

**Feiten over
verpleging en
verzorging in
Nederland**

W. van der Windt

H. Calsbeek

L. Hingstman

Thema 2000:

Wat maakt

werken in de zorg

aantrekkelijk?

Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2000

Thema 2000: wat maakt het beroep aantrekkelijk?

Een zakboek

H. Calsbeek

L. Hingstman

H. Talma

W. van der Windt

Feiten over verplegende en verzorgende beroepen 2000 is gebaseerd op het onderzoek *Verpleging en verzorging in kaart gebracht 2000* (Elsevier gezondheidszorg Maarssen 2000 en LCVV, Utrecht 1999). Dit onderzoek werd uitgevoerd door Prismant en Nivel.

© Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, 2000

BASISVORMGEVING Robbert Zweegman, Nijmegen

OPMAAK Marian van Helden, Deventer

OMSLAG Cees Brake bNO, Enschede

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

Elsevier gezondheidszorg 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 veelevoudigd, 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, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting

NIVEL 123 (2000)

Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen
in Nederland 2000



bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729

Inhoud

- 1 Inleiding [7]
 - 2 Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging [9]
 - 3 Omvang van de beroepsgroepen [23]
 - 4 Samenstelling van de beroepsgroepen [31]
 - 5 Arbeidssituatie [35]
 - 6 Onderwijs [43]
 - 7 Functies en salaris [49]
 - 8 Wat maakt werken in de zorg aantrekkelijk? [53]
- Lijst van afkortingen [61]

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 vierde uitgave van het zakboek *Feiten over verplegende en verzorgende beroepen in Nederland 2000*. Op initiatief van het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging is door Prismant en Nivel 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 2000* van H. Calsbeek, L. Hingstman, H. Talma en W. van der Windt. Dit zakboek vormt een samenvatting van de belangrijkste gegevens uit het rapport.

In dit zakboek zal in eerste instantie aandacht worden besteed aan de vraag naar en gebruik van verpleging en verzorging (hoofdstuk 2)

verzorgenden, 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 2000*. 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 over vraag en aanbod binnen de verpleging en verzorging.

Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste feiten over de vraag naar verpleging en verzorging vanaf 1990 beschreven. 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 toenemend percentage ouderen in de bevolking. Daarnaast worden epidemiologische ontwikkelingen onderscheiden, zoals 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. 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 de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen wordt, naast ontwikkelingen in de zorgbehoefte, 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 de beroepsgroepen in een bepaalde setting doen veroorzaken. Hierbij is vanwege het actuele karakter ook de wachtlijstproblematiek betrokken.

Tabel 2.1

Omvang en groei van de Nederlandse bevolking op 1 januari 1990-1998

	1990	1995	1996	1997	1998
Aantal inwoners abs. x 1.000	14.892,6	15.424,1	15.493,9	15.567,1	15.654,2
Jaarlijkse toename in %	0,55	0,54	0,45	0,56	0,56
Aantal geborenen abs. x 1.000	197,9	190,5	189,5	192,4	199,4
Aantal sterfgevallen abs. x 1.000	128,8	135,7	137,6	135,8	137,5
Aantal immigranten abs. x 1.000	117,3	96,1	108,7	109,9	122,4
Aantal emigranten abs. x 1.000	57,3	63,3	65,3	62,2	60,4
Migratiesaldo abs. x 1.000	60,0	32,8	43,4	47,7	62,0

Sinds 1990 is de bevolking met circa 5,8% toegenomen. Jaarlijks neemt de bevolking gemiddeld ruim 0,5% toe. Overigens blijkt dat na een aantal jaren van dalende groeipercentages, vanaf 1997 het bevolkingsgroeipercentage weer toeneemt. Het aantal geboorten neemt sinds 1997 weer toe en was hoger dan aanvankelijk gedacht. Daarbij is in de nieuwste kortetermijnprognose van 1999 het aantal emigranten naar beneden bijgesteld, terwijl bij het aantal immigranten nauwelijks sprake is van een bijstelling (Alders, 2000). Dit heeft ertoe geleid dat de bevolkingsprognose

Geboorte

In de eerste helft van de jaren negentig liep het aantal geboorten terug van bijna 198 duizend in 1990 naar 190 duizend in 1996. Vanaf 1997 is er echter weer sprake van een toename van het aantal geboorten (193.000) (tabel 2.1). Uit CBS-cijfers blijkt dat met name in 1998 veel geboorten hebben plaatsgevonden: door het hoge aantal geboorten in de laatste maanden kwam het uiteindelijke aantal op ruim 199 duizend, het hoogste aantal sinds 1973. De verwachting is dat het aantal geboorten de komende jaren geleidelijk weer zal afnemen tot 175 duizend geboorten in het jaar 2011 en daarna weer zal stijgen.

Het CBS heeft verder in 1997/1998 opnieuw een lichte stijging van het aantal thuisbevallingen kunnen constateren ten opzichte van het voorgaande jaar: 35,4% van de bevallingen vond thuis plaats tegen 34,3% in 1995/1996. In 1990, echter, vond nog zo'n 38% van de bevallingen thuis plaats.

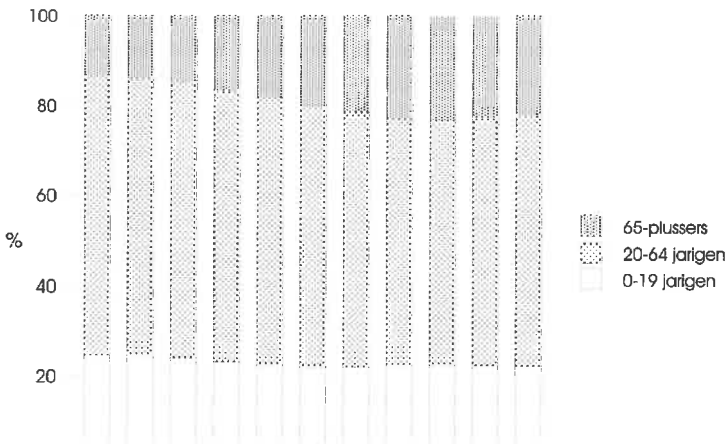
Sterfte

Met ruim 137 duizend sterfgevallen in 1998 is het aantal sterfgevallen weer iets toegenomen; in 1997 was er nog sprake van een daling maar deze was van tijdelijke aard (tabel 2.1). De verwachting is dat door de vergrijzing het jaarlijks aantal overledenen de komende decennia flink zal stijgen. Van de ruim 137 duizend sterfgevallen in 1998 is ongeveer tweederde (ruim 87 duizend mensen) overleden aan hart- en vaatziekten (doodsoorzaak nummer één) en kanker (doodsoorzaak nummer 2). Op de derde plaats volgen met ruim 10% ziekten aan de ademhalingsorganen. Aan hart- en vaatziekten stierven in 1998 ongeveer 50 duizend mensen. Dit is vergelijkbaar met 1997. Aan kanker stierven ongeveer 37 duizend mensen en aan ademhalingsziekten, voornamelijk longontstekingen en COPD, overleden ongeveer 14 duizend mensen.

1998 is het aantal immigranten hoger dan in 1990: 122 duizend personen hebben zich in Nederland gevestigd. Emigratiecijfers vertoonden een stijging tot 1997: van ruim 57 duizend in 1990 tot ruim 65 duizend in 1996. In 1997 en in 1998 hebben minder Nederlanders zich in het buitenland gevestigd. Per saldo is in 1998 het migratiesaldo hoger dan in 1990: 62 duizend versus 60 duizend personen.

Leeftijdsverdeling

Al sinds de jaren zestig neemt het percentage personen jonger dan 19 jaar af: van 37% toen naar ruim 24% nu. Het aandeel ouderen vanaf 65 jaar bedroeg in 1999 13,5%, tegen 12,8% in 1990. Voor de komende tien jaar wordt verwacht dat dit percentage met ruim één procent zal stijgen tot 14,8%. Op de langere termijn zet de vergrijzing in sterkere mate door: tussen 2010 en 2040 zal het aandeel 65-plussers toenemen van 15% naar 23% (figuur 2.1).

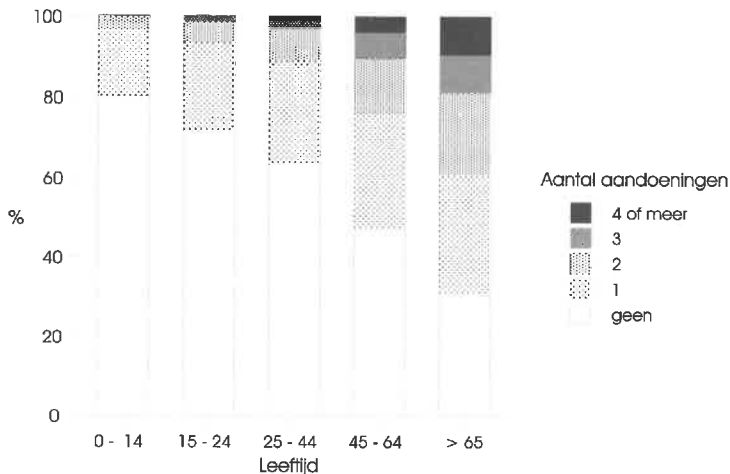


ouderen met een laag inkomen ontvangen vaker informele zorg dan anderen. Onder de ouderen van 80 jaar en ouder en onder de 'ernstig beperkten' krijgt ruim de helft informele zorg. Van de 'ernstig beperkten' krijgt circa de helft formele thuiszorg van gezinsverzorging en wijkverpleging. Van de alleenstaande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

Conclusie

Demografische ontwikkelingen hebben de vraag naar verpleging en verzorging in de afgelopen jaren flink laten toenemen. De belangrijkste ontwikkeling is die van de vergrijzing van de bevolking, deze zet voorlopig ook nog door: voor de komende tien jaren wordt een stijging van ruim één procent van het aandeel 65-plussers verwacht. Verder is door een grotere toename van het aantal geboorten en een hoger migratiesaldo dan aanvankelijk verwacht, niet alleen de bevolking in omvang toegenomen maar is er zelfs vanaf 1997 sprake van een stijgend groeipercentage. Met name de vraag naar zorg in de thuissituatie is de afgelopen jaren toegenomen: enerzijds door een groeiend aandeel ouderen in de bevolking, anderzijds door een – sinds 1996 opnieuw – stijgend aandeel van de thuisbevallingen. De verwachting is evenwel dat het aantal geboorten de komende tien jaren geleidelijk weer zal afnemen.

Epidemiologische ontwikkelingen



Figuur 2.2: Aantal langdurige aandoeningen naar leeftijd

6% van de bevolking last van dit type aandoeningen tegen 8,3% in 1998. Het percentage reumapatiënten is met een halve procent toegenomen sinds 1990, het percentage mensen met diabetes blijft nagenoeg stabiel. De toename van het aantal mensen met CARA zal voor een deel ook samenhangen met de dubbele vergrijzing: volgens het CBS komen deze aandoeningen vooral voor onder de oudere bevolking: van de mensen van 65 jaar en ouder heeft 12% last van CARA. Voor de toekomst (tot het jaar 2015) lopen de schattingen van veranderingen in prevalentie (het vóórkomen van ziekten en aandoeningen) uiteen van 5 tot 15% voor astma, 15 tot 25% voor reumatoïde artritis en 35 tot 45% voor diabetes mellitus. Deze cijfers betreffen groeicijfers ten opzichte van 1994. De effecten van vergrijzing blijken belangrijker te zijn dan die van

wicht is er sprake van een toenemende incidentie van diabetes mellitus. Maar ook door verbeteringen in de (vroeg)diagnostiek is er een toename te verwachten van de 'incidentie' van bijvoorbeeld diabetes mellitus. Deze trends en ontwikkelingen maken dat de omvang van de toekomstige ziektelast in de bevolking als gevolg van chronische ziekten zich moeilijk laat schatten.

Kanker

Voor mannen geldt over het algemeen een hoger cumulatief risico (30,2%) op het krijgen van kanker dan voor vrouwen (23,3%) gedurende een leeftijdsperiode van 74 jaar. Met enkele schommelingen is dit risico sinds 1990 iets toegenomen, respectievelijk met 0,4% en 0,7%. Vanaf de leeftijd van 65 jaar worden bij mannen bijna twee keer zoveel nieuwe gevallen van kanker geconstateerd als bij vrouwen. Het hoogste cumulatieve risico voor mannen geldt ten aanzien van het krijgen van longkanker (8,7%), prostaatkanker (6,3%) en dikkedarmkanker (2,5%). Voor vrouwen is dat borstkanker (8,8%) en darmkanker (2,1%). Voor mannen geldt dat het cumulatieve risico op het krijgen van longkanker sinds 1990 is afgenomen: van 9,1% in 1990 naar 7,8% in 1995; voor vrouwen is dat toegenomen: van 1,5% naar 1,9%. Verder is voor mannen het cumulatieve risico op prostaatkanker toegenomen van 4,2% in 1990 naar 6,3% in 1995. Voor de overige vormen van kanker zijn er geen noemenswaardige veranderingen opgetreden sinds 1990. Tot het jaar 2015 is voor verscheidene vormen van kanker een flinke stijging voorspeld, variërend van 25% (borstkanker) tot 60% (slokdarmkanker, maagkanker, longkanker en prostaatkanker). Deze stijging kan niet geheel los worden gezien van de groei en de vergrijzing van de bevolking (demografische ontwikkelingen), omdat kanker met name voorkomt onder oudere mensen. Voor de behoefte aan verpleging en verzorging

namelijk -5% tot 25%. De verklaring hiervoor is gelegen in het feit dat infectieziekten meer gespreid over de leeftijden voorkomen, in tegenstelling tot chronische ziekten en kanker die zich met name onder ouderen manifesteren. De meest recente cijfers over het voorkomen van aids laten zien dat het maximum aantal gemelde ziektegevallen (522) bereikt is in 1995. Dit geldt zowel voor mannen (439) als voor vrouwen (83). In 1998 waren er 114 meldingen. Tot het jaar 2015 is een lichte daling voorspeld van 0-5%. Na een piek in 1992 vertonen ook de sterftcijfers geen stijgende tendens meer in ons land.

Psychische stoornissen

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van het RIVM worden zeven psychische stoornissen beschreven, te weten: dementie, schizofrenie, depressie, angststoornissen, afhankelijkheid van alcohol of drugs, verstandelijke handicap en psychische problematiek bij kinderen en jeugd. Deze selectie is gebaseerd op hun bijdrage aan het totaal aantal ziektegevallen en (vroegtijdige) sterfte in de bevolking.

Er wordt in toenemende mate gebruikgemaakt van geestelijke hulpverlening (zie paragraaf 2.4). Met name de vraag naar ambulante hulpverlening is toegenomen en neemt nog steeds toe. Volgens het RIVM (1997) zijn de belangrijkste verklaringen gelegen in een toenemende bewustwording in de bevolking van het bestaan van psychische stoornissen en het besef, zowel bij de bevolking als bij medici, dat psychische stoornissen behandelbaar zijn.

Door verschillende diagnostische systemen en zorgregistraties is het problematisch om trends weer te geven, aldus het RIVM. Gesignaleerde trends duiden eerder op 'wijzigingen in de "populariteit" van diagnoses'. Toch heeft het RIVM per stoornis ontwikkelingen in het voorkomen kunnen beschrijven. Zoals het voorgaande reeds doet vermoeden, is er over

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. Met betrekking tot het voorkomen van dementie verwacht het RIVM een stijging van 35 tot 45%, zowel voor wat betreft de bestaande gevallen als het aantal nieuwe gevallen. Het voorkomen van verstandelijke handicaps blijft gelijk of zal zelfs iets dalen (0 tot -5%). Toekomstvoorspellingen ten aanzien van de overige stoornissen, dus alcohol- en drugsverslaving en de jeugdproblematiek, zijn in dit kader niet gedaan.

Conclusie

De belangrijkste ontwikkelingen die – meer of minder samenhangend met demografische ontwikkelingen – de vraag naar verpleging en verzorging doen toenemen zijn een geleidelijke toename van het aantal mensen met een chronische aandoening, zoals reuma en diabetes mellitus, en een toename van het aantal mensen met kanker. Beide typen aandoeningen komen vooral voor onder de oudere bevolking. Hierdoor wordt er een steeds groter beroep gedaan op (specialistische) ouderenzorg.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

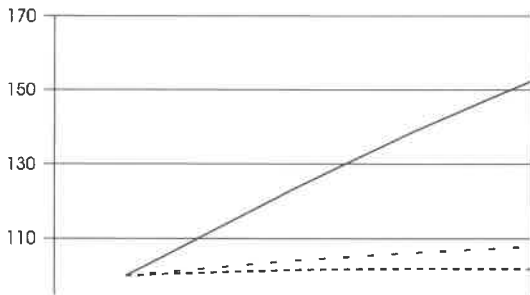
Onderwijs, arbeid en inkomen

Onderwijs, arbeid en inkomen zijn factoren die tezamen een beeld geven van de maatschappelijke positie. Een achterstand op één van deze factoren, maar ook bij elkaar opgeteld, staat in relatie tot een grotere behoefte aan zorg. Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau zijn de ontwik-

Allochtone bevolking

Op dit moment telt Nederland bijna 1,9 miljoen allochtone mensen, oftewel mensen die zelf en één van beide ouders in het buitenland zijn geboren of die zelf in Nederland zijn geboren maar de ouders in het buitenland (beperkte definitie). Ten minste tot het jaar 2015 zal de allochtone bevolking in Nederland blijven groeien, zowel in aantal als in aandeel: in 2015 zal bijna één op de acht in Nederland wonenden personen een niet-westerse allochtoon zijn, tegen één op de veertien in 1998. Figuur 2.3 laat de verschillen in groei zien tussen de allochtone en autochtone bevolking. Hierbij is uitgegaan van de zogenaamde 'beperkte definitie'. Binnen de allochtone bevolking neemt het aantal Turken en Marokkanen het snelst toe.

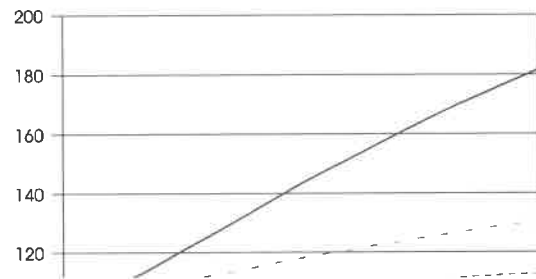
Over het algemeen wijst een vergelijking tussen de gezondheidstoestand van allochtonen met die van autochtonen op een achterstand van de allochtone bevolking, zowel voor wat betreft de lichamelijke als de geestelijke gezondheidstoestand. Ook is de sterfte onder Turken, Marokkanen en Surinamers hoger, met name onder de jongste leeftijdsgroepen. De sterfte rond de geboorte is 1,5 tot 2 keer zo hoog als onder de autochtone bevolking. De sterfte onder volwassen Antillianen is lager



dan die van de autochtone bevolking. Nadere empirische gegevens over de gezondheid van (andere groepen) allochtone mensen en factoren die daarop van invloed zijn, zijn echter nog niet voorhanden. Verder bestaat het vermoeden dat allochtone mensen minder gebruikmaken van de gezondheidszorg. Kennelijk beschikken allochtonen over uitgebreide sociale netwerken waarbinnen het verlenen van mantelzorg meer vanzelfsprekend is dan voor de autochtone bevolking. Ook is het niet altijd even duidelijk of allochtone mensen 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

Inzicht in de ontwikkelingen in de huishoudenssituatie in Nederland is van belang voor de behoefte aan zorg omdat de fysieke en mentale gezondheid van alleenwonende personen slechter is dan die van personen die met anderen samenleven. Figuur 2.4 laat zien dat door een snelle toename van het aantal alleenwonenden het totale aantal huishou-



dens sneller toeneemt dan de bevolkingsgroei. Vanwege het ontbreken van een recentere huishoudensprognose is ten behoeve van de vergelijking een eerdere bevolkingsprognose gehanteerd.

