken als vertrekredenen worden genoemd.

Ook wanneer we alle vertrekredenen die men genoemd heeft bij elkaar nemen, komt het feit dat men elders werk gevonden heeft als meest genoemde uit de bus. We zien wel dat ontplooiing en benutting van de capaciteiten en de behoefte aan een andere werkring en loopbaanperspectief dan ook hoog scoren.

Door één op de twaalf vertrekkers wordt salaris als een vertrekreden opgegeven. Het belang van deze reden neemt in de periode 1994-1998 toe. Opvallend is dat dit vooral geldt voor degenen die in andere instellingen gaan werken.

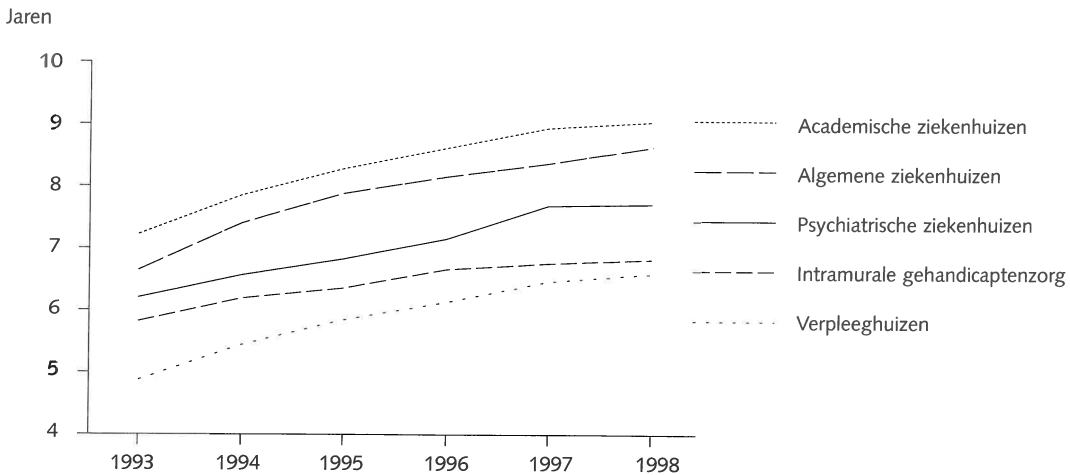
Bij degenen die een punt achter de beroepsuitoefening zetten worden steeds vaker negatieve aspecten van het werk, zoals werktijden en roosters en het ontbreken van autonomie in het werk, als vertrekreden opgegeven. Niet verbazingwekkend zal zijn dat het aandeel van respondenten die aangeven dat het vertrek voorkomen had kunnen worden wanneer bepaalde aspecten van het werk er anders uitgezien hadden of verbeterd waren in de periode 1994-1998 van 43% naar 55% groeide. Bij degenen die van instelling veranderden bedraagt dit aandeel in 1998 58%, bij degenen die het beroep vaarwel zegden 52%.

Als verreweg belangrijkste factor die vertrek had kunnen voorkomen wordt loopbaanperspectief genoemd. Bij degenen die het beroep beëindigen wordt de mogelijkheid om meer of minder uren te werken door één op de zes als belangrijkste reden genoemd.

Meestal geeft men meerdere aspecten aan (zie bijlagentabel A5.9). Nemen we alle redenen bij elkaar dan valt op dat het leiderschap op de afdeling waar men werkte, steeds vaker aan kritiek onderhevig is. En dat kinderopvang steeds minder vaak als factor wordt genoemd die vertrek (mede) had kunnen voorkomen.

5.2 De duur van het dienstverband

De jarenlange daling van het verloop en de instroom zorgde ervoor dat het aantal jaren dat verpleegkundigen en verzorgenden in dienst zijn bij dezelfde werkgever snel toenam. Voor de sectoren uit de intramurale gezondheidszorg is het mogelijk om dit na te gaan (zie bijlagentabel A5.10). Vooral tot 1996 nam het gemiddeld aantal dienstjaren bij dezelfde werkgever toe: van 5,8 jaar in 1993 tot 7,0 jaar in 1996. Door de toename van de baanbaanmobiliteit neemt het tempo van de groei af. De geringe instroom in de opleidingen heeft echter nog steeds als gevolg dat de duur van het gemiddeld dienstverband bij dezelfde werkgever toeneemt: in 1998 bedraagt deze 7,4 jaar. Tussen de sectoren zijn er wel verschillen: in verpleeghuizen 6,6 tot



Figuur 5.4 De gemiddelde duur van het dienstverband

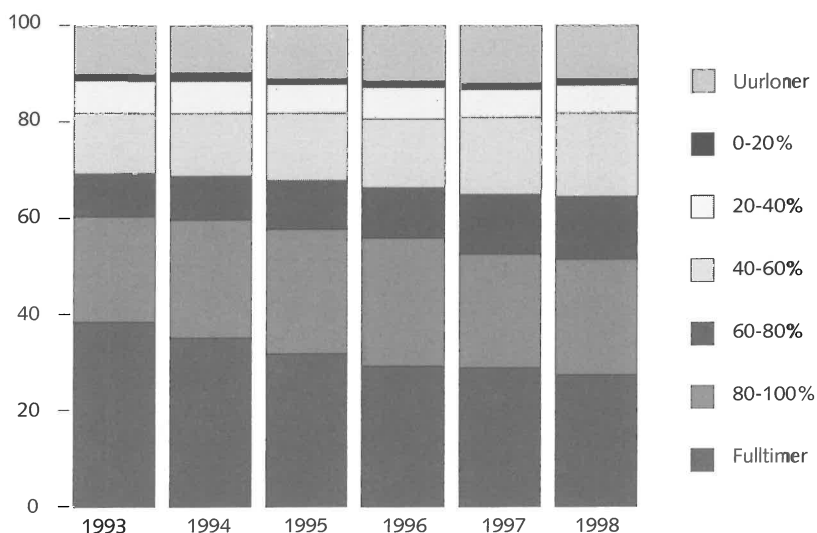
8,8 jaar in de academische ziekenhuizen. De verschillen tussen de sectoren zijn overigens stabiel in de tijd, zoals in figuur 5.4 te zien is.

5.3 De werkweek

In veel instellingen wordt een fulltime werkweek niet meer gelijkgesteld met een volledige werkweek volgens de CAO-norm. Sprak men oorspronkelijk alleen bij een 38-urige werkweek van een fulltime dienstverband, inmiddels beschouwen velen een werkweek van 80% of meer als fulltime. Deze zienswijze wordt ondersteund door de snelle ontwikkelingen in het parttime werk in de afgelopen vijf jaar. Zo nam het percentage werknemers met een volledige werkweek in de ziekenhuizen af van de helft in 1990 tot minder dan een derde in 1996 (zie bijlagetabel A5.11). Bij psychiatrie, gehandicaptenzorg en verpleeghuizen zien we dit aandeel dalen tot 28% of minder. In veel sectoren is de meest voorkomende werknemer niet meer een fulltimer, maar een parttimer met een baan van 80% of minder.

Het aandeel uurloners, dat zijn personen die geen van tevoren afgesproken aantal uren werken, maar op afroep werkzaam zijn, veranderde in de loop der tijd niet veel. Wellicht onder invloed van de nieuwe flexwet zijn hierin de komende jaren wel veranderingen te verwachten.

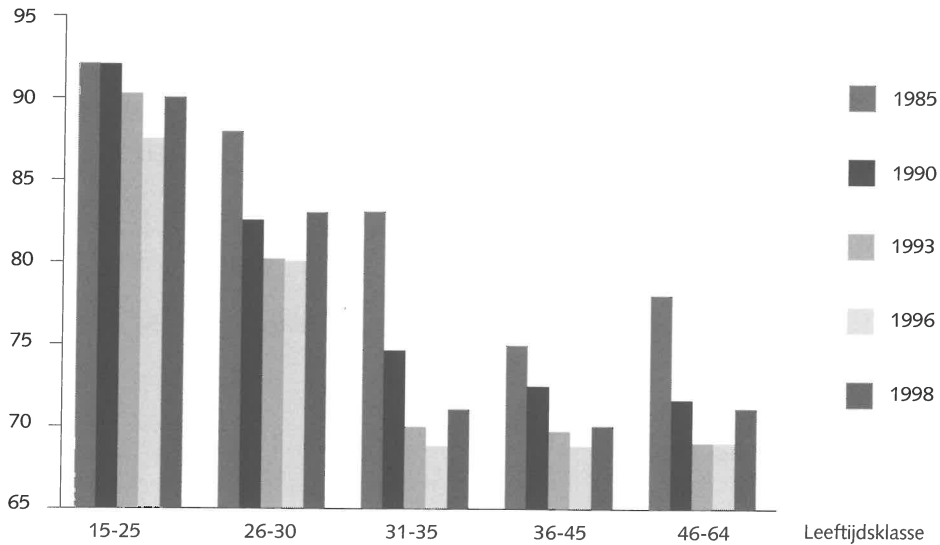
De daling van de gemiddelde werkweek wordt door een tweetal factoren veroorzaakt. De vergrijzing van het personeelsbestand zorgt ervoor dat,



Figuur 5.5 De werkweek van verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg 1993-1998 (in % van volledige werkweek)

waar er een sterk verband bestaat tussen leeftijd en gemiddelde werkweek, de laatste daalt. Tot voor kort was er ook sprake van dat er in de intramurale gezondheidszorg per leeftijdscategorie steeds korter gewerkt werd; figuur 5.6 laat zien dat er een einde aan dit proces gekomen lijkt te zijn. Of er sprake is van een echte kentering, men gaat weer langer werken, is op dit moment moeilijk te zeggen. In de gegevens van 1998 speelt dat er een opplusoperatie, d.w.z. dat parttimers hun aantal uren konden vasthouden, als gevolg van collectieve arbeidsduurverkorting van 38 naar 36 uur achter de rug is.

De daling van de gemiddelde werkweek per leeftijdscategorie was overigens in de periode 1985-1990 veel sterker (zie figuur 5.6). In 1985 was ook nog goed zichtbaar dat ouderen die in het beroep bleven relatief vaak een leidinggevende functie bekleedden: in 1985 lag de gemiddelde werkweek van de 45- tot 64-jarigen hoger dan die van de 36- tot 45-jarigen. Anno 1996 valt op dat de gemiddelde werkweek tot de leeftijdsklasse 31-35 jaar daalt, maar in de daarop volgende leeftijdsklassen vrijwel gelijk blijft. In 1998 neemt de gemiddelde werkweek zelfs iets toe. Mogelijk betekent dit dat er een einde gekomen is aan de daling van de gemiddelde werkweek per leeftijdscategorie, wellicht is er zelfs sprake van een kentering en gaan ouderen wanneer de zorg voor kinderen minder zwaar weegt langer werken.



Figuur 5.6 De gemiddelde werkweek in de intramurale gezondheidszorg naar leeftijd 1985-1998 (in % van volledige werkweek)

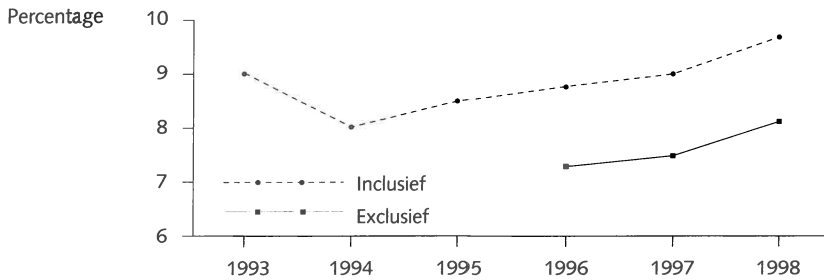
5.4 Ziekteverzuim

Na een terugval in 1994, waarschijnlijk vooral onder invloed van allerlei veranderingen op het terrein van de Ziektewet, zien we een geleidelijke stijging van het ziekteverzuim bij het verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg. Het bevallingsverlof maakt een relatief vast deel uit van het ziekteverzuim, ruim 1,5 procentpunt (zie figuur 5.7). De verschillen in ziekteverzuim tussen de jaren zijn vooral toe te schrijven aan de ontwikkeling in het verzuim exclusief bevallingsverlof.

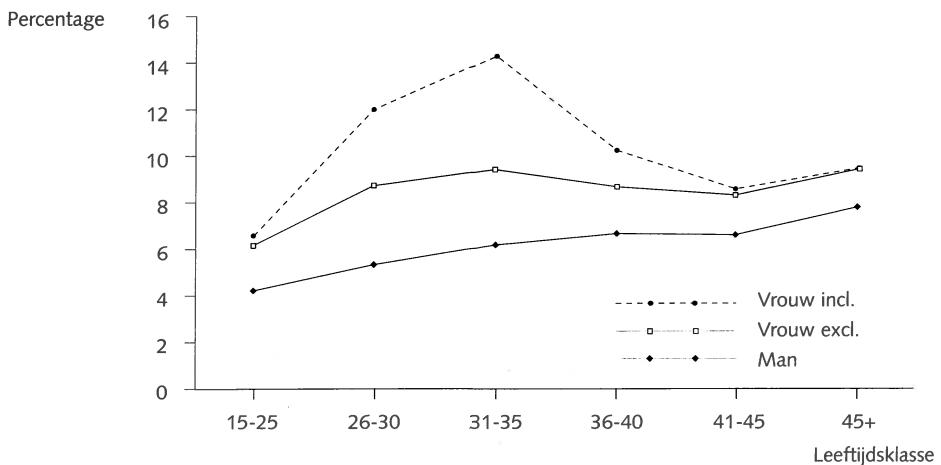
Met de stijging van het ziekteverzuim wijkt de verpleging en verzorging weinig af van de landelijke trend. Het CBS laat voor 1998 voor geheel Nederland ook een stijging zien. Wel ligt het niveau van verzuim veel lager: namelijk op 5%.

Per leeftijdsklasse zien we verschillen in het niveau van het ziekteverzuim (zie figuur 5.8). Als gevolg van bevallingsverlof is het verzuimpercentage het hoogst bij de leeftijdscategorie 25-30 jaar. Na 35 jaar neemt het verzuim af om geleidelijk aan weer omhoog te gaan.

De stijging in het ziekteverzuim exclusief bevallingsverlof doet zich bij alle leeftijdscategorieën gelden.



Figuur 5.7 Het ziekteverzuimpercentage 1993-1998 in- en exclusief beval-
lingsverlof



Figuur 5.8 Ziekteverzuim naar leeftijd en geslacht 1998 in- en exclusief
bevallingsverlof

5.5 Samenvatting en vooruitzichten

Na een jarenlange daling van het vertrek van verplegend en verzorgend personeel is er sinds 1996 sprake van een eerst geleidelijke, maar in 1998 zelfs van een forse toename in het vertrek uit instellingen. Het vertrek uit het beroep is in de loop der jaren (1994-1998) door betere mogelijkheden elders slechts iets toegenomen van 5,7 naar 6,6%. Het veranderen van baan binnen de zorg is met een toename van 4,4 tot 7,4% de belangrijkste oorzaak van vertrek uit een instelling. Een en ander resulteert in een minder sterke stijging van het gemiddeld aantal jaren dat men bij dezelfde werkgever in dienst is.

Nog steeds blijft het vinden van een andere baan de belangrijkste reden van

vertrek. Met het vertrek hoopt men betere ontplooiings- en loopbaanmogelijkheden te realiseren. Ook het beperken van de reistijd speelt een rol.

Bij vertrekkers uit het beroep spelen dezelfde factoren een rol bij het aangaan van een baan elders. Beroepsbeëindiging door het stoppen met betaald werk komt steeds minder vaak voor.

Als verreweg belangrijkste factor die vertrek had kunnen voorkomen wordt een beter loopbaanperspectief genoemd. Bij degenen die het beroep beëindigen wordt de mogelijkheid om meer of minder uren te werken door een op de zes als belangrijkste reden genoemd.

Meestal geeft men meerdere aspecten aan (zie bijlagentabel A5.9). Nemen we alle redenen bij elkaar dan valt op dat het leiderschap op de afdeling waar men werkte, steeds vaker aan kritiek onderhevig is. En dat kinderopvang steeds minder vaak als factor wordt genoemd die vertrek (mede) had kunnen voorkomen.

De zorgsector is van oudsher een sector waar veel in deeltijd gewerkt wordt. In de intramurale zorg is inmiddels de meest voorkomende werktijd die van de parttimer met een duur van 80% of minder.

De eerder uitgesproken verwachting dat de komende jaren het tempo waarin de gemiddelde werkweek afneemt minder sterk zal zijn lijkt bewaarheid te worden. Wel kan de invoering van de 36-urige werkweek een trendbreuk met zich mee gebracht hebben: veel deeltijders hebben van de mogelijkheid gebruikgemaakt om hun aantal uren niet terug te laten lopen (zgn. opplussen).

Het ziekteverzuim steeg de afgelopen jaren, in 1997 nog licht, maar in 1998 aanzienlijk. Deze trend doet zich ook landelijk voor, echter onder verpleegkundigen en verzorgenden is het niveau van het ziekteverzuim veel hoger. Hoewel er een aantal verklarende factoren voor dit verschil is, zoals het feit dat er veel vrouwen werkzaam zijn en men veelal in grote arbeidsorganisaties werkzaam is, lijken er ook factoren in het spel te zijn die met de zwaarte van het beroep samenhangen. Niet voor niets krijgt beheersing van het ziekteverzuim in de recent afgesloten zorg-CAO's ruim aandacht. De daar gekozen decentrale aanpak lijkt logisch, gezien de vaak grote verschillen tussen instellingen onderling in het ziekteverzuimpercentage.

6 Onderwijs

Vanwege de invoering van een nieuw stelsel van onderwijs voor verpleging en verzorging per augustus 1997 leek het zinvol om de informatie over het onderwijs zoveel mogelijk aan te passen aan de nieuwe situatie. Daarom zijn de oude opleidingen van voor de invoering van het nieuwe stelsel zoveel mogelijk gehergroepeerd naar dat nieuwe stelsel. Daarbij zijn ongetwijfeld keuzes gedaan die bediscussieerbaar zijn. Om de grote lijn van de ontwikkeling te kunnen volgen zijn we over deze bezwaren heen gestapt. De precieze toedeling is te vinden in de bijlage bij tabel A6.1.

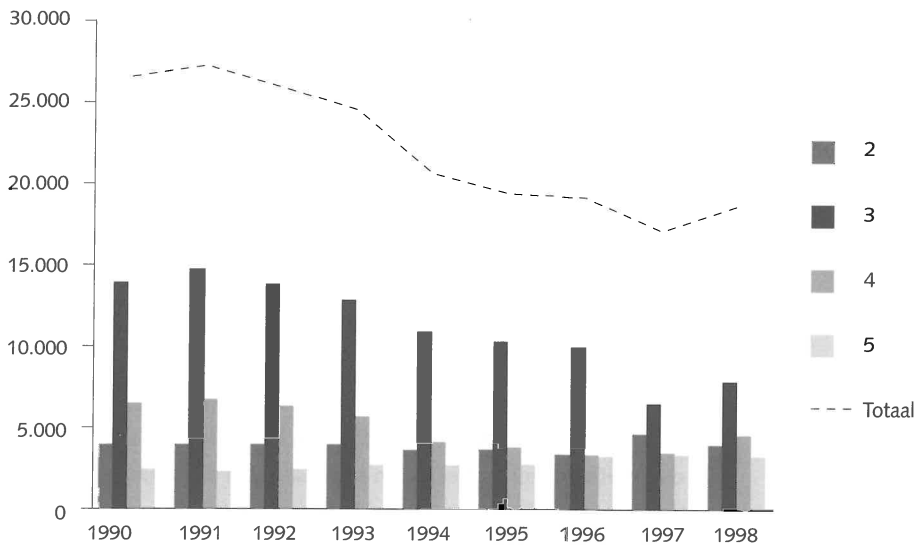
We besteden achtereenvolgens aandacht aan de instroom in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen, de verwachte uitstroom aan gediplomeerden en de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt.

6.1 De instroom in de opleidingen

Voor het eerst sinds 1991 is er bij de toestroom naar de opleidingen voor het verplegend en verzorgend onderwijs weer sprake van een stijging. Figuur 6.1 laat zien dat de totale instroom in deze opleidingen van 27.000 per jaar tot nog geen 17.000 in 1997 is afgenomen. In 1998 wordt een aantal van ruim 18.000 bereikt.

Kijken we naar de verschillende niveaus dan stellen we vast dat vooral de niveaus 3 en 4 een sterke daling achter de rug hebben.

De vooruitzichten voor de instroom in de opleidingen voor de komende jaren zijn niet ongunstig. In het Convenant dat sociale partners en overheid medio 1999 afsloten is er sprake van een subsidieregeling voor de BBL-variant. Verder groeit in den lande door het regionaal toepassen van arbeidsmarktverkenningen het besef dat de noodzaak er is om instroom te verhogen. Dit is ook in principe mogelijk omdat het potentieel aan instromers licht stijgt: het aantal MAVO-/HAVO-/VWO-schoolverlaters neemt in ons land de komende jaren licht toe en de belangstelling onder hen voor



Figuur 6.1 De instroom in het V&V-onderwijs 1990-1998 naar niveau

een beroep in de zorgsector is niet veel minder dan vroeger (Lagendijk, 1992 en 1998) het geval was.

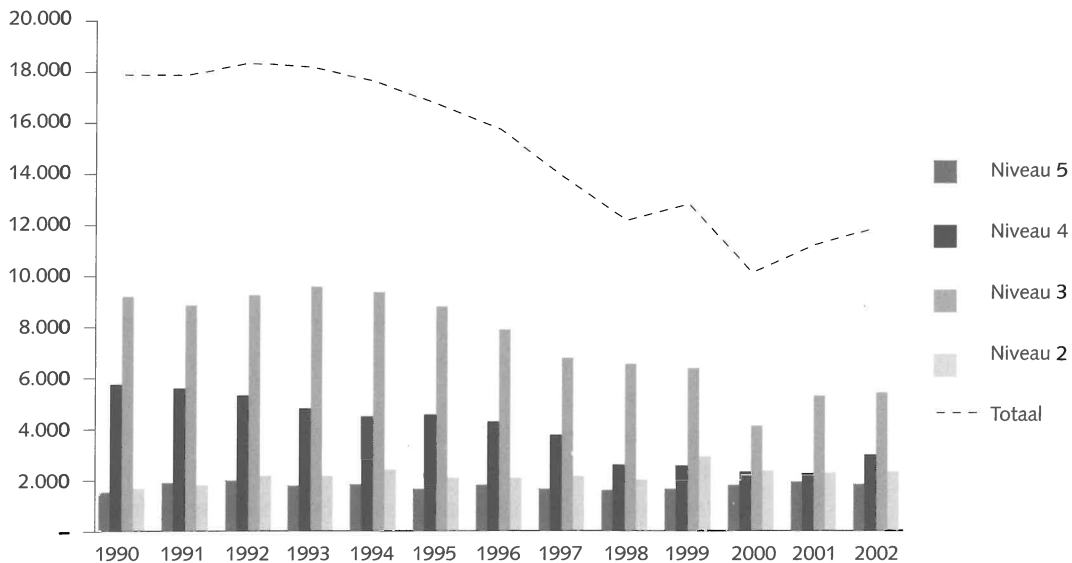
6.2 Het aantal behaalde diploma's

Voor een precies overzicht van de behaalde diploma's naar specifieke opleidingen verwijzen we naar bijlagetabel A6.2. We gaan hier in op de grote lijn.

Naar verwachting zal pas na 2000 aan de jarenlange daling van het aantal nieuw gediplomeerden een einde komen. Verkregen in 1992 nog 18.000 mensen een diploma voor verpleging of verzorging, in 2000 zal dat tot ruim 10.000 afgenomen zijn. Een en ander is uiteraard het gevolg van de forse afname in de instroom sinds het begin van de jaren negentig.

Bij deze berekeningen is er vanuit gegaan dat de nieuwe opleidingen een vergelijkbaar studierendement kennen als de opleidingen onder het oude stelsel (zie bijlagetabel A6.4).

Overigens geldt dat voor een aantal opleidingen, met name de inservice-opleidingen de laatste jaren al met ramingen gewerkt moest worden om het aantal diplomaverkrijgers vast te stellen. Dit heeft te maken met de overgang van de registratie van diploma's door de Inspectie voor de Volksgezondheid naar het BIG-register dat weliswaar een wettelijk kader heeft, maar waarin veel minder gegevens worden vastgelegd.



Figuur 6.2 (Verwacht) aantal nieuw gediplomeerden 1990-2002 verpleging en verzorging naar niveau

Met de invoering van het nieuwe stelsel waardoor een en ander onder verantwoordelijkheid van het ministerie van OC&W terechtgekomen is en meeloopt in de CBS-onderwijsstatistieken zal in de toekomst dit probleem geleidelijk aan verdwijnen.

6.3 Aansluiting onderwijs-arbeidsmarkt

De opleidingen in het leerlingwezen en inservice-onderwijs kennen van oudsher een goede aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt door hun opzet van werkend leren. Voor de nieuwe opleidingen met een beroepsbegeleidende leerweg geldt *grosso modo* hetzelfde.

Ook voor de dagopleidingen van het verplegend en verzorgend onderwijs op middelbaar en hoger niveau geldt dat ze in verhouding tot andere beroepsopleidingen op dit aspect vrij gunstig scoren.

De werkloosheid één tot anderhalf jaar na het afsluiten van de opleiding is doorgaans laag: lager dan het gemiddelde van andere opleidingen op hetzelfde niveau. Over de aansluiting tussen opleiding en werk hebben de voormalige studenten een jaar na afstuderen over het algemeen een gunstig oordeel. Andere gezondheidszorgopleidingen dan verpleging doen het overigens op dit punt nog iets beter; de verpleegopleidingen kunnen zich goed spiegelen aan het landelijk gemiddelde van alle HBO-opleidingen.

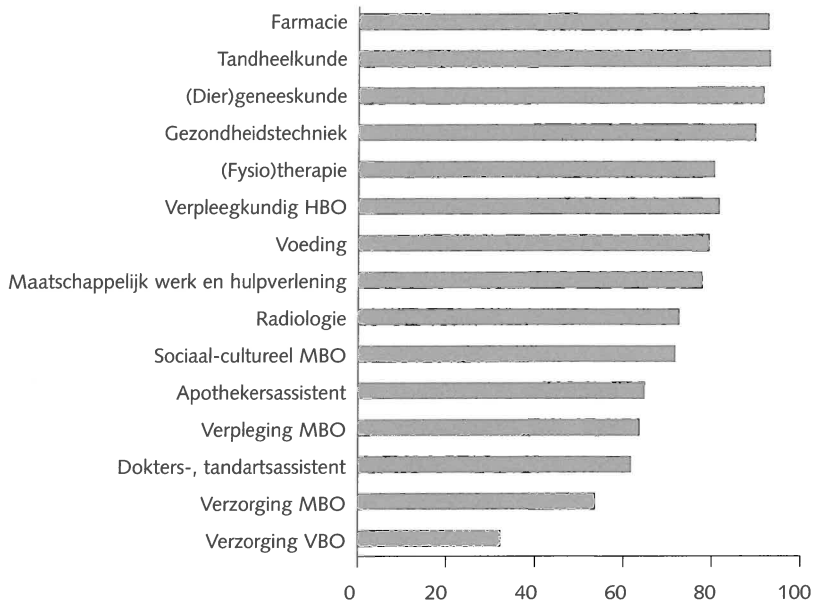
Ongunstig steekt de verpleging op HBO-niveau af waar het gaat om het loon dat men verdient een jaar na het afsluiten van de opleiding. Dit bedraagt bruto f 19,20 per uur. Dat is lager dan het gemiddelde van alle gezondheidszorgopleidingen (f 21,30) en ook lager dan het gemiddelde van alle HBO-opleidingen met f 21,90.

De MBO-opleidingen daarentegen scoren wat betreft beloning beter dan vergelijkbare opleidingen. Bij verpleging en verzorging niveau 3/4 is de werkloosheid laag, heeft men weinig tijd nodig om een baan te vinden en is men in 86% van oordeel dat de opleiding goed of voldoende aansluit bij de functie die men nu vervult, terwijl voor alle MBO-opleidingen op dat niveau 75% dit oordeel heeft.

Op kwalificatieniveau 1-2 is dit oordeel minder gunstig. Ook de werkloosheid steekt onder deze schoolverlaters verhoudingsgewijs ongunstig af. In deel B wordt uitgebreid ingegaan op de aansluiting onderwijs-arbeidsmarkt.

6.4 De ooit opgeleiden

Bekeken we de aansluiting opleiding-arbeidsmarkt hiervoor op de korte termijn, het is ook van belang om naar de lange termijn te kijken. Zo kunnen we kijken naar het totaal aantal mensen in de bevolking van 15 tot 65 jaar met een verpleegkundige of verzorgende opleiding als hoogste opleiding. Degenen die na deze opleiding nog een hogere vervolgopleiding hebben gedaan blijven dan buiten beschouwing. Het aandeel werkzamen op dit totaal noemen we de participatiegraad. Degenen die niet participeren, dus niet werken kunnen werkloos zijn of ervoor gekozen hebben niet op de arbeidsmarkt actief te zijn. Degenen met een zorgopleiding kennen in totaliteit een minder hoge participatiegraad dan voor alle opleidingen geldt. Zo is slechts 52% van degenen die een zorgopleiding volgden actief tegen voor alle opleidingen 66%. Vergeleken met allerlei andere zorgopleidingen scoren de verpleegkundige en verzorgende opleidingen minder goed. Hoe hoger het niveau van de opleiding, hoe hoger de participatiegraad (zie figuur 6.3). We kunnen deze lage participatiegraad bij degenen met een verpleegkundige of verzorgende opleiding ook vanuit een andere optiek benaderen: er is waarschijnlijk nog een groot potentieel aan mensen die mogelijk te interesseren zijn voor een baan in de zorg. Dit geldt vooral voor verzorgenden, zowel op VBO- als MBO-niveau.



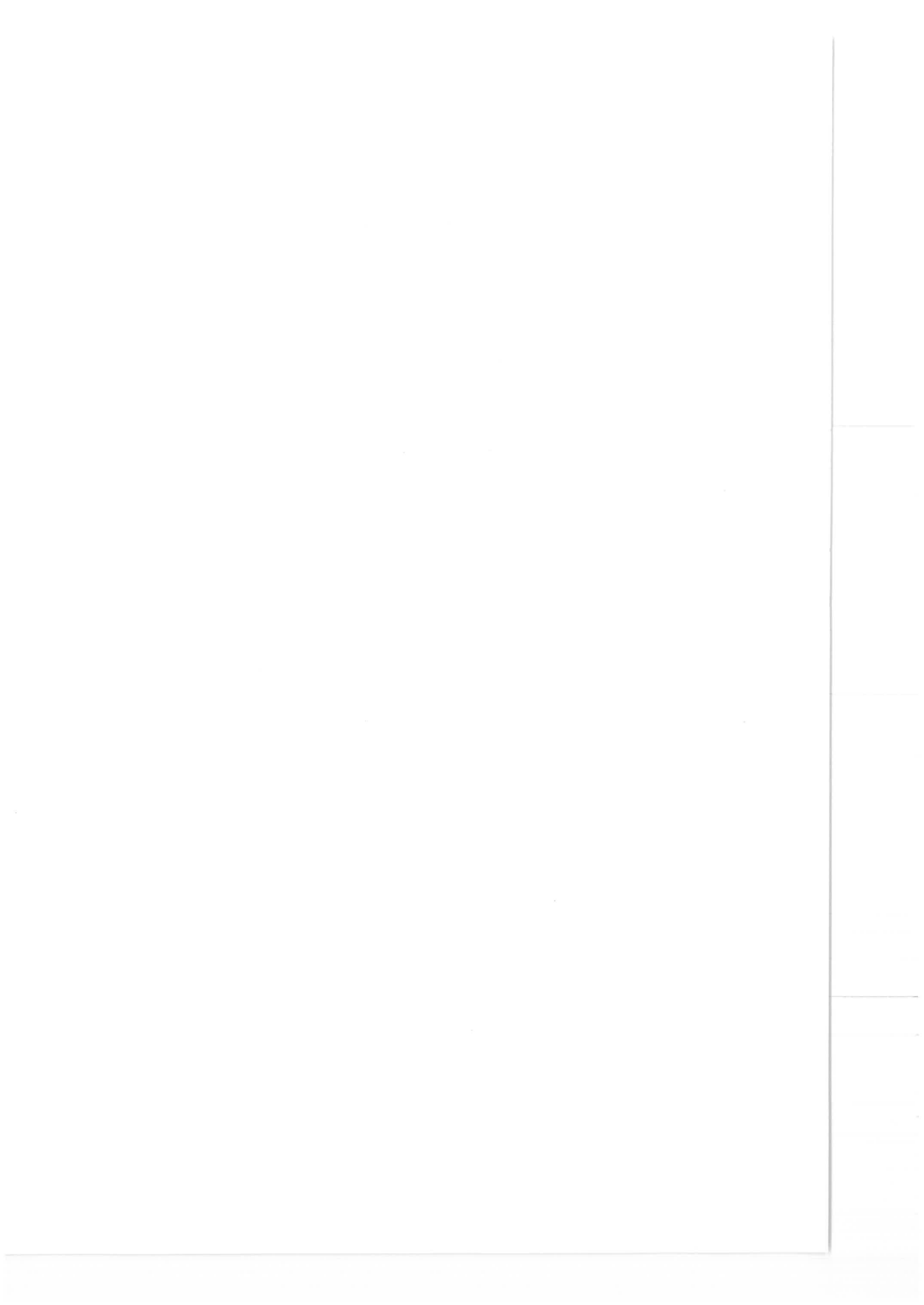
Figuur 6.3 Participatiegraad per opleidingstype

Bron: Bewerking gegevens ROA.

6.5 Samenvatting en vooruitblik

Aan de jarenlange daling van de instroom in de opleidingen voor verpleging en verzorging lijkt in 1998 een einde gekomen te zijn. Wel zal als gevolg van deze daling het aantal mensen dat een opleiding met een diploma afrondt pas na 2000 gaan toenemen. Wat betreft de aansluiting van de opleiding op de arbeidsmarkt kunnen de verpleegkundige opleidingen zich goed spiegelen aan het landelijke gemiddelde van alle HBO-opleidingen. De MBO-opleidingen steken zelfs gunstig af. In tegenstelling tot de MBO-opleidingen die wat betreft beloning relatief gunstig afsteken ten opzichte van vergelijkbare opleidingen geldt dit niet voor de HBO-verpleging. Ook ten opzichte van andere zorgopleidingen blijft men achter.

Met name bij de verzorgenden blijkt er een groot potentieel aan mensen te zijn die wel een opleiding achter de rug hebben, maar nu niet actief zijn op de arbeidsmarkt. Gezien de dreiging van tekorten aan personeel voor de komende jaren, zeker bij de ouderenzorg, is dat zeker van belang.



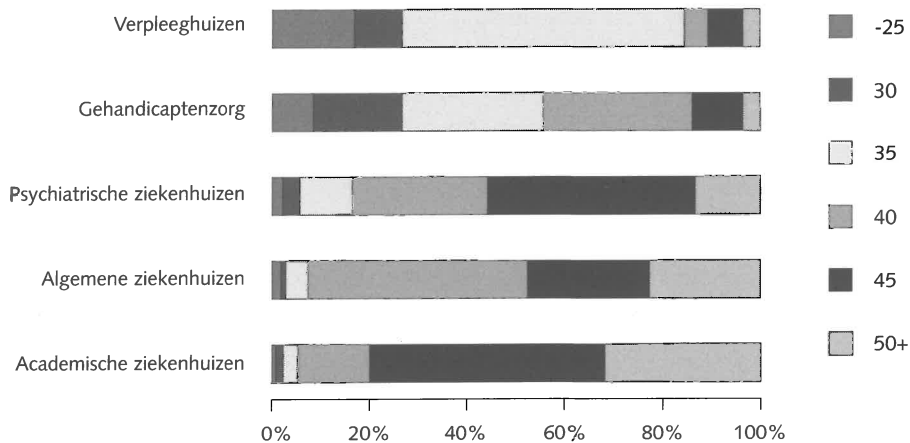
7 Functies en inkomen

Zorgsectoren verschillen in het zorgaanbod dat zij doen. Niet alleen heeft men te maken met andere cliënten-/patiëntengroepen, maar ook het vereiste kwalificatie- en functieniveau zal verschillen. Zo loopt het scala van functieniveaus bij de verplegende en verzorgende beroepen uiteen van betrekkelijk eenvoudige huishoudelijke verzorging tot complexe, sterk gespecialiseerde verpleging (Commissie Kwalificatiestructuur, 1996). In dit hoofdstuk gaan we per sector na hoe de personeelssamenstelling naar functieniveaus is en hoe die zich de afgelopen jaren ontwikkeld heeft. In sectoren waar weinig of niets over functieniveaus bekend is zullen we naar ontwikkelingen in het kwalificatieniveau kijken.

Ten slotte kijken we naar het salarisniveau en de veranderingen die zich voordoen. De ontwikkelingen hierin kunnen redelijk goed beoordeeld worden omdat we eerder al naar achterliggende factoren als de personeelssamenstelling naar leeftijd en functieniveaus en het verloop van personeel gekeken hebben.

7.1 Functies

Van instellingen waar de CAO-ziekenhuiswezen van toepassing is en van de academische ziekenhuizen is een redelijk nauwkeurig beeld te geven hoe de verpleging en verzorging zich ontwikkeld hebben gelet op de functieniveaus. In deze instellingen is de FWG (FunctieWaarderingGezondheidszorg) of BBRA van toepassing. Voor de verzorgingshuizen en de thuiszorg beschikken we over beperkter materiaal, maar zullen we toch ook aan dit vraagstuk aandacht besteden. Voor 1998 is er voor deze twee sectoren momenteel nog geen nieuwe informatie beschikbaar.



Figuur 7.1 De verdeling naar schaalniveau per sector in 1998

7.1.1 Intramuraal¹

In figuur 7.1 is per sector aangegeven hoe in 1998 de verdeling van het verplegend en verzorgend personeel is over de verschillende FWG-schalen. Deze vormen een indicatie voor het niveau van de functie die men uitoefent. Een laag schaalnummer impliceert een lage functie en een lager salaris. Voor de academische ziekenhuizen is gebruikgemaakt van de BBRA-schalen. Daarbij is schaal 4 gelijkgesteld aan FWG 30, schaal 5 aan FWG 35, enz. Deze schalen komen weliswaar niet exact overeen, met name de uitloop is verschillend, maar voor een vergelijking op hoofdlijnen zoals hier is dat niet problematisch. Tussen de sectoren doen zich aanmerkelijke verschillen voor in de verdeling over de verschillende schalen.

In verpleeghuizen is een kwart van de verplegenden en verzorgenden ingedeeld in schaal 30 of lager. Ook in de intramurale gehandicaptenzorg is een zo groot deel van het personeel in verpleging en verzorging op dit schaalniveau ingedeeld. In de (psychiatrische) ziekenhuizen komen deze schaalniveaus nauwelijks voor. Hetzelfde geldt voor het voorkomen van schaalniveau 35, het niveau waar een ziekenverzorgende normaal gesproken ingedeeld is. Een meerderheid van het personeel in verpleeghuizen is juist hier op ingeschaald.

De hogere schalen namelijk 45 en hoger komen veel voor in de ziekenhui-

¹ De gegevens zijn gebaseerd op personen. Dit betekent dat in FTE's het beeld er iets anders uit kan zien. Welke optiek relevant is hangt van de vraagstelling af. Ligt de nadruk op het werk dat in een sector wordt uitgevoerd dan is het zinvol om naar FTE's te kijken; ligt de nadruk op de werknemers in een sector dan ligt de ingang personen voor de hand.

zen. In de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen is hun aandeel veel geringer. Wanneer we aannemen dat zo'n 5% van de functies managementfuncties omvat (Van der Windt en Vlemmix 1996) dan kunnen we concluderen dat er in de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen weinig specialistische functies voorkomen, waar dat in de (psychiatrische) ziekenhuizen wel het geval is.

Bij de academische ziekenhuizen valt op dat schaal 7 (FWG 45) de meest voorkomende is en ook de hoogste schaal in vergelijking met andere sectoren veel voorkomt.

Interessant is ook de ontwikkeling die zich in de sectoren de afgelopen jaren heeft voorgedaan. Tabel 7.1 geeft hier voor de intramurale gezondheidszorg een beeld van.

In de algemene en academische ziekenhuizen zien we in de functieopbouw een aanzienlijke toename van de hoogste functies: de opkomst van de gespecialiseerde verpleegkundige als gevolg van medisch-technologische ontwikkelingen. Was in 1993 in de algemene ziekenhuizen 18% van het personeel in schaal 50 en hoger, in 1996 is dat opgelopen tot 23%. In de academische ziekenhuizen zien we een toename van 30% in 1993 naar 34% in 1996. Het op steeds grotere schaal voorkomen van specialistische verpleging zoals intensive care zal hier debet aan zijn. Verder speelt natuurlijk dat verpleegkundigen veel langer in dienst blijven dan in het verleden. Daar het aantal te vervullen leidinggevende functies beperkt is gebleven zal er ter wille van loopbaanmogelijkheden waar mogelijk meer oplossingen in specialisatie van functies gezocht moeten worden.

Behoudens bij de algemene en academische ziekenhuizen is er geen trend te ontdekken naar hoger gekwalificeerd personeel. Bij de psychiatrische ziekenhuizen verdwijnen de onderste schalen en vindt een versterking van het middenniveau, schaal 45 van de FWG, plaats. Dit lijkt een logisch gevolg van de veranderingen in het zorgaanbod die zich in deze sector aftekenen (zie hoofdstuk 2).

In de intramurale gehandicaptenzorg zien we een contraire ontwikkeling: een toename van de lagere schalen wellicht onder invloed van vormen van functiedifferentiatie. Kanters en Smit (1994) geven aan dat hierbij sprake is van meer differentiatie aanbrengen tussen de reeds in dienst zijnde medewerkers. Er wordt dan gekozen voor verticale functiedifferentiatie binnen de functie van groepsleider.

Constateerden we vorig jaar met cijfers over de periode 1990-1996 nog dat

Tabel 7.1

De procentuele verdeling naar schaalniveau FWG per sector 1993 en 1998

FWG-schaal	Algemene Ziekenhuizen		Academische Ziekenhuizen		Psychiatrische Ziekenhuizen	
	1993	1998	1993	1998	1993	1998
-25	1	2	1	0	3	2
30	1	1	0	0	3	3
35	5	4	5	4	10	11
40	46	45	21	15	32	28
45	29	24	46	48	39	42
50+	18	23	27	33	13	14
Totaal	100	100	100	100	100	100

FWG-schaal	Intramurale Gehandicaptenzorg		Verpleeghuizen	
	1993	1998	1993	1998
-25	4	9	15	17
30	12	17	8	9
35	27	30	58	58
40	42	34	6	5
45	11	6	6	5
50+	5	4	6	5
Totaal	100	100	100	100

in verpleeghuizen de allerlaagste functieniveaus wat op hun retour waren, wellicht door de meer ontspannen arbeidsmarkt van toen, nu lijkt het erop dat er weer een toename is van functies als die van verpleeghulp, afdelings-assistent e.d.

7.1.2 Verzorgingshuizen

In de verzorgingshuizen kunnen we alleen nagaan hoe de samenstelling van het personeel is naar genoten vooropleiding en welke ontwikkelingen zich

Tabel 7.2

Het aandeel van de verschillende personeelscategorieën in verzorgingshuizen 1990 en 1996

	1990	1996
Verpleegkundigen	12	10
Ziekenverzorgenden	23	22
Bejaardenverzorgenden	38	44
Bejaardenhelpenden	12	12
Overig	15	13

hierin voordoen. Tabel 7.2 laat zien wat zich tussen 1990 en 1996 heeft afgespeeld.

Anders dan bij de FWG-indeling in de intramurale gezondheidszorg is bij deze indeling van personeel niet altijd ook sprake van een functioneel niveau. Zo is het heel goed mogelijk dat ziekenverzorgenden werkzaam zijn in dezelfde functies als bejaardenverzorgenden. Bij de interpretatie dient hiermee rekening gehouden te worden.

In de verzorgingshuizen lijkt de afgelopen jaren de nadruk meer op het middenniveau, dat van de verzorgenden, komen te liggen. Zowel aan de bovenkant als aan de onderkant vindt er een vermindering plaats die ten goede komt aan de bejaardenverzorgenden.

7.1.3 Thuiszorg

Bij de thuiszorg maken we onderscheid naar het verplegend gedeelte (oorspronkelijke wijkverpleging) en het verzorgende gedeelte (oorspronkelijk gezinszorg). Voor het verplegend gedeelte geldt evenals bij de verzorgingshuizen dat kwalificatieniveau niet noodzakelijkerwijs functieniveau behoeft te representeren.

In het kruiswerk zien we tussen 1990 en 1997 een verschuiving van verpleegkundigen naar meer ziekenverzorgenden. Deels zal dit met het te bieden zorgaanbod te maken hebben, deels zullen ook financiële overwegingen hierbij een rol gespeeld hebben. Het aandeel ziekenverzorgenden nam toe van 21% in 1990 naar 29% in 1997 (zie bijlagetabellen A3.1 en A3.2).

In de gezinszorg is het alleen mogelijk om 1994 en 1997 met elkaar te vergelijken. We zien in deze periode van drie jaar een verschuiving: het aandeel

van verzorgende A/B nam af van 41 naar 34%, terwijl het aandeel alfa-hulpen toenam van 43 naar 48%. Het aandeel verzorgenden C/D/E bleef vrijwel constant (zie bijlagetabellen A3.1 en A3.2).

7.2 Salaris

Salarisgegevens voor afzonderlijke sectoren en voor verpleging en verzorging zijn alleen beschikbaar voor de instellingen waar de CAO-ziekenhuiswezen van toepassing is en voor de academische ziekenhuizen. Er zijn bij het salaris twee vragen aan de orde, namelijk hoe ontwikkelde het salaris van verpleegkundigen en verzorgenden zich in de periode 1993-1998 en hoe verhoudt zich deze ontwikkeling tot die van andere groepen, zowel binnen de zorginstellingen als landelijk.

Het niveau van het gemiddelde salaris van verpleegkundigen en verzorgenden verschilt per sector (tabel 7.3). Gezien de verschillen in FWG-inschaling die we eerder lieten zien is dat ook logisch. Ook in de ontwikkeling van het gemiddelde salaris van verpleegkundigen en verzorgenden zien we verschillen per sector. Zo is er in de gehandicaptenzorg sprake van een veel geringere stijging dan elders. Dit heeft duidelijk te maken met de functiedifferentiatie die in deze sector is doorgevoerd.

Vergelijken we het gemiddelde salarisniveau van verpleegkundigen en verzorgenden met het totale personeelsbestand per sector dan zien we dat het overig personeel hoger scoort. In de algemene ziekenhuizen zijn de verschillen het geringst, in de psychiatrische ziekenhuizen het grootst. Dit laatste zal samenhangen met het relatief grote aandeel van duur behandelend personeel dat in loondienst is.

Een vergelijking van de lonen met andere sectoren en bedrijfstakken is over het algemeen een lastige zaak. Wil men vergelijken dan dienen de gegevens minstens uit eenzelfde bron afkomstig te zijn. Vandaar dat we gebruikmaken van gegevens van het CBS. Nadeel is dan wel dat we alleen de sector Gezondheidszorg en Welzijnzorg in zijn totaliteit kunnen vergelijken met de landelijke gegevens (tabel 7.4).

De vergelijking laat zien dat de zorgsector in 1987 relatief laag scoorde, maar over het algemeen sneller dan het landelijk gemiddelde gestegen is. De sector ziekenhuizen en de ouderenzorg zijn in hun totaliteit zowel in de periode 1987-1997 als in de periode 1993-1997 sterker dan het landelijk gemiddelde gegroeid. Het absolute niveau van het bruto-uurloon in zieken-

Tabel 7.3

Het gemiddelde maandsalaris in guldens en de gemiddelde jaarlijkse groei 1993-1998

	Niveau 1998	Gemiddelde jaarlijkse groei 1993-1998
<i>Algemene ziekenhuizen</i>		
Verpleegkundig personeel	4273	2,3
Overig personeel	4590	2,4
<i>Academische ziekenhuizen*</i>		
Verpleegkundig personeel	4222	2,6
Overig personeel	4797	2,7
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>		
Verpleegkundig personeel	4326	2,2
Overig personeel	5410	2,8
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>		
Verpleegkundig personeel	3766	1,3
Overig personeel	4321	1,0
<i>Verpleeghuizen</i>		
Verpleegkundig personeel	3651	2,1
Overig personeel	4201	1,8

* Academische ziekenhuizen 1997.

Tabel 7.4

Het bruto-uurloon (incl. bijzondere beloningen) in guldens in een aantal sectoren

	1987	1993	1997	Gemiddelde jaarlijkse groei in %	
				1987-1997	1993-1997
(Psychiatrische) ziekenhuizen	23,81	30,12	33,45	3,5	2,7
Overig gezondheidszorg	24,97	30,68	33,53	3,0	2,2
Ouderenzorg	21,05	26,78	29,71	3,5	2,6
Landelijk	25,21	30,35	33,37	2,8	2,4

Bron: CBS.

huizen ligt inmiddels op het landelijke niveau. De ouderenzorg ligt nog beduidend lager. Gezien de functieopbouw die we in paragraaf 7.1 lieten zien zijn de verschillen tussen de ziekenhuizen en de ouderenzorg begrijpelijk.

7.3 Samenvatting

In de algemene en academische ziekenhuizen zien we in de functieopbouw een toename van de hoogste functies: de opkomst van de gespecialiseerde verpleegkundige. Bij de psychiatrie verdwijnen de onderste schalen en vindt versterking van het middenniveau plaats. In de intramurale gehandicaptenzorg zien we een contraire ontwikkeling: toename van lagere schalen wellicht onder invloed van vormen van functiedifferentiatie. Bij verpleeghuizen zien we de lagere functies wat op hun retour, wellicht door de meer ontspannen arbeidsmarkt. In de verzorgingshuizen wordt het middenniveau, dat van verzorgenden, versterkt.

In de verpleging in de thuiszorg doet zich een verschuiving voor van verpleegkundigen naar ziekenverzorgenden. Voor de gezinszorg beschikken we niet over een lange tijdreeks. Daar doet zich vanaf 1994 een verschuiving voor naar meer alfahulpen en minder verzorgenden A/B.

Het salarisniveau van verpleegkundigen en verzorgenden is in alle sectoren lager dan van het overige personeel. Over het algemeen ontwikkelt het gemiddelde salaris zich bij verpleegkundigen en verzorgenden wel gunstig ten opzichte van het totale personeelsbestand. De ontwikkeling van het bruto-uurloon in de verschillende zorgsectoren steekt uit boven wat zich in de andere bedrijfstakken in totaliteit voordoet. Inmiddels is het gemiddelde uurloon van de ziekenhuizen in absolute termen boven het landelijk gemiddelde. Wel geldt dat het absolute niveau in de sector ouderenzorg (verpleeg- en verzorgingshuizen) ondanks de stijging van de afgelopen jaren nog steeds lager ligt dan het landelijke gemiddelde.

8

Samenvatting aanbodontwikkelingen

8.1 De omvang van de beroepsgroepen

In ons land waren in 1996 386.900 personen werkzaam in de verpleging en verzorging. Dit is ruim 6% van de werkzame beroepsbevolking. Het aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden (exclusief leerlingen) groeide in de periode 1990-1997 met 25%; inclusief leerlingen met 18%. Het totale aantal in ons land werkzame personen groeide in dezelfde periode met bijna 11%.

Gemeten in volledige banen is er in deze periode na een stagnatie in de periode 1993-95 in 1996 en 1997 weer sprake van een aanzienlijke groei van de werkgelegenheid. De afbrokkeling van werkgelegenheid zoals die zich in de ziekenhuissector, de verzorgingshuizen en de thuiszorg rond 1994 voordeed, is tot stilstand gekomen en voor de eerste twee in groei omgebo-gen. Schattingen wijzen uit dat de particuliere thuiszorg de krimp van de werkgelegenheid in de reguliere thuiszorg in de afgelopen jaren niet com-penseert.

Over specialisaties binnen verpleging en verzorging bestaat momenteel nog weinig systematische informatie, althans in kwantitatief opzicht. Met de komst van de Wet BIG is wel bekend hoeveel geregistreeerde verpleegkundi-gen er zijn. Begin 1999 hebben ruim 196.000 verpleegkundigen zich laten registreren. In 83% van de gevallen gaat het om vrouwen, 31% behaalde zijn/haar diploma 20 jaar of langer geleden. Ongeveer zeven op de tien geregistreeerden oefent op dit moment ook daadwerkelijk het beroep uit.

De vooruitzichten voor de werkgelegenheid in de verpleging en verzorging voor de komende jaren zijn gunstig. Vertalen we de financiële vooruitzich-ten die de overheid momenteel biedt in het JOZ 1999 dan is een groei van 1,7% voor de jaren tot 2002 te verwachten. Daarmee zet de groei van de afgelopen jaren zich onverminderd voort. Wel is er een aanzienlijke ver-

schuiving in de groei tussen de sectoren. Gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en in mindere mate de ziekenhuizen hebben een veel lager groeipercentage in het vooruitzicht dan wat de afgelopen jaren werd gerealiseerd. Verzorgingshuizen en thuiszorg, sectoren waar de afgelopen jaren de werkgelegenheid niet of nauwelijks een groei kende, zullen naar verwachting de komende jaren fors gaan uitbreiden.

Zeker voor de laatstgenoemde sectoren kan het een probleem worden om voldoende gekwalificeerde mensen te vinden. De uitstroom uit de opleidingen is de komende jaren gering als gevolg van de daling in de instroom een paar jaar geleden.

8.2 De personeelssamenstelling

Van oudsher was de personeelssamenstelling van verplegend en verzorgend personeel sterk afwijkend van de totale beroepsbevolking. Wat betreft het aandeel vrouwen is daar in de afgelopen jaren weinig aan veranderd. Wat betreft de leeftijdsopbouw gaat het personeelsbestand meer op het gemiddelde lijken. Het tempo van vergrijzing in de periode 1990-1998 is in de verpleging en verzorging veel sterker dan bij de totale beroepsbevolking. De vergrijzing van de afgelopen jaren is vooral een gevolg van de forse toename van de leeftijdscategorie 36 tot 45 jaar. Simulatiemodellen toegepast op de intramurale gezondheidszorg laten zien dat bij voortzetting van de trends van de afgelopen jaren de gemiddelde leeftijd ook de komende jaren nog flink zal toenemen. Bij deze berekeningen, waarbij ook meewerkende leerlingen zijn meegerekend, neemt de gemiddelde leeftijd toe van 35,2 jaar in 1998 tot 37,7 in 2003 en 39 in 2007. Het werk dat 50-plussers geacht worden te verzetten neemt in diezelfde periode toe van 7,7 tot 19,3%. Een leeftijdsbewust personeelsbeleid ten aanzien van verpleegkundigen en verzorgenden lijkt een noodzakelijke voorwaarde te zijn voor de toename van de oudste leeftijdscategorie. Gebeurt dit niet dan zal een veel grotere behoefte aan nieuw personeel dan nu voorzien wordt, het gevolg zijn.

8.3 De arbeidssituatie

Na een jarenlange daling van het vertrek van verplegend en verzorgend personeel is er sinds 1996 sprake van een eerst geleidelijke, maar in 1998 zelfs forse toename van het vertrek uit instellingen. Het vertrek uit het beroep is in de loop der jaren door betere mogelijkheden elders slechts bescheiden toegenomen, namelijk van 5,7 in 1994 naar 6,6% in 1998. Het veranderen van baan binnen de zorg is met een toename van 4,4 tot 7,4% in dezelfde periode de belangrijkste oorzaak van vertrek uit een instelling.

Een en ander resulteert in een minder sterke stijging van het gemiddelde aantal jaren dat men bij dezelfde werkgever in dienst is.

Nog steeds blijft het vinden van een andere baan de belangrijkste reden van vertrek. Met het vertrek hoopt men betere ontplooiings- en loopbaanmogelijkheden te realiseren. Ook het beperken van de reistijd speelt een rol. Bij vertrekkers uit het beroep spelen dezelfde factoren een rol bij het aanvaarden van een baan elders. Beroepsbeëindiging door het stoppen met betaald werk komt steeds minder vaak voor.

Als verreweg belangrijkste factor die vertrek had kunnen voorkomen wordt een beter loopbaanperspectief genoemd. Bij degenen die het beroep beëindigen wordt de mogelijkheid om meer of minder uren te werken door een op de zes als belangrijkste reden genoemd.

Meestal geeft men meerdere aspecten aan. Nemen we alle redenen bij elkaar dan valt op dat het leiderschap op de afdeling waar men werkte, steeds vaker aan kritiek onderhevig is. En dat kinderopvang steeds minder vaak als factor wordt genoemd die vertrek (mede) had kunnen voorkomen.

De zorgsector is van oudsher een sector waar veel in deeltijd gewerkt wordt. In de intramurale zorg is inmiddels de meest voorkomende werktijd die van de parttimer met een duur van 80% of minder. De eerder uitgesproken verwachting dat de komende jaren het tempo waarin de gemiddelde werkweek afneemt minder sterk zal zijn lijkt bewaarheid te worden. Wel kan de invoering van de 36-urige werkweek een trendbreuk met zich meegebracht hebben: veel deeltijders hebben van de mogelijkheid gebruikge maakt om hun aantal uren niet terug te laten lopen (zgn. opplussen).

Het ziekteverzuim steeg de afgelopen jaren, in 1997 nog licht, maar in 1998 aanzienlijk. Deze trend doet zich ook landelijk voor, echter onder verpleegkundigen en verzorgenden is het niveau van het ziekteverzuim veel hoger. Hoewel er een aantal verklarende factoren voor dit verschil is, zoals het feit dat er veel vrouwen werkzaam zijn en men veelal in grote arbeidsorganisaties werkzaam is, lijken er ook factoren in het spel te zijn die met de zwaarte van het beroep samenhangen. Niet voor niets krijgt beheersing van het ziekteverzuim in de recent afgesloten zorg-CAO's ruim aandacht. De daar gekozen decentrale aanpak lijkt logisch, gezien de vaak grote verschillen tussen instellingen onderling in het ziekteverzuimpercentage.

8.4 Het onderwijs

Aan de jarenlange daling van de instroom in de opleidingen voor verpleging en verzorging lijkt in 1998 een einde te zijn gekomen. Wel zal als gevolg van deze daling het aantal mensen dat een opleiding met een diploma afrondt pas na 2000 gaan toenemen.

Wat betreft de aansluiting opleiding-arbeidsmarkt kunnen de verpleegkundige opleidingen zich goed spiegelen aan het landelijke gemiddelde van alle HBO-opleidingen. De MBO-opleidingen steken zelfs gunstig af. In tegenstelling tot de MBO-opgeleiden die wat betreft beloning relatief gunstig afsteken ten opzichte van vergelijkbare MBO-opleidingen geldt dit niet voor de HBO-verpleging. Ook ten opzichte van andere zorgopleidingen blijft de verpleging op HBO-niveau achter.

Met name bij de verzorgenden blijkt er een groot potentieel aan mensen te zijn die wel ooit een opleiding achter de rug hebben, maar nu niet actief zijn op de arbeidsmarkt. Gezien de dreiging van tekorten aan personeel voor de komende jaren, zeker bij de ouderenzorg, is dat van belang.

8.5 Functies en salaris

In de algemene en academische ziekenhuizen zien we in de functieopbouw een toename van de hoogste functies: de opkomst van de gespecialiseerde verpleegkundige. Bij de psychiatrie verdwijnen de onderste schalen en vindt versterking van het middenniveau plaats. In de intramurale gehandicaptenzorg zien we een contraire ontwikkeling: toename van lagere schalen wellicht onder invloed van vormen van functiedifferentiatie. Bij verpleeghuizen waren de lagere functies oorspronkelijk wat op hun retour, wellicht door de toen meer ontspannen arbeidsmarkt. Nu zien we juist weer een lichte toename van deze functieniveaus. In de verzorgingshuizen wordt het middenniveau, dat van verzorgenden, versterkt. In de verpleging in de thuiszorg doet zich een verschuiving voor van verpleegkundigen naar ziekenverzorgenden. Voor de gezinszorg beschikken we niet over een lange tijdreeks. Daar doet zich vanaf 1994 een verschuiving voor naar meer alfa Hulpen en minder verzorgenden A/B.

Het salaris van verpleegkundigen en verzorgenden is in alle sectoren lager dan van het overige personeel. Over het algemeen ontwikkelt het gemiddelde salaris zich bij verpleegkundigen en verzorgenden wel gunstig ten opzichte van het totale personeelsbestand. De ontwikkeling van het brutoloon in de verschillende zorgsectoren steekt uit boven wat zich in de andere bedrijfstakken in totaliteit voordoet. Inmiddels is het gemiddelde uurloon

van de ziekenhuizen in absolute termen vrijwel gelijk aan het landelijk gemiddelde. Wel geldt dat het absolute niveau in de sector ouderenzorg (verpleeg- en verzorgingshuizen) ondanks de stijging van de afgelopen jaren nog steeds lager ligt dan het landelijk gemiddelde.

Bijlage bij deel A

Hoofdstuk 2

Tabel A2.1

Omvang en groei van de Nederlandse bevolking op 1 januari 1990-1997

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
Aantal inwoners (absoluut x 1.000)	14.892,6	15.239,2	15.341,6	15.424,1	15.493,9	15.567,1
Jaarlijkse toename in %	0,55	0,67	0,54	0,54	0,45	0,56

Bron: CBS, Statistisch Jaarboek (1993, 1997, 1999).

Tabel A2.2

Geboorte-kerncijfers 1990-1997

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
Totaal aantal geboortes (absoluut x 1.000)	197,9	195,7	195,6	190,5	189,5	192,4
Per 1.000 van de bevolking	13,2	12,8	12,7	12,3	12,2	12,3
Per 1.000 vrouwen van 15-44 jaar	56,2	56,5	56,7	55,4	55,4	56,5
Gemiddelde leeftijd van de moeder bij de geboorte van haar eerste kind	27,6	28,3	28,4	28,6	28,9	29,0

Bron: CBS, Statistisch Jaarboek (1993, 1997, 1999).

Tabel A2.3
Sterfte-kerncijfers 1990-1997

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
<i>Absoluut x 1.000</i>						
Mannen	66,6	66,9	66,0	68,2	69,0	67,2
Vrouwen	62,2	67,9	66,4	67,4	68,6	68,5
Totaal	128,8	137,8	133,5	135,7	137,6	135,8
<i>Per 1.000 van de bevolking</i>						
Mannen	9,0	9,2	8,8	8,9	9,0	8,7
Vrouwen	8,2	8,8	8,5	8,6	8,7	8,7
Totaal	8,6	9,0	8,7	8,8	8,9	8,7

Bron: CBS, Statistisch Jaarboek (1993, 1997, 1999); CBS & VWS Vademecum gezondheidsstatistiek (1998).

Tabel A2.4
Buitenlandse migratie in de periode 1990-1997

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
<i>Immigratie x 1.000</i>						
Nederlanders	36,1	31,6	30,9	29,1	31,1	33,1
Niet-Nederlanders	81,2	87,6	68,4	67,0	77,2	76,7
Totaal	117,3	119,2	99,3	96,1	108,7	109,9
Totaal per 1.000 inwoners	7,8	7,8	6,5	6,2	7,0	7,0
<i>Emigratie</i>						
Nederlanders	36,7	37,0	39,4	41,6	42,9	40,3
Niet-Nederlanders	20,6	22,2	22,7	21,7	22,4	21,9
Totaal	57,3	59,2	62,2	63,3	65,3	62,2
Totaal per 1.000 inwoners	3,8	3,9	4,0	4,1	4,2	4,0

Bron: CBS, Statistisch Jaarboek (1993, 1997, 1999).

Tabel A2.5
Leeftijdsopbouw van de bevolking naar geslacht op 1 januari in %

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
<i>Jonger dan 20 jaar</i>						
Mannen	26,5	25,4	25,3	25,2	25,2	25,2
Vrouwen	24,8	23,8	23,6	23,6	23,5	23,5
Totaal	25,7	24,6	24,5	24,4	24,3	24,3
<i>20-64 jaar</i>						
Mannen	63,1	64,1	64,1	64,2	64,0	64,0
Vrouwen	60,0	60,8	60,8	60,8	60,8	60,7
Totaal	61,5	62,4	62,5	62,4	62,4	62,3
<i>65 jaar en ouder</i>						
Mannen	10,3	10,5	10,5	10,7	10,8	10,9
Vrouwen	15,2	15,5	15,6	15,7	15,7	15,8
Totaal	12,8	13,0	13,1	13,2	13,3	13,4

Bron: CBS en VWS (Vademecum gezondheidsstatistiek), 1998; Jaarboek (1999).

Tabel A2.6
Langdurige aandoeningen naar geslacht en leeftijd, 1996-1997

	Mannen	Vrouwen	0-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 jaar of ouder
	%	%	%	%	%	%	%
Astma, chronische bronchitis of cara	7,9	8,2	10,2	7,0	6,5	6,9	11,4
Ontsteking van neusbijholte, voorhoofdsholte of kaakholte	6,8	10,0	5,9	7,8	11,0	9,0	5,4
Ernstige hartkwaal of hartinfarct	2,4	1,4	0,1	0,2	0,4	2,6	9,6
Hoge bloeddruk	6,3	9,0	0,0	1,0	3,2	13,5	28,4
(Gevolgen van) een beroerte	0,6	0,6	0,0	0,0	0,2	0,7	3,0
Maagzweer of zweer aan de twaalfvingerige darm	1,1	1,1	0,1	0,7	0,8	1,9	2,2

(vervolg Tabel A2.6)

	Mannen	Vrouwen	0-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 jaar of ouder
	%	%	%	%	%	%	%
Ernstige darmstoornissen, langer dan 3 maanden	1,5	2,6	1,5	1,4	1,6	2,4	4,0
Galstenen of galblaas- ontsteking	0,3	0,9	0,0	0,2	0,4	1,3	1,7
Leverziekte of levercirrose	0,3	0,3	0,0	0,2	0,3	0,5	0,3
Nierstenen	0,7	0,5	0,0	0,1	0,5	1,6	0,8
Ernstige nierziekte	0,4	0,3	0,2	0,1	0,3	0,5	0,7
Chronische blaasontsteking	0,3	2,3	0,4	1,1	1,0	1,4	4,1
Verzakking	–	2,6	0,0	0,1	1,3	4,0	7,2
Diabetes	1,7	2,1	0,2	0,2	0,5	3,3	7,7
Schildklierafwijking	0,4	2,5	0,0	0,5	0,9	2,3	4,6
Rugaandoening van hardnekkige aard, langer dan 3 maanden, of hernia	6,8	8,3	0,2	3,7	7,6	13,8	12,5
Gewrichtsslijtage (artrose) van knieën, heupen of handen	4,6	9,7	0,0	0,9	2,4	13,1	28,5
Gewrichtsontsteking (chronische reuma, reumatoïde arthritis) van handen of voeten	1,7	3,3	0,2	0,5	1,4	4,5	7,8
Andere chronische reuma, langer dan 3 maanden	0,7	1,4	0,1	0,2	0,7	2,1	2,5
Epilepsie	0,7	0,5	0,4	0,4	0,6	0,6	1,1
Duizeligheid met vallen	1,0	2,2	0,5	1,9	1,1	1,9	4,1
Migraine	3,6	8,2	1,5	5,6	8,0	8,3	4,4
Ernstige huidziekte	1,4	1,6	1,6	1,6	1,4	1,3	1,9
Kwaadaardige aandoening of kanker	0,8	1,1	0,0	0,1	0,3	1,6	3,7

(vervolg Tabel A2.6)

	Mannen	Vrouwen	0-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 jaar of ouder
	%	%	%	%	%	%	%
Aantal van bovengenoemde langdurige aandoeningen per persoon							
geen	65,3	55,7	80,4	72,9	64,7	46,6	28,2
1	23,8	24,8	16,4	21,0	24,2	29,5	31,6
2	7,3	11,2	2,8	4,8	7,8	13,7	20,5
3	2,2	4,6	0,3	1,0	2,2	5,6	10,2
4 of meer	1,4	3,9	0,1	0,3	1,1	4,6	9,6

Bron: CBS & VWS (Gezondheidsvademecum), 1998.

Tabel A2.7

Gemelde ziektegevallen van aids naar jaar van diagnose¹

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
Patiënten	419	474	479	522	432	300
Waarvan: mannen	383	410	423	439	366	241
vrouwen	36	64	56	83	66	59

¹ Gemeld voor 1 juli 1998, inclusief na-meldingen.

Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg, overgenomen uit: CBS & VWS (Gezondheidsvademecum), 1998.

Tabel A2.8
Bevolking naar herkomstgroepering, gemeten op 1 januari

	1990	1992	1995	1996	1997
x 1000					
Autochtonen	12.668	12.765	12.852	12.872	12.890
Allochtonen ¹	2.225	2.364	2.572	2.622	2.677
Waarvan: Turken	206	241	264	272	280
Marokkanen	168	196	219	225	233
Surinamers	237	263	278	282	287
Antillianen/ Arubanen	81	91	93	94	95
Totaal	14.893	15.129	15.424	15.494	15.567

¹ Op basis van geboorteland persoon en geboorteland ouders
Bron: CBS, Allochtonen in Nederland (1998).

Tabel A2.9
Huishoudens naar samenstelling 1990-1997

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
<i>Totaal aantal huishoudens</i> (absoluut x 1.000)	6.061	6.368	6.445	6.516	6.601	6.674
Waarvan: eenpersoons	1.813	1.968	2.003	2.048	2.100	2.158
meerpersoons	4.249	4.401	4.442	4.468	4.501	4.516

Bron: CBS, Statistisch Jaarboek (1993, 1997, 1999).

Tabel A2.10
Huishoudens naar ontvangen verzorging/verpleging in de afgelopen
12 maanden, 1995

	Iemand in het huishouden krijgt/kreeg persoonlijke verzorging of verpleging %		
	geen	uitsluitend van gezinsleden/huisgenoten	(ook) van anderen
<i>Totaal</i>	94	1	5
<i>Alleenstaanden, leeftijd</i>			
30 jaar of jonger	98		2
31-64 jaar	95		5
65 jaar en ouder	85		15
<i>Paar, leeftijd vrouw</i>			
30 jaar of jonger	98	1	1
31-64 jaar	96	1	3
65 jaar en ouder	90	2	9

Bron: AVO 1995, SCP; CBS-bewerking (overgenomen uit CBS, 1997).

Tabel A2.11
Ontwikkeling gebruik algemene ziekenhuizen (jaarlijkse groei in %)

	1991-1997	1995-1997	1998-2002
Klinische opname			
Demografie	0,8	0,7	0,7
Trend	-0,4	-1,0	-0,1
<i>Totaal</i>	0,3	-0,4	0,6
Verrichtingen/opname	1,7	1,7	1,7
<i>Klinische verrichtingen</i>	2,0	1,3	2,4
Polikliniek			
Demografie	0,7	0,6	0,6
Trend	0,0	-0,7	0,1
<i>Totaal</i>	0,7	-0,1	0,7
Verrichtingen/opname	1,7	2,3	2,2
<i>Poliklinische verrichtingen</i>	2,4	2,2	2,9
<i>Verrichtingen totaal</i>	2,2	1,7	2,7

(vervolg Tabel A2.11)

	1991-1997	1995-1997	1998-2002
Dagopnamen (M10)			
Demografisch	0,6	0,5	0,6
Trend	6,9	5,9	7,8
<i>Dagopnamen totaal</i>	7,6	6,4	8,4
Klinische verpleegdagen			
Demografisch	0,9	0,9	0,8
Trend	-3,0	-3,0	-2,8
<i>Verpleegdagen totaal</i>	-2,1	-2,2	-2,0
Verpleging			
Dagen	-1,7	-1,9	-1,2
Intensivering verpleegdag	1,5	1,3	1,5
<i>Totaal verpleging</i>	-0,2	-0,6	0,1
Productie totaal			
Demografisch	0,8	0,7	0,7
Trend	-0,2	-0,7	0,1
Intensivering	0,9	1,0	1,1
<i>Productie</i>	1,5	1,0	2,0

Bron: NZi (overgenomen uit GiT 6, 1998).

Tabel A2.12

Ontwikkeling gebruik academische ziekenhuizen (jaarlijkse groei in %)

	1991-1997	1995-1997	1998-2002
Klinische opname			
Demografie	0,8	0,7	0,7
Trend	0,0	-0,6	0,3
<i>Totaal</i>	0,8	0,1	1,0
Verrichtingen/opname	0,7	1,3	0,7
<i>Klinische verrichtingen</i>	1,6	1,4	1,7

(vervolg Tabel A2.12)

	1991-1997	1995-1997	1998-2002
Polikliniek			
Demografie	0,7	0,6	0,6
Trend	-0,5	-0,6	-0,5
<i>Totaal</i>	0,2	0,0	0,1
Verrichtingen/opname	2,6	3,7	2,6
<i>Poliklinische verrichtingen</i>	2,8	3,7	2,7
Verrichtingen artikel 18	5,7	5,7	5,7
Verrichtingen totaal	3,0	3,2	3,1
Dagopnamen (M10)			
Demografisch	0,6	0,4	0,5
Trend	6,0	8,2	3,3
<i>Dagopnamen totaal</i>	6,7	8,7	3,9
Klinische verpleegdagen			
Demografisch	0,9	0,9	0,8
Trend	-1,8	-2,4	-1,5
<i>Verpleegdagen totaal</i>	-1,0	-1,6	-0,6
Verpleging			
Dagen	-0,8	-1,3	-0,5
Intensivering verpleegdag	1,2	1,4	1,4
<i>Totaal verpleging</i>	0,4	0,1	0,9
Productie totaal			
Demografisch	0,8	0,7	0,7
Trend	0,1	-0,5	0,3
Intensivering	1,2	1,8	1,3
<i>Productie</i>	2,0	2,1	2,4

Bron: GiT 6, 1998.

Tabel A2.13

Ontwikkeling gebruik revalidatiecentra (jaarlijkse groei in %)

	1991-1997	1995-1997	1998-2002
Klinische opname			
Demografisch	0,6	0,5	0,6
Trend opname	-1,9	-7,1	-1,9
<i>Opnamen</i>	-1,3	-6,7 ¹	-1,4
Intensivering	1,8	10,0	1,8
<i>Verpleegdag</i>	0,5	2,6	0,4
Niet-klinisch			
Demografisch	0,6	0,5	0,6
Trend opname	6,7	2,7	6,7
<i>Patiënten</i>	7,4	3,2	7,3
Intensivering	0,4	1,9	0,4
<i>Totaal</i>	7,8	5,2	7,7
Eerste onderzoeken	8,5	5,7	8,0
Totaal			
Demografisch	0,6	0,5	0,6
Trend	3,3	-1,1	3,3
Intensivering	0,9	4,9	0,9
<i>Productie</i>	4,9	4,2	4,8

¹ Een deel van deze daling is mogelijk te verklaren door een gewijzigde registratie, in het verleden werden ook heropnamen meegeteld.

Bron: NZi/VRIN (overgenomen uit GiT 6, 1998).

Tabel A2.14
Ontwikkeling gebruik psychiatrische ziekenhuizen (jaarlijkse groei in %)

	1991-1996 ¹	1994-1996	1998-2002
Klinisch			
Demografisch	0,6	0,3	0,4
Trend	3,0	3,3	3,0
Opnamen	3,6	3,6	3,4
Verpleegdagen			
Intensivering	-3,6	-4,3	-3,4
Totaal klinisch	-0,1	-0,8	-0,1
Deeltijdbehandeling			
Demografisch	0,5	0,2	0,2
Trend	16,8	24,4	16,8
Opnamen	17,3	24,7	17,1
Dagen			
Intensivering	-8,3	-14,6	-8,3
Totaal deeltijd	7,6	6,4	7,3
Polikliniek			
Demografisch	0,6	0,5	0,5
Trend eerste consult	3,8	2,2	3,8
Eerste consult	4,4	2,7	4,4
Poliklinische verrichtingen	10,5	8,3	10,5
Intakes			
Totaal polikliniek	10,2	8,0	10,1
Productie totaal			
Demografisch	0,6	0,3	0,4
Trend	3,9	4,6	3,9
Intensivering	-3,2	-4,4	-3,1
Totaal	1,2	0,3	1,1

¹ Vanaf 1997 is de bekostigingssystematiek in de psychiatrie gewijzigd. Als gevolg hiervan is de ontwikkeling in 1997 onvergelykbaar met de voorgaande jaren.

Bron: NZi (overgenomen uit GiT 6, 1998).

Tabel A2.15

Ontwikkeling gebruik instellingen voor ambulante zorg (gemiddelde jaarlijkse groei in %), RIBW's

	1991-1996	1994-1996	1998-2002
Demografie	0,7	0,6	0,5
Trend	6,1	4,0	6,1
Bewoners	6,8	4,6	6,6
Intensiteit	0,9	4,4	0,9
Verzorgingsdagen	7,7	9,0	7,5

Bron: RIBW's in cijfers, GGZ-Nederland (overgenomen uit GiT 6, 1998).

Tabel A2.16

Ontwikkeling gebruik instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (gemiddelde jaarlijkse groei in %), Riagg's

	1991-1996	1995-1996	1998-2002
Inschrijvingen	1,0	-0,5	
Verstreckte contacten	2,3	1,8	
Preventie	2,4	-4,7	
Dienstverlening	4,8	2,5	
Demografisch	0,7	0,6	0,5
Trend	1,5	0,5	1,5
Totaal	2,2	1,1	2,0

Bron: Riagg's in cijfers, GGZ-Nederland (overgenomen uit GiT 6, 1998).

Tabel A2.17

Ontwikkeling gebruik instellingen voor ambulante verslavingszorg (jaarlijkse groei in %), CAD's

	1991-1996	1996-1997	1998-2002
Hulpverlening	8,7	-1,4	
Methadoncontacten	-1,2	-1,1	
Demografisch	0,7	0,6	0,5
Trend	1,8	-1,8	1,8
Contacten	2,5	-1,2	2,3

Bron: LADIS (overgenomen uit GiT 6, 1996).

Tabel A2.18

Ontwikkeling gebruik medische kindertehuizen en kleuterdagverblijven (jaarlijkse groei in %)

	1991-1997	1995-1997	1998-2002
MKT			
Demografisch	0,7	-0,4	0,0
Trend	-1,9	6,1	-1,9
Opnamen	-1,3	5,7	-1,9
Verpleegdagen/opname	-0,4	-6,4	-0,4
Verpleegdagen	-1,6	-1,0	-2,3
MKD			
Demografisch	1,0	0,8	0,5
Trend	3,6	3,7	3,6
Opnamen	4,6	4,5	4,1
Verpleegdagen/opname	-1,5	-2,6	-1,5
Verpleegdagen	3,0	1,8	2,6

(vervolg Tabel A2.18)

	1991-1997	1995-1997	1998-2002
Totaal			
Demografisch	0,9	0,5	0,4
Trend	2,1	4,4	2,1
Opnamen	3,0	4,9	2,5
Verpleegdagen/opname	-1,2	-3,6	-1,2
Verpleegdagen	1,8	1,1	1,3

Bron: NZi (overgenomen uit GiT 6, 1998).

Tabel A2.19

Ontwikkeling gebruik intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten (jaarlijkse groei in %)

	1991-1997	1995-1997	1998-2002
Demografisch	0,6	0,5	0,5
Trend verpleegdag	0,8	0,2	0,8
Verpleegdagen	1,4	0,7	1,3
Cliënten			
Demografisch	0,6	0,5	0,5
Trend opname	12,1	8,1	12,1
Opname	12,8	8,6	12,7
Intensiteit	0,8	1,0	0,8
Totaal	2,6	1,9	2,5

Bron: NZi (overgenomen uit GiT 6, 1998).

Tabel A2.20

Ontwikkeling gebruik instellingen voor zintuiglijk gehandicapten (jaarlijkse groei in %)

	1991-1997	1995-1997	1998-2002
Demografie	-0,1	0,1	0,3
Trend opname	8,8	7,2	8,8
<i>Opnamen</i>	8,7	7,3	9,0
Verpleegdagen/opname	-10,7	-9,5	-10,7
<i>Verpleegdagen</i>	-2,9	-3,0	-2,6
Intensiteit	1,4	0,6	1,4
<i>Totaal</i>	-1,6	-2,4	-1,3

Bron: GiT 6, 1998.

Tabel A2.21

Ontwikkeling gebruik semi-murale gehandicaptenzorg (jaarlijkse groei in %)

	1991-1995	1995-1995	1998-2002
Woonvoorzieningen			
Demografisch	1,2	1,1	0,5
Trend	2,8	2,4	2,8
<i>Verzorgingsdagen</i>	4,0	3,5	3,4
Zorgzwaarte	0,8	1,6	0,8
<i>Totaal wonen</i>	4,8	5,2	4,2
Dagverblijven			
Demografisch	0,9	0,8	0,2
Trend	4,3	3,7	4,3
<i>Verzorgingsdagen</i>	5,3	4,5	4,5
Zorgzwaarte	-1,1	-0,5	-1,1
<i>Totaal dagverblijven</i>	4,1	4,0	3,3

(vervolg Tabel A2.21)

	1991-1995	1995-1995	1998-2002
Productie totaal			
Demografisch	1,1	1,0	0,4
Trend	3,5	3,0	3,5
Verzorgingsdagen	4,6	4,0	3,9
Zorgzwaarte	-0,1	0,7	-0,1
Totaal	4,5	4,7	3,8

Bron: CBS (overgenomen uit GiT 6, 1998).

Tabel A2.22

Ontwikkeling gebruik verpleeghuizen: klinische verpleegdagen en dagbehandelingen (jaarlijkse groei in %)

	1991-1997	1995-1997	1998-2002
KLINISCHE VERPLEEGDAGEN			
Verpleegdag somatiek			
Demografisch	1,4	1,9	1,5
Trend	-1,8	-2,2	-1,8
Verpleegdagen	-0,4	-0,3	-0,3
Hulpindex	0,3	-0,6	0,3
Productie	-0,1	-0,9	0,0
Verpleegdag PGD			
Demografisch	1,6	2,0	1,7
Trend	1,6	0,0	1,6
Verpleegdagen	3,3	2,0	3,4
Hulpindex	0,3	-0,6	0,3
Productie	3,6	1,4	3,7
Verpleegdag totaal			
Demografisch	1,5	2,0	1,6
Trend	-0,1	-1,0	-0,1
Verpleegdagen	1,5	0,9	1,6
Hulpindex	0,3	-0,6	0,3
Productie	1,8	0,3	1,9

(vervolg Tabel A2.22)

	1991-1997	1995-1997	1998-2002
DAGBEHANDELING			
Dagbehandeling somatiek			
Demografisch	1,3	1,8	1,3
Trend	2,4	1,2	2,4
<i>Dagen</i>	3,7	3,0	3,7
Hulpindex	0,0	0,9	0,0
<i>Productie</i>	3,7	3,9	3,7
Dagbehandeling PGD			
Demografisch	1,5	2,1	1,6
Trend	6,9	5,0	6,9
<i>Dagen</i>	8,4	7,3	8,6
Hulpindex	0,4	1,4	0,4
<i>Productie</i>	8,9	8,7	9,0
Dagbehandeling totaal			
Demografisch	1,4	2,0	1,5
Trend	4,7	3,3	4,7
<i>Dagen</i>	6,2	5,3	6,3
Hulpindex	-0,3	0,8	-0,3
<i>Productie</i>	5,9	6,2	6,0
TOTAAL			
Totale productie			
Demografisch	1,5	2,0	1,6
Trend	0,1	-0,9	0,1
<i>Dagen</i>	1,6	1,0	1,7
Hulpindex	0,2	-0,6	0,2
<i>Productie</i>	1,8	0,4	1,9

Bron: NZi (overgenomen uit GiT 6, 1998).

Tabel A2.23

Ontwikkeling gebruik verzorgingshuizen (jaarlijkse groei in %)

	1991-1996	1994-1996	1998-2002
Intramuraal			
Demografisch	2,0	1,8	1,8
Trend	-4,2	-4,8	-4,2
Bewoners	-2,3	-3,1	-2,4
Intensivering	0,8	0,9	0,8
<i>Totaal intramuraal</i>	<i>-1,6</i>	<i>-2,2</i>	<i>-1,7</i>
Extramuraal			
Kortdurende opname	9,6	10,3	
Nachtopvang	-6,3	-10,2	
Dagverzorging	6,8	7,8	
Maaltijden	6,1	5,4	
Voetverzorging	6,3	5,7	
Bewegen ouderen	0,3	-4,8	
Aansluiting alarm	3,0	2,7	
Demografisch	1,3	1,2	1,1
Trend	4,8	4,1	4,8
<i>Totaal extramuraal</i>	<i>6,2</i>	<i>5,4</i>	<i>5,9</i>
Productie totaal			
Demografisch	1,9	1,7	1,8
Trend	-3,8	-4,4	-3,8
Intensivering	0,8	0,9	0,8
Extramurale verzorgingsplaats			0,8
<i>Totaal</i>	<i>-1,1</i>	<i>-1,5</i>	<i>-0,5</i>

Bron: CBS & WZF (overgenomen uit GiT 6, 1998).

Tabel A2.24

Toekomstig aantal plaatsen verzorgingshuizen

	1997	2001		
		Standaard	Motie Wallage	Vershil totaal
Intramuraal	119.574	106.565	507	-13.009
Extramuraal	6.376	12.511	2.013	8.148
<i>Totaal</i>	<i>125.950</i>	<i>119.076</i>	<i>2.520</i>	<i>-4.354</i>

Bron: GiT 6, 1998.

Tabel A2.25

Ontwikkeling gebruik gezinsverzorging/kruiswerk (jaarlijkse groei in %)

	1990-1996	1995-1996	1998-2002	
			Variant I	Variant II
Verpleging en verzorging				
Demografisch	1,3	1,5	1,4	1,4
Trend	-0,2	1,5	1,9	2,7
<i>Totaal cliënten</i>	<i>1,1</i>	<i>2,9</i>	<i>3,3</i>	<i>4,1</i>
Gezinsverzorging				
Uren zorg	0,1	2,2	4,0	4,5
Wijkverpleging				
Uren zorg	2,5	14,8	1,8	2,8
<i>Subtotaal verpleging en verzorging</i>	<i>0,7</i>	<i>4,8</i>	<i>3,4</i>	<i>4,1</i>
Jeugdgezondheidszorg				
Demografisch	1,1	-0,8	0,0	0,0
Trend	-0,1	2,9	-0,1	-0,1
<i>Totaal consulten</i>	<i>1,0</i>	<i>2,1</i>	<i>-0,1</i>	<i>-0,1</i>

(vervolg Tabel A2.25)

	1990-1996	1995-1996	1998-2002	
			Variant I	Variant II
Diëtiëk				
Demografisch	0,7	0,5	0,5	0,5
Trend	4,4	15,0	4,4	4,4
<i>Totaal consulten</i>	5,5	15,5	4,9	4,9
Totaal				
<i>Totaal gezinsverzorging/ kruiswerk</i>	0,5	4,9	3,2	3,8

Bron: GiT 6, 1998.

Tabel A2.26

Ontwikkeling gebruik kraamzorg (jaarlijkse groei in %)

	1990-1996	1995-1996	1998-2002
Kraamzorg			
Demografisch	-1,0	-2,4	-1,3
Trend	1,7	3,5	1,7
<i>Totaal verzorging (x 1000)</i>	0,7	1,2	0,4
Zorgintensiteit	-0,7	-0,7	-0,7
<i>Totaal</i>	0,0	0,5	-0,2

Bron: GiT 6, 1998.

Hoofdstuk 3*Tabel A3.1**Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging*

	1990	1994	1995	1996	1997	Gem. jaarlijkse groei 1990-1997
Verpleging en verzorging in:						
Ziekenhuis	58.240	66.921	68.706	70.709	72.399	3,2
– algemeen ziekenhuis	44.141	51.399	52.798	54.602	56.329	3,5
– academisch	10.381	11.890	11.984	12.219	12.551	2,7
– categoriaal en revalidatie	3.718	3.632	3.924	3.888	3.519	-0,8
Psychiatrisch ziekenhuis	14.338	17.234	17.969	18.836	19.480	4,5
Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	22.003	28.505	30.302	31.537	34.829	6,8
Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	667	778	789	752	789	2,4
Medisch kinderdagverblijf/ tehuis	1.537	1.859	1.884	1.952	2.116	4,7
Verpleeghuizen	39.188	49.572	51.701	54.171	55.902	5,2
Verzorgingshuizen	41.635	44.591	45.072	45.441	47.011	1,8
– verpleegkundigen	5.153	4.449	4.378	4.400	4.086	-2,8
– ziekenverzorgenden	9.455	9.342	9.647	9.894	10.468	1,1
– bejaardenverzorgenden	15.867	19.003	19.450	19.858	21.245	3,8
– bejaardenhelpenden	4.842	5.348	5.325	5.315	5.157	1,0
– overig	6.318	6.449	6.273	5.975	6.339	-0,5
Herstellingsoorden	123	125	136			
Thuiszorg:	115.760	124.393	126.670	131.059	133.555	2,1
– verpleegkundigen	7.679	8.830	8.765	8.907	9.095	2,4
– stafverpleegkundigen		617	635	650	688	3,7 *
– ziekenverzorgenden	2.104	3.153	3.370	3.760	4.076	9,9
– kraamverzorgenden	5.178	5.558	5.410	5.498	5.776	1,6
– gezinsverzorgenden en -helpenden, alfa hulpen	100.800	106.236	108.490	112.245	113.920	1,8

(vervolg Tabel A3.1)

	1990	1994	1995	1996	1997	Gem. jaarlijkse groei 1990-1997
waarvan:						
– verzorgende E		1.478	1.470	1.459	1.460	-0,4 *
– verzorgende C en D		16.314	16.863	17.987	18.611	4,5 *
– thuishulp A, verzorgingshulp B		43.166	43.412	42.071	39.196	-3,2 *
– alfhulpen		45.278	46.747	50.729	54.654	6,5 *
Overig extramuraal werkende verpleegkundigen	3.554	3.905	3.574	3.220	3.324	-0,9
– basisgezondheidsdienst	1.546	1.553	1.193	848	889	-7,6
– bedrijfsgezondheidsdiensten	611	670	623	585	571	-1,0
– ambulante geestelijke gezondheidszorg	1.172	1.425	1.508	1.534	1.586	4,4
– trombosediensten	225	258	251	253	279	3,1
– ambulancediensten	–	1.526	1.869	1.811	1.752	4,7 *
Totaal	296.921	337.881	346.791	357.813	369.405	3,2
Inservice-leerlingen	27.872	23.819	20.531	17.704	16.334	-7,3
Leerlingwezen bejaardenoorden	3.203	2.750	2.573	2.518	1.179	-13,3
Totaal	327.996	364.450	369.895	378.035	386.918	2,4

* Gemiddelde jaarlijkse groei 1994-1997.

Bronnen: Statistiek Personeelssterkte NZi, Maandbericht Gezondheidsstatistiek CBS, Riagg's in cijfers NVAGG, Statistiek Bejaardenoorden CBS.

Technische toelichting bij tabel A3.1:

- De gehanteerde definitie voor verpleging en verzorging in de intramurale gezondheidszorg is die volgens het Rekeningschema. Deze gaat uit van de FWG-indeling van de CAO-Ziekenhuiswezen.
In de andere sectoren wordt door het NZi en het CBS bij de informatie verzameling expliciet naar verpleegkundigen en ziekenverzorgenden gevraagd.

- Ter bepaling van het aantal in een bepaald jaar zijn jaargemiddelden gehanteerd. In de intramurale gezondheidszorg zijn deze gemiddelden gebaseerd op het gemiddelde van twaalf maanden; bij de verzorgingshuizen, de thuiszorg en overig extramuraal op het gemiddelde van twee eindejaarcijfers.
- De onderverdeling in de gezinszorg is pas vanaf 1993 bekend. De indeling A t/m E bestond voor die tijd niet en is een gevolg van CAO-afspraken in 1992. In de gezinszorg is de informatieverzameling vanaf 1990 wat in het slop geraakt. In 1993 is een start gemaakt met een nieuwe CBS-statistiek. In de eerdere publicaties van voorgaande jaren werd hier ook gebruikgemaakt van de databank LVT/NZi. Daar deze met ingang van 1999 afgesloten wordt, is met terugwerkende kracht op CBS-gegevens overgegaan. Voor 1990 is bekend dat er 14.879 gezinsverzorgenden werkzaam waren, 60.841 helpenden (Van der Kwartel, 1994).
- Gegevens van verpleegkundigen werkzaam als groepsleider in de semi-murale gehandicaptenzorg zijn niet meegenomen in tabel A3.1. Een eenmalig onderzoek wees uit dat het in 1993 om bijna 4800 personen ging. Hetzelfde geldt voor de bij RIBW-en werkzamen. Hier werken naar schatting ruim 700 verpleegkundigen. Tot 1990 werd er een statistiek Schoolartsendiensten door het CBS gehouden. Na 1990 is deze opgegaan in de Statistiek van de GG en GD-en. Vanaf dat moment wordt het aantal verpleegkundigen niet meer gevraagd. In 1990 waren er 371 verpleegkundigen werkzaam bij schoolartsendiensten.
- Het aantal werkzame leerlingen is apart in de tabel opgenomen. Het gaat om leerlingen die aan het inservice-onderwijs (intramurale gezondheidszorg) en leerlingwezen (bejaardenoorden) deelnemen. Voor de thuiszorg geldt dat de leerlingen in de aantallen van tabel 3.1 opgenomen zijn en niet af te zonderen zijn.

Toedeling aan hoofdsectoren t.b.v. hoofdrapport

Ziekenhuiszorg	ziekenhuizen
Geestelijke gezondheidszorg	psychiatrische ziekenhuizen, Riagg, MKD's, MKT's
Gehandicaptenzorg	instellingen voor verstandelijk gehandicapten, – voor zintuiglijk gehandicapten
Ouderenzorg	verpleeghuizen, bejaardenoorden
Thuiszorg	reguliere thuiszorginstellingen

Tabel A3.2

Het aantal FTE's van werkzame verpleegkundigen en verzorgenden

	1990	1994	1995	1996	1997	Gem. jaarlijkse groei 1990-1997
Verpleging en verzorging in:						
Ziekenhuis	44.428	47.371	48.556	50.123	51.198	2,0
– algemeen ziekenhuis	32.942	35.618	36.568	37.726	38.964	2,4
– academisch	8.659	9.165	9.261	9.475	9.623	1,5
– categoriaal en revalidatie	2.827	2.588	2.727	2.922	2.611	-1,1
Psychiatrisch ziekenhuis	11.378	13.034	13.563	13.978	14.675	3,7
Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	16.779	19.486	20.846	21.541	23.282	4,8
Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	559	583	594	544	581	0,6
Medisch kinderdagverblijf/ tehuis	1.181	1.291	1.275	1.321	1.356	2,0
Verpleeghuizen	27.719	31.765	33.437	35.315	36.659	4,1
Verzorgingshuizen	28.721	28.480	28.096	28.447	28.986	0,1
– verpleegkundigen	3.182	2.630	2.570	2.582	2.486	-3,5
– ziekenverzorgenden	6.241	5.509	5.589	5.677	5.897	-0,8
– bejaardenverzorgenden	12.137	13.063	12.993	13.057	13.535	1,6
– bejaardenhelpenden	3.297	3.309	3.177	3.089	2.988	-1,4
– overig	3.866	3.970	3.768	3.546	3.649	-0,8
Thuiszorg:	48.915	44.976	45.006	44.922	44.562	-1,3
– verpleegkundigen	5.119	4.793	4.687	4.555	4.429	-2,0
– stafverpleegkundigen		516	522	497	494	-1,4 *
– ziekenverzorgenden	1.522	1.777	1.826	1.909	1.997	4,0
– kraamverzorgenden	4.511	4.229	4.050	3.920	3.897	-2,1
– gezinsverzorgenden en -helpenden, alfahulpen	37.764	33.661	33.922	34.042	33.746	-1,6
waarvan:						
– verzorgende E		945	955	968	965	0,7 *
– verzorgende C en D		8.855	8.983	9.362	9.671	3,0 *
– thuishulp A, verzorgingshulp B		18.045	18.090	17.442	16.358	-3,2 *
– alfahulpen		5.816	5.895	6.271	6.752	5,1 *

(vervolg Tabel A3.2)

	1990	1994	1995	1996	1997	Gem. jaarlijkse groei 1990-1997
Overig extramuraal werkende verpleegkundigen	3.026	3.132	2.844	2.503	2.601	-2,1
– basisgezondheidsdienst	1.326	1.283	936	603	637	-9,9
– bedrijfsgezondheidsdiensten	564	543	541	512	498	-1,7
– ambulante geestelijke gezondheidszorg	990	1.171	1.235	1.256	1.319	4,2
– trombosediensden	147	135	132	133	148	0,1
Totaal	182706	190.117	194.217	198.694	203.900	1,6

* Gemiddelde jaarlijkse groei 1994-1997.

Tabel A3.3

Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging naar regio in 1997

RBA	zh ¹	pz ²	ivg ³	vph ⁴	vzh ⁵ (1996)	tz ⁶ (1996)	totaal ⁷
Groningen	3.972	430	654	2.864	2.007	5.275	15.268
Friesland	2.568	661	1.218	2.851	2.136	5.720	15.266
Drenthe	1.517	1.464	1.590	1.841	1.396	4.321	12.152
IJssel-Vecht	1.995	0	631	1.029	962	3.151	7.793
Twente	2.722	348	1.075	2.401	1.565	5.094	13.353
Midden-IJssel	946	969	265	997	661	901	4759
Veluwe	2.154	1.177	4.037	2.140	1.864	5.000	16.533
Arnhem/Oost-Gelderland	2.674	801	894	2.278	2.014	6.957	15.730
Nijmegen/Rivierengebied	3.271	349	2.996	1.545	1.236	3.442	12.881
Flevoland	825	–	365	585	357	1220	3410
Oost-Utrecht	1.577	1.937	3.312	1.820	1.557	3.541	13.907
West-Utrecht	4.665	168	99	1.724	1.273	4.925	12.887
Gooi/Vechtstreek	1.198	–	85	1.026	979	2.265	5.564
Noord-Holland-Noord	1.971	552	1.582	1.502	1.754	4.220	11.641
Amsterdam/Zaanstr./Waterland	6.323	1.067	1.261	3.500	2.777	9.556	24.602

(vervolg Tabel A3.3)

RBA	zh ¹	pz ²	ivg ³	vph ⁴	vzh ⁵ (1996)	tz ⁶ (1996)	totaal ⁷
Kennemer-/Amstel-/Meerland	3.167	1.014	743	2.344	2.025	5.472	14.966
Rijnstreek	3.085	891	2.694	2.342	1.869	6.610	17.580
Haaglanden	3.543	1.680	1.305	4.418	3.057	9.553	23.625
Drechtsteden	1.609	236	487	1.248	1.094	3.769	8.476
Rijnmond	6.624	1.175	1.102	4.806	3.381	10.713	27.919
Zeeland	1.278	222	1.076	1.489	1.332	3.519	9.017
West-Noord-Brabant	873	333	402	632	675	1.636	4.585
Breda	1.869	332	768	1.072	1.201	3.346	8.848
Midden-Brabant	1.831	288	1.506	1.305	1.397	2.825	9.282
Noord-Oost-Brabant	2.174	1.149	1.448	2.109	1.600	4.030	12.541
Zuid-Oost-Brabant	3.222	494	1.470	2.957	1.855	4.974	15.065
Noord-Midden-Limburg	1.645	764	1.409	1.525	1.311	3.503	10.244
Zuid-Limburg	3.237	589	1.155	2.454	2.125	5.225	14.938
Nederland	72.535	19.090	35.629	56.804	45.460	130.763	362.832

¹ Ziekenhuizen² Psychiatrische ziekenhuizen³ Intramurale gehandicaptenzorg⁴ Verpleeghuizen⁵ Verzorgingshuizen⁶ Thuiszorg⁷ Totaal inclusief MKT, MKD en instellingen voor zintuiglijk gehandicapten.

Bron: NZi, CBS.

Technische toelichting:

Door het hanteren van bepaalde weegmethoden bij non-response kan het voorkomen dat de uitkomsten van deze tabel niet geheel corresponderen met die van tabel A3.1.

Tabel A3.4

BIG-geregistreerden naar leeftijd en geslacht (absoluut en in %)

Leeftijd	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
-24	216	3.748	3.964	0,1	1,9	2,0
25-29	1.648	18.653	20.301	0,8	9,5	10,3
30-34	3.710	26.861	30.571	1,9	13,7	15,6
35-39	6.593	32.149	38.742	3,4	16,4	19,7
40-44	8.650	30.585	39.235	4,4	15,6	20,0
45-49	6.613	23.319	29.932	3,4	11,9	15,2
50-54	3.002	17.505	20.507	1,5	8,9	10,4
55-59	1.062	8.735	9.797	0,5	4,4	5,0
60-64	305	2.499	2.804	0,2	1,3	1,4
65+	67	575	642	0,0	0,3	0,3
Totaal	31.866	164.629	196.495	16,2	83,8	100,0

Bron: BIG-register (maart 1999).

Tabel A3.5

BIG-geregistreerden naar aantal jaren diplomabezit en geslacht (absoluut en in %)

Jaren	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
-2	1.384	8.096	9.480	0,7	4,1	4,8
2-5	3.568	20.883	24.451	1,8	10,6	12,4
5-10	5.397	28.246	33.643	2,7	14,4	17,1
10-15	5.622	27.117	32.739	2,9	13,8	16,7
15-20	7.677	26.910	34.587	3,9	13,7	17,6
20+	8.218	53.377	61.595	4,2	27,2	31,3
Totaal	31.866	164.629	196.495	16,2	83,8	100,0

Bron: BIG-register (maart 1999).

Tabel A3.6
Bij specifieke beroepsorganisaties aangesloten verpleegkundigen

Beroepsorganisatie van Arbo-verpleegkundigen	650
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en gynaecologie Verpleegkundigen	711
Landelijk Orgaan Verpleegkundig Specialisten	125
Landelijk Overleg Verpleegkundigen bij zorgverzekeraars	35
Landelijke Vereniging Dialyse en Transplantatie	700
Landelijke Vereniging Sociaal verpleegkundigen in GGD-en	350
Nederlandse Beroepsvereniging Revalidatie Verpleging	210
Nederlandse Vereniging van Antroposofische Verpleegkundigen	135
Nederlandse Vereniging van CARA Verpleegkundigen	290
Nederlandse Vereniging van Dermatologische Verpleegkundigen en Verzorgenden	132
Nederlandse Vereniging van Hart- en vaatverpleegkundigen	500
Nederlandse Vereniging van Intensive Care Verpleegkundigen	800
Nederlandse Vereniging Van Neuro Verpleegkundigen en Verzorgenden	400
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrische Verpleegkunde	320
Nederlandse Vereniging van Recovery Medewerkers	256
Nederlandse Vereniging Van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen	950
Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen	800
Nederlandse Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden in Reumatologie	190
Nederlandse Vereniging van Verplegenden in de Brandwondenzorg	60
Netwerk Verpleegkundig Decubitus Consulents	35
Noordelijk Platform voor Verpleegkundige Beroepsontwikkeling	120
Vereniging Gipsverbandmeesters Nederland	270
Vereniging van Chef/Hoofdverpleegkundigen in de ambulancehulpverlening	117
Vereniging Voor Consultatieve Psychiatrische Verpleegkunde	90
Vereniging Docenten Verpleegkunde	160
Vereniging van Kinder Verpleegkundigen	1.280
Vereniging Nederlandse Incontinentie Verpleegkundigen	220
Vereniging van Oncologie Verpleegkundigen	1.470
Vereniging van Oogheekundige Verpleging en Zorgverlening	110
Vereniging Verpleegkundig Beroepsbeoefenaren in de Maatschappelijke Gezondheidszorg	350
Vereniging Verpleegkundigen Stomazorg Nederland	450
Vereniging Verpleegkundig Vakgebied Geriatrie	200
Vereniging van Verplegingswetenschappers	550
Vereniging voor Voedings- en Infusie Verpleegkundigen	80
Vereniging van werkers in de gezondheidszorg op gereformeerde grondslag	274
Werkgroep Interculturele Verpleging en Verzorging	51
Werkgroep Verpleegkundige Aids Consulents	28
Totaal	13.469

Bron: LCVV (1998).

Tabel A3.7

Ledenaantallen van specifieke beroepsorganisaties die naast verpleegkundigen ook openstaan voor anderen

European Association of Diabetes Educators	1.000
Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie, sectie Endoscopie Assistenten	478
Nederlandse Vereniging van Hoofden Polikliniek	140
Nederlandse Vereniging van Opleidingsfunctionarissen	1.700
Vereniging Leidinggevenden Semi-, ExtraMurale Verpleeghuiszorg	210
Vereniging Managers Gehandicaptenzorg	85
Vereniging Managers Patiëntenzorg	?
Vereniging Voor PAAZ Managers	75
Woundcare Consultant Society	1.300

Bron: LCVV (1998).

Hoofdstuk 4*Tabel A4.1**Het percentage vrouwen per sector 1991-1996*

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenhuizen	86,8	86,9	87,0	86,8	86,7	86,8
Psychiatrische ziekenhuizen	66,6	67,1	67,5	67,8	68,3	68,8
Instellingen voor gehandicaptenzorg	82,2	82,4	82,2	82,1	82,3	82,8
Verpleeghuizen	92,5	92,4	92,1	92,1	92,3	92,5
Verzorgingshuizen	96,8	96,4	96,4	96,3	96,4	96,3
Thuiszorg	98,7	98,6	98,6	98,6	98,5	98,4
Overig	84,4	84,8	85,6	85,9	86,3	86,7
Totaal	91,0	90,7	90,5	90,4	90,5	90,6

Technische toelichting

Cadans verzorgt voor het merendeel van de instellingen in de zorgsector, uitgezonderd de academische, gemeentelijke en provinciale alsmede particuliere instellingen, de uitvoering van de sociale verzekeringswetten (Vermeulen, 1996) en heeft een verzekerdenadministratie aangelegd waarin een aantal persoonsgegevens opgeslagen zijn.

De hier door ons gepresenteerde gegevens betreffen geen absolute aantallen, maar uitsluitend relatieve verdelingen.

Voor de intramurale gezondheidszorg laten verschillende bronnen verschillende uitkomsten zien. De populatie is volgens het Cadans-bestand veel jonger dan uit de LKG-gegevens blijkt. Bij het ter perse gaan van deze uitgave was nog niet achterhaald waardoor deze verschillen optreden. Voor sectoren waar gegevens uit het LKG beschikbaar zijn is uit deze bron geput, omdat deze meer overeenkomsten met andere bronnen bijvoorbeeld van het CBS vertoont. Waar dit niet mogelijk was is van de Cadans-gegevens gebruik gemaakt.

Tabel A4.2

De gemiddelde leeftijd per sector 1991-1996

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenhuizen	30,8	31,1	31,6	32,3	33,1	33,7
Psychiatrische ziekenhuizen	32,6	32,9	33,4	34,0	34,7	35,3
Instellingen voor gehandicaptenzorg	29,2	29,7	30,3	31,1	31,8	32,4
Verpleeghuizen	30,7	31,1	31,5	32,1	32,9	33,7
Verzorgingshuizen	32,1	32,4	32,9	33,4	34,0	34,3
Thuiszorg	38,1	38,2	38,4	38,8	39,2	39,3
Overig	33,0	33,2	33,5	33,6	33,8	34,2
Totaal	33,5	33,6	33,8	34,2	34,7	35,1

Tabel A4.3

De leeftijdsverdeling in % van verplegend en verzorgend personeel (incl. leerlingen) naar sector

<i>Ziekenhuizen</i>						
<i>Leeftijd</i>	1993	1994	1995	1996	1997	1998
15-25	21,0	18,5	15,9	14,1	13,1	12,2
25-30	23,4	22,9	22,1	21,2	20,1	18,5
30-35	19,2	19,6	20,0	19,9	19,5	19,0
35-40	14,3	15,2	15,7	16,5	16,7	17,4
40-45	10,3	10,8	11,7	12,4	13,2	14,2
45 jaar en ouder	11,8	13,1	14,5	15,9	17,4	18,7
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Academische ziekenhuizen</i>						
<i>Leeftijd</i>	1993	1994	1995	1996	1997	1998
15-25	9,1	7,8	7,5	7,3	6,9	
25-30	21,5	19,8	17,7	16,2	15,2	
30-35	25,4	24,8	23,9	23,0	21,5	
35-40	19,4	20,6	21,4	21,2	21,0	
40-45	12,0	12,8	13,9	15,1	16,6	
45 jaar en ouder	12,5	14,2	15,6	17,1	18,9	
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

(vervolg Tabel A4.3)

Psychiatrische ziekenhuizen

<i>Leeftijd</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>
15-25	7,7	6,4	5,4	5,2	5,3	5,5
25-30	19,5	18,4	16,8	15,8	15,1	14,1
30-35	23,7	23,4	22,4	20,7	19,2	17,9
35-40	21,6	21,8	22,1	21,9	21,0	20,3
40-45	14,7	15,6	16,8	18,0	18,6	19,0
45 jaar en ouder	12,8	14,3	16,5	18,5	20,8	23,3
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Intramurale gehandicaptenzorg

<i>Leeftijd</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>
15-25	21,3	18,6	16,4	14,9	14,0	14,0
25-30	26,6	26,3	25,3	24,2	22,6	21,1
30-35	21,5	21,4	21,1	20,8	20,3	19,4
35-40	16,2	17,4	18,3	18,9	18,4	17,7
40-45	8,4	9,4	10,7	11,8	13,5	14,7
45 jaar en ouder	6,0	6,9	8,3	9,4	11,2	13,1
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Verpleeghuizen

<i>Leeftijd</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>
15-25	27,7	24,6	21,6	19,5	17,5	15,8
25-30	21,2	21,3	21,2	20,8	20,4	19,4
30-35	15,9	16,3	16,7	16,5	16,6	16,4
35-40	13,7	14,3	14,8	15,1	14,8	15,0
40-45	10,5	11,3	11,9	12,7	13,4	14,4
45 jaar en ouder	11,0	12,3	13,8	15,4	17,1	19,0
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron: LKG.

(vervolg Tabel A4.3)

<i>Verzorgingshuizen</i>						
<i>Leeftijd</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>
15-25	31,1	30,0	28,4	26,6	24,8	23,7
26-30	18,5	17,6	16,8	16,2	15,8	15,6
31-35	16,3	16,5	16,7	16,5	16,2	16,0
36-45	23,1	24,8	26,1	27,6	28,9	29,5
45-64	11,0	11,1	12,0	13,1	14,3	15,3
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,1
<i>Thuiszorg</i>						
<i>Leeftijd</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>
15-25	17,8	16,4	15,0	13,4	12,4	11,9
26-30	13,1	13,6	13,5	13,2	12,8	12,6
31-35	11,2	11,7	12,4	12,9	13,1	13,4
36-45	29,5	30,3	30,2	30,4	30,5	30,4
45-64	28,4	28,0	28,9	30,1	31,2	31,7
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron: Cadans.

Tabel A4.4

Het percentage vrouwen per beroepsgroep 1991-1996

	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>
Verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden	88,2	88,4	88,5	88,6	88,7	88,9
Kraamverpleegkundigen/ -verzorgenden	99,6	99,7	99,6	99,6	99,7	99,6
Gezinsverzorgenden/ -helpenden	98,9	98,7	98,6	98,6	98,6	98,4
Bejaardenverzorgenden/ -helpenden	98,1	98,1	98,2	98,3	98,3	98,2
Groepsleiders	78,4	79,5	80,3	81,0	81,6	82,0
Leidinggevendenden	70,0	69,1	69,0	68,4	68,0	67,7
Oproepkrachten	86,7	86,7	86,6	86,7	87,3	87,8
Totaal	91,0	90,7	90,5	90,4	90,5	90,6

(vervolg Tabel A4.6)

<i>Bejaardenverzorgenden/-helpenden</i>						
<i>Leeftijd</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>
15-25	31,1	28,6	26,9	25,0	22,9	21,0
26-30	17,5	17,6	17,0	16,8	16,9	17,1
31-35	14,5	14,6	14,9	15,1	15,0	15,2
36-45	23,3	24,9	25,7	26,4	27,1	27,6
45-64	13,6	14,3	15,5	16,7	18,1	19,1
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Leidinggevenden</i>						
<i>Leeftijd</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>
15-25	5,1	4,4	3,9	2,7	2,0	1,7
26-30	14,4	12,4	9,9	8,7	7,4	6,1
31-35	24,3	23,5	22,4	20,3	18,4	16,1
36-45	37,2	39,8	42,2	44,5	46,2	47,7
45-64	19,0	19,9	21,6	23,8	26,0	28,4
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron: Cadans.

Hoofdstuk 5*Tabel A5.1**Het verlooppercentage per sector 1990-1997*

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
Ziekenhuizen	15,1	8,3	7,2	8,0	8,7	11,1
Psychiatrische ziekenhuizen	15,6	10,0	9,1	9,7	9,9	9,0
Intramurale gehandicaptenzorg	15,4	12,6	11,6	12,4	11,9	12,1
Verpleeghuizen	21,4	13,6	10,9	11,2	11,0	13,1
Totaal intramuraal	16,8	10,8	9,4	10,0	10,4	11,1
Thuiszorg	–	13,5	16,9	13,8	11,6	9,4

Bron: NZi.

*Tabel A5.2**Het percentage vertrekkers per leeftijdscategorie*

<i>Algemene ziekenhuizen</i>						
<i>Leeftijd</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>
15-25 jaar	11,9	11,1	13,3	13,7	16,5	20,3
25-30	10,9	8,8	10,9	12,2	13,4	17,5
30-35	8,4	6,3	8,3	8,6	9,4	11,7
35-40	6,2	4,6	5,1	6,5	7,4	8,7
40-45	3,9	3,5	3,7	4,4	5,7	6,4
45 jaar en ouder	5,5	6,4	4,7	5,6	5,3	7,1
Totaal	8,6	7,2	8,1	8,7	9,6	11,7
<i>Academische ziekenhuizen</i>						
<i>Leeftijd</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>	<i>1996</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>
15-25	12,1	12,0	10,4	10,4	14,6	
25-30	9,9	8,7	10,2	11,1	11,6	
30-35	8,5	7,3	8,3	8,3	10,6	
35-40	5,9	4,6	5,4	5,7	8,1	
40-45	4,6	4,2	2,9	3,8	4,2	
45 jaar en ouder	5,7	5,0	4,9	4,5	4,9	
Totaal	7,8	6,7	6,9	7,0	8,4	

(vervolg Tabel A5.2)

<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>						
15-25	25,0	21,3	24,9	22,2	24,7	34,1
25-30	18,9	15,5	15,9	15,7	19,1	23,2
30-35	13,4	9,6	9,6	12,0	12,9	16,7
35-40	9,5	7,2	8,5	8,5	10,5	13,0
40-45	8,2	6,0	6,1	6,1	6,6	9,7
45 jaar en ouder	7,9	8,2	6,6	7,4	6,4	8,0
Totaal	13,1	10,2	10,2	10,4	11,4	14,5
<i>Gehandicaptenzorg</i>						
15-25	24,0	23,2	24,4	26,0	25,8	30,8
25-30	13,6	13,0	13,2	13,1	16,0	17,5
30-35	10,8	8,8	8,7	8,5	10,5	11,5
35-40	8,0	6,2	6,9	7,5	8,0	9,5
40-45	7,7	6,3	6,2	6,5	6,9	8,2
45 jaar en ouder	7,3	6,3	7,4	7,0	8,5	8,2
Totaal	13,5	11,7	11,7	11,7	12,7	14,2
<i>Verpleeghuizen</i>						
15-25	24,2	20,7	21,9	23,0	25,1	30,2
25-30	14,4	11,1	12,2	12,7	14,1	17,4
30-35	12,0	9,4	9,6	9,9	10,9	13,5
35-40	9,3	8,8	8,4	8,3	10,6	12,7
40-45	9,8	7,1	8,3	8,0	8,9	11,0
45 jaar en ouder	8,7	6,8	8,1	8,0	8,3	9,3
Totaal	14,9	11,9	12,3	12,3	13,3	15,6

Bron: NZi.

Tabel A5.3

Beroepsbeëindiging als aandeel van het verloop naar sector

	1994	1995	1996	1997	1998
Ziekenhuizen	52	56	49	47	44
Psychiatrische ziekenhuizen	43	76	62	61	60
Intramurale gehandicaptenzorg	57	58	63	54	48

(vervolg Tabel A5.3)

	1994	1995	1996	1997	1998
Verpleeghuizen	50	62	64	59	50
Totaal	52	58	56	52	47

Bron: NZi, exit-interviews.

Tabel A5.4

Beroepsbeëindiging als aandeel van het verloop naar leeftijd

Leeftijd	1994	1995	1996	1997	1998
onder 25	–	56	55	53	47
25-30	52	51	47	45	40
30-35	58	59	61	60	49
35-40	52	70	63	47	49
40-50	60	62	55	52	52
50+	100	80	86	85	83
Totaal	56	58	56	52	47

Bron: NZi, exit-interviews.

Tabel A5.5

De belangrijkste vertrekreden bij verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg

	Allen	Baan-baan ¹	Netto ²
Elders werk gevonden	18	23	13 ³
Verhuizing	7	5	8
Ouderschap/zwangerschap	7 ⁴	2	11 ⁴
Gezins-/thuisituatie	6	4	8
Opleiding gaan volgen	6 ⁴	9 ⁴	4
Reisafstand/reistijd	6 ³	10	3
Behoeftte aan andere werkkring	6	7 ³	5
Ontplooiing/benutting capaciteiten	5	6	4

(vervolg Tabel A5.5)

	Allen	Baan-baan ¹	Netto ²
Loopbaanperspectief	4	6	3
Einde dienstverband	3 ⁴	2	4
Huwelijk/samenwonen	3	4	2
Onvoldoende opl. resultaten (leerlingen)	3	2	4
Gezondheid (WAO)	3	1	5
Voldoening in het werk	3	2	3
Mogelijkheden meer/ minder werken	3 ⁴	2	3
Klimaat afdeling/werkeenheid	2	3	2
Werktijden en roosters	2	2	2
Leiderschap	2	2	2
Geestelijke belasting	2	1	2
Pensioen of OBU	1	0	2
Opleiding/vorming	1	2	1
Behoefte aan meer vrije tijd	1	1	1
Besluitvorming/overleg op afdeling	1	1	1
Arbeidsomstandigheden	1	1	1
Werkdruk	1	1	1
Lichamelijke belasting	1	1	1
Autonomie in het werk	1	1	1
Reorganisatie (functie vervalt)	1	1	1
Beloning (salaris)	1	1	0
Mogelijkheden kinderopvang	0	0	0
Binding aan organisatie of werk	0	0	0
Totaal	100	100	100

¹ Baan-baan wil zeggen vertrokken naar andere instelling² Netto wil zeggen (tijdelijk) gestopt met de uitoefening van verplegend en verzorgend beroep³ Reden wordt in de loop der tijd vaker genoemd⁴ Reden wordt in de loop der tijd minder vaak genoemd

Bron: NZi, exit-interviews.

Tabel A5.6

Alle genoemde vertrekreden bij verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg

	Allen	Baan-baan ¹	Netto ²
Huwelijk/samenwonen	6	7	4
Gezins-/thuisituatie	12	8	17
Gezondheid (WAO)	4	1	6
Verhuizing	13	14	13
Ouderschap/zwangerschap	10 ⁴	3	16 ⁴
Reisafstand/reistijd	16	22	12
Behoefte aan meer vrije tijd	5	4	7
Elders werk gevonden	39 ³	56	25 ³
Opleiding gaan volgen	11	14	9
Pensioen of OBU	2	0	2
Einde dienstverband	5 ⁴	4	6
Reorganisatie (functie vervalt)	2	2	1
Onvoldoende opl. resultaten (leerlingen)	4 ⁴	3	5
Behoefte aan andere werkkring	20	24	17
Beloning (salaris)	8 ³	9 ³	7
Mogelijkheden kinderopvang	3	2	5
Mogelijkheden meer/minder werken	9	8 ⁴	10
Loopbaanperspectief	17	22	13
Opleiding/vorming	7	9	5
Ontplooiing/benutting capaciteiten	21	27	16
Besluitvorming/overleg op afdeling	6	7	6
Leiderschap	6	7	5
Autonomie in het werk	5	5	5 ³
Werktijden en roosters	10	9	12 ³
Klimaat afdeling/werkeenheid	9	10	8
Arbeidsomstandigheden	4	4	4
Lichamelijke belasting	5	3	7
Geestelijke belasting	7	4	10
Werkdruk	8	8	9

(vervolg Tabel A5.6)

	Allen	Baan-baan ¹	Netto ²
Binding aan organisatie of werk	3	3	2
Voldoening in het werk	14	14	13
Totaal	291	312	275

¹ Baan-baan wil zeggen vertrokken naar andere instelling² Netto wil zeggen (tijdelijk) gestopt met de uitoefening van verplegend en verzorgend beroep³ Reden wordt in de loop der tijd vaker genoemd⁴ Reden wordt in de loop der tijd minder vaak genoemd

Bron: NZi, exit-interviews.

*Tabel A5.7**Percentage van vertrek dat volgens respondent te voorkomen was*

Soort	1994	1995	1996	1997	1998
Baan-baan	43,6	56,1	53,3	50,6	57,9
Netto	42,5	43,7	44,5	49,5	52,4
Totaal	42,7	48,1	48,1	49,5	55,1

Bron: NZi, exit-interviews.

*Tabel A5.8**De volgens de respondent belangrijkste vertrekreden die te voorkomen was geweest*

	Allen	Baan-baan ¹	Netto ²
Loopbaanperspectief	19	22	16
Mogelijkheden meer/ minder werken	14 ⁴	11	17
Ontplooiing/benutting capaciteiten	12	13	11

(vervolg Tabel A5.8)

	Allen	Baan-baan ¹	Netto ²
Werktijden en roosters	7	5	8
Klimaat afdeling/werkeenheid	7	7	7
Leiderschap	6 ³	7	6 ³
Opleiding/vorming	6	8	4
Beloning (salaris)	6 ³	6 ³	6 ³
Werkdruk	5 ³	4	5
Besluitvorming/overleg op afdeling	4	5 ⁴	4
Voldoening in het werk	3	3	3
Mogelijkheden kinderopvang	3	2	5
Arbeidsomstandigheden	3	2	3
Lichamelijke belasting	2	1	2
Geestelijke belasting	2	1	2
Autonomie in het werk	1	1	1
Binding aan organisatie of werk	1	1	1
Totaal	100	100	100

¹ Baan-baan wil zeggen vertrokken naar andere instelling² Netto wil zeggen (tijdelijk) gestopt met de uitoefening van verplegend en verzorgend beroep³ Reden wordt in de loop der tijd vaker genoemd⁴ Reden wordt in de loop der tijd minder vaak genoemd

Bron: NZi, exit-interviews.

Tabel 5.9

Alle volgens de respondent te voorkomen vertrekredenen

	Allen	Baan-baan ¹	Netto ²
Ontplooiing/benutting capaciteiten	29	33	25
Loopbaanperspectief	28	33 ⁴	24
Mogelijkheden meer/ minder werken	18 ⁴	15 ⁴	21

(vervolg Tabel 5.9)

	Allen	Baan-baan ¹	Netto ²
Klimaat afdeling/werkeenheid	16	17	16
Werktijden en roosters	16	12	19
Werkdruk	15	15	15
Opleiding/vorming	15	18 ⁴	12
Beloning (salaris)	14 ³	16 ³	12 ³
Voldoening in het werk	12	12	12
Besluitvorming/overleg op afdeling	12	13	12
Leiderschap	12 ³	13	11 ³
Mogelijkheden kinderopvang	7 ⁴	5	10 ⁴
Arbeidsomstandigheden	6	6	7
Lichamelijke belasting	6	5	7
Geestelijke belasting	6	3	9
Autonomie in het werk	6	5	6
Binding aan organisatie of werk	3	4	3
Totaal	221	223	219

¹ Baan-baan wil zeggen vertrokken naar andere instelling² Netto wil zeggen (tijdelijk) gestopt met de uitoefening van verplegend en verzorgend beroep³ Reden wordt in de loop der tijd vaker genoemd⁴ Reden wordt in de loop der tijd minder vaak genoemd

Bron: NZi, exit-interviews.

Tabel A5.10

De gemiddelde duur in jaren van het dienstverband naar sector

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Ziekenhuizen	6,6	7,4	7,9	8,1	8,3	8,5
Academische ziekenhuizen	7,2	7,8	8,3	8,6	8,9	
Psychiatrische ziekenhuizen	6,2	6,6	6,8	7,2	7,7	7,7
Intramurale gehandicaptenzorg	5,8	6,2	6,3	6,6	6,7	6,8

(vervolg Tabel A5.10)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Verpleeghuizen	4,9	5,4	5,8	6,1	6,4	6,6
Totaal intramuraal	5,8	6,3	6,7	7,0	7,2	7,4

Bron: LKG.

Tabel A5.11

De verdeling naar werkduur (in percentage van volledige werkweek)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<i>Ziekenhuizen</i>						
Uurloner	9,6	9,0	9,7	10,8	11,5	10,2
0 - 20%	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5	0,6
20 - 40%	4,6	4,5	4,2	3,9	3,5	3,7
40 - 60%	13,5	14,6	15,1	15,5	16,6	17,3
60 - 80%	8,3	9,3	10,4	11,1	12,3	13,9
80 - 100%	21,4	24,0	24,7	25,0	22,7	21,7
Fulltimer	42,1	38,2	35,5	33,2	32,9	32,6
Totaal	100	100	100	100	100	100
<i>Academische ziekenhuizen</i>						
Uurloner	7,0	6,5	6,8	7,0	7,1	
0 - 20%	0,1	0,1	0,2	0,2	0,6	
20 - 40%	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	
40 - 60%	8,0	8,2	8,2	8,0	8,0	
60 - 80%	11,2	12,8	13,9	15,0	16,3	
80 - 100%	33,6	35,4	36,5	37,6	38,1	
Fulltimer	39,2	35,9	33,4	31,1	28,9	
Totaal	100	100	100	100	100	
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>						
Uurloner	9,3	10,3	10,8	10,3	10,7	9,0
0 - 20%	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
20 - 40%	3,0	2,9	2,9	2,8	2,5	3,0
40 - 60%	8,5	8,6	8,6	8,5	9,1	9,4

(vervolg Tabel A5.11)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
60 - 80%	8,9	9,7	10,7	11,7	12,1	13,4
80 -100%	32,9	34,8	36,4	37,6	35,9	35,6
Fulltimer	36,9	33,2	29,9	28,4	28,8	28,6
Totaal	100	100	100	100	100	100
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>						
Uurloner	10,3	10,7	12,1	12,2	13,2	11,8
0 - 20%	1,4	1,4	1,5	1,9	1,9	2,4
20 - 40%	4,9	5,3	5,6	5,9	6,4	7,2
40 - 60%	11,9	13,0	14,2	14,9	16,3	17,5
60 - 80%	8,2	9,1	10,0	11,1	11,7	13,4
80 -100%	24,7	26,4	27,2	28,1	27,2	27,7
Fulltimer	38,7	34,1	29,3	25,9	23,3	20,1
Totaal	100	100	100	100	100	100
<i>Verpleeghuizen</i>						
Uurloner	13,8	13,1	13,1	13,7	14,1	12,3
0 - 20%	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	1,7
20 - 40%	9,7	10,0	9,9	9,8	8,8	9,4
40 - 60%	13,6	14,4	15,3	15,6	17,1	18,5
60 - 80%	7,9	8,5	8,9	9,3	10,4	11,4
80 -100%	18,7	21,1	22,5	23,7	22,0	21,6
Fulltimer	34,8	31,3	28,8	26,4	26,2	25,1
Totaal	100	100	100	100	100	100

Bron: LKG.

Tabel A5.12

De gemiddelde werkweek (in percentage van een volledige werkweek) naar leeftijdscategorie (in %)

Leeftijd	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<i>Ziekenhuizen</i>						
15-25	97,5	96,5	96,5	96,4	96,1	95,5
25-30	87,3	86,8	86,7	86,6	87,7	87,6
30-35	73,8	73,4	73,3	73,2	74,8	74,5
35-40	71,8	70,9	70,5	69,4	70,4	69,6
40-45	71,1	71,9	72,4	72,7	74,1	73,3
45 jaar en ouder	70,9	70,6	70,8	71,4	73,4	74,0
Totaal	81,1	79,9	79,1	78,4	79,2	78,5
<i>Academische ziekenhuizen</i>						
15-25	97,3	97,1	96,9	96,0	95,0	
25-30	90,6	90,2	90,3	90,3	89,7	
30-35	83,0	82,4	82,3	82,2	81,8	
35-40	82,2	80,8	79,5	78,7	78,2	
40-45	81,0	80,9	80,9	81,0	80,0	
45 jaar en ouder	80,4	80,3	79,9	79,5	78,9	
Totaal	85,3	84,4	83,8	83,3	82,4	
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>						
15-25	92,9	91,1	89,8	89,8	89,3	88,4
25-30	87,9	87,4	86,1	86,0	87,6	87,5
30-35	82,2	81,2	81,1	80,2	81,9	80,6
35-40	80,4	80,0	78,9	77,9	79,7	78,9
40-45	80,4	80,1	79,9	80,0	80,8	79,8
45 jaar en ouder	79,4	78,8	78,7	78,3	80,3	80,8
Totaal	83,3	82,3	81,4	80,9	82,2	81,6
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>						
15-25	93,4	92,1	90,3	88,4	86,2	81,9
25-30	84,1	83,4	82,1	80,9	81,4	79,8
30-35	74,0	72,9	71,5	70,8	71,2	70,0
35-40	71,3	70,2	68,7	67,2	67,4	65,4
40-45	74,2	72,5	70,7	69,8	69,4	67,1

(vervolg Tabel A5.12)

Leeftijd	1993	1994	1995	1996	1997	1998
45 jaar en ouder	71,4	70,8	69,7	68,5	69,7	68,9
Totaal	80,4	78,7	76,7	75,0	74,7	72,5
<i>Verpleeghuizen</i>						
15-25	93,7	93,0	92,5	91,7	92,6	91,0
25-30	80,0	80,4	80,8	80,8	81,9	81,1
30-35	66,1	65,7	65,4	65,5	66,8	66,0
35-40	63,0	62,6	62,7	62,4	64,2	63,7
40-45	64,7	64,3	64,2	64,3	66,2	66,0
45 jaar en ouder	63,3	63,0	63,1	63,9	65,9	66,2
Totaal	75,9	74,7	73,8	73,1	73,9	72,7

Bron: LKG.

Tabel A5.13

Het ziekteverzuimpercentage per sector 1991-1997

	1991	1994	1995	1996	1997
<i>Inclusief zwangerschapsverlof</i>					
Ziekenhuizen	8,0	7,3	7,5	8,0	7,8
Psychiatrische ziekenhuizen	7,6	6,9	7,2	7,4	8,0
Intramurale gehandicaptenzorg	9,1	7,8	8,1	8,5	9,0
Verpleeghuizen	10,7	9,4	9,7	9,9	10,2
Totaal intramuraal	8,9	8,0	8,3	8,5	8,7
Thuiszorg	9,1	8,4	9,5	8,7	
<i>Exclusief zwangerschapsverlof</i>					
Ziekenhuizen		5,0	5,5	6,1	5,9
Psychiatrische ziekenhuizen		5,5	6,0	6,0	6,6
Intramurale gehandicaptenzorg		6,0	6,2	6,5	7,2
Verpleeghuizen		7,3	7,5	7,9	8,2
Totaal intramuraal		6,0	6,3	6,7	6,8
Thuiszorg		8,3	7,8	8,5	7,7

Bron: Nzi/LVT.

Tabel A5.14

Het ziekteverzuimpercentage per leeftijdscategorie en naar geslacht

Leeftijd		1993	1994	1995	1996	1997	1998
<i>Ziekenhuizen</i>							
15-25	inclusief	5,7	5,0	5,2	5,2	5,2	5,7
	exclusief				4,9	4,8	5,4
25-30	inclusief	8,4	8,0	8,5	8,4	8,8	9,5
	exclusief				5,9	6,2	6,6
30-35	inclusief	10,1	9,5	9,9	10,2	10,7	11,7
	exclusief				6,3	6,4	7,1
35-40	inclusief	7,8	6,8	7,2	7,6	7,9	8,4
	exclusief				6,0	6,3	6,7
40-45	inclusief	7,4	5,9	6,3	6,2	6,3	6,9
	exclusief				6,0	6,0	6,7
45 jaar en ouder	inclusief	8,0	6,9	6,9	7,4	7,5	8,2
	exclusief				7,4	7,5	8,2
Totaal	inclusief	7,8	7,1	7,5	7,7	7,9	8,6
	exclusief				6,1	6,2	6,8
Vrouwen	inclusief	8,3	7,7	8,1	8,2	8,5	9,2
	exclusief				6,3	6,5	7,1
Mannen		5,3	4,4	4,6	4,9	5,0	5,3
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>							
15-25	inclusief	7,2	6,2	5,6	5,1	5,1	5,0
	exclusief				4,8	4,7	4,9
25-30	inclusief	8,7	7,7	8,4	8,2	8,5	8,1
	exclusief				6,6	6,5	6,4
30-35	inclusief	9,4	8,4	8,6	9,4	10,2	11,4
	exclusief				7,0	7,7	8,1
35-40	inclusief	8,7	7,4	8,1	7,6	8,0	9,2
	exclusief				6,6	7,1	8,1
40-45	inclusief	7,8	7,6	7,5	7,2	7,4	7,6
	exclusief				7,0	7,2	7,4
45 jaar en ouder	inclusief	9,3	8,0	7,8	7,7	8,3	8,6
	exclusief				7,7	8,3	8,6

(vervolg Tabel A5.14)

Leeftijd		1993	1994	1995	1996	1997	1998
Totaal	inclusief	8,7	7,7	7,9	7,9	8,3	8,7
	exclusief				6,8	7,2	7,6
Vrouwen	inclusief	10,2	9,1	9,5	9,4	9,6	10,3
	exclusief				7,7	7,9	8,4
Mannen		6,6	5,7	5,7	5,6	6,2	6,3
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>		1993	1994	1995	1996	1997	1998
15-25	inclusief	6,5	5,1	5,7	5,7	5,5	5,7
	exclusief				5,4	5,2	5,3
25-30	inclusief	9,6	8,9	9,2	9,6	9,7	10,6
	exclusief				7,3	7,5	7,9
30-35	inclusief	10,1	9,5	10,7	11,7	12,5	13,2
	exclusief				8,1	8,5	9,3
35-40	inclusief	8,6	7,5	8,0	8,6	8,8	9,9
	exclusief				7,3	7,6	8,5
40-45	inclusief	8,9	7,3	7,3	7,5	8,1	8,3
	exclusief				7,4	8,0	8,1
45 jaar en ouder	inclusief	8,3	7,8	8,4	8,5	8,8	9,1
	exclusief				8,5	8,8	9,1
Totaal	inclusief	8,6	7,8	8,4	8,8	9,1	9,6
	exclusief				7,2	7,5	8,0
Vrouwen	inclusief	9,2	8,3	9,0	9,4	9,7	10,2
	exclusief	9,2	8,3	9,0	7,4	7,7	8,2
Mannen		6,8	6,0	6,0	6,7	6,9	7,2
<i>Verpleeghuizen</i>		1993	1994	1995	1996	1997	1998
15-25	inclusief	8,7	7,2	7,7	7,7	7,4	7,9
	exclusief				7,1	6,9	7,2
25-30	inclusief	12,8	11,3	11,9	12,4	12,2	13,7
	exclusief				9,6	9,3	10,4
30-35	inclusief	12,4	11,1	11,7	12,4	13,0	14,2
	exclusief				9,0	9,3	10,3
35-40	inclusief	10,3	8,5	8,9	9,0	9,3	10,1
	exclusief				8,1	8,5	9,1

(vervolg Tabel A5.14)

Leeftijd		1993	1994	1995	1996	1997	1998
40-45	inclusief	9,2	7,9	8,5	8,6	8,9	9,1
	exclusief				8,5	8,7	9,0
45 jaar en ouder	inclusief	9,8	8,7	8,7	9,3	9,1	9,9
	exclusief				9,3	9,1	9,9
Totaal	inclusief	10,5	9,1	9,6	9,9	10,0	10,8
	exclusief				8,6	8,6	9,3
Vrouwen	inclusief	10,7	9,4	9,9	10,2	10,3	11,2
	exclusief				8,7	8,7	9,5
Mannen		8,0	6,5	7,1	7,4	7,3	7,4

Bron: LKG.

Hoofdstuk 6*Tabel A6.1**De instroom in het verpleegkundig en verzorgend onderwijs 1990-1998*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Niveau 5	2342	2247	2230	2576	2548	2523	2944	3077	2905
HBO-V	2342	2247	2230	2576	2548	2523	2744	2770	2498
5 BBL							200	300	407
5 BOL									
Niveau 4	6455	6541	6191	5399	3646	3373	3046	3175	4265
Inservice A	3563	3599	3332	2769	1959	2003	1869		
Inservice B	1199	1214	1138	988	557	584	496		
Inservice Z	1693	1728	1721	1642	1130	786	681		
4 BBL								1276	2175
4 BOL								1899	2090
Niveau 3	13870	14445	13576	12685	10614	9896	9766	6110	7591
Ziekenverzorgenden	5379	5340	5061	4562	3372	2809	2825		
Bejaardenverzorgenden	1413	1622	1543	1346	1181	1220	1225		
Gezinsverzorgenden	1053	1080	1028	992	432	318	225		
Kraamverzorgenden	130	170	105	102	57	82	90		
Oud 3 BBL	7975	8212	7737	7002	5042	4429	4365		
3 BBL								1696	3850
MDGO-Vp	1189	1541	1499	1709	1574	1672	1751		
MDGO-Vz lang	4706	4692	4340	3974	3998	3795	3650		
Oud 3 BOL	5895	6233	5839	5683	5572	5467	5401		
3 BOL								4414	3741
Niveau 2	3790	3788	3733	3747	3326	3305	3104	4324	3463
MDGO-Vz kort	1276	1568	1893	2376	2509	2638	2629		
2 BOL								3876	2705
Bejaardenhelpenden	647	566	497	427	467	393	265		
Gezinshelpenden	538	467	355	204	125	67	20		
Verzorgingsassistenten	1329	1187	988	740	225	207	190		
Oud 2 BBL	2514	2220	1840	1371	817	667	475		
2 BBL								448	758

(vervolg Tabel A6.1)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Totaal	26457	27021	25730	24407	20134	19097	18860	16686	18224
Index (1990 = 100)	100,0	102,1	97,3	92,3	76,1	72,2	71,3	63,1	68,9

Bronnen: RegioMarge, OVDB, CBS, HBO-raad en bewerking van gegevens van het ministerie van OC&W.

Toelichting op toedeling

BBL = beroepsbegeleidende leerweg

BOL = beroepsopleidende leerweg

Niveau 5 betreft alleen de voltijdse opleiding.

Voor 1992 en 1996 zijn de volgende toedelingen gehanteerd:

Niveau 4 BBL = inservice A, B, Z

Niveau 3 BBL = ziekenverzorgenden en bejaarden-, kraam- en gezinsverzorgenden OVDB

Niveau 3 BOL = MDGO-Vp en MDGO-Vz lang

Niveau 2 BBL = bejaarden- en gezinshelpenden

Niveau 2 BOL = MDGO-Vp kort

Methode van schatting instroom 1998, niveaus 2 t/m 4

Het aantal aanwezige leerlingen in 1998 is onder te verdelen in de 1e jaars en de 2e jaars.

Bij de opleidingen tot verpleegkundige (4-jarig) en verzorgende (3-jarig) zijn we ervan uitgegaan dat de helft van de leerlingen die de eindstreep van de opleiding niet halen in het eerste jaar uitvallen. Omdat de opleiding tot helpende 2-jarig is hebben we hier aangenomen dat tweederde van de leerlingen die de eindstreep niet halen uitvallen in het 1e jaar.

Als dit wordt toegepast kan geschat worden hoeveel 2e jaars aanwezig zijn en dus ook hoeveel 1e jaars. Deze 1e jaars vormen de instroom in de opleiding.

Van de huidige verpleegkundige en verzorgende opleidingen zijn nog geen studierendementscijfers beschikbaar. Hiervoor worden de rendementscijfers gebruikt van de meest gelijkende opleiding uit het oude stelsel van het verpleegkundig en verzorgend onderwijs (zie tabel A6.2).

In de voor 1998 verkregen instroomcijfers zit nog een mogelijke fout. We

(vervolg Tabel A6.3)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Niveau 4	19445	18790	18101	17491	16207	13770	11634	11359	12412
Inservice A	12271	11907	11339	10731	9782	8224	6932		
Inservice B	2608	2766	2612	2546	2437	2098	1808		
Inservice Z	4566	4117	4150	4214	3988	3448	2894		
4 BBL oud	19445	18790	18101	17491	16207	13770	11634	8184	5601
4 BBL nieuw								1276	3246
4 BOL								1899	3565
Niveau 3	27710	28637	28389	27297	26092	24075	23715	22675	20173
Ziekenverzorgenden	8427	8203	8112	7589	7612	6393	6019	5812	2685
Bejaardenverzorgenden	2295	2651	2734	2493	2150	2039	2102	1042	82
Gezinsverzorgenden	1760	1928	1915	1830	1216	662	498	218	29
Kraamverzorgenden	126	272	228	168	132	123	139	111	0
Oud 3BBL	12608	13054	12989	12080	11110	9217	8758	7183	2796
3 BBL								1696	5266
MDGO-Vp	2793	3487	3735	4102	4168	4334	4521	2828	1441
MDGO-Vz lang	12309	12096	11665	11115	10814	10524	10436	6554	3286
Oud 3 BOL	15102	15583	15400	15217	14982	14858	14957	9382	4727
3 BOL	4414	7384							
Niveau 2	5508	5791	5805	5895	5518	5342	5248	6535	6697
MDGO-Vz kort	1861	2782	3287	4001	4402	4510	4573	2006	46
2 BOL								3876	5556
Bejaardenhelpenden	908	774	674	572	600	534	416	137	0
Gezinshelpenden	731	634	546	330	254	114	34	16	0
Verzorgingsassistenten	2008	1601	1298	992	262	184	225	52	0
Oud 2 BBL	3647	3009	2518	1894	1116	832	675	205	0
2 BBL								448	1095
Totaal	60873	61189	60319	58948	55874	51579	49060	49384	48479
Index (1990 = 100)	100,0	100,5	99,1	96,8	91,8	84,7	80,6	81,1	79,6
HBO-deeltijd	2095	2324	2347	1865	1770	1905	1935	2042	2053

Bronnen: RegioMarge, OVDB, CBS, HBO-raad en bewerking van gegevens van het ministerie van OC&W.

Tabel A6.4
Studierendementen verpleegkundige en verzorgende opleidingen

	Beroepsbegeleidende leerweg	Beroepsopleidende leerweg
Verpleegkundige (niveau 5)	70%	56%
Verpleegkundige (niveau 4)	70%	58%
Verzorgende (niveau 3)	71%	65%
Helpende (niveau 2)	64%	62%

Bron: Evers en Van der Windt.

Van de huidige verpleegkundige en verzorgende opleidingen zijn nog geen studierendementscijfers beschikbaar. Hiervoor worden de rendementscijfers gebruikt van de meest gelijkende opleiding uit het oude stelsel van verpleegkundig en verzorgend onderwijs. De tabel betreft dus geraamde gegevens.

Tabel A6.5
Aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt

HBO-V (voltijd)	1991	1994	1995	1996	1997
Geslacht in %					
Man	13	11	8	11	11
Vrouw	87	89	92	89	89
Duur intrede werkloosheid in %					
0 maanden	84	60	71	82	86
1-3 maanden	15	30	23	15	13
4-6 maanden	1	8	4	3	1
> 6 maanden	0	2	2	1	0
Werkloos in %					
Ja	1	4	2	2	1
Nee	99	96	98	98	99

(vervolg Tabel A6.5)

HBO-V (voltijd)	1991	1994	1995	1996	1997
Maatschappelijke positie					
Betaald werk	92	79	87	86	93
Studie	3	14	8	10	6
Werkzoekend	1	1	1	3	0
Anders	4	5	3	1	1
Loondienst					
Ja	93	87	81	81	83
Nee	7	13	19	19	17
Aanstelling					
Vast	79	71	69	67	71
Tijdelijk	21	29	31	33	29
Arbeidsduur					
Percentage fulltime	67	53	53	60	65
Belangrijkste beroepen werkzaam*					
Verpleegkundige	66	41	24	56	57
Wijk-/schoolverpleegkundige	19	13	18	10	
Zieken-/zwakzinnigenverzorger	6	14	32	14	6
Groepsleider	6				
Ambulance/GGZ verpleegkundige		9	8		
Belangrijkste bedrijfstakken werkzaam*					
Algemene ziekenhuizen	39	19	24	31	42
Academische ziekenhuizen	14		7	8	6
Categoriale ziekenhuizen	6				
Psychiatrische inrichtingen/ klinieken	7	15	11	13	11
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	6				
Extramurale medische verzorging	17	14	11	7	
Gehandicaptenzorg	19	19	12	9	

(vervolg Tabel A6.5)

HBO-V (voltijd)	1991	1994	1995	1996	1997
Bruto-uurloon in guldens					
HBO-verpleging	–	19,50	19,30	18,70	19,20
Hoger GezondheidsOnderwijs (vt)	–	21,50	21,40	20,70	21,30
HBO (totaal)	–	21,00	20,80	20,60	21,90
Oordeel aansluiting opleiding en werk (% voldoende of goed)					
HBO-verpleging		77	79	73	83
Hoger GezondheidsOnderwijs (vt)		83	83	78	85
HBO (totaal)		81	80	79	81
Percentage dat dezelfde opleiding gekozen zou hebben					
HBO-verpleging		78	83	79	78
Hoger GezondheidsOnderwijs (vt)		80	83	81	80
HBO (totaal)		79	79	80	80

* alleen percentages hoger dan 5 zijn weergegeven

Bron: HBO-monitor.

Tabel A6.6

Aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt

HBO-V (deeltijd)	1994	1995	1996	1997
Geslacht in %				
Man	11	16	16	11
Vrouw	89	84	84	89
Duur intrede werkloosheid in %				
0 maanden	81	94	90	86
1-3 maanden	11	4	5	6
4-6 maanden	3	1	2	5
> 6 maanden	5	1	3	3

(vervolg Tabel A6.6)

HBO-V (deeltijd)	1994	1995	1996	1997
Werkloos in %				
Ja	4	0	1	3
Nee	96	100	99	97
Maatschappelijke positie				
Betaald werk	94	95	94	96
Studie	1	3		
Werkzoekend	3	2	4	0
Anders	3	3	2	1
Loondienst				
Ja	89	91	81	83
Nee	11	9	19	17
Aanstelling				
Vast	86	87	81	71
Tijdelijk	14	13	19	29
Arbeidsduur				
Percentage fulltime	14	38	29	37
Belangrijkste beroepen werkzaam*				
Verpleegkundige	20	23	40	36
Wijk-/schoolverpleegkundige	33	22	20	13
Zieken-/zwakzinnigenverzorger	9	16		6
Hoofdverpleegkundige	8	10	15	5
Belangrijkste bedrijfstakken werkzaam*				
Algemene ziekenhuizen	19	21	24	18
Academische ziekenhuizen	7			
Categorale ziekenhuizen				
Psychiatrische inrichtingen/ klinieken	10	10	13	11
Ambulante geestelijke gezondheidszorg				

(vervolg Tabel A6.6)

HBO-V (deeltijd)	1994	1995	1996	1997
Extramurale medische verzorging	30	19	16	8
Gehandicaptenzorg	14	8		5
Gezinsverzorging/-hulp				6
Verpleeghuis	13	11	5	
Welzijnszorg met huisvesting	10			
Bruto-uurloon in gulden				
HBO-verpleging	27,40	25,10	25,00	25,40
Hoger Gezondheids- Onderwijs (dt)	27,20	26,00	26,30	28,30
HBO (totaal)	21,00	20,80	20,60	21,90
Oordeel aansluiting opleiding en werk (% voldoende of goed)				
HBO-verpleging	79	78	72	75
Hoger Gezondheids- Onderwijs (vt)	83	84	77	85
HBO (totaal)	81	80	79	81
Percentage dat dezelfde opleiding gekozen zou hebben				
HBO-verpleging	–	88	91	88
Hoger Gezondheids- Onderwijs (vt)	81	88	90	80
HBO (totaal)	79	79	80	80

* alleen percentages hoger dan 5 zijn weergegeven

Bron: HBO-monitor.

Tabel A6.7
Aansluiting van de opleiding op de arbeidsmarkt

Verpleging en verzorging BOL niveau 3/4

	1997	1998
Geslacht in %		
Man	5	6
Vrouw	95	94
Gem. intrede werkloosheid in maanden	0,5	0,3
Werkloosheid tijdens enquête in %	1	1
Bestemming van schoolverlaters in %		
Studie	23	26
BBL	20	7
Betaald werk	56	64
Werkloos	1	1
Anders	0	2
Belangrijkste beroepen werkzaam*		
Verzorgend personeel	36	41
Verpleeghulpen en leerling-verpleegkundigen	20	8
Verplegenden en doktersassistenten	18	26
Ziekenverzorgenden	12	15
Hulpkrachten horeca en verzorging	7	
Belangrijkste bedrijfstakken werkzaam*		
Welzijnszorg	52	61
Gezondheidszorg	23	32
Gezondheids-/welzijnszorg	18	

(vervolg Tabel A6.7)

	1997	1998
Oordeel van werkenden over aansluiting opleiding en huidige functie in %:		
Goed	48	
Voldoende	38	
Matig	11	
Slecht	4	
MBO BOL 3/4 totaal (goed en voldoende)	75	
Gemiddeld bruto-uurloon		
MBO-verpleging en -verzorging	14,98	
MBO niveau 3/4 totaal	14,32	

* alleen percentages hoger dan 5 zijn weergegeven

Bron: ROA.

Tabel A6.8

*Aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt***Verpleging en verzorging BOL niveau 1/2**

	1997	1998
Geslacht in %		
Man	5	4
Vrouw	95	96
Gem. intrede werkloosheid in maanden	1,8	0,8
Werkloosheid tijdens enquête in %	6	9
Bestemming van schoolverlaters in %		
Studie	28	38
BBL	20	9
Betaald werk	47	48
Werkloos	2	1
Anders	3	4

(vervolg Tabel A6.8)

	1997	1998
Belangrijkste beroepen werkzaam in %*		
Verzorgend personeel	36	41
Verpleeghulpen en leerling-verpleegkundigen	20	8
Verplegenden en doktersassistenten	18	26
Ziekenverzorgenden	12	15
Hulpkrachten horeca en verzorging	7	
Belangrijkste bedrijfstakken werkzaam in %		
Welzijnszorg	38	41
Gezondheidszorg	9	15
Gezondheids-/welzijnszorg	22	
Detailhandel	12	10
Oordeel van werkenden over aansluiting opleiding en huidige functie in %		
Goed	47	
Voldoende	22	
Matig	10	
Slecht	22	
MBO BOL 1/2 totaal (goed en voldoende)	76	
Gemiddeld bruto-uurloon in guldens		
MBO-verpleging en -verzorging 1/2	11,56	
MBO 1/2 totaal	10,80	

* alleen percentages hoger dan 5 zijn weergegeven

Bron: ROA.

Hoofdstuk 7*Tabel A7.1**De indeling naar FWG/BBRA-schalen 1993-1998 in %**Algemene ziekenhuizen*

FWG-schaal	1993	1994	1995	1996	1997	1998
-25	1	1	1	1	2	2
30	1	1	1	1	1	1
35	5	5	4	4	4	4
40	46	46	47	47	46	45
45	29	28	28	27	26	24
50+	18	19	19	20	21	23
Totaal	100	100	100	100	100	100

Academische ziekenhuizen

BBRA	1993	1994	1995	1996	1997	1998
<6	6	5	5	5	4	
6	21	17	14	15	15	
7	46	48	50	49	48	
>7	27	29	31	32	33	
Totaal	100	100	100	100	100	

Psychiatrische ziekenhuizen

FWG-schaal	1993	1994	1995	1996	1997	1998
-25	3	3	3	2	2	2
30	3	4	4	3	3	3
35	10	10	10	11	11	11
40	32	32	32	30	31	28
45	39	39	39	40	39	42
50+	13	13	13	14	13	14
Totaal	100	100	100	100	100	100

Intramurale gehandicaptenzorg

FWG-schaal	1993	1994	1995	1996	1997	1998
-25	4	4	5	5	7	9
30	12	12	13	14	16	17
35	27	28	28	29	30	30
40	42	40	39	38	35	34

(vervolg Tabel A7.1)

45	11	10	10	9	7	6
50+	5	5	4	4	4	4
Totaal	100	100	100	100	100	100
<i>Verpleeghuizen</i>						
FWG-schaal	1993	1994	1995	1996	1997	1998
-25	15	14	14	15	16	17
30	8	8	8	9	9	9
35	58	60	60	60	59	58
40	6	6	6	6	5	5
45	6	6	6	6	5	5
50+	6	6	6	6	5	5
Totaal	100	100	100	100	100	100

Tabel A 7.2

Het gemiddeld maandsalaris per FTE VOV en totaal in gulden

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Gemiddelde jaarlijkse groei
<i>Ziekenhuizen</i>							
Verpleegkundig personeel	3817	3869	3923	3981	4098	4273	2,3
Leerling-verpleegkundigen	2120	2106	2113	2119	2255	2314	1,8
Totaal verplegenden/ verzorgenden	3485	3566	3663	3755	3892	4064	3,1
Overig personeel	4069	4133	4200	4270	4408	4590	2,4
<i>Academische ziekenhuizen</i>							
Verpleegkundig personeel	3807	3870	4057	4090	4222		2,6
Leerling-verpleegkundigen	2279	2251	2320	2355	2388		1,2
Totaal verplegenden/ verzorgenden	3642	3708	3898	3948	4108		3,1
Overig personeel	4317	4390	4555	4580	4797		2,7

(vervolg Tabel A 7.2)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	Gemiddelde jaarlijkse groei
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>							
Verpleegkundig personeel	3886	3926	3975	4032	4138	4326	2,2
Leerling-verpleegkundigen	2457	2375	2377	2405	2503	2498	0,3
Totaal verplegenden/ verzorgenden	3648	3683	3776	3857	3985	4171	2,7
Overig personeel	4715	4812	4913	4980	5155	5410	2,8
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>							
Verpleegkundig personeel	3533	3563	3576	3605	3656	3766	1,3
Leerling-verpleegkundigen	2139	2129	2096	2141	2250	2282	1,3
Totaal verplegenden/ verzorgenden	3272	3323	3366	3426	3513	3644	2,2
Overig personeel	4107	4158	4169	4121	4192	4321	1,0
<i>Verpleeghuizen</i>							
Verpleegkundig personeel	3294	3334	3370	3408	3512	3651	2,1
Leerling-verpleegkundigen	2010	2024	2013	2050	2191	2184	1,7
Totaal verplegenden/ verzorgenden	3031	3102	3162	3221	3339	3475	2,8
Overig personeel	3835	3927	3972	3972	4066	4201	1,8

Geraadpleegde literatuur deel A

Bij vraagontwikkelingen (hoofdstuk 2)

Beer, J. de (1998), 'Bevolkingsprognose 1997-2003: meer geboorten'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 1, januari p. 17-19.

Beer, J. de & A. de Graaf (1998), 'Meer vrouwen krijgen maar één kind'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 11, november p. 8-11.

Beer, J. de & C.J.M. Prins (1998), 'Bevolkingsontwikkeling 1997: stijging bevolkingsgroei'. *Maandstatistiek van de bevolking* 3, maart p. 8-12.

Beer, J. de (1998), 'Welk effect heeft het immigratiebeleid?'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 8, augustus p. 10-12.

Berg, E.L. van den (1997), 'Gezondheid en Welzijn. Voorzieningsgebruik in de gezondheids- en welzijnszorg, 1995'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 6, juni p. 4-17.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1997), 'Bevolkingsprognose 1996-2050'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 1, januari, p. 62-71.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1997), 'Uitkomsten huishoudensprognose 1996'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 7, juli p. 42-45.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1998), 'Bevolkingsprognose 1997-2003'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 1, januari p. 88-91.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1998), 'Demografie (geboorten)'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 3, maart p. 6.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1998), 'Geboorte stijgt weer na tijdelijke daling'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 3, maart p. 7.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1998), 'Jaarlijkse huishoudensstatistiek, 1997'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 5, mei p. 23-25.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1998), 'Demografiek (migratie)'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 9, september p. 6-7.

Centraal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1998), *Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland*. CBS, Voorburg/Heerlen.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1993, 1997, 1999), *Statistisch jaarboek*. CBS, Voorburg/Heerlen.

Centraal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1993 en 1998), *Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland*. CBS, Voorburg/Heerlen.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1998), *Allochtonen in Nederland*. CBS, Voorburg/Heerlen.

Heijden, B. van der (1997), 'We moeten voorkomen dat mantelzorgers eindigen als patiënt'. In: *Patiënt en Perspectief* 4, p. 33-35.

Heijdt, J. van der & W.D. van de Hoorn (1995), 'Huishoudenssituatie en de gezondheid van ouderen'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 4, april p. 6-11.

RIVM (1997), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De som der delen*. Elsevier/De Tijdstroom, Utrecht.

RIVM (1997), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Gezondheidsverschillen*. Elsevier/De Tijdstroom, Utrecht.

SCP (1997 en 1998), *Sociale en Culturele Verkenningen*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk.

Timmermans, J.M., F. Heide, M.M.Y. Klerk, et al. (1997), *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen*. SCP/VUGA, Rijswijk/Den Haag.

Verwij, L.T. (1997), 'Het gevecht om een plek in het zorgproces'. In: *Zorg & Welzijn* april, p. 8-11.

Vries, B. de (voorzitter onderzoekscommissie) (1998), *Gezondheidszorg in Tel (GiT) 6*. Nederlandse Zorgfederatie, Utrecht.

Bij aanbodontwikkelingen (hoofdstuk 3 t/m 7)

AWOZ (1995), *Landelijk Beleidskader 1996-2000*. Utrecht.

Bent, J. van de (1993), *Het personeel in de intramurale gezondheidszorg – personeels- en loonstructuur van de intramurale gezondheidszorg*. NZi, Utrecht.

Bent, J. van der & W. van der Windt (1998), *Personeel in de gezondheidszorg – feiten en prognoses 2*, NZf, Utrecht.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1999), *Arbeidsrekeningen*. CBS, Voorburg.

Commissie Kwalificatiestructuur (1996), *Gekwalificeerd voor de toekomst; kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en Verzorging*. Zoetermeer.

Commissie de Vries (1998), *Gezondheidszorg in Tel 6*. NZf, Utrecht.

Convenant (1996), *Overeenkomst betreffende bestuurlijk akkoord tot invoering van het nieuwe opleidingsstelsel voor de verplegende en verzorgende beroepen*. Ministeries van OC&W en VWS.

Evers, P. & W. van der Windt (1998), *De arbeidsmarkt van de zorgsector in beeld gebracht – RegioMarge, anno 1998*. NZi/AWOZ/AWOB/AWO, Utrecht.

HBO-raad (diverse jaren), *HBO-monitor*. Den Haag.

Heuij, F. & W. van der Windt (1995), *Maat en getal in het verpleegkundig onderwijs*. NZi, Utrecht.

Hoof, van F. & J. Wolf (1995), *Beroep: SPV – een onderzoek naar werk en toekomstperspectieven van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen*. NcGv, Utrecht.

Kanters, H.W. & A.A. Smit (1994), *Inventarisatie van functiedifferentiatie in de zorgsector*. NZi/OSA, Den Haag.

Kwartel, A.J.J. van der, L.J.R. Vandermeulen, D.M.J. Delnoij & J. Harmsen (1994), *Branche-rapport Verpleging en Verzorging. Feiten, ontwikkelingen en knelpunten*. NZi/NIVEL, Utrecht.

Kwartel, A.J.J. van der (1995), *Verzorgende beroepen in beeld*. NZi, Utrecht.

Lagendijk Onderzoek (1992 en 1998), *(Eén na) hoogste klassers en een zorgsector-werkkring*. Apeldoorn.

LCVV (1997), *Jaarverslag*. Utrecht.

LCVV (1998), *Gids van specifieke beroepsorganisaties in de verpleging en verzorging*. Utrecht.

LVT/NZi (1995-1998), *Jaarboek Thuiszorg 1993*. Bunnik/Utrecht.

Ministerie van VWS (1998), *JaarOverzicht Zorg 1999 (JOZ)*. Rijswijk.

NZi/Open Ankh (1997), *Prognose Leeftijdsopbouw Personeel (PLOP) – handleiding*. Utrecht.

OSA (1995-1998), *Arbeid in de Zorgsector, integrerend rapport*. Den Haag.

OSA (1995b), *Ruimte voor werk*. Den Haag.

Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (1998), NIVEL, NZi, OSA, Rijswijk.

ROA (1998 en 1999), *Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt 1997*. Maastricht.

Ruijs, A., C. Ramakers & T. Miltenburg (1996), *Vrouwen in de leiding – een onderzoek in de sector Zorg & Welzijn*. ITS, Nijmegen.

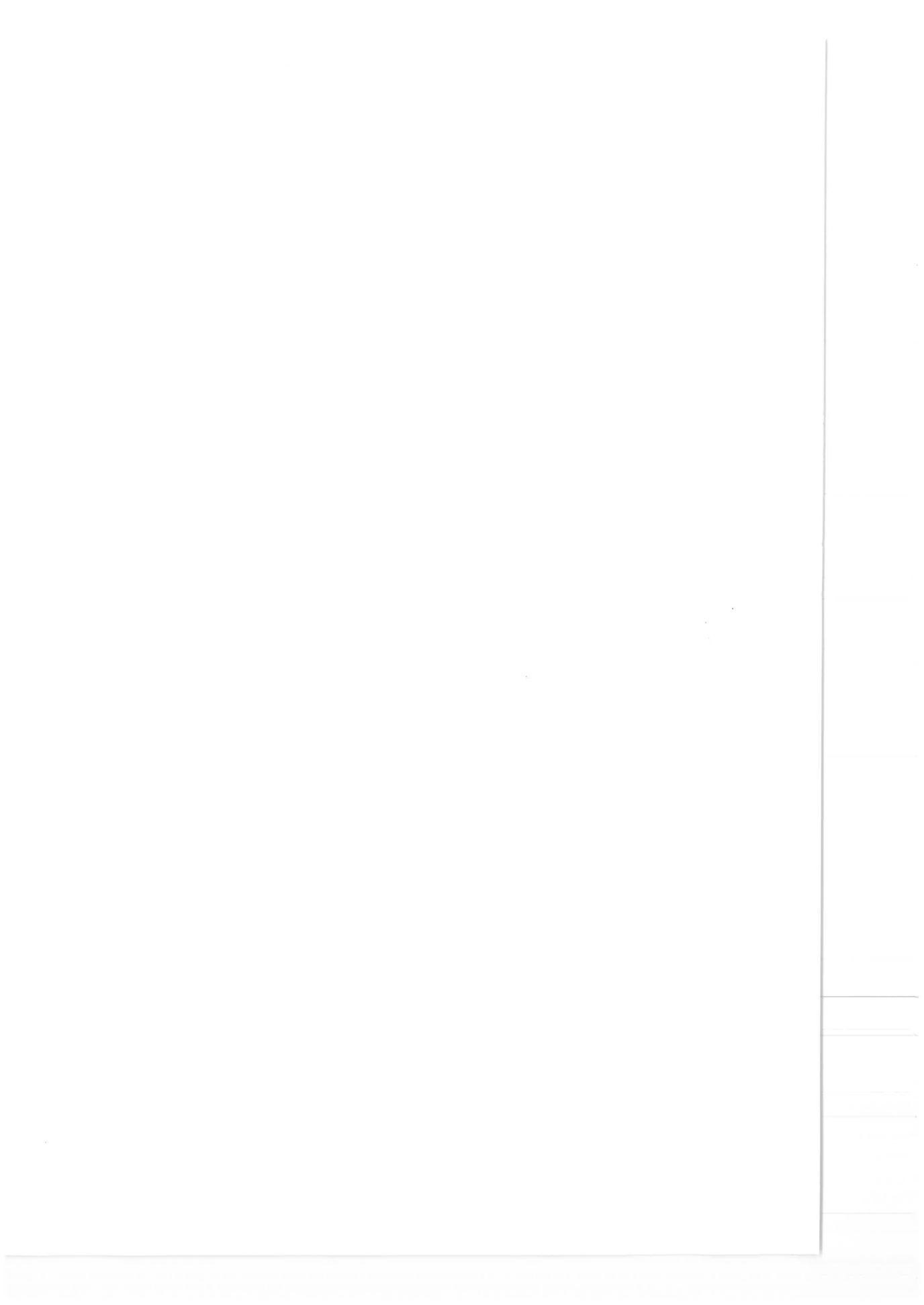
Vermeulen, H. (1996), *De dynamiek op de arbeidsmarkt in de zorgsector*. IVA, Tilburg.

Vermeulen, H. en W. van der Windt (1999), *Vergelijking AMOZ en RegioMarge*. OSA, Tilburg.

Windt, W. van der & M.C. Vlemmix (1996), 'Het verpleegkundig management: een groepsfoto'. In: *Verpleegkundig management 3*, p. 3-6.

Windt, W. van der (1996), *Quo vadis, verslag onderzoek exit-interviews*. NZi, Utrecht.

Windt, W. van der (1998), *Vrouwen in de top van de zorg*. NZf, Utrecht.



Deel B

De aansluiting tussen opleiding en arbeidsmarkt verpleegkundigen en verzorgenden

1 Inleiding

Het tekort aan verpleegkundigen en (zieken)verzorgenden blijft een actueel onderwerp. Verschillende creatieve oplossingen haalden het afgelopen jaar de nationale media. Het is niet eenvoudig om de vinger te leggen op die factoren die er (gezamenlijk) oorzaak van zijn dat er soms tekorten en soms overschotten aan verpleegkundigen en verzorgenden ontstaan.

In de vorige uitgave van *Verpleging en verzorging in kaart gebracht* (1998) stond in dit kader de uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden en de redenen van vertrek centraal. In een NIVEL-enquête onder vertrekkers uit de thuiszorg en verzorgingshuizen gaf een aanzienlijk deel van de verpleegkundigen en verzorgenden (respectievelijk 30% en 70%!) te kennen dat zij 'behouden' hadden kunnen blijven voor de arbeidsmarkt. In de intramurale sector (NZi-exit-interviews) werd onder vertrekkers een percentage van ruim 40% gevonden waarvan het vertrek mogelijk voorkomen had kunnen worden. De voorwaarden waaraan voldaan zou moeten worden lagen in de sfeer van meer mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling (scholing, carrière), verbetering van de arbeidsomstandigheden (onregelmatige diensten, werkdruk) en meer mogelijkheden voor kinderopvang en deeltijd kunnen werken.

Het is niet ondenkbaar dat deze beweegredenen ook een rol spelen bij de – soms – moeizame toetreding op de arbeidsmarkt na diplomering. Welk deel van de gediplomeerden gaat ook daadwerkelijk werken in de verpleging en verzorging? Wat zijn redenen om niet te gaan werken of iets anders te gaan doen? Zouden meer mogelijkheden voor loopbaanontwikkeling, verbetering van de arbeidsomstandigheden en meer mogelijkheden voor kinderopvang en in deeltijd kunnen werken ervoor kunnen zorgen dat de aansluiting tussen de opleiding en de arbeidsmarkt verbeterd wordt?

Inzicht in de omvang en de kenmerken van de groep verpleegkundigen en verzorgenden die potentieel beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt in de zorgsector is onontbeerlijk voor beleidsmakers en werkgevers om maatregelen

len te nemen tegen (dreigende) tekorten. In deze uitgave van *Verpleging en verzorging in kaart gebracht* wordt derhalve extra aandacht besteed aan het aansluitingsvraagstuk. Hierbij staan de volgende vragen centraal:

- 1 Hoe groot is het aantal instromers en uitstromers (diplomabehalers) in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen? Wat zijn de kenmerken van de in- en uitstromers? Wat zijn ontwikkelingen hierin vanaf 1990?
- 2 Hoe groot is het aantal dat instroomt op de arbeidsmarkt als verzorgende of verpleegkundige? Wat zijn de kenmerken van deze instromers? Wat zijn de ontwikkelingen hierin vanaf 1990?
- 3 Wat zijn de kenmerken van de uitstromers (diplomabehalers) die niet (zijn) gaan werken als verzorgende of verpleegkundige en welke redenen liggen eraan ten grondslag dat men niet in de zorgsector aan de slag is gegaan?

Bij de beantwoording van deze vraagstellingen is gebruikgemaakt van bestaande informatiebronnen, zoals de RUBS (Registratie van Uitstroom en Bestemming van Schoolverlaters) en de HBO-monitor, beide van het Researchcentrum voor Opleiding en Arbeidsmarkt (ROA). Verder is gebruikgemaakt van gegevens van de OVDB en resultaten uit recente publicaties over dit onderwerp. Alle tabellen en figuren in de tekst zijn gebaseerd op de overzichtstabellen die in de bijlage bij dit deel zijn opgenomen.

In hoofdstuk 2 wordt een overzicht gegeven van de opleidingsgegevens, waarbij naast de in- en uitstroom ook aandacht wordt besteed aan het type vooropleiding, het keuzeproces voor het volgen van een opleiding in de verpleging of verzorging en de studie-uitval. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de kwantitatieve en kwalitatieve aspecten van de aansluiting tussen de opleidingen en de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden.

2 Opleidingsgegevens: in- en uitstroom

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de in- en uitstroom in de verschillende typen opleidingen binnen de verpleging en verzorging. Allereerst wordt ingegaan op de achtergronden die meespelen bij de keuze van schoolverlaters om al dan niet te kiezen voor een opleiding in de verpleging en verzorging. Vervolgens zal bij de instromers in het verpleegkundig en verzorgend onderwijs gekeken worden naar de aantallen, kenmerken en type vooropleiding. In paragraaf 2.4 staat de uitstroom uit de opleiding centraal, waarbij ook aandacht wordt besteed aan de studie-uitval.

Met betrekking tot de in- en uitstroom moet de volgende kanttekening gemaakt worden. Sinds 1997 is de opleidingsstructuur binnen de verpleging en verzorging drastisch gewijzigd. In de nieuwe structuur worden verpleegkundigen en verzorgenden niet meer voor een bepaald werkveld opgeleid, maar voor een specifiek kwalificatieniveau. Pas in het volgende millennium zullen de eerste afgestudeerden van het nieuwe stelsel zich op de arbeidsmarkt aandienen. Dit betekent dat voor wat betreft het nieuwe stelsel nog geen gegevens gepresenteerd kunnen worden omtrent de aansluitingsproblematiek. Om in de toekomst uitspraken te kunnen doen in hoeverre het nieuwe stelsel heeft geleid tot een betere of slechtere aansluiting tussen opleidingen en arbeidsmarkt is het van groot belang om de aansluitingsproblematiek van het oude stelsel in kaart te brengen. Bovendien studeren er nog steeds verpleegkundigen en verzorgenden af die volgens het oude stelsel zijn opgeleid.

De gegevens worden gepresenteerd per type opleiding. Hierbij wordt – in het kader van de huidige kwalificatieniveaus – onderscheid gemaakt naar verpleegkundigen (het huidige kwalificatieniveau 5, HBO, en niveau 4, MBO), ziekenverzorgenden en MDGO-Vp-opgeleiden (niveau 3, verzorgende individuele gezondheidszorg, 'VIG'), verzorgenden (niveau 3) en helpenden en zorgassistenten (niveau 2). Van alle figuren zijn in de bijlage de cijfers opgenomen in tabel B1 tot en met B8.

2.1 Kiezen voor een opleiding in de verpleging of verzorging

Het keuzegedrag van toekomstige schoolverlaters om al dan niet te kiezen voor een verpleegkunde-opleiding wordt beïnvloed door verschillende factoren. In een studie van Niehuis et al. uit 1996 worden met betrekking tot dat keuzep proces de volgende drie factoren onderscheiden: demografische, persoonlijke en sociaal-culturele factoren. Bij de demografische factoren spelen vooral leeftijd en geslacht een belangrijke rol. Vrouwelijke schoolverlaters maken andere keuzes dan mannelijke schoolverlaters. Voorbeelden van persoonlijke factoren zijn het inschatten van de eigen lichamelijke en psychische vermogens, sociale vaardigheden, interesse en het belang dat gehecht wordt aan intrinsieke en extrinsieke arbeidsvoorwaarden. Sociaal-culturele factoren zijn onder andere het beroepsimago, wat leeftijdgenoten doen en vinden en het arbeidsperspectief. Dergelijke factoren komen – in andere bewoordingen en indelingen – ook terug in onderzoek van Van der Heuij en Van der Windt (1995) en in de ‘Lagendijk-onderzoeken’ (1995 en 1998). Bureau Lagendijk verricht eens in de drie jaar een meting onder (een na) hoogste klassers. Daarbij worden ook de functies van arts, kinderopvang en agogisch werk onder het kopje ‘zorg’ geschaard, zodat deze onderzoeken verder buiten beschouwing worden gelaten. Het onderzoek van Niehuis et al. (1996) richt zich op verpleegkundigen; het onderzoek van Van der Heuij en Van der Windt heeft betrekking op verpleging en ziekenverzorging. Volgens Niehuis, et al. geeft 24% van de schoolverlaters aan (misschien) wel in de verpleging te willen werken, terwijl slechts 2,8% daadwerkelijk kiest voor een verpleegkunde-opleiding. In 1991 heeft de overheid berekend dat jaarlijks zo’n 11,5% van de schoolverlaters voor een verpleegkunde-opleiding zou moeten kiezen om in 2010 voldoende instroom in de arbeidsmarkt te hebben (in Niehuis, et al., 1996). Destijds koos nog 7% van de schoolverlaters voor een opleiding tot verpleegkundige of ziekenverzorgende. Nog altijd een verschil van 4,5%.

Uit bovengenoemde publicaties blijkt dat de belangrijkste reden om te kiezen voor een opleiding in de verpleging of verzorging – naast ‘werken in de verpleging heeft mijn interesse’ – in de sfeer ligt van het willen werken met mensen of andere mensen willen helpen. Andere veelgenoemde redenen zijn: ‘veel afwisseling in het werk’ en ‘graag in teamverband willen werken’. Redenen om juist *niet* in de verpleging of verzorging te willen werken – ook weer naast het ‘niet interessant/niet leuk vinden’ – zijn: ‘er niet geschikt voor zijn’, ‘lijkt een zwaar, vuil, saai, enz. beroep’ en de onregelmatige werktijden.

Om meer leerlingen te interesseren voor een verpleegkundige en verzorgen-

de opleiding is het van belang inzicht te krijgen in de factoren die van invloed zijn op de keuze. Bovendien blijkt uit onderzoek (Borghans en De Grip, 1999) dat door de sterke afbakening van de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen, de concurrentie met andere sectoren zich met name voor doet bij de studiekeuzebeslissingen. Dit betekent dat als men eenmaal heeft gekozen voor een studie binnen de verpleging, men na het voltooien van de opleiding ook voornamelijk binnen de zorgsector aan de slag gaat. Bij de opleiding tot verzorgenden is deze afgrenzing veel minder sterk. Uit het onderzoek van Niehuis, et al. (1996) bleken na statistische bewerkingen met name arbeidsextrinsieke waarden (status, goed salaris, kans op een baan en carrière maken) 'vrijwel zeker van invloed', (in positieve zin) op het keuzegedrag van schoolverlaters. Deze factoren worden belangrijker gevonden – in tegenstelling tot wat nog vaak gedacht wordt – dan arbeidsintrinsieke waarden (verantwoordelijkheid dragen, werken met mensen, werk dat voldoening geeft en afwisselend werk). In hoeverre men over de benodigde sociale vaardigheden denkt te beschikken (goed kunnen luisteren, makkelijk contact leggen met mensen en geduld en respect kunnen tonen) is een tweede voorspellende factor, gevolgd door het hebben van een broer/zus of vriend(in) die werkzaam is binnen de verpleging. Bovendien is het nog steeds zo dat meisjes vaker voor de verpleging kiezen dan jongens. Ten slotte bleken de ondervraagde leerlingen slechts in geringe mate kennis te hebben van de verschillende verpleegkunde-opleidingen (Niehuis et al., 1996). Gezien het doolhof van opleidingsmogelijkheden, ook ten aanzien van de opleidingen tot verzorgende beroepen, is dat niet verrassend. Het nieuwe opleidingsstelsel biedt evenwel de mogelijkheid hierin meer duidelijkheid te scheppen.

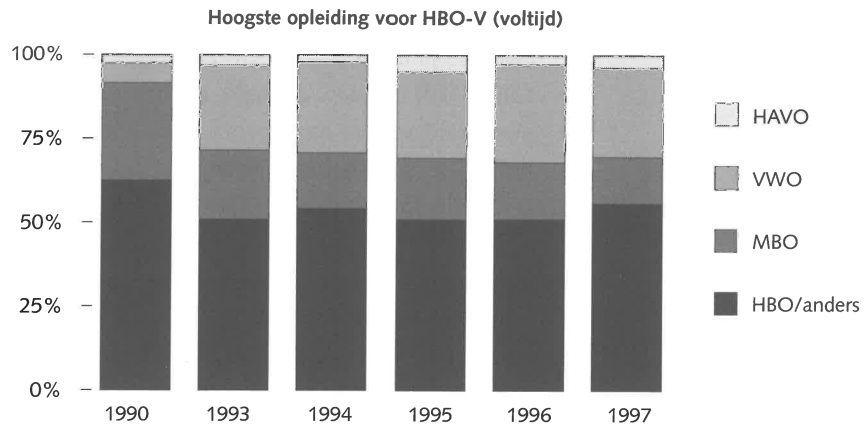
2.2 De vooropleiding

2.2.1 *Verpleegkundigen*

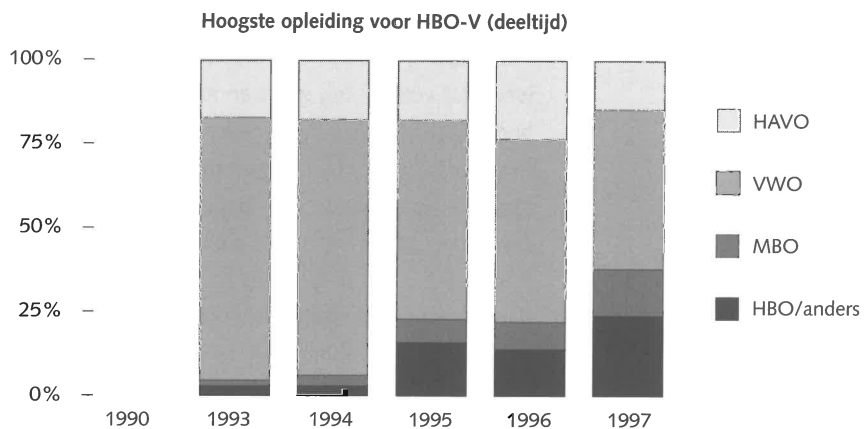
Met betrekking tot degenen die de HBO-V (voltijd) hebben gevolgd blijkt dat een meerderheid de HAVO als hoogst genoten opleiding heeft gehad (figuur 2.1). Overigens blijkt dat dit percentage is afgenomen van 63% in 1990 tot 50% in 1996. In 1997 zien we echter weer een lichte stijging naar 55%. Het aandeel dat het VWO als hoogst genoten vooropleiding heeft gevolgd neemt nog steeds af van 29% in 1990 tot 14% in 1997. Daarentegen neemt het aandeel dat van het MBO komt jaarlijks toe: van 6% in 1990 tot 27% in 1996.

Van de groep die de HBO-V in deeltijd heeft gevolgd, komt verreweg het

Voltijd



Deeltijd



Figuur 2.1 Hoogst genoten vooropleiding van degenen die de HBO-V zijn gaan volgen in de periode 1990-1997

grootste deel van het MBO. Overigens is dit gedaald van 78% in 1990 tot 49% in 1997. Daarentegen wordt een stijging waargenomen van degenen die de HAVO als achtergrond hebben.

Helaas zijn er weinig gegevens over het type vooropleiding van degenen die de inservice-opleiding voor verpleegkundigen hebben gevolgd. Dit betekent dat wij ons moeten baseren op een incidenteel onderzoek in 1994 (tabel 2.1). Hieruit blijkt dat voor de opleiding tot verpleegkundige A het grootste deel (28%) de HAVO heeft gevolgd. Voor de verpleegkundige B-opleiding scoort het MBO het hoogst (23%). Dit geldt ook voor de verpleegkundige Z-opleiding (46%). Opvallend is dat met name bij de verpleegkundige B-

opleiding een relatief groot deel (19%) een HBO-opleiding achter de rug heeft.

Tabel 2.1

Hoogst genoten vooropleiding van degenen die een inservice-opleiding tot verpleegkundige hebben gevolgd in 1994

	Inservice A	Inservice B	Inservice Z
LHNO/MAVO	12.7	13.8	13.4
HAVO/VWO	38.3	19.8	13.6
MBO	26.6	22.9	45.6
HBO (niet HBO-V)	7.6	19.4	9.8
Inservice	7,0	16.3	10.0
Anders	7,9	7.9	7.7

N.B. Over de jaren 1990-1997 zijn niet meer cijfers beschikbaar, o.a. ook doordat door decentralisatie van de inservice-opleidingen in 1995 de in- en uitstroomgegevens vanaf 1995 niet zuiver zijn. Bovendien is er in 1997 geen instroom meer in de inservice-opleidingen.

Bron: NZi Inservice-opleiding.

2.2.2 *Ziekenverzorgenden*

Ook voor de inservice-opleiding tot ziekenverzorgende zijn alleen instroomgegevens beschikbaar over het jaar 1994. Uit tabel 2.2 kan worden afgeleid dat bijna 41% van de groep die in 1994 is gestart als vooropleiding de LHNO of MAVO heeft gehad. Bijna 31% had een MBO-opleiding achter de rug.

Voor de MGDO-Vp geldt dat verreweg het grootste deel (76%) de MAVO als vooropleiding heeft.

2.2.3 *Verzorgenden*

Voor wat betreft de OVDB-opleiding tot bejaardenverzorgende geldt dat in 1996 het grootste deel (27%) ook een OVDB als vooropleiding heeft gehad (figuur 2.2). Verder blijkt dat dit aandeel in de periode 1994-1996 iets is teruggelopen. Opvallend is de sterke toename van het aantal leerlingen met een MBO-vooropleiding: van 16% in 1994 tot 22% in 1996. Leerlingen die de opleiding OVDB-gezinsverzorgende hebben gevolgd, komen voornamelijk van de LHNO. Daarbij moet worden aangetekend dat dit aandeel in de

Tabel 2.2

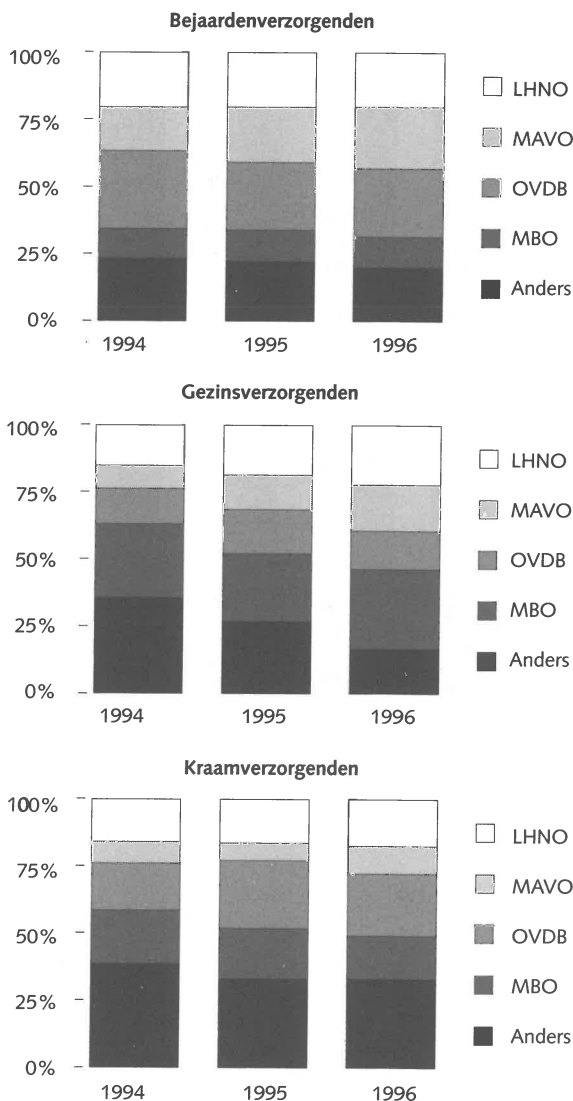
Hoogst genoten vooropleiding van de groep die de inservice-opleiding ziekenverzorgenden en MDGO-Vp heeft gevolgd in 1994

	%
<i>Inservice-ziekenverzorgende</i>	
LHNO/MAVO	40,8
MBO	30,5
Inservice	8,1
Leerlingwezen	9,9
Anders	10,7
Totaal	100
<i>MDGO-Vp</i>	
MAVO	76
VBO	20
Anders	3
Totaal	100

Bron: NZi (Inservice-opleiding)/ROA (MDGO-Vp).

onderzochte periode is gedaald. Daarentegen neemt het percentage leerlingen dat van het MBO komt ook hier toe. Dit geldt overigens ook voor de leerlingen die de opleiding tot kraamverzorgende hebben gevolgd: in 1994 kwam 7% van het MBO, maar twee jaar later bedroeg dit reeds 16%.

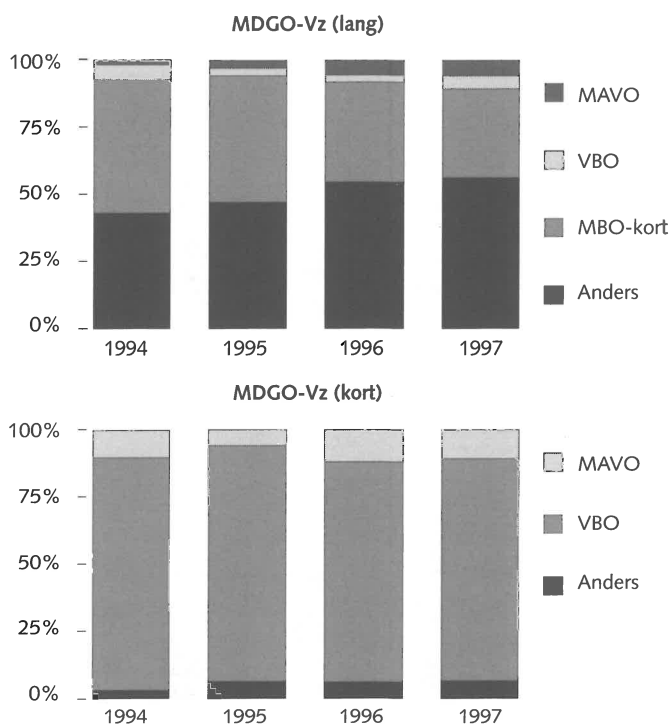
Met betrekking tot de opleiding MDGO-Vz blijkt dat voor wat betreft de 'lange' variant een groeiend aandeel van de MAVO komt; in vier jaar tijd is dit aandeel gestegen van 43% naar 55% in 1997. Dit ging ten koste van het aandeel dat van het VBO kwam. Bij de 'korte' opleidingsvariant heeft verreweg het grootste deel het VBO als vooropleiding. Overigens is ook bij dit type opleiding sprake van een groeiend aandeel MAVO-leerlingen. Hoewel het aandeel nog steeds gering is (7%).



Figuur 2.2 Hoogst genoten vooropleiding van degenen die een OVDB verzorgenden opleiding hebben gevolgd in de periode 1994-1996

2.2.4 Helpenden en assistenten

De leerlingen die in de periode 1994 tot 1996 gestart zijn met de opleiding tot bejaardenhelpende of gezinshelpende kwamen in grote getale van het LHNO (meer dan 70%) en dit aandeel is in de loop van de periode 1994-1996 toegenomen (figuur 2.4). Verder zijn er steeds minder leerlingen die



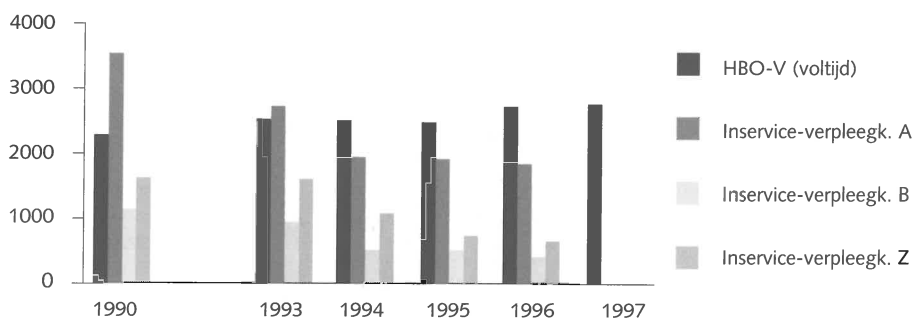
Figuur 2.3 Hoogst genoten vooropleiding van degenen die MDGO-Vz zijn gaan volgen

een ODVB-opleiding als vooropleiding hebben. Met betrekking tot de opleiding zorgassistent scoort het LHNO eveneens het hoogst, waarbij sprake is van een toename in de periode 1994-1996.

2.3 Instroom in de opleiding

2.3.1 Verpleegkundigen

Het aantal instromers op de HBO-V is na een aantal jaren van stagnatie vanaf 1996 weer toegenomen (figuur 2.4). In 1997 zijn 2.770 studenten gestart met de HBO-V. Bij de overige opleidingen moet worden geconstateerd dat er ieder jaar sprake is van een afname van de instroom. Dat geldt met name voor de verpleegkundige A-opleiding. In de periode 1990-1997 is de instroom gehalveerd. Daarbij moet de kanttekening worden gemaakt dat vanaf september 1997 de inservice-opleidingen oude stijl niet meer bestaan. Daarvoor in de plaats zijn de opleidingen tot verpleegkundige op kwalificatieniveau 4 van start gegaan.



Figuur 2.4 Absoluut aantal instromers in het verpleegkundig onderwijs in de periode 1990-1996

Verreweg het grootste deel van de instromers in de HBO-V bestaat nog steeds uit vrouwen. In de periode 1993-1997 schommelt het percentage vrouwen vele jaren rond de 85%. In de laatste jaren is sprake van een lichte stijging (tot zo'n 90% in 1997). Het aandeel vrouwen bij de deeltijdopleiding is wat lager (rond de 80%).

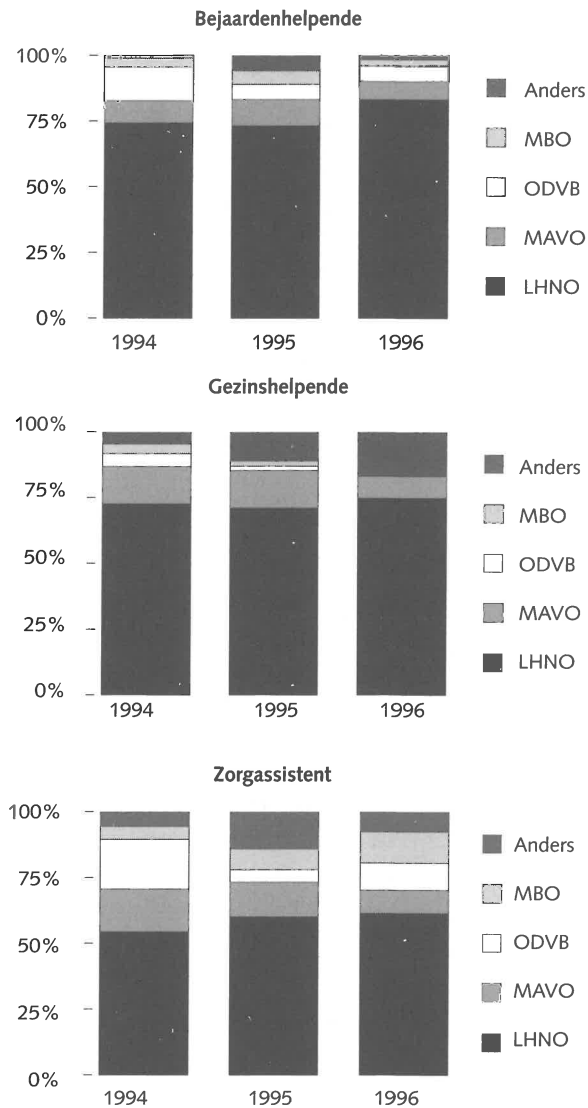
De gemiddelde leeftijd waarop men met de HBO-V opleiding begint is 20 jaar. Bij de deeltijdopleiding is men gemiddeld gezien veel ouder (32 jaar) (zie bijlagentabel B5).

Binnen de inservice-opleiding tot verpleegkundige-A bestond de instroom in 1996 voor circa 82% uit vrouwen. Het percentage vrouwen is overigens sinds 1990 vrijwel ieder jaar wat afgenomen. Een vergelijkbare ontwikkeling werd waargenomen bij de verpleegkundige Z-opleiding. Bij de inservice-verpleegkundige B-opleiding lag het percentage vrouwen beduidend lager: 62% in 1996.

De gemiddelde leeftijd van de instromers bij de verpleegkundige B-opleiding ligt in 1996 aanmerkelijk hoger (27 jaar) dan bij de A-opleiding (22 jaar) en de Z-opleiding (23 jaar). Zowel bij de A-opleiding als bij de Z-opleiding is de gemiddelde leeftijd van de instromers sinds 1990 iets toegenomen. Bij de B-opleiding was juist sprake van een lichte daling.

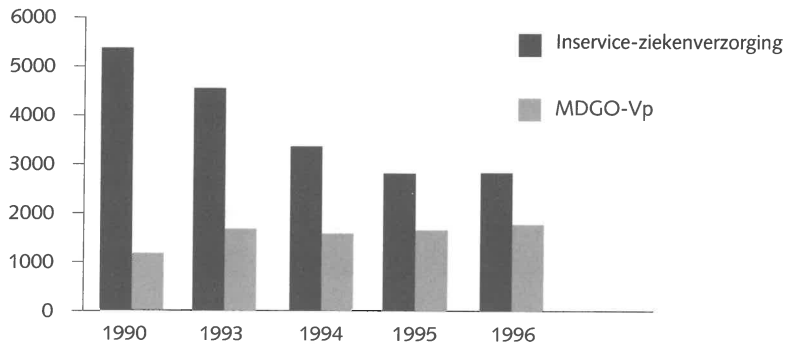
2.3.2 Ziek verzorgenden en MDGO-Vp-opgeleiden

In de periode 1990-1996 was sprake van een sterke daling in de instroom voor de inservice-opleiding voor ziek verzorgende. In 1990 startten nog 5.379 leerlingen met deze opleiding. Vier jaar later bedroeg dit nog maar 2.825. In het kader van de veranderingen in het opleidingsstelsel is de instroom in 1997 gestopt.



Figuur 2.5 Hoogst genoten vooropleiding van de groep die de opleiding tot helpenden of assistent heeft gevolgd in de periode 1994-1996

De instroom in de MDGO-Vp is in de periode 1993-1996 vrijwel gelijk gebleven. In 1996 bedroeg de instroom 1.700 leerlingen. Zowel bij de inservice-opleiding voor ziekenverzorgenden als bij de MDGO-Vp bestond het grootste deel van de instroom uit vrouwen; respectievelijk 88% en 84%. De gemiddelde leeftijd van de instromers lag bij de inservice-

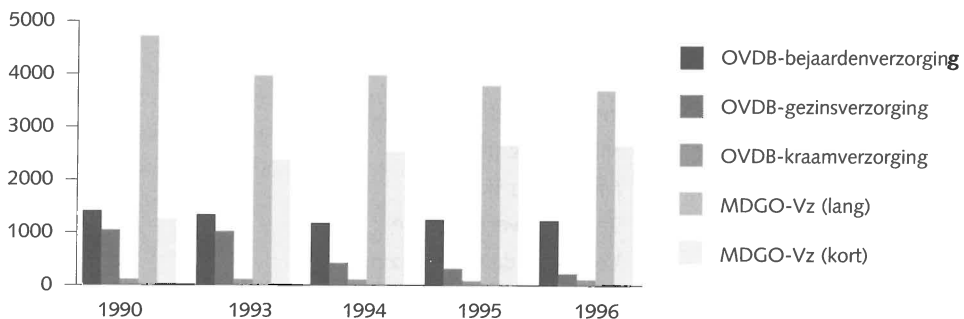


Figuur 2.6 Absoluut aantal instromers in de inservice-opleiding tot ziekenverzorgende en de MDGO-Vp in de periode 1990-1996

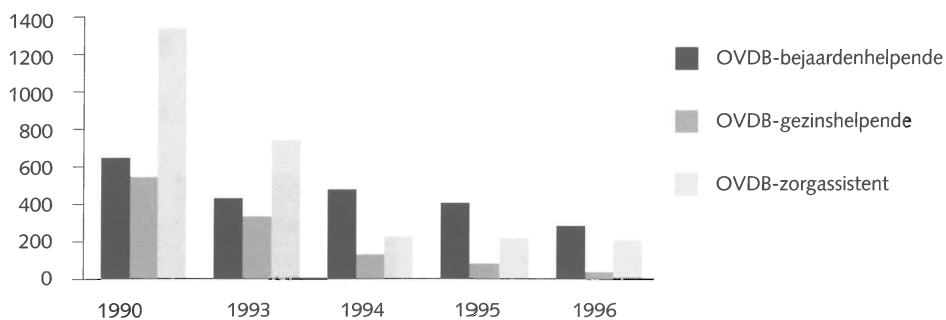
ziekenverzorgenden veel hoger (24 jaar) dan bij de MDGO-Vp (17 jaar). Voor wat betreft de drie OVDB-opleidingen geldt dat deze sinds 1990 worden geconfronteerd met daling van de instroom. Bij de OVDB-opleiding voor gezinsverzorgende is de instroom in zes jaar tijd meer dan gehalveerd. Ook binnen de MDGO-Vz (lang) was sprake van een afnemende instroom. Daarentegen nam de instroom voor de opleiding MDGO-Vz (kort) in diezelfde periode toe.

2.3.3 Helpenden en assistenten

Ook voor de opleidingen tot helpenden en assistenten is sinds 1990 sprake van een afnemende instroom. In 1990 startten nog 1.329 leerlingen met de opleiding tot zorgassistent, terwijl in 1996 dit nog maar 191 leerlingen bedroeg.



Figuur 2.7 Absoluut aantal instromers in de OVDB-opleidingen en de MDGO-Vz in de periode 1990-1996



Figuur 2.8 Absoluut aantal instromers in de OVDB-opleidingen voor helpenden en zorgassistenten in de periode 1990-1993

2.4 Uitstroom uit de opleiding

Het aantal studenten en leerlingen dat jaarlijks de opleiding voltooit hangt enerzijds samen met de instroom en anderzijds met de studie-uitval. Voor wat betreft de instroom geldt dat deze voor een groot aantal opleidingen is afgenomen. Dit zal ongetwijfeld tot gevolg hebben dat ook de uitstroom zal afnemen; mits er geen veranderingen zijn opgetreden in de studie-uitval. Helaas is er weinig informatie beschikbaar over deze studie-uitval voor de

Tabel 2.3

Het studierendement bij een aantal verpleegkundige en verzorgende opleidingen

HBO-V	56%
MDGO-Vp	56%
Inservice A	75%
Inservice B	62%
Inservice Z	72%
Inservice-ziekenverzorgende	63%
MDGO-Vz (lang)	66%
MDGO-Vz (kort)	62%
Bejaardenverzorgende	74%
Verzorgende in de gezinszorg	57%
Helpende in verzorgingshuis	82%
Helpende in de thuiszorg	71%

Bron: Heuij en Van der Windt 1995.

verschillende typen opleidingen. Voorzover deze gegevens er wel zijn betreft het informatie die incidenteel is verzameld (Van der Heuij en Van der Windt, 1995).

Uit tabel 2.3 blijkt dat de rendementen van het dagonderwijs over het algemeen lager zijn dan die van het inservice-onderwijs en het leerlingwezen (Heuij en Van der Windt, 1995). De laagste studierendementen worden waargenomen bij de HBO-V en de MDGO-Vp. Voor beide opleidingen gold dat 56% uiteindelijk de opleiding met succes heeft afgerond. Voor de verschillende inservice-opleidingen ligt het rendement boven de 60%. Voor de inservice-opleiding A wordt zelfs een rendement van 72% genoteerd. Het hoogste rendement wordt waargenomen bij de opleiding tot helpenden in verzorgingshuizen (82%).

Met betrekking tot de uitstroom zal geen uitgebreide beschrijving gegeven worden als bij de instroom. De uitstroom is immers grotendeels een vertaling van de instroom van een aantal jaren daarvoor. De ontwikkelingen met betrekking tot de uitstroom zijn voor alle typen opleidingen weergegeven in tabel 2.4. Hieruit blijkt dat de uitstroom van de HBO-V in de periode 1990-1997 is toegenomen met 5,7%. Deze uitstroom zal in de komende jaren verder toenemen gezien de stijgende instroom vanaf 1995. De inservice-opleidingen voor verpleegkundigen worden geconfronteerd met een sterke afname van de uitstroom. Voor de verpleegkundige A-opleiding is zelfs sprake van een afname van 44%. De uitstroom zal de komende jaren tot nul worden gereduceerd gezien het feit dat vanaf 1997 geen instroom meer plaatsvindt bij dit type opleiding. Een vergelijkbare afname zien we bij de inservice-opleiding tot ziekenverzorgende (-46%). De OVDB-opleidingen zijn op hun retour en hun plaats wordt opgevuld door de MDGO-Vz-opleidingen. Momenteel voltooien jaarlijks respectievelijk 3.900 en 1.600 leerlingen deze opleiding. Tot slot worden ook OVDB-opleidingen tot helpende en zorgassistent gekenmerkt door een sterke afname van de uitstroom.

2.5 Conclusie

Uit een aantal studies blijkt dat het grootste deel kiest voor een opleiding tot verpleegkundige of verzorgende omdat men het omgaan met mensen belangrijk vindt. Ook worden redenen als in teamverband willen werken en afwisselend werk genoemd. Opmerkelijk zijn de uitkomsten van een studie onder HBO-opgeleide verpleegkundigen waaruit blijkt dat arbeidsextrinsieke waarden belangrijker worden gevonden dan arbeidsintrinsieke waarden. Potentiële schoolverlaters blijken echter niet altijd goed op de hoogte te zijn

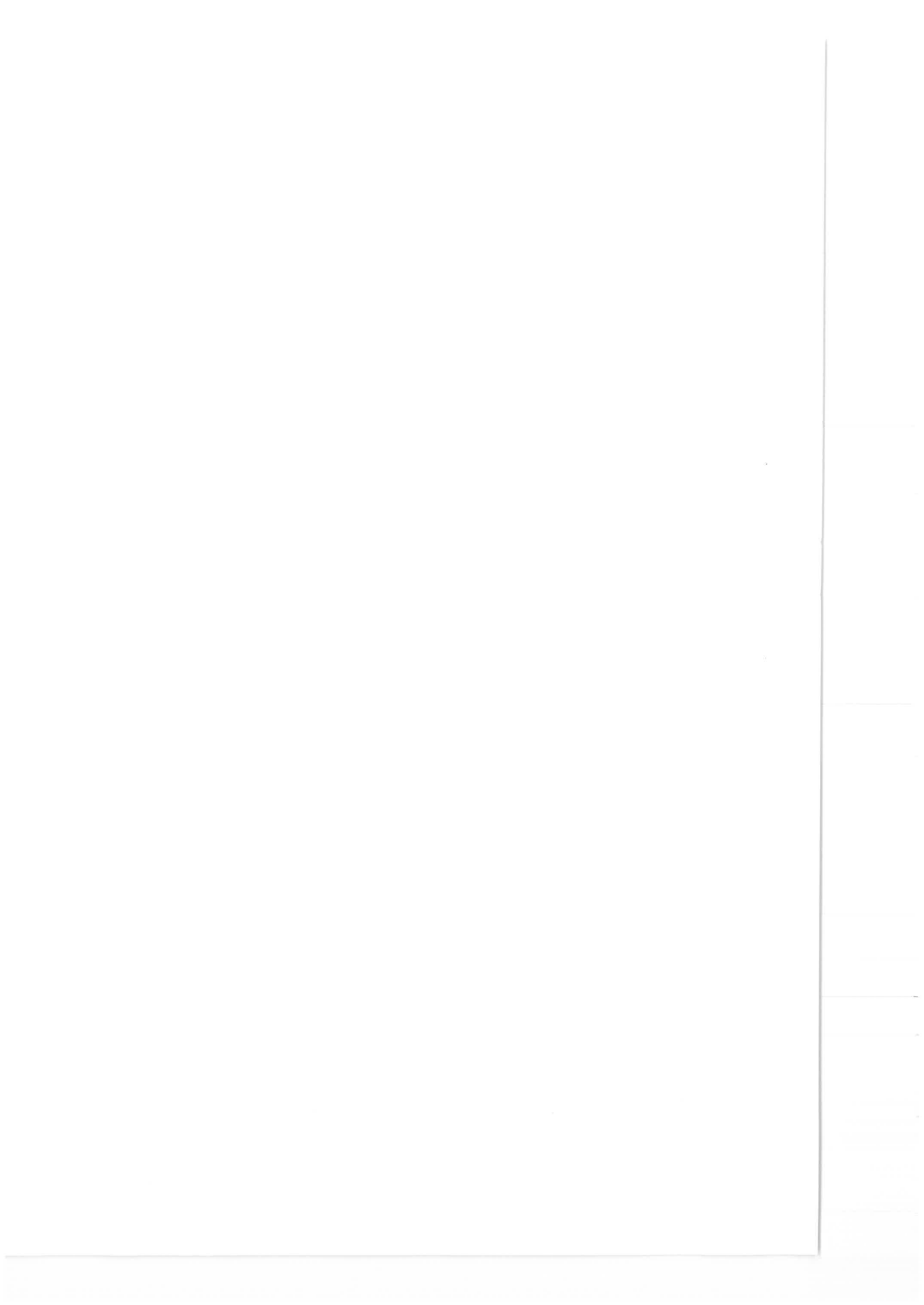
Tabel 2.4 De groei of afname van de uitstroom van de verschillende opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden in de periode 1990-1997

Type opleiding	Uitstroom in 1997	Verandering in periode 1990-1997
<i>Verpleegkundigen</i>		
HBO-V	1513	+ 5,7%
Inservice-verpleegkundige A	2060	- 44,3%
Inservice-verpleegkundige B	499	- 8,5%
Inservice-verpleegkundige Z	1065	- 19,5%
<i>Ziekenverzorgenden/MDGO-Vp</i>		
Inservice-ziekenverzorgende	2741	- 45,9%
MDGO-Vp	?	?
<i>Verzorgenden</i>		
OVDB-bejaardenverzorgende	793	+ 4,7%
OVDB-gezinsverzorgende	261	- 67%
OVDB-kraamverzorgende	51	?
MDGO-Vz (lang)	3900	+ 667%
MDGO-Vz (kort)	1600	+ 1100%
<i>Helpenden en assistenten</i>		
Bejaardenhelpende	219	- 30,1%
Gezinshelpende	50	?
Zorgassistent	136	- 80%

van de verschillende opleidingsmogelijkheden. Het keuzegedrag van de groep leerlingen moet niet onderschat worden: voor de opleiding tot verpleegkundige geldt over het algemeen dat wanneer men het diploma heeft behaald, men vrijwel zeker ook binnen de zorgsector aan de slag zal gaan. Dit heeft te maken met het feit dat de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen sterk is afgebakend. Dit zou minder gelden voor de groep verzorgenden. Als de instroom in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen in de jaren negentig onder de loep wordt genomen, blijkt dat voor wat betreft vooropleiding een verschuiving is opgetreden. Voor de HBO-V geldt dat het aandeel van het VWO afneemt, wat wordt ingenomen door de HAVO en met name het MBO. Ook voor de andere opleidingen wordt een sterke toename van het aandeel MBO waargenomen.

De instroom in een groot aantal typen opleidingen in de verpleging en verzorging is in de jaren negentig behoorlijk afgenomen. Dit geldt met name voor de inservice-opleidingen verpleegkunde. De instroom in de HBO-V is sinds 1996 weer aan het stijgen. Opleidingen die eveneens in de afgelopen jaren een stijging laten zien, zijn de MDGO-Vz en MDGO-Vp.

Een aspect dat de aandacht verdient is het studierendement. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat de rendementen in het dagonderwijs in het algemeen lager zijn dan in het inservice-onderwijs en het leerlingwezen. De vraag is of binnen het nieuwe opleidingsstelsel ook dit soort verschillen zal worden waargenomen.



3 Tussen opleiding en arbeidsmarkt

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de instroom van gediplomeerde verpleegkundigen en verzorgenden op de arbeidsmarkt. Evenals in het vorige hoofdstuk is zoveel mogelijk gekozen voor een indeling op basis van de huidige kwalificatieniveaus, waarbij voornamelijk de kwantitatieve aansluiting met de arbeidsmarkt wordt belicht. Ook wordt ingegaan op het vraagstuk van de groep verpleegkundigen en verzorgenden die wel het diploma heeft gehaald maar niet in haar beroep is gaan werken.

3.1 De aansluiting: kwantitatief (bijlagentabellen B9 t/m B12)

Voor de volledigheid zijn in de bijlage tabellen van alle beroepsgroepen opgenomen. Gegevens over de aansluiting tussen het onderwijs en de arbeidsmarkt blijken echter alleen voorhanden voor HBO-opgeleide verpleegkundigen en MDGO-Vp- en MDGO-Vz-opgeleiden. Hieronder wordt in hoofdlijnen hun maatschappelijke positie geschetst, zo'n anderhalf jaar na het behalen van het diploma.

3.1.1 HBO-opgeleide verpleegkundigen (bijlagentabel B9)

Zowel van de in voltijd als in deeltijd opgeleide verpleegkundigen vindt momenteel zo'n 90% betaald werk (ROA, 1999). Dit percentage is gedurende de jaren negentig vrijwel onveranderd gebleven. Alleen van 1993 tot 1995 lag dit percentage iets lager voor voltijdopgeleiden met als dieptepunt 79% in 1993. Van de werkenden geeft bijna iedereen aan (dit percentage schommelt gedurende de jaren negentig rond 95%) dat voor hun baan ook 'minimaal de eigen of een aanverwante opleiding' was vereist. Van de niet-werkenden (10%), zijn de meesten een andere studie gaan doen (met name de voltijd opgeleiden) of zijn werkzoekend of doen iets anders (de in deeltijd opgeleiden). In 1997 was slechts 1% werkzoekend (zowel de in voltijd als de in deeltijd opgeleide verpleegkundigen).

De meest recente gegevens uit de HBO-monitor (ROA, 1999) laten verder zien dat het merendeel van de pas gediplomeerde verpleegkundigen – in voltijd of in deeltijd opgeleid – is gaan werken in algemene ziekenhuizen, respectievelijk 47% en 36% (tabel 3.1). Daarnaast heeft zo'n 10% een baan gevonden in psychiatrische ziekenhuizen.

Tabel 3.1

Werkveld HBO-opgeleide verpleegkundigen

<i>HBO-V voltijd</i>	
Algemene ziekenhuizen	47%
Psychiatrische ziekenhuizen	11%
Woonvormen gehandicaptenzorg	8%
Extramurale zorg	8%
Academische ziekenhuizen	8%
<i>HBO-V deeltijd</i>	
Algemene ziekenhuizen	36%
Psychiatrische ziekenhuizen	10%
Extramurale zorg	9%
Academische ziekenhuizen	8%
Categorale ziekenhuizen	7%

N.B. De werkvelden waar minder dan 5% naartoe gaat, worden in de HBO-monitor niet genoemd.

Bron: ROA, HBO-monitor (1999).

Voor zowel de voltijd als de deeltijd opgeleiden geldt dat de meesten gaan werken als verpleegkundige (in een ziekenhuis), respectievelijk 60% en 44% (ROA, 1998). Alleen van degenen die de deeltijdopleiding hebben gevolgd, komt een aantal (8%) in een leidinggevende positie terecht als hoofdverpleegkundige.

In het kader van het aansluitingsvraagstuk is ook gekeken naar hoe pas-geslaagden aan een baan zijn komen. Uit de HBO-monitor blijkt dat van de in voltijd opgeleiden de meeste verpleegkundigen een baan hebben gevonden via een open sollicitatie (33%). Daarnaast heeft 24% van de pas geslaagden een baan via een vacature gevonden en kon 12% na een stage blijven werken. Circa 13% is gaan werken voor een uitzendbureau. Slechts 1% zei naar aanleiding van een 'bedrijveninformatiedag' een baan te heb-

ben gevonden. Dit wijkt niet af van de gemiddelde HBO'er: ook van de totale groep HBO-opgeleiden vindt 1% een baan langs deze weg. Voor de in deeltijd opgeleide verpleegkundigen geldt bijna hetzelfde als voor de voltijd opgeleiden, het enige verschil is dat de grootste groep een baan via een vacature heeft gevonden (36%) en ongeveer een kwart middels een open sollicitatie.

3.1.2 MDGO-Vp-opgeleiden (bijlagetabel B10)

Van deze groep zijn helaas alleen gegevens beschikbaar over de jaren 1990 tot en met 1995. Daarna heeft de ROA de cijfers van de MDGO-Vz (lang) en MDGO-Vp bij elkaar opgeteld. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat van de gediplomeerden na anderhalf jaar maar zo'n 30% tot 40% (betaald) gaat werken, in 1993 zelfs maar 23%. En van de werkenden zegt slechts zo'n 70% tot 80% dat voor hun functie minimaal hun opleiding was vereist. Twintig tot dertig procent van de werkenden doet dus werk ofwel onder hun niveau ofwel iets geheel anders. Blijft over een opvallend grote groep niet-werkenden – in relatieve zin overigens want uit de bijlagetabel blijkt dat de groep diplomabehalers in absolute zin niet zo groot is. De meesten van hen geven aan een studie te zijn gaan volgen of via het leerlingwezen verder zijn gaan leren/werken, respectievelijk ongeveer 40% en 20%.

Het ROA heeft bovendien jaarlijks de werkvelden en functies geïnventariseerd waarin MDGO-Vp'ers en MDGO-Vz'ers gaan werken, anderhalf jaar na hun diplomering. Uit tabel 3.2 blijkt dat van de werkenden tweederde in de welzijnssector gaan werken en eenderde in de gezondheidszorg. Wat betreft de functies blijkt dat de meesten als verzorgende gaan werken. Een (onbekend) deel gaat als doktersassistente aan de slag.

3.1.3 MDGO-Vz-opgeleiden (bijlagetabel B11)

De opleiding MDGO-Vz bestaat uit een lange en een korte variant. Via het ROA zijn van beide opleidingen gegevens bekend waarbij voor de 'lange' variant geldt dat in 1996 en 1997 de MDGO-Vp-opgeleiden erbij zijn opgeteld. Van de 'lang-opgeleiden' zegt 50% tot 60%, dit percentage schommelt wat gedurende het afgelopen decennium, in een betaalde baan werkzaam te zijn. Voor de korte variant is dat 30% tot 40%, recentelijk wel oplopend tot bijna 50%. Bovendien zegt 80% van de werkende 'lang-opgeleiden' dat voor hun functie minimaal ook hun opleidingsrichting was vereist, terwijl dat voor de 'kort-opgeleiden' slechts in zo'n 40-50% van de

Tabel 3.2

Werkveld en functies MDGO-Vp en MDGO-Vz (lang)

<i>Werkveld MDGO-Vp en MDGO-Vz (lang)</i>	
Welzijnszorg	61%
Gezondheidszorg	32%
<i>Functies MDGO-Vp en MDGO-Vz (lang)</i>	
Verzorgend personeel	41%
Verplegenden en doktersassistenten	26%
Ziekenverzorgenden	15%
Verpleeghulpen en leerling-verpleegkundigen	8%

N.B. Functies waarin minder dan 5% in gaat werken, worden niet vermeld.

Bron: ROA, HBO-monitor (1999).

gevallen noodzakelijk was (ROA, 1999). Een en ander blijkt ook uit de tabellen 3.2 en 3.3. In tabel 3.3 worden de werkvelden en functies gepresenteerd waarin MDGO-opgeleide verzorgenden (korte variant) gaan werken. Voor de 'lange variant' wordt verwezen naar tabel 3.2.

Tabel 3.3

Werkveld en functies MDGO-Vz (kort)

<i>Werkveld MDGO-Vz (kort)</i>	
Welzijnszorg	41%
Gezondheidszorg	15%
Niet-gespecialiseerde detailhandel in winkel	10%
Slachterijen/vleesverwerking	5%
<i>Functies MDGO-Vz (kort)</i>	
Hulpkrachten horeca en verzorging	21%
Verzorgend personeel	18%
Verkopers	13%
Verpleeghulpen en leerling-verpleegkundigen	13%
Receptionisten en administratieve functies	6%
Ziekenverzorgenden	6%
Mechanisch operators	5%

N.B. Functies waarin minder dan 5% in gaat werken, worden niet vermeld.

Bron: ROA, (1999).

3.1.4 *Overige verpleegkundigen en verzorgenden*

Voor de overige beroepsgroepen, te weten de A-, B- en Z-verpleegkundigen, de (inservice-opgeleide) ziekenverzorgenden en de OVDB-opgeleide verzorgenden en helpenden, is helaas geen cijfermateriaal beschikbaar over de maatschappelijke positie. Door de aard en vorm van deze opleidingen – leren en werken naast elkaar in de vorm van een leer- en arbeidsovereenkomst – kan echter verondersteld worden dat bijna alle leerlingen na hun diplomering ook daadwerkelijk aan de slag gaan in het veld waarbinnen ze zijn opgeleid. Veelal zijn leerlingen aan een dergelijke opleiding begonnen met een arbeidscontract in het vooruitzicht. Met de ingang van het nieuwe onderwijsstelsel per 1 augustus 1997 is er in deze 'oude' opleidingen geen instroom meer, wel komen er nog – zeker tot en met het jaar 2000 – gediplomeerden op de arbeidsmarkt.

3.2 **De aansluiting: kwalitatief**

In het kader van de monitoring van afgestudeerde HBO-V'ers – voltijd en deeltijd – wordt door het ROA ook jaarlijks gekeken naar het oordeel van werkenden over de aansluiting tussen de gevolgde HBO-opleiding en hun huidige werkzaamheden en het oordeel van afgestudeerden over hun studiekeuze achteraf.

Van de werkende verpleegkundigen die in voltijd de HBO-V hebben gedaan vindt 84% de aansluiting met het werk voldoende tot goed, voor de in deeltijd opgeleiden is dat 78%. Toch zegt 85% van (alle) in deeltijd opgeleide verpleegkundigen dat ze, als ze opnieuw een studie zouden moeten kiezen, weer dezelfde opleiding zouden volgen. Voor de (totale groep) regulier opgeleiden is dat 78%. Een mogelijke verklaring hiervoor is, dat over het algemeen leerlingen die de deeltijdopleiding gaan volgen ouder zijn dan leerlingen die in de reguliere HBO-V instromen en waarschijnlijk bewuster hun keus hebben gemaakt. Van de instromers in de deeltijd is 25% jonger dan 30 jaar; in de voltijdse opleiding is bijna iedereen (96%) jonger dan 30 jaar (ROA, 1999).

3.3 **Wel als verpleegkundige of verzorgende opgeleid maar niet als zodanig werkzaam**

Het doel van deze paragraaf is het extra belichten van de groep gediplomeerde verpleegkundigen en verzorgenden die na hun opleiding niet als zodanig aan de slag gaan. Vragen die hierbij leven zijn: hoe groot is deze groep, wat zijn hun kenmerken en wat zijn hun beweegredenen?

Tabel 3.4

Overzicht van het percentage niet als zodanig werkzame verpleegkundigen en verzorgenden naar opleiding en jaar van diplomering

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
HBO-V (voltijd)						
Aantal diplomabelers	1.431	1.684	1.390	1.530	1.605	1.508
Na 1 ¹ / ₂ jaar:						
- % Niet-betaald werk	8	21	13	14	7	9
- % Betaald werk	5,5	4,7	3,5	1,7	1,9	3,6
waarvoor niet minimaal de eigen/verwante opleidingsrichting is vereist						
Totaal %	13,5	24,7	16,5	15,7	8,9	12,6
HBO-V (deeltijd)						
Aantal diplomabelers	?	270	534	451	360	390
Na 1 ¹ / ₂ jaar:						
- % Niet-betaald werk	8	6	5	6	4	6
- % Betaald werk	4,6	5,6	3,8	2,8	7,7	7,5
waarvoor niet minimaal de eigen/verwante opleidingsrichting is vereist						
Totaal %	12,6	11,6	8,8	8,8	11,7	13,5
MDGO-Vp						
Aantal diplomabelers	94	54	47	1000	*	*
Na 1 ¹ / ₂ jaar:						
- % Niet-betaald werk	66	77	67	59	*	*
- % Betaald werk	10,2	5,1	12,2	7,0	*	*
waarvoor niet minimaal de eigen/verwante opleidingsrichting is vereist						
Totaal %	76,2	82,1	79,2	66,0	*	*

(vervolg Tabel 3.4)

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
MDGO-Vz (lang)*						
Aantal diplomabehalers	508	202	166	2.900	4.300	3.900
Na 1 ¹ / ₂ jaar:						
– % Niet-betaald werk	34	46	40	37	44	36
– % Betaald werk	25,1	17,8	20,4	12,6	9,5	11,5
waarvoor niet minimaal de eigen/verwante opleidingsrichting is vereist						
Totaal %	59,1	63,8	60,4	49,6	53,5	47,5
MDGO-Vz (kort)						
Aantal diplomabehalers	133	99	101	1.900	1.400	1.600
Na 1 ¹ / ₂ jaar:						
– % Niet-betaald werk	58	70	69	60	53	52
– % Betaald werk	27,7	21,9	21,4	22,0	22,1	25,9
waarvoor niet minimaal de eigen/verwante opleidingsrichting is vereist						
Totaal %	85,7	91,9	90,4	82,0	75,1	77,9

* Voor 1996 en 1997 geldt dat de cijfers van MDGO-Vp deel uitmaken van MDGO-Vz (lang).

Bron: Bewerking van gegevens van ROA: HBO-monitor en RUBS (1991-1999).

Bij het beantwoorden van deze vragen bleek het beschikbare materiaal opnieuw beperkt tot de groepen HBO-opgeleide verpleegkundigen en MDGO-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden.

Om de omvang van deze groep te bepalen, is uitgegaan van het percentage werkenden dat aangeeft dat het werk dat zij doen niet noodzakelijk hun vooropleidingsrichting vereist en het percentage niet-werkenden. In tabel 3.4 worden deze cijfers – vanaf 1990 – gepresenteerd.

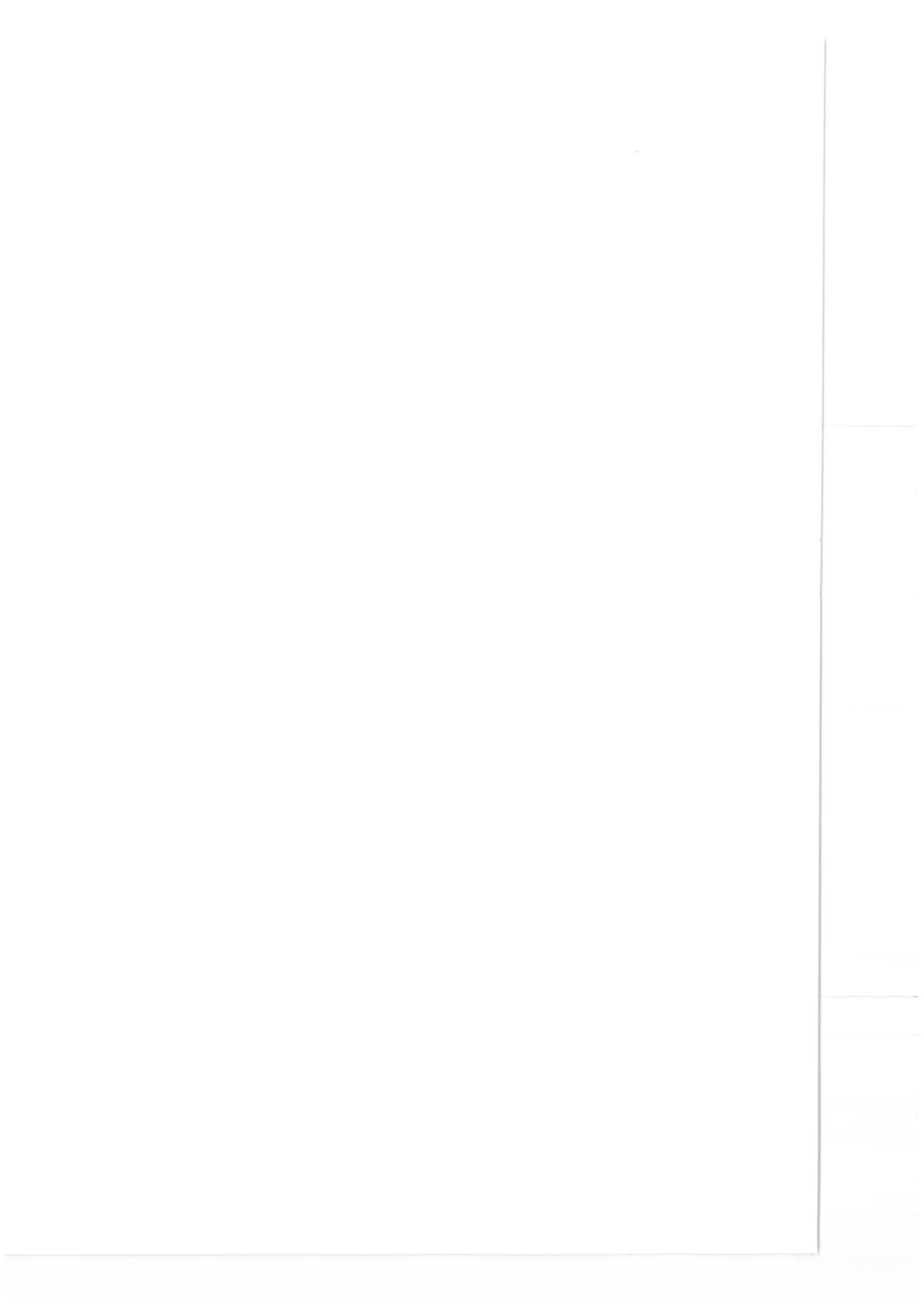
Uit tabel 3.4 kan worden afgeleid dat de groep die niet als verpleegkundige of verzorgende werkt zich met name bevindt onder de MDGO-opgeleiden. Hierbij moet opgemerkt worden dat de hoge percentages niet-betaald wer-

kenden vooral bestaan uit mensen die een andere opleiding/studie beginnen of via het leerlingwezen een verpleegkundige opleiding zijn gaan volgen (zie ook de bijlagetabellen B10 en B11). Welke studie men vervolgens kiest, is niet bekend. Opvallend is verder dat van de betaald werkenden met name onder de MDGO-Vz'ers hoge percentages voorkomen, oplopend tot 25%, voor functies waarbij hun opleidingsrichting niet was vereist. Hoe lager en hoe korter de opleiding hoe meer mensen in andere banen dan de verpleging of verzorging terechtkomen. Dit strookt met eerdere resultaten over de maatschappelijke positie uit paragraaf 3.1 waaruit blijkt dat met name de kort opgeleide MDGO-verzorgenden in een andere dan verzorgende functie gaan werken, soms zelfs in een geheel andere sector zoals de vleesverwerking. Helaas bestaan er geen studies die ingaan op de achterliggende beweegredenen.

3.4 Conclusie

Gegevens over de aansluiting met de arbeidsmarkt blijken alleen voorhanden te zijn voor de HBO-opgeleide verpleegkundigen en MDGO-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden. Bijna alle (zo'n 90%) verpleegkundigen heeft ongeveer anderhalf jaar na diplomering een betaalde baan binnen de gezondheidszorg in de functie waarvoor ze zijn opgeleid. Alleen van de in deeltijd opgeleide verpleegkundigen gaat bovendien een deel in een leidinggevende functie werken. Van de MDGO-opgeleiden gaat maar een relatief klein deel meteen aan de slag als verpleegkundige of verzorgende. De meesten gaan een andere of vervolgopleiding volgen – helaas is het niet bekend welke opleidingen dat zijn – of via het leerlingwezen aan de slag. Bovendien geldt voor de MDGO-opgeleide verzorgenden dat voor hun functie in slechts 40% tot 50% van de banen hun vooropleiding niet vereist was. Een deel van hen vindt dan ook een baan in de horeca en in de detailhandel. Gegevens over de kwalitatieve aansluiting met de arbeidsmarkt waren alleen beschikbaar voor de HBO-opgeleide verpleegkundigen. Opvallend was dat vergeleken met de deeltijdopgeleiden een hoger percentage van de voltijdopgeleiden de aansluiting goed vond. Op de vraag of men dezelfde studie zou kiezen is de situatie omgekeerd: meer deeltijders dan voltijders zouden opnieuw de HBO-V willen volgen. Kennelijk hebben zij meer bewust gekozen voor de opleiding. De leeftijd waarop deeltijdstudenten instromen ligt ook hoger dan die van de reguliere studenten. Ten slotte is gekeken naar de groep gediplomeerden die niet als verpleegkundige of verzorgende gaan werken. Opnieuw bleken de resultaten beperkt beschikbaar. Wanneer de HBO-opgeleiden en de MDGO-opgeleiden met elkaar worden vergeleken blijkt dat er bijna geen HBO-V'ers zijn die na hun

diplomering iets anders gaan doen dan als verpleegkundige aan de slag gaan. Deze groep is beduidend groter onder de MDGO-opgeleiden, met name onder de verzorgenden. Bij de korte variant gaat tot een kwart van de diplomabehalers in een functie werken waarvoor hun opleidingsrichting niet was vereist.



4 Slotbeschouwing

In dit deel van *Verpleging en verzorging in kaart gebracht* is langer stilgestaan bij de aansluiting tussen de verschillende opleidingen in de verpleging en verzorging en de arbeidsmarkt.

De instroom in de opleidingen is de afgelopen jaren behoorlijk afgenomen. Dit geldt met name voor de inservice-opleidingen verpleegkunde. Sinds 1996 is de instroom in de HBO-V weer aan het stijgen. Ook konden de MDGO-Vp en MDGO-Vz een toenemend aantal leerlingen opleiden. In de vooropleiding van leerlingen is gedurende de jaren negentig een verschuiving waar te nemen: Het aandeel HBO-V starters met een VWO-diploma neemt af, meer en meer begint men deze opleiding met als achtergrond een MBO-opleiding of de HAVO.

De belangrijkste motivatie om in de verpleging of verzorging te gaan werken blijft het willen helpen van of omgaan met mensen. Daarnaast worden redenen als graag in teamverband willen werken of afwisselend werk genoemd. Verrassend hierbij is dat uit een onderzoek onder verpleegkundeleerlingen arbeidsextrinsieke waarden belangrijker worden gevonden bij de keuze van beroep dan de arbeidsintrinsieke waarden. Bij een eventuele reclamecampagne zou dus niet alleen de nadruk moeten liggen op het sociale aspect van werken in de verpleging/verzorging, maar ook op de goede kans op een baan en mogelijkheden om hogerop te klimmen. Daarbij is uit onderzoek gebleken dat wanneer men eenmaal heeft gekozen voor een verpleegkunde-opleiding, men na diplomering ook voornamelijk in de zorgsector aan de slag gaat. Dit zou te maken hebben met een sterke afbakening van de 'markt voor verpleegkundigen'. Bij de opleiding tot verzorgende is deze afgrenzing veel minder sterk. Tenslotte is het voor de potentiële kiezer nog lang niet duidelijk hoe het nu allemaal geregeld is met de verschillende opleidingen voor verpleegkundige of verzorgende. Ook bij navraag achteraf hoe men denkt over de genoten opleiding blijkt dat het proces voorafgaand aan de uiteindelijke studiekeus niet onderschat moet

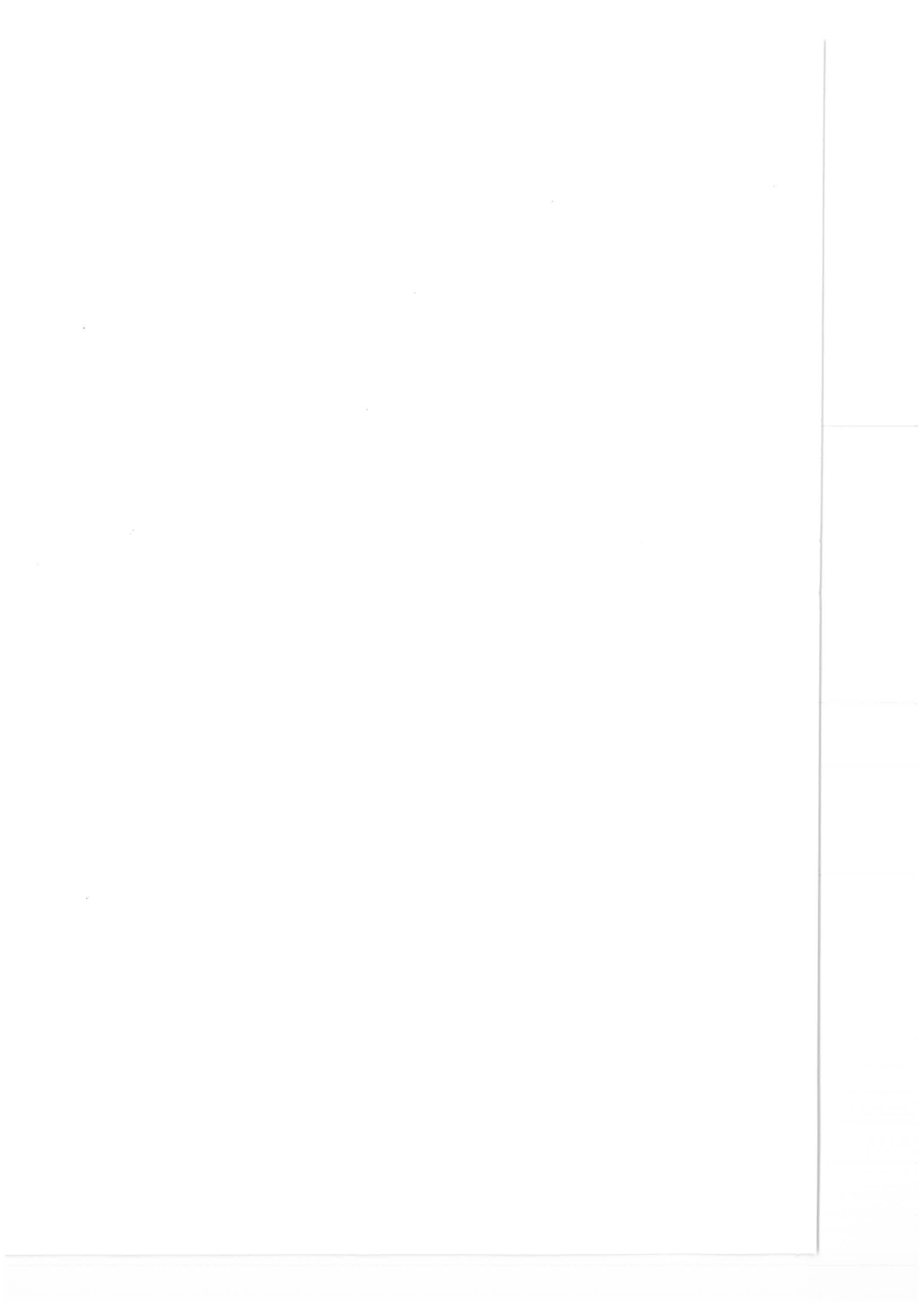
worden. Van de in deeltijd opgeleide verpleegkundigen zegt een hoger percentage dezelfde studie te kiezen als ze het opnieuw zouden moeten doen in vergelijking met hun voltijd opgeleide collega's. De 'deeltijders' beginnen op een hogere leeftijd aan de opleiding en kiezen waarschijnlijk meer bewust voor een opleiding en carrière in de verpleging. Dit terwijl van de voltijd opgeleide verpleegkundigen achteraf relatief meer mensen tevreden zijn over de aansluiting tussen de HBO-V en het werk dan de in deeltijd opgeleiden.

Voor wat betreft de uitstroom uit de verpleegkundige en verzorgende opleidingen is opgevallen dat het inservice-onderwijs hogere rendementen kende dan het dagonderwijs. Met de huidige indeling naar het zogenoemde BBL- en BOL-onderwijs is het de vraag of zich straks dezelfde verschillen gaan voordoen.

Gegevens over de maatschappelijke positie en de aansluiting tussen het onderwijs en de arbeidsmarkt waren beschikbaar voor HBO-opgeleide verpleegkundigen en MDGO-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden. Van de HBO-opgeleiden gaan bijna allen werken in de functie waarvoor ze zijn opgeleid. Dit komt overeen met het eerdergenoemde onderzoek waaruit bleek dat door de afgebakende arbeidsmarkt gediplomeerde verpleegkundigen voornamelijk in de zorgsector aan de slag gaan. Voor MDGO-opgeleiden daarentegen, met name de verzorgenden, is een grote uitval geconstateerd na diplomering: tot een kwart van de gediplomeerden heeft een baan waarvoor hun opleiding niet noodzakelijk was. Omdat het hier grote groepen nieuwe verzorgenden betreft, is het interessant om vervolgonderzoek te starten naar de beweegredenen hiervan.

Bovenstaande resultaten geven helaas slechts voor een deel antwoord op de vraagstellingen. Hierdoor is er beperkt inzicht verkregen in de aansluiting tussen het onderwijs voor verpleegkundigen en verzorgenden en de arbeidsmarkt. De gegevens die voorhanden zijn over de in- en uitstroom van de opleidingen en vervolgens de maatschappelijke positie van diplomabelers zijn verre van compleet. Verschillende organisaties hebben zich beziggehouden, of houden zich nog steeds bezig, met het monitoren van leerlingen en pas opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden. Helaas worden deze gegevens op verschillende manieren en op verschillende niveaus verzameld. Voor de huidige en toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt is het van belang om een eenduidig en helder beeld te krijgen van de groep verpleegkundigen en verzorgenden die na hun diplomering niet als zodanig aan de slag gaat. Hiervoor is een nieuwe, aanvullende gegevensverzameling

over de gehele breedte van de verpleging en verzorging nodig. De gegevens die verzameld zijn in het kader van deze uitgave van *Verpleging en verzorging in kaart gebracht*, kunnen hierbij als uitgangssituatie dienen.



Bijlage bij deel B

Tabel B1

Verpleegkundigen: hoogste vooropleiding 1990-1997

in procenten	1990	1993	1994	1995	1996	1997
HBO-V	vt	vt/dt	vt/dt	vt/dt	vt/dt	vt/dt
HAVO	63	51/3	54/3	51/16	50/14	55/24
VWO	29	21/2	17/3	19/7	17/8	14/14
MBO	6	25/78	27/77	26/60	29/55	27/49
HBO	0	2/10	1/11	1/7	0/8	–
Anders	2	1/7	1/6	4/10	3/15	4/14

Inservice-verpleegkundige A

LHNO/MAVO	12,7
HAVO/VWO	38,3
MBO	26,6
HBO (niet HBO-V)	7,6
Inservice	7,0
Anders	7,9

Inservice-verpleegkundige B

LHNO/MAVO	13,8
HAVO/VWO	19,8
MBO	22,9
HBO (niet HBO-V)	19,4
Inservice	16,3
Anders	7,9

(vervolg Tabel B1)

in procenten	1990	1993	1994	1995	1996	1997
<i>Inservice-verpleegkundige Z</i>						
LHNO/MAVO			13,4			
HAVO/VWO			13,6			
MBO			45,6			
HBO (niet HBO-V)			9,8			
Inservice			10,0			
Anders			7,7			

N.B. 1. vt = voltijd en dt = deeltijd.

N.B. 2. Van de inservice-opleidingen zijn niet meer cijfers beschikbaar, o.a. doordat door decentralisatie van de scholen in 1995 de in- en uitstroomgegevens vanaf 1995 niet zuiver zijn. In 1997 is er geen instroom meer in de inservice-opleidingen.

Bron: ROA (HBO-V)/ NZi (Inservice-opleiding).

*Tabel B2**Ziekenverzorgenden en MDGO-Vp-opgeleiden: hoogste vooropleiding 1990-1997*

in procenten	1990	1993	1994	1995	1996	1997
<i>Inservice-ziekenverzorgende</i>						
LHNO/MAVO			40,8			
MBO			30,5			
Inservice			8,1			
Leerlingwezen			9,9			
Anders			10,7			
<i>MDGO-Vp</i>						
MAVO			76	73	*	*
VBO			20	23	*	*
Anders			3	5	*	*

* Over 1996 en 1997 zijn geen uitgesplitste cijfers van MDGO-Vp beschikbaar want vanaf 1996 wordt door de ROA MDGO-Vp en MDGO-Vz bij elkaar opgeteld. Overigens zijn deze gegevens gemeten bij de 'uitstroom' van leerlingen.

N.B. Meer gegevens zijn over deze groep niet beschikbaar.

Bron: NZi (Inservice-opleiding) / ROA (MDGO-Vp).

Tabel B3

Verzorgenden: hoogste vooropleiding van hen die de opleiding starten
1990-1997

in procenten	1990	1993	1994	1995	1996	1997
<i>OVDB-bejaardenverzorgende</i>						
LHNO		22,6	21,6	20,2		
MAVO		11,2	11,1	10,0		
OVDB		29,0	26,5	26,7		
MBO		15,6	17,6	22,3		
Anders		21,6	23,2	20,8		
<i>OVDB-gezinsverzorgende</i>						
LHNO		38,0	32,3	32,8		
MAVO		18,7	17,7	15,1		
OVDB		19,2	26,1	22,8		
MBO		6,5	5,9	9,8		
Anders		17,6	18,0	19,5		
<i>OVDB-kraamverzorgende</i>						
LHNO		35,6	26,8	15,9		
MAVO		28,0	24,4	28,8		
HAVO/VWO		13,6	17,1	14,4		
MBO		6,9	12,2	15,9		
Anders		15,9	19,5	25,0		
<i>MDGO-Vz</i>						
<i>Vz (lang):</i>						
MAVO		43	47	55	55	
VBO		49	47	38	32	
MBO-kort		6	4	3	5	
Anders		2	3	6	7	
<i>Vz (kort):</i>						
MAVO		3	6	6	7	
VBO		86	87	82	82	
Anders		11	7	12	11	

N.B. 1. De gegevens over MDGO zijn gemeten bij 'uitstroom' van leerlingen vandaar ook cijfers voor 1997 (sinds 1997 is er geen instroom meer in deze opleidingen).

N.B. 2. De ontbrekende gegevens zijn 'witte vlekken'.

Bron: OVDB en ROA.

Tabel B4

Helpenden en assistenten: hoogste vooropleiding van hen die de opleiding beginnen 1990-1997

in procenten	1990	1993	1994	1995	1996	1997
<i>OVDB-bejaardenhelpende</i>						
LHNO		75,3	73,2	81,2		
MAVO		6,5	8,4	7,9		
OVDB		13,5	6,9	6,3		
MBO		2,6	3,8	2,4		
Anders		2,1	7,7	2,2		
<i>OVDB-gezinshelpende</i>						
LHNO		73,2	71,1	75,5		
MAVO		12,6	12,3	8,8		
OVDB		6,3	1,8	–		
MBO		1,6	1,8	–		
Anders		6,3	13,0	17,7		
<i>OVDB-zorgassistent</i>						
LHNO		53,0	58,2	59,6		
MAVO		16,3	13,0	6,6		
OVDB		19,5	4,9	12,2		
MBO		4,2	7,1	10,4		
Anders		7,0	16,8	11,2		

Bron: OVDB (N.B. Alleen gegevens beschikbaar van 1994-1996).

Tabel B5

Verpleegkundigen: in- en uitstroomgegevens naar opleiding 1990-1997

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
HBO-V						
<i>Instroomgegevens</i>						
% Vrouwen (voltijd) (mannen)	85 (15)	85 (15)	85 (15)	85 (15)	85 (15)	87 (13)
% Vrouwen (deeltijd) (mannen)	84 (16)	81 (19)	80 (10)	79 (21)	80 (20)	
Gemiddelde leeftijd (voltijd)	20,1	19,9	19,8	19,8		20,4
Gemiddelde leeftijd (deeltijd)	33,1	33,4	33,0	32,0		
Aantal instromers (voltijd) (abs.)	2.342	2.576	2.548	2.523	2.910	3.070
Aantal instromers (deeltijd) (abs.)		581	364	428	516	
<i>Uitstroomgegevens</i>						
% Vrouwen (voltijd) (mannen)	87 (13)	89 (11)	92 (8)	89 (11)	89 (11)	91 (9)
% Vrouwen (deeltijd) (mannen)	89 (11)	84 (16)	84 (16)	82 (18)	81 (19)	
Gemiddelde leeftijd (voltijd)	24,6					
Gemiddelde leeftijd (deeltijd)						
Aantal diplomabehalers (voltijd) (abs.)	1.431	1.684	1.390	1.530	1.605	1.508
Aantal diplomabehalers (deeltijd) (abs.)		270	534	451	360	390
Inservice-verpleegkundige A						
<i>Instroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)	88 (12)	84 (16)	84 (16)	83 (17)	82 (18)	
Gemiddelde leeftijd	21,3	22,4	21,9	22,0	22,0	
Aantal instromers (abs.)	3.563	2.784	2.005	1.861	1.737	

(vervolg Tabel B5)

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
<i>Uitstroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal diplomabehalers (abs.)	3.705	3.040	2.651	2.678	2.479	
Inservice-verpleegkundige B						
<i>Instroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)	63 (37)	39 (61)	37 (63)	62 (38)	62 (38)	
Gemiddelde leeftijd	25,8	28,8	28,3	27,7	27,0	
Aantal instromers (abs.)	1.199	1.063	798	655	610	
<i>Uitstroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal diplomabehalers (abs.)	629	655	606	614	575	
Inservice-verpleegkundige Z						
<i>Instroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)	85 (15)	82 (18)	80 (20)	83 (17)	82 (18)	
Gemiddelde leeftijd	21,9	22,7	22,9	22,6	23,0	
Aantal instromers (abs.)	1.693	1.561	1.119	931	701	
<i>Uitstroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal diplomabehalers (abs.)	1.324	1.063	1.098	1.121	1.116	

N.B. 1. De cijfers van 1995 en 1996 voor het inservice-onderwijs zijn ramingen.

N.B. 2. Vanaf 1997 is er geen instroom in inservice-onderwijs.

N.B. 3. Overige ontbrekende cijfers zijn 'witte vlekken'.

Bron: VWS/OC&W/NZi/ROA/HBO-Raad.

Tabel B6
Ziekenverzorgenden en MDGO-Vp-opgeleiden: in- en uitstroomgegevens
naar opleiding 1990-1997

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
Inservice-ziekenverzorgende						
<i>Instroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)	91(9)	88 (12)	87 (13)	88 (12)	88 (12)	
Gemiddelde leeftijd	21,8	25,2	25,0	24,1	24,0	
Aantal instromers (abs.)	5.379	4.471	3.392	2.752	2.754	
<i>Uitstroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal diplomabehalers (abs.)	3.749	3.571	3.209	3.041	2.687	
MDGO-Vp						
<i>Instroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)	85 (15)	84 (16)	85 (15)	84 (16)	84 (16)	
Gemiddelde leeftijd	17,2	17,3	17,3	17,3		
Aantal instromers (abs.)	1.189	1.709	1.574	1.672	1.751	
<i>Uitstroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)	92 (8)	91 (9)	87 (13)	89 (11)	*	*
Gemiddelde leeftijd			20,8	20,0	*	*
Aantal diplomabehalers (abs.)	94	54	47	1000	*	*

N.B. 1. De cijfers van 1995 en 1996 voor het inservice-onderwijs zijn ramingen.

N.B. 2. Vanaf 1997 is er geen instroom meer in inservice-onderwijs en MDGO-Vp.

* Over 1996 en 1997 zijn geen uitgesplitste cijfers van MDGO-Vp beschikbaar want vanaf 1996 wordt door de ROA MDGO-Vp en MDGO-Vz bij elkaar opgeteld.

N.B. 3. De overige ontbrekende cijfers zijn 'witte vlekken'.

Bron: NZi (inservice en instroom MDGO-Vp) en ROA (uitstroom MDGO-Vp).

Tabel B7

Verzorgenden: instroom- en uitstroomgegevens naar opleiding 1990-1997

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
OVDB-bejaardenverzorgende						
<i>Instroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal instromers (abs.)	1.413	1.346	1.181	1.220	1.287	
<i>Uitstroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal diplomabehalers (abs.)	757	1.237	1.096	911	834	793
Opleidingsrendement (%)		76,8	76,6	70,9	72,0	
OVDB-gezinsverzorgende						
<i>Instroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal instromers (abs.)	1.053	992	432	318	231	
<i>Uitstroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal diplomabehalers (abs.)	1.053	890	869	770	337	261
– Verzorgende B en C					647	
– Examenkandidaten C					292	
Opleidingsrendement (%)		82,7	85,2	80,8	82,6	
OVDB-kraamverzorgende						
<i>Instroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal instromers (abs.)	130	102	57	82	88	

(vervolg Tabel B7)

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
<i>Uitstroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal diplomabehalers (abs.)	0	149	68	72	48	51
Opleidingsrendement (%)		76,8	64,5	71,6	69,7	
MDGO-Vz						
<i>Instroomgegevens</i>						
% Vrouwen (Vz-lang) (mannen)						
% Vrouwen (Vz-kort) (mannen)						
Gemiddelde leeftijd (Vz-lang)						
Gemiddelde leeftijd (Vz-kort)						
Instroom MDGO-(Vz-lang)	4.706	3.974	3.998	3.795	3.650	
Instroom MDGO-(Vz-kort)	1.276	2.376	2.509	2.638	2.629	
<i>Uitstroomgegevens</i>						
% Vrouwen (Vz-lang)* (mannen)	99 (1)	99 (1)	99 (1)	98 (2)	95 (5)	94 (6)
% Vrouwen (Vz-kort) (mannen)	97 (3)	97 (3)	95 (5)	96 (4)	95 (5)	96 (4)
Gemiddelde leeftijd (Vz-lang)*			20,9	20,1	21,1	21,5
Gemiddelde leeftijd (Vz-kort)			19,7	19,3	20,1	20,5
Aantal diplomabehalers (Vz-lang)*	508	202	166	2.900	4.300	3.900
Aantal diplomabehalers (Vz-kort)	133	99	101	1.900	1.400	1.600

* In 1996 en 1997 is MDGO-Vz-lang inclusief MDGO-Vp.

N.B. 1. In 1997 is de instroom in deze opleidingen beëindigd.

N.B. 2. Opleidingsrendementen OVDB alleen beschikbaar van 1993-1996.

Bron: OVDB/CBS/NZI/OC&W/ROA (MDGO).

Tabel B8
Helpenden en assistenten: in- en uitstroomgegevens naar opleiding 1990-1997

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
OVDB-bejaardenhelpende						
<i>Instroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal instromers (abs.)	647	427	467	393	295	
<i>Uitstroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal diplomabehalers (abs.)	316	331	237	239	233	219
Opleidingsrendement (%)		56,7	56,2	60,0	59,7	
OVDB-gezinshelpende						
<i>Instroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal instromers (abs.)	538	204	125	67	16	
<i>Uitstroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal diplomabehalers (abs.)	538	324	162	156	81	50
– Examenkandidaten	355					
verzorgingshulp B						
– Examenkandidaten				1.386	899	1.137
thuishulp A						
Opleidingsrendement (%)		69,6	71,7	76,9	72,4	
OVDB-zorgassistent						
<i>Instroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal instromers (abs.)	1.329	107	225	207	191	

(vervolg Tabel B8)

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
<i>Uitstroomgegevens</i>						
% Vrouwen (mannen)						
Gemiddelde leeftijd						
Aantal diplomabehalers (abs.)	716	685	643	200	114	136
Opleidingsrendement (%)	68,8	65,6	66,1			

N.B. 1. In 1997 is de instroom beëindigd.

N.B. 2. Opleidingsrendementen OVDB alleen beschikbaar van 1993-1996, voor zorgassistenten 1994-1996.

N.B. 3. Overige ontbrekende cijfers zijn 'witte vlekken'.

Bron: OVDB/CBS/NZi.

Tabel B9*Verpleegkundigen: arbeidsmarktpositie 1990-1997*

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
HBO-V (voltijd)						
Aantal diplomabehalers	1.431	1.684	1.390	1.530	1.605	1.508
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:						
- % Betaald werk	92	79	87	86	93	91
Wv % min. eigen/verwante opleidingsrichting is vereist	94	94	96	98	98	96
- % Werkzoekend	1	1	1	3	0	1
% Studie	3	14	8	10	6	7
% Anders	4	6	3	1	1	1
HBO-V (deeltijd)						
Aantal diplomabehalers		270	534	451	360	390
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:						
- % Betaald werk	92	94	95	94	96	94
Wv % min. eigen/verwante opleidingsrichting is vereist	95	94	96	97	92	92

(vervolg Tabel B9)

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
- % Werkzoekend	1	3	2	4	0	1
% Studie	4	0	0	1	3	1
% Anders	3	3	3	2	1	4
Inservice-verpleegkundige A						
Aantal diplomabehalers (abs.)	3.705	3.040	2.651	2.678	2.479	
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:	hierover is geen informatie beschikbaar					
Inservice-verpleegkundige B						
Aantal diplomabehalers (abs.)	629	655	606	614	575	
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:	hierover is geen informatie beschikbaar					
Inservice-verpleegkundige Z						
Aantal diplomabehalers (abs.)	1.324	1.063	1.098	1.121	1.116	
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:	hierover is geen informatie beschikbaar					

Bron: ROA (HBO-V) en NZi (inservice).

Tabel B10

Ziekenverzorgenden en MDGO-Vp-opgeleiden: arbeidsmarktpositie 1990-1997

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
Inservice-ziekenverzorgende						
Aantal diplomabehalers	3.749	3.571	3.209	3.041	2.687	
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:	hierover is geen informatie beschikbaar					

(vervolg Tabel B10)

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
MDGO-Vp						
Aantal diplomabehalers	94	54	47	1000	*	*
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:						
– % Betaald werk	34	23	33	41	*	*
Wv % min. eigen/verwante opleidingsrichting is vereist	70	78	63	83	*	*
% Werkloos	1	3	1	2	*	*
% Studie	34	49	46	39	*	*
% LLW	28	24	20	17	*	*
% Anders	1	1	0	0	*	*

N.B. 1. LLW = Leerlingwezen

N.B. 2. Van de inservice-opleiding zijn geen arbeidsmarktgegevens bekend.

* Vanaf 1996 telt de ROA MDGO-verzorging (lang) en -verpleging bij elkaar op.

Bron: ROA (MDGO-Vp)/NZi (inservice-opleiding).

Tabel B11

Verzorgenden: arbeidsmarktpositie 1990-1997

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
OVDB-bejaardenverzorgende						
Aantal diplomabehalers	757	1.237	1.096	911	834	793
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:						
hierover is geen informatie beschikbaar						
OVDB-gezinsverzorgende						
Aantal diplomabehalers	1.053	890	869	770	1.176	261
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:						
hierover is geen informatie beschikbaar						
OVDB-kraamverzorgende						
Aantal diplomabehalers	0	149	68	72	48	51
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:						
hierover is geen informatie beschikbaar						

(vervolg Tabel B11)

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
MDGO-Vz						
<i>Vz-lang:*</i>						
Aantal diplomabehalers	508	202	166	2.900	4.300	3.900
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:						
- % Betaald werk	66	54	60	63	56	64
Wv % min. eigen/verwante opleidingsrichting is vereist	62	67	66	80	83	82
% Werkloos	1	3	4	2	1	1
% Studie	9	11	11	13	23	26
% LLW	23	31	24	21	20	7
% Anders	1	1	1	1	0	2
<i>Vz-kort:</i>						
Aantal diplomabehalers	133	99	101	1.900	1.400	1.600
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:						
- % Betaald werk	42	30	31	40	47	48
Wv % min. eigen/verwante opleidingsrichting is vereist	34	27	31	45	53	46
% Werkloos	6	7	12	13	2	1
% Studie	16	31	34	36	28	38
% LLW	33	28	20	16	20	9
% Anders	3	4	3	10	3	4

Bron: OVDB/ROA (MDGO-Vz).

* Voor 1996 en 1997 is MDGO-Vz-lang *inclusief* MDGO-Vp.

Tabel B12

Helpenden en assistenten: arbeidsmarktpositie 1990-1997

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
OVDB-bejaardenhelpende						
Aantal diplomabehalers	316	331	237	239	233	219
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:	hierover is geen informatie beschikbaar					
OVDB-gezinshelpende						
Aantal diplomabehalers*	538	324	162	156	81	50
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:	hierover is geen informatie beschikbaar					
OVDB-verzorgingsassistent						
Aantal diplomabehalers	716	685	643	200	114	136
Hun situatie na 1 ¹ / ₂ jaar:	hierover is geen informatie beschikbaar					

* Excl. examenkandidaten thuishulp A en verzorgingshulp B.

Bron: OVDB.

Geraadpleegde literatuur deel B

Borghans, L. & A. de Grip (1999), 'De werking van de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden'. In: *Achtergrondstudies bij het advies Zorgaanbod in de toekomst*. RVZ, Den Haag/Zoetermeer.

Evers, P. & W. van der Windt (1998), *De arbeidsmarkt van de zorgsector in beeld gebracht – RegioMarge, anno 1998*. NZi/AWOZ/AWOB/AWO, Utrecht.

HBO-Raad (1998), *Het HBO ontcijferd*. HBO-Raad, Den Haag.

Heuij, V.J.H.M. & W. van der Windt (1995), *Maat en getal van het verpleegkundig onderwijs*. NZi, Utrecht.

Lagendijk Onderzoek (1998) (*Een na*) *hoogste klassers en een zorgsectorwerkkring*. Lagendijk Onderzoek, Apeldoorn.

Niehuis, M.J.T., H.J.M. van Berkel & H.J.M. van der Bruggen (1996), 'Kiezen voor een verpleegkunde-opleiding'. In: *Verpleegkunde 2*, p. 108-120.

NIVEL, NZi & OSA (1995 en 1998), *Rapportage Arbeidsmarkt zorgsector (RAZ)*.

ROA (1991-1999), *De arbeidsmarktpositie van afgestudeerden in het hoger beroepsonderwijs (HBO-monitor)*. Voorlichtingsdienst HBO-Raad, Den Haag.

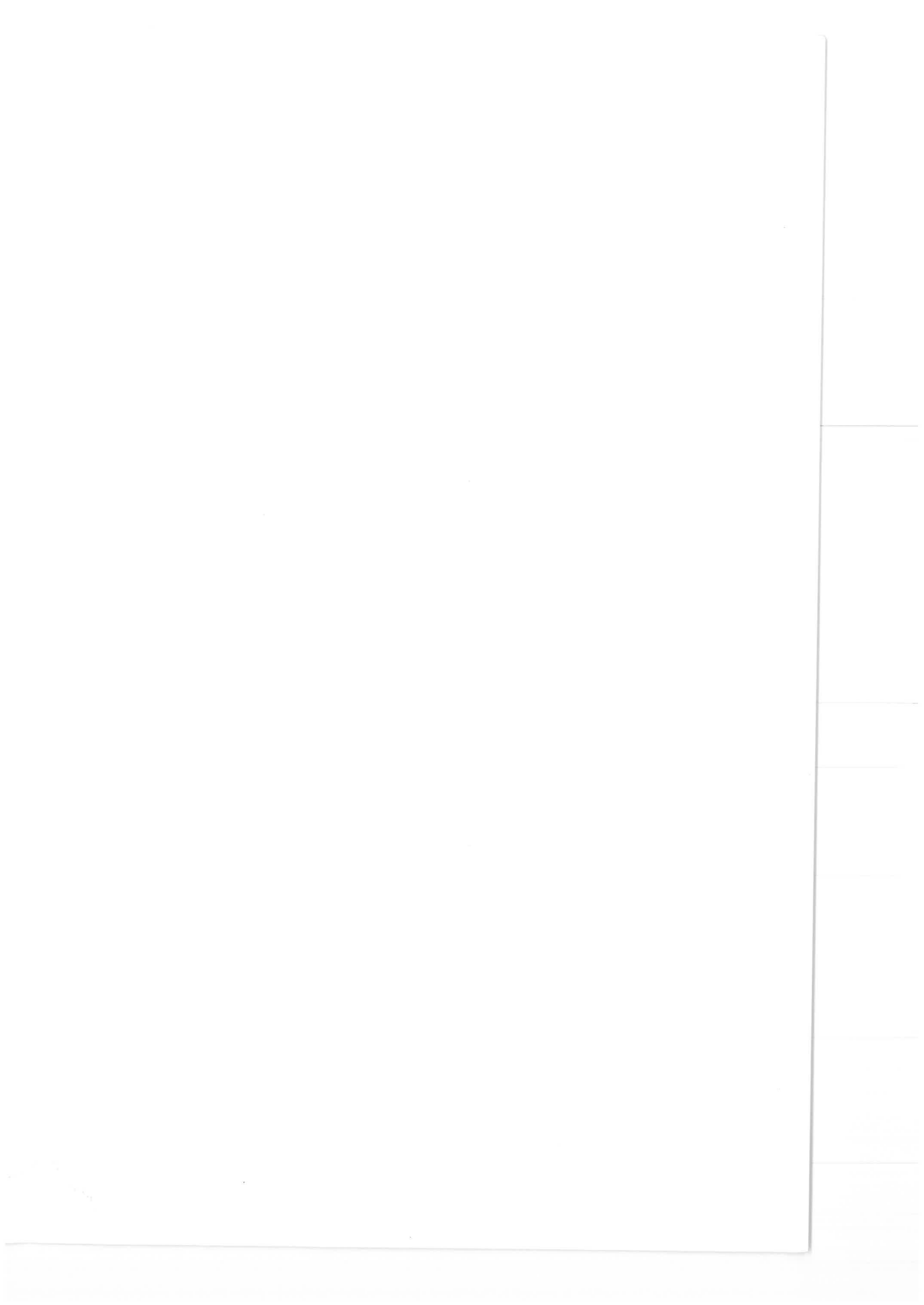
ROA (1998 en 1999), *Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt 1997*. ROA, Maastricht.

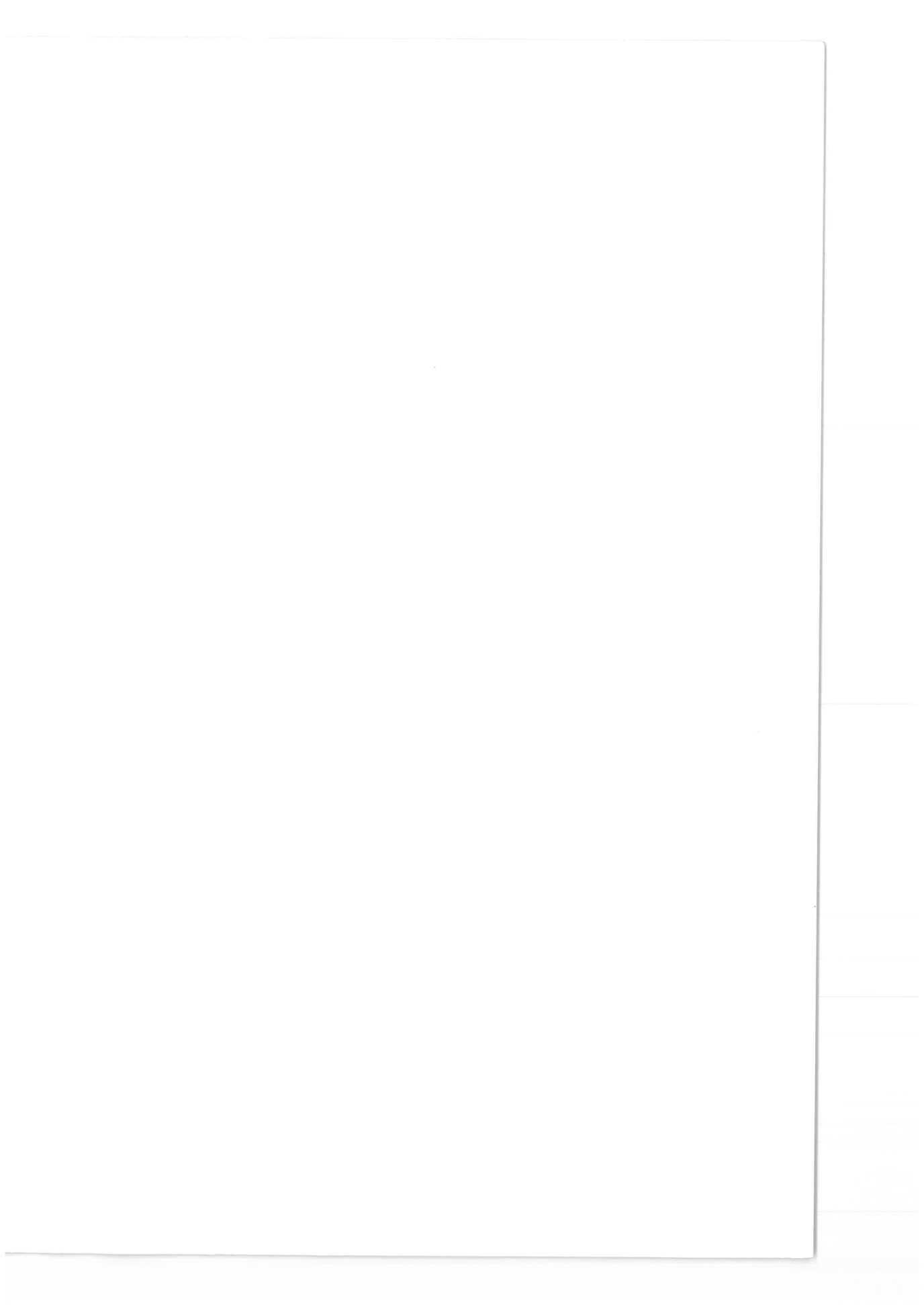
Lijst van afkortingen deel A en B

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
Arbo-wet	Arbidsomstandighedenwet
AWOB	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden
AWOZ	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Ziekenhuizen
BAZ	Beleidskader Arbeidsmarkt Zorgsector
BIG	(Wet op de) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BVG	Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (tegenwoordig Cadans)
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CBA	Centraal Bureau Arbeidsmarktvoorziening
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPB	Centraal Plan Bureau
FIAD-WDT	Federatie van Instellingen voor dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap
FTE('s)	Fulltime equivalenten
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
GHI	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
HVRC	Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
ISZW	Inspectiedienst van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
IVA	Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies
JWG	Jeugd Werk Garantieplan
JWL	Jaarstatistiek van Werkgelegenheid en Lonen
JOZ	Jaar Overzicht Zorg

LKG	Loonkostengegevensbestand
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MKD	Medisch Kinderdagverblijf
MKT	Medisch Kindertehuis
NFVLG	Nederlandse Federatie Voorzieningencentra Lichamelijk Gehandicapten
NIA	Nederlands Instituut voor Arbeidsmarktomstandigheden
NIPG	Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO)
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
NVBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
NVGGz	Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg
NVVz	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg
NZF	Nederlandse Zorgfederatie
NZi	Instituut voor onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg (voormalig Nationaal Ziekenhuisinstituut)
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSA	Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
OVDB	Stichting Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen
RBA	Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening
REGBIG	Registratie beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg
Riagg	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
RUBS	Registratie van Uitstroom en Bestemming van Schoolverlaters
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SBI	Standaard Bedrijfsindeling
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
SOMMA	Federatie van ouderverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan verstandelijk gehandicapten
SPD	Sociaal Pedagogische/Psychiatrische Dienst
STIPUD	Stimuleringsregeling Inpassing Personen uit Doelgroepen

STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
SOZawe	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziekteverzekeringen
WVC	Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad





Verpleegkundigen en verzorgenden vormen een omvangrijke beroepsgroep van meer dan 350.000 professionals. *Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1999* schetst jaarlijks een uitvoerig, kwantitatief beeld van de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland. De uitgave, tot stand gekomen in opdracht van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV), bevat actuele onderzoeksgegevens van het NZi en het NIVEL.

De publicatie behandelt in het eerste deel de ontwikkelingen die de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging bepalen. Demografische ontwikkelingen zoals vergrijzing komen hierbij aan de orde, evenals epidemiologische, sociale en culturele ontwikkelingen. Het aanbod van arbeid wordt besproken aan de hand van de omvang van de beroepsgroep, de personeelssamenstelling, functies en inkomen, de arbeidssituatie en de stand van zaken in het onderwijs. Daar waar nodig wordt de tekst verduidelijkt met grafieken. Uitgebreide tabellen in de bijlagen geven een gedetailleerd cijfermatig overzicht.

Het tweede deel van deze publicatie besteedt jaarlijks bijzondere aandacht aan een actueel arbeidsvraagstuk. In 1999 wordt de aansluiting tussen het onderwijs en de arbeidsmarkt uitvoerig belicht. Opleidingsgegevens, in- en uitstroom, maar ook het keuzeproces van potentiële studenten V&V en de studieuitval komen hierbij aan de orde. Ten slotte geeft dit deel inzicht in de kwantitatieve aspecten van de aansluiting met de arbeidsmarkt, zoals de maatschappelijke positie van pas gediplomeerde verpleegkundigen en verzorgenden.

Beleidsmakers, managers en afdelingshoofden in de verpleging en verzorging, leden van verpleegkundige adviesraden, politici, docenten en opleidingsfunctionarissen vinden in deze publicatie een schat aan gegevens, trends en ontwikkelingen in de zorgsector.



Landelijk Centrum
Verpleging & Verzorging