

Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen
in Nederland 2002



Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2002

W. van der Windt

H. Calsbeek

H. Talma

L. Hingstman



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

Elsevier gezondheidszorg

Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging

Het onderzoek dat ten grondslag ligt aan deze uitgave is uitgevoerd door Prismant en het NIVEL in opdracht van het LCVV.

© Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, 2002

BASISVORMGEVING Robbert Zweegman, Nijmegen

OPMAAK Marian van Helden, Deventer

OMSLAG Cees Brake BNO, Enschede

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

Elsevier gezondheidszorg is een imprint van Reed Business Information bv te Maarssen.

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

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 90 352 2555 4

NUR 897

Voorwoord

Voor u ligt alweer voor het zesde achtereenvolgende jaar de uitgave van *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen*. Bij deze editie is de informatie nog toegankelijker gemaakt dan voorheen doordat actuele achtergrondgegevens beschikbaar zijn via de website van het LCVV.

Per 1 januari 2003 verandert het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV) in Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV). De reden voor deze verandering is dat het LEVV zich nog nadrukkelijker gaat richten op de kennis- en expertisecomponent van verpleging en verzorging. Het LEVV wordt het knooppunt van kennis. Daarbij gaat het niet alleen om beroepsinhoud, maar ook om het selecteren en toegankelijk maken van kennis die belangrijk is voor beleid. Om effectief beleid te maken en uit te voeren in de gezondheidszorg is kennis over de beroepsgroepen van belang. Wat motiveert verpleegkundigen en verzorgenden bijvoorbeeld? Welke knelpunten ondervinden zij in de beroepsuitoefening? Wat kunnen we doen om verbeteringen aan te brengen? Het uitgeven van *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen* is een van de activiteiten om beleidsinformatie te genereren.

Namens Prismant is de uitvoering verzorgd door mw. drs. H. Talma en drs. W. van der Windt en namens het NIVEL mw. drs. H. Calsbeek en dr. L. Hingstman. Een klankbordgroep is ingesteld om de doelgroepen nauwer bij de totstandkoming van de uitgave te betrekken. De klankbordgroep bestaat uit verpleegkundigen en verzorgenden die actief zijn binnen de Algemene Vergadering voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV). Op pagina 136 vindt u de samenstelling.

Ook dit jaar hopen wij te voorzien in uw behoefte aan kwantitatieve informatie over de beroepsgroepen.

Wanneer u naar aanleiding van deze uitgave nog opmerkingen heeft, of als u meer informatie nodig heeft, kunt u contact opnemen met het LEVV.

Mw. H. Hillmann, directeur LCVV

Utrecht, november 2002

Inhoud

Samenvatting [9]

1 Inleiding [17]

2 Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging [19]

2.1 Omvang en groei van de bevolking [19]

2.2 Samenstelling van de bevolking [22]

2.3 Chronische aandoeningen [25]

2.4 Maatschappelijke ontwikkelingen [28]

2.5 Samenvatting [30]

3 Productie en wachtlijsten [33]

3.1 Ontwikkelingen in gerealiseerde zorg [33]

3.2 Wachtlijstgegevens in de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen [36]

3.3 Samenvatting [37]

4 Omvang van de beroepsgroepen [39]

4.1 De ontwikkeling van het aantal werkenden [40]

4.2 Beroepsgroepen en kwalificaties [43]

4.3 Regionale spreiding [48]

4.4 Vacatures [48]

4.5 Samenvatting [52]

5 Samenstelling van de beroepsgroepen [53]

5.1 Geslacht [53]

5.2 Leeftijd [54]

5.3 Duur van het dienstverband [58]

5.4 Samenvatting [58]

6 Werktijden [61]

6.1 P/A-ratio [61]

6.2 Gemiddelde werkweek [62]

6.3 Gewenste verandering in werkomvang [63]

6.4 Werktijden [65]

6.5 Samenvatting [66]

7 Salarissen en functies [69]

7.1 Ontwikkeling van CAO- en feitelijke lonen [69]

7.2 Ontwikkelingen binnen de verpleging en verzorging [73]

7.3 Samenvatting [75]

8 Werk(belevings)kenmerken en arbeidsomstandigheden [77]

8.1 Werkbelevingskenmerken: arbeidstevredenheid en burnout [78]

8.2 Werkkenmerken: autonomie en werkdruk [80]

8.3 Arbeidsomstandigheden [82]

8.4 Samenvatting [84]

9 Scholing [87]

9.1 Initieel onderwijs [87]

9.2 Vervolgscholing [96]

9.3 Cursussen [98]

9.4 Aansluiting kennis en vaardigheden [99]

9.5 Samenvatting [101]

10 Werken in de zorg: vertrekken of blijven? [103]

10.1 Verloop [103]

10.2 Vertrekredenen [106]

10.3 Samenvatting [111]

11 Ziekteverzuim [113]

11.1 De cijfers [113]

11.2 Omvang en oorzaken langdurig ziekteverzuim [117]

11.3 Samenvatting [122]

Literatuur en bronnen [125]

Lijst van afkortingen [131]

Trefwoordenregister [135]

Deelnemers aan de klankbordgroep [136]

Samenvatting

Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging (hoofdstuk 2)

In dit hoofdstuk zijn verschillende ontwikkelingen in de Nederlandse samenleving beschreven die van invloed zijn op de vraag naar verpleging en verzorging. De meeste daarvan wijzen op een stijgende vraag naar zorg. Op de eerste plaats blijft het aantal inwoners toenemen. Ten opzichte van 2000 is de bevolking met 0,8% toegenomen; ten opzichte van 1990 bedraagt de bevolkingsgroei 7,3%. Pas in het jaar 2040 wordt een einde aan deze stijging verwacht. Nederland zal dan naar verwachting ruim 18 miljoen inwoners tellen. Verder is er sprake van een voortzettende vergrijzing. Een stijgend aandeel van de Nederlandse bevolking is 65 jaar of ouder: in 1990 was dat aandeel 12,8%, in 2000 was dat 13,6%. De verwachting is dat het percentage voorlopig blijft toenemen: 13,9% in 2005 en 14,8% in 2010. Deels samenhangend met de vergrijzing – in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder heeft bijna 70% een langdurige aandoening – neemt het percentage mensen met een langdurige aandoening toe. In 1990 had ruim 36% van de totale bevolking een langdurige aandoening, in 2000 was dat bijna 41%. Een andere ontwikkeling die naar verwachting een grotere vraag naar zorg met zich meebrengt, is een groeiend aandeel inwoners van allochtone afkomst; zij hebben relatief meer gezondheidsproblemen dan autochtonen. Het percentage niet-westerse allochtonen bedroeg 7% in 1995 en 9% in 2001. Ook in de toekomst zal dit percentage blijven stijgen. Ten slotte is er sprake van een stijgend aandeel eenpersoonshuishoudens: ten opzichte van 1990 bedroeg deze stijging in 2000 ruim 20%. Omdat de behoefte aan zorg van alleenwonende personen groter is dan die van personen die met anderen samenleven, kan dit eveneens een positief effect hebben op

de vraag naar verpleging en verzorging. Wat het precieze effect zal zijn van de verschillende ontwikkelingen op de vraag naar verpleging en verzorging – in de zin van het aantal verpleegdagen of het aantal uren zorg – is op deze plaats niet vast te stellen. Gegeven de verwachting dat de beschikbare mantelzorg de komende 15 à 20 jaar gelijk zal blijven, kan geconcludeerd worden dat de vraag naar professionele zorg voorlopig blijft toenemen.

Productie en wachtlijsten (hoofdstuk 3)

In de thuiszorg is het aantal cliënten jaarlijks toegenomen met gemiddeld 7,6%; per cliënt wordt steeds minder tijd besteed, al lijkt deze ontwikkeling in 2001 iets te zijn afgezwakt. De meeste tijd wordt besteed aan verzorging, huishoudelijke zorg en alfahulp (in totaal ruim 80%); verpleging omvat ongeveer 10% van de productie van algemene thuiszorg. In de verpleeghuizen blijkt het aantal verpleegdagen jaarlijks te stijgen met gemiddeld 0,8%. Hierbij verschuift het accent van somatische naar psychogeriatrische zorg. Het aantal dagbehandelingen nam sneller toe, met jaarlijks gemiddeld 5,3%. In de verzorgingshuizen is een dalende trend zichtbaar wat betreft het aantal bewoners. De gemiddelde daling is 2,3% per jaar. De nachtopvang daarentegen heeft een snelle groei gekend met jaarlijks gemiddeld 30%. In de verstandelijk gehandicaptenzorg is er de laatste jaren sprake van een lichte daling van het aantal verpleegdagen, tussen 1995 en 1999 kende deze sector nog een lichte groei van jaarlijks gemiddeld 0,4%. Ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg wijzen op een dalend aantal verpleegdagen en een toenemend aantal opnamen. De verwachting is dat deze verandering een zorgverzwaring met zich mee zal brengen. In de ziekenhuizen ten slotte neemt het aantal verpleegdagen jaarlijks af, terwijl de dagverpleging een flinke groei heeft laten zien.

Naast productiegegevens is in dit hoofdstuk ingegaan op wachtlijstgegevens van de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Een peiling van oktober 2001 leerde dat er in totaal ruim 87.000 mensen wachtten op zorg: bijna 40.000 op thuiszorg, 36.000 op een plaats in een verzorgingshuis en 11.500 op een plaats in een verpleeghuis. Bijna tweederde van deze wachtenden ontving een vorm van overbruggingszorg, een percentage dat ten opzichte van 2000 met ongeveer 10% is gestegen.

Met name voor verzorgingshuizen blijkt een aanzienlijk deel van de mensen zich alvast te laten indiceren zonder de intentie er meteen gebruik van te willen maken.

Omvang van de beroepsgroepen (hoofdstuk 4)

In de periode 1995-2000 groeide het aantal mensen dat zich met verpleging en verzorging bezighoudt met jaarlijks gemiddeld 1,8%. Dit is minder snel dan in de periode 1990-1995 toen de jaarlijks gemiddelde groei 2,5% bedroeg. Voor de totale arbeidsmarkt in ons land geldt precies het omgekeerde. Anno 2000 waren er 396.000 mensen werkzaam in verpleging en verzorging. In 1990 waren dat er 321.000.

Ook de groei van het aantal voltijdarbeidsplaatsen was in de eerste periode groter. Na correctie voor collectieve arbeidsduurverkorting, toegenomen ziekteverzuim, afgenomen aantal meewerkende leerlingen en toegenomen uitzend- en oproepkrachten bedroeg de netto arbeidsvolumegroei in de periode 1995-2000 slechts 0,9% gemiddeld per jaar. Krapte op de arbeidsmarkt en een dalend aantal afstuderende leerlingen in het verplegend en verzorgend onderwijs droegen ertoe bij dat het percentage moeilijk vervulbare vacatures steeg tot 1,6% in 2000. In de ouderenzorg bedraagt dit percentage reeds meer dan 2. Vooral regio's in het westen en zuiden van het land hebben met tekorten te kampen. In het noorden en oosten valt de situatie op de arbeidsmarkt nog mee.

Samenstelling van de beroepsgroepen (hoofdstuk 5)

Verpleging en verzorging blijft nog steeds een vrouwenberoep. Van alle verpleegkundigen en verzorgenden is 91% vrouw. Dit aandeel stijgt zelfs nog licht. Van alle werkenden in de sector zorg en welzijn is 78% vrouw en op de gehele Nederlandse arbeidsmarkt 44%.

Mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden vinden we relatief vaak in de leeftijdsklassen 35 tot 50 jaar. De afgelopen jaren heeft zich een aanzienlijke vergrijzing voorgedaan bij verpleegkundigen en verzorgenden.

De gemiddelde leeftijd bedroeg in 1993 34,7 jaar; deze bedraagt inmiddels 38 jaar en zal naar verwachting in 2005 bijna 39 jaar bedragen.

Daarna lijkt zich een minder snelle stijging voor te doen. Vooral de komende tijd neemt het aantal en aandeel 50-plussers nog snel toe: van

10% nu tot 22% in 2010. Leeftijdsbewust personeelsbeleid is dan ook van groot belang.

De gemiddelde salariskosten zullen als gevolg van de vergrijzing weinig meer toenemen. Voorlopig heeft de vergrijzing nog geen effect op de personeelsvraag. Het nettoverloop – het vertrek uit het beroep – zal landelijk de komende tien jaar niet stijgen, wanneer althans alleen de leeftijdsopbouw een rol speelt. In enkele vergrijzde regio's is dat wel het geval, namelijk Amsterdam, Kennemerland en Gooi- en Vechtstreek.

Werktijden (hoofdstuk 6)

In de verpleging en verzorging wordt er veel in deeltijd gewerkt.

Daardoor zijn er, gezien het aantal volledige arbeidsplaatsen, verhoudingsgewijs veel mensen nodig. In de verpleging en verzorging waren er in 2000 178 mensen nodig om 100 arbeidsplaatsen te bezetten; op de landelijke arbeidsmarkt bedraagt deze verhouding 126. Aan de groei van het deeltijdwerk in de afgelopen jaren lijkt inmiddels wel een einde gekomen te zijn. In de algemene ziekenhuizen en GGZ neemt het aandeel voltijders in 2001 voor het eerst sinds jaren iets toe.

Het aandeel voltijders in verpleging en verzorging is in de periode 1993-2001 van bijna 40% tot 24% van het totaal afgenomen. Desondanks is het aandeel mensen dat korter dan hun huidige contract wil werken met 17% relatief hoog; 22% zou langer willen werken. Enkele jaren eerder lag dit percentage nog op 25%. Er ligt vooral nog een groot arbeidspotentieel van verzorgenden in thuiszorg en ouderenzorg die best langer zouden willen werken dan ze nu doen.

Uiteraard hebben veel verpleegkundigen en verzorgenden te maken met onregelmatig werk: 52% werkt wel eens op zaterdag en 51% op zondag. Gebroken diensten en slaapdiensten gaan relatief vaak gepaard met ontevredenheid over het werk.

Salarissen en functies (hoofdstuk 7)

De gemiddelde loonontwikkeling van verpleegkundig en verzorgend personeel vertoont geen grote afwijkingen met de landelijke ontwikkeling en ook niet met het totale personeel in de zorgsector zelf. Dit is gebaseerd op een vergelijking op hoofdlijnen. Verrijndere analyses vergen

meer onderzoek. Het oordeel over de hoogte van het salaris in relatie tot de verantwoordelijkheid van het werk is bij een meerderheid van verpleegkundigen en verzorgenden nog steeds negatief. Dit geldt met name voor verpleegkundigen. Een en ander is gevraagd vóór de invoering van FWG3.0. Deze herwaardering van functies heeft met name voor de verpleging in ziekenhuizen omvangrijke gevolgen gehad. Zo neemt in één jaar tijd het aandeel in de schalen 45 en hoger toe van 50 naar 67%.

Werk(belevings)kenmerken en arbeidsomstandigheden (hoofdstuk 8)

Werkbeleving wordt onder andere beïnvloed door werkkenmerken. In dit hoofdstuk is een beschrijving gegeven van enkele werkbelevingskenmerken (arbeidstevredenheid en burnout) en werkkenmerken (autonomie en werkdruk). Daarnaast is een beeld geschetst van de arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen en verzorgenden. In de beschrijving is zoveel mogelijk onderscheid gemaakt naar sector, functie, geslacht en leeftijd. Op enkele kenmerken na waren bovendien vergelijkingen mogelijk tussen peilingen in 1998 en 2000. Kort samengevat zijn verpleegkundigen en verzorgenden neutraal tot tevreden met hun werk. In de verschillende sectoren heeft men hierover ongeveer dezelfde mening. Het minst tevreden is men over de promotiemogelijkheden. Dit geldt voor alle sectoren. Het meest tevreden is men over contacten met collega's en patiënten/cliënten. Hierbij blijken wel verschillen tussen de sectoren te bestaan. Ruim 90% van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan geen burnoutverschijnselen te hebben, ongeveer 10% wel. Met name in de ouderenzorg en in de geestelijke gezondheidszorg en door bejaarden- en ziekenverzorgenden worden burnoutverschijnselen gerapporteerd; door gezinsverzorgenden juist relatief minder vaak. Verder geeft ongeveer eenderde van de verpleegkundigen en verzorgenden aan een zekere mate van autonomie in het werk te hebben; dit rapporteren relatief meer mannen dan vrouwen. Bovendien neemt het percentage verpleegkundigen en verzorgenden met autonomie in het werk toe met het stijgen van de leeftijd. In de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg heeft men relatief meer autonomie in het werk, in de ziekenhuizen en ouderenzorg het minst. Wat betreft de werkdruk zegt 70% van de verpleegkundigen en verzorgenden het werk als druk of te druk te ervaren. Dit geldt met name in de verpleeghuizen en iets minder in de thuiszorg en de verstan-

delijk gehandicaptenzorg. Juist in de thuiszorg wordt echter relatief vaak overgewerkt vanwege de werkdruk.

De arbeidsomstandigheden ten slotte laten zich het beste kenmerken door het dragen van veel verantwoordelijkheid, het afwisselend werken in rustige en drukke perioden en het afwisselend uitvoeren van verschillende taken.

Scholing (hoofdstuk 9)

In 2001 is het aantal nieuwe leerlingen in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen aanzienlijk toegenomen. Vooral de bbl-opleidingen mogen zich in een grote populariteit verheugen. Niet alle nieuwe leerlingen zijn ook nieuwe werkenden. De indruk bestaat dat er in sterke mate sprake is van scholing naar een hoger niveau. Het toekomstig arbeidsaanbod neemt hierdoor niet zozeer kwantitatief, als wel kwalitatief toe. Het aandeel leerlingen dat met succes de opleidingen afrondt ligt tussen de 60 en 70%. De hoogte van het studierendement wijkt zo op het oog maar weinig af van de opleidingen onder het oude stelsel. De beschikbare gegevens laten een preciezere vergelijking niet toe. De bbl-routes scoren doorgaans gunstiger dan de bol-routes. Dat wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door de vele leerlingen die een verkort traject, met een grotere kans op succes, afronden.

Van de afgestudeerden op de niveaus 3 tot en met 5 die betaald werk verrichten, doet 90% of meer dat in de sector zorg en welzijn. Bij de helpenden-bol ligt dit aandeel met 60% aanzienlijk lager.

Bij de beloning valt een aantal zaken op. Er bestaat weinig verschil in aanvangssalaris tussen mdgo-verpleging en -verzorging. Ook bestaat er op dit punt vrijwel geen verschil tussen verpleegkundige-bbl4 en hbo-verpleegkundigen.

Van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt 68% dat hun kennis en vaardigheden goed, 25% redelijk, aansluiten bij de baan die ze hebben. Gezinsverzorgenden en werkenden in de ziekenhuizen zijn hierover het meest positief.

Werken in de zorg: vertrekken of blijven? (hoofdstuk 10)

Van de verpleegkundigen en verzorgenden bleef in 2001 84% bij dezelfde werkgever; 16% vertrok. In 2001 daalde voor het eerst sinds 1994 het aandeel vertrekkers ten opzichte van het voorgaande jaar. Van de vertrekkers gaat bijna driekwart in een andere zorginstelling aan de slag. Ruim een kwart gaat in een andere bedrijfstak werken of stopt met betaald werk.

Regionaal zijn er grote verschillen in het aandeel vertrekkers. In veel regio's in het westen van het land gaat het om bijna 20%; regio's in het noorden en zuiden kennen meestal 10-12% vertrekkers.

De belangrijkste vertrekredenen blijven nog altijd behoefte aan ander werk en het ontbreken van voldoende ontplooiingsmogelijkheden. Reistijd speelt vooral bij degenen die binnen de zorgsector van baan veranderen. Tussen de branches bestaan meer overeenkomsten dan verschillen in de vertrekredenen die naar voren gebracht worden. In de ouderenzorg en thuiszorg wordt lichamelijke belasting iets vaker genoemd.

Een meerderheid blijft van oordeel dat het vertrek voorkomen had kunnen worden: betere ontplooiingsmogelijkheden en een beter perspectief op een loopbaan worden dan genoemd. In 2001 noemt één op de zeven ook beloning; in de voorgaande jaren was dat één op de elf. Beloning is in 2001 voor vertrekkers binnen de zorg als vermijdbare vertrekreden belangrijker geworden. Voor degenen die de zorgsector verlaten, is dit juist minder belangrijk dan in 2000. In de ouderenzorg noemt men in dit verband relatief vaak de werkdruk, in de GGZ leiderschap en arbeidsomstandigheden als vermijdbare vertrekreden.

Ziekteverzuim (hoofdstuk 11)

Het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden heeft in 2001 voor het eerst een daling vertoond. Exclusief zwangerschapsverlof bedroeg het ziekteverzuim gemiddeld 9,0% in 2001, in 2000 was dat 9,1%. Daarvoor was er gedurende lange tijd – vanaf 1994 – sprake van een stijgende trend. Landelijk is dezelfde ontwikkeling te zien, alleen ligt het niveau landelijk lager dan in de verpleging en verzorging (in 2001 5,5%). In verpleeghuizen en de thuiszorg is het ziekteverzuim het hoogst

(10,2% en 10,1%), in ziekenhuizen het laagst (7,1%). Verder bleek in 1999 bijna een kwart van de verpleegkundigen en verzorgenden te maken te hebben gehad met een periode van langdurig ziekteverzuim: een periode van twee weken of langer aaneensluitend. (Ter vergelijking: van alle werknemers in Nederland had in hetzelfde jaar 14% ten minste één periode van langdurig ziekteverzuim.) Dit percentage loopt op met de leeftijd: onder 16-24 jarigen is dat ongeveer 18%, onder 55-64 jarigen bijna 32%. In de thuiszorg en onder gezinsverzorgenden komt langdurig ziekteverzuim relatief het vaakst voor (ongeveer 30%). Ter vergelijking: in de ziekenhuizen en onder verpleegkundigen is dat ongeveer 16%. Overigens betreft het in bijna driekwart van de gevallen lichamelijke problemen. Van de verpleegkundigen en verzorgenden die te maken hebben gehad met langdurig ziekteverzuim, vindt bijna de helft dat dat (deels) gerelateerd is aan het werk. Een uitsplitsing naar leeftijdsgroepen laat zien dat in de oudste leeftijdscategorie, waar langdurig ziekteverzuim relatief het meest voorkomt, de kleinste groep vindt dat dit samenhangt met het werk. Verder zijn het vooral bejaardenverzorgenden en ziekenverzorgenden die te kennen geven dat langdurig ziekteverzuim (deels) samenhangt met het werk. Onder gezinsverzorgenden vinden relatief weinigen dat het langdurig ziekteverzuim te maken heeft gehad met het werk; juist in deze groep werd langdurig ziekteverzuim relatief het vaakst gerapporteerd. Ten slotte, van degenen die te maken hebben gehad met langdurig ziekteverzuim en bovendien vinden dat dat (deels) gerelateerd is aan het werk, noemt bijna de helft 'lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden' als voornaamste oorzaak. Verder wordt door bijna 18% een te hoge werkdruk genoemd als belangrijkste werkgerelateerde oorzaak van langdurig ziekteverzuim.

1

Inleiding

In deze uitgave wordt een kwantitatief overzicht gegeven van de meest recente gegevens over de vraag naar en het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden in Nederland.

Met betrekking tot de vraag naar verpleging en verzorging is vooral aandacht besteed aan de bevolkingsgroei en de vergrijzing. Daarnaast worden enkele epidemiologische ontwikkelingen beschreven, zoals een toename van het aantal chronisch zieken. Ook wordt ingegaan op enkele maatschappelijke ontwikkelingen, zoals een toename van het aantal eenpersoonshuishoudens en een gelijkblijvend aanbod van mantelzorg.

Nieuw in deze uitgave is het onderwerp productie en wachtlijsten. Ten aanzien van dit onderwerp wordt ingegaan op de gerealiseerde zorg van de afgelopen jaren en worden enkele wachtlijstgegevens gepresenteerd die vooral betrekking hebben op verpleging en verzorging.

Bij de beschrijving van ontwikkelingen in het aanbod van verpleging en verzorging is in eerste instantie een overzicht gemaakt van de omvang en de samenstelling van de beroepsgroepen verpleegkundigen en verzorgenden. Vervolgens worden onderwerpen als de gemiddelde werkweek, salarissen, werkbeleving, scholing, vertrekredenen en ziekteverzuim besproken. Behalve gegevens uit bestaande registraties, zijn hierbij ook gegevens van eenmalig onderzoek meegenomen. Hierdoor is de informatie in dit boek niet alleen gebaseerd op de meer registratieve gegevens, zoals een 'loonkostengegevensbestand', maar ook op bronnen waaruit oordelen en meningen over het werken in de verpleging en verzorging gedestilleerd kunnen worden. Zo is uitgebreid gebruikgemaakt van de OSA-arbeidsaanbodmonitor. Uit deze monitor zijn met name gegevens gebruikt die betrekking hebben op de mening van verpleegkundigen en verzorgenden over tal van onderwerpen die samenhangen met de werksituatie. Bij de presentatie van de verschillende onderwerpen is ervoor gekozen om per onderwerp – zo mogelijk en waar relevant –

eerst de feiten (registratiegegevens) te presenteren en vervolgens het oordeel van verpleegkundigen en verzorgenden.

De indeling van dit boek is als volgt. In hoofdstuk twee worden ontwikkelingen beschreven die invloed hebben op de vraag naar verpleging en verzorging. Daarna volgt in hoofdstuk drie een overzicht van de gerealiseerde zorg(productie) en wachtlijstgegevens in de thuiszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Vervolgens komt in hoofdstuk vier de ontwikkeling van het aantal beroepsbeoefenaren aan bod. Hierbij is ook aandacht voor de onderscheiden beroepsgroepen en kwalificatieniveaus. Daarna wordt in hoofdstuk vijf de samenstelling van de beroepsgroepen in beeld gebracht. In hoofdstuk zes en zeven wordt respectievelijk aandacht besteed aan werktijden en aan salarissen en functies. In hoofdstuk acht worden de arbeidsomstandigheden en enkele kenmerken van het werk en de werkbeleving belicht, waarna ontwikkelingen rond opleiding en vervolgscholing in hoofdstuk negen aan de orde komen. In hoofdstuk tien wordt ingegaan op het verloop in de zorg en welke vertrekredenen daaraan ten grondslag liggen. Het laatste hoofdstuk, hoofdstuk elf, bevat gegevens over ziekteverzuim. Hierbij wordt ingegaan op ziekteverzuim in het algemeen, alsook op langdurig ziekteverzuim en in hoeverre dit ziekteverzuim naar de mening van verpleegkundigen en verzorgenden aan het werk gerelateerd is.

Er is getracht een balans te vinden tussen de leesbaarheid en een zo compleet mogelijke weergave van gegevens. Daarom is ervoor gekozen om een aantal gedetailleerde en omvangrijke tabellen op een website te plaatsen, te weten: www.lcvv.nl/v&vtabellen2002. Indien van toepassing wordt in de tekst hiernaar verwezen.

Bij de totstandkoming van deze publicatie ten slotte heeft het NIVEL de hoofdstukken twee en acht geschreven. Prismant verzorgde de hoofdstukken vier, vijf, zes, zeven, negen en tien; de hoofdstukken drie en elf zijn gezamenlijk geschreven.

Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste ontwikkelingen beschreven die zich hebben voorgedaan in de periode van 1990 tot 2001, relevant voor de vraag naar verpleging en verzorging. Waar mogelijk worden ook ontwikkelingen in de toekomst geschetst. Eerst wordt ingegaan op de omvang en de groei van de bevolking (paragraaf 2.1), gevolgd door de samenstelling van de bevolking (paragraaf 2.2) en het vóórkomen van chronische aandoeningen (paragraaf 2.3). Vervolgens worden enkele maatschappelijke ontwikkelingen beschreven zoals de huishoudenssituatie en mantelzorg (paragraaf 2.4).

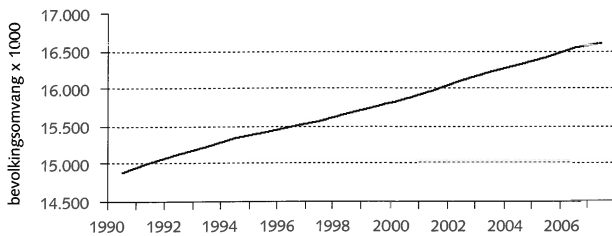
2.1 Omvang en groei van de bevolking

Omvang

De bevolking in Nederland groeit gestaag: van 14,9 miljoen mensen in 1990 tot bijna 16 miljoen in 2001 (CBS 2002a), een toename van 7,3%. De jaarlijkse groei schommelt rond de 0,6%, met een daling tussen 1990 en 1995 en een stijging vanaf 1995. Ten opzichte van 2000 is de bevolking in 2001 met bijna 0,8% toegenomen.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) berekent jaarlijks afwisselend een kortetermijn- en een langetermijn bevolkingsprognose. Vorig jaar is een prognose voor de lange termijn gepubliceerd (periode 2000-2050) (zie ook Calsbeek e.a.: *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2001*); dit jaar is er weer een nieuwe prognose voor de korte termijn, deze bestrijkt de periode 2001-2007.

Volgens het CBS komt deze kortetermijnprognose vrijwel overeen met de cijfers die een jaar eerder waren berekend voor de langetermijnprognose. De verwachting is dat het aantal inwoners in Nederland op 1 januari 2007 is toegenomen tot ruim 16,5 miljoen mensen.



Figuur 2.1 Bevolkingsomvang 1990-2007

Bron: CBS (2001e, 2002a)

Volgens de vorige (langetermijn)prognose zal in 2040 het hoogste aantal inwoners, namelijk ruim 18 miljoen, worden bereikt.

Geboorte

Figuur 2.2 laat zien dat het aantal geboorten inmiddels langzaam aan het afnemen is. Tussen 1997 en 2000 was er nog sprake van een flinke stijging (van 193.000 naar zo'n 207.000 geboorten), vanaf 2001 zakt het aantal wat naar beneden. De verwachting is dat het aantal geboorten in 2004 op hetzelfde niveau zal zijn als in 1990, namelijk ongeveer 198.000 geboorten. Daarna zal het aantal nog verder afnemen tot in 2010 een 'dieptepunt' van 187.000 geboorten is bereikt (CBS 2002a). De gemiddelde leeftijd waarop een moeder haar eerste kind krijgt, steeg in de eerste helft van de jaren negentig, van 27,6 jaar in 1990 tot 29,1 jaar in 1998. Ook in 2000 bedroeg de gemiddelde leeftijd 29,1 jaar. De verwachting is wel dat deze leeftijd zal stijgen tot 29,6 jaar in 2010 (CBS 2001f). Binnen Europa is dit de hoogste leeftijd (SCP 2000).

De behoefte aan intensieve zorg voor pasgeborenen stijgt, onder andere doordat vrouwen op steeds latere leeftijd kinderen krijgen (Gezondheidsraad 2000). Andere factoren die volgens de Gezondheidsraad deze behoefte doen stijgen, zijn de medisch-technische vooruitgang en een groeiend aandeel niet-Nederlandse vrouwen. Omdat bij oudere en bij niet-Nederlandse moeders vaker problemen in de zwangerschap optreden, stijgt het percentage pasgeborenen dat IC nodig heeft. Volgens de trend van de afgelopen jaren zal dit percentage groeien van 1,45% in 1986 tot 2,4% in 2005. Door de verwachte vermindering van het aantal geboorten zal het jaarlijks aantal pasgeborenen dat intensieve zorg

behoeft de komende tien jaar echter niet toenemen (Gezondheidsraad 2000).

Wat betreft de plaats van de bevalling was er lange tijd een dalende trend te constateren voor de thuisbevalling. Na de opkomst van de poliklinische eerstelijnsbevalling was het percentage thuisbevallingen dalende, van ongeveer 68% in 1965 tot 31% in 1993 (Sjauw 1995). Volgens een nieuw monitoringssysteem van TNO-PG (Offerhaus e.a. 2000) is het percentage thuisbevallingen in de periode 1995-1998 verder gedaald van 31,6% naar 29,1%. Ook ten aanzien van de poliklinische eerstelijnsbevallingen bleek een licht dalende trend waarneembaar, zodat het dalende percentage thuisbevallingen vooral verklaard kon worden uit veranderingen in het verwijspatroon tussen de eerste en de tweede lijn (tijdens de zwangerschap en tijdens de bevalling).

