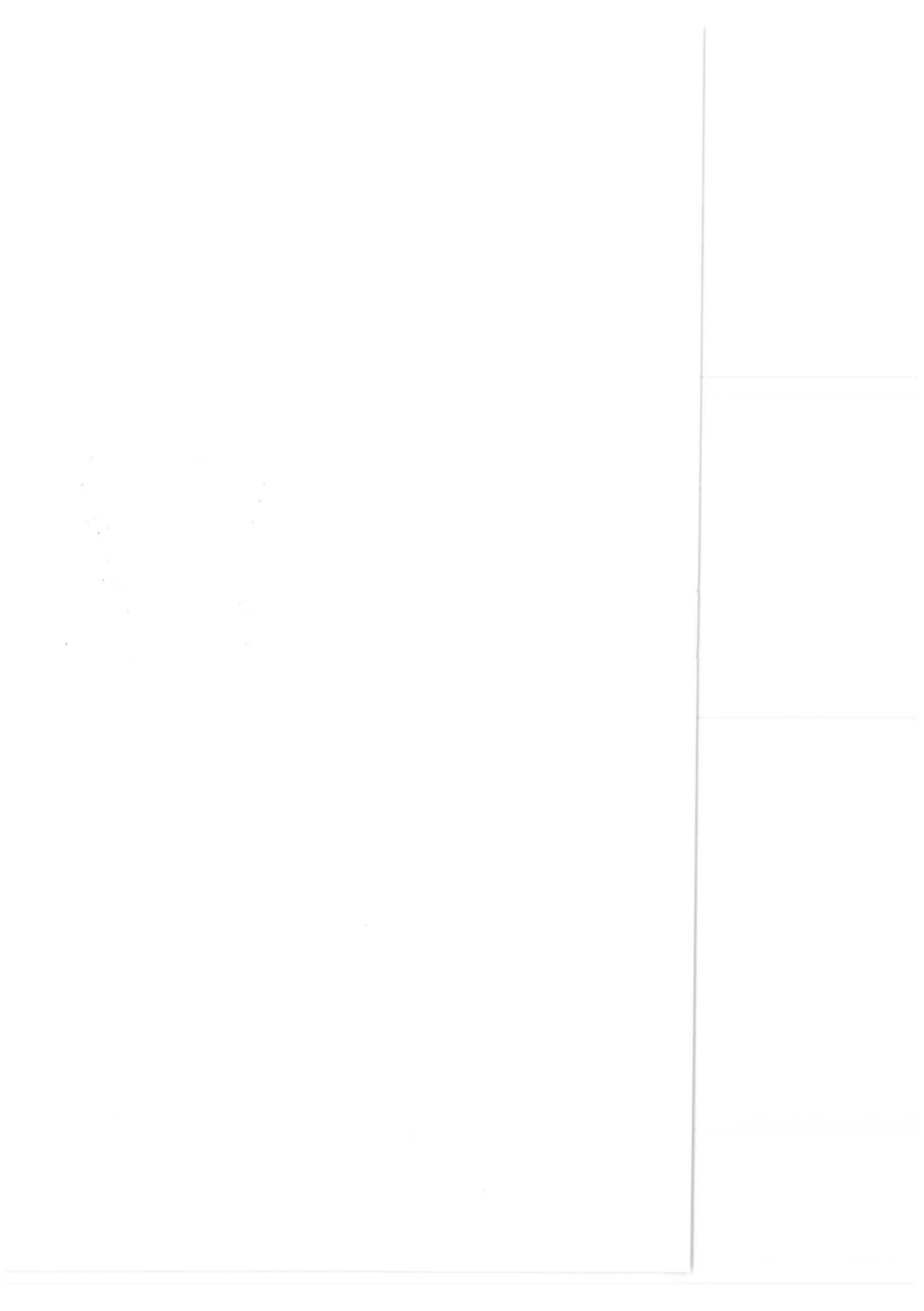


Feiten over verpleging en verzorging in Nederland 1999



**Feiten over  
verpleging en verzorging  
in Nederland 1999**

W. van der Windt  
H. Calsbeek  
L. Hingstman

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

Elsevier/De Tijdstroom

Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging

*Feiten over verpleging en verzorging 1999* is gebaseerd op het onderzoek *Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1999* (Elsevier/De Tijdstroom Maarssen 1999 en LCVV, Utrecht 1999). Dit onderzoek werd uitgevoerd door het NZi en het NIVEL.

© Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, 1999

BASISVORMGEVING Robbert Zweegman, Nijmegen

OPMAAK Marian van Helden, Deventer

OMSLAG Cees Brake bNO, Enschede

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

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

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

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden 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 2227 X

NUGI 750, 756

# Inhoud

- 1 Inleiding [7]
- 2 De ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging [9]
- 3 De omvang van de beroepsgroepen [21]
- 4 De personeelssamenstelling [29]
- 5 De arbeidssituatie [33]
- 6 Onderwijs [41]
- 7 Functies en inkomen [47]
- 8 De aansluiting tussen opleiding en arbeidsmarkt [51]
- Lijst van afkortingen [59]



# 1

## 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 derde uitgave van het zakboek *Feiten over verpleging en verzorging in Nederland 1999*. Op initiatief van het Landelijke 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 1999* van W. van der Windt, H. Calsbeek en L. Hingstman. 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 en sociaal-culturele 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 de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt, een onderwerp dat, gezien de dreigende tekorten op de arbeidsmarkt, zeker aandacht verdient.

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 1999*. In dat 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.



## 2

# De ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de belangrijkste feiten over de vraag naar verpleging en verzorging vanaf 1990. Waar mogelijk worden ook ontwikkelingen in de toekomst geschetst. Met de 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, zoals een veranderende samenstelling van de bevolking waarin het aandeel ouderen nog steeds groeit. Daarnaast worden epidemiologische ontwikkelingen onderscheiden. Dit zijn bijvoorbeeld ontwikkelingen die betrekking hebben op het voorkomen van chronische aandoeningen en infectieziekten. Het meer of minder voorkomen van dergelijke ziekten zal de vraag naar zorg respectievelijk doen toe- of afnemen. Niet alleen de bevolkingsontwikkeling en de gezondheidstoestand van de bevolking beïnvloeden de zorgbehoefte. Ook sociale en culturele ontwikkelingen kunnen de behoefte aan zorg doen stijgen of dalen. Als voorbeeld kan genoemd worden de beschikbaarheid van mantelzorg. Het daadwerkelijke gebruik van verpleging en verzorging wordt, naast ontwikkelingen in de zorgbehoefte, ook beïnvloed door beleidsontwikkelingen in de zorgsector. Zo zullen zorgvernieuwingen, bijvoorbeeld gericht op transmurale zorg, niet zozeer de behoefte aan zorg doen veranderen, maar eerder een verschuiving in het daadwerkelijke gebruik van verpleging en verzorging in een bepaalde setting doen veroorzaken.

### Demografische ontwikkelingen

#### *Omvang van de bevolking*

Het aantal inwoners van Nederland groeit gestaag. Telde Nederland in 1990 14,8 miljoen mensen, in 1997 bedroeg dit ruim 15,5 miljoen (tabel 2.1).

Tabel 2.1

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

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
Aantal inwoners (abs. x 1.000)	14.892,6	15.239,2	15.341,6	15.424,1	15.493,9	15.567,1
Jaarlijkse toename in %	0,55	0,67	0,54	0,54	0,45	0,56
Aantal geboren (abs. x 1.000)	197,9	195,7	195,6	190,5	189,5	192,4
Aantal sterfgevallen (abs. x 1.000)	128,8	137,8	133,5	135,7	137,6	135,8
Aantal immigranten (abs. x 1.000)	117,3	119,2	99,3	96,1	108,7	109,9
Aantal emigranten (abs. x 1.000)	57,3	59,2	62,2	63,3	65,3	62,2

Sinds 1990 is de bevolking met circa 3,3% toegenomen. Jaarlijks neemt de bevolking met gemiddeld 0,5% toe. Overigens blijkt dat na een aantal jaren van dalende groeipercentages, vanaf 1997 het bevolkingsgroeipercentage weer toeneemt. Het aantal geboorten viel in 1997 hoger uit dan aanvankelijk werd gedacht. Deze omslag heeft tot gevolg dat de bevolkingsprognoses van het CBS voor de korte termijn – tot 2003 – iets naar boven zijn bijgesteld.

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

### Geboorte

In de eerste helft van de jaren negentig liep het aantal geboorten terug van bijna 198.000 in 1990 naar 190.000 in 1996 (tabel 2.1). In 1997 is weer sprake van een toename van het aantal geboorten (193.000). In de

nieuwste kortetermijnprognose van het CBS worden ook meer geboorten verwacht dan in de vorige prognose werd aangenomen. Volgens de nieuwste prognose zal het aantal geboorten in de periode 1998-2003 circa 2,5% hoger zijn dan aanvankelijk was voorspeld. Dit betekent in totaal 30.000 kinderen meer. Het CBS heeft verder een lichte stijging kunnen constateren van het aantal thuisbevallingen ten opzichte van het voorgaande jaar: bijna 36% van de bevallingen vond thuis plaats tegen 34% in 1994/1995. In 1990 vond nog zo'n 38% van de bevallingen thuis plaats.

### *Sterfte*

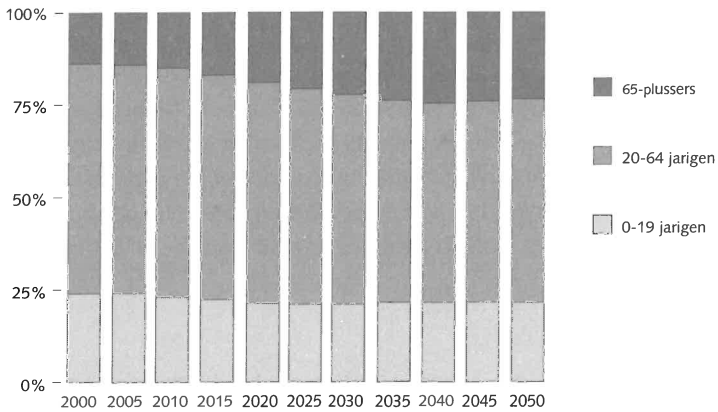
Het aantal sterfgevallen in 1997 lag iets lager dan in 1996 (tabel 2.1), respectievelijk 135.800 en 137.600 sterfgevallen. Deze daling is opmerkelijk gezien het feit dat het aantal overledenen al gedurende vele jaren een geleidelijk stijgende trend vertoont. Het CBS verwacht dat deze daling van tijdelijke aard is en dat – vanwege de toenemende vergrijzing van de bevolking – het jaarlijks aantal overledenen de komende decennia flink zal stijgen. Doodsoorzaken nummer één en twee zijn respectievelijk hart- en vaatziekten en kanker. Deze twee ziekten zijn verantwoordelijk voor tweederde van alle sterfgevallen. Op de derde plaats volgen met 10% ziekten aan de ademhalingsorganen.

### *Migratie*

Begin jaren negentig kwamen jaarlijks bijna 120.000 immigranten naar Nederland (tabel 2.1). Het migratiesaldo (aantal immigranten minus het aantal emigranten) bedroeg jaarlijks zo'n 50.000 personen. In 1993 en 1994 werden verschillende immigratiebeperkende maatregelen van kracht waardoor er een einde kwam aan de stijging van het aantal immigranten. Vanaf 1996 was er weer sprake van een toename en in 1997 handhaafde de immigratie zich op ongeveer hetzelfde niveau. Emigratiecijfers vertoonden een stijging tot 1997: van ruim 57.000 in 1990 tot ruim 65.000 in 1996. In 1997 hebben minder Nederlanders zich in het buitenland gevestigd. Het migratiesaldo vertoont een lichte stijging ten opzichte van voorgaande jaren.

