

Nieuwe feiten over verpleging en verzorging

Het nieuwe deel van 'Verpleging en Verzorging in kaart gebracht' staat op het punt van verschijnen². Het is een geactualiseerd vervolg op de publicatie die in 1997 onder dezelfde titel uitkwam. Ook in deze uitgave staan feiten over ontwikkelingen in vraag en aanbod met betrekking tot verpleging en verzorging centraal. De meest actuele feiten worden in dit artikel beschreven.

Hoe staat het met de groei van onze bevolking? En hoe ziet de samenstelling eruit? Is de vergrijzing eigenlijk wel zo'n groot probleem? Hoe staat het met het gebruik van zorg? Zijn er veranderingen geweest of op komst? De antwoorden op deze vragen geven inzicht in de ontwikkelingen bij de vraag naar verpleging en verzorging. De stand van zaken met betrekking tot de BIG-geregistreeerden, de instroom in het nieuwe onderwijs en de uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden laten interessante ontwikkelingen aan de aanbodkant zien.

ONTWIKKELINGEN IN DE VRAAG NAAR ZORG

Met de vraag naar zorg wordt in dit artikel 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, maar ook epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen kunnen een belangrijke rol spelen.

Het gebruik van zorg wordt, behalve door de ontwikkelingen in de zorgbehoefte, vooral beïnvloed door beleidsontwikkelingen in de zorgsector.

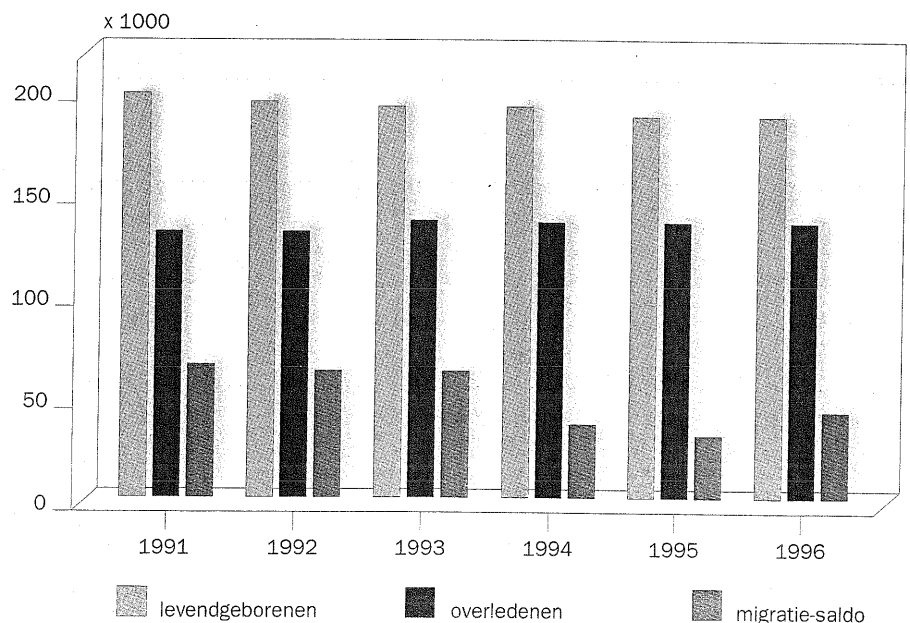
Demografische ontwikkelingen

In 1997 telde Nederland ruim 15,5 miljoen inwoners (CBS, 1994;1997). Jaarlijks groeit de bevolking met ongeveer een half procent. Pas op de lange termijn zal de bevolkingsgroei langzaam teruglopen. De belangrijkste oorzaak daarvan is een sterke toename van het

H. CALSBEEK, W. VAN DER WINDT, L. HINGSTMAN¹

aantal sterfgevallen als gevolg van de vergrijzing van de bevolking. In 2035 zal Nederland naar verwachting een maximale bevolkingsomvang van ruim 17 miljoen mensen hebben (De Beer, 1997). Vergeleken met vorig jaar wordt dit maximum nu iets lager geschat. Dat komt door de veronderstelling dat het gemiddelde kindertal in de toekomst lager zal zijn dan in de eerdere prognose van het CBS werd aangenomen (CBS, 1997c). Ook gedurende de afgelopen jaren is het aantal geboorten gedaald, zowel in absolute zin als per 1000 inwoners (CBS, 1997a). De verwachting is dat dit aantal nog verder zal afnemen met ruim 10 procent (De Beer, 1997).

Het lage aantal te verwachten geboorten zal de behoefte aan kraamzorg kunnen doen afnemen. Vrouwen krijgen echter op steeds latere leeftijd kinderen met als gevolg meer (kans op) complicaties. De gemiddelde leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen is momenteel ruim 30 jaar (CBS, 1994; 1997). Uit de CBS-prognoses kan worden berekend dat tot 2010 er ongeveer 60 procent meer kinderen zullen worden geboren bij vrouwen van 36 jaar en ouder. Hoewel Nederland een van de weinige landen is waar nog thuis bevallen wordt, neemt het aantal thuisbevallingen ieder jaar iets af (CBS, 1994; 1997).



Figuur 1: Geborenen, overledenen, migratiesaldo

Gezien deze ontwikkelingen is het denkbaar dat de behoefte aan kraamzorg in het algemeen zal afnemen, maar het aantal ziekenhuisbevallingen, met name de poliklinische, zal toenemen.

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) neemt de gemiddelde levensverwachting nog steeds toe. In de nieuwe prognose van het CBS (De Beer, 1997) is de veronderstelde levensverwachting naar boven bijgesteld, waardoor de vergrijzing in de toekomst sterker zal zijn dan in vorige prognoses voorspeld werd. In 1996 was 13 procent van onze bevolking ouder dan 65 jaar. In de komende tien jaar wordt er geen grote groei verwacht van dit percentage 65-plussers. Maar daarna, vanaf ongeveer 2005, zal het aandeel van ouderen wel snel toenemen. Overigens moet worden opgemerkt dat ruim 23 procent van de 65-plussers ouder is dan 80 jaar (dubbele vergrijzing). Ook dit percentage zal de eerstkomende tien jaar slechts licht toenemen.

Het feit dat een relatief groot deel van de Nederlandse bevolking 'oud' is, de meeste inwoners tussen de 25 en 34 jaar zijn en nog geen kwart jonger dan 19 jaar, maakt dat de van oudsher zo genoemde bevolkingspiramide geen piramide meer is. Sinds de jaren zestig, toen bijna 40 procent van de Nederlandse bevolking jonger was dan 19 jaar, loopt dit percentage terug (zie figuur 2).

Epidemiologische ontwikkelingen

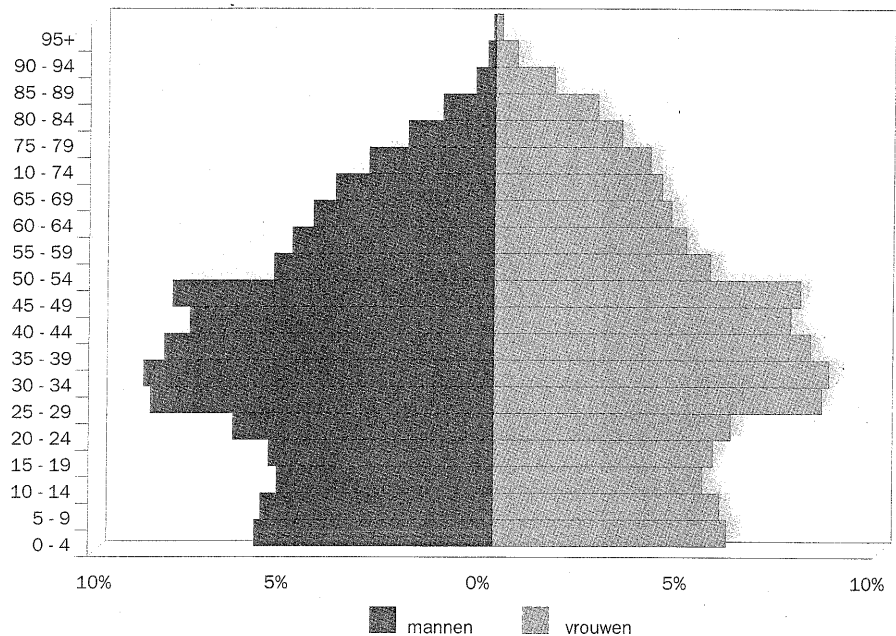
In de afgelopen jaren hebben zich op epidemiologisch gebied geen grote veranderingen voorgedaan die relevant zijn voor de verpleging en verzorging. Voor de toekomst daarentegen (tot het jaar 2015) wordt een sterke groei (25-45 procent) verwacht van het aantal mensen met een chronische ziekte (RIVM, 1997). Deze toename is meer het gevolg van de nieuwe bevolkingsprognose dan dat er sprake zou zijn van nieuwe epidemiologische ontwikkelingen. Hetzelfde geldt voor het voorkomen van kanker waarbij nog hogere percentages (tot 60 procent) worden genoemd, maar minder voor infectieziekten vanwege de spreiding daarvan over de leeftijdsgroepen. Verwacht kan worden dat er in de toekomst meer behoefte zal zijn aan (gespecialiseerde) verpleging en verzorging.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

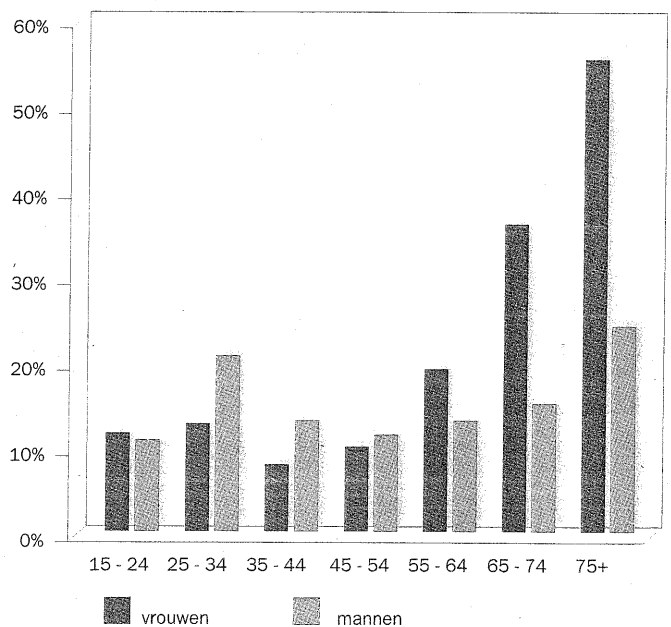
Los van demografische en epidemiologische ontwikkelingen kan worden gesteld dat ook sociaal-culturele ontwikkelingen de vraag naar vooral thuiszorg doen toenemen. Bijvoorbeeld het gegeven dat steeds meer mensen alleen wonen. Daardoor verloopt de groei van het aantal alleenstaanden sneller dan de groei van de bevolking. Een van de zeven mensen van 18 jaar en ouder woont alleen – in totaal ruim twee miljoen. Volgens het CBS (1996) zal dit aantal snel stijgen in de toekomst.

Uit figuur 3 is af te lezen dat de groep alleenstaanden nogal divers is.

Alleenstaanden van 55 jaar en ouder hebben meer behoefte aan hulp van derden in de sfeer van verpleging en verzorging dan leden van (echt)paren van dezelfde leeftijd (CBS, 1996). Daarbij komt dat gedurende de jaren negentig de verschillen in inkomen tussen (oudere) echtparen en alleenstaanden toegenomen zijn. De gevolgen hiervan voor de behoefte aan zorg zijn moeilijk vast te stellen, maar zullen als deelfactor van het zogenaamd 'laag geclasseerd zijn' (SCP, 1997) de behoefte aan zorg eerder doen



Figuur 2: Bevolkingspiramide



Figuur 3: Alleenstaanden

toe- dan afnemen.

Ontwikkelingen als een groeiend aantal (hulpbehoevende) bejaarden enerzijds en de tendens om langer thuis te (moeten) blijven wonen ongeacht leeftijd, handicap of ziekte anderzijds, doen de vraag naar mantelzorg alleen maar toenemen. Daar komt bij, dat het beleid van de overheid gericht is op substitutie van zorg in de richting van de thuiszorg. Om onderzoekstechnische redenen ontbreken gegevens over (ontwikkelingen in) het aantal mantelzorgers. Volgens het RIVM (1997) wordt de omvang van de informele verpleging en verzorging nog vaak onderschat. Ongeveer 11 procent van de volwassen bevolking zou regelmatig hulp bieden aan mensen die bepaalde handelingen als gevolg van ziekte of ongeval niet zelf kunnen verrichten. De Tweede Kamer (1997) is minder optimistisch en noemt verschillende 'mantelzorgonderdrukkende' ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld de groter wordende maatschappelijke mobiliteit: 'de mantelzorgers van heden wonen niet meer om de hoek'. Volgens de Tweede Kamer zal aanvulling gezocht moeten worden in professionele thuiszorg.

Een andere voor de verpleging en verzorging belangrijke ontwikkeling is die van een sterk groeiend aantal (oudere) allochtonen. In 1996 was circa 17 procent van de Nederlandse bevolking van niet-Nederlandse afkomst, tegen ongeveer 15 procent in 1990. Hierbij is uitgegaan van de zogenaamde ruime definitie (CBS, 1997b): de persoon zelf en/of één van beide ouders is in het buitenland geboren. In het jaar 2015 wordt het aantal allochtone mensen in Nederland door het CBS op bijna 4 miljoen berekend (in 1996 was dat 2,5 miljoen). Het zijn vooral mensen van Turkse en Marokkaanse afkomst die een snel groeiende groep vormen onder allochtone ouderen. Trendgegevens over ouderen van allochtone afkomst zijn volgens het CBS (1997b) nog niet beschikbaar, maar de prognose is dat het aantal allochtone ouderen het komende decennium snel zal stijgen. Verwacht mag worden dat hiermee de zorgbehoefte zal stijgen, niet alleen vanwege vergrijzing, maar ook vanwege slechte gezondheid (Beljaarts, 1997). Signalen van onderconsumptie

KADER 1

Trends verpleging en verzorging 1990-1996

- 19% groei werkzame personen
- 8% groei volledige arbeidsplaatsen
- Toename deeltijdwerk
 - in 1990 162 personen voor 100 volledige arbeidsplaatsen
 - in 1996 177 personen voor 100 volledige arbeidsplaatsen
- V&V blijft een vrouwenberoep
 - aandeel vrouwen in beroepsgroep 91% (van psychiatrie 69% tot kraamzorg 99%)
- Vergrijzing gaat voort
 - De gemiddelde leeftijd is:
 - in 1997 32.8 jaar
 - in 2002 37.0 jaar
 - in 2007 40.2 jaar
- Het ziekteverzuim in V&V vertoont een lichte stijging elders op de arbeidsmarkt blijft het gelijk
- Het verloop stijgt licht na jarenlange daling

van verzorging en verpleging (Kippersluis-Verbij e.a., 1996) doen vermoeden dat de toenemende zorgbehoefte niet gepaard zal gaan met een evenredige toename van de zorgvraag. Onbekendheid met de voorzieningen voor ouderen wordt hiervoor als mogelijke verklaring genoemd. Dit zou een punt van aandacht moeten zijn voor de eerstelijnszorg. Vooral de inzet van allochtone verpleegkundigen en verzorgenden zou drempelverlagend werken (Kippersluis-Verbij e.a., 1996).

Ontwikkelingen in het gebruik van verpleging en verzorging

Genoemde ontwikkelingen laten een groeiende behoefte aan (ouderen)zorg zien. Dit komt ook in het gebruik van verpleging en verzorging tot uiting. De afgelopen jaren is het gebruik van zorg over de gehele linie gestegen en verwacht wordt dat dit voorlopig, tot 2002, zal doorgaan. Een uitzondering hierop vormen de verzorgingshuizen: op basis van demografische ontwikkelingen zou een groei van het gebruik van deze vorm van ouderenzorg verwacht mogen worden (De Vries, 1997). Door beleidsmaatregelen is dit echter niet het geval. Ook in de thuiszorg is niet over de gehele linie een groei geconstateerd (De Vries, 1997). Het cliëntenbestand van de gezinsverzorging en de wijkverpleging is wel toegenomen, maar met een half procent achtergebleven bij wat op basis van de groei van de bevolking kon worden verwacht. Daarbij is het aantal uren gezinsverzorging per cliënt en de verzorgingsduur per kraamverzorging gedaald, wat zou kunnen duiden op een verschraving van de zorg (De Vries, 1997). Overigens wordt voor de toekomst, tot het jaar 2002, de hoogste stijging van de 'zorgproductie' verwacht in de thuiszorg: ruim 4 procent per jaar.

De groei binnen de intramuraal sector is het sterkst bij de semimurale en extramuraal zorgvormen die zorginstellingen meer en meer bieden, zoals bijvoorbeeld verpleging en verzorging in deeltijd- en dagbehandelingen. De toename in het gebruik van klinische verpleging en verzorging is voornamelijk toe te schrijven aan een verzwaring van zorg, een gevolg van zowel de vergrijzing als een kortere opnameduur.

ONTWIKKELINGEN IN HET ZORGAANBOD

In 1996 waren er 377.000 personen werkzaam in de verpleging en verzorging in ons land. Een precieze onderverdeling naar verpleegkundigen, ziekenverzorgenden etc. is niet bekend. Wel is er een raming te maken (zie Tabel 1).

Drie onderwerpen in de aanbodzijde worden hier besproken: Wie zijn de BIG-geregistreerden; hoe staat het met de instroom in 1997 in het nieuwe onderwijsstelsel; wat is er te zeggen over de uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden?

De BIG-geregistreerden

Zoals bekend is sinds 1996 de Wet BIG voor verpleegkundigen van kracht. Dat wil zeggen dat er een registratie van beroepsbeoefenaren bestaat. Vanwege de omvang van de beroepsgroep is de vulling van het register in fasen uitgevoerd - dit heeft enige tijd geveerd. Eind 1997 kunnen we, op een enkele uitzondering na, ervan uitgaan dat iedereen die zich wilde en kon laten regis-

TABEL 1**Geraamde onderverdeling naar beroepsgroep en achtergrond 1996 (x 1000)**

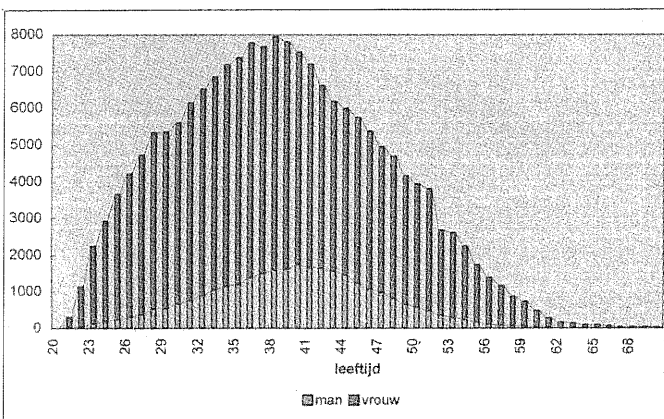
Verpleegkundigen	115
Ziekenverzorgenden	54
Verzorgenden	178
Agogisch opgeleiden	10
Leerlingen	20
Totaal	377

treren, dat ook heeft gedaan.

Eind 1997 blijken er 182.154 verpleegkundigen in het register opgenomen te zijn. Hiervan vormen vrouwen met 83,6 procent een meerderheid. Het register kent geen leeftijdsgrens. Evenmin is het voor opname in het register noodzakelijk dat men het beroep nog uitoefent of recent heeft uitgeoefend. De leeftijd van de eind 1997 geregistreerden loopt dan ook uiteen van 20 tot 85 jaar. 51 procent van de geregistreerden is jonger dan 39 jaar. Circa tweehonderd personen ouder dan 65 jaar, hebben zich laten registreren.

De leeftijdsopbouw in het BIG-register is te zien in Figuur 4.

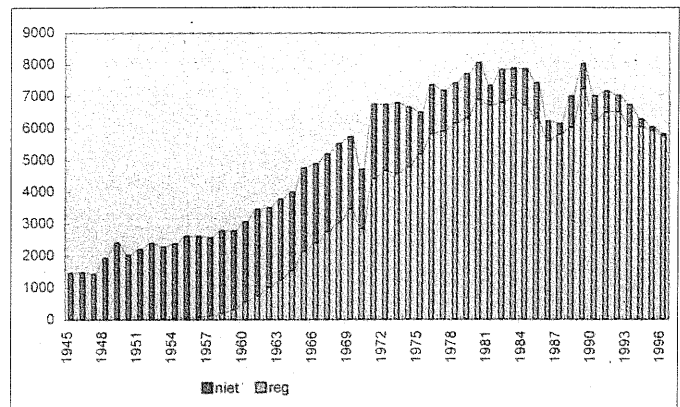
De geregistreerde mannen zijn gemiddeld ouder dan de vrou-

**Figuur 4: Leeftijd van geregistreerden**

wen (39,9 jaar tegen 38,5 jaar). Van de geregistreerden behaalde 50 procent het diploma na 1982.

Een interessante vraag is hoeveel van hen die ooit een diploma behaalden, zich hebben laten registreren. Vanaf de Tweede Wereldoorlog tot heden blijkt dat van de mannen 65 procent (van degenen die in die periode het diploma behaalden) zich heeft laten registreren; onder vrouwen bedraagt dit percentage 69. Uiteraard hebben slechts weinigen van degenen die in de jaren vijftig het diploma behaalden, zich laten registreren. Vanaf 1960, hetgeen gezien de OBU-leeftijd een reëel uitgangspunt is, heeft 77 procent van degenen die zich in principe hadden kunnen laten registreren, dat ook gedaan. Voor mannen ligt dit percentage lager dan voor vrouwen (respectievelijk 68 en 79 procent).³

Figuur 5 laat zien dat pas van de lichten die eind jaren zestig

**Figuur 5: BIG-geregistreerden naar jaar van diplomering en geslacht**

hun diploma behaalden, zich een meerderheid heeft laten registreren. Van degenen die na 1980 hun diploma behaalden, heeft van elk jaar steeds 85 procent of meer zich in het register laten opnemen.

Zijn alle geregistreerden nu ook werkzaam in het beroep? Het aantal verpleegkundigen dat in 1996 in loondienst werkzaam was, wordt geschat op 111.000. Geconcludeerd kan worden dat tweederde van het totaal aantal geregistreerden in loondienst bij reguliere instellingen werkzaam is. Rekening houdend met uitzendwerk en verpleegkundigen die in particuliere instellingen werken, bedraagt de schatting zeven van de tien. Drie van de tien geregistreerden oefenen het beroep dus op dit moment niet uit.

De instroom in het nieuwe onderwijsstelsel

In 1997 zijn volgens opgave van het Ministerie van OC&W 16.686 mensen begonnen aan een opleiding in het nieuwe stelsel voor verplegend en verzorgend onderwijs. Dat is 10 procent minder dan de bijna 18.511 die in 1996 nog in het oude stelsel aan hun opleiding begonnen.

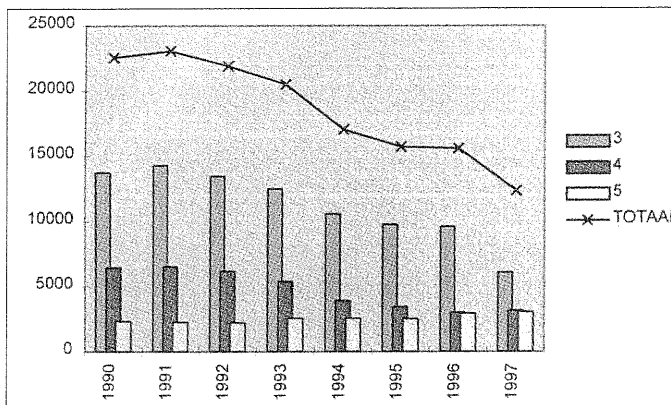
Hoewel de opleidingen in het nieuwe stelsel niet direct vergelijkbaar zijn met die in het oude stelsel - er is niet voor niets het nodige veranderd - zetten we ze toch naast elkaar. Voor de toedeling naar niveau wordt verwezen naar de tekst onder Tabel 2.

De dalende tendens die in 1991 een aanvang nam, zet zich voort zoals Figuur 6 laat zien. Het betreft hier alleen gegevens over de niveaus 3, 4 en 5. Deze zijn voor de verpleging het meest van belang. De lichte stabilisatie in 1996 wordt in 1997 weer teniet gedaan.

Interessanter nog dan de daling van 20 procent bij de niveaus 3 tot en met 5, en 10 procent bij het totaal, is de vraag welke verschuivingen zich achter deze totalen hebben voorgedaan. Deze zijn af te lezen uit Tabel 2.

Enkele opvallende zaken in deze tabel zijn:

- De instroom in het verpleegkundig onderwijs - niveau 4 en 5 - is ondanks sombere berichten licht gestegen.
- De instroom in het verzorgend onderwijs niveau 3 is fors, met meer dan 36 procent, afgenomen.
- Het aandeel van het inservice onderwijs/ de BBL⁴ in het totaal nam maar liefst af van 42 tot 22 procent.
- De geheel nieuwe dagopleiding op niveau 4 mag zich in een



Figuur 6: De instroom in het V&V-onderwijs 1990-1997 naar niveau

grote belangstelling verheugen. Overigens lijkt er een 'upgrading' van de MDGO-Vp aan de orde: deze opleiding was in het oude systeem als niveau 3 betiteld en lijkt nu in de praktijk van het nieuwe stelsel als niveau 4 BOL⁵ terug te komen.

- De MDGO-Vp kan vanwege de licentieverlening door OC&W bij slechts 19 Regionale Opleidingscentra (ROC's) gevolgd worden, terwijl de BBL op hetzelfde niveau bij 31 ROC's zijn beslag krijgt.
- Vanwege deze concentratie van de BOL zijn er straks problemen te verwachten in het vinden van voldoende stageplaatsen op niet al te grote afstand van de school.
- De terugval in aantallen bij niveau 3 verzorging, leerweg BBL, is des te meer opmerkelijk daar het niet alleen de oorspronkelijke opleiding tot bejaardenverzorgende betreft, maar ook die tot ziekenverzorgende.
- Zou men de oude MDGO-Vp in 1996 toerekenen aan niveau

4, dan daalt zowel dit niveau met 33 procent als ook niveau 3 met 22 procent.

- Opvallend is de grote instroom op niveau 2. Wellicht speelt het modulaire karakter van het onderwijs hierin een rol en begint men op een laag niveau om later alsnog door te stromen.

Uitstroom uit de intramurale gezondheidszorg

Voor de gehele zorgsector is het van belang dat de helft van de vertrekkers uit de intramurale gezondheidszorg de zorgsector verlaat en dus hoogstwaarschijnlijk een punt zet achter de beroepsuitoefening. Bij 43 procent van hen had het vertrek naar eigen mening voorkomen kunnen worden. De genoemde vertrekredenen die hierbij een rol spelen, verschillen sterk per groep. Zo hadden mannen volgens eigen zeggen behouden kunnen worden voor het beroep wanneer er betere loopbaanperspectieven en ontplooiingsmogelijkheden waren geweest. Voor vrouwen is de belangrijkste reden van vertrek de (on)mogelijkheid om meer of minder te gaan werken, op ruime afstand gevolgd door ontplooiingsmogelijkheden. Ook naar leeftijd zijn er opmerkelijke verschillen. Jongeren noemen als belangrijkste te voorkomen reden van vertrek opleiding/vorming en werkdruk. De (on)mogelijkheden om meer of minder te gaan werken zijn een dominante reden van vertrek bij de leeftijdscategorie tussen 25 en 35 jaar, terwijl voor de oudere leeftijdscategorieën (gebrek aan) ontplooiingsmogelijkheden en loopbaanperspectief als belangrijkste factoren naar voren komen. Bij de leeftijdscategorie ouder dan 45 jaar worden ook relatief vaak de arbeidsomstandigheden, bijvoorbeeld lichamelijke belasting, genoemd. Kijken we naar vooropleiding, dan zien we dat de samenstelling naar leeftijd en geslacht, factoren die we hiervoor

al behandelden, de uitkomsten sterk beïnvloeden. Daarnaast valt op dat ziekenverzorgenden relatief vaak 'werkomstandigheden' als vertrekreden noemen. Leerlingen noemen vaak de opleiding zelf en werkomstandigheden zoals werkdruk en geestelijke belasting.

Het bieden van betere ontplooiingsmogelijkheden, een betere benutting van de capaciteiten die mensen hebben en een goed loopbaanperspectief vormen het belangrijkste aanknopingspunt om vertrek uit het beroep te voorkomen.

Daarnaast zijn er factoren die vooral specifieke categorieën van verpleegkundigen en verzorgenden betreffen. Veel vrouwen zouden voor de zorgsector behouden kunnen blijven wanneer de mogelijkheden om meer of minder te werken soepeler gehanteerd zouden worden. Ziekenverzorgenden zouden vooral gebaat zijn bij betere werkomstandigheden (werkdruk, klimaat op de afdeling). Leerlingen zouden gebaat zijn

TABEL 2

Instroom in het nieuwe stelsel 1997 in vergelijking met oude opleidingen 1996

	leerweg	1996	1997	% verandering
nivo 5		2944	3077	4,5
	bol	2744	2777	
	bbl	200	300	
nivo 4		3048	3175	4,2
	bol		1899	
nivo 3		3048	1276	-36,4
	bol	9605	6110	
nivo 2		5401	4414	48,4
	bol	4204	1696	
	bbl	2914	4324	
nivo 2, 3, 4, 5		2629	3876	-9,9
	bol	285	448	
	bbl	18511	16686	

bbl = beroepsbegeleidende leerweg, bol = beroepsopleidende leerweg

Voor 1996 is de volgende toedeling gehanteerd:

4 bbl = inservice A, B, Z

3 bbl = ziekenverzorgenden + bejaarden- en gezinsverzorgenden OVDB

3 bol = MDGO-VP en MDGO-VZ lang

2 bol = MDGO-VP kort

2 bbl = gezins- en bejaardenhulpverleners

* nivo 5 bbl is een raming

TABEL 3

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

Leeftijd tot 25 jaar	Leeftijd tussen 25 en 35 jaar	
opleiding/vorming	21	mogelijkheden meer/minder werken 32
werkdruk	20	ontplooiing/benutting capaciteiten 22
werktijden en roosters	18	loopbaanperspectief 20
ontplooiing/benutting capaciteiten	16	werktijden en roosters 19
geestelijke belasting	15	mogelijkheden kinderopvang 18
loopbaanperspectief	14	klimaat afdeling/werkeenheden 15
klimaat afdeling/werkeenheden	14	besluitvorming/overleg op afdeling 12
beloning (salaris)	12	voldoening in het werk 12
lichamelijke belasting	10	werkdruk 11
mogelijkheden meer/minder werken	9	beloning (salaris) 11

Leeftijd tussen 35 en 45 jaar	Leeftijd ouder dan 45 jaar	
ontplooiing/benutting capaciteiten	36	ontplooiing/benutting capaciteiten 34
loopbaanperspectief	26	loopbaanperspectief 32
werktijden en roosters	18	klimaat afdeling/werkeenheden 17
klimaat afdeling/werkeenheden	18	arbeidsomstandigheden 17
voldoening in het werk	18	lichamelijke belasting 15
mogelijkheden meer/minder werken	17	mogelijkheden meer/minder werken 12
besluitvorming/overleg op afdeling	13	autonomie in het werk 12
leiderschap	13	werkdruk 12
werkdruk	13	leiderschap 10
beloning (salaris)	10	werktijden en roosters 10

bij het beter leren omgaan met werkdruk en geestelijke belasting.

Uitstroom uit de thuiszorg en verzorgingshuizen

In de thuiszorg hebben in 1995 ongeveer 9.000 verpleegkundigen en verzorgenden al dan niet vrijwillig het dienstverband beëindigd. Ofwel 13,5 procent van het totaal aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden. Van hen blijft volgens CADANS bijna een vijfde in de thuiszorg; zij veranderen enkel van werkgever. 10 procent zou naar een andere sector gaan en 72 procent zou er tijdelijk dan wel definitief mee stoppen.

De uitstroom in verzorgingshuizen bedraagt ongeveer 5.500 – over het algemeen verzorgenden – en is daarmee verhoudingsgewijs de hoogste binnen de gezondheidszorg (15 procent). Ongeveer een kwart van hen blijft in de sector, 20 procent zou naar een andere sector gaan en 57 procent zou tijdelijk dan wel definitief stoppen (CADANS).

Wat betreft de redenen van vertrek (Van der Windt e.a., 1998) zijn er duidelijke verschillen tussen verpleegkundigen en verzorgenden. Verpleegkundigen vertrekken voornamelijk om redenen die samenhangen met de beperkte carrièremogelijkheden in de zorgsector. Om deze groep te behouden zullen er mogelijkheden gecreëerd moeten worden in de sfeer van scholing en doorgroeimogelijkheden. Bij de verzorgenden hangt het vertrek vooral samen met de veranderingen in de gezinssituatie. Een groot deel zou zijn blijven werken als de werksituatie beter had kunnen worden afgestemd op de gezinssituatie. Dat betekent dat er onder andere verbetering zou moeten komen in de kinderopvang en in de mogelijkheden om flexibel te kunnen werken.

SAMENVATTEND

De Nederlandse bevolking groeit nog steeds, terwijl het aantal geboorten daalt. De gemiddelde levensverwachting neemt nog steeds toe, waardoor ook de vergrijzing hoger zal uitkomen dan tot nu toe aangenomen werd. Er wordt een sterke groei verwacht

van het aantal chronisch zieken en het aantal mensen met kanker. Dit zal de vraag naar gespecialiseerde verpleging en verzorging doen toenemen. De vraag naar zorg in het algemeen, maar in het bijzonder ook naar mantelzorg, zal toenemen. Het aantal allochtone mensen en onder hen de ouderen, groeit. Bij hen is momenteel sprake van een onderconsumptie van zorg. Net als de behoefte aan zorg groeit ook het gebruik ervan, het sterkste in de thuiszorg en de semi- en extramurale voorzieningen.

Meer vrouwen dan mannen hebben zich laten inschrijven in het BIG-register. Zeven van de tien geregistreerden oefenen op dit moment hun beroep uit. De daling van de instroom in het verpleegkundig en verzorgend onderwijs zet zich voort. Van degenen die uitstromen uit de intramurale gezondheidszorg zet bijna de helft een punt achter de beroepsuitoefening. De redenen hiervoor zijn uiteenlopend. Bij 43 procent van hen had het vertrek naar eigen zeggen voorkomen kunnen worden. In de thuiszorg is de uitstroom minder omvangrijk. De verzorgingshuizen tellen verhoudingsgewijs het grootste aantal uitstromers. Met gerichte maatregelen zou een groot aantal van degenen die nu uitstromen voor de sector behouden kunnen blijven.

NOTEN

- ¹ H. Calsbeek en L. Hingstman zijn beiden werkzaam bij het NIVEL; W. van der Windt is werkzaam bij het NZi.
- ² Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1998 verschijnt op 10 november a.s. bij Elsevier/De Tijdstroom te Maarssen.
- ³ De gegevens over het aantal gediplomeerden komen voort uit een bewerking van een bestand van de Inspectie Gezondheidszorg.
- ⁴ BBL staat voor BeroepsBegeleidende Leerweg (leren/werken).
- ⁵ BOL staat voor BeroepsOpleidende Leerweg (leren/stage).

LITERATUUR

- Beer, J. de. Bevolkingsprognose 1996: minder bevolkingsgroei, meer vergrijzing. Maandstatistiek van de bevolking, 1997, no. 1, januari, p. 6-12.
- Beijaarts, M.A.M.M. Zorg voor allochtone ouderen. ISEO, Rotterdam, 1997.
- CADANS. Gegevens.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch jaarboek. CBS, Voorburg/Heerlen, 1994; 1997.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Alleenstaanden in Nederland. CBS, Voorburg/Heerlen, 1996.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkingsprognose 1996-2050. Maandstatistiek van de bevolking, 1997a no. 1, januari, p. 62-71.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Uitkomsten allochtonenprognose 1996-2015. Maandstatistiek van de bevolking, 1997b, no. 3, maart, p. 65-67.
- CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek. Jaarcijfers geboorte 1992-1996. Maandstatistiek van de bevolking, 1997c, no. 11, november, p. 28-31.
- Kippersluis-Verbij, C.H.M., J.M.M. de Gouw. Zorg voor allochtone ouderen. Literatuuronderzoek naar zorgbehoefte en zorggebruik van allochtone ouderen. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, Den Haag, 1996.
- RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De som der delen. Elsevier/De Tijdstroom, Utrecht, 1997.
- Sociaal Cultureel Planbureau. Sociale en Culturele Verkenningen 1997. SCP, Rijswijk; VUGA, Den Haag, 1997.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal 25351. Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst. Verkenningen Ouderenzorg 1995-2010. Nr. 2. Sdu Uitgeverij, Den Haag, 1997.
- Vries, B. de (voorzitter onderzoekscommissie). Gezondheidszorg in Tel 5. Nederlandse Zorgfederatie, Utrecht, 1997.
- Windt, W. van der, Calsbeek, H., L. Hingstman. Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1998. Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen; LCVV, Utrecht, in druk.