

Verpleging en verzorging in kaart gebracht

 NIVEL  
bibliotheek  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
T 030 2 729 614/615  
F 030 2 729 729



W. van der Windt

H. Calsbeek

L. Hingstman

# Verpleging en verzorging in kaart gebracht

De Tijdstroom

Landelijk Centrum

Verpleging & Verzorging

Het onderzoek dat ten grondslag ligt aan deze uitgave is uitgevoerd door het NZi en het NIVEL in opdracht van LCVV, NU'91 en Sting.

© Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, 1997.

Basisvormgeving en omslag

Robbert Zweegman, Nijmegen.

Uitgever

Uitgeverij De Tijdstroom BV, Postbus 19135, 3501 DC Utrecht.

Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV), Postbus 3135, 3502 GC Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, hetzij mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351 zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 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 één of meer 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 1797 7

NUGI 750

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>[9]</b>
<b>Deel A</b>	<b>Vraag en aanbod</b>	<b>[11]</b>
<b>2</b>	<b>Ontwikkelingen in de vraag naar en het gebruik van verzorging en verpleging</b>	<b>[13]</b>
2.1	Inleiding	[13]
2.2	Demografische ontwikkelingen	[14]
2.2.1	<i>Loop van de bevolking</i>	[14]
2.2.2	<i>Samenstelling van de bevolking</i>	[16]
2.2.3	<i>Conclusie</i>	[19]
2.3	Epidemiologische ontwikkelingen	[20]
2.4	Sociale en culturele ontwikkelingen	[22]
2.5	Institutionele ontwikkelingen	[27]
2.5.1	<i>Algemene ontwikkelingen</i>	[27]
2.5.2	<i>Ontwikkelingen per sector</i>	[30]
2.5.3	<i>Conclusie</i>	[33]
2.6	Ontwikkelingen in gebruik van verzorging en verpleging	[34]
2.6.1	<i>Ontwikkelingen per sector</i>	[35]
2.6.2	<i>Conclusie</i>	[39]
2.7	Slotbeschouwing	[40]
<b>3</b>	<b>De omvang van de beroepsgroepen</b>	<b>[42]</b>
3.1	Inleiding	[42]
3.2	Aantal werkzame personen	[42]
3.3	Volledige arbeidsplaatsen	[44]
3.4	Kwalificaties	[48]
3.5	Regionaal	[48]
3.6	Ontbrekende informatie	[50]

3.7	Samenvatting en vooruitblik	[50]
<b>4</b>	<b>De personeelssamenstelling</b>	<b>[52]</b>
4.1	Inleiding	[52]
4.2	Geslacht	[52]
4.3	Leeftijd	[54]
4.4	Ontbrekende informatie	[56]
4.5	Samenvatting en vooruitblik	[57]
<b>5</b>	<b>Arbeidssituatie</b>	<b>[58]</b>
5.1	De dynamiek op de arbeidsmarkt	[58]
5.1.1	<i>Het vertrek</i>	[58]
5.2	De binnenkomst	[60]
5.3	De duur van het dienstverband	[60]
5.4	De werkweek	[60]
5.5	Niet-werkzame verplegenden en verzorgenden	[64]
5.6	Ontbrekende informatie	[66]
5.7	Samenvatting en vooruitblik	[66]
<b>6</b>	<b>Onderwijs</b>	<b>[67]</b>
6.1	Verplegend onderwijs	[67]
6.2	Verzorgend onderwijs	[68]
6.3	Kenmerken	[69]
6.4	Ontbrekende informatie	[70]
6.5	Samenvatting en vooruitblik	[71]
<b>7</b>	<b>Funcities en inkomen</b>	<b>[72]</b>
7.1	Inleiding	[72]
7.2	Funcities	[72]
7.2.1	<i>Intramuraal</i>	[73]
7.2.2	<i>Verzorgingshuizen</i>	[75]
7.2.3	<i>Thuiszorg</i>	[75]
7.3	Mobiliteit en vervulling van funcities	[76]
7.4	Salaris	[79]
7.5	Ontbrekende informatie	[81]
7.6	Samenvatting en vooruitblik	[82]
<b>8</b>	<b>Samenvatting en aanbevelingen voor nadere informatievoorziening</b>	<b>[83]</b>
8.1	De ontwikkelingen van de afgelopen jaren en een vooruitblik	[83]

- 8.1.1 *Ten aanzien van de vraag naar zorg* [83]
- 8.1.2 *Ten aanzien van het zorgaanbod* [84]
- 8.2 *Ontbrekende informatie ten aanzien van het zorgaanbod* [86]
- 8.3 *Mogelijke verbeteringen* [88]

### **Bijlage bij deel A [91]**

#### **Literatuur en bronnen bij deel A [140]**

#### **Lijst van afkortingen [146]**

## **Deel B Werk(be)last(ing), gezondheidsklachten en ziekteverzuim [149]**

### **1 Inleiding [151]**

### **2 Begrippenkader [153]**

- 2.1 *Begripsdefiniëring* [153]
  - 2.1.1 *Werklast* [153]
  - 2.1.2 *Fysieke werkbelasting* [154]
  - 2.1.3 *Psychische werkbelasting* [154]
  - 2.1.4 *Werkdruk* [155]
- 2.2 *Model belasting-belastbaarheid* [155]
- 2.3 *Conclusie* [156]

### **3 Werklast [158]**

- 3.1 *Inleiding* [158]
- 3.2 *Overzicht per sector* [159]
  - 3.2.1 *Ziekenhuizen* [159]
  - 3.2.2 *Psychiatrische ziekenhuizen* [161]
  - 3.2.3 *Verstandelijk-gehandicaptenzorg* [162]
  - 3.2.4 *Verpleeghuizen* [162]
  - 3.2.5 *Thuiszorg* [163]
- 3.3 *Conclusie* [164]

### **4 Fysieke werkbelasting en gezondheidsklachten [165]**

- 4.1 *Inleiding* [165]
- 4.2 *Overzicht per sector* [167]
  - 4.2.1 *Ziekenhuizen* [167]
  - 4.2.2 *Verpleeghuizen* [168]

- 4.2.3 *Verzorgingshuizen* [169]
- 4.2.4 *Wijkverpleging* [171]
- 4.2.5 *Gezinsverzorging* [173]
- 4.3 *Conclusie* [174]

## **5 Psychische werkbelasting en gezondheidsklachten [175]**

- 5.1 *Inleiding* [175]
- 5.2 *Overzicht per sector* [180]
  - 5.2.1 *Ziekenhuizen* [180]
  - 5.2.2 *Psychiatrische ziekenhuizen* [181]
  - 5.2.3 *Verpleeghuizen* [184]
  - 5.2.4 *Verzorgingshuizen* [185]
  - 5.2.5 *Wijkverpleging* [186]
  - 5.2.6 *Gezinsverzorging* [187]
- 5.3 *Conclusie* [189]

## **6 Werk(be)last(ing) en ziekte(verzuim) [191]**

- 6.1 *Inleiding* [191]
- 6.2 *Overzicht per sector* [193]
  - 6.2.1 *Ziekenhuizen* [193]
  - 6.2.2 *Psychiatrische ziekenhuizen* [194]
  - 6.2.3 *Instellingen voor verstandelijk gehandicapten* [195]
  - 6.2.4 *Verpleeghuizen* [195]
  - 6.2.5 *Verzorgingshuizen* [197]
  - 6.2.6 *Wijkverpleging* [199]
  - 6.2.7 *Gezinsverzorging* [200]
- 6.3 *Conclusie* [201]

## **7 Samenvatting en conclusies [203]**

### **Bijlage bij deel B [207]**

### **Literatuur en bronnen bij deel B [214]**



# 1

## Inleiding

Ten behoeve van een goede beeldvorming van de ontwikkeling in kwantitatieve zin van de verplegende en verzorgende beroepsgroepen en een goede afstemming van het beschikbare aanbod op de vraag naar zorg, is het van belang dat er een totaaloverzicht wordt ontwikkeld met daarin diverse kenmerken over verplegenden en verzorgenden over een bepaalde periode (1990-1995) en een beschrijving van de vraag naar verplegend en verzorgend personeel. Hiertoe hebben het LCVV, NU'91 en STING aan het NZi en NIVEL gevraagd een onderzoek te doen naar een aantal basisgegevens over verplegenden en verzorgenden in ons land. De doelgroep waar de rapportage voor is opgesteld bestaat met name uit beleidsmakers in de zorgsector, managers en afdelingshoofden, deelnemers aan verpleegkundige adviesraden en het onderwijsveld.

De probleemstelling voor dit project is nader uitgewerkt in een vijftal onderzoeksvragen te weten:

1

Welke demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen doen zich in de periode 1990-1995 met betrekking tot de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging voor?

2

Welke demografische ontwikkelingen doen zich in de periode 1990-1995 voor met betrekking tot verplegenden en verzorgenden?

3

Welke ontwikkelingen doen zich in de periode 1990-1995 voor in de arbeidssituatie van verplegenden en verzorgenden?

4

Welke ontwikkelingen doen zich in de periode 1990-1995 voor in het onderwijs van verplegenden en verzorgenden?

## 5

Welke ontwikkelingen doen zich in de periode 1990-1995 voor in de inkomenssituatie van verplegenden en verzorgenden?

Besloten is om eerst een vooronderzoek te verrichten naar aard, karakter en beschikbaarheid van de benodigde informatie (Van der Windt e.a. 1996). Dit vooronderzoek, afgerond begin 1996, vormde voldoende aanleiding om tot een concrete uitwerking van dit project over te gaan. Tijdens het vooronderzoek werd ook duidelijk dat het zinvol is om aan relevante onderwerpen waarover niet zo veel kwantitatief materiaal in de vorm van tijdreeksen beschikbaar is, toch aandacht te besteden. Dit heeft plaatsgevonden in de vorm van een literatuurstudie. Mogelijk kan dit er toe leiden dat er meer aandacht voor de gegevensverzameling over zo'n onderwerp komt. Dit jaar is er voor gekozen om aan het onderwerp werk(be)last(ing), gezondheidsklachten en ziekteverzuim aandacht te besteden. De resultaten hiervan zijn in deel B van deze publicatie te vinden. Overigens geldt ook voor de vijf onderzoeksvragen die kwantitatief te onderbouwen zijn dat op veel plaatsen informatie ontbreekt. In de rapportage wordt daar dan ook expliciet aandacht aan besteed.

Het meer kwantitatieve gedeelte van deze rapportage, de vijf vragen uit de probleemstelling, is in deel A ondergebracht. Hierover bestaat het voornemen om periodiek met nieuwe gegevens te komen. In de hoofdtekst wordt de grote lijn van de uitkomsten aangehouden. Gedetailleerdere uitkomsten zijn te vinden in de bijlage, die het karakter van een tabellenrapport heeft. Ook allerlei mitsen en maren rond de cijfers zijn in de bijlage onder het kopje 'technische toelichting' te vinden. In het hoofdrapport wordt van deze mitsen en maren geabstraheerd en worden op beknopte wijze de belangrijkste ontwikkelingen weergegeven. In deel B wordt aan de literatuurstudie aandacht besteed.

Bij de uitvoering van dit onderzoek heeft het NIVEL zich met name met hoofdstuk 2 van deel A en met deel B beziggehouden. Het NZi verzorgde de overige hoofdstukken van deel A.

De begeleidingscommissie voor dit onderzoek bestond uit: dhr. J. Bastiaanse (LCVV), dhr. W. Bakker (NU'91), mw. A. Kerkstra (NIVEL), dhr. T. Oostrom (LCVV), mw. B. Wassenaar (STING) en mw. M. Hooiman (plaatsvervangster namens STING).

**Deel A**

**Vraag en aanbod**



## 2

# Ontwikkelingen in de vraag naar en het gebruik van verzorging en verpleging

### 2.1

#### Inleiding

In dit hoofdstuk zijn de belangrijkste ontwikkelingen in de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging over de periode 1990-1995 op een rij gezet. Waar mogelijk zijn ook trends in de toekomst gegeven. De vraag naar verpleging en verzorging en het daadwerkelijke gebruik van verpleging en verzorging worden allereerst beïnvloed door demografische ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld de (dubbele) vergrijzing van de bevolking.

Daarnaast kunnen ook epidemiologische ontwikkelingen van invloed zijn op de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging. Dit zijn bijvoorbeeld ontwikkelingen met betrekking tot het voorkomen van chronische aandoeningen en infectieziekten. Het meer of minder voorkomen van dergelijke ziekten zal immers de vraag naar zorg doen toenemen of afnemen.

Niet alleen de bevolkingsontwikkeling en de gezondheidstoestand van de bevolking beïnvloeden de behoefte aan zorg. Ook sociale en culturele ontwikkelingen kunnen de vraag naar zorg doen stijgen of dalen. Als voorbeeld kan genoemd worden het feit dat het aantal alleenstaanden toeneemt, waardoor de mogelijkheden om gebruik te maken van mantelzorg kleiner zullen worden.

Ten slotte zijn er de institutionele ontwikkelingen. Deze hebben betrekking op het beleid rond het zorgaanbod, zoals bijvoorbeeld de transmurale zorg en de experimenten met het persoonsgebonden budget. Dergelijke ontwikkelingen hebben met name invloed op het gebruik van zorg. De belangrijkste gegevens op basis waarvan dit hoofdstuk is geschreven staan grotendeels vermeld in overzichtstabellen in de bijlage.

## 2.2

### Demografische ontwikkelingen

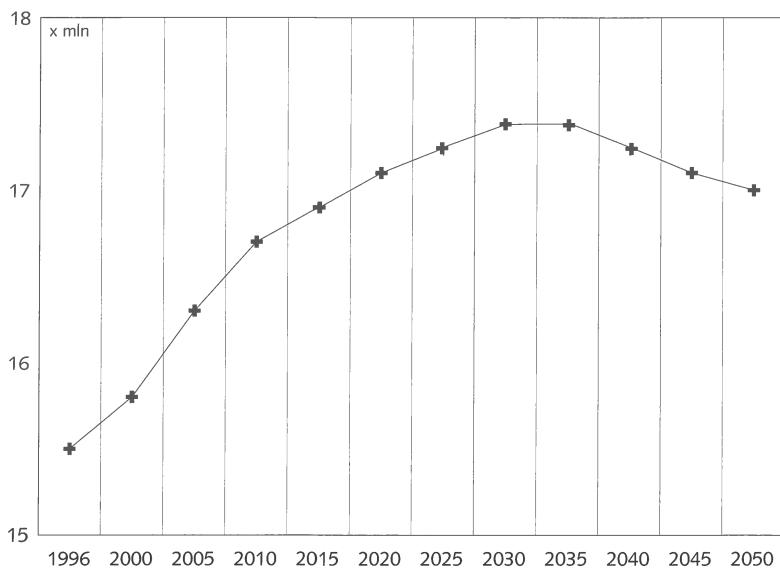
#### 2.2.1

##### *Loop van de bevolking*

##### Groei

Op 31 december 1995 waren er in Nederland bijna 15.5 miljoen inwoners (CBS 1996). Het aantal inwoners is sinds 1990 met circa 3,6% toegenomen. De jaarlijkse bevolkingsgroei bedraagt gemiddeld 0,5%. Toch is de bevolking in 1995 minder sterk gegroeid dan men voorspeld had (De Beer 1996). Dit komt doordat zowel de geboorte als de immigratie in 1995 lager waren dan voorspeld.

Volgens prognoses van het CBS zal de Nederlandse bevolking blijven groeien tot het jaar 2035 (figuur 2.1). In dat jaar bereikt de bevolking naar verwachting de maximale omvang van 17.4 miljoen inwoners. Daarna zal de Nederlandse bevolking afnemen.



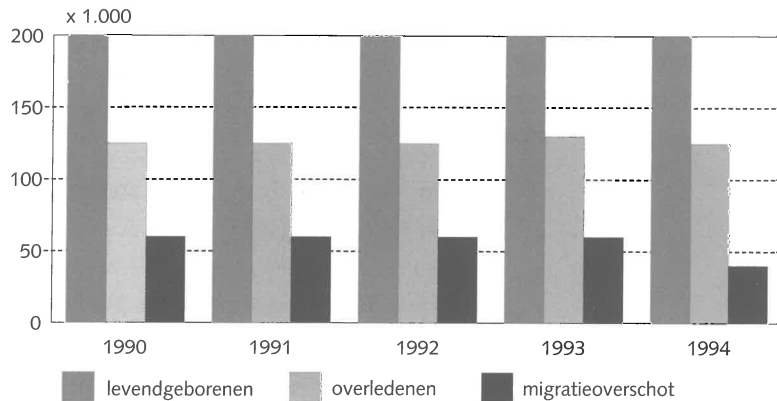
*Figuur 2.1*

*Inwoners 1996-2050*

Bron: Bevolkingsprognose CBS 1995, middenvariant.

### Geboorte

Het absoluut aantal geborenen is in de eerste helft van de jaren negentig afgenomen van circa 198.000 in 1990 tot 194.000 in 1994 (figuur 2.2). Het geboortecijfer (aantal geborenen per 1000 inwoners) is dan ook gedaald van 13,2 in 1990 tot 12,7 in 1994 (CBS). Overigens ligt het geboortecijfer in Nederland nog steeds hoger dan in de ons omringende landen.



*Figuur 2.2*

*Absoluut aantal geborenen en overledenen en het migratieoverschot 1990-1994*

Bron: CBS.

Een ontwikkeling die de aandacht verdient is het feit dat vrouwen op steeds oudere leeftijd hun eerste kind krijgen. In 1990 bedroeg de gemiddelde leeftijd 27,6 jaar. Dit is in vijf jaar tijd toegenomen tot 28,3 jaar. De verwachting is dat dit verder zal toenemen tot circa 30 jaar in 2000 (CBS 1996). Binnen de kraamzorg zal men dus steeds vaker te maken krijgen met vrouwen die op oudere leeftijd hun eerste kind krijgen. Overigens moet worden opgemerkt dat – hoewel Nederland nog een van de weinig westerse landen is waar een deel van de bevallingen thuis plaatsvindt – ook in Nederland het aantal thuisbevallingen ieder jaar iets afneemt. Uit de meest recente cijfers uit 1993 blijkt dat 30,3% van alle bevallingen thuis plaatsvindt (in 1985 was dit 37%). Het zijn met name de poliklinische bevallingen die de laatste jaren zijn toegenomen.

### Sterfte

In figuur 2.2 is te zien dat het absoluut aantal sterfgevallen in de periode 1990-1995 is toegenomen. In 1994 stierven er 133.000 personen. Het aantal overledenen is in de periode 1990-1995 gestegen met 4%. Het sterftcijfer (aantal overledenen per 1000 inwoners) ligt momenteel op 8,7. De gemiddelde leeftijd waarop men overlijdt bedraagt 72 jaar voor mannen en 78,5 jaar voor vrouwen. Volgens het Sociaal Cultureel Planbureau neemt de gemiddelde levensverwachting nog steeds toe. De gemiddelde levensverwachting voor vrouwen zou voor degenen die momenteel geboren worden 80 jaar bedragen en voor mannen 74,4 jaar. Overigens verwacht het CBS dat de verschillen in levensverwachting tussen mannen en vrouwen in de komende jaren 15 jaar kleiner worden. Voor wat betreft de doodsoorzaken blijkt dat 'ziekten van de bloedsomlooporganen' zowel voor mannen als vrouwen doodsoorzaak nummer één is. Dit geldt met name voor de leeftijdsgroep die ouder is dan 65 jaar. Op de tweede en derde plaats staan kanker en 'ziekten van de ademhalingsorganen'. Voor de leeftijdscategorie jonger dan 65 jaar is kanker verreweg de belangrijkste doodsoorzaak (CBS 1995).

### Migratie

In de afgelopen decennia is de immigratie groter dan de emigratie (migratie-overschot). Zo blijkt dat in de periode 1990 tot 1995 in totaal 573.000 personen naar Nederland zijn geëmigreerd en 294.000 personen uit Nederland naar het buitenland zijn vertrokken. Het migratiecijfer (aantal migranten per 1000 inwoners) is in diezelfde periode gestegen van 3,8 in 1990 naar 4,0 in 1994. Opvallend is het feit dat het migratiesaldo in 1994 is gehalveerd. De verwachting is dat de daling van de immigratie in 1996 zich zal voortzetten. De oorzaak is de daling van het aantal migranten uit Turkije, Marokko en Suriname. Dit voornamelijk als gevolg van recente immigratie-beperkende maatregelen (De Beer 1996).

#### 2.2.2

##### *Samenstelling van de bevolking*

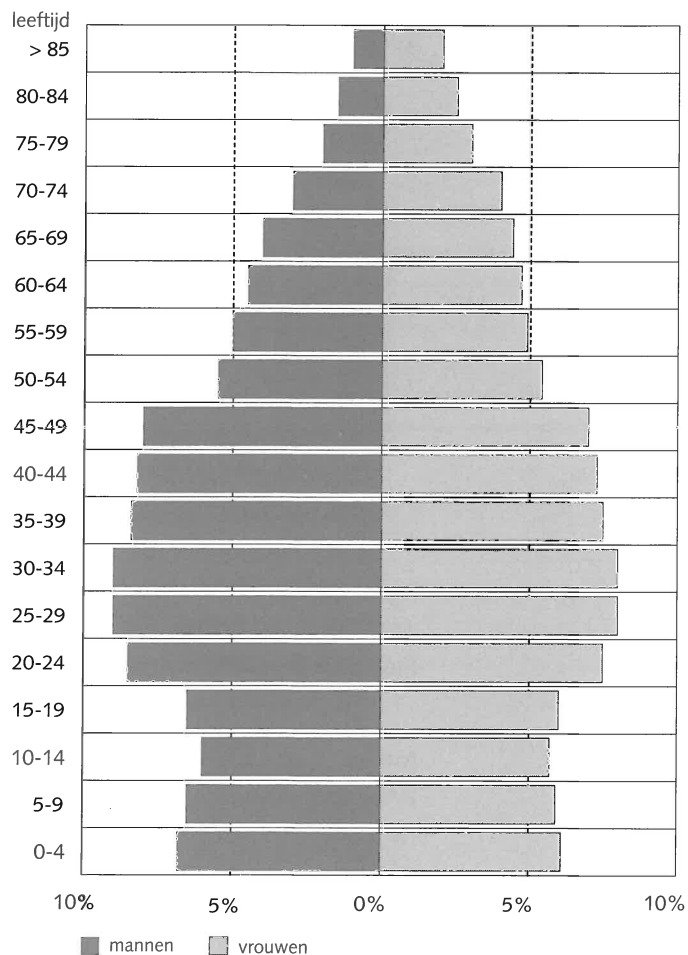
##### Sekseratio

De verdeling tussen het aantal mannen en vrouwen in Nederland is in de periode 1990-1995 stabiel gebleven. Momenteel is 49,4% van alle inwoners man en 50,6% is vrouw.



### Leeftijdsverdeling

Wat de leeftijdsopbouw betreft is in het midden van de jaren negentig een einde gekomen aan de ontgroening van de Nederlandse bevolking. Als we naar het verleden kijken, dan blijkt dat in de jaren zestig 37% van de Nederlandse bevolking jonger was dan 19 jaar. Dit percentage liep ieder jaar terug tot 24,5% ieind 1994. De verwachting is dat in de komende 15 jaar het aantal personen jonger dan 19 jaar weer zal toenemen (figuur 2.4). Uit de huidige leeftijdsopbouw kan worden afgeleid dat, relatief gezien, de meeste inwoners tussen de 25 en 34 jaar zijn (figuur 2.3).

