



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.  
De gegevens mogen  
worden gebruikt met  
bronvermelding.

## **Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland**

**Een kennissynthese van bestaande literatuur en gegevensbronnen**

L.F.J. van der Velden  
A.L. Francke  
R.S. Batenburg

November 2011

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

ISBN 9789461221148

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2011 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# INHOUD

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Beleidssamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1 Achtergrond, doel en vraagstellingen</b>	<b>9</b>
1.1 Achtergrond	9
1.2 Doel en vraagstellingen	10
1.3 De onderscheiden groepen zorgverleners	11
1.4 Leeswijzer	12
<b>2 Methode</b>	<b>13</b>
2.1 Selectie en analyse van de onderzoeksrapporten	13
2.2 Selectie en analyse van de gegevensbronnen	13
<b>3 Ontwikkelingen in de vraag naar zorg</b>	<b>17</b>
3.1 Aard van de zorgvraag	17
3.2 Omvang en leeftijdsopbouw van de bevolking	17
3.3 Omvang van de zorgvraag	19
3.4 Ontwikkelingen van invloed op de zorgvraag	35
3.5 Kernpunten	38
<b>4 Ontwikkelingen in het aanbod van zorg</b>	<b>41</b>
4.1 Aard van het zorgaanbod	41
4.2 Omvang van het zorgaanbod	41
4.3 Ontwikkelingen van invloed op het zorgaanbod	51
4.4 Kernpunten	53
<b>5 Ontwikkelingen in het werkproces</b>	<b>57</b>
5.1 Vakinhoudelijke ontwikkelingen	57
5.2 Technologische ontwikkelingen	58
5.3 Getalsmatige verhoudingen tussen beroepsgroepen	59
5.4 Taakherschikking	60
5.5 Beleidsontwikkelingen	61
5.6 Kernpunten	63
<b>6 Synthese en een doorkijk naar de toekomst</b>	<b>65</b>
6.1 Inleiding	65
6.2 Toekomstige ontwikkelingen in vraag, aanbod en werkproces op een rij	65
6.3 Beleidsaanbevelingen met mogelijke consequenties voor de beroepsprofielen	67
<b>7 Uitgebreide samenvatting</b>	<b>73</b>
<b>Afkortingenlijst</b>	<b>79</b>
<b>Referenties</b>	<b>81</b>



## Voorwoord

Dit onderzoek is verricht met subsidie van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Het betreft één van de achtergrondstudies voor het V&VN project “Verpleegkundigen en Verzorgenden 2020” (“V&V 2010”), een breed project dat uiteindelijk zal leiden tot herziening van de beroepsprofielen van verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland.

Voor deze achtergrondstudie is een begeleidingscommissie geformeerd bestaande uit:

- Mevrouw prof. dr. P.L. Meurs, hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg Erasmus Universiteit
- Mevrouw prof. dr. M.J. Schuurmans, hoogleraar verplegingswetenschap Universitair Medisch Centrum Utrecht
- De heer prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman, voorzitter Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- Mevrouw Mr. G.P.M. Raas, senior adviseur Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (tot 1 september 2011)
- Mevrouw Dr. W.J.M. Scholte op Reimer, lector evidence based nursing & opleidingsmanager verpleegkunde Hogeschool van Amsterdam;

We danken de begeleidingscommissie voor hun adviezen. Tevens bedanken we mevrouw drs. A. Grotendorst, partner “Kessels & Smit the learning company”, projectadviseur van “V&V 2020”, en de heer drs. J.A.M Lambregts, directeur Bureau Lambregts en projectleider “V&V 2020” voor hun commentaren op eerdere versies van dit rapport.



## Beleidssamenvatting

### Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland

#### Samenvatting en conclusies

De bevolking vergrijst. Er komen meer ouderen met vaak meerdere aandoeningen, waardoor ze een groot beroep doen op zorg. Tegelijkertijd moet de zorg betaalbaar blijven. Met subsidie van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland analyseerde het NIVEL bestaande onderzoeks- en adviesrapporten en gegevensbronnen. Hoofddoel van deze kennissynthese was het geven van inzicht in hoe de toekomstige zorgvraag en het zorgaanbod zich de komende jaren zullen ontwikkelen en welke consequenties dat zal hebben voor de beroepsuitoefening van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden in Nederland.

Demografische ontwikkelingen, zoals de verdere groei van het aantal ouderen, zullen leiden tot een groei van *de zorgvraag*. Daarnaast zullen epidemiologische ontwikkelingen, zoals een toename van chronische ziekten en comorbiditeit, invloed hebben op de zorgvraag. Sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals de toenemende verwachtingen van mondige patiënten en een afnemende beschikbaarheid van mantelzorgers zullen eveneens leiden tot een grotere vraag naar professionele zorg. Ook de aard van de zorg wordt beïnvloed door sociaal-culturele ontwikkelingen: er worden meer eisen aan de zorg zelf gesteld, aan de behandelmogelijkheden, technologie, medicatie, maar ook aan de informatievoorziening en communicatie rond zorgprocessen. Het toenemende aantal allochtone ouderen zal eveneens consequenties hebben voor de aard van de zorgvraag, evenals de wens van veel ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. De zorgvraag van ouderen zal dus niet alleen in volume toenemen, ze zal met de nieuwe generaties ouderen ook andere eisen stellen.

Het *toekomstige zorgaanbod* wordt onder meer beïnvloed door de stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen en het stijgende opleidingsniveau. Vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen kunnen het werken in de zorg aantrekkelijker maken. De opkomst van nieuwe beroepen en functies, zoals van verpleegkundig specialisten en van praktijkverpleegkundigen, zal ook bijdragen aan werving en behoud van personeel voor de zorg. Verdere verhoging van de arbeidsproductiviteit wordt onder meer nagestreefd door taakherschikking tussen hoger en lager opgeleide zorgverleners en door inzet van arbeidsbesparende technologie. Ook is een tendens te zien naar meer lokale samenwerkingsverbanden van zorgprofessionals.

### **Aanbevelingen**

Op basis van de bestudeerde literatuur zijn in dit rapport drie soorten aanbevelingen onderscheiden, namelijk aanbevelingen over (1) het aantrekkelijker maken van opleidingen en werk in de zorg, (2) efficiënter werken en (3) een heroriëntatie op de aard van de zorg.

Voor het *aantrekkelijker maken van opleidingen en werk* is een goede aansluiting van belang tussen enerzijds functies in de praktijk en anderzijds het beroep waarvoor men is opgeleid. Daarnaast zijn goede loopbaanmogelijkheden essentieel: bijvoorbeeld door mogelijkheden voor verticale en horizontale functiedifferentiatie aan te bieden. Bij de opleidingen moet expliciete aandacht uitgaan naar het populairder maken van werken in de zorg voor ouderen. Goede lesmaterialen en deskundige en enthousiaste rolmodellen binnen de opleidingen en op stageplaatsen zijn daarbij belangrijk. Tevens wordt aanbevolen om te blijven investeren in vervolgoopleidingen en bij- en nascholing. Daarbij is speciale aandacht nodig voor uitbreiding van het scholingsaanbod voor verzorgenden en helpenden. Verder wordt het belang van meer professionele verantwoordelijkheid genoemd; dat is vooral voor de hoger opgeleide zorgprofessionals belangrijk voor de aantrekkelijkheid van het beroep.

Binnen de categorie *efficiënter werken*, valt de aanbeveling om vaker gebruik te maken van technologische innovaties, zoals domotica, e-health en zorg op afstand. Uit onderzoek is bekend dat zorgprofessionals wel openstaan voor nieuwe technologie, mits die in hun perceptie bijdraagt aan de kwaliteit van zorg.

Meer aandacht voor efficiëntie, sluit ook aan bij het overheidsbeleid om integrale zorg en samenwerking tussen professionals in de buurt van de zorgvrager te stimuleren.

In het kader van de *heroriëntatie op de aard van de zorg* wordt aanbevolen om meer aandacht te hebben voor preventie, bevorderen van een gezonde leefstijl en zelfmanagement van patiënten. Deze aspecten krijgen tot nu toe nog weinig aandacht in de verpleging en verzorging, vanuit de traditionele sterke gerichtheid op het overnemen van zorgtaken. Deze heroriëntatie op de aard van de zorg, doet een beroep op de agogische, communicatieve en samenwerkingsvaardigheden van de toekomstige zorgprofessional.

Een meer uitgebreide samenvatting is te vinden aan het eind van dit rapport.



# 1 Achtergrond, doel en vraagstellingen

## 1.1 Achtergrond

In de media, het beleid en het onderzoek is momenteel veel aandacht voor de problemen en uitdagingen waar de zorg zich voor gesteld ziet: een sterk toenemende zorgvraag, toenemende tekorten aan zorgpersoneel en een grote noodzaak om efficiënt te werken. Dit roept ook bij de beroepsgroepen van verpleegkundigen en verzorgenden vragen op: Hoe zal de zorg er in 2020 uitzien? Welke rol speelt daarbij bijvoorbeeld de vergrijzing en het feit dat steeds meer mensen meerdere chronische aandoeningen hebben?

De huidige en toekomstige gezondheidszorg vraagt om professionals die toegerust zijn om in te spelen op ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en in het werkproces zelf. Momenteel werkt de beroepsorganisatie Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) aan nieuwe beroepsprofielen voor verpleegkundigen en verzorgenden. Deze profielen moeten 'toekomstbestendig' zijn. Daartoe is inzicht nodig in ontwikkelingen die van invloed zijn op de beroepsuitoefening van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden in de komende 10 jaar. Deze ontwikkelingen zijn velerlei en complex. Aan de ene kant veranderen demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen in de samenleving de omvang en aard van de zorgvraag in Nederland. Aan de andere kant zijn er verschillende vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen, evenals ontwikkelingen in het werkproces die het arbeidsaanbod en de samenstelling van de beroepsgroepen in de verpleging en verzorging beïnvloeden. Dit rapport wil deze ontwikkelingen op een rij zetten, maar ze ook op elkaar betrekken. Samen vormen zij immers de toekomstige uitdagingen en knelpunten op de arbeidsmarkt.

Er is al veel onderzoek gepubliceerd en nog dagelijks komen er nieuwe publicaties bij. Zonder helemaal volledig te kunnen zijn, denken we dat een kennissynthese van bestaande onderzoeksrapporten meerwaarde heeft. Zoals we in het volgende hoofdstuk nader uit zullen werken, maken we gebruik van bestaande rapporten die gaan over de vraag, het aanbod en/of het werkproces van de vier beroepsgroepen die hier centraal staan: verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden in Nederland. Het is daarbij interessant om te zien dat zowel het werk van onderzoeksinstituten als beleidsorganisaties hier relevant is, elkaar raakt en aanvult. Zo is het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu (RIVM) [1-3] gezaghebbend in haar rapporten over demografische en epidemiologische ontwikkelingen in Nederland, die effecten hebben op het aantal patiënten dat in de komende jaren een behoefte heeft aan zorg. Sinds een groot aantal jaar geven de rapporten van Kiwa/Prismant [4-6] zicht op een aantal belangrijke aanbodontwikkelingen voor de gehele zorgsector. Ook is door hen voor specifiek de verpleeghuissector aandacht besteed aan verschuiving van medische zorgtaken [7]. Ook het Soci-

aal en cultureel planbureau (SCP) heeft een aantal onderzoeksrapporten geschreven over ontwikkelingen in de sector verpleging en verzorging en de thuiszorg [8 -11] en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking [12,13]. Door SCP en NIVEL samen is nog een rapport gemaakt in het kader van de evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) [14]. Meer beleidsmatig en toekomstgericht is het onderzoek van het Capaciteitsorgaan [15], het Centraal planbureau (CPB) [16], de Raad voor de zorg (RVZ) [17 -20], de Gezondheidsraad [21,22] en de Stichting toekomstverkenning gezondheidszorg (STG) [23 -26] dat voor deze kennissynthese even belangrijk is. En ten slotte kunnen de publicaties van de Organisatie voor strategisch arbeidmarktonderzoek (OSA) [27], het Researchcentrum onderwijs arbeidsmarkt (ROA) [28] en het NIVEL, Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg [29,30], worden genoemd die zowel ingaan op (aspecten) van ontwikkelingen in vraag, aanbod als werkprocessen in de gezondheidszorg.

Alle publicaties die gebruikt zijn voor deze kennissynthese zijn te vinden in de literatuurlijst aan het eind van dit rapport. Daarnaast is gebruik gemaakt van bestaande gegevens van vooral het Centraal bureau voor de statistiek (CBS) en Arbeidsmarktinformatie zorg en welzijn (AZWinfo), om op basis van eigen bewerking de trends in de vraag naar en aanbod van zorg door verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden te beschrijven.

## **1.2 Doel en vraagstellingen**

Het hoofddoel van deze kennissynthese is inzicht geven in de huidige en de toekomstige aard en omvang van de vraag naar en het aanbod aan zorg door verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden. Daarvoor is een aantal bestaande prominente publicaties en gegevensbronnen geselecteerd en is nagegaan wat deze publicaties en gegevensbronnen enerzijds aan ontwikkelingen in de afgelopen 10 jaar beschrijven en anderzijds aan ontwikkelingen die in de komende 10 jaar verwacht kunnen worden.

Deze doelstelling is in de volgende vraagstellingen uitgesplitst die leidend zijn voor dit rapport:

*Vraagstellingen over de zorgvraag:*

- Wat is de aard en omvang van de vraag naar zorg zoals verleend door verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden per zorgsector?
- Hoe zal deze zorgvraag zich op de middellange termijn gaan ontwikkelen op grond van demografische, epidemiologische, sociaal-culturele en andere ontwikkelingen?

*Vraagstellingen over het zorgaanbod:*

- Wat is de aard en omvang van het aanbod aan zorg zoals verleend door verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden per zorgsector?

- Hoe zal dit zorgaanbod zich op de middellange termijn gaan ontwikkelen op grond van demografische, sociaal-culturele, vakinhoudelijke, technologische en andere ontwikkelingen?

*Vraagstellingen over het werkproces:*

- Hoe verhoudt het werk van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden zich tot het werk van met name medische zorgverleners?
- Welke ontwikkelingen zijn er in het werkproces en welke consequenties heeft dat voor de betrokken beroepsgroepen?

### 1.3 De onderscheiden groepen zorgverleners

Zoals al blijkt uit de voorgaande vraagstellingen staan in dit rapport relevante ontwikkelingen in de zorg van de volgende vier beroepsgroepen centraal. Van elk wordt daarbij een typering gegeven van het opleidingstraject en de eventuele registraties.

1. Verpleegkundig specialisten, die tot voor kort vaak werden aangeduid als Nurse Practitioners, zijn in principe opgeleid op master-niveau. Het betreft vooral personen die op een hogeschool de opleiding MANP hebben gevolgd: Master of Advanced Nursing Practice. Omdat het een relatief nieuwe beroepsgroep is, zijn er ook personen die via een andere leerweg deze kwalificatie hebben verkregen. Als men over de juiste kwalificaties beschikt, dan kan men op basis van artikel 14 van de Wet BIG ingeschreven worden in het BIG-register als verpleegkundig specialist. Daarbij moet men kiezen voor inschrijving voor een van de vier soorten somatische specialisaties (acute, chronische, intensieve of preventieve zorg) of voor de GGZ-specialisatie.
2. Verpleegkundigen zijn opgeleid op HBO-bachelor- of op MBO-niveau. Als een HBO-opleiding is gevolgd, dan wordt men aangeduid als verpleegkundige op niveau 5. Als een MBO-opleiding is gevolgd, dan wordt men aangeduid als verpleegkundige op niveau 4. Beide opleidingen geven recht op inschrijving in het register ex artikel 3 van de Wet BIG. Om in Nederland de titel verpleegkundige te mogen voeren is inschrijving in het BIG-register nodig.
3. Verzorgenden worden opgeleid op MBO-niveau 3. Er zijn in principe twee verschillende soorten verzorgenden: de verzorgende algemene gezondheidszorg (VAG) en de verzorgende individuele gezondheidszorg (VIG). Verzorgenden worden niet geregistreerd in het BIG-register. Maar verzorgenden-IG kunnen op basis van artikel 34 van de Wet BIG wel een verklaring van vakbekwaamheid aanvragen.
4. Helpenden en zorghulpen. De helpenden worden opgeleid op MBO-niveau 2. Er is geen registratie mogelijk of nodig als helpende in het BIG-register. De zorghulpen zijn beroepsbeoefenaren die zijn opgeleid op MBO-niveau 1. Helpenden en zorghulpen hebben, net als de algemeen verzorgenden, geen beschermde (opleidings)titel. In de bestudeerde bronnen – en soms ook bij onderdelen in dit rapport – wordt veelal geen onderscheid gemaakt tussen helpenden en zorghulpen. Vaak wordt de term ‘helpenden’ gebruikt om de gehele groep van helpenden en zorghulpen aan te duiden.

De MBO-opleidingen kunnen vooral op school plaatsvinden, met stages in de instellingen, of vooral in de praktijk, met een dag per week les op school. De eerste vorm wordt de beroepsopleidende leerweg genoemd (BOL), de tweede de beroepsbegeleidende leerweg (BBL). Van de zorghulpverleners zit ongeveer 2/3 vooral op school en 1/3 zit vooral in de praktijk. Van de verzorgenden en verpleegkundigen op niveau 4 zit ongeveer de helft vooral op school en doet de andere helft de praktijkopleiding.

De HBO-opleiding voor verpleegkundige wordt door ongeveer 2/3 van de studenten als voltijdopleiding gevolgd, 1/4 volgt een duaal programma van leren en werken in de praktijk en 1/10 volgt een deeltijdopleiding.

De gegevens van AZWinfo [33] leren dat de samenstelling van de vier beroepsgroepen verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en hulpverleners qua leeftijd en geslacht vrijwel identiek is. De gemiddelde leeftijd is 41 jaar en ruim 80% is vrouw. Naar sector zijn er kleine verschillen. In de gehandicaptenzorg is men relatief jong (38 jaar). En gemiddeld is het percentage vrouwen in de verpleging en verzorging en thuiszorg hoog (91%) en in de ziekenhuizen wat lager (74%). Al deze percentages en gemiddelden zijn door de tijd redelijk constant.

## **1.4 Leeswijzer**

In het volgende hoofdstuk wordt aangegeven met welke methode de vraagstellingen beantwoord zijn. Hoofdstuk 3 bevat daarna eerst een reeks aan trendgegevens over de relevante vraagontwikkelingen in de ziekenhuiszorg, de verpleeg- en verzorgingshuizen, de thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de gehandicaptenzorg, en de openbare en preventieve gezondheidszorg. Daarna worden deze ontwikkelingen samengevat en kort genoemd naar de toekomst toe. Hoofdstuk 4 doet hetzelfde, maar dan voor de ontwikkelingen in het aanbod van zorg door verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en hulpverleners. Hoofdstuk 5 bevat een overzicht van ontwikkelingen die het werkproces van deze beroepsgroep betreffen (en daarmee zowel betrekking hebben op de vraag als het aanbod). Hoofdstuk 6 geeft een doorkijk naar de toekomst en vat de kennissynthese samen.

## 2 Methode

De in dit rapport gepresenteerde kennissynthese is gebaseerd op een analyse van prominente onderzoekspublicaties en gegevensbronnen. Hoe deze publicaties en bronnen geselecteerd zijn wordt in dit hoofdstuk beschreven.

### 2.1 Selectie en analyse van de onderzoeksrapporten

Er is eerst een selectie gemaakt van 30 ‘prominente’ publicaties [1-30]. Deze zijn opgenomen in de literatuurlijst achter in dit rapport. Deze selectie is in overleg met de begeleidingscommissie gemaakt op basis van de volgende criteria:

- het betreffen publicaties van gezaghebbende, Nederlandse instituten,
- het betreffen publicaties die niet ouder zijn dan 10 jaar,
- het betreffen publicaties over ontwikkelingen in vraag en/of aanbod aan zorg.

De methode die gebruikt is voor de analyse van de publicaties is een ‘kennissynthese’ [31], wat impliceert dat de publicaties op beschrijvende wijze geïntegreerd, geanalyseerd en gepresenteerd zijn. De informatie is zo goed mogelijk vertaald naar de stand van zaken in 2010 en de te verwachten ontwikkelingen in de komende 10 jaar. Centraal staan de beroepsgroepen van de verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden, binnen de gehele zorgsector en per deelsector.

Per publicatie is nagegaan voor welke beroepsgroepen en voor welke zorgsectoren uitspraken gedaan zijn. Ook is steeds nagegaan over welke periode ontwikkelingen zijn geschetst.

Daar waar nodig zijn nog andere rapporten [39-69] gebruikt om op specifieke onderdelen aanvullende informatie te kunnen geven. Ook deze zijn opgenomen in de literatuurlijst van dit rapport. Deze publicaties zijn niet in extenso geanalyseerd.

Parallel aan dit “nationale” kennissynthese project, is overigens door het NIVEL ook nog een “internationale” literatuurstudie uitgevoerd naar de rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging [70].

### 2.2 Selectie en analyse van de gegevensbronnen

Om op een relevante manier uitspraken te doen over de kwantitatieve vraag- en aanbodontwikkelingen in verpleging en verzorging zijn secundaire data uit andere bronnen gebruikt en bewerkt. Daarbij gelden een aantal specifieke methodische beperkingen en aandachtspunten die hier vooraf worden beschreven.

Voor de *vraagontwikkelingen* zijn vooral gegevens van het CBS gebruikt over de omvang en leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking als geheel, en over de omvang en leeftijdsopbouw van de in verschillende intramurale voorzieningen opgenomen personen in het bijzonder [32]. Dit is gedaan voor de stand per 1-1-2000, 1-1-2005 en 1-1-2010. Door middel van CBS-bronnen kon ook gekeken worden naar de prognose van de bevolking voor 2020. Deze bevolkingsprognose is gebruikt om voor elk van de soorten voorzieningen een schatting te maken van de groei op basis van demografische ontwikkelingen. Daartoe is gewerkt met een constant houden van het leeftijdsspecifieke gebruik uit 2010, gecombineerd met de door het CBS verwachte bevolkingsopbouw in 2020. Bij de data van het CBS is zoveel mogelijk gewerkt met gegevens per 5-jaarsleeftijdscategorie. In de presentatie zijn deze echter teruggebracht tot hoofdzakelijk 10-jaarsleeftijdscategorieën, maar voor de jongste groep (0-14) en de oudste groep (85-99) is gewerkt met 15-jaarsleeftijdscategorieën. Dit gaf de mogelijkheid om het aantal te presenteren leeftijdsklassen iets te beperken en een aantal belangrijke “kantelleeftijden”, (zoals 65 jaar en 75 jaar) expliciet als grens van bepaalde leeftijdsgroepen te kunnen laten zien.

Voor de intramurale voorzieningen kon vaak direct bij het CBS afgelezen worden om hoeveel personen het gaat op 1 januari van een jaar. Voor de ziekenhuizen was echter alleen het aantal opgenomen personen gedurende een jaar beschikbaar en het gemiddelde aantal opnamedagen per opname. Door deze twee met elkaar te vermenigvuldigen en te delen door 365 kon alsnog een schatting worden gemaakt van het per 1 januari in ziekenhuizen opgenomen aantal personen.

Voor de verpleeg- en verzorgingshuizen zijn bij het CBS twee statistieken beschikbaar: een statistiek over huishoudens en een andere over gezondheidszorg. De eerste betreft data uit de Gemeentelijke Basis Administratie. Daaruit is onder andere af te leiden hoeveel personen permanent wonen in een verpleeg- of verzorgingshuis. Die personen worden gerekend tot de zogeheten institutionele huishoudens. Dit in tegenstelling tot personen die in particuliere huishoudens wonen. De tweede bron betreft de statistiek die wordt afgeleid van data over het beroep dat op de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) of de Wmo wordt gedaan. Daarmee wordt door het CBS nagegaan hoeveel mensen een eigen bijdrage hebben betaald voor een bepaald soort voorziening. Verpleeg- en verzorgingshuizen zijn AWBZ gefinancierde vormen van zorg, waarvoor bovendien een eigen bijdrage is vereist. Het aantal personen dat een eigen bijdrage heeft betaald voor verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis is daarmee dus ook min of meer gelijk te stellen aan het aantal personen dat dergelijke zorg ontvangt. Lastig is nog wel dat het alleen gaat om personen van 18 jaar en ouder. Maar voor de verpleeg- en verzorgingshuizen geldt dat bewoners slechts incidenteel jonger zijn dan 18 jaar. Van de ongeveer 120.000 permanente bewoners zijn er ongeveer 200 jonger dan 15 jaar.

Voor het geheel van de GGZ-instellingen kan alleen gebruik worden gemaakt van de CBS-statistiek op basis van de eigen bijdrage in het kader van AWBZ/Wmo gefinancier-

de zorg. Daarbij is de beperking tot personen van 18 jaar en ouder wellicht wat problematischer dan voor de verpleeg- en verzorgingshuissector. Maar ook in de GGZ-instellingen zal het aantal opgenomen personen jonger dan 18 jaar niet heel groot zijn. Naast de data over opnamen in GGZ-instellingen via de eigen bijdragen, zijn er wel nog data over het aantal personen dat permanent woonachtig is in psychiatrische ziekenhuizen. Daarbij blijkt het aantal 0-14-jarigen vrijwel nihil te zijn (ongeveer 200 van de 12.000).

Voor het geheel van de gehandicaptenzorg kan net als voor de GGZ-instellingen alleen gekeken worden naar de CBS-statistiek over het gebruik van AWBZ/Wmo gefinancierde zorg door personen vanaf 18 jaar. Voor de instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking kan net als voor de psychiatrische ziekenhuizen nog gekeken worden naar data over personen die volgens het GBA permanent wonen in een dergelijke instelling. Daarbij is gebleken dat ongeveer 1.000 van de in totaal ongeveer 21.000 permanente bewoners jonger zijn dan 15 jaar. Voor de gehandicaptenzorg als geheel is de beperking tot personen van 18 jaar en ouder dus problematischer dan voor de V&V- en GGZ-sectoren het geval was.

Overigens is de CBS-statistiek over het gebruik van AWBZ/Wmo gefinancierde zorg alleen beschikbaar vanaf het jaar 2004 en dus helaas niet voor het jaar 2000.

Voor de *aanbodontwikkelingen* zijn gegevens gebruikt van de bron [www.AZWinfo.nl](http://www.AZWinfo.nl) en, aanvullend, Kiwa/Prismant over de omvang van het aantal werkzame personen naar opleiding en sector [33,34]. Voor deze bronnen is in principe gekeken naar gegevens over 2000 en 2005 en 2010. Voor de data van AZWinfo.nl kan geen onderscheid worden gemaakt naar de verpleeg- en verzorgingshuizen enerzijds en de thuiszorg anderzijds. Op de website wordt alleen gerapporteerd over de gehele “VVT-sector”. Door Kiwa/Prismant is echter nog wel onderscheid gemaakt tussen verpleeg- en verzorgingshuizen enerzijds en de thuiszorg anderzijds. Die verdeling is gebruikt om de data van AZWinfo.nl aan te vullen. Dat geldt ook voor het jaar 2000. Op de website AZWinfo.nl worden alleen gegevens vanaf 2004 gepresenteerd. Voor 2000 is daarom gebruikt gemaakt van gegevens van Kiwa/Prismant. Die zijn echter niet op een zelfde manier uit te splitsen naar opleiding en sector. Voor 2010 moest gewerkt worden met een afleiding vanuit gegevens van 2004 tot en met 2009.

Naast de cijfers die gehaald zijn van de websites van het CBS en AZWinfo zijn ook nog cijfers gebruikt van de websites van de HBO-raad [35], het ROA [36] en het RIVM [37,38].





## 3 Ontwikkelingen in de vraag naar zorg

### 3.1 Aard van de zorgvraag

De gevolgen van ziekten en aandoeningen (of het voorkomen daarvan), zijn in de verpleging en verzorging veelal meer bepalend voor de zorgvraag, dan de ziekten en aandoeningen zelf [39]. De aard van de vraag naar zorg laat zich beschrijven aan de hand van de volgende indeling, die ontleend is aan de zorgfuncties zoals die vanuit de Ziektekostenverzekeringswet (Zvw), AWBZ of Wmo worden gefinancierd:

- Huishoudelijke verzorging, waarbij het gaat om het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van huishoudelijke werkzaamheden.
- Persoonlijke verzorging: bijvoorbeeld hulp bij douchen, aankleden, scheren, pillen innemen, ogen druppelen of naar de wc gaan.
- Begeleiding: hulp bij het organiseren van praktische zaken in het dagelijks leven.
- Verpleging: hulp bij bijvoorbeeld wondverzorging en injecties, of hulp bij zelf leren injecteren.
- Behandeling: gericht op herstel of verbetering van een aandoening of verbetering van vaardigheden of gedrag.
- Verblijf: langdurend verblijf in bijvoorbeeld een verpleeg- of verzorgingshuis, of kortdurend verblijf in een instelling.
- Preventie: het voorkomen van ziekten en aandoeningen en het voorkomen van problemen als gevolg van ziekten en aandoeningen.

In principe kan – behalve aan de functie verblijf – aan elke soort zorgvraag binnen elke soort zorgsector voldaan worden.

In de nu volgende paragrafen staan we stil bij ontwikkelingen die de aard en/of omvang van de zorgvraag zullen beïnvloeden.

### 3.2 Omvang en leeftijdsopbouw van de bevolking

Ontwikkelingen in de bevolking hebben rechtstreeks gevolgen voort ontwikkelingen in de zorgvraag. Om de ontwikkelingen in de zorgvraag in kaart te brengen dient dan ook eerst naar demografische ontwikkelingen in de bevolking te worden gekeken. Dat wordt hieronder gedaan. Daarna wordt beschreven hoe het ‘zorgvolume’ zich voor een aantal sectoren heeft ontwikkeld.

#### Bevolkingsontwikkelingen

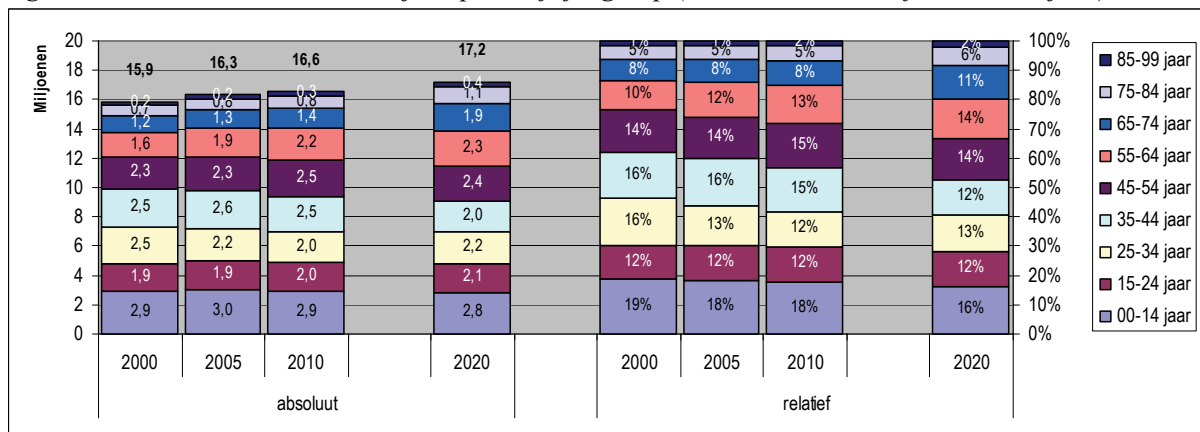
In de afgelopen 10 jaar is het aantal inwoners in Nederland gegroeid van 15,9 miljoen in 2000, naar 16,3 miljoen in 2005 en 16,6 miljoen in 2010 (zie *Figuur 3.1*). De zogeheten

middenvariant van de CBS-prognose voor de omvang van de bevolking gaat uit van een verdere groei naar 17,2 miljoen inwoners in 2020. Dat komt neer op een groei van 4% in het totaal aantal inwoners tussen het jaar 2010 en 2020.

De ontwikkeling van het aantal inwoners is niet voor elke leeftijdsgroep gelijk geweest. De totale groep van onder de 35 jaar is in omvang zelfs wat gedaald: van ongeveer 7,3 miljoen in 2000 naar 6,9 miljoen in 2010. De groep van 45 jaar en ouder is juist sterk gegroeid: van 6 miljoen in 2000 naar 7,1 miljoen in 2010. Voor de ontwikkeling tussen 2010 en 2020 wordt door het CBS een stabilisering van het aantal jongeren verwacht, maar een verdere groei van het aantal ouderen.

Het aandeel van de jongeren tot 35 jaar in de bevolking is in de afgelopen jaren afgenomen, maar zal vanaf nu vrijwel constant blijven. Het aandeel van de ouderen vanaf 55 jaar zal duidelijk nog wat toenemen. Dat gaat dan vooral ten koste van het aandeel dat tussen de 35 en 45 jaar oud is.

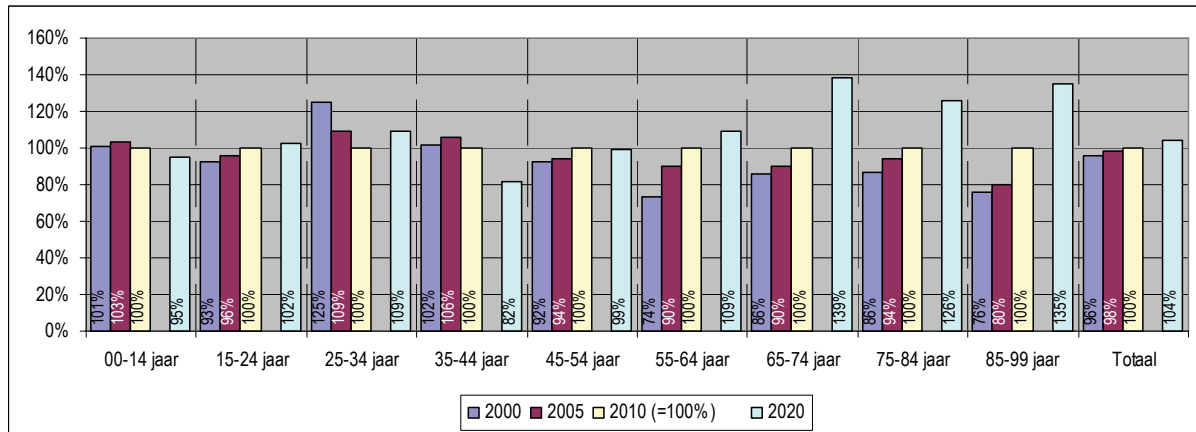
Figuur 3.1: Aantal inwoners naar jaar per leeftijdsgroep (absoluut en relatief binnen elk jaar)



Bron voor 2000, 2005 en 2010: CBS, statline; Bevolking; Bevolking: leeftijd, burgerlijke staat. Bron voor 2020: Bevolking; Prognose; Actuele prognose; Bevolkingsprognose 2010-2060; Bevolking: leeftijd, herkomst, 2011-2060. Bewerking: NIVEL.

In *Figuur 3.2* zijn de ontwikkelingen per leeftijdsgroep iets anders weergegeven. De absolute omvang per jaar is steeds afgezet tegen de omvang van die leeftijdsgroep in 2010. Voor bijvoorbeeld het aantal 25-34 jarigen is te zien dat dat in 2000 125% was van het aantal in 2010. Tien jaar geleden was het aantal 25-34-jarigen dus 25% groter dan nu! Voor 2020 wordt een aantal verwacht dat 109% zal zijn van het huidige aantal. Dat is dus alsnog weer een groei van 9% in het aantal 25-34-jarigen in de komende tien jaar. Voor de 15-24-jarigen wordt een iets kleinere groei van 2% verwacht. Er is nog wel een kleine teruggang met 5% te zien in het aantal 0-14-jarigen vanaf 2010 tot 2020. De vergrijzing is te zien bij zowel de 65-75-jarigen (+39%) als de 75-85-jarigen (+26%) en de 85-plus groep (+35%).

Figuur 3.2: Aantal inwoners naar leeftijdsgroep per jaar (relatief: 2010 = 100)



Bron voor 2000, 2005, 2010: CBS, statline; Bevolking; Bevolking: leeftijd, burgerlijke staat. Bron voor 2010: Bevolking; Prognose; Actuele prognose; Bevolkingsprognose 2010-2060; Bevolking: leeftijd, herkomst, 2011-2060. Bewerking: NIVEL.

De veranderingen in de omvang en leeftijdsopbouw van de bevolking van de afgelopen 10 jaar zijn dus bekend en een voorspelling voor de komende 10 jaar is met redelijke zekerheid te geven. De trends uit het verleden zullen daarbij min of meer doorzetten, zij het dat er voor specifieke leeftijdsgroepen sprake kan zijn voor van een trendbreuk.

De totale omvang zal met 4% toenemen. Een enkele leeftijdsgroep zal in omvang dalen. Dat geldt vooral voor de groep van 35-44-jarigen, die met 18% zal krimpen. De leeftijdsgroepen vanaf 65 jaar zullen juist met meer dan 25% groeien. Hoe dit eventueel doorwerkt in de vraag naar zorg, is het onderwerp van de volgende paragraaf. Daarbij wordt ook aan de orde gesteld dat de omvang van de zorgvraag op zich zelf niet zo gemakkelijk kan worden gekwantificeerd als de bevolkingsaantallen.

### 3.3 Omvang van de zorgvraag

Idealiter zouden we voor elk van de in het begin van dit hoofdstuk onderscheiden zorgfuncties (huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging, behandeling, verblijf en preventie) willen kwantificeren hoeveel uur daarvan gevraagd wordt door patiënten van verschillende leeftijdscategorieën. Daarbij zouden we ook willen weten welk deel van de bevolking patiënt is. Bovendien zouden we willen weten binnen welke zorgsector de vraag wordt gesteld en aan welke beroepsbeoefenaren.

Een kwantificering van de zorgvraag is echter – noodgedwongen – meestal gebaseerd op het gebruik van zorg. Omdat de uiteindelijk geleverde zorg niet altijd overeen hoeft te komen met de zorgvraag van patiënten, is dit dus een benadering van de zorgvraag. Bovendien kan niet voor elke zorgsector een uitspraak gedaan worden over de verdeling van de zorgvraag over de verschillende functies.

Maar we weten wel dat er vanuit de Wmo voor huishoudelijke verzorging 28 miljoen uren zorg gefinancierd. Vanuit de AWBZ wordt voor persoonlijke verzorging 40 miljoen

uren zorg gefinancierd, 17 miljoen uren voor begeleiding, 7 miljoen uren voor verpleging en 2 miljoen voor behandeling.

Uit CBS-gegevens kan afgeleid worden dat aan circa 630.000 personen thuiszorg wordt geleverd. Daarnaast wordt dagelijks ook nog zorg geleverd aan 165.000 personen die zijn opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis of een kleinschalige woonvoorziening voor ouderen, 60.000 personen in een instelling of woonvorm voor gehandicapten, 36.000 in een ziekenhuis, 22.000 in een GGZ-instelling en 10.000 personen in kleinschalige voorziening (beschermd wonen) voor mensen met een psychiatrische aandoening. Daarnaast wordt ook nog transmurale en ambulante zorg geleverd vanuit intramurale instellingen, huisartsenpraktijken en gezondheidscentra. Tevens wordt zorg geleverd vanuit revalidatiecentra, voorzieningen in de publieke gezondheidszorg en welzijnsvoorzieningen; daarvan is echter vanuit de bestudeerde bronnen niet te achterhalen aan hoeveel personen die zorg wordt verleend.

### **Volumeontwikkelingen per sector**

Voor de intramurale zorg is nu gewerkt met het aantal opgenomen personen per 1 januari naar leeftijd. Voor de ziekenhuizen zijn daarbij de opnamen per jaar vermenigvuldigd met het aantal opnamedagen per opname (één per dagopname en de gemiddelde verpleegduur per klinische opname) en gedeeld door 365. Voor de andere sectoren was het oorspronkelijk verkregen gegeven al het aantal personen dat per 1/1 van elk jaar of per 24/12 van het direct voorafgaande jaar in een dergelijke instelling verblijft.

Voor het volume aan transmurale of extramurale zijn data gezocht over onder andere het aantal personen dat voor dagbesteding gebruik maakt van de diverse soorten instellingen. Dergelijke gegevens bleken overigens moeilijker te vinden te zijn.

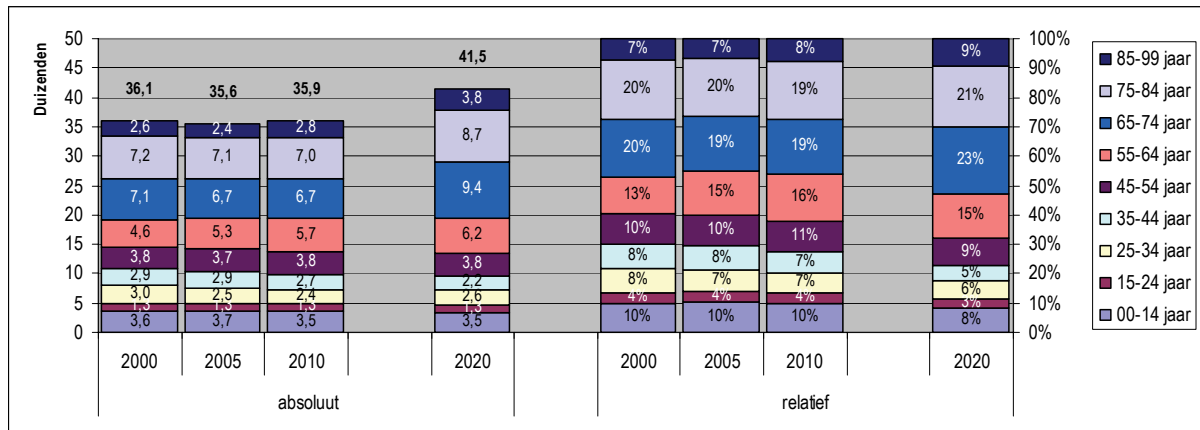
#### **3.3.1 Volumeontwikkelingen in de ziekenhuissector**

##### **Intramurale ziekenhuiszorg (inclusief dagopnamen)**

Het aantal opgenomen personen op 1 januari, is vanaf het jaar 2000 steeds ongeveer 36.000 geweest (zie *Figuur 3.3*). Als het huidige leeftijdsspecifieke gebruik gecombineerd wordt met de verwachte bevolkingsopbouw in 2020, dan zal het aantal opgenomen personen op 1/1 stijgen naar 41.500 in 2020. Dat komt neer op een groei van 16% in het totaal aantal in ziekenhuizen opgenomen personen tussen het jaar 2010 en 2020.

Net als voor de bevolking, is voor de relatieve leeftijdsopbouw van de opnamen te zien dat er in de afgelopen 10 jaar niet veel is veranderd. Wel maakt een vergelijking van de relatieve opbouw van de bevolking (*Figuur 3.1*) met de relatieve opbouw van de opgenomen personen (*Figuur 3.3*) duidelijk dat het aandeel van de jongeren in de bevolking veel groter is dan hun aandeel in het aantal opgenomen personen. In de bevolking is nu 42% jonger dan 35 jaar tegenover 21% van de opgenomen personen.

Figuur 3.3: Aantal per 1/1 in ziekenhuizen opgenomen personen (kliniek en dagopname) naar jaar per leeftijdsgroep (absoluut en relatief binnen elk jaar)



Bron voor 2000, 2005 en 2010: CBS, statline, Gezondheid en welzijn; Gezondheid en zorggebruik; Ziekenhuis: patiënten, opnamen, operaties; Ziekenhuisopnames; Ziekenhuisopnamen: kerncijfers. Bewerking: NIVEL. Nb: voor 2010 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2010, gecombineerd met de opname cijfers per 10.000 inwoners van 2009; voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2009

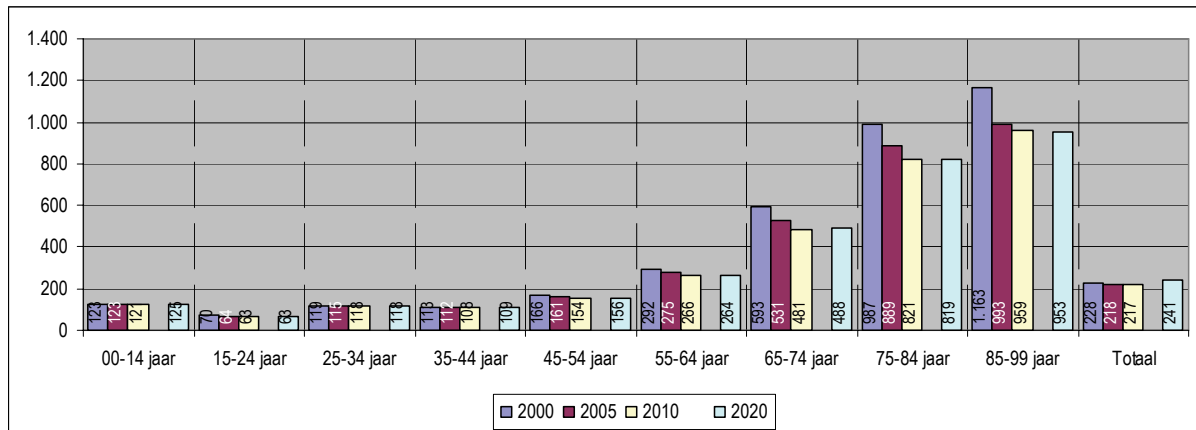
Terwijl er voor de totale omvang van de bevolking een groei van 4% wordt verwacht tussen 2010 en 2020, mag voor het aantal opgenomen personen dus een groei van 16% worden verwacht op basis van de ontwikkelingen in de omvang en de leeftijdsamenstelling van de bevolking.

Het Capaciteitsorgaan gaat overigens uit van een demografisch effect van 11% voor de medisch specialistische zorg [15]. Dit verschil komt deels vanwege een verschil in zowel de gebruikte bevolkingsprognose als de mate van detaillering van de leeftijdsgroepen. Daarnaast speelt dat in het huidige rapport gekeken is naar de ontwikkeling in het aantal opgenomen personen, terwijl er voor het capaciteitsorgaan is gekeken naar het aantal opnamen, of naar het aantal poliklinische consulten.

Voor de prognose voor 2020 is gebruik gemaakt van de gebruikscijfers van 2010. Dat deze niet altijd constant zijn, blijkt uit *Figuur 3.4*. Daar wordt zichtbaar hoe het aantal opnamen per 100.000 inwoners zich heeft ontwikkeld per leeftijdsgroep. In elk van de leeftijdsgroepen is het aantal opnamen per 100.000 inwoners in 2010 lager dan in 2000. Verder is te zien dat er voor de prognose voor 2020 in feite van een constant blijven wordt uitgegaan ten opzichte van 2010. Alleen door specifieke ontwikkelingen van de 5-jaarsleeftijdsgroepen binnen elke 10- of 15-jaarsleeftijdsgroep kunnen er kleine verschillen ontstaan.

Uit het figuur is overigens nog af te leiden dat op 1-1-2000 1.163 per 100.000 85-plussers waren opgenomen in een ziekenhuis. Dat komt neer op een aandeel van ongeveer 1,2% van alle 85-plussers die op die dag waren opgenomen. Op 1-1-2010 was dit teruggelopen tot 1,0% (959 per 100.000). Van alle 75-84-jarigen ging het op 1-1-2000 om 1,0% en op 1-1-2010 om 0,8%. Voor de 65-74-jarigen ging het in 2000 om 0,6% en in 2010 om 0,5%. Van degenen die jonger zijn dan 45 jaar ging het op 1-1-2000 om ongeveer 0,1% en dat is ook nog zo op 1-1-2010.

Figuur 3.4: Aantal per 1/1 in ziekenhuizen opgenomen personen (kliniek en dagopname) per 100.000 inwoners naar leeftijdsgroep per jaar



Bron voor 2000, 2005 en 2010: CBS, statline, Gezondheid en welzijn; Gezondheid en zorggebruik; Ziekenhuis: patiënten, opnamen, operaties; Ziekenhuisopnames; Ziekenhuisopnamen: kerncijfers. Bewerking: NIVEL. Nb: voor 2010 is gebruik gemaakt van de bevolkingcijfers van 2010, gecombineerd met de opname cijfers per 10.000 inwoners van 2009; voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingcijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2009

De dalende trend bij het aantal opgenomen personen per 100.000 inwoners in vooral de oudere leeftijdscategorieën, kan een deel van het verwachte vergrijzingseffect van 16% compenseren.

Voor een groot aantal aandoeningen is de prevalentie gelijk gebleven en voor een aantal andere aandoeningen lijkt de trend dat deze nu wat meer voorkomen dan vroeger [2]. Maar sociaal-culturele ontwikkelingen zorgen juist voor een dempend effect op het gebruik van zorg [2]. Ook wordt door vakinhoudelijke/technologische en werkprocesontwikkelingen de opnameduur nog steeds korter. Meer behandelingen dan vroeger worden in dagopname gedaan en de gemiddelde verpleegduur voor een klinische opname neemt ook af [15]. Dit betekent tegelijkertijd wellicht een intensivering van de zorg per opnamedag.

### Transmurale zorg vanuit ziekenhuis

Bij een deel van de patiënten wordt na ontslag uit het ziekenhuis nog transmurale zorg geleverd door verpleegkundig personeel in dienst van het ziekenhuis. Transmuraal werkende verpleegkundigen (vaak aangeduid met transfer- of liaisonverpleegkundigen) kunnen zorgen voor continuïteit van de zorg bijvoorbeeld door contact te leggen met thuiszorgorganisaties en eventueel met huisartspraktijken of met verpleeg- en verzorgingshuizen. Ook wordt soms vanuit het ziekenhuis nog transmurale zorg geboden als er sprake is van gebruik van thuiszorgtechnologie. Onbekend is hoeveel patiënten van transmurale zorg gebruik maken. Wel is duidelijk dat het vooral om chronisch zieken gaat, waarvan de verwachting is dat het aantal door de vergrijzing zal gaan groeien [41].

### Poliklinische zorg

Dit betreft zorg die in de polikliniek wordt gegeven aan de niet-opgenomen patiënten. In aantallen patiënten overtreft de poliklinische zorg de klinische zorg. De verpleegkundigen die op de polikliniek werken (bijvoorbeeld diabetes-, reuma- en longverpleegkundigen of

verpleegkundig specialisten chronische zorg) richten zich vaak op een specifieke patiëntencategorie. Onbekend is hoeveel patiënten van poliklinische zorg gebruik maken. Maar opnieuw is wel duidelijk dat het vooral om chronisch zieken gaat, waarvan de verwachting is dat het aantal door de vergrijzing zal gaan groeien [41].

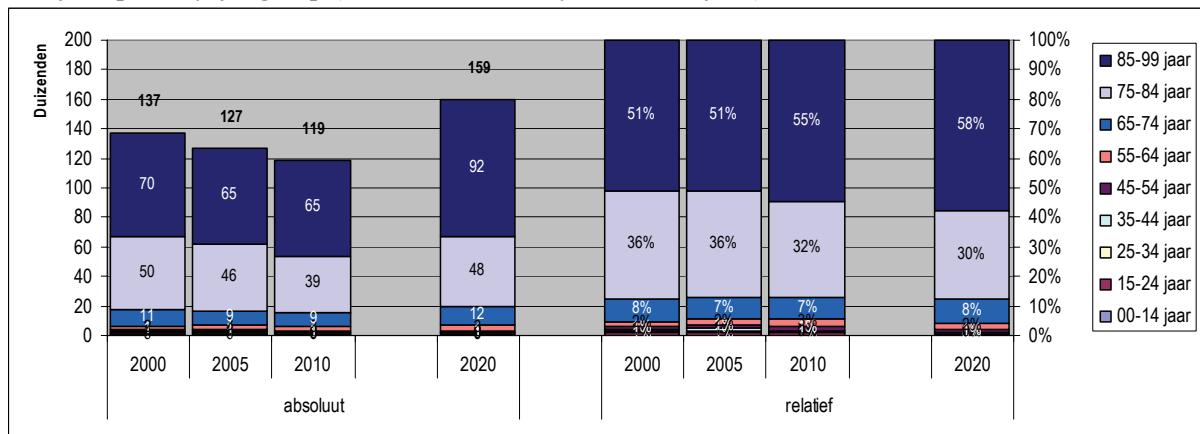
### 3.3.2 Volumeontwikkelingen in de verpleeg- en verzorgingshuissector

#### Zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen of kleinschalige voorzieningen

Het aantal personen dat volgens de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) per 1 januari woonachtig was in een verpleeg- of verzorgingshuis, is gedaald van 137.000 in 2000, via 127.000 in 2005 naar 119.000 in 2010 (zie *Figuur 3.5*). Onder deze cijfers vallen ook de mensen die verblijven in een kleinschalige voorziening in de ouderenzorg, echter onduidelijk is hoe groot het aandeel daarvan is.

Ongeveer 95% van degenen die permanent in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijven is 65 jaar en ouder. De groep van personen met een leeftijd van 85 jaar en ouder, vormen net iets meer dan 50% van alle personen die in een verpleeg- of verzorgingshuis woonachtig zijn. Puur op grond van demografische ontwikkelingen zou een groei naar bijna 160.000 permanente bewoners mogen worden verwacht voor het jaar 2020. Ten opzichte van 2010 zou dat een groei van 34% zijn.

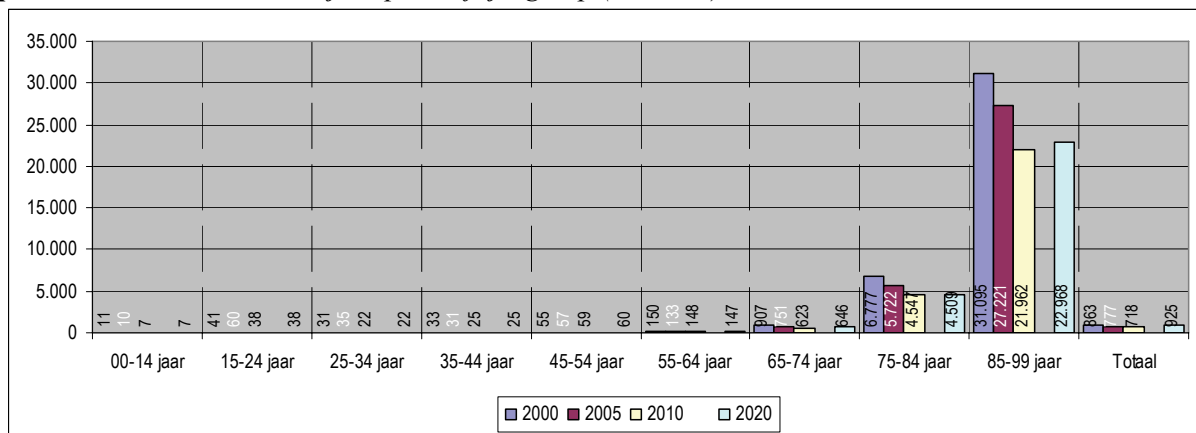
*Figuur 3.5: Aantal volgens het GBA per 1/1 in verpleeg- of verzorgingshuizen woonachtige personen naar jaar per leeftijdsgroep (absoluut en relatief binnen elk jaar)*



Bron voor 2000, 2005 en 2010: CBS, statline, Bevolking; Huishoudens; Personen in institutionele huishoudens. Bewerking: NIVEL. Nb: voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2010.

Van alle personen jonger dan 55 jaar, verblijft ongeveer 0,05% permanent in een verpleeg- of verzorgingshuis (zie *Figuur 3.6*). Van de 55-64 jarigen is het ook nog maar 0,15%. Bij de groep van 65-74-jarigen gaat het om 0,6%. Pas bij de categorie van 75-84-jarigen gaat het om een wat substantiëler aandeel. Tien jaar geleden ging het om 6,8% en tegenwoordig om 4,5%. Van de personen van 85 jaar en ouder was en is een groot deel permanent opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis. In 2000 ging het om 31% en in 2010 om 22%.

**Figuur 3.6: Aantal volgens het GBA per 1/1 in verpleeg- en verzorgingshuizen woonachtige personen per 100.000 inwoners naar jaar per leeftijdsgroep (absoluut)**



Bron voor 2000, 2005 en 2010: CBS, statline, Bevolking; Huishoudens; Personen in institutionele huishoudens. Bewerking: NIVEL. Nb: voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2010.

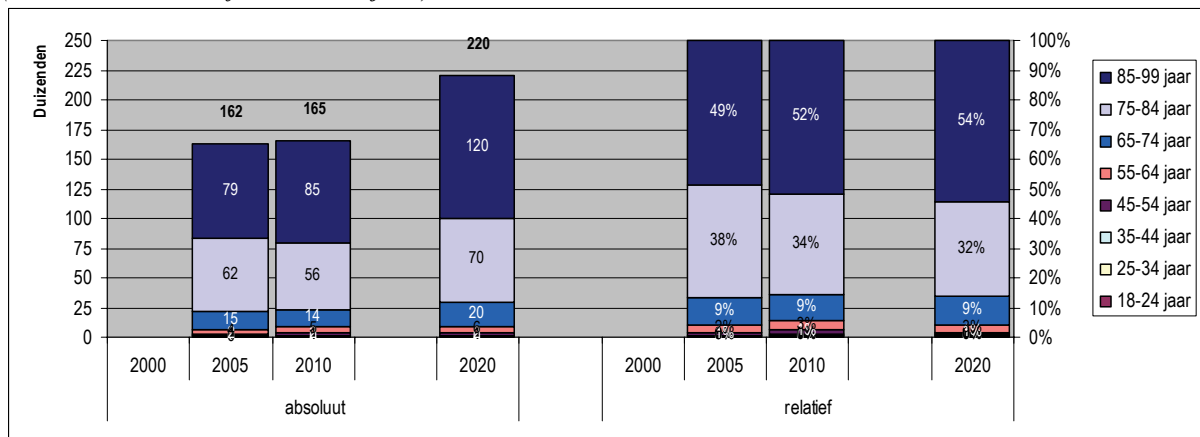
Naast personen die permanent verblijven in verpleeg- en verzorgingshuizen, zijn er ook personen die daar voor kortere of langere tijd verblijven. Het totaal aantal personen dat op 1/1 van elk jaar in een verpleeg- of verzorgingshuis verblijft, is daarom groter dan het aantal permanente bewoners. Cijfers over het totaal aantal bewoners van 18 jaar en ouder naar leeftijd zijn bij het CBS vanaf het jaar 2004 beschikbaar. Het ging in 2005 om in totaal 162.000 en in 2010 om 165.000 bewoners (zie *Figuur 3.7*). Kennelijk waren er in 2005 dus ongeveer 35.000 “tijdelijke” bewoners en in 2010 46.000. Toepassing van de gebruikscijfers van 2010 op de bevolkingscijfers van 2020 leidt tot de verwachting dat het totaal aantal bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen zal groeien tot 220.000. Ten opzichte van 2010 is dat een groei van 33% in het totaal aantal bewoners. Dat is een vrijwel zelfde groei als verwacht kan worden voor de permanente bewoners.

In het rapport “Zorgen voor Zorg” van het SCP [11] over “de verpleging en verzorging”, is voor het jaar 2005 overigens een totaal van ongeveer 160.000 bewoners te zien, waarvan ruim 58.000 in een verpleeghuis en ongeveer 100.000 in een verzorgingshuis. Dit totaal van 160.000 komt ongeveer overeen met het aantal van 162.000 tijdelijke en permanente bewoners in 2005 volgens het CBS.

In de zeer recente rapportage ‘Zorg in de laatste jaren’ van het SCP [42] zijn die gegevens in de tijd vergeleken en is nagegaan in hoeverre de ouderen in instellingen in 2000 verschillen van die van 2008. Hierbij is vooral gekeken naar demografische kenmerken, de gezondheid en het zorggebruik. Uit die vergelijking blijkt onder meer dat de lichamelijke gezondheid van ouderen in instellingen in 2008 slechter is dan in 2000: de instellingsbewoners uit 2008 hebben vaker een chronische ziekte of een ernstige lichamelijke beperking.



Figuur 3.7: Aantal per 1/1 in verpleeg- of verzorgingshuizen opgenomen personen waarvan de kosten ten laste komen van de AWBZ en waarvoor een eigen bijdrage is betaald naar jaar per leeftijdsgroep (absoluut en relatief binnen elk jaar)

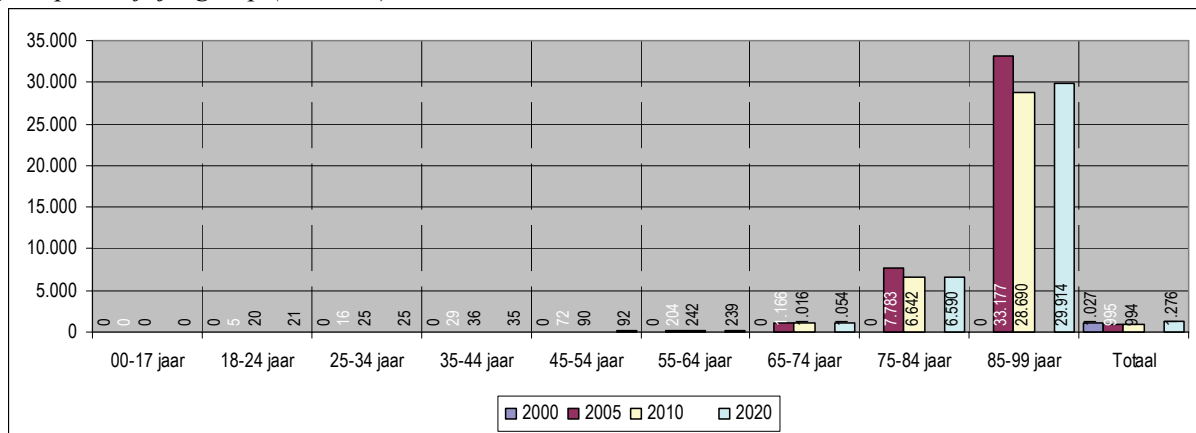


Bron voor 2005 en 2010: CBS, statline, Gezondheid en welzijn; Gezondheid en zorggebruik; AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg; Zorg met verblijf; leeftijd en geslacht. Bewerking: NIVEL. Nb: de cijfers betreffen feitelijk de stand per 24 december van het voorafgaande jaar; voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2010; gegevens voor 2000 zijn niet beschikbaar.

Voor het totaal aantal bewoners per 100.000 inwoners (Figuur 3.8) is het beeld vrijwel gelijk aan dat van de permanente bewoners (Figuur 3.6), maar het gebruiksniveau ligt wel hoger. Van de 85-99 jarigen in 2010 verblijft 22% permanent in een verpleeg- of verzorgingshuis, en nog eens bijna 7% tijdelijk. In totaal is dus 29% van de 85-plussers opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis.

Het aantal bewoners per 100.000 inwoners in de leeftijdsgroepen van zowel de 75-84-jarigen als de 85-plussers, is aan het dalen. In 2005 verbleef 7,8% van alle 75-84-jarigen in een verpleeg- of verzorgingshuis en in 2010 is dat gedaald tot 6,6%. Bij de 85-plussers ging het in 2005 om 33,2% en in 2010 om 28,7%.

Figuur 3.8: Aantal per 1/1 in verpleeg- of verzorgingshuizen opgenomen personen waarvan de kosten ten laste komen van de AWBZ en waarvoor een eigen bijdrage is betaald per 100.000 inwoners naar jaar per leeftijdsgroep (absoluut)



Bron voor 2005 en 2010: CBS, statline, Gezondheid en welzijn; Gezondheid en zorggebruik; AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg; Zorg met verblijf; leeftijd en geslacht. Bewerking: NIVEL. Nb: de cijfers betreffen feitelijk de stand per 24 december van het voorafgaande jaar; voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2010; gegevens voor 2000 zijn niet beschikbaar.

Als het huidige leeftijdsspecifieke gebruikspatroon tot 2020 onveranderd blijft, dan zal het aantal in verpleeg- of verzorgingshuizen woonachtige personen met ongeveer 33% gaan groeien. Maar de dalende trend bij het aantal opgenomen personen per 100.000 inwoners in vooral de oudere leeftijdscategorieën, kan een deel van het verwachte vergrijzingeffect compenseren.

Het capaciteitsorgaan [15] gaat uit van een benodigde groei van 26% door demografische ontwikkelingen voor de specialisten ouderengeneeskunde, dus voor diegenen die voorheen de verpleeghuisartsen werden genoemd. Dit verschil komt deels doordat verpleeghuizen minder exclusief gericht zijn op ouderen dan de verzorgingshuizen.

Het SCP doet in haar ramingsrapport geen expliciete uitspraak over de gevolgen voor de verpleeg- en verzorgingshuizen van de vergrijzing op zich zelf [11]. Voor het geheel van de vraagontwikkeling in de verpleeg- en verzorgingshuizen, kan op basis van het SCP uit worden gegaan van ongeveer 16% groei in de periode 2010-2020. Hierin is dan al verdisconteerd dat er in feite sprake is van een afnemend leeftijdsspecifiek gebruik.

### Extramurale zorg

Door de verpleeg- en verzorgingshuizen wordt ook extramurale zorg geleverd. Het gaat dan vooral om zorg in de vorm van ‘dagbestedingen’, waarbij thuiswonende cliënten één of enkele dagdelen per week naar de betreffende instelling komen om aan een of ander activiteitenprogramma deel te nemen. Onbekend is om hoeveel cliënten het gaat.

Vanuit de verpleeghuizen bezien is de zorg die door verpleeghuismedewerkers wordt gegeven aan verzorgingshuisbewoners ook een vorm van extramuralisering. Onbekend is om hoeveel cliënten het gaat. Maar vanwege de steeds verdergaande integratie van verpleeg- en verzorgingshuizen, gaat het steeds vaker om zorg die binnen een en dezelfde instelling wordt geleverd.

Daarnaast komt het ook voor dat vanuit verpleeg- en verzorgingshuizen zorg wordt geleverd die eigenlijk getypeerd kan worden als thuiszorg. Onbekend is om hoeveel cliënten het gaat. Dergelijke zorg is overigens onderdeel van de zorg die in de volgende paragraaf wordt behandeld.

### 3.3.3 Volumeontwikkelingen in de thuiszorgsector

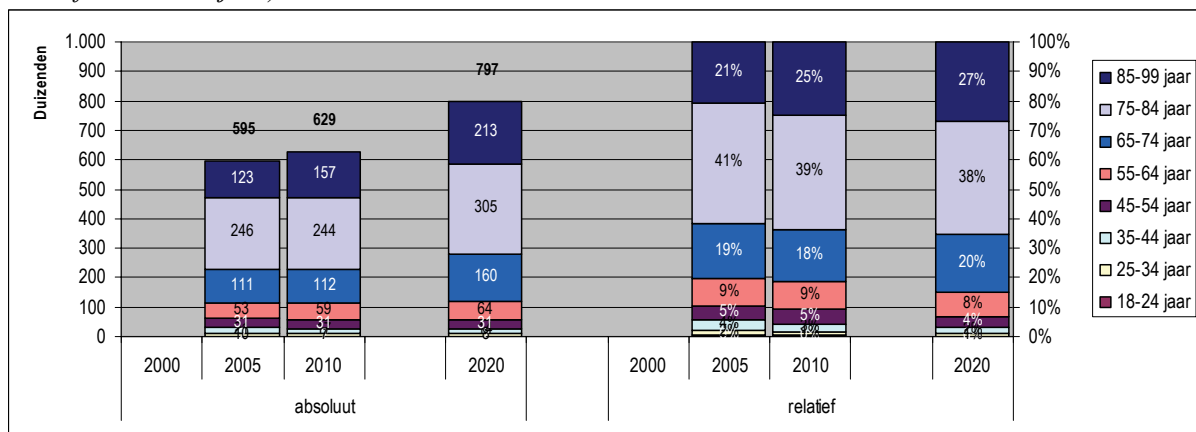
In de thuiszorgsector wordt per definitie alleen extramurale zorg geleverd. Wel is hiervoor al geconstateerd dat verpleeg- en verzorgingshuizen ook actief kunnen zijn in de thuiszorg. Er komt in feite een integratie op gang die er voor heeft gezorgd dat in een aantal statistieken niet langer onderscheid wordt gemaakt tussen de verpleeg- en verzorgingshuissector aan de ene kant en de thuiszorgsector aan de andere kant. Er wordt dan gerapporteerd over de VVT-sector als geheel (zie bijvoorbeeld [www.AZWinfo.nl](http://www.AZWinfo.nl)).

In 2005 waren er bijna 600.000 personen die AWBZ/Wmo gefinancierde thuiszorg kregen (zie *Figuur 3.9*). In 2010 was dit al opgelopen tot bijna 630.000. Als de huidige gebruikspatronen ook in 2020 gelden, dan zullen tegen die tijd bijna 800.000 personen een beroep doen op dit soort zorg. Dat is een groei van 27% ten opzichte van 2010.

Het SCP doet in haar ramingsrapport geen expliciete uitspraak over de gevolgen voor de thuiszorg van de vergrijzing op zich zelf [11]. Maar inclusief de niet-demografische ontwikkelingen gaat het SCP uit van een groei van ongeveer 17% voor de periode 2010-2020.

Zowel in 2005 als 2010 werd ongeveer 10% van de thuiszorg besteed aan personen jonger dan 55 jaar. Aan degenen met een leeftijd van 55-64 jaar werd 9% van de zorg besteed. Ongeveer 40% werd besteed aan personen met een leeftijd van 75-84 jaar.

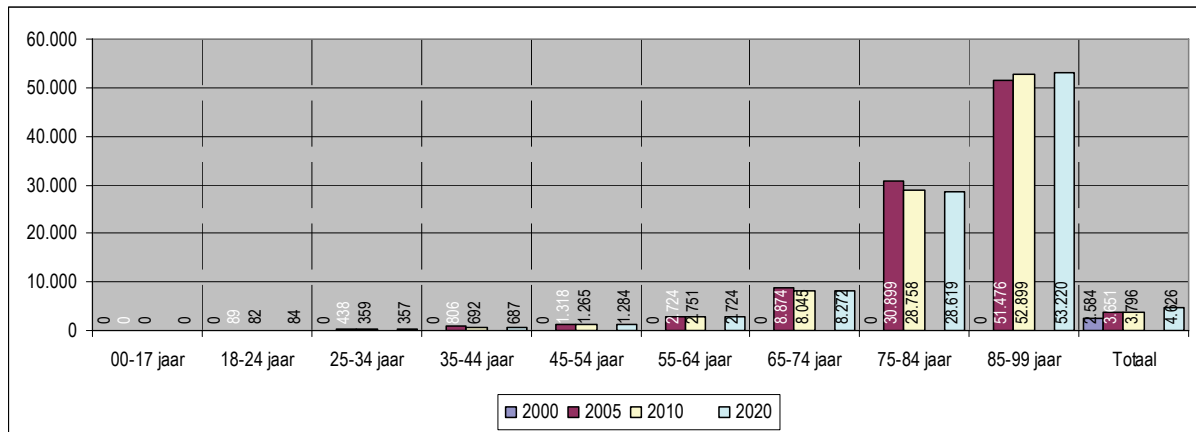
*Figuur 3.9: Aantal personen dat thuiszorg ontvangt waarvan de kosten ten laste komen van de AWBZ/Wmo en waarvoor een eigen bijdrage is betaald naar jaar per leeftijdsgroep (absoluut en relatief binnen elk jaar)*



Bron voor 2005 en 2010: CBS, statline, Gezondheid en welzijn; Gezondheid en zorggebruik; AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg; Zorg zonder verblijf; leeftijd en geslacht. Bewerking: NIVEL. Nb: voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2010; gegevens voor 2000 zijn niet beschikbaar

Van alle personen van 85 jaar en ouder ontvangt iets meer dan de helft AWBZ/Wmo gefinancierde thuiszorg (zie *Figuur 3.10*). Bij de 75-84-jarigen gaat het om ongeveer 30% en bij de 65-74-jarigen om 8%. In de jongere leeftijdsgroepen is het aandeel dat dit soort zorg ontvangt ergens tussen de 0,1% en 1%.

*Figuur 3.10: Aantal personen dat thuiszorg ontvangt waarvan de kosten ten laste komen van de AWBZ/Wmo en waarvoor een eigen bijdrage is betaald per 100.000 inwoners per jaar naar leeftijdsgroep (relatief binnen elk jaar)*



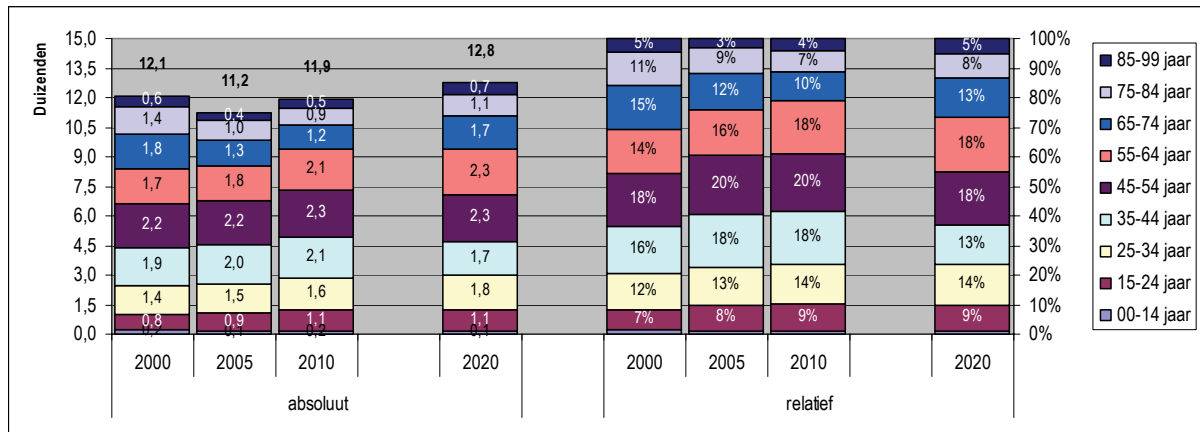
Bron voor 2005 en 2010: CBS, statline, Gezondheid en welzijn; Gezondheid en zorggebruik; AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg; Zorg zonder verblijf; leeftijd en geslacht. Bewerking: NIVEL. Nb: voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2010; gegevens voor 2000 zijn niet beschikbaar

### 3.3.4 Volumeontwikkelingen in de GGZ-sector

#### Intramurale zorg in psychiatrische ziekenhuizen

Het aantal personen dat permanent is opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen, is in de afgelopen jaren eerst wat gedaald om daarna weer wat te stijgen: van 12.100 via 11.200 naar 11.900 (zie *Figuur 3.11*). Op basis van de demografische ontwikkelingen in de bevolking kan het aantal in psychiatrische ziekenhuizen permanent opgenomen personen in 2020 geschat worden op ongeveer 12.800. Dat is een groei van 7% ten opzichte van 2010. De verwachte groei in verband met demografische ontwikkelingen is met 7% dus maar iets groter dan de groei van 4% in het aantal inwoners van Nederland. Dat komt omdat de leeftijdsverdeling van de permanent opgenomen personen niet erg afwijkt van de leeftijdsverdeling van de gehele bevolking.

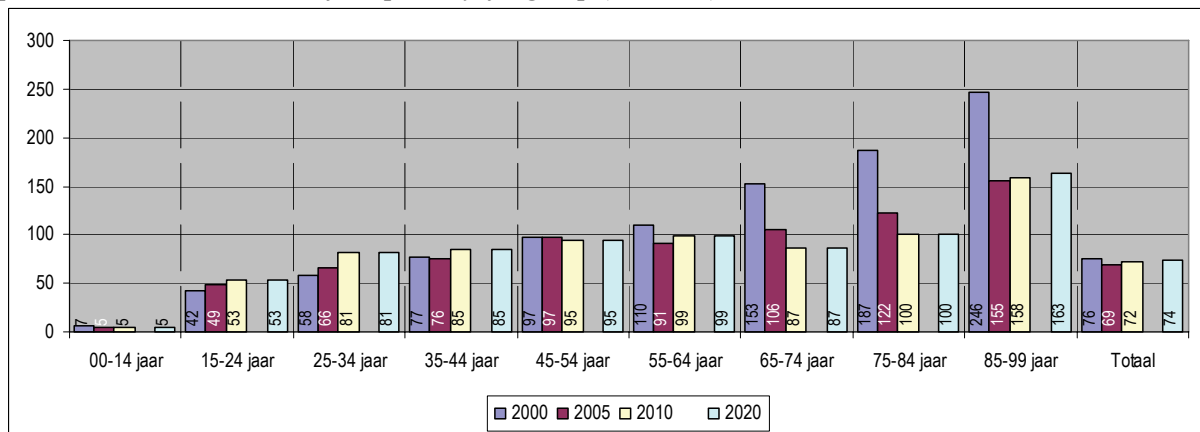
Figuur 3.11: Aantal volgens het GBA per 1/1 in psychiatrische ziekenhuizen woonachtige personen naar jaar per leeftijdsgroep (absoluut en relatief binnen elk jaar)



Bron voor 2000, 2005 en 2010: CBS, statline, Bevolking; Huishoudens; Personen in institutionele huishoudens. Bewerking: NIVEL. Nb: voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2010.

In de leeftijdspecifieke cijfers over het aantal permanent in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen personen per 100.000 inwoners vallen de relatief hoge aantallen in het jaar 2000 op voor de leeftijdsgroepen vanaf 65 jaar (Figuur 3.12). Voor 2005 en 2010 zijn de aantallen in deze leeftijdsgroepen veel lager. In 2010 blijkt verder dat het aantal opgenomen personen per 100.000 inwoners vrijwel gelijk is voor alle leeftijdsgroepen vanaf 25 jaar tot en met 84 jaar.

Figuur 3.12: Aantal volgens het GBA per 1/1 in psychiatrische ziekenhuizen woonachtige personen per 100.000 inwoners naar jaar per leeftijdsgroep (absoluut)



Bron voor 2000, 2005 en 2010: CBS, statline, Bevolking; Huishoudens; Personen in institutionele huishoudens. Bewerking: NIVEL. Nb: voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2010.

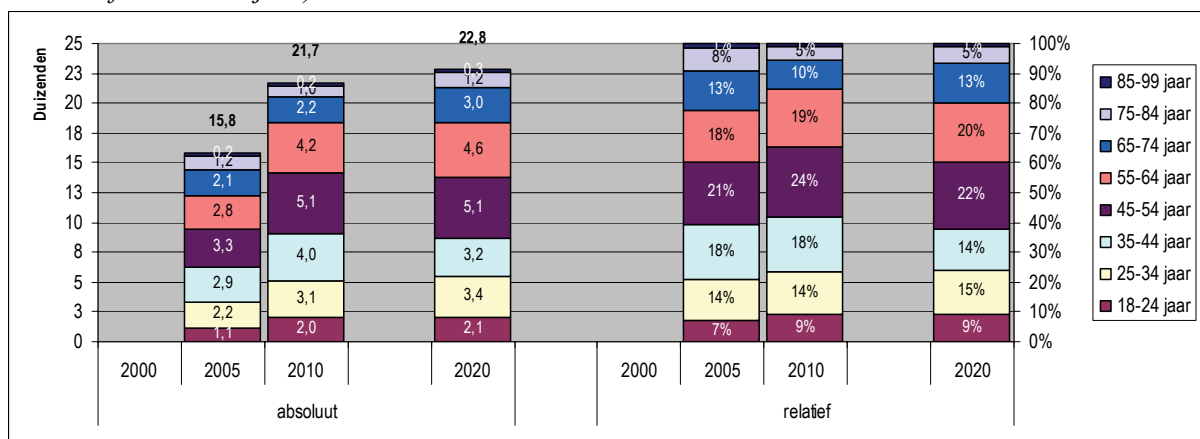
### Intramurale zorg in de gehele GGZ-sector (inclusief ‘beschermd wonen’)

Het totaal aantal in GGZ-instellingen opgenomen personen van 18 jaar en ouder is gestegen van 15.500 in 2005 naar 21.700 personen in 2010 (Figuur 3.13). Kennelijk is het aantal tijdelijke bewoners veel sterker gestegen dan het aantal permanente bewoners. Projectie van het huidige gebruik op de toekomstige bevolking leidt tot de conclusie dat er in 2020 22.800 bewoners verwacht mogen worden op basis van de demografische ont-

wikkelingen. Dat is een groei van 5% ten opzichte van 2010. De groei van het totaal aantal bewoners van GGZ-instellingen is met 5% nog iets meer in lijn met de ontwikkeling van de totale bevolkingsomvang en iets lager dan de verwachte groei van 7% voor het aantal permanente bewoners.

Cijfers van GGZ-Nederland over het aantal “klinische verpleegdagen” en het aantal “verzorgingsdagen beschermd wonen” in GGZ-voorzieningen in 2009 [43], wijzen overigens op een gemiddeld aantal per dag van ongeveer 20.000 klinisch opgenomen patiënten en ongeveer 10.000 personen die in een kleinschalige (beschermd wonen) voorziening verblijven.

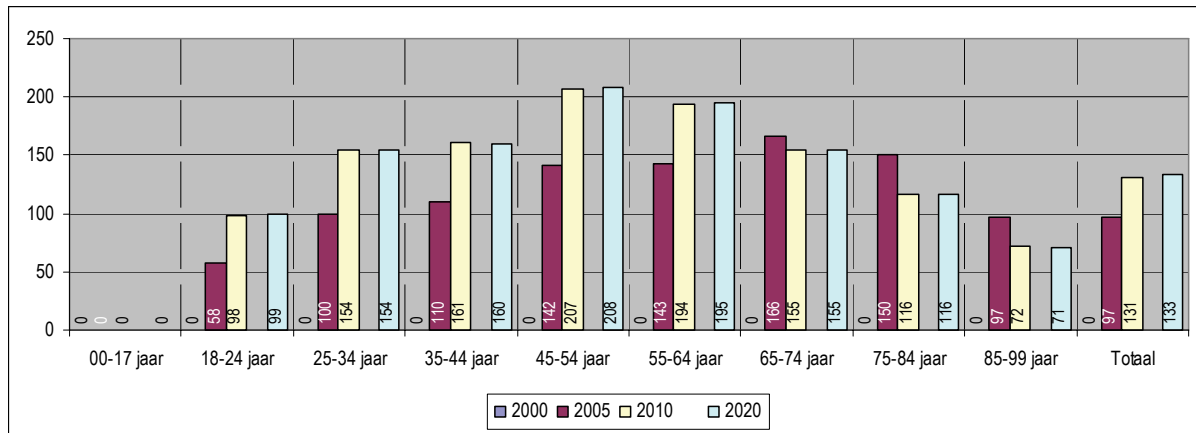
*Figuur 3.13: Aantal per 1/1 in GGZ-instellingen opgenomen personen waarvan de kosten ten laste komen van de AWBZ en waarvoor een eigen bijdrage is betaald naar jaar per leeftijdsgroep (absoluut en relatief binnen elk jaar)*



Bron voor 2005 en 2010: CBS, statline, Gezondheid en welzijn; Gezondheid en zorggebruik; AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg; Zorg met verblijf; leeftijd en geslacht. Bewerking: NIVEL. Nb: de cijfers betreffen feitelijk de stand per 24 december van het voorafgaande jaar; voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2010; gegevens voor 2000 zijn niet beschikbaar.

Voor het totaal aantal opgenomen personen in de GGZ-instellingen is te zien dat de toename in het aantal tussen 2005 en 2010 vooral zit in de leeftijdsgroepen tot 65 jaar (zie *Figuur 3.14*).

Figuur 3.14: Aantal per 1/1 in GGZ-instellingen opgenomen personen waarvan de kosten ten laste komen van de AWBZ en waarvoor een eigen bijdrage is betaald per 100.000 inwoners naar jaar per leeftijdsgroep (absoluut)



Bron voor 2005 en 2010: CBS, statline, Gezondheid en welzijn; Gezondheid en zorggebruik; AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg; Zorg met verblijf, leeftijd en geslacht. Bewerking: NIVEL. Nb: de cijfers betreffen feitelijk de stand per 24 december van het voorafgaande jaar; voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2010; gegevens voor 2000 zijn niet beschikbaar.

### Extramurale zorg

In de GGZ-instellingen wordt veel zorg aan niet-opgenomen personen geleverd in de vorm van onder andere begeleiding en activering. In de bestudeerde publicaties en bronnen wordt echter niet vermeld aan hoeveel personen deze zorg wordt gegeven.

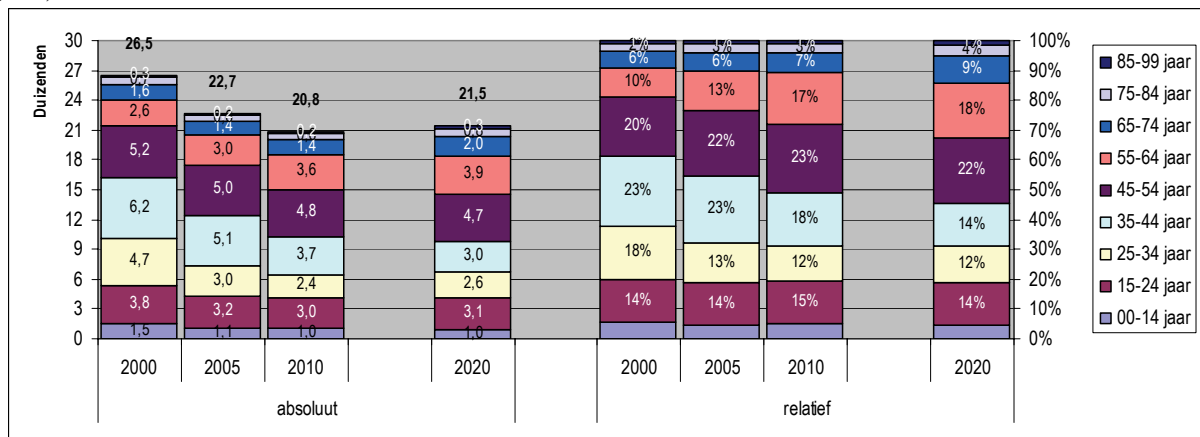
### 3.3.5 Volumeontwikkelingen in de gehandicaptensector

#### Zorg in instellingen of voorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking

Op basis van een publicatie van het SCP [12] kan geconcludeerd worden dat er in 2002 ongeveer 103.000 mensen met een verstandelijke beperking waren, waarvan 50.000 met een lichte of matige verstandelijke beperking (IQ 50-80) en 53.000 met een ernstige verstandelijke beperking (IQ <50).

Het aantal personen dat permanent verblijft in instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, is in de afgelopen jaren fors gedaald. Het aantal is namelijk teruggelopen van 26.500 personen in het jaar 2000 tot 20.000 in 2010 (zie *Figuur 3.15*). Voor 2020 kan een aantal van ongeveer 21.500 personen verwacht worden. Voor 2020 mag dus op basis van demografische ontwikkelingen verwacht worden dat er dan ongeveer 3% meer personen zijn opgenomen in instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking dan in 2010. Onder voornoemde cijfers en percentages vallen mogelijk ook (deels) de mensen die verblijven in een kleinschalige woonvorm gekoppeld aan een intramurale instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. In totaal waren er volgens het SCP 36.500 personen die gebruik maakten van ‘verzorgd wonen’ en 18.500 van ‘begeleid wonen’.

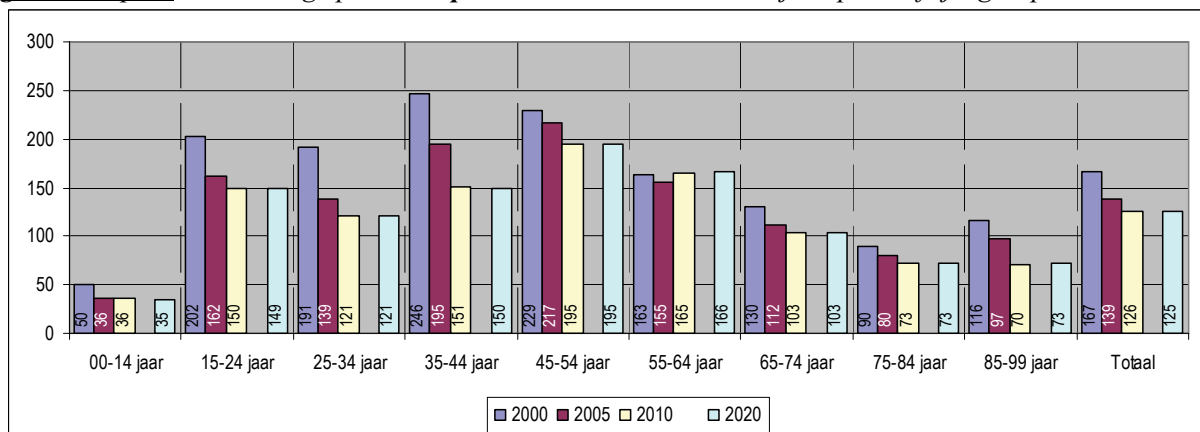
Figuur 3.15: Aantal volgens het GBA per 1/1 in instellingen/voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten woonachtige personen naar jaar per leeftijdsgroep (absoluut en relatief binnen elk jaar)



Bron voor 2000, 2005 en 2010: CBS, statline, Bevolking; Huishoudens; Personen in institutionele huishoudens. Bewerking: NIVEL. Nb: voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2010.

Uitgedrukt in het aantal permanent in deze instellingen/voorzieningen verblijvende mensen met een verstandelijke beperking per 100.000 inwoners in elke leeftijdsgroep (zie *Figuur 3.16*), is nog eens expliciet te zien dat in deze sector de piek in het relatieve aantal opgenomen personen niet ligt bij de ouderen (en zeker niet bij de inwoners vanaf 75 jaar), maar bij de inwoners van middelbare leeftijd (45-54 en 55-64 jaar). Ook bij de adolescenten (15-24 jaar) en bij de jong volwassenen (25-34 en 35-44 jaar) zijn de opnamecijfers hoger dan bij degenen van 65 jaar en ouder. Bij de interpretatie van deze cijfers moet rekening gehouden worden met het feit dat de levensverwachting van mensen met een verstandelijke beperking lager is dan van de algemene bevolking.

Figuur 3.16: Aantal volgens het GBA per 1/1 in instellingen/voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten woonachtige personen per 100.000 inwoners naar jaar per leeftijdsgroep



Bron voor 2000, 2005 en 2010: CBS, statline, Bevolking; Huishoudens; Personen in institutionele huishoudens. Bewerking: NIVEL. Nb: voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2010.



### Extramurale zorg voor mensen met een verstandelijke beperking

Volgens het SCP [12] waren er in 2002 naast de 55.000 personen ‘met verblijf’ nog eens 13.000 personen die gebruik maakten van de ‘dagbesteding’ en 9.000 die andere vormen van zorg ontvingen, zoals begeleiding in de eigen woning.

### Ontwikkeling totale zorg voor mensen met een verstandelijke beperking

Samen waren er volgens het SCP dus 77.000 cliënten in 2002 [12]. Dit betekent dat maximaal ongeveer  $\frac{3}{4}$  van alle mensen met een verstandelijke beperking enigerlei vorm van zorg vanuit de verstandelijk gehandicaptensector kreeg.

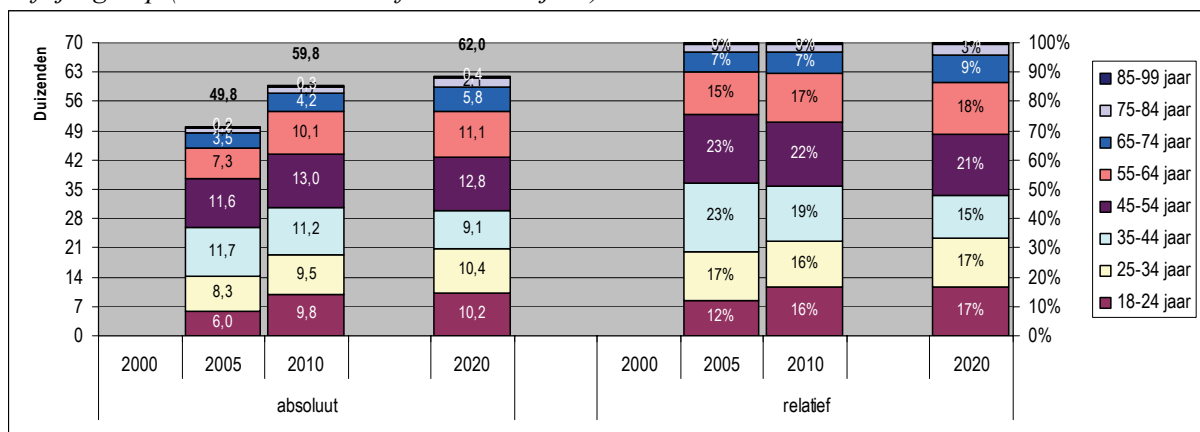
Voor de jaren 2010 en 2020 werd door het SCP verwacht dat er respectievelijk ongeveer 105.000 en 104.000 mensen met een verstandelijke beperking zullen zijn [12]. Tussen 2010 en 2020 neemt het aantal mensen met een verstandelijke beperking dus met ongeveer 1% af. Voor een ‘traditioneel’ scenario werd door het SCP dan ook een daling met 1% verwacht. Maar door een toename van het aandeel dat daadwerkelijk zorg gebruikt, of door culturele veranderingen, kan de zorgvraag ook toenemen met ongeveer 10-15%, of zelfs met meer dan 33% toenemen. Daarbij zal waarschijnlijk eerdere sprake zijn van een grote toename in de ambulante zorgverlening dan in de zorg ‘met verblijf’.

In de raming van het Capaciteitsorgaan voor de Artsen Verstandelijk Gehandicapten [15], wordt uitgegaan van een demografisch effect van 0% voor de periode 2010-2020.

### Intramurale zorg voor mensen met een verstandelijke en lichamelijke beperking

Inclusief de personen die eventueel tijdelijk verblijven in instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, maar ook inclusief de personen die permanent of tijdelijk verblijven in instellingen voor lichamelijk gehandicapten, is het aantal bewoners gestegen van bijna 50.000 in 2005 naar bijna 60.000 in 2010 (zie *Figuur 3.17*). Voor 2020 wordt een totaal aantal van 62.000 bewoners verwacht.

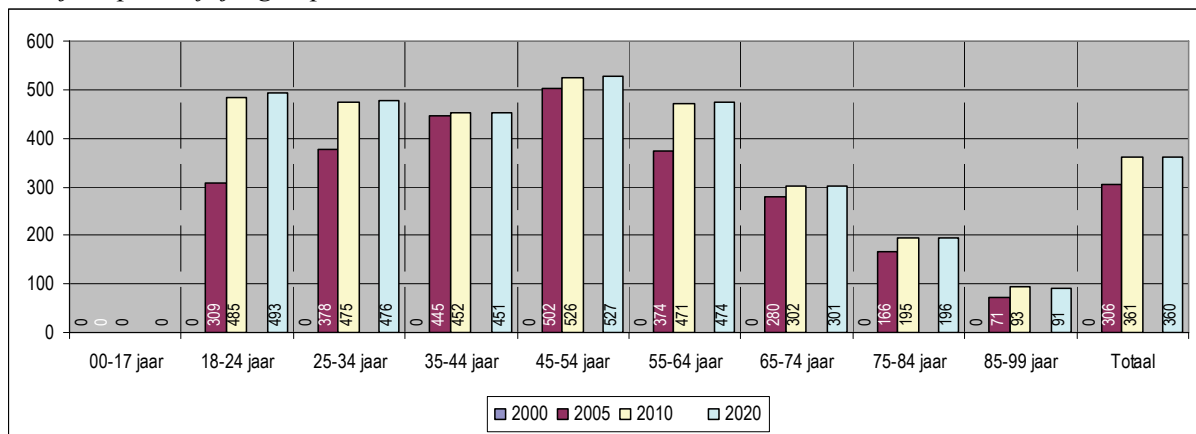
*Figuur 3.17: Aantal per 1/1 in instellingen voor gehandicapten opgenomen personen waarvan de kosten ten laste komen van de AWBZ en waarvoor een eigen bijdrage is betaald naar jaar per leeftijdsgroep (absoluut en relatief binnen elk jaar)*



Bron voor 2005 en 2010: CBS, statline, Gezondheid en welzijn; Gezondheid en zorggebruik; AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg; Zorg met verblijf, leeftijd en geslacht. Bewerking: NIVEL. Nb: de cijfers betreffen feitelijk de stand per 24 december van het voorafgaande jaar; voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2010; gegevens voor 2000 zijn niet beschikbaar.

De data over het leeftijdspecifieke gebruik (zie *Figuur 3.18*) lijken te wijzen op een toename van het gebruik bij vooral de 18-24-jarigen (van 309 naar 485 opgenomen personen per 100.000 inwoners) en in iets mindere mate bij de 25-34-jarigen (van 378 naar 475) en de 55-64-jarigen (van 374 naar 471). In de overige leeftijdsgroepen is er weliswaar ook sprake van een toename, maar die is veel geringer. Voor bijvoorbeeld de groep van 35-44-jarigen was het aantal in 2005 445 per 100.000 inwoners en in 2010 was het 452.

*Figuur 3.18: Aantal per 1/1 in instellingen voor gehandicapten opgenomen personen waarvan de kosten ten laste komen van de AWBZ en waarvoor een eigen bijdrage is betaald per 100.000 inwoners naar jaar per leeftijdsgroep*



Bron voor 2005 en 2010: CBS, statline, Gezondheid en welzijn; Gezondheid en zorggebruik; AWBZ/Wmo-gefinancierde zorg; Zorg met verblijf; leeftijd en geslacht. Bewerking: NIVEL. Nb: de cijfers betreffen feitelijk de stand per 24 december van het voorafgaande jaar; voor 2020 is gebruik gemaakt van de bevolkingscijfers van 2020, gecombineerd met de gebruikscijfers van 2010; gegevens voor 2000 zijn niet beschikbaar.

Volgens het SCP [12], werd in 2002 overigens 80% van de kosten voor de gehele sector gehandicaptenzorg besteed aan de verstandelijk gehandicaptensector.

Volgens de zorgatlas [37], waren er in 2003 in totaal 3.715 plaatsen voor lichamelijk gehandicapten en 56.309 plaatsen voor mensen met een verstandelijke beperking.

### Extramurale zorg

De instellingen voor gehandicapten leveren ook extramurale zorg aan cliënten. Er zijn ruwweg 2.200 plaatsen voor de dagbesteding van lichamelijk gehandicapten en 17.500 plaatsen voor dagbesteding van mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast worden ook nog andere vormen van ambulante zorg verleend, zoals begeleiding en diagnosestelling. Onbekend is echter om hoeveel geleverde zorg het gaat.

### 3.3.6 Volumeontwikkelingen in de publieke gezondheidszorg

De publieke gezondheidszorg is per definitie extramuraal. De voornaamste taakgebieden zijn jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding en collectieve preventie [38]. Binnen de infectieziektebestrijding kan nog specifiek melding gemaakt worden van de tuberculo-

sebestrijding en de bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen. Onder de noemer van de collectieve preventie valt ook de reizigersadvisering.

Uit de bestudeerde bronnen kan geen overzicht gemaakt van (ontwikkelingen in) het volume aan publieke gezondheidszorg. Wel is duidelijk dat het aandeel voor publieke gezondheidszorg in het totale budget voor de zorg bescheiden is qua omvang. Het gaat om ongeveer 1% van de totale kosten [44].

Voor wat betreft de jeugdgezondheidszorg kan overigens wel gesteld worden dat deze – via de consultatiebureaus – vrijwel alle nul-jarigen bereikt. Naarmate kinderen ouder worden wordt een afnemend deel bereikt. Ook blijkt 95% van de kinderen bereikt te worden in het kader van het nationale vaccinatieprogramma [38].

Door het RIVM is berekend dat demografische ontwikkelingen een impact hebben van ongeveer 1% groei per 10 jaar voor de totale uitgaven voor ‘publieke gezondheidszorg en preventie’ in de zogeheten Zorgrekeningen [44].

De gevolgen van demografische ontwikkelingen voor specifiek de jeugdgezondheidszorg hebben uiteraard vooral te maken met het afnemend aantal geboortes en het totaal aantal kinderen. Door het Capaciteitsorgaan wordt uitgegaan van een afname van de vraag naar jeugdartsen van -5% voor de periode 2010-2020 [15]; mede op grond daarvan kan verwacht kan worden dat ook de vraag naar het aantal verpleegkundigen werkzaam in deze sector de komende jaren niet zal toenemen.

### **3.4 Ontwikkelingen van invloed op de zorgvraag**

Nu we hiervoor de omvang of het volume van de zorgvraag in kaart hebben gebracht, richt deze paragraaf zich op ontwikkelingen die de aard of de omvang van de vraag naar zorg zullen beïnvloeden.

#### **Epidemiologische ontwikkelingen**

Met de rapporten van het RIVM als basisreferentie geven veel studies aan dat de aard van de zorgvraag in Nederland door verschillende epidemiologische ontwikkelingen zal veranderen en dat het aanbod daarop moet worden aangepast. Daarbij gaat het vooral om de uitdagingen die de toename van chronische ziekten en comorbiditeit [2,3,26] met zich mee brengen. De groep mensen die aan kanker, hart- en vaatziekten, beroerte, diabetes mellitus, COPD, Parkinson, artrose, osteoporose en/of dementie lijden zal de komende decennia sterk groeien. Verschillende rapporten [20,26,69] wijzen erop dat de sterke toename van het aantal chronisch zieken gepaard moet gaan met meer aandacht voor preventie. Beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging zijn van oudsher sterk gericht op het overnemen van zorgtaken van de patiënt, terwijl het ontstaan en beloop van veel chronische aandoeningen wordt beïnvloed door gedrag (bijvoorbeeld ongezond eten en weinig bewegen).

Het RIVM [3] en bijvoorbeeld ook het SCP [11] hebben tevens gesignaleerd dat de verhouding gezonde/ongezonde levensjaren aan het verbeteren is. Ouderen van de toekomst zullen langer gezond zijn dan de ouderen van nu. Ook in dat kader wordt bijvoorbeeld door de RVZ benadrukt dat preventieve taken van steeds groter belang worden [19]. Met preventie is gezondheidswinst te halen en zou ook de vraag naar zorgpersoneel verlaagd kunnen worden.

Daarnaast wijst de RVZ [20] er op dat het door de toename van het aantal mensen met een chronische ziekte en comorbiditeit ook van belang is om meer aandacht te hebben voor het bevorderen van zelfmanagement. Mede vanuit het oogpunt van de toenemende schaarste aan personeel zullen zorgvragers zelf zoveel mogelijk verantwoordelijkheid moeten nemen voor hun eigen gezondheid en moeten ze op een adequate manier omgaan met de gevolgen van hun ziekte in het dagelijks leven. Met name van verpleegkundigen op HBO-niveau en van verpleegkundig specialisten wordt verwacht dat ze patiënten meer en meer gaan begeleiden bij het omgaan met de gevolgen van de aandoening in het dagelijks leven.

### **Beleidsmatige/financiële ontwikkelingen**

Financiële maatregelen vormen instrumenten die de overheid gebruikt om de groeiende zorgvraag af te remmen en ook de aard van de zorgvraag te beïnvloeden. In een recente beleidsbrief van de minister en staatssecretaris van VWS [67] wordt het voornemen uitgesproken om gemeenten zelf te laten bepalen wanneer een burger voor een Persoonsgebonden budget (PGB) in aanmerking komt. Ook de functie begeleiding zal vanuit de AWBZ gedecentraliseerd worden naar gemeenten. Mede daardoor worden meer en meer voorzieningen geconcentreerd bij gemeenten. Gemeenten kunnen lokaal en individueel maatwerk verzorgen en daardoor ook beter aansluiten op de eigen kracht van mensen en van de samenleving.

Daarnaast komt de uitvoering van de AWBZ per 2013 in handen van de verzekeraars die nu de Zvw uitvoeren. Dit zou onder meer de keuzevrijheid voor de patiënt moeten bevorderen. De verzekeraar wordt het aanspreekpunt, wat de patiënt meer inspraak zou moeten geven doordat de zorgverzekeraar rechtstreeks aanspreekbaar is en de patiënt de keuze heeft jaarlijks te veranderen van zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zou met de uitvoering van de AWBZ de samenhang tussen cure (Zvw) en care (AWBZ) verbeteren.

### **Sociaal-culturele ontwikkelingen**

Daarnaast dragen ook sociaal-culturele ontwikkelingen bij aan verandering in de aard van de zorgvraag. Deze trends bepalen mede met welke ‘concrete’ zorgvraag zij zorgverleners confronteren.

Toenemende mondigheid, al dan niet gerelateerd aan een steeds hoger opleidingsniveau, is een relatief vaak genoemde sociaal-culturele factor waardoor de aard van de zorgvraag verandert [1,15]. Zeker is dat de patiënt steeds meer mogelijkheden krijgt – zeker ook via internet – om zich te informeren over zorgmogelijkheden. Daardoor worden mogelijk

steeds meer eisen aan de zorg zelf gesteld, aan de behandel mogelijkheden, technologie, medicatie, maar ook aan de informatievoorziening en communicatie over zorg.

Maar ook blijkt uit rapporten van het SCP dat huidige en toekomstige zorgvragers in Nederland zich realiseren dat het aanbod aan zorg in Nederland niet oneindig beschikbaar en betaalbaar is [10,11]. Men is erop voorbereid dat er tijden komen waarin men wellicht de eisen aan de zorg moet bijstellen.

Een andere belangrijke sociaal-culturele ontwikkeling is de groeiende arbeidsmarktparticipatie van vrouwen in relatie tot de verwachte toenemende tekorten aan mantelzorg [8,20]. Een andere oorzaak van tekorten in mantelzorg is dat de traditionele steunnetwerken, zoals familie in de buurt, mensen uit dezelfde wijk of de kerk de afgelopen decennia kleiner zijn geworden. De verwachting is dat de beschikbaarheid van mantelzorg niet in de tred zal blijven van de groeiende vraag ernaar. Dat zal betekenen dat voor zorgtaken die veel door mantelzorgers worden gedaan (bijvoorbeeld huishoudelijke taken) meer een beroep gedaan zal worden op bijvoorbeeld zorg hulpen.

Tevens zal naar verwachting de zorgvraag gevarieerder worden door de toename van het aantal niet-westerse allochtonen [20]. De komende decennia zal de eerste generatie die in veel gevallen tussen 1965 en 1980 naar Nederland is gekomen bejaard worden. Uit recent onderzoek is bekend dat oudere migranten dezelfde basisbehoeften hebben aan bijvoorbeeld veiligheid en sociale contacten als andere ouderen. De gewenste invulling is echter wel vaak specifiek en kan botsen met het zorgaanbod, door verschillen in taal, andere eetgewoontes of opvattingen over hygiëne [45].

Verder is een ontwikkeling te zien dat patiënten zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen [67]. De wens van ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen, heeft implicaties voor het afstemmen van zorg, welzijn en wonen. De zorgvraag van ouderen zal dus niet alleen in volume toenemen, ze zal met de nieuwe generatie ouderen ook hogere eisen stellen zowel wat betreft de omvang, inhoud als de organisatorische afstemming.

Er zijn overigens ook ontwikkelingen die de groei van de zorgvraag kunnen dempen, zoals de stijging van het opleidingsniveau. In het algemeen hebben hoogopgeleiden een gezondere levensstijl en daardoor een lagere zorgconsumptie [10]. Met deze sociaal-culturele ontwikkeling wordt in demografische projecties zoals uitgevoerd in dit hoofdstuk geen rekening gehouden.

Daarnaast moeten we ook rekening houden met de verwachting dat de ouderen van straks waarschijnlijk langer gezonder zullen blijven dan de ouderen van nu. De stijging van de gemiddelde leeftijd gaat samen met een toenemend aantal gezonde levensjaren [3]. Met deze epidemiologische ontwikkeling wordt in demografische projecties geen rekening gehouden.

Ten slotte moet de verdergaande verschuiving van intramurale zorg naar zorg thuis genoemd worden. In dit hoofdstuk hebben we gezien dat voor de algemene ziekenhuizen, de

verpleeg- en verzorgingshuizen en de psychiatrische ziekenhuizen geldt dat de ontwikkeling in het aantal opgenomen personen kleiner was dan op basis van demografische ontwikkelingen verwacht had mogen worden. Dat zal in de toekomst waarschijnlijk ook nog zo zijn, omdat aan bijvoorbeeld de verlaging van de ligduur in de ziekenhuizen nog geen einde is gekomen. Daarbij moet wel aangetekend worden dat de intensiteit en complexiteit van de zorg tijdens de opnamen waarschijnlijk omhoog is gegaan.

### **3.5 Kernpunten**

De aard van de zorgvraag laat zich beschrijven aan de hand van de indeling: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging, behandeling, verblijf en preventie. Deze indeling geeft een algemeen beeld van de vraag naar zorg zoals verleend door verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden. Maar er zijn daarbij uiteraard accentverschillen per beroepsgroep. De helpenden/zorghulpen zijn het meest actief in de huishoudelijke verzorging, de verzorgenden in de persoonlijke verzorging, de verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in zowel verpleging als begeleiding. Verpleegkundig specialisten richten zich daarnaast ook op de behandeling van de ziekte, binnen het eigen deskundigheidsgebied.

De vraag naar zorg zal de komende jaren groeien. Verwacht wordt dat sectoren die relatief veel met ouderen van doen hebben het meest geconfronteerd zullen worden met een sterk groeiende zorgvraag. Dat geldt vooral voor:

- De verpleeg- en verzorgingshuizen. Het grootste deel van de in verpleeg- en verzorgingshuizen opgenomen personen zijn immers ouderen: 94% is 65 jaar of ouder. De rekenexercitie die voor dit rapport is verricht, leidt tot de conclusie dat er puur vanwege demografische ontwikkelingen tussen 2010 en 2020 een toename van de zorgvraag van ongeveer 33% verwacht mag worden. Ook zijn er aanwijzingen dat in die sector de aard van de zorgvraag complexer zal worden: uit het recente rapport van het SCP [42] blijkt dat de bewoners meer dan voorheen vaker een chronische ziekte of een ernstige lichamelijke beperking hebben.
- De thuiszorg. Ook voor deze sector geldt dat het grootste deel van de personen waaraan zorg wordt verleend ouderen zijn: 82% is 65 jaar of ouder. De thuiszorg is daarmee dus wel iets minder exclusief gericht op ouderen dan de verpleeg- en verzorgingshuizen. Het verwachte vergrijzingseffect is daarom ook iets kleiner: 27% groei voor de vraag naar thuiszorg, tegenover 33% voor verpleeg- en verzorgingshuizen.
- De ziekenhuizen. In vergelijking met verpleeg- en verzorgingshuizen of de thuiszorg zijn ziekenhuizen minder ‘exclusief’ gericht op ouderen. Van alle opgenomen personen in ziekenhuizen, is “maar” 46% 65 jaar of ouder. Maar die 46% is altijd nog wel veel groter dan het aandeel van 15% voor de 65-plus groep in de bevolking. Daarom zal de vraag naar ziekenhuishuiszorg vanwege demografische ontwikkelingen ongeveer 16% groeien, bij een gelijktijdige groei van 4% in de omvang van de totale bevol-

king. Er is dus ook in de ziekenhuizen nog altijd een substantieel vergrijzingseffect te verwachten.

Daarnaast zijn er sectoren die minder door demografische ontwikkelingen in hun volume beïnvloed worden omdat ze minder ‘vergrijzingsgevoelig’ zijn, zoals de intramurale geeselijke gezondheidszorg en de intramurale gehandicaptenzorg.

In dit hoofdstuk hebben we ook laten zien dat belangrijke epidemiologische ontwikkelingen – met name de toename van chronische ziekten en comorbiditeit – zullen leiden tot een ‘versnelling’ van de groei van de zorgvraag.

Voor sociaal-culturele ontwikkelingen geldt dit ook. Hoewel dit niet kwantitatief te extrapoleren is, kan de groeiende groep mondige patiënten mogelijk leiden tot een toename van de zorgvraag.

Er zijn overigens ook sociaal-culturele ontwikkelingen die de groei van de zorgvraag kunnen dempen. Een van die ontwikkelingen betreft de stijging van het opleidingsniveau; hoger opgeleide mensen hebben gemiddeld een lagere zorgconsumptie.

Daarnaast zijn er ook sociaal-culturele ontwikkelingen die (eveneens) de aard van de zorgvraag zullen beïnvloeden. De zorgvraag kan complexer worden doordat mondige en hoog-opgeleide patiënten steeds meer verwachten van informatievoorziening, communicatie en samenwerking rond zorgprocessen.

Een andere sociaal-culturele en tevens demografische ontwikkeling betreft de eerste generatie allochtonen die binnen de Nederlandse samenleving eveneens vergrijst. Door taal- en culturele verschillen kan de zorgvraag meer divers van aard worden en zal er ook meer een beroep gedaan worden op communicatieve vaardigheden van zorgprofessionals.





## 4 Ontwikkelingen in het aanbod van zorg

### 4.1 Aard van het zorgaanbod

De aard van het zorgaanbod kan net als bij de aard van de zorgvraag (zie vorige hoofdstuk) ook onderverdeeld worden aan de hand van de indeling: preventie, huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende en activerende begeleiding, behandeling en verblijf. In de bestudeerde bronnen wordt het aanbod aan zorg echter ook vaak ingedeeld naar sectoren:

- Ziekenhuiszorg: intensieve, deels zeer geavanceerde somatische zorg voor zowel jongere als oudere patiënten met zowel acute als chronische klachten
- Verpleeg- en verzorgingshuiszorg: langdurende, meer of minder intensieve zorg voor vooral ouderen met chronische, somatische en/of psychogeriatrische klachten.
- Thuiszorg: zowel kort- als langdurende, meer of minder intensieve zorg voor veelal oudere patiënten met vaak chronische problematiek.
- GGZ-zorg: zowel kort- als langdurende, meer of minder intensieve zorg voor zowel jongere als oudere patiënten met acute of chronische psychische klachten .
- Gehandicaptenzorg: langdurende, meer of minder intensieve zorg voor zowel jongere als oudere patiënten met chronische somatische en/of cognitieve beperkingen .
- Zorg in andere sectoren: bijvoorbeeld in de welzijnssector en publieke gezondheidszorg, huisartsenpraktijken en gezondheidscentra.

Hierna gaan we in op ontwikkelingen die van invloed zijn op de omvang en/of aard van het zorgaanbod. De instroom, uitstroom en totale omvang van de vier centrale beroepsgroepen in dit rapport worden daartoe eerst kwantitatief beschreven. Daarna worden in meer kwalitatief opzicht een aantal trends in de aard van het zorgaanbod van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden. We verwijzen naar paragraaf 1.2 voor een ‘definitie’ van deze beroepsgroepen.

### 4.2 Omvang van het zorgaanbod

#### 4.2.1 *Instroom en uitstroom in de V&V-opleidingen*

##### **Instroom in de opleiding**

In 2009/2010 zijn ongeveer 34.500 personen begonnen met een V&V-opleiding [33] (zie *Figuur 4.1*). De meeste (iets meer dan 11.500) zijn gestart met een opleiding als helpende. Ook in de opleiding voor verzorgende zijn veel personen gestart (ongeveer 10.500 personen). Daarmee is reeds 64% van alle instroom getypeerd. De verpleegkundigen op

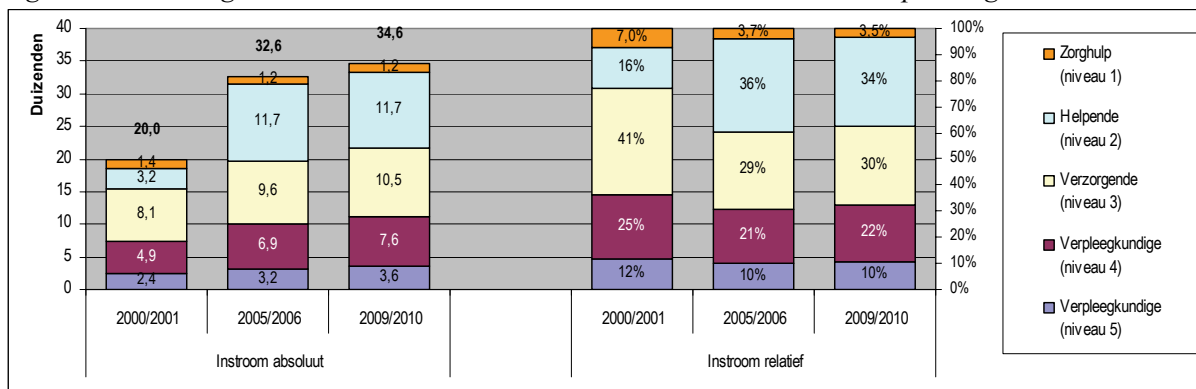
niveau 4 (7.600) en niveau 5 (3.600) vertegenwoordigen samen een aandeel van 32% in de instroom. De zorghulpen vormen een bescheiden aandeel van 3,5%.

Ten opzichte van 4 jaar eerder is de instroom in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen gegroeid, maar de instroom in de opleiding van helpenden en zorghulpen is ongeveer gelijk gebleven. Ten opzichte van 9 jaar geleden, is de instroom in vrijwel alle opleidingen enorm gestegen. De grote uitzondering daarbij is de opleiding voor zorghulp, die juist gekrompen is.

In *Figuur 4.1* ontbreekt overigens de instroom voor de verpleegkundig specialisten (c.q. de instroom in de Master Advanced Nursing Practice) aangezien de tijdreeks hiervoor niet vergelijkbaar in kaart kon worden gebracht. Wel is bekend dat het volgens de HBO-raad om 179 personen ging die aan de opleiding tot verpleegkundig specialist begonnen in het jaar 2004 [35]. Dit was opgelopen tot 283 personen in 2008.

Bij deze gegevens zou men zich de vraag kunnen stellen hoe de ontwikkelingen in de aantallen per opleiding zich verhouden tot de ontwikkelingen in de vraag. Met andere woorden: worden er nu voldoende of wellicht te veel of te weinig mensen opgeleid in de verschillende opleidingen? Het gaat daarbij dus ook expliciet om de verhouding in de aantallen per niveau. Die vraag is echter niet eenvoudig te beantwoorden en dat zal in dit rapport ook niet geprobeerd worden.

*Figuur 4.1: omvang instroom in 2000/2001, 2005/2006 en 2009/2010 naar opleiding*



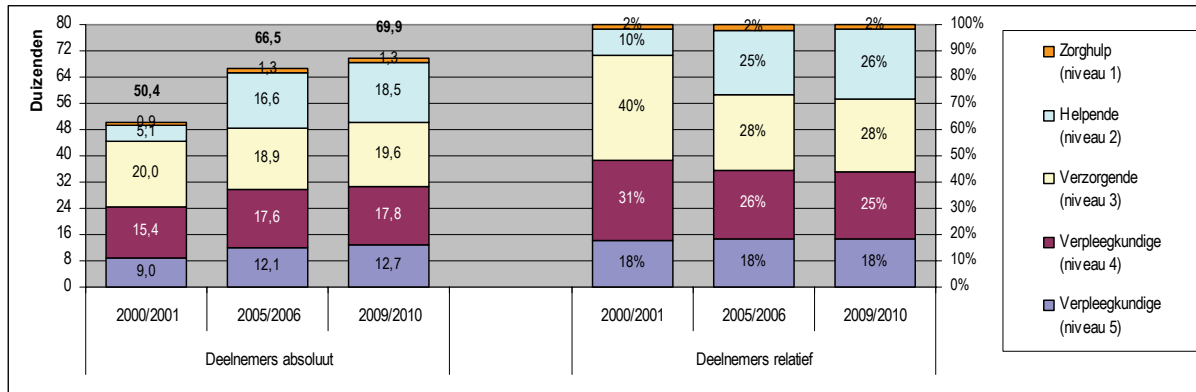
Bron: AZWinfo.nl [33]

### Totaal aantal in opleiding

In totaal waren er ongeveer 70.000 deelnemers aan de verschillende opleidingen (zie *Figuur 4.2*). Door het verschil in lengte van de diverse opleidingen (hoe hoger het niveau, hoe langer de opleiding), is het aantal deelnemers aan de verpleegkundige opleidingen relatief groot ten opzichte van de instroom. Bij een aandeel van 10% in de instroom, heeft de HBO-V opleiding een aandeel van 18% in de deelnemers. Voor de verpleegkundige basisopleiding op MBO-niveau gaat het om 22% van de instroom en 25% van de deelnemers. Bij de andere opleidingen is het aandeel in de deelnemers kleiner dan het aandeel in de instroom. Bij de helpenden gaat het bijvoorbeeld om 35% van de instroom, maar “slechts” om 26% van de deelnemers.

Het totaal aantal deelnemers aan de opleiding voor verpleegkundig specialist (c.q. het totaal aantal Nurse Practitioners in opleiding) was en is volgens de HBO-raad overigens ongeveer 400 [35].

Figuur 4.2: aantal deelnemers in 2000/2001, 2005/2006 en 2009/2010 naar opleiding



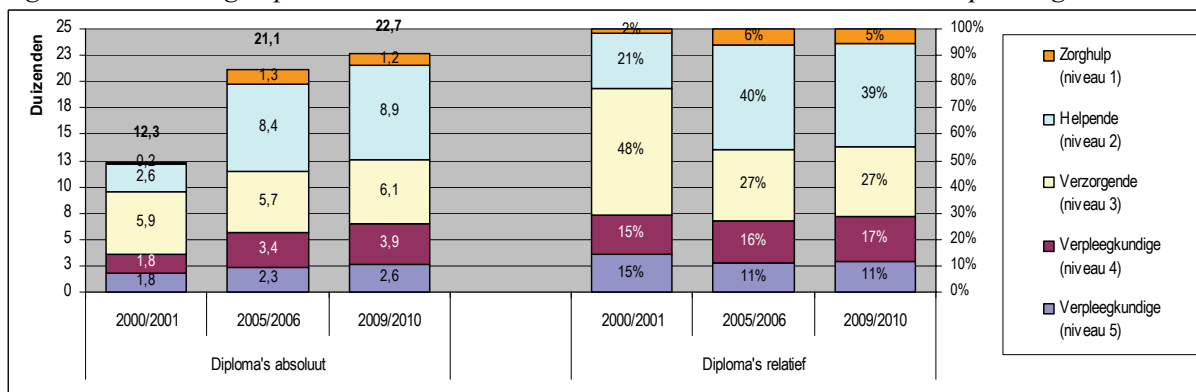
Bron: AZWinfo.nl [33]

### Gediplomeerde uitstroom

In Nederland behaalden in 2009/2010 iets meer dan 22.500 personen een diploma in een verpleegkundige of verzorgende opleiding (Figuur 4.3). Het grootste deel daarvan waren helpenden (8.600 diploma's), gevolgd voor verzorgenden (6.100 diploma's). Bij de gediplomeerde uitstroom is tussen 2000/2001 en 2005/2006 een lichte daling van het aandeel verpleegkundigen op niveau 5 te zien (van 15% naar 11%) en een sterke daling van het aandeel verzorgenden (van 48% naar 27%). Tegelijkertijd is er een stijging te zien van het aandeel helpenden: van 21% naar 40%. Deze veranderingen corresponderen met de veranderingen in de instroom in de opleiding.

Het aantal NP's dat afstudeerde in het jaar 2000, was nihil. In 2005 ging het om ongeveer 85 personen en in 2009 zal het zijn gegaan om naar schatting ongeveer 125 verpleegkundig specialisten [35].

Figuur 4.3: aantal gediplomeerden in 2000/2001, 2005/2006 en 2009/2010 naar opleiding



Bron: AZWinfo.nl [33]

### **Rendement van de opleidingen**

De opbrengst van de opleidingen kan beschreven worden als het interne en het externe rendement. Het interne rendement van de opleidingen is het aandeel van de instroom dat uiteindelijk gediplomeerd uitstroomt. Dat wordt ook het studierendement genoemd. Het externe rendement van de opleiding is het aandeel van de gediplomeerde uitstroom dat gaat werken in het beroep waarvoor ze zijn opgeleid. Dat wordt ook wel het sectorrendement genoemd.

Cijfers van de HBO-raad over het interne rendement van de HBO-V opleiding, laten zien dat het rendement 66% is [35]. Prismant [4] gebruikt overigens een intern rendement van 64% voor het HBO-V. Voor de MBO-opleiding tot verpleegkundige wordt door Prismant een intern rendement gemeld van eveneens ongeveer 64%. Zij melden voor verzorgenden een intern rendement van 67%, voor helpenden 76% en voor zorghulpen 79%. Vooral voor de helpenden en de zorghulpen is er overigens een groot verschil in intern rendement voor enerzijds de BBL- en anderzijds de BOL-leerweg.

Het externe rendement, of het sectorrendement, wordt door Prismant [4] afhankelijk van de leerweg geschat op 87%-95% voor het HBO-V, 68%-85% voor het MBO-onderwijs voor verpleegkundigen, 69%-89% voor verzorgenden, 25%-84% voor helpenden en 30%-62% voor zorghulpen.

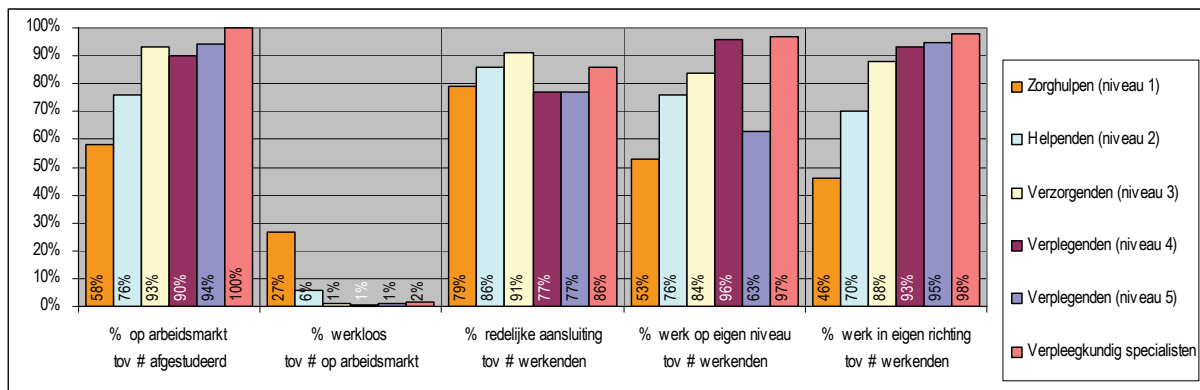
Het ROA geeft op haar website gedetailleerde informatie over de arbeidsmarktpositie van schoolverlaters [36].

Voor de zorghulpen die in de studie jaren 2005/'06 tot en met 2007/'08 zijn afgestudeerd blijkt anderhalf na afstuderen dat 58% zich heeft aangeboden op de arbeidsmarkt (zie *Figuur 4.4*). Van degenen die zich hebben aangeboden op de arbeidsmarkt, is 27% werkeloos. Van degenen die werken vindt 79% dat de aansluiting met de opleiding redelijk of goed is, 53% heeft werk op minimaal het eigen niveau en 46% heeft werk in de eigen richting. Dit alles betekent dat van alle afgestudeerde zorghulpen een minderheid daadwerkelijk als zorghulp aan het werk is. Er is overigens wel een kans dat het aandeel van 42% van de afgestudeerde zorghulpen dat zich überhaupt niet op de arbeidsmarkt bevindt, door is gestroomd naar een opleiding voor bijvoorbeeld helpende. Maar onduidelijk is hoe vaak dit daadwerkelijk gebeurt.

Voor de afgestudeerde verpleegkundig specialisten (afgestudeerd aan de MANP) zien we een geheel ander patroon. Van hen heeft 100% zich aangeboden op de arbeidsmarkt, 2% is werkeloos, 86% vindt dat er een goede of redelijke aansluiting is op de opleiding, 97% heeft werk op minimaal het eigen niveau en 98% heeft werk in de eigen richting.

Afgezien van de zwakke arbeidsmarktpositie van de zorghulpen en, in mindere mate, de helpenden, lijkt er een probleem te zijn het aandeel HBO-V opgeleide personen dat werk onder het eigen niveau doet. Van de HBO-V opgeleide personen die werken zegt 63% dat ze werk doen dat minimaal het eigen niveau vereist en 37% werkt dus min of meer onder het eigen niveau. Er lijkt dus sprake te zijn van onderbenutting van de HBO opgeleide verpleegkundigen.

Figuur 4.4: Positie anderhalf jaar na afstuderen naar opleiding, voor de afstudeerjaren 2005/'06 tot en met 2007/'08



Bron: ROA [36]; bewerking Nivel.

### Doorstroom tussen opleidingen

Zoals hiervoor bij het externe rendement al geconstateerd is, gaan niet alle gediplomeerde schoolverlaters aan het werk. Hierover zijn een aantal cijfers gepubliceerd door de HBO-raad en in samenwerking met de MBO-raad [35]. Daarbij gaat het om de aantallen MBO-gediplomeerden van een studiejaar die in het daaropvolgende jaar in het HBO zijn terug te vinden.

Voor het laatst beschikbare jaar (2007/2008) ging het in totaal om 3.937 personen met een verpleegkunde diploma op MBO-niveau. Daarvan was er in 2008/2009 11% terug te vinden in het HBO-V. Daarnaast zat nog 1% van de MBO-gediplomeerden in een andere HBO gezondheidszorg (HGZO) opleiding (zoals fysiotherapie). Dus in totaal was 12% doorgestroomd naar het HGZO. De totale doorstroom door verpleegkundigen vanuit het MBO naar het HBO was 16%. Voor de jaren 2005/2006 en 2006/2007 waren de cijfers en percentages iets lager: ongeveer 10% doorstroom naar HBO-V en ongeveer 14% doorstroom naar het HBO als geheel.

## 4.2.2 Instroom, doorstroom en uitstroom in de V&V-beroepen

### Aantal werkzame personen naar opleiding

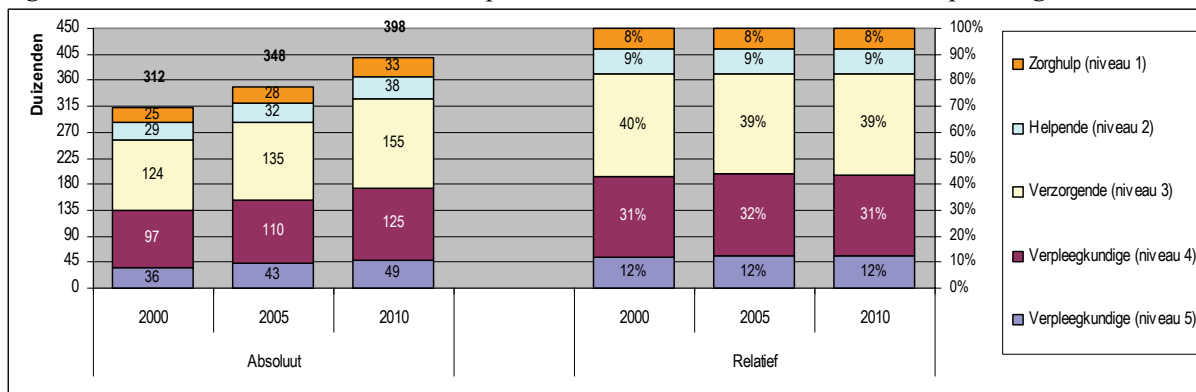
De volgende cijfers zijn gebaseerd op de laatste reeks cijfers die Prismant op [www.azwinfo.nl](http://www.azwinfo.nl) heeft gepubliceerd voor de periode 2004-2009. Actuele verschuivingen in de genoemde beroepen gedurende de laatste twee jaar kunnen daardoor nog niet zichtbaar zijn.

Er zijn in 2010 naar schatting en afgerond 400.000 werkzame personen met een V&V-opleiding (zie *Figuur 4.5*). Daarvan heeft 12% een opleiding als verpleegkundige op niveau 5, 31% een opleiding als verpleegkundige op niveau 4, 39% is opgeleid als verzorgende, 9% is opgeleid als helpende en 8% is opgeleid als zorghulp. De verpleegkundig specialisten, waarover hierna meer informatie gegeven wordt, zouden in *Figuur 4.5* nau-

welijks zichtbaar zijn, aangezien het om circa 0,25% van alle werkzame personen zou gaan.

In de periode vanaf 2000 is het aantal werkzame personen met een V&V-opleiding sterk gegroeid: van 312.000, via 349.000 naar 398.000. Er zijn in 10 jaar tijd dus grofweg 86.000 werkzame personen bijgekomen. Deze stijging heeft zich bij alle soorten opleidingen voorgedaan. De verdeling is daarom niet tot nauwelijks veranderd. Wellicht dat dit op termijn wel gaat gebeuren, gelet op de recente verschuivingen in de instroom in de opleidingen.

Figuur 4.5: Aantal en aandeel werkzame personen in 2000, 2005 en 2010 naar opleiding



Bron 2000: tabel 4.4 in [34]; 2005: [33] en [5]; 2010: gebaseerd op ontwikkeling 2004-2009 volgens [33] en [5].

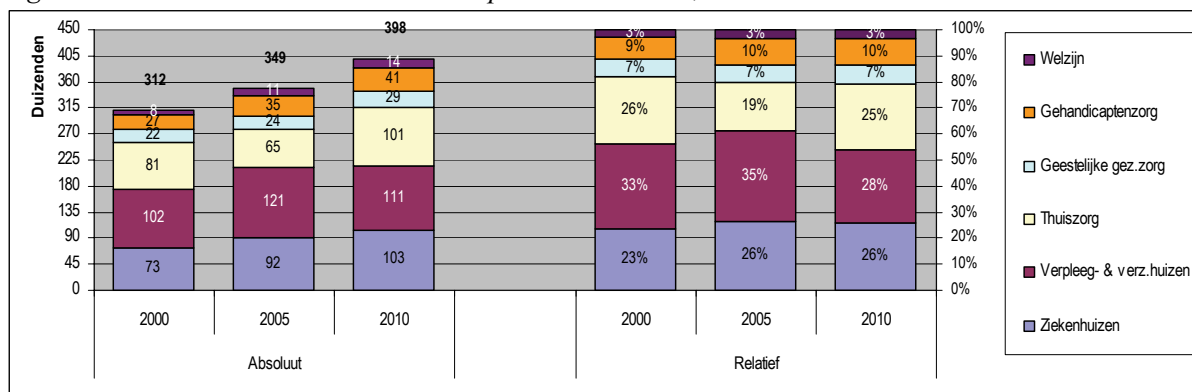
Binnen de groep van verpleegkundigen kan gekeken worden naar de verpleegkundig specialisten, voorheen de Nurse Practitioners. Deze verpleegkundig specialisten vallen in Figuur 4.5 onder de groep van verpleegkundigen op niveau 5 aangezien zij op HBO+-niveau zijn opgeleid. Halverwege 2011 waren er volgens het BIG-register 1.037 verpleegkundig specialisten geregistreerd. Grofweg is dat 2% van alle niveau-5-verpleegkundigen. Daarvan heeft het grootste deel intensieve zorg bij somatische aandoeningen als specialisme, namelijk 528 personen. Er zijn verder 220 verpleegkundig specialisten voor chronische zorg bij somatische aandoeningen, 204 voor geestelijke gezondheidszorg, 59 voor acute zorg bij somatische aandoeningen en 26 voor preventieve zorg bij somatische aandoeningen. In 2007 waren er overigens nog maar ongeveer 450 werkzame NP's [46]. Het aantal is dus in 4 jaar tijd minstens verdubbeld.

#### Aantal werkzame personen naar sector

De meeste werkzame personen met een V&V-opleiding (28%) zijn werkzaam in de sector van de verpleeg- en verzorgingshuizen; afgerond zo'n 110.000 (zie Figuur 4.6). In de sector ziekenhuizen werkt het op één na grootste aantal werkzame personen met een V&V-opleiding (20%), iets meer dan 100.000 personen, net als in de thuiszorg-sector. Daarnaast is ongeveer 7% werkzaam in de gehandicaptenzorg, 10% in de geestelijke gezondheidszorg en 3% in de Welzijnssector. Figuur 4.6 laat eveneens zien dat de verdeling tussen deze sectoren iets veranderd is in de loop van de tijd. Het aantal dat in de thuiszorg werkt, is eerst gedaald van 81.000 naar 65.000 om daarna weer te stijgen naar 101.000.

De ontwikkeling van het aantal dat in de verpleging- en verzorgingshuizen werkt, is precies omgekeerd: het is eerst gestegen van 102.000 naar 121.000 om daarna te dalen naar 111.000.

Figuur 4.6: Aantal en aandeel werkzame personen in 2000, 2005 en 2010 naar sector



Bron 2000: tabel 4.4 in [34]; 2005: [33] en [5]; 2010: gebaseerd op ontwikkeling 2004-2009 volgens [33] en [5].

Het is een belangrijke beperking dat dergelijke cijfers voor de sector openbare en preventieve gezondheidszorg niet in een zelfde tijdreeks beschikbaar zijn. Dit heeft deels te maken met het feit dat er verschillende (aanvullende) opleidingsroutes zijn, die tot instroom in verschillende beroepsprofielen in de openbare en preventieve gezondheidszorg leiden. En daarnaast gaat het ook nog eens om verschillende organisaties en instellingen waarvan de personeelsbestanden moeilijk op nationaal niveau te extraheren zijn.

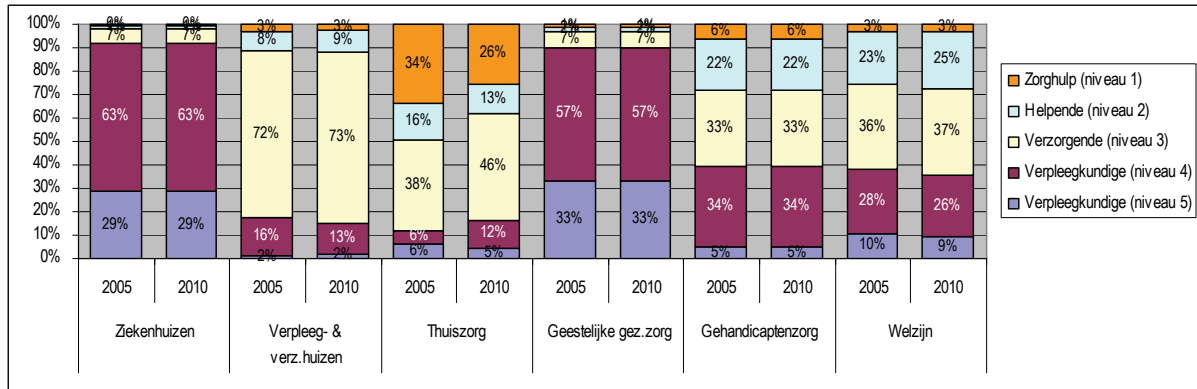
Enige cijfers zijn echter wel bekend. Het CBOG schatte in 2009 dat er, exclusief een beperkt aantal verpleegkundig specialisten preventieve zorg, minstens 2.400 verpleegkundigen werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg [47]. Verpleegkundigen kunnen zich vrijwillig in het Kwaliteitsregister V&V deskundigheidsgebied jeugdverpleegkunde, reizigersverpleegkunde of infectieziekten en preventieve zorg inschrijven, waarvoor aanvullende opleidingseisen eisen.

#### Aantal werkzame personen naar opleiding per sector

In de ziekenhuizen zijn de verpleegkundigen op niveau 4 met 63% veruit in de meerderheid (zie Figuur 4.7). De op één na grootste personeelscategorie in de ziekenhuizen zijn de verpleegkundigen op niveau 5, met 29%. Samen gaat het dan al om 92% van alle personeelsleden in ziekenhuizen met een V&V-opleiding. In de verpleeg- en verzorgingshuizen zijn de verzorgenden met 72-73% de meest omvangrijke categorie. In die sector is het aandeel personeelsleden met een verpleegkundige achtergrond juist relatief klein. In de thuiszorg waren de verzorgenden met 38% weliswaar ook de grootste groep in 2005, maar zij werden met 34% direct gevolgd door de zorghulpen. Ook was het aandeel van 16% voor de Helpenden hier relatief groot. In 2010 is het aandeel van de verzorgenden toegenomen tot 46% en is het aandeel van de zorghulpen gedaald naar 26% en voor de Helpenden is het aandeel gedaald naar 13%. De geestelijke gezondheidszorg lijkt qua opleidingsachtergrond meer op de ziekenhuizen dan op de VVT-sector. De gehandicap-

tenzorg en het Welzijn nemen een tussenpositie in tussen enerzijds de ziekenhuizen en GGZ en anderzijds de VVT-sector.

Figuur 4.7: Aandeel werkzame personen in 2004 en 2009 naar opleiding per sector

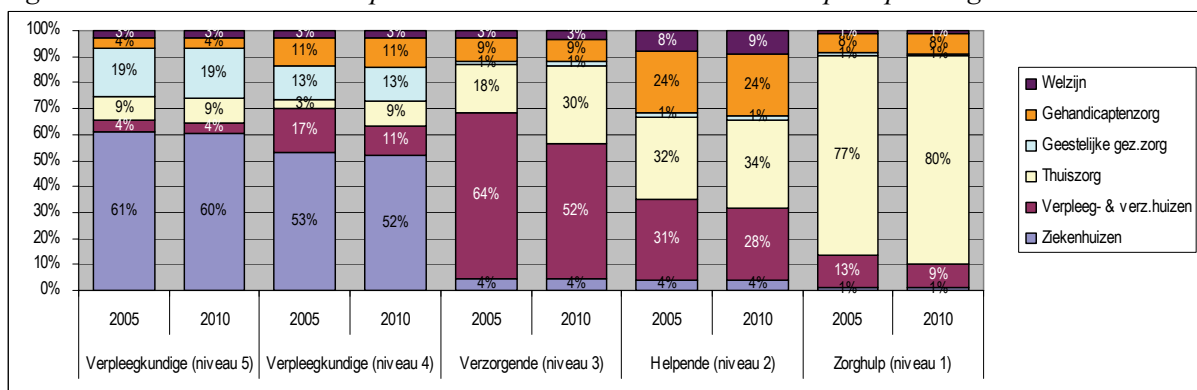


Bron 2005: [33]; 2010: gebaseerd op ontwikkeling 2004-2009 volgens [33].

### Aantal werkzame personen naar sector per opleiding

De meeste verpleegkundigen zijn werkzaam in de ziekenhuizen (*Figuur 4.8*). Dat geldt in principe zowel voor de verpleegkundigen op niveau 5 als de verpleegkundigen op niveau 4. Verpleegkundigen op niveau 5 zijn daarnaast relatief vaak werkzaam in de thuiszorg en GGZ-sector, verpleegkundigen op niveau 4 relatief vaker in de verpleeg- en verzorgingshuizen en de gehandicaptenzorg. Verzorgenden werken voor een groot deel in de verpleeg- en verzorgingshuizen: 64% in 2005 en 52% in 2010. Verder werkte eerst 18% en nu 30% in de thuiszorg en 9% in de gehandicaptenzorg. Van de Helpenden werkt een minder groot deel in de verpleeg- en verzorgingshuizen ( $\pm 30\%$ ) en een groter deel in de thuiszorg ( $\pm 33\%$ ), de gehandicaptenzorg (24%) of het Welzijn ( $\pm 9\%$ ). De zorghulpen werken vooral in de thuiszorg ( $\pm 79\%$ ) en daarnaast nog voor een klein deel in de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Figuur 4.8: Aandeel werkzame personen in 2004 en 2009 naar sector per opleiding



Bron 2005: [33]; 2010: gebaseerd op ontwikkeling 2004-2009 volgens [33].



**Doorstroom en mobiliteit**

Loopbanen van professionals zijn niet stabiel. Mobiliteit op de arbeidsmarkt wordt meestal gemeten in de vorm van het zogeheten “bruto verloop” en “netto verloop”. Het “bruto verloop” is daarbij het aandeel van de werkzame personen dat na 1 jaar niet meer bij dezelfde instelling werkt. Het “netto verloop” gaat over het aandeel van de werkzame personen dat na 1 jaar niet in dezelfde sector werkt. De volgende cijfers, die gepubliceerd zijn op [www.AZWinfo.nl](http://www.AZWinfo.nl), geven hier zicht op.

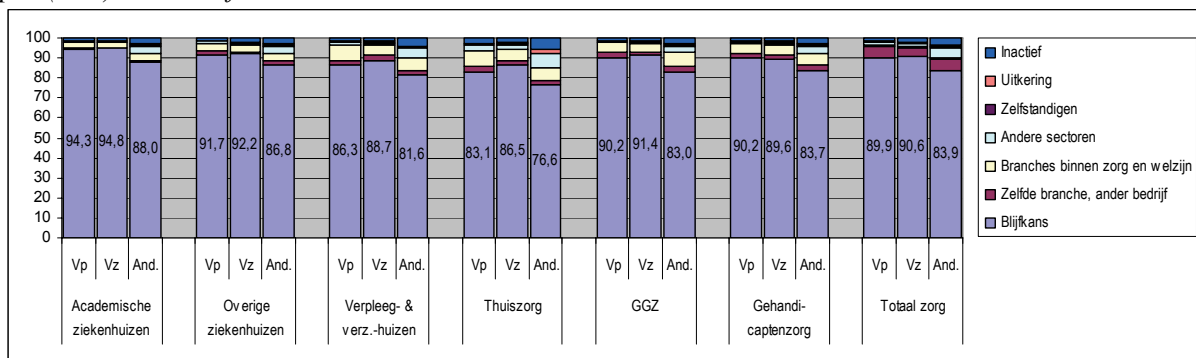
Van alle verpleegkundigen die op een bepaald moment in de zorg werkzaam zijn, werkt 90% na 1 jaar nog steeds in dezelfde instelling (zie *Figuur 4.9*). Het “bruto verloop” is dus 10%. Voor de verzorgenden is de blijfkans 91% en het bruto verloop dus 9%. Voor de andere werknemers in de zorg is de blijfkans echter maar 84% en het bruto verloop is voor hen dus 16%.

Uitgesplitst naar (deel)sector is te zien dat de verpleegkundigen en verzorgenden in de academische ziekenhuizen de grootste blijfkans hebben: ongeveer 94-95% van hen werkt een jaar later nog steeds in hetzelfde academische ziekenhuis. Voor de overige ziekenhuizen is ook nog een iets hoger dan gemiddelde blijfkans te zien van 92%. Dat de ziekenhuizen en vooral de academische ziekenhuizen een wat grotere blijfkans hebben, hangt daarbij deels samen met het feit dat het grote instellingen zijn, waardoor de kans om eventueel op een andere afdeling te gaan werken en toch in dezelfde instelling te blijven wat groter wordt.

Voor de GGZ en de gehandicaptenzorg is de blijfkans voor zowel de verpleegkundigen als de verzorgenden met 90-91% min of meer gelijk aan het gemiddelde van 90%-91%.

Voor de verpleeg- en verzorgingshuizen is de blijfkans wat lager dan het gemiddelde. Dat geldt nog wat sterker voor de verpleegkundigen (blijfkans: 86%) dan voor de verzorgenden (blijfkans: 89%). In de thuiszorg is dat nog meer het geval. Daar hebben de verpleegkundigen een blijfkans van 83% en de verzorgenden hebben een blijfkans van 87%.

*Figuur 4.9: Aandeel werkzame personen naar situatie na 1 jaar voor de jaren 2002 tot en met 2007, per (deel)sector en functie*



Bron: AZWinfo.nl [33].

Als nader wordt ingezoomd op de bestemming van degenen die vertrekken, dan valt voor de zorg als geheel op dat degenen die uit een instelling vertrekken, vaak weer gaan werken in een andere instelling binnen de zorg [33]. Bij zowel de verpleegkundigen als de

## Hoofdstuk 4: Ontwikkelingen in het aanbod van zorg

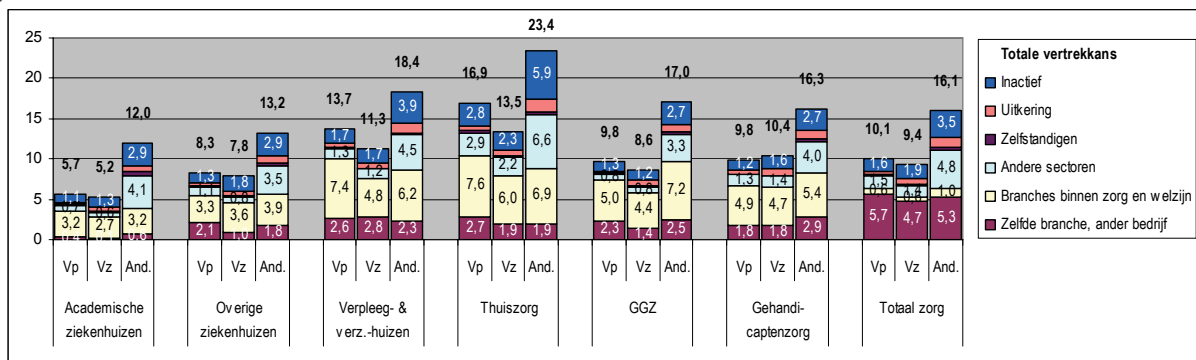
verzorgenden werkt na 1 jaar ongeveer 5% nog steeds in de zorg (zie *Figuur 4.10*). Dat betekent dat de helft van het ‘bruto verloop’ van 10% weliswaar van instelling wisselt, maar niet de zorg verlaat. Het ‘netto verloop’ is daarmee ongeveer 5%. Voor de andere personeelscategorieën is het netto verloop veel groter. Van hen werkt 11% 1 jaar later niet meer in de zorg. Voor hen zijn de uitwijkmogelijkheden natuurlijk veel groter. Dat wordt ook weerspiegeld in het feit dat 1,0% na 1 jaar in een welzijnsinstelling werkt en 4,8% in een geheel andere sector. Bij de verpleegkundigen en verzorgenden gaat het om 0,6% die na 1 jaar in een welzijnsinstelling werkt en ongeveer 1,5% in een geheel andere sector.

Per (deel)sector is de situatie anders dan in de totale verpleeg- en verzorgingssector [33]. Dat komt vooral omdat de definitie of men in de eigen branche blijft werken of in een andere branche binnen zorg en welzijn varieert per (deel)sector.

Voor de academische ziekenhuizen geldt dat het werken in dezelfde branche neerkomt op het werken in een ander academisch ziekenhuis. Omdat er maar een paar academische ziekenhuizen zijn die bovendien verspreid zijn over het gehele land, komt dat nauwelijks voor. Maar degenen die vertrekken uit een academisch ziekenhuis gaan wel vaak weer werken in ander soort instelling binnen de zorg en welzijn. Dat kan een niet-academisch ziekenhuis zijn, maar ook een verpleeg- en/of verzorgingshuis, een thuiszorginstelling, een GGZ-instelling, een instelling in de gehandicaptenzorg of een instelling in de welzijnssector. Voor de verpleegkundigen en verzorgenden geldt verder dat die nauwelijks uitwijken naar een bedrijf in een sector buiten de zorg en welzijn.

Bij de overige ziekenhuizen is te zien dat ruwweg 1-2% van de werkzame verpleegkundigen en verzorgenden 1 jaar later in een ander niet-academisch ziekenhuis werkt en 3-4% in een andersoortige instelling binnen de zorg en welzijn.

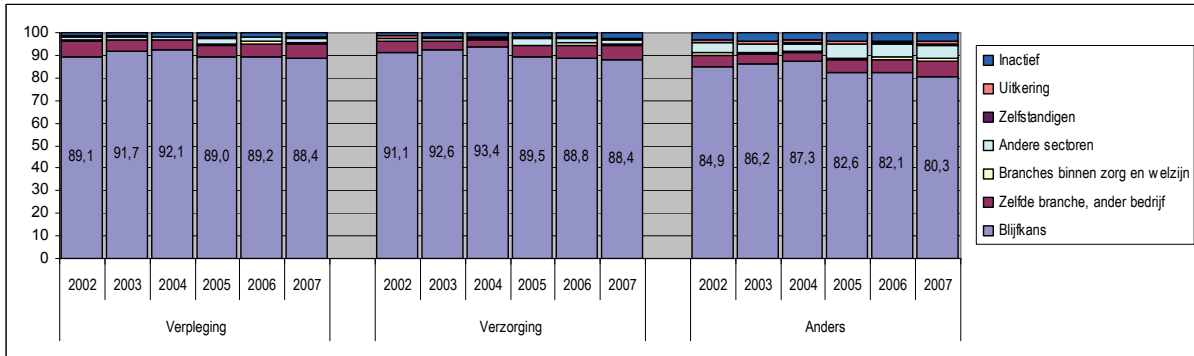
*Figuur 4.10: Vertrekkans per bestemming voor de jaren 2002 tot en met 2007, per (deel)sector en functie*



Bron: AZWinfo.nl [33].

*Figuur 4.11* laat zien dat de ‘blijfkans’ voor de drie hoofdfuncties de afgelopen jaren enigszins schommelde, met voor 2004 de grootste blijfkans en voor 2007 de kleinste.

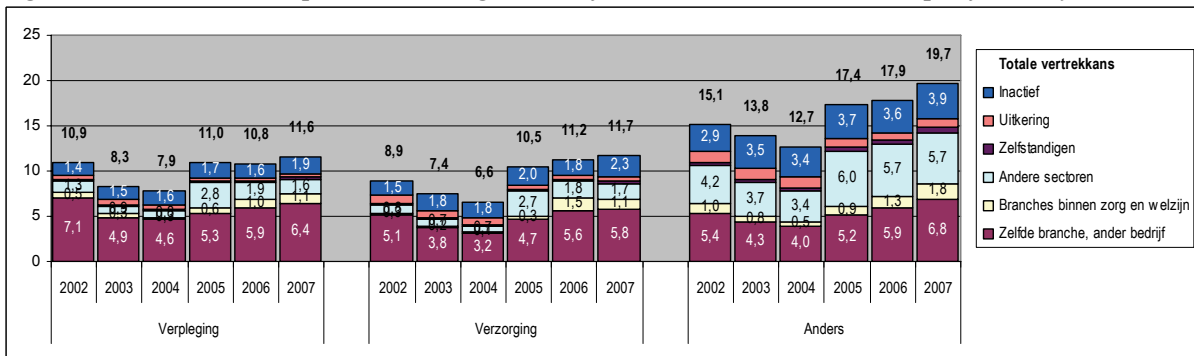
Figuur 4.11: Aandeel werkzame personen naar situatie na 1 jaar voor de jaren 2002 tot en met 2007, per jaar en functie



Bron: AZWinfo.nl [33].

In *Figuur 4.12* is te zien dat vooral de trend in de kans om te vertrekken naar een andere instelling binnen de zorg tussen 2002 en 2007 een ‘V-vorm’ vertoont. De kans om na 1 jaar überhaupt niet meer actief te zijn, is echter voor vrijwel alle jaren gelijk gebleven. Verder is er tussen 2004 en 2005 een opvallende toename te zien in het aandeel dat na 1 jaar in een andere sector dan de zorg werkzaam is.

Figuur 4.12: Vertrekkans per bestemming voor de jaren 2002 tot en met 2007, per jaar en functie



Bron: AZWinfo.nl [33].

### 4.3 Ontwikkelingen van invloed op het zorgaanbod

Een eerste relevante ontwikkeling is de stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen in Nederland. In navolging van het CPB [16] concludeert het Zorginnovatieplatform [48] dat de arbeidsparticipatie verder zal stijgen van 74,5 procent in 2007 naar 77,2 procent in 2025. Vrouwen en ouderen leveren een belangrijke bijdrage hieraan, want zij maken sinds de jaren negentig op de gehele arbeidsmarkt een inhaalslag. Volgens het CBS is de participatie van vrouwen (van 15 tot 65 jaar) in het afgelopen decennium sterk gestegen: van 45 procent in 1996 naar 59 procent in 2008 [32].

Voor de verpleging en verzorging betekent dit echter niet dat het aandeel vrouwen zal veranderen. Dat is en blijft even hoog. Maar het absolute aantal vrouwen zal wel toenemen [5].

Een tweede relevante ontwikkeling is de vergrijzing van de zorgverleners zelf. Het arbeidsaanbod van vrouwen neemt naar verwachting toe doordat oudere generaties vrouwen met een lage participatie plaats maken voor jongere generaties vrouwen met een hoger opleidingsniveau en een hogere arbeidsparticipatie. De positieve effecten op de arbeidsmarkt van de stijgende arbeidsparticipatie vallen echter op de langere termijn (rond 2025) vrijwel geheel weg door de daling van het aantal mensen in de arbeidzame leeftijd. De verwachte verhoging van de pensioenleeftijd van 65 tot 67 jaar zal de daling van het arbeidsaanbod wellicht kunnen matigen. Maar het zal vooral van de gemiddelde stopleeftijd afhangen in hoeverre dit ook consequenties heeft voor de (leeftijds)samenstelling van het arbeidsaanbod. Zoals we hiervoor zagen, kiezen veel verpleegkundigen en verzorgenden ervoor om eerder dan hun pensioen te stoppen met werken [33].

Ook kan gekeken worden naar welk effect de 'verkleuring' in de samenleving heeft op de arbeidsmarkt [48,49]. In 2008 was één op de vijf personen van de potentiële beroepsbevolking in Nederland van allochtone herkomst. In 2025 zal dat één op vier zijn. Eind 2008 nam 57 procent van de niet-westerse allochtonen deel aan het arbeidsproces; voor de autochtone bevolking lag dat percentage op bijna 70. De arbeidsparticipatie van vooral niet-westerse allochtonen blijft achter [50].

Deze trends zien we terug in de zorg. In 2004 was minder dan één op 20 vrouwelijke werknemers van niet-westerse afkomst, terwijl het aandeel niet-westerse vrouwen binnen de vrouwelijke beroepsbevolking ongeveer één op tien was [51].

Hiervoor gaat het om ontwikkelingen die vooral van invloed zijn op de omvang van het zorgaanbod in de komende jaren.

Een ontwikkeling die ook van invloed is op de aard van het zorgaanbod betreft de opkomst van kleinschalige woonvormen, zoals voor mensen met dementie of mensen met een verstandelijke beperking. De overheid heeft tientallen miljoenen besteed aan de bouw en inrichting van zo huiselijk mogelijke gebouwen. In 2010 bestond 25% van de zorg voor dementerende ouderen in Nederland uit kleinschalige woonvormen. Het onderzoek dat inmiddels gedaan is door Trimbos-instituut [52] en vanuit de Universiteit Maastricht [53] laat echter weinig verschillen zien met de uitkomsten bij bewoners van traditionele verpleeghuizen. De kwaliteit van leven van bewoners in kleinschalige woonvormen is niet of maar weinig beter dan die van vergelijkbare bewoners in traditionele verpleeghuizen. Een volledige overgang naar kleinschalige woonvormen is daarom niet vanzelfsprekend. Er lijkt geen aanleiding om de reguliere verpleeghuiszorg geheel af te schaffen, maar wel te streven naar een divers aanbod die aansluit bij de diversiteit aan (verblijfs)voorkeuren van mensen.

Daarnaast kan verwacht worden dat inhoudelijke veranderingen in de zorgopleidingen invloed hebben op de aard van de zorg die gegeven wordt. De RVZ wijst erop in het recente rapport 'Bekwaam is bevoegd' [20] dat de inhoud van bestaande beroepen verschuift door de veranderde zorgvraag: agogische en communicatieve vaardigheden en samenwerkingsvaardigheden zouden daardoor steeds belangrijker worden. De RVZ signaleert ook dat er per beroep verschillende competentieprofielen gaan ontstaan en dat de competentieprofielen van verschillende beroepen elkaar deels gaan overlappen. In het geheel van competenties ligt niet alleen nadruk op kennisverwerving, maar er zal naar verwachting ook meer aandacht komen voor communicatieve vaardigheden en professioneel gedrag. Deze competenties zijn ook van belang in het kader van de verwachte toenemende aandacht voor preventieve zorgtaken en het bevorderen van zelfmanagement (zie ook het vorige hoofdstuk).

Tevens wordt het zorgaanbod van de komende jaren mede bepaald door ontwikkelingen op bijvoorbeeld de terreinen van nieuwe technologie, specialisatie en taakherschikking. Op onder meer die aspecten wordt in het volgende hoofdstuk ingegaan.

## 4.4 Kernpunten

Uit de rapporten die gesynthetiseerd zijn kan afgeleid worden dat het zorgaanbod grofweg onder te verdelen is in:

- Ziekenhuiszorg: intensieve, deels zeer geavanceerde somatische zorg voor zowel jongere als oudere patiënten met acute of chronische klachten
- Verpleeg- en verzorgingshuiszorg: langdurende, meer of minder intensieve zorg voor vooral ouderen met chronische, somatische en/of psychogeriatrische klachten.
- Thuiszorg: zowel kort- als langdurende, meer of minder intensieve zorg voor veelal oudere patiënten met vaak chronische problematiek.
- GGZ-zorg: zowel kort- als langdurende, meer of minder intensieve zorg voor zowel jongere als oudere patiënten met acute of chronische psychische klachten .
- Gehandicaptenzorg: langdurende, meer of minder intensieve zorg voor zowel jongere als oudere patiënten met chronische somatische en/of cognitieve beperkingen.
- Zorg in andere sectoren: bijvoorbeeld in de welzijnssector en publieke gezondheidszorg, huisartsenpraktijken en gezondheidscentra.

De verpleeg- en verzorgingshuizen vormen de grootste zorgsector wat betreft het aantal werkzame personen met een opleiding in de zorg (111.000 personen). In die sector gaat het vooral om verzorgenden (73%). De ziekenhuizen hebben met 103.000 werkzame personen met een zorgopleiding een bijna even grote omvang. In de ziekenhuizen gaat het vooral om verpleegkundigen: 63% heeft een verpleegkundige opleiding op MBO-niveau en 29% een HBO-V-opleiding. De thuiszorg is met 101.000 werkzame personen met een zorgopleiding eveneens bijna even groot, maar in deze sector ligt het zwaartepunt meer bij de verzorgenden (46%) en de zorghulpen (26%). In de geestelijke gezondheidszorg en

gehandicaptenzorg hebben en kleinere groep mensen (resp. 41.000 en 29.000) een opleiding in de zorg. Daarbij moet echter rekening gehouden worden met het feit dat in die sectoren veel agogisch opgeleide mensen werken.

De verwachte groei van de zorgvraag vanwege demografische ontwikkelingen, kan vertaald worden in een benodigde groei van het zorgaanbod. Als het aantal in verpleeg- en verzorgingshuizen of voorzieningen voor ouderenzorg opgenomen personen met 33% gaat groeien, dan moet daar dus ook een groei van 33% van het aantal daar werkzame personen tegenover staan. Voor degenen die werkzaam zijn in de thuiszorg zou het om een benodigde groei van 27% gaan, voor de ziekenhuizen om 16%, voor de GGZ-sector om 7% en voor de gehandicaptenzorg om 3%. Daarbij gaat het dus enkel en alleen om de verwachting op basis van demografische ontwikkelingen. Er is in deze percentages dus nog geen rekening gehouden met niet-demografische veranderingen in de zorgvraag of met veranderingen in het werkproces.

Omdat elk van de sectoren een wat andere opbouw van de werkzame personen naar opleiding heeft, is het totaal effect van de demografische ontwikkelingen ook verschillend per opleiding.

Voor de verpleegkundigen op HBO-niveau, die voor 60% werkzaam zijn in de ziekenhuizen, is de totale benodigde groei met 15% in lijn met de 16% groei die is voorzien voor de ziekenhuizen. Daarbij wordt de benodigde groei gedempt vanwege het aandeel van 19% verpleegkundigen op niveau 5 dat werkzaam is in de geestelijke gezondheidszorg. Het aandeel verpleegkundigen op niveau 5 dat werkzaam is in de verpleeg- en verzorgingshuizen is nu 4% en in de thuiszorg 9%. Omdat die sectoren sterk vergrijzingsgevoelig zijn, zal dit aandeel in de toekomst wat gaan groeien.

Voor de verpleegkundigen op MBO-niveau, is de totale benodigde groei met 16% zelfs precies gelijk aan de verwachte groei van de vraag naar zorg in de ziekenhuizen.

Voor de verzorgenden kan verwacht worden dat er een groei van 27% komt in het benodigde aanbod. Een relatief groot deel van wel 52% van de verzorgenden werkt namelijk in de verpleeg- en verzorgingshuizen en 30% werkt in de thuiszorg.

Omdat een substantieel deel (24%) van de helpenden werkzaam is in de gehandicaptenzorg en die sector vrijwel niet zal groeien, wordt voor het geheel van de helpenden verwacht dat het benodigde aanbod met 20% zal groeien.

De zorghulpen zijn voor het allergrootste deel (80%) werkzaam in de thuiszorg. Het benodigde aanbod voor deze beroepsgroep zal daarom naar verwachting met 25% stijgen.

Ook staat de aansluiting tussen vraag en aanbod onder druk vanwege een afnemend beschikbaar zorgaanbod. Dat speelt vooral voor het aantal 35-44-jarigen, de groep die straks de meer ervaren werkkrachten moeten vormen. Deze leeftijdsgroep zal in de komende 10 jaar met maar liefst 18% dalen. Daar staat tegenover dat de groep van 25-34-jarigen met 9% zal groeien.

Een ontwikkeling die gunstig uit zal vallen voor het beschikbare aanbod aan formele zorg betreft de in het algemeen stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen in Nederland. Het

arbeidsaanbod van vrouwen neemt naar verwachting ook toe doordat oudere generaties vrouwen met een lage participatie plaats maken voor jongere generaties vrouwen met een hoger opleidingsniveau en een hogere arbeidsparticipatie. De positieve effecten op de arbeidsmarkt van de stijgende arbeidsparticipatie vallen echter op de langere termijn (rond 2025) vrijwel geheel weg door de voornoemde daling van het aantal mensen in de arbeidzame leeftijd.

Ten slotte werd in dit hoofdstuk ook genoemd dat het aanbod van zorg ook mede bepaald wordt door bijvoorbeeld het toenemende aantal kleinschalige zorgvoorzieningen en ontwikkelingen in de opleidingen van zorgverleners, evenals door een aantal ontwikkelingen (nieuwe technologie, opkomst specialisaties en taakherschikking) die in het volgende hoofdstuk worden besproken.





## 5 Ontwikkelingen in het werkproces

In dit voorlaatste hoofdstuk beschrijven we trends in het werkproces van de beroepsgroepen; in feite het gebied waar vraag en aanbod bij elkaar komen. Deze ontwikkelingen raken aan beide kanten van de arbeidsmarkt. En kunnen daarmee zowel verbonden zijn aan de eerder beschreven ontwikkelingen in de zorgvraag als het zorgaanbod van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden in Nederland.

### 5.1 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

In het kader van de professionalisering van de beroepsgroepen moet zeker genoemd worden de – al eerder genoemde - opkomst van specialisaties en nieuwe functies [20]. Eén ervan is uiteraard de verpleegkundig specialist (de Master Advanced Nursing Practice). De benaming verpleegkundig specialist wekt mogelijk de indruk dat het gaat om een zorgverlener die gespecialiseerd is in verpleegkundig handelen, terwijl het juist gaat om bevoegdheden op het terrein van het medisch handelen, met name voorbehouden handelingen. In 2009 zijn door de minister van VWS vijf verpleegkundig specialismen erkend: preventieve zorg bij somatische aandoeningen, acute zorg bij somatische aandoeningen, intensieve zorg bij somatische aandoeningen, chronische zorg bij somatische aandoeningen en geestelijke gezondheidszorg.

Ook de functies voor praktijkondersteuner en praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk is relatief nieuw (zie ook hierna bij “beleidsontwikkelingen”). Verder nemen vooral in de ziekenhuizen verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen die zich richten op specifieke groepen chronische patiënten meer en meer (geprotocolleerde) taken over van artsen. Voor al deze nieuwe relatief functies geldt dat zij gepaard gaan met herverdeling van taken tussen artsen en verpleegkundigen. Verderop in dit hoofdstuk komen we daarop terug.

Een andere relevante trend is dat in alle zorgsectoren er naar gestreefd wordt om de zorg zo veel mogelijk te baseren op richtlijnen, protocollen en gestructureerde zorgplannen. Zo wordt in de verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg en in de gehandicaptenzorg gewerkt volgens multidisciplinair opgestelde individuele zorgleefplannen waarover overeenstemming is met (de vertegenwoordiger van) de cliënt. Volgens een rapport van de Inspectie van de Gezondheidszorg [54] ontbraken echter in 2008 actuele richtlijnen voor de zorgverleners soms nog en waren ze in een derde van de instellingen wel voorhanden, maar onbekend bij het personeel. Ook een regelmatige scholing in het systematisch werken met zorgplannen ontbrak nog in ruim een derde van de instellingen.

In een recent rapport van het NIVEL [55] over de gehandicaptenzorg bleek dat zorgverleners die bekend zijn met richtlijnen en protocollen die wel zo veel mogelijk willen vol-

gen. Ook bleek uit dat rapport dat het soms bij individuele cliënten juist wenselijk is om ervan af te wijken. Dat vraagt echter veel vakinhoudelijke kennis en ervaring van zorgverleners en een organisatiecultuur waarin eventuele afwijkingen van een richtlijn onderling besproken kunnen worden.

In het kader van de verdergaande professionalisering is eveneens relevant dat sinds 2009 verpleegkundigen zich in het Kwaliteitsregister V&V kunnen inschrijven ([www.kwaliteitsregistervnv.nl](http://www.kwaliteitsregistervnv.nl)). In dit Kwaliteitsregister is opgenomen op welke gebieden verpleegkundigen en verzorgenden hun deskundigheid bij zouden moeten houden en in welke omvang. Dit register van de eigen beroepsgroep bevat onder meer een digitaal portfolio. Ook staat in het Kwaliteitsregister V&V al het geaccrediteerde scholingsaanbod. Voor de gespecialiseerde onderdelen binnen de beroepen van verpleegkundigen en verzorgenden worden momenteel de zogeheten deskundigheidsgebieden ingericht. Drie van de dertig deskundigheidsgebieden zijn al geopend: Dialyse, Oncologie en Longverpleegkunde.

## 5.2 Technologische ontwikkelingen

Een tweede driver voor veranderingen in het werkproces is dat in de komende jaren meer en meer gewerkt wordt met nieuwe *technologie en ICT*. Het RIVM onderscheidt in een van haar rapporten [3] drie soort technologische ontwikkelingen en hun gevolgen:

Ontwikkeling	Detailtering van de ontwikkeling	Invloed op volksgezondheid in toekomst
Opkomst van nanotechnologie	Verzameling technologieën die het mogelijk maken om stoffen op moleculair niveau te beheersen en zo materialen met nieuwe eigenschappen te creëren.	Er ontstaat een nieuwe generatie van medisch-technologische toepassingen. Dit maakt vele innovatieve producten voor zowel diagnose als therapie mogelijk.
Meer Informatie- en Communicatietechnologie (ICT)toepassingen	Technologische vooruitgang van hardware en software, onder andere met betrekking tot draadloze communicatie en gebruik Internet; verregaande automatisering medische apparatuur.	Medische zorg, consultatie, monitoring, diagnostiek en (chirurgische) behandeling op afstand worden mogelijk (telemedicine, e-health).
Diffusie van geavanceerde medische technologie	Plaats van toepassing verbreedt van Intensive Care via perifere ziekenhuisafdeling en huisarts tot thuissituatie. Zowel gedreven door ontwikkeling van technologie als door groeiende vraag naar beschikbaarheid technologie buiten het ziekenhuis.	Trend is zichtbaar bij zowel diagnosehulpmiddelen als bij therapeutische toepassingen. Maakt snellere en meer individueel gerichte behandeling mogelijk, en hierdoor is een grotere kwaliteit van leven mogelijk.

Bron: RIVM - VTV [3]

Volgens het rapport ‘*Zorgen voor Zorg*’ van het SCP [11] kan gebruik van technologie twee verschillende kanten opwerken. Aan de ene kant kunnen medisch-technologische innovaties ertoe bijdragen dat mensen langer blijven leven, wat vraagverhogend werkt. Aan de andere kant verlagen sommige technologische ontwikkelingen de vraag naar personeel. Bij technologische ontwikkelingen die de vraag naar personeel verlagen, kan bijvoorbeeld worden gedacht aan zorg of monitoring ‘op afstand’ (bijvoorbeeld via videocommunicatie) of domotica en alarmeringssystemen in bijvoorbeeld de thuiszorg, oude-

renzorg of gehandicaptenzorg. Ook de opkomst van e-health toepassingen gericht op het bevorderen van zelfmanagement van patiënten, kunnen de vraag naar zorgpersoneel mogelijk afremmen.

Een onderzoek van het NIVEL onder ruim 1.000 verpleegkundigen en verzorgenden van het Panel Verpleging & Verzorging liet zien dat technologie wordt gezien als een aanwinst als het ten goede komt aan de kwaliteit van zorg [56]. Of nieuwe technologie leidt tot kostenbesparing of betere arbeidsomstandigheden was volgens de ondervraagde verpleegkundigen en verzorgenden van minder belang. Er gaat in de visie van verpleegkundigen en verzorgenden overigens nog veel mis bij de introductie van een nieuwe technologie. Een goede implementatiestrategie is dus belangrijk, in de vorm van scholing, technische ondersteuning en evaluatiemomenten.

### 5.3 Getalsmatige verhoudingen tussen beroepsgroepen

Wellicht één van de meest bediscussieerde ontwikkelingen in het werkproces binnen de verpleging en verzorging is die rondom taakherschikking, soms ook substitutie of taakverschuiving genoemd. De randvoorwaarden voor taakherschikking verschilt per sector, waarbij mede bepalend is hoe de (getalsmatige) verhouding tussen beroepsgroepen is. Hieronder lopen we op dit punt de verschillende deelsectoren af.

De verhouding tot de medische beroepsgroepen verschilt sterk per sector. In de (somatische) ziekenhuizen zijn ongeveer 15.000 medisch specialisten werkzaam [29]. Daarnaast zijn er nog ongeveer 5.000 artsen in opleiding tot specialist en wellicht 2.000 artsen niet in opleiding. Bij elkaar gaat het dan om 22.000 artsen. Ten opzichte van de ongeveer 95.000 verpleegkundigen is dat dus een verhouding van grofweg 4-5 verpleegkundigen per arts. Er zijn in de ziekenhuizen verder nog heel veel paramedici werkzaam, waaronder fysiotherapeuten, radiologisch laboranten, operatieassistenten, et cetera, et cetera. Het werk van de verpleegkundigen is daarbij vooral te typeren als “verplegend”, terwijl de medisch specialisten vooral “diagnosticerend” en “behandelend” bezig zijn en de paramedici daarbij hand- en spandiensten verrichten. De verpleegkundig specialisten zullen typisch ook ingezet worden bij het diagnosticeren en behandelen. [26].

In de verpleeg- en verzorgingshuizen zijn ongeveer 1.450 specialisten ouderengeneeskunde werkzaam, samen met ongeveer 200 artsen in opleiding [29]. Op de 81.000 verzorgenden geeft dat een verhouding van ruwweg 50 verzorgenden per arts. Voor de ongeveer 16.000 verpleegkundigen gaat het om een verhouding van 10 verpleegkundigen per arts. In de verzorgingshuizen zijn overigens ook nog een onbekend aantal huisartsen actief, waar de verpleegkundigen en verzorgenden mee te maken hebben.

In de thuiszorgorganisaties zijn weinig artsen of paramedici werkzaam. Thuiszorgorganisaties zijn overigens ook actief op het terrein van de jeugdgezondheidszorg (met ongeveer 350 jeugdartsen en 450 consultatiebureauartsen) en/of de kraamzorg (met onge-

veer 9.000 kraamverzorgenden). Voor de thuiszorg geldt wel dat er regelmatig contact is met de huisarts. In totaal zijn er in Nederland ongeveer 9.500 huisartsen actief. Elk van hen heeft meerdere patiënten die thuiszorg ontvangen. Ten opzichte van de 46.000 verzorgenden werkzaam in de thuiszorg gaat het dan om een verhouding van ongeveer 4-5 verzorgenden per huisarts en 1-2 verpleegkundigen per huisarts.

In Nederland zijn in totaal 2.700 psychiaters werkzaam [29], waarvan een belangrijk aantal binnen de GGZ-instellingen. Daarnaast zijn binnen deze sector nog ongeveer 700 artsen in opleiding voor het specialisme psychiatrie en een onbekend aantal artsen niet in opleiding. Bij elkaar gaat het dan om maximaal ongeveer 3.500 artsen. Ten opzichte van de ongeveer 26.000 verpleegkundigen is dat dus een verhouding van grofweg 7-8 verpleegkundigen per arts. In de GGZ-instellingen zijn overigens ook nog een relatief groot, maar uit de gehanteerde bronnen niet goed te achterhalen aantal agogisch werkenden aanwezig.

Er zijn ongeveer 160 artsen verstandelijk gehandicapten (AVG-artsen) en 45 artsen in opleiding tot AVG-arts [29]. Daarnaast zijn er nog eens 30 huisartsen actief in voorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking. Er is een onbekend aantal artsen actief in de instellingen voor lichamelijk gehandicapten. Als dit onbekende aantal op ongeveer 25 wordt in geschat, dan gaat het in totaal om 260 artsen in instellingen voor gehandicapten ten opzichte van 16.000 verpleegkundigen en 13.500 verzorgenden. Dat geeft een verhouding van grofweg 62 verpleegkundigen en 52 verzorgenden per arts. Ook in de instellingen voor gehandicapten zijn nog een relatief groot, maar uit de gehanteerde bronnen niet goed te achterhalen aantal agogisch werkenden aanwezig.

Voor de publieke gezondheidszorg is het op basis van de onderzochte bronnen lastig om de getalsmatige verhoudingen te melden.

## **5.4 Taakherschikking**

Er zijn de laatste jaren veel beleids- en adviesrapporten verschenen die aandacht besteden aan taakherschikking, bijvoorbeeld van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) in 2007 [54], het STG in 2009 [26] en de RVZ in 2011 [20].

De IGZ had op vijf gebieden taakherschikking onderzocht:

- Zorg voor diabetespatiënten in de huisartsenpraktijk, waarbij zorg verschuift van huisarts naar praktijkondersteuners en diabetesverpleegkundigen.
- Ziekenhuis: hartfalenpoli en hartchirurgie, waarbij verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en Physician Assistants gestandaardiseerde taken overnemen van de medisch specialist.
- Zorg voor ouderen met chronische psychiatrische problemen waarbij patiënten verhuizen van een GGZ-instelling naar verpleeg- en verzorgingshuizen.

- Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, waarbij verschuiving van taken plaatsvindt van een Arts Verstandelijk Gehandicapten naar huisarts en/of verpleegkundig specialist.
- GGD Infectieziektebestrijding, waarbij herschikking van taken plaatsvindt van arts naar de sociaal-verpleegkundige.

De IGZ concludeerde dat het daarbij veelal gaat om goed protocollerebare taken, zoals medicatie voorschrijven binnen het eigen deskundigheidsdomein. Aanvankelijk had de IGZ enige bezorgdheid over de effecten van taakherschikking op de kwaliteit van zorg. Deze bezorgdheid bleek niet terecht. Patiënten hebben veelal baat bij de taakherschikking omdat beter op hun behoeften kan worden afgestemd.

Overigens loopt de (gedoog)praktijk soms voor op de wet. Zo mogen verpleegkundigen in Nederland nog niet legaal medicatie voorschrijven, terwijl onder meer verpleegkundig specialisten soms wel al een deel van de voorschrijftaken van artsen hebben overgenomen. De verwachting is echter dat dat op korte termijn (binnen 1 jaar) wel het geval zal zijn. Daarvoor is al in 2007 de Geneesmiddelenwet aangepast en is het voorschrijven van receptgeneesmiddelen als voorbehouden handeling in de Wet BIG opgenomen. Naar verwachting zullen diabetes-, long- en oncologieverpleegkundigen (niveau 5) en verpleegkundig specialisten (Masters Advanced Nursing Practice) de eerste groepen verpleegkundigen in Nederland zijn met voorschrijfbevoegdheid.

## 5.5 Beleidsontwikkelingen

De druk tot *kostenbeheersing en efficiency* in de gezondheidszorg kan als één van de belangrijkste beleidsontwikkelingen beschouwd worden die het werkproces beïnvloedt. Deze druk is groter geworden door de huidige economische recessie die gevolgen heeft voor de beschikbare budgets voor gezondheidszorg. In het algemeen is de druk vanuit het beleid om ‘meer met minder’ te doen groot. Krappe indicaties in combinatie met krappe bezettingen stellen verpleegkundigen en verzorgenden vaak voor dilemma’s en knelpunten, zo blijkt uit onderzoek van het NIVEL voor de RVZ [18]. Door krappe indicaties moeten verpleegkundigen en verzorgenden cliënten minder zorg bieden dan ze naar hun eigen maatstaven eigenlijk zouden willen. Illustratief is dat meer dan de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen of thuiszorg minstens één keer in de week voor zo’n situatie komt te staan.

Een andere belangrijke beleidsontwikkeling betreft de herbezinning op de *eerstelijnsgezondheidszorg*. Zo wordt binnen de huisartsenzorg overwogen of het aantal praktijkondersteuners (indien deze een verpleegkundige achtergrond hebben spreken we over praktijkverpleegkundige) drastisch verhoogd moet worden [57]. Binnen de huisartsenpraktijk neemt de praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige steeds meer routinematige zorg voor bijvoorbeeld mensen met COPD of hart- en vaatziekten over. De huisarts blijft belangrijk, maar veel contacten kan de praktijkondersteuner inmiddels alleen af [58]. Mo-

menteel wordt in de huisartspraktijken gewerkt met ongeveer één praktijkondersteuner op elke drie huisartsen. Het Nederlands huisartsgenootschap (NHG) en de Landelijke huisartsenvereniging (LHV) pleiten voor een bredere inzet van de praktijkondersteuner die zou moeten worden doorontwikkeld tot een meer generalistisch werkende praktijkverpleegkundige. Voor een verpleegkundig specialist (de Master Advanced Nursing Practice) zien NHG en LHV alleen een plaats op het gebied van zorgoverstijgende taken en kwaliteitsverbetering.

Een beleidsontwikkeling die ook samenhangt met de herbezinning op de eerstelijnsgezondheidszorg is de nadruk op *samenhangende zorg in de buurt* [67]. De overheid stimuleert dat zorg meer in de buurt van de zorgvrager georganiseerd moet worden. Lokale samenwerkingsverbanden en gezondheidscentra krijgen hierbij een grote rol. In die centra werken huisartsen, wijkverpleegkundigen (zie ook hierna) en paramedici nauw samen. Ketenzorg en disease management zijn daarbij belangrijke begrippen. De huisarts heeft dan veelal de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de zorg aan chronisch zieken, zoals mensen met diabetes of chronische hart- of longaandoeningen. Vaak delegeert de huisarts daarbij begeleidingstaken naar de praktijkverpleegkundige en/of wijkverpleegkundigen.

In de eerstelijnsgezondheidszorg zijn er diverse experimenten gaande – onder meer vanuit het ZonMw-programma *Zichtbare Schakel* – om de *wijkverpleegkundige als spil in de eerste lijn* opnieuw in te voeren [59]. Deze wijkverpleegkundige heeft een relatief grote autonome bevoegdheid om zorg te indiceren en eventueel zelf te verlenen. Recent evaluatieonderzoek in West-Brabant naar de inzet van tien wijkverpleegkundigen die niet-geïndiceerde zorg leverden, wijst in de richting dat zij mogelijk circa 135.000 euro op jaarbasis zouden kunnen besparen.

De herbezinning op de positie van de wijkverpleegkundige is mede gestimuleerd door de opkomst van het fenomeen '*buurtzorg*'. Vanuit de organisatie Buurtzorg Nederland is een vernieuwend concept voor verpleegkundigen en verzorgenden aan huis ontwikkeld [60]. Door de zorgverlening volledig door wijkverpleegkundigen (niveau 5) en wijkziekenverzorgenden in kleine autonome 'Buurtzorgteams' in te laten vullen, wordt het oplossend vermogen en de professionaliteit van medewerkers benut. Deze Buurtzorgteams worden ondersteund door de landelijke organisatie Buurtzorg Nederland. Hierbij wordt gebruik gemaakt van moderne ICT-toepassingen waardoor de administratieve kosten worden beperkt. De kosten van management en overhead worden laag gehouden door de teams *zelfsturend* te laten zijn en door het bevorderen van de *zelfredzaamheid en het aanspreken van hulpbronnen binnen het sociale netwerk* van de cliënt. De insteek is betere zorg tegen lagere kosten en een aantrekkelijk perspectief voor cliënt, professional en verzekeraar. Hoewel in andere sectoren (bijvoorbeeld ziekenhuizen, ouderenzorg en gehandicaptenzorg) zelfsturende teams zeker ook denkbaar zijn, is zelfsturing in Nederland het meest duidelijk te zien in de zorg voor thuisverblijvende mensen.

Verder wordt door de overheid de ontwikkeling van *casemanagement* ondersteund, gericht op zorgvragers die met een zeer complex en intensief zorgtraject te maken hebben [61]. Met name bij dementie is casemanagement, als onderdeel van regionale ketenzorg dementie, in Nederland in een stroomversnelling geraakt. In de afgelopen drie jaar zijn er in bijna alle regio's in Nederland dementieketens van samenwerkende zorgaanbieders tot stand gekomen. Daarbij wordt vaak casemanagement ingezet om tegemoet te komen aan een aantal vragen en problemen van personen met dementie en hun mantelzorgers, zoals onduidelijkheid over de mogelijkheden voor zorg en begeleiding, onzekerheid over het verloop van de ziekte en overbelasting van mantelzorgers.

De functie van casemanager dementie is in veel regio's een aparte eigenstandige functie die veelal ingevuld wordt door een verpleegkundige op minimaal HBO-niveau. Maar een combinatie van bijvoorbeeld een functie ouderenverpleegkundige en casemanager komt ook voor. De dialoog over wat casemanagement is, wanneer het nodig is, wie het uitvoert, is nog volop gaande in het veld. Er wordt op dit moment onder leiding van Alzheimer Nederland in overleg met veldpartijen, gewerkt aan een zorgstandaard dementie die naar verwachting ook meer helderheid gaat geven over de gewenste invulling van casemanagement.

## 5.6 Kernpunten

Vakinhoudelijk en technologisch zijn verschillende ontwikkelingen te benoemen die invloed hebben op het werkproces van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden. ICT en nieuwe technologie komen meer en meer de werkvloer op. Belangrijk zijn ook de verdergaande processen van specialisatie en taakherschikkingen. Tot nu toe zien we dat innovatie in *skill mix* binnen zorgsectoren soms snel gaat, zoals de verdergaande invoering van de praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige in de huisartspraktijk laat zien.

Taakherschikking richting verpleegkundig specialist en long-, diabetes en oncologieverpleegkundigen zal waarschijnlijk op korte termijn een impuls krijgen als de nieuwe wetgeving ten aanzien van medicatie voorschrijven van verpleegkundigen van kracht gaat. Bij verdergaande taakherschikking dient echter met bestaande functiestructuren rekening gehouden te worden. De verhouding binnen ziekenhuizen tussen verpleegkundigen en artsen (4 op 1, of 5 op 1), is geheel anders dan in verpleeg- en verzorgingshuizen met een verhouding van 50 verzorgenden en 10 verpleegkundigen per arts.

Door ontwikkelingen in het werkproces, waaronder herschikking van medische taken en een toenemend accent op preventie, bevorderen van zelfmanagement en coördinerende taken (case management), zal de vraag naar verpleegkundigen op hbo-niveau en verpleegkundig specialisten (master-niveau) waarschijnlijk groeien. Voor de eerstkomende jaren lijkt er echter schaarste op alle niveaus te ontstaan, zowel onder zorghulpen, helpenden, verzorgenden, verpleegkundigen op niveau 4 en 5 als onder verpleegkundig specialisten.





## 6 Synthese en een doorkijk naar de toekomst

### 6.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken zijn vraag-, aanbod- en werkprocesontwikkelingen beschreven. Die beschrijving was (in empirische zin) vooral gebaseerd op statistieken die de periode 2000-2010 beslaan. Dit lijkt op het eerste gezicht een ‘status quo’ te zijn waarin vraag en aanbod redelijk in evenwicht zijn en zich geleidelijk hebben ontwikkeld. De meer kwalitatieve informatie uit de gebruikte bronnen geven echter aan dat schijn bedreigt: in bijna alle sectoren van de verpleging en verzorging dienen zich grote problemen met grote urgentie aan. Wat zien we als we deze ontwikkelingen nu samen nemen, en de betreffende publicaties en gegevensbronnen expliciet bekijken met het oog op de toekomst? Hieronder zetten we dit eerst op een rij voor de drie onderdelen vraag, aanbod en werkproces. Daarna zetten we een aantal beleidsaanbevelingen (c.q. oplossingsrichtingen) op een rij die in de literatuur worden genoemd.

### 6.2 Toekomstige ontwikkelingen in vraag, aanbod en werkproces op een rij

Als het gaat om ontwikkelingen in *zorgvraag en zorgaanbod* zijn diverse publicaties en bronnen van belang (o.a. van het RIVM [3], Prismant [5], het CBS [32] en AZWinfo [33]). Uit die publicaties en bronnen komt het beeld naar voren dat op de middellange termijn zich onder meer door de vergrijzing, de toename van chronisch zieken en comorbiditeit, grote tekorten aan zorgpersoneel gaan komen. Deze dreigende tekorten vormen een grote uitdaging voor de toekomst. Zo geeft het rapport van Prismant [5] aan dat het aantal schoolverlaters stabiel of dalend zal zijn. Dat betekent dat niet alleen ingezet moet worden op een hogere instroom op de opleidingen in de zorg, maar ook op omscholing van andere werknemers. Uitstroom uit de zorg is een groot probleem [28]. Daarnaast zijn knelpunten onder meer weinig animo voor langer doorwerken, en het ontbreken van een integrale HRM-aanpak gericht op het behoud van personeel. Prismant verwacht vooral bij de aan de grootstedelijke regio's grenzende regio's tekorten [5].

Ook de meest recente *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* van het RIVM [3] is bezorgd over de toenemende schaarste aan zorgpersoneel. Het RIVM verwacht dat in de periode 2007-2030 er een groei van 300.000 arbeidsjaren – overeenkomend met ongeveer 450.000 personen – nodig zal zijn om aan de groei van de zorgvraag te kunnen voldoen. Dit betekent een jaarlijkse gemiddelde groei van 1,4% in de capaciteit die werkzaam zal moeten worden in de zorg- en welzijnssector; in de ouderenzorg zelfs 2,5%. In de VTV wordt ook benadrukt dat vooral de groeiende complexiteit van de zorgvraag (door co-

morbiditeit) de gevolgen voor de vraag naar arbeid bepaalt. Voor een deel zou dat opgevangen kunnen worden door de inzet van bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten die taken van artsen kunnen overnemen. De VTV 2010 noemt het “dreigend personeelstekort in de zorg de grootste uitdaging voor de toekomst van de zorg”.

Eveneens een belangrijk rapport is ‘*Zorgen voor Zorg*’ van het Sociaal en Cultureel Planbureau uit 2010 [11]. Hierin wordt gesteld dat in de nabije toekomst één op de vijf werknemers in Nederland in de zorg zal moeten werken. De vraag naar personeel wordt daarbij niet alleen beïnvloed door de vraag naar zorg, maar ook door de beperkte/achterblijvende arbeidsproductiviteit in de zorg. Dit rapport geeft aan dat de schaarste op de arbeidsmarkt mede veroorzaakt wordt doordat de beroepsbevolking - door de vergrijzing - minder hard groeit dan het aantal ouderen dat een beroep doet op de zorg. Het SCP ziet echter ook dat een (nog) grotere inzet van vrouwen in de zorg onbedoeld kan leiden tot een daling van het aanbod van mantelzorg, en daarmee indirect tot een stijgende vraag naar personeel. Het werken in de zorg gestimuleerd moeten worden, bijvoorbeeld door de arbeidsvoorwaarden te verbeteren, en door allochtone jongeren en vrouwen aan te trekken. In overeenstemming met de andere publicaties geeft het SCP het cruciale belang aan om een jonge generatie werknemers voor de zorg te binden die zich ‘thuis moet voelen’ in de sector.

Ook het rapport ‘*Zorg voor mensen, mensen voor de zorg*’ van het Zorginnovatieplatform [48] stelt dat in 2025 er een tekort van 450.000 zorgwerknemers zal zijn door een groeiende vraag naar zorg en een afname van het aantal arbeidskrachten; een bevestiging van trends die in de voornoemde rapporten ook zijn beschreven. De groei in zorgvraag ontleent zij aan de prognoses van het RIVM in ‘ziekten van de oude dag’, zoals hartfalen, dementie en beroerte. Dit gaat gepaard met een groeiend aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen. De daling van het arbeidsaanbod kan volgens dit rapport samengevat worden in (1) ontgroening (er komen minder jongeren op de arbeidsmarkt, (2) en de vergrijzing, waardoor er meer oudere werknemers uitstromen.

Interessant in dit verband is dat in de recente Arbeidsmarktbrief van de Minister en Staatssecretaris van VWS (11 oktober 2011) [62] beide bewindslieden aangeven op meerdere fronten de zorginstellingen daarbij te willen ondersteunen. Belangrijk onderdeel van het beleid van VWS is om de komende jaren het gezamenlijke regionale arbeidsmarktbeleid (ook financieel) te ondersteunen en te stimuleren dat in iedere regio zorginstellingen meer strategisch arbeidsmarktbeleid gaan voeren, meer mensen gaan werven en opleiden voor de zorg en duurzaam in gaan zetten.

Tevens bevatten diverse van de bestudeerde kernpublicaties relevante gegevens over *ontwikkelingen in het werkproces, bijvoorbeeld met betrekking tot specialisatie en taakherschikking*. Voorbeelden daarvan zijn taakherschikkingen tussen de specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) en de verpleegkundig specialist of HBO-verpleegkundige in de ouderenzorg [63], tussen huisarts en praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige, tussen medisch specialist en verpleegkundig specialist op de polikliniek, tussen Arts Ver-

standelijk Gehandicapten en verpleegkundig specialist en tussen GGD-arts en sociaal-verpleegkundige.

### 6.3 Beleidsaanbevelingen met mogelijke consequenties voor de beroepsprofielen

Aan het eind van dit rapport zetten we op basis van de bestudeerde literatuur een aantal beleidsaanbevelingen op een rij. Daarbij beperken we ons, gezien de aanleiding en achtergrond van dit rapport (zie hoofdstuk 1) tot aanbevelingen die consequenties kunnen hebben voor de herziening van de beroepsprofielen.

Relatief veel aanbevelingen die in de literatuur worden genoemd vallen onder de categorie het *aantrekkelijker maken van opleidingen en werk in de verpleging en verzorging* (o.a. [6,27,30,34,48]). Het vergroten van de aantrekkelijkheid van opleiding en werk is belangrijk voor de (toekomstige) professionals zelf, maar ook om te anticiperen op de toenemende schaarste aan zorgpersoneel.

- Een eerste aanbeveling in deze categorie is het *creëren van een goede aansluiting tussen enerzijds functies in de praktijk en anderzijds de beroepen waar zorgprofessionals voor zijn opgeleid* (o.a. [47,48]). Door in beleid en praktijk een duidelijk onderscheid te maken tussen functies van mbo- en hbo-opgeleide zorgverleners komen heldere carrièrepaden in beeld, wat het werken in de zorg aantrekkelijker maakt. Momenteel doen bijvoorbeeld verpleegkundigen op niveau 4 en niveau 5 vaak hetzelfde werk, omdat er in de praktijk weinig of geen onderscheid wordt gemaakt naar opleidingsniveau. Dit kan leiden tot een gebrek aan uitdaging in het werk, één van de belangrijkste redenen voor verpleegkundigen om te vertrekken uit de zorg [4,33]. De diverse functies die passen bij de diverse niveaus lopend van niveau 1 en 2 van de zorghulp en helpenden tot het masterniveau van de verpleegkundig specialist, zouden meer inzichtelijk moeten worden gemaakt [47,48]. Zorginstellingen dienen daarbij er voor te zorgen dat iedere werknemer een functie krijgt die past bij zijn of haar opleiding(sniveau).
- Een tweede aanbeveling die uit de bestudeerde literatuur (o.a. [6,27,30,48]) naar voren komt betreft *het creëren van meer loopbaanmogelijkheden*. Verpleegkundigen en verzorgenden vinden zelf loopbaanmogelijkheden een heel belangrijke voorwaarde voor de aantrekkelijkheid van werken in de zorg, maar slechts ongeveer een derde is tevreden over de eigen loopbaanmogelijkheden [30]. Bij loopbaanmogelijkheden kan onder meer gedacht worden aan mogelijkheden voor (verticale) doorstroom naar hogere functies, maar ook aan (horizontale) functiedifferentiatie waarbij men zich specialiseert in het werken met een bepaalde patiëntengroep. Tevens worden loopbaanmogelijkheden verruimd als doorstromen van mbo- naar hbo-opleidingen wordt gefaciliteerd.

- Het vorige punt brengt ons bij een derde aanbeveling, namelijk het *bieden van goede initiële opleidingen en stagebegeleiding* (o.a. [5,20,30,48,55]). Veel gesignaleerde problemen betreffen een weinig flexibele overgang vanuit het mbo-onderwijs naar het hbo en uitval en vertraging in de hbo-propedeuse. Onder meer het Zorginnovatieplatform [48] wijst erop dat de verdere ontwikkeling van doorlopende leerlijnen van vmbo naar mbo en van mbo naar hbo gewenst is. Een betere aansluiting van de leertrajecten moet voortijdige uitval in het onderwijs en uit de zorgsector reduceren. In verschillende regio's werken hogescholen en de ROCs inmiddels aan een betere doorstroom en aansluiting van mbo naar hbo.

Daarnaast pleit de RVZ [20] voor competentiegericht leren, waarbij in het geheel van competenties de nadruk ligt op kennis, vaardigheden en professioneel gedrag die nodig zijn voor bijvoorbeeld het toepassen van technologische innovaties (zoals het werken met e-health tools, domotica en technologie voor 'zorg op afstand') en multidisciplinaire samenwerking.

Uit onder meer de hoek van de hogescholen [64,65] wordt er daarnaast op gewezen dat er in de opleidingen expliciete aandacht moet zijn voor de groeiende groep ouderen. Een groot probleem is het gebrek aan interesse in en kennis over zorgbehoevende ouderen bij studenten verpleegkunde. Schuurmans e.a. [64] pleiten daarom voor goede lesmaterialen op dit gebied en voor gemotiveerde en deskundige rolmodellen binnen de opleidingen en op stageplaatsen. Zowel kwaliteit als kwantiteit van stages zijn een belangrijke succesfactor.

- Tevens wordt aanbevolen om te *investeren in vervolgoopleidingen en bij- en nascholing*. Onder andere de RVZ [20] geeft aan dat het systeem van bij- en nascholing minder vrijblijvend moet worden. Het moet een krachtig instrument worden om de beroepen continu aan te passen aan wat patiënten nodig hebben. Beroepsbeoefenaren kunnen door vervolgoopleidingen en bij- en nascholingen nieuwe kennis en vaardigheden ontplooiën en op de hoogte worden gesteld van innovaties in de zorg. Daarbij is ook speciale aandacht nodig voor beroepen die niet onder de Wet BIG vallen, zoals verzorgenden en helpenden, en waarbij het aanbod aan vervolgoopleidingen en bij- en nascholingen geringer is dan bij verpleegkundigen.
- Verder wordt in verschillende van de bestudeerde publicaties (o.a. [7,20,48]) het belang van *meer professionele verantwoordelijkheid* genoemd; dat is vooral voor de hoger opgeleide professionals belangrijk voor de aantrekkelijkheid van het beroep. Het feit dat Buurtzorg Nederland – die uitsluitend met zelfsturende teams werkt – onlangs tot werkgever van het jaar is gekozen, is illustratief. Mede in het kader van het toekennen en invullen van professionele verantwoordelijkheid is het van belang dat werkgevers het verschil tussen mbo- en hbo-opgeleid zorgpersoneel expliciteren en benutten [48]. Bijvoorbeeld door onderscheid te maken naar taken en taakverantwoordelijkheid, en door bepaalde handelingen voor te behouden aan hbo'ers.

Daarnaast is er een categorie aanbevelingen die te maken heeft met *efficiënter werken* binnen een context van een groeiende zorgvraag en oplopende personeelstekorten.

- Hieronder valt de aanbeveling om vaker gebruik te maken van *technologische innovaties*. Verschillende publicaties en beleidsdocumenten (o.a. [19,20,48,56,62]) wijzen op de noodzaak tot innoveren teneinde de personele schaarste enigszins op te vangen en kosten te reduceren. Wetenschappelijke vooruitgang en nieuwe technologie moeten het faciliteren om zonder kwaliteitsverlies taken van bijvoorbeeld artsen naar verpleegkundigen te verschuiven. Voor professionals binnen het veld van de verpleging en verzorging zijn het kunnen toepassen van nieuwe technologie, en het daarbij kunnen samenwerken met collega's en andere disciplines belangrijk. Uit onderzoek van het NIVEL [56] is bekend dat verpleegkundigen en verzorgenden openstaan voor nieuwe technologie, mits die in hun perceptie bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Kostenefficiëntie alleen is voor hen geen reden om nieuwe technologie toe te passen (zie ook [20]).
- Meer aandacht voor efficiëntie betekent ook *een groeiende noodzaak tot samenwerking en afstemming tussen zorgverleners, zoveel mogelijk in 'de buurt' van de zorgvrager*. Bijvoorbeeld de RVZ [66] pleit voor zorgnetwerken, waarin verschillende zorgprofessionals samenwerken, onderling en met hun patiënten, om integrale zorg te kunnen bieden. Hierbij kan onder meer gedacht worden aan gezondheidscentra in wijken of buurten, van waaruit de coördinatie van zorg voor chronische zieken plaatsvindt en waarbinnen ook poliklinische voorzieningen zijn geïntegreerd. In een recente beleidsbrief [67] geven ook minister Schippers en staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten aan dat integrale zorg en samenwerking tussen professionals in de buurt van de zorgvrager van groot belang is: het zou onnodig beroep op zorg of op te zware vormen van zorg kunnen reduceren. Integrale lokale samenwerkingsverbanden zouden daarnaast ook leiden tot betere dienstverlening en eerdere signalering van problemen bij zorgvragers.

Ten slotte wordt in diverse publicaties en beleidsdocumenten (o.a. [20,21,67,68,69]) gewezen op de noodzaak van een *heroriëntatie op de aard van de zorg*. Binnen deze categorie vallen de volgende aanbevelingen.

- Er moet *meer aandacht komen voor preventie en bevorderen van een gezonde leefstijl* [20,21,68,69]. Onder meer de grote toename van het aantal chronisch zieken maken preventieve taken van verpleegkundigen en verzorgenden steeds belangrijker. De aandacht voor preventie is echter momenteel in de verpleging en verzorging nog beperkt. Toch biedt preventie mogelijkheden om beperkingen, bijvoorbeeld voortkomend uit chronische ziekten en comorbiditeit, te verminderen. Zorgprofessionals kunnen mensen motiveren zich gezond te gedragen door te werken aan een wederzijdse vertrouwensrelatie, en door gezamenlijk besluiten en doelen te formuleren die passen bij de belevingswereld van de patiënt en zijn omgeving.

- Ook wordt aanbevolen om *meer aandacht te hebben voor het bevorderen van zelfmanagement* van patiënten [20,21,68,69]. Ondersteuning van zelfmanagement is een essentieel onderdeel van goede, gestructureerde zorg binnen de programmatische aanpak van chronische ziekten die de Nederlandse overheid voorstaat [67]. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn echter van oudsher gewend om zich vooral te richten op wat mensen niet kunnen. Het bevorderen van zelfmanagement krijgt tot nu toe nog weinig aandacht in de zorg, vanuit de traditionele sterke gerichtheid op behandeling en op het overnemen van zorgtaken. Deze heroriëntatie op de aard van de zorg, vraagt deskundige beroepsbeoefenaren die samen met de patiënt en mantelzorgers kijken hoe effectief omgegaan kan worden met ziekte en beperkingen in het dagelijks leven. Ook patiëntenorganisaties zijn in toenemende mate actief in het aanbieden van instrumenten voor zelfmanagement, bijvoorbeeld in de vorm van *e-health tools* [68]. Zelfmanagement impliceert dat patiënten de regie voeren over hun leven met de ziekte en de behandeling daarvan.

Daarbij valt op dat in de bestudeerde publicaties nog weinig aandacht wordt gegeven aan of – en zo ja, op welke wijze – zelfmanagement ingevuld kan worden bij de meest kwetsbare groepen zorgvragers, zoals mensen met dementie, hoogbejaarden (85+) met veel complexe problemen, zorgvragers die de Nederlandse taal niet goed beheersen, of mensen in de terminale fase. Individuele vaardigheden voor zelfmanagement zullen bij deze mensen vaak zeer beperkt zijn, maar zelfmanagement kan dan mogelijk nog wel op het niveau van de familie of het bredere sociale netwerk ingevuld worden.

De bestudeerde literatuur geeft ook geen specifieke en gedetailleerde weergave van de benodigde competenties van verpleegkundigen en verzorgenden voor het uitvoeren van hun preventieve taken, leefstijlbevordering en zelfmanagementondersteuning. Wel wordt bijvoorbeeld door de RVZ [20] in dit kader gewezen op het belang van agogische, communicatieve en samenwerkingsvaardigheden, ook al hoeft niet elke beroepsgroep binnen de verpleging en verzorging daarover in gelijke mate te beschikken. Wel stelt de RVZ dat deze vaardigheden aanwezig moeten zijn binnen een team, zodat aan de behoeften van de groeiende groep zorgvragers kan worden voldaan.

### **Tot slot**

In dit rapport is bestaande informatie gesynthetiseerd uit Nederlandse documenten en gegevensbronnen. De meerwaarde van de gepresenteerde kennissynthese is dat op basis van bestaande informatie over trends in de zorgvraag en het zorgaanbod de consequenties daarvan voor de beroepsgroepen in de verpleging en verzorging in kaart zijn gebracht.

Het rapport besteedt geen aandacht aan ontwikkelingen in andere landen en hoe die zich verhouden tot ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en werkprocessen in Nederland. Parallel aan deze studie is echter een internationale literatuurstudie uitgevoerd naar de rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging in inter-

nationaal perspectief [70]. Beide rapporten verdienen dan ook in samenhang te worden gelezen. Uit het internationale rapport blijkt dat ook andere westerse landen geconfronteerd worden met een toenemende zorgvraag en oplopende tekorten aan zorgpersoneel. Overal zijn beleidspartijen bezig om op deze ontwikkelingen te anticiperen. Opvallend is de algemene tendens om een bachelors-opleiding (hbo-niveau) als minimum te zien voor een verpleegkundige, om zo de complexere zorgvragen te kunnen beantwoorden. Ook is er overal een toename aan meer specialistische verpleegkundige functies. Maar tevens ziet men in dat de verpleegondersteunende professionals – in Nederlandse termen de verzorgenden en helpenden – ook in de toekomst zeer belangrijk zijn om zorg te kunnen bieden aan de groeiende groepen zorgvragers.





## 7 Uitgebreide samenvatting

Dit rapport geeft een overzicht van ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces die van invloed zijn op de huidige en toekomstige beroepsuitoefening van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden in Nederland. Daartoe is een analyse gemaakt van een groot aantal gezaghebbende nationale onderzoeks- en adviesrapporten en van bestaande gegevens van bijvoorbeeld het Centraal Bureau voor de Statistiek en het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn.

Leidend waren drie vraagstellingen, die elk zijn onderverdeeld in twee subvragen.

### Zorgvraag

De eerste vraag luidde:

- 1a. Wat is de aard en omvang van de vraag naar zorg zoals verleend door verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden per zorgsector?*
- 1b. Hoe zal deze zorgvraag zich op de middellange termijn gaan ontwikkelen op grond van demografische, epidemiologische, sociaal-culturele en andere ontwikkelingen?*

De aard van de vraag naar zorg laat zich beschrijven aan de hand van de volgende indeling (ontleend aan de zorgfuncties zoals die vanuit de Zvw, AWBZ of Wmo worden gefinancierd):

- Huishoudelijke verzorging, waarbij het gaat om het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van huishoudelijke werkzaamheden.
- Persoonlijke verzorging: bijvoorbeeld hulp bij douchen, aankleden, scheren, pillen innemen, ogen druppelen of naar de wc gaan.
- Begeleiding: hulp bij het organiseren van praktische zaken in het dagelijks leven.
- Verpleging: hulp bij bijvoorbeeld wondverzorging en injecties, of hulp bij zelf leren injecteren.
- Behandeling: gericht op herstel of verbetering van een aandoening of verbetering van vaardigheden of gedrag.
- Verblijf: langdurend verblijf in bijvoorbeeld een verpleeg- of verzorgingshuis, of kortdurend verblijf in een instelling.
- Preventie: het voorkomen van ziekten en aandoeningen en het voorkomen van problemen als gevolg van ziekten en aandoeningen.

De omvang van de zorgvraag is moeilijker in kaart te brengen, mede omdat de geïndiceerde en de uiteindelijk geleverde zorg, niet altijd overeen komen met de zorgvraag van patiënten. Bovendien kan niet voor elke zorgsector een uitspraak gedaan worden over de verdeling van de zorgvraag over deze functies. Maar vanuit de Wmo wordt voor huishou-

delijke verzorging 28 miljoen uren zorg gefinancierd. Vanuit de AWBZ wordt voor persoonlijke verzorging 40 miljoen uren zorg gefinancierd, 17 miljoen uren voor begeleiding, 7 miljoen uren voor verpleging en 2 miljoen uren voor behandeling.

Uit CBS-gegevens kan afgeleid worden dat aan circa 630.000 personen thuiszorg wordt geleverd. Daarnaast wordt dagelijks ook nog zorg geleverd aan 165.000 personen die zijn opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis of een kleinschalige woonvoorziening voor ouderen, 60.000 personen in een instelling of woonvorm voor gehandicapten, 36.000 in een ziekenhuis, 22.000 in een GGZ-instelling en 10.000 personen in kleinschalige voorziening (beschermd wonen) voor mensen met een psychiatrische aandoening. Daarnaast wordt ook nog transmurale en ambulante zorg geleverd vanuit intramurale instellingen, huisartsenpraktijken en gezondheidscentra. Tevens wordt zorg geleverd vanuit revalidatiecentra, voorzieningen in de publieke gezondheidszorg en welzijnsvoorzieningen; daarvan is echter vanuit de bestudeerde bronnen niet te achterhalen aan hoeveel personen die zorg wordt verleend.

Over het algemeen wordt verwacht dat demografische ontwikkelingen, zoals de verdere groei van het aantal ouderen, er voor zullen zorgen dat de zorgvraag sterk zal toenemen. Daarnaast zullen epidemiologische ontwikkelingen, zoals een toename van chronische ziekten en comorbiditeit, leiden tot een toename van de zorgvraag. Er zijn overigens ook epidemiologische ontwikkelingen die de groei van de zorgvraag kunnen dempen, zoals de trend dat ouderen langer gezonder blijven.

Sociaal-culturele ontwikkelingen, zoals de toenemende verwachtingen van mondige patiënten en een afnemende beschikbaarheid van mantelzorgers kunnen eveneens leiden tot een grotere vraag naar zorg. Daartegenover kan de trend dat mensen gemiddeld hoger opgeleid zijn een dempende werking op de zorgvraag hebben, omdat hoger opgeleiden gemiddeld een minder hoge zorgconsumptie hebben.

Ook de aard van de zorg wordt beïnvloed door onder meer sociaal-culturele ontwikkelingen: er worden meer eisen aan de zorg zelf gesteld, aan de behandelmogelijkheden, technologie, medicatie, maar ook aan de informatievoorziening en communicatie rond zorgprocessen. Het toenemende aantal allochtone ouderen – met soms andere behoeften en zorgopvattingen – kan ook consequenties hebben voor de aard van de zorgvraag. De wens van ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen, is eveneens een sociaal-culturele trend die implicaties heeft, bijvoorbeeld voor de noodzaak tot verder afstemmen van zorg, welzijn en wonen. De zorgvraag van ouderen zal dus niet alleen in volume toenemen, ze zal met de nieuwe generaties ouderen ook andere eisen stellen.

### **Zorgaanbod**

De tweede vraag was:

2a. *Wat is de aard en omvang van het aanbod aan zorg zoals verleend door verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden per zorgsector?*

2b. *Hoe zal dit zorgaanbod zich op de middellange termijn gaan ontwikkelen op grond van demografische, sociaal-culturele, vakinhoudelijke, technologische en andere ontwikkelingen?*

De aard van het zorgaanbod kan net als bij de aard van de zorgvraag onderverdeeld worden aan de hand van de indeling: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, begeleiding, verpleging, behandeling, verblijf en preventie. In de bestudeerde bronnen wordt het aanbod aan zorg echter ook vaak ingedeeld naar verpleging en verzorging in de volgende sectoren:

- Ziekenhuiszorg: intensieve, deels zeer geavanceerde somatische zorg voor zowel jongere als oudere patiënten met acute of chronische klachten
- Verpleeg- en verzorgingshuiszorg: langdurende, meer of minder intensieve zorg voor vooral ouderen met chronische, somatische en/of psychogeriatrische klachten.
- Thuiszorg: zowel kort- als langdurende, meer of minder intensieve zorg voor veelal oudere patiënten met chronische problematiek.
- GGZ-zorg: zowel kort- als langdurende, meer of minder intensieve zorg voor zowel jongere als oudere patiënten met acute of chronische psychische klachten.
- Gehandicaptenzorg: langdurende, meer of minder intensieve zorg voor zowel jongere als oudere patiënten met chronische somatische en/of cognitieve beperkingen.
- Zorg in andere sectoren: bijvoorbeeld in de welzijnssector en publieke gezondheidszorg, huisartsenpraktijken, gezondheidscentra en revalidatiecentra.

De verpleeg- en verzorgingshuizen vormen de grootste zorgsector wat betreft het aantal werkzame personen met een opleiding in de zorg: 111.000 personen. Uit gegevens van AZWinfo is bekend dat daarvan 73% verzorgende is, 13% verpleegkundige op MBO-niveau en 2% op HBO-niveau en 9% helpende.

De ziekenhuizen hebben 103.000 werkzame zorgprofessionals. Veelal betreft dit verpleegkundigen: 63% heeft een MBO-opleiding en 29% een HBO-opleiding. Ook is er nog een klein, maar snel groeiend aantal verpleegkundig specialisten met een masteropleiding. Op dit moment heeft ongeveer 3% van de in de ziekenhuizen werkzame HBO-opgeleide verpleegkundigen een masteropleiding.

De thuiszorg heeft 101.000 werkzame personen met een zorgopleiding, maar in deze sector ligt het zwaartepunt meer bij de verzorgenden (46%) en de zorg hulpen (26%). Daarnaast is nog 13% opgeleid als helpende en 12% als verpleegkundige op MBO-niveau en 5% op HBO-niveau.

In de geestelijke gezondheidszorg werken 41.000 personen met een zorgopleiding: 57% is verpleegkundige op MBO-niveau en 33% is verpleegkundige op HBO-niveau. Van de HBO-opgeleide verpleegkundigen in de GGZ-sector is ongeveer 2% verpleegkundig specialist GGZ. In de gehandicaptenzorg werken 29.000 mensen met een zorgopleiding, waarvan 34% als verpleegkundige op MBO-niveau en 5% op HBO-niveau, 33% is verzorgende en 22% is helpende. Daarnaast werken zowel in de geestelijke gezondheidszorg als in de gehandicaptensector ook veel mensen met een agogische opleiding.

In de welzijnssector zijn ook nog 14.000 mensen werkzaam met een zorgopleiding. Daarvan is 37% verzorgende, 26% verpleegkundige op MBO-niveau en 9% op HBO-niveau en 25% is helpende. Voor de publieke gezondheidszorg is het lastiger om aantallen in kaart te brengen, mede vanwege de verschillende (aanvullende) opleidingsroutes, die tot instroom in verschillende beroepsprofielen leiden. Het CBOG schatte in 2009 dat minstens 2.400 verpleegkundigen werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg (exclusief verpleegkundig specialisten preventieve zorg).

Het aantal personen met een zorgopleiding werkzaam in huisartsenpraktijken en gezondheidscentra en in revalidatiecentra, kon niet achterhaald worden.

In de verpleging en verzorging werken vooral vrouwen, vaak op parttime basis. Als de arbeidsparticipatie van vrouwen en het opleidingsniveau zal doorstijgen, zal waarschijnlijk een groter deel van elk aanstaand geboortecohort gaan werken, en langer blijven werken. Vakinhoudelijke technologische ontwikkelingen kunnen het werk van verpleegkundigen en verzorgenden aantrekkelijker maken, wat belangrijk is voor de wervingskracht en om de uitstroom van zorgpersoneel te verminderen. De opkomst van nieuwe beroepen en functies, zoals van verpleegkundig specialisten, van verpleegkundigen die zich richten op een specifieke patiëntencategorie (bijvoorbeeld patiënten met diabetes, longziekten, oncologische of reumatische aandoeningen) en van praktijkverpleegkundigen in de huisartsenpraktijk zal ook bijdragen aan de wervingskracht (zie ook hierna).

### **Werkproces**

De derde vraag was:

- 3a. *Hoe verhoudt het werk van verpleegkundig specialisten, verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden zich tot het werk van met name medische zorgverleners?*
- 3b. *Welke ontwikkelingen zijn er in het werkproces en welke consequenties heeft dat voor de betrokken beroepsgroepen?*

Verdere verhoging van de arbeidsproductiviteit is zeer belangrijk, mede vanwege de toenemende zorgvraag. Er wordt dan ook langs verschillende wegen geprobeerd werkdruk en kosten te verlagen en tegelijkertijd de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg te behouden c.q. te verbeteren. Veel van die wegen hebben betrekking op zorgprocessen met bestaande en nieuwe vormen van taakherschikking. Zo is in de eerste lijn in vrij snel tempo de praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk geïntroduceerd die een groot deel van de preventieve en routinematige zorg aan chronisch zieken op zich neemt. Momenteel speelt overigens de beleidsdiscussie om de functie praktijkondersteuner door te ontwikkelen naar een generalistisch werkende praktijkverpleegkundige op HBO-niveau. Daarnaast is er een ontwikkeling gaande dat in de ouderenzorg verpleegkundig specialisten (Master niveau) taken overnemen van specialisten ouderengeneeskunde. Verder nemen in de ziekenhuizen verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen die zich richten op specifieke groepen chronische patiënten meer en meer (geprotocolleerde) taken over van artsen. Ook in andere sectoren, zoals de gehandicaptensector en publieke gezondheidszorg, komen er meer en meer voorbeelden van taakherschikking voor.

Ook wordt steeds vaker gebruik gemaakt van arbeidsbesparende technologie (bijvoorbeeld ‘zorg op afstand’) om te anticiperen op de stijgende zorgvraag en schaarste aan zorgpersoneel. Daarnaast is er een trend naar meer lokale samenwerkingsverbanden die moeten leiden tot efficiënte, goed afgestemde zorg die aansluit bij de groeiende zorgvraag.

### **Aanbevelingen**

Aan het eind van het rapport worden beleidsaanbevelingen gepresenteerd die consequenties kunnen hebben voor de herziening van de beroepsprofielen. Deze aanbevelingen zijn allen direct ontleend aan de bestudeerde literatuur. Veel van die aanbevelingen vallen onder de categorie ‘*aantrekkelijker maken van opleidingen en werk*’. Een goede aansluiting tussen enerzijds functies in de praktijk en anderzijds de beroepen waar zorgprofessionals voor zijn opgeleid, is daarbij van belang, evenals loopbaanmogelijkheden. Bij loopbaanmogelijkheden kan onder meer gedacht worden aan mogelijkheden voor (verticale) doorstroom naar hogere functies, maar ook aan (horizontale) functiedifferentiatie waarbij men zich specialiseert in het werken met een bepaalde patiëntengroep. Ook wordt aanbevolen om verder te investeren in goede initiële opleidingen en stagebegeleiding. Daarbij moet in de opleidingen ook expliciete aandacht uitgaan naar het populairder maken van werken in de zorg voor ouderen. Goede lesmaterialen en deskundige en enthousiaste rolmodellen binnen de opleidingen en op stageplaatsen zijn daarbij belangrijk.

Tevens wordt aanbevolen om te blijven investeren in vervolgoopleidingen en bij- en nascholing. Beroepsbeoefenaren kunnen door vervolgoopleidingen en bij- en nascholingen nieuwe kennis en vaardigheden ontplooiën en op de hoogte worden gesteld van nieuwe ontwikkelingen in de zorg. Daarbij is ook speciale aandacht nodig voor het scholingsaanbod voor verzorgenden en helpenden die tot nu toe wat dit betreft minder goed bedeed zijn dan verpleegkundigen.

Verder wordt het belang van meer professionele verantwoordelijkheid genoemd; dat is vooral voor de hoger opgeleide zorgprofessionals eveneens belangrijk voor de aantrekkelijkheid van het beroep.

Daarnaast zijn in de bestudeerde bronnen veel aanbevelingen te vinden over *efficiënter werken* binnen een context van een groeiende zorgvraag en oplopende personeelstekorten.

Hieronder valt de aanbeveling om vaker gebruik te maken van technologische innovaties, zoals domotica, e-health en zorg op afstand. Uit onderzoek is bekend dat zorgprofessionals wel openstaan voor nieuwe technologie, mits die in hun perceptie bijdraagt aan de kwaliteit van zorg.

Meer aandacht voor efficiëntie, betekent ook een groeiende noodzaak tot samenwerking en afstemming tussen zorgverleners, zoveel mogelijk in ‘de buurt’ van de zorgvrager. Dit sluit aan bij het beleid van VWS om integrale zorg en samenwerking tussen professionals in de buurt van de zorgvrager te stimuleren.

Ten slotte zijn uit de bestudeerde bronnen aanbevelingen gedestilleerd over een noodzakelijk **heroriëntatie op de aard van de zorg**. Vanuit de bestudeerde literatuur wordt aanbevolen om meer aandacht te hebben voor preventie en bevorderen van een gezonde leefstijl. Preventie biedt mogelijkheden om beperkingen, bijvoorbeeld voortkomend uit chronische ziekten en comorbiditeit, te verminderen. Ook wordt aanbevolen om meer aandacht te hebben voor het bevorderen van zelfmanagement van patiënten. Dit aspect krijgt tot nu toe nog weinig aandacht in de verpleging en verzorging, vanuit de traditionele sterke gerichtheid van zorgprofessionals op het overnemen van zorgtaken. Deze heroriëntatie op de aard van de zorg, vraagt deskundige beroepsbeoefenaren die samen met de patiënt en mantelzorgers kijken hoe effectief omgegaan kan worden met ziekte en beperkingen in het dagelijks leven. Agogische, communicatieve en samenwerkingsvaardigheden zijn in dat kader van belang.

## Afkortingenlijst

AVG	Arts verstandelijk gehandicapten
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
AZWinfo	Arbeidsmarktinformatie zorg en welzijn
BBL	Beroepsbegeleidend leerweg
BIG	wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg
BOL	Beroepsopleidende leerweg
CBOG	Centraal bureau opleidingen gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de statistiek
CPB	Centraal planbureau
GBA	Gemeentelijke basisadministratie
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg (sector)
HBO	Hoger beroepsonderwijs
IGZ	Inspectie gezondheidszorg
LHV	Landelijke huisartsenvereniging
MANP	Master advanced nursing practice
MBO	Middelbaar beroepsonderwijs
NHG	Nederlands huisartsengenootschap
OSA	Organisatie voor strategisch arbeidsmarktonderzoek
PGB	Persoonsgebonden budget
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROA	Researchcentrum onderwijs arbeidsmarkt
RVZ	Raad voor de zorg
SCP	Sociaal-cultureel planbureau
STG	Stichting toekomstverkenning gezondheidszorg
V&V	Verpleeg- en verzorginghuizen (sector) of Verpleging en verzorging
V&VN	Verpleegkundigen & verzorgenden Nederland
VAG	Verzorgende algemene gezondheidszorg
VIG	Verzorgende individuele gezondheidszorg
VV&T	Verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg (sector)
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Zvw	Ziektekostenverzekeringwet





## Referenties

- 1 Bakker DH de, Polder JJ, Sluijs EM, Treurniet HF (eds) (2005). *Op een lijn - Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020*. Bilthoven: RIVM.
- 2 Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ (eds) (2006). *Zorg voor gezondheid - Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: RIVM.
- 3 Lucht F van der, Polder JJ (2010). *Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Bilthoven: RIVM.
- 4 Windt W van der, Smeets RCKH, Arnold EJE (2009a). *RegioMarge 2009. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen 2009-2013*. Utrecht: Prismant.
- 5 Windt W van der, Velde F van der, Kwartel A van der (2009b). *Arbeid in Zorg en Welzijn. Stand van zaken en vooruitblik voor de sector Zorg en de sector Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang*. Utrecht: Prismant.
- 6 Velde F van der, Windt W van der (2010). *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn., Lange termijn vraag naar en het aanbod van personeel in de zorg.*, Utrecht: Prismant.
- 7 Bloemendaal I, Albers D, Kroon S de, Dekker A (2009). *Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit het verpleeghuis*. Utrecht: Prismant.
- 8 Boer A de (red) (2007). *Toekomstverkenning informele zorg*. SCP-publicatie 2007/21. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- 9 Sadirai K, Timmermans J, Ras M, Boer A de (2009). *De toekomst van de mantelzorg*. SCP-publicatie 2009/16. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- 10 Woittiez I, Eggink E, Jonker JJ, Sadirai K (2009). *Vergrijzing, verpleging en verzorging. Ramingen, profielen en scenario's 2005-2030*. SCP-publicatie 2009/17. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- 11 Eggink E, Oudijk D, Woittiez I (2010). *Zorgen voor zorg. Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030*. SCP-publicatie 2010/24. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- 12 Woittiez I, Jonker JJ, Ooms I, Stevens J, Schoemaker-Salkinoja I (2005). *Cijfermatige ontwikkelingen in de verstandelijk-gehandicaptenzorg. Een vraagmodel*. SCP-werkdocument 115. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- 13 Woittiez I, Crone F (red) (2005). *Zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ontwikkelingen in de vraag*. SCP-publicatie 2005/09. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- 14 Marangos A, Cardol M, Dijkgraaf M, Klerk M De (2010). *Wmo Evaluatie. Vierde tussenrapportage. Ondersteuning en participatie van mensen met een lichamelijke beperking; twee jaar na de invoering van de Wmo*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

- 15 Capaciteitsorgaan (2010). *Capaciteitsplan 2010*. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- 16 Bos F, Douven R, Mot E (2004). *Vier toekomstscenario's voor overheid en zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau (cpb Document 72).
- 17 RVZ (2006). *Arbeidsmarkt en zorgvraag*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (rvz-advies 06/08).
- 18 RVZ (2009). *Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden*. Signalering ethiek en gezondheid 2009/4. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.
- 19 RVZ (2010). *Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg. Door slimmer werken meer kwaliteit met minder mensen*. Den Haag: Raad voor de volksgezondheid en zorg (rvz-advies 10/13).
- 20 RVZ (2011). *Bekwaam is bevoegd. Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (rvz-advies 11/01).
- 21 Gezondheidsraad (2009). *Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid*. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatienr: 2009/07.
- 22 Gezondheidsraad (2011). *Broodnodig. De ontwikkeling van kennis voor de openbare geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatienr: 2011/02.
- 23 Vulto M, Koot J (2007). *Medische ouderenzorg in de toekomst; anticiperen op ziekte en welbevinden*. Leiden: STG/Health Management Forum.
- 24 Goris A, Mutsaers H (2008). *Ruimte voor arbeidsbesparende technologie (om in 2025 voldoende zorg te bieden)*. Leiden: STG/Health Management Forum.
- 25 Mutsaers H (2008). *Hoe denkt de gezondheidszorg over arbeidsbesparende technologie*. Leiden: STG/Health Management Forum.
- 26 Vulto M, Vianen G (2009). *Toekomstige behoefte verpleegkundig specialisten bij somatische aandoeningen; een zoektocht in onontgonnen gebied*. Leiden: STG/Health Management Forum.
- 27 Borghouts-van de Pas I, Daalen G van, Evers G, Hillebrink C, Kerkhofs M, Kooman J, Lange W de, Pouwels B, Román A, Schippers J, Voogd-Hamelink M de (2009). *Tendrapport Vraag naar Arbeid 2008*. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek.
- 28 ROA (2009). *De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2014*. Maastricht: Universiteit Maastricht-Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (roa-R-2009/5).
- 29 Velden LFJ van der, Hingstman L (2011). *Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2012-2022/2028*. Utrecht: NIVEL.
- 30 Veer AJE de, Spreeuwenberg P, Francke AL (2010). *De aantrekkelijkheid van het verpleegkundig en verzorgend beroep 2009. Cijfers en trends*. Utrecht: NIVEL.
- 31 Bos V, Kammen J van (2007). *Kennissynthese; een handleiding*. Den Haag en Woerden: ZonMw en NIGZ.
- 32 <http://statline.cbs.nl> (15-08-2011)
- 33 <http://www.azwinfo.nl> (18-08-2011)

- 34 Windt W van der, Calsbeek H, Talma H, Hingstman L (2002). *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2002*. Utrecht: LCVV/Prismant/NIVEL.
- 35 <http://www.hbo-raad/hbo-raad/feiten-en-cijfers>
- 36 <http://um-webdotnet20.unimaas.nl/roa/sis-online/home.aspx>
- 37 <http://www.zorgatlas.nl>
- 38 <http://www.nationaalkompas.nl>
- 39 Berg Jeths A van den, Timmermans J, Hoeymans N, Woittiez I. (2004). *Ouderen nu en in de toekomst: gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*. RIVM-rapport nr. 270502001. Bilthoven/Den Haag: RIVM/SCP, 2004.
- 40 VWS (2011). *Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid*. TK 2010-2011, 32793, nr. 2.
- 41 Vrijhoef HJM (2003). *Is it justifiable to treat chronic patients by nurse specialists?: Evaluation of effects on quality of care*. Maastricht: University of Maastricht (dissertation).
- 42 Klerk M de (2011). *Zorg in de laatste jaren. Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008*. Den Haag: SCP.
- 43 GGZ-Nederland (2010). *Zorg op waarde geschat. Update. Sectorrapport ggz 2010*. Amersfoort: GGZ-Nederland.
- 44 Kommer GJ, Slobbe LCJ, Polder JJ (2003). *Trends en verkenningen van kosten van ziekten. Zorg voor euro's - 2*. Bilthoven: RIVM.
- 45 Meulenkamp TM, Beek APA van, Gerritsen DL, Graaff FM de, Francke AL (2010). *Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg: een onderzoek onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en Chinese ouderen*. Utrecht: NIVEL.
- 46 Nuijen T, Hingstman L, Heiligers Ph, Velden LFJ van der (2008). *Arbeidsmarktverkenning Nurse Practitioners. Omvang en samenstelling van de beroepsgroep*. Utrecht: NIVEL.
- 47 Butterman O, Waal M van der (2010). *Functies, beroepen en opleidingen in de publieke gezondheidszorg. Een kwalitatief overzicht van de stand van zaken en een blik op de toekomst*. Utrecht: College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg.
- 48 Zorginnovatieplatform (2009). *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2015*.
- 49 Graaff F de, Devillé WLJM (2003). *Kansen en belemmeringen voor allochtonen op de arbeidsmarkt in de zorg- en welzijnssector*. Tilburg: OSA.
- 50 SER (2009). *Diversiteit in het personeelsbestand. SER Advies uitgebracht aan de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid*. Den Haag: SER. Publicatienummer 3.

- 51 RWI (2008). *Diversiteit in de zorg vraagt om doorpakken. Voorstellen voor een structurele investering in de participatie van allochtone vrouwen in de zorg*. Den Haag: Raad voor Werk en Inkomen.
- 52 Boekhorst S te (2011). *Group living homes for older people with dementia. Concept and effects*. Amsterdam: Vrije Universiteit (dissertation).
- 53 Verbeek H (2011). *Redesigning dementia care; an evaluation of small-scale, home-like care environments*. Maastricht: University of Maastricht (dissertation).
- 54 IGZ (2007). *Staat van de gezondheidszorg 2007. Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg*. Den Haag: Inspectie Gezondheidszorg.
- 55 Bekkema N, Veer AJE de, Francke AL (2010). *Verantwoord richtlijngebruik door begeleiders in de gehandicaptenzorg*. Utrecht: NIVEL.
- 56 Veer AJE de, Francke AL (2009). *Ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden met nieuwe technologieën in de zorg: resultaten van de peiling onder de leden van het panel Verpleging en Verzorging*. Utrecht: NIVEL.
- 57 NHG/LHV (2011). *NHG/LHV-standpunt Het (ondersteunend) team in de huisartsvoorziening*. Nijmegen/Utrecht: NHG/LHV.
- 58 Heijmans M, Spreeuwenberg P, Rijken M (2010). *Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. Rapportage 2010*. Utrecht: NIVEL.
- 59 Meer EH van der (2011). *De Wijkzuster terug in West-Brabant: worden we er beter van? Een onderzoek naar de maatschappelijke kosten en baten*. Kruisvereniging West-Brabant. Amersfoort: BMC advies management
- 60 <http://www.buurtzorgnederland.com>
- 61 VWS (2011a). *Casemanagement dementie*. Brief van minister Schippers en staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten-Hyllner (VWS) aan de Tweede Kamer, 7 november 2011.
- 62 VWS (2011b). *Arbeidsmarktbrief: Vertrouwen in professionals*. Brief van minister Schippers en staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten-Hyllner (VWS) aan de Tweede Kamer, 11 oktober 2011.
- 63 Pool A, Schumacher J (2006). *Rollen en competenties van de hbo-verpleegkundige in het verpleeghuis. Vernieuwing van professionele verpleeghuiszorg*. Utrecht, Uitgeverij Lemma/ NIZW.
- 64 Schuurmans MJ, Habes V, Strijbos MJ (20??). *Gerontologische en geriatrische inhoud van verpleegkunde opleidingen in Nederland. Beleidsrapport ZonMw*. Utrecht: Hogeschool Utrecht/UMCU
- 65 Finnema E (2011). *Wonen, welzijn en zorg op hoge leeftijd. Lang zullen we leven. Lectoraat Verpleegkunde*. In: Nederlands-Vlaams wetenschappelijk tijdschrift voor verpleegkundigen. Jaargang 26, nr.3, oktober 2011, p. 33-37
- 66 RVZ (2011). *Medisch-specialistische zorg in 20/20. Dichtbij en ver weg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (rvz-advies 11/04).

- 67 VWS (2011c). *Zorg en ondersteuning in de buurt*. Brief van minister Schippers en staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten-Hyllner (VWS) aan de Tweede Kamer, 14 oktober 2011.
- 68 Ursum J, Rijken M, Heijmans M, Cardol M, Schellevis F (2011). *Overzichtstudies. Zorg voor chronisch zieken. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie*. Utrecht, NIVEL.
- 69 Schuurmans MJ (2010). *Florence voorbij? Over verplegen, passie & wetenschappelijk onderzoek Inaugurele rede uitgesproken bij de aanvaarding van de leerstoel Verplegingswetenschap aan de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Utrecht op woensdag 31 maart 2010*.
- 70 Mistiaen P, Kroezen M, Triemstra M, Francke AL (2011). *Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief. Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging*. Utrecht: NIVEL.