### *Leeftijdsverdeling*

Al sinds de jaren zestig neemt het percentage personen jonger dan 19



Figuur 2.1 Samenstelling van de bevolking naar leeftijd tot 2050

jaar af: van 37% toen naar ruim 24% nu. Het aandeel ouderen vanaf 65 jaar neemt geleidelijk toe: in 1997 13,4% tegen 12,8% in 1990. Voor de komende tien jaar wordt verwacht dat dit percentage nog een weinig zal blijven stijgen.

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

### Conclusie

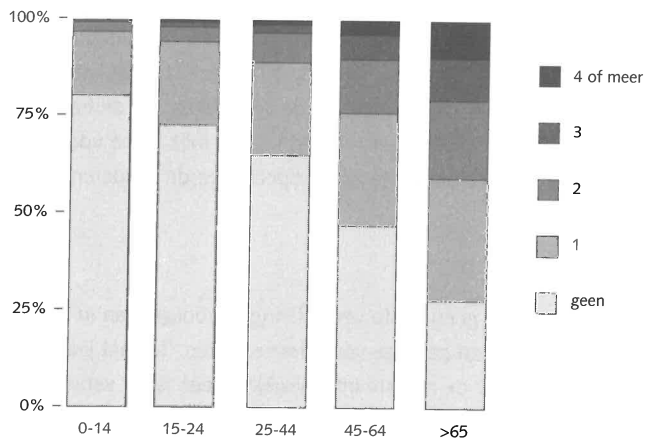
Demografisch gezien is 1997 een bijzonder jaar. In de eerste plaats moet worden geconstateerd dat voor het eerst sinds jaren het aantal geboorten is toegenomen; in totaal 3.000 meer dan in 1996. Ook voor de komende jaren wordt een verdere stijging voorzien. Dit zou gevolgen kunnen hebben voor de kraamzorg. Daar komt bij dat ook het aandeel thuisbevellingen in 1997 is gestegen. De kraamzorg thuis zal dus te maken krijgen met een toenemende vraag. Verder blijkt dat in 1997 het aantal sterfgevallen iets is afgenomen. Dit in tegenstelling tot de trend van de afgelopen jaren waarin sprake was van een jaarlijkse toename van het aantal sterfgevallen. Deze verandering is slechts van tijdelijke

aard. Met name de vergrijzing zal verantwoordelijk zijn voor een toenemende groei in vraag naar verpleging en verzorging.

## Epidemiologische ontwikkelingen

### Chronische aandoeningen

Uit figuur 2.2 blijkt dat met de leeftijd het risico op het hebben van een chronische aandoening groter wordt.



Figuur 2.2 Aantal langdurige aandoeningen naar leeftijd

Enkele veelvoorkomende chronische aandoeningen zijn: CARA, reuma en diabetes mellitus. Van de Nederlandse bevolking leed in 1997 respectievelijk 8%, 3,1% en 1,9% aan deze aandoeningen. Vanaf 1990 neemt het percentage mensen dat aan CARA en reuma lijdt toe. Zo is het percentage CARA-zieken gestegen met 2% en is het aandeel mensen dat reuma heeft met 0,6% gestegen ten opzichte van 1990. Het aantal mensen met diabetes blijft nagenoeg stabiel. Deze groei hangt samen met de (dubbele) vergrijzing. De afgelopen tien jaren hebben zich verder geen noemenswaardige veranderingen voorgedaan voor wat betreft de prevalentie van chronische ziekten. Meer van belang voor de verpleging en verzorging is de voorspelling van het RIVM dat het aandeel mensen dat in de nabije toekomst (tot 2015) CARA of reuma heeft, met zo'n 25 tot 35% zal toenemen. Het percentage mensen dat diabetes zal krijgen,

zal eveneens toenemen, met maar liefst 35 tot 45%. Zoals eerder genoemd zijn deze enorme groeicijfers meer het gevolg van demografische ontwikkelingen dan dat er sprake is van epidemiologische veranderingen.

### *Kanker*

Sinds 1990 zijn er geen noemenswaardige veranderingen opgetreden in het voorkomen van kanker in onze bevolking. Tot het jaar 2015 heeft het RIVM echter voor verscheidene vormen van kanker een flinke stijging voorspeld, variërend van 25% (borstkanker) tot 60% (slokdarmkanker, maagkanker, longkanker en prostaatkanker). Deze stijging kan niet geheel los worden gezien van de groei en de vergrijzing van de bevolking (demografische ontwikkelingen) omdat kanker met name voorkomt onder oudere mensen. De behoefte aan gespecialiseerde (ouderen)zorg zal hierdoor toenemen.

### *Infectieziekten*

Sinds 1990 hebben zich geen grote veranderingen voorgedaan in het voorkomen van sterfte ten gevolge van infectieziekten. Tot het jaar 2015 verwacht het RIVM voor de meeste infectieziekten een lager verandingspercentage dan voor chronische aandoeningen en kanker, te weten -5% tot 25%. De verklaring hiervoor is gelegen in het feit dat infectieziekten meer gespreid over de leeftijden voorkomen in tegenstelling tot chronische ziekten en kanker die zich met name onder ouderen manifesteren. De meest recente cijfers over het voorkomen van aids (tabel 2.2) laten zien dat het maximum aantal gemelde ziektegevallen (522) bereikt is in 1995. Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen.

*Tabel 2.2*

*Gemelde ziektegevallen van aids naar jaar van diagnose<sup>1</sup>*

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
Patiënten totaal	419	474	479	522	432	300
Mannen	383	410	423	439	366	241
Vrouwen	36	64	56	83	66	59

<sup>1</sup> Gemeld voor 1 juli 1998, inclusief namelingen.

Tot het jaar 2015 is een lichte daling voorspeld van 0 tot 5%. Wel zal de behoefte aan zorg voorlopig blijven toenemen vanwege een nog steeds toenemend aantal sterfgevallen.

### *Psychische stoornissen*

Voor het bekijken van trends en mogelijke ontwikkelingen in de toekomst heeft het RIVM gekeken naar zeven psychische stoornissen, te weten dementie, schizofrenie, depressie, angststoornissen, afhankelijkheid van alcohol of drugs, verstandelijke handicap en psychische problematiek bij kinderen en jeugd. Over het algemeen is er sprake van een stijging van zowel het aantal nieuwe diagnoses als van het aantal reeds gediagnosticeerde ('bekende') patiënten. Een uitzondering hierop vormt het voorkomen van schizofrenie. Ook blijkt het aantal en het aandeel mannen dat in verband met alcoholproblematiek een beroep op de zorg doet te zijn afgenomen, terwijl dat voor vrouwen is toegenomen. Tot het jaar 2015 voorspelt het RIVM een stijging van 5 tot 15% van zowel het aantal nieuwe als het aantal bekende gevallen van schizofrenie en van het aantal nieuwe gevallen van angststoornissen en een stijging van 15 tot 25% van het aantal nieuwe en bekende gevallen van depressie en het aantal bekende gevallen van angststoornissen. Voor het voorkomen van dementie wordt een stijging van 35 tot 45% verwacht, zowel voor wat betreft de bestaande gevallen als het aantal nieuwe gevallen. Het voorkomen van verstandelijke handicaps blijft gelijk of zal zelfs iets dalen (-5%). Toekomstvoorspellingen ten aanzien van de overige stoornissen, alcohol- en drugsverslaving en de jeugdproblematiek, werden in dit kader niet gedaan.

### *Conclusie*

Op epidemiologisch gebied hebben zich de afgelopen jaren enkele veranderingen voorgedaan die relevant zijn voor de verpleging en verzorging. Noemenswaardig in dit kader is een lichte stijging van het percentage mensen met reuma of CARA. Voor een deel kan deze stijging toegeschreven worden aan de veranderde samenstelling van de bevolking (demografische ontwikkelingen). Dit geldt zeker voor de toekomst: voornamelijk als gevolg van de bevolkingsgroei en -samenstelling wordt tot 2015 een sterke toename van het aantal chronisch zieken en mensen met kanker verwacht. Voor het voorkomen van infectieziekten worden

veel lagere groeipercentages verwacht. Ten slotte worden voor psychische stoornissen verschillende groeicijfers vermeld: van een stabiel of zelfs mogelijk dalend percentage mensen met een verstandelijke handicap tot een sterk groeiende groep mensen dat lijdt aan dementie.

Geconcludeerd kan worden dat – hand in hand met de demografische ontwikkelingen – ook epidemiologische ontwikkelingen een grote druk zullen leggen op de beschikbare verpleging en verzorging.

### Sociaal-culturele ontwikkelingen

#### *Onderwijs, arbeid en inkomen*

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

#### *Allochtone bevolking*

Er is een groot verschil in groei in tussen aantallen allochtone en autochtone mensen. Binnen de allochtone bevolking neemt het aantal Turken en Marokkanen het snelst toe (tabel 2.3). Hierbij is uitgegaan van de zogenaamde 'ruime definitie': de persoon zelf en/of een van beide ouders is in het buitenland geboren.

Tabel 2.3

*Bevolking naar herkomstgroepering, gemeten op 1 januari*

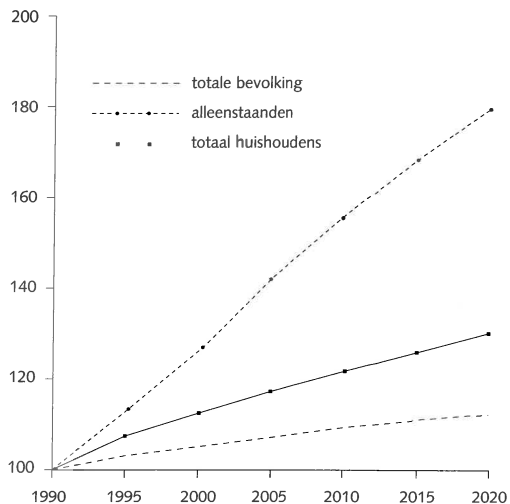
Kerncijfers bevolking x 1.000	1990	1992	1995	1996	1997
Autochtonen	12.668	12.765	12.852	12.872	12.890
Allochtonen	2.225	2.364	2.572	2.622	2.677
Turken	206	241	264	272	280
Marokkanen	168	196	219	225	233
Surinamers	237	263	278	282	287
Antillianen/Arubanen	81	91	93	94	95
Totale bevolking	14.893	15.129	15.424	15.494	15.567



Voor wat betreft de gezondheidstoestand maakte het RIVM een vergelijking tussen enerzijds Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen en anderzijds de autochtone bevolking op basis van vier gezondheidsindicatoren: chronische aandoeningen, ervaren ongezondheid en gezondheid en sterfte. Als maat voor de psychische gezondheid hanteert het RIVM het aantal opnames in de psychiatrie. Over het algemeen wijst deze vergelijking op een achterstand ten opzichte van de autochtone bevolking, zowel voor wat betreft de lichamelijke als de geestelijke gezondheidstoestand. Ook is de sterfte onder de meeste groepen allochtonen hoger, met name onder de jongste leeftijdsgroepen. Het vermoeden bestaat dat allochtone mensen minder gebruikmaken van de gezondheidszorg. Kennelijk beschikken allochtonen over uitgebreide sociale netwerken waarbinnen het verlenen van mantelzorg meer vanzelfsprekend is dan voor de autochtone bevolking. Ook is het niet altijd even duidelijk of allochtonen op de hoogte zijn van de beschikbare voorzieningen in de gezondheidszorg. Er lijkt hier een belangrijke taak te zijn weggelegd voor met name verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, niet alleen in de preventieve sfeer, maar ook ter ondersteuning van de mantelzorgers.

#### *Huishoudenssituatie*

Het totale aantal huishoudens groeit sneller dan de bevolking (figuur 2.3). De oorzaak van deze snelle groei is gelegen in het feit dat steeds meer mensen alleen wonen. Deze ontwikkeling is relevant voor de zorgvraag aangezien de fysieke en mentale gezondheid van alleenwonende personen slechter is dan die van personen die met anderen wonen. Alleenstaanden maken dan ook vaker gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen. Zo blijkt uit tabel 2.4 dat – over een jaar gemeten – 15% van de alleenstaande 65-plussers verzorgd of verpleegd wordt door 'anderen dan gezinsleden of huisgenoten', tegen 9% van de 65-plussers die samenleven. Met een toenemend aantal (oudere) alleenstaanden zal ook de vraag naar thuiszorg blijven toenemen.



Figuur 2.3 Groei huishoudens en alleenstaanden ten opzichte van de totale bevolking (1990 = 100)

Tabel 2.4

Huishoudens naar ontvangen verzorging/verpleging in de afgelopen 12 maanden, 1995

%	geen	uitsluitend van gezinsleden/huisgenoten	(ook) van anderen
Totaal	94	1	5
Alleenstaanden, leeftijd			
30 jaar of jonger	98		2
31-64 jaar	95		5
65 jaar en ouder	85		15
Paar, leeftijd vrouw			
30 jaar of jonger	98	1	1
31-64 jaar	96	1	3
65 jaar en ouder	90	2	9

### *Mantelzorg*

In Nederland bieden 1,3 miljoen mensen mantelzorg. Dit komt overeen met ongeveer 11% van de volwassen bevolking. Gezamenlijk produceren zij 400 miljoen uur zorg. Dat is ongeveer acht keer zoveel als de professionele gezinszorg. Een mantelzorger biedt gemiddeld vijf uur zorg per week. Zo'n 15% van alle mantelzorgers werkt per week meer dan twintig uur en de helft werkt een tot vijf uur. Bijna de helft is al langer dan 10 jaar mantelzorger, eenderde vijf tot tien jaar. Nederland zou zo'n 1,5 miljoen mensen tellen die niet helemaal voor zichzelf kunnen zorgen; meer dan de helft van hen krijgt alleen informele zorg, ofwel zorg van vrijwilligers of mantelzorgers. Zelfs van de ouderen met ernstige beperkingen ontvangt 30% uitsluitend informele hulp, 27% combinaties van informele en thuiszorg en 20% geen hulp. De verwachting is dat het aantal chronisch zieken stijgt en dat een stijgend aantal zelfstandig wonende 65-plussers thuis hulp nodig heeft. Bij een niet of nauwelijks groeiende professionele thuiszorg en een stabiel blijvend percentage mantelzorgers zal de belasting voor mantelzorgers alleen maar toenemen. Een kwart van de mantelzorgers zou al 'ernstig overbelast' zijn.

### *Conclusie*

Met betrekking tot de onderwijs-, arbeids- en inkomensverdeling lijkt de ongelijkheid tussen verschillende bevolkingsgroepen af te nemen. Hoe dit zich laat vertalen in de behoefte aan zorg is moeilijk aan te geven. Er is in ieder geval geen sprake van een verslechtering van de maatschappelijke positie die de andere ontwikkelingen zou kunnen versterken, zoals het feit dat binnen onze bevolking het aantal allochtonen een snelgroeiende groep vormen, met name het aantal Turken en Marokkanen. Een vergelijking met de gezondheidstoestand van autochtonen leert namelijk dat over het algemeen allochtonen een slechtere gezondheid hebben. Met name voor de thuis- en kraamzorg lijkt een belangrijke taak te zijn weggelegd, zowel voor wat betreft preventieve zorg als ondersteuning van de mantelzorg. Een andere verandering in de bevolking heeft betrekking op een groeiende groep alleenstaanden. Deze groep (vooral 65-plussers) maken vaker gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen dan samenlevenden. Deze ontwikkeling legt een druk op de thuiszorg en andere vormen van ouderenzorg. In aansluiting hierop kan

vermeld worden dat voor wat betreft de mantelzorg de maat vol is: verschillende bronnen maken melding van het feit dat de rek eruit is.

Mantelzorgers zouden acht keer meer uren zorg verlenen dan de professionele gezins- en thuiszorg. Dit is op zich niet zo opzienbarend ware het niet dat er duidelijke signalen zijn van een stijgende zorgbehoefte bij een stabiel blijvend aantal mantelzorgers.

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

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

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

### 3

## De omvang van de beroepsgroepen

### Werkzame personen

In 1997 waren er in ons land 386.900 personen werkzaam in de verpleging en verzorging. In de periode 1990-1997 groeide het aantal verpleegkundigen en verzorgenden met 18%; exclusief leerlingen bedroeg de groei 25%.

Tabel 3.1

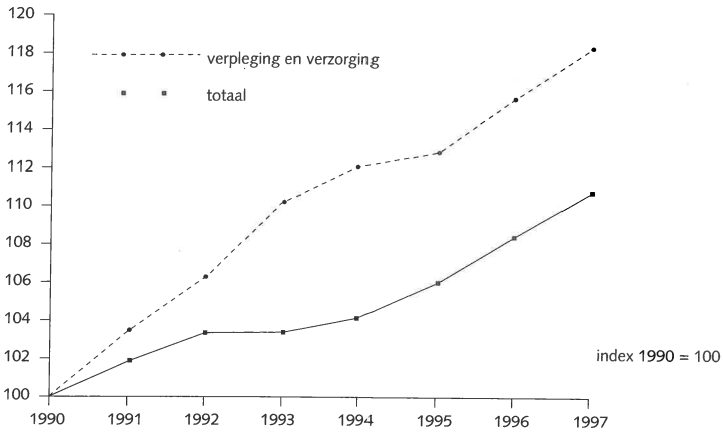
*Ontwikkeling werkzame personen in verpleging en verzorging en landelijk totaal*

(index 1990 = 100)	1990	1993	1994	1995	1996	1997	Gemiddelde jaarlijkse groei 1990-1997
Verpleging en verzorging	100	109,7	111,1	112,8	115,3	118,0	2,4
Totaal	100	103,3	104,1	106,0	108,3	110,7	1,5

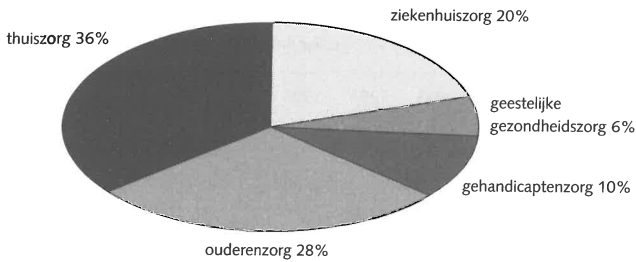
De werkzamen in de verpleging en verzorging nemen veel sterker toe dan het totaal aantal werkzame personen in ons land. Tabel 3.1 laat een vergelijking zien. Het aantal werkzame personen in ons land groeide in dezelfde periode met 10,7%. Op jaarbasis bedroeg de groei van de verpleging en verzorging gemiddeld 2,4% tegen totaal 1,5%. 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 1997 een groei van het aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden zien. Het tempo en de omvang van de groei is echter per hoofdsector verschillend.



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



Figuur 3.2 Het aandeel van de sectoren in 1997

Tabel 3.2  
Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging 1990-1997

	1990	1994	1995	1996	1997	Gemiddelde jaarlijkse groei 1990-1997
<i>Ziekenhuiszorg</i>	58.240	66.921	68.706	70.709	72.399	3,2
- Algemeen ziekenhuis	44.141	51.399	52.798	54.602	56.329	3,5
- Academisch ziekenhuis	10.381	11.890	11.984	12.219	12.551	2,7
- Categorieel en revalidatie	3.718	3.632	3.924	3.888	3.519	-0,8
<i>Geestelijke gezondheidszorg</i>	17.047	20.641	21.486	22.458	23.182	4,5
- Psychiatrisch ziekenhuis	14.338	17.234	17.969	18.836	19.480	4,5
- Ambulante geestelijke gezondheidszorg	1.172	1.425	1.508	1.534	1.586	4,4

(vervolg Tabel 3.2)

	1990	1994	1995	1996	1997	Gemiddelde jaarlijkse groei 1990-1997
– Herstellingsoorden	–	123	125	136	–	
– Medisch kinderdagverblijf/ tehuis	1.537	1.859	1.884	1.952	2116	4,7
<i>Gehandicaptenzorg</i>	22.670	29.283	31.091	32.289	35.618	6,7
– Instellingen voor verstan- delijk gehandicapten	22.003	28.505	30.302	31.537	34.829	6,8
– Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	667	778	789	752	789	2,4
<i>Ouderenzorg</i>	80.823	94.163	95.799	98.651	102.913	3,5
– Verpleeghuizen	39.188	49.572	51.701	54.171	55.902	5,2
– Verzorgingshuizen	41.635	44.591	44.098	44.480	47.011	1,8
<i>Thuiszorg</i>	115.760	124.393	126.670	131.059	133.555	2,1
– Verpleegkundigen	7.679	8.830	8.765	8.907	9.095	2,4
– Verzorgenden	108.081	115.563	117.905	122.152	124.460	2,0
<i>Overige verpleegkundigen</i>	2.382	4.006	3.935	3.497	3.490	5,6
<i>Inservice/leerlingwezen</i>	31.075	26.569	23.104	20.171	17.513	-7,9
– Inserviceleerlingen	27.872	23.819	20.531	17.653	16.334	-7,3
– Leerlingwezen bejaarden- oorden	3.203	2.750	2.573	2.518	1.179	-13,3
<i>Totaal</i>	329.268	368.712	371.460	378.035	386.918	2,3

### 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 1997 is er sprake van bijna 204.000 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 203.900 in 1997. Deze groei is minder sterk dan die van het aantal werkenden in het beroep, namelijk 12,6% tegen bijna 25%. 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	1993	1994	1995	1996	1997	Gemiddelde jaarlijkse groei 1990-1997
Verpleging en verzorging	100	105,8	104,1	106,3	108,8	111,6	1,6
Totaal	100	102,3	102,0	103,4	105,3	107,4	1,0

Bij de ontwikkeling van het aantal volledige arbeidsplaatsen geldt dat de verpleging en verzorging gunstig afsteekt ten opzichte van de totale werkgelegenheid in de ons land. Tabel 3.3 laat zien dat in dezelfde periode de totale werkgelegenheid, het totale arbeidsvolume, in ons land met 7,4% groeide. Groeide de verpleging en verzorging gemiddeld jaarlijks met 1,6% volledige arbeidsplaatsen, de totale arbeidsmarkt kende een groei van 1% gemiddeld over de periode 1990-1997.

Tabel 3.4

Het aantal volledige arbeidsplaatsen verpleging en verzorging 1990-1997

	1990	1994	1995	1996	1997	Gemiddelde jaarlijkse groei 1990-1997
Ziekenhuiszorg	44.428	47.371	47.519	49.950	51.198	2,0
- Algemeen ziekenhuis	32.942	35.618	36.568	37.726	38.964	2,4
- Academisch ziekenhuis	8.659	9.165	9.261	9.475	9.623	1,5
- Categoriiaal en revalidatie	2.827	2.588	2.727	2.749	2611	-1,1
Geestelijke gezondheidszorg	13.549	15.575	16.152	16.659	17.350	3,6
- Psychiatrisch ziekenhuis	11.378	13.034	13.563	13.978	14.675	3,7
- Ambulante geestelijke gezondheidszorg	990	1.171	1.235	1.273	1.319	4,2
- Herstelingssoorten	-	79	79	87	-	-
- Medisch kinderdagverblijf/tehuis	1.181	1.291	1.275	1.321	1356	2,0
Gehandicaptenzorg	17.338	20.069	21.440	22.085	23.863	4,7
- Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	16.779	19.486	20.846	21.541	23282	4,8
- Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	559	583	594	544	581	0,6



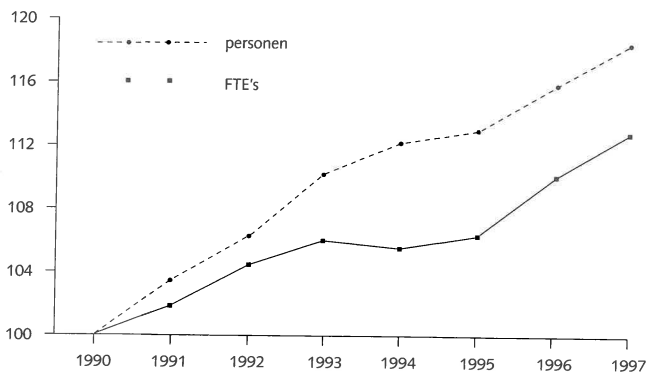
(vervolg Tabel 3.4)

	1990	1994	1995	1996	1997	Gemiddelde jaarlijkse groei 1990-1997
<i>Ouderenzorg</i>	56.440	60.245	61.533	63.752	65.645	2,2
– Verpleeghuizen	27.719	31.765	33.437	35.315	36.659	4,1
– Verzorgingshuizen	28.721	28.480	28.096	28.437	28.986	0,1
<i>Thuiszorg</i>	48.915	44.976	45.006	44.922	44.562	- 0,3 *
– Verpleegkundigen	5.119	4.793	4.687	4.555	4.429	- 2,0 *
– Verzoekenden	43.796	40.183	40.320	40.367	40.134	0,0 *
<i>Overige verpleegkundigen</i>	2.036	3.132	2.844	2.503	2.601	3,6
Totaal	183.857	194.088	197.986	212.701	203.900	1,5

\* Thuiszorgperiode 1994-1998.

### 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 werkzamen en het arbeidsvolume in verpleging en verzorging (index 1990 = 100)

Tabel 3.5

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

	1990	1997
Ziekenhuiszorg	131	141
Geestelijke gezondheidszorg	126	133
Gehandicaptenzorg	131	150
Ouderenzorg	143	157
Thuiszorg	234	286
Totaal*	162	180

\* Inclusief overig.

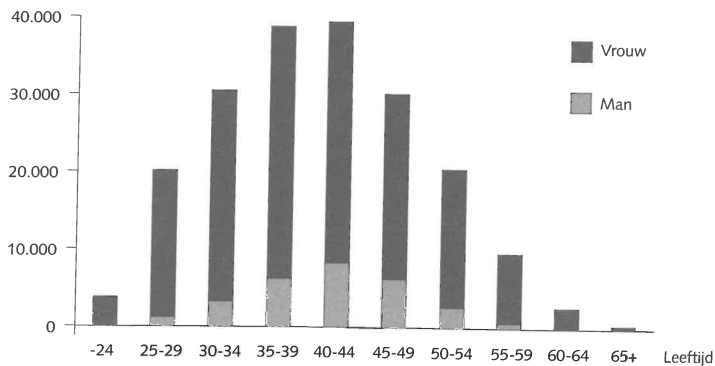
Waren in 1990 162 personen voldoende om 100 arbeidsplaatsen te bemensen, in 1997 bedraagt dit al 180. Tussen de sectoren doen zich grote verschillen voor. De thuiszorg kent verreweg de hoogste P/A-ratio. Met name alfahulpen die per definitie een in omvang beperkte werkweek hebben doen hier hun invloed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

### *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 geregistreeerde verpleegkundigen er zijn. Begin 1999 hebben 196.500 verpleegkundigen zich laten registreren. Van degenen die vanaf 1960 het diploma behaalden heeft naar schatting 70% van de mannen en 80% van de vrouwen zich laten registreren. Ongeveer zeven op de tien geregistreeerden oefent op dit moment ook daadwerkelijk het beroep uit.

Een overzicht van de samenstelling van de geregistreeerden naar leeftijd en geslacht geeft figuur 3.4.

Hoeveel verpleegkundigen, ziekenverzorgenden en verzorgenden er werkzaam zijn, wordt niet bijgehouden. Wel kan op grond van beschikbaar statistisch materiaal een raming opgesteld worden. Tabel 3.6 geeft de aantallen. Voor de gehanteerde werkwijze verwijzen we naar het hoofdrapport. Opgemerkt moet worden dat er ook SPW-ers in de verpleging en verzorging werken. Ook zijn er verpleegkundigen werkzaam in het beroepsdomein sociaal-agogisch werk. Om hoeveel personen het



Figuur 3.4 BIG-geregistreerden naar leeftijd en geslacht

gaat is niet bekend. De schatting van het totale aantal werkenden in verpleging en verzorging (in 1998) klopt wel door het ontbreken van een aantal kleine groepen.

Tabel 3.6  
De geraamde onderverdeling naar beroepsgroep en achtergrond 1997 (x 1000)

Verpleegkundigen	121
Ziekenverzorgenden	56
Verzorgenden	182
SPW + instellingswerk	11
Leerlingen	17
<b>Totaal</b>	<b>387</b>

## Werkgelegenheid in de regio

Tabel 3.7  
Het aandeel van verpleging en verzorging in de regionale werkgelegenheid in % (1997)

Groningen	7,5	Amsterdam	4,9
Friesland	7,8	Kennemerland	4,9
Drente	8,0	Rijnstreek	7,0
IJssel-Vecht	5,9	Den Haag/Delfland	5,5
Twente	6,4	Drechtsteden	5,9
Midden-IJssel	5,7	Rijnmond	5,6

(vervolg Tabel 3.7)

Veluwe	7,3	Zeeland	7,2
Arnhem/Oost-Gelderland	6,4	West-Noord-Brabant	5,5
Nijmegen/Rivierengebied	7,8	Breda	5,8
Flevoland	4,3	Midden-Brabant	6,1
Oost-Utrecht	7,1	Noord-Oost-Brabant	5,3
West-Utrecht	4,3	Zuid-Oost-Brabant	5,4
Gooi/Vecht	5,6	Noord-Midden-Limburg	5,7
Noord-Holland-Noord	6,7	Zuid-Limburg	6,5
Landelijk	6,0		

N.B. Zorgsector verzorgingshuizen en thuiszorg 1996.

Het zijn met name een aantal gebieden met van oudsher veel voorzieningen op het terrein van gehandicaptenzorg en geestelijk gezondheidszorg waar de verpleging en verzorging een relatief hoog aandeel in de regionale werkgelegenheid kent. Voorbeelden van deze regio's zijn Drenthe, de 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.

### 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 de *Zorgnota 2000* dan is een groei van ruim 2% voor de jaren tot 2002 te verwachten. Daarmee zet de groei van de afgelopen jaren zich onverminderd voort. Wel is er een aanzienlijke verschuiving in de groei tussen de sectoren.

Gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en in mindere mate de ziekenhuizen, hebben een veel lager groeipercentage in het vooruitzicht dan wat de afgelopen jaren werd gerealiseerd. Verzorgingshuizen en thuiszorg, sectoren waar de afgelopen jaren de werkgelegenheid niet of nauwelijks een groei kende, zullen de komende jaren fors gaan uitbreiden. Zeker voor de laatstgenoemde sectoren kan het een probleem worden om voldoende gekwalificeerde mensen te vinden. De uitstroom uit de opleidingen is de komende jaren gering als gevolg van de daling in de instroom een paar jaar geleden.

## De personeelssamenstelling

### Geslacht

Van oudsher is de samenstelling 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/ziekenverzorgenden	88,9
Kraamverpleegkundigen/-verzorgenden	99,6
Gezinsverzorgenden/-helpenden	98,4
Bejaardenverzorgenden/-helpenden	98,2
Groepsleiders	82,0
Leidinggevenden	67,7
Oproepkrachten	87,8
<i>Totaal</i>	90,6

Ook binnen de zorgsector vormt 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

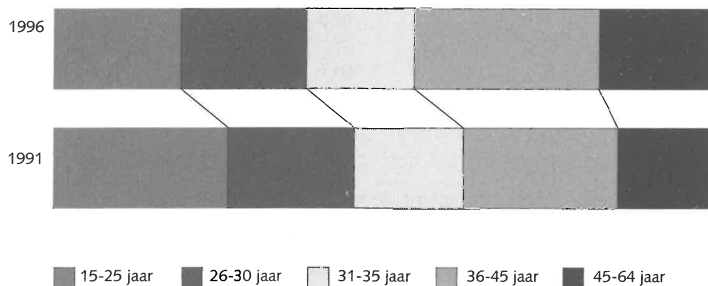
De leeftijdsopbouw van het verplegend en verzorgend personeel wijkt af van andere beroepen en bedrijfstakken. Met name het aandeel ouderen is geringer.

Tabel 4.2

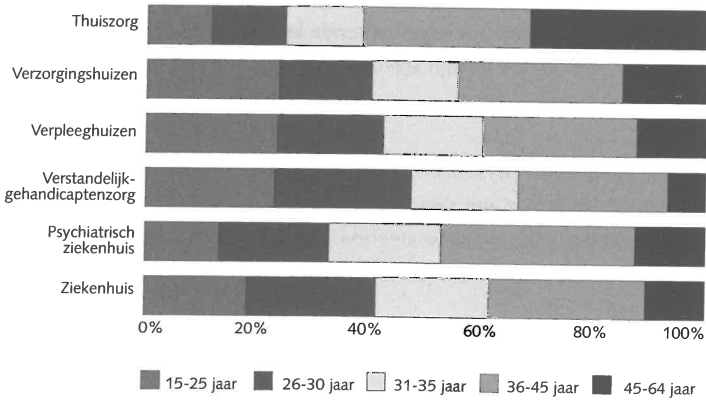
De leeftijdsopbouw van personeel in de verpleging en verzorging, de gehele zorgsector en de totale arbeidsmarkt in 1996 (in %)

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 1990-1998 is in de verpleging en verzorging veel sterker dan bij de totale beroepsbevolking.