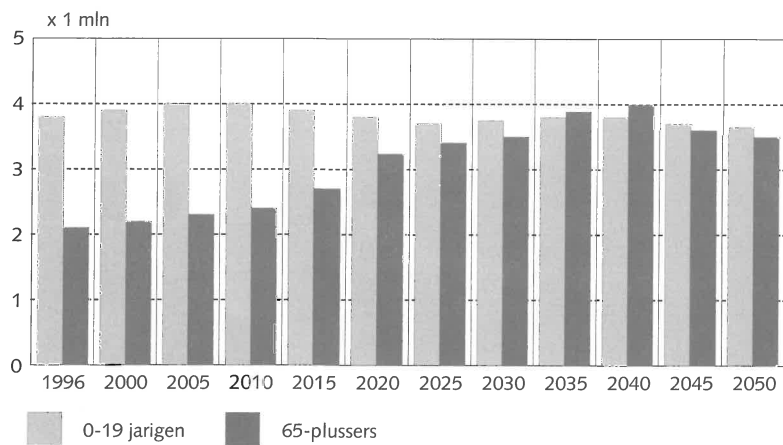


*Figuur 2.3*

*Leeftijdsopbouw naar geslacht per 1 januari 1995*

Bron: CBS 1995.

In het kader van de zorgvraag is vooral de vergrijzing van belang. In het midden van de jaren zestig was 10% van de bevolking ouder dan 65 jaar. In 1994 bedroeg dit al 13%. In de komende tien jaar wordt echter niet verwacht dat er snelle groei plaatsvindt van het aantal 65-plussers (figuur 2.4). De verwachting is dat in 2005 circa 14% van de bevolking ouder is dan 65 jaar (De Beer 1994). Na het jaar 2005 zal het aantal 65-plussers wel sterk toenemen: rond het jaar 2040 wordt een maximaal aantal 65-plussers verwacht, namelijk ongeveer 23% van de bevolking (CBS 1996). Voor wat betreft de dubbele vergrijzing moet worden opgemerkt dat bijna 23% van de 65-plussers ouder is dan 80 jaar. Dit percentage zal de komende jaren licht toenemen tot 25% in 2010.



*Figuur 2.4*

*Absoluut aantal 0-19 jarigen en 65-plussers vanaf 1996 tot 2050*

Bron: CBS Bevolkingsprognose 1995, middenvariant.

Met de (dubbele) vergrijzing stijgt ook het aantal gezondheidsproblemen. Zo ervaart men met het ouder worden de eigen gezondheid minder vaak als positief en worden vaker gevoelens van eenzaamheid ervaren. Eén en ander blijkt uit het Doorlopend Leefsituatie Onderzoek van het CBS (1995). Daarnaast treden problemen met algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) op – vooral in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder – en stijgen prevalenties van langdurige aandoeningen naarmate de leeftijd hoger is (CBS 1995).

Ook los van gezondheidsproblemen, is er bij ouderen vaker sprake van een min of meer problematische zelfzorg. Indien er tekorten zijn in de zelfzorg,

worden die normaal gesproken opgevangen door de directe omgeving, de mantelzorg. Dit is zorg die voornamelijk aan eigen ouders of schoonouders wordt gegeven. Zoals ook uit de volgende paragraaf zal blijken, is er steeds minder mantelzorg beschikbaar. Hierdoor zal met name de druk op de thuiszorg – gezinszorg en wijkverpleging – toenemen (STG 1992).

#### Burgerlijke staat

Van alle inwoners in Nederland is in 1995 circa 46,1% gehuwd en 43,6% ongehuwd. Daarnaast is 5,7% verweduwd en 4,6% gescheiden. Er zijn overigens enige verschillen tussen mannen en vrouwen. Van de mannen is 2,1% verweduwd en van de vrouwen 9,3% (CBS 1995).

### 2.2.3

#### *Conclusie*

Uit de demografische ontwikkelingen kan in de eerste plaats worden afgeleid dat het aantal geboorten afneemt en dat er een toename is van het aantal sterfgevallen. Aangezien er sprake is van een positief migratiesaldo zal de Nederlandse bevolking in de komende decennia blijven toenemen. Het afnemen van het aantal geboorten alsmede het toenemende aantal klinische bevallingen zal tot gevolg hebben dat het volume aan kraamzorg thuis waarschijnlijk zal afnemen. Daarbij moet worden opgemerkt dat door het toenemende aantal allochtonen er wellicht ook veranderingen zullen optreden in de inhoud van de werkzaamheden van kraamverzorgenden.

Een ander aspect dat de aandacht verdient, is de vergrijzing van de Nederlandse bevolking. Uit de cijfers blijkt dat het aantal ouderen in de komende jaren weliswaar zal toenemen, maar dat de sterkste groei na 2010 wordt verwacht. Aangezien met name de ouderen veel zorg behoeven, zal de zorgvraag in de komende jaren blijven toenemen. Vooral gezien het feit dat het (absolute) aantal 80-plussers een stijgende lijn laat zien.

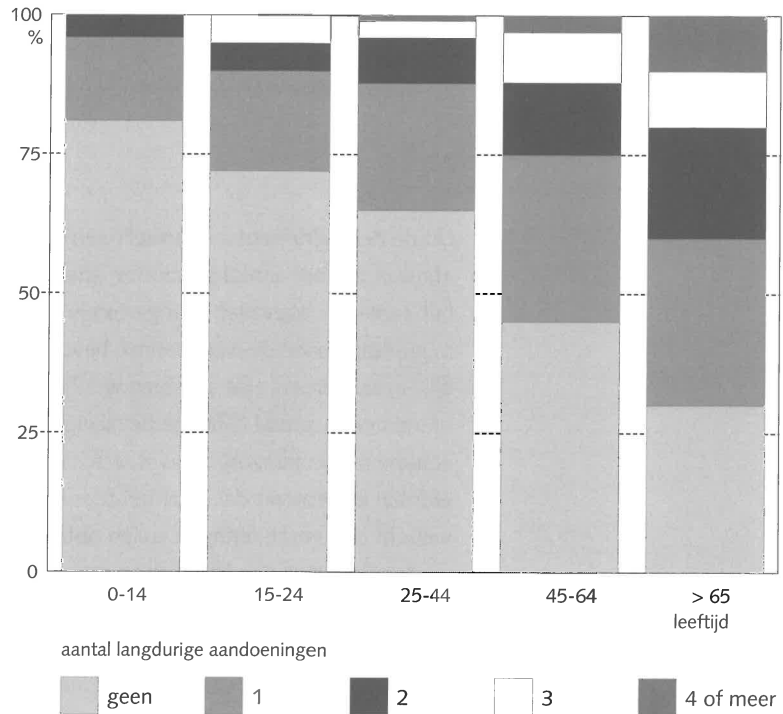
Met het toenemende aantal migranten zal ook binnen de verpleging en de verzorging steeds vaker rekening gehouden moeten worden met de specifieke zorgvraag van deze groep. Dit geldt vooral voor de sterk toenemende groep oudere migranten. De verpleging en verzorging zal hier in de komende jaren op moeten inspelen.

### 2.3

#### Epidemiologische ontwikkelingen

##### Chronische aandoeningen

Als gevolg van de toegenomen levensverwachting lopen steeds meer mensen de kans om in de loop van het leven geconfronteerd te worden met een chronische aandoening. Dit blijkt ook uit figuur 2.5: met de leeftijd wordt het risico op een chronische aandoening groter.



*Figuur 2.5*

*Aantal langdurige aandoeningen naar leeftijd*

Bron: CBS, 1996.

Enkele voorbeelden van bekende en veel voorkomende chronische aandoeningen zijn, in volgorde van voorkomen, CARA, reuma en diabetes mellitus. Relevant in het kader van de zorgvraag is een groeiend percentage mensen met CARA: dit is tussen 1990 en 1994 met 1% toegenomen. Deze groei zal gedeeltelijk ook met de vergrijzing samenhangen. Uit tabel A2.7 in de bijlage blijkt dat langdurige

aandoeningen aan de luchtwegen (CARA, astma of chronische bronchitis) met name in de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder voorkomen.

Het aantal mensen met reuma (2,7%) en diabetes mellitus (1,8%) is in de afgelopen vijf jaar vrijwel constant gebleven. Reuma komt veel vaker bij vrouwen dan bij mannen voor en manifesteert zich met name in de leeftijdsgroep van 45 jaar en ouder. Volgens Van den Bos (1993) heeft 52% van de ouderen ouder dan 75 jaar last van reumatische gewrichtspijnen.

Een groeiende omvang van de totale groep chronisch zieken is van belang voor de zorgvraag. Omdat er goede behandelingsmethoden beschikbaar zijn gekomen, is niet alleen het leven verlengd, maar ook de gezondheid verbeterd. Wanneer mensen eenmaal geconfronteerd worden met een chronische ziekte, zullen zij daarmee langer blijven leven. Aan de ene kant is voor veel chronisch zieken de kwaliteit van het leven verbeterd, aan de andere kant worden wel steeds meer mensen gedurende een groter deel van hun leven geconfronteerd met chronische ziekten en zijn dus gedurende een langere periode aangewezen op de gezondheidszorg, met name op de care voorzieningen in de thuiszorg (Van den Bos 1993).

Volgens Schrijvers (1990b) zou door deze toename van het aantal chronisch zieken de vraag naar zorg jaarlijks toenemen met 1,5%. Inclusief de extra groei door de vergrijzing en technologische ontwikkelingen zou dit een totale jaarlijkse groei van de zorgvraag van 3% impliceren.

Naar alle waarschijnlijkheid zal de vraag naar gedifferentieerd opgeleide verpleegkundigen toenemen. Dit blijkt onder andere uit een artikel van Herbschleb (1994) waarin beschreven wordt dat er te weinig diabetesverpleegkundigen zijn voor de opvang van de toenemende stroom diabetespatiënten: door de Stuurgroep Gezondheidsscenario's is een stijging van het aantal specialistenbezoeken door diabetespatiënten tussen het jaar 1980 en 2005 van meer dan 80% geschat. Ook in het 'Advies gespecialiseerde verpleegkundige zorg voor chronisch zieken' van de Nationale Commissie Chronisch Zieken (1995) is gepleit voor een afstudeerrichting chronisch zieken binnen de HBO-V ter verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.

#### Kanker

Van belang ook voor de vraag naar verpleging en verzorging zijn ontwikkelingen in het voorkomen van kanker. Over het algemeen hebben mannen een hoger risico (30%) op het krijgen van kanker dan vrouwen (23%). Vanaf het 65e levensjaar doen zich bij mannen ongeveer tweemaal

zo veel nieuwe gevallen van kanker voor dan bij vrouwen. Het hoogste cumulatieve risico voor mannen geldt ten aanzien van het krijgen van longkanker (9,2%), voor vrouwen is dat borstkanker (8,8%) (CBS, 1995). Omdat kanker zich vooral manifesteert op latere leeftijd mag verondersteld worden dat met de vergrijzing het aantal mensen met kanker zal toenemen en hiermee de behoefte aan (gespecialiseerde) zorg.

#### Infectieziekten

Over het algemeen blijkt dat het voorkomen van infectieziekten gedurende de jaren negentig aan schommelingen onderhevig is. Het is niet duidelijk of het totaal aan infectieziekten is toe- of afgenomen en welke gevolgen dit voor de zorgvraag heeft gehad.

Dé infectieziekte van de jaren negentig is AIDS. Veel meer mannen dan vrouwen zijn door het AIDS-virus getroffen (tabel A2.8). Het lijkt er op dat het maximum aantal gemelde ziektegevallen (504) is bereikt in 1992. Daarna lijkt er zich een dalende trend in te zetten. De veronderstelling is dat het aantal mensen dat AIDS heeft en het aantal sterfgevallen als gevolg van AIDS nog wel enige tijd zal toenemen (CBS 1995) met als gevolg dat de vraag naar zorg van deze groep patiënten ook nog een aantal jaren toeneemt.

#### Conclusie

Het blijkt dat chronische aandoeningen zich met name manifesteren op latere leeftijd. Door verbeterde behandelingsmethoden is de kwaliteit van leven toegenomen en leven mensen met een chronische aandoening langer. Aan de andere kant zijn chronisch zieken gedurende een langere periode in hun leven aangewezen op de gezondheidszorg, met name de thuiszorg. Ook ziektegevallen van kanker uiteten zich vooral op latere leeftijd. Gevoegd bij een toenemende vergrijzing zal de vraag naar zorg door chronisch zieken en mensen met kanker toenemen. Bovendien zou er wel eens een steeds grotere behoefte kunnen ontstaan aan meer specialistisch opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden.

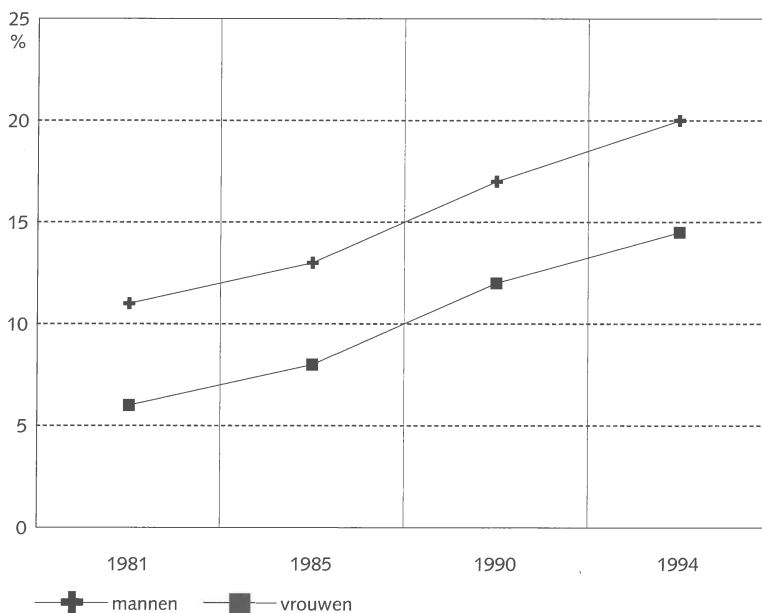
## 2.4

### Sociale en culturele ontwikkelingen

#### Opleiding, arbeid en inkomen

Naarmate het opleidingsniveau hoger is, wordt de eigen gezondheid vaker positief ervaren, zo blijkt uit het Doorlopend Leefsituatie Onderzoek (DLO) van het CBS (1996). Deze eigen gezondheidsevaluatie is van belang omdat

met name de gezondheidsbeleving bepalend is voor het gebruik van de gezondheidszorg en niet zozeer de gezondheidstoestand (STG 1992). Chronische aandoeningen blijken minder vaak voor te komen bij hoger opgeleiden. Verder blijkt dat ondanks het feit dat hoger opgeleiden minder vaak contacten onderhouden met familieleden buitenshuis, zij minder vaak gevoelens van eenzaamheid ervaren dan lager opgeleiden. Uit figuur 2.6 blijkt dat het relatief aantal hoger opgeleiden in de afgelopen decennia is toegenomen. Circa 20% van de mannen en 14% van de vrouwen heeft als hoogste opleiding HBO of WO gevolgd. Naar verwachting zal het opleidingsniveau van de gehele bevolking verder stijgen (STG 1992), waardoor de gezondheidsbeleving zich wellicht positief zal ontwikkelen.



*Figuur 2.6*

*Ontwikkeling opleidingsniveau op HBO/WO-niveau naar geslacht*

Bron: CBS, 1995.

Met betrekking tot de werkzame beroepsbevolking kan worden opgemerkt dat het aandeel vrouwen in de afgelopen jaren is gestegen tot 48% (mannen 75%). Doordat steeds meer vrouwen deelnemen aan het reguliere arbeidsproces zullen de mogelijkheden voor mantelzorg afnemen.

Wat betreft de inkomenssituatie ten slotte blijkt dat, wanneer gecorrigeerd wordt voor de invloed van de omvang en samenstelling van huishoudens op de welvaart van het huishouden, de koopkracht van het besteedbare inkomen in de periode 1990-1994 nauwelijks (-1%) is gedaald (SCP 1996).

#### Etniciteit

Het absolute en relatieve aantal allochtonen in Nederland is in de afgelopen jaren toegenomen. Op dit moment is 15% van alle inwoners in Nederland van niet-Nederlandse afkomst. Er zijn geen opvallende verschillen tussen het aantal mannen en vrouwen in de verschillende bevolkingsgroepen. Onder de Turkse, Marokkaanse en Zuid-Europese bevolking zijn de mannen licht oververtegenwoordigd.

In hoeverre de ontwikkeling van een groeiend aantal allochtonen van invloed is op de zorgvraag, kan op basis van de huidige stand van onderzoek nog geen volledig beeld worden gegeven. Er is weinig literatuur voorhanden en de beschikbare literatuur is vrij oud. Volgens König-Zahn e.a. (1993) ligt een toename van de incidentie van gezondheidsproblemen onder allochtonen voor de hand: door het grote aantal inwonenden en de vaak matige kwaliteit van een woning zijn de bewoners bevattelijker voor infectieziekten. Daarbij zullen als gevolg van een slechte sociale situatie (met name Turken en Marokkanen) stressgerelateerde ziekten en slijtage en ziekte als gevolg van zwaar lichamelijk werk vaker voorkomen. In het verlengde hiervan zou door veroudering van de groep allochtonen van de eerste immigratiestroom een groeiende zorgvraag verwacht kunnen worden. Van de circa 583.000 allochtonen is 13% ouder dan 50 jaar (2% is ouder dan 65 jaar). Deze groep zal in de komende jaren een beroep doen op de zorgvoorzieningen voor ouderen.

Uit een onderzoek naar deelname aan preventieprogramma's voor allochtone zuigelingen (Hirasing e.a. 1995) blijkt dat allochtone kinderen onvoldoende profiteren van het Nederlandse preventie-aanbod. Het is mogelijk dat allochtone Nederlanders (vooralsnog) minder gebruikmaken van gezondheidszorgvoorzieningen. Dit is echter niet met zekerheid te zeggen.

Over verschillen in de inhoud van zorg en de omgang met allochtone patiënten in vergelijking met autochtone patiënten is vrij veel literatuur beschikbaar. In het algemeen kan gesteld worden dat verschillen in cultuur, taal en religie belangrijke gevolgen hebben voor bijvoorbeeld de benadering van een patiënt, zijn voedingsgewoonten, lichamelijke



verzorging en omgang met geboorte, ziekte en dood (Van der Kooij 1994). Hieruit voortvloeiend zou een groter aandeel allochtone patiënten gevolgen kunnen hebben voor het zorgaanbod, met name in de (grote) steden waar de concentratie allochtone inwoners het grootst is.

#### Huishoudenssituatie

Over het algemeen worden gezinnen en familiekringen steeds kleiner. Volgens de Nationale Huishoudensprognose van het CBS (1993) zullen er in het jaar 2010 7,4 miljoen huishoudens zijn. Dat is 1 miljoen (16%) meer dan in 1994. In dezelfde periode groeit de bevolking met 11% (naar bijna 17 miljoen mensen): het aantal huishoudens groeit dus ruim anderhalf keer zo sterk als de bevolking.

De belangrijkste oorzaak van de groei van het totaal aantal huishoudens is de sterke groei van het aantal eenpersoonshuishoudens.

Van alle vrouwen in Nederland voert 15% een eenpersoonshuishouden, van het totaal aantal mannen is dat 11%. Volgens de prognose van het CBS zullen er in 2010 2,7 miljoen mensen alleen wonen, tegen 2 miljoen in 1994. Deze toename in het aantal eenpersoonshuishoudens is vooral het gevolg van de vergrijzing van de bevolking. In de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder woonden in 1994 ruim 290 duizend vrouwen alleen tegen ruim 60 duizend mannen. In 2010 zijn dat er respectievelijk 370 duizend tegen 90 duizend (CBS 1995). Bovendien is er de trend later in het leven te trouwen, minder te trouwen, vaker de relatie te verbreken en minder vaak te hertrouwen, waardoor het aantal alleenstaanden in de bevolking ook toeneemt (STG 1992).

Als gevolg van de steeds kleinere huishoudens is er minder informele zorg beschikbaar. Volgens het STG (1992) wordt hierdoor de druk op de thuiszorg steeds groter. Mede ook omdat naast de trend van steeds kleiner wordende gezinnen het onderling contact tussen familieleden afneemt als gevolg van de geografische spreiding.

#### Emancipatie en mondigheid

In het leefwijzenscenario van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1990b) wordt gewezen op een toenemende behoefte van mensen om over het eigen wel en wee te beslissen. Ook wijst de Stuurgroep op een toenemend belang van individuele ontplooiing en vroege onafhankelijkheid van jonge mensen. Het lijkt erop dat de burger zich in toenemende mate als individu manifesteert en aan vele sociale

netwerken deelneemt. Hiërarchische verhoudingen maken plaats voor meer horizontale verhoudingen. Er mag meer, maar er moet wel over onderhandeld worden. Dit lijkt voor iedereen op te gaan, ook voor hulpverleners en patiënten. Volgens Schrijvers (1990a) heeft de groeiende welvaart de bevolking doen wennen aan een hoffelijke bejegening in andere dienstverlenende sectoren, zoals bijvoorbeeld in het bankwezen. Het is aannemelijk dat deze gewenning ook doorspeelt binnen de muren van een instelling: de patiënt wordt meer klant en dus koning en de zorgverlener vaker bedienend personeel. De mondigheid van consumenten/patiënten en het toegenomen gewicht van hun belangenorganisaties, zorgen ervoor dat de zorg individualiseert en steeds meer uitgaat van de wensen en verlangens van de patiënt. Het aanbod van zorg dient flexibel te zijn, waarbij continuïteit in de zorg essentieel is voor mensen met een langdurige zorgvraag. Eén en ander wordt ook door de overheid gesteund met wet- en regelgeving.

Indien er tekorten zijn in de zelfzorg, worden die normaal gesproken opgevangen door de directe omgeving, de mantelzorg. Dit is zorg die voornamelijk aan eigen ouders of schoonouders wordt gegeven door hoofdzakelijk vrouwen (Tjadens en Woldring 1989). (Schoon)dochters als traditionele verzorgers hebben steeds vaker zelf betaald werk. Gevolgen van de individualisering van de maatschappij zijn ook afnemende gewoonten om de bejaarde ouders in huis te nemen en een toegenomen behoefte aan privacy van ouders en van kinderen. Daarnaast zijn de kleine naoorlogse woningen, woningnood en de toegenomen mobiliteit van de bevolking ontwikkelingen die van invloed zijn op de mantelzorg (nota 2000 1986).

Wanneer deze ontwikkelingen gevoegd worden bij het feit dat door technologische en medische ontwikkelingen de hulpverlening minder locatie-afhankelijk is – met als gevolg dat de zorg toenemend thuis of van huis uit bereikbaar is – zal de vraag naar thuiszorg sterk groeien (STG 1992).

#### Conclusie

Het opleidingsniveau stijgt en zal de komende jaren verder toenemen. Dit zou wel eens tot gevolg kunnen hebben dat de subjectieve gezondheidsbeleving ook toe gaat nemen. Welke invloed een groeiend aandeel allochtonen heeft op de zorgvraag is (nog) niet vast te stellen. Vanwege verschillen in cultuur, taal en religie zou, met name in de grote steden, de zorgvraag snel kunnen toenemen.

Het aantal (eenpersoons)huishoudens neemt toe. Als gevolg van de steeds kleinere huishoudens, kleinere familiekringen en minder onderling contact, is informele zorg oftewel mantelzorg steeds minder beschikbaar. Bovendien is als gevolg van emancipatie van de bevolking mantelzorg steeds minder gebruikelijk. Door deze ontwikkelingen ontstaat er een grotere behoefte aan thuiszorg.

Door de toegenomen mondigheid tenslotte van patiënten/cliënten en hun belangenorganisaties dient het aanbod van zorg meer en meer flexibel te zijn en in te spelen op de verwachtingen van patiënten/-cliënten.

## 2.5

### **Institutionele ontwikkelingen**

Het gebruik van verpleging en verzorging wordt niet alleen bepaald door de behoefte aan zorg. Ook ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg en meer specifiek binnen de verpleging en verzorging bepalen mee het gebruik van verpleging en verzorging. De belangrijkste ontwikkelingen worden in deze paragraaf kort geschetst. Met name het rapport (Gezondheidszorg in tel 3) van de commissie-Van der Zwan (1995) en verder ook het Branche-rapport verpleging en verzorging (1994) zijn hiervoor geraadpleegd. In het recent uitgekomen rapport (Gezondheidszorg in tel 4) van de commissie-Van der Zwan (1996) is als speciaal thema kwaliteit van zorg gekozen. Het rapport biedt een uitgebreid overzicht van (verplegingsoverstijgende) kwaliteitsaspecten en ontwikkelingen per sector. Afhankelijk van de gehanteerde definitie van kwaliteit van zorg kunnen dergelijke ontwikkelingen van invloed zijn op het daadwerkelijke gebruik van zorg. Als voorbeeld kan in dit kader de beschikbaarheid van direct-patiëntgebonden personeel worden genoemd. Gezien het tijdstip van uitgave van dit rapport zijn deze ontwikkelingen niet meer meegenomen. In deze paragraaf volgen na enkele sectoroverstijgende ontwikkelingen de belangrijkste ontwikkelingen per sector.

#### 2.5.1

##### *Algemene ontwikkelingen*

##### *Transmurale zorg*

Transmurale zorg is een nieuwe vorm van zorgverlening waarbij steeds meer zorg verleend wordt op de grens van intra-, semi- en extramurale voorzieningen (Commissie-Van der Zwan 1995). Kenmerkend is dat de

zorg op een andere plaats verleend wordt dan in de traditionele structuren gebruikelijk zou zijn. De zorg ordent zich meer en meer rond de ziekte/behoefte van een patiënt. Met het zorg op maat principe en de samenwerking tussen aanbieders heeft het een en ander als consequentie dat het zorgaanbod zich steeds minder conformeert aan de 'domeingrenzen' van de traditionele zorgvoorzieningen, waardoor nieuwe vormen van zorg ontstaan.

Intramurale instellingen ontwikkelen nieuwe producten, waarbij het niet alleen gaat om andere vormen van 24-uurs-zorg, maar vooral ook om vormen die geheel of gedeeltelijk buiten de muren van de instelling worden verleend. Deels treedt deze zorg in de plaats van 24-uurs-zorg, daarnaast worden lacunes in de zorgverlening opgevuld waardoor een kwalitatieve verbetering wordt bereikt. Dit wordt mogelijk door transmuralisering van de thuiszorgorganisaties. Zij bieden bijvoorbeeld ook buiten de reguliere tijden hulp en coördineren een multidisciplinaire inbreng.

Voorbeelden van transmuralisering zijn een toenemend aanbod van dagbehandeling, thuiszorg vanuit de instelling en in de ouderen- en gehandicaptensector, hospices, dag- en nachtopvang en weekend- of vakantie-opvang ter ondersteuning van de thuissituatie.

In een uitgewerkt voorbeeld van de ouderenzorg ziet één en ander er als volgt uit: in de traditionele situatie was sprake van verschillende, betrekkelijk los van elkaar werkende voorzieningen als de thuiszorg, het verzorgingshuis, het verpleeghuis en het ziekenhuis. Transmurale zorg heeft er toe geleid dat 'echelons' steeds meer vervagen en netwerken daarvoor in de plaats komen: het verzorgingshuis dat voor de thuissituatie de maaltijd verzorgt en als alarmpost dienst doet, het verpleeghuis dat in de thuissituatie verpleging biedt aan patiënten met een 'verpleeghuis-indicatie', verpleeghuizen en verzorgingshuizen die dagopvang en crisishopvang verzorgen ten behoeve van ondersteuning van de thuissituatie, ziekenhuis(na)zorg die vanuit het ziekenhuis wordt verleend buiten de muren van het ziekenhuis in samenwerking met extramurale zorgaanbieders en/of met verpleeghuizen en verzorgingshuizen en tenslotte verpleeghuiszorg die wordt verleend in het ziekenhuis.

#### Funciedifferentiatie

Een andere belangrijke ontwikkeling, meer specifiek gericht op verpleging en verzorging, is funciedifferentiatie. Het toepassen van verticale funciedifferentiatie is er op gericht de efficiëntie van de zorgverlening te

verhogen door de juiste deskundigheid op de juiste plaats in te zetten en door de aanwezige overlap in taken van bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgende te reduceren (Jansen & Kerkstra 1997; Jansen 1996). Daarnaast is functiedifferentiatie een middel om de arbeidssatisfactie te verhogen. Bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen blijken vaak taken beneden hun niveau uit te voeren (Kerkstra & Beemster 1991). Ook om deze reden worden de verschillende functies binnen de verpleging en verzorging duidelijker omschreven en afgebakend.

Naast verticale functiedifferentiatie wordt functiedifferentiatie ook wel in horizontale zin toegepast (NZi/AORTA 1994). Hierbij gaat het vooral om specialisatie, bijvoorbeeld in de wijkverpleging op het terrein van CARA, diabetes of GVO, en om het construeren van aandachtsgebieden en sectoren, zoals 'ouder- en kindzorg' en 'volwassenenzorg' (Jansen & Kerkstra 1997; Jansen 1996).

#### Nieuw onderwijsstelsel verpleging en verzorging

In aansluiting op de ontwikkelingen rond functiedifferentiatie kan de invoering, per augustus 1997, van een nieuw samenhangend stelsel voor initiële opleidingen tot verplegende, verzorgende en helpende/assisterende beroepen genoemd worden. De huidige opleidingsstrajecten worden vervangen door nieuwe en de bestaande regelgeving wordt aangepast (Heitink & Teluy 1995; Heese 1996). In de nieuwe opleidingsstructuur zijn vier opleidingen opgenomen, ingedeeld naar kwalificatieniveau (twee tot en met vijf) door middel waarvan verpleegkundigen en verzorgenden tegelijkertijd breed en gedifferentieerd worden opgeleid. Verpleegkundigen zullen zowel op HBO- als MBO-niveau worden opgeleid, respectievelijk kwalificatieniveaus vijf en vier. Daarnaast zullen op het terrein van de verzorging functionarissen op drie niveaus (niveau vier, drie en twee) worden opgeleid, respectievelijk: de vakfunctionaris verzorgende (huidige verzorgende), de basisberoepsbeoefenaar verzorgende (de huidige helpende) en de helpende/assisterende verzorgende (de huidige ongediplomeerden in de gezinsverzorging en de alfahulpen). Op niveau 1 zullen ongekwalificeerde assistenden/helpenden werkzaam zijn (Heese 1996; Swinkels 1996). Het is nog niet geheel duidelijk welke functionarissen in welke settings werkzaam zullen zijn. Wel zal de nieuwe functie-indeling met bijbehorende taken en verantwoordelijkheden gevolgen hebben voor het zorgaanbod, afhankelijk van hoe één en ander concreet ingevuld gaat worden.

### Persoonsgebonden budget

Het persoonsgebonden budget is een geldsom die, vooralsnog, alleen ter beschikking is gesteld aan twee groepen cliënten: mensen die geïndiceerd zijn voor langdurige zorg thuis en mensen met een verstandelijke handicap. De cliënt kan met het zogenaamde 'pgb' naar eigen keuze de hulp en zorg inkopen die naar zijn eigen inzicht het best bij zijn situatie past. Zorg die dus niet per definitie van de bestaande hulpinstanties hoeft te komen: ook bijvoorbeeld een buurvrouw kan voor een bepaald bedrag ingehuurd worden. Voor de cliënt betekent dit dus meer autonomie en keuzevrijheid. De gedachte is dat hierdoor ook beter zorg op maat geleverd kan worden.

Per 1 juli 1995 behoort het persoonsgebonden budget al tot de mogelijkheden in de thuiszorg. De resultaten van een experiment in de langdurige thuiszorg zijn positief bevonden door met name cliënten (Wissink 1996). Het is niet denkbeeldig dat bij definitieve invoering een deel van het budget besteed gaat worden aan informele zorg en aan particuliere organisaties. Zorgelijk bij het experiment was namelijk dat er voor 28% minder gebruik werd gemaakt van verpleging door reguliere instellingen. Gevreesd wordt voor de arbeidsvoorwaarden van werknemers en de kwaliteit van de verleende zorg. Andere genoemde knelpunten zijn: controle op de besteding, de fiscale consequenties van het werkgeverschap van de cliënt en het bepalen van de vergoeding. Onder andere voor deze knelpunten zijn 'verenigingen voor budgethouders' opgericht: de Landelijke Vereniging 'Per Saldo' en 'Naar Keuze' voor respectievelijk de thuiszorg en de verstandelijk gehandicaptenzorg.

Heel recent zijn de experimenten met persoonsgebonden budgetten voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten: per 1 januari 1996 wordt de persoonsgebonden budgetfinanciering ook binnen deze sector toegepast. Het is nog niet te overzien welke gevolgen één en ander zal hebben op het gebruik van verstandelijk gehandicaptenzorg.

### 2.5.2

#### *Ontwikkelingen per sector*

##### Algemene en psychiatrische ziekenhuizen

De meest belangrijke ontwikkeling binnen de ziekenhuiszorg is de substitutie van (klinische) opname naar dagopname of polikliniekbezoek. Deze ontwikkeling is ook waar te nemen bij de psychiatrische ziekenhuiszorg waar zorg in de vorm van kortdurende opnames, korter dan drie maanden, sterk in opkomst is.

### Verstandelijk gehandicaptenzorg

Nieuw beleid van de overheid en van de sector zelf is het kleinschaliger vormgeven van de woonvoorzieningen, eventueel in combinatie met maatschappelijke integratie. Ook in de toekomst willen overheid en sector deze kleinschaligheid stimuleren. Kleinschalige zorg en kleinere groepen vergen een toename van direct bewonersgebonden verzorging/-begeleiding.

In 1991 is het 'Besluit vrije margeregeling erkenningen zwakzinnigen- inrichtingen en verpleeginrichtingen' van kracht geworden. Doel hiervan is het ontlasten van de wachtlijsten, vooruitlopend op te realiseren bouw. In combinatie met de 'Regeling ZFR substitutie zwakzinnigenzorg' worden vanuit erkende instellingen voor verstandelijk gehandicapten veel vormen van opvang buiten de instelling gerealiseerd.

### Verpleeghuizen

De ontwikkelingen van het zorgaanbod van de afgelopen jaren worden gekenmerkt door een steeds verdergaande differentiatie. Sinds enige tijd bestaat er een zogenaamde vrije marge regeling met als doel het reduceren van wachtlijsten voor de verpleeghuiszorg. Deze zorg vindt vaak plaats 'buiten de muren' van het verpleeghuis, bijvoorbeeld in het verzorgingshuis. De grenzen tussen de sectoren in de ouderenzorg hebben, zoals al eerder vermeld, de neiging steeds verder te vervagen. Zo zal in de toekomst 20% van de verpleeghuis capaciteit gerealiseerd worden middels zogenaamde 'verpleegunits' in verzorgingshuizen. Uitbreiding van de verpleeghuissector wordt niet voorzien, wel bevordering van substitutie van intramurale verpleeghuiszorg naar extramurale zorg en het zo veel mogelijk inzetten van uitbreidingscapaciteit in extramurale vorm.

### Verzorgingshuizen

Verzorgingshuizen zijn actief op het raakvlak van wonen en zorg. In de loop van de tijd hebben zij een grote verandering ondergaan: van woonvoorzieningen hebben zij zich steeds meer ontwikkeld tot zorginstellingen. Waar voorheen nog sprake was van wonen, is nu sprake van verblijf met zorg. Deze verandering heeft te maken met verschillende factoren: richtinggevend is de verandering in de wensen en behoeften van ouderen. Daarnaast is de functieverandering van het verzorgingshuis beïnvloed door factoren als wijzigingen in het overheidsbeleid, ontwikkelingen in de ouderenhuisvesting en de beperkte opnamecapaciteit van verpleeghuizen.

De verzorgingshuizen verleggen hun grenzen naar verschillende kanten. Op het intramurale vlak wordt, tegemoetkomend aan de wens van ouderen, nu ook intensieve verpleging en verzorging geboden. Daarnaast bieden de verzorgingshuizen een uitgebreid semi- en extramuraal zorg- en dienstenpakket, waardoor ouderen worden ondersteund in het zelfstandig wonen. In dit kader bieden zij bijvoorbeeld tijdelijke opname, dagverzorging en aanvullende zorg aan ouderen in aanleunwoningen, in wooncomplexen en in de wijk. Voor deze laatste vorm van zorg wordt vaak samengewerkt met thuiszorgorganisaties.

Doelstellingen in het beleid ten aanzien van verzorgingshuizen zijn grotendeels gericht geweest op een vermindering van capaciteit. De commissie-Van der Zwan geeft hierbij als voorbeeld het budget-neutraal bouwen en renoveren: omdat een renovatie of verbouwing van de budgethouder geen invloed mag hebben op het verzorgingstarief, zijn deze slechts haalbaar indien het verzorgingshuis een deel van de capaciteit inlevert (in tegenstelling tot verpleeghuizen vallen verzorgingshuizen binnen een gebudgetteerde subsidiesystematiek).

### Thuiszorg

Een belangrijke ontwikkeling in de thuiszorg is het door de overheid ingezette substitutiebeleid, waardoor een verschuiving plaatsvindt van de intramurale zorg naar de extramurale zorg. Samen met de wens om langer zelfstandig te wonen neemt de vraag naar zorg in de thuissituatie toe.

Ontwikkelingen in het aanbod van zorg door verpleeghuizen, verzorgingshuizen en ziekenhuizen zijn indirect van belang voor de thuiszorg: capaciteitsproblemen in deze sectoren worden voor een deel afgewenteld op de thuiszorg. Wat betreft de verpleeghuizen, geldt dat de capaciteit voor opname van somatische patiënten licht is gedaald, terwijl die voor psychogeriatrische patiënten is toegenomen. Net als in de thuiszorg bestaan in de verpleeghuissector wachtlijsten, terwijl de capaciteit naar verwachting niet zal groeien. De thuiszorg speelt dan een vrij grote rol in het (tijdelijk) oplossen van capaciteitsproblemen bij verpleeghuizen door het aanbieden van (intensieve) thuiszorg en door patiënten op te vangen die (te lang) op de wachtlijst voor een verpleeghuis staan. Hierdoor ontstaat meer vraag naar de thuiszorg. Daarbij neemt de totale capaciteit van verzorgingshuizen af, waardoor de mensen die in aanmerking komen voor verhuizing naar een verzorgingshuis ouder en hulpbehoevender zijn dan in het verleden. In de thuiszorg worden zodoende meer mensen die



oorspronkelijk voor het verzorgingshuis geïndiceerd waren, opgevangen. Tenslotte vormen mensen die in het ziekenhuis verblijven, maar geïndiceerd zijn voor het verpleeghuis, indirect een probleem voor de thuiszorg.

Een andere ontwikkeling in de thuiszorg is het integratieproces waarbij kruiswerk en gezinsverzorging samengevoegd worden. De meeste instellingen in de thuiszorg zijn hier mee bezig of hebben het proces net achter de rug. De integratie van kruiswerk en gezinszorg is door de overheid gestimuleerd naar aanleiding van het heroverwegingsonderzoek 'Van Samenwerken naar Samengaan' (Ministerie van WVC 1990). Financiële overwegingen liggen hieraan ten grondslag: door onder meer schaalvergroting die met de integratie gepaard gaat, optimale afstemming van het aanbod van de hulpverlening op de vraag naar hulpverlening en door betere substitutiemogelijkheden (verschuiving van taken van wijkverpleegkundigen en ziekenverzoekenden naar gezinsverzoekenden) binnen geïntegreerde organisaties zouden forse besparingen mogelijk zijn. Volgens de commissie-Van der Zwan heeft de reguliere kraamzorg vooralsnog haar marktpositie weten te handhaven, ondanks een aantrekkelijke concurrentie van particuliere bureaus.

### 2.5.3

#### *Conclusie*

Ontwikkelingen rond het zorgaanbod worden allereerst gekenmerkt door een proces van extramuralisering. Dit blijkt onder andere uit substitutie van (klinische) opnames naar dagopnames of polikliniekbezoek in de algemene ziekenhuizen. Psychiatrische zorg vindt steeds vaker plaats middels kortdurende opnames. In de verstandelijk gehandicaptenzorg worden steeds meer vormen van opvang buiten de instelling gerealiseerd.

Verpleeghuiszorg vindt steeds vaker plaats buiten het verpleeghuis zelf, bijvoorbeeld in verpleegunits in verzorgingshuizen en verzorgingshuizen bieden steeds meer semi- en extramurale zorg zodat ouderen meer worden ondersteund in het zelfstandig wonen.

Door het ingezette substitutiebeleid aan de ene kant en de wens van cliënten om langer zelfstandig te wonen aan de andere kant, neemt de vraag naar thuiszorg sterk toe. Wachtlijsten in de verpleeghuissector en capaciteitsvermindering van de verzorgingshuizen dragen er ook toe bij dat de druk in de thuiszorg steeds groter wordt.

Naast een verschuiving van intra- naar extramurale zorg, is er een ontwikkeling gaande waarbij de zorg steeds minder verleend wordt binnen

de traditionele structuren. Echelons vervagen en nieuwe zorgvormen ontstaan. Er wordt meer ingespeeld op de wensen en verwachtingen van de cliënt/patiënt: de zorg ordent zich meer en meer rond de ziekte/behoefte van patiënten. Dit blijkt ook uit ontwikkelingen als het persoonsgebonden budget in de thuiszorg en in de verstandelijk gehandicaptenzorg waarbij cliënten naar eigen inzicht zorg (op maat) kunnen inkopen.

Aansluitend bij de wensen en behoeften van cliënten zijn ook de kleinschaliger woonvormen voor verstandelijk gehandicapten en het veranderende karakter van verzorgingshuizen die zich steeds meer ontwikkelen van woonvoorzieningen tot zorginstellingen.

Door deze ontwikkelingen wordt de zorgverlening ook efficiënter. Verplegenden en verzorgenden worden (in de toekomst) meer gericht ingezet zodat de juiste deskundigheid op de juiste plaats terecht komt. Hiertoe worden functies vaker duidelijker omschreven en afgebakend. Overwegingen van efficiëntie lagen ook ten grondslag aan het integratieproces in de thuiszorg waarbij kruiswerk en gezinszorg worden samengevoegd. De meeste instellingen zijn hier mee bezig of hebben het proces net achter de rug.

## 2.6

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

In de voorgaande paragrafen is ingegaan op ontwikkelingen die van invloed zijn op de zorgvraag en het zorgaanbod. In deze paragraaf worden de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van verpleging en verzorging in de afgelopen vijf jaar weergegeven. Hiervoor is met name nog gebruikgemaakt van het rapport van de commissie-Van der Zwan (1995) 'Gezondheidszorg in Tel 3' ('GiT 3'). Inmiddels is ook het rapport 'GiT 4' (1996) uitgegeven. Voor de meest actuele ontwikkelingen in het gebruik van verpleging en verzorging wordt dan ook verwezen naar deze uitgave. Verder is in deze paragraaf gebruikgemaakt van een rapport van het NIVEL en NZi (1996) over de vraag naar thuiszorg en de 'Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector' (NIVEL, NZi en OSA 1996). Meer gedetailleerde informatie is in de tabellen A2.10 t/m A2.23 in de bijlage opgenomen.

### 2.6.1

#### *Ontwikkelingen per sector*

##### Algemene en psychiatrische ziekenhuizen

In de algemene ziekenhuizen kunnen twee functies onderscheiden worden, namelijk de behandelfunctie en de verpleegfunctie. De verpleegfunctie omvat de verpleging en verzorging van klinische en dagbehandelingspatiënten.

Het aantal klinische patiënten liet de afgelopen jaren een groei zien van ongeveer 0,5% per jaar. Deze lichte groei is het gevolg van twee tegengestelde effecten: enerzijds daalt de opnamecoëfficiënt per hoofd van de bevolking, onder meer als gevolg van substitutie naar poliklinische behandelingen, anderzijds zorgt de groei en de vergrijzing van de bevolking voor een toename. Het aantal poliklinische bezoeken laat een jaarlijkse groei zien van ruim 1%.

Het aantal verpleegdagen in dagopname kende de afgelopen jaren een ongekende groei. Het aantal verpleegdagen in de kliniek vertoont daarentegen een daling. Deze is met name toe te schrijven aan de daling van de gemiddelde verpleegduur. Eén en ander betekent wel dat de 'intensieve' verpleegdagen van een opname overblijven. Verder neemt het aandeel ouderen in de verpleegdagen toe. Gevoegd bij het feit dat ouderen meer hulp nodig hebben dan jongeren, betekent dit een intensivering per verpleegdag.

In psychiatrische ziekenhuizen vindt de zorg in drie verschillende kaders plaats: de kliniek, waarin zowel korte als langdurige opnames plaatsvinden, de deeltijdbehandeling en de polikliniek.

Het aantal klinische opnames laat een gestage groei zien. Deze groei komt voort uit de opkomst van de kortdurende opname, dat wil zeggen korter dan 3 maanden. Het totaal aantal verpleegdagen daalt reeds jaren. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat er sprake is van een extensivering van de zorg. Aan de andere kant stijgt echter het aantal verpleegdagen van specifieke zorgintensieve patiënten (zoals gedragsgestoorde patiënten) en van de relatief zorgintensieve categoriale zorg (zoals verslavingszorg). Hierdoor is de intensiteit van de zorg per verpleegdag toegenomen.

De deeltijdbehandeling in de psychiatrie laat een sterke groei zien. Net als in de andere sectoren is dit een teken van extramuralisering van de intramurale gezondheidszorg.

### Verstandelijk gehandicaptenzorg

De afgelopen jaren heeft zich een groei voorgedaan in het aantal bedden in instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Het aantal bewoners in deze instellingen groeit sneller dan de bevolking. Dit heeft te maken met politiek gewenste beslissingen om het aantal plaatsen in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten uit te breiden, sneller dan de bevolkingsgroei. De wachtlijsten zijn nog altijd zodanig dat deze groei volledig wordt benut. Het bezettingspercentage in de verstandelijk gehandicaptenzorg ligt al enige jaren heel dicht bij 100%. Het nog steeds bestaan van omvangrijke wachtlijsten toont aan dat de vraag altijd hoger is geweest dan het aanbod. De zorg voor verstandelijk gehandicapten is de laatste jaren geïntensiveerd. Deze intensivering is zichtbaar geweest in de toename van het aantal FTE's verzorgend en verplegend personeel per bewoner. Door veranderde inzichten worden er meer dan in het verleden dagactiviteiten ondernomen met deze mensen. Ook de vergrijzing van de populatie vraagt om een intensivering van de zorg, al is het niet duidelijk hoeveel extra zorg een oudere gehandicapte nodig heeft. Een deel van deze intensivering vloeit tenslotte voort uit het feit dat de woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten kleinschaliger zijn, eventueel in combinatie met integratie met de maatschappij.

### Verpleeghuizen

Verpleeghuisbewoners kunnen worden onderscheiden in twee categorieën: somatische en psychogeriatrische bewoners. Daarnaast wordt ook onderscheid gemaakt naar klinische bewoners en mensen voor dagbehandelingen.

Er is de laatste jaren in de leeftjidsverdeling van de bewoners een verschuiving opgetreden naar de hoogste leeftijdscategorie van 85 jaar en ouder. Vooral in de psychogeriatric is deze verschuiving goed te zien. Het aantal somatische verpleegdagen per 1.000 inwoners neemt gedurende de laatste jaren af. De trend is dan ook dat een opname van somatische aard in een verpleeghuis veel korter duurt of dat er zelfs van wordt afgezien. De thuiszorg en de verzorgingshuizen verlenen dan de benodigde zorg.

De psychogeriatric sector kent daarentegen een positieve trend voor de leeftijdscategorieën vanaf 75 jaar. Omdat deze omvangrijke leeftijdscategorieën ook snel in omvang toenemen, groeit het totaal aantal psychogeriatric verpleegdagen sterk.

Ook stijgt de zwaarte van een verpleegdag het snelst bij de psycho-

geriatrie patiënten. Deze intensivering van de zorg komt voort uit het feit dat de groei van het aantal plaatsen in verpleeghuizen geen gelijke tred houdt met de demografische ontwikkeling, zodat de patiënten die opgenomen worden in steeds sterkere mate hulpbehoevend zijn. In alle leeftijdsgroepen blijkt het aantal dagbehandelingsdagen per 10.000 inwoners gestegen. De dagbehandeling is voor een deel substitutie voor de klinische opname in het verpleeghuis. Deze trendmatige stijging is bij de psychogeriatricie veel sterker dan bij de somatiek.

#### Verzorgingshuizen

De zorgverlening door verzorgingshuizen kan onderscheiden worden in intramurale en extramurale zorg. De intramurale zorg betreft de zorg aan groepen vaste bewoners met hun bijbehorende zorgvraag. De extramurale zorg varieert van kortdurende opnames tot maaltijdverstrekking. Het totaal aantal bewoners is gedaald (tussen 1990 en 1993 met gemiddeld jaarlijks 1,4%). Op basis van demografie zou een groei van het aantal bewoners verwacht worden. Het gebruik per leeftijdsklasse is echter afgenomen. Dit is vooral het gevolg van gevoerd beleid dat sterk gericht is geweest op het afbouwen van capaciteit.

Verdeeld over vier categorieën zijn er ontwikkelingen in het gebruik waar te nemen: het aantal bewoners dat niet hulpbehoevend is, neemt sterk af. De gedeeltelijk en volledig hulpbehoevende bewoners vertonen in groei een wisselend beeld. Het aantal volledig hulpbehoevenden is licht gestegen. De groep praktisch bedlegerigen is flink in aantal gestegen. De groep niet hulpbehoevenden daalt het snelst. De veranderde verdeling (30% niet hulpbehoevenden in 1993 ten opzichte van 40% in 1986) betekent dat de gemiddelde bewoner minder valide is geworden en dus meer zorg nodig heeft (hogere zorgzwaarte).

De meeste activiteiten van de extramurale zorg laten een flinke stijging zien, met name de maaltijdverstrekking en de voetverzorging. Alleen de nachtopvang daalt. De kortdurende opnames en de dagverzorging zijn snelle groeiers. De groei van extramurale zorg is veel groter dan de groei van het aantal 65-plussers. De commissie-Van der Zwan stelt dat deze groei met name bepaald wordt door de aanbodzijde: door de mogelijkheid van extramuralisering van het WBO-budget kunnen meer ouderen met hetzelfde budget worden bereikt omdat de verblijfskosten niet langer binnen het WBO-budget vallen maar uit de budgetten van de volkshuisvesting worden gefinancierd.

### Thuiszorg

Binnen het gebruik van de thuiszorg kan onderscheid worden gemaakt naar wijkverpleging, gezinszorg en kraamzorg.

De wijkverpleging wordt gezien als de belangrijkste vorm van hulpverlening vanuit het kruiswerk. Het gebruik van wijkverpleging bestaat uit het totaal aantal cliënten en contacten.

Het aantal cliënten is tussen 1990 en 1993 gedaald van 5,7 naar 5,0 cliënten per 100 inwoners. De meeste cliënten die worden geholpen zijn tussen de 0 en 4 jaar of boven de 65 jaar.

Het aantal contacten is licht gedaald en vindt voor het merendeel plaats met personen boven de 60 jaar, in het bijzonder met ouderen boven de 80 jaar. Het aantal zorgcontacten per cliënt is fors gestegen met gemiddeld 6,6% per jaar. Er wordt aan steeds minder mensen, steeds frequenter en intensiever zorg verleend. Als gevolg van de toeneming van de zorgzwaarte van de cliënten moet er meer tijd worden besteed aan de zorgcoördinatie. Deze toename van de zorgzwaarte is mede het gevolg van het groeiend aantal ouderen in het totaal van de contacten.

Verder wordt een sterke groei gesignaleerd van het aantal verpleegtechnische en verzorgende handelingen, wat ten koste zou gaan van preventieve handelingen, zoals screening, GVO en begeleiding.

De diensten die vanuit gezinsverzorging worden geleverd zijn traditionele gezinshulp en alfahulp. In 1995 werden deze diensten aangeboden door 60 instellingen voor gezinsverzorging en 41 geïntegreerde thuiszorginstellingen die onder meer gezinsverzorging bieden.

Gegevens over het gebruik van gezinsverzorging zijn af te leiden uit het totaal aantal cliënten en het aantal uren zorgaanbod (per cliënt).

Het aantal cliënten in zorg bij de gezinsverzorging laat jaarlijks (in de periode 1990-1993) een toename zien van gemiddeld 5%.

De trend die zich voordoet bij het aantal uren zorg is een licht dalende.

Aan de ene kant doet zich een daling voor van het aantal uren zorg voor mensen jonger dan 65 jaar, aan de andere kant een stijging van het aantal uren zorg voor mensen boven de 65 jaar. Dit kan onder meer worden verklaard uit de individualisering van de maatschappij: de groep ouderen bestaat steeds vaker uit alleenstaanden.

Het gemiddeld aantal uren zorg per cliënt is fors gedaald. Hierdoor konden wel de wachtlijsten worden beperkt, maar waarschijnlijk ten koste van de kwaliteit van zorg. Om de wachtlijsten niet verder te laten groeien en om kwaliteit van zorg te kunnen garanderen, is groei van het aanbod noodzakelijk.

De kraamzorg tenslotte kan in drie vormen worden ingedeeld, namelijk de interne verzorgingen, de wijkkraamverzorging en de 5-uurs-verzorging. De kraamzorg wordt uitgevoerd door 64 kraamcentra. Deels zijn dit autonome kraamcentra, deels zijn zij onderdeel van een kruisorganisatie.

Het gebruik van de kraamzorg kan afgelezen worden uit het totaal aantal verzorgingen en verzorgingsdagen.

De trend die zich voordoet ten aanzien van het aantal verzorgingen en verzorgingsdagen is een stijgende (respectievelijk 1,8% en 1,4% in 1992 ten opzichte van 1988). Het gemiddeld aantal dagen per verzorging daalde van 7,4 dagen in 1988 tot 6,9 dagen per verzorging in 1992. De verwachting is niet dat deze daling zich niet verder doorzet.

In 1993 daalde het aantal verzorgingen (3,6%) en het aantal verzorgingsdagen (6%). De commissie-Van der Zwan geeft aan niet met zekerheid te kunnen zeggen of hier sprake is van een tijdelijke afzwakking of het begin van een trendbreuk.

## 2.6.2

### *Conclusie*

Twee belangrijke ontwikkelingen kunnen worden onderscheiden in het gebruik van verpleging en verzorging na 1990.

Allereerst valt op dat in iedere sector het gebruik van zorg steeds intensiever wordt. Deels is deze zorgintensivering een gevolg van de vergrijzing, ouderen behoeven meer hulp dan jongeren, deels ook vanuit het gevoerde beleid, zoals bijvoorbeeld de substitutie van intramurale zorg naar extramurale zorg, de kleinschaliger woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten en de afnemende capaciteit van verzorgingshuizen. Een ontwikkeling als zorgintensivering heeft gevolgen voor (de scholing van) het zorgaanbod: alleen voldoende en kwalitatief goed opgeleide verplegenden en verzorgenden kunnen aan de steeds zorgintensievere vraag voldoen. Temeer omdat reeds in de thuiszorg signalen van een afnemende kwaliteit van zorg zijn geconstateerd: de toenemende druk op de thuiszorg heeft zich geuit in een dalend aantal cliënten in de wijkverpleging, waar steeds meer en intensievere zorg wordt verleend per cliënt. Ook stijgt het aantal technische en verzorgende handelingen hetgeen ten koste zou gaan van de preventieve handelingen. In de gezinsverzorging stijgt het aantal cliënten terwijl steeds minder zorg aan een cliënt wordt verleend.

Een tweede belangrijke ontwikkeling is een enorme groei van de

verpleging en verzorging van patiënten/bewoners in dagbehandeling en deeltijdbehandeling als gevolg van extra- en transmuralisering. Ook wordt steeds vaker de zorg voor potentiële verpleeghuisbewoners met een somatische indicatiestelling verleend door verzorgingshuizen en de thuiszorg.

Overige ontwikkelingen in het gebruik van verzorging en verpleging zijn een groeiend aantal bewoners in instellingen voor verstandelijk gehandicapten en een dalend aantal bewoners in verzorgingshuizen, beide als gevolg van politieke beslissingen. Tenslotte wordt in 1993 een dalend aantal verzorgingen en verzorgingsdagen in de kraamzorg geconstateerd ten opzichte van het voorgaande jaar, terwijl vanaf 1988 de trend een stijgende is.

## 2.7

### Slotbeschouwing

In het kader van de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging spelen de demografische ontwikkelingen nu en in de toekomst een belangrijke rol. Niet alleen de bevolkingsgroei, maar ook ontwikkelingen als vergrijzing, dalende geboortecijfers, groei aantal (oudere) migranten, kleinere huishoudens, groeiend aantal alleenstaanden et cetera, hebben gevolgen voor de verpleging en verzorging.

Het algemene beeld is dat het merendeel van dit soort ontwikkelingen de vraag naar verpleging en verzorging doen stijgen. Steeds meer ouderen zullen door een langere levensverwachting te maken krijgen met chronische aandoeningen. Daarnaast draagt de individualisering van de maatschappij ertoe bij dat men minder mogelijkheden heeft om terug te vallen op de mantelzorg en dus meer is aangewezen op de professionele zorg. Daarbij doet zich een ontwikkeling voor waarbij er een grotere behoefte ontstaat aan specialistisch opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden. Een aspect dat hierbij in de komende jaren speciaal de aandacht verdient, is de snel toenemende groep oudere migranten. Dit aspect vraagt van de verpleging en verzorging een specifieke aanpak. De vraag naar verpleging en verzorging wordt anderzijds in belangrijke mate ook beïnvloed door institutionele ontwikkelingen. Een ontwikkeling die de aandacht verdient is de transmuralisering van de zorg. De grenzen tussen de verschillende echelons vervagen, zodat de zorg zich meer orient rond de ziekte/behoefte van een patiënt. Het zorg-op-maat-principe vraagt om een andere organisatie van de zorg en zal wellicht ook tot gevolg kunnen hebben dat er andere functies binnen de verpleging en



verzorging gaan ontstaan. Een proces dat deels al is ingezet door functiedifferentiatie en in de toekomst door een nieuwe indeling in functieniveaus.

Dit soort ontwikkelingen komt ook terug in het gebruik van verpleging en verzorging gedurende de afgelopen vijf jaar. Enerzijds is er sprake van substitutie tussen de verschillende sectoren, waarbij een toenemende druk op de thuiszorg is ontstaan. Anderzijds is er een groei van de verpleging en verzorging in dagbehandeling en deeltijdbehandeling.

## 3

# De omvang van de beroepsgroepen

### 3.1

#### Inleiding

Hoe groot de omvang van de beroepsgroep verplegenden en verzorgenden is komt in dit hoofdstuk aan de orde. We besteden aandacht aan de ontwikkeling van het aantal werkzame personen tussen 1990 en 1995. Daarna gaan we na welke ontwikkeling zich in hetzelfde tijdvak voordeed in het aantal volledige banen (FTE's). Hierbij zijn parttimers naar rato omgerekend. Waar nodig besteden we aandacht aan verschillen tussen de onderscheiden sectoren.

Over het aantal werkzame beroepsbeoefenaren naar kwalificatieniveau leven veel vragen. Er zijn echter geen databronnen waar dergelijke gegevens eenduidig uit af te leiden zijn. We volstaan hier met een raming voor 1994.

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

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

### 3.2

#### Aantal werkzame personen

In ons land waren in 1995 371.400 personen werkzaam in de verpleging en verzorging. Het gaat hierbij om degenen die werkzaam zijn in een reguliere instelling voor gezondheidszorg. Het aantal werkzamen in de particuliere sfeer is niet bekend. Evenmin is bij dit aantal met uitzendkrachten rekening gehouden.

In 1990 bedroeg het aantal werkzamen volgens dezelfde definitie 329.300. In vijf jaar tijd nam het aantal werkenden in verpleging en verzorging met

42.100 toe oftewel met 12,8%. Deze groei wijkt nauwelijks af van die we bij het totaal aantal werkzamen in de zorgsector aantreffen (Nivel, NZi & OSA 1996).

In de zorgsector is een combinatie van leren en werken bij veel beroepen gebruikelijk. Ook de verpleging en verzorging kent het inservice-onderwijs en maakt gebruik van het leerlingwezen. In bovenstaande gegevens zijn deze leerlingen meegerekend. In het navolgende zullen ze verder niet meegenomen worden. Aan deze groep wordt immers in hoofdstuk 6 apart aandacht besteed. Zonder de deels meewerkende leerlingen mee te rekenen is het aantal beroepsbeoefenaren in de periode 1990-1995 sterker gestegen, namelijk met 16,8%. Het aantal leerlingen is in genoemde periode zowel in de verpleging, als met name in de verzorging sterk teruggelopen.

De ontwikkeling van het aantal werkzame personen tussen 1990 en 1995 voltrok zich niet voor alle sectoren van de (gezondheids)zorg op dezelfde wijze. In tabel A3.1 in de bijlage is een groot aantal velden waar verplegenden en verzorgenden werkzaam zijn weergegeven.

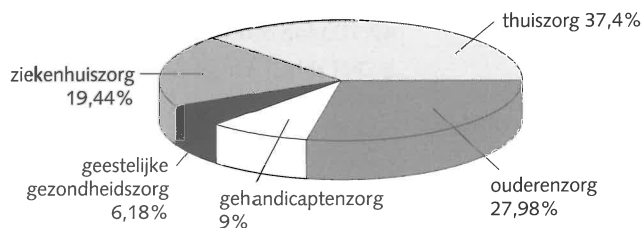
In de beschrijving hier hanteren we echter een beknoptere indeling. Dit is niet alleen uit praktische overwegingen gedaan, maar is ook ingegeven door het feit dat door het vervagen van grenzen tussen voorzieningen, bijvoorbeeld als gevolg van transmuralisering (zie hoofdstuk 2), het voor het beschrijven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

We hanteren hierbij de indeling die ook door VWS (1996) in haar JOZ (Jaaroverzicht Zorg) wordt gehanteerd: ziekenhuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg en thuiszorg. Waar welke sector en welk werkveld ingedeeld is, is te vinden in tabel A3.1.

De omvang van de verschillende hoofdsectoren loopt, zoals figuur 3.1 laat zien, nogal uiteen. De thuiszorg en de ouderenzorg nemen samen een ruime meerderheid voor hun rekening.

Alle onderscheiden hoofdsectoren laten tussen 1990 en 1995 een groei van het aantal werkzame verplegenden en verzorgenden zien. Het tempo en de omvang van de groei is echter per hoofdsector verschillend.

De ouderenzorg kende een groei van bijna 16.000 werknemers (zie tabel 3.1). De thuiszorg groeide in dezelfde tijd met 12.000 werkzamen; de ziekenhuiszorg met ruim 8.500. De gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg zijn evenwel relatief gezien sterker groeiende sectoren.



Figuur 3.1 Aandeel van de sectoren (1995)

Dit blijkt wanneer we de groei indexeren (1990 = 100). Het aantal werkzame personen in verpleging en verzorging nam in de gehandicaptenzorg in vijf jaar tijd met 37% toe; in de geestelijke gezondheidszorg met 25%.

Tabel 3.1

Het aantal verplegenden en verzorgenden naar een aantal hoofdsectoren in de zorg

	1990	1995	Index (1990 = 100)
ziekenhuiszorg	58.300	67.157	115,2
geestelijke gezondheidszorg	17.047	21.349	125,2
gehandicaptenzorg	22.670	31.091	137,1
ouderenzorg	80.823	96.683	119,6
thuiszorg	117.032	129.208	110,4
totaal*	298.253	348.291	116,8

\* inclusief overig

### 3.3

#### Volledige arbeidsplaatsen

Niet alleen het aantal werkzame personen is van belang, ook het aantal FTE's (het aantal volledige banen of arbeidsplaatsen, waarbij parttimers naar rato omgerekend zijn) in verpleging en verzorging. Men denke maar aan de hoeveelheid zorg die verleend kan worden. Anno 1995 is er sprake van ruim 196.000 volledige arbeidsplaatsen. Hierbij zijn de inservice-leerlingen en die van het leerlingwezen buiten beschouwing gelaten.

Het aantal FTE's groeide van 183.900 in 1990 tot 196.100 in 1995. Deze groei is minder sterk dan die van het aantal functies namelijk 6,6% tegen 16,8%. De toename van deeltijdwerk is de belangrijkste oorzaak van dit verschil.

Bij de ontwikkeling van het aantal volledige arbeidsplaatsen geldt dat de verpleging en verzorging gunstig afsteekt ten opzichte van de totale werkgelegenheid in de zorgsector. In de vergelijkbare periode 1990-1994 nam deze met 5,5% tegen 3,8% toe (Nivel, NZi & OSA 1996). Vergelijken we de totaal beschikbare middelen (de netto-volume groei) dan is de toename van werkgelegenheid in de verpleging en verzorging iets achtergebleven bij die van de beschikbare middelen (gebaseerd op bewerking van gegevens uit Gezondheidszorg in tel 4). Houden we echter rekening met het feit dat een FTE in 1990 los van CAO-ontwikkelingen goedkoper was dan in 1995, bijvoorbeeld vanwege de kosten van vergrijzing (anciënniteit), dan valt de vergelijking in het voordeel van de verpleging en verzorging uit.

Waar de meeste instellingen met een vast extern bepaald budget met interne bestedingsvrijheid te maken hebben, kan men concluderen dat het management van de instellingen grosso modo de groei van de beschikbare middelen minstens evenredig aan het primaire proces, de verpleging en verzorging, hebben laten toekomen. Krijgt de verpleging en verzorging binnen de beschikbare middelen relatief veel aandacht, dit staat natuurlijk los van het vraagstuk of dit voldoende is om in de totale vraag naar zorg, zoals die in hoofdstuk 2 verkend is, adequaat te voorzien.

Kijken we naar de ontwikkeling binnen de beschouwde periode van vijf jaar, dan geldt dat er in het begin van de jaren negentig nog wel sprake was van groei van de werkgelegenheid in verpleging en verzorging, zoals dat al decennia lang het geval is, maar dat de laatste jaren gekenmerkt worden door stabilisering en zelfs een lichte afbrokkeling van de werkgelegenheid.

De ziekenhuiszorg groeide in de jaren 1990-1995 in absoluut aantal FTE's sterk. De groei vond echter vooral in het begin van de jaren negentig plaats. Tabel A3.2 van de bijlage laat zien dat er in 1994 voor het eerst sinds jaren zelfs sprake is van een afbrokkeling van de werkgelegenheid in deze sector; gevolgd door een zeer lichte stijging in 1995. Hiermee wordt zichtbaar dat in ziekenhuizen de behandel-functie aan gewicht wint. Er is immers geen sprake van een daling van de vraag naar verpleging.

Tabel 3.2

*Het aantal FTE's verpleging en verzorging in een aantal hoofdsectoren van de zorg*

	1990	1995	index (1990 = 100)
ziekenhuiszorg	44.428	47.519	107,0
geestelijke gezondheidszorg	13.549	16.059	118,5
gehandicaptenzorg	17.338	21.440	123,7
ouderenzorg	56.440	61.603	109,1
thuiszorg	50.066	47.102	94,1
totaal*	183.857	196.051	106,6

\* inclusief overig

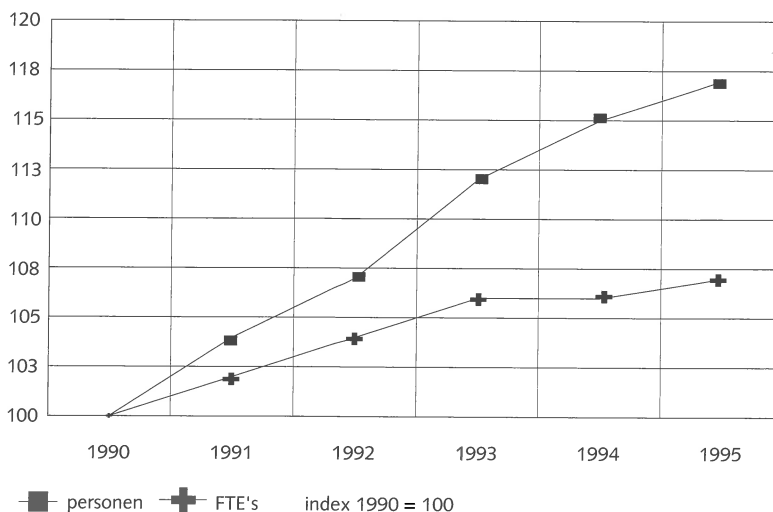
Weliswaar daalt het aantal klinische verpleegdagen licht, maar daar staat tegenover dat het aantal dagverplegingsdagen nog steeds aanzienlijk toeneemt.

De gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg waren in de periode 1990-1995 relatief de sterkst groeiende sectoren. Voor de geestelijke gezondheidszorg geldt dat de groei in 1994 geminimaliseerd is (zie tabel A3.2). Dit zal mede veroorzaakt worden door het meer naar buiten brengen, extramuraliseren van de activiteiten, zoals bijvoorbeeld in het stichten van (buiten)poli's tot uitdrukking komt. Een dergelijke verandering van het zorgaanbod brengt een anders getinte personeelsbehoefte met zich mee.

De ouderenzorg bestaat uit twee onderdelen die een geheel verschillende ontwikkeling doormaken: de verpleeghuizen kennen een jaarlijkse groei van de werkgelegenheid, terwijl de verzorgingshuizen in volledige arbeidsplaatsen gemeten een krimp laten zien. Met name de verzorgingshuizen staan in het middelpunt van een transformatieproces dat zich in de ouderenzorg aan het aftekenen is. Dit kan enerzijds een minder sterke behoefte aan verzorgend personeel betekenen als gevolg van het meer aanbieden van allerlei extramurale diensten, daar staat anderzijds tegenover dat binnen de huidige verzorgingshuizen

zogenaamde verpleegunits gerealiseerd gaan worden, die juist meer verplegend personeel vergen.

In de thuiszorg doet zich tussen 1993 en 1995 krimp van de werkgelegenheid voor. Tussen 1993 en 1994 ging het alleen om de gezinszorg; tussen 1994 en 1995 neemt ook de verpleging af in werkgelegenheid. In de voorgaande jaren was er sprake van een stabiele situatie: de omvang van de totale werkgelegenheid veranderde nauwelijks.



*Figuur 3.2*

*De ontwikkeling van het aantal werkenden en FTE's in de verpleging en verzorging tussen 1990 en 1995*

Ten slotte bekijken we de ontwikkeling van het aantal werkzame personen en de werkgelegenheid in volledige arbeidsplaatsen tezamen. Figuur 3.2 laat zien dat de groei van het aantal FTE's zorgsector breed vooral in het begin van de jaren negentig plaatsvond. De laatste jaren is er sprake van een afvlakking van de groei, die in 1994 zelfs overgaat in een lichte krimp van de werkgelegenheid. Door de toename van het aantal deeltijders nam ook de laatste jaren het aantal werkzamen nog wel aanzienlijk toe.

### 3.4

#### Kwalificaties

Bij de in het voorafgaande gepresenteerde gegevens over het aantal werkzamen in verpleging en verzorging gaat het om een breed scala van beroepsuitoefening, van soms ongekwalificeerde alfahulpen tot HBO-Verpleegkundigen. Exacte cijfers over kwalificaties in de zin van vooropleidingsniveau zijn niet te geven. Ze worden nergens op een systematische wijze bijgehouden. Wel bestaan er gegevens over functieniveaus; hieraan besteden we in hoofdstuk 8 aandacht. Het feit dat er wel gegevens bestaan over de uitgeoefende functie en niet over vooropleiding heeft te maken met het feit dat in het functiewaarderingssysteem (FWