

Verpleging en verzorging in kaart gebracht 2000



H. Calsbeek  
L. Hingstman  
H. Talma  
W. van der Windt

## Verpleging en verzorging in kaart gebracht 2000

Elsevier gezondheidszorg  
Landelijk Centrum  
Verpleging & Verzorging

---



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

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

© Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, 2000

BASISVORMGEVING Robbert Zweegman, Nijmegen

OPMAAK Marian van Helden, Deventer

OMSLAG Cees Brake bNO, Enschede

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

Elsevier gezondheidszorg is een imprint van Elsevier bedrijfsinformatie bv te Maarssen.

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

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden 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 kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen.

Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 90 352 2348 9  
NUGI 750

# Inhoud

**Voorwoord** [11]

**Deel A Vraag en aanbod**

- 1 Inleiding** [15]
- 2 Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging** [17]
  - 2.1 Demografische ontwikkelingen [18]
    - 2.1.1 *Omvang van de bevolking (bijlagentabel A2.1)* [18]
    - 2.1.2 *Geboorte (bijlagentabel A2.2)* [18]
    - 2.1.3 *Sterfte (bijlagentabel A2.3)* [19]
    - 2.1.4 *Migratie (bijlagentabel A2.4)* [20]
    - 2.1.5 *Leeftijdverdeling (bijlagentabel A2.5)* [21]
    - 2.1.6 *Burgerlijke staat* [23]
    - 2.1.7 *Conclusie* [23]
  - 2.2 Epidemiologische ontwikkelingen [23]
    - 2.2.1 *Chronische aandoeningen (bijlagentabellen A2.6 en A2.7)* [24]
    - 2.2.2 *Kanker (bijlagentabel A2.8)* [25]
    - 2.2.3 *Infectieziekten (bijlagentabel A2.9)* [26]
    - 2.2.4 *Psychische stoornissen* [27]
    - 2.2.5 *Conclusie* [27]
  - 2.3 Sociale en culturele ontwikkelingen [28]
    - 2.3.1 *Onderwijs, arbeid en inkomen* [28]
    - 2.3.2 *Allochtone bevolking (bijlagentabel A2.10)* [29]
    - 2.3.3 *Huishoudenssituatie (bijlagentabellen A2.11 en A2.12)* [30]
    - 2.3.4 *Mantelzorg* [31]
    - 2.3.5 *Conclusie* [32]
  - 2.4 Ontwikkelingen in het gebruik van verpleging en verzorging [33]
    - 2.4.1 *Ziekenhuiszorg (bijlagentabellen A2.13, A2.14 en A2.15)* [33]

- 2.4.2 Geestelijke gezondheidszorg (*bijlagetabellen A2.16 t/m A2.19*) [37]
- 2.4.3 Gehandicaptenzorg (*bijlagetabellen A2.20, A2.21 en A2.22*) [45]
- 2.4.4 Ouderenzorg: verpleeghuiszorg (*bijlagetabel A2.23*) [48]
- 2.4.5 Ouderenzorg: verzorgingshuizen (*bijlagetabellen A2.24 en A2.25*) [51]
- 2.4.6 Thuiszorg (*bijlagetabellen A2.26 en A2.27*) [54]
- 2.4.7 Conclusie [57]
- 2.5 Samenvatting vraagontwikkelingen [58]  
*Bijlagetabellen Hoofdstuk 2* [61]
  
- 3 De omvang van de beroepsgroepen** [81]
- 3.1 Aantal werkzame personen (*bijlagetabel A3.1*) [81]
- 3.2 Volledige arbeidsplaatsen (*bijlagetabel A3.2*) [84]
- 3.3 De verhouding personen - arbeidsplaatsen [86]
- 3.4 Kwalificaties (*bijlagetabellen A3.4 en A3.5*) [88]
  - 3.4.1 De genoten opleiding [89]
  - 3.4.2 Het BIG-register [90]
  - 3.4.3 Specialisaties binnen de verpleging [92]
  - 3.4.4 Uitkomsten uit personeelsplanningsprojecten [92]
  - 3.4.5 Een raming van de beroepsgroepen [93]
- 3.5 Regionale gegevens [94]
- 3.6 Vooruitblik [95]
- 3.7 Samenvatting [97]  
*Bijlagetabellen Hoofdstuk 3* [99]
  
- 4 Samenstelling van de beroepsgroepen** [109]
- 4.1 Geslacht (*bijlagetabel A4.1*) [109]
- 4.2 Leeftijd (*bijlagetabellen A4.2 en A4.6*) [111]
- 4.3 Vooruitblik [113]
- 4.4 Samenvatting [115]  
*Bijlagetabellen Hoofdstuk 4* [117]
  
- 5 Arbeidssituatie** [123]
- 5.1 De dynamiek op de arbeidsmarkt, het verloop (*bijlagetabellen A5.1 t/m A5.9*) [123]
- 5.2 De duur van het dienstverband (*bijlagetabel A5.10*) [128]
- 5.3 De werkweek (*bijlagetabellen A5.11 en A5.12*) [128]
- 5.4 Ziekteverzuim (*bijlagetabellen A5.13 en A5.14*) [130]
- 5.5 Samenvatting en vooruitzichten [131]  
*Bijlagetabellen Hoofdstuk 5* [135]

## **6 Onderwijs [155]**

- 6.1 De instroom in de opleidingen (*bijlagnetabel A6.1*) [155]
- 6.2 Het aantal behaalde diploma's (*bijlagnetabel A6.2*) [156]
- 6.3 Aansluiting opleiding arbeidsmarkt (*bijlagnetabellen A6.5.1 t/m A6.5.3*) [157]
- 6.4 De ooit opgeleiden [158]
- 6.5 Samenvatting en vooruitblik [159]  
*Bijlagnetabellen Hoofdstuk 6* [161]

## **7 Functies en salaris [175]**

- 7.1 Functies [175]
- 7.2 Salaris [180]
- 7.3 Samenvatting [182]  
*Bijlagnetabel Hoofdstuk 7* [185]

## **8 Samenvatting vraag- en aanbodontwikkelingen [187]**

- 8.1 De omvang van de beroepsgroepen [187]
- 8.2 De personeelssamenstelling [188]
- 8.3 De arbeidssituatie [188]
- 8.4 Het onderwijs [190]
- 8.5 Functies en salaris [190]

## **Geraadpleegde literatuur deel A [193]**

### **Lijst van afkortingen [199]**

## **Deel B De werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden Wat maakt het werken in de zorg aantrekkelijk?**

### **1 Inleiding [205]**

### **2 Gevolgde werkwijze [207]**

- 2.1 De literatuurstudie [207]
- 2.2 Het gegevensbestand van Research voor Beleid [208]

### **3 Het werk en de werkbeleving: een literatuurstudie [215]**

- 3.1 Positieve werkbelevingskenmerken [216]
  - 3.1.1 *Arbeidssatisfactie* [216]
  - 3.1.2 *Werkmotivatie* [219]
  - 3.1.3 *Eigen werkwaardering* [220]

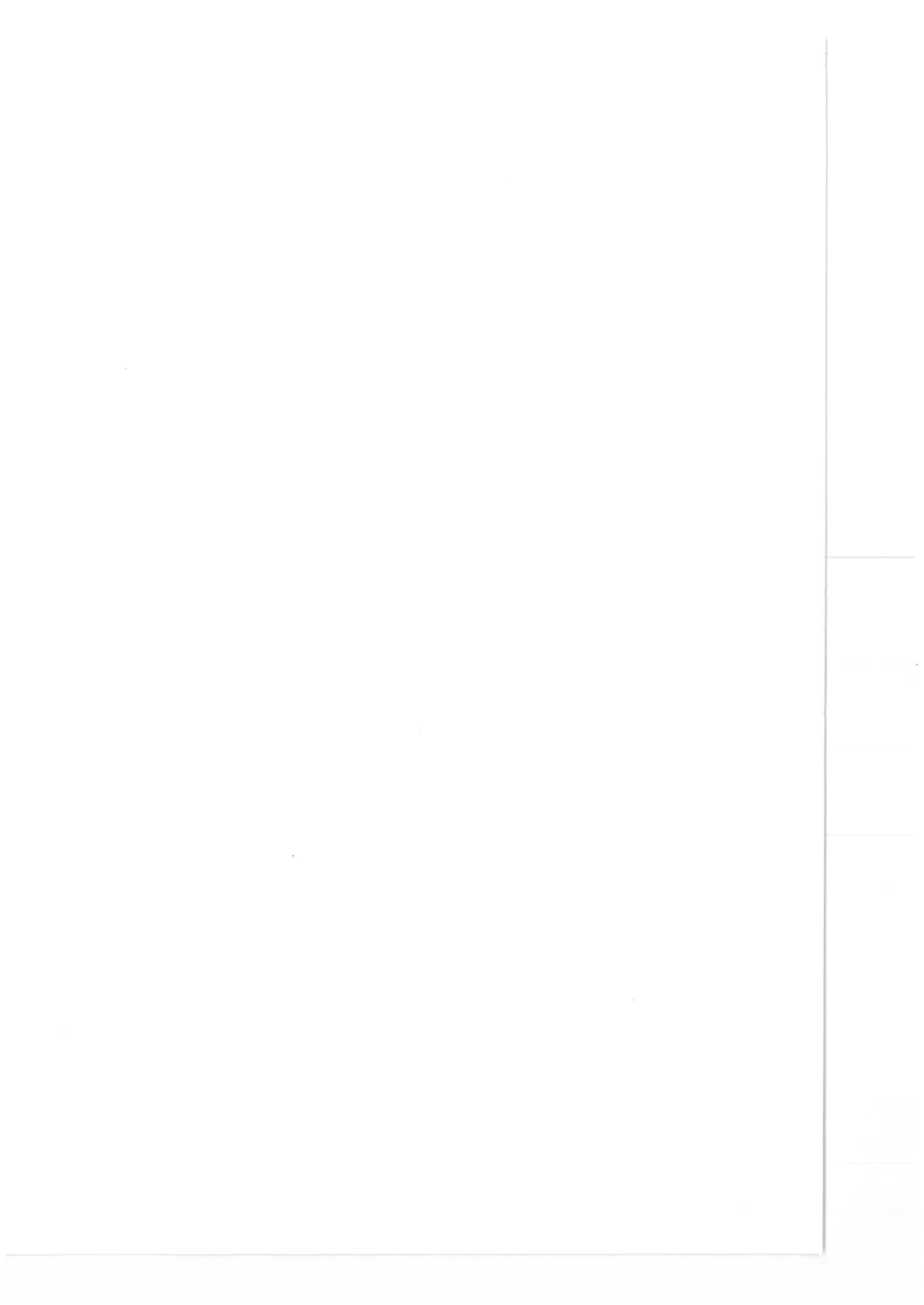
- 3.1.4 *Werkbetrokkenheid* [220]
- 3.1.5 *Arbeidsvoldoening en werkplezier* [221]
- 3.2 Negatieve werkbelevingskenmerken [222]
  - 3.2.1 *Burnout* [222]
  - 3.2.2 *Gezondheidsklachten* [225]
  - 3.2.3 *Ziekteverzuim* [227]
- 3.3 Conclusie [227]
  
- 4 De werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden: een nadere analyse** [229]
  - 4.1 Positieve werkbelevingskenmerken [229]
    - 4.1.1 *Tevredenheid over de baan* [229]
    - 4.1.2 *Tevredenheid over het loon* [231]
  - 4.2 Negatieve werkbelevingskenmerken [232]
    - 4.2.1 *Burnout* [232]
    - 4.2.2 *Gezondheidsklachten* [234]
  - 4.3 Conclusie [235]
  
- 5 Een beschrijving van de factoren van invloed op de werkbeleving** [237]
  - 5.1 Werkkenmerken [237]
    - 5.1.1 *Autonomie* [237]
    - 5.1.2 *Sociale steun* [239]
    - 5.1.3 *Werkdruk* [239]
    - 5.1.4 *Rol(on)duidelijkheid* [241]
    - 5.1.5 *Ontplooiingsmogelijkheden* [243]
  - 5.2 Individuele kenmerken [243]
    - 5.2.1 *Aansluiting kennis en vaardigheden* [243]
    - 5.2.2 *Werkervaring* [244]
  - 5.3 Conclusie [244]
  
- 6 Verloop en werkbeleving** [249]
  - 6.1 Het verloop [249]
  - 6.2 Werkbeleving [252]
  - 6.3 Werkkenmerken [255]
  - 6.4 Conclusie [256]



- 7 Samenvatting en conclusie [259]**
- 7.1 Factoren van invloed op de werkbeleving [259]
- 7.2 Werkbeleving [260]
- 7.3 Werkkenmerken [262]
- 7.4 Verloop en werkbeleving [263]

**Geraadpleegde literatuur deel B [267]**

**Bijlage Tabellen [271]**



# Voorwoord

Vanaf 1997 wordt jaarlijks de rapportage '*Verpleging en verzorging in kaart gebracht*' samengesteld. De voorliggende publicatie is het vierde jaarboek waarin met name een kwantitatief overzicht geboden wordt van de meest recente gegevens over vraag en aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden. De rapportage is samengesteld in opdracht van het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV) en uitgevoerd door Prismant en Nivel.

De jaarlijkse rapportages bestaan uit twee onderdelen. Deel A bevat voornamelijk kwantitatieve informatie over vraag en aanbod, terwijl in deel B een specifiek onderwerp betreffende de arbeidsmarkt nader belicht wordt. In de afgelopen drie jaar zijn in deel B de volgende onderwerpen aan de orde geweest: werkbelasting, gezondheidsklachten en ziekteverzuim (1997); uitstroom van verpleegkundigen en verzorgenden (1998) en de aansluiting tussen opleiding en arbeidsmarkt (1999). Dit jaar is als specifiek onderwerp de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden nader belicht. Dit boek richt zich met name op beleidsmakers in de zorgsector, managers en afdelingshoofden in de gezondheidszorg, het onderwijsveld en deelnemers aan verpleegkundige adviesraden. In het zakboekje '*Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen 2000*' is een samenvatting van de belangrijkste gegevens opgenomen.

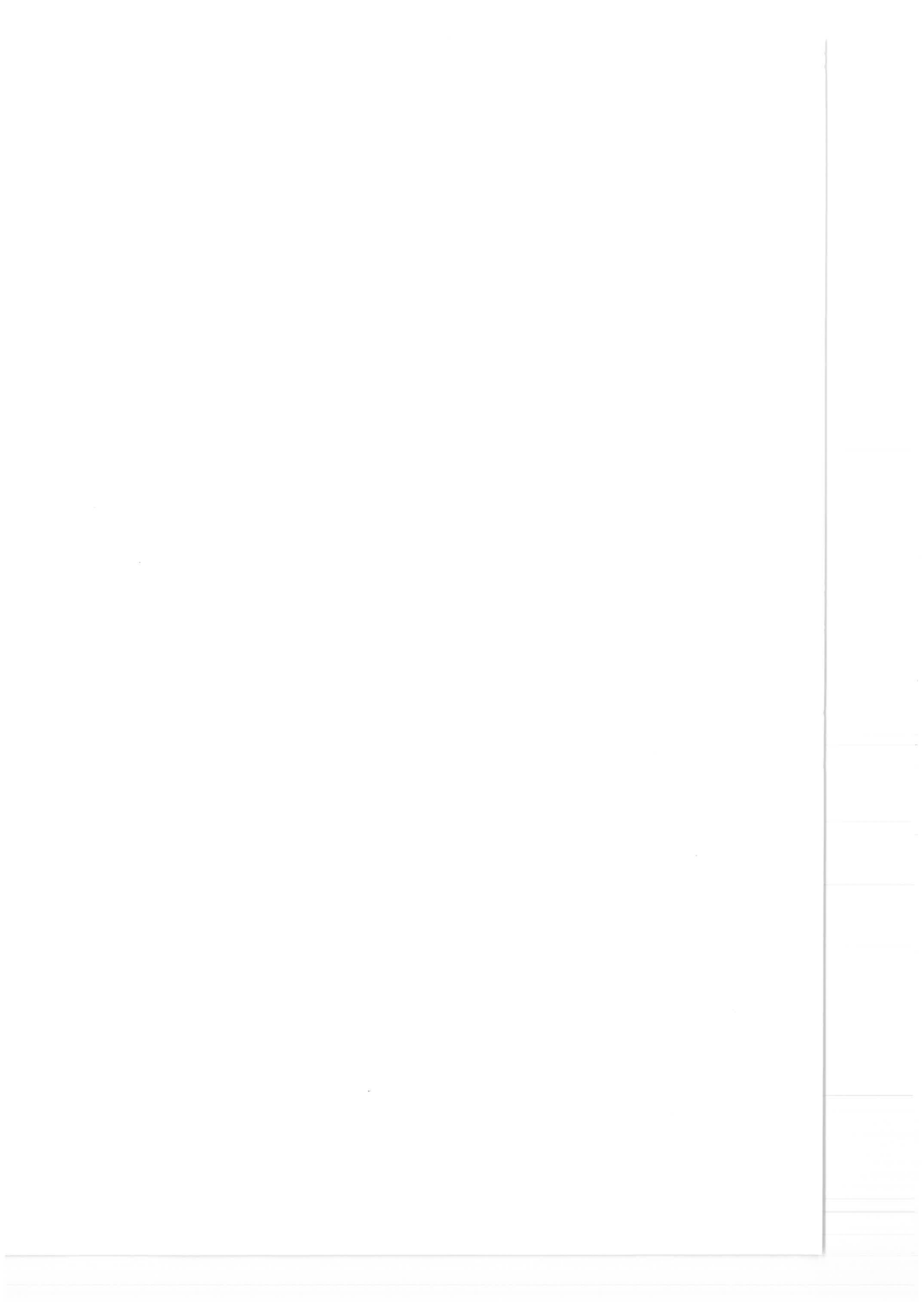
De begeleiding van het project was in handen van dhr. B. Vogel namens het LCVV. Namens Prismant is de uitvoering verzorgd door mw. drs. H. Talma en drs. W. van der Windt en namens Nivel mw. drs. H. Calsbeek en dr. L. Hingstman.

Utrecht, oktober 2000



**Deel A**

**Vraag en aanbod**



# 1 Inleiding

In dit deel wordt een uitvoerig kwantitatief beeld geschetst van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen in Nederland. Inzicht in de ontwikkelingen in de omvang en kenmerken van de grootste beroepsgroepen in de gezondheidszorg – in totaal bijna 400.000 beroepsbeoefenaren – is essentieel voor met name beleidsmakers en werkgevers. Naast de omvang en kenmerken van de beroepsgroepen wordt in deel A ingegaan op de ontwikkelingen in de vraag naar beide beroepsgroepen.

In hoofdstuk twee worden de belangrijkste feiten over de vraag naar verpleging en verzorging in kaart gebracht. Hierbij worden zowel ontwikkelingen in de behoefte aan verpleging en verzorging beschreven, zoals demografische ontwikkelingen, als het daadwerkelijke gebruik ervan. Ter aanvulling op de beschrijving van het gebruik van zorg is – vanwege het actuele karakter ervan – tevens aandacht besteed aan de wachtlijstproblematiek in de verschillende sectoren.

De hoofdstukken drie tot en met zeven bevatten informatie over de ontwikkelingen in de omvang en de kenmerken van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen, oftewel de aanbodzijde. Hierbij komt in hoofdstuk drie de omvang van de beroepsgroepen aan bod. In hoofdstuk vier wordt de samenstelling van de beroepsgroepen voor wat betreft de kenmerken leeftijd en geslacht beschreven. De arbeidssituatie, zoals het verloop en het ziekteverzuim, wordt in hoofdstuk vijf belicht. Hoofdstuk zes bevat informatie ten aanzien van het onderwijs, zoals de instroom in de opleidingen en het aantal behaalde diploma's en in hoofdstuk zeven wordt aandacht besteed aan de functieopbouw in de verschillende sectoren en het salaris. Hoofdstuk acht tenslotte bevat een samenvatting van de ontwikkelingen in de aanbodzijde.

De informatie in deel A kan beschouwd worden als een bundeling van gegevens uit bestaande publicaties en registratiebronnen. Er zijn dus geen

specifieke studies en analyses verricht. De opgenomen informatie betreft voornamelijk een jaarlijkse *update* van de gegevens uit de vorige publicaties. Waar actualisering niet mogelijk was, zijn de oorspronkelijke gegevens aangehouden. Op deze manier is gestreefd naar een zo volledig en actueel mogelijke presentatie van de ontwikkelingen omtrent vraag en aanbod van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen. Gedetailleerde informatie is steeds opgenomen in bijlagetabellen per hoofdstuk.

Bij de totstandkoming van deel A heeft Nivel de ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging beschreven (hoofdstuk twee) en heeft Prismant zorg gedragen voor de beschrijving van de ontwikkelingen in de aanbodzijde (de hoofdstukken drie tot en met acht).



## 2

# Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste feiten over de vraag naar verpleging en verzorging vanaf 1990 in kaart gebracht. Waar mogelijk worden ook ontwikkelingen in de toekomst geschetst. Met de *vraag* naar zorg wordt zowel de *behoefte* aan verpleging en verzorging bedoeld als het daadwerkelijke *gebruik* van zorg door patiënten/cliënten.

De behoefte aan zorg wordt voor een groot deel beïnvloed door demografische ontwikkelingen (paragraaf 2.1), zoals een toenemend percentage ouderen in de bevolking.

Daarnaast worden epidemiologische ontwikkelingen onderscheiden (paragraaf 2.2) die eveneens van invloed kunnen zijn op de behoefte aan verpleging en verzorging. Dit zijn bijvoorbeeld ontwikkelingen die betrekking hebben op het voorkomen van chronische aandoeningen en infectieziekten. Het meer of minder voorkomen van dergelijke ziekten zal de vraag naar zorg respectievelijk doen toe- of afnemen.

Niet alleen de bevolkingsontwikkeling en de gezondheidstoestand van de bevolking beïnvloeden de zorgbehoefte. Ook sociale en culturele ontwikkelingen (paragraaf 2.3) kunnen de behoefte aan zorg doen stijgen of dalen. Als voorbeeld kan genoemd worden de beschikbaarheid van mantelzorg. Het daadwerkelijke gebruik van de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen (paragraaf 2.4) wordt, naast ontwikkelingen in de zorgbehoefte, beïnvloed door beleidsontwikkelingen in de zorgsector. Zo zullen zorgvernieuwingen, bijvoorbeeld gericht op transmurale zorg, niet zozeer de behoefte aan zorg doen veranderen, maar eerder een verschuiving in het daadwerkelijke gebruik van de beroepsgroepen in een bepaalde setting doen veroorzaken. Vanwege het actuele karakter is in deze paragraaf speciale aandacht besteed aan de wachtlijstproblematiek. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting van de vraagontwikkelingen (paragraaf 2.5). Gedetailleerde gegevens zijn in tabelvorm opgenomen in een bijlage bij dit hoofdstuk.

## 2.1 Demografische ontwikkelingen

Demografische ontwikkelingen hebben betrekking op de groei en de samenstelling van de bevolking. Ten aanzien van de groei wordt ingegaan op ontwikkelingen in de omvang van de bevolking, het aantal geboorten, sterfgevallen en de migratie. Ten aanzien van de samenstelling worden de leeftijdsopbouw en de burgerlijke staat van de bevolking beschreven. Zowel een groei van de bevolking als een veranderende samenstelling kunnen de vraag naar verpleging en verzorging doen toenemen.

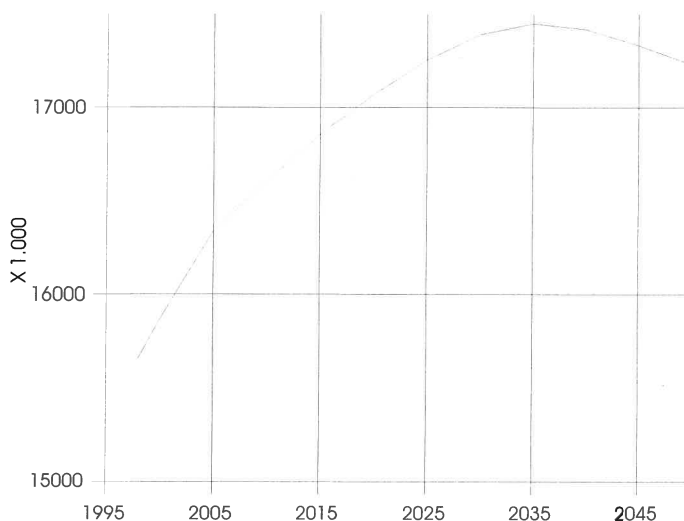
### 2.1.1 *Omvang van de bevolking (bijlagentabel A2.1)*

Het aantal inwoners van Nederland groeit gestaag. Telde Nederland in 1990 bijna 14,9 miljoen mensen, op dit moment bedraagt het aantal ruim 15,7 miljoen (CBS, 2000). Sinds 1990 is de bevolking met circa 5,8% toegenomen. Jaarlijks neemt de bevolking gemiddeld ruim 0,5% toe. Overigens blijkt dat na een aantal jaren van dalende groeipercentages, vanaf 1997 het bevolkingsgroeipercentage weer toeneemt. Het aantal geboorten neemt sinds 1997 weer toe en was hoger dan aanvankelijk gedacht. Daarbij is in de nieuwste kortetermijnprognose van 1999 het aantal emigranten naar beneden bijgesteld, terwijl bij het aantal immigranten nauwelijks sprake is van een bijstelling (Alders, 2000). Dit heeft ertoe geleid dat de bevolkingsprognose van het CBS voor de korte termijn – tot 2005 – iets naar boven is bijgesteld.

De prognose voor de langere termijn – tot het jaar 2050 – wordt iedere twee jaar bijgesteld. De meest actuele prognose is die van 1998. Volgens deze prognose zal de Nederlandse bevolking blijven groeien tot een maximale omvang van 17,2 miljoen inwoners omstreeks het jaar 2035. Daarna zal de bevolking in omvang afnemen. Figuur 2.1 geeft de langetermijnprognose weer.

### 2.1.2 *Geboorte (bijlagentabel A2.2)*

In de eerste helft van de jaren negentig liep het aantal geboorten terug van bijna 198 duizend in 1990 naar 190 duizend in 1996. Vanaf 1997 is er echter weer sprake van een toename van het aantal geboorten (193.000) (tabel A2.2). Uit CBS-cijfers (2000) blijkt dat met name in 1998 veel geboorten hebben plaatsgevonden: door het hoge aantal geboorten in de laatste maanden kwam het uiteindelijke aantal op ruim 199 duizend, het hoogste aantal sinds 1973 (Alders, 2000). De verwachting is dat het aantal geboorten de komende jaren geleidelijk weer zal afnemen tot 175 duizend geboorten in het jaar 2011 en daarna weer zal stijgen.



Figuur 2.1: Langetermijnprognose aantal inwoners van Nederland 1998 - 2050

Bron: Bevolkingsprognose 1998-2050 (CBS, 1999) en 1999-2005 (CBS, 2000), beide middenvariant

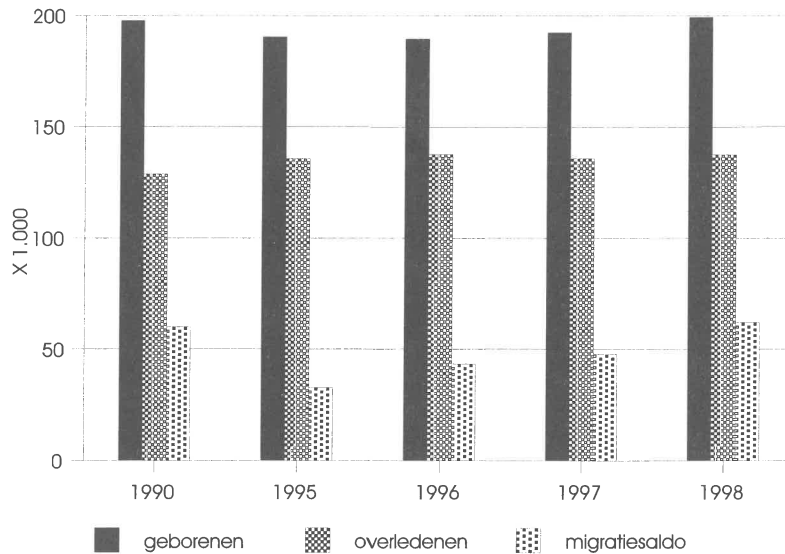
De leeftijd waarop vrouwen moeder worden nam gedurende de jaren negentig steeds toe, maar lijkt zich nu te stabiliseren: in 1990 was de gemiddelde leeftijd waarop een vrouw haar eerste kind kreeg 27,6 jaar. Dit is opgelopen tot 29,1 jaar in 1998 (CBS, 2000).

Voor wat betreft de thuisbevallingen heeft het CBS in 1997/1998 opnieuw een lichte stijging kunnen constateren ten opzichte van het voorgaande jaar: 35,4% van de bevallingen vond thuis plaats tegen 34,3% in 1995/1996. In 1990, echter, vond nog 37,9% van de bevallingen thuis plaats (CBS, 2000).

### 2.1.3 Sterfte (bijlagentabel A2.3)

Met ruim 137 duizend sterfgevallen in 1998 is het aantal sterfgevallen weer iets toegenomen; in 1997 was er nog sprake van een daling maar deze was van tijdelijke aard (figuur 2.2). De verwachting is dat door de vergrijzing het jaarlijks aantal overledenen de komende decennia flink zal stijgen.

Van de ruim 137 duizend sterfgevallen in 1998 is ongeveer tweederde (ruim 87 duizend mensen) overleden aan hart- en vaatziekten (doodsoorzaak nummer één) en kanker (doodsoorzaak nummer 2). Op de derde plaats volgen met ruim 10% ziekten aan de ademhalingsorganen (CBS, 1998). Aan hart- en vaatziekten stierven in 1998 ongeveer 50 duizend mensen. Dit is



Figuur 2.2: Absoluut aantal geboren, overleden en het migratiesaldo 1990-1998

Bron: CBS, Statistisch jaarboek (1993, 1997, 2000)

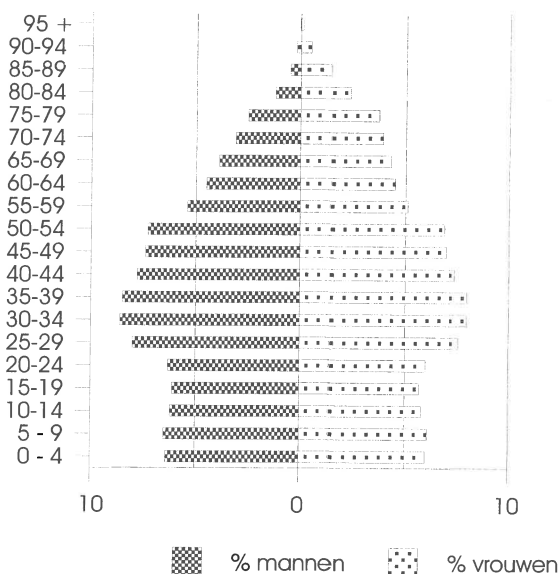
vergelijkbaar met 1997. Aan kanker stierven ongeveer 37 duizend mensen en aan ademhalingsziekten, voornamelijk longontsteking en CARA, overleden circa 14 duizend mensen.

Bij mannen is 'ziekte van de kransvaten' de belangrijkste doodsoorzaak, gevolgd door het acute hartinfarct en longkanker. Bij vrouwen vormen eveneens ziekten van de kransvaten de belangrijkste doodsoorzaak, gevolgd door het herseninfarct en het acute hartinfarct.

Het CBS signaleert de laatste jaren een toenemend aantal vrouwen dat overlijdt aan longkanker. Verder blijkt dat relatief veel bejaarde vrouwen overlijden als gevolg van een val binnen of om het huis. Hieraan overlijden tweemaal zoveel vrouwen als mannen. Deels heeft dat te maken met het feit dat vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen. Het CBS meldt in totaal 1540 dodelijke valpartijen in 1998, iets minder dan het voorgaande jaar.

#### 2.1.4 Migratie (bijlagentabel A2.4)

Begin jaren negentig kwamen jaarlijks bijna 120 duizend immigranten naar Nederland. Het migratiesaldo (aantal immigranten minus het aantal emigranten) bedroeg jaarlijks zo'n 50 duizend personen. In 1993 en 1994 wer-



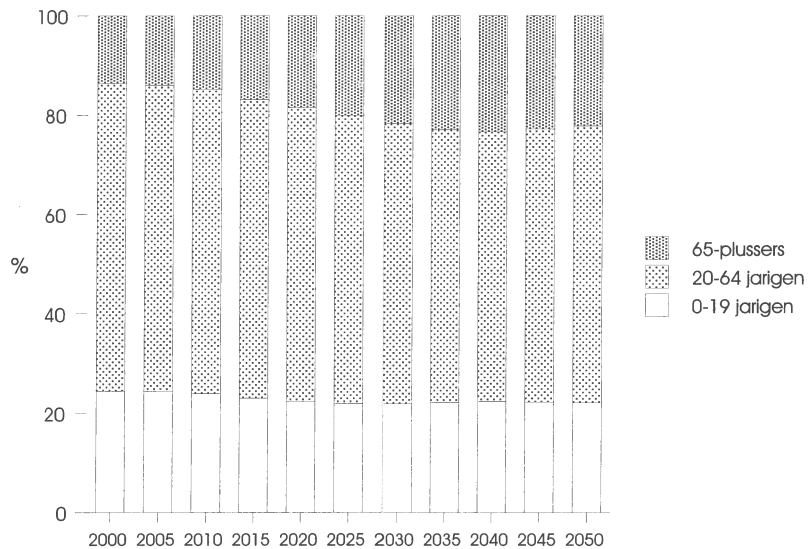
Figuur 2.3: Leeftijdsopbouw naar geslacht per 1 januari 1999

Bron: CBS en VWS, Gezondheidsvademecum (1999)

den verschillende immigratiebeperkende maatregelen van kracht waardoor er destijds een einde kwam aan de stijging van het aantal immigranten. Vanaf 1996 was er weer sprake van een toename en in 1998 is het aantal immigranten hoger dan in 1990: 122 duizend personen hebben zich in Nederland gevestigd. Ook het migratiesaldo is hoger dan in 1990: 62 duizend versus 60 duizend personen (CBS, 2000). Emigratiecijfers vertoonden een stijging tot 1997: van ruim 57 duizend in 1990 tot ruim 65 duizend in 1996. In 1997 en in 1998 hebben minder Nederlanders zich in het buitenland gevestigd. Figuur 2.2 laat zien dat het migratiesaldo een flinke stijging vertoont ten opzichte van de voorgaande jaren. In paragraaf 2.3 wordt nader ingegaan op etniciteit en zorg.

#### 2.1.5 Leeftijdsverdeling (bijlagentabel A2.5)

Al sinds de jaren zestig neemt het percentage personen jonger dan 19 jaar af: van 37% toen naar ruim 24% nu. In figuur 2.3 is de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking weergegeven. Uit deze figuur kan worden afgeleid dat de meeste inwoners tussen de 25 en 40 jaar zijn. Het aandeel ouderen vanaf 65 jaar bedroeg in 1999 13,5%, tegen 12,8% in 1990. Voor de komende tien jaar wordt verwacht dat dit percentage met ruim één procent zal stijgen tot 14,8% (CBS, 1999).



*Figuur 2.4: Samenstelling van de bevolking naar leeftijd tot 2050*

Bron: Bevolkingsprognose 1998 - 2050, middenvariant

Op de langere termijn zet de vergrijzing in sterkere mate door: tussen 2010 en 2040 zal het aandeel 65-plussers toenemen van 15% naar 23% (CBS, 1999).

Vergrijzing van de bevolking vormt een belangrijke factor voor de vraag naar zorg. Ouderen die thuis zorg ontvangen (ongeveer 25% van de huishoudens) krijgen die meestal van personen uit hun sociale netwerk. Alleenstaanden, hoogbejaarden, mensen met ernstige beperkingen en ouderen met een laag inkomen ontvangen vaker informele zorg dan anderen (SCP, 1998). Onder de ouderen van 80 jaar en ouder en onder de 'ernstig beperkten' krijgt ruim de helft informele zorg. Van de 'ernstig beperkten' krijgt circa de helft formele thuiszorg van gezinsverzorging en wijkverpleging. Van de alleenstaande ouderen met fysieke beperkingen ontvangt 80% enigerlei vorm van hulp. Dit betekent dat zo'n 20% geen hulp thuis ontvangt, terwijl zij wel ernstige fysieke beperkingen hebben (SCP, 1998). Volgens het SCP spitst het problematische van de leefsituatie van ouderen zich toe op de samenhang tussen inkomen en de zorgbehoefte. Het inkomen is de laatste jaren weliswaar verbeterd (zie ook paragraaf 2.4), maar de zorgbehoefte kan kennelijk niet altijd worden vervuld.

### 2.1.6 *Burgerlijke staat*

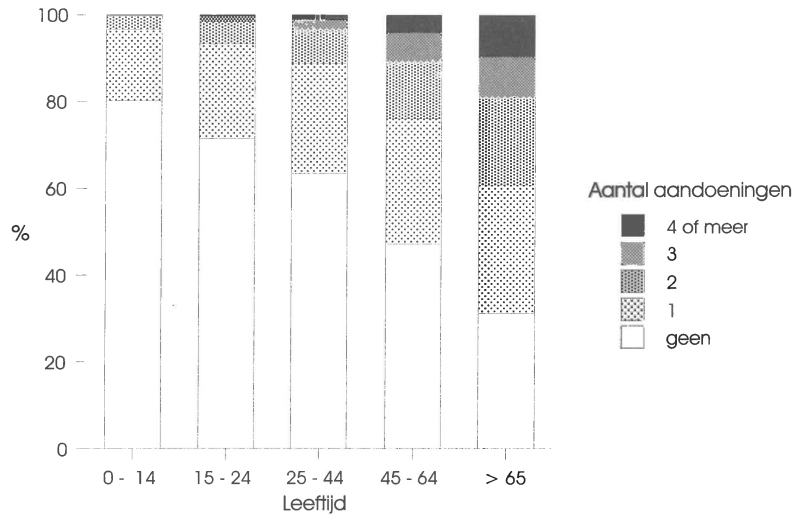
Van alle inwoners in Nederland is in 1999 45% gehuwd (of geregistreerd samenwonend) en 44% ongehuwd. Daarnaast is 5% weduwe of weduwnaar en 5% gescheiden. Afgezien van een licht stijgend percentage gescheidenen is hierin in de loop van de jaren negentig nauwelijks verandering opgetreden. Het blijkt dat gescheidenen 'ongunstig uit de bus komen' in vergelijking met de totale bevolking voor wat betreft de meeste gezondheidsindicatoren (RIVM, 1997). Gezondheidsindicatoren zijn bijvoorbeeld: gezondheidsklachten, ervaren gezondheid, psychische problematiek en sterfte. Gehuwden (of samenwonenden) blijken het meest gezond, daarna de ongehuwden. Gehuwde mannen en vrouwen hebben ook de minste psychische stoornissen. Bij vrouwen komen psychische stoornissen het meest voor onder weduwen en gescheidenen. Daarna volgen de nooit-gehuwden. Bij mannen hebben de nooit-gehuwden en de gescheidenen de meeste psychische stoornissen (RIVM, 1997).

### 2.1.7 *Conclusie*

Op basis van demografische ontwikkelingen kan gesteld worden dat de vraag naar verpleging en verzorging in de afgelopen jaren flink is toegenomen. De vergrijzing van de bevolking zet voorlopig nog door: voor de komende tien jaren wordt een stijging van ruim één procent van het aandeel 65-plussers verwacht. Ook is door een grotere toename van het aantal geboorten en het migratiesaldo dan aanvankelijk verwacht, niet alleen de bevolking in omvang toegenomen maar is er vanaf 1997 zelfs sprake van een stijgend groeipercentage. Met name de vraag naar zorg in de thuis situatie is in de afgelopen jaren toegenomen: enerzijds door een – sinds 1996 opnieuw – stijgend aandeel van de thuisbevallingen, anderzijds door een groeiend aandeel ouderen in de bevolking. De verwachting is evenwel dat het aantal geboorten de komende tien jaren weer geleidelijk zal afnemen.

## 2.2 **Epidemiologische ontwikkelingen**

Behalve ontwikkelingen ten aanzien van de omvang en samenstelling van de bevolking, zijn ook ontwikkelingen ten aanzien van veelvoorkomende ziekten en aandoeningen van belang voor de verpleging en verzorging. In deze paragraaf komen de volgende aandoeningen aan bod: chronische aandoeningen (waaronder CARA, reuma en diabetes), kanker, infectieziekten (waaronder aids) en psychische stoornissen. Gekeken is naar trends op basis van het voorkomen van ziekten in het (recente) verleden en naar mogelijke ontwikkelingen in de ( nabije) toekomst. Hiertoe is voornamelijk gebruikge-



Figuur 2.5: Percentage langdurige aandoeningen naar leeftijdsgroep

Bron: CBS en VWS, Gezondheidsvademecum (1999)

maakt van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM (1997). Behalve trends en verwachtingen voor de toekomst is ook gekeken naar het voorkomen van ziekten op dit moment. Deze cijfers zijn ontleend aan het Vademecum Gezondheidsstatistiek van het CBS (1999), waarbij opgemerkt moet worden dat het voorkomen van aandoeningen gebaseerd is op zelfrapportage, hetgeen niet altijd overeen hoeft te komen met de gediagnosticeerde ziekten.

### 2.2.1 Chronische aandoeningen (bijlagentabellen A2.6 en A2.7)

Met de leeftijd neemt het risico op het hebben van een chronische aandoening toe. In figuur 2.5 is het aantal langdurige aandoeningen per leeftijdsgroep in beeld gebracht. De bijbehorende percentages zijn opgenomen in bijlagentabel A2.6.

Enkele veelvoorkomende chronische aandoeningen zijn: CARA, reuma en diabetes mellitus. Van de Nederlandse bevolking leed in 1998 respectievelijk 8,3%, 3,0% en 2,0% aan deze aandoeningen (CBS, 1999). Vanaf 1990 neemt met name het percentage mensen dat aan CARA lijdt, toe. In 1990 had 6% van de bevolking last van dit type aandoeningen tegen 8,3% in 1998. Het percentage reumapatiënten is met een halve procent toegenomen sinds 1990, het percentage mensen met diabetes blijft nagenoeg sta-



biel. De toename van het aantal mensen met CARA zal voor een deel ook samenhangen met de dubbele vergrijzing: volgens het CBS komen deze aandoeningen vooral voor onder de oudere bevolking: van de mensen van 65 jaar en ouder heeft 12% last van CARA. Voor de nabije toekomst (tot het jaar 2015) lopen de schattingen van veranderingen in prevalentie (het vóórkomen van ziekten en aandoeningen) uiteen van 5 tot 15% voor astma, 15 tot 25% voor reumatoïde artritis en 35 tot 45% voor diabetes mellitus. Deze cijfers betreffen groeicijfers ten opzichte van 1994 (Van den Berg Jeths et al., 2000). De effecten van vergrijzing blijken belangrijker te zijn dan die van de burgerlijke staat en opleidingsniveau. Toch is er volgens Van den Berg Jeths et al. (2000) een reële kans dat er in de toekomst los van demografische ontwikkelingen wijzigingen zullen optreden in de incidentie (het aantal nieuwe gevallen), de prevalentie, de ernst van de ziekte en de sterfte bij een aantal chronische ziekten. Bijvoorbeeld als gevolg van een gedaald percentage rokers onder mannen neemt de incidentie van chronische bronchitis onder mannen (verder) af. Bij vrouwen geldt wat roken betreft het tegenovergestelde. Of: door een stijging van het percentage personen met een sterk overgewicht is er sprake van een toenemende incidentie van diabetes mellitus. Maar ook door verbeteringen in de (vroeg)diagnostiek is er een toename te verwachten van de 'incidentie' van bijvoorbeeld diabetes mellitus. Deze trends en ontwikkelingen maken dat de omvang van de toekomstige ziektelast in de bevolking als gevolg van chronische ziekten zich moeilijk laat schatten.

### 2.2.2 *Kanker (bijlagentabel A2.8)*

Voor mannen geldt over het algemeen een hoger cumulatief risico (30,2%) op het krijgen van kanker dan voor vrouwen (23,3%) gedurende een leeftijdsperiode van 74 jaar (CBS/VWS, 1999). Met enkele schommelingen is dit risico sinds 1990 iets toegenomen, respectievelijk met 0,4% en 0,7%. Vanaf de leeftijd van 65 jaar worden bij mannen bijna twee keer zoveel nieuwe gevallen van kanker geconstateerd als bij vrouwen (niet in de bijlagentabel, CBS/VWS, 1999). Het hoogste cumulatieve risico voor mannen geldt ten aanzien van het krijgen van longkanker (8,7%), prostaatkanker (6,3%) en dikkedarmkanker (2,5%). Voor vrouwen is dat borstkanker (8,8%) en darmkanker (2,1%). Voor mannen geldt dat het cumulatieve risico op het krijgen van longkanker sinds 1990 is afgenomen: van 9,1% in 1990 naar 7,8% in 1995; voor vrouwen is dat toegenomen: van 1,5% naar 1,9%. Verder is voor mannen het cumulatieve risico op prostaatkanker toegenomen van 4,2% in 1990 naar 6,3% in 1995. Voor de overige vormen van kanker zijn

er geen noemenswaardige veranderingen opgetreden sinds 1990. Tot het jaar 2015 heeft het RIVM (1997) voor verscheidene vormen van kanker een flinke stijging voorspeld, variërend van 25% (borstkanker) tot 60% (slokdarmkanker, maagkanker, longkanker en prostaat­kanker). Deze stijging kan niet geheel los worden gezien van de groei en de vergrijzing van de bevolking (demografische ontwikkelingen), omdat kanker met name voorkomt onder oudere mensen. Voor de behoefte aan verpleging en verzorging maakt dat echter weinig uit; er zal steeds meer behoefte zijn aan specialistische (ouderen)zorg.

### 2.2.3 *Infectieziekten (bijlagentabel A2.9)*

In de VTV (1997) worden ontwikkelingen ten aanzien van infectieziekten beschreven vanaf 1985. Hieruit blijkt dat er zich sinds 1990 geen grote veranderingen hebben voorgedaan in het voorkomen of sterfte ten gevolge van infectieziekten. Tot het jaar 2015 verwacht het RIVM voor de meeste infectieziekten een geringer verandering­percentage dan voor chronische aandoeningen en kanker, namelijk -5% tot 25%. De verklaring hiervoor is gelegen in het feit dat infectieziekten meer gespreid over de leeftijden voorkomen, in tegenstelling tot chronische ziekten en kanker die zich met name onder ouderen manifesteren.

De meest recente cijfers over het voorkomen van aids (CBS, 1999, zie tabel A2.9) laten zien dat het maximum aantal *gemelde* ziekte­vallen (522) bereikt is in 1995. Dit geldt zowel voor mannen (439) als voor vrouwen (83). In 1998 waren er 114 meldingen. Tot het jaar 2015 heeft het RIVM (in 1997) een lichte daling voorspeld van 0-5%. Na een piek in 1992 vertonen ook de sterftcijfers geen stijgende tendens meer in ons land (SCP, 1998).

### 2.2.4 *Psychische stoornissen*

Voor het bekijken van trends en mogelijke ontwikkelingen in de toekomst, is dit jaar opnieuw gebruikgemaakt van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (1997) van het RIVM. In dit rapport worden zeven psychische stoornissen beschreven, te weten: dementie, schizofrenie, depressie, angststoornissen, afhankelijkheid van alcohol of drugs, verstandelijke handicap en psychische problematiek bij kinderen en jeugd. Deze selectie is gemaakt op basis van hun bijdrage aan het totaal aantal ziektegevallen en (vroegtijdige) sterfte in de bevolking.

Er wordt in toenemende mate gebruikgemaakt van geestelijke hulpverlening. Met name de vraag naar ambulante hulpverlening is toegenomen en neemt nog steeds toe (zie ook paragraaf 2.4). De belangrijkste verklaringen

zijn gelegen in een toenemende bewustwording in de bevolking van het bestaan van psychische stoornissen en het besef, zowel bij de bevolking als bij medici, dat psychische stoornissen behandelbaar zijn.

Door verschillende diagnostische systemen en zorgregistraties is het problematisch om trends weer te geven, aldus het RIVM. Gesignaleerde trends duiden eerder op 'wijzigingen in de "populariteit" van diagnoses'. Toch heeft het RIVM per stoornis ontwikkelingen in het voorkomen kunnen beschrijven. Zoals het voorgaande reeds doet vermoeden, is er over het algemeen sprake van een stijging van zowel het aantal nieuwe diagnoses als het aantal reeds gediagnosticeerde ('bekende') patiënten. Een uitzondering hierop vormt het voorkomen van schizofrenie. Ook blijkt het aantal en het aandeel mannen dat in verband met alcoholproblematiek een beroep op de zorg doet, te zijn afgenomen, terwijl dat voor vrouwen is toegenomen. Het voert voor deze publicatie echter te ver om deze ontwikkelingen per stoornis te beschrijven. Voor meer gedetailleerde gegevens wordt de lezer verwezen naar de VTV (1997).

Tot het jaar 2015 voorspelt het RIVM een stijging van 5 tot 15% van zowel het aantal nieuwe als het aantal bekende gevallen van schizofrenie en van het aantal nieuwe gevallen van angststoornissen en een stijging van 15 tot 25% van het aantal nieuwe en bekende gevallen van depressie en het aantal bekende gevallen van angststoornissen. Voor het voorkomen van dementie verwacht het RIVM een stijging van 35 tot 45%, zowel voor wat betreft de bestaande gevallen als het aantal nieuwe gevallen. Het voorkomen van verstandelijke handicaps blijft gelijk of zal zelfs iets dalen (0 tot -5%). Toekomstvoorspellingen ten aanzien van de overige stoornissen, dus alcohol- en drugsverslaving en de jeugdproblematiek, zijn in dit kader niet gedaan.

### 2.2.5 *Conclusie*

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

## 2.3 Sociale en culturele ontwikkelingen

Op sociaal en cultureel terrein kunnen vier ontwikkelingen worden onderscheiden die relevant zijn voor de vraag naar verpleging en verzorging, te weten: de maatschappelijke positie, beschreven aan de hand van de onderwijs-, arbeids- en inkomenssituatie (paragraaf 2.3.1), de etniciteit (paragraaf 2.3.2), de huishoudenssituatie (paragraaf 2.3.3) en de mantelzorg (paragraaf 2.3.4).

### 2.3.1 *Onderwijs, arbeid en inkomen*

Onderwijs, arbeid en inkomen zijn factoren die tezamen een beeld geven van de maatschappelijke positie. Een achterstand op één van deze factoren, maar ook bij elkaar opgeteld, staat in relatie tot een grotere behoefte aan zorg (SCP, 1997). Volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau (1999) loopt de achterstand ten aanzien van deze drie indicatoren terug.

Het opleidingsniveau van de Nederlandse bevolking stijgt gestaag (SCP, 1999). Oudere, overwegend laagopgeleide generaties, worden geleidelijk vervangen door jongere met een in doorsnee veel hoger opleidingsniveau. Omdat de opleidingsverdeling aan de bovenkant begrensd is, in tegenstelling tot bijvoorbeeld de inkomensverdeling, heeft een stijging van het opleidingspeil geleid tot een meer gelijke verdeling van de bevolking (SCP, 1999).

De sterke groei van de werkgelegenheid in 1995 heeft zich in 1998 onverminderd voortgezet (SCP, 1999). Het betreft vooral een groei in voltijdbanen en grote deeltijdbanen. Volgens het SCP is in vier jaar tijd de werkzame beroepsbevolking met ruim 11% toegenomen. Hierdoor is de geregistreerde werkloosheid in 1998 gedaald tot iets meer dan 4% van de bevolking. Het werkloosheidspeil is hiermee terug op het niveau van de tweede helft van de jaren zeventig. Het SCP verwacht dat, gezien de huidige economische vooruitzichten, de groei van de werkgelegenheid de komende jaren zal teruglopen en dat de werkloosheid zich zal stabiliseren.

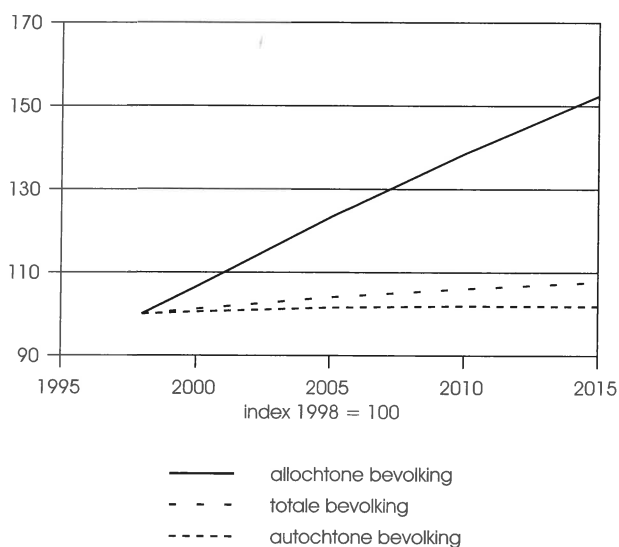
Voor wat betreft de inkomenssituatie, geeft het gestandaardiseerde inkomen een goed beeld van welvaartsverhoudingen tussen huishoudens omdat rekening is gehouden met de omvang en samenstelling van huishoudens (SCP, 1999). Voor de periode 1990-1997 blijkt de gemiddelde koopkracht van huishoudens betrekkelijk stabiel en vertoont deze ook weinig verschil tussen huishoudens naar samenstelling en inkomensbron. Gemiddeld is de koopkracht met twee procent toegenomen waarbij eenoudergezinnen ongunstig afsteken en paren met kinderen gunstig. Het SCP constateert een relatief sterke stijging van het gemiddeld gestandaardiseerd inkomen (met

ruim 4%), hetgeen zij verklaart door een relatief sterke daling van het aantal uitkeringsafhankelijke huishoudens ten gunste van huishoudens die hoofdzakelijk een inkomen uit loon hebben. Wel is er aan de geleidelijke lichte daling van de inkomensongelijkheid in de periode 1990-1995 een einde gekomen en is deze omgeslagen in een lichte stijging.

In hoeverre deze over het algemeen gunstige ontwikkelingen van invloed zijn op de vraag naar zorg is echter niet te zeggen. In ieder geval zullen deze ontwikkelingen niet verder bijdragen aan de groeiende vraag naar verpleging en verzorging.

### 2.3.2 Allochtone bevolking (bijlagetabel A2.10)

Op dit moment telt Nederland bijna 1,9 miljoen allochtone mensen, oftewel mensen die zelf en één van beide ouders in het buitenland zijn geboren of die zelf in Nederland zijn geboren maar de ouders in het buitenland (beperkte definitie van het CBS, 1999). Ten minste tot het jaar 2015 zal de allochtone bevolking in Nederland blijven groeien, zowel in aantal als in aandeel: in 2015 zal bijna één op de acht in Nederland wonende personen een niet-westerse allochtoon zijn, tegen één op de veertien in 1998 (Alders, 1999). Figuur 2.6 laat de verschillen in groei zien tussen de allochtone en autochtone bevolking (CBS, 1999). Binnen de allochtone bevolking neemt



Figuur 2.6: Groei van de allochtone en autochtone bevolking 1998-2015 (index 1998 = 100)

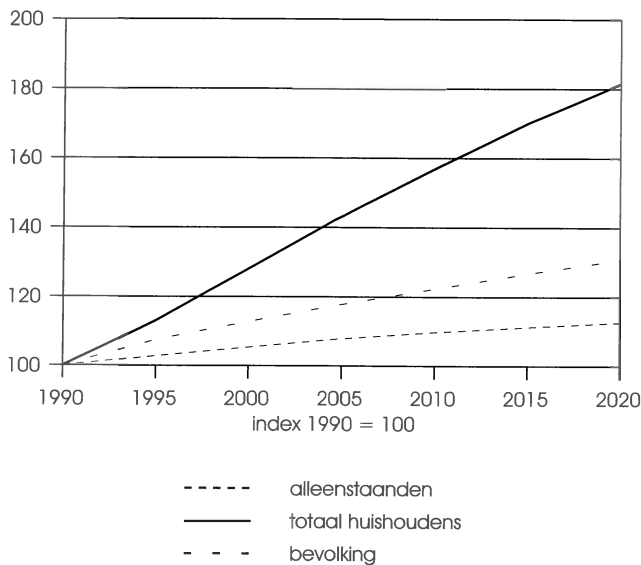
Bron: CBS, Bevolkingsprognose 1998-2050 en Allochtonenprognose 1998-2015

het aantal Turken en Marokkanen het snelst toe (zie tabel A2.10). Bij zowel de figuur als de tabel is uitgegaan van de zogenaamde 'beperkte definitie'. Voor wat betreft de gezondheidstoestand van allochtonen heeft het RIVM in 1997 (VTV, 1997) een vergelijking gemaakt tussen enerzijds Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen en anderzijds de autochtone bevolking op basis van vier gezondheidsindicatoren (chronische aandoeningen, ervaren ongezondheid en gezondheid en sterfte) en, als maat voor de psychische gezondheid, het aantal opnames in de psychiatrie. Over het algemeen wijst deze vergelijking op een achterstand ten opzichte van de autochtone bevolking, zowel voor wat betreft de lichamelijke als de geestelijke gezondheidstoestand. Ook is de sterfte onder Turken, Marokkanen en Surinamers hoger, met name onder de jongste leeftijdsgroepen. De sterfte rond de geboorte is 1,5 tot 2 keer zo hoog als onder de autochtone bevolking. De sterfte onder volwassen Antillianen is lager dan die van de autochtone bevolking. Nadere empirische gegevens over de gezondheid van (andere groepen) allochtone mensen en factoren die daarop van invloed zijn, zijn echter nog niet voorhanden (Stronks et al., 1999). Zoals ook in eerdere uitgaven van *V&V in kaart gebracht* is beschreven, bestaat het vermoeden dat allochtone mensen minder gebruikmaken van de gezondheidszorg. Kennelijk beschikken allochtonen over uitgebreide sociale netwerken waarbinnen het verlenen van mantelzorg meer vanzelfsprekend is dan voor de autochtone bevolking. Ook is het niet altijd even duidelijk of allochtonen op de hoogte zijn van de beschikbare voorzieningen in de gezondheidszorg. Er lijkt hier een belangrijke taak te zijn weggelegd voor met name verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, niet alleen in de preventieve sfeer, maar ook ter ondersteuning van de mantelzorgers.

### 2.3.3 *Huishoudenssituatie (bijlagentabellen A2.11 en A2.12)*

Inzicht in de ontwikkelingen in de huishoudenssituatie in Nederland is van belang voor de behoefte aan zorg omdat de fysieke en mentale gezondheid van alleenwonende personen slechter is dan die van personen die met anderen samenleven (Van der Heijdt en Van Hoorn, 1995). Figuur 2.7 laat de groei zien van het aantal eenpersoonshuishoudens en het totale aantal huishoudens vergeleken met de bevolkingsgroei. Vanwege het ontbreken van een recentere huishoudensprognose is ten behoeve van de vergelijking ook een eerdere bevolkingsprognose gehanteerd.

De figuur laat zien dat het totale aantal huishoudens sneller groeit dan de totale bevolking. Dit komt doordat steeds meer mensen alleen wonen. In aansluiting op de eerdergenoemde slechtere gezondheidstoestand van



Figuur 2.7: Groei van alleenstaanden en huishoudens ten opzichte van de totale bevolking, 1990 - 2020

Bron: CBS, Huishoudensprognose en bevolkingsprognose (1997)

alleenstaanden, blijkt uit tabel A2.12 (bijlage) dat alleenstaande ouderen vaker gebruikmaken van gezondheidszorgvoorzieningen dan samenlevenden: respectievelijk 15% en 9%. Met een toenemend aantal (oudere) alleenstaanden zal de vraag naar (thuis)zorg en mantelzorg dus blijven toenemen.

#### 2.3.4 Mantelzorg

De behoefte aan mantelzorg – of beter ‘familiezorg’ omdat uit onderzoek gebleken is dat mantelzorg vooral geboden wordt door familieleden van de patiënt (Nieuwstraten et al., 2000) – neemt toe. Door de vergrijzing van onze bevolking, lossere familiebanden en tekorten in de gezondheidszorg komen mantelzorgers steeds meer onder druk te staan en worden voorzieningen ter ondersteuning van mantelzorg van steeds groter belang (Assink en De Jong, 2000). In 1997 maakte het RIVM al melding van 1,3 miljoen mensen in Nederland, ongeveer 11% van de volwassen bevolking, die mantelzorg bieden. Dit, terwijl er volgens Van der Heijden (1997) in Nederland 1,5 miljoen mensen zijn die niet volledig voor zichzelf kunnen zorgen waarbij meer dan de helft uitsluitend mantelzorg krijgt. Zelfs van de ouderen met

ernstige beperkingen ontvangt 30% uitsluitend mantelzorg en 27% combinaties van informele en formele thuiszorg (Timmermans et al., 1997). Volgens Van der Heijden (1997) produceren mantelzorgers gezamenlijk 400 miljoen uur zorg, ongeveer acht keer zoveel als de professionele gezinszorg. Een mantelzorger biedt gemiddeld vijf uur zorg per week. Zo'n 15% van alle mantelzorgers werkt per week meer dan twintig uur en de helft werkt een tot vijf uur. Bijna de helft is al langer dan 10 jaar mantelzorger, eenderde vijf tot tien jaar.

De ontwikkelingen in de afgelopen jaren maken duidelijk dat mantelzorg steeds meer gewaardeerd wordt als een vrijwel onmisbare ondersteuning van de formele zorg. Diverse argumenten, op zowel micro-, meso- als macroniveau, doen de samenleving inzien dat zij er alle belang bij heeft om mantelzorg op haar beurt te ondersteunen (Tjadens en Duijnste, 1999). Hiertoe zijn verschillende voorzieningen in het leven geroepen. Zo zijn er, afhankelijk van de gemeente, trainingen van praktische vaardigheden voor mantelzorgers, dagverzorging of dagopvang voor de zorgvrager, mogelijkheden voor oppas door vrijwilligers, enzovoort (Assink en De Jong, 2000). De belangrijkste aanbieders hiervan zijn volgens Assink en De Jong vooralsnog de thuiszorginstellingen (praktische en emotionele ondersteuning van mantelzorgers), verpleeg- en verzorgingshuizen (tijdelijke opvang van de zorgvrager buitenshuis) en vrijwilligersorganisaties (oppashulp). Maar ook sommige gemeenten en provincies vervullen een stimulerende rol door financiële bijdragen te leveren aan lokale initiatieven of organisaties voor ondersteuning van mantelzorg. Een vijfde aanbieder van voorzieningen vormen de 55 steunpunten mantelzorg in Nederland. Deze steunpunten behartigen tevens de belangen van mantelzorgers.

### 2.3.5 Conclusie

Over het algemeen zijn de ontwikkelingen ten aanzien van de maatschappelijke positie in Nederland gunstig te noemen, zowel voor wat betreft de afgelopen jaren als de nabije toekomst. Zo stijgt geleidelijk het opleidingsniveau en worden de verschillen minder, is er sprake van een afnemende werkloosheid en is de gemiddelde koopkracht van huishoudens betrekkelijk stabiel met weinig verschillen tussen huishoudens naar samenstelling en inkomensbron. Wel lijkt er zich vanaf 1995 een lichte stijging voor te doen van de inkomensongelijkheid. Deze over het algemeen gunstige ontwikkelingen zullen de overige ontwikkelingen niet versterken richting een toeneemende vraag naar zorg, zoals een groeiende groep allochtonen binnen de Nederlandse bevolking. Er bestaan weliswaar slechts weinig gegevens over



de gezondheidstoestand van deze groep mensen en over het gebruik van zorg, maar de verpleging en verzorging zal toch alert moeten zijn op enerzijds preventieve zaken (bijvoorbeeld kraamzorg) en anderzijds de ondersteuning van de mantelzorg (bijvoorbeeld de thuiszorg). Verder zal ook de groeiende groep alleenstaanden (vooral 65-plussers) een steeds groter beroep doen op de thuis- en ouderenzorg; deze groep maakt vaker gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen dan samenlevenden. Samenhangend met een groeiende behoefte aan zorg neemt ook de behoefte aan en het gebruik van mantelzorg toe. Echter, mantelzorgers hebben op hun beurt behoefte aan ondersteuning, vooral vanuit de thuiszorg maar ook vanuit verzorgings- of verpleeghuizen.

Kortom, sociale en culturele ontwikkelingen doen los van demografische en epidemiologische ontwikkelingen hun invloed gelden op de vraag naar met name ouderen- en thuiszorg.

#### **2.4 Ontwikkelingen in het gebruik van verpleging en verzorging**

In de voorgaande paragrafen is ingegaan op trends en mogelijke ontwikkelingen in de toekomst die van invloed zijn op de zorgbehoefte. In deze paragraaf wordt per sector het daadwerkelijke gebruik van de verpleging en verzorging van de afgelopen jaren belicht evenals de verwachte groei in de nabije toekomst (tot het jaar 2002). Beleidsontwikkelingen zijn in deze paragraaf geïntegreerd omdat deze meer van invloed zijn op het zorggebruik dan op de behoefte aan verpleging en verzorging. Het gebruik van zorg (ook wel als 'productievolume' of 'vraagvolume' van een zorginstelling aangeduid) is in dit kader beschreven in termen van aantal opnamen, dagopnamen, verpleegdagen, cliënten, enzovoort. Daarnaast wordt in deze paragraaf, ook per sector, extra aandacht besteed aan de wachtlijstproblematiek. De gegevens zijn grotendeels ontleend aan het rapport van de onderzoeksc commissie De Vries (1999) getiteld 'Gezondheidszorg in Tel 7' ('GiT 7'). Daar waar andere bronnen zijn gebruikt, worden deze genoemd. Gedetailleerde informatie is te vinden in de tabellen A2.13 tot en met A2.27 in de bijlage. Om de groei van de 'productie' van verpleging en verzorging te kunnen vergelijken met de algehele groei binnen de gezondheidszorgsector zijn in de bijlagetabellen ook daarvan gegevens opgenomen.

##### **2.4.1 Ziekenhuiszorg (bijlagetabellen A2.13, A2.14 en A2.15)**

Ziekenhuiszorg omvat in Nederland drie categorieën zorg, te weten: zorg in algemene ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen (revalidatiecentra). De drie tabellen in de bijlagen betreffen deze drie

typen ziekenhuiszorg. Hierin staan de groeipercentages van het gebruik van zorg.

#### *Algemene ziekenhuizen*

Voor wat betreft de verpleging en verzorging constateert de commissie GiT al sinds jaren een gestage groei van het aantal dagopnamen, veroorzaakt door een steeds vakere vervanging van klinische opnamen door dagopnamen. Zo is er in de periode 1996-1998 sprake van een jaarlijkse groei van het aantal dagopnamen van 5,6%. Het aantal klinische verpleegdagen neemt af (met jaarlijks 2,1% in de periode 1996-1998), een gevolg van een verkorting van de gemiddelde verpleegduur per opname. De invloed van deze vooral trendmatige ontwikkeling wordt geremd door het groeiende aandeel 65-plussers die een langere verpleegduur kennen. Hierdoor schat de commissie GiT voor de komende jaren een iets zwakkere daling van 1,6%. Voor het totaalbeeld blijkt de groei van het aantal dagopnamen niet op te wegen tegen de daling van het aantal klinische verpleegdagen. Ook voor de nabije toekomst voorspelt de commissie een verdere daling van gemiddeld 1,1% per jaar.

De kortere verpleegduur en het toenemend aandeel 65-plussers betekent een verzwaring van de zorg. Beide componenten zijn er verantwoordelijk voor dat al sinds 1982 de zorg intensiever wordt. De verwachting is dat de zorg in zwaarte blijft toenemen met gemiddeld 1,1% per jaar.

De ontwikkelingen in het aantal verpleegdagen en in de zogenaamde intensiteitsindex gezamenlijk maken dat voor de periode 1999-2002 een stabilisatie is geraamd. Met andere woorden, in zijn totaliteit wordt voor het gebruik van de verpleging en verzorging in algemene ziekenhuizen noch een daling nog een stijging verwacht in de komende jaren.

#### *Academische ziekenhuizen*

Ook in de academische ziekenhuizen is er sprake van een groei in het aantal dagopnamen als gevolg van vervanging van klinische opnamen. Als gevolg van een steeds kortere verpleegduur blijken ook hier de klinische verpleegdagen in aantal terug te lopen. De totale ontwikkeling van het aantal verpleegdagen laat zien dat opnieuw de groei van het aantal dagopnamen niet opweegt tegen de daling van het aantal klinische verpleegdagen wat resulteert in een schatting van de jaarlijkse daling van het aantal verpleegdagen van 0,8% in de periode 1999-2002. Ondanks het gegeven dat 65-plussers van de academische zorg een minder groot deel uitmaken dan van de alge-

mene ziekenhuiszorg, constateert de commissie GiT een verzwaring van de zorg van een gemiddelde verpleegdag.

#### *Revalidatiecentra*

Nederland kent 23 revalidatiecentra. Afgezien van de niet-klinische revalidatieafdelingen van ziekenhuizen is alle revalidatiezorg geconcentreerd in deze centra. Voor wat betreft de verpleging en verzorging zijn echter nauwelijks specifieke gegevens bekend. Vanuit de overweging dat verpleging en verzorging vooral klinisch plaatsvinden, is de beschrijving van de ontwikkelingen beperkt tot de klinische gegevens. Het aantal klinische opnamen stijgt al jaren, in de periode 1996-1998 jaarlijks met 0,5%, het aantal verpleegdagen daalt reeds jaren. De commissie GiT spreekt in dit kader van een extensivering van de opnamen.

#### *Wachlijstproblematiek in de ziekenhuiszorg*

Tabel 2.1 toont de meest recente wachlijstgegevens voor algemene en categorale ziekenhuiszorg. Hierin wordt per specialisme aangegeven hoeveel personen op 1 maart 1999 op de wachlijst stonden en hoeveel daarvan langer dan een maand wachtten. Verder laat deze tabel de gemiddelde wachttijd zien per specialisme. In de tabel is onderscheid gemaakt naar klinische opnamen en dagopnamen.

Tabel 2.1 laat zien dat op 1 maart 1999 in totaal 79.400 personen wachtten op een klinische opname en 66.600 personen op een dagopname, waarvan in totaal zo'n 60% reeds langer dan een maand. Het aantal wachtenden was het grootst bij orthopedie, oogheekunde, chirurgie en plastische chirurgie en keel-, neus- en oorheekunde. Bij deze specialismen is de wachttijd ook het hoogst.

In de periode 1997-1999 zijn de aantallen wachtenden voor klinische opnamen redelijk constant gebleven, rond de 80.000 personen; de aantallen lang-wachtenden (> 1 maand) fluctueren wel: tussen de 49.500 en 53.500 (Van Rooij en Sliggers, 1998; Laeven en Van Rooij, 1999).

Inzicht in het aantal wachtenden voor een opname en/of behandeling in een academisch ziekenhuis is er niet (GiT, 1999). Inzicht in de gemiddelde wachttijd, zij het voor slechts enkele verrichtingen en met enige voorzichtigheid, is er wel (tabel 2.2).

Ten slotte geeft tabel 2.3 een overzicht van de gemiddelde wachttijd voor klinische en poliklinische behandeling in revalidatiecentra, uitgesplitst naar kinderen en volwassenen.

Tabel 2.1

Landelijk aantal wachtenden en de gemiddelde wachttijd per specialisme in algemene en categorale ziekenhuizen, maart 1999

	Kliniek			Dagverpleging		
	aantal wachten-den	wachttijd > 1 maand	gemiddelde wachttijd (weken)	aantal wachten-den	wachttijd > 1 maand	gemiddelde wachttijd (weken)
interne geneeskunde	1.300	400	3	3.000	900	3
klinische geriatrie	–	–	1	200	–	1
cardiologie	1.900	600	4	900	400	3
longziekten	600	200	2	500	100	1
reumatologie	200	100	1	100	100	1
allergologie	–	–	0	–	–	–
gastro-enterologie	100	–	2	300	100	2
chirurgie	16.500	9.400	9	10.200	5.900	8
urologie	3.700	1.800	6	2.500	1.200	6
orthopedie	21.100	15.500	14	9.900	5.300	9
neurochirurgie	1.000	600	4	400	200	3
plastische chirurgie	11.100	9.500	24	6.400	4.400	16
mondheeskunde	500	400	4	600	300	3
verloskunde en gyn.	4.200	2.100	6	3.900	1.300	6
kindergeneeskunde	100	–	1	300	100	1
psychiatrie	100	–	1	–	–	0
neurologie	500	200	3	300	100	2
dermatologie	200	100	1	200	100	1
kno	6.400	3.600	8	6.200	2.100	5
oogheeskunde	9.200	7.000	16	19.600	13.400	13
radiologie	–	–	0	–	–	0
radiotherapie	–	–	0	–	–	0
overig	300	200	–	1.100	500	–
Totaal	79.400	51.700	–	66.600	36.500	–

NB: cardiopulmonale chirurgie ontbreekt vanwege een te gering aantal waarnemingen

Bron: Laeven en Van Rooij, 1999 (overgenomen uit GiT, 1999)

Tabel 2.2

Overzicht gemiddelde wachttijd in academische ziekenhuizen voor enkele specifieke ingrepen, 1998

	januari 1998	december 1998
Cataractoperatie	22 weken	13 weken
Heupoperatie	34 weken	20 weken
Knieoperatie	28 weken	31 weken

NB: De verschillen tussen de academische ziekenhuizen bleken onderling groot waardoor de weergegeven gemiddelde wachttijd vertekend kan zijn.

Bron: Van Rooij et al., 1999a (overgenomen uit GiT, 1999)

Tabel 2.3

Gemiddelde wachttijd, revalidatiecentra, 1999

	Polikliniek	Kliniek
Kinderen	13 weken	2 weken
Volwassenen	5 weken	3 weken
Kinderen en volwassenen	7 weken	3 weken

Bron: NZi-analyse data-VIR (overgenomen uit GiT, 1999)

Kinderen moesten gemiddeld 13 weken wachten voor een poliklinische behandeling en twee weken voor een klinische behandeling. Volwassenen wachtten korter op een poliklinische behandeling, namelijk vijf weken, en langer op een klinische behandeling, gemiddeld drie weken.

Ondanks een beperkte vergelijkbaarheid van de vermelde wachtlijsten, lijken de gemiddelde wachttijden voor revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen korter te zijn: vijf weken voor een poliklinische behandeling en één week voor een klinische behandeling (NZi-analyse wachtlijstpeiling algemene ziekenhuizen, in: GiT, 1999).

#### 2.4.2 Geestelijke gezondheidszorg (bijlagentabellen A2.16 t/m A2.19)

In de geestelijke gezondheidszorg wordt onderscheid gemaakt naar psychiatrische ziekenhuizen (waaronder ook instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingsklinieken, tbs-instellingen en de overige categorale

instellingen), de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de beschermende woonvormen en geestelijke gezondheidszorg voor kinderen.

#### *Psychiatrische ziekenhuizen*

Voor wat betreft de kliniek, rapporteert de commissie GiT twee tegengestelde bewegingen. Enerzijds neemt het aantal opnamen in de periode 1992-1998 toe, anderzijds neemt het aantal verpleegdagen af. De sterke groei van het aantal opnamen komt voort uit de opkomst van de kortdurende opname, korter dan drie maanden. Door de toenemende extramuralisering neemt de intensiteit van een verpleegdag toe. Echter, door de steeds korter durende opname neemt de intensiteit per opname af. In zijn totaliteit is het gebruik van klinische zorg in de periode 1992-1996 gedaald (met jaarlijks 0,2%), echter over de periode 1997-1998 is het gebruik toegenomen met gemiddeld 1,2%. De commissie schrijft deze recente stijging toe aan een toename van het aantal opnamen in dezelfde periode. Tot aan 2002 wordt een jaarlijkse stijging van 0,1% per jaar geraamd.

Voor wat betreft de deeltijdbehandelingen is een sterke groei geconstateerd over de periode 1992-1998. Evenals in de andere sectoren hangt dit samen met de extramuralisering van de zorg. Deze stijging bedraagt gemiddeld ruim 7% per jaar. Ook voor de nabije toekomst wordt een sterke stijging van het gebruik van deeltijdbehandelingen geschat: gemiddeld 7,6% per jaar.

Ook wordt steeds meer gebruikgemaakt van poliklinische zorg in de psychiatrie. De sterke stijging (jaarlijks 10,9% tussen 1992-1996 en 5,5% tussen 1997-1998) hangt onder andere samen met een intensievere samenwerking tussen PAAZ'en, RIAGG's en RIBW's in zogenaamde Multi Functionele Eenheden. Hierdoor neemt het aantal ambulante activiteiten in deze sector flink toe. Tussen 1999 en 2002 is het jaarlijkse gebruik van de poliklinieken geschat op een groei van 9,7%.

Over het geheel genomen heeft er een groei plaatsgevonden van het gebruik van psychiatrische ziekenhuiszorg en wordt ook voor de nabije toekomst een toename van het gebruik verwacht (met jaarlijks gemiddeld 1,3%).

#### *Beschermende woonvormen*

Over de periode 1992-1997 nam het aantal cliënten sneller toe dan op basis van de demografie verwacht had mogen worden. Daarbij groeide het aantal verzorgingsdagen sneller dan het aantal cliënten (8,5% per jaar). De commissie GiT neemt het aantal verzorgingsdagen als uitgangspunt voor de pro-

ductie; voor de toekomst wordt hierin een groei verwacht van 8,3% per jaar.

#### *Ambulante geestelijke gezondheidszorg*

Ambulante geestelijke gezondheidszorg wordt aangeboden door RIAGG's (voor 83%), CAD's en overige instellingen (respectievelijk 15% en 2%). Ten aanzien van het gebruik van RIAGG's is een trendmatige groei waarneembaar (GiT, 1999). Met andere woorden, het gebruik van de RIAGG's neemt meer toe dan op grond van demografische ontwikkelingen verwacht mocht worden. Echter, de meest voor de hand liggende verklaringen zijn gelegen in een gewijzigde bekostigingssystematiek in 1996 en een gewijzigde registratie in 1995 (GiT, 1999). Tussen 1994 en 1996 is het gebruik jaarlijks toegenomen met gemiddeld 1,1%; tot aan 2002 wordt een jaarlijkse groei van 2,0% verwacht.

Ten aanzien van het gebruik van CAD's is eveneens een groei zichtbaar, gemiddeld met 0,4% per jaar over de periode 1992-1998. Uitgesplitst naar aantallen methadoncontacten en hulpverleningscontacten, valt op dat het aantal methadoncontacten is teruggelopen met gemiddeld 2,2% per jaar en dat het aantal hulpverleningscontacten is gestegen met 3,9% over dezelfde periode. Voor de toekomst wordt een lichte groei van het aantal contacten verwacht (gemiddeld 0,2% per jaar). Hierbij is geen uitsplitsing naar type contacten voorhanden.

#### *Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen*

De geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen bestaat uit twee typen voorzieningen, namelijk Medische Kleuterdagverblijven (MKD's) en Medische Kindertehuizen (MKT's).

Het aantal verpleegdagen in MKT's daalde in de periode 1992-1998 met 2,9%. Met name van 1997 op 1998 daalde het aantal verpleegdagen sterk. Deze daling hangt voor een deel samen met de afgenomen capaciteit van de MKT's van 1997 op 1998. Het aantal opnamen is echter gestegen, met jaarlijks 0,3% over dezelfde periode. Voor de toekomst, tot het jaar 2002, wordt evenwel een daling van het gebruik verwacht van jaarlijks 3,3%.

Het aantal verpleegdagen in de MKD's is gestegen in de periode 1992-1998 (gemiddeld met jaarlijks 1,4%). Het aantal opnamen steeg eveneens (met 0,3%) maar minder hard dan verwacht mocht worden op basis van de demografie (0,8%). De commissie GiT wijt dit verschil aan de sluiting van een MKD in 1998. Voor de periode 1999-2002 wordt een groei van het gebruik verwacht van gemiddeld 0,8% per jaar.

*Wachlijstproblematiek in de geestelijke gezondheidszorg*

Een algemene, uniforme registratie van wachtlijsten ontbreekt binnen de GGZ. Hieronder volgen vanuit verschillende bronnen gegevens over de omvang van wachtlijsten alsmede wachttijden (voorzover beschikbaar) voor de verschillende voorzieningen op het gebied van de psychiatrische zorgverlening.

Tabel 2.4 geeft voor de APZ-en en overige categorale instellingen de omvang van de wachtlijsten weer. Hieruit blijkt dat vanaf 1996 het aantal wachtenden flink is toegenomen.

*Tabel 2.4*

*Omvang wachtlijst voor klinische opname in APZ-en en overige categorale instellingen, 1994-1998*

	1994	1995	1996	1997	1998
Aantal wachtenden	260	290	440	420	400

NB: De schatting voor 1998 is minder betrouwbaar vanwege het beperkte aantal instellingen dat gegevens had doorgegeven.

Bron: NZI (overgenomen uit GiT, 1999)

Ook van kinder- en jeugdinstanties zijn gegevens bekend over de omvang van wachtlijsten. Tabel 2.5 geeft hier een overzicht van. Hierbij is onderscheid gemaakt naar de kliniek en deeltijdbehandeling. Beschikbare gegevens over de poliklinieken konden niet naar een landelijk niveau worden doorgetrokken.

Het aantal wachtenden voor een deeltijdbehandeling laat een daling zien, terwijl het aantal wachtenden voor de kliniek een stijgende tendens vertoont.

De gemiddelde wachttijden voor de intakefase en behandelfase, onderverdeeld naar polikliniek, deeltijd en kliniek, staan vermeld in tabel 2.6.

Voor de instellingen voor verslavingszorg zijn gegevens bekend over de omvang van wachtlijsten (tabel 2.7). Er is niet gecorrigeerd voor het feit dat sommige cliënten wellicht bij meerdere instellingen op de wachtlijst staan, hetgeen kan resulteren in een overschatting van het aantal wachtenden (Verhoef, 1998).



Tabel 2.5

Omvang wachtlijst intakefase en behandelfase, instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, 1996-1999

	Intakefase		Behandelfase	
	deeltijd	kliniek	deeltijd	kliniek
1996	120	290	200	420
1997	120	280	140	450
1998	100	340	160	560
1999	90	410	140	390

Bron: Laeven, 1999 (overgenomen uit GiT, 1999)

Tabel 2.6

Gemiddelde wachttijd intakefase en behandelfase in weken, instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, 1996-1999

	Intakefase			Behandelfase		
	polikliniek	deeltijd	kliniek	polikliniek	deeltijd	kliniek
1996	10	12	17	13	15	19
1997	11	11	16	14	13	10
1998	15	11	13	12	13	12
1999	14	12	12	13	14	10

Bron: Laeven, 1999 (overgenomen uit GiT, 1999)

Tabel 2.7

Omvang wachtlijst klinische verslavingszorg, 1998

	Ambulant/klinische instelling	Klinische instelling
Aantal wachtenden	1.160	420
	(N=8)	(N=7)

Bron: Verhoef, 1998 (overgenomen uit GiT, 1999)

Volgens Verhoef (1998) is de gemiddelde wachttijd zo'n zes tot acht weken. Hierbij is geen onderscheid bekend naar klinische en ambulante hulpverlening.

De instellingen voor beschermd wonen kennen ook wachtlijsten. De tabellen 2.8 en 2.9 geven inzicht in het aantal wachtenden en in de gemiddelde wachttijd.

*Tabel 2.8*

*Wachtlijstomvang voor beschermd wonen, 1994 en 1998*

	1984	1998
Aantal wachtenden	1.260	1.530

NB: Deze cijfers zijn inclusief een ophoging in verband met non-respons

Bron: Verhoef, 1998 (overgenomen uit GiT, 1999)

Van de personen die in 1998 op de wachtlijst stonden, stond 15% 'uit voor-zorg' op de wachtlijst.

*Tabel 2.9*

*Verdeling van de wachttijd voor wachtenden voor beschermde woonvormen, 1994 en 1998*

	< 2 maanden	< 4 maanden*	< 6 maanden*	< 8 maanden*	< 10 maanden*	> 10 maanden
1994	16%	31%	40%	48%	62%	38%
1998	11%	22%	32%	41%	48%	52%

\* Cumulatieve percentages

Bron: GGZ, 1998; Van Vliet, 1999 (overgenomen uit GiT, 1999)

Uit tabel 2.9 blijkt dat de wachttijden voor beschermd wonen zijn opgelopen: in 1998 wacht 52% van de personen op de wachtlijst reeds langer dan tien maanden op een plaats, tegen 38% in 1994. Verder bleek (niet in de tabel) dat in 1998 12% van de wachtenden langer dan twee jaar op de wachtlijst stond. Voor beschermd wonen is de gemiddelde wachttijd geschat op ongeveer een jaar. Voor ambulante woonbegeleiding is de geschatte wachttijd korter: ongeveer een half jaar (GiT, 1999).

Voor wat betreft de ambulante geestelijke gezondheidszorg zijn gegevens beschikbaar over de wachttijden voor RIAGG's. Hierbij is onderscheid gemaakt naar de wachttijd voor een aanmelding, voor beoordeling en voor behandeling. Tabel 2.10 geeft een overzicht van de gehanteerde normen voor deze wachttijden, waarna tabel 2.11 de werkelijke wachttijden laat zien.

*Tabel 2.10*

*Overzicht wachttijden binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's)*

Soort wachttijd	Omschrijving	Norm
Aanmeldingswachttijd	Van aanmelding tot eerste face tot face contact	Max. 3 weken
Beoordelingswachttijd	Van eerste face tot face contact tot einde van de intake	Max. 3 maanden
Behandelingswachttijd	Van laatste intakegesprek tot eerste behandelcontact	Jeugdzorg: max. 2 maanden Psychotherapie: max. 6 maanden Overige zorg: max. 2 weken
Totale wachttijd	Van aanmelding tot eerste behandelcontact	Jeugdzorg: max. 173 dagen Psychotherapie: max. 295 dagen Overige zorg: max 126 dagen

Bron: Bank en Dicke, 1999 (overgenomen uit GiT, 1999)

De gemiddelde wachttijd en het percentage overschrijdingen van de norm zijn in de periode 1989-1995 sterk toegenomen, terwijl de periode 1995-1997 een stabilisatie laat zien. Mogelijke verklaringen hiervoor (GiT, 1999) zijn het gerichte beleid ter voorkoming van wachtlijsten en de dempende invloed van wachtlijsten op de vraag naar zorg. Daarbij wordt waarschijnlijk een deel van de vraag naar RIAGG's opgevangen door andere vormen van ambulante geestelijke gezondheidszorg, zoals eerstelijnspsychologen en poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen.

Op basis van het aantal cliënten van de RIAGG's in 1997 en bovengenoemde wachttijden, heeft de commissie GiT berekend dat in 1997 ongeveer 63.000 mensen op de wachtlijst hebben gestaan bij een RIAGG.

*Tabel 2.11*  
*Gemiddelde wachttijden in dagen en het percentage overschrijdingen,*  
*RIAGG's, 1989, 1995 en 1997*

	Gemiddelde wachttijd in dagen			Percentage overschrijdingen van de aanvaardbare wachttijd		
	1989	1995	1997	1989	1995	1997
Aanmeldingswachttijd	23	27	27	28%	35%	35%
Beoordelingswachttijd	20	29	30	5%	10%	11%
Behandelingswachttijd	21	33	34	24%	37%	39%
Totale wachttijd	63	87	92	8%	17%	18%

Bron: Van der Veen en Dicke, 1990; 1997; Bank en Dicke, 1999 (overgenomen uit GiT, 1999)

Ten slotte geeft tabel 2.12 inzicht in de omvang van de wachtlijsten voor medische kindertehuizen (MKT's) en medische kleuterdagverblijven (MKD's).

*Tabel 2.12*  
*Wachtlijstproblematiek MKT's en MKD's, 1998*

	Aantal wachtenden	Aantal met wachttijd >2 maanden	Gemiddelde wachttijd (dagen)
MKT's	250	160	137
MKD's	290	180	111

Bron: VWS, 1998 (overgenomen uit GiT, 1999)

Het aantal kinderen dat op de wachtlijst stond kan echter nog hoger zijn omdat niet zeker is of alle plaatsingsinstanties aan het onderzoek van VWS hebben meegewerkt. De totale capaciteit van MKT's en MKD's bedroeg per 1 januari 1999 respectievelijk 579 en 2.546 plaatsen (Bartels, 1999). In termen van het aantal plaatsen bedroeg de wachtlijstomvang dus ten minste 42% en 11% van de capaciteit.

### 2.4.3 *Gehandicaptenzorg (bijlagetabellen A2.20, A2.21 en A2.22)*

Voor het gebruik van voorzieningen in de gehandicaptenzorg kan onderscheid gemaakt worden naar intramurale zorg (voor verstandelijk gehandicapten en zintuiglijk gehandicapten) en semi-murale zorg (dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen).

Ten aanzien van de *intramurale gehandicaptenzorg* signaleert de commissie GiT twee opvallende ontwikkelingen. Ten eerste groeit het aantal cliënten sneller dan de bevolking. Het aantal verpleegdagen groeide in de periode 1992-1998 met jaarlijks 1,3% terwijl op basis van demografische ontwikkelingen een groei van 0,7% verwacht had mogen worden. De tweede ontwikkeling is een toename in de (kortdurende) opnamen. Verstandelijk gehandicapten worden voor een weekend, een paar dagen of twee weken opgenomen om de familie of verzorgers te ontlasten bij een crisis, vakantie of ziekte. Het totale aantal opnamen is jaarlijks met 11,2% toegenomen tussen 1992 en 1998. Beide ontwikkelingen zullen zich ook in de nabije toekomst voortzetten. Verder heeft de commissie een intensivering van de zorg geconstateerd: behalve trends in de richting van kleinschalige zorg en kleinere groepen leidt ook vergrijzing van de populatie tot een intensivering van zorg. Ook deze trend zal zich naar verwachting in dezelfde mate in de toekomst voortzetten.

Instellingen voor *zintuiglijk gehandicapten* zijn te onderscheiden in instellingen voor visueel gehandicapten en instellingen voor auditief gehandicapten. Het aanbod aan dag- en deeltijdbehandeling is de laatste jaren sterk toegenomen. Cijfermatig inzicht in de verschuiving van het klinische aanbod richting de dagbehandeling en de ambulante zorg ontbreekt echter (commissie GiT). De meeste cliënten die worden opgenomen zijn jonger dan 19 jaar. Omdat juist deze leeftijdscategorie de laatste jaren in omvang is afgenomen, is de jaarlijkse, demografisch bepaalde, vraag gelijk gebleven. Het aantal opnamen is in de periode 1996-1998 sterk gedaald, terwijl de verpleegduur per opname sterk is gestegen. De oorzaak hiervan is volgens de commissie een sterke extramuralisering van de zorg; de zwaardere gehandicapten blijven achter, waardoor de verpleegduur per opname toeneemt evenals de intensiteit. Deze intensivering is ook zichtbaar in de toename van het aantal arbeidsplaatsen verzorgenden en verplegenden per cliënt. Alles bij elkaar genomen is het totale gebruik van de intramurale zorg voor zintuiglijk gehandicapten de laatste jaren afgenomen, hetgeen ook de verwachting is voor de periode tot 2002 (met 1,5% per jaar).

De *semi-murale gehandicaptenzorg* omvat de woonvoorzieningen en de dagverblijven. Het aantal verzorgingsdagen in de *woonvoorzieningen* is

gedurende de jaren negentig gestaag toegenomen, meer dan op basis van de demografie verwacht had mogen worden (respectievelijk 4,0% en 1,2%). Over de intensivering van een verzorgingsdag beschikte de commissie echter over weinig gegevens. Op basis van de ontwikkeling in het aantal arbeidsplaatsen lijkt er sprake te zijn van een duidelijke zorgintensivering. Voor de toekomst wordt een gemiddelde jaarlijkse groei verwacht van 4,2%. Ook bij de *dagactiviteiten* is een toename van het gebruik waarneembaar. Onder andere vanwege een aangepaste personeelsnorm in 1994 is er, naast een toename van het aantal verzorgingsdagen, sprake van een extensivering van zorg. In totaal verwacht de commissie een toename van het gebruik van dagactiviteiten van 3,3% per jaar tot 2002. Voor de semi-murale gehandicaptenzorg in zijn totaliteit wordt een groei van jaarlijks 3,8% voorspeld voor de periode 1998-2002.

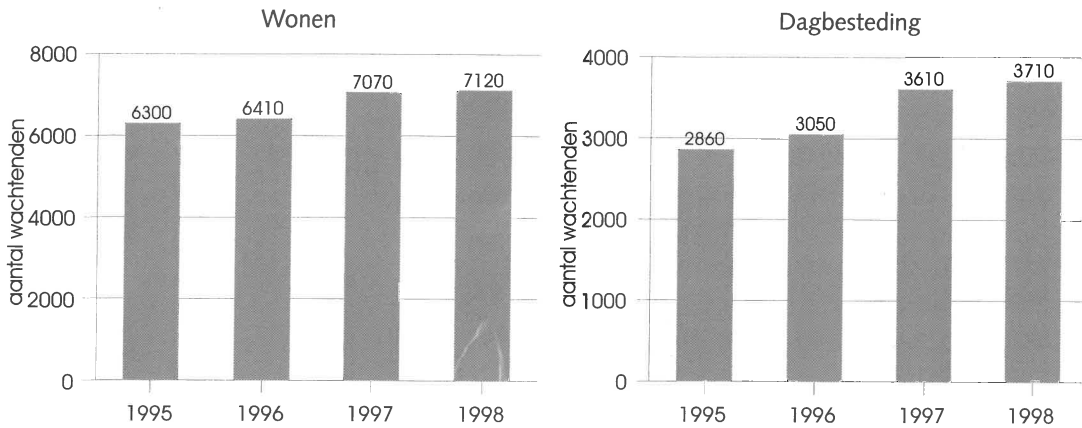
#### *Wachlijstproblematiek in de gehandicaptenzorg*

De registratie van de wachtlijsten ten aanzien van de zorg in deze sector is niet geheel compleet (commissie GiT). Wel zijn er gegevens over de wachtlijsten voor verstandelijk gehandicapten en zintuiglijk gehandicapten. Deze gegevens betreffen de voorzieningen 'dagbesteding' en 'wonen'. Analoot aan de beschrijving van GiT zal op deze plaats ingegaan worden op de urgent wachtenden (overige categorieën zijn: 'plaatsing gewenst' en 'niet urgent').

Figuur 2.8 laat zien dat in de periode 1995-1998 het aantal wachtende verstandelijk gehandicapten voor met name de voorziening 'dagbesteding' is toegenomen. Deze stijging hangt, behalve met een toegenomen vraag, ook samen met een gewijzigde indicatiesystematiek: in toenemende mate wordt 'dagbesteding' los van de voorziening 'Wonen' geïndiceerd (commissie GiT, 1999). Voor wat betreft de voorziening 'Wonen' lijkt in 1998 een stabilisatie op te treden. Binnen het zorgregistratiesysteem voor verstandelijk gehandicapten worden vijf woontypen onderscheiden waarvan het woontype 'verpleging en verzorging' er één van is. Op de wachtlijst van 1998 bleek 8% van de wachtenden geïndiceerd te zijn voor dit woontype.

In tabel 2.13 wordt een verdeling gegeven van de wachttijd op een peildatum in 1998. Het betreffen wachttijden van urgent wachtenden.

Tabel 2.13 laat zien dat van de wachtenden op een woonvoorziening 43% meer dan twee jaar wacht. Voor de dagbesteding bedroeg dat 32%.



Figuur 2.8: Aantal urgent wachtenden voor zorg voor verstandelijk gehandicapten, 1995-1998

Tabel 2.13

Wachttijden voor 'wonen' en 'dagbesteding', verstandelijk gehandicapten 1998

	< 1 maand	< 3 maanden*	< 6 maanden*	< 12 maanden*	< 2 jaar*	> 2 jaar
Dagbesteding	4%	11%	22%	42%	68%	32%
Wonen	2%	8%	16%	33%	57%	43%

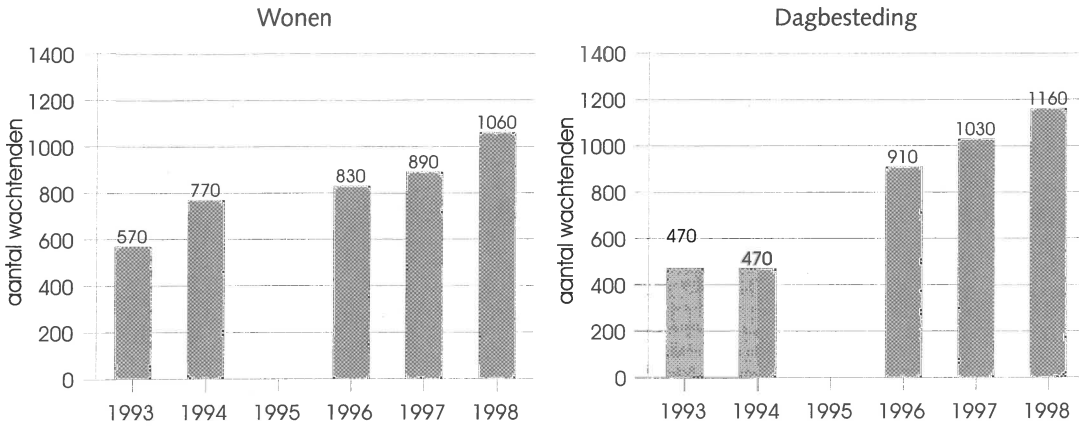
\* cumulatieve percentages (overgenomen uit GiT, 1999)

Bron: Zorgregistratie verstandelijk gehandicapten, 1999

Figuur 2.9 laat een beeld zien van de omvang van de wachtlijsten van lichamelijk gehandicapten voor de voorzieningen dagbesteding en wonen. Het gaat hierbij alleen om wachtenden met urgentieklasse I en II, dat wil zeggen 'onmiddellijke plaatsing' dan wel 'plaatsing binnen een jaar gewenst'.

Voor beide voorzieningen is een grote stijging te zien van 1994 op 1996. Als mogelijke verklaring hiervoor noemt de commissie GiT de registratiesystematiek in 1996 waarbij de registratie van de instellingen werd verplaatst naar de indicatiecommissies.

Gegevens over de wachttijden zijn beperkt beschikbaar in de Wachtlijstregistratie Lichamelijk Gehandicapten (GiT, 1999). Tabel 2.14 geeft weer



Figuur 2.9: Aantal wachtenden op zorg voor lichamelijk gehandicapten 1993-1998

Bron: Vereniging gehandicapten Nederland, 1997; 1998; 1999 (overgenomen uit GiT, 1999)

hoeveel personen van de wachtlijst in 1998 ten minste al één jaar op zorgverlening wachtten.

Tabel 2.14

Aantal lichamelijk gehandicapten dat langer dan één jaar wacht op zorg, 1998

	Aantal	Aandeel
Dagbesteding	583	55%
Woonvoorziening	550	47%

Bron: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 1999 (overgenomen uit GiT, 1999)

#### 2.4.4 Ouderenzorg: verpleeghuiszorg (bijlagetabel A2.23)

De twee belangrijkste indicatoren voor het gebruik van verpleeghuiszorg zijn de klinische verpleegdag en de dagbehandeling. Daarnaast maakt de commissie GiT onderscheid naar het type gebruikers van deze zorgvormen, te weten somatische en psychogeriatrische cliënten.

Voor wat betreft de *klinische verpleegdag* is er over de periode van 1992-1998 een duidelijke – hoofdzakelijk trendmatige – verschuiving waarneembaar van 'somatische verpleegdagen' naar 'psychogeriatrische verpleegda-



gen': het aantal somatische verpleegdagen nam af met 0,6% (terwijl op basis van de demografie een groei verwacht kon worden van 1,5%); het aantal psychogeriatrische verpleegdagen nam in dezelfde periode toe met 3% (waarvan 'slechts' 1,7% toegeschreven kan worden aan demografische ontwikkelingen). Tot het jaar 2002 wordt in totaal een jaarlijkse groei van 1,5% verwacht.

Het aantal *dagbehandelingsdagen* blijkt over de periode 1992-1998 met gemiddeld jaarlijks 5,6% te zijn toegenomen, hetgeen vele malen sterker is dan op basis van de demografische ontwikkelingen verwacht kon worden (namelijk 1,3% per jaar). De commissie concludeert dan ook dat het gebruik van de dagbehandeling per hoofd van de bevolking toeneemt. Ook bij de dagbehandeling is er een duidelijk verschil tussen de groei van het aantal somatische en psychogeriatrische dagen: respectievelijk 3,3% en 7,7% per jaar. Op basis van demografie, trend en zorgintensivering is ook voor de dagbehandeling een prognose van de toekomstige groei gemaakt. De commissie schat deze op gemiddeld 5,2% per jaar tot 2002.

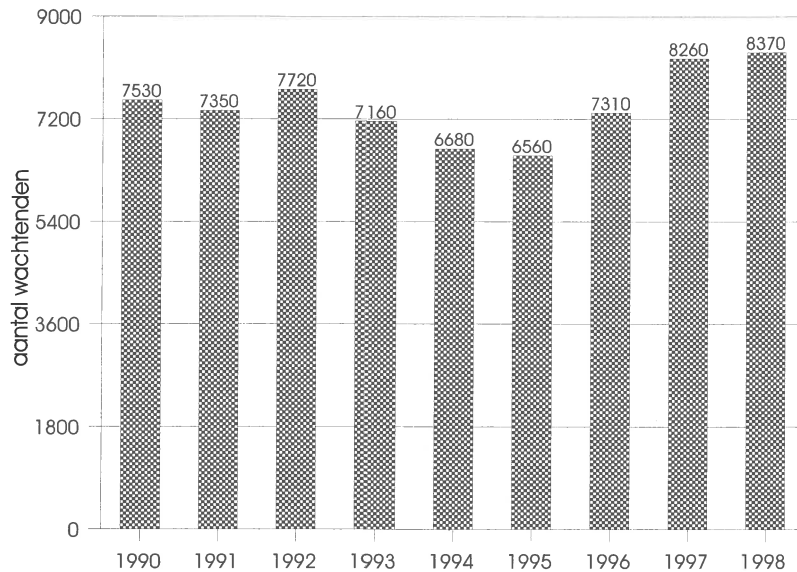
Ten slotte constateert de commissie bij de samenstelling van het totale productievolume, dus de klinische verpleegdagen en de dagbehandelingsdagen tezamen, een verschuiving van het gebruik van klinische verpleeghuiszorg naar dagbehandeling: ook hier is sprake van extramuralisering van de zorg. Overigens wordt tot 2002 een groei geraamd van jaarlijks 1,5% over de totale verpleeghuiszorg.

#### *WachtlIJstproblematiek bij verpleeghuizen*

Onderstaande figuur geeft voor de periode 1990-1998 het aantal wachtenden voor verpleeghuizen weer (Van Rooij et al., 1999b). De cijfers zijn gecorrigeerd voor dubbeltellingen.

Uit de figuur kan afgeleid worden dat na een tijdelijke daling van 1993 tot 1995 het aantal wachtenden weer toeneemt tot 8.370 personen in 1998. Volgens Van Rooij et al. (1999b) is een toename van het aantal verpleeghuiszorg geïndiceerde mensen gecombineerd met een achterblijvende capaciteitstoename van verpleeghuizen hiervoor de belangrijkste verklaring. De wachtlIJstomvang van 8.370 personen in 1998 bestaat uit 4.250 psychogeriatrisch en 4.120 somatisch geïndiceerde personen.

Van deze somatisch geïndiceerden wachtte in het laatste kwartaal van 1998 bijna de helft in een ziekenhuis (48%) en ongeveer een vijfde thuis (21%), terwijl bij de psychogeriatrisch wachtenden de meesten thuiszorg ontvingen (46%) of in een verzorgingshuis verbleven (31%) (Van Rooij et al., 1999b). Door een toename van de capaciteit van verpleeghuizen zou de doorstro-



Figuur 2.10: Ontwikkeling wachtlijsten verpleeghuizen, 1990-1998

Bron: Van Rooij et al., 1999b (deels overgenomen uit GiT, 1999)

ming in andere typen zorgvoorzieningen, zoals het ziekenhuis, de thuiszorg en de verzorgingshuizen, kunnen worden bevorderd.

Van het totaal aantal wachtenden heeft ruim 44% een indicatie van (zeer) urgent (tabel 2.15), waarbij moet worden opgemerkt dat crisisopnamen altijd buiten de wachtlijst om plaatsvinden.

Tabel 2.15

Percentage wachtenden bij verpleeghuizen naar urgentie, 1998

	% wachtenden
Zeer urgent	18
Urgent	26
Regulier	42
Uit voorzorg	14

Bron: Van Rooij et al., 1999b (overgenomen uit GiT, 1999)

De huidige gemiddelde wachttijden (de datum van opname in een verpleeghuis minus de datum van plaatsing op de wachtlijst) liggen boven de normen zoals gesteld door het College van Ziekenhuisvoorzieningen. Deze normen bedragen vier weken voor somatisch geïndiceerde personen en acht weken voor psychogeriatrisch geïndiceerden. In de periode van 1995 tot 1998 is de gemiddelde wachttijd echter gestegen van respectievelijk 5 weken naar 8,5 weken en van 14 weken naar 17,5 weken (GiT, 1999).

#### 2.4.5 *Ouderenzorg: verzorgingshuizen (bijlagentabellen A2.24 en A2.25)*

Verzorgingshuizen hebben zich in de loop van de tijd meer en meer ontwikkeld tot instellingen die steeds intensievere verzorging en verpleging bieden. Enkele factoren zijn daarop van invloed geweest (GiT, 1999). Ten eerste de veranderingen in de wensen en behoeften van ouderen, maar ook gewijzigd overheidsbeleid, ontwikkelingen in de ouderenhuisvesting en de in relatie tot de zorgvraag beperkte opnamecapaciteit van verpleeghuizen. Deze functieverandering gaat evenwel gepaard met een toename van de zorgzwaarte van cliënten: ouderen blijven langer zelfstandig wonen en worden pas bij een complexere hulpvraag in het verzorgingshuis opgenomen. Ook komt het steeds vaker voor dat ouderen met een verpleeghuisindicatie in het verzorgingshuis verblijven (GiT, 1999).

Wat het aanbod van verzorgingshuizen betreft, verleggen ze steeds meer hun grenzen op zowel het intramurale vlak als op het extramurale vlak. Op het intramurale vlak bieden verzorgingshuizen inmiddels ook intensieve verpleging en verzorging en op het extramurale vlak ondersteunen de verzorgingshuizen het zelfstandig wonen van ouderen door bijvoorbeeld tijdelijke opnamen, dagverzorging en het aanbieden van verschillende woonvormen.

##### *Intramurale zorg*

In de periode 1992-1997 is het aantal bewoners gemiddeld met 2,3% per jaar gedaald, terwijl op basis van demografische ontwikkelingen een groeiend aantal bewoners verwacht had mogen worden. Dat dit niet het geval is, is vooral te wijten aan het gevoerde beleid dat gericht is geweest op het afbouwen van capaciteiten (een renovatie of verbouwing mag geen invloed hebben op het verzorgingstarief; om budgettair neutraal te kunnen renoveren wordt de capaciteit van een huis kleiner).

Binnen de verzorgingshuizen is nu echter wel sprake van een toenemende zorgzwaarte; de hulpbehoefte van ouderen neemt toe. Deze zorgintensivering is in de periode 1995-1997 sterker gestegen dan in de langere periode 1992-1997.

Het gebruik van de intramurale zorg in zijn totaliteit (aantal bewoners en zorgintensiteit) is in de afgelopen jaren gedaald met gemiddeld 1,5% per jaar. Ook voor de toekomst wordt een verdere daling voorspeld (GiT, 1999), echter wanneer rekening wordt gehouden met een (verwachte) stop in het afbouwen van de capaciteit is deze daling minder sterk, ook 1,5% per jaar (periode 1999-2002).

#### *Extramurale zorg*

De extramurale producten die verzorgingshuizen bieden, lopen uiteen van kortdurende opnamen tot maaltijdenverstrekking. Gedurende de jaren negentig is het gebruik van deze producten jaarlijks met 4,0% toegenomen. In de tweede helft, 1995-1997, is deze groei iets minder sterk (2,2%). Deze groei is hoger dan op basis van demografische ontwikkelingen verwacht had mogen worden en kan grotendeels verklaard worden uit de toenemende extramuralisering van de zorg. Ook voor de toekomst wordt een groei van het gebruik van extramurale producten verwacht: jaarlijks met 3,8%.

#### *Totaal*

Voor het totale gebruik van de verzorgingshuizen geldt over de periode van 1992-1997 een daling van gemiddeld 1,2% per jaar. De sterke groei van de extramurale producten heeft de daling in het gebruik van intramurale zorg dus niet gecompenseerd. Een raming voor het gebruik in de periode 1999-2002 komt uit op een daling van gemiddeld 0,4%. De commissie GiT merkt hier wel bij op dat bij deze raming is uitgegaan van een voortzetting van het in het verleden gevoerde beleid. Wanneer de capaciteit van verzorgingshuizen niet verder afneemt, zal ook het gebruik minder laag uitvallen.

#### *Wachttijstproblematiek bij verzorgingshuizen*

Tabel 2.16 laat zien hoeveel personen op de wachtlijsten staan voor een plaats in een verzorgingshuis. Hiertoe zijn drie bronnen gebruikt.

De verschillen in gemeten omvang hangen waarschijnlijk samen met de gehanteerde schattingsmethodiek. De commissie GiT komt tot de conclusie dat in de gegevens van het NZi de minste 'vervuiling' zit, zoals dubbeltellingen. Uit de metingen van het NZi blijkt bovendien dat van de wachtenden 88% thuis verblijft (1998), waarvan bijna de helft thuiszorg ontvangt. De andere helft woont voor het merendeel thuis zonder professionele zorg, hiervan maakt 10% gebruik van dagbehandeling of -verzorging in een ver-

Tabel 2.16  
*Geschatte wachtlijstomvang bij verzorgingshuizen, 1994-1998*

	1994	1995	1996	1997	1998
NZi '99				19.190	20.310
Heliview '98		28.000	31.000	35.800-38.000	
SGBO '97	26.000		28.000		

Bron: Van Rooij en Van Hulst, 1999; Van Elderen, 1998; SGBO, 1997 (overgenomen uit GiT, 1999)

pleeg- of verzorgingshuis. Verder is gekeken naar een onderverdeling van de wachtenden naar urgentie. Tabel 2.17 geeft hier een overzicht van.

Tabel 2.17  
*Percentage urgent wachtenden bij verzorgingshuizen, 1998*

		Aandeel in %
Zeer urgent:	opname binnen 1 maand	20%
Urgent:	opname binnen 3 maanden	26%
Regulier:	opname binnen 12 maanden	31%
Noodzakelijk:	maar opname niet binnen 12 maanden	16%
Voorzorg:	opname datum nog onduidelijk	7%

Bron: Van Rooij en Van Hulst, 1999

Uit deze tabel blijkt dat 46% van de wachtenden in 1998 urgent of zeer urgent was.

Ten slotte zijn er enkele gegevens bekend over gemiddelde wachttijden. In tabel 2.18 worden deze wachttijden weergegeven.

De gemiddelde wachttijd voor plaatsing in een verzorgingshuis blijkt in 1997 en 1998 ongeveer negen à tien maanden te zijn geweest. Er is echter geen inzicht in de gemiddelde wachttijd per urgentieniveau.

Tabel 2.18  
Gemiddelde wachttijd in maanden bij verzorgingshuizen

	1995	1996	1997	1998
NZi '99			9,0	9,4
Heliview '98	7,3	7,8	9,4-10,2	
SGBO '97		5,8		

Bron: Van Rooij en Van Hulst, 1999; Van Elderen, 1998; SGBO, 1997 (overgenomen uit GiT, 1999)

#### 2.4.6 Thuiszorg (bijlagentabellen A2.26 en A2.27)

De thuiszorg is een voorziening waarvan driekwart van de cliënten uit ouderen bestaat (65 jaar en ouder). De zorg is erop gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen voorzover zij daar op eigen kracht niet of onvoldoende toe in staat zijn. Daarnaast vervult de thuiszorg een basisfunctie bij het actief bewaken en bevorderen van de gezondheid van zuigelingen en peuters.

De thuiszorg wordt onderscheiden in drie hoofdvormen: Ten eerste de AWBZ-verstrekking thuiszorg die (wijk)verpleging, (gezins)verzorging en uitlenen van hulpmiddelen omvat. Deze vorm van zorg dient door alle thuiszorgorganisaties geleverd te worden. Ten tweede de AWBZ-verstrekkingen jeugdgezondheidszorg en diëtetiek en ten derde de in de Ziekenfondswet neergelegde verstrekking kraamzorg.

Voor wat betreft de eerste AWBZ-vorm, de verpleging en verzorging, wordt het productievolume uitgedrukt in het aantal cliënten en het aantal geleverde uren zorg. In de periode 1991-1997 is het aantal cliënten met gemiddeld 2% gestegen. De verklaring hiervoor is voornamelijk demografisch van aard (1,3%), door bijvoorbeeld de vergrijzing van de bevolking. Los van de demografie is er dus een trendmatige groei van het aantal cliënten van 0,7%. Het aantal uren geleverde zorg is over dezelfde periode met gemiddeld 0,6% gestegen. In combinatie met de ontwikkeling van het aantal cliënten laat de zorgintensiteit (aantal uren per cliënt) een daling zien (gemiddeld 1,4%). De commissie De Vries geeft als mogelijke oorzaak het beperkte aanbod aan thuiszorg, waardoor een cliënt wordt geholpen als er verpleegkundigen en verzorgenden voorhanden zijn en niet meteen wanneer er behoefte aan zorg is.

Ten aanzien van de *tweede AWBZ-vorm, jeugdgezondheidszorg en diëtetiek*, wordt het gebruik aan zorg afgemeten aan respectievelijk het aantal consulten zuigelingen en peuters en het aantal consulten dieet en voedingsadviezen en. In de periode 1991-1997 is het gebruik van beide zorgvormen toegenomen met 0,9% en 3,8%.

De *beide AWBZ-verstrekingen gezamenlijk* (waarbij het onderdeel verpleging en verzorging voor 80% de groei bepaalt) kennen over de periode 1991-1997 een gemiddelde jaarlijkse groei van het gebruik van 0,9%.

Ten behoeve van de toekomstverwachtingen presenteert de commissie GiT twee varianten op basis waarvan een voorspelling wordt gedaan. Deze zijn opgenomen in tabel A2.26.

In de *eerste variant* wordt ervan uitgegaan dat de toekomstige vraag ten minste gelijk is aan de verwachte demografische ontwikkeling en de trendmatige ontwikkeling. Bovendien wordt verondersteld dat de zorgintensiteit licht zal toenemen door de toenemende technologische ontwikkelingen waardoor patiënten langer thuis kunnen blijven. Op basis van deze veronderstellingen wordt in de periode 1999-2002 een jaarlijkse groei verwacht van 3,4%.

In de *tweede variant* wordt tevens rekening gehouden met structurele veranderingen van ontwikkelingen in de intramurale gezondheidszorg die van invloed zijn op de vraag naar thuiszorg. Een voorbeeld van een dergelijke verandering is de substitutie van verpleeghuis- en ziekenhuiszorg naar de thuiszorg. Op basis hiervan voorspelt de commissie een jaarlijkse groei van 4,1%.

Per saldo moet de thuiszorg óf mensen weigeren óf de bestaande populatie minder uren per patiënt bieden. De commissie concludeert dat in de periode 1991-1997 een verschraling van zorg heeft plaatsgevonden van gemiddeld jaarlijks 1,4%: de hoeveelheid patiënten is gestegen met jaarlijks 2% terwijl het aantal zorguren met 0,6% is toegenomen. De commissie kan geen uitspraak doen over deze verschraling die zich sterker aftekent in de wijkverpleging of in de gezinszorg.

Ten slotte de *derde vorm van thuiszorg: de kraamzorg*. Het gebruik van de kraamzorg is gemeten aan de hand van het aantal verzorgingen en het aantal verzorgingsdagen. Het totale aantal verzorgingen groeide in de periode 1991-1997 vrijwel niet, terwijl het aantal verzorgingsdagen is gedaald met 0,9%. Dit betekent dat het gemiddeld aantal dagen per kraamverzorging blijft dalen. Voor de periode 1999-2002 wordt deze daling geschat op 1,7%.

*Wachttijstproblematiek in de thuiszorg*

Tabel 2.19 geeft inzicht in de omvang van de wachtlijsten in de thuiszorg. De gegevens betreffen geschatte landelijke cijfers voor de verschillende thuiszorg'producten' op basis van een peiling door Research en Beleid in oktober 1998.

Tabel 2.19

*Omvang wachtlijsten en wachttijden in de thuiszorg, oktober 1998*

	Aandeel product in de totale productie %	Aantal wachtenden <sup>1</sup>	Wachttijd in dagen
Verzorging	10,7	2.232	44
Gespecialiseerde verzorging	2,0	594	49
ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen)	18,1	1.421	25
HDL (huishoudelijke dagelijkse levens- verrichtingen)	41,3	12.665	86
Alfahulp	22,1	8.142	143
Verpleging	5,5	276	12
Gespecialiseerde verpleging	0,3	–	1
Totaal	100	23.000	

(gecorrigeerd voor dubbelstellingen en gewogen naar aandeel product in totale productie)

<sup>1</sup> Hierin kunnen zich dubbelstellingen voordoen

Bron: IJzerman en Scholten, 1998; 1999 (overgenomen uit GiT 7, 1999)

Deze tabel laat zien dat de langste wachtlijsten bestaan voor de huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL) en alfahulp. De lange wachttijden voor HDL en alfahulp corresponderen met de omvangrijke wachtlijsten die voor deze zorgproducten bestaan. Uit het onderzoek van Research en Beleid kwam ook naar voren dat 51% van de (in totaal 117) instellingen 'rantsoenering' toepast. Dat betekent dat deze instellingen minder uren zorg verlenen dan is geïndiceerd (hierin zit dus niet het aanpassen van de indicatie vanwege de personeelsschaarste). Uit tabel 2.20 kan worden afgeleid dat de rantsoenering bij alle producten voorkomt.



Tabel 2.20  
Rantsoenering in de thuiszorg, oktober 1998

	Aantal instellingen dat zorg rantsoeneert	% rantsoenering bij instellingen die rantsoeneren	% rantsoenering over alle instellingen
Verzorging	12	22	5
Gespecialiseerde verzorging	8	26	3
ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen)	20	22	3
HDL (huishoudelijke dagelijkse levens- verrichtingen)	33	24	5
Alfahulp	16	21	5
Verpleging	6	29	2
Gespecialiseerde verpleging	2	61	2
Totaal (gewogen naar aandeel product in het totaal)			4,5

Bron: IJzerman en Scholten, 1999 (overgenomen uit GiT 7, 1999)

#### 2.4.7 Conclusie

In deze paragraaf zijn ontwikkelingen in het gebruik van zorg beschreven. In de eerste plaats is er sprake van een toenemende extramuralisering van de zorg. Dit komt in verschillende sectoren tot uiting door een toename van het aantal dagopnamen in ziekenhuizen (voor een groot deel als vervanging voor de klinische opnamen), een toename van het aantal kortdurende opnamen, deeltijdbehandelingen en poliklinische zorg in de GGZ, een toename van het aantal kortdurende opnamen in de gehandicaptenzorg en een toename van het aantal dagbehandelingsdagen in de verpleeghuiszorg (een verschuiving vanuit de klinische zorg). Ook bij de verzorgingshuizen is er een sterke toename van het gebruik van extramuraal producten te zien, sterker dan op basis van demografische ontwikkelingen verwacht mocht worden.

Een tweede ontwikkeling die met het gebruik van zorg gepaard gaat is een verzwaring van de zorg. Door de steeds kortere verpleegduur (in de ziekenhuizen), de (dubbele) vergrijzing (ziekenhuizen, gehandicaptenzorg en ver-

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

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

## 2.5 Samenvatting vraagontwikkelingen

In dit hoofdstuk zijn ontwikkelingen beschreven die van invloed zijn op de behoefte aan en het gebruik van verpleging en verzorging. Op de eerste plaats zijn dat demografische ontwikkelingen. Op basis van deze ontwikkelingen is vastgesteld dat de vraag naar verpleging en verzorging de afgelopen jaren flink is toegenomen. Omdat de vergrijzing van de bevolking voorlopig nog doorzet is de verwachting dat de behoefte aan verpleging en verzorging alleen maar zal toenemen. In de afgelopen jaren was ook een toename in het aantal geboorten en het migratiesaldo verantwoordelijk voor meer vraag naar zorg. De verwachting is evenwel dat het aantal geboorten de komende jaren weer geleidelijk zal afnemen.

In de tweede paragraaf is geconcludeerd dat ook epidemiologische ontwikkelingen, voor een deel gepaard gaand met demografische ontwikkelingen, een rol spelen bij de vraag naar zorg. De belangrijkste ontwikkelingen hebben te maken met een toenemend aantal chronisch zieken, zoals mensen met CARA, reuma of diabetes mellitus. Deels hangt deze toename samen

met de vergrijzing omdat chronische aandoeningen vooral voorkomen onder oudere mensen. Eveneens samenhangend met de vergrijzing wordt in de toekomst een stijgend percentage mensen met kanker verwacht. Deze ontwikkelingen zorgen ervoor dat in de toekomst met name een beroep op de ouderenzorg zal worden gedaan.

Los van demografische en epidemiologische ontwikkelingen doen ook sociale en culturele ontwikkelingen hun invloed gelden op de vraag naar zorg. Deze ontwikkelingen zijn beschreven in paragraaf 2.3. Ten aanzien van de maatschappelijke positie zijn de ontwikkelingen van de afgelopen jaren gunstig te noemen. Het gemiddelde opleidingsniveau stijgt geleidelijk en de werkloosheid neemt gestaag af. Wel lijkt er sprake te zijn van een toenemende inkomensongelijkheid. Deze, over het algemeen positieve, ontwikkelingen zullen de toenemende vraag naar zorg in ieder geval niet versterken. Verder nemen het aantal en het aandeel allochtone mensen en alleenstaanden toe. Met name van alleenstaanden (over het algemeen ouderen) is bekend dat zij meer gebruikmaken van zorg dan samenlevenden. Een ontwikkeling van iets andere aard is die omtrent de mantelzorg. Mantelzorg levert een groot aandeel in de thuisverzorging. In de Nederlandse gezondheidszorg zijn mantelzorgers niet meer weg te denken. Echter, zij hebben op hun beurt behoefte aan professionele ondersteuning, met name vanuit de ouderenzorg, zoals thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen. In deze sectoren worden dan ook verschillende projecten en voorzieningen in het leven geroepen om mantelzorgers te ondersteunen.

Ten slotte zijn in paragraaf 2.4 ontwikkelingen beschreven ten aanzien van het daadwerkelijke gebruik van verpleging en verzorging. Hierbij viel een aantal zaken op. Ten eerste is er sprake van een toenemend proces van extramuralisering. Klinische opnamen worden steeds vaker vervangen door dagopnamen en ook zijn er steeds meer zorgvormen als kortdurende opnamen, deeltijdbehandelingen en dagbehandelingen. Deze ontwikkelingen zijn erop gericht mensen zo lang mogelijk thuis te laten zijn. Verder valt op dat de zorg steeds intensiever en zwaarder wordt. Dat komt onder andere door de steeds kortere verpleegduur en de hogere leeftijd van patiënten en cliënten. Geconstateerd is dat de thuiszorg achterblijft bij deze ontwikkelingen: het aantal cliënten stijgt sneller dan het aantal uren zorg. Ook in de kraamzorg is er sprake van een afnemend aantal verzorgingsdagen per verzorging, ondanks het feit dat het aantal verzorgingen nagenoeg stabiel bleef. Ten slotte is aandacht besteed aan de wachtlijstproblematiek. Het ontbreken van een uniforme registratiesystematiek in acht genomen, is vastgesteld dat de wachtlijsten in een aantal sectoren een stabilisatie vertonen, zoals in de zie-

kenhuizen en in de gehandicaptensector. In enkele deelsectoren van de GGZ is een daling van de omvang van de wachtlijsten waargenomen, terwijl de wachtlijsten in de verpleeghuiszorg een stijging vertonen. Door de omvang van de wachtlijsten in de thuiszorg, is in deze sector sprake van rantsoenering.

## Bijlagetabellen Hoofdstuk 2

*Tabel A2.1*

*Omvang en groei van de Nederlandse bevolking op 1 januari*

	1990	1995	1997	1998	1999
Aantal inwoners (abs. x 1.000)	14.892,6	15.424,1	15.567,1	15.654,2	15.760,2
Jaarlijkse toename in %	0,55	0,54	0,56	0,56	0,68

Bron: CBS, Statistisch jaarboek (1993; 1997; 2000)

*Tabel A2.2*

*Geboorte-kerncijfers*

	1990	1995	1996	1997	1998
Totaal aantal geboren (abs. x 1.000)	197,9	190,5	189,5	192,4	199,4
Per 1.000 van de bevolking	13,2	12,3	12,2	12,3	12,7
Per 1.000 vrouwen van 15-44 jaar	56,2	55,4	55,4	56,5	58,7
Gemiddelde leeftijd van de moeder bij de geboorte van haar eerste kind	27,6	28,6	28,9	29,0	29,1

Bon: CBS, Statistisch jaarboek (1993; 1997; 2000)

*Tabel A2.3*  
*Sterfte-kerncijfers*

	1990	1995	1996	1997	1998
<i>Absoluut (x 1.000)</i>					
Mannen	66,6	68,2	69,0	67,2	68,2
Vrouwen	62,2	67,4	68,6	68,5	69,3
Totaal	128,8	135,7	137,6	135,8	137,5
<i>Per 1.000 van de bevolking</i>					
Mannen	9,0	8,9	9,0	8,7	8,2
Vrouwen	8,2	8,6	8,7	8,7	7,9
Totaal	8,6	8,8	8,9	8,7	8,1

Bon: CBS, Statistisch jaarboek (1993; 1997; 2000); CBS & VWS Vademecum gezondheidsstatistiek (1999)

*Tabel A2.4*  
*Buitenlandse migratie*

	1990	1995	1996	1997	1998
<i>Immigratie (x 1.000)</i>					
Nederlanders	36,1	29,1	31,1	33,1	40,7
Niet-Nederlanders	81,2	67,0	77,2	76,7	81,7
Totaal	117,3	96,1	108,7	109,9	122,4
Totaal per 1.000 inwoners	7,8	6,2	7,0	7,0	7,8
<i>Emigratie (x 1.000)</i>					
Nederlanders	36,7	41,6	42,9	40,3	39,2
Niet-Nederlanders	20,6	21,7	22,4	21,9	21,3
Totaal	57,3	63,3	65,3	62,2	60,4
Totaal per 1.000 inwoners	3,8	4,1	4,2	4,0	3,8
<i>Migratiesaldo (x 1.000)</i>	60,0	32,8	43,4	47,7	62,0

Bron: CBS, Statistisch jaarboek (1993; 1997; 2000)

Tabel A2.5  
Leeftijdsopbouw van de bevolking naar geslacht op 1 januari in procenten

	1990	1995	1997	1998	1999
<i>Jonger dan 20 jaar</i>					
Mannen	26,5	25,2	25,2	25,2	25,2
Vrouwen	24,8	23,6	23,5	23,5	23,6
Totaal	25,7	24,4	24,3	24,3	24,4
<i>20-64 jaar</i>					
Mannen	63,1	64,2	64,0	63,8	63,7
Vrouwen	60,0	60,8	60,7	60,6	60,6
Totaal	61,5	62,4	62,3	62,2	62,1
<i>65 jaar en ouder</i>					
Mannen	10,3	10,7	10,9	11,0	11,1
Vrouwen	15,2	15,7	15,8	15,9	15,9
Totaal	12,8	13,2	13,4	13,5	13,5

Bron: CBS en VWS Vademecum gezondheidsstatistiek (1999);  
CBS Statistisch Jaarboek (2000)

Tabel A2.6  
Langdurige aandoeningen naar geslacht en leeftijd, 1997/1998

	Mannen	Vrouwen	0-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 jaar of ouder
	%	%	%	%	%	%	%
geen	65,3	55,6	80,2	71,5	63,4	47,2	31,1
1	23,6	25,1	16,5	21,8	25,3	28,9	29,7
2	7,4	11,3	2,9	5,1	8,1	13,4	20,4
3	2,4	4,6	0,3	1,3	2,0	6,5	9,2
4 of meer	1,4	3,5	0,1	0,3	1,1	4,0	9,6

Bron: CBS & VWS Gezondheidsvademecum (1999)

Tabel A2.7  
Enkele langdurige aandoeningen bij de bevolking

	1990/1991	1992/1993	1994/1995	1996/1997	1997/1998
	%	%	%	%	%
Reumatische aandoeningen	2,5	2,9	2,8	3,1	3,0
CARA	6,0	6,6	7,4	8,0	8,3
Diabetes mellitus	1,9	1,8	2,0	1,9	2,0

Bron: CBS & VWS (Gezondheidsvademecum), 1999.

Tabel A2.8  
Cumulatief risico (0-74 jaar)<sup>1</sup> bij enkele vormen van kanker, naar sekse

	1990		1992		1993		1994		1995	
	%		%		%		%		%	
	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw	man	vrouw
Maag	1,7	0,6	1,7	0,7	1,7	0,6	1,6	0,6	1,5	0,6
Dikke darm	2,4	2,1	2,6	2,2	2,6	2,2	2,7	2,2	2,5	2,1
Endeldarm en anus	1,6	1,0	1,8	1,1	1,7	1,1	1,7	1,1	1,8	1,1
Luchtpijp (-vertakkingen)										
en long	9,1	1,5	9,0	1,7	8,7	1,9	8,3	1,9	7,8	1,9
Huid	2,2	1,4	2,4	1,6	2,0	1,4	2,4	1,7	2,3	1,7
Borst	0,0	8,4	0,1	9,4	0,0	9,3	0,1	9,4	0,1	8,8
Prostaat	4,2	-	4,8	-	5,2	-	6,3	-	6,3	-
Baarmoeder	-	-	-	1,3	-	1,3	-	1,4	-	1,3
Urineblaas	1,8	0,3	1,9	0,3	1,7	0,3	1,6	0,3	1,8	0,3
Nier	0,9	0,6	1,0	0,6	0,9	0,6	1,0	0,6	0,9	0,5
Non-Hodgkin-lymfoom	1,2	0,8	1,1	0,8	1,2	0,7	1,2	0,8	1,1	0,7
Totaal	29,8	22,6	30,5	23,8	29,6	23,5	30,7	24,0	30,2	23,3

<sup>1</sup> Het risico dat iemand de betreffende ziekte gedurende een leeftijdsperiode van 74 jaar zal krijgen als er geen andere doodsoorzaak tussenkomt

Bron: CBS & VWS (Gezondheidsvademecum), 1995, 1997 en 1999



Tabel A2.9  
Gemelde ziektegevallen van aids naar jaar van diagnose<sup>1</sup>

	1990	1995	1996	1997	1998
Patiënten	419	522	432	300	114
Waarvan: mannen	383	439	366	241	92
vrouwen	36	83	66	59	22

<sup>1</sup> Gemeld voor 1 januari 1999, inclusief nameldingen

Bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg, overgenomen uit: CBS & VWS (Gezondheidsvademecum), 1999

Tabel A2.10  
Aantal allochtonen in Nederland, per 1 januari<sup>1</sup>

	1997	1998	1999
x 1.000			
Totaal aantal:	1.761,1	1.817,2	1.884,6
Waarvan: Turken	270,8	279,8	288,4
Marokkanen	225,4	233,9	244,6
Surinamers	253,9	257,2	261,9
Antillianen/ Arubanen	68,9	71,5	77,6

<sup>1</sup> Volgens de beperkte definitie van het CBS: de persoon zelf en één van beide ouders is in het buitenland geboren of de persoon zelf is in Nederland geboren maar beide ouders in het buitenland.

NB: Voorgaande jaren 1990-1996 zijn niet in deze reeks opgenomen omdat de beschikbare cijfers niet vergelijkbaar zijn. In *Verpleging en Verzorging in kaart gebracht 1999* zijn cijfers opgenomen van aantallen allochtonen over de periode 1990-1997 volgens de zogenaamde ruime definitie (de persoon zelf en/of ten minste één van beide ouders is in het buitenland geboren).

Bron: CBS, Maandstatistiek van de bevolking (1998; 1999) en vademecum gezondheidsstatistiek (1999)

*Tabel A2.11*  
*Huishoudens naar samenstelling 1990-1998*

	1990	1995	1996	1997	1998 <sup>1</sup>
<i>Totaal aantal huishoudens</i> (abs. x 1.000)	6.061	6.516	6.601	6.674	6.714
Waarvan: éénpersoons	1.813	2.048	2.100	2.158	2.179
meerpersoons	4.249	4.468	4.501	4.516	4.536

<sup>1</sup> voorlopig cijfer

Bron: CBS & VWS (Gezondheidsvademecum), 1999

*Tabel A2.12*  
*Huishoudens naar ontvangen verzorging/verpleging<sup>1</sup> in de afgelopen 12 maanden, 1995*

	geen %	uitsluitend van gezinsleden/huisgenoten %	(ook) van anderen %
<i>Totaal</i>	94	1	5
<i>Alleenstaanden, leeftijd</i>			
30 jaar of jonger	98		2
31-64 jaar	95		5
65 jaar en ouder	85		15
<i>Paar, leeftijd vrouw</i>			
30 jaar of jonger	98	1	1
31-64 jaar	96	1	3
65 jaar en ouder	90	2	9

<sup>1</sup> Iemand in het huishouden krijgt/kreeg persoonlijke verzorging of verpleging

Bron: AVO 1995, SCP; CBS-bewerking (overgenomen uit CBS, 1997)

Tabel A2.13

Ontwikkeling gebruik algemene ziekenhuizen (jaarlijkse groei in procenten)

	1992-1998	1996-1998	1999-2002
<b>Klinische opname</b>			
Demografie	0,7	0,7	0,7
Trend	-1,1	-1,7	-0,4
Totaal	0,0	-1,1	0,3
Verrichtingen/opname	1,4	1,7	1,4
Klinische verrichtingen	1,4	0,7	1,7
<b>Polikliniek</b>			
Demografie	0,7	0,6	0,6
Trend	-0,1	-0,9	0,0
Totaal	0,5	-0,3	0,6
Verrichtingen/opname	2,0	0,8	2,0
Poliklinische verrichtingen	2,6	0,4	2,7
Verrichtingen totaal	2,0	0,5	2,1
<b>Dagopnamen (M10)</b>			
Demografie	0,6	0,5	0,5
Trend	5,5	5,0	5,5
Dagopnamen totaal	6,1	5,6	6,1
<b>Klinische verpleegdagen</b>			
Demografie	0,9	0,9	0,8
Trend	-2,8	-3,0	-2,4
Verpleegdagen totaal	-1,9	-2,1	-1,6
<b>Verpleging/verzorging</b>			
Dagen	-1,6	-1,7	-1,1
Intensivering verpleegdag	1,2	0,6	1,1
Totaal verpleging	-0,4	-1,1	0,0
<b>Productie totaal</b>			
Demografie	0,8	0,7	0,7
Trend	-0,3	-1,0	-0,1
Intensivering	0,8	0,3	0,9
Productie	1,2	0,0	1,5

Bron: NZi (overgenomen uit GiT 7, 1999)

Tabel A2.14

Ontwikkeling gebruik academische ziekenhuizen (jaarlijkse groei in procenten)

	1992-1998	1996-1998	1999-2002
<b>Klinische opname</b>			
Demografie	0,7	0,7	0,7
Trend	-0,8	-1,4	-0,5
Totaal	-0,1	-0,7	0,2
Verrichtingen/opname	0,8	0,8	0,8
Klinische verrichtingen	0,7	0,1	0,9
<b>Polikliniek</b>			
Demografie	0,7	0,6	0,6
Trend	-0,6	0,4	-0,6
Totaal	0,1	1,1	0,1
Verrichtingen/opname	2,7	2,7	2,7
Poliklinische verrichtingen	2,7	3,7	2,7
<i>Verrichtingen artikel 18</i>	4,3	3,4	4,3
Verrichtingen totaal	2,1	1,9	2,3
<b>Dagopnamen (M10)</b>			
Demografie	0,6	0,5	0,5
Trend	4,8	6,3	4,8
Dagopnamen totaal	5,4	6,9	5,3
<b>Klinische verpleegdagen</b>			
Demografie	0,9	0,9	0,8
Trend	-2,1	-3,0	-1,8
Verpleegdagen totaal	-1,3	-2,1	-1,0
<b>Verpleging/verzorging</b>			
Dagen	-1,1	-1,8	-0,8
Intensivering verpleegdag	0,9	1,2	1,1
Totaal verpleging	-0,2	-0,7	0,2

(vervolg Tabel A2.14)

	1992-1998	1996-1998	1999-2002
<b>Productie totaal</b>			
Demografie	0,8	0,8	0,7
Trend	-0,5	-0,8	0,0
Intensivering	1,0	1,0	0,9
Productie	1,3	1,0	1,6

Bron: GiT 7, 1999

Tabel A2.15

Ontwikkeling gebruik revalidatiecentra (jaarlijkse groei in procenten)

	1992-1998	1996-1998	1999-2002
<b>Klinische opname</b>			
Demografie	0,6	0,5	0,5
Trend opname	1,7	0,0	1,7
Opnamen	2,3	0,5	2,3
Intensivering	-1,9	-1,9	-1,9
Verpleegdagen	0,4	-1,4	0,3
<b>Niet-klinisch</b>			
Demografie	0,6	0,5	0,5
Trend opname	5,1	1,4	5,1
Patiënten	5,7	2,0	5,7
Intensivering	0,8	1,0	0,8
Totaal	6,6	3,0	6,6
<i>Eerste onderzoeken</i>	9,0	9,1	8,0
<b>Totaal</b>			
Demografie	0,6	0,5	0,5
Trend	3,8	1,0	3,8
Intensivering	-0,3	-0,1	-0,3
Productie	4,2	1,4	4,1

Bron: NZi/VRIN (overgenomen uit GiT 7, 1999)

*Tabel A2.16*  
*Ontwikkeling gebruik psychiatrische ziekenhuizen (jaarlijkse groei in procenten)*

	1992-1996	1997-1998	1999-2002
<b>Klinisch</b>			
Demografie	0,5	0,4	0,4
Trend	3,4	6,1	3,9
Opnamen	3,9	6,5	4,3
Intensivering	-4,0	-4,9	-4,1
Totaal klinisch	-0,2	1,2	0,1
<b>Deeltijdbehandeling</b>			
Demografie	0,4	0,2	0,3
Trend	17,2	1,0	14,0
Opnamen	17,7	1,3	14,3
Intensivering	-8,7	5,7	-5,9
Totaal deeltijd	7,4	7,1	7,6
<b>Polikliniek</b>			
Demografie	0,6	0,6	0,5
Trend eerste consult	4,1	7,3	4,7
Eerste consult	4,7	7,9	5,3
Poliklinische verrichtingen	11,2	5,4	10,0
Totaal polikliniek	10,9	5,5	9,7
<b>Totaal</b>			
Demografie	0,5	0,4	0,4
Trend	4,3	5,8	4,6
Intensivering	-3,5	-4,1	-3,6
Totaal	1,1	1,9	1,3

NB: Vanaf 1997 is de bekostigingssystematiek in de psychiatrie gewijzigd

Bron: GiT 7, 1999

Tabel A2.17a

*Ontwikkeling gebruik instellingen voor beschermd wonen (gemiddelde jaarlijkse groei in procenten), RIBW's en PWV's<sup>1</sup>*

	1992-1997	1995-1997	1999-2002
Demografie	0,7	0,6	0,5
Trend	4,9	2,7	4,9
Bewoners	5,6	2,3	5,4
Intensiteit	2,9	1,6	2,9
Verzorgingsdagen	8,5	4,9	8,3

1 RIBW=Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen; PWV=Psychiatrische Woonvoorzieningen

Bron: Beschermd Wonen in getallen 1998 (overgenomen uit GiT 7, 1999).

Tabel A2.17b

*Ontwikkeling gebruik instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (gemiddelde jaarlijkse groei in procenten), RIAGG's*

	1991-1996	1994-1996	1999-2002
Inschrijvingen	1,0	-0,5	
Verstreckte contacten	2,3	1,8	
Preventie	2,4	-4,7	
Dienstverlening	4,8	2,5	
Demografie	0,7	0,6	0,5
Trend	1,5	0,5	1,5
Totaal	2,2	1,1	2,0

Bron: GiT 7, 1999

Tabel A2.18

Ontwikkeling gebruik instellingen voor ambulante verslavingszorg (jaarlijkse groei in procenten), CAD's

	1992-1998	1996-1998	1999-2002
Hulpverlening	3,9	4,4	
Methadoncontacten	-2,2	-1,4	
Demografie	0,7	0,6	0,5
Trend	-0,3	0,6	-0,3
Contacten	0,4	1,2	0,2

Bron: Kerncijfers LADIS (overgenomen uit GiT 7, 1999)

Tabel A2.19

Ontwikkeling gebruik medische kindertehuizen en kleuterdagverblijven (jaarlijkse groei in procenten)

	1992-1998	1996-1998	1999-2002
<b>MKT</b>			
Demografie	0,4	-0,2	0,0
Trend	-0,1	4,4	-0,1
Opnamen	0,3	4,2	-0,2
Verpleegdagen/opname	-3,2	-8,0	-3,2
Verpleegdagen	-2,9	-4,1	-3,3
<b>MKD</b>			
Demografie	1,0	0,8	0,4
Trend	-0,7	-0,9	-0,7
Opnamen	0,3	0,0	-0,2
Verpleegdagen/opname	1,1	0,3	1,1
Verpleegdagen	1,4	0,2	0,8



(vervolg Tabel A2.19)

	1992-1998	1996-1998	1999-2002
<b>Totaal</b>			
Demografie	0,8	0,6	0,3
Trend	-0,5	0,5	-0,5
Opnamen	0,3	1,0	-0,2
Verpleegdagen/opname	0,0	-1,8	0,0
Verpleegdagen	0,3	-0,9	-0,2

Bron: GiT 7, 1999

Tabel A2.20

*Ontwikkeling gebruik intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten (jaarlijkse groei in procenten)*

	1992-1998	1996-1998	1999-2002
Demografie	0,6	0,5	0,5
Trend verpleegdagen	0,7	0,3	0,7
Verpleegdagen	1,3	0,8	1,3
Cliënten			
Demografisch	0,6	0,5	0,5
Trend opnamen	10,5	6,0	10,5
Opnamen	11,2	6,5	11,2
Intensiteit	0,6	0,9	0,6
Totaal	2,3	1,9	2,2

Bron: GiT 7, 1999

Tabel A2.21

*Ontwikkeling gebruik instellingen voor zintuiglijk gehandicapten (jaarlijkse groei in procenten)*

	1992-1998	1996-1998	1999-2002
Demografie	0,0	0,3	0,2
Trend opnamen	1,4	-11,6	1,4
Opnamen	1,4	-11,3	1,6
Verpleegdagen/opname	-3,7	11,2	-3,7
Verpleegdagen	-2,3	-1,4	-2,1
Intensiteit	0,6	1,1	0,6
Totaal	-1,7	-0,4	-1,5

Bron: GiT 7, 1999

Tabel A2.22

*Ontwikkeling gebruik semi-murale gehandicaptenzorg (jaarlijkse groei in procenten)*

	1991-1995	1993-1995	1998-2002
<b>Woonvoorzieningen</b>			
Demografie	1,2	1,1	0,5
Trend	2,8	2,4	2,8
Verzorgingsdagen	4,0	3,5	3,4
Zorgzwaarte	0,8	1,6	0,8
Totaal wonen	4,8	5,2	4,2
<b>Dagverblijven</b>			
Demografie	0,9	0,8	0,2
Trend	4,3	3,7	4,3
Verzorgingsdagen	5,3	4,5	4,5
Zorgzwaarte	-1,1	-0,5	-1,1
Totaal dagverblijven	4,1	4,0	3,3

(vervolg Tabel A2.22)

	1991-1995	1993-1995	1998-2002
<b>Totaal</b>			
Demografie	1,1	1,0	0,4
Trend	3,5	3,0	3,5
Verzorgingsdagen	4,6	4,0	3,9
Zorgzwaarte	-0,1	0,7	-0,1
Totaal	4,5	4,7	3,8

Bron: GiT 7, 1999

Tabel A2.23

*Ontwikkeling gebruik verpleeghuizen: klinische verpleegdagen en dagbehandelingen (jaarlijkse groei in procenten)*

	1992-1998	1995-1998	1999-2002
<b>KLINISCHE VERPLEEGDAGEN</b>			
<b>Verpleegdag somatiek</b>			
Demografie	1,5	1,8	1,5
Trend	-2,0	-2,6	-2,0
Verpleegdagen	-0,6	-0,9	-0,6
Hulpindex	0,3	0,0	0,3
Productie	-0,3	-0,9	-0,3
<b>Verpleegdag psychogeriatric</b>			
Demografie	1,7	1,9	1,7
Trend	1,3	0,0	1,3
Verpleegdagen	3,0	2,0	3,0
Hulpindex	0,1	0,0	0,1
Productie	3,1	2,0	3,1
<b>Verpleegdag totaal</b>			
Demografie	1,6	1,6	1,6
Trend	-0,3	-0,9	-0,3
Verpleegdagen	1,3	0,7	1,3
Hulpindex	0,2	0,0	0,2
Productie	1,5	0,6	1,5

(vervolg Tabel A2.23)

	1992-1998	1995-1998	1999-2002
<b>DAGBEHANDELING</b>			
<b>Dagbehandeling somatiek</b>			
Demografie	1,3	1,6	1,2
Trend	1,9	0,7	1,9
Dagen	3,3	2,3	3,2
Hulpindex	0,0	0,7	0,0
Productie	3,3	3,0	3,2
<b>Dagbehandeling psychogeriatric</b>			
Demografie	1,6	1,9	1,6
Trend	6,0	3,8	6,0
Dagen	7,7	5,8	7,7
Hulpindex	0,2	1,2	0,2
Productie	7,9	7,1	7,9
<b>Dagbehandeling totaal</b>			
Demografie	1,4	1,8	1,4
Trend	4,1	2,4	4,1
Dagen	5,6	4,2	5,6
Hulpindex	-0,3	0,7	-0,3
Productie	5,3	5,0	5,2
<b>TOTAAL</b>			
Demografie	1,6	1,9	1,6
Trend	-0,2	-1,1	-0,2
Dagen	1,4	0,7	1,4
Hulpindex	0,2	0,0	0,2
Productie	1,6	0,7	1,5

Bron: NZi (overgenomen uit GiT 7, 1999)

Tabel A2.24

Ontwikkeling gebruik verzorgingshuizen (jaarlijkse groei in procenten)

	1992-1997	1995-1997	1999-2002
<b>INTRAMURAAL</b>			
Demografie	1,8	1,8	1,8
Trend	-4,0	-4,4	-4,0
Bewoners	-2,3	-2,6	-2,3
Intensivering	0,8	1,0	0,8
Totaal intramuraal	-1,5	-1,6	-1,5
<b>EXTRAMURAAL</b>			
Kortdurende opname	7,8	9,0	
Nachtopvang	,2	21,1	
Dagverzorging	1,0	4,2	
Maaltijden	3,0	0,1	
Voetverzorging	0,0	0,0	
Bewegen ouderen	0,0	0,0	
Aansluiting alarm	2,5	2,0	
Demografie	1,2	1,2	1,1
Trend	2,7	0,9	2,7
Totaal extramuraal	4,0	2,2	3,8
<b>TOTAAL</b>			
Demografie	1,7	1,8	1,8
Trend	-3,8	-4,2	-3,8
Intensivering	0,8	1,0	0,8
Extramurale verzorgingsplaatsen			0,8
Totaal	-1,2	-1,2	-0,4

Bron: GiT 7, 1999

Tabel A2.25

## Toekomstig aantal plaatsen verzorgingshuizen

	1997	2001 standaard	Motie Wallage	verschil totaal
Intramuraal	119.574	106.565	507	-12.502
Extramuraal	6.376	12.511	2.013	8.148
Totaal	125.950	119.076	2.520	-4.354

Bron: GiT 7, 1999.

Tabel A2.26

## Ontwikkeling gebruik gezinsverzorging/kruiswerk (jaarlijkse groei in procenten)

	1991-1997	1995-1997	1999-2002 variant I	variant II
<b>Verpleging en verzorging</b>				
Demografie	1,3	1,4	1,4	1,4
Trend	0,7	2,0	1,9	2,7
Totaal cliënten	2,0	3,4	3,3	4,1
Totaal uren zorg	0,6	5,0	3,4	4,1
Totaal verpleging en verzorging	0,7	4,8	3,4	4,1
<b>Jeugdgezondheidszorg</b>				
Demografie	0,7	-0,8	-0,3	-0,3
Trend	0,2	1,8	0,2	0,2
Totaal consulten	0,9	1,0	-0,1	-0,1
<b>Diëtetiek</b>				
Demografie	0,6	0,4	0,5	0,5
Trend	3,1	3,8	3,1	3,1
Totaal consulten	3,8	4,2	3,6	3,6

(vervolg Tabel A2.26)

	1991-1997	1995-1997	1999-2002 variant I	variant II
<b>Totaal</b>				
Totaal gezinsverzorging/ kruiswerk	0,9	4,5	3,2	3,8

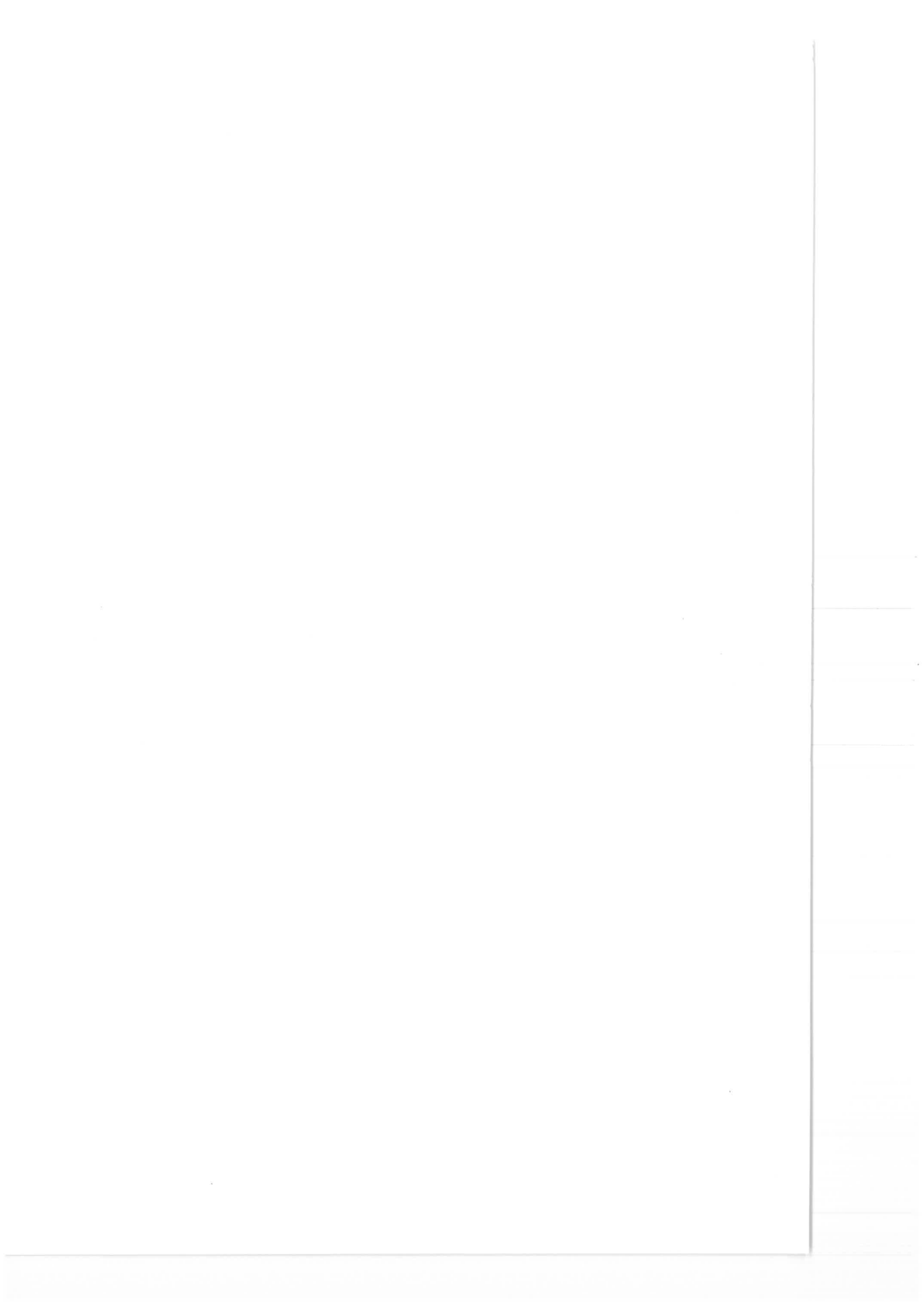
Bron: GiT 7, 1999

Tabel A2.27

Ontwikkeling gebruik kraamzorg (jaarlijkse groei in procenten)

	1991-1997	1995-1997	1999-2002
<b>Kraamzorg</b>			
Demografie	-0,4	0,5	-1,4
Trend	0,4	0,5	0,4
Totaal verzorging (*1000)	0,0	1,0	-1,0
Zorgintensiteit	-0,7	-2,1	-0,7
Totaal	-0,7	-1,1	-1,7

Bron: GiT 7, 1999





## 3 De omvang van de beroepsgroepen

Hoe groot de omvang van de beroepsgroep verpleegkundigen en verzorgenden is komt in dit hoofdstuk aan de orde. Onder verpleegkundigen en verzorgenden verstaan we de volgende beroepsbeoefenaren: verpleegkundigen, ziekenverzorgenden en verzorgenden en helpenden in de thuiszorg, de kraamzorg, de ouderenzorg en de zorg voor lichamelijk gehandicapten. Er wordt aandacht besteed aan de ontwikkeling van het aantal werkzame personen tussen 1990 en 1998. Daarna wordt nagegaan welke ontwikkeling zich in hetzelfde tijdvak voordeed in het arbeidsvolume, het aantal volledige banen (FTE's). Hierbij zijn parttimers naar rato omgerekend. Waar nodig wordt aandacht besteed aan verschillen tussen de onderscheiden sectoren. Over het aantal werkzame beroepsbeoefenaren naar kwalificatieniveau leven veel vragen. Tot voor kort waren er geen databronnen waar dergelijke gegevens eenduidig uit af te leiden zijn. Sinds de invoering van de Wet BIG en de daarop geënte registratie en via recent uitgevoerde projecten in het kader van personeelsplanning bestaat er betere informatie met een landelijke betekenis.

Ten slotte wordt beschreven hoe de regionale spreiding van de beroepsgroep is en welk aandeel de beroepsgroep heeft in de totale werkgelegenheid in de regio's.

In de slotparagraaf wordt vooruitgeblikt en wordt een aantal toekomstverwachtingen weergegeven.

De in dit hoofdstuk gepresenteerde gegevens vormen een selectie van veel uitgebreidere gegevens die in de bijlage zijn weergegeven. Daar wordt ook aandacht besteed aan kwesties als definiëring e.d.

### 3.1 Aantal werkzame personen (bijlagetabel A3.1)

In ons land waren in 1998 395.300 personen werkzaam in de verpleging en verzorging. Het gaat hierbij om degenen die werkzaam zijn in een reguliere instelling voor gezondheidszorg. Het aantal werkzamen in de particuliere

sfeer is niet bekend. Evenmin is bij dit aantal met uitzendkrachten rekening gehouden.

In 1990 bedroeg het aantal werkzamen volgens dezelfde definitie 328.300. In acht jaar tijd nam het aantal werkenden in verpleging en verzorging met 67.000 personen toe oftewel met ruim 20%. De gemiddelde jaarlijkse groei over deze periode bedroeg 2,4%.

In de zorgsector is een combinatie van leren en werken bij veel beroepen gebruikelijk. Ook de verpleging en verzorging kent tot augustus 1997 het inservice-onderwijs en maakt gebruik van het leerlingwezen; een en ander is inmiddels omgebouwd tot de zogenaamde beroepsbegeleidende leerweg in het nieuwe onderwijsstelsel. In bovenstaande gegevens zijn deze leerlingen meegerekend. Zonder de deels meewerkende leerlingen mee te rekenen is het aantal beroepsbeoefenaren in de periode 1990-1998 sterker gestegen, namelijk met 28%. Het aantal leerlingen is in genoemde periode zowel in de verpleging, als met name in de verzorging sterk teruggelopen.

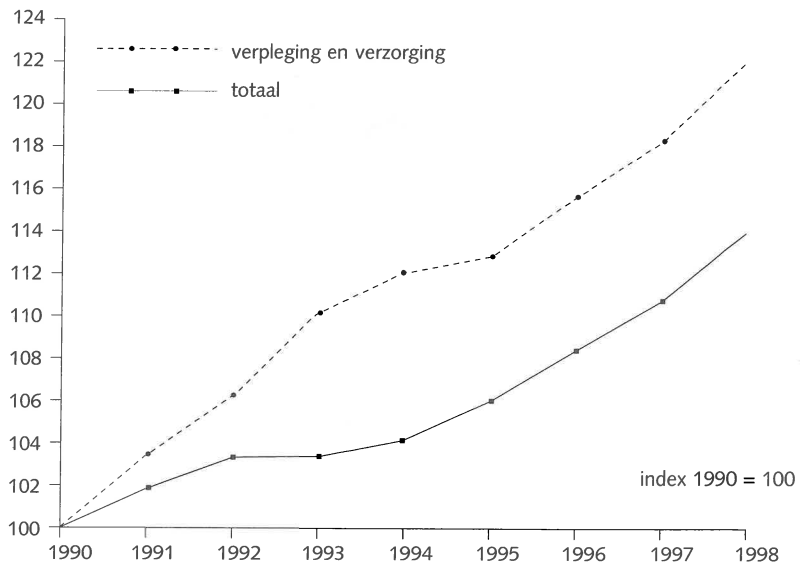
*Tabel 3.1*

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

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

De werkzamen in de verpleging en verzorging nemen veel sterker toe dan het totaal aantal werkzame personen in ons land. Tabel 3.1 laat een vergelijking zien. Het aantal werkzame personen in ons land groeide in dezelfde periode met 13,3%. De jaarlijkse groei van het aantal werkenden in ons land bedroeg over de periode 1990-1998 gemiddeld 1,6%, voor verpleging en verzorging 2,4%. Het aandeel van verpleging en verzorging in het totaal aantal werkenden neemt derhalve jaar op jaar toe.

Opvallend is dat de groei van de totale werkgelegenheid in Nederland een grilliger patroon laat zien dan de groei van de werkgelegenheid in de verpleging en verzorging (zie figuur 3.1). De laatste verloopt veel gelijkmatiger. De ontwikkeling van het aantal werkzame personen tussen 1990-1998 vol-



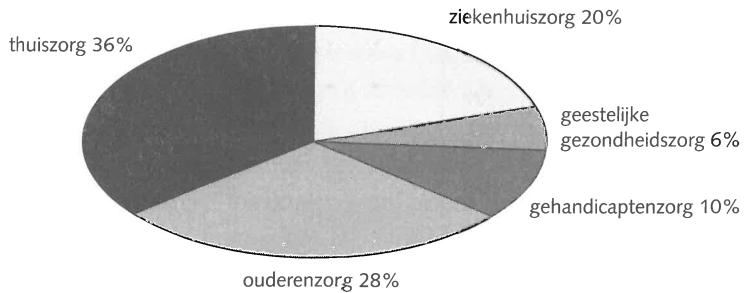
*Figuur 3.1: Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging en totaal*

trok zich niet voor alle sectoren van de (gezondheids)zorg op dezelfde wijze. In bijlage tabel 3.1 is een groot aantal velden waar verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam zijn weergegeven.

In deze beschrijving wordt echter een beknoptere indeling gehanteerd. Dit is niet alleen uit praktische overwegingen gedaan, maar is ook ingegeven door het feit dat door het vervagen van grenzen tussen voorzieningen, bijvoorbeeld als gevolg van transmuralisering (zie hoofdstuk 2), het voor het beschrijven van de ontwikkeling op hoofdlijnen zinvoller is om een aantal hoofdterreinen te onderscheiden.

De indeling die ook door VWS (1999) in haar *Zorgnota 2000* wordt gehanteerd betreft: ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg en thuiszorg. Waar welke sector en welk werkveld ingedeeld is, is te vinden in bijlage tabel 3.1.

De omvang van de verschillende hoofdsectoren loopt zoals figuur 3.2 laat zien nogal uiteen. De thuiszorg en de ouderenzorg nemen samen een ruime meerderheid voor hun rekening.



*Figuur 3.2: Het aandeel van de sectoren in 1998*

Alle onderscheiden sectoren laten tussen 1990 en 1998 een groei van het aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden zien. Het tempo en de omvang van de groei is echter per hoofdsector verschillend.

De ouderenzorg kende een groei van ruim 25.000 werknemers (zie tabel 3.2). De thuiszorg groeide in dezelfde tijd met bijna 19.000 werknemers; de ziekenhuiszorg met bijna 17.000. De gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn evenwel relatief gezien sterker groeiende sectoren. Dit blijkt uit de jaarlijkse gemiddelde groei. In de gehandicaptenzorg bedroeg deze 6%; in de geestelijke gezondheidszorg bijna 5%.

Voor vrijwel alle sectoren geldt dat de gemiddelde jaarlijkse groei in de periode 1990-1995 iets groter was dan in de periode 1995-1998.

### 3.2 Volledige arbeidsplaatsen (bijlagetabel A3.2)

Niet alleen het aantal werkzame personen is van belang, ook het aantal FTE's (het aantal volledige banen of arbeidsplaatsen, waarbij parttimers naar rato omgerekend zijn) in verpleging en verzorging. Dit wordt ook wel het arbeidsvolume genoemd. Denk hierbij aan de hoeveelheid zorg die verleend kan worden. Anno 1998 is er sprake van bijna 204.000 volledige arbeidsplaatsen. Hierbij zijn de inservice-leerlingen en die van het leerlingwezen buiten beschouwing gelaten.

Het aantal FTE's is gegroeid met ruim 40.000 van 182.700 in 1990 tot 213.700 in 1998. Deze groei is minder sterk dan die van het aantal functies namelijk 17% tegen 20,5%. De toename van deeltijdwerk is de belangrijkste oorzaak van dit verschil.

Bij de ontwikkeling van het aantal volledige arbeidsplaatsen geldt dat de verpleging en verzorging gunstig afsteekt ten opzichte van de totale werkgelegenheid in ons land. Tabel 3.3 laat zien dat in dezelfde periode de totale werkgelegenheid, het totale arbeidsvolume, in ons land met 9,6% groeide.

Tabel 3.2  
*Het aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden\**

	1990	1995	1998	gem. jaarlijkse groei	
				'90-'95	'95-'98
Ziekenhuiszorg	58.240	68.706	75.165	3,4	3,0
Geestelijke gezondheidszorg	17.047	21.361	24.287	4,6	4,4
Gehandicaptenzorg	22.670	31.091	37.380	6,5	6,3
Ouderenzorg	80.823	96.773	106.236	3,7	3,2
Thuiszorg	115.760	126.670	134.402	1,8	2,0
Totaal**	296.921	348.535	380.952	3,3	3,0

\* excl. leerlingen

\*\* incl. overig

Tabel 3.3  
*De ontwikkeling van het arbeidsvolume (FTE's) verpleging en verzorging en totaal*

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

De ontwikkeling binnen de beschouwde periode van acht jaar laat een wisselend beeld zien. In het begin van de jaren negentig is er sprake van groei van de werkgelegenheid in verpleging en verzorging, zoals dat al decennia lang het geval is, maar in 1994 treedt er stagnatie op en zelfs een lichte afbrokkeling van de werkgelegenheid. Sindsdien is er weer sprake van groei; in de periode 1996-1998 zelfs van een sterke groei. Overigens is de groei in 1998 voor een deel toe te schrijven aan verkorting van de werkweek volgens de CAO. De volledige werkweek nam 1 of 2 uur af. Een FTE van 1998 is daarmee niet meer direct vergelijkbaar met één van 1997.

Naar sector doen zich aanmerkelijke verschillen voor (zie tabel 3.4). Weliswaar groeiden alle sectoren in de periode 1995-1998 veel harder dan in de jaren 1990-1995, de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg kenden een veel hogere groei dan de ziekenhuiszorg en de thuiszorg.

*Tabel 3.4  
Het aantal FTE's verpleging en verzorging*

	1990	1995	1998	gem. jaarlijkse groei	
				'90-'95	'95-'98
Ziekenhuiszorg	44.428	47.371	53.142	1,3	3,9
Geestelijke gezondheidszorg	13.549	15.496	18.241	2,7	5,6
Gehandicaptenzorg	17.338	20.069	25.406	3,0	8,2
Ouderenzorg	56.440	60.245	69.077	1,3	4,7
Thuiszorg	48.915	44.976	45.107	-	0,1
Totaal*	182.706	191.398	213.717	0,9	3,7

\* incl. overig

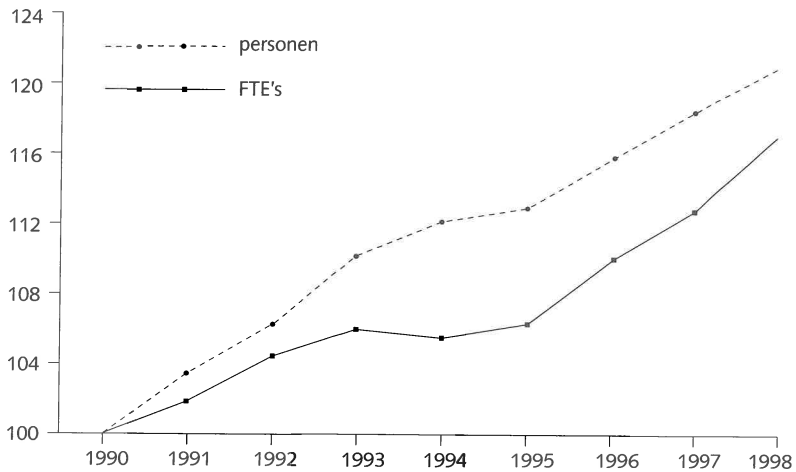
In de thuiszorg doet zich in de periode 1990-1995<sup>1</sup> een krimp van de werkgelegenheid voor.

Deels is deze aan statistische oorzaken te wijten. Deels is deze te verklaren uit de opkomst van particuliere thuiszorginstellingen. Sinds 1995 tekent zich bij de reguliere thuiszorg een stabilisatie af.

### 3.3 De verhouding personen - arbeidsplaatsen

Ten slotte bekijken we de ontwikkeling van het aantal werkzame personen en de werkgelegenheid in volledige arbeidsplaatsen tezamen. Figuur 3.3 laat zien dat de groei van het aantal FTE's zorgsector breed vooral in het begin van de jaren negentig plaatsvond. Daarna is er sprake van een afvlakking van de groei, die in 1994 zelfs overgaat in een lichte krimp van de werkgelegenheid. Sindsdien treedt er weer een groei op. Voor 1996 tot 1998 is

<sup>1</sup> In 1994 is het CBS op een andere wijze van vragen overgegaan. Vergelijkingen met gegevens van voor die tijd zijn daardoor niet zuiver.



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

deze aanmerkelijk. Door de toename van het aantal deeltijders nam in alle jaren het aantal werkzamen nog wel aanzienlijk toe. In de beschouwde periode groeide het arbeidsvolume met 16% en het aantal werkzame personen met 20%.

De periode 1990-1995 laat zich vooral kenmerken door een forse groei van het aantal werkzame personen. De periode 1995-1998 is er één met een forse groei van FTE's. Deze is voor 1998 deels optisch vanwege een verkorting van de volledige werkweek volgens de CAO.

De verhouding tussen aantal personeelsleden en volledige arbeidsplaatsen wordt P/A-ratio genoemd. Deze ligt in de zorgsector op een hoog niveau en steeg in de periode 1990-1995 nog snel (zie tabel 3.5).

Waren in 1990 162 personen voldoende om 100 arbeidsplaatsen te bemensen, in 1995 bedraagt dit al 179. Tussen 1995 en 1998 stagneert de groei. Enerzijds lijkt er een einde gekomen te zijn aan de aanzienlijke toename van deeltijdwerk, anderzijds geldt dat veel deeltijders hun contract opgeplust hebben toen de werkweek volgens de CAO afnam. De collectieve arbeidsduurverkorting lijkt derhalve geen gevolgen te hebben gehad voor de groei van de werkgelegenheid.

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

*Tabel 3.5  
De P/A-ratio in verpleging en verzorging naar hoofdsector*

	1990	1995	1988
Ziekenhuizen	131	141	141
Geestelijke gezondheidszorg	126	133	133
Gehandicaptenzorg	131	145	147
Ouderenzorg	143	157	154
Thuiszorg	237	281	298
Totaal*	163	178	178

\* incl. overig

### 3.4 Kwalificaties (bijlagentabellen A3.4 en A3.5)

Bij de in het voorafgaande gepresenteerde gegevens over het aantal werkzaam in verpleging en verzorging gaat het om een breed scala van beroepsuitoefening, van in termen van het verpleegkundig en verzorgend onderwijs ongekwalificeerde alfahulp tot hbo-verpleegkundigen. Exacte cijfers over kwalificaties in de zin van vooropleidingsniveau waren tot voor kort niet te geven. Ze worden nergens op een systematische wijze bijgehouden. Wel is er onlangs via de OSA-aanbodmonitor van een steekproef van werkenden bekend welke opleiding men achter de rug heeft. In de volgende paragraaf wordt hier aandacht aan besteed.

Een formeel criterium voor verpleegkundigen wordt gevormd door registratie in het BIG-register. Evenals vorig jaar laten we een aantal uitkomsten hiervan zien.

Hoeveel mensen een verpleegkundige specialisatie achter de rug hebben is niet bekend. Op onderdelen komt daar verandering in. Aan een onlangs afgesloten onderzoek naar IC-verpleegkundigen wordt kort aandacht besteed.

Een laatste bron waaruit gegevens over kwalificatieniveaus te halen zijn is het op vrij grote schaal uitvoeren van regionale personeelsplanningsprojecten, waarbij eenzelfde model, RegioMarge, in alle regio's wordt toegepast.



### 3.4.1 De genoten opleiding

In 1998 is de OSA-aanbodmonitor door Research voor Beleid voor het eerst uitgevoerd. In dit onderzoek dat in principe eens per twee jaar herhaald zal worden is aan verpleegkundigen en verzorgenden in alle branches van de zorg gevraagd naar de genoten vooropleiding. Tabel 3.6 geeft het resultaat weer.

Tabel 3.6  
De gevolgde opleidingen naar branches in %

	Zieken- huizen	Geestelijke gezondheidszorg	Gehandi- captenzorg	Verpleeg- huizen	Bejaarden- huizen	Thuiszorg
<b>Verzorgende en verplegende opleidingen</b>						
INAS of INTAS	9,0	5,2	9,7	19,5	15,1	11,4
Huishoudschool	7,6	10,4	16,9	29,1	32,2	39,5
vbo/lbo-verzorging/L	4,0	3,1	6,9	8,6	15,7	10,1
mbo-kort (kmbo) verz.	0,4	1,5	1,8	3,4	4,9	3,7
Primair llw verzorging	0,7	0,6	0,7	2,3	7,9	3,3
Voortgezet llw verzorging	1,3	0,9	1,0	3,4	12,5	9,6
mbo verzorging (mdgo)	5,4	4,9	10,4	14,7	30,7	20,2
mbo verpleging (mdgo)	3,1	5,5	2,9	1,0	1,5	1,2
Inservice-A	67,2	13,8	1,9	12,1	10,2	10,5
Inservice-B	4,7	45,7	1,9	3,7	1,7	1,4
Inservice-Z	1,9	3,7	27,0	4,4	1,9	1,6
Inservice-Zv/ziekenv.	7,0	13,8	4,1	55,3	19,3	6,4
hbo-v	12,4	15,0	2,8	4,5	1,2	3,9
hbo-mgz	1,6	4,3	0,4	0,9	0,2	4,1
Geen van deze	11,3	20,9	42,6	8,7	10,9	20,5
<b>Totaal V&amp;V opleidingen</b>	<b>126,4</b>	<b>128,5</b>	<b>88,4</b>	<b>162,9</b>	<b>154,9</b>	<b>126,8</b>

Bron: OSA-aanbodmonitor

De meeste sectoren in de intramurale zorg laten één opleiding zien die verreweg het meest voorkomt. In de ziekenhuizen is dat de inservice A, in de GGZ de B en in de verpleeghuizen de ziekenverzorgendenopleiding. In de gehandicaptenzorg komt weliswaar de Z-opleiding het meest voor, maar is de categorie die geen specifieke zorgopleiding achter de rug heeft veel gro-

ter. Velen van hen hebben een sociaal-agogische opleiding achter de rug. In de verzorgingshuizen en thuiszorg neemt de MBO-verzorging een belangrijk deel voor zijn rekening.

In veel sectoren heeft men meerdere van de genoemde opleidingen achter de rug. Zeker bij verpleeg- en verzorgingshuizen wordt INAS en huishoudschool gecombineerd met een specifieke zorgopleiding. De totaal percentages komen dan ook ruim boven de 100 uit in deze sectoren. Voor de ouderenzorg geldt dat men gemiddeld 1,6 van deze opleidingen gevolgd heeft.

#### 3.4.2 *Het BIG-register*

Sinds 1993 is de Wet BIG gefaseerd ingevoerd. Dat wil zeggen dat er een registratie van beroepsbeoefenaren bestaat. Vanwege de omvang van de beroepsgroep heeft de vulling van het register enige tijd geveerd en is in fasen uitgevoerd. De registratie van verpleegkundigen is in december 1995 van start gegaan. Begin 1999 kan ervan uitgegaan worden dat iedereen die zich wilde en kon laten registreren, dat ook gedaan heeft.

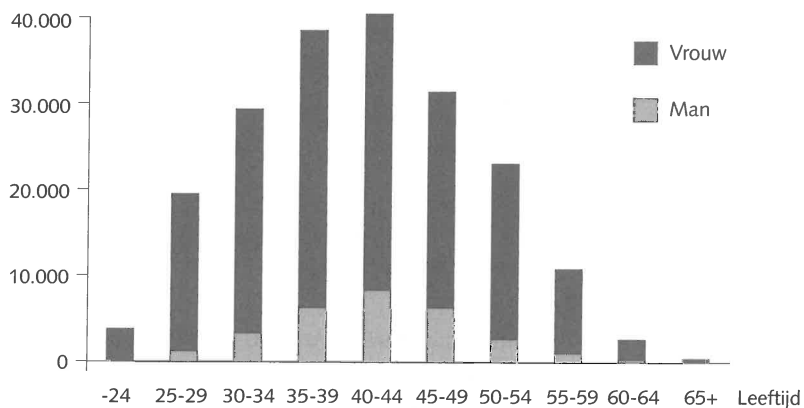
Medio 2000 blijken er bijna 203.000 verpleegkundigen in het register opgenomen te zijn. Hiervan vormen vrouwen een meerderheid met 83,9% tegen mannen 16,1%. Het register kent geen leeftijdsgrens. Evenmin is het noodzakelijk dat men het beroep nog uitoefent of recent heeft uitgeoefend. De leeftijd van de medio 2000 geregistreerden loopt dan ook uiteen van 20 tot 85 jaar. Er zijn inmiddels een achthonderd personen die de 65 al gepasseerd zijn en zich desondanks toch hebben laten registreren.

De leeftijdsopbouw is te zien in figuur 3.4. Van de geregistreerden is zo'n 45% jonger dan 40 jaar.

Mannen zijn gemiddeld ouder dan vrouwen (42 jaar tegen 40 jaar).

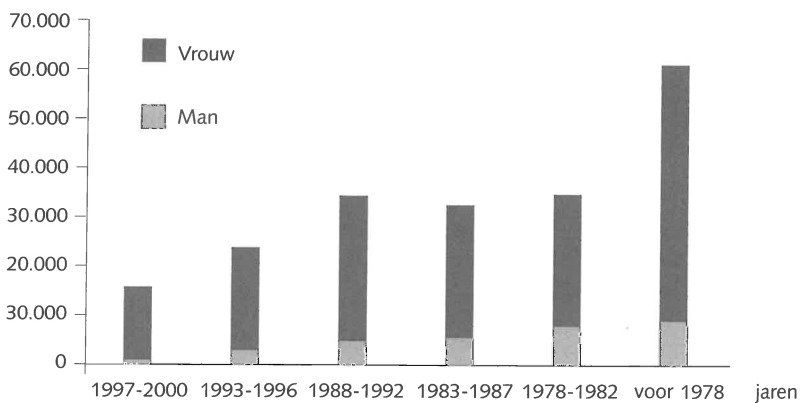
Een overzicht wanneer men het diploma behaalde geeft figuur 3.5. Van de geregistreerden behaalde de helft het diploma na 1983. Opvallend is dat een kwart van de geregistreerde mannen en een derde van de geregistreerde vrouwen reeds 20 jaar of langer in het bezit van het diploma is.

Zijn alle geregistreerden ook werkzaam in het beroep? In paragraaf 3.5.4 wordt een raming gemaakt hoeveel verpleegkundigen er anno 1998 in loondienst werkzaam waren in het beroep. Dit aantal wordt geraamd op 124.000. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat tweederde van het totaal aantal geregistreerden in loondienst werkzaam is bij reguliere



*Figuur 3.4: BIG-geregistreerden naar leeftijd en geslacht*

Bron: BIG-register juni 2000



*Figuur 3.5: BIG-geregistreerden naar jaar van diplomering*

Bron: BIG-register juni 2000

instellingen. Rekening houdend met uitzendwerk en degenen in particuliere dienst, zijn naar schatting zeven van de tien beroepsbeoefenaren werkzaam. Drie op de tien geregistreerden oefent het beroep dus op dit moment niet uit.

### 3.4.3 *Specialisaties binnen de verpleging*

Binnen de verpleging bestaat er een groot aantal specialisaties. Het aantal gespecialiseerde verpleegkundigen is echter veelal niet systematisch bekend. Registers zoals die op grond van de Wet BIG ontbreken per specialisatie en in de BIG-registratie worden geen specialisaties opgenomen. Een van de specialisaties waar wel uitvoerig onderzoek naar is gedaan zijn de sociaal psychiatrische verpleegkundigen (Hoof en Wolf, 1995). Zij schatten het aantal werkzame verpleegkundigen met deze achtergrond in 1994 rond de 1550.

Recent onderzoek naar IC-verpleegkundigen laat zien dat er in 1999 6500 verpleegkundigen als zodanig werkzaam waren of een opleiding daartoe volgden (Van Eijk en Van der Windt, 1999).

Veel gespecialiseerde verpleegkundigen zijn aangesloten bij een specifieke beroepsorganisatie. Anno 1995 zijn er zo'n 70 waar het LCVV contact mee heeft (LCVV, jaarverslag). Tabel A3.7 geeft een beeld omtrent de verscheidenheid. Deze organisaties tellen ruim 13.000 leden.

### 3.4.4 *Uitkomsten uit personeelsplanningsprojecten*

Met de komst van het nieuwe onderwijsstelsel is de betekenis van regionale personeelsplanning voor verpleging en verzorging in belang toegenomen. Dit is door de sectorfondsen in de zorg, AWOZ, AWOB en AWO onderkend. Deze fondsen hebben een plannings- en simulatiemodel laten ontwikkelen dat inmiddels in veel regio's wordt toegepast (Evers en Van der Windt, 1997, 1998 en 1999).

Door een groot aantal instellingen, naar schatting een zeshonderd, is in dat kader een indicatie gegeven hoe hun bestand aan verpleegkundig en verzorgend personeel er op dit moment uitziet in termen van de nieuwe kwalificatiestructuur. De landelijke getotaliseerde uitkomsten zijn te zien in tabel 3.7.

Van de werkzamen in verpleging en verzorging is ruim een kwart in termen van het verpleegkundig en verzorgend onderwijs niet gekwalificeerd personeel. Zij hebben een andere opleiding achter de rug. Deze kan uiteenlopen van uitsluitend basisonderwijs, bijvoorbeeld bij alfahulpen, tot hbo-Sociaal Pedagogische Hulpverlening. Kwalificatieniveau 4, MBO-verpleging is het meest voorkomende niveau met 27%. Daarna volgen de verzorgenden IG met 16%. Naar sector zijn er uiteraard grote verschillen, gezien de uiteenlopende typen zorgverlening is dit niet verwonderlijk.

Tabel 3.7  
 Werkzamen naar niveau V&V in 1999 in %

	Zieken- huizen	GGZ	Gehandi- captenzorg	Verpleeg- huizen	Verzorgings- huizen	Thuiszorg	Totaal
Niveau 5	19	16	4	4	4	6	9
4	74	53	48	8	8	2	27
3IG	2	12	6	60	25	5	16
3	1	2	5	10	40	18	13
2	1	1	4	7	12	15	8
Anders	2	17	33	11	11	54	27
Totaal	100	100	100	100	100	100	100

Bron: RegioMarge 1999; Evers en Van der Windt

Met name het aandeel van anders opgeleiden, varieert sterk. Vooral in de thuiszorg, waar de alfahulpen tot deze categorie gerekend worden, is het aandeel anders opgeleiden groot, ruim de helft. Maar ook in de gehandicaptenzorg zien we de dominantie van verpleging afnemen ten faveure van sociaal-agogisch opgeleiden.

#### 3.4.5 Een raming van de beroepsgroepen

Uit het voorafgaande mag duidelijk geworden zijn dat de vraag hoeveel verpleegkundigen er in Nederland werkzaam zijn niet eenduidig te beantwoorden is. Hetzelfde geldt voor het aantal verzorgenden. Op grond van verschillende bronnen is wel een raming te maken. In de publicatie van twee jaar geleden werd uitvoerig beschreven op welke wijze deze tot stand is gekomen voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden (zie p. 113-114). Wanneer we de groei in het aantal werkzame personen verrekenen, kunnen we een aantal voor 1998 schatten. Naar aanleiding van de eerdergenoemde planningsprojecten is het aantal ziekenverzorgenden iets hoger gesteld. Uit deze planningsprojecten weten we verder dat er ruim 13.000 SPW-ers en andere meer agogisch opgeleiden met name in gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg werkzaam zijn. Hun werk is veelal niet wezenlijk anders dan degenen die een verzorgende opleiding hebben gevolgd. Als we hen en al degenen die in de ouderenzorg en thuiszorg werkzaam zijn als verzorgenden, helpenden en alfahulpen rekenen tot de verzorgenden, even-

als degenen uit de intramurale gezondheidszorg die niet elders ingedeeld zijn, dan komen we tot het overzicht van tabel 3.8.

Volgend jaar is het wellicht mogelijk om op grond van nieuwe informatie van het CBS een beter onderscheid naar beroependomeinen te maken.

Naast het beroependomein verpleging en verzorging kan dan ook het beroependomein sociaal-agogisch werk onderscheiden worden. De laatste vallen nu in de traditionele indeling veelal onder verzorging.

*Tabel 3.8*

*Geraamde onderverdeling naar beroepsgroep in 1998 (x 1000)*

Verpleegkundigen	124
Ziekenverzorgenden	57
Verzorgenden	199
Leerlingen	14
Totaal	395

### 3.5 Regionale gegevens

Ten slotte wordt aandacht besteed aan de werkgelegenheid naar regio's. Hiervoor zijn de regio's die de arbeidsvoorziening (RBA's uit 1991) kent, gebruikt. Men mag verwachten dat de mate waarin werkenden in verpleging en verzorging over ons land verspreid zijn, parallellen vertoont met de spreiding van de bevolking. Toch zijn er in tabel 3.9 aanzienlijke regionale verschillen te constateren. Het aandeel van de verpleging en verzorging in de totale werkgelegenheid (banen) in de regio's loopt uiteen van 4,3% in Flevoland en West-Utrecht tot 8% in Drenthe. Landelijk bedraagt het aandeel 6%.

Het zijn met name een aantal gebieden met van oudsher veel voorzieningen op het terrein van gehandicaptenzorg en geestelijk gezondheidszorg waar de verpleging en verzorging een relatief hoog aandeel in de regionale werkgelegenheid kent. Voorbeelden van deze regio's zijn Drenthe, Veluwe en Kennemerland. Onder invloed van deconcentratietendensen bij genoemde voorzieningen zullen de verschillen tussen de regio's naar verwachting geleidelijk aan minder groot gaan worden.

Tabel 3.9

*Het aandeel van verpleging en verzorging in de regionale werkgelegenheid in % (1997)*

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

N.B. Zorgsector: verzorgingshuizen en thuiszorg 1996

### 3.6 Vooruitblik

#### *Verandering in omvang*

Zowel het aantal werkzame personen als de werkgelegenheid in FTE's van verpleegkundigen en verzorgenden zal de komende jaren verder groeien. Een indicatie voor de toekomstige vraag wordt gevormd door de budgetten die de verschillende sectoren de komende jaren zullen krijgen. Uit de Zorgnota 2000 valt het volgende per sector af te leiden (zie tabel 3.10). Nemen we de totale zorgsector bij elkaar, dan betekent dit voor de periode 1999-2002 een jaarlijkse groei van 1,7%. De groei van de werkgelegenheid, het arbeidsvolume, verpleging en verzorging zal daar waarschijnlijk niet al te ver van afwijken. Daarmee is de verwachting dat de groei de komende jaren gelijke tred houdt met de periode 1990-1997 waarin jaarlijks een groei van 1,6% werd gerealiseerd. De groei van het aantal werkzame personen zal naar alle waarschijnlijkheid iets groter zijn.

Tabel 3.10

*De percentuele verandering van het netto-budget t.o.v. voorgaand jaar volgens Zorgnota 2000; 1990/1997 betreft gerealiseerde groei werkgelegenheid*

	gem. 1990/1997	1999	2000	2001	2002
Ziekenhuizen	2,0	1,6	0,4	1,0	0,9
Geestelijke gezondheidszorg	3,5	3,3	1,1	0,2	0,9
Gehandicaptenzorg	4,7	2,4	0,9	1,2	1,3
Verpleeghuizen	4,1	2,7	5,5	3,7	2,6
Verzorgingshuizen	0,1	1,3	2,8	2,1	2,5
Thuiszorg	0,3	2,5	2,7	2,1	2,3
Totaal	1,6	2,1	1,8	1,6	1,5

Verschilt de te verwachten groei in totaliteit weinig van die van de afgelopen jaren, naar onderdelen van de zorg zijn de verschillen wel pregnant. Gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en in mindere mate de ziekenhuizen hebben een veel lager groeipercentage in het vooruitzicht dan wat de afgelopen jaren werd gerealiseerd. Verzorgingshuizen en thuiszorg, sectoren waar de afgelopen jaren de werkgelegenheid niet of nauwelijks een groei kende, zullen de komende jaren fors gaan uitbreiden.

#### *Verandering in samenstelling*

Uit de personeelsplanningsprojecten van RegioMarge valt af te leiden dat de in de toekomst gewenste samenstelling van het verpleegkundig en verzorgend personeelsbestand in de verschillende sectoren afwijkt van de huidige. Dit geldt over de sectoren heen, getotaliseerd zijn de veranderingen beperkt.

#### *Spanning op de arbeidsmarkt*

Berekeningen met het eerdergenoemde RegioMarge laten zien dat er de komende jaren omvangrijke tekorten aan verpleegkundig en verzorgend personeel gaan ontstaan als gevolg een te geringe instroom in het onderwijs (Gezondheidszorg in Tel-7, V.d. Bent en V.d. Windt, 1998). De problemen zullen zich vooral concentreren op niveau 3, verzorgenden en verzorgenden IG (Evers en Van der Windt, 1999). Het zal geen verbazing wekken dat deze



categorieën vooral in de groeisectoren veel voorkomen. Het vroegtijdig onderkennen van deze problemen en het nemen van adequate maatregelen kan ertoe bijdragen dat de spanning op de arbeidsmarkt zich niet in die volle omvang zal voltrekken als zich nu aftekent. Sociale partners hebben in hun Beleidsplan 1999-2004 een aanzet gegeven hoe men de problemen wil gaan voorkomen.

### 3.7 Samenvatting

In ons land waren in 1998 395.200 personen werkzaam in de verpleegkundige en verzorgende beroepen. Dit is ruim 6% van de werkzame beroepsbevolking. Het aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden (exclusief leerlingen) groeide in de periode 1990-1998 met 28%; inclusief leerlingen met 20%. Het totaal aantal in ons land werkzame personen groeide in dezelfde periode met bijna 13%.

Gemeten in volledige banen is er in deze periode na een stagnatie in de periode 1993-95 in 1996 -1998 weer sprake van een aanzienlijke groei van de werkgelegenheid. De afbrokkeling van werkgelegenheid zoals die zich in de ziekenhuissector, de verzorgingshuizen en de thuiszorg voordeed, is tot staan gekomen en voor de eerste twee in groei omgebogen. Schattingen wijzen uit dat de particuliere thuiszorg de krimp van de werkgelegenheid in de reguliere thuiszorg in de afgelopen jaren niet compenseert.

De groei in 1998 is overigens voor een deel te danken aan collectieve arbeidsduurverkorting in de meeste zorg-CAO's.

Over specialisaties binnen de verpleegkundige en verzorgende beroepen bestaat momenteel nog weinig systematische informatie, althans in kwantitatief opzicht. Met de komst van de Wet BIG is wel bekend hoeveel geregistreerde verpleegkundigen er zijn. Medio 2000 staan bijna 203.000 verpleegkundigen geregistreerd. In 83% van de gevallen gaat het om vrouwen, 32% behaalde zijn/haar diploma 20 jaar of langer geleden. Ongeveer zeven op de tien geregistreerden oefent op dit moment ook daadwerkelijk het beroep uit.

De vooruitzichten voor de werkgelegenheid in de verpleging en verzorging voor de komende jaren zijn gunstig. Vertalen we de financiële vooruitzichten die de overheid momenteel biedt in de Zorgnota 2000, dan is een groei van 1,7% voor de jaren tot 2003 te verwachten. Daarmee zet de groei van de afgelopen jaren zich onverminderd voort. Wel is er een aanzienlijke verschuiving in de groei tussen de sectoren. Gehandicaptenzorg, geestelijke

gezondheidszorg en in mindere mate de ziekenhuizen, hebben een veel lager groeipercentage in het vooruitzicht dan wat de afgelopen jaren werd gerealiseerd. Verzorgingshuizen en thuiszorg, sectoren waar de afgelopen jaren de werkgelegenheid niet of nauwelijks een groei kende, zullen zich naar verwachting de komende jaren fors gaan uitbreiden.

Zeker voor de laatstgenoemde sectoren kan het een probleem worden om voldoende gekwalificeerde mensen te vinden. De uitstroom uit de opleidingen is de komende jaren gering als gevolg van de daling in de instroom een paar jaar geleden.

## Bijlagentabellen Hoofdstuk 3

Tabel A3.1

Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging.

Verpleging en verzorging in:	1990	1995	1997	1998	gem.jaarlijkse groei	
					'90-'95	'95-'98
<b>Ziekenhuis</b>	58.240	68.706	72.399	75.165	3,4	3,0
– algemeen ziekenhuis	44.141	52.798	56.329	57.680	3,6	3,0
– academisch	10.381	11.984	12.551	13.719	2,9	4,6
– categoriaal en revalidatie	3.718	3.924	3.519	3.766	1,1	-1,4
<b>Geestelijke gezondheidszorg</b>	17.047	21.361	23.182	24.287	4,6	4,4
Psychiatrisch ziekenhuis	14.338	17.969	19.480	–	4,6	
Medisch kinderdagverblijf/ tehuis	1.537	1.884	2.116	–	4,2	
Amb. geest. gez.zorg	1.172	1.508	1.586	–	5,2	
<b>Gehandicaptenzorg</b>	22.670	31.091	35.618	37.380	6,5	6,3
Inst. voor verst. gehandicapten	22.003	30.302	34.829	36.546	6,6	6,4
Inst. voor zint. gehandicapten	667	789	789	834	3,4	1,9
<b>Ouderenzorg</b>	80.823	96.773	102.913	106.236	3,7	3,2
Verpleeghuizen	39.188	51.701	55.902	58.020	5,7	3,9
Verzorgingshuizen	41.635	45.072	47.011	48.216	1,6	2,3
– verpleegkundigen	5.153	4.378	4.209	3.922	-3,2	-3,6
– ziekenverzorgenden	9.455	9.647	10.208	10.626	0,4	3,3
– bejaardenverzorgenden	15.867	19.450	20.663	21.862	4,2	4,0
– bejaardenhelpenden	4.842	5.325	5.180	4.755	1,9	-3,7
– overig	6.318	6.273	6.119	6.474	-0,1	1,1
<b>Thuiszorg</b>	115.760	126.670	133.586	134.402	1,8	2,0
– verpleegkundigen	7.679	8.765	9.071	9.300	2,7	2,0
– stafverpleegkundigen	–	635	720	396		

(vervolg Tabel A3.1)

Verpleging en verzorging in:	1990	1995	1997	1998	gem.jaarlijkse groei	
					'90-'95	'95-'98
– ziekenverzorgenden	2.104	3.370	4.099	4.526	9,9	10,3
– kraamverzorgenden	5.178	5.410	5.776	5.981	0,9	3,4
– gezinsverz. -helpenden, alfahulpden	100.800	108.490	113.920	114.201	1,5	1,7
waarvan:						
– verzorgende E	–	1.470	1.460	1.426	-1,0	
– verzorgende C en D	–	16.863	18.611	19.230	4,5	
– thuishulp A, verzorgingshulp B	–	43.412	39.196	37.575	-4,7	
– alfa-hulpden	–	46.747	54.654	55.970	6,2	
<b>Overig extramuraal werkende verpleegkundigen</b>						
totaal	2.382	3.935	3.490	3.483	10,6	-4,0
– basisgezondheidsdienst	1.546	1.193	889	931	-5,1	-7,9
– bedrijfsgezondheidsdiensten	611	623	571	545	0,4	-4,3
– trombosediensten	225	251	279	255	2,2	0,5
– ambulancediensten	–	1.869	1.752	1.752	-2,1	
<b>Totaal</b>	<b>296.921</b>	<b>348.535</b>	<b>371.188</b>	<b>380.952</b>	<b>3,3</b>	<b>3,0</b>
inservice-leerlingen	27.872	20.531	16.334	13.750	-5,9	-12,5
leerlingwezen bejaardenoorden	3.203	2.573	1.179	584	-4,3	-39,0
<b>Totaal</b>	<b>327.996</b>	<b>371.639</b>	<b>388.701</b>	<b>395.286</b>	<b>2,5</b>	<b>2,1</b>

\* gemiddelde jaarlijkse groei 1994-1997

Bronnen: Statistiek Personeelssterkte NZi/Prismant, Maandbericht Gezondheidsstatistiek CBS, RIAGG's in cijfers NVAGG, Statistiek Bejaardenoorden CBS

*Technische toelichting bij tabel 3.1:*

- De gehanteerde definitie voor verpleging en verzorging in de intramurale gezondheidszorg is die volgens het Rekeningschema. Deze gaat uit van de FWG-indeling van de CAO-Ziekenhuiswezen. In de andere sectoren wordt door het NZi en het CBS bij de informatieverzameling expliciet naar verpleegkundigen en ziekenverzorgenden gevraagd.

- Ter bepaling van het aantal in een bepaald jaar zijn jaargemiddelden gehanteerd. In de intramurale gezondheidszorg zijn deze gemiddelden gebaseerd op het gemiddelde van twaalf maanden; bij de verzorgingshuizen, de thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg vanaf 1998 en overig extramuraal op het gemiddelde van twee eindejaarcijfers.
- De onderverdeling in de gezinszorg is pas vanaf 1993 bekend. De indeling A t/m E bestond voor die tijd niet en is een gevolg van CAO-afspraken in 1992. In de gezinszorg is de informatieverzameling vanaf 1990 wat in het slop geraakt. In 1993 is een start gemaakt met een nieuwe CBS-statistiek. In de eerdere publicaties van voorgaande jaren werd hier ook gebruikgemaakt van de databank LVT/NZI. Daar deze met ingang van 1999 afgesloten wordt, is met terugwerkende kracht op CBS-gegevens overgegaan. Voor 1990 is bekend dat er 14.879 gezinsverzorgenden werkzaam waren, 60.841 helpenden (V.d. Kwartel, 1994).
- Gegevens van verpleegkundigen werkzaam als groepsleider in de semi-murale gehandicaptenzorg zijn niet meegenomen in tabel 3.1. Een eenmalig onderzoek wees uit dat het in 1993 om bijna 4800 personen ging. Hetzelfde geldt voor de bij RIBW-en werkzamen. Hier werken naar schatting ruim 700 verpleegkundigen. Met ingang van 1998 zijn deze bij de geestelijke gezondheidszorg opgenomen. Tot 1990 werd er een statistiek Schoolartsendiensten door het CBS gehouden. Na 1990 is deze opgegaan in de Statistiek van de GG en GD-en. Vanaf dat moment wordt het aantal verpleegkundigen niet meer gevraagd. In 1990 waren er 371 verpleegkundigen werkzaam bij schoolartsendiensten.
- Het aantal werkzame leerlingen is apart in de tabel opgenomen. Het gaat om leerlingen die aan het inservice-onderwijs (intramurale gezondheidszorg) en leerlingwezen (bejaardenoorden) deelnemen. Voor de thuiszorg geldt dat de leerlingen in de aantallen van tabel 3.1 opgenomen zijn en niet af te zonderen zijn.

Toedeling aan hoofdsectoren t.b.v. hoofdrapport:

Ziekenhuiszorg	ziekenhuizen
Geestelijke gezondheidszorg	psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG's, MKD's, MKT's, RIBW-en (vanaf 1998)
Gehandicaptenzorg	instellingen voor verstandelijk gehandicapten, - voor zintuiglijk gehandicapten
Ouderenzorg	verpleeghuizen, bejaardenoorden
Thuiszorg	reguliere thuiszorginstellingen

Tabel A3.2

Het aantal FTE's van werkzame verpleegkundigen en verzorgenden

Verpleging en verzorging in:	1990	1995	1997	1998	gem.jaarlijkse groei	
					'90-'95	'95-'98
<b>Ziekenhuis</b>	44.428	48.556	51.198	53.142	1,8	3,1
– algemeen ziekenhuis	32.942	36.568	38.964	40.530	2,1	3,5
– academisch	8.659	9.261	9.623	9.861	1,4	2,1
– categoriaal en revalidatie	2.827	2.727	2.611	2.751	-0,7	0,3
<b>Geestelijke gezondheidszorg</b>	13.549	16.073	17.350	18.241	3,5	4,3
Psychiatrisch ziekenhuis	11.378	13.563	14.675	–	3,6	
Medisch kinderdagverblijf/tehuis	1.181	1.275	1.356	–	1,5	
– amb. geest. gez.zorg	990	1.235	1.319	–	4,5	
<b>Gehandicaptenzorg</b>	17.338	21.440	23.863	25.406	4,3	5,8
Inst. voor verst. gehandicapten	16.779	20.846	23.282	24.793	4,4	6,0
Inst. voor zint. gehandicapten	559	594	581	613	1,2	1,1
<b>Ouderenzorg</b>	56.440	61.533	65.645	69.077	1,7	3,9
Verpleeghuizen	27.719	33.437	36.659	39.043	3,8	5,3
Verzorgingshuizen	28.721	28.096	28.986	30.034	-0,4	2,2
– verpleegkundigen	3.182	2.570	2.486	2.378	-4,2	-2,6
– ziekenverzorgenden	6.241	5.589	5.897	6.254	-2,2	3,8
– bejaardenverzorgenden	12.137	12.993	13.535	14.248	1,4	3,1
– bejaardenhelpenden	3.297	3.177	2.988	2.785	-0,7	-4,3
– overig	3.866	3.768	3.599	3.910	-0,5	1,2
<b>Thuiszorg</b>	48.915	45.006	44.662	45.107	-1,7	0,1
– verpleegkundigen	5.119	4.687	4.466	4.610	-1,7	-0,6
– stafverpleegkundigen	0	522	494	262		
– ziekenverzorgenden	1.522	1.826	2.009	2.148	3,7	5,6
– kraamverzorgenden	4.511	4.050	3.916	3.966	-2,1	-0,7
– gezinsverz. -helpenden, alfahulpen	37.764	33.922	33.777	34.123	-2,1	0,2
waarvan:						
– verzorgende E	–	955	966	945		-0,3
– verzorgende C en D	–	8.983	9.683	9.978		3,6
– huishulp A, verzorgingshulp B	–	18.090	16.377	16.153		-3,7
– alfa-hulpen	–	5.895	6.752	7.048		6,1

(vervolg Tabel A3.2)

Verpleging en verzorging in:	1990	1995	1997	1998	gem.jaarlijkse groei	
					'90-'95	'95-'98
<b>Overig extramuraal werkende verpleegkundigen</b>	2.036	3.178	2.753	2.744	9,3	-4,8
– basisgezondheidsdienst	1.326	936	637	669	-6,7	-10,6
– bedrijfsgezondheidsdiensten	564	541	498	475	-0,8	-4,2
– trombosediensten	147	132	148	130	-2,1	-0,5
– ambulancediensten	–	1.569	1.471	1.471		-2,1
<b>Totaal</b>	<b>182.706</b>	<b>195.786</b>	<b>205.470</b>	<b>213.717</b>	<b>1,4</b>	<b>3,0</b>

Bron: zie tabel A3.1

Tabel A3.3

Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging naar regio in 1997

RBA	zh	Pz	ivg	vph	vzh*	tz** (1996)	totaal*** (1996)
Groningen	3972	430	654	2864	2007	5275	15268
Friesland	2568	661	1218	2851	2136	5720	15266
Drenthe	1517	1464	1590	1841	1396	4321	12152
IJssel-Vecht	1995	0	631	1029	962	3151	7793
Twente	2722	348	1075	2401	1565	5094	13353
Midden-IJssel	946	969	265	997	661	901	4759
Veluwe	2154	1177	4037	2140	1864	5000	16533
Arnhem/Oost-Gelderland	2674	801	894	2278	2014	6957	15730
Nijmegen/Rivierenland	3271	349	2996	1545	1236	3442	12881
Flevoland	825	–	365	585	357	1220	3410
Oost-Utrecht	1577	1937	3312	1820	1557	3541	13907
West-Utrecht	4665	168	99	1724	1273	4925	12887
Gooi/Vechtstreek	1198	–	85	1026	979	2265	5564
N-Holland Noord	1971	552	1582	1502	1754	4220	11641
A'dam/Zaanstr./Waterland	6323	1067	1261	3500	2777	9556	24602
Kenemer-/Amstel-/Meerl.	3167	1014	743	2344	2025	5472	14966

(vervolg Tabel A3.3)

RBA	zh	Pz	ivg	vph	vzh <sup>1</sup>	tz <sup>2</sup> (1996)	totaal <sup>3</sup> (1996)
Rijnstreek	3085	891	2694	2342	1869	6610	17580
Haaglanden	3543	1680	1305	4418	3057	9553	23625
Drechtsteden	1609	236	487	1248	1094	3769	8476
Rijnmond	6624	1175	1102	4806	3381	10713	27919
Zeeland	1278	222	1076	1489	1332	3519	9017
W-N Brabant	873	333	402	632	675	1636	4585
Breda	1869	332	768	1072	1201	3346	8848
Midden-Brabant	1831	288	1506	1305	1397	2825	9282
NO-Brabant	2174	1149	1448	2109	1600	4030	12541
ZO-Brabant	3222	494	1470	2957	1855	4974	15065
N/M-Limburg	1645	764	1409	1525	1311	3503	10244
Zuid Limburg	3237	589	1155	2454	2125	5225	14938
Nederland	72535	19090	35629	56804	45460	130763	362832

<sup>1</sup> Ziekenhuizen<sup>2</sup> Psychiatrisch ziekenhuizen<sup>3</sup> Intramurale gehandicaptenzorg<sup>4</sup> Verpleeghuizen<sup>6</sup> Verzorgingshuizen<sup>7</sup> ThuiszorgTotaal <sup>5</sup>inclusief MKT, MKD en instellingen voor zintuiglijk gehandicapten

Bron: NZi, CBS

Technische toelichting:

Door het hanteren van bepaalde weegmethoden bij non-respons kan het voorkomen dat de uitkomsten van deze tabel niet geheel corresponderen met die van tabel A3.1.



*Tabel A3.4*  
*BIG-geregistreerden naar leeftijd en geslacht (absoluut en in %)*

	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
-24 jaar	257	4038	4295	0,1	2,0	2,1
25-29	1665	17742	19407	0,8	8,7	9,6
30-34	3402	25996	29398	1,7	12,8	14,5
35-39	6096	31806	37902	3,0	15,7	18,7
40-44	8523	32139	40662	4,2	15,8	20,0
45-49	7348	24625	31973	3,6	12,1	15,8
50-54	3669	19384	23053	1,8	9,6	11,4
55-59	1314	10142	11456	0,6	5,0	5,6
60-64	387	3462	3849	0,2	1,7	1,9
65+	90	755	845	0,0	0,4	0,4
<b>Totaal</b>	<b>32751</b>	<b>170089</b>	<b>202840</b>	<b>16,1</b>	<b>83,9</b>	<b>100,0</b>

Bron: BIG-register (juni 2000)

*Tabel A3.5*  
*BIG-geregistreerden naar jaar van diplomering en geslacht (abs. en %)*

Jaren:	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
1997-2000	2198	12663	14861	1,1	6,2	7,3
1993-1996	3593	20995	24588	1,8	10,4	12,1
1988-1992	5409	28375	33784	2,7	14,0	16,7
1983-1987	5645	27236	32881	2,8	13,4	16,2
1978-1982	7690	27096	34786	3,8	13,4	17,1
voor 1978	8216	53724	61940	4,1	26,5	30,5
<b>Totaal</b>	<b>32751</b>	<b>170089</b>	<b>202840</b>	<b>16,1</b>	<b>83,9</b>	<b>100,0</b>

Bron: BIG-register (juni 2000)

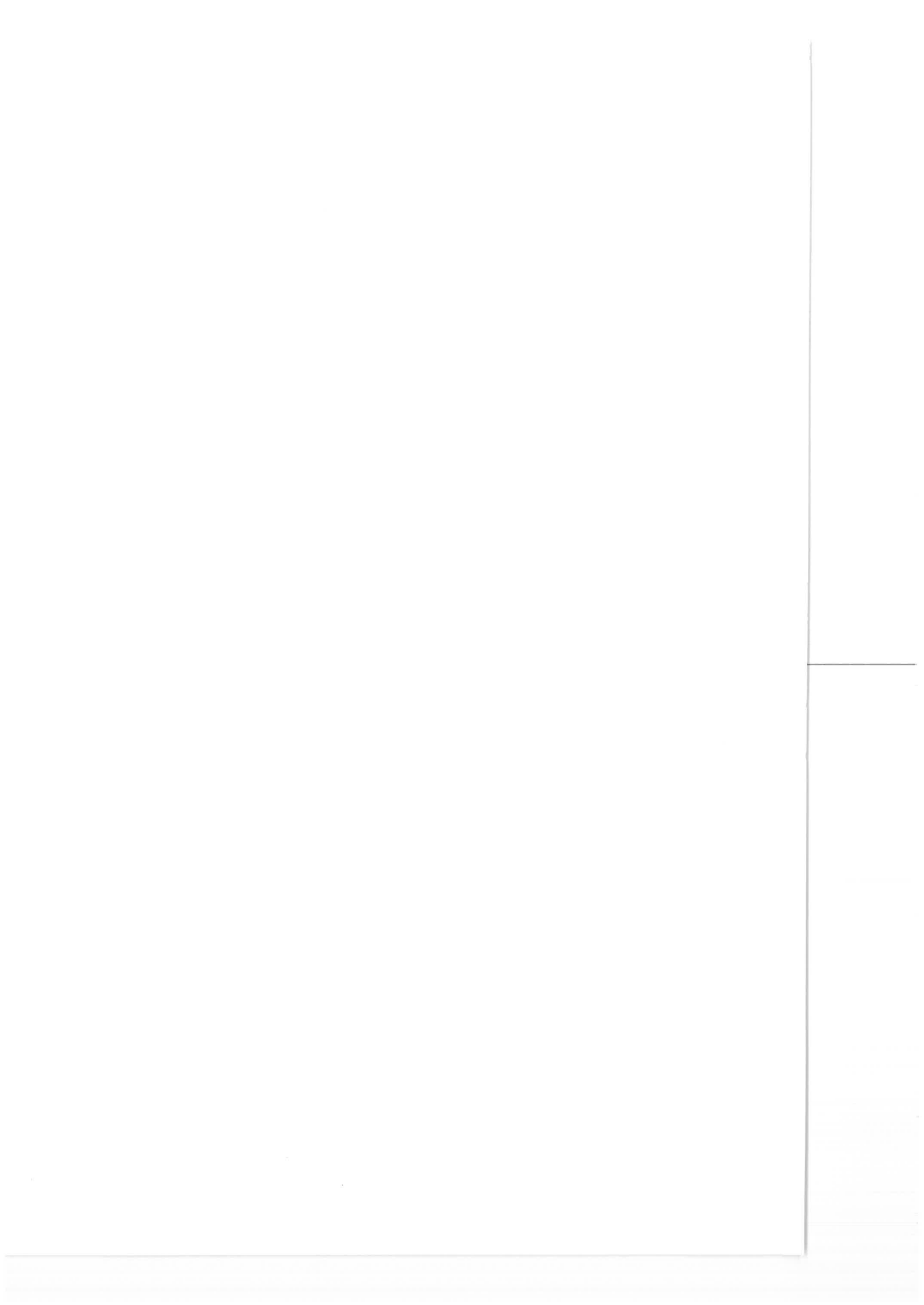
*Tabel A3.6  
Bij specifieke beroepsorganisaties aangesloten verpleegkundigen*

Beroepsorganisatie van Arbo-verpleegkundigen	650
Ned. Ver. Voor Obstr. en gynaecologie verpleegkundigen	711
Landelijk Orgaan Verpleegkundig Specialisten	125
Verpleegkundigen bij zorgverzekeraars	35
Landelijke Vereniging Dialyse en Transplantatie	700
Sociaal Verpleegkundigen in GGD-en	350
Revalidatieverpleegkundigen	210
Ned. Vereniging van Antroposofische Verpleegkundigen	135
Ned. Vereniging van CARA Verpleegkundigen	290
Ned. Vereniging van Dermatologische Verpleegkundigen en Verzorgenden	132
Nederlandse Ver. van Hart- en vaatverpleegkundigen	500
Nederlandse Ver. van Intensive Care Verpleegkundigen	800
Ned. Ver. Van NeuroVerpleegkundigen en Verzorgenden	400
Ned. Ver. voor Psychiatrische Verpleegkunde	320
Ned. Ver. van Recovery Medewerkers	256
Ned. Ver. Van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen	950
Ned. Ver. Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen	800
Ned. Ver. van Verpleegkundigen en Verzorgenden in Reumatologie	190
Ned. Ver. van Verplegenden in de Brandwondenzorg	60
Netwerk Verpleegkundig Decubitus Consulents	35
Noordelijk Platform voor Verpleegkundige Beroepsontwikkeling	120
Verenigde Gipsverbandmeesters Nederland	270
Vereniging van Chef/Hoofdverpleegkundigen in de ambulancehulpverlening	117
Ver. Voor Consultatieve Psychiatrische Verpleegkunde	90
Ver. Docenten Verpleegkunde	160
Ver. van KinderVerpleegkundigen	1280
Ver. Ned. Incontinentie Verpleegkundigen	220
Ver. van Oncologie Verpleegkundigen	1470
Ver. van Oogheekundige Verpleging en Zorgverlening	110
Ver. Verpleegkundige Beroepsbeoefenaren in de Maatschappelijke Gezondheidszorg	350
Ver. Verpleegkundigen Stomazorg Nederland	450
Ver. Verpleegkundig Vakgebied Geriatrie	200
Ver. van Verplegingswetenschappers	550
Ver. voor Voedings- en Infusieverpleegkundigen	80
Ver. van werkers in de gezondheidszorg op geref. grondslag	274
Werkgroep Interculturele Verpleging en Verzorging	51
Werkgroep Verpleegkundige Aids Consulents	28
Totaal	13469

*Tabel A3.7*  
*Leden van specifieke beroepsorganisaties die naast verpleegkundigen ook openstaan voor anderen*

European Association of Diabetes Educators	1000
Ned. Ver. voor Gastro-Enterologie, sectie Endoscopie Assistenten	478
Ned. Ver. van Hoofden Polikliniek	140
Ned. Ver. v. Opleidingsfunctionarissen	1700
Ver. Leidinggevenden Semi- en Extramurale Verpleeghuiszorg	210
Ver. Managers Gehandicaptenzorg	85
Ver. Managers Patiëntenzorg	?
Ver. Voor PAAZ Managers	75
Woundcare Consultant Society	1300

Bron: LCVV (1998)



## 4 Samenstelling van de beroepsgroepen

In dit hoofdstuk worden de klassieke kenmerken van de personeelssamenstelling beschreven: geslacht en leeftijd. Is het beroep van verpleegkundige en verzorgende nog steeds te kenschetsen als een vrouwenberoep? Treedt er in de verpleging en verzorging evenals elders ook een vergrijzing van het personeelsbestand op? Deze twee vragen komen in dit hoofdstuk aan de orde. Eerst worden de verschillende sectoren onder de loep genomen, daarna de te onderscheiden beroepsgroepen.

De gehanteerde bron is over het algemeen het LKG, dit zijn loonkostengegevensbestanden die 70% van de werknemers in de intramurale zorg beslaan. In het verleden werd ook gebruikgemaakt van gegevens uit het verzekerdenbestand van de Bedrijfsvereniging Gezondheidszorg (BVG, tegenwoordig Cadans geheten). Deze laatste is in opdracht van OSA door het IVA ontwikkeld (Vermeulen, 1996). Een groot voordeel van deze bron is dat zij uniforme informatie bevat over vrijwel alle voor de verpleging en verzorging relevante sectoren van de zorgsector. Vanaf 1996 heeft echter geen actualisering plaatsgevonden. Vandaar dat we zoveel mogelijk andere bronnen benut hebben om dezelfde informatie op tafel te krijgen. Waar dat niet mogelijk was is teruggegrepen op de Cadans-gegevens.

### 4.1 Geslacht (bijlagetabel A4.1)

Het aandeel vrouwen onder de werkenden in de zorgsector is groot. Dit geldt zeker voor de verpleegkundige en verzorgende beroepen. In 1996 was 90% van de werknemers vrouw. Dit aandeel loopt uiteen van ruim tweederde in de psychiatrische ziekenhuizen tot 98% in de gezinszorg (tabel 4.1). Er treedt hierin in de loop der tijd weinig verandering op. Zo bezien is er weinig effect van acties als 'Kies exact' en andere maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij het onderscheid tussen mannen- en vrouwenberoepen vervaagt. Kijken we naar verpleegkundigen, dan zien we in het begin van de jaren zestig een sprongsgewijze groei van het aandeel mannen dat aan

een opleiding voor dit beroep begint. Sindsdien doen zich daarin geen opvallende wijzigingen meer voor.

Wel dient men te bedenken dat vrouwen veel vaker in deeltijd werken dan mannen (zie hoofdstuk 5), met andere woorden: de kans dat bewoners of patiënten met een man als verpleegkundige of verzorgende te maken krijgen is wat groter dan deze cijfers suggereren. Daar staat tegenover dat mannen in de intramurale gezondheidszorg nog steeds een grotere kans hebben om een leidinggevende functie te gaan bekleden (Van der Windt, 1999) en derhalve juist weer minder directe patiëntenzorg zullen verlenen. Uit de gegevens van Cadans in de bijlagentabellen valt af te leiden dat het aandeel vrouwen onder leidinggevendenden zelfs, zij het heel geleidelijk, teruggaat. Ruijs e.a. (1996) komen in hun studie 'Vrouwen in de leiding' op basis van Cadans-materiaal tot eenzelfde conclusie.

*Tabel 4.1*

*Het percentage vrouwen naar sector en beroepsgroep in 1996*

<b>Sector</b>	
Ziekenhuizen	86,8
Psychiatrische ziekenhuizen	68,8
Instellingen voor gehandicaptenzorg	82,8
Verpleeghuizen	92,5
Verzorgingshuizen	96,3
Thuiszorg	98,4
Overig	86,7
<b>Beroepsgroep</b>	
Verpleegkundigen/ziekenverzorgenden	88,9
Kraamverpleegkundigen/verzorgenden	99,6
Gezinsverzorgenden/helpenden	98,4
Bejaardenverzorgenden/helpenden	98,2
Groepsleiders	82,0
Leidinggevend	67,7
Oproepkracht	87,8
<b>Totaal</b>	<b>90,6</b>

Bron: Cadans-materiaal bewerkt door het IVA

Ook binnen de zorgsector vormen de verpleging en verzorging nog steeds een vrouwenbolwerk. Is van alle verpleegkundigen en verzorgenden 90% vrouw, voor alle werkenden in de zorgsector is dat in 77% van de gevallen zo; voor de gehele arbeidsmarkt geldt een percentage van 37 (RAZW 1999).

Verpleging en verzorging blijven onveranderd een belangrijke bron van werkgelegenheid voor vrouwen. Zo vond één op de zes van de in 1999 werkzame vrouwen in ons land emplooi in deze beroepsgroepen.

#### 4.2 Leeftijd (bijlagetabellen A4.2 t/m A4.6)

De leeftijdssamenstelling van verpleegkundigen en verzorgenden laat een sterk afwijkend beeld ten opzichte van andere beroepen en bedrijfstakken zien. Vergelijken we de opbouw anno 1998 met die van de totale zorg en alle werkenden in ons land, dan valt op dat de categorie ouderen, van 45-64 jaar, aanzienlijk ondervertegenwoordigd is zowel in vergelijking met de gehele zorgsector als met de totale arbeidsmarkt in ons land. Het aandeel jongeren is bij verpleging en verzorging daarentegen veel groter.

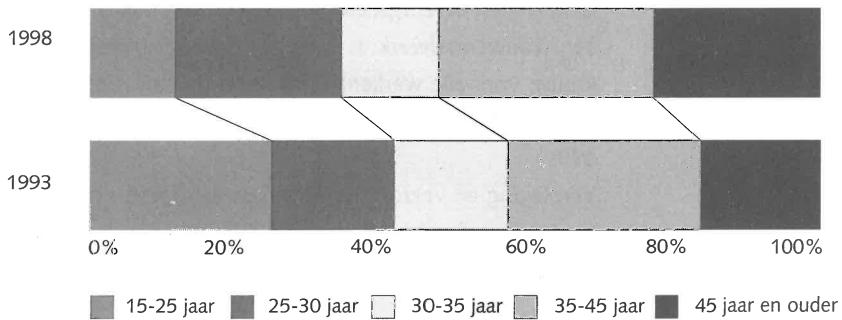
*Tabel 4.2*

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

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

Bron: RAZW99, LKG

De leeftijdsopbouw van het verpleegkundig en verzorgend personeel is sterk in beweging en gaat meer op die van andere sectoren en beroepsgroepen lijken. Er is de laatste jaren sprake van een aanzienlijke vergrijzing van het personeelsbestand in de verpleging en verzorging. Per jaar neemt de gemiddelde leeftijd in het begin van de jaren negentig met een derde jaar toe. Het proces van vergrijzing van het personeelsbestand van verpleegkundigen en verzorgenden is overigens in een versnelling terechtgekomen. Tussen 1993



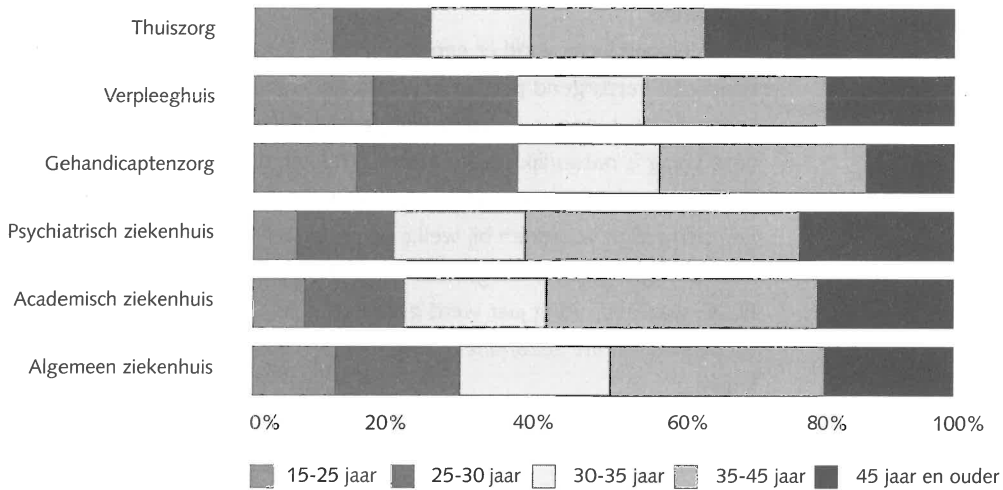
*Figuur 4.1: De leeftijdsverdeling in 1993 en 1998*

en 1996 bedroeg de toename van de gemiddelde leeftijd maar liefst 1,3 jaar. Een van de oorzaken van deze snelle toename is het gedaalde verloop van personeel. We besteden hier in hoofdstuk 5 aandacht aan.

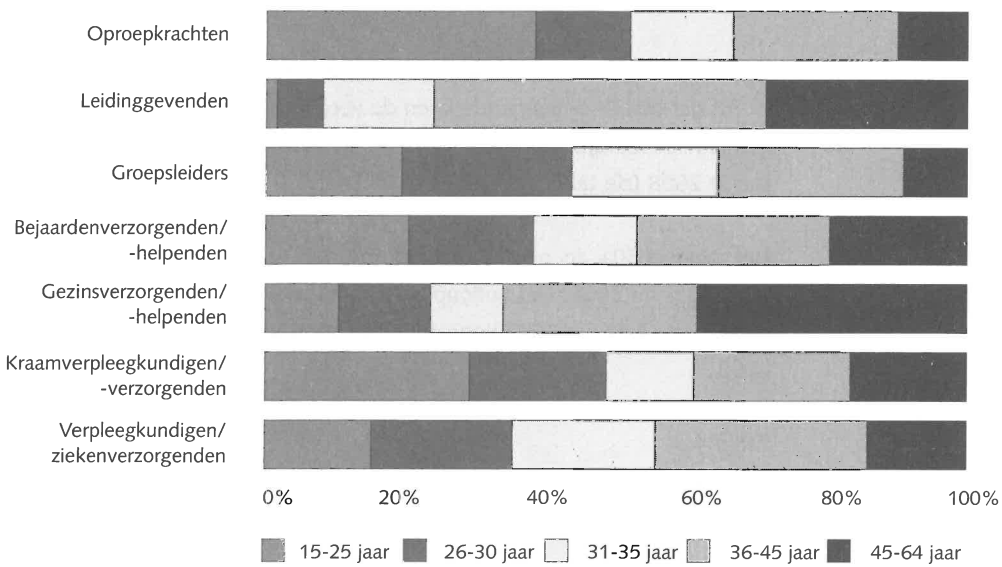
Overigens doet de vergrijzing zich het minst voor in de thuiszorg, de sector met een al relatief hoge gemiddelde leeftijd (zie tabel A4.2 in de bijlage). Uit figuur 4.2 komt naar voren dat de gehandicaptenzorg het meest jonge personeelsbestand kent. Over de verzorgingshuizen zijn geen actuele gegevens beschikbaar. In het verleden kwam de leeftijdsverdeling het meest overeen met die van de verpleeghuizen.

De gemiddelde leeftijd van de onderscheiden beroepsgroepen vertoont wanneer we oproepkrachten (die relatief jong zijn) en leidinggevend (die relatief oud zijn), buiten beschouwing laten, geen grote verschillen. Een uitzondering hierop vormen de gezinsverzorgenden/helpenden, die in 1996 met ruim 40 jaar gemiddeld vijf jaar ouder zijn dan de overige groepen. De ontwikkeling van de gemiddelde leeftijd bij de beroepsgroepen correspondeert in grote lijnen met die van de sector waar ze het sterkst in zijn vertegenwoordigd. In figuur 4.3 is per beroepsgroep de verdeling over de leeftijdsklassen weergegeven. Opvallend is dat bij gezinsverzorgenden/helpenden het aandeel ouderen (46 jaar en ouder) veel groter is dan bij de bejaardenverzorgenden/helpenden. Dit is zeker het geval wanneer het aandeel met verpleegkundigen en ziekenverzorgenden wordt vergeleken. De OSA (1995b) verwacht dat het extra aanbod van vrouwen op de arbeidsmarkt in de komende jaren vooral in de categorie 50+ zal plaatsvin-





Figuur 4.2: De leeftijdsverdeling per sector in 1998



Figuur 4.3: De leeftijdsverdeling per beroepsgroep

den. Voor de zorgsector is daarbij de opgave om het werk zo te organiseren dat deze categorie ook daadwerkelijk haar steentje kan bijdragen. Een leeftijdsbewust personeelsbeleid zal hierbij een belangrijke rol moeten spelen.

### 4.3 Vooruitblik

De afgelopen jaren vond er een aanzienlijke vergrijzing van het verpleegkundig en verzorgend personeel plaats. De vraag die rijst is of dit ook de komende jaren nog in die mate het geval zal zijn. Een exact antwoord op deze vraag is natuurlijk niet te geven. Wel kan dit vraagstuk verkend worden aan de hand van een simulatiemodel dat uitrekent welke ontwikkelingen zich zullen voordoen bij welke veronderstellingen. Hierbij wordt Prognose Leeftijdsopbouw Zorgsector versie 1.1 gehanteerd, de opvolger van PLOP, waarover vorig jaar werd gerapporteerd. Dit model wordt toegepast op de intramurale gezondheidszorg. Een en ander is inclusief inservice-leerlingen.

Bij de simulatie van de toekomst zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- een groei van het personeelsbestand in FTE's met 1,7% jaarlijks;
- het in- en uitstroompatroon naar leeftijd blijft de komende jaren hetzelfde als in 1997/1998;
- het verloop per leeftijdscategorie blijft hetzelfde als in 1997/1998.

Figuur 4.4 geeft een beeld hoe de leeftijdsopbouw zal veranderen. Zichtbaar wordt dat ook in de komende jaren de vergrijzing zich nog voortzet. De gemiddelde leeftijd neemt toe van 35,2 in 1998 via 37,7 in 2003 naar 39,0 jaar in 2008 (zie tabel 4.3).

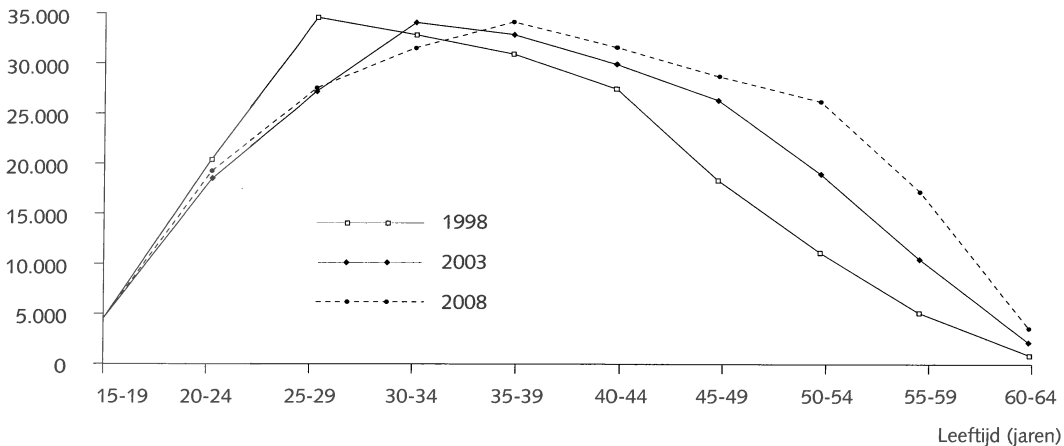
Het aandeel 50+-ers neemt drastisch toe: van nog geen 8,5% in 1998 tot bijna 20% in 2008. Het verloop zal onder invloed van de vergrijzing licht dalen van 14,7% in 1998 voor de totale intramurale zorg naar 13,3% in 2008.

*Tabel 4.3*

*Ontwikkelingen in de leeftijdsopbouw van het verpleegkundig en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg*

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

Bron: Prognose Leeftijdsopbouw Zorgsector 1.1



*Figuur 4.4: Prognose leeftijdsopbouw verpleegkundig en verzorgend personeel 1998, 2003 en 2008*

Wat het werk betreft zijn de veranderingen even groot, het aandeel werk dat 50+-ers gemeten in FTE's voor hun rekening nemen neemt toe van 7,7 naar 19,3%. Hierbij is verondersteld dat de instroom in het beroep de vraag naar gekwalificeerd personeel volgt. Wanneer de instroom in het beroep blijft steken op het niveau van de instroom in opleidingen in 1998, zal het aantal gekwalificeerde verpleegkundigen en verzorgenden niet verder groeien. In dat geval neemt het aandeel dat gekwalificeerde 50+-ers voor hun rekening moeten nemen toe tot 21,5% in 2008 oftewel meer dan één op de vijf verpleegkundigen is ouder dan 50 jaar.

Hoe dan ook zal de voortschrijdende vergrijzing vergaande gevolgen hebben voor het werk in verpleging en verzorging. Ouderen in de verpleging en verzorging vervullen nu vaak management- en stafachtige functies. Straks zal het aantal ouderen in absolute aantallen dermate groot zijn dat voor functies die minder zware fysieke eisen met zich meebrengen, de opleiding erg dun zal zijn. Een leeftijdsbewust personeelsbeleid is zonder meer noodzakelijk. Anders zou een grotere uitstroom onder ouderen het gevolg kunnen zijn. Dit betekent los van de persoonlijke problematiek die dit oproept ook dat er een groter beroep op instroom van nieuw personeel gedaan moet worden. In hoofdstuk 3 is al aangegeven dat dat niet eenvoudig zal zijn. De instroom in de opleidingen is op dit moment al te gering; laat staan dat er een grotere personeelsbehoefte vervuld kan worden.

#### 4.4 Samenvatting

Van oudsher was de personeelssamenstelling van verpleegkundig en verzorgend personeel sterk afwijkend van de totale beroepsbevolking. Wat betreft het aandeel vrouwen is daar in de afgelopen jaren weinig aan veranderd. Wat betreft de leeftijdsopbouw gaat het personeelsbestand meer op het gemiddelde lijken. Het tempo van vergrijzing in de periode 1990-1999 is in de verpleging en verzorging veel sterker dan bij de totale beroepsbevolking. De vergrijzing van de afgelopen jaren is vooral een gevolg van de forse toename van de leeftijdscategorie 36 tot 45 jaar. Simulatiemodellen toegepast op de intramurale gezondheidszorg laten zien dat bij voortzetting van de trends van de afgelopen jaren de gemiddelde leeftijd ook de komende jaren nog flink zal toenemen. Bij deze berekeningen, waarbij ook meewerkende leerlingen zijn meegerekend, neemt de gemiddelde leeftijd toe van 35,2 jaar in 1998 tot 37,7 in 2003 en 39 in 2007. Het werk dat 50+-ers geacht worden te verzetten neemt in diezelfde periode toe van 7,7 tot 19,3%. Een leeftijdsbewust personeelsbeleid ten aanzien van verpleegkundigen en verzorgenden lijkt een noodzakelijke voorwaarde te zijn voor de toename van de oudste leeftijdscategorie. Gebeurt dit niet dan zal een veel grotere behoefte aan nieuw personeel dan nu voorzien wordt, het gevolg zijn.

## Bijlagentabellen Hoofdstuk 4

Tabel A4.1

Het percentage vrouwen per sector 1991-1996

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenhuizen	86,8	86,9	87,0	86,8	86,7	86,8
Psychiatrische ziekenhuizen	66,6	67,1	67,5	67,8	68,3	68,8
Instellingen voor gehandicaptenzorg	82,2	82,4	82,2	82,1	82,3	82,8
Verpleeghuizen	92,5	92,4	92,1	92,1	92,3	92,5
Verzorgingshuizen	96,8	96,4	96,4	96,3	96,4	96,3
Thuiszorg	98,7	98,6	98,6	98,6	98,5	98,4
Overig	84,4	84,8	85,6	85,9	86,3	86,7
Totaal	91,0	90,7	90,5	90,4	90,5	90,6

Bron: Cadans

### Technische toelichting:

Cadans verzorgt voor het merendeel van de instellingen in de zorgsector, uitgezonderd de academische, gemeentelijke en provinciale alsmede particuliere instellingen, de uitvoering van de sociale verzekeringswetten (Vermeulen, 1996) en heeft een verzekerdenadministratie aangelegd waarin een aantal persoonsgegevens opgeslagen zijn.

De hier door ons gepresenteerde gegevens betreffen geen absolute aantallen, maar uitsluitend relatieve verdelingen.

Voor de intramurale gezondheidszorg laten verschillende bronnen verschillende uitkomsten zien. De populatie is volgens het Cadans-bestand veel jon-





(vervolg Tabel A4.3)

<b>Verzorgingshuizen</b>	1993	1995	1996	
15-25 jaar	28,4	24,8	23,7	
26-30 jaar	16,8	15,8	15,6	
31-35 jaar	16,7	16,2	16,0	
36-45 jaar	26,1	28,9	29,5	
45-64 jaar	12,0	14,3	15,3	
totaal	100,0	100,0	100,0	
<b>Thuiszorg</b>	1993	1995	1996	1998
15-25 jaar	15,0	12,4	11,9	9,5
25-30 jaar	13,5	12,8	12,6	14,2
30-35 jaar	12,4	13,1	13,4	13,1
35-45 jaar	30,2	30,5	30,4	28,0
45 jaar en ouder	28,9	31,2	31,7	35,2
totaal	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron: LKG; thuiszorg en verzorgingshuizen t/m 1996 Cadans; daarna LVT en Arcares

Tabel A4.4

Het percentage vrouwen per beroepsgroep 1991-1996

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Verpleegkundigen/ ziekenverzorgenden	88,2	88,4	88,5	88,6	88,7	88,9
Kraamverpleegkundigen/ verzorgenden	99,6	99,7	99,6	99,6	99,7	99,6
Gezinsverzorgenden/ helpenden	98,9	98,7	98,6	98,6	98,6	8,4
Bejaardenverzorgenden/ helpenden	98,1	98,1	98,2	98,3	98,3	98,2
Groepsleiders	78,4	79,5	80,3	81,0	81,6	82,0
Leidinggevendenden	70,0	69,1	69,0	68,4	68,0	67,7
Oproepkrachten	86,7	86,7	86,6	86,7	87,3	87,8
Totaal	91,0	90,7	90,5	90,4	90,5	90,6

Bron: Cadans





(vervolg Tabel A4.6)

**Gezinsverzorgenden/helpenden**

leeftijd	1991	1992	1993	1994	1995	1996
15-25	17,1	15,6	14,2	12,7	11,8	11,2
26-30	11,1	11,7	11,9	12,0	11,7	11,7
31-35	9,0	9,2	9,5	9,9	10,3	11,0
36-45	29,4	29,9	29,5	29,2	28,8	28,5
45-64	33,4	33,6	34,9	36,2	37,4	37,5
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,9

**Bejaardenverzorgenden/helpenden**

leeftijd	1991	1992	1993	1994	1995	1996
15-25	31,1	28,6	26,9	25,0	22,9	21,0
26-30	17,5	17,6	17,0	16,8	16,9	17,1
31-35	14,5	14,6	14,9	15,1	15,0	15,2
36-45	23,3	24,9	25,7	26,4	27,1	27,6
45-64	13,6	14,3	15,5	16,7	18,1	19,1
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Leidinggevend**

leeftijd	1991	1992	1993	1994	1995	1996
15-25	5,1	4,4	3,9	2,7	2,0	1,7
26-30	14,4	12,4	9,9	8,7	7,4	6,1
31-35	24,3	23,5	22,4	20,3	18,4	16,1
36-45	37,2	39,8	42,2	44,5	46,2	47,7
45-64	19,0	19,9	21,6	23,8	26,0	28,4
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron: Cadans

## 5 Arbeidssituatie

In dit hoofdstuk wordt een aantal aspecten van de arbeidssituatie bekeken. De dynamiek op de arbeidsmarkt wordt in kaart gebracht. Beschreven wordt hoe het vertrek van verpleegkundig en verzorgend personeel zich heeft ontwikkeld. Betekent vertrek ook beëindiging van de beroepsuitoefening? Waarom vertrekt men uit de verpleging en verzorging? Had het vertrek voorkomen kunnen worden?

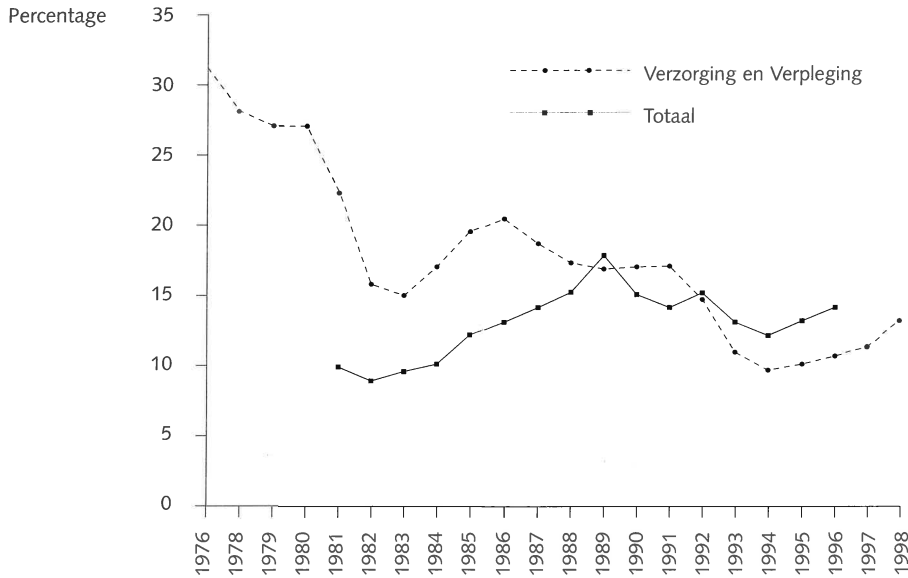
Een resultante van het afgenomen verloop is het stijgend aantal jaren dat men gemiddeld bij de huidige werkgever in dienst is. Dit is een volgend onderwerp waar kort bij stilgestaan wordt. Daarna is er aandacht voor ontwikkelingen in de verdeling van het werk: de groei van het parttime werken krijgt hierbij de aandacht. Ten slotte wordt ingegaan op ontwikkelingen in het ziekteverzuim.

### 5.1 De dynamiek op de arbeidsmarkt, het verloop (bijlagentabellen A5.1 t/m A5.9)

De jaren negentig werden aanvankelijk gekenmerkt door een verdere daling van het verloop. Deze ontwikkeling had zich al eind jaren tachtig ingezet (zie bijlage tabel A5.1 en figuur 5.1).

Sinds 1994 daarentegen neemt het verloop weer geleidelijk toe. De toename van het vertrek is vooral toe te schrijven aan het feit dat verpleegkundigen en verzorgenden in een andere instelling hun loopbaan voortzetten, de zogenaamde baan-baanmobiliteit. De pendant hiervan, de beëindiging van de uitoefening van het beroep, kan betekenen dat men gestopt is met werken, maar ook dat men in een andere bedrijfstak aan de slag is gegaan.

Uit de gegevens over de absolute omvang van het vertrek uit het LKG, gecombineerd met de richting van de Exit-interviews, valt het volgende beeld te construeren.

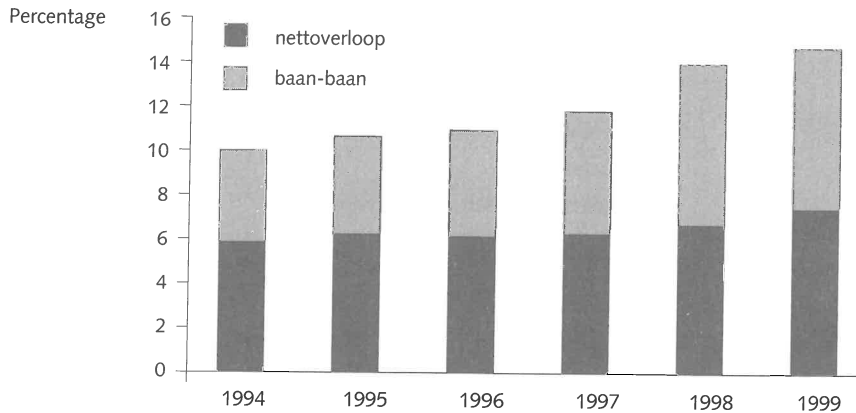


Figuur 5.1: Verloop bij verpleegkundigen en verzorgenden in de intramurale gezondheidszorg en bij de totale beroepsbevolking

Figuur 5.2 laat zien dat het vertrek uit de instellingen van verpleegkundig en verzorgend personeel tot 1997 slechts weinig heeft geleid tot extra vertrek uit het beroep; een toename van 5,7 naar 6,1%. De toegenomen totale mobiliteit betekende vooral dat verpleegkundigen en verzorgenden vaker van baan veranderd zijn; een toename van 4 tot 7% per jaar. In 1998, maar vooral in 1999 zien we ook een toename van het nettoverloop. In dat laatste jaar zette 7,3% (tijdelijk) een punt achter de uitoefening van het beroep.

#### Vertrekredenen

Op basis van exit-interviews bij een zeventigtal intramurale gezondheidszorginstellingen kan het volgende inzichtelijk worden gemaakt. Hoewel de trend was dat het percentage beroepsbeëindiging van de vertrekkers geleidelijk afnam is dit percentage vergeleken met vorig jaar enigszins toegenomen (zie bijlage tabel A5.3). Van de vertrekkers is het aantal mensen die stoppen met hun beroep van 47% in 1998 naar 50% in 1999 gestegen. Ten opzichte van vorig jaar is vooral in de sector psychiatrie het beroepsbeëindigingspercentage opvallend toegenomen. Wanneer de leeftijd in ogenschouw wordt genomen is er een stijging van beroepsbeëindiging te zien voor de leeftijdsklasse 25-30 jaar en 40-50 jaar. Vanaf 50 jaar is dit percentage juist gedaald. Blijkbaar vinden ouderen vaker een baan in een andere instelling (zie bijlage tabel A5.4).



Figuur 5.2: Mobiliteit naar richting 1994-1999

In tabel A5.5.1 wordt de belangrijkste vertrekreden uiteengezet voor mensen die een baan in een andere instelling hebben gevonden (baan-baanverloop). In tabel A5.5.2 gebeurt dit voor mensen die (tijdelijk) gestopt zijn met hun beroepsuitoefening (nettoverloop). Beide groepen vertrekkers geven als belangrijkste vertrekreden op dat ze elders werk hebben gevonden.

Een tweede belangrijke reden voor baan-baanvertrekkers is de reisafstand. Baan-baanvertrekkers geven meer werkgerelateerde zaken als eerste vertrekreden op, zoals: behoefte aan een andere werkkring, het volgen van een opleiding en meer mogelijkheden tot ontplooiing. Voor (tijdelijke) beroepsbeëindigers liggen de eerste vertrekredenen meer in de privé-sfeer (gezinssituatie, verhuizing, gezondheid). Redenen die iets zeggen over de arbeidsomstandigheden of -voorwaarden worden niet zo vaak als eerste vertrekreden opgegeven. Vooral bij (tijdelijke) beroepsbeëindigers worden met de jaren werkdruk en werktijden wel steeds belangrijker.

Ook wanneer we alle vertrekredenen bij elkaar nemen wordt de vertrekreden dat men elders werk heeft gevonden het meest aangegeven. In de onderstaande tabellen worden de meest genoemde vertrekredenen opgesomd voor zowel baan-baanvertrekkers als (tijdelijke) beroepsbeëindigers. In de tabellen A5.6.1 en A5.6.2 zijn alle vertrekredenen voor de verschillende jaren uitgesplitst.

Onder baan-baanvertrekkers wordt reisafstand met de jaren een steeds vaker opgegeven vertrekreden. Behoefte aan een andere werkkring, ontplooiing zijn voor beide groepen belangrijke vertrekredenen. Verder valt op dat werkdruk en voldoening in het werk steeds vaker worden genoemd als vertrekreden, met name bij degenen die (tijdelijk) het beroep beëindigen.

Tabel 5.1

*Top 5 van alle genoemde vertrekredenen bij baan-baanverloop 1999*

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

Tabel 5.2

*Top 7 van alle genoemde vertrekredenen bij nettoverloop 1999*

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

Bron: Prismant exit-interviews

Mogelijkheden om meer of juist minder te werken wordt een minder genoemde vertrekreden. Door schaarste op de arbeidsmarkt wordt hier kenmerkend door instellingen soepeler mee omgegaan dan in het verleden. Aan vertrekkers wordt ook de vraag voorgelegd of, wanneer bepaalde aspecten van het werk verbeterd waren of er anders uit hadden gezien, vertrek voorkomen had kunnen worden. Dit worden de voorkoombare vertrekredenen genoemd. Men dient wel te bedenken dat het om een subjectief gegeven gaat: alleen het oordeel van de respondent is in ogenschouw genomen.

Het percentage beroepsbeëindigers dat één of meer voorkoombare vertrekredenen opgeeft neemt in de tijd geleidelijk toe tot 56% (zie tabel A5.7). Zij die alleen van instelling veranderen geven t.o.v. vorig jaar iets minder vaak voorkoombare vertrekredenen op (eveneens 56%).

De belangrijkste voorkoombare vertrekredenen voor baan-baanvertrekkers is het loopbaanperspectief (zie tabel A5.8). Andere belangrijke voorkoombare vertrekredenen zijn ontplooiingsmogelijkheden en werktijden. Voor (tijdelijke) beroepsbeëindigers zijn de werktijden, loopbaanperspectieven en werk-

druk de meest belangrijke voorkoombare vertrekredenen. Opvallend hierbij is dat werktijden en roosters, en werkdruk met de jaren in belang toenemen.

*Tabel 5.3*

*Top 6 van alle voorkoombare vertrekredenen binnen baan-baanverloop 1999*

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

*Tabel 5.4*

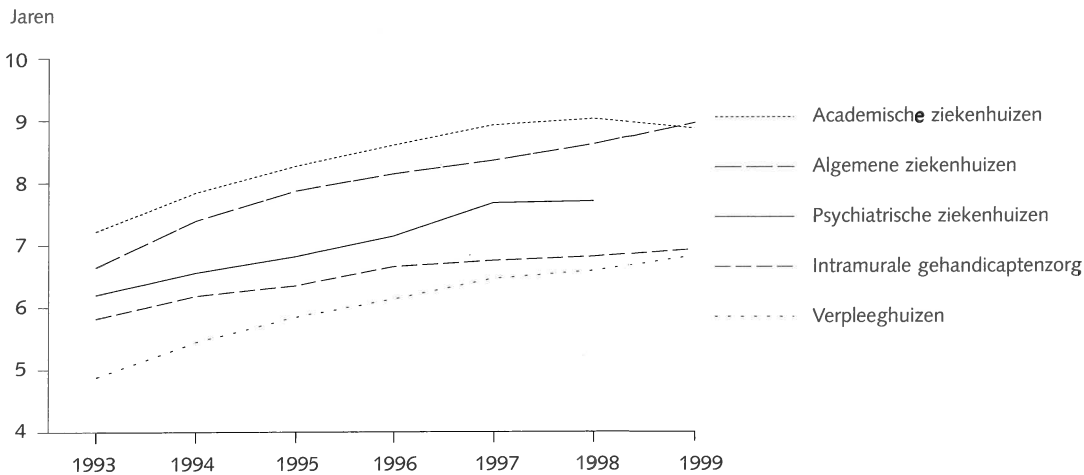
*Top 6 van alle voorkoombare vertrekredenen binnen nettoverloop 1999*

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

Bron: Prismant exit-interviews

In de bovenstaande tabellen staan de in 1999 vijf meest genoemde voorkoombare vertrekredenen opgesomd. Zowel onder baan-baanvertrekkers als onder (tijdelijke) beroepsbeëindigers zijn ontplooïingsmogelijkheden, werkdruk en werktijden/roosters door de respondent als meest voorkoombare vertrekredenen genoemd. 19% van de vertrekkers geeft als voorkoombare vertrekreden de beloning op. Blijkbaar kunnen zij met een krappere geworden arbeidsmarkt elders meer verdienen. Met de jaren wordt deze voorkoombare vertrekreden dan ook vaker genoemd (zie tabel A5.9).

Meer of minder uren werken wordt met de jaren minder vaak als voorkoombare vertrekreden genoemd. Daarentegen worden werkdruk en werktijden/roosters steeds vaker genoemd. Inmiddels noemt bijna eenderde van



Figuur 5.3: De gemiddelde duur van het dienstverband

de (tijdelijke) beroepsbeëindigers werkdruk als een van de voorkoombare vertrekreden. In 1998 was dit percentage ook al gestegen, maar bedroeg toen nog 20%.

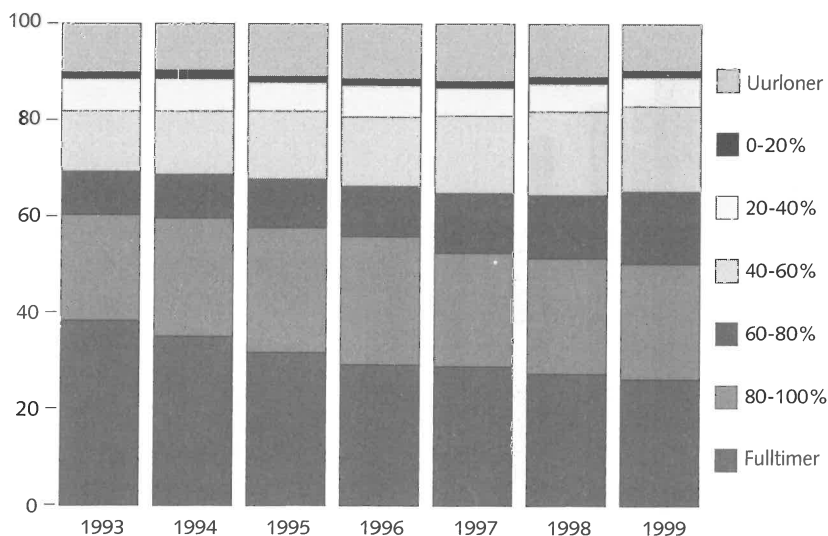
### 5.2 De duur van het dienstverband (bijlagentabel A5.10)

De jarenlange daling van het verloop en de instroom zorgde ervoor dat het aantal jaren dat verpleegkundigen en verzorgenden in dienst zijn bij dezelfde werkgever snel toenam. Voor de sectoren uit de intramurale gezondheidszorg is het mogelijk om dit na te gaan (zie bijlage tabel A5.10). Vooral tot 1996 nam het gemiddelde aantal dienstjaren bij dezelfde werkgever toe: van 5,8 jaar in 1993 tot 7,0 jaar in 1996. Door de toename van de baanbaanmobiliteit neemt het tempo van de groei af. De geringe instroom in de opleidingen heeft echter nog steeds als gevolg dat de duur van het gemiddelde dienstverband bij dezelfde werkgever toeneemt: in 1999 bedraagt deze 7,6 jaar. Tussen de sectoren zijn er wel verschillen: in verpleeghuizen 6,8 tot 8,8 jaar in de algemene ziekenhuizen. De verschillen tussen de sectoren zijn overigens min of meer stabiel in de tijd, zoals in figuur 5.3 te zien is.

### 5.3 De werkweek (bijlagentabellen A5.11 en A5.12)

In veel instellingen wordt een fulltime werkweek niet meer gelijkgesteld met een volledige werkweek volgens de CAO-norm. Sprak men oorspronkelijk alleen bij een 38-urige werkweek van een fulltime dienstverband, inmiddels beschouwen velen een werkweek van 80% of meer als fulltime. Deze ziens-



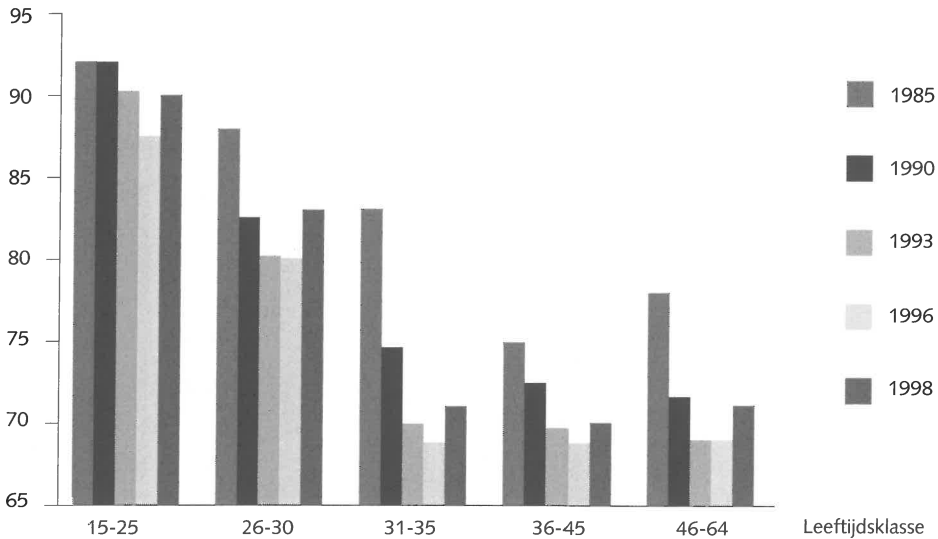


Figuur 5.4: De werkweek van V&V personeel in de intramurale gezondheidszorg 1993-1999 (in % van volledige werkweek)

wijze wordt ondersteund door de snelle ontwikkelingen in het parttime werk in de afgelopen vijf jaar. Zo nam het percentage werknemers met een volledige werkweek in de ziekenhuizen af van de helft in 1990 tot drie op de tien in 1998 (zie tabel A5.11 van de bijlage). Bij psychiatrie, gehandicaptenzorg en verpleeghuizen zien we dit aandeel dalen tot 28% of minder. In de thuiszorg werkt zelfs maar 5% als echte fulltimer. In veel sectoren is de meest voorkomende werknemer niet meer een fulltimer, maar een parttimer met een baan van 80% of meer.

Het aandeel uurloners, dat zijn personen die geen van tevoren afgesproken aantal uren, maar op afroep werkzaam zijn, veranderde tot 1998 niet veel. Wellicht onder invloed van de nieuwe flexwet is hun aandeel in 1999 aanzienlijk afgenomen.

De daling van de gemiddelde werkweek werd door een tweetal factoren veroorzaakt. De vergrijzing van het personeelsbestand zorgt ervoor dat, waar er een sterk verband bestaat tussen leeftijd en gemiddelde werkweek, de laatste daalt. Tot voor kort was er ook sprake van dat er in de intramurale gezondheidszorg per leeftijdscategorie steeds korter gewerkt werd; figuur 5.6 laat zien dat er een einde aan dit proces gekomen lijkt te zijn. Of er sprake is van een echte kentering, men gaat weer langer werken, is op dit



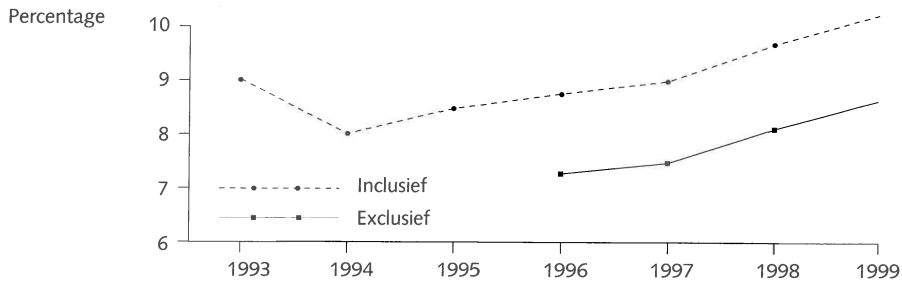
*Figuur 5.5: De gemiddelde werkweek in de intramurale gezondheidszorg naar leeftijd 1985-1998 (in % van volledige werkweek)*

moment moeilijk te zeggen. In de gegevens van 1998 speelt dat er een opplusoperatie, d.w.z. dat parttimers hun aantal uren konden vasthouden, als gevolg van collectieve arbeidsduurverkorting van 38 naar 36 uur achter de rug is.

De daling van de gemiddelde werkweek per leeftijdscategorie was overigens in de periode 1985-1990 veel sterker (zie figuur 5.5). In 1985 was ook nog goed zichtbaar dat ouderen die in het beroep bleven relatief vaak een leidinggevende functie bekleedden: in 1985 lag de gemiddelde werkweek van de 45-64 jarigen hoger dan die van de 36-45 jarigen. Anno 1998 valt op dat de gemiddelde werkweek tot de leeftijdsklasse 31-35 jaar daalt, maar in de daarop volgende leeftijdsklassen vrijwel gelijk blijft. In 1998 neemt de gemiddelde werkweek zelfs iets toe. Mogelijk betekent dit dat er een einde gekomen is aan de daling van de gemiddelde werkweek per leeftijdscategorie. Wellicht is er zelfs sprake van een kentering en gaan ouderen wanneer de zorg voor kinderen minder zwaar weegt langer werken.

#### **5.4 Ziekteverzuim (bijlagetabellen A5.13 en A5.14)**

Na een terugval in 1994, waarschijnlijk vooral onder invloed van allerlei veranderingen op het terrein van de Ziektewet, zien we een geleidelijke stijging van het ziekteverzuim bij het verpleegkundig en verzorgend personeel in de



Figuur 5.6: Het ziekteverzuimpercentage 1993-1999

intramurale gezondheidszorg. Het bevallingsverlof maakt een relatief vast deel uit van het ziekteverzuim, ruim 1,5 procentpunt (zie figuur 5.6). De verschillen in ziekteverzuim tussen de jaren zijn vooral toe te schrijven aan de ontwikkeling in het verzuim exclusief bevallingsverlof.

Met de stijging van het ziekteverzuim wijkt de verpleging en verzorging weinig af van de landelijke trend. Het CBS laat voor 1998 en 1999 voor geheel Nederland ook een stijging zien. Wel ligt het niveau van verzuim landelijk veel lager: namelijk in 1999 op 5,4% (exclusief zwangerschapsverlof) tegen verpleging en verzorging 8,5%. Dit percentage loopt uiteen van bij ziekenhuizen gemiddeld ruim 6% tot thuiszorg 10%.

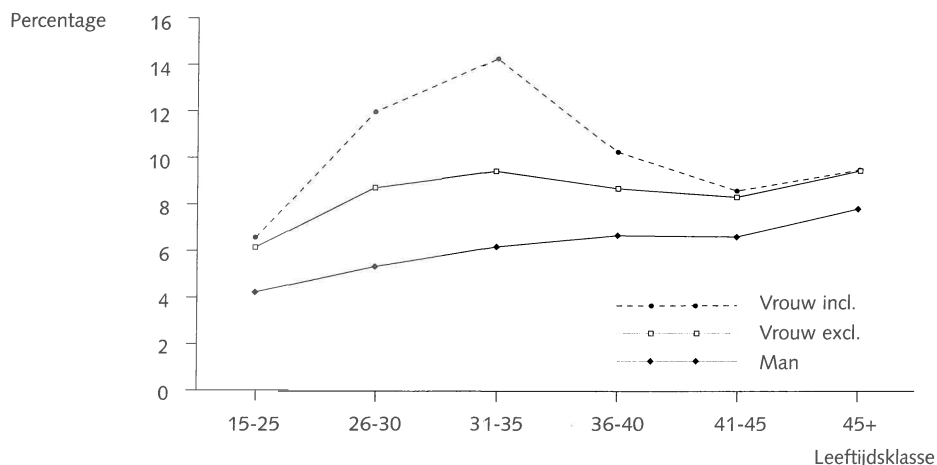
Per leeftijdsklasse zien we verschillen in het niveau van het ziekteverzuim (zie figuur 5.7). Als gevolg van bevallingsverlof is het verzuimpercentage het hoogst bij de leeftijdscategorie 25-30 jaar. Na 35 jaar neemt het verzuim af om geleidelijk aan weer omhoog te gaan.

De stijging in het ziekteverzuim exclusief bevallingsverlof doet zich bij alle leeftijdscategorieën gelden.

### 5.5 Samenvatting en vooruitzichten

Na een jarenlange daling van het vertrek van verpleegkundig en verzorgend personeel is er sinds 1996 sprake van een eerst geleidelijke, maar in 1998 en 1999 zelfs van een forse toename in het vertrek uit instellingen. Het vertrek uit het beroep nam eerst in de periode 1994-1997 slechts weinig toe van 5,7 naar 6,1%. In 1998, maar vooral in 1999 neemt het aandeel dat (tijdelijk) het beroep beëindigt toe tot 7,3%.

Het veranderen van baan binnen de zorg was in de periode 1994-1998 met een toename van 4,4 tot 7,4% de belangrijkste oorzaak van vertrek uit een instelling. In 1999 is het met een percentage van 7,3% stabiel gebleven. Al deze ontwikkelingen resulteren in een minder sterke stijging van het



*Figuur 5.7: Ziekteverzuim naar leeftijd en geslacht 1998 in- en exclusief bevallingsverlof*

gemiddeld aantal jaren dat men bij dezelfde werkgever in dienst is dan in het midden van de jaren negentig.

Nog steeds blijft het vinden van een andere baan de belangrijkste reden van vertrek. Met het vertrek hoopt men betere ontplooiings- en loopbaanmogelijkheden te realiseren. Ook het beperken van de reistijd speelt vooral de laatste paar jaar een rol.

Bij vertrekkers uit het beroep spelen min of meer dezelfde factoren een rol. Beroepsbeëindiging door het stoppen met betaald werk komt steeds minder vaak voor.

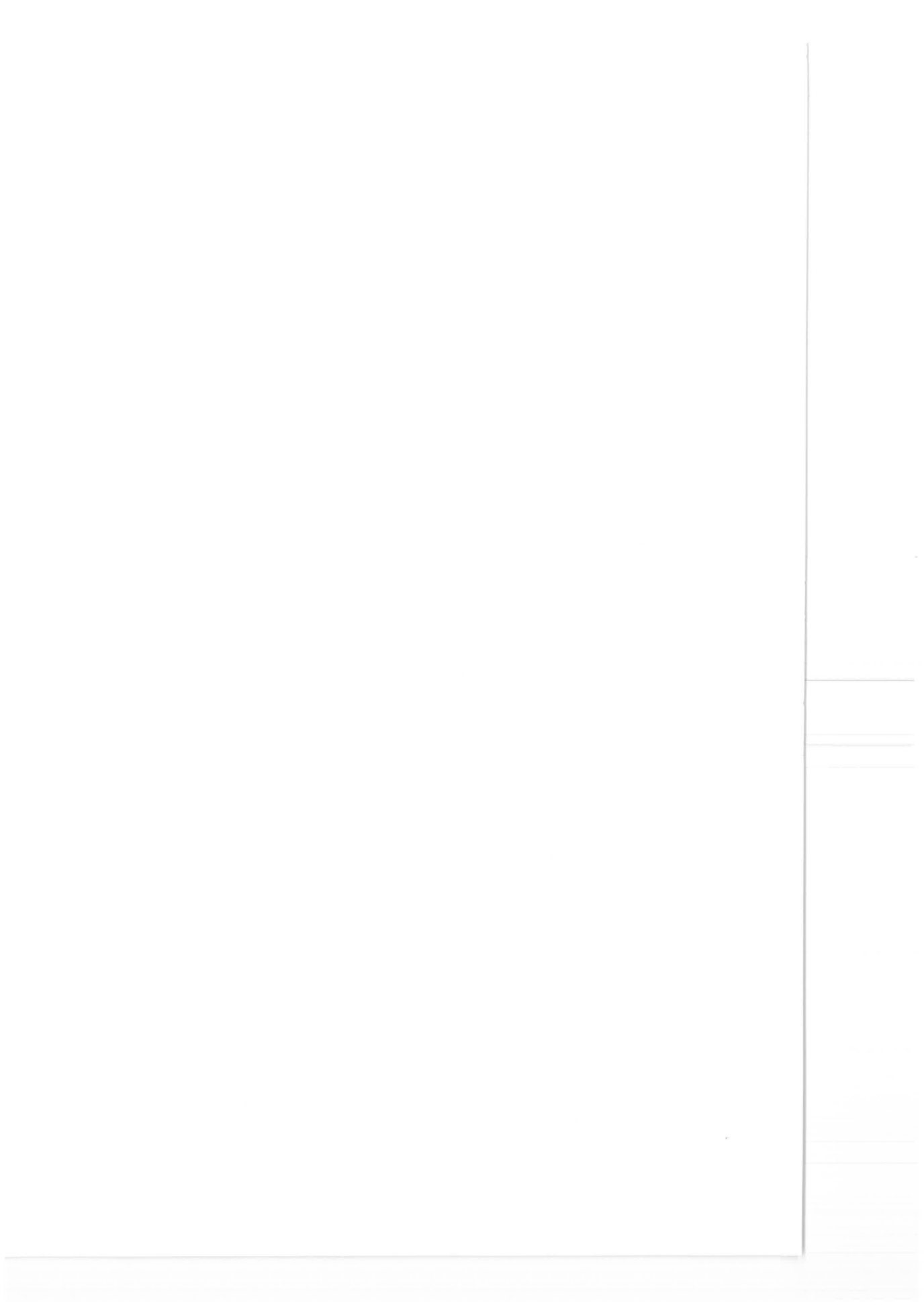
De helft van degenen die vertrekken geeft aan dat onder bepaalde voorwaarden hun vertrek voorkomen had kunnen worden. Als verreweg belangrijkste factor die vertrek had kunnen voorkomen wordt door degenen die elders in de zorg aan de slag gaan ontplooiingsmogelijkheden en een beter loopbaanperspectief genoemd. Een op de drie van degenen die het beroep beëindigen noemt werkdruk als factor die vertrek had kunnen voorkomen. Dit betekent dus dat één op de zes vertrekkers uit de zorg problemen ervaart met de werkdruk. Ook werktijden/roosters worden veel vaker dan in het verleden genoemd bij de vertrekredenen, waarvan de respondent het idee heeft dat ze waren te voorkomen.

De zorgsector is van oudsher een sector waar veel in deeltijd gewerkt wordt. In de intramurale zorg is inmiddels de meest voorkomende werktijd die van de parttimer met een duur van 80% of meer.

De eerder uitgesproken verwachting dat de komende jaren het tempo waarin de gemiddelde werkweek afneemt minder sterk zal zijn, lijkt bewaarheid te worden. Wel kan de invoering van de 36-urige werkweek een trendbreuk met zich meegebracht hebben: veel deeltijders hebben van de mogelijkheid gebruikgemaakt om hun aantal uren niet terug te laten lopen (zgn. opplussen).

Het ziekteverzuim steeg de afgelopen jaren, in 1997 nog licht, maar in 1998 en 1999 aanzienlijk. Deze trend doet zich ook landelijk voor; echter onder verpleegkundigen en verzorgenden is het niveau van het ziekteverzuim veel hoger. In 1999 bedroeg het ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof landelijk 5,4%; de verpleging en verzorging steken daar met 8,5% ruim boven uit. Naar type instelling zijn er wel verschillen; deze lopen uiteen van ruim 6% in de ziekenhuizen tot 10% in de thuiszorg.

Hoewel er een aantal verklarende factoren, zoals het feit dat er veel vrouwen werkzaam zijn en men veelal in grote arbeidsorganisaties werkzaam is, voor dit verschil is, lijken er ook factoren in het spel te zijn die met de zwaarte van het beroep samenhangen. Niet voor niets krijgt beheersing van het ziekteverzuim in de zorg-CAO's ruim aandacht. De daar gekozen decentrale aanpak lijkt logisch, gezien de vaak grote verschillen in het ziekteverzuimpercentage tussen instellingen onderling.



## Bijlagetabellen Hoofdstuk 5

*Tabel A5.1*

*Het verlooppercentage per sector 1990-1998*

	1990	1994	1995	1996	1997	1998
Ziekenhuizen	15,1	7,2	8,0	8,4	9,0	11,1
Academische ziekenhuizen	9,6	6,1	6,0	7,2	7,6	8,8
Psych. Ziekenhuizen	15,6	9,1	9,7	9,9	12,1	11,5
Intram. Gehandicaptenzorg	15,4	11,6	12,4	11,9	13,1	16,7
Verpleeghuizen	21,4	10,9	11,2	11,0	12,8	16,1
Totaal intramuraal	16,8	9,4	10,0	10,0	11,1	13,7

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

Bron: Prismant

*Tabel A5.2*

*Het percentage vertrekkers per leeftijdscategorie*

Algemene ziekenhuizen	1993	1995	1996	1997	1998	1999
15-25 jaar	11,9	13,3	13,7	16,5	20,3	20,5
25-30 jaar	10,9	10,9	12,2	13,4	17,5	17,5
30-35 jaar	8,4	8,3	8,6	9,4	11,7	13,7
35-40 jaar	6,2	5,1	6,5	7,4	8,7	9,9
40-45 jaar	3,9	3,7	4,4	5,7	6,4	7,7
45 jaar en ouder	5,5	4,7	5,6	5,3	7,1	6,7
totaal	8,6	8,1	8,7	9,6	11,7	12,1

(vervolg Tabel A5.2)

	1993	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Academische ziekenhuizen</b>						
15-25 jaar	12,1	10,4	10,4	14,6	11,6	15,7
25-30 jaar	9,9	10,2	11,1	11,6	15,6	14,8
30-35 jaar	8,5	8,3	8,3	10,6	12,9	12,8
35-40 jaar	5,9	5,4	5,7	8,1	8,3	8,9
40-45 jaar	4,6	2,9	3,8	4,2	6,3	6,2
45 jaar en ouder	5,7	4,9	4,5	4,9	4,7	4,8
totaal	7,8	6,9	7,0	8,4	9,5	9,6
<b>Psychiatrische ziekenhuizen</b>						
15-25 jaar	25,0	24,9	22,2	24,7	34,1	
25-30 jaar	18,9	15,9	15,7	19,1	23,2	
30-35 jaar	13,4	9,6	12,0	12,9	16,7	
35-40 jaar	9,5	8,5	8,5	10,5	13,0	
40-45 jaar	8,2	6,1	6,1	6,6	9,7	
45 jaar en ouder	7,9	6,6	7,4	6,4	8,0	
totaal	13,1	10,2	10,4	11,4	14,5	
<b>Gehandicaptenzorg</b>						
15-25 jaar	24,0	24,4	26,0	25,8	30,8	37,2
25-30 jaar	13,6	13,2	13,1	16,0	17,5	21,5
30-35 jaar	10,8	8,7	8,5	10,5	11,5	14,8
35-40 jaar	8,0	6,9	7,5	8,0	9,5	11,0
40-45 jaar	7,7	6,2	6,5	6,9	8,2	9,2
45 jaar en ouder	7,3	7,4	7,0	8,5	8,2	8,7
totaal	13,5	11,7	11,7	12,7	14,2	16,7
<b>Verpleeghuizen</b>						
15-25 jaar	24,2	21,9	23,0	25,1	30,2	35,1
25-30 jaar	14,4	12,2	12,7	14,1	17,4	19,5
30-35 jaar	12,0	9,6	9,9	10,9	13,5	15,0
35-40 jaar	9,3	8,4	8,3	10,6	12,7	12,9
40-45 jaar	9,8	8,3	8,0	8,9	11,0	12,0
45 jaar en ouder	8,7	8,1	8,0	8,3	9,3	10,5
totaal	14,9	12,3	12,3	13,3	15,6	17,0

Bron: Prismant



Tabel A5.3

*Beroepsbeëindiging als aandeel van het verloop naar sector*

Sector	1995	1996	1997	1998	1999
Ziekenhuizen	56	49	47	44	44
Psychiatrisch ziekenhuizen	76	62	61	52	67
Verstandelijk gehandicapten	58	63	54	48	53
Verpleeghuizen	62	64	59	50	53
Totaal	58	56	52	47	50

Bron: Prismant exit-interviews

Tabel A5.4

*Beroepsbeëindiging als aandeel van het verloop naar leeftijd*

Leeftijdsklasse	1995	1996	1997	1998	1999
Onder 25	56	55	53	46	45
25-<30	51	47	45	41	47
30-<35	59	61	60	50	50
35-<40	70	63	47	49	54
40-<50	62	55	52	50	50
Vanaf 50	80	86	85	80	71
Totaal	58	56	52	47	50

Bron: Prismant exit-interviews

Tabel A5.5.1

*De belangrijkste vertrekreden bij verpleegkundig en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg per jaar voor baan-baanmobiliteit (in %)*

	1995	1996	1997	1998	1999
Huwelijk/samenwonen	4	6	4	3	3
Gezins-/thuissituatie	5	4	3	4	3
Gezondheid	1	0	1	1	1

(vervolg Tabel A5.5.1)

	1995	1996	1997	1998	1999
Verhuizing	5	5	3	6	6
Ouderschap/zwangerschap	2	5	2	1	1
Reisafstand	8	7	13	9	12
Behoeftte aan meer vrije tijd	1	1	1	1	1
Elders werk gevonden	20	25	24	23	20
Opleiding gaan volgen	13	7	8	7	8
Pensioen/overbruggings- uitkering	0	0	0	0	0
Einde dienstverband	2	3	3	1	1
Reorganisatie	2	0	1	1	1
Onvoldoende opleidings- resultaten	3	2	2	2	1
Behoeftte aan een andere werkkring	8	6	6	9	9
Beloning	1	0	1	1	2
Mogelijkheden voor kinderopvang	1	0	0	1	0
Mogelijkheden om meer/ minder werken	5	2	1	1	1
Loopbaanperspectieven	7	6	5	5	6
Opleiding gaan volgen	2	1	3	2	2
Ontplooiing	4	7	6	6	7
Besluitvorming en overleg op de afdeling	1	1	1	2	1
Leiderschap	1	1	2	2	2
Autonomie	1	1	1	1	0
Werktijden	2	2	1	2	2
Klimaat afdeling	1	3	3	3	3
Arbeidsomstandigheden	1	1	1	0	1
Lichamelijke belasting	0	0	1	1	1
Geestelijke belasting	1	1	1	0	1
Werkdruk	2	0	0	1	2
Binding aan organisatie	0	0	1	0	0
Voldoening in werk	2	1	2	3	3
Totaal	100	100	100	100	100

Bron: Prismant exit-interviews

Tabel A5.5.2

*De belangrijkste vertrekreden bij verpleegkundig en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg per jaar voor (tijdelijke) beroepsbeëindigers (netto) (in%)*

	1995	1996	1997	1998	1999
Huwelijk/samenwonen	4	1	3	2	2
Gezins-/thuissituatie	7	8	9	9	8
Gezondheid	4	4	5	4	5
Verhuizing	8	9	9	7	7
Ouderschap/zwangerschap	16	12	9	6	5
Reisafstand	3	2	4	4	5
Behoeftte aan meer vrije tijd	1	2	1	1	2
Elders werk gevonden	9	13	15	16	14
Opleiding gaan volgen	8	4	2	4	3
Pensioen/overbruggingsuitkering	2	1	2	2	2
Einde dienstverband	4	5	3	4	3
Reorganisatie	1	0	0	0	1
Onvoldoende opleidings- resultaten	8	3	5	2	2
Behoeftte aan een andere werkkring	5	4	5	6	8
Beloning	0	0	0	1	2
Mogelijkheden voor kinderopvang	0	0	1	0	0
Mogelijkheden om meer/ minder werken	3	3	4	2	2
Loopbaanperspectieven	2	4	3	4	4
Opleiding gaan volgen	2	1	0	1	1
Ontplooiing	4	6	3	5	4
Besluitvorming en overleg op de afdeling	1	0	1	1	1
Leiderschap	0	1	3	2	2
Autonomie	0	1	1	1	0
Werktijden	2	2	3	2	4
Klimaat afdeling	1	3	1	2	2
Arbeidsomstandigheden	1	1	0	3	1
Lichamelijke belasting	0	3	1	1	1

(vervolg Tabel A5.5.2)

	1995	1996	1997	1998	1999
Geestelijke belasting	1	3	2	2	2
Werkdruk	0	1	1	2	3
Binding aan organisatie	0	0	0	0	0
Voldoening in werk	2	4	2	3	4
Totaal	100	100	100	100	100

Bron: Prismant exit-interviews

Tabel A5.6.1

Alle genoemde vertrekredenen bij verpleegkundig en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg per jaar voor baan-baanmobiliteit (in %)

	1995	1996	1997	1998	1999
Huwelijk/samenwonen	7	8	8	6	5
Gezins-/thuisituatie	8	8	7	8	7
Gezondheid	2	1	1	0	3
Verhuizing	15	14	13	13	12
Ouderschap/zwangerschap	5	6	3	2	2
Reisafstand	21	20	24	21	29
Behoeftte aan meer vrije tijd	4	4	3	3	4
Elders werk gevonden	50	56	57	57	52
Opleiding gaan volgen	18	13	13	14	15
Pensioen/overbruggings- uitkering	0	0	0	0	0
Einde dienstverband	5	4	4	3	2
Reorganisatie	3	1	3	1	1
Onvoldoende opleidings- resultaten	5	3	2	3	2
Behoeftte aan een andere werkkring	25	26	23	29	29
Beloning	8	8	8	12	9
Mogelijkheden voor kinderopvang	3	1	2	2	1

(vervolg Tabel A5.6.1)

	1995	1996	1997	1998	1999
Mogelijkheden om meer/ minder werken	11	12	9	6	3
Loopbaanperspectieven	22	25	23	20	18
Opleiding gaan volgen	8	10	10	10	10
Ontplooiing	26	27	24	29	24
Besluitvorming en overleg op de afdeling	6	6	7	8	7
Leiderschap	6	5	9	7	7
Autonomie	7	4	3	6	3
Werktijden	8	11	7	9	9
Klimaat afdeling	7	10	9	11	12
Arbeidsomstandigheden	4	4	3	4	4
Lichamelijke belasting	1	2	4	4	5
Geestelijke belasting	2	5	3	4	4
Werkdruk	10	7	8	8	12
Binding aan organisatie	2	3	5	3	3
Voldoening in werk	19	11	11	14	13
<b>Totaal</b>	<b>316</b>	<b>315</b>	<b>306</b>	<b>314</b>	<b>305</b>

Bron: Prismant exit-interviews

Tabel A5.6.2

*Alle genoemde vertrekredenen bij verpleegkundig en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg per jaar voor beroepsbeëindigers (in %)*

	1995	1996	1997	1998	1999
Huwelijk/samenwonen	7	4	6	3	3
Gezins-/thuissituatie	17	16	17	15	15
Gezondheid	5	5	6	6	6
Verhuizing	13	13	12	11	11
Ouderschap/zwangerschap	21	16	16	11	8
Reisafstand	12	11	13	11	15
Behoeftte aan meer vrije tijd	7	6	7	6	7

(vervolg Tabel A5.6.2)

	1995	1996	1997	1998	1999
Elders werk gevonden	19	24	27	30	33
Opleiding gaan volgen	13	8	7	7	8
Pensioen/overbruggings- uitkering	2	1	2	2	2
Einde dienstverband	6	7	5	5	4
Reorganisatie	3	1	1	1	3
Onvoldoende opleidings- resultaten	9	5	5	2	3
Behoeftte aan een andere werkkring	16	17	20	19	26
Beloning	5	7	8	8	10
Mogelijkheden voor kinderopvang	5	4	6	3	3
Mogelijkheden om meer/ minder werken	11	9	12	10	6
Loopbaanperspectieven	9	16	11	17	13
Opleiding gaan volgen	8	5	15	4	6
Ontplooiing	17	19	15	18	19
Besluitvorming en overleg op de afdeling	5	4	6	6	4
Leiderschap	3	5	5	6	6
Autonomie	5	5	4	5	3
Werktijden	8	12	13	15	14
Klimaat afdeling	4	9	7	9	8
Arbeidsomstandigheden	2	4	3	8	5
Lichamelijke belasting	6	9	6	8	10
Geestelijke belasting	8	10	8	11	10
Werkdruk	4	12	6	13	15
Binding aan organisatie	0	2	2	3	2
Voldoening in werk	8	16	15	15	19
Totaal	257	282	287	292	295

Bron: Prismant exit-interviews

Tabel A5.7

Percentages van vertrek dat volgens respondent te voorkomen was geweest

	1995	1996	1997	1998	1999
Baan-Baan	56,6	53,3	50,6	58,7	55,8
Netto	44,5	45,3	50,0	52,9	55,5
Totaal	49,0	48,6	49,7	55,7	55,4

Bron: Prismant exit-interviews

Tabel A5.8

De belangrijkste voorkoombare vertrekreden uitgesplitst per jaar

**Voor vertrekkers naar een andere instelling (baan-baan):**

Vorkoombare vertrekreden	1995	1996	1997	1998	1999
Beloning	2	2	5	8	7
Mogelijkheden voor kinderopvang	4	0	2	3	1
Mogelijkheden om meer/ minder werken	13	17	7	9	5
Loopbaanperspectieven	19	25	26	17	17
Opleiding gaan volgen	13	9	6	7	7
Ontplooiing	14	13	10	13	10
Besluitvorming en overleg op de afdeling	4	3	4	4	3
Leiderschap	7	5	6	8	8
Autonomie	1	0	1	2	1
Werktijden	5	7	6	7	10
Klimaat afdeling	3	10	7	7	9
Arbeidsomstandigheden	2	3	3	2	3
Lichamelijke belasting	0	1	2	2	2
Geestelijke belasting	1	1	3	1	1
Werkdruk	9	3	4	4	9
Binding aan organisatie	0	0	3	2	1
Voldoening in werk	4	1	4	4	5
Totaal	100	100	100	100	100

(vervolg Tabel A5.8)

**Voor (tijdelijke) beroepsbeëindigers (netto):**

Voorloombare vertrekreden	1995	1996	1997	1998	1999
Beloning	0	4	6	8	7
Mogelijkheden voor kinderopvang	8	5	6	4	4
Mogelijkheden om meer/ minder werken	26	15	17	13	8
Loopbaanperspectieven	12	17	12	14	11
Opleiding gaan volgen	9	3	3	4	6
Ontplooiing	10	11	8	13	9
Besluitvorming en overleg op de afdeling	3	1	5	4	2
Leiderschap	1	4	7	7	6
Autonomie	1	2	3	1	1
Werktijden	8	9	10	11	12
Klimaat afdeling	5	7	8	6	6
Arbeidsomstandigheden	3	5	2	4	4
Lichamelijke belasting	3	2	4	2	4
Geestelijke belasting	5	3	2	2	2
Werkdruk	3	6	5	7	10
Binding aan organisatie	0	1	0	0	2
Voldoening in werk.	3	5	3	2	5
Totaal	100	100	100	100	100

Bron: Prismant exit-interviews



Tabel A5.9

Alle genoemde voorkoombare vertrekredenen bij verpleegkundig en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg (in %)

<b>Voor mensen die in een andere instelling gaan werken (baan-baan):</b>					
	1995	1996	1997	1998	1999
Beloning	8	15	21	17	18
Mogelijkheden voor kinderopvang	6	5	5	4	3
Mogelijkheden om meer/ minder werken	19	23	13	12	7
Loopbaanperspectieven	35	38	35	29	30
Opleiding gaan volgen	25	19	15	18	19
Ontplooiing	35	35	32	34	33
Besluitvorming en overleg op de afdeling	15	11	12	12	12
Leiderschap	10	11	15	14	17
Autonomie	6	4	4	7	6
Werktijden	11	15	9	13	22
Klimaat afdeling	11	17	18	17	19
Arbeidsomstandigheden	5	7	7	6	13
Lichamelijke belasting	5	3	3	6	8
Geestelijke belasting	3	2	5	3	8
Werkdruk	12	13	17	16	23
Binding aan organisatie	1	4	6	4	6
Voldoening in werk	14	9	12	12	17
Totaal	219	229	227	223	260
<b>Voor beroepsbeëindigers (netto):</b>					
	1995	1996	1997	1998	1999
Beloning	5	10	15	15	19
Mogelijkheden voor kinderopvang	13	11	11	7	8
Mogelijkheden om meer/ minder werken	31	19	21	18	12
Loopbaanperspectieven	20	29	18	28	22
Opleiding gaan volgen	16	14	8	11	13
Ontplooiing	27	30	23	24	28

(vervolg Tabel A5.9)

Besluitvorming en overleg					
op de afdeling	11	10	13	12	11
Leiderschap	8	8	12	13	12
Autonomie	3	7	7	6	4
Werktijden	17	19	19	21	26
Klimaat afdeling	10	19	18	15	16
Arbeidsomstandigheden	4	9	5	9	13
Lichamelijke belasting	6	6	9	8	14
Geestelijke belasting	9	8	8	9	9
Werkdruk	7	17	12	19	32
Binding aan organisatie	1	3	3	4	5
Voldoening in werk.	11	12	11	14	19
Totaal	199	228	211	231	261

Bron: Prismant exit-interviews

Tabel A5.10

*De gemiddelde duur in jaren van het dienstverband naar sector*

	1993	1995	1996	1997	1998	1999
Ziekenhuizen	6,6	7,9	8,1	8,3	8,5	8,8
Academische ziekenhuizen	7,2	8,3	8,6	8,9	8,6	8,7
Psychiatrische ziekenhuizen	6,2	6,8	7,2	7,7	7,7	
Intramurale gehandicaptenzorg	5,8	6,3	6,6	6,7	6,8	6,9
Verpleeghuizen	4,9	5,8	6,1	6,4	6,6	6,8
Totaal intramuraal	5,8	6,7	7,0	7,2	7,4	7,6

Bron: LKG

Tabel A5.11

De verdeling naar werkduur (in % van volledige werkweek)

	1993	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Ziekenhuizen</b>						
uurloner	9,6	9,7	10,8	11,5	10,2	7,9
0 - 20%	0,5	0,4	0,5	0,5	0,6	1,3
20 - 40%	4,6	4,2	3,9	3,5	3,7	4,4
40 - 60%	13,5	15,1	15,5	16,6	17,3	18,5
60 - 80%	8,3	10,4	11,1	12,3	13,9	15,4
80 -100%	21,4	24,7	25,0	22,7	21,7	21,6
fulltimer	42,1	35,5	33,2	32,9	32,6	30,9
Totaal	100	100	100	100	100	100
<b>Academische ziekenhuizen</b>						
uurloner	7,0	6,8	7,0	7,1	9,4	10,2
0 - 20%	0,1	0,2	0,2	0,6	0,1	0,1
20 - 40%	1,0	1,0	1,0	1,0	0,7	0,9
40 - 60%	8,0	8,2	8,0	8,0	7,5	8,1
60 - 80%	11,2	13,9	15,0	16,3	17,2	18,0
80 -100%	33,6	36,5	37,6	38,1	32,3	29,8
fulltimer	39,2	33,4	31,1	28,9	32,7	33,0
Totaal	100	100	100	100	100,0	100,0
<b>Psychiatrische ziekenhuizen</b>						
uurloner	9,3	10,8	10,3	10,7	9,0	
0 - 20%	0,5	0,7	0,8	0,9	1,0	
20 - 40%	3,0	2,9	2,8	2,5	3,0	
40 - 60%	8,5	8,6	8,5	9,1	9,4	
60 - 80%	8,9	10,7	11,7	12,1	13,4	
80 -100%	32,9	36,4	37,6	35,9	35,6	
fulltimer	36,9	29,9	28,4	28,8	28,6	
Totaal	100	100	100	100	100	

(vervolg Tabel A5.11)

	1993	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Intramurale gehandicaptenzorg</b>						
uurloner	10,3	12,1	12,2	13,2	11,8	9,3
0 - 20%	1,4	1,5	1,9	1,9	2,4	3,4
20 - 40%	4,9	5,6	5,9	6,4	7,2	8,1
40 - 60%	11,9	14,2	14,9	16,3	17,5	18,4
60 - 80%	8,2	10,0	11,1	11,7	13,4	14,6
80 -100%	24,7	27,2	28,1	27,2	27,7	27,8
fulltimer	38,7	29,3	25,9	23,3	20,1	18,4
Totaal	100	100	100	100	100	100,0
<b>Verpleeghuizen</b>						
uurloner	13,8	13,1	13,7	14,1	12,3	8,8
0 - 20%	1,5	1,5	1,5	1,4	1,7	2,9
20 - 40%	9,7	9,9	9,8	8,8	9,4	10,6
40 - 60%	13,6	15,3	15,6	17,1	18,5	20,2
60 - 80%	7,9	8,9	9,3	10,4	11,4	12,9
80 -100%	18,7	22,5	23,7	22,0	21,6	21,1
fulltimer	34,8	28,8	26,4	26,2	25,1	23,5
Totaal	100	100	100	100	100	100
<b>Thuiszorg</b>						
0 - 20%					10,2	
20 - 40%					28,6	
40 - 60%					32,7	
60 - 80%					14,0	
80 -100%					9,8	
fulltimer					4,8	
Totaal					100	

Bron: LKG; thuiszorg LVT

Tabel A5.12

*De gemiddelde werkweek (in % van een volledige werkweek) naar leeftijdscategorie (in %)*

	1993	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Ziekenhuizen</b>						
15-25 jaar	97,5	96,5	96,4	96,1	95,5	94,1
25-30 jaar	87,3	86,7	86,6	87,7	87,6	86,6
30-35 jaar	73,8	73,3	73,2	74,8	74,5	72,4
35-40 jaar	71,8	70,5	69,4	70,4	69,6	67,8
40-45 jaar	71,1	72,4	72,7	74,1	73,3	70,9
45 jaar en ouder	70,9	70,8	71,4	73,4	74,0	73,6
Totaal	81,1	79,1	78,4	79,2	78,5	76,7
<b>Academische ziekenhuizen</b>						
15-25 jaar	97,3	96,9	96,0	95,0	96,5	95,3
25-30 jaar	90,6	90,3	90,3	89,7	91,7	92,1
30-35 jaar	83,0	82,3	82,2	81,8	83,5	83,2
35-40 jaar	82,2	79,5	78,7	78,2	79,6	79,6
40-45 jaar	81,0	80,9	81,0	80,0	82,0	81,1
45 jaar en ouder	80,4	79,9	79,5	78,9	81,2	81,5
Totaal	85,3	83,8	83,3	82,4	84,3	84,1
<b>Psychiatrische ziekenhuizen</b>						
15-25 jaar	92,9	89,8	89,8	89,3	88,4	
25-30 jaar	87,9	86,1	86,0	87,6	87,5	
30-35 jaar	82,2	81,1	80,2	81,9	80,6	
35-40 jaar	80,4	78,9	77,9	79,7	78,9	
40-45 jaar	80,4	79,9	80,0	80,8	79,8	
45 jaar en ouder	79,4	78,7	78,3	80,3	80,8	
Totaal	83,3	81,4	80,9	82,2	81,6	

(vervolg Tabel A5.12)

	1993	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Intramurale gehandicaptenzorg</b>						
15-25 jaar	93,4	90,3	88,4	86,2	81,9	77,6
25-30 jaar	84,1	82,1	80,9	81,4	79,8	78,2
30-35 jaar	74,0	71,5	70,8	71,2	70,0	68,5
35-40 jaar	71,3	68,7	67,2	67,4	65,4	63,8
40-45 jaar	74,2	70,7	69,8	69,4	67,1	65,7
45 jaar en ouder	71,4	69,7	68,5	69,7	68,9	68,3
Totaal	80,4	76,7	75,0	74,7	72,5	70,5
<b>Verpleeghuizen</b>						
15-25 jaar	93,7	92,5	91,7	92,6	91,0	88,4
25-30 jaar	80,0	80,8	80,8	81,9	81,1	78,9
30-35 jaar	66,1	65,4	65,5	66,8	66,0	64,1
35-40 jaar	63,0	62,7	62,4	64,2	63,7	61,2
40-45 jaar	64,7	64,2	64,3	66,2	66,0	64,8
45 jaar en ouder	63,3	63,1	63,9	65,9	66,2	66,0
Totaal	75,9	73,8	73,1	73,9	72,7	70,4

Bron: LKG

Tabel A5.13

Het ziekteverzuimpercentage per sector 1994-1999

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Inclusief zwangerschapsverlof</b>						
Ziekenhuizen	7,3	7,5	8,0	7,8	8,0	8,3
Psych. Ziekenhuizen	6,9	7,2	7,4	8,0	8,4	•
Intram. gehandicaptenzorg	7,8	8,1	8,5	9,0	8,9	9,5
Verpleeghuizen	9,4	9,7	9,9	10,2	10,4	11,2
Totaal intramuraal	8,0	8,3	8,5	8,7	8,8	•
Thuiszorg	9,1	8,4	9,5	10,6	11,3	•

(vervolg Tabel A5.13)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Exclusief zwangerschapsverlof</b>						
Ziekenhuizen	5,0	5,5	6,1	5,9	6,0	6,3
Psych. Ziekenhuizen	5,5	6,0	6,0	6,6	7,0	.
Intram. gehandicaptenzorg	6,0	6,2	6,5	7,2	7,2	7,8
Verpleeghuizen	7,3	7,5	7,9	8,2	8,4	9,2
Totaal intramuraal	6,0	6,3	6,7	6,8	6,9	•
Verzorgingshuizen	-	-	-	7,1	7,0	8,7
Thuiszorg	8,3	7,8	8,5	9,2	9,7	•

Bron: Nzi/LVT, CBS en AWOB-Verzuimmonitor, LKG

Tabel A5.14

Het ziekteverzuimpercentage per leeftijdscategorie en naar geslacht

Ziekenhuizen		1993	1995	1996	1997	1998	1999,0
15-25 jaar	inclusief	5,7	5,2	5,2	5,2	5,7	5,8
	exclusief			4,9	4,8	5,4	5,5
25-30 jaar	inclusief	8,4	8,5	8,4	8,8	9,5	10,8
	exclusief			5,9	6,2	6,6	7,3
30-35 jaar	inclusief	10,1	9,9	10,2	10,7	11,7	13,7
	exclusief			6,3	6,4	7,1	7,9
35-40 jaar	inclusief	7,8	7,2	7,6	7,9	8,4	9,7
	exclusief			6,0	6,3	6,7	7,5
40-45 jaar	inclusief	7,4	6,3	6,2	6,3	6,9	7,6
	exclusief			6,0	6,0	6,7	7,4
45 jaar en ouder	inclusief	8,0	6,9	7,4	7,5	8,2	8,7
	exclusief			7,4	7,5	8,2	8,7
Totaal	inclusief	7,8	7,5	7,7	7,9	8,6	8,9
	exclusief			6,1	6,2	6,8	7,1
Vrouwen	inclusief	8,3	8,1	8,2	8,5	9,2	9,6
	exclusief			6,3	6,5	7,1	7,4
Mannen		5,3	4,6	4,9	5,0	5,3	5,4

(vervolg Tabel A5.14)

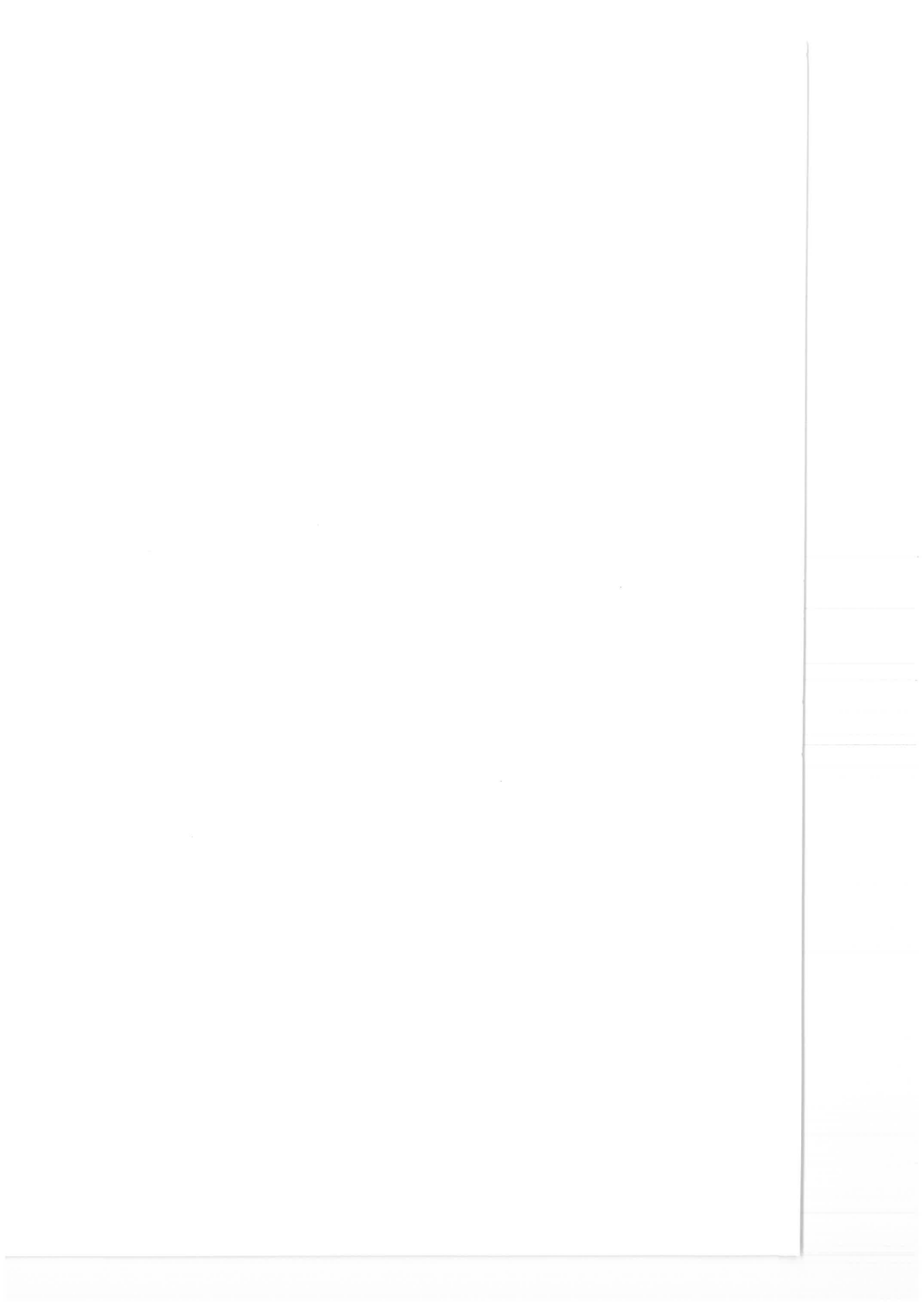
<b>Psychiatrische ziekenhuizen</b>		1993	1995	1996	1997	1998	
15-25 jaar	inclusief	7,2	5,6	5,1	5,1	5,0	
	exclusief			4,8	4,7	4,9	
25-30 jaar	inclusief	8,7	8,4	8,2	8,5	8,1	
	exclusief			6,6	6,5	6,4	
30-35 jaar	inclusief	9,4	8,6	9,4	10,2	11,4	
	exclusief			7,0	7,7	8,1	
35-40 jaar	inclusief	8,7	8,1	7,6	8,0	9,2	
	exclusief			6,6	7,1	8,1	
40-45 jaar	inclusief	7,8	7,5	7,2	7,4	7,6	
	exclusief			7,0	7,2	7,4	
45 jaar en ouder	inclusief	9,3	7,8	7,7	8,3	8,6	
	exclusief			7,7	8,3	8,6	
totaal	inclusief	8,7	7,9	7,9	8,3	8,7	
	exclusief			6,8	7,2	7,6	
vrouwen	inclusief	10,2	9,5	9,4	9,6	10,3	
	exclusief			7,7	7,9	8,4	
mannen		6,6	5,7	5,6	6,2	6,3	
<b>Intramurale gehandicaptenzorg</b>							
15-25 jaar	inclusief	6,5	5,7	5,7	5,5	5,7	5,6
	exclusief			5,4	5,2	5,3	5,3
25-30 jaar	inclusief	9,6	9,2	9,6	9,7	10,6	10,8
	exclusief			7,3	7,5	7,9	8,4
30-35 jaar	inclusief	10,1	10,7	11,7	12,5	13,2	13,6
	exclusief			8,1	8,5	9,3	9,8
35-40 jaar	inclusief	8,6	8,0	8,6	8,8	9,9	10,1
	exclusief	7,3	7,6	8,5	8,8		
40-45 jaar	inclusief	8,9	7,3	7,5	8,1	8,3	8,6
	exclusief	7,4	8,0	8,1	8,4		
45 jaar en ouder	inclusief	8,3	8,4	8,5	8,8	9,1	8,8
	exclusief	8,5	8,8	9,1	8,8		
totaal	inclusief	8,6	8,4	8,8	9,1	9,6	10,2
	exclusief	7,2	7,5	8,0	8,6		
vrouwen	inclusief	9,2	9,0	9,4	9,7	10,2	10,9
	exclusief	9,2	9,0	7,4	7,7	8,2	8,9
mannen		6,8	6,0	6,7	6,9	7,2	7,4



(vervolg Tabel A5.14)

Verpleeghuizen		1993	1995	1996	1997	1998	1999
15-25 jaar	inclusief	8,7	7,7	7,7	7,4	7,9	8,8
	exclusief			7,1	6,9	7,2	8,2
25-30 jaar	inclusief	12,8	11,9	12,4	12,2	13,7	14,6
	exclusief			9,6	9,3	10,4	11,0
30-35 jaar	inclusief	12,4	11,7	12,4	13,0	14,2	15,5
	exclusief			9,0	9,3	10,3	11,3
35-40 jaar	inclusief	10,3	8,9	9,0	9,3	10,1	11,3
	exclusief			8,1	8,5	9,1	10,3
40-45 jaar	inclusief	9,2	8,5	8,6	8,9	9,1	9,7
	exclusief			8,5	8,7	9,0	9,5
45 jaar en ouder	inclusief	9,8	8,7	9,3	9,1	9,9	10,5
	exclusief			9,3	9,1	9,9	10,5
totaal	inclusief	10,5	9,6	9,9	10,0	10,8	11,7
	exclusief			8,6	8,6	9,3	10,1
vrouwen	inclusief	10,7	9,9	10,2	10,3	11,2	12,1
	exclusief			8,7	8,7	9,5	10,3
mannen		8,0	7,1	7,4	7,3	7,4	7,8

Bron: LKG



## 6 Onderwijs

Vanwege de invoering van een nieuw stelsel van onderwijs voor verpleging en verzorging per augustus 1997 is het zinvol om de informatie over het onderwijs zoveel mogelijk aan te passen aan de nieuwe situatie. Daarom zijn de oude opleidingen van voor de invoering van het nieuwe stelsel zoveel mogelijk gehergroepeerd naar dat nieuwe stelsel. Daarbij zijn ongetwijfeld keuzes gedaan die bediscussieerbaar zijn. Om de grote lijn van de ontwikkeling te kunnen volgen is er over deze bezwaren heen gestapt. De precieze toedeling is te vinden in de bijlagetabel A6.1.

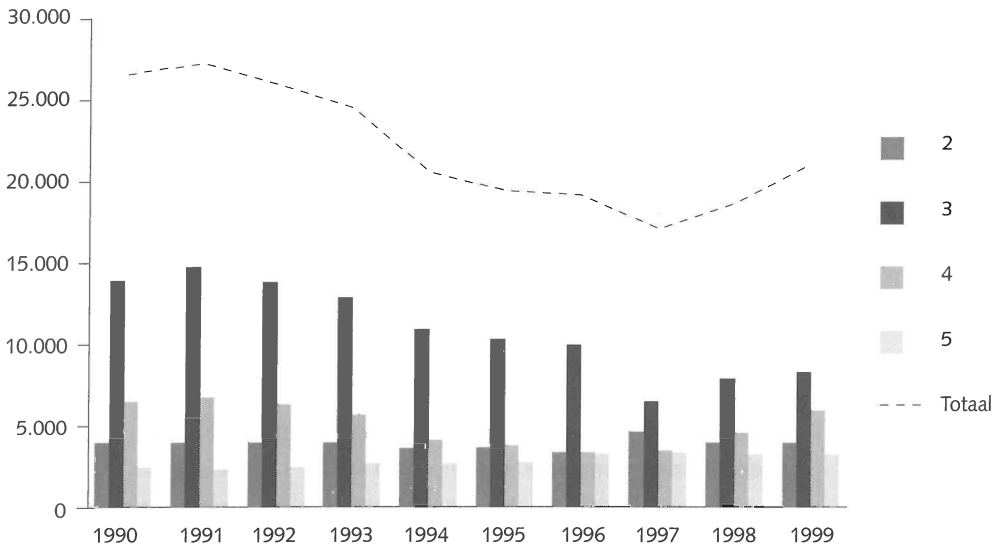
Er wordt aandacht besteed aan de instroom in de V&V opleidingen, de verwachte uitstroom aan gediplomeerden en de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt.

### 6.1 De instroom in de opleidingen (bijlagetabel A6.1)

Ook in 1999 is de instroom in de opleidingen ten opzichte van het voorgaande jaar toegenomen. In 1998 nam voor het eerst sinds 1991 de toestroom naar de opleidingen voor het verpleegkundig en verzorgend onderwijs weer toe. Figuur 6.1 laat zien dat de totale instroom in deze opleidingen van 27.000 per jaar tot nog geen 17.000 in 1997 is afgenomen. In 1998 wordt een aantal van ruim 18.000 bereikt. In 1999 wordt de 20.600 overschreden.

Was er jarenlang sprake van een toename van de beroepsopleidende leerweg (BOL oftewel voorheen het dagonderwijs), deze lijkt zich nu te stabiliseren. De beroepsbegeleidende leerweg (BBL oftewel voorheen inservice of leerlingwezen) die de afgelopen jaren sterk is afgenomen vertoont na een dieptepunt in 1997 weer een stijgende lijn.

Overigens gaat het hier om ramingen. In de toelichting op tabel A6.1 is weergegeven hoe we te werk gegaan zijn.



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

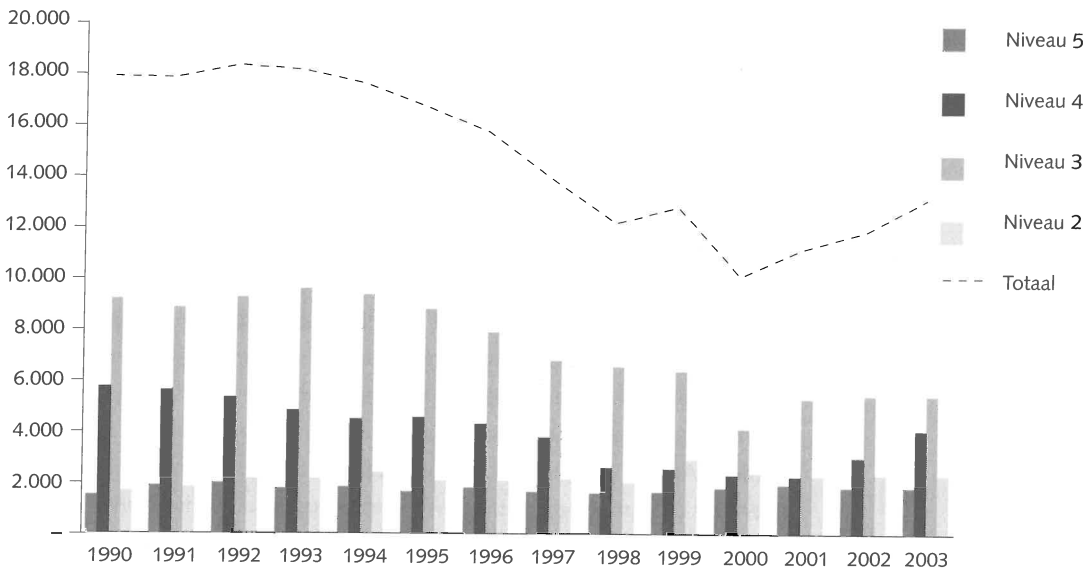
Kijken we naar de verschillende niveaus dan stellen we vast dat vooral de niveaus 3 en 4 een sterke daling achter de rug hebben, maar nu weer het snelst aan het groeien zijn.

De vooruitzichten voor de instroom in de opleidingen voor de komende jaren zijn niet ongunstig. In het Convenant dat sociale partners en overheid medio 1999 afsloten is er sprake van een subsidieregeling voor de BBL variant. Verder groeit in den lande door het regionaal toepassen van arbeidsmarktverkenningen het besef dat het noodzakelijk is om de instroom te verhogen. Dit is ook in principe mogelijk omdat het potentieel aan instromers licht stijgt: het aantal mavo/havo/vwo-schoolverlaters neemt in ons land de komende jaren licht toe en de belangstelling onder hen voor een beroep in de zorgsector is niet veel minder dan vroeger (Lagendijk, 1992 en 1998) het geval was.

## 6.2 Het aantal behaalde diploma's (bijlagentabel A6.2)

Voor een precies overzicht over de behaalde diploma's naar specifieke opleidingen verwijzen we naar tabel A6.2 van de bijlage. We gaan hier in op de grote lijn.

Naar verwachting zal pas na 2000 aan de jarenlange daling van het aantal nieuw gediplomeerden een einde komen. Verkregen in 1992 nog 18.000



*Figuur 6.2: (Verwacht) aantal nieuw gediplomeerden 1990-2003 verpleging en verzorging naar niveau*

mensen een diploma voor verpleging of verzorging, in 2000 zal dat tot ruim 10.000 afgenomen zijn. Een en ander is uiteraard het gevolg van de forse afname in de instroom sinds het begin van de jaren negentig.

Bij deze berekeningen is er vanuit gegaan dat de nieuwe opleidingen een vergelijkbaar studierendement kennen als de opleidingen onder het oude stelsel (zie tabel A6.4 van de bijlage).

Overigens geldt dat voor een aantal opleidingen, met name de inservice-opleidingen de laatste jaren al met ramingen gewerkt moest worden om het aantal diplomaverkrijgers vast te stellen. Dit heeft te maken met de overgang van de registratie van diploma's door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar het BIG-register dat weliswaar een wettelijk kader heeft, maar waarin veel minder gegevens worden vastgelegd.

Met de invoering van het nieuwe stelsel is een en ander onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van OC&W terechtgekomen. de verzameling van gegevens loopt mee in de CBS-onderwijsstatistieken. Hierdoor zal dit probleem geleidelijk aan verdwijnen.

### 6.3 Aansluiting opleiding arbeidsmarkt (bijlagetabellen A6.5.1 t/m A6.5.3)

De opleidingen in het leerlingwezen en inservice-onderwijs kenden van oudsher een goede aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt door hun opzet van werkend leren. Voor de nieuwe opleidingen met een beroepsbegeleidende leerweg geldt grosso modo hetzelfde.

Ook voor de dagopleidingen van het verpleegkundig en verzorgend onderwijs op middelbaar en hoger niveau geldt dat ze in verhouding tot andere beroepsopleidingen op dit aspect vrij gunstig scoren.

De werkloosheid één tot anderhalf jaar na het afsluiten van de opleiding is doorgaans laag: lager dan het gemiddelde van andere opleidingen op hetzelfde niveau. Over de aansluiting tussen opleiding en werk hebben de voormalige studenten een jaar na afstuderen over het algemeen een gunstig oordeel. Andere gezondheidszorgopleidingen dan verpleging doen het overigens op dit punt nog iets beter; de verpleegopleidingen kunnen zich goed spiegelen aan het landelijk gemiddelde van alle hbo-opleidingen.

Ongunstig steekt de verpleging op hbo-niveau af waar het gaat om het loon dat men verdient een jaar na het afsluiten van de opleiding. Dit bedraagt in 1999 bruto f 22,04 per uur. Dat is lager dan het gemiddelde van alle gezondheidszorgopleidingen (f 26,07) en ook lager dan het gemiddelde van alle hbo-opleidingen met f 25,47.

In dit bedrag is ook de onregelmatigheidstoeslag begrepen. Doorgaans maakt dat in de intramurale zorg rond de 10% van het inkomen uit. Omdat niet alle hbo-ers in de intramurale zorg werken en onregelmatig werk verrichten zal dit percentage voor de gehele groep wat lager uitkomen.

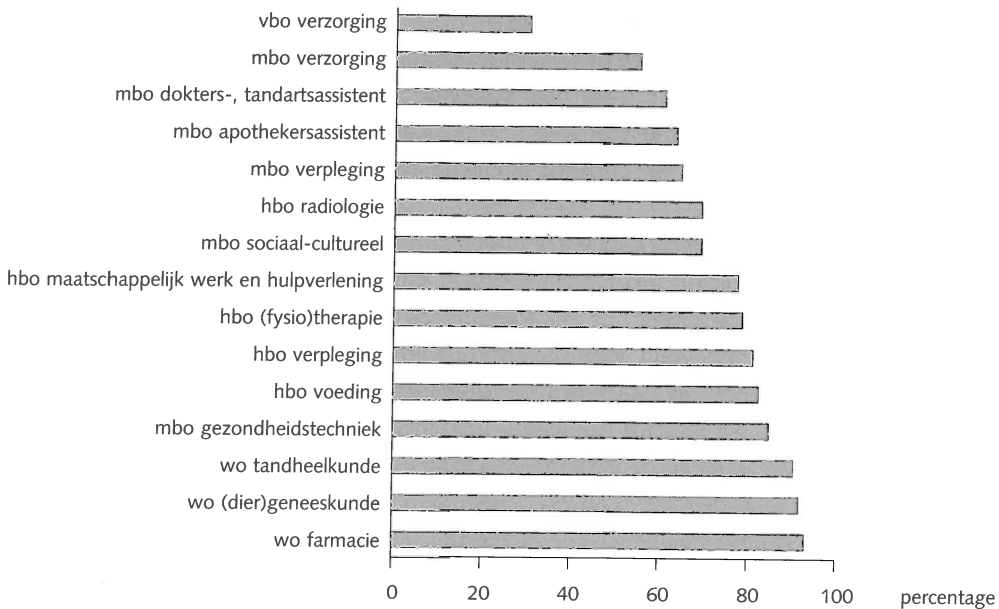
De mbo-opleidingen daarentegen scoren wat betreft beloning beter dan vergelijkbare opleidingen. Bij verpleging en verzorging niveau 3/4 is de werkloosheid laag, heeft men weinig tijd nodig om een baan te vinden en is 86% van oordeel dat de opleiding goed of voldoende aansluit bij de functie die men nu vervult, terwijl voor alle mbo-opleidingen op dat niveau 75% dit oordeel heeft.

Op kwalificatieniveau 1-2 is dit oordeel minder gunstig. Ook de werkloosheid steekt onder deze schoolverlaters verhoudingsgewijs ongunstig af.

### 6.4 De ooit opgeleiden

Bekeken we de aansluiting opleiding arbeidsmarkt hiervoor op de korte termijn, het is ook van belang om naar de lange termijn te kijken. Zo kunnen we kijken naar het totaal aantal mensen in de bevolking van 15-65 jaar met een verpleegkundige of verzorgende opleiding als hoogste opleiding.

Degenen die na deze opleiding nog een hogere vervolgopleiding hebben



*Figuur 6.3: Participatiegraad per opleidingstype*

Bron: Bewerking gegevens ROA

gedaan blijven dan buiten beschouwing. Het aandeel werkzamen op dit totaal noemen we de participatiegraad. Degenen die niet participeren, dus niet werken, kunnen werkloos zijn of er voor gekozen hebben niet op de arbeidsmarkt actief te zijn. We zien dat degenen met een gezondheidszorgopleiding in totaliteit een lagere participatiegraad kennen dan het gemiddelde van alle opleidingen 61%. Vergeleken met allerlei andere gezondheidszorgopleidingen scoren de verpleegkundige en verzorgende opleidingen minder goed. Hoe hoger het niveau van de opleiding, hoe hoger de participatiegraad (zie figuur 6.3).

We kunnen deze lage participatiegraad bij degenen met een verpleegkundige of verzorgende opleiding ook vanuit een andere optiek benaderen: er is waarschijnlijk nog een groot potentieel aan mensen die mogelijk te interesseren zijn voor een baan in de zorg. Dit geldt vooral voor verzorgenden, zowel op vbo- als mbo-niveau.

## 6.5 Samenvatting en vooruitblik

Aan de jarenlange daling van de instroom in de opleidingen voor verpleging en verzorging is sinds 1998 een einde gekomen. In 1999 zien we een verdere toename van de instroom. Wel zal als gevolg van deze daling het aantal mensen dat een opleiding met een diploma afrondt pas na 2000 gaan toenemen.

Wat betreft de aansluiting opleiding arbeidsmarkt kunnen de verpleegkundige opleidingen zich goed spiegelen aan het landelijke gemiddelde van alle hbo-opleidingen. De mbo-opleidingen steken zelfs gunstig af. In tegenstelling tot de mbo opgeleiden die qua beloning relatief gunstig afsteken ten opzichte van vergelijkbare opleidingen geldt dit niet voor de hbo-verpleging. Ook ten opzichte van andere gezondheidszorgopleidingen blijft men achter. Met name bij de verzorgenden blijkt er een groot potentieel aan mensen te zijn die wel een opleiding achter de rug hebben, maar nu niet actief zijn op de arbeidsmarkt. Gezien de dreiging van tekorten aan personeel voor de komende jaren, zeker bij de ouderenzorg, is dit een belangwekkend gegeven.



## Bijlagetabellen Hoofdstuk 6

Tabel A6.1

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

	1990	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Niveau 5</b>	2342	2523	2944	3077	2905	2899
hbo-v	2342	2523	2744			
5 BBL			200	300	407	640
5 BOL				2770	2498	2259
<b>Niveau 4</b>	6455	3373	3046	3175	4297	5976
inservice A	3563	2003	1869			
inservice B	1199	584	496			
inservice Z	1693	786	681			
4 BBL				1276	2178	3720
4 BOL				1899	2119	2256
<b>Niveau 3</b>	13870	9896	9766	6110	7662	8391
ziekenverzorgenden	5379	2809	2825			
bejaardenverzorgenden	1413	1220	1225			
gezinsverzorgenden	1053	318	225			
kraamverzorgenden	130	82	90			
oud 3 BBL	7975	4429	4365			
3 BBL				1696	3837	4736
mdgo-vp	1189	1672	1751			
mdgo-vz lang	4706	3795	3650			
oud 3 BOL	5895	5467	5401			
3 BOL				4414	3825	3655

(vervolg Tabel A6.1)

	1990	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Niveau 2</b>	3790	3305	3104	4324	3500	3397
mdgo-vz kort	1276	2638	2629			
2 BOL				3876	2738	2245
bejaardenhelpenden	647	393	265			
gezinshelpenden	538	67	20			
verzorgingsassistenten	1329	207	190			
oud 2 BBL	2514	667	475			
2 BBL				448	762	1152
<b>Totaal</b>	26457	19097	18860	16686	18364	20663
Index (1990=100)	100,0	72,2	71,3	63,1	69,4	78,1

Bronnen: RegioMarge, OVDB, CBS, HBO-raad en bewerking van gegevens van het ministerie van OC&W

#### *Toelichting op toedeling*

BBL = beroepsbegeleidende leerweg

BOL = beroepsopleidende leerweg

Niveau 5 betreft alleen de voltijdse opleiding.

Voor 1992 en 1996 zijn de volgende toedelingen gehanteerd:

Niveau 4 BBL = inservice A,B,Z

Niveau 3 BBL = ziekenverzorgenden + bejaarden-, kraam- en gezinsverzorgenden OVDB

Niveau 3 BOL = mdgo-vp en mdgo-vz lang

Niveau 2 BBL = bejaarden- en gezinshelpenden

Niveau 2 BOL = mdgo-vp kort

#### *Methode van schatting instroom 1998, niveaus 2 t/m 4*

Het aantal aanwezige leerlingen in 1998 en 1999 zijn onder te verdelen in de 1e jaars, 2e jaars en 3e jaars.

Bij de opleidingen tot verpleegkundige (4-jarig) en verzorgende (3-jarig) zijn we ervan uitgegaan dat de helft van de leerlingen die de eindstreep van de opleiding niet halen in het eerste jaar uitvallen. Omdat de opleiding tot helpende tweejarig is hebben we hier aangenomen dat tweederde van de leer-

lingen die de eindstreep niet halen uitvallen in het eerste jaar. Als dit wordt toegepast kan geschat worden hoeveel 2e en 3e jaars aanwezig zijn en dus ook hoeveel 1e jaars. Deze 1e jaars vormen de instroom in de opleiding. Van de huidige V&V-opleidingen zijn nog geen studierendementscijfers beschikbaar. Hiervoor worden de rendementscijfers gebruikt van de meest gelijkende opleiding uit het oude stelsel van V&V-onderwijs (zie tabel A6.4). In de voor 1998 en 1999 verkregen instroomcijfers zit nog een mogelijke fout. We hebben namelijk geen zicht op de omvang van het aantal leerlingen die in de loop van het eerste jaar veranderen van leerweg (bijvoorbeeld van BOL naar BBL). Met bovenstaande rekenmethode zal in 1997 de instroom in de BOL te hoog zijn (in het geval van switchen van BOL naar BBL) en de instroom in de BBL te laag. Dit wordt in 1998 volledig gecompenseerd. Voor berekeningen op de middellange tot langere termijn zal dit een te verwaarlozen fout opleveren.

Tabel A6.2

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

	1990	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Niveau 5</b>	1431	1708	1522	1607	1513	1606
hbo-v	1431	1708	1522	1607	1513	1606
5 BBL						
5 BOL						
<b>Niveau 4</b>	5658	4355	4412	4170	3625	2472
inservice A	3705	2651	2678	2479	2060	1458
inservice B	629	606	614	575	499	282
inservice Z	1324	1098	1121	1116	1065	733
4 BBL						
4 BOL						

(vervolg Tabel A6.2)

	1990	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Niveau 3</b>	9238	9252	8699	7830	7004	6913
ziekenverzorgenden	3749	3209	3041	2741	2026	1688
bejaardenverzorgenden	757	1096	911	834	793	956
gezinsverzorgenden	1053	869	770	337	261	190
kraamverzorgenden	0	68	72	48	51	69
oud 3 BBL	5559	5242	4794	3960	3131	2903
3 BBL						
mdgo-vp	578	883	954	1091	1114	1227
mdgo-vz lang	3101	3127	2951	2779	2759	2783
oud 3 BOL	3679	4010	3905	3870	3873	4010
3 BOL						
<b>Niveau 2</b>	1570	2309	2011	1982	2057	1835
mdgo-vz kort	0	1267	1416	1554	1652	1618
2 BOL						
bejaardenhelpenden	316	237	239	233	219	176
gezinshelpenden	538	162	156	81	50	10
verzorgingsassistenten	716	643	200	114	136	31
oud 2 BBL	1570	1042	595	428	405	217
2 BBL						
<b>Totaal</b>	17897	17624	16644	15590	14199	12826
Index (1990=100)	100,0	98,5	93,0	87,1	79,3	71,7

Examenkandidaten onder auspiciën van OVDB in de thuiszorg:

Verzorgende C	292	–	253	
Verzorgingshulp B	355	–	432	
Thuishulp A	1386	899	1137	889

N.B. Cursief betekent raming.

Bronnen: RegioMarge, OVDB, CBS, HBO-raad en bewerking van gegevens van het ministerie van OC&amp;W

Tabel A6.3

Totaal aantal leerlingen in de V&amp;V-opleidingen 1990-1999

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

*(vervolg Tabel A6.3)*

	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Totaal</b>	60873	55874	51579	49060	49384	48404	49420
index(1990=100)	100,0	91,8	84,7	80,6	81,1	79,5	81,2
hbo-deeltijd	2095	1770	1905	1935	2042	2053	1969

Bronnen: RegioMarge, OVDB, CBS, HBO-raad en bewerking van gegevens van het ministerie van OC&W

*Tabel A6.4*  
*Studierendement V&V-opleidingen*

	Beroepsbegeleidende leerweg	Beroepsopleidende leerweg
Verpleegkundige (niveau 5)	70 %	56 %
Verpleegkundige (niveau 4)	70 %	58 %
Verzorgende (niveau 3)	71 %	65 %
Helpende (niveau 2)	64 %	62 %

Bron: Evers en Van der Windt

Van de huidige V&V-opleidingen zijn nog geen studierendementscijfers beschikbaar. Hiervoor worden de rendementcijfers gebruikt van de meest gelijkende opleiding uit het oude stelsel van V&V-onderwijs. De tabel betreft dus geraamde gegevens.

*Tabel A6.5.1*  
*Aansluiting onderwijs arbeidsmarkt hbo-v voltijd*

	1991	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Geslacht in %</b>						
man	13	8	11	11	9	11
vrouw	87	92	89	89	91	89

(vervolg Tabel A6.5.1)

	1991	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Duur intrede werkloosheid in %</b>						
0 maanden	84	71	82	86	88	88
1-3 maanden	15	23	15	13	10	10
4-6 maanden	1	4	3	1	1	2
> 6 maanden	0	2	1	0	0	1
<b>Werkloos in %</b>						
ja	1	2	2	1	1	1
nee	99	98	98	99	99	99
<b>Maatschappelijke positie</b>						
betaald werk	92	87	86	93	91	89
studie	3	8	10	6	7	8
werkzoekend	1	1	3	0	1	1
anders	4	3	1	1	1	2
<b>Loondienst</b>						
ja	93	81	81	83	91	92
nee	7	19	19	17	9	8
<b>Aanstelling</b>						
vast	79	69	67	71	78	83
tijdelijk	21	31	33	29	22	17
<b>Arbeidsduur</b>						
% fulltime	67	53	60	65	63	64
<b>Belangrijkste beroepen werkzaam:</b>						
Verpleegkundige	66	24	56	57	60	71
Wijk/schoolverpleegkundige	19	18	10	10	6	
Zieken/zwakzinnigenverzorger	6	32	14	6	7	5
Groepsleider				6		
Ambulance/GGZ-verpleegkundige		8			5	

(vervolg Tabel A6.5.1)

	1991	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Belangrijkste bedrijfstakken werkzaam:</b>						
Algemene ziekenhuizen	39	24	31	42	47	42
Academische ziekenhuizen	14	7	8	6	8	14
Categorale ziekenhuizen			6			
Psychiatrische inrichtingen/ kliniek	7	11	13	11	11	12
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	6					
Extramurale medische verzorging	17	11	7	8	7	
Gehandicaptenzorg		19	12	9	8	6
<b>Bruto-urloon in glds</b>						
hbo verpleging	-	19,30	18,70	19,20	21,38	22,04
Hoger Gezondheids Onderwijs (vt)	-	21,40	20,70	21,30	23,70	26,07
hbo (totaal)	-	20,80	20,60	21,90	23,87	25,47
<b>Oordeel aansluiting opleiding en werk (% voldoende of goed)</b>						
hbo-verpleging		79	73	83	84	86
Hoger Gezondheids- Onderwijs (vt)		83	78	85	88	89
hbo (totaal)		80	79	81	84	85
<b>% dat zelfde opleiding gekozen zou hebben</b>						
hbo-verpleging		83	79	78	78	75
Hoger Gezondheids- Onderwijs (vt)		83	81	80	81	81
hbo (totaal)		79	80	80	80	80

Bron: HBO-monitor



Tabel A6.5.2  
Aansluiting onderwijs arbeidsmarkt hbo-v-deeltijd

	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Geslacht in %</b>					
man	16	16	11	19	17
vrouw	84	84	89	81	83
<b>Duur intrede werkloosheid in %</b>					
0 maanden	94	90	86	95	93
1-3 maanden	4	5	6	4	3
4-6 maanden	1	2	5	0	1
> 6 maanden	1	3	3	1	3
<b>Werkloos in %</b>					
ja	0	1	3	1	2
nee	100	99	97	99	98
<b>Maatschappelijke positie</b>					
betaald werk	95	94	96	94	92
studie	1	3	1	2	
werkzoekend	2	4	0	1	1
anders	3	2	1	4	4
<b>Loondienst</b>					
ja	91	81	83	87	97
nee	9	19	17	13	3
<b>Aanstelling</b>					
vast	87	81	71	90	91
tijdelijk	13	19	29	10	9
<b>Arbeidsduur</b>					
% fulltime	38	29	37	40	40

(vervolg Tabel A6.5.2)

	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Belangrijkste beroepen werkzaam:</b>					
Verpleegkundige	23	40	36	44	48
Wijk/schoolverpleegkundige	22	20	13	12	12
Zieken/zwakzinnigenverzorger	16		6		
Hoofdverpleegkundige	10	15	5	8	15
Ambulance/GGZ-verpleegkundige				13	
<b>Belangrijkste bedrijfstakken werkzaam:</b>					
Algemene ziekenhuizen	21	24	18	36	28
Academische ziekenhuizen			7	8	12
Categorale ziekenhuizen				7	
Psychiatrische inrichtingen/ klinieken	10	13	11	10	7
Ambulante geestelijke gezondheidszorg					
Extramurale medische verzorging	19	16	8	9	13
Gehandicaptenzorg	8		5		
Gezinsverzorging/hulp			6		
Verpleeghuis	13	11	5		8
Welzijnszorg met huisvesting					
<b>Bruto-uurloon in glds</b>					
hbo-verpleging	25,10	25,00	25,40	26,22	28,63
Hoger Gezondheids- Onderwijs (dt)	26,00	26,30	28,30	29,73	32,32
hbo (totaal)	20,80	20,60	21,90	23,87	25,47
<b>Oordeel aansluiting opleiding en werk (% voldoende of goed)</b>					
hbo-verpleging	78	72	75	78	88
Hoger Gezondheids- Onderwijs (dt)	84	77	85	82	86
hbo (totaal)	80	79	81	84	85

(vervolg Tabel A6.5.2)

	1995	1996	1997	1998	1999
<b>% dat zelfde opleiding gekozen zou hebben</b>					
hbo-verpleging	88	91	88	85	81
Hoger Gezondheids- Onderwijs (dt)	88	90	80	87	86
hbo (totaal)	79	80	80	80	80

Bron: HBO-monitor

Tabel A6.5.3

Aansluiting onderwijs arbeidsmarkt verpleging en verzorging  
BOL niveau 3-4

	1997	1998
<b>Geslacht in %</b>		
man	5	6
vrouw	95	94
<b>Gem. intredewerkloosheid in maanden</b>		
	0,5	0,3
<b>Werkloosheid tijdens enquête in %</b>		
	1	1
<b>Bestemming van schoolverlaters in %</b>		
studie	23	26
BBL	20	7
betaald werk	56	64
werkloos	1	1
anders	0	2
<b>Belangrijkste beroepen werkzaam:</b>		
Verzorgend personeel	36	41
Verpleeghulp en leerling-verpleegkundigen	20	8
Verpleegkundigen en doktersassistenten	18	26
Ziekenverzorgende	12	15
Hulpkrachten horeca en verzorging	7	

(vervolg Tabel A6.5.3)

	1997	1998
<b>Belangrijkste bedrijfstakken werkzaam:</b>		
Welzijnszorg	52	61
Gezondheidszorg	23	32
Gezondheids-/welzijnszorg	18	
<b>Oordeel van werkenden over aansluiting opleiding en huidige functie in %:</b>		
goed	48	56
voldoende	38	32
matig	11	8
slecht	4	4
mbo BOL 3/4 totaal (goed en voldoende)	75	79
<b>Gemiddeld bruto-uurloon:</b>		
mbo Verpleging en verzorging	14,98	16,40
mbo niveau 3/4 totaal	14,32	16,07

Bron: ROA

Tabel A6.5.4

Aansluiting onderwijs arbeidsmarkt verpleging en verzorging

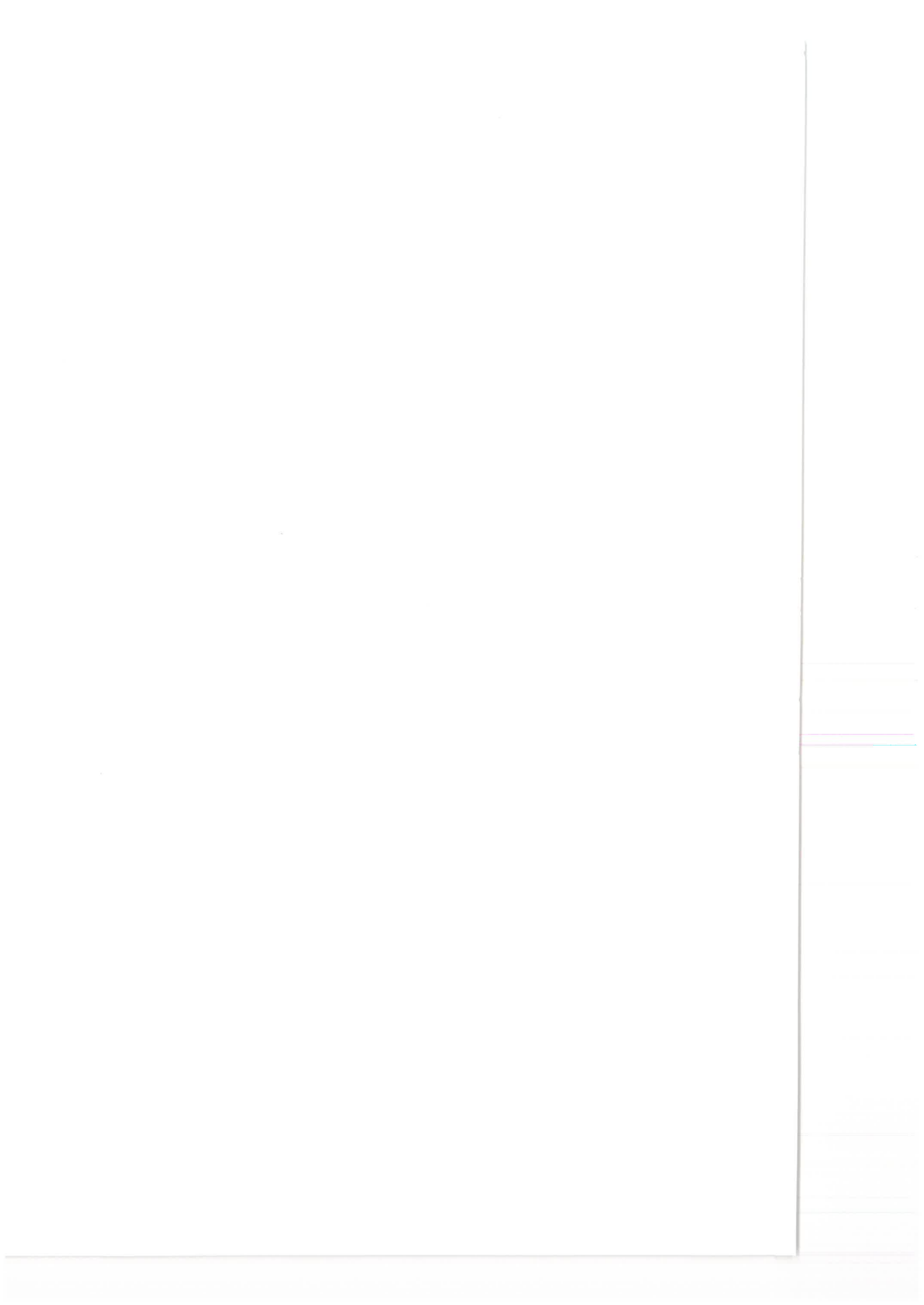
BOL niveau 1/2

	1997	1998
<b>Geslacht in %</b>		
man	5	4
vrouw	95	96
<b>Gem. intredewerkloosheid in maanden</b>		
	1,8	0,8
<b>Werkloosheid tijdens enquête in %</b>		
	6	9

(vervolg Tabel A6.5.4)

	1997	1998
<b>Bestemming van schoolverlaters in %:</b>		
studie	28	38
BBL	20	9
betaald werk	47	48
werkloos	2	1
anders	3	4
<b>Belangrijkste beroepen werkzaam in %:</b>		
Verzorgend personeel	36	41
Verpleeghulp en leerling-verpleegkundigen	20	8
Verpleegkundigen en doktersassistenten	18	26
Ziekenverzorgende	12	15
Hulpkrachten horeca en verzorging	7	
<b>Belangrijkste bedrijfstakken werkzaam in %:</b>		
Welzijnszorg	38	41
Gezondheidszorg	9	15
Gezondheids-/welzijnszorg	22	
Detailhandel	12	10
<b>Oordeel van werkenden over aansluiting opleiding en huidige functie in %:</b>		
goed	47	41
voldoende	22	21
matig	10	4
slecht	22	
	33	
mbo BOL 1/2 totaal (goed en voldoende)	76	72
<b>Gemiddeld bruto-uurloon in glds</b>		
mbo Verpleging en verzorging 1/2	11,56	11,93
mbo 1/2 totaal	10,80	12,41

Bron: ROA



## 7

# Functies en salaris

Zorgsectoren verschillen in het zorgaanbod dat zij doen. Niet alleen heeft men te maken met andere cliënten/patiëntengroepen, maar ook het vereiste kwalificatie- en functieniveau zal verschillen. Zo loopt het scala van functieniveaus bij de verpleegkundige en verzorgende beroepen uiteen van betrekkelijk eenvoudige huishoudelijke verzorging tot complexe, sterk gespecialiseerde verpleging (Commissie Kwalificatiestructuur, 1996). In dit hoofdstuk gaan we per sector na hoe de personeelssamenstelling naar functieniveaus is en hoe die zich de afgelopen jaren ontwikkeld heeft. In sectoren waar weinig of niets over functieniveaus bekend is zullen we naar ontwikkelingen in het kwalificatieniveau kijken.

Ten slotte kijken we naar het salarisniveau en de veranderingen die zich voordoen. De ontwikkelingen hierin kunnen redelijk goed beoordeeld worden omdat we eerder al naar achterliggende factoren als personeelssamenstelling naar leeftijd, functieniveau en het verloop van personeel gekeken hebben.

### 7.1 Functies

Van instellingen waar de CAO-Ziekenhuizen van toepassing is en voor de academische ziekenhuizen is een redelijk nauwkeurig beeld te geven hoe de verpleging en verzorging zich ontwikkeld hebben gelet op de functieniveaus. In deze instellingen is de FWG (FunctieWaarderingGezondheidszorg) of BBRA van toepassing. Hoewel voor de verzorgingshuizen en de thuiszorg slechts beperkt materiaal beschikbaar is, zal ook hier aan dit vraagstuk aandacht worden besteed. Voor 1999 is er voor deze beide sectoren nog geen actuele informatie.

*Intramuraal<sup>1</sup>*

In figuur 7.1 is per sector aangegeven hoe in 1999 de verdeling van het verpleegkundig en verzorgend personeel is over de verschillende FWG-schalen. Deze vormen een indicatie voor het niveau van de functie die men uitoefent. Een laag schaalnummer impliceert een lage functie en een lager salaris. Voor de academische ziekenhuizen is gebruikgemaakt van de BBRA-schalen. Daarbij is schaal 4 gelijkgesteld aan FWG 30, 5 aan FWG 35 enzovoort. Deze schalen komen weliswaar niet exact overeen, met name de uitloop is verschillend, maar voor een vergelijking op hoofdlijnen zoals hier is dat niet problematisch. Tussen de sectoren doen zich aanmerkelijke verschillen voor in de verdeling over de verschillende schalen.

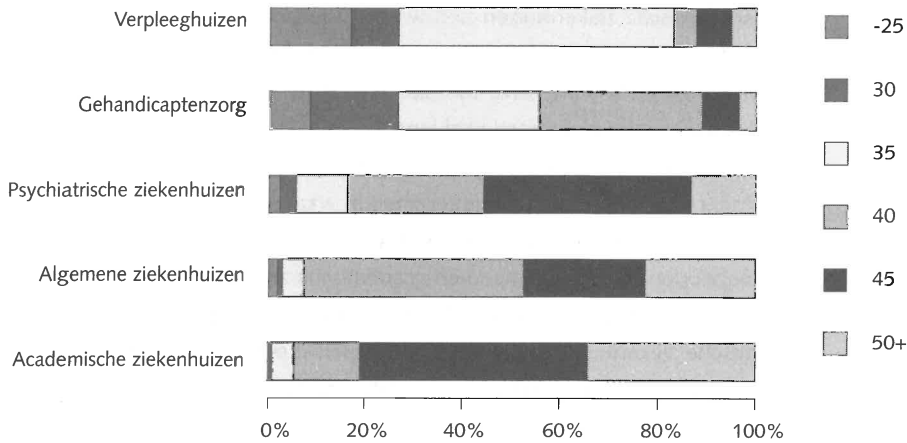
In verpleeghuizen is een kwart van de verpleegkundigen en verzorgenden ingedeeld in schaal 30 of lager. Ook in de intramurale gehandicaptenzorg is een zo groot deel van het personeel in verpleging en verzorging op dit schaalniveau ingedeeld. In de (psychiatrische) ziekenhuizen komen deze schaalniveaus nauwelijks voor. Hetzelfde geldt voor het voorkomen van schaalniveau 35, het niveau waarop een ziekenverzorgende normaal gesproken ingedeeld is. Een meerderheid van het personeel in verpleeghuizen is juist hier op ingeschaald.

De hogere schalen namelijk 45 en hoger komen veel voor in de ziekenhuizen. In de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen is hun aandeel veel geringer. Wanneer we aannemen dat zo'n 5% van de functies managementfuncties omvat (V.d. Windt en Vlemmix 1996) dan kunnen we concluderen dat er in de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen weinig specialistische functies voorkomen, waar dat in de (psychiatrische) ziekenhuizen wel het geval is. Bij de academische ziekenhuizen valt op dat schaal 7 (FWG 45) de meest voorkomende is en ook de hoogste schaal in vergelijking met andere sectoren veel voorkomt.

Interessant is ook de ontwikkeling die zich in de sectoren de afgelopen jaren heeft voorgedaan. Tabel 7.1 geeft hier voor de intramurale gezondheidszorg een beeld van.

<sup>1</sup> De gegevens zijn gebaseerd op personen. Dit betekent dat in FTE's het beeld er iets anders uit kan zien. Welke optiek relevant is hangt van de vraagstelling af. Ligt de nadruk op het werk dat in een sector wordt uitgevoerd dan is het zinvol om naar FTE's te kijken; ligt de nadruk op de werknemers in een sector dan ligt de ingang personen voor de hand.





Figuur 7.1: De verdeling naar schaalniveau per sector in 1999

Tabel 7.1

De procentuele verdeling naar schaalniveau FWG per sector 1993 en 1999

FWG-schaal	Algemene ziekenhuizen		Academische ziekenhuizen		Psychiatrische ziekenhuizen		Intramurale gehandicap- tenzorg		Verpleeg- huizen	
	1993	1999	1993	1999	1993	1998	1993	1999	1993	1999
-25	1	2	1	0	3	2	4	9	15	18
30	1	1	0	0	3	3	12	17	8	10
35	5	5	5	5	10	11	27	31	58	57
40	46	44	21	13	32	28	42	33	6	5
45	29	24	46	47	39	42	11	6	6	5
50+	18	24	27	34	13	14	5	4	6	5
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

In de algemene en academische ziekenhuizen zien we in de functieopbouw een aanzienlijke toename van de hoogste functies: de opkomst van de gespecialiseerde verpleegkundige als gevolg van medisch-technologische ontwikkelingen. Was in 1993 in de algemene ziekenhuizen 18% van het personeel in schaal 50 en hoger, in 1999 is dat opgelopen tot 24%. In de

academische ziekenhuizen zien we een toename van 27% in 1996 naar 34% in 1999. Het op steeds grotere schaal voorkomen van specialistische verpleging zoals intensive-care zal hier debet aan zijn. Verder speelt natuurlijk dat verpleegkundigen veel langer in dienst blijven dan in het verleden. Daar het aantal te vervullen leidinggevende functies beperkt is gebleven zal er ter wille van loopbaanmogelijkheden waar mogelijk meer oplossingen in specialisatie van functies gezocht moeten worden.

Behoudens bij de algemene en academische ziekenhuizen is er geen trend te ontdekken naar steeds meer hoger gekwalificeerd personeel. Bij de psychiatrische ziekenhuizen verdwijnen de onderste schalen en vindt een versterking van het middenniveau, schaal 45 van de FWG, plaats. Dit lijkt een logisch gevolg van de veranderingen in het zorgaanbod die zich in deze sector aftekenen (zie hoofdstuk 2).

In de intramurale gehandicaptenzorg bestaat een tegengestelde ontwikkeling: een toename van de lagere schalen wellicht onder invloed van vormen van functiedifferentiatie. Kanters en Smit (1994) geven aan dat hierbij sprake is van het meer differentiatie aanbrengen tussen de reeds in dienst zijnde medewerkers. Er wordt dan gekozen voor verticale functiedifferentiatie binnen de functie van groepsleider.

Vorig jaar werd geconstateerd, met cijfers over de periode 1990-1996, dat bij verpleeghuizen de allerlaagste functieniveaus wat op hun retour waren, wellicht door de meer ontspannen arbeidsmarkt van toen. Nu lijkt het erop dat er weer een toename van deze functies als die van verpleeghulp, afdelingsassistent e.d. zich aan het voordoen is.

### *Verzorgingshuizen*

In de verzorgingshuizen kunnen we alleen nagaan hoe de samenstelling van het personeel is naar genoten vooropleiding en welke ontwikkelingen zich hierin voordoen. Tabel 7.2 laat zien wat zich tussen 1990 en 1998 heeft afgespeeld.

Anders dan bij de FWG-indeling in de intramurale gezondheidszorg is bij deze indeling van personeel niet altijd sprake van een functioneel niveau. Zo is het heel goed mogelijk dat ziekenverzorgenden werkzaam zijn in dezelfde functies als bejaardenverzorgenden. Bij de interpretatie dient hier rekening mee gehouden te worden.

In de verzorgingshuizen is er de afgelopen jaren steeds meer nadruk op het middenniveau, dat van de verzorgenden, komen te liggen. Zowel aan de bovenkant, als aan de onderkant vindt er een vermindering plaats die ten goede komt aan de bejaardenverzorgenden.

Tabel 7.2

Het aandeel van de verschillende personeelscategorieën in verzorgingshuizen in %

	1990	1995	1998
Verpleegkundigen	11	9	8
Ziekenverzorgenden	21	20	22
Bejaardenverzorgenden	35	41	45
Bejaardenhelpenden	11	11	10
Overig	14	13	13
Leerlingen	7	5	1
Totaal	100	100	100

Bron: CBS

Het aandeel van de leerlingen in het personeelsbestand nam fors af: van 7% in 1990 tot 1% in 1998.

### Thuiszorg

Tabel 7.3

Het aandeel van de verschillende personeelscategorieën in de thuiszorg in %

	1994	1998
Verpleegkundigen	7,1	6,9
Stafverpleegkundigen	0,5	0,3
Ziekenverzorgenden	2,5	3,4
Kraamverzorgenden	4,5	4,4
– verzorgende E	1,2	1,1
– verzorgende C en D	13,1	14,3
– thuishulp A, verzorgingshulp B	34,7	28,0
– alfa-hulpen	36,4	41,6
Totaal	100,0	100,0

Bron: CBS

Bij de thuiszorg is een toename in het aandeel van ziekenverzorgenden. Ook verzorgenden C en D laten tussen 1994 en 1998 een groei zien. Frappant is de afname van thuishulp A en verzorgingshulp B. Deze afname wordt gecompenseerd door een toename van het aandeel alfa-hulpen. De hier gepresenteerde ontwikkelingen deden zich ook voor wanneer we kijken naar het aantal FTE's wat ermee gemoeid is. Weliswaar zijn er wel verschillen in niveau, bijvoorbeeld in FTE's is het aandeel verpleging boven de 10%, in personen nog geen 8%, de richting van de ontwikkelingen was dezelfde.

## 7.2 Salaris

Er zijn bij het salaris twee vragen aan de orde namelijk hoe ontwikkelde het salaris van verpleegkundigen en verzorgenden zich in de periode 1993-1999 en hoe verhoudt zich deze ontwikkeling met die bij andere groepen, zowel binnen de zorginstellingen als landelijk.

Gegevens over salarissen zijn niet voor alle sectoren in de vorm van tijdreeksen beschikbaar. Dit geldt wel voor sectoren, waar indertijd de CAO-Ziekenhuizen van toepassing was. Ook voor verzorgingshuizen en academische ziekenhuizen zijn er over een langere periode gegevens beschikbaar. Het niveau van het gemiddelde salaris van verpleegkundigen en verzorgenden verschilt per sector (tabel 7.3). In deze tabel is het gemiddelde maand-salaris per FTE weergegeven. Dit bedrag loopt uiteen van 3486 in de verzorgingshuizen (1998) tot 4568 in de academische ziekenhuizen (1999). Gezien de verschillen in FWG-inschaling zijn de verschillen tussen de sectoren verklaarbaar.

Ook in de ontwikkeling van het gemiddelde salaris van verpleegkundigen en verzorgenden zien we verschillen per sector. Zo is er in de gehandicaptenzorg sprake van een veel geringere stijging dan elders. Dit heeft duidelijk te maken met de functiedifferentiatie die in deze sector is doorgevoerd. Vergelijken we het gemiddelde salarisniveau van verpleegkundigen en verzorgenden met het totale personeelsbestand per sector dan zien we dat het totaal personeel hoger scoort. In de algemene ziekenhuizen zijn de verschillen het geringst, in de psychiatrische en academische ziekenhuizen het grootst. Dit laatste zal samenhangen met het relatief grote aandeel van duur behandelend personeel dat in loondienst is en onlangs is gekomen.

*Tabel 7.3*  
*Het gemiddelde maandsalaris in glds en de gemiddelde jaarlijkse groei*  
*1993-1999*

	Niveau 1999	Gem. jaarlijkse groei 1993-1999
<i>Algemene ziekenhuizen</i>		
verpleegkundig personeel	4273	2,5
totaal personeel	4319	3,1
<i>Academische ziekenhuizen</i>		
verpleegkundig personeel	4568	3,1
totaal personeel	5296	4,5
<i>Psychiatrische ziekenhuizen*</i>		
verpleegkundig personeel	4326	2,2
totaal personeel	5410	2,8
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>		
verpleegkundig personeel	3872	1,5
Totaal personeel	3999	2,3
<i>Verpleeghuizen</i>		
verpleegkundig personeel	3771	2,3
totaal personeel	3814	2,9
<i>Verzorgingshuizen*</i>		
verzorgend personeel	3483	1,3
<i>Thuiszorg*</i>		
verpleegkundig en verzorgend personeel	3640	—
Totaal personeel	4052	—

\* 1998

Bron: LKG, EBIS en LVT

Een vergelijking van de lonen met andere sectoren en bedrijfstakken is over het algemeen een lastige zaak. Wil men vergelijken dan dienen de gegevens minstens uit eenzelfde bron afkomstig te zijn. Vandaar dat hier gebruik is gemaakt van gegevens van het CBS. Nadeel is dan wel dat alleen een drietal grote onderdelen van de sector Gezondheidszorg en Welzijnzorg vergeleken kunnen worden met de landelijke gegevens (tabel 7.4).

*Tabel 7.4  
Het bruto-uurloon (incl. bijzondere beloningen) in glds in een aantal sectoren*

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

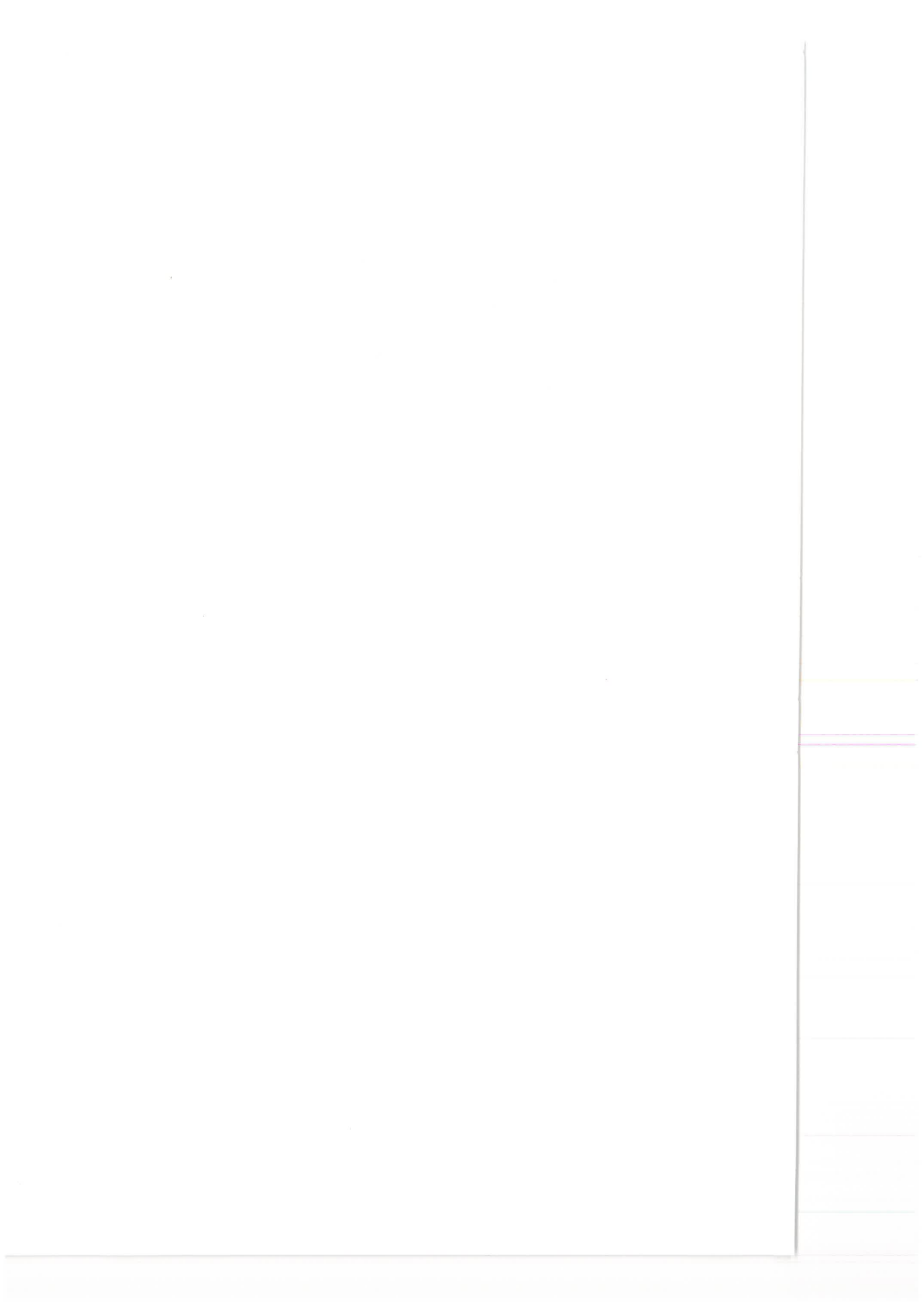
Bron: CBS

De vergelijking laat zien dat de zorgsector in 1988 relatief laag scoorde, maar over het algemeen harder dan het landelijk gemiddelde gestegen is. De sector ziekenhuizen en de ouderenzorg, de sectoren waar de meeste verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam zijn, zijn in hun totaliteit zowel in de periode 1988-1998 als in de periode 1993-1998 sterker dan het landelijk gemiddelde gegroeid. Het absolute niveau van het bruto-uurloon in ziekenhuizen ligt inmiddels op het landelijke niveau. De ouderenzorg ligt nog beduidend lager. Gezien de functieopbouw die we in paragraaf 7.1 lieten zien zijn de verschillen tussen de ziekenhuizen en de ouderenzorg begrijpelijk.

### 7.3 Samenvatting

In de algemene en academische ziekenhuizen wordt in de functieopbouw een toename van de hoogste functies zichtbaar: de opkomst van de gespecialiseerde verpleegkundige. Bij de psychiatrie verdwijnen de onderste schalen en vindt versterking van het middenniveau plaats. In de intramurale gehandicaptenzorg zien we een contraire ontwikkeling: toename van lagere schalen wellicht onder invloed van vormen van functiedifferentiatie. Bij verpleeghuizen ontstaat een toename van de lagere functies, wellicht door het knapper worden van de arbeidsmarkt. In de verzorgingshuizen wordt het middenniveau, dat van verzorgenden, steeds verder versterkt. In de verpleging in de thuiszorg doet zich een verschuiving voor van verpleegkundigen naar ziekenverzorgenden. Voor de gezinszorg beschikken we niet over een lange tijdreeks. Daar doet zich vanaf 1994 een verschuiving voor naar meer alfahulpen en minder verzorgenden A/B.

Het salarisniveau van verpleegkundigen en verzorgenden is in alle sectoren lager dan van het totale personeelsbestand. Over het algemeen ontwikkelt het gemiddelde salaris zich bij verpleegkundigen en verzorgenden ook minder gunstig dan bij het totale personeelsbestand. De ontwikkeling van het bruto-uurloon in de verschillende zorgsectoren steekt uit boven wat zich in de andere bedrijfstakken in totaliteit voordoet. Inmiddels is het gemiddelde uurloon van de ziekenhuizen in absolute termen boven het landelijk gemiddelde. Wel geldt dat het absolute niveau in de sector ouderenzorg (verpleeg- en verzorgingshuizen) ondanks de stijging van de afgelopen jaren nog steeds lager ligt dan het landelijk gemiddelde.





## Bijlagetabel Hoofdstuk 7

Tabel A7.1

De indeling naar FWG/BBRA-schalen 1993-1999 in %

### Algemene ziekenhuizen

FWG-schaal	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
-25	1	1	1	1	2	2	2
30	1	1	1	1	1	1	1
35	5	5	4	4	4	4	5
40	46	46	47	47	46	45	44
45	29	28	28	27	26	24	24
50+	18	19	19	20	21	23	24
Totaal	100	100	100	100	100	100	100

### Academische ziekenhuizen

BBRA	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<6	6	5	5	5	4	5	5
6	21	17	14	15	15	14	13
7	46	48	50	49	48	48	47
>7	27	29	31	32	33	33	34
Totaal	100	100	100	100	100	100	100

### Psych. ziekenhuizen

FWG-schaal	1993	1994	1995	1996	1997	1998
-25	3	3	3	2	2	2
30	3	4	4	3	3	3
35	10	10	10	11	11	11
40	32	32	32	30	31	28
45	39	39	39	40	39	42
50+	13	13	13	14	13	14
Totaal	100	100	100	100	100	100

(vervolg Tabel A7.1)

**Intramurale gehandicaptenzorg**

FWG-schaal	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
-25	4	4	5	5	7	9	9
30	12	12	13	14	16	17	17
35	27	28	28	29	30	30	31
40	42	40	39	38	35	34	33
45	11	10	10	9	7	6	6
50+	5	5	4	4	4	4	4
Totaal	100	100	100	100	100	100	100

**Verpleeghuizen**

FWG-schaal	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
-25	15	14	14	15	16	17	18
30	8	8	8	9	9	9	10
35	58	60	60	60	59	58	57
40	6	6	6	6	5	5	5
45	6	6	6	6	5	5	5
50+	6	6	6	6	5	5	5
Totaal	100	100	100	100	100	100	100

Bron: LKG

## 8

# Samenvatting vraag- en aanbodontwikkelingen

### 8.1 De omvang van de beroepsgroepen

In ons land waren in 1998 395.300 personen werkzaam in verpleegkundige en verzorgende beroepen. Dit is ruim 6% van de werkzame beroepsbevolking. Het aantal werkzame verpleegkundigen en verzorgenden (exclusief leerlingen) groeide in de periode 1990-1998 met 28%; inclusief leerlingen met 20%. Het totaal aantal in ons land werkzame personen groeide in dezelfde periode met 13%.

De groei van het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging was gedurende de jaren negentig vrij gelijkmatig, jaarlijks ruim 3%. De werkgelegenheid, gemeten in volledige arbeidsplaatsen nam in het begin van de jaren negentig met nog geen 1% gemiddeld jaarlijks toe. Onder invloed van meer beschikbaar budget voor zorginstellingen en collectieve arbeidsduurverkorting groeide de werkgelegenheid in de tweede helft van de jaren negentig met gemiddeld 3%.

Tussen sectoren bestaan er wel grote verschillen. Zo is de gehandicapten- en geestelijke gezondheidszorg relatief sneller gegroeid en bleef de thuiszorg daarbij achter.

Over specialisaties binnen verpleegkundige en verzorgende beroepen bestaat momenteel nog weinig systematische informatie, althans in kwantitatief opzicht. Met de komst van de Wet BIG is wel bekend hoeveel geregistreerde verpleegkundigen er zijn. Medio 2000 hebben bijna 203.000 verpleegkundigen zich laten registreren. In 84% van de gevallen gaat het om vrouwen, 33% behaalde zijn/haar diploma 20 jaar of langer geleden. Ongeveer zeven op de tien geregistreerden oefent op dit moment ook daadwerkelijk het beroep uit.

De vooruitzichten voor de werkgelegenheid in de verpleegkundige en verzorgende beroepen voor de komende jaren zijn gunstig. Vertalen we de

financiële vooruitzichten die de overheid momenteel biedt in de Zorgnota 2000 dan is een groei van 1,7% voor de jaren tot 2003 te verwachten. Daarmee zet de groei van de afgelopen jaren zich onverminderd voort. Wel is er een aanzienlijke verschuiving in de groei tussen de sectoren. Gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en in mindere mate de ziekenhuizen hebben een veel lager groeipercentage in het vooruitzicht dan wat de afgelopen jaren werd gerealiseerd. Verzorgingshuizen en thuiszorg, sectoren waar de afgelopen jaren de werkgelegenheid niet of nauwelijks een groei kende, zullen naar verwachting de komende jaren fors gaan uitbreiden.

Zeker voor de laatstgenoemde sectoren kan het een probleem worden om voldoende gekwalificeerde mensen te vinden. De uitstroom uit de opleidingen is de komende jaren gering als gevolg van de daling in de instroom een paar jaar geleden.

## **8.2 De personeelssamenstelling**

Van oudsher was de personeelssamenstelling van verpleegkundig en verzorgend personeel sterk afwijkend van de totale beroepsbevolking. Wat betreft het aandeel vrouwen is daar in de afgelopen jaren weinig aan veranderd. Wat betreft de leeftijdsopbouw gaat het personeelsbestand meer op het gemiddelde lijken. Het tempo van vergrijzing in de periode 1990-1999 is in de verpleging en verzorging veel sterker dan bij de totale beroepsbevolking. De vergrijzing van de afgelopen jaren is vooral een gevolg van de forse toename van de leeftijdscategorie 36 tot 45 jaar. Simulatiemodellen toegepast op de intramurale gezondheidszorg laten zien dat bij voortzetting van de trends van de afgelopen jaren de gemiddelde leeftijd ook de komende jaren nog flink zal toenemen. Bij deze berekeningen, waarbij ook meewerkende leerlingen zijn meegerekend, neemt de gemiddelde leeftijd toe van 35,2 jaar in 1998 tot 37,7 in 2003 en 39 in 2007. Het werk dat 50+-ers geacht worden te verzetten neemt in diezelfde periode toe van 7,7 tot 19,3%. Een leeftijdsbewust personeelsbeleid ten aanzien van verpleegkundigen en verzorgenden lijkt een noodzakelijke voorwaarde te zijn voor de toename van de oudste leeftijdscategorie. Gebeurt dit niet dan zal een veel grotere behoefte aan nieuw personeel dan nu voorzien wordt, het gevolg zijn.

## **8.3 De arbeidssituatie**

Na een jarenlange daling van het vertrek van verpleegkundig en verzorgend personeel is er sinds 1996 sprake van een eerst geleidelijke, maar in 1998 en 1999 zelfs van een forse toename in het vertrek uit instellingen. Het vertrek

uit het beroep nam eerst in de periode 1994-1997 slechts weinig toe van 5,7 naar 6,1%. In 1998, maar vooral in 1999, neemt het aandeel dat (tijdelijk) het beroep beëindigt toe tot 7,3%.

Het veranderen van baan binnen de zorg was in de periode 1994-1998 met een toename van 4,4 tot 7,4% de belangrijkste oorzaak van vertrek uit een instelling. In 1999 is het met een percentage van 7,3% stabiel gebleven.

Al deze ontwikkelingen resulteren in een minder sterke stijging van het gemiddeld aantal jaren dat men bij dezelfde werkgever in dienst is dan in het midden van de jaren negentig.

Nog steeds blijft het vinden van een andere baan de belangrijkste reden van vertrek. Met het vertrek hoopt men betere ontplooiings- en loopbaanmogelijkheden te realiseren. Ook het beperken van de reistijd speelt vooral de laatste paar jaar een rol. Bij vertrekkers uit het beroep spelen min of meer dezelfde factoren een rol. Beroepsbeëindiging door het stoppen met betaald werk komt steeds minder vaak voor.

Ruim 50% van degenen die vertrekken geeft aan dat onder bepaalde voorwaarden hun vertrek voorkomen had kunnen worden. Als verreweg belangrijkste factor die vertrek had kunnen voorkomen wordt door degenen die elders in de zorg aan de slag gaan ontplooiingsmogelijkheden en een beter loopbaanperspectief genoemd. Een op de drie van degenen die het beroep beëindigen noemt werkdruk als factor die vertrek had kunnen voorkomen. Dit betekent dus dat één op de zes vertrekkers uit de zorg problemen ervaart met de werkdruk. Ook werktijden/roosters worden veel vaker dan in het verleden genoemd bij de vertrekredenen, waarvan de respondent het idee heeft dat ze waren te voorkomen.

De zorgsector is van oudsher een sector waar veel in deeltijd gewerkt wordt. In de intramurale zorg is inmiddels de meest voorkomende werktijd die van de parttimer met een dienstverband van 80% of meer.

De eerder uitgesproken verwachting dat de komende jaren het tempo waarin de gemiddelde werkweek afneemt minder sterk zal zijn, lijkt bewaarheid te worden. Wel kan de invoering van de 36-urige werkweek een trendbreuk met zich mee gebracht hebben: veel deeltijders hebben van de mogelijkheid gebruikgemaakt om hun aantal uren niet terug te laten lopen (zgn. opplusen).

Het ziekteverzuim steeg de afgelopen jaren, in 1997 nog licht, maar in 1998 en 1999 aanzienlijk. Deze trend doet zich ook landelijk voor; echter onder

verpleegkundigen en verzorgenden is het niveau van het ziekteverzuim veel hoger. In 1999 bedroeg het ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof landelijk 5,4%; de verpleging en verzorging steekt daar met 8,5% ruim boven uit. Naar type instelling zijn er wel verschillen; deze lopen uiteen van ruim 6% in de ziekenhuizen tot 10% in de thuiszorg.

Hoewel er verklarende factoren voor het hoge ziekteverzuim zijn, zoals het feit dat er veel vrouwen werkzaam zijn en men veelal in grote arbeidsorganisaties werkzaam is, lijken er ook factoren in het spel te zijn die met de zwaarte van het beroep samenhangen. Niet voor niets krijgt beheersing van het ziekteverzuim in de zorg-CAO's ruim aandacht. De daar gekozen decentrale aanpak lijkt logisch, gezien de vaak grote verschillen tussen instellingen onderling in het ziekteverzuimpercentage.

#### 8.4 Het onderwijs

Evenals in 1998 is in 1999 het aantal leerlingen dat aan een verpleegkundige of verzorgende opleiding begint ten opzichte van het voorafgaande jaar toegenomen. Wel zal als gevolg van de jarenlange daling in het midden van de jaren negentig het aantal mensen dat een opleiding met een diploma afrondt pas na 2000 gaan toenemen.

Wat betreft de aansluiting opleiding arbeidsmarkt kunnen de verpleegkundige opleidingen zich goed spiegelen aan het landelijk gemiddelde van alle hbo-opleidingen. De mbo-opleidingen steken zelfs gunstig af. In tegenstelling tot de mbo opgeleiden die qua beloning relatief gunstig afsteken ten opzichte van vergelijkbare mbo-opleidingen geldt dit niet voor de hbo-verpleging. Ook ten opzichte van andere gezondheidszorgopleidingen blijft de verpleging op hbo-niveau achter.

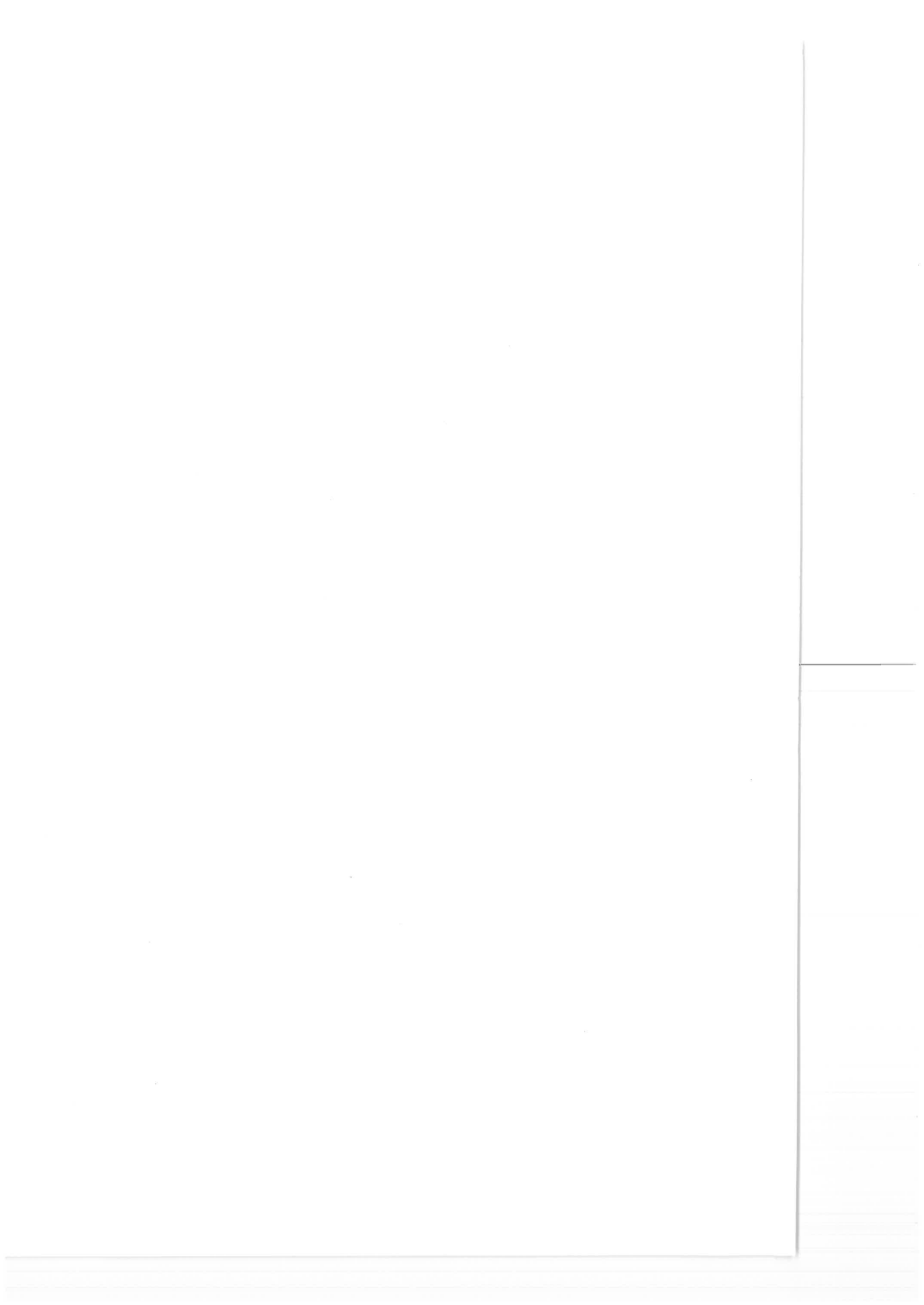
Met name bij de verzorgenden blijkt er een groot potentieel aan mensen te zijn die wel ooit een opleiding achter de rug hebben, maar nu niet actief zijn op de arbeidsmarkt. Gezien de dreiging van tekorten aan personeel voor de komende jaren, zeker bij de ouderenzorg, is dit een belangwekkend gegeven.

#### 8.5 Functies en salaris

In de algemene en academische ziekenhuizen wordt in de functieopbouw een toename van de hoogste functies zichtbaar: de opkomst van de gespecialiseerde verpleegkundige. Bij de psychiatrie verdwijnen de onderste schalen en vindt versterking van het middenniveau plaats. In de intramurale gehandicaptenzorg zien we een contraire ontwikkeling: toename van lagere schalen wellicht onder invloed van vormen van functiedifferentiatie. Bij ver-

pleeghuizen waren de lagere functies oorspronkelijk wat op hun retour, wellicht door de toen meer ontspannen arbeidsmarkt. Nu zien we juist weer een lichte toename van deze functieniveaus. In de verzorgingshuizen wordt het middenniveau, dat van verzorgenden, versterkt. In de verpleging in de thuiszorg doet zich een verschuiving voor van verpleegkundigen naar ziekenverzorgenden. Voor de gezinszorg beschikken we niet over een lange tijdreeks. Daar doet zich vanaf 1994 een verschuiving voor naar meer alfa-hulpen en minder verzorgenden A/B.

Het salarisoniveau van verpleegkundigen en verzorgenden is in alle sectoren lager dan van het overige personeel. Over het algemeen ontwikkelt het gemiddelde salaris zich bij verpleegkundigen en verzorgenden minder gunstig dan bij het totale personeelsbestand. De ontwikkeling van het brutuurloon in de verschillende zorgsectoren steekt uit boven wat zich in de andere bedrijfstakken in totaliteit voordoet. Inmiddels is het gemiddelde uurloon van de ziekenhuizen in absolute termen vrijwel gelijk aan het landelijk gemiddelde. Wel geldt dat het absolute niveau in de sector ouderenzorg (verpleeg- en verzorgingshuizen) ondanks de stijging van de afgelopen jaren nog steeds lager ligt dan het landelijk gemiddelde.





# Geraadpleegde literatuur deel A

## **Bij vraagontwikkelingen (hoofdstuk 2)**

Alders, M.P.C. (1999). Allochtonenprognose 1998-2015. Maandstatistiek van de bevolking, 4, 20-36.

Alders, M.P.C. (2000). Bevolkingsprognose 1999-2005. Maandstatistiek van de bevolking, 1, 26-28.

Assink, A., Jong, J. de (2000). Resultaten van een enquête onder ANBO-afdelingen: ondersteuning van mantelzorg. NP/CF Journaal, 3, 6.

Bartels, L.P. (1999). Instellingen van intramurale gezondheidszorg; basisgegevens per 1-1-1999. Utrecht: NZi.

Berg Jeths, A. van den, Ruwaard, D., Verkleij, H. (2000). De invloed van demografische en epidemiologische ontwikkelingen op het aantal chronisch zieken in de toekomst. TSG / Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2, 75-80.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1997). Bevolkingsprognose 1996-2050. Maandstatistiek van de bevolking, no. 1, januari, 62-71.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1997). Uitkomsten huishoudensprognose 1996. Maandstatistiek van de bevolking, no. 7, 42-45.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1998). Allochtonen in Nederland volgens de beperkte definitie, 1 januari 1997. Maandstatistiek van de bevolking, 3, 26-30.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1998). Allochtonen in Nederland volgens de beperkte definitie, 1 januari 1998. *Maandstatistiek van de bevolking*, 11, 24-28.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1999). Bevolkingsprognose 1998-2050. *Maandstatistiek van de bevolking*, 1, 66-75.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1999). Allochtonenprognose 1998-2015. *Maandstatistiek van de bevolking*, 4, 74-77.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2000). Bevolkingsprognose 1999-2005. *Maandstatistiek van de bevolking*, 1, 40-42.

Centraal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (1999). *Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland*. Voorburg/Heerlen: CBS.

Heijden, B. Van der (1997). We moeten voorkomen dat mantelzorgers eindigen als patiënt. *Patiënt en perspectief*, 4, 33-35.

Heijdt, J. van der, Hoorn, W.D. van de (1995). Huishoudenssituatie en de gezondheid van ouderen. *Maandstatistiek van de bevolking*, 4, 6-11.

Laeven, A.M.W., Rooij, P.M. van (1999). *Wachlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen; resultaten van de landelijke enquête patiëntenwachlijsten per 1 maart 1999*. Utrecht: NZi.

Nieuwstraten, A., Mercken, C., Duijnste, M., Ros, W. (2000). Patiënt, mantelzorger en wijkverpleegkundige. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 1, 18-22.

RIVM (1997). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Utrecht: Elsevier / De Tijdstroom.

Rooij, P.M., Sliggers, M. (1998). *Wachlijsten voor medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen. Resultaten van de landelijke enquête patiëntenwachlijsten per 1 maart 1998 en een vergelijking met de resultaten van 1 juli 1997*. Utrecht: NZi.

Rooij, P.M. van, Laeven, A.M.W., Berg, M.M. van (1999a). Het wachtlijstfonds 1998. Prikkel tot verandering. Utrecht: NZi.

Rooij, P.M. van, Smit, R.L.C., Lorscheid, J.J.G. (1999b). De wachtlijstenquête bij verpleeghuizen, 1999. Resultaten een analyse. Utrecht: NZi.

Sociaal en Cultureel Planbureau (1997; 1999). Sociale en Culturele Verkenningen. Rijswijk: SCP.

Sociaal en Cultureel Planbureau (1998). Sociaal en Cultureel Rapport 1998, 25 jaar sociale verandering. Rijswijk: SCP.

Stronks, K., Venema, P.U., Dahhan, N., Gunning-Schepers, L.J. (1999). Allochtoon dus ongezond? Mogelijke verklaringen voor de samenhang tussen etniciteit en gezondheid geïntegreerd in een conceptueel model. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 1, 33-40.

Timmermans, J.M., Heide, F., Klerk, M.M.Y., et al. (1997). Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen. Rijswijk/Den Haag: SCP/VUGA.

Tjadens, F., Duijnste, M. (1999). Visie op mantelzorg. Utrecht: NIZW.

Verhoef, G. (1998). Memo 'Resultaten enquête wachtlijstproblematiek bij instellingen voor verslavingszorg'. Utrecht: GGZ, Nederland.

Vries, B. de (voorzitter onderzoekscommissie). (1999). Gezondheidszorg in Tel. Utrecht: NZi.

IJzerman, M., Scholten, C. (1998; 1999). Wachtlijsten in de thuiszorg. Eerste (1998) en tweede (1999) meting van de Quick Scan onder toegelaten thuiszorginstellingen. Leiden: Research voor Beleid.

### **Bij aanbodontwikkelingen (hoofdstuk 3 t/m 7)**

AWOZ (1999). Meerjarenbeleidskader 2000-2004, Utrecht.

Bent, J. van de (1993). Het personeel in de intramurale gezondheidszorg, personeels- en loonsstructuur van de intramurale gezondheidszorg. Utrecht: NZi.

Bent, J. van der en W. van der Windt (1998). Personeel in de gezondheidszorg, - feiten en prognoses - 2, NZf, Utrecht.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2000). Statline. Voorburg

Commissie Kwalificatiestructuur (1996). Gekwalificeerd voor de toekomst; kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en Verzorging, Zoetermeer.

Convenant (1996). Overeenkomst betreffende bestuurlijk akkoord tot invoering van het nieuwe opleidingsstelsel voor de verplegende en verzorgende beroepen. Ministeries van OCW en VWS.

Dijk, J. van, Meeuwssen, E. & Broers, E. (1995). Beweging in personeel AWOZ Utrecht.

Eijk, W. van en W. van der Windt (2000). IC-verpleegkundigen op koers, een inventarisatie van de huidige situatie en toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van IC-verpleegkundigen, Prismant, Utrecht.

Ekamper, P. (1996). Leeftijdsbewust personeelsbeleid in de toekomst in Sociaal Maandblad Arbeid 51 1996 p. 180-193.

Evers, P. & Windt, W. van der (1998). De arbeidsmarkt van de zorgsector in beeld gebracht - REGIOMARGE, anno 1998 - Utrecht, NZi/AWOZ/AWOB/AWO.

Evers, P. & Windt, W. van der (1999). Naar een veilige haven? RegioMarge verpleging en verzorging anno 1999, een arbeidsmarktverkenning, Utrecht, NZi/AWOZ/AWOB/AWO.

HBO-raad. HBO-monitor, Den Haag, diverse jaren.

Hoof, F. van en J. Wolf (1995). Beroep: SPV - een onderzoek naar werk en toekomstperspectieven van sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, NcGv, Utrecht.

Kanters, H.W. en A.A. Smit (1994). Inventarisatie van functiedifferentiatie in de zorgsector, NZi/OSA, Den Haag.

- Kwartel, A.J.J. van der (1995). Verzorgende beroepen in beeld NZi, Utrecht.
- Lagendijk Onderzoek (1992). (Eén na) hoogste klassers en een zorgsector-werkkring, Apeldoorn.
- Lagendijk (1998). (Eén na) hoogste klassers en een zorgsector-werkkring, Apeldoorn.
- LCVV (1997). Jaarverslag, Utrecht.
- LCVV (1998). Gids van specifieke beroepsorganisaties in de verpleging en verzorging, Utrecht.
- LVT/NZi(1998). Jaarboek Thuiszorg 1996, Bunnik/Utrecht
- Ministerie van V.W.S. (1998). JaarOverzicht Zorg 1999 (JOZ), Rijswijk.
- Ministerie van V.W.S. (1999). Zorgnota 2000, Den Haag.
- NZi/Open Ankh (1997). Prognose Leeftijdsopbouw Personeel (PLOP)-handleiding, Utrecht.
- OSA (1995-1999). Arbeid in de Zorgsector, integrerend rapport, Den Haag.
- OSA (1995b). Ruimte voor werk, Den Haag.
- Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (1999). NIVEL, NZi, OSA, Den Haag.
- ROA (1998). Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt 1997, Maastricht.
- ROA (1999). Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt 1998, Maastricht.
- ROA (2000). De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2004, Maastricht.

Ruijs, A., C. Ramakers en T. Miltenburg (1996). Vrouwen in de leiding - een onderzoek in de sector Zorg & Welzijn. ITS, Nijmegen.

Vermeulen, H. (1996). De dynamiek op de arbeidsmarkt in de zorgsector. IVA, Tilburg.

Vermeulen, H. en W. van der Windt (1999). Vergelijking AMOZ en RegioMarge, OSA, Tilburg.

Windt, W. van der (1988). Werken in de intramurale gezondheidszorg, NZi Utrecht.

Windt, W. van der & Vlemmix, M.C. (1996). Het verpleegkundig management: een groepsfoto in Verpleegkundig management nr. 3 p. 3-6.

Windt, W. van der, L. Hingstman & J. Harmsen (1996). Vooronderzoek feiten over verpleging en verzorging, Nzi/NIVEL, Utrecht.

Windt, W. van der (1996). Quo vadis, verslag onderzoek exit-interviews, NZi, Utrecht.

Windt, W. van der (1998). Vrouwen in de top van de zorg, NZf, Utrecht.

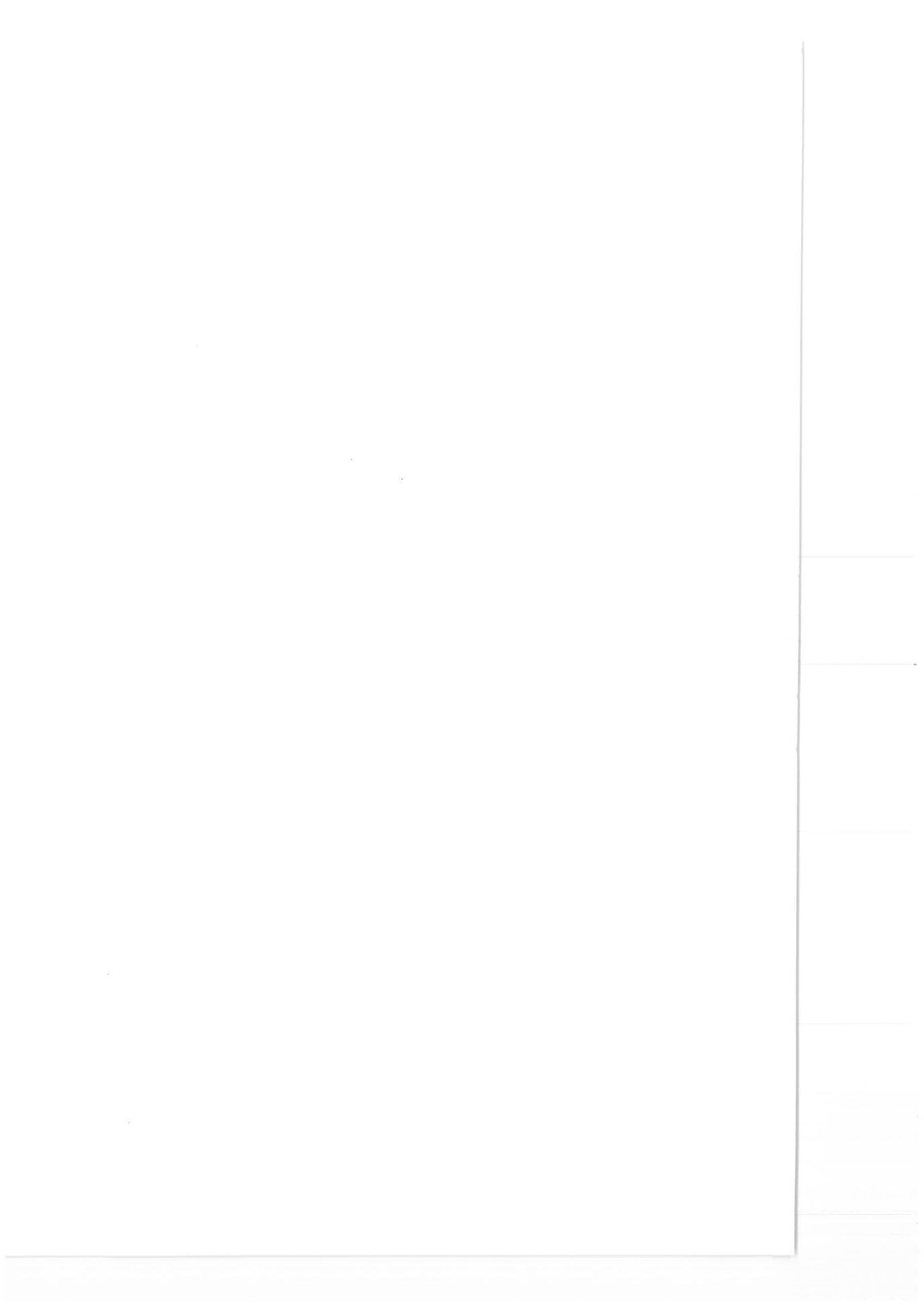
## Lijst van afkortingen

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
AWO	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds voor de sector zorg en welzijn
AWOB	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden
AWOZ	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds ziekenhuizen
BAZ	Beleidskader Arbeidsmarkt Zorgsector
BIG	(Wet op de) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BVG	Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (tegenwoordig Cadans)
CAO	Collectieve Arbeids Overeenkomst
CBA	Centraal Bureau Arbeidsvoorziening
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPB	Centraal Plan Bureau
FIAD-WDT	Federatie van Instellingen voor dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap
FTE('s)	Fulltime equivalenten
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
GHI	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid
IVA	Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies
JWG	Jeugd Werk Garantieplan
JWL	Jaarstatistiek van Werkgelegenheid en Lonen
JOZ	Jaar Overzicht Zorg
LKG	LoonKostenGegevensbestand
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MKD	Medisch Kinderdagverblijf

MKT	Medisch Kindertehuis
NFVLG	Nederlandse Federatie Voorzieningencentra Lichamelijk Gehandicapten
NIA	Nederlands Instituut voor Arbeidsmarktomstandigheden
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (tegenwoordig Trimbos-instituut)
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
NVBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
NVGGZ	Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg
NVVz	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg
NZF	Nederlandse Zorgfederatie
NZi	Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg (voormalig Nationaal Ziekenhuisinstituut, tegenwoordig Prismant)
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSA	Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
OVDB	Stichting Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen
RBA	Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening
REGBIG	Registratie beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
RUBS	Registratie van Uitstroom en Bestemming van Schoolverlaters
SBi	Standaard Bedrijfs Indeling
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
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)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)



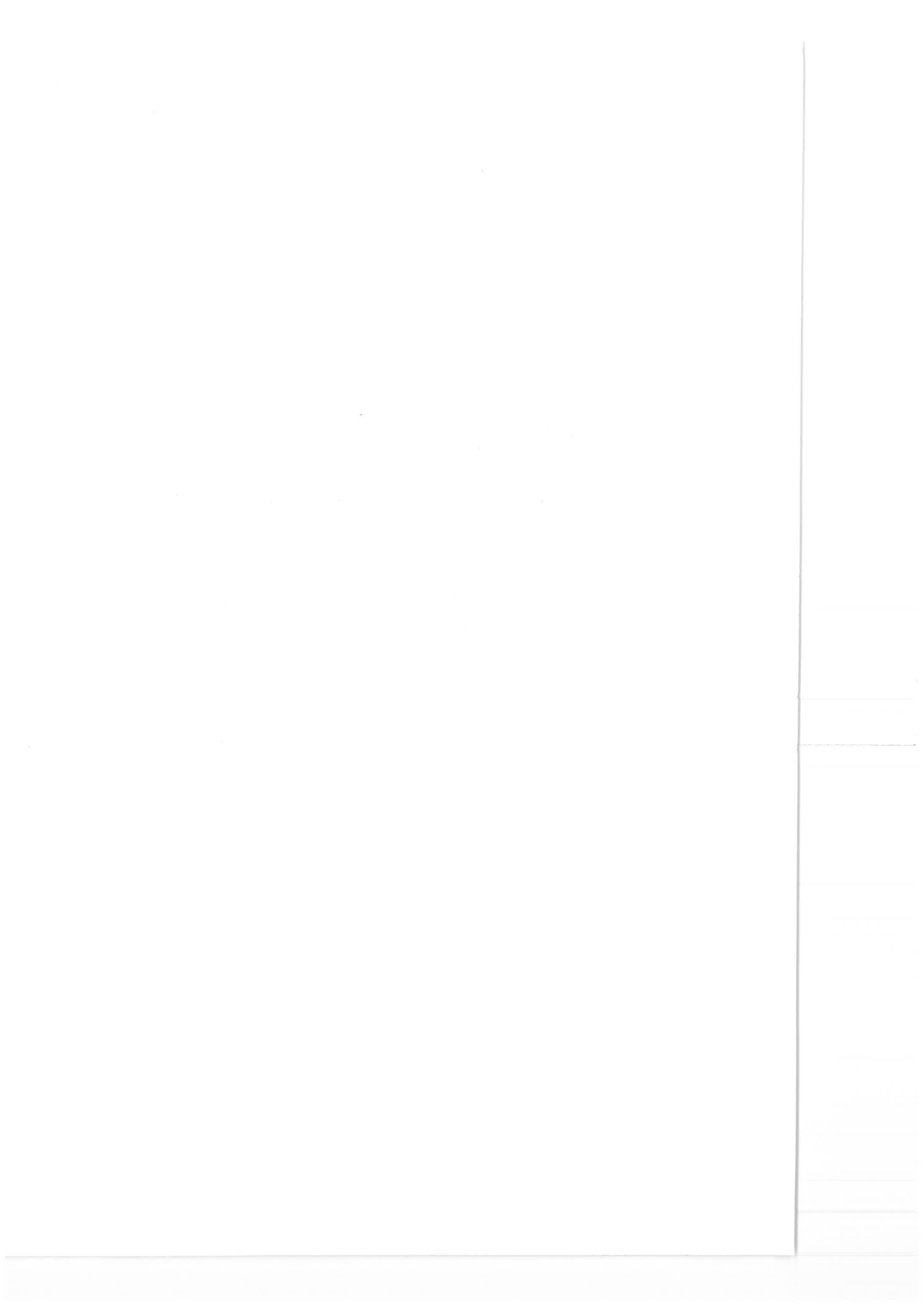
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
WBIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziekteverzekeringen Arbo(-wet) Arbeidsomstandigheden(wet)
WVC	Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad



## **Deel B**

### **De werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden**

**Wat maakt het werken in de zorg  
aantrekkelijk?**



# 1 Inleiding

In deze uitgave van *Verpleging en verzorging in kaart gebracht* staat de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden centraal. Waar in voorgaande jaren de problematiek van de uitstroom (1998) en de aansluiting tussen opleiding en arbeidsmarkt (1999) werden belicht, is dit jaar gekozen voor een thema waarbij het werk zelf en met name de werkbeleving centraal staat. Oftewel, hoe beleven verpleegkundigen en verzorgenden hun werk en welke factoren dragen ertoe bij dat het werk meer of minder aantrekkelijk wordt.

Reeds in 1994 constateerde Le Blanc (1994) dat de werkbeleving en gezondheid van verpleegkundigen en verzorgenden in toenemende mate in de maatschappelijke belangstelling kwamen te staan. De redenen hiervoor die door Le Blanc werden aangevoerd zijn voor een groot deel nog steeds actueel. Verreweg de belangrijkste reden is de grote toename van de problemen op het gebied van arbeid en gezondheid. De verpleging en verzorging worden al jaren geconfronteerd met hoge ziekteverzuimcijfers. Een tweede reden is het groeiende inzicht in de processen die een rol spelen bij verstoringen in het welzijn en de gezondheid van werknemers. Naast fysieke arbeidsomstandigheden, zoals het veel en zwaar moeten tillen, wordt steeds duidelijker dat gezondheid en welzijn veel te maken hebben met psychische effecten van het arbeidsproces, zoals werkdruk, toekomstonzekerheid, rolproblemen en veranderingen in organisaties zoals reorganisaties en fusies. Als derde reden wordt door Le Blanc de toenemende vergrijzing onder verpleegkundigen en verzorgenden genoemd. Een positieve werkbeleving is juist bij deze groep van groot belang om ze te behouden voor de zorgsector. Op de vierde plaats wordt gewezen op ontwikkelingen in de wetgeving aan het begin van de jaren negentig. Hierbij kan gedacht worden aan de Arbeidsomstandighedenwet, de Wet Arbeid Gehandicapte Werknemers en veranderingen met betrekking tot de AAW en de WAO. Ten slotte was en is er nog steeds de groeiende belangstelling van organisaties voor *human*

*resource management*-benaderingen, wat verklaard kan worden uit het feit dat de externe arbeidsmarkt nauwelijks kan voorzien in de groeiende vraag naar goed opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden: organisaties worden zich meer en meer bewust dat het loont om te investeren in de eigen werknemers.

Verwacht wordt dat de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden de komende jaren steeds krapper zal worden. Inzicht in de factoren die de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden beïnvloeden, biedt beleidsmakers en managers concrete handvatten bij het behoud van verpleegkundigen en verzorgenden.

Als uitgangspunt voor een beschrijving van de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden en de factoren die daarop van invloed zijn, zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

- 1 Welke factoren zijn van invloed op de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden?
- 2 Hoe beleven verpleegkundigen en verzorgenden hun werk, uitgesplitst naar leeftijd, sekse, functie en sector?
- 3 Hoe ziet het werk en de werkbeleving eruit van verpleegkundigen en verzorgenden die al dan niet op zoek zijn naar een andere baan binnen of buiten de zorgsector?

Ter beantwoording van deze vraagstellingen is gebruikgemaakt van de literatuur alsmede van een secundaire analyse van een bestand van Research voor Beleid. Een nadere beschrijving van de gevolgde werkwijze komt in hoofdstuk 2 aan bod. In hoofdstuk 3 wordt door middel van een literatuuroverzicht een antwoord geformuleerd op de eerste vraagstelling, waarna in de hoofdstukken 4 tot en met 6 de resultaten van het empirische materiaal worden beschreven ten behoeve van de beantwoording van de tweede en de derde vraagstelling. In hoofdstuk 7 ten slotte worden de belangrijkste resultaten samengevat.

Bij de totstandkoming van deel B heeft Prismant de secundaire analyse verzorgd en is de literatuurstudie door Nivel verricht. Verder heeft Prismant zich met name toegelegd op de hoofdstukken 4 en 5 en zijn de hoofdstukken 1, 3 en 7 door Nivel geschreven. De hoofdstukken 2 en 6 zijn gezamenlijk totstandgekomen.

## 2 Gevolgde werkwijze

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen is enerzijds gebruikgemaakt van gegevens uit een literatuuronderzoek naar de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden, anderzijds is gebruikgemaakt van gegevens uit een secundaire analyse van een databestand van Research voor Beleid. Het doel van de literatuurstudie was inzicht te verkrijgen in de factoren die van invloed zijn op de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden (de eerste vraagstelling). Middels de secundaire analyse zal een antwoord worden geformuleerd op de tweede en de derde vraagstelling. Het betreft een analyse van een gegevensbestand van Research voor Beleid. Dit bestand werd in opdracht van de OSA (Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek) in 1998 door Research voor Beleid samengesteld in het kader van de Arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn. Tijdens dat project werden onder meer gegevens verzameld over het werk en de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden. Vanwege het feit dat gegevens zijn verzameld van een grote groep (ongeveer 3.600) verpleegkundigen en verzorgenden in diverse functies en in verschillende sectoren was het mogelijk een genuanceerd beeld te beschrijven. Bovendien bood dit bestand de mogelijkheid onderscheid te maken naar verschillende leeftijdsgroepen, wat, gezien de vergrijzing van de beroepsgroep, een belangrijke aanvulling vormt op de bestaande kennis.

In paragraaf 2.1 wordt de methode van literatuurstudie toegelicht, waarna in paragraaf 2.2 nader ingegaan wordt op het gegevensbestand van Research voor Beleid. Hierin worden ook enkele achtergrondkenmerken van de respondenten beschreven.

### 2.1 De literatuurstudie

Met het informatiesysteem van de bibliotheek van het Nivel is in de 'Nivel Catalogus' en in het bestand 'Literatuur Verpleging & Verzorging' gezocht

met behulp van de trefwoorden 'werkbeleving', 'verpleegkundigen' en 'verzorgenden' in de titel of samenvatting van een publicatie. Dit leverde uiteindelijk 18 relevante publicaties op, waarvan zes afstudeerscripties. De meeste studies hebben in een specifieke zorgsetting plaatsgevonden, zoals in verzorgingshuizen of op PAAZ-en (psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen), enkele publicaties betreffen onderzoek onder verpleegkundigen en verzorgenden in diverse, niet nader gespecificeerde, zorgsettings.

## 2.2 Het gegevensbestand van Research voor Beleid

### *De database*

Ter beantwoording van de tweede en derde vraagstelling is gebruikgemaakt van een bestaande database samengesteld door Research voor Beleid (RvB). In 1998 heeft het RvB een schriftelijke enquête gehouden onder verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden met als doel de aanbodkant van de arbeidsmarkt voor de zorg- en welzijnssector in kaart te brengen. De resultaten van dit onderzoek zijn beschreven in 'Trendrapport Aanbod van arbeid in de sector zorg en welzijn' (1999).

Ten behoeve van de gegevensverzameling voor bovengenoemde database is door RvB gebruikgemaakt van een steekproef uit het werknemersbestand van Cadans. Deze organisatie is belast met de uitvoering van de sociale verzekeringen voor zowel de zorg- als de welzijnssector. Verreweg de meeste werknemers in beide sectoren zijn geregistreerd bij Cadans.

In de zorgsector kunnen zes deelsectoren worden onderscheiden (ziekenhuizen, verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, verzorgingshuizen, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg) en in de welzijnssector vier (sociaal-cultureel werk, maatschappelijk werk, kinderopvang en jeugdhulpverlening). Per deelsector zijn door RvB 1.200 mensen aangeschreven. Aangezien het van belang is dat er voldoende mannen en oudere personen in de steekproef zijn vertegenwoordigd, was het noodzakelijk om een gestratificeerde steekproef naar leeftijd en geslacht te trekken. Hiertoe is per trekking van 1.200 respondenten de volgende verdeelsleutel gehanteerd:

- Geslacht: 75% vrouwen en 25% mannen
- Leeftijd: tot 30 jaar (15%) 30-45 jaar (60%) 46 jaar en ouder (25%)

Van de in totaal 12.000 verzonden vragenlijsten zijn er 6.005 ingevuld geretourneerd (een respons van 50%). Om vervolgens over de totale beroepsgroepen uitspraken te kunnen doen, is door RvB een wegingsprocedure toegepast.



Aangezien de vraagstellingen van het onderhavige onderzoek alleen betrekking hebben op de zes deelsectoren in de zorgsector zijn de gegevens van de welzijnssector buiten beschouwing gelaten. Dit betekent dat voor onderhavige analyses gegevens zijn gebruikt van in totaal 3.598 verpleegkundigen en verzorgenden.

*Beschrijving van de respondenten*

Van de 3.598 respondenten is 12% man en 88% vrouw. Verder is tweederde van de respondenten tussen de 25 en 44 jaar. Om gelijktijdig uitspraken te kunnen doen over leeftijd en geslacht zijn deze twee kenmerken gecombineerd (tabel 2.1).

*Tabel 2.1*

*Relatief aantal respondenten naar leeftijd en geslacht*

Man	- 16-34 jaar	5%
	- 35-64 jaar	7%
Vrouw	- 16-24 jaar	10%
	- 25-34 jaar	30%
	- 35-44 jaar	29%
	- 45-64 jaar	21%
Totaal	%	100%
	absoluut	3.598

Als wordt gekeken naar de deelsectoren waarin de respondenten werkzaam zijn, dan blijkt dat 20% van de verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen werkt, 19% in verpleeghuizen, 15% in de gehandicaptenzorg, 18% in de bejaardenhuizen, 21% in de thuiszorg en 7% in de geestelijke gezondheidszorg. Verhoudingsgewijs is het aandeel verpleegkundigen en verzorgenden uit de geestelijke gezondheidszorg laag. Een verklaring hiervoor is dat er een verschil is tussen de deelsector zoals weergegeven door de verpleegkundige of verzorgende in de vragenlijst, en de verdeling naar deelsector zoals bekend bij Cadans. Slechts 45% van de aangeschreven mensen in de geestelijke gezondheidszorg is volgens eigen zeggen werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg. Een groot deel blijkt in bejaardenhuizen (29%) of in verpleeghuizen (12%) te werken.

Tabel 2.2

*De relatieve verdeling van de respondenten naar deelsector en naar leeftijd en geslacht*

Deelsector	Man t/m 34	Man v.a. 35	Vrouw t/m 24	Vrouw v.a. 25 t/m 34	Vrouw v.a. 35 t/m 44	Vrouw v.a. 45	Totaal
Ziekenhuizen	31	25	9	24	19	14	20
Verpleeghuizen	15	13	24	22	18	16	19
Gehandicaptenzorg	25	23	19	16	15	8	15
Bejaardenhuizen	7	9	24	18	21	20	19
Thuiszorg	6	4	20	15	23	38	21
Geestelijke gezondheidszorg	16	26	4	5	5	4	7
Totaal	100	100	100	100	100	100	100

Uit tabel 2.2 blijkt dat voor wat betreft de mannen de jongste leeftijdscategorie vooral werkzaam is in het ziekenhuis (31%) en de gehandicaptenzorg (25%). De ouderen zijn met name werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg (26%) en de ziekenhuizen (25%). Met uitzondering van de geestelijke gezondheidszorg zijn vrouwen in alle sectoren ruim vertegenwoordigd. Het zijn vooral vrouwen tot en met 34 jaar die in verpleeghuizen en in de gehandicaptenzorg werken. De vrouwen van 45 jaar en ouder zijn met name werkzaam in de thuiszorg; bijna twee keer zo hoog als het aandeel jongere vrouwen.

Om in de analyses het beroepsperspectief mee te nemen zijn de verschillende specialisaties gegroepeerd tot beroepsgroepen. Er is gekozen voor een indeling waarbij zowel rekening wordt gehouden met het soort beroep als met de setting (bij de patiënt thuis of in een instelling). Op deze manier zijn verpleegkundigen, ziekenverzorgenden, gezinsverzorgenden, groepsbegeleiders en instellingsverzorgenden onderscheiden. In tabel 2.3 wordt de verdeling van het aantal respondenten naar beroepsgroep weergegeven. Hieruit blijkt dat verreweg het grootste deel (31%) van de respondenten tot de beroepsgroep verpleegkundigen gerekend kan worden.

*Tabel 2.3*  
*De verdeling van respondenten naar beroepsgroep*

Beroepsgroep	Beroep	
Verpleegkundigen	Verpleegkundige	31%
	Wijkverpleegkundige	
	Kraamzorgverpleegkundige	
Ziekenverzorgenden	Ziekenverzorgende	20%
	Wijkziekenverzorgende	
Gezinsverzorgenden	Kraamverzorgende	15%
	Wijkkraamverzorgende	
	Thuishulp A	
	Gezinsverzorgingshulp B	
	Gezinsverzorgende C en D Gespec.	
Groepsbegeleiders	Groeps/.begeel./soc.-pedag. werk	15%
	Activiteitenbegeleider	
Instellingsverzorgenden	Bejaardenhelpende	12%
	Bejaardenverzorgende	
Overige beroepen		7%
Totaal		100%

Vervolgens is in tabel 2.4 een uitsplitsing van de deelnemende verpleegkundigen en verzorgenden naar zorgsector weergegeven. Het aandeel van de verschillende beroepsgroepen varieert sterk tussen deelsectoren. Zo vormen binnen ziekenhuizen en binnen de geestelijke gezondheidszorg verpleegkundigen relatief gezien de grootste beroepsgroep, terwijl binnen de gehandicaptenzorg de groepsbegeleiders, in verpleeghuizen de ziekenverzorgenden en binnen de thuiszorg de gezinsverzorgenden de meerderheid vormen. Overigens blijkt dat in alle deelsectoren de verpleegkundigen een belangrijk deel van de onderzoeksgroep vormen. De deelnemende gezinsverzorgenden en instellingsverzorgenden zijn meer sectorspecifiek werkzaam.

*Tabel 2.4*  
*Relatieve verdeling van de respondenten naar beroepsgroepen en deelsectoren*

Deelsector	Verpleeg- kundige	Ziekenver- zorgende	Gezinsver- zorgende	Groeps- begeleider	Instellings- verzorgende	Overig beroep	Totaal
Ziekenhuizen	85	4	0	4	0	8	100
Verpleeghuizen	16	66	1	6	4	6	100
Gehandicaptenzorg	18	1	2	71	0	7	100
Bejaardenhuizen	11	22	2	5	55	5	100
Thuiszorg	12	8	69	1	6	5	100
Geestelijke gezondheidszorg	53	10	1	21	1	15	100
Totaal	31	20	15	15	12	7	100

Als vervolgens wordt gekeken naar leeftijd en geslacht van de onderscheiden beroepsgroepen (tabel 2.5) dan blijkt dat jonge mannelijke respondenten voor een groot deel werkzaam zijn als verpleegkundige (40%) of als groepsbegeleider (31%) (zie tabel 2.5). Dit geldt overigens ook voor de deelnemende mannen vanaf 35 jaar, maar daarbij geldt dat ook een groot deel (21%) in een 'overig beroep' aan de slag is. Deze mannen blijken vooral werkzaam te zijn in leidinggevende functies zoals: locatiehoofd, teamleider, manager of directeur.

Bij vrouwen geldt dat in de jongste leeftijdscategorie slechts 17% werkzaam is in een ziekenhuis. Dit percentage ligt voor de overige leeftijdscategorieën veel hoger. Dit zou te maken kunnen hebben met de duur van de opleiding. Verpleegkundigen hebben een langer durende opleiding dan bijvoorbeeld groepsbegeleiders en instellingsverzorgenden. In de leeftijdscategorie vanaf 45 jaar is het aandeel dat als ziekenverzorgende werkt aanmerkelijk lager dan in alle andere onderscheiden leeftijdscategorieën. Daartegen is het percentage dat als gezinsverzorgende aan de slag is weer veel hoger (28%). Evenals bij mannen geldt voor vrouwen een hoger percentage 'overig beroep' in de oudere leeftijdsklassen. Wanneer deze categorie nader wordt bekeken, blijkt dat het om zeer uiteenlopende functies gaat, van voedings-assistent en gastvrouw tot zorgmanager en directeur.

Tabel 2.5

*Relatieve verdeling van de respondenten naar beroepsgroepen en leeftijd en geslacht*

Leeftijd en sekse	Verpleeg- kundige	Ziekenver- zorgende	Gezinsver- zorgende	Groeps- begeleider	Instellings- verzorgende	Overig beroep	Totaal
Man 16-34 jaar	40	14	2	31	3	11	100
Man 35-64 jaar	47	8	2	20	2	21	100
Vrouw 16-24 jaar	17	22	14	22	21	4	100
Vrouw 25-34 jaar	32	22	12	14	16	3	100
Vrouw 35-44jaar	30	23	15	14	10	8	100
Vrouw 45-64 jaar	27	15	28	10	11	8	100
Totaal	30	20	15	15	12	7	100

### *Conclusie*

De database, door Research voor Beleid samengesteld met als doel de aanbods-kant van de arbeidsmarkt voor zorg en welzijnssector in kaart te brengen, omvat 3.598 verpleegkundigen en verzorgenden die in de zorgsector werkzaam zijn. Het merendeel van hen is vrouw (88%). Ongeveer tweederde van het aantal verpleegkundigen en verzorgenden is tussen de 25 en 44 jaar.

Met betrekking tot de verzamelde gegevens moeten de volgende kanttekeningen worden gemaakt. Aangezien slechts 7% van de deelnemende verpleegkundigen en verzorgenden in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam is en bovendien binnen deze sector een groot deel van de beroepen niet te classificeren is (15% valt in de categorie 'overige beroepen') moet voorzichtig worden omgegaan met uitspraken over het werk en de werkbeleving in deze deelsector.

Eveneens dient men voorzichtig te zijn met uitspraken over mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden in de leeftijdscategorie vanaf 35 jaar.

Weliswaar is het aandeel mannen gering in deze leeftijdscategorie maar in de steekproefopzet is daarmee rekening gehouden. Bezwaarlijker is het feit dat een groot deel van deze groep werkzaam is in de categorie 'overige beroepen', zoals leidinggevende functies. De vraag is of het hier nog om verplegende en verzorgende functies gaat. Wanneer het leidinggevende functies betreft als unithoofd of zorgmanager is een directe zorgrelatie nog

denkbaar, maar wanneer het bestuurlijke functies betreft zoals directeur, is de relatie minder duidelijk.

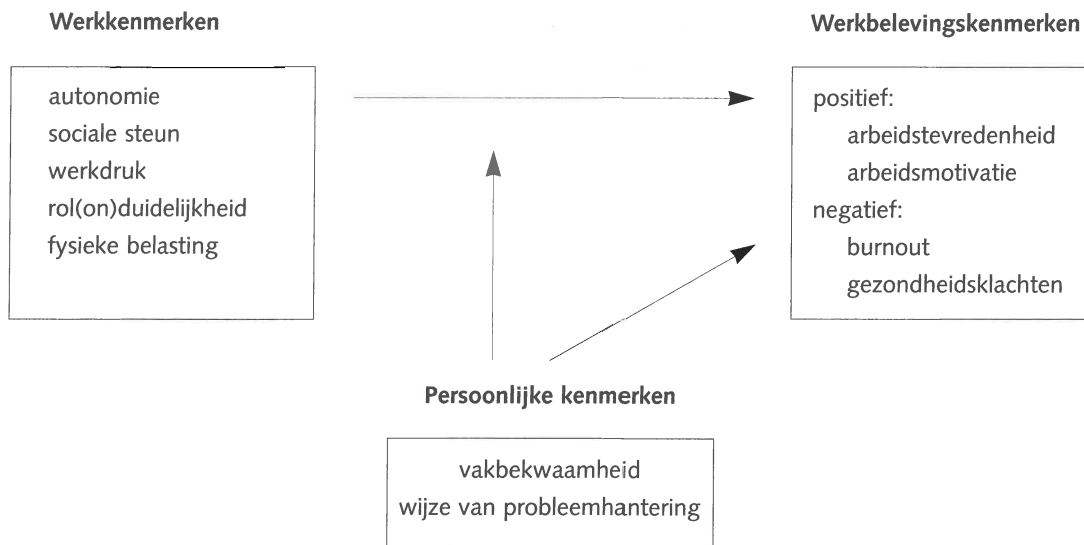
Uitspraken over verpleegkundigen en verzorgenden in de geestelijke gezondheidszorg en over oudere mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden moeten vooral als indicatief worden gezien.

### 3

## Het werk en de werkbeleving: een literatuurstudie

Het werk en de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden zijn gedurende de jaren negentig vaak onderwerp van onderzoek geweest. Om werkbeleving te kunnen meten, worden verschillende dimensies onderscheiden, zogeheten 'werkbelevingskenmerken'. Deze werkbelevingskenmerken kunnen van psychische, psychosomatische en gedragsmatige aard zijn (Boumans, 1990). Zowel in positieve zin, zoals arbeidstevredenheid en werkmotivatie, als in negatieve zin, zoals gezondheidsklachten en ziekteverzuim. In verschillende onderzoeken zijn verbanden aangetoond tussen de werkbelevingskenmerken van verpleegkundigen en verzorgenden en werkkenmerken (De Jonge, Landeweerd, Nijhuis et al., 1994a; 1994b; 1994c). Werkkenmerken kunnen worden beschouwd als een samenspel tussen een aantal dimensies van het werk, zoals de arbeidsinhoud, de arbeidsomstandigheden, de arbeidsverhoudingen en de arbeidsvoorwaarden (Gehrels en Lemmens, 1993). Voorbeelden van dergelijke kenmerken zijn de mate van autonomie in het werk en de steun van collega's en leidinggevenden. Bovendien blijken op de relatie tussen het werk en de werkbeleving ook persoonlijke kenmerken van verpleegkundigen en verzorgenden van invloed te zijn (Le Blanc, 1994; 1995; De Rijk, 1994). Voorbeelden hiervan zijn sociale vaardigheden en vakbekwaamheid. Overigens blijken persoonlijke kenmerken ook rechtstreeks van invloed te zijn op de werkbeleving (De Jonge et al., 1994a; 1994b; 1994c). Onderstaand model biedt enig inzicht in de samenhang van deze concepten (hierbij is niet gestreefd naar een complete weergave van de verschillende kenmerken). Dit model is ontleend aan De Jonge et al. (1994a; 1994b; 1994c).

*Figuur 1: De relatie tussen werkkenmerken, persoonlijke kenmerken en werkbelevingskenmerken*



De uitwerking van dit hoofdstuk is gebaseerd op bovenstaand model. De paragrafen zijn ingedeeld naar werkbelevingskenmerken waarbij paragraaf 3.1 de positieve werkbelevingskenmerken belicht en in paragraaf 3.2 de negatieve werkbelevingskenmerken aan bod komen. Per kenmerk worden de factoren beschreven die daarbij een rol spelen. Hierbij moet worden opgemerkt dat, een aantal studies uitgezonderd, de verschillende concepten – werkkenmerken, persoonlijke eigenschappen en werkbelevingskenmerken – niet altijd op dezelfde manier zijn gemeten.

### 3.1 Positieve werkbelevingskenmerken

De in de literatuur meest voorkomende positieve werkbelevingskenmerken zijn arbeidssatisfactie, eigen werkmotivatie en eigen werkwaardering. Daarnaast zijn ook kenmerken als werkbetrokkenheid, arbeidsvoldoening en plezier in het werk als maat voor werkbeleving aangetroffen. In onderstaande subparagrafen worden de factoren beschreven die van invloed zijn op deze werkbelevingskenmerken.

#### 3.1.1 *Arbeidssatisfactie*

Met arbeidssatisfactie (of arbeidstevredenheid) wordt een specifiek aspect van tevredenheid bedoeld, namelijk de tevredenheid met het werk. Het kan



omschreven worden als de mate waarin een persoon zich welbevindt in zijn werk of werksituatie (Biessen, 1992). Van Houten (1993) onderscheidt negen dimensies, zoals de tevredenheid met de kwaliteit van zorg, met het afdelingshoofd, met contacten met collega's, met de promotiemogelijkheden, ezovoort.

Uit onderzoeken van De Jonge et al. (1994a; 1994b; 1994c) blijkt dat met name sociale steun van zowel de leidinggevende als van collega's van belang is voor de arbeidssatisfactie. Dit geldt in bijna alle onderzochte settings (verpleeghuizen, ziekenhuizen en PAAZ-en). Alleen bij de PAAZ-en is met name de sociale steun van het hoofd belangrijk. Ook Lusthuis (1994) toonde aan dat in verpleeghuizen sociale steun van invloed is op de arbeidssatisfactie.

Over de invloed van sociale steun geeft Le Blanc (1994; 1995) wel enige nuancering. De sterkte van de samenhang met de werkbeleving blijkt afhankelijk te zijn van persoonlijke kenmerken van verpleegkundigen. Zo blijkt coaching (sociale steun van de leidinggevende) vooral een gunstig effect te hebben op verpleegkundigen die zich niet vakbekwaam voelen. Deze groep verpleegkundigen heeft behoefte aan extra aandacht, bijvoorbeeld in de vorm van extra ondersteuning en uitleg in nieuwe of moeilijke werksituaties en regelmatige feedback over het persoonlijk functioneren. Daarnaast is er een groep verpleegkundigen die vaardig genoeg is om zelfstandig te functioneren en dus weinig behoefte heeft aan individuele coaching bij hun dagelijkse werk. Het is bij deze groep aanbevelenswaardig om hen assistenttaken te laten vervullen. Dit heeft een positieve uitwerking op de werkbeleving van deze groep verpleegkundigen. Met name sociaal vaardige verpleegkundigen bleken positief te reageren op het vervullen van dergelijke assistenttaken. Volgens Le Blanc past juist binnen een patiëntgericht verpleegstelsel, waarbij verpleegkundigen zelf de planning en uitvoering van de zorg bepalen, een individuele, op de verpleegkundige toegesneden manier, van leidinggeven.

Een ander werkkenmerk dat eveneens in algemene ziekenhuizen en in verpleeghuizen een rol speelt bij arbeidssatisfactie is de werkdruk (De Jonge et al., 1994a; 1994b; Lusthuis, 1994). Hoe hoger de werkdruk, hoe minder tevreden men is met het werk.

Een derde werkkenmerk dat door De Jonge et al. (1994a; 1994b; 1994c) werd aangetoond, is dat hoe meer autonomie verleend wordt aan verpleegkundigen en verzorgenden, dat wil zeggen de mogelijkheid of vrijheid die men zelf heeft in en over het werk, zoals ten aanzien van het werktempo en de werkvolgorde, hoe groter de arbeidssatisfactie.

Boumans en Van den Berg (1999) onderzochten de invloed van de invoering van het 'Functie Innovatie Model' – een systeem van persoonlijk begeleiderschap in de verstandelijk-gehandicaptenzorg – op het werk en de werkbeleving. Dit functie-innovatieproject van verpleegkundigen en verzorgenden had tot doel het werk van begeleiders in de verstandelijk-gehandicaptenzorg zodanig te verdiepen dat dit werk enerzijds aantrekkelijker wordt en bijdraagt aan de positieverbetering van zorgverleners, anderzijds de professie beter toe te rusten voor vernieuwingen in de zorg, zoals transmuralisering, individualisering, decentralisering en de daarmee samenhangende kleinschaligheid. Echter, op de arbeidssatisfactie blijkt dit systeem geen effect te hebben. Een dergelijke uitkomst wordt ook aangetroffen in studies van Van Houten (1993) en Mondriaan-Van Zutphen en Boumans (1995) waarin het effect van Integrerende Verpleegkunde (I.V.) op de werkbeleving van verpleegkundigen is onderzocht. Bij dit eveneens patiëntgerichte verpleegstelsel wordt aan de verpleegkundige, in plaats van de verantwoordelijkheid voor een toegewezen taak, de verantwoordelijkheid voor de totale zorg van een patiënt gedelegeerd, er is daarbij sprake van een taakverrijking in zowel horizontale als verticale richting. Het systeem van Integrerende Verpleegkunde bleek slechts een positief effect te hebben op drie dimensies van arbeidstevredenheid, te weten de kwaliteit van zorg, de teamleider en de algemene werkvoltoening. Er werd echter een negatief effect op de tevredenheid over contacten met collega's gevonden. Volgens Van Houten is dat waarschijnlijk het gevolg van het zelfstandiger werken. Uit onderzoek naar de taakopvattingen van verzorgenden in een verpleeghuis (Boumans en Harmsen, 1993/1994) blijkt verder dat naarmate verzorgenden meer taken uitvoeren op het gebied van zelfstimulering en het leggen van sociale contacten met bewoners, de arbeidstevredenheid toeneemt. Echter, activiteiten die de dagelijkse verzorging betreffen blijken een negatief effect op de arbeidssatisfactie te hebben.

Verder blijken de volgende persoonlijke kenmerken direct van invloed te zijn op de arbeidssatisfactie: het gebruiken van eigen kennis en kunde (een positief verband), het minder behoefte hebben aan autonomie (eveneens een positief verband) en als probleemhantering de neiging tot het vermijden van of afwachten bij onplezierige gebeurtenissen (een negatief verband) (De Jonge et al., 1994a; 1994b; 1994c). Hierbij werd de eigenschap gebruik van eigen kennis en kunde in alledrie onderzochte settings aangetroffen, terwijl de andere twee persoonlijke kenmerken alleen in verpleeghuizen en in algemene ziekenhuizen werden gevonden.

Tenslotte blijkt het aantal dienstjaren van invloed te zijn op de arbeidssatis-

factie. Uit onderzoek van De Ruijter (1993) blijkt namelijk dat hoe langer verzorgenden werkzaam zijn in de verzorging, hoe lager de arbeidstevredenheid is.

### 3.1.2 *Werkmotivatie*

Werkmotivatie betreft de mate waarin het werk de zorgverlener prikkelt, dan wel stimuleert. Het is de drijfveer achter of oorzaak van het menselijk handelen in de arbeidssituatie (De Jonge et al., 1993).

Evenals bij de arbeidssatisfactie, blijkt uit de onderzoeken van De Jonge et al. (1994a; 1994b; 1994c) dat met name sociale steun van zowel de leidinggevende als van collega's van belang is voor de werkmotivatie. Dit geldt in bijna alle onderzochte settings (verpleeghuizen, ziekenhuizen en PAAZ-en). Alleen bij de PAAZ-en is met name de sociale steun van het hoofd belangrijk. Ook Lusthuis (1994) toonde in een onderzoek bij verpleeghuizen dat sociale steun van invloed is op de werkmotivatie, naarmate er meer sociale steun wordt ervaren, neemt de werkmotivatie toe.

Ook blijkt opnieuw de mate van autonomie van belang. De Jonge et al. (1994a; 1994b) toonden in hun studies bij verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen aan dat meer autonomie in het werk de werkmotivatie bevordert. In deze lijn liggen ook de uitkomsten van Van Doorn (1998). In dit onderzoek onder verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen werd een verband aangetroffen tussen de werkmotivatie en de arbeidsinhoud. Arbeidsinhoud werd hierbij gezien als de mate van uitdaging in een functie en mogelijkheden tot bijscholing. Mogelijkheden hiertoe zijn volgens Van Doorn het creëren van taakwisseling, taakverruiming en taakverrijking, meer inbreng in de werkmethoden, werktempo, werkvolgorde en werktijden. Met name deze laatste aspecten van arbeidsinhoud komen vrijwel overeen met die van het concept autonomie. Als voorbeelden worden genoemd het rouleren over verschillende afdelingen, horizontale carrièreplanning en loopbaanbegeleiding.

Verder blijkt op PAAZ-en behalve sociale ondersteuning van het hoofd de werkdruk een rol te spelen. Op een PAAZ geldt hoe hoger de werkdruk, hoe groter de werkmotivatie (De Jonge et al., 1994c).

Ook persoonlijke kenmerken spelen een rol bij werkmotivatie. Het meest algemene kenmerk is het gebruik van de eigen vakbekwaamheid. Hoe meer verpleegkundigen en verzorgenden gebruik kunnen maken van hun kennis en kunde, hoe hoger de werkmotivatie is. De Jonge et al. (1994a; 1994b; 1994c) vonden dit verband in zowel verpleeghuizen, als in algemene ziekenhuizen en PAAZ-en. Persoonlijke kenmerken die in verpleeghuizen en in

ziekenhuizen van belang zijn voor de werkmotivatie zijn volgens De Jonge et al. (1994a; 1994b) een actieve probleemhantering en het minder of geen behoefte hebben aan autonomie in het werk. Alleen op PAAZ-en blijkt er een verband te bestaan tussen de wijze van probleemhantering 'afwachten en vermijden van problemen' en de werkmotivatie. Hoe minder verpleegkundigen problemen en onplezierige situaties afwachten en vermijden, hoe groter de werkmotivatie.

### 3.1.3 *Eigen werkwaardering*

Het begrip 'eigen werkwaardering' kan opgevat worden als hoe men het werk voor zichzelf waardeert. Waar arbeidstevredenheid meer over het werk gaat, bijvoorbeeld de tevredenheid met de kwaliteit van zorg of met het afdelingshoofd, benadrukt het begrip 'eigen werkwaardering' meer de persoonlijke, interne waardering van het werk, wat het werk voor een verpleegkundige of verzorgenden zelf betekent (Van Houten, 1993).

Onderzoek in verzorgingshuizen naar de relatie tussen taakopvattingen en de werkbeleving van verzorgenden toonde aan dat naarmate verpleegkundigen en verzorgenden meer tijd besteden aan coördinerende en voorwaardenscheppende activiteiten, zoals schriftelijke en mondelinge rapportage en overleg, hoe hoger zij hun werk waarderen (De Ruijter, 1993). Een dergelijke uitkomst werd ook gevonden door Boumans en Harmsen (1993/1994) in een studie naar taakopvattingen en de werkbeleving van ziekenverzorgenden in een verpleeghuis. Taken die positief samenhangen met de eigen werkwaardering bleken vooral coördinerende activiteiten te zijn. Dit bleek ook te gelden voor de taken op het gebied van zelfzorgstimulering en het leggen van sociaal contact met verpleeghuisbewoners: naarmate verzorgenden meer taken uitvoeren op dit gebied, neemt de eigen werkwaardering toe.

Ten slotte bleek, evenals bij arbeidssatisfactie, de invoering van het patiëntgerichte verpleegsysteem 'Integrerende Verpleegkunde' geen effect te hebben op de eigen werkwaardering van verpleegkundigen (Van Houten, 1993; Mondriaan-Van Zutphen & Boumans, 1995).

### 3.1.4 *Werkbetrokkenheid*

Naast de bovengenoemde concepten is ook de mate van betrokkenheid bij het werk in enkele studies gebruikt als maat voor de werkbeleving. Zowel in verpleeghuizen, algemene ziekenhuizen en PAAZ-en blijkt sociale ondersteuning van de direct leidinggevenden van invloed te zijn op de mate van betrokkenheid bij het werk. Hoe meer sociale steun, hoe groter de werkbe-

trokkenheid (De Jonge et al., 1994a; 1994b; 1994c). Bovendien blijkt op PAAZ-en de mate van autonomie van invloed te zijn: hoe minder autonomie, hoe groter de werkbetrokkenheid. Het is waarschijnlijk vanwege het specifieke karakter dat op een PAAZ het hebben van autonomie minder gunstig is; uit onderzoek uitgevoerd onder verpleegkundigen en verzorgenden in het algemeen (in diverse settings) blijkt dat juist meer autonomie in het werk leidt tot meer uitdaging en dientengevolge tot een grotere werkbetrokkenheid (De Jonge et al., 1994/1995).

Ook persoonlijke eigenschappen blijken een rol te spelen bij de werkbetrokkenheid (De Jonge et al., 1994a; 1994b; 1994c): in zowel verpleeghuizen, als in ziekenhuizen en op PAAZ-en blijkt dat hoe minder behoefte men heeft aan autonomie en hoe meer gebruik men kan maken van kennis en kunde, hoe groter de betrokkenheid is met het werk. In verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen speelde bovendien de wijze van probleemhantering een rol: hoe actiever men problemen aanpakt, hoe groter de werkbetrokkenheid.

### 3.1.5 *Arbeidsvoldoening en werkplezier*

De werkbelevingskenmerken 'arbeidsvoldoening' en 'plezier in het werk' werden door Bruin (2000) toegevoegd aan de reeds bestaande concepten. Volgens Bruin, die de werkbeleving van verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen onderzocht, leverden de bestaande inzichten over werkbeleving te weinig verklaringen voor het hoge verloop en verzuim onder verzorgenden. Het begrip arbeidsvoldoening was in dit kader gedefinieerd als de mate waarin het werk voldoet aan de verwachtingen van verzorgenden. Met andere woorden, in hoeverre kunnen verzorgenden hun werk doen zoals ze het graag (hadden) willen doen. Plezier in het werk betreft de mate van afwisseling, variatie en interesse in het werk, iedere dag weer opnieuw. Resultaat van dit onderzoek was dat verzorgenden over het algemeen veel plezier in hun werk hebben, maar niet altijd voldaan zijn over het werk. Volgens Bruin zien verzorgenden hun werk niet louter als inkomensbron. Wanneer verzorgenden het gevoel hebben tekort te schieten tegenover bewoners, gaan ze met een onvoldaan gevoel naar huis. De auteur concludeert dan ook dat 'vervreemding' of 'uitholling' van de functie van verzorgende een reden zou kunnen zijn om het vak te verlaten of ziek te worden. Volgens Bruin zouden leidinggevendenden zich meer moeten richten op de arbeidsvoldoening en invloed moeten uitoefenen op de mate waarin het werk voldoet aan de verwachtingen van de verzorgenden. Werkkenmerken die daarbij beïnvloed kunnen worden, zijn: vermindering van de werkdruk,

meer consideratie en coaching van de leiding, meer autonomie in het werk, meer tijd voor psychosociale taken, meer sociale ondersteuning van collega's en een betere communicatie op de afdeling.

### 3.2 Negatieve werkbelevingskenmerken

De meest voorkomende negatieve werkbelevingskenmerken zijn burnout en ervaren gezondheidsklachten. Ook is ziekteverzuim in een enkele studie als een van de maten voor werkbeleving meegenomen. In de onderstaande subparagrafen worden de factoren beschreven die van invloed zijn op deze werkbelevingskenmerken.

#### 3.2.1 *Burnout*

Burnout betekent letterlijk 'opgebrand'. Het staat symbool voor een negatieve psychische uitputtingstoestand die ontstaat als er door het werk chronisch te hoge eisen aan een verpleegkundige worden gesteld (Schaufeli, 1991). Burnout komt voornamelijk voor bij mensen die beroepsmatig met andere mensen werken, zoals in het onderwijs en in de gezondheidszorg. De belangrijkste kenmerken van burnout zijn: emotionele uitputting (het gevoel helemaal leeg te zijn), depersonalisatie (een onverschillige, cynische en onpersoonlijke houding ten opzichte van bijvoorbeeld patiënten) en verminderde persoonlijke bekwaamheid (het gevoel minder te presteren op het werk, een negatieve houding ten opzichte van zichzelf). Van deze drie burnoutcomponenten komt emotionele uitputting het dichtst bij traditionele stressreacties (Maslach, 1993). Bij de beschrijving van de invloed van werkkenmerken en persoonlijke kenmerken zal op deze plaats verder gesproken worden van 'burnout'. Verder moet opgemerkt worden dat over het verschijnsel 'burnout' meer gepubliceerd is dan hieronder is beschreven. Alleen studies die (onder andere) burnout als maat voor werkbeleving hebben gehanteerd, zijn opgenomen.

Allereerst blijkt uit verschillende studies dat werkdruk in relatie staat tot burnoutverschijnselen (De Jonge et al., 1994a; 1994b; 1994c; De Jonge et al., 1994/1995; Lusthuis, 1994). Verpleegkundigen en verzorgenden ervaren meer verschijnselen van burnout naarmate de werkdruk hoger is. Deze studies betreffen verpleegkundigen en verzorgenden in verschillende zorgsettings, hetgeen werkdruk een belangrijk handvat maakt bij de verbetering van de werkbeleving.

Eveneens van invloed op het optreden van burnoutverschijnselen, is de sociale steun van collega's en van de leidinggevende. Ook deze relatie is in verscheidene onderzoeken aangetroffen (De Jonge et al., 1994a; 1994b;

1994c; De Jonge et al., 1994/1995; Lusthuis, 1994). Verpleegkundigen en verzorgenden ervaren meer burnoutverschijnselen naarmate zij op hun werk minder sociale steun ondervinden.

Een derde werkkenmerk dat het ontstaan van burnoutgevoelens beïnvloedt, is de mate van lichamelijke inspanning. Echter, de uitkomsten wijzen niet alle in dezelfde richting. Zo blijkt uit onderzoek van De Jonge et al. (1994a; 1994b; 1994c) in verpleeghuizen, algemene ziekenhuizen en PAAZ-en dat naarmate verpleegkundigen en verzorgenden meer fysieke inspanning moeten leveren, zij meer verschijnselen van burnout rapporteren, terwijl Lusthuis (1994) een omgekeerde relatie vindt: hoe minder fysieke inspanning, hoe meer gevoelens van burnout. Deze studie werd gedaan onder verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeghuizen. Overigens blijkt uit het onderzoek van Lusthuis dat de verschillen tussen somatische en psychogeriatrische afdelingen op dit vlak minimaal zijn. Alleen ten aanzien van de dimensie 'verminderde persoonlijke bekwaamheid' wijzen de resultaten erop dat wanneer meer sociale ondersteuning ervaren wordt, gevoelens van persoonlijke onbekwaamheid bij zorgverleners op somatische afdelingen sneller afnemen dan bij zorgverleners op psychogeriatrische afdelingen.

Ten vierde blijkt autonomie van belang te zijn bij het al dan niet optreden van burnoutgevoelens. Over het algemeen kan gesteld worden dat hoe minder autonomie is verleend aan verpleegkundigen en verzorgenden, hoe meer gevoelens van burnout optreden (De Jonge et al. 1994a; 1994b; 1994c; De Jonge et al, 1994/1995). De veronderstelling dat veel beslissingsruimte op iedereen een positief effect heeft, blijkt echter ongenueanceerd (De Rijk, 1994). Onderzoek bij IC-verpleegkundigen toonde aan dat bij sommige IC-verpleegkundigen beslissingsruimte geen stressreducerend effect heeft bij hoge taakeisen. Bij deze groep is juist sprake van weinig behoefte aan beslissingsruimte, de neiging tot het vermijden van problemen en een geringe neiging om iets actief aan te pakken. Wanneer aan deze groep verpleegkundigen hoge taakeisen worden gesteld, gepaard gaande met veel beslissingsruimte, kan dat leiden tot emotionele uitputting. Een kleine beslissingsruimte heeft dus niet altijd een negatieve betekenis als wel consequenties bij het niet adequaat toepassen ervan door de leidinggevende. In aansluiting op de studie van Le Blanc (1994) kan uit deze studie geconcludeerd worden dat de leidinggevende zich ervan bewust moet zijn in hoeverre de verpleegkundigen te typeren zijn volgens bovenstaande persoonskenmerken.

Een vijfde werkkenmerk dat ertoe bijdraagt dat gevoelens van burnout kunnen ontstaan, betreft rolonduidelijkheid: wanneer het takenpakket van ver-

pleegkundigen niet duidelijk is, blijkt dat te leiden tot gevoelens van burn-out. Dit blijkt uit onderzoek onder verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen door Van Doorn, 1998).

Onderzoek van Boumans en Harmsen (1993/1994) in verpleeghuizen toonde aan dat met name verpleegtechnische handelingen, stervensbegeleiding en zorg voor de privacy leiden tot minder gevoelens van depersonalisatie, maar tot meer emotionele uitputting. De onderzoekers verklaren deze tegenstrijdigheid uit het gegeven dat dergelijke taken waarschijnlijk hoog gewaardeerd worden door de beroepsgroep (vooral verpleegtechnische handelingen), terwijl het tegelijkertijd complexe en moeilijke taken zijn die op langere termijn voor negatieve effecten zorgen, waarschijnlijk door onvoldoende bekwaamheden en vaardigheden op deze terreinen. Zij doen de aanbeveling om binnen de opleiding tot ziekenverzorgende voldoende aandacht aan de uitvoering van deze taken te schenken, vooral ook omdat in de toekomst deze taken alleen maar toenemen door veranderingen in de zorgbehoefte.

Ten slotte kan voor wat betreft de werkkenmerken vermeld worden dat de invoering van het zogenaamde Functie Innovatie Model, een systeem van persoonlijk begeiderschap, in de verstandelijk-gehandicaptenzorg geen effect heeft op burnout (Boumans en Van den Berg (1999).

Ten aanzien van de persoonlijke kenmerken kan ook hier gesteld worden dat de wijze van probleemhantering van invloed is op het ontstaan van burnoutverschijnselen. Zo blijken verpleegkundigen en verzorgenden die geneigd zijn tot het vermijden van problemen en in probleemsituaties tot een afwachtende houding, vaker burnoutverschijnselen te hebben (De Jonge et al. 1994a; 1994b; 1994c). Uit deze studies komt ook naar voren dat het omgekeerde geldt voor de neiging tot het actief aanpakken: hoe meer verpleegkundigen en verzorgenden geneigd zijn tot het actief aanpakken en oplossen van problemen, hoe minder vaak zij burnoutverschijnselen rapporteren. Uit onderzoek van Koeter (1994), onder verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen, blijkt echter alleen een verband tussen het 'zoeken van sociale steun' en burnout. Het 'actief aanpakken van problemen' en het 'vermijden en afwachten' bleken in deze studie geen voorspellers te zijn van burnoutverschijnselen.

Behalve deze stijlen van probleemhantering, blijkt het gebruik van de eigen vakbekwaamheid een rol van betekenis te spelen (De Jonge et al. 1994a; 1994b; 1994c). Hoe minder men gebruikmaakt van de eigen kennis en kunde, hoe meer gevoelens van burnout ontstaan.

Op een PAAZ speelt tenslotte ook de behoefte aan autonomie een rol: hoe



meer behoefte men heeft aan autonomie, hoe meer burnoutverschijnselen optreden. Hierbij kan echter dezelfde nuancering als eerder beschreven te worden aangetekend.

### 3.2.2 *Gezondheidsklachten*

Gezondheidsklachten hebben betrekking op diverse aspecten van de gezondheidstoestand van een zorgverlener (De Jonge et al. (1995). Deze klachten kunnen verdeeld worden in psychosomatische klachten en psychische klachten. Voorbeelden van psychosomatische klachten zijn: maag- en darmklachten, rugklachten, hartklachten, hoofdpijn en chronische vermoeidheid (Dirken, 1969). Depressiviteit, irritatie, angstgevoelens en gespannenheid kunnen als psychische klachten worden aangeduid.

Psychosomatische gezondheidsklachten kunnen ten eerste in verband worden gebracht met de werkdruk. In onderzoeken in algemene ziekenhuizen en PAAZ-en is aangetoond dat hoe hoger de werkdruk, hoe meer psychosomatische gezondheidsklachten er optreden (De Jonge et al., 1994b; 1994c). Ook blijkt een hogere werkdruk tot meer psychische gezondheidsklachten te leiden. Dit is aangetoond in studies bij verpleeghuizen (De Jonge, 1994a; Lusthuis, 1994) en in studies bij algemene ziekenhuizen (De Jonge et al., 1994b; Van Doorn, 1998). Van Doorn spreekt in dit verband van 'overbelasting', en PAAZ-en (De Jonge et al., 1994c). Tevens werd indirect een positieve relatie gevonden tussen werkdruk en gezondheidsklachten in een onderzoek onder verpleegkundigen en verzorgenden in diverse settings (De Jonge et al., 1994/1995). Uit dat onderzoek bleek dat een hoge werkdruk emotionele uitputting tot gevolg kan hebben hetgeen weer zou leiden tot gezondheidsklachten. Hiermee is het verschijnsel 'werkdruk' opnieuw een belangrijk aanknopingspunt bij het verbeteren van de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden. Hierbij moet worden opgemerkt dat uit het onderzoek van De Jonge et al. (1994/1995) bleek dat de negatieve invloed van werkdruk wordt afgezwakt wanneer tegelijkertijd meer autonomie wordt verleend.

Een ander belangrijk werkkenmerk dat tot psychosomatische gezondheidsklachten leidt, is fysieke inspanning (De Jonge et al., 1994a; 1994b; 1994c). Bovendien blijkt lichamelijke inspanning op een PAAZ ook te leiden tot psychische gezondheidsklachten (De Jonge et al., 1994c).

Een derde werkkenmerk van invloed op gezondheidsklachten is de sociale steun op het werk. Zowel ondersteuning van collega's als van de direct leidinggevende spelen een rol bij een positieve werkbeleving. Met name bij de preventie van psychische klachten zijn beide vormen van sociale ondersteu-

ning van belang (De Jonge et al., 1994a; 1994b; 1994c) en op een PAAZ speelt collegiale ondersteuning ook een rol bij de preventie van psychosomatische klachten. Met resultaten in dezelfde richting ondersteunt het onderzoek van De Jonge et al. (1994/1995) onder verpleegkundigen en verzorgenden in diverse zorgsettings de conclusie dat sociale ondersteuning een niet te onderschatten werkkenmerk is. Zij vonden tevens dat wanneer aan verpleegkundigen en verzorgenden meer autonomie wordt verleend in een werksituatie met weinig sociale steun, het negatieve verband tussen sociale steun en gezondheidsklachten wordt versterkt.

Het werkkenmerk 'rolonduidelijkheid' blijkt ook een rol te spelen bij het optreden van gezondheidsklachten. Volgens Van Doorn (1998) zouden er in algemene ziekenhuizen minder psychische klachten zijn wanneer er meer gelet zou worden op de duidelijkheid van het takenpakket van een verpleegkundige. Hoe duidelijker de rol van een verpleegkundige op een afdeling, hoe minder psychische klachten.

Ten slotte blijkt ook het verpleegstelsel van invloed te zijn. Werken volgens het stelsel van Integrerende Verpleegkunde blijkt in dit kader een positief effect te hebben. Onderzoek door Van Houten (1993) in algemene ziekenhuizen toonde aan dat de invoering van I.V. leidt tot een vermindering van het aantal gezondheidsklachten.

Ook persoonlijke kenmerken blijken voorspellers te zijn van psychische en/of psychosomatische gezondheidsklachten. Zo blijkt de wijze van probleemhantering een belangrijke rol te spelen. Verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in verpleeghuizen, algemene ziekenhuizen en PAAZ-en blijken meer psychische klachten te melden wanneer zij problemen vermijden en in probleemsituaties vooral afwachten (De Jonge et al., 1994a; 1994b; 1994c). Deze manier van probleemhantering leidt ook tot psychosomatische gezondheidsklachten, zo bleek uit studies in verpleeghuizen en in algemene ziekenhuizen (De Jonge et al., 1994a; 1994b). Ook geldt: hoe minder actief verpleegkundigen en verzorgenden probleemsituaties aanpakken, hoe meer kans op psychische klachten (De Jonge et al., 1994a; 1994b) en psychosomatische klachten (De Jonge et al., 1994c).

Een ander persoonlijk kenmerk dat van invloed is op het ontstaan van gezondheidsklachten, is het gebruik van de eigen vakbekwaamheid. Hoe minder men gebruikmaakt van de eigen kunde en kennis, hoe groter de kans is op psychosomatische gezondheidsklachten (De Jonge et al., 1994a; 1994b).

### 3.2.3 *Ziekteverzuim*

Behalve burnout en gezondheidsklachten is ook ziekteverzuim aangetroffen als maat voor de werkbeleving. In studies onder verpleegkundigen naar het effect van de invoering van integrerende verpleegkunde bleek dit patiëntgerichte verpleegstelsel echter nauwelijks effect te hebben op het ziekteverzuim (Van Houten, 1993; Mondriaan-Van Zutphen en Boumans, 1995).

### 3.3 **Conclusie**

Verscheidene factoren blijken van invloed te zijn op de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden. Uit de literatuur blijkt dat de werkbeleving positief wordt beïnvloed door met name de sociale ondersteuning op het werk, zowel van collega's als van de direct leidinggevende. Sociale steun van een leidinggevende heeft vooral een gunstig effect bij verzorgenden en verpleegkundigen die zich minder vakbekwaam voelen. Deze groep heeft behoefte aan extra ondersteuning, uitleg en feedback in nieuwe of moeilijke werksituaties. Verzorgenden en verpleegkundigen die vaardig genoeg zijn om zelfstandig te functioneren, hebben juist meer behoefte aan het zelf ondersteunen van de leidinggevende. De manier van leidinggeven is dus afhankelijk van het type verzorgende of verpleegkundige. Verder blijkt autonomie over het algemeen een gunstig effect te hebben op de werkbeleving. Hoe meer beslissingsruimte verpleegkundigen en verzorgenden hebben, hoe positiever zij tegenover het werk staan. Ook hier geldt dat de leidinggevende zich bewust moet zijn van de persoonskenmerken van verpleegkundigen en verzorgenden. Bij hen die de neiging hebben om probleemsituaties te vermijden en in probleemsituaties een meer afwachtende houding hebben, heeft een grotere beslissingsruimte eerder een negatief effect. Een kleine beslissingsruimte heeft dus niet altijd een negatieve betekenis. Persoonlijke kenmerken die direct een positieve invloed hebben op de werkbeleving zijn het gebruik van eigen vakkennis en kunde, weinig behoefte aan autonomie en de neiging om problemen actief ter hand te nemen.

Over het algemeen wordt de werkbeleving negatief beïnvloed door werkkenmerken als werkdruk en rolonduidelijkheid. Hoe hoger de werkdruk hoe minder positief men het werk ervaart. De negatieve invloed van werkdruk blijkt evenwel te kunnen worden afgezwakt door het verlenen van meer autonomie. Ook wanneer de rol van een verpleegkundige of verzorgende niet duidelijk is, heeft dat invloed op de werkbeleving. Persoonlijke kenmerken die meespelen bij een negatieve beleving van het werk zijn het weinig gebruiken van de vakbekwaamheid en de neiging tot het vermijden van problemen en afwachten in probleemsituaties.

Kort samengevat komt meer aandacht voor sociale ondersteuning, het verlenen van autonomie en de werkdruk, in combinatie met het in acht nemen van persoonlijke kenmerken van verzorgenden en verpleegkundigen, de werkbeleving ten goede.

## 4

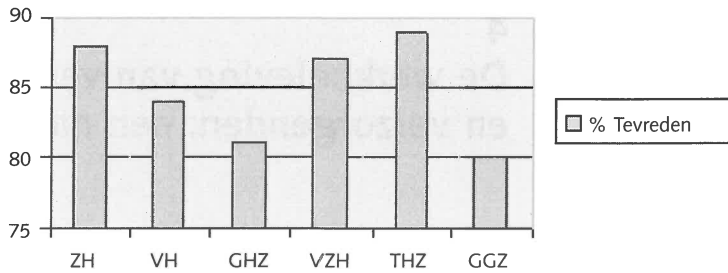
# De werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden: een nadere analyse

In aansluiting op het eerder beschreven model zal in dit hoofdstuk op basis van een secundaire analyse van gegevens uit het databestand van Research voor Beleid een antwoord worden gegeven op de tweede vraagstelling 'hoe beleven verpleegkundigen en verzorgenden hun werk?'. Daarbij zal in de eerste paragraaf worden ingegaan op positieve werkbelevingskenmerken (arbeidstevredenheid en arbeidsmotivatie) en in paragraaf 4.2 op negatieve belevingskenmerken (burnout en ziekteverzuim).

### 4.1 Positieve werkbelevingskenmerken

#### 4.1.1 *Tevredenheid over de baan*

Op de vraag 'hoe tevreden bent u met uw baan in de zorgsector' rapporteert 86% van de geënquêteerde verpleegkundigen en verzorgenden tevreden te zijn met hun huidige baan. Zelfs 18% geeft te kennen zeer tevreden te zijn. In totaal is 14% niet zo tevreden en 1% is helemaal niet tevreden. Als onderscheid wordt gemaakt tussen beide beroepsgroepen dan blijken de verschillen klein; van de verpleegkundigen is 15% ontevreden, van de ziekenverzorgenden 14% en van de gezinsverzorgenden 9%. Veel grotere verschillen zijn er tussen mannen en vrouwen. Van de mannen zegt 23% ontevreden te zijn over de huidige baan, tegenover 13% van de vrouwen. Met name in de groep mannen in de oudere leeftijdsklasse (35-64 jaar) is het aantal ontevredenen relatief hoog (24%). Bij de vrouwen daarentegen neemt het aandeel ontevredenen af in de hogere leeftijdscategorieën. Als vervolgens een uitsplitsing wordt gemaakt naar de sector waarin verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam zijn dan blijkt dat in de geestelijke gezondheidszorg het percentage dat ontevreden is, verreweg het hoogst is (figuur 4.1). Bijna een vijfde van alle verpleegkundigen en verzorgenden in deze sector zegt niet tevreden te zijn met de huidige baan. Daarentegen is binnen de thuiszorg 10% ontevreden.



ZH = Ziekenhuizen; VPH = Verpleeghuizen; GHZ = Gehandicaptenzorg;  
 VZH = Verzorgingshuizen; THZ = Thuiszorg; GGZ = Geestelijke gezondheidszorg

*Figuur 4.1: Percentage tevredenheid met baan in zorgsector naar sector*

Hierna wordt een aantal aspecten besproken die deels hun vertaling vinden in de tevredenheid over het werk (figuur 4.2).

#### *Inhoud werk*

Circa 92% van alle verpleegkundigen en verzorgenden is van mening dat men inhoudelijk gezien leuk werk heeft. Daarin zijn vrijwel geen verschillen te constateren naar geslacht en leeftijd. Ook tussen de beroepsgroepen verpleegkundigen en verzorgenden zijn de verschillen miniem. Tussen de deelsectoren zijn er wel verschillen alhoewel deze ook gering zijn (figuur 4.2). Van de verpleegkundigen en verzorgenden in de ziekenhuizen vindt 95% dat men leuk werk heeft. Binnen de thuiszorg ligt dit percentage iets lager (90%).

#### *Voldoening in het werk*

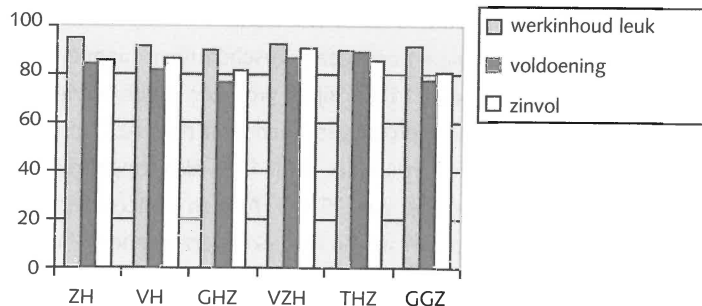
Als aan de verpleegkundigen en verzorgenden wordt gevraagd of het werk hun voldoening geeft dan kan eveneens worden geconstateerd dat verreweg het grootste deel (84%) voldoening heeft in het huidige werk. Opvallend is echter dat de mannen wat lager scoren (73%) dan de vrouwen (85%). Voor de mannen geldt verder dat de voldoening afneemt in de oudere leeftijdscategorieën (70%). Bij de vrouwen daarentegen wordt het tegenovergestelde geconstateerd; 90% van de vrouwelijke verpleegkundigen en verzorgenden ouder dan 45 jaar geeft te kennen dat men voldoening heeft in het huidige werk.

Als een onderscheid wordt gemaakt naar beroepsgroep dan blijkt dat van de gezinsverzorgenden en de instellingsverzorgenden ruim 91% voldoening heeft in het werk, tegen slechts 79% van de groepsbegeleiders.

De verpleegkundigen nemen een middenpositie in (82%). De verschillen naar beroepsgroep vinden hun vertaling in de verschillen naar sector (figuur 4.2). In de thuiszorg bijvoorbeeld geeft 89% van de verpleegkundigen en verzorgenden te kennen dat men in het huidige werk voldoening heeft; in de gehandicaptenzorg wordt dit voor 77% gerapporteerd.

#### *Zinvolheid van het werk*

Aan de respondenten is ook de volgende stelling voorgelegd 'het werk wat ik doe is erg zinvol voor mij'. Ruim 86% van alle verpleegkundigen en verzorgenden ondersteunt deze stelling; 5% is het geheel niet eens met deze stelling. Mannen geven minder vaak aan het werk zinvol te vinden dan vrouwen. De verschillen tussen de beroepsgroepen zijn overigens klein, waarbij de verzorgenden wat hoger scoren dan de verpleegkundigen. Die geringe verschillen worden ook waargenomen bij het onderscheid naar sector (figuur 4.2).



ZH = Ziekenhuizen; VPH = Verpleeghuizen; GHZ = Gehandicaptenzorg;  
VZH = Verzorgingshuizen; THZ = Thuiszorg; GGZ = Geestelijke gezondheidszorg

*Figuur 4.2: Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat het eens is met een drietal stellingen naar sector*

#### 4.1.2 *Tevredenheid over het loon*

Circa 77% van alle verpleegkundigen en verzorgenden onderschrijft de stelling 'Ik vind mijn uurloon te laag voor de verantwoordelijkheid die ik draag voor mijn werk'. Ruim 18% is het hier niet mee eens en 17% heeft geen mening. Ten aanzien van deze stelling zijn er geen grote verschillen tussen mannen en vrouwen. 19% van de mannen ervaart het loon als hoog tegenover 24% van de vrouwen. Van de vrouwen jonger dan 24 jaar is 40% het

eens met bovengenoemde stelling, tegenover 33% van de mannen in dezelfde leeftijdscategorie.

Het zijn met name gezinsverzorgenden en instellingsverzorgenden die hun loon als laag ervaren (respectievelijk 85% en 81%).

## 4.2 Negatieve werkbelevingskenmerken

### 4.2.1 *Burnout*

In de vragenlijst is een aantal stellingen opgenomen dat negatieve werkbelevingskenmerken in beeld brengt. Zo is er gevraagd of men zich 'opgebrand' voelt; vermoeid is, eentonig werk verricht en of men zich gefrustreerd voelt. Onderstaand staan de reacties op de verschillende stellingen beschreven.

#### *Opgebrand*

Circa 12% van alle werkzame verpleegkundigen en verzorgenden voelt zich 'opgebrand' door het werk.

Er is nagenoeg geen verschil tussen mannen en vrouwen (mannen 14%, vrouwen 11%). Bij de vrouwen moet overigens wel worden aangetekend dat het percentage toeneemt naarmate men ouder is. Van de vrouwen ouder dan 45 jaar voelt 14% zich 'opgebrand', tegenover 10% van degenen jonger dan 25 jaar. Als een onderscheid wordt gemaakt naar beroepsgroep dan scoren de ziekenverzorgenden hoger (15%) dan de verpleegkundigen (10%). Ook tussen de sectoren zijn er enkele verschillen te onderscheiden (figuur 4.3). In de GGZ en in de gehandicaptenzorg voelt 13% zich opgebrand, in de ziekenhuizen en in de thuiszorg ligt dat lager (10%).

#### *Vermoeid*

Meer dan 11% is het eens met de stelling 'Ik voel me vermoeid'. Dit gevoel van vermoeidheid is groter onder mannen dan vrouwen. Van de mannen tot 35 jaar zegt 15% vermoeid te zijn, tegenover 10% van de vrouwen in dezelfde leeftijdsgroep. Overigens moet voor wat betreft de vrouwen worden geconstateerd dat het aandeel dat zegt vermoeid te zijn stijgt van 9% in de leeftijdsgroep tot 24 jaar tot 13% in de leeftijdsgroep 45 jaar en ouder. Verder blijkt ten aanzien van bovengenoemde stelling dat er tussen de onderscheiden beroepsgroepen geen grote verschillen zijn. Tussen de deelsectoren zijn de verschillen iets groter. In de GGZ zegt 14% van de verpleegkundigen en verzorgenden door het werk vermoeid te zijn. In de ziekenhuizen en verpleeghuizen geldt dit voor 11% (zie figuur 4.3).



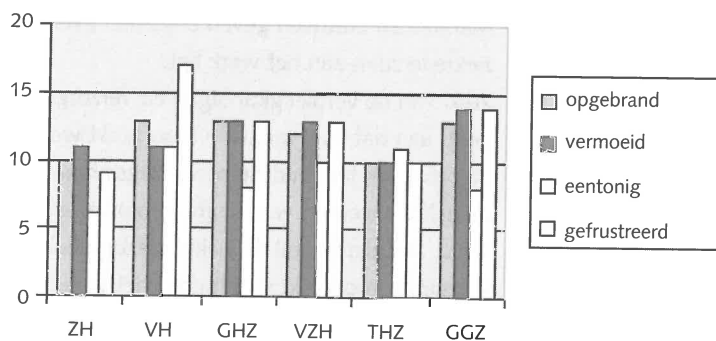
*Eentonig werk*

Ruim 9% van de verpleegkundigen en verzorgenden is van mening dat hun werk eentonig is. Dit geldt in vrijwel gelijke mate voor mannen als vrouwen. Ook qua leeftijd zijn er ten aanzien van dit item vrijwel geen verschillen te onderscheiden. Daarentegen zijn er wel verschillen naar beroepsgroep. Circa 14% van de gezinsverzorgenden vindt het werk eentonig, tegenover 8% van de verpleegkundigen.

Die eentonigheid van werk wordt dan ook veel vaker gevoeld in de thuiszorg (11%) en verzorgingshuizen (10%) dan in de ziekenhuizen (6%) en GGZ (8%) (zie figuur 4.3).

*Gefrustreerd*

Aan alle respondenten is de volgende stelling voorgelegd 'Ik voel mij gefrustreerd in mijn werk'. Bijna 12% onderschrijft deze stelling en 70% is het er niet mee eens. Die gefrustreerdheid is hoger onder mannen dan onder vrouwen en dan met name onder mannen onder de 34 jaar (17%). Ook zijn er verschillen naar beroepsgroep. Van de ziekenverzorgenden zegt 16% gefrustreerd te zijn door het werk, tegenover 11% van de verpleegkundigen. Relatief de meeste verpleegkundigen en verzorgenden die aangeven zich door hun werk gefrustreerd te voelen, zijn werkzaam in verpleeghuizen (17%) en in de GGZ (14%). De ziekenhuizen scoren het laagst (9%) (zie figuur 4.3).



ZH = Ziekenhuizen; VPH = Verpleeghuizen; GHZ = Gehandicaptenzorg;  
VZH = Verzorgingshuizen; THZ = Thuiszorg; GGZ = Geestelijke gezondheidszorg

*Figuur 4.3: Percentage respondenten dat het eens is met een viertal stellingen naar sector*

#### 4.2.2 Gezondheidsklachten

##### *Ziekteverzuim*

Op de vraag 'heeft u de afgelopen twee jaar twee weken of meer achtereen verzuimd in verband met ziekte (exclusief zwangerschap)', antwoordt 31% van de verpleegkundigen en verzorgenden bevestigend.

Het verschil in verzuim tussen de verschillende seksen is niet zo groot (mannen 25%, vrouwen 31%). In ziekenhuizen en in de geestelijke gezondheidszorg is het verzuim lager dan in verzorgingshuizen en verpleeghuizen (respectievelijk 24%, 25% en 35%, 36%). Wanneer de verschillende beroepsgroepen met elkaar worden vergeleken dan blijkt dat vooral de ziekenverzorgenden, de gezinsverzorgenden en de instellingsverzorgenden verzuimen wegens ziekte (allen rond de 35%). Hierbij geven ziekenverzorgenden vaker aan dat de oorzaak ligt in het werk. De beroepsgroep verpleegkundigen verzuimen minder (25%).

##### *Oorzaak ziekteverzuim*

Bij 34% van diegenen die ziek zijn geweest lag de oorzaak van het verzuim in het werk. Van hen geeft een hoog percentage aan dat het verzuim veroorzaakt werd door lichamelijke klachten ontstaan door arbeidsomstandigheden (35%). 15% ziet een te hoge werkdruk en 7% ziet onenigheid met collega's als belangrijkste oorzaak (tabel 4.1). In de categorie 'anders, namelijk', staan redenen genoemd als overspannenheid, burnout, rugklachten, mismanagement en de combinatie van werk en thuis (zie tabel 4.1).

Mannen en vrouwen geven ongeveer even vaak aan dat de reden van hun ziekteverzuim aan het werk ligt.

20% van de verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in ziekenhuizen geeft aan dat hun verzuim veroorzaakt wordt door het werk. In andere deelsectoren liggen deze percentages hoger. Twee deelsectoren steken er duidelijk bovenuit: verpleeghuizen 41% en geestelijke gezondheidszorg 44%. Het zijn vooral de ziekenverzorgenden die aangeven dat hun ziekteverzuim veroorzaakt wordt door het werk.

In alle deelsectoren zijn lichamelijke klachten ontstaan door arbeidsomstandigheden de belangrijkste oorzaak van het verzuim, behalve dan in de GGZ. In de geestelijke gezondheidszorg is een te hoge werkdruk de voornaamste oorzaak.

Tabel 4.1  
Belangrijkste oorzaak ziekteverzuim

Lichamelijke klachten arbeidsomstandigheden	35%
Te hoge werkdruk	15%
Onenigheid leiding/collega's	7%
Lichamelijk letsel bedrijfsongevallen	15%
Reorganisatie/dreigend ontslag	3%
De omgang met cliënten	0%
Anders, namelijk	10%
Niet ingevuld	25%
Totaal	100%

### 4.3 Conclusie

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn over het algemeen (zeer) tevreden over hun baan in de zorgsector. 86% van hen is tevreden waarvan 18% zelfs zeer tevreden.

Ook de verschillende aspecten die geassocieerd worden met tevredenheid zoals: leuke werkinhoud, zinvol werk en voldoening door werk scoren hoog (respectievelijk 92%, 84% en 86%).

Verder valt op dat mannen vaker ontevreden zijn dan vrouwen. Van de mannen zegt 23% ontevreden te zijn over de huidige baan, tegenover 13% van de vrouwen.

Met name in de groep mannen in de oudere leeftijdsklasse (35-64 jaar) is het aantal ontevredenen relatief hoog (24%). Bij de vrouwen daarentegen neemt het aandeel ontevredenen af in de hogere leeftijdscategorieën.

In de geestelijke gezondheidszorg is het percentage respondenten dat aan geeft ontevreden te zijn verreweg het hoogst (20%). In de thuiszorg geeft slechts 10% aan ontevreden te zijn.

77% van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt hun salaris in verhouding tot de verantwoordelijkheden van het werk (zeer) laag. 19% van de mannen ervaart het loon als hoog, tegenover 24% van de vrouwen.

Het zijn met name gezinsverzorgenden en instellingsverzorgenden die hun loon als laag ervaren (respectievelijk 85% en 81%).

Verpleegkundigen en verzorgenden erkennen verschillende aspecten die samenhangen met burnout ('opgebrand' 12%, 'vermoeid' 11%, 'eentonig' 9% en 'gefrustreerd' 12%).

Mannen geven relatief iets vaker aan dan vrouwen, dat ze zich opgebrand, vermoeid, of gefrustreerd voelen door het werk. Met betrekking tot de stelling 'eentonig werk' is er vrijwel geen verschil tussen mannen en vrouwen. Vergeleken met andere deelsectoren voelen verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg zich iets vaker vermoeid, gefrustreerd en opgebrand door het werk. Zij ervaren het werk weer minder vaak als eentonig. In de ziekenhuiszorg en in de gehandicaptenzorg wordt het werk ook minder vaak als eentonig ervaren. Naast de verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de GGZ, geven ook verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in verpleeghuizen aan zich door hun werk gefrustreerd te voelen (verpleeghuizen 17% en GGZ 14%).

Verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in ziekenhuizen geven deze verschillende aspecten minder vaak aan.

Wanneer aan verpleegkundigen en verzorgenden wordt gevraagd of ze de afgelopen twee jaar twee weken of meer achtereen verzuimd hebben wegens ziekte (exclusief zwangerschap), antwoordt 31% bevestigend.

Van diegenen die ziek zijn geweest lag voor 34% de oorzaak van het verzuim in het werk. Wanneer gevraagd wordt wat die redenen dan zijn geeft 35% aan dat de voornaamste oorzaak lichamelijke klachten zijn ontstaan door arbeidsomstandigheden.

## 5

# Een beschrijving van de factoren van invloed op de werkbeleving

Het model beschreven in hoofdstuk 3 (figuur 1) presenteert de belangrijkste factoren die van invloed zijn op de werkbeleving. Dit zijn zowel factoren die met het werk te maken hebben, zoals autonomie, sociale steun, werkdruk, roluidelijkheid en ontplooiingsmogelijkheden, als factoren die samenhangen met individuele kenmerken zoals vakbekwaamheid en wijze van probleemhantering. In dit hoofdstuk volgt een beschrijving van deze kenmerken op basis van het gegevensbestand van Research voor Beleid.

### 5.1 Werkenmerken

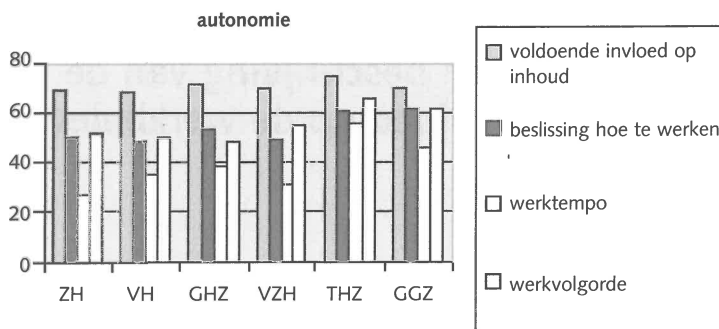
#### 5.1.1 Autonomie

##### *Invloed op inhoud*

71% van de verpleegkundigen en verzorgenden is van mening voldoende invloed op inhoud van het werk te hebben, 14% deelt deze mening niet. Jonge mensen ervaren deze invloed minder dan ouderen. Er zijn verschillen te zien voor de verschillende deelsectoren (figuur 5.1): in de thuiszorg (75%) ligt dit percentage relatief hoger dan in de ziekenhuizen (69%) en verpleeghuizen (68%). De verschillen komen pas echt tot uiting voor de verschillende beroepsgroepen. Gezinsverzorgenden (80%) ervaren veel meer invloed dan verpleegkundigen (68%), ziekenverzorgenden (67%) en instellingsverzorgenden (67%).

##### *Beslissing hoe te werken*

Een ruime meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden is het eens met de stelling 'ik kan zelf beslissen hoe ik mijn werk doe'. Een kwart van de verpleegkundigen en verzorgenden is het hier niet mee eens. Het gevoel zelf te kunnen beslissen neemt toe bij de oudere leeftijdscategorieën. Ook lijken mannen deze mening meer te delen dan vrouwen. Binnen ver-



ZH = Ziekenhuizen; VPH = Verpleeghuizen; GHZ = Gehandicaptenzorg;  
VZH = Verzorgingshuizen; THZ = Thuiszorg; GGZ = Geestelijke gezondheidszorg

*Figuur 5.1: Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat het eens is met de genoemde stellingen naar sector*

pleeghuizen (48%) wordt dit relatief minder ervaren dan in de thuiszorg (61%) en geestelijke gezondheidszorg (62%) (figuur 5.1). Wanneer de verschillende beroepsgroepen met elkaar worden vergeleken dan rapporteren instellingsverzorgenden en ziekenverzorgenden dit minder (respectievelijk 43% en 45%) dan gezinsverzorgenden (64%).

#### *Werktempo*

Van de verpleegkundigen en verzorgenden is 38% het eens met de stelling 'ik kan zelf mijn werktempo bepalen'; 45% is het daarmee niet eens. Dit is een vrij grote groep.

De ruimte om zelf het werktempo te bepalen neemt toe in de oudere leeftijdscategorieën. Opnieuw vinden mannen dit vaker dan vrouwen.

Er zijn grote verschillen tussen sectoren (figuur 5.1): in ziekenhuizen en in verzorgingshuizen rapporteert respectievelijk 27% en 31% zelf het werktempo te kunnen bepalen, tegen 46% van de verpleegkundigen en verzorgenden in de geestelijke gezondheidszorg en 56% in de thuiszorg.

#### *Werkvolgorde*

Een ruime meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan zelf te kunnen beslissen in welke volgorde zij hun werk kunnen verrichten. Dit gevoel neemt toe voor de oudere leeftijdscategorieën. Tussen de verschillende deelsectoren zijn er interessante verschillen: in de gehandicaptenzorg ervaart 48% van de verpleegkundigen en verzorgenden de werkvolgorde van eigen werkzaamheden te kunnen bepalen, binnen de geestelij-

ke gezondheidszorg (62%) en binnen de thuiszorg (66%) liggen deze percentages veel hoger (figuur 5.1). De beroepsgroep gezinsverzorgenden (72%) springt er vergeleken met de andere beroepsgroepen (rond de 50%) tussenuit.

### 5.1.2 *Sociale steun*

#### *Prettige sfeer*

80% van de verpleegkundigen en verzorgenden is van mening dat er een prettige sfeer is op de afdeling. 8% deelt deze mening niet. Daarin zijn vrijwel geen verschillen te constateren naar geslacht en leeftijd. Wel zijn er enige verschillen zichtbaar tussen sectoren (figuur 5.2). In de gehandicaptenzorg vindt 85% van de verpleegkundigen en verzorgenden dat er een goede sfeer is, in de thuiszorgsector 74%. Deze sectorverschillen werken door in de verschillende beroepsgroepen: groepsbegeleiders (86%) en gezinsverzorgenden (73%). Slechts 5% van de gezinsverzorgenden ervaart de sfeer als niet prettig.

#### *Gewaardeerd door leiding*

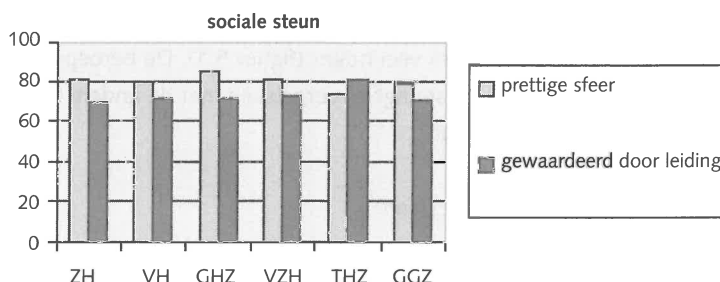
Ongeveer driekwart van de verpleegkundigen en verzorgenden heeft het gevoel gewaardeerd te worden door leiding/werkgever. Er zijn grote verschillen voor geslacht en leeftijd. Mannen vanaf 35 jaar voelen zich opvallend minder vaak gesteund (61% eens 19% oneens), jonge vrouwen jonger dan 25 voelen zich juist vaker gesteund (82% eens, 6% oneens). Als de deelsectoren met elkaar worden vergeleken (figuur 5.2) voelen vooral verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg zich gesteund door hun leiding (81%). Voor de andere deelsectoren ligt dit percentage iets boven de 70%, wat natuurlijk nog steeds hoog is. De beroepsgroep gezinsverzorgenden voelt zich relatief vaker gesteund (87%).

### 5.1.3 *Werkdruk*

#### *Tijdsdruk*

Het is opvallend hoeveel verpleegkundigen en verzorgenden aangeven onder een hoge tijdsdruk te werken. Meer dan de helft is het eens met de stelling 'Ik werk onder een hoge tijdsdruk'.

Er zijn geen verschillen voor sekse en leeftijd ten aanzien van deze stelling: mannen en vrouwen gecombineerd in verschillende leeftijdsklassen geven even vaak aan onder hoge tijdsdruk te werken, namelijk zo'n 53%.



ZH = Ziekenhuizen; VPH = Verpleeghuizen; GHZ = Gehandicaptenzorg;  
VZH = Verzorgingshuizen; THZ = Thuiszorg; GGZ = Geestelijke gezondheidszorg

*Figuur 5.2: Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat het eens is met de genoemde stellingen, naar sector*

Binnen verpleeghuizen en verzorgingshuizen geeft ruim 60% aan het eens te zijn met de stelling. Binnen de thuiszorg en binnen de GGZ ervaren verpleegkundigen en verzorgenden ook onder tijdsdruk te werken maar liggen de percentages met ruim 40%, een stuk lager (zie figuur 5.3).

Dit is eveneens terug te zien voor de verschillende beroepsgroepen: het zijn vooral ziekenverzorgenden en instellingsverzorgenden die tijdsdruk ervaren. Gezinsverzorgenden en instellingsverzorgenden ervaren dit minder, maar ruim 40% voor beide groepen is nog steeds zeer hoog.

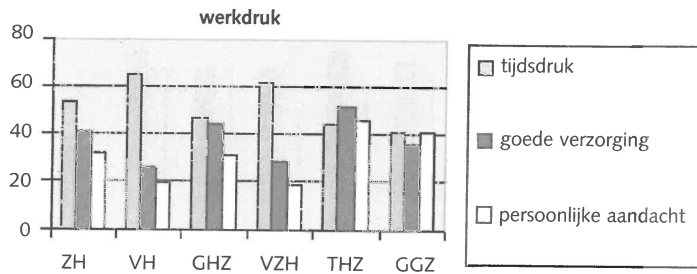
#### *Goede verzorging*

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn het ongeveer even vaak eens als oneens met de stelling 'ik heb voldoende tijd om cliënten goed te verzorgen'.

Behalve in de leeftijdscategorie 25 tot en met 34 jaar lijken vrouwen wat vaker positief dan mannen als het gaat over voldoende zorgtijd. Er zijn duidelijke verschillen te zien tussen sectoren (zie figuur 5.3), 52% in de thuiszorg is het eens met de stelling voldoende tijd te hebben voor een goede verzorging van een cliënt. Daarentegen vinden verpleegkundigen en verzorgenden in verpleeghuizen en in verzorgingshuizen dit veel minder (respectievelijk 26% en 28%).

Deze sectorverschillen werken door in de verschillende beroepsgroepen: 52% van de gezinsverzorgenden ervaart voldoende tijd te hebben voor een goede verzorging, bij instellingsverzorgenden en ziekenverzorgenden liggen deze percentages een stuk lager (respectievelijk 31% en 29%).





ZH = Ziekenhuizen; VPH = Verpleeghuizen; GHZ = Gehandicaptenzorg;  
 VZH = Verzorgingshuizen; THZ = Thuiszorg; GGZ = Geestelijke gezondheidszorg

*Figuur 5.3: Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat het eens is met de genoemde stellingen, naar sector*

#### *Persoonlijke aandacht*

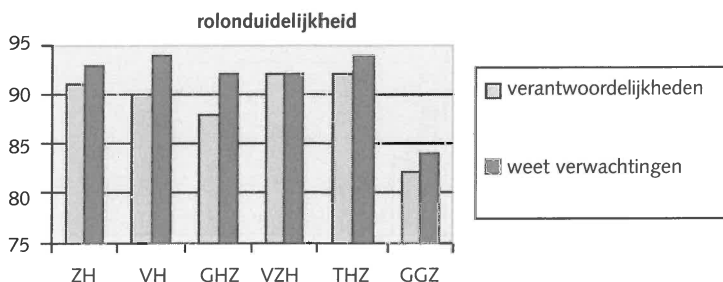
Meer dan de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan onvoldoende tijd te hebben om persoonlijke aandacht aan hun cliënten te kunnen geven. Bij vrouwelijke verpleegkundigen en verzorgenden zien we een verschil in beleving naar gelang hun leeftijd: een kwart van de vrouwen in de leeftijd 25-34 jaar ervaart voldoende tijd hiervoor, dit percentage is voor vrouwen vanaf 45 jaar 37%.

Op deelsectorniveau zijn er grote verschillen: in verpleeghuizen en in verzorgingshuizen is 18% het eens met de stelling voldoende persoonlijke aandacht te kunnen geven, terwijl deze percentages voor de thuiszorg en in de geestelijke gezondheidszorg respectievelijk 46% en 41% bedragen (zie figuur 5.3).

Ditzelfde patroon wordt gezien tussen de beroepsgroepen: 46% van de gezinsverzorgenden tegenover 16% bij de ziekenverzorgenden en 19% bij de instellingsverzorgenden.

#### 5.1.4 *Rol(on)duidelijkheid*

De stelling 'ik weet precies wat mijn verantwoordelijkheden zijn' is door 90% van de verpleegkundigen en verzorgenden positief beantwoord. Dit betekent dat het voor een groot deel van de verpleegkundigen en verzorgenden duidelijk is welke taken en verantwoordelijkheden zij hebben. In figuur 5.4 zijn verschillende aspecten naar deelsector uitgesplitst.



ZH = Ziekenhuizen; VPH = Verpleeghuizen; GHZ = Gehandicaptenzorg;  
VZH = Verzorgingshuizen; THZ = Thuiszorg; GGZ = Geestelijke gezondheidszorg

*Figuur 5.4: Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat het eens is met de genoemde stellingen naar sector*

#### *Op de hoogte van verantwoordelijkheden*

Er is een verschil tussen vrouwen jonger dan 25 jaar en mannen in dezelfde leeftijd: 91% van de vrouwen geeft aan de verantwoordelijkheden van het werk te kennen tegen 84% van de mannelijke respondenten.

Wanneer de deelsectoren met elkaar worden vergeleken (zie figuur 5.4), valt op dat verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de GGZ het minder vaak eens zijn met de stelling (83%). Binnen de thuiszorg en verpleeghuizen is men het nog vaker eens (beide 90%).

De verschillen tussen de beroepsgroepen zijn niet zo groot.

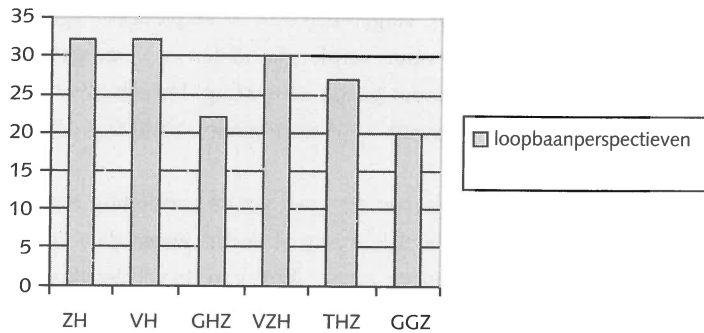
Gezinsverzorgenden (93%) en ziekenverzorgenden (93%) geven relatief iets vaker aan het eens te zijn met de twee stellingen dan verpleegkundigen (89%) en groepsbegeleiders (88%).

#### *Op de hoogte van verwachtingen*

Verpleegkundigen en verzorgenden weten over het algemeen zeer goed wat van hen verwacht wordt in hun werk. Vrouwen (93%) lijken dit iets beter te weten dan mannen (86%).

Binnen de geestelijke gezondheidszorg geven verpleegkundigen en verzorgenden iets minder vaak aan de verwachtingen ten aanzien van het werk te kennen (84%).

Tussen de beroepsgroepen zijn de verschillen klein: 95% van de gezinsverzorgenden geeft aan de verwachtingen te kennen, voor groepsbegeleiders ligt dit percentage op 90%. De antwoorden van de overige beroepsgroepen komen hier nagenoeg mee overeen.



ZH = Ziekenhuizen; VPH = Verpleeghuizen; GHZ = Gehandicaptenzorg;  
 VZH = Verzorgingshuizen; THZ = Thuiszorg; GGZ = Geestelijke gezondheidszorg

*Figuur 5.5: Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat het eens is met de genoemde stellingen naar sector*

#### 5.1.5 Ontplooiingsmogelijkheden

Een vrij grote groep (42%) verpleegkundigen en verzorgenden is het oneens met de stelling 'ik heb voldoende loopbaanperspectieven', 28% is het hiermee eens en 30% is neutraal.

Vrouwen zijn verdeeld over hun loopbaanperspectieven: zij ervaren ongeveer even vaak voldoende als onvoldoende loopbaanperspectieven. Meer dan de helft van de mannen vanaf 35 jaar is het oneens met deze stelling. Binnen de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg is ruim de helft het oneens met deze stelling. In de thuiszorg is 36% het oneens en daarmee de deelsector die het minst negatief is over loopbaanperspectieven (zie figuur 5.5).

Wanneer naar de verschillende beroepsgroepen wordt gekeken, dan zijn vooral groepsbegeleiders het oneens met deze stelling. Gezinsverzorgenden en instellingsverzorgenden zijn positiever.

## 5.2 Individuele kenmerken

### 5.2.1 Aansluiting kennis en vaardigheden

65% van de verpleegkundigen en verzorgenden is van mening dat hun persoonlijke kennis en vaardigheden goed aansluiten bij de vereisten van hun vak. Met het ouder worden neemt het gevoel toe een goede aansluiting te

hebben. Vergeleken met de verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg ervaren verpleegkundigen en verzorgenden in de gehandicaptenzorg een minder goede aansluiting. Instellingsverzorgenden en gezinsverzorgenden ervaren vaker een goede aansluiting dan groepsbegeleiders (tabel 5.1).

De personen die geen goede aansluiting ervaren (in tabel 5.4 de categorieën redelijk, matig of slecht) geven de volgende redenen op:

De grootste groep, 44% van de verpleegkundigen en verzorgenden, ervaart meer kennis en vaardigheden te hebben dan het werk vereist, 16% voelt zich ondergekwalificeerd, 9% zegt kennis en vaardigheden te bezitten voor een ander vak, 14% vindt zijn of haar kennis en vaardigheden verouderd doordat het werk anders is geworden en 8% vindt het werk niet voldoende praktijkgericht.

De grootste groep die zich overgekwalificeerd voelt zijn mannen vanaf 35 jaar. Binnen de verschillende deelsectoren voelen vooral verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in verpleeghuizen en in de thuiszorg zich overgekwalificeerd. Binnen de verschillende beroepsgroepen zijn het vooral gezins- en ziekenverzorgenden die zich overgekwalificeerd voelen.

### 5.2.2 *Werkervaring*

Het gemiddeld aantal jaren dat verpleegkundigen en verzorgenden in de zorg werken ligt op 10 jaar. Mannen werken gemiddeld iets langer in de zorg dan vrouwen. De interessantste verschillen zijn die tussen deelsectoren. Het zijn vooral verpleegkundigen en verzorgenden die veel jaren in de zorgsector werken. In verpleeghuizen en ziekenhuizen werken verpleegkundigen en verzorgenden gemiddeld 15, respectievelijk gemiddeld 13 jaar, terwijl in de gehandicaptenzorg, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg verpleegkundigen en verzorgenden gemiddeld 5 jaar werken en in verzorgingshuizen gemiddeld 8 jaar.

### 5.3 **Conclusie**

Verpleegkundigen en verzorgenden scoren hoog op verschillende aspecten van autonomie.

71% van de verpleegkundigen en verzorgenden is van mening voldoende invloed op de inhoud van het werk te hebben. Een ruime meerderheid is van mening zelf te kunnen beslissen over hoe zijn of haar werk gedaan moet worden en in welke volgorde de werkzaamheden worden verricht. Een vrij grote groep (45%) is het niet eens met de stelling 'ik kan zelf mijn werktempo bepalen'.

Tabel 5.1

Verschillende kenmerken voor aansluiting kennis en vaardigheden (in %)

	weet niet	goed	redelijk	matig	slecht	totaal
<b>Zorgsector</b>	1	65	27	6	2	100
<b>Sekse en leeftijd</b>						
Man - 34 jaar		53	34	9	4	100
Man 35 - jaar		63	25	10	2	100
Vrouw - 24 jaar	1	58	34	2	5	100
Vrouw 25 - 34 jaar	1	67	26	5	1	100
Vrouw 35 - 44 jaar	0	65	28	5	1	100
Vrouw 45 - jaar	1	72	20	7	2	100
<b>Deelsector</b>						
Ziekenhuizen	0	67	26	5	1	100
Verpleeghuizen	1	66	28	5	1	100
Gehandicaptenzorg	5	53	41	0	1	100
Verzorgingshuizen	1	65	28	5	2	100
Thuiszorg	1	72	18	6	3	100
Geestelijke gezondheidszorg	1	60	31	6	2	100
<b>Beroepsgroep</b>						
Verpleegkundige	0	64	28	6	1	100
Verzorgende	0	64	30	4	1	100
Gezinsverzorgende	1	78	13	5	3	100
Groepsbegeleider	1	55	34	9	2	100
Instellingsverzorgende	1	71	25	3	1	100
Overig beroep	1	63	26	7	3	100

Vooraf verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de thuiszorg rapporteren vaak de verschillende aspecten van autonomie te ervaren. Met uitzondering van het aspect 'invloed op inhoud' geldt dit ook voor de geestelijke gezondheidszorg. Slechts 27% van de verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in ziekenhuizen en 31% werkzaam in verzorgingshuizen is het eens met de stelling 'ik kan zelf mijn werktempo bepalen'.

*Tabel 5.2*  
*Gemiddeld aantal jaren werkervaring voor verschillende kenmerken*

<b>Zorgsector</b>	10
<b>Geslacht</b>	
Man	11
Vrouw	9
<b>Leeftijd</b>	
16-24 jaar	3
25-34 jaar	8
35-44 jaar	14
45-54 jaar	19
<b>Deelsector</b>	
Ziekenhuizen	15
Verpleeghuizen	13
Gehandicaptenzorg	5
Verzorgingshuizen	8
Thuiszorg	5
Geestelijke gezondheidszorg	5
<b>Beroepsgroep</b>	
Verpleegkundigen	15
Ziekenverzorgenden	13
Gezinsverzorgenden	5
Groepsbegeleiders	8
Instellingsverzorgenden	5

Verder valt op, dat het gevoel van autonomie toeneemt met het ouder worden.

De sociale steun, weergegeven in 'sfeer op afdeling' en 'gewaardeerd door leiding', wordt als positief ervaren. De sfeer op de afdeling wordt over het algemeen als zeer prettig ervaren en ook hebben verpleegkundigen en verzorgenden het gevoel gewaardeerd te worden door leiding/werkgever. Hierbij valt op dat mannen vanaf 35 jaar zich vaker niet gewaardeerd voelen, vrouwen jonger dan 25 juist wel.

Verder valt op dat verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de thuiszorg zich relatief vaker gewaardeerd voelen door de leiding (87%) dan de overige deelsectoren (ongeveer allemaal 70%). Vergeleken met de andere deelsectoren rapporteren verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de thuiszorg minder vaak 'een prettige sfeer op de afdeling'.

De werkdruk wordt als hoog ervaren. Meer dan de helft geeft aan onder een hoge tijdsdruk te werken. Tevens ervaren verpleegkundigen en verzorgenden onvoldoende tijd te hebben om persoonlijke aandacht aan hun cliënten te kunnen geven. Voor wat betreft het hebben van tijd om een goede verzorging te bieden zijn de meningen meer verdeeld. In verpleeghuizen en verzorgingshuizen wordt de werkdruk, gemeten zoals in bovengenoemde aspecten, vaker als hoog ervaren dan in de thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg.

Meer dan 90% van de verpleegkundigen en verzorgenden rapporteert te weten wat hun verantwoordelijkheden zijn en te weten wat van hen wordt verwacht in het werk.

Mannen rapporteren deze aspecten minder vaak te weten en kennen dan vrouwelijke respondenten. Vergeleken met de andere deelsectoren geven verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg deze aspecten relatief iets minder vaak aan.

Ten aanzien van ontplooiingsmogelijkheden zijn verpleegkundigen en verzorgenden somber gestemd; 42% ervaart geen mogelijkheden en 28% wel. Vooral mannen vanaf 35 jaar ervaren onvoldoende ontplooiingsmogelijkheden.

Binnen de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg is ruim de helft het oneens met de stelling 'ik heb voldoende loopbaanperspectieven'. In de thuiszorg is 36% het oneens en is daarmee de deelsector die het minst negatief is over loopbaanperspectieven.

65% van de verpleegkundigen en verzorgenden is van mening dat hun persoonlijke kennis en vaardigheden goed aansluiten bij de baan. Indien verpleegkundigen en verzorgenden geen goede aansluiting ervaren wordt dit veelal veroorzaakt doordat zij meer kennis en vaardigheden hebben dan het werk vereist.

Wanneer aan verpleegkundigen en verzorgenden wordt gevraagd hoe lang ze al in de zorgsector werken ligt het gemiddelde voor de hele groep op 10 jaar. In verpleeghuizen en in ziekenhuizen werken verpleegkundigen en verzorgenden gemiddeld 15 en 13 jaar, terwijl in de gehandicaptenzorg, thuiszorg en geestelijke gezondheidszorg verpleegkundigen en verzorgenden gemiddeld 5 jaar werken. Vooral de twee beroepsgroepen ziekenverzorgenden en verpleegkundigen zijn lang werkzaam in de zorgsector (respectievelijk 13 en 15 jaar).



## 6 Verloop en werkbeleving

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van het werk en de werkbeleving van verpleegkundigen en verzorgenden naar 'verloop', met andere woorden, beleven verpleegkundigen en verzorgenden die op zoek zijn naar een andere baan hun huidige werk anders dan de groep die in de huidige baan wil blijven werken. Evenals in de twee voorgaande hoofdstukken is hierbij gebruikgemaakt van cijfermateriaal afkomstig uit het bestand van Research voor Beleid. Allereerst wordt in paragraaf 6.1 inzicht gegeven in het verloop van de verpleegkundigen en verzorgenden. Op basis hiervan zijn vervolgens drie groepen onderscheiden, te weten een groep die in de huidige baan wil blijven werken ('blijvers'), een groep die op zoek is naar een andere baan binnen de zorgsector ('doorstromers') en een groep die op zoek is naar een baan buiten de zorgsector ('vertrekkers'). In paragraaf 6.2 volgt een beschrijving van de werkbeleving van deze drie groepen, waarna in paragraaf 6.3 ingegaan wordt op de factoren die van invloed zijn op de werkbeleving ('werkenmerken').

### 6.1 Het verloop

In 1998 geeft ruim 13% van de verpleegkundigen en verzorgenden aan actief op zoek te zijn naar een andere baan (tabel 6.1). Dit is relatief hoog vergeleken met cijfers die betrekking hebben op de totale arbeidsmarkt in Nederland; circa 10% van de huidige beroepsbevolking geeft te kennen op zoek te zijn naar een andere baan (Postma en Scholten, 1999).

Uit tabel 6.1 kan verder worden afgeleid dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen de onderscheiden deelsectoren. Zo is een kwart van de verpleegkundigen en verzorgenden die werkzaam zijn in de gehandicaptenzorg op zoek naar een andere baan. In de thuiszorg en de verzorgingshuizen ligt dit percentage aanzienlijk lager (11%).

Verder blijkt dat het relatief aantal zoekenden hoger is onder mannen dan onder vrouwen. Ook het opleidingsniveau lijkt van invloed te zijn op het

aantal actief zoekenden. Onder de hoogopgeleiden is een groter deel op zoek naar een andere baan dan onder de laagopgeleiden. Zo blijkt bijvoorbeeld dat binnen de verzorgingshuizen bijna 41% van de hbo-opgeleiden op zoek is naar een andere baan, tegen 28% van de groep die mbo/havo/vwo of lager is opgeleid.

Vergelijking tussen de verschillende beroepsgroepen laat zien dat vooral onder de groepsbegeleiders een relatief groot deel (25%) op zoek is naar een andere baan. Daarentegen liggen de percentages voor de instellingsverzorgenden (6%) en gezinsverzorgenden (9%) veel lager.

Uitgesplitst naar deelsector zijn er andere opvallende resultaten:

- Binnen de ziekenhuissector zijn met name mannen vanaf 35 jaar en groepsbegeleiders actief op zoek naar een andere betrekking. Dit zijn zowel verpleegkundigen en verzorgenden met een lo-opleiding als met een hbo-opleiding.
- Binnen de verpleeghuissector zijn vooral jonge mannen en groepsbegeleiders op zoek naar een andere baan. Tevens blijkt 40% van de wo-opgeleiden binnen deze deelsector op zoek te zijn.
- Binnen de gehandicaptensector zijn juist vooral jonge mannen en vrouwen tot en met 24 actief op zoek naar een andere baan. Verder is het aantal baanzoekers relatief het hoogst onder de ziekenverzorgenden en groepsbegeleiders. Qua opleidingsniveau worden in deze sector vooral onder de hoogopgeleiden hoge percentages baanzoekenden waargenomen.
- Binnen de thuiszorg zijn het met name jonge mannen tot en met 34 jaar die actief zoeken naar een andere baan. Van de grootste beroepsgroep die binnen deze deelsector werkzaam is – de gezinsverzorgenden – is 9% op zoek naar een andere betrekking. Overigens blijkt dat vooral de hoger opgeleiden geïnteresseerd zijn in een andere baan.
- Binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn het de oudere verpleegkundigen en ziekenverzorgenden die op zoek zijn. De grootste groep zoekenden wordt gevormd door gezinsverzorgenden en de hoger opgeleiden.

Tabel 6.1

Kenmerken van verpleegkundigen en verzorgenden die actief op zoek zijn naar een andere baan per deelsector (in%)

Kenmerken	ZH	VPH	GHZ	VZH	THZ	GGZ	Totaal
<b>Deelsector</b>	14	16	25	11	11	22	13
<b>Leeftijd en sekse</b>							
Man 16-34 jaar	17	52	32	7	23	11	25
Man 35-64 jaar	23	30	24	37	9	23	25
Vrouw 16-24 jaar	0	9	37	13	16	17	16
Vrouw 25-34 jaar	15	16	27	8	12	23	16
Vrouw 35-44 jaar	16	15	21	13	14	23	16
Vrouw 45-64 jaar	8	9	13	9	5	26	8
<b>Beroepsgroep</b>							
Verpleegkundige	14	18	19	26	13	26	17
Ziekenverzorgende	9	14	40	11	14	3	13
Gezinsverzorgende	0	0	8	31	9	67	9
Groepsbegeleider	32	30	27	21	0	15	25
Instellingsverzorgende	0	0	0	6	9	0	6
Overig beroep	11	26	25	13	20	24	19
<b>Opleiding</b>							
lo	29	0	14	11	8	0	10
lbo/mavo	9	9	18	8	10	11	10
mbo/havo/vwo	11	15	23	9	10	17	13
hbo	23	23	32	41	15	27	26
wo	17	40	26	33	18	20	23

VZH = Verzorgingshuizen

ZH = Ziekenhuizen

THZ = Thuiszorg

VPH = Verpleeghuizen

GGZ = Geestelijke gezondheidszorg

GHZ = Gehandicaptenzorg

Met betrekking tot het verloop kunnen drie groepen worden onderscheiden, te weten 'blijvers', 'doorstromers' en 'vertrekkers'. Uit tabel 6.2. kan worden afgeleid dat in alle onderscheiden sectoren het percentage blijvers het hoogst is. Dit geldt in iets grotere mate voor de thuiszorg (90%) dan voor de gehandicaptenzorg (79%). Het relatief aantal vertrekkers is in alle deelsectoren vrij laag. Alleen in de gehandicaptenzorg is het, vergeleken met de andere sectoren, wat hoger (5%). Ook het relatief aantal doorstromers is in deze sector het hoogst (17%).

Tabel 6.2

Relatieve verdeling van het verloop naar deelsector

	ZH	VPH	GHZ	VZH	THZ	GGZ	Totaal
Blijvers	87,5%	86,6%	78,5%	90,3%	90,2%	82,4%	86,8%
Doorstromers	11,3%	11,0%	17,0%	8,3%	8,1%	15,4%	11,1%
Vertrekkers	1,2%	2,4%	4,6%	1,4%	1,7%	2,3%	2,1%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

VZH = Verzorgingshuizen

ZH = Ziekenhuizen

THZ = Thuiszorg

VPH = Verpleeghuizen

GGZ = Geestelijke gezondheidszorg

GHZ = Gehandicaptenzorg

## 6.2 Werkbeleving

De vraag die vervolgens aan de orde is, is in hoeverre er tussen de drie onderscheiden groepen verschillen zijn in werkbeleving. Hierbij zal, analoog aan het model uit hoofdstuk 3, onderscheid worden gemaakt naar positieve en negatieve werkbelevingskenmerken.

### Positieve werkbelevingskenmerken

Op de vraag 'hoe tevreden bent u met uw baan in de zorgsector' zijn er duidelijke verschillen tussen de drie groepen. Van de blijvers is 71% tevreden, dan wel zeer tevreden (20%) over de huidige baan. De mate van tevredenheid bij de overige twee groepen ligt veel lager. Van de groep die

op zoek is naar een andere baan binnen de zorgsector ('doorstromers') zegt 58% tevreden te zijn en 6% zeer tevreden. Van de vertrekkers is vrijwel niemand zeer tevreden en 47% geeft te kennen tevreden te zijn. Overigens blijkt van deze laatste groep dat bijna 15% helemaal niet tevreden is met het huidige werk.

*Tabel 6.3*

*Relatieve verdeling mate van tevredenheid over huidige baan uitgesplitst naar verloop (in %)*

	Ze er tevreden	Tevreden	Niet zo tevreden	Helemaal niet tevreden	Totaal
Blijvers	20,1	70,7	7,9	0,6	100,0
Doorstromers	6,0	57,9	31,2	4,5	100,0
Vertrekkers	0,6	46,6	38,1	14,7	100,0

Als vervolgens onderscheid wordt gemaakt naar deelsector, dan blijken er, voor wat betreft de 'blijvers', geen grote verschillen te zijn. In alle sectoren rapporteert circa 90% tevreden tot zeer tevreden te zijn met de huidige baan. Bij de 'doorstromers' worden grotere verschillen tussen de sectoren waargenomen. In de verpleeghuiszorg is 76% tevreden met de huidige baan, ondanks het feit dat men toch op zoek is naar een andere baan binnen de sector. In de geestelijke gezondheidszorg geldt dit slechts voor 50% van de doorstromers. Dergelijke verschillen worden ook waargenomen bij de vertrekkers. Ongeveer een derde van de vertrekkers in de geestelijke gezondheidszorg is tevreden tot zeer tevreden over de huidige baan tegenover 59% van de vertrekkers in de thuiszorg en 58% van de vertrekkers in de ziekenhuiszorg.

Tabel 6.4

Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat tevreden tot zeer tevreden is over huidige baan uitgesplitst naar verloop en deelsector

	ZH	VPH	GHZ	VZH	THZ	GGZ
Blijvers	92,8	89,3	89,8	89,2	92,5	90,7
Doorstromers	61,5	63,2	58,4	75,7	67,9	50,0
Vertrekkers	58,3	45,0	45,2	50,0	58,8	33,3

VZH = Verzorgingshuizen

ZH = Ziekenhuizen

THZ = Thuiszorg

VPH = Verpleeghuizen

GGZ = Geestelijke gezondheidszorg

GHZ = Gehandicaptenzorg

Naast de vraag over de tevredenheid over de huidige baan zijn, met betrekking tot positieve werkbelevingsaspecten, een viertal items verder uitgewerkt (tabel 6.5). Voor wat betreft de eerste stelling 'Ik heb inhoudelijk leuk werk' scoren de blijvers weliswaar hoger dan beide andere groepen, maar de percentages voor doorstromers en vertrekkers zijn toch relatief hoog. Circa 83% van de doorstromers en 70% van de vertrekkers zijn van mening dat men inhoudelijk leuk werk heeft. Als vervolgens wordt gekeken of men voldoening heeft in het werk, blijken de verschillen groter. Bijna 89% van de blijvers vindt voldoening in het huidige werk tegenover 43% van de vertrekkers. Vergelijkbare verschillen worden ook waargenomen voor de stelling over de zinvolheid van het werk. Met betrekking tot de stelling over het uurloon, moet worden opgemerkt dat het grootste deel van alle drie de groepen van mening is dat deze te laag is in verhouding tot de verantwoordelijkheid. Weliswaar is het percentage onder de doorstromers (71%) en vertrekkers (70%) hoger dan onder de blijvers (64%), maar de verschillen zijn niet erg groot.

*Tabel 6.5*  
*Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat het eens is met vier stellingen uitgesplitst naar verloop*

	Blijvers	Doorstromers	Vertrekkers
Ik heb inhoudelijk leuk werk	94,1	82,9	69,7
Mijn werk geeft mij voldoening	88,9	63,4	42,9
Het werk dat ik doe is erg zinvol voor me	89,3	75,4	51,3
Ik vind mijn uurloon te laag voor de verantwoordelijkheid die ik draag in mijn werk	63,9	70,7	69,9

*Negatieve werkbelevingskenmerken*

In tabel 6.6 is een aantal stellingen opgenomen dat inzicht geeft in factoren die samenhangen met 'burnout'. Hieruit valt af te lezen dat op alle vier stellingen de blijvers veel lager scoren dan beide andere groepen. Daarnaast blijkt dat de hoogste scores op alle burnout-items worden waargenomen bij degenen die op zoek zijn naar een baan buiten de zorgsector. Ongeveer een kwart van alle 'vertrekkers' voelt zich opgebrand, tegen 10% van de blijvers. Zelfs een derde deel van de vertrekkers voelt zich door het werk gefrustreerd.

*Tabel 6.6*  
*Het percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat het eens is met vier stellingen uitgesplitst naar vertrekintentie*

	Blijvers	Doorstromers	Vertrekkers
Ik voel me vermoeid	9,3	19,6	27,3
Ik vind mijn werk eentonig	7,6	15,5	23,8
Ik voel mij gefrustreerd door mijn werk	9,7	21,7	32,9
Ik voel mij 'opgebrand' door mijn werk	9,6	19,3	26,3

### 6.3 Werkenmerken

In hoofdstuk 3, waarin een verklaringsmodel rond de werkbeleving is gepresenteerd, is ook aangegeven welke factoren de werkbeleving beïnvloeden. Dit zijn factoren die enerzijds met het werk te maken hebben (zoals auto-

mie, sociale steun, werkdruk en rol(on)duidelijkheid), anderzijds met individuele omstandigheden (gebruik van vakbekwaamheid). Hieronder volgt een beschrijving van de factoren die voornamelijk met het werk samenhangen (tabel 6.7).

Als wordt gekeken naar stellingen die samenhangen met autonomie, dan kan met enige voorzichtigheid geconcludeerd worden dat weliswaar de blijvers op de meeste stellingen hoger scoren dan beide andere groepen, maar dat de verschillen niet groot lijken. Behalve voor de stelling 'Ik kan zelf beslissen in welke volgorde ik mijn werk doe': circa 57% van de blijvers is het hiermee eens, tegenover 35% van de vertrekkers.

Voor wat betreft de sociale steun zijn de verschillen met name groot ten aanzien van de stelling 'Ik heb het gevoel gewaardeerd te worden door de leiding/werkgever'. Circa 77% van de blijvers is het met deze stelling eens, tegen 48% van de vertrekkers.

De werkdruk wordt door alle drie de groepen als een last ervaren. Bijna 51% van de blijvers zegt onder grote tijdsdruk te werken. Bij de doorstromers en de vertrekkers ligt dit percentage met ongeveer 64% aanzienlijk hoger.

Met betrekking tot de rolonduidelijkheid zijn de verschillen tussen de drie groepen niet zo groot. Dat tot slot beperkte loopbaanperspectieven een belangrijke rol spelen om een andere baan te gaan zoeken, wordt duidelijk onderstreept door de antwoorden op de laatste stelling. Van de blijvers zegt 32% voldoende loopbaanperspectieven te hebben en van de vertrekkers geldt dat slechts voor 8%.

#### 6.4 Conclusie

Circa 13% van alle werkzame verpleegkundigen en verzorgenden heeft aangegeven actief op zoek te zijn naar een andere baan. Ruim 11% zoekt naar een andere baan binnen de zorgsector ('doorstromers') en 2% naar een andere baan buiten de zorgsector ('vertrekkers'). Vooral in de gehandicaptenzorg blijkt een relatief hoog percentage zoekers te zijn (22%).

Hiervan geeft 17% te kennen op zoek te zijn naar een andere baan binnen de zorgsector, 5% erbuiten. In de deelsectoren verzorgingshuizen en thuiszorg is het percentage dat actief op zoek is naar een andere baan met zo'n 10% het laagst, 8% gaf te kennen een andere baan binnen de zorgsector te wensen, 1,5% à 2% buiten de zorgsector.

Verpleegkundigen en verzorgenden die actief op zoek zijn naar een andere baan blijken vaker ontevreden te zijn over hun werk dan de 'blijvers'. Bijna 53% van de 'vertrekkers' is niet tevreden, tegenover 36% van de 'doorstromers' en 9% van de 'blijvers'.



Tabel 6.7

*Het percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat het eens is met stellingen die te maken hebben met factoren die van invloed zijn op de werkbelasting*

	Blijvers	Doorstromers	Vertrekkers
<b>Autonomie</b>			
Ik heb voldoende invloed op de inhoud van mijn werk	73,4	60,3	66,6
Ik kan zelf beslissen hoe ik mijn werk doe	54,3	48,4	57,8
Ik kan zelf mijn werktempo bepalen	39,5	33,6	30,3
Ik kan zelf beslissen in welke volgorde ik mijn werk doe	57,0	51,1	34,5
<b>Sociale steun</b>			
Er heerst een prettige sfeer op de afdeling/ in het team	82,3	68,9	66,9
Ik heb het gevoel gewaardeerd te worden door de leiding/werkgever	76,9	59,4	48,4
<b>Werkdruk</b>			
Ik werk onder hoge tijdsdruk	50,9	64,4	64,9
Ik heb voldoende tijd om mijn cliënten persoonlijke aandacht te geven	31,5	25,7	30,4
Ik heb voldoende tijd om mijn cliënten goed te verzorgen	39,5	32,7	27,8
<b>Rol(o)nduidelijkheid</b>			
Ik weet precies wat mijn verantwoordelijkheden zijn	91,3	93,7	80,7
Ik weet in het algemeen precies wat in mijn werk van mij verwacht wordt	85,2	86,0	81,8
<b>Ontplooiingsmogelijkheden</b>			
Ik heb voldoende loopbaanperspectieven op mijn werk	31,8	10,6	7,9

Verder valt op dat het grootste deel van zowel de 'blijvers' (94%), als de 'doorstromers' (83%) als de 'vertrekkers' (70%) van mening zijn dat men inhoudelijk leuk werk heeft. Hierbij is het percentage van de 'vertrekkers' echter wel het laagst. Opvallend is verder het lage aandeel vertrekkers dat zegt voldoening te hebben in het werk: minder dan de helft van hen gaf te kennen geen voldoening in het werk te hebben. Van de 'blijvers' was dat bijna 90%.

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

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

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

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

## 7 Samenvatting en conclusie

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

### 7.1 Factoren van invloed op de werkbeleving

Uit de literatuurstudie bleek dat het concept werkbeleving uitgesplitst kan worden in een aantal deelconcepten: positieve en negatieve werkbelevingskenmerken. Voorbeelden van positieve werkbelevingskenmerken zijn arbeidstevredenheid en arbeidsmotivatie, terwijl kenmerken als burnout en gezondheidsklachten voorbeelden zijn van negatieve werkbelevingskenmerken.

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

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

Individuele kenmerken die direct een positieve invloed hebben op de werkbeleving zijn het gebruik van eigen vakkennis en kunde, weinig behoefte aan autonomie en de aanleg om problemen actief tegemoet te treden. Over het algemeen blijkt de werkbeleving negatief beïnvloed te worden door werkkenmerken als werkdruk en rolonduidelijkheid. Hoe hoger de werkdruk hoe minder positief men het werk ervaart. De negatieve invloed van werkdruk blijkt te kunnen worden afgezwakt door het verlenen van meer autonomie. Ook wanneer de rol van een verpleegkundige of verzorgende niet duidelijk is, heeft dat invloed op de werkbeleving. Persoonlijke kenmerken die meespelen bij een negatieve beleving van het werk zijn vooral het weinig gebruiken van de eigen vakbekwaamheid en de aanleg tot het vermijden van problemen en afwachten in probleemsituaties.

## 7.2 Werkbeleving

Aan de hand van de resultaten van de secundaire analyse kan geconclu-

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

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

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

Ten aanzien van 'burnout' kan gesteld worden dat 12% van de deelnemende verpleegkundigen en verzorgenden zich 'opgebrand' voelt, van de ziekenverzorgenden is dat 15% en van de verpleegkundigen gaf 10% aan zich opgebrand te voelen. De hoogste percentages zijn aangetroffen in de GGZ en in de gehandicaptenzorg (13%), het laagste percentage, 10%, in de ziekenhuizen en de thuiszorg.

Verder gaf gemiddeld 11% aan zich vermoeid te voelen. Met name mannen rapporteerden dit (15%). Met 14% is het hoogste percentage opnieuw in de GGZ gevonden, terwijl een percentage van 11% de ondergrens bleek in de ziekenhuizen en in de verpleeghuizen. In deze sectoren is men dus het 'minst vermoeid'.

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

Bovendien heeft 12% te kennen gegeven zich gefrustreerd te voelen in het

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

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

### 7.3 Werkenmerken

Voor wat betreft de werkenmerken is vastgesteld dat verpleegkundigen en verzorgenden relatief hoog scoren op verschillende aspecten die met autonomie in het werk samenhangen. Ruim 70% van de verpleegkundigen en verzorgenden gaf aan voldoende invloed op de inhoud van het werk te hebben. Een ruime meerderheid is verder van mening zelf te kunnen beslissen hoe het werk uitgevoerd moet worden en in welke volgorde de werkzaamheden kunnen worden verricht. Echter, een relatief grote groep (45%) rapporteerde niet zelf het werktempo te kunnen bepalen. Vooral de verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de thuiszorg bleken positief ten aanzien van de verschillende aspecten van autonomie. Het minst positief bleken verpleegkundigen en verzorgenden in de ziekenhuiszorg.

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

Ten aanzien van de werkdruk gaf meer dan de helft van de ondervraagden aan onder een hoge tijdsdruk te werken. Daarbij rapporteerden verpleeg-

kundigen en verzorgenden over het algemeen onvoldoende tijd te hebben om persoonlijke aandacht aan cliënten te geven. Over de beschikbare tijd voor een goede verzorging zijn de meningen meer verdeeld. Onderscheid naar sector liet zien dat werkdruk met name in verpleeghuizen en verzorgingshuizen wordt ervaren, in de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg lijkt het een minder groot probleem te zijn.

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

De aanwezigheid van ontplooiingsmogelijkheden wordt door relatief weinig verpleegkundigen en verzorgenden gerapporteerd (28%). Bijna de helft van de ondervraagden, met name mannen in de leeftijd van 35 jaar en ouder, zei geen mogelijkheden te hebben voor verdere ontplooiing. In de geestelijke gezondheidszorg is men het meest negatief over het loopbaanperspectief (ruim de helft ziet geen mogelijkheden voor verdere ontplooiing), in de thuiszorg is men met 36% het meest positief.

Voor wat betreft de individuele kenmerken bleek gemiddeld 65% van de verpleegkundigen en verzorgenden van mening te zijn dat hun persoonlijke kennis en vaardigheden goed aansluiten bij het werk. In geval dat de aansluiting als matig tot slecht wordt ervaren (8%), wordt dit veelal veroorzaakt door een 'teveel' aan kennis, men heeft meer kennis en vaardigheden dan het werk vereist, waardoor de eigen vakbekwaamheid dus niet gebruikt wordt. Dit is met name het geval bij mannen en bij groepsbegeleiders in de gehandicaptenzorg.

#### 7.4 Verloop en werkbeleving

Ten slotte is de werkbeleving bekeken van verpleegkundigen en verzorgenden die al dan niet actief op zoek zijn naar een andere baan, binnen of buiten de zorgsector. Hierbij zijn drie groepen te onderscheiden, te weten verpleegkundigen en verzorgenden die aangaven actief op zoek te zijn naar een andere baan buiten de zorgsector, zogenaamde 'vertrekkers', verpleegkundigen en verzorgenden die aangaven op zoek te zijn naar een andere baan binnen de zorgsector ('doorstromers') en verpleegkundigen en verzorgenden die niet actief op zoek zijn naar een andere baan ('blijvers'). Vanuit

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

Verpleegkundigen en verzorgenden die actief op zoek zijn naar een andere baan blijken vaker ontevreden te zijn over hun werk dan de 'blijvers'. Bijna 53% van de 'vertrekkers' is niet tevreden, tegenover 36% van de 'doorstromers' en 9% van de 'blijvers'.

Verder valt op dat het grootste deel van zowel de 'blijvers' (94%), als de 'doorstromers' (83%) als de 'vertrekkers' (70%) van mening is dat men inhoudelijk leuk werk heeft. Hierbij is het percentage van de 'vertrekkers' echter wel het laagst. Opvallend is verder het lage aandeel vertrekkers dat zegt voldoening te hebben in het werk: minder dan de helft van hen gaf te kennen geen voldoening in het werk te hebben. Van de 'blijvers' was dat bijna 90%.

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

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

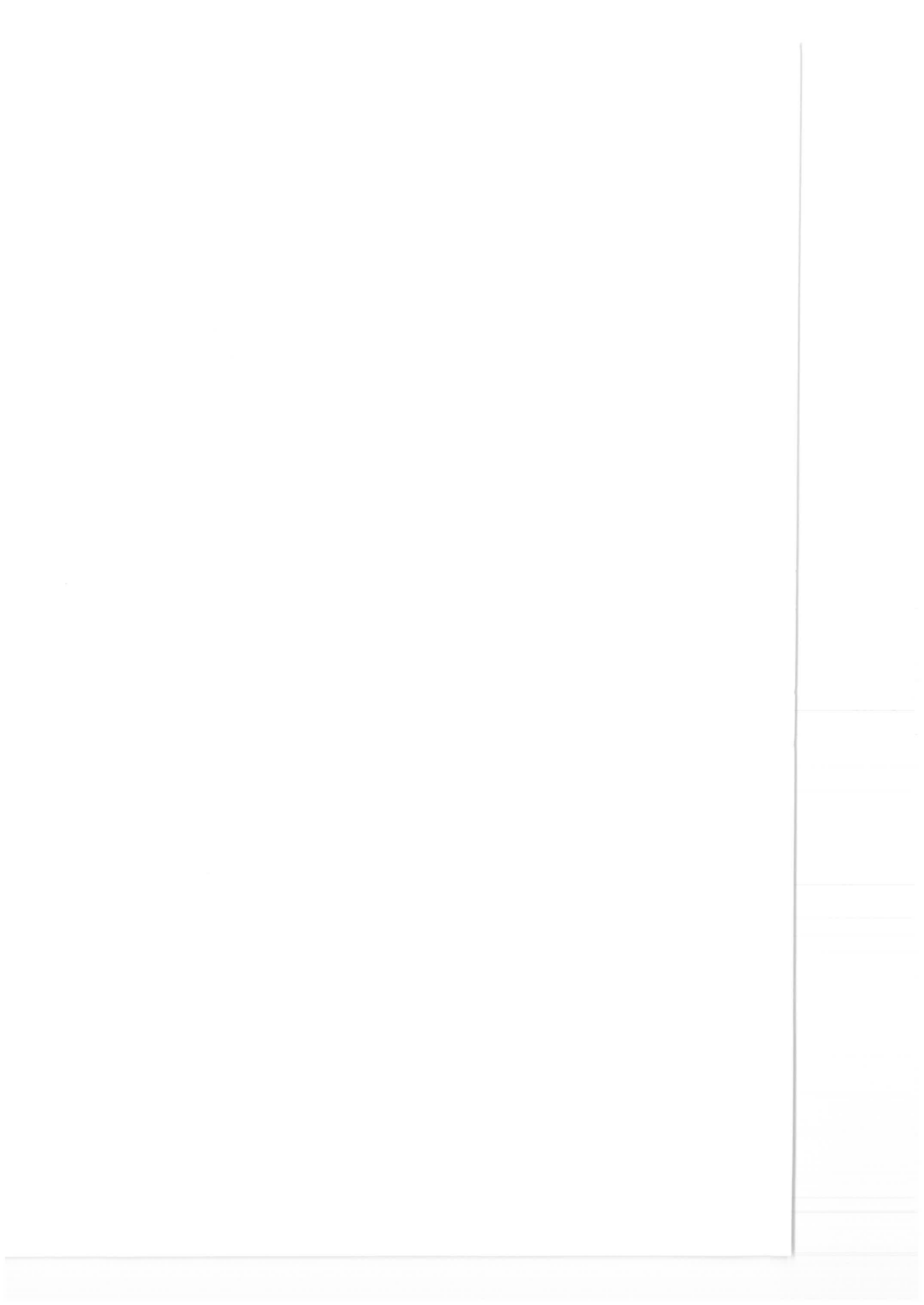
Ten slotte is een aantal factoren dat van invloed is op de werkbeleving nader bekeken. Voor wat betreft de factoren autonomie in het werk en werkdruk lijken de groepen niet veel van elkaar te verschillen. Opvallend is wel dat, ten aanzien van het kenmerk 'sociale steun', minder dan de helft



van de 'vertrekkers' het gevoel heeft gewaardeerd te worden door de leiding, van de 'blijvers' is dat ruim driekwart.

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

Met inachtneming van persoonlijke kenmerken zoals de vakbekwaamheid van verpleegkundigen en verzorgenden geldt over het algemeen dat meer aandacht voor werkkenmerken als sociale steun, autonomie in het werk, werkdruk en ontplooiingsmogelijkheden een positieve invloed heeft op de werkbeleving. Met name daar waar het verloop onder verpleegkundigen en verzorgenden hoog is, blijken vooral de sociale steun van de leidinggevende en het loopbaanperspectief een belangrijke rol te spelen. De meeste verpleegkundigen en verzorgenden die actief op zoek zijn naar een andere baan buiten de zorgsector blijken niet tevreden te zijn over deze twee werkkenmerken.



## Geraadpleegde literatuur deel B

Biessen, P.G.A. (1992). Oog voor de menselijke factor: achtergrond, constructie en validering van de basisvragenlijst. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Boumans, N.P.G. (1990). Het werk van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen: een onderzoek naar werkaspecten en hun invloed op verpleegkundigen. Maastricht: Datawyse.

Boumans, N.P.G., Harmsen, A. (1993/1994). Taken van verzorgenden in een verpleeghuis. Een onderzoek naar taken en reacties van verzorgenden. *Verpleegkunde*, 2, 92-104.

Boumans, N.P.G., Berg, A.A. van den (1999). Vraaggestuurde professie. Een functie-innovatieproject van verplegenden en verzorgenden in de verstandelijk gehandicaptenzorg. *Verpleegkunde*, 14, 34-45.

Bruin, D.M. (2000). Werkbeleving van verzorgenden. Een onderzoek naar het werk en de werkbeleving van verzorgenden in verpleeg- en verzorgingshuizen. Scriptie. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Dirken, J.M. (1969). *Arbeid en stress*. Groningen: Wolters Noordhoff.

Doorn, R. Van (1998). Numerieke flexibilisering van arbeid, werkbeleving en werkstress: een onderzoek over de invloed die numerieke flexibilisering van arbeid heeft op gezondheids- en welzijnseffecten onder verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen. *Afstudeerscriptie*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

Houten, R.L. van (1993). Effecten van integrerende verpleegkunde op de werkbeleving van verpleegkundigen. *Afstudeerscriptie*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

Jonge, J. de, Landeweerd, J.A., Nijhuis, F.J.N. (1993). Constructie en validering van de vragenlijst ten behoeve van het project 'Autonomie in het werk'. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

Jonge, J. de, Landeweerd, J.A., Nijhuis, F., Boumans, N. (1994a). Het werk van verplegenden en verzorgenden. Een onderzoek naar het werk en de werkbeleving in gecombineerde verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen (1). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

Jonge, J. de, Landeweerd, J.A., Nijhuis, F., Boumans, N. (1994b). Het werk van verplegenden en verzorgenden. Een onderzoek naar het werk en de werkbeleving in gecombineerde verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen (2). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

Jonge, J. de, Landeweerd, J.A., Nijhuis, F., Boumans, N. (1994c). Het werk van verplegenden en verzorgenden. Een onderzoek naar het werk en de werkbeleving in gecombineerde verpleeghuizen en algemene ziekenhuizen (3). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

Jonge, J. de, Janssen, P., Landeweerd, A. (1994/1995). Effecten van werkdruk, autonomie en sociale ondersteuning op de werkbeleving van verplegenden en verzorgenden. *Verpleegkunde*, 1, 17-27.

Jonge, J. de, Boumans, N., Landeweerd, A., Nijhuis, F. (1995). Werkkenmerken en werkbeleving. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 6, 186-189.

Koeter, A.J.M. (1996). De invloed van coping op de werkbeleving van verpleegkundigen. Scriptie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

Le Blanc, P. (1994). De steun van de leiding. Een onderzoek naar het Leader Member Exchange model in de verpleging. Dissertatie. Amsterdam: Thesis Publishers.

Le Blanc, P. (1995). Leiderschap en werkbeleving. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 19, 563-566.

Lusthuis, M.C.A. (1994). Werk en werkbeleving van verplegenden en verzorgenden uit het verpleeghuis. Scriptie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

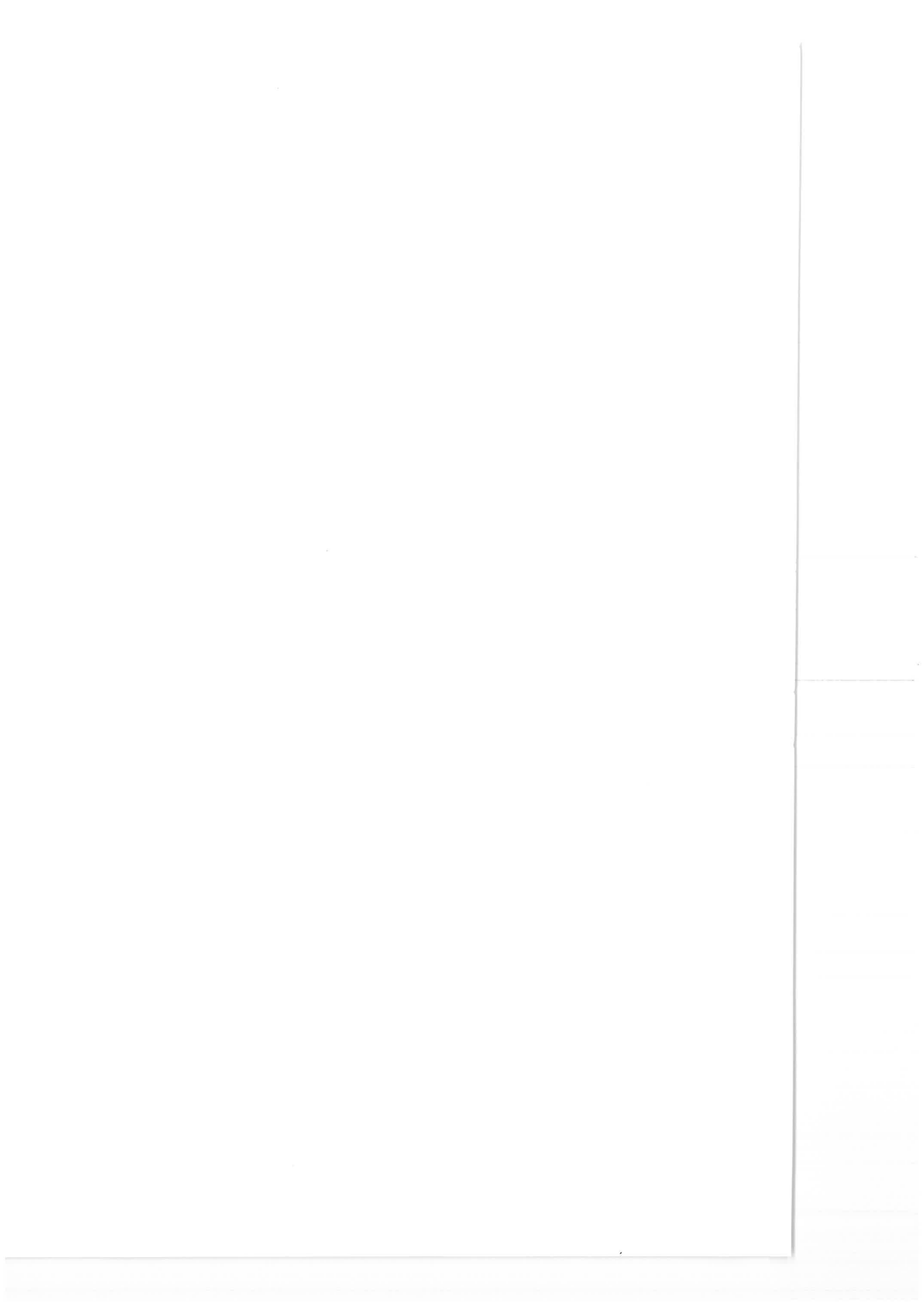
Maslach, C. (1993). Burnout: a multidimensional perspective. In: Schaufeli, W.B., Maslach, C., Marek, T. (Eds.). *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. Londen: Taylor & Francis.

Mondriaan-Van Zutphen, C.J.W.M., Boumans, N.P.G. (1995). Effecten van Integreernde Verpleegkunde in een algemeen ziekenhuis. *Verpleegkunde*, 3/4, 153-163.

Postma, L., Scholten, C. (1999). *Tendrapport aanbod van arbeid sector Zorg & Welzijn 1998: een onderzoek onder werkzame verpleegkundigen, verzorgenden en agogisch werkenden*. Tilburg: OSA.

Ruijter, W.M.J. de (1993). *Groepsverzorging en de relatie met het werk en de werkbeleving van het verzorgend personeel in verzorgingshuizen*. Scriptie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

Rijk, A. de (1994). *Ik laat mij niet stressen. Karasek's Job Demand Control model ter verklaring van de werkbeleving onderzocht bij IC-verpleegkundigen*. Scriptie. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.



## Bijlage Tabellen

*Tabel B4.1*

*Werkbelevingsaspecten en werkkenmerken van verpleegkundigen en verzorgenden*

Stelling	1	2	3	Gemiddelde
	Niet mee eens (%)	Neutraal (%)	Mee eens (%)	
a. Ik heb inhoudelijk leuk werk	3	5	92	2,89
b. Ik heb voldoende invloed op de inhoud van mijn werk	14	15	71	2,57
c. Er heerst een prettige sfeer op de afdeling	8	12	80	2,72
d. Ik heb voldoende loopbaanperspectieven	42	30	28	1,86
e. Mijn werk geeft mij veel voldoening	6	10	84	2,78
f. Ik kan mijn werktijden goed laten aansluiten bij mijn thuissituatie	13	10	77	2,64
g. Ik vind mijn uurloon te laag voor de verantwoordelijkheid die ik draag voor mijn werk	18	17	65	2,47
h. Het werk wat ik doe is erg zinvol voor me	5	9	86	2,82
i. Ik voel me vermoeid	73	16	11	1,39
j. Mijn huidige werk geeft mij een goede kans om te laten zien wat ik waard ben	15	22	63	2,49
k. Ik heb het gevoel gewaardeerd te worden door de cliënten	3	9	88	2,85
l. Ik heb het gevoel gewaardeerd te worden door de leiding/werkgever	11	15	74	2,62
m. Ik vind mijn werk eentonig	80	11	9	1,29
n. Ik heb voldoende tijd om mijn cliënten persoonlijke aandacht te geven	55	15	31	1,76

(vervolg Tabel B4.1)

Stelling	1	2	3	Gemiddelde
	Niet mee eens (%)	Neutraal (%)	Mee eens (%)	
o. Ik heb voldoende tijd om mijn cliënten goed te verzorgen	40	21	38	1,98
p. Ik weet precies wat mijn verantwoordelijkheden zijn	5	5	90	2,86
q. Ik werk onder hoge tijdsdruk	28	19	53	2,25
r. Ik voel me gefrustreerd door mijn werk	70	18	12	1,43
s. Ik kan zelf beslissen hoe ik mijn werk doe	25	22	53	2,28
t. Ik kan zelf mijn werktempo bepalen	45	17	38	1,94
u. Ik kan zelf beslissen in welke volgorde ik mijn werk verricht	29	15	56	2,26
v. Ik weet in het algemeen precies wat in mijn werk van mij wordt verwacht	3	5	92	2,89
w. Ik voel me 'opgebrand' door mijn werk	71	17	12	1,41

Tabel B4.2

Werkbelevingsaspecten en werkkenmerken voor leeftijd en sekse

Stelling		Man	Man	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Totaal	Significant p=<0.025
		t/m 34	v.a. 35	t/m 24	25-34	35-44	v.a. 45		
a. werkinhoud leuk	Eens	88	91	92	92	93	92	92	
	Oneens	5	4	2	3	3	3	3	
b. vold. invloed op inhoud	Eens	66	74	70	66	72	77	71	X
	Oneens	16	15	13	17	13	12	14	
c. prettige sfeer	Eens	79	76	81	82	79	79	80	
	Oneens	11	11	8	8	8	7	8	
d. loopbaanperspectieven	Eens	29	23	33	26	27	32	28	X
	Oneens	46	52	32	44	45	35	42	
e. voldoening	Eens	76	72	88	82	84	90	84	X
	Oneens	9	11	7	7	5	4	6	
f. werktijden-thuissituatie	Eens	60	70	78	68	81	90	77	X
	Oneens	23	17	9	17	11	5	13	
g. uurloon-verantwoord	Eens	71	65	54	65	64	69	65	X
	Oneens	12	17	24	18	19	15	18	



(vervolg Tabel B4.2)

Stelling		Man t/m 34	Man v.a. 35	Vrouw t/m 24	Vrouw 25-34	Vrouw 35-44	Vrouw v.a. 45	Totaal	Significant p=<0.025
h. zinvol	Eens	78	80	91	85	88	89	87	X
	Oneens	7	7	3	5	4	5	5	
i. vermoeid	Eens	15	14	9	10	11	13	11	X
	Oneens	71	71	68	74	74	73	73	
j. tonen wat je waard bent	Eens	57	55	65	63	64	68	64	X
	Oneens	20	21	11	13	16	14	15	
k. gewaardeerd door cliënten	Eens	80	84	88	85	90	91	88	X
	Oneens	6	3	2	2	3	3	3	
l. gewaardeerd door leiding	Eens	71	61	82	72	74	75	74	X
	Oneens	12	19	6	12	11	12	12	
m. eentonig	Eens	13	8	8	10	8	9	9	
	Oneens	74	82	81	78	82	81	80	
n. persoonlijke aandacht	Eens	28	33	28	25	32	37	31	X
	Oneens	52	45	58	62	52	51	55	
o. goede verzorging	Eens	35	35	42	34	41	40	38	X
	Oneens	31	33	42	47	38	40	41	
p. verantwoordelijk- heden	Eens	83	84	92	91	92	90	90	X
	Oneens	9	8	4	4	3	6	5	
q. tijdsdruk	Eens	52	55	50	54	52	53	53	
	Oneens	24	24	33	26	29	30	28	
r. gefrustreerd	Eens	17	14	9	13	11	13	12	X
	Oneens	71	67	71	65	71	72	69	
s. beslissing hoe te werken	Eens	55	61	49	48	55	59	53	X
	Oneens	22	19	28	27	25	24	25	
t. werktempo	Eens	36	45	36	32	40	46	38	X
	Oneens	46	35	44	50	46	40	45	
u. werkvolgorde	Eens	52	63	46	55	55	60	56	X
	Oneens	30	19	32	29	33	27	29	
v. weet verwachtingen	Eens	85	87	95	93	93	92	92	X
	Oneens	8	5	1	3	3	4	3	
w. opgebrand	Eens	15	14	10	10	12	14	12	X
	Oneens	71	68	68	70	72	72	71	

Significant op basis van de chi-kwadraat-test (p=0.025)

*Tabel B4.3*  
*Werkbelevingsaspecten en werkkenmerken per deelsector*

Stelling		Zieken- huizen	Verpl.- huizen	Gehandicap- tenzorg	Bejaarden- huizen	Thuis- zorg	GGZ	Totaal	Significant p=<0,025
a. werkinhoud leuk	Eens	95	92	90	93	90	92	92	X
	Oneens	3	2	4	3	4	3	3	
b. vold. invloed op inhoud	Eens	69	68	72	70	75	70	71	X
	Oneens	15	16	16	14	11	17	15	
c. prettige sfeer	Eens	81	80	85	81	74	79	80	X
	Oneens	10	9	7	9	6	10	8	
d. loopbaan- perspectieven	Eens	32	32	22	30	27	20	28	X
	Oneens	43	39	52	40	36	51	42	
e. voldoening	Eens	84	82	77	87	89	78	84	X
	Oneens	6	7	12	4	4	5	6	
f. werktijden- thuisituatie	Eens	66	78	71	81	88	74	77	X
	Oneens	21	11	16	9	6	16	13	
g. uurloon- verantwoord	Eens	70	63	62	68	65	63	65	X
	Oneens	16	21	20	17	15	19	17	
h. zinvol	Eens	86	87	82	91	86	81	86	X
	Oneens	5	4	6	4	5	5	5	
i. vermoeid	Eens	11	11	13	13	10	14	12	
	Oneens	73	72	72	71	74	72	73	
j. tonen wat je waard bent	Eens	64	64	56	68	65	60	63	X
	Oneens	15	14	17	12	16	15	15	
k. gewaardeerd door cliënten	Eens	87	80	86	94	95	78	88	X
	Oneens	3	5	3	2	2	7	3	
l. gewaardeerd door leiding	Eens	70	72	72	73	81	71	74	X
	Oneens	13	11	14	11	9	15	12	
m. eentonig	Eens	6	11	8	10	11	8	9	X
	Oneens	86	75	80	80	78	81	80	
n. persoonlijke aandacht	Eens	32	19	31	18	46	41	30	X
	Oneens	51	72	50	71	41	39	55	
o. goede verzorging	Eens	41	26	44	28	52	36	38	X
	Oneens	38	56	34	56	26	29	41	
p. verantwoordelijk- heden	Eens	91	90	88	92	92	82	90	X
	Oneens	5	5	5	4	4	12	5	

(vervolg Tabel B4.3)

Stelling		Zieken- huizen	Verpl.- huizen	Gehandicapten -zorg	Bejaarden- huizen	Thuis- zorg	GGZ	Totaal	Significant p=<0,025
q. tijdsdruk	Eens	53	65	47	62	44	41	53	X
	Oneens	24	22	34	22	36	35	28	
r. gefrustreerd	Eens	9	17	13	13	10	14	12	X
	Oneens	72	61	69	66	77	68	69	
s. beslissing hoe te werken	Eens	50	48	53	49	61	62	53	X
	Oneens	27	30	22	30	20	20	25	
t. werktempo	Eens	27	35	38	31	56	46	38	X
	Oneens	54	49	42	54	30	34	45	
u. werkvolgorde	Eens	52	50	48	55	66	62	55	X
	Oneens	32	34	32	32	21	22	29	
v. weet verwachtingen	Eens	93	94	92	92	94	84	92	X
	Oneens	3	3	3	3	2	6	3	
w. opgebrand	Eens	10	13	13	12	10	13	12	X
	Oneens	74	67	67	68	75	75	71	

Significant op basis van de chi-kwadraat-test (p=0.025)

Tabel B4.4

Werkbelevingsaspecten en werkkenmerken per beroepsgroep

Stelling		Verpleeg- kundige	Verzor- gende	Gezinsver- zorgende	Groeps- begeleiders	Instellings- verzorgende	Totaal	Significant P=<0.025
a. werkinhoud leuk	Eens	93	92	91	92	94	92	
	Oneens	3	3	3	3	2	3	
b. vold. invloed op inhoud	Eens	68	67	80	74	67	71	X
	Oneens	17	16	9	15	14	15	
c. prettige sfeer	Eens	82	80	73	86	78	80	X
	Oneens	9	9	5	7	10	8	
d. loopbaan- perspectieven	Eens	29	27	27	22	35	29	X
	Oneens	46	43	33	51	31	42	
e. voldoening	Eens	82	82	91	79	91	84	X
	Oneens	7	6	4	9	2	6	
f. werktijden- thuisituatie	Eens	69	79	89	74	81	77	X
	Oneens	19	11	6	13	9	12	

(vervolg Tabel B4.4)

Stelling		Verpleeg- kundige	Verzor- gende	Gezinsver- zorgende	Groeps- begeleiders	Instellings- verzorgende	Totaal	Significantie P=<0.025
g. uurloon- verantwoord	Eens	69	79	89	74	81	77	X
	Oneens	16	18	16	20	16	17	
h. zinvol	Eens	86	89	86	82	93	83	X
	Oneens	6	3	5	6	3	5	
i. vermoeid	Eens	11	12	9	12	11	11	
	Oneens	75	70	75	71	72	73	
j. tonen wat je waard bent	Eens	62	63	64	59	73	64	X
	Oneens	15	14	16	16	11	15	
k. gewaardeerd door cliënten	Eens	88	82	95	85	94	88	X
	Oneens	3	5	2	2	1	3	
l. gewaardeerd door leiding	Eens	70	73	87	71	73	74	X
	Oneens	14	10	6	14	9	12	
m. eentonig	Eens	8	10	14	7	7	9	X
	Oneens	83	77	75	81	82	80	
n. persoonlijke aandacht	Eens	33	16	46	35	19	31	X
	Oneens	51	75	40	48	71	55	
o. goede verzorging	Eens	41	29	52	44	31	38	X
	Oneens	39	57	27	32	56	41	
p. verantwoorde- lijkheden	Eens	89	93	93	88	92	90	X
	Oneens	7	3	2	4	4	5	
q. tijdsdruk	Eens	54	64	42	42	61	53	X
	Oneens	26	21	37	35	24	28	
r. gefrustreerd	Eens	11	16	10	11	13	12	X
	Oneens	71	62	78	69	66	70	
s. beslissing hoe te werken	Eens	54	43	64	54	45	53	X
	Oneens	25	34	19	21	33	25	
t. werktempo	Eens	32	33	60	39	26	38	X
	Oneens	49	51	27	40	58	45	
u. werkvolgorde	Eens	53	50	72	49	53	55	X
	Oneens	30	36	19	32	34	29	
v. weet verwachtingen	Eens	91	95	95	90	93	92	X
	Oneens	3	3	2	5	2	3	
w. opgebrand	Eens	10	15	10	11	11	12	X
	Oneens	75	67	73	69	70	71	

Significant op basis van de chi-kwadraat-test (p=0.025)

*Tabel B4.5*  
*Tevredenheid met baan in zorgsector (%)*

	Weet niet	Zeer tevreden	Wel tevreden	Niet zo tevreden	Helemaal niet tevreden	Totaal
<b>Zorgsector</b>	1	18	68	12	1	100
<b>Leeftijd en sekse</b>						
man 16-34 jaar	1	14	64	18	3	100
man 35-64 jaar	1	16	59	20	4	100
vrouw 16-24 jaar		25	63	12	0	100
vrouw 25 -34 jaar	1	16	70	12	2	100
vrouw 35-44 jaar	1	18	69	11	1	100
vrouw 45-64 jaar	1	18	70	10	1	100
<b>Deelsector</b>						
Ziekenhuizen	0	20	68	12	1	100
Verpleeghuizen	1	15	69	14	1	100
Gehandicaptenzorg	1	17	64	15	4	100
Bejaardenhuizen	1	17	70	12	1	100
Thuiszorg	0	19	70	9	1	100
Geestelijke gezondheidszorg	0	14	66	16	4	100
<b>Beroepsgroep</b>						
Verpleegkundige	1	18	66	14	1	100
Verzorgende	1	14	71	13	1	100
Gezinsverzorgende	0	17	74	8	1	100
Groepsbegeleider	1	18	65	13	3	100
Instellingsverzorgende	1	21	69	10	0	100

*Tabel B4.6*  
*Tevredenheid over loon (%)*

	hoog	tamelijk hoog	niet zo hoog	laag	Totaal
<b>Zorgsector</b>	1	22	60	17	100
<b>Leeftijd en sekse</b>					
man t/m 34 jaar	1	18	55	27	100
man v.a. 35 jaar	1	18	62	20	100
vrouw t/m 24 jaar	2	38	44	16	100
vrouw v.a. 25 t/m 34 jaar	1	26	59	14	100
vrouw v.a. 35 t/m 44 jaar	1	20	63	16	100
vrouw v.a. 45 jaar	0	15	66	19	100
	1	22	60	17	100
<b>Deelsectoren</b>					
Ziekenhuizen	1	26	58	15	100
Verpleeghuizen	1	29	57	14	100
Gehandicaptenzorg	1	23	58	18	100
Verzorgingshuizen	1	19	64	17	100
Thuiszorg	1	14	65	20	100
Geestelijke gezondheidszorg	1	26	61	13	100
	1	22	60	17	100
<b>Beroepsgroepen</b>					
Verpleegkundige	1	23	60	16	100
Verzorgende	1	25	60	14	100
Gezinsverzorgende	1	15	67	18	100
Groepsbegeleider	1	23	57	18	100
Instellingsverzorgende	1	18	64	17	100
Overig beroep	1	29	54	16	100

Tabel B4.7

Redenen voor geen aansluiting kennis en vaardigheden (%)

	weet niet	meer dan het werk vereist	minder dan het werk vereist	voor ander vak dan huidig werk	verouderd werk anders	niet vold. praktijk- gericht	anders, nl.	Totaal
<b>Zorgsector</b>	3	44	16	9	14	8	6	100
<b>Leeftijd en sekse</b>								
man 16-34 jaar	4	45	18	14	4	12	4	100
man 35-64 jaar		51	13	14	15	5	3	100
vrouw 16-24 jaar	1	42	18	7	3	20	9	100
vrouw 25-34 jaar	4	43	18	6	13	11	5	100
vrouw 35-44 jaar	2	46	14	9	18	5	6	100
vrouw 45-64 jaar	2	42	16	10	20	4	6	100
<b>Deelsectoren</b>								
Ziekenhuizen	1	39	23	7	14	8	9	100
Verpleeghuizen	1	54	16	4	16	6	4	100
Gehandicaptenzorg	4	38	12	12	14	15	5	100
Verzorgingshuizen	4	47	16	8	13	5	7	100
Thuiszorg	3	52	13	10	14	5	3	100
Geestelijke gezondheidszorg	0	32	20	9	20	14	5	100
<b>Beroepsgroepen</b>								
Verpleegkundige	1	47	18	5	13	10	7	100
Verzorgende	1	52	14	2	17	8	6	100
Gezinsverzorgende	1	54	11	13	13	5	3	100
Groepsbegeleider	4	38	15	12	15	12	4	100
Instellingsverzorgende	8	27	24	7	16	8	9	100
Overig beroep	1	40	15	25	13	3	3	100