Alleenstaanden, dit zijn met name ouderen, blijken vaker gebruik te maken van gezondheidszorgvoorzieningen dan samenlevenden: respectievelijk 15% en 9%. Met een toenemend aantal (oudere) alleenstaanden zal de vraag naar (thuis)zorg en mantelzorg dus blijven toenemen.

Mantelzorg

De behoefte aan mantelzorg neemt toe. Door de vergrijzing van onze bevolking, lossere familiebanden en tekorten in de gezondheidszorg komen mantelzorgers echter steeds meer onder druk te staan en worden voorzieningen ter ondersteuning van mantelzorg van steeds groter belang. In 1997 maakte het RIVM al melding van 1,3 miljoen mensen in Nederland, ongeveer 11% van de volwassen bevolking, die mantelzorg bieden. Dit, terwijl er in Nederland 1,5 miljoen mensen zijn die niet volledig voor zichzelf kunnen zorgen. Meer dan de helft ontvangt uitsluitend mantelzorg. Zelfs van de ouderen met ernstige beperkingen ontvangt 30% uitsluitend mantelzorg en 27% combinaties van informele en formele thuiszorg. Mantelzorgers produceren gezamenlijk 400 miljoen uur zorg, 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, een derde vijf tot tien jaar. De ontwikkelingen in de afgelopen jaren maken duidelijk dat mantelzorg steeds meer gewaardeerd wordt als een vrijwel onmisbare ondersteuning van de formele zorg. Diverse argumenten, op zowel micro-, meso- als macroniveau, doen de samenleving inzien dat zij er alle belang bij heeft om mantelzorg op haar beurt te ondersteunen.

Conclusie

Over het algemeen zijn de ontwikkelingen ten aanzien van de maatschappelijke positie in Nederland gunstig te noemen, zowel voor wat betreft de afgelopen jaren als de nabije toekomst. Deze ontwikkelingen zullen de steeds toenemende vraag naar zorg in ieder geval niet versterken. Zoals waarschijnlijk wel de groeiende groep allochtonen binnen de Nederlandse bevolking. Er bestaan weliswaar slechts weinig gegevens over de gezondheidstoestand van deze groep mensen en over het gebruik van zorg, de verpleging en verzorging zullen toch alert moeten zijn op enerzijds preventieve zaken (bijvoorbeeld kraamzorg) en anderzijds de ondersteuning van de mantelzorg (bijvoorbeeld de thuiszorg). Verder zal ook de groeiende groep alleenstaanden (vooral 65-plussers) een steeds groter beroep doen op de thuis- en ouderenzorg; deze groep maakt vaker gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen dan samenlevenden. Samenhangend met een groeiende behoefte aan zorg neemt ook de behoefte aan en het gebruik van mantelzorg toe. Echter, mantelzorgers hebben op hun beurt behoefte aan ondersteuning, vooral vanuit de thuiszorg, maar ook vanuit de verzorgings- en verpleeghuizen. Kortom, ook sociale en culturele ontwikkelingen doen, los van demografische en epidemiologische ontwikkelingen, hun invloed gelden op de vraag naar met name ouderen- en thuiszorg.

Ontwikkelingen in het gebruik van verpleging en verzorging

Gebruik van zorg

In de eerste plaats is er sprake van een toenemende extramuralisering van de zorg. Dit komt in de verschillende sectoren tot uiting door een toename van het aantal dagopnamen in ziekenhuizen (voor een groot deel als vervanging voor de klinische opnamen), een toename van het

zorg. Door de steeds kortere verpleegduur (in de ziekenhuizen), de (dubbele) vergrijzing (ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en verzorgingshuizen), kleinschaliger zorg en kleinere groepen (gehandicaptenzorg) en een verschuiving van somatische zorg naar psychogeriatrische zorg (verpleeghuizen) worden de benodigde zorg en aandacht steeds intensiever. De extramuralisering en verzwaring van zorg leggen een grote druk op de thuiszorg. In deze sector is zelfs een verschraling van de zorg geconstateerd: het aantal cliënten stijgt sneller dan het aantal uren geleverde zorg. Cliënten worden geholpen wanneer er verpleegkundigen en verzorgenden voorhanden zijn en niet meteen wanneer er behoefte aan zorg is. Voor de kraamzorg geldt een iets andere ontwikkeling: het aantal verzorgingen bleef nagenoeg gelijk, het aantal dagen per verzorging daalt echter.

Wachttijstproblematiek

Alle sectoren en deelsectoren in de gezondheidszorg kennen wachttijsten. Het ontbreekt helaas aan een uniform registratiesysteem, zodat de beschikbare gegevens op diverse bronnen berusten. Dit bemoeilijkt een vergelijking tussen en binnen de sectoren. De cijfers die voorhanden zijn, laten in een aantal (deel)sectoren een stabilisatie zien van het aantal wachtenden (in de ziekenhuizen, verstandelijk gehandicaptenzorg en Riagg's) en in enkele deelsectoren van de GGZ zelfs een lichte daling. In de verpleeghuiszorg echter, is de laatste jaren sprake van een toenemend aantal wachtenden evenals een toename van de gemiddelde wachttijd. In de thuiszorg bestaan de wachttijsten vooral uit cliënten die huishoudelijke hulp behoeven. Als gevolg hiervan past ruim de helft van de thuiszorginstellingen rantsoenering toe.

Omvang van de beroepsgroepen

Werkzame personen

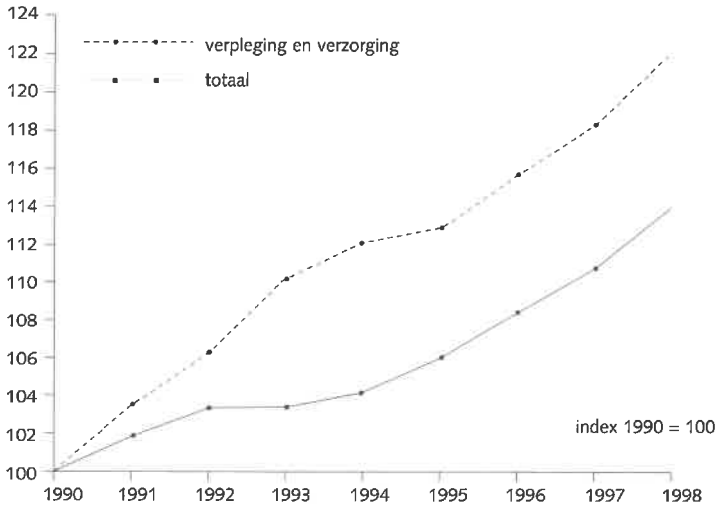
In 1998 waren er in ons land 395.300 personen werkzaam in de verpleging en verzorging. In de periode 1990-1998 groeide het aantal verpleegkundigen en verzorgenden met ruim 20%; exclusief leerlingen bedroeg de groei 28%.

Tabel 3.1

Ontwikkeling werkzame personen in verpleging en verzorging (index 1990=100) en totaal

	1990	1995	1996	1997	1998	Gemiddelde jaarlijkse groei
Verpleging en verzorging	100	113,3	115,8	118,5	120,5	2,4
Totaal	100	106,0	108,3	110,7	113,3	1,6

De werkzamen in de verpleging en verzorging nemen veel sterker toe dan het totaal aantal werkzame personen in Nederland. Tabel 3.1 laat een vergelijking zien. Het aantal werkzame personen in ons land groeide in de periode 1990-1998 met 13,3%. Op jaarbasis bedroeg de groei van de verpleging en verzorging gemiddeld 2,4% tegen totaal 1,6%. Het aandeel van verpleging en verzorging in het totaal aantal werkenden