Figuur 4.1 De leeftijdsverdeling in 1991 en 1996

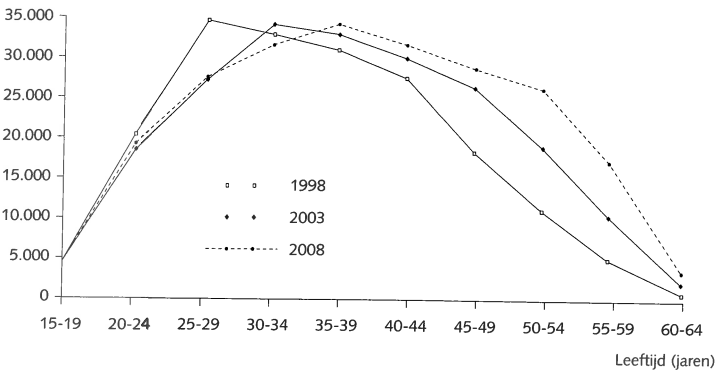


Figuur 4.2 De leeftijdsverdeling per sector 1996

Tussen de verschillende sectoren bestaat er wel een verschil in de leeftijdsverdeling (figuur 4.2). De thuiszorg, de verzorgingshuizen en de psychiatrische ziekenhuizen kennen een relatief ouder personeelsbestand dan de andere sectoren.

De vergrijzing van de afgelopen jaren is vooral een gevolg van de forse toename van de leeftijdscategorie 36 tot 45 jaar (zie figuur 4.1).

Simulatiemodellen toegepast op de intramurale gezondheidszorg laten zien dat bij voortzetting van de trends van de afgelopen jaren de gemid-



Figuur 4.3 De leeftijdsopbouw in 1998, 2003 en 2008 bij verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg

delde leeftijd ook de komende jaren nog flink zal toenemen. Bij deze berekeningen, waarbij ook meewerkende leerlingen zijn meegerekend, neemt de gemiddelde leeftijd toe van 35,2 jaar in 1998 tot 37,7 jaar in 2003 en 39,0 jaar in 2008.

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

*Ontwikkelingen in de leeftijdsopbouw van het verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg, alsmede een indicatie van het verloop*

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

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw Personeel Zorgsector versie 1.1.



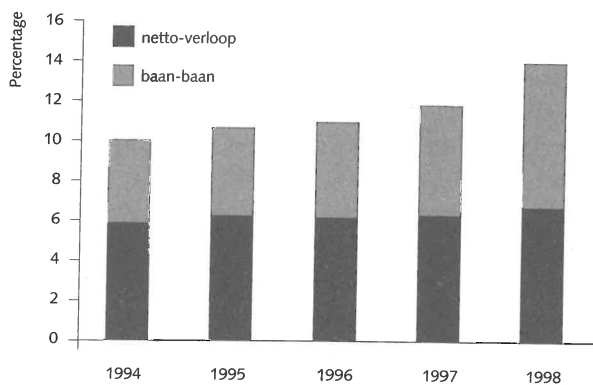
## 5

### De arbeidssituatie

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

In de periode 1994-1998 nam de uitstroom, het vertrek uit een instelling, van verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg geleidelijk aan toe. Overigens was het niveau in 1994 lager dan ooit te voren. We zien in figuur 5.1 dat het vertrek uit de instellingen van verplegend en verzorgend personeel de afgelopen jaren slechts weinig heeft geleid tot extra vertrek uit het beroep; een toename van 5,7 naar 6,6%. De toegenomen totale mobiliteit betekent vooral dat verpleegkundigen en verzorgenden vaker van baan veranderd zijn; een toename van 4 tot 7% jaarlijks.

De toename in het vertrek tekent zich vooral bij de jongeren af. Boven de 35 jaar nam het verloop in de periode 1993-1998 slechts licht toe.



Figuur 5.1 Mobiliteit naar richting 1994-1998

De belangrijkste reden voor vertrek is het feit dat men elders werk gevonden heeft, 18%. Dit geldt uiteraard vooral voor degenen die het beroep voortzetten in een andere instelling in de zorg, maar ook steeds meer voor degenen die het beroep al dan niet tijdelijk vaarwel zeggen. Bij deze laatste groep is ouderschap/zwangerschap nog een belangrijke reden voor vertrek (één op de negen in de periode 1994-1998), maar in de loop der tijd is deze reden wel tanende. Bij degenen die naar een andere instelling vertrekken is reistijd een steeds vaker genoemde reden, 10%. Verder valt op dat men een breed scala van redenen als de belangrijkste opgeeft. Het krappere worden van de arbeidsmarkt komt tot uitdrukking in het feit dat steeds minder vaak beëindiging van een tijdelijk dienstverband en de mogelijkheid om een gewenst aantal uren te gaan werken als vertrekredenen worden genoemd.

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

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

Bij degenen die een punt achter de beroepsuitoefening zetten, het nettoverloop, worden steeds vaker negatieve aspecten van het werk, zoals werktijden en roosters en het ontbreken van autonomie in het werk, als vertrekredenen opgegeven.

Niet verbazingwekkend zal zijn dat het aandeel van de respondenten die aangeven dat het vertrek voorkomen had kunnen worden wanneer bepaalde aspecten van het werk er anders uitgezien hadden of verbeterd waren, in de periode 1994-1998 van 43% naar 55% groeide. Bij degenen die van instelling veranderden bedraagt dit aandeel in 1998 58%, bij degenen die het beroep vaarwel zegden 52%.

Als verreweg belangrijkste factor die vertrek had kunnen voorkomen wordt loopbaanperspectief (19%) genoemd. Bij degenen die het beroep beëindigen wordt de mogelijkheid om meer of minder uren te werken door één op de zes als belangrijkste reden genoemd.

Meestal geeft men meerder aspecten aan. Nemen we alle redenen bij

elkaar (zie tabel 5.1) dan valt op dat het leiderschap op de afdeling waar men werkte, steeds vaker aan kritiek onderhevig is en dat kinderopvang steeds minder vaak als factor wordt genoemd die vertrek (mede) had kunnen voorkomen.

Tabel 5.1  
De volgens de respondenten te voorkomen vertrekredenen in % (1994-1998).

	Allen	Naar ander baan in de zorg	Vertrek uit beroep
Ontplooiing/benutting capaciteiten	29	33	25
Loopbaanperspectief	28	33 <sup>2</sup>	24
Mogelijkheden meer/minder werken	18 <sup>2</sup>	15 <sup>2</sup>	21
Klimaat afdeling/werkeenheid	16	17	16
Werktijden en roosters	16	12	19
Werkdruk	15	15	15
Opleiding/vorming	15	18 <sup>2</sup>	12
Beloning (salaris)	14 <sup>1</sup>	16 <sup>1</sup>	12 <sup>1</sup>
Voldoening in het werk	12	12	12
Besluitvorming/overleg op afdeling	12	13	12
Leiderschap	12 <sup>1</sup>	13 <sup>1</sup>	11 <sup>1</sup>
Mogelijkheden kinderopvang	7 <sup>2</sup>	5	10 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> In de loop der jaren vaker genoemd.

<sup>2</sup> In de loop der jaren minder vaak genoemd.

Tussen de sectoren doen zich wel verschillen voor in de mate van verloop en de ontwikkeling daarin.

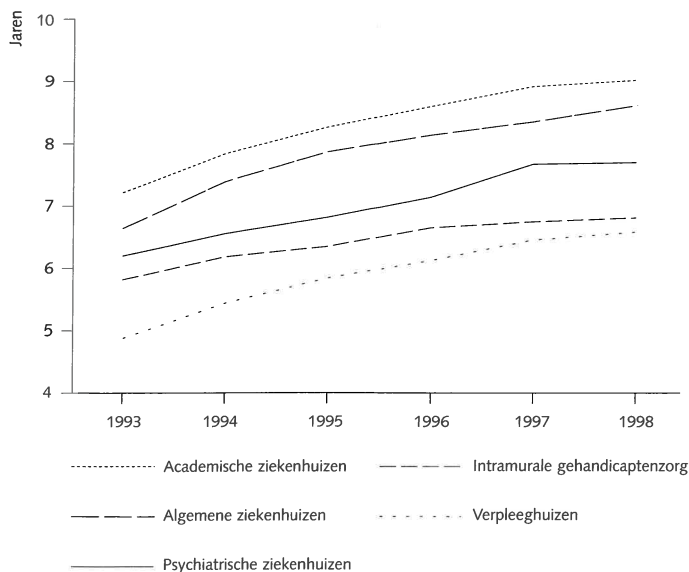
Tabel 5.2  
Het verlooppercentage per sector 1990-1997

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

Bron: NZi.

## Duur van het dienstverband

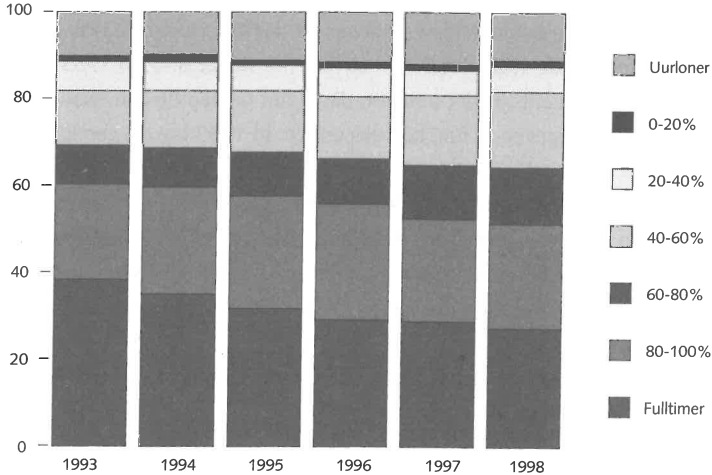
De jarenlange daling van het verloop en de instroom zorgde ervoor dat het aantal jaren dat verpleegkundigen en verzorgenden in dienst zijn bij dezelfde werkgever snel toenam. Vooral tot 1996 nam het gemiddeld aantal dienstjaren bij dezelfde werkgever toe: van 5,8 jaar in 1993 tot 7,0 jaar in 1996. Door de toename van de baan-baanmobiliteit neemt het tempo van de groei af. De geringe instroom in de opleidingen heeft echter nog steeds als gevolg dat de duur van het gemiddeld dienstverband bij dezelfde werkgever toeneemt: in 1998 bedraagt deze 7,4 jaar. Tussen de sectoren zijn er wel verschillen: van verpleeghuizen met 6,6 tot 8,8 jaar in de academische ziekenhuizen. De verschillen tussen de sectoren zijn overigens stabiel in de tijd, zoals in figuur 5.2 te zien is.



Figuur 5.2 De gemiddelde duur van het dienstverband

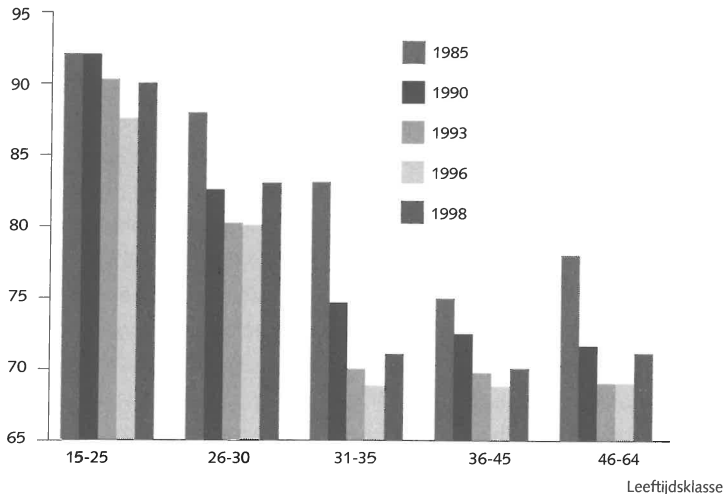
## Duur van de werkweek

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<sup>1</sup>, 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 (zie figuur 5.3). 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. Tot voor kort was er ook sprake van dat er in de intramurale gezondheidszorg per leeftijdscategorie steeds korter gewerkt werd; figuur 5.4 laat zien dat er een einde aan dit proces lijkt te zijn gekomen. Of er sprake is van een echte kentering, men gaat weer langer werken, is op dit moment moeilijk te zeggen. In de gegevens van 1998 speelt dat er een opplusoperatie als gevolg van collectieve arbeidsduurverkorting van 38 naar 36 uur achter de rug is.



Figuur 5.3 De werkweek van verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg 1993-1998 (in % van volledige werkweek)

<sup>1</sup> De hier gepresenteerde gegevens hebben nog betrekking op de oude CAO.

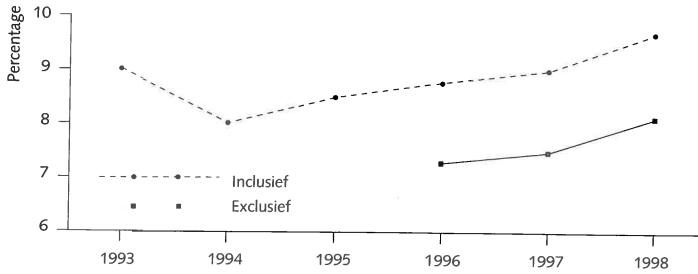


*Figuur 5.4 De gemiddelde werkweek in de intramurale gezondheidszorg naar leeftijd 1985-1998 (in % van volledige werkweek)*

De daling van de gemiddelde werkweek per leeftijdscategorie was overigens in de periode 1985-1990 veel sterker (zie figuur 5.4). In 1985 was ook nog goed zichtbaar dat ouderen die in het beroep bleven relatief vaak een leidinggevende functie bekleedden: in 1985 lag de gemiddelde werkweek van de 45- tot 64-jarigen hoger dan die van de 36- tot 45-jarigen. Anno 1998 valt op dat de gemiddelde werkweek tot de leeftijdsklasse van 31 tot 35 jaar daalt, maar in de daarop volgende leeftijdsklassen vrijwel gelijk blijft. In 1998 neemt de gemiddelde werkweek zelfs iets toe. Mogelijk betekent dit dat er een einde gekomen is aan de daling van de gemiddelde werkweek per leeftijdscategorie, wellicht is er zelfs sprake van een kentering en gaan ouderen wanneer de zorg voor kinderen minder zwaar weegt langer werken.

### Ziekteverzuim

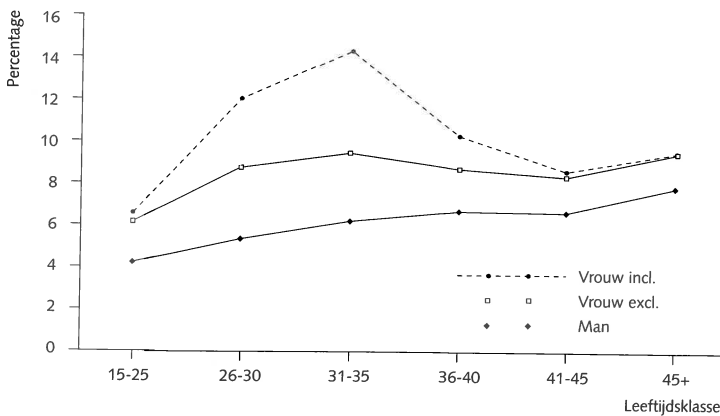
Het ziekteverzuim steeg de afgelopen jaren; in 1997 nog licht, maar in 1998 aanzienlijk. Deze trend doet zich ook landelijk voor, echter onder verpleegkundigen en verzorgenden is het niveau van het ziekteverzuim



Figuur 5.5 Het ziekteverzuimpercentage 1993-1998 in- en exclusief bevallingsverlof

veel hoger. Hoewel er een aantal verklarende factoren voor dit verschil is, zoals het feit dat er veel vrouwen werkzaam zijn en men veelal in grote arbeidsorganisaties werkzaam is, lijken er ook factoren te zijn die met de zwaarte van het beroep samenhangen. Niet voor niets krijgt beheersing van het ziekteverzuim in de recent afgesloten zorg-CAO's ruim aandacht. De daar gekozen decentrale aanpak lijkt logisch, gezien de vaak grote verschillen tussen instellingen onderling in het ziekteverzuimpercentage.

Per leeftijdsklasse zien we verschillen in het niveau van het ziekteverzuim (zie figuur 5.6). Als gevolg van bevallingsverlof is het verzuimpercentage het hoogst bij de leeftijdscategorie van 25 tot 30 jaar. Na 35 jaar neemt het verzuim af om geleidelijk aan weer omhoog te gaan.



Figuur 5.6 Ziekteverzuim naar leeftijd en geslacht 1998 in- en exclusief bevallingsverlof





## 6

### Onderwijs

Vanwege de invoering van een nieuw stelsel van onderwijs voor verpleging en verzorging per augustus 1997 is het zinvol om de informatie over het onderwijs zo veel mogelijk aan te passen aan de nieuwe situatie. Daarom zijn de oude opleidingen van voor de invoering van het nieuwe stelsel zo veel mogelijk gehergroepeerd naar dat nieuwe stelsel. Daarbij zijn ongetwijfeld keuzes gedaan die bediscussieerbaar zijn. Om de grote lijn van de ontwikkeling te kunnen volgen zijn we over deze bezwaren heen gestapt. De precieze toedeling is te vinden in het hoofdrapport, maar blijkt ook uit de opstelling van tabel 6.1.

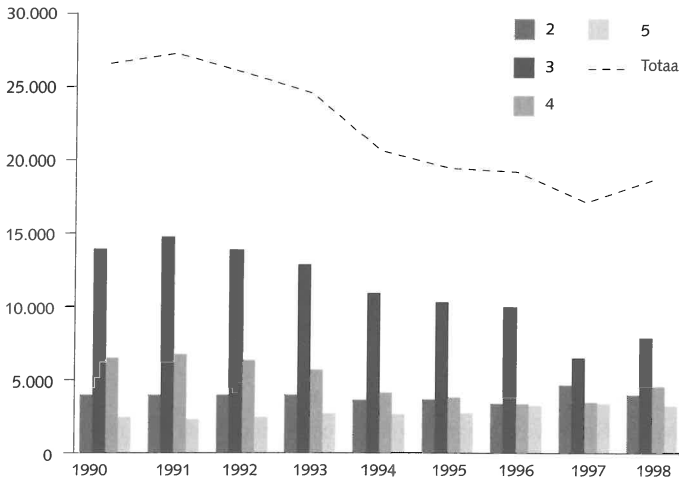
We besteden achtereenvolgens aandacht aan de instroom in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen, de verwachte uitstroom aan gediplomeerden en de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt. Hierop zal in hoofdstuk 8 uitgebreider worden ingegaan.

#### De instroom in de opleidingen

Voor het eerst sinds 1991 is er bij de toestroom naar de opleidingen voor het verplegend en verzorgend onderwijs weer sprake van een stijging.

Figuur 6.1 laat zien dat de totale instroom in deze opleidingen van 27.000 per jaar tot nog geen 17.000 in 1997 is afgenomen. In 1998 wordt een aantal van ruim 18.000 bereikt.

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



Figuur 6.1 De instroom in het verplegend en verzorgend onderwijs 1990-1998 naar niveau

Tabel 6.1

De instroom in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen 1990-1998

	1990	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Niveau 5</b>	<b>2.342</b>	<b>2.548</b>	<b>2.523</b>	<b>2.944</b>	<b>3.077</b>	<b>2.905</b>
HBO-V	2.342	2.548	2.523	2.744		
5 BBL				200	300	407
5 BOL					2.770	2.498
<b>Niveau 4</b>	<b>6.455</b>	<b>3.646</b>	<b>3.373</b>	<b>3.046</b>	<b>3.175</b>	<b>4.265</b>
Inservice-A	3.563	1.959	2.003	1.869		
Inservice-B	1.199	557	584	496		
Inservice-Z	1.693	1.130	786	681		
4 BBL					1.276	2.175
4 BOL					1.899	2.090
<b>Niveau 3</b>	<b>13.870</b>	<b>10.614</b>	<b>9.896</b>	<b>9.766</b>	<b>6.110</b>	<b>7.591</b>
<i>Oud 3BBL</i>						
Ziekenverzorgenden	5.379	3.372	2.809	2.825		
Bejaardenverzorgenden	1.413	1.181	1.220	1.225		
Gezinsverzorgenden	1.053	432	318	225		
Kraamverzorgenden	130	57	82	90		
3 BBL					1.696	3.850
<i>Oud 3 BOL</i>						
MDGO-Vp	1.189	1.574	1.672	1.751		
MDGO-Vz lang	4.706	3.998	3.795	3.650		

(vervolg Tabel 6.1)

	1990	1994	1995	1996	1997	1998
3 BOL					4.414	3.741
<b>Niveau 2</b>	<b>3.790</b>	<b>3.326</b>	<b>3.305</b>	<b>3.104</b>	<b>4.324</b>	<b>3.463</b>
MDGO-Vz kort	1.276	2.509	2.638	2.629		
2 BOL					3.876	2.705
<i>Oud 2 BBL</i>						
Bejaardenhelpenden	647	467	393	265		
Gezinshelpenden	538	125	67	20		
Verzorgingsassistenten	1.329	225	207	190		
2 BBL					448	758
<b>Totaal</b>	<b>26.457</b>	<b>20.134</b>	<b>19.097</b>	<b>18.860</b>	<b>16.686</b>	<b>18.224</b>
Index (1990 = 100)	100	76,1	72,2	71,3	63,1	68,9

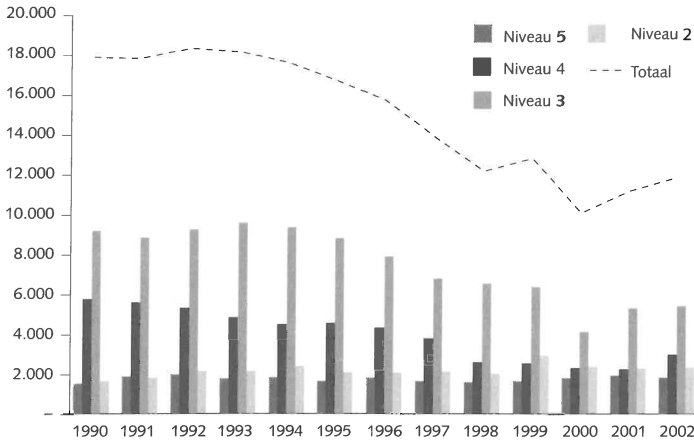
### De behaalde diploma's

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

Bij deze berekeningen is ervan uitgegaan dat de nieuwe opleidingen een vergelijkbaar studierendement kennen als de opleidingen onder het oude stelsel.

