

# **Feiten over verpleging en verzorging in Nederland 1998**

W. van der Windt

H. Calsbeek

L. Hingstman

*Feiten over verpleging en verzorging in Nederland 1998* is gebaseerd op het onderzoek *Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1998* (Elsevier/De Tijdstroom, Maarsse en LCVV, Utrecht 1998). Dit onderzoek werd uitgevoerd door het NZi en het NIVEL.

© Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, 1998.

Uitgever

Elsevier/De Tijdstroom, Postbus 1110, 3600 BC Maarsse

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 Maarsse.

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

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

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprerecht, 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 2044 7

NUGI 750, 756

# Inhoud

- 1 Inleiding [7]
  - 2 Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging [9]
  - 3 Omvang van de beroepsgroepen [29]
  - 4 Personeelssamenstelling [38]
  - 5 Arbeidssituatie [42]
  - 6 Onderwijs [48]
  - 7 Functies en inkomen [57]
  - 8 Uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden [63]
- Lijst van afkortingen [72]



## Inleiding

Hoeveel verpleegkundigen en verzorgenden werken er in Nederland? Hoe groot is de uitstroom van verzorgenden uit de thuiszorg? Wat verdient een verpleegkundige in de psychiatrie? Hoeveel verpleegkundigen zijn er ingeschreven in het BIG-register? Het zijn allemaal vragen waarop de antwoorden niet eenvoudig te vinden zijn. Veel vragen met betrekking tot verpleging en verzorging zijn in beperkte mate onderzocht en als ze wel onderzocht zijn, zijn de resultaten bij zeer verschillende bronnen te vinden.

Voor u ligt de tweede uitgave van het zakboek *Feiten over verpleging en verzorging in Nederland 1998*. In opdracht van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging is een overzicht gemaakt van met name kwantitatieve gegevens over de vraag naar en het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden. Het complete overzicht is opgenomen in het rapport *Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1998* van W. van der Windt, H. Calsbeek en L. Hingstman (uitgave van Elsevier/De Tijdstroom en LCVV). Dit zakboek vormt een samenvatting van de belangrijkste gegevens uit het rapport.

In het zakboek zal in eerste instantie aandacht worden besteed aan de vraag naar en gebruik van verpleging en verzorging (hoofdstuk 2). Ontwikkelingen die daarbij aan de orde komen zijn demografische, epidemiologische, sociaal-culturele en beleidsmatige ontwikkelingen. Vervolgens wordt uitgebreid stilgestaan bij het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden (hoofdstuk 3 tot en met 7). Hierin worden gegevens gepresenteerd over de omvang van de beroepsgroepen, personeelssamenstelling, arbeidssituatie, onderwijs,

functie en inkomen. Tot slot wordt in hoofdstuk 8 aandacht besteed aan een onderwerp dat momenteel erg in de belangstelling staat, namelijk de 'uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden'. 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.

Als u meer wilt weten over de uitvoering van het onderzoek, alsmede meer gedetailleerde informatie wilt hebben over bovengenoemde onderwerpen, verwijzen wij u naar de uitgave van het rapport *Verpleging en Verzorging in kaart gebracht 1998*. In dit rapport vindt u ook de bijbehorende literatuur en bronverwijzingen.

Wij wensen u veel leesplezier en hopen dat dit zakboek tezamen met het hoofdrapport bijdraagt aan het vergroten van het inzicht in vraag en aanbod binnen de verpleging en verzorging.

## Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging

Met de vraag naar zorg wordt in deze bijdrage zowel de behoefte aan verpleging en verzorging bedoeld als het daadwerkelijke gebruik van zorg door patiënten en cliënten.

De behoefte aan zorg wordt voor een groot deel beïnvloed door demografische ontwikkelingen, zoals een groeiend aandeel ouderen in onze bevolking. Daarnaast kunnen ook epidemiologische ontwikkelingen van invloed zijn op de behoefte aan verpleging en verzorging. Dit zijn bijvoorbeeld ontwikkelingen met betrekking tot het voorkomen van chronische aandoeningen en infectieziekten. Niet alleen de bevolkingsontwikkeling en de gezondheidstoestand van de bevolking beïnvloeden de zorgbehoefte. Ook sociaal-culturele ontwikkelingen 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 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 in het daadwerkelijke gebruik van verpleging en verzorging doen veroorzaken.

### Demografische ontwikkelingen

#### *Groei van de bevolking*

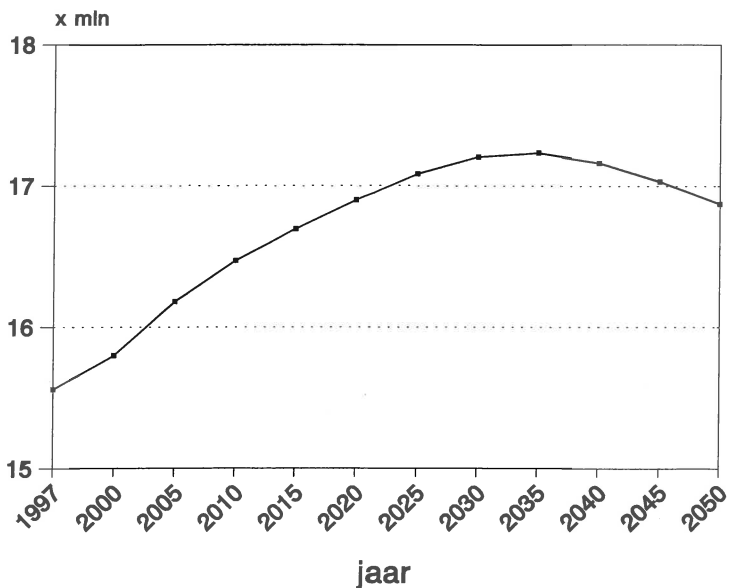
Op 1 januari 1997 waren er in Nederland ruim 15,5 miljoen inwoners (tabel 2.1). Het aantal inwoners is sinds 1991 met circa 3,6% toegenomen. De jaarlijkse bevolkingsgroei bedraagt gemiddeld 0,5%.

Tabel 2.1

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

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Aantal inwoners (abs. × 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

Door de vergrijzing zal het aantal sterfgevallen sterk toenemen waardoor op de langere termijn de bevolkingsgroei geleidelijk zal teruglopen. Volgens de prognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) 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.



Figuur 2.1

Inwonersaantal 1997-2050



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.

### Geboorte

Het absolute aantal (levend)geborenen, maar ook het aantal geboren per 1000 inwoners, is gedurende de jaren negentig afgenomen.

Tabel 2.2

### Geboorte-kerncijfers 1991-1996

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Totaal aantal geboren (abs. × 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

Het geboortecijfer in Nederland is nog steeds hoger dan in de ons omringende landen. De verwachting is dat het aantal geboorten nog verder zal afnemen met ruim 10% tot circa 170.000 in het jaar 2010. Dit lage aantal te verwachten geboorten per jaar zal de behoefte aan kraamzorg kunnen doen afnemen. Daarbij dient echter ook opgemerkt te worden dat vrouwen op steeds oudere leeftijd kinderen krijgen met als gevolg een hogere kans op complicaties. De verwachting is dat de gemiddelde leeftijd van een vrouw bij het krijgen van kinderen verder zal toenemen tot 30,6 jaar in het jaar 2010. Uit de CBS-prognoses vloeit 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 (tabel 2.2), ook 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 tot (in 1993) 30,7%. Het zijn met name de poliklinische bevallingen die zijn toegenomen.

### *Sterfte en levensverwachting*

Het absoluut aantal sterfgevallen is in de periode 1991-1996 toegenomen met 5,9%. In 1996 stierven er 137.500 personen. Het sterftecijfer (aantal overledenen per 1000 inwoners) bedroeg in dat jaar 8,9.

*Tabel 2.3*

### *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

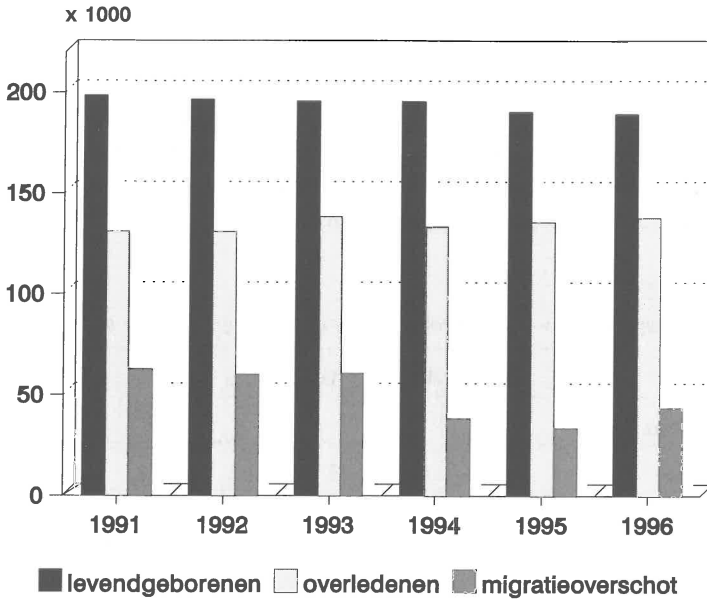
\* De totalen wijken door afrondingen soms iets af.

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. Het verschil in levensverwachting

tussen mannen en vrouwen wordt steeds kleiner. 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. 'Ziekten van de bloedsomlooporganen' is voor zowel mannen als vrouwen doodsoorzaak nummer één. 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. Hierin is gedurende de jaren negentig geen verandering te zien.

*Migratie*

Begin jaren negentig lag het migratieoverschot (aantal immigranten minus emigranten) op een historisch gezien hoog niveau: rond 50.000 per jaar. In 1994 daalde het migratiesaldo sterk, gevolgd door een verdere daling in 1995. Uit figuur 2.2 blijkt dat in 1996 een einde is gekomen aan de daling van het migratieoverschot.



*Figuur 2.2* Levendgeborenen, overledenen en migratieoverschot 1991-1996

Tabel 2.4

*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 × 1.000</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.

*Leeftijdsverdeling*

Er is een proces gaande van 'ontgroening' van de Nederlandse bevolking. Sinds de jaren zestig, toen 37% van de Nederlandse bevolking jonger was dan 20 jaar, loopt het percentage jongeren terug. Op 1 januari 1996 was 24,3% van de bevolking jonger dan 20 jaar.

Tabel 2.5

*Leeftijdsopbouw van de bevolking naar geslacht op 1 januari in %*

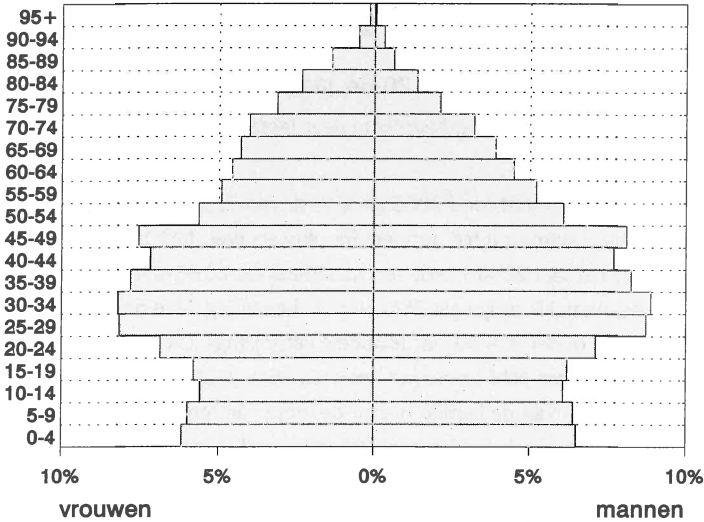
	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Jonger dan 20 jaar</i>						
Mannen	26,1	25,7	25,4	25,3	25,2	25,2
Vrouwen	24,4	24,1	23,8	23,6	23,6	23,5
Totaal	25,2	24,9	24,6	24,5	24,4	24,3

Vervolg tabel 2.5

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<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

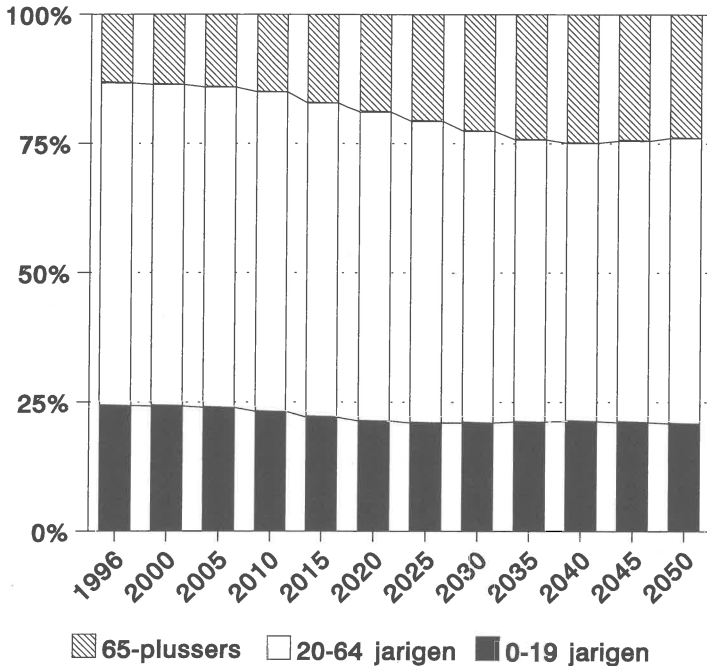
De verwachting is dat in de toekomst dit percentage nog verder zal dalen tot circa 21% in het jaar 2050 (figuur 2.4). Uit de huidige leeftijdsopbouw kan worden afgeleid dat naar verhouding de meeste inwoners tussen de 25 en 34 jaar zijn.

leeftijd



Figuur 2.3 Leeftijdsopbouw naar geslacht per 1 januari 1996

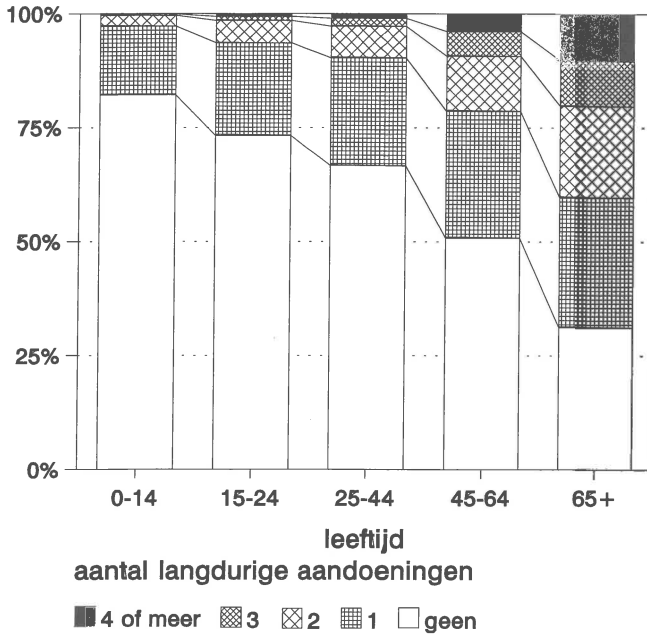
Van belang in het kader van de zorgvraag is de vergrijzing. In het midden van de jaren zestig was 10% van de bevolking ouder dan 65 jaar. In 1996 bedroeg dit 13%. In de komende tien jaar wordt echter geen snelle groei verwacht (figuur 2.4).



Figuur 2.4 Samenstelling bevolking naar leeftijd 1996-2050

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. Van de 65-plussers is ruim 23% ouder dan 80 jaar (dubbele vergrijzing). 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. 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.



Figuur 2.5 Aantal langdurige aandoeningen naar leeftijd

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. Mede door de steeds minder beschikbare mantelzorg zal met name de druk op de thuiszorg – gezinszorg en wijkverpleging – toenemen.

### Epidemiologische ontwikkelingen

#### Chronische aandoeningen

Met het toenemen van de leeftijd neemt de kans op het hebben van meer dan één chronische aandoening toe.

Veelvoorkomende chronische aandoeningen zijn CARA, reuma en diabetes mellitus. Relevant in het kader van de zorgvraag is een groeiend percentage mensen met CARA: dit is tussen 1990 en 1995 met bijna 1,5% toegenomen. Deze groei zal gedeeltelijk ook met de vergrijzing samenhangen. Langdurige aandoeningen aan de luchtwegen (astma,

chronische bronchitis of CARA) komen met name voor in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder.

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 voor bij vrouwen dan bij mannen en manifesteert zich met name in de leeftijdsgroep van 45 jaar en ouder. Tussen 1991 en 1996 hebben zich verder geen grote veranderingen voorgedaan in de 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.

Tot het jaar 2015 verwacht het RIVM als gevolg van ontwikkelingen in de bevolkingsomvang voor wat betreft de bovengenoemde ziekten een toename in de prevalentie van CARA en reuma van 25 tot 35% en van suikerziekte 35 tot 45%. Deze sterkere toename dan de voorspellingen van het RIVM in 1993 zijn eerder te wijten aan de nieuwe 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 Ziekten (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 voor de niveaus 3, 4 en 5 geïntegreerd.

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

### *Infectieziekten*

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 veranderingpercentage verwacht (van -5% tot 25%) dan voor eerdergenoemde aandoeningen. Dit komt omdat infectieziekten over het algemeen 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 sterfte stijgt nog wel. De incidentie- en sterftcijfers voor vrouwen zijn laag maar nemen toe.

*Tabel 2.6*

*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 nameldingen.

Het maximum aantal gemelde ziektegevallen 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.

## Sociaal-culturele ontwikkelingen

### *Opleiding, arbeid en inkomen*

Ontwikkelingen hierin zijn relevant voor de vraag naar zorg aangezien het SCP verbanden heeft aangetoond 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. Hoe een en ander zich laat vertalen in de vraag naar zorg is echter moeilijk vast te stellen.

### *Allochtone bevolking*

In de afgelopen jaren is het aantal allochtone mensen zowel absoluut als relatief toegenomen.

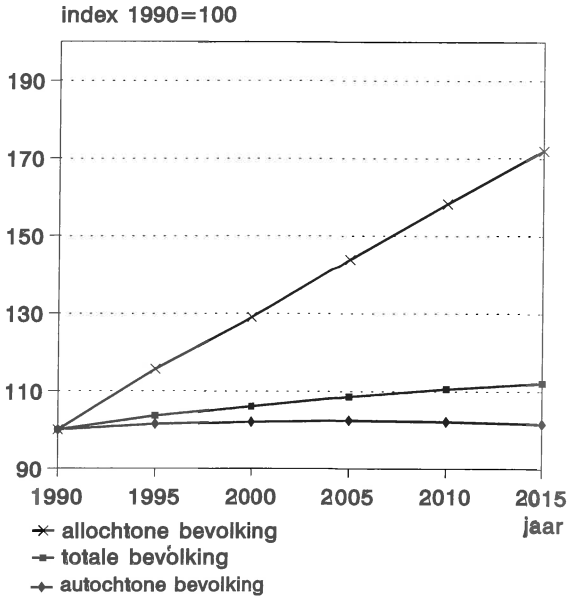
Tabel 2.7

*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.

Er is een groot verschil in de groei tussen autochtone en allochtone mensen (figuur 2.6). De autochtone bevolking is gegroeid met bijna twee procent, terwijl de allochtone bevolking is toegenomen met 18 procent. Het CBS verwacht in het jaar 2015 bijna vier miljoen allochtone personen



Figuur 2.6 Groei allochtone en autochtone bevolking

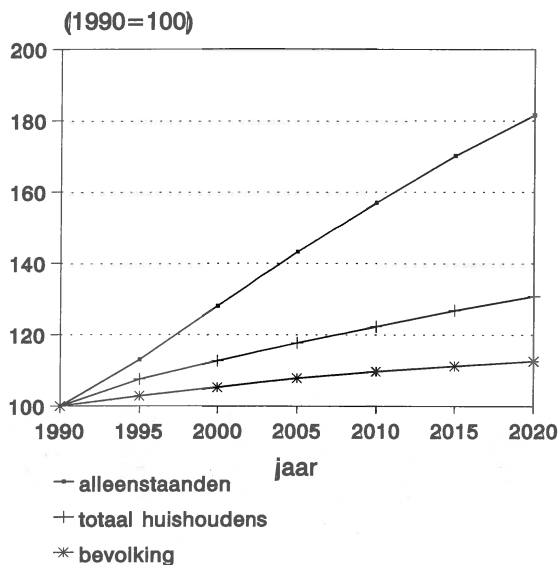
(ruime definitie) tegen 2,5 miljoen in 1996. Binnen de allochtone bevolking neemt het aantal Turken en Marokkanen het snelst toe (tabel 2.7). Ook onder de oudere mensen vormen Turken en Marokkanen een sterk groeiende groep. Het CBS registreerde op 1 januari 1996 ruim 48.000 Turkse en Marokkaanse 50-plussers. 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. Jaarcijfers van het aantal allochtone ouderen zijn volgens het CBS pas beschikbaar sinds 1995. Trendgegevens zijn derhalve nog niet voorhanden. Prognosecijfers wel: in tabel 2.8 worden cijfers gepresenteerd van het aantal allochtone ouderen (65-plussers en 75-plussers) in het jaar 2000 en 2010.

Tabel 2.8

*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*

Jaar	2000		2010	
	65+	75+	65+	75+
<i>Absoluut × 1.000</i>				
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
<i>% (1994 = 100)</i>				
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

Met een stijging van het aantal allochtone (oude) ouderen zal de zorgbehoefte stijgen, niet alleen vanwege de vergrijzing van deze groep, maar ook vanwege hun relatief slechte gezondheid. In verschillende onderzoeken wordt gewezen op een slechtere gezondheidstoestand van allochtone ouderen dan die van hun autochtone leeftijdgenoten. Daarbij is het 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. Signalen van onderconsumptie van verzorging en verpleging doen echter vermoeden dat een hogere zorgbehoefte niet gepaard zal gaan met een evenredige toename van de zorgvraag. Onder meer een grotere



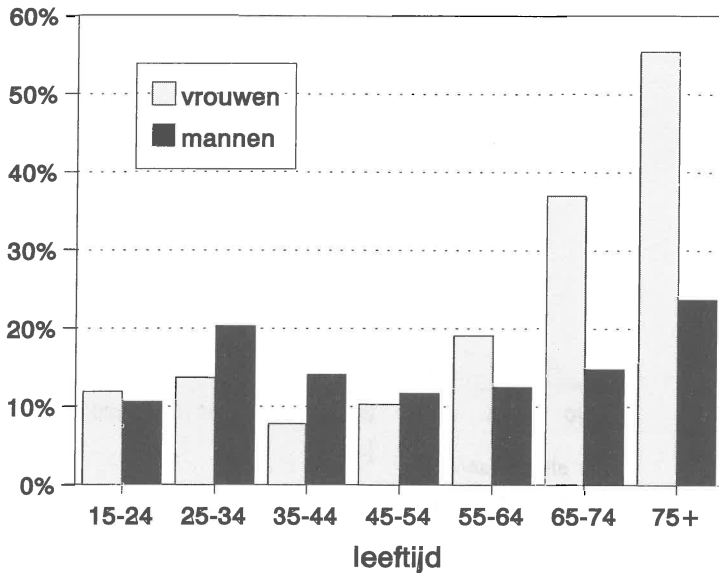
Figuur 2.7 Groei van de bevolking en huishoudens 1990-2020

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 voornamelijk aandacht geschonken dienen te worden aan de aard van verpleging en verzorging in de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Vooral de inzet van allochtone verpleegkundigen en verzorgenden zal drempelverlagend werken.

#### Huishoudenssituatie

De afgelopen jaren maar ook de komende decennia groeit het aantal huishoudens sneller dan het aantal inwoners in Nederland doordat steeds meer mensen alleen wonen (zie figuur 2.7).

Een op de zeven mensen van 18 jaar en ouder voert een huishouden alleen. Hun aantal stijgt van nog geen 2 miljoen in 1990 naar 3,3 miljoen in het jaar 2020. De groep alleenstaanden is een diverse groep (zie figuur 2.8).



Figuur 2.8 Aandeel van alleenstaanden in de bevolking

Het percentage ouderen dat gebruikmaakt van de diensten van wijkverpleging en gezinszorg is bij alleenstaanden aanzienlijk hoger dan bij leden van (echt)paren. Als een partner ontbreekt zal eerder professionele hulp worden ingeroepen. Van de oudere alleenstaanden maken in het algemeen meer vrouwen gebruik van deze voorzieningen dan mannen.

Tabel 2.9

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 2.9

	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

Tabel 2.10 heeft betrekking op de hulp die een huishouden ontvangt in de vorm van verpleging, persoonlijke verzorging en/of huishoudelijke hulp.

## Tabel 2.10

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

	Familie, buren, 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

## Vervolg tabel 2.10

	Familie, buren, kennissen	Instelling	Particulieren	Geen hulp
	%	%	%	%
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

\* Horizontaal opgeteld zouden de totalen 100% moeten zijn; waarom dit in sommige gevallen niet zo is, is onbekend. De cijfers zijn afkomstig van een externe bron.

Uit deze tabel blijkt dat alleenstaanden van 55 jaar en ouder veel vaker hulp ontvangen van derden in de sfeer van verpleging, persoonlijke verzorging of huishoudelijk werk dan de huishoudens van leden van paren van dezelfde leeftijd. Geconcludeerd kan worden dat met een groeiend aantal oudere alleenstaanden de vraag naar thuiszorg en institutionele ouderenzorg zal toenemen.

*Mantelzorg*

Volgens het RIVM (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, buren, vrienden of kennissen. Ook in het geval van ernstige beperkingen is het ontvangen van informele zorg hoog te noemen. 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 er gegevens over ontwikkelingen in het aantal mantelzorgers. Mantelzorg wordt voornamelijk door vrouwen verleend. Een toenemende arbeidsparticipatie onder vrouwen (van 35% in 1987 naar 45% in 1996) zou deze vorm van informele zorg wel eens in gevaar kunnen brengen. In een recent uitgebrachte nota van de Tweede Kamer (1997) over de thuiszorg worden nog verscheidene andere 'mantelzorgonderdrukkende' ontwikkelingen genoemd. Een gunstige ontwikkeling is het feit dat rond 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 voor vrijwilligerswerk. Voor de komende tien jaar wijzen 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 die de vraag naar thuiszorg zal doen toenemen, is dat mantelzorgers zelf behoefte hebben aan zorg, namelijk in de vorm van een 'achterwachtfunctie' van professionele hulpverleners. Geconstateerd wordt dat thuiszorgorganisaties nog te weinig inspelen op deze behoefte.

### **Ontwikkelingen in het gebruik van verzorging en verpleging**

Over het algemeen is het gebruik van verpleging en verzorging de afgelopen jaren toegenomen en naar alle waarschijnlijkheid zal deze groei zich in de komende jaren voortzetten. 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 versraling 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 vertaald in een sterke groei van het aantal dagopnamen of dagbehandelingen (onder andere ook verpleeghuizen), deeltijdbehandelingen, poliklinische zorg, ambulante geestelijke gezondheidszorg, semimurale zorg voor gehandicapten en extramurale zorg verleend door verzorgingshuizen.

Gedetailleerde gegevens over de ontwikkelingen in het gebruik van zorg zijn in de vorm van tabellen opgenomen in het hoofdrapport.

## Omvang van de beroepsgroepen

### Werkzame personen

In 1996 waren er in ons land 376.700 personen werkzaam in de verpleging en verzorging. In de periode 1990-1996 groeide het aantal verpleegkundigen en verzorgenden met 14,4%; exclusief leerlingen bedroeg de groei ruim 19%.

Tabel 3.1

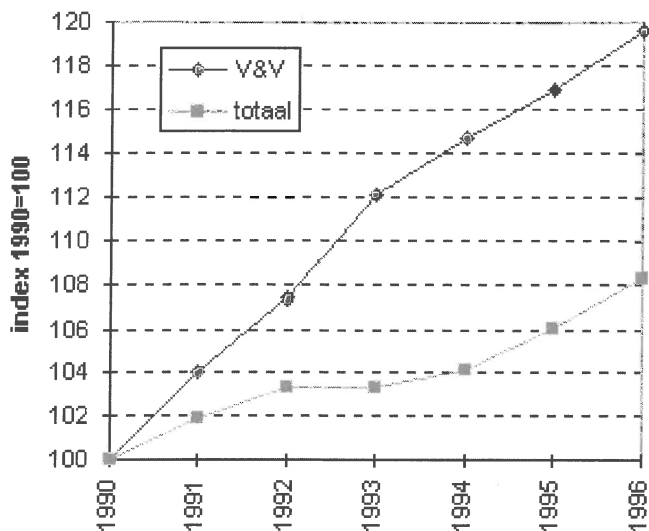
*De ontwikkeling van het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging en totaal landelijk (index 1990 = 100)*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Verpleging & 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

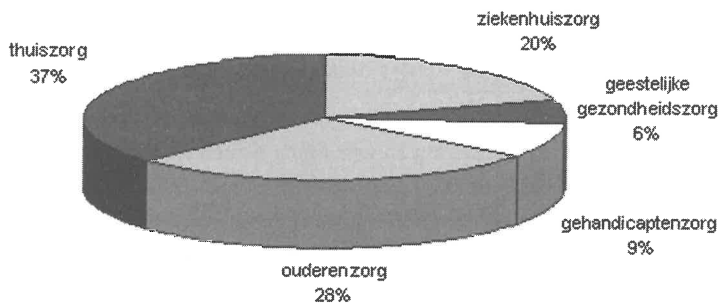
De werkzamen in de verpleging en verzorging nemen veel sterker toe dan het totaal aantal werkzame personen in ons land. Tabel 3.1 laat een vergelijking zien. Het aantal werkzame personen in ons land groeide in dezelfde periode met 8,3%. Het aandeel van verpleging en verzorging in het totaal aantal werkenden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

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



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



Figuur 3.2 Het aandeel van de sectoren in 1996

Tabel 3.2

Het aantal werkzame personen in de verpleging en verzorging  
1990-1996 (index 1990 = 100)

	1990	1993	1994	1995	1996	Index
<i>Ziekenhuiszorg</i>	58.240	65.828	66.921	68.706	70.709	121,4
- algemeen ziekenhuis	44.141	50.611	51.399	52.798	54.602	
- academisch ziekenhuis	10.381	11.336	11.890	11.984	12.219	
- categoriaal en revalidatie	3.718	3.881	3.632	3.924	3.888	
<i>Geestelijke gezondheidszorg</i>	17.047	20.630	20.641	21.486	22.479	131,9
- psychiatrisch ziekenhuis	14.338	17.203	17.234	17.969	18.836	
- ambulante geestelijke gezondheidszorg	1.172	1.369	1.425	1.508	1.555	
- herstellingsoorden	-	146	123	125	136	
- medisch kinderdagverblijf/tehuis	1.537	1.912	1.859	1.884	1.952	
<i>Gehandicaptenzorg</i>	22.670	27.675	29.283	31.091	32.289	142,4
- instellingen voor verstandelijk gehandicapten	22.003	26.924	28.505	30.302	31.537	
- instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	667	751	778	789	752	
<i>Ouderenzorg</i>	80.823	91.820	94.163	95.799	98.651	122,1
- verpleeghuizen	39.188	47.556	49.572	51.701	54.171	
- verzorgingshuizen	41.635	44.264	44.591	44.098	44.480	
<i>Thuiszorg</i>	117.032	125.902	128.655	129.208	130.763	111,7
<i>Overige verpleegkundigen</i>	2.382	2.446	2.481	2.066	1.686	70,8
<i>Inservice/leerlingwezen</i>	31.075	28.232	26.569	23.104	20.171	64,9
- inserviceleerlingen	27.872	25.167	23.819	20.531	17.653	
- leerlingwezen bejaardenoorden	3.203	3.065	2.750	2.573	2.518	
<i>Totaal</i>	329.268	362.533	368.712	371.460	376.748	114,4

### Volledige arbeidsplaatsen

Voor de te verlenen zorg is het ook van belang om te weten om hoeveel volledige arbeidsplaatsen (zogenaamde FTE's, waarbij parttimers naar rato omgerekend zijn) het gaat. 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 werkenden in het beroep, namelijk 9,6% tegen 19,6%. De toename van deeltijdwerk is de belangrijkste oorzaak van dit verschil.

*Tabel 3.3*

*De ontwikkeling van het arbeidsvolume (FTE's) verpleging en verzorging en totaal (index 1990 = 100)*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Verpleging en verzorging	100	102,0	104,3	105,8	105,4	106,3	109,6
Totaal	100	101,3	102,4	102,3	102,0	103,4	105,3

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.

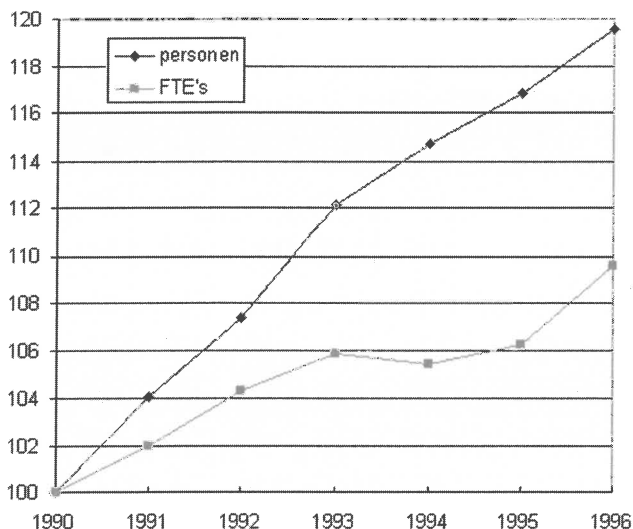
Tabel 3.4

Het aantal volledige arbeidsplaatsen verpleging en verzorging naar sector 1990-1996 (index 1990 = 100)

	1990	1993	1994	1995	1996	Index
<i>Ziekenhuiszorg</i>	44.428	47.753	47.371	47.519	49.950	112,4
- algemeen ziekenhuis	32.942	35.795	35.618	36.568	37.726	
- academisch ziekenhuis	8.659	9.167	9.165	9.261	9.475	
- categoriaal en revalidatie	2.827	2.791	2.588	2.727	2.749	
<i>Geestelijke gezondheidszorg</i>	13.549	15.374	15.575	16.152	16.659	123,0
- psychiatrisch ziekenhuis	11.378	12.842	13.034	13.563	13.978	
- ambulante GGZ	990	1.134	1.171	1.235	1.273	
- herstellingsoorden		70	79	79	87	
- medisch kinderdagverblijf/tehuis	1.181	1.328	1.291	1.275	1.321	
<i>Gehandicaptenzorg</i>	17.338	19.487	20.069	21.440	22.085	127,4
- instellingen voor verstandelijk gehandicapten	16.779	18.911	19.486	20.846	21.541	
- instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	559	576	583	594	544	
<i>Ouderenzorg</i>	56.440	59.878	60.245	61.533	63.752	113,0
- verpleeghuizen	27.719	31.028	31.765	33.437	35.315	
- verzorgingshuizen	28.721	28.850	28.480	28.096	28.437	
<i>Thuiszorg</i>	50.066	50.087	48.579	47.102	47.790	95,5
<i>Overige verpleegkundigen</i>	2.036	1.968	1.961	1.609	1.247	
<i>Totaal</i>	183.857	194.546	193.800	195.355	201.483	109,6

### Verhouding werkzame personen-arbeidsplaatsen

De verhouding tussen het 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).



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

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 alfhulpverleners die per definitie een in omvang beperkte werkweek hebben doen hier hun invloed gelden.

Tabel 3.5

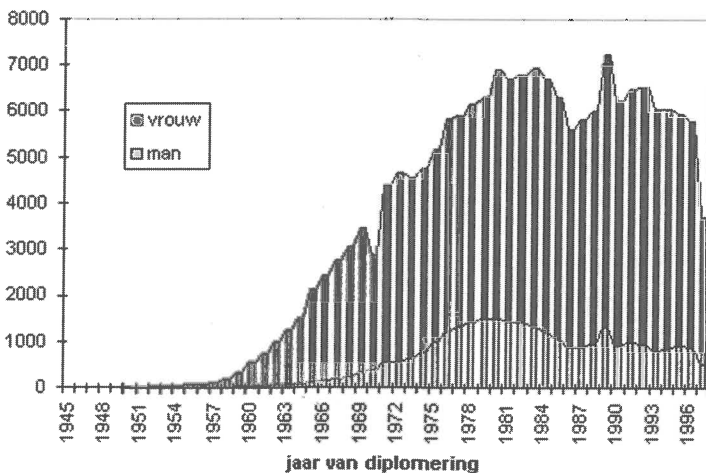
De P/A-ratio in verpleging en verzorging naar sector

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



### Kwalificaties

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 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 oefent op dit moment ook daadwerkelijk het beroep uit. Een overzicht wanneer men het diploma behaalde geeft figuur 3.4. Van de geregistreerden behaalde 50% het diploma na 1982. Uit deze figuur wordt tevens 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.



Figuur 3.4 BIG-geregistreerden naar jaar van diplomering en geslacht

Hoeveel verpleegkundigen, ziekenverzorgenden en verzorgenden er werkzaam zijn wordt niet bijgehouden. Wel kan op grond van beschikbaar statistisch materiaal een raming worden opgesteld. Tabel 3.6 geeft de aantallen. Voor de gehanteerde werkwijze verwijzen we naar het hoofdrapport.

Tabel 3.6

Geraamde onderverdeling naar beroepsgroep ( $\times 1000$ )

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

### Werkgelegenheid in de regio

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 deconcentratietendenissen bij genoemde voorzieningen zullen de verschillen tussen de regio's naar verwachting geleidelijk aan minder groot worden.

Tabel 3.7

Het aandeel van verpleging en verzorging in de regionale werkgelegenheid in % (1995)

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

## Vervolg tabel 3.7

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		

**Vooruitzichten**

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 in de instroom een paar jaar geleden.

## Personeelssamenstelling

### Geslacht

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.

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/ziek verzorgenden	88,9
Kraamverpleegkundigen/-verzorgenden	99,6
Gezinsverzorgenden/-helpenden	98,4
Bejaardenverzorgenden/-helpenden	98,2

Groepsteiders	82,0
Leidinggevenden	67,7
Oproepkrachten	87,8
<i>Totaal</i>	90,6

Ook binnen de zorgsector vormen de verpleging en verzorging nog steeds een vrouwenbolwerk. Is van alle verpleegkundigen en verzorgenden 90% vrouw, voor alle werkenden in de zorgsector is dat in 77% van de gevallen zo; voor de gehele arbeidsmarkt geldt een percentage van 37%.

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.

**Leeftijd**

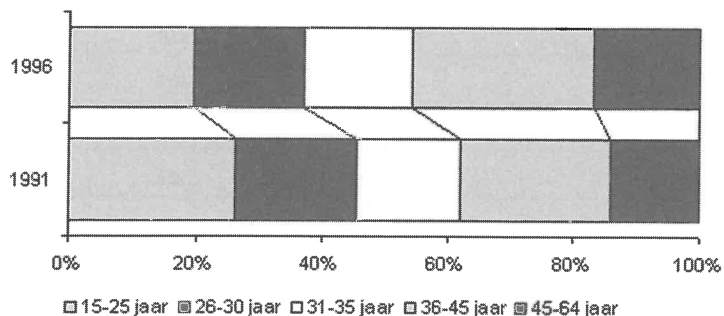
De leeftijdsopbouw van het verplegend en verzorgend personeel wijkt af van andere beroepen en bedrijfstakken. Met name het aandeel ouderen is veel geringer.

*Tabel 4.2*

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

Leeftijdsklasse	V&V	Zorgsector	Totaal
15-24 jaar	14	10	13
25-44 jaar	72	64	59
45-64 jaar	14	26	28
Totaal	100	100	100

Wat betreft de leeftijdsopbouw gaat het personeelsbestand meer op het gemiddelde van de Nederlandse beroepsbevolking lijken. Het tempo van vergrijzing in de periode 1990-1996 is in de verpleging en verzorging veel sterker dan bij de totale beroepsbevolking.



Figuur 4.1 De leeftijdsverdeling in 1991 en 1996

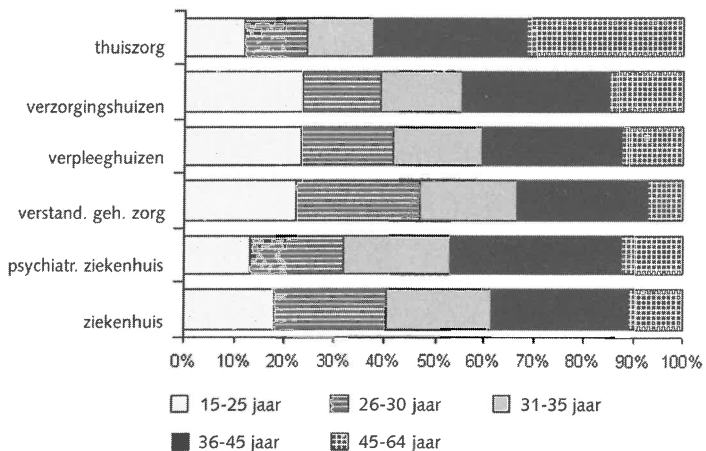
De vergrijzing van de afgelopen jaren is vooral een gevolg van de forse toename van de leeftijdscategorie 36 tot 45 jaar. Simulatiemodellen toegepast op de intramurale gezondheidszorg laten zien dat bij voortzetting van de trends van de afgelopen jaren de gemiddelde leeftijd ook de komende jaren nog 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.

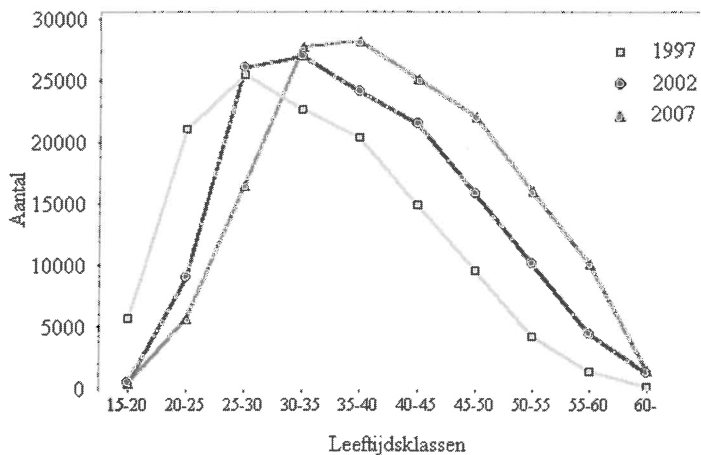
Tabel 4.3

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



Figuur 4.2 De leeftijdsverdeling per sector in 1996

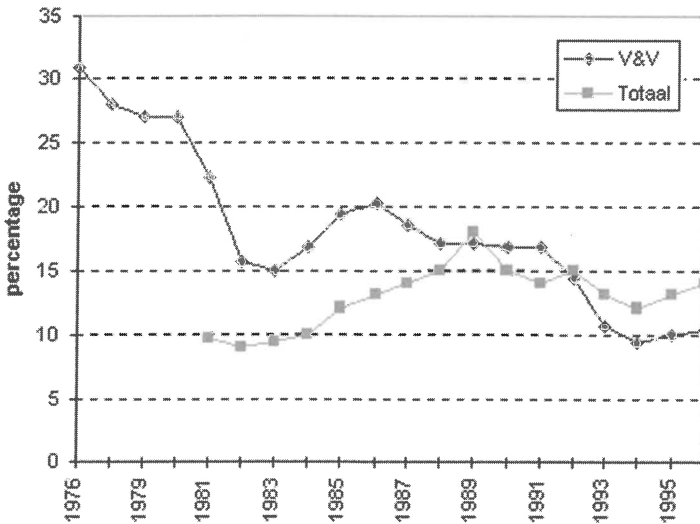


Figuur 4.3 De leeftijdsopbouw in 1997, 2002 en 2007

## Arbeidssituatie

### 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 en de mogelijkheden die dat biedt om elders een baan buiten de verpleging en verzorging te vinden, een lichte stijging af.

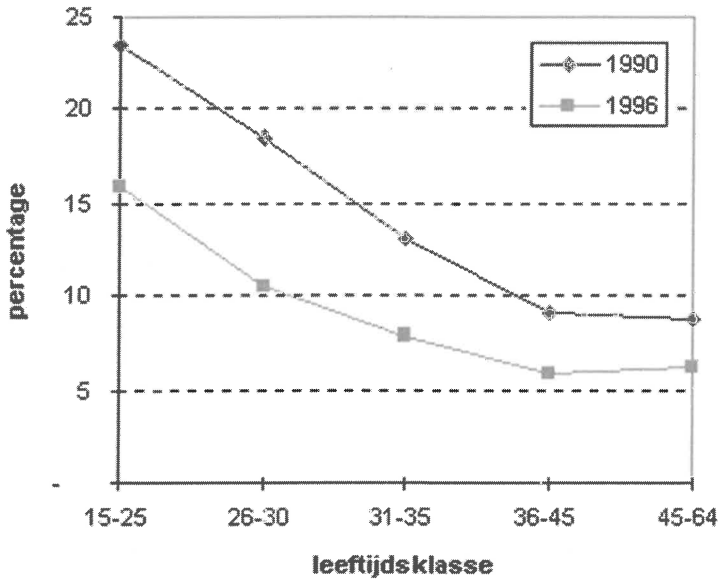


Figuur 5.1 Het verloop bij verpleegkundigen en verzorgenden in de intramurale gezondheidszorg en bij de totale beroepsbevolking



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. Op de achtergronden van vertrek wordt in hoofdstuk 8 nader ingegaan

De tot 1994 optredende daling in het verloop van verplegend en verzorgend personeel deed zich in alle sectoren van de intramurale gezondheidszorg voor (zie tabel 5.1). 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.



Figuur 5.2 Het verloop per leeftijdscategorie in 1990 en 1996

Tabel 5.1

Het verloopercentage per sector 1990-1996

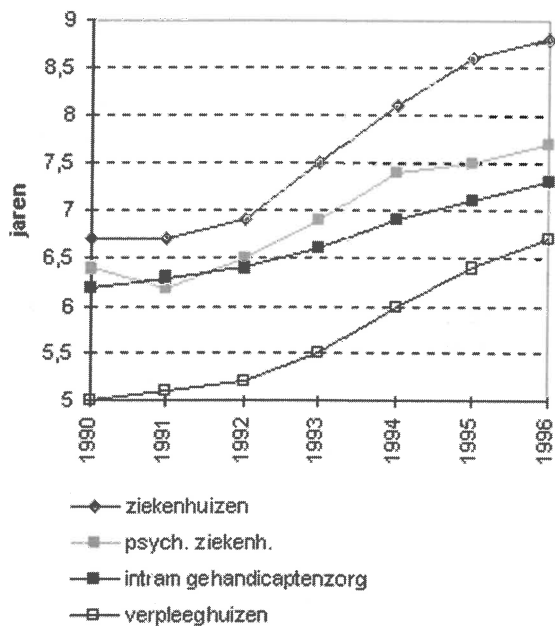
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenhuizen	15,1	14,1	11,8	8,3	7,2	8,0	8,7
Psychiatrische ziekenhuizen	15,6	16,1	14,3	10	9,1	9,7	9,9
Intramurale gehandicaptenzorg	15,4	17,1	15,4	12,6	11,6	12,4	11,9
Verpleeghuizen	21,4	21,1	17,5	13,6	10,9	11,2	11
Totaal intramuraal	16,8	16,9	14,4	10,8	9,4	10,0	10,4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

### Duur van het dienstverband

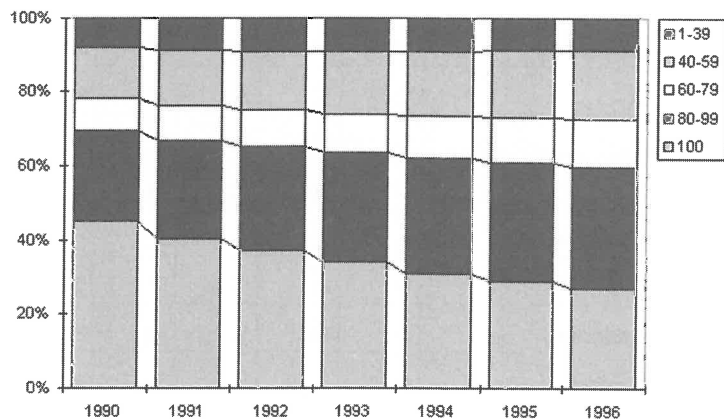
Als gevolg van de daling van zowel het verloop als de instroom zal het aantal jaren dat verpleegkundigen en verzorgenden in dienst zijn bij dezelfde werkgever toenemen. Voor de sectoren uit de intramurale gezondheidszorg is het mogelijk om dit na te gaan (zie figuur 5.3). Vooral tussen 1992 en 1996 nam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

### Duur van de werkweek

In veel instellingen wordt een fulltime werkweek niet meer gelijkgesteld met een volledige werkweek volgens de CAO-norm. Sprak men oorspronkelijk alleen bij een 38-urige werkweek van een fulltime dienstverband, inmiddels beschouwen velen een werkweek van 80% of meer als fulltime (zie figuur 5.3). 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 intramurale zorg af van 45% in 1990 tot 27% in 1996 (zie figuur 5.4). De meest voorkomende werknemer is niet meer een fulltimer, maar een parttimer met een baan van 80% of meer.



Figuur 5.3 De gemiddelde lengte van het dienstverband



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

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.

### Ziekteverzuim

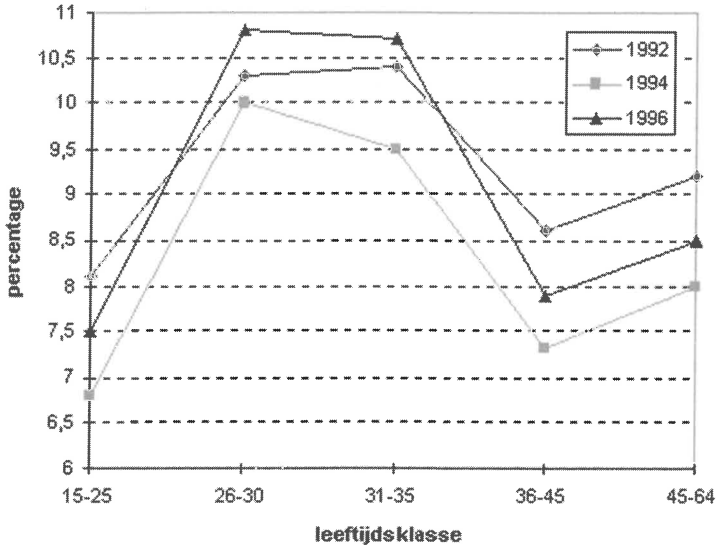
Met de lichte stijging van het ziekteverzuim wijkt de verpleging en verzorging af van de landelijke trend. Het CBS laat voor 1996 voor geheel Nederland juist een daling zien. Tussen de verschillende sectoren bestaan er wel verschillen in niveau van het ziekteverzuimpercentage, de richting van de ontwikkeling is veelal dezelfde.

Tabel 5.2

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 gehandicaptenzorg	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 gehandicaptenzorg	-	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

Per leeftijdsklasse zien we verschillen in het niveau van het ziekteverzuim (zie figuur 5.5). 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 bij de categorieën 25-30 en vooral 31-35 jaar plaats. Bij de oudste leeftijdscategorieën was de toename geringer.



Figuur 5.5 Het verzuim per leeftijdsklasse

## 6

### Onderwijs

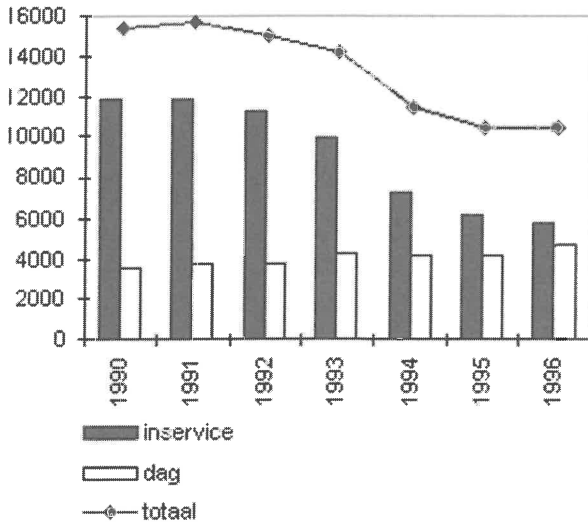
Het verplegend en verzorgend onderwijs is sterk in beweging. Na een jarenlange discussie is er met ingang van 1 augustus 1997 een nieuw samenhangend stelsel van kracht. Desondanks, of misschien wel juist daarom, zijn gegevens over het vorige onderwijssysteem van groot belang. Zij vormen immers een referentiekader 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.

#### **Verplegend onderwijs (oude stelsel)**

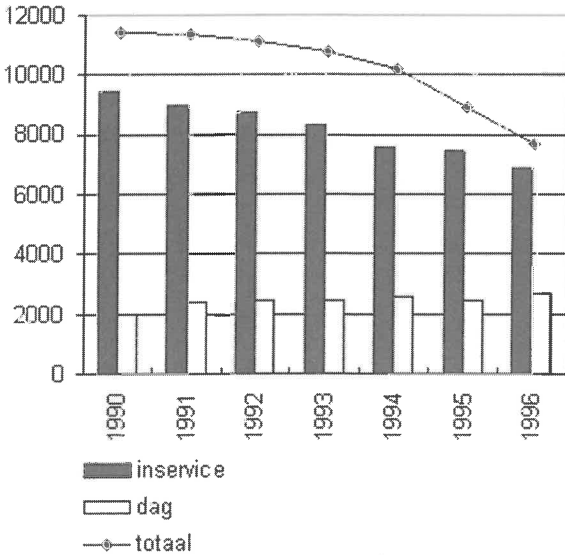
De daling die een aantal jaren geleden is ingezet in de instroom in het onderwijs, begint nu zijn effect op de uitstroom te krijgen: het aantal mensen dat jaarlijks een diploma behaalt gaat sterk dalen (zie figuren 6.1 en 6.2).

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 verplegend onderwijs



Figuur 6.2 Behaalde diploma's in de verpleging

Tabel 6.1

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
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

Tabel 6.2

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



Tabel 6.3

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
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

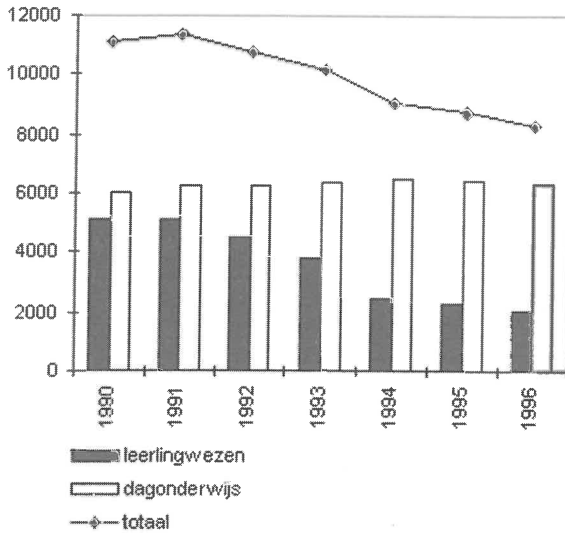
### Verzorgend onderwijs (oude stelsel)

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.

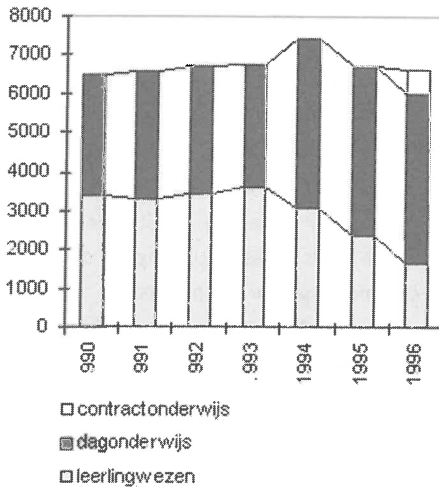
Het aantal leerlingen dat een diploma behaalt in de verzorging neemt echter niet zo drastisch af als bij de verpleging. Bij de behaalde diploma's moeten wel enige opmerkingen worden gemaakt. Vanaf 1994 zijn in het dagonderwijs ook degenen die een opleiding MDGO-Vz-kort met goed gevolg afleggen betrokken.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



Figuur 6.3 De instroom in het verzorgend onderwijs



Figuur 6.4 Diploma's in het verzorgend onderwijs

MDGO-Vz-lang hebben afgerond een baan in de zorgsector, maar voor de korte variant van deze opleiding 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.

Tabel 6.4

*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 6.5

*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 6.5

	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 <sup>1</sup>	4.367 <sup>1</sup>	4.333 <sup>1</sup>
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

<sup>1</sup> inclusief MDGO -Vz-kort

Tabel 6.6

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
Bejaardenhulpenden	908	774	674	572	600	534	416
Gezinsverzorgenden	1.760	1.928	1.915	1.830	1.216	662	498
Gezinshulpenden	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

Vervolg tabel 6.6

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
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

### Het nieuwe stelsel

Met de invoering van het nieuwe stelsel voor verplegend en verzorgend onderwijs is er veel veranderd. Hoewel een vergelijking met het oude stelsel niet altijd makkelijk is en iets arbitrairs heeft, is de instroom in het nieuwe stelsel in 1997 vergeleken met de instroom in 1996 in het oude stelsel.

Tabel 6.7

De instroom in het nieuwe stelsel in 1997 naar leerweg

	Leerweg	1996	1997	% verandering t.o.v. 1996
Niveau 5		2.944	3.077	4,5
Verpleging*	bol	2.744	2.777	
	bbl	200	300	
Niveau 4		3.048	3.175	4,2
Verpleging	bol		1.899	
	bbl	3.048	1.276	
Niveau 3		9.605	6.110	-36,4
Verzorging	bol	5.401	4.414	
	bbl	4.204	1.696	
Niveaus 3, 4 en 5		15.597	12.362	-20,7

Voor toelichting bij tabel 6.7 zie p. 56.

Toelichting bij tabel 6.7

Voor 1996 is de volgende toedeling gehanteerd:

4 bbl = Inservice A, B, Z

3 bbl = Ziekenverzorgenden + bejaarden- en gezinsverzorgenden OVDB

3 bol = MDGO-VP en MDGO-Vz-lang

bbl = beroepsbegeleidende leerweg

bol = beroepsopleidende leerweg

\* De uitsplitsing naar leerweg betreft een raming.

Gegevens over niveau 2 ontbraken nog op het moment van het ter perse gaan van deze publicatie.

De niveaus 3, 4, en 5 laten samen een daling van 10% zien ten opzichte van 1996. De niveaus 4 en 5 stijgen elk licht met 4%. Op niveau 4 heeft zich wel een enorme verschuiving voorgedaan naar leerweg: de bbl-variant nam af van 3048 tot 1276! De voorheen niet-bestaande bolvariant is populair en omvat bijna 1900 eerstejaarsleerlingen.

Op niveau 3, verzorging, doet zich een forse daling van de instroom voor van 36%. Ook hier is de bbl-variant zeer fors afgenomen: van 4204 naar 1696. De bolvariant laat eveneens een daling zien.

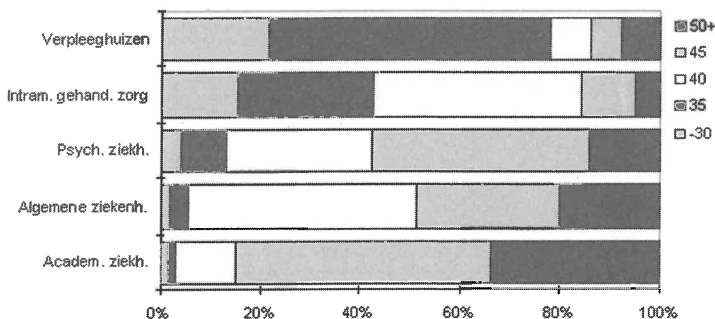
Hier speelt wellicht dat in het oude stelsel de MDGO-VP op dit niveau is toegerekend, terwijl in het nieuwe stelsel niveau 4 de bolvariant, hoewel met hogere eindtermen dan de oude MDGO-VP, in feite die plaats heeft ingenomen.

## Functies en inkomen

### Functies

Zorgsectoren verschillen in het zorgaanbod dat zij bieden. 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

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. Tussen de sectoren doen zich aanmerkelijke verschillen voor in de verdeling over de verschillende schalen.



Figuur 7.1 Procentuele verdeling naar schaalniveau FWG per sector in 1996

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 op dit schaalniveau ingedeeld. In de (psychiatrische) ziekenhuizen komen deze schaalniveaus nauwelijks voor. Hetzelfde geldt voor het voorkomen van schaalniveau 35, het niveau waarin een ziekenverzorgende normaal gesproken is ingedeeld. 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 een managementfunctie is, dan kunnen we concluderen dat er in de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen weinig specialistische functies voorkomen, terwijl dat in de (psychiatrische) ziekenhuizen wel het geval is.

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

In de verzorgingshuizen kunnen we alleen nagaan hoe de samenstelling van het personeel is naar genoten vooropleiding en welke ontwikkelingen zich hierin voordoen. Tabel 7.1 laat zien wat zich tussen 1990 en 1995 heeft afgespeeld.

*Tabel 7.1*

*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 hiermee rekening 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.

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

In het kruiswerk zien we tussen\* 1990 en 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 7.2

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

Vervolg tabel 7.2

Gezinszorg	Personen		FTE's	
	1993	1996	1993	1996
- 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. Het aantal alfahulpen neemt toe, het aantal leidinggevenden daarentegen neemt af.

In de gezinszorg is er veel sprake van deeltijdwerk, maar is er ook een grote variatie in de mate van deeltijd. Alfahulpen mogen zelfs niet meer dan een 40% van een volledige werkweek werkzaam zijn. Daarom zijn de gegevens in tabel 7.2 zowel in personen als in FTE's weergegeven. Leidinggevenden en verzorgenden C tot en met E blijken een gemiddeld veel langere werkweek te hebben dan verzorgenden A/B en alfahulpen: hun aandeel in FTE's is verhoudingsgewijs groter.

### Salaris

De ontwikkeling van het gemiddelde salaris bij verpleegkundigen en verzorgenden vertoont om en nabij hetzelfde beeld als bij het totale personeelsbestand. Bij academische en psychiatrische ziekenhuizen ligt het salarisniveau van verpleging lager vanwege het relatief grote aandeel behandelaars (artsen) in het totale bestand.

Tabel 7.3

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

	index 1990 = 100		bedrag
	1990	1996	1996
<i>Algemene en categorale ziekenhuizen</i>			
Verpleging/verzorging	103	125	3.957
Totaal	100	123	3.891
<i>Academische ziekenhuizen (index 1993 = 100)</i>			
Verpleging/verzorging	-	103	4.078
Totaal	-	108	4.288
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>			
Verpleging/verzorging	95	116	3.969
Totaal	100	123	4.209
<i>Instellingen voor gehandicaptenzorg</i>			
Verpleging/verzorging	100	118	3.530
Totaal	100	117	3.497
<i>Verpleeghuizen</i>			
Verpleging/verzorging	101	123	3.402
Totaal	100	119	3.301

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 7.4

Het gemiddeld bruto-looninkomen per uur in de zorgsector en totaal 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

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.

## Uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden

Over de achtergronden van de uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden is op landelijk niveau weinig informatie beschikbaar. Weliswaar bieden verschillende statistische bronnen inzicht in de uitstroom en de stromen tussen de verschillende gezondheidszorgsectoren, maar informatie over bijvoorbeeld de vertrekredenen van verpleegkundigen en verzorgenden, waarvan het dienstverband al dan niet vrijwillig is beëindigd, is slechts op beperkte schaal beschikbaar. Inzicht in de achtergronden van vertrek biedt de mogelijkheid om beleidsmaatregelen te ontwikkelen die de uitstroom verminderen. Dit is zinvol op een moment van (verwachte) tekorten in de verpleging en verzorging.

Een belangrijke bron om de achtergronden van vertrek in de intramurale sector te achterhalen zijn de exit-interviews onder vertrekkend personeel door het NZi. Voor de thuiszorg en de verzorgingshuizen daarentegen ontbreekt een dergelijke systematiek. Om deze reden heeft het NIVEL voor de thuiszorg en de verzorgingshuizen een vragenlijst – analoog aan de NZi exit-interviews – ontwikkeld en vervolgens uitgezet onder verpleegkundigen en verzorgenden die in 1997 uit dienst zijn 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? Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de belangrijkste antwoorden op deze vragen. Allereerst komt de omvang van de uitstroom aan bod. Vervolgens wordt per sector ingegaan op de achtergrond van het vertrek.

Meer en gedetailleerder informatie over de resultaten en de uitvoering van het onderzoek is te vinden in deel B van het rapport *Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1998*.

### **Historische trend**

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 elders op de arbeidsmarkt (zie figuur 5.1 in hoofdstuk 5).

De sterk gestegen participatiegraad van vrouwen in betaald werk is verantwoordelijk voor deze forse afname. Hier is sprake 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 stijgende participatiegraad kon de zorgsector ondanks soms sombere vooruitzichten de afgelopen jaren vrij gemakkelijk in haar personeelsbehoefte voorzien.

De meer recent dreigende personeelstekorten en het sinds kort weer wat toenemend verloop maken onderzoek naar vertrekredenen juist weer actueel. Bovendien zegt dit onderzoek ook iets over de beleving van het beroep.

### **Omvang van de uitstroom**

Tabel 8.1 geeft de verschillende uitstroompercentages per sector. Uit de tabel blijkt dat de uitstroom in de verzorgingshuizen relatief het hoogst is.

### **Intramurale zorg**

In de intramurale gezondheidszorg is er een grote groep verpleegkundigen en verzorgenden die niet van baan is veranderd. De gemiddelde duur dat men in dienst is bij eenzelfde werkgever neemt dan ook snel toe. Ongeveer 10% van de verpleegkundigen en verzorgenden vertrekt jaarlijks uit hun instelling. De mobiele groep wordt vooral gevormd door 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.

Tabel 8.1

*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	17,6	16,1	17,1	14,9
Thuiszorg	16,7	16,3	13,1	11,0	13,5

Van de vertrekkers gaat 45% in een andere zorginstelling 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 zorgsector in zijn 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 respondent – voorkomen kunnen worden. De genoemde vertrekredenen die hierbij een rol spelen verschillen per groep sterk. 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 c.q. minder te gaan werken, op ruime afstand gevolgd door ontplooiingsmogelijkheden. Ook naar leeftijd zijn er opmerkelijke verschillen. Jongeren noemen als belangrijkste vertrekredenen 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. Wat betreft de vooropleiding blijken factoren als leeftijd en geslacht, zoals ook eerder al genoemd, de uitkomsten sterk te beïnvloeden. Daarnaast valt op dat ziekenverzorgenden relatief vaak werkomstandigheden noemen. Leerlingen noemen vaak de opleiding zelf en ook werkomstandigheden, zoals werkdruk en geestelijke belasting.

Tabel 8.2

De tien meest genoemde redenen waarbij vertrek uit de intramurale zorgsector voorkomen had kunnen worden naar leeftijd (in %)

<i>Leeftijd tot 25 jaar</i>		<i>Leeftijd tussen 25 en 35 jaar</i>	
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
<i>Leeftijd tussen 35 en 45 jaar</i>		<i>Leeftijd ouder dan 45 jaar</i>	
Ontplooiing/benutting capaciteiten	36	Ontplooiing/benutting capaciteiten	34
Loopbaanperspectief	26	Loopbaanperspectief	32
Werktijden en roosters	18	Klimaat afdeling/werkeenheid	17
Klimaat afdeling/werkeenheid	18	Arbidsomstandigheden	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

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 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.

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 kan worden voldaan.

### 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 gegevens van Cadans zou 10% naar een andere sector gaan en 72% er tijdelijk of definitief mee stoppen. Met betrekking tot de redenen van vertrek zijn er verschillen tussen zowel de drie typen uittrekkers 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 naar 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 en 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 ook 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 lichamelijk 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 als ze kinderen krijgen. 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.

### **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 en 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.

Met betrekking tot de resultaten van dit onderzoek naar de uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden in de verzorgingshuizen en thuiszorg, moet de kanttekening worden gemaakt dat 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 achtergronden. 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.

Er zijn duidelijke verschillen in vertrekredenen tussen verpleegkundigen en verzorgenden. De verpleegkundigen vertrekken voornamelijk om redenen die samenhangen met de beperkte carrièremogelijkheden 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.

## Lijst van afkortingen

AVVV	Algemene Vergadering van Verpleegkundigen en Verzorgenden
BVG	Bedrijfsvereniging voor Gezondheidszorg
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
FTE's	Fulltime-equivalenten
IVA	Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies
JOZ	Jaaroverzicht Zorg
LKG	Loonkostengegevensbestand
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NZi	Instituut voor onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg (voorheen Nationaal Ziekenhuisinstituut)
OVDB	Stichting Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen
RBA	Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)