

# Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2003

W. van der Windt

H. Calsbeek

H. Talma

L. Hingstman

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

© Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging 2003

BASISVORMGEVING EN

OMSLAG Robbert Zweegman, Malden

UITGEVERS Elsevier gezondheidszorg, Postbus 1110, 3600 BC Maarsse  
Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV),  
Postbus 3135, 3502 GC Utrecht

Elsevier gezondheidszorg is een imprint van Reed Business Information bv, Maarsse.

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.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, 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 reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl](http://www.cedar.nl)). Voor het overnemen van een gedeelte van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

ISBN 90 352 2657 7

NUR 897

## Voorwoord

Voor u ligt de zevende editie van de uitgave *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland*. Voor het eerst met de nieuwe naam Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) en niet meer vanuit het LCVV.

Het LEVV is het knooppunt van kennis over verpleging en verzorging. 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 groot belang. Wat vinden zij van de kwaliteit die zij leveren? Welke knelpunten ondervinden verpleegkundigen en verzorgenden 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 manieren waarop het LEVV beleidsinformatie genereert. Namens Prismant is de uitvoering verzorgd door drs. W. van der Windt en mw. drs. H. Talma en namens het NIVEL door 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). In de bijlage vindt u de samenstelling van deze klankbordgroep.

Ook dit jaar hopen wij te voorzien in uw behoefte aan kwantitatieve informatie over de beroepsgroepen. Ik wijs u erop dat op de website van het LEVV achtergrondgegevens staan. Ook plaatsen wij regelmatig actuele beleidsinformatie op onze site. 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

Utrecht, december 2003

Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging  
Postbus 3135  
3502 GC Utrecht

tel. 030-2919000  
e-mail [infocentrum@levv.nl](mailto:infocentrum@levv.nl)  
[www.levv.nl](http://www.levv.nl)

# Inhoud

**Samenvatting** [11]

**1 Inleiding** [21]

**2 De geboden zorg en wachtlijsten** [23]

2.1 Ontwikkelingen in de gerealiseerde zorg [23]

2.2 Wachtlijstgegevens [25]

2.3 Samenvatting [28]

**3 Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging** [29]

3.1 Omvang en groei van de bevolking [29]

3.2 Samenstelling van de bevolking [31]

3.3 Chronische aandoeningen [35]

3.4 Maatschappelijke ontwikkelingen [37]

3.5 Samenvatting [40]

**4 Omvang van de beroepsgroepen** [43]

4.1 De ontwikkeling van het aantal werkenden [43]

4.2 Beroepsgroepen en kwalificaties [47]

4.3 Regionale spreiding [53]

4.4 Vacatures [54]

4.5 Samenvatting [55]

**5 Samenstelling van de beroepsgroepen** [57]

5.1 Geslacht [57]

5.2 Leeftijd [58]

5.3 Duur dienstverband [61]

5.4 Samenstelling per regio [61]

5.5 Samenvatting [63]

- 6 Werktijden** [65]
  - 6.1 De P/A-ratio [65]
  - 6.2 Gemiddelde werkweek [66]
  - 6.3 Gewenste verandering in werkomvang [68]
  - 6.4 Werktijden [69]
  - 6.5 Samenvatting [70]
  
- 7 Functies en functiedifferentiatie** [73]
  - 7.1 Gegevens over het vóórkomen van functies [74]
  - 7.2 Verpleegkundigen en verzorgenden over functiedifferentiatie [76]
  - 7.3 Nieuwe functies in de zorg [82]
  - 7.4 Samenvatting [85]
  
- 8 Werk(belevings)kenmerken en arbeidsomstandigheden** [87]
  - 8.1 Werkbelevingskenmerken: arbeidstevredenheid en burn-out [88]
  - 8.2 Werkkenmerken: autonomie en werkdruk [90]
  - 8.3 Arbeidsomstandigheden [91]
  - 8.4 Samenvatting [94]
  
- 9 Scholing** [97]
  - 9.1 Initieel onderwijs [97]
  - 9.2 Vervolgonderwijs [107]
  - 9.3 Cursussen [110]
  - 9.4 Aansluiting kennis en vaardigheden [111]
  - 9.5 Samenvatting [111]
  
- 10 Werken in de zorg: vertrekken of blijven?** [113]
  - 10.1 Omvang van het vertrek [113]
  - 10.2 Vertrekredenen [116]
  - 10.3 Samenvatting [122]
  
- 11 Ziekteverzuim** [123]
  - 11.1 Ziekteverzuim in cijfers [123]
  - 11.2 Omvang en oorzaken langdurig ziekteverzuim [126]
  - 11.3 Samenvatting [135]

## **12 De toekomstige vraag-en-aanbodverhoudingen [137]**

12.1 De vraag naar zorg [137]

12.2 Het aanbod van arbeid [140]

12.3 Samenvatting [143]

## **Literatuur en bronnen [145]**

Hoofdstuk 2 De geboden zorg en wachtlijstgegevens [145]

Hoofdstuk 3 Ontwikkeling in de vraag naar verpleging en verzorging [145]

Hoofdstuk 4 Omvang van de beroepsgroepen [146]

Hoofdstuk 7 Functies en functiedifferentiatie [147]

Hoofdstuk 8 Werk(belevings)kenmerken en arbeidsomstandigheden [147]

Hoofdstuk 9 Scholing [148]

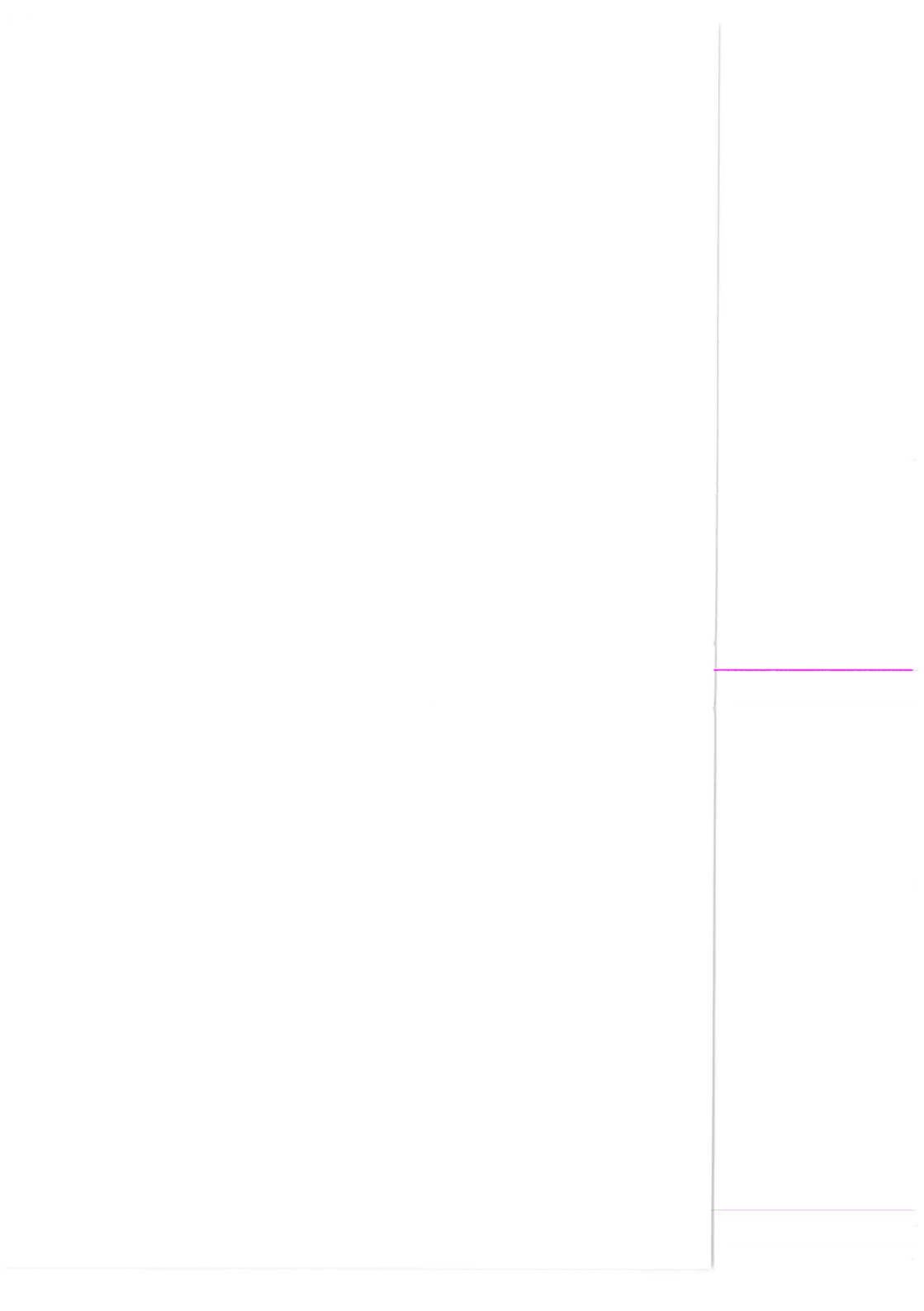
Hoofdstuk 11 Ziekteverzuim [148]

Hoofdstuk 12 De toekomstige vraag-en-aanbodverhoudingen [148]

## **Lijst van afkortingen [149]**

## **Deelnemers aan de klankbordgroep [151]**

## **Register [153]**





# Samenvatting

## De geboden zorg en wachtlijsten

De door verpleging en verzorging geboden zorg ontwikkelde zich ook dit jaar per branche verschillend. De thuiszorg slaagt er elk jaar in om weer meer cliënten te helpen dan in het voorgaande jaar. Ook het aantal uren waarover productieafspraken werden gemaakt nam toe. Het aantal bewoners in verzorgingshuizen nam wederom af. Wel nam hier het aantal dagen toe dat nacht- en dagopvang verleend werd. In verpleeghuizen nam het aantal verpleegdagen wel licht toe, maar ook daar groeit vooral de hulpverlening aan er niet woonachtige cliënten. Ook in de gehandicaptenzorg verandert het aantal verpleegdagen nauwelijks. In de GGZ nam dit aantal verder af, maar nam het aantal dagverplegingsdagen wederom toe. Hetzelfde geldt voor de ziekenhuizen.

Voor wat betreft de wachtlijstgegevens kan geconcludeerd worden dat het aantal mensen dat wacht op verpleging en verzorging thuis, in een verzorgingshuis en in een verpleeghuis reeds enkele jaren aan het dalen is. Hierbij moet worden opgemerkt dat het aandeel wachtenden dat overbruggingszorg ontvangt, ook gedaald is. In de GGZ is vorig jaar eveneens een lichte daling van het aantal wachtenden geteld. Ook in de ziekenhuissector is voor zowel de klinische zorg als de dagbehandeling een lichte daling geconstateerd. Alleen in de gehandicaptensector is het aantal wachtenden vorig jaar gestegen, na een eerdere daling ten opzichte van 2000.

## Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging

De meeste ontwikkelingen in de Nederlandse samenleving die van invloed zijn op de vraag naar verpleging en verzorging, wijzen op een toenemende vraag naar zorg. In de eerste plaats blijft de bevolking groeien: in 2002 is de bevolking met 0,6% toegenomen. In de periode 1990-2002 bedraagt de bevolkingsgroei 8,8%. Pas in het jaar 2040

wordt een einde van deze stijging verwacht. Nederland telt dan naar verwachting 17,7 miljoen inwoners.

Verder is er sprake van een voortzettende vergrijzing. Een stijgend aandeel van de Nederlandse bevolking is 65 jaar of ouder: in 2000 was dat aandeel 13,7%, in 1990 was dat 12,9%. De verwachting is dat dit percentage voorlopig blijft toenemen tot 14,0% in 2005 en 14,9% in 2010. Ook neemt het percentage mensen met een langdurige aandoening toe. Dit verschijnsel hangt deels samen met de vergrijzing – in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder heeft bijna 70% een langdurige aandoening. Chronische aandoeningen zijn verantwoordelijk voor een belangrijk deel van het zorggebruik. In 1990 had ruim 36% van de totale bevolking een langdurige aandoening, in 2000 was dat bijna 41% van de bevolking. Rekening houdend met demografische kenmerken, worden in de periode 2000-2020 stijgingen verwacht tot 45%, afhankelijk van het type aandoening.

Een andere ontwikkeling die naar verwachting een grotere vraag naar zorg met zich meebrengt, is een groeiend aandeel inwoners van allochtone afkomst. Het percentage niet-westerse allochtonen bedroeg 7% in 1995 en bijna 10% in 2002. Ook in de toekomst zal dit percentage blijven stijgen.

Ten slotte is er sprake van een stijgend aandeel eenpersoonshuishoudens: in de periode 1990-2002 bedroeg deze stijging bijna 14%. Omdat de behoefte aan zorg van alleenwonende personen groter is dan die van personen die met anderen samenleven, zal dit eveneens de vraag naar verpleging en verzorging doen toenemen.

Wat het precieze effect is van de verschillende ontwikkelingen op de vraag naar verpleging en verzorging, in termen van aantal verpleegdagen of uren zorg, is niet direct 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. Hoofdstuk 12 gaat nader in op de combinatie vraag en aanbod.

### **Omvang van de beroepsgroepen**

De laatste twee jaar is het aantal mensen dat zich met verpleging en verzorging bezighoudt snel toegenomen. Bleef in de periode 1997-1999 de

groei ruim achter bij het landelijke gemiddelde van de totale arbeidsmarkt, in de jaren 2000 en 2001 is dat ruimschoots goed gemaakt, toen de werkgelegenheidsgroei elders afbrokkelde. De groei bedroeg voor de hele periode 1996-2001 gemiddeld 2,8% tegen landelijk 2,5%. Inmiddels werken er in 2001 bijna 425.000 mensen in de verpleging en verzorging die 229.000 volledige arbeidsplaatsen voor hun rekening nemen.

Door arbeidsduurverkorting, een gestegen ziekteverzuim en een afnemend aantal meewerkende leerlingen merkte de patiënt, in de vorm van handen aan het bed, in de periode 1996-2001 minder van de groei van gemiddeld jaarlijks 2,8%. Gecorrigeerd bedroeg de groei voor deze periode gemiddeld jaarlijks 1,6%. Dit is overigens gunstiger dan de 0,9% over de periode 1995-2000.

In 2002 was het percentage moeilijk vervulbare vacatures teruggelopen tot 1,1%. Een lager verloop en een groter aantal afstuderende leerlingen droegen hier vooral toe bij.

### **Samenstelling van de beroepsgroepen**

Van de verpleegkundigen en verzorgenden is 88% vrouw. In verpleeg- en verzorgingshuizen is dit aandeel in de loop der jaren iets afgenomen, terwijl de andere branches een toename kennen. Op de totale arbeidsmarkt ligt het percentage vrouwen met 47% veel lager. Voor de hele sector Zorg en Welzijn bedraagt het 78%.

De gemiddelde leeftijd is per branche in acht jaar tijd met gemiddeld vijf jaar toegenomen. In 2002 bedraagt de gemiddelde leeftijd 37,9 jaar. De gehandicaptenzorg is relatief de jongste branche.

Sinds 2000 neemt de gemiddelde duur dat men bij dezelfde werkgever in dienst is vrijwel niet meer af. In 2002 bedraagt deze 7,9 jaar. Tot 2000 was er sprake van een constante toename. Het grote verloop in 2000, alsmede de groei van het personeelsbestand, zijn als oorzaak aan te merken.

Wanneer het in- en uitstroompatroon naar leeftijd de komende jaren gelijk blijft, is de verwachting dat de gemiddelde leeftijd en het aandeel 50-plussers de komende jaren zal toenemen. Het aandeel 50-plussers zal vooral in de hogere FWG-groepen sterk toenemen. Verder geldt dat hoe hoger de FWG-schaal, hoe lager het nettoverloop. De verwachting is dat het nettoverloop per FWG-groep nauwelijks zal veranderen, wanneer alleen de leeftijdsopbouw een rol speelt.

Regionaal varieert het aandeel vrouwen in de verpleging en verzorging tussen de 82 en 93%. In de regio Zuid-Limburg werken verhoudingsgewijs de minste vrouwen, terwijl het aandeel vrouwen in de regio's Flevoland en Gooi en Vechtstreek juist veel hoger ligt. Ook de gemiddelde leeftijd varieert, evenals het aandeel 50-plussers onder verpleegkundigen en verzorgenden. Doorgaans is men in het westen van het land gemiddeld wat ouder.

### **Werktijden**

Het aandeel parttimers is in de gezondheidszorg erg hoog vergeleken met de rest van Nederland. De afgelopen tien jaar is de gemiddelde werkweek onder verpleegkundigen en verzorgenden sneller afgenomen (van 60% van een voltijdswerkweek in 1991 naar 56% in 2001) dan bij de totale beroepsbevolking (waar de gemiddelde werkweek afnam van 81% naar 79%). De thuiszorg spant in 2001 de kroon met een gemiddelde werkweek van 36%. Gemiddeld zijn er daar 2,7 personen nodig om een volledige arbeidsplaats te bezetten. Bij de branches (academische) ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en ouderenzorg zijn met name de kleinere dienstverbanden (20-60%) in omvang toegenomen.

Nog steeds zijn er verpleegkundigen en verzorgenden te vinden die meer willen werken dan hun overeengekomen aantal arbeidsuren in het contract. Deze verpleegkundigen en verzorgenden zijn vooral te vinden in de branches gehandicaptenzorg en thuiszorg.

Velen worden met onregelmatig werk of met werk buiten kantooruren geconfronteerd. Doorgaans is men niet ontevreden met de werktijden. Wel geldt dat degenen met slaapdiensten en gebroken diensten minder tevreden zijn met die werktijden.

### **Functies en functiedifferentiatie**

Het functiegebouw heeft door de invoering van FWG3.0 in de meeste branches aan de bovenkant een groei gekend. In de ziekenhuizen was er ook voor die tijd al sprake van een toename vanwege de opkomst van gespecialiseerde verpleegkundigen. In de gehandicaptenzorg en bij de verpleeghuizen was er voordien juist sprake van een groei aan de onder-

kant van het functiegebouw. Definieert men (verticale) functiedifferentiatie als een toename van lagere én hogere functies tegelijkertijd, dan moeten we vaststellen dat dit, afgaande op de beschikbare gegevens, in geen van de branches op grote schaal in de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden.

De meeste verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat hun werkzaamheden aansluiten bij hun eigen kennis en vaardigheden. Daar waar dat minder het geval is, gaat het vooral om taken die naar hun mening beter door een lager opgeleide zorgverlener gedaan kunnen worden. Toch zijn verpleegkundigen en verzorgenden niet onverdeeld positief over functiedifferentiatie aan de onderkant van het beroep. Men ziet vaker nadelen dan voordelen voor de patiënt en van degenen die ervaring hebben met deze vorm van functiedifferentiatie zegt een kwart dat daarvoor de kwaliteit van zorg is verslechterd. Vooral in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, een sector die in het recente verleden vaak met deze vorm van functiedifferentiatie te maken heeft gehad, zijn de ervaringen negatief. Verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen staan juist relatief positief tegenover functies voor lager opgeleide zorgverleners, zoals mensen die bedden opmaken en de voorraden bijhouden.

De panelleden verwachten vooral voordelen van horizontale functiedifferentiatie, zowel voor de patiënten als voor de verpleegkundigen en verzorgenden zelf. Werken met aandachtsgebieden (waarbij de verpleegkundige of verzorgende ook nog reguliere zorg geeft) lijkt de meest gewenste vorm van functiedifferentiatie. Verpleegkundigen zien hier vaker de voordelen van dan verzorgenden. Bij de invoering van horizontale functiedifferentiatie zou dus rekening gehouden moeten worden met eventuele verschillen in belangen tussen verpleegkundigen en verzorgenden.

Behalve van functiedifferentiatie binnen de verpleging en verzorging, is er sinds enkele jaren sprake van een taakherschikking en domeinverschuiving, waarbij medische taken van huisartsen en specialisten door verpleegkundigen en paramedici worden overgenomen. Belangrijke nieuwe functies voor verpleegkundigen zijn praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH), nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA). De POH is een specifiek hbo-opgeleide functionaris die zich richt op bepaalde groepen chronisch zieken in de eerstelijnsgezondheidszorg. Belangrijke taken zijn

het verrichten van controles en het geven van voorlichting. Een NP en een PA zijn in een master-opleiding breed opgeleid, waarna een PA zich bezighoudt met medische taken en verrichtingen onder supervisie van een arts, terwijl een NP zich naast extra medische taken op verpleegkundig terrein blijft bewegen. Het belangrijkste verschil met een verpleegkundig specialist is dat een NP meer medische taken verricht, specifiek ten behoeve van bepaalde patiëntengroepen; een NP werkt op het grensvlak van verpleegkunde en geneeskunde.

### **Werk(belevings)kenmerken**

Werkbeleving wordt onder andere beïnvloed door werkkenmerken. In hoofdstuk 8 wordt een beschrijving gegeven van enkele werkbelevingskenmerken (arbeidstevredenheid en burn-out) 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 met peilingen in 1998 en 2000.

Kort samengevat zijn verpleegkundigen en verzorgenden neutraal tot tevreden met hun werk. Het minst tevreden is men over de promotiemogelijkheden in het werk, het meest tevreden is men over contacten met collega's en patiënten/cliënten. Ten opzichte van 2001 is de tevredenheid over het werk in zijn algemeenheid toegenomen. Ten aanzien van burn-out geeft ongeveer 4% van de verpleegkundigen en verzorgenden te kennen burn-outverschijnselen te hebben; dit is bijna de helft van de vorige peiling in 2000. Met name in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg en door bejaarden- en ziekenverzorgenden worden burn-outverschijnselen gerapporteerd; door gezinsverzorgenden juist relatief minder vaak.

Verder geeft bijna 40% van de verpleegkundigen en verzorgenden aan een zekere mate van autonomie in het werk te hebben, een kleine stijging ten opzichte van de vorige peiling. Relatief meer mannen dan vrouwen geven te kennen autonomie in het werk te hebben. Bovendien neemt het percentage verpleegkundigen en verzorgenden met autonomie in het werk toe met het stijgen van de leeftijd. In de thuiszorg, gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg heeft men relatief

de meeste autonomie in het werk, in de ziekenhuizen en ouderenzorg het minst.

Voor wat betreft de werkdruk zegt 54% van de verpleegkundigen en verzorgenden het werk als druk of te druk te ervaren. In de vorige peiling (2001) vond 70% het werk nog (te) druk. Evenals in 2001 zijn dit met name verzorgenden in verpleeghuizen, terwijl verzorgenden in de thuiszorg het werk minder vaak als (te) druk ervaren. Juist in de thuiszorg wordt echter relatief vaak overgewerkt vanwege de werkdruk.

De arbeidsomstandigheden laten over de laatste jaren een stabiel beeld zien. Zij kenmerken zich door het dragen van veel verantwoordelijkheid, het afwisselend uitvoeren van verschillende taken en het afwisselend werken in rustige en drukke perioden. Onderscheid naar leeftijd, functies en sectoren laat echter zien dat het werk in enkele subgroepen vooral ook als lichamelijk of geestelijk zwaar kan worden gekenmerkt.

## Scholing

De jaarlijkse instroom in het initiële verplegend en verzorgend onderwijs nam in 2002 verder toe tot ruim 26.000 leerlingen. Per 1 oktober 2002 volgden ruim 57.000 mensen een verpleegkundige of verzorgende opleiding. De komende jaren zal dan ook het aantal leerlingen dat een diploma behaalt ten opzichte van 2002 nog iets verder toenemen: tot rond de 18.000 jaarlijks.

De grootste schommelingen in de instroom doen zich voor bij de bbl-route. In 2002 stabiliseerde de instroom in de bbl en groeide deze in de bol. Overigens neemt de instroom in de bbl op de niveaus 3 en 4 in 2002 ten opzichte van het voorgaande jaar al weer iets af. Dit kan een voorteken zijn van een verdere daling in komende jaren.

Leerlingen die de bbl-route (leren-werken) volgen, zijn doorgaans ouder dan de bol-leerlingen (leren-stage). Onder de laatsten is het aandeel allochtonen en vrouwen iets groter. Allochtonen zijn ondervertegenwoordigd, zowel gemeten aan andere mbo- en hbo-opleidingen als aan de samenstelling van het patiëntenbestand. Afgestudeerden op mbo-niveau zijn gemiddeld meer tevreden over de aansluiting van de opleiding op de arbeidsmarkt dan hbo-ers. Zij komen vaker op een functie terecht die overeenstemt met hun opleidingsniveau. Voor mbo-ers zijn de verdiensten in hun eerste baan als verpleegkundige en verzorgende gemiddeld

beter dan voor mbo-ers die een andere opleiding volgden. Voor hbo-verpleegkundigen zijn de verdiensten in de eerste baan gelijk aan het gemiddelde van andere hbo-ers. Drie kwart van de mbo-ers en vier van de vijf hbo-ers zouden dezelfde opleiding opnieuw kiezen.

In 2002 nam voor het eerst sinds 1998 de instroom in de op ziekenhuizen gerichte verpleegkundige vervolgopleidingen toe: ruim 2300 verpleegkundigen begonnen aan een van de zeven opleidingen die het VOVV coördineert, zoals die voor intensive care, kinderverpleegkundige, spoedeisende hulp. De hbo-opleiding voor maatschappelijke gezondheidszorg mag zich al vanaf 1997 in een groeiende aandacht verheugen. Ook het meer cursorische verpleegkundige onderwijs (diabeteseducatie, stoma-zorg) kent al langer een groeiende belangstelling.

Het percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat van oordeel is dat hun werk goed aansluit op de kennis en vaardigheden die men heeft, nam toe van 65% in 1998 via 68% in 2000 tot 71% in 2003.

### **Werken in de zorg: vertrekken of blijven?**

Halverwege de jaren negentig nam het brutoverloop onder verpleegkundigen en verzorgenden enorm toe. Sinds 2000 neemt het verloop weer af. In 2002 is het brutoverloop gedaald tot 14,1%. De daling van het brutoverloop is in alle branches zichtbaar.

Het aandeel verpleegkundigen en verzorgenden dat de zorgsector verlaat (nettoverloop) is, behalve in de geestelijke gezondheidszorg, ook afgenomen. Gemiddeld bedroeg het vertrek uit het beroep in 2002 4,3%. Tussen de branches loopt dit percentage uiteen van 2,6 bij de ziekenhuizen tot 6,1 in de thuiszorg. Ook regionaal zijn er verschillen in het nettoverloop. In de ouderenzorg is dit in het westen het hoogst en ligt op 5,2%; in het zuiden ligt dit cijfer beduidend lager: op 3,6%. Het westen zal dan ook een grotere vervangingsvraag kennen.

Volgens verpleegkundigen en verzorgenden uit de verschillende branches zijn behoefte aan ander werk en ontplooiing van capaciteiten de belangrijkste vertrekredenen. In de loop der tijd is er niet zozeer een verandering gekomen in de vertrekredenen als wel in het aandeel verpleegkundigen en verzorgenden die ze onderschrijven. De behoefte aan ontplooiing van capaciteiten en het ontbreken van loopbaanperspectief zijn de belangrijkste vermijdbare vertrekredenen. Volgens de vertrekkers kan de werkgever



hier wat aan doen. Vooral in de geestelijke gezondheidszorg worden veel vermijdbare vertrekredenen genoemd. In deze branche is beloning ook een belangrijke reden van vertrek.

### Ziekteverzuim

Net als bij andere beroepsgroepen het geval was, nam het ziekteverzuim bij verpleegkundigen en verzorgenden in 2002 verder af. Het tempo waarin de afname zich voltrekt, varieert wel per branche en regio. Het langdurige ziekteverzuim daarentegen, twee weken of langer aansluitend, is ten opzichte van 2000 gestegen van 23% naar 30%. Deze stijging heeft zich met name voorgedaan in de leeftijdsgroep van 35 tot 55 jaar en in de gehandicaptensector. Langdurig ziekteverzuim wordt het meest gerapporteerd door gezinsverzorgenden in de thuiszorg (35%), het minst door verpleegkundigen in de ziekenhuissector (20%). Evenals in de vorige peiling geeft een meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden die vorig jaar te maken hebben gehad met langdurig ziekteverzuim aan dat het om lichamelijke problemen gaat (70%). Ongeveer in 12% van de gevallen betreft het psychische problemen en in de overige gevallen is het een combinatie van beide typen klachten. Wel heeft zich hierin een kleine verschuiving voorgedaan: waar het in de vorige peiling in de jongste leeftijdsgroep (16-25 jaar) bijna uitsluitend om lichamelijke problemen ging, heeft nu bijna een kwart aangegeven dat psychische problemen de voornaamste oorzaak vormde voor langdurig ziekteverzuim. Bijna de helft heeft bovendien aangegeven dat hun ziekteverzuim geheel of voor een deel gerelateerd is aan het werk. Met name in de oudste leeftijdsgroep (55-64 jaar) wordt langdurig ziekteverzuim toegeschreven aan het werk. In deze categorie komt langdurig ziekteverzuim ook het meeste voor. Als werkgerelateerde oorzaken worden vooral lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden genoemd (bijna de helft), gevolgd door een te hoge werkdruk (bijna een vijfde).

### Toekomstige vraag-en-aanbodverhoudingen

De vraag naar zorg van verpleegkundigen en verzorgden neemt ook de komende jaren toe. Geraamd wordt dat de groei en de vergrijzing van de bevolking, trendmatige ontwikkelingen in het aanbod van zorg en de

intensiteit van de gevraagde zorg jaarlijks de vraag met 1,6% doen toenemen. De geringe mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit te laten stijgen en tegelijkertijd de werkdruk niet op te laten lopen, betekenen dat het aanbod jaarlijks met rond de 2% zou moeten stijgen.

De huidige vooruitzichten zijn echter dat het aanbod van verpleegkundigen in de periode 2003-2007 met nog geen 5% groeit, waar 8% nodig is, en het aanbod van verzorgenden met 6% groeit, waar 11% geboden is.

Op de korte termijn zal het bij de huidige conjunctuur waarschijnlijk wel mogelijk zijn om voldoende 'handen aan het bed' te krijgen door niet verpleegkundig of verzorgend geschoolden aan te trekken. Een en ander betekent wel dat zonder aanvullende scholing er kwalitatief een kloof dreigt te ontstaan tussen vraag en aanbod.

# 1 Inleiding

In deze uitgave wordt een vooral kwantitatief beeld geschetst van de vraag naar en het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden in ons land.

Hoofdstuk 2 start met een overzicht van de verrichtingen van verpleegkundigen en verzorgenden in de vorm van het aantal verpleegdagen, dagverplegingsdagen en gemiddeld aantal patiënten en cliënten. Deze aantallen kan men beschouwen als de vraag waarin de afgelopen jaren is voorzien. Helaas zijn wachtlijsten nog steeds niet helemaal uitgebannen. Aan de omvang daarvan wordt ook in hoofdstuk 2 aandacht besteed.

Hoofdstuk 3 gaat in op ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging in de periode 1990-2003. Waar mogelijk zijn ook toekomstige verwachtingen geschetst. Epidemiologie, demografie en maatschappelijke ontwikkelingen passeren in dit hoofdstuk de revue.

Daarna wordt in hoofdstuk 4 tot en met 11 het aanbod belicht. Bij de beschrijving van ontwikkelingen in het aanbod is in eerste instantie een overzicht gemaakt van de omvang en de samenstelling van de beroeps-groepen verpleegkundigen en verzorgenden. Vervolgens wordt ingegaan op onderwerpen als de omvang van de werkweek, (nieuwe) functies, kenmerken van het werk, scholing, vertrekredenen en (langdurig) ziekte-verzuim.

Behalve van gegevens uit bestaande registraties wordt ook gebruikge-maakt van bronnen waaruit een oordeel en mening over het werken in de verpleging en verzorging gedestilleerd kan worden. Zo is uitgebreid gebruikgemaakt van de derde OSA-arbeidsaanbodmonitor. Uit deze monitor zijn met name gegevens gebruikt die betrekking hebben op het oordeel van verpleegkundigen en verzorgenden over tal van onderwer-pen die samenhangen met de werksituatie. Bij de presentatie van de ver-schillende onderwerpen is ervoor gekozen om per onderwerp – waar rele-vant – eerst de feiten (registratiegegevens) te presenteren en vervolgens het oordeel van verpleegkundigen en verzorgenden.

In het afsluitende hoofdstuk 12 wordt een raming gepresenteerd van de gewenste groei van het verplegend en verzorgend personeel dat nodig is om in de vraag van de komende jaren te voorzien. Deze raming wordt vervolgens in verband gebracht met het verwachte aanbod in de komende jaren.

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 die in voorgaande jaren wel werden gepresenteerd nu achterwege te laten. Deze zijn echter wel beschikbaar en zijn te vinden op de website [www.levv.nl/php/feitenencijfers2003](http://www.levv.nl/php/feitenencijfers2003). Ook daar waar het toelichten van de gehanteerde methode te zeer afleidt van de betoogtrant is ervoor gekozen zo'n toelichting weg te laten. Waar dat gebeurd is, wordt hier in de tekst op gewezen.

Een concept van deze rapportage is besproken in een klankbordgroep. De onderzoekers bedanken mevr. Y. Plekkenpol (AVVV) en de heren P. Poortvliet (LEVV), J. Rutten (AVVV), W. van Rijswoud (AVVV) en B. Vogel (AVVV) voor hun stimulerende commentaar.

Ten slotte, bij de totstandkoming van deze publicatie heeft het NIVEL de hoofdstukken 3 en 8 geschreven. Prismant verzorgde de hoofdstukken 4, 5, 6, 9, 10 en 12, en de hoofdstukken 2, 7 en 11 zijn gezamenlijk geschreven.

## 2 De geboden zorg en wachtlijsten

In dit hoofdstuk wordt de in de afgelopen jaren geboden zorg beschreven aan de hand van een aantal beschikbare indicatoren (paragraaf 2.1). De feitelijk geboden zorg kan achterblijven op de benodigde zorg, hetgeen tot uitdrukking kan komen in het vóórkomen van wachtlijsten. Paragraaf 2.2 gaat in op ontwikkelingen in wachtlijstgegevens.

### 2.1 Ontwikkelingen in de gerealiseerde zorg

In deze paragraaf wordt geprobeerd de omvang van de complexe werkelijkheid van verpleging en verzorging in een aantal kengetallen omtrent de geboden zorg weer te geven. Noodzakelijkerwijs wordt hier gewerkt aan de hand van grove indicatoren. Grove indicatoren, omdat een indicator als het aantal verpleegdagen nog niets zegt over de inhoud en complexiteit van zorg. Het aantal verpleegdagen is als gegeven over een lange reeks van jaren beschikbaar. Tabel 2.1 geeft per branche een overzicht van de gerealiseerde zorg.

In de thuiszorg is het aantal uren waarover productieafspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraar de laatste twee jaar sterk toegenomen. In de periode 1997-2001 is het aantal cliënten nog altijd sterker gegroeid dan het aantal uren waar productieafspraken over zijn gemaakt. Gemiddeld is het aantal cliënten met 7% toegenomen terwijl het aantal uren met gemiddeld 5,4% is toegenomen. Verzorging is de belangrijkste dienstverlening binnen de thuiszorg. Van de zorg valt 37% onder verzorging. Na verzorging volgt huishoudelijke verzorging, met 28%, en daarna alfahulpverlening, met 22%. Verpleegkundige zorg vormt slechts een beperkt deel van de geleverde zorg (10%).

De zorg vanuit verpleeghuizen en verzorgingshuizen is er steeds meer op gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te laten verblijven. De groei binnen deze twee branches zit dan ook niet zozeer in de toename van het aantal verpleegdagen of het aantal bewoners, maar veel meer in het aan-

Tabel 2.1

Enkele gegevens over werkzaamheden per branche (× 1000)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002*	Gemiddelde jaarlijkse groei (in %) 1997/2001
<b>Thuiszorg</b>							
Gemiddeld aantal cliënten	275	318	329	343	361	377	7,0
Aantal uren productie-afspraken	52.575	53.722	56.756	58.922	64.936	73.080	5,4
<b>Verpleeghuizen</b>							
Verpleegdagen							
Somatisch	9.101	8.991	8.946	8.946	8.951	.	-0,4
Psychogeriatrisch	10.963	11.239	11.324	11.565	11.668	.	1,6
Totaal	20.064	20.229	20.270	20.511	20.619	20.811	0,7
Dagbehandelingsdagen							
Somatisch	497	508	552	548	580	.	4,0
Psychogeriatrisch	641	669	705	781	817	.	6,2
Totaal	1.138	1.178	1.256	1.329	1.397	1.470	5,3
<b>Verzorgingshuizen</b>							
Bewoners	112	108	107	104	102	99	-2,4
Personen in nachtopvang	0,6	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5	28,9
Personen in dagopvang	15,0	17,4	20,8	20,9	22,5	24,2	10,6
<b>Verstandelijk gehandicapten</b>							
Verpleegdagen	12.597	12.765	12.665	12.676	12.635	12.688	0,1
<b>GGZ (APZ)</b>							
Verpleegdagen	7.375	7.394	7.065	6.876	6.853	6.715	-1,8
Dagbehandelingen	1.083	1.160	1.211	1.208	1.187	1.269	2,3
<b>Ziekenhuizen</b>							
Verpleegdagen							
Algemeen	12.106	11.703	11.014	10.517	10.092	9.741	-4,4
Academisch	1.991	1.959	1.876	1.811	1.773	1.735	-2,9
Categoriaal	629	559	499	492	400	368	-10,7
<b>Dagverpleging</b>							
Algemeen	642	669	700	745	817	867	6,2
Academisch	63	67	74	76	94	103	10,3
Categoriaal	13	15	24	25	22	20	14,3

Bron: Prismant gegevensbestand Jaarbeeld Zorg (2003)

\* raming op grond van trend 1997-2001

tal dagbehandelingsdagen en dag- en nachtopvang. Over activiteiten die men vanuit deze instellingen buiten de muren van het huis doet, zijn geen statistische gegevens beschikbaar.

Het aantal verpleegdagen binnen de verstandelijkgehandicaptenzorg is de afgelopen jaren nauwelijks gegroeid. Ook voor deze branche geldt dat er steeds meer activiteiten buitenshuis plaatsvinden, bijvoorbeeld via het patiëntgebonden budget. Daarvan is in statistieken op dit moment nog weinig terug te vinden.

Binnen de algemene psychiatrische ziekenhuizen is het aantal verpleegdagen afgenomen. Het aantal dagbehandelingsdagen is echter toegenomen met 2,3%.

Door onder andere technologische ontwikkelingen zijn ziekenhuizen steeds meer in staat om verrichtingen in dagbehandeling te doen. Het aantal verpleegdagen is dan ook afgenomen, terwijl in de drie typen ziekenhuizen het aantal dagverpleegdagen is toegenomen.

## 2.2 Wachtlijstgegevens

In deze paragraaf wordt een overzicht gepresenteerd van wachtlijstgegevens in de AWBZ-sectoren verpleging en verzorging, gehandicapten en geestelijke gezondheid. Deze gegevens zijn gebaseerd op rapportages van Taskforce Aanpak Wachtlijsten, ingesteld door het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Daarnaast zijn wachtlijstgegevens opgenomen over de ziekenhuissector. Deze gegevens zijn afkomstig van Prismant.

### *Wachtlijstgegevens sector verpleging en verzorging*

De AWBZ-sector verpleging en verzorging omvat de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Per 1 november 2002 wachtten er 74.382 mensen op voor hen geïndiceerde zorg thuis, in een verzorgingshuis of in een verpleeghuis (tabel 2.2). Dit zijn er bijna 13.000 minder dan het jaar ervoor, een daling van bijna 15%. Deze daling deed zich in bijna alle zorgkantoorregio's voor. In 4 van de 32 regio's (Flevoland, Nijmegen, Rotterdam en Zwolle) is sprake van een stijging van het aantal wachtenden.

Tabel 2.2

Aantal wachtenden in de sector verpleging en verzorging (en % met overbruggingszorg)

	1 oktober 2001 Aantal (% overbrug- gingszorg)	1 november 2002 Aantal (% overbrug- gingszorg)
Thuiszorg	39.910 (45%)	31.835 (41%)
Verzorgingshuizen	36.260 (75%)	33.029 (62%)
Verpleeghuizen	11.406 (83%)	9.518 (59%)
Totaal	87.276 (63%)	74.382 (53%)

Uit tabel 2.2 blijkt dat in 2002 de meeste mensen wachtten op een plaats in een verzorgingshuis. In 2001 telde de thuiszorg het grootste aantal wachtenden. Het percentage wachtenden met een of andere vorm van overbruggingszorg is met 10% gedaald tot 53%. Dit percentage is vergelijkbaar met een eerdere peiling in mei 2000. In die maand werden ruim 100.000 wachtenden geteld van wie ruim 50.000 overbruggingszorg ontvingen. In 2002 werd overbruggingszorg het meest gegeven aan wachtenden voor verzorgingshuiszorg (62%) en verpleeghuiszorg (59%). Van de wachtenden op thuiszorg ontving 41% overbruggingszorg.

#### Wachlijstgegevens sector gehandicapten

Tabel 2.3 laat een flinke daling zien van de wachtlijsten van bijna 18% in 2001 ten opzichte van het jaar ervoor. Echter, halverwege 2002 was er alweer sprake van een stijging. Deze stijging komt vooral voor rekening van de verstandelijk gehandicapten.

Tabel 2.3

Aantal wachtenden sector gehandicaptenzorg

	31-12-2000	31-12-2001	1-7-2002
Verstandelijk	13.142	11.210	13.178
Lichamelijk	1.738	1.335	1.518
Zintuiglijk	1.335	775	300
Totaal	16.215	13.320	14.996



*Wachlijstgegevens sector geestelijke gezondheid*

In de sector geestelijke gezondheid worden drie wachtfasen onderscheiden: een fase van aanmelding, een van beoordeling en een van behandeling, oftewel de periode tussen de eerste aanmelding en het eerste intakegesprek, de periode tussen het eerste intakegesprek en de datum waarop de indicatie wordt gesteld en de periode die iemand na de indicatiestelling moet wachten op het eerste behandelcontact. Tabel 2.4 geeft een overzicht van het aantal wachtenden op 1 januari in 2002 en 2003, ingedeeld naar deze wachtfasen.

*Tabel 2.4  
Aantal wachtenden in de GGZ-sector op 1 januari, naar wachtfase*

	2001	2002	2003
Aanmelding	20.800	18.100	17.700
Beoordeling	27.500	31.600	30.700
Behandeling	23.000	21.900	26.700
Totaal instellingen (inclusief verslavingszorg)	71.300	71.600	71.500
Vrijgevestigden	5.400	4.700	3.600
Totaal aantal wachtenden	76.700	76.964	75.100

NB: exclusief forensische psychiatrie

Het aantal wachtenden is ten opzichte van 2002 licht gedaald (1,5%). De grootste daling is waarneembaar bij de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten, namelijk 23%. Het beeld van de instellingen is stabiel. Van degenen die wachten op een behandeling, wacht ruim drie kwart op een extramurale zorgvorm. Ook ten aanzien van de wachttijden is een licht dalende trend waarneembaar tijdens alle wachtfasen.

*Wachlijstgegevens ziekenhuissector*

Zowel voor klinische zorg als voor de dagbehandeling is het aantal wachtenden in de afgelopen jaren gedaald (tabel 2.5).

Tabel 2.5

Aantal wachtenden in de ziekenhuissector: kliniek en dagbehandeling

	mei 2001	november 2001	mei 2002	november 2002
Kliniek	70.610	74.330	63.330	62.070
Dagbehandeling	88.210	83.380	81.840	78.850

Bron: Prismant

De meeste mensen wachtten op orthopedische, chirurgische of plastisch chirurgische zorg. Dit geldt voor zowel de klinieken als voor de dagbehandelingen.

### 2.3 Samenvatting

De door verpleging en verzorging geboden zorg ontwikkelde zich ook dit jaar per branche verschillend. De thuiszorg slaagt er elk jaar in om weer meer cliënten te helpen dan in het voorgaande jaar. Ook het aantal uren waarover productieafspraken werden gemaakt nam toe. Het aantal bewoners in verzorgingshuizen nam wederom af. Wel nam hier het aantal dagen toe dat nacht- en dagopvang verleend werden. In verpleeghuizen nam het aantal verpleegdagen wel licht toe, maar ook daar groeit vooral de hulpverlening aan er niet woonachtige cliënten. Ook in de gehandicaptenzorg verandert het aantal verpleegdagen nauwelijks. In de GGZ nam dit aantal verder af, maar nam het aantal dagverplegingsdagen wederom toe. Hetzelfde geldt voor de ziekenhuizen.

Voor wat betreft de wachtlijstgegevens kan geconcludeerd worden dat het aantal mensen dat wacht op verpleging en verzorging thuis, in een verzorgingshuis en in een verpleeghuis reeds enkele jaren aan het dalen is. Hierbij moet worden opgemerkt dat het aandeel wachtenden dat overbruggingszorg ontvangt, ook gedaald is. In de GGZ is vorig jaar eveneens een lichte daling van het aantal wachtenden geteld. Ook in de ziekenhuissector is voor zowel de klinische zorg als voor de dagbehandeling een lichte daling geconstateerd. Alleen in de gehandicaptensector is het aantal wachtenden vorig jaar gestegen, na een eerdere daling ten opzichte van 2000.

### 3 Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging

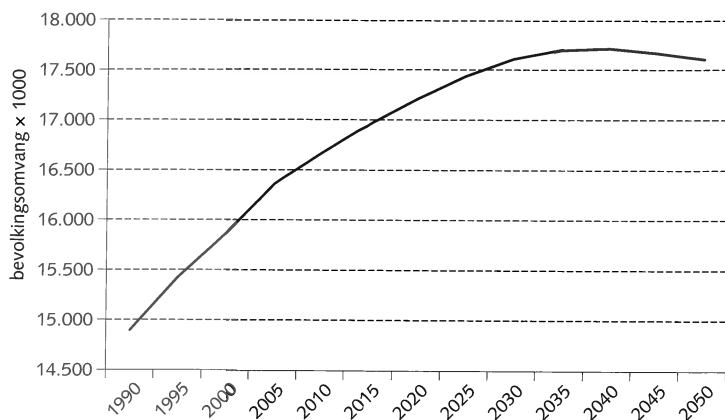
In dit hoofdstuk worden de belangrijkste ontwikkelingen beschreven met betrekking tot de vraag naar verpleging en verzorging in de periode van 1990 tot 2003. Waar mogelijk worden ook ontwikkelingen in de toekomst geschetst. In paragraaf 3.1 wordt ingegaan op de omvang en groei van de bevolking, gevolgd door de samenstelling ervan (paragraaf 3.2) en het vóórkomen van chronische aandoeningen (paragraaf 3.3). Vervolgens worden in paragraaf 3.4 enkele maatschappelijke ontwikkelingen beschreven zoals de huishoudenssituatie en mantelzorg. In hoofdstuk 12 worden deze vraagontwikkelingen afgezet tegen het aanbod.

#### 3.1 Omvang en groei van de bevolking

##### *Omvang*

De bevolking in Nederland groeit gestaag: van 14,9 miljoen mensen in 1990 tot 16,2 miljoen in 2002 (CBS 2003a), een toename van 8,8%. De jaarlijkse groei schommelt rond de 0,6%, met lagere groeicijfers tussen 1990 en 1995, een stijging vanaf 1995 en sinds 2001 weer een daling. Ten opzichte van 2001 is de bevolking met 0,6% toegenomen. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) berekent jaarlijks afwisselend een kortetermijn- en een langetermijnbevolkingsprognose. Vorig jaar is een prognose voor de korte termijn gepubliceerd (periode 2001-2007) (zie ook Van der Windt e.a. 2002), dit jaar is er weer een nieuwe prognose voor de lange termijn; deze bestrijkt de periode 2002-2050.

Het lagere groeitempo zal naar verwachting de komende vijf jaar aanhouden. Dit is vooral een gevolg van een afname van het aantal immigranten in vergelijking met de afgelopen vijf jaar. Daarnaast zullen de komende vijf jaar meer mensen overlijden dan in de afgelopen vijf jaar, bij een gelijkblijvend aantal geboorten. Rond het jaar 2040 wordt een maximum aantal inwoners van 17,7 miljoen verwacht (De Jong 2003).



Figuur 3.1

Bevolkingsomvang 1990-2050

Bron: CBS (2003a, 2003c)

### Geboorte

Figuur 3.2 laat zien dat het aantal geboorten langzaam aan het afnemen is. Tussen 1997 en 2000 was er nog sprake van een flinke stijging (van jaarlijks 193.000 naar zo'n 207.000 geboorten), maar vanaf 2001 zakt het aantal, met naar verwachting een 'dieptepunt' van jaarlijks 181.000 geboorten in 2011-2013 (CBS 2003a).

De gemiddelde leeftijd waarop een moeder haar (eerste) kind krijgt, stijgt langzaam maar zeker. In 2001 was een moeder gemiddeld 30,8 jaar bij de geboorte van haar kind en 29,2 jaar bij de geboorte van haar eerste kind. Onder andere doordat vrouwen op steeds latere leeftijd kinderen krijgen, stijgt de behoefte aan intensieve zorg (IC) voor pasgeborenen (Gezondheidsraad 2000). Tabel 9.8 in paragraaf 9.2 laat ook zien dat het aantal nieuwe inschrijvingen voor de vervolgopleiding IC Neonatologie/kinderen de laatste jaren is gestegen. Andere factoren die deze behoefte zouden 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 voorgaande jaren zal dit percentage toenemen van 1,45% in 1986 tot 2,4% in 2005. Door de verwachte vermindering van het aantal geboorten, zal het jaarlijkse absolute aantal pasgeborenen dat intensieve

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

Voor wat betreft de plaats van de bevalling was er lange tijd een dalende trend te constateren in het aantal thuisbevallingen. Na de opkomst van de poliklinische eerstelijnsbevalling is het percentage thuisbevallingen van ongeveer 68% in 1965 gedaald naar 31% in 1993 (Sjauw 1995). Ook daarna is het percentage thuisbevallingen licht gedaald: van 31,6% in 1995 naar 30,3% in 2000 (Offerhaus e.a. 2002). Het dalende percentage (voltooide) thuisbevallingen wordt voor een groot deel verklaard door een stijgend aantal verwijzingen naar de tweede lijn (tijdens de zwangerschap en tijdens de bevalling).

### *Sterfte*

Met 141.000 sterfgevallen (figuur 3.2) telde 2002 meer sterfgevallen dan het voorgaande jaar (140.000) (CBS 2002). Verwacht wordt dat het jaarlijks aantal overledenen in de komende decennia sterk zal toenemen als gevolg van de vergrijzing (De Jong 2003). Doodsoorzaak nummer één zijn ziekten aan het hart en vaatstelsel (CBS 2002). 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.

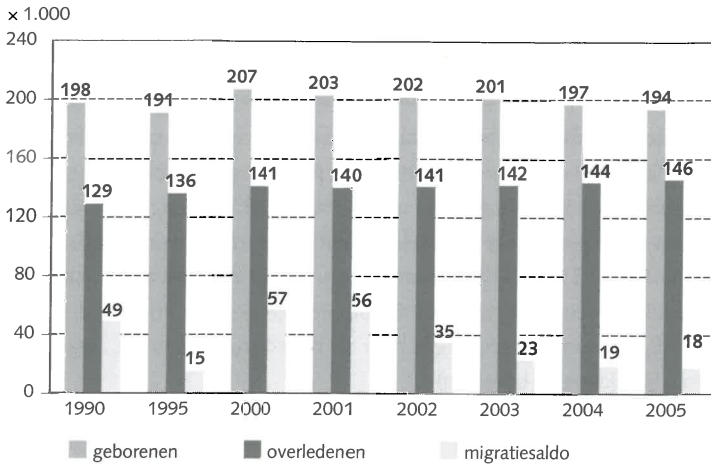
### *Migratie*

Ontwikkelingen in het migratiesaldo (aantal immigranten minus aantal emigranten) zijn vrij grillig (figuur 3.2) (De Jong 2003). Sinds 2000 is het migratiesaldo gedaald naar 35.000 in 2002. De komende jaren verwacht het CBS een verdere daling van het migratiesaldo met een dieptepunt in 2007 (ongeveer 20.000). Deze daling heeft te maken met zowel een dalend aantal immigranten als een stijgend aantal emigranten. In paragraaf 3.2 wordt nader ingegaan op etniciteit en zorg.

## **3.2 Samenstelling van de bevolking**

### *Leeftijdsverdeling*

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



Figuur 3.2

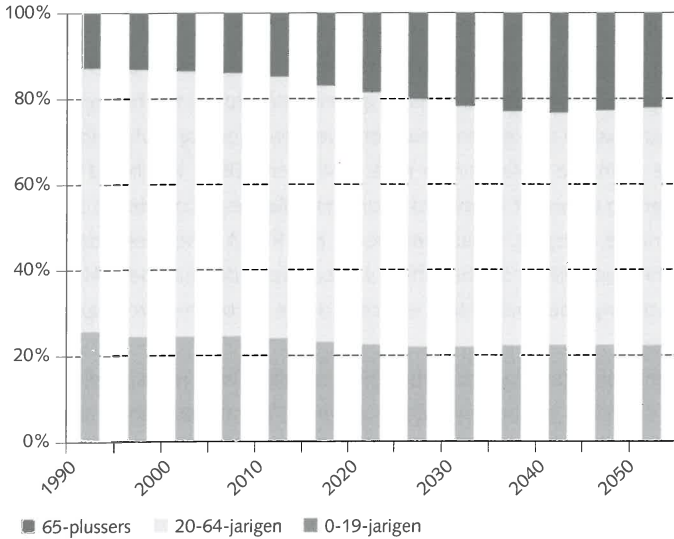
*Absoluut aantal geboren, overleden en migratiesaldo, 1990-2005*

Bron: CBS (2002, 2003a)

24% nu. Ook in de komende decennia zal dit percentage geleidelijk aan nog iets afnemen (figuur 3.3).

Het aandeel ouderen vanaf 65 jaar bedroeg in 2002 (per 1-1-2003) 13,7%, tegen 12,9% in 1990, een absolute toename van bijna 291.000 65-plussers. In 2005 en 2010 zal dit percentage respectievelijk 14,0% en 14,9% bedragen (CBS 2003e).

Op de langere termijn zet naar verwachting de vergrijzing in sterkere mate door: tussen 2010 en 2040 zal het aandeel 65-plussers toenemen van 14,9% naar 23,3% (CBS 2003e). Overigens blijkt de vergrijzing in Nederland mee te vallen in vergelijking met andere EU-landen (CBS 2002). Vergrijzing van de bevolking vormt een belangrijke factor voor de vraag naar zorg. Volgens Jong e.a. (2001) kan in 2015 op grond van de vergrijzing een toename van 7% voor de prevalentie van chronische aandoeningen en van 13% voor ziekenhuisopnames worden verwacht 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



Figuur 3.3

Samenstelling van de bevolking naar leeftijd, 1990-2050

Bron: CBS (2003e)

als in relatieve zin. Bij een verwacht hoger opleidingsniveau van de bevolking is het 'vergrijzingseffect' bij mannen wat 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.

Het RIVM (Oers 2002) heeft voor 53 ziekten en aandoeningen berekend wat het effect is van de bevolkingsgroei en vergrijzing op de incidentie en prevalentie. Rekening houdend met bevolkingsomvang, -opbouw, leeftijd en geslacht zijn er stijgingspercentages berekend van 25 tot 60% voor de helft van de aandoeningen. Het gaat hierbij om de verwachte toename in de periode 2000-2020. Met name aandoeningen die bij ouderen voorkomen, kennen hoge stijgingspercentages, bijvoorbeeld reuma met 25-35%, dementie, ziekte van Parkinson, beroerte en heupfractuur met 35-45%. Voor een volledig overzicht van absolute aantallen en percentuele toenames van 53 ziekten en aandoeningen (zowel incidentie als prevalentie) wordt op deze plaats verwezen naar de betreffende publicatie van het RIVM (Oers 2002: p. 281-283).

### *Allochtone bevolking*

In de vorige uitgaven van V&V werd ervan uitgegaan dat allochtone mensen over het algemeen meer gezondheidsproblemen hebben en meer gebruikmaken van gezondheidszorgvoorzieningen dan autochtonen. Deze aanname is niet zonder meer juist (Oers 2002). Het beeld verschilt per groep en wordt beïnvloed door verschillende risicofactoren als sportdeelname, voeding, roken, enzovoort. Het RIVM concludeert dan ook dat het niet mogelijk is om het effect van een veranderende bevolkingssamenstelling voor wat betreft etniciteit op de gezondheidstoestand vast te stellen.

Volgens een gangbare definitie (CBS) zijn allochtone mensen alle personen die zelf in het buitenland zijn geboren ('eerste generatie') en mensen die in Nederland zijn geboren en van wie 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 (Alders 2003).

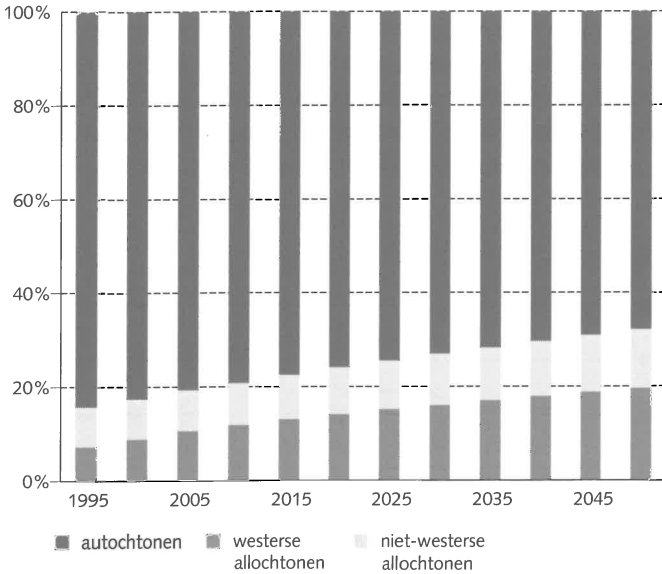
Van de Nederlandse bevolking is een steeds groter deel allochtoon (figuur 3.4).

Het aantal niet-westerse allochtonen is toegenomen van 1,1 miljoen in 1995 tot 1,6 miljoen in 2002. 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 bijna 10% in 2002. Het percentage westerse allochtonen is nauwelijks veranderd en bedraagt bijna 9%.

Van de huidige 1,6 miljoen niet-westerse allochtonen behoort ruim 40% tot de grootste twee allochtone herkomstgroeperingen: Turken (331.000 personen) en Surinamers (315.000 personen).

Het aantal niet-westerse allochtonen zal de komende jaren blijven groeien, van het huidige aantal van 1,6 miljoen tot 2 miljoen in 2010. De groep westerse allochtonen groeit minder snel: van 1,4 miljoen nu naar 1,5 miljoen in 2010. Het percentage 65-plussers onder niet-westerse allochtonen neemt de komende jaren ook toe: in 2020 is bijna 6% 65 jaar





*Figuur 3.4*  
*Samenstelling van de bevolking naar autochtone en allochtone afkomst, 1995-2050*  
 Bron: CBS (2003b)

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

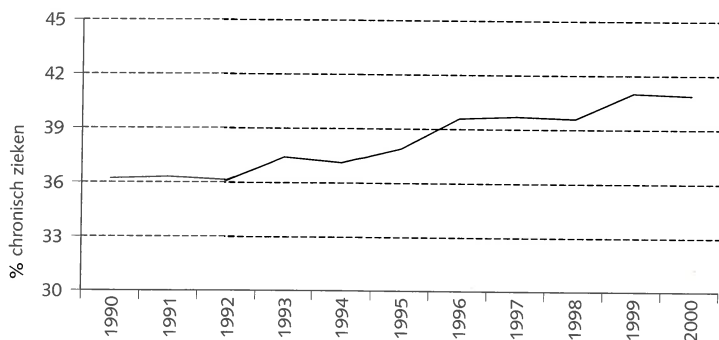
Volgens Joung e.a. (2001) zullen de verwachte veranderingen in etnische samenstelling van de Nederlandse bevolking de effecten van de vergrijzing voor zowel prevalentiecijfers (aantal bekende gevallen) als gebruikscijfers (gebruik van voorzieningen) vergroten. Zo wordt bijvoorbeeld verwacht dat de prevalentie van chronische aandoeningen onder mannen toeneemt van 45,0 per 100 personen naar 48,2 als gevolg 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.

### 3.3 Chronische aandoeningen

#### *Chronische aandoeningen sinds 1990*

Figuur 3.5 laat zien welk percentage van de bevolking een langdurige aandoening heeft (inclusief kanker), van 1990 tot en met 2000. Overi-

gens 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 2002, 2003c). Omdat de bevolking in omvang is toegenomen, betekent dat in absolute zin een toename van 1,1 miljoen chronisch zieken.



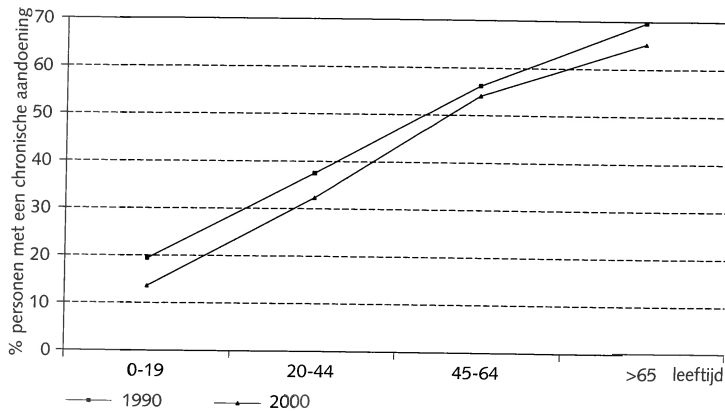
*Figuur 3.5*

*Percentage personen met een chronische aandoening 1990-2000*

Bron: CBS (2002, 2003c)

### *Chronische aandoeningen naar leeftijd*

Figuur 3.6 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). Ook laat deze figuur zien dat in vrijwel alle leeftijdsgroepen het percentage personen met een chronische aandoening stijgt. Chronische aandoeningen zijn verantwoordelijk voor een belangrijk deel van het zorggebruik (Oers 2002). Volgens het RIVM wordt de meeste zorg gebruikt door mensen met een chronische aandoening, zoals een verstandelijke handicap, dementie, beroerte en psychische aandoeningen. Alhoewel kanker een belangrijke doodsoorzaak is, is het aandeel van kanker in het zorggebruik niet zo hoog vanwege relatief korte ziekteduren (bijvoorbeeld longkanker) of door een lage incidentie (aantal nieuwe gevallen), zoals slokdarmkanker. In de periode 2000-2020 wordt maar een kleine stijging verwacht van het aantal personen met een verstandelijke handicap, namelijk minder dan 5% (Oers 2002). Voor de psychische aandoeningen schizofrenie, depressie en angststoornissen is een stijging



Figuur 3.6

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

Bron: CBS (2003c)

van 5 tot 15% voorspeld en voor dementie en beroerte een flinke stijging van 35 tot 45%. In deze cijfers is rekening gehouden met veranderingen in de bevolkingsgroei, en de bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht. Veelvoorkomende chronische aandoeningen zijn astma, reuma en diabetes mellitus.

Het RIVM verwacht in 2020 een stijging van 5 tot 15% voor het aantal mensen met astma, van 25 tot 35% voor het aantal mensen met reuma en van 35 tot 45% voor het aantal mensen met diabetes mellitus.

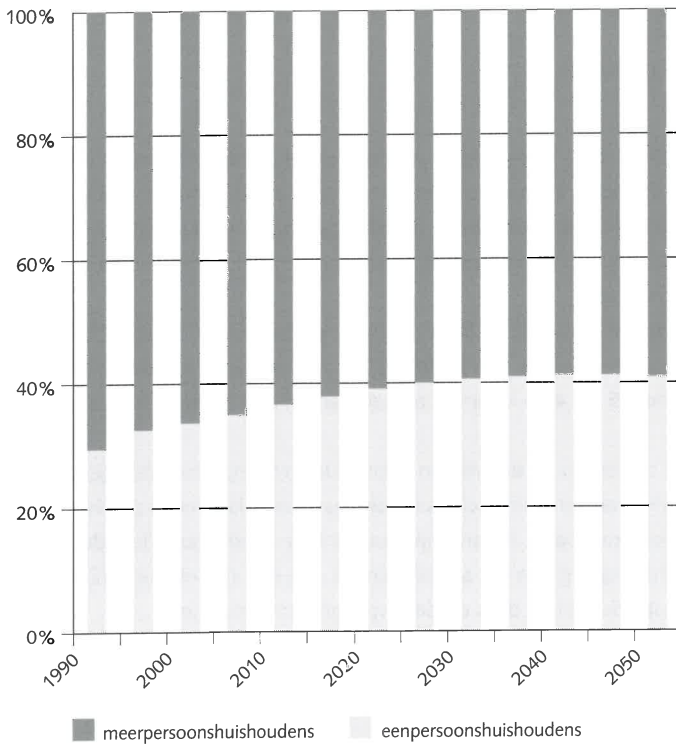
Kort samengevat kan worden geconcludeerd dat ontwikkelingen in het vóórkomen van chronische aandoeningen in belangrijke mate het zorggebruik beïnvloeden. Afhankelijk van het type aandoening, legt de verwachte stijging van het aantal mensen met een chronische aandoening een steeds grotere druk op de verpleging en verzorging.

### 3.4 Maatschappelijke ontwikkelingen

#### Huishoudenssituatie

Om inzicht te krijgen in de behoefte aan zorg, zal ook gekeken moeten worden naar ontwikkelingen in de huishoudenssituatie. Het is bekend dat

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). Dit effect is groter voor mannen dan voor vrouwen: alleenstaande vrouwen letten beter op hun gezondheid en hebben over het algemeen een groter sociaal netwerk dan mannen. Voor beide seksen geldt evenwel dat samenwonenden gelukkiger en gezonder zijn dan alleenstaanden. Volgens het CBS is in de afgelopen vijf jaar het aantal eenpersoonshuishoudens toegenomen met gemiddeld 40.000 per jaar. Op dit moment kent Nederland 2,4 miljoen alleenstaanden (34,3%); dit aantal zal stijgen naar 3,3 miljoen in 2030.



**Figuur 3.7**  
 Percentage eenpersoons- en meerpersoonshuishoudens, 1990-2050  
 Bron: CBS (2003d)

Figuur 3.7 laat zien dat het aandeel eenpersoonshuishoudens sinds 1990 aan het toenemen is. Het totaal aantal huishoudens bedroeg in 2002 (1 januari 2003) ruim 7 miljoen (CBS 2003d).

Het totale aantal huishoudens groeit sneller dan de totale bevolking. In de periode 1990-2002 bleek het aantal huishoudens met 13,6% te zijn toegenomen; ter vergelijking: de groei van de bevolking bedroeg in diezelfde periode 7,9%. Deze groei wordt verklaard doordat steeds meer mensen alleen wonen: het aantal eenpersoonshuishoudens is in deze periode met 30,3% toegenomen. In aansluiting op de hiervoor genoemde 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*

Onder 'mantelzorg' wordt over het algemeen langdurige zorg verstaan die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt geboden aan een hulpbehoevende, en door personen uit diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie (VWS 2001). 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. Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP 2003) blijkt dat 80% van de Nederlanders het geven van mantelzorg een volkomen vanzelfsprekende zaak vindt. In 2001 zorgden ongeveer 3,7 miljoen mensen voor een hulpbehoevende verwant, vriend of buur. Dit komt overeen met bijna een kwart van de bevolking. Van de mantelzorgers verleent ongeveer 20% (750.000 mensen) langdurige en intensieve hulp: gedurende een periode langer dan drie maanden en meer dan acht uren per week. De meeste zorg wordt gegeven aan chronisch zieken (9%), tijdelijk zieken (15%) en terminaal zieken (6%) (De Boer en De Klerk 2001). In de vorige uitgave van V&V (Van der Windt e.a. 2002) werd een aantal ontwikkelingen beschreven dat erop zou kunnen wijzen dat het aanbod van mantelzorg de komende jaren zal dalen. Hierbij kan gedacht worden aan een afnemend aantal kinderen per huishouden, een groeiend aantal

kinderloze gezinnen, een toenemende fysieke afstand tussen kinderen en ouders en de verwachting dat de arbeidsparticipatie zal toenemen (meer werkende mensen). Geconcludeerd werd echter dat de beschikbare mantelzorg de komende 15 tot 20 jaar ongeveer gelijk zal blijven. Gegeven de verwachte vergrijzing, een toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen, en een stijging van het aantal alleenstaanden, zal de behoefte aan zorg voorlopig blijven toenemen. Deze toename kan alleen worden opgevangen door professionele zorgverleners, vooral in de thuiszorg, en door vrijwilligers.

### 3.5 Samenvatting

De meeste ontwikkelingen in de Nederlandse samenleving die van invloed zijn op de vraag naar verpleging en verzorging, wijzen op een toenemende vraag naar zorg. In de eerste plaats blijft de bevolking groeien: in 2002 is de bevolking met 0,6% toegenomen. In de periode 1990-2002 bedraagt de bevolkingsgroei 8,8%. Pas in het jaar 2040 wordt een einde van deze stijging verwacht. Nederland telt dan naar verwachting 17,7 miljoen inwoners.

Verder is er sprake van een voortzettende vergrijzing. Een stijgend aandeel van de Nederlandse bevolking is 65 jaar of ouder: in 2000 was dat aandeel 13,7%, in 1990 was dat 12,9%. De verwachting is dat dit percentage voorlopig blijft toenemen tot 14,0% in 2005 en 14,9% in 2010. Ook neemt het percentage mensen met een langdurige aandoening toe. Dit verschijnsel hangt deels samen met de vergrijzing – in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder heeft bijna 70% een langdurige aandoening. Chronische aandoeningen zijn verantwoordelijk voor een belangrijk deel van het zorggebruik. In 1990 had ruim 36% van de totale bevolking een langdurige aandoening, in 2000 was dat bijna 41% van de bevolking. Rekening houdend met demografische kenmerken, worden in de periode 2000-2020 stijgingen verwacht tot 45%, afhankelijk van het type aandoening.

Een andere ontwikkeling die naar verwachting een grotere vraag naar zorg met zich meebrengt, is een groeiend aandeel inwoners van allochtone afkomst. Het percentage niet-westerse allochtonen bedroeg 7% in 1995 en bijna 10% in 2002. Ook in de toekomst zal dit percentage blijven stijgen.

Ten slotte is er sprake van een stijgend aandeel eenpersoonshuishoudens: in de periode 1990-2002 bedroeg deze stijging bijna 14%. Omdat de behoefte aan zorg van alleenwonende personen groter is dan die van personen die met anderen samenleven, zal dit eveneens de vraag naar verpleging en verzorging doen toenemen.

Wat het precieze effect is van de verschillende ontwikkelingen op de vraag naar verpleging en verzorging, in termen van aantal verpleegdagen of uren zorg, is niet direct 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. Hoofdstuk 12 gaat nader in op de combinatie vraag en aanbod.





## 4

# Omvang van de beroepsgroepen

In dit hoofdstuk wordt zowel het aantal werkzame personen in de beroepsgroepen van verpleegkundigen en verzorgenden als het aantal bezette fte's in kaart gebracht voor de periode 1991 tot en met 2001. Vervolgens wordt er aandacht besteed aan de groep met een kwalificatie tot verpleegkundige. Deze verpleegkundigen zijn opgenomen in het zogeheten BIG-register. Na het weergeven van de landelijke aantallen wordt de regionale spreiding gepresenteerd. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf over het aantal vacatures.

### 4.1 De ontwikkeling van het aantal werkenden

De beschikbare statistische bronnen maken veelal geen onderscheid naar opleidingsachtergrond. In deze paragraaf worden aantallen gepresenteerd van hen die werkzaam zijn in de functie verpleegkundige, opvoedkundige of verzorgende en dus tot het verplegend, verzorgend en opvoedkundig personeel gerekend worden. Velen, maar niet allen, hebben daartoe ook een opleiding gevolgd. Op de relatie functie en kwalificatie of opleiding komen we in paragraaf 4.2 terug.

Inmiddels werken in 2001 bijna 425.000 personen in een verpleegkundige, verzorgende of opvoedkundige functie in de zorgsector.\* Zij bezetten bij elkaar ongeveer 229.000 fte's. In de perioden 1991-1996 en 1996-2001 is de jaarlijkse gemiddelde groei respectievelijk 2,2 en 2,8% geweest. In dezelfde periode is het aantal werkzame personen voor heel

\* Een aantal categorieën valt buiten de gangbare statistieken. Op grond van berekeningen op basis van recent onderzoek onder zorgverleners die als freelancer of als werknemer voor mensen met een persoonsgebonden budget actief zijn (Groot e.a. 2003) komen we voor 2003 tot een schatting van rond de 6000 mensen die werkzaam zijn met een opleiding op niveau 1 tot en met 5. Hierbij is zo goed mogelijk gecorrigeerd voor dubbelstellingen, dat wil zeggen mensen die ook al een baan in een instelling hebben. Over de jaren voor 2003 zijn geen gegevens beschikbaar.

Nederland met 1,1% en 2,5% toegenomen. Alleen in de jaren 1997-1999 bleef verpleging en verzorging ruim achter bij het landelijke gemiddelde. Kijken we naar het aantal volledige arbeidsplaatsen (fte's) dan zien we een soortgelijke ontwikkeling. Ook daar groeit verpleging en verzorging sneller dan het landelijke gemiddelde.

Tabel 4.1

De jaarlijkse gemiddelde groei in personen en fte's in %

Personen	2000	2001	1991-1996	1996-2001
Verpleging en verzorging	2,9	3,1	2,2	2,8
Totaal Nederland	2,4	1,9	1,1	2,5
<b>Fte's</b>				
Verpleging en verzorging	3,1	3,2	1,4	3,0
Totaal Nederland	2,4	1,8	0,9	2,5

\* Exclusief semi-murale gehandicaptenzorg

De belangrijkste branche waar degenen met een verpleegkundige of verzorgende functie werkzaam zijn, is de thuiszorg, waar in 2001 ruim 142.000 mensen werkzaam waren (tabel 4.2). De geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg kennen een relatief klein aandeel. Tabel 4.2 geeft ook per branche een overzicht van de ontwikkeling van het aantal werkzame personen. Het aantal bezette arbeidsplaatsen is te vinden op [www.levv.nl/php/feitenencijfers2003](http://www.levv.nl/php/feitenencijfers2003). In de periode 1991-1996 is de jaarlijkse gemiddelde groei in elke branche toegenomen. Het aantal leerlingen is echter wel gedaald in deze periode. In de periode 1996-2001 is het aantal personen met een verpleegkundige of verzorgende functie met 2,8% gegroeid. Deze groei is vooral een gevolg geweest van de groei in de branches ouderenzorg en gehandicaptenzorg. In de gehandicaptenzorg vindt er een verschuiving van setting plaats; steeds meer verpleegkundigen en verzorgenden gaan vanuit de intramurale zorg transmuraal of semi-muraal werken. Sinds 2000 wordt het aantal verpleegkundigen en verzorgenden ook in de semi-murale en transmurale setting bijgehouden. In de semi-murale setting blijken zo'n 8000 verzorgenden te werken. Zonder de semi-murale setting is in deze branche in 2000 het aantal verpleegkundigen en verzorgenden met ongeveer 7000 toegenomen.

Tabel 4.2

Het aantal werkzame personen in de verpleging en verzorging 1991-2001

Verpleging en verzorging in:	1991	1996	1999	2000	2001	Gemiddelde jaarlijkse groei	
						91-96	96-01
<b>Ziekenhuis</b>	61.503	70.709	75.164	74.970	77.037	2,8	1,7
algemeen	46.924	54.602	57.799	57.222	58.684	3,1	1,5
academisch	10.965	12.219	14.000	14.108	15.089	2,2	4,3
categoraal en revalidatie	3.614	3.888	3.365	3.640	3.264	1,5	-3,4
<b>Geestelijke gezondheidszorg</b>	17.946	22.322	26.161	25.561	24.964	4,5	2,3
<b>Gehandicaptenzorg</b>	16.823	23.225	27.948	43.472	42.936	6,7	13,1
<b>Ouderenzorg</b>	85.475	99.263	107.141	109.826	118.297	3,0	3,6
verpleeghuizen	42.133	53.822	57.601	58.694	65.479	5,0	4,0
verzorgingshuizen	43.342	45.441	49.540	51.132	52.819	1,0	3,1
<b>Thuiszorg</b>	116.894	131.059	136.600	139.075	142.130	2,3	1,6
verpleegkundigen	7.923	9.557	10.080	10.565	10.875	3,8	2,6
verzorgenden/ helpenden	.	70.774	70.515	72.850	77.855	.	1,9
alfahulpen	.	50.729	56.005	55.660	53.400	.	1,0
<b>Overig extra-muraal werkende verpleegkundigen</b>	2.411	3.497	3.450	3.559	3.701	7,7	1,1
Totaal	301.052	350.074	376.464	396.463	409.065	3,1	3,2
inserviceleerlingen	26.993	17.704	14.459	14.459	14.451	-8,1	-4,0
leerlingwezen verzorgingshuizen	3.425	2.518	704	842	902	-6,0	-18,6
Totaal	331.470	370.296	391.627	411.764	424.418	2,2	2,8

Bron: bewerking gegevens van Prismant en CBS

Hoe groot de nettogroei van het arbeidsvolume, de feitelijke handen aan het bed, geweest is, kan slechts bij benadering aangegeven worden. Vorig jaar bleek na het toepassen van een aantal correctiefactoren de gemiddelde jaarlijkse groei voor de periode 1995-2000 slechts 0,9% te bedragen.

Hoe groot was de groei van het netto-arbeidsvolume in de afgelopen vijf jaar? Er deden zich veranderingen voor in de collectieve arbeidsduur, maar ook in de hoogte van het ziekteverzuim. Deze gegevens beïnvloe-

Tabel 4.3

De netto-ontwikkeling van het arbeidsvolume 1996-2001 in %

	Groei		Mutaties in:		Gemiddelde jaarlijkse groei	1996-2001
	fte's	ADV	Ziekteverzuim	Leerlingen		
Ziekenhuiszorg	8,8	-4,2	-0,8	-1,7	2,1	0,4
Geestelijke gezondheidszorg	15,2	-4,5	-1,0	.	8,9	1,7
Gehandicaptenzorg	18,4	-4,5	-0,9	-1,0	12,0	2,3
Verpleeghuizen	19,7	-4,2	-1,6	-0,8	13,1	2,5
Verzorgingshuizen	13,2	-5,5	-1,6	0,0	6,1	1,2
<b>Thuiszorg</b>	<b>15,4</b>	<b>-5,2</b>	<b>-0,9</b>	<b>0,0</b>	<b>9,3</b>	<b>1,8</b>
Totaal	15,0	-4,7	-1,1	-0,8	8,5	1,6

den uiteraard de feitelijke handen aan het bed. Tabel 4.3 laat zien wat het effect is wanneer voor deze factoren gecorrigeerd wordt. Tevens is rekening gehouden met het geringer aantal meewerkende leerlingen.

In alle branches werd in de periode 1996-2001 een collectieve arbeidsduurverkorting doorgevoerd: van 38 naar 36 uur per week, ofwel een afname van 5,2%. Per CAO vond een verschillende invulling van het aantal vakantiedagen plaats, waardoor de arbeidsduurverkorting per branche verschilt. Hoewel het ziekteverzuim sinds 2000 (zie ook hoofdstuk 10) aan het dalen is, steeg het tussen 1996 en 2001 nog wel. In alle branches steeg het ziekteverzuim; variërend van 0,8% in de ziekenhuizen tot 1,6% in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Ten slotte nam het aantal meewerkende leerlingen tussen 1996 en 2001 af. Deze afname is niet volledig meegenomen, maar er is verondersteld dat voor elke twee leerlingen één gediplomeerde nodig is. Duidelijk mag zijn dat een en ander een benadering vormt. De statistische bronnen vormen soms beperkingen of dwingen tot aannames.

Van de totale groei van 15% in de periode 1996-2001 blijft na de hiervoor beschreven correctie 8,5% over. De gemiddelde jaarlijkse nettogroei komt dan op 1,6%, zoals tabel 4.3 laat zien. Vergeleken met de periode 1995-2000, met een nettogroei van 0,9%, was de groei van het aantal arbeidsplaatsen groter, nam het ziekteverzuim minder hard toe en nam het aantal meewerkende leerlingen minder sterk af.

## 4.2 Beroepsgroepen en kwalificaties

We kunnen een beeld van het maximale aantal verpleegkundigen in ons land krijgen door na te gaan hoeveel er geregistreerd zijn. In het door de overheid ingestelde BIG-register zijn verpleegkundigen opgenomen die gerechtigd zijn de beroepstitel 'verpleegkundige' te voeren. Zij behoeven dus niet feitelijk als verpleegkundige werkzaam te zijn.

### *BIG-register*

Begin juni 2003 staan in totaal 221.783 verpleegkundigen ingeschreven in het BIG-register. Hun aantal is daarmee wederom gegroeid ten opzichte van een jaar geleden. In een jaar tijd zijn er 256 verpleegkundigen uitgeschreven uit het register; 255 als gevolg van overlijden en 1 als gevolg van een tucht- of strafrechtelijke maatregel. Van de geregistreerde verpleegkundigen blijkt 84% vrouw te zijn. De gemiddelde leeftijd van de mannen ligt hoger dan die van de vrouwen. Van de mannen is 29% jonger dan 40 jaar, bij de vrouwen is dit percentage 35.

Het jaar waarin de verpleegkundige geregistreerd wordt, wordt bijgehouden in het BIG-register. De gevolgde opleiding en het opleidingsniveau worden niet in het BIG-register vermeld. Uit de gegevens blijkt dat meer dan de helft van de verpleegkundigen zijn/haar diploma voor 1984 heeft behaald.

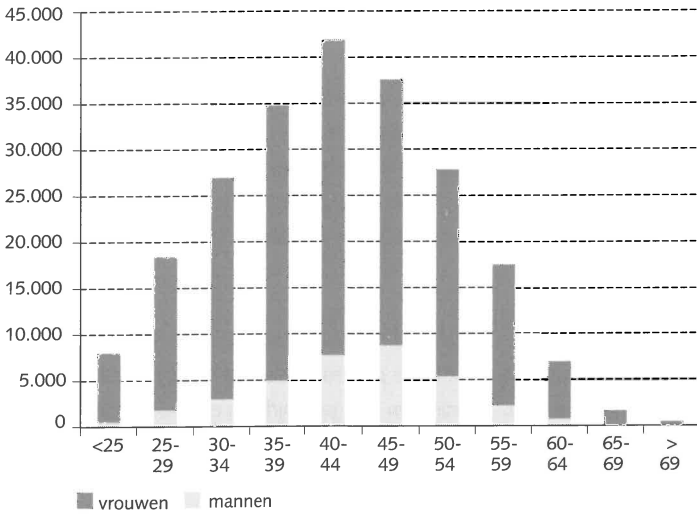
Hoeveel van de geregistreerden ook in de zorg werkzaam zijn komt in het navolgende aan de orde.

### *Initiële niveaus volgens RegioMarge*

Met behulp van RegioMarge\* is in kaart gebracht welke kwalificaties degenen die werkzaam zijn in verpleging en verzorging hebben (Van der Windt 2003). Het gaat dan om de initiële kwalificaties in de terminologie van het nieuwe onderwijsstelsel.

Op grond van landelijk beschikbare statistische bronnen zoals in de voorgaande paragraaf gehanteerd, is het totaal aantal werkzamen in functies

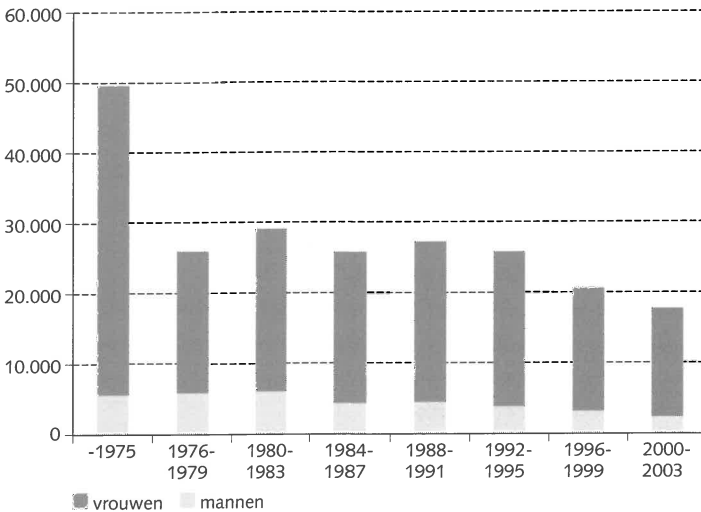
\* RegioMarge is een regionaal toegepast instrument ten behoeve van arbeidsmarktverkenning en personeelsplanning dat in vrijwel alle regio's in ons land gehanteerd wordt. Door de toepassing in de regio's levert het onder meer ook informatie op over de te onderscheiden beroepsgroepen in termen van opleidingskwalificaties. Deze informatie is nergens anders beschikbaar.



**Figuur 4.1**

*Het aantal BIG-geregistreerde verpleegkundigen naar leeftijd en geslacht*

Bron: BIG-register



**Figuur 4.2**

*Het aantal BIG-geregistreerde verpleegkundigen naar jaar van diplomering en geslacht*

Bron: BIG-register

in verpleging en verzorging geraamd. De percentuele verdeling over de beroepsgroepen is verzameld uit de regionale toepassingen van Regio-Marge, waaraan in 2001 en 2002 zo'n zeshonderd instellingen deelnamen. De gegevens wijken wat af ten opzichte van de gegevens in dezelfde tabel in de publicatie van vorig jaar. Dit wordt vooral veroorzaakt door een betere raming van werkenden in de gehandicaptenzorg en de toevoeging van het niveau 'zorghulp'. Het belang van de tabel is dat het de best denkbare raming op dit moment is. Ontwikkelingen in de tijd kunnen er dus niet altijd goed in afgelezen worden.

Het belangrijkste verschil tussen de tabellen 4.2 en 4.4 betreft de gehandicaptenzorg. In RegioMarge worden ook de sociaal-agogisch opgeleiden meegenomen. In tabel 4.2 zijn alleen de verpleegkundigen en verzorgenden meegenomen. Dit levert een verschil van 40.000 op. Tabel 4.4 laat per branche een onderverdeling naar kwalificatieniveau en opleiding zien.

In de zorgsector zijn ruim 466.000 mensen werkzaam in een functie in het verpleegkundig, verzorgend en opvoedkundig domein, van wie 329.000 personen een kwalificatie verpleging of verzorging op niveau 1 tot en met 5 bezitten. Dit zijn de zogeheten gekwalificeerden.

De anders opgeleiden werkzaam in het functiegebied verpleging, opvoedkunde en verzorging in de zorg, ruim 137.000 in getal, vormen een grote groep. Het merendeel van hen, bijna 60.000, treffen we in de thuiszorg aan. Voor het overgrote deel betreft het alfa hulpen; maar ook een omvangrijke categorie als thuishulp-A valt hier deels onder.

Geraamd wordt dat er 135.000 verpleegkundigen (niveau 4 en 5 uit tabel 4.5) werkzaam zijn. Vergelijken we dit met de bijna 222.000 geregistreerden volgens de BIG, dan is naar schatting 61% ook feitelijk werkzaam. Houden we ook rekening met degenen die niet in loondienst werkzaam zijn, uitzendkrachten enzovoort, dan denken we dat naar schatting 65% het beroep nog uitoefent.

Tabel 4.4

De genoten initiële opleiding(en) van werkenden in verpleging en verzorging naar branche in 2002 (aantallen × 1000)

	Vpl5	Vpl4	Vz3ig	Vz3	Hlp2	Zhlp1	Overig	Totaal
Ziekenhuizen	18,7	54,1	2,1	1,1	1,1	0,0	2,1	79,3
Geestelijke Gezondheidszorg	4,6	8,7	2,0	2,0	0,9	0,0	6,5	24,7
Gehandicapten- zorg	1,7	19,5	2,4	2,6	1,4	0,3	58,1	85,9
Verpleeghuizen	1,6	4,5	28,2	13,4	7,1	2,1	5,5	62,4
Verzorgings- huizen	1,5	3,7	18,5	15,3	7,2	1,9	5,5	53,7
Thuiszorg	6,8	4,6	6,4	31,3	15,2	27,7	59,6	151,7
Overig Zorgsector	3,5	1,5	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	8,7
Totaal	38,4	96,6	63,3	65,7	32,9	32,0	75,1	466,4

Bron: bewerking gegevens RegioMarge 2002 en gegevens tabel 4.2

Figuur 4.3 en figuur 4.4 maken duidelijk dat verpleegkundigen (niveau 4 en 5) vooral werk in de ziekenhuizen vinden, terwijl verzorgenden (niveau 1-3) vooral in de thuiszorg en in verpleeg- en verzorgingshuizen te vinden zijn.

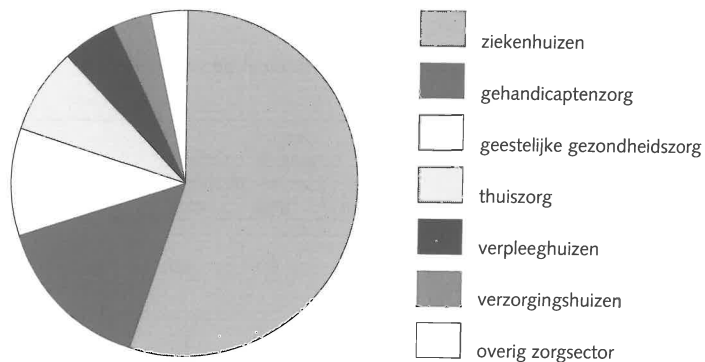
#### Initiële niveaus volgens de OSA-monitor

Deze gegevens komen redelijk overeen met gegevens uit de met een steekproef werkende OSA-aanbodmonitor (tabel 4.5). Belangrijk verschil is dat in tabel 4.5 alle relevante opleidingen genoemd worden. Het totaal komt dan ook boven de 100% uit.

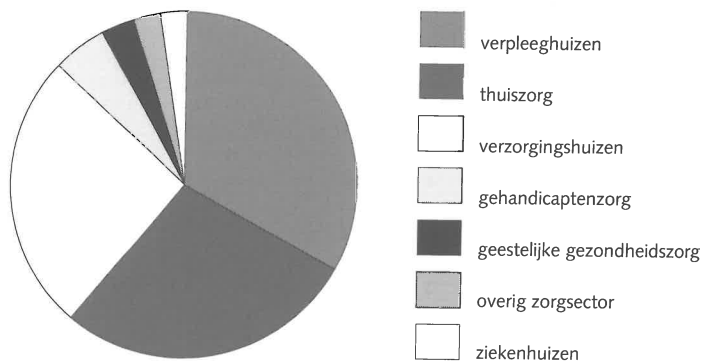
Het belang van de 'oude' inserviceopleidingen is tanende. Het aandeel werkenden dat een bbl- of bol-opleiding heeft genoten is ten opzichte van de vorige meting in 2000 aanzienlijk toegenomen.

Ook hier is duidelijk dat de gehandicaptenzorg een aparte positie inneemt waar het om verpleging en verzorging gaat: 60% heeft geen verpleegkundige of verzorgende, maar vaak wel een sociaal-agogische opleiding achter de rug.





*Figuur 4.3*  
*Het aandeel van branches waar verpleegkundigen werkzaam zijn (2002) in %*



*Figuur 4.4*  
*Het aandeel van branches waar verzorgenden (niveau 1-3) werkzaam zijn (2002) in %*

Tabel 4.5

De genoten initiële opleiding(en) van werkenden in de verpleging en verzorging naar branche in 2003 in %

	Niveau	Ziekenhuizen	Verpleging en verzorging	Gehandicaptenzorg	Thuiszorg	GGZ
<b>OVDB-opleidingen</b>						
Bejaardenhelpende Helpende gezinsverzorging / thuiszorg	2	0,4	6,1	1,0	4,3	1,1
Zorgassistent of verzorgingsassistent	2	4,0	18,5	2,5	9,5	2,8
Bejaardenverzorgende	1	0,6	2,8	1,1	0,5	0,0
Verzorgende gezinsverzorging	3	0,4	7,0	0,4	2,5	0,4
Kraamverzorgende	3	0,6	1,3	0,4	1,8	0,2
	3	0,4	1,4	0,3	4,0	0,0
<b>Inserviceopleidingen</b>						
Inservice Verpleegkundige A	4	58,3	7,5	1,9	11,2	12,8
Inservice Verpleegkundige B	4	3,4	1,8	1,1	0,8	34,4
Inservice Verpleegkundige Z	4	1,2	1,1	17,1	1,5	3,9
Inservice Ziekenverzorging	3	7,8	28,7	3,4	9,3	13,9
<b>Thuiszorgopleidingen</b>						
Thuishulp A	1	0,0	0,8	0,1	10,1	0,0
Verzorgingshulp B	2	0,0	0,5	0,3	7,6	0,0
Verzorgende C	3	0,4	0,5	0,0	4,3	0,0
Verzorgende D	3	0,0	0,6	0,1	2,0	0,2
Gespecialiseerd verzorgende E	3	0,2	0,2	0,0	3,0	0,0
<b>Mbo-opleidingen</b>						
mbo Verzorging	3	4,1	13,6	3,4	8,2	1,3
mbo Verpleging	3	4,9	2,1	4,3	2,1	3,4
bol-opleiding Zorghulp	1	0,6	0,1	0,1	0,7	0,0
bbl-opleiding Zorghulp	1	0,0	0,6	0,0	0,9	0,9
bol-opleiding Helpende	2	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0
bbl-opleiding Helpende	2	0,2	0,8	0,1	0,5	0,2

	Niveau	Zieken- huizen	Verple- ging en verzor- ging	Gehan- dicapten- zorg	Thuis- zorg	GGZ
bol-opleiding Verzorgende	3	0,2	0,3	0,0	1,0	0,0
bbl-opleiding Verzorgende	3	0,2	0,5	0,2	1,3	0,4
bol-opleiding Verzorgende IG	3	0,6	2,3	0,2	0,2	0,0
bbl-opleiding Verzorgende IG	3	1,0	4,1	1,0	0,5	0,0
bol-opleiding Verpleeg- kundige (niveau 4)	4	3,7	0,4	0,6	0,9	0,6
bbl-opleiding Verpleeg- kundige (niveau 4)	4	14,6	0,7	2,0	5,8	11,8
<b>Hbo-opleidingen</b>						
hbo Verpleegkunde	5	15,8	1,0	2,2	5,8	13,7
Maatschappelijke gezondheidszorg AGZ	1,1	0,3	0,2	3,4	3,4	1,4
Leerlingen		4,9	5,8	1,4	10,8	2,1
Geen van bovengenoemde opleidingen (exclusief leerlingen)		7,0	17,3	60,2	20,1	31,7

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2003

### 4.3 Regionale spreiding

Tabel 4.6 laat zien dat de werkgelegenheid van verpleegkundigen en verzorgenden niet volledig regelmatig verspreid is over ons land. Zo is het aandeel in de totale werkgelegenheid in de RBA-regio IJssel/Veluwe met 8,8% aanmerkelijk hoger dan in Zuidelijk Noord-Holland en Flevoland met respectievelijk 4,5 en 3,6%. In het eerste geval is 1 op de 12 werknemers actief in verpleging en verzorging, in het laatste geval 1 op de 28.

Tabel 4.6

Raming van het aantal verpleegkundigen en verzorgenden naar regio en het aandeel in de totale werkgelegenheid in 2001

	× 1000	Aandeel in totaal in %
Groningen	18,1	8,0
Friesland	19,0	8,2
Drenthe	21,4	12,3*
IJssel-Vecht/Twente	29,0	7,0
IJssel/Veluwe	30,7	8,8
Arnhem/OostGelderland/Nijmegen/ Rivierenland	34,6	7,2
Flevoland	3,8	3,6
Midden-Nederland	37,7	5,3
Noord-Holland Noord	15,9	7,5
Noord-Holland Zuid	42,7	4,5
Rijnstreek	22,8	7,8
Haaglanden	30,5	6,2
Rijnmond	47,8	6,7
Zeeland	12,0	8,0
Midden- en West-Brabant	28,7	6,5
Noordoost-Brabant	16,6	5,9
Zuidoost-Brabant	17,7	5,3
Limburg	<b>35,6</b>	<b>7,7</b>
Nederland	464,4	6,6

\* De in Drenthe gevestigde thuiszorg werkt ook in andere regio's

#### 4.4 Vacatures

In 2001 groeide het aanbod van verpleegkundigen en daalde de vraag. Zo was het aantal mensen dat een diploma behaalde groter dan in 2000 (zie hoofdstuk 9), terwijl het vertrek uit het beroep afnam (zie hoofdstuk 10). Het aantal moeilijk vervulbare vacatures nam af van 2,2% tot 1,1% (Van der Windt 2003). De moeilijk vervulbare vacatures zijn vooral in het westen en het zuiden van het land te vinden.

## 4.5 Samenvatting

De laatste twee jaar is het aantal mensen dat zich met verpleging en verzorging bezighoudt snel toegenomen. Bleef in de periode 1997-1999 de groei ruim achter bij het landelijke gemiddelde van de totale arbeidsmarkt, in de jaren 2000 en 2001 is dat ruimschoots goed gemaakt, toen de werkgelegenheidsgroei elders afbrokkelde. De groei bedroeg voor de hele periode 1996-2001 gemiddeld 2,8% tegen landelijk 2,5%. Inmiddels werken er in 2001 bijna 425.000 mensen die 229.000 volledige arbeidsplaatsen voor hun rekening nemen.

Door arbeidsduurverkorting, een gestegen ziekteverzuim en een afnemend aantal meewerkende leerlingen merkte de patiënt, in de vorm van handen aan het bed, in de periode 1996-2001 minder van de groei van gemiddeld jaarlijks 2,8%. Gecorrigeerd bedroeg de groei voor deze periode gemiddeld jaarlijks 1,6%. Dit is overigens gunstiger dan de 0,9% over de periode 1995-2000.

In 2002 was het percentage moeilijk vervulbare vacatures teruggelopen tot 1,1%. Een lager verloop en een groter aantal afstuderende leerlingen droegen hier vooral toe bij.



## 5 Samenstelling van de beroepsgroepen

In het vorige hoofdstuk is de omvang van de beroepsgroepen aan de orde geweest, in dit hoofdstuk wordt de samenstelling van de beroepsgroepen aan de hand van enkele achtergrondvariabelen behandeld. Achtereenvolgens worden het aandeel vrouwen en verschillende leeftijdsaspecten behandeld. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar branches. Veel verzorgingshuizen en verpleeghuizen zijn inmiddels gefuseerd, waardoor een splitsing zoals in voorgaande jaren tussen deze twee niet meer mogelijk is. Verschillen in samenstelling tussen regio's worden in de afsluitende paragraaf behandeld.

### 5.1 Geslacht

Vrouwen maken 88% uit van de werknemers in de verpleging en verzorging. Tabel 5.1 geeft een overzicht van de branches. Het aandeel vrouwen in de geestelijke gezondheidszorg is het laagst, met nog geen 70%. In de andere branches werken meer dan 80% tot zelfs meer dan 95% vrouwen. In verpleeg- en verzorgingshuizen is het aandeel vrouwen afgenomen, terwijl de andere branches een toename laten zien.

*Tabel 5.1  
Het percentage vrouwen per branche in de periode 1995-2002*

	1995	2000	2001	2002
Algemene en categorale ziekenhuizen	86,2	87,0	87,2	87,3
Academische ziekenhuizen	80,3	82,0	82,7	82,9
Geestelijke gezondheidszorg	64,6	69,1	69,7	69,9
Gehandicaptenzorg*	81,2	83,5	83,9	84,0
Verpleeg- en verzorgingshuizen	97,4	95,2	95,4	95,3
Thuiszorg	98,5	.	.	.
Totaal	89,6	89,5	89,8	88,3

\* Vanaf 2001 inclusief sociaal agogen

Bron: LKG

## 5.2 Leeftijd

De gemiddelde leeftijd van de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden is opnieuw toegenomen en is nu gemiddeld 37,9. Vergeleken met 1993 is de gemiddelde leeftijd in 2002 vijf jaar gestegen. In 1993 was de gemiddelde leeftijd in de thuiszorg het hoogst. Tegenwoordig zijn er geen registraties meer die leeftijd van werknemers in deze branche bijhouden. De gehandicaptenzorg blijft relatief de jongste branche.

Tabel 5.2

De gemiddelde leeftijd van verpleegkundigen en verzorgenden per branche (in jaren)

	1993	1995	2000	2001	2002
Ziekenhuizen	33,2	34,4	36,9	37,1	37,5
Academische ziekenhuizen	34,5	35,6	37,6	37,7	37,9
Geestelijke gezondheidszorg (Intramurale)	35,2	36,3	38,6	38,9	39,2
gehandicaptenzorg	31,5	32,7	34,7	35,8	36,1
Verpleeg- en verzorgingshuizen	32,6	33,8	37,4	37,8	38,4
<b>Thuiszorg</b>	<b>38,4</b>	<b>39,2</b>	.	.	.
Totaal (raming)*	32,9	34,1	37,0	37,4	37,9

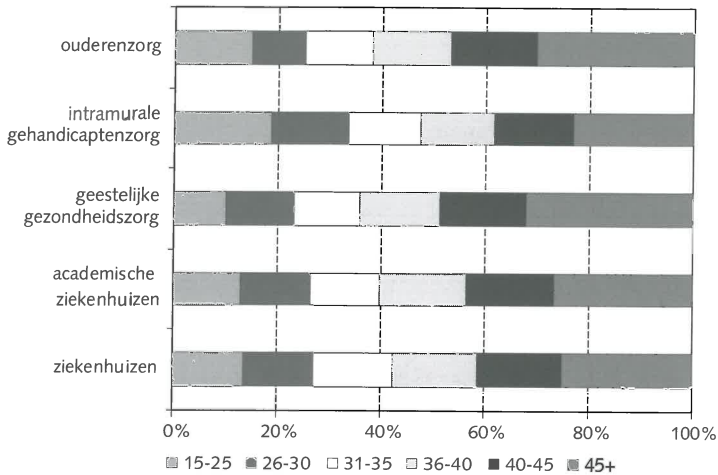
\* Totaal intramuraal geraamd exclusief thuiszorg

Bron: LKG en Cadans

In figuur 5.1 zijn de leeftijdscohorten per branche in 2002 weergegeven. In de gehandicaptenzorg is het leeftijdscohort 15-25 jaar ruim vertegenwoordigd. Bij de andere branches zitten verhoudingsgewijs veel werknemers in de leeftijdscategorie 40 tot en met 45 jaar.

In hoofdstuk 4 besteedden we aandacht aan de verschillende kwalificatieniveaus van verpleegkundigen en verzorgenden. De op werknemersniveau beschikbare bestanden geven geen inzicht in deze verschillende niveaus. Wel zijn de verschillende salarisschalen bekend waarin men ingedeeld is. Dit geeft een globale indicatie voor het kwalificatieniveau. In figuur 5.2 is de leeftijdsverdeling per FWG-groep weergegeven voor de branches algemene en categorale ziekenhuizen, geestelijke gezondheids-





*Figuur 5.1*

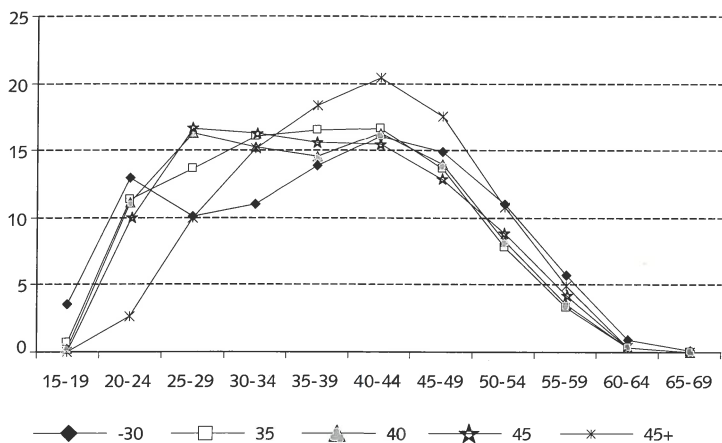
*De leeftijdsverdeling per branche in 2002*

Bron: LKG

zorg, gehandicaptenzorg en verpleeg- en verzorgingshuizen. In hoofdstuk 7 wordt aandacht besteed aan de verdeling binnen de branches.

De lagere schalen, FWG-schaal 30 en lager, kennen een groot aandeel in de leeftijdscategorie 20-24 jaar. Daarna neemt het aandeel af om vervolgens sterk toe te nemen in de leeftijdscategorie 40-44 jaar. Hoogstwaarschijnlijk zijn veel verpleegkundigen en verzorgenden tussentijds doorgestroomd naar een hogere schaal, maar deze toename kan ook duiden op herintreding. Men wordt dan na het onderbeken van de loopbaan relatief laag ingeschaald. De FWG-groepen 40 en 45 nemen in aandeel sterk toe in de leeftijdscategorie 25 tot en met 29 jaar. Voor de FWG-groep 45 en hoger is de leeftijdscategorie 40 tot en met 44 jaar het grootst. Opvallend is verder dat bij de oudste leeftijdscategorieën het aandeel in de verschillende FWG-groepen weinig verschilt.

In tabel 5.3 zijn per FWG-groep een aantal prognoses weergegeven op grond van de huidige leeftijdsopbouw en het in- en uitstroombatroom per FWG-groep in 2002. De gemiddelde leeftijd zal voor de verschillende FWG-groepen stijgen, vooral in de laagste en de hoogste FWG-schalen. Het aandeel 50-plussers neemt toe, vooral in de FWG-groep hoger dan 45. Hoe hoger de FWG-schaal hoe lager het nettoverloop. Voor de komende jaren zal het nettoverloop op hetzelfde niveau liggen of licht stijgen.



**Figuur 5.2**  
Leeftijdsopbouw per FWG-groep in 2002  
Bron: LKG

**Tabel 5.3**  
Verwachte toekomstige ontwikkelingen in leeftijdsopbouw, salarisindex en nettoverloop voor verschillende salarisgroepen

	FWG-groep	Gemiddelde leeftijd (in jaren)	Aandeel 50-plussers		Nettoverloop* (in %)
			Personen (in %)	FTE (in %)	
2002	-30	38,1	17,7	17,1	4,9
	35	37,1	11,4	11,3	4,1
	40	37,1	12,2	11,9	3,6
	45	37,4	13,4	12,9	3,0
	45+	40,3	16,1	16,2	1,9
2007	-30	39,6	23,0	22,2	4,9
	35	38,1	17,2	16,9	4,2
	40	37,9	17,9	17,1	3,7
	45	38,3	18,3	17,8	3,1
	45+	42,4	25,1	25,8	2,0
2012	-30	40	25,3	24,4	4,9
	35	38,3	19,7	19,2	4,3
	40	38	19,7	18,9	3,8
	45	38,5	20,5	19,7	3,1
	45+	43,2	30,2	30,8	2,2

\* Nettoverloop is 26% van het brutoverloop. Hierbij wordt verondersteld dat dit voor de verschillende salarisgroepen en de verschillende jaren gelijk is.