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



Figuur 3.2: Het aandeel van de sectoren in 1998

Tabel 3.2

Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging 1990-1998

	1990	1995	1996	1997	1998	Gemiddelde jaarlijkse groei (1990-1998)
Ziekenhuiszorg	58.240	68.706	70.709	72.399	75.165	3,2
- algemeen ziekenhuis	44.141	52.798	54.602	56.329	57.680	3,4
- academisch	10.381	11.984	12.219	12.551	13.719	3,5
- categoriaal en revalidatie	3.718	3.924	3.888	3.519	3.766	0,2
Geestelijke gezondheidszorg	17.047	21.361	22.322	23.182	24.287	4,5
- psychiatrisch ziekenhuis	14.338	17.969	18.836	19.480	-	-
- amb. geest. gez.zorg	1.172	1.508	1.534	1.586	-	-
- medisch kinderdag- verblijf/tehuis	1.537	1.884	1.952	2.116	-	-
Gehandicaptenzorg	22.670	31.091	32.289	35.618	37.380	6,5
- inst. voor verst. gehandicapten	22.003	30.302	31.537	34.829	36.546	6,5
- inst. voor zint. gehandicapten	667	789	752	789	834	2,8
Ouderenzorg	80.823	96.773	99.612	102.913	106.236	3,5
- verpleeghuizen	39.188	51.701	54.171	55.902	58.020	5,0
- verzorgingshuizen	41.635	45.072	45.441	47.011	48.216	1,9
Thuiszorg	115.760	126.670	131.059	133.586	134.402	1,9
- verpleegkundigen	7.679	8.765	8.907	9.071	9.300	2,4
- verzorgenden	108.081	117.905	122.152	124.515	125.102	1,8
Overige verpleegkundigen	2.382	3.935	3.497	3.490	3.483	4,9
Inservice/leerlingwezen	31.075	23.104	20.222	17.513	14.334	-9,2
- inservice-leerlingen	27.872	20.531	17.704	16.334	13.750	-8,5
- leerlingwezen						

Tabel 3.3

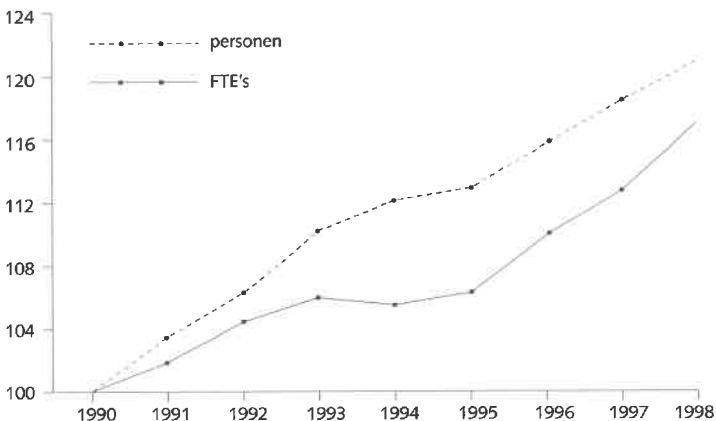
De ontwikkeling van het arbeidsvolume (FTE's) verpleging en verzorging en totaal

	1990	1995	1996	1997	1998	Gemiddelde jaarlijkse groei
Verpleging en verzorging	100	107,2	109,6	112,5	117,0	2,0
Totaal	100	103,4	105,3	107,4	109,6	1,2

Tabel 3.4

Het aantal volledige arbeidsplaatsen verpleging en verzorging 1990-1998

	1990	1995	1996	1997	1998	Gemiddelde jaarlijkse groei (1990-1998)
Ziekenhuiszorg	44.428	48.556	50.123	51.198	53.142	2,3
- algemeen ziekenhuis	32.942	36.568	37.726	38.964	40.530	2,6
- academisch	8.659	9.261	9.475	9.623	9.861	1,6
- categoriaal en revalidatie	2.827	2.727	2.922	2.611	2.751	-0,3
Geestelijke gezondheidszorg	13.549	16.073	16.555	17.350	18.241	3,8
- psychiatrisch ziekenhuis	11.378	13.563	13.978	14.675	-	
- amb. geest. gez.zorg	990	1.235	1.256	1.319	-	
- medisch kinderdagverblijf/ tehuis	1.181	1.275	1.321	1.356	-	
Gehandicaptenzorg	17.338	21.440	22.085	23.863	25.406	4,9
- inst. voor verst. gehandicapten	16.779	20.846	21.541	23.282	24.793	5,0
- inst. voor zint. gehandicapten	559	594	544	581	613	1,2
Ouderenzorg	56.440	61.533	63.762	65.645	69.077	2,6
- verpleeghuizen	27.719	33.437	35.315	36.659	39.043	4,4
- verzorgingshuizen	28.721	28.096	28.447	28.986	30.034	0,6



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

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 3,6% groeide. Groeiden de verpleging en verzorging gemiddeld jaarlijks met 2% volledige arbeidsplaatsen, de totale arbeidsmarkt kende een groei van gemiddeld 1,2%. In 1997 en 1998 was de groei in de zorg extra groot vanwege de invoering van collectieve arbeidsduurverkortingen in de meeste sectoren. De omvang van de FTE's veranderde van 38 naar veelal 36 uur per week.

Verhouding werkzame personen arbeidsplaatsen

Tussen de sectoren doen zich wel grote verschillen voor. De thuiszorg kent verreweg de hoogste P/A-ratio. Met name alfa-hulpverleners 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 hoofdsector

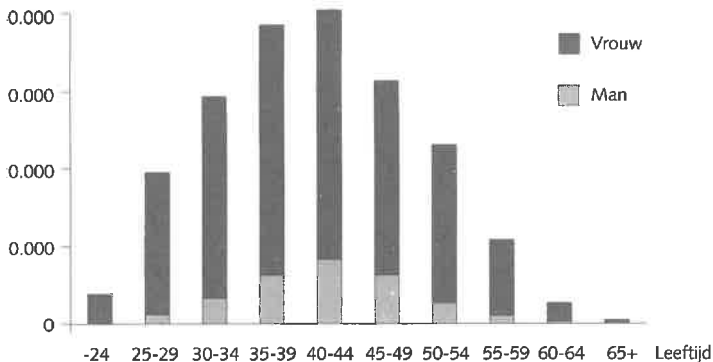
	1990	1995	1998
Ziekenhuizen	131	141	141
Geestelijke gezondheidszorg	126	133	133
Gehandicaptenzorg	131	145	147
Ouderenzorg	143	157	154
Thuiszorg	237	281	298
Totaal*	163	178	178

* incl. overig

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. Medio 2000 hebben bijna 203.000 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 geregistreerden oefent op dit moment ook daadwerkelijk het beroep uit.

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



Figuur 3.4: BIG-geregistreerden naar leeftijd en geslacht

Tabel 3.6

Geraamde onderverdeling naar beroepsgroep in 1998 (x 1000)

Verpleegkundigen	124
Ziekenverzorgenden	57
Verzorgenden	199
Leerlingen	14
Totaal	395

Werkgelegenheid in de regio

Tabel 3.7 geeft een beeld van het aandeel van verpleging en verzorging in de regionale werkgelegenheid. Dit loopt uiteen van 4,3% tot 8%, terwijl het landelijk gemiddelde 6% bedraagt.

Het zijn met name een aantal gebieden met van oudsher veel voorzie-

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
Drenthe	8,0	Rijnstreek	7,0
IJssel-Vecht	5,9	Den Haag/Delfland	5,5
Twenthe	6,4	Drechtsteden	5,9
Midden-IJssel	5,7	Rijnmond	5,6
Veluwe	7,3	Zeeland	7,2
Arnhem/O-Gelderland	6,4	West Noord-Brabant	5,5
Nijmegen/Rivierengeb.	7,8	Breda	5,8
Flevoland	4,3	Midden-Brabant	6,1
Oost-Utrecht	7,1	Noordoost-Brabant	5,3
West-Utrecht	4,3	Zuidoost-Brabant	5,4
Gooi/Vecht	5,6	Noord-Mid. Limburg	5,7
N-Holland-noord	6,7	Zuid-Limburg	6,5
Landelijk	6,0		

N.B. Verzorgingshuizen en thuiszorg 1996.

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 jaarlijkse groei van 1,7% voor de jaren tot 2003 te verwachten.

Daarmee zet de groei van de afgelopen jaren zich onverminderd voort. Wel is er een aanzienlijke verschuiving in deze 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

Samenstelling van de beroepsgroepen

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 veranderd.

Tabel 4.1

Het percentage vrouwen naar sector en beroepsgroep in 1996

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

werkgelegenheid voor vrouwen. Zo vond één op de zes van de in 1999 werkzame vrouwen in ons land emplooi in deze beroepsgroepen.

Leeftijd

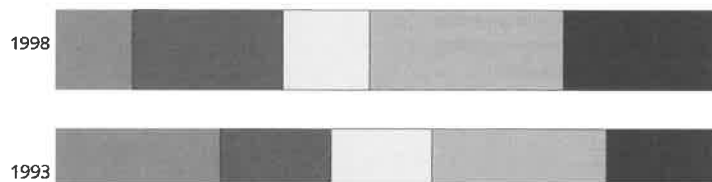
De leeftijdsopbouw van het verplegend en verzorgend personeel wijkt af van andere beroepen en bedrijfstakken. Met name het aandeel ouderen is geringer.

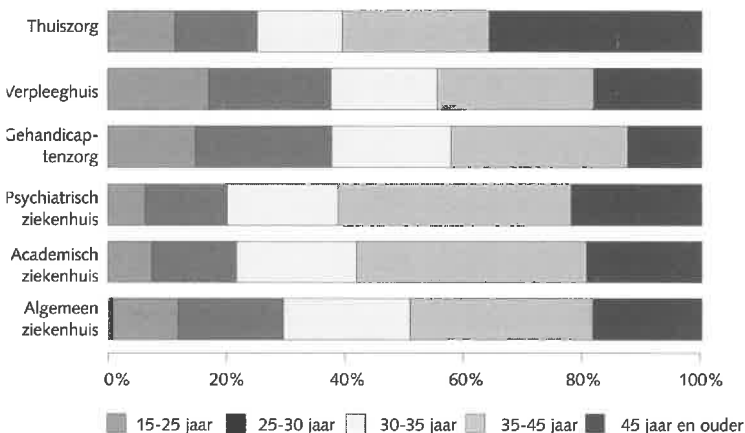
Tabel 4.2

De leeftijdsopbouw van personeel in de verpleging en verzorging, de gehele zorgsector en de totale arbeidsmarkt in 1998 (in procenten)

Leeftijdsklasse	V&V	Zorgsector	Totaal
15-24 jaar	13	9	12
25-44 jaar	64	64	58
45-64 jaar	23	27	30
totaal	100	100	100

Wat betreft de leeftijdsopbouw gaat het personeelsbestand meer op het gemiddelde van de Nederlandse beroepsbevolking te lijken. Het tempo van vergrijzing in de periode 1990-1999 is in de verpleging en verzorging veel sterker dan bij de totale beroepsbevolking.

