

Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1998

 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

ELSEVIER/De Tijdstroom

Landelijk Centrum

Verpleging & Verzorging

**1998**

Het onderzoek dat ten grondslag ligt aan deze uitgave is uitgevoerd door het NZi en het NIVEL in opdracht van LCVV, NU'91 en STING.

© Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, 1998.

Uitgever Elsevier/De Tijdstroom, Postbus 1110, 3600 BC Maarssen

Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV), Postbus 3135, 3502 GC Utrecht

Basisvormgeving en omslag Robbert Zweegman, Nijmegen

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, aanvaardt 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 veeelvoudigd, 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 2029 3

NUGI 750, 756



# Inhoud

## 1 Inleiding [11]

### Deel A Vraag en aanbod [13]

#### 2 Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging [15]

##### 2.1 Demografische ontwikkelingen [16]

###### 2.1.1 Groei [16]

###### 2.1.2 Geboorte [16]

###### 2.1.3 Sterfte [18]

###### 2.1.4 Migratie [19]

###### 2.1.5 Leeftijdsverdeling [19]

###### 2.1.6 Burgerlijke staat [22]

###### 2.1.7 Conclusie [22]

##### 2.2 Epidemiologische ontwikkelingen [22]

###### 2.2.1 Chronische aandoeningen [22]

###### 2.2.2 Kanker [24]

###### 2.2.3 Infectieziekten [24]

###### 2.2.4 Conclusie [25]

##### 2.3 Sociaal-culturele ontwikkelingen [25]

###### 2.3.1 Opleiding, arbeid en inkomen [25]

###### 2.3.2 Allochtone bevolking [26]

###### 2.3.3 Huishoudenssituatie [29]

###### 2.3.4 Emancipatie, mondigheid en mantelzorg [31]

###### 2.3.5 Conclusie [33]

##### 2.4 Ontwikkelingen in het gebruik van verzorging en verpleging [34]

###### 2.4.1 Ziekenhuiszorg [34]

###### 2.4.2 Geestelijke gezondheidszorg [36]

###### 2.4.3 Gehandicaptenzorg [37]

2.4.4	<i>Verpleeghuizen</i>	[39]
2.4.5	<i>Verzorgingshuizen</i>	[40]
2.4.6	<i>Thuiszorg</i>	[40]
2.4.7	<i>Conclusie</i>	[42]
2.5	<i>Slotbeschouwing</i>	[43]
<b>3</b>	<b>De omvang van de beroepsgroepen</b>	<b>[45]</b>
3.1	Aantal werkzame personen	[46]
3.2	Volledige arbeidsplaatsen	[48]
3.3	De verhouding personen-arbeidsplaatsen	[51]
3.4	Kwalificaties	[52]
3.4.1	<i>Het BIG-register</i>	[53]
3.4.2	<i>Specialisaties in de verpleging</i>	[56]
3.4.3	<i>Uitkomsten uit personeelsplanningsprojecten</i>	[56]
3.4.4	<i>Een raming</i>	[58]
3.5	Regionale gegevens	[58]
3.6	Een vooruitblik	[60]
3.6.1	<i>Verandering in omvang</i>	[60]
3.6.2	<i>Verandering in samenstelling</i>	[61]
3.6.3	<i>Spanning op de arbeidsmarkt</i>	[61]
3.7	Samenvatting	[61]
<b>4</b>	<b>De personeelssamenstelling</b>	<b>[63]</b>
4.1	Geslacht	[63]
4.2	Leeftijd	[65]
4.3	Vooruitblik	[67]
4.4	Samenvatting	[69]
<b>5</b>	<b>De arbeidssituatie</b>	<b>[71]</b>
5.1	De dynamiek op de arbeidsmarkt, het verloop	[71]
5.2	De duur van het dienstverband	[73]
5.3	De werkweek	[73]
5.4	Ziekteverzuim	[76]
5.5	Samenvatting en vooruitzichten	[77]
<b>6</b>	<b>Onderwijs</b>	<b>[79]</b>
6.1	Het verplegend onderwijs	[79]
6.2	Het verzorgend onderwijs	[80]
6.3	Kenmerken	[82]

- 6.4 Aansluiting onderwijs op de arbeidsmarkt [83]
- 6.5 samenvatting en vooruitblik [84]

## **7 Functies en inkomen [86]**

- 7.1 Functies [86]
  - 7.1.1 *Intramuraal* [87]
  - 7.1.2 *Verzorgingshuizen* [89]
  - 7.1.3 *Thuiszorg* [90]
- 7.2 Mobiliteit en vervulling van functies [91]
- 7.3 Salaris [94]
- 7.4 Samenvatting [96]

## **8 Samenvatting deel A [98]**

- 8.1 Ontwikkelingen in de vraag naar en het gebruik van verzorging en verpleging [98]
- 8.2 De omvang van de beroepsgroepen [99]
- 8.3 De personeelssamenstelling [100]
- 8.4 De arbeidssituatie [100]
- 8.5 Het onderwijs [101]
- 8.6 Functies en inkomen [101]

### **Bijlage bij deel A [103]**

### **Geraadpleegde literatuur [160]**

### **Lijst van afkortingen [167]**

## **Deel B Uitstroom verpleegkundigen en verzorgenden [171]**

### **1 Inleiding [173]**

### **2 De gegevensverzameling [175]**

- 2.1 De NZI-exitinterviews [175]
  - 2.1.1 *Gegevensverzameling* [175]
  - 2.1.2 *Respons en representativiteit* [177]
- 2.2 NIVEL-enquête [181]
  - 2.2.1 *Gegevensverzameling* [181]
  - 2.2.2 *Respons en representativiteit* [182]

### **3 Het vertrek – een overzicht [186]**

- 3.1 Trends [187]
  - 3.1.1 *Historisch perspectief* [187]
  - 3.1.2 *Trends naar sector* [188]
- 3.2 Richting van vertrek [190]

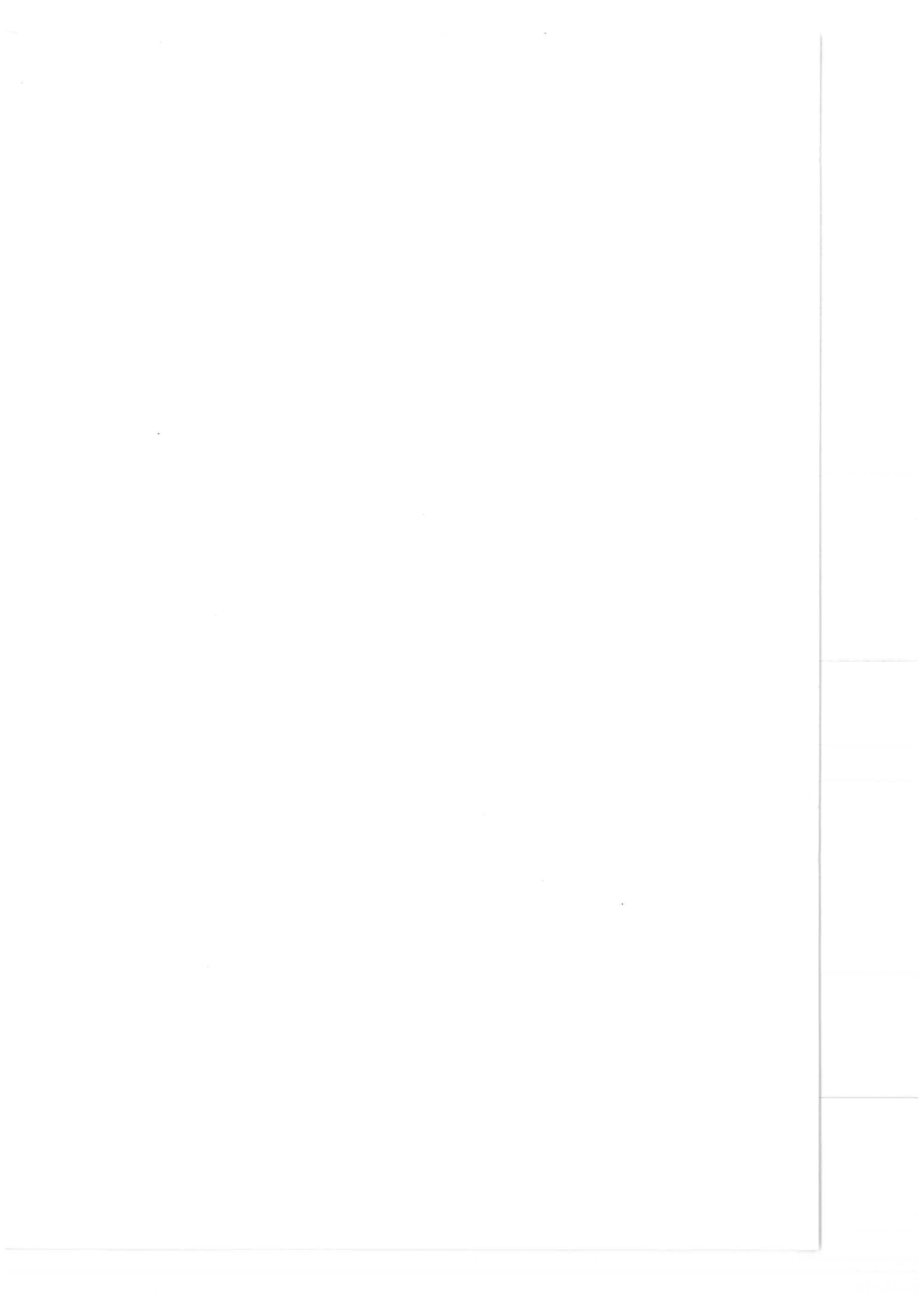
### **4 Thuiszorg [192]**

- 4.1 Omvang van de uitstroom [192]
  - 4.1.1 *Landelijke gegevens* [192]
  - 4.1.2 *De NIVEL-enquête* [193]
- 4.2 Definitief gestopt [194]
  - 4.2.1 *Kenmerken* [194]
  - 4.2.2 *Redenen van vertrek* [196]
  - 4.2.3 *Was het vertrek te voorkomen?* [197]
  - 4.2.4 *De huidige situatie* [198]
- 4.3 Tijdelijk gestopt [199]
  - 4.3.1 *Kenmerken* [199]
  - 4.3.2 *Redenen van vertrek* [200]
  - 4.3.3 *Was het vertrek te voorkomen?* [201]
  - 4.3.4 *Toekomstwensen* [202]
- 4.4 Vertrokken naar een andere zorgsector [202]
  - 4.4.1 *Kenmerken* [202]
  - 4.4.2 *Redenen van vertrek* [204]
  - 4.4.3 *Was het vertrek te voorkomen?* [205]
  - 4.4.4 *De huidige werksituatie* [206]
- 4.5 Conclusie [206]
  - 4.5.1 *Omvang en aard uitstroom* [206]
  - 4.5.2 *Kenmerken uitstroom* [207]
  - 4.5.3 *Redenen van vertrek* [207]
  - 4.5.4 *Was het vertrek te voorkomen* [208]
  - 4.5.5 *Huidige situatie* [209]

### **5 Verzorgingshuizen [210]**

- 5.1 Omvang van de uitstroom [210]
  - 5.1.1 *Landelijke gegevens* [210]
  - 5.1.2 *De NIVEL-enquête* [211]
- 5.2 Definitief gestopt [212]
  - 5.2.1 *Kenmerken* [212]
  - 5.2.2 *Redenen van vertrek* [213]

5.2.3	<i>Was het vertrek te voorkomen?</i>	[214]
5.2.4	<i>De huidige situatie</i>	[214]
5.3	Tijdelijk gestopt	[215]
5.3.1	<i>Kenmerken</i>	[215]
5.3.2	<i>Redenen van vertrek</i>	[215]
5.3.3	<i>Was het vertrek te voorkomen?</i>	[216]
5.3.4	<i>De huidige situatie</i>	[216]
5.4	Vertrokken naar een andere zorgsector	[217]
5.4.1	<i>Kenmerken</i>	[217]
5.4.2	<i>Redenen van vertrek</i>	[219]
5.4.3	<i>Was het vertrek te voorkomen?</i>	[219]
5.4.4	<i>De huidige situatie</i>	[220]
5.5	Conclusie	[220]
5.5.1	<i>Omvang en aard uitstroom</i>	[220]
5.5.2	<i>Kenmerken uitstroom</i>	[220]
5.5.3	<i>Redenen van vertrek</i>	[221]
5.5.4	<i>Was het vertrek te voorkomen?</i>	[222]
5.5.5	<i>Huidige situatie</i>	[222]
<b>6</b>	<b>Intramurale zorg</b>	<b>[224]</b>
6.1	Vertrekkers en blijvers vergeleken	[224]
6.1.1	<i>Naar leeftijd</i>	[224]
6.1.2	<i>Lengte dienstverband en inschaling</i>	[226]
6.2	De deelname aan exitinterviews	[227]
6.3	Achtergronden van vertrek	[228]
6.4	Wie vertrekt er uit de zorg?	[233]
6.5	Had het vertrek uit de zorg voorkomen kunnen worden?	[236]
6.6	Conclusie	[241]
<b>7</b>	<b>Slotbeschouwing</b>	<b>[244]</b>
7.1	Thuiszorg	[244]
7.2	Verzorgingshuizen	[246]
7.3	Intramurale zorg	[247]
	<b>Literatuur</b>	<b>[250]</b>
	<b>Bijlage bij deel B</b>	<b>[252]</b>



# 1

## Inleiding

Deze publicatie is de tweede waarin een uitvoerig kwantitatief beeld geschetst wordt van de verpleegkundigen en verzorgenden in ons land. De eerste publicatie bleek duidelijk in een behoefte te voorzien; reden voor het LCVV om het NZi en het NIVEL te vragen de gegevens uit de vorige publicatie te actualiseren en waar mogelijk van aanvullingen te voorzien.

De verpleegkundigen en verzorgenden vormen een omvangrijke beroepsgroep, zoals we in hoofdstuk 3 zullen zien. Ze bestaat uit verpleegkundigen, ziekenverzorgenden en verzorgenden en helpenden in de gezinszorg, de kraamzorg, de bejaardenzorg en de zorg voor lichamelijke gehandicapten

Bij deze rapportage is de formule van de eerste versie aangehouden: deel A bevat vooral kwantitatieve informatie over de beroepsgroep in de periode 1990 tot heden en deel B bevat een specifiek onderwerp, in dit geval een analyse van de vertrekredenen van degenen die hun baan verlaten.

In deel A wordt achtereenvolgens aan de volgende onderwerpen aandacht besteed. Eerst wordt een groot aantal zaken belicht die voor de vraag naar verpleging en verzorging van belang zijn. Hierbij wordt met name aandacht besteed aan demografische ontwikkelingen in de Nederlandse bevolking en de gevolgen daarvan voor de vraag naar verpleging en verzorging. Daarna gaan we in op de omvang van de beroepsgroep en de ontwikkelingen die zich daarbij voordoen. Nieuw daarin zijn gegevens ontleend aan het recentelijk ingestelde BIG-register voor verpleegkundigen. Vervolgens besteden we aandacht aan de samenstelling van de beroepsgroep naar leeftijd en geslacht. De toekomstige vergrijzing van het personeelsbestand wordt belicht aan de hand van de uitkomsten van een simulatiemodel. Daarna komt een aantal onderwerpen met betrekking tot de arbeidssituatie

aan bod: vertrek, de mate waarin deeltijdwerk voorkomt en het ziekteverzuim. In hoofdstuk zes komen onderwijsgegevens aan de orde. In hoofdstuk zeven besteden we aandacht aan inschaling ofwel functieopbouw in de verschillende sectoren, de mobiliteit in functies en het verdiende salaris. In de tekst wordt de grote lijn van de uitkomsten aangehouden. Gedetailleerde uitkomsten zijn in de bijlage te vinden, die het karakter van een tabellenrapport heeft. Waar nodig is een technische toelichting opgenomen.

In deel B wordt aandacht besteed aan het vertrek uit de instellingen: Wie vertrekken er? Waar gaat men naartoe? Waarom vertrekt men? Had het vertrek voorkomen kunnen worden?

Bij de uitvoering van dit onderzoek heeft het NIVEL zich met name met hoofdstuk 2 van deel A beziggehouden. Het NZi verzorgde de overige hoofdstukken van deel A. Deel B is een coproductie. De begeleiding van dit onderzoek was in handen van drs. T. Oostrom van het LCVV. Het concept van de rapportage is becommentarieerd door onder andere NU'91 en de AVVV.

Deze rapportage is met name gericht op beleidsmakers in de zorgsector, managers en afdelingshoofden in verpleging en verzorging, deelnemers aan verpleegkundige adviesraden, politici en het onderwijsveld.



**Deel A**

**Vraag en aanbod**



## 2

# Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste feiten over de vraag naar verpleging en verzorging in de periode 1991-1996 in kaart gebracht. Waar mogelijk wordt ook aandacht besteed aan toekomstige ontwikkelingen. 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 groeiend aandeel ouderen in onze bevolking.

Daarnaast kunnen ook epidemiologische ontwikkelingen (paragraaf 2.2) van invloed zijn op de behoefte aan verpleging en verzorging. Dit zijn bijvoorbeeld ontwikkelingen met betrekking tot het voorkomen van chronische aandoeningen en infectieziekten. Het meer of minder voorkomen van dergelijke ziekten zal de vraag naar zorg doen toe- of afnemen. Niet alleen de bevolkingsontwikkeling en de gezondheidstoestand van de bevolking beïnvloeden de zorgbehoefte. Ook sociaal-culturele ontwikkelingen (paragraaf 2.3) kunnen de behoefte aan zorg doen stijgen of dalen. Als voorbeeld kan genoemd worden de specifieke zorgvraag van de snelgroeiende groep oudere allochtonen.

Het daadwerkelijke gebruik van verpleging en verzorging (paragraaf 2.4) wordt, naast ontwikkelingen in de zorgbehoefte, ook beïnvloed door beleidsontwikkelingen in de zorgsector. Zo zal een verschijnsel als extramuralisering niet zozeer de behoefte aan zorg doen veranderen, maar eerder een verschuiving teweegbrengen in het daadwerkelijke gebruik van verpleging en verzorging. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een slotbeschouwing (paragraaf 2.5).

De cijfermatige gegevens op basis waarvan een groot deel van dit hoofdstuk is geschreven, zijn in tabelvorm opgenomen in de bijlage.

## 2.1

### Demografische ontwikkelingen

#### 2.1.1

##### *Groei (bijlagnetabel A2.1)*

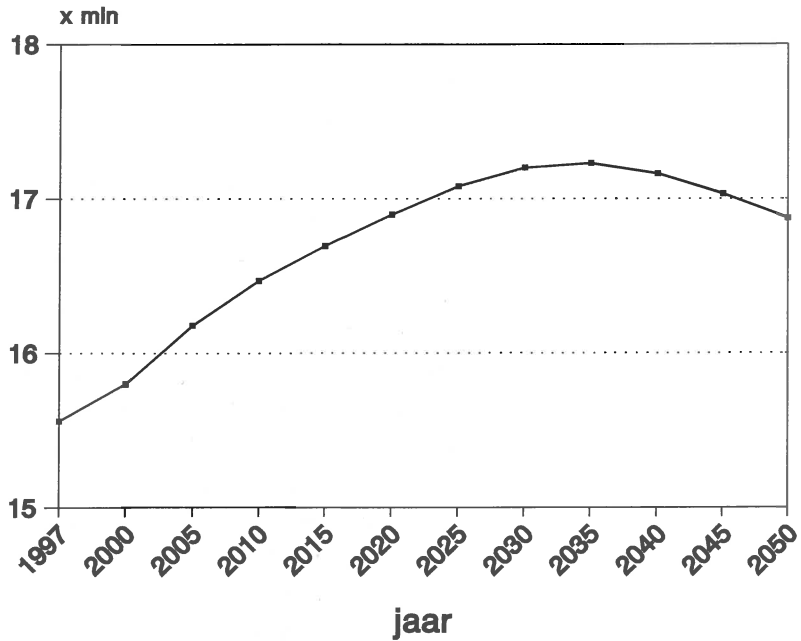
Op 1 januari 1997 waren er in Nederland ruim 15,5 miljoen inwoners (CBS 1997). Het aantal inwoners is sinds 1991 met circa 3,6% toegenomen. De jaarlijkse bevolkingsgroei bedraagt gemiddeld 0,5%. Op de langere termijn zal de bevolkingsgroei geleidelijk teruglopen. De belangrijkste oorzaak hiervan is de sterke toename van het aantal sterfgevallen als gevolg van de vergrijzing. Omstreeks 2020 zullen er jaarlijks evenveel mensen sterven als er geboren worden. Omdat het aantal sterfgevallen daarna blijft toenemen, zal de 'natuurlijke groei' (het verschil tussen geboorte en sterfte) negatief worden. Volgens prognoses van het CBS (middenvariant) zal de Nederlandse bevolking blijven groeien tot het jaar 2035 (figuur 2.1). In dat jaar zal de bevolking naar verwachting de maximale omvang van 17,2 miljoen inwoners bereiken. Daarna zal de Nederlandse bevolking afnemen. Deze prognose is in vergelijking met die van het vorige jaar iets lager. Dit is het gevolg van de veronderstelling dat het gemiddelde kindertal van generaties die na 1990 zijn geboren lager zal zijn (1,7 kinderen per vrouw) dan aanvankelijk gedacht (1,8). Hier staat weliswaar een hogere levensverwachting tegenover maar het effect daarvan op de bevolkingsgroei is kleiner dan dat van het lagere kindertal (De Beer 1997).

#### 2.1.2

##### *Geboorte (bijlagnetabel A2.2)*

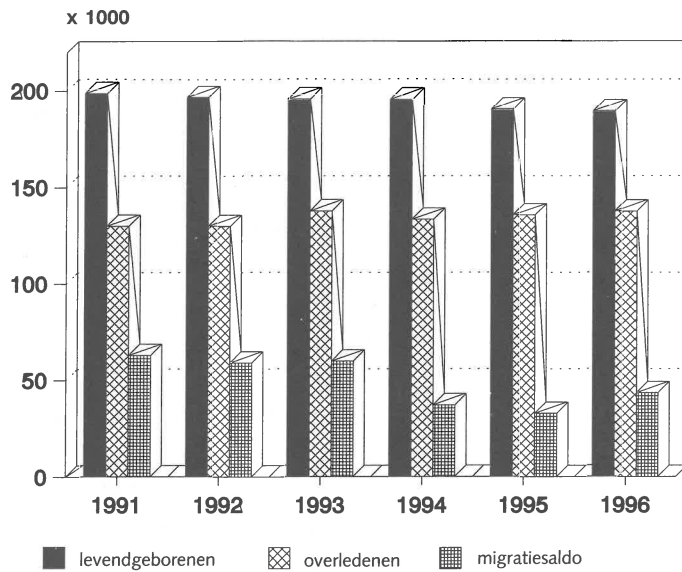
Het absoluut aantal (levend)geborenen is gedurende de jaren negentig afgenomen van circa 198.700 in 1991 tot 189.500 in 1996 (figuur 2.2). Het geboortecijfer (aantal geboren per 1000 inwoners) is dan ook gedaald van 13,2 in 1991 tot 12,2 in 1996 (CBS 1994; 1997). Overigens ligt het geboortecijfer in Nederland nog steeds hoger dan in de ons omringende landen (CBS 1996). De verwachting is dat het aantal geboorten nog verder zal afnemen met ruim 10% tot circa 170.000 in het jaar 2010 (CBS 1997, middenvariant).

Het lage aantal te verwachten geboorten per jaar zal de behoefte aan kraamzorg doen afnemen. Daarbij dient echter opgemerkt te worden dat vrouwen op steeds oudere leeftijd kinderen krijgen met als gevolg meer kans op complicaties. In 1991 bedroeg de gemiddelde leeftijd 29,2 jaar. Dit is toegenomen tot 30,3 jaar in 1996. De verwachting is dat dit verder zal toenemen tot 30,6 jaar in 2010 (CBS 1997). Uit de CBS-prognoses vloeit



Figuur 2.1 Inwonersaantal 1997-2050

Bron: Bevolkingsprognose CBS 1997, middenvariant.



Figuur 2.2 Absoluut aantal geborenen en overledenen en het migratiesaldo 1991-1996

Bron: CBS 1994; 1997.

voort dat er tussen 1996 en 2010 ongeveer 60% meer kinderen geboren gaan worden bij vrouwen van 36 jaar en ouder: van ongeveer 23.000 in 1996 tot ongeveer 37.000 in 2010.

De gemiddelde leeftijd van vrouwen bij de geboorte van het eerste kind lijkt te stabiliseren: dit was in 1996 28,9 jaar (27,8 jaar in 1991) en tot het jaar 2010 verwacht het CBS hierin geen verandering.

Ten slotte kan worden geconstateerd dat – hoewel Nederland nog één van de weinige westerse landen is waar een deel van de bevallingen thuis plaatsvindt – ook in Nederland het aantal thuisbevallingen ieder jaar iets afneemt. Uit de meest recente cijfers op basis van de bevolkingsboekhouding van 1993 (CBS 1997) blijkt dat 30,7% van alle bevallingen thuis plaatsvindt tegen 36,6% in 1985. Volgens schattingen op basis van de CBS-gezondheidsenquête zou het percentage thuisbevallingen in 1994/1995 34% bedragen. Schattingen van voorgaande jaren vallen echter hoger uit dan de registratiecijfers van die jaren. Het zijn met name de poliklinische bevallingen die de laatste jaren zijn toegenomen. Gezien bovenstaande ontwikkelingen is het niet ondenkbaar dat de behoefte aan kraamzorg in het algemeen zal afnemen en een verschuiving zal plaatsvinden van kraamzorg thuis naar het ziekenhuis.

### 2.1.3

#### *Sterfte (bijlagetabel A2.3)*

Figuur 2.2 laat zien dat het absoluut aantal sterfgevallen in de periode 1991-1996 is toegenomen met 5,9%. In 1996 stierven er 137.500 personen. Het sterftecijfer (aantal overledenen per 1000 inwoners) ligt momenteel op 8,9. De gemiddelde leeftijd waarop men overlijdt bedraagt 71,5 jaar voor mannen en 77,8 jaar voor vrouwen. Volgens het CBS (1997) neemt de gemiddelde levensverwachting nog steeds toe. De gemiddelde levensverwachting voor vrouwen die in 1996 geboren zijn bedraagt 80,4 jaar, voor mannen is dat 74,7 jaar. In de nieuwe prognose van het CBS is de veronderstelde levensverwachting naar boven bijgesteld, waardoor de vergrijzing in de toekomst sterker zal zijn dan in vorige prognoses (De Beer 1997). Overigens constateert het CBS (1997) dat de verschillen in levensverwachting tussen mannen en vrouwen steeds kleiner worden. Voor wat betreft de doodsoorzaken blijkt dat 'ziekten van de bloedsomlooporganen' zowel voor mannen als vrouwen doodsoorzaak nummer één is. Dit geldt met name voor de leeftijdsgroep die ouder is dan 65 jaar. Op de tweede en derde plaats staan kanker en 'ziekten van de ademhalingsorganen'. In de leeftijdscategorie jonger dan 65 jaar is kanker

verreweg de belangrijkste doodsoorzaak: bij vrouwen met name borstkanker, bij mannen longkanker (CBS 1997). Hierin is gedurende de jaren negentig geen verandering te zien (CBS 1996).

#### 2.1.4

##### *Migratie (bijlagentabel A2.4)*

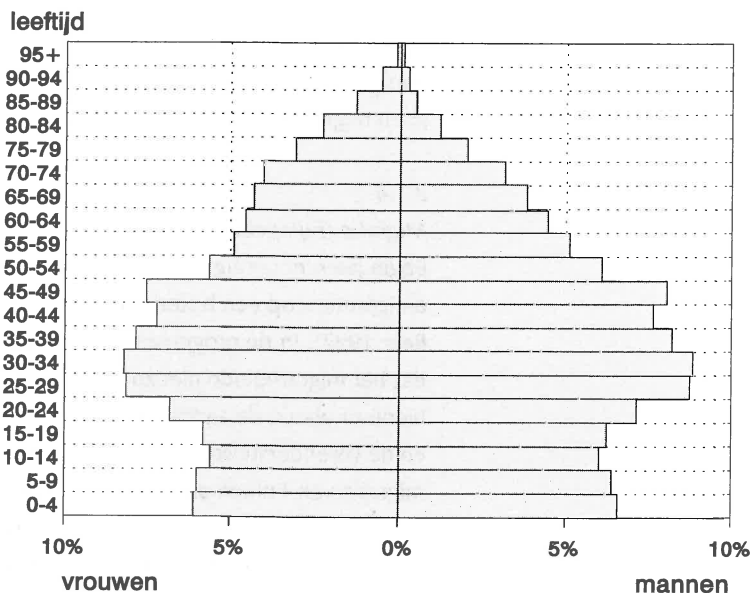
Begin jaren negentig lag het migratiesaldo (aantal immigranten minus emigranten) op een historisch gezien hoog niveau: rond 50.000 per jaar (De Beer 1997). In de prognoses die toen opgesteld werden, werd aangenomen dat het migratiesaldo niet zo hoog zou blijven. De belangrijkste redenen hiervoor waren de aanname dat het beleid steeds restrictiever zou worden en de veronderstelling dat de gezinsherenigende en gezinsvormende migratie van Turken en Marokkanen op de lange termijn zou teruglopen. In 1994 daalde het migratiesaldo sterk (figuur 2.2), gevolgd door een verdere daling in 1995. De Beer geeft hiervoor een drietal verklaringen: ten eerste de nieuwe beleidsmaatregelen om de immigratie te beperken, ten tweede een dalende immigratie uit de landen van de EU en ten derde een toenemende werkloosheid in 1993 en 1994 (waardoor de immigratie afnam). Uit figuur 2.2 blijkt dat in 1996 een einde is gekomen aan de daling van het migratiesaldo. Deze verandering wordt voor een deel toegeschreven aan een verbetering van de werkgelegenheid. Verder is een stijging van het migratiesaldo een gevolg van een 'inhaaloperatie' om administratieve achterstanden bij asielaanvragen weg te werken. In paragraaf 2.3 wordt dieper ingegaan op etniciteit en zorg.

#### 2.1.5

##### *Leeftijdsverdeling (bijlagentabellen A2.5 en A2.6)*

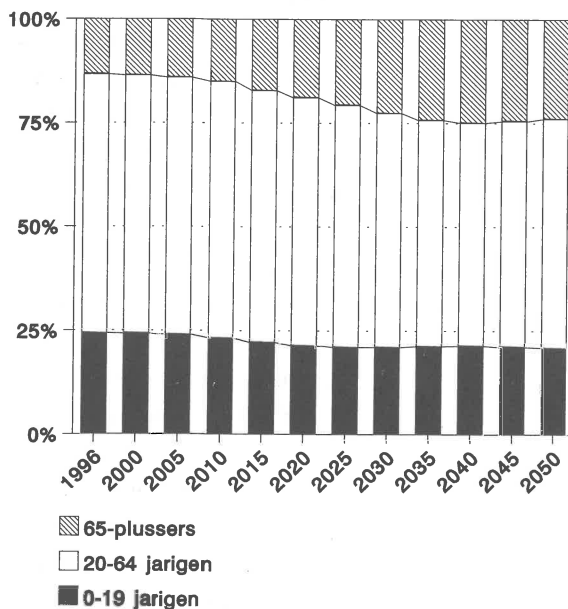
Wat de leeftijdsopbouw betreft is er een proces gaande van 'ontgroening' van de Nederlandse bevolking. Sinds de jaren zestig, toen 37% van de Nederlandse bevolking jonger dan 19 jaar was, loopt het percentage jongeren terug. Op 1 januari 1996 was 24,3% van de bevolking jonger dan 19 jaar. De verwachting is (volgens de CBS-bevolkingsprognose 1996, middenvariant) dat in de toekomst dit percentage nog verder zal dalen tot circa 21% in het jaar 2050 (figuur 2.4). Uit de huidige leeftijdsopbouw kan worden afgeleid dat, relatief gezien, de meeste inwoners tussen de 25 en 34 jaar zijn. Door deze veranderingen in de leeftijdsopbouw is de bevolkingspiramide geen piramide meer (figuur 2.3).

Gegeven het feit dat in de nieuwe bevolkingsprognose van het CBS (1997) de veronderstelling over de levensverwachting naar boven is bijgesteld en



Figuur 2.3 Leeftijdsopbouw naar geslacht per 1 januari 1996

Bron: CBS 1997.



Figuur 2.4 Samenstelling bevolking naar leeftijd vanaf 1996 tot 2050

Bron: Bevolkingsprognose 1996, middenvariant.



die over het gemiddelde kindertal naar beneden, zal de verwachte vergrijzing sterker zijn dan vermeld in de vorige uitgave van *Verpleging en verzorging in kaart gebracht*. Dit is vooral van belang in het kader van de zorgvraag. In het midden van de jaren zestig was 10% van de bevolking ouder dan 65 jaar. In 1996 bedroeg dit al 13%. In de komende tien jaar wordt echter niet verwacht dat er snelle groei plaatsvindt van het percentage 65-plussers (figuur 2.4). De verwachting is dat rond 2005 circa 14% van de bevolking ouder is dan 65 jaar. Daarna zal het aandeel 65-plussers wél sterk toenemen: omstreeks het jaar 2040 wordt een maximaal aantal 65-plussers verwacht, namelijk ongeveer 25% van de bevolking (CBS 1997). Voor wat betreft de dubbele vergrijzing moet worden opgemerkt dat ruim 23% van de 65-plussers ouder is dan 80 jaar. Dit percentage zal de komende jaren licht toenemen tot circa 25% in 2010.

Met het stijgen van de leeftijd neemt de mate van 'ervaren ongezondheid' toe (RIVM 1997). Er treden problemen op met algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) – vooral in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder – en het aantal langdurige aandoeningen stijgt naarmate de leeftijd hoger is (CBS 1996). De groep van 85 jaar en ouder, kenmerkt zich, als snelst groeiende deel van de Nederlandse bevolking, door een hoge prevalentie van ziekten en gestoorde lichaamsfuncties. In een recent onderzoek (Bootsma-Van der Wiel, Westendorp en Knook 1997) is het dagelijks functioneren onderzocht, alsmede de relaties tussen het dagelijks functioneren, gezondheid en zorggebruik. Het bleek dat ruim een kwart van de ouderen zelfstandig functioneerde zonder het gebruik van professionele hulp. Bijna de helft woonde zelfstandig. Vrijwel alle ouderen gaven één of meer problemen in de gezondheid aan. De meest voorkomende ziekten waren hart- en vaatziekten en gewrichtsaandoeningen. De meest voorkomende gezondheidsproblemen betroffen gehoor, cognitie en mobiliteit. Beperkingen in zelfverzorgende en huishoudelijke activiteiten hingen vooral samen met stoornissen in cognitie, visus en mobiliteit. Ze hingen minder samen met chronische ziekten en niet met gehoorstoornissen. Indien er tekorten zijn in de zelfzorg, worden die normaal gesproken opgevangen door familieleden, vrienden of kennissen, oftewel mantelzorg. Zoals ook uit de volgende paragraaf zal blijken, is er steeds minder mantelzorg beschikbaar. Hierdoor zal met name de druk op de thuiszorg – gezinszorg en wijkverpleging – toenemen.

### 2.1.6

#### *Burgerlijke staat*

Van alle inwoners in Nederland is in 1996 circa 45,5% gehuwd en 43,9% ongehuwd. Daarnaast is 5,7% verweduwd en 3,0% gescheiden. Er zijn enige verschillen tussen mannen en vrouwen: van de mannen is 2,1% verweduwd en van de vrouwen 9,2% (CBS 1997). Hierin is sinds begin jaren negentig vrijwel geen verandering opgetreden.

### 2.1.7

#### *Conclusie*

In de eerste plaats kan worden gesteld dat, evenals in de vorige uitgave van *Verpleging en verzorging in kaart gebracht* geconstateerd werd, het aantal geboorten afneemt en er sprake is van een toename in het aantal sterfgevallen. Als gevolg van een positief migratiesaldo zal de Nederlandse bevolking ook in de komende decennia blijven toenemen. Het afnemen van het aantal geboorten en een stijging van het aantal (poli)klinische bevallingen ten koste van het aantal thuisbevallingen, zal tot gevolg hebben dat de behoefte aan kraamzorg thuis waarschijnlijk zal afnemen. Verder is de vergrijzing van de Nederlandse bevolking van groot belang voor de verpleging en verzorging. Met de nieuwe, bijgestelde bevolkingsprognose blijkt deze sterker te zijn dan in de vorige uitgave werd verondersteld. Dit als gevolg van een hogere levensverwachting en een gemiddeld lager kindertal dan voorheen werd verwacht. Aangezien zowel de ervaren ongezondheid als het aantal aandoeningen toeneemt naarmate men ouder wordt, is dit een belangrijke ontwikkeling voor de behoefte aan (ouderen)zorg.

## 2.2

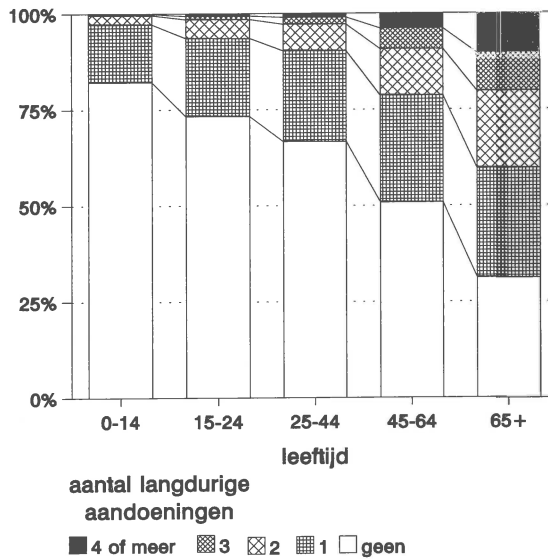
### **Epidemiologische ontwikkelingen**

#### 2.2.1

##### *Chronische aandoeningen (bijlagentabellen A2.7 en A2.8)*

Met het toenemen van de leeftijd neemt de kans op het hebben van meer dan één chronische aandoening toe. Dit blijkt onder meer uit een analyse van gegevens uit het Registratienet Huisartspraktijken (RNH) door Knottnerus en Metsemakers (1996): meer dan 40% van de 80-plussers bleek twee of meer chronische aandoeningen te hebben tegen ongeveer 2% van de personen onder de 40 jaar. Een en ander blijkt ook uit figuur 2.5: met de leeftijd wordt het risico op een chronische aandoening groter.

Veelvoorkomende chronische aandoeningen zijn CARA, reuma en diabetes mellitus. Relevant in het kader van de zorgvraag is een groeiend percentage



*Figuur 2.5 Aantal langdurige aandoeningen naar leeftijd*

Bron: CBS, statistisch jaarboek, 1997.

mensen met CARA: dit is tussen 1990 en 1995 met bijna 1,5% toegenomen (CBS 1996). Deze groei zal gedeeltelijk ook met de (dubbele) vergrijzing samenhangen. Uit tabel A2.7 blijkt dat langdurige aandoeningen aan de luchtwegen (astma, chronische bronchitis of CARA) met name in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder voorkomen.

Het percentage mensen met reuma (2,8%) en diabetes mellitus (2,0%) is in de afgelopen vijf jaar vrijwel constant gebleven. Reuma komt veel vaker bij vrouwen dan bij mannen voor en manifesteert zich met name in de leeftijdsgroep van 45 jaar en ouder (CBS 1996). Tussen 1991 en 1996 hebben zich verder geen grote veranderingen voorgedaan in aantallen chronisch zieken. Trendcijfers van het RIVM (1997) gelden over het algemeen de periode 1985-1994. In dit tijdsbestek zou de incidentie van zowel de insulineafhankelijke als niet-insulineafhankelijke vorm van suikerziekte zijn toegenomen. Een tweede verandering gedurende deze periode betreft een toename in de incidentie en prevalentie van astma onder kinderen en adolescenten, vooral onder meisjes. Als mogelijke oorzaken worden genoemd een meer vroegtijdige opsporing en een toegenomen gevoeligheid voor allergische stoffen.

Voor de toekomst, tot het jaar 2015, verwacht het RIVM (1997) als gevolg van ontwikkelingen in de bevolkingsomvang (op basis van de middenvariant van de CBS-bevolkingsprognose) wat betreft de bovengenoemde ziekten

een toename in de prevalentie van CARA en reuma van 25 tot 35% en van suikerziekte van 35 tot 45%. Deze sterkere toename dan de voorspellingen van het RIVM in 1993 zijn eerder te wijten aan de veranderde bevolkingsprognose van het CBS dan dat er sprake is van een epidemiologische ontwikkeling.

Een absoluut en relatief groter aantal chronisch zieken is van belang voor de vraag naar verpleging en verzorging. Naar alle waarschijnlijkheid zal de vraag naar (gespecialiseerde) verpleging toenemen.

In het 'Advies gespecialiseerde verpleegkundige zorg voor chronisch zieken' van de Nationale Commissie Chronisch Zieken (1995) werd al gepleit voor een specifieke afstudeerrichting chronisch zieken binnen de HBO-V ter verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening. Inmiddels is dit in het nieuwe onderwijsprogramma geïntegreerd (niveau 3, 4 en 5).

### 2.2.2

#### *Kanker*

Van belang ook voor de vraag naar verpleging en verzorging zijn de ontwikkelingen in het voorkomen van kanker. Vanaf 1990 geldt over het algemeen een stabilisering in het voorkomen van kanker. Voor gedetailleerde informatie over trends van langere perioden wordt verwezen naar de VTV van het RIVM (1997).

Tussen 0 en 74 jaar hebben mannen over het algemeen een hoger risico (31%) op het krijgen van kanker dan vrouwen (24%). Vanaf het 65e levensjaar doen zich bij mannen ongeveer tweemaal zoveel nieuwe gevallen van kanker voor dan bij vrouwen. Het hoogste (cumulatieve) risico voor mannen geldt ten aanzien van het krijgen van longkanker (9,0%), voor vrouwen is dat borstkanker (9,4%) (CBS 1996).

Voor de toekomst, in de periode 1994-2015, wordt voor verscheidene vormen van kanker een stijging verwacht (RIVM 1997). Deze stijging, variërend van 25% tot 60%, is vooral een gevolg van groei en vergrijzing van de bevolking, omdat kanker met name voorkomt onder oudere mensen. Hiermee zal ook de behoefte aan (gespecialiseerde) zorg toenemen.

### 2.2.3

#### *Infectieziekten (bijlagetabel A2.8)*

Ontwikkelingen in het voorkomen van infectieziekten worden door het RIVM beschreven gedurende de periode 1985-1994. Vanaf 1990 hebben zich geen grote wijzigingen in incidentie of sterfte voorgedaan die van invloed zijn geweest op de verpleging en verzorging. Tot het jaar 2015

wordt voor de meeste infectieziekten een geringer veranderingspercentage verwacht (van -5% tot 25%) dan voor de eerdergenoemde aandoeningen. Dit komt omdat veel infectieziekten meer gespreid over de leeftijden voorkomen.

Voor aids is de langdurige stijging van de incidentie bij mannen sinds 1990 verminderd, als gevolg van een dalend aantal nieuwe HIV-geïnfecteerden. De incidentie- en sterftecijfers van vrouwen zijn laag maar nemen toe (RIVM 1997). Het maximum aantal gemelde ziektegevallen (506) lijkt te zijn bereikt in 1992. Tot het jaar 2015 verwacht het RIVM een lichte daling van de incidentie en prevalentie van aids tot -5%. Omdat het aantal sterfgevallen nog steeds toeneemt zal de behoefte aan zorg voorlopig ook toenemen.

#### 2.2.4

##### *Conclusie*

In de afgelopen jaren hebben zich op epidemiologisch gebied geen grote veranderingen voorgedaan welke relevant zijn voor de verpleging en verzorging. Wel is op het terrein van chronisch zieken een lichte stijging van het percentage mensen met CARA gesignaleerd. Dit kan voor een deel worden toegeschreven aan de vergrijzing van de bevolking in ons land. Met het ouder worden neemt het risico op een chronische aandoening toe. Voor de toekomst wordt een sterke groei van het aantal mensen met een chronische ziekte verwacht. Dit is echter meer een gevolg van de nieuwe bevolkingsprognose dan dat er sprake is van een epidemiologische ontwikkeling. Hetzelfde geldt voor het voorkomen van kanker, waarbij nog hogere percentages worden genoemd, maar minder voor infectieziekten vanwege de spreiding onder de verschillende leeftijdsgroepen. Een en ander zal de behoefte aan (gespecialiseerde) verpleging en verzorging in de nabije toekomst sterk doen toenemen.

### 2.3

#### **Sociaal-culturele ontwikkelingen**

##### 2.3.1

##### *Opleiding, arbeid en inkomen*

Het gemiddelde opleidingsniveau in Nederland neemt nog steeds toe. In 1995 was zo'n 20% hoger opgeleid, in 1990 was dat circa 15% (SCP 1997). Toch blijkt van de mensen die zijn geboren na de Tweede Wereldoorlog 7 à 8% niet meer dan een basisopleiding voltooid te hebben.

De werkgelegenheid heeft zich gunstig ontwikkeld. De afgelopen twee jaren is er een kwart miljoen banen bijgekomen (SCP 1997). De geregistreerde werkloosheid is minder sterk afgenomen: met 46.000 tot 440.000 in 1996. Dit verschil komt door de groei van de beroepsbevolking, onder andere door schoolverlaters en herintredende vrouwen. Vooral de deelname door oudere vrouwen stijgt, al is deze volgens het SCP nog steeds laag. Het aantal flexibele contracten bedraagt nu 10% en deeltijdbanen 28% van de totale werkgelegenheid.

Het gemiddelde besteedbare inkomen van huishoudens daalde in de jaren negentig licht, terwijl de ongelijkheid toenam, onder meer als gevolg van een veranderende samenstelling van het huishouden (SCP 1997). Zo is volgens het SCP het besteedbare inkomen van echtparen sterk gestegen (door een toenemend aantal werkende vrouwen en daarmee het aantal twee-verdieners) en is het besteedbare inkomen van eenoudergezinnen afgenomen (het sociaal minimum stijgt niet evenredig met het nationaal inkomen). Ook bij ouderen zijn de verschillen tussen echtparen en alleenstaanden groter geworden. Het verschijnsel 'laag inkomen' onder ouderen is daarmee nagenoeg beperkt tot alleenstaanden (SCP 1997).

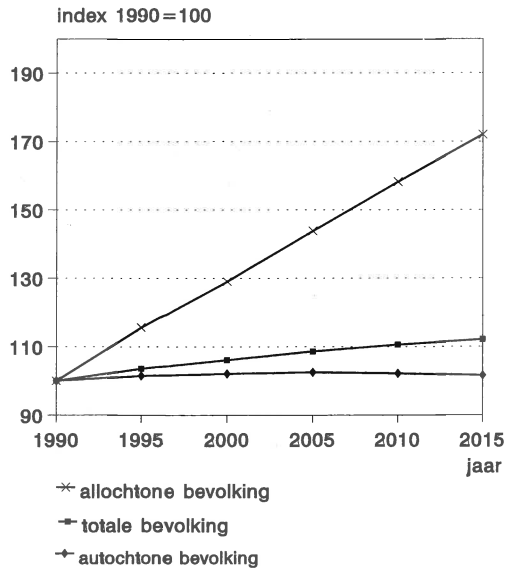
Bovenstaande gegevens zijn relevant voor de vraag naar zorg aangezien het SCP verbanden kon aantonen tussen deelfactoren van het zogenaamd 'laag geklasseerd zijn' (een lage opleiding, een geringe arbeidsdeelname en een laag inkomen) en de behoefte aan c.q. het ontvangen van zorg. Deze factoren zouden ieder voor zich, maar ook bij elkaar opgeteld, leiden tot een grotere behoefte aan zorg. Het feit dat het opleidingsniveau en de werkgelegenheid zich gunstig ontwikkelen zou dus kunnen betekenen dat de behoefte aan zorg afneemt dan wel stabiel blijft. Zorgwekkend in dit kader is evenwel de toenemende inkomensongelijkheid tussen paren en alleenstaanden, temeer daar verwacht wordt dat het aantal alleenstaanden in de (nabije) toekomst sterk zal toenemen (zie ook: huishoudenssituatie). Hoe een en ander zich laat vertalen in de vraag naar zorg is moeilijk vast te stellen.

### 2.3.2

#### *Allochtone bevolking (bijlagentabellen A2.9 en A2.10)*

In de afgelopen jaren is het aantal allochtone mensen zowel absoluut als relatief toegenomen (tabel A2.9). Uit deze tabel blijkt dat in 1996 circa 17% van de bevolking in Nederland van niet-Nederlandse afkomst is tegen circa 15% in 1990. Hierbij is uitgegaan van een zogenaamde 'ruime definitie': de persoon zelf en/of één van beide ouders is in het buitenland geboren (CBS 1997). Er is een groot verschil in de groei tussen autochtone en allochtone

mensen (figuur 2.6). De autochtone bevolking is gegroeid met bijna 2%, terwijl de allochtone bevolking is toegenomen met 18%. Binnen de allochtone bevolking neemt het aantal Turken en Marokkanen het snelst toe. In het jaar 2015 verwacht het CBS (middenvariant) bijna 4 miljoen allochtone personen (ruime definitie) tegen 2,5 miljoen in 1996. In figuur 2.6 wordt de groei van de (allochtone en autochtone) bevolking zichtbaar. Ook onder de oudere mensen vormen Turken en Marokkanen een sterk groeiende groep. Eind jaren zestig zijn zij in het kader van de arbeidsmigratie naar Nederland gekomen. Kürkçü en Kloosterboer (1996) schatten het aantal op 40.000 ouderen maar geven daarbij als kanttekening dat deze schatting waarschijnlijk aan de lage kant is (het CBS registreerde op 1 januari 1996 48.012 Turkse en Marokkaanse 50-plussers). Gesteld wordt dat het aantal allochtone ouderen zich in een periode van enkele jaren zal verdubbelen. Momenteel bevindt de meerderheid van hen zich in de leeftijdsklasse van 50-65 jaar. Tweederde van de 50-plussers bestaat uit mannen (zij zijn als arbeidsmigrant naar Nederland gekomen), daarentegen is tweederde van de 65-plussers vrouw: veel moslims hebben hun moeder naar Nederland gehaald om haar te kunnen verzorgen (Kürkçü en Kloosterboer 1996). Jaarcijfers van het aantal allochtone ouderen zijn volgens het CBS pas beschikbaar sinds 1995. Trendgegevens zijn derhalve nog niet voorhanden. Prognosecijfers daarentegen wel: in tabel A2.10 worden cijfers gepresenteerd van het aantal allochtone ouderen (65-plussers en 75-plussers) in het jaar 2000 en 2010 (Kippersluis-Verbij en De Gouw 1996). Uit deze tabel blijkt dat het aantal allochtone (oude) ouderen het komende decennium sterk zal stijgen. Hiermee zal de zorgbehoefte stijgen, niet alleen vanwege de vergrijzing van deze groep, maar ook vanwege hun slechte gezondheid (Beljaarts 1997). In verschillende onderzoeken (zie o.a. Beljaarts 1997) wordt gewezen op een slechtere gezondheidstoestand van allochtone ouderen vergeleken met die van hun autochtone leeftijdgenoten. Daarbij is het volgens Kippersluis-Verbij en De Gouw (1996) niet te verwachten dat de 75-plussers in het jaar 2010 hun cultuurspecifieke wensen en opvattingen zullen loslaten. Bij het ouder worden zouden cultuur, tradities en gewoonten juist belangrijker worden. Zij wijzen dan ook op de noodzaak voor specifiek op allochtonen gerichte zorgverlening waarbij 'de mogelijkheden die het zorgvernieuwingsbeleid biedt, gecombineerd met de inzet van allochtone medewerkers optimaal benut dienen te worden'. In verscheidene publicaties (Rode 1995; Kippersluis-Verbij en De Gouw 1996; Beljaarts 1997; Dahhan 1997; Eggen 1997) wordt gewezen op een



*Figuur 2.6  
Groeï (allochtone en autochtone) bevolking*

afwijkende zorgbehoefte en/of een (geringere) uitgesproken zorgvraag van allochtone ouderen ten opzichte van autochtone ouderen.

Op basis van de beschikbare gegevens is het echter moeilijk om vast te stellen of er sprake is van onder- dan wel overconsumptie. Wel is bijvoorbeeld de gezinszorg bij allochtone ouderen van een andere aard dan de gezinszorg bij oudere Nederlanders; bij oudere Nederlanders is de gezinszorg bedoeld voor het opvullen van lacunes in de mantelzorg, bij (een deel van) de allochtone ouderen voor het verlichten van de werkdruk in grote gezinnen (Kippersluis-Verbij en De Gouw 1996). Harde uitspraken op basis van onderzoeksgegevens ten aanzien van het gebruik van zorg zijn nog niet mogelijk. Kippersluis-Verbij en De Gouw (1996) vermoeden ten aanzien van gebruik van voorzieningen voor verzorging en verpleging een onderconsumptie voor iedere vijfjaarscategorie in vergelijking met Nederlandse ouderen in dezelfde leeftijdscategorieën. Ook zouden allochtone ouderen slecht op de hoogte zijn van voorzieningen voor ouderen in de thuiszorg. Onbekendheid met deze voorziening wordt een mogelijke verklaring genoemd. Wat betreft verpleeg- en verzorgingshuizen ontbreken landelijke cijfers over het gebruik, maar uit praktijkbeschrijvingen blijkt dat dit laag is. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat het aantal ouderen op dit



moment nog gering is. Bovendien rekenen veel allochtone ouderen op hulp van hun kinderen en denkt een deel aan remigratie.

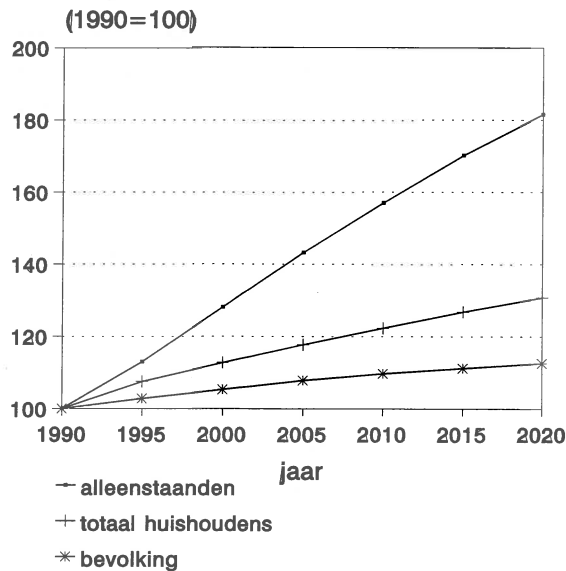
### 2.3.3

#### *Huishoudenssituatie (bijlagetabellen A2.11, A2.12 en A2.13)*

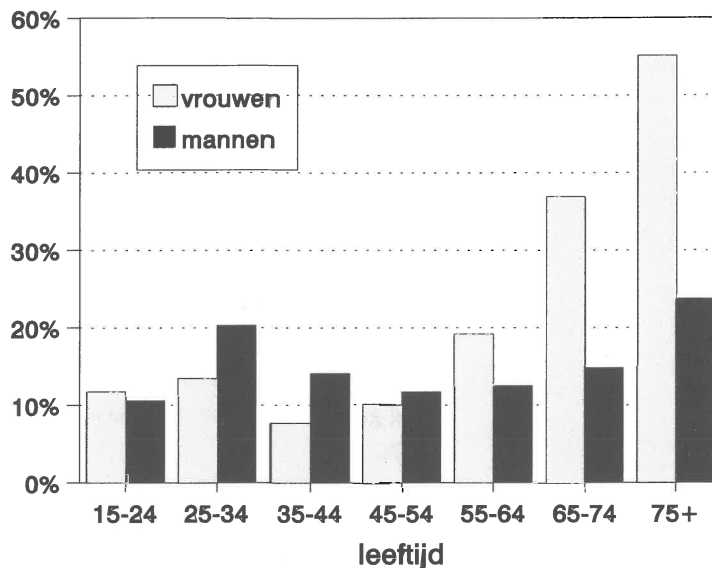
De afgelopen jaren, maar ook de komende decennia, groeit het aantal huishoudens sneller dan het aantal inwoners in Nederland (CBS 1996). De oorzaak hiervan is dat steeds meer mensen alleen wonen (figuur 2.7). Een op de zeven mensen van 18 jaar en ouder voert een huishouden alleen en voorziet dus zelf in de dagelijkse levensbehoeften. Hun aantal stijgt van nog geen 2 miljoen in 1990 via ruim 2 miljoen nu naar 3,3 miljoen in het jaar 2020.

De groep alleenstaanden is een diverse groep. Tot 45 jaar zijn de meeste alleenstaanden nooit getrouwd geweest. De groep van 45 tot 64 jaar daarentegen bestaat voor een groot deel uit gescheiden mensen. Vanaf 65 jaar zijn alleenstaanden meestal weduwe of weduwnaar. Tot 55 jaar zijn er meer mannelijke dan vrouwelijke alleenstaanden, daarna wordt het aandeel vrouwen steeds groter (figuur 2.8).

Het percentage ouderen dat gebruikmaakt van de diensten van wijkverpleging en gezinszorg is bij alleenstaanden aanzienlijk hoger dan bij leden van (echt)paren (CBS 1996). Als een partner ontbreekt zal eerder professionele hulp worden ingeroepen. Van de oudere alleenstaanden



Figuur 2.7 Groei van bevolking en huishoudens 1990-2020



Figuur 2.8 Aandeel van alleenstaanden in de bevolking

Bron: CBS, huishoudensprognose, 1996.

maken in het algemeen meer vrouwen gebruik van deze voorzieningen dan mannen (tabel A2.11). In de jongere leeftijdsgroepen is er over het algemeen weinig verschil tussen alleenstaanden en leden van paren wat betreft het gebruik van zorgvoorzieningen.

Dit geldt ook voor wat betreft het al dan niet moeite hebben met dagelijkse handelingen, zoals gaan zitten en opstaan, wassen, eten en drinken, en dergelijke. Vanaf 55 jaar stijgt het percentage dat een of meer van de dagelijkse handelingen niet of slechts met moeite kan uitvoeren snel (tabel A2.12)

Opvallend is dat oudere alleenstaanden veel vaker problemen hebben met deze handelingen dan leden van paren. Dit verschil is bij vrouwen nog groter dan bij mannen. Het feit dat bij hoogbejaarden relatief meer alleenstaande vrouwen voorkomen dan bij jongere bejaarden zal hierbij een rol spelen. Daarbij kunnen in veel gevallen partners elkaar hulp bieden.

Tabel A2.13 heeft betrekking op de hulp die een huishouden ontvangt in de vorm van verpleging, persoonlijke verzorging en/of huishoudelijke hulp. Ook hier geldt dat tot de leeftijd van 55 jaar de verschillen tussen alleenstaanden en leden van paren gering zijn. Alleenstaanden van 55 jaar en ouder ontvangen veel vaker van derden in de sfeer van verpleging, persoonlijke verzorging of huishoudelijk werk dan de huishoudens van leden

van paren van dezelfde leeftijd. Dit geldt zowel voor mantelzorg als voor hulp van instellingen en particulieren. Drie van de vier alleenstaanden van 75 jaar en ouder ontvangen hulp van derden; dit geldt voor slechts de helft van de paren van dezelfde leeftijd.

Geconcludeerd kan worden dat met een groeiend aantal oudere alleenstaanden de vraag naar thuiszorg en institutionele ouderenzorg zal toenemen.

#### 2.3.4

##### *Emancipatie, mondigheid en mantelzorg*

Vrijblijvendheid en onverschilligheid, ontworteling en normloosheid, eigenbelang in plaats van solidariteit, een tijd van 'ieder voor zich en de overheid voor ons allen'. Zijn het uitspraken (in: Bovens en Hemerijck, red. 1996) van alleen cultuurpessimisten of bevatten ze ook een kern van waarheid? Het valt in ieder geval niet te ontkennen dat er sprake is van een toenemende individualisering in onze samenleving. Traditionele waarden, normen en idealen vervagen en zouden daarmee de pijlers onder het vrijwilligerswerk wegslaan (Renooy 1996). Hierbij moet worden opgemerkt dat, hoewel de grenzen niet scherp zijn (Renooy 1996), vrijwilligerswerk niet hetzelfde is als informele hulp, burenhulp en mantelzorg. Wat vrijwilligerswerk betreft wordt door Renooy in de loop van de tijd (vanaf ongeveer de jaren tachtig) geen schokkende daling gezien van het aantal vrijwilligers, wel een verschuiving in leeftijd en arbeidsdeelname: steeds meer ouderen en minder jongeren, en minder werkenden en meer werklozen, begeven zich op het terrein van het vrijwilligerswerk.

Volgens het RIVM (VTV 1997) wordt de informele verpleging en verzorging in omvang nog vaak onderschat. Ruim 11% van de volwassen Nederlanders geeft regelmatig hulp aan mensen die bepaalde handelingen ten gevolge van ziekte of ongeval niet kunnen verrichten. Ruim de helft van personen van 16 jaar en ouder met beperkingen ontvangt bij de dagelijkse bezigheden uitsluitend informele hulp van familie, burens, vrienden of kennissen. Ook in het geval van ernstige beperkingen is het ontvangen van informele zorg hoog (RIVM 1997).

Ontwikkelingen als een groeiend aantal (hulpbehoevende) hoogbejaarden enerzijds en de tendens om langer thuis te (moeten) blijven wonen ongeacht leeftijd, handicap of ziekte anderzijds doen de vraag naar mantelzorg alleen maar toenemen. Wellicht ten overvloede kan nog worden vermeld dat ook het beleid van de overheid gericht is op substitutie van zorg in de richting van de thuiszorg. Helaas ontbreken om waarschijnlijk redenen van

onderzoekstechnische aard, gegevens over (ontwikkelingen in) het aantal mantelzorgers. Mantelzorg wordt voornamelijk door vrouwen verleend (zie *Verpleging en verzorging in kaart gebracht* 1997). Een toenemende arbeidsparticipatie onder vrouwen – van 35% in 1987 via 39% in 1990 naar 45% in 1996 (De Vries 1997) – zou deze vorm van informele zorg wel eens in gevaar kunnen brengen. In een recentelijk uitgebrachte nota van de Tweede Kamer (1997) over de thuiszorg worden daarnaast als ‘mantelzorgonderdrukkende’ ontwikkelingen genoemd: het dalende kindertal, de groter wordende maatschappelijke mobiliteit (‘de mantelzorgers van heden wonen niet meer om de hoek’) en een toenemend aantal echtscheidingen, waardoor kinderen vaker voor twee gescheiden van elkaar wonende bejaarde ouders moeten zorgen. Een gunstige ontwikkeling voor de nabije toekomst (2010) is het feit dat er omstreeks het jaar 2010 het aantal jong-gepensioneerden aanzienlijk zal toenemen. Dat betekent dat een grote, nog vitale groep mensen de dan vrijgekomen tijd voor een deel zal kunnen inzetten voor mantelzorg of vrijwilligerswerk. Een conclusie ten aanzien van het aantal mantelzorgers wordt hieraan niet verbonden. Voor de komende tien jaar wijzen bovengenoemde maatschappelijke ontwikkelingen echter eerder op een afnemend dan een groeiend aantal mantelzorgers. Bovendien, ‘ook al blijft het aanbod aan mantelzorg gelijk, dan nog zal dit de groeiende vraag niet geheel kunnen opvangen’ (Tweede Kamer 1997). Aanvulling zal dus gezocht moeten worden in professionele thuiszorg.

Een feit van geheel andere aard dat de vraag naar thuiszorg zal doen toenemen, is, zo blijkt uit verschillende symposiumbijdragen over mantelzorg (Cox, Groen, Stoop, red. 1996), dat mantelzorgers zelf behoefte hebben aan zorg, namelijk in de vorm van een ‘achterwachtfunctie’ van professionele hulpverleners (Groen 1996). Geconstateerd wordt dat thuiszorgorganisaties nog te weinig inspelen op deze behoefte.

Ten slotte dient opgemerkt te worden dat de ‘mondiger wordende patiënt’ (vertegenwoordigd door een opkomend aantal patiënten- en cliëntenorganisaties) meer de aard van de (thuis)zorg (een flexibeler aanbod en meer continuïteit van zorg) dan de omvang zal beïnvloeden. Trappenberg 1977: ‘De mondiger wordende consument is niet zo dol op gedokter als de dokter denkt.’

Geconcludeerd kan worden dat, los van demografische en epidemiologische ontwikkelingen, ook als gevolg van sociaal-culturele ontwikkelingen, de vraag naar, met name, thuiszorg toeneemt. De Tweede Kamer (1997) gaat op dit moment uit van een totaal groeipercentage van 2,2% op basis van

rekenmodellen van het SCP waarbij ook rekening is gehouden met een toenemende zorgzwaarte.

### 2.3.5

#### *Conclusie*

Op het gebied van sociale en culturele ontwikkelingen is een aantal aspecten van belang voor verpleging en verzorging. Zo is het aantal (oudere) alleenstaanden de afgelopen jaren toegenomen en zal voorlopig ook blijven toenemen. Met name alleenstaanden van 55 jaar en ouder hebben meer behoefte aan hulp in de sfeer van verpleging en verzorging van derden dan leden van paren van dezelfde leeftijd. Daarbij zijn de verschillen in inkomen tussen (oudere) echtparen en alleenstaanden toegenomen. De gevolgen hiervan voor de behoefte aan zorg zijn moeilijk vast te stellen, maar zullen, als deelfactor van het zogenaamd 'laag geklasseerd zijn', de behoefte aan zorg eerder doen toe- dan afnemen. Gevoegd bij het feit dat het (toekomstig) aanbod aan mantelzorg de groeiende vraag naar (thuis)zorg niet zal kunnen opvangen, zal de behoefte aan thuiszorg, maar ook aan institutionele ouderenzorg, blijven toenemen. Daarbij is een geheel andere ontwikkeling gesignaleerd, te weten een groeiende behoefte van mantelzorgers zelf aan professionele ondersteuning. Dit is met name een vraag gericht aan de thuiszorg.

Een vijfde ontwikkeling van belang voor de verpleging en verzorging is die van een sterk groeiend aantal allochtone ouderen. Als gevolg hiervan en het feit dat deze groep een slechtere gezondheid heeft dan autochtone ouderen is de verwachting dat de behoefte aan zorg zal stijgen. Signalen van onderconsumptie van verzorging en verpleging doen vermoeden dat dit niet gepaard zal gaan met een evenredige toename van de zorgvraag. Onder meer een grotere bekendheid met gezondheidszorgvoorzieningen in het algemeen en voorzieningen voor kraam-, gezins- en ouderenzorg in het bijzonder zal een punt van aandacht moeten zijn voor met name de eerstelijnszorg. Verder zal vooralsnog aandacht dienen te worden geschonken aan de aard van verpleging en verzorging in de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Vooral de inzet van allochtone verplegenden en verzorgenden zal drempelverlagend werken.

Een ontwikkeling van geheel andere aard is die binnen de mantelzorg. Mantelzorgers zouden zelf zorg behoeven in de vorm van een 'achterwacht' door professionele hulpverleners.

Resumerend kan gesteld worden dat, los van demografische en epidemiologische ontwikkelingen, ook sociaal-culturele ontwikkelingen de vraag naar met name thuiszorg doen toenemen.

## 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 de tekst 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' van een zorginstelling aangeduid) is in dit kader beschreven in termen van aantal opnamen, dagopnamen, verpleegdagen, cliënten, enzovoort. Hiertoe is hoofdzakelijk gebruikgemaakt van het rapport van de onderzoekscommissie De Vries (1997) getiteld 'Gezondheidszorg in Tel 5' (GiT 5). Daar waar andere bronnen zijn gebruikt, zullen deze worden genoemd. Gedetailleerde informatie is te vinden in de tabellen A2.14 tot en met A2.30 in de bijlage. Om de groei van de 'productie' van verpleging en verzorging te kunnen vergelijken met de algehele groei binnen de gezondheidszorgsector zijn ook deze gegevens in de tabellen opgenomen.

#### 2.4.1

##### *Ziekenhuiszorg (bijlagentabellen A2.14, A2.15 en A2.16)*

In de ziekenhuiszorg kan men de volgende drie categorieën onderscheiden: algemene, academische en categorale ziekenhuizen (onder andere revalidatiecentra). Ziekenhuizen kennen twee functies: de behandel- en de verpleegfunctie. De behandel functie kenmerkt zich door diagnostische en therapeutische verrichtingen, zowel klinisch als poliklinisch. De verpleegfunctie bestaat uit de verpleging en verzorging van klinische en dagbehandelingspatiënten. Het aantal patiënten in ziekenhuizen omvat het aantal opnamen, dagopnamen en (eerste) polikliniekbezoeken. De zorgintensiteit per verpleegdag hangt samen met het aandeel 65-plussers en de verkorting van de gemiddelde ligduur.

Het aantal *verpleegdagen in dagopname* heeft in de voorgaande jaren een spectaculaire groei gekend. In 1996 bedroeg de stijging van het aantal dagopnamen 5,7% in algemene ziekenhuizen en 9,2% in academische

ziekenhuizen. Wat betreft de revalidatiecentra is geen uitsplitsing gemaakt naar verpleging en verzorging. Over het algemeen wordt de klinische opname steeds vaker vervangen door een dagopname. Voor de komende jaren (1997-2002) wordt een groei verwacht in het aantal dagopnamen in algemene ziekenhuizen van 7,2% per jaar; in academische ziekenhuizen 3,8%. In dit kader kan tevens de ontwikkeling van transmurale verpleegkundige zorg worden genoemd. Een voorbeeld hiervan is het bestaan van transmurale spreekuren. Zo zijn in een onderzoek van Temmink, e.a. (1998) 78 transmurale verpleegkundige spreekuren voor chronisch zieken getraceerd. Deze spreekuren zijn over het algemeen bedoeld voor patiënten die vragen hebben over hun ziekte en hoe ze daarmee om kunnen gaan. De meeste patiënten zijn doorverwezen door een medisch specialist. Het aantal *verpleegdagen in de kliniek* daalt reeds vele jaren. De belangrijkste oorzaak is het gestaag dalen van de gemiddelde verpleegduur per opname voor elke leeftijdscategorie. Zo is in 1996 het aantal klinische verpleegdagen in algemene ziekenhuizen gedaald met ruim 2,2% en in academische ziekenhuizen met 0,5%. In totaal wordt ook voor de komende jaren in algemene en academische ziekenhuizen respectievelijk een daling van 2,0% en 1,2% per jaar verwacht.

Wat betreft het totaal aantal verpleegdagen, zowel dagopnamen als klinische verpleegdagen, wordt in de periode 1997-2002 per jaar een daling verwacht van 1,4% in algemene ziekenhuizen en 1,0% in academische ziekenhuizen.

Door de kortere verpleegduur neemt het aantal *intensieve verpleegdagen* toe. Ook een groeiend aandeel van de 65-plussers in het totaal van de verpleegdagen betekent een verzwaring van de zorg. Gemiddeld hebben de 65-plussers meer tijd nodig voor het wassen, eten en toilet bezoeken. Deze twee aspecten van de verzwaring zijn verwerkt in een hulpindex, welke per jaar gemiddeld zal stijgen met 1,7% in algemene ziekenhuizen en 1,4% in academische ziekenhuizen.

Wanneer de ontwikkelingen in het aantal verpleegdagen en in de verzwaring per verpleegdag bij elkaar worden opgeteld, resulteert dat in een groei van de 'productie' van verpleging en verzorging in algemene ziekenhuizen van 0,2%, in academische ziekenhuizen zal dat 0,4% bedragen. Het aantal verpleegdagen zal minder snel dalen, voornamelijk als gevolg van het toenemend aantal ouderen met een lange en intensieve verpleegduur en het grotere aantal opnamen. Voor de revalidatiecentra wordt over de hele linie een groei verwacht van 4,2%.

#### 2.4.2

##### *Geestelijke gezondheidszorg (bijlagetabellen A2.17-A2.20)*

In de geestelijke gezondheidszorg zijn 'productie'ontwikkelingen beschreven voor psychiatrische ziekenhuizen, de ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's) en de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen.

Wat betreft de *psychiatrische ziekenhuizen* kan de zorg in drie deelgebieden worden onderscheiden. Ten eerste de kliniek waar mensen soms voor enkele weken, soms voor enkele jaren worden opgenomen. Ten tweede zijn er mensen die enkele dagen per week voor een aantal uren per dag naar het ziekenhuis komen voor deeltijdbehandeling en ten derde is er de polikliniek waar patiënten met een zekere regelmaat langskomen voor therapie of medicatie.

Het aantal klinische opnamen is de laatste jaren gestaag gestegen. Deze groei komt voort uit de opkomst van de kortdurende opname, korter dan drie maanden. De meeste patiënten die worden opgenomen zijn in de leeftijd van 20 tot 45 jaar. Als gevolg van een lichte daling van de omvang van deze voor de psychiatrie belangrijke groep is de demografische druk lichter geworden. Het totaal aantal verpleegdagen daalt reeds jaren, wat ook in deze sector duidt op een toenemende extramuralisering van de zorg. Aan de andere kant stijgt het aantal verpleegdagen van specifieke zorg-intensievere groepen patiënten (forensische patiënten, gedragsgestoorde patiënten, e.d) en van de relatief zorgintensievere categoriale zorg (verslavingszorg, kinder- en jeugdpsychiatrie). Hierdoor neemt de intensiteit van een verpleegdag toe. In zijn totaliteit wordt voor de klinische zorg een daling van 0,2% per jaar (1997-2002) geraamd.

De deeltijdbehandeling daarentegen is een sterk groeiend onderdeel van de 'productie' in psychiatrische ziekenhuizen. Net als in de andere sectoren is dit een teken van extramuralisering van de intramurale gezondheidszorg. Het aantal deeltijdopnamen is de laatste jaren veel harder gestegen dan het aantal behandelingsdagen. Het gevolg hiervan is dat het aantal behandelingsdagen per patiënt is gedaald (extensivering van zorg). In totaal wordt voor de deeltijdbehandeling een groei van 6,6% verwacht.

Voor wat betreft de psychiatrische ziekenhuizen, wordt een stijging verwacht van 13,5% ten aanzien van poliklinische zorg. Dit heeft te maken met de bevolkingsgroei en met het feit dat van de poliklinische bezoekers geen leeftijdsverdeling bekend is (bij de klinische zorg en deeltijdbehandeling werd steeds rekening gehouden met een afnemende demografische druk vanwege een in omvang afnemende groep 20-45 jarigen).



In totaal wordt voor de psychiatrische ziekenhuizen een groei verwacht van 1,9% per jaar tot het jaar 2002.

Een ander deel van de GGZ is de regionale geestelijke gezondheidszorg. In Nederland zijn 57 RIAGG's met ieder een eigen verzorgingsgebied. Daarnaast zijn er enkele gespecialiseerde, landelijk werkende instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. Hulpverlening, preventie en dienstverlening zijn de kerntaken van de RIAGG's. De demografisch bepaalde vraag (de meeste mensen die gebruikmaken van de diensten van RIAGG's zijn tussen de 30 en 39 jaar) is de afgelopen jaren met jaarlijks 0,8% toegenomen. De ontwikkeling in het aantal nieuwe inschrijvingen en verstrekte contacten laat een afname in de groei zien. Het aantal uren dienstverlening en preventie (pas vanaf 1990 systematisch geregistreerd) is in deze periode sterk toegenomen. Er is echter sprake van extensivering van zorg: de duur van een verstrekt contact is de laatste jaren steeds korter geworden. Met een verschuiving in de aard van de verstrekte contacten wordt op basis hiervan een daling verwacht. In totaal wordt voor de komende jaren een groei van 3,1% verwacht voor wat betreft de 'productie' van de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

*Medische kindertehuizen (MKT's) en medische kleuterdagverblijven (MKD's)* bieden behandeling aan respectievelijk kinderen en jeugdigen van 0-16 jaar en zeer jonge kinderen in de leeftijd van 1,5 tot 7 jaar bij wie sprake is van een bedreiging dan wel verstoring van hun lichamelijke en/of geestelijke gezondheid. In Nederland zijn 13 MKT's en 51 MKD's. Het aantal opnamen in de MKD's en het aantal verpleegdagen is in de afgelopen jaren in ongeveer gelijke mate gestegen. Voor de periode 1996-2000 wordt voor de MKD's een stijging van 2,2% per jaar verwacht. Het aantal opnamen en verpleegdagen in de MKT's daarentegen is de afgelopen periode fors gedaald. Per opname is het aantal verpleegdagen echter gestegen. Gemiddeld wordt voor de komende jaren een daling verwacht van 2,5% per jaar.

Voor de gehele sector geestelijke gezondheidszorg wordt een jaarlijkse groei verwacht van 2,3%.

### 2.4.3

#### *Gehandicaptenzorg (bijlagentabellen A2.21-A2.24)*

Voorzieningen voor mensen met een handicap zijn op te delen in intramurale voorzieningen (instellingen voor verstandelijk en zintuiglijk gehandicapten) en semi-murale voorzieningen (dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen).

Allereerst de *intramurale* voorzieningen. Omdat er in Nederland geen bevolkingsregistratie bestaat van verstandelijk gehandicapte mensen bleek het niet mogelijk om op basis van de demografie uitspraken te doen over de vraag. Ten aanzien van de trend in gebruik zijn twee opvallende aspecten op te merken (De Vries 1997). Ten eerste groeit het aantal bewoners sneller dan de bevolking. Dit is (mede) te verklaren door politieke beslissingen om het aantal plaatsen in instellingen voor verstandelijk gehandicapten langzaam uit te breiden, sneller dan de bevolkingsgroei. De tweede trend is die van een tijdelijke opname. Om de familie of reguliere verzorgers te ontlasten bij ziekte, vakantie of een crisissituatie worden verstandelijk gehandicapten voor een weekend of een paar weken opgenomen. In de afgelopen jaren is het totaal aantal opnamen met circa 15,7% per jaar toegenomen. Daarbij is de zorg voor verstandelijk gehandicapten de laatste jaren geïntensiveerd: er wordt meer met hen ondernomen in de vorm van dagactiviteiten. Ook de vergrijzing vraagt om een intensivering. Een deel vloeit ook voort uit beslissingen van het veld zelf en de overheid, zoals de kleinschaliger woonvoorzieningen. Dit leidt tot een verhoogde behoefte aan verzorgend en verplegend personeel. Alles bij elkaar wordt, wat betreft de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten, tot het jaar 2002 de groei geraamd op 2,6% per jaar.

Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten zijn te onderscheiden in instellingen voor auditief gehandicapten en voor visueel gehandicapten (van beide instellingen zijn er zes in Nederland). De meeste personen die worden opgenomen zijn onder de 19 jaar. Juist van deze leeftijdsgroep is de omvang de afgelopen jaren afgenomen. Het aantal opnamen (trend) is fors gestegen. Het totaal aantal verpleegdagen daalt daarentegen al sinds jaren. De vraagvolume van deze instellingen zal de komende jaren dalen met 0,6% per jaar.

*Semi-murale* voorzieningen voor gehandicapten kunnen worden verdeeld in voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten, voor lichamelijke gehandicapten en voor meervoudig gehandicapten. Deze voorzieningen kunnen weer verdeeld worden in woonvoorzieningen (GVT's en KGVT's) en dagbestedingsvoorzieningen (DVO's, KDV's en AC's). In 'Gezondheidszorg in Tel' zijn deze voorzieningen als één geheel bekeken.

Er is gekeken naar de groei van de verzorgingsdagen, waarbij de zorgintensiteit een belangrijke rol speelt. Wat betreft de woonvoorzieningen is de zorgintensiteit de laatste jaren toegenomen. Dit is deels het gevolg van de vergrijzing en andere populatiefactoren, deels ook door het kleinschaliger wonen. Gevoegd bij het feit dat het aantal verzorgingsdagen groeiende is,

wordt voor de komende jaren rekening gehouden met een hogere 'productie', namelijk 3,6% per jaar. Het aantal dagen van de dagbesteding is de afgelopen jaren ook sterk gegroeid. Wanneer de woonvoorzieningen en dagbestedingen tezamen worden bekeken, wordt in de semi-murale gehandicaptenzorg per jaar een groei verwacht van 3,3%.

#### 2.4.4

##### *Verpleeghuizen (bijlagetabellen A2.25 en A2.26)*

Verpleeghuisbewoners kunnen in een somatische en een psychogeriatrische categorie ingedeeld worden. Ook bestaat er onderscheid tussen klinisch opgenomen bewoners en mensen in dagbehandeling. Naast deze vier 'zorgproducten' is er de ontwikkeling in zorgintensiteit. Deze is met behulp van een index in kaart gebracht (De Vries 1996). Wat niet aan 'productie' is meegenomen zijn: substitutiezorg en diverse vormen van extramurale zorg (24-uursbereikbaarheidszorg, ergotherapie, thuiszorg, enzovoort). Het bleek lastig om hiervoor 'productiecijfers' te berekenen.

Wat betreft de trend van de afgelopen jaren zijn er verschuivingen gesignaleerd in de leeftijd van mensen die gebruikmaken van verpleeghuiszorg: er treedt een duidelijke verschuiving, met name in de psychogeriatric, naar de hoogste leeftijdscategorie: de 85-plussers. De trend is dat een somatische opname in een verpleeghuis steeds korter duurt of dat er zelfs vanaf wordt gezien. De thuiszorg en de verzorgingshuizen verlenen dan de benodigde zorg. Het totaal aantal psychogeriatrische verpleegdagen neemt daarentegen sterk toe. De hulpindex die de zorgintensiteit weergeeft, stijgt al geruime tijd. Die van de psychogeriatrische bewoners groeit het sterkst. Voor de toekomst wordt de totale groei van *klinische verpleeghuiszorg* geraamd op 1,8% groei per jaar (1997-2002).

Wat de *dagbehandelingen* betreft wordt daar per 1000 inwoners steeds meer gebruik van gemaakt. De groei wordt slechts voor een deel verklaard uit de demografie. Ook voor de nabije toekomst wordt een sterke groei verwacht: 6,0% per jaar, waarbij de meeste groei voor rekening komt van de psychogeriatrische dagbehandeling (9,3% tegen 2,9% van de somatische dagbehandeling).

In totaal, de klinische zorg en de dagbehandelingszorg bij elkaar opgeteld, wordt een jaarlijkse groei in gebruik verwacht van 2,1%.

#### 2.4.5

##### *Verzorgingshuizen (bijlagentabellen A2.27 en A2.28)*

Verzorgingshuizen zijn actief op het raakvlak van wonen en zorg. In de loop van de tijd hebben zij zich steeds meer ontwikkeld van woonvoorzieningen tot zorginstellingen. Verschillende factoren liggen hieraan ten grondslag: veranderingen in de wensen en behoeften van ouderen, maar ook bijvoorbeeld een gewijzigd overheidsbeleid en een in relatie tot de zorgvraag beperkte opnamecapaciteit van verpleeghuizen. Verzorgingshuizen bieden intramurale en extramurale 'producten'. Intramuraal gebruik verwijst naar het aantal bewoners, extramuraal naar een aantal producten, zoals maaltijdverstrekking.

Over de afgelopen periode is wat betreft de *intramurale zorg* het aantal bewoners met jaarlijks 1,8% afgenomen. Op basis van demografische ontwikkelingen zou juist een groei verwacht mogen worden. Dit is echter niet het geval vanwege 'afbouwing van capaciteiten': een gevolg van budgettaire neutraal renoveren of verbouwen.

De zorgintensivering is toegenomen: gemiddeld met 0,6% per jaar. Tezamen met een teruglopend aantal bewoners is de afgelopen jaren het gebruik afgenomen met jaarlijks 1,3%. Op basis hiervan wordt ook voor de toekomst een daling van 1,4% per jaar voorspeld.

Wat betreft de *extramurale zorg* (kortdurende opname, dagverzorging, maaltijdverstrekking, aansluiting op alarm, nachtopvang, voetverzorging en bewegen voor ouderen) is er over het algemeen een sterke groei gesignaleerd. Met name de kortdurende opname is sterk gegroeid: 9,3% per jaar. De groei van het 'extramurale product' is sterker dan op basis van de demografie verwacht mag worden. Als een relatief nieuw verschijnsel is extramuralisering hier mede de oorzaak van.

Gemiddeld heeft de totale extramurale zorg de afgelopen jaren een groei van 6,5% per jaar laten zien. Ook voor de toekomst wordt een groei van gemiddeld 6,3% per jaar verwacht.

In totaal wordt toch voor de toekomst een daling verwacht van 0,5%.

#### 2.4.6

##### *Thuiszorg (bijlagentabellen A2.29 en A2.30)*

De thuiszorg kan over het algemeen worden onderscheiden in drie hoofdvormen: ten eerste de thuiszorg, wat de (wijk)verpleging, (gezins)verzorging en uitleen van verpleegartikelen omvat (AWBZ); ten tweede de jeugdgezondheidszorg en diëtetiek (AWBZ) en ten derde de kraamzorg (Ziekenfondswet). Met de integratie van het kruiswerk en de gezins-

verzorging kan geen onderscheid meer worden gemaakt naar diensten die door het kruiswerk werden geleverd (wijkverpleging, diëtetiek en jeugdgezondheidszorg) en diensten die door de gezinsverzorging werden geleverd (huishoudelijke, verzorgende en begeleidende hulp aan cliënten in de thuissituatie). Ook wordt geen verschil gemaakt naar cliënten in de gezinsverzorging of wijkverpleging, omdat een cliënt soms van beide diensten tegelijk gebruikmaakt. Wel kan nog onderscheid worden gemaakt naar de geleverde uren door de gezinsverzorging of wijkverpleging.

Allereerst de *gezinsverzorging* en de *wijkverpleging*. In de periode 1990 tot 1995 is het aantal cliënten met gemiddeld 0,8% per jaar gestegen. De demografisch bepaalde zorgvraag was in deze periode 1,3% per jaar. De groei in het cliëntenbestand houdt dus geen gelijke tred met de groei van de bevolking (blijft met 0,5% achter).

Het aantal uren gezinsverzorging is in dezelfde periode met 0,2% per jaar gedaald; het aantal uren wijkverpleging daarentegen is gestegen met jaarlijks 0,6%. Voor de gezinszorg geldt dat tot 1995 steeds minder uren per cliënt per week worden besteed (vershraling van zorg); in de wijkverpleging was er sprake van een stijgend aantal contacten per cliënt. Bij elkaar opgeteld is er weinig verandering te constateren in de zorgintensiteit van de afgelopen jaren.

Voor wat betreft de *jeugdgezondheidszorg* is de afgelopen jaren een groei te constateren: het aantal zuigeling- en peuterconsulten is met gemiddeld 0,8% per jaar gestegen, het aantal consulten in de *diëtetiek* met 3,9%. Voor de toekomstverwachting bestond de gebruikelijke methode uit het doorrekenen van de trend bij gelijkblijvend beleid. De beslissing van het kabinet om structureel meer geld uit te geven aan verpleging en verzorging in de thuiszorg heeft de Commissie-De Vries (1997) ertoe aangezet behalve de gebruikelijke methode een tweede variant te berekenen, rekening houdend met het nieuwe beleid. In de eerste variant (zie tabel A2.29) is ervan uitgegaan dat de toekomstige vraag ten minste gelijk is aan de verwachte demografische ontwikkeling en de trendmatige ontwikkeling in het verleden. Op basis hiervan wordt verwacht dat het gebruik van verpleging en verzorging tot het jaar 2002 met 3,4% per jaar zal toenemen. Wanneer wel rekening wordt gehouden met beleidsontwikkelingen wordt een groei geraamd van 4,1% per jaar. Hierbij is rekening gehouden met een verminderde verpleeghuiscapaciteit waardoor een deel van de intramuraal geïndiceerde mensen (geschat wordt een aantal van ruim 22.000) doorgeschoven wordt naar de thuiszorg. Dit zou een extra groei van 1% in het aantal cliënten betekenen. Omdat deze cliënten intensievere zorg vragen

zal ook de zorgintensiteit toenemen. Mogelijk zal hierbij het zogenaamde domino-effect optreden: het verdringen van lichthulpbehoevenden door zwaardere hulpbehoevenden. De thuiszorg kan hierop op twee manieren reageren, aldus de Commissie-De Vries: ofwel kiezen voor eenzelfde zorgintensiteit waardoor wachtlijsten gaan toenemen, ofwel iedereen helpen waardoor de kwaliteit van zorg zal gaan afnemen. In beide gevallen verwacht de commissie een sterke toename van het aantal cliënten dat in de thuissituatie zorg ontvangt. In deze raming (4,1%) is echter nog geen rekening gehouden met substitutie.

Voor wat betreft de jeugdgezondheidszorg en de diëtetiek is uitgegaan van de gebruikelijke berekening, waarbij respectievelijk een daling van 1,2% en een groei van 3,7% per jaar wordt verwacht.

Ten slotte de *kraamzorg*. Kraamverzorging kan in verschillende vormen worden ingedeeld: interne verzorging, wijkkraamverzorging en 5-uursverzorging. Het gebruik van kraamzorg is berekend door middel van het aantal verzorgingen en het aantal verzorgingsdagen. Ten aanzien van het aantal verzorgingen is een groei waargenomen van gemiddeld 1,6%. Voor het bepalen van de zorgintensiteit is gebruikgemaakt van de duur van de verzorging. Het aantal verzorgingsdagen is in de afgelopen periode licht gestegen. Deze stijging is echter achtergebleven bij de stijging van het aantal verzorgingen waardoor de gemiddelde duur per verzorging bleef dalen wat duidt op een verschraling van zorg.

#### 2.4.7

##### *Conclusie*

Over het algemeen is het gebruik van verpleging en verzorging de afgelopen jaren toegenomen en wordt er ook een groei verwacht voor de nabije toekomst. Een uitzondering hierop vormen de verzorgingshuizen: op basis van demografische ontwikkelingen zou een groei van het gebruik van deze vorm van ouderenzorg verwacht mogen worden. Echter, door beleidsmaatregelen is dit niet het geval. Ook in de thuiszorg is niet over de gehele linie een groei geconstateerd: het cliëntenbestand van de gezinsverzorging en wijkverpleging is wel toegenomen, maar met 0,5% achtergebleven bij wat op basis van de groei van de bevolking verwacht kon worden. Daarbij is het aantal uren gezinsverzorging per cliënt en de verzorgingsduur per kraamverzorging gedaald, wat duidt op een verschraling van zorg. Voor de toekomst wordt, met uitzondering van de verzorgingshuizen waar jaarlijks een daling van 0,5% wordt geraamd, een jaarlijkse groei in het gebruik van

zorg verwacht van 0,2% (in academische ziekenhuizen) tot 4,1% (in de thuiszorg wanneer rekening wordt gehouden met beleidsontwikkelingen). Twee ontwikkelingen vallen hierbij op: enerzijds een verzwaring van zorg, de zogenaamde zorgintensivering, anderzijds een verschuiving van intramurale naar extramurale zorg, extramuralisering van zorg. Verzwaring van zorg geldt over het algemeen voor alle zorgsectoren, maar vooral de klinische zorgverlening. Door een kortere ligduur (ziekenhuizen), opname van zorgintensievere patiënten (psychiatrie), meer dagactiviteiten met bewoners (gehandicaptenzorg) en vergrijzing (alle sectoren) neemt de zorgintensiteit toe. Extramuralisering van zorg heeft zich geuit in een sterke groei van het aantal dagopnamen of dagbehandelingen (onder andere ook verpleeghuizen), deeltijdbehandelingen, poliklinische zorg, ambulante geestelijke gezondheidszorg, semi-murale zorg voor gehandicapten en extramurale zorg verleend door verzorgingshuizen.

## 2.5

### Slotbeschouwing

Ontwikkelingen die gedurende de afgelopen jaren en de nabije toekomst van invloed zijn (geweest) op de behoefte aan verpleging en verzorging zijn met name van demografische en sociaal-culturele aard en betreffen vooral de oudere bevolkingsgroepen. Zo neemt het aandeel ouderen in de Nederlandse samenleving gestaag toe en wordt voor de toekomst, met de nieuwe bevolkingsprognose, een sterkere vergrijzing verwacht dan in de vorige uitgave van *Verpleging en verzorging in kaart gebracht* werd vermeld. Dit is van belang voor de verpleging en verzorging, gezien het feit dat ouderen een hogere kans hebben op het krijgen van (chronische) aandoeningen. Daarbij is het aandeel (oudere) alleenstaanden binnen onze samenleving toegenomen en zal nog meer toenemen, terwijl er tegelijkertijd signalen zijn van een afnemend aanbod van mantelzorg. Ook onder de allochtone bevolking groeit het aantal ouderen. Signalen van onderconsumptie van zorg door deze specifieke groep doen echter vermoeden dat dit niet zozeer gepaard zal gaan met een evenredige toename van de zorgvraag. Wel zal aandacht geschonken dienen te worden aan de aard van verpleging en verzorging en zal onder meer een grotere bekendheid met (ouderen)voorzieningen een punt van betekenis moeten zijn. Bovengenoemde ontwikkelingen laten evenwel een groeiende behoefte aan (ouderen)zorg zien. Dit komt ook tot uiting in het gebruik van verpleging en verzorging: in de afgelopen jaren en ook in de toekomst is het gebruik van zorg, oftewel de 'productie', over de gehele linie gestegen. Opvallend hierbij

is het gegeven dat de verzorgingshuizen en de thuiszorg, naast de verpleeghuissector de belangrijkste zorgvoorzieningen voor ouderen, hierin afwijken. In het gebruik van zorg verleend door verzorgingshuizen is zelfs, als gevolg van beleidsmaatregelen, een daling geconstateerd en wordt ook voor de toekomst een afnemende 'productie' geraamd. Voor wat betreft de thuiszorg blijkt de groei van het cliëntenbestand met een half procent te zijn achtergebleven bij wat op basis van de demografische ontwikkelingen verwacht mocht worden. Bovendien is binnen de thuiszorg een verschraving van zorg gesignaleerd: het aantal uren gezinsverzorging per cliënt en de verzorgingsduur per kraamverzorging is gedaald. Overigens wordt voor de toekomst (tot het jaar 2002) de hoogste stijging van de 'zorgproductie' binnen de thuiszorg verwacht, ruim 4% per jaar. De groei binnen de intramurale sector is het sterkst bij de semi-murale en extramurale zorgvormen die zorginstellingen meer en meer bieden, zoals verpleging en verzorging in dag- en deeltijdbehandelingen. De toename in het gebruik van klinische verpleging en verzorging is voornamelijk toe te schrijven aan een verzwaring van zorg, een gevolg van zowel de vergrijzing als een kortere opnameduur.



### 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 1996. 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 bestond nogal wat onduidelijkheid. 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 recentelijk uitgevoerde projecten in het kader van personeelsplanning, is er betere informatie met een landelijke betekenis beschikbaar.

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 we 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 en dergelijke.

### 3.1

#### Aantal werkzame personen

In ons land waren in 1996 376.700 personen werkzaam in de verpleging en verzorging. Het gaat hierbij om degenen die werkzaam zijn in een reguliere instelling voor gezondheidszorg. Het aantal mensen dat in de particuliere sfeer werkzaam is, is niet bekend. Evenmin is bij dit aantal met uitzendkrachten rekening gehouden.

In 1990 bedroeg het aantal werkenden in de verpleging en verzorging volgens dezelfde definitie 329.300. In zes jaar tijd nam het aantal dus toe met 47.400, oftewel met 14,4%.

In de zorgsector is een combinatie van leren en werken bij veel beroepen gebruikelijk. Ook de verpleging en verzorging kent tot augustus 1997 het inserviceonderwijs en maakt gebruik van het leerlingwezen. In bovenstaande gegevens zijn deze leerlingen meegerekend. In het navolgende zullen ze verder niet worden meegenomen. Aan deze groep wordt in hoofdstuk 6 apart aandacht besteed.

Zonder de deels meewerkende leerlingen mee te rekenen is het aantal beroepsbeoefenaren in de periode 1990-1996 sterker gestegen, namelijk met 19,6%. Het aantal leerlingen is in de genoemde periode zowel in de verpleging, als met name in de verzorging sterk teruggelopen.

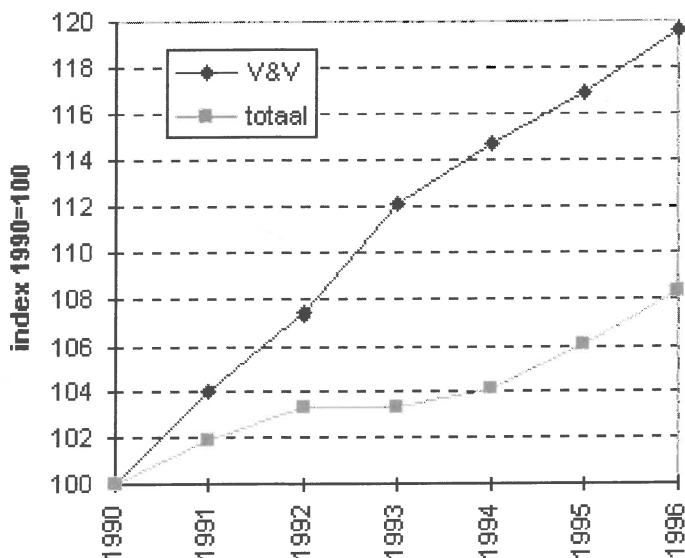
Het aantal werkzame personen in de verpleging en verzorging neemt veel sterker toe dan het totaal aantal werkzame personen in ons land. Tabel 3.1 laat een vergelijking zien. Het aantal werkzame personen in ons land groeide in dezelfde periode met 8,3%. Het aandeel van verpleging en verzorging in het totaal aantal werkenden neemt derhalve jaar op jaar toe.

*Tabel 3.1*

*De ontwikkeling van het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging en totaal landelijk (index 1990 = 100)*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Verpleging en verzorging	100	104,1	107,4	112,1	114,7	116,8	119,6
Totaal	100	101,9	103,4	103,3	104,1	106,0	108,3

De ontwikkeling van het aantal werkzame personen tussen 1990-1996 voltrok zich niet voor alle sectoren van de (gezondheids)zorg op dezelfde



Figuur 3.1 Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging en totaal

wijze. In bijlagetabel A3.1 is in een groot aantal velden weergegeven waar verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam zijn.

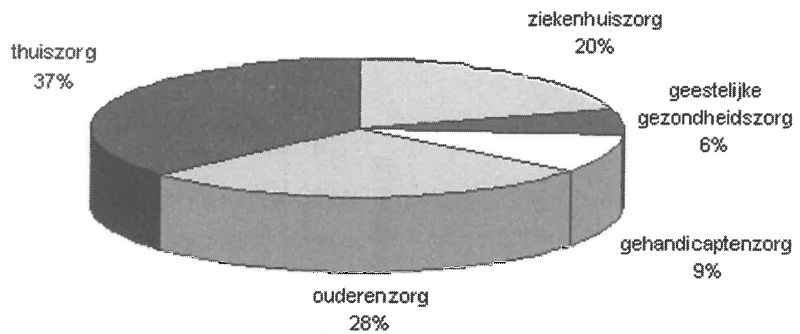
In de beschrijving hier hanteren we echter een beknoptere indeling. Dit is niet alleen uit praktische overwegingen gedaan, maar is ook ingegeven door het feit dat door het vervagen van grenzen tussen voorzieningen, bijvoorbeeld als gevolg van transmuralisering (zie hoofdstuk 2), het voor het beschrijven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

We hanteren hierbij de indeling die ook door VWS (1997) in haar JOZ 1998 (Jaar Overzicht Zorg) wordt gehanteerd: ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg en thuiszorg. Waar welke sector en welk werkveld ingedeeld is, is te vinden in bijlagetabel A3.1.

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 1996 een groei van het aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden zien. Het tempo en de omvang van de groei is echter per hoofdsector verschillend.

De ouderenzorg kende een groei van bijna 18.000 werknemers (zie tabel 3.2). De thuiszorg groeide in dezelfde tijd met 12.000 werkenden; de



Figuur 3.2 Het aandeel van de sectoren in 1996

ziekenhuiszorg met ruim 12.500. 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 bijna 43% toe; in de geestelijke gezondheidszorg met 31%.

Tabel 3.2

Het aantal werkzame verplegenden en verzorgenden

	index (1990 = 100)				
	1990	1995	1996	1995	1996
Ziekenhuiszorg	58.240	68.706	70.709	118,0	121,4
Geestelijke gezondheidszorg	17.047	21.361	22.296	125,3	130,8
Gehandicaptenzorg	22.670	31.091	32.289	137,1	142,4
Ouderenzorg	80.823	95.799	98.651	118,5	122,1
Thuiszorg	117.032	129.208	130.763	110,4	111,7
Totaal*	298.193	348.356	356.577	116,8	119,6

\* inclusief overig

### 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 1996 is er sprake van ruim 201.000 volledige

arbeidsplaatsen. Hierbij zijn de inserviceleerlingen en die van het leerlingwezen buiten beschouwing gelaten.

Het aantal FTE's groeide van 183.900 in 1990 tot 201.500 in 1996. Deze groei is minder sterk dan die van het aantal functies, namelijk 9,6% tegen 19,6%. 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 afsteken 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 5,3% groeide.

*Tabel 3.3*

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

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Verpleging en verzorging	100	102,0	104,3	105,8	105,4	106,3	109,4
Totaal	100	101,3	102,4	102,3	102,0	103,4	105,3

Kijken we naar de ontwikkeling binnen de beschouwde periode van zes 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 zelfs van een sterke groei.

Naar sector doen zich aanmerkelijke verschillen voor (zie tabel 3.4).

De ziekenhuiszorg groeide in de jaren 1990-1996 in absoluut aantal FTE's sterk. De groei vond echter vooral plaats in het begin van de jaren negentig en in 1996. Tabel A3.2 van de bijlage laat zien dat er in 1994 voor het eerst sinds jaren zelfs sprake was van een afbrokkeling van de werkgelegenheid in deze sector. Hiermee wordt zichtbaar dat in ziekenhuizen de behandelfunctie aan gewicht wint. Er is immers geen sprake van een daling van de vraag naar verpleging. Weliswaar daalt het aantal klinische verpleegdagen licht, maar daar staat tegenover dat het aantal dagverplegingsdagen nog steeds aanzienlijk toeneemt. De ziekenhuizen hadden in 1994 een relatief krap

budget. In de jaren daarna is dat verruimd. Hierdoor was het mogelijk om meer personeel aan te trekken.

De gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg waren in de periode 1990-1996 relatief de 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 te zijn gekomen. Voor 1996 tekent zich een opmerkelijke groei af.

In de thuiszorg doet zich tussen 1993 en 1995 jaar op jaar een krimp van de werkgelegenheid voor. Tussen 1993 en 1994 ging het alleen om de gezinszorg; tussen 1994 en 1995 neemt ook de verpleging af in werkgelegenheid. In 1996 doet zich een lichte kentering voor: bij alle categorieën is er sprake van een lichte toename ten opzichte van 1995. De opkomst van particuliere thuiszorginstellingen speelt bij de daling in de periode 1993-1995 en de geringe toename in 1996 wellicht een rol. In 1996 ging het om 18 erkende particuliere instellingen.

In de jaren voor 1993 was er in de reguliere thuiszorg sprake van een stabiele situatie: de omvang van de totale werkgelegenheid veranderde nauwelijks. Ten opzichte van 1990 is de werkgelegenheid al met al met 4,5% afgenomen.

Over de particuliere thuiszorg zijn weinig gegevens beschikbaar. Een recent onderzoek (Caris e.a., NIVEL) geeft een raming van het aantal uren dat er in 1996 kraam- en thuiszorg door particuliere instellingen is verstrekt. Rekenen we deze uren om naar FTE's dan gaat het om ongeveer 2100. Als we dat vergelijken met de daling van 3100 FTE's, in de thuiszorg in de periode 1990-1996, dan kunnen we stellen dat er hoe dan ook sprake is geweest van een daling.

Tabel 3.4  
Het aantal FTE's verpleging en verzorging

	index (1990 = 100)				
	1990	1995	1996	1995	1996
Ziekenhuiszorg	44.428	47.519	49.950	107,0	112,4
Geestelijke gezondheidszorg	13.549	16.073	16.534	118,6	122,0
Gehandicaptenzorg	17.338	21.440	22.085	123,7	127,4
Ouderenzorg	56.440	61.533	63.752	109,0	113,0
Thuiszorg	50.066	47.102	47.790	94,1	95,5
totaal*	183.857	195.355	201.483	106,3	109,6

\* inclusief overig

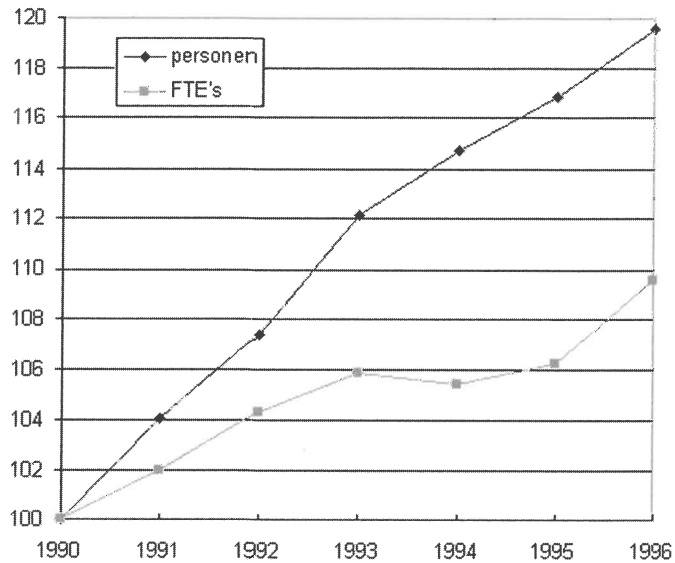
### 3.3

#### De verhouding personen-arbeidsplaatsen

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. In 1995 en vooral in 1996 treedt weer een groei op. Voor 1996 is deze aanmerkelijk. Door de toename van het aantal deeltijdwerkers nam in alle jaren het aantal werkzame personen nog aanzienlijk toe. In de beschouwde periode groeide het arbeidsvolume met bijna 10% en het aantal werkzame personen met bijna 20%.

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 1996 bedraagt dit al 177. Tussen de sectoren doen zich grote verschillen voor. De thuiszorg kent verreweg de hoogste P/A-ratio. Met name alfa-hulpverleners die per definitie een qua omvang beperkte werkweek hebben doen hier hun invloed gelden.



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

Tabel 3.5

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

	1990	1996
Ziekenhuiszorg	131	142
Geestelijke gezondheidszorg	126	135
Gehandicaptenzorg	131	146
Ouderenzorg	143	155
Thuiszorg	234	274
Totaal*	162	177

\* inclusief overig

### 3.4

#### Kwalificaties

Bij de hiervoor gepresenteerde gegevens over het aantal werkzamen in verpleging en verzorging gaat het om een breed scala van beroepsuitoefening, van in termen van het verplegend en verzorgend onderwijs ongekwalificeerde alfa-hulpverleners 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 ontlenu zijn, namelijk het BIG-register voor verpleegkundigen en de op vrij grote schaal uitgevoerde regionale personeelsplanningsprojecten, waarbij eenzelfde model, RegioMarge, in alle regio's wordt toegepast. Op de uitkomsten 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 geveerd en is in fasen uitgevoerd. Eind 1997 kunnen we, op een enkele uitzondering na, ervan uitgaan dat iedereen die zich wilde en kon laten registreren, dat ook heeft gedaan.

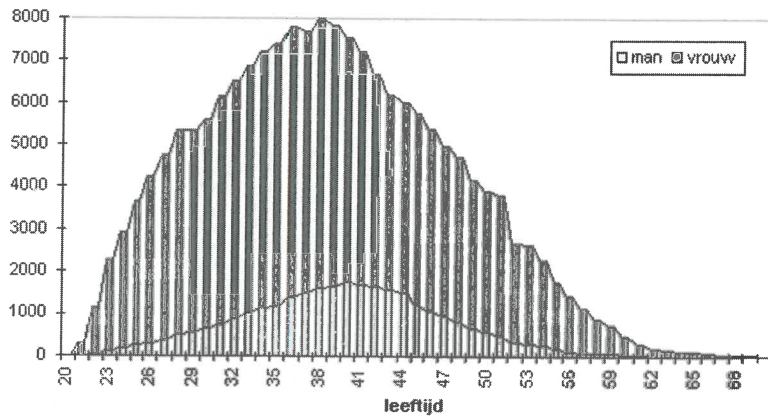
Eind 1997 blijken er 182.154 verpleegkundigen in het register opgenomen te zijn. Hiervan vormen de vrouwen een meerderheid met 83,6%, het aandeel mannen is 16,4%. Het register kent geen leeftijdsgrens. Evenmin is het noodzakelijk dat men het beroep nog uitoefent of recentelijk heeft uitgeoefend. De leeftijd van de eind 1997 geregistreerden loopt dan ook uiteen van 20 tot 85 jaar. Er zijn 200 personen die de 65 al gepasseerd zijn en zich desondanks toch hebben laten registreren

De leeftijdsopbouw is te zien in figuur 3.4. Van de geregistreerden is 51% jonger dan 39 jaar.

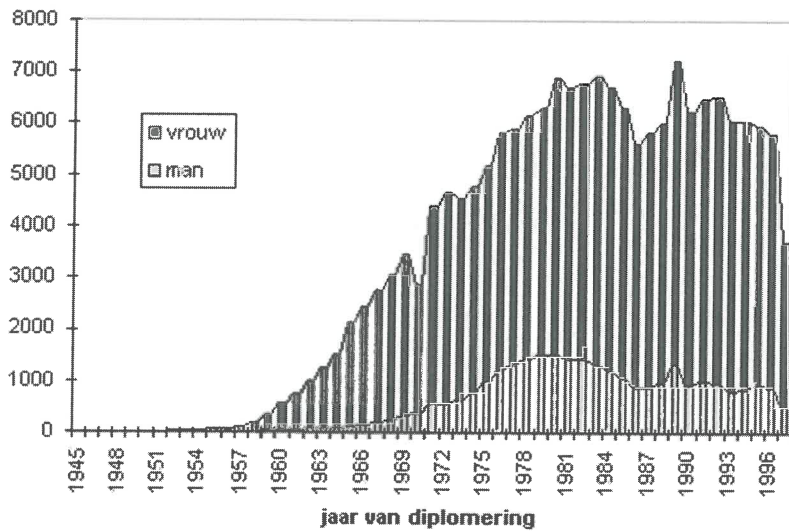
Mannen zijn gemiddeld ouder dan vrouwen (39,9 jaar tegen 38,5 jaar). Wanneer de geregistreerden hun diploma behaalden staat weergegeven in figuur 3.5. Hieruit blijkt dat 50% het diploma behaalde na 1982. Tevens wordt duidelijk waarom de gemiddelde leeftijd van mannen onder geregistreerden hoger is dan vrouwen. Een groot deel van de mannen behaalde eind jaren zeventig het diploma.

De leeftijd waarop men het diploma behaalde, loopt bij de geregistreerden op. Tabel 3.6 laat zien dat de geregistreerden die voor de jaren zeventig hun diploma behaalden dat op een gemiddeld jongere leeftijd deden dan hun collega's uit de jaren negentig.

Wat precies de oorzaak van deze verschillen is, is moeilijk vast te stellen. Het is denkbaar dat er oorspronkelijk geen verschillen waren tussen de verschillende lichten afstuderenden, maar dat de ouderen uit de jaren



Figuur 3.4 De leeftijd van de geregistreerden



Figuur 3.5 BIG-geregistreerden naar jaar van diplomering en geslacht

zeventig zich niet hebben laten registreren. Hoe dan ook, een en ander betekent wel dat het bestand aan geregistreerden de komende jaren sterk zal vergrijzen. De nieuwe aanwas wordt geringer en heeft een relatief hoge gemiddelde leeftijd.

*Tabel 3.6*  
*Gemiddelde leeftijd bij diplomering*

	Man	Vrouw	
tot 1970	23,7	22,2	
1970-1979	24,1	22,3	
1980-1989	25,4	23,3	
1990 en later	28,5	25,2	
Totaal			23,7

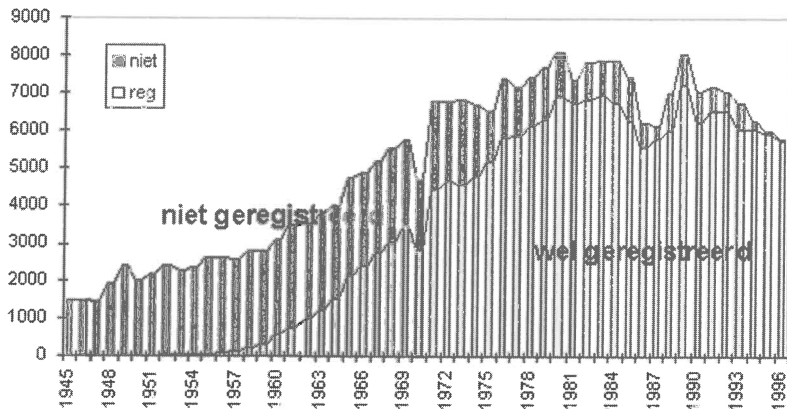
Gezien het voorgaande is het interessant om na te gaan hoeveel van degenen die ooit een diploma behaalde zich hebben laten registreren. De gegevens omtrent het aantal gediplomeerden zijn afkomstig uit jaarverslagen van de Inspectie Volksgezondheid en voor de jaren na 1985 uit bestanden van deze Inspectie.

Kijken we naar de periode vanaf de Tweede Wereldoorlog tot heden, dan blijkt dat van de mannen 65% van degenen die in die periode het diploma behaalden, zich heeft laten registreren, van de vrouwen bedraagt het vergelijkbare percentage 69%.

Uiteraard hebben van degenen die in de jaren vijftig afstudeerden, slechts weinigen zich laten registreren. Rekenen we vanaf 1960, hetgeen gezien de OBU-leeftijd een reële benadering is, dan komt het erop neer dat van degenen die zich in principe hadden kunnen laten registreren 77% dat heeft gedaan. Voor mannen ligt dit percentage lager dan voor vrouwen (68% tegen 79%).

Figuur 3.6 laat zien dat pas van de lichten die eind jaren zestig hun diploma behaalden zich een meerderheid heeft laten registreren. Van degenen die in de jaren na 1980 hun diploma behaalden heeft van elk jaar steeds 85% of meer zich in het register laten opnemen.