### 5.3 Duur dienstverband

De gemiddelde duur van het dienstverband bij dezelfde werkgever is jarenlang toegenomen. Sinds 2000 zien we een kentering. Het gemiddelde lag in 1994 op 6,3 jaar en is in 2002 opgelopen tot 7,9 jaar. De toename in de jaren negentig is toe te schrijven aan het toenemende verloop van personeel en de geringe groei van het personeelsbestand eind jaren negentig. In 2000 was het verloop op een hoogtepunt en ook de groei van het personeelsbestand was historisch gezien groot. Een en ander resulteert in een lichte daling van de duur van het gemiddelde dienstverband bij dezelfde werkgever. In de GGZ, die de afgelopen jaren nauwelijks gegroeid is, neemt de gemiddelde duur nog wel licht toe. De gehandicaptenzorg, die heel hard gegroeid is, laat de sterkste daling zien.

Tabel 5.4

Gemiddelde duur dienstverband (in jaren) per branche

	1994	1998	2000	2001	2002
Algemene en categorale ziekenhuizen	7,4	8,5	9,1	9,0	**
Academische ziekenhuizen	7,8	8,6	8,9	8,6	8,7
Geestelijke gezondheidszorg	6,6	7,7	7,8	7,9	7,9
(Intramurale) gehandicaptenzorg	6,2	6,8	6,8	6,4	6,2
Verpleeg- en verzorgingshuizen	.	.	6,9	6,8	6,9
Totaal (raming)*	6,3	7,4	7,8	7,7	7,9

\* Totaal raming in 1994 en 1998 exclusief verzorgingshuizen, inclusief verpleeghuizen

\*\* De MVZ stelde deze gegevens voor 2002 niet kosteloos beschikbaar

Bron: LKG

### 5.4 Samenstelling per regio

In de voorgaande paragrafen werd het landelijke beeld geschetst. De vraag doet zich voor of er regionaal grote verschillen bestaan ten opzichte van dit landelijke beeld. Tabel 5.5 laat zien dat er tussen de regio's grote verschillen bestaan in samenstelling. Het aandeel vrouwen ligt in de regio Zuid-Limburg op 82%, terwijl dit percentage in de regio's Flevoland en Gooi en Vechtstreek op 93% ligt. De gemiddelde leeftijd is in de regio Gooi en Vechtstreek het hoogst met 40 jaar. Daar is 21% van de

werknemers ouder dan 50 jaar. IJssel-Vecht is de jongste regio, met een gemiddelde leeftijd van 35,7 jaar en een aandeel van slechts 9% 50-plussers. Dit aandeel varieert tussen de 9 en de 21% tussen de regio's. Dit betekent dat er tussen de regio's aanzienlijke verschillen bestaan in het moment waarop zich een verhoogde vervangingsvraag aandient vanwege uitreding uit het beroep door (pre)pensionering.

Tabel 5.5

*Het aandeel vrouwen en de gemiddelde leeftijd voor verschillende regio's in 2001*

	Vrouwen	Leeftijd in jaren	Aanbod 50-plussers (in %)
Groningen	87%	37,2	12%
Friesland	91%	37,1	12%
Drenthe	85%	38,2	13%
IJssel-Vecht	90%	35,7	9%
Twente	91%	37,1	9%
Midden-IJssel	84%	38,9	14%
Veluwe	88%	37,0	12%
Arnhem/Oost-Gelderland	87%	37,9	11%
Nijmegen/Rivierenland	87%	37,9	12%
Flevoland	93%	37,9	13%
Utrecht	86%	37,4	13%
Gooi en Vechtstreek	93%	40,0	21%
Noord-Holland Noord	88%	38,8	14%
Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	84%	39,4	16%
Kennemer-/Amstel- en Meerlanden	88%	38,6	15%
Rijnstreek	89%	37,5	12%
Haaglanden	86%	38,6	15%
Drechtsteden	90%	35,9	11%
Rijnmond	89%	37,5	13%
Zeeland	89%	37,3	12%
West-Brabant	89%	37,3	12%
Midden-Brabant	87%	37,7	13%
Noordoost-Brabant	86%	38,0	13%
Zuidoost-Brabant	88%	37,2	11%
Noord- en Midden-Limburg	87%	37,7	11%
Zuid-Limburg	82%	37,8	11%
Totaal	87%	37,7	13%

## 5.5 Samenvatting

Van de verpleegkundigen en verzorgenden is 88% vrouw. In verpleeg- en verzorgingshuizen is dit aandeel in de loop der jaren iets afgenomen, terwijl de andere branches een toename kennen. Op de totale arbeidsmarkt ligt het percentage vrouwen met 47% veel lager. Voor de hele sector zorg en welzijn bedraagt dit percentage 78.

De gemiddelde leeftijd is per branche in acht jaar tijd met gemiddeld vijf jaar toegenomen. In 2002 bedraagt de gemiddelde leeftijd 37,9. De gehandicaptenzorg is relatief de jongste branche.

Sinds 2000 neemt de gemiddelde duur dat men bij dezelfde werkgever in dienst is vrijwel niet meer af. In 2002 bedraagt deze 7,9 jaar. Tot 2000 was er sprake van een constante toename. Het grote verloop in 2000, alsmede de groei van het personeelsbestand, zijn als oorzaak van de daling aan te merken.

Wanneer het in- en uitstroompatroon naar leeftijd de komende jaren gelijk blijft, is de verwachting dat de gemiddelde leeftijd en het aandeel 50-plussers de komende jaren zullen toenemen. Het aandeel 50-plussers zal vooral in de hogere FWG-groepen sterk toenemen. Verder geldt dat hoe hoger de FWG-schaal, hoe lager het nettoverloop. De verwachting is dat het nettoverloop per FWG-groep nauwelijks zal veranderen, wanneer alleen de leeftijdsopbouw een rol speelt.

Regionaal loopt het aandeel vrouwen in de verpleging en verzorging uiteen tussen 82 en 93%. In de regio Zuid-Limburg werken verhoudingsgewijs de minste vrouwen, terwijl het aandeel vrouwen in de regio's Flevoland en Gooi en Vechtstreek juist veel hoger ligt. Ook de gemiddelde leeftijd varieert, evenals het aandeel 50-plussers onder verpleegkundigen en verzorgenden. In het westen van het land is men doorgaans gemiddeld wat ouder.



## 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 de verpleging en verzorging is onregelmatig werk en het draaien van bereikbaarheidsdiensten. In welke mate dit voorkomt, komt daarna aan de orde.

### 6.1 De P/A-ratio

In de loop der tijd is men in de beroepsgroepen verpleging en verzorging meer in deeltijd gaan werken. Een en ander komt tot uitdrukking in de P/A-ratio: het aantal mensen dat nodig is om 100 volledige arbeidsplaatsen te bezetten. In 1991 was de P/A-ratio 167, in 2001 is dit getal toegenomen tot 179. Op de landelijke arbeidsmarkt is deze stijging niet zo sterk en ligt de verhouding tussen aantal werknemers en aantal bezette arbeidsplaatsen met 126 een stuk lager. In de thuiszorg is de P/A-ratio het hoogst. Deze loopt overigens binnen de thuiszorg sterk uiteen: van 172 voor verpleegkundigen op niveau 5 tot meer dan 600 voor alfhulpen.

Tabel 6.1 laat voor verpleging en verzorging tussen 1996 en 2001 een afname van de P/A-ratio zien. Dat wordt veroorzaakt door de invoering van collectieve arbeidsduurverkorting: het aantal uren dat een volledige arbeidsplaats telde, nam met 5,2% af. Blijft men hetzelfde aantal uren per week werken, wat veel parttimers deden (het zogenoemde opplusen), dan neemt de P/A-ratio toe.

Tabel 6.1

De P/A-ratio voor verpleging en verzorging in verschillende branches

	1991	1996	2001
Ziekenhuis	135	141	141
Geestelijke gezondheidszorg	129	135	131
Gehandicaptenzorg	135	146	160
Ouderenzorg	149	157	161
Thuiszorg	237	292	274
Overig extramuraal werkende verpleegkundigen	119	126	124
Totaal (intramuraal)	167	181	179
Totaal landelijk	124	126	126

Bron: LKG en CBS

## 6.2 Gemiddelde werkweek

In tabel 6.2 is het omgekeerde van de P/A-ratio weergegeven, namelijk de gemiddelde werkweek. Deze bedraagt in de intramurale gezondheidszorg in 1991 60% van een voltijdswerkweek en loopt terug tot 56% in 2001. Landelijk zien we dat de gemiddelde werkweek minder sterk afneemt: van 81 in 1991 naar 79% in 2001.

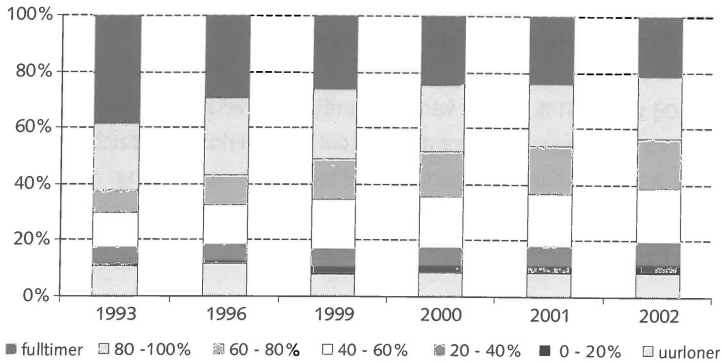
Tabel 6.2

De gemiddelde werkweek per branche en landelijk in 1991, 1996 en 2001 (voltijd = 1)

	1991	1996	2001
Ziekenhuis	0,74	0,71	0,71
Geestelijke gezondheidszorg	0,78	0,74	0,76
Gehandicaptenzorg	0,74	0,68	0,63
Ouderenzorg	0,67	0,64	0,62
Thuiszorg	0,42	0,34	0,36
Overig extramuraal werkende verpleegkundigen	0,84	0,79	0,81
Totaal (intramuraal)	0,60	0,55	0,56
Totaal landelijk	0,81	0,79	0,79

Bron: LKG





Figuur 6.1

De werkweek van verplegend en verzorgend personeel in de periode 1993-2002 (in % van volledige werkweek)

In figuur 6.1 is voor de branches (academische) ziekenhuizen, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg de ontwikkeling van verschillende werkweeklengten in de tijd opgenomen. Uit deze figuur blijkt dat het aandeel uurloners, veelal oproepkrachten, in de loop der tijd is afgenomen. Het zijn vooral de kleinere dienstverbanden (20 tot 60%) die in omvang zijn toegenomen.

Tabel 6.3 laat zien dat in 2002 in de academische ziekenhuizen 31% als voltijder werkzaam is. In de gehandicaptenzorg bedraagt dit aandeel slechts 15%.

Tabel 6.3

De werkweek van verplegend en verzorgend personeel als percentage van de volledige werkweek per branche (eind 2002) in %

	Uurloner	0 - 20%	20 - 40%	40 - 60%	60 - 80%	80 - 100%	Full-timer	Totaal
Ziekenhuizen*	7	2	5	20	17	20	30	100
Academische ziekenhuizen	10	1	2	10	19	27	31	100
Geestelijke gezondheidszorg	5	3	4	12	19	32	25	100
Gehandicaptenzorg	10	5	9	19	18	24	15	100
Ouderenzorg	9	4	11	21	15	19	20	100

\* 2001; de MVZ stelde de gegevens over 2002 niet kosteloos beschikbaar

Bron: LKG

### 6.3 Gewenste verandering in werkomvang

In 2003 wenst 61% van de verpleegkundigen en verzorgenden geen verandering in het gemiddeld aantal uren dat men werkt. Ten opzichte van de peiling van 2000 is dat geen noemenswaardige verandering. Nog steeds wil 22% meer werken dan de overeengekomen uren uit het contract, en 4% van hen zelfs meer dan 10 uur.

Tabel 6.4

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

	1998	2000	2003
Meer dan 10 uur minder willen werken	2	2	2
0 tot 10 uur minder willen werken	19	15	15
Geen verandering	54	62	61
0 tot 10 uur meer willen werken	16	18	18
10 uur of meer willen werken	9	4	4

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor 2003

Tabel 6.5

Gewenste verandering in aantal uren werk ten opzichte van uren volgens contract voor branches en beroepsgroepen in 2003 in %

	Minder uren			Meer uren		
	uren <-10	-10 <uren<0	Geen verandering	0<uren <10	uren >10	
Zorgsector	2	15	61	18	4	
<b>Branches</b>						
Ziekenhuizen	2	18	66	12	2	100
Ouderenzorg	3	16	63	16	2	100
Gehandicaptenzorg	2	15	55	23	5	100
Thuiszorg	1	11	60	22	6	100
Geestelijke gezondheidszorg	3	18	66	12	2	100
<b>Beroepsgroepen</b>						
Verpleegkundige	2	19	64	13	3	100
Ziekenverzorgende	3	15	64	15	2	100
Gezinsverzorgende	1	9	63	22	5	100
Groepsbegeleider	2	15	54	24	5	100
Instellingsverzorgende	2	12	62	19	4	100

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor 2003

In de gehandicaptenzorg en in de thuiszorg zijn relatief veel verpleegkundigen en verzorgenden die meer uren zouden willen werken dan hun huidige contract nu biedt (tabel 6.5). In deze twee branches werken relatief veel gezinsverzorgenden en groepsbegeleiders die elk aangeven meer te willen werken.

## 6.4 Werktijden

Zorgsectorbreed gezien werkt de grootste groep verpleegkundigen en verzorgenden overdag en doordeweeks. De percentages zijn respectievelijk 92 en 97%. Een klein aandeel werkt dus uitsluitend 's avonds en 's nachts of uitsluitend in het weekend. Slechts 10% geeft aan slaapdiensten te hebben en 13% geeft aan gebroken diensten te hebben. Uiteraard verschillen deze percentages per branche (tabel 6.7). In de gehandicaptenzorg heeft een derde van de verpleegkundigen en verzorgenden slaapdiensten. In de andere branches komt dit nauwelijks voor. De nachtdiensten komen weer meer voor in ziekenhuizen.

Als aan verpleegkundigen en verzorgenden gevraagd wordt of ze tevreden zijn met de tijdstippen waarop gewerkt wordt valt op dat slechts 1,5% ontevreden tot zeer ontevreden is. Driekwart van de mensen is tevreden tot zeer tevreden en 22% is deels tevreden en deels ontevreden.

Tabel 6.6

*Het vóórkomen van onregelmatig werk en ontevredenheid met werktijden (2003)*

Werktijden	Vóórkomen (%)	Ontevreden met werktijden
Ik werk overdag	92	25%
Ik heb avonddiensten	68	32%
Ik heb nachtdiensten	36	35%
Ik werk doordeweeks	97	25%
Ik heb zaterdagdiensten	77	30%
Ik heb zondagsdiensten	75	30%
Ik heb gebroken diensten	13	39%
Ik heb slaapdiensten	10	39%
Ik heb pieperdiensten/ bereikbaarheidsdiensten	18	30%

In tabel 6.6 is naast het vóórkomen van bepaalde werktijden het percentage ontevredenheid met de werktijden weergegeven. Dit percentage geeft de groep mensen weer die deels tevreden/ontevreden tot zeer ontevreden zijn. Een kwart van de verpleegkundigen en verzorgenden die overdag en of doordeweeks werken, is ontevreden met de werktijden. Deze ontevredenheid kan deels veroorzaakt worden door een combinatie met andere werktijden. De groep die aangeeft gebroken diensten te hebben en of slaapdiensten heeft, is het meest ontevreden. Vergelijking met eerdere OSA-monitoren is niet mogelijk omdat de vraag omtrent het vóórkomen van onregelmatig werk niet meer op een vergelijkbare manier wordt gesteld.

Tabel 6.7

Het vóórkomen van werktijden naar branche in % (2003)

	Zieken- huizen	Verpleeg- en verzor- gingshuizen	Gehand- captenzorg	Thuiszorg	GGZ
Ik werk overdag	97	87	93	95	95
Ik heb avonddiensten	81	76	76	36	66
Ik heb nachtdiensten	66	45	18	15	39
Ik werk doordeweeks	98	97	96	95	97
Ik heb zaterdagdiensten	82	90	76	55	68
Ik heb zondagsdiensten	79	90	73	55	68
Ik heb gebroken diensten	4	10	20	22	6
Ik heb slaapdiensten	3	4	32	4	8
Ik heb pieperdiensten/ bereikbaarheidsdiensten	15	9	15	32	22

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor 2003

## 6.5 Samenvatting

Het aandeel parttimers is in de gezondheidszorg erg hoog vergeleken met de rest van Nederland. De afgelopen tien jaar is de gemiddelde werkweek onder verpleegkundigen en verzorgenden sneller afgenomen (van 60% van een voltijdswerkweek in 1991 naar 56% in 2001) dan bij de totale beroepsbevolking (waar de gemiddelde werkweek afnam van 81% naar 79%). De thuiszorg spant in 2001 de kroon met een gemiddelde werkweek van 36%. Gemiddeld zijn er daar 2,7 personen nodig om een volledige arbeidsplaats te bezetten. Bij de branches (academische) ziekenhui-

zen, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en ouderenzorg zijn met name de kleinere dienstverbanden (20-60%) in omvang toegenomen.

Nog steeds zijn er verpleegkundigen en verzorgenden te vinden die meer willen werken dan hun overeengekomen aantal arbeidsuren in het contract. Deze verpleegkundigen en verzorgenden zijn vooral te vinden in de branches gehandicaptenzorg en thuiszorg.

Velen worden met onregelmatig werk of met werk buiten kantooruren geconfronteerd. Doorgaans is men niet ontevreden met de werktijden.

Wel geldt dat degenen met slaapdiensten en gebroken diensten minder tevreden zijn met die werktijden.



## 7 Functies en functiedifferentiatie

Dit hoofdstuk start met een overzicht van functies binnen de verpleging en verzorging vanuit het kader van inschaling (FWG) (paragraaf 7.1). De verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen lijken meer en meer te worden opgesplitst in functies. Aan de ene kant is er het proces van functiedifferentiatie, horizontaal of verticaal, waarmee nieuwe functies in het leven worden geroepen binnen de beroepsgroepen. Meer of minder specifieke zorgsituaties en meer of minder complexe zorgsituaties vragen om zorg op maat. Maar ook het bieden van ontplooiingsmogelijkheden en carrièreperspectieven zijn op dit moment belangrijke motieven om over te gaan tot het specialiseren in deelgebieden of het 'verticaal' opdelen van het werk. Op basis van gegevens uit het Panel verpleegkundigen en verzorgenden, wordt in paragraaf 7.2 ingegaan op het vóórkomen van functiedifferentiatie in de verschillende zorgsectoren. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de vraag welke voor- en nadelen verpleegkundigen en verzorgenden zien aan functiedifferentiatie, in hoeverre het werk er aantrekkelijker door wordt en of men vindt dat de kwaliteit van zorg erdoor verbetert.

Behalve functiedifferentiatie binnen de beroepsgroepen is er sinds enkele jaren sprake van een verschuiving van taken van huisartsen en medisch specialisten naar (onder anderen) verpleegkundigen. Aan deze ontwikkeling liggen verschillende redenen ten grondslag, waarvan de belangrijkste zijn een tekort aan medisch personeel en toenemende wachtlijsten. Ook het creëren van betere carrièreperspectieven voor verpleegkundigen en daarmee een impuls om het werk aantrekkelijker te maken en het vertrek van verpleegkundig personeel te voorkomen, dragen bij aan deze taakherschikking. In paragraaf 7.3 worden belangrijke nieuwe functies belicht, zoals de praktijkondersteuner huisartsenzorg, nurse practitioner en physican assistant.

### 7.1 Gegevens over het vóórkomen van functies

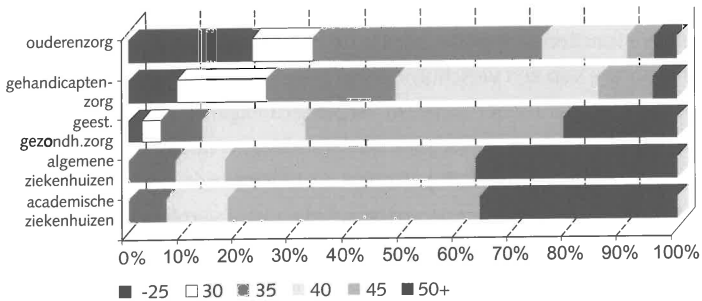
Statistische informatie over het vóórkomen van functies is maar beperkt voorhanden. Zo is wel bekend hoeveel mensen een vervolgopleiding gedaan hebben (zie hoofdstuk 4), maar of men ook een functie met die vervolgopleiding uitoefent, is niet bekend. Bovendien zijn niet van alle specialisaties statistische gegevens voorhanden.

Een andere invalshoek om naar het vóórkomen van functies te kijken is die van het functiegebouw. Per branche wordt dan nagegaan hoe het personeel ingeschaald is. Voor branches die oorspronkelijk onder de CAO Ziekenhuiswezen vielen, is er een uniform functiewaarderingssysteem (FWG) van toepassing. De functiewaardering vormt een indicatie voor het niveau van de functie die men uitoefent. Een laag schaalnummer impliceert een lage functie en een lager salaris. Branches zijn zo onderling vergelijkbaar, maar ook in de tijd kan men vergelijkingen maken.

Tussen de branches doen zich aanmerkelijke verschillen voor in de verdeling over de verschillende schalen.\* De ouderenzorg en de gehandicaptenzorg kennen een veel gevarieerdere opbouw dan de ziekenhuizen.

Voorbeelden van schalen en functies:

FWG 35	Ziekenverzorgende
FWG 40-45	Verpleegkundige
FWG 50	Gespecialiseerde verpleegkundige



*Figuur 7.1*  
De verdeling naar schaalniveau (FWG) per branche in 2002 in %

\* Bij de academische ziekenhuizen zijn de schalen genomen die het beste vergelijkbaar zijn. De verdeling is op basis van personen, niet fte's.



Tabel 7.1

De procentuele verdeling naar schaalniveau FWG per branche in 1993, 2000 en 2002

FWG-schaal	Algemene ziekenhuizen		Academische ziekenhuizen		Psychiatrische ziekenhuizen		Gehandicaptenzorg		Verpleeghuizen*		
	1993	2000	2001	1993	2002	1993	2000	2002	1993	2000	2002
-25	1	2	2	1	0	3	2	2	4	10	9
30	1	1	1	0	0	3	3	3	12	18	17
35	5	5	4	5	8	10	9	8	27	31	23
40	46	41	25	21	9	32	29	19	42	32	37
45	29	25	35	46	46	39	43	47	11	6	10
50+	18	25	32	27	37	13	14	21	5	3	5
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

\* In 2002 inclusief verzorgingshuizen.

In de gehandicaptenzorg neemt het aandeel van functies aan de onderkant tussen 1993 en 2000 toe. Hetzelfde geldt voor de verpleeghuizen. De verdere toename in 2002 is vooral toe te schrijven aan de samenvoeging van verpleeghuizen met verzorgingshuizen. Helaas kunnen we hier niet voor corrigeren. Definieert men (verticale) functiedifferentiatie als een toename van lagere én tege-lijktijd hogere functies, dan moeten we aan de hand van deze gegevens vaststellen dat deze vorm van functiedifferentiatie in geen van de branches op grote schaal in de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden.

In de loop der jaren hebben zich binnen de branches aanmerkelijke veranderingen voorgedaan in de opbouw. In tabel 7.1 worden gegevens voor de jaren 1993, 2000 en 2002 naast elkaar gezet. Voor alle branches geldt dat er tussen 2000 en 2002 door de invoering van FWG3.0 een omvangrijke opschaling heeft plaatsgevonden. Zo nam in de algemene ziekenhuizen het aandeel van schaal 45 toe van 25 naar 35%. Het aandeel van schaal 50 en hoger nam toe van 25 naar 32%.

## 7.2 Verpleegkundigen en verzorgenden over functiedifferentiatie

*Anke J.E. de Veer, Anneke L. Francke en Ernst-Paul Poortvliet*

Functiedifferentiatie binnen de verpleging en verzorging kan worden gezien als een mogelijke oplossing voor personeelsproblemen en kan bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van de zorg (LCVV 2001). Daarnaast sluit functiedifferentiatie aan bij het in 1997 vernieuwde opleidingsstelsel. Daarin worden verpleegkundige en verzorgende beroepen verdeeld in vijf kwalificatieniveaus (Commissie Kwalificatiestructuur, 1996). Deze paragraaf gaat in op de meningen en ervaringen van verpleegkundigen en verzorgenden over de introductie van nieuwe of vernieuwde functies. Het is gebaseerd op een schriftelijke vragenlijst die medio 2002 verspreid is onder de leden van het LEVV/NIVEL Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. De panelleden vormen een landelijk representatieve groep wat betreft geslacht, leeftijd en spreiding over het land. De vragenlijst is ingevuld door 680 verpleegkundigen en verzorgenden. De respons was 78%.

In de vragenlijst worden vier vormen van functiedifferentiatie onderscheiden: twee typen horizontale en twee typen verticale functiedifferentiatie. In het geval van horizontale functiedifferentiatie worden zorgverleners met een specialisatie of met een aandachtsgebied (ook wel differentiatie genoemd) ingezet in de zorg voor een bepaalde groep patiënten, zoals patiënten met verslavingsproblematiek of patiënten met een bepaalde chronische ziekte. De zorgverleners met een specialisatie richten zich meestal uitsluitend op de zorg voor een specifieke groep patiënten, terwijl de zorgverleners met een aandachtsgebied veelal ook nog zorg verlenen aan patiënten buiten het aandachtsgebied.

Verticale functiedifferentiatie aan de onderkant van het beroep komt neer op het afstoten van taken naar lager opgeleid personeel. Het gaat daarbij om een verschuiving binnen de beroepsgroep en niet richting andere beroepen. Bij verticale functiedifferentiatie aan de bovenkant van het beroep worden nieuwe hooggekwalificeerde functies gecreëerd met kerntaken in de planning en coördinatie van zorg, zoals de functies van teamleider of zorgcoördinator. Het nieuwe opleidingsstelsel, waarin verschillende kwalificaties worden onderscheiden, biedt mogelijkheden tot verticale functiedifferentiatie.

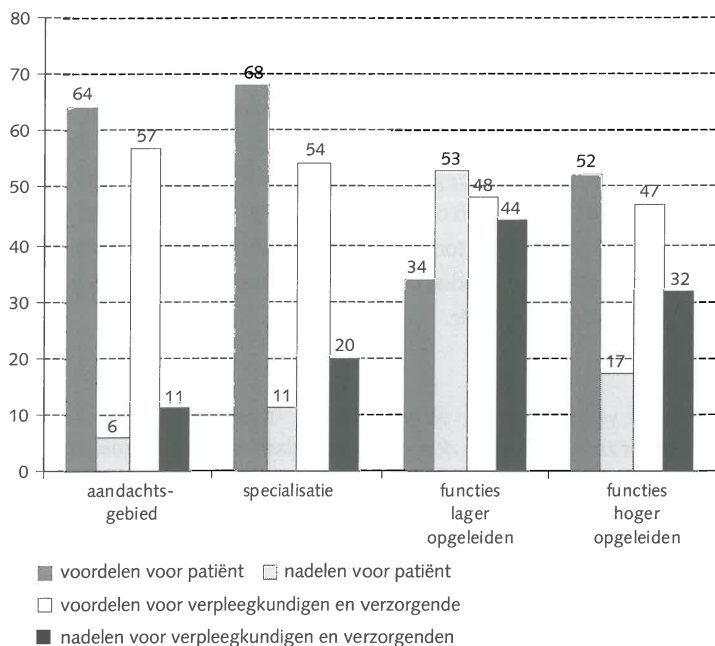
Tabel 7.2

Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat het (on)eens is met de stelling dat zij/hij vaak werk doet dat beter gedaan kan worden door anderen

Ik word vaak ingezet in situaties waar beter:	Eens	Noch eens noch oneens	Oneens
een lager opgeleide zorgverlener zou kunnen worden ingezet	39%	21%	40%
een hoger opgeleide zorgverlener zou kunnen worden ingezet*	6%	10%	84%
een zorgverlener met minder ervaring zou kunnen worden ingezet	22%	22%	56%
een zorgverlener met meer ervaring zou kunnen worden ingezet	8%	79%	13%

\* Statistisch significant verschil tussen de deelpanels (chi-kwadraat=24,06,  $p < 0,05$ ): verpleegkundigen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, verzorgenden in de thuiszorg en verzorgenden in verzorgingshuizen zijn het wat vaker eens met de stelling (respectievelijk 11%, 10%, 10%).

Functiedifferentiatie kan ervoor zorgen dat het werk van verpleegkundigen en verzorgenden beter past bij datgene waar ze voor opgeleid zijn. De panelleden werd gevraagd of men het al dan niet eens is met de stelling: 'De werkzaamheden die ik verricht zijn overeenkomstig mijn kennis en vaardigheden'. Hun mening werd ook gevraagd over: 'Ik word vaak ingezet waar men beter een (a) hoger opgeleide zorgverlener, (b) lager opgeleide zorgverlener, (c) zorgverlener met meer ervaring, (d) zorgverlener met minder ervaring zou kunnen inzetten' (vijfpuntsschalen). Een ruime meerderheid (79%) is het eens met de stelling dat de werkzaamheden overeenkomen met de eigen kennis en vaardigheden. Een groep van 12% is het oneens met deze stelling. De overige panelleden



**Figuur 7.2**

*Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat vindt dat de patiënten en de beroepsbeoefenaren zelf voor- of nadelen zullen ondervinden van functiedifferentiatie, uitgesplitst naar de vormen van functiedifferentiatie*

(9%) zijn het er noch mee eens, noch mee oneens. De verschillen tussen de deelpanels zijn statistisch significant. Verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen vinden het vaakst dat hun werkzaamheden overeenkomen met hun kennis en vaardigheden (89% mee eens) en verpleegkundigen in de psychiatrie vinden dat het minst vaak (69% mee eens).

Er zijn nauwelijks verpleegkundigen en verzorgenden die het eens zijn met de stelling dat zij vaak werk doen dat beter gedaan kan worden door een hoger opgeleid iemand of iemand met meer ervaring (tabel 7.2). Veel meer verpleegkundigen en verzorgenden zijn van mening dat ze vaak werk doen dat beter gedaan kan worden door een lager opgeleid iemand (39%) of iemand met minder ervaring (22%).

### *Verwachtingen van functiedifferentiatie*

De manier waarop de panelleden aankijken tegen de introductie van nieuwe of vernieuwde functies is gemeten door voor elke vorm van functiedifferentiatie te vragen of er voor- en/of nadelen aan verbonden waren, zowel vanuit het perspectief van de patiënt als vanuit dat van de verpleegkundigen en verzorgenden (antwoordmogelijkheden 'ja' of 'nee'). Daarnaast is voor elke vorm van functiedifferentiatie gevraagd in hoeverre men het (on)eens is met de stelling dat deze leidt tot een verbetering van de kwaliteit van zorg binnen het eigen team (vijfpuntsschaal). In de vragenlijst stond een korte beschrijving van het begrip 'zorg van goede kwaliteit': 'zorg die aansluit bij (a) de zorgbehoefte van patiënten en (b) de visie van verpleegkundigen en verzorgenden op wat 'goede' zorg is'.

Vooraf het werken met aandachtsgebieden of specialisaties biedt volgens de panelleden voordelen voor patiënten, terwijl de patiënten er relatief weinig nadelen van ondervinden (zie figuur 7.2). De panelleden verwachten dat de kwaliteit van de zorg verbetert. De meerderheid van de panelleden verwacht ook dat verpleegkundigen en verzorgenden zelf gebaat zijn bij horizontale functiedifferentiatie. Iemand kan zelf een aandachtsgebied ontwikkelen waardoor het werk uitdagender wordt en meer voldoening geeft. Het lijkt erop dat de verpleegkundige deelpanels wat meer voordelen zien van horizontale functiedifferentiatie dan de verzorgende deelpanels. Het gemiddelde verschil in percentage panelleden dat voordelen ziet voor de patiënt of voor de beroepsgroep is 21 %, terwijl het verschil in percentage dat nadelen ziet minder groot is (bijna 10%).

Van nieuwe functies voor lager opgeleid personeel verwacht ruim de helft van de panelleden nadelige gevolgen voor de patiënt. Het zou kunnen leiden tot slechtere kwaliteit of versnippering van de zorg. Slechts een derde denkt dat de patiënt er (ook) voordeel van heeft. Voor de verpleegkundigen en verzorgenden zelf verwachten de panelleden even vaak voor- als nadelen. Zo wordt enerzijds een werkdrukverlaging verwacht (doordat eenvoudige taken worden overgenomen) en anderzijds juist een werkdrukverhoging (doordat er meer moet worden afgestemd en begeleid).

Functies creëren voor hoger opgeleid personeel kan volgens de helft voordelen opleveren voor de patiënt. De panelleden zien ook voordelen voor zichzelf, zoals scholingsmogelijkheden, maar bijna een derde ziet ook nadelen voor zichzelf, zoals uitholling van het takenpakket.

Tabel 7.3

*Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat verwacht dat de kwaliteit van zorg zal verbeteren door functiedifferentiatie*

Type functiedifferentiatie	Totaal
zorgverleners met een aandachtsgebied	60%
zorgverleners met een specialisatie*	52%
lager opgeleide zorgverleners**	45%
hoger opgeleide zorgverleners	40%

\* Statistisch significant verschil tussen de deelpanels (chi-kwadraat=27,51;  $p < 0,05$ ): verzorgenden in de thuiszorg en verpleegkundigen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten verwachten vaker een kwaliteitsverbetering door te specialiseren (respectievelijk 62% en 63%).

\*\* Statistisch significant verschil tussen de deelpanels (chi-kwadraat=37,11;  $p < 0,05$ ): verpleegkundigen in ziekenhuizen verwachten vaker (57%) dat de inzet van lager opgeleide zorgverleners leidt tot betere zorg. In de psychiatrie verwacht men dit juist minder vaak (32%).

Bij de vraag of de kwaliteit van zorg zal verbeteren als gevolg van functiedifferentiatie verwachten veel panelleden een effect. Een meerderheid verwacht dat door het inzetten van zorgverleners met een aandachtsgebied of specialisatie (horizontale functiedifferentiatie) de kwaliteit van zorg zal verbeteren (zie tabel 7.3). Het minst verwacht men van nieuwe functies voor hoogopgeleide zorgverleners, zoals zorgcoördinatoren. Dit is het algemene beeld in alle deelpanels, met uitzondering van het panel verpleegkundigen in de algemene ziekenhuizen. De meerderheid van de verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen (57%) verwacht dat de kwaliteit van zorg verbetert als er meer functies voor lager opgeleide zorgverleners komen.

#### *Ervaringen met functiedifferentiatie*

Bijna tweederde van de panelleden (64%) heeft in de afgelopen vijf jaren gewerkt in een team of afdeling waar nieuwe functies werden gecreëerd. Verzorgenden in de thuiszorg en in verzorgingshuizen hebben er minder vaak mee te maken gehad (respectievelijk 46% en 47%) dan verpleegkundigen en verzorgenden in de andere deelpanels. Verticale functiedifferentiatie kwam daarbij vaker voor dan horizontale functiedifferentiatie (tabel 7.4).

Tabel 7.4

*Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat de afgelopen vijf jaren binnen hun team of afdeling te maken had met nieuwe functies*

Type functiedifferentiatie:	Totaal
zorgverleners met een aandachtsgebied	26%
zorgverleners met een specialisatie	20%
lager opgeleide zorgverleners*	33%
hoger opgeleide zorgverleners	31%

\* Statistisch significant verschil tussen de deelpanels (chi-kwadraat=30,46;  $p < 0,05$ ): In de zorg voor verstandelijk gehandicapten geeft 49% aan dat er functies zijn gecreëerd voor lager opgeleide zorgverleners.

Tabel 7.5

*Gevolgen van functiedifferentiatie op de kwaliteit van de zorg zoals ervaren door de verzorgenden, uitgesplitst naar vorm van functiedifferentiatie*

Type functiedifferentiatie:	Door de nieuwe functies is de kwaliteit van zorg:		
	Verbeterd	Gelijk gebleven	Verslechterd
zorgverleners met aandachtsgebied (n=173)	83%	16%	1%
zorgverleners met specialisatie (n=138)	81%	18%	1%
lager opgeleide zorgverleners (n=224)*	36%	40%	24%
hoger opgeleide zorgverleners (n=206)	56%	39%	5%

\* Statistisch significant verschil tussen de deelpanels (chi-kwadraat=32,08;  $p < 0,05$ ): verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen vinden vaker (59%) dat de introductie van functies voor lager opgeleide zorgverleners heeft geleid tot een verbetering van de kwaliteit van zorg. Verpleegkundigen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten zijn relatief negatief over de gevolgen voor de kwaliteit van zorg: 42% vindt de zorg verslechterd.

Vervolgens is gevraagd of daardoor de kwaliteit van de zorg (sterk) verbeterd, gelijk gebleven, of (sterk) verslechterd was (vijfpuntsschaal). Het overgrote deel (81-83%) van de panelleden met ervaring met horizontale functiedifferentiatie vindt dat daardoor de kwaliteit van de zorg is verbeterd (zie tabel 7.5). De rest geeft veelal aan dat de kwaliteit van zorg gelijk is gebleven.

Over de gevolgen van verticale functiedifferentiatie voor de kwaliteit van de zorg zijn de meningen van de panelleden meer verdeeld, vooral als

lager opgeleide zorgverleners een deel van het werk overnemen: 24% van de panelleden constateert een vermindering van de zorgkwaliteit, terwijl 36% vindt dat de zorg daardoor beter is geworden. Bij functies voor hoger opgeleide zorgverleners vindt 56% dat het een verbetering is geweest voor de kwaliteit van zorg en 5% vindt dat de zorg daardoor is verslechterd.

### 7.3 Nieuwe functies in de zorg

Sinds enkele jaren is er sprake van een taakherschikking in de gezondheidszorg, oftewel een verschuiving van taken en een verschuiving van domeinen. Het gaat met name om het delegeren en afstoten van medische taken naar andere disciplines, meestal naar verpleegkundigen. Het *care*-domein wordt dus uitgebreid met *cure*-taken (Spaans, De Vree en De Jong 2003). Nieuwe functies zijn de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH), de nurse practitioner (NP) en de physician assistant (PA). Hoe verhouden deze nieuwe functies zich tot elkaar en tot die van verpleegkundig specialist? In deze paragraaf volgt een korte inhoudelijke beschrijving van deze functies. Voor cijfermatige informatie, voorzover beschikbaar, wordt op deze plaats verwezen naar hoofdstuk 9.

#### *Praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH)*

Een praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) is specifiek opgeleid (hbo-niveau) tot een functionaris die zich richt op de zorg voor specifieke groepen chronisch zieken in de huisartsenpraktijk, zoals patiënten met diabetes mellitus of astma/COPD. De POH organiseert spreekuren voor deze categorieën patiënten, doet controles, geeft voorlichting, bevordert de deskundigheid over het leven met de aandoening en zorgt voor een deskundig netwerk waar patiënten van kunnen profiteren. Vergeleken met een POH zijn de physician assistant (PA) en de nurse practitioner (NP) breder opgeleid (master-niveau) voor diverse patiëntengroepen in zowel de klinische als niet-klinische setting. Een NP in de huisartsenpraktijk richt zich ook meer dan een POH op (niet-complexe) medische verrichtingen. Complexe huisartsenzorg blijft voorbehouden aan de huisarts. De taken van een NP in een huisartsenpraktijk zijn het best te vergelijken met die van een huisarts in opleiding. De PA wordt op dit moment alleen opgeleid om in ziekenhuizen te werken. De opleiding tot POH is bedoeld voor



doktersassistenten en verpleegkundigen (niveau 4 of 5) (LHV 2003; Spaans, De Vree en De Jong 2003).

#### *Nurse practitioner (NP)*

Een grote behoefte aan verpleegkundigen die zelfstandig kunnen werken op het grensgebied van *care* en *cure*, nieuwe carrièreperspectieven voor onder anderen gespecialiseerde verpleegkundigen, het realiseren van functiedifferentiatie, behoud van medewerkers voor het ziekenhuis, gunstige verwachtingen ten aanzien van het wervingsbeleid, waren voor een aantal ziekenhuizen en opleidingen aanleiding om de functie van nurse practitioner en een bijbehorende opleiding in Nederland op te starten. Deze nieuwe discipline integreert medische en verpleegkundige kennis waarmee verpleegkundigen het medisch beroepsterrein kunnen betreden. De functie is met name bedoeld voor verpleegkundigen die carrière willen maken in de patiëntenzorg in plaats van een carrièrelijn richting management. NP's voeren zowel verpleegkundige taken als een beperkt aantal medische taken uit. Meestal verdiept een NP zich in een of enkele typen patiëntengroepen, zoals diabetespatiënten. Het verschil met een verpleegkundig specialist is dat een NP het medisch beroepsterrein betreedt, bijvoorbeeld in functies van ziekenhuisarts of zaalarts. Kenmerkend voor de functie is dus de combinatie van *cure* en *care*. Verpleegkundig specialisten blijven vooral verpleegkundige binnen de verpleegkundige professie. Hun opleiding is een vervolgopleiding, geen master-opleiding zoals die voor NP's.

De opleiding Advanced Nursing Practice (ANP) is bestemd voor verpleegkundigen die al enkele jaren als verpleegkundige op hbo-niveau werkzaam zijn en zich willen ontwikkelen tot nurse practitioner. Het is een tweejarige master-opleiding in deeltijd en de bijbehorende titel is Master of Arts (MA) in Advanced Nursing Practice. De opleiding is in 2003 landelijk geïntroduceerd, maar regionale initiatieven waren er al eerder, zoals in Groningen, waar in 1997 de opleiding werd opgezet.

In de opleiding staan medische handelingen centraal. Omdat *evidence based* werken van wezenlijk belang is in de functie van NP, vormen methodologie en onderzoekstechnieken een belangrijk onderdeel van het opleidingstraject. De opleiding is gericht op het onderzoeken van het beroepsmatig handelen om vernieuwingen in de praktijk te kunnen ontwikkelen. De NP dient te beschikken over de volgende competenties: is

een expert voor een specifieke patiëntencategorie, verricht de daarbijbehorende specifieke medisch/verpleegkundige vaardigheden, werkt vanuit principes van *evidence based practice*, verricht praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek, ontwikkelt zorgbeleid binnen een totale zorgketen, ontwikkelt zorgprogramma's binnen een multiprofessionele context, bevordert multiprofessionele kwaliteitszorg en verricht onderzoek bij risicogroepen ten behoeve van preventief en toekomstig behandelingsbeleid (Boogers 2003; HAN 2003; HS Leiden 2003).

### *Physician assistant (PA)*

Een hoge werkdruk in de ziekenhuizen, lange wachtlijsten in de gezondheidszorg en de wens om de capaciteit van de medische zorg in ziekenhuizen te vergroten, zijn belangrijke redenen geweest voor de intrede van de physician assistant (PA). In de Verenigde Staten bestaat de PA al jaren: een groot tekort aan artsen heeft in 1960 geleid tot de invoering van de functie. PA's worden op dit moment alleen opgeleid om in ziekenhuizen te werken. De functie van PA concentreert zich op *medische* taken, inclusief diagnose en behandelplan en is gerelateerd aan een medisch specialisme. Alle handelingen gebeuren onder begeleiding en toezicht van een arts. De taken en vaardigheden van een PA bestaan dus voornamelijk uit medische verrichtingen. Onder supervisie van een arts worden routinetaken van de arts overgenomen. Opdrachten naar andere disciplines hebben de status van een doktersopdracht. Verdere specialisatie is mogelijk, bijvoorbeeld voorwerk voor chirurgie. Het verschil met een POH, een NP en een verpleegkundig specialist is dat een PA vanuit de medische invalshoek werkt. POH's, NP's en verpleegkundig specialisten werken vanuit een verpleegkundige invalshoek.

Evenals de NP-opleiding is de PA-opleiding opgezet voor verpleegkundigen (én paramedici) die om carrièreredenen het beroep zouden willen verlaten. Deze mensen komen dan vaak terecht in een niet-patiëntgebonden functie. In de functie van PA blijven patiëntcontacten bewaard. De opleiding tot physician assistant is een master-opleiding, deze duurt tweeënhalf tot drie jaar. De opleiding is in 2001 in Utrecht gestart met vier studenten; naar verwachting start Nijmegen in november 2003 met maximaal 25 studenten. Het is een duale opleiding waarbij theorie en praktijk een even groot deel in beslag nemen. Studenten dienen werkzaam te zijn op een medische afdeling, zoals in een ziekenhuis, maar dat

zou evengoed een huisartsenpraktijk kunnen zijn (HAN 2003; LHV 2003; UT-nieuws 2003).

#### 7.4 Samenvatting

Het functiegebouw heeft door de invoering van FWG3.0 in de meeste branches aan de bovenkant een groei gekend. In de ziekenhuizen was er ook voor die tijd al sprake van een toename vanwege de opkomst van gespecialiseerde verpleegkundigen. In de gehandicaptenzorg en bij de verpleeghuizen was er voordien juist sprake van een groei aan de onderkant van het functiegebouw. Definieert men (verticale) functiedifferentiatie als een toename van lagere én hogere functies tegelijkertijd, dan moeten we vaststellen dat dit, afgaande op de beschikbare gegevens, in geen van de branches op grote schaal in de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden.

De meeste verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat hun werkzaamheden aansluiten bij hun eigen kennis en vaardigheden. Daar waar dat minder het geval is, gaat het vooral om taken die naar hun mening beter door een lager opgeleide zorgverlener gedaan kunnen worden. Toch zijn verpleegkundigen en verzorgenden niet onverdeeld positief over functiedifferentiatie aan de onderkant van het beroep. Men ziet vaker nadelen dan voordelen voor de patiënt en van degenen die ervaring hebben met deze vorm van functiedifferentiatie zegt een kwart dat daarvoor de kwaliteit van zorg is verslechterd. Vooral in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, een sector die in het recente verleden vaak met deze vorm van functiedifferentiatie te maken heeft gehad, zijn de ervaringen negatief. Verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen staan juist relatief positief tegenover functies voor lager opgeleide zorgverleners, zoals mensen die bedden opmaken en de voorraden bijhouden. De panelleden verwachten vooral voordelen van horizontale functiedifferentiatie, zowel voor de patiënten als voor de verpleegkundigen en verzorgenden zelf. Werken met aandachtsgebieden (waarbij de verpleegkundige of verzorgende ook nog reguliere zorg geeft) lijkt de meest gewenste vorm van functiedifferentiatie. Verpleegkundigen zien hier vaker de voordelen van dan verzorgenden. Bij de invoering van horizontale functiedifferentiatie zou dus rekening gehouden moeten worden met

eventuele verschillen in belangen tussen verpleegkundigen en verzorgenden.

Behalve van functiedifferentiatie binnen de verpleging en verzorging, is er sinds enkele jaren sprake van een taakherschikking en domeinverschuiving, waarbij medische taken van huisartsen en specialisten door verpleegkundigen en paramedici worden overgenomen. Belangrijke nieuwe functies voor verpleegkundigen zijn praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH), nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA). De POH is een specifiek hbo-opgeleide functionaris die zich richt op bepaalde groepen chronisch zieken in de eerstelijnsgezondheidszorg. Belangrijke taken zijn het verrichten van controles en het geven van voorlichting. Een NP en een PA zijn in een master-opleiding breed opgeleid, waarna een PA zich bezighoudt met medische taken en verrichtingen onder supervisie van een arts, terwijl een NP zich naast extra medische taken op verpleegkundig terrein blijft bewegen. Het belangrijkste verschil met een verpleegkundig specialist is dat een NP meer medische taken verricht, specifiek ten behoeve van bepaalde patiëntengroepen; een NP werkt op het grensvlak van verpleegkunde en geneeskunde.

## 8 Werk(belevings)kenmerken en arbeids- omstandigheden

In dit hoofdstuk staat de beschrijving van enkele werkkenmerken en werkbelevingskenmerken centraal. Werkbeleving wordt beïnvloed door, onder andere, verschillende werkkenmerken. Voor een uitgebreide beschrijving en literatuursuggesties wordt op deze plaats verwezen naar de uitgave van V&V 2000. Zo wordt de werkbeleving over het algemeen positief beïnvloed door de steun van collega's en leidinggevenden 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 afgezwakt door het verlenen van meer autonomie.

Ook kan werkbeleving 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 burn-out 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 (2003; het betreft een peiling in 2002/2003), zodat een vergelijking kon worden gemaakt met de voorgaande monitoren (een peiling in 1998 en 2000). Daarnaast is gebruikgemaakt van de peilingen in 2001 en 2003 onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (LEV/NIVEL). In dit panelonderzoek is gebruikgemaakt van bestaande meetinstrumenten om verschillende werk(belevings)kenmerken te meten. Evenals bij de OSA-monitor worden deze kenmerken iedere twee jaar gemeten.

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

Ten slotte wordt in paragraaf 8.3 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 gegevens uit de OSA-arbeidsaanbodmonitor.

## **8.1 Werkbelevingskenmerken: arbeidstevredenheid en burn-out**

### *Arbeidstevredenheid*

Arbeidstevredenheid is in het LEVV/NIVEL Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (673 personen, peiling 2003) gemeten met behulp van een arbeidstevredenheidsschaal (Maastrichtse arbeidssatisfactieschaal voor de gezondheidszorg, MAS-GZ). Op een schaal van 1 (zeer ontevreden) tot 5 (zeer tevreden) gaven verpleegkundigen en verzorgenden met een score van 3,6 aan over het algemeen neutraal tot tevreden te zijn over het werk. In de verschillende sectoren bleek men hierover dezelfde mening te zijn toegedaan. Wel waren er verschillen in tevredenheid over de verschillende aspecten van het werk. Het minst tevreden (met een gemiddelde score van 2,9) waren de verpleegkundigen en verzorgenden over de promotiemogelijkheden binnen hun werk. Het meest tevreden was men over de contacten met collega's en met patiënten (beide met een gemiddelde score van 4,0).

In vergelijking met twee jaar geleden (peiling 2001) is de tevredenheid over het werk toegenomen. Verpleegkundigen en verzorgenden zijn vooral meer tevreden over promotie- en groeimogelijkheden, en over duidelijkheid over het werk (heldere taken en regels). Ook is men in 2003 meer tevreden over de kwaliteit van de zorg.

### *Burn-out*

Burn-out 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 vijfpuntsschaal (1 volstrekt niet mee eens – 5 volledig mee eens). Om de resultaten vergelijkbaar te maken met die van 1998 en 2000, werd deze schaal teruggebracht tot een driepuntsschaal (1 mee oneens – 3 mee eens). Bij elkaar opgeteld kon zo een score van 3 tot en met 9 worden verkregen. Vervolgens is gekozen om bij een score van 8 of 9 te spreken van een situatie waarbij burn-out 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) burn-outsituatie te spreken.

Tabel 8.1

Autonomie en burn-out in 1998, 2000 en 2003, naar geslacht, leeftijd, sector en functie (% V&V)

	Autonomie			Burn-out		
	1998	2000	2003	1998	2000	2003
<b>Geslacht</b>						
V&V man	43,1	44,4	43,4	9,2	13,5	4,6
V&V vrouw	35,5	33,2	39,6	6,6	7,3	3,9
<b>Leeftijd</b>						
16-24 jaar	28,7	28,2	34,6	8,2	5,7	3,5
25-34 jaar	32,2	31,0	36,1	6,7	8,4	4,2
35-44 jaar	37,7	32,8	41,3	6,6	7,5	3,9
45-54 jaar	42,9	41,3	44,1	7,4	7,8	3,6
55-64 jaar	48,1	40,4	49,9	6,7	9,8	6,2
<b>Sectoren</b>						
Ziekenhuizen	28,6	21,5	27,6	5,8	7,2	1,8
Ouderenzorg	31,5	27,3	28,4	7,5	10,0	5,5
Gehandicaptenzorg	33,6	38,3	44,8	8,6	6,4	5,0
Thuiszorg	50,6	50,3	58,5	4,8	4,8	2,0
Geestelijke gezondheidszorg	45,8	41,5	48,6	9,7	9,5	5,6
<b>Functies</b>						
Verpleegkundige	33,3	29,3	36,6	6,8	7,5	2,4
Ziekenverzorgende	29,0	25,9	28,3	8,2	9,8	5,6
Gezinsverzorgende	53,3	56,9	61,8	4,4	4,9	1,7
Groepsbegeleider	35,2	40,3	43,4	7,0	6,7	4,9
Bejaardenverzorgende	27,1	22,8	26,7	6,6	10,3	5,6
Totaal	36,4	34,1	39,9	6,9	7,8	3,9

Bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg (1999, 2002, 2003)

Tabel 8.1 geeft een overzicht van het percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat – uitgaande van de stellingen hiervoor – heeft aangegeven last van burn-out te hebben. De nieuwste peiling laat een positief beeld zien, in die zin dat het percentage met 4% bijna de helft is ten opzichte van de vorige peiling. Vooral bejaardenverzorgenden en ziekenverzorgenden lijken een risicogroep te vormen: 1 op de 20 van hen rapporteert verschijnselen van burn-out. Dit in tegenstelling tot gezinsverzorgenden, onder wie burn-out bijna niet voor lijkt te komen. Voor wat betreft leeftijd, is het vooral de oudste leeftijdsgroep die burn-outverschijnselen rapporteert. En een uitsplitsing naar sector laat zien dat in de ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg vaker dan gemiddeld burn-out wordt gerapporteerd, in de ziekenhuizen en de thuiszorg is dit juist minder vaak.

## 8.2 Werkenmerken: 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 vijfpuntsschaal (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 burn-out (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 de nieuwste peiling geeft bijna 40% van de verpleegkundigen en verzorgenden aan een zekere mate van autonomie in het werk te hebben (tabel 8.1). Ten opzichte van de voorgaande peilingen is dit een kleine stijging. Uitgesplitst naar verschillende subgroepen is het beeld vergelijkbaar met dat van de vorige peilingen. Zo rapporteren relatief meer mannen dan vrouwen autonomie in het werk en neemt het percentage verpleegkundigen en verzorgenden met autonomie in het werk toe met het stijgen van de leeftijd. Verder heeft men met name in de thuiszorg, gehandicaptenzorg en in de geestelijke gezondheidszorg autonomie in



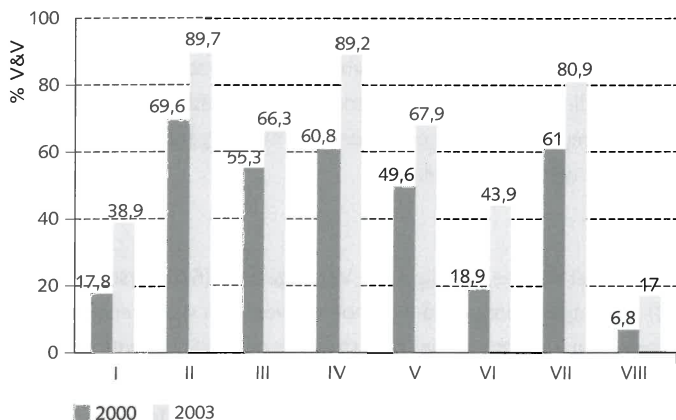
het werk; in de ziekenhuizen en in de ouderenzorg is dat juist minder dan gemiddeld. Parallel hieraan zijn het vooral gezinsverzorgenden en groepsbegeleiders die autonomie in het werk zeggen te hebben, terwijl er relatief minder bejaardenverzorgenden en ziekenverzorgenden zijn die autonomie in het werk rapporteren.

### *Werkdruk*

Aan het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden (673 personen, peiling 2003) zijn vragen voorgelegd over hoe de werkdruk wordt ervaren, in hoeverre men wel eens koffie- of rustpauzes overslaat vanwege de drukte en in hoeverre men wel eens overwerkt door drukte. Een kleine meerderheid (54%) ervaart het werk als druk (48%) of te druk (6%). Vergelijken met de peiling van 2001 hebben verpleegkundigen het naar hun mening minder druk gekregen. Terwijl in 2001 nog 15% het werk te druk vond, is dit in 2003 nog maar 6%. Evenals in 2001 geven verzorgenden in verpleeghuizen vaker aan het (te) druk te hebben (68%), terwijl verzorgenden in de thuiszorg dat wat minder vaak aangeven (39%). Ruim een kwart van de panelleden slaat vaak of zeer vaak vanwege de drukte pauzes over (27%) of werkt over (26%). Vooral verpleegkundigen in de thuiszorg (44%), de psychiatrie (40%) en in algemene ziekenhuizen (33%) slaan (zeer) vaak pauzes over. Verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen slaan minder vaak pauzes over. Verpleegkundigen in de thuiszorg zeggen vaker dat ze wel eens overwerken. In vergelijking met 2001 slaan verpleegkundigen en verzorgenden minder vaak pauzes over. De hoeveelheid overwerk verminderde niet significant. De tevredenheid over de werkdruk is in alle sectoren gestegen. Het minst tevreden over de werkdruk zijn de verzorgenden in verpleeghuizen. Verzorgenden in de thuiszorg zijn het meest tevreden. In de peiling van 2001 vond 12% dat er voldoende werkdrukmaatregelen genomen zijn. In 2003 is dit percentage gestegen tot 28.

## **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



Figuur 8.1

### Arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen en verzorgenden

Bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg (2002; 2003)

- 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

te hebben. Men kon daarbij meer dan een antwoord invullen.

Figuur 8.1 laat zien dat de arbeidsomstandigheden zich volgens verpleegkundigen en verzorgenden vooral laten kenmerken door het dragen van veel verantwoordelijkheid (90%), het afwisselend uitvoeren van verschillende taken (90%) en afwisselend erg drukke en rustige perioden (81%). Een uitsplitsing naar verschillende groepen geeft een genuanceerder beeld van de arbeidsomstandigheden (tabel 8.2). Zo vinden ziekenverzorgenden, bejaardenverzorgenden en gezinsverzorgenden het werk vooral ook lichamelijk zwaar. Dit geldt eveneens voor verpleegkundigen en verzorgenden in de oudste leeftijdsgroep. In de geestelijke gezondheidszorg wordt het werk vooral als geestelijk zwaar gekenmerkt. Hoewel de percentages over de hele linie flink zijn gestegen, wijkt het beeld nauwelijks af van dat van beide vorige monitoren. De arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen en verzorgenden zijn de afgelopen jaren dus stabiel te noemen. Een mogelijke verklaring voor de stijging in percentages is dat

Tabel 8.2

Arbeidsomstandigheden van V&V naar geslacht, leeftijd, sector en functie in 2003 (totaal horizontaal meer dan 100%); de drie meest genoemde zijn onderstreept

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
<b>Geslacht</b>								
V&V man	44,4	<b>90,7</b>	47,2	<b>90,5</b>	73,1	29,4	<b>81,9</b>	32,0
V&V vrouw	<b>38,4</b>	<b>89,6</b>	68,2	<b>89,0</b>	67,4	45,3	<b>80,8</b>	15,5
<b>Leeftijd</b>								
16-24 jaar	37,7	<b>82,4</b>	69,6	<b>87,2</b>	63,2	58,7	<b>79,2</b>	17,5
25-34 jaar	40,6	<b>93,5</b>	68,5	<b>90,4</b>	69,8	43,3	<b>85,1</b>	19,6
35-44 jaar	39,3	<b>90,3</b>	63,1	<b>88,5</b>	67,0	40,7	<b>82,7</b>	16,7
45-54 jaar	38,6	<b>88,9</b>	65,3	<b>89,8</b>	67,9	41,6	<b>78,4</b>	16,5
55-64 jaar	37,8	<b>89,6</b>	<b>74,0</b>	<b>89,7</b>	67,0	47,3	71,7	16,1
<b>Sectoren</b>								
Ziekenhuizen	41,7	<b>96,6</b>	63,4	<b>93,4</b>	75,6	30,1	<b>88,1</b>	42,9
Ouderenzorg	48,3	<b>89,5</b>	81,5	<b>86,0</b>	70,1	50,9	<b>83,7</b>	9,2
Gehandicaptenzorg	28,7	<b>92,4</b>	46,1	<b>91,5</b>	69,1	37,9	<b>81,7</b>	12,0
Thuiszorg	32,9	<b>81,8</b>	<b>75,8</b>	<b>88,0</b>	53,8	55,4	70,8	7,5
Geestelijke gezondheidszorg	<b>36,4</b>	<b>93,2</b>	22,2	<b>91,0</b>	<b>83,4</b>	20,8	81,9	34,4
<b>Functies</b>								
Verpleegkundige	35,9	<b>96,4</b>	59,0	<b>94,2</b>	74,6	29,1	<b>87,1</b>	36,4
Ziekenverzorgende	51,8	<b>89,3</b>	<b>86,3</b>	84,1	71,6	51,9	<b>84,5</b>	11,6
Gezinsverzorgende	35,0	<b>75,6</b>	<b>80,1</b>	<b>85,3</b>	47,8	66,8	65,6	4,2
Groepsbegeleider	29,1	<b>92,5</b>	42,6	<b>91,9</b>	72,7	34,8	<b>82,2</b>	11,6
Bejaardenverzorgende	44,9	<b>89,1</b>	<b>86,1</b>	<b>87,6</b>	64,4	53,1	84,3	6,7
<b>Totaal</b>	<b>38,9</b>	<b>89,7</b>	66,3	<b>89,2</b>	67,9	43,9	<b>80,9</b>	17,0

Bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg (2003)

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

men zich meer en meer bewust wordt van de werkomgeving. Gedurende de afgelopen jaren probeert de overheid samen met werkgevers en werknemers door middel van arboconvenanten de arbeidsomstandigheden in de zorgsectoren te verbeteren. Hiertoe worden per sector afspraken gemaakt.

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

#### 8.4 Samenvatting

Werkbeleving wordt onder andere beïnvloed door werkkenmerken. In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van enkele werkbelevingskenmerken (arbeidstevredenheid en burn-out) 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 met peilingen in 1998 en 2000.

Kort samengevat zijn verpleegkundigen en verzorgenden neutraal tot tevreden met hun werk. Het minst tevreden is men over de promotiemogelijkheden in het werk, het meest tevreden is men over contacten met collega's en patiënten/cliënten. Ten opzichte van 2001 is de tevredenheid over het werk in zijn algemeenheid toegenomen. Ten aanzien van burn-out geeft ongeveer 4% van de verpleegkundigen en verzorgenden te kennen burn-outverschijnselen te hebben; dit is bijna de helft van de vorige peiling in 2000. Met name in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg en door bejaarden- en ziekenverzorgenden worden burn-outverschijnselen gerapporteerd; door gezinsverzorgenden juist relatief minder vaak.

Verder geeft bijna 40% van de verpleegkundigen en verzorgenden aan een zekere mate van autonomie in het werk te hebben, een kleine stijging ten opzichte van de vorige peiling. Relatief meer mannen dan vrouwen geven te kennen autonomie in het werk te hebben. Bovendien neemt het percentage verpleegkundigen en verzorgenden met autonomie in het werk toe met het stijgen van de leeftijd. In de thuiszorg, gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg heeft men relatief de meeste autonomie in het werk, in de ziekenhuizen en ouderenzorg het minst.

Wat betreft de werkdruk zegt 54% van de verpleegkundigen en verzorgenden het werk als druk of te druk te ervaren. In de vorige peiling (2001) vond 70% van de verpleegkundigen en verzorgenden het werk nog (te) druk. Evenals in 2001 zijn dit met name verzorgenden in verpleeghuizen, terwijl verzorgenden in de thuiszorg het werk minder vaak als (te) druk ervaren. Juist in de thuiszorg wordt echter relatief vaak overgewerkt vanwege de werkdruk.

De arbeidsomstandigheden laten over de laatste jaren een stabiel beeld zien. Zij kenmerken zich door het dragen van veel verantwoordelijkheid, het afwisselend uitvoeren van verschillende taken en het afwisselend werken in rustige en drukke perioden. Onderscheid naar leeftijd, functies en sectoren laat echter zien dat het werk in enkele subgroepen vooral ook als lichamelijk of geestelijk zwaar kan worden gekenmerkt.



## 9 Scholing

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de opleidingen tot verpleegkundige en verzorgende. Eerst komt het initieel onderwijs aan de orde met onderwerpen als de ontwikkelingen in de instroom in de opleidingen en het aantal leerlingen dat een diploma behaalt. We besteden aandacht aan het studierendement, achtergrondkenmerken van diplomabehalers en de aansluiting van de opleiding op de arbeidsmarkt.

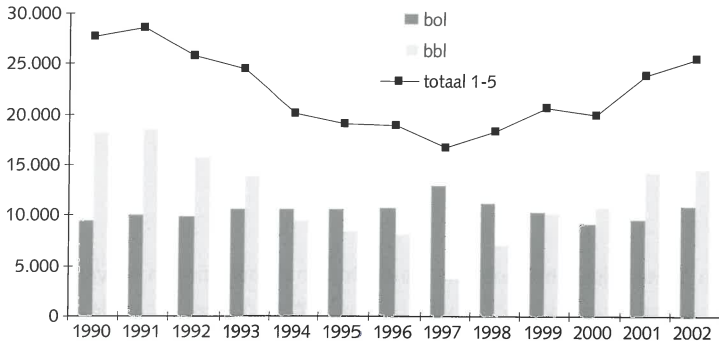
Velen volgen na het initiële onderwijs nog specifieke opleidingen. De ontwikkelingen binnen deze gebieden komen in de volgende paragrafen aan de orde.

### 9.1 Initieel onderwijs

#### 9.1.1 Aantal leerlingen

Het aantal leerlingen dat aan een verpleegkundige of verzorgende opleiding begint, is aan een zekere golfbeweging onderhevig (zie figuur 9.1). Begin jaren negentig van de vorige eeuw lag het aantal boven de 26.000 en daalde tot onder de 16.000 in 1997. Sindsdien neemt het aantal nieuwe leerlingen weer toe. In 2001 werd de 25.000-grens weer overschreden.

De grootste schommelingen doen zich voor in de bbl-route. In 2002 stabiliseerde de instroom in de bbl en nam deze bij de bol toe. Overigens neemt de instroom in de bbl op de niveaus 3 en 4 in 2002 ten opzichte van het voorgaande jaar alweer iets af.



Figuur 9.1

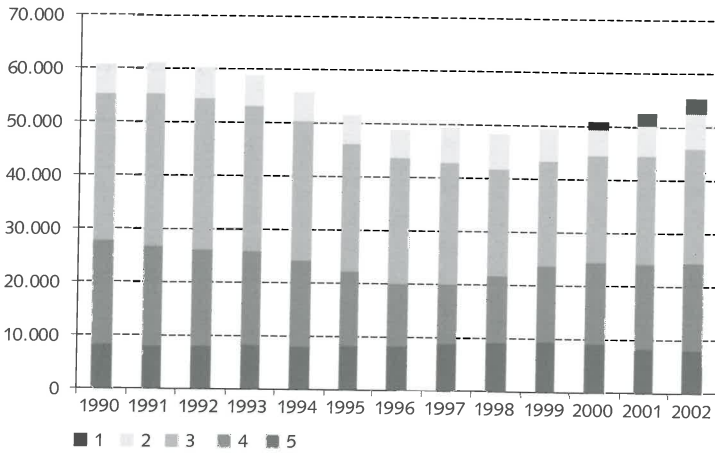
De instroom in de verpleegkundige en verzorgende (voltijds)opleidingen in 1990-2002 naar leerweg

Tabel 9.1

De instroom in de verpleegkundige en verzorgende opleidingen 1995-2002

	1995	1999	2000	2001	2002
<b>Niveau 5</b>	3221	3708	3161	2982	3259
5 bbl	0	640	617	601	693
5 bol	2523	2239	1825	1605	1747
5 deeltijd	428	500	378	417	462
5 maatschappelijke gezondheidszorg	270	329	341	359	357
<b>Niveau 4</b>	3373	5976	4869	5989	5720
4 bbl	3373	3720	2883	3747	3481
4 bol		2256	1986	2242	2239
<b>Niveau 3</b>	9896	8391	8106	10115	9894
3 bbl	4429	4736	4935	7300	6927
3 bol	5467	3655	3171	2815	2967
<b>Niveau 2</b>	3305	3397	3179	3995	4418
2 bbl	667	1152	1390	2263	2512
2 bol	2638	2245	1789	1732	1906
<b>Niveau 1</b>			1370	2063	3018
1 bbl			348	644	947
1 bol			570	960	1477
1 bol deeltijd			452	459	594
<b>Totaal 1-5</b>	19795	21472	20685	25144	26309
bbl	8469	10248	10173	14555	14560
bol	10628	10395	9341	9354	10336
overig	698	829	1171	1235	1413





*Figuur 9.2*

*Het totale aantal leerlingen in verpleegkundig en verzorgend onderwijs naar niveau*

Met de jaar op jaar toenemende instroom van leerlingen neemt ook het totale aantal leerlingen toe dat aan een opleiding deelneemt. Ook hiervoor geldt dat het aantal in 2002 naar het niveau van het begin van de jaren negentig gaat. In 2002 bedroeg het totale aantal leerlingen ruim 57.000. Uit figuur 9.2 blijkt dat het aantal leerlingen in het verpleegkundige onderwijs (niveau 4 en 5) in de jaren 1999-2002 nauwelijks toeneemt. De groei wordt veroorzaakt door de niveaus 1 tot en met 3. Uit tabel 9.2 komt naar voren dat het totale aantal leerlingen in de bol-route dat verpleegkundig en verzorgend onderwijs volgt minder hard daalt dan het totale aantal leerlingen in de bbl-route stijgt.

### *Studierendement*

Niet alle leerlingen die aan de opleiding beginnen voltooien deze met succes. Het aantal leerlingen dat de eindstreep met diploma behaalt ten opzichte van de oorspronkelijke groep die aan de opleiding begonnen is, noemt men het studierendement. Voor niveau 5 wordt dat nauwkeurig bijgehouden. In de loop der tijd neemt het studierendement daar iets af. Was van degenen die in 1991 begonnen 60% er na zeven jaar in geslaagd het diploma te verwerven, bij degenen die in 1995 begonnen was dat 56%.

Tabel 9.2

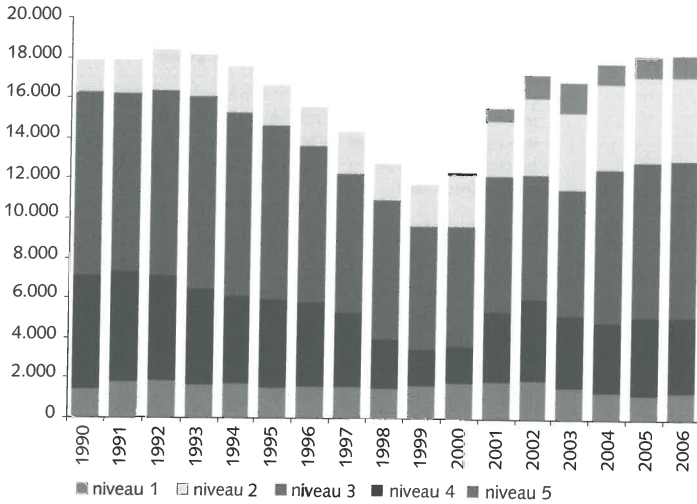
Het totale aantal leerlingen in verpleegkundige en verzorgende opleidingen 1995-2002

	1995	1999	2000	2001	2002
<b>Niveau 5</b>	10.297	12.093	11.430	10.681	10.436
bbl	0	1.523	2.175	2.378	2.517
bol	8.392	7.842	6.861	5.950	5.614
deeltijd	1.905	1.954	1.537	1.412	1.370
MGZ	1.000	774	857	941	<b>935</b>
<b>Niveau 4</b>	13.770	14.262	15.352	15.853	16.209
bbl	13.770	9.130	9.247	9.736	9.938
bol	0	5.132	6.105	<b>6.117</b>	<b>6.271</b>
<b>Niveau 3</b>	24.075	19.806	20.031	20.310	21.553
bbl	9.217	9.984	11.224	12.800	14.404
bol	14.858	9.822	8.807	7.510	7.149
<b>Niveau 2</b>	5.342	5.882	5.087	5.835	6.472
bbl	832	1.418	1.995	3.118	3.567
bol	4.510	4.464	3.092	<b>2.717</b>	<b>2.905</b>
<b>Niveau 1</b>	0	0	1.370	2.063	3.018
bbl	0	0	348	644	947
bol	0	0	1.022	1.419	1.477
bol (deel)	0	0	452	<b>459</b>	<b>594</b>
<b>Totaal</b>	53.484	52.043	53.270	54.742	57.688
bbl	23.819	22.055	24.989	28.676	31.373
bol	27.760	27.321	25.497	23.328	23.499
overig	1.905	2.667	2.784	<b>2.738</b>	<b>2.816</b>

### Diplomabehalers

Het aantal leerlingen dat met succes de opleiding afrondt, is sinds 1999 sterk gestegen (zie figuur 9.3). De komende jaren zal het niveau van 2002 zij het met enige schommeling wel steeds gehaald worden.