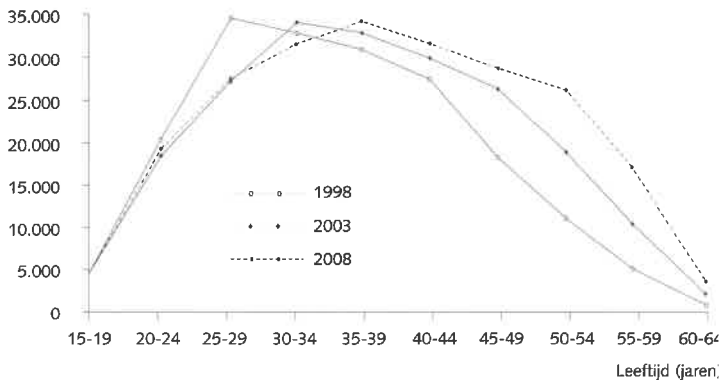




Figuur 4.2: De leeftijdsverdeling per sector in 1998

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 en 45 jaar en ouder (zie figuur 4.1). Simulatiemodellen toegepast op de intramurale gezondheidszorg laten zien dat bij voortzetting van de trends van de afgelopen jaren de gemiddelde leeftijd ook de komende jaren nog flink zal toenemen. Bij deze berekeningen, waarbij ook meewerkende leerlingen zijn meegerekend, neemt de gemiddelde leeftijd toe van 35,2 jaar in 1998 tot 37,7 in 2003 en 39,0 in 2008.



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

Tabel 4.3

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

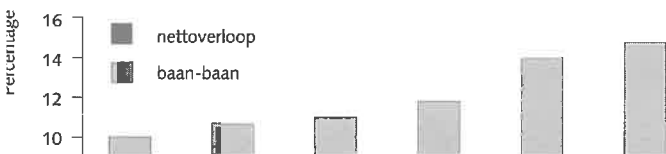
	Gem. leeftijd	%-50+-ers personen	%- 50+-ers FTE's	% verloop
1998	35,2	8,4	7,7	14,7
2003	37,7	14,5	13,9	13,5
2008	39,0	19,5	19,3	13,3

5 Arbeidssituatie

De dynamiek op de arbeidsmarkt, het verloop

Het verloop, het aandeel vertrekkers uit een instelling, is onder verpleegkundig en verzorgend personeel sinds 1994 aan het toenemen. We zien in figuur 5.1 dat het vertrek tot 1998 slechts weinig heeft geleid tot extra vertrek uit het beroep; een toename van 5,7 naar 6,1%. De toegenomen totale mobiliteit betekende vooral dat verpleegkundigen en verzorgenden vaker van baan veranderd zijn; een toename van 4 tot 7% per jaar. In 1998, maar vooral in 1999 zien we ook een toename van het nettoverloop. In dat laatste jaar zette 7,3% (tijdelijk) een punt achter de uitoefening van het beroep.

Als we alle genoemde vertrekredenen, men kan meerdere redenen noemen, bij elkaar nemen wordt het meest elders werk gevonden als reden aangegeven. In de tabel 5.1 worden de vijf meest genoemde vertrekredenen opgesomd voor zowel baan-baanvertrekkers als (tijdelijke) beroepsbeëindigers.



Tabel 5.1

Top 5 van alle genoemde vertrekredenen bij baan-baanverloop 1999 in %

Elders werk gevonden	52
Reisafstand	29
Behoefte aan een andere werkring	29
Ontplooiing	24
Loopbaanperspectieven	18

Tabel 5.2

Top 7 van alle genoemde vertrekredenen bij nettoverloop 1999 in %

Elders werk gevonden	33
Behoefte aan een andere werkring	26
Ontplooiing	19
Voldoening in werk	19
Gezins-/thuisituatie	15
Reisafstand	15
Werkdruk	15

Bron: Prismant exit-interviews

Onder baan-baanvertrekkers wordt reisafstand met de jaren een steeds vaker opgegeven vertrekreden. Behoefte aan een andere werkring, ontplooiing zijn voor beide groepen belangrijke vertrekredenen. Verder valt op dat werkdruk en voldoening in het werk steeds vaker worden genoemd als vertrekreden, met name bij degenen die (tijdelijk) het beroep beëindigen. Mogelijkheden om meer of juist minder te werken wordt een minder genoemde vertrekreden. Door schaarste op de arbeidsmarkt wordt hier kennelijk door instellingen soepeler mee omgegaan dan in het verleden.

Aan vertrekkers wordt ook de vraag voorgelegd of het vertrek voorko-

werkdruk en werktijden/roosters door de respondent het meest als voorkoombare vertrekredenen genoemd. 19% van de vertrekkers geeft als voorkoombare vertrekreden de beloning op. Blijkbaar kunnen zij met een krappere arbeidsmarkt elders meer gaan verdienen. Met de jaren wordt deze voorkoombare vertrekreden dan ook vaker genoemd. Meer of minder uren werken wordt met de jaren juist minder vaak als voorkoombare vertrekreden genoemd. Daarentegen wordt werkdruk en werktijden/roosters steeds vaker genoemd. Inmiddels noemt bijna een derde van de (tijdelijke)beroepsbeëindigers werkdruk als één van de voorkoombare vertrekreden. In 1998 was dit percentage ook al gestegen, maar bedroeg toen 20%.

Tabel 5.3

Top 6 van alle voorkoombare vertrekredenen binnen baan-baanverloop 1999 in %

Ontplooiing	33
Loopbaanperspectieven	30
Werkdruk	23
Werktijden, roosters	22
Klimaat afdeling	19
Opleiding gaan volgen	19

Tabel 5.4

Top 6 van alle voorkoombare vertrekredenen binnen nettoverloop 1999 in %

Werkdruk	32
Ontplooiing	28
Werktijden, roosters	26
Loopbaanperspectieven	22
Beloning	19
Voldoening in werk	19

Tabel 5.5

Het verlooppercentage per sector 1990-1998

	1990	1995	1996	1997	1998
Ziekenhuizen	15,1	8,0	8,4	9,0	11,1
Academische ziekenhuizen	9,6	6,0	7,2	7,6	8,8
Psych. Ziekenhuizen*	15,6	9,7	9,9	12,1	11,5
Intram. Gehandicaptenzorg	15,4	12,4	11,9	13,1	16,7
Verpleeghuizen	21,4	11,2	11,0	12,8	16,1
Totaal intramuraal	16,8	10,0	10,0	11,1	13,7

* in 1998 geestelijke gezondheidszorg; alleen psychiatrische ziekenhuizen 1998: 12,0

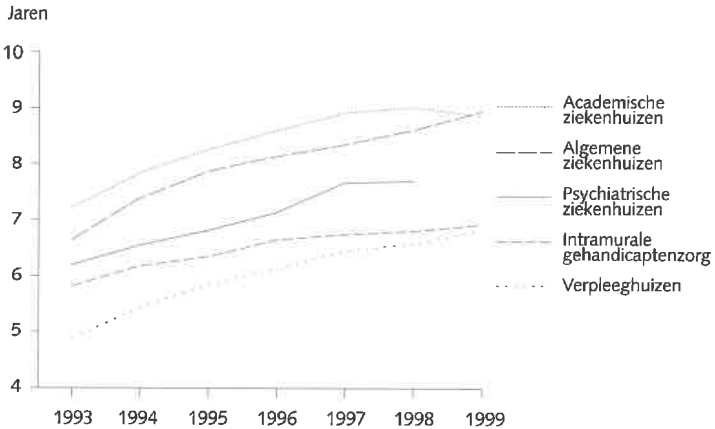
Bron: Prismant

Duur van het dienstverband

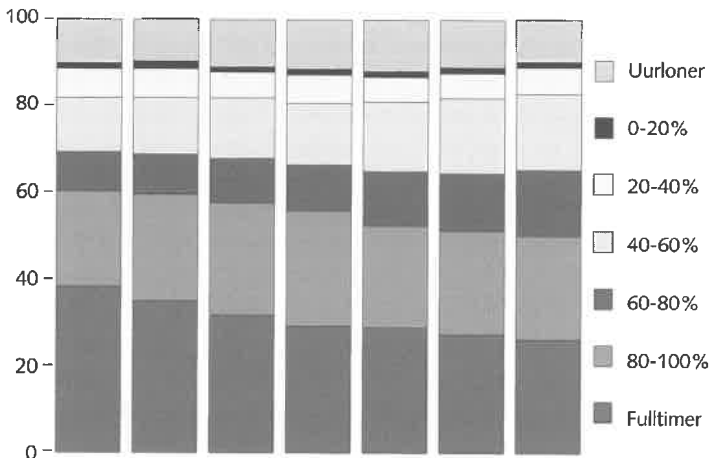
De jarenlange daling van het verloop en de instroom zorgde ervoor dat het aantal jaren dat verpleegkundigen en verzorgenden in dienst zijn bij dezelfde werkgever snel toenam. Vooral tot 1996 nam het gemiddeld aantal dienstjaren bij dezelfde werkgever toe: van 5,8 jaar in 1993 tot 7,0 jaar in 1996. Door 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 1999 bedraagt deze 7,6 jaar. Tussen de sectoren zijn er wel verschillen: van verpleeghuizen met 6,8 tot 8,8 jaar in de algemene ziekenhuizen. De verschillen tussen de sectoren zijn overigens min of meer stabiel in de tijd, zoals in figuur 5.2 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 oor-



Figuur 5.2: De gemiddelde duur van het dienstverband



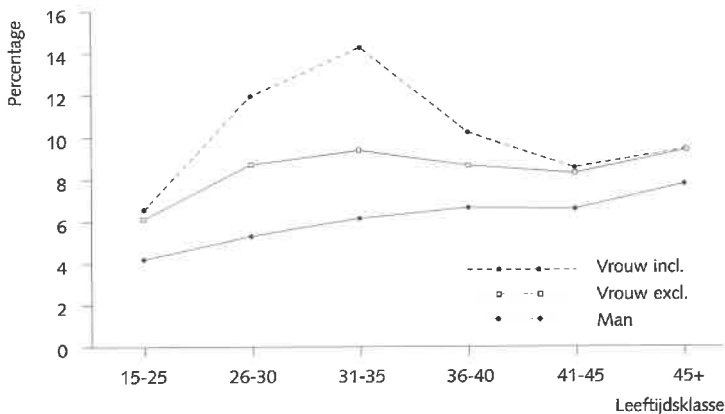
Het aandeel van uurloners nam waarschijnlijk onder invloed van de nieuwe flex-wet recent af.

Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden steeg de afgelopen jaren, in 1997 nog licht, maar in 1998 en 1999 aanzienlijk. Deze trend doet zich ook landelijk voor, echter onder verpleegkundigen en verzorgenden is het niveau van het ziekteverzuim veel hoger. Met de stijging van het ziekteverzuim wijkt de verpleging en verzorging weinig af van de landelijke trend. Het CBS laat voor 1998 en 1999 voor geheel Nederland ook een stijging zien. Wel ligt het niveau van verzuim landelijk veel lager: namelijk in 1999 op 5,4% (exclusief zwangerschapsverlof) tegen verpleging en verzorging 8,5%. Dit percentage loopt uiteen van bij ziekenhuizen gemiddeld ruim 6% tot thuiszorg 10%.

Hoewel er een aantal verklarende factoren voor dit verschil zijn, 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 zorg-CAO's ruim aandacht. De daar gekozen decentrale aanpak lijkt logisch, gezien de vaak grote verschillen tussen instellingen onderling in het ziekteverzuimpercentage.





Figuur 5.5: Ziekteverzuim naar leeftijd en geslacht 1998 in- en exclusief bevallingsverlof

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 af om geleidelijk aan weer omhoog te gaan.

6

Onderwijs

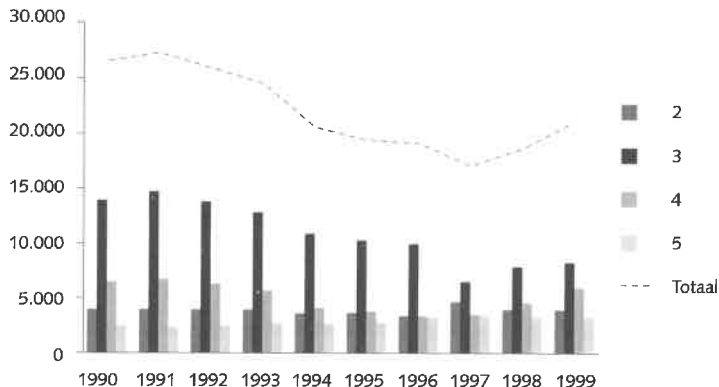
Vanwege de invoering van een nieuw stelsel van onderwijs voor verpleging en verzorging per augustus 1997 leek het zinvol om de informatie over het onderwijs zoveel mogelijk aan te passen aan de nieuwe situatie. Daarom zijn de oude opleidingen van voor de invoering van het nieuwe stelsel zoveel mogelijk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

Er wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan de instroom in de V&V opleidingen en aan de verwachte uitstroom aan gediplomeerden.

6.1 De instroom in de opleidingen

Ook voor 1999 geldt dat de instroom in het verplegend en verzorgend onderwijs ten opzichte van het voorafgaande jaar is toegenomen. Figuur 6.1 laat zien dat de totale instroom in deze opleidingen van 27.000 per jaar in het begin van de jaren negentig tot nog geen 17.000 in 1997 is afgenomen. In 1998 wordt een aantal van ruim 18.000 bereikt; in 1999 bijna 21.000.

Was er jarenlang sprake van een toename van de beroepsopleidende leerweg (BOL oftewel voorheen het dagonderwijs), deze lijkt zich nu te



Figuur 6.1: De instroom in het V&V-onderwijs 1990-1999 naar niveau

6.2 De behaalde diploma's

De geringe instroom in de opleidingen in de afgelopen jaren werkt door in het aantal leerlingen dat de komende jaren een diploma zal behalen. 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 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. Na 2000 stijgt het aantal naar verwachting tot bijna 13.000 in 2003.



Tabel 6.1
De instroom in de V&V opleidingen 1990-1999

	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Niveau 5	2342	2523	2944	3077	2905	2899
hbo-v	2342	2523	2744			
5 BBL			200	300	407	640
5 BOL				2770	2498	2259
Niveau 4	6455	3373	3046	3175	4297	5976
Inservice A	3563	2003	1869			
Inservice B	1199	584	496			
Inservice Z	1693	786	681			
4 BBL				1276	2178	3720
4 BOL				1899	2119	2256
Niveau 3	13870	9896	9766	6110	7662	8391
Ziekenverzorgenden	5379	2809	2825			
Bejaardenverzorgenden	1413	1220	1225			
Gezinsverzorgenden	1053	318	225			
Kraamverzorgenden	130	82	90			
Oud 3 BBL	7975	4429	4365			
3 BBL				1696	3837	4736
mdgo-vp	1189	1672	1751			
mdgo-vz lang	4706	3795	3650			
Oud 3 BOL	5895	5467	5401			
3 BOL				4414	3825	3655
Niveau 2	3790	3305	3104	4324	3500	3397
mdgo-vz kort	1276	2638	2629			
2 BOL				3876	2738	2245
Bejaardenhelpenden	647	393	265			
Gezinshelpenden	538	67	20			
Verzorgingsassistenten	1329	207	190			
Oud 2 BBL	2514	667	475			
2 BBL				448	762	1152

Tabel 6.2

Diploma's behaald in de V&V opleidingen 1990-1998

	1990	1994	1995	1996	1997	1998
Niveau 5	1431	1708	1522	1607	1513	1427
HBO-V	1431	1708	1522	1607	1513	1427
Niveau 4	5658	4355	4412	4170	3625	2472
Inservice A	3705	2651	2678	2479	206	01458
Inservice B	629	606	614	575	499	282
Inservice Z	1324	1098	1121	1116	1065	733
Niveau 3	9238	9252	8699	7830	6643	6340
Ziekenverzorgenden	3749	3209	3041	2741	2026	1688
Bejaardenverzorgenden	757	1096	911	834	793	956
Gezinsverzorgenden	1053	869	770	337	261	190
Kraamverzorgenden	0	68	72	48	51	69
Oud 3 BBL	5559	5242	4794	3960	3131	2903
MDGO-VP	578	883	954	1091	913	970
MDGO-VZ lang	3101	3127	2951	2779	2599	2467
Oud 3 BOL	3679	4010	3905	3870	3512	3437
Niveau 2	1570	2309	2011	1982	2041	1847
MDGO-VZ kort	0	1267	1416	1554	1636	1630
Bejaardenhelpenden	316	237	239	233	219	176
Gezinshelpenden	538	162	156	81	50	10
Verzorgingsassistenten	716	643	200	114	136	31
Oud 2 BBL	1570	1042	595	428	405	217
Totaal	17897	17624	16644	15590	13821	12085
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	1386	899	1137

Tabel 6.3
 Totaal aantal leerlingen in de V&V opleidingen 1990-1999

	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Niveau 5	8210	8057	8392	8463	8815	9233	9470
abo-v	8210	8057	8392	8463	8815	9233	9470
Niveau 4	19445	16207	13770	11634	11359	12412	14262
inservice A	12271	9782	8224	6932			
inservice B	2608	2437	2098	1808			
inservice Z	4566	3988	3448	2894			
4 BBL oud	19445	16207	13770	11634	8184	5601	2611
4 BBL nieuw					1276	3246	6519
4 BOL					1899	3565	5132
Niveau 3	27710	26092	24075	23715	22675	20062	19806
ziekenverzorgenden	8427	7612	6393	6019	5812	2685	
bejaarden- verzorgenden	2295	2150	2039	2102	1042		
gezinsverzorgenden	1760	1216	662	498	218		
kraamverzorgenden	126	132	123	139	111		
oud 3 BBL	12608	11110	9217	8758	7183	2685	740
3 BBL					1696	5266	9244
mdgo-vp	2793	4168	4334	4521	2828	1441	
mdgo-vz lang	12309	10814	10524	10436	6554	3286	
oud 3 BOL	15102	14982	14858	14957	9382	4727	
3 BOL					4414	7384	9822
Niveau 2	5508	5518	5342	5248	6535	6697	5882
mdgo-vz kort	1861	4402	4510	4573	2006	46	
2 BOL					3876	5556	4464
bejaardenhelpenden	908	600	534	416	137		
gezinshelpenden	731	254	114	34	16		
verzorgingsassistenten	2008	262	184	225	52		
oud 2 BBL	3647	1116	832	675	205		
2 BBL					448	1095	1418

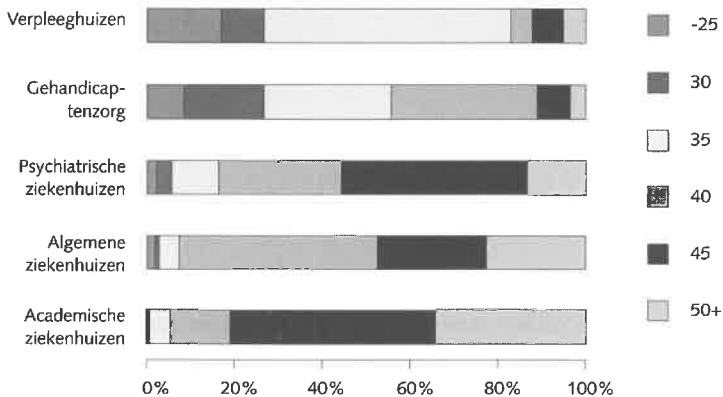
Funcities en salaris

Funcities

Zorgsectoren verschillen in het zorgaanbod dat zij doen. Niet alleen heeft men te maken met andere cliënten/patiëntengroepen, maar ook het ver-
eiste 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 1999 de verdeling van het
verplegend en verzorgend personeel is over de verschillende FWG-scha-
len¹. 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.

In verpleeghuizen is een kwart van de verplegenden en verzorgenden
ingedeeld in schaal 30 of lager. Ook in de intramurale gehandicapten-
zorg 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



Figuur 7.1: De verdeling naar schaalniveau per sector in 1999

captenzorg 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 zien we dat de lagere functies wat in opkomst zijn, wellicht door de krappere wordende arbeidsmarkt. In de verzorgingshuizen wordt het middenniveau, dat van verzorgenden, ver-

1993-1999 en hoe verhoudt zich deze ontwikkeling met die bij andere groepen, zowel binnen de zorginstellingen als landelijk.

Het niveau van het gemiddeld salaris van verpleegkundigen en verzorgenden verschilt per sector (zie tabel 7.1). Gezien de verschillen in FWG-inschaling, 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.

Tabel 7.1
Het gemiddeld maandsalaris in glds en de gemiddelde jaarlijkse groei 1993-1999

	Niveau 1999	Gemiddelde jaarlijkse groei 1993-1999
Algemene ziekenhuizen		
verpleegkundig personeel	4273	2,5
totaal personeel	4319	3,1
Academische ziekenhuizen		
verpleegkundig personeel	4568	3,1
overig personeel	5296	4,5
Psychiatrische ziekenhuizen*		
verpleegkundig personeel	4326	2,2
overig personeel	5410	2,8
Intramurale gehandicaptenzorg		
verpleegkundig personeel	3872	1,5
overig personeel	3999	2,3
Verpleeghuizen		
verpleegkundig personeel	3771	2,3

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 en academische ziekenhuizen het grootst. Dit laatste zal samenhangen met het relatief grote aandeel van duur behandelend personeel dat in loondienst is.

Een vergelijking van de lonen met andere sectoren en bedrijfstakken is over het algemeen een lastige zaak. Wil men vergelijken, dan dienen de gegevens minstens uit eenzelfde bron afkomstig te zijn. Vandaar dat we gebruikmaken van gegevens van het CBS. Nadeel is dan wel dat we 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 glds. in een aantal sectoren

	1988	1993	1998	gemiddelde jaarlijkse groei in %		
				1988-1998	1993-1998	1997-1998
(Psych.) ziekenhuizen	24,30	30,12	35,19	3,8	3,2	5,2
Overig gezondheidszorg	25,59	30,68	35,16	3,2	2,8	4,9
Ouderenzorg	21,54	26,78	31,35	3,8	3,2	5,5
Landelijk	25,49	30,35	34,42	3,0	2,5	3,1

Bron: CBS.

De vergelijking laat zien dat de zorgsector in 1988 relatief laag scoorde, maar over het algemeen sneller dan het landelijk gemiddelde gestegen is. De sector ziekenhuizen en de ouderenzorg, de sectoren waar de meeste verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam zijn, zijn in hun totaliteit

Wat maakt werken in de zorg aantrekkelijk?

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op het werk en de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden. Op basis van een literatuurstudie (1990 - 2000) en een secundaire analyse van een bestand van Research voor Beleid (1998) – een bestand van zo'n 3.600 verpleegkundigen en verzorgenden verdeeld over de verschillende gezondheidszorgsectoren in Nederland – wordt respectievelijk een beschrijving gegeven van factoren die van invloed zijn op de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden en wordt het werk en de werkbeleving nader bekeken vanuit de verschillende sectoren, functies en leeftijd en geslacht van verpleegkundigen en verzorgenden. Hierbij is ook aandacht besteed aan de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden in combinatie met het verloop. Bij de interpretatie van de uitkomsten op basis van het bestand van Research voor Beleid dient rekening te worden gehouden met een tweetal kanttekeningen. De eerste kanttekening heeft betrekking op uitspraken over de sector geestelijke gezondheidszorg. Dit vanwege het feit dat slechts 7% van de deelnemende verpleegkundigen en verzorgenden uit de geestelijke gezondheidszorg afkomstig was en bovendien een groot deel van de beroepen in deze sector zich niet liet classificeren tot verpleegkundige of verzorgende. De tweede kanttekening betreft uitspraken over mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden in de leeftidscategorie vanaf 35 jaar. Een groot deel van

zijn arbeidstevredenheid en arbeidsmotivatie, terwijl kenmerken als burn-out en gezondheidsklachten voorbeelden zijn van negatieve werkbelevingskenmerken.

Verschillende factoren, zowel werkkenmerken als individuele kenmerken, blijken van invloed te zijn op de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden. Zo blijkt de werkbeleving positief te worden beïnvloed door met name sociale ondersteuning op het werk, zowel van collega's als van de direct leidinggevende. Sociale steun van een leidinggevende heeft vooral een gunstig effect bij verzorgenden en verpleegkundigen die zich minder vakbekwaam voelen. Deze groep heeft behoefte aan extra ondersteuning, uitleg en feedback in nieuwe of moeilijke werksituaties. Verzorgenden en verpleegkundigen daarentegen die vaardig genoeg zijn om zelfstandig te functioneren, hebben juist meer behoefte aan het zelf ondersteunen van de leidinggevende.

De manier van leidinggeven is dus afhankelijk van het type verzorgende of verpleegkundige. Een ander werkkenmerk dat over het algemeen een gunstig effect blijkt te hebben op de werkbeleving is autonomie of beslissingsruimte, dat wil zeggen de mogelijkheden die een verpleegkundige of verzorgende heeft om het werktempo en de werkvolgorde zelf te bepalen. Hierbij geldt dat hoe meer beslissingsruimte verpleegkundigen en verzorgenden hebben, hoe positiever zij over het algemeen tegenover het werk staan. Ook hier geldt dat de leidinggevende zich bewust moet zijn van de persoonskenmerken van verpleegkundigen en verzorgenden. Bij hen die de neiging hebben om probleemsituaties te vermijden en in probleemsituaties een meer afwachtende houding hebben, heeft een grotere beslissingsruimte eerder een negatief effect. Een kleine beslissingsruimte heeft dus niet altijd een negatieve betekenis.

Individuele kenmerken die direct een positieve invloed hebben op de werkbeleving zijn het gebruik van eigen vakkennis en kunde, weinig

Persoonlijke kenmerken die meespelen bij een negatieve beleving van het werk zijn vooral het weinig gebruiken van de eigen vakbekwaamheid en de aanleg tot het vermijden van problemen en afwachten in proleemsituaties.

Werkbeleving

Aan de hand van de resultaten van de secundaire analyse kan geconcludeerd worden dat 86% van de ondervraagden over het algemeen tevreden is met het werk. Echter, 14% gaf aan niet tevreden te zijn. Dit geldt met name voor mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden: bijna een kwart van hen rapporteerde niet tevreden te zijn met hun baan. Onder de vrouwen was dat 13%. Verder bleek met name de sector geestelijke gezondheidszorg (GGZ) een relatief hoog percentage ontevreden verpleegkundigen en verzorgenden te kennen (zo'n 20%). In de thuiszorg was het percentage ontevreden met 10% het laagst.

Verder gaf 84% van de geënquêteerden aan voldoening in het werk te hebben. Dit bleek met name voor vrouwen te gelden (85%), terwijl zo'n driekwart van mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden rapporteerde voldoening in het werk te hebben. Onderscheid naar functie en sector liet zien dat met name in de thuiszorg en verzorgingshuizen gezinsverzorgenden en instellingsverzorgenden voldoening in het werk ervaren (91%), terwijl dit in mindere mate blijkt te gelden voor groepsbegeleiders in de gehandicapenzorg (79%).

Minder positief is men over het loon: 77% van de ondervraagden zegt niet tevreden te zijn met het uurloon. Onderscheid naar functie toonde aan dat met name instellingsverzorgenden en gezinsverzorgenden ontevreden zijn met het loon (respectievelijk 81% en 85%).

Ten aanzien van 'burnout' kan gesteld worden dat 12% van de deelnemende verpleegkundigen en verzorgenden zich 'opgebrand' voelt, van

ondergrens bleek in de ziekenhuizen en in de verpleeghuizen. In deze sectoren is men dus het 'minst vermoeid'.

Ook blijkt een deel van de verpleegkundigen en verzorgenden het werk eentonig te vinden. Met name gezinsverzorgenden (14%) vinden het werk eentonig, tegen 8% van de verpleegkundigen. Kennelijk vinden verpleegkundigen meer uitdaging en/of afwisseling in het werk. Hiermee samenhangend kent de thuiszorg het hoogste percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat het werk eentonig vindt (11%), In de ziekenhuizen is dat met 6% het laagste.

Bovendien heeft 12% te kennen gegeven zich gefrustreerd te voelen in het werk. Met name ziekenverzorgenden rapporteren dit (16%), verpleegkundigen zitten met 11% aan de ondergrens. De verpleeghuizen en de GGZ kennen de hoogste percentages verpleegkundigen en verzorgenden die zich gefrustreerd voelen in hun werk. Het minst gefrustreerd in het werk is men in de ziekenhuissector (9%).

Ten slotte is gekeken naar het ziekteverzuim. Onder ziekteverzuim werd verstaan: twee weken achtereen verzuim vanwege ziekte exclusief zwangerschapsverlof. Bijna eenderde van de deelnemende verpleegkundigen en verzorgenden rapporteerde wel eens twee weken achtereen te hebben verzuimd vanwege ziekte, met name vrouwen. Het hoogste ziekteverzuim is aangetroffen in de verzorgingshuizen en in de verpleeghuizen (35%), tegen een kwart van de verpleegkundigen en verzorgenden in de GGZ en in de ziekenhuizen. Hiermee samenhangend rapporteerden vooral ziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden en instellingsverzorgenden ziekteverzuim (35%), tegen 25% van de verpleegkundigen.

Werkenmerken

Voor wat betreft de werkenmerken is vastgesteld dat verpleegkundigen en verzorgenden relatief hoog scoren op verschillende aspecten die met

autonomie. Het minst positief bleken verpleegkundigen en verzorgenden in de ziekenhuiszorg.

Sociale steun, weergegeven door een positieve sfeer op de afdeling/unit en gewaardeerd worden door de leidinggevende, wordt over het algemeen als positief ervaren. Dit geldt met name voor vrouwen jonger dan 25 jaar. Minder positief over de sociale steun op het werk zijn vooral mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden vanaf 35 jaar. Verder liet onderscheid naar sectoren zien dat met name verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn in de thuiszorg zich positief uitlaten over de sociale steun van de leidinggevende (87%). In de overige sectoren is dit percentage lager (70%) maar nog steeds relatief hoog.

Ten aanzien van de werkdruk gaf meer dan de helft van de ondervraagden aan onder een hoge tijdsdruk te werken. Daarbij rapporteerden verpleegkundigen en verzorgenden over het algemeen onvoldoende tijd te hebben om persoonlijke aandacht aan cliënten geven. Over de beschikbare tijd voor een goede verzorging zijn de meningen meer verdeeld. Onderscheid naar sector liet zien dat werkdruk met name in verpleeghuizen en verzorgingshuizen wordt ervaren, in de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg lijkt het een minder groot probleem te zijn.

Verder blijken de ondervraagde verpleegkundigen en verzorgenden over het algemeen positief te zijn voor wat betreft het kenmerk 'rol(on)duidelijkheid'. Meer dan 90% van de verpleegkundigen en verzorgenden zegt op de hoogte te zijn van de verwachtingen en van hun verantwoordelijkheden in het werk. Dit bleek met name voor vrouwen het geval te zijn en verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg en ziekenhuissector. Het minst positief over dit werkkenmerk waren verpleegkundigen en verzorgenden in de geestelijke gezondheidszorg.

De aanwezigheid van ontplooiingsmogelijkheden wordt door relatief weinig verpleegkundigen en verzorgenden gerapporteerd (28%). Bijna

de aansluiting als matig tot slecht wordt ervaren (8%), wordt dit veelal veroorzaakt door een 'teveel' aan kennis, men heeft meer kennis en vaardigheden dan het werk vereist, waardoor de eigen vakbekwaamheid dus niet gebruikt wordt. Dit is met name het geval bij mannen en bij groepsbegeleiders in de gehandicaptenzorg.

Verloop en werkbeleving

Ten slotte is de werkbeleving bekeken van verpleegkundigen en verzorgenden die al dan niet actief op zoek zijn naar een andere baan, binnen of buiten de zorgsector. Hierbij werden drie groepen onderscheiden, te weten verpleegkundigen en verzorgenden die aangaven actief op zoek te zijn naar een andere baan buiten de zorgsector, zogenaamde 'vertrekkers', verpleegkundigen en verzorgenden die aangaven op zoek te zijn naar een andere baan binnen de zorgsector ('doorstromers') en verpleegkundigen en verzorgenden die niet actief op zoek zijn naar een andere baan ('blijvers'). Vanuit de veronderstelling dat blijvers en doorstromers positiever tegenover het werk staan dan vertrekkers, is van deze drie groepen de werkbeleving en het werk nader bekeken. De resultaten van de analyse laten zien dat circa 13% van alle werkzame verpleegkundigen en verzorgenden actief op zoek is naar een andere baan. Ruim 11% zoekt naar een andere baan binnen de zorgsector en 2% naar een andere baan buiten de zorgsector. Vooral de gehandicaptenzorg blijkt een relatief hoog percentage 'vertrekkers' en 'doorstromers' te kennen, in totaal bijna een kwart: ongeveer 17% geeft te kennen op zoek te zijn naar een andere baan binnen de zorgsector, 5% erbuiten. In de deelsectoren verzorgingshuizen en thuiszorg is het percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat actief op zoek is naar een andere baan met zo'n 10% het laagst: 8% gaf te kennen een andere baan binnen de zorgsector te wensen, 1,5% à 2% buiten de zorgsector.

kers dat zegt voldoening te hebben in het werk: minder dan de helft van hen gaf te kennen geen voldoening in het werk te hebben. Van de 'blijvers' was dat bijna 90%.

Voor wat betreft de mening over het loon lijken er geen grote verschillen te bestaan tussen de drie groepen. Het percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat niet tevreden is met het loon varieert van bijna 64% van de blijvers tot ongeveer 70% van de vertrekkers, ongeacht hun bestemming. Het grootste deel is dus van mening dat het loon te laag is in verhouding tot de verantwoordelijkheden.

Verder blijken aspecten die met 'burnout' in verband kunnen worden gebracht met name van toepassing te zijn op de beide vertrekkersgroepen. Bijna een kwart van de 'vertrekkers' voelt zich opgebrand, tegen 10% van de 'blijvers'.

Ten slotte is een aantal factoren dat van invloed is op de werkbeleving nader bekeken. Voor wat betreft de factoren autonomie in het werk en werkdruk lijken de groepen niet veel van elkaar te verschillen. Opvallend is wel dat, ten aanzien van het kenmerk 'sociale steun', minder dan de helft van de 'vertrekkers' het gevoel heeft gewaardeerd te worden door de leiding; van de 'blijvers' is dat ruim driekwart.

Tot slot blijkt het overgrote deel van alle drie de groepen van mening te zijn dat er onvoldoende mogelijkheden zijn voor loopbaanperspectieven. Dit bleek overigens in veel sterkere mate door de 'vertrekkers' te worden gerapporteerd (92%) dan door de 'blijvers' (68%).

Met inachtneming van persoonlijke kenmerken zoals de vakbekwaamheid van verpleegkundigen en verzorgenden geldt over het algemeen dat meer aandacht voor werkkenmerken als sociale steun, autonomie in het werk, werkdruk en ontplooiingsmogelijkheden een positieve invloed heeft op de werkbeleving. Met name daar waar het verloop onder ver-

Lijst van afkortingen

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
AWO	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds voor de sector zorg en welzijn
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 Arbeids Overeenkomst
CBA	Centraal Bureau Arbeidsvoorziening
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPB	Centraal Plan Bureau
FIAD-WDT	Federatie van Instellingen voor dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap
FTE('s)	Fulltime equivalenten
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
GHI	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid

MKT	Medisch Kindertehuis
NFVLG	Nederlandse Federatie Voorzieningencentra Lichamelijk Gehandicapten
NIA	Nederlands Instituut voor Arbeidsmarktstandigheden
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (tegenwoordig Trimbos-instituut)
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, tegenwoordig Prismant)
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
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
RUBS	Registratie van Uitstroom en Bestemming van Schoolverlaters

SOZawe	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
WBiG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziekteverzekeringen Arbo(-wet) Arbeidsomstandigheden(wet)
WVC	Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad

Verpleegkundigen en verzorgenden vormen een omvangrijke beroepsgroep van bijna 400.000 professionals. Op veel vragen met betrekking tot verpleging en verzorging zijn de antwoorden moeilijk te vinden. *Feiten over verpleging en verzorging 2000* biedt een actueel en helder overzicht van alle beschikbare gegevens over de vraag naar en het aanbod van de verpleegkundigen en verzorgenden.

Dit zakboek, een initiatief van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, en uitgevoerd door Prismant en Nivel, besteedt aandacht aan de vraag naar en gebruik van verpleging en verzorging. Hierbij komen demografische, epidemiologische, sociaal-culturele en beleidsmatige ontwikkelingen aan de orde. Vervolgens worden gegevens gepresenteerd die betrekking hebben op het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden, zoals de samenstelling, arbeidssituatie en inkomen van de beroepsgroepen. Tot slot gaat dit zakboek in op de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden. Gezien de (dreigende) tekorten op de arbeidsmarkt is dit een thema dat zeker de aandacht verdient.

Feiten over verpleging en verzorging 2000 is een praktisch zakboek voor verpleegkundigen en verzorgenden, beleidsmakers, managers en afdelingshoofden, leden van verpleegkundige adviesraden, politici, docenten en opleidingsfunctionarissen van zorginstellingen.