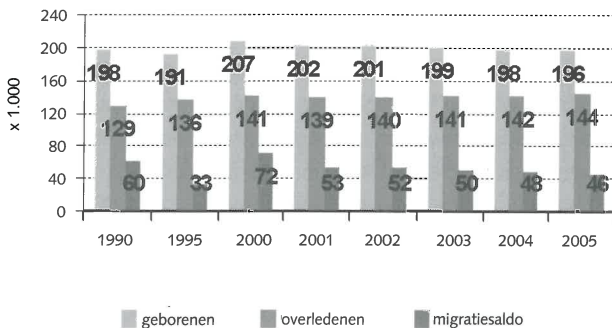
In 2001 is het percentage thuisbevallingen licht gestegen: 30,8% van de bevallingen vond thuis plaats (Offerhuis e.a. 2001).

Sterfte

Het jaar 2001 telde met 139.000 sterfgevallen minder sterfgevallen dan het voorgaande jaar (141.000) (CBS 2001a). De verwachting is echter dat de komende jaren het aantal sterfgevallen weer zal toenemen tot 144.000 in 2005. Doodsoorzaak nummer één zijn ziekten aan het hart en vaatstelsel. Daarna is kanker de meest voorkomende oorzaak van overlijden. Bij mannen is dat longkanker, bij vrouwen borstkanker. Op de derde plaats volgen ziekten aan de ademhalingsorganen. Een verwachte toename van het aantal sterfgevallen zal een grotere druk leggen op de terminale zorgverlening.

Migratie

Het migratiesaldo (aantal immigranten minus het aantal emigranten) is na een toename vanaf 1996 sinds vorig jaar weer aan het afnemen (figuur 2.2). Ook voor de nabije toekomst verwacht het CBS een daling van het migratiesaldo; deze daling heeft te maken met zowel een dalend aantal immigranten als een stijgend aantal emigranten. In paragraaf 2.2 wordt nader ingegaan op etniciteit en zorg.



Figuur 2.2 Absoluut aantal geborenen, overledenen en migratiesaldo, 1990-2005

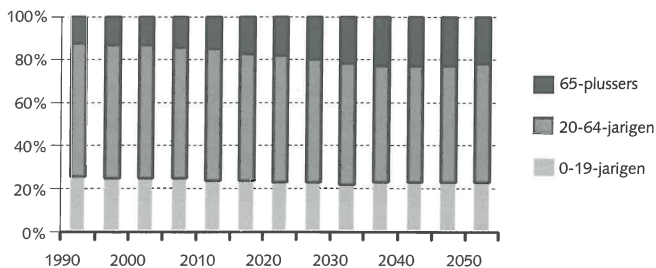
Bron: CBS (2001e, 2002a)

2.2 Samenstelling van de bevolking

Leeftijdverdeling

Al sinds de jaren zestig is er sprake van 'ontgroening', dat wil zeggen een afnemend percentage personen jonger dan 19 jaar: van 37% toen naar 24% nu. Ook in de komende decennia zal dit percentage geleidelijk aan nog iets afnemen (figuur 2.3).

Het aandeel ouderen vanaf 65 jaar bedroeg in 2000 13,6%, tegen 12,8% in 1990, een absolute toename van bijna 250.000 65-plussers. In 2005 en 2010 zal dit percentage respectievelijk 13,9% en 14,8% bedragen (CBS 2002a).



Figuur 2.3 Samenstelling van de bevolking naar leeftijd, 1990-2050

Bron: CBS (2002a)

Op de langere termijn zet naar verwachting de vergrijzing in sterkere mate door: tussen 2010 en 2040 zal het aandeel 65-plussers toenemen van 14,8% naar 22,9% (CBS 2002a). Overigens blijkt de vergrijzing in Nederland mee te vallen wanneer deze vergeleken wordt met de andere EU-landen (CBS 2002a).

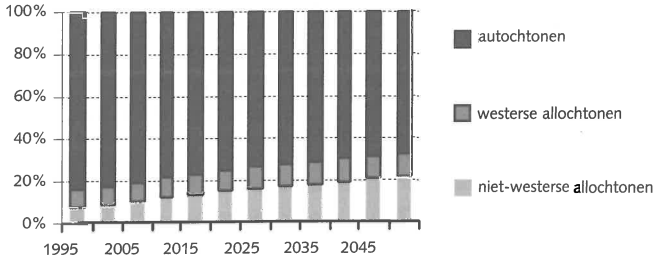
Vergrijzing van de bevolking vormt een belangrijke factor voor de vraag naar zorg. Volgens Joung e.a. (2001) kan op grond van de vergrijzing een toename van 7% voor de prevalentie van chronische aandoeningen en van 13% voor ziekenhuisopnames worden verwacht in 2015 ten opzichte van 1996. Het effect van de vergrijzing wordt echter beïnvloed door andere factoren. Zo is de toename van prevalentiecijfers en gebruikscijfers groter bij mannen dan bij vrouwen, zowel in absolute zin als in relatieve zin. Bij een verwacht hoger opleidingsniveau van de bevolking is het 'vergrijzingseffect' bij mannen iets kleiner, bij vrouwen zelfs bijna nihil. Maar ook de burgerlijke staat en veranderingen in de etnische samenstelling van de bevolking spelen een (versterkende) rol wanneer het gaat om het effect van vergrijzing op de prevalentie van gezondheidsproblemen en gebruikscijfers.

Allochtone bevolking

Over het algemeen hebben allochtone mensen meer gezondheidsproblemen en maken allochtonen meer gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen dan autochtonen (Joung e.a. 2001).

Het CBS rekent tot de allochtonen alle personen die zelf in het buitenland zijn geboren ('eerste generatie') en mensen die in Nederland zijn geboren en waarvan ten minste één ouder in het buitenland is geboren ('tweede generatie'). Personen van wie beide ouders in Nederland zijn geboren, worden dus tot de autochtone bevolking gerekend. Het CBS onderscheidt westerse en niet-westerse allochtonen. Onder niet-westerse allochtonen rekent het CBS mensen uit Turkije, Azië (exclusief Indonesië en Japan vanwege een vergelijkbare sociaal-economische positie met westerse landen), Afrika en Latijns-Amerika (CBS 2001b; 2001c).

Van de Nederlandse bevolking is een steeds groter deel allochtoon (figuur 2.4).



Figuur 2.4 Samenstelling van de bevolking naar autochtone en allochtone afkomst, 1995-2050

Bron: CBS (2002a)

Het aantal niet-westerse allochtonen nam toe van 1,1 miljoen in 1995 tot 1,5 miljoen in 2001. Het aantal westerse allochtonen steeg in dezelfde periode veel minder sterk: van 1,3 miljoen naar 1,4 miljoen personen. De allochtone bevolking is sneller gegroeid dan de totale bevolking. Hierdoor is het aandeel niet-westerse allochtonen toegenomen van 7% in 1995 naar 9% in 2001. Het percentage westerse allochtonen is nauwelijks veranderd en bedraagt 9%.

Van de huidige 1,5 miljoen niet-westerse allochtonen behoort ruim 40% tot de grootste twee allochtone herkomstsgroeperingen: Turken (320.000 personen) en Surinamers (309.000 personen).

Wat betreft leeftijdsopbouw zijn niet-westerse allochtonen zeer jong. Ter vergelijking: het percentage niet-westerse allochtonen in de leeftijd van 15 tot 19 jaar is 10% tegen 6% van de autochtonen. Het percentage 65-plussers is met 2% ook zeer laag. Wat de vergrijzing betreft lijkt de leeftijdsopbouw van westerse allochtonen meer op die van autochtonen: respectievelijk 13% en 15% 65-plussers.

Het aantal niet-westerse allochtonen zal de komende jaren blijven groeien, van het huidige aantal van 1,5 miljoen tot 2 miljoen in 2010. De groep westerse allochtonen groeit minder snel: van 1,4 miljoen nu naar 1,6 miljoen in 2010. De totale bevolking zal de komende 10 jaar toenemen met 1 miljoen personen; ongeveer tweederde van deze groei komt voor rekening van niet-westerse allochtonen (20% en 15% komt voor rekening van respectievelijk westerse allochtonen en autochtonen). Het percentage 65-plussers onder niet-westerse allochtonen neemt de komende jaren maar langzaam toe; in 2010 is nog geen 5% 65 jaar of

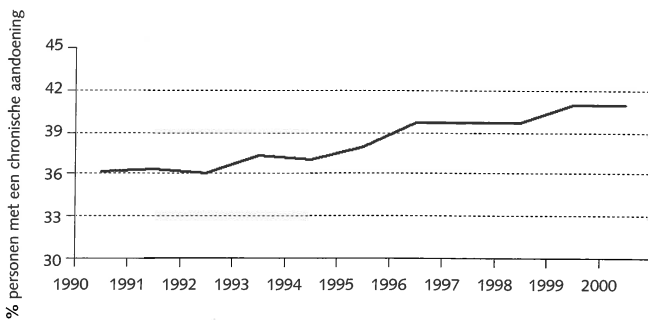
ouder. Westerse allochtonen lijken wat vergrijzing betreft meer op autochtonen.

Volgens Joung e.a. (2001) zullen de verwachte veranderingen in etnische samenstelling van de Nederlandse bevolking de effecten van de vergrijzing voor zowel prevalentiecijfers als gebruikscijfers vergroten. Zo wordt bijvoorbeeld bij mannen verwacht dat de prevalentie van chronische aandoeningen toeneemt van 45,0 per 100 personen naar 48,2 ten gevolge van de vergrijzing en naar 49,1 ten gevolge van zowel de vergrijzing als veranderingen in etnische samenstelling. Deze toename bestrijkt de periode 1996-2015.

2.3 Chronische aandoeningen

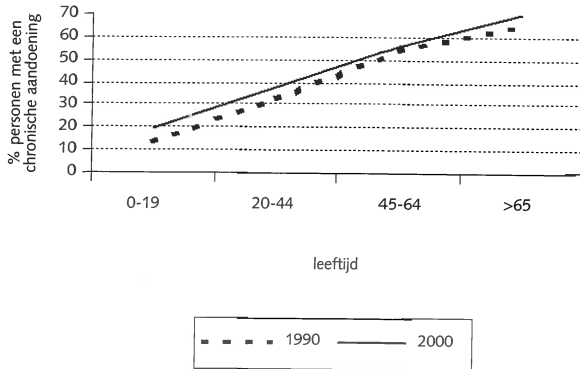
Chronische aandoeningen sinds 1990

Omdat op het moment van het schrijven geen nieuwe cijfers beschikbaar waren (CBS 2002b) laat figuur 2.5 het percentage langdurige aandoeningen bij de bevolking (inclusief kanker) zien van 1990 tot en met 2000. Overigens is dit percentage gebaseerd op schriftelijke rapportage van mensen zelf. Dit percentage vertoont een lichte stijging: had in 1990 36,2% van de Nederlandse bevolking een chronische aandoening, in 2000 is dat 40,9% (CBS 2002b). Omdat de bevolking in omvang is toegenomen, betekent dat in absolute zin een toename van 1,1 miljoen chronisch zieken.



Figuur 2.5 Percentage personen met een chronische aandoening, 1990-2000

Bron: CBS (2002b)



Figuur 2.6 Percentage personen met een chronische aandoening naar leeftijd, 1990 en 2000

Bron: CBS (2002b)

Chronische aandoeningen naar leeftijd

Figuur 2.6 laat zien dat met het ouder worden de kans op een chronische aandoening groter wordt. In de leeftijdsgroep 20-44 jaar heeft bijna 40% een chronische aandoening; in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder is dat bijna 70% (CBS 2002b). Ook laat deze figuur zien dat de stijging van het percentage personen met een chronische aandoening in vrijwel alle leeftijdsgroepen voorkomt.

Verder hebben relatief meer vrouwen (45%) dan mannen (37%) een chronische aandoening (CBS 2002b).

Enkele veelvoorkomende chronische aandoeningen

Enkele veelvoorkomende chronische aandoeningen zijn: CARA, reuma en diabetes mellitus. Volgens de meest recente cijfers lijdt respectievelijk 8,6%, 3,1% en 2,0% van de bevolking aan deze aandoeningen (CBS 2001a). Tabel 2.1 laat zien dat het aantal mensen met CARA en reumatische aandoeningen de afgelopen jaren relatief is gestegen. Het percentage personen met suikerziekte lijkt daarentegen stabiel te blijven met ongeveer 2%; vanwege de bevolkingsgroei is het absolute aantal mensen met suikerziekte in 1999/2000 wel met bijna 37.000 personen gestegen ten opzichte van 1990.

Tabel 2.1

Enkele langdurige aandoeningen bij de bevolking in % (en absolute aantallen)
1990-2000

	1990/1991	1992/1993	1994/1995	1996/1997	1999/2000
CARA	6,0 (894.000)	6,6	7,4	8,0	8,6 (1.375.000)
Reumatische aandoeningen	2,5 (373.000)	2,9	2,8	3,1	3,1 (496.000)
Diabetes mellitus	1,9 (283.000)	1,8	2,0	1,9	2,0 (320.000)

Bron: CBS, Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) (2001a)

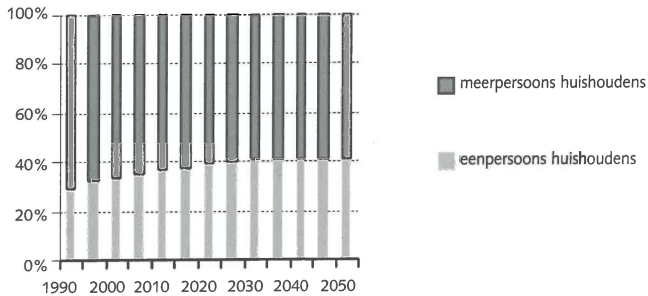
Kanker

Volgens het CBS (2001a) kwam in de periode 1999/2000 kanker voor bij 1,1% van de bevolking. In 1990 rapporteerde het CBS percentages van 0,6% en 0,7% respectievelijk voor mannen en vrouwen. Rekening houdend met de bevolkingsgroei komt dit neer op zo'n 78.000 meer kankerpatiënten in 2000 dan in 1990.

Aangezien kanker vooral voorkomt onder oudere mensen zal deze stijging voor een groot deel samenhangen met de vergrijzing in Nederland. In de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder bedraagt het percentage mensen met kanker 4,6% (CBS 2001a). Ter vergelijking: in de leeftijdsgroep van 45-64 jaar is dat 1,7%; 25-44 jaar 0,5%; 15-24 jaar 0% en 0-14 jaar 0,1%. In 2000 was het percentage 65-plussers met 13,6% 0,8% hoger dan in 1990 (zie ook paragraaf 2.2).

Samenhangend met de verwachting van de toename van het aantal 65-plussers zal het aantal *nieuwe* kankerpatiënten de komende jaren ook toenemen. Zo is de verwachting dat er in het jaar 2015 20.000 *meer* nieuwe kankerpatiënten zijn dan op dit moment (AD 2002; Nederlandse Kankerbestrijding 2002).

Deze stijging zal niet alleen een druk leggen op oncologische ziekenhuiszorg, maar ook op (specialistische) thuis- en verpleeghuiszorg: door betere behandelmogelijkheden blijven patiënten langer in leven waarmee kanker steeds meer als een chronische ziekte kan worden opgevat.



Figuur 2.7 Percentage eenpersoons- en meerpersoonshuishoudens, 1990-2050

Bron: CBS (2002a)

2.4 Maatschappelijke ontwikkelingen

Huishoudenssituatie

Inzicht in de ontwikkelingen in de huishoudenssituatie in Nederland is van belang voor de behoefte aan zorg omdat de fysieke en mentale gezondheid van alleenwonende personen slechter is dan die van personen die met anderen samenleven (Van der Heijdt en Van de Hoorn 1995). Figuur 2.7 laat zien dat het aandeel eenpersoonshuishoudens sinds 1990 aan het toenemen is. Het totaal aantal huishoudens bedroeg in 2000 ruim 6,8 miljoen (CBS 2002a). Op het moment van schrijven bleken cijfers over 2000 de meest actuele.

Het totale aantal huishoudens groeit sneller dan de totale bevolking. Ten opzichte van 1990 bleek in 2000 het aantal huishoudens met 11,5% te zijn toegenomen; ter vergelijking: de groei van de bevolking bedroeg in diezelfde periode 6,5%. Voor 2010 zijn deze percentages respectievelijk 24,2% en 13,2%. Deze groei kan verklaard worden doordat steeds meer mensen alleen wonen. Ten opzichte van 1990 was in 2000 het aantal eenpersoonshuishoudens met 20,5% toegenomen, in 2010 is de verwachting dat het percentage 54,5% zal zijn. In aansluiting op de bovengenoemde slechtere gezondheidstoestand van alleenstaanden, blijken alleenstaande ouderen vaker gebruik te maken van gezondheidszorgvoorzieningen dan samenlevenden: respectievelijk 15% en 9% (Berg 1997). Met een toenemend aantal (oudere) alleenstaanden zal de vraag naar (ouderen)zorg en mantelzorg dus blijven toenemen.

Mantelzorg

Mantelzorg wordt omschreven als 'langdurige zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende door personen uit diens directe omgeving, waarbij zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie' (Schippers 2001; VWS 2001a). Vrijwilligers vallen dus niet onder deze definitie. Vaak wordt nog onderscheid gemaakt naar incidentele hulp en meer structurele mantelzorg, respectievelijk korter en langer dan drie maanden.

Gesteld wordt dat het grootste deel van de aangeboden zorg in Nederland door mantelzorgers wordt verleend, ongeveer drievierde deel (VWS 2001a). In de periode 1996 tot 1999 hebben naar schatting 2,6 miljoen mensen hulp geboden aan chronisch zieken, gehandicapten en stervenden (termijn van drie jaren) (SCP 2001). Hierbij werd het aantal helpenden aan chronisch zieken op één moment gepeild en niet over de termijn van drie jaren. Het gaat daarbij om 1,05 miljoen mensen; 9% van de mensen van 16 jaar en ouder. Eerder, in 1991, werd dat aantal geschat op 1,3 miljoen maar in dat cijfer was ook het aantal vrijwilligers begrepen. Volgens het SCP bedraagt het gemiddeld aantal uren zorg dat door mantelzorgers verleend wordt ongeveer 18 uren per week.

Verschillende instanties zoals het SCP, het NIZW en de WRR hebben berekend dat het aanbod van mantelzorg de komende jaren ongeveer gelijk zal blijven (VWS 2001a). Dit ondanks verschillende ontwikkelingen die erop zouden kunnen wijzen dat het aanbod van mantelzorg de komende jaren zal dalen. Hierbij kan gedacht worden aan een afnemend kindertal per huishouden, groeiend aantal kinderloze gezinnen en een toenemende fysieke afstand tussen kinderen en ouders. Dergelijke ontwikkelingen in de samenstelling van huishoudens en sociale netwerken worden echter gecompenseerd door een groei van de bevolking.

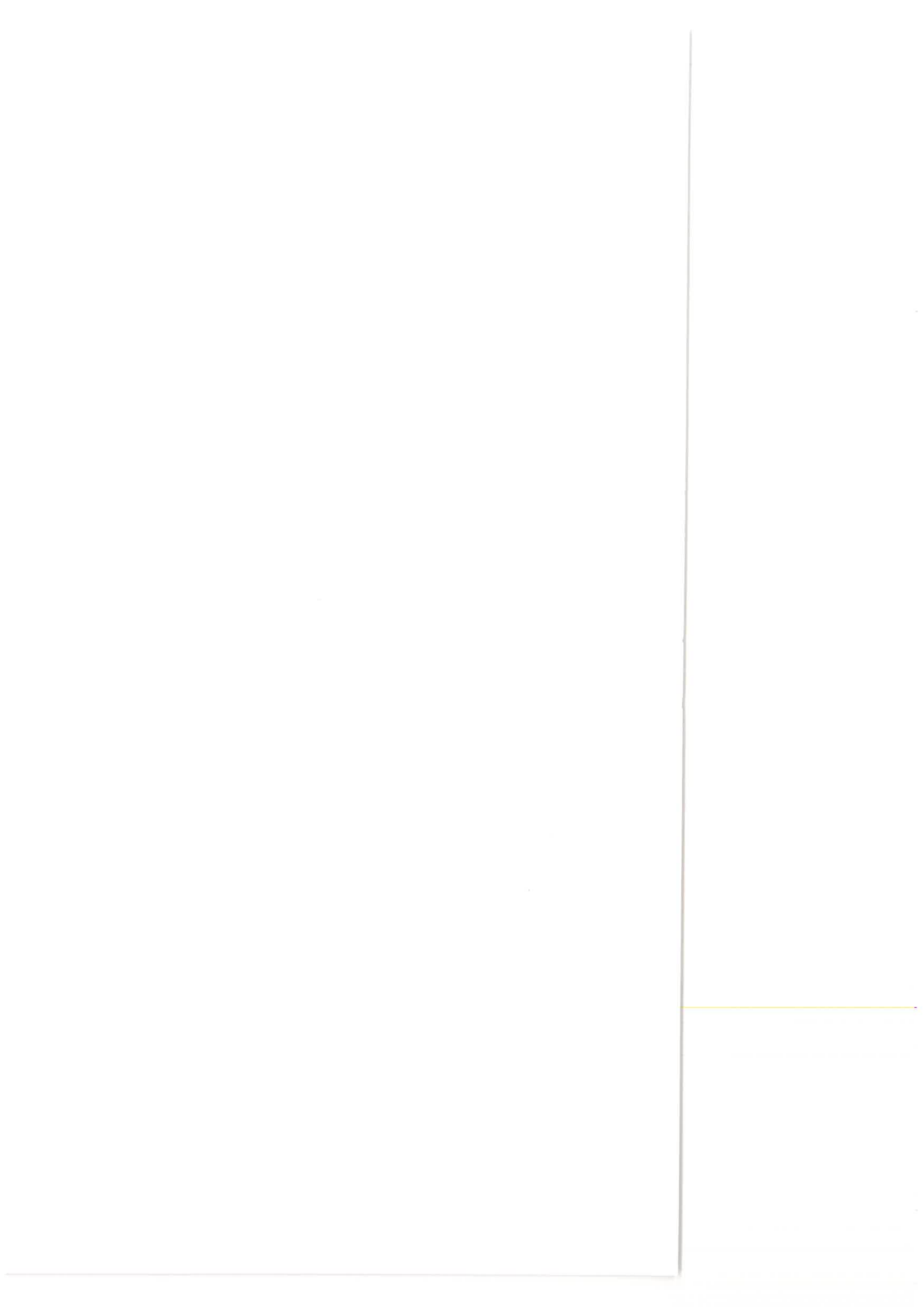
Daarnaast is er de verwachting dat de arbeidsparticipatie zal toenemen, dus dat meer mensen gaan werken. Maar ook deze ontwikkeling zal worden gecompenseerd, namelijk door een verwachte afname van het aantal te besteden uren aan arbeid (in 2020 11% minder dan in 2000) door deeltijdarbeid en arbeidsduurverkorting. Met andere woorden, de gemiddelde arbeidsduur zal naar verwachting tot 2020 gelijk blijven. Van een verdringing van zorg door arbeid zou ook geen sprake zijn (VWS 2001a).

Geconcludeerd kan worden dat de beschikbare mantelzorg de komende 15 tot 20 jaar ongeveer gelijk zal blijven. Gegeven de verwachting van het CBS dat het aantal hoogbejaarde mensen in 2020 sterk zal zijn toegenomen (tweemaal zoveel dan in 1995), waarvan een groot deel zal kampen met chronische aandoeningen, en het aantal alleenstaanden met 55% zal toenemen, zal de zorgvraag toenemen. Deze toename kan alleen worden opgevangen door professionele zorgverleners en vrijwilligers.

2.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn verschillende ontwikkelingen in de Nederlandse samenleving beschreven die van invloed zijn op de vraag naar verpleging en verzorging. De meeste daarvan wijzen op een stijgende vraag naar zorg. Op de eerste plaats blijft het aantal inwoners toenemen. Ten opzichte van 2000 is de bevolking met 0,8% toegenomen; ten opzichte van 1990 bedraagt de bevolkingsgroei 7,3%. Pas in het jaar 2040 wordt een einde aan deze stijging verwacht. Nederland zal dan naar verwachting ruim 18 miljoen inwoners tellen. Verder is er sprake van een voortzettende vergrijzing. Een stijgend aandeel van de Nederlandse bevolking is 65 jaar of ouder: in 1990 was dat aandeel 12,8%, in 2000 was dat 13,6%. De verwachting is dat het percentage voorlopig blijft toenemen: 13,9% in 2005 en 14,8% in 2010. Deels samenhangend met de vergrijzing – in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder heeft bijna 70% een langdurige aandoening – neemt het percentage mensen met een langdurige aandoening toe. In 1990 had ruim 36% van de totale bevolking een langdurige aandoening, in 2000 was dat bijna 41%. Een andere ontwikkeling die naar verwachting een grotere vraag naar zorg met zich meebrengt, is een groeiend aandeel inwoners van allochtone afkomst die relatief meer gezondheidsproblemen hebben dan autochtonen. Het percentage niet-westerse allochtonen bedroeg 7% in 1995 en 9% in 2001. Ook in de toekomst zal dit percentage blijven stijgen. Ten slotte is er sprake van een stijgend aandeel eenpersoonshuishoudens: ten opzichte van 1990 bedroeg deze stijging in 2000 ruim 20%. Omdat de behoefte aan zorg van alleenwonende personen groter is dan die van personen die met anderen samenleven, kan dit eveneens een positief effect hebben op de vraag naar verpleging en verzorging. Wat het precieze effect zal zijn

van de verschillende ontwikkelingen op de vraag naar verpleging en verzorging – in de zin van het aantal verpleegdagen of het aantal uren zorg – is op deze plaats niet vast te stellen. Gegeven de verwachting dat de beschikbare mantelzorg de komende 15 à 20 jaar gelijk zal blijven, kan geconcludeerd worden dat de vraag naar professionele zorg voorlopig blijft toenemen.



3

Productie en wachtlijsten

Na een hoofdstuk over ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging en voorafgaand aan hoofdstukken over het aanbod aan zorg, vindt in dit hoofdstuk een beschrijving plaats van hoeveel zorg er daadwerkelijk geboden wordt en hoe groot de wachtlijsten zijn voor thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. In de eerste paragraaf zijn enkele indicatoren opgenomen die per sector een beeld schetsen van de 'productie' aan zorg. Vervolgens komen in de tweede paragraaf de wachtlijstgegevens aan bod.

3.1 Ontwikkelingen in gerealiseerde zorg

Het met behulp van een paar getallen weergeven van de werkzaamheden in de verpleging en verzorging doet geen recht aan de complexe werkelijkheid. Daarom moeten de cijfers in tabel 3.1 ook gezien worden als zeer grove indicatoren.

Door het presenteren van gegevens over meerdere jaren is het mogelijk trends zichtbaar te maken. Helaas zijn voor de *thuiszorg* geen gegevens van voor 1997 beschikbaar die vergelijkbaar zijn met daarna. Het aantal cliënten nam in de periode 1997-2000 toe met 7,6% per jaar. Per cliënt kon er minder tijd besteed worden. Het aantal uren waarover productieafspraken met verzekeraars werden gemaakt nam met 3,9% toe. Welke zorginhoudelijke ontwikkelingen (verpleging, verzorging, huishoudelijk werk) zich hebben voorgedaan is nog niet aan te geven, omdat dergelijke gegevens over 2000 niet vergelijkbaar zijn met voorgaande jaren. Wat betreft de zorginhoud, bestaat de productie van algemene thuiszorg voor het grootste deel uit verzorging (36,9%), huishoudelijke zorg (27,3%) en alfahulp (22,5%). Bij elkaar opgeteld vormen deze zorgvormen dus meer dan 80% van de productie van de algemene thuiszorg.

Tabel 3.1
Enkele gegevens over werkzaamheden per sector

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	gem. jaarlijkse groei
Thuiszorg							
gemiddeld aantal							
cliënten			274.948	317.538	328.671	342.868	7,6
aantal uren							
productie- afspraken		52.575.133	53.722.439	56.755.700	58.922.365		3,9
Verpleeghuizen							
<i>verpleegdagen</i>							
somatisch	9.164.111	9.154.808	9.100.503	8.990.658	8.945.764	8.946.267	-0,5
psycho- geriatriesch	10.535.828	10.812.661	10.963.408	11.238.546	11.324.239	11.564.980	1,9
totaal	19.699.939	19.967.469	20.063.911	20.229.204	20.270.003	20.511.247	0,8
<i>dagbehandelingsdagen</i>							
somatisch	468.707	485.664	497.032	508.336	551.664	547.763	3,2
psycho- geriatriesch	557.308	598.120	641.319	669.394	704.644	781.342	7,0
totaal	1.026.015	1.083.784	1.138.351	1.177.730	1.256.308	1.329.105	5,3
Verzorgingshuizen							
bewoners	117.491	113.033	111.719	107.806	107.065	104.466	-2,3
personen in							
nachtopvang	553	296	562	1.702	1.568	2.003	29,4
personen in							
dagopvang	15.930	16.474	15.026	17.415	20.754	22.611	7,3
Verstandelijk gehandicapten							
verpleegdagen	12.428.235	12.561.945	12.596.644	12.765.044	12.665.059	12.675.666	0,4
GGZ							
verpleegdagen	7.897.666	7.738.019	7.641.849	7.375.252	7.394.322	7.064.912	-2,2
opnamen	45.428	46.617	50.106	53.340	52.157	52.197	2,8
Ziekenhuizen							
<i>verpleegdagen</i>							
algemeen	12.619.402	12.372.971	12.106.316	11.702.625	11.014.164	10.516.610	-3,6
academisch	2.054.306	2.031.522	1.938.310	1.897.910	1.847.467	1.782.695	-2,8
categoraal	707.680	682.226	628.902	559.096	498.689	491.737	-7,0
<i>dagverpleging</i>							
algemeen	567.590	600.183	629.101	653.226	676.837	727.100	5,1
academisch	53.307	59.566	63.606	69.649	73.207	75.585	7,2
categoraal	7.913	9.542	12.610	15.415	23.949	25.419	26,3

Bron: Prismant gegevensbestand Jaarbeeld Zorg (2002)

Ruim 10% van de productie bestaat uit verpleegkundige zorg. Deze aanvullende productiegegevens betreffen overigens 86% van alle thuiszorginstellingen in Nederland en zijn gebaseerd op een onderzoek in 2000 (Benchmarkonderzoek 2002).

Tabel 3.1 laat verder zien dat het aantal verpleegdagen in de *verpleeghuizen* jaarlijks is toegenomen met gemiddeld 0,8%. Het accent is hierbij verschoven van somatische zorg naar psychogeriatrische zorg. Het aantal dagbehandelingsdagen nam veel sterker toe, namelijk met 5,3% per jaar. Over extramuraal verpleeghuiszorg zijn helaas maar weinig gegevens bekend.

Het aantal bewoners in *verzorgingshuizen* nam in de periode 1995-2000 gemiddeld met 2,3% per jaar af. Daar staat tegenover dat met name nachtopvang relatief erg snel (gemiddeld bijna 30%) is toegenomen. Ook de dagopvang is met 7,3% per jaar relatief veel toegenomen. Het aantal verpleegdagen in de *verstandelijkgehandicaptenzorg* groeide gemiddeld met 0,4% per jaar. De laatste twee jaar deed zich evenwel een lichte daling voor.

In de *geestelijke gezondheidszorg* nam het aantal verpleegdagen af, maar het aantal opnamen nam toe. Aangenomen wordt dat de groei van het aantal opnamen veel meer werk met zich meebrengt dan de daling van de verpleegdagen minder werk betekent.

Het aantal verpleegdagen in *ziekenhuizen* neemt jaar op jaar af. De dagverpleging laat daarentegen een sterke groei zien.

Bij vergelijkingen in de tijd moet opgemerkt worden dat niet alleen het aantal verpleegdagen ertoe doet, maar ook de complexiteit van zorg. Over het algemeen kan aangenomen worden dat de complexiteit van een verpleegdag in de loop der jaren is toegenomen, bijvoorbeeld door een steeds hoger aandeel 65-plussers in ziekenhuizen. Dit betekent per verpleegdag meer werk dan voorheen. Op dit moment is het echter nog niet goed mogelijk om hier met behulp van indicatoren rekening mee te houden. In een aantal gevallen is de gegevensverzameling recentelijk gestart of aangepast waardoor het nog niet mogelijk is om op deze plaats ontwikkelingen in de tijd te presenteren.

3.2 Wachtlijstgegevens in de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen

Per 1 oktober 2001 wachtten er 87.276 mensen op voor hen geïndiceerde zorg thuis, in een verzorgingshuis of in een verpleeghuis, zo blijkt uit een peiling van Taskforce aanpak wachtlijsten (VWS 2002; Taskforce aanpak wachtlijsten 2002). Hiervan wachtten 39.910 cliënten op thuiszorg, 36.260 cliënten op zorg in een verzorgingshuis en 11.406 cliënten op een plaats in een verpleeghuis.

Ruim 60% van de wachtenden ontvangt enige vorm van overbruggingszorg. Dit zijn vooral wachtenden voor verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg, respectievelijk 83% en 75%. Van de wachtenden op zorg thuis, ontvangt 45% overbruggingszorg. Volgens de werkgroep is er in de thuiszorg minder sprake van rantsoenering dan in de voorgaande jaren het geval is geweest. Onder rantsoenering wordt verstaan dat cliënten minder uren zorg ontvangen dan geïndiceerd.

Ook in mei 2000 en in maart 2001 zijn er peilingen verricht. Tabel 3.2 geeft het aantal wachtenden weer met en zonder overbruggingszorg.

*Tabel 3.2
Aantal wachtenden met en zonder overbruggingszorg*

	15 mei 2000	1 maart 2001	1 oktober 2001
Met overbruggingszorg	52.180 (51%)	49.693 (61%)	54.796 (63%)
Zonder overbruggingszorg	49.497 (49%)	32.366 (39%)	32.480 (37%)
Totaal	101.677 (100%)	82.059 (100%)	87.276 (100%)

Bron: Taskforce aanpak wachtlijsten (2002)

Uit deze tabel blijkt dat de toename van de wachtlijst niet heeft geleid tot een (relatieve) toename van het aantal wachtenden zonder overbruggingszorg. Kreeg in 2000 ongeveer de helft van het aantal wachtenden overbruggingszorg, in 2001 was dat ruim 60%.

In 2001 bleek het aantal mensen met een positief indicatiebesluit met 7% toegenomen ten opzichte van 2000, in totaal 519.000 cliënten. Op basis van alleen demografische gegevens was een groei verwacht van 2%. Het is gebleken dat veel mensen zich alvast laten indiceren zonder de intentie om er meteen gebruik van te maken. Dit geldt met name

voor intramurale verzorgingshuiszorg. Onderzoek in enkele regio's (Taskforce aanpak wachtlijsten 2002) liet zien dat ongeveer de helft van de zorgvragers en eenderde van de mantelzorgers intramurale zorg niet meteen, dus op het moment van indicatie, nodig vindt. Ook bij een gevraagde inschatting over een half jaar denkt nog steeds de helft van de zorgvragers en 11% van de mantelzorgers dat een opname niet nodig is. Volgens de werkgroep was er bovendien bij de RIO's in het verleden een wachtlijst voor indicaties welke in 2001 is weggewerkt, wat ook deels heeft bijgedragen aan de groei van het aantal mensen met een positief indicatiebesluit.

3.3 Samenvatting

In de thuiszorg is het aantal cliënten jaarlijks toegenomen met gemiddeld 7,6%; per cliënt wordt steeds minder tijd besteed, al lijkt deze ontwikkeling in 2001 iets te zijn afgezwakt. De meeste tijd wordt besteed aan verzorging, huishoudelijke zorg en alfahulp (in totaal ruim 80%); verpleging omvat ongeveer 10% van de productie van algemene thuiszorg. In de verpleeghuizen blijkt het aantal verpleegdagen jaarlijks te stijgen met gemiddeld 0,8%. Hierbij verschuift het accent van somatische naar psychogeriatrische zorg. Het aantal dagbehandelingen nam sneller toe, met jaarlijks gemiddeld 5,3%.

In de verzorgingshuizen is een dalende trend zichtbaar wat betreft het aantal bewoners. De gemiddelde daling is 2,3% per jaar. De nachtopvang daarentegen heeft een snelle groei gekend met jaarlijks gemiddeld 30%. In de verstandelijkgehandicaptenzorg is er de laatste jaren sprake van een lichte daling van het aantal verpleegdagen, tussen 1995 en 1999 kende deze sector nog een lichte groei van jaarlijks gemiddeld 0,4%. Ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg wijzen op een dalend aantal verpleegdagen en een toenemend aantal opnamen. De verwachting is dat deze verandering een zorgverzwaring met zich mee zal brengen. In de ziekenhuizen ten slotte neemt het aantal verpleegdagen jaarlijks af, terwijl de dagverpleging een flinke groei heeft laten zien. Naast productiegegevens is in dit hoofdstuk ingegaan op wachtlijstgegevens van de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Een peiling van oktober 2001 leerde dat er in totaal ruim 87.000 mensen wachtten op zorg: bijna 40.000 op thuiszorg, 36.000 op een plaats in een verzor-

gingshuis en 11.500 op een plaats in een verpleeghuis. Bijna tweederde van deze wachtenden ontving een vorm van overbruggingszorg, een percentage dat ten opzichte van 2000 met ongeveer 10% is gestegen. Met name voor verzorgingshuizen blijkt een aanzienlijk deel van de mensen zich alvast te laten indiceren zonder de intentie er meteen gebruik van te willen maken.

Omvang van de beroepsgroepen

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de ontwikkeling van het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging tussen 1990 en 2000. Ook komt het aantal volledige arbeidsplaatsen dat zij voor hun rekening nemen aan bod. Waar – dat wil zeggen in welke branches en regio's – men werkt, wordt daarna behandeld. Verder wordt aandacht besteed aan de te onderscheiden groepen binnen verpleging en verzorging.

Het werken in verpleging en verzorging kan op verschillende manieren gedefinieerd worden. Zo kan men als definitie hanteren: iedereen die werkzaam is in verpleging en verzorging en daartoe een geëigende opleiding gevolgd heeft. Een andere definitie is iedereen die werkzaam is in een functie waar men met verpleging of verzorging te maken heeft, ongeacht de opleiding die men gevolgd heeft.

In dit hoofdstuk gaat het over al degenen die in een functie van verpleging of verzorging werkzaam zijn. Waar mogelijk besteden we ook aandacht aan de opleiding. Bij verpleegkundigen is er een zeer nauwe samenhang tussen opleiding en functie; bij verzorgenden is dat diffuser. Een aantal jaren geleden zijn er beroependomeinen ontwikkeld (Hens en Geomini 1996): een karakterisering van het soort werkzaamheden. Zij onderscheiden de domeinen verpleging, verzorging en een sociaal-agogisch beroependomein. Bij voorkeur zou dit boek hierop aan moeten sluiten. Echter, de statistische bronnen laten dat vaak niet toe. Deze werken veelal met beroeps- of functienamen, soms gecombineerd met een indicatie van de opleidingsachtergrond. In de meest ruime zin is er bij de bronnen sprake van verplegend, opvoedkundig en verzorgend personeel (VOV-personeel). In veel gevallen is deze categorie niet verder uit te splitsen. In weer andere gevallen zijn de gegevens niet zorgsectorbreed, dat wil zeggen niet voor alle branches beschikbaar. De statistische bron-

nen dicteren de mogelijkheden. Waar mogelijk zal in deze rapportage echter wel onderscheid gemaakt worden naar de verschillende groepen. De lezer zij gewaarschuwd steeds op te letten welke categorie bedoeld wordt.

Verpleegkundigen zijn ook over het algemeen duidelijk te onderscheiden als beroepsgroep, zeker nu sinds enige tijd de BIG-registratie van toepassing is. Onder verzorgenden worden doorgaans de volgende beroepsbeoefenaren aangeduid: ziekenverzorgenden en verzorgenden en helpenden in de gezinszorg, de kraamzorg, de bejaardenzorg en de zorg voor lichamelijk gehandicapten. Daarnaast zijn binnen het domein verzorging helpenden en zorghulpen werkzaam. Een grensgebied wordt gevormd door de gehandicaptenzorg, waar het onderscheid tussen de domeinen verpleging en verzorging en sociaal-agogisch werk vaak vaag is. Waar mogelijk zullen we de gegevens beperken tot verpleging en verzorging.

4.1 De ontwikkeling van het aantal werkenden

In 2000 waren er ruim 396.000 personen in ons land werkzaam in de verpleging en verzorging. Tezamen namen zij ruim 214.000 volledige arbeidsplaatsen voor hun rekening. In 1990 waren er 321.000 personen op bijna 178.000 volledige arbeidsplaatsen. De groei in personen bedroeg over de periode 1990-2000 23,3%. Dat is iets meer dan op de totale arbeidsmarkt, waar in diezelfde periode de groei 20% bedroeg (tabel 4.1).

In de loop der tijd nam de groei in verpleging en verzorging af. Bedroeg deze in het begin van de jaren negentig nog gemiddeld 3% per jaar, midden jaren negentig was dat nog maar 2%. In 2000 groeide het aantal personen slechts met 1,3% ten opzichte van het jaar ervoor. De beperkte groei heeft ongetwijfeld te maken met een toename van het aantal moeilijk vervulbare vacatures.

In de verpleging en verzorging wordt veel in deeltijd gewerkt. Daarom is het ook van belang om naar de ontwikkeling van het aantal volledige arbeidsplaatsen te kijken. Zowel voor verpleging en verzorging als voor de totale arbeidsmarkt is deze groei iets geringer dan die in personen. De groei van de bezette (volledige) arbeidsplaatsen laat jaar op jaar een grillig verloop zien. Zo is er in 1994 zelfs sprake van een lichte krimp. De

Tabel 4.1

De jaarlijkse groei van het aantal personen en volledige arbeidsplaatsen in de verpleging en verzorging en op de gehele arbeidsmarkt 1990-2000 in %

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Totaal
Personen											
Verpleging en											
verzorging	3,2	2,7	3,3	1,6	1,6	2,0	2,1	1,8	1,5	1,3	23,3
Totaal Nederland	2,0	1,2	0,1	0,7	1,5	2,2	3,3	2,6	2,5	2,4	20,0
Volledige arbeidsplaatsen											
Verpleging en											
verzorging	1,7	2,3	1,5	-1,0	2,2	1,9	2,6	4,1	2,1	1,5	20,6
Totaal Nederland	1,3	1,0	-0,1	-0,3	1,4	2,6	3,2	2,9	2,5	2,4	18,1

Bron: Bewerking gegevens CBS en Prismant

sterke groei in 1998 is toe te schrijven aan de invoering van de 36-urige werkweek. Bij volledige herbezetting had er 5,2% groei moeten plaatsvinden. Duidelijk mag zijn dat het arbeidsvolume de afgelopen jaren derhalve maar weinig is toegenomen.

Hoe groot was de groei van het netto-arbeidsvolume in de afgelopen vijf jaar? Zoals gesteld deden zich veranderingen voor in de collectieve arbeidsduur, maar ook in de hoogte van het ziekteverzuim. Deze gegevens beïnvloeden uiteraard de feitelijke handen aan het bed.

Tabel 4.2 laat zien wat het effect is wanneer voor deze factoren gecorrigeerd wordt. Tevens is rekening gehouden met het geringer aantal meewerkende leerlingen en voorzover mogelijk met de veranderingen in de inzet van oproep- en uitzendkrachten.

In alle branches werd in de periode 1995-2000 een collectieve arbeidsduurverkorting doorgevoerd: van 38 naar 36 uur per week ofwel een afname van 5,2%. In alle branches steeg het ziekteverzuim; variërend van 1,5% in de ziekenhuizen tot 2,5% in de thuiszorg. Ten slotte nam het aantal meewerkende leerlingen af. Deze afname is niet volledig meegenomen, maar er is verondersteld dat voor elke twee leerlingen één gediplomeerde nodig is. Verandering in aantallen oproepkrachten en uitzendpersoneel zijn, indien dat kon, zo goed mogelijk meegenomen. Duidelijk mag zijn dat een en ander een benadering vormt. De statistische bronnen vormen soms beperkingen of dwingen tot aannames.

Van de toch al beperkte groei van 12,7% in de periode 1995-2000 blijft

Tabel 4.2
 Netto ontwikkeling arbeidsvolume 1995-2000 in %

	Groei in FTE's	ADV	Mutaties in			Nettogroei 1995-2000 (1+2+3+4+5)	Gem. jaarlijkse groei 1995-2000
			Ziekte-verzuim	Leerlingen	Uitzenden oproepkrachten		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
Ziekenhuiszorg	11,1	-5,2	-1,5	-2,8	0,3	1,9	0,4
Geestelijke gezondheidszorg	15,2	-5,2	-1,5	-2,9	-	5,6	1,1
Gehandicaptenzorg	12,6	-5,2	-2,0	-5,5	-	-0,2	0,0
Verpleeghuizen	19,5	-5,2	-2,2	-1,6	1,8	12,3	2,3
Verzorgingshuizen	12,4	-5,2	-2,2	0,2	-0,3	5,0	0,9
Thuiszorg	10,5	-5,2	-2,5	0,0	0,9	3,7	0,7
Totaal	12,7	-5,2	-2,2	-1,7	0,7	4,4	0,9

Bron: Bewerking gegevens Prismant en CBS

na de hiervoor beschreven correctie 4,4% over. De gemiddelde jaarlijkse nettogroei komt dan op 0,9%. Alleen bij de verpleeghuizen is er nog sprake van een substantiële groei van het arbeidsvolume.

De laatste jaren is volgens tabel 4.1 de groei van de totale arbeidsmarkt groter dan die van verpleging en verzorging. In de economisch minder voorspoedige periode 1990-1995 was dat precies andersom. Met het huidige terugvallen van de economie lijken de rollen weer omgedraaid te worden: de totale werkgelegenheid in de sector zorg en welzijn groeide het eerste kwartaal 2002 harder dan de totale werkgelegenheid in ons land.

De belangrijkste branches waar verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam zijn, is te zien in figuur 4.1. De thuiszorg neemt met 37% het grootste aandeel voor haar rekening, gevolgd door de ouderenzorg met 29%.



figuur 4.1 Het aandeel van de branches in 2000 (personen)

Tabel 4.3 geeft een gedetailleerd beeld van het aantal werkenden per branche en de ontwikkeling daarin. Deze tabel laat zien dat, met uitzondering van de thuiszorg, de gemiddelde jaarlijkse groei van het aantal personen in de periode 1990-1995 steeds groter was dan in de periode 1995-2000.

De sterkste groei vond plaats in de gehandicaptenzorg, gevolgd door de geestelijke gezondheidszorg. Binnen de gehandicaptenzorg worden overigens steeds meer functies als agogisch in plaats van verpleegkundig en verzorgend getypeerd. Hier zijn de sociaal-agogen zoveel mogelijk buiten de berekening gehouden.

Verdergaande gegevens over arbeidsplaatsen en met meer gedetailleerde verdeelingsgegevens zijn te vinden op de website www.lcvv.nl/v&vtabellen2002.

2 Beroepsgroepen en kwalificaties

Verpleegkundigen kunnen zich officieel laten registreren in het door de overheid opengestelde BIG-register. In dit register zijn verpleegkundigen opgenomen die gerechtigd zijn de beroepstitel verpleegkundige te voeren. Zij behoeven dus niet feitelijk werkzaam te zijn.

2.1 Het BIG-register

Op 1 januari 2002 staan 215.173 verpleegkundigen geregistreerd in het BIG-register. In een jaar tijd is het aantal geregistreerde verpleegkundigen met ongeveer 6500 toegenomen. In dezelfde periode zijn in totaal 280

Tabel 4.3

Het aantal werkzame personen in de verpleging en verzorging 1990-2000

	1990	1995	1998	1999	2000	Gem. jaarlijkse groei 1990-1995 1995-2000	
Ziekenhuiszorg	58.240	68.706	75.165	75.164	74.970	3,4	1,8
• algemeen							
ziekenhuis	44.141	52.798	57.680	57.799	57.222	3,6	1,6
• academisch	10.381	11.984	13.719	14.000	14.108	2,9	3,3
• categoriaal en revalidatie	3.718	3.924	3.766	3.365	3.640	1,1	-1,5
Geestelijke gezond- heidszorg	17.047	21.361	24.978	26.161	25.561	4,6	3,7
Gehandicaptenzorg	15.815	22.746	26.641	27.948	26.961	7,5	3,5
Ouderenzorg	80.823	96.409	105.935	107.141	109.826	3,6	2,6
• verpleeghuizen	39.188	51.338	57.720	57.601	58.694	5,5	2,7
• verzorgingshuizen	41.635	45.072	48.216	49.540	51.132	1,6	2,6
Thuiszorg	115.760	126.670	134.500	136.680	139.960	1,8	2,0
verpleegkundigen	7.679	8.765	9.383	10.080	10.565	2,7	3,8
verzorgenden/ helpenden	–	71.158	69.149	70.595	73.010	0,0	0,5
alfahulpverleners	–	46.747	55.968	56.005	56.385	0,0	3,8
Overige verpleeg- kundigen	2.382	3.935	3.483	3.493	3.594	10,6	-1,8
Inservice/leerling- wezen	31.075	23.104	14.334	14.376	15.247	-5,8	-8,0
inservice-leerlingen	27.872	20.531	13.750	13.672	14.405	-5,9	-6,8
leerlingwezen							
bejaardenoorden	3.203	2.573	584	704	842	-4,3	-20,0
Totaal	321.141	362.931	385.036	390.963	396.118	2,5	1,8

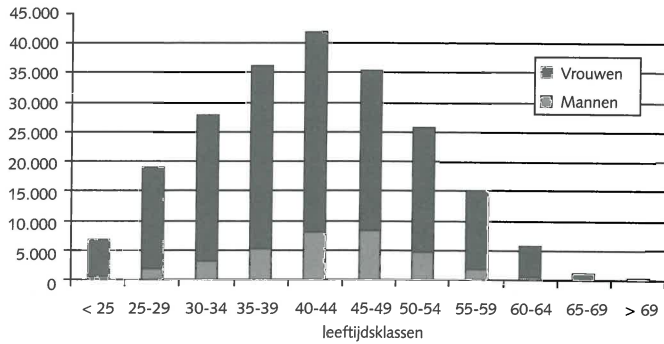
Bron: Bewerking gegevens Prismant en CBS

verpleegkundigen uitgeschreven. Overlijden of een veroordeling door de tuchtcommissie vormen de oorzaak.

In figuur 4.2 zijn de geregistreerden verdeeld naar leeftijd en geslacht.

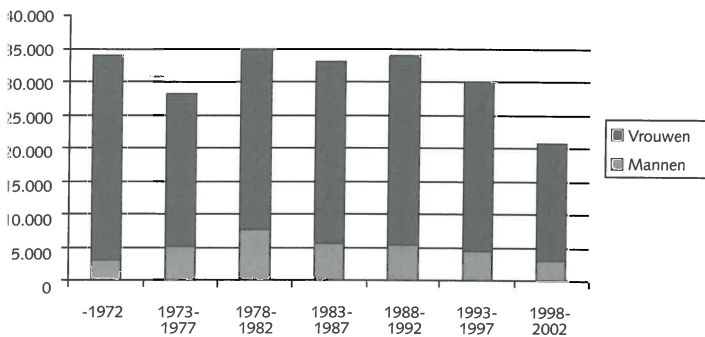
Het grootste aandeel bestaat uit vrouwen (84%). Van de vrouwen is 44% jonger dan 40 jaar. Bij de mannen ligt de gemiddelde leeftijd hoger: 31% is jonger dan 40 jaar.

In figuur 4.3 zijn de verpleegkundigen weergegeven naar jaar van diplomering. Ongeveer de helft van het aantal geregistreerden heeft zich voor 1985 gekwalificeerd.



figuur 4.2 BIG-geregistreerden naar leeftijd en geslacht

bron: BIG-registratie



figuur 4.3 BIG-geregistreerden naar jaar van diplomering

bron: BIG-registratie

initiële niveaus volgens RegioMarge

Het behulp van RegioMarge¹ is in kaart gebracht welke kwalificaties behoren die werkzaam zijn in verpleging en verzorging hebben (Van der Vindt 2002). Het gaat dan om de initiële kwalificaties in de terminologie in het nieuwe onderwijsstelsel.

RegioMarge is een regionaal toegepast instrument ten behoeve van arbeidsmarktverruiming en personeelsplanning dat in vrijwel alle regio's in ons land gehanteerd wordt. Door de toepassing in de regio's levert het onder meer ook informatie over de te ondersteunen beroepsgroepen in termen van opleidingskwalificaties op.

Op grond van landelijke beschikbare statistische bronnen zoals in de voorgaande paragraaf gehanteerd, is het totaal aantal werkzamen in verpleging en verzorging geraamd. De percentuele verdeling over de beroepsgroepen is verzameld uit de regionale toepassingen, waaraan zo'n 600 instellingen in 2001 deelnamen. De afwijkingen ten opzichte van dezelfde tabel van vorig jaar zijn vooral gelegen in een betere raming van werkenden in de gehandicaptenzorg en toevoeging van het niveau zorghulp. Tabel 4.4 laat de best denkbare raming op dit moment zien. Ontwikkelingen in de tijd kunnen daardoor niet altijd goed afgeleid worden.

Het belangrijkste verschil tussen de tabellen 4.3 en 4.4 betreft de gehandicaptenzorg. In RegioMarge wordt ook de semimurale gehandicaptenzorg meegenomen. Daar zijn veel sociaal-agogisch opgeleiden werkzaam. Dat geldt overigens ook, maar in mindere mate, voor de intramurale en transmurale gehandicaptenzorg. In tabel 4.3 zijn alleen de verpleegkundigen en verzorgenden meegenomen. Dit levert een verschil van 55.000 op.

Tabel 4.4 laat per branche een onderverdeling naar kwalificatieniveau en opleiding zien.

In de VOV-sector werken ruim 446.000 mensen, waarvan 312.000 personen een kwalificatie verpleging of verzorging op niveau 1 tot en met 5 bezitten. Dit zijn de zogenoemde gekwalificeerden.

Tabel 4.4

Werkenden in verpleging, opvoedkunde en verzorging naar branche en kwalificatieniveau in 2000 (x 1000)

	Vpl5	Vpl4	V3ig	Vz3	Hlp2	Zhlp1	Overig	Totaal
Ziekenhuizen	14,6	52,7	3,5	0,8	1,2	0,0	2,7	75,5
Geestelijke gezondheidszorg	5,9	12,3	2,8	0,5	0,2	0,0	4,4	26,1
Gehandicaptenzorg	1,6	18,5	2,3	2,5	1,3	0,3	55,1	81,7
Verpleeghuizen	2,4	5,2	34,4	8,1	5,3	0,2	6,6	62,1
Verzorgingshuizen	2,1	4,2	15,5	17,4	7,1	0,2	6,4	52,9
Thuiszorg	6,4	3,0	5,8	27,3	13,7	24,6	59,1	139,9
Overig	3,3	1,4	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	8,1
Totaal	36,3	97,3	67,8	56,6	28,8	25,3	134,3	446,3

Bron: Bewerking gegevens RegioMarge 2001 en gegevens tabel 4.3

Tabel 4.5

De genoten initiële opleiding(en) van werkenden in de verpleging en verzorging naar branche in 2000

	Zieken- huizen	Ouderenzorg	Gehand- captenzorg	Thuiszorg	GGZ
Ovdb-opleidingen					
Helpende	0,1	8,7	0,5	9,9	0,0
Verzorgende	5,4	40,7	14,5	28,6	11,6
Inservice-opleidingen					
Inservice-A	75,1	10,9	8,5	19,2	20,4
Inservice-B	4,0	1,9	3,0	1,7	53,3
Inservice-C	1,2	1,4	36,5	1,0	4,9
Inservice Ziekenverzorging	5,7	41,1	11,5	11,4	21,3
Thuiszorg-opleidingen					
Thuishulp A	0,0	0,5	1,0	12,8	0,0
Verzorgingshulp B	0,1	0,3	0,5	7,9	0,0
Verzorgende	0,0	0,8	0,0	7,6	0,0
Verzorgende D	0,0	0,4	0,0	3,4	0,4
Gespecialiseerde verzorgende E	0,1	0,0	0,5	4,5	0,0
Hbo-opleidingen					
nbo verzorging	0,0	2,5	1,5	2,9	0,4
nbo verpleging	6,9	3,9	18,5	4,4	6,2
nbo verzorging	4,0	20,6	11,0	10,9	4,4
Verpleging bbl	0,0	0,4	1,0	0,5	0,4
Verpleging bol	0,6	0,2	0,5	0,0	0,0
Verghulp bbl	0,4	0,5	2,5	3,2	0,9
Verghulp bol	0,0	0,5	2,5	1,5	0,0
Hooger Beroepsonderwijs (hbo)					
bo-V	19,3	0,8	7,0	8,2	18,7
Verpleging bol	0,1	0,3	1,0	0,0	0,9
Verpleging bbl	0,0	0,1	1,0	0,3	0,4
van bovengenoemde opleidingen	5,9	17,7	64,0	34,6	20,0

bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000

en anders opgeleiden werkzaam in de verpleging, opvoedkunde en verzorging, ruim 134.000 in getal, vormen een grote groep. Het merendeel ervan, 59.000, treffen we in de thuiszorg aan. Voor het overgrote deel

betreft het alfa-hulpverleners, maar ook een omvangrijke categorie als thuishulp. A valt hier deels onder. In de gehandicaptenzorg komen ruim 55.000 personen in deze categorie overig voor. Het gaat hier vooral om sociaal-pedagogisch opgeleiden, die zoals gesteld deels intra-, maar vooral semi-muraal werkzaam zijn (Prismant, Statistiek personeelssterkte 2001).

Deze gegevens komen redelijk overeen met gegevens uit de met een steekproef werkende OSA-aanbodmonitor (tabel 4.5). Ook hier is duidelijk dat de gehandicaptenzorg, waar het om verpleging en verzorging gaat, een aparte positie inneemt: 64% heeft geen verpleegkundige of verzorgende opleiding, maar vaak een sociaal-agogische opleiding achter de rug.

4.3 Regionale spreiding

Tabel 4.6 laat zien dat de werkgelegenheid van verpleegkundigen en verzorgenden niet regelmatig verspreid is over ons land. Zo is het aandeel in de RBA-regio IJssel-Veluwe met 8,8% aanmerkelijk hoger dan in zuidelijk Noord-Holland en Flevoland met 4,6%.

Veranderingen in het aandeel ten opzichte van vorig jaar hebben vooral te maken met de groei van de werkgelegenheid buiten de zorg. Zo nam het aantal banen van werknemers in Midden-Nederland in twee jaar tijd spectaculair toe, waardoor het aandeel van verpleging en verzorging zakte van 6,3% in 1998 tot 5,5% in 2000.

4.4 Vacatures

In het voorafgaande is steeds sprake geweest van werkzame personen en bezette arbeidsplaatsen. De vraag naar verplegend en verzorgend personeel was evenwel de laatste jaren groter dan het aanbod. Dit valt al af te leiden uit de geringe groei in 2000 van het aantal werkzame personen en bezette arbeidsplaatsen, terwijl daartegenover toch een grote vraag staat (zie hoofdstukken 2 en 3). Concreet blijkt het tekortschietend aanbod uit het groeiend aantal moeilijk vervulbare vacatures en wachtlijsten (zie ook hoofdstuk 3).

Het CBS meet het aantal moeilijk vervulbare vacatures in alle bedrijfstakken in ons land. Onder moeilijk vervulbare vacatures worden verstaan

Tabel 4.6

Raming van het aantal verpleegkundigen en verzorgenden naar regio en het aandeel in de totale werkgelegenheid in 2000

	x 1000	Aandeel in totaal in %
Groningen	17,7	8,0
Friesland	16,8	7,5
Drenthe	14,4	8,5
IJssel-Vecht/Twente	24,6	6,0
IJssel/Veluwe	30,5	8,8
Arnhem-O.Gld./Nijm.Riv.land	30,6	6,4
Flevoland	4,6	4,6
Midden-Nederland	38,6	5,5
Noord-Holland Noord	14,6	7,0
Zuidelijk Noord-Holland	42,9	4,6
Rijnstreek	20,5	7,2
Haaglanden	25,9	5,4
Rijnmond	42,9	6,1
Zeeland	11,2	7,6
Midden- en West-Brabant	26,5	6,1
Noordoost-Brabant	14,4	5,3
Zuidoost-Brabant	17,1	5,2
Limburg	32,8	7,2
Nederland	396,4	5,8

Bron: Prismant en CBS

vacatures die reeds drie maanden of langer openstaan en die per direct vervuld zouden moeten worden. De cijfers van het CBS komen over het algemeen lager uit dan gegevens uit andere bronnen. Zo komt het CBS in 2000 voor de hele sector zorg en welzijn uit op 0,9% moeilijk vervulbare vacatures tegen 1,3% voor de totale landelijke arbeidsmarkt.

Meting met RegioMarge 5.3 laat een ongunstiger beeld zien (tabel 4.7). Het gaat hier wel alleen om verpleging en verzorging, waar het CBS het meest met moeilijk vervulbare vacatures te maken.

De uitwerking van een hoog percentage moeilijk vervulbare vacatures verschilt van branche tot branche en is ook voor de zorgsector anders dan voor veel andere bedrijfstakken.

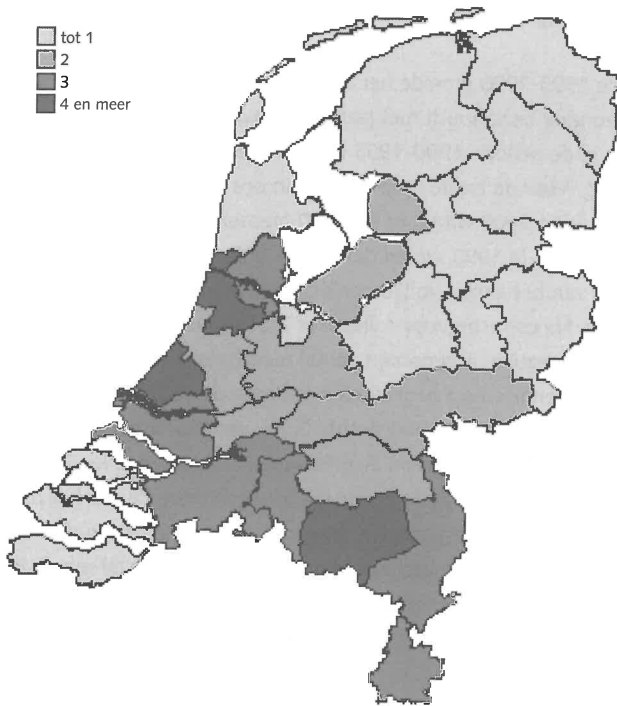
Vanwege het belang van de logistieke samenhang met andere activiteiten in de curesector is het effect van een tekort daar vaak veel groter

Tabel 4.7
 Het percentage moeilijk vervulbare vacatures

	1999	2000
Ziekenhuizen	1,3	1,5
GGZ	1,4	1,6
Gehandicaptenzorg	0,4	0,4
Verpleeghuizen	0,9	2,5
Verzorgingshuizen	1,7	2,3
Thuiszorg	1,9	2,1
Totaal	1,3	1,6

Bron: RegioMarge 5.2 en 5.3

dan elders. Zo kan een tekort aan IC-verpleegkundigen een opnamestop van patiënten betekenen waardoor ook andere beroepsgroepen hun werk niet meer kunnen doen. Bovendien zijn de substitutiemogelijkheden veel beperkter dan in andere delen van de zorg. Op een IC-afdeling zijn nu eenmaal gespecialiseerde IC-verpleegkundigen nodig. Dit geldt ook voor andere gespecialiseerde afdelingen. In ziekenhuizen zijn relatief veel gespecialiseerde verpleegkundigen werkzaam: zo'n 35% van de verpleegkundigen heeft een specifieke specialistische aantekening (zie hoofdstuk 9). Het aantal gespecialiseerde verpleegkundigen is per ziekenhuis gezien echter gering in omvang. Dat betekent dat er gemakkelijk door incidentele voorvallen problemen in de personeelsvoorziening kunnen ontstaan. Gezien het grote belang van tekorten voor het productieproces en het feit dat een stagnerend productieproces vaak gepaard gaat met wachtlijsten, is de publicitaire aandacht hiervoor vaak wel groot. Ten slotte zijn er ook in de zorg regionaal grote verschillen op de arbeidsmarkt. Figuur 4.4 laat zien dat er met name in het westen en zuiden van het land problemen zijn. Het oosten en noorden kennen nauwelijks tekorten aan verplegend en verzorgend personeel. Het feit dat niet alle regio's recente informatie verschaften in het kader van het RegioMarge-project kan het beeld enigszins beïnvloeden. De zuidelijke regio's verstrekten bijna allen recente informatie en laten een sombere actuele situatie zien.



Figuur 4.4 Het percentage moeilijk vervulbare vacatures per regio in 2000/1

Bron: Van der Windt (2002)

Toekomstige problemen

Begin 2002 was de verwachting dat de tekorten nog verder op zullen gaan lopen (Van der Windt 2002). Zonder adequate maatregelen doet zich in 2005 een tekort van bijna 7% voor. Dit percentage kan men vergelijken met het percentage moeilijk vervulbare vacatures in 2000 van 1,6%. Of het tekort ook zo groot wordt, hangt met name af van (recente) ontwikkelingen in de instroom in de opleidingen, het verloop en het ziekteverzuim. Deze onderwerpen komen verderop aan de orde.

4.5 Samenvatting

In de periode 1995-2000 groeide het aantal mensen dat zich met verpleging en verzorging bezighoudt met jaarlijks gemiddeld 1,8%. Dit is minder snel dan in de periode 1990-1995 toen de jaarlijks gemiddelde groei 2,5% bedroeg. Voor de totale arbeidsmarkt in ons land geldt precies het omgekeerde. Anno 2000 waren er 396.000 mensen werkzaam in verpleging en verzorging. In 1990 waren dat er 321.000.

Ook de groei van het aantal voltijdarbeidsplaatsen was in de eerste periode groter. Na correctie voor collectieve arbeidsduurverkorting, toegenomen ziekteverzuim, afgenomen aantal meewerkende leerlingen en toegenomen uitzend- en oproepkrachten bedroeg de netto arbeidsvolumegroei in de periode 1995-2000 slechts 0,9% gemiddeld per jaar. Krapte op de arbeidsmarkt en een dalend aantal afstuderende leerlingen in het verplegend en verzorgend onderwijs droegen ertoe bij dat het percentage moeilijk vervulbare vacatures steeg tot 1,6% in 2000. In de ouderenzorg bedraagt dit percentage reeds meer dan 2. Vooral regio's in het westen en zuiden van het land hebben met tekorten te kampen. In het noorden en oosten valt de situatie op de arbeidsmarkt nog mee.

5

Samenstelling van de beroepsgroepen

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan een aantal achtergrondkenmerken van verpleegkundigen en verzorgenden. De samenstelling naar leeftijd en geslacht komen aan de orde. Verder worden gegevens gepresenteerd waaruit blijkt hoe lang men bij dezelfde werkgever in dienst is. De gegevens worden zoveel mogelijk uitgesplitst naar branche. Daarbij ontbreekt ten opzichte van vorig jaar de intramurale gehandicaptenzorg.¹

5.1 Geslacht

De verpleegkundige en verzorgende beroepen zijn ondanks alle ontwikkelingen van de afgelopen jaren nog steeds als vrouwenberoepen te kenschetsen. Tabel 5.1 laat zien dat in alle branches vrouwen in de verpleging en verzorging nog een zeer ruime meerderheid vormen. Doordat vrouwen minder vaak het beroep verlaten dan in de jaren tachtig is er zelfs sprake van een, zij het lichte, stijging van het aandeel vrouwen in de jaren negentig. Ook in 2001 is er nog sprake van een lichte toename van het aandeel vrouwen ten opzichte van het voorafgaande jaar.

Is van alle verpleegkundigen en verzorgenden 91% vrouw, voor alle werkenden in de zorgsector bedraagt dit percentage 78% en voor de gehele Nederlandse arbeidsmarkt 44% (RAZW 2001).

¹ In 2001 kon in de gehandicaptenzorg geen onderscheid meer gemaakt worden naar soort instelling. De wel te onderscheiden categorie verpleging, opvoedkundig personeel en verzorging bevat een meerderheid aan sociaal-agogisch personeel. Vanwege de trendbreuk ten opzichte van vorig jaar en vanwege het lage informatiegehalte is deze categorie niet meer opgenomen. Waar nodig zijn de totaalcijfers van voorgaande jaren ook aangepast.

Tabel 5.1
 Het percentage vrouwen per branche 1993-2001

	1993	1995	2000	2001
Algemene en categorale ziekenhuizen	86,7	86,2	87,0	87,2
Academische ziekenhuizen	80,2	80,3	82,0	82,7
Geestelijke gezondheidszorg	63,4	64,6	69,1	69,7
Verpleeghuizen	92,2	92,6	93,5	93,9
Verzorgingshuizen	96,4	96,4	97,3	97,2
Thuiszorg	98,6	98,5	-	-
Totaal	90,5	90,5	91,2	91,4

Bron: LKG en Cadans

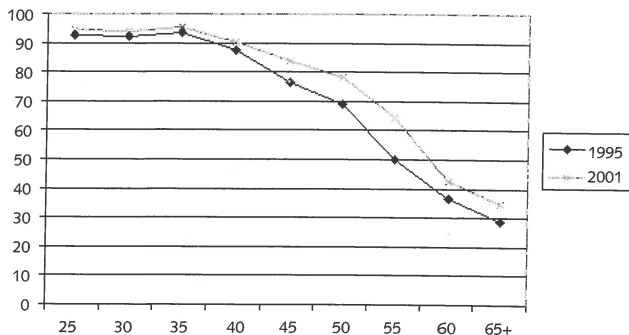
Zijn vrouwen ook op alle niveaus evenredig vertegenwoordigd? Voor verpleging en verzorging is dat na te gaan, voorzover de FWG van toepassing is, voor de branches: ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg en verpleeghuizen.

In figuur 5.1 is het percentage vrouwen per FWG-schaal voor deze instellingen weergegeven voor 1995 en 2001. Ook voor verpleging en verzorging geldt dat vrouwen oververtegenwoordigd zijn in de lagere functies en ondervertegenwoordigd in de hogere. Het omslagpunt, waarbij vrouwen een minderheid gaan vormen, ligt bij FWG-schaal 55. Tussen 1995 en 2001 doet zich een lichte verbetering voor in het aandeel dat vrouwen hebben in de middenschalen en in geringere mate in de hogere schalen.

5.2 Leeftijd

Behalve voor de sector thuiszorg zijn er gegevens beschikbaar over de leeftijdsverdeling van mannen en vrouwen. Mannen zijn het sterkst vertegenwoordigd in de leeftijdsklasse 40-45 jaar. Verder is hun aandeel relatief groot in de categorieën 35-40 jaar en 45-50 jaar. Met name bij de jongeren en ouderen is hun aandeel gering. Dit werd ook al duidelijk in hoofdstuk 4.2 waar de leeftijdsverdeling van BIG-geregistreerden aan de orde kwam.

De gemiddelde leeftijd bedraagt in 2001 38,1 jaar. De thuiszorg laat een



Figuur 5.1 Het percentage vrouwen in verpleging en verzorging per FWG-schaal in 1995 en 2001

Bron: LKG

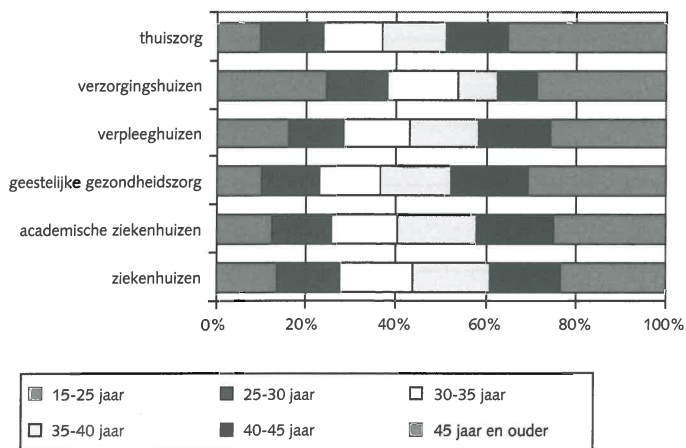
sterk afwijkende gemiddelde leeftijd zien (tabel 5.2). In 1995 ligt de gemiddelde leeftijd daar aanmerkelijk hoger dan in de andere branches. Daarna zijn er geen gegevens bekend. Voor alle andere branches geldt dat de gemiddelde leeftijd in de periode 1993-2001 toeneemt.

Tabel 5.2
De gemiddelde leeftijd van verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel

	1993	1995	2000	2001
Ziekenhuizen	33,2	34,4	36,9	37,1
Acad. ziekenhuizen	34,5	35,6	37,6	37,7
Geestelijke gezondheidszorg	35,2	36,3	38,6	38,9
Verpleeghuizen	32,4	33,6	36,5	37,1
Verzorgingshuizen	32,8	34,0	38,4	38,7
Thuiszorg	38,4	39,2	-	-
Totaal (raming)	34,7	35,7	37,9	38,1

Bron: LKG en Cadans

De meeste recente leeftijdsverdeling is te zien in figuur 5.2. De thuiszorg kent het grootste aandeel 45-plussers; de gehandicaptenzorg het jongste. Jongeren komen relatief veel voor in verpleeghuizen.



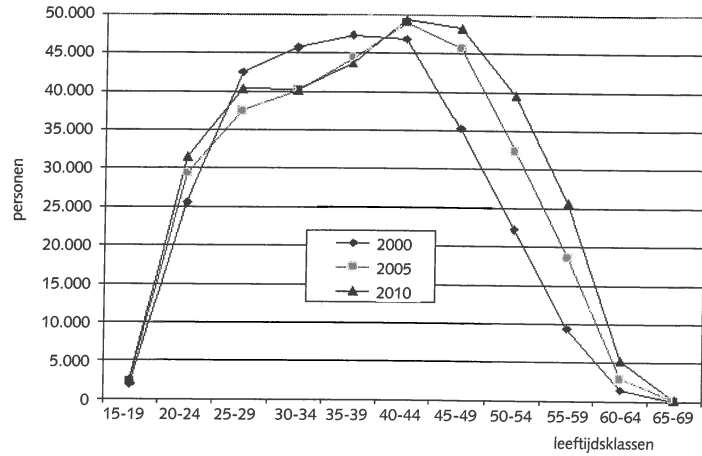
Figuur 5.2 De leeftijdsverdeling per branche in 2001*
 *thuiszorg 1998 en verzorgingshuizen 2000

Bron: LKG en LVT

Sinds 1993 is er sprake van een omvangrijke vergrijzing van het bestand aan verpleegkundigen en verzorgenden. Met name het aandeel van 45-plussers is in acht jaar tijd aanmerkelijk toegenomen: van 15% in 1993 tot meer dan 25% in 2001.

Aan de vergrijzing van de afgelopen jaren is nog geen einde gekomen. Simulatiemodellen toegepast op de intramurale gezondheidszorg laten zien dat bij voortzetting van de trends van de afgelopen jaren de gemiddelde leeftijd ook de komende jaren nog flink zal toenemen (Van der Windt 2002). Bij deze berekeningen, waarbij ook meewerkende leerlingen zijn meegerekend, neemt de gemiddelde leeftijd toe van 37,3 jaar in 2000 tot 38,9 in 2005 en 39,6 in 2010.

De gemiddelde salariskosten zullen als gevolg van de vergrijzing tot 2005 met 0,5% toenemen. Daarna treedt een stabilisatie op. Voorlopig heeft de vergrijzing nog geen effect op de personeelsvraag. Het nettoverloop, het vertrek uit het beroep, zal de komende tien jaar niet stijgen wanneer alleen de leeftijdsopbouw een rol speelt.



Figuur 5.3 De leeftijdsopbouw in 2000, 2005 en 2010 bij verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg

Tabel 5.3

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

	Gemiddelde leeftijd	%-50-plussers Personen	FTE's	Gemiddeld salaris (2000=100)	Nettoverloop
2000	37,3	9,9	11,5	100	5,4
2005	38,9	17,9	17,3	100,5	5,2
2010	39,6	21,5	20,9	100,6	5,3

bron: Prognose Leeftijdsopbouw Zorgsector 2.0

een leeftijdsbewust personeelsbeleid ten aanzien van verpleegkundigen en verzorgenden lijkt een noodzakelijke voorwaarde te zijn voor de toename van de oudste leeftijdscategorie. Het aandeel 50-plussers neemt toe van nu bijna 10% tot ruim 21% in 2010. Het ontbreken van een succesvol leeftijdsbewust personeelsbeleid kan een veel grotere behoefte aan nieuw personeel betekenen dan waar nu van uitgegaan wordt.

Over het algemeen heeft de vergrijzing nog weinig effect op de vervangingsvraag. Daarvoor is het aandeel van de categorie 50-60-jarigen lan-

delijk nog te klein. Regionaal zijn er wel verschillen in de zogenoemde vervangingsvraag. Zo zal met name in de regio Amsterdam, Kennemerland en 't-Gooi de vervangingsvraag in de komende jaren als gevolg van een veranderde samenstelling van het personeelsbestand stijgen. Twente, Rijnstreek, Drechtsteden en Zuid-Limburg laten daarentegen eerst nog een daling zien. In de periode 2004-2009 laten de meeste regio's een lichte stijging van de vervangingsvraag zien (Van der Windt 2002).

5.3 Duur van het dienstverband

Als gevolg van de vergrijzing en de lage mobiliteit in het midden van de jaren negentig is de duur dat men gemiddeld bij dezelfde werkgever in dienst is, de afgelopen jaren snel toegenomen. Er lijkt zich nu een kentering voor te doen door de toegenomen mobiliteit. Dit komt tot uitdrukking in het feit dat in 2001 de gemiddelde duur licht afneemt, behalve in de GGZ.

Tabel 5.4

De gemiddelde duur van het dienstverband bij de huidige werkgever (in jaren)

	1993	1995	2000	2001
Algemene en categorale ziekenhuizen	6,6	7,9	9,1	9,0
Academische ziekenhuizen	7,2	8,3	8,9	8,6
Geestelijke gezondheidszorg	6,2	6,8	7,8	7,9
Verpleeghuizen	4,9	5,8	6,6	6,6
Verzorgingshuizen	–	–	7,2	7,1
Totaal (raming)	6,0	7,0	7,8	7,7

Bron: LKG

5.4 Samenvatting

Verpleging en verzorging blijft nog steeds een vrouwenberoep. Van alle verpleegkundigen en verzorgenden is 91% vrouw. Dit aandeel stijgt zelfs nog licht. Van alle werkenden in de sector zorg en welzijn is 78% vrouw en op de gehele Nederlandse arbeidsmarkt 44%.

Mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden vinden we relatief vaak in de leeftijdsklassen 35 tot 50 jaar. De afgelopen jaren heeft zich een aan-

zienlijke vergrijzing voorgedaan bij verpleegkundigen en verzorgenden. De gemiddelde leeftijd bedroeg in 1993 34,7 jaar; deze bedraagt inmiddels 38 jaar en zal naar verwachting in 2005 bijna 39 jaar bedragen. Daarna lijkt zich een minder snelle stijging voor te doen. Vooral de komende tijd neemt het aantal en aandeel 50-plussers nog snel toe: van 10% nu tot 22% in 2010. Leeftijdsbewust personeelsbeleid is dan ook van groot belang.

De gemiddelde salariskosten zullen als gevolg van de vergrijzing weinig meer toenemen. Voorlopig heeft de vergrijzing nog geen effect op de personeelsvraag. Het nettoverloop – het vertrek uit het beroep – zal landelijk de komende tien jaar niet stijgen, wanneer althans alleen de leeftijdsopbouw een rol speelt. In enkele vergrijsde regio's is dat wel het geval, namelijk Amsterdam, Kennemerland en Gooi- en Vechtstreek.

6

Werktijden

De verpleging en verzorging wordt gekenmerkt door veel deeltijdwerk. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan ontwikkelingen in de gemiddelde werkweek van verplegend en verzorgend personeel. Na het feitelijk aantal uren dat men werkt, wordt aandacht besteed aan de vraag of men meer of juist minder uren zou willen werken. Een kenmerk van het werken in verpleging en verzorging is onregelmatig werk en het draaien van bereikbaarheidsdiensten. In welke mate dit voorkomt, komt daarna aan de orde.

6.1 P/A-ratio

De verhouding tussen het aantal personeelsleden en het aantal volledige arbeidsplaatsen wordt P/A-ratio genoemd. Deze ligt in de zorgsector op een hoog niveau en steeg in de periode 1990-1995 nog snel (zie tabel 6.1). Waren in 1990 162 personen voldoende om 100 arbeidsplaatsen te bemensen, in 1995 bedraagt dit al 179. Tussen 1995 en 2000 stagneerde de groei. Enerzijds lijkt er een einde gekomen te zijn aan de aanzienlijke toename van deeltijdwerk, anderzijds geldt dat veel deeltijders hun contract opgeplust hebben toen de voltijdwerkweek volgens de CAO afnam. De collectieve arbeidsduurverkorting lijkt derhalve weinig gevolgen te hebben gehad voor de groei van de werkgelegenheid. De tekorten aan personeel leiden er soms toe dat mensen weer wat langer gaan werken.

Tussen de sectoren doen zich grote verschillen voor. De thuiszorg kent verreweg de hoogste P/A-ratio. Met name alfahulpen die per definitie een in omvang beperkte werkweek hebben, doen hier hun invloed gelden.

Tabel 6.1

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

	1990	1995	2000
Ziekenhuizen	131	141	139
Geestelijke gezondheidszorg	126	133	138
Gehandicaptenzorg	131	145	152
Ouderenzorg	143	157	153
Thuiszorg (exclusief alfahulpverleners)	237	281	281
		204	199
Totaal*	163	179	178
Landelijk	124	126	126

* Inclusief overig

Bron: Prismant en CBS

6.2 Gemiddelde werkweek

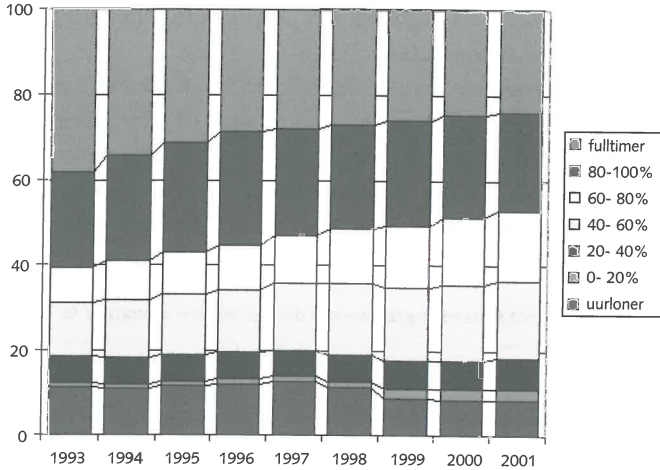
Al vele jaren is er sprake van een afname van het aandeel voltijders in de verpleging en verzorging. Tussen 1993 en 2001 nam hun aandeel in de intramurale gezondheidszorg af van bijna 40% tot 24%.

Nemen we de categorie mensen die 80-100% werken – die in de praktijk vaak als voltijder worden gezien – mee, dan is er sprake van een afname van 61 naar 47%.

In 2001 is er echter voor het eerst in een aantal branches (algemene ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg) sprake van een lichte toename van het aandeel voltijders.

Het aandeel fulltimers verschilt per branche en loopt uiteen van ruim 30% in de academische ziekenhuizen tot nog geen 5% in de thuiszorg (tabel 6.2). In verzorgingshuizen wordt relatief vaak met uurloners ofwel oproepkrachten gewerkt.

Op de website (www.lcvv.nl/v&vtabellen2002) zijn deze gegevens per branche voor de afgelopen jaren te vinden.



Figuur 6.1 De werkweek van V&V-personeel in de intramurale gezondheidszorg 1993-2001 (in % van volledige werkweek)

Tabel 6.2

De werkweek van verplegend en verzorgend personeel als percentage van volledige werkweek per branche (eind 2001)* in %

	Uurloner	0-20%	20-40%	40-60%	60-80%	80-100%	Fulltimer	Totaal
Ziekenhuizen		7,0	1,5	4,6	20,2	17,2	19,7	29,8
Academische ziekenhuizen		10,8	0,5	1,3	10,0	19,3	27,5	30,6
Geestelijke gezondheidszorg		4,8	2,7	4,2	12,2	18,2	31,9	25,9
Verpleeghuizen		9,2	4,1	11,1	21,1	15,3	19,2	20,1
Verzorgingshuizen		14,2	4,0	14,0	24,9	14,9	17,1	10,9
Thuiszorg		-	10,2	28,6	32,7	14,0	9,8	4,8

* Verzorgingshuizen 2000

Bron: LKG

6.3 Gewenste verandering in werkomvang

In de praktijk kan er verschil bestaan tussen het gewenste aantal uren dat iemand werkt en de uren die men heeft volgens het arbeidscontract.

In tabel 6.3 is een overzicht opgesteld met de gewenste verandering ten opzichte van het arbeidscontract.

De meerderheid wenst geen verandering in het totaal aantal uren dat men werkt. In 1998 was dit percentage 54% en in 2000 is dit cijfer gestegen tot 62%. In 2000 wil 17% minder uren werken en 22% wil juist meer werken. Het is opvallend dat in een krappe arbeidsmarkt ruim één op de vijf werknemers best meer uren zou willen werken dan men nu doet.

Tabel 6.3

De wens om meer of minder uren te gaan werken dan het huidige contract in %

	1998	2000
meer dan 10 uur minder werken	2	2
0 tot 10 uur minder werken	19	15
geen verandering	54	62
0 tot 10 uur meer werken	16	18
10 uur of meer werken	9	4
Totaal	100	100

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 1998 en 2000

Het aandeel dat geen verandering in het aantal uren wenst, is voor alle branches toegenomen tot boven de 60% (tabel 6.4). In tabel 6.5 staat de verdeling per beroepsgroep vermeld.

Tabel 6.4

Het aandeel verpleegkundigen en verzorgenden per branche dat verandering van het aantal te werken uren wenst (in %)

	Minder uren			Meer uren		Totaal
	uren<-10	-10<uren<0	Geen verandering	0<uren<10	uren>10	
Ziekenhuizen	3,3	18,8	66,9	9,5	1,5	100
Ouderenzorg	1,1	16,3	61,2	17,2	4,2	100
Gehandicaptenzorg	1,4	14,3	61,8	19,8	2,7	100
Thuiszorg	1,3	7,5	60,6	24,6	6,0	100
Geestelijke gezondheidszorg	3,9	15,2	63,0	16,7	1,2	100
Totaal	1,8	14,7	62,2	17,7	3,6	100

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000

Opvallend is dat in een krappe arbeidsmarkt veel verzorgenden best langer zouden willen werken. Een deel van de personeelstekorten in de thuiszorg lijkt met het aanbieden van een contract met een langere arbeidsduur opgelost te kunnen worden. Dit geldt zeker ook voor (instellings)verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Tabel 6.5

Het aandeel verpleegkundigen en verzorgenden per beroepsgroep dat verandering van de werkomvang wenst

	uren<-10	-10<uren<0	Geen verandering	0<uren<10	uren>10	Totaal
Verpleegkundige	2,6	18,4	62,7	13,1	3,1	100
Ziekenverzorgende	1,6	14,9	64,2	16,7	2,7	100
Gezinsverzorgende	1,3	7,5	64,2	23,3	3,8	100
Groepsbegeleider	1,9	15,0	60,9	19,6	2,7	100
Instellingsverzorgende	0,8	13,8	57,6	21,4	6,4	100
Totaal	1,8	14,7	62,2	17,8	3,6	100

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000

6.4 Werktijden

Over de tijdstippen waarop verpleegkundigen en verzorgenden werken, bestaan geen registraties. Wel is uit onderzoek onder verpleegkundigen en verzorgenden bekend hoe vaak men met onregelmatige werktijden te maken heeft (OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn).

Van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft 42% aan overdag op regelmatige werktijden te werken. Ruim 32% werkt ook op zaterdag of op zondag en 7% heeft te maken met gebroken diensten. Vaak heeft men met meerdere soorten werktijden te maken.

Gebroken diensten en slaapdiensten gaan vaak gepaard met ontevredenheid over het werk.

Tabel 6.6

Het vóórkomen van onregelmatig werk en tevredenheid over het werk (2000)

	Aandeel V&V		% Ontevredenheid 2000
	1998	2000	
Regelmatige werktijden overdag	47	42	15
Regelmatige werktijden avond/nacht/weekenden	28	32	14
Werk in ploegendienst	–	4	15
Onregelmatige werktijden (door werkgever bepaald)	36	34	18
Werken op zaterdag	52	53	16
Werken op zondag	51	52	17
Gebroken diensten	8	7	20
Slaapdiensten	15	16	18
Pieperdienst	11	8	17
Avond- of nachtdienst	34	35	16

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000

Werken in het weekend in het komt heel veel voor in de verpleeghuizen, gehandicaptenzorg en verzorgingshuizen. Ook in de ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg is dit veelvuldig het geval. Slaapdiensten komen in de gehandicaptenzorg verhoudingsgewijs vaak voor. Vergeleken met de werktijden in andere sectoren zijn de werktijden in de thuiszorg duidelijk afwijkend. In de thuiszorg zijn regelmatige werktijden overdag zeer regulier (75%). Werken op zaterdag of op zondag komt slechts bij 32% van de verpleegkundigen en verzorgenden voor.

Werken in het weekend komt vooral voor bij ziekenverzorgenden en verzorgenden in instellingen. Bij gezinsverzorgenden zijn regelmatige werktijden overdag overheersend. Groepsbegeleiders hebben vaak te maken met slaapdiensten.

6.5 Samenvatting

In de verpleging en verzorging wordt er veel in deeltijd gewerkt. Daardoor zijn er, gezien het aantal volledige arbeidsplaatsen, verhoudingsgewijs veel mensen nodig. In de verpleging en verzorging waren er in 2000 178 mensen nodig om 100 arbeidsplaatsen te bezetten; op de landelijke arbeidsmarkt bedraagt deze verhouding 126. Aan de groei van het deeltijdwerk in de afgelopen jaren lijkt inmiddels wel een einde geko-

Tabel 6.7
 Het vóórkomen van onregelmatig werk naar branche (2000) in %

	Zieken- huizen	Ouderen- zorg	Gehandicapten- zorg	Thuiszorg	Geestelijke gezond- heidszorg
Regelmatige werktijden					
overdag	29	33	29	75	36
Regelmatige werktijden					
avond/nacht/weekenden	42	37	27	19	35
Werk in ploegdienst	10	4	3	1	6
Onregelmatige werktijden					
(door werkgever bepaald)	35	39	52	12	35
Werken op zaterdag	51	63	62	32	49
Werken op zondag	50	62	60	32	49
Gebroken diensten	1	8	11	9	2
Slaapdiensten	16	17	29	5	22
Pieperdienst	8	6	5	11	11
Avond- of nachtdienst	44	46	32	11	36

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000

Tabel 6.8
 Het vóórkomen van onregelmatig werk naar beroepsgroep (2000) in %

	Verpleeg- kundige	Ziekenver- zorgende	Gezinsver- zorgende	Groeps- begeleider	Instellings- verzorgende
Regelmatige werktijden					
overdag	35	28	77	40	38
Regelmatige werktijden					
avond/nacht/weekenden	36	40	15	26	39
Werk in ploegdienst	7	5	0	3	4
Onregelmatige werktijden					
(door werkgever bepaald)	31	44	13	45	36
Werken op zaterdag	52	68	26	56	60
Werken op zondag	50	67	26	54	59
Gebroken diensten	3	8	6	9	11
Slaapdiensten	16	21	4	27	12
Pieperdienst	11	8	7	4	5
Avond- of nachtdienst	40	49	11	28	41

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000

men te zijn. In de algemene ziekenhuizen en GGZ neemt het aandeel voltijders in 2001 voor het eerst sinds jaren iets toe.

Het aandeel voltijders in verpleging en verzorging is in de periode 1993-2001 van bijna 40% tot 24% van het totaal afgenomen. Desondanks is het aandeel mensen dat korter dan hun huidige contract wil werken met 17% relatief hoog; 22% zou langer willen werken. Enkele jaren eerder lag dit percentage nog op 25%. Er ligt vooral nog een groot arbeidspotentieel van verzorgenden in thuiszorg en ouderenzorg die best langer zouden willen werken dan ze nu doen.

Uiteraard hebben veel verpleegkundigen en verzorgenden te maken met onregelmatig werk: 52% werkt wel eens op zaterdag en 51% op zondag. Gebroken diensten en slaapdiensten gaan relatief vaak gepaard met ontevredenheid over het werk.

7

Salarissen en functies

Een belangrijk facet van werk is het salaris. In dit hoofdstuk wordt hier aandacht aan besteed. Noodzakelijkerwijs is dat globaal. Niet altijd zijn er gegevens specifiek voor verpleging en verzorging beschikbaar; vaak alleen maar over al het personeel in de zorgsector. Daar komt bij dat het vergelijken van salarisgegevens een complexe materie is.

Een van de verklaringen voor de hoogte van het salaris en veranderingen daarin is de inschaling binnen het loongebouw. Dit komt in de tweede paragraaf aan de orde.

Al met al gaat het om de volgende vragen. Zijn er verschillen in de ontwikkeling van het salaris tussen CAO's van de zorg en daarbuiten? Zijn er verschillen in de ontwikkeling van de feitelijk verdiende lonen? Zijn er verschillen tussen alle werkenden in de zorg en de categorie verpleegkundigen en verzorgenden?

7.1 Ontwikkeling van CAO- en feitelijke lonen

Over een langere periode gezien ontwikkelen de CAO-lonen zich in de zorg- en welzijnssector vrijwel gelijk met het landelijk gemiddelde. Tabel 7.1 laat zien dat wanneer 1990 op 100 gesteld wordt, de uurlonen in de sector zorg en welzijn 38,8% groeiden tegen een landelijk gemiddelde van 38,4%. Daar was voor zorg en welzijn wel een inhaalslag voor nodig. In 1995 en 1999 liep de sector zorg en welzijn nog achter ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

Bij de feitelijk betaalde uurlonen doet zich een vrijwel gelijke ontwikkeling voor. De zorg- en welzijnssector wijkt vrijwel niet af van het landelijk gemiddelde. Daarbij past wel een kanttekening. In de zorgsector is de oltijdwerkweek rond 1998 verkort tot 36 uur. Landelijk vond er op min-

Tabel 7.1
 CAO-uurlonen en feitelijk betaalde uurlonen (index 1990=100)

	1990	1995	1999	2000	2001
CAO					
Landelijk	100	114,3	128,0	132,2	138,5
Zorg en welzijn	100	111,9	126,9	131,6	138,8
<i>Feitelijk betaald</i>					
Landelijk	100	118,4	135,6	141,4	
Zorg en welzijn	100	120,3	135,2	141,1	

Bron: CBS

der grote schaal collectieve arbeidsduurverkortings plaats. Wanneer maandlonen met elkaar worden vergeleken, dan komt de sector zorg en welzijn er minder gunstig vanaf.

Tabel 7.2 laat dit zien voor de periode 1995-2000. De sector zorg en welzijn is eerst uitgesplitst in drie onderdelen weergegeven en daarna in zijn geheel. Hoe complex vergelijkingen zijn, blijkt uit het feit dat er verschillen optreden wanneer een ander loonbegrip gehanteerd wordt.

Tabel 7.1 gaat uit van uurlonen inclusief bijzondere beloningen, tabel 7.2 alleen van het uurloon. Hier wordt alleen aandacht besteed aan de relatieve ontwikkeling.

De gunstige ontwikkeling van het uurloon wordt in de ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen in de periode 1995-2000 als het ware deels 'betaald' door arbeidsduurverkortings. De verschillen in ontwikkeling van de maandlonen zijn veel minder groot en blijven bij de verpleeg- en verzorgingshuizen zelfs iets achter bij het landelijk gemiddelde.

Overigens worden de feitelijk betaalde lonen door heel veel factoren beïnvloed, zoals de mate waarin jong personeel instroomt, de mate waarin lager gekwalificeerd personeel wordt aangetrokken, veranderingen in het loongebouw.

Slechts voor een aantal branches kan het verpleegkundig en verzorgend personeel onderscheiden worden binnen het totale personeelsbestand. Tabel 7.3 laat zien wat in de periode 1998-2001 de ontwikkeling van het maandsalaris bij verpleegkundig en verzorgend personeel was en bij het totaal personeel. Bij eenzelfde CAO lopen de feitelijk verdiende gemid-

Tabel 7.2
Feitelijk verdiende lonen in 2000, groei in % vergeleken met 1995

	Maandloon	Uurloon
Ziekenhuizen	19,2	27,2
Verpleeg- en verzorgingshuizen	13,3	24,2
Overig zorg en welzijn	18,5	18,0
Zorg en welzijn totaal	16,5	23,1
Landelijk	15,1	19,4

Bron: CBS

Tabel 7.3
De gemiddelde jaarlijkse groei van het maandsalaris bij V&V en totaal personeel 1998-2001 in %

	V&V	Totaal
Algemene ziekenhuizen	4,6	4,3
Academische ziekenhuizen	4,1	8,4
GGZ	4,0	2,2
Verpleeghuizen	4,0	4,7

Bron: LKG

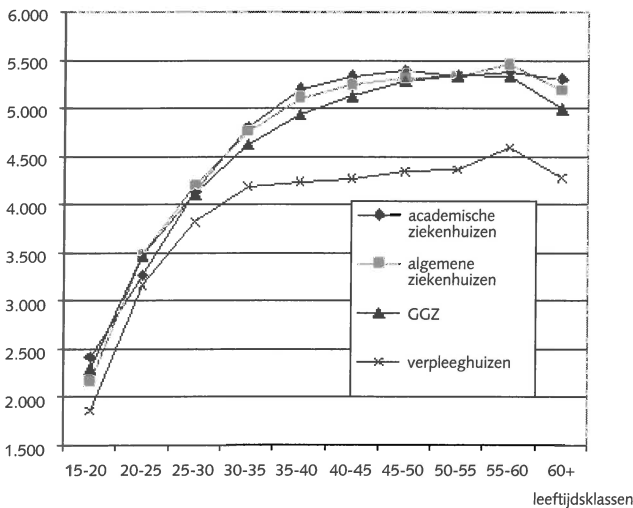
delde lonen weinig uiteen in de algemene ziekenhuizen en verpleeghuizen. Grote verschillen zien we bij de academische ziekenhuizen en de GGZ.

Een vergelijking met het totaal personeel is daar echter minder goed mogelijk. Bij academische ziekenhuizen speelt het toevoegen van faculteitspersoneel op de loonlijst van de betreffende ziekenhuizen. Bij de GGZ is er sprake van een trendbreuk door toevoeging van andere instellingen dan psychiatrische ziekenhuizen.

Opvallend zijn de geringe verschillen in de ontwikkeling van de salarissen van verpleegkundigen en verzorgenden tussen de branches. De algemene ziekenhuizen steken iets af. Dit heeft te maken met recente veranderingen in de inschaling, waarop in de volgende paragraaf wordt ingegaan. Al met al kunnen we op grond van de beschikbare gegevens concluderen dat de gemiddelde loonontwikkeling van verpleegkundig en verzor-

gend personeel geen grote afwijkingen vertoont met de landelijke ontwikkeling en ook niet met het totale personeel in de zorgsector zelf. Zoals in de inleiding van dit hoofdstuk gesteld, is dit gebaseerd op een globale vergelijking. Een heel precieze vergelijking valt door de omvang van de inspanning die dat vergt, buiten deze rapportage. Vaak ontbreekt trouwens ook adequaat materiaal.

Rond het gemiddelde salaris zullen zich veel variaties voordoen. Figuur 7.1 laat zien hoe groot de verschillen naar leeftijdsklassen zijn. Tussen de 20 en 35 jaar is er bij het verplegend en verzorgend personeel sprake van een snelle groei in het salarisniveau. Daarna vlakt de groei af. De recente invoering van FWG3.0 kan als gevolg hebben dat de groei van het gemiddeld salaris wat langer duurt dan tot nu toe het geval was.



Figuur 7.1 Het gemiddeld maandsalaris in guldens van verplegend en verzorgend personeel naar leeftijd in 2001

Het oordeel over loon

In het voorafgaande is ingegaan op de feitelijke ontwikkelingen van het gemiddeld salaris. Een oordeel over de absolute hoogte van het salaris is niet aan de orde geweest. Volgens de OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn zegt 73% van de verpleegkundigen en verzorgenden het uurloon te laag te vinden voor de verantwoordelijkheid die gedragen wordt.

Dit is een lichte daling ten opzichte van eerder onderzoek uit 1998, toen 77% deze mening toegedaan was. Vooral verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen hebben een negatief oordeel: in 2000 onderschrijft 81% van hen deze stelling.

Op het item 'ik krijg voldoende betaald voor het werk dat ik doe' antwoordt 64% in hetzelfde onderzoek in 2000 ontkennend. Het zijn vooral verpleegkundigen, met 69%, die vinden dat ze onvoldoende betaald worden voor hun werk. Verzorgenden in instellingen en gezinsverzorgenden onderschrijven deze stelling minder vaak: 58, respectievelijk 60% is het daarmee eens.

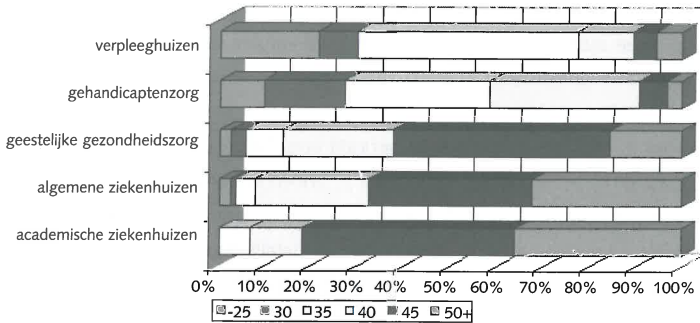
7.2 Ontwikkelingen binnen de verpleging en verzorging

Ontwikkelingen in het gemiddeld salaris hangen voor een deel samen met ontwikkelingen in de instroom van nieuw personeel, maar ook met veranderingen in het loonegebouw. Zo zal het complexer worden van de zorg tot uitdrukking moeten komen in de waardering van functies. Ook kan een aanpassing van de onderliggende waarden en normen om tot functiewaardering te komen, aan de orde zijn. Een goed voorbeeld van dat laatste is de functiewaardering FWG3.0, waarbij veel met name verpleegkundige functies opnieuw gewaardeerd worden. In deze paragraaf worden gegevens over inschaling gepresenteerd. Daarbij worden niet alleen de ontwikkelingen binnen de branches bekeken, maar worden ook vergelijkingen gemaakt tussen de branches.

Branches in de zorgsector verschillen in het zorgaanbod dat zij doen. Niet alleen heeft men te maken met andere cliënten-/patiëntengroepen, maar ook het vereiste kwalificatie- en functieniveau verschilt. Zo loopt het scala van functieniveaus bij de verplegende en verzorgende beroepen uiteen van betrekkelijk eenvoudige huishoudelijke verzorging tot complexe, sterk gespecialiseerde verpleging.

In figuur 7.2 is per branche aangegeven hoe in 2001 de verdeling van het verplegend en verzorgend personeel is over de verschillende FWG-schalen¹ uit dit functiewaarderingssysteem. Deze vormen een indicatie

¹ Bij de academische ziekenhuizen zijn de meest vergelijkbare schalen genomen. De verdeling is op basis van personen, niet FTE's.



Figuur 7.2 De verdeling naar schaalniveau (FWG) per branche in 2001

voor het niveau van de functie die men uitoefent. Een laag schaalnummer impliceert een lage functie en een lager salaris. Tussen de branches doen zich aanmerkelijke verschillen voor in de verdeling over de verschillende schalen.

In verpleeghuizen is een kwart van de verpleegkundigen en verzorgenden ingedeeld in schaal 30 of lager. In de GGZ komen deze schaalniveaus nauwelijks voor; evenmin als schaal 35, het niveau waarop een ziekenverzorgende normaal gesproken ingedeeld is. Een meerderheid van het personeel in verpleeghuizen is juist op dit niveau ingeschaald. De hogere schalen, namelijk 45 en hoger, komen verder veel voor in de ziekenhuizen. Daar vindt men veel gespecialiseerde verpleegkundigen. In de verpleeghuizen is hun aandeel gering. Bij de academische ziekenhuizen valt op dat schaal 7 (FWG 45) de meest voorkomende is, net als in de GGZ. In de academische ziekenhuizen komt echter ook de hoogste klasse 50+ veel voor.

Tussen 1993 en 2000 heeft zich in de ziekenhuizen een vergroting van het aandeel in de hogere schalen voorgedaan (tabel 7.4). Het gaat hierbij om de opkomst van de gespecialiseerde verpleegkundige, bijvoorbeeld intensive-care. De GGZ laat een lichte toename van de hogere niveaus zien. In de verpleeghuizen daarentegen nemen juist de laagste schaalniveaus toe. Hier zal de toename van verpleeghulpen en dergelijke als reactie op tekorten op de arbeidsmarkt een rol spelen.

Tussen 2000 en 2001 doen zich omvangrijke veranderingen voor. De

invoering van FWG3.0 heeft met name in de algemene en categorale ziekenhuizen een grote verschuiving ten gevolge. De grote verschillen in inschaling die vorig jaar nog geconstateerd werden tussen academische en algemene ziekenhuizen, zijn voor een behoorlijk deel verdwenen. In de algemene ziekenhuizen nam schaal 40 fors af van 45% in 2000 tot 25% in 2001. De schalen 45 en 50+ groeiden sterk. Ook in de GGZ en bij verpleeghuizen deden zich, zij het minder omvangrijke, verschuivingen voor. Aangezien de invoering van FWG3.0 nog niet is afgerond, kan men nog niet concluderen dat de gevolgen in de algemene ziekenhuizen het omvangrijkst zijn geweest. Tabel 7.4 geeft een beeld van de veranderingen in de loop der jaren voor de intramurale gezondheidszorg.

Tabel 7.4
De procentuele verdeling naar schaalniveau FWG per branche in 1993, 2000 en 2001

	Algemene Ziekenhuizen			Academische Ziekenhuizen		GGZ			Verpleeghuizen		
	1993	2000	2001	1993	2001	1993	2000	2001	1993	2000	2001
FWG-schaal											
25	1	2	2	1	0	3	2	2	15	20	21
30	1	1	1	0	0	3	3	3	8	9	8
35	5	5	4	5	7	10	9	8	58	53	47
40	46	41	25	21	11	32	29	24	6	7	12
45	29	25	35	46	46	39	43	47	6	5	5
50+	18	25	32	27	36	13	14	16	6	5	6
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

bron: LKG

3.3 Samenvatting

De gemiddelde loonontwikkeling van verpleegkundig en verzorgend personeel vertoont geen grote afwijkingen met de landelijke ontwikkeling en ook niet met het totale personeel in de zorgsector zelf. Dit is gebaseerd op een vergelijking op hoofdlijnen. Verfijndere analyses vergen meer onderzoek. Het oordeel over de hoogte van het salaris in relatie tot de verantwoordelijkheid van het werk is bij een meerderheid van verpleegkundigen en verzorgenden nog steeds negatief. Dit geldt met name voor verpleegkundigen. Een en ander is gevraagd vóór de invoering van

FWG3.0. Deze herwaardering van functies heeft met name voor de verpleging in ziekenhuizen omvangrijke gevolgen gehad. Zo neemt in één jaar tijd het aandeel in de schalen 45 en hoger toe van 50 naar 67%.

Werk(belevings)kenmerken en arbeidsomstandigheden

In dit hoofdstuk staat de beschrijving van enkele werkkenmerken en werkbelevingskenmerken centraal. Het is bekend dat werkbeleving onder andere beïnvloed wordt door verschillende werkkenmerken (voor een uitgebreide beschrijving en literatuursuggesties wordt verwezen naar *Feiten over verpleging en verzorging in Nederland 2000*). Zo wordt de werkbeleving over het algemeen positief beïnvloed door de steun van collega's en leidinggevend en door het hebben van een bepaalde mate van autonomie in het werk. Autonomie in het werk heeft te maken met het tot op zekere hoogte zelf kunnen bepalen van de volgorde van het werk en het tempo waarin het werk wordt verricht. Verder kan gesteld worden dat de werkbeleving over het algemeen negatief wordt beïnvloed door een hoge werkdruk: hoe hoger de werkdruk, hoe minder positief men het werk ervaart. De negatieve invloed van een hoge werkdruk blijkt evenwel te kunnen worden afgezwakt door het verlenen van meer autonomie.

Ook werkbeleving kan beschreven worden aan de hand van een aantal kenmerken. Arbeidstevredenheid en werkmotivatie zijn voorbeelden van een beschrijving van de werkbeleving in positieve zin; gezondheidsklachten en burnout kunnen gezien worden als indicatoren van werkbeleving in negatieve zin.

De beschrijving van de in dit hoofdstuk opgenomen kenmerken is gebaseerd op twee bronnen. Waar mogelijk is gebruikgemaakt van de OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2002 (het betreft een peiling in 2000) zodat vergeleken kon worden met een voorgaande monitor (een peiling in 1998). Daar waar geen vergelijking mogelijk bleek – omdat in de nieuwe monitor niet altijd dezelfde vragen waren opgenomen – is gebruikgemaakt van een eerste peiling in 2001 onder het Panel Verleegkundigen en Verzorgenden (Wellinga e.a., LCVV/het NIVEL in

druk). In dit panelonderzoek is gebruikgemaakt van bestaande schalen om verschillende werk(belevings)kenmerken te meten. Evenals bij de OSA-arbeidsaanbodmonitor worden deze kenmerken iedere twee jaar gemeten. Op deze manier is het in de toekomst mogelijk om eventuele trends zichtbaar te maken.

Op basis van deze bronnen worden in onderstaande paragrafen de volgende kenmerken beschreven: arbeidstevredenheid en burnout als kenmerken van de werkbeleving en autonomie en werkdruk als kenmerken van het werk.

Ten slotte wordt in dit hoofdstuk ook een beschrijving gegeven van de arbeidsomstandigheden, zoals het hebben van veel verantwoordelijkheid of het werken onder gevaarlijke omstandigheden. Deze beschrijving vindt plaats op basis van de OSA-arbeidsaanbodmonitor.

8.1 Werkbelevingskenmerken: arbeidstevredenheid en burnout

Arbeidstevredenheid

Arbeidstevredenheid is in het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (bijna 500 personen, peiling in 2001) gemeten met behulp van een arbeidstevredenheidsschaal (Maastrichtse arbeidssatisfactieschaal voor de gezondheidszorg, MAS-GZ) (Wellinga e.a., LCVV/het NIVEL in druk). Op een schaal van 1 (zeer ontevreden) tot 5 (zeer tevreden) gaven verpleegkundigen en verzorgenden met een score van 3,4 aan over het algemeen neutraal tot tevreden te zijn met het werk. In de verschillende sectoren bleek men hierover dezelfde mening te zijn toegedaan. Het minst tevreden (met een score van 2,7) waren verpleegkundigen en verzorgenden over de promotiemogelijkheden van het werk. Onderscheid naar sectoren liet hierin nauwelijks variatie zien. Het meest tevreden was men over de contacten met collega's en de contacten met patiënten en cliënten. Hierbij bleken verpleegkundigen in de psychiatrie minder tevreden te zijn over de contacten met patiënten dan verpleegkundigen in de verstandelijkgehandicaptenzorg en verzorgenden in verzorgingshuizen.

Een ander verschil tussen sectoren betreft de tevredenheid over de kwaliteit van zorg: verzorgenden in verpleeghuizen bleken minder tevreden te zijn over de kwaliteit van het werk dan collega's in de andere sectoren.

Burnout

Burnout is gemeten aan de hand van drie stellingen uit de OSA-arbeidsaanbodmonitor: 'Ik voel me vermoeid als ik opsta en er weer een werkdag voor me ligt', 'Ik voel me gefrustreerd door mijn werk' en 'Ik voel me 'opgebrand' door mijn werk'. Iedere stelling kon beantwoord worden op een 5-puntsschaal (1 volstrekt niet mee eens - 5 volledig mee eens). Om de resultaten vergelijkbaar te maken met die van 1998, werd deze schaal teruggebracht tot een 3-puntsschaal (1 mee oneens - 3 mee eens). Bij elkaar opgeteld kon zo een score van 3 tot en met 9 worden verkregen. Vervolgens is ervoor gekozen om bij een score van 8 of 9 te spreken van een situatie waarbij burnout een reëel 'gevaar' vormt. Met andere woorden, ten minste twee van de drie stellingen moest met een 3 ('mee eens') worden beantwoord om van een (bijna) burnoutsituatie te spreken.

Tabel 8.1 geeft een overzicht van het percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat – uitgaande van bovenstaande stellingen – heeft aangegeven last van burnout te hebben. Over het algemeen zegt ruim 90% geen burnout te ervaren. Onderscheid naar subgroepen laat zien dat relatief meer mannen dan vrouwen burnout rapporteren. Dit percentage is bovendien ruim 4% hoger dan de meting in 1998. Verder lijkt er zich wat betreft leeftijd een verschuiving te hebben voorgedaan: in 1998 was het vooral de jongste leeftijdsgroep (16-24 jaar) waarin verpleegkundigen en verzorgenden aangaven burnoutverschijnselen te ervaren; in de peiling van 2000 zijn het juist de oudste verpleegkundigen en verzorgenden (55-64 jaar) die burnout rapporteren. Een uitsplitsing naar sector laat zien dat in de ouderenzorg en in de geestelijke gezondheidszorg vaker dan gemiddeld burnout wordt gerapporteerd, dit in tegenstelling tot de thuiszorg. Ook qua functie zijn het vooral bejaarden- en ziekenverzorgenden die aangeven verschijnselen van burnout te ervaren terwijl door gezinsverzorgenden juist minder vaak dan gemiddeld burnout wordt gerapporteerd.

Tabel 8.1

Autonomie en burnout in 1998 en 2000, naar geslacht, leeftijd, sector en functie
(% V&V)

	Autonomie		Burnout	
	1998	2000	1998	2000
<i>Geslacht</i>				
V&V man	43,1	44,4	9,2	13,5
V&V vrouw	35,5	33,2	6,6	7,3
<i>Leeftijd</i>				
16-24 jaar	28,7	28,2	8,2	5,7
25-34 jaar	32,2	31,0	6,7	8,4
35-44 jaar	37,7	32,8	6,6	7,5
45-54 jaar	42,9	41,3	7,4	7,8
55-64 jaar	48,1	40,4	6,7	9,8
<i>Sectoren</i>				
Ziekenhuizen	28,6	21,5	5,8	7,2
Ouderenzorg	31,5	27,3	7,5	10,0
Gehandicaptenzorg	33,6	38,3	8,6	6,4
Thuiszorg	50,6	50,3	4,8	4,8
Geestelijke gezondheidszorg	45,8	41,5	9,7	9,5
<i>Functies</i>				
Verpleegkundige	33,3	29,3	6,8	7,5
Ziekenverzorgende	29,0	25,9	8,2	9,8
Gezinsverzorgende	53,3	56,9	4,4	4,9
Groepsbegeleider	35,2	40,3	7,0	6,7
Bejaardenverzorgende	27,1	22,8	6,6	10,3
Totaal	36,4	34,1	6,9	7,8

Bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (1999, 2002)

8.2 Werkkenmerken: autonomie en werkdruk

Autonomie

Autonomie is eveneens gemeten aan de hand van drie stellingen uit de OSA-arbeidsaanbodmonitor: 'Ik kan zelf beslissen in welke volgorde ik mijn werk verricht', 'Ik kan zelf mijn werktempo bepalen' en 'Ik kan zelf beslissen hoe ik mijn werk doe'. Iedere stelling kon beantwoord worden op een 5-puntsschaal (1 volstrekt niet mee eens - 5 volledig mee eens). Om de resultaten vergelijkbaar te maken met die van 1998, is dezelfde procedure gevolgd als bij burnout (paragraaf 8.1). Ook hier is de voorwaarde gehanteerd dat op ten minste twee van de drie stellingen een 3

('mee eens') moest zijn geantwoord om van (veel) autonomie in het werk te spreken.

In 2000 gaf ongeveer een op de drie verpleegkundigen en verzorgenden aan een zekere mate van autonomie in het werk te hebben (tabel 8.1). Dit beeld verschilt niet van een peiling van twee jaar eerder. Uitgesplitst naar verschillende subgroepen rapporteren relatief meer mannen dan vrouwen autonomie in het werk. Het percentage verpleegkundigen en verzorgenden met autonomie in het werk neemt toe met het stijgen van de leeftijd, al is dit in 2000 minder zichtbaar dan in 1998. Verder heeft men met name in de thuiszorg en in de geestelijke gezondheidszorg autonomie in het werk; in de ziekenhuizen en in de ouderenzorg is dat juist minder dan gemiddeld. Parallel hieraan zijn het vooral gezinsverzorgenden en groepsbegeleiders die autonomie in het werk zeggen te hebben, terwijl er relatief minder bejaardenverzorgenden en ziekenverzorgenden zijn die autonomie in het werk rapporteren.

Werkdruk

Aan het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (bijna 500 personen, peiling in 2001) zijn vragen voorgelegd over hoe de werkdruk wordt ervaren, in hoeverre men wel eens koffie- of rustpauzes overslaat vanwege de drukte en in hoeverre wel eens wordt overgewerkt door drukte. Over het algemeen ervaart 70% het werk als druk (55%) of te druk (15%). Onderscheid naar sector liet zien dat met name verzorgenden in verpleeghuizen het werk als (te) druk ervaren, in totaal 83%. In de thuiszorg en in de verstandelijkgehandicaptenzorg gaven in relatieve zin minder verpleegkundigen en verzorgenden aan het werk als (te) druk te ervaren (respectievelijk 56% en 63%).

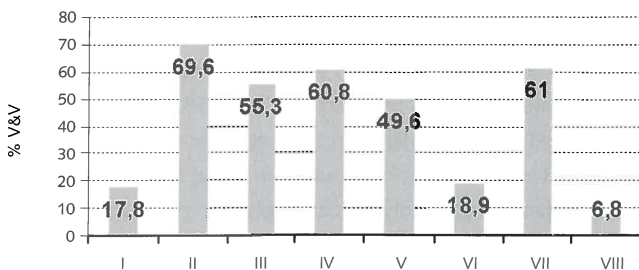
Ongeveer een op de drie verpleegkundigen en verzorgenden van het panel zei vaak (22%) of zeer vaak (8%) een pauze over te slaan vanwege de drukte. Met name in ziekenhuizen wordt de pauze nogal eens overgeslagen: 40% van de verpleegkundigen in dit deelpanel gaf aan de pauze (zeer) vaak over te slaan wegens drukte. In de ouderenzorg gebeurt dit relatief minder vaak: van de verzorgenden in verzorgingshuizen rapporteerde 15% vaak tot zeer vaak de pauze over te slaan vanwege de werkdruk. In verpleeghuizen was dat 16%. Ruim een kwart van de panelleden zei vaak (23%) tot zeer vaak (4%)

over te werken vanwege de werkdruk. In de verschillende sectoren gebeurt dat ongeveer even vaak behalve in de thuiszorg waarin ruim 40% van de gezinsverzorgenden heeft aangegeven (zeer) vaak over te werken wegens drukte.

8.3 Arbeidsomstandigheden

In deze paragraaf komen enkele arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen en verzorgenden aan bod. Figuur 8.1 geeft een algemeen overzicht van de arbeidsomstandigheden naar percentages verpleegkundigen en verzorgenden die hebben aangegeven hier in hun werk mee te maken te hebben. Men kon daarbij meer dan één antwoord invullen.

Figuur 8.1 laat zien dat de arbeidsomstandigheden zich volgens verpleegkundigen en verzorgenden vooral laten kenmerken door het dragen van veel verantwoordelijkheid (69,6%), afwisselend erg drukke en rustige perioden (61%) en het afwisselend uitvoeren van verschillende taken (60,8%). Slechts 6,8% geeft te kennen wel eens onder gevaarlijke



Figuur 8.1 Arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen en verzorgenden

- I = Stank, lawaai, tocht, hoge/lage temperaturen
- II = Veel verantwoordelijkheid
- III = Lichamelijk zwaar
- IV = Afwisselend verschillende taken
- V = Geestelijk zwaar
- VI = Herhaling van dezelfde eenvoudige handelingen
- VII = Afwisselend erg drukke en rustige perioden
- VIII = Gevaarlijke omstandigheden/gevaarlijke stoffen

Bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (2002)

omstandigheden en/of met gevaarlijke stoffen te moeten werken. Dit beeld wijkt overigens nauwelijks af van de resultaten van de vorige monitor: in twee jaar tijd is er wat arbeidsomstandigheden betreft dus weinig tot niets veranderd.

Tabel 8.2 geeft een uitsplitsing van de arbeidsomstandigheden naar geslacht, leeftijd, sector en functie.

*Tabel 8.2
Arbeidsomstandigheden van V&V naar geslacht, leeftijd, sector en functie in 2000
(totaal horizontaal meer dan 100%); de drie meest genoemde zijn onderstreept*

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
<i>Geslacht</i>								
V&V man	20,6	<u>79,8</u>	34,4	<u>63,2</u>	65,8	13,5	<u>66,0</u>	19,3
V&V vrouw	17,5	<u>68,7</u>	57,2	<u>60,6</u>	48,2	19,4	<u>60,5</u>	5,8
<i>Leeftijd</i>								
16-24 jaar	18,9	<u>73,4</u>	<u>64,7</u>	57,5	52,4	23,5	<u>71,4</u>	8,2
25-34 jaar	18,7	<u>76,2</u>	59,4	<u>67,0</u>	52,5	18,6	<u>71,8</u>	8,7
35-44 jaar	18,1	<u>69,9</u>	53,0	<u>59,4</u>	50,3	17,1	<u>59,7</u>	6,5
45-54 jaar	15,9	<u>62,6</u>	<u>50,4</u>	<u>58,3</u>	45,5	19,7	<u>50,4</u>	4,8
55-64 jaar	14,6	<u>56,8</u>	<u>53,0</u>	<u>56,8</u>	40,5	19,0	40,0	3,2
<i>Sectoren</i>								
Ziekenhuizen	17,5	<u>89,0</u>	49,9	<u>70,5</u>	57,6	10,3	<u>77,9</u>	17,3
Ouderenzorg	21,3	<u>66,8</u>	<u>69,3</u>	52,9	50,1	18,2	<u>64,0</u>	1,9
Gehandicaptenzorg	14,0	<u>70,3</u>	39,4	<u>65,6</u>	45,3	14,7	<u>61,6</u>	3,8
Thuiszorg	14,0	<u>56,7</u>	<u>59,2</u>	<u>62,2</u>	38,6	31,0	39,3	3,4
Geestelijke gezondheidszorg	20,3	<u>75,4</u>	19,9	67,3	<u>70,1</u>	12,5	<u>68,3</u>	22,8
<i>Functies</i>								
Verpleegkundige	16,4	<u>82,9</u>	45,9	<u>69,8</u>	54,9	12,3	<u>71,51</u>	4,5
Ziekenverzorgende	20,4	<u>72,7</u>	<u>73,7</u>	52,0	58,5	20,8	<u>63,1</u>	2,5
Gezinsverzorgende	16,7	<u>51,2</u>	<u>61,9</u>	<u>56,2</u>	33,8	36,2	32,0	4,3
Groepsbegeleider	16,2	<u>66,6</u>	30,0	<u>65,9</u>	49,9	13,2	<u>62,2</u>	4,6
Bejaardenverzorgende	19,9	<u>61,8</u>	<u>71,9</u>	52,9	44,0	17,2	<u>66,9</u>	2,0
Totaal	17,8	<u>69,6</u>	55,3	<u>60,8</u>	49,6	18,9	<u>61,0</u>	6,8

- I = Stank, lawaai, tocht, hoge/lage temperaturen
- II = Veel verantwoordelijkheid
- III = Lichamelijk zwaar
- IV = Afwisselend verschillende taken
- V = Geestelijk zwaar
- VI = Herhaling van dezelfde eenvoudige handelingen
- VII = Afwisselend erg drukke en rustige perioden
- VIII = Gevaarlijke omstandigheden/gevaarlijke stoffen

Ook deze uitsplitsing naar verschillende groepen laat een vergelijkbaar beeld zien met de gegevens van twee jaren eerder. Uit de tabel blijkt dat het dragen van veel verantwoordelijkheid vooral door mannen wordt gerapporteerd, in ziekenhuizen en door met name verpleegkundigen. In de oudste leeftijdsgroep (55-64 jaar) wordt het hebben van veel verantwoordelijkheid relatief minder vaak gerapporteerd. Ook in de thuiszorg en door gezinsverzorgenden wordt het dragen van veel verantwoordelijkheid relatief minder gezien als kenmerk van het werk.

Het werken onder afwisselend erg drukke en rustige perioden wordt vooral ervaren in de jongste leeftijdsgroepen (16-34 jarigen), verpleegkundigen en werkers in ziekenhuizen. Werken in afwisselend drukke en rustige perioden is minder kenmerkend bij de oudere leeftijdsgroepen (45-64 jarigen), gezinsverzorgenden en werkers in de thuiszorg.

Het uitvoeren van afwisselend verschillende taken wordt vooral in ziekenhuizen gerapporteerd en door verpleegkundigen. Verpleegkundigen en verzorgenden in de oudste leeftijdsgroep en ziekenverzorgenden en werkers in de ouderenzorg voeren relatief minder vaak afwisselend verschillende taken uit.

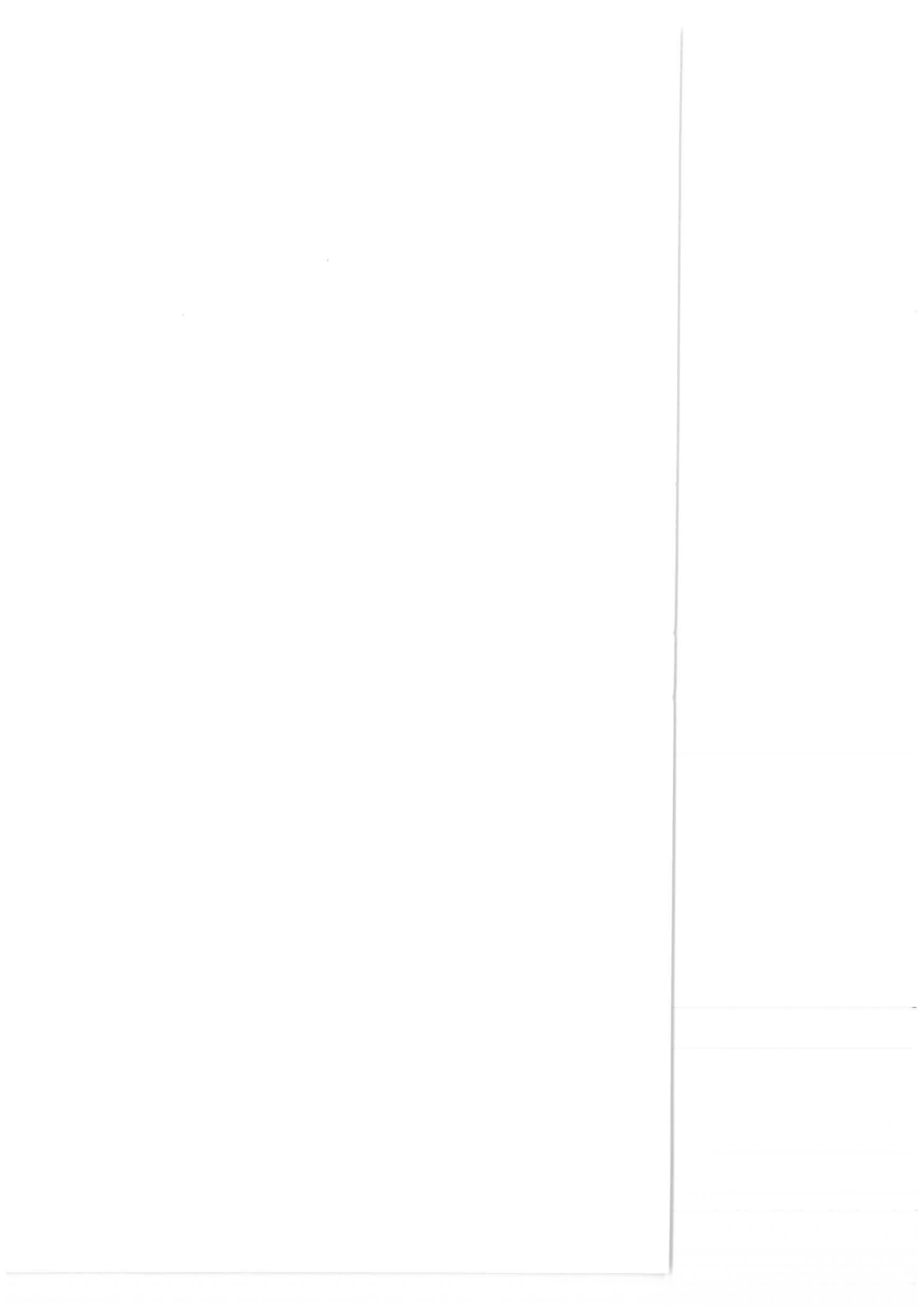
Opvallend is dat in enkele subgroepen lichamelijk zwaar werk en geestelijk zwaar werk in de 'topdrie' voorkomen. Verschillende groepen verzorgenden (zieken-, bejaarden- en gezinsverzorgenden) karakteriseren hun werk als lichamelijk zwaar; in de geestelijke gezondheidszorg wordt het werk juist als geestelijk zwaar ervaren.

8.4 Samenvatting

Werkbeleving wordt onder andere beïnvloed door werkkenmerken. In dit hoofdstuk is een beschrijving gegeven van enkele werkbelevingskenmerken (arbeidstevredenheid en burnout) en werkkenmerken (autonomie en werkdruk). Daarnaast is een beeld geschetst van de arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen en verzorgenden. In de beschrijving is zoveel mogelijk onderscheid gemaakt naar sector, functie, geslacht en leeftijd. Op enkele kenmerken na waren bovendien vergelijkingen mogelijk tussen peilingen in 1998 en 2000. Kort samengevat zijn verpleegkundigen en verzorgenden neutraal tot tevreden met hun werk. In de verschillende sectoren heeft men hierover ongeveer dezelfde mening. Het minst tevre-

den is men over de promotiemogelijkheden. Dit geldt voor alle sectoren. Het meest tevreden is men over contacten met collega's en patiënten/cliënten. Hierbij blijken wel verschillen tussen de sectoren te bestaan. Ruim 90% van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan geen burnoutverschijnselen te hebben, ongeveer 10% wel. Met name in de ouderenzorg en in de geestelijke gezondheidszorg en door bejaarden- en ziekenverzorgenden worden burnoutverschijnselen gerapporteerd; door gezinsverzorgenden juist relatief minder vaak. Verder geeft ongeveer eenderde van de verpleegkundigen en verzorgenden aan een zekere mate van autonomie in het werk te hebben; dit rapporteren relatief meer mannen dan vrouwen. Bovendien neemt het percentage verpleegkundigen en verzorgenden met autonomie in het werk toe met het stijgen van de leeftijd. In de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg heeft men relatief meer autonomie in het werk, in de ziekenhuizen en ouderenzorg het minst. Wat betreft de werkdruk zegt 70% van de verpleegkundigen en verzorgenden het werk als druk of te druk te ervaren. Dit geldt met name in de verpleeghuizen en iets minder in de thuiszorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Juist in de thuiszorg wordt echter relatief vaak overgewerkt vanwege de werkdruk.

De arbeidsomstandigheden ten slotte laten zich het beste kenmerken door het dragen van veel verantwoordelijkheid, het afwisselend werken en rustige en drukke perioden en het afwisselend uitvoeren van verschillende taken.





Scholing

In dit hoofdstuk wordt aan verschillende aspecten van scholing aandacht besteed. Eerst wordt een beeld geschetst van de ontwikkelingen in het initieële onderwijs. De instroom van nieuwe leerlingen, het totaal aantal leerlingen en de aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt passeert de revue. Daarna komt de vervolgscholing aan bod. Er wordt aandacht besteed aan verpleegkundige vervolgopleidingen en cursussen. Ten slotte wordt aandacht besteed aan het oordeel van de verpleegkundige of verzorgende over aansluiting van het werk op de kennis en vaardigheden.

1.1 Initieel onderwijs

Vanwege de invoering van een nieuw stelsel van onderwijs voor verpleging en verzorging per augustus 1997 leek het zinvol om de informatie over het onderwijs van voor die tijd zoveel mogelijk aan te passen aan de nieuwe situatie. Daarom zijn de oude opleidingen zoveel mogelijk hergroepeerd naar dat nieuwe stelsel. Daarbij zijn ongetwijfeld keuzes gemaakt die bediscussieerbaar zijn. Om de grote lijn van de ontwikkeling te kunnen volgen is er over deze bezwaren heen gestapt. De precieze verdeling is te vinden op de website van het LCVV (www.lcvv.nl/v&vtellen2002).

Er wordt aandacht besteed aan achtereenvolgens de instroom in de &V-opleidingen, het totaal aantal leerlingen dat een opleiding volgt en de (verwachte) uitstroom aan gediplomeerden in de komende jaren.

De instroom in de opleidingen

Vanaf 2001 geldt dat de instroom in het verplegend en verzorgend onderwijs ten opzichte van het voorafgaande jaar weer is toegenomen. Figuur 9.1 laat zien dat de totale instroom in deze opleidingen van bijna

28.000 per jaar in het begin van de jaren negentig tot nog geen 17.000 in 1997 is afgenomen. In 2001 wordt een aantal van bijna 24.000 bereikt. Sinds 2000 is er overigens wel sprake van een nieuwe opleiding op niveau 1.

De gegevens kunnen afwijken van die welke vorig jaar gepresenteerd zijn. De instroomgegevens van de niveaus 2 tot en met 4 waren toen op ramingen gebaseerd. Nu vindt er onderzoek bij ROC's plaats (Van der Windt en Arnold 2002). Dit geldt voor de jaren 2000 en 2001.

Bij de instroomgegevens van de niveaus 2 tot en met 4 gaat het voor de jaren 1998 en 1999 nog steeds om ramingen. Voor de wijze van ramen wordt naar de website van het LCVV verwezen (www.lcvv.nl/v&vtabel-len2002).

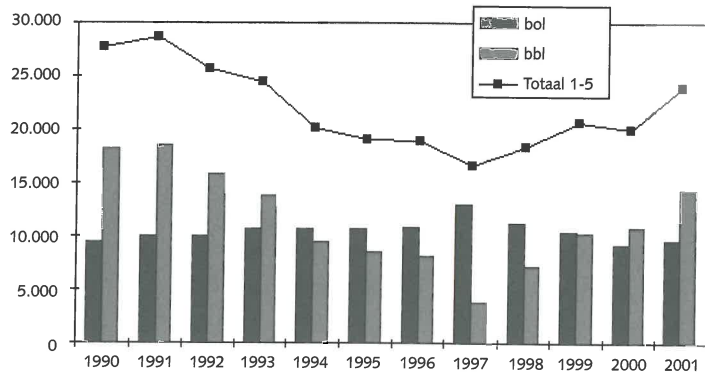
Was er jarenlang sprake van een toename van de beroepsopleidende leerweg (bol oftewel voorheen het dagonderwijs), vanaf 1998 zet zich een dalende trend in. De beroepsbegeleidende leerweg (bbl) oftewel voorheen inservice of leerlingwezen) daarentegen, die tot 1997 sterk is afgenomen, vertoont daarna een sterk stijgende lijn. De grote fluctuaties in de instroom worden derhalve vooral door de veranderingen bij de bbl veroorzaakt.

Uit recent onderzoek (Van der Windt en Arnold 2002) blijkt dat er in de bbl vaak sprake is van instroom halverwege de opleiding op grond van eerder verkregen kwalificaties. Dit betekent dat men ook sneller dan gemiddeld de opleiding kan afronden en in principe sneller beschikbaar is voor de arbeidsmarkt. Tevens kan het betekenen dat het niet gaat om voor de zorgsector nieuwe medewerkers, maar om zittend personeel dat het kwalificatieniveau verhoogt.

Kijken we naar de verschillende niveaus (tabel 9.1), dan stellen we vast dat vooral de niveaus 3 en 4 een sterke daling achter de rug hebben. De nieuwe opleiding tot zorghulp trekt inmiddels bijna 2100 leerlingen aan.

Het totaal aantal leerlingen

Het totaal aantal leerlingen in het verplegend en verzorgend onderwijs nam in de periode 1990-2001 af van ruim 60.000 naar bijna 52.000 (zie tabel 9.2). In 1998 werd een dieptepunt bereikt met ruim 48.000 leerlingen. Sindsdien is er sprake van een gestage groei.



figuur 9.1 De instroom in het V&V-onderwijs 1990-2001 naar leerweg

tabel 9.1

De instroom in de V&V-(voltijd)opleidingen 1990-2001

	1990	1995	1998	1999	2000	2001
niveau 5	2.342	2.523	2.905	2.899	2.446	2.214
bol			407	640	618	603
ol	2.342	2.523	2.498	2.259	1.828	1.611
niveau 4	6.455	3.373	4.297	5.976	4.858	5.892
bol	6.455	3.373	2.178	3.720	2.849	3.635
ol			2.119	2.256	2.009	2.257
niveau 3	13.870	9.896	7.662	8.391	8.094	9.767
bol	7.975	4.429	3.837	4.736	5.377	7.143
ol	5.895	5.467	3.825	3.655	2.717	2.624
niveau 2	3.790	3.305	3.500	3.397	3.236	4.006
bol	2.514	667	762	1.152	1.652	2.274
ol	1.276	2.638	2.738	2.245	1.584	1.732
niveau 1					1.370	2.063
ol					348	644
ol (inclusief deeltijd)					1.022	1.419
Totaal 1-5	26.457	19.097	18.364	20.663	20.004	23.942
bol	18.220	8.469	7.184	10.247	10.844	14.299
ol	9.513	10.628	11.180	10.395	9.160	9.643

bron: OCW, CBS, raming Prismant en Van der Windt en Arnold (2002)

Naar niveau doen zich verschillende ontwikkelingen voor. Opvallend is de sterke daling van het aantal studenten dat een voltijd hbo-(bol)-opleiding volgt. Op niveau 4 doet zich sinds 1997 een gestage stijging voor.

Tabel 9.2

Totaal aantal leerlingen in de V&V-opleidingen 1990-2001

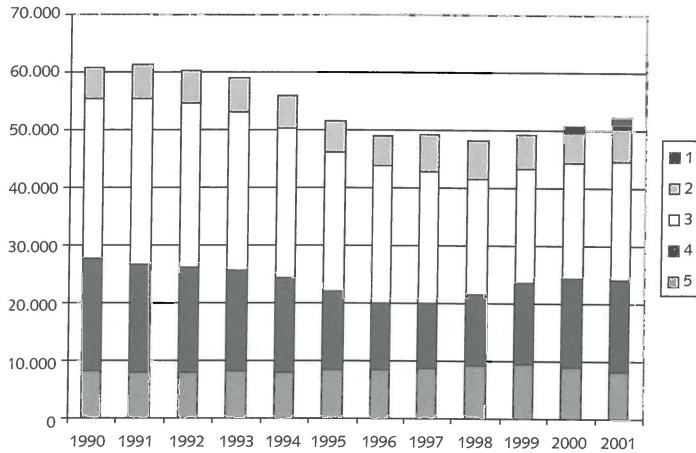
	1990	1995	1998	1999	2000	2001
<i>Niveau 5</i>	8.210	8.392	9.150	9.365	9.036	8.328
bbl	0	0	919	1.523	2.175	2.378
bol	8.210	8.392	8.231	7.842	6.861	5.950
<i>Niveau 4</i>	19.445	13.770	12.412	14.262	15.352	15.853
bbl	19.445	13.770	8.847	9.130	9.247	9.736
bol	0	0	3.565	5.132	6.105	6.117
<i>Niveau 3</i>	27.710	24.075	20.062	19.806	20.031	20.310
bbl	12.608	9.217	7.951	9.984	11.224	12.800
bol	15.102	14.858	12.111	9.822	8.807	7.510
<i>Niveau 2</i>	5.508	5.342	6.697	5.882	5.087	5.835
bbl	3.647	832	1.095	1.418	1.995	3.118
bol	1.861	4.510	5.602	4.464	3.092	2.717
<i>Niveau 1</i>	0	0	0	0	900	1.604
bbl	0	0	0	0	348	644
bol (inclusief deeltijd)	0	0	0	0	552	960
<i>Totaal 1-5</i>	60.873	51.579	48.321	49.315	50.40	651.930
bbl	35.700	23.819	17.893	28.783	27.592	25.632
bol	25.173	27.760	30.428	20.532	22.814	26.298

Bron: OCW, CBS

Figuur 9.2 laat zien dat de komst van niveau 1 een belangrijk deel van de groei van het totaal aantal leerlingen voor haar rekening neemt.

De behaalde diploma's

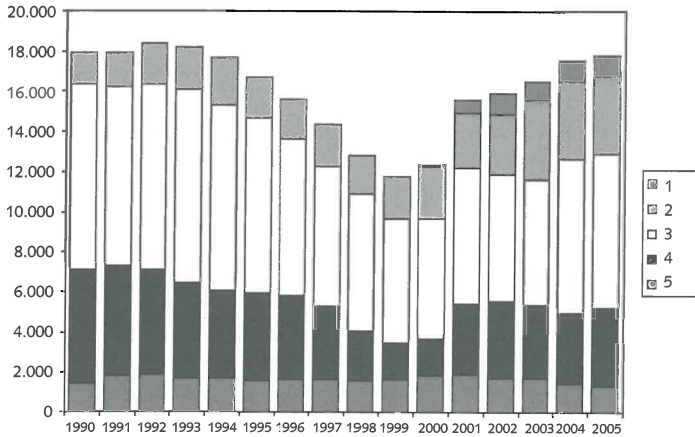
De veranderingen in de instroom in de opleidingen in de afgelopen jaren werken door in het aantal leerlingen dat de komende jaren een diploma zal behalen. Het jaar 1999 vormde een dieptepunt. Maar ook in 1998 en 2000 was het aantal diplomabehalers laag. Verkregen in 1992 nog 18.000 mensen een diploma voor verpleging of verzorging, in 2000 is dat tot 12.000 afgenomen. Een en ander is uiteraard het gevolg van de forse afname in de instroom sinds het begin van de jaren negentig. Sinds 2000 is echter aan de jarenlange daling van het aantal nieuw gedi-



Figuur 9.2 Het totaal aantal leerlingen in verplegend en verzorgend onderwijs naar niveau

gediplomeerden een einde gekomen. Het aantal stijgt naar verwachting tot bijna 16.000 in 2003. De sterke stijging na 2000 is voor een deel toe te schrijven aan een groeiende instroom van leerlingen in de jaren daarvoor, maar ook aan het feit dat in de bbl-opleidingen veel zogenoemde tussentijdse instroom plaatsvindt. Deze mensen stromen halverwege een opleiding in op grond van eerder verworven kwalificaties en behalen veel sneller dan gemiddeld hun diploma.

Bij deze berekeningen is ervan uitgegaan dat én de instroom op het hoge niveau van 2001 blijft én het aandeel van de tussentijdse instroom in de bbl op het hoge niveau van 2001 blijft. Is deze vooronderstelling onrechtvaardig dan zal het aantal nieuw gediplomeerden in 2004 en 2005 waarschijnlijk lager komen te liggen dan nu berekend is.



Figuur 9.3 (Verwacht) aantal nieuw gediplomeerden 1990-2005 naar niveau

Tot voor kort waren er alleen over het hbo nauwkeurige gegevens over studierendement bekend. Van degenen die in 1991 aan de opleiding begonnen zijn, heeft 60% vijf jaar later de opleiding met succes afgerond. Dit percentage daalde de afgelopen jaren licht tot 56% voor degenen die in 1995 begonnen. Dat is gelijk aan het gemiddelde percentage voor alle hbo-opleidingen in ons land. Het gemiddelde van alle gezondheidszorgopleidingen ligt voor het cohort 1995 op 61%.

Tabel 9.3

Het aandeel geslaagden vijf jaar na instroom bij hbo-v

Cohort 1991	60%
Cohort 1992	59%
Cohort 1993	59%
Cohort 1994	57%
Cohort 1995	56%

Bron: HBO-Raad

Sinds kort is er ook informatie over het studierendement bij de mbo-opleidingen beschikbaar (Van der Windt en Arnold 2002). Tabel 9.4 laat zien wat het studierendement in 2000/2001 is voor de verschillende opleidingen naar niveau en leerweg. Tevens is aangegeven wat de

gemiddelde verwachte studieduur is van mensen die aan de opleiding beginnen. De nominale duur van de opleidingen komt overeen met het niveau: niveau 4 betreft een 4-jarige opleiding enzovoort. Is er sprake van een groot verschil tussen nominale duur en de verwachte duur dan is er sprake van een omvangrijk aandeel verkorte leertrajecten. Zoals tabel 9.4 laat zien, doet zich dat vooral bij bbl-opleidingen voor.

Tabel 9.4
Het studierendement en de verwachte gemiddelde studieduur in het mbo 2000/1

	Niveau	Rendement in %	Gemiddelde verwachte studieduur
<i>Verpleging</i>			
bol	4	61	3,7
bbl	4	65	3,2
<i>Verzorging</i>			
bol	3	63	2,9
bbl	3	70	2,3
<i>Beleidsplanning</i>			
bol	2	65	1,9
bbl	2	78*	-
<i>Organisatie</i>			
bol/bbl	1	50*	-

geraamd

bron: Van der Windt en Arnold (2002)

De hoogte van het studierendement wijkt maar weinig af van de opleidingen onder het oude stelsel. Dit is gebaseerd op een vergelijking in grote lijnen. De beschikbare gegevens laten een precieze vergelijking niet toe. De bbl-routes scoren doorgaans gunstiger dan de bol-routes. Dat wordt voor een belangrijk deel overigens veroorzaakt door de vele leerlingen die een verkort traject met een grotere kans op succes afronden.

Uit tabel 9.5 is af te leiden hoe de doorstroom tussen opleidingen bij het mbo werkzame personeel heeft plaatsgevonden. Van de verpleegkundigen die een hbo-opleiding hebben afgerond, blijkt 21% eerst een opleiding te hebben genoten op niveau 3, waarschijnlijk de vroegere mbo-opleiding. 7% had een opleiding op niveau 4, een inservice-opleiding, achtergebleven. De rest is afgevoerd naar de hbo-opleiding.

Op niveau 4 is 84% direct op dat niveau begonnen; 15% rondde eerst een opleiding op niveau 3 af. Dit zullen waarschijnlijk ziekenverzorgeren geweest zijn.

Op niveau 2 heeft 21% een opleiding van niveau 1 afgerond alvorens niveau 2 af te ronden. De doorstroom naar niveau 3 is het geringst. Ruim 90% begint direct met dit opleidingsniveau.

In de bovenste helft van tabel 9.5 is het eindniveau het uitgangspunt. We kunnen ook nagaan welk niveau degenen die aan een opleiding begonnen zijn, uiteindelijk hebben behaald. Het instroomniveau is dan het startpunt. Uit het tweede gedeelte van dezelfde tabel blijkt dat de doorstroom groot is voor de lagere opleidingsniveaus. 80% van degenen die met opleidingsniveau 1 begint, stroomt door naar een hoger opleidingsniveau. Zo behaalt 40% niveau 2 en rondt 33% niveau 3 met succes af. Van niveau 3 stroomt 14% door naar een hoger niveau. Deze uitkomsten hebben grotendeels betrekking op de situatie onder het oude opleidingsstelsel. Gezien de recente instroomgegevens in de huidige opleidingen, die eerder in dit hoofdstuk aan bod kwamen, is de verwachting dat de doorstroom in het nieuwe stelsel, zoals ook beoogd wordt, groter gaat worden.

Op de website (www.lcvv.nl/v&vtabellen2002) staan de opleidingen uit de OSA-arbeidsaanbodmonitor geclassificeerd naar opleidingsniveau.

Aansluiting onderwijs arbeidsmarkt

De aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt kan op een aantal facetten bekeken worden. Van Eijs en Jacob-Tacken (2001) gaan hier uitvoerig op in. Deze gegevens zijn gebaseerd op de situatie anderhalf jaar na het afstuderen. Het gaat veelal om leerlingen die afstudeerden onder het oude onderwijsstelsel.

Degenen die een bbl-opleiding volgden, gaan of beter gezegd blijven voor meer dan 80% betaald werk uitvoeren (tabel 9.6). Ook van de hbo-verpleegkundigen gaat een zeer groot aandeel aan het werk (92%). Opvallend is het hoge aandeel mdgo-verpleegkundigen dat een vervolgopleiding aanvangt. Veelal zal dit de hbo-v zijn. Ook gaan nogal wat leerlingen een bbl-opleiding volgen. Dit verklaart voor een deel de omvangrijke tussentijdse instroom in deze opleidingen, waar men op

Tabel 9.5
Doorstroom tussen opleidingsniveaus

Eindniveau:	Instroomniveau					
	Niveau 5	Niveau 4	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 1	
Niv5	72	7	21	0	0	100
Niv4		84	15	1	1	100
Niv3			91	7	3	100
Niv2				79	21	100
Niv1					100	100
Totaal	8	32	49	8	4	100

Eindniveau:	Instroomniveau					
	Niveau 5	Niveau 4	Niveau 3	Niveau 2	Niveau 1	
Niv5	100	2	4	0	1	
Niv4		98	10	4	6	
Niv3			86	45	33	
Niv2				51	40	
Niv1					20	
	100	100	100	100	100	

bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000

Tabel 9.6
Maatschappelijke positie (afgestudeerden 96/97, 97/98, 98/99) anderhalf jaar na
afstuderen

Maatschappelijke positie:	Betaald werk	bbl	Student	Scholier/ Werkloos	Overig	Totaal
<i>hulpvrije</i>						
ol		51	13	31	1	4 100
bl		82	4	6	4	4 100
<i>verzorgende</i>						
ol		70	9	18	1	2 100
bl		85	10	2	0	3 100
<i>verpleegkundige 4</i>						
ol		41	9	46	0	4 100
bl		92	2	0	2	4 100
<i>no-verpleegkundige</i>		92	0	5	1	2 100

bron: Van Eijs en Jacob-Tackx (2001)

grond van eerder verworven kwalificaties dan een verkort programma volgt.

Van de afgestudeerden op de niveaus 3 tot en met 5 die betaald werk verrichten, doet 90% of meer dat in de sector zorg en welzijn. Bij de helpenden-bol ligt dit aandeel met 60% aanzienlijk lager.

De werkloosheid is doorgaans laag. Alleen helpenden-bbl scoren op dit punt hoger dan het landelijk gemiddelde van alle hbo- en mbo-gediplomeerden.

Bij de beloning valt een aantal zaken op. Er bestaat weinig verschil in het aanvangssalaris tussen mdgo-verpleging en -verzorging. Ook bestaat er vrijwel geen verschil tussen verpleegkundige-bbl4 en hbo-verpleegkundigen op dit punt (zie tabel 9.7).

Tabel 9.7

Het aandeel afgestudeerden werkzaam in de sector zorg en welzijn en het bruto-uurloon

	% werkzaam in Z&W	Bruto uurloon
<i>Helpende</i>		
bol	60	12,70
bbl	85	19,50
<i>Verzorgende</i>		
bol	89	16,60
bbl	92	19,20
<i>Verpleegkundige 4</i>		
bol	91	16,65
bbl	93	23,10
<i>hbo-verpleegkundige</i>	94	23,70

Bron: Van Eijs en Jacob-Tacken (2001)

9.2 Vervolgscholing

Sinds de invoering van de Wet-BIG wordt er geen register meer bijgehouden waarin aangetekend wordt welke vervolgoopleidingen verpleegkundigen hebben genoten. In het verleden werd dit door de Inspectie Volksgezondheid gedaan. Bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn nu aan veldpartijen overgedragen. Aangezien er (nog) geen registraties gevoerd worden, kan slechts aan incidentele onderzoeken informatie ontleend worden.

Hieronder volgt kort een overzicht van de totale aantallen. Voor meer informatie over deze groepen wordt naar de publicatie van vorig jaar verwezen.

Tabel 9.8
Het aantal gespecialiseerde verpleegkundigen

	Aantal	Gemeten in
IC-verpleegkundigen	6505	1999
SEH-verpleegkundigen	2437	2001
Kinderverpleegkundigen	6905	2001

Naast gespecialiseerde verpleegkundigen zijn er ook verpleegkundig specialisten. Een vrij recentelijk gestarte opleiding is die van verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg. Medio 2002 waren er 40 afgestudeerden en 103 mensen in opleiding.

De universitaire studie Verpleegwetenschappen wordt in Utrecht gevolgd door 170 studenten. De afgelopen jaren studeerden er daar tussen de 15 en 20 af. De opleiding in Groningen wordt per 2001 geleidelijk afgebouwd.

Alleen op steekproefbasis is er meer bekend over vervolgoopleidingen bij verpleegkundigen (zie tabel 9.9). Aangezien gespecialiseerde verpleegkundigen bij deze onderzoeken een hogere dan gemiddelde respons vertonen, is het niet goed mogelijk om absolute aantallen te geven. Bijna de helft van de verpleegkundigen is in het bezit van minstens een van de vervolgoopleidingen zoals onderscheiden in tabel 9.9. De gemiddelde leeftijd van verpleegkundigen in het bezit van een vervolgoopleiding ligt hoger dan bij diegenen die geen vervolgoopleiding hebben afgerond. Het aandeel vrouwen lijkt hoog voor de verschillende vervolgoopleidingen. Gerelateerd aan de totale populatie zijn de aandelen vrouwen echter meestal lager. Alleen voor kinderverpleging en obstetrische en gynaecologische verpleegkunde geldt dit niet. Relatief komen veel mannen voor in de vervolgoopleiding OK-anesthesie en in de kaderopleiding. Het gemiddeld aantal uren volgens contract en feitelijk schommelt om de 30 uur. Over het algemeen liggen de werkelijke uren per week hoger dan

de gemiddelde uren volgens contract. Bij OK-anesthesie is de afwijking het grootst. Het aantal jaren dat men al in het bezit is van een vervolgdiplooma is hoog. Dit betekent dat een vervolgopleiding binnen enkele jaren gestart wordt na het behalen van de initiële opleiding. De vervolgopleidingen oncologie, diabetes en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige worden wat later in de carrière gestart.

Tabel 9.9

Het vóórkomen van vervolgopleiding onder verpleegkundigen en verschillende kenmerken

	% totaal verpleeg- kundigen	Gem. leeftijd in jaren	% vrouw	Gem. aantal uren contract per week	Gem. aantal uren feitelijk per week	Gem. bezit van aantekening in jaren
Geen vervolgopleiding	53,5	35,6	88,3	25,8	26,0	–
Kinderverpleging	9,3	41,0	97,0	25,1	24,9	16,7
Obstetrische en gynaecologische verpleegkundige	7,1	43,4	96,1	24,7	25,8	17,4
Intensive care, IC-CCU	9,7	42,5	69,2	29,0	30,5	14,5
OK-anesthesie	1,5	47,3	65,7	25,8	27,5	22,5
Oncologie	3,6	40,8	88,4	26,8	28,0	8,7
Diabetes	0,8	42,1	67,8	28,7	28,8	6,4
Sociaal-psychiatrische verpleging	1,4	42,7	58,2	31,3	32,8	7,8
Wijkverpleging-MGZ	4,2	46,2	96,7	25,9	27,5	13,4
Kaderopleiding-innovatie-docenten-VOM	10,8	43,3	69,5	30,1	31,2	12,9
Andere verpleegkundige opleiding	17,2	39,9	84,3	28,5	28,6	9,1

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000

9.3 Cursussen

In de OSA-arbeidsaanbodmonitor wordt de vraag gesteld of in de afgelopen twee jaar cursussen gevolgd zijn. Het gaat hier om cursussen die zowel gericht kunnen zijn op het werk als bedoeld om een andere functie of baan te verwerven. Bijna driekwart van de mensen heeft deze

raag niet ingevuld. De resterende groep geeft aan één of meer van de volgende cursussen gevolgd te hebben (tabel 9.10). De meest gevolgde cursus is methodisch werken en het leren omgaan met specifieke doelgroepen.

Tabel 9.10
Het aandeel van verschillende soorten cursussen en het aandeel vrouwelijke cursusdeelnemers in %

	% cursus	Aandeel vrouwen
Methodisch werken, zorgplannen	25,9	87%
Omgaan met specifieke doelgroepen	22,6	90%
Psychosociale zorg/hulpverlening	8,1	89%
Emotionele zorg/hulpverlening	10	96%
Verpleegkundige zorg/hulpverlening	10,4	89%
Beeldgerichte zorg	12,4	90%
Woonzorg	5,3	100%
Preventie, GVO en voorlichting	3,4	87%
Coördinatie en organisatie van het werk	3,3	82%
Beleidsgerichte cursussen	2	86%
Werkbegeleiding	13,3	86%

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000

4 Aansluiting kennis en vaardigheden

Van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt 68% dat hun kennis en vaardigheden goed aansluiten bij de baan die ze momenteel hebben (tabel 9.11). Naarmate men ouder wordt, neemt dit gevoel toe. In de meeste ziekenhuizen vinden verpleegkundigen en verzorgenden verhoudingsgewijs hun kennis en vaardigheden het beste aansluiten. In de gehandicaptenzorg ligt dit percentage lager, maar is met 63% nog steeds hoog.

Van de vijf onderscheiden beroepsgroepen vinden vooral gezinsverzorgenden hun kennis en vaardigheden goed aansluiten. 73% ervaart een goede aansluiting tegenover 62% bij de beroepsgroep groepsbegeleiders.

Van de groep verpleegkundigen en verzorgenden die een minder goede aansluiting ervaart, vindt 73% dat hun kennis en vaardigheden juist zijn dan het werk vereist. 14% geeft aan dat ze eigenlijk voor een

ander vak kennis en vaardigheden bezitten. Dit wordt vooral door gezinsverzorgenden en groepsbegeleiders aangegeven.

Tabel 9.11

Verschillende kenmerken en aansluiting kennis en vaardigheden in %

	Aansluiting werk op kennisvaardigheden				Totaal
	Goed	Redelijk	Matig	Slecht	
<i>Zorgsector</i>	68	26	5	1	100
<i>Sekse en leeftijd</i>					
Man t/m 34 jaar	63	30	6	0	100
Man = 35 jaar	60	30	7	2	100
Vrouw t/m 24 jaar	61	36	3	1	100
Vrouw 25-34 jaar	70	27	3	1	100
Vrouw 35-44 jaar	67	27	6	1	100
Vrouw = 45 jaar	71	22	6	1	100
<i>Branche</i>					
Ziekenhuizen	74	23	3	1	100
Ouderenzorg	67	26	6	1	100
Gehandicaptenzorg	63	32	5	1	100
Thuiszorg	69	24	6	1	100
Geestelijke gezondheidszorg	64	31	4	1	100
<i>Beroepsgroep</i>					
Verpleegkundige	68	25	6	1	100
Ziekenverzorgende	65	30	4	1	100
Gezinsverzorgende	73	21	4	2	100
Groepsbegeleider	62	31	5	1	100
Instellingsverzorgende	68	26	5	1	100

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000

Vergeleken met de aanbodmonitor van 1998 zijn er niet erg veel veranderingen. In 1998 ervoer 65% van de verpleegkundigen en verzorgenden een goede aansluiting. In 2000 is dit percentage toegenomen tot 68. De opvallendste afwijking van 1998 is dat de verschillen tussen de onderscheiden groepen minder groot zijn geworden. Jongere mensen vinden vergeleken met 1998 een betere aansluiting; ouderen ervaren een iets minder goede aansluiting dan in 1998.

De aansluiting van kennis en vaardigheden zijn vooral voor de branches gehandicaptensector en de ziekenhuizen toegenomen. In de thuiszorg is deze licht afgenomen van 72% in 1998 naar 69% in 2000.

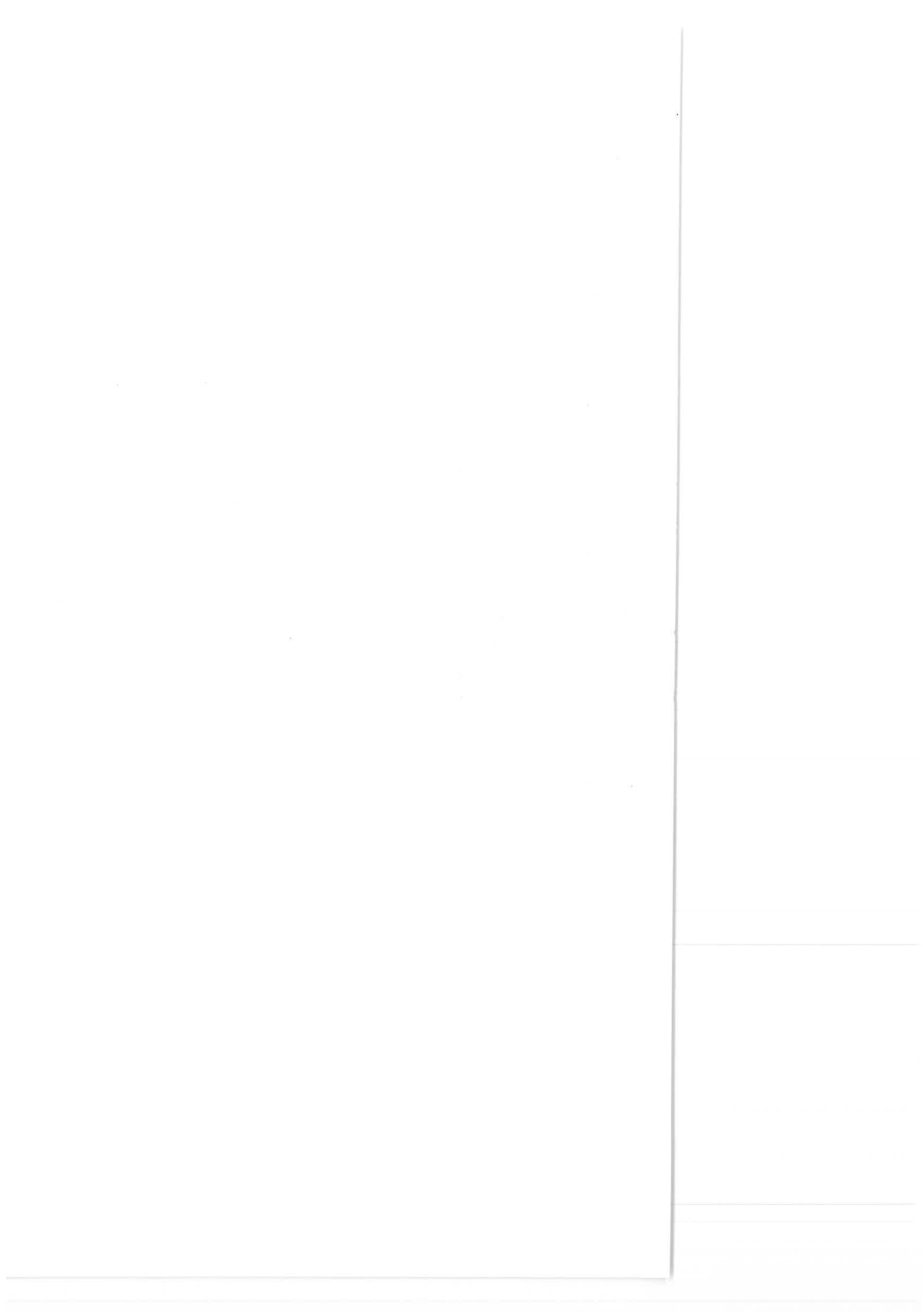
2.5 Samenvatting

In 2001 is het aantal nieuwe leerlingen in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen aanzienlijk toegenomen. Vooral de bbl-opleidingen hebben zich in een grote populariteit verheugen. Niet alle nieuwe leerlingen zijn ook nieuwe werkenden. De indruk bestaat dat er in sterke mate sprake is van scholing naar een hoger niveau. Het toekomstig arbeidsaanbod neemt hierdoor niet zozeer kwantitatief, als wel kwalitatief toe. Het aandeel leerlingen dat met succes de opleidingen afrondt ligt tussen de 60 en 70%. De hoogte van het studierendement wijkt zo op het oog maar weinig af van de opleidingen onder het oude stelsel. De beschikbare gegevens laten een preciezere vergelijking niet toe. De bbl-routes scoren doorgaans gunstiger dan de bol-routes. Dat wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door de vele leerlingen die een verkort traject, met een grotere kans op succes, afronden.

Van de afgestudeerden op de niveaus 3 tot en met 5 die betaald werk verrichten, doet 90% of meer dat in de sector zorg en welzijn. Bij de leerlingen-bol ligt dit aandeel met 60% aanzienlijk lager.

Bij de beloning valt een aantal zaken op. Er bestaat weinig verschil in omvangssalaris tussen mdgo-verpleging en -verzorging. Ook bestaat er op dit punt vrijwel geen verschil tussen verpleegkundige-bbl4 en hbo-verpleegkundigen.

Van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt 68% dat hun kennis en vaardigheden goed, 25% redelijk, aansluiten bij de baan die ze hebben. Gezinsverzorgenden en werkenden in de ziekenhuizen zijn hierover het meest positief.



Werken in de zorg: vertrekken of blijven?

In dit hoofdstuk wordt de groep vertrekkers onder de loep genomen. In de eerste paragraaf gaat het om de vragen hoe groot het verloop is, hoe het verloop zich de afgelopen jaren ontwikkeld heeft en waar vertrekkers naartoe gaan. In de tweede paragraaf worden de redenen van het vertrek vanuit verschillende invalshoeken belicht.

10.1 Verloop

Bij gegevens over verloop is het goed te bedenken dat doorgaans een veel groter deel gebleven is. In 2001 vertrok weliswaar bijna 16% van de verpleegkundigen en verzorgenden uit hun baan, tegelijkertijd betekent dit dat ruim 84% gebleven is bij de huidige werkgever.

In 2001 neemt voor het eerst sinds 1994 het verloop van verpleegkundig en verzorgend personeel af. Dit geldt voor alle branches met uitzondering van de geestelijke gezondheidszorg. Daar steeg het brutoverloop ook nog tussen 2000 en 2001. Tussen de branches zijn aanmerkelijke verschillen. Zo vertrok 18,7% van de werkzamen in verpleeghuizen en 10,7% uit de academische ziekenhuizen.

tabel 10.1
Het brutoverloop bij verpleegkundig en verzorgend personeel in %

	1993	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Ziekenhuizen	8,6	8,7	9,6	11,7	12,1	13,4	12,0
Academische ziekenhuizen	7,8	7,0	8,4	9,5	9,6	11,4	10,7
Geestelijke gezondheidszorg	13,1	10,4	11,4	14,5	15,4	16,2	16,8
Verpleeghuizen	14,9	12,3	13,3	15,6	17,0	18,9	18,7
Verzorgingshuizen					15,6	16,3	17,2
Totaal intramuraal	11,9	10,4	11,4	13,5	14,7	16,3	15,9

Het brutoverloop loopt ook per regio sterk uiteen (tabel 10.2). Het totaal in tabel 10.2 komt niet overeen met tabel 10.1 omdat er per regio en per branche voor non-respons gewogen is. Bovendien zijn de leerlingen hierbij inbegrepen. Het verloop in het westen van het land ligt aanmerkelijk hoger dan in het oosten en het noorden. Het zuiden neemt een middenpositie in.

Tabel 10.2

Het verloop naar regio in 1999 in %

Regio	Brutoverloop	Regio	Brutoverloop
Groningen	11,5	Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	18,5
Friesland	11,7	Kennemer-/Amstel- en Meerlanden	21,6
Drenthe	10,8	Rijnstreek	18,4
IJssel-Vecht	12,7	Haaglanden	19,7
Twente	9,5	Drechtsteden	17,4
Midden-IJssel	12,0	Rijnmond	16,9
Veluwe	15,7	Zeeland	10,1
Arnhem/Achterhoek	13,2	West-Brabant	15,2
Nijmegen/Rivierenland	14,7	Midden-Brabant	14,6
Flevoland	15,6	Noord-Oost Brabant	13,7
Utrecht	19,5	Zuid-Oost Brabant	13,6
Gooi- en Vechtstreek	19,2	Noord- en Midden-Limburg	10,4
Noord-Holland Noord	14,9	Zuid-Limburg	12,2
Landelijk	15,4		

Bron: LKG

Brutoverloop betreft alle vertrekkers uit een baan. Dat vertrek kan naar een andere baan zijn of men kan stoppen met (betaald) werk. Tabel 10.3 geeft een beeld van de richting van het vertrek. Onderscheiden wordt vertrek naar een baan binnen of buiten de zorg of geen (betaald) werk meer verrichten.

Het aandeel mensen dat buiten de zorgsector is gaan werken, is in de loop der jaren vrijwel stabiel gebleven. Het aandeel vertrekkers dat op het moment van invullen van de vragenlijst nog geen baan had dan wel stopte met betaald werk, is bijna gehalveerd. In 1997 bedroeg dit aandeel nog 30%, in 2001 slechts 18%. De doorstroming binnen de zorgsector nam in 1998 en 2001 sprongsgewijs toe (tabel 10.3). De krapper

Tabel 10.3
Vertrekingrichting van verpleegkundigen en verzorgenden in %*

	1997	1998	1999	2000	2001
Binnen zorg	60	69	68	67	73
Buiten zorg	11	10	11	11	10
(Nog) geen werk	30	21	20	22	18
	100	100	100	100	100

Exclusief thuiszorg

bron: Exitinterviews, Prismant

wordende arbeidsmarkt gaf kennelijk meer mogelijkheden om in een andere instelling aan de slag te gaan.

In de thuiszorg gaat de grootste groep buiten de zorgsector werken, gevolgd door de gehandicaptensector (tabel 10.4). Opvallend is dat binnen de thuiszorg relatief veel mensen nog geen betrekking hebben of toppen met betaald werk. Binnen de geestelijke gezondheidszorg blijft 11% werkzaam in de zorgsector. Het aandeel dat (nog) geen baan heeft is binnen deze branche het laagst.

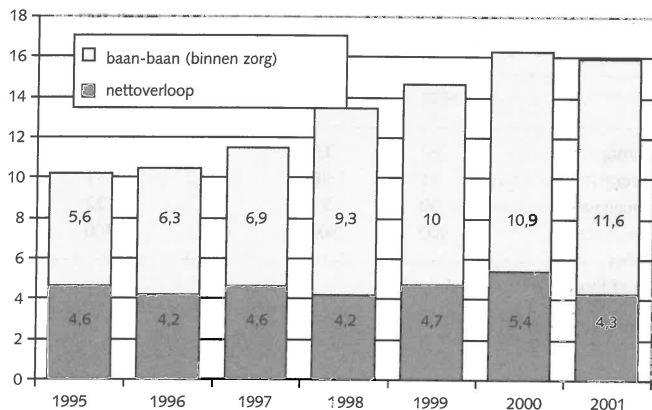
In tegenstelling tot de geestelijke gezondheidszorg is de gemiddelde leeftijd en het aandeel vrouwen in de thuiszorg het hoogst.

Tabel 10.4
Vertrekingrichting per branche in 2001 en enkele demografische gegevens in %

	Zieken- huizen	Geestelijke gezondheidszorg	Gehandi- captenzorg	Ouderen- zorg	Thuis- zorg
Binnen zorg	71	81	68	77	53
Buiten zorg	9	9	13	8	16
(Nog) geen werk	20	11	19	15	31
	100	100	100	100	100
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	33,3	35,3	31,9	33,9	38,8
Aandeel vrouwen (%)	88	71	87	91	98

bron: Exitinterviews, Prismant

Paragraaf 10.1 geeft het nettoverloop (buiten de zorg en (nog) geen werk) de 'beëindiging van het beroep' – onder verpleegkundigen en verzorgenden in de intramurale gezondheidszorg gedurende een lange reeks



Figuur 10.1 Het vertrek naar richting van verpleegkundigen en verzorgenden in de intramurale gezondheidszorg

van jaren weer. We zien dat de hoogte van het nettoverloop in 2000 een uitschieter vormt. In 2001 is het weer op het voor de jaren negentig gebruikelijke niveau teruggekeerd. Opvallend is in 2001 het hoge aandeel dat van baan binnen de zorgsector verandert. Wellicht speelt een rol dat de cijfers in de tijd niet helemaal vergelijkbaar zijn, omdat het aantal deelnemende instellingen aan de exitinterviews in de loop der jaren aanzienlijk toegenomen is.

Tussen de branches zijn er verschillen in vertrekrichting. Tabel 10.5 laat zien dat het netto-verloop in de ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg het laagst is. Opvallend is dat in de geestelijke gezondheidszorg het nettoverloop daalde, waar het totale verloop toenam (zie tabel 10.1). Het vertrek in verpleeghuizen is weliswaar groot met 18,7%, maar de vertrekkers gaan vaak in een andere zorginstelling werken.

10.2 Vertrekredenen

Een beeld van de vertrekredenen is te verkrijgen uit Exitinterviews. Bijna 150 instellingen doen mee aan het project Exitinterviews van Prismant. Het vertrekkend personeel vult een vragenlijst in waar onder andere ingegaan wordt op de vertrekredenen. In tabel 10.6 staan de verschillende vertrekredenen per branche die in 2001 genoemd werden.

Tabel 10.5
Het vertrek naar richting per branche in 2001

	Binnen zorg	Nettoverloop	Totaal	Netto in 2000
Ziekenhuizen	8,5	3,5	12,0	4,3
Geestelijke gezondheidszorg	13,6	3,2	16,8	5,2
Intramurale gehandicaptenzorg	13,2	6,2	19,4	6,6
Verpleeghuizen	14,4	4,3	18,7	6,2
Thuiszorg	10,6	9,4	20,0	10,4

Bron: Bewerking gegevens Prismant

Gebrek aan ontplooiing van capaciteiten, gebrek aan loopbaanperspectief en het ontbreken van voldoening in werk zijn vertrekredenen die in de vijf branches in meer of mindere mate een belangrijke rol spelen. Beloning als vertrekreden is met uitzondering van de ouderenzorg een belangrijke reden van vertrek. In de ouderenzorg en in de thuiszorg wordt lichamelijke belasting verhoudingsgewijs veel genoemd. Reistijd speelt een belangrijke rol in de branches ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en ouderenzorg.

Tabel 10.6
De belangrijkste vertrekredenen per branche in 2001

Ziekenhuizen	%	Geestelijke gezondheidszorg	%	Gehandicaptenzorg	%
Behoeftte ander werk	27	Ontplooiing	34	Behoeftte ander werk	28
Ontplooiing	22	Behoeftte ander werk	30	Ontplooiing	24
Reistijd	18	Perspectief	28	Reistijd	20
Perspectief	16	Voldoening werk	20	Perspectief	19
Werktijden	16	Beloning	19	Voldoening werk	18
Voldoening werk	16	Leiderschap	14	Beloning	16
Gezin	14	Werktijden	14	Werktijden	16
Beloning	14	Gezin	13	Gezin	14
Ouderenzorg	%	Thuiszorg	%		
Behoeftte ander werk	31	Ontplooiing	22		
Ontplooiing	23	Perspectief	17		
Lichamelijke belasting	18	Gezin	16		
Verkdruk	17	Beloning	15		
Reistijd	16	Werktijden	14		
Voldoening werk	15	Lichamelijke belasting	14		
Perspectief	14	Voldoening werk	13		
Opleiding	13				

Bron: Exitinterviews, Prismant (2002)

Het aandeel vertrekkers dat een vermijdbare vertrekreden noemt, ligt iets boven de 50%. In de geestelijke gezondheidszorg zelfs op 65%.

Vermijdbaar wil zeggen dat volgens de respondent deze vertrekreden voorkomen had kunnen worden. In tabel 10.7 staan de belangrijkste vermijdbare vertrekredenen per branche.

In alle branches wordt ontplooiing, perspectief en beloning als vermijdbare vertrekreden genoemd. Vergeleken met de andere branches spelen in de geestelijke gezondheidszorg niet zozeer werktijden en werkdruk een belangrijke rol maar eerder arbeidsomstandigheden, leiderschap, besluitvorming en overleg op de afdeling.

Tabel 10.7

De belangrijkste vermijdbare vertrekredenen per branche in 2001

Ziekenhuizen	%	Geestelijke gezondheidszorg	%	Gehandicaptenzorg	%
Ontplooiing	16	Perspectief	30	Ontplooiing	19
Perspectief	15	Ontplooiing	25	Perspectief	16
Beloning	14	Beloning	21	Beloning	15
Werktijden	14	Voldoening werk	16	Werktijden	13
Werkdruk	13	Leiderschap	14	Werkdruk	11
Klimaat	11	Gebrek opleiding	13	Leiderschap	10
Voldoening werk	11	Arbeidsomstandigheden	11	Voldoening werk	9
Overleg	9	Overleg	11	Aantal uren	9
<i>Ouderenzorg</i>	%	<i>Thuiszorg</i>	%		
Werkdruk	16	Ontplooiing	19		
Ontplooiing	15	Perspectief	16		
Werktijden	14	Beloning	14		
Voldoening werk	12	Werktijden	14		
Klimaat	12	Lichamelijke belasting	9		
Lichamelijke belasting	11	Werkdruk	8		
Beloning	10	Voldoening werk	8		
Perspectief	10				

Bron: Exitinterviews, Prismant (2002)

Ontwikkeling vertrekredenen

Ten opzichte van de periode 1997-1999 zijn de vertrekredenen in 2001 in grote lijnen hetzelfde gebleven (tabel 10.8). De vermijdbare vertrekredenen zelf zijn in de loop der tijd niet zozeer veranderd, als wel het aandeel mensen dat ze als vermijdbaar noemt. De opvallendste stijger is beloning: van 9% naar 14% in 2001 (tabel 10.9).

Tabel 10.8
De belangrijkste vertrekredenen in 1997-1999 versus 2001*

1997-1999	%	2001	%
Behoeftte ander werk	24	Behoeftte ander werk	29
Ontplooïing	21	Ontplooïing	24
Reïstïjd	18	Reïstïjd	18
Perspectïef	16	Perspectïef	17
Voldoening werk	14	Voldoening werk	16
Verhuïzing	11	Werkïjden	15
Gezin	11	Gezin1	4

* Exclusief thuiszorg

Bron: Exitinterviews, Prismant (2002)

Tabel 10.9
De belangrijkste vermïjdbare vertrekredenen in 1997-1999 versus 2001*

1997-1999	%	2001	%
Ontplooïing	15	Ontplooïing	17
Perspectïef	14	Perspectïef	15
Werkdruk	11	Beloning	14
Werkïjden	10	Werkïjden	13
Beloning	9	Werkdruk	13
Klimaat	9	Voldoening werk	11
ïebreïk opleiding	8	Klimaat	11
Totaal	123	Totaal	155

Exclusief thuiszorg

Bron: Exitinterviews, Prismant (2002)

Ontwïkkeling naar vertrekrichting

Voor zowel de vertrekkers die binnen de zorgsector blijven werken als de roep die buiten de sector gaat werken zijn de behoefte aan ander werk en ontplooïing belangrijke vertrekredenen. Werkïjden, beloning, voldoening werk en perspectïef zijn andere belangrijke vertrekredenen die bij beide groepen veel voorkomen. Voor de groep die binnen de zorgsector blijft werken is reïstïjd (20%) wel een specifieke vertrekreden.

ïhamelijke belasting is met 20% een belangrijke vertrekreden voor de roep die buiten de zorgsector gaat werken. Voor de groep die (tijdelijk) opt zijn gezin en ouderschap de belangrijkste vertrekredenen op de roep gevolgd door OBU en AOW.

Tabel 10.10

De belangrijkste vertrekredenen uitgesplitst naar vertrekrichting in 2001

Binnen zorg	%	Buiten zorg	%	Gestopt	%
Ontplooiing	27	Behoeftte ander werk	23	Gezin	29
Behoeftte ander werk	26	Ontplooiing	21	Ouderschap	28
Perspectief	20	Lichamelijke belasting	20	AOW/OBU	23
Reistijd	20	Beloning	19	Vrije tijd	19
Voldoening werk	17	Werktijden	17	Gezondheid	13
Beloning	16	Voldoening werk	16	Lichamelijke belasting	12
Werktijden	15	Perspectief	16	Verhuizing	11

Bron: Exitinterviews, Prismant (2002)

Het aandeel dat een vermijdbare vertrekreden aangeeft, ligt zowel voor de groep die binnen de zorg blijft, als die buiten de zorg gaat werken boven de 50%. Voor de groep die stopt met werken ligt dit percentage op slechts 26%. Dit betekent dat hun vertrek vanuit het werk gezien veel minder beïnvloedbaar is.

De vermijdbare vertrekredenen zijn voor de drie onderscheiden groepen verschillend van aard. Beloning is de belangrijkste vermijdbare vertrekreden voor mensen die buiten de zorgsector gaan werken. Toch nam deze reden ten opzichte van vorig jaar wel in belang af: toen noemde 22% beloning, nu 18%.

Tabel 10.11

De belangrijkste vermijdbare vertrekredenen in 2001

Binnen zorg	%	Buiten zorg	%	Gestopt	%
Ontplooiing	20	Beloning	18	Werktijden	7
Perspectief	17	Werktijden	14	Lichamelijke belasting	5
Beloning	15	Ontplooiing	14	Werkdruk	5
Werktijden	14	Perspectief	13	Aantal uren	5
Werkdruk	12	Werkdruk	12	Kinderopvang	4
Voldoening werk	12	Lichamelijke belasting	11	Overleg	3
Klimaat	11	Voldoening werk	9	Leiderschap	3
Leiderschap	10	Geestelijke belasting	9	Voldoening werk	3

Bron: Exitinterviews, Prismant (2002)

Vertrekredenen voor verpleegkundigen en verzorgenden

Op basis van diplomabezit kan de groep vertrekkers onderscheiden worden in verpleegkundigen en verzorgenden. De vertrekredenen verschillen in 2001 tussen deze twee categorieën nauwelijks (tabel 10.12). Bij de vermijdbare vertrekredenen is er op één punt een verschil. Door verpleegkundigen wordt vaker de beloning als vertrekreden opgegeven.

Tabel 10.12
De belangrijkste vertrekredenen voor verzorgenden versus verpleegkundigen in 2001

Verzorgenden	%	Verpleegkundigen	%
Behoeftte ander werk	24	Behoeftte ander werk	29
Ontplooïing	21	Ontplooïing	24
Reïstïd	18	Reïstïd	18
Perspectïef	16	Perspectïef	17
Voldoening werk	14	Voldoening werk	16
Werkthuïzing	11	Werkthuïzen	15
Gezïn	11	Gezïn	14
		Werkdruk	13
Totaal	285	Totaal	295

Bron: Exitinterviews, Prismant (2002)

Tabel 10.13
De belangrijkste vermïjdbare vertrekredenen voor verzorgenden versus verpleegkundigen in 2001

Verzorgenden	%	Verpleegkundigen	%
Ontplooïing	15	Ontplooïing	17
Perspectïef	14	Perspectïef	15
Werkdruk	11	Beloning	14
Werkthuïzen	10	Werkthuïzen	13
Werkdruk	9	Werkdruk	13
Beloning	9	Voldoening werk	11
Klimaat	8	Klimaat	11
Leïderschap	8	Leïderschap	9
Totaal	123	Totaal	155

Bron: Exitinterviews, Prismant (2002)

10.3 Samenvatting

Van de verpleegkundigen en verzorgenden bleef in 2001 84% bij dezelfde werkgever; 16% vertrok. In 2001 daalde voor het eerst sinds 1994 het aandeel vertrekkers ten opzichte van het voorgaande jaar. Van de vertrekkers gaat bijna driekwart in een andere zorginstelling aan de slag. Ruim een kwart gaat in een andere bedrijfstak werken of stopt met betaald werk.

Regionaal zijn er grote verschillen in het aandeel vertrekkers. In veel regio's in het westen van het land gaat het om bijna 20%; regio's in het noorden en zuiden kennen meestal 10-12% vertrekkers.

De belangrijkste vertrekredenen blijven nog altijd behoefte aan ander werk en het ontbreken van voldoende ontplooiingsmogelijkheden. Reistijd speelt vooral bij degenen die binnen de zorgsector van baan veranderen. Tussen de branches bestaan meer overeenkomsten dan verschillen in de vertrekredenen die naar voren gebracht worden. In de ouderenzorg en thuiszorg wordt lichamelijke belasting iets vaker genoemd.

Een meerderheid blijft van oordeel dat het vertrek voorkomen had kunnen worden: betere ontplooiingsmogelijkheden en een beter perspectief op een loopbaan worden dan genoemd. In 2001 noemt één op de zeven ook beloning; in de voorgaande jaren was dat één op de elf. Beloning is in 2001 voor vertrekkers binnen de zorg als vermijdbare vertrekreden belangrijker geworden. Voor degenen die de zorgsector verlaten, is dit juist minder belangrijk dan in 2000. In de ouderenzorg noemt men in dit verband relatief vaak de werkdruk, in de GGZ leiderschap en arbeidsomstandigheden als vermijdbare vertrekreden.

Ziekteverzuim

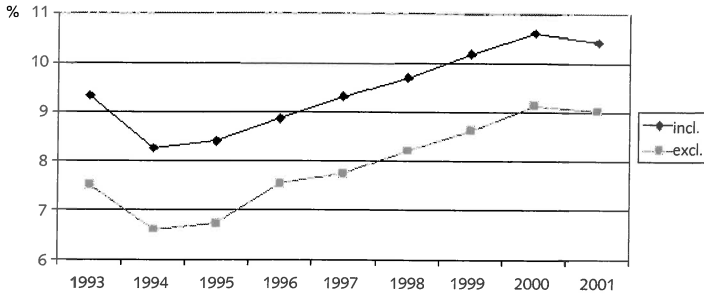
Het ziekteverzuim is een onderwerp dat de laatste jaren veel aandacht krijgt. In dit hoofdstuk wordt eerst een beeld gegeven van het ziekteverzuim in de afgelopen jaren. Onder meer worden percentages gepresenteerd per sector en regio (paragraaf 11.1). Vervolgens wordt ingegaan op langdurig ziekteverzuim en in hoeverre dit, naar de mening van verpleegkundigen en verzorgenden, samenhangt met het werk (paragraaf 1.2).

1.1 De cijfers

Het ziekteverzuimpercentage onder verpleegkundigen en verzorgenden is in 2001 voor het eerst sinds jaren gedaald. Bedroeg het in 2000 nog 10,6%, in 2001 nam dit af tot 10,5%. Exclusief zwangerschapsverlof bedroegen we op 9,1%, respectievelijk 9,0%.

Het ziekteverzuim steeg de afgelopen jaren; in 1997 nog licht, maar in de jaren daarna aanzienlijk. Deze stijging vlakke echter in 2000 af. Deze trend doet zich ook elders op de arbeidsmarkt voor, echter onder verpleegkundigen en verzorgenden is het niveau van het ziekteverzuim met 10,5% veel hoger dan de landelijke 5,5%. Overigens laten grote bedrijven (meer dan 100 of meer werknemers) landelijk een veel hoger ziekteverzuimpercentage zien (7,2%). Het leeuwendeel van de instellingen waar verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam zijn behoort ook tot de grote bedrijven. In de zorgsector loopt het percentage uiteen van gemiddeld 7% bij ziekenhuizen tot 10% in de thuiszorg en verpleeghuizen (tabel 11.1).

Ook zijn er een aantal verklarende factoren voor het hoge verzuim in de zorgsector, zoals het feit dat er veel vrouwen werkzaam zijn en men vooral in grote arbeidsorganisaties actief is, lijken er ook factoren te zijn die samenhangen met de zwaarte van het beroep. Niet voor niets krijgt



Figuur 11.1 Het ziekteverzuim in- en exclusief zwangerschapsverlof 1993-2001

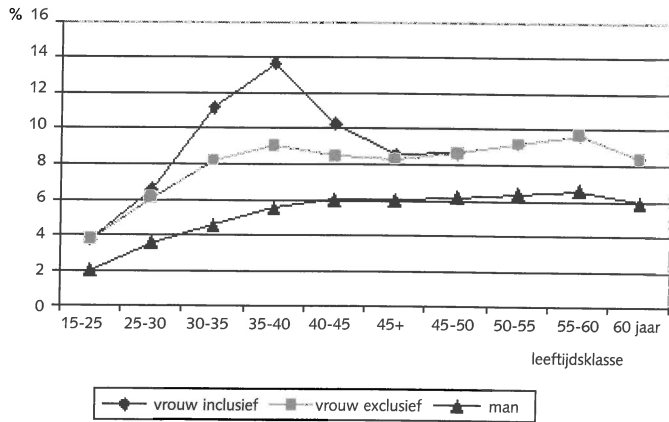
beheersing van het ziekteverzuim in de zorg-CAO's ruim aandacht. De daar gekozen decentrale aanpak lijkt voor de hand liggend omdat er vaak grote verschillen in het ziekteverzuimpercentage bestaan tussen de instellingen onderling.

Tabel 11.1

Het ziekteverzuimpercentage van verpleegkundigen en verzorgenden per branche 1993-2001

	1993	1994	1995	1997	1999	2000	2001
<i>Inclusief zwangerschapsverlof</i>							
Algemene en categorale ziekenhuizen	7,8	7,1	7,5	7,9	8,9	9,0	8,7
Geestelijke gezondheidszorg	8,7	7,7	7,9	8,3	9,1	9,4	9,3
Intramurale gehandicaptenzorg	8,6	7,8	8,4	9,1	10,2	10,4	
Verpleeghuizen	10,5	9,1	9,6	10,0	11,7	11,8	11,6
Verzorgingshuizen					9,4		
Thuiszorg	10,4	9,1	9,0	10,6	11,0	11,7	11,5
Raming totaal	9,3	8,3	8,4	9,3	10,2	10,6	10,4
<i>Exclusief zwangerschapsverlof</i>							
Algemene en categorale ziekenhuizen	6,0	5,0	5,5	6,2	7,1	7,2	7,1
Geestelijke gezondheidszorg	6,4	5,5	6,0	7,2	7,9	8,3	8,4
Intramurale gehandicaptenzorg	6,9	6,0	6,2	7,5	8,6	9,0	
Verpleeghuizen	8,6	7,3	7,5	8,6	10,1	10,3	10,2
Verzorgingshuizen				7,1	8,0		
Thuiszorg	8,8	8,3	8,2	9,2	9,5	10,3	10,1
Raming totaal	7,5	6,6	6,7	7,7	8,6	9,1	9,0

Bron: LKG, Vernet en CBS



figuur 11.2 Ziekteverzuim naar leeftijd en geslacht 1999 in- en exclusief bevallingsverlof

Eigenlijk geldt dat het ziekteverzuim van verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen qua niveau weinig afwijkt van het gemiddelde landelijke beeld. Het zijn vooral de thuiszorg en de verpleeghuizen die met een hoog ziekteverzuimpercentage te kampen hebben.

Opvallend is dat het ziekteverzuim, exclusief bevallingsverlof, zo weinig naar leeftijd differentieert (zie figuur 11.2). Alleen onder de 30 jaar geldt dat met het klimmen der leeftijd ook het ziekteverzuim aanmerkelijk toeneemt. Boven de dertig worden de verschillen geringer. Zo zijn er weinig verschillen tussen vrouwen in de leeftijdscategorie 30-35 jaar en vrouwen van 45 jaar en ouder. Bij mannen zijn de verschillen tussen de leeftijdscategorieën wat groter, maar ook bij hen geldt dat het ziekteverzuim na de leeftijd van 40 jaar weinig verandert.

Tussen ziekteverzuim en het niveau van inschaling bestaat een duidelijk verband. Hoe hoger de inschaling van verpleegkundigen en verzorgenden, hoe lager het ziekteverzuimpercentage (tabel 11.2).

Tabel 11.2

Gemiddeld ziekteverzuim in % naar FWG-schaal in de intramurale zorg in 2000

FWG-schaal	ziekteverzuim (exclusief zwangerschapsverlof)	ziekteverzuim (inclusief zwangerschapsverlof)
-25	11,6	12,4
30	9,1	10,7
35	10,0	11,9
40	8,4	10,2
45	7,5	9,0
50	6,5	7,8
55	6,3	6,9
60+	4,7	5,0
Totaal	8,7	10,2

Bron: LKG

Tabel 11.3

Het gemiddelde ziekteverzuimpercentage per regio in- en exclusief zwangerschapsverlof in 1999

	Inclusief	Exclusief
Landelijk	10,6	9,0
Groningen	12,4	10,3
Friesland	11,6	9,3
Drenthe	11,3	9,6
IJssel-Vecht	10,4	8,7
Twente	10,0	7,9
Midden-IJssel	10,6	9,0
Veluwe	10,1	8,4
Arnhem/Achterhoek	10,8	9,2
Nijmegen/Rivierenland	11,3	9,6
Flevoland	11,8	9,9
Utrecht	10,5	9,0
Gooi- en Vechtstreek	10,8	9,6
Noord-Holland Noord	10,5	9,2
Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	12,7	11,3
Kenemer-/Amstel- en Meerlanden	10,4	8,9
Rijnstreek	9,8	8,5
Haaglanden	10,5	9,3
Drechtsteden	10,2	8,6
Rijnmond	10,2	8,9
Zeeland	10,8	8,9
West-Brabant	9,7	7,8
Midden-Brabant	11,1	9,0
Noord-Oost-Brabant	9,6	8,2
Zuid-Oost-Brabant	9,1	7,3
Noord- en Midden-Limburg	9,1	7,2
Zuid-Limburg	11,4	9,4

Bron: LKG

Naar regio doen zich verschillen voor in het gemiddelde ziekteverzuimpercentage (tabel 11.3). De regio Amsterdam scoort het hoogst.

Opvallend is het hoge percentage in Groningen. Regio's die laag scoren zijn Twente, Zeeland, Veluwe, Rijnstreek, maar ook Noord-Brabant (exclusief Midden-Brabant) en Noord-Limburg.

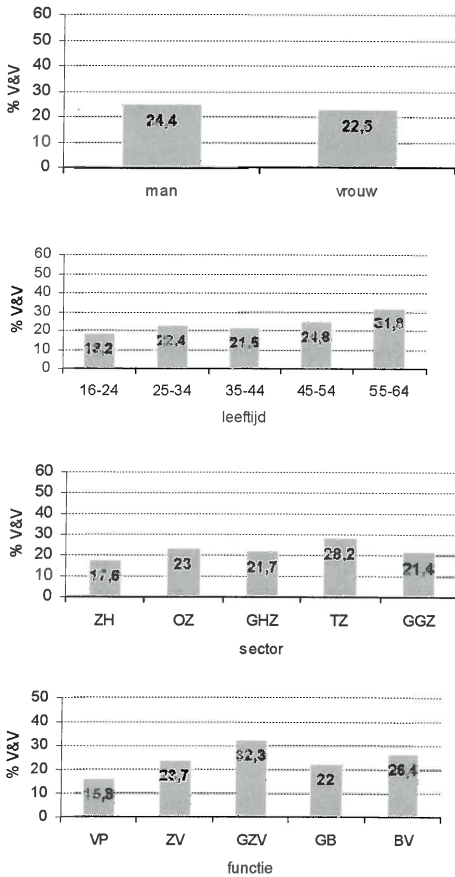
Binnen de regio's zijn echter de verschillen tussen de instellingen vaak ook groot. Derhalve kan men niet van een echt regionaal effect spreken.

11.2 Omvang en oorzaken langdurig ziekteverzuim

Op basis van gegevens uit de OSA-arbeidsaanbodmonitor wordt in deze paragraaf ingegaan op de oorzaken van langdurig ziekteverzuim. Onder langdurig ziekteverzuim wordt verstaan een verzuim van twee weken of langer achter elkaar, exclusief zwangerschapsverlof. Hiertoe werd in de OSA-arbeidsaanbodmonitor de vraag gesteld of men in het kalenderjaar 1999 twee weken of meer achtereenvolgens verzuimd had wegens ziekte, exclusief zwangerschapsverlof. De omvang van het langdurig ziekteverzuim is helaas niet vergelijkbaar met de gegevens van de vorige monitor omdat de desbetreffende vragen over het ziekteverzuim in de vorige monitor een periode van twee jaren bestreken en in de huidige monitor één jaar (Van Essen e.a. 2002).

Omvang langdurig ziekteverzuim

Bijna een kwart (23%) van de verpleegkundigen en verzorgenden gaf aan in 1999 te maken te hebben gehad met langdurig ziekteverzuim. Ter vergelijking: van alle werknemers in Nederland had in hetzelfde jaar 14% ten minste één periode van langdurig ziekteverzuim.) Figuur 11.3 geeft een beeld van het langdurig ziekteverzuim uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, sector en functie. De figuur laat zien dat langdurig ziekteverzuim relatief gezien bijna even vaak door mannen als door vrouwen wordt gerapporteerd. Verder laat de figuur zien dat langdurig ziekteverzuim relatief het meest voorkomt in de leeftijdscategorie van 55 tot 65 jaar (32%) en het minst in de jongste leeftijdscategorie (18%). Onderscheid naar sector laat zien dat langdurig ziekteverzuim het vaakst wordt gerapporteerd door verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg (28%); de ziekenhuissector kent het laagste percentage (18%). en uitsplitsing naar functies laat zien dat langdurig ziekteverzuim in



Figuur 11.3 Percentage langdurig ziekteverzuim (exclusief zwangerschapsverlof) naar geslacht, leeftijd, sector en functie in 1999

- BV = Bejaardenverzorgenden
- GB = Groepsbegeleiders
- GGZ = Geestelijke gezondheidszorg
- GHZ = Gehandicaptenzorg
- GZV = Gezinsverzorgenden
- OZ = Ouderenzorg
- TZ = Thuiszorg
- VP = Verpleegkundigen
- ZH = Ziekenhuizen
- ZV = Ziekenverzorgenden

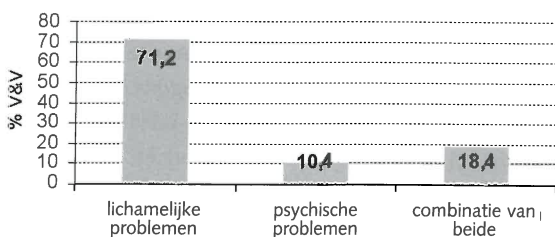
Bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (2002)

relatieve zin het vaakst wordt gerapporteerd door gezinsverzorgenden; verpleegkundigen kennen het laagste percentage langdurig ziekteverzuim. Deze cijfers zijn in overeenstemming met de uitsplitsing naar sector: de meeste werkers in de thuiszorg zijn gezinsverzorgenden en van de verpleegkundigen werkt het merendeel in de ziekenhuissector (zie ook hoofdstuk 4).

Aard van gezondheidsproblemen

Van de verpleegkundigen die te maken hebben gehad met langdurig ziekteverzuim, geeft bijna driekwart aan dat het om lichamelijke problemen gaat (figuur 11.4). In 10% van de gevallen ging het om psychische problemen en in 18% was er sprake van een combinatie van beide.

Onderscheid naar vrouwelijke en mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden laat zien dat relatief meer mannen dan vrouwen met psychische gezondheidsklachten hebben verzuimd, respectievelijk 23% en 9%. Een differentiatie naar leeftijd laat zien dat in de jongste leeftijdscategorie, dus van 16 tot 25 jaar, bijna uitsluitend lichamelijke problemen de oorzaak zijn van langdurig ziekteverzuim (94%). In de overige leeftijdsklassen is de aard van de gezondheidsproblemen ongeveer hetzelfde. Alleen in de GGZ is een relatief hoog percentage van het ziekteverzuim van psychische aard, namelijk 27%. Opgemerkt moet worden dat de GGZ ook relatief gezien de meeste mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden telt. Ook in de gehandicaptenzorg is een relatief hoog percentage van het ziekteverzuim te wijten aan psychische gezondheids-



figuur 11.4 Percentage langdurig ziekteverzuim (exclusief zwangerschapsverlof) naar aard van de gezondheidsproblemen

bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (2002)

klachten. Een en ander weerspiegelt zich ook in het onderscheid naar functies: met name onder verpleegkundigen en groepsbegeleiders is het percentage psychische gezondheidsklachten hoger (ongeveer 18%) dan gemiddeld (10%).

Langdurig ziekteverzuim werkgerelateerd?

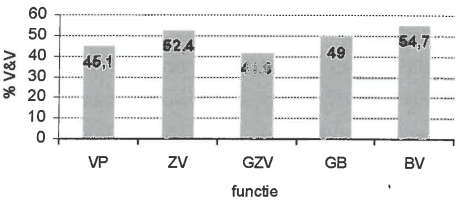
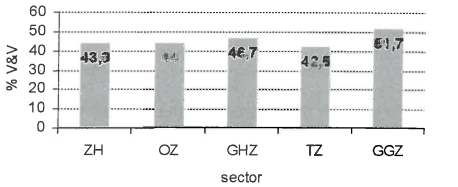
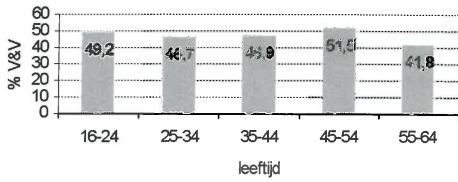
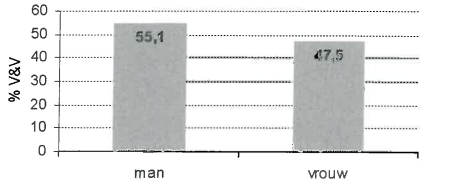
Van de verpleegkundigen en verzorgenden die te maken hebben gehad met langdurig ziekteverzuim geeft 48% aan dat dit verzuim gerelateerd is aan het werk; 32% zegt dat dit voor een deel, 16% dat dit geheel aan het werk is gerelateerd. Uit figuur 11.5 blijkt dat dit door relatief meer mannen (55%) dan vrouwen (48%) wordt gerapporteerd. Uitgesplitst naar leeftijd schommelt dit percentage tussen 42% en 52%. Opvallend is dat in de oudste leeftijdscategorie, de categorie waarin langdurig ziekteverzuim het meeste voorkomt, relatief de kleinste groep aangeeft dat dat met het werk samenhangt. Uitgesplitst naar sectoren liggen de percentages eveneens niet ver uit elkaar, tussen 43% en 52%; met name in de GGZ wordt gerapporteerd dat langdurig ziekteverzuim met het werk te maken heeft. Verder zijn het met name bejaardenverzorgenden en ziekenverzorgenden die te kennen geven dat het langdurig ziekteverzuim voor een belangrijk deel gerelateerd is aan het werk (respectievelijk 55% en 52%).

Welke werkgerelateerde oorzaken?

Van degenen die te maken hebben gehad met langdurig ziekteverzuim en bovendien vinden dat het ziekteverzuim (gedeeltelijk) met het werk samenhangt (zie figuur 11.6), noemt bijna de helft 'arbeidsomstandigheden' als belangrijkste oorzaak (voor arbeidsomstandigheden zie ook paragraaf 8.3). Verder wordt een te hoge werkdruk door bijna een vijfde gerapporteerd als belangrijkste werkgebonden oorzaak. Ook de categorie 'anders' wordt door een vijfde genoemd. Deze categorie beslaat gezondheidsklachten, zoals rugklachten of psychische klachten. Maar ook conflictsituaties op het werk en de combinatie werk en privé werden hierbij genoemd.

Tabel 11.4 geeft een overzicht van de belangrijkste oorzaken van langdurig ziekteverzuim, naar de mening van verpleegkundigen en verzorgenden, naar geslacht, leeftijd, sector en functie.

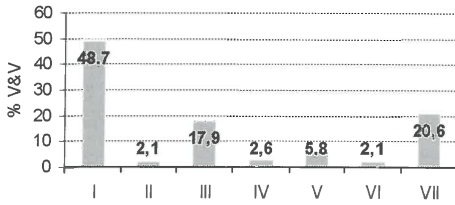
Deze tabel laat zien dat arbeidsomstandigheden relatief vaker door vrouwen dan door mannen worden genoemd. Met andere woorden, zo'n



figuur 11.5 Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat vindt dat de oorzaak van un langdurig ziekteverzuim (exclusief zwangerschapsverlof) geheel of gedeeltelijk met et werk te maken had

- V = Bejaardenverzorgenden
- B = Groepsbegeleiders
- GZ = Geestelijke gezondheidszorg
- HZ = Gehandicaptenzorg
- ZV = Gezinsverzorgenden
- IZ = Ouderenzorg
- Z = Thuiszorg
- P = Verpleegkundigen
- H = Ziekenhuizen
- V = Ziektenverzorgenden

on: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (2002)



Figuur 11.6 De belangrijkste werkgerelateerde oorzaken van langdurig ziekteverzuim naar de mening van verpleegkundigen en verzorgenden

- I = Lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden
- II = Lichamelijk letsel door bedrijfsongeval
- III = Te hoge werkdruk
- IV = Reorganisatie, (dreigend) ontslag, enzovoort
- V = Onenigheid met de leiding of (andere) collega's
- VI = Omgang met cliënten
- VII = Anders

Bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (2002)

20% meer vrouwen dan mannen ziet in arbeidsomstandigheden de belangrijkste oorzaak van langdurig ziekteverzuim.

11.3 Samenvatting

Het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden heeft in 2001 voor het eerst een daling vertoond. Exclusief zwangerschapsverlof bedroeg het ziekteverzuim gemiddeld 9,0% in 2001, in 2000 was dat 9,1%. Daarvoor was er gedurende lange tijd – vanaf 1994 – sprake van een stijgende trend. Landelijk is dezelfde ontwikkeling te zien, alleen ligt het niveau landelijk lager dan in de verpleging en verzorging (in 2001 5,5%). In verpleeghuizen en de thuiszorg is het ziekteverzuim het hoogst (10,2% en 10,1%), in ziekenhuizen het laagst (7,1%). Verder bleek in 1999 bijna een kwart van de verpleegkundigen en verzorgenden te maken te hebben gehad met een periode van langdurig ziekteverzuim: een periode van twee weken of langer aaneensluitend. (Ter vergelijking: van alle werknemers in Nederland had in hetzelfde jaar 14% ten minste één periode van langdurig ziekteverzuim.) Dit percentage loopt op met de leeftijd: onder 16-24 jarigen is dat ongeveer 18%, onder 55-64 jarigen bijna 32%. In de thuiszorg en onder gezinsverzorgenden komt langdurig ziekteverzuim relatief het vaakst voor (ongeveer 30%). Ter vergelij-

Tabel 11.4

De belangrijkste oorzaken van langdurig ziekteverzuim binnen het werk of de werksituatie, gepercentageerd naar geslacht, leeftijd, sector en functie (horizontaal telt op tot 100%, de drie meest genoemde oorzaken zijn vet gezet)

	I	II	III	IV	V	VI	VII
<i>Geslacht</i>							
V&V man	31,6	0,0	21,1	2,6	13,2	0,0	31,6
V&V vrouw	50,7	6,4	17,5	2,8	5,0	2,2	19,5
<i>Leeftijd</i>							
16-24 jaar	62,1	0,0	27,6	0,0	0,0	0,0	10,3
25-34 jaar	42,3	4,8	14,4	2,9	4,8	1,9	28,8
35-44 jaar	48,3	0,0	20,0	0,0	7,5	4,2	20,0
45-54 jaar	52,1	1,7	17,9	5,1	4,3	1,7	17,1
55-64 jaar	50,0	5,0	15,0	5,0	10,0	0,0	15,0
<i>Sectoren</i>							
Ziekenhuizen	41,2	7,8	15,7	7,8	3,9	0,0	23,5
Ouderenzorg	57,3	1,8	15,2	0,6	7,9	0,6	16,5
Gehandicaptenzorg	41,2	3,9	23,5	3,9	2,0	11,8	13,7
Thuiszorg	48,0	0,0	20,0	1,0	1,0	0,0	30,0
Geestelijke gezondheidszorg	19,2	0,0	26,9	7,7	19,2	3,8	23,1
Functies/Verpleegkundige	40,2	4,9	19,5	6,1	8,5	0,0	20,7
Ziekenverzorgende	64,8	1,1	11,4	0,0	9,1	1,1	12,5
Gezinsverzorgende	50,0	0,0	17,9	1,2	0,0	0,0	31,0
Groepsbegeleider	31,3	3,1	28,1	6,3	7,8	10,9	12,5
Ouders/jeugdverzorgende	51,9	1,3	16,5	0,0	3,8	1,3	25,3
Totaal	48,7	2,1	17,9	2,6	5,8	2,1	20,6

= Lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden

I = Lichamelijk letsel door bedrijfsongeval

II = Te hoge werkdruk

✓ = Reorganisatie, (dreigend) ontslag, enzovoort

∩ = Onenigheid met de leiding of (andere) collega's

∩ = Omgang met cliënten

∩ = Anders

bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (2002)

ing: in de ziekenhuizen en onder verpleegkundigen is dat ongeveer 6%. Overigens betreft het in bijna driekwart van de gevallen lichamelijke problemen. Van de verpleegkundigen en verzorgenden die te maken hebben gehad met langdurig ziekteverzuim, vindt bijna de helft dat dat (deels) gerelateerd is aan het werk. Een uitsplitsing naar leeftijdsgroepen

laat zien dat in de oudste leeftijdscategorie, waar langdurig ziekteverzuim relatief het meest voorkomt, de kleinste groep vindt dat dit samenhangt met het werk. Verder zijn het vooral bejaardenverzorgenden en ziekenverzorgenden die te kennen geven dat langdurig ziekteverzuim (deels) samenhangt met het werk. Onder gezinsverzorgenden vinden relatief weinigen dat het langdurig ziekteverzuim te maken heeft gehad met het werk; juist in deze groep werd langdurig ziekteverzuim relatief het vaakst gerapporteerd. Ten slotte, van degenen die te maken hebben gehad met langdurig ziekteverzuim en bovendien vinden dat dat (deels) gerelateerd is aan het werk, noemt bijna de helft 'lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden' als voornaamste oorzaak. Verder wordt door bijna 18% een te hoge werkdruk genoemd als belangrijkste werkgerelateerde oorzaak van langdurig ziekteverzuim.

Literatuur en bronnen

Hoofdstuk 2

Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging

- Algemeen Dagblad (16-06-2002). Zorg om toename kanker – Door vergrijzing komende jaren veel nieuwe patiënten.
- Berg, E.L. van den (1997). Gezondheid en welzijn. Voorzieningengebruik in de gezondheids- en welzijnszorg 1995. Maandstatistiek van de bevolking, 6, 4-17.
- Blasbeek, H., Hingstman, L., Talma, H., Windt, W. van der (2001). Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2001. Maarssen/Utrecht: Elsevier gezondheidszorg/LCVV.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2001a). Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland. Voorburg/Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2001b). Alloctonenprognose 2000-2050: over 10 jaar 2 miljoen alloctonen. Maandstatistiek van de bevolking, 3, 17-22.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2001c). Alloctonenprognose 2000-2050: de toename van het aantal niet-westerse alloctonen nader bekeken. Maandstatistiek van de bevolking, 4, 29-33.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2001d). Alloctonen, een jonge en groeiende bevolkingsgroep. Maandstatistiek van de bevolking, 11, 11-15.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2001e). Bevolkingsprognose 2001-2007: vrijwel in lijn met bevolkingsprognose 2000-2050. Maandstatistiek van de bevolking, 12, 4-6.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2001f). Bevolkingsprognose 2000-2050. Maandstatistiek van de bevolking, 1 (januari), 63-71.

- Centraal Bureau voor de Statistiek (2002a). Statistisch jaarboek. Voorburg/Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2002b). Gezondheidsmonitor bevolking. www.cbs.nl (30 mei).
- Gezondheidsraad (2000). Intensive care rond de geboorte. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatienummer 2000/08.
- Heijdt, J. van der, Hoorn, W.D. van de (1995). Huishoudenssituatie en de gezondheid van ouderen. *Maandstatistiek van de bevolking*, 4, 6-11.
- Joung, I.M.A., Kunst, A.E., Imhoff, E. van, Mackenbach, J.P. (2001). Sociaal-demografische variabelen en toekomstige gezondheid. Effecten op gezondheid en gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen 1996-2015. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)*, 1, 21-26.
- Nederlandse Kankerbestrijding (2002). Trends in incidentie en sterfte / Omvang kankerprobleem. www.kankerbestrijding.nl (5 juli).
- Offerhaus, P.M., Anthony, S., Pal-de Bruin, K.M. van der, Buitendijk, S.E. (2000). De thuisbevalling in Nederland. Rapportage 1995-1998. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- Offerhaus, P.M., Anthony, S., Oudshoorn, C.G.M., Pal-de Bruin, K.M. van der, Buitendijk, S.E. (2001). De thuisbevalling in Nederland. Tweede tussenrapportage 1995-1999. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- Schippers, A. (2001). Draaglast en draagkracht steeds opnieuw afwegen. *Ouderenzorg*, 5, 24-25.
- Sjauw, M. (1995). Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van de geboorte, 1993. *Maandbericht gezondheidsstatistiek*, 14 (mei), 30-41.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2000). Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Nederland in Europa. Den Haag: SCP.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2001). Vrij om te helpen. (via www.vws.nl).
- Taskforce aanpak wachtlijsten (2002). Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens verpleging en verzorging. Den Haag/Zeist (www.wachtlijstaanpak.nl).
- VWS (2001a). Zorg Nabij, notitie over mantelzorgondersteuning. Kamerstuk 27401, nr 65.
- VWS (2001b). Zorgnota 2002. Kamerstuk 28008, nr 15.

hoofdstuk 3

reductie en wachtlijsten

enchmarkonderzoek thuiszorginstellingen (2002). Benchmarkonderzoek 2000 verscherpt inzicht in prestaties en bedrijfsvoering thuiszorginstellingen. Almere/Utrecht: PriceWaterhouseCoopers Consulting/ het NIVEL. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2002). Voortgang wachtlijstaanpak V&V sector. Brief Vliegenthart, 28 maart 2002, www.wachtlijstaanpak.nl.

rismanant gegevensbestand Jaarbeeld Zorg (2002).

tskforce aanpak wachtlijsten (2002). Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens verpleging en verzorging. www.wachtlijstaanpak.nl.

hoofdstuk 4

omvang van de beroepsgroepen

entraal Bureau voor de Statistiek (2002). Statline. Voorburg.

ens, H.A.M., Geomini, M.A.G.G. (1996). Beroependomein profiel sociaal pedagogisch werk. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.

SA (2002). OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000, vragenlijsten, codeboeken en aanwijzingen voor gebruik. Organisatie voor Strategisch arbeidsmarktonderzoek (OSA).

smant, Statistiek personeelssterkte (diverse jaren).

pportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (2001). NIVEL, NZi, OSA, Den Haag.

ndt, W. van der (2002). RegioMarge 2001. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn.

hoofdstuk 5

instelling van de beroepsgroepen

ndt, W. van der (2002). Verjonging en vergrijzing. OSA, Tilburg.

Hoofdstuk 6**Werktijden**

OSA (1999). OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 1998, vragenlijsten, codeboeken en aanwijzingen voor gebruik. Organisatie voor Strategisch arbeidsmarktonderzoek (OSA).

OSA (2002). OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000, vragenlijsten, codeboeken en aanwijzingen voor gebruik. Organisatie voor Strategisch arbeidsmarktonderzoek (OSA).

Vermeulen, H. e.a. (1997). De urenbeslissing van verplegenden en verzorgenden. Den Haag: OSA/IVA.

Hoofdstuk 7**Salarissen en functies**

Centraal Bureau voor de Statistiek (2002). Statline. Voorburg.

Oudejans, A., Meesters, M.J. (2000). Opleiding en scholing in zorg en welzijn. OSA/BMO, Tilburg.

Hoofdstuk 8**Werk(belevings)kenmerken en arbeidsomstandigheden**

OSA (1999). OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 1998, vragenlijsten, codeboeken en aanwijzingen voor gebruik. Organisatie voor Strategisch arbeidsmarktonderzoek (OSA).

OSA (2002). OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000, vragenlijsten, codeboeken en aanwijzingen voor gebruik. Organisatie voor Strategisch arbeidsmarktonderzoek (OSA).

Wellinga, B.J.M., Van der Meulen-Arts, S.E.J., Hutten, J.B.F., Francke, A.L. (in druk). Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. De eerste peiling over beroepsgerelateerde onderwerpen. Utrecht: LCVV/het NIVEL.

Hoofdstuk 9 Scholing

- Wijk, W. van, Windt, W. van der (2000). IC-verpleegkundigen op koers, een inventarisatie van de huidige situatie en toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van IC-verpleegkundigen, Prismant, Utrecht.
- Wijk, W. van, Windt, W. van der (2001). Kinderverpleegkundigen: een inventarisatie van de huidige situatie en toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van kinderverpleegkundigen. NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, Utrecht.
- Wijk, W. van, Windt, W. van der (2001). Spoedeisende hulp verpleegkundigen: een inventarisatie van de huidige situatie en toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van spoedeisende hulp verpleegkundigen. NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, Utrecht.
- de Jongs, P. van en Jacob-Tacken, K. (2001). De aansluiting tussen opleiding en beroepspraktijk in zorg en welzijn, OSA, Tilburg.
- BO-raad: HBO-monitor, Den Haag, diverse jaren.
- de Jongs, A., Meesters, M.J. (2000). Opleiding en scholing in zorg en welzijn. OSA/BMO, Tilburg.
- BOA (2001). Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt diverse jaren, Maastricht.
- BOA (2000). De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2004, Maastricht.
- de Jongs, C.T. van, Kanters, H.W., Bloemendaal, A. (2001). Van uittrekkers naar herintreders; landelijk onderzoek naar verpleegkundigen en verzorgenden die niet in de zorg werken en hun voorwaarden om terug te keren. Tilburg: OSA.
- Windt, W. van der, Arnold, E.A. (2002). Instroom en rendement van zorg- en welzijnsopleidingen op MBO-niveau, OSA, Tilburg.

Hoofdstuk 10 Veranderingen in de zorg: vertrekken of blijven?

- Prismant, Standaardjaarrapportages Exit-interviews (2002).

Hoofdstuk 11

Ziekteverzuim

Essen, G. van, Grim, R., Meihuizen, H., Peters, F., Voogd, M. de (2002).

Tendrapport Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2001. Tilburg:
Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA).

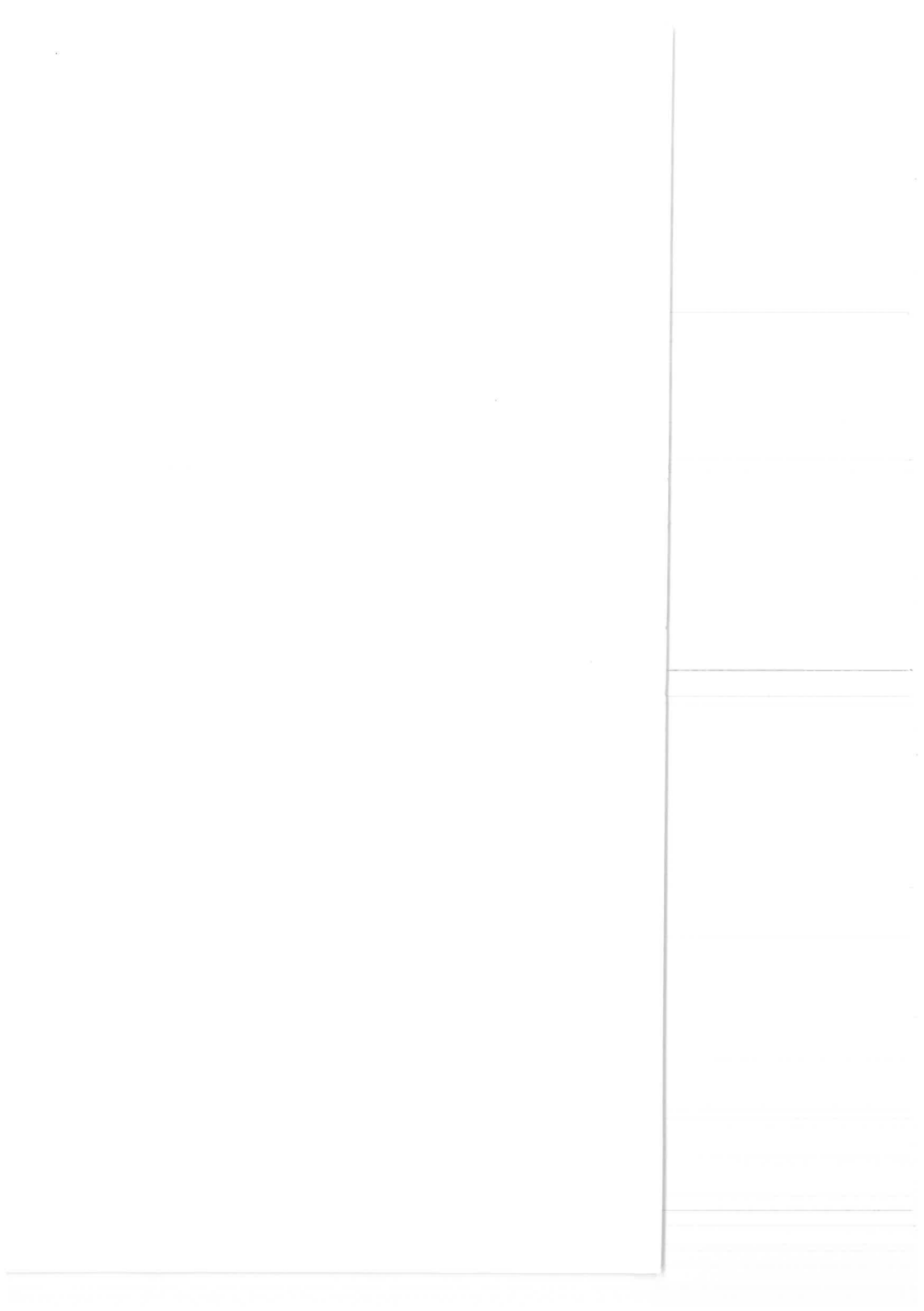
OSA (2002). OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000, vragenlijsten, codeboeken en aanwijzingen voor gebruik. Tilburg: Organisatie voor Strategisch arbeidsmarktonderzoek (OSA).

Lijst van afkortingen

GGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RBO(-wet)	Arbidsomstandigheden(wet)
WO	Arbidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds voor de sector zorg en welzijn
NOB	Arbidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden
NOZ	Arbidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds ziekenhuizen
WZ	Beleidskader Arbidsmarkt Zorgsector
IG	(Wet op de) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
MG	Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (tegenwoordig Cadans)
AO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CA	Centraal Bureau Arbidsvoorziening
CS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CB	Centraal Planbureau
AD-WDT	Federatie van Instellingen voor dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap (tegenwoordig VGN)
FE('s)	Fulltime equivalenten
Z	Financieel Overzicht Zorg
GD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
Z	Geestelijke Gezondheidszorg
LI	Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid
IV	Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies
JG	Jeugdwerkgarantieplan
L	Jaarstatistiek van Werkgelegenheid en Lonen
Z	Jaaroverzicht Zorg
L	Loonkostengegevensbestand

LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MKD	Medisch Kinderdagverblijf
MKT	Medisch Kindertehuis
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (tegenwoordig Trimbos Instituut)
NFVLG	Nederlandse Federatie Voorzieningscentra Lichamelijk Gehandicapten
NIA	Nederlands Instituut voor Arbeidsmarktomstandigheden
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (tegenwoordig opgegaan in GGZ Nederland)
NVBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
NVGGz	Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg
NVVz	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZF	Nederlandse Zorgfederatie
NZi	NZi, Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg (voormalig Nationaal Ziekenhuisinstituut, tegenwoordig Prismant)
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSA	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
OVDB	Landelijk Orgaan Beroepsonderwijs (voorheen Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen)
RBA	Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening
REGBIG	Registratie beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
ROC	Regionaal Opleidingscentrum
RUBS	Registratie van Uitstroom en Bestemming van Schoolverlaters
SOMMA	Federatie van ouderverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan geestelijk gehandicapten
SOZAWE	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

PD	Sociaal Pedagogische/Psychiatrische Dienst
TG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
TIPUD	Stimuleringsregeling Inpassing Personen uit Doelgroepen
NO	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO)
GN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
WS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)
'AGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
RR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
TZ	Wet op de Toegang tot Ziektenverzekeringen
VC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)
ZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
R	Ziekenfondsraad



Refwoordenregister

- ansluiting onderwijs arbeidsmarkt 94
- lochtone bevolking 23
- beidsomstandigheden 82
- beidsplaatsen 40
- beidstevredenheid 78
- tonomie 80
- ioning 110
- roepsbegeleidende leerweg (bbl) 88
- roepsopleidende leerweg (bol) 88
- valingsverlof 115
- volkingsprognose 19
- toverloop 103
- out 79
- ronisch zieken 25
- eltijd 61
- orstroming 104
- interviews 106
- ctieniveau 73
- G-schalen 73
- oorte 20
- roken diensten 65
- stelijke gezondheidszorg 46
- andicaptenzorg 46
- niddelde leeftijd 55
- shoudenssituatie 28
- room in de opleidingen 87
- kerpatiënten 27
- lificatieniveau 46
- gdurig ziekteverzuim 117
- tijdsbewust personeelsbeleid 57
- tijdsverdeling 55
- amelijke belasting 107
- obaanperspectief 107
- itelzorg 29
- Netto-arbeidsvolume 41
- Nettoverloop 56, 105
- Onregelmatige werktijden 65
- Ontplooiing van capaciteiten 107
- Oproepkrachten 62
- P/A ratio 61
- Percentage vrouwen 54
- Percentage vrouwen per FWG-schaal 54
- Productie 33
- Prognose 57
- Regio 104
- Reistijd 107
- Salariskosten 56
- Slaapdiensten 65
- Sterfte 21
- Studierendement 92
- Thuiszorg 46
- Vergrijzing 23, 56
- Vermijdbare vertrekreden 108
- Verpleeghuizen 46
- Vertrek 104
- Vertrekredenen 106
- Vervangingsvraag 57
- Vervolgopleidingen 96
- Verzorgingshuizen 46
- Voltijders 62
- VOV-personeel 39
- Wachtlijsten 33, 36
- Werkbeleving 77
- Werkdruk 81
- Werken in het weekend 66
- Ziekenhuizen 46
- Ziekteverzuimpercentage 113

Deelnemers aan de klankbordgroep

Paul Poortvliet (voorzitter), Beleidsadviseur, LCVV

Renate Kieft, Regiocoördinator, AVVV

Yvonne van Marle, Consulent Verpleegkundige en Verzorgende
Adviesraden, AVVV

Kety de Kwaasteniet, lid Stuurgroep Landelijk Coördinatiepunt
Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraden

Marjo Cousijn Vercrujssse, lid fractie 1a: Verpleging Generiek, AVVV

Monique Teeuwen-Martens, lid fractie 1b: Verzorging Generiek, AVVV

Karin Kooijman, lid fractie 2: Intensieve Somatische Zorg, AVVV

Jo Rutten, lid fractie 4: Chronisch Zieken, Gehandicapten en Ouderen,
AVVV

Jan van Schildt, lid fractie 5: Psychiatrische, Psychogeriatrische zieken en
Verstandelijk gehandicapten, AVVV

Wilfried van Rijswoud, fractie 6: Onderwijs, Bij- en Nascholing, AVVV

Greet Noorda, fractie 7: Onderzoek, AVVV

Yvonne Plekkenpol, fractie 8: Management en Organisatie, AVVV

Bas Vogel, Beleidsadviseur public affairs en externe communicatie, AVVV

Fritz Boeringa, documentalist, LCVV