Voor velen is het behaalde diploma niet het laatste. Een van de doelstellingen van het nieuwe onderwijsstelsel is dat de doorstroom tussen de niveaus makkelijker kan verlopen. Dat er een aanzienlijke doorstroming plaatsvindt is te zien in tabel 9.3. Daarin is de opleidingsloopbaan weergegeven van degenen die in 2003 werkzaam waren in de verpleging en verzorging. Die opleidingsloopbaan kan recentelijk voltooid zijn of zelfs nog niet helemaal afgerond. Ook is het mogelijk dat men al jaren werk-



Figuur 9.3

Het (verwachte) aantal nieuwe gediplomeerden 1990-2006 naar niveau

Tabel 9.3

De doorstroom tussen opleidingen bij werkenden in 2003 in %

Eindniveau						
Startniveau	1	2	3	4	5	
1	58	24	16	3	0	100
2		66	28	5	1	100
3			86	11	3	100
4				94	6	100
5					100	100
<b>Totaal</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>38</b>	<b>31</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
Startniveau						
Eindniveau	1	2	3	4	5	
1	100	11	3	1	0	8
2		89	16	4	1	22
3			81	12	11	36
4				83	18	28
5					70	7
	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor 2003

Tabel 9.4

## Enkele kenmerken van gediplomeerde schoolverlaters in 2002

	Leeftijd van de gediplomeerde schoolverlaters van de verpleegkundige en verzorgende opleidingen (mediaan)	Percentage allochtonen onder de gediplomeerde schoolverlaters van de verpleegkundige en verzorgende opleidingen (definitie Wet Samen)	% vrouwen
<b>Zorghulp</b>	36	19	97
bol zorghulp	19	26	100
bbl zorghulp	42	15	95
<b>Helpende</b>	20	12	97
bol helpende	20	12	96
bbl helpende	37	12	98
<b>Verzorgende</b>	23	3	97
bol verzorgende	21	4	96
bbl verzorgende	29	2	97
<b>Mbo-verpleegkundige</b>	24	2	85
bol verpleegkundige	22	1	90
bbl verpleegkundige	25	3	83
<b>Hbo-verpleegkunde</b>	25	4	84
dagonderwijs	25	4	84
duaal onderwijs	25	0	92
bol V&V	21	7	95
bbl V&V	29	5	93
mbo V&V	22	6	94
hbo V	25	4	84
V&V totaal	23	5	92
mbo totaal	21	8	52
hbo totaal	25	7	58

Bron: ROA (tabellen uitgedraaid voor OSA en OVDB en bewerkt door OSA)

zaam is en al jaren geleden de studie afgerond heeft. Kortom, het gaat om een doorsnede op een moment, in dit geval 2003.

Van degenen die ooit startten op niveau 1 is voor 58% dit ook het eindniveau, 24% behaalt ook een diploma op niveau 2 en 16% tevens op niveau 3. Ook op niveau 2 vindt er nog een aanzienlijke doorstroming naar een hoger niveau plaats: 28% eindigt met een diploma op niveau 3. Tabel 9.5 laat ook zien dat degenen die op niveau 5 eindigen voor 70% ook direct op dat niveau met een opleiding begonnen zijn; 18% haalde eerst niveau 4 en 11% eerst niveau 3.

De leeftijd waarop men de opleiding voltooit, varieert vooral naar leerweg (tabel 9.4). Bij de bbl-opleidingen zijn degenen die een diploma behalen doorgaans ouder dan degenen die voor de bol-route kiezen.

Voor het hbo zijn er geen verschillen.

Alleen bij de opleiding tot zorghulp en helpende zijn de percentages allochtonen onder de gediplomeerde schoolverlaters substantieel. Het mbo Verpleging en verzorging blijft met 6% ook achter bij het gemiddelde van alle mbo-opleidingen. Daar bedraagt het percentage allochtonen 8%. Ook ten opzichte van de samenstelling van de patiënten (zie hoofdstuk 3) betekent dit een ondervertegenwoordiging.

Het aandeel vrouwen is onveranderd hoog. In de loop der tijd doen zich daar weinig veranderingen in voor.

### 9.1.2 Aansluiting opleiding op arbeidsmarkt

Bij de aansluiting tussen opleiding en arbeidsmarkt zijn verschillende facetten te onderscheiden. In tabel 9.5 wordt er een aantal gepresenteerd. Mbo-opgeleiden oordelen gunstig over de aansluiting van hun opleidingsniveau op het door de werkgever vereiste opleidingsniveau voor de functie: 90% werkt op minimaal eigen niveau. Alleen zorgverleners zijn daar negatiever over: 70% werkt op minimaal het eigen niveau. Hbo-ers zijn het meest negatief over deze aansluiting: 65% werkt op minimaal het eigen niveau. Hbo-V-ers steken hiermee ook ongunstig af bij de andere hbo-ers. De mbo-ers die verpleging of verzorging volgden, steken juist gunstig af bij mbo-ers die in andere richtingen afstudeerden. Zowel mbo-ers als hbo-ers zijn vaak, 87 respectievelijk 90%, van oordeel dat de opleiding redelijk of goed aansluit bij de functie die men nu vervult.

Doorgaans heeft men achteraf geen spijt van de keuze voor de studie. De mbo-ers uit de verpleging en verzorging wijken weinig af van het gemiddelde van alle mbo-ers, met uitzondering van de bol-helpenden en -verzorgenden. Ook de hbo-ers hebben doorgaans geen spijt van hun studiekeuze. Een op de vijf zou achteraf een andere keuze gemaakt hebben; dit komt overeen met het gemiddelde voor alle hbo-ers.

Tabel 9.5

Enkele facetten van de aansluiting van de opleiding op de arbeidsmarkt bij gediplomeerde schoolverlaters (meting 2002)

	Bruto-uurloon van gediplomeerde schoolverlaters van de verpleegkundige en verzorgende opleidingen die betaald werk richten (in euro's)	Aansluiting van het opleidingsniveau van de schoolverlater op het door werkgevers vereiste opleidingsniveau voor de functie (minimaal eigen niveau in %)	Ervaren aansluiting van opleiding op functie (% schoolverlaters dat aansluiting goed of redelijk vindt)	Tevredenheid met opleidingskeuze (% schoolverlaters dat dezelfde opleiding opnieuw zou kiezen)
<b>Zorghulp</b>	9,23	70	61	90
bol zorghulp	x	x	x	x
bbl zorghulp	9,24	69	59	95
<b>Helpende</b>	8,42	88	93	71
bol helpende	6,67	89	85	61
bbl helpende	9,56	92	99	84
<b>Verzorgende</b>	9,62	89	93	77
bol verzorgende	8,83	84	87	71
bbl verzorgende	10,42	91	94	81
<b>Mbo-verpleegkundige</b>	10,69	95	71	76
bol verpleegkundige	9,62	95	63	66
bbl verpleegkundige	10,9	95	76	82
<b>Hbo-verpleegkundige</b>	12,36	65	89	80
dagonderwijs	12,36	64	89	81
duaal onderwijs	11,35	70	86	73
mbol V&V	8,46	86	80	66
bbl V&V	10,39	93	90	82
mbo V&V	9,62	90	87	75
<b>hbo V</b>	<b>12,36</b>	<b>65</b>	<b>89</b>	<b>80</b>
V&V totaal	10,1	85	87	76
mbo totaal	8,17	65	85	76
<b>hbo totaal</b>	<b>12,12</b>	<b>79</b>	<b>84</b>	<b>78</b>

Bron: ROA (tabellen uitgedraaid voor OSA en OVDB en bewerkt door OSA);

'x' = minder dan 15 waarnemingen

Tabel 9.6

Bestemming van schoolverlaters van de verpleegkundige en verzorgende opleidingen die in 2001 hun diploma behaalden in % (meting 2002)

	Betaald werk	BBL/ LLW	Scholier/ student	Werk- loos	Anders
<b>Zorghulp</b>	49	17	24	2	8
bol zorghulp	26	5	60	5	5
bbl zorghulp	65	25	0	0	10
<b>Helpende</b>	51	19	27	1	1
bol helpende	39	15	44	1	1
bbl helpende	70	24	2	1	3
<b>Verzorgende</b>	79	11	7	0	4
bol verzorgende	68	13	16	0	3
bbl verzorgende	87	9	0	0	4
kortdurende zorg	74	9	17	0	0
kraamverzorging	78	9	11	0	2
zorg voor ouderen	85	8	2	0	5
zorg voor chronisch zieken	64	22	9	1	3
<b>Mbo-verpleegkundige</b>	84	4	12	0	0
bol verpleegkundige	70	6	24	0	0
bbl verpleegkundige	91	3	6	0	0
klinische zorg	80	6	14	0	0
kraam-, kind- en jeugdzorg	89	0	11	0	0
psychiatrie en verstandelijkgehandicap- tenzorg	86	4	10	0	0
chronisch zieken	93	0	7	0	0
<b>Hbo-verpleegkundige</b>	92	0	5	0	3
dagonderwijs	91	0	5	0	3
duaal onderwijs	97	0	3	0	0
bol V&V	56	12	29	1	1
bbl V&V	84	11	2	0	3
mbo V&V	71	11	15	0	2
hbo V	92	0	5	0	3
V&V totaal	75	10	13	0	2
mbo totaal	60	10	26	2	2
hbo totaal	82	0	12	2	4

Tabel 9.6 laat zien waar de gediplomeerden terechtgekomen zijn. Hoe hoger de opleiding, hoe groter de kans dat men betaald werk gaat verrichten. Ook degenen die de bbl-richting volgden, gaan of blijven vaker betaald werk verrichten dan hun collega's die een bol-opleiding voltooiden. Een enkeling vindt werk buiten de sector zorg en welzijn. Het sectorrendement is te zien in tabel 9.7. Bij de opleiding tot helpende, zeker bij de bol-route is dat laag. Overigens volgen velen een vervolgopleiding (zie tabel 9.6). Een op de zeven gaat buiten de bedrijfstak zorg en welzijn aan de slag.

Tabel 9.7

*Sectorrendement verpleegkundige en verzorgende opleidingen: percentage gediplomeerde schoolverlaters dat anderhalf jaar na het verlaten van de opleiding in de sectoren zorg en welzijn betaald werk verricht*

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Zorghulp</b>	-	-	-	-	-	44
bol zorghulp	-	-	-	-	-	x
bbl zorghulp	-	-	-	-	-	61
<b>Helpende</b>	44	28	45	46	44	41
bol helpende	32	26	42	37	30	25
bbl helpende	70	80	82	75	76	68
<b>Verzorgende</b>	68	70	71	76	76	77
bol verzorgende	60	69	61	67	63	65
bbl verzorgende	87	93	77	86	84	87
<b>Mbo-verpleegkundige</b>	39	47	58	68	90	83
bol verpleegkundige	39	47	36	34	94	68
bbl verpleegkundige	-	-	100	85	88	91
<b>Hbo-verpleegkundige</b>	91	88	87	86	83	87
dagonderwijs	91	88	87	86	83	86
duaal onderwijs	-	-	x	100	x	97
bol V&V	48	51	49	49	56	48
bbl V&V	80	87	81	84	84	83
mbo V&V	55	51	64	66	71	67
hbo V	91	88	87	86	83	87
V&V totaal	65	63	69	71	73	71
mbo totaal	11	11	14	16	16	16
hbo totaal	16	16	17	16	18	19

'-' = geen waarnemingen; 'x' = minder dan 15 waarnemingen



## 9.2 Vervolgonderwijs

Sinds de invoering van de Wet BIG wordt er geen register meer bijgehouden waarin aangetekend wordt welke vervolgopleidingen verpleegkundigen hebben genoten. Veel verpleegkundige vervolgopleidingen zijn georganiseerd in de VOVV. Daar wordt bijgehouden hoeveel verpleegkundigen jaarlijks een start maken met een vervolgopleiding. Het aantal dat een diploma behaalt wordt niet centraal bijgehouden. Uit de OSA-aanbodmonitor blijkt dat een groot aandeel zo'n opleiding ook met succes afrondt. Tabel 9.8 laat voor de periode 1997-2002 zien om welke aantallen nieuwe inschrijvingen het gaat\*.

Tabel 9.8

Aantal nieuwe inschrijvingen voor verpleegkundige vervolgopleidingen 1997-2002

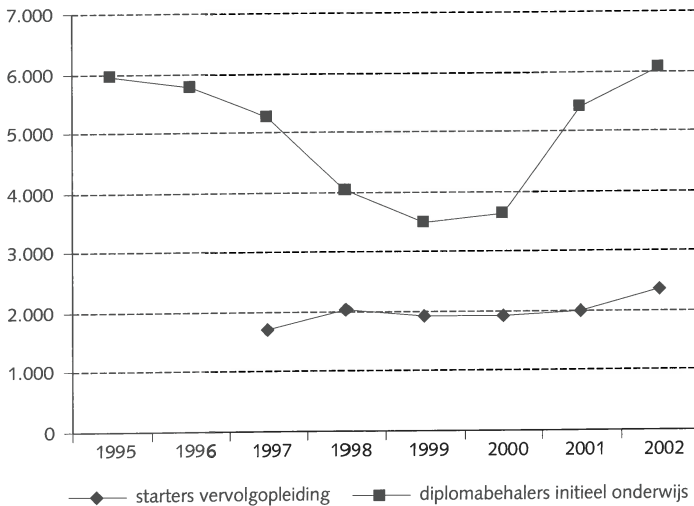
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Intensive care	473	692	611	541	601	750
IC neonatologie/kinderen	129	160	205	168	154	195
Spoedeisende hulp	196	199	199	224	250	295
Kinderverpleegkunde	306	350	352	341	294	353
Obstetrie en gynaecologie	234	191	182	210	236	236
Oncologie	240	263	238	235	289	275
Dialyse	142	164	153	213	159	245
Totaal	1720	2019	1940	1932	1983	2349

Bron: VOVV en AZG

Deze tabel laat zien dat er tussen 1997 en 1998 sprake was van een stijging. Tot en met 2001 is het aantal nieuwe inschrijvingen totaal gezien min of meer stabiel. In 2002 is er weer sprake van een aanzienlijke toename. Een en ander kan deels toegeschreven worden aan het feit dat het aantal mensen dat een initieel diploma behaalde in de jaren 1998-2000 erg laag was (figuur 9.4).

Doorgaans gaat men, na een korte tijd ervaring opgedaan te hebben, verder met een specialistische vervolgopleiding. Dat het aantal mensen

\* Sinds 2002 maakt het Academisch Ziekenhuis Groningen geen deel meer uit van de VOVV. De aantallen zijn wel toegevoegd.



*Figuur 9.4*

*Het aantal verpleegkundigen dat een diploma behaalt in het initiële onderwijs en het aantal dat een vervolgopleiding (VOVV) begint*

dat een specialistische vervolgopleiding begon in de periode 1998-2001 vrijwel stabiel was, is wellicht toe te schrijven aan het feit dat bij de ziekenhuizen de behoefte niet verminderde.

Figuur 9.4 laat het aantal diplomabehalers uit de initiële opleidingen (niveau 4 en 5) zien en het aantal mensen dat aan een specialistische vervolgopleiding is begonnen.

Als het om vervolgopleidingen gaat, behoort hier ook de MGZ-opleiding genoemd te worden. In tabel 9.2 werden al aantallen leerlingen vermeld van deze hbo-opleiding, die onder meer opleidt voor sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Ook hier nam het aantal nieuwe inschrijvingen tussen 1997 en 2002 toe, namelijk van 180 tot 357.

Ook de SSSV (Stichting Specifieke Scholing Verpleegkundigen) kende een groeiende belangstelling. Tussen 1997 en 2002 nam het aantal cursisten toe van 428 tot 624. De meeste belangstelling is er voor diabeteseducatie, de opleiding tot endoscopieassistent en voor stomazorg.

De opleiding tot specialistische verpleegkundigen GGZ kende eveneens een groei. Inmiddels volgen ruim 100 personen deze opleiding.

### *Universitaire studies*

In 1980 is de studie Verplegingswetenschap, als afstudeerrichting van de opleiding Algemene Gezondheidswetenschappen, van start gegaan aan de Universiteit Maastricht. Dit was de eerste universitaire studierichting waarin de wetenschappelijke ontwikkeling en onderbouwing van het verpleegkundige vakgebied het uitgangspunt was.

Vanaf 1990 werd dit Maastrichtse programma in deeltijd aangeboden in zowel Maastricht, Utrecht en Groningen, de zogeheten MUG-constructie. In totaal telt Nederland nu zo'n 1650 afgestudeerde verplegingswetenschappers en is een vijftigtal van hen gepromoveerd.

Sinds 2000 heeft de Universiteit Utrecht een eigen studie Verplegingswetenschap en anno 2003 wordt deze studie alleen nog in Utrecht aangeboden. Maastricht en Groningen zijn verdergegaan met de studie Zorgwetenschappen. Deze studie is niet alleen voorbehouden aan verpleegkundigen en leidt mensen op die een overzicht hebben van het gehele gezondheidszorgveld. De studie richt zich naast inzicht in ziekte en bijbehorende zorg, ook op de bestudering van zorgprocessen die de individuele zorgverlener overstijgen. Verpleegkundigen die geïnteresseerd zijn in een managementgerichte opleiding zijn te vinden in Rotterdam, bij de faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, waar tot voor kort de studie *Beleid en management gezondheidszorg* gevolgd kon worden. Deze opleidingen zullen worden ingepast in het nieuwe bachelor-masterstelsel van het hoger onderwijs, met in sommige gevallen noodgedwongen veranderingen qua duur, inhoud en naamgeving van de opleiding.

### *NP's*

Inmiddels hebben in Groningen 54 mensen de masteropleiding tot nurse practitioner afgerond. Dezelfde opleiding wordt inmiddels ook in Diemen, Eindhoven en Leiden gegeven. De verwachting is dat komend jaar de eerste studenten in Diemen en Eindhoven de opleiding afronden. De belangstelling voor deze opleiding is groeiende; voor het komende jaar hebben zich al 70 verpleegkundigen aangemeld en circa 100 mensen volgen momenteel de opleiding.

### 9.3 Cursussen

Naast de verpleegkundige vervolgopleidingen zijn er nog vele andere opleidingen en vormen van onderwijs die gevolgd kunnen worden. Op de vraag aan verpleegkundigen en verzorgenden of zij de afgelopen twee jaar een cursus hebben gevolgd, een vraag die in de OSA-aanbodmonitor gesteld wordt, antwoordt 53% bevestigend. In de vorige monitor van 2000 lag dit percentage op 25 en daarmee lijkt het aantal mensen dat een vervolgcursus doet gestegen. Methodisch werken is de belangrijkste cursus die gevolgd is; ongeveer een derde van de verpleegkundigen en verzorgenden heeft deze cursus aangekruist. Naast andere zorginhoudelijke cursussen zijn vooral de cursussen Automatisering en Kwaliteitszorg belangrijk in omvang (tabel 9.9). De meer gerichte inhoudelijke managementtrainingen worden niet veel door verpleegkundigen en verzorgenden gevolgd. Wat opvalt, is dat het aandeel van mannen hier een stuk hoger ligt dan bij de andere cursussen.

Tabel 9.9

*Het percentage werkenden in 2000 en 2003 dat een bepaalde cursus volgde en het aandeel vrouwen per cursus in 2003*

	2000 % cursus	2003 % cursus	2003 % vrouw
Methodisch werken	25,9	31,4	90
Omgang met specifieke doelgroepen	22,6	22,8	88
Werkbegeleiding	13,3	15,0	89
Ziektebeeldgerichte zorg	12,4	14,7	92
Automatisering	.	14,5	88
Kwaliteitszorg	.	12,4	93
Verpleegkundige zorg	10,4	9,9	91
Psychosociale zorg	8,1	8,4	89
Lichamelijke zorg	10,0	8,0	95
Omgaan met medische apparatuur	.	4,8	91
Arbeidsomstandigheden	.	4,6	91
Preventie, GVO en voorlichting	3,4	3,7	92
Huishouding	5,3	3,7	98
Managementtraining	.	3,6	82
Roosterplanning	.	3,1	81
Coördinatie en organisatie van het werk	3,3	3,0	84
Beleidsgerichte cursussen	2,0	2,3	86
Scholingsbeleid	.	1,8	97

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000 en 2003

## 9.4 Aansluiting kennis en vaardigheden

Van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt 71% dat hun kennis en vaardigheden goed aansluiten bij de baan die men heeft (tabel 9.10). Dit aandeel is in de loop der tijd gestegen: in 1998 had 65% deze mening en in 2000 68%. Dit is van groot belang, omdat uit onderzoek naar arbeidsbeleving (Van Dijk e.a. 2002) naar voren komt dat dit als het belangrijkste aspect van het werk beschouwd wordt.

Vrouwen en ouderen hebben doorgaans een gunstiger oordeel dan mannen en jongeren. Opvallend is verder het gunstige oordeel van gezinsverzorgenden.

Tabel 9.10

Oordeel over aansluiting kennis en vaardigheden op baan voor verschillende kenmerken (in %)

		Goed	Redelijk	Matig	Slecht	
<b>Zorgsector</b>		71	24	4	1	100
	man	68	26	5	1	100
<b>Geslacht</b>	vrouw	72	24	4	1	100
	16-24	59	32	7	2	100
	25-34	70	25	3	1	100
	35-44	70	25	4	1	100
	45-54	75	20	4	1	100
<b>Leeftijd</b>	55-64	78	18	4	0	100
	vp	74	22	3	1	100
	zv	67	28	5	1	100
	gzv	78	17	4	1	100
	gb	64	30	5	1	100
<b>Functie</b>	iv	74	22	3	0	100

## 9.5 Samenvatting

De jaarlijkse instroom in het initiële verplegend en verzorgend onderwijs nam in 2002 verder toe tot ruim 26.000 leerlingen. Per 1 oktober 2002 volgden ruim 57.000 mensen een verpleegkundige of verzorgende opleiding. De komende jaren zal dan ook het aantal leerlingen dat een diploma behaalt ten opzichte van 2002 nog iets verder toenemen: tot rond de 18.000 jaarlijks.

De grootste schommelingen in de instroom doen zich voor bij de bbl-route. In 2002 stabiliseert de instroom in de bbl en groeit deze in de bol. Overigens neemt de instroom in de bbl op de niveaus 3 en 4 in 2002 ten opzichte van het voorgaande jaar al weer iets af. Dit kan een voorteken zijn van een verdere daling in komende jaren.

Leerlingen die de bbl-route (leren-werken) volgen, zijn doorgaans ouder dan de bol-leerlingen (leren-stage). Onder de laatsten is het aandeel allochtonen en vrouwen iets groter. Allochtonen zijn ondervertegenwoordigd, zowel gemeten aan andere mbo- en hbo-opleidingen als aan de samenstelling van het patiëntenbestand. Afgestudeerden op mbo-niveau zijn gemiddeld meer tevreden over de aansluiting van de opleiding op de arbeidsmarkt dan hbo-ers. Zij komen vaker op een functie terecht die overeenstemt met hun opleidingsniveau. Voor mbo-ers zijn de verdiensten in hun eerste baan als verpleegkundige en verzorgende gemiddeld beter dan voor mbo-ers die een andere opleiding volgden. Voor hbo-verpleegkundigen doen de verdiensten in de eerste baan niet onder voor die van andere hbo-ers. Drie kwart van de mbo-ers en vier van de vijf hbo-ers zouden dezelfde opleiding opnieuw kiezen.

In 2002 nam voor het eerst sinds 1998 de instroom in de op ziekenhuizen gerichte verpleegkundige vervolgopleidingen toe: ruim 2300 verpleegkundigen begonnen aan een van de zeven opleidingen die het VOVV coördineert, zoals die voor intensive care, kinderverpleegkundige, spoedeisende hulp. De hbo-opleiding voor maatschappelijke gezondheidszorg mag zich al vanaf 1997 in een groeiende aandacht verheugen. Ook het meer cursorische verpleegkundige onderwijs (diabeteseducatie, stoma-zorg) kent al langer een groeiende belangstelling.

Het percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat van oordeel is dat hun werk goed aansluit op de kennis en vaardigheden die men heeft, nam toe van 65% in 1998 via 68% in 2000 tot 71% in 2003.

## 10 Werken in de zorg: vertrekken of blijven?

Hoe groot is het vertrek geweest onder verpleegkundigen en verzorgenden? Hoe groot is de vervangingsvraag? Op deze vragen geeft dit hoofdstuk een antwoord. In de eerste paragraaf wordt een kwantitatief beeld geschetst. De tweede paragraaf gaat meer in op achtergronden en oorzaken van het vertrek.

### 10.1 Omvang van het vertrek

Het brutoverloop, het vertrek uit instellingen, is in 2002 gedaald tot 14,1%. Het dalende patroon is in alle branches zichtbaar. Nadat het brutoverloop vanaf halverwege de jaren negentig aanvankelijk steeg, daalde het sinds 2000 voor de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden.

Tabel 10.1  
Het brutoverloop voor verpleegkundig en verzorgend personeel in %

	1994	1996	1998	2000	2001	2002
Ziekenhuizen	7,2	8,7	11,7	13,4	12,0	9,5
Academische ziekenhuizen	6,7	7,0	9,5	11,4	10,7	9,8
Geestelijke gezondheidszorg	10,2	10,4	14,5	16,2	16,8	14,4
Intramurale gehandicaptenzorg	11,7	11,7	14,2	19,4	18,0	16,9
Verpleeghuizen	11,9	12,3	15,6	18,9	18,7	15,9*
Verzorgingshuizen	.	.	.	16,3	17,2	15,9*
Totaal intramuraal	9,8	10,4	13,5	16,3	15,9	14,1

\* Verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn hier samengenomen

Bron: LKG

Het brutoverloop loopt per regio nog steeds sterk uiteen. Het totaal in tabel 10.2 komt niet overeen met dat in tabel 10.1, omdat er per regio en branche voor non-respons gewogen is. Het verloop ligt in het westen van

het land doorgaans hoger dan in het oosten en het noorden. Het zuiden neemt een middenpositie in.

Tabel 10.2

Het brutoverloop in 2002 per regio in %

Groningen	12,4%	Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	17,1%
Friesland	10,3%	Kenemerland/Amstelland en Meerlanden	16,4%
Drenthe	13,1%	Rijnstreek	16,2%
IJssel-Vecht	12,5%	Haaglanden	15,8%
Twente	16,7%	Drechtsteden	17,2%
Midden-IJssel	15,2%	Rijnmond	15,2%
Veluwe	15,7%	Zeeland	13,7%
Arnhem/Oost-Gelderland	12,0%	West-Brabant	13,4%
Nijmegen/Rivierenland	12,8%	Midden-Brabant	10,5%
Flevoland	13,9%	Noordoost-Brabant	11,9%
Utrecht	15,9%	Zuidoost-Brabant	13,0%
Het Gooi en Vechtstreek	16,0%	Noord- en Midden-Limburg	11,6%
Noord-Holland Noord	14,1%	Zuid-Limburg	11,2%
Landelijk	14,2%		

Het aandeel vertrekkers dat binnen de zorg blijft werken is geleidelijk toegenomen tot 74%. Een groep van 7% verruult zijn baan voor een baan buiten de zorgsector, terwijl dit percentage een jaar geleden nog op 10 lag (tabel 10.3).

Tabel 10.3

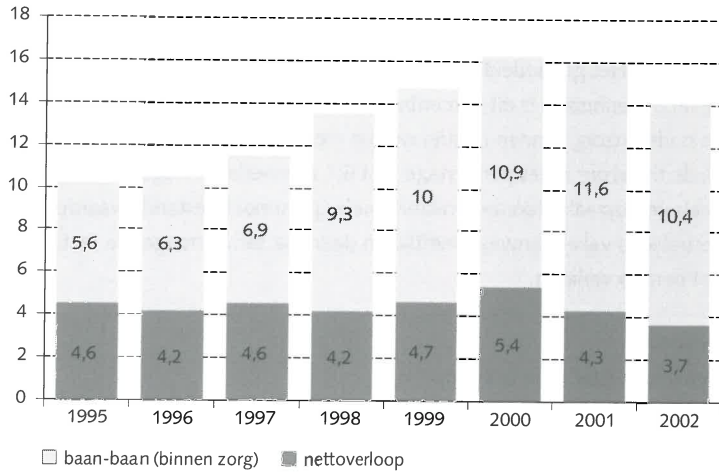
Vertrekrichting van verpleegkundigen en verzorgenden in %

	1998	1999	2000	2001	2002
Binnen zorg	69	68	67	73	74
Buiten zorg	10	11	11	10	7
(Nog) geen werk	21	20	22	18	19
	100	100	100	100	100

Bron: Exitinterviews van Prismant

In de loop der jaren nam het vertrek uit het beroep toe (figuur 10.1). Sinds 2000 is er sprake van een daling. In 2002 bereikt het vertrek uit het beroep een niveau dat het laagste is sinds de start van dit soort onder-





Figuur 10.1

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

zoek in 1995. De mobiliteit van baan naar baan bleef nog wel op een redelijk niveau en nam verhoudingsgewijs veel minder af.

Tabel 10.4 geeft een overzicht van de vertrekdirichting per branche. Met uitzondering van de gehandicaptenzorg is het aandeel verpleegkundigen en verzorgenden dat binnen de zorgsector blijft werken toegenomen of gelijk gebleven.

Tabel 10.4

Vertrekdirichting per branche in 2002 en enkele demografische gegevens

	Ziekenhuizen	Geestelijke gezondheidszorg	Gehandicaptenzorg	Ouderenzorg	Thuiszorg
Binnen zorg	73	78	71	77	65
Buiten zorg	6	7	10	6	7
(Nog) geen werk	20	16	18	18	27
Totaal	100	100	100	100	100
Aandeel vrouw	82	70	85	88	95
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	33,2	36,3	32,3	33,8	38,4

Bron: Exitinterviews van Prismant

Het nettoverloop nam in alle branches uitgezonderd de GGZ in 2002 verder af. Het gemiddelde (inclusief de thuiszorg) bedroeg in 2002 4,3%. Bij de ziekenhuizen is dit percentage het laagst (2,6%). Ook de GGZ en de ouderenzorg kennen relatief weinig mensen die het beroep verlaten. Bij de thuiszorg is het percentage met 6,1 aanmerkelijk hoger. Dit wordt deels veroorzaakt door een relatief ouder personeelsbestand, waardoor vertrekkers vaker vanwege leeftijd en daarmee samenhangende factoren het beroep verlaten.

*Tabel 10.5*

*Het vertrek naar richting in 2002 in %*

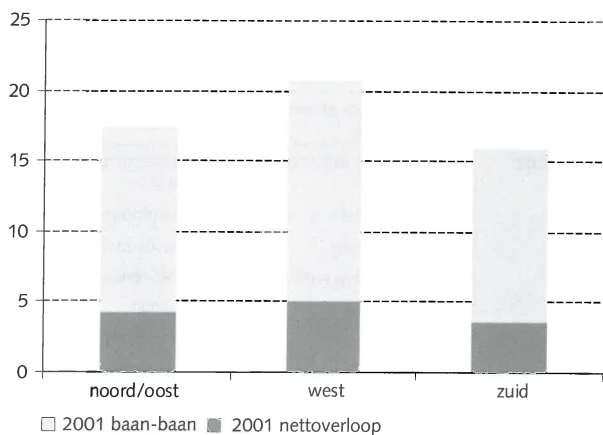
	Binnen zorg	Nettoverloop	Totaal	Netto in 2001
Ziekenhuizen	7,0	2,6	9,6	3,5
Geestelijke gezondheidszorg	11,2	3,2	14,4	3,2
Gehandicaptenzorg	12,0	4,9	16,9	6,2
Ouderenzorg	12,2	3,7	15,9	4,3
Thuiszorg	11,6	6,1	17,7	9,4

Bron: Bewerking gegevens Prismant

De deelname van de branche ouderenzorg aan de exitinterviews is voldoende om een uitsplitsing te maken per regio. In 2001 is het nettoverloop in het westen 5,1% en in het zuiden van het land 3,6%. Dit betekent dat de vervangingsvraag in het westen hoger zal zijn.

## 10.2 Vertrekredenen

De behoefte aan ander werk, het ontbreken van ontplooiingsmogelijkheden en het niet benutten van capaciteiten zijn vertrekredenen die in alle vijf onderscheiden branches in mindere of meerdere mate voorkomen (tabel 10.6). Vooral in de geestelijke gezondheidszorg zijn dit veelgenoemde vertrekredenen. Naast de overeenkomsten zijn er ook enkele branchespecifieke zaken te noemen. De geestelijke gezondheidszorg onderscheidt zich van de andere branches doordat beloning en loopbaanperspectief vaak genoemd worden. Dit hangt voor een belangrijk deel samen met het feit dat deze vertrekredenen vaker door mannen genoemd worden en de geestelijke gezondheidszorg een relatief groot aandeel mannen kent (zie hoofdstuk 5). In ziekenhuizen en in de gehan-



*Figuur 10.2*

*Vertreking binnen de branche ouderenzorg voor de regio's Noord, Oost, West en Zuid*

Bron: Exitinterviews en LKG

dicaptenzorg vormen werktijden een belangrijke reden van vertrek. In de thuiszorg spelen reisafstand en werkdruk nauwelijks een rol, dit in tegenstelling tot de andere branches. Slechts 4% van de vertrekkers in de thuiszorg geeft als reden van vertrek werkdruk aan. Dit cijfer ligt in de andere branches ongeveer 10 procentpunt hoger. De reisafstand wordt door 6% van de vertrekkers als reden van vertrek aangevoerd. In de andere branches kan dit percentage oplopen tot 20. Daarentegen is in de thuiszorg de lichamelijke belasting een belangrijke reden van vertrek. Van de vertrekkers geeft 15% de lichamelijke belasting aan als reden van vertrek in de thuiszorg en in de ouderenzorg. In de andere drie branches speelt deze reden nauwelijks een rol.

Het is mogelijk dat het vertrek vermeden had kunnen worden als bepaalde aspecten er anders uit hadden gezien. Deze gedachte leeft bij ruim de helft van de respondenten. Voor hen zijn gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden en loopbaanperspectief de belangrijkste vermijdbare vertrekredenen. Vooral in de geestelijke gezondheidszorg worden er veel vermijdbare vertrekredenen aangegeven. Het ontbreken van loopbaanperspectief en ontplooiingsmogelijkheden, het niet benutten van capaciteiten, ontevredenheid over de beloning en het ontbreken van voldoening in het werk worden hierbij veel genoemd.

Tabel 10.6

*De belangrijkste vertrekredenen per branche in 2002*

Ziekenhuizen	%	Geestelijke gezondheidszorg	%	Gehandicaptenzorg	%
Behoeftte aan ander werk	26	Behoeftte aan ander werk	38	Behoeftte aan ander werk	35
Ontplooïing	25	Perspectief	37	Ontplooïing	29
Reistijd	20	Ontplooïing	32	Perspectief	24
Werktijden	19	Voldoening werk	27	Voldoening werk	24
Perspectief	18	Beloning	23	Reistijd	19
Voldoening werk	16	Reistijd	21	Werktijden	16
Gezin	15	Werkdruk	13	Beloning	14
Opleiding	15	Leiderschap	11	Werkdruk	14
Ouderenzorg	%	Thuiszorg	%		
Behoeftte aan ander werk	29	Ontplooïing	19		
Ontplooïing	23	Lichamelijke belasting	15		
Voldoening werk	17	Perspectief	14		
Opleiding	17	Gezin	14		
Perspectief	16	Voldoening werk	13		
Lichamelijke belasting	15	Beloning	11		
Reistijd	15	Opleiding	10		
Werkdruk	15	Vrije tijd	10		

Bron: Exitinterviews Prismant

*Ontwikkeling vertrekredenen*

Als de vertrekredenen over verschillende jaren bekeken worden, valt in het algemeen op dat de genoemde vertrekredenen niet zozeer verschillen, maar wel dat ze door een grotere groep onderschreven worden.

Tabel 10.7

De belangrijkste vermijdbare vertrekredenen per branche in 2002 in %

Ziekenhuizen	%	Geestelijke gezondheidszorg	%	Gehandicaptenzorg	%
Ontplooiing	17	Perspectief	28	Ontplooiing	17
Werktijden	13	Ontplooiing	27	Perspectief	17
Perspectief	13	Beloning	21	Beloning	13
Beloning	12	Voldoening werk	18	Voldoening werk	12
Werkdruk	11	Gebrek opleiding	15	Werkdruk	12
Klimaat	10	Arbeidsomstandigheden	14	Werktijden	11
Voldoening werk	8	Klimaat	13	Overleg	10
Gebrek opleiding	7	Overleg	12	Klimaat	9
Ouderenzorg	%	Thuiszorg	%		
Ontplooiing	16	Ontplooiing	15		
Werkdruk	12	Perspectief	11		
Perspectief	11	Beloning	8		
Beloning	11	Gebrek opleiding	7		
Klimaat	10	Werktijden	7		
Werktijden	10	Lichamelijke belasting	7		
Voldoening werk	9	Voldoening werk	7		
Overleg	9	Aantal uren	6		

Bron: Exitinterviews Prismant

Tabel 10.8

De belangrijkste vertrekredenen voor de periode 1998-2000 en 2002 in %

1998-2000	%	2002	%
Behoefte aan ander werk	25	Behoefte aan ander werk	30
Ontplooiing	22	Ontplooiing	26
Reistijd	18	Perspectief	20
Voldoening werk	17	Voldoening werk	19
Perspectief	16	Reistijd	18
Beloning	13	Werktijden	16
Gezin	13	Werkdruk	14
Werktijden	12	Gezin	14

Bron: Exitinterviews Prismant

Aan de andere kant worden er minder vermijdbare vertrekredenen genoemd. Ontplooiing van capaciteiten, loopbaanperspectief en beloning zijn nog steeds de belangrijkste vertrekredenen, maar nemen in aandeel iets af.

Tabel 10.9

De belangrijkste vermijdbare vertrekredenen voor de periode 1998-2000 en 2002 in %

1998-2000	%	2002	%
Ontplooiing	18	Ontplooiing	17
Perspectief	15	Perspectief	14
Beloning	14	Beloning	12
Werkdruk	12	Werktijden	12
Werktijden	11	Werkdruk	11
Voldoening werk	11	Klimaat	10
Klimaat	11	Voldoening werk	10
Gebrek opleiding	9	Overleg	8

Bron: Exitinterviews Prismant

### *Vertrekredenen naar vertrekrichting*

De vertrekkers kunnen we in drie groepen onderverdelen wanneer we de vertrekrichting als uitgangspunt nemen. Onder de baanveranderaars (baan-baan) worden die mensen verstaan die veranderen van baan, maar binnen de sector zorg en welzijn blijven werken. Daarnaast wordt er een groep onderscheiden die de sector verlaat en elders aan de slag gaat (buiten de zorg) en als laatste groep de mensen die (tijdelijk) stoppen met betaald werk. Bij de drie groepen spelen verschillende vertrekmotieven een rol.

Belangrijke vertrekredenen bij de baanveranderaars en de vertrekkers naar buiten de zorg zijn het ontbreken van ontplooiingsmogelijkheden, de behoefte aan ander werk en het gemis van loopbaanperspectief, alsmede het ontbreken van voldoening in het werk. Bij hen spelen gezondheidsredenen nauwelijks een rol. Instellingen in de gezondheidszorg concurreren onderling wel op reisafstand. Ten opzichte van concurrenten buiten de zorg speelt deze vertrekreden een minder grote rol.

Bij de groep die de zorgsector verlaat en elders aan de slag gaat, spelen zowel geestelijke als lichamelijke belasting een belangrijke rol.

Bij de groep die (tijdelijk) stopt, zijn vooral persoonlijke motieven belangrijk. Gezin en ouderschap, maar ook pensioen zijn belangrijke vertrekredenen.

Tabel 10.10

De belangrijkste vertrekredenen naar vertrekrichting in 2002 in %

Baan-baan	%	Buiten zorg	%	Gestopt	%
Ontplooiing	29	Ontplooiing	25	Gezin	29
Behoeftte aan ander werk	27	Behoeftte aan ander werk	23	AOW/OBU	20
Perspectief	23	Voldoening werk	22	Ouderschap	20
Reistijd	19	Perspectief	19	Vrije tijd	18
Voldoening werk	19	Lichamelijke belasting	18	Gezondheid	13
Werktijden	16	Beloning	15	Lichamelijke belasting	12
Beloning	14	Werktijden	15	Verhuizing	10
Opleiding	13	Geestelijke belasting	15	Werkdruk	9

Bron: Exitinterviews Prismant

Het aandeel mensen dat een vermijdbare vertrekreden noemt, ligt bij hen die (tijdelijk) stoppen met werken een stuk lager dan bij de anderen. Van hen noemt 21% een vermijdbare vertrekreden terwijl dit percentage voor de baanveranderaars en voor de mensen die de sector verlaten op ruim 50% ligt.

Tabel 10.11

De belangrijkste vermijdbare vertrekredenen naar vertrekrichting in 2002

Baan-baan	%	Buiten zorg	%	Gestopt	%
Ontplooiing	20	Ontplooiing	17	Werktijden	7
Perspectief	16	Perspectief	13	Werkdruk	6
Beloning	13	Voldoening werk	12	Lichamelijke belasting	5
Werktijden	12	Beloning	12	Kinderopvang	5
Klimaat	11	Werktijden	10	Overleg	4
Werkdruk	11	Werkdruk	10	Aantal uren	3
Voldoening werk	10	Lichamelijke belasting	8	Geestelijke belasting	3
Overleg	9	Geestelijke belasting	6	Beloning	3

Bron: Exitinterviews Prismant

### 10.3 Samenvatting

Halverwege de jaren negentig nam het brutoverloop onder verpleegkundigen en verzorgenden enorm toe. Sinds 2000 neemt het verloop weer af. In 2002 is het brutoverloop gedaald tot 14,1%. De daling van het brutoverloop is in alle branches zichtbaar.

Het aandeel verpleegkundigen en verzorgenden dat de branche verlaat (nettoverloop) is, behalve in de geestelijke gezondheidszorg, ook afgenomen. Gemiddeld bedroeg het vertrek uit het beroep in 2002 4,3%. Tussen de branches loopt dit percentage uiteen van 2,6 bij de ziekenhuizen tot 6,1 in de thuiszorg. Ook regionaal zijn er verschillen in het nettoverloop. In de ouderenzorg is dit in het westen het hoogst en ligt op 5,2%; in het zuiden ligt dit cijfer beduidend lager: op 3,6%. Het westen zal dan ook een grotere vervangingsvraag kennen.

Volgens verpleegkundigen en verzorgenden uit de verschillende branches zijn behoefte aan ander werk en ontplooiing van capaciteiten de belangrijkste vertrekredenen. In de loop der tijd is er niet zozeer een verandering gekomen in de vertrekredenen als wel in het aandeel verpleegkundigen en verzorgenden die ze onderschrijven. De behoefte aan ontplooiing van capaciteiten en het ontbreken van loopbaanperspectief zijn de belangrijkste vermijdbare vertrekredenen. Volgens de vertrekkers kan de werkgever hier wat aan doen. Vooral in de geestelijke gezondheidszorg worden veel vermijdbare vertrekredenen genoemd. In deze branche is beloning ook een belangrijke reden van vertrek.



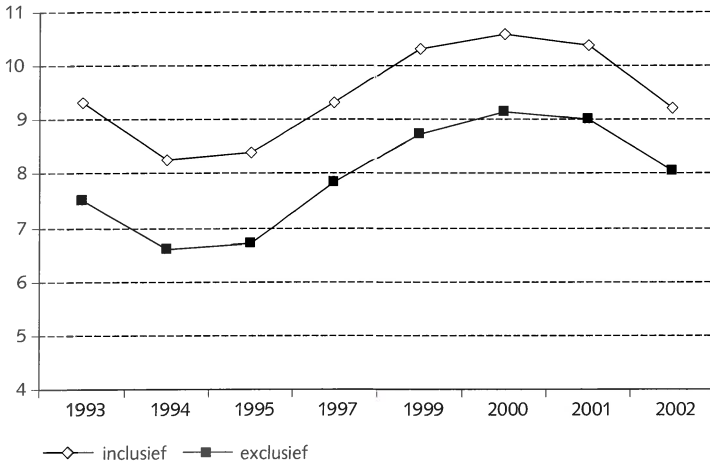
# 11

## Ziekteverzuim

In dit hoofdstuk wordt het ziekteverzuim behandeld. In paragraaf 11.1 worden de cijfers gepresenteerd en de opvallendste trends beschreven. Vervolgens wordt ingegaan op langdurig ziekteverzuim en in hoeverre dit, naar de mening van verpleegkundigen en verzorgenden, samenhangt met het werk (paragraaf 11.2).

### 11.1 Ziekteverzuim in cijfers

Het ziekteverzuim is wederom gedaald en komt voor het eerst sinds jaren weer onder de 10%, inclusief zwangerschapsverlof. Het ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof wordt op 8,0% geraamd. Halverwege de jaren negentig is het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden, evenals bij andere beroepsgroepen, sterk toegenomen; sinds 2000 is er echter sprake van een daling (zie figuur 11.1). Het aandeel van zwangerschapsverlof in het verzuim is in 2002 ten opzichte van voorgaande jaren afgenomen. Dit wordt mede veroorzaakt door de leeftijdsopbouw: het aandeel jongeren neemt steeds verder af (zie hoofdstuk 5). De daling is vooral groot in de branches geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg. Tabel 11.1 geeft een overzicht van het ziekteverzuim per branche. In de geestelijke gezondheidszorg is het verzuim vanwege zwangerschapsverlof door het veel grotere aandeel mannen in het personeelsbestand geringer dan in de andere branches.



Figuur 11.1

Het ziekteverzuim in- en exclusief zwangerschapsverlof in de periode 1993-2002 in %

Bron: LKG

Mannen hebben over het algemeen een lager verzuim dan vrouwen (Van der Windt e.a. 2002). Het gangbare oordeel is dat met het klimmen der jaren het ziekteverzuim toeneemt. Toch laat figuur 11.2 zien dat de verschillen tussen ouderen en jongeren niet zo erg groot zijn. Alleen jongeren onder de 25 jaar kennen een laag verzuim. Vanaf 25 jaar schommelt het ziekteverzuimpercentage exclusief zwangerschapsverlof tussen de 8 en 9%. De vergrijzing van het personeelsbestand heeft weinig effect op de hoogte van het ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof. Wel wordt het niveau van het ziekteverzuim inclusief zwangerschapsverlof er enigszins door beïnvloed. We zagen dit al in het begin van dit hoofdstuk.

Tabel 11.1

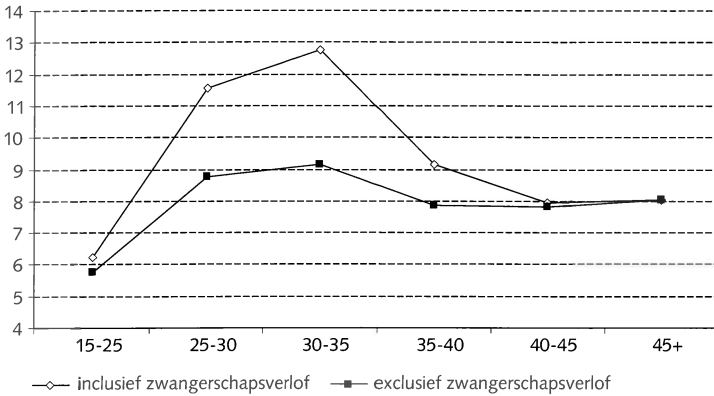
Het ziekteverzuimpercentage in- en exclusief zwangerschapsverlof 1994-2002

	1994	1997	2000	2001	2002*
<b>Inclusief zwangerschapsverlof</b>					
Algemene en categorale ziekenhuizen	7,1	7,9	9,0	8,7	7,8
Geestelijke gezondheidszorg	7,7	8,3	9,4	9,3	7,8
Gehandicaptenzorg	7,8	9,1	10,4	10,0	9,4
Verpleeghuizen	9,1	10,0	11,8	11,6	
Verzorgingshuizen			9,1	9,5	
Verpleeg- en verzorgingshuizen			10,6	10,7	10,0
Thuiszorg	9,1	10,6	11,7	11,5	9,8
Raming totaal	8,3	9,3	10,6	10,4	9,2
<b>Exclusief zwangerschapsverlof</b>					
Algemene en categorale ziekenhuizen	5,0	6,2	7,2	7,1	6,5
Geestelijke gezondheidszorg	5,5	7,2	8,3	8,4	7,0
Intramurale gehandicaptenzorg	6,0	7,5	9,0	8,9	8,2
Verpleeghuizen	7,3	8,6	10,3	10,2	
Verzorgingshuizen		7,1			
Verpleeg- en verzorgingshuizen		7,9			8,9
Thuiszorg	8,3	9,2	10,3	10,1	8,5
Raming totaal	6,6	7,7	9,1	9,0	8,0

\* Verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn niet meer apart te onderscheiden

Bron: LKG; Vernet, Nzi/LVT, CBS

Het landelijke beeld van een aanzienlijke daling van het ziekteverzuim komt in vrijwel alle regio's terug (zie tabel 11.2). Wel zijn de verschillen tussen de regio's in de periode 1999-2001 groter geworden. De daling voltrok zich niet gelijkmatig: een aantal regio's laat nog steeds een hoog verzuim zien.



Figuur 11.2

Het ziekteverzuimpercentage naar leeftijd in de intramurale gezondheidszorg in 2002

## 11.2 Omvang en oorzaken langdurig ziekteverzuim

Op basis van gegevens uit de OSA-arbeidsaanbodmonitor worden in deze paragraaf de omvang en de oorzaken van langdurig ziekteverzuim van verpleegkundigen en verzorgenden beschreven. Onder 'langdurig ziekteverzuim' wordt verstaan: een ziekteverzuim van twee weken of meer achtereenvolgend, exclusief zwangerschapsverlof in het afgelopen jaar. Hiertoe werd in de OSA-arbeidsaanbodmonitor de vraag gesteld of men in het kalenderjaar 2002 twee weken of meer achtereenvolgend verzuimd had wegens ziekte, exclusief zwangerschapsverlof. De omvang van het langdurige ziekteverzuim is vergelijkbaar met de gegevens van de vorige peiling, oftewel het ziekteverzuim in 2000.

### *Omvang langdurig ziekteverzuim*

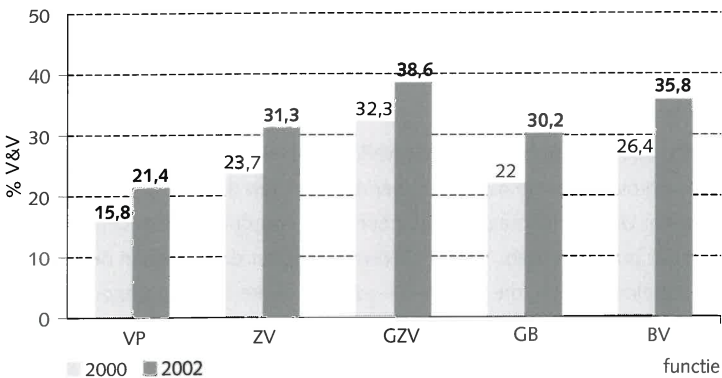
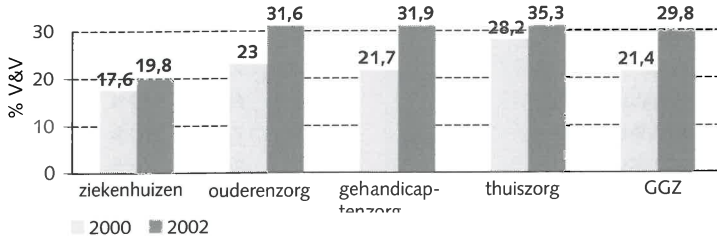
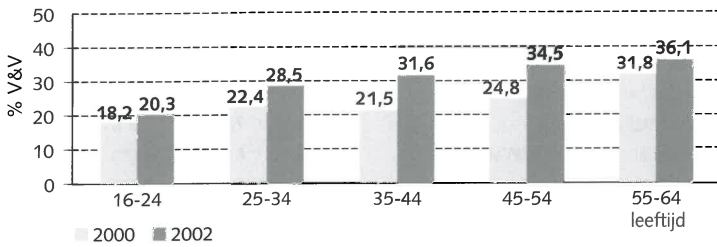
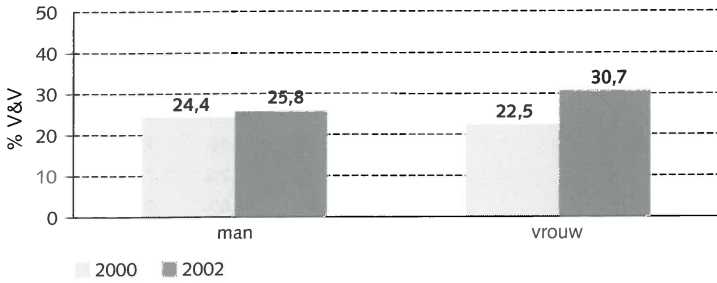
Bijna een derde (30%) van de verpleegkundigen en verzorgenden gaf aan in 2002 te maken te hebben gehad met langdurig ziekteverzuim. Ten opzichte van de vorige peiling, over 2000, is dit een flinke stijging: in 2000 rapporteerde 23% van de verpleegkundigen en verzorgenden langdurig ziekteverzuim. Figuur 11.3 geeft een beeld van het langdurige ziekteverzuim uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, sector en functie. De figuur laat zien dat langdurig ziekteverzuim relatief vaker door vrouwen wordt gerapporteerd. De stijging van het langdurige ziekteverzuim komt ook

Tabel 11.2  
 Het ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof per regio

	1999	2000	2001	2002
Groningen	8,4%	8,5%	8,4%	8,0%
Friesland	7,1%	6,9%	7,5%	7,4%
Drenthe	8,2%	8,1%	8,6%	7,4%
IJssel-Vecht	7,2%	7,3%	7,6%	6,9%
Twente	7,1%	7,2%	7,9%	6,8%
Midden-IJssel	7,5%	7,6%	7,8%	6,8%
Veluwe	7,0%	7,3%	7,1%	6,6%
Arnhem/Oost-Gelderland	8,1%	8,4%	8,7%	7,6%
Nijmegen/Rivierland	8,6%	9,1%	9,6%	9,5%
Flevoland	7,9%	8,0%	8,6%	8,4%
Utrecht	7,4%	7,7%	7,6%	7,3%
Het Gooi en Vechtstreek	8,1%	8,2%	8,5%	7,3%
Noord-Holland Noord	7,2%	7,4%	7,5%	7,8%
Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	9,8%	8,7%	9,6%	8,3%
Kenemer-/Amstel- en Meerlanden	7,6%	8,0%	7,6%	7,7%
Rijnstreek	7,4%	7,1%	7,9%	7,7%
Haaglanden	8,2%	8,8%	9,4%	7,7%
Drechtsteden	7,1%	8,2%	8,6%	7,6%
Rijnmond	7,4%	8,0%	8,7%	7,1%
Zeeland	7,1%	7,6%	7,4%	7,5%
West-Brabant	6,4%	6,6%	7,2%	6,7%
Midden-Brabant	7,5%	7,6%	7,1%	6,6%
Noordoost-Brabant	7,1%	6,9%	7,2%	6,8%
Zuidoost-Brabant	6,3%	6,5%	7,1%	7,1%
Noord- en Midden-Limburg	6,7%	6,5%	6,8%	6,6%
Zuid-Limburg	8,0%	8,4%	8,1%	7,6%
	<b>7,6%</b>	<b>7,7%</b>	<b>8,0%</b>	<b>7,4%</b>

Bron: LKG

vooral voor rekening van de vrouwelijke verpleegkundigen en verzorgenden, die overigens de overgrote meerderheid van de beroepsgroep vormen. Uitgesplitst naar leeftijd neemt het langdurige ziekteverzuim toe met het ouder worden. Verder blijkt uit de figuur dat er zich in de middelste leeftijdsgroepen, die van 35-54 jaar, een flinke stijging (ongeveer 10%) van het langdurige ziekteverzuim heeft voorgedaan. Onderscheid naar sector laat zien dat langdurig ziekteverzuim het vaakst wordt gerap-



porteed door verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg (35%); de ziekenhuissector kent het laagste percentage (20%). De gehandicaptenzorgsector laat de grootste stijging zien ten opzichte van de vorige peiling: het langdurige ziekteverzuim is in deze sector met zo'n 10% toegenomen.

Een uitsplitsing naar functies laat zien dat langdurig ziekteverzuim in relatie 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.

#### *Aard van gezondheidsproblemen*

Van de verpleegkundigen die hebben aangegeven dat ze in 2002 te maken hebben gehad met langdurig ziekteverzuim, geeft 70% aan dat het om lichamelijke problemen gaat (figuur 11.4). In 12% van de gevallen ging het om psychische problemen en in 18% was er sprake van een combinatie van lichamelijke en psychische problemen. Deze percentages zijn vergelijkbaar met die van 2000.

Onderscheid naar vrouwelijke en mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden laat zien dat relatief meer mannen dan vrouwen met psychische gezondheidsklachten hebben verzuimd, respectievelijk 27% en 11%. Waar in de vorige peiling in de jongste leeftijdscategorie, dus die van 16

←

#### *Figuur 11.3*

*Percentage langdurig ziekteverzuim (exclusief zwangerschapsverlof) naar geslacht, leeftijd, sector en functie in 2000 en in 2002*

Bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (2002, 2003)

ZH = Ziekenhuizen

VP = Verpleegkundigen

OZ = Ouderenzorg

ZV = Ziekenverzorgenden

GHZ = Gehandicaptenzorg

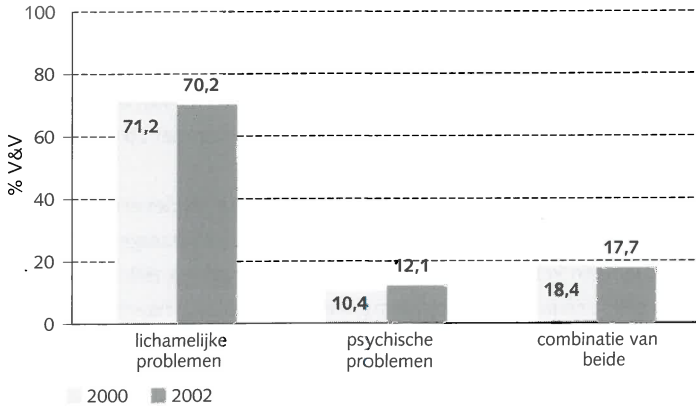
GZV = Gezinsverzorgenden

TZ = Thuiszorg

GB = Groepsbegeleiders

GGZ = Geestelijke gezondheidszorg

BV = Bejaardenverzorgenden



*Figuur 11.4*

*Percentage langdurig ziekteverzuim (exclusief zwangerschapsverlof) naar aard van de gezondheidsproblemen in 2000 en in 2002*

Bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (2002, 2003)

tot 25 jaar, bijna uitsluitend lichamelijke problemen de oorzaak vormden van langdurig ziekteverzuim (94%), is dat in de nieuwste peiling nog 'slechts' de helft; bijna een kwart van deze leeftijdsgroep zegt nu vooral door psychische gezondheidsproblemen langdurig verzuimd te hebben. In de overige leeftijdsklassen is de aard van de gezondheidsproblemen ongeveer dezelfde. Alleen onder groepsbegeleiders is een relatief hoog percentage van het langdurige ziekteverzuim van psychische aard, namelijk 23%.

*Figuur 11.5*

*Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat vindt dat de oorzaak van hun langdurige ziekteverzuim (exclusief zwangerschapsverlof) geheel of gedeeltelijk met het werk te maken had, 2000 en 2002*

Bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (2002, 2003)

ZH = Ziekenhuizen

VP = Verpleegkundigen

OZ = Ouderenzorg

ZV = Ziekenverzorgenden

GHZ = Gehandicaptenzorg

GZV = Gezinsverzorgenden

TZ = Thuiszorg

GB = Groepsbegeleiders

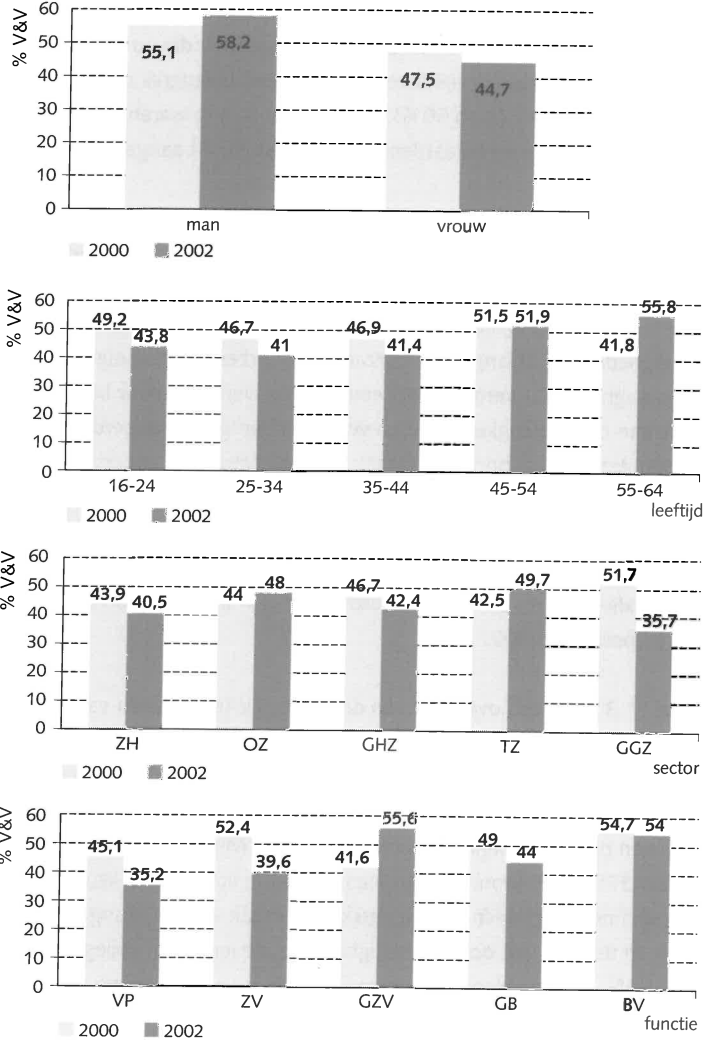
GGZ = Geestelijke gezondheidszorg

BV = Bejaardenverzorgenden



*Langdurig ziekteverzuim werkgerelateerd?*

Van de verpleegkundigen en verzorgenden die te maken hebben gehad met langdurig ziekteverzuim geeft 46% aan dat dit verzuim voor een deel (zegt 33%) of geheel (zegt 13%) gerelateerd is aan het werk. Deze percentages lijken op die van de vorige peiling over 2000. Uit figuur 11.5 blijkt dat dit door relatief meer mannen (58%) dan vrouwen (45%)

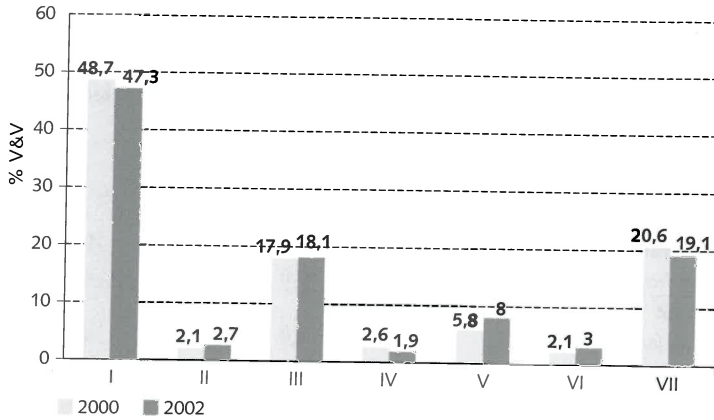


wordt gerapporteerd. Uitgesplitst naar leeftijd valt op dat vergeleken met de vorige peiling een flink hoger percentage in de oudste leeftijdscategorie zijn langdurig ziekteverzuim toeschrijft aan het werk. In de oudste leeftijdscategorie komt langdurig ziekteverzuim ook het meeste voor. Uitgesplitst naar sector wordt door 36% tot 50% van de verpleegkundigen en verzorgenden die langdurig hebben verzuimd, respectievelijk in de GGZ en in de thuiszorg, aangegeven dat dat vooral te maken had met het werk. In de vorige peiling was dit juist andersom. Verder zijn het met name gezinsverzorgenden en bejaardenverzorgenden die nu te kennen geven dat het langdurige ziekteverzuim voor een belangrijk deel gerelateerd is aan het werk (ruim 50%). In de vorige peiling waren het vooral ziekenverzorgenden en bejaardenverzorgenden die dit aangaven.

#### *Welke werkgerelateerde oorzaken?*

Van degenen die te maken hebben gehad met langdurig ziekteverzuim en bovendien vinden dat het ziekteverzuim (gedeeltelijk) met het werk samenhangt, noemt bijna de helft 'lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden' als belangrijkste oorzaak (voor arbeidsomstandigheden zie ook paragraaf 8.3). Verder wordt een te hoge werkdruk door bijna een vijfde van de verpleegkundigen en verzorgenden gerapporteerd als belangrijkste werkgebonden oorzaak. Ook de categorie 'anders' wordt door een vijfde van de verpleegkundigen en verzorgenden genoemd. Deze categorie omvat gezondheidsklachten, zoals rugklachten of psychische klachten, maar ook bijvoorbeeld conflictsituaties op het werk en de combinatie werk en privé. Deze percentages zijn te vergelijken met die van de peiling in 2000.

Tabel 11.3 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 lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden relatief vaker door vrouwen dan door mannen worden genoemd. Met andere woorden, ongeveer 17% meer vrouwen dan mannen ziet in lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden de belangrijkste oorzaak van langdurig ziekteverzuim. In de GGZ valt op dat onenigheid met de leiding of collega's door ruim 20% als een belangrijke oorzaak wordt gezien van langdurig ziekteverzuim.



Figuur 11.6

*De belangrijkste werkgerelateerde oorzaken van langdurig ziekteverzuim naar de mening van verpleegkundigen en verzorgenden.*

Bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (2002, 2003)

- 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

Tabel 11.3

De belangrijkste oorzaken van langdurig ziekteverzuim binnen het werk of de werksituatie, naar geslacht, leeftijd, sector en functie (horizontaal telt op tot 100%, de drie meest genoemde oorzaken zijn vet gezet), in 2002

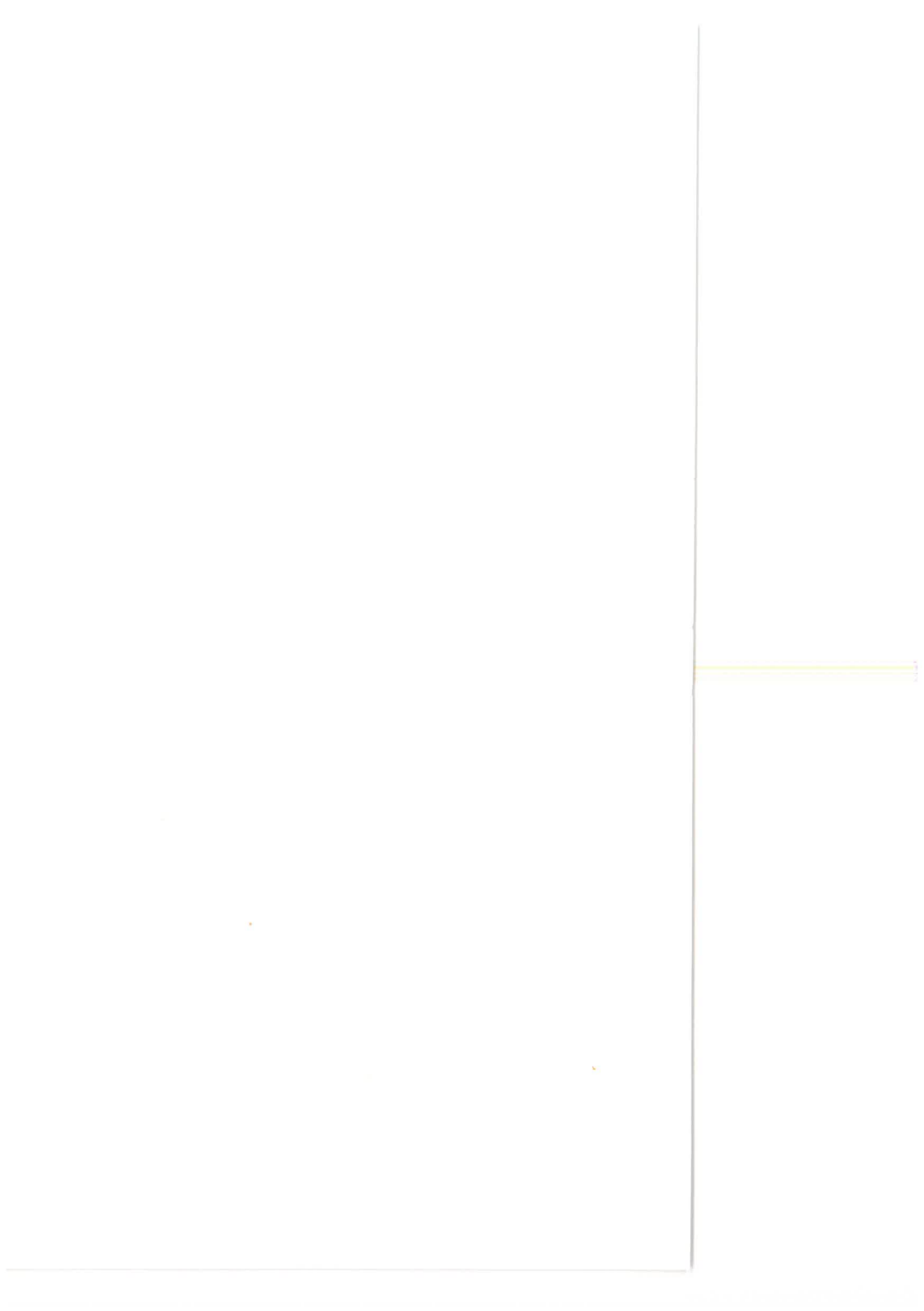
	I	II	III	IV	V	VI	VII
<b>Geslacht</b>							
V&V man	<b>32,2</b>	5,1	<b>28,8</b>	1,7	5,1	11,9	<b>15,3</b>
V&V vrouw	<b>48,8</b>	2,4	<b>17,0</b>	1,9	8,2	2,2	<b>19,6</b>
<b>Leeftijd</b>							
16-24 jaar	<b>42,1</b>	0,0	0,0	0,0	<b>23,7</b>	0,0	<b>34,2</b>
25-34 jaar	<b>47,0</b>	3,0	<b>15,9</b>	0,8	3,8	8,3	<b>21,2</b>
35-44 jaar	<b>51,4</b>	1,2	<b>17,9</b>	1,2	6,4	2,9	<b>19,1</b>
45-54 jaar	<b>47,8</b>	3,8	<b>21,0</b>	2,7	8,1	1,6	<b>15,1</b>
55-64 jaar	<b>32,3</b>	8,1	<b>24,2</b>	4,8	11,3	0,0	<b>19,4</b>
<b>Sectoren</b>							
Ziekenhuizen	<b>37,9</b>	0,0	<b>13,6</b>	6,1	12,1	0,0	<b>30,3</b>
Ouderenzorg	<b>51,7</b>	3,0	<b>16,6</b>	0,0	5,7	3,9	<b>16,1</b>
Gehandicaptenzorg	<b>27,4</b>	3,2	<b>25,0</b>	4,8	12,1	4,0	<b>23,4</b>
Thuiszorg	<b>63,3</b>	1,5	<b>12,2</b>	0,0	4,6	1,5	<b>16,8</b>
Geestelijke gezondheidszorg	13,9	8,3	<b>25,0</b>	8,3	<b>22,2</b>	5,6	<b>16,7</b>
<b>Functies</b>							
Verpleegkundige	<b>33,3</b>	2,2	<b>24,4</b>	6,7	6,7	1,1	<b>25,6</b>
Ziekenverzorgende	<b>57,5</b>	4,7	<b>11,3</b>	0,0	1,9	2,8	<b>21,7</b>
Gezinsverzorgende	<b>67,7</b>	1,8	<b>7,3</b>	0,0	5,5	1,8	<b>15,9</b>
Groepsbegeleider	<b>23,5</b>	4,3	<b>26,1</b>	3,5	13,9	7,0	<b>21,7</b>
Bejaardenverzorgende	<b>52,6</b>	1,8	<b>23,7</b>	0,0	3,5	3,5	<b>14,9</b>
Totaal	<b>47,3</b>	2,7	<b>18,1</b>	1,9	8,0	3,0	<b>19,1</b>

Bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg (2003)

- 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

### 11.3 Samenvatting

Net als bij andere beroepsgroepen het geval was, nam het ziekteverzuim bij verpleegkundigen en verzorgenden in 2002 verder af. Het tempo waarin de afname zich voltrekt, varieert wel per branche en regio. Het langdurige ziekteverzuim daarentegen, twee weken of langer aansluitend, is ten opzichte van 2000 gestegen van 23% naar 30%. Deze stijging heeft zich met name voorgedaan in de leeftijdsgroep van 35 tot 55 jaar en in de gehandicaptensector. Langdurig ziekteverzuim wordt het meest gerapporteerd door gezinsverzorgenden in de thuiszorg (35%), het minst door verpleegkundigen in de ziekenhuissector (20%). Evenals in de vorige peiling geeft een meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden die vorig jaar te maken hebben gehad met langdurig ziekteverzuim aan dat het om lichamelijke problemen gaat (70%). Ongeveer in 12% van de gevallen betreft het psychische problemen en in de overige gevallen is het een combinatie van beide typen klachten. Wel heeft zich hierin een kleine verschuiving voorgedaan: waar het in de vorige peiling in de jongste leeftijdsgroep (16-25 jaar) bijna uitsluitend om lichamelijke problemen ging, heeft nu bijna een kwart aangegeven dat psychische problemen de voornaamste oorzaak vormden voor langdurig ziekteverzuim. Bijna de helft heeft bovendien aangegeven dat hun ziekteverzuim geheel of voor een deel gerelateerd is aan het werk. Met name in de oudste leeftijdsgroep (55-64 jaar) wordt langdurig ziekteverzuim toegeschreven aan het werk. In deze categorie komt langdurig ziekteverzuim ook het meeste voor. Als werkgerelateerde oorzaken worden vooral lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden genoemd (bijna de helft), gevolgd door een te hoge werkdruk (bijna een vijfde).



## 12 De toekomstige vraag-en-aanbodverhoudingen

Om inzicht te krijgen in de toekomstige vraag-en-aanbodverhoudingen op de arbeidsmarkt van verpleegkundigen en verzorgenden moeten we een beeld hebben van de manier waarop de vraag naar deze beroepsgroepen zich ontwikkelt en hoe het aanbod er de komende jaren naar verwachting uit zal zien. In hoofdstuk 3 werd al een meer beschrijvend beeld geschetst van de vraag in de komende jaren; in de hoofdstukken 9 en 10 werd iets zichtbaar van het aanbod in de komende jaren. Beide grootheden zijn uiteraard met onzekerheden omgeven, maar op grond van trends uit het verleden is er wel iets over te zeggen. Het verschil met de voorgaande hoofdstukken is dat we hier maat en getal aan de ontwikkelingen geven.

### 12.1 De vraag naar zorg

Indertijd is in *Gezondheidszorg in Tel* (Muiswinkel 2000) een methodiek ontwikkeld om trends uit het verleden om te zetten in verwachtingen voor de nabije toekomst. De vooronderstelling hierbij is dat zich geen grote veranderingen voordoen zoals stelselwijzigingen of omvangrijke veranderingen in de financiering. Met andere woorden, er mag geen sprake zijn van grote trendbreuken.

*Gezondheidszorg in Tel* gaat uit van een drietal begrippen om de vraag naar zorg in kaart te brengen\*. De eerste is de demografie: berekend wordt wat de groei en de vergrijzing van de bevolking in de komende jaren voor de vraag naar zorg betekenen. De tweede is de trendmatige ontwikkeling in het gebruik: bijvoorbeeld waar er naar gestreefd wordt om geleidelijk aan ouderen steeds meer thuis in plaats van in een residentiële voorziening van zorg te voorzien, vertaalt zich dat in een lagere

\* In GiT-8 wordt uitvoerig ingegaan op de gehanteerde methode en variabelen. Voor verdere informatie wordt dan ook naar dat rapport verwezen. We volstaan hier met een globale beschrijving, waarbij de grote lijn aan de orde komt.

groei van het gebruik van verzorgingshuizen en een grotere vraag naar thuiszorg dan op grond van alleen demografie verwacht mag worden. De derde en laatste factor waar rekening mee gehouden wordt is de intensiteit van de zorg. Oudere patiënten vragen bijvoorbeeld in een ziekenhuis bij eenzelfde aandoening doorgaans meer zorg dan jongere patiënten. Neemt het aandeel ouderen in de ziekenhuispopulatie toe, dan betekent dit dat er niet alleen vanwege hun aantal, maar ook vanwege de extra zorg die ze vergen meer personeel nodig is. Ook de toenemende complexiteit van de zorgvraag moet in deze factor tot uitdrukking komen. Tabel 12.1 laat zien wat per branche de verwachtingen zijn voor de drie genoemde factoren voor de komende jaren (periode 2003-2007). Deze uitkomsten zijn gebaseerd op een extrapolatie van de periode 1996-2002.

Tabel 12.1

*Gemiddelde jaarlijkse verandering in de vraag naar zorg en in het arbeidsvolume per branche naar achterliggende factoren voor de periode 2003-2007*

	Vraag			Arbeidsaanbod		
	Demografie	Trend	Intensiteit	Totaal	Arbeidsproductiviteit	Arbeidsvolume
Ziekenhuizen	0,8	-0,6	1,0	1,2	-0,4	1,6
GGZ	0,4	-1,1	2,7	1,9	2,7	-0,8
Verstandelijk gehandicapten	0,6	0,7	0,5	1,8	-1,2	3,0
Verpleeghuizen	1,8	-0,7	0,0	1,1	-1,6	2,8
Verzorgingshuizen	2,4	-2,4	1,1	1,1	-2,5	2,3
Thuiszorg	1,2	2,7	-0,4	3,5	0,9	2,4
Totaal	1,1	-0,4	0,8	1,6	-0,4	2,1

De demografische ontwikkeling, de groei van de bevolking en de verandering in de leeftijdsopbouw, hebben als gevolg dat de vraag in de periode 2003-2007 jaarlijks gemiddeld met 1,1% toeneemt. Bij verzorgings- en verpleeghuizen is deze component hoger, bij de gehandicaptenzorg juist lager. Bij de trends in gebruik zien we vooral een toename bij de thuiszorg en afnamen bij verzorgingshuizen, verpleeghuizen en ziekenhuizen. De intensiteit van de gevraagde zorg neemt doorgaans toe. Zo



worden er weliswaar in verzorgingshuizen jaarlijks minder bewoners verzorgd, maar de bewoners die verzorgd moeten worden vragen gemiddeld wel meer zorg!

Nemen we de drie factoren bij elkaar, dan is het resultaat de berekende jaarlijkse gemiddelde toename in de vraag naar zorg wanneer zich geen trendbreuken voordoen. Voor het geheel neemt de geraamde vraag gemiddeld met 1,6% per jaar toe. De thuiszorg groeit naar verwachting harder dan het gemiddelde, de andere branches blijven rond het gemiddelde schommelen, met een groei tussen de 1,1 en 1,9.

Niet alle gevraagde zorg is verpleegkundig of verzorgend van aard. Zeker in ziekenhuizen bestaat een substantieel deel van de zorg uit behandelingen. In de *care*-sectoren zal het verschil tussen de totale zorg en de zorg te geven door verpleegkundigen en verzorgenden niet groot zijn. Voor de *cure*-sector (ziekenhuizen en GGZ) hebben we wel een poging gedaan om een en ander verder uit te splitsen. Dat blijkt echter óf weinig resultaat op te leveren óf moeilijk te realiseren te zijn.

Zo is voor verpleging in de ziekenhuizen wel iets in kaart te brengen. In de afgelopen jaren zien we bij verpleging sec gemeten aan verpleegdagen, dagverpleging en intensiteit, per saldo een afname. Het personeel groeide wel, maar blijft wat achter bij het totale personeelsbestand. Het is de vraag of het werk van de verpleging zich alleen beperkt tot verpleging, zoals gemeten met de huidige indicatoren, of ook gevolgen ondervindt van meer en intensievere behandelingen in een korter tijdsbestek. Er zijn momenteel onvoldoende statistische gegevens voorhanden om de indicator intensiteit te verbeteren.

Bij de GGZ doet zich het probleem voor dat de informatievoorziening nu sterk gericht is op de verschillende circuits. De verpleging is daarin vaak niet of moeilijk apart te onderscheiden.

Voor de factor arbeid geldt voor beide branches dat wanneer verpleging en verzorging onderscheiden worden, er aparte berekeningen voor verschillende personeelscategorieën gemaakt moeten worden. De kans op merkwaardige uitschieters is daardoor zeker bij de beperkte tijdreeks van de GGZ relatief groot.

In plaats van een precisering van de gegevens kunnen we ook naar de gevoeligheid ervan kijken. Van beide branches is bekend dat de behandelingsfunctie sterker groeit dan de verzorgingsfunctie. Stel dat de vraag naar

het verplegend en verzorgend personeel als gevolg hiervan 0,5% minder sterk groeit dan de raming voor het totale personeelsbestand uit tabel 12.1, in welke mate beïnvloedt dat dan de hiervoor gepresenteerde uitkomsten? De vraag naar personeel voor de hele zorgsector (de onderste rij van tabel 12.1) bedraagt dan 1,4% in plaats van 1,6%. Met andere woorden, de gevoeligheid van deze vooronderstelling op de uitkomsten is beperkt. We concluderen dat de raming voor een sectorbrede raming voor verpleging en verzorging bruikbaar is.

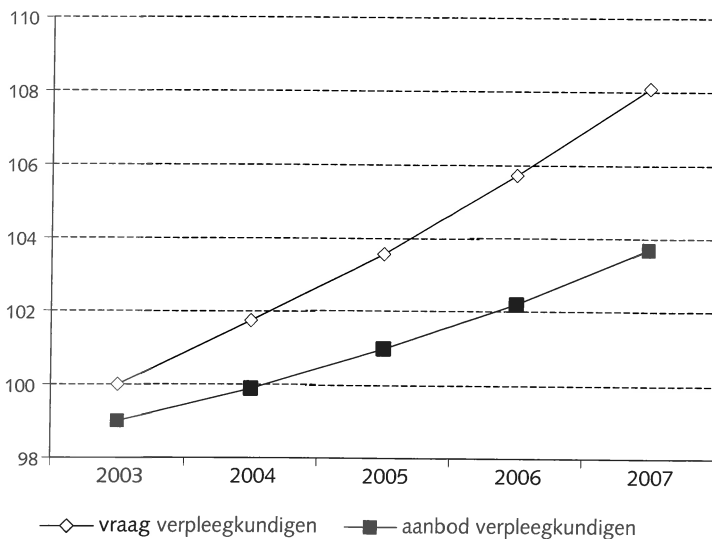
## 12.2 Het aanbod van arbeid

Niet alle veranderingen in de vraag betekenen ook direct dat er meer personeel nodig is. Zo wordt in GiT (*Gezondheidszorg in Tel*) onderscheid gemaakt naar de verschillende productiefactoren arbeid, gebruik en kapitaal. In een arbeidsintensieve branche zal de totale groei en de groei van arbeid ongeveer overeenkomen, maar in een branche als de verzorgingshuizen, waar maar 60% van de uitgaven aan personeel plaatsvindt en gebouwen dus ook een belangrijke kostenpost vormen, kunnen afwijkingen ontstaan. In GiT worden de trends in arbeid, gebruik en kapitaal van de afgelopen jaren doorgetrokken.

Bij de factor arbeid wordt nog onderscheid gemaakt tussen arbeidsproductiviteit en arbeidsvolume. Door technologie en hulpmiddelen moet het mogelijk zijn om meer te verrichten met dezelfde mensen. Een oplopende werkdruk kan echter ook het gevolg zijn wanneer met dezelfde mensen meer gedaan moet worden. Het tegendeel geldt ook. Zo hebben de indertijd toegekende werklastgelden negatieve gevolgen voor de arbeidsproductiviteit.\*

Tabel 12.1 laat voor de meeste branches een negatieve arbeidsproductiviteit op grond van extrapolatie uit het verleden zien. Bij de thuiszorg en de GGZ was de trend positief. Voor de thuiszorg zagen we in hoofdstuk 3 over de geboden zorg al een forse toename, waar het personeelsbestand niet in die omvang toenam. Bij de GGZ speelt waarschijnlijk dat meer mensen behandeld worden met een in aantallen stabiel personeelsbestand.

\* In *RegioMarge 2002* wordt dit effect geschat op ongeveer 0,5% per jaar: zonder werkdrukmiddelen zou de arbeidsproductiviteit 0,5% hoger liggen. Daar staat tegenover dat in tabel 12.1 ook geen rekening gehouden is met het inlopen van de vraag vanwege wachtlijsten, die in *RegioMarge 2002* berekend werd op een jaarlijkse vraag van 0,8% extra.



Figuur 12.1

Vraag naar en aanbod van verpleegkundigen in de periode 2003-2007  
(vraag 2003 = 100)

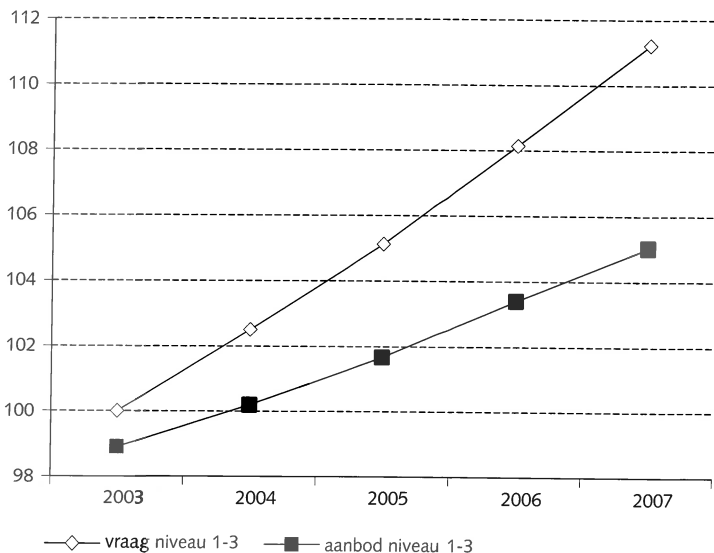
Al met al wordt berekend dat de komende jaren de vraag naar personeel om in de zorgvraag te kunnen voorzien jaarlijks gemiddeld met 2,1% groeit. Omdat verpleegkundigen en verzorgenden ruim de helft van het personeelsbestand uitmaken, zal de vraag naar hun werkzaamheden hier weinig van afwijken. Passen we de eerdergenoemde gevoeligheidsanalyse toe, dan komen we op 2%. Lukt het om de komende jaren in deze vraag te voorzien?

In *RegioMarge 2002* (Van der Windt 2003) is nagegaan hoe het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden zich de komende jaren ontwikkelt wanneer we rekening houden met vertrek uit het beroep en met degenen die de komende jaren hun diploma halen en daadwerkelijk in de zorgsector aan de slag gaan. Daarbij is uitgegaan van langjarige gemiddelde cijfers. Op de korte termijn kan het aanbod bij de huidige stand van de economie iets groter zijn, maar hier wordt naar de middellange termijn (4-5 jaar) gekeken. De analyse van vraag en aanbod is uitgesplitst naar verpleegkundigen (niveau 4 en 5) en verzorgenden (niveau 1-3).

Het gevraagde arbeidsvolume van verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zal naar verwachting tot 2007 moeten stijgen met 8%. Dat is iets minder dan het jaarlijkse gemiddelde 2,1% van tabel 12.1. De branches waar verpleegkundigen werkzaam zijn behoeven iets minder hard te groeien dan het totaal. Anno 2003 wordt niet helemaal in deze vraag voorzien. In hoofdstuk 4 vermeldden we al dat er sprake was van 1,1% moeilijk vervulbare vacatures. Figuur 12.1 laat zien dat het aanbod in 2003 98,9% van de vraag dekt. Het aanbod van verpleegkundigen neemt de komende jaren naar verwachting toe met 5%. Het gat tussen vraag en aanbod wordt in de periode 2003-2007 dan ook jaarlijks groter. Zoals al eerder gesteld, is het best denkbaar dat het aanbod de eerste jaren, waar sprake is van een laagconjunctuur, groter is dan hier verondersteld en er nauwelijks sprake zal zijn van een kloof. Wanneer de economie aantrekt kan het vertrek uit het beroep toenemen en wordt het aanbod kleiner. Bij het aanbod is verder verondersteld dat de instroom in de opleidingen zich de komende jaren op het gemiddelde van de jaren 2000-2002 zal bewegen. Zou de instroom onder invloed van de laagconjunctuur de komende tijd omlaaggaan, dan wordt de kloof in latere jaren evenredig veel groter! *RegioMarge 2002* liet al zien dat de problemen bij verpleegkundigen vooral op niveau 4 liggen. De huidige opleidingscapaciteit van niveau 5 is ruim voldoende. Wel geldt dat verpleegkundigen zich mede onder invloed van het tekort aan medici voor een deel van hun activiteiten op het medisch domein begeven. In hoofdstuk 7 werden daarvan voorbeelden gegeven: praktijkverpleegkundige, nurse practitioner, physician assistant. Bij de berekeningen is daar geen rekening mee gehouden. Tot nu toe is deze invloed overigens nog beperkt: de aantallen zijn nog gering. De geringe mogelijkheden om het artsentekort snel op te lossen (Velden e.a. 2003) zouden ertoe kunnen bijdragen dat de vraag naar niveau-5-verpleegkundigen verder aantrekt.

De vraag naar verzorgenden (niveau 1-3) zal de komende jaren iets sneller groeien dan bij verpleegkundigen. In 2007 is de vraag zo'n 11% groter en het aanbod 6%.\* Zij werken met name in de ouderenzorg en thuiszorg, waar de vraag bovengemiddeld toeneemt. Dat betekent dat de

\* De hoge groei bij verzorgenden heeft ook te maken met het feit dat instellingen volgens *RegioMarge 2002* in de personeelsamenstelling ook meer gebruik willen maken van verzorgenden dan nu het geval is.



Figuur 12.2

Vraag naar en aanbod van verzorgenden (niveau 1-3) in de periode 2003-2007

kloof tussen vraag en aanbod bij de huidige vooruitzichten in 2007 dan ook groter is dan bij verpleegkundigen.

Voor verpleegkundigen geldt dat het vooral van belang is dat de instroom in de opleidingen minimaal op peil blijft, anders wordt de tekortsituatie sterk vergroot.

In de branches waar veel mensen op niveau 1 tot en met 3 werken (de thuiszorg, de verpleeg- en verzorgingshuizen) zal het zonder aanvullend beleid steeds moeilijker worden om kwalitatief goede zorg te leveren. In de huidige economische omstandigheden zullen er dan wellicht in aantallen genoeg 'handen aan het bed' (onder meer van niet verpleegkundig of verzorgend geschoolden) beschikbaar zijn, maar is er aanvullend scholing nodig om op dezelfde wijze in kwalitatieve zin als de afgelopen jaren in de vraag te kunnen blijven voorzien.

### 12.3 Samenvatting

De vraag naar zorg van verpleegkundigen en verzorgden neemt ook de komende jaren toe. Geraamd wordt dat de groei en de vergrijzing van de

bevolking, trendmatige ontwikkelingen in het aanbod van zorg en de intensiteit van de gevraagde zorg jaarlijks de vraag met 1,6% doen toenemen. De geringe mogelijkheden om de arbeidsproductiviteit te laten stijgen en tegelijkertijd de werkdruk niet op te laten lopen, betekent dat het aanbod jaarlijks met rond de 2% zou moeten stijgen.

De huidige vooruitzichten zijn echter dat het aanbod van verpleegkundigen in de periode 2003-2007 met nog geen 5% groeit, waar 8% nodig is, en het aanbod van verzorgenden met 6% groeit, waar 11% geboden is.

Op de korte termijn zal het bij de huidige conjunctuur waarschijnlijk wel mogelijk zijn om voldoende 'handen aan het bed' te krijgen door niet verpleegkundig of verzorgend geschoolden aan te trekken. Een en ander betekent wel dat zonder aanvullende scholing er kwalitatief een kloof dreigt te ontstaan tussen vraag en aanbod.

# Literatuur en bronnen

## Hoofdstuk 2 De geboden zorg en wachtlijstgegevens

Prismant (2003) Jaarbeeld Zorg.

Taskforce aanpak wachtlijsten (2003). Landelijke rapportages:  
[www.wachtlijstaanpak.nl](http://www.wachtlijstaanpak.nl).

## Hoofdstuk 3 Ontwikkeling in de vraag naar verpleging en verzorging

Alders, M. (2003). Allochtonenprognose 2002-2050: bijna twee miljoen niet-westerse allochtonen in 2010. *Bevolkingstrends*, 1, 34-41.

Berg, E.L. van den (1997). Gezondheid en welzijn. Voorzieningengebruik in de gezondheids- en welzijnszorg, 1995. *Maandstatistiek van de bevolking*, 6, 4-17.

Boer, A.H. de, Klerk, M.M.Y. de (2001). Informele hulp samengevat. In: *Volksgezondheid Toekomstverkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

Centraal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). *Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland*. Voorburg/Heerlen: CBS.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2003a). *Bevolkingsprognose 2002-2050*. *Bevolkingstrends*, 1, 76.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2003b). *Allochtonenprognose 2002-2050*. *Bevolkingstrends*, 1, 77.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2003c). *Statistisch jaarboek*. Voorburg/Heerlen: CBS.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2003d). *Kerncijfers van de huishoudensprognose 2003-2050*. [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl) (Statline, 2 juni).

Centraal Bureau voor de Statistiek (2003e). *Prognose-intervallen van de bevolking naar leeftijdsgroep, 2003-2050*. [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl) (Statline, 2 juni).

- 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.
- Jong, A. de (2003). Bevolkingsprognose 2002-2050: anderhalf miljoen inwoners erbij. *Bevolkingstrends*, 1, 21-26.
- 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.
- Offerhaus, P.M., Anthony, S., Oudshoorn, C.G.M., Pal-de Bruin, K.M. van der, Buitendijk, S.E. (2002). De thuisbevalling in Nederland. Eindrapportage: 1995-2000. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- Oers, J.A.M. (eindredactie). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomstverkenning 2002*. Bilthoven/Houten: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Bohn Stafleu Van Loghum.
- 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 (2003). *Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers*. Den Haag: SCP.
- VWS (2001). *Zorg Nabij, notitie over mantelzorgondersteuning*. Kamerstuk 27401, nr 65.
- Windt, W. van der, Calsbeek, H., Hingstman, L., Talma, H. (2002). *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2002*. Maarssen/Utrecht: Elsevier gezondheidszorg/LCVV.

#### **Hoofdstuk 4 Omvang van de beroepsgroepen**

- Groot, I., Kok, L. en Aerts, M. (2003). *Zorgverleners zonder zekerheid; de arbeidsmarktpositie van freelancers in de gezondheidszorg en van werknemers voor mensen met een persoonsgebonden budget*. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek.
- Windt, W. van der (2003). *RegioMarge 2002. Sectorfondsen Zorg en Welzijn*, Utrecht.



## Hoofdstuk 7 Functies en functiedifferentiatie

- Boogers, P. (2003). [www.academictransfer.nl](http://www.academictransfer.nl), 24 juni 2003.
- Commissie Kwalificatiestructuur. Gekwalificeerd voor de toekomst. Eindrapport Commissie kwalificatiestructuur. Zoetermeer/Rijswijk: Ministerie van OCW/Ministerie van VWS; 1996.
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). [www.vdo.han.nl](http://www.vdo.han.nl), 24 juni 2003.
- Hogeschool (HS) Leiden. [www.hsleiden.nl](http://www.hsleiden.nl), 24 juni 2003.
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). [www.artsennet.nl](http://www.artsennet.nl), 24 juni 2003.
- LCVV (Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging) (2001). Gekwalificeerd voor nieuwe functies. Toelichting op het opleidingsstelsel en functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging. Utrecht: LCVV.
- Spaans, M., Vree, W. de, Jong, A. de (2003). Nieuwe professionals. Zorgvisie, 3a (maart), 26-29.
- Universiteit Twente (UT)-nieuws. [www.utnws.utwente.nl](http://www.utnws.utwente.nl), 24 juni 2003.

## 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).
- OSA (2003). OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2002, vragenlijsten, codeboeken en aanwijzingen voor gebruik. Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA).
- Welling, B.J.M., Van der Meulen-Arts, S.E.J., Hutten, J.B.F., Francke, A.L. (2002). De aantrekkelijkheid van het beroep. De eerste peiling onder het Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden. Utrecht: NIVEL/LCVV.

## Hoofdstuk 9 Scholing

- Dijk, J. van, Messchendorp, H.J., Koopman, M.I., Steenbeek, R. en Til, C.T. van (2002). *Personeel in beeld: arbeidsbelevingsonderzoek sectorrapportage; de arbeidsbeleving van medewerkers in ziekenhuizen, revalidatiecentra en andere instellingen die vallen onder de CAO-Z*. Utrecht: Prismant.
- OSA (2003). *OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2002*, vragenlijsten, codeboeken en aanwijzingen voor gebruik. Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA).
- VOVV *Verstreckte Opleidingsgegevens*.
- SSSV (Stichting specifieke scholing verpleegkundigen) [www.sssv.nl](http://www.sssv.nl), 8 september 2003.

## Hoofdstuk 11 Ziekteverzuim

- OSA (2002). *OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2000*, vragenlijsten, codeboeken en aanwijzingen voor gebruik. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA).
- OSA (2003). *OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 2002*, vragenlijsten, codeboeken en aanwijzingen voor gebruik. Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA).
- Windt, W. van der, Calsbeek, H., Hingstman, L., Talma, H. (2002). *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2002*. Maarsse/Utrecht: Elsevier gezondheidszorg/LCVV.

## Hoofdstuk 12 De toekomstige vraag-en-aanbodverhoudingen

- Muiswinkel, L.F (2000). *Gezondheidszorg in Tel 2001*; editie 8. Utrecht: Prismant, 2000.
- Velden, L.F.J., Hingstman, L., Windt, W. van der en Arnold, E.J.E. (2003). *Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2003-2012-2017-2020*. Prismant, Nivel.
- Windt, W. van der (2003) *RegioMarge 2002*. Sectorfondsen Zorg en Welzijn, Utrecht.

## Lijst van afkortingen

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
BAZ	Beleidskader Arbeidsmarkt Zorgsector
BIG	(Wet op de) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BVG	Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (tegenwoordig Cadans)
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CBA	Centraal Bureau Arbeidsvoorziening
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPB	Centraal Plan Bureau
FTE('s)	Fulltime-equivalenten
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHI	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid
IVA	Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies
JWG	Jeugdwerkgarantieplan
JWL	Jaarstatistiek van Werkgelegenheid en Lonen
JOZ	Jaaroverzicht Zorg
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
LKG	Loonkostengegevensbestand
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MKD	Medisch Kinderdagverblijf
MKT	Medisch Kindertehuis
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (tegenwoordig Trimbos Instituut)
NFVLG	Nederlandse Federatie Voorzieningencentra Lichamelijk Gehandicapten
NIA	Nederlands Instituut voor Arbeidsmarktomstandigheden
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

NZI	NZi, Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg (voormalig Nationaal Ziekenhuisinstituut, tegenwoordig Prismant)
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSA	Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
OVDB	Stichting Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen
RBA	Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening
REGBIG	Registratie beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
ROC	Regionaal Opleidingscentrum
RUBS	Registratie van Uitstroom en Bestemming van Schoolverlaters
SOMMA	Federatie van ouderverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan verstandelijk gehandicapten
SPD	Sociaal Pedagogische/Psychiatrische Dienst
STIPUD	Stimuleringsregeling Inpassing Personen uit Doelgroepen
STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
SOZAWE	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO)
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
WBIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektenverzekeringen Arbo(-wet) Arbeidsomstandigheden(wet)
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad

## Deelnemers aan de klankbordgroep

Paul Poortvliet (voorzitter), programmaleider informatievoorziening,  
LEVV

Renate Kieft, Regiocoördinator, AVVV

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, lid fractie 6: Onderwijs, Bij- en Nascholing, AVVV

Greet Noorda, lid fractie 7: Onderzoek, AVVV

Yvonne Plekkenpol, lid fractie 8: Management en Organisatie, AVVV

Bas Vogel, Beleidsadviseur, AVVV

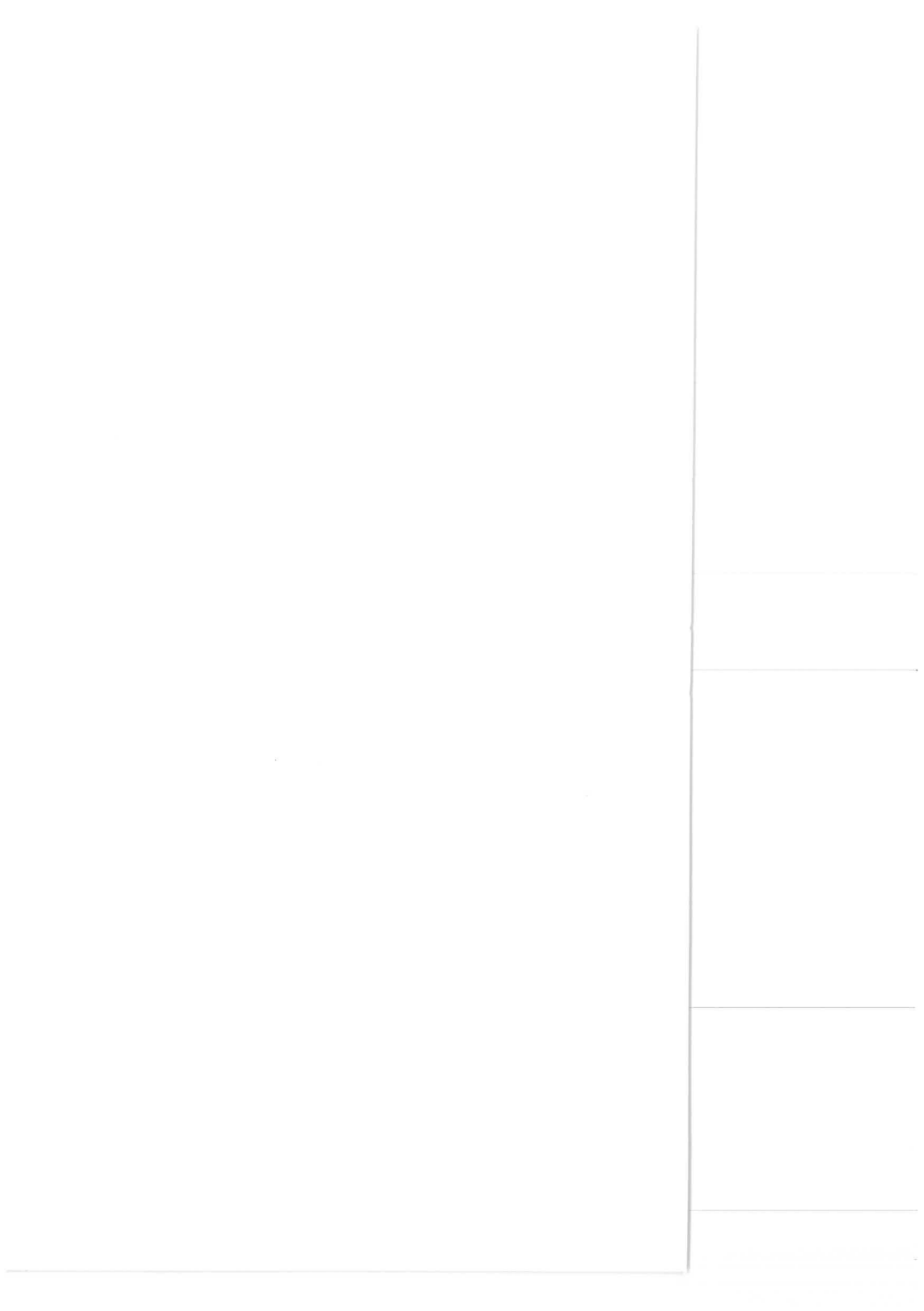
Fritz Boeringa, documentalist, LEVV

Willem v.d. Windt, onderzoeker en projectleider, Prismant

Henriëtte Talma, onderzoeker, Prismant

Lammert Hingstman, onderzoeker, Nivel

Hilly Calsbeek, onderzoeker, Nivel



# Register

- aandeel vrouwen 57
- aansluiting tussen opleiding en arbeidsmarkt 103
- aantal werkzame personen 43
- allochtone bevolking 34
- allochtonen 103
- arbeidsomstandigheden 91
- arbeidsplaatsen 44
- arbeidsproductiviteit 140
- arbeidstevredenheid 88
- arbeidsvolume 142
- autonomie 90
  
- bbl-route 97
- beloning 116
- bevolkingsprognose 29
- BIG-register 47
- bol-route 99
- branche 44
- burn-out 88
  
- chronisch zieken 36
- cursus 110
  
- diploma 100
- duur van het dienstverband 61
  
- functiedifferentiatie 76
- functies 74
- FWG 74
  
- geboden zorg 23
- geboorte 30
- gemiddelde werkweek 66
  
- handen aan het bed 46
- huishoudenssituatie 37
  
- kloof tussen vraag en aanbod 143
- kwalificatieniveau 49
  
- laagconjunctuur 142
- leeftijd 58
- leerlingen 97
  
- mantelzorg 39
- mobiliteit 115
  
- netto arbeidsvolume 45
- nettoverloop 116
- nurse practitioner 83, 109
  
- onregelmatig werk 69
  
- P/A-ratio 65
- physician assistant (PA) 84
- praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) 82
  
- sterfte 31
- studierendement 99
  
- vacatures 54
- vergrijzing 32
- vermijdbare vertrekredenen 120
- verpleegdagen 23
- verpleegkundig onderwijs 99
- verplegingswetenschap 109
- vertrek 113

vertrekredenen 116

vertrekrichting 120

vervolgopleidingen verpleegkundigen  
107

wachtlijstgegevens 25

werkbeleving 87

werkdruk 91

werktijden 70

ziekteverzuim 123

zwangerschapsverlof 123