Zijn alle geregistreerden ook werkzaam in het beroep? In de publicatie van vorig jaar is een raming gemaakt hoeveel verpleegkundigen er anno 1994 in loondienst werkzaam waren in het beroep. Dit aantal werd geraamd op 111.000. We komen dan tot de conclusie dat tweederde van het totaal aantal geregistreerden in loondienst is bij reguliere instellingen. Houden we rekening met uitzendwerk en met diegenen 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.



Figuur 3.6 Aantal BIG-geregistreerde verpleegkundigen t.o.v. alle diplomabelalers naar jaar van diplomering

### 3.4.2

#### *Specialisaties in de verpleging*

Binnen de verpleging bestaat 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, is de sociaal-psychiatrie (Hoof en Wolf 1995). Zij schatten het aantal werkzame verpleegkundigen met deze achtergrond in 1994 op ongeveer 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). Nagegaan zal worden of er via deze verenigingen in de toekomst meer systematisch inzicht in de aantallen gespecialiseerde verpleegkundigen te verkrijgen is.

### 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).

Door een groot aantal instellingen is 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 niet in termen van het verplegend en verzorgend onderwijs 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 32%. Daarna volgen de verzorgenden IG met 16%. Naar sector zijn er uiteraard grote verschillen, gezien de uiteenlopende typen zorgverlening.

*Tabel 3.7*

*Samenstelling van het personeelsbestand naar kwalificatieniveau in personen in %*

Kwalificatieniveau	5	4	3IG	3	2	Anders	Totaal
Ziekenhuizen	18	66	3	0	1	11	100
Psychiatrische ziekenhuizen	12	63	9	0	0	16	100
Gehandicaptenzorg	3	50	6	1	1	41	100
Verpleeghuizen	2	12	64	2	3	17	100
Verzorgingshuizen	2	8	25	35	11	20	100
Thuiszorg	4	3	3	21	14	56	100
Totaal	6	26	15	12	7	35	100

Omdat er door de ene categorie veel vaker in deeltijd en/of in een kortere werkweek gewerkt wordt dan door de ander is het ook goed om naar de verdeling in personen te kijken (zie tabel A3.4 uit de bijlage).

Met name het aandeel van anders opgeleiden, is aanmerkelijk groter, namelijk 35%. Vooral in de thuiszorg waar de alfa-hulpverleners tot deze categorie gerekend worden is het aandeel anders opgeleiden groot, 56% in personen.

### 3.4.4

#### *Een raming*

Uit het voorafgaande mag duidelijk 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 vorig jaar (*Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1997*, p. 113, 114) werd uitvoerig beschreven op welke wijze deze raming tot stand is gekomen voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. Wanneer we de groei met het aantal werkzame personen verrekenen, kunnen we een aantal voor 1996 schatten. Naar aanleiding van de eerdergenoemde planningsprojecten is het aantal ziekenverzorgenden iets hoger gesteld. Uit deze planningsprojecten weten we verder dat er om en nabij de 10.000 SPW'ers en andere meeragogisch opgeleiden met name in gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg werkzaam zijn. Als we al degenen die in de ouderenzorg en thuiszorg werkzaam zijn als verzorgenden, helpenden en alfa hulpen rekenen tot de verzorgenden evenals degenen uit de intramurale gezondheidszorg die niet elders ingedeeld zijn, dan komen we tot het overzicht van tabel 3.8

*Tabel 3.8*

*Geraamde onderverdeling naar beroepsgroep (× 1000)*

Verpleegkundigen	115
Ziekenverzorgenden	54
Verzorgenden	178
SPW + instellingswerk	10
Leerlingen	20
Totaal	377

### 3.5

#### **Regionale gegevens**

Ten slotte besteden we aandacht aan de werkgelegenheid naar regio. Hiervoor zijn de regio's die de arbeidsvoorziening (RBA's) kent gebruikt. Men mag verwachten dat de mate waarin werkenden in 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 Amsterdam,

Flevoland en West-Utrecht tot 7,1% in Drenthe. Landelijk bedraagt het aandeel 5,3%.

Tabel 3.9

*Het aandeel van verpleging en verzorging in de regionale werkgelegenheid in % (1995)<sup>1</sup>*

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

<sup>1</sup> De hier gepresenteerde gegevens zijn qua niveau door een andere definiëring iets afwijkend van die van vorig jaar.

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

Tabel A3.3 van de bijlage laat zien hoeveel mensen er in welke sectie in welke regio werkzaam zijn.

### 3.6

#### Een vooruitblik

##### 3.6.1

##### *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 1998 valt het volgende per sector af te leiden.

*Tabel 3.10*

*Ontwikkeling van de budgetten, verwachte jaarlijkse groei (in %)*

Sector	JOZ 98	
	1998-2000	2001 e.v.
Ziekenhuizen	0,8	1,2
Geestelijke gezondheidszorg	2,4	1,8
Instellingen voor verstandelijke gehandicapten	2,0	1,6
Verpleeghuizen	3,2	1,7
Verzorgingshuizen	1,1	1,3
Thuiszorg	0,8	1,3

Voor de verzorgingshuizen geldt nog dat er na de begrotingsbehandeling extra middelen zijn toegekend om de wachtlijstproblematiek op te lossen. Voor het tijdvak 1998-2000 betekent dat een groei van bijna 2% op jaarbasis.

Nemen we de totale zorgsector bij elkaar, dan betekent dit voor beide tijdvakken respectievelijk een jaarlijkse groei van 1,6 en 1,4%. 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 1990-1996, waarin jaarlijks een groei van 1,5% werd gerealiseerd. De groei van het aantal werkzame personen zal naar alle waarschijnlijkheid groter zijn.



### 3.6.2

#### *Verandering in samenstelling*

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

### 3.6.3

#### *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 5, Van der Bent en Van der Windt). Het vroegtijdig onderkennen van deze problemen en het nemen van adequate maatregelen kan ertoe bijdragen dat de spanning op de arbeidsmarkt zoals die zich nu aftekent zich niet in die volle omvang zal voltrekken.

## 3.7

### **Samenvatting**

In ons land waren in 1996 376.700 personen werkzaam in de verpleging en verzorging. Dit is 6,2% van de werkzame beroepsbevolking. Het aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden (exclusief leerlingen) groeide in de periode 1990-1996 met bijna 20%. Het totaal aantal in ons land werkzame personen groeide in dezelfde periode met 8%.

Gemeten in volledige banen is er in deze periode na een stagnatie in de periode 1993-1995 in 1996 weer sprake van groei van de werkgelegenheid. De afbrokkeling van werkgelegenheid zoals die zich in de ziekenhuissector, de verzorgingshuizen en de thuiszorg voordeed, lijkt tot staan te zijn gekomen. Schattingen wijzen uit dat de particuliere thuiszorg de inkrimping 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 geregistreeerde verpleegkundigen er zijn. Eind 1997 hebben ruim 182.000 verpleegkundigen zich laten registreren. Van degenen die na 1960 het diploma behaalden, heeft naar schatting 68% van de mannen en 79% van de vrouwen zich laten

registreren. 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 1998 in werkzame personen, dan is de komende jaren een groei van 2,2% te verwachten. Voor de totale arbeidsmarkt in ons land wordt een groei van 1,7% verwacht.

Een probleem kan zijn om voldoende gekwalificeerde mensen te vinden. De uitstroom uit de opleidingen is de komende jaren gering als gevolg van de daling van 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 en het verzekerdenbestand van de Bedrijfsvereniging Gezondheidszorg (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, het loonkostengegevensbestand dat 70% van de werknemers in de intramurale zorg beslaat, leert echter dat er, waar het de leeftijdsopbouw betreft, aanzienlijke verschillen zijn tussen beide bronnen. Waar het om sectorspecifieke informatie gaat, is waar mogelijk aan het LKG de voorkeur gegeven.

### 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 4.1). Er treedt hierin in de loop der tijd weinig verandering op. Zo bezien sorteren acties als 'Kies exact' en andere maatschappelijke ontwikkelingen waarbij het onderscheid tussen mannen- en vrouwenberoepen vervaagt, weinig effect. 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 Dooren 1989) en derhalve juist weer minder directe patiëntenzorg zullen verlenen. Uit de gegevens van Cadans (bijlagetabel A4.1) valt af te leiden dat het aandeel vrouwen onder leidinggevendens zelfs, zij het heel geleidelijk, terugloopt. Ruijs e.a. (1996) komen in hun studie 'Vrouwen in de leiding' op basis van Cadans-materiaal tot eenzelfde conclusie.

*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
Leidinggevendens	67,7
Oproepkrachten	87,8
<i>Totaal</i>	90,6

Bron: Cadans-materiaal bewerkt door het IVA.

Ook binnen de zorgsector is het onderdeel 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 1997).

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 vertoont een sterk afwijkend beeld ten opzichte van andere beroepen en bedrijfstakken. Vergelijken we de opbouw anno 1994 met die van de totale zorg en alle werkenden in ons land, dan valt op dat de categorie ouderen, van 45-64 jaar, aanzienlijk ondervertegenwoordigd is, 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

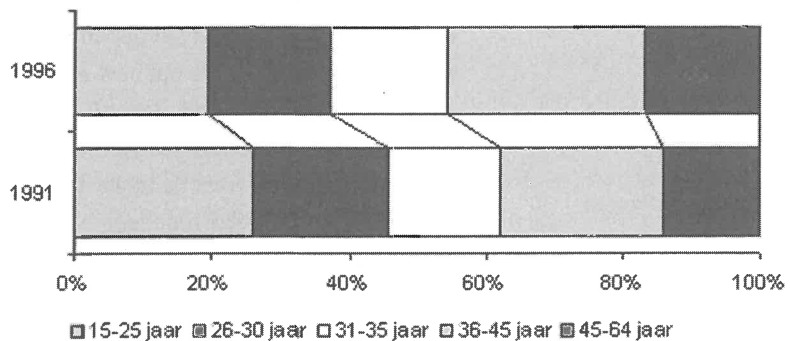
*De leeftijdsopbouw van personeel in de verpleging en verzorging, de gehele zorgsector en de totale arbeidsmarkt in 1996 (in %)*

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: RAZ1996, LKG, Cadans.

De leeftijdsopbouw van het verplegend en verzorgend personeel is sterk in beweging en gaat meer op die van andere sectoren en beroepsgroepen lijken. Er is de laatste jaren in de verpleging en verzorging sprake van een aanzienlijke vergrijzing van het personeelsbestand. 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 (bijlagentabel A4.2). Het proces van vergrijzing van het

personeelsbestand 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 (bijlagetabel A4.2). Uit figuur 4.2 komt naar voren dat er in de verzorgingshuizen 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 leidinggevend die

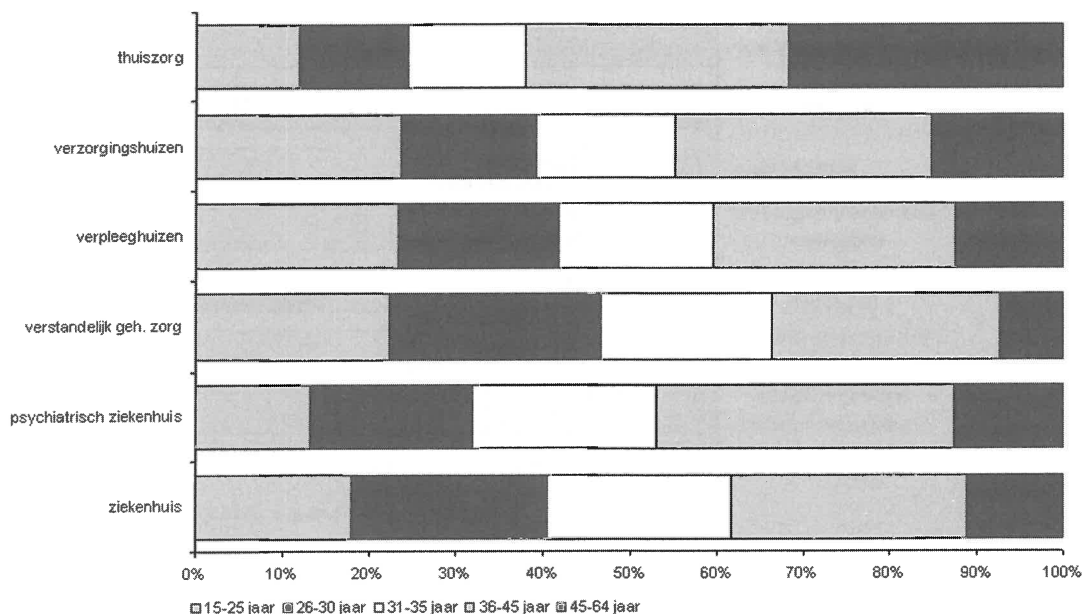


Figuur 4.1 De leeftijdsverdeling in 1991 en 1996

relatief oud zijn, buiten beschouwing laten – geen grote verschillen, met uitzondering van de gezinsverzorgenden/helpenden, 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/helpenden het aandeel ouderen (46 jaar en ouder) veel groter is dan bij de bejaardenverzorgenden/helpenden en zeker wanneer we het aandeel met verpleegkundigen en ziekenverzorgenden vergelijken.

De OSA (1995b) verwacht dat het extra aanbod van vrouwen op de arbeidsmarkt de komende jaren vooral in de categorie 50+ zal plaatsvinden. Voor de zorgsector is het derhalve zaak 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 4.2 De leeftijdsverdeling per sector in 1999

### 4.3

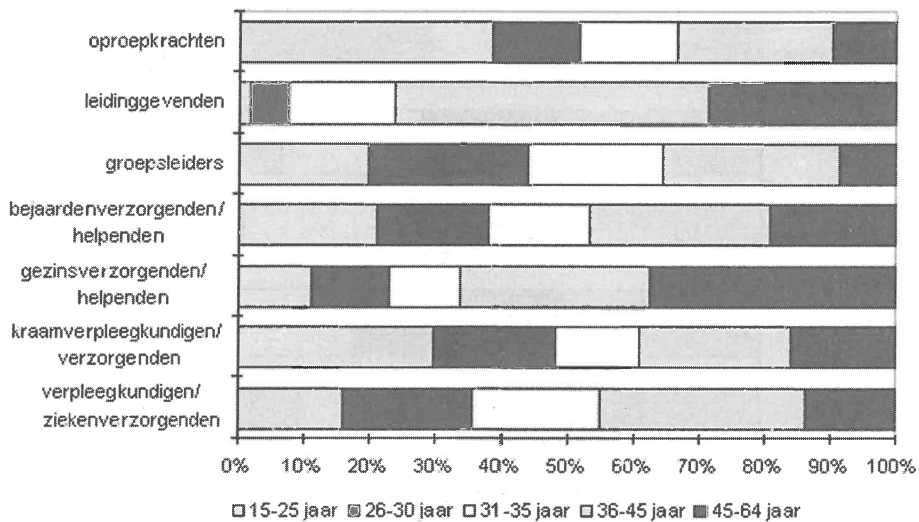
#### Vooruitblik

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. Het gehanteerde simulatiemodel is PLOP (Prognosemodel Leeftijdsopbouw Personeel) dat door het NZi is ontwikkeld. We passen het toe op de intramurale gezondheidszorg. Een en ander is inclusief inserviceleerlingen.

Bij de simulatie van de toekomst hebben we de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- een groei van het personeelsbestand met 2,2% jaarlijks;
- het in- en uitstroompatroon naar leeftijd blijft de komende jaren hetzelfde als in 1995-1996;
- het verloop per leeftijdscategorie blijft hetzelfde als in 1996.

Figuur 4.4 geeft een beeld hoe de leeftijdsopbouw zal veranderen. We zien dat ook in de komende jaren de vergrijzing zich nog voortzet. Anno 1997 is



Figuur 4.3 De leeftijdsverdeling per beroepsgroep

de leeftijdscategorie 25-30 de meest voorkomende; in 2002 zal dat de categorie 30-35 jaar zijn en over tien jaar zullen dat de 35- tot 40-jarigen zijn. De gemiddelde leeftijd neemt toe van 32,8 in 1997 via 37 in 2002 naar 40,2 jaar in 2007 (tabel 4.3).

Het aandeel 50+-ers neemt drastisch toe: van nog geen 5% in 1997 tot bijna 20% in 2007. Het verloop zal onder invloed van de vergrijzing nog verder dalen.

Tabel 4.3

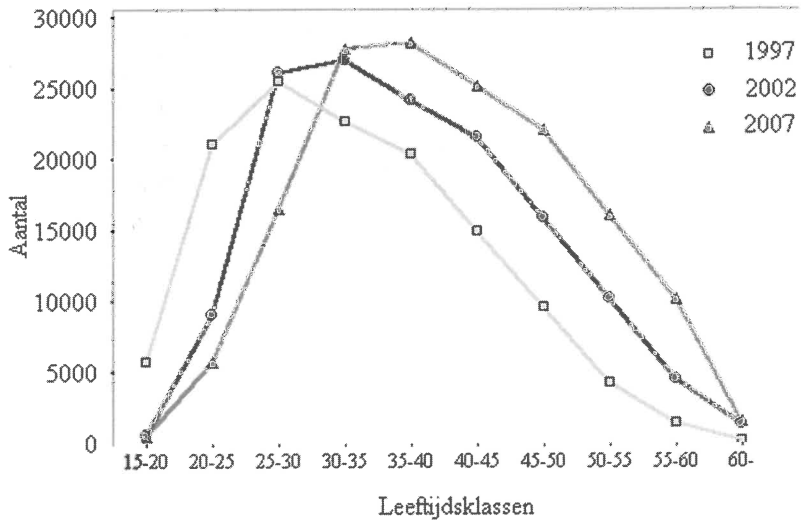
Een raming van kenmerken die met de leeftijdsopbouw samenhangen voor het verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg 1997-2007

	Gemiddelde leeftijd	% 50+'ers	% verloop
1997	32,8	4,6	11,3
2002	37,0	11,4	9,0
2007	40,2	19,3	8,4

Bron: PLOP.

Een en ander kan verregaande gevolgen hebben voor het werk in de verpleging en verzorging. Ouderen vervullen nu vaak managementfuncties of verrichten stafachtig werk. Straks zal het aantal ouderen in absolute aantallen dermate groot zijn, dat wanneer functies die minder zware fysieke





Figuur 4.4 Leeftijdsopbouw in 1997, 2002 en 2007

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 moet worden gedaan. We zagen al in hoofdstuk 3 dat dat niet eenvoudig zal zijn. De instroom in de opleidingen 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 in de sector verpleging en verzorging 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 is in de periode 1990-1996 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, waarin ook

meewerkende leerlingen zijn meegerekend, neemt de gemiddelde leeftijd toe van 32,8 jaar in 1997 tot 37 in 2002 en 40,2 in 2007.

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

Bij de arbeidssituatie wordt een aantal aspecten bekeken. De dynamiek op de arbeidsmarkt wordt in kaart gebracht. We gaan na hoe de uitstroom van het verplegend en verzorgend personeel zich heeft ontwikkeld. In deel B wordt overigens veel uitgebreider aandacht besteed aan het vertrek uit een baan en de vraag wat men vervolgens gaat doen, wat de vertrekredenen waren enzovoort. Een resultante van het afgenomen verloop is het stijgend aantal jaren dat men gemiddeld bij de huidige werkgever in dienst is, een onderwerp waar we kort bij stilstaan.

Vervolgens 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.

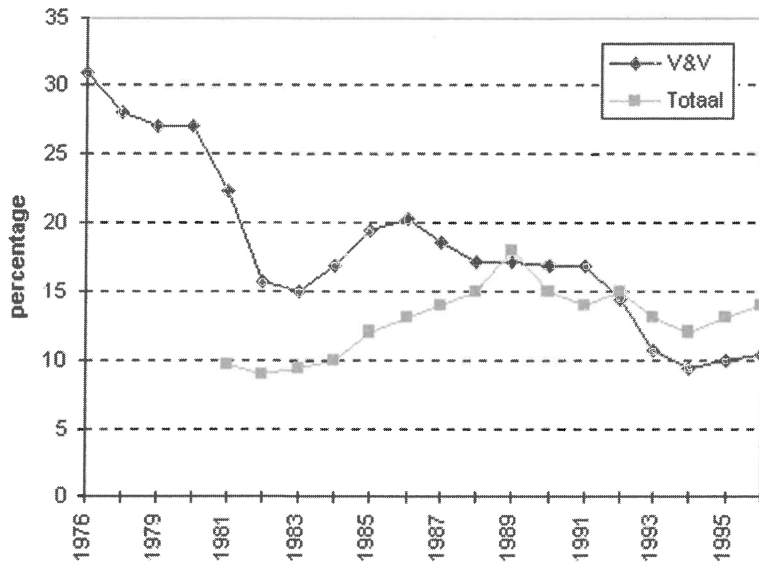
#### 5.1

##### **De dynamiek op de arbeidsmarkt, het verloop**

In de periode 1990-1996 nam de uitstroom, het vertrek uit een instelling, van verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg sterk af. In 1994 werd een niveau bereikt dat nog nooit eerder zo laag was (figuur 5.1). In 1995 en 1996 tekent zich, wellicht als gevolg van het aantrekken van de economie in ons land, een lichte stijging af. Op de achtergronden gaan we in deel B nader in.

De tot 1994 optredende daling in het verloop van verplegend en verzorgend personeel deed zich voor in alle sectoren van de intramurale gezondheidszorg (bijlagentabel A5.1). Daarna treedt in vrijwel alle sectoren een lichte stijging op. De thuiszorg laat een ander beeld zien. Tussen 1993 en 1994 vond er een stijging plaats. Sinds 1994 treedt er een aanmerkelijke daling op.

Gezien figuur 5.1 is het niet vreemd dat tot voor kort discussies in de personeelsvoorziening gedomineerd werden door verloopbeheersingsmaatregelen. Inmiddels is het verloop onder verplegend en verzorgend

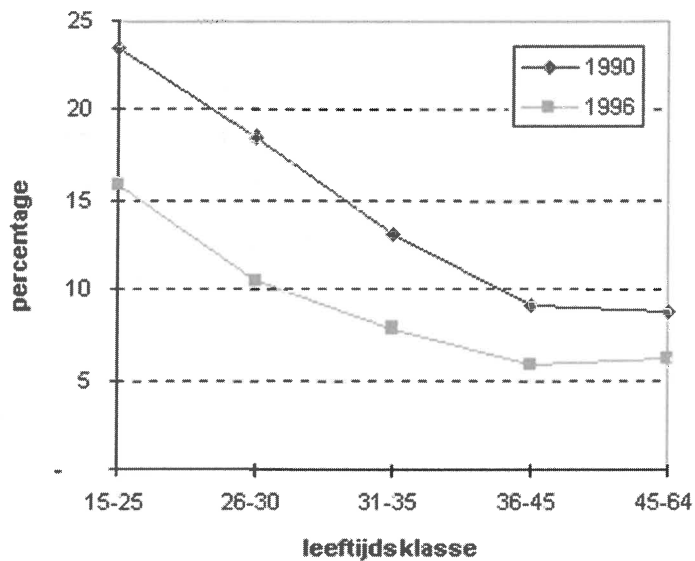


Figuur 5.1 Verloop bij verpleegkundigen en verzorgenden in de intramurale gezondheidszorg en bij de totale beroepsbevolking

personeel nauwelijks meer afwijkend van dat van de totale arbeidsmarkt en wordt in sommige instellingen de lage mobiliteit als problematisch ervaren.

De daling in het verloop deed zich in de intramurale gezondheidszorg bij alle leeftijdscategorieën voor. Bij de jongste categorieën was de daling over het algemeen het sterkst. Dit heeft te maken met het feit dat bij hen relatief vaak baan-baanmobiliteit voorkomt (Van der Windt 1996). Het sterk gedaalde aantal baanopeningen ofwel vacatures die vervuld konden worden (AWOZ 1995) beperkte de mogelijkheid om van de ene baan naar de andere te gaan. Daarnaast speelt dat verpleegkundigen en verzorgenden hun beroep veel langer zijn gaan uitoefenen. Vandaar dat een daling van de mobiliteit over de hele linie optrad. Tot de jaren negentig gold dat vrouwen vaak hun loopbaan onderbraken, om na verloop van tijd te herintreden. In de jaren negentig lijkt te gelden dat men in plaats van te vertrekken korter gaat werken (zie ook verderop in dit hoofdstuk). Het bieden van meer kinderopvangmogelijkheden heeft hierbij een belangrijke rol gespeeld (OSA 1996).

Het vertrek neemt voor het eerst sinds jaren iets toe. Dit is wellicht een gevolg van de gunstiger economische omstandigheden en uitgesteld verloop in de afgelopen jaren. Dit zorgt ervoor dat de problematiek van de



Figuur 5.2 Het verloop per leeftijdscategorie 1990 en 1996

personeelsvoorziening actueler wordt. In dat verband is het van belang dat vier op de tien vertrekkers aangeven dat hun vertrek uit de instelling naar hun mening voorkomen had kunnen worden (Van der Windt 1996). Het verloop van personeel lijkt tot op zekere hoogte beïnvloedbaar. In deel B besteden we daar verder aandacht aan.

## 5.2

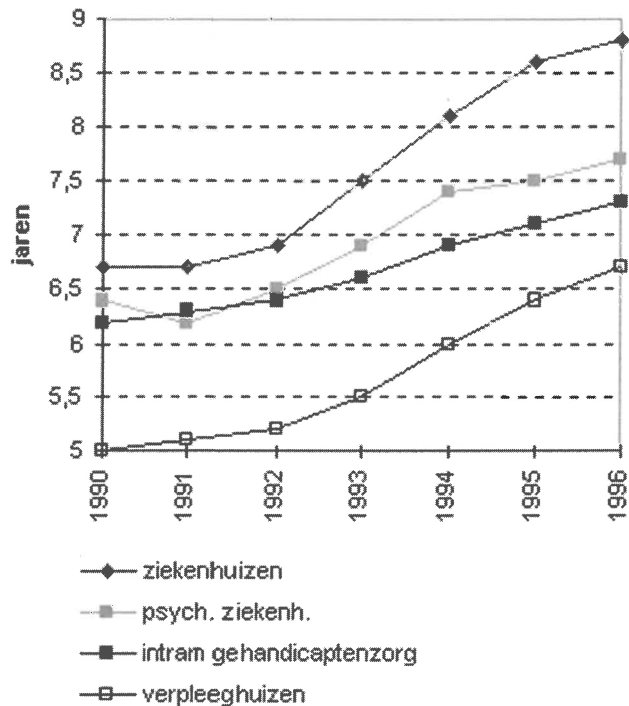
### De duur van het dienstverband

Als gevolg van de daling van zowel het verloop als de instroom, zal het aantal jaren dat verpleegkundigen en verzorgenden in dienst zijn bij dezelfde werkgever toenemen. Voor de sectoren in de intramurale gezondheidszorg is het mogelijk om dit na te gaan (bijlagetabel A5.3). Vooral tussen 1992 en 1996 nam het gemiddeld aantal dienstjaren bij dezelfde werkgever toe: van 6,2 jaar tot 7,7 jaar. In 1995 loopt de duur van het gemiddelde dienstverband uiteen van 6,4 jaar in verpleeghuizen tot 8,6 jaar in ziekenhuizen. De verschillen tussen de sectoren zijn overigens over de hele periode stabiel, zoals in figuur 5.3 te zien is.

## 5.3

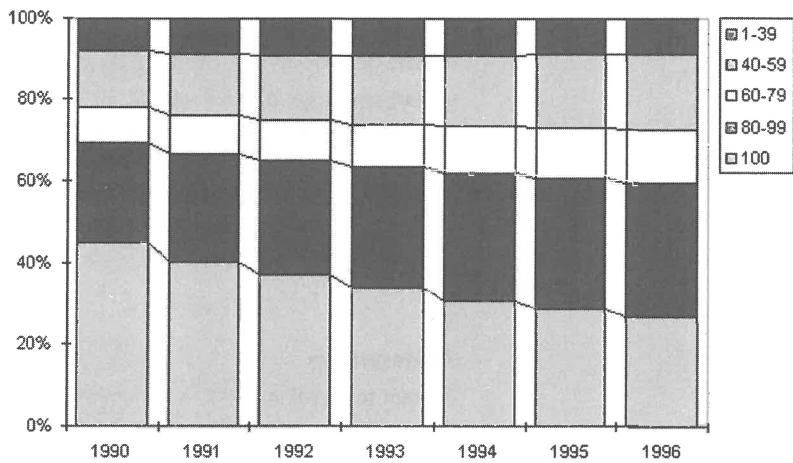
### De werkweek

In veel instellingen wordt een fulltime werkweek niet meer gelijkgesteld met een volledige werkweek volgens de CAO-norm. Sprak men oorspronkelijk

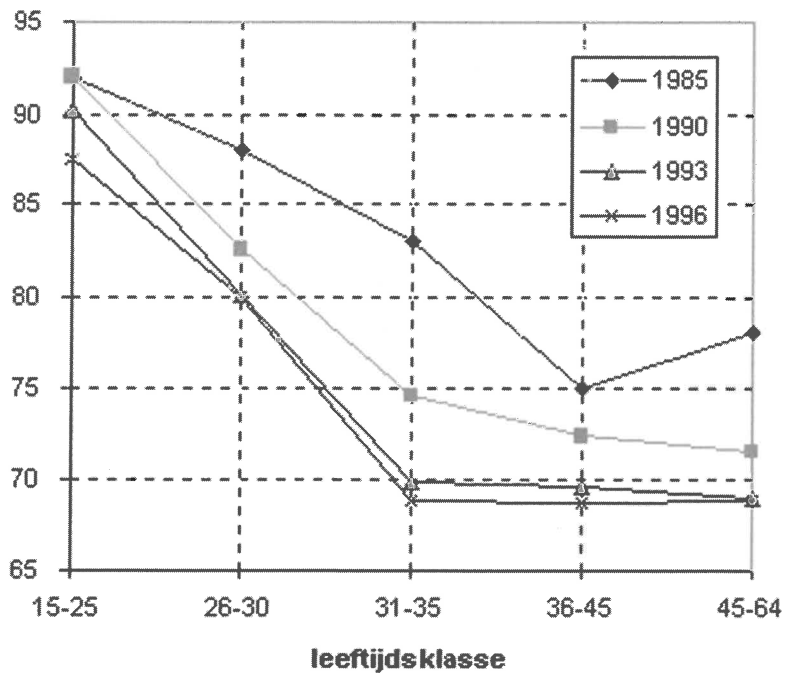


Figuur 5.3 De gemiddelde lengte van het dienstverband

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 eenderde in 1996 (bijlagentabel A5.4). Bij psychiatrie, gezondheidszorg en verpleeghuizen zien we dit aandeel dalen van 45% naar 25% of minder. In deze drie sectoren is de meest voorkomende werknemer niet meer een fulltimer, maar een parttimer met een baan van 80% of meer. Zet deze trend zich voort, dan is dit volgend jaar ook in de ziekenhuizen het geval. De daling van de gemiddelde werkweek wordt door een tweetal factoren veroorzaakt. De vergrijzing van het personeelsbestand zorgt ervoor dat, waar er een sterk verband bestaat tussen leeftijd en gemiddelde werkweek, de laatste daalt. Daarnaast zien we dat er in de intramurale gezondheidszorg per leeftijdscategorie ook steeds korter gewerkt gaat worden (figuur 5.5). De daling van de gemiddelde werkweek per leeftijdscategorie was overigens in de periode 1985-1990 veel sterker. In 1985 was ook nog goed zichtbaar



Figuur 5.4 De werkweek van verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg (fulltime = 100%)



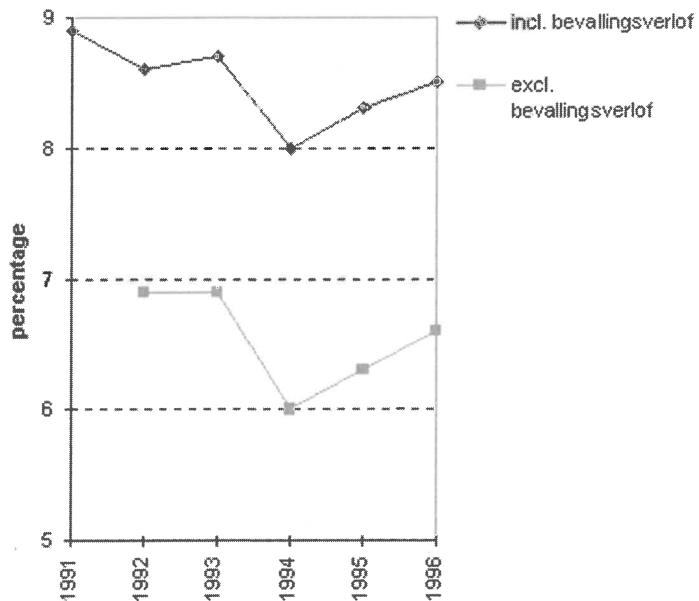
Figuur 5.5 De gemiddelde werkweek in de intramurale gezondheidszorg naar leeftijd 1985-1996 (in % van volledige werkweek)

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 36-45-jarigen. Anno 1996 valt op dat de gemiddelde werkweek tot de leeftijdsklasse 31-35 jaar daalt, maar in de daaropvolgende leeftijdsklassen vrijwel gelijk blijft. Mogelijk betekent dit dat er een einde is gekomen aan de daling van de gemiddelde werkweek per leeftijdscategorie.

#### 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 in de intramurale gezondheidszorg. Het bevallingsverlof maakt vanaf 1994 een relatief vast deel uit van het ziekteverzuim, rond de 2% (zie figuur 5.6). De verschillen in ziekteverzuim tussen de jaren zijn vooral toe te schrijven aan het verzuim exclusief bevallingsverlof.

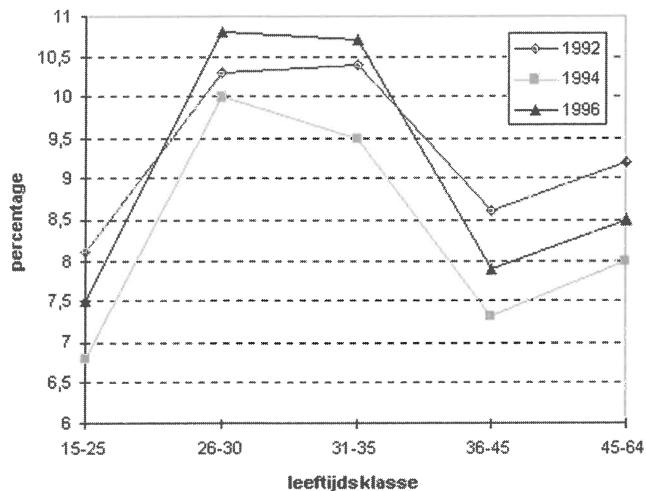


Figuur 5.6 Ziekteverzuim intramuraal



Met de lichte stijging van het ziekteverzuim wijkt de verpleging en verzorging af van de landelijke trend. Het CBS laat voor 1996 voor geheel Nederland juist een daling zien.

Per leeftijdsklasse zien we verschillen in het niveau van het ziekteverzuim (figuur 5.7). Als gevolg van bevallingsverlof is het verzuimpercentage het hoogst bij de leeftijdscategorie 25-30 jaar. Na 35 jaar neemt het verzuim sterk af om geleidelijk aan weer omhoog te gaan. De daling van het verzuim tussen 1992 en 1994 heeft zich bij alle leeftijdsklassen voorgedaan. De toename in 1996 vond met name plaats in de categorieën 25-30 jaar en vooral 31-35 jaar. Bij de oudste leeftijdscategorieën was de toename geringer.



Figuur 5.7 Ziekteverzuim per leeftijdsklasse

## 5.5

### Samenvatting en vooruitzichten

Het vertrek van verplegend en verzorgend personeel is in de intramurale gezondheidszorg in de periode 1990-1994 drastisch afgenomen. Sindsdien is er sprake van een lichte stijging. Een en ander resulteert in een stijging van het gemiddeld aantal jaren dat men bij dezelfde werkgever in dienst is. Een belangrijk deel van het vertrek werd voorkomen doordat men in deeltijd kon gaan werken. 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 meer.

Op grond van leeftijdsspecifieke gegevens omtrent deeltijdwerk kan men verwachten dat de komende jaren het tempo waarin de gemiddelde werkweek afneemt, minder sterk zal zijn. Verder kan de invoering van de 36-urige werkweek (of 37 uur voor de thuiszorg) een trendbreuk met zich meebrengen: veel deeltijdwerkers hebben van de mogelijkheid gebruikgemaakt om hun aantal uren niet terug te laten lopen (zogenaamd opplussen).

Het ziekteverzuim daalde evenals elders in 1994 sterk. Sindsdien is er sprake van een stijging die in andere bedrijfstakken niet teruggevonden wordt (bijlagetabel A5.7).

Voor de hiervoor genoemde facetten van de arbeidssituatie is het geven van een enigszins onderbouwde vooruitblik moeilijk te geven.

## 6

# Onderwijs

Het verplegend en verzorgend onderwijs is sterk in beweging. Na een jarenlange discussie is er met ingang van 1 augustus 1997 een nieuw samenhangend stelsel van kracht (Convenant 1996). Desondanks, of misschien wel juist daarom, zijn gegevens over het thans vigerende onderwijssysteem van groot belang. Zij vormen immers een referentiekader om de nieuwe ontwikkelingen tegen af te zetten. Bovendien zullen de eerste afgestudeerden van het nieuwe stelsel zich pas in het volgende millennium op de arbeidsmarkt aandienen. Helaas zijn er nog geen gegevens over de instroom in het nieuwe onderwijsstelsel.

In dit hoofdstuk besteden we eerst aandacht aan het verplegend en daarna aan het verzorgend onderwijs. Het gaat hierbij om de initiële opleidingen. Over vervolgopleidingen is weinig bekend, althans op landelijk niveau en in de vorm van tijdreeksen. Ten slotte gaan we in op een aantal kenmerken van degenen die aan deze vorm van initieel onderwijs begonnen zijn.

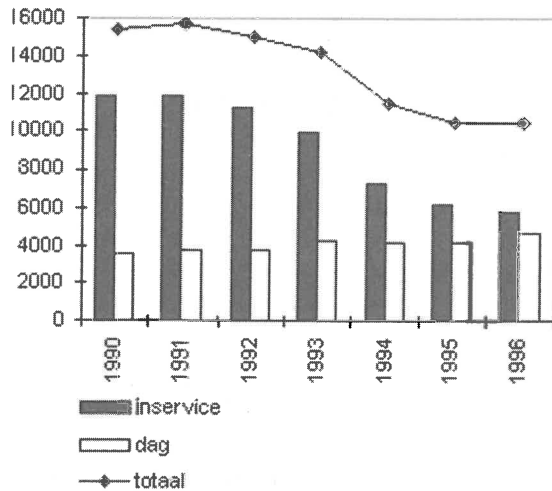
### 6.1

#### **Het verplegend onderwijs**

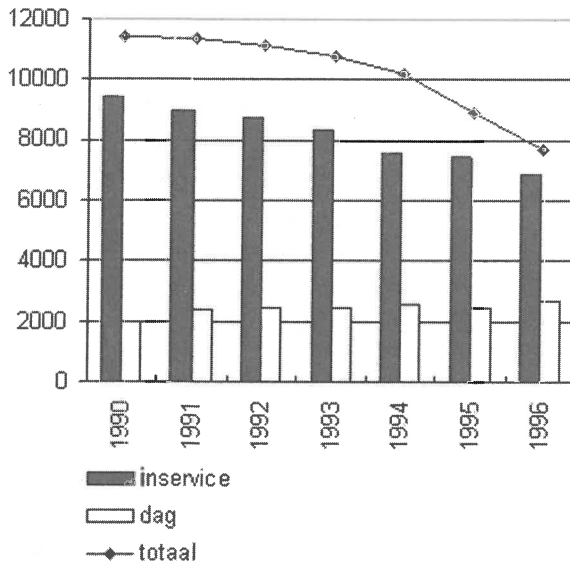
De daling die een aantal jaren geleden is ingezet in de instroom in het onderwijs, begint nu zijn effect op de uitstroom te krijgen: het aantal mensen dat jaarlijks een diploma behaalt gaat sterk dalen (zie figuren 6.1 en 6.2).

De daling van de instroom in het inserviceonderwijs wordt niet gecompenseerd door de toename van het dagonderwijs.

De komende jaren zal de daling in het aantal mensen dat een diploma behaalt, zich nog voortzetten. Bij een gelijkblijvend studierendement is de verwachting dat het aantal diplomabehalers in 1997 2% en in 1998 en 1999 10% lager zal zijn dan in 1996.



Figuur 6.1 De instroom in het verpleegonderwijs

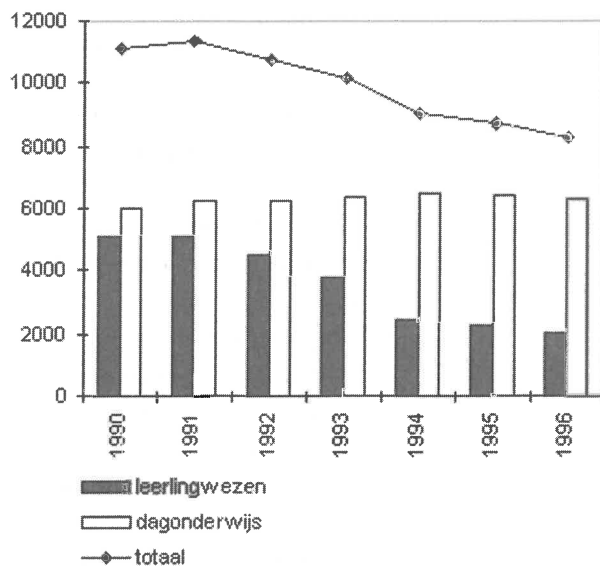


Figuur 6.2 Behaalde diploma's verpleging

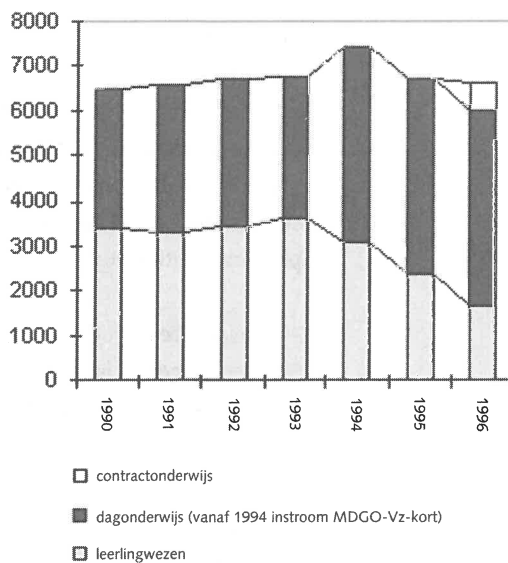
## 6.2

### Het verzorgend onderwijs

In het verzorgend onderwijs zien we vergelijkbare tendensen als in het verplegend onderwijs. Hier neemt het leerlingwezen fors af, met name in de thuiszorg. Het dagonderwijs laat een lichte stijging zien, die de daling in het leerlingwezen bij lange na niet compenseert.



Figuur 6.3 De instroom in het verzorgend onderwijs



Figuur 6.4 Diploma's in verzorgend onderwijs

Het aantal leerlingen dat een diploma behaalt in de verzorging neemt echter niet zo drastisch af als bij de verpleging. Bij de behaalde diploma's moeten wel enige opmerkingen worden gemaakt. Vanaf 1994 zijn in het dagonderwijs ook degenen betrokken die een opleiding MDGO-Vz-kort met

goed gevolg afleggen. Een indicatie van de omvang: het gaat om zo'n 1400 extra diplomabehalers ten opzichte van 1993.

Verder is in figuur 6.4 ook het contractonderwijs opgenomen, dat vergelijkbaar is met het reguliere onderwijs in de verzorging. Het onderwijs zelf vindt buiten het reguliere verzorgingsonderwijs plaats, maar de examens vinden wel onder auspiciën van de OVDB plaats.

Voor het aanbod in de zorginstellingen is van belang dat slechts weinigen die het dagonderwijs in de verzorging gevolgd hebben ook daadwerkelijk in de zorgsector komen werken (Evers en Van der Windt 1997). Zo vindt tweederde van degenen die de MDGO-Verzorging-lang hebben afgerond een baan in de zorgsector, maar van degenen die de korte variant van deze opleiding volgden is dat slechts eenderde. Een groot deel van hen komt in de detailhandel, horeca enzovoort terecht. Daarnaast speelt een rol dat het studierendement van dagonderwijs over het algemeen lager is dan van het inserviceonderwijs en het leerlingwezen (Van der Heuij en Van der Windt 1995). Voor de beschikbare gegevens verwijzen wij naar bijlagetabel A6.10.

### 6.3

#### Kenmerken

Het aandeel mannen dat een aanvang maakt met het verpleegkundig inserviceonderwijs vertoont in de periode 1990-1996 een lichte stijging. De grote verschillen tussen de opleidingen blijven wel in stand: de B-opleiding kent al sinds jaar en dag een aandeel van rond de 40% mannen, de andere opleidingen zitten tussen de 10 en 20%.

De gemiddelde leeftijd waarop men aan de opleiding begint, vertoonde tot 1994 een stijgende lijn. Het aandeel 'tweede kansers', mensen die eerst een andere opleiding volgden of een ander beroep uitoefenden, nam jaar op jaar toe. Zij vormden een aanvulling op het jaarlijks afnemende aanbod van schoolverlaters. Momenteel daalt het aantal schoolverlaters landelijk gezien nauwelijks en is de instroom in het inserviceonderwijs in omvang verder beperkt. Getuige de daling van de gemiddelde leeftijd bij de start van de opleiding lijkt het erop dat instellingen weer meer opteren voor 'directe' schoolverlaters.

Het leerlingwezen in het verzorgend onderwijs laat zien dat in 1994 de helft van de beginnende leerlingen 27 jaar of ouder is. In 1995 en 1996 daalt dit aandeel weer iets. Wellicht heeft dit te maken met de daling van het aantal leerlingen en het feit dat niet alle leerlingen over een arbeidsplaats beschikken, maar een aantal een vorm van 'stage' in een instelling lopen.

Verder zal de in 1995 veranderde studiefinanciering voor ouderen zeker invloed hebben gehad. Het aandeel mannen blijft in de periode 1990-1996 onveranderd laag.

Kijken we naar de gemiddelde leeftijd in het leerlingwezen van het verzorgend onderwijs, dan valt op dat bejaardenhelpenden relatief jong zijn met in 1996 een gemiddelde van 25 jaar. Met name de gezinsverzorgenden/helpenden zijn bij de aanvang van de opleiding gemiddeld al van dezelfde leeftijd als degenen die reeds werkzaam zijn in het beroep.

De genoten vooropleiding van degenen die in het leerlingwezen de opleiding tot helpenden beginnen (gezinsverzorging en bejaarden) bestaat voor bijna driekwart uit LHNO (zie bijlagentabel A6.9). Bij de opleiding tot verzorgenden is het beeld diverser: naast LHNO'ers zien we een grote groep afkomstig van de MAVO en doorstromers uit de kringen der helpenden (OVDB). Bij de opleiding tot bejaardenverzorgende neemt de laatste jaren de categorie afkomstig uit het MBO toe. Veelal zal het dan gaan om mensen die daar een opleiding hebben afgebroken.

Van degenen die aan een opleiding tot ziekenverzorgende beginnen is 40% afkomstig van LHNO/MAVO; 30% komt met of zonder diploma van het MBO. De inservice-A-opleiding recruteert de meeste mensen van HAVO/MAVO en MBO. De Z-opleiding trekt vooral mensen uit het MBO, terwijl degenen die aan een B-opleiding beginnen een zeer diverse achtergrond hebben. De beide verpleegkundige dagopleidingen laten een homogeen beeld zien: 90% van de MDGO-VP'ers is afkomstig van LHNO/MAVO; 70% van de HBO-V'ers komt van HAVO/VWO.

#### 6.4

##### **Aansluiting onderwijs op de arbeidsmarkt**

Het inserviceonderwijs en het leerlingstelsel worden gekenmerkt door een bijna perfecte aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt: men werkt reeds, terwijl men de opleiding nog volgt. Voor degenen die het dagonderwijs afsluiten, ligt dat anders. Na diplomering staat men voor de keus: begeeft men zich op de arbeidsmarkt of vervolgt men het onderwijs? En als men een baan zoekt, hoe lang doet men erover om aan de slag te gaan (de zogenaamde duur intrede werkloosheid).

In tabel A6.11 van de bijlage staat uitgebreide informatie over deze twee vragen voor de HBO-V, de MDGO-VP en de MDGO-Vz.

In tabel 6.1 geven we een beeld van de werkloosheid en het percentage mensen dat er – vanaf het moment dat men zich op de arbeidsmarkt begeeft – langer dan drie maanden over doet om aan de slag te komen.

Tabel 6.1

*Enkele kenmerken van de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt*

% werkloos anderhalf jaar na afstuderen				
	1992	1993	1994	1995
HBO-V	3	6	4	2
MDGO-VP	1	2	3	1
MDGO-Vz	1	2	3	4
% met intrede werkloosheid langer dan 3 maanden				
	1992	1993	1994	1995
HBO-V	3	7	10	6
MDGO-VP	3	5	15	16
MDGO-Vz	4	6	11	8

De werkloosheidspercentages zijn over het algemeen gering. De HBO-V'ers die in 1993 en 1994 afstudeerden en een baan zochten, hadden wat meer moeite dan degenen die in 1992 en 1996 afstudeerden. Voor de MDGO-VP geldt dat het werkloosheidspercentage anderhalf jaar na afstuderen laag is. Van degenen die deze opleiding afronden, gaan er echter velen door met vervolgonderwijs. Voor degenen die in 1994 en 1995 het diploma behaalden gold dit voor bijna de helft (bijlagentabel A6.11). Degenen die een baan zoeken vinden hem over het algemeen wel, maar het kost de laatste jaren wel wat meer moeite, gezien de oplopende duur van de intrede werkloosheid.

Voor de afgestudeerden van de MDGO-Vz geldt dat zij vrij gemakkelijk aansluiting vinden op de arbeidsmarkt, hetzij direct in een baan, hetzij in een inserviceopleiding.

## 6.5

### **samenvatting en vooruitblik**

De uitstroom van gediplomeerden uit het verplegend onderwijs daalde de afgelopen jaren als gevolg van een afname van de instroom in dit type



onderwijs drie tot vier jaar eerder. Ook de komende jaren zullen de gevolgen van deze daling nog merkbaar zijn. Het aantal diplomabehalers zal 10% lager liggen dan in 1996.

Het verzorgend onderwijs laat vergelijkbare ontwikkelingen zien als bij de verpleging. Het aantal gediplomeerden neemt hier echter minder af, omdat buiten het reguliere onderwijs om via contractonderwijs mensen een opleiding volgen die eenzelfde civiel effect hebben als het reguliere onderwijs.

De aansluiting tussen de dagopleidingen en de arbeidsmarkt is goed te noemen. Er komt weinig werkloosheid voor. Wel geldt voor de MDGO-VP dat bijna de helft zich na afronding niet op de arbeidsmarkt begeeft, maar een vervolgopleiding, veelal HBO-V, gaat volgen. Met de komst van het nieuwe modulaire onderwijsstelsel zal het in principe mogelijk zijn om meer efficiënte leerroutes te kiezen en komt er een einde aan de stapeling van diploma's.

Een vooruitblik voor het onderwijs te geven is met de komst van het nieuwe stelsel, waarin zoveel verandert, uiterst speculatief.

## 7

### Functionies 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.

Voor de intramurale gezondheidszorg kunnen we tot op zekere hoogte nagaan in welke mate personeel een loopbaan doormaakt, gemeten aan het promoveren van de ene naar de andere schaal.

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

##### Functionies

Van instellingen waar de CAO-ziekenhuiswezen van toepassing is en voor 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 (Functiewaardering Gezondheidszorg) 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 1996 is er voor deze twee sectoren momenteel nog geen nieuwe informatie beschikbaar.

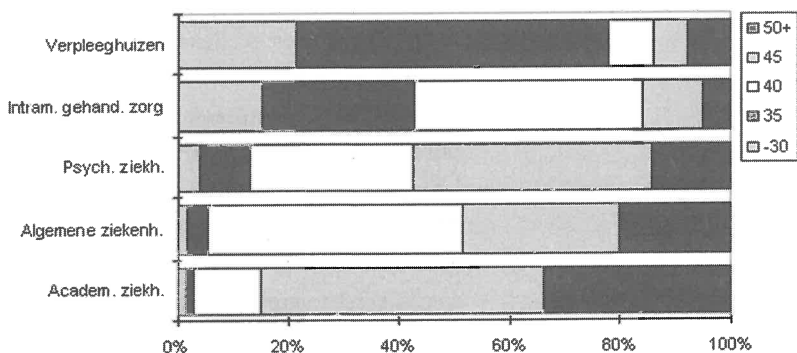
### 7.1.1

#### Intramuraal

In figuur 7.1 is per sector aangegeven hoe in 1996 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, 5 aan FWG 35 enzovoort. 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 20% van de verplegenden en verzorgenden ingedeeld in schaal 30 of lager. Ook in de intramurale gehandicaptenzorg is een belangrijk 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 hierop ingeschaald.

De hogere schalen, namelijk 45 en hoger, komen veel voor in de ziekenhuizen. In de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen is hun aandeel veel geringer. Wanneer we aannemen dat zo'n 5% van de functies management-functies omvat (Van der Windt en Vlemmix 1996), kunnen we concluderen



Figuur 7.1 Procentuele verdeling naar schaalniveau FWG per sector in 1996

dat er in de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen weinig specialistische functies voorkomen, waar dat in de (psychiatrische) ziekenhuizen wél 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 de afgelopen jaren in de sectoren heeft voorgedaan. Tabel 7.1 geeft hier voor de intramurale gezondheidszorg een beeld van.

Tabel 7.1

Procentuele verdeling naar schaalniveau FWG per sector 1990 en 1996

FWG-schaal	Academische ziekenhuizen		Algemene ziekenhuizen		Psychiatrische ziekenhuizen		Gehandicaptenzorg		Verpleeghuizen	
	1993 <sup>1</sup>	1996	1990	1996	1990	1996	1990	1996	1990	1996
-30	1	1	2	2	5	5	12	16	21	20
35	2	2	7	4	11	9	28	29	57	62
40	18	12	44	46	28	28	41	40	8	6
45	49	51	33	28	42	44	13	10	6	6
50+	30	34	15	21	15	15	6	5	8	6
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

<sup>1</sup> 1990 niet beschikbaar.

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 1990 in de algemene ziekenhuizen bijna 15% van het personeel ingedeeld in schaal 50 en hoger, in 1996 is dat opgelopen tot 21%. 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.

Bij verpleeghuizen zien we dat de allerlaagste functieniveaus wat op hun retour zijn, wellicht door de meer ontspannen arbeidsmarkt van de afgelopen jaren. Voor 1990 was er sprake van een toename van deze functies door het in het leven roepen van de verpleeghulp, afdelingsassistent en dergelijke. Overigens nam toen het aantal hogere functies ook toe. Daarmee was functiedifferentiatie vooral een reactie op problemen op de arbeidsmarkt. Wat betreft de loonkosten leverde een en ander weinig op: de toename van de lagere, goedkopere functies werd vrijwel tenietgedaan door de toename van de hogere, duurdere functies. Inmiddels zien we dat ook de hogere functies zijn afgenomen en dat het aandeel van schaal 35 fors is toegenomen.

### 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 hierin voordoen. Tabel 7.2 laat zien wat zich tussen 1990 en 1995 heeft afgespeeld.

Tabel 7.2

*De personeelssamenstelling in verzorgingshuizen naar achtergrond 1990 en 1995 in personen (in %)*

Verzorgingshuizen	1990	1995
– verpleegkundigen	12	10
– ziekenverzorgenden	23	22
– bejaardenverzorgenden	38	43
– bejaardenhelpenden	12	12
– overig	15	14
Totaal	100	100

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

In de verzorgingshuizen lijkt het erop dat de afgelopen jaren de nadruk meer op het middenniveau, dat van de verzorgenden, is komen te liggen.

### 7.1.3

#### *Thuiszorg*

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

In het kruiswerk zien we tussen 1990 en 1996 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.

Tabel 7.3

*De personeelssamenstelling in de wijkverpleging in 1990 en 1996 in FTE's en de gezinszorg 1993 en 1996 in personen en in FTE's (in %)*

Kruiswerk			FTE's	
			1990	1996
- verpleegkundigen			81	73
- ziekenverzorgenden			19	27
Totaal			100	100
Gezinszorg	Personen		FTE's	
	1993	1996	1993	1996
- leidinggevend	3,6	2,9	7,2	6,1
- verzorgenden E	1,1	1,3	2,4	2,6
- verzorgenden C/D	14,5	18,4	23,9	27,2
- verzorgenden A/B	45,5	41,4	54,1	49,1
- alfahulpen	35,3	37,0	12,4	15,0
Totaal	100	100	100	100

In de gezinszorg is het alleen mogelijk om 1993 en 1996 met elkaar te vergelijken. We zien in deze periode van drie jaar een verschuiving van verzorgende A/B naar meer verzorgende C/D. Alfahulpen nemen toe en leidinggevend daarentegen af.

In de gezinszorg is er veel sprake van deeltijdwerk, maar er is ook een grote variatie in de mate van deeltijd. Alfahulpen mogen zelfs niet meer dan 40% van een volledige werkweek werkzaam zijn. Daarom zijn de gegevens in tabel 7.3 zowel in personen als in FTE's weergegeven. Leidinggevend en verzorgenden C tot en met E blijken een gemiddeld veel langere werkweek te hebben dan verzorgenden A/B en alfahulpen.

## 7.2

### **Mobiliteit en vervulling van functies**

De groei van het aantal hogere functies in ziekenhuizen of juist het ontbreken van groei daarvan in andere sectoren, doet de vraag rijzen wat een en ander betekent voor de loopbaanmogelijkheden voor verplegend en verzorgend personeel in deze instellingen. Enig inzicht hierin verkrijgen we door naar het aantal vrijkomende functies en de wijze van bezetting daarvan

te kijken. We krijgen hiermee een indicatie van de mobiliteit van het personeel en de loopbaanmogelijkheden. Aan de hand van het LKG dat voor de vier sectoren van de intramurale gezondheidszorg beschikbaar is, is een en ander aan te geven.

Om de ontwikkeling in de afgelopen jaren in die mobiliteit van het verplegend en verzorgend personeel te indiceren is van de volgende aanpak uitgegaan. Van de personeelsleden is aan het einde van het jaar bekend in welke FWG-schaal zij zijn ingedeeld (zie voorgaande paragraaf; hier is dezelfde indeling in vijf schalen gehanteerd). Was men een jaar eerder in dezelfde schaal bij dezelfde werkgever ingedeeld, dan is er geen sprake van mutatie en mobiliteit. Wanneer men bij dezelfde werkgever een schaal omhoog is gegaan, wordt dat als interne mobiliteit aangeduid. Is men gedurende het jaar in dienst gekomen, dan wordt dat externe mobiliteit genoemd.

Met nadruk zij erop gewezen dat dit een definiëring van mobiliteit is die ingegeven is door de beschikbare databron. Het zou bijvoorbeeld heel aantrekkelijk zijn om te weten of mensen een andere functie zijn gaan uitoefenen, bijvoorbeeld op een andere afdeling, zonder dat men hoger ingeschaald is. Deze vorm van mobiliteit, die men ook wel horizontale mobiliteit noemt, is in het LKG niet te onderscheiden. In feite wordt alleen verticale mobiliteit en mobiliteit via de externe arbeidsmarkt vastgesteld.

Voor de vier sectoren resulteert de analyse in de volgende ontwikkeling (tabel 7.4).

*Tabel 7.4*  
*Mutaties in functies naar herkomst per sector 1991-1996*

<i>Ziekenhuizen</i>	<i>Mutaties</i>			
	<i>Geen</i>	<i>Intern</i>	<i>Extern</i>	<i>Totaal</i>
1991	71	13	16	100
1992	76	11	13	100
1993	76	12	12	100
1994	85	8	7	100
1995	87	6	7	100
1996	77	10	14	100



(vervolg tabel 7.4)

<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>				
1991	69	8	23	100
1992	72	9	19	100
1993	75	7	18	100
1994	82	6	12	100
1995	81	7	12	100
1996	73	9	18	100
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>				
1991	70	10	20	100
1992	73	10	17	100
1993	72	11	17	100
1994	80	5	15	100
1995	77	8	15	100
1996	73	6	21	100
<i>Verpleeghuizen</i>				
1991	64	11	25	100
1992	69	10	21	100
1993	73	10	17	100
1994	83	7	11	100
1995	84	6	9	100
1996	76	7	18	100

Bron: LKG.

De aldus gedefinieerde mobiliteit nam sinds 1991 in alle sectoren af. Bijvoorbeeld in de ziekenhuizen was eind 1991 bij 71% van de werknemers in de verpleging geen sprake van mobiliteit in dat afgelopen jaar, 13% was een FWG-schaal gestegen en 16% was van extern aangetrokken. Eind 1995 was 86% van de werknemers in de verpleging niet van positie veranderd, 6% had intern promotie gemaakt en 7% was van extern aangetrokken. In de jaren 1994 en 1995 zien we in alle sectoren een aanzienlijke terugval in de mobiliteit.

In 1996 neemt de mobiliteit in alle sectoren aanzienlijk toe. Dit heeft vooral te maken met de instroom van nieuw personeel als gevolg van uitbreiding. In hoofdstuk 3 zagen we immers al dat er een naar verhouding sterke groei van de werkgelegenheid optrad tussen 1995 en 1996.

In de ziekenhuizen ging dit ook gepaard met een toename van promoties. Was in 1995 6% van het personeel een schaal gepromoveerd ten opzichte van het voorgaande jaar, in 1996 gold dit voor 10%.

In de andere sectoren nam de externe mobiliteit ook aanzienlijk toe, de promoties intern namen echter maar mondjesmaat toe.

Al met al constateren we dat de omvang van de mutaties in functie in 1996 weer neigt naar het niveau van begin jaren negentig.

### 7.3

#### Salaris

Salarisgegevens zijn alleen beschikbaar voor de instellingen waar de CAO-ziekenhuiswezen van toepassing is en voor de academische ziekenhuizen. Er zijn twee vragen aan de orde, namelijk: hoe ontwikkelde het salaris van verpleegkundigen en verzorgenden zich in de periode 1990-1996 en hoe verhoudt zich deze ontwikkeling met die bij andere groepen?

Een groot aantal factoren beïnvloedt de ontwikkeling van het gemiddelde salaris. Te noemen zijn:

- de ontwikkeling van het CAO-loon;
- de incidentele loonontwikkeling bestaande uit: anciënniteit en overige effecten.

Anciënniteit is vooral een demografisch effect. Wanneer personeel langer in dienst blijft zal het steeds verder in periodieken opklimmen, zolang het einde van de schaal nog niet bereikt is. Als gevolg hiervan stijgt het gemiddelde salaris. Bovendien zal wanneer het zittend personeel een lager verloop kent, het ook minder vaak mogelijk zijn om ouder en duurder vertrekend personeel te vervangen door goedkoper jonger personeel. Gezien het sterk teruglopend verloop heeft dit de afgelopen jaren een grote rol gespeeld. Een andere factor die meespeelt, is de samenstelling van het personeelsbestand naar functies. Zo zagen we bij de ziekenhuizen een toename van specialistisch verpleegkundige functies. Ook extra hoge inschaling vanwege concurrentie op de arbeidsmarkt kan hier een rol spelen.

Het niveau van het gemiddelde salaris van verpleegkundigen en verzorgenden verschilt per sector (bijlagetabel A7.2). Gezien de verschillen in FWG-inschaling die we eerder lieten zien is dat ook logisch.

Vergelijken we het gemiddelde salarisniveau van verpleegkundigen en verzorgenden met het totale personeelsbestand per sector, dan zien we dat alleen in de academische en psychiatrische ziekenhuizen het gemiddelde salaris lager ligt dan het totaal gemiddelde van de sector, terwijl deze verpleegkundigen en verzorgenden vergeleken met hun collega's in andere sectoren toch het hoogste gemiddelde salaris hebben. Dit komt doordat de personeelskosten in academische en psychiatrische ziekenhuizen relatief hoog zijn, omdat er veel artsen respectievelijk veel dure behandelaars in loondienst zijn. Tussen 1990 en 1996 nam het salaris van verpleegkundigen, variërend per sector, gemiddeld tussen de 16 en 25% toe. Deze ontwikkeling is met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen iets gunstiger dan voor het totale personeelsbestand.

Tabel 7.5

*Het gemiddelde maandsalaris van verpleegkundigen en verzorgenden en alle personeelsleden per sector (index totaal personeel per sector 1990 = 100)*

<i>Algemene en categorale ziekenhuizen</i>	1990	1996
Verpleging/verzorging	103	125
Totaal	100	123
<i>Academische ziekenhuizen (index 1993 = 100)</i>		
Verpleging/verzorging	-	103
Totaal	-	108
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>		
Verpleging/verzorging	95	116
Totaal	100	123
<i>Instellingen voor gehandicaptenzorg</i>		
Verpleging/verzorging	100	118
Totaal	100	117
<i>Verpleeghuizen</i>		
Verpleging/verzorging	101	123
Totaal	100	119

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 welzijnszorg in zijn totaliteit kunnen vergelijken met de landelijke gegevens.

Tabel 7.6

*Bruto-looninkomen per uur in guldens*

	1990	1992	1993	1994	1995	1996
Gezondheidszorg & Welzijn	22,43	24,77	25,73	26,52	27,01	27,85
Totaal	24,1	26,33	27,26	27,93	28,34	29,03
<i>Index 1990 = 100</i>						
Gezondheidszorg & Welzijn	100,0	110,4	114,7	118,2	120,4	124,2
Totaal	100,0	109,3	113,1	115,9	117,6	120,5

Bron: CBS.

De sector gezondheidszorg en welzijn maakt bij de brutolonen per uur in vergelijking met alle werknemers in ons land sinds 1990 een gunstige ontwikkeling door. De stijging bedroeg 24% tegen 20,5% landelijk. Wel geldt dat het absolute niveau in de sector gezondheidszorg en welzijn nog steeds lager ligt dan het landelijk gemiddelde.

**7.4****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 een verschuiving voor naar

meer verzorgenden B/C en in beperkte mate alfahulpen ten koste van verzorgenden A/B. Het aandeel leidinggevenden neemt af.

In de periode 1991-1995 is de mobiliteit onder het verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg sterk afgenomen: men maakte minder promotie, maar men betrok vooral minder vaak een baan bij een andere werkgever. Vanaf 1996 zien we een kentering. Als gevolg van de groei van de werkgelegenheid in de sector neemt de mobiliteit weer toe.

Over het algemeen ontwikkelt zich het gemiddelde salaris bij verpleegkundigen en verzorgenden gunstig ten opzichte van het totale personeelsbestand. Bovengenoemde ontwikkeling in de functies die men bekleedt en de sterke ontwikkeling van de anciënniteit, als gevolg van het sterk afgenomen verloop, spelen hierbij een belangrijke rol. Globaal genomen lijkt de inkomensontwikkeling in de pas te lopen met wat zich in de andere bedrijfstakken voordoet. Wel geldt dat het absolute niveau in de sector zorg en welzijn nog steeds lager ligt dan het landelijke gemiddelde.

## 8

# Samenvatting deel A

### 8.1

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

Ontwikkelingen die gedurende de afgelopen jaren en de nabije toekomst van invloed zijn (geweest) op de behoefte aan verpleging en verzorging zijn met name van demografische en sociaal-culturele aard en betreffen vooral de oudere bevolkingsgroepen. Zo neemt het aandeel ouderen in de Nederlandse samenleving gestaag toe en wordt voor de toekomst met de nieuwe bevolkingsprognose een sterkere vergrijzing verwacht dan in de vorige uitgave van *Verpleging en verzorging in kaart gebracht* (1997) werd vermeld. Dit is voor deze sector van belang aangezien ouderen een hogere kans hebben op het krijgen van (chronische) aandoeningen. Daarbij is het aandeel (oudere) alleenstaanden binnen onze samenleving toegenomen en zal nog meer toenemen, terwijl er tegelijkertijd signalen zijn van een afnemend aanbod van mantelzorg. Ook onder de allochtone bevolking groeit het aantal ouderen. Signalen van onderconsumptie van zorg door deze specifieke groep doen echter vermoeden dat dit niet zozeer gepaard zal gaan met een evenredige toename van de zorgvraag. Wel zal aandacht dienen te worden geschonken aan de aard van verpleging en verzorging en zal onder meer een grotere bekendheid met (ouderen)voorzieningen een punt van betekenis moeten zijn. Bovengenoemde ontwikkelingen laten evenwel een groeiende behoefte aan (ouderen)zorg zien. Dit komt ook tot uiting in het gebruik van verpleging en verzorging: in de afgelopen jaren en ook in de toekomst is het gebruik van zorg, oftewel de 'productie', over de gehele linie gestegen. Opvallend hierbij is het gegeven dat de verzorgingshuizen en de thuiszorg, naast de verpleeghuissector de belangrijkste zorgvoorzieningen voor ouderen, hierin afwijken. In het gebruik van zorg verleend door verzorgingshuizen is zelfs, als gevolg van beleidsmaatregelen,

een daling geconstateerd en wordt ook voor de toekomst een afnemende 'productie' geraamd. Voor wat betreft de thuiszorg blijkt de groei van het cliëntenbestand met een half procent te zijn achtergebleven bij wat op basis van de demografische ontwikkelingen verwacht mocht worden. Bovendien is binnen de thuiszorg een verschraving van zorg gesignaleerd: het aantal uren gezinsverzorging per cliënt en de verzorgingsduur per kraamverzorging is gedaald. Overigens wordt voor de toekomst (tot het jaar 2002) de hoogste stijging van de 'zorgproductie' binnen de thuiszorg verwacht, ruim 4% per jaar. De groei binnen de intramurale sector is het sterkst bij de semi-murale en extramurale zorgvormen die zorginstellingen meer en meer bieden, zoals verpleging en verzorging in dag- en deeltijdbehandelingen. De toename in het gebruik van klinische verpleging en verzorging is voornamelijk toe te schrijven aan een verzwarend van zorg, een gevolg van zowel de vergrijzing als een kortere opnameduur.

## 8.2

### De omvang van de beroepsgroepen

In ons land waren in 1996 376.700 personen werkzaam in de verpleging en verzorging. Dat is 6,2% van de werkzame beroepsbevolking. Het aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden (exclusief leerlingen) groeide in de periode 1990-1996 met bijna 20%. Het totaal aantal in ons land werkzame personen groeide in dezelfde periode met 8%.

Gemeten in volledige banen is er in deze periode, na een stagnatie in de periode 1993-1995, in 1996 weer sprake van groei van de werkgelegenheid. De afbrokkeling van werkgelegenheid zoals die zich in de ziekenhuissector, de verzorgingshuizen en de thuiszorg voordeed, lijkt tot staan te zijn gekomen. Schattingen wijzen uit dat de particuliere 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. Eind 1997 hebben ruim 182.000 verpleegkundigen zich laten registreren. Van degenen die vanaf 1960 het diploma behaalden, heeft naar schatting 68% van de mannen en 79% van de vrouwen zich laten registreren. Ongeveer zeven op de tien geregistreerden oefent op dit moment ook daadwerkelijk het beroep uit.

De vooruitzichten voor de werkgelegenheid in de verpleging en verzorging zijn voor de komende jaren gunstig. Vertalen we de financiële vooruitzichten die de overheid momenteel biedt in het JOZ 1998 in werkzame personen, dan is de komende jaren een groei van 2,2% te verwachten. Voor de totale arbeidsmarkt in ons land wordt een groei van 1,7% verwacht. Een probleem dat opdoemt is de vraag of er straks voldoende gekwalificeerde mensen te vinden zijn. De uitstroom uit de opleidingen is de komende jaren gering als gevolg van de daling van de instroom een paar jaar geleden.

### 8.3

#### **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 1990-1996 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, waarin ook meewerkende leerlingen zijn meegerekend, neemt de gemiddelde leeftijd toe van 32,8 jaar in 1997 tot 37 in 2002 en 40,2 in 2007.

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, los van de persoonlijke problematiek die een en ander met zich meebrengt, een veel grotere behoefte aan nieuw personeel dan nu voorzien wordt, het gevolg zijn.

### 8.4

#### **De arbeidssituatie**

Het vertrek van verplegend en verzorgend personeel is in de intramurale gezondheidszorg in de periode 1990-1994 drastisch afgenomen. Sindsdien is er sprake van een lichte stijging. Een en ander resulteert in een toename van het gemiddeld aantal jaren dat men bij dezelfde werkgever in dienst is. Een belangrijk deel van het vertrek werd voorkomen doordat men in deeltijd kon gaan werken. 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 meer. Op grond van leeftijdsspecifieke gegevens omtrent deeltijdwerk mag men verwachten dat de komende jaren het tempo waarin de gemiddelde werkweek afneemt minder sterk zal zijn. Verder kan de invoering van de 36-urige werkweek (of 37 uur voor de thuiszorg) een trendbreuk met zich meebrengen: veel deeltijdwerkers hebben van de mogelijkheid gebruik gemaakt om hun aantal uren niet terug te laten lopen (zogenaamd oplussen).

Het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden daalde in 1994 net als elders sterk. Sindsdien is er sprake van een stijging die in andere bedrijfstakken niet wordt teruggevonden.

## 8.5

### Het onderwijs

De uitstroom van gediplomeerden uit het verplegend onderwijs daalde de afgelopen jaren als gevolg van een afname van de instroom in dit type onderwijs drie tot vier jaar eerder. Ook de komende jaren zullen de gevolgen van deze daling nog merkbaar zijn. Het aantal diplomabehalers zal 10% lager liggen dan in 1996.

Het verzorgend onderwijs laat vergelijkbare ontwikkelingen zien. Het aantal gediplomeerden neemt hier echter minder sterk af, omdat buiten het reguliere onderwijs om via contractonderwijs mensen een opleiding volgen die eenzelfde civiel effect hebben als het reguliere onderwijs.

De aansluiting tussen de dagopleidingen en de arbeidsmarkt is goed te noemen. Er komt weinig werkloosheid voor. Wel geldt voor de MDGO-VP dat bijna de helft zich na afronding van de studie niet op de arbeidsmarkt begeeft, maar een vervolgopleiding, veelal HBO-V, gaat volgen. Met de komst van het nieuwe modulaire onderwijsstelsel zal het in principe mogelijk zijn om efficiëntere leerroutes te kiezen en komt een einde aan de stapeling van diploma's.

## 8.6

### Functies en inkomen

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 dat de lagere functies wat op hun retour zijn, wellicht door de tot op heden 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 een verschuiving voor naar meer verzorgenden B/C en in beperkte mate alfahulpen ten koste van verzorgenden A/B. Het aandeel leidinggevenden neemt af.

In de periode 1991-1995 is de mobiliteit onder het verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg sterk afgenomen: men maakte minder promotie, maar men betrok vooral minder vaak een baan bij een andere werkgever. Vanaf 1996 zien we een kentering. Als gevolg van de groei van de werkgelegenheid in de sector neemt de mobiliteit weer toe.

Over het algemeen ontwikkelt zich het gemiddelde salaris bij verpleegkundigen en verzorgenden gunstig ten opzichte van het totale personeelsbestand. Bovengenoemde ontwikkeling in de functies die men bekleedt en de sterke ontwikkeling van de anciënniteit, als gevolg van het sterk afgenomen verloop, spelen hierbij een belangrijke rol. Globaal genomen lijkt de inkomensontwikkeling in de pas te lopen met wat zich in de andere bedrijfstakken voordoet. Wel geldt dat het absolute niveau in de sector zorg en welzijn nog steeds lager ligt dan het landelijke gemiddelde uurloon.

# Bijlage bij deel A

## Hoofdstuk 2

Tabel A2.1

*Omvang en groei van de Nederlandse bevolking op 1 januari 1991-1996*

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Aantal inwoners (absoluut × 1.000)	15.010,4	15.129,2	15.239,2	15.341,6	15.424,1	15.493,9
Jaarlijkse toename in %	0,79	0,73	0,67	0,54	0,54	0,45

Bron: CBS, 1994/1997 Jaarboek.

Tabel A2.2

*Geboorte-kerncijfers 1991-1996*

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Totaal aantal geboren (absoluut × 1.000)	198,7	196,7	195,7	195,6	190,5	189,5
Per 1.000 van de bevolking	13,2	13,0	12,8	12,7	12,3	12,2
Per 1.000 vrouwen van 15-44 jaar	56,8	56,6	56,5	56,7	55,4	-
Gemiddelde leeftijd van de moeder bij de geboorte van haar eerste kind	27,7	28,0	28,3	28,4	28,6	28,9

Bron: CBS, 1994/1997 Jaarboek; 1997 jaarcijfers geboorte.

**Tabel A2.3**  
**Sterfte-kerncijfers 1991-1996**

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Absoluut × 1.000</i>						
Mannen	66,7	66,3	66,9	66,0	68,2	69,0
Vrouwen	63,3	63,6	67,9	66,4	67,4	68,6
Totaal*	130,0	129,8	137,8	133,5	135,7	137,6
<i>Per 1.000 van de bevolking</i>						
Mannen	9,0	8,8	9,2	8,8	8,9	9,0
Vrouwen	8,3	8,3	8,8	8,5	8,6	8,6
Totaal	8,6	8,6	9,0	8,7	8,8	8,9

\* De totalen wijken door afrondingen soms iets af.

Bron: CBS, 1994 Jaarboek/1997 sterfte jaarcijfers.

**Tabel A2.4**  
**Buitenlandse migratie in de periode 1991-1996\***

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Immigratie × 1.000</i>						
Nederlanders	35,9	33,9	31,6	30,9	29,1	-
Niet-Nederlanders	84,3	83,0	87,6	68,4	67,0	-
Totaal	120,2	116,2	119,2	99,3	96,1	108,7
Totaal per 1.000 inwoners	8,0	7,7	7,8	6,5	6,2	7,0
<i>Emigratie</i>						
Nederlanders	35,9	36,1	37,0	39,4	41,6	-
Niet-Nederlanders	21,3	22,7	22,2	22,7	21,7	-
Totaal	57,3	58,8	59,2	62,2	63,3	65,3
Totaal per 1.000 inwoners	3,8	3,9	3,9	4,0	4,1	4,2

\* De totalen wijken door afrondingen soms iets af.

Bron: CBS, 1994/1997 Jaarboek.

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

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Jonger dan 20 jaar</i>						
Mannen	26,1	25,7	25,4	25,3	25,2	25,2
Vrouwen	24,4	24,1	23,8	23,6	23,6	23,5
Totaal	25,2	24,9	24,6	24,5	24,4	24,3
<i>20-64 jaar</i>						
Mannen	63,5	63,9	64,1	64,1	64,2	64,0
Vrouwen	60,3	60,6	60,8	60,8	60,8	60,8
Totaal	61,9	62,2	62,4	62,5	62,4	62,4
<i>65 jaar en ouder</i>						
Mannen	10,4	10,4	10,5	10,5	10,7	10,8
Vrouwen	15,3	15,4	15,5	15,6	15,7	15,7
Totaal	12,9	12,9	13,0	13,1	13,2	13,3

Bron: CBS, 1994/1997 Jaarboek.

Tabel A2.6  
Percentage personen met lichamelijke beperkingen naar leeftijd  
(1994/1995)

	ADL %
Totaal	13,6
<b>Geslacht</b>	
Mannen	8,9
Vrouwen	17,2
<b>Leeftijd</b>	
16-24 jaar	-
25-44 jaar	-
45-54 jaar	-
55-64 jaar	5,5

(vervolg tabel A2.6)

	ADL %
65 jaar of ouder	19,4
<b>Geslacht x leeftijd</b>	
<i>Mannen</i>	
16-24 jaar	-
25-44 jaar	-
45-54 jaar	-
55-64 jaar	4,4
65 jaar of ouder	12,9
<i>Vrouwen</i>	
16-24 jaar	-
25-44 jaar	-
45-54 jaar	-
55-64 jaar	6,4
65 jaar of ouder	23,7

Bron: CBS &amp; VWS, 1996.

Tabel A2.7

Langdurige aandoeningen naar geslacht en leeftijd, 1994/1995

	mannen	vrouwen	0-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 jaar of ouder
	%	%	%	%	%	%	%
Astma, chronische bronchitis of CARA	7,7	7,1	9,1	7,0	5,4	6,6	11,3
Ontsteking van neusbijholte, voorhoofdsholte of kaakholte	6,3	8,4	5,1	8,0	9,7	7,0	4,9
Ernstige hartkwaal of hartinfarct	2,8	2,1	0,2	0,2	0,4	3,6	11,2
Hoge bloeddruk	6,0	8,5	0,0	1,4	3,0	12,9	26,0
(Gevolgen van) een beroerte	0,4	0,5	0,0	0,1	0,1	0,5	2,5

(vervolg tabel A2.7)

	mannen	vrouwen	0-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 jaar of ouder
	%	%	%	%	%	%	%
Maagzweer of zweer aan de 12-vingerige darm	1,3	0,9	0,0	0,5	1,1	1,7	2,4
Ernstige darmstoornissen, langer dan 3 maanden	1,8	2,0	1,7	1,1	1,3	2,4	3,5
Galstenen of galblaasontsteking	0,3	0,8	0,0	0,2	0,2	0,8	2,0
Leverziekte of levercirrose	0,3	0,2	0,0	0,1	0,2	0,5	0,4
Nierstenen	0,8	0,4	0,0	0,0	0,6	1,1	0,9
Ernstige nierziekte	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1	0,3	0,8
Chronische blaasontsteking	0,3	1,9	0,4	1,0	0,8	1,0	3,4
Verzakking	-	2,2	0,0	0,2	1,3	3,0	4,5
Suikerziekte	1,4	2,6	0,1	0,3	0,5	3,5	7,8
Schildklierafwijking	0,5	2,2	0,0	0,5	0,9	2,4	3,8
Rugaandoening van hardnekkige aard, langer dan 3 maanden, of hernia	7,0	7,9	0,6	3,6	7,9	12,7	11,6
Gewrichtsslijtage (artrose) van knieën, heupen of handen	4,6	9,2	0,0	1,3	2,5	11,3	27,1
Gewrichtsontsteking (chronische reuma, reumatoïde artritis) van handen of voeten	1,5	3,2	0,2	0,6	1,2	4,2	7,4
Andere chronische reuma, langer dan 3 maanden	0,6	1,2	0,1	0,1	0,6	1,5	2,8
Epilepsie	0,6	0,6	0,3	0,7	0,7	0,7	0,5
Duizeligheid met vallen	1,0	2,7	0,1	2,0	1,2	2,0	6,1
Migraine	3,0	7,5	1,3	4,5	7,2	7,6	3,4
Ernstige huidziekte	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,4	2,8
Kwaadaardige aandoening of kanker	0,7	1,0	0,0	0,1	0,4	1,3	3,5

(vervolg tabel A2.7)

	mannen	vrouwen	0-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 jaar of ouder
	%	%	%	%	%	%	%
<i>Aantal van bovengenoemde langdurige aandoeningen per persoon</i>							
geen	66,9	58,4	82,2	73,3	66,6	50,8	31,2
1	21,2	23,9	15,0	20,3	23,6	27,8	28,5
2	7,1	10,0	2,4	4,9	6,9	12,1	20,1
3	2,4	4,0	0,3	0,9	1,8	5,4	10,0
4 of meer	1,4	3,8	0,1	0,6	1,1	3,9	10,3

Bron: CBS &amp; VWS, 1996.

Tabel A2.8

Gemelde ziektegevallen van aids naar jaar van diagnose\*

	1991	1992	1993	1994	1995
Patiënten totaal	446	506	459	450	347
Mannen	402	466	396	399	296
Vrouwen	44	40	63	51	51

\* Gemeld voor 1 januari 1996, inclusief namelingen.

Bron: CBS &amp; VWS, 1996.

Tabel A2.9

Aantal allochtonen (ruime definitie)\* in Nederland (1990-1996)

Kerncijfers bevolking × 1.000	1990	1992	1995	1996
Totale bevolking	14.893	15.129	15.424	15.494
Autochtonen	12.668	12.765	12.852	12.872
Allochtonen	2.225	2.364	2.572	2.622
Turken	206	241	264	272
Marokkanen	168	196	219	225

\* Op basis van geboorteland persoon en geboorteland ouders.

Bron: CBS, Allochtonen in Nederland 1997.



Tabel A2.10

Prognose en procentuele stijging van het aantal allochtonen van 65 en 75 jaar en ouder in het jaar 2000 en 2010 voor een aantal allochtone groeperingen

	2000		2010	
	65+	75+	65+	75+
Absoluut x 1.000				
Turken	5.181	742	18.137	3.384
Marokkanen	4.026	483	14.843	2.514
Surinamers	11.410	3.674	20.909	6.705
Antillianen	1.999	526	4.228	978
Ind. Nederlanders en Molukkers	39.092	15.696	45.162	20.772
% (1994 = 100)				
Turken	239	158	837	720
Marokkanen	258	176	952	915
Surinamers	131	147	241	268
Antillianen	107	91	227	168
Ind. Nederlanders en Molukkers	116	129	134	168

Bron: Butzelaar, 1995; bewerkt door Stichting Paleia Kaltsa, 1996 (overgenomen uit Kippersluis-Verbij en De Gouw, 1996).

Tabel A2.11

Percentage ouderen (vanaf 55 jaar) dat gebruikmaakt van de thuiszorg

	Wijkverpleging %	Gezinszorg %
<i>Alleenstaanden</i>		
55 jaar en ouder	6	18
uitgesplitst in: 55-64 jaar	3	4
65-74 jaar	4	14
75 jaar en ouder	9	28

(vervolg tabel A2.11)

	Wijkverpleging %	Gezinszorg %
vrouwen	7	20
mannen	4	13
<i>Leden van paren</i>		
55 jaar en ouder	2	4
uitgesplitst in: 55-64 jaar	1	1
65-74 jaar	2	4
75 jaar en ouder	6	11
vrouwen	2	5
mannen	2	2

Bron: CBS Gezondheidsenquête 1992-1994 (uit CBS, alleenstaanden in Nederland, 1996).

Tabel A2.12

Percentage ouderen (vanaf 55 jaar) dat moeite heeft met dagelijks voorkomende handelingen (1991)

	Een of meer handelingen met moeite of alleen met hulp uitvoeren (%)	Waaronder. ontvangt geen hulp (%)
<i>Alleenstaanden</i>		
55 jaar en ouder	38	8
waarvan: 55-64 jaar	24	7
65-74 jaar	31	10
75 jaar en ouder	53	7
vrouwen	40	8
mannen	33	8
<i>Leden van paren</i>		
55 jaar en ouder	22	4
waarvan: 55-64 jaar	15	3
5-74 jaar	23	5
75 jaar en ouder	42	6

(vervolg tabel A2.12)

	Een of meer handelingen met moeite of alleen met hulp uitvoeren (%)	Waaronder: ontvangt geen hulp (%)
vrouwen	23	3
mannen	21	5

Bron: SCP Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek 1991 (overgenomen uit CBS, alleenstaanden in Nederland, 1996).

Tabel A2.13

Percentage ouderen (vanaf 55 jaar) dat hulp ontvangt naar type hulpverlener (1991)

	Familie, bureu, kennissen (%)	Instelling (%)	Particulieren (%)	Geen hulp (%)
<i>Alleenstaanden</i>				
55 jaar en ouder	15	18	18	53
uitgesplitst in: 55-64 jaar	10	7	11	74
65-74 jaar	11	12	14	68
75 jaar en ouder	22	30	26	27
vrouwen	13	20	20	52
mannen	21	11	12	59
<i>Leden van paren</i>				
55 jaar en ouder	5	7	7	81
uitgesplitst in: 55-64 jaar	2	2	4	91
65-74 jaar	4	6	8	82
75 jaar en ouder	16	24	15	51
vrouwen	5	7	7	81
mannen	5	7	7	82

Bron: SCP Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek 1991 (uit CBS, alleenstaanden in Nederland, 1996). N.B. Horizontaal opgeteld zouden de totalen 100% moeten zijn; waarom dit in sommige gevallen niet zo is, is onbekend.

Tabel A2.14

Ontwikkeling gebruik algemene ziekenhuizen (gemiddelde jaarlijkse groei in %)

	1996 (abs.)	1990-1996	1995-1996	1997-2002
<i>Opnamen</i>				
Demografisch		0,8	0,7	0,7
Trend		-0,4	-1,1	0,1
Totaal (× 1.000)	1.352	0,4	-0,5	0,8
<i>Verrichtingen/opname (= intensivering)</i>		1,8	2,5	1,8
<i>Klinische verrichtingen</i>	117,3 <sup>a</sup>	2,2	2,1	2,5
<i>Polikliniekbezoeken</i>				
Demografisch		0,7	0,6	0,6
Trend		0,4	-0,5	0,7
Totaal (× 1.000)	19.665	1,2	0,1	1,3
<i>Verrichtingen/polibezoek (= intensivering)</i>		2,0	-1,0	2,0
<i>Poliklinische verrichtingen</i>	157,8 <sup>a</sup>	3,2	-0,9	3,3
<b>Totaal verrichtingen</b>	135,9 <sup>a</sup>	2,7	0,5	2,9
<i>Dagopnamen</i>				
Demografisch		0,7	0,5	0,5
Trend		8,1	5,1	6,7
Totaal	600	8,8	5,6	7,2
<i>Klinische verpleegdagen</i>				
Demografisch		0,9	0,9	0,8
Trend		-3,0	-3,0	-2,7
Totaal (× 1.000)	12.373	-2,1	-2,2	-2,0
<i>Totaal verpleegdagen (× 1.000)</i>	12.973	-1,8	-1,9	-1,4
<i>Intensivering verpleegdag</i>	123,7 <sup>a</sup>	1,5	1,1	1,7
<b>Totaal verpleging/verzorging</b>	89,3 <sup>a</sup>	-0,3	-0,8	0,2
<i>Totaal productievolume</i>				

(vervolg tabel A2.14)

	1996 (abs.)	1990-1996	1995-1996	1997-2002
Demografie		0,8	0,7	0,7
Trend		-0,1	-0,7	0,3
Intensivering		0,9	0,1	1,1
<i>Totaal</i>	117,2 <sup>a</sup>	1,7	0,1	2,1

<sup>a</sup> Index (1982 = 100).

Bron: GIT 5, 1997.

Tabel A2.15

Ontwikkeling gebruik academische ziekenhuizen (gemiddelde jaarlijkse groei in %)

	1996 (abs.)	1990-1996	1995-1996	1997-2002
<i>Opnamen</i>				
Demografisch		0,8	0,7	0,7
Trend		-0,2	-0,8	0,1
Totaal (× 1.000)	199	0,6	-0,1	0,7
<i>Verrichtingen/opname</i> (= intensivering)		3,2	3,6	2,3
<i>Klinische verrichtingen</i>	118,9 <sup>a</sup>	3,9	3,5	3,1
<i>Polikliniekbezoeken</i>				
Demografisch		0,7	0,6	0,6
Trend		-0,9	-1,0	-0,8
Totaal (× 1.000)		-0,1	-0,4	-0,2
<i>Verrichtingen/polibezoek</i> (= intensivering)		1,9	-0,8	2,5
<i>Poliklinische verrichtingen</i>	110,0 <sup>a</sup>	1,8	-1,2	2,3
<i>Artikel 18 verrichtingen</i>	147,1 <sup>a</sup>	5,7	3,2	5,7
<b>Totaal verrichtingen</b>	124,4 <sup>a</sup>	3,9	2,3	4,5
<i>Dagopnamen</i>				
Demografisch		0,7	0,5	0,5

(vervolg tabel A2.15)

	1996 (abs.)	1990-1996	1995-1996	1997-2002
Trend		4,8	9,5	3,3
Totaal (× 1.000)	58	5,5	10,1	3,8
<i>Klinische verpleegdagen</i>				
Demografisch		0,9	0,9	0,8
Trend		-1,6	-1,3	-2,0
Totaal (× 1.000)	2.044	-0,7	-0,4	-1,2
<i>Totaal verpleegdagen (× 1.000)</i>	2.103	-0,5	-0,2	-1,0
<i>Intensivering verpleegdag</i>	106 <sup>a</sup>	0,8	0,4	1,4
<b>Totaal verpleging/verzorging</b>	102,2 <sup>a</sup>	0,3	0,2	0,4
<i>Totaal productievolume</i>				
Demografie		0,8	0,7	0,7
Trend		0,0	-0,2	-0,2
Intensivering		1,7	1,0	2,6
<i>Totaal</i>		2,5	1,6	3,1

<sup>a</sup> Index (1989 = 100).

Bron: GiT 5, 1997.

Tabel A2.16

Ontwikkeling gebruik revalidatiecentra (gemiddelde jaarlijkse groei in %)

	1996 (abs.)	1990-1996	1995-1996	1997-2002
<i>Kliniek</i>				
Demografisch		0,7	0,5	0,5
Trend		0,9	2,9	0,9
Totaal opnamen	5.298	1,6	3,4	1,5
<i>Intensivering</i>		-1,9	0,7	-1,9
<i>Totaal</i>		-,03	4,1	-0,4
<i>Dagbehandeling</i>				
Demografisch		0,7	0,5	0,5

(vervolg tabel A2.16)

	1996 (abs.)	1990-1996	1995-1996	1997-2002
Trend		6,0	10,6	6,0
Totaal patiënten	15.026	6,8	11,1	6,6
<i>Intensivering</i>		1,3	-0,7	1,3
<i>Totaal</i>		8,1	10,4	7,8
<b>Eerste onderzoeken</b>	20.594	8,4	6,2	8,2
<i>Totaal productievolume</i>				
Demografisch		0,7	0,5	0,5
Trend		3,8	7,5	3,8
<i>Intensivering</i>		-0,2	-0,2	-0,1
<i>Totaal</i>		4,4	7,8	4,2

Bron: GiT 5, 1997.

Tabel A2.17

*Algemene gegevens GGZ; gemiddeld aantal erkende bedden/plaatsen in de GGZ*

	1992	1993	1994	1995 <sup>1</sup>	1996 <sup>1</sup>	Gemiddelde groei (%)
<i>Gemiddeld aantal erkende bedden/plaatsen in de GGZ</i>						
Intramuraal (totaal)	26.672	26.705	27.078	27.239	27.294	0,6
Semi-muraal (totaal)	11.598	12.337	13.390	13.580	14.298	5,4
<i>Gemiddeld aantal aanwezige patiënten/cliënten in de GGZ</i>						
Intramuraal (totaal)	24.875	24.987	24.973	25.201		0,4
Semi-muraal (totaal)	9.934	10.955	11.470	12.380		8,2
Extramuraal						
- RIAGG	246.750	251.650	256.700	266.070		2,6
- CAD	33.021	29.496	29.653	30.344		-2,7
- polikliniek psychiatrische ziekenhuizen	57.877	62.000	65.000	75.000		9,9

(vervolg tabel A2.17)

	1992	1993	1994	1995 <sup>1</sup>	1996 <sup>1</sup>	Gemiddelde groei (%)
<i>Aantal verpleegdagen en deeltijdbehandelingen (× 1.000) in psychiatrische ziekenhuizen, en het aantal contacten</i>						
<b>Intramuraal</b>						
– Totaal inclusief afwezigheidsdagen	9.225	9.205	9.202	9.030	8.920	0,8
– Totaal exclusief afwezigheidsdagen	8.526	8.572	8.564			0,1
<b>Semi-muraal</b>						
– Deeltijdbehandeldagen psychiatrische ziekenhuizen <sup>2</sup>	632	705	742	770	841	8,3
<b>Extramuraal</b>						
– RIAGG	2.140	2.173	2.227	2.360		3,4
– CAD	1.221	1.431	1.320	1.151	1.224	

<sup>1</sup> Enkele gegevens uit 1995 en 1996 nog niet beschikbaar.<sup>2</sup> Wel deeltijdbehandeling bij PAAZ-en en PAACZ-en.

Bron: JOZ, 1998.

**Tabel A2.18***Ontwikkeling gebruik psychiatrische ziekenhuizen (gemiddelde jaarlijkse groei in %)*

	1996	1990-1996	1995-1996	1997-2002
<i>Kliniek</i>				
Demografisch		0,8	0,4	0,4
Trend		2,7	3,3	2,7
Totaal opnamen	46.617	3,5	3,6	3,0
Intensivering		-3,3	-4,3	-3,2
Totaal		0,1	-0,9	-0,2
<i>Deeltijdbehandeling</i>				
Demografisch		0,7	0,2	0,2
Trend		14,1	24,4	13,8



(vervolg tabel A2.18)

	1996	1990-1996	1995-1996	1997-2002
<i>Totaal deeltijdopnamen</i>	15.488	14,9	24,7	14,1
<i>Intensivering</i>		-6,8	-14,6	-6,6
<i>Totaal</i>		7,0	6,5	6,6
<i>Polikliniek</i>				
Demografisch		0,7	0,5	0,5
Trend		9,0	8,4	9,1
<i>Totaal eerste polibezoeken</i>	78.500	9,7	9,0	9,7
<i>Intensivering</i>		3,5	4,7	3,5
<i>Totaal</i>		13,5	14,0	13,5
<i>Totaal productievolume</i>				
Demografisch		0,8	0,4	0,4
Trend		3,8	5,1	4,3
<i>Intensivering</i>		-3,1	-4,4	-2,7
<i>Totaal</i>		1,4	0,9	1,9

Bron: GiT 5, 1997.

Tabel A2.19

*Ontwikkeling gebruik instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (gemiddelde jaarlijkse groei in %)*

	1995 (abs.)	1990-1995	1994-1995	1997-2002
Inschrijvingen	244.000	2,1	0,9	
Verstreekte contacten	2.356.000	3,8	1,8	
Uren preventie	290.000	5,5	-0,5	
Uren dienstverlening	288.000	4,6	1,1	
Demografie		0,8	0,7	0,5
Trend		2,7	0,8	2,7
<i>Intensivering</i>		-0,1	0,7	-0,1
<i>Totaal</i>		3,5	2,1	3,1

Bron: RIAGG's in cijfers, overgenomen uit GiT 5, 1997.

Tabel A2.20

Ontwikkeling gebruik medisch kindertehuizen en kleuterdagverblijven  
(gemiddelde jaarlijkse groei in %)

	1996 (abs.)	1990-1996	1995-1996	1997-2002
<i>MKD's</i>				
Demografisch		0,8	0,9	0,4
Trend		1,7	1,4	1,7
Totaal opnamen	1.564	2,6	2,3	2,1
Intensivering		0,1	-0,9	0,1
<i>Totaal</i>		2,7	1,3	2,2
<i>MKT's</i>				
Demografisch		1,1	0,3	-0,5
Trend		-2,2	1,6	-2,2
Totaal opnamen	432	-1,2	1,9	-2,7
Intensivering		0,2	-4,0	0,2
<i>Totaal</i>		-1,0	-2,2	-2,5
<i>Totaal productievolume</i>				
Demografisch		0,9	0,8	0,1
Trend		0,6	1,5	0,6
Intensivering		0,2	-1,8	0,2
Totaal		1,7	0,4	0,9

Bron: GiT 5, 1997.

Tabel A2.21

Enkele algemene gegevens gehandicaptenzorg

	1993	1994	1995	1996
<i>Algemene instellingen voor verstandelijk gehandicapten (inclusief instellingen voor meervoudig gehandicapten)</i>				
Aantal instellingen	108	115	115	115
Toegelaten plaatsen	30.411	31.105	31.482	31.808
Verpleegdagen (× 1.000)	11.202	11.459	11.608	11.735
Dagbehandelingsdagen (× 1.000)			159,8	182,7

(vervolg tabel A2.21)

	1993	1994	1995	1996
Opgenomen cliënten	17.806	21.715	22.044	26.916
Ontslagen cliënten	16.681	20.577	23.180	26.182
Bezettingsgraad (%)	100,9	100,9	101,0	101,1
<i>Instellingen voor jeugdige licht verstandelijk gehandicapten</i>				
Aantal instellingen	21	21	22	22
Toegelaten plaatsen	1.936	1.950	2.025	2.125
Verpleegdagen (× 1.000)	712,3	751,1	774,0	783,1
Dagbehandelingsdagen (× 1.000)			28,0	29,8
Bezettingsgraad (%)	100,1	101,6	101,3	101,0
<i>Gezinsvervangende tehuizen verstandelijk gehandicapten (inclusief meervoudig gehandicapten)</i>				
Aantal instellingen	558	563	568	573
Toegelaten plaatsen	15.095	15.571	16.015	16.145
Verzorgingsdagen (× 1.000)	5.491	5.674	5.842	5.892
Substitutiedagen (× 1.000)	104,5	144,7	193,9	218,0
Bezettingsgraad (%)	99,7	99,8	99,9	100,0
<i>Dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten (inclusief voor meervoudig gehandicapten)</i>				
Aantal instellingen	225	226	228	228
Toegelaten plaatsen	11.578	11.666	11.855	11.877
Aanwezigheidsdagen (× 1.000)	2.781,8	2.922,7	3.001,2	3.017,4
Substitutiedagen (× 1.000)	77,5	114,2	124,8	105,6
<i>Kinderdagverblijven voor verstandelijk gehandicapten (inclusief meervoudig gehandicapten)</i>				
Aantal instellingen	105	105	105	105
Toegelaten instellingen	4.052	4.080	4.135	4.141
Aanwezigheidsdagen (× 1.000)	943,8	991,1	1.022,3	1.039,9
Substitutiedagen (× 1.000)	52,1	86,2	79,3	81,9
<i>Sociaal Pedagogische Diensten</i>				
Aantal SPD-en	39	39	38	34
Aantal begeleide cliënten	44.490	48.297	48.590	48.828

(vervolg tabel A2.21)

	1993	1994	1995	1996
Aantal geplaatste deelnemers arbeids-integratie		487	601	650
<i>Instellingen voor auditief gehandicapten</i>				
Aantal instellingen	6	6	6	6
Toegelaten plaatsen	856	874	874	874
Verpleegdagen	245.754	243.969	231.393	227.570
Bezettingsgraad (%)	77,0	76,5	72,5	71,3
<i>Instellingen voor visueel gehandicapten</i>				
Aantal instellingen	6	6	6	6
Toegelaten plaatsen	544	560	560	560
Verpleegdagen	100.379	98.636	98.916	90.301
Bezettingsgraad (%)	50,6	48,3	48,4	44,2
<i>Kleine woonvormen voor lichamelijk gehandicapten</i>				
Aantal instellingen	43	48	49	50
Toegelaten plaatsen	1.115	1.250	1.296	1.365
Aanwezigheidsdagen	394.016	440.827	459.025	481.188
Substitutiedagen	1.122	3.948	7.423	12.798
Bezettingsgraad (%)	100,0	99,8	100,0	100,0
<i>Activiteitencentra voor lichamelijk gehandicapten</i>				
Aantal instellingen	34	34	36	37
Aantal erkende bedden	1.294	1.350	1.429	1.471
Aanwezigheidsdagen	301.546	328.259	356.418	368.920
Substitutiedagen	456	4.072	7.887	8.766
<i>Grote woonvormen</i>				
Aantal instellingen	4	4	4	4
Toegelaten plaatsen	804	804	804	804
Verpleegdagen	254.350	244.901	252.332	253.117
Bezettingsgraad (%)	87,0	83,0	86,0	86,0

Bron: JOZ, 1998.

Tabel A2.22

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

	1996 (abs.)	1990-1996	1995-1996	1997-2002
Demografisch		0,7	0,5	0,5
Trend bewoners	34.544	0,8	0,7	0,8
Trend opnamen	29.101	0,5	0,3	0,5
Zorgintensiteit		0,8	1,0	0,8
Vrije marge/zorg op maat		0,3	0,1	0,0
Totaal		3,1	2,6	2,6

Bron: GiT 5, 1997.

Tabel A2.23

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

	1996 (abs.)	1990-1996	1995-1996	1997-2002
Demografisch		-0,3	0,0	0,1
Trend opnamen	299	1,4	-0,2	1,4
Trend verpleegdagen		-2,0	-3,7	-2,0
Zorgintensiteit		1,5	2,7	1,2
Totaal		-0,8	-1,0	-0,6

Bron: GiT 5, 1997.

Tabel A2.24

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

	1996 (abs.)	1990-1996	1995-1996	1997-2002
Woonvoorzieningen				
Demografisch		1,2	1,1	0,6
Trend		2,7	3,2	2,7
Totaal verzorgingsdagen	6.269	3,9	4,3	3,3
Zorgintensivering		0,3	0,7	0,3

(vervolg tabel A2.24)

	1996 (abs.)	1990-1996	1995-1996	1997-2002
Totaal productie		4,3	5,1	3,6
<i>Dagbesteding</i>				
Demografisch		0,9	0,7	0,2
Trend		4,0	3,1	4,0
Totaal verzorgingsdagen	4.845	4,9	3,8	4,2
<i>Zorgintensivering</i>		-1,3	-0,9	-1,3
Totale productie		3,6	2,8	2,9
<i>Totaal</i>				
Demografisch		1,1	0,9	0,4
Trend		3,3	3,2	3,3
Totaal verzorgingsdagen		4,4	4,1	3,7
<i>Zorgintensivering</i>		-0,4	0,0	-0,4
Totale productie		4,0	4,1	3,3

Bron: GiT 5, 1997.

Tabel A2.25

*Capaciteit en mate van hulpbehoefendheid in verpleeghuizen*

	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Capaciteit</i>					
<i>Capaciteit (totaal)</i>	52.196	53.130	53.818	55.093	55.598
Bezettingsgraad (%)	98,0	98,2	98,3	98,4	98,0
– somatisch	26.588	26.440	26.187	26.096	26.184
– psychogeriatrisch	25.608	26.690	27.631	28.997	29.514
<i>Dagbehandelingsplaatsen (totaal)</i>	3.534	2.196	3.749	3.941	4.191
– somatisch	1.788	1.845	1.921	1.960	1.995
– psychogeriatrisch	1.746	1.904	2.020	2.127	2.196
<i>Overig</i>					
– vrije marge bedden	875	1.837	1.845	1.845	

(vervolg tabel A2.25)

	1992	1993	1994	1995	1996
– zorgvernieuwing	317	951	1.960	2.225	4.04
<i>Hulpbehoevendheid</i>					
<i>Klinisch</i>					
– somatische patiënten	8,46	8,54	8,2	8,3	
– psychogeriatrische patiënten	8,43	8,46	8,2	8,2	
<i>Dagbehandeling</i>					
– somatische patiënten	5,67	5,50	5,4	5,5	
– psychogeriatrische patiënten	3,96	3,80	4,0	4,0	

Bron: JOZ, 1998.

Tabel A2.26

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

	1996	1990-1996	1995-1996	1997-2002
<i>Klinisch</i>				
<i>Verpleegdagen somatisch</i>				
Demografisch		1,6	1,6	1,4
Trend		-1,9	-1,5	-1,9
Totaal verpleegdagen (× 1.000)	9.293	-0,4	0,1	-0,5
<i>Zorgintensivering</i>	8,3 <sup>a</sup>	0,2	0,6	0,2
Totaal klinisch somatiek		-0,1	0,7	-0,3
<i>Verpleegdagen psychogeriatrisch</i>				
Demografisch		1,8	1,8	1,7
Trend		1,3	1,2	1,4
Totaal verpleegdagen (× 1.000)	10.812	3,1	3,1	3,1
<i>Zorgintensivering</i>	8,2 <sup>a</sup>	0,6	0,0	0,6

(vervolg tabel A2.26)

	1996	1990-1996	1995-1996	1997-2002
Totaal klinisch psychogeriatrisch		3,4	3,1	3,7
<i>Totaal</i>				
Demografisch		1,7	1,7	1,6
Trend		-0,3	-0,1	-0,1
Totaal verpleegdagen (× 1.000)	20.106	1,4	1,6	1,5
<i>Zorgintensivering</i>	8,2 <sup>a</sup>	0,4	0,2	0,4
Totaal kliniek		1,7	1,8	1,8
<i>Dagbehandeling</i>				
<i>Dagbehandeling somatisch</i>				
Demografisch		1,3	1,3	1,2
Trend		2,1	2,5	2,1
Totaal dagen (× 1.000)	485	3,5	3,8	3,3
<i>Zorgintensivering</i>	5,5 <sup>a</sup>	-0,4	0,8	-0,4
Totaal dagbehandeling somatiek		3,1	4,6	2,9
<i>Dagbehandeling psychogeriatrisch</i>				
Demografisch		1,6	1,7	1,6
Trend		6,6	4,7	6,6
Totaal dagen (× 1.000)	598	8,3	6,4	8,3
<i>Zorgintensivering</i>	4,0 <sup>a</sup>	1,0	0,4	1,0
Totaal dagbehandeling psychogeriatrisch		9,3	6,9	9,3
<i>Dagbehandeling totaal</i>				
Demografisch		1,5	1,5	1,4
Trend		4,4	3,7	4,8
Totaal dagen	1.083	5,9	5,2	6,2
<i>Zorgintensivering</i>	4,7 <sup>a</sup>	-0,2	0,4	-0,2



(vervolg tabel A2.26)

	1996	1990-1996	1995-1996	1997-2002
Totaal dagbehandeling		5,7	5,6	6,0
<i>Totaal</i>				
<i>Totaal productievolume</i>				
Demografie		1,7	1,7	1,6
Trend		-0,1	0,1	0,2
Intensivering		0,4	0,4	0,4
Totaal		1,9	2,1	2,1

<sup>a</sup> heeft betrekking op 1995, groei berekend tot 1995.

Bron: GIT 5, 1997.

Tabel A2.27

*Bedden capaciteit, gebruik en zorgwaarde bewoners, verzorgingshuizen*

	Zorgwaarde minuten per dag	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Bedden capaciteit</i>						
Bruto capaciteit		136.472	134.489	131.464	128.040	121.267
Ziekenkamers		3.765	3.329	2.978	2.347	1.919
Verpleegafdelingen		433	358	331	202	431
Netto capaciteit		132.274	130.802	128.154	125.491	119.097
Bezettingsgraad (%)		96,0	94,9	94,5	93,6	93,9
<i>Gebruik</i>						
Bewoners		126.929	124.087	121.064	117.491	111.830
Kortdurende opname		16.874	18.020	18.667	20.869	22.023
Dagverzorging		12.721	13.549	13.522	10.401	9.379
<i>Zorgwaarde bewoners %</i>						
Incidenteel aanvullende zorg	35	49,0	47,1	46,1	44,9	41,4
Regelmatig aanvullende zorg	75	18,0	18,9	19,3	19,6	20,3
Aanvullende en overnemen- de zorg	120	11,2	11,7	11,7	12,4	13,4

(vervolg tabel A2.27)

	Zorgzwaarte minuten per dag	1992	1993	1994	1995	1996
Veel overnemende zorg	165	10,7	10,9	11,4	11,9	12,9
Totaal overnemende zorg	260	11,1	11,4	11,5	11,2	12,0
Totaal		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron: JOZ, 1998.

Tabel A2.28

Ontwikkeling gebruik verzorgingshuizen (gemiddelde jaarlijkse groei in %)

	1995	1990-1995	1994-1995	1997-2002
<i>Intramuraal</i>				
Demografisch		2,0	1,8	1,8
Trend		-3,8	-4,4	-3,8
Bewoners	117.491	-1,8	-2,7	-2,0
<i>Intensivering</i>		0,6	-0,9	0,6
Totaal		-1,3	1,9	-1,4
<i>Extramuraal</i>				
Kortdurende opname	20.869	9,3	7,6	
Nachtopvang (a)	553	1,1	7,9	
Dagverzorging (b)	15.930	5,6	8,8	
Maaltijdverstrekking	48.432	6,8	4,8	
Voetverzorging	16.427	9,1	19,6	
Bewegen ouderen	18.025	0,8	4,7	
Aansluiting alarm	59.389	3,2	1,3	
Demografisch		1,3	1,2	1,1
Trend		5,1	4,4	5,1
Totaal		6,5	5,7	6,3
<i>Totaal</i>				
Demografisch		1,9	1,7	1,8

(vervolg tabel A2.28)

	1995	1990-1995	1994-1995	1997-2002
Trend		-3,4	-4,0	-3,4
Intensivering		0,6	0,9	0,6
Extramuralisering				0,5
Totaal		-1,0	-1,6	-0,5

(a) Nachtopvang 1995 heeft betrekking op 112 cliënten nachtverzorging en 441 cliënten nachtpvang.

(b) Dagverzorging 1995 heeft betrekking op 10.401 cliënten dagverzorging en 5.529 cliënten dagopvang.

Bron: GiT 5, 1997.

Tabel A2.29

Ontwikkeling gebruik gezinsverzorging/kruiswerk (gemiddelde jaarlijkse groei in %)

	1995 (abs.)	1990-1995	1994-1995	1997-2002	
				variant 1	variant 2
<i>Verpleging en verzorging</i>					
Demografisch		1,3	1,1	1,4	1,4
Trend		-0,5	-0,2	1,3	2,3
Totaal cliënten	470.565	0,8	0,9	2,7	3,8
(Gezins)verzorging uren zorg	49.284.594	-0,2	1,3	4,0	4,5
(Wijk)verpleging uren zorg	5.456.513	0,6	1,2	1,8	2,8
Subtotaal verpleging en verzorging		0,1	1,2	3,4	4,1
<i>Jeugdgezondheidszorg</i>					
Demografisch		1,4	0,9	-0,7	-0,7
Trend		-0,5	2,8	-0,5	-0,5
Totaal consulten	3.474.243	0,8	3,7	-1,2	-1,2
<i>Diëtetiek</i>					
Demografisch		0,6	0,6	0,5	0,5
Trend		3,2	-3,0	3,2	3,2
Totaal consulten	350.430	3,9	-2,5	3,7	3,7

(vervolg tabel A2.29)

	1995 (abs.)	1990-1995	1994-1995	1997-2002	
<i>Totaal</i>					
Gezinsverzorging/kruiswerk		0,3	1,3	3,1	3,7

Bron: GiT 5, 1997.