Tabel 6.2  
Diploma's behaald in de verplegende en verzorgende opleidingen 1990-1998

	1990	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Niveau 5</b>	<b>1.431</b>	<b>1.708</b>	<b>1.522</b>	<b>1.607</b>	<b>1.513</b>	<b>1.427</b>
HBO-V	1.431	1.708	1.522	1.607	1.513	1.427
<b>Niveau 4</b>	<b>5.658</b>	<b>4.355</b>	<b>4.412</b>	<b>4.170</b>	<b>3.625</b>	<b>2.472</b>
Inservice-A	3.705	2.651	2.678	2.479	2.060	1.458
Inservice-B	629	606	614	575	499	282
Inservice-Z	1.324	1.098	1.121	1.116	1.065	733
<b>Niveau 3</b>	<b>9.238</b>	<b>9.252</b>	<b>8.699</b>	<b>7.830</b>	<b>6.643</b>	<b>6.340</b>
Ziekenverzorgenden	3.749	3.209	3.041	2.741	2.026	1.688



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

(vervolg Tabel 6.2)

	1990	1994	1995	1996	1997	1998
<i>Oud 3BBL</i>						
Bejaardenverzorgenden	757	1.096	911	834	793	956
Gezinsverzorgenden	1.053	869	770	337	261	190
Kraamverzorgenden	0	68	72	48	51	69
<i>Oud 3 BOL</i>						
MDGO-Vp	578	883	954	1.091	913	970
MDGO-Vz lang	3.101	3.127	2.951	2.779	2.599	2.467
<b>Niveau 2</b>	<b>1.570</b>	<b>2.309</b>	<b>2.011</b>	<b>1.982</b>	<b>2.041</b>	<b>1.847</b>
<i>Oud 2 BBL</i>						
MDGO-Vz kort	0	1.267	1.416	1.554	1.636	1.630
Bejaardenhelpenden	316	237	239	233	219	176
Gezinshelpenden	538	162	156	81	50	10
Verzorgingsassistenten	716	643	200	114	136	31
<b>Totaal</b>	<b>17.897</b>	<b>17.624</b>	<b>16.644</b>	<b>15.590</b>	<b>13.821</b>	<b>12.085</b>
Index (1990 = 100)	100,0	98,5	93,0	87,1	77,2	67,5
Examenkandidaten onder auspiciën van OVDB in de thuiszorg:						
Verzorgende C				292	-	253
Verzorgingshulp B				355	-	432
Thuishulp A			1.386	899	1137	889

Het totale aantal leerlingen in het verplegend en verzorgend onderwijs nam in de periode 1990-1998 af van ruim 60.000 naar nog geen 49.000, zoals tabel 6.3 laat zien.

Tabel 6.3  
Totaal aantal leerlingen in de verplegende en verzorgende opleidingen 1990-1998

	1990	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Niveau 5</b>	<b>8.210</b>	<b>8.057</b>	<b>8.392</b>	<b>8.463</b>	<b>8.815</b>	<b>9.197</b>
HBO-V	8.210	8.057	8.392	8.463	8.815	9.197
<b>Niveau 4</b>	<b>19.445</b>	<b>16.207</b>	<b>13.770</b>	<b>11.634</b>	<b>11.359</b>	<b>12.412</b>
<i>Oud BBL 4</i>						
Inservice-A	12.271	9.782	8.224	6.932	-	-
Inservice-B	2.608	2.437	2.098	1.808	-	-
Inservice-Z	4.566	3.988	3.448	2.894	-	-
4 BBL nieuw					1.276	3.246
4 BOL					1.899	3.565
<b>Niveau 3</b>	<b>27.710</b>	<b>26.092</b>	<b>24.075</b>	<b>23.715</b>	<b>22.675</b>	<b>20.062</b>
<i>Oud 3BBL</i>						
Ziekenverzorgenden	8.427	7.612	6.393	6.019	5.812	2.685
Bejaardenverzorgenden	2.295	2.150	2.039	2.102	1.042	0
gezinsverzorgenden	1.760	1.216	662	498	218	0
Kraamverzorgenden	126	132	123	139	111	0
3 BBL					1.696	5.266
<i>Oud 3 BOL</i>						
MDGO-Vp	2.793	4.168	4.334	4.521	2.828	1.441
MDGO-Vz lang	12.309	10.814	10.524	10.436	6.554	3.286
3 BOL					4.414	7.384
<b>Niveau 2</b>	<b>5.508</b>	<b>5.518</b>	<b>5.342</b>	<b>5.248</b>	<b>6.535</b>	<b>6.697</b>
<i>Oud 2 BBL</i>						
MDGO-Vz kort	1.861	4.402	4.510	4.573	2.006	46
2 BOL					3.876	5.556
Bejaardenhelpenden	908	600	534	416	137	0
Gezinshelpenden	731	254	114	34	16	0
Verzorgingsassistenten	2.008	262	184	225	52	0
2 BBL					448	1.095
Totaal	60.873	55.874	51.579	49.060	49.384	48.368
Index (1990 = 100)	100,0	91,8	84,7	80,6	81,1	79,5
HBO-deeltijd	2.095	1.770	1.905	1.935	2.042	2.053

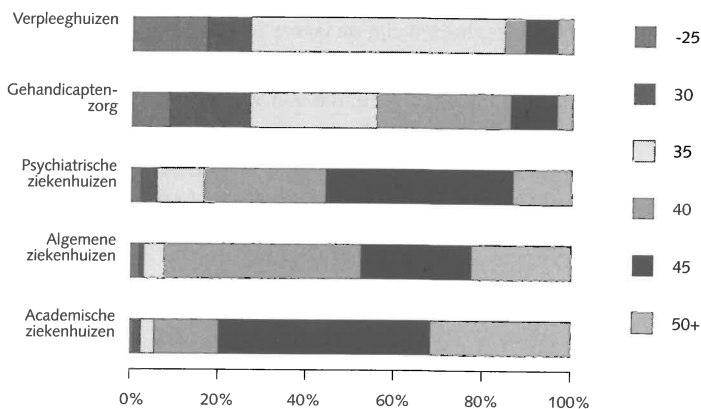


## Functies en inkomen

### Functies

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.

In figuur 7.1 is per sector aangegeven hoe in 1998 de verdeling van het verplegend en verzorgend personeel is over de verschillende FWG-schalen<sup>1</sup>. 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 De verdeling naar schaalniveau per sector in 1998

<sup>1</sup> Bij de academische ziekenhuizen zijn de meest vergelijkbare schalen genomen.

In verpleeghuizen is een kwart 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 hier op ingeschaald.

De hogere schalen, 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 managementfuncties omvat, kunnen we concluderen dat er in de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen weinig specialistische functies voorkomen, waar dat in de (psychiatrische) ziekenhuizen wel het geval is. Bij de academische ziekenhuizen valt op dat schaal 7 (FWG 45) de meest voorkomende is en ook de hoogste schaal in vergelijking met andere sectoren veel voorkomt.

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 functie-differentiatie. Bij verpleeghuizen zijn de lagere functies wat op hun retour, wellicht door de meer ontspannen arbeidsmarkt. In de verzorgingshuizen wordt het middenniveau, dat van verzorgenden, versterkt. In de verpleging in de thuiszorg doet zich een verschuiving voor van verpleegkundigen naar ziekenverzorgenden. Voor de gezinszorg beschikken we niet over een lange tijdreeks. Daar doet zich vanaf 1994 een verschuiving voor naar meer alfa hulpen en minder verzorgenden A/B.

## **Salaris**

Salarisgegevens voor afzonderlijke sectoren en voor verpleging en verzorging zijn alleen beschikbaar voor de instellingen waar de CAO-ziekenhuiswezen van toepassing is en voor de academische ziekenhuizen. Er zijn bij het salaris twee vragen aan de orde. Hoe ontwikkelde het salaris



van verpleegkundigen en verzorgenden zich in de periode 1993-1998 en hoe verhoudt zich deze ontwikkeling met die van andere groepen, zowel binnen de zorginstellingen als op landelijk niveau.

Het niveau van het gemiddeld salaris van verpleegkundigen en verzorgenden verschilt per sector (zie tabel 7.1). Gezien de verschillen in FWG-inschaling die we eerder lieten zien is dat ook logisch. Ook in de ontwikkeling van het gemiddeld salaris van verpleegkundigen en verzorgenden zien we verschillen per sector. Zo is er in de gehandicaptenzorg sprake van een veel geringere stijging dan elders. Dit heeft duidelijk te maken met de functiedifferentiatie die in deze sector de afgelopen jaren is doorgevoerd.

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

Tabel 7.1  
Het gemiddeld maandsalaris in guldens en de gemiddelde jaarlijkse groei 1993-1998

	Niveau 1998	Gemiddelde jaarlijkse groei 1993-1998
<i>Algemene ziekenhuizen</i>		
Verpleegkundig personeel	4.273	2,3
Overig personeel	4.590	2,4
<i>Academische ziekenhuizen*</i>		
Verpleegkundig personeel	4.222	2,6
Overig personeel	4.797	2,7
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>		
Verpleegkundig personeel	4.326	2,2
Overig personeel	5.410	2,8
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>		
Verpleegkundig personeel	3.766	1,3
Overig personeel	4.321	1,0
<i>Verpleeghuizen</i>		
Verpleegkundig personeel	3.651	2,1
Overig personeel	4.201	1,8

\* Academische ziekenhuizen 1997.

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 dezelfde bron afkomstig te zijn. Vandaar dat we gebruikmaken van gegevens van het CBS. Nadeel is dan wel dat we geen verpleging en verzorging meer kunnen onderscheiden, maar alleen de sectoren van Gezondheidszorg en Welzijnszorg kunnen vergelijken met de landelijke gegevens.

Tabel 7.2

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

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

De ontwikkeling van het bruto-uurloon in de verschillende zorgsectoren steekt uit boven wat zich in de andere bedrijfstakken in totaliteit voor doet. Inmiddels is het gemiddeld uurloon van de personeelsleden in de ziekenhuizen in absolute termen boven het landelijk gemiddelde gekomen. Wel geldt dat het absolute niveau in de sector ouderenzorg (verpleeg- en verzorgingshuizen) ondanks de stijging van de afgelopen jaren nog steeds lager ligt dan het landelijke gemiddelde. Overigens zal de functieopbouw daar mede debet aan zijn.

## De aansluiting tussen opleiding en arbeidsmarkt

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

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

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

Inzicht in de omvang en de kenmerken van de groep verpleegkundigen

en verzorgenden die potentieel beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt in de zorgsector is onontbeerlijk voor beleidsmakers en werkgevers om maatregelen te nemen tegen (dreigende) tekorten. In *Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1999* wordt derhalve extra aandacht besteed aan het aansluitingsvraagstuk. Hierbij staan de volgende vragen centraal:

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

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de belangrijkste antwoorden op deze vragen.

### **Opleidingsgegevens: in- en uitstroom**

De instroom in de opleidingen is de afgelopen jaren behoorlijk afgenomen. Dit geldt met name voor de inservice-opleidingen verpleegkunde. Sinds 1996 is de instroom in de HBO-V weer aan het stijgen. Ook konden de MDGO-Vp en -Vz een toenemend aantal leerlingen opleiden. In de vooropleiding van leerlingen is gedurende de jaren negentig een verschuiving waar te nemen. Het aandeel HBO-V starters met een VWO-diploma neemt af en meer en meer begint men deze opleiding met als achtergrond een MBO-opleiding of HAVO. De belangrijkste motivatie om in de verpleging of verzorging te gaan werken blijft het willen helpen van of omgaan met mensen. Daarnaast worden redenen als graag in teamverband willen werken of afwisselend werk genoemd. Verrassend hierbij is dat uit een onderzoek onder verpleegkunde-leerlingen arbeids-extrinsieke waarden belangrijker worden gevonden bij de keuze van

beroep dan de arbeidsintrinsieke waarden. Bij een eventuele reclame-campagne zou dus niet alleen de nadruk moeten liggen op het sociale aspect van werken in de verpleging/verzorging, maar ook de goede kans op een baan en mogelijkheden om hogerop te komen verdienen de aandacht. Daarbij is uit onderzoek gebleken dat wanneer men eenmaal heeft gekozen voor een verpleegkunde-opleiding, men na diplomering ook voornamelijk in de zorgsector aan de slag gaat. Dit zou te maken hebben met een sterke afbakening van de 'markt voor verpleegkundigen'. Bij de opleiding tot verzorgende is deze afgrenzing veel minder sterk. Tenslotte is het voor de potentiële kiezer nog lang niet duidelijk hoe het nu allemaal geregeld is met de verschillende verpleegkundige en verzorgende opleidingen. Ook bij navraag achteraf hoe men denkt over de genoten opleiding, blijkt dat het proces voorafgaand aan de uiteindelijke studiekeus niet onderschat moet worden. Van de in deeltijd opgeleide verpleegkundigen zegt een hoger percentage dezelfde studie te kiezen als ze het opnieuw zouden moeten doen in vergelijking met hun voltijds opgeleide collega's. De 'deeltijders' beginnen ook op een hogere leeftijd aan de opleiding en kiezen waarschijnlijk meer bewust voor een opleiding en carrière in de verpleging. Dit terwijl van de voltijds opgeleide verpleegkundigen achteraf relatief meer mensen tevreden zijn over de aansluiting tussen de HBO-V en het werk dan de in deeltijd opgeleiden. Voor wat betreft de uitstroom uit de verpleegkundige en verzorgende opleidingen is het opvallend dat het inservice-onderwijs hogere rendementen kende dan het dagonderwijs (tabel 8.1). Met de huidige indeling naar het zogenaamde BBL- en BOL-onderwijs is het de vraag of zich straks dezelfde verschillen gaan voordoen.

*Tabel 8.1  
Het studierendement bij een aantal verpleegkundige en verzorgende opleidingen*

HBO-V	56%
MDGO-Vp	56%
Inservice-A	75%
Inservice-B	62%
Inservice-Z	72%
Inservice-ziekenverzorgende	63%
MDGO-Vz lang	66%
MDGO-Vz kort	62%
Bejaardenverzorgende	74%

(vervolg Tabel 8.1)

Verzorgende in de gezinszorg	57%
Helpende in verzorgingstehuis	82%
Helpende in de thuiszorg	71%

Bron: Heuij en Van der Windt, 1995.

## Tussen opleiding en arbeidsmarkt

Gegevens over de aansluiting met de arbeidsmarkt blijken alleen voorhanden te zijn voor de HBO-opgeleide verpleegkundigen en MDGO-opgeleide verplegenden en verzorgenden (tabel 8.2). Bijna alle (zo'n 90%) verpleegkundigen hebben ongeveer anderhalf jaar na diplomering een betaalde baan binnen de gezondheidszorg in de functie waarvoor ze zijn opgeleid. Alleen van de in deeltijd opgeleide verpleegkundigen gaat bovendien een deel in een leidinggevende functie werken. Van de MDGO-opgeleiden gaat maar een relatief klein deel meteen aan de slag als verplegende of verzorgende. De meesten gaan een andere of vervolgopleiding volgen – helaas is het niet bekend welke opleidingen dat zijn – of gaan via het leerlingwezen aan de slag. Bovendien geldt voor de MDGO-opgeleide verzorgenden dat voor hun functie in slechts 40 tot 50% van de banen hun vooropleiding niet vereist was. Een deel van hen vindt dan ook een baan in de horeca en in de detailhandel. Gegevens over de kwalitatieve aansluiting met de arbeidsmarkt zijn alleen beschikbaar voor de HBO-opgeleide verpleegkundigen. Opvallend is dat vergeleken met de deeltijd opgeleiden een hoger percentage van de voltijd opgeleiden de aansluiting goed vond. Op de vraag of men dezelfde studie zou kiezen is de situatie omgekeerd: meer deeltijders dan voltijders zouden opnieuw de HBO-V willen volgen. Kennelijk hebben zij meer bewust gekozen voor de opleiding. De leeftijd waarop deeltijdstudenten instromen ligt ook hoger dan die van de reguliere studenten. Ten slotte is gekeken naar de groep gediplomeerden die niet als verpleegkundige of verzorgende gaan werken. Opnieuw bleken de resultaten beperkt beschikbaar, alleen voor HBO-opgeleide verpleegkundigen en MDGO-opgeleiden (tabel 8.2).

Tabel 8.2

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

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
<i>HBO-V voltijds</i>						
Aantal diplomabehalers	1.431	1.684	1.390	1.530	1.605	1.508
Na 1½ jaar:						
- % niet-betaald werk	8	21	13	14	7	9
- % betaald werk waarvoor niet minimaal de eigen/verwante opleidingsrichting is vereist	5,5	4,7	3,5	1,7	1,9	3,6
Totaal %	13,5	24,7	16,5	15,7	8,9	12,6
<i>HBO-V deeltijd</i>						
Aantal diplomabehalers	?	270	534	451	360	390
Na 1½ jaar:						
- % niet-betaald werk	8	6	5	6	4	6
- % betaald werk waarvoor niet minimaal de eigen/verwante opleidingsrichting is vereist	4,6	5,6	3,8	2,8	7,7	7,5
Totaal %	12,6	11,6	8,8	8,8	11,7	13,5
<i>MDGO-Vp</i>						
Aantal diplomabehalers	94	54	47	1000	*	*
Na 1½ jaar:						
- % niet-betaald werk	66	77	67	59	*	*
- % betaald werk waarvoor niet minimaal de eigen/verwante opleidingsrichting is vereist	10,2	5,1	12,2	7,0	*	*
Totaal %	76,2	82,1	79,2	66,0	*	*
<i>MDGO-Vz (lang)*</i>						
Aantal diplomabehalers	508	20	166	2.900	4.300	3.900
Na 1½ jaar:						
- % niet-betaald werk	34	46	40	37	44	3
- % betaald werk waarvoor niet minimaal de eigen/verwante opleidingsrichting is vereist	25,1	17,8	20,4	12,6	9,5	11,5
Totaal %	59,1	63,8	60,4	49,6	53,5	47,5

(vervolg Tabel 8.2)

	1990	1993	1994	1995	1996	1997
<i>MDGO-Vz (kort)</i>						
<i>Aantal diplomabehalers</i>	133	99	101	1.900	1.400	1.600
Na 1½ jaar:						
– % niet betaald werk	58	70	69	60	53	52
– % betaald werk waarvoor niet minimaal de eigen/ verwante opleidingsrichting is vereist	27,7	21,9	21,4	22,0	22,1	25,9
<i>Totaal %</i>	85,7	91,9	90,4	82,0	75,1	77,9

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

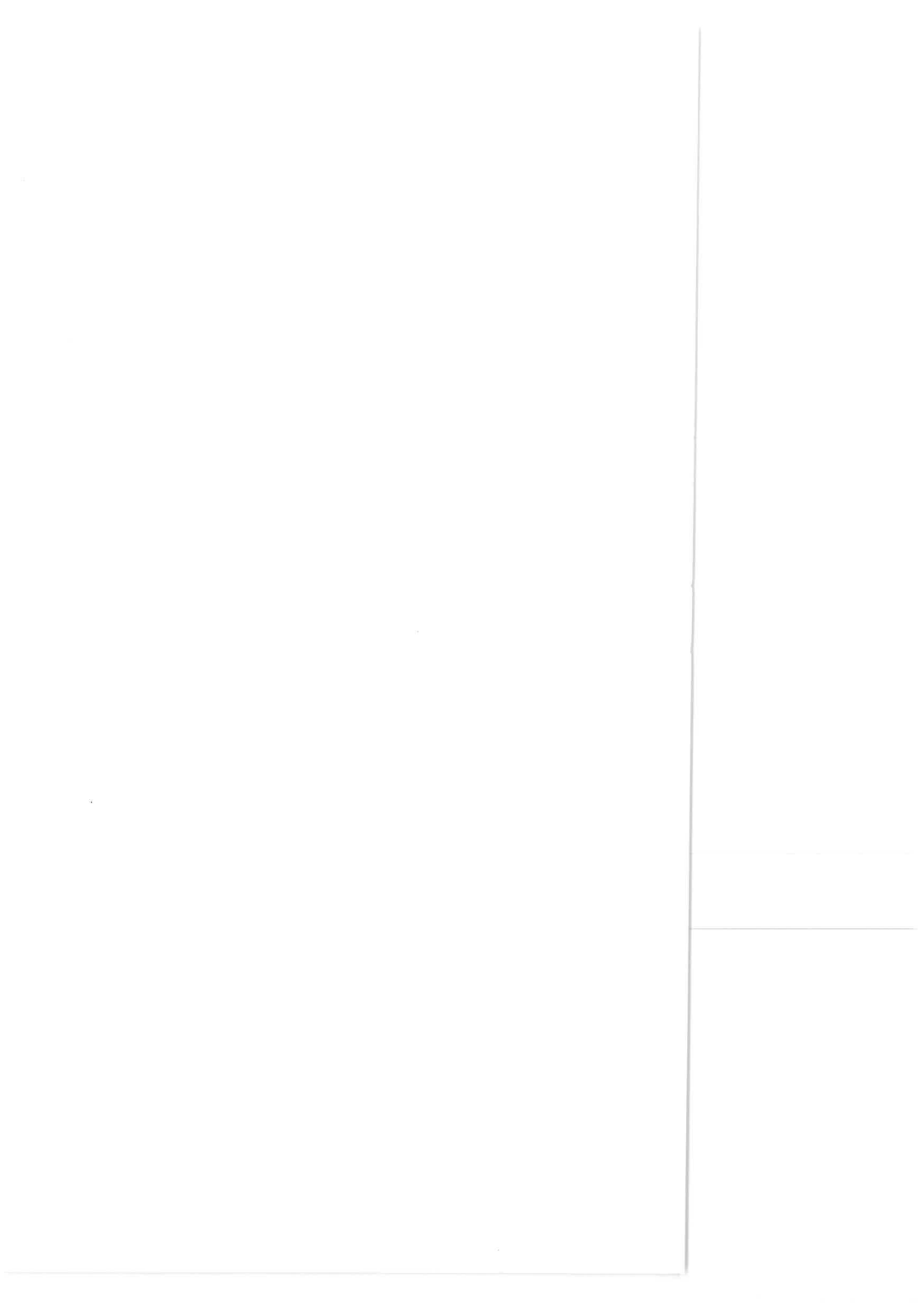
Wanneer de HBO-opgeleiden en de MDGO-opgeleiden met elkaar worden vergeleken, blijkt dat er bijna geen HBO-V'ers zijn die na hun diplomering iets anders doen dan als verpleegkundige aan de slag gaan. Deze groep is beduidend groter onder de MDGO-opgeleiden, met name onder de verzorgenden. Bij de korte variant gaat tot een kwart van de diplomabehalers in een functie werken waarvoor hun opleidingsrichting niet was vereist.

### Ten slotte

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



we, aanvullende gegevensverzameling over de gehele breedte van de verpleging en verzorging nodig. De gegevens die verzameld zijn in het kader van de uitgave van *Verpleging en Verzorging in kaart gebracht 1999* (het hoofdrapport), kunnen hierbij als uitgangssituatie dienen.



## Lijst van afkortingen

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

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

SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
SOMMA	Federatie van ouderverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan verstandelijk gehandicapten
SPD	Sociaal Pedagogische/Psychiatrische Dienst
STIPUD	Stimuleringsregeling Inpassing Personen uit Doelgroepen
STG	Stuurgroep Toekomstscenario' Gezondheidszorg
SOZAWE	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziekteverzekeringen Arboret Arbeidsomstandighedenwet
WVC	Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad

