

Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen  
in Nederland 2001

Jubileumuitgave



bibliotheek  
drieharingstraat 6  
postbus 1565  
3500 bn utrecht  
tel 030 2729 614/515  
fax 030 2729720



# Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland 2001

**Jubileumuitgave**

H. Calsbeek

L. Hingstman

H. Talma

W. van der Windt

Elsevier gezondheidszorg

Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging

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

© Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, 2001

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 veeelvoudigd, 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 2443 4

NUGI 750, 756

## Voorwoord

De uitgave *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland*, in voorgaande jaren bekend geworden onder de titel *Verpleging en verzorging in kaart gebracht*, viert haar eerste jubileum. Het is alweer vijf jaar geleden dat de eerste editie verscheen.

Het begon in 1996 toen bij het LCVV en NU'91 de behoefte ontstond aan kwantitatieve gegevens over trends in vraag en aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden. Aan Prismant (toen nog het NZi) en het Nivel is gevraagd een onderzoek uit te voeren. Dit resulteerde in 1997 in de eerste editie van *Verpleging en verzorging in kaart gebracht*.

De uitgave voorzag in een grote behoefte. Het bleek een belangrijke bron voor onder andere beleidsmakers, onderzoekers, verpleegkundigen en verzorgenden in de adviesraden en in het onderwijsveld. Het LCVV heeft toen besloten *Verpleging en verzorging in kaart gebracht* jaarlijks uit te brengen.

Dit jaar is de formule iets gewijzigd ten opzichte van voorgaande jaren. Zo is in de titel 'verpleging en verzorging' veranderd in 'verpleegkundige en verzorgende beroepen'. Hiermee willen we onderstrepen dat het om de beroepsbeoefenaren gaat en niet om een sector. Voorheen was sprake van twee uitgaven, een uitgebreid en een samenvattend rapport. Nu is gekozen voor een bondige en geïntegreerde publicatie.

Namens Prismant is de uitvoering verzorgd door mw.dr.s. H. Talma en drs. W. van der Windt en namens het Nivel mw.dr.s. H. Calsbeek en dr. L. Hingstman. De onderzoekers zijn bij de totstandkoming begeleid door een commissie die bestond uit mw.dr.s. Y. Heijnen en drs. P. Poortvliet (LCVV), dhr. B. Vogel (AVVV) en mw.dr. H. Meihuizen (OSA).

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

Mw. H. Hillmann, directeur LCVV

Utrecht, oktober 2001

# Inhoud

Samenvatting [9]

**1 Inleiding** [17]

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

2.1 Omvang en groei van de bevolking [19]

2.2 Samenstelling van de bevolking [23]

2.3 Chronische aandoeningen [26]

2.4 Maatschappelijke ontwikkelingen [30]

2.5 Samenvatting [33]

**3 Omvang van de beroepsgroepen** [35]

3.1 De ontwikkeling van het aantal werkenden [36]

3.2 Beroepsgroepen en kwalificaties [39]

3.3 Regionale spreiding [41]

3.4 Samenvatting [43]

**4 Samenstelling van de beroepsgroepen** [45]

4.1 Geslacht [45]

4.2 Leeftijd [46]

4.3 De duur van het dienstverband [49]

4.4 Samenvatting [49]

**5 Werktijden** [51]

5.1 De P/A-ratio [51]

5.2 De gemiddelde werkweek [51]

5.3 Gewenste veranderingen in werkomvang [53]

5.4 Werktijden [55]

5.5 Samenvatting [57]

**6 Functies en salaris [59]**

- 6.1 Functies [59]
- 6.2 Salaris [62]
- 6.3 Samenvatting [66]

**7 Werk(belevings)kenmerken en arbeidsomstandigheden [67]**

- 7.1 Inleiding [67]
- 7.2 Werkkenmerken: sociale steun, autonomie en werkdruk [69]
- 7.3 Werkbelevingskenmerken: eigen werkwaardering en burn-out [71]
- 7.4 Arbeidsomstandigheden [74]
- 7.5 Samenvatting [76]

**8 Scholing [79]**

- 8.1 Initieel onderwijs [79]
- 8.2 Vervolgscholing [86]
- 8.3 Aansluiting kennis en vaardigheden [88]
- 8.4 Samenvatting [89]

**9 Werken in de zorg: vertrekken of blijven? [91]**

- 9.1 Het verloop [91]
- 9.2 Vertrekredenen [93]
- 9.3 Redenen om te blijven [98]
- 9.4 Samenvatting [99]

**10 Ziekteverzuim [101]**

- 10.1 De cijfers [101]
- 10.2 Oorzaken langdurig ziekteverzuim [103]
- 10.3 Samenvatting [110]

Literatuur en bronnen [111]

Lijst van afkortingen [115]

Trefwoordenregister [119]



## Samenvatting

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

Door de blijvende groei van de bevolking zal de vraag naar verpleging en verzorging voorlopig ook blijven toenemen. Ten opzichte van 1990 is de bevolking met 6,5% toegenomen; jaarlijks bedraagt de bevolkingsgroei 0,6%. Pas in het jaar 2040 wordt een einde van de bevolkingstoename verwacht. Niet alleen de bevolkingsgroei, maar ook de samenstelling van de bevolking heeft invloed op de vraag naar zorg. Dit geldt met name voor de zich voortzettende vergrijzing. Was in 1990 12,8% van de bevolking 65 jaar of ouder, in 2000 was dat 13,6%, een absolute toename van bijna 250.000 ouderen. Van de mensen in deze leeftijdsgroep heeft bijna 70% een chronische aandoening. De verwachting is dat het percentage 65-plussers de komende jaren nog meer zal toenemen, via 14,8% in 2010 tot 22,9% in het jaar 2040. Deels samenhangend met de vergrijzing is het percentage chronisch zieken in Nederland toegenomen: van 36% in 1990 tot 41% in 2000, een toename van ruim een miljoen personen. Verder is bekend dat allochtone Nederlanders van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst – de grootste groep niet-westerse allochtonen – over het algemeen meer (chronische) gezondheidsklachten ervaren dan autochtone Nederlanders. Nederland telde in 2000 in totaal 1,4 miljoen inwoners van niet-westerse afkomst, bijna 9% van de bevolking. De verwachting is dat in 2015 12,5% van de Nederlandse bevolking van niet-westerse afkomst zal zijn. Ook het aantal eenpersoonshuishoudens is van invloed op de vraag naar zorg omdat de gezondheid van alleenwonende personen slechter is dan die van personen die met anderen samenleven. Van alleenwonende ouderen is bekend dat 15% van hen gebruikmaakt van gezondheidszorgvoorzieningen, tegen 9% van samenwonende ouderen. In 2000 bedroeg het percentage eenpersoons-

huishoudens 33,3%; in 1990 was dat 29,9%. In tien jaar tijd is het aantal eenpersoonshuishoudens met ruim 450.000 toegenomen. De verwachting is dat in 2010 het aandeel eenpersoonshuishoudens nog hoger zal zijn, namelijk 36,8% (dat is ook ruim 450.000 meer dan in 2000). Tot slot is aandacht besteed aan mantelzorg, inmiddels een belangrijke factor bij de bepaling van de toekenning van formele zorg. Behalve de hulpvraag van de individuele cliënt moet rekening gehouden worden met de draagkracht-draaglastverhouding van het 'cliëntsysteem'. Verschillende ontwikkelingen zorgen ervoor dat de mantelzorg steeds meer onder druk komt te staan. Hierbij kan gedacht worden aan de vergrijzing van de bevolking, de groei van het aantal chronisch zieken, meer eenpersoonshuishoudens, wachtlijsten in de gezondheidszorg en een toenemende arbeidsparticipatie onder vrouwen. Voorzieningen ter ondersteuning van mantelzorg worden hierdoor steeds belangrijker.

### **Omvang van de beroepsgroepen (hoofdstuk 3)**

Anno 1999 zijn er bijna 390.000 mensen werkzaam in het veld van verpleging en verzorging. Van hen hebben er ongeveer 290.000 een kwalificatie op een van de niveaus 2 tot en met 5. De overigen hebben geen specifieke verpleegkundige of verzorgende opleiding achter de rug. Gedurende de jaren negentig was er sprake van een groei van het aantal bezette arbeidsplaatsen in verpleging en verzorging, hoger dan het landelijk gemiddelde. In 1999 is daar een einde aan gekomen. Momenteel is er sprake van een zeer lichte groei.

Door de krapte op de arbeidsmarkt is de groei van het aantal werkzamen in verpleging en verzorging in 1999 minder groot geweest dan in voorgaande jaren het geval was. Bovendien neemt het aandeel gekwalificeerden af (degenen die een opleiding op kwalificatieniveau 2 tot en met 5 voltooid hebben). Naar verwachting zullen deze twee tendensen zich de komende jaren voortzetten. Weliswaar is er een ruimer budget beschikbaar voor zorginstellingen en zou dat ook aan verpleging en verzorging besteed kunnen worden, maar het aanbod van gekwalificeerd personeel zal de komende jaren, vanwege de geringe instroom in de opleidingen in de afgelopen jaren, minder groot zijn dan de vraag.

## Samenstelling van de beroepsgroepen (hoofdstuk 4)

Verpleging en verzorging is nog steeds een vrouwenberoep. Van alle verpleegkundigen en verzorgenden is 90% vrouw. Dit aandeel stijgt zelfs nog licht. Van alle werkenden in de sector zorg en welzijn is 77% vrouw; ter vergelijking: op de Nederlandse arbeidsmarkt is 37% vrouw.

De afgelopen jaren heeft zich een aanzienlijke vergrijzing voorgedaan bij verpleegkundigen en verzorgenden. Bedroeg de gemiddelde leeftijd in 1993 in de intramurale gezondheidszorg nog 32,8 jaar; inmiddels is dat gestegen tot 36 jaar. Bovendien zal de gemiddelde leeftijd naar verwachting nog stijgen tot 37,5 jaar in 2005. Daarna lijkt zich een minder snelle leeftijdsstijging voor te doen. Vooral de komende tijd nemen het aantal en aandeel 50-plussers nog snel toe: van 10% nu tot 18% in 2010.

Leeftijdsbewust personeelsbeleid lijkt dan ook van groot belang. Als gevolg van de ouder wordende beroepsgroep zullen de gemiddelde salariskosten tot 2005 toenemen met 1,4%. Daarna treedt een stabilisatie op. Voorlopig heeft de vergrijzing nog geen effect op de personeelsvraag. Ook zal het nettoverloop – het vertrek uit het beroep – de komende tien jaar niet stijgen, wanneer alleen de leeftijdsopbouw in acht wordt genomen.

## Werktijden (hoofdstuk 5)

In de verpleging en verzorging zijn gezien het aantal volledige arbeidsplaatsen verhoudingsgewijs veel mensen nodig. Dit komt met name door de grote schaal waarop er in deeltijd gewerkt wordt. In de verpleging en verzorging waren in 1999 180 mensen nodig om 100 arbeidsplaatsen te bezetten; op de landelijke arbeidsmarkt is deze verhouding 126 mensen op 100 arbeidsplaatsen.

Het aandeel voltijders in de verpleging en verzorging is afgenomen van 40% in 1993 tot 24% in 2000. Ruim de helft is tevreden met het aantal uren dat men werkt. Een vijfde zou minder willen werken. Het gaat hier vooral om verpleegkundigen. Een kwart zou meer willen werken; dit betreft vooral gezinsverzorgenden.

Uiteraard hebben veel verpleegkundigen en verzorgenden te maken met onregelmatig werk: 52% werkt wel eens op zaterdag en 51% op zon-

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

### **Functies en salaris (hoofdstuk 6)**

In de loop der jaren hebben zich verschuivingen voorgedaan in de functieopbouw in de verschillende branches. Zo kwamen er in de ziekenhuizen hogere schalen bij voor de gespecialiseerde verpleegkundigen en vond in de geestelijke gezondheidszorg juist een versterking plaats van het middenniveau. In de gehandicaptenzorg is het aandeel van de lagere schalen toegenomen als gevolg van functiedifferentiatie, terwijl in de verpleeghuizen de krapte op de arbeidsmarkt zich laat vertalen in een relatieve toename van lager ingeschaald personeel.

Ook voor verpleegkundigen en verzorgenden geldt hoe hoger de leeftijd, hoe hoger het salaris. Voor de uitvoerende functies geldt dat het gemiddelde salaris na het 35e jaar weinig stijgt. In de ziekenhuizen ligt deze leeftijd wat hoger, in de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen juist wat lager. Het aandeel vrouwen is in de hogere loonschalen aanzienlijk minder dan in de gemiddelde loonschalen. Tussen 1995 en 1999 deed zich hierin een lichte verbetering voor.

Het salarisniveau van verpleegkundigen en verzorgenden is vergeleken met andere werkkenden in hun branche lager. Dit geldt zowel voor het niveau van het salaris als de groei ervan in de afgelopen jaren. In de afgelopen tien jaar zijn de salarisstijgingen in de sector zorg en welzijn over het algemeen marktconform geweest. Door het lagere startniveau in met name de ouderenzorg is het verschil in het absolute gemiddelde uurloon echter wel groter geworden.

### **Werk(belevings)kenmerken en arbeidsomstandigheden (hoofdstuk 7)**

Verskillende factoren zijn van invloed op de werkbeleving. Zo komt uit de literatuur naar voren dat meer aandacht voor sociale ondersteuning op het werk, autonomie in het werk en de werkdruk, de werkbeleving ten goede komen. Voorbeelden van werkbelevingskenmerken zijn, in positieve zin, de eigen werkwaardering en, in negatieve zin, burn-out. Nadere analyses van de OSA-arbeidsaanbodmonitor laten zien dat in de thuiszorg en in de verzorgingshuissector de meeste *sociale steun* wordt

ervaren, vooral door gezinsverzorgenden en instellingsverzorgenden.

Minder sociale steun wordt ervaren in de gehandicaptenzorg.

*Autonomie in het werk* hebben met name verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg en in de GGZ. Vooral gezinsverzorgenden zeggen veel autonomie in het werk te ervaren. Ziekenverzorgenden en instellingsverzorgenden hebben de minste autonomie in het werk.

Het derde gemeten werkkenmerk betreft de *werkdruk*. Deze blijkt als het hoogst te worden ervaren in verzorgingshuizen en in verpleeghuizen en, analoog hieraan, door instellingsverzorgenden en ziekenverzorgenden. In de sectoren thuiszorg en GGZ wordt de werkdruk als het laagst ervaren. Het zijn met name gezinsverzorgenden die een lagere werkdruk rapporteren.

Voor wat betreft de werkbelevingskenmerken blijkt de *eigen werkwaardering* in de verzorgingshuizen het hoogst en in de verpleeghuissector en in de gehandicaptensector het laagst. Ook blijkt onder instellingsverzorgenden de eigen werkwaardering het hoogst en onder ziekenverzorgenden en groepsbegeleiders het laagst.

Verder zijn met name in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en in de gehandicaptenzorg en onder ziekenverzorgenden de meeste verschijnselen van *burn-out* gerapporteerd. In de thuiszorg en in de ziekenhuissector en bij gezinsverzorgenden en verpleegkundigen zijn over het algemeen de minste verschijnselen van burn-out.

Tot slot is ook gekeken naar de arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen en verzorgenden. Deze worden over het algemeen gekenmerkt door *het dragen van veel verantwoordelijkheid* (vooral verpleegkundigen en in ziekenhuizen), door *afwisselend erg drukke en rustige periodes* (met name verpleegkundigen en in ziekenhuizen) en het *afwisselend uitvoeren van verschillende taken* (vooral groepsbegeleiders en in de gehandicaptenzorg).

## Scholing (hoofdstuk 8)

Na een stijgende lijn vanaf 1997 was de instroom in het initiële verpleegkundig en verzorgend onderwijs in 2000 voor het eerst geringer dan het jaar ervoor. Alle kwalificatieniveaus laten een terugval zien. Nieuw is de opleiding tot zorghulp, die 900 voltijdleerlingen aantrok. Het totaal aantal leerlingen in het verpleegkundig en verzorgend onderwijs steeg nog

licht en bedraagt momenteel 50.000 leerlingen. Tot het jaar 2003 zal het aantal leerlingen dat een diploma behaalt nog stijgen. Als gevolg van de huidige lagere instroom zal daarna een daling inzetten.

Alleen van de hbo-v zijn recente nauwkeurige studierendementgegevens bekend. Het studierendementpercentage daalde van 60% van degenen die in 1991 aan de studie begonnen tot 56% van degenen die in 1995 begonnen. Dit percentage is gelijk voor het gehele hbo, maar lager dan het gemiddelde van de hbo-gezondheidszorgopleidingen (61%).

Het aandeel leerlingen met een diploma dat ook daadwerkelijk in de zorgsector aan de slag gaat, is in 2000 gestegen ten opzichte van voorgaande jaren. Dit zogeheten beroepsrendement nam toe van 67% tot 80%. De hbo-v kent met ongeveer 90% een hoger beroepsrendement. Deze percentages (studierendement en beroepsrendement) combinerend, betekent dat dat uiteindelijk een van elke twee beginnende studenten ook daadwerkelijk in het beroep in de zorgsector aan de slag gaat.

Qua salariering steken hbo-v'ers een jaar na het afstuderen ongunstig af bij een gemiddelde hbo'er. Dit geldt ook ten opzichte van een gemiddelde hbo'er uit de gezondheidszorgopleidingen. De mbo-opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden steken juist gunstig af bij een gemiddelde mbo'er.

Door verpleegkundigen wordt veel aan vervolgscholing gedaan, namelijk door 62% van de werkzame verpleegkundigen. De kaderopleiding en de opleiding tot het IC-certificaat worden het meest gevolgd. Het zijn vooral de oudere verpleegkundigen en verzorgenden die een vervolgopleiding hebben genoten. Het wekt dan ook geen verbazing dat juist ouderen van mening zijn dat hun persoonlijke kennis en vaardigheden goed aansluiten bij de vereisten van hun werk. Verder vindt bijna 15% van de verpleegkundigen en verzorgenden zich overgekwalificeerd voor het werk dat zij doen. Dit komt vooral voor bij mannen boven de 35 jaar en bij degenen die werkzaam zijn in de verpleeghuiszorg en in de thuiszorg.

### **Werken in de zorg: vertrekken of blijven? (hoofdstuk 9)**

Verpleegkundigen en verzorgenden veranderen steeds vaker van baan binnen de zorgsector. In 1994 bedroeg het percentage nog 5,6%; in 2000 is dat opgelopen tot 10,9%. Ook wordt het beroep steeds vaker

(tijdelijk) de rug toegekeerd: eind jaren negentig lag dit gemiddeld iets boven de 4%; in 2000 bedroeg dit 5,4%, oftewel een op de negentien verpleegkundigen en verzorgenden. Behoefte aan ander werk en de mogelijkheid om iets anders te gaan doen, zijn door de jaren heen de belangrijkste motieven voor het vertrek. Reistijd en beloning worden in de krapper wordende arbeidsmarkt steeds belangrijker gevonden. Het aandeel verpleegkundigen en verzorgenden dat aangeeft dat hun vertrek onder bepaalde voorwaarden te voorkomen was geweest, nam in de loop der jaren met 7% toe tot 56%. Het ontbreken van ontplooiingsmogelijkheden en perspectief op een loopbaan blijven hierbij de belangrijkste factoren. Voor degenen die hun heil buiten de zorg zoeken, speelt ook beloning steeds vaker mee. Bij degenen die (tijdelijk) stoppen met het uitoefenen van het beroep spelen relatief vaker ook factoren zoals werkdruk en geestelijke en lichamelijke belasting een rol. Redenen om te blijven werken in de zorg verschillen tussen de branches. In de thuiszorg wil men blijven omdat men graag met mensen werkt en waardering van patiënten en cliënten van groot belang vindt. Gezien het solitaire karakter van het werk valt het belang van een prettige sfeer in het team bij hen laag uit. Ook het hebben van inhoudelijk leuk werk scoort in deze sector verhoudingsgewijs laag. Deze aspecten worden juist door werkenden in ziekenhuizen van groot belang geacht. In de andere zorgsectoren neemt men op deze aspecten een middenpositie tussen thuiszorg en ziekenhuiszorg in.

### Ziekteverzuim (hoofdstuk 10)

Het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden heeft de laatste jaren een stijgende trend vertoond. Deze stijging doet zich ook landelijk voor, alleen is het gemiddelde ziekteverzuim onder het verplegend en verzorgend personeel hoger. Het zwangerschapsverlof niet meegerekend is het landelijk ziekteverzuimpercentage 5,5%, in de verpleging en verzorging is dat 8,7%. In de ziekenhuissector is het ziekteverzuim het laagst (ongeveer 7%); in de verpleeghuissector en in de thuiszorg het hoogst (ongeveer 10%).

Bijna een derde van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan over een periode van twee jaar wel eens twee weken of langer verzuimd te hebben vanwege ziekte. Dit zogeheten langdurig ziekteverzuim is het

hoogst in de verpleeghuissector en in de thuiszorg. Van degenen die te maken hebben (gehad) met langdurig ziekteverzuim vindt bijna 40% dat de oorzaak voor een belangrijk deel gelegen is in het werk, met name in de gehandicaptenzorg, in de verpleeghuizen en in de GGZ. Hierbij is 'lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden' de meest genoemde reden (door bijna 50%), met name in verzorgingshuizen en in verpleeghuizen. Een te hoge werkdruk wordt door 20% gezien als de belangrijkste oorzaak van hun ziekteverzuim, met name in de GGZ.

Langdurig ziekteverzuim blijkt verklaard te kunnen worden uit een aantal persoonsgebonden factoren en werkkenmerken of -omstandigheden. Zo is de kans op langdurig ziekteverzuim hoger voor vrouwen dan voor mannen en neemt het ziekteverzuim af naarmate het niveau van de opleiding toeneemt. Lichamelijk zwaar werk en stank en lawaai op de werkvloer maken de kans op langdurig ziekteverzuim door lichamelijke klachten groter, terwijl het hebben van veel verantwoordelijkheid deze kans kleiner maakt. Het hebben van geestelijk zwaar werk en veel verantwoordelijkheid doet de kans op ziekteverzuim door te hoge werkdruk toenemen. Wanneer men daarbij het werktempo zelf in de hand heeft, nemen de kansen weer af. Echter, geestelijk zwaar werk in combinatie met het zelf bepalen van het werktempo doet de kans op niet-werkgerelateerd ziekteverzuim juist stijgen. Onregelmatige werktijden, herhaling van eenvoudige werkzaamheden en mogelijkheden om zelf de volgorde van werkzaamheden te bepalen, blijken geen effect te hebben op langdurig ziekteverzuim.



# 1

## Inleiding

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

Met betrekking tot de vraag is vooral aandacht besteed aan de gevolgen van de bevolkingsgroei en de vergrijzing. Verder is ook een aantal epidemiologische ontwikkelingen, zoals een toename van het aantal chronisch zieken, en een aantal maatschappelijke ontwikkelingen, bijvoorbeeld een toename van het aantal eenpersoonshuishoudens, beschreven.

Bij de beschrijving van ontwikkelingen in het aanbod wordt in eerste instantie een overzicht gegeven van de omvang en de samenstelling van de beroepsgroepen verpleegkundigen en verzorgenden. Vervolgens wordt ingegaan op onderwerpen als de gemiddelde werkweek, salarissen, werkbeleving, scholing, vertrekredenen en ziekteverzuim. Behalve gegevens uit bestaande registraties, zijn er bij de beschrijving van deze onderwerpen ook gegevens uit eenmalig onderzoek meegenomen. Hierdoor heeft de informatie in dit boek niet alleen betrekking op de meer registratieve gegevens, maar ook op bronnen waaruit een oordeel en mening over het werken in de verpleging en verzorging gedestilleerd kan worden. Zo is uitgebreid gebruikgemaakt van de OSA-arbeidsaanbodmonitor. Uit deze monitor zijn met name gegevens gebruikt die betrekking hebben op het oordeel van verpleegkundigen en verzorgenden over tal van onderwerpen die samenhangen met de werksituatie. Bij de presentatie van de verschillende onderwerpen is ervoor gekozen om per onderwerp – waar relevant – eerst de feiten (registratiegegevens) te presenteren en vervolgens het oordeel van verpleegkundigen en verzorgenden.

De indeling van dit boek is als volgt. In hoofdstuk 2 worden ontwikkelingen beschreven die de vraag naar verpleging en verzorging beïnvloeden.

Vervolgens komt in hoofdstuk 3 de ontwikkeling van het aantal beroepsbeoefenaren aan bod. Hierbij is ook aandacht voor de onderscheiden beroepsgroepen en kwalificatieniveaus. Daarna wordt in hoofdstuk 4 de samenstelling van de beroepsgroepen in beeld gebracht. In hoofdstuk 5 en 6 wordt respectievelijk aandacht besteed aan werktijden en aan functies en salarissen. In hoofdstuk 7 worden de arbeidsomstandigheden en enkele kenmerken van het werk en de werkbeleving belicht, waarna ontwikkelingen rond opleiding en vervolgscholing in hoofdstuk 8 aan de orde komen. In hoofdstuk 9 wordt ingegaan op de vertrekredenen of de redenen om juist te blijven werken in het beroep. Het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 10, bevat gegevens over het ziekteverzuim. Hierbij wordt tevens ingegaan op de oorzaken van ziekteverzuim.

Tot slot is in deze rapportage getracht een balans te vinden tussen de leesbaarheid en een zo compleet mogelijke weergave van gegevens. Daarom is ervoor gekozen om een aantal gedetailleerde en omvangrijke tabellen die in voorgaande jaren wel werden gepresenteerd nu achterwege te laten. Deze zijn echter wel beschikbaar en zijn te vinden op de website [www.lcvv.nl/v&vtabellen2001](http://www.lcvv.nl/v&vtabellen2001). Indien van toepassing wordt in de tekst hiernaar verwezen.

## 2

# Ontwikkelingen in de vraag naar verpleging en verzorging

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste ontwikkelingen beschreven die zich hebben voorgedaan in de periode van 1990 tot 2000 en die van invloed zijn op de vraag naar verpleging en verzorging. Waar mogelijk worden ook ontwikkelingen in de toekomst geschetst. Ingegaan wordt op de omvang en de groei van de bevolking (paragraaf 2.1), de samenstelling van de bevolking (paragraaf 2.2), het vóórkomen van chronische aandoeningen (paragraaf 2.3) en maatschappelijke ontwikkelingen zoals de huishoudenssituatie en mantelzorg (paragraaf 2.4).

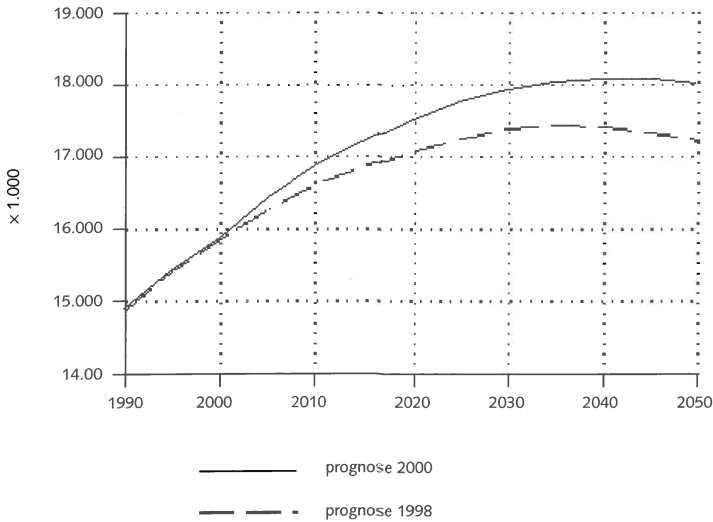
### 2.1 Omvang en groei van de bevolking

#### *Omvang*

Het aantal inwoners van Nederland blijft groeien: van 14,9 miljoen mensen in 1990 tot ruim 15,8 miljoen in 2000 (CBS 2001b). Sinds 1990 is de bevolking met circa 6,5% toegenomen. De jaarlijkse groei van de bevolking bedraagt ongeveer 0,6%.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) publiceert jaarlijks afwisselend een kortetermijn- en een langetermijnbevolkingsprognose. Vorig jaar is een prognose voor de korte termijn gepubliceerd (periode 2000-2005); dit jaar is er weer een nieuwe prognose voor de lange termijn; deze bestrijkt de periode 2000-2050.

Figuur 2.1 laat zien dat de bevolking gestaag blijft groeien totdat naar verwachting in 2040 het hoogste aantal inwoners, ruim 18 miljoen, zal worden bereikt. Dit is een hoger aantal dan in de vorige prognose (in 1998) was voorspeld; in die prognose zou omstreeks het jaar 2035 het hoogste aantal inwoners van 17,2 miljoen worden bereikt.



Figuur 2.1 Bevolkingsomvang vanaf 1990 en verwachte toename vanaf 2000 tot 2050, volgens de oude en de nieuwe prognose (per 1 januari)

Bron: CBS (1999; 2001c)

### Geboorte

Tussen 1990 en 1996 daalde het aantal geboorten met ruim 8.000 naar 189.500 geboorten (CBS 1993; 1997). Daarna is er echter sprake van een toename: van 193.000 geboorten in 1997 tot ruim 207.000 geboorten in het jaar 2000. De verwachting is evenwel dat het aantal geboorten de komende jaren weer zal afnemen tot een 'dieptepunt' van 186.000 geboorten in 2011 is bereikt (CBS 2001c).

De gemiddelde leeftijd waarop een moeder haar eerste kind krijgt, blijft gestaag stijgen: was dat in 1990 27,6 jaar, in 2000 was dat 29,2 jaar, terwijl de verwachting voor 2010 29,6 jaar is (CBS 2001c). Binnen Europa staat Nederland hiermee bovenaan (SCP 2000).

Onder andere doordat vrouwen op steeds latere leeftijd kinderen krijgen, stijgt de behoefte aan intensieve zorg voor pasgeborenen (Gezondheidsraad 2000). Andere factoren die volgens de Gezondheidsraad deze behoefte doen stijgen, zijn de medisch-technische vooruitgang en een groeiend aandeel van niet-Nederlandse vrouwen. Omdat bij oudere en bij niet-Nederlandse moeders vaker problemen in de zwangerschap

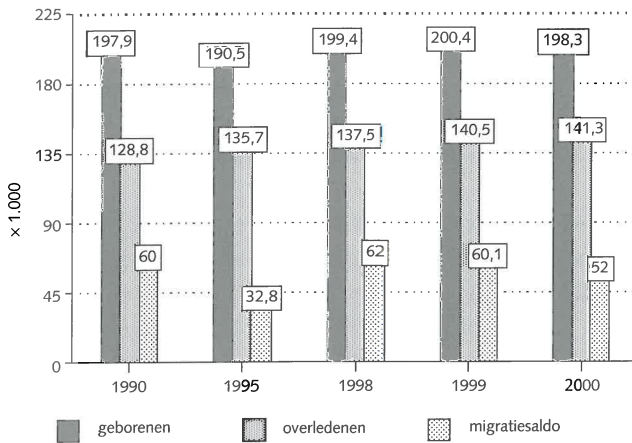
optreden, stijgt ook het percentage pasgeborenen dat IC nodig heeft. Volgens de trend van de afgelopen jaren zal dit percentage groeien van 1,45% in 1986 tot 2,4% in 2005. Door de verwachte vermindering van het aantal geboorten zal het jaarlijks aantal pasgeborenen dat intensieve zorg behoeft de komende tien jaar echter niet toenemen (Gezondheidsraad 2000).

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

### *Sterfte*

Met ruim 141.000 sterfgevallen in 2000 is het aantal sterfgevallen opnieuw toegenomen. Ook wanneer gekeken wordt per 1000 inwoners tekent zich een lichte stijging af: van 8,6 sterfgevallen in 1990 naar 8,9 in 2000. Als gevolg van de vergrijzing is de verwachting dat dit sterftecijfer de komende jaren zal blijven toenemen. Van de ruim 140.000 sterfgevallen in 1999 is bijna tweederde (ruim 88.000 mensen) overleden aan hart- en vaatziekten (doodsoorzaak nummer een) en kanker (doodsoorzaak nummer twee). Op de derde plaats volgen met ruim 10% ziekten aan de ademhalingsorganen (CBS 2000a). Aan hart- en vaatziekten stierven in 1999 zo'n 50.000 mensen. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Aan kanker stierven ongeveer 39.000 mensen en aan ademhalingsziekten, voornamelijk longontsteking en COPD, overleden ruim 14.000 mensen.

De laatste jaren blijkt een toenemend aantal vrouwen te overlijden aan oncokanker: waren dat in 1990 16,3 van de 100.000 vrouwen, in 1999 waren dat er 26,7. Verder blijkt dat relatief veel bejaarde vrouwen overlijden als gevolg van een val in of bij huis. Hieraan overlijden tweemaal zoveel vrouwen als mannen. Deels heeft dat te maken met het feit dat



Figuur 2.2 Absoluut aantal geborenen, overledenen en het migratiesaldo op 1 januari 1990-2000

Bron: CBS (1993; 1997; 2001ab)

vrouwen gemiddeld ouder worden dan mannen. Het CBS meldt in totaal ruim 1730 dodelijke valpartijen in 1999, 12,5% meer dan in 1998 (CBS 2000a).

### Migratie

Begin jaren negentig kwamen jaarlijks bijna 120.000 immigranten naar Nederland. Het migratiesaldo (het aantal immigranten minus het aantal emigranten) bedroeg jaarlijks zo'n 50.000 personen. In 1993 en 1994 werden verschillende immigratiebeperkende maatregelen van kracht waardoor er 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: 122.000 personen hebben zich in Nederland gevestigd. Ook het migratiesaldo is hoger dan in 1990: 62.000 versus 60.000 personen (CBS 2001b). In 1999 en 2000 is dit migratiesaldo weer gedaald naar respectievelijk 60.000 en 52.000 personen, ondanks een hoog aantal immigranten in 2000, met 132.000 het hoogste aantal in de jaren negentig. Ook voor de komende jaren verwacht het CBS (2001c) een daling van het migratiesaldo. In paragraaf 2.2 wordt nader ingegaan op etniciteit en zorg.

## 2.2 Samenstelling van de bevolking

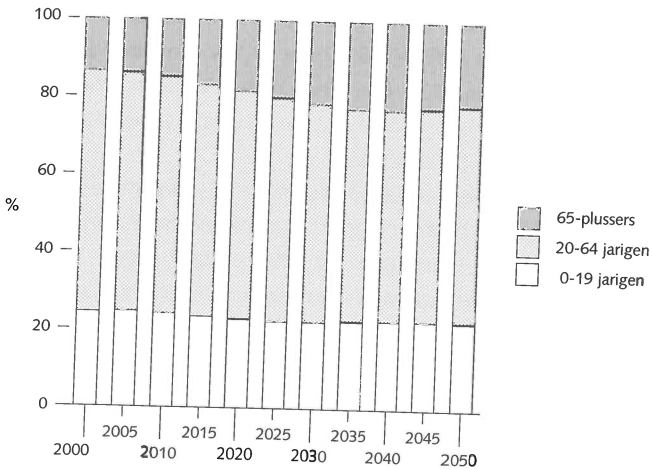
### Leeftijdsverdeling

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

Het aandeel ouderen vanaf 65 jaar bedroeg in 2000 13,6%, tegen 12,8% in 1990, een absolute toename van bijna 250.000 65-plussers. Voor de komende tien jaar wordt verwacht dat dit percentage met ruim één procent zal stijgen tot 14,8% in 2010 (CBS 2001c).

Op de langere termijn zet naar verwachting de vergrijzing in sterkere mate door: tussen 2010 en 2040 zal het aandeel 65-plussers toenemen van 14,8% naar 22,9% (CBS 2001c). Overigens blijkt de vergrijzing in Nederland mee te vallen wanneer deze vergeleken wordt met andere Europese landen (SCP 2000).

De vergrijzing wordt, ook in andere landen van de EU, als een probleem gezien, niet alleen vanwege een mogelijk toekomstig tekort aan arbeidskrachten, maar ook door de stijgende lasten van voorzieningen die aan de oude dag verbonden zijn (SCP 2000).



figuur 2.3 Samenstelling van de bevolking naar leeftijd tot 2050

bron: CBS (2001c)

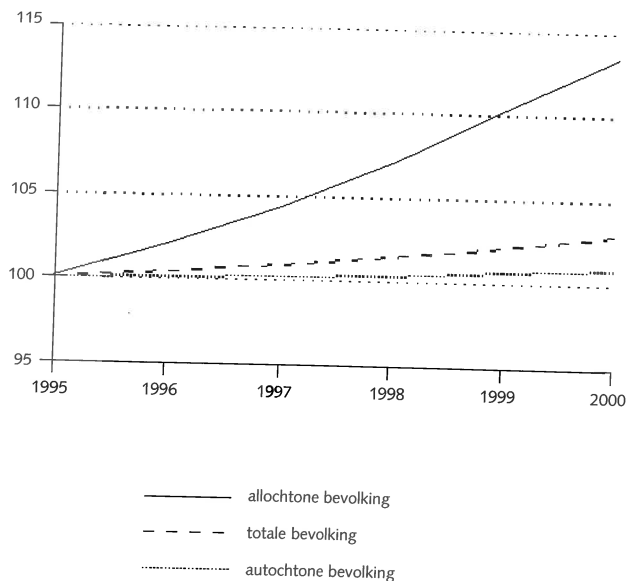
Vergrijzing van de bevolking vormt een belangrijke factor voor de vraag naar zorg. Ouderen die thuiszorg ontvangen, ongeveer 25% van de huishoudens, krijgen die meestal van personen uit hun sociale netwerk. Alleenstaanden, hoogbejaarden, mensen met ernstige beperkingen en ouderen met een laag inkomen 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. De zorgbehoefte wordt niet altijd vervuld. Volgens het SCP (1998) ontvangt van de alleenstaande ouderen met fysieke beperkingen 80% enigerlei vorm van hulp. Dit betekent dat zo'n 20% geen hulp thuis ontvangt.

#### *Allochtone bevolking*

Nederland telde in 2000 zo'n 2,8 miljoen allochtone mensen, oftewel mensen van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren, ongeacht of de persoon zelf al of niet in het buitenland is geboren (standaarddefinitie van het CBS, 2000c). Ongeveer de helft van hen is van niet-westerse afkomst (9% van de bevolking). Figuur 2.4 laat de verschillen in groei zien tussen de allochtone en autochtone bevolking in de afgelopen jaren (CBS 2000c). Ten minste tot het jaar 2015 zal de allochtone bevolking in Nederland blijven groeien, zowel in aantal als in aandeel: in 2015 zal volgens Alders (1999) bijna 12,5% van niet-westerse afkomst zijn, tegen 7% in 1998. De meeste niet-westerse allochtonen zijn van Turkse, Surinaamse en Marokkaanse afkomst, respectievelijk 309.000, 303.000 en 262.000 personen.

Het is inmiddels bekend dat er tussen allochtone en autochtone bevolkingsgroepen verschillen bestaan in gezondheidsklachten. Zo bleek uit een literatuuronderzoek (Weide en Foets 1997) onder Turken, Marokkanen en Surinamers dat zij zich ongezonder voelen dan autochtone Nederlanders en dat zij vaker (chronische) gezondheidsklachten rapporteren. Ook het RIVM vergeleek in 1997 de gezondheidstoestand van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen met die van de autochtone bevolking. Over het algemeen wees deze vergelijking op een achterstand ten opzichte van de autochtone bevolking, zowel voor wat betreft de lichamelijke als de geestelijke gezondheidstoestand. Ook bleek de sterfte onder Turken, Marokkanen en Surinamers hoger te zijn, met





Figuur 2.4 Groei van de allochtone<sup>1</sup> en autochtone bevolking, vanaf 1995 (1995 = 100)

Bron: CBS (2000c)

<sup>1</sup> Volgens de standaarddefinitie van het CBS: personen van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren.

name onder de jongste leeftijdsgroepen. De sterfte rond de geboorte was anderhalf tot twee keer zo hoog als onder de autochtone bevolking. De sterfte onder volwassen Antillianen bleek lager te zijn dan die van de autochtone bevolking.

Onderzoek naar klachten en diagnoses in de huisartsenpraktijk (Weide en Foets 1998) wees uit dat het klachten- en diagnosepatroon op veel punten overeenkwam met dat van autochtone Nederlanders, maar dat er ook duidelijke verschillen waren. Van de onderzochte migrantengroepen (Turken, Marokkanen en Surinamers) bleken Surinamers het meest te verschillen. Problemen zoals onder andere maag-darmproblemen (acuut en chronisch), luchtweginfecties en eczeem kwamen bij alledrie migrantengroepen vaker voor. Surinamers bleken bovendien meer diagnoses in de categorieën bloed en endocriene/metabole aandoeningen te kennen (bijvoorbeeld diabetes mellitus). Turken en Surinamers bleken

meer sociale problemen te hebben, terwijl Surinamers ook meer psychische problemen bleken te vertonen. Alleen onder Marokkanen bleken er minder diagnoses van het hart- en vaatstelsel te bestaan (bijvoorbeeld hypertensie). Op grond van de uitkomsten werd geconcludeerd dat er op het gebied van gezondheidsproblemen duidelijk sprake was van een 'etnische' factor.

Ook zijn er inmiddels aanwijzingen dat er in de verwijzing naar de tweede lijn verschillen bestaan voor wat betreft gezondheidsklachten. Uit een onderzoek naar de samenhang tussen etniciteit en verwijfsredenen naar een polikliniek in Rotterdam (Manna et al. 2000) bleken Turkse patiënten, in vergelijking met autochtone patiënten, vaker met de verwijfsredenen buikpijn en gewrichtsklachten naar de polikliniek te komen en Marokkanen vaker met buikpijn en diabetes mellitus. Zowel Turken als Surinamers en Marokkanen kwamen minder vaak met de verwijfsreden 'dyslipidemieën' (een veranderd gehalte aan lipoiden in het bloedserum). Geconcludeerd kan worden dat Turken, Surinamers en Marokkanen, onder de allochtone bevolking de grootste niet-westerse migrantengroepen, over het algemeen meer (chronische) gezondheidsklachten ervaren dan autochtone Nederlanders, dat het klachten- en diagnosepatroon in de huisartsenpraktijk verschilt en dat er aanwijzingen zijn dat er een verschil bestaat in verwijfsredenen waarmee allochtone en autochtone patiënten naar de polikliniek komen.

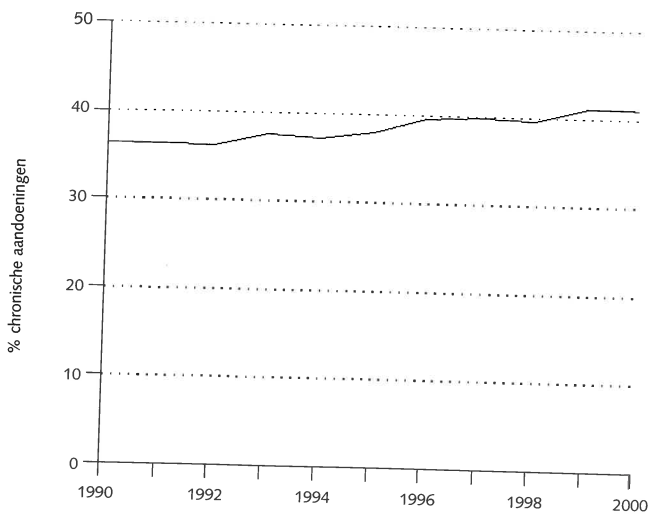
### 2.3 Chronische aandoeningen

#### *Chronische aandoeningen sinds 1990*

Figuur 2.5 laat zien dat het percentage chronische aandoeningen (inclusief kanker) vanaf 1990 licht is gestegen. Had in 1990 36% van de Nederlandse bevolking een chronische aandoening, in 2000 is dat 41% (CBS 2001d). Omdat ook de bevolking in omvang is toegenomen, betekent dat een toename van 1,1 miljoen chronisch zieken.

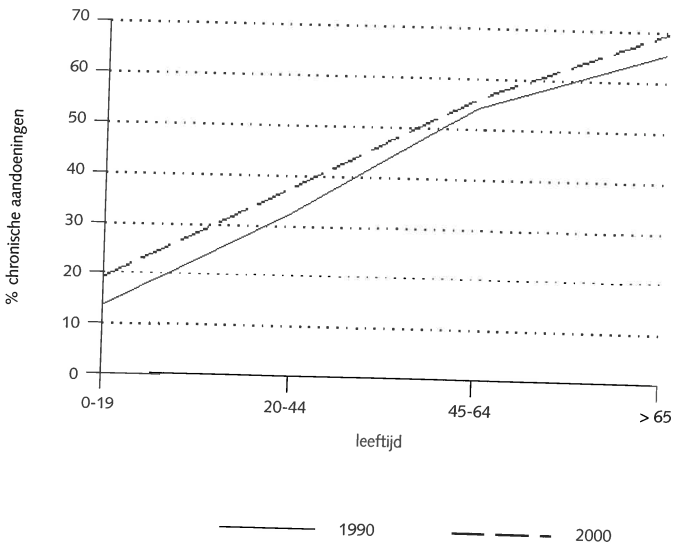
#### *Chronische aandoeningen naar leeftijd*

Ook uitgesplitst naar leeftijd is het percentage chronische aandoeningen gestegen ten opzichte van 1990 (figuur 2.6). Uit figuur 2.6 blijkt dat met het ouder worden de kans op een chronische aandoening groter wordt. In de leeftijdsgroep 20-44 jaar heeft bijna 40% een chronische aandoening.



Figuur 2.5 Percentage chronische aandoeningen 1990-2000

Bron: CBS (2001d)



Figuur 2.6 Percentage personen met chronische aandoeningen, naar leeftijd

Bron: CBS (2001d)

ning; in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder is dat bijna 70%. Relatief meer vrouwen (45%) dan mannen (37%) hebben een chronische aandoening (CBS 2001d).

#### *Enkele veelvoorkomende chronische aandoeningen*

Enkele veelvoorkomende chronische aandoeningen zijn CARA, reuma en diabetes mellitus. Volgens de meest recente cijfers lijdt respectievelijk 8,5%, 3,1% en 2,0% van de bevolking aan deze aandoeningen (CBS 2000a). Tabel 2.1 laat zien dat het aantal mensen met CARA en reumatische aandoeningen de afgelopen jaren relatief is gestegen. Het percentage personen met suikerziekte blijft daarentegen met ongeveer 2% stabiel; vanwege de bevolkingsgroei is het absolute aantal mensen met suikerziekte in 1999 wel met 31.000 personen gestegen ten opzichte van 1990.

Tabel 2.1

*Enkele chronische aandoeningen bij de bevolking in % (en absolute aantallen)*

	1990/1991	1992/1993	1994/1995	1996/1997	1998/1999
CARA	6,0 (894.000)	6,6	7,4	8,0	8,5 (1.335.000)
Reumatische aandoeningen	2,5 (373.000)	2,9	2,8	3,1	3,1 ( 487.000)
Diabetes mellitus	1,9 (283.000)	1,8	2,0	1,9	2,0 ( 314.000)

Bron: CBS (2000a)

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 suikerziekte. Deze cijfers betreffen groeicijfers ten opzichte van 1994 (Van den Berg Jeths et al. 2000). Een deel van deze stijging kan verklaard worden door de vergrijzing. Maar ook door verbeteringen in de (vroeg)diagnostiek is er een toename te verwachten van de 'incidentie' van bijvoorbeeld suikerziekte. Deze trends en ontwikkelingen maken dat de omvang van de toekomstige ziektelast in de bevolking als gevolg van chronische ziekten zich moeilijk laat schatten.

### Kanker

Kanker komt voor bij 0,9% van de mannen en 1,1% van de vrouwen (CBS 2000a). Dit is ten opzichte van 1990 een lichte stijging met respectievelijk 0,3 en 0,4% (CBS 1995). Voor mannen geldt over het algemeen een hoger cumulatief risico (31,0%) op het krijgen van kanker dan voor vrouwen (23,8%) gedurende een leeftijdsperiode van 74 jaar (CBS 2000a). Met enkele schommelingen is dit risico sinds 1990 iets toegenomen, voor zowel mannen als vrouwen met 1,2%. Vanaf de leeftijd van 65 jaar worden bij mannen bijna twee keer zoveel nieuwe gevallen van kanker geconstateerd als bij vrouwen (CBS 2000a).

Tabel 2.2 geeft een overzicht van de cumulatieve risico's van een aantal veelvoorkomende kwaadaardige nieuwvormingen.

Uit deze tabel blijkt dat het hoogste cumulatieve risico voor mannen geldt ten aanzien van het krijgen van longkanker (7,7%), prostaatkanker (6,7%) en dikkedarmkanker (2,8%). Voor vrouwen is dat borstkanker (9,0%), longkanker en darmkanker (beide 2,1%). Voor mannen geldt

Tabel 2.2

Cumulatief risico (0-74 jaar)<sup>1</sup> bij enkele vormen van kanker 1990 en 2000, naar geslacht in %

	1990		2000	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Maag	1,7	0,6	1,4	0,5
Dikke darm	2,4	2,1	2,8	2,1
Endeldarm en anus	1,6	1,0	1,8	1,1
Luchtpijp(vertakkingen) en long	9,1	1,5	7,7	2,1
Huid	2,2	1,4	2,6	1,9
Borst	0,0	8,4	0,1	9,0
Prostaat	4,2	—	6,7	—
Baarmoeder	—	2	—	1,4
Urineblaas	1,8	0,3	1,7	0,4
Nier	0,9	0,6	1,0	0,6
Non-Hodgkin-lymfoom	1,2	0,8	1,2	0,8
Totaal	29,8	22,6	31,0	23,8

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

<sup>2</sup> Was in 1990 nog niet opgenomen in de statistieken.

Bron: CBS (1995 en 2001a)

dat het cumulatieve risico op het krijgen van longkanker sinds 1990 is afgenomen: van 9,1% in 1990 naar 7,7% in 1996; voor vrouwen is dat toegenomen: van 1,5% naar 2,1%. Verder is voor mannen het cumulatieve risico op prostaatcancer 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 prostaatcanker).

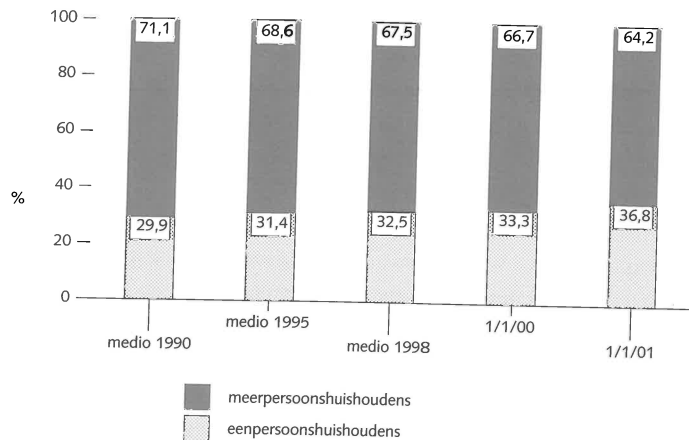
Deze stijging kan niet geheel worden los gezien van de groei en de vergrijzing van de bevolking (demografische ontwikkelingen), omdat kanker met name voorkomt onder oudere mensen. Voor de behoefte aan verpleging en verzorging maakt dat echter weinig uit; er zal steeds meer behoefte zijn aan specialistische (ouderen)zorg.

## 2.4 Maatschappelijke ontwikkelingen

### *Huishoudenssituatie*

Inzicht in de ontwikkelingen in de huishoudenssituatie in Nederland is van belang voor de behoefte aan zorg omdat de fysieke en mentale gezondheid van alleenwonende personen slechter is dan die van personen die met anderen samenleven (Van der Heijdt en Van Hoorn 1995). Figuur 2.7 laat zien dat het aandeel eenpersoonshuishoudens sinds 1990 aan het toenemen is. Overigens telde Nederland in 2000 ruim 6,8 miljoen huishoudens (CBS 2001a).

Het totale aantal huishoudens groeit sneller dan de totale bevolking. Ten opzichte van 1990 bleek in 2000 het aantal huishoudens met 11,5% te zijn toegenomen; ter vergelijking: de groei van de bevolking bedroeg in diezelfde periode 6,5%. Voor 2010 zijn deze percentages respectievelijk 18,3% en 10,3%. Dit komt doordat steeds meer mensen alleen wonen. Ten opzichte van 1990 was in 2000 het aantal eenpersoonshuishoudens met 20,5% toegenomen, in 2010 is de verwachting dat het percentage 33,6% zal zijn. In aansluiting op de eerdergenoemde slechtere gezondheidstoestand van alleenstaanden, blijken alleenstaande ouderen vaker gebruik te maken van gezondheidszorgvoorzieningen dan samenlevenden: respectievelijk 15% en 9% (Berg 1997). Met een toenemend aantal



Figuur 2.7 Percentage eenpersoons- en meerpersoonshuishoudens 1990-2010

Bron: CBS (2001a)

(oudere) alleenstaanden zal de vraag naar (thuis)zorg en mantelzorg dus blijven toenemen.

### Mantelzorg

Niet zozeer van invloed op de vraag naar zorg als wel bij de bepaling van de toekenning van formele zorg is mantelzorg. Voor een omschrijving van mantelzorg is volgens Tjadens en Duijnstee (1999) de definitie van Kwekkeboom (1990) breed geaccepteerd: zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven aan een hulpbehoevende door een of meer leden van diens directe omgeving, waarbij de zorgverlening direct voortvloeit uit de sociale relatie. In plaats van mantelzorg wordt ook wel gesproken van informele zorg of familiezorg.

Vergeleken met andere Europese landen kent Nederland een relatief jonge bevolking en is Nederland ook relatief weinig vergrijsd (SCP 2000). Het SCP heeft zogenaamde afhankelijkheidsratio's berekend door de jonge bevolking van 0-14-jarigen en de oudere bevolking van 65 jaar en ouder bij elkaar op te tellen en te delen door het aantal mensen in de middengroep. Voor wat betreft deze afhankelijkheidsratio hoort Nederland binnen Europa bij de landen met de laagste waarden. Met andere woorden, de potentiële beroepsbevolking in Nederland zou

relatief weinig belast zijn met de verzorging van de overige bevolking. Volgens Van der Heijden (1997) zijn er in Nederland 1,5 miljoen mensen die niet volledig voor zichzelf kunnen zorgen. Hiervan krijgt meer dan de helft uitsluitend mantelzorg. Van de ouderen met ernstige beperkingen ontvangt 30% uitsluitend mantelzorg en 27% combinaties van informele en formele thuiszorg (Timmermans et al. 1997).

Het aantal als mantelzorg te beschouwen inspanningen per hoofd van de bevolking in uren per week is sinds 1975 ongeveer gelijk gebleven (SCP 1998). Dit betekent dat het volume aan mantelzorg met de groei van de bevolking is toegenomen. Volgens De Boer et al. (1994) zorgt 11% van de bevolking van 16 jaar en ouder voor een hulpbehoevende ander, hetzij binnen of buiten het eigen huishouden. Omgerekend komt dat in 2001 neer op ruim 1,7 miljoen mensen. Van der Heijden becijferde in 1997 dat (1,3 miljoen) mantelzorgers gezamenlijk 400 miljoen uur zorg produceren (gemiddeld 5 uren per week), ongeveer acht keer zoveel als de professionele gezinszorg. Met de meest recente gegevens is het aantal uren mantelzorg inmiddels gestegen tot 440 miljoen.

Van de mantelzorgers is ongeveer tweederde vrouw (ANBO 2000) en zijn het vooral familieleden, vrienden of burens die de zorg voor hun rekening nemen (80%). Minstens een op de drie mantelzorgers verleent tussen de vijf en tien jaar zorg en meer dan de helft langer dan tien jaar.

Mantelzorg wordt steeds meer gewaardeerd als een vrijwel onmisbare ondersteuning van de formele zorg (Tjadens en Duijnste 1999).

Inmiddels heeft de overheid vastgesteld dat bij de indicatiestelling rekening gehouden moet worden met de inzet van mantelzorg (Schipper 2001). Behalve met de hulpvraag van de individuele cliënt moet er rekening worden gehouden met de draagkracht-draaglastverhouding van het 'cliëntsysteem', met de inzet van mantelzorg en met het niet-afdwingbare karakter ervan. Het Regionaal Indicatieorgaan (RIO) moet op basis van zijn deskundigheid steeds opnieuw tot een zorgvuldige afweging komen waarbij dilemma's zoals uitgaan van wat een mantelzorger feitelijk doet of wat hij zou kunnen doen, een grote rol spelen (Schipper 2001).

Verskillende ontwikkelingen zorgen ervoor dat de mantelzorg steeds meer onder druk komt te staan, waardoor voorzieningen ter ondersteuning van mantelzorg steeds belangrijker worden (Assink en De Jong 2000). Bij deze ontwikkelingen kan gedacht worden aan de vergrijzing



van de bevolking, de groei van het aantal chronisch zieken, meer eenpersoonshuishoudens en wachtlijsten in de gezondheidszorg. Zowel de verblijfszorg voor ouderen als de thuiszorg zou in capaciteit met 5,5% zijn afgenomen (Tjadens en Duijnste 1999). Ook een hogere arbeidsparticipatie onder vrouwen heeft als ongunstig neveneffect dat ongehonoreerde zorgtaken in de verdrukking komen (SCP 2000). Volgens het SCP zouden ter compensatie noodzakelijke faciliteiten zoals zorgverlof verder moeten worden ontwikkeld.

Inmiddels heeft de overheid middelen vrijgemaakt (25 miljoen gulden) ten behoeve van de Steunpunten Mantelzorg en de Landelijke Vereniging van Steunpunten Mantelzorg (LVSM).

## 2.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn ontwikkelingen beschreven die van invloed zijn op de vraag naar verpleging en verzorging. Op de eerste plaats zijn dat demografische ontwikkelingen. Door de blijvende groei van de bevolking zal de vraag naar verpleging en verzorging voorlopig alleen maar toenemen. Ten opzichte van 1990 is de bevolking met 6,5% toegenomen; de jaarlijkse bevolkingsgroei bedraagt 0,6%. Pas in het jaar 2040 wordt een einde van de bevolkingstoename verwacht. Niet alleen de bevolkingsgroei, maar ook de samenstelling van de bevolking heeft invloed op de vraag naar zorg. Met name de zich voortzettende vergrijzing is van invloed op de vraag naar zorg. Was in 1990 12,8% van de bevolking 65 jaar of ouder, in 2000 was dat 13,6%, een absolute toename van bijna 250.000 ouderen. Van de mensen in deze leeftijdsgroep heeft bijna 70% een chronische aandoening. De verwachting is dat het percentage 65-plussers de komende jaren nog meer zal toenemen, via 14,8% in 2010 tot 22,9% in het jaar 2040. Deels samenhangend met de vergrijzing is het percentage chronisch zieken in Nederland toegenomen: van 36% in 1990 tot 41% in 2000, een toename van 1,1 miljoen personen. Verder is bekend dat allochtone Nederlanders van Turkse, Marokkaanse en Surinaamse afkomst – de grootste groep niet-westerse allochtonen – over het algemeen meer (chronische) gezondheidsklachten ervaren dan autochtone Nederlanders. Nederland telde in 2000 in totaal 1,4 miljoen inwoners van niet-westerse afkomst, bijna 9% van de bevolking. De verwachting is dat in 2015 12,5% van de Nederlandse bevolking van niet-

westerse afkomst zal zijn. Ook het aantal eenpersoonshuishoudens is van invloed op de vraag naar zorg omdat de gezondheid van alleenwonende personen slechter is dan die van personen die met anderen samenleven. Van alleenwonende ouderen is bekend dat 15% van hen gebruikmaakt van gezondheidszorgvoorzieningen, tegen 9% van samenwonende ouderen. In 2000 bedroeg het percentage eenpersoonshuishoudens 33,3%; in 1990 was dat 29,9%, ruim 450.000 eenpersoonshuishoudens meer. De verwachting is dat in 2010 het aandeel eenpersoonshuishoudens nog hoger zal zijn, namelijk 36,8% (ook ruim 450.000 meer dan in 2000).

Tot slot is in dit hoofdstuk aandacht besteed aan mantelzorg, inmiddels een belangrijke factor bij de bepaling van de toekenning van formele zorg. Behalve met de hulpvraag van de individuele cliënt moet er rekening worden gehouden met de draagkracht-draaglastverhouding van het 'cliëntsysteem'. Verschillende ontwikkelingen zorgen ervoor dat mantelzorg steeds meer onder druk komt te staan. Hierbij kan gedacht worden aan de vergrijzing van de bevolking, de groei van het aantal chronisch zieken, meer eenpersoonshuishoudens, wachtlijsten in de gezondheidszorg en een toenemende arbeidsparticipatie onder vrouwen. Hierdoor worden voorzieningen ter ondersteuning van mantelzorg steeds belangrijker.

### 3

## Omvang van de beroepsgroepen

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de ontwikkeling van het aantal werkzame personen in de verpleging en verzorging tussen 1990 en 1999 en het aantal volledige arbeidsplaatsen dat zij voor hun rekening nemen. Waar men werkt – dat wil zeggen in welke branches en regio's – komt daarna aan bod. Verder wordt aandacht besteed aan verschillende groepen binnen de verpleging en verzorging, die te onderscheiden zijn naar functies, sectoren en leeftijd.

Verpleging en verzorging is een ruim begrip. In ruime zin gaat het in dit hoofdstuk om degenen die functioneel binnen dit gebied werkzaam zijn. Zo zijn verpleegkundigen een duidelijk te onderscheiden beroepsgroep, zeker nu sinds 1997 de BIG-registratie van toepassing is. Daarnaast worden verzorgenden als categorie onderscheiden. Doorgaans worden daarmee de volgende beroepsbeoefenaren aangeduid: ziekenverzorgenden en verzorgenden en helpenden in de gezinszorg, de kraamzorg, de bejaardenzorg en de zorg voor lichamelijk gehandicapten. Verder zijn er binnen het gebied van verpleging en verzorging personen werkzaam als bijvoorbeeld de verpleeghulp, maar ook sociaal-agogisch opgeleiden. Laatstgenoemden werken veelal in de gehandicaptenzorg en in de geestelijke gezondheidszorg.

Een aantal jaren geleden zijn er beroependomeinen ontwikkeld (Hens en Geomini 1996): een karakterisering van het soort werkzaamheden. Hens en Geomini onderscheiden de domeinen verpleging, verzorging en een sociaal-agogisch beroependomein. Bij voorkeur zou ook dit boek aan moeten sluiten bij deze indeling. Echter, de statistische bronnen laten dat vaak niet toe. In bestaande registraties wordt veelal gewerkt met beroepsnamen, soms gecombineerd met een indicatie van de opleidingsachtergrond. In de meest ruime zin is er bij de bronnen sprake van zogenaamd verplegend, opvoedkundig en verzorgend personeel (VOV-perso-

neel). In veel gevallen is deze categorie niet verder uit te splitsen. In weer andere gevallen zijn de gegevens niet zorgsectorbreed, met andere woorden, de beschikbare gegevens zijn niet voor alle sectoren of branches beschikbaar. Waar mogelijk zal in deze rapportage onderscheid gemaakt worden naar de verschillende groepen. De lezer zij gewaarschuwd steeds op te letten welke categorie bedoeld wordt.

### 3.1 De ontwikkeling van het aantal werkenden

In 1999 waren er ruim 388.000 personen in ons land werkzaam in de verpleging en verzorging (VOV). Tezamen namen zij ruim 207.000 volledige arbeidsplaatsen voor hun rekening.<sup>1</sup>

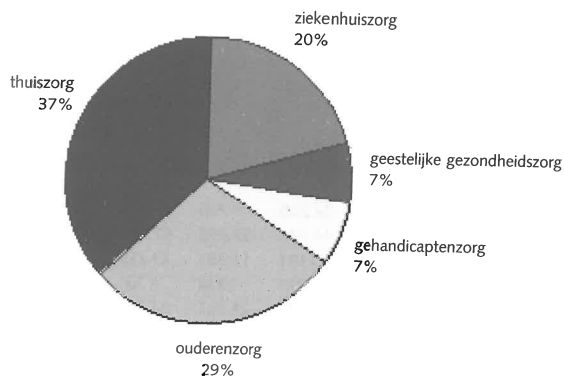
In de zorgsector is een combinatie van leren en werken bij veel beroepen gebruikelijk. Ook de verpleging en verzorging kende tot augustus 1997 het inserviceonderwijs en maakte gebruik van het leerlingwezen. Een en ander is inmiddels omgebouwd tot de zogenaamde beroepsbegeleidende leerweg in het nieuwe onderwijsstelsel. In tabel 3.1 zijn deze leerlingen meegerekend. Zonder deze deels meewerkende leerlingen mee te rekenen is het aantal beroepsbeoefenaren in de periode 1990-1999 gestegen van 290.000 naar 373.000, ofwel met bijna 29%. Het aantal leerlingen is in genoemde periode zowel in de verpleging, als met name in de verzorging sterk teruggelopen (zie ook hoofdstuk 8).

Tabel 3.1

*De ontwikkeling van het aantal werkzame personen en volledige arbeidsplaatsen in verpleging en verzorging en Nederland totaal (index 1990=100)*

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	gem. jaarlijkse groei
<i>Personen</i>							
Verpleging en verzorging	100	113,0	115,3	117,8	119,9	121,0	2,1
Totaal Nederland	100	105,6	108,0	111,5	114,8	118,0	1,9
<i>Volledige arbeidsplaatsen</i>							
Verpleging en verzorging	100	106,9	109,2	111,8	116,3	116,9	1,8
Totaal Nederland	100	103,4	106,0	109,4	112,7	116,0	1,7

<sup>1</sup> In de gehandicaptenzorg kon dit jaar voor het eerst onderscheid gemaakt worden tussen verpleegkundigen, verzorgenden en agogen. Daarom wijken de aantallen af ten opzichte van de voorgaande uitgave van dit boek. De aanpassing heeft ook voor voorgaande jaren plaatsgevonden, zodat tijdreeksen zinvol blijven.



Figuur 3.1 Het aandeel van de branches in 1999 (personen)

In de verpleging en verzorging wordt veel in deeltijd gewerkt. Daarom is het ook van belang om naar de ontwikkeling van het aantal volledige arbeidsplaatsen te kijken.

De groei van de bezette (volledige) arbeidsplaatsen vertoont in 1999 een afvlakking ten opzichte van voorgaande jaren. Tot 1999 was de groei bij verpleging en verzorging sterker dan landelijk. Ook het aantal werkzame personen nam in 1999 minder snel dan de totale arbeidsmarkt toe.

De belangrijkste branches waar men werkzaam is, zijn te zien in figuur 3.1. De thuiszorg neemt met 36% het grootste aandeel voor haar rekening, gevolgd door de ouderenzorg met 28%.

Tabel 3.2 geeft een gedetailleerd beeld van het aantal werkenden per branche en de ontwikkeling daarin. Deze tabel laat zien dat het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging in verpleeghuizen in 1999 voor het eerst sinds jaren iets terugliep en in ziekenhuizen gelijk bleef. Hetzelfde geldt voor het aantal volledige arbeidsplaatsen in deze branches. Waarschijnlijk slaagt men er niet in alle vacatures op te vullen. Het aantal leerlingen dat tevens meewerkt, laat voor het eerst in 1999 een stijging zien. Voor de verpleeghuizen geldt dat het aantal gereali- eerde verpleegdagen wél licht toenam, zodat men daar met minder mensen meer werk verzette dan het jaar ervoor.

Tabel 3.2

Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging

	1990	1995	1998	1999	gem. jaarlijkse groei 90-95 95-99	
Verpleging en verzorging in:						
<b>Ziekenhuis</b>	58.240	68.706	75.165	75.164	3,4	2,3
Algemeen ziekenhuis	44.141	52.798	57.680	57.799	3,6	2,3
Academisch	10.381	11.984	13.719	14.000	2,9	4,0
Categoriaal en revalidatie	3.718	3.924	3.766	3.365	1,1	-3,8
<b>Geestelijke gezondheidszorg</b>	17.047	21.361	24.978	25.272	4,6	4,3
Psychiatrisch ziekenhuis	14.338	17.969	-	-	4,6	-
Medisch kinderdagverblijf/tehuis	1.537	1.884	-	-	4,2	-
Amb. Geest. Gez. Zorg	1.172	1.508	-	-	5,2	-
<b>Gehandicaptenzorg</b>	15.815	22.383	26.340	27.657	7,2	5,4
Inst. voor verst. gehandicapten	15.350	21.815	25.752	27.013	7,3	5,5
Inst. voor zint. gehandicapten	465	568	588	644	4,1	3,2
<b>Ouderenzorg</b>	80.823	96.773	106.236	107.432	3,7	2,6
Verpleeghuizen	39.188	51.701	58.020	57.892	5,7	2,9
Verzorgingshuizen	41.635	45.072	48.216	49.540	1,6	2,4
- verpleegkundigen	5.153	4.378	3.922	3.657	-3,2	-3,6
- ziekenverzorgenden	9.455	9.647	10.626	10.909	0,4	3,3
- bejaardenverzorgenden	15.867	19.450	21.862	22.466	4,2	4,0
- bejaardenhelpenden	4.842	5.325	4.755	4.696	1,9	-3,7
- overig	6.318	6.273	6.474	7.171	-0,1	1,1
<b>Thuiszorg</b>	115.760	126.670	134.402	-	1,8	1,5
- verpleegkundigen	7.679	8.765	9.300	-	2,7	2,0
- stafverpleegkundigen	-	635	396	-	-	-
- ziekenverzorgenden	2.104	3.370	4.526	-	9,9	10,3
- kraamverzorgenden	5.178	5.410	5.981	-	0,9	3,4
- gezinsverz., -helpenden, alfahulpen	100.800	108.490	114.201	-	1,5	1,7
Van wie:						
- verzorgenden E	-	1.470	1.426	-	-	-1,0
- verzorgenden C en D	-	16.863	19.230	-	-	4,5
- huishulpen A, verzorgingshulpen B	-	43.412	37.575	-	-	-4,7
- alfahulpen	-	46.747	55.970	-	-	6,2
<b>Overig extramuraal werkende verpleegkundigen</b>						
Totaal	2.382	3.935	3.483	-	10,6	-3,0
- Basisgezondheidsdiensten	1.546	1.193	931	-	-5,1	-7,9
- Bedrijfsgezondheidsdiensten	611	623	545	-	0,4	-4,3
- Trombosediens	225	251	255	-	2,2	0,5
- Ambulancediensten	-	1.869	1.752	-	-	-2,1
<b>Totaal</b>	290.066	339.827	370.604	373.410	3,2	2,4
Inserviceleerlingen	27.872	20.531	13.750	14.459	-5,9	-12,5
Leerlingwezen bejaardenoorden	3.203	2.573	584	-	-4,3	-39,0
<b>Totaal</b>	321.141	362.931	384.938	388.573	2,5	1,7

Soortgelijke gedetailleerde gegevens over arbeidsplaatsen zijn te vinden op de website [www.lcvv.nl/v&vtabellen2001](http://www.lcvv.nl/v&vtabellen2001).

### 3.2 Beroepsgroepen en kwalificaties

De grote groep die werkzaam is in verpleging en verzorging kan, zoals in de inleiding gesteld, uitgesplitst worden in verschillende beroepsgroepen. Verpleegkundigen zijn te achterhalen in het BIG-register. Het gaat dan wel om ieder die als verpleegkundige geregistreerd staat. Men hoeft niet feitelijk werkzaam te zijn, maar is wel gerechtigd de beroepstitel te voeren.

#### *Het BIG-register*

Medio 2001 zijn er 208.718 verpleegkundigen geregistreerd. De meerderheid (83,9%) is vrouw. Ten opzichte van een jaar eerder hebben ongeveer 6000 verpleegkundigen zich laten registreren. In dezelfde periode zijn 230 verpleegkundigen, hetzij door overlijden, hetzij gedwongen door de tuchtcommissie, hetzij op eigen verzoek, uitgeschreven.

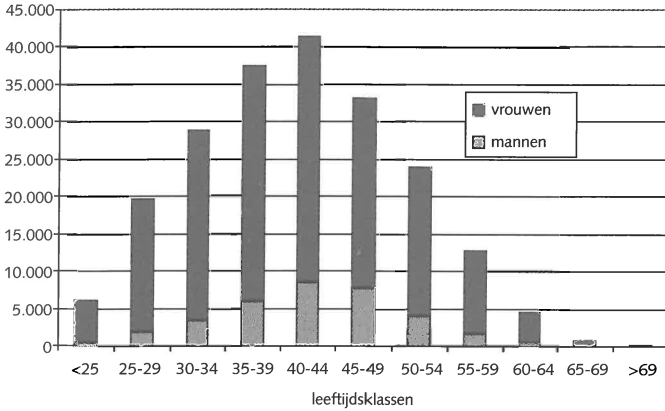
De leeftijdsopbouw van de BIG-geregistreerden is te zien in figuur 3.2. Van hen is 44% jonger dan 40 jaar. De gemiddelde leeftijd van geregistreerde vrouwelijke verpleegkundigen ligt lager dan bij de mannen. Van de vrouwen is 46% jonger dan 40 jaar; van de mannen is dit 34%. In figuur 3.3 is te zien wanneer het diploma is behaald door de BIG-geregistreerde verpleegkundigen. Ongeveer de helft van de geregistreerde verpleegkundigen heeft na 1983 het diploma behaald. De helft van de groep mannen is vóór 1981 gediplomeerd.

Volgens recent onderzoek (Van Til e.a. 2001) oefent 67% van de geregistreerden ook daadwerkelijk het beroep uit (zie ook hoofdstuk 8).

#### *Initiële niveaus volgens RegioMarge*

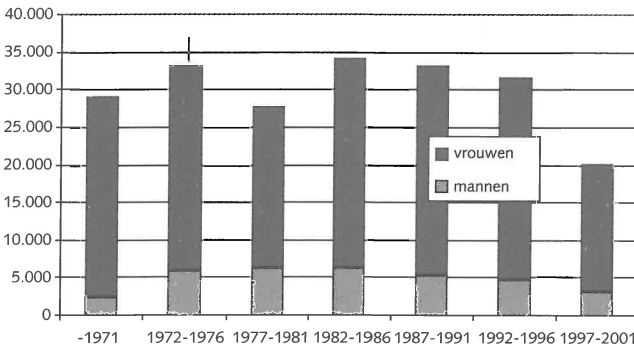
Met behulp van RegioMarge<sup>2</sup> is in kaart gebracht welke kwalificaties degenen die werkzaam zijn in de verpleging en verzorging hebben (Van

<sup>2</sup> RegioMarge is een regionaal toegepast instrument ten behoeve van arbeidsmarktverkenning en personeelsplanning, dat in vrijwel alle regio's in ons land gehanteerd wordt. Door de toepassing in de regio's levert het onder meer ook informatie over de te onderscheiden beroepsgroepen in termen van opleidingskwalificaties op.



Figuur 3.2 BIG-geregisteerden naar leeftijd en geslacht

Bron: BIG-register, 30 juni 2001



Figuur 3.3 BIG-geregisteerden naar jaar van diplomering

Bron: BIG-register, 30 juni 2001

der Windt 2001). Het gaat dan om de initiële kwalificaties in de terminologie van het nieuwe onderwijsstelsel.

Op grond van landelijke beschikbare statistische bronnen zoals in de voorgaande paragraaf gehanteerd, is een totaal aantal werkzamen in de verpleging en verzorging geraamd. De percentuele verdeling over de beroepsgroepen is verzameld uit de regionale toepassingen, waaraan zo'n 600 instellingen in 2000 deelnamen.



Tabel 3.3  
 Werkenden in verpleging, opvoedkunde en verzorging naar branche en kwalificatieniveau in 1999 (x 1000)

	5	4	3vig	3	2	agogisch	anders	totaal
Ziekenhuizen	15,3	53,9	2,4	0,8	0,8	0,2	1,8	75,2
Geestelijke gezondheidszorg	5,7	12,1	2,6	0,5	0,3	1,5	2,7	25,3
Gehandicaptenzorg	1,4	16,3	1,8	2,0	1,1	19,6	5,1	47,2
Verpleeghuizen	2,3	4,4	32,0	7,5	4,3	1,2	5,2	57,0
Verzorgingshuizen	1,6	4,0	13,1	19,1	5,2	1,0	4,3	48,2
Thuiszorg	10,5	3,4	7,7	29,7	22,6	0,2	60,3	134,4
Overig	1,0	2,5						3,5
Totaal	37,7	96,6	59,6	59,6	34,3	23,7	79,3	390,8

Bron: Bewerking gegevens RegioMarge 2000 en gegevens tabel 3.2

Tabel 3.3 laat per branche een onderverdeling naar kwalificatieniveau en opleiding zien.

In de verpleging en verzorging werken 390.000 mensen, van wie er 288.000 een kwalificatie verpleging of verzorging op niveau 2 tot en met 5 bezitten. Dit zijn de zogenaamde gekwalificeerden.

De anders opgeleiden werkzaam in de verpleging en verzorging, ruim 79.000 in getal, vormen een grote groep. Het merendeel van hen, 60.000, treffen we in de thuiszorg aan. Voor het overgrote deel betreft het alfahulpverleners, maar ook een omvangrijke categorie als thuishulp A valt hieronder. Wanneer in de toekomst kwalificatieniveau 1 – de zorghulp – meer gestalte krijgt, zal er een afsplitsing van de anders opgeleiden plaatsvinden (Van der Windt 2001).

Met name in de gehandicaptenzorg, maar ook in de geestelijke gezondheidszorg, zijn velen met een sociaal-agogische achtergrond werkzaam. Aangezien RegioMarge ook de semimurale gehandicaptenzorg meeneemt, komen we in tabel 3.3 ongeveer 17.000 beroepsbeoefenaren nog eruit dan de 373.000 van paragraaf 3.1.

### 3.3 Regionale spreiding

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de werkgelegenheid in verpleging en verzorging naar regio. Hiervoor zijn de regio's van de arbeidsvoorziening (RBA's uit 1991) toegepast.



Figuur 3.4 Verpleegkundigen en verzorgenden (VOV) naar RBA-gebied

Tabel 3.4

Het aandeel van verplegend en verzorgend personeel in totaal werkzaam in regio in 1999

Groningen	7,6	Amsterdam/Zaanstreek/Waterland	5,7
Friesland	6,9	Kenemer-/Amstel- en Meerlanden	5,9
Drenthe	7,7	Rijnstreek	6,1
IJssel-Vecht	5,2	Haaglanden	6,2
Twente	6,1	Drechtsteden	6,1
Midden-IJssel	7,9	Rijnmond	6,6
Veluwe	9,4	Zeeland	6,2
Arnhem/Oost-Gelderland	5,0	West-Brabant	5,6
Nijmegen/Rivierenland	6,5	Midden-Brabant	6,3
Flevoland	3,4	Noordoost-Brabant	6,3
Utrecht	6,3	Zuidoost-Brabant	5,5
Het Gooi en de Vechtstreek	6,2	Noord- en Midden-Limburg	6,0
Noord-Holland Noord	5,7	Zuid-Limburg	6,6
Totaal			6,2

Worden de absolute aantallen als maatstaf genomen, dan valt in figuur 3.4 te zien dat het merendeel van verpleegkundigen en verzorgenden (VOV) in het westen van het land werkzaam is.

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 3.4 aanzienlijke verschillen tussen de regio's te constateren. Het aandeel van verpleegkundigen en verzorgenden (VOV) in de totale werkgelegenheid (banen) in de regio's loopt uiteen van 3,4% in Flevoland en West-Utrecht tot 7,7% in Drenthe. Landelijk bedraagt het aandeel 6,2%.

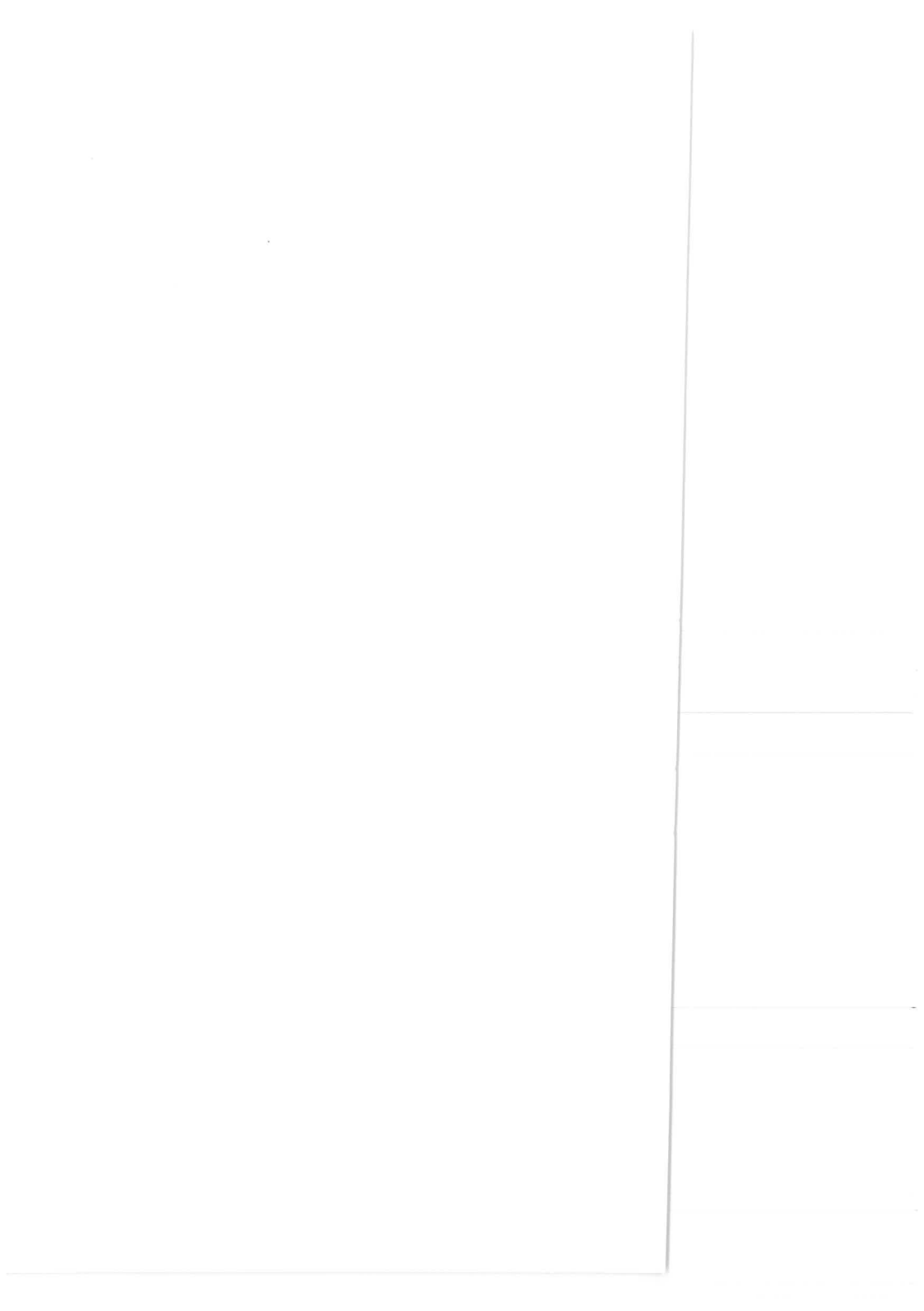
Met name in gebieden met van oudsher veel voorzieningen op het terrein van gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg heeft de verpleging en verzorging een relatief hoog aandeel in de regionale werkgelegenheid. Voorbeelden van deze regio's zijn Drenthe, Veluwe en Kennemerland. Onder invloed van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

De absolute aantallen werkzamen naar regio zijn te vinden op de website [www.lcvv.nl/v&vtabellen2001](http://www.lcvv.nl/v&vtabellen2001).

### 3.4 Samenvatting

Anno 1999 zijn er bijna 390.000 mensen werkzaam in het brede veld van verpleging en verzorging. Van hen hebben er rond de 290.000 een kwalificatie op een van de niveaus 2 tot en met 5. De overigen hebben geen specifieke verpleegkundige of verzorgende opleiding achter de rug. Gedurende de gehele jaren negentig was er sprake van een groei van het aantal bezette arbeidsplaatsen in verpleging en verzorging boven het landelijk gemiddelde. In 1999 is daar een einde aan gekomen. Er is nu nog maar sprake van een zeer lichte groei.

Door de krapte op de arbeidsmarkt is de groei van het aantal werkzamen in verpleging en verzorging in 1999 minder groot geweest dan voorgaande jaren het geval was. Bovendien neemt het aandeel gekwalificeerden (degenen die een opleiding op niveau 2 tot en met 5 voltooid hebben) af. Naar verwachting zullen deze twee tendensen zich de komende jaren voortzetten. Weliswaar is er een ruimer budget beschikbaar voor orginstellingen en zou dat ook aan verpleging en verzorging besteed kunnen worden, maar het aanbod van gekwalificeerd personeel zal de komende jaren vanwege de geringe instroom in de opleidingen in de afgelopen jaren minder groot zijn dan de vraag.



## Samenstelling van de beroepsgroepen

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan een aantal achtergrondkenmerken van verpleegkundigen en verzorgenden, zoals de samenstelling van deze groep naar leeftijd en geslacht. Verder worden gegevens gepresenteerd waaruit blijkt hoe lang men bij eenzelfde werkgever in dienst is.

### 4.1 Geslacht

De verpleegkundige en verzorgende beroepen zijn ondanks alle ontwikkelingen van de afgelopen jaren nog steeds als vrouwenberoepen te beschouwen. Tabel 4.1 laat zien dat in alle branches vrouwen in de verpleging en verzorging een ruime meerderheid vormen.

Doordat vrouwen minder vaak het beroep verlaten dan in de jaren tachtig is er zelfs sprake van een, overigens lichte, stijging van het aandeel vrouwen in de jaren negentig.

Tabel 4.1  
Het percentage vrouwen per branche 1993-2000

	1993	1995	2000
Algemene en categorale ziekenhuizen	86,7	86,2	87,0
Academische ziekenhuizen	80,2	80,3	82,0
Psychiatrische ziekenhuizen	63,4	64,6	-
Interamurale gehandicaptenzorg	80,3	81,2	83,5
Verpleeghuizen	92,2	92,6	93,5
Verzorgingshuizen	96,4	96,4	97,3
Woningzorg	98,6	98,5	-
Totaal	89,3	89,5	90,3

bron: LKG en Cadans

Is van alle verpleegkundigen en verzorgenden 90% vrouw, voor alle werkenden in de zorgsector bedraagt dit percentage 77% en voor de gehele Nederlandse arbeidsmarkt 37%.

## 4.2 Leeftijd

Behalve voor de sector thuiszorg zijn er gegevens beschikbaar over de leeftijdsverdeling van verpleegkundigen en verzorgenden. Mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden zijn het sterkst vertegenwoordigd in de leeftijdsklasse 40-45 jaar. Verder is hun aandeel relatief groot in de categorieën 35-40 jaar en 45-50 jaar. Tussen de zorgsectoren zijn er verschillen waarneembaar in de gemiddelde leeftijd (tabel 4.2). De gehandicaptenzorg kent een relatief lage gemiddelde leeftijd. In de thuiszorg ligt in 1995 de gemiddelde leeftijd aanmerkelijk hoger dan in de andere sectoren. Daarna zijn er geen gegevens bekend. Voor alle andere sectoren geldt dat de gemiddelde leeftijd in de periode 1993-2000 is toegenomen. De meeste recente leeftijdsverdeling is te zien in figuur 4.1. De thuiszorg kent het grootste aandeel 45-plussers; de gehandicaptenzorg het geringste. Jongeren werken relatief veel in de gehandicaptenzorg en in verpleeghuizen.

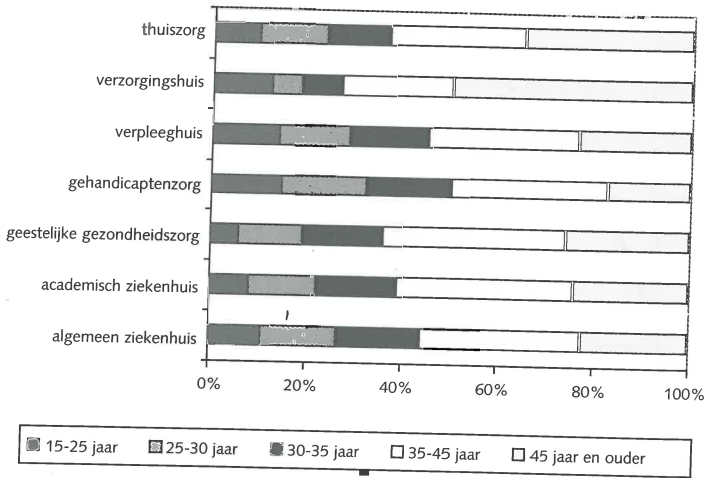
Sinds 1993 is er sprake van een omvangrijke vergrijzing van het bestand aan verpleegkundigen en verzorgenden. Met name het aandeel van 45-plussers is in zeven jaar tijd aanmerkelijk toegenomen: van 15% in 1993 tot meer dan 25% in 2000.

Tabel 4.2

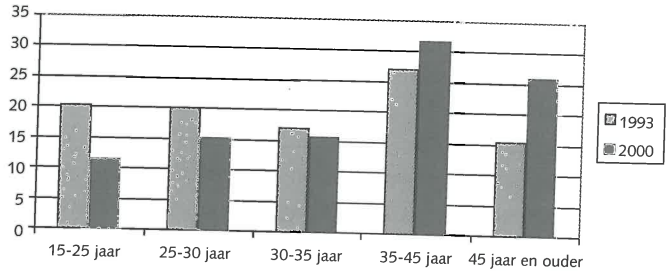
*De gemiddelde leeftijd van verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel*

	1993	1995	1999	2000
Algemene ziekenhuizen	33,2	34,4	36,4	36,9
Academische ziekenhuizen	34,5	35,6	37,2	37,6
Geestelijke gezondheidszorg	35,2	36,3	38,3	-
Gehandicaptenzorg	31,5	32,7	34,6	34,7
Verpleeghuizen	32,4	33,6	36,0	36,5
Totaal intramuraal	32,8	34,0	36,2	36,6
Verzorgingshuizen	32,9	34,0	38,0	38,4
Thuiszorg	38,4	39,2	-	-

Bron: LKG en Cadans



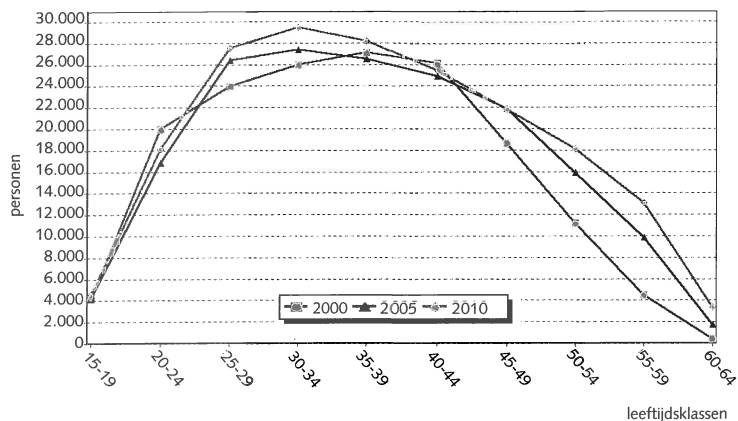
Figuur 4.1 De leeftijdsverdeling per branche in 2000



Figuur 4.2 De leeftijdsverdeling in 1993 en 2000 in %

Aan de vergrijzing van de afgelopen jaren is nog geen einde gekomen. Simulatiemodellen toegepast op de intramurale gezondheidszorg laten zien dat bij voortzetting van de trends van de afgelopen jaren de gemiddelde leeftijd ook de komende jaren nog flink zal toenemen. Bij deze berekeningen, waarbij ook meewerkende leerlingen zijn meegerekend, neemt de gemiddelde leeftijd toe van 36 jaar in 2000 tot 37,5 in 2005 en 37,9 in 2010.

De gemiddelde salariskosten zullen als gevolg van de vergrijzing toenemen tot 2005 met 1,4%. Daarna treedt een stabilisatie op. Voorlopig heeft de vergrijzing nog geen effect op de personeelsvraag. Het netto-erfgoed, het vertrek uit het beroep, zal de komende tien jaar niet stijgen zolang alleen de leeftijdsopbouw in ogenschouw wordt genomen.



Figuur 4.3 De leeftijdsopbouw in 2000, 2005 en 2010 bij verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg

Een leeftijdsbewust personeelsbeleid ten aanzien van verpleegkundigen en verzorgenden lijkt een noodzakelijke voorwaarde te zijn voor de toename van de oudste leeftijdscategorie. Het aandeel 50-plussers neemt toe van nu bijna 10% tot ruim 18% in 2010. Het ontbreken van een succesvol leeftijdsbewust personeelsbeleid kan een veel grotere behoefte aan nieuw personeel dan waar nu van uitgegaan wordt, betekenen.

Tabel 4.3

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

	Gem. leeftijd	% 50-plussers personen FTE's		Gem. salaris (2000=100)	Nettoverloop
2000	36,0	9,9	9,5	100	5,4
2005	37,5	15,7	14,9	101,4	5,2
2010	37,9	18,2	17,2	101,6	5,3

Bron: Prognosemodel Leeftijdsopbouw Personeel Zorgsector versie 1.1



### 4.3 De duur van het dienstverband

Als gevolg van de vergrijzing en de lage mobiliteit in het midden van de jaren negentig is de duur dat men gemiddeld bij dezelfde werkgever in dienst is, de afgelopen jaren snel toegenomen. Er lijkt zich nu een kentering voor te doen door de toegenomen mobiliteit. Dit komt tot uitdrukking in het feit dat in 2000 de gemiddelde duur nauwelijks is toegenomen en in de sectoren verpleeghuizen, verzorgingshuizen en intramurale gehandicaptenzorg zelfs licht afneemt.

Tabel 4.4  
De gemiddelde duur van het dienstverband in jaren naar branche

	1993	1995	1999	2000
Ziekenhuizen	6,6	7,9	8,8	9,1
Academische ziekenhuizen	7,2	8,3	8,7	8,9
Psychiatrische ziekenhuizen	6,2	6,8	7,7	–
Intramurale gehandicaptenzorg	5,8	6,3	6,9	6,8
Verpleeghuizen	4,9	5,8	6,8	6,6
Verzorgingshuizen	–	–	7,3	7,2
Totaal intramuraal	5,8	6,7	7,6	7,7

Bron: LKG

### 4.4 Samenvatting

Verpleging en verzorging blijft een vrouwenberoep. Van alle verpleegkundigen en verzorgenden is 90% vrouw. Dit aandeel stijgt zelfs nog licht. Van alle werkenden in de sector zorg en welzijn is 77% vrouw; op de Nederlandse arbeidsmarkt is dat 37%. De afgelopen jaren heeft zich een aanzienlijke vergrijzing voorgedaan bij verpleegkundigen en verzorgenden. De gemiddelde leeftijd bedroeg in 1993 in de intramurale gezondheidszorg nog 32,8 jaar; deze bedraagt inmiddels 36 jaar en zal naar verwachting toenemen tot 37,5 jaar in 2005. Daarna lijkt zich een minder snelle stijging voor te gaan doen. In de komende tijd neemt het aantal en aandeel 50-plussers nog wel toe: van 10% nu tot 18% in 2010. Leeftijdsbewust personeelsbeleid is dan ook van groot belang.

De gemiddelde salariskosten zullen als gevolg van de vergrijzing tot 2005 toenemen met 1,4%. De verwachting is dat na 2005 deze kosten zullen stabiliseren. Voorlopig heeft de vergrijzing nog geen effect op de personeelsvraag. Het nettoverloop, het vertrek uit het beroep, zal de komende tien jaar niet stijgen, althans wanneer alleen de leeftijdsopbouw een rol speelt.

## 5

### Werktijden

De verpleging en verzorging wordt gekenmerkt door veel deeltijdwerk. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan ontwikkelingen in de gemiddelde werkweek van verpleegkundigen en verzorgenden. Hierbij wordt ook ingegaan op de vraag of men meer of juist minder uren zou willen werken. Tot slot is aandacht besteed aan onregelmatige werktijden en het draaien van bereikbaarheidsdiensten.

#### 5.1 De P/A-ratio

De verhouding tussen het aantal personeelsleden en het aantal volledige arbeidsplaatsen wordt P/A-ratio genoemd. Deze ligt in de zorgsector op een hoog niveau en steeg in de periode 1990-1995 nog snel (zie tabel 5.1). Waren in 1990 162 personen voldoende om 100 arbeidsplaatsen te bemensen, in 1995 was dit aantal al 179. Tussen 1995 en 1999 stagneerde de groei. Enerzijds lijkt er een einde gekomen te zijn aan de aanzienlijke toename van deeltijdwerk, anderzijds geldt dat veel deeltijders hun contract opgeplust hebben toen de werkweek volgens de CAO afnam. De collectieve arbeidsduurverkortingsmaatregelen zijn derhalve weinig gevolgen te hebben gehad voor de groei van de werkgelegenheid. Tussen de sectoren doen zich aanzienlijke verschillen voor. De thuiszorg kent verreweg de hoogste P/A-ratio. Met name alfavolgers die per definitie een in omvang beperkte werkweek hebben, doen hier hun invloed gelden.

#### 5.2 De gemiddelde werkweek

In de afgelopen jaren is er sprake van een afname van het aandeel voltijders in de verpleging en verzorging. Tussen 1993 en 2000 nam hun aandeel in de intramurale gezondheidszorg af van bijna 40% tot 24%. Nemen we de

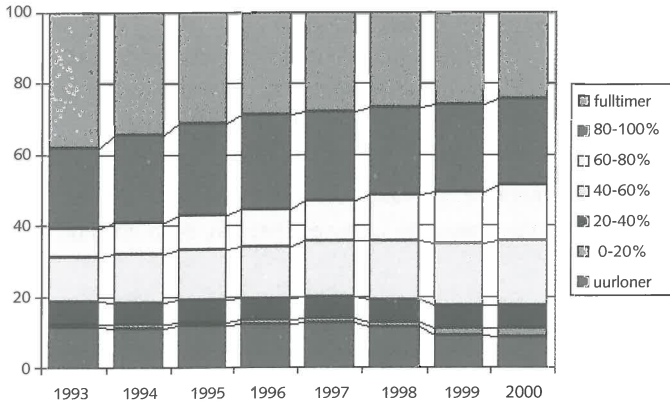
Tabel 5.1  
De P/A-ratio in verpleging en verzorging naar sector

	1990	1995	1999
Ziekenhuizen	131	141	140
Geestelijke gezondheidszorg	126	133	143
Gehandicaptenzorg	131	145	151
Ouderenzorg	143	157	154
Thuiszorg (excl. alfahulpen)	237	281	298
Totaal <sup>1</sup>	163	179	180
Landelijk	124	126	126

<sup>1</sup> Inclusief overig

categorie mensen die 80-100% werken – die in de praktijk vaak als voltijder worden gezien – mee, dan is er sprake van een afname van 61% naar 49%.

Het aandeel fulltimers verschilt per sector en loopt uiteen van ruim 30% in de academische ziekenhuizen tot nog geen 5% in de thuiszorg (tabel 5.2). In verzorgingshuizen wordt relatief vaak met uurloners ofwel oproepkrachten gewerkt.



Figuur 5.1 De werkweek van VOV-personeel in de intramurale gezondheidszorg 1993-2000 (in % van volledige werkweek)

Tabel 5.2

De werkweek van verpleegkundigen en verzorgenden als percentage van volledige werkweek per sector (eind 2000)<sup>1</sup>

	uurloner	0 – 20%	20 – 40%	40 – 60%	60 – 80%	80 – 100%	fulltimer	Totaal
Algemene en categorale ziekenhuizen	7,4	1,4	4,5	19,6	16,8	21,1	29,3	100
Academische ziekenhuizen	10,1	0,1	1,1	8,9	18,7	28,7	32,4	100
Geestelijke gezondheidszorg Intramurale	4,9	2,2	3,61	1,3	16,2	35,6	26,3	100
gehandicaptenzorg	10,4	3,9	8,4	18,3	15,5	26,7	16,8	100
Verpleeghuizen	9,1	3,5	10,6	21,0	14,1	20,2	21,6	100
Verzorgingshuizen	14,2	4,0	14,0	24,9	14,9	17,1	10,9	100
Thuiszorg	–	10,2	28,6	32,7	14	9,8	4,8	100

<sup>1</sup> Geestelijke gezondheidszorg 1999; thuiszorg 1998, vanwege andere bron zijn uurloners hier niet bekend

Bron: LKG en LVT

Op de website [www.lcvv.nl/v&vtabellen2001](http://www.lcvv.nl/v&vtabellen2001) zijn deze gegevens per branche voor de afgelopen jaren te vinden.

### 5.3 Gewenste veranderingen in werkomvang

Van de verpleegkundigen en verzorgenden heeft 54% een contract dat qua aantal uren overeenkomt met het aantal gewenste uren dat men werkzaam wil zijn. Vooral in de ziekenhuizen en in de geestelijke gezondheidszorg zijn verpleegkundigen en verzorgenden tevreden met het aantal uren dat zij contractueel hebben.

In de gehele zorgsector zou 19% het dienstverband met maximaal tien uur willen verminderen. Verpleegkundigen en verzorgenden die minder uren willen werken zijn vooral in de ziekenhuizen te vinden.

In een kwart zou wel meer uren willen werken. Deze groep vinden we vooral in de thuiszorg en onder gezinsverzorgenden. Deze uitkomsten komen overeen met ander onderzoek. Vermeulen (1997) meldt dat in 1996 21% meer uren zou willen werken. Toentertijd wilde 22% minder uren werken en 57% was tevreden met het aantal uren dat men op dat moment had.

Tabel 5.3

Het aandeel verpleegkundigen en verzorgenden per sector dat verandering van het aantal te werken uren wenst in % (1998)

	Zieken- huizen	Verpleeg- huizen	Gehandicap- tenzorg	Verzorgings- huizen	Thuiszorg	Geestelijke gezond- heidszorg	Totaal
10 uur of meer werken	3,4	7,0	10,3	11,0	12,8	4,5	8,6
Tot 10 uur meer werken	9,9	13,3	17,1	20,2	21,8	13,2	16,3
Geen verandering	57,9	55,7	50,6	50,9	54,5	58,7	54,4
Tot 10 uur minder werken	26,2	19,9	19,7	17,0	9,0	22,6	18,5
Meer dan 10 uur minder werken	2,6	4,0	2,3	0,9	1,8	1,0	2,2
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn

Tabel 5.4

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

	Verpleeg- kundige	Verzor- gende	Gezinsver- zorgende	Groepsbe- geleider	Instellings- verzorgende	Overig beroep	Totaal
10 uur of meer werken	5,7	7,2	10,1	10,9	13,2	9,9	8,6
Tot 10 uur meer werken	12,7	15,0	20,7	18,6	17,9	20,1	16,4
Geen verandering	56,9	54,0	57,7	48,2	54,3	48,6	54,2
Tot 10 uur minder werken	22,6	19,9	9,3	20,5	14,0	20,1	18,5
Meer dan 10 uur minder werken	2,2	4,0	2,3	1,8	0,6	1,2	2,2
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn

## 5.4 Werktijden

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

Van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft 47% aan overdag op regelmatige werktijden te werken. Ruim 50% werkt ook op zaterdag of op zondag en 8% heeft te maken met gebroken diensten. Vaak heeft men met meerdere soorten werktijden te maken.

Tabel 5.5  
Het vóórkomen van onregelmatig werk en tevredenheid over het werk (1998)

Soort werktijden	% van werknemers	% ontevreden met werk
Regelmatige werktijden overdag	47	12
Regelmatige werktijden avond/nacht/weekenden	28	11
Onregelmatige werktijden (door werkgever bepaald)	36	16
Werken op zaterdag	52	15
Werken op zondag	51	15
Gebroken diensten	8	19
Slaapdiensten	15	19
Pieperdienst	11	13
Avond- of nachtdienst	34	15

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn

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

Werken in het weekend komt heel veel voor in de verpleeghuizen, gehandicaptenzorg en verzorgingshuizen. Ook in de ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg is dit veelvuldig het geval. Slaapdiensten komen in de gehandicaptenzorg verhoudingsgewijs vaak voor. Vergeleken met de werktijden in andere sectoren zijn de werktijden in de thuiszorg duidelijk afwijkend. In de thuiszorg zijn regelmatige werktijden verdag zeer regulier (77%). Werken op zaterdag of op zondag komt slechts bij 30% van de verpleegkundigen en verzorgenden voor.

Tabel 5.6  
 Het vóórkomen van onregelmatig werk naar branche (1998) in %

Soort werktijden	Zieken- huizen	Verpleeg- huizen	Gehandicap- tenzorg	Bejaarden- huizen	Thuiszorg	Geestelijke gezond- heidszorg
Regelmatige werktijden overdag	35	37	38	46	77	42
Regelmatige werktijden avond/nacht/weekenden	37	32	20	36	17	25
Onregelmatige werktijden (door werkgever bepaald)	36	45	54	31	18	38
Werken op zaterdag	54	65	59	62	29	49
Werken op zondag	51	63	58	62	29	47
Gebroken diensten	2	7	16	11	10	4
Slaapdiensten	17	16	28	13	5	18
Pieperdienst	12	7	8	11	15	11
Avond- of nachtdienst	41	45	34	43	13	32

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn

Werken in het weekend komt vooral voor bij verzorgenden in instellingen. Bij gezinsverzorgenden zijn regelmatige werktijden overdag overheersend. Groepsbegeleiders hebben vaak te maken met slaapdiensten (tabel 5.7).

Tabel 5.7  
 Het vóórkomen van onregelmatig werk naar beroepsgroep (1998) in %

	Verpleeg- kundige	Verzor- gende	Gezinsver- zorgende	Groepsbe- geleider	Instellings- verzorgende
Regelmatige werktijden overdag	35	31	79	45	44
Regelmatige werktijden avond/nacht/weekenden	34	34	15	21	44
Onregelmatige werktijden (door werkgever bepaald)	37	48	20	44	35
Werken op zaterdag	55	68	28	56	68
Werken op zondag	53	68	28	53	69
Gebroken diensten	5	9	9	12	15
Slaapdiensten	16	18	5	27	12
Pieperdienst	16	6	11	6	8
Avond- of nachtdienst	43	49	10	26	48

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn



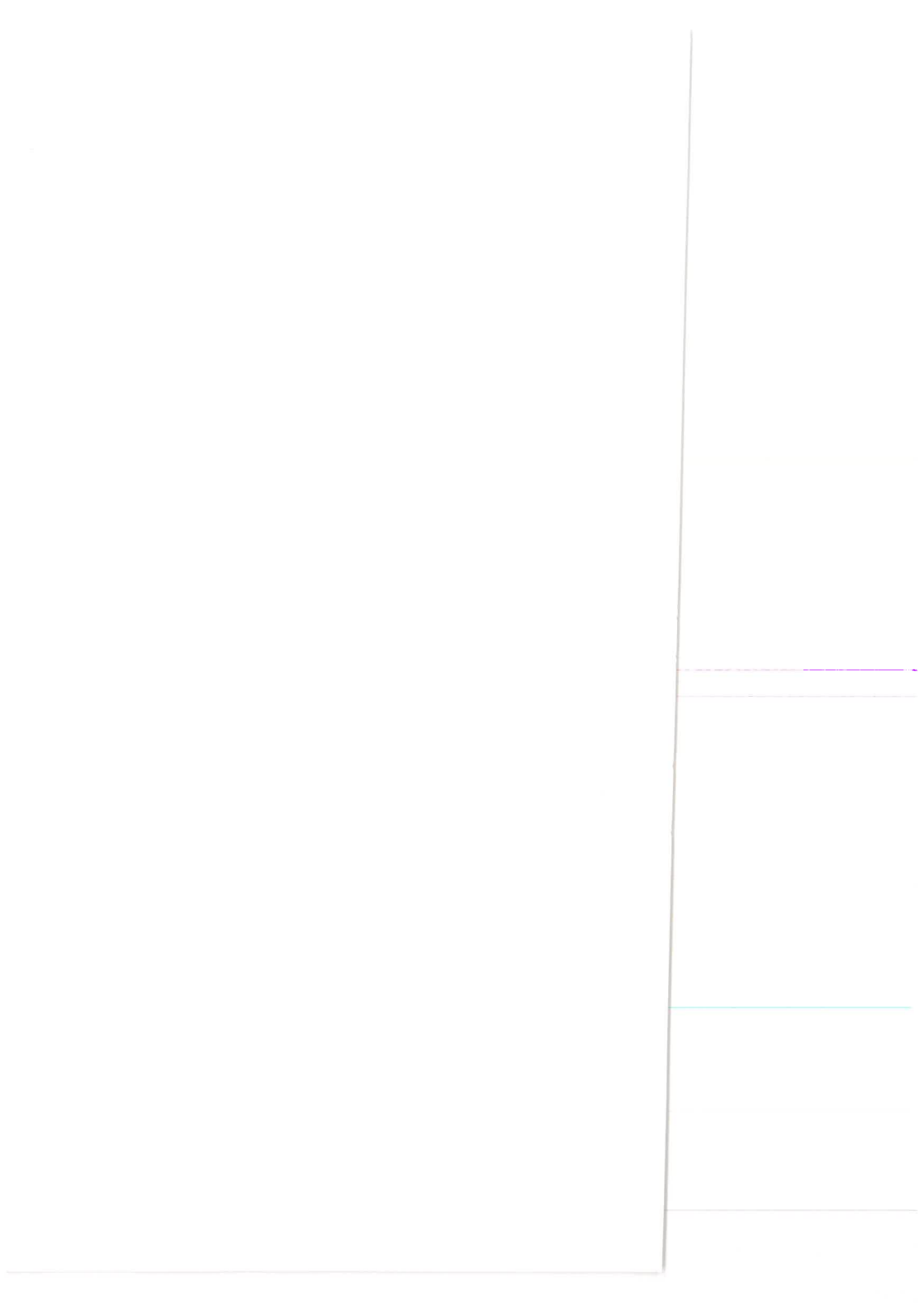
## 5.5 Samenvatting

In de verpleging en verzorging zijn er gezien het aantal volledige arbeidsplaatsen verhoudingsgewijs veel mensen nodig. Dit komt met name door de grote schaal waarop er in deeltijd gewerkt wordt. In de verpleging en verzorging waren er in 1999 180 mensen nodig om 100 arbeidsplaatsen te bezetten; op de landelijke arbeidsmarkt bedraagt deze verhouding 126.

Het aandeel van voltijders in verpleging en verzorging is in de periode 1993-2000 van bijna 40% tot 24% van het totaal afgenomen.

Ruim de helft is tevreden met het aantal uren dat men werkt. Een vijfde zou minder willen werken. Het gaat hier vooral om verpleegkundigen. Een kwart zou meer willen werken; dit betreft vooral gezinsverzorgenden.

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



## 6

### Functies en salaris

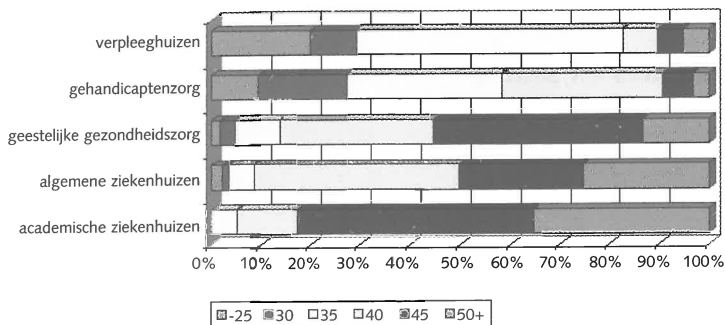
Binnen de verpleging en verzorging is er sprake van een verscheidenheid aan functies. Het zorgaanbod binnen de branches verschilt en daarmee ook de opbouw van functies. In dit hoofdstuk wordt allereerst aandacht besteed aan het vóórkomen van functies naar niveau in de verschillende branches. Daarbij wordt zo veel mogelijk gebruikgemaakt van indelingen volgens het functiewaarderingsysteem (FWG). Het inzicht in de functieopbouw geeft vervolgens een goede achtergrond om naar de salariëring te kijken. In de tweede paragraaf wordt aandacht besteed aan ontwikkelingen op dit gebied. Er wordt in beeld gebracht wat verpleegkundigen en verzorgenden gemiddeld verdienen en welke samenhang er bestaat tussen salaris en leeftijd. Daarna wordt een vergelijking gemaakt met loonontwikkelingen buiten de zorgsector. Ten slotte komt het oordeel van verpleegkundigen en verzorgenden over hun salariëring aan bod.

#### 6.1 Functies

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

In figuur 6.1 is per branche aangegeven hoe in 2000 de verdeling van het verplegend en verzorgend personeel is over de verschillende FWG-schalen<sup>1</sup> uit het functiewaarderingsstelsel. Deze vormen een indicatie voor het niveau van de functie die men uitoefent. Een laag schaalnum-

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



Figuur 6.1 De verdeling naar schaalniveau (FWG) per branche in 2000

mer impliceert een lage functie en een lager salaris. Tussen de branches doen zich aanmerkelijke verschillen voor in de verdeling over de verschillende schalen.

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

De hogere schalen, namelijk 45 en hoger, komen veel voor in de ziekenhuizen. Daarin vindt men veel gespecialiseerde verpleegkundigen. In de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen is hun aandeel veel geringer. Bij de academische ziekenhuizen valt op dat schaal 7 (FWG 45) de meest voorkomende is en dat ook de hoogste klasse in vergelijking met andere branches veel voorkomt.

Interessant is ook de ontwikkeling die zich in de branches de afgelopen jaren heeft voorgedaan. Tabel 6.1 geeft hier voor de intramurale gezondheidszorg een beeld van.

In de algemene en academische ziekenhuizen neemt het aandeel van hogere schalen toe: dit illustreert de opkomst van de verpleegkundig specialist. Was in 1993 in de algemene ziekenhuizen nog maar 18% van

Tabel 6.1

De procentuele verdeling naar schaalniveau (FWG) per branche 1993 en 2000

	Algemene ziekenhuizen		Academische ziekenhuizen		Psychiatrische ziekenhuizen		Intramurale gehandicap- tenzorg		Verpleeghuizen	
	1993	2000	1993	2000	1993	1999	1993	2000	1993	2000
FWG-schaal										
-25	1	2	1	0	3	2	4	10	15	20
30	1	1	0	0	3	3	12	18	8	9
35	5	5	5	5	10	9	27	31	58	53
40	46	41	21	12	32	31	42	32	6	7
45	29	25	46	47	39	42	11	6	6	5
50+	18	25	27	36	13	13	5	3	6	5
Totaal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

het personeel in schaal 50 en hoger ingedeeld, in 2000 is dat opgelopen tot 25%. In de academische ziekenhuizen zien we een toename van 27% in 1996 naar 36% in 1999. Het op steeds grotere schaal vóórkomen van specialistische verpleging zoals intensive care zal hier debet aan zijn. Verder speelt wellicht het feit dat verpleegkundigen veel langer in dienst blijven dan in het verleden een rol.

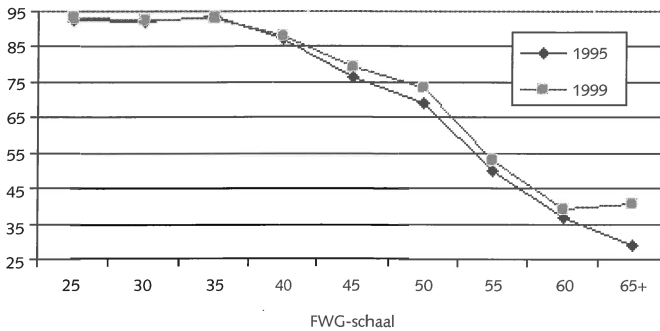
Behoudens bij de algemene en academische ziekenhuizen is er geen trend te ontdekken dat het aandeel van hoger gekwalificeerd personeel toeneemt. Bij de psychiatrische ziekenhuizen verdwijnen de onderste schalen en vindt een versterking van het middenniveau, schaal 45 van de FWG, plaats. Dit lijkt een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

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

In het begin en midden van de jaren negentig bij de toen ontspannen arbeidsmarkt nam bij verpleeghuizen het aandeel van de laagste functie-niveaus af. Nu tekent zich juist een toename af van functies als die van verpleeghulp, afdelingsassistent en dergelijke.

Bij verzorgingshuizen neemt de categorie bejaardenverzorgende en de categorie overigen toe (zie tabel 3.2). In 1999 is het aandeel oproepkrachten afgenomen. Waarschijnlijk is flexibel personeel vast geworden als gevolg van schaarste op de arbeidsmarkt.

Het merendeel van de werknemers in de verpleging en verzorging bestaat uit vrouwen (zie hoofdstuk 4). *Opportunity in de zorg* stelt zich als doel de in- en doorstroom van vrouwen naar hogere functies te bevorderen. De vraag doet zich voor of vrouwen ook op alle niveaus evenredig vertegenwoordigd zijn en welke ontwikkelingen zich daarin voordoen. Voor de verpleging en verzorging is dat na te gaan voor de branches ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleeghuizen voorzover de FWG van toepassing is.



Figuur 6.2 Het percentage vrouwen per FWG-schaal

In figuur 6.2 is het percentage vrouwen per FWG-schaal voor deze instellingen weergegeven voor 1995 en 1999. Ook voor de verpleging en verzorging geldt dat vrouwen oververtegenwoordigd zijn in de lagere functies en ondervertegenwoordigd in de hogere. Het omslagpunt ligt bij FWG-schaal 50. Tussen 1995 en 1999 doet zich een lichte verbetering voor in het aandeel dat vrouwen hebben in de hogere schalen.

## 6.2 Salaris

In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag wat een verpleegkundige of verzorgende gemiddeld verdient. Op zichzelf zegt dat niet zoveel wanneer men geen vergelijking met anderen of een vergelijking in de tijd

kan maken. Daarom wordt ook aan deze aspecten aandacht besteed. Het niveau van het gemiddeld salaris van verpleegkundigen en verzorgenden (VOV) verschilt per branche (zie tabel 6.2). Gezien de verschillen in FWG-inschaling uit de voorgaande paragraaf is dat ook logisch. Ook in de ontwikkeling van het gemiddeld salaris van verpleegkundigen en verzorgenden doen zich verschillen per branche voor. Zo is er in de gehandicaptenzorg sprake van een veel geringere stijging dan elders. Dit heeft te maken met de functiedifferentiatie die in deze branche de afgelopen jaren is doorgevoerd. Daarbij is veel nieuw personeel in lagere dan de gemiddelde loonschalen ingestroomd. Wordt het gemiddeld salarisniveau van verpleegkundigen en verzorgenden vergeleken met het totale personeelsbestand per branche, dan valt op dat het overig personeel hoger scoort. In de algemene ziekenhuizen is

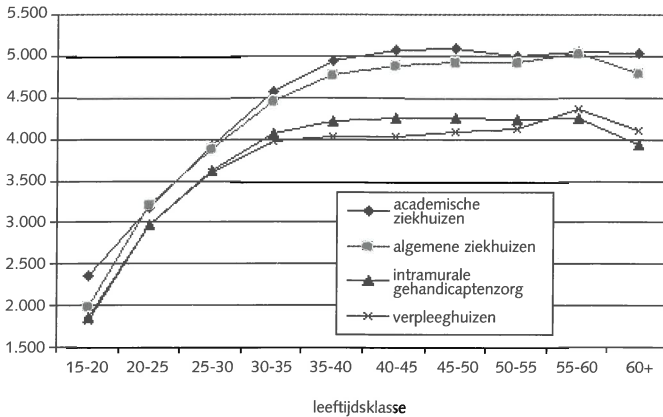
Tabel 6.2  
Het gemiddeld maandsalaris in guldens en de gemiddelde jaarlijkse groei 1993-2000

	Niveau 2000	Gemiddelde jaarlijkse groei 93-00
<b>Algemene ziekenhuizen</b>		
verpleegkundig en verzorgend personeel (VOV)	4556	2,6
totaal personeel	4626	3,0
<b>Academische ziekenhuizen</b>		
verpleegkundig en verzorgend personeel (VOV)	4730	3,1
totaal personeel	5573	4,6
<b>Psychiatrische ziekenhuizen<sup>1</sup></b>		
verpleegkundig en verzorgend personeel (VOV)	4487	2,4
totaal personeel	5130	1,4
<b>Intramurale gehandicaptenzorg</b>		
verpleegkundig en verzorgend personeel (VOV)	4014	1,8
totaal personeel	4178	2,6
<b>Verpleeghuizen</b>		
verpleegkundig en verzorgend personeel (VOV)	3880	2,4
totaal personeel	3938	3,0
<b>Verzorgingshuizen<sup>2</sup></b>		
verpleegkundig en verzorgend personeel (VOV)	3483	1,3
<b>Thuiszorg<sup>2</sup></b>		
verpleegkundig en verzorgend personeel (VOV)	3640	-
overig personeel	4052	-

1999 en trendbreuk: vanaf 1998 GGZ

1998

bron: LKG, EBI en LVT



Figuur 6.3 Het gemiddeld maandsalaris van VOV-personeel naar leeftijd in 2000

het verschil het geringst, in de academische ziekenhuizen het grootst. Dit laatste zal samenhangen met het relatief grote aandeel van duur behandelend personeel dat daar in loondienst is.

Rond het gemiddeld salaris zal zich veel variatie voordoen. Jongeren zullen minder verdienen dan ouderen. In welke mate dat speelt in de verpleging en verzorging laat figuur 6.3 zien. Daarin is van het uitvoerend verpleegkundig en verzorgend personeel het gemiddeld salaris weergegeven. Jongeren verdienen zeker als leerling aanmerkelijk minder dan ouderen. Vanaf de leeftijdsklasse 30-35 jaar stijgt het gemiddeld salaris in de verpleeghuizen en gehandicaptenzorg nog maar in beperkte mate. In de ziekenhuizen duurt de stijging tot de leeftijdsklasse 40-45 jaar.

Welke factoren een rol spelen bij de hoogte van het salaris is door Oudejans en Meesters (2000) op de OSA-arbeidsaanbodmonitor onderzocht. Daaruit blijkt dat de tijd die men al in de zorgsector en in de huidige functie werkt van belang is voor de hoogte van het salaris. Verder stijgt het loon met het opleidingsniveau. Opvallend is het geringe verschil dat de onderzoekers aantreffen tussen degenen met als initieel onderwijs een hbo-v-opleiding en met een opleiding op mbo-niveau. De verschillen tussen hbo-v'ers en mbo'ers ontstaan vooral wanneer zij na hun initiële opleiding ook vervolgonopleidingen met succes afronden.



Het volgen van niveauverhogende opleidingen heeft niet direct een positief effect op het salaris: wel indirect. Het volgen van dergelijke opleidingen betekent dat hogere functies, die beter betalen, bereikbaar worden. De hogere functie wordt gewaardeerd.

Niet verbazingwekkend is dat de onderzoekers vonden dat het onderbreken van de loopbaan en het vervolgens herintreden een negatief effect op het niveau van het salaris heeft.

#### *Een vergelijking met salarisontwikkelingen elders*

Tabel 6.3 geeft een beeld van de salarisontwikkelingen in de sector zorg en welzijn en elders. De feitelijke lonen groeiden in de periode 1990-2000 harder dan de CAO-lonen. Dit geldt zowel voor de sector zorg en welzijn als landelijk.

Tussen de landelijke ontwikkeling en die in de sector zorg en welzijn zijn weinig verschillen. De feitelijke lonen stegen voor de sector zorg en welzijn vrijwel even snel als landelijk. In beide gevallen in tien jaar tijd met zo'n 35% oftewel gemiddeld 3% per jaar.

De recente CAO's hebben er wellicht voor gezorgd dat het geringe verschil dat tussen de CAO-ontwikkelingen elders en in de sector zorg en welzijn is ontstaan verdwenen is.

is de ontwikkeling van de CAO's qua lonen marktconform, de verschillen in hoogte van het gemiddeld uurloon blijven door het verschil in startpositie wel bestaan.

Tabel 6.3  
Feitelijk betaalde en CAO-lonen in de sector zorg en welzijn en landelijk (index 1990=100)

	1990	1995	1999
<b>CAO</b>			
landelijk	100	114,3	128,0
zorg en welzijn	100	111,9	126,9
<b>feitelijk betaald</b>			
landelijk	100	118,4	135,6
zorg en welzijn	100	120,3	135,2

bron: CBS

### *Het oordeel 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' (OSA-arbeidsaanbodmonitor). 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. Van de mannen ervaart 19% het loon als hoog tegenover 24% van de vrouwen. Van de vrouwen jonger dan 24 jaar is 40% het eens met de hiervoor genoemde 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%).

### **6.3 Samenvatting**

In de loop der jaren doen zich verschuivingen voor in de functieopbouw in de verschillende branches. Zo komen er in de ziekenhuizen hogere schalen bij voor de gespecialiseerde verpleegkundigen. In de geestelijke gezondheidszorg vindt juist versterking van het middenniveau plaats en in de gehandicaptenzorg neemt het aandeel van de lagere schalen toe als gevolg van functiedifferentiatie. In verpleeghuizen vertaalt de krapte op de arbeidsmarkt zich in een toename van het aandeel lager ingeschaald personeel.

Ook voor verpleegkundigen en verzorgenden geldt hoe hoger de leeftijd, hoe hoger het salaris. Voor de uitvoerende functies geldt dat het gemiddelde na het 35e jaar weinig meer stijgt. In de ziekenhuizen ligt deze leeftijd wat hoger, in de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen wat lager. Het aandeel vrouwen is in de hogere loonschalen aanzienlijk minder dan gemiddeld. Tussen 1995 en 1999 doet zich hierin een lichte verbetering voor.

Het salarisniveau van verpleegkundigen en verzorgenden is vergeleken met de andere werkenden in hun sector lager. Dit geldt zowel voor het niveau als de groei van het salaris in de afgelopen jaren. De salarisstijgingen in de sector zorg en welzijn in totaliteit zijn de afgelopen tien jaar marktconform geweest. Door het lagere startniveau met name in de ouderenzorg is het verschil in het absolute gemiddeld uurloon wel groter geworden.

## Werk(belevings)kenmerken en arbeidsomstandigheden

### 7.1 Inleiding

Verschillende factoren zijn van invloed op de werkbeleving. Zo blijken bepaalde werkkenmerken de werkbeleving zowel positief als negatief te beïnvloeden (De Jonge et al. 1994a; 1994b; 1994c). Bovendien zijn enerzijds op de relatie tussen het werk en de werkbeleving en anderzijds op de werkbeleving zelf persoonlijke kenmerken van verpleegkundigen en verzorgenden van invloed (Le Blanc 1994; 1995, De Rijk 1994, De Jonge et al. 1994a; 1994b; 1994c).

Werkkenmerken kunnen worden beschouwd als een samenspel tussen een aantal dimensies van het werk, zoals de mate van autonomie in het werk en de steun van collega's en leidinggevenden (Gehrels en Lemmens 1993).

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 burn-out.

Uit de literatuur blijkt dat de werkbeleving positief wordt beïnvloed door het name sociale ondersteuning op het werk, zowel van collega's als van de direct leidinggevende. Vooral bij verzorgenden en verpleegkundigen die zich minder vakbekwaam voelen, heeft sociale steun van een leidinggevende een gunstig effect. Verder blijkt autonomie over het algemeen een gunstig effect te hebben op de werkbeleving. Hierbij geldt hoe meer beslissingsruimte verpleegkundigen en verzorgenden hebben, hoe positiever zij tegenover het werk staan. Echter, bij hen die de neiging hebben om probleemsituaties te vermijden en in probleemsituaties een meer wachtende houding hebben, heeft een grotere beslissingsruimte eerder een negatief effect. Een kleine beslissingsruimte, oftewel weinig autonomie in het werk, hoeft dus niet altijd een negatieve betekenis te hebben.

Verder blijkt uit de literatuur dat de werkbeleving over het algemeen negatief beïnvloed wordt door werkkenmerken als werkdruk en rol-onduidelijkheid. Hoe hoger de werkdruk hoe minder positief men het werk ervaart. De negatieve invloed van werkdruk blijkt wel 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.

Kort samengevat komt meer aandacht voor sociale ondersteuning, autonomie en werkdruk, in combinatie met het in acht nemen van persoonlijke kenmerken van verzorgenden en verpleegkundigen, de werkbeleving ten goede.

In dit hoofdstuk staat de beschrijving van enkele werkkenmerken en werkbelevingskenmerken centraal. In de OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (1999) werden de 'kenmerken van het huidige werk' aan de hand van 23 stellingen geïnventariseerd onder bijna 3600 verpleegkundigen en verzorgenden. Per stelling kon worden aangegeven in hoeverre men het daarmee eens was, bijvoorbeeld met de stelling 'mijn werk geeft mij veel voldoening'. Uit deze lijst van 23 items bleek het mogelijk een drietal werkkenmerken (sociale steun, autonomie en werkdruk) en een tweetal werkbelevingskenmerken (eigen werkwaardering en burn-out) te destilleren.<sup>1</sup> De paragrafen 7.2 en 7.3 zijn ingedeeld naar deze kenmerken. Per kenmerk wordt steeds een beschrijving gegeven naar geslacht, leeftijd, sector en functie. Hierbij is tevens gekeken of er verschillen bestaan<sup>2</sup> binnen de onderscheiden groepen. Ten slotte wordt

<sup>1</sup> Met behulp van factoranalyse konden zes dimensies worden onderscheiden (lading per item  $\geq .40$ ), te weten sociale steun, autonomie, werkdruk, rolduidelijkheid, eigen werkwaardering en burn-out. Na een bepaling van de interne consistentie per dimensie (Cronbachs alfa), bleken bij een ondergrens van .60 vijf betrouwbare schalen te bestaan: sociale steun (alfa=.66), autonomie (alfa=.72), werkdruk (alfa=.77), eigen werkwaardering (alfa=.71) en burn-out (alfa=.73).

<sup>2</sup> Bij het berekenen van de verschillen binnen de onderscheiden groepen (geslacht, leeftijd, sectoren en functies) is gebruikgemaakt van variantieanalyse. Hierbij is steeds gecontroleerd voor de overige kenmerken vanwege verschillen in samenstelling en samenhang met de meeste werk(belevings)kenmerken. Hierdoor kunnen gevonden verschillen tussen bijvoorbeeld de onderscheiden functies niet toegeschreven worden aan geslacht, leeftijd en sector. Alleen wanneer er over de groep heen (bijvoorbeeld de groep functies) sprake was van een significante F-toets ( $p \leq .01$ ) is bivaariaat verder gekeken welke groepen (bijvoorbeeld de onderscheiden functies) er van elkaar verschilden.

in paragraaf 7.4 ingegaan op bepaalde arbeidsomstandigheden, zoals het werken met gevaarlijke stoffen of onder gevaarlijke omstandigheden.

## 7.2 Werkkenmerken: sociale steun, autonomie en werkdruk

Het werkkenmerk 'sociale steun' is geïnventariseerd aan de hand van vijf items, waaronder: 'ik heb het gevoel gewaardeerd te worden door de leiding/werkgever' en 'er heerst een prettige sfeer op de afdeling/in het team'. Autonomie is gemeten door middel van drie stellingen, waaronder: 'ik kan zelf beslissen in welke volgorde ik mijn werk verricht' en 'ik kan zelf mijn werktempo bepalen'. Werkdruk is eveneens geïnventariseerd aan de hand van drie stellingen, zoals: 'ik werk onder hoge tijdsdruk' en 'ik heb voldoende tijd om mijn cliënten te verzorgen' (deze stelling werd voor de analyse omgecodeerd). Tabel 7.1 geeft de gemiddelde scores op deze werkkenmerken. Hierbij duidt een hogere score op respectievelijk meer sociale steun van collega's/leidinggevenden, meer autonomie in het werk en een hogere werkdruk.

### *Sociale steun*

Met een gemiddelde score van 2,5 geven verpleegkundigen en verzorgenden aan veel sociale steun te ervaren in hun werk. De onderverdeling naar de vier groepen laat met gemiddelde scores van 2,4 en 2,5 hierin nauwelijks variatie zien.

Nadere analyses laten zien dat er binnen de vier groepen significante verschillen bestaan. Zo blijken mannelijke verpleegkundigen en verzorgenden minder sociale steun in hun werk te ervaren dan hun vrouwelijke collega's. Ook ervaren verpleegkundigen en verzorgenden in de leeftijd van 35-44 jaar minder sociale steun dan collega's van 16-24 jaar en 45-54 jaar. In de sector gehandicaptenzorg wordt over het algemeen minder sociale steun ervaren dan in verpleeghuizen, ziekenhuizen, verzorgingshuizen en in de thuiszorg. Onderscheid naar functies laat zien dat roepsbegeleiders, ziekenverzorgenden en verpleegkundigen minder sociale steun ervaren dan gezinsverzorgenden en instellingsverzorgenden.

Samengevat wordt de meeste sociale steun ervaren door vrouwelijke verpleegkundigen en verzorgenden, in de jongere en de oudere leeftijdsgroepen (16-24 en 45-54), in de sectoren thuiszorg en verzorgingshui-

zen, en door gezinsverzorgenden en instellingsverzorgenden. Minder sociale steun wordt ervaren in de gehandicaptensector.

### *Autonomie*

Ook ten aanzien van autonomie wijst een gemiddelde score van 2,2 op redelijk veel autonomie in het werk. Onderscheid naar groepen laat zien dat met name verpleegkundigen en verzorgenden van 55-64 jaar autonomie in hun werk ervaren (gemiddelde score 2,4). Dit geldt eveneens voor werkers in de thuiszorg en voor gezinsverzorgenden.

Ziekenverzorgenden geven met een score van 2,0 aan de minste autonomie in het werk te hebben.

Nadere analyses laten zien dat er voor wat betreft autonomie in het werk geen verschillen zijn tussen mannelijke en vrouwelijke verpleegkundigen. Wel zijn er verschillen binnen de groepen naar leeftijd, sector en functie. Verpleegkundigen en verzorgenden in de oudste leeftijdsgroep (55-64 jaar) rapporteren meer autonomie in het werk dan hun jongere collega's. Ook blijken verpleegkundigen en verzorgenden van 45-54 jaar meer autonomie te ervaren dan de jongste groep van 16-24 jaar. Verder blijkt men in de thuiszorg en in de GGZ meer autonomie in het werk te ervaren dan in de overige vier sectoren. Onderscheid naar functies laat ten slotte zien dat gezinsverzorgenden meer autonomie in het werk rapporteren dan verpleegkundigen, ziekenverzorgenden, groepsbegeleiders en instellingsverzorgenden. Verpleegkundigen en groepsbegeleiders ervaren op hun beurt meer autonomie dan ziekenverzorgenden en instellingsverzorgenden.

Samengevat kan gesteld worden dat autonomie in het werk vooral voorkomt bij de oudste groepen verpleegkundigen en verzorgenden (vanaf 45 jaar), in de thuiszorg en in de GGZ, en bij gezinsverzorgenden.

Verpleegkundigen en verzorgenden in de jongste leeftijdscategorie (16-24 jaar) en ziekenverzorgenden en instellingsverzorgenden hebben de minste autonomie in het werk.

### *Werkdruk*

De gemiddelde score op werkdruk ligt met 2,2 eveneens boven het midden. Met name in verpleeghuizen en in verzorgingshuizen wordt een hoge werkdruk ervaren (gemiddelde score 2,4). Dit weerspiegelt zich in het onderscheid naar functies, waarbij ziekenverzorgenden en instellings-

verzorgenden met een gemiddelde score van 2,4 te kennen geven veel werkdruk te ervaren in hun werk.

Nadere analyses laten zien dat mannelijke en vrouwelijke verpleegkundigen en verzorgenden niet van elkaar verschillen voor wat betreft de beleving van de werkdruk. Onderscheid naar leeftijd laat zien dat verpleegkundigen en verzorgenden van 25-34 jaar meer werkdruk ervaren dan collega's van 35-44 jaar. Uit de vergelijking tussen sectoren komt naar voren dat in verzorgingshuizen en in verpleeghuizen een hogere werkdruk wordt ervaren dan in ziekenhuizen, gehandicaptenzorg, thuiszorg en in de GGZ. Verder wordt in ziekenhuizen een hogere werkdruk ervaren vergeleken met de thuiszorg en de GGZ en wordt in de gehandicaptenzorg een hogere werkdruk ervaren dan in de thuiszorg. Ook tussen functies zijn er enkele verschillen: zowel ziekenverzorgenden als instellingsverzorgenden ervaren een hogere werkdruk dan verpleegkundigen, groepsbegeleiders en gezinsverzorgenden. Verpleegkundigen ervaren een hogere werkdruk dan gezinsverzorgenden.

Samengevat blijkt de gerapporteerde werkdruk het hoogst in verzorgingshuizen en in verpleeghuizen en bij instellingsverzorgenden en ziekenverzorgenden. In de sectoren thuiszorg en GGZ is de werkdruk het laagst en zijn het met name gezinsverzorgenden die een lagere werkdruk rapporteren.

### 7.3 Werkbelevingskenmerken: eigen werkwaardering en burn-out

Het werkbelevingskenmerk 'eigen werkwaardering' verwijst naar wat het werk voor de verpleegkundige of verzorgende zelf betekent. Eigen werkwaardering is geïnventariseerd aan de hand van vijf items, waaronder: 'mijn werk geeft mij veel voldoening' en 'het werk dat ik doe is erg zinvol voor me'. Burn-out is geïnventariseerd door middel van drie stellingen, zoals: 'ik voel me vermoeid als ik opsta en er weer een werkdag voor me ligt' en 'ik voel me gefrustreerd door mijn werk'.

Tabel 7.1 presenteert de gemiddelde scores op deze werkbelevingskenmerken. Hierbij duidt een hogere score op respectievelijk een hogere eigen werkwaardering en een hogere mate van burn-out.

#### *Eigen werkwaardering*

Het een gemiddelde score van 2,8 geven verpleegkundigen en verzorgenden aan dat het werk veel voor hen betekent. Onderscheid naar de

Tabel 7.1

Mate van sociale steun, autonomie, werkdruk<sup>1</sup> eigen werkwaardering en burn-out, naar geslacht, sector en functie (gemiddelde score)

	Sociale steun	Autonomie	Werkdruk	Eigen werkwaardering	Burn-out
<b>Geslacht</b>					
V&V man	2,37	2,24	2,15	2,73	1,44
V&V vrouw	2,46	2,15	2,18	2,82	1,40
<b>Leeftijd</b>					
16-24 jaar	2,50	2,08	2,15	2,81	1,43
25-34 jaar	2,43	2,10	2,25	2,78	1,42
35-44 jaar	2,43	2,18	2,13	2,82	1,39
45-54 jaar	2,48	2,24	2,13	2,82	1,42
55-64 jaar	2,51	2,39	2,17	2,88	1,35
<b>Sectoren</b>					
Ziekenhuizen	2,45	2,05	2,15	2,83	1,37
Verpleeghuizen	2,45	2,06	2,43	2,77	1,47
Gehandicaptenzorg	2,40	2,14	2,08	2,77	1,44
Verzorgingshuizen	2,47	2,06	2,40	2,85	1,45
Thuiszorg	2,48	2,37	1,93	2,82	1,35
Geestelijke gezondheidszorg	2,40	2,31	1,99	2,76	1,42
<b>Functies</b>					
Verpleegkundige	2,42	2,11	2,15	2,81	1,37
Ziekenverzorgende	2,43	2,01	2,43	2,79	1,48
Gezinsverzorgende	2,52	2,44	1,92	2,82	1,35
Groepsbegeleider	2,41	2,16	2,03	2,78	1,42
Instellingsverzorgende	2,51	2,01	2,39	2,88	1,42
<b>Totaal</b>	<b>2,45</b>	<b>2,16</b>	<b>2,17</b>	<b>2,81</b>	<b>1,41</b>

<sup>1</sup> Laagste score 1, hoogste score 3

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

vier groepen laat zien dat de scores variëren van 2,7 (mannen) tot 2,9 (oudeste leeftijdsgroep en instellingsverzorgenden).

Uit nadere analyses blijkt dat het werk meer betekent voor vrouwen dan voor mannen. Ook tussen de leeftijdsgroepen is er een verschil: voor verpleegkundigen en verzorgenden in de leeftijd van 35-44 jaar betekent het werk meer dan voor jongere collega's van 25-34 jaar.

Verder is de eigen werkwaardering in de verzorgingshuizen hoger dan in de overige vijf sectoren. In de ziekenhuizen is de eigen werkwaardering



hoger dan in verpleeghuizen, thuiszorg en in de GGZ. In de thuiszorg betekent het werk meer voor verpleegkundigen en verzorgenden dan in verpleeghuizen en in verpleeghuizen is de eigen werkwaardering hoger dan in de gehandicaptenzorg. Een en ander komt ook tot uiting in het onderscheid naar functies. Voor instellingsverzorgenden betekent het werk meer dan voor verpleegkundigen, gezinsverzorgenden en groepsbegeleiders. Onder gezinsverzorgenden is de eigen werkwaardering hoger dan onder verpleegkundigen, ziekenverzorgenden en groepsbegeleiders. Onder verpleegkundigen is de eigen werkwaardering hoger dan onder ziekenverzorgenden en voor ziekenverzorgenden betekent het werk meer dan voor groepsbegeleiders.

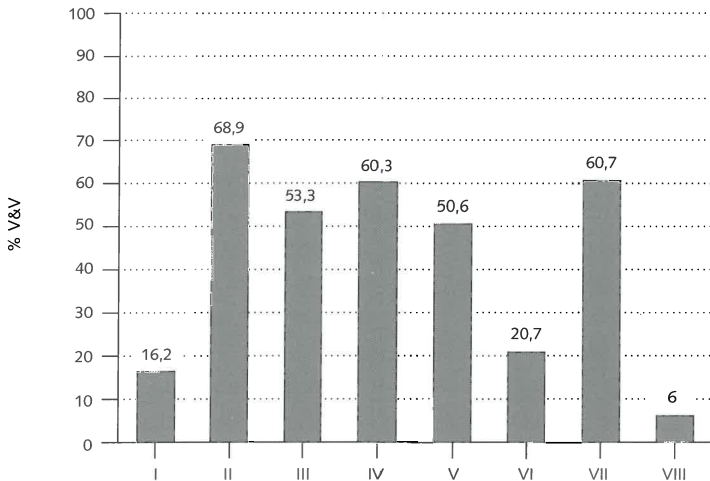
Samengevat is de eigen werkwaardering onder vrouwelijke verpleegkundigen en verzorgenden hoger dan onder mannelijke. In de verzorgingshuizen is de eigen werkwaardering het hoogst en in verpleeghuizen en in de gehandicaptensector het laagst. Dit komt ook terug in het onderscheid naar functies: onder instellingsverzorgenden is de eigen werkwaardering het hoogst, onder ziekenverzorgenden en groepsbegeleiders het laagst.

### *Burn-out*

Een gemiddelde score van 1,4 laat zien dat verpleegkundigen en verzorgenden over het algemeen laag scoren qua burn-out. In de vier groepen variëren de gemiddelde scores van 1,3 (thuiszorg) tot 1,5 (verpleeghuizen en ziekenverzorgenden).

Verdere analyses laten zien dat er tussen mannelijke en vrouwelijke verpleegkundigen en tussen de verschillende leeftijdsgroepen geen verschillen bestaan voor wat betreft de mate van burn-out. Wel zijn er verschillen tussen sectoren en functies. In de thuiszorg ervaart men minder verschijnselen van burn-out dan in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en in de gehandicaptenzorg. Ook in de sector ziekenhuiszorg ervaart men minder burn-outverschijnselen dan in de verzorgingshuissector en in de verpleeghuissector. Een en ander weerspiegelt zich in het onderscheid naar functies: zowel verpleegkundigen als gezinsverzorgenden ervaren minder verschijnselen van burn-out dan ziekenverzorgenden.

Samengevat zijn er in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en gehandicaptenzorg en bij ziekenverzorgenden de meeste verschijnselen van burn-out. In de thuiszorg en in de ziekenhuissector, en onder gezinsverzorgen-



Figuur 7.1 Arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen en verzorgenden

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

- I = stank, lawaai, tocht, hoge/lage temperaturen
- II = veel verantwoordelijkheid
- III = lichamelijk zwaar
- IV = afwisselend verschillende taken
- V = geestelijk zwaar
- VI = herhaling van dezelfde eenvoudige handelingen
- VII = afwisselend erg drukke en rustige perioden
- VIII = gevaarlijke omstandigheden/gevaarlijke stoffen

den en verpleegkundigen komen over het algemeen de minste verschijnselen van burn-out voor.

#### 7.4 Arbeidsomstandigheden

In deze paragraaf komen enkele omstandigheden aan bod waaronder het werk van verpleegkundigen en verzorgenden wordt uitgevoerd. Figuur 7.1 geeft een algemeen overzicht van de arbeidsomstandigheden naar percentages verpleegkundigen en verzorgenden die hebben aangegeven hier in hun werk mee te maken te hebben. Men kon daarbij meer dan één antwoord invullen.

Uit deze figuur blijkt dat de arbeidsomstandigheden zich volgens verpleegkundigen en verzorgenden vooral laten kenmerken door het dragen

van veel verantwoordelijkheid (68,9%), afwisselend erg drukke en rustige perioden (60,7%) en het afwisselend uitvoeren van verschillende taken (53,3%). Slechts 6% geeft te kennen wel eens onder gevaarlijke omstandigheden te moeten werken.

In tabel 7.2 is een uitsplitsing gemaakt naar geslacht, leeftijd, sector en functie, zodat een beeld kan worden verkregen van de mate waarin de

Tabel 7.2

Arbeidsomstandigheden van V&V naar geslacht, leeftijd, sector en functie in 1998  
(totaal horizontaal meer dan 100%)

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
<b>Geslacht</b>								
man	18,9	78,5	28,5	62,7	59,5	14,7	61,4	13,8
vrouw	15,9	67,7	56,6	60,0	49,4	21,4	60,7	4,9
<b>Leeftijd</b>								
16-24 jaar	13,5	65,6	67,0	54,6	53,0	27,0	73,4	6,0
25-34 jaar	18,6	75,3	59,0	62,1	56,1	19,4	68,2	7,5
35-44 jaar	16,0	69,2	47,9	61,8	49,9	18,9	59,6	5,9
45-54 jaar	14,2	61,6	48,1	58,7	43,0	23,0	47,3	3,6
55-64 jaar	13,6	54,0	45,0	48,9	36,4	15,8	40,0	5,0
<b>Sectoren</b>								
Wonen	15,8	80,6	47,7	66,1	52,2	12,4	74,0	13,6
Verpleeghuizen	24,8	71,1	72,5	48,5	61,7	21,3	59,5	2,2
Rehabilitatiezorg	15,8	69,8	35,4	66,9	50,8	18,2	62,4	4,9
Zorginstellingen	16,6	67,9	64,8	52,9	43,8	22,2	62,7	1,4
Huiszorg	9,8	57,7	59,4	66,5	40,0	32,5	48,0	1,2
Overige gezondheidszorg	16,8	72,4	12,1	59,3	69,3	8,0	60,1	23,2
<b>Functies</b>								
Verpleegkundige	15,7	80,3	46,5	63,0	55,8	12,6	69,8	12,2
Werkzaamheidsbegeleider	24,0	71,7	76,4	48,9	58,8	23,4	61,8	3,0
Werkzaamheidsbegeleider	10,4	52,3	62,4	64,9	34,8	38,7	43,1	0,4
Werkzaamheidsbegeleider	14,8	63,3	28,4	69,4	52,2	16,1	60,9	6,1
Werkzaamheidsbegeleider	17,0	70,1	78,6	50,9	47,3	22,6	70,3	1,6
<b>Totaal</b>	<b>16,2</b>	<b>68,9</b>	<b>53,3</b>	<b>60,3</b>	<b>50,6</b>	<b>20,7</b>	<b>60,7</b>	<b>&gt;6,0</b>

bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (1999)

- = stank, lawaai, tocht, hoge/lage temperaturen
- = veel verantwoordelijkheid
- = lichamen zwaar
- = afwisselend verschillende taken
- = geestelijk zwaar
- = herhaling van dezelfde eenvoudige handelingen
- = afwisselend erg drukke en rustige perioden
- = gevaarlijke omstandigheden/gevaarlijke stoffen

onderscheiden groepen te maken hebben met dergelijke arbeidsomstandigheden.

Uit deze tabel blijkt dat het dragen van veel verantwoordelijkheid vooral door mannen wordt gerapporteerd, in ziekenhuizen en door met name verpleegkundigen. In de oudste leeftijdsgroep (55-64 jaar) wordt het hebben van veel verantwoordelijkheid relatief minder vaak gerapporteerd, evenals in de thuiszorg en onder gezinsverzorgenden.

Het werken in afwisselend erg drukke en rustige perioden wordt vooral ervaren door 16-24-jarigen, verpleegkundigen en werkers in ziekenhuizen. Minder 'last' van werken in afwisselend drukke en rustige perioden hebben 45-64-jarigen, gezinsverzorgenden en werkers in de thuiszorg. Het uitvoeren van afwisselend verschillende taken komt vooral voor in de gehandicaptenzorg en bij groepsbegeleiders. Verpleegkundigen en verzorgenden in de oudste leeftijdsgroep, ziekenverzorgenden en werkers in verpleeghuizen voeren relatief minder vaak afwisselend verschillende taken uit.

Ten slotte heeft slechts een klein deel van de verpleegkundigen en verzorgenden te kennen gegeven onder gevaarlijke omstandigheden te werken. Onderscheid naar de vier groepen laat echter zien dat dit vooral door werkenden in de GGZ wordt gerapporteerd: een op de vijf in deze sector geeft aan dat zijn of haar werk gekenmerkt wordt door gevaarlijke omstandigheden.

## 7.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk is een beschrijving gegeven van enkele werkkenmerken, werkbelevingskenmerken en arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen en verzorgenden, met onderscheid naar geslacht, leeftijd, sectoren en functies.

Uit de literatuur blijkt dat verschillende factoren van invloed zijn op de werkbeleving. Zo komen meer aandacht voor sociale ondersteuning op het werk, autonomie in het werk en de werkdruk de werkbeleving ten goede. Voorbeelden van werkbelevingskenmerken zijn, in positieve zin, de eigen werkwaardering en, in negatieve zin, burn-out.

Nadere analyses van de OSA-arbeidsaanbodmonitor laten zien dat vooral vrouwelijke verpleegkundigen en verzorgenden en de jongere en de oudere leeftijdsgroepen (16-24 en 45-54) *sociale steun in het werk* erva-

ren. Verder wordt vooral in de sectoren thuiszorg en verzorgingshuizen sociale steun ervaren, met name door gezinsverzorgenden en instellingsverzorgenden. Minder sociale steun wordt ervaren in de gehandicaptensector.

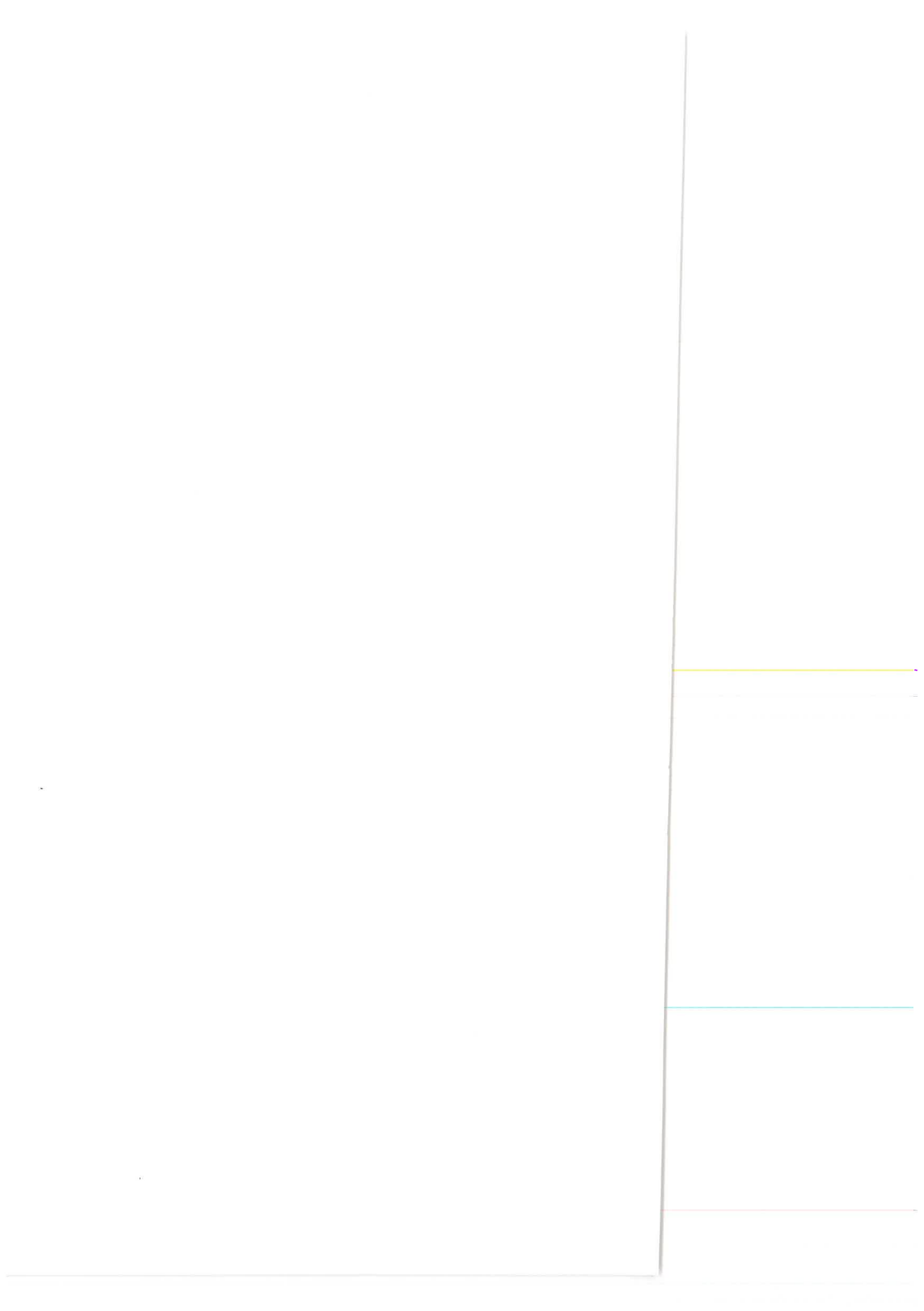
*Autonomie in het werk* hebben met name de oudste verpleegkundigen en verzorgenden (vanaf 45 jaar), in de sectoren thuiszorg en GGZ, en gezinsverzorgenden. Verpleegkundigen en verzorgenden in de jongste leeftijdscategorie (16-24 jaar), ziekenverzorgenden en instellingsverzorgenden hebben de minste autonomie in het werk.

Het derde gemeten werkkenmerk betreft de *werkdruk*. Deze blijkt het sterkst te worden ervaren in verzorgingshuizen en in verpleeghuizen, en door instellingsverzorgenden en ziekenverzorgenden. In de sectoren thuiszorg en GGZ is de werkdruk het laagst. Het zijn met name gezinsverzorgenden die een lagere werkdruk rapporteren.

Voor wat betreft de werkbelevingskenmerken blijkt de *eigen werkwaardering* onder vrouwelijke verpleegkundigen en verzorgenden hoger dan onder mannelijke. In de verzorgingshuizen is de eigen werkwaardering het hoogst en in de verpleeghuissector en in de gehandicaptensector het laagst. Ook blijkt onder instellingsverzorgenden de eigen werkwaardering het hoogst en onder ziekenverzorgenden en groepsbegeleiders het laagst.

Verder blijken in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en in de gehandicaptenzorg, en onder ziekenverzorgenden de meeste verschijnselen van *burn-out* te bestaan. In de thuiszorg en in de ziekenhuissector, en bij gezinsverzorgenden en verpleegkundigen bestaan over het algemeen de minste verschijnselen van *burn-out*.

Het slot is gekeken naar de arbeidsomstandigheden van verpleegkundigen en verzorgenden. Deze worden over het algemeen gekenmerkt door *dragen van veel verantwoordelijkheid* (vooral verpleegkundigen en ziekenhuizen), door *afwisselend erg drukke en rustige perioden* (met name de jongste leeftijdsgroep van 16-24 jaar, verpleegkundigen en in ziekenhuizen) en het *afwisselend uitvoeren van verschillende taken* (vooral groepsbegeleiders en in de gehandicaptenzorg).



## Scholing

In dit hoofdstuk wordt aan verschillende aspecten van scholing aandacht besteed. Eerst wordt een beeld geschetst van de ontwikkelingen in het initiële onderwijs. De instroom van nieuwe leerlingen, het totaal aantal leerlingen en de aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt passen in de revue. Daarna komt vervolgscholing aan bod. Ten slotte wordt aandacht besteed aan de aansluiting van het werk op de kennis en vaardigheden.

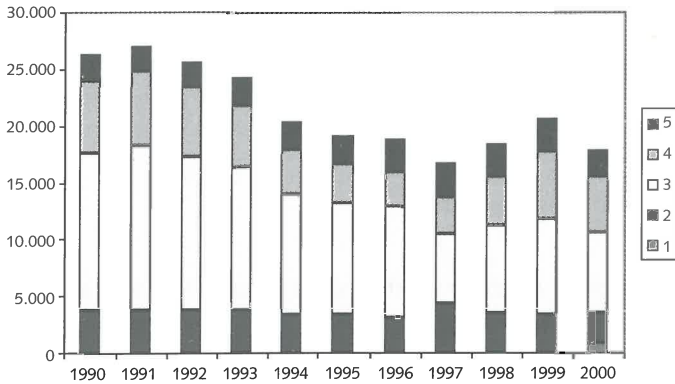
### 1.1 Initieel onderwijs

Vanwege de invoering van een nieuw stelsel van onderwijs voor verpleging en verzorging per augustus 1997 leek het zinvol om de informatie over het onderwijs zo veel mogelijk aan te passen aan de nieuwe situatie. Daarom zijn de oude opleidingen van vóór de invoering van het nieuwe stelsel zo veel mogelijk gehergroepeerd naar dat nieuwe stelsel. Daarbij zijn ongetwijfeld keuzes gemaakt die bediscussieerbaar zijn. Om de grote lijn van de ontwikkeling te kunnen volgen is er over deze keuzes heen gestapt. De precieze toedeling is te vinden op de website van het LCVV ([www.lcvv.nl/v&vtabellen2001](http://www.lcvv.nl/v&vtabellen2001)).

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

#### 1.1.1 Instroom in de opleidingen

Vanaf 2000 geldt dat de instroom in het verplegend en verzorgend onderwijs ten opzichte van het voorafgaande jaar is afgenomen. Figuur 1.1 laat zien dat de totale instroom in deze opleidingen van 27.000 per jaar in het begin van de jaren negentig tot nog geen 17.000 in 1997 is



Figuur 8.1 De instroom in het V&V-onderwijs 1990-2000 naar niveau

afgenomen. In 1999 wordt een aantal van bijna 21.000 bereikt, dat daalt in 2000 tot bijna 18.000.

Was er jarenlang sprake van een toename van de beroepsopleidende leerweg (bol, oftewel voorheen het dagonderwijs), vanaf 1998 zet zich een dalende trend in. De beroepsbegeleidende leerweg (bbl, oftewel voorheen inservice of leerlingwezen) daarentegen, die tot 1997 sterk is afgenomen, vertoont daarna een stijgende lijn, die in 2000 niet kan worden vastgehouden.

Tabel 8.1 laat zien dat vooral de kwalificatieniveaus 3 en 4 qua instroom een sterke daling achter de rug hebben. De nieuwe opleiding tot zorg-hulp trok in het jaar 2000 900 (voltijd)leerlingen aan.

Bij de instroomgegevens van de niveaus 2 tot en met 4 gaat het vanaf 1997 om ramingen. Voor de wijze van ramen wordt naar de website verwezen ([www.lcvv.nl/v&vtabellen2001](http://www.lcvv.nl/v&vtabellen2001)).

### *Het totaal aantal leerlingen*

Het totaal aantal leerlingen in het verplegend en verzorgend onderwijs nam in de periode 1990-1998 af van ruim 60.000 naar nog geen 49.000 (zie tabel 8.2). In 1999 doet zich een lichte stijging voor. Ook in 2000 stijgt het aantal leerlingen dat een opleiding volgt nog licht, ondanks de ten opzichte van 1999 afgenomen instroom in dat jaar.

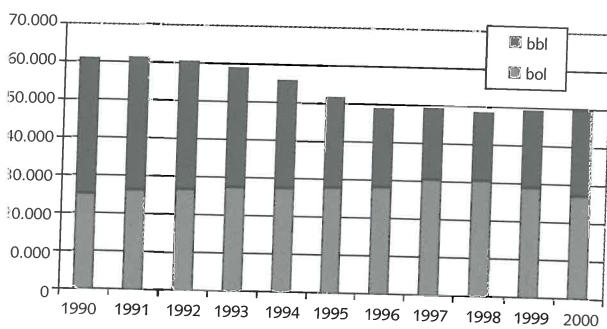


Tabel 8.1  
De instroom in de V&V-(voltijd)opleidingen 1990-2000

	1990	1995	1997	1998	1999	2000
<b>Niveau 5</b>	2.342	2.523	3.077	2.905	2.899	2.436
bbl			300	407	640	605
bol	2.342	2.523	2.770	2.498	2.259	1.831
<b>Niveau 4</b>	6.455	3.373	3.175	4.297	5.976	4.780
bbl	6.455	3.373	1.276	2.178	3.720	3.026
bol			1.899	2.119	2.256	1.755
<b>Niveau 3</b>	13.870	9.896	6.110	7.662	8.391	7.085
bbl	7.975	4.429	1.696	3.837	4.736	4.229
bol	5.895	5.467	4.414	3.825	3.655	2.856
<b>Niveau 2</b>	3.790	3.305	4.324	3.500	3.397	2.656
bbl	2.514	667	448	762	1.152	1.362
bol	1.276	2.638	3.876	2.738	2.245	1.294
<b>Niveau 1</b>						900
bbl						348
bol						552
<b>Totaal 1-5</b>	26.457	19.097	16.686	18.364	20.663	17.858
bbl	18.220	8.469	3.720	7.184	10.247	9.570
bol	9.513	10.628	12.959	11.180	10.395	8.287

bron: OCW, CBS, raming Prismant

figuur 8.2 laat zien dat de verhouding tussen de leerwegen bbl-bol in de loop der tijd ten gunste van de laatste verschuift. Dit past in de maatschappelijke ontwikkeling om langer dagonderwijs te volgen. Sinds 1998



figuur 8.2 Het totaal aantal voltijdeleerlingen in verplegend en verzorgend onderwijs per leerweg

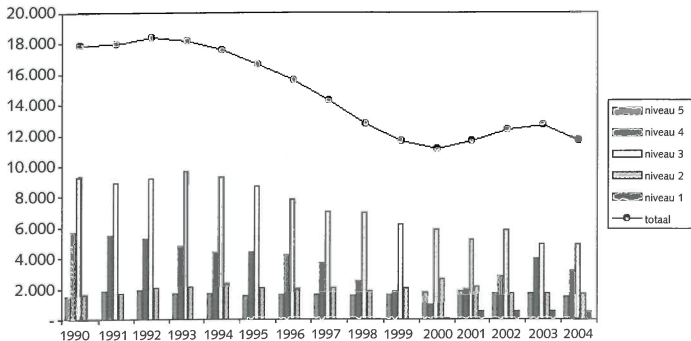
Tabel 8.2

Totaal aantal leerlingen in de V&amp;V-opleidingen 1990-2000

	1990	1995	1997	1998	1999	2000
<b>Niveau 5</b>	8.210	8.392	8.755	9.150	9.365	9.040
bbl	0	0	0	919	1.523	2.147
bol	8.210	8.392	8.755	8.231	7.842	6.893
<b>Niveau 4</b>	19.445	13.770	11.359	12.412	14.262	15.352
bbl	19.445	13.770	9.460	8.847	9.130	9.247
bol	0	0	1.899	3.565	5.132	6.105
<b>Niveau 3</b>	27.710	24.075	22.675	20.062	19.806	20.031
bbl	12.608	9.217	8.879	7.951	9.984	11.224
bol	15.102	14.858	13.796	12.11	19.82	28.807
<b>Niveau 2</b>	5.508	5.342	6.535	6.697	5.882	5.087
bbl	3.647	832	653	1.095	1.418	1.995
bol	1.861	4.510	5.882	5.602	4.464	3.092
<b>Niveau 1</b>	0	0	0	0	0	900
bbl	0	0	0	0	0	348
bol	0	0	0	0	0	552
<b>Totaal 1-5</b>	60.873	51.579	49.324	48.321	49.315	50.410
bbl	35.700	23.819	18.992	17.893	20.532	22.466
bol	25.173	27.760	30.332	30.428	28.783	27.044

Bron: OC&amp;W, CBS

neemt de bbl toe waar de bol een afname laat zien. Deze verandering loopt parallel met een zekere herwaardering van het *lerend werken* (commissie Wagner).



Figuur 8.3 (Verwacht) aantal nieuw gediplomeerden 1990-2004 verpleging en verzorging naar niveau

### *De behaalde diploma's*

De geringere instroom in de opleidingen in de afgelopen jaren werkt door in het aantal leerlingen dat de komende jaren een diploma zal behalen. Naar verwachting zal pas na 2000 aan de jarenlange daling van het aantal nieuw gediplomeerden een einde komen. Verkregen in 1992 nog 18.000 mensen een diploma voor verpleging of verzorging, in 2000 zal dat tot 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. Na 2000 stijgt het aantal naar verwachting tot ruim 12.500 in 2003. In 2004 is een terugval als gevolg van de geringere instroom in 2000 te verwachten tot ruim 11.500.

Bij deze berekeningen is ervan uitgegaan dat de nieuwe opleidingen een vergelijkbaar studierendement kennen als de opleidingen onder het oude stelsel en dat de instroom in de korter durende opleidingen het niveau van 2000 behoudt.

Alleen over het hbo zijn er nauwkeurige studierendementgegevens bekend. Van degenen die in 1991 aan de opleiding begonnen zijn, heeft 50% vijf jaar later de opleiding met succes afgerond. Dit percentage daalde de afgelopen jaren licht tot 56% voor degenen die in 1995 begonnen. Dat is gelijk aan het gemiddelde percentage voor alle hbo-opleidingen. Het gemiddelde van alle gezondheidszorgopleidingen ligt voor het cohort 1995 op 61%.

#### *tabel 8.3*

*Het aandeel geslaagden vijf jaar na instroom bij hbo-v*

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

bron: HBO-Raad

Voor indicaties van de opleidingen op niveau 2 tot en met 4 verwijzen wij naar de rapportage van vorig jaar.

### *Aansluiting onderwijs arbeidsmarkt*

De aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt kan ten aanzien van een aantal facetten bekeken worden. Allereerst is het van belang of degenen die een diploma behalen ook daadwerkelijk gaan werken in het beroep waarvoor ze opgeleid zijn. De verhouding tussen dit aantal en het totaal aantal dat een diploma behaalt, wordt beroepsrendement genoemd.

De opleidingen in het leerlingwezen en inserviceonderwijs 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 verplegend en verzorgend onderwijs op middelbaar en hoger niveau geldt dat ze in verhouding tot andere beroepsopleidingen op dit aspect vrij gunstig scoren.

Het beroepsrendement ligt bij hogere opleidingen hoger dan bij lagere. Heeft men een mbo-opleiding gevolgd, dan is de kans veel groter dat men nog vervolgdagonderwijs gaat volgen dan als men een hbo-opleiding heeft gevolgd. Dit verschijnsel laat tabel 8.4 dan ook duidelijk zien. Opvallend is dat van degenen die in 1999 een diploma in een voltijdagogopleiding behaalden, een veel groter aandeel, 80%, in de sector zorg en welzijn is gaan werken dan de jaren daarvoor. Toen vond gemiddeld nog geen 70% zijn weg naar deze sector. De stijging doet zich vooral bij de niveaus 3 en 4 voor.

Voor niveau 5, het hbo-v, betekent dit dat van elke 100 leerlingen die aan een opleiding beginnen er ongeveer 50 ook daadwerkelijk in het

*Tabel 8.4*  
*Het beroepsrendement naar niveau in %*

Niveau	1994	1995	1996	1997	1998	1999
2	37	38	39	34	39	46
3	69	76	73	77	63	81
4	38	70	69	72	64	77
5	89	90	92	91	92	88
Gemiddeld	64	68	69	68	65	80

Bron: Bewerking ROA-gegevens

beroep terechtkomen (uitgaande van een studierendement van 56% en een beroepsrendement van 90%).

Verder zijn er nog tal van andere aspecten die een beeld geven van de aansluiting. Als voorbeelden zijn te noemen het oordeel dat studenten hebben over de aansluiting, of men een vaste aanstelling heeft, welk salaris men verdient. Een aantal van de genoemde aspecten wordt nu belicht.

De werkloosheid van afgestudeerden een tot anderhalf jaar na het afsluiten van de opleiding is doorgaans laag; lager dan het gemiddelde van andere opleidingen van hetzelfde niveau. Over de aansluiting tussen opleiding en werk hebben de voormalige studenten een jaar na het afstuderen over het algemeen een gunstig oordeel. Andere gezondheidszorgopleidingen dan verpleging scoren overigens op dit punt nog iets beter; de verpleegopleidingen kunnen zich echter 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 2000 bruto f 22,81 per uur. Dat is lager dan het gemiddelde van alle gezondheidszorgopleidingen (f 26,55) en ook lager dan het gemiddelde van alle hbo-opleidingen (f 26,63).

Op dit bedrag is ook onregelmatigheidstoeslag begrepen. Doorgaans bedraagt dit in de intramurale zorg rond de 10% van het inkomen uit. Omdat niet alle hbo-v'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 andere mbo-opleidingen. Bij verpleging en verzorging niveau 3-4 is de werkloosheid laag en heeft men weinig tijd nodig om een baan te vinden. Een groep van 86% is van oordeel dat de opleiding goed of voldoende aansluit bij de functie die men nu vervult. Het gemiddelde van alle mbo-opleidingen op dat niveau bedraagt 75%.

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

Deze gegevens zijn in uitgebreide vorm te vinden op de website

([www.lcvv.nl/v&vtabellen2001](http://www.lcvv.nl/v&vtabellen2001)). Dat geldt ook voor gegevens over de afgelopen jaren.

## 8.2 Vervolgscholing

Sinds de invoering van de Wet-BIG wordt er geen register meer bijgehouden waarin aangetekend wordt welke vervolgoopleidingen verpleegkundigen hebben genoten. In het verleden werd dit door de Inspectie Volksgezondheid gedaan. Bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn aan veldpartijen overgedragen. Recent is er over de vervolgoopleidingen tussen NVZ, VAZ en AVVV een convenant afgesloten. Prismant heeft onlangs in dat verband een aantal onderzoeken naar drie categorieën gespecialiseerde verpleegkundigen afgerond. Het doel van de onderzoeken was een beeld te krijgen van het aantal werkzamen en enkele van hun achtergrondkenmerken. Daarnaast werden de onderzoeken uitgevoerd om een beeld van vraag en aanbod te verkrijgen. Op deze wijze is onderzoek gedaan naar intensive-careverpleegkundigen, kinderverpleegkundigen alsmede verpleegkundigen met een certificaat Spoedeisende hulp.

De omvangrijkste categorie zijn de kinderverpleegkundigen, gevolgd door de IC-verpleegkundigen. Uit tabel 8.6 komt naar voren dat het percentage vrouwen onder kinderverpleegkundigen hoog is.

Tussen de categorieën gespecialiseerde verpleegkundigen bestaat een aantal verschillen. Onder kinderverpleegkundigen is het verloop het geringst. Bij verpleegkundigen spoedeisende hulp geldt meer dat deze specialisatie een stapje in de loopbaan is. Zo is het verloop naar ambulancediensten relatief hoog.

Tabel 8.5

*Een aantal gespecialiseerde verpleegkundigen*

	Totaal	Certificaat	In opleiding	Retrograde erkenning	Overig	Totaal
IC-verpleegkundigen	6.505	62	14	22	2	100
SEH-verpleegkundigen	2.437	67	10	–	23	100
Kinderverpleegkundigen	6.905	86	8	–	6	100

Bron: Prismant

Tabel 8.6  
Enkele kenmerken van gespecialiseerde verpleegkundigen

	Gemiddelde leeftijd	% vrouwen	Omvang dienstverband voltijd=100	Lengte dienstverband in jaren	Bruto-verloop	Netto-verloop
IC-verpleegkundigen	37,0	68	83,2	8,5	7,4	4,7
SEH-verpleegkundigen	39,9	76	76,2	8,2	8,6	6,0
Kinderverpleegkundigen	37,4	96	72,4	9,1	6,8	3,5

Hoe groter het aandeel vrouwen bij een categorie hoe korter de gemiddelde omvang van het dienstverband. Bij gespecialiseerde verpleegkundigen

Tabel 8.7  
Vervolgopleidingen van BIG-geregistreerde verpleegkundigen

	I	II	III	IV	V
een vervolgoopleiding c.q. aantekening	66	38,2	91	38,5	23,0
inder verpleging	71	8,7	93	41,3	24,8
obstetrische en gynaecologische verpleging	68	5,9	93	44,2	24,4
intensive care, IC CCU	74	12,9	75	41,5	28,0
IK/Anesthesie	42	1,6	84	45,4	27,2
ncologie	80	5,2	91	39,6	26,8
abetes	89	1,0	83	38,0	28,6
ciaal-psychiatrische verpleging	54	1,2	56	41,2	28,8
ijkverpleging MGZ	54	4,8	94	46,2	23,9
deropleiding, innovatie, docenten, VOM	64	15,6	65	43,0	29,3
zondheidswetenschappen/Verplegingswetenschap/Beleid en management van de gezondheidszorg, Mastersopleiding	55	2,0	85	40,8	28,0
iders	70	26,0	85	41,1	27,4
taal	67	122,9	85	40,2	25,0

Opmerking: Bewerking gegevens van Van Til e.a. Prismant

- = % werkzaam als verpleegkundige
- = Aandeel onder alle werkzame verpleegkundigen in %
- = Aandeel vrouw (%)
- = Gemiddelde leeftijd in jaren
- = Gemiddeld aantal uren per week werkzaam

gen is dit overigens groter dan bij niet-gespecialiseerde verpleegkundigen (zie tabel 8.7).

Andere specialisaties worden later nog onderzocht.

Door verpleegkundigen wordt na het initieel onderwijs veel aan vervolgscholing gedaan.

Bij een onderzoek onder BIG-geregistreerde verpleegkundigen is gevraagd naar vervolgopleidingen c.q. aantekeningen. Tabel 8.7 laat zien dat van de werkzame verpleegkundigen slechts 38% geen vervolgopleiding heeft gedaan. Opleidingen die veel gevolgd worden zijn de kaderopleiding (15%) en de IC-opleiding (13%). Degenen die een opleiding volgden, zijn gemiddeld ouder en hebben een gemiddeld langere werkweek dan degenen die geen opleiding volgden.

Mannen volgen vaker een vervolgopleiding. Zij zijn verhoudingsgewijs oververtegenwoordigd bij de kaderopleiding en intensive care.

### 8.3 Aansluiting kennis en vaardigheden

Van de verpleegkundigen en verzorgenden is 65% 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. Een en ander verschilt per branche. 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 8.8).

De personen die geen goede aansluiting ervaren (in tabel 8.8 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 de opleiding niet voldoende praktijkgericht.

De grootste groep die zich overgekwalificeerd voelt, zijn mannen vanaf 35 jaar. Dit is vooral het geval bij verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in verpleeghuizen en in de thuiszorg. Wat de verschillende



Tabel 8.8  
Verschillende kenmerken en 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 t/m 34 jaar	0	53	34	9	4	100	
Man > 35 jaar	0	63	25	10	2	100	
Vrouw t/m 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>Branche</b>							
Ziekenhuizen	0	67	26	5	1	100	
Verpleeghuizen	1	66	28	5	1	100	
Gehandicaptenzorg	0	55	34	10	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	
Roepsbegeleider	1	55	34	9	2	100	
Instellingsverzorgende	1	71	25	3	1	100	

bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn

beroepsgroepen betreft, zijn het vooral gezins- en ziekenverzorgenden die zich overgekwalificeerd voelen.

#### 4 Samenvatting

De laatste jaren is er een stijgende lijn vanaf 1997 is de instroom in het initiële verplegend verzorgend onderwijs in 2000 voor het eerst geringer dan het jaar ervoor. Alle kwalificatieniveaus laten een terugval zien. Nieuw is de instroom in de opleiding tot zorghulp die 900 voltijdlerlingen aantrok. Het totaal aantal leerlingen in het verplegend en verzorgend onderwijs steeg nog licht en bedraagt nu 50.000. Tot 2003 zal het aantal leerlingen dat een diploma haalt nog stijgen. Als gevolg van de huidige lagere instroom zet daarvoor een daling in. De cijfers van de hbo-v zijn recente nauwkeurige studierendementgegevens

bekend. Die daalden van 60% bij degenen die in 1991 aan de studie begonnen tot 56% bij degenen die in 1995 startten. Dit percentage is gelijk aan het gehele hbo, maar lager dan het gemiddelde van de hbo-gezondheidszorgopleidingen (61%).

Het aandeel leerlingen met een diploma dat ook daadwerkelijk in de zorgsector aan de slag gaat, is in het jaar 2000 gestegen ten opzichte van voorgaande jaren. Dit zogenaamde beroepsrendement nam toe van 67 tot 80%. De hbo-v kent een hoger beroepsrendement (ongeveer 90%). Deze percentages (studierendement en beroepsrendement) samen betekenen dat een van elke twee beginnende studenten ook daadwerkelijk in het beroep in de zorgsector aan de slag gaat.

Qua salariëring steken hbo-v'ers een jaar na afstuderen ongunstig af bij de gemiddelde hbo'er.

Dit geldt ook ten opzichte van de gemiddelde hbo'er uit de gezondheidszorgopleidingen. De mbo-verpleegkundigen en -verzorgenden steken juist gunstig af bij de gemiddelde mbo'er.

Tot slot is in dit hoofdstuk aandacht besteed aan de vervolgopleidingen. Met name door verpleegkundigen wordt veel aan vervolgscholing gedaan: 62% van de werkzame verpleegkundigen. De kaderopleiding en de opleiding tot het IC-certificaat worden het meest gevolgd. Het zijn vooral ouderen die een vervolgopleiding hebben genoten. Het wekt dan ook geen verbazing dat juist ouderen van mening zijn dat hun persoonlijke kennis en vaardigheden goed aansluiten bij de vereisten van hun werk. Bijna 15% van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt zich overgekwalificeerd. Dit komt vooral voor bij mannen boven de 35 jaar en bij degenen die werkzaam zijn in verpleeghuis en thuiszorg.

## Werken in de zorg: vertrekken of blijven?

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het dilemma dat bij sommige verpleegkundigen en verzorgenden zeker leeft: vertrekken of blijven? In de eerste paragraaf komen de vertrekcijfers van de afgelopen jaren en de vraag waar men naartoe vertrekt aan bod. Daarna wordt aandacht besteed aan de vertrekredenen. Tot slot komen de redenen om te blijven aan de orde.

### 9.1 Het verloop

Het vertrek van personeel uit zorginstellingen, ook wel het brutoverloop genoemd, neemt de laatste jaren toe. Tabel 9.1 laat zien dat dit voor alle branches in de intramurale gezondheidszorg geldt. Voor de andere branches bestaan geen betrouwbare gegevens.

Het vertrek uit een instelling behoeft op zich niet negatief te zijn. Voor allen is het een mogelijkheid om een nieuwe uitdaging elders aan te

Tabel 9.1  
Het brutoverloop bij VOV-personeel

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Verpleeghuizen	8,6	7,2	8,1	8,7	9,6	11,7	12,1	13,4
Academische verpleeghuizen	7,8	6,7	6,9	7,0	8,4	9,5	9,6	11,4
Psychiatrische verpleeghuizen	13,1	10,2	10,2	10,4	11,4	14,5	15,4	-
Intramurale gezondheidszorg	13,5	11,7	11,7	11,7	12,7	14,2	16,7	19,4
Verpleeghuizen	14,9	11,9	12,3	12,3	13,3	15,6	17,0	18,9
Zorgingshuizen	-	-	-	-	-	-	15,6	16,3
Totaal intramuraal	11,9	9,8	10,2	10,4	11,4	13,5	14,7	16,3

Tabel 9.2  
Vertrekrichting van verpleegkundigen en verzorgenden in %<sup>1</sup>

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Binnen zorg	55	60	60	69	68	67
Buiten zorg	8	10	11	10	11	11
(Nog) geen werk	38	31	30	21	20	22
Totaal	100	100	100	100	100	100

<sup>1</sup> Exclusief thuiszorg  
Bron: Exitinterviews Prismant

gaan. Het eerdergenoemde brutoverloop kan onderverdeeld worden in nettoverloop (beëindiging van het beroep in de zorgsector) en baan-baanmobiliteit (het veranderen van functie binnen de zorgsector). Tussen 1994 en 2000 nam het brutoverloop weliswaar toe, maar ook nam het aandeel van degenen die binnen de zorg een nieuwe baan vonden toe (tabel 9.2). Opvallend is verder de afname van het aandeel mensen dat aansluitend op het vertrek geen werk heeft.

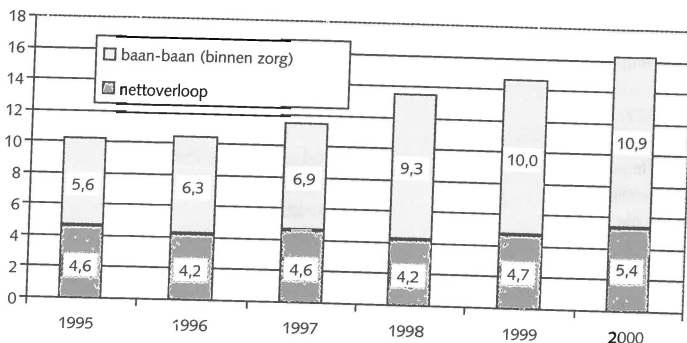
Tussen de verschillende branches doen zich in de vertrekrichting wel verschillen voor.

In de thuiszorg blijft slechts 48% van de verpleegkundigen en verzorgenden in de zorgsector werkzaam. Dit percentage ligt voor de andere branches beduidend hoger (rond de 67%). De gemiddelde leeftijd van de vertrekkers in de thuiszorg is het hoogst (36,8 jaar) en het aandeel vrouwen onder de vertrekkers is in deze branche ook het hoogst (96%).

Tabel 9.3  
Vertrekrichting per branche in % en enkele demografische kenmerken van de vertrekkers

	Ziekenhuizen	Ouderenzorg	GGZ	Gehandicaptenzorg	Thuiszorg
Zorg	68	67	68	66	48
Elders	9	10	17	14	20
Geen betaald werk	23	23	15	20	31
Totaal	100	100	100	100	100
Gemiddelde leeftijd (jaren)	33,2	33,0	34,7	31,9	36,8
Aandeel vrouwen (%)	90	89	70	81	96

Bron: Exitinterviews Prismant



Figuur 9.1 Het vertrek naar richting in %

Verder scoort de thuiszorg eveneens het hoogst onder degenen die stoppen met werken.

Wanneer het nettoverloop en de baan-baanmobiliteit binnen de intramurale zorg met elkaar in verband gebracht worden, resulteert figuur 9.1. Hierin is te zien dat het nettoverloop toeneemt, maar minder snel dan het totale verloop, het brutoverloop. Het nettoverloop is in 2000 inmiddels gestegen tot 5,4%. Dit betekent dat een op de negentien verpleegkundigen en verzorgenden in 2000 zijn of haar beroep de rug toegekeerd heeft.

## 9.2 Vertrekredenen

Van de hand van exitinterviews is na te gaan waarom verpleegkundigen en verzorgenden hun baan opzeggen. Een honderdtal instellingen uit de zorg doen bij Prismant al een aantal jaren aan deze vorm van interviews mee. Daarmee is het mogelijk om na te gaan of zich verschuivingen voordoen in de redenen die men voor het vertrek opgeeft. Tabel 9.4 geeft de belangrijkste vertrekredenen voor de periode 1995-1997 en het jaar 2000. De ruimere arbeidsmarkt wordt geïllustreerd door het feit dat de behoefte aan ander werk als een van de vertrekredenen aan belang wint. In 1995-1997 is dit voor 19% van de werknemers een vertrekreden, in 2000 voor 25%.

In 2000 worden verhoudingsgewijs vaker vertrekredenen opgegeven als onvoldoende opleiding, reistijd en voldoening in werk. Opvallende verschillen zijn te zien in de vertrekredenen beloning. In 2000 geeft 13% van de vertrek-

Tabel 9.4  
De belangrijkste vertrekredenen in 1995-1997 en 2000<sup>1</sup>

1995-1997	%	2000	%
Behoeftte ander werk	19	Behoeftte ander werk	25
Ontplooing	19	Ontplooing	22
Perspectief	16	Reistijd	18
Reistijd	16	Voldoening werk	17
Voldoening werk	13	Perspectief	16
Verhuizing	12	Beloning	13
Gezin	12	Gezin	13

<sup>1</sup> Exclusief thuiszorg; meerdere antwoorden mogelijk

Bron: Exitinterviews Prismant

kers dit aan als reden voor vertrek, in de periode 1995-1997 slechts 7%. Van de vertrekkers geeft een aantal mensen aan dat onder bepaalde voorwaarden vertrek voorkomen had kunnen worden. Dit aandeel is gestegen van 49% in de periode 1995-1997 tot 56% in 2000. Gebrek aan ontplooiingsmogelijkheden, het ontbreken van perspectief op een loopbaan en het ontbreken van voldoening in het werk zijn belangrijke factoren die als voorkoombare vertrekredenen worden aangewezen. In de periode 1995-1997 noemt 10% van de vertrekkers de mogelijkheden om meer of minder uren te werken (aantal uren) als voor-

Tabel 9.5  
De belangrijkste voorkoombare vertrekredenen in 1995-1997 en 2000<sup>1</sup>

1995-1997	%	2000	%
Ontplooing	19	Ontplooing	22
Perspectief	16	Voldoening werk	17
Voldoening werk	13	Perspectief	16
Aantal uren	10	Beloning	13
Werktijden	9	Werktijden	12
Klimaat	7	Werkdruk	11
Werkdruk	7	Klimaat	10
Beloning	7	Lichamelijke belasting	8

<sup>1</sup> Meerdere antwoorden mogelijk

Bron: Exitinterviews Prismant

koombare vertrekreden. In 2000 bedraagt het aandeel slechts 5%. Beloning wordt vaker als voorkoombare vertrekreden opgegeven (van 7% naar 13% in 2000).

### *Vertrekredenen naar vertekrichting*

Voor zowel de vertrekkers die binnen de zorgsector blijven werken als de groep die buiten de sector gaat werken zijn de behoefte aan ander werk en ontplooiing belangrijke vertrekredenen.

Voor 22% van de vertrekkers die binnen de zorgsector blijven werken, vormt reistijd een belangrijke vertrekreden. Dit vindt slechts 5% van de mensen die buiten de zorgsector gaan werken. Beloning, werktijden en geestelijke belasting vormen voor deze categorie vertrekkers een belangrijke vertrekreden. Voor de categorie mensen die (tijdelijk) stopt met werken zijn ouderschap en gezin belangrijke vertrekredenen.

Had vertrek voorkomen kunnen worden en welke factoren spelen dan een rol? Van de vertrekkers die binnen de zorgsector blijven, geeft 51% aan dat vertrek mogelijk te voorkomen was geweest, van de vertrekkers die buiten de zorgsector gaan werken 59%. Degenen die stoppen met betaald werk geven aan dat hun vertrek veel minder beïnvloedbaar is vanuit de werksituatie: slechts 21% geeft aan dat vertrek mogelijk voorkomen had kunnen worden. Per categorie verschillen de voorkoombare vertrekredenen. Zo worden door vertrekkers die buiten de zorgsector aan werken vaker beloning (22%) en werktijden (16%) genoemd, terwijl degenen die binnen de zorgsector van baan veranderen vaker ont-

tabel 9.6  
De belangrijkste vertrekredenen per vertekrichting in 2000<sup>1</sup>

men zorg	%	Buiten zorg	%	Gestopt	%
behoefte ander werk	26	Behoefte ander werk	33	Gezin	36
ontplooiing	24	Beloning	22	Ouderschap	30
reistijd	22	Ontplooiing	21	AOW/OBU	17
perspectief	18	Voldoening werk	20	Lich. belasting	17
voldoening werk	17	Perspectief	18	Vrije tijd	15
beloning	14	Werktijden	16	Gezondheid	13
geleiding	13	Geestelijke belasting	15	Voldoening werk	11

meerder antwoorden mogelijk

1: Exitinterviews Prismant

Tabel 9.7

De belangrijkste voorkombare vertrekredenen gepercenteerd naar aantal vertrekkers per vertrekrichting<sup>1</sup>

Binnen zorg	%	Buiten zorg	%	Gestopt	%
Ontplooiing	24	Beloning	22	Lich. belasting	17
Perspectief	18	Ontplooiing	21	Voldoening werk	11
Voldoening werk	17	Voldoening werk	20	Werktijden	8
Beloning	14	Perspectief	18	Werkdruk	8
Werktijden	11	Werktijden	16	Geestelijke belasting	8
Werkdruk	10	Geestelijke belasting	15	Beloning	7
Klimaat	10	Lichamelijke belasting	15	Ontplooiing	5
Gebrek opleiding	8	Werkdruk	14	Klimaat	4

<sup>1</sup> Inclusief thuiszorg en meerdere antwoorden mogelijk

Bron: Exitinterviews Prismant

plooiingsmogelijkheden (24%) noemen. Bij degenen die stoppen met betaald werk speelt lichamelijke belasting een grote rol.

Ontplooingsmogelijkheden, voldoening in het werk en perspectief op een loopbaan zijn voor zowel mensen die binnen de zorgsector blijven als mensen die buiten de zorgsector gaan werken belangrijke vertrekredenen.

#### Vertrekredenen voor verpleegkundigen en verzorgenden

Op basis van diplomabezit kan de groep vertrekkers onderscheiden worden in verpleegkundigen en verzorgenden. De vertrekrichting bij ver-

Tabel 9.8

Vertrekrichting en enkele demografische kenmerken bij vertrekkende verpleegkundigen en verzorgenden in 2000 in %

	Verpleegkundigen	Verzorgenden
Zorg	71	69
Elders	8	11
Geen werk	21	20
Totaal	100	100
Gemiddelde leeftijd (in jaren)	34,7	32,8
Percentage vrouwen	84,3	93,4

Bron: Exitinterviews Prismant



Tabel 9.9  
De belangrijkste vertrekredenen in % voor verpleegkundigen en verzorgenden

Verpleegkundigen	%	Verzorgenden	%
Ontplooiing	25	Behoeftte ander werk	28
Behoeftte ander werk	24	Gezin	16
Reistijd	20	Reistijd	16
Loopbaanperspectief	20	Ontplooiing	16
Voldoening werk	19	Opleiding	13
Beloning	14	Voldoening werk	13
Werktijden	12	Werkdruk	13

Bron: Exitinterviews Prismant

pleegkundigen en verzorgenden is nagenoeg dezelfde. Vertrekkende verpleegkundigen zijn gemiddeld iets ouder en het gaat vaker om mannen. Verpleegkundigen noemen vaker een (voorkoombare) vertrekreden dan verzorgenden. Het ontbreken van loopbaanperspectief wordt door verpleegkundigen vaker als vertrekreden opgegeven (20% respectievelijk 10%). Hetzelfde geldt voor (het ontbreken van) ontplooiingsmogelijkheden. Dit kan veroorzaakt worden doordat er verhoudingsgewijs meer mannen als verpleegkundigen werken.

Van de verpleegkundigen die een vertrekreden noemen, geeft 59% tevens een voorkoombare vertrekreden. Voor de groep verzorgenden ligt dit percentage iets lager, namelijk op 54%.

Tabel 9.10  
De belangrijkste voorkoombare vertrekredenen in % voor verpleegkundigen en verzorgenden

Verpleegkundigen	%	Verzorgenden	%
Ontplooiing	25	Ontplooiing	16
Perspectief	20	Voldoening werk	13
Voldoening werk	19	Werkdruk	13
Beloning	14	Werktijden	12
Werktijden	12	Beloning	11
Werkmaat	11	Lichamelijke belasting	11
Werkdruk	11	Perspectief	10
Verleg	8	Klimaat	7

Bron: Exitinterviews Prismant

Tabel 9.11

Aspecten van het werk die een reden vormen om in de zorg te blijven werken naar sector in 1998 in %<sup>1</sup>

	Thuis- zorg	Zieken- huizen	Geestelijke gezond- heidszorg	Gehandicap- tenzorg	Verpleeg- huizen	Verzor- gings- huizen
Inhoudelijk leuk werk	38	65	61	59	44	41
Invloed op inhoud werk	8	91	91	5	7	10
Prettige sfeer afdeling/team	15	40	39	38	37	31
Zeggenschap over tijden	12	9	10	9	12	7
Tevreden met inkomen	7	10	14	10	14	7
Werk graag met mensen	68	39	40	50	55	66
Arbeidsvoorwaarden zijn goed	1	3	4	2	1	1
Voldoende mogelijkheden om meer/minder te gaan werken	7	8	7	5	6	3
Aanwezigheid kinderopvang	0	1	0	0	1	0
Kan me goed ontplooiën binnen de zorg	2	6	9	6	8	5
Goede loopbaanperspectieven	1	3	3	1	3	1
Voldoening in werk	43	36	26	33	39	40
Goed te combineren met zorgtaken	18	16	20	12	15	14
Werk is erg zinvol voor me	18	14	15	17	18	15
Waardering patiënten/cliënten	42	25	15	23	23	36
Waardering leiding/werkgever	2	3	3	2	3	4

<sup>1</sup> Meerdere antwoorden mogelijk

Bron: OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn

Door verpleegkundigen wordt vaker het ontbreken van ontplooiingsmogelijkheden en loopbaanperspectief als vertrekreden opgegeven.

### 9.3 Redenen om te blijven

Niet alleen is het van belang om na te gaan waarom verpleegkundigen en verzorgenden vertrekken, het is ook zinvol om na te gaan welke redenen men heeft om de uitoefening van het beroep voort te zetten. Hiermee krijgen we een beeld van wat de aantrekkelijke kanten van het werk zijn. Tabel 9.11 laat zien dat de belangrijkste redenen om in de zorg te blijven werken per branche verschillen. De werkenden in de thuiszorg scoren hoog op het aspect dat men graag werkt met mensen en op het

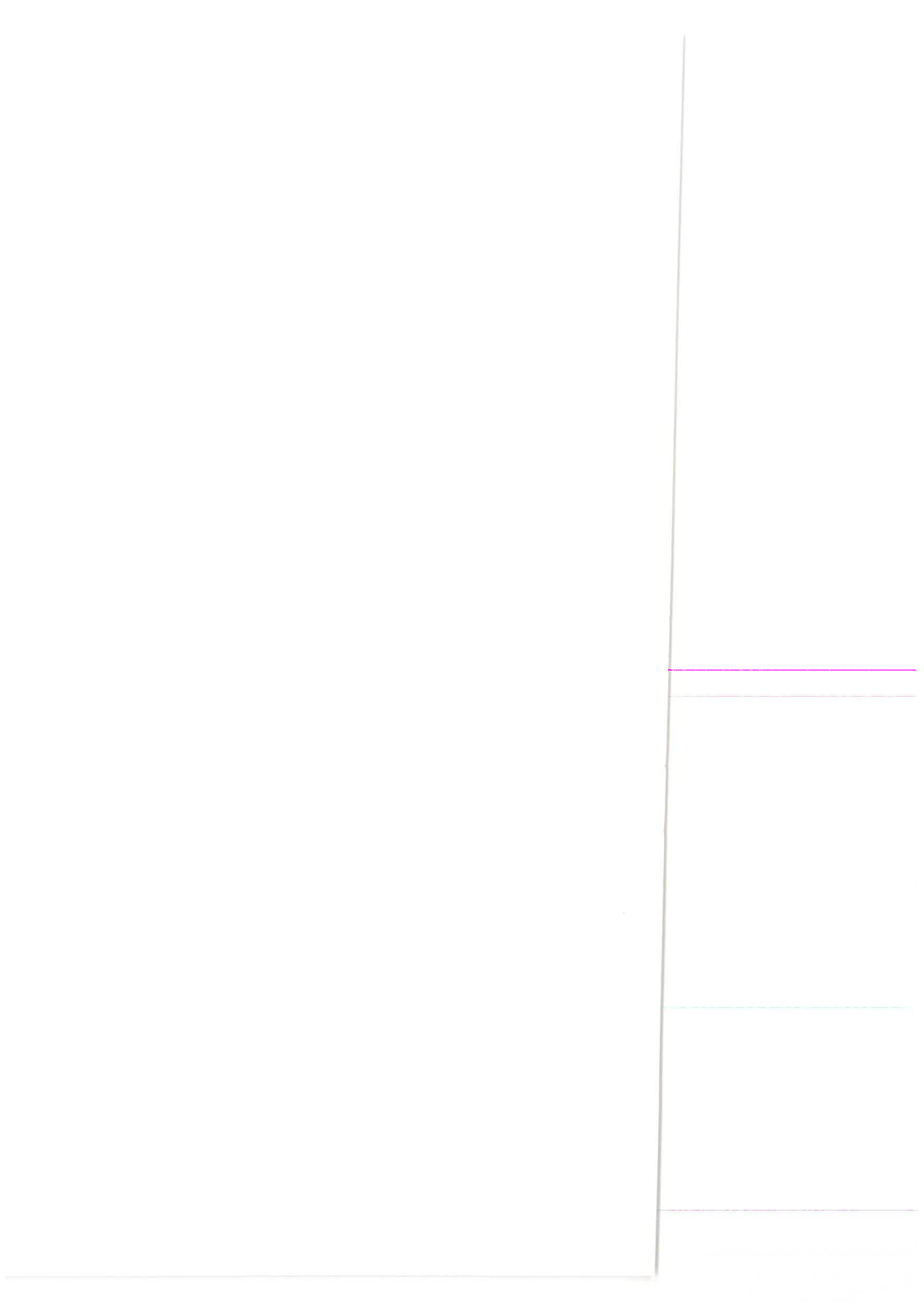
aspect waardering van patiënten/cliënten. Gezien het solitaire karakter van het werk valt het belang van een prettige sfeer in het team laag uit. Ook het aspect inhoudelijk leuk werk scoort verhoudingsgewijs laag. Deze aspecten worden juist door werkenden in ziekenhuizen van groot belang geacht. De werkenden in andere branches nemen op deze aspecten meer een middenpositie tussen thuiszorg en ziekenhuiszorg in.

#### 9.4 Samenvatting

Verpleegkundigen en verzorgenden veranderen vaker van baan binnen de zorgsector. In 1994 bedroeg het percentage nog 5,6; in 2000 is dat opgelopen tot 10,9. Ook wordt het beroep steeds vaker (tijdelijk) de rug toegekeerd: eind jaren negentig lag dit gemiddeld iets boven de 4%; in 2000 bedroeg dit 5,4%, oftewel een op de negentien verpleegkundigen en verzorgenden. Behoeftte aan ander werk en de mogelijkheid om iets anders te gaan doen, zijn door de jaren heen de belangrijkste motieven voor vertrek. In de krapper wordende arbeidsmarkt worden reistijd en beloning belangrijker.

Het aandeel dat aangeeft dat het vertrek onder bepaalde voorwaarden was te voorkomen nam in de loop der jaren toe van 49 tot 56%. Het ontbreken van ontplooiingsmogelijkheden en perspectief op een loopbaan blijft door de jaren heen hierbij de belangrijkste factor. Voor degenen die hun heil buiten de zorg zoeken is de vertrekreden steeds vaker ook de beloning. Bij degenen die (tijdelijk) stoppen met het uitoefenen van het beroep spelen relatief vaker ook factoren zoals werkdruk en fysieke en lichamelijke belasting een rol.

Redenen om te blijven werken in de zorg verschillen tussen de branches. In de thuiszorg wil men graag blijven omdat men graag met mensen werkt en waardering van patiënten en cliënten van groot belang vindt. Gezien het solitaire karakter van het werk valt het belang van een prettige sfeer in het team bij hen laag uit. Ook het aspect inhoudelijk leuk werk scoort verhoudingsgewijs laag. Deze aspecten worden juist door werkenden in ziekenhuizen van groot belang geacht. In andere branches neemt men op deze aspecten een middenpositie tussen thuiszorg en ziekenhuiszorg in.



## Ziekteverzuim

Het ziekteverzuim is een onderwerp dat de laatste jaren veel aandacht krijgt. In dit hoofdstuk wordt naast de ziekteverzuimgegevens uit registratiebronnen (paragraaf 10.1) ingegaan op de oorzaken van het ziekteverzuim (paragraaf 10.2). Hierbij heeft met name de OSA-arbeidsaanbodmonitor als bron gediend.

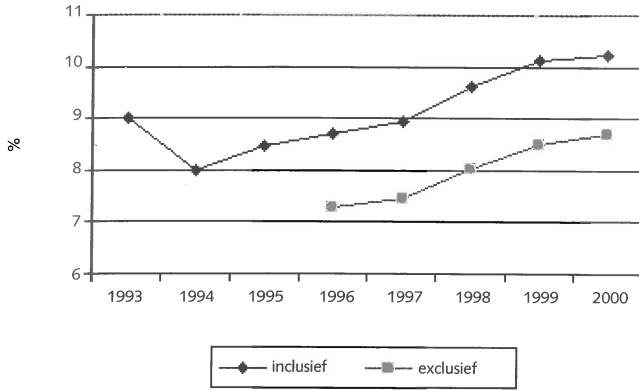
### 10.1 De cijfers

Het ziekteverzuimpercentage onder verpleegkundigen en verzorgenden steeg de afgelopen jaren; in 1997 nog licht, maar in de jaren daarna aanzienlijk. De stijging vlakke echter in 2000 af (figuur 10.1). Deze trend doet zich ook landelijk voor, echter onder verpleegkundigen en verzorgenden is het niveau van het ziekteverzuim met 8,7% veel hoger dan de landelijke 5,5%. Overigens laten grote bedrijven (met 100 of meer werknemers) landelijk een veel hoger ziekteverzuim zien (7,2%). Het leeuwendeel van de instellingen waar verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam zijn behoort ook tot de grote bedrijven. Binnen de zorgsector loopt het percentage uiteen van gemiddeld ruim 7% bij ziekenhuizen tot 10% in de thuiszorg.

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

Eigenlijk geldt dat ziekenhuizen slechts weinig afwijken qua niveau van het landelijke beeld. Het zijn vooral de thuiszorgsector en de verpleeghuissector die met een hoog ziekteverzuimpercentage te kampen hebben.

Opvallend is dat het ziekteverzuim, exclusief bevallingsverlof, zo weinig naar leeftijd differentieert (figuur 10.2). Zo zijn er weinig verschillen tus-



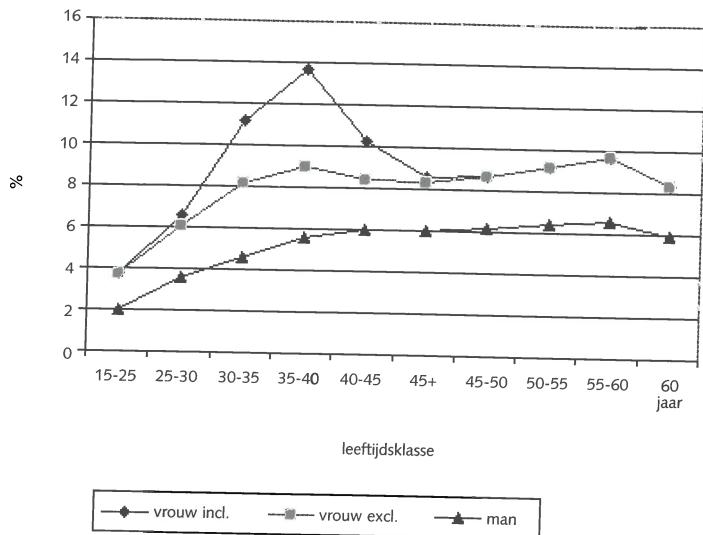
Figuur 10.1 Het ziekteverzuimpercentage 1993-2000

sen vrouwen in de leeftijdscategorie 25-30 jaar en vrouwen van 45 jaar en ouder. Bij mannen zijn de verschillen tussen de leeftijdscategorieën wat groter, maar ook bij hen geldt dat het ziekteverzuim na de leeftijd van 40 jaar weinig verandert.

Tabel 10.1  
Het ziekteverzuimpercentage per sector 1994-2000

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Inclusief zwangerschapsverlof</b>								
Algemene en categorale ziekenhuizen	7,8	7,1	7,5	7,7	7,9	8,6	8,9	9,0
Psychiatrische ziekenhuizen	8,7	7,7	7,9	7,9	8,3	8,7	9,1	-
Intramurale gehandicaptenzorg	8,6	7,8	8,4	8,8	9,1	9,6	10,2	10,4
Verpleeghuizen	10,5	9,1	9,6	9,9	10,0	10,8	11,7	11,8
Thuiszorg	-	9,1	8,4	9,5	10,6	11,3		
<b>Exclusief zwangerschapsverlof</b>								
Algemene en categorale ziekenhuizen	-	-	6,1	6,2	6,8	7,1	7,2	
Psychiatrische ziekenhuizen	-	-	6,8	7,2	7,6	7,9	-	
Intramurale gehandicaptenzorg	-	-	7,2	7,5	8,0	8,6	9,0	
Verpleeghuizen	-	-	8,6	8,6	9,3	10,1	10,3	
Verzorgingshuizen	-	-	-	7,1	7,0	8,7	-	
Thuiszorg	-	8,3	7,8	8,5	9,2	9,7	-	-

Bron: LKG; Vernet, NZi/LVT, CBS



Figuur 10.2 Ziekteverzuim naar leeftijd en geslacht 1999 in- en exclusief bevallingsverlof

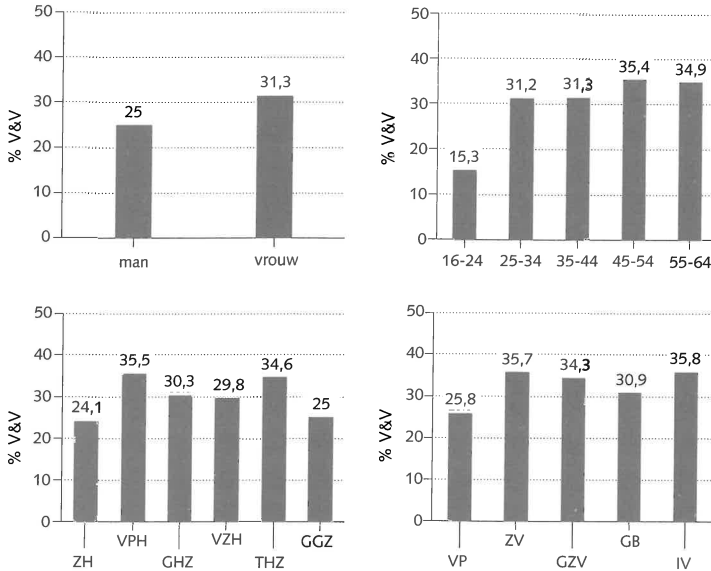
## 10.2 Oorzaken langdurig ziekteverzuim

Op basis van gegevens uit de OSA-arbeidsaanbodmonitor wordt in deze paragraaf ingegaan op de oorzaken van langdurig ziekteverzuim. Onder langdurig ziekteverzuim wordt verstaan verzuim van een periode van twee weken of langer achter elkaar. In de OSA-arbeidsaanbodmonitor is daartoe de vraag opgenomen of en, zo ja, hoe vaak men in de afgelopen twee jaar twee weken of langer achter elkaar verzuimd heeft.

Om vervolgens inzicht te krijgen in de factoren die het langdurig ziekteverzuim zouden kunnen verklaren is gebruikgemaakt van de onderzoeksresultaten van Burgers et al. (2000). De gegevens die Burgers voor zijn onderzoek heeft gebruikt zijn ook afkomstig uit de OSA-arbeidsaanbodmonitor.

### Omvang langdurig ziekteverzuim

Over het algemeen geeft 31% van de verpleegkundigen en verzorgenden aan in een periode van twee jaar wel eens te maken te hebben gehad met langdurig ziekteverzuim. Figuur 10.3 geeft een beeld van het



Figuur 10.3 Percentage langdurig ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof) naar geslacht, leeftijd, sector en functie

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

ZH = Ziekenhuizen

VPH = Verpleeghuizen

GHZ = Gehandicaptenzorg

VZH = Verzorgingshuizen

THZ = Thuiszorg

GGZ = Geestelijke gezondheidszorg

VP = verpleegkundigen

ZV = ziekenverzorgenden

GZV = gezinsverzorgenden

GB = groepsbegeleiders

IV = instellingsverzorgenden

langdurig ziekteverzuim uitgesplitst naar geslacht, leeftijd, sector en functie. De figuur laat zien dat langdurig ziekteverzuim relatief vaker door vrouwen (31%) dan door mannen (25%) wordt gerapporteerd. Verder laat de figuur zien dat de hogere ziekteverzuimpercentages vooral onder verpleegkundigen en verzorgenden in de oudere leeftijdscategorieën voorkomen. In de jongste leeftijdscategorie (16-24 jaar) blijkt het langdurig ziekteverzuim met 15% het laagst te zijn. Onderscheid naar sector laat zien dat langdurig ziekteverzuim het minst vaak wordt gerapporteerd door verpleegkundigen en verzorgenden die in ziekenhuizen (24%) en in de geestelijke gezondheidszorg (25%)

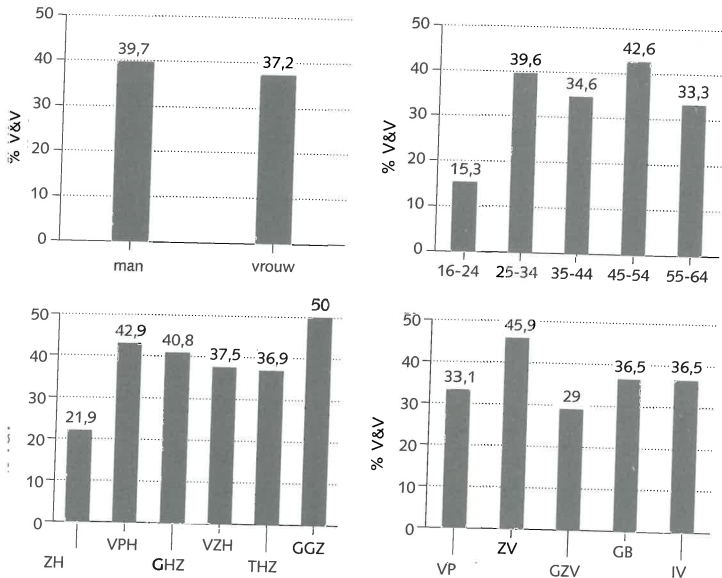


werkzaam zijn. De verpleeghuissector en de thuiszorg kennen de hoogste ziekteverzuimpercentages (ongeveer 35%).

Een uitsplitsing naar functies laat zien dat ongeveer een kwart van de verpleegkundigen aangeeft in een periode van twee jaar wel eens langdurig verzuimd te hebben, terwijl de percentages van ziekenverzorgenden, instellingsverzorgenden en gezinsverzorgenden rond 35% liggen.

*Langdurig ziekteverzuim werkgerelateerd?*

Van de verpleegkundigen en verzorgenden die te maken hebben gehad met langdurig ziekteverzuim geeft 38% aan dat dit verzuim voor een belangrijk deel te maken heeft (gehad) met het werk of de situatie rond



gaur 10.4 Percentage verpleegkundigen en verzorgenden dat vindt dat hun ziekteverzuim vooral werkgerelateerd is geweest, naar geslacht, leeftijd, sector en functie

on: bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (1999)

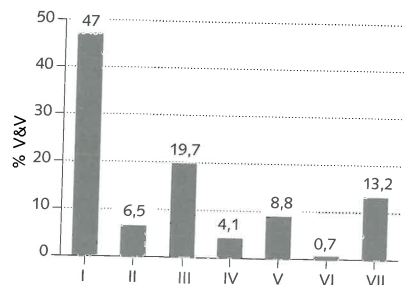
- I = Ziekenhuizen
- H = Verpleeghuizen
- IZ = Gehandicaptenzorg
- H = Verzorgingshuizen
- Z = Thuiszorg
- Z = Geestelijke gezondheidszorg

- VP = verpleegkundigen
- ZV = ziekenverzorgenden
- GZV = gezinsverzorgenden
- GB = groepsbegeleiders
- IV = instellingsverzorgenden

het werk. Uit figuur 10.4 blijkt dat dit in iets grotere mate voor mannen (40%) geldt dan voor vrouwen (37%). Uitgesplitst naar leeftijd is het met name de leeftijdscategorie 45-54 waarin men aangeeft dat het ziekteverzuim voor een groot deel veroorzaakt werd door het werk (circa 41%). Uitgesplitst naar sectoren liggen de percentages verder uiteen: zo blijkt bijna 22% van de verpleegkundigen en verzorgenden in ziekenhuizen aan te geven dat hun ziekteverzuim vooral voortkomt uit het werk of de werksituatie, terwijl dit percentage in de gehandicaptenzorg en in de verpleeghuizen bijna twee keer zo hoog ligt (respectievelijk 41% en 43%); in de GGZ zelfs 50%. Verder zijn het met name ziekenverzorgenden die te kennen geven dat het langdurig ziekteverzuim voor een belangrijk deel gerelateerd is aan het werk (46%).

#### *Welke oorzaken?*

De volgende vraag is welke oorzaken binnen het werk nu als belangrijkste worden geduid. Figuur 10.5 laat zien dat lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden verreweg het meest worden genoemd als belangrijkste werkgerelateerde oorzaak (47%). Een te hoge werkdruk wordt door ongeveer een vijfde van de verpleegkundigen en verzorgenden gerapporteerd. Op de derde plaats staat de categorie 'anders' (13%). Deze categorie beslaat gezondheidsklachten, zoals rugklachten, tennisarm, burn-out en psychische klachten. Maar ook conflictsituaties op het werk en de combinatie werk en privé werden hierbij genoemd. In tabel 10.2 wordt vervolgens een overzicht gegeven van de belangrijkste werkgerelateerde oorzaken naar geslacht, leeftijd, sector en functie. Wanneer onderscheid naar mannen en vrouwen wordt gemaakt, dan valt op dat door mannen een te hoge werkdruk het vaakst wordt genoemd en dat naast lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden, ook onenigheid met de leiding of met collega's een op de vijf keer als belangrijkste oorzaak wordt gezien van langdurig ziekteverzuim. Door vrouwen worden in bijna de helft van de gevallen lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden genoemd als belangrijkste oorzaak. Onderscheid naar leeftijd geeft alleen bij de jongste en de oudste groep verpleegkundigen en verzorgenden een iets afwijkend beeld van het totaal. Van de – overigens relatief kleine groep – jonge verpleegkundigen en verzorgenden die vinden dat het ziekteverzuim vooral veroorzaakt wordt door het werk (figuur 10.4), geeft ruim een vijfde een bedrijfsom-



Figuur 10.5 De belangrijkste werkgerelateerde oorzaken van langdurig ziekteverzuim naar de mening van verpleegkundigen en verzorgenden

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

- = lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden
- I = lichamelijk letsel door bedrijfsongeval
- II = te hoge werkdruk
- V = reorganisatie, (dreigend) ontslag, enz.
- / = onenigheid met de leiding of met collega's
- /I = omgang met cliënten
- /II = anders

ongeval aan als belangrijkste oorzaak. De oudste groep verpleegkundigen en verzorgenden is de enige subgroep waarin werkdruk *niet* in de 'toprie' van de belangrijkste oorzaken zit. In deze groep geeft 20% aan dat reorganisatie en dreigend ontslag de belangrijkste oorzaak is geweest aan hun langdurig ziekteverzuim.

Bij het onderscheid naar sectoren valt op dat in de GGZ werkdruk het vaakst wordt genoemd. Verder lijken lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden in deze sector nauwelijks mee te spelen bij langdurig ziekteverzuim. Dit in tegenstelling tot de situatie bij verzorgingshuizen en verpleeghuizen, waar lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden voor respectievelijk 61% en 59% wordt gezien als belangrijkste oorzaak. In slotte laat onderscheid naar functies zien dat relatief veel ziekenverzuim en gezinsverzorgenden van mening zijn dat hun langdurig ziekteverzuim vooral heeft gelegen aan lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden, respectievelijk 69% en 63%. Opvallend is dat groepsbegeleiders een op de vier aangeeft dat een te hoge werkdruk belangrijkste oorzaak is geweest van langdurig ziekteverzuim.

Tabel 10.2

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

	I	II	III	IV	V	VI	VII
<b>Geslacht</b>							
V&V man	<u>21,3</u>	8,5	<u>31,9</u>	8,5	<u>19,1</u>	0,0	10,6
V&V vrouw	<u>49,7</u>	6,4	<u>18,4</u>	3,8	7,5	0,7	<u>13,5</u>
<b>Leeftijd</b>							
16-24 jaar	<u>61,5</u>	<u>23,1</u>	<u>15,4</u>	0,0	0,0	0,0	0,0
25-34 jaar	<u>48,0</u>	10,1	<u>17,3</u>	1,7	10,1	0,0	<u>12,8</u>
35-44 jaar	<u>51,0</u>	5,4	<u>20,1</u>	1,3	6,0	1,3	<u>14,8</u>
45-54 jaar	<u>44,0</u>	2,2	<u>23,1</u>	9,0	9,0	0,7	<u>11,9</u>
55-64 jaar	<u>26,7</u>	0,0	13,3	<u>20,0</u>	13,3	0,0	<u>26,7</u>
<b>Sectoren</b>							
Ziekenhuizen	<u>38,3</u>	0,0	<u>14,9</u>	10,6	<u>14,9</u>	0,0	<u>21,3</u>
Verpleeghuizen	<u>58,8</u>	<u>8,4</u>	<u>16,0</u>	1,7	7,6	0,0	7,6
Gehandicaptenzorg	<u>38,8</u>	8,8	<u>20,0</u>	3,8	12,5	2,5	<u>13,8</u>
Verzorgingshuizen	<u>60,7</u>	<u>8,3</u>	<u>17,9</u>	0,0	6,0	0,0	7,1
Thuiszorg	<u>51,9</u>	1,9	<u>21,3</u>	5,6	3,7	0,0	<u>15,7</u>
Geestelijke gezondheidszorg	8,6	8,6	<u>34,3</u>	2,9	<u>14,3</u>	2,9	<u>28,6</u>
<b>Functies</b>							
Verpleegkundige	<u>37,2</u>	5,8	<u>16,5</u>	8,3	14,0	0,0	<u>18,2</u>
Ziekenverzorgende	<u>68,9</u>	8,2	<u>16,4</u>	0,0	2,5	0,0	4,1
Gezinsverzorgende	<u>62,9</u>	3,2	<u>16,1</u>	0,0	3,2	0,0	<u>14,5</u>
Groepsbegeleider	<u>31,6</u>	7,9	<u>25,0</u>	6,6	11,8	3,9	<u>13,2</u>
Instellingsverzorgende	<u>47,8</u>	10,4	<u>17,9</u>	0,0	4,5	0,0	<u>19,4</u>
<b>Totaal</b>	<u>47,0</u>	6,5	<u>19,7</u>	4,1	8,8	0,7	<u>13,2</u>

Bron: Bewerking van OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn (1998)

- I = lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden
- II = lichamelijk letsel door bedrijfsongeval
- III = te hoge werkdruk
- IV = reorganisatie, (dreigend) ontslag, enz.
- V = onenigheid met de leiding of met (andere) collega's
- VI = omgang met cliënten
- VII = anders

### Factoren van invloed op langdurig ziekteverzuim

In het onderzoek van Burgers et al. (2000) is de samenhang tussen langdurig ziekteverzuim enerzijds en persoonlijke karakteristieken en werkmerken anderzijds nader onderzocht. Uit hun analyses blijkt dat de

kans op langdurig ziekteverzuim voor vrouwen hoger is dan voor mannen, ondanks het feit dat vrouwen vaker tevreden zijn met hun werk. Verder blijkt dat het langdurig ziekteverzuim afneemt naarmate het niveau van de opleiding toeneemt en dat leidinggevendenden een geringere kans hebben op lang ziekteverzuim.

Verder hebben Burgers et al. geconstateerd dat werknemers onder de 30 jaar een kleinere kans op langdurig ziekteverzuim hebben wegens een reorganisatie of conflicten op het werk dan werknemers in de hogere leeftijdscategorieën. Voor jonge werknemers geldt eveneens dat hun kans op niet-werkgerelateerd langdurig ziekteverzuim lager is.

Alleenstaanden met thuiswonende kinderen hebben een hogere kans op niet-werkgerelateerd langdurig ziekteverzuim. Daarentegen hebben alleenstaanden zonder kinderen een iets hogere kans op langdurig ziekteverzuim als gevolg van werkdruk of onenigheid op het werk.

De verschillende oorzaken van langdurig ziekteverzuim worden ook beïnvloed door specifieke werkkenmerken. Zo is de kans op langdurig ziekteverzuim als gevolg van lichamelijke klachten hoger naarmate men meer te maken heeft met stank en lawaai op de werkvloer alsmede met lichamelijke zwaar werk. Voor mensen die rapporteren veel verantwoordelijkheid te dragen is de kans op langdurig ziekteverzuim door lichamelijke klachten lager.

De kans op langdurig ziekteverzuim door hoge werkdruk neemt toe naarmate men geestelijk zwaar werk verricht en veel verantwoordelijkheid heeft. Als men echter zelf het tempo kan bepalen dan nemen de kansen op langdurig ziekteverzuim weer af.

Voor werknemers die lichamelijke zwaar werk doen, geven minder snel aan dat conflictsituaties ten grondslag zouden liggen aan hun langdurig ziekteverzuim. Geestelijk zwaar werk en de mogelijkheid zelf het tempo te bepalen verhogen de kans op niet-werkgerelateerd langdurig ziekteverzuim.

Het onderzoek geeft verder enige indicatie dat mensen met een leidinggevende functie minder snel geneigd zijn langdurig thuis te blijven om niet-werkgerelateerde redenen. Bij werkgerelateerde redenen is dat niet het geval. Ten slotte bleek uit het onderzoek dat onregelmatige werktijden, herhaling van eenvoudige werkzaamheden en de mogelijkheid om zelf de volgorde van de werkzaamheden te bepalen geen effect hebben op langdurig ziekteverzuim.

### 10.3 Samenvatting

Het ziekteverzuim onder verpleegkundigen en verzorgenden heeft de laatste jaren een stijgende trend vertoond. Deze stijging doet zich ook landelijk voor, alleen is het gemiddelde ziekteverzuim onder het verplegend en verzorgend personeel hoger. Het zwangerschapsverlof niet meegerekend is het landelijk ziekteverzuimpercentage ruim 5%, in de verpleging en verzorging is dat ruim 8%. In de ziekenhuizen is het ziekteverzuim het laagst (ongeveer 7%), in de verpleeghuizen en in de thuiszorg het hoogst (ongeveer 10%).

Bijna eenderde van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan over een periode van twee jaar wel eens twee weken of langer verzuimd te hebben vanwege ziekte. Dit zogeheten langdurig ziekteverzuim is het hoogst in de verpleeghuissector en in de thuiszorg. Van degenen die te maken hebben (gehad) met langdurig ziekteverzuim vindt bijna 40% dat de oorzaak voor een belangrijk deel gelegen is in het werk. Dit geldt met name in de gehandicaptenzorg, in de verpleeghuizen en in de GGZ. Hierbij is 'lichamelijke klachten door arbeidsomstandigheden' de meest genoemde reden (door bijna 50%), met name in verpleeghuizen. Een te hoge werkdruk wordt door 20% gezien als de belangrijkste oorzaak van hun ziekteverzuim, met name in de GGZ.

Langdurig ziekteverzuim blijkt verklaard te kunnen worden uit een aantal persoonsgebonden factoren en werkkenmerken of -omstandigheden. Zo is de kans op langdurig ziekteverzuim hoger voor vrouwen dan voor mannen en neemt het ziekteverzuim af naarmate het niveau van de opleiding toeneemt. Lichamelijk zwaar werk en stank en lawaai op de werkvloer maken de kans op langdurig ziekteverzuim door lichamelijke klachten groter, terwijl het hebben van veel verantwoordelijkheid deze kans kleiner maakt. Het hebben van geestelijk zwaar werk en veel verantwoordelijkheid doet de kans op ziekteverzuim door te hoge werkdruk toenemen. Wanneer men daarbij het werktempo zelf in de hand heeft, nemen de kansen weer af. Echter, geestelijk zwaar werk in combinatie met het zelf bepalen van het werktempo doet de kans op niet-werkgerelateerd ziekteverzuim juist stijgen. Onregelmatige werktijden, herhaling van eenvoudige werkzaamheden en mogelijkheden om zelf de volgorde van werkzaamheden te bepalen blijken geen effect te hebben op langdurig ziekteverzuim.

# Literatuur en bronnen

## Hoofdstuk 2

- Alders, M.P.C. (1999). Allochtonenprognose 1998-2015. Maandstatistiek van de bevolking, 4, 20-36.
- Berg, E.L. van den (1997). Gezondheid en welzijn. Voorzieningengebruik in de gezondheids- en welzijnszorg 1995. Maandstatistiek van de bevolking, 6, 4-17.
- 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 gezondheids-wetenschappen, 2, 75-80.
- Alsbeek, H., Hingstman, L., Talma, H., Windt, W. van der (2000). Verpleging en verzorging in kaart gebracht. Maarsse/Utrecht: Elsevier gezondheidszorg/LCVV.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1993; 1997 en 2001a). Statistisch jaarboek. Voorburg/Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1999). Bevolkingsprognose 1998-2050. Maandstatistiek van de bevolking, 1, 66-75.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (1995; 2000a). Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland. Voorburg/Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2000b). Bevolkingsprognose 1999-2005. Maandstatistiek van de bevolking, 1, 40-42.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2000c). Allochtonen in Nederland. Voorburg/Heerlen: CBS.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2001b). Demografische kerncijfers 1990-1999. Maandstatistiek van de bevolking, 1 (januari), 26-30.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2001c). Bevolkingsprognose 2000-2050. Maandstatistiek van de bevolking, 1 (januari), 63-71.

- Centraal Bureau voor de Statistiek (2001d). Gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking. StatLine: [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- Gezondheidsraad (2000). Intensive care rond de geboorte. Den Haag: Gezondheidsraad; publicatienummer 2000/08.
- Heijdt, J. van der, Hoorn, W.D. van de (1995). Huishoudenssituatie en de gezondheid van ouderen. Maandstatistiek van de bevolking, 4, 6-11.
- Manna, D.R., Bootsma, A.H., Lamberts, S.W.J., Mackenbach, J.P. (2000). Samenhang tussen etniciteit en verwijfsredenen bij nieuwe patiënten op de polikliniek Inwendige Geneeskunde van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt 1997.
- Offerhaus, P.M., Anthony, S., Pal-de Bruin, K.M. van der, Buitendijk, S.E. (2000). De thuisbevalling in Nederland. Rapportage 1995-1998. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- RIVM (1997). Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.
- Sjauw, M. (1995). Geborenen naar aard van de verloskundige hulp en plaats van de geboorte 1993. Maandbericht gezondheidsstatistiek, 14 (mei), 30-41.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1998). Sociaal en Cultureel Rapport 1998. 25 Jaar sociale verandering. Rijswijk: SCP.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2000). Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Nederland in Europa. Den Haag: SCP.
- Weide, M.G., Foets, M. (1997). Migranten en de huisarts: bevindingen uit twaalf onderzoeken in kaart gebracht. TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 4, 4-12.
- Weide, M.G., Foets, M. (1998). Migranten in de huisartsenpraktijk: andere klachten en diagnoses dan Nederlanders. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 38, 2105-2109.

### Hoofdstuk 3

- Centraal Bureau voor de Statistiek (2001). Voorburg: Statline.
- Hens, H.A.M., Geomini, M.A.G.G. (1996). Beroependomein profiel sociaal pedagogisch werk. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).
- Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (2001). Utrecht: Nivel, Prismant; Tilburg: OSA.



- Til, C.T. van, Kanters, H.W., Bloemendaal, A. (2001). Van uittreders naar herintreders; landelijk onderzoek naar verpleegkundigen en verzorgenden die niet in de zorg werken en hun voorwaarden om terug te keren. Tilburg: OSA.
- Windt, W. van der (2001). RegioMarge 2000. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn.

## Hoofdstuk 5

- Vermeulen, H. et al. (1997). De urenbeslissing van verplegenden en verzorgenden. Den Haag: OSA/IVA.

## Hoofdstuk 6

- Kanters, H.W., Smit, A.A. (1994). Inventarisatie van functiedifferentiatie in de zorgsector. Utrecht: NZi/Den Haag: OSA.
- Dudejans, A., Meesters, M.J. (2000). Opleiding en scholing in zorg en welzijn. Tilburg: OSA/BMO.

## Hoofdstuk 7

- Blanc, P. le (1994). De steun van de leiding. Een onderzoek naar het Leader Member Exchange model in de verpleging. Dissertatie. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Blanc, P. le (1995). Leiderschap en werkbeleving. Tijdschrift voor verpleegkundigen 19, 563-566.
- Boumans, N.P.G. (1990). Het werk van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen: een onderzoek naar werkaspecten en hun invloed op verpleegkundigen. Maastricht: Datawyse.
- Blanc, 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.
- Blanc, 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.
- OSA (1999). OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 1998, vragenlijsten, codeboeken en aanwijzingen voor gebruik. Organisatie voor Strategisch arbeidsmarktonderzoek (OSA).
- 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.

### Hoofdstuk 8

- Eijk, W. van, Windt, W. van der (2000). IC-verpleegkundigen op koers, een inventarisatie van de huidige situatie en toekomstige ontwikkelingen op de arbeidsmarkt van IC-verpleegkundigen. Utrecht: Prismant. HBO-raad: HBO-monitor. Den Haag, diverse jaren.
- Oudejans, A., Meesters, M.J. (2000). Opleiding en scholing in zorg en welzijn. Tilburg: OSA/BMO.
- ROA (2001). Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt diverse jaren. Maastricht: ROA.
- ROA (2000). De arbeidsmarkt naar opleiding en beroep tot 2004. Maastricht: ROA.
- Til, C.T. van, Kanters, H.W., Bloemendaal, A. (2001). Van uittreeders naar herintreders; landelijk onderzoek naar verpleegkundigen en verzorgenden die niet in de zorg werken en hun voorwaarden om terug te keren. Tilburg: OSA.

### Hoofdstuk 10

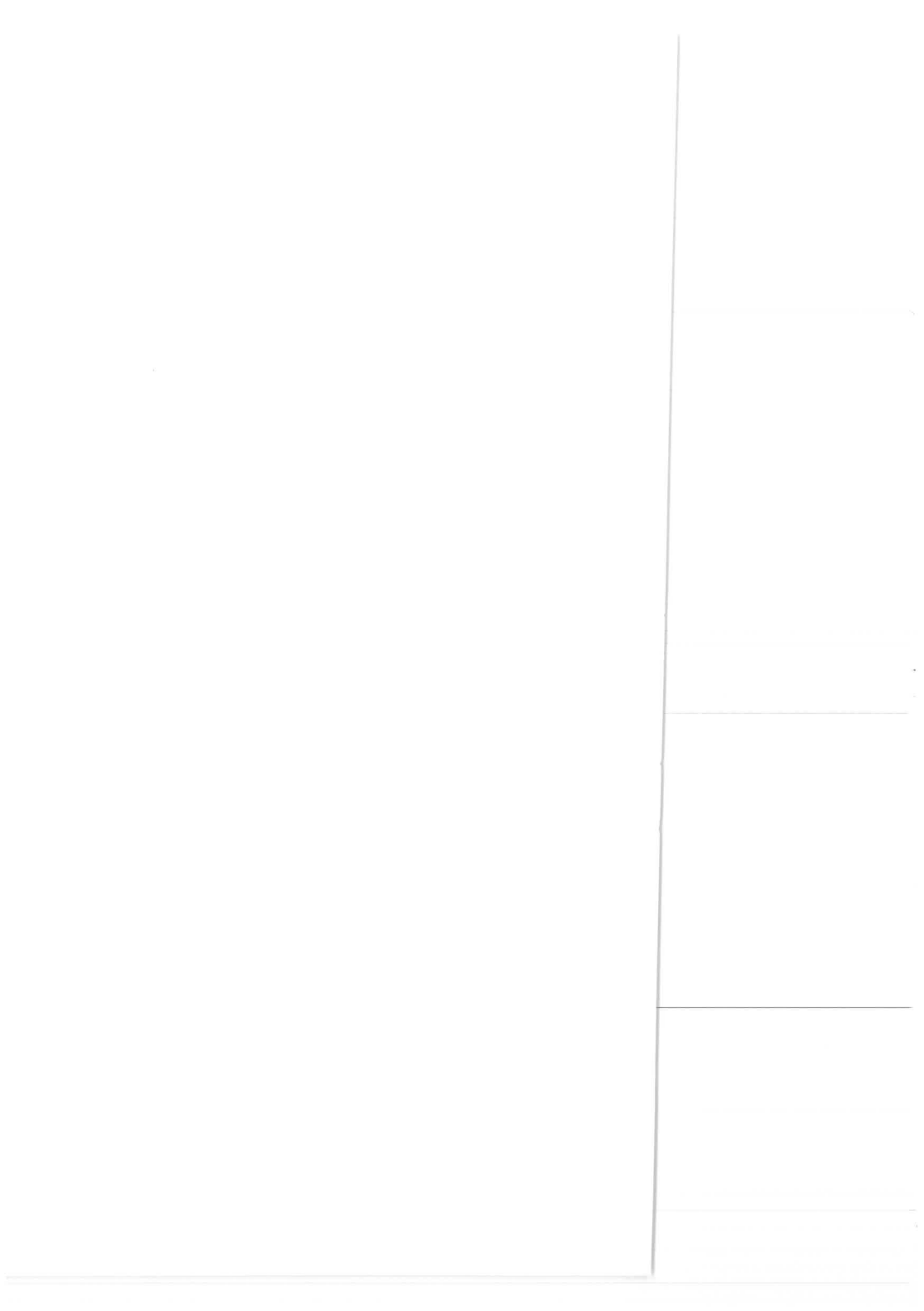
- Burgers, K., Lindeboom, M., Sparrow, R., Zant, W. (2000). Langdurig ziekteverzuim in de sector zorg en welzijn. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA).
- OSA (1999). OSA-arbeidsaanbodmonitor Zorg en Welzijn 1998, vragenlijsten, codeboeken en aanwijzingen voor gebruik. Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA).

## Lijst van afkortingen

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
Arbo(wet)	Arbidsomstandigheden(wet)
AWO	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds voor de sector zorg en welzijn
AWOB	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden
AWOZ	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds ziekenhuizen
AZ	Beleidskader Arbeidsmarkt Zorgsector
IG	(Wet op de) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
VG	Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen (tegenwoordig Cadans)
AO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
BA	Centraal Bureau Arbeidsvoorziening
BS	Centraal Bureau voor de Statistiek
PB	Centraal Planbureau
AD-WDT	Federatie van Instellingen voor dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap (tegenwoordig VGN)
E('s)	Fulltime equivalenten
OZ	Financieel Overzicht Zorg
GD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
VZ	Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
II	Geneeskundige Hoofinspectie van de Volksgezondheid
IV	Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies
JG	Jeugdwerkgarantieplan
L	Jaarstatistiek van Werkgelegenheid en Lonen
Z	Jaaroverzicht Zorg
LK	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 (tegenwoordig opgegaan in GGZ Nederland)
NVBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
NVGGZ	Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg
NVVz	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg
NZF	Nederlandse Zorgfederatie
NZi	NZi, Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg (voormalig Nationaal Ziekenhuisinstituut, tegenwoordig Prismant)
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSA	Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek
OVDB	Stichting Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen
RBA	Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening
REGBIG	Registratie beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
ROC	Regionaal Opleidingscentrum
RUBS	Registratie van Uitstroom en Bestemming van Schoolverlaters
SOMMA	Federatie van ouderverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan verstandelijk gehandicapten
SPD	Sociaal Pedagogische/Psychiatrische Dienst
STIPUD	Stimuleringsregeling Inpassing Personen uit Doelgroepen

STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
SOZAWE	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO)
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
WBIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziekteverzekeringen
WVC	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)
VZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
FR	Ziekenfondsraad



# Trefwoordenregister

Allochtone bevolking 24  
Arbeidsomstandigheden 74  
Arbeidsplaats, volledige 36  
Beroepsbegeleidende leerweg (bbi) 80  
Beroepsopleidende leerweg (bol) 80  
Beroepsrendement 84  
Bevallingsverlof 101  
Bevolkingsprognose 19  
BIG-register 39  
Buitoverloop 91  
Burn-out 71  
Chronic ziekten 26  
Deltijdwerk 51  
Eerstverband 49  
Diploma 83  
Dienctie 59  
DVG-schaal 59  
Erboude 20  
Eerstelijke gezondheidszorg 38, 41  
Eerstelijke handicaptenzorg 38, 41  
Eerstelijke levenshoudenssituatie 30  
Eerstelijke opleidingen 79  
Eerstelijke 29  
Eerstelijke kennis en vaardigheden, aansluiting 88  
Eerstelijke kwalificatieniveau 41  
Eerstelijke tijdsverdeling V&V 46  
Eerstelijke verzorging 31  
Eerstelijke 22  
Eerstelijke overloop 47, 92

Oproepkracht 52  
P/A-ratio 51  
Salaris 63  
Sterfte 21  
Studierendement 83  
Thuiszorg 38, 41  
Vergrijzing 23  
Verloop 91  
Verpleeghuis 38, 41  
Verpleegkundig specialist 60  
Verpleegkundige 35  
Vertrekreden 93  
Vertrekreden, voorkoombare 94  
Vervolgopleiding 86  
Verzorgende 35  
Verzorgingshuis 38, 41  
VOV-personeel 36  
Vrouwen, percentage 45  
Werkbeleving 67  
Werkdruk 70  
Werkgelegenheid 41  
Werkloosheid 85  
Werktijd 55  
Werkzame personen 36  
Ziekenhuis 38, 41  
Ziekteverzuim, oorzaken 103  
Ziekteverzuim, percentage 101