Tabel A2.30

*Ontwikkeling gebruik kraamzorg (gemiddelde jaarlijkse groei in %)*

	1995 (abs.)	1990-1995	1994-1995	1997-2002
<i>Kraamzorg</i>				
Demografisch		0,2	-1,3	0,0
Trend		1,4	4,6	1,4
Totaal verzorging (× 1.000)	157	1,6	3,1	1,4
<i>Zorgintensiteit</i>		-1,0	-2,1	-1,0
Totaal productievolume		0,5	1,0	0,4

Bron: GiT 5, 1997.

**Hoofdstuk 3**

Tabel A3.1

*Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Verpleging en verzorging in:							
Ziekenhuis	58.240	61.503	64.364	65.828	66.921	68.706	70.709
– algemeen ziekenhuis	44.141	46.924	49.389	50.611	51.399	52.798	54.602
– academisch	10.381	10.965	10.958	11.336	11.890	11.984	12.219
– categoriaal en revalidatie	3.718	3.614	4.017	3.881	3.632	3.924	3.888
Psychiatrisch ziekenhuis	14.338	15.155	16.190	17.203	17.234	17.969	18.836
Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	22.003	23.695	25.174	26.924	28.505	30.302	31.537

(vervolg tabel A3.1)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	667	669	719	751	778	789	752
Medisch kinderdagverblijf/tehuis	1.537	1.555	1.720	1.912	1.859	1.884	1.952
Verpleeghuizen	39.188	42.133	45.204	47.556	49.572	51.701	54.171
Verzorgingshuizen	41.635	43.342	44.162	44.264	44.591	44.098	44.480
– verpleegkundigen	5.153	5.065	4.830	4.630	4.449	4.378	-
– ziekenverzorgenden	9.455	9.812	9.509	9.154	9.342	9.647	-
– bejaardenverzorgenden	15.867	17.196	18.138	18.535	19.003	19.450	-
– bejaardenhelpenden	4.842	5.235	5.512	5.516	5.348	5.325	-
– overig	6.318	6.034	6.173	6.431	6.449	6.273	-
Herstellingsoorden	-	-	-	146	123	125	136
Thuiszorg:	117.032	118.607	118.902	125.902	128.655	129.208	130.763
– verpleegkundigen	8.951	9.636	9.822	10.611	11.288	11.228	11.648
– ziekenverzorgenden	2.104	2.453	2.810	3.346	3.550	4.093	4.438
– kraamverzorgenden	5.178	5.319	5.271	5.771	5.971	5.814	5.960
– gezinsverzorgenden, -helpenden, alfahulpen	100.800	101.200	101.000	106.174	107.846	108.073	108.717
waarvan:							
– leidinggevend	-	-	-	3.847	3.440	3.302	3.123
– verzorgende E	-	-	-	1.171	1.322	1.354	1.431
– verzorgende D	-	-	-		5.452	5.510	5.897
– verzorgende C	-	-	-	15.433	11.572	13.698	14.030
– verzorgende B	-	-	-		15.972	14.438	16.683
– verzorgende A	-	-	-	48.258	30.624	32.938	28.288
– alfahulpen	-	-	-	37.465	39.464	36.833	40.276
Overig extramuraal werkende verpleegkundigen	3.554	3.647	3.705	3.815	3.905	3.574	3.241
– basisgezondheidsdienst	1.546	1.569	1.553	1.551	1.553	1.193	848

(vervolg tabel A3.1)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
– bedrijfsgezondheids- diensten	611	608	599	649	670	623	585
– ambulante geestelijke gezondheidszorg	1.172	1.236	1.318	1.369	1.425	1.508	1.555
– trombosediens- diensten	225	235	236	247	258	251	253
Totaal	298.193	310.305	320.139	334.301	342.143	348.356	356.577
Inserviceleerlingen	27.872	26.993	26.213	25.167	23.819	20.531	17.653
Leerlingwezen bejaarden- oorden	3.203	3.425	3.408	3.065	2.750	2.573	2.518
<i>Totaal</i>	329.268	340.723	349.760	362.533	368.712	371.460	376.748

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 en de thuiszorg zijn deze gemiddelden gebaseerd op het gemiddelde van twaalf maanden; bij de verzorgingshuizen, de thuiszorg (tot 1993) en overig extramuraal op het gemiddelde van twee einde jaarcijfers.

–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 met de start van de databank Thuiszorg een nieuw begin gemaakt.

Voor 1990 is bekend dat er 14.879 gezinsverzorgenden werkzaam waren, 60.841 helpenden (v.d. Kwartel 1994).

–Gegevens van verpleegkundigen werkzaam als groepsleider in de semi-murale gehandicaptenzorg zijn niet meegenomen in de 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

## (vervolg tabel A3.1)

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 inserviceonderwijs (intramurale gezondheidszorg) en leerlingwezen (bejaardenoorden) deelnemen. Voor de thuiszorg geldt dat de leerlingen in de aantallen van tabel A3.1 opgenomen zijn en niet af te zonderen zijn.

*Toedeling aan hoofdsectoren t.b.v. hoofdrapport*

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

*Tabel A3.2**Het aantal FTE's van werkzame verpleegkundigen en verzorgenden*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Verpleging en verzorging in:							
Ziekenhuis	44.428	45.564	47.171	47.753	47.371	47.519	49.950
– algemeen ziekenhuis	32.942	34.007	35.224	35.795	35.618	36.568	37.726
– academisch	8.659	8.837	9.016	9.167	9.165	9.261	9.475
– categoriaal en revalidatie	2.827	2.720	2.931	2.791	2.588	2.727	2.749
Psychiatrisch ziekenhuis	11.378	11.712	12.362	12.842	13.034	13.563	13.978
Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	16.779	17.464	18.338	18.911	19.486	20.846	21.541
Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	559	547	579	576	583	594	544
Medisch kinderdagverblijf/tehuis	1.181	1.164	1.248	1.328	1.291	1.275	1.321
Verpleeghuizen	27.719	28.427	29.621	31.028	31.765	33.437	35.315
Verzorgingshuizen	28.721	28.939	28.947	28.850	28.480	28.096	28.437
– verpleegkundigen	3.182	3.079	2.906	2.775	2.630	2.570	

(vervolg tabel A3.2)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
– ziekenverzorgenden	6.241	6.145	5.762	5.489	5.509	5.589	
– bejaardenverzorgenden	12.137	12.638	12.945	13.091	13.063	12.993	
– bejaardenhelpenden	3.297	3.400	3.517	3.499	3.309	3.177	
– overig	3.866	3.678	3.819	3.997	3.970	3.768	
Herstellingsoorden				70	79	79	87
Thuiszorg:	50.066	50.633	50.392	50.087	48.579	47.102	47.790
– verpleegkundigen	6.270	6.468	6.254	5.976	6.178	5.534	5.741
– ziekenverzorgenden	1.522	1.665	1.807	1.893	1.891	1.944	2.108
– kraamverzorgenden	4.511	4.596	4.501	4.333	4.413	4.231	4.337
– gezinsverzorgenden, -helpenden, alfahulpen	37.764	37.904	37.831	37.885	36.097	35.393	35.604
waarvan:							
– leidinggevend				2.745	2.455	2.293	2.169
– verzorgende E				894	851	876	926
– verzorgende D					2.523	2.505	2.681
– verzorgende C				9.048	6.442	6.846	7.012
– verzorgende B					7.301	6.817	7.877
– verzorgende A				20.505	11.565	11.157	9.582
– alfahulpen				4.693	5.003	4.899	5.357
Overig extramuraal werken- de verpleegkundigen	3.026	3.053	3.079	3.102	3.132	2.844	2.520
– basisgezondheidsdienst	1.326	1.334	1.314	1.296	1.283	936	603
– bedrijfsgezondheids- diensten	564	553	535	532	543	541	512
– ambulante geestelijke gezondheidszorg	990	1.021	1.087	1.134	1.171	1.235	1.273
– trombosediensten	147	146	143	140	135	132	133
Totaal	183.857	187.503	191.737	194.546	193.800	195.355	201.483



Tabel A3.3

Aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden in instellingen naar RBA-regio en sector

jaargemiddelde over 1995	zh <sup>1</sup>	pz <sup>2</sup>	zw <sup>3</sup>	vh <sup>4</sup>	vz <sup>5</sup>	tz <sup>6</sup>	tot <sup>7</sup>
Groningen	3.640	404	646	2.334	2.016	5.520	14.874
Friesland	2.390	482	1.130	2.504	2.229	4.798	13.703
Drenthe	1.539	1.298	1.539	1.759	1.400	4.075	11.630
IJssel-Vecht	1.754	0	428	969	1.120	2.823	7.112
Twenthe	2.364	281	928	2.068	1.658	4.413	11.946
Midden-IJssel	897	922	255	894	673	1.910	5.568
Veluwe	1.935	1.087	3.689	2.076	1.777	5.272	15.970
Arnhem/O-Gelderland	2.296	720	796	2.041	2.002	5.011	13.118
Nijmegen/Rivierengebied	2.715	279	1.147	1.420	1.126	3.640	10.800
Flevoland	707	-	368	492	427	1.611	3.726
Oost-Utrecht	1.532	1.858	2.978	1.718	1.800	4.107	14.199
West-Utrecht	4.543	163	96	1.459	1.307	4.449	12.176
Gooi/Vecht	955	88	87	1.014	975	2.198	5.489
N-Holland-noord	1.895	451	1.266	1.383	1.881	4.541	11.457
Amsterdam	5.648	1.007	777	3.319	3.034	9.417	23.631
Kennemerland	2.550	1.154	863	2.283	2.118	5.216	14.928
Rijnstreek	2.918	818	2.408	2.210	1.953	5.448	15.890
Den Haag/Delfland	3.223	1.512	1.178	3.917	3.072	9.616	22.836
Drechtsteden	1.501	215	377	1.156	1.081	3.115	7.473
Rijnmond	5.737	949	714	4.453	3.203	11.961	27.605
Zeeland	1.135	204	776	1.437	1.333	3.734	8.747
West Noord-Brabant	801	292	351	474	653	1.854	4.424
Breda	1.319	308	661	1.089	1.211	3.117	8.341
Midden-Brabant	1.473	284	1.318	1.033	1.432	3.023	8.731
Noordoost-Brabant	2.024	1.090	1.352	2.107	1.607	4.277	12.855
Zuidoost-Brabant	2.697	499	1.418	2.259	1.740	4.994	14.190

(vervolg tabel A3.3)

jaargemiddelde over 1995							
	zh <sup>1</sup>	pz <sup>2</sup>	zw <sup>3</sup>	vh <sup>4</sup>	vz <sup>5</sup>	tz <sup>6</sup>	tot <sup>7</sup>
Noord-Mid. Limburg	1.494	785	2.272	1.422	1.210	3.615	10.910
Zuid-Limburg	2.881	519	951	2.304	2.149	5.451	14.612
Nederland	64.563	17.669	30.769	51.594	46.188	129.207	346.940

Bron: NZI, CBS.

<sup>1</sup> Ziekenhuizen<sup>2</sup> Psychiatrisch ziekenhuizen<sup>3</sup> Intramurale gehandicaptenzorg<sup>4</sup> Verpleeghuizen<sup>5</sup> Verzorgingshuizen<sup>6</sup> Thuiszorg<sup>7</sup> Totaal inclusief MKT, MKD en instellingen voor zintuiglijk gehandicapten.

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**

*Samenstelling van het personeelsbestand naar kwalificatieniveau in FTE's in %*

	Kwalificatieniveau						
	5	4	3IG	3	2	anders	totaal
Ziekenhuizen	20	67	3	0	1	9	100
Psychiatrische ziekenhuizen	13	66	8	0	0	12	100
Intramurale gehandicaptenzorg	3	53	5	1	1	38	100
Verpleeghuizen	3	13	63	2	4	17	100
Verzorgingshuizen	2	8	24	38	10	18	100
Thuiszorg	5	4	3	31	18	38	100
Totaal	8	32	16	13	6	25	100

Bron: RegioMarge.

## 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 b.v. van het CBS vertoont. Waar dit niet mogelijk was is van de CADANS-gegevens gebruikgemaakt.



(vervolg tabel A4.3)

Inrichtingen voor gehandicaptenzorg							
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
15-25	23,6	22,7	21,2	18,9	17,5	15,9	14,5
26-30	30,9	29,3	27,7	27,4	26,3	25,7	24,8
31-35	23,8	24,4	24,9	23,7	22,9	21,8	21,7
36-45	17,8	19,7	21,7	24,6	26,9	29,2	30,8
45-64	3,9	4,0	4,5	5,4	6,4	7,4	8,3
Totaal	100	100	100	100	100	100	100
Verpleeghuizen							
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
15-25	31,9	28,2	26,8	25,5	23,7	21,4	18,9
26-30	24,1	23,4	22,2	22,0	21,6	21,0	20,7
31-35	16,6	17,7	17,7	17,2	17,0	17,1	17,2
36-45	19,6	22,1	23,7	24,8	26,2	27,6	28,8
45-64	7,8	8,6	9,6	10,5	11,5	12,9	14,4
Totaal	100	100	100	100	100	100	100
Bron: LKG.							
Verzorgingshuizen							
Leeftijd		1991	1992	1993	1994	1995	1996
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
Thuiszorg							
Leeftijd		1991	1992	1993	1994	1995	1996
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

(vervolg tabel A4.3)

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*

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
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/-hulpverleners	98,9	98,7	98,6	98,6	98,6	98,4
Bejaardenverzorgenden/-hulpverleners	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

Tabel A4.5

*De gemiddelde leeftijd per beroepsgroep 1991-1996*

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Verpleegkundigen/ziekenverzorgenden	31,8	32,2	32,7	33,4	34,2	34,9
Kraamverpleegkundigen/-verzorgenden	30,9	31,2	31,8	32,4	32,9	33,4
Gezinsverzorgenden/-hulpverleners	39,3	39,5	39,8	40,1	40,4	40,5

(vervolg tabel A4.5)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Bejaardenverzorgenden/-helpenden	32,8	33,4	33,9	34,4	34,9	35,3
Groepsleiders	30,8	31,2	31,7	32,1	32,6	33,1
Leidinggevenden	37,8	38,3	38,9	39,7	40,5	41,1
Oproepkrachten	29,7	29,7	30,3	30,7	30,9	31,0
Totaal	33,5	33,5	33,8	34,2	34,7	35,1

Bron: Cadans

*Tabel A4.6  
De leeftijdsverdeling naar beroepsgroep*

Verpleegkundigen en ziekenverzorgenden						
Leeftijd	1991	1992	1993	1994	1995	1996
15-25	27,2	25,7	24,1	21,5	18,6	15,8
26-30	23,1	22,2	21,3	20,8	20,4	19,7
31-35	19,4	19,6	19,7	19,6	19,7	19,7
36-45	22,6	24,4	25,7	27,6	29,5	31,2
45-64	7,7	8,1	9,2	10,5	11,8	13,6
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Gezinsverzorgenden/helpenden						
Leeftijd	1991	1992	1993	1994	1995	1996
15-25	17,1	15,6	14,2	12,7	11,8	11,2
26-30	11,1	11,7	11,9	12,0	11,7	11,7
31-35	9,0	9,2	9,5	9,9	10,3	11,0
36-45	29,4	29,9	29,5	29,2	28,8	28,5
45-64	33,4	33,6	34,9	36,2	37,4	37,5
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,9
Bejaardenverzorgenden/helpenden						
Leeftijd	1991	1992	1993	1994	1995	1996
15-25	31,1	28,6	26,9	25,0	22,9	21,0

(vervolg tabel A4.7)

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
<b>Leidinggevenden</b>						
Leeftijd	1991	1992	1993	1994	1995	1996
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 1990-1996*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenhuizen	15,1	14,1	11,8	8,3	7,2	8,0	8,7
Psychiatrische ziekenhuizen	15,6	16,1	14,3	10	9,1	9,7	9,9
Intramurale gehandicaptenzorg	15,4	17,1	15,4	12,6	11,6	12,4	11,9
Verpleeghuizen	21,4	21,1	17,5	13,6	10,9	11,2	11
Totaal intramuraal	16,8	16,9	14,4	10,8	9,4	10,0	10,4
Thuiszorg				13,5	16,9	13,8	11,6



Tabel A5.2  
 Het percentage vertrekkers per leeftijdscategorie

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Ziekenhuizen</i>							
Leeftijd							
15-25	20,3	16,7	15,3	11,1	9,4	11,3	12,7
26-30	17,7	15,1	13,6	9,8	7,1	9,1	10,5
31-35	12,2	10,9	10,1	7,2	5,5	7,4	7,5
36-45	7,6	6,7	6,4	4,6	3,8	4,0	5,1
45-64	8,4	7,1	6,5	5,4	6,5	4,5	5,7
Totaal	14,2	11,9	10,7	7,6	6,1	7,0	7,9
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>							
Leeftijd							
15-25	27,0	25,6	25,1	20,0	18,5	17,4	18,1
26-30	19,3	18,2	17,8	14,7	14,6	11,4	12,3
31-35	13,8	13,0	11,8	10,6	10,2	8,0	9,5
36-45	8,1	10,4	8,6	7,4	8,2	5,7	5,9
45-64	7,1	11,4	6,2	6,7	9,6	5,8	6,4
Totaal	14,7	14,7	13,0	10,7	10,8	8,0	8,6
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>							
Leeftijd							
15-25	24,1	22,2	23,8	20,9	18,7	20,3	21,0
26-30	16,1	15,1	14,3	11,6	10,5	10,4	10,6
31-35	11,1	10,9	9,3	9,1	7,1	7,0	7,5
36-45	8,5	8,7	7,8	7,5	5,7	6,0	6,1
45-64	8,0	8,9	6,7	6,7	6,4	7,2	6,6
Totaal	15,1	14,5	13,8	11,8	9,9	10,0	10,0
<i>Verpleeghuizen</i>							
Leeftijd							
15-25	26,2	26,0	22,3	17,3	13,5	14,4	16,6

(vervolg tabel A5.2)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
26-30	20,6	18,9	17,5	11,6	9,2	10,0	10,0
31-35	15,0	14,2	13,3	9,4	7,9	7,6	8,2
36-45	11,8	12,4	10,9	8,1	6,5	7,0	6,8
45-64	10,2	9,3	11,1	7,6	6,1	7,1	6,8
Totaal	19,4	18,2	16,1	11,5	9,0	9,4	9,7

Technisch toelichting: De hier gepresenteerde gegevens zijn afkomstig uit het Loonkosten Gegevensbestand (LKG), dat het NZi in opdracht van de NZf beheert. Dit bestand bevat van om en nabij 70% van de werknemers een aantal gegevens per 31/12 zoals die in de personeelsadministratie van de instellingen voorkomen. De academische ziekenhuizen ontbreken in de gepresenteerde gegevens.

Op grond van het steekproefkarakter en het feit dat er een andere bron gehanteerd is kunnen de gegevens uit tabel 5.2 verschillen vertonen met die van tabel 5.1.

Tabel A5.3

De gemiddelde duur in jaren van het dienstverband naar sector

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenhuizen	6,7	6,7	6,9	7,5	8,1	8,6	8,8
Psychiatrische ziekenhuizen	6,4	6,2	6,5	6,9	7,4	7,5	7,7
Intramurale gehandicaptenzorg	6,2	6,3	6,4	6,6	6,9	7,1	7,3
Verpleeghuizen	5	5,1	5,2	5,5	6	6,4	6,7
Totaal intramuraal	6,1	6,1	6,2	6,6	7,1	7,4	7,7

Tabel A5.4

De verdeling van de werkweek (in % van volledige werkweek) in %

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Ziekenhuizen</i>							
% werkweek							
100	47,9	43,8	40,1	37	33,8	32,2	31
80-99	23	24,8	26,6	28,1	29,8	30,5	30,8

(vervolg tabel A5.4)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
60-79	8,1	9,2	10,3	10,8	11,7	12,9	13,8
40-59	14,6	15,9	16,8	17,4	18,3	18,7	19
1-39	6,4	6,4	6,3	6,6	6,3	5,7	5,4
<i>Psychiatrie</i>							
% werkweek							
100	44,4	39,5	36,1	31,8	28,7	26,7	25,7
80-99	32,9	35,7	38,9	41,7	44	44,8	45,2
60-79	8,3	9,5	10,2	11,2	12,3	13,3	14,2
40-59	9,7	10,6	10,5	10,9	10,9	10,7	10,4
1-39	4,7	4,7	4,2	4,4	4,1	4,5	4,5
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>							
% werkweek							
100	45,7	41	36,9	33,3	29,2	25,5	22,7
80-99	26,4	28,8	30,9	32,2	33,6	34,4	34,6
60-79	8,7	9	9,4	10,4	11,5	12,5	13,8
40-59	12,9	14,6	15,3	15,8	16,9	18,4	19
1-39	6,3	6,7	7,5	7,4	8,8	7,4	9,9
<i>Verpleeghuizen</i>							
% werkweek							
100	41,2	36,4	34,1	31,6	28,9	26,4	24,2
80-99	22,7	23,3	24,1	25,6	27,3	28,6	29,9
60-79	9,2	9,8	9,6	9,8	10,2	10,7	11,4
40-59	14,7	16,3	17,1	17,6	18,1	19,4	20
1-39	12,2	14,2	15,1	15,6	15,4	14,8	14,5

Tabel A5.5

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

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Ziekenhuizen</i>							
Leeftijd							
15-25	94,5	94,3	93,9	93,4	91,9	91,9	92,1
26-30	84,8	83,4	82,9	82,8	82,7	82,8	82,9
31-35	76,3	74,3	72,7	71,8	71,3	71,3	71,1
36-45	73,1	72,8	72,6	71,4	71,3	71,5	71
45-64	73	72	71,6	70,8	70,7	70,7	71,3
Totaal	81,2	79,8	78,8	77,7	76,9	76,6	76,3
<i>Psychiatrie</i>							
Leeftijd							
15-25	90,4	89	88,8	86,6	84	81,8	82,9
26-30	85,9	84,8	84,2	83,7	83,1	82,7	82
31-35	82,7	80,7	80,7	79,3	78,9	78,8	78,3
36-45	81	80,3	80	79,4	79,2	78,5	78,3
45-64	80,3	80,4	79,6	78,8	78,3	78,2	78,2
Totaal	83,5	82,3	81,8	80,7	80,1	79,5	79,1
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>							
Leeftijd							
15-25	90,1	89,1	88,7	86,7	85,1	83,1	80,5
26-30	82,9	82,2	81,5	80,7	79,7	78,7	78,1
31-35	76,3	74,1	72,6	71,4	70,6	69,4	68,4
36-45	76,5	74,7	72,8	72	70,4	69	68
45-64	75,4	74,1	70,2	69,8	69,8	68,6	67,9
Totaal	81,6	80	78,4	76,9	75,4	73,8	72,4
<i>Verpleeghuizen</i>							
Leeftijd							
15-25	90,3	89,1	89,1	89,1	88,7	88,1	87

(vervolg tabel A5.5)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
26-30	78,2	76,3	75,5	75,2	75,4	76,1	76,7
31-35	68,5	65,8	64,3	63,4	63,5	62,7	62,9
36-45	66,3	64,7	63,9	62,9	62,6	62,9	62,9
45-64	64,7	63,5	63,1	62,7	62,5	62,6	63,2
Totaal	77,1	74,4	73,2	72,4	71,7	71	70,4

Bron: LKG.

Tabel A5.6

Het ziekteverzuimpercentage per leeftijdscategorie en naar geslacht

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Ziekenhuizen</i>							
Leeftijd							
15-25	6,3	5,7	5,6	6,1	5,5	5,9	5,6
26-30	9,2	8,9	8,7	9,2	8,8	9,3	9,3
31-35	9,2	9,4	10,1	10,1	9,3	9,8	10,0
36-45	8,1	7,8	7,6	7,7	6,2	6,7	6,9
45-64	10,3	9,1	8,3	8,3	7,2	7,2	7,6
Vrouw	9,0	8,7	8,6	9,0	8,2	8,7	8,7
Man	5,7	5,4	5,2	5,2	4,3	4,5	4,8
Totaal	8,4	8,1	8,0	8,3	7,5	7,9	8,0
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>							
Leeftijd							
15-25	7,0	6,7	6,8	7,3	6,1	6,1	5,8
26-30	9,2	9,0	8,0	8,9	8,2	8,8	8,6
31-35	9,4	9,0	8,6	9,7	8,1	8,5	8,9
36-45	9,7	8,5	7,7	8,0	7,1	7,6	7,2
45-64	10,2	8,5	9,5	9,6	8,3	7,9	7,6
Vrouw	11,0	10,2	9,6	10,5	9,3	9,8	9,5

(vervolg tabel A5.6)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Man	6,9	6,4	6,0	6,4	5,4	5,5	5,4
Totaal	9,2	8,6	8,1	8,7	7,7	8,0	7,8
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>							
Leeftijd							
15-25	7,3	7,3	7,2	7,9	6,1	6,3	6,7
26-30	10,0	10,1	10,3	10,0	9,6	10,2	10,5
31-35	10,4	10,9	9,8	10,0	9,2	10,3	11,3
36-45	9,4	8,6	8,3	8,9	7,5	7,7	8,2
45-64	11,2	9,4	9,2	8,7	8,0	8,8	8,9
Vrouw	10,0	10,0	9,7	10,0	8,9	9,6	10,0
Man	7,6	7,3	6,9	7,0	6,2	6,1	6,8
Totaal	9,4	9,3	9,0	9,2	8,2	8,8	9,3
<i>Verpleeghuizen</i>							
Leeftijd							
15-25	10,8	10,6	10,2	9,8	8,0	8,7	9,0
26-30	14,3	13,9	13,3	13,6	12,3	12,8	13,2
31-35	13,0	13,3	12,5	12,5	11,0	11,5	12,2
36-45	11,9	11,0	10,7	10,3	8,5	9,1	9,2
45-64	13,4	12,0	10,2	10,3	8,9	8,9	9,9
Vrouw	12,7	12,4	11,7	11,6	10,0	10,6	11,0
Man	9,1	8,7	8,5	8,0	6,4	6,9	7,4
Totaal	12,3	12,0	11,4	11,2	9,6	10,2	10,6

Bron: LKG.

Tabel A5.7  
Het ziekteverzuim per sector 1991-1996 in %

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Inclusief zwangerschapsverlof</i>						
Ziekenhuizen	8,0	7,6	7,8	7,3	7,5	7,8
Psychiatrische ziekenhuizen	7,6	7,9	7,8	6,9	7,2	7,4
Intramurale gehandicapten- zorg	9,1	8,4	8,5	7,8	8,1	8,5
Verpleeghuizen	10,7	10,3	10,4	9,4	9,7	9,9
Totaal intramuraal	8,9	8,6	8,7	8,0	8,3	8,5
Thuiszorg	-	-	10,4	9,1	8,4	9,5
<i>Exclusief zwangerschapsverlof</i>						
Ziekenhuizen	-	5,8	6,0	5,0	5,5	5,8
Psychiatrische ziekenhuizen	-	6,6	6,4	5,5	6,0	6,0
Intramurale gehandicapten- zorg	-	6,8	6,9	6,0	6,2	6,5
Verpleeghuizen	-	8,7	8,6	7,3	7,5	7,9
Totaal intramuraal	-	6,9	6,9	6,0	6,3	6,6
Thuiszorg	-	-	8,8	8,3	7,8	8,5

Bron: NZi/LVT.

## Hoofdstuk 6

Tabel A6.1  
De instroom in het verpleegkundig onderwijs

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Verpleegkundige-A	3.563	3.599	3.332	2.784	2.005	1.861	1.737
Verpleegkundige-B	1.199	1.214	1.138	1.063	798	655	610
Verpleegkundige-Z	1.693	1.728	1.721	1.561	1.119	931	701
Ziekenverzorgenden	5.379	5.340	5.061	4.471	3.392	2.752	2.754
Totaal inservice	11.834	11.881	11.252	9.879	7.314	6.199	5.802*
HBO-V	2.342	2.247	2.230	2.576	2.548	2.523	2.910

(vervolg tabel A6.1)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
MDGO-VP	1.189	1.541	1.499	1.709	1.574	1.672	1.751
Totaal dagonderwijs	3.531	3.788	3.729	4.285	4.122	4.195	4.661
Totaal voltijd	15.365	15.669	14.981	14.164	11.436	10.394	10.463
HBO deeltijd		841	668	581	364	428	516

Bron: Inspectie Volksgezondheid.

\* 1995 en 1996 inservice-onderwijsraming NZI.

Tabel A6.2

*Het aantal diplomabehalers in het verpleegkundig onderwijs*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Verpleegkundige-A	3.705	3.516	3.307	3.040	2.651	2.678	2.479*
Verpleegkundige-B	629	769	718	655	606	614	575*
Verpleegkundige-Z	1.324	1.212	1.226	1.063	1.098	1.121	1.116*
Ziekenverzorgenden	3.749	3.466	3.451	3.571	3.209	3.041	2.687*
Totaal inservice	9.407	8.963	8.702	8.329	7.564	7.453	6.857*
HBO-V	1.431	1.813	1.882	1.683	1.708	1.522	1.606
MDGO-VP	578	591	563	762	883	954	1.091
Totaal dagonderwijs	2.009	2.404	2.445	2.445	2.591	2.476	2.697
Totaal	11.416	11.367	11.147	10.774	10.155	8.853	7.704

\* Inserviceonderwijs 1995 en 1996 zijn ramingen.

Tabel A6.3

*Het totaal aantal leerlingen in het verpleegkundig onderwijs*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Verpleegkundige-A	12.271	11.907	11.339	10.731	9.782	8.224	6.932
Verpleegkundige-B	2.608	2.766	2.612	2.546	2.437	2.098	1.808
Verpleegkundige-Z	4.566	4.117	4.150	4.214	3.988	3.448	2.894
Ziekenverzorgenden	8.427	8.203	8.112	7.589	7.612	6.393	6.019
Totaal inservice	27.872	26.993	26.213	25.080	23.819	20.163	17.653



(vervolg tabel A6.3)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
HBO-V (voltijd)	8.210	7.971	8.024	8.265	8.057	8.392	8.463
MDGO-VP	2.793	3.487	3.735	4.102	4.168	4.334	4.521
Totaal dagonderwijs	11.003	11.458	11.759	12.367	12.225	12.726	12.984
Totaal	38.875	38.451	37.972	37.534	36.044	33.257	12.984
HBO deeltijd	2.095	2.324	2.347	1.865	1.770	1.905	1.935

Tabel A6.4

*De instroom in het verzorgend onderwijs*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
OVDB							
Bejaardenverzorgenden	1.413	1.622	1.543	1.346	1.181	1.220	1.225
Bejaardenhelpenden	647	566	497	427	467	393	265
Gezinsverzorgenden	1.053	1.080	1.028	992	432	318	225
Gezinshelpenden	538	467	355	204	125	67	20
Kraamverzorgenden	130	170	105	102	57	82	90
Verzorgingsassistenten	1.329	1.187	988	740	225	207	190
Totaal leerlingstelsel	5.110	5.092	4.516	3.811	2.487	2.287	2.015
MDGO-Vz-lang	4.706	4.692	4.340	3.974	3.998	3.795	3.650
MDGO-Vz-kort	1.276	1.568	1.893	2.376	2.509	2.638	2.629
Totaal dagonderwijs	5.982	6.260	6.233	6.350	6.507	6.433	6.279
Totaal	11.092	11.352	10.749	10.161	8.994	8.720	8.294

Tabel A6.5

*De gediplomeerden in het verzorgend onderwijs*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
OVDB							
Bejaardenverzorgenden	757	882	1.044	1.237	1.096	911	834
Bejaardenhelpenden	316	376	355	331	237	239	233

(vervolg tabel A6.5)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Gezinsverzorgenden	1.053	699	854	890	869	770	337
Gezinshelpenden	538	375	312	324	162	156	81
Kraamverzorgenden	0	0	111	149	68	72	48
Verzorgingsassistenten	716	958	784	685	643	200	114
Totaal leerlingstelsel	3.380	3.290	3.460	3.616	3.075	2.348	1.647
MDGO-Vz	3.101	3.273	3.246	3.120	4.329	4.367	4.333
Totaal	6.481	6.563	6.706	6.736	7.404	6.715	5.980
Totaal (incl. verzorgende B en C)							6.627
Examenkandidaten onder auspiciën van OVDB in de thuiszorg							
Verzorgende C							292
Verzorgingshulp B							355
Thuishulp A						1.386	899

Tabel A6.6

Het totaal aantal leerlingen in het verzorgend onderwijs

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
OVDB							
Bejaardenverzorgenden	2.295	2.651	2.734	2.493	2.150	2.039	2.102
Bejaardenhelpenden	908	774	674	572	600	534	416
Gezinsverzorgenden	1.760	1.928	1.915	1.830	1.216	662	498
Gezinshelpenden	731	634	546	330	254	114	34
Kraamverzorgenden	126	272	228	168	132	123	139
Verzorgingsassistenten	2.008	1.601	1.298	992	262	184	225
Totaal leerlingstelsel	7.828	7.860	7.395	6.385	4.614	3.656	3.414
MDGO-Vz-lang	12.309	12.096	11.665	11.115	10.814	10.524	10.436
MDGO-Vz-kort	1.861	2.782	3.287	4.001	4.402	4.510	4.573
Totaal	21.998	22.738	22.347	21.501	19.830	18.690	18.423

Tabel A6.7

Enkele kenmerken van leerlingen die aan het verpleegkundig onderwijs beginnen

<i>I Percentage mannen</i>							
Voltijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
A	12	14	15	16	16	17	18
B	37	38	38	41	43	38	38
Z	15	16	18	18	20	17	18
Ziekenverzorgende	9	12	12	12	13	12	12
HBO-V	15	14	14	15	15	15	15
MDGO-Vp	15	13	15	16	15	16	16
Deeltijd							
HBO-V	16	19	18	19	20	21	20
<i>II Gemiddelde leeftijd bij aanvang van de opleiding</i>							
A	21,3	21,8	22,5	22,4	21,9	22,0	22,0
B	25,8	27,3	27,5	28,8	28,3	27,7	27,0
Z	21,9	22,3	22,6	22,7	22,9	22,6	23,0
Ziekenverzorgende	21,8	22,7	24,5	25,2	25,0	24,1	24,0
HBO-V	20,1	20,1	19,9	19,9	19,8	19,8	-
MDGO-Vp	17,2	17,1	17,2	17,3	17,3	17,3	-
Deeltijd							
HBO-V	33,1	32,9	33,3	33,4	33,0	32,0	-
<i>III Opleiding voorafgaand aan het verplegingsonderwijs bij eerstejaarsleerlingen (aandeel in %, 1994)</i>							
	inservice				dagonderwijs		
	A	B	Z		ZV	MDGO-Vp	HBO-V
Lage trap (LHNO/MAVO)	12,7	13,8	13,4		40,9	89,5	1,4
Hoge trap (HAVO/VWO)	38,2	19,8	13,6		6,1	4,8	71,9
MBO	26,6	22,8	45,5		30,7	3,5	11,9
HBO	2,0	19,4	9,8		1,9	-	5,4
MDGO-Vp	7,6	1,9	3,5		1,8	-	4,7

(vervolg tabel A6.7)

HBO-V	2,9	1,3	1,7		0,6	0,2	-
Inservice	7,0	16,3	10,0		8,1	1,5	4,6
Leerlingwezen	3,0	4,7	2,5		9,9	0,5	0,1
	100	100	100		100	100	100

Bron: Van den Heuyl en Van der Windt (1995).

Toelichting: Het kan zowel een met succes (diploma) afgeronde opleiding als een zonder diploma afgeronde opleiding betreffen. In genoemde publicatie wordt dit onderscheid wel gemaakt.

Tabel A6.8

*Enkele kenmerken van degenen die verzorgend onderwijs volgen*

<i>I Percentage ouderen en mannen onder leerlingen die beginnen met een opleiding in het leerlingwezen verzorgend onderwijs</i>						
	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Ouder dan 27 jaar	44	47	48	50	46	46
Mannen	3	3	3	4	4	4
<i>II Gemiddelde leeftijd (alle leerlingen) bij een aantal opleidingen in het leerlingwezen</i>						
Bejaardenhelpenden	28	29	29	28	27	25
Gezinshelpenden	33	34	34	35	37	33
Bejaardenverzorgenden	29	30	30	30	30	31
Gezinsverzorgenden	36	35	36	36	36	36

Tabel A6.9

*Vooropleiding in % van het aantal leerlingen per opleiding per 31-12*

	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Bejaardenverzorgenden</i>					
LHNO	18	21	23	22	20
MAVO	10	11	11	11	10
OVDDB	33	33	29	27	27
MBO	13	14	16	18	22
INTAS	8	5	4	3	3

(vervolg tabel A6.9)

	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenverzorgenden	-	5	5	6	6
Overig	18	10	13	14	12
<i>Helpenden verzorgingshuizen</i>					
LHNO	73	75	75	73	81
MAVO	10	7	7	8	8
OVDB	9	13	14	7	6
MBO	-	2	3	4	2
Overig	9	3	2	8	2
<i>Verzorgenden bij instellingen voor gezinszorg</i>					
LHNO	33	36	38	32	33
MAVO	19	20	19	18	15
OVDB	21	19	19	26	23
MBO	8	7	7	6	10
INTAS	8	7	6	5	6
Ziekenverzorgenden	-	3	3	3	2
Overig	11	8	9	10	12
<i>Helpenden bij instellingen voor thuiszorg</i>					
LHNO	81	80	73	71	74
MAVO	11	11	13	12	9
OVDB	2	3	6	2	-
MBO	-	1	2	2	-
Overig	6	6	6	13	18

Bron: OVDB.

Tabel A6.10

Het slaagpercentage 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: Van den Heuij, REGIONARGE.

Technische toelichting: De slaagpercentages, het aantal geslaagden van een opleiding gedeeld door het aantal leerlingen dat aan een opleiding is begonnen, zijn voor de opleidingen op verschillende manieren berekend. De gepresenteerde gegevens hebben een indicatieve waarde. De wijze van berekenen is afhankelijk van de beschikbare informatie. Voor de precieze berekeningen wordt verwezen naar genoemde publicaties.

Tabel A6.11

Aansluiting onderwijs arbeidsmarkt verplegend en verzorgend dagonderwijs

<i>HBO-V (voltijd)</i>					
Positie anderhalf jaar na afstuderen	1991	1992	1993	1994	1995
Betaald werk	92	84	78	79	87
Studie	3	10	14	14	8
LLW/inservice	0	0	0	0	0
Werkloos	1	3	6	4	2
Overig	4	3	2	3	3
Totaal	100	100	100	100	100

(vervolg tabel A6.11)

Duur intrede werkloosheid					
0 maanden	84	74	66	60	71
1-3 maanden	15	23	27	30	23
4-6 maanden	1	2	5	8	4
6 maanden en langer	0	1	2	2	2
	100	100	100	100	100
MDGO-VP					
Positie anderhalf jaar na afstuderen		1992	1993	1994	1995
Betaald werk		34	31	23	33
Studie		34	34	49	46
LLW/inservice		28	32	24	20
Werkloos		1	2	3	1
Overig		3	1	1	0
Totaal		100	100	100	100
Duur intrede werkloosheid					
0 maanden		82	76	62	64
1-3 maanden		15	19	23	20
4-6 maanden		3	3	9	10
6 maanden en langer		0	2	6	6
		100	100	100	100
MDGO-Vz					
Positie anderhalf jaar na afstuderen		1992	1993	1994	1995
Betaald werk		66	59	54	60
Studie		9	9	11	11
LLW/inservice		23	29	31	24
Werkloos		1	2	3	4
Overig		1	1	1	1
Totaal		100	100	100	100

(vervolg tabel A6.11)

Duur intrede werkloosheid					
0 maanden		83	75	70	75
1-3 maanden		13	19	19	17
4-6 maanden		3	5	7	5
6 maanden en langer		1	1	4	3
		100	100	100	100

**Hoofdstuk 7**

Tabel A7.1

De indeling naar FWG/BBRA-schalen 1990-1996

Algemene en categorale ziekenhuizen							
FWG-schaal	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
25	1	1	1	1	1	1	1
28-30	1	1	1	1	1	1	1
33-35	7	6	6	4	4	4	4
38-40	44	44	44	45	45	46	46
43-45	33	31	30	30	29	28	28
46 en hoger	15	17	18	19	20	20	21
Totaal	100	100	100	100	100	100	100
Academische ziekenhuizen							
RBBA-schaal				1993	1994	1995	1996
4				1	1	1	1
4				0	0	0	0
5				2	2	2	2
6				18	15	12	12
7				49	50	52	51
> 7				30	31	33	34
Totaal				100	100	100	100





Tabel A7.2

Het gemiddeld maandsalaris van verpleegkundigen/verzorgenden en totaal personeel (absoluut in gld en index 1990 = 100)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Algemene en categorale ziekenhuizen</i>							
Absoluut							
Verplegenden/verzorgenden	3.248	3.411	3.602	3.809	3.864	3.909	3.957
Totaal	3.164	3.329	3.484	3.648	3.741	3.814	3.891
Index (totaal 1990 = 100)							
	103	108	114	120	122	124	125
	100	105	110	115	118	121	123
<i>Academische ziekenhuizen</i>							
Absoluut							
Verplegenden/verzorgenden				3.784	3.857	4.044	4.078
Totaal				3.974	4.082	4.251	4.288
Index (totaal 1993 = 100)							
				95	97	102	103
				100	103	107	108
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>							
Absoluut							
Verplegenden/verzorgenden	3.261	3.419	3.619	3.821	3.875	3.927	3.969
Totaal	3.429	3.614	3.756	3.936	4.038	4.135	4.209
Index (totaal 1990 = 100)							
Verplegenden/verzorgenden	95	100	106	111	113	115	116
Totaal	100	105	110	115	118	121	123
<i>Instellingen voor gehandicaptenzorg</i>							
Absoluut							
Verplegenden/verzorgenden	2.968	3.113	3.284	3.461	3.499	3.503	3.530
Totaal	2.979	3.111	3.206	3.354	3.422	3.444	3.497
Index (totaal 1990 = 100)							
Verplegenden/verzorgenden	100	104	110	116	117	118	118

(vervolg tabel A7.2)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Totaal	100	104	108	113	115	116	117
<i>Verpleeghuizen</i>							
Absoluut							
Verplegenden/verzorgenden	2.799	2.931	3.100	3.284	3.342	3.369	3.402
Totaal	2.769	2.911	2.969	3.074	3.177	3.245	3.301
Index (totaal 1990 = 100)							
Verplegenden/verzorgenden	101	106	112	119	121	122	123
Totaal	100	105	107	111	115	117	119

## Geraadpleegde literatuur

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

Beer, J. de (1997), 'Bevolkingsprognose 1996: minder bevolkingsgroei, meer vergrijzing'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 1, januari, pp. 6-12.

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

Beljaarts, M.A.M.M. (1997), *Zorg voor allochtone ouderen*. ISEO, Rotterdam.

Bent, J. van de & W. van der Windt (1997), *Personeel in de gezondheidszorg – feiten en prognoses*. NZf, Utrecht.

Bootsma-Van der Wiel, A., R.G.J. Westendorp & D.L.K. Knook (1997), 'Dagelijks functioneren en zorggebruik onder personen van 85 jaar en ouder'. In: *Nederlands Tijdschrift voor geneeskunde* 45, pp. 2170-2176.

Bovens, M. & A. Hemerijck (red.), *Het verhaal van de moraal. Een empirisch onderzoek naar de sociale bedding van morele bindingen*. Boom, Amsterdam/Meppel.

Caris, W.M.C.M., I.A. Miltenburg & A. Kerkstra (1997), *Aard en omvang van particuliere thuiszorgaanbieders in Nederland*. NIVEL, Utrecht.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1994), *Bevolking en huishoudens nu en in de toekomst*. CBS, Voorburg/Heerlen.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1994; 1997), *Statistisch jaarboek*. CBS, Voorburg/Heerlen.

Centraal Bureau voor de Statistiek & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1996), *Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland*. CBS, Voorburg/Heerlen.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1996), *Alleenstaanden in Nederland*. CBS, Voorburg/Heerlen.

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

Centraal Bureau voor de Statistiek (1997), 'Uitkomsten allochtonenprognose 1996-2015'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 3, maart, pp. 65-67.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1997), 'Demografie van Nederland 1996'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 11, november, pp. 6-21.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1997), 'Jaarcijfers geboorte 1992-1996'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 11, november, pp. 28-31.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1997), 'Jaarcijfers sterfte 1992-1996'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 11, november, p. 39.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1997), *Allochtonen in Nederland*. CBS, Voorburg/Heerlen.

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

Commissie-Van der Zwan (1995), *Gezondheidszorg in Tel 3*. NZf, Utrecht.

Commissie-Van der Zwan (1996), *Gezondheidszorg in Tel 4*. NZf, Utrecht.

Commissie-De Vries (1997), *Gezondheidszorg in Tel 5*. Nederlandse Zorgfederatie, Utrecht.

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

Cox, Sj., A. Groen & A. Stoop (1996), *Reader Symposium Mantelzorg: onze verantwoordelijkheid*. PON/BOZ/Provincie Noord-Brabant, Den Bosch/Tilburg.

Dahhan, N. (1997), *Zorgvernieuwing; ook voor allochtonen? Naar kwaliteitsverbetering en positieversterking*. FORUM, Utrecht.

Dijk, J. van, E. Meeuwssen & E. Broers (1995), *Beweging in personeel*. AWOZ, Utrecht

Dooren, J. van ed. (1989), *Vrouwen voor het voetlicht*. NZf, Utrecht.

Eggen, A. (1997), *Zorgen voor later... De beeldvorming van Turkse en Marokkaanse ouderen met betrekking tot de professionele zorgvoorzieningen*. Afstudeerscriptie. Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen.

Ekamper, P. (1996), 'Leeftijdsbewust personeelsbeleid in de toekomst'. In: *Sociaal Maandblad Arbeid* 51, pp. 180-193.

Evers, P. & W. van der Windt (1997), *RegioMarge, anno 1997 – de arbeidsmarkt verkend*. NZi/AWOZ/AWOB/AWO, Utrecht.

Frederix, M.G.W.E. & C. Spreeuwenberg (1996), 'Chronisch zieken en de continuïteit van zorg. De gespecialiseerde verpleegkundige als case manager?' In: *Medisch Contact* 10, pp. 319-322.

Gerritsen, A.J. & W. van der Windt (1991), *Van verloop naar loopbaan*. NZi, Utrecht.

Harmsen, J., P.P. Groenewegen, A.J. Gerritse, B. van Hulst & L.J.R. Vandermeulen (1996), *Ontwikkelingen in de vraag naar thuiszorg*. NIVEL/NZi, Utrecht.

Heese, A. van (1996), 'Klaar voor de start'. In: *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 16, pp 474-476.

Heikoop, L. (1996), *Kerngegevens arbeidsmarkt en werkgelegenheid welzijn*. Rijswijk.

Heitink, J. & K. Teluy (1995), *Het lopend vuur. Ontwerp samenhangend opleidingsstelsel voor verplegende, verzorgende en assisterende / helpende beroepen. Eindrapportage PRO6*. Spruyt, van Mantgem & De Does bv, Leiden.

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

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

Janssen, P.G.M. & A. Kerkstra (1993), *Funciedifferentiatie binnen de thuiszorg*. NIVEL, Utrecht.

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

Kippersluis-Verbij, C.H.M. & J.M.M. de Gouw (1996), *Zorg voor allochtone ouderen. Literatuuronderzoek naar zorgbehoefte en zorggebruik van allochtone ouderen*. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, Den Haag.

Knottnerus, J.A. & J.F.M. Metsemakers (1996), 'Chronische ziekte in de huisartsenpraktijk: prevalentie, multimorbiditeit, sociale prevalentie'. In: *Huisarts en wetenschap* 11, pp. 494-497.

Kürkücü, T. & D. Kloosterboer (1996), *De leefsituatie van moslimouderen in Amsterdam*. NISBO, Rotterdam.

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

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

LCVV (1997), *Jaarverslag*, Utrecht.

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

LVT/NZi (1996), *Jaarboek Thuiszorg 1994*. Bunnik/Utrecht.

LVT/NZi (1997), *Jaarboek Thuiszorg 1995*. Bunnik/Utrecht.

LVT/NZi (1998), *Jaarboek Thuiszorg 1996*. Bunnik/Utrecht.

Ministerie van V.W.S. (1997), *Jaaroverzicht Zorg 1998 (JOZ)*. Rijswijk.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1986), *Nota 2000*.  
Staatsuitgeverij, Den Haag.

NZf (1993), *Leeftijdsbewust personeelsbeleid in de intramurale gezondheidszorg*. Utrecht.

NZf e.a. (1997), *Gezondheidszorg in Tel 5*. Utrecht.

NZi/AORTA (1994), *Functiedifferentiatie binnen de intramurale verpleging*.  
Utrecht.

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

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

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

OSA (1996), *Arbeid in de Zorgsector, integrerend rapport*. Den Haag.

OSA (1997), *Arbeid in de Zorgsector, integrerend rapport*. Den Haag

Platform Kwalificatiebeleid (1995), *Het kwalificatiespel in de sector Zorg & Welzijn: een wegwijzer voor betrokkenen*. Utrecht.



Pool, J. & G. van der Speld (1992), *Diagnose en ontwikkeling van sociaal beleid in de intramurale gezondheidszorg – Handleiding*. NZi, Utrecht.

Pool, J., E.A.M. Meeuwssen, K.J.A.M. Michels & W. van der Windt (1992), *Beheersing personeelsverloop in de intramurale gezondheidszorg. Deel 1: Achtergronden en landelijke gegevens*. NZi, Utrecht.

Pool, J., E.A.M. Meeuwssen & K.J.A.M. Michels (1993), *Beheersing personeelsverloop in de intramurale gezondheidszorg. Deel 2: Praktijk van verloopbeheersing in instellingen*. NZi, Utrecht.

RIVM (1993), *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. SDU Uitgeverij Plantijnstraat, Den Haag.

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

*Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector* (1996). NIVEL, NZi, OSA, Rijswijk.

*Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector* (1997). NIVEL, NZi, OSA, Rijswijk.

Renooy, P. (1996), 'De wonderbaarlijke continuïteit van het vrijwillig initiatief binnen de verzorgingsstaat'. In: Bovens, M. & A. Hemerijck (red.), *Het verhaal van de moraal. Een empirisch onderzoek naar de sociale bedding van morele bindingen*. Boom, Amsterdam/Meppel.

Roode, A.L. (1995), *Gezondheidszorg en allochtonen*. Een literatuurstudie.

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

Sociaal Cultureel Planbureau (1997), *Sociale en Culturele Verkenningen 1997*. SCP, Rijswijk & VUGA, Den Haag.

Temmink, D., A. Francke & A. Kerkstra (1998), *Over spreekuren gesproken. Een inventarisatie van transmurale verpleegkundige spreekuren in Nederland*. Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen.

Trappenburg, M. (1996), 'De dokter en de dominee. Het verhaal van de moraal in de gezondheidszorg'. In: Bovens, M., Hemerijck, A. (red.), *Het verhaal van de moraal. Een empirisch onderzoek naar de sociale bedding van morele bindingen*. Boom, Amsterdam/Meppel.

Tweede Kamer der Staten-Generaal 25351 (1997), 'Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst'. In: *Verkenningen Ouderenzorg 1995-2010 2*. SDU Uitgeverij, De Haag.

Tweede Kamer der Staten-Generaal 25604 (1997), *Jaaroverzicht Zorg 1998 1 en 2*. SDU Uitgeverij, Den Haag.

Vries, A. de (1997), *Jaarboek emancipatie 1997. Arbeid en zorg*. VUGA Uitgeverij bv, Den Haag.

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

Windt, W. van der (1988), *Werken in de intramurale gezondheidszorg*. NZi, Utrecht.

Windt, W. van der (1994), *Arbeidsmarktverkenning voor instellingen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten*. NZi, Utrecht.

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

Windt, W. van der, L. Hingstman & J.Harmsen (1996), *Vooronderzoek feiten over verpleging en verzorging*. Nzi/NIVEL, Utrecht.

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

## Lijst van afkortingen

AC	Activiteitencentrum
AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
ARBO(-wet)	Arbeidsomstandigheden(wet)
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWO	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds
AWOB	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden
AWOZ	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Ziekenhuizen
BBRA	BezoldigingsBesluit RijksAmbtenaren
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 Arbeids Overeenkomst
CBA	Centraal Bureau Arbeidsmarktvoorziening
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPB	Centraal Plan Bureau
DVO	Dagactiviteitencentra voor volwassen verstandelijk gehandicapten
FIAD-WDT	Federatie van Instellingen voor dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap
FTE('s)	Fulltime equivalenten
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
FWG	Functiewaardering Gezondheidszorg
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHI	Geneeskundige Hoofinspectie van de Volksgezondheid

GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
GVT	Gezinsvervangend tehuis
HVRC	Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
IG	Individuele Geneeskunde
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
KDV	Kinderdagverblijf
KGVT	Kindergezinsvervangend tehuis
LKG	Loonkostengegevensbestand
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MKD	Medisch Kinderdagverblijf
MKT	Medisch Kindertehuis
NFVLG	Nederlandse Federatie Voorzieningencentra Lichamelijk Gehandicapten
NIA	Nederlands Instituut voor Arbeidsmarktomstandigheden
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
OBU	Overbruggingsuitkering
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSA	Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek

OVDB	Stichting Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen
PLOP	Prognosemodel Leeftijdsopbouw Personeel
RAZ	Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector
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 Milieu
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
RUBS	Registratie van Uitstroom en Bestemming van Schoolverlaters
SBI	Standaard Bedrijfsindeling
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SOMMA	Federatie van ouderverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan geestelijk gehandicapten
SPD	Sociaal Pedagogische/Psychiatrische Dienst
STIPUD	Stimuleringsregeling Inpassing Personen uit Doelgroepen
STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
SOZawe	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO)
VIG	Verzorgende Individuele Gezondheidszorg
VTV	Volksgezondheids Toekomst Verkenning, RIVM 1997
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
WBIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektenverzekeringen
WVC	Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad



## **Deel B**

### **Uitstroom verpleegkundigen en verzorgenden**





# 1

## Inleiding

In deze tweede uitgave van *Verpleging en verzorging in kaart gebracht* is wederom gekozen voor verdieping van een specifiek 'arbeidsaspect' van verpleegkundigen en verzorgenden. In aansluiting op de actualiteit staat dit jaar het thema 'Uitstroom verpleegkundigen en verzorgenden' centraal.

Op een moment van (verwachte) tekorten in de verpleging en verzorging is het zinvol om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen wat betreft de omvang van de uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden en de factoren die daarop van invloed zijn. Dit biedt de mogelijkheid om beleidsmaatregelen te ontwikkelen om die uitstroom te verminderen. Vragen die daarbij centraal staan, zijn: Hoeveel verpleegkundigen en verzorgenden stoppen met werken? Is daar de afgelopen jaren iets in veranderd? Wat zijn de kenmerken van de vertrekkers? Had hun vertrek voorkomen kunnen worden? Zijn er verschillen in vertrekredenen tussen de sectoren waarin verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam zijn? Zijn er daarbij verschillen tussen verpleegkundigen en verzorgenden?

Ondanks het feit dat de uitstroom de afgelopen jaren is afgenomen – eind jaren zeventig vertrok ruim 25% tegen ongeveer 10% op dit moment – worden deze vragen des te relevanter als men in ogenschouw neemt dat er momenteel sprake is van een lagere instroom in de opleiding voor verpleegkundigen en verzorgenden. Voor beroepsorganisaties en beleidsmedewerkers biedt informatie over de uitstroom aanknopingspunten om verpleegkundigen en verzorgenden (langer) in hun baan of voor de zorg te behouden.

Bij de beantwoording van bovenstaande vragen biedt de huidige stand van onderzoek weinig houvast. Veel onderzoeksrapportages over dit onderwerp zijn gedateerd of te weinig specifiek. Gesproken wordt bijvoorbeeld van 'zorgverleners', 'verzorgend personeel', 'verplegenden en verzorgenden' of 'vrouwen in de zorgsector'. Dergelijke aanduidingen weerspiegelen het voor

velen ondoorzichtige karakter van het arbeidsaanbod in de verpleging en verzorging. Dit zou echter niet een hantering van zulke termen mogen legitimeren, eerder zou het – juist in publicaties over de arbeidsmarkt – meer helderheid doen verwachten.

Systematische gegevensverzameling over het verloop van personeel in de intramurale gezondheidszorg vindt plaats sinds 1994: het NZi is destijds gestart met een onderzoek onder vertrekkend personeel in de intramurale gezondheidszorg. Daartoe werd gebruikgemaakt van zogenaamde 'exitinterviews'. Sindsdien wordt aan ieder vertrekkend personeelslid van de deelnemende instellingen een dergelijke vragenlijst verstrekt. Het gaat hierbij om de volgende instellingen: algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg en verpleeghuizen. Binnen de thuiszorg en de verzorgingshuizen ontbreekt een dergelijke systematiek. Om ook binnen deze belangrijke sectoren gegevens te krijgen over de uitstroom is ten behoeve van het onderhavige onderzoek door het NIVEL een aparte gegevensverzameling opgezet. Deels analoog aan de exitinterviews van het NZi is een vragenlijst opgesteld die vervolgens steekproefsgewijs is verstuurd aan vertrokken verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg en in de verzorgingshuizen.

Naast een aantal resultaten uit bestaande studies zijn de uitkomsten van dit deel van het rapport voornamelijk gebaseerd op uitkomsten van de exitinterviews van het NZi en de NIVEL-enquête. Alvorens in te gaan op de resultaten komt in hoofdstuk twee de gegevensverzameling aan bod. In het derde hoofdstuk wordt een algemeen overzicht gegeven van het verloop van verpleegkundigen en verzorgenden op landelijke schaal. Vervolgens worden in hoofdstuk vier en vijf de uitstroom in de thuiszorg en de verzorgingshuizen besproken en komt in hoofdstuk zes de uitstroom in de intramurale sector aan de orde.

Met betrekking tot de uitwerking van deel B is het NIVEL verantwoordelijk voor de hoofdstukken één, vier, vijf en zeven en het NZi voor hoofdstuk drie en zes. Hoofdstuk twee is onder gezamenlijke verantwoordelijkheid totstandgekomen.

Tot slot dient te worden opgemerkt dat verschillende termen zijn gehanteerd om het vertrek aan te duiden. Met deze termen (zoals verloop, vertrek, uittreders en uitstroom) worden steeds die personen bedoeld waarvan het dienstverband al dan niet vrijwillig is beëindigd.

## 2

# De gegevensverzameling

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de wijze waarop de gegevens voor dit onderzoek naar de uitstroom en vertrekredenen van verpleegkundigen en verzorgenden zijn verzameld. Allereerst komen de exitinterviews van het NZi aan de orde (paragraaf 2.1). Vervolgens wordt aandacht besteed aan de gegevensverzameling onder het vertrekkend personeel in de thuiszorg en de verzorgingshuizen door het NIVEL (paragraaf 2.2).

### 2.1

#### De NZi-exitinterviews

##### 2.1.1

##### *Gegevensverzameling*

Bij veel instellingen is het gebruikelijk, wanneer een personeelslid besloten heeft zijn of haar dienstverband te beëindigen, op de een of andere manier nadere informatie te verzamelen omtrent de beweegredenen voor het vertrek. Veelal wordt dit in de vorm van een exitinterview gegoten. Dit kan plaatsvinden door middel van een mondeling gesprek, of door het invullen van een vragenlijst. Het doel van zo'n exitinterview is onder meer te achterhalen wat de vertrekredenen zijn. Met het inzicht krijgen in eventuele knelpunten die door de vertrekker gesignaleerd worden, kan de instelling zijn voordeel doen. Wanneer bepaalde oorzaken aan de organisatie zijn toe te schrijven, kan men gericht stappen ondernemen om vertrek van anderen te voorkomen. In deze zin werken de uitkomsten van het interview als een signalering voor het functioneren van de organisatie. Bovendien kan de vertrekkende medewerker op een prettige en gemakkelijke manier ideeën en mogelijke frustraties die men heeft, laten merken en kunnen organisatie en persoon op een prettige manier uit elkaar gaan.

Reeds vele jaren werd er in de intramurale gezondheidszorg gesproken over een of andere vorm van systematisering van exitinterviews. Vooral in tijden

van een groot verloop onder het personeel speelde deze behoefte. Het management van instellingen wil dan graag over vergelijkingsmateriaal, spiegelinformatie kunnen beschikken. De behoefte om het verloop van personeel te kunnen beheersen, speelt een belangrijke rol, zeker in combinatie met dreigende tekorten aan personeel. Ook op het niveau van bedrijfstakken of beroepsgroepen bestaat er behoefte aan informatie over vertrekkend personeel.

Dit laatste was voor het NZi de directe aanleiding om in 1994 voor een pilot-onderzoek subsidie aan te vragen bij de stichting AWOZ. Mede in het licht van de in de nabije toekomst verwachte stijging van het verloop verleende de AWOZ opdracht voor zo'n pilot-studie. Onderzocht werden de mogelijkheden om te komen tot een systematisering van exitinterviews bij instellingen in de intramurale gezondheidszorg. Na het succesvol afronden van deze pilot in 1995 draait het exitinterviewproject reeds enkele jaren zelfstandig. De deelnemende instellingen betalen een vast bedrag voor deelname aan het project en een variabel bedrag afhankelijk van het aantal ingestuurde enquêtes. Zij krijgen jaarlijks een rapportage, waarin de eigen gegevens vergeleken worden met vergelijkbare andere instellingen uit het bestand.

De vragenlijst is indertijd op de volgende wijze totstandgekomen. In de eerste fase zijn instellingen die al enige vorm van exitinterview toepasten opgespoord, onder meer via een vragenlijst uit een onderzoek naar verloopbeheersing (Pool c.s.). Van een veertigtal instellingen beschikten we op deze wijze over een vragenlijst. Vervolgens is geanalyseerd welke vraag(stellingen) men hanteerde. Het zal niet verbazen dat hier een grote verscheidenheid werd aangetroffen.

Uit deze ervaringen uit de praktijk en uit vraagstellingen uit genoemd onderzoek naar verloopbeheersing, alsmede het instrumentarium ontwikkeld in het kader van diagnose sociaal beleid (Pool, c.s.) is uiteindelijk een vragenlijst samengesteld, die is voorgelegd aan een aantal vertegenwoordigers van instellingen die in principe belangstelling hadden om aan een gestandaardiseerde vorm mee te doen.

Op grond hiervan is een definitieve lijst samengesteld (zie bijlage). Bij deelname zijn instellingen gebonden aan deze standaardvragenlijst. De instellingen hebben weliswaar de vrijheid om hun eigen vragenlijst in te leveren moeten opgeven, maar daar staat tegenover dat ze nu de mogelijkheid hebben om te kunnen vergelijken met andere. Tevens wordt een andere bottleneck voor veel afdelingen personeelszaken opgelost: het

verwerken van de informatie. De praktijk leert dat vaak wel de stroom formulieren op gang komt, maar dat verwerking en analyse moeilijk van de grond komen. De formulieren worden dan alleen even met de hand doorgenomen en men pikt slechts signalen op die er duidelijk uitspringen. Deelname aan de gesystematiseerde exitinterviews neemt hen deze activiteiten uit handen.

### 2.1.2

#### *Respons en representativiteit*

In tabel 2.1 is weergegeven hoeveel instellingen er vanaf het begin aan het project hebben meegedaan. Het aantal groeide van 32 tijdens de pilot-fase in 1994 naar 50 in 1997. De psychiatrische ziekenhuizen zijn enigszins ondervertegenwoordigd.

*Tabel 2.1*

*Aantal aan exitinterviews deelnemende instellingen naar sector*

	1994	1995	1996	1997
Ziekenhuizen	11	17	19	17
Psychiatrische ziekenhuizen	3	2	3	3
Instellingen voor gehandicaptenzorg	4	11	10	14
Verpleeghuizen	14	13	11	16
Totaal	32	43	43	50

Aan de deelnemende instellingen wordt jaarlijks gevraagd hoe groot het aantal vertrekkende personeelsleden was en hoeveel hiervan een exit-formulier hebben gekregen. Op deze wijze kunnen we enigszins zicht krijgen op de mate van respons. Het aantal uitgereikte exitinterviews bedraagt ongeveer 60% van de vertrekkers (zie tabel 2.2). Factoren die de hoogte van dit percentage verklaren zijn:

- In de beginjaren begonnen veel instellingen niet direct in het begin van het jaar, maar bijvoorbeeld pas na maart met het uitreiken van de exitinterviews.
- Personeel met weinig binding wordt geen formulier verstrekt, bijvoorbeeld degenen die korter dan een halfjaar in dienst zijn geweest.
- Personeel dat ontslagen werd of om andere minder prettige redenen vertrok kreeg vaak geen formulier uitgereikt.

De respons op de uitgereikte formulieren bedroeg 41% in 1994 en 62% in 1995 en neemt in 1997 weer iets af tot 52%. De variatie tussen de instellingen is erg groot. Zo zijn er instellingen waarbij het formulier gezamenlijk met een functionaris van de afdeling personeelszaken wordt doorgenomen. In dit soort instellingen komt de respons al snel in de buurt van de 100%. Andere instellingen laten de vertrekkers geheel vrij en verstrekten een retourenveloppe geadresseerd aan het NZi, om de anonimiteit duidelijk te waarborgen.

Voor een schriftelijk onderzoek is de respons gezien genoemde omstandigheden al met al vrij goed te noemen.

*Tabel 2.2*

*Het verloop, deelname en respons per jaar*

	1994	1995	1996	1997
Aantal personeelsleden einde jaar	18.987	27.811	29.661	32.120
Aantal vertrokken personeelsleden	2.095	3.019	3.049	3.638
% verloop	11	10,9	10,3	11,3
Aantal uitgereikte interviews	1.204	1.556	1.845	2.392
% t.o.v. vertrekkers	57	52	61	66
Terug ontvangen interviews	488	967	1.343	1.426
% respons*	41	62	64	52

\* berekend op bekende gegevens

De representativiteit naar leeftijd, geslacht en functie(niveaus) van degenen die een exit-formulier hebben ingevuld kan worden vastgesteld aan de hand van gegevens uit het Loonkostengegevensbestand (LKG). Dit bestand bevat een aantal gegevens uit de personeelsadministratie van ongeveer 70% van de instellingen in de intramurale gezondheidszorg.

Door degenen die een exitinterview invulden te vergelijken met de vertrekkers uit het LKG krijgen we een beeld van de representativiteit op de genoemde kenmerken.

Tabel 2.3

Vergelijking deelnemers exitinterviews met LKG (% verdelingen):  
verpleging en verzorging

	Exitinterviews	LKG vertrekkers
Kenmerk	94/97	95/96
man	14,7	16,8
vrouw	85,3	83,2
Leeftijd		
-25 jaar	24	47,2
25-34 jaar	49,6	32,5
35-44 jaar	18,9	14,4
45+	7,6	5,9
Lengte dienstverband bij beëindigen		
tot 2 jaar	22,2	45,5
2-5 jaar	42,4	28,8
5-10 jaar	23,9	10,1
10 jaar en langer	11,5	5,6
Schaalniveau FWG		
t/m 30	37,7	52,5
35	36,8	27,5
40	15,7	13,5
45 en hoger	9,9	6,5
Totaal	100	100

De deelnemers aan de exitinterviews wijken op sommige kenmerken minder, op andere meer af van de populatie van het LKG (Van der Windt 1996). Voor de verpleging en verzorging geldt dat het aandeel vrouwen bij de exitinterviews iets groter is dan bij het LKG. Erg laag is het aandeel jongeren onder de 25 jaar. Dit heeft te maken met het feit dat leerlingen minder vaak een exit-formulier voorgelegd krijgen; immers wanneer zij tijdens de beroepsvoorbereidende fase vertrekken, een periode waarin een groot deel van het vertrek plaatsvindt, hebben zij nog nauwelijks werkervaring. Bij de exitinterviews bedraagt hun aandeel nog geen 24%, terwijl in het totale

aantal vertrekkers hun aandeel ruim 47% bedraagt. Daarmee samenhangend zijn degenen die een langer dienstverband hebben bij de deelnemers aan de exitinterviews oververtegenwoordigd. De wat hoger ingeschaalden naar FWG-indeling zijn beter vertegenwoordigd.

Alles bij elkaar genomen leidt het voorgaande tot de conclusie dat met name jong personeel dat kort – en waarschijnlijk vaak op tijdelijke basis – in dienst is geweest ondervertegenwoordigd is. Bij het trekken van conclusies zal met de specifieke samenstelling van de deelnemers rekening moeten worden gehouden. Wanneer zaken leeftijdsspecifiek worden weergegeven vervalt een groot deel van de mogelijke vertekening.

De deelname aan de gesystematiseerde exitinterviews naar sector is in tabel 2.4 weergegeven.

*Tabel 2.4*  
*Deelname naar sector*

	Exitinterviews	Statistiek personeelssterkte 1996
Ziekenhuizen	50	40
Psychiatrische ziekenhuizen	5	11
Gehandicaptenzorg	21	18
Verpleeghuizen	24	31
Totaal	100	100

Bij degenen die aan de exitinterviews meededen, zijn degenen uit de ziekenhuizen en in mindere mate de gehandicaptenzorg oververtegenwoordigd en de verpleeghuizen en met name de psychiatrische ziekenhuizen ondervertegenwoordigd.

Het zal geen verbazing wekken dat grotere instellingen oververtegenwoordigd zijn onder de deelnemers aan de exitinterviews. De deelname heeft voor een instelling pas zin wanneer er een wezenlijk aantal vertrekkers de vragenlijst invult. Wellicht spelen bij kleinere instellingen ook de kosten van een minimaal vast bedrag bij deelname een rol.



Tabel 2.5

Grootte (aantal personeelsleden) van de deelnemende instellingen in % van totaal

Aantal personeelsleden	Exitinterview deelnemers	Totaal intramuraal
tot 75	0	19,2
76-150	1,7	16,0
151-250	7,0	23,6
251-500	31,6	21,6
501 en meer	59,7	19,6
Totaal	100%	100%

Overigens lijkt de vertekening groter dan ze in werkelijkheid is. Op instellingsniveau geeft tabel 2.5 een correct beeld. Zouden we kijken naar het aantal werkzame personen naar grootte van de instelling, dan zullen de verschillen veel minder groot zijn, immers in grotere instellingen werken veel meer mensen dan in kleinere.

Als het erom gaat een indruk te krijgen van de verpleegkundigen en verzorgenden die vertrekken, kunnen we stellen dat de exitinterviews een redelijk representatief beeld geven van degenen die we beogen te bereiken. Het gaat immers om degenen die enige binding hebben met de uitoefening van het beroep en op grond daarvan ook een gefundeerde mening kunnen geven.

## 2.2

### NIVEL-enquête

#### 2.2.1

##### *Gegevensverzameling*

Om privacyredenen was het niet mogelijk om verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg en de verzorgingshuizen waarvan recentelijk het dienstverband was beëindigd, rechtstreeks te benaderen. Dit betekende dat zij via de thuiszorgorganisaties en verzorgingshuizen moesten worden aangeschreven. Om inzicht te krijgen in het aantal te versturen enquêtes zijn eerst enkele thuiszorgorganisaties en verzorgingshuizen telefonisch benaderd met de vraag hoeveel personeelsleden er jaarlijks uit dienst gaan. Vervolgens werden alle, ruim honderd, (reguliere) thuiszorgorganisaties en circa 400

verzorgingshuizen (steekproef van 25%) aangeschreven met het verzoek om vragenlijsten door te sturen naar verpleegkundigen en verzorgenden die gedurende het jaar 1997 uit dienst zijn getreden. Om praktische redenen, maar ook op basis van informatie die bij een aantal instellingen is verkregen, is er voor gekozen om de thuiszorg maximaal tien vragenlijsten te laten doorsturen en de verzorgingshuizen maximaal twee. Indien er meer dan tien, respectievelijk twee personen, uit dienst waren getreden, is aan de instelling gevraagd de enquêtes te versturen naar degenen waarvan het dienstverband het meest recentelijk was beëindigd.

De adresgegevens van thuiszorgorganisaties werden via de LVT (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg) verkregen, waarbij door de LVT de nodige steun is verleend. De adressen van de verzorgingshuizen zijn verkregen via het adressenbestand van de VVZS (Verzorgings-, Verpleeg-, Ziekenhuizen en Serviceflats in Nederland 1997).

In totaal zijn er op deze manier ruim duizend vragenlijsten naar thuiszorgorganisaties en 800 naar verzorgingshuizen gestuurd. Na twee weken werden de instellingen opnieuw aangeschreven met de vraag hoeveel vragenlijsten men had verspreid en hoeveel verpleegkundigen of verzorgenden er in totaal gedurende het jaar 1997 uit dienst zijn gegaan. Zodoende werd het mogelijk de respons te berekenen en tevens inzicht te verkrijgen in het personeelsverloop. Bovendien werden de organisaties op deze manier nogmaals aan het onderzoek herinnerd. De periode van gegevensverzameling heeft ongeveer twee maanden geduurd (de maanden januari en februari van 1998). Hieronder volgt, eerst voor de thuiszorg en vervolgens voor de verzorgingshuizen, een overzicht van de respons en de representativiteit van de responsgroep.

### 2.2.2

#### *Respons en representativiteit*

##### **Thuiszorg**

In totaal zijn 107 thuiszorgorganisaties aangeschreven. Hiervan bleken er drie niet (meer) te bestaan. Eén thuiszorgorganisatie bleek een koepel van drie kraamzorgorganisaties te zijn, die vervolgens apart zijn aangeschreven. Uiteindelijk zijn er 106 organisaties benaderd met het verzoek tien vragenlijsten door te sturen naar verpleegkundigen en verzorgenden die in 1997 uit dienst zijn getreden (tabel 2.6). In totaal hebben 73 thuiszorginstellingen de vragenlijsten doorgestuurd. Nog eens zeven organisaties gaven aan geen verloop te hebben gehad. Slechts één thuiszorginstelling gaf expliciet aan niet mee te willen doen met het onderzoek. Van de resterende 25

organisaties is niet bekend of ze al dan niet aan het onderzoek hebben meegewerkt. Op organisatieniveau is derhalve sprake van een respons van 75% (tabel 2.6).

Om inzicht te krijgen in de respons op individueel niveau is het van belang inzicht te krijgen in het aantal enquêtes dat door de instellingen is door- gestuurd naar verpleegkundigen en verzorgenden. Gecorrigeerd op onjuiste adressering en onbruikbare enquêtes zijn er van de 625 verstuurde vragenlijsten 306 enquêtes ingevuld geretourneerd (nettorespons 49%).

*Tabel 2.6*

*Overzicht van de respons onder verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg en verzorgingshuizen*

	<i>Aangeschreven organisa- ties</i>	<i>Gereageerd</i>	<i>Respons</i>
<i>Organisatieniveau</i>			
Thuiszorg	106	80	75%
Verzorgingshuizen	393	210	53%
	<i>Aangeschreven personen</i>	<i>Enquêtes ingevuld retour</i>	<i>Respons</i>
<i>Individueel niveau</i>			
Thuiszorg	625	306	49%
Verzorgingshuizen	221	111	50%

Om de representativiteit van de responsgroep te kunnen bepalen, kon alleen gebruik worden gemaakt van populatiegegevens over de leeftijdsverdeling van de uitstroom in 1995 (Cadans). Andere gegevens zijn helaas op landelijke schaal niet verkrijgbaar. Uit tabel 2.7 kan worden afgeleid dat de leeftijdsverdeling van de onderzoekspopulatie enigszins afwijkt van die van de landelijke uitstroom. In de responsgroep is de leeftijdsgroep van 26-30 jaar oververtegenwoordigd, terwijl de oudste leeftijdsgroepen zijn onder- vertegenwoordigd. De overige leeftijdsgroepen vormen een redelijke afspiegeling van de totale uitstroom.

Gezien de lage respons en de afwijkende leeftijdsverdeling van de responsgroep moeten de uitkomsten van dit onderzoek vooral indicatief beschouwd worden.

*Tabel 2.7  
Leeftijdverdeling van de uitstroom onder verpleegkundigen en verzorgenden, onderzoekspopulatie in vergelijking met de landelijke uitstroom*

	Landelijke uitstroom <sup>1</sup>		Onderzoekspopulatie <sup>2</sup>	
	Thuiszorg (N = 9.163)	Verzorgingshuizen (N = 5.437)	Thuiszorg (N = 306)	Verzorgingshuizen (N = 111)
25 jaar	16,9	37,6	11,5	11,8
26-30 jaar	15,2	14,0	24,9	33,6
31-35 jaar	13,5	13,6	19,7	15,5
36-45 jaar	24,6	22,8	28,5	26,4
46-64 jaar	29,9	11,9	15,4	12,7
Totaal	100	100	100	100
Totaal verloop binnen de sector (%)	13,5	14,9		

<sup>1</sup> Bron: Cadans; de gegevens zijn gebaseerd op de uitstroom in 1995.

<sup>2</sup> Bron: NIVEL-enquête; de gegevens zijn gebaseerd op de uitstroom in 1997.

### Verzorgingshuizen

In totaal zijn 400 verzorgingshuizen aangeschreven. Hiervan bleken er zeven niet (meer) te bestaan waardoor uiteindelijk 393 huizen zijn benaderd met het verzoek twee vragenlijsten door te sturen naar verpleegkundigen en verzorgenden die in 1997 uit dienst zijn getreden (tabel 2.6). In totaal hebben 118 verzorgingshuizen daadwerkelijk vragenlijsten doorgestuurd. Nog eens 92 verzorgingshuizen gaven aan geen verloop te hebben gehad. Twintig verzorgingshuizen gaven te kennen niet mee te willen doen met het onderzoek. Van de resterende 163 huizen is niet bekend of ze al dan niet aan het onderzoek hebben meegewerkt. Op organisatieniveau is derhalve sprake van een respons van 53%.

Voor de respons op individueel niveau is berekend dat van de 221 enquêtes die door de verzorgingshuizen zijn doorgestuurd naar de verpleegkundigen en verzorgenden er 111 ingevuld zijn (respons 50%).

Om een indruk te krijgen van de representativiteit is voor wat betreft de leeftijdsverdeling een vergelijking gemaakt met populatiegegevens over het verloop in 1995 (Cadans, tabel 2.7). Hieruit blijkt dat de twee jongste leeftijdsgroepen respectievelijk zijn onder- en oververtegenwoordigd. De

overige leeftijdsgroepen zijn een redelijke afspiegeling van de totale groep uittrekers.

Helaas zijn verder geen andere relevante populatiegegevens op landelijke schaal beschikbaar. Ook voor het onderzoek onder de vertrekkers in de verzorgingshuizen geldt dat de resultaten vooral indicatief beschouwd moeten worden.

### 3

## Het vertrek – een overzicht

In dit hoofdstuk geven we een schets van de ontwikkelingen in het verloop van personeel in de afgelopen jaren. We gaan na wat voor trends zich hebben voorgedaan.

Voor we ingaan op de uitkomsten van de enquêtes over vertrekredenen is het immers goed om een beeld te geven wat op grond van andere bestanden al over het vertrek van verpleegkundigen en verzorgenden bekend is. De belangrijkste bronnen op dit terrein zijn gegevens uit de Statistiek Personeelssterkte van het NZi, die al vanaf eind jaren zeventig beschikbaar zijn, het Loonkostengegevensbestand (LKG), een uittreksel van de personeelsadministratie van 70% van de instellingen in de intramurale gezondheidszorg en een bestand van de bedrijfsvereniging voor de zorgsector, Cadans. Door het IVA is in opdracht van de OSA op grond van de administratieve gegevens van Cadans een bestand gemaakt dat zich voor het beantwoorden van onderzoeksvragen leent. Het navolgende materiaal uit dit bestand is gebaseerd op de publicatie (IVA/ROA 1998) en specifiek ten behoeve van dit onderzoek uitgedraaid materiaal. De van Cadans beschikbare gegevens lopen op dit moment tot het voorjaar van 1996. De gepresenteerde gegevens uit de drie bronnen kunnen onderlinge afwijkingen vertonen. Definitieverschillen en verschillen in reikwijdte, bijvoorbeeld het ontbreken van overheidsinstellingen bij Cadans, kunnen hiervan de oorzaak zijn.

Onder verloop verstaan we eenieder die zijn/haar baan bij een werkgever verlaat. Het gaat dan om het vertrek geredeneerd vanuit de instelling waar men werkzaam was. Na de presentatie van de trends laten we aan de hand van bestaand statistisch materiaal zien waar de vertrekkers naartoe zijn gegaan. We kunnen dan zien of men naar een andere werkgever in de zorgsector is gegaan of dat men de zorgsector heeft verlaten. Is dit laatste

het geval, dan zal men zo goed als zeker ook het beroep beëindigd hebben. Immers, buiten de zorgsector wordt het beroep van verpleegkundige of verzorgende niet of nauwelijks uitgeoefend.

Het presenteren van deze gegevens heeft met name tot doel datgene wat in de volgende hoofdstukken, waarin nader op vertrekredenen wordt ingegaan, gepresenteerd wordt, in een juist perspectief neer te kunnen zetten.

### 3.1

#### Trends

##### 3.1.1

##### *Historisch perspectief*

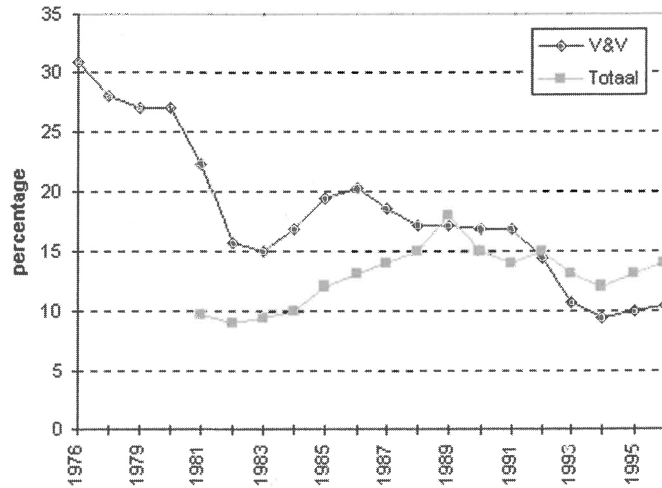
Recentelijk neemt het verloop onder verpleegkundigen en verzorgenden weer iets toe. Bekijken we het verloop over een langere periode, dan stellen we vast dat er sprake is van een vrij sterke en continue daling. De economische omstandigheden in ons land zorgden voor enige afwijkingen op die dalende lijn. Zo zien we begin jaren tachtig en rond 1994, beide tijdstippen met een hoge werkloosheid, een extra laag verloop. Na beide tijdstippen zien we juist een iets hoger verloop ten opzichte van de dalende lijn.

Vertrok eind jaren zeventig jaarlijks een kwart van het verplegend en verzorgend personeel uit zijn of haar baan, midden jaren negentig ligt dit op één op de tien. Het verloop onder verpleegkundigen en verzorgenden is daarmee geringer dan wat we elders op de arbeidsmarkt tegenkomen (zie figuur 3.1).

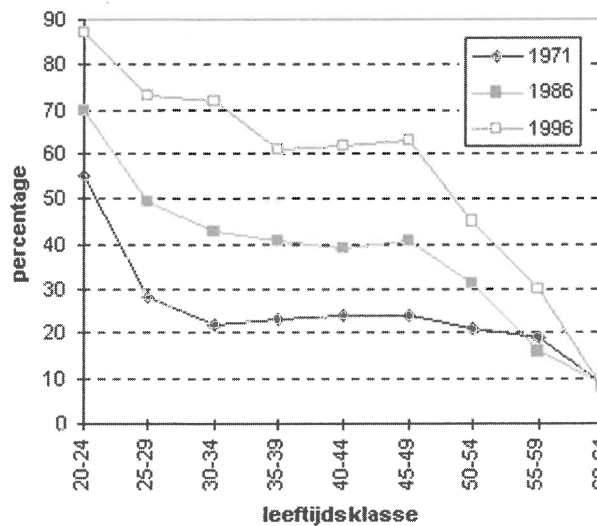
De sterk gestegen participatiegraad van vrouwen in betaald werk is verantwoordelijk voor deze forse afname. Figuur 3.2 laat zien dat hier sprake is van een enorme, spectaculaire verandering in vrij korte tijd. Werkte begin jaren zeventig nog geen kwart van de vrouwen in de leeftijdsklassen van 30-49 jaar, nu is dat meer dan 60%. Voor de zorgsector, waar meer dan 20% van de vrouwen die in Nederland aan het arbeidsproces deelnemen werkzaam is, is dat van grote betekenis.

Door deze ontwikkeling, de stijgende participatiegraad, kon de zorgsector de afgelopen jaren vrij gemakkelijk in haar personeelsbehoefte voorzien.

Voor de personeelsvoorziening in de toekomst is de vraag hoe de participatiegraad zich verder gaat ontwikkelen, met name bij de vrouwen die ouder dan 50 jaar zijn, van eminent belang. Vandaar dat we straks heel specifiek aan deze categorie aandacht zullen besteden.



Figuur 3.1 Verloop bij verplegenden en verzorgenden in de intramurale gezondheidszorg en op de totale arbeidsmarkt



Figuur 3.2 De participatiegraad op de arbeidsmarkt van vrouwen in %

### 3.1.2

#### Trends naar sector

Het verlooppercentage onder verpleegkundigen en verzorgenden verschilt qua niveau voor de verschillende sectoren in de zorg. De verschillende beschikbare bronnen zijn overigens niet geheel eensluidend. Dit heeft, zoals in de inleiding gesteld, enerzijds te maken met verschillen in definities en



anderzijds met de reikwijdte, dat wil zeggen het aandeel van de instellingen uit een sector dat meegenomen wordt.

Tabel 3.1 laat de gegevens zien zoals die uit de Statistiek Personeelssterkte van het NZi af te leiden zijn. Voor de intramurale gezondheidszorg lijkt dit de meest betrouwbare bron.

*Tabel 3.1*  
*Het verloopercentage per sector 1990-1996*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenhuizen	15,1	14,1	11,8	8,3	7,2	8,0	8,7
Psychiatrische ziekenhuizen	15,6	16,1	14,3	10	9,1	9,7	9,9
Intramurale gehandicaptenzorg	15,4	17,1	15,4	12,6	11,6	12,4	11,9
Verpleeghuizen	21,4	21,1	17,5	13,6	10,9	11,2	11
Totaal intramuraal	16,8	16,9	14,4	10,8	9,4	10,0	10,4
Thuiszorg				13,5	16,9	13,8	11,6

Bron: NZi, LVT.

Tabel 3.2 laat dezelfde soort gegevens zien, maar dan gebaseerd op een analyse van gegevens van Cadans. Voor een beschrijving van de achtergronden van dit gegevensbestand verwijzen we naar Vermeulen (1997).

*Tabel 3.2*  
*De verlooperpercentages per sector*

	1991	1992	1993	1994	1995
Ziekenhuis	12,9	11,8	11,0	10,8	10,5
Psychiatrische ziekenhuizen	13,4	13,4	14,0	11,5	13,8
Gehandicaptenzorg	13,5	13,9	13,6	12,7	12,7
Verpleeghuizen	15,0	15,0	13,6	12,2	11,9
Verzorgingshuizen	18,3	17,6	16,1	17,1	14,9
Thuiszorg	16,7	16,3	13,1	11,0	13,5

Bron: Cadans.

Tabel 3.1 laat zien dat het verloop in alle sectoren in de intramurale gezondheidszorg is afgenomen. Ruwweg van één op de zes in 1990 naar één op de tien in 1994 en later.

De sector ziekenhuizen kent het laagste verloop, de verzorgingshuizen het hoogste (tabel 3.2). De verschillen tussen de sectoren zijn in de loop der tijd veel geringer geworden. Dit is waarschijnlijk een gevolg van het feit dat de participatiegraad van vrouwen in betaald werk het eerst bij de hoger opgeleiden is gestegen (OSA 1997), daarna bij de lager opgeleiden. In de ziekenhuizen is het gemiddeld opleidingsniveau van verpleegkundigen en verzorgenden hoger dan in verpleeg- en verzorgingshuizen. Vandaar dat de daling zich in de ziekenhuizen eerder voltrok dan in de verpleeg- en verzorgingshuizen.

### 3.2

#### **Richting van vertrek**

Het bestand van Cadans laat niet alleen zien hoeveel mensen er uit instellingen in de zorg zijn vertrokken, maar ook waar naartoe. Over de periode 1993-1995 blijkt tweederde van de vertrekkende verpleegkundigen en verzorgenden uit de zorgsector te zijn gegaan (IVA/ROA, 1998). Dit kan betekenen dat men in een andere bedrijfstak een baan heeft gevonden of dat men met betaald werk is gestopt. Over het algemeen betekent dit dat men een punt heeft gezet achter de uitoefening van het beroep van verpleegkundige of verzorgende. Buiten de zorgsector kan men deze beroepen immers slechts sporadisch uitoefenen.

Bij de verzorgingshuizen en verpleeghuizen vertrekt men verhoudingsgewijs wat minder vaak uit de zorgsector; bij de thuiszorg juist vaker. In totaal, over alle sectoren heen, gaat 65% bij vertrek de sector uit. Blijft men binnen de zorgsector dan komt de helft in dezelfde sector in de zorg terecht, de andere helft gaat naar een andere sector. Ook hier zijn er grote verschillen tussen de sectoren onderling. Zo gaan maar weinig verpleegkundigen en verzorgenden in de gehandicaptenzorg van de ene naar de andere instelling in dezelfde sector.

Tabel 3.3

Verdeling van het vertrek per sector 1993-1995

Vertrek naar	Eigen sector	Andere sector	Buiten de zorg	Totaal
<i>Uitstroom uit</i>				
Ziekenhuis	14	18	68	100
Psychiatrisch ziekenhuis	20	20	60	100
Gehandicaptenzorg	8	25	67	100
Verpleeghuis	14	25	61	100
Verzorgingshuis	22	21	57	100
Thuiszorg	18	10	72	100
Totaal	17	17	66	100

Bron: IVA/ROA op Cadans.

Van de 34% die binnen de zorgsector is gebleven geeft tabel 3.3 aan tussen welke sectoren men verandert. Tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen vindt een omvangrijke uitwisseling plaats. Verder bestaat er een omvangrijke stroom tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen. Voor het overige vinden de veranderingen vooral plaats binnen de sector waar men al werkzaam is: men verandert daarbinnen dan van werkgever (tabel 3.4).

Tabel 3.4

Doorstromers binnen de zorgsector naar sector van vertrek in % (1993-1995)

Van/naar:	Ziekenhuis	Psychiatrisch ziekenhuis	Gehandicaptenzorg	Verpleeghuis	Verzorgingshuis	Thuiszorg	Totaal
Ziekenhuis	51	6	2	21	7	13	100
Psychiatrisch ziekenhuis	11	62	7	10	6	5	100
Gehandicaptenzorg	12	17	46	11	6	8	100
Verpleeghuis	14	5	3	39	27	12	100
Verzorgingshuis	5	2	1	26	56	10	100
Thuiszorg	7	2	1	9	8	7	100

Bron: ROA/IVA.

## 4

# Thuiszorg

In dit hoofdstuk wordt de uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg besproken. Allereerst wordt ingegaan op de omvang van de uitstroom. Daarbij komen zowel landelijke uitstroomgegevens als de uitkomsten van de NIVEL-enquête aan bod. Verder zijn drie groepen 'uitstromers' onderscheiden, te weten: verpleegkundigen en verzorgenden die definitief stoppen, die tijdelijk stoppen en diegenen die in een andere zorgsector zijn gaan werken. Per type 'uitstromer' worden, naast enkele algemene kenmerken, de redenen van vertrek besproken en wordt ingegaan op de huidige situatie. Het hierbij gehanteerde onderscheid tussen verpleegkundigen en verzorgenden is gebaseerd op functie en opleiding.

### 4.1

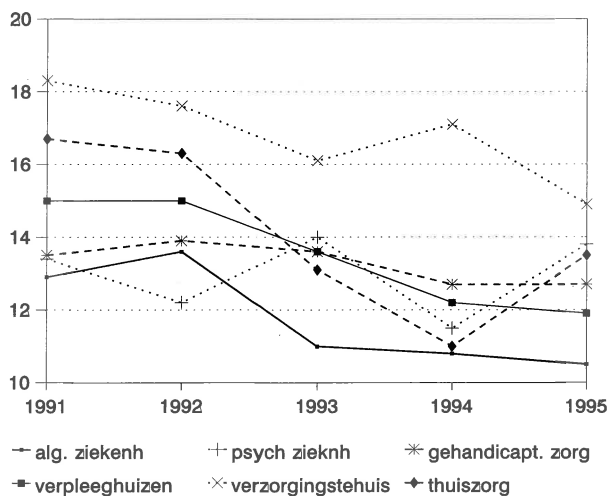
#### Omvang van de uitstroom

##### 4.1.1

##### *Landelijke gegevens*

Uit figuur 4.1 kan worden afgeleid dat de uitstroom in de thuiszorg in de periode 1991-1994 ieder jaar iets is afgenomen. In 1995 is er echter weer sprake van een toename. Helaas zijn er geen recentere gegevens beschikbaar, zodat geen uitspraak gedaan kan worden over de vraag of de stijgende tendens in de afgelopen twee jaar heeft doorgezet. In vergelijking met de overige sectoren neemt de thuiszorg een middenpositie in wat betreft de uitstroompercentages.

Op basis van gegevens van Cadans is berekend dat er in 1995 circa 9000 personen uit dienst zijn getreden. Van deze groep is ongeveer 18% binnen de thuiszorg van werkgever veranderd, 10% is in een andere zorgsector als verpleegkundige of verzorgende gaan werken en 72% heeft de gezondheidszorg verlaten, dat wil zeggen: men is in een andere bedrijfstak aan de slag gegaan of is (tijdelijk dan wel definitief) gestopt met werken. Helaas zijn er op landelijke schaal geen gegevens die ten aanzien van bovengenoemde



*Figuur 1* Uitstroomgegevens (percentages) van verpleegkundigen en verzorgenden naar gezondheidszorgsector 1991-1995

Bron: Cadans.

percentages een onderscheid maken tussen verpleegkundigen en verzorgenden.

#### 4.1.2

##### *De NIVEL-enquête*

Op basis van de enquête onder verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg die in 1997 uit dienst zijn getreden, kan worden afgeleid dat voor wat betreft de verpleegkundigen het merendeel (44%) nog steeds werkzaam is in de verpleging, maar dan wel in een andere sector dan de thuiszorg (tabel 4.1). Bijna een kwart is definitief gestopt met werken in de verpleging en 15% heeft aangegeven tijdelijk het werk te hebben neergelegd. Dit betekent dat van de uit dienst getreden verpleegkundigen ruim 80% gestopt is met werken in de thuiszorg. Wat betreft de verzorgenden worden vergelijkbare percentages opgetekend: zo'n 85% is gestopt met werken in de thuiszorg, waarbij overigens een groot deel (bijna 33%) heeft aangegeven definitief te zijn gestopt. Verder is ruim 30% naar een andere sector vertrokken.

Tabel 4.1  
 Procentuele verdeling van de uitstroom naar type 'uitstromer' (N = 303)<sup>1</sup>

	Verpleegkundigen (N = 147) %	Verzorgenden (N = 156) %
Definitief gestopt met werken als V&V	23,8	32,7
Tijdelijk gestopt met werken als V&V	15,0	21,2
Werkzaam als V&V in andere sector	44,2	31,4
Werkzaam als V&V in de thuiszorg (bij andere organisatie)	17,0	14,7
Totaal	100	100

<sup>1</sup> Van drie personen is de vertrekrichting niet bekend.

Verpleegkundigen en verzorgenden die van werkgever zijn veranderd en nog steeds in de thuiszorg werkzaam zijn, zullen verder buiten beschouwing worden gelaten omdat zij voor de sector niet als 'vertrekkers' worden beschouwd. In de volgende paragrafen zullen de verschillende typen uitstromers nader worden geanalyseerd, te beginnen met de groep uitstromers die definitief gestopt is met werken in de verpleging of verzorging.

## 4.2

### Definitief gestopt

#### 4.2.1

##### Kenmerken

De groep respondenten die aangeeft definitief te zijn gestopt met werken in de verpleging en verzorging bestaat uit 35 verpleegkundigen en 51 verzorgenden. Op één verpleegkundige na zijn zij allen vrouw. Vergeleken met de leeftjidsverdeling van de groep werkzame verplegenden en verzorgenden is de groep 'definitieve stoppers' relatief jong (tabel 4.2). Dit geldt met name voor de verzorgenden. Circa 57% van de groep die definitief het werk binnen de zorgsector heeft neergelegd is jonger dan 35 jaar, waarbij opvalt dat verzorgenden gemiddeld jonger zijn (25-35 jaar) dan verpleegkundigen (35-45 jaar).

Tabel 4.2

*Leeftijdsverdeling van definitief gestopte verpleegkundigen en verzorgenden*

	Uitstroom <sup>1</sup>	
	Verpleegkundigen (N = 35) %	Verzorgenden (N = 51) %
Jonger dan 25 jaar	-	7,8
25 tot 35	22,9	49,0
35 tot 45	42,9	15,7
45 tot 55	8,6	11,8
55 of ouder	25,7	15,7
Gemiddelde leeftijd	43 jaar	37 jaar

<sup>1</sup> Bron: NIVEL-enquête.

Het merendeel van de definitief gestopte verpleegkundigen heeft een inserviceopleiding (inclusief enkele MBO-V opgeleiden) en ruim een kwart een opleiding HBO-V. Een groot deel (61%) van de gestopte verpleegkundigen was werkzaam in de wijkverpleging: zo'n 28% werkte in een gecombineerde thuiszorginstelling. Verder bleek dat 85% een vaste aanstelling had. De rest had een oproepcontract (10%) of een tijdelijk contract (5%).

Van de verzorgenden die in 1997 definitief zijn gestopt, heeft de meerderheid een MDGO- of OVDB-opleiding en bijna een kwart een inservice-ziekenverzorgingsopleiding. Het grootste deel (35%) was werkzaam in de kraamzorg, 29% gaf aan in een gecombineerde thuiszorgorganisatie werkzaam te zijn geweest en 28% werkte in de gezinszorg. Bijna 85% had een vaste aanstelling.

Als vervolgens wordt gekeken hoeveel jaren men werkzaam is geweest in de verpleging en verzorging, blijkt 78% van de verpleegkundigen en 53% van de verzorgenden langer dan 10 jaar in de zorgsector werkzaam te zijn geweest (tabel 4.3).

Tabel 4.3

*Relatieve verdeling van het aantal gewerkte jaren*

	Verpleegkundigen (N = 32) %	Verzorgenden (N = 51) %
Minder dan 1	-	2,0
1 tot 3	6,3	9,8
3 tot 5	3,1	7,8
5 tot 10	12,5	27,5
Meer dan 10	78,1	52,9
Totaal	100,0	100,0

## 4.2.2

*Redenen van vertrek*

Als gekeken wordt naar de belangrijkste redenen (van in totaal 30 vertrekredenen) om het werk binnen de verpleging en verzorging definitief neer te leggen, blijkt dat er tussen verpleegkundigen en verzorgenden (significante) verschillen bestaan (tabel 4.4). Zo geldt voor verzorgenden dat zwangerschap en gezinsuitbreiding de belangrijkste vertrekredenen zijn. Voor de verpleegkundigen zijn het met name redenen die samenhangen met te weinig ontplooiingsmogelijkheden en het vinden van werk elders. Als vervolgens wordt gecontroleerd naar leeftijd, dan blijkt nog steeds dat de verzorgenden met name vanwege zwangerschap en gezinsuitbreiding het werk hebben neergelegd, en de verpleegkundigen vanwege het ontbreken van ontplooiingsmogelijkheden. Voor wat betreft die geringe ontplooiingsmogelijkheden blijkt dat dit in grotere mate geldt voor de HBO-opgeleide verpleegkundigen dan voor de MBO-opgeleiden. Opvallend is verder dat zowel voor de verpleegkundigen als voor de verzorgenden het vertrek vooral ook is veroorzaakt door het zware lichamelijke werk.

Tabel 4.4

*Belangrijkste vertrekredenen<sup>1</sup> van verpleegkundigen en verzorgenden die definitief zijn gestopt*

Verpleegkundigen (N = 35)	Verzorgenden (N = 51)
Elders werk gevonden (0,63)*	Zwangerschap/gezinsuitbreiding (0,96)*
Te weinig mogelijkheden voor ontplooiing (0,63)**	Werk lichamenlijk te zwaar (0,55)



(vervolg tabel 4.4)

Verpleegkundigen (N = 35)	Verzorgenden (N = 51)
Werk lichamelijk te zwaar (0,51)	Onregelmatige diensten (0,51)
Zwangerschap/gezinsuitbreiding (0,49)*	Behoeftte aan meer vrije tijd (0,47)
Behoeftte aan een andere werkkring (0,49)	Werkdruk (0,47)
Onregelmatige diensten (0,49)	Ziekte/arbeidsongeschiktheid zelf/familie (0,45)
Geen voldoening (0,49)	Werk geestelijk te zwaar (0,43)
Werkdruk (0,43)	Op passende uren kunnen werken (0,39)
Ziekte mijzelf/familie (0,40)	Ontevreden over interne besluitvorming (0,33)
Pensioen (0,40)	Behoeftte aan een andere werkkring (0,29)
Werk geestelijk te zwaar (0,40)	Onvoldoende kinderopvang (0,27)

<sup>1</sup> Tussen haakjes staan de gemiddelde scores met een minimum van 0 (speelde geen rol) tot een maximum van 2 (speelde een belangrijke rol).

\*  $P < 0,05$  \*\*  $P < 0,01$  (Kruskal Wallis).

#### 4.2.3

##### *Was het vertrek te voorkomen?*

In de enquête is de vraag opgenomen: 'Had uw vertrek voorkomen kunnen worden als bepaalde aspecten in uw werk verbeterd waren of er anders hadden uitgezien?'

Van de 35 definitief gestopte verpleegkundigen heeft het grootste deel, 24 personen (70%), aangegeven dat hun vertrek niet voorkomen had kunnen worden. Door de 30% (11 personen) die eventueel wel hadden willen blijven werken, worden echter meerdere aspecten genoemd die hun vertrek hadden kunnen voorkomen. Het zijn echter met name aspecten die samenhangen met ontplooiing, carrièremogelijkheden, scholing en vorming, werkdruk, op passende uren en dagen kunnen werken, de mogelijkheid meer of minder uren te werken en de interne besluitvorming en overleg. Van de verzorgenden die definitief stopten gaf 60% (31 personen) aan dat hun vertrek niet voorkomen had kunnen worden. Van de 20 verzorgenden die eventueel wel hadden willen blijven werken, zouden met name de volgende aspecten verbeterd moeten worden: minder lichamelijk en geestelijk zwaar werk, onregelmatige diensten, afname werkdruk, verbetering kinderopvang, op passende uren en dagen werken en interne besluitvorming en overleg.

Geconcludeerd kan worden dat respectievelijk zo'n 30% en 40% van de definitief gestopte verpleegkundigen en verzorgenden heeft aangegeven dat hun vertrek voorkomen had kunnen worden als bepaalde werkaspecten er anders hadden uitgezien of verbeterd waren. Daarbij is er geen werkaspect dat er daadwerkelijk uitspringt; het zijn vooral combinaties van aspecten. Verpleegkundigen en verzorgenden leggen hierbij andere accenten: daar waar verzorgenden vooral werkomstandigheden noemen als werkdruk, lichamelijk te zwaar werk en het draaien van onregelmatige diensten, leggen verpleegkundigen in eerste instantie de nadruk op zaken als ontplooiing, carrièremogelijkheden en scholing. Werkaspecten als interne besluitvorming en overleg, het op passende uren of dagen kunnen werken, worden door beide beroepsgroepen genoemd.

#### 4.2.4

##### *De huidige situatie*

Van zowel de verpleegkundigen als verzorgenden die definitief met werken in de zorg stopten, is circa driekwart helemaal niet meer aan het werk (tabel 4.5). Dit geldt in iets grotere mate voor de verzorgenden (77%) dan voor de verpleegkundigen (71%). Van de gestopte verpleegkundigen is 20% op zoek naar een baan buiten de zorg.

Van de gestopte verzorgenden heeft 16% reeds een andere baan. Het gaat daarbij om de meest uiteenlopende functies, zoals dokters- of apothekersassistente, in de administratieve sector, in het onderwijs, beleids- of adviesfuncties en dergelijke.

*Tabel 4.5*

*Huidige situatie van verpleegkundigen en verzorgenden die definitief gestopt zijn met werken in de zorg*

	Verpleegkundigen (N = 35) %	Verzorgenden (N = 51) %
Gestopt met werken	71,4	76,5
Op zoek naar een baan buiten de zorg	20,0	7,8
Heeft inmiddels een baan buiten de zorg	8,6	15,7
Totaal	100,0	100,0

### 4.3

#### Tijdelijk gestopt

##### 4.3.1

##### Kenmerken

De groep respondenten die aangeeft tijdelijk te zijn gestopt met werken in de verpleging en verzorging bestaat uit 22 verpleegkundigen en 33 verzorgenden. Zij zijn allen vrouw. Evenals bij de groep definitieve stoppers zijn verpleegkundigen die tijdelijk het werk hebben neergelegd gemiddeld iets ouder dan de tijdelijk gestopte verzorgenden (tabel 4.6). Overigens is de gemiddelde leeftijd van tijdelijk gestopte verpleegkundigen en verzorgenden iets lager dan diegenen die definitief zijn gestopt.

Tabel 4.6

*Leeftijdsverdeling van tijdelijk gestopte verpleegkundigen en verzorgenden*

	Uitstroom <sup>1</sup>	
	Verpleegkundigen (N = 22) %	Verzorgenden (N = 32) %
Jonger dan 25 jaar	-	6,3
25 tot 35	36,4	62,5
35 tot 45	54,5	25,0
45 tot 55	9,1	-
55 of ouder	-	6,3
Gemiddelde leeftijd	37 jaar	33 jaar

<sup>1</sup> Bron: NIVEL-enquête.

Van de tijdelijk gestopte verpleegkundigen heeft 80% een inserviceopleiding gevolgd. De rest heeft HBO-V gedaan. De meesten (64%) werkten in de wijkverpleging. Rond de 60% had een vaste aanstelling, waarvan de meesten (95%) op parttimebasis (tabel 4.7).

Van de tijdelijk gestopte verzorgenden heeft bijna de helft een MDGO- of OVDB-opleiding, 30% is inservice-ziekenverzorging opgeleid en de rest heeft een (inservice) verpleegkundige achtergrond. Circa 70% had een vaste baan en 80% werkte parttime (tabel 4.7).

Tabel 4.7

Aantal FTE's (laatste werkgever) van tijdelijk gestopte verpleegkundigen en verzorgenden

	Uitstroom <sup>1</sup>	
	Verpleegkundigen (N = 17) %	Verzorgenden (N = 22) %
Minder dan 0,2	17,6	9,1
0,2 tot 0,4	23,5	4,5
0,4 tot 0,6	11,8	31,8
0,6 tot 0,8	29,4	18,2
0,8 tot 1,0	11,8	13,6
1,0 (full-time)	5,9	22,7
Gemiddeld aantal FTE's	0,5	0,6

<sup>1</sup> Bron: NIVEL-enquête.

Wanneer gekeken wordt naar het totaal aantal gewerkte jaren blijkt dat 68% van de verpleegkundigen meer dan 10 jaar heeft gewerkt. Bij de verzorgenden ligt dit percentage iets lager (41%).

#### 4.3.2

##### *Redenen van vertrek*

Uit tabel 4.8 kan worden afgeleid dat de belangrijkste vertrekredenen voor verpleegkundigen die tijdelijk stoppen vooral samenhangen met ontevredenheid over carrièremogelijkheden, ontplooiingsmogelijkheden en voldoening in het werk. Voor verzorgenden liggen de redenen om tijdelijk uit het vak te stappen meer in de sfeer van gezinsuitbreiding, te weinig mogelijkheden voor kinderopvang en flexibiliteit in aantal uren en dagen. Weliswaar geven ook veel verpleegkundigen aan dat zwangerschap een reden is om het werk tijdelijk neer te leggen, maar dat wordt significant minder vaak genoemd dan door de verzorgenden. Ook als naar leeftijd wordt gecontroleerd blijft dit verschil bestaan.

*Tabel 4.8*  
*Belangrijkste vertrekredenen<sup>1</sup> van verpleegkundigen en verzorgenden die tijdelijk zijn gestopt*

Verpleegkundigen (N = 22)	Verzorgenden (N = 33)
Te weinig carrièremogelijkheden (0,59)	Zwangerschap/gezinsuitbreiding (1,31)*
Mogelijkheden voor ontplooiing (0,59)	Te weinig mogelijkheden passende uren/dagen (0,44)
Zwangerschap/gezinsuitbreiding (0,50)*	Te weinig mogelijkheden voor kinderopvang (0,44)
Ontevreden over interne besluitvorming (0,50)	Ontevreden over interne besluitvorming (0,41)
Te weinig voldoening in het werk (0,50)	Te weinig mogelijkheden om meer/minder uren (0,41)
Te weinig mogelijkheden voor scholing (0,50)	Verhuizen (0,38)
Ziekte mijzelf/familie (0,45)	Ontevreden over salaris (0,38)
Werk is lichamelijk te zwaar (0,45)	Reisafstand te groot (0,34)
Behoefte aan een andere werkring (0,41)	Geen onregelmatige diensten meer willen (0,34)
Werkdruk (0,41)	Werkdruk (0,34)

<sup>1</sup> Tussen haakjes staan de gemiddelde scores met een minimum van 0 (speelde geen rol) tot een maximum van 2 (speelde een belangrijke rol).

\*  $P < 0,005$  (Kruskal Wallis).

#### 4.3.3

##### *Was het vertrek te voorkomen?*

Van de 22 tijdelijk gestopte verpleegkundigen gaven 13 personen te kennen dat hun tijdelijk vertrek voorkomen had kunnen worden als aan bepaalde condities op het werk was voldaan. Condities die worden genoemd zijn: betere ontplooiingsmogelijkheden, meer bijscholingsmogelijkheden en minder zwaar lichamelijk werk.

Van de 33 tijdelijk gestopte verzorgenden hebben 14 personen (42%) aangegeven dat zij eventueel hadden willen blijven werken in de thuiszorg, maar dan zouden er met name aanpassingen en verbeteringen moeten zijn op het terrein van het meer flexibel kunnen werken (passende uren op passende dagen). Ook een verbetering in de kinderopvang had hun vertrek kunnen doen voorkomen.

Geconcludeerd kan worden dat respectievelijk zo'n 60% en 40% van de tijdelijk gestopte verpleegkundigen en verzorgenden heeft aangegeven dat hun vertrek mogelijk voorkomen had kunnen worden als bepaalde werkaspecten er anders hadden uitgezien of verbeterd waren. Daarbij is er

overigens geen enkel werkaspect dat er daadwerkelijk uitspringt; het zijn vooral combinaties van aspecten. Verpleegkundigen en verzorgenden leggen hierbij iets andere accenten: daar waar verzorgenden de nadruk leggen op een verbeterde kinderopvang en meer flexibel kunnen werken, leggen verpleegkundigen in eerste instantie de nadruk op items als ontplooiing en (bij)scholing.

#### 4.3.4

##### *Toekomstwensen*

De tijdelijk gestopte verpleegkundigen en verzorgenden geven te kennen dat men gemiddeld over twee à drie jaar wel weer aan de slag zou willen. De meesten spreken daarbij een voorkeur uit voor dezelfde functie als waaruit men is vertrokken. Ruim 40% van de verpleegkundigen zegt wel weer terug te willen naar de thuiszorg (vooral de wijkverpleging), een kwart heeft geen voorkeur of weet het nog niet. Bijna 30% geeft expliciet aan in een algemeen ziekenhuis te willen werken.

Driekwart van de verpleegkundigen geeft aan het liefst weer als parttimer (gemiddeld 0,5 FTE) aan de slag te gaan. De rest zegt geen voorkeur te hebben of het nog niet te weten.

Voor de verzorgenden geldt dat bijna de helft een voorkeur heeft voor terugkeer in de thuiszorg. Ruim 35% geeft aan in een verzorgingshuis, verpleeghuis of ziekenhuis te willen werken en een klein deel (15%) heeft geen voorkeur of weet het nog niet. Bijna alle verzorgenden (90%) hebben een voorkeur voor parttime werk (gemiddeld 0,4 FTE).

## 4.4

### **Vertrokken naar een andere zorgsector**

#### 4.4.1

##### *Kenmerken*

Van de 303 respondenten waarvan in 1997 het dienstverband in de thuiszorg is beëindigd, zijn 114 personen in een andere zorgsector aan de slag gegaan. Deze groep bestaat uit 65 verpleegkundigen en 49 verzorgenden. Op twee verpleegkundigen en één verzorgende na zijn zij allen vrouw. Evenals bij de vorige twee groepen uitstromers valt op dat verzorgenden gemiddeld iets jonger zijn dan de verpleegkundigen.

Tabel 4.9

*Leeftijdsverdeling van verpleegkundigen en verzorgenden die naar een andere sector zijn gegaan*

	Uitstroom <sup>1</sup>	
	Verpleegkundigen (N = 65) %	Verzorgenden (N = 49) %
Jonger dan 25 jaar	12,3	16,3
25 tot 35	30,8	53,1
35 tot 45	38,5	24,5
45 tot 55	15,4	4,1
55 of ouder	3,1	2,0
Gemiddelde leeftijd	36 jaar	32 jaar

<sup>1</sup> Bron: NIVEL-enquête.

Het merendeel van de verpleegkundigen (ruim 60%) die naar een andere sector zijn gegaan, geeft aan een inserviceopleiding te hebben gevolgd; eenderde heeft HBO-V gedaan. Het merendeel (75%) van hen werkte in de wijkverpleging. Circa 60% had een vaste aanstelling, 30% een oproepcontract en 10% een tijdelijk contract. Het grootste deel (80%) had een parttime baan (tabel 4.10).

Van degenen die vorig jaar als verzorgende naar een andere sector zijn gegaan, heeft ruim 45% een MDGO- of OVDB-opleiding en 40% een inservice-ziekenverzorgingsopleiding. De meesten (45%) waren werkzaam in een gecombineerde thuiszorginstelling, 30% gaf aan in de wijk gewerkt te hebben en 25% werkte in de gezinszorg. Circa 60% had een vaste aanstelling en 75% werkte parttime in de thuiszorg (tabel 4.10).

Tabel 4.10

*Aantal FTE's (laatste werkgever) van verpleegkundigen en verzorgenden die naar een andere sector zijn gegaan*

	Uitstroom <sup>1</sup>	
	Verpleegkundigen (N = 62) %	Verzorgenden (N = 49) %
Minder dan 0,2	22,2	6,5
0,2 tot 0,4	11,1	16,1
0,4 tot 0,6	20,0	22,6

(vervolg tabel 4.10)

	Uitstroom <sup>1</sup>	
	Verpleegkundigen (N = 62) %	Verzorgenden (N = 49) %
0,6 tot 0,8	8,9	16,1
0,8 tot 1,0	17,8	12,9
1,0 (full-time)	20,0	25,8
Gemiddeld aantal FTE's	0,6	0,6

<sup>1</sup> Bron: NIVEL-enquête.

Wanneer gekeken wordt naar het totaal aantal gewerkte jaren blijkt dat van de verzorgenden ongeveer 60% minder dan 10 jaar heeft gewerkt. Van de verpleegkundigen is een nog iets groter deel (70%) meer dan 10 jaar werkzaam geweest. Dit gegeven strookt met de verschillen in leeftijdsopbouw tussen verpleegkundigen en verzorgenden.

Tabel 4.11

*Totaal aantal gewerkte jaren door verpleegkundigen en verzorgenden die in een andere sector dan de thuiszorg zijn gaan werken*

	Verpleegkundigen (N = 62) %	Verzorgenden (N = 49) %
Minder dan 1	6,5	8,2
1 tot 3	6,5	10,2
3 tot 5	6,5	10,2
5 tot 10	11,3	32,7
Meer dan 10	69,4	38,8
Totaal	100,0	100,0

#### 4.4.2

##### *Redenen van vertrek*

Uit tabel 4.12 blijkt dat in tegenstelling tot de definitieve en tijdelijke vertrekkers, tussen verpleegkundigen en verzorgenden die naar een andere sector zijn gegaan, nauwelijks verschillen bestaan wat betreft hun reden van vertrek. Voor beide beroepsgroepen geldt dat de meest genoemde redenen samenhangen met carrièremogelijkheden, behoefte aan een andere werkring, te weinig voldoening in het werk, te weinig mogelijkheden voor scholing en factoren met betrekking tot flexibiliteit (dat wil zeggen geen



mogelijkheden om meer of minder uren te gaan werken, of op passende uren of dagen te kunnen werken). Tussen verpleegkundigen en verzorgenden kon weliswaar één (significant) verschil worden aangetoond: het niet meer willen werken volgens onregelmatige diensten is vooral een reden van vertrek voor verpleegkundigen (op de tiende plaats). Ook wanneer gecorrigeerd wordt op leeftijd, blijft dit verschil bestaan.

Wanneer onderscheid wordt gemaakt naar opleiding, kan bij de verzorgenden onderling één (significant) verschil worden geconstateerd wat betreft het punt van overleg en de interne besluitvorming. Bij nadere analyse zijn het vooral de inserviceopgeleide (zieken)verzorgenden die ontevredenheid over de besluitvorming als vertrekredenen opgeven en niet zozeer de MDGO/OVDB-opgeleide verzorgenden.

Tabel 4.12

*Belangrijkste vertrekredenen<sup>1</sup> van verpleegkundigen en verzorgenden die in een andere sector dan de thuiszorg zijn gaan werken*

Verpleegkundigen (N = 63)	Verzorgenden (N = 49)
Elders werk gevonden (1,21)	Elders werk gevonden (1,24)
Carrière mogelijkheden/positieverbetering (0,89)	Behoeftte aan een andere werkring (0,78)
Behoeftte aan een andere werkring (0,71)	Carrière mogelijkheden/positieverbetering (0,67)
Te weinig mogelijkheden voor ontplooiing (0,67)	Te weinig mogelijkheden voor ontplooiing (0,59)
Te weinig mogelijkheden meer/minder uren (0,52)	Ontevreden over besluitvorming en overleg (0,55)
Te weinig voldoening (0,48)	Te weinig voldoening in het werk (0,55)
Niet op passende uren/dagen kunnen werken (0,46)	Te weinig mogelijkheden meer/minder uren (0,51)
Werkdruk (0,44)	Werk lichamelijk te zwaar (0,35)
Te weinig mogelijkheden voor scholing (0,44)	Te weinig mogelijkheden voor scholing (0,33)
Wil geen onregelmatige diensten meer (0,40)*	Te hoge werkdruk (0,29)

<sup>1</sup> Tussen haakjes staan de gemiddelde scores met een minimum van 0 (speelde geen rol) tot een maximum van 2 (speelde een belangrijke rol).

\*  $P < 0,05$  (Kruskal Wallis).

#### 4.4.3

##### *Was het vertrek te voorkomen?*

Van de 65 verpleegkundigen die naar een andere sector zijn gegaan zei 40% (26 personen) dat men eventueel wel in de thuiszorg had willen blijven

werken. Dan zouden er echter bepaalde aspecten in de werkomstandigheden verbeterd moeten worden. Het gaat vooral om combinaties van factoren en minder om opzichzelfstaande werkaspecten. Veel genoemde aspecten zijn: carrièremogelijkheden c.q. positieverbetering, de mogelijkheid om meer of minder uren te werken.

Van de 49 verzorgenden die in een andere sector zijn gaan werken zegt bijna 60% dat men wel in de thuiszorg had willen blijven werken. Ook nu gaat het veelal om een combinatie van factoren waarbij vrijwel dezelfde aspecten worden genoemd als bij de verpleegkundigen.

#### 4.4.4

##### *De huidige werksituatie*

Van de verpleegkundigen die naar een andere sector zijn gegaan werkt bijna 48% (31 personen) in een algemeen ziekenhuis. Acht verpleegkundigen (12%) werken in een verpleeghuis, 4 in een psychiatrisch ziekenhuis, de rest in overige gezondheidszorgsectoren. Over het algemeen werkt men in eenzelfde functie als men voorheen in de thuiszorg werkte. Acht verpleegkundigen geven aan nu als leidinggevende te werken (in een verpleeg-, verzorgings- of ziekenhuis). Driekwart werkt in vast dienstverband, 14% als oproepkracht en de rest heeft een tijdelijk contract.

Ook voor de verzorgenden die in een andere sector zijn gaan werken, geldt dat de meesten in eenzelfde functie werkzaam zijn als voorheen. De meeste verzorgenden werken op dit moment in een verzorgingshuis (56%) of in een verpleeghuis (27%). Een groot deel heeft een vaste baan (43%), 35% werkt als oproepkracht, de rest heeft een tijdelijke aanstelling.

Wat betreft het type aanstelling, kan worden opgemerkt dat de meeste verpleegkundigen (driekwart) en verzorgenden (71%) ook in de huidige situatie parttime werken, gemiddeld respectievelijk 0,6 en 0,5 FTE. Voor zowel verpleegkundigen als verzorgenden geldt dat iets is teruggegaan in het aantal FTE's dat men werkzaam is.

## 4.5

### **Conclusie**

#### 4.5.1

##### *Omvang en aard uitstroom*

Op basis van landelijke gegevens van Cadans blijkt dat de uitstroom in de thuiszorg, vergeleken met die in de andere zorgsectoren, niet extreem hoog of laag is. Toch gaat het (in 1995) om ongeveer 9000 verpleegkundigen en verzorgenden waarvan het dienstverband is beëindigd. Dit komt overeen

met 13,5% van het totaal aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg. Van deze groep gaat 18% binnen de thuiszorg een ander dienstverband aan, 10% gaat in een andere zorgsector werken en 72% verlaat de gezondheidszorg: zij hebben elders een baan gevonden of zijn (tijdelijk of definitief) gestopt. Gegevens op basis van de NIVEL-enquête, gehouden onder uit dienst getreden verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, laten een ander beeld zien: ruim 40% van de gestopte verpleegkundigen is nog steeds werkzaam in de verpleging, maar dan in een andere sector. Een kwart is definitief gestopt en 15% zegt slechts tijdelijk te stoppen. Bij de verzorgenden wordt een vergelijkbare tendens genoteerd, al geven relatief meer verzorgenden aan definitief of tijdelijk te zijn gestopt.

#### 4.5.2

##### *Kenmerken uitstroom*

De verschillende typen uit dienst getreden verpleegkundigen en verzorgenden (definitief gestopten, tijdelijk gestopten en diegenen die in een andere sector zijn gaan werken) verschillen onderling weinig van samenstelling. Gemiddeld ligt de leeftijd van verpleegkundigen en verzorgenden die definitief zijn gestopt vijf jaar hoger dan degenen die tijdelijk stoppen of naar een andere zorgsector zijn gegaan. Een tweede verschil betreft het gegeven dat verpleegkundigen die in een andere sector zijn gaan werken, relatief vaker HBO-opgeleid zijn. Verder blijkt dat meer verpleegkundigen dan verzorgenden langer dan 10 jaar hebben gewerkt (respectievelijk ongeveer 70% en 40%) en dat ongeveer 80% van zowel verpleegkundigen als verzorgenden in hun vorige baan parttime hebben gewerkt, waarbij de meesten een vaste aanstelling hadden (vooral definitieve stoppers), gevolgd door een oproepcontract.

#### 4.5.3

##### *Redenen van vertrek*

Voor wat betreft de redenen van vertrek zijn er verschillen te constateren tussen enerzijds de drie typen uittreeders en anderzijds tussen verpleegkundigen en verzorgenden. Zo is bijvoorbeeld zwangerschap en gezinsuitbreiding voor verzorgenden een (significant) belangrijke reden om definitief of tijdelijk te stoppen met werken. Bij verpleegkundigen speelt zwangerschap weliswaar een rol bij de beslissing er (tijdelijk of definitief) mee te stoppen, echter deze weegt minder zwaar. Definitief gestopte verpleegkundigen leggen meer de nadruk op (te weinig mogelijkheden voor)

ontplooing, samen met (te hoge) lichamelijke werkbelasting. Tijdelijk gestopte verpleegkundigen noemen vooral ontplooing, carrière, scholing en dergelijke als reden om tijdelijk het werk neer te leggen. Naast zwangerschap en gezinsuitbreiding liggen de redenen voor verzorgenden om er tijdelijk mee te stoppen vooral in de sfeer van gebrek aan flexibiliteit voor wat betreft het aantal uren en het op passende uren en dagen kunnen werken en onvoldoende kinderopvang op het werk. Verzorgenden die er definitief mee stoppen, geven naast zwangerschap en gezinsuitbreiding redenen op die samenhangen met de werkbelasting: het werk is lichamelijk te zwaar, de werkdruk is te hoog en men wil geen onregelmatige diensten meer draaien. Het vermoeden dat het opleidingsniveau een rol speelt bij de reden van vertrek, wordt versterkt door het feit dat HBO-opgeleide verpleegkundigen (het ontbreken van) mogelijkheden voor ontplooing (significant) belangrijker vinden dan MBO-opgeleiden. Verpleegkundigen en verzorgenden daarentegen die in een andere sector zijn gaan werken, noemen overwegend dezelfde redenen: ontplooiingsmogelijkheden, behoefte hebben aan een andere werkring en meer mogelijkheden om op passende uren en dagen te werken.

#### 4.5.4

##### *Was het vertrek te voorkomen*

Tussen de 30% en 60% van de verpleegkundigen en verzorgenden die in 1997 uit dienst zijn getreden heeft aangegeven dat hun vertrek mogelijk voorkomen had kunnen worden als bepaalde werkaspecten verbeterd waren. Daarbij zijn er geen opzichzelfstaande werkaspecten die er daadwerkelijk uitspringen. Het gaat vooral om combinaties van factoren. Deze liggen in het verlengde van de genoemde vertrekredenen. Ook hier leggen verpleegkundigen en verzorgenden iets andere accenten (behalve zij die in een andere sector zijn gaan werken, zij noemen overwegend dezelfde factoren).

Zowel definitief als tijdelijk gestopte verpleegkundigen leggen in eerste instantie de nadruk op zaken als: meer mogelijkheden voor ontplooing, scholing en carrière. Verzorgenden leggen meer het accent op werkomstandigheden, zoals een lagere werkdruk, lichamelijk minder zwaar werk en het (niet of minder) draaien van onregelmatige diensten (definitief gestopte verzorgenden). Daarnaast worden door de tijdelijk gestopte verzorgenden meer flexibiliteit aangaande het aantal uren en op passende uren en dagen kunnen werken en een verbeterde kinderopvang genoemd. Het werkaspect 'een betere interne besluitvorming en overleg' wordt door

beide beroepsgroepen genoemd. Verpleegkundigen en verzorgenden die aangeven dat hun vertrek naar een andere sector voorkomen had kunnen worden, noemen met name aspecten in de sfeer van ontplooiingsmogelijkheden en de mogelijkheid meer of minder uren per week te kunnen werken.

#### 4.5.5

##### *Huidige situatie*

Van de definitief gestopten zegt ongeveer driekwart geen werk te zoeken. Zij zijn definitief gestopt met werken. De overigen hebben inmiddels een baan buiten de zorg gevonden of zijn nog op zoek naar werk buiten de zorg. Dit geldt voor zowel verpleegkundigen als voor verzorgenden.

De tijdelijk gestopten zeggen gemiddeld na twee à drie jaar wel weer in de verpleging en verzorging aan de slag te willen, meestal willen ze in eenzelfde functie terugkeren. Dit geldt merkwaardig genoeg ook voor verpleegkundigen die als vertrekredenen vooral te weinig mogelijkheden voor ontplooiing, carrière, scholing en dergelijke opgeven. Wellicht spelen deze vertrekredenen een rol bij de 30% tijdelijk gestopte verpleegkundigen die een voorkeur uitspreken om straks in een algemeen ziekenhuis te gaan werken. Ruim 40% van de verpleegkundigen en 50% van de verzorgenden heeft een voorkeur voor terugkeer in de thuiszorg. Van de verzorgenden wil 35% in een verzorgingshuis, verpleeghuis of ziekenhuis werken. De rest weet het nog niet of heeft geen voorkeur. Driekwart van de verpleegkundigen en 90% van de verzorgenden geeft aan parttime te willen werken met een gemiddelde van respectievelijk 0,5 en 0,4 FTE.

Van de verpleegkundigen en verzorgenden die in een andere sector zijn gaan werken, werken ook de meesten in eenzelfde functie als voorheen in de thuiszorg. Enkele verpleegkundigen geven aan nu als leidinggevende te werken. Ongeveer de helft van de verpleegkundigen is naar een algemeen ziekenhuis gegaan, gevolgd door een verpleeghuis (10%). De rest werkt verspreid in andere zorgsectoren. Ruim de helft van de verzorgenden die in een andere sector zijn gaan werken, heeft gekozen voor werken in een verzorgingshuis, gevolgd door werken in een verpleeghuis (bijna 30%).

## 5

# Verzorgingshuizen

In dit hoofdstuk wordt de uitstroom van verzorgenden in de verzorgingshuizen besproken. Allereerst wordt ingegaan op de omvang van de uitstroom. Daarbij komen zowel landelijke uitstroomgegevens als de uitkomsten van de NIVEL-enquête aan bod. Er is wederom onderscheid gemaakt naar verpleegkundigen en verzorgenden die definitief of tijdelijk stoppen en verpleegkundigen en verzorgenden die in een andere zorgsector zijn gaan werken. Per 'type uitstromer' wordt vervolgens, naast enkele algemene kenmerken, de redenen van vertrek besproken en wordt ingegaan op de huidige situatie. Daar waar onderscheid wordt gemaakt tussen verpleegkundigen en verzorgenden is dat gebaseerd op functie en opleiding.

### 5.1

#### **Omvang van de uitstroom**

##### *5.1.1*

##### *Landelijke gegevens*

Uit onderstaande tabel kan worden afgeleid dat gedurende de eerste helft van de jaren negentig de hoogste uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden in de gezondheidszorg voor rekening komt van de sector verzorgingshuizen. Weliswaar is er sinds 1991 jaarlijks sprake van een daling van 18,3% in 1991 tot 14,9% in 1995, maar nog steeds hebben de verzorgingshuizen het hoogste percentage uittrekkers.

Tabel 5.1

*Uitstroomgegevens (percentages) van verpleegkundigen en verzorgenden naar gezondheidszorgsector 1991-1995*

	1991	1992	1993	1994	1995
Algemene ziekenhuizen	12,9	11,8	11,0	10,8	10,5
Psychiatrische ziekenhuizen	13,4	13,4	14,0	11,5	13,8
Gehandicaptenzorg	13,5	13,9	13,6	12,7	12,7
Verpleeghuizen	15,0	15,0	13,6	12,2	11,9
Verzorgingshuizen	18,3-D	17,6	16,1-D	17,1-D	14,9
Thuiszorg	16,7	16,3	13,1	11,0	13,5

Bron: Cadans.

De meest recente cijfers laten zien dat in de verzorgingshuizen in 1995 circa 5500 verzorgenden en verpleegkundigen uit dienst zijn getreden (Cadans). Van deze groep is 22% binnen de sector verzorgingshuizen van werkgever verandert, 21% is in een andere zorgsector als verzorgende of verpleegkundige gaan werken en 57% heeft de gezondheidszorg verlaten: zij hebben in een andere bedrijfstak een baan gevonden of zijn (tijdelijk dan wel definitief) gestopt.

### 5.1.2

#### *De NIVEL-enquête*

De uitkomsten op basis van de NIVEL-enquête onder verzorgenden en verpleegkundigen die in 1997 uit dienst zijn getreden, wijken iets af van de landelijke gegevens (Cadans, tabel 5.2). Uit de NIVEL-enquête blijkt dat 40% er tijdelijk of definitief mee stopt, ruim 30% naar een andere sector is gegaan en eveneens bijna 30% binnen de sector werkzaam is gebleven. Verder blijkt dat er relatief iets meer verzorgenden dan verpleegkundigen zijn die tijdelijk het werk hebben neergelegd of binnen de sector van werkgever zijn veranderd.

Tabel 5.2

*Uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden naar vertrekriching (N = 110)<sup>1</sup>*

	Verpleegkundigen (N = 22) %	Verzorgenden (N = 88) %
Definitief gestopt met werken als V&V	36,4	22,7
Tijdelijk gestopt met werken als V&V	4,5	13,6
Werkzaam als V&V in andere sector	36,4	31,8
Werkzaam als V&V in een verzorgingshuis	22,7	31,8
Totaal	100,0	100,0

<sup>1</sup> Van één persoon is de vertrekriching niet bekend.

Verzorgenden en verpleegkundigen die binnen de verzorgingshuissector van werkgever zijn veranderd, worden in de analyses buiten beschouwing gelaten. Vanwege het kleine aantal verpleegkundigen naar type 'uitstromer' is in onderstaande paragrafen niet altijd onderscheid gemaakt tussen verzorgenden en verpleegkundigen.

## 5.2

### Definitief gestopt

#### 5.2.1

##### Kenmerken

In totaal hebben 8 verpleegkundigen en 20 verzorgenden aangegeven dat men definitief het werk binnen de zorgsector heeft neergelegd. Op één verpleegkundige en drie verzorgenden na zijn zij allen vrouw. Een groot deel (47%) is jonger dan 35 jaar (tabel 5.3). Overigens zijn binnen de groep 'uitstromers' de verpleegkundigen gemiddeld 10 jaar ouder dan de verzorgenden.

Tabel 5.3

*Leeftijdverdeling van definitief gestopte verpleegkundigen en verzorgenden*

	Uitstroom <sup>1</sup> (N = 28) %
Jonger dan 25 jaar	3,6
25 tot 35	42,9
35 tot 45	10,7
45 tot 55	14,3



(vervolg tabel 5.3)

	Uitstroom <sup>1</sup> (N = 28) %
55 of ouder	25,0
Gemiddelde leeftijd	41 jaar

<sup>1</sup> Bron: NIVEL-enquête.

Het merendeel van de definitief gestopte verzorgenden geeft aan een MDGO-VP/Vz of OVDB-opleiding gevolgd te hebben (60%); 40% heeft een inservice-ziekenverzorgingsopleiding gevolgd. Met betrekking tot de verpleegkundigen zijn op één na alle acht verpleegkundigen inservice opgeleid. Van zowel de definitief gestopte verzorgenden als verpleegkundigen geeft ruim 85% aan een vaste aanstelling te hebben gehad. Slechts een enkeling had een tijdelijk contract. Daarbij werkte ruim 60% parttime met een gemiddelde van 0,7 FTE. Verreweg het grootste deel (63%) heeft langer dan 10 jaar gewerkt.

### 5.2.2

#### *Redenen van vertrek*

De belangrijkste redenen van vertrek voor definitief gestopte verzorgenden en verpleegkundigen zijn in tabel 5.4 weergegeven.

*Tabel 5.4*

*Belangrijkste vertrekredenen<sup>1</sup> van verpleegkundigen en verzorgenden die definitief gestopt zijn (N = 26)*

Zwangerschap/gezinsuitbreiding	(0,54)
Behoeftte aan een andere werkkring	(0,54)
Ziekte mijzelf/familie	(0,50)
Onvoldoende kinderopvang	(0,50)
Niet op passende uren/dagen kunnen werken	(0,42)
Elders werk gevonden	(0,38)
Werk lichamelijk te zwaar	(0,38)
Pensioen	(0,35)
Behoeftte aan meer vrije tijd	(0,31)
Werk geestelijk te zwaar	(0,31)

<sup>1</sup> Tussen haakjes staan de gemiddelde scores met een minimum van 0 (speelde geen rol) tot een maximum van 2 (speelde een belangrijke rol).

Uit tabel 5.4 is af te lezen dat belangrijke redenen om definitief te stoppen samenhangen met zwangerschap en/of gezinsuitbreiding, behoefte aan een andere werkkring, ziekte, onvoldoende kinderopvang en niet op passende uren of dagen kunnen werken.

### 5.2.3

#### *Was het vertrek te voorkomen?*

Van de 28 definitief gestopte verzorgenden en verpleegkundigen gaven 11 personen (39%) te kennen dat hun vertrek voorkomen had kunnen worden. Het blijkt vooral te gaan om combinaties van factoren en minder om opzichzelfstaande werkaspecten.

Van de belangrijkste vertrekredenen komt een aantal terug als mogelijk te voorkomen. In volgorde van meest genoemde aspecten die een definitief vertrek mogelijk hadden kunnen voorkomen, zijn genoemd: een betere kinderopvang, de mogelijkheid om op passende uren of dagen te werken en geestelijk minder zwaar werk.

### 5.2.4

#### *De huidige situatie*

Van de verzorgenden en verpleegkundigen die met werken in de zorg zijn gestopt, zegt 60% definitief te zijn gestopt met werken. De overigen zijn op zoek naar werk buiten de verpleging en verzorging of hebben inmiddels een andere baan gevonden (tabel 5.5). Het betreft met name administratieve functies zoals administratief medewerker, receptioniste of secretaresse.

*Tabel 5.5*

*Huidige situatie van verpleegkundigen en verzorgenden die definitief gestopt zijn met werken in de zorg (N = 28)*

Ook buiten de zorg gestopt met werken	60,7
Op zoek naar een baan buiten de zorg	28,6
Heeft inmiddels een baan buiten de zorg	10,7
Totaal	100,0

### 5.3

#### Tijdelijk gestopt

##### 5.3.1

###### *Kenmerken*

De groep respondenten die aangeeft tijdelijk te zijn gestopt met werken in de verpleging en verzorging bestaat uit één verpleegkundige en twaalf verzorgenden. Zij zijn allen vrouw. Gemiddeld is men zeven jaar jonger dan de definitief gestopten.

Evenals de definitief gestopten geeft een meerderheid (54%) van de tijdelijk gestopten aan een MDGO-VP/Vz of OVDB-opleiding te hebben gevolgd, gevolgd door een inservice-ziekenverzorgingsopleiding (30%).

Allen geven aan nu tijdelijk te stoppen na een vaste aanstelling te hebben gehad. Daarbij werkte bijna 80% parttime met een gemiddelde van 0,7 FTE. Wanneer gekeken wordt naar het totaal aantal gewerkte jaren valt op dat de meeste tijdelijk gestopte verzorgenden langer dan 10 jaar hebben gewerkt. Bijna een kwart stopt tijdelijk na 5 tot 10 jaar gewerkt te hebben.

##### 5.3.2

###### *Redenen van vertrek*

Voor wat betreft de belangrijkste redenen van vertrek zien we dat, evenals bij de definitief gestopte verzorgenden, zwangerschap en gezinsuitbreiding een belangrijke reden zijn om tijdelijk te stoppen. Ook ziekte vormt een belangrijke reden om er tijdelijk tussenuit te gaan. Verder worden vooral werkgerelateerde aspecten genoemd die (mee) hebben gewogen in de beslissing om tijdelijk te stoppen, zoals een hoge werkdruk, lichamelijk en geestelijk zwaar werk en niet op passende uren of dagen kunnen werken. Opvallend is dat (onvoldoende) kinderopvang niet genoemd wordt als vertrekredenen. Het lijkt vooral te gaan om de combinatie van zorg voor kinderen en het als zwaar ervaren werk, dat heeft geleid tot de beslissing er tijdelijk mee te stoppen.

*Tabel 5.6*

*Belangrijkste vertrekredenen<sup>1</sup> van verpleegkundigen en verzorgenden die tijdelijk gestopt zijn (N = 13)*

Zwangerschap/gezinsuitbreiding	(0,92)
Ontevreden over interne besluitvorming/overleg	(0,69)
Werkdruk	(0,69)

(vervolg tabel 5.6)

Ziekte mijzelf/familie	(0,69)
Te lange reisafstand	(0,62)
Niet op passende uren/dagen kunnen werken	(0,62)
Werk lichamelijk te zwaar	(0,62)
Werk geestelijk te zwaar	(0,62)
Niet met hoofd opschieten	(0,54)
Onvoldoende mogelijkheden om meer/minder uren te werken	(0,54)
Te weinig voldoening	(0,54)

<sup>1</sup> Tussen haakjes staan de gemiddelde scores met een minimum van 0 (speelde geen rol) tot een maximum van 2 (speelde een belangrijke rol).

### 5.3.3

#### *Was het vertrek te voorkomen?*

Van de 13 tijdelijk gestopte verzorgenden en verpleegkundigen zei de helft dat men eventueel wel had willen blijven werken als op het werk aan een aantal voorwaarden was voldaan. Het gaat vooral om combinaties van factoren en minder om opzichzelfstaande werkaspecten. Deze zijn, in volgorde van meest genoemde aspecten: de mogelijkheid om meer of minder uren per week te werken, een betere interne besluitvorming en overleg, lagere werkdruk en geestelijk en lichamelijk minder zwaar werk.

### 5.3.4

#### *De huidige situatie*

De tijdelijk gestopte verzorgenden (en verpleegkundigen) zeggen na gemiddeld tweeënhalf jaar wel weer aan de slag te willen. Op twee personen na, die zeggen geen voorkeur te hebben of het nog niet te weten, spreken allen een voorkeur uit voor het uitoefenen van dezelfde functie. Zo'n 45%, met name bejaardenverzorgenden, zegt daarbij weer terug te willen naar werken in een verzorgingshuis, een kwart heeft geen voorkeur of weet het nog niet, terwijl de overigen in een verpleeghuis of psychiatrisch ziekenhuis (ziekenverzorgenden) of in de thuiszorg (verpleegkundigen) willen werken. Bijna 70% geeft aan bij voorkeur parttime (gemiddeld 0,5 FTE) weer aan de slag te gaan. De rest zegt geen voorkeur te hebben of het nog niet te weten.

## 5.4

### Vertrokken naar een andere zorgsector

#### 5.4.1

##### Kenmerken

De groep respondenten die aangeeft inmiddels in een andere zorgsector werkzaam te zijn als verzorgende of verpleegkundige bestaat uit acht verpleegkundigen en 28 verzorgenden. Op één verpleegkundige en vijf verzorgenden na zijn zij allen vrouw. Gemiddeld is men respectievelijk negen en twee jaar jonger dan de definitief en tijdelijk gestopten.

Tabel 5.7

*Leeftijdsverdeling van verpleegkundigen en verzorgenden nu werkzaam in een andere zorgsector*

	Uitstroom <sup>1</sup> (N = 36) %
Jonger dan 25 jaar	13,9
25 tot 35	55,6
35 tot 45	27,8
45 tot 55	2,8
55 of ouder	-
Gemiddelde leeftijd	32 jaar

<sup>1</sup> Bron: NIVEL-enquête.

In tegenstelling tot de definitief en tijdelijk gestopte verzorgenden en verpleegkundigen geeft van deze groep de meerderheid aan een inservice-ziekenverzorgingsopleiding gevolgd te hebben, (bijna de helft), gevolgd door een MDGO- of OVDB-opleiding (bijna 30%). Een aantal (verpleegkundigen) heeft een opleiding tot verpleegkundige.

Ruim 80% van de verzorgenden en alle verpleegkundigen geven aan in hun vorige baan in een verzorgingshuis een vaste aanstelling te hebben gehad. Zo'n 20% had een tijdelijk of oproepcontract. Daarbij werkte ongeveer 65% parttime met in totaal een gemiddelde van 0,8 FTE (tabel 5.8).

Tabel 5.8

Aantal FTE's (laatste werkgever) van verpleegkundigen en verzorgenden nu werkzaam in een andere zorgsector (N = 30)

	%
Minder dan 0,2	3,3
0,2 tot 0,4	-
0,4 tot 0,6	23,3
0,6 tot 0,8	10,0
0,8 tot 1,0	26,7
1,0 (fulltime)	36,7
Gemiddeld aantal FTE's	0,8

Wanneer gekeken wordt naar het totaal aantal gewerkte jaren (tabel 5.9) valt op dat, relatief gezien, de meeste verzorgenden en verpleegkundigen die vorig jaar naar een andere sector zijn gegaan, deze stap hebben genomen na langer dan vijf jaar (35%) of langer dan tien jaar (47%) in een verzorgingshuis te hebben gewerkt. Ruim 10% verwisselt het verzorgingshuis al na één tot drie jaar voor een andere sector.

Tabel 5.9

Totaal aantal gewerkte jaren door verpleegkundigen en verzorgenden die in een andere zorgsector zijn gaan werken (N = 34)

	%
Minder dan 1	2,9
1 tot 3	11,8
3 tot 5	2,9
5 tot 10	35,3
Meer dan 10	47,1
Totaal	100,0

## 5.4.2

*Redenen van vertrek*

De belangrijkste redenen van vertrek voor verzorgenden en verpleegkundigen die in een andere zorgsector zijn gaan werken, worden in tabel 5.10 weergegeven.

Tabel 5.10

*Belangrijkste vertekredenen<sup>1</sup> van verpleegkundigen en verzorgenden die in een andere zorgsector zijn gaan werken (N = 36)*

Elders werk gevonden	(1,33)
Behoeftte aan een andere werkring	(1,28)
Te weinig carrièremogelijkheden	(1,11)
Te weinig mogelijkheden voor ontplooiing	(1,08)
Ontevreden over interne besluitvorming en overleg	(0,92)
Te weinig voldoening	(0,83)
Te weinig mogelijkheden voor scholing	(0,83)
Onvoldoende mogelijkheden om meer/minder uren te werken	(0,61)
Ontevreden over salaris	(0,61)
Werkdruk	(0,56)

<sup>1</sup> Tussen haakjes staan de gemiddelde scores met een minimum van 0 (speelde geen rol) tot een maximum van 2 (speelde een belangrijke rol).

In tegenstelling tot diegenen die definitief dan wel tijdelijk stoppen met werken in de verzorging, liggen de redenen voor verzorgenden die in een andere zorgsector zijn gaan werken meer in de sfeer van uitdaging, voldoening en (persoonlijke) groei. Blijkbaar verwacht men in een andere zorgsector meer carrièremogelijkheden en meer mogelijkheden voor ontplooiing en scholing en dergelijke te vinden.

## 5.4.3

*Was het vertrek te voorkomen?*

Van de 36 verzorgenden en verpleegkundigen die naar een andere sector zijn gegaan, geven 25 personen te kennen dat hun vertrek voorkomen had kunnen worden.

Deze, in volgorde van de meest genoemde aspecten zijn: de mogelijkheid om meer of minder uren per week te werken, een betere interne

besluitvorming en overleg, meer mogelijkheden voor carrière en ontplooiing en meer voldoening in het werk. Dit waren ook belangrijke redenen van vertrek (tabel 5.10).

#### 5.4.4

##### *De huidige situatie*

Van de verzorgenden en verpleegkundigen die naar een andere sector zijn gegaan (in totaal 36 personen), werkt op dit moment ruim de helft in een verpleeghuis. Ongeveer een kwart is naar de thuiszorg gegaan, de rest in overige gezondheidszorgsectoren. Over het algemeen werkt men in eenzelfde functie als voorheen. Bijna 65% werkt in vast dienstverband, de rest heeft een tijdelijk contract of werkt als oproepkracht. Wat betreft het type aanstelling, kan worden opgemerkt dat de meesten (58%) ook in de huidige situatie parttime werken, gemiddeld respectievelijk 0,6 FTE. Er zijn iets meer personen die voorheen parttime werkten en nu een fulltime baan hebben, dan andersom. Op de vraag of men eventueel wil terugkeren in het verzorgingshuis zegt 60% dit wel te willen.

## 5.5

### **Conclusie**

#### 5.5.1

##### *Omvang en aard uitstroom*

Landelijke gegevens (Cadans) wijzen uit dat binnen de gezondheidszorg de uitstroom van verzorgenden en verpleegkundigen in de sector verzorgingshuizen het hoogst is. Het betreft (in 1995) zo'n 5500 verzorgenden en verpleegkundigen, oftewel bijna 15% van het totaal aantal werkenden in de verzorgingshuizen. Hiervan heeft binnen de sector verzorgingshuizen 22% een andere baan gekregen, 21% gaat in een andere zorgsector werken en 57% verlaat (tijdelijk of definitief) de zorg. Gegevens op basis van de NIVEL-enquête, gehouden onder uit dienst getreden verzorgenden en verpleegkundigen in verzorgingshuizen, laten een iets andere verdeling zien: van de verpleegkundigen is 40% (tijdelijk of definitief) gestopt, bijna 40% is naar een andere sector gegaan en ongeveer een kwart is binnen de sector werkzaam gebleven.

#### 5.5.2

##### *Kenmerken uitstroom*

De verschillende typen uit dienst getreden verzorgenden en verpleegkundigen (definitief gestopten, tijdelijk gestopten en degenen die naar een



andere sector zijn gegaan) verschillen onderling weinig van samenstelling. Er zijn enkele kleine verschillen wat betreft leeftijd en opleiding. Gemiddeld ligt de leeftijd van definitief gestopte verzorgenden en verpleegkundigen zeven tot negen jaar hoger dan die van tijdelijk gestopten of diegenen die naar een andere sector zijn gegaan (gemiddeld 32 jaar). Van de laatstgenoemden heeft een groter deel een inservice-ziekenverzorgingsopleiding. Dit is niet vreemd gezien hun nieuwe werksituatie: het merendeel is nu werkzaam in een verpleeghuis, de sector waarbinnen ook de inserviceopleiding plaatsvindt. Verder zijn de meesten vanuit een vaste aanstelling vertrokken en heeft men over het algemeen parttime gewerkt met gemiddeld 0,7 FTE. Opvallend is dat het totaal aantal gewerkte jaren nauwelijks verschilt tussen de tijdelijke en definitieve vertrekkers: in beide groepen heeft ruim 60% langer dan tien jaar gewerkt alvorens te stoppen. Van de overige 40% zijn er wel meer tijdelijke stoppers die minder hebben gewerkt dan vijf jaar. Verzorgenden en verpleegkundigen die momenteel in een andere sector werkzaam zijn, hebben een minder lange carrière in de verzorging achter de rug dan de definitieve en tijdelijke stoppers.

### 5.5.3

#### *Redenen van vertrek*

Zowel definitieve als tijdelijke stoppers hebben aangegeven dat zwangerschap of gezinsuitbreiding, samen met het niet op passende uren of dagen kunnen werken, belangrijke vertrekredenen zijn geweest. Onvoldoende kinderopvang wordt daarbij alleen door definitieve vertrekkers genoemd. Even belangrijk als zwangerschap is voor definitieve vertrekkers de behoefte aan een andere werkkring. Deze reden geldt vooral voor hen die niet definitief met werken in het algemeen zijn gestopt maar buiten de zorgsector op zoek zijn naar een baan of inmiddels iets anders hebben gevonden. Daarnaast worden door beide typen stoppers werkgerelateerde aspecten genoemd zoals geestelijk en/of lichamelijk te zwaar werk, maar ook ziekte heeft een belangrijke rol gespeeld bij de beslissing om er (tijdelijk of definitief) mee te stoppen. Duidelijk andere redenen worden genoemd door verzorgenden en verpleegkundigen die in een andere sector zijn gaan werken. Redenen die in die beslissing hebben meegespeeld, hebben vooral te maken met gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden, carrièremogelijkheden, scholing, voldoening, enzovoort. Kennelijk verwachten zij in een andere sector meer mogelijkheden te vinden voor persoonlijke groei en voldoening in het werk.

#### 5.5.4

##### *Was het vertrek te voorkomen?*

Zo'n 40 tot 70% van de verzorgenden en verpleegkundigen die vorig jaar uit dienst zijn getreden, heeft aangegeven dat hun vertrek mogelijk voorkomen had kunnen worden als bepaalde werkaspecten verbeterd waren of er anders hadden uitgezien. Daarbij gaat het niet zozeer om losse, opzichzelfstaande werkaspecten maar zijn het vooral combinaties van factoren. Deze liggen, voorzover het aspecten betreft die aan het werk gerelateerd zijn, in het verlengde van de genoemde vertrekredenen. Zo zijn door de definitieve stoppers een betere kinderopvang, de mogelijkheid om op passende uren of dagen te kunnen werken en geestelijk minder zwaar werk vaak genoemde aspecten. Door tijdelijke stoppers wordt naast een lagere werkdruk en lichamelijk minder zwaar werk, ook geestelijk minder zwaar werk veelvuldig aangegeven als aspecten die hun vertrek mogelijk hadden kunnen voorkomen. Verder zou voor deze groep de mogelijkheid om minder (of meer) uren per week en een betere interne besluitvorming en overleg, overwegingen zijn om niet te vertrekken. Verzorgenden en verpleegkundigen die in een andere sector zijn gaan werken, stellen dat de mogelijkheid om minder of meer uren per week, een betere interne besluitvorming en overlegstructuur, meer mogelijkheden voor carrière en ontplooiing, werkaspecten zijn die mogelijk hun vertrek naar een andere sector hadden kunnen voorkomen.

#### 5.5.5

##### *Huidige situatie*

Van de definitief gestopten is 60% niet op zoek naar een andere baan. De overigen zijn op zoek naar een baan buiten de zorg of hebben inmiddels werk gevonden. De tijdelijk gestopten zeggen gemiddeld over twee à drie jaar wel weer aan de slag te willen als verzorgende of verpleegkundige, meestal ook in eenzelfde functie. Het merendeel (45%), voornamelijk bejaardenverzorgenden, zegt weer terug te willen naar een verzorgingshuis. Een kwart heeft geen voorkeur of weet het nog niet en, eveneens een kwart spreekt een voorkeur uit voor werken in een verpleeghuis of in een psychiatrisch ziekenhuis (vooral ziekenverzorgenden, of verpleegkundigen in de thuiszorg). Evenals in de 'oude' situatie preferert 70% een parttime baan, wel met minder uren: gemiddeld 0,5 FTE in plaats van 0,7 FTE. Ruim de helft van de verzorgenden en verpleegkundigen die momenteel in een andere sector werkzaam is, geeft aan in een verpleeghuis te werken, een kwart is naar de thuiszorg gegaan. De overigen hebben zich verspreid over

verschillende zorgsectoren. Men werkt overwegend in eenzelfde functie als voorheen in het verzorgingshuis. Gezien de aard van de vertrekredenen is het opvallend dat 60% van hen aangeeft eventueel te willen terugkeren naar de verzorging in een verzorgingshuis.

# 6

## Intramurale zorg

In dit hoofdstuk gaan we nader in op het vertrek van verpleegkundigen en verzorgenden uit de intramurale gezondheidszorg. Voordat we aandacht besteden aan de vertrekredenen vergelijken we de vertrekkers eerst met degenen die gebleven zijn om na te gaan of er verschillen bestaan tussen beide groepen.

### 6.1

#### Vertrekkers en blijvers vergeleken

##### 6.1.1

##### *Naar leeftijd*

Jongeren vertrekken vaker dan ouderen (tabel 6.1). De leeftijdsklassen onder de 30 jaar kennen tezamen met die van boven de 60 jaar een bovengemiddeld verlooppercentage. Overigens is er de afgelopen jaren sprake van een aanmerkelijke daling in het verloop. De daling was het grootst bij de jongste twee leeftijdsklassen (zie figuur 5.2 in deel A).

*Tabel 6.1*

*Het vertrekpercentage naar leeftijdsklasse 1995/1996 (intramurale gezondheidszorg)*

Leeftijd	Vertrekpercentage
-25 jaar	22,6
26-30	11,8
31-35	8,8
36-40	7,0
41-45	6,4
46-50	5,6

(vervolg tabel 6.1)

Leeftijd	Vertrekpercentage
51-55	4,8
56-60	5,9
61+	57,6
Totaal	12,1

Bron: LKG.

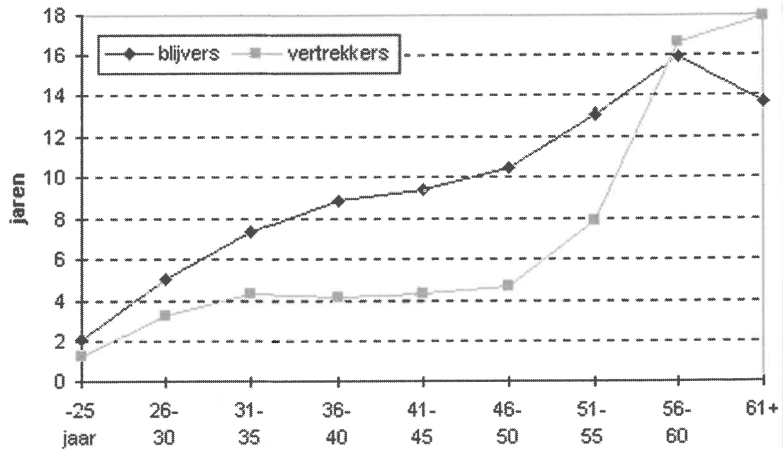
Kijken we naar het totaal aantal vertrekkers (tabel 6.2) dan stellen we vast dat een groot deel van het vertrek bij de leerlingen zit, 38%. De 26-30-jarigen vormen daarna de grootste groep onder de vertrekkers, hun aandeel bedraagt bijna 20%.

Tabel 6.2

*Het aandeel van de leeftijdsklassen onder de vertrekkers (intramurale gezondheidszorg) in %*

Leeftijd	Aandeel in vertrek
leerling	38,2
-25 jaar	9,0
26-30	19,9
31-35	12,6
36-40	8,7
41-45	5,7
46-50	3,1
51-55	1,2
56-60	0,5
61+	1,1
Totaal	100,0

Aan de hand van het LKG kunnen we de vertrekkers vergelijken met de blijvers. We doen dat telkens waar mogelijk leeftijdsspecifiek, immers de leeftijdsopbouw van de vertrekkers wijkt sterk af van degenen die blijven. De uitkomsten van een directe vergelijking kunnen door de verschillen in leeftijdsopbouw vertroebeld worden.



Figuur 6.1  
Aantal dienstjaren van blijvers en vertrekkers naar leeftijd

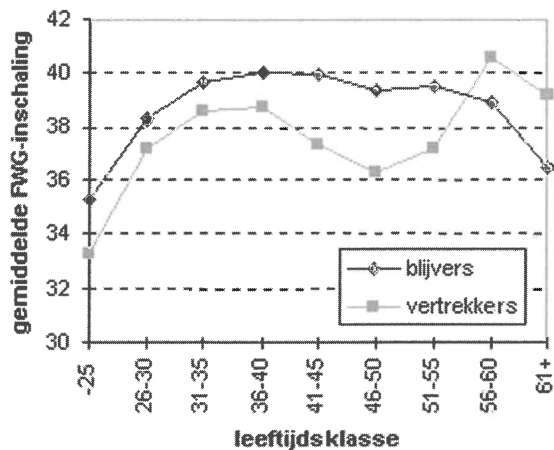
### 6.1.2

#### Lengte dienstverband en inschaling

Figuur 6.1 laat zien dat er frappante verschillen zijn tussen deze twee categorieën. Voor elke leeftijdscategorie geldt dat de vertrekkers korter in dienst waren dan degenen die blijven. Voor een deel kan dit toegeschreven worden aan het feit dat vertrekkers vaker een tijdelijke arbeidsovereenkomst hebben. De verschillen zijn echter dermate groot dat dit zeker niet de enige verklarende factor is. De onderlinge verschillen in de dienstjaren van de vertrekkers zijn veel groter dan bij de blijvers. Dit wijst erop dat de groep vertrekkers heterogeen van samenstelling is en zowel mensen omvat met een tijdelijk contract als degenen die lang in dienst geweest zijn en een volgende stap maken in hun loopbaan. In de leeftijdsklassen na 55 jaar vallen de verschillen in gemiddeld aantal dienstjaren tussen vertrekkers en blijvers weg. Dan lijkt het erop dat juist degenen die het langst in dienst waren, eerder vertrekken. Wellicht maakt men dan eerder gebruik van mogelijkheden om vervroegd met werken te stoppen.

Een en ander zien we ook terug wanneer we de gemiddelde inschaling in de FWG naar leeftijdsklasse vergelijken. Ook hier zien we dat de blijvers hoger scoren dan de vertrekkers, maar dat dat boven de 55 jaar omslaat (figuur 6.2). En ook hier geldt dat de groep vertrekkers veel heterogener is dan de groep blijvers, met andere woorden de laagste en de hoogste schalen komen vaker voor dan bij de blijvers.

Concluderend kunnen we stellen, dat de vertrekkers meer verscheidenheid vertonen dan de blijvers als we letten op het aantal jaren dat men in dienst



Figuur 6.2

De gemiddelde inschaling van vertrekkers en blijvers naar leeftijd

was bij de laatste werkgever en de hoogte van de inschaling. Gemiddeld gezien zijn de vertrekkers iets korter in dienst en iets lager ingeschaald dan de blijvers. De onderlinge verschillen op deze punten zijn echter groter dan onder de blijvers.

## 6.2

### De deelname aan exitinterviews

Via de exitinterviews kunnen we achterhalen wat de redenen voor vertrek waren. In tabel 6.3 is te zien hoe groot het aantal verwerkte enquêtes is, uitgesplitst naar sector en functie, in die zin dat leerlingen onderscheiden zijn van de anderen.

Tabel 6.3

Het aantal verwerkte enquêtes naar sector en functie

	Ziekenhuizen	Psychiatrische ziekenhuizen	Gehandicap- tenzorg	Verpleeghuizen	Totaal
Leerlingen	125	10	50	104	289
Verpleegkundigen en verzor- genden	1.029	117	425	449	2.020
Totaal	1.154	127	475	553	2.309

De enquêtes werden ingevuld in de periode 1994-1997. Tabel 6.4 laat zien dat het aantal in de loop der tijd groeide: van 249 in 1994 tot 799 in 1997.

*Tabel 6.4*  
*Het aantal enquêtes naar jaar en sector*

Jaar	Ziekenhuizen	Psychiatrische ziekenhuizen	Gehandicapten-zorg	Verpleeghuizen	Totaal
1994	129	7	44	69	249
1995	292	20	101	121	534
1996	364	44	167	152	727
1997	369	56	163	211	799
Totaal	1.154	127	475	553	2.309

### 6.3

#### **Achtergronden van vertrek**

Waarom vertrekken verpleegkundigen en verzorgenden? In tabel 6.5 zijn de vertrekredenen van degenen die hun baan in de intramurale zorg verlieten op een rijtje gezet. De vertrekkers noemden gemiddeld 2,86 redenen. Voor meer dan eenderde van de vertrekkers geldt dat de aantrekkingskracht van een nieuwe baan een van de redenen voor vertrek is. Een op de vijf noemt ontplooiing c.q. benutting van de capaciteiten als een reden. Ook de behoefte aan een andere werkkring en loopbaanperspectief scoren hoog. Kortom, voor velen speelt de behoefte om zich in een andere baan te manifesteren.

*Tabel 6.5*  
*Vertrekredenen naar volgorde*

	% respondenten dat een reden noemt
Elders werk gevonden	37
Ontplooiing/benutting capaciteiten	20
Behoeftte aan andere werkkring	18
Loopbaanperspectief	16
Reisafstand/reistijd	16



(vervolg tabel 6.5)

	% respondenten dat een reden noemt
Verhuizing	14
Voldoening in het werk	13
Gezins-/thuisituatie	13
Ouderschap/zwangerschap	12
Opleiding gaan volgen	11
Mogelijkheden meer/minder werken	10
Werktijden en roosters	10
Klimaat afdeling/werkeenheden	8
Werkdruk	7
Beloning (salaris)	7
Opleiding/vorming	7
Geestelijke belasting	7
Huwelijk/samenwonen	6
Besluitvorming/overleg op afdeling	6
Behoefte aan meer vrije tijd	6
Einde dienstverband	6
Leiderschap	5
Onvoldoende opleidingsresultaten (leerlingen)	5
Lichamelijke belasting	5
Autonomie in het werk	4
Gezondheid (WAO)	4
Mogelijkheden kinderopvang	4
Arbeidsomstandigheden	3
Binding aan organisatie of werk	2
Reorganisatie (functie vervalt)	2
Pensioen of OBU	2
Totaal genoemd	286

Tussen mannen en vrouwen doen zich aanzienlijke verschillen voor waar het gaat om de vertrekredenen. Tabel 6.6 laat de tien belangrijkste redenen voor mannen en voor vrouwen zien.

*Tabel 6.6*

*De tien meest genoemde vertrekredenen naar geslacht (% respondenten dat reden noemt)*

<i>Mannen</i>		<i>Vrouwen</i>	
Elders werk gevonden	50	Elders werk gevonden	35
Ontplooiing/benutting capaciteiten	37	Ontplooiing/benutting capaciteiten	18
Loopbaanperspectief	35	Behoeftte aan andere werkring	17
Behoeftte aan andere werkring	23	Reisafstand/reistijd	17
Voldoening in het werk	18	Verhuizing	15
Beloning (salaris)	17	Gezins-/thuisituatie	14
Opleiding gaan volgen	16	Ouderschap/zwangerschap	14
Reisafstand/reistijd	11	Loopbaanperspectief	13
Leiderschap	9	Voldoening in het werk	13
Klimaat afdeling/werkeenheid	9	Mogelijkheden meer/minder werken	11

Voor zowel mannen als vrouwen is de meest genoemde vertrekreden dat men elders werk heeft gevonden. Bij mannen geldt deze vertrekreden voor de helft van de vertrekkers, voor vrouwen voor eenderde. Ook zaken als ontplooiing, loopbaanperspectief en behoefte aan een andere werkring komen we zowel bij mannen als vrouwen tegen, echter bij mannen in veel sterkere mate. Bij één op de zes mannen speelt het salaris een rol bij het vertrek, bij vrouwen speelt de gezinssituatie, ouderschap en zwangerschap vaak een rol. Eén op de negen vrouwen noemt het ontbreken van de mogelijkheid om meer of juist minder tijd te gaan werken. Bij mannen, die doorgaans fulltime werken, komt deze reden nauwelijks voor. Ook naar leeftijd doen zich belangrijke verschillen voor. Tabel 6.7 geeft hier een beeld van.

Tabel 6.7

De tien meest genoemde redenen naar leeftijd (% respondenten dat reden noemt)

Leeftijd tot 25 jaar		Leeftijd tussen 25 en 35 jaar	
Elders werk gevonden	37	Elders werk gevonden	40
Opleiding gaan volgen	23	Ontplooiing/benuttingcapaciteiten	21
Behoeftte aan andere werkkring	17	Behoeftte aan andere werkkring	19
Ontplooiing/benutting capaciteiten	16	Ouderschap/zwangerschap	19
Reisafstand/reistijd	15	Loopbaanperspectief	18
Onvoldoende opleidingsresultaten (leerlingen)	15	Reisafstand/reistijd	18
Verhuizing	14	Gezins-/thuisituatie	15
Loopbaanperspectief	14	Voldoening in het werk	14
Voldoening in het werk	12	Verhuizing	13
Leeftijd tussen 35 en 45 jaar		Leeftijd ouder dan 45 jaar	
Elders werk gevonden	37	Elders werk gevonden	22
Ontplooiing/benutting capaciteiten	27	Pensioen of OBU	21
Behoeftte aan andere werkkring	22	Verhuizing	15
Loopbaanperspectief	19	Behoeftte aan andere werkkring	12
Reisafstand/reistijd	16	Behoeftte aan meer vrije tijd	11
Voldoening in het werk	15	Lichamelijke belasting	11
Gezins-/thuisituatie	15	Ontplooiing/benutting capaciteiten	10
Verhuizing	13	Gezins-/thuisituatie	9
Mogelijkheden meer/minder werken	11	Gezondheid (WAO)	8
Leiderschap	9	Einde dienstverband	8

Bij alle leeftijdscategorieën zien we dat het vinden van werk elders de meest genoemde reden is, hoewel bij degenen die 45 jaar of ouder zijn pensioen en OBU bijna even hoog scoren. Bij jongeren speelt vaak het volgen van een opleiding een rol bij het vertrek; bij de leeftijdscategorieën 25-45 jaar spelen ontplooiingsmogelijkheden en de behoefte aan een andere werkkring een belangrijke rol.

Naar sector klinken de verschillen in personeelssamenstelling door. Zo worden ontplooiingsmogelijkheden relatief vaak in psychiatrische ziekenhuizen genoemd; daar zijn juist veel mannen werkzaam. In de drie andere sectoren komen we meer redenen tegen die veel door vrouwen genoemd worden: gezinssituatie, ouderschap/zwangerschap.

Tabel 6.8

De tien meest genoemde redenen naar sector (% respondenten dat reden noemt)

Ziekenhuizen		Psychiatrische ziekenhuizen	
Elders werk gevonden	37	Elders werk gevonden	52
Ontplooiing/benutting capaciteiten	20	Ontplooiing/benutting capaciteiten	33
Reisafstand/reistijd	19	Loopbaanperspectief	31
Loopbaanperspectief	17	Behoeftte aan andere werkkring	21
Behoeftte aan andere werkkring	16	Voldoening in het werk	17
Verhuizing	14	Verhuizing	14
Ouderschap/zwangerschap	14	Beloning (salaris)	12
Gezins-/thuisituatie	13	Werktijden en roosters	12
Voldoening in het werk	12	Opleiding gaan volgen	9
Opleiding gaan volgen	12	Klimaat afdeling/werkeenhed	9
<i>Gehandicaptenzorg</i>		<i>Verpleeghuizen</i>	
Elders werk gevonden	41	Elders werk gevonden	32
Behoeftte aan andere werkkring	22	Behoeftte aan andere werkkring	19
Ontplooiing/benutting capaciteiten	21	Ontplooiing/benutting capaciteiten	18
Voldoening in het werk	18	Gezins-/thuisituatie	13
Reisafstand/reistijd	18	Opleiding gaan volgen	13
Loopbaanperspectief	14	Loopbaanperspectief	13
Verhuizing	14	Reisafstand/reistijd	12
Gezins-/thuisituatie	13	Verhuizing	12
Ouderschap/zwangerschap	11	Voldoening in het werk	11
Werktijden en roosters	11	Ouderschap/zwangerschap	10

## 6.4

### Wie vertrekt er uit de zorg?

Vertrek uit een instelling wil nog niet zeggen dat men de zorgsector verlaat. Daarom is het goed om onderscheid te maken naar richting van vertrek. In tabel 6.9 is het vertrek uitgesplitst naar richting. We zien aanmerkelijke verschillen tussen mannen en vrouwen.

Tabel 6.9  
De richting van vertrek naar geslacht (in %)

Richting van vertrek	Intramuraal	Elders zorgsector	Ander werk buiten zorg	Geen werk	Totaal
Man	38	12	28	22	100
Vrouw	29	13	19	39	100
Totaal	30	13	21	36	100

Van de mannen verlaat 50% de zorgsector; van de vrouwen 58%. Mannen gaan daarbij veel vaker in een andere bedrijfstak werken; vrouwen stoppen veel vaker (tijdelijk) met werk: ruim eenderde. Genoemde percentages zijn lager dan we eerder uit het Cadans-bestand meldden. Daar bleek 66% de zorgsector te verlaten. Het verschil wordt waarschijnlijk verklaard doordat er minder jongeren en minder mensen met een tijdelijk contract aan de exitinterviews deelnamen.

Ook naar leeftijd doen zich verschillen voor in de vertekrichting. De verschillen zijn echter vooral te verklaren uit het feit dat ouderen veel vaker stoppen met werk.

Tabel 6.10  
De richting van vertrek naar leeftijdsklasse (in %)

Richting van vertrek	Intramuraal	Elders zorgsector	Ander werk buiten zorg	Geen werk	Totaal
Leeftijdsklasse					
-25	31	14	20	35	100
25-34	34	12	21	34	100

(vervolg tabel 6.10)

Richting van vertrek					
35-44	27	16	23	34	100
45+	15	9	15	61	100
Totaal	30	13	21	36	100

Opmerkelijk is dat er naar leeftijdsklasse weinig verschillen zijn. Alleen de categorie 45 jaar en ouder steekt af doordat 61% geen werk meer heeft na het verlaten van het beroep. De overige leeftijdsklassen laten maar weinig onderlinge verschillen zien (tabel 6.10).

Tabel 6.11

De richting van vertrek naar niveau van inschaling (in %)

Richting van vertrek					
FWG-inschaling	Intramuraal	Elders zorg-sector	Ander werk buiten zorg	Geen werk	Totaal
t/m 30	22	15	21	42	100
35	25	24	20	31	100
40	36	9	19	36	100
45	43	9	19	29	100
50+	43	9	18	30	100
Totaal	30	13	21	36	100

Kijken we naar de hoogte van inschaling in de laatste functie dan zien we dat hoger ingeschaalden vaker binnen de intramurale zorg een andere functie hebben gevonden. De lager ingeschaalden vinden vaker een baan in de overige sectoren van de zorgsector. Het gaat hier vooral om ziekenverzorgenden die elders in de ouderenzorg een baan hebben gevonden. Ongeacht het schaalniveau gaat een op de vijf vertrekkers buiten de zorg werken. Bij de laagst ingeschaalden zien we dat men relatief vaak geen werk heeft na vertrek.

Ten slotte hebben we nog gekeken naar het opleidingsniveau (tabel 6.12).

Tabel 6.12  
De richting van vertrek naar vooropleiding (in %)

Richting van vertrek	Intramuraal	Elders zorgsector	Ander werk buiten zorg	Geen werk	Totaal	N =
Verpleging A	40	8	15	36	100	807
Verpleging B	16	11	48	25	100	56
Verpleging Z	33	13	20	34	100	188
Ziekenverzorgende	18	30	24	28	100	316
HBO-V	49	12	19	20	100	173
MDGO-VP	21	21	21	37	100	56
Verzorging	16	15	28	41	100	86
Operatieassistent	64	4	14	18	100	50
MBO-SPW	27	13	28	32	100	102
HBO-IW/Jeugd	21	8	34	37	100	38
Leerling	15	12	20	52	100	240
Overig	16	9	23	53	100	197
Totaal	30	13	21	36	100	2309

Verpleegkundigen met een inservice-A-opleiding, HBO-V'ers en operatie-assistenten, die vaak een verpleegkundige achtergrond hebben, gaan vaak naar andere instellingen in de intramurale zorg. Ziekenverzorgenden gaan relatief vaak elders in de zorg, maar buiten de intramurale gezondheidszorg aan de slag. We zien hier in feite dat de ouderenzorg een aparte arbeidsmarkt lijkt te zijn. Degenen met een inservice-B-opleiding verruilen vaak hun baan in de zorgsector met één in een andere bedrijfstak. Men verandert dan hoogstwaarschijnlijk van beroep. Ook HBO'ers met een opleiding als inrichtingswerker/jeugd, die in de intramurale gezondheidszorg vaak functioneel bij de verpleging en verzorging worden gerekend, gaan vaak buiten de zorg aan de slag. Voor hen geldt dat ze in de sfeer van welzijnswerk hun beroep kunnen voortzetten.

Degenen die tot de categorie overige worden gerekend – dat zullen veelal ongediplomeerden met een tijdelijk dienstverband zijn en leerlingen – verlaten relatief vaak de zorgsector zonder dat men een andere baan heeft.

Leerlingen gaan vaak een andere opleiding volgen. Ook verzorgenden stoppen relatief vaak met betaald werk. Overigens komt deze categorie veel minder voor in de intramurale gezondheidszorg dan in de thuiszorg en bij de verzorgingshuizen. We kunnen dit ook zien aan de N waarop een en ander gebaseerd is.

Kijken we naar de verschillende sectoren, dan zien we de verschillen tussen mannen en vrouwen terugkomen in de verschillen tussen de sectoren (tabel 6.13). Zo vertrekt men uit de psychiatrie relatief vaak naar andere bedrijfstakken. De vertrekkers uit de ziekenhuizen en de gehandicaptenzorg gaan relatief vaak naar andere instellingen in de intramurale zorg. Voor verpleeghuizen geldt dat men veel meer op andere zorgsectoren georiënteerd is: verzorgingshuizen en thuiszorg.

Tabel 6.13

De richting van vertrek naar sector (in %)

Richting van vertrek	Intramuraal	Elders zorg-sector	Ander werk buiten zorg	Geen werk	Totaal
Ziekenhuizen	40	8	16	37	100
Psychiatrische ziekenhuizen	19	16	40	25	100
Gehandicaptenzorg	28	13	24	36	100
Verpleeghuizen	16	23	23	38	100
Totaal	30	13	21	36	100

## 6.5

### Had het vertrek uit de zorg voorkomen kunnen worden?

Een belangrijke vraag is of het vertrek voorkomen had kunnen worden.

Uiteraard is dit een complexe materie waarin veel zaken zowel aan de kant van de vertrekkers als bij de achterblijvende organisatie een rol spelen. Met name de mogelijkheden en onmogelijkheden om zaken te veranderen zullen per geval verschillen.

Van de kant van de vertrekkers is er wel iets over te zeggen. Aan de respondenten is daartoe de volgende vraag voorgelegd: het is mogelijk dat uw vertrek voorkomen had kunnen worden als bepaalde aspecten van uw werk (die u eerder genoemd hebt) verbeterd waren of er anders uit hadden gezien. Als dit het geval is, wilt u dan aangeven om welke aspecten het gaat?



Deze vraagstelling is met name interessant waar het degenen betreft die de zorgsector verlaten en dus een punt zetten achter de uitoefening van het beroep van verpleegkundige of verzorgende. In tabel 6.14 is op een rijtje gezet over welke groep we het dan hebben.

Tabel 6.14

Onderverdeling van vertrekkers naar richting en mogelijkheden om vertrek te voorkomen

	Vertrek naar	
	Binnen zorg	Buiten zorg
Niet te voorkomen	50	57
Wel te voorkomen	50	43
	100	100
Totaal	53	47

In paragraaf 6.3 kwamen alle vertrekkers aan bod, het totaal van 100% uit tabel 6.14. Voor instellingen in de zorg is dit het vertrek dat zij vaststellen: het zijn de mensen die 'de poort uitgaan'.

In het navolgende zullen we ingaan op de mensen die de zorg verlaten, 47% van de vertrekkers, en onder hen degenen die aangeven dat naar hun idee hun vertrek voorkomen had kunnen worden, dat wil zeggen 43% van degenen die de zorgsector verlaten hebben. Al met al gaat het dan om 20%, oftewel één op de vijf van al degenen die uit een instelling vertrekken.

Geconstateerd mag worden dat 43% van degenen die vertrokken zijn uit de zorg, de mening is toegedaan dat het vertrek voorkomen had kunnen worden als bepaalde aspecten van het werk verbeterd waren of er anders uit hadden gezien. Tabel 6.15 laat zien dat er naar leeftijd grote verschillen zijn. Zowel de jongeren als de ouderen zijn veel minder vaak van mening dat hun vertrek voorkomen had kunnen worden. Naar sector zijn de verschillen gering, wanneer we rekening houden met het feit dat in psychiatrische ziekenhuizen veel mannen werkzaam zijn. Zij zijn vaker dan vrouwen van oordeel dat veranderingen of verbeteringen in hun werksituatie vertrek hadden kunnen voorkomen.

Opvallend is dat van degenen die buiten de zorgsector een andere baan gevonden hebben, maar liefst 54% van oordeel is dat dat vertrek voorkomen had kunnen worden. Omdat maar 30% van degenen die de

zorgsector verlaten en geen andere baan hebben van mening is dat hun vertrek voorkomen had kunnen worden, komen we totaal uit op 43%.

*Tabel 6.15*

*Respondenten die de zorgsector verlaten en van mening zijn dat hun vertrek te voorkomen was geweest (in % van totaal per groep)*

<i>Leeftijd</i>	
tot 25 jaar	30
25-34	49
35-44	49
45+	31
<i>Geslacht</i>	
man	57
vrouw	41
<i>Sector</i>	
ziekenhuis	43
psychiatrisch ziekenhuis	49
gehandicaptenzorg	44
Verpleeghuis	40
<i>Vooropleiding</i>	
Verpleging A	46
Verpleging B	63
Verpleging Z	43
Ziekenverzorgende	46
HBO-V	43
MDGO-VP	38
Verzorging	48
Leerling	36
Overig	31
Totaal	43

Welke aspecten hadden verbeterd moeten worden of er anders uit moeten zien om het vertrek te voorkomen? Tabel 6.16 laat de meest genoemde aspecten zien.

*Tabel 6.16*

*De tien meest genoemde redenen waarbij vertrek uit de zorgsector voorkomen had kunnen worden naar geslacht (in %)*

<i>Mannen</i>		<i>Vrouwen</i>	
Loopbaanperspectief	41	Mogelijkheden meer/minder werken	28
Ontplooiing/benutting capaciteiten	38	Ontplooiing/benutting capaciteiten	22
Beloning (salaris)	21	Werktijden en roosters	18
Opleiding/vorming	20	Loopbaanperspectief	17
Klimaat afdeling/werkeenheid	19	Klimaat afdeling/werkeenheid	15
Voldoening in het werk	17	Mogelijkheden kinderopvang	14
Besluitvorming/overleg op afdeling	14	Werkdruk	13
Werktijden en roosters	14	Voldoening in het werk	11
Leiderschap	11	Besluitvorming/overleg op afdeling	11
Werkdruk	10	Opleiding/vorming	10

Gezien de richting van vertrek is het niet verwonderlijk dat er tussen mannen, die vaker buiten de zorg werk vinden, en vrouwen, die vaker stoppen met betaald werk, verschillen bestaan in de redenen die vertrek hadden kunnen voorkomen. Zo speelt bij een kwart van de vrouwen een rol dat de mogelijkheid om meer of minder uren te gaan werken onvoldoende aanwezig was. Ook werktijden en roosters vormen vaak een bottleneck. Bij mannen speelt loopbaanperspectief en ontplooiingsmogelijkheden een veel grotere rol. Ook de beloning, het salaris, wordt door hen veel vaker genoemd.

Tabel 6.17

De tien meest genoemde redenen waarbij vertrek uit de zorgsector voorkomen had kunnen worden naar leeftijd (in %)

Leeftijd tot 25 jaar		Leeftijd tussen 25 en 35 jaar	
Opleiding/vorming	21	Mogelijkheden meer/minder werken	32
Werkdruk	20	Ontplooiing/benutting capaciteiten	22
Werktijden en roosters	18	Loopbaanperspectief	20
Ontplooiing/benutting capaciteiten	16	Werktijden en roosters	19
Geestelijke belasting	15	Mogelijkheden kinderopvang	18
Loopbaanperspectief	14	Klimaat afdeling/werkeenheid	15
Klimaat afdeling/werkeenheid	14	Besluitvorming/overleg op afdeling	12
Beloning (salaris)	12	Voldoening in het werk	12
Lichamelijke belasting	10	Werkdruk	11
Mogelijkheden meer/minder werken	9	Beloning (salaris)	11
Leeftijd tussen 35 en 45 jaar		Leeftijd ouder dan 45 jaar	
Ontplooiing/benutting capaciteiten	36	Ontplooiing/benutting capaciteiten	34
Loopbaanperspectief	26	Loopbaanperspectief	32
Werktijden en roosters	18	Klimaat afdeling/werkeenheid	17
Klimaat afdeling/werkeenheid	18	Arbeidsomstandigheden	17
Voldoening in het werk	18	Lichamelijke belasting	15
Mogelijkheden meer/minder werken	17	Mogelijkheden meer/minder werken	12
Besluitvorming/overleg op afdeling	13	Autonomie in het werk	12
Leiderschap	13	Werkdruk	12
Werkdruk	13	Leiderschap	10
Beloning (salaris)	10	Werktijden en roosters	10

Naar leeftijd zijn er opmerkelijke verschillen. Jongeren onder de 25 jaar, waarvoor sowieso al geldt dat hun vertrek minder vaak voorkomen had kunnen worden, noemen opleiding/vorming vaak en ook de werkdruk. Voor de categorie tussen 25 en 35 jaar geldt dat de mogelijkheden om meer of minder te gaan werken heel belangrijk zijn. Loopbaanperspectief en benutting van capaciteiten is vooral op de leeftijd boven 35 jaar een

zwaarwegend argument. Bij de categorie boven 45 jaar worden ook relatief vaak de arbeidsomstandigheden en lichamelijke belasting genoemd.

Ten slotte is nog nagegaan welke redenen genoemd worden naar vooropleiding die men genoten heeft. We zien ook hierbij opvallende verschillen (zie bijlagetabel B6.1).

De HBO-V'ers en inservice-B-opgeleiden noemen relatief vaak loopbaanperspectief, ontplooiingsmogelijkheden en salaris. Onder deze categorieën is het aandeel mannen relatief hoog. De inservice-A-opgeleiden noemen juist vaak de mogelijkheid om meer/minder te werken en verder ook ontplooiingsmogelijkheden en loopbaanperspectief.

Ziekenverzorgenden noemen vaak aspecten die met werkomstandigheden te maken hebben, zoals het klimaat op de afdeling, werktijden en werkdruk. Een aparte groep vormen de leerlingen die de zorg verlaten. Als vertrekredenen die voorkomen hadden kunnen worden, komen twee aspecten naar voren: een zekere ontevredenheid met de opleiding en de werkomstandigheden. Werkdruk en geestelijke belasting worden vaak genoemd. Dat de andere verpleegkundigen en verzorgenden deze facetten niet zo vaak noemen, ligt voor de hand: degenen die beter met deze aspecten van het beroep weten om te gaan zullen eerder de opleiding afmaken en het beroep blijven uitoefenen.

## 6.6

### Conclusie

In de intramurale gezondheidszorg is er een grote groep verpleegkundigen en verzorgenden, die niet van baan verandert. We zien dan ook dat de gemiddelde duur dat men in dienst is bij eenzelfde werkgever snel toeneemt. Het zijn juist degenen die gemiddeld korter in dienst zijn, die vertrekken. Dit geldt voor elke leeftijdsklasse. Bovendien neemt de vertrek kans met het oplopen van de leeftijd af. De vertrekkers vertonen overigens meer verscheidenheid dan de blijvers als we letten op het aantal jaren dat men in dienst was bij de laatste werkgever en de hoogte van de inschaling. Gemiddeld gezien zijn de vertrekkers weliswaar iets korter in dienst en iets lager ingeschaald dan de blijvers, maar de onderlinge verschillen op deze punten zijn veel groter dan onder de blijvers.

Ongeveer 10% van de verpleegkundigen en verzorgenden vertrekt jaarlijks uit hun instelling. De mobiele groep vinden we vooral bij de leerlingen en de

jongeren. Van de vertrekkers is dan ook bijna de helft onder de 26 jaar. Eenderde van de vertrekkers is tussen de 26 en 35 jaar.

Van de vertrekkers gaat 45% in een andere instelling in de zorg werken. Motieven voor vertrek zijn vooral de aantrekkelijkheid van de nieuwe baan, ontplooiingsmogelijkheden en behoefte aan een andere werkring. Voor instellingen in de zorg is het in verband met hun personeelsvoorziening van belang om te weten dat 46% van het vertrek volgens de respondenten voorkomen had kunnen worden.

Voor de intramurale zorgsector in totaliteit is het van belang dat de helft van de vertrekkers de zorgsector verlaat en dus hoogstwaarschijnlijk een punt zet achter de beroepsuitoefening. Bij 43% van hen had het vertrek naar de mening van de respondenten voorkomen kunnen worden. De genoemde vertrekredenen die hierbij een rol spelen verschillen sterk per groep. Zo hadden mannen volgens hun zeggen behouden kunnen worden wanneer er betere loopbaanperspectieven en ontplooiingsmogelijkheden waren geweest. Voor vrouwen is de belangrijkste reden de mogelijkheid om meer/minder te gaan werken, op ruime afstand gevolgd door ontplooiingsmogelijkheden. Ook naar leeftijd zijn er opmerkelijke verschillen. Jongeren noemen als belangrijkste vertrekreden: opleiding/vorming en werkdruk. De mogelijkheden om meer/minder te gaan werken zijn dominant bij de leeftijdscategorie tussen de 25 en 35 jaar, terwijl voor de oudere leeftijdscategorieën ontplooiingsmogelijkheden en loopbaanperspectief als belangrijkste factoren naar voren komen. Bij de leeftijdscategorie ouder dan 45 jaar worden ook relatief vaak de arbeidsomstandigheden en lichamelijke belasting genoemd. Kijken we naar vooropleiding, dan zien we dat de samenstelling naar leeftijd en geslacht, factoren die we hiervoor al behandelden, de uitkomsten sterk beïnvloeden. Daarnaast valt op dat ziekenverzorgenden relatief vaak werkomstandigheden noemen. Leerlingen noemen vaak de opleiding zelf en ook werkomstandigheden, zoals werkdruk en geestelijke belasting.

Het maximale effect van verloopbeheersing voor de (intramurale) gezondheidszorg bij verpleegkundigen en verzorgenden bedraagt 55% (vertrek uit het beroep)  $\times$  43% (te voorkomen vertrek) oftewel ruim 20% van het totale vertrek. Het gaat dan om ongeveer 2% van het bestand aan verpleegkundigen en verzorgenden dat voor het beroep voor enige tijd behouden zou kunnen blijven.

Het bieden van betere ontplooiingsmogelijkheden, een betere benutting van de capaciteiten die mensen hebben en een goed loopbaanperspectief vormen het belangrijkste aanknopingspunt om vertrek uit het beroep te voorkomen.

Daarnaast zijn er factoren die vooral specifieke categorieën van verpleegkundigen en verzorgenden betreffen. Veel vrouwen zouden behouden kunnen blijven wanneer de mogelijkheden om meer of minder te werken soepeler gehanteerd zouden worden. Ziekenverzorgenden zouden vooral gebaat zijn bij betere werkomstandigheden (werkdruk, klimaat op de afdeling). Leerlingen zouden gebaat zijn bij het beter leren omgaan met werkdruk en geestelijke belasting.

## 7

# Slotbeschouwing

In dit deel van het rapport *Verpleging en verzorging in kaart gebracht* is het thema 'Vertrekredenen van verpleegkundigen en verzorgenden' nader bekeken. Over dit onderwerp is echter op landelijk niveau weinig informatie beschikbaar. Weliswaar bieden de gegevens van Cadans enig inzicht in het verloop en de stromen tussen de sectoren, maar informatie over de redenen waarom verpleegkundigen en verzorgenden het dienstverband al dan niet vrijwillig opzeggen, is slechts op beperkte schaal beschikbaar. Een belangrijke bron in deze zijn de exitinterviews onder vertrekkend personeel in de intramurale sector van het NZi. Voor de thuiszorg en de verzorgingshuizen daarentegen ontbreken dit soort gegevens. Vandaar dat voor dit onderzoek door het NIVEL – analoog aan deze NZi-exitinterviews – voor de thuiszorg en de verzorgingshuizen een vragenlijst is ontwikkeld en vervolgens is uitgezet onder verpleegkundigen en verzorgenden die gedurende 1997 uit dienst waren getreden. De vragen die hierbij centraal stonden waren: Hoeveel verpleegkundigen en verzorgenden stoppen met werken? Is daar de afgelopen jaren iets in veranderd? Wat zijn de kenmerken van de vertrekkers? Had hun vertrek voorkomen kunnen worden? Zijn er verschillen in vertrekredenen tussen de sectoren waarin verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam zijn? Zijn er daarbij verschillen tussen verpleegkundigen en verzorgenden?

### 7.1

#### **Thuiszorg**

In 1995 hebben ongeveer 9000 verpleegkundigen en verzorgenden al dan niet vrijwillig het dienstverband beëindigd, oftewel 13,5% van het totaal aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden. Vergeleken met de overige sectoren binnen de gezondheidszorg is dit niet extreem hoog of laag. Bijna een vijfde van hen blijft in de thuiszorg, zij veranderen enkel van



werkgever. Volgens Cadans zou 10% naar een andere sector gaan en 72% zou er tijdelijk of definitief mee stoppen.

Met betrekking tot de redenen van vertrek zijn er verschillen tussen zowel de drie typen uittreeders als tussen verpleegkundigen en verzorgenden. Zo is bijvoorbeeld zwangerschap en gezinsuitbreiding voor verzorgenden een veel vaker genoemde reden om definitief of tijdelijk te stoppen dan voor verpleegkundigen. Onderzoek over opvattingen van aankomende verpleegkundigen en verzorgenden laat ook 'opvallende verschillen' zien tussen HBO-V'ers en B-verpleegkundigen enerzijds en MDGO-VP-opgeleiden anderzijds: van de MDGO-VP'ers zou 53% stoppen met werken na de geboorte van een kind tegen 15% en 7% van respectievelijk HBO-V'ers en B-verpleegkundigen (Knol en De Voogd, 1992).

B-verpleegkundigen zijn meer bereid om bij gezinsuitbreiding in deeltijd te gaan werken, meer dan MDGO-VP'ers.

Uit de NIVEL-enquêtes blijkt verder dat verpleegkundigen die definitief hun werkzaamheden hebben neergelegd meer de nadruk leggen op te weinig ontplooiingsmogelijkheden en een hoge lichamelijke werkbelasting. Tijdelijk gestopte verpleegkundigen noemen vooral te weinig mogelijkheden voor ontplooiing, carrière, scholing als reden om tijdelijk het werk neer te leggen. Naast zwangerschap en gezinsuitbreiding zeggen de verzorgenden die tijdelijk het werk neerleggen dat het gebrek aan flexibiliteit een rol speelt: meer of minder uren en op passende uren en dagen. In dit kader kan opnieuw het onderzoek van Knol en De Voogd (1991) genoemd worden: ziekenverzorgenden bleken over het algemeen vaker dan verpleegkundigen de eis te stellen op geschikte tijden te willen werken. Uit de NIVEL-enquête blijkt verder dat onvoldoende kinderopvang voor de verzorgenden eveneens een belangrijke reden is om tijdelijk te stoppen.

Verzorgenden die er definitief mee stoppen, geven naast zwangerschap en gezinsuitbreiding vooral redenen op die samenhangen met de werkbelasting: het werk is lichamenlijk te zwaar, de werkdruk is te hoog en men wil geen onregelmatige diensten meer draaien. Over het algemeen lijkt in de zorgsector 'het verschijnsel dat werkende vrouwen definitief stoppen met werken als ze kinderen krijgen af te nemen', aldus Vermeulen, e.a. (1997). In hun onderzoek zegt 'slechts 5% van de verplegenden en verzorgenden van plan te zijn tussentijds te stoppen met werken in verband met kinderen'. Uit de resultaten van de NIVEL-enquête blijkt dat het vooral de verzorgenden zijn die van plan zijn te stoppen bij het krijgen van kinderen.

Bij de gevonden verschillen in vertrekredenen tussen verpleegkundigen en verzorgenden speelt het opleidingsniveau ook een rol: nadere analyses

binnen de verpleegkundige beroepsgroep tonen aan dat HBO-opgeleiden het ontbreken van mogelijkheden voor ontplooiing belangrijker vinden dan MBO-opgeleiden.

Geen verschillen zijn gevonden tussen verpleegkundigen en verzorgenden die naar een andere sector zijn gegaan. Zij noemen overwegend dezelfde redenen, zoals ontplooiingsmogelijkheden, behoefte aan een andere werkring en meer mogelijkheden om op passende uren en dagen te werken.

Zo'n 30% tot 60% van de verpleegkundigen en verzorgenden die aan dit onderzoek hebben meegewerkt, heeft aangegeven dat hun vertrek mogelijk voorkomen had kunnen worden. Hierbij is niet zozeer sprake van opzichzelfstaande arbeidsaspecten, maar gaat het vooral om combinaties van factoren. Deze liggen in het verlengde van de genoemde vertrekredenen. Ook hier leggen verpleegkundigen en verzorgenden iets andere accenten. Zowel definitief als tijdelijk gestopte verpleegkundigen leggen in eerste instantie de nadruk op zaken als meer mogelijkheden voor ontplooiing, scholing en carrière. Verzorgenden leggen meer het accent op werkomstandigheden, zoals een lagere werkdruk, lichamelijk minder zwaar werk en het (niet of minder) draaien van onregelmatige diensten, maar ook wordt meer flexibiliteit verlangd. Ten slotte zou een verbeterde kinderopvang verzorgenden mogelijk doen besluiten er (nog) niet tijdelijk mee te stoppen. Een en ander blijkt ook uit een onderzoek van Knol en De Voogd (1991): als vrouwen kinderen te verzorgen hebben, zegt 36% te willen blijven werken bij aanwezigheid van kinderopvang; 56% wil blijven werken wanneer in deeltijd gewerkt kan worden.

## 7.2

### Verzorgingshuizen

De uitstroom in de sector verzorgingshuizen bedraagt in 1995 ongeveer 5500 verpleegkundigen en verzorgenden en is daarmee, verhoudingsgewijs, de hoogste binnen de gezondheidszorg: bijna 15% van het totaal aantal werkenden. Ongeveer een kwart van hen blijft in de sector, zij veranderen alleen van werkgever. Volgens Cadans zou 21% naar een andere sector gaan en 57% zou tijdelijk of definitief stoppen.

Wat betreft de vertrekredenen geven zowel definitieve als tijdelijke stoppers te kennen dat zwangerschap of gezinsuitbreiding en het niet op passende uren of dagen kunnen werken, belangrijke redenen zijn geweest om het werk neer te leggen. Even belangrijk als zwangerschap bleek voor definitieve stoppers de behoefte aan een andere werkring. Deze reden geldt vooral

voor hen die buiten de zorgsector op zoek zijn gegaan naar een baan. Daarnaast worden door zowel tijdelijke als definitieve stoppers werkgerelateerde aspecten genoemd zoals geestelijk en/of lichamelijk te zwaar werk, maar ook ziekte heeft een belangrijke rol gespeeld bij de beslissing om ermee te stoppen. Duidelijk andere redenen worden genoemd door verzorgenden en verpleegkundigen die naar een andere zorgsector zijn gegaan. Redenen die bij hen hebben meegespeeld, hebben vooral te maken met gebrek aan voldoening en ontplooiings-, carrière- en scholingsmogelijkheden, enzovoort. Kennelijk verwachten zij in een andere sector meer mogelijkheden te vinden.

Uit de NIVEL-enquêtes blijkt dat zo'n 40% tot 70% van de vertrekkers van mening is dat hun vertrek voorkomen had kunnen worden. Daarbij gaat het, evenals in de thuiszorg, vooral om combinaties van factoren die in het verlengde liggen van de genoemde vertrekredenen. Zo worden door de definitieve stoppers een betere kinderopvang, de mogelijkheid om op passende uren of dagen te kunnen werken en geestelijk minder zwaar werk, het vaakst als redenen genoemd. Naast een lagere werkdruk, lichamelijk minder zwaar werk wordt ook geestelijk minder zwaar werk veelvuldig door tijdelijke stoppers aangegeven als een aspect dat mogelijk hun vertrek had kunnen voorkomen. Verder zou voor de tijdelijke stoppers de mogelijkheid om minder of meer uren per week te werken en een betere interne besluitvorming, overwegingen zijn om niet tijdelijk te stoppen. Verzorgenden en verpleegkundigen die naar een andere zorgsector zijn gegaan, stellen dat de mogelijkheid om minder of meer uren per week, een betere interne besluitvorming en overlegstructuur, meer mogelijkheden voor carrière en ontplooiing werkaspecten zijn die mogelijk hun vertrek naar een andere sector hadden kunnen voorkomen.

### 7.3

#### **Intramurale zorg**

In de intramurale gezondheidszorg blijkt jaarlijks ongeveer 10% van de verpleegkundigen en verzorgenden uit de instelling te vertrekken. Uit een studie van het NEI (Knol en De Voogd 1991) blijkt dat er belangrijke verschillen bestaan tussen verschillende groepen verpleegkundigen en verzorgenden: Z-verpleegkundigen kennen een geringere mobiliteit dan bijvoorbeeld de ziekenverzorgenden terwijl de HBO-V-opgeleiden gekenmerkt worden door een zeer hoge mobiliteit. Uit de NZi-exitinterviews blijkt verder dat vergeleken met de werkzame verpleegkundigen en verzorgenden, de vertrekkers gemiddeld korter in dienst zijn. Het zijn dan

ook vooral de jongeren die het beroep verlaten; bijna de helft is jonger dan 26 jaar. Een en ander bleek ook al uit een NEI-onderzoek (Knol en De Voogd 1991) en een studie van Gerritse en Van der Windt (1991). In het laatstgenoemde onderzoek wordt geconstateerd: 'Wanneer verpleegkundigen en ziekenverzorgenden de eerste paar jaar van hun beroep volmaken, is de kans groot is dat zij gedurende lange tijd het beroep blijven uitoefenen.' Uit het NIVEL-onderzoek in de thuiszorg en in de verzorgingshuizen blijkt eveneens dat het om relatief jonge mensen gaat die vertrekken.

In verband met de personeelsvoorziening is het op instellingsniveau van belang te weten dat 45% van de vertrekkers in een andere zorginstelling gaat werken. Motieven hiervoor zijn de aantrekkelijkheid van een nieuwe baan, ontplooiingsmogelijkheden en de behoefte aan een andere werkring. Van belang is verder dat van deze groep 46% heeft aangegeven dat hun vertrek voorkomen had kunnen worden. Voor de intramurale zorgsector in zijn geheel blijkt dat de helft van alle vertrekkers de sector definitief of tijdelijk heeft verlaten. Hiervan heeft 43% aangegeven dat hun vertrek eventueel voorkomen had kunnen worden. Met name mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden zeggen dat zij mogelijk waren gebleven indien er binnen de instelling betere ontplooiingsmogelijkheden waren geweest. Ook veel vrouwen noemen dit aspect, echter bij hen speelt met name de (on)mogelijkheid om meer of minder te gaan werken een belangrijke rol. Nadere analyses in de thuiszorg doen vermoeden dat deze verschillen tussen mannen en vrouwen waarschijnlijk ook samenhangen met opleidingsachtergrond. Ook het feit of men één- of tweeverdiener is speelt hierbij een rol. Knol en De Voogd (1991) vonden in hun onderzoek onder werkzame en werkloze verpleegkundigen en verzorgenden dat de gezinssituatie een belangrijk motief is voor met name vrouwen om minder uren te gaan werken.

Uit de NZi-exitinterviews kwam verder naar voren dat er verschillen bestaan tussen leeftijdscategorieën wat betreft de werkaspecten die het vertrek eventueel hadden kunnen voorkomen. Betere opleidingsmogelijkheden en lagere werkdruk werden met name door jongeren tot 23 jaar genoemd. De 23- tot 35-jarigen noemen vooral de mogelijkheid meer of minder te kunnen werken, terwijl voor de oudere leeftijdscategorieën ontplooiingsmogelijkheden en loopbaanperspectieven als belangrijkste factoren naar voren komen. Ook in het onderzoek van Knol en De Voogd (1991) blijkt dat het aspect 'mogelijkheden tot ontplooiing' een belangrijk motief is. Wanneer rekening wordt gehouden met deze aspecten, zou het maximale verloopbeheersingseffect 20% van het totaal aantal vertrekkers bedragen.

Dit betekent dat 2% van de verpleegkundigen en verzorgenden in de intramurale sector behouden zou kunnen worden als aan bovengenoemde voorwaarden voldaan zou zijn.

Met betrekking tot de resultaten van het deelonderzoek naar de uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden in de zorgsector, moet de kanttekening worden gemaakt dat voor een aantal sectoren de aantallen respondenten veelal te klein zijn om de noodzakelijke vergelijkende analyses te kunnen maken. Een systematische gegevensverzameling over de uitstroom in alle instellingen in de zorgsector zou een belangrijke verbetering kunnen betekenen voor het volledig in kaart brengen van de achtergrond van de uitstroom. Ondanks deze kanttekening geven de resultaten van dit onderzoek belangrijke indicaties omtrent de omvang van de uitstroom, alsmede de redenen die daarbij een rol hebben gespeeld. Met enige voorzichtigheid kan dan ook in de eerste plaats geconcludeerd worden dat de afgelopen vijf jaar de uitstroom in alle sectoren is teruggelopen. In de tweede plaats zijn er duidelijke verschillen in vertrekredenen tussen verpleegkundigen en verzorgenden. De verpleegkundigen vertrekken voornamelijk om redenen die samenhangen met de beperkte carrière-mogelijkheden in de zorgsector. Om deze groep voor de zorgsector te behouden, zullen er met name mogelijkheden gecreëerd moeten worden in de sfeer van scholing en doorgroeimogelijkheden. Bij de verzorgenden daarentegen hangt het vertrek voornamelijk samen met de veranderingen in de gezinssituatie. Een groot deel zou overigens best willen blijven werken als de werksituatie wat beter zou kunnen worden afgestemd op de gezinssituatie. Dit betekent onder andere verbetering in de kinderopvang en verbetering in de mogelijkheden om flexibel te kunnen werken.

## Literatuur

Gerritse, A.J. & W. van der Windt (1991), *Van verloop naar loopbaan. Een arbeidsmarktverkenning verpleging en verzorging in de negentiger jaren*. NZi, Utrecht.

IVA/ROA (1998, in druk), *Stromen op de arbeidsmarkt in de zorgsector*. OSA, Den Haag.

Knol, H.W. & J. de Voogd (1991), *Mobiliteit op de arbeidsmarkt. Onderzoek onder werkzame en werkloze verpleegkundigen en ziekenverzorgenden*. NEI/Zoetermeer: NRV, Rotterdam.

Knol, H.W. & J. de Voogd (1991), *Mobiliteit op de arbeidsmarkt. Onderzoek onder uitgetreden verpleegkundigen en ziekenverzorgenden*. NEI/Zoetermeer: NRV, Rotterdam.

Knol, H.W. & J. de Voogd (1992), *Verwachte loopbanen van aankomende verpleegkundigen en ziekenverzorgenden*. NEI/Zoetermeer: NRV, Rotterdam.

OSA (1997), *Tendrapport aanbod van arbeid 1997*. OSA, Den Haag.

Vermeulen, H.J.J.M. (1997), *De dynamiek op de arbeidsmarkt in de zorgsector (AMOZ-II)*. OSA, Den Haag.

Vermeulen, H.J.J.M., F.J.G. Bruggert, Y.K. Grift & J.J. Siegers (1997), *De urenbeslissing van verplegenden en verzorgenden*. OSA, Den Haag.

Windt, W. van der (1996), *Quo vadis? Verslag over gesystematiseerde Exit-interviews*. NZi, Utrecht.

Windt, W. van der, H. Calsbeek & L. Hingstman (1997), *Verpleging en verzorging in kaart gebracht*. De Tijdstroom/LCVV, Utrecht.

# Bijlage bij deel B

## Hoofdstuk 2

### Exitformulier

(in te vullen door personeelsfunctionaris)

afdeling/divisie

\*volgnummer

\* s.v.p. coderen in cijfer

In verband met uw privacy wordt deze pagina niet verzonden aan het NZi!

Naam .....

Voornaam .....

Afdeling .....

Naam leidinggevende

.....



(in te vullen door personeelsfunctionaris)

instellingscode  afdeling/divisie  volgnummer **I Algemene gegevens**

1 Datum van invullen ... (dag) ... (maand) 19..

**Persoonlijke omstandigheden**

2 Wat is uw geboortejaar? 19 ...

3 Bent u man of vrouw?  1 man  
 2 vrouw4 Bent u gehuwd/samenwonend of alleenstaand?  1 gehuwd/samenwonend  
 2 alleenstaand5 Bent u alleenverdiener?  1 nee  
 2 ja**Gegevens over uw werk/functie in de instelling die u verlaat**

6 Datum in dienst ... .. (maand) 19..

7 Datum uit dienst ... .. (maand) 19..

8 Wat is de aard van het dienstverband?  1 vast  
 2 tijdelijk  
 3 oproep-, poolkracht9 Betreft het een fulltime- of parttime-aanstelling?  1 fulltime  
 2 parttime, namelijk ... % van een volledige werkweek

10 Wat is uw functie? functie: .....

11 Hoe lang werkt u in deze functie?  1 korter dan 1 jaar  
 2 1 tot 3 jaar  
 3 3 tot 5 jaar  
 4 5 tot 10 jaar  
 5 langer dan 10 jaar

- 12 Verdient u het minimum (jeugd)loon?  1 nee (ga door met vraag 13)  
 2 ja (ga door met vraag 14)
- 13 In welke functiewaarderinggroep (FWG) bent u ingeschaald? (omcirkel)
- 1 jeugdschaal, nummer: 03 08 13 18 23 28 33
- 2 aanloopschaal, nummer: 24 29 34 39 44 49 54 59 64 69 74 79
- 3 functionele schaal, nummer: 05 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80

14 In verband met de beroepskrachtenplanning in de gezondheidszorg is het van belang te weten welk diploma u bezit van een of meer specifieke opleidingen voor de gezondheidszorg. Indien u een of meerdere van onderstaande diploma's bezit, wilt u dat dan aangeven?

Bent u in het bezit van een (kruis aan):

**diploma verpleging/verzorging**

- 1 A-verpleegkundige/verpleegkundige algemene ziekenhuizen
- 2 B-verpleegkundige (psychiatrisch)
- 3 Z-verpleegkundige (zwakzinnigenzorg)
- 4 ziekenverzorgende (ZV)
- 5 verpleegkundige HBO-V
- 6 verplegende MBO-V of MDGO-VP
- 7 verzorgingsassistent/zorgassistent
- 8 verpleegassistent/assistent ziekenverzorgende
- 9 bejaardenhelpende
- 10 bejaardenverzorgende

**medisch-assisterend personeel**

- medisch analist, HLO →  
richting:  30 klinische chemie  
 31 medische microbiologie  
 32 cyto-histopathologie
- medisch analist, MLO →  
richting:  40 klinische chemie  
 41 medische microbiologie  
 42 cyto-histopathologie
- 13 operatie-assistent, chirurgie
- 14 operatie-assistent, anesthesiologie

**paramedische beroepen**

- 15 ergotherapeut
- 16 fysiotherapeut
- 17 radiodiagnostisch laborant
- 18 radiotherapeutisch laborant
- 19 laborant medische beeldvormende en radiotherapeutische technieken (MBRT)

**psychologische/sociaal-agogische beroepen**

- 20 activiteitenbegeleider (MDGO-AB/MBO-AB en -AT)
- 21 inrichtingswerkende (MDGO-Agogisch Werk/MBO-AW)
- 22 inrichtingswerkende (HBO-inrichtingswerk)
- 23 jeugdwerker (HBO-jeugdwerk)

**medische beroepen**

- 24 arts
- 25 medisch specialist
- 26 verpleeghuisarts

**II Vragen omtrent werkbeleving**

De komende vragen hebben betrekking op een aantal aspecten van uw werk. De bedoeling is dat u nog eens terugblijkt op uw werk en aankruist hoe u de verschillende facetten van uw werk gewaardeerd heeft. Let u daarbij op dat niet alle aspecten in dezelfde richting geformuleerd zijn: de meeste aspecten zijn positief geformuleerd. Als u deze aspecten positief waardeert, zult u het eens zijn met de formulering. Bij enkele aspecten (nr. 22, 25, 26 en 27) geldt het omgekeerde: als u het met deze negatief geformuleerde uitspraken eens bent, bent u hierover dus niet tevreden.

	(1) volledig mee eens	(2) mee eens	(3) eens noch oneens	(4) mee on- eens	(5) volstrekt mee on- eens
1 Mijn salaris staat in verhouding tot het werk dat ik doe.					
2 Er zijn in deze instelling voldoende mogelijkheden voor kinderopvang.					
3 Er zijn voldoende mogelijkheden om parttime te gaan werken.					
4 Er wordt bij werktijden voldoende rekening gehouden met persoonlijke omstandigheden.					
5 Er is voldoende aandacht voor mijn loopbaan.					
6 Ik heb hier goede vooruitzichten op verdere groei in het werk.					
7 Ik heb hier voldoende mogelijkheden voor het volgen van een opleiding of een cursus.					
8 In mijn werk komen mijn mogelijkheden voldoende tot hun recht.					
9 De belangrijkste besluiten op de afdeling/werkeenheid worden in overleg genomen.					

	(1) volledig mee eens	(2) mee eens	(3) eens noch oneens	(4) mee on- eens	(5) volstrekt mee on- eens
10 Het werk-/teamoverleg (waaraan u geen leiding geeft) verloopt over het algemeen goed.					
11 Ik krijg voldoende informatie over het beleid in de organisatie.					
12 Ik heb voldoende invloed op de manier waarop het werk op de afdeling/werkeenheid verdeeld wordt.					
13 Ik word door mijn direct leidinggevende voldoende ondersteund in mijn werk.					
14 Mijn direct leidinggevende coördineert onze werkzaamheden goed.					
15 Als ik suggesties heb over het werk dan wordt daar door mijn leidinggevende serieus op ingegaan.					
16 Ik kan mijn werk voldoende zelfstandig bepalen en uitvoeren.					
17 De samenwerking tussen onze afdeling en andere afdelingen loopt in het algemeen goed.					
18 De samenwerking op de afdeling/werkeenheid is goed.					
19 Onderlinge conflicten en spanningen op de afdeling/werkeenheid worden goed uitgepraat.					
20 Als ik (emotionele) problemen heb krijg ik op mijn werk voldoende steun (van collega's, leidinggevende).					
21 Ieders taken en verantwoordelijkheden liggen vast zodat je goed weet waar je je aan moet houden.					
22 Ik heb in mijn werk regelmatig hinder van ongunstige fysieke omstandigheden (temperatuur, lawaai, stank, verlichting, tocht, vocht).					
23 Ik werk onder voldoende veilige omstandigheden.					
24 Er is aandacht voor je vanuit de leiding als je ziek bent.					
25 Mijn werk is vaak lichamelijk te zwaar.					
26 Mijn werk is geestelijk erg inspannend.					

	(1) volledig mee eens	(2) mee eens	(3) eens noch oneens	(4) mee on- eens	(5) volstrekt mee on- eens
27 Ik heb het gevoel dat ik wegens de drukte mijn werk nooit helemaal goed kan doen.					
28 Ik voel mij thuis in deze organisatie.					
29 Ik ben tevreden met mijn werk.					
30 Ik ben tevreden over het personeelsbeleid hier.					
31 De procedures met betrekking tot overplaatsing, functie-wijzigingen en dergelijke vind ik voldoende helder.					
32 Wij leveren hier kwalitatief hoogstaand werk.					
33 Als het nodig is stap ik gemakkelijk naar de afdeling Per- soneelszaken.					
34 De opleiding die ik gevolgd heb en de functie die ik uit- oefen sluiten goed op elkaar aan.					
35 De functie die ik heb komt goed overeen met de ver- wachtingen die ik ervan had voordat ik eraan begon.					
De volgende twee vragen zijn alleen bestemd voor diegenen die wel eens in onregelmatige diensten werken					
36 Ik heb weinig problemen met de roostering op de afde- ling.					
37 Ik vind de diensttijden hier gunstig.					

### III Vertrekredenen

#### Wat zijn de redenen van uw vertrek?

Hieronder staan redenen die uw besluit tot vertrek mogelijk hebben bepaald. De eerste 14 zijn algemene vertrekredenen. De andere (15-31) redenen betreffen negatieve aspecten van uw functie.

#### algemene redenen

- 1 huwelijk/samenwonen
- 2 gezins-/thuisituatie
- 3 gezondheid (arbeidsongeschiktheid: WAO)
- 4 verhuizing
- 5 ouderschap/zwangerschap
- 6 reisafstand/reistijd

- 7 behoefte aan meer vrije tijd
- 8 elders werk gevonden
- 9 opleiding gaan volgen
- 10 pensioen (AOW)/overbruggingsuitkering (OBU)
- 11 einde dienstverband voor bepaalde tijd
- 12 reorganisatie (functie vervalt)
- 13 onvoldoende opleidingsresultaten (leerlingen)
- 14 behoefte aan een andere werkring

redenen vanwege een *negatieve mening* over uw werk wat betreft:

- 15 beloning (salaris)
- 16 mogelijkheden voor kinderopvang
- 17 mogelijkheden om meer/minder uren per week te werken
- 18 loopbaanperspectief/positieverbetering
- 19 opleiding/vorming
- 20 ontplooiing/benutting van capaciteiten
- 21 besluitvorming en overleg op de afdeling/werkeenheid
- 22 leiderschap
- 23 autonomie in het werk (zelfstandigheid, verantwoordelijkheid)
- 24 werktijden en roosters
- 25 klimaat afdeling/werkeenheid
- 26 arbeidsomstandigheden
- 27 lichamelijke belasting
- 28 geestelijke belasting
- 29 werkdruk
- 30 binding aan organisatie/werk
- 31 voldoening in werk

Wilt u in onderstaand blok maximaal vier van deze 31 redenen aangeven die uw vertrek het meest bepaald hebben (aangeven met nummer, in volgorde van belangrijkheid: de belangrijkste reden in het eerste hokje, de een na belangrijkste in het tweede hokje, etc.).

Vertrekredenen

--	--	--	--

Het is mogelijk dat uw vertrek voorkómen had kunnen worden als bepaalde aspecten in uw werk (bovenstaande nummers 14 tot en met 30) verbeterd waren of er anders uit hadden gezien. *Als dit het geval is*, kunt u *in volgorde van belangrijkheid* aangeven welke aspecten dat zijn?

Voorkoombare vertrekredenen

--	--	--	--

## IV Gegevens over toekomstige werksituatie

- 1 Heeft u een nieuwe werkkring gevonden?  1 nee (ga door met vraag 2)  
 2 ja (ga door met vraag 3)
- 2 Bent u op zoek naar een nieuwe werkgever?  1 nee, ik stop met werken  
 2 nee, ik ga een opleiding doen/vervolgen  
 Zo ja, waar? →  3 ja, ik zoek een baan binnen de gezondheidszorg  
 4 ja, ik zoek een baan buiten de gezondheidszorg (ga door met vraag 10)

De volgende vragen zijn van toepassing als u een *nieuwe werkgever* heeft.

## 3 Gegevens nieuwe werkgever

Naam (*voluit*) .....

Plaats .....

Type instelling (*kruis aan*)

*gezondheidszorg*

*buiten gezondheidszorg*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> 1 algemeen ziekenhuis   | <input type="radio"/> 11 kantoor        |
| <input type="radio"/> 2 academisch ziekenhuis   | <input type="radio"/> 12 horeca         |
| <input type="radio"/> 3 categoriaal ziekenhuis  | <input type="radio"/> 13 (detail)handel |
| <input type="radio"/> 4 psychiatrisch ziekenhuis  | <input type="radio"/> 14 uitzendbureau  |
| <input type="radio"/> 5 instelling voor gehandicaptenzorg   | <input type="radio"/> 15 overig         |
| <input type="radio"/> 6 semi-murale gehandicaptenzorg<br>(gezinsvervangend tehuis (GVT)/dagverblijf voor ouderen (DVO)) |   |
| <input type="radio"/> 7 verpleeghuis  |   |
| <input type="radio"/> 8 thuiszorg   |   |
| <input type="radio"/> 9 verzorgingshuis   |   |
| <input type="radio"/> 10 overig gezondheidszorg, namelijk .....   |   |

4 Op welk niveau ligt uw nieuwe functie in vergelijking met uw huidige functie?

- 1 gelijk  
 2 hoger  
 3 lager

5 Wat is uw functie bij uw nieuwe werkgever? .....

- 6 Hoe bent u bij uw nieuwe werkgever ingeschaald, en in welke schaal?
- 1 volgens de functiewaardering gezondheidszorg (FWG), nummer ...
  - 2 volgens het BezoldigingsBesluit RijksAmbtenaren (BBRA), schaal ...
  - 3 anders
- 7 Hoe is de lengte van de reistijd naar uw nieuwe werkgever ten opzichte van uw huidige reistijd?
- 1 gelijk
  - 2 korter
  - 3 langer
- 8 Wat is de aard van uw dienstverband?
- 1 vast
  - 2 tijdelijk
  - 3 oproep-/poolkracht
- 9 Is het aantal werkuren per week bij uw nieuwe werkgever veranderd?
- 1 nee
  - 2 ja, namelijk ... uren per week meer
  - 3 ja, namelijk ... uren per week minder
- 10 Op de achterzijde van dit formulier is ruimte voor eventuele opmerkingen.

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!



## Hoofdstuk 6

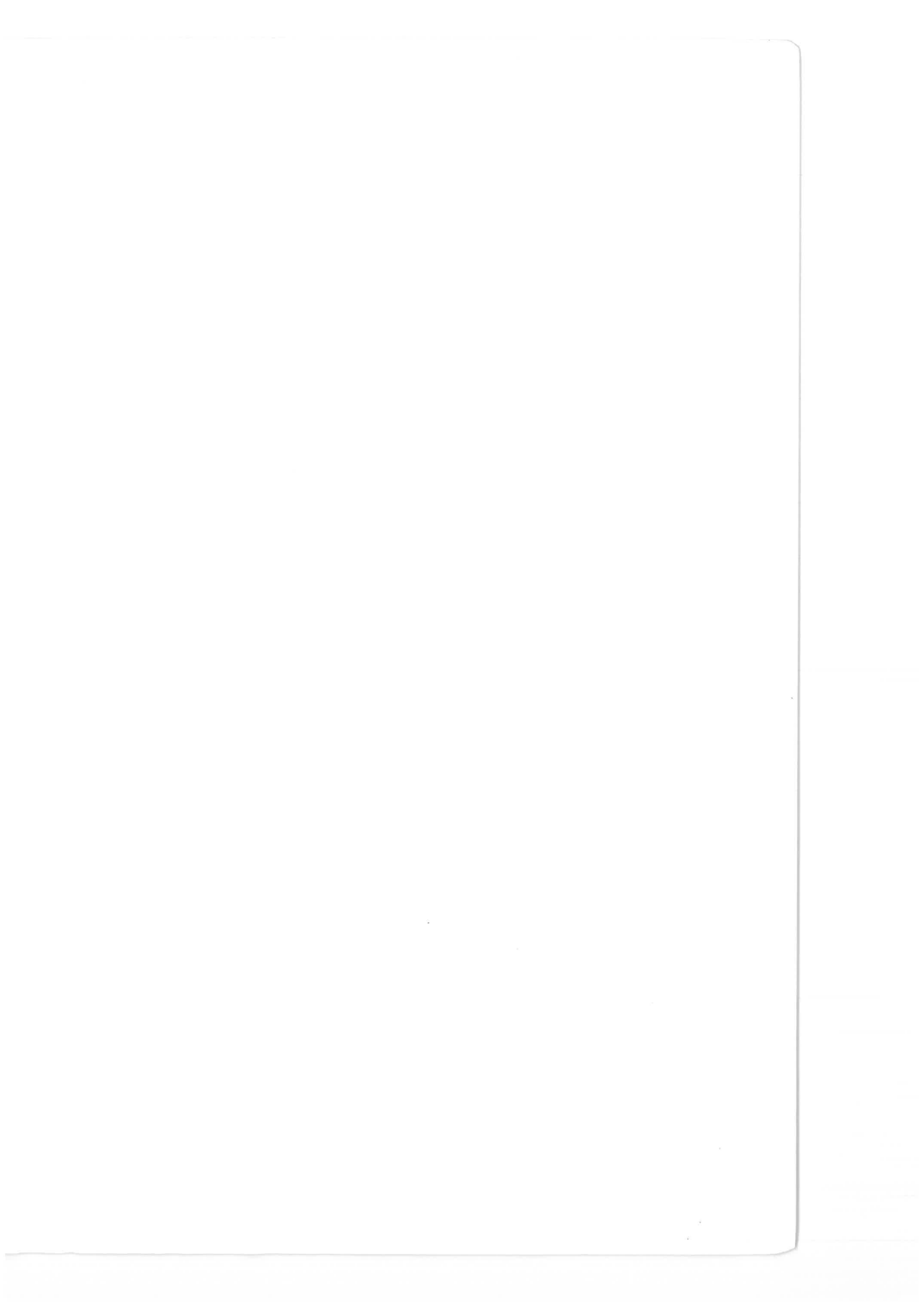
Tabel B6.1

De 10 meest genoemde redenen waarbij vertrek uit de zorgsector voorkomen had kunnen worden naar vooropleiding in %

<i>Inservice-A opgeleiden</i>		<i>Inservice-B</i>	
Mogelijkheden meer/minder werken	39	Loopbaanperspectief	58
Ontplooiing/benutting capaciteiten	26	Ontplooiing/benutting capaciteiten	38
Loopbaanperspectief	20	Beloning (salaris)	23
Werktijden en roosters	20	Autonomie in het werk	5
Mogelijkheden kinderopvang	17	Werktijden en roosters	5
Klimaat afdeling/werkeenheid	13	Besluitvorming/overleg op afdeling	12
Voldoening in het werk	13	Klimaat afdeling/werkeenheid	12
Opleiding/vorming	10	Opleiding/vorming	8
Besluitvorming/overleg op afdeling	9	Leiderschap	8
Beloning (salaris)	9	Geestelijke belasting	8
<i>HBO-V'ers</i>		<i>Voor verzorging opgeleiden</i>	
Ontplooiing/benutting capaciteiten	38	Mogelijkheden meer/minder werken	21
Beloning (salaris)	24	Besluitvorming/overleg op afdeling	18
Loopbaanperspectief	24	Mogelijkheden kinderopvang	14
Mogelijkheden meer/minder werken	17	Opleiding/vorming	14
Opleiding/vorming	14	Ontplooiing/benutting capaciteiten	14
Werktijden en roosters	14	Leiderschap	14
Mogelijkheden kinderopvang	10	Werktijden en roosters	4
Besluitvorming/overleg op afdeling	10	Klimaat afdeling/werkeenheid	14
Leiderschap	10	Loopbaanperspectief	11
Arbeidsomstandigheden	10	Geestelijke belasting	1
<i>Inservice-Z</i>		<i>Ziekenverzorgenden</i>	
Ontplooiing/benutting capaciteiten	27	Klimaat afdeling/werkeenheid	27
Loopbaanperspectief	18	Mogelijkheden meer/minder werken	25
Besluitvorming/overleg op afdeling	18	Werktijden en roosters	24

(vervolg tabel B6.1)

Voldoening in het werk	18	Werkdruk	20
Werktijden en roosters	16	Loopbaanperspectief	9
Klimaat afdeling/werkeenheid	16	Voldoening in het werk	17
Geestelijke belasting	16	Mogelijkheden kinderopvang	6
Mogelijkheden meer/minder werken	14	Ontplooiing/benutting capaciteiten	16
Leiderschap	14	Leiderschap	15
Beloning (salaris)	11	Besluitvorming/overleg op afdeling	13
<i>Leerlingen in %</i>		<i>Bij overigen in %</i>	
Opleiding/vorming	30	Loopbaanperspectief	33
Werkdruk	27	Ontplooiing/benutting capaciteiten	30
Geestelijke belasting	21	Werkdruk	24
Klimaat afdeling/werkeenheid	16	Werktijden en roosters	20
Ontplooiing/benutting capaciteiten	14	Klimaat afdeling/werkeenheid	20
Beloning (salaris)	13	Opleiding/vorming	15
Werktijden en roosters	13	Beloning (salaris)	11
Voldoening in het werk	13	Besluitvorming/overleg op afdeling	11
Autonomie in het werk	11	Voldoening in het werk	1
Lichamelijke belasting	11	Mogelijkheden kinderopvang	9







Om te komen tot een goede beeldvorming van de verplegende en verzorgende beroepsgroepen en een goede afstemming tussen zorgvraag en -aanbod, is een kwantitatief overzicht een absolute voorwaarde. Daarom hebben het LCVV, NU'91 en STING aan het NZI en het NIVEL gevraagd een onderzoek uit te voeren naar kenmerken van de beide beroepsgroepen en de vraag naar verplegend en verzorgend personeel. De resultaten van dit onderzoek zijn beschreven in deze publicatie.

Het eerste deel van de rapportage gaat voornamelijk in op kwantitatieve gegevens die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. De onderzoeksresultaten hebben betrekking op de periode 1990-1996. De vraag naar verpleging en verzorging, de omvang van de beroepsgroepen, personeels samenstelling, arbeidssituatie, onderwijs, functies en inkomen worden achtereenvolgens besproken.

In het tweede gedeelte beschrijven de onderzoekers de resultaten van een studie naar de uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden en de vertrekredenen van degenen die hun baan verlaten. De huidige stand van onderzoek biedt hierbij weinig houvast. Veel onderzoeksrapportages over dit onderwerp zijn gedateerd of te weinig specifiek. Mogelijk geeft deze publicatie in de toekomst aanleiding tot het verzamelen van meer kwantitatieve gegevens over het verloop van personeel in de zorgsector.

In de bijlage bij het eerste deel zijn gedetailleerde uitkomsten opgenomen in de vorm van een tabellenrapport. Tevens bevat deze bijlage kritische kanttekeningen bij de kwantitatieve onderzoeksgegevens.

*Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1998* is met name gericht op beleidsmakers in de zorgsector, managers en afdelingshoofden, deelnemers aan verpleegkundige adviesraden en het onderwijsveld.

ISBN 90 352 2029 3



9 789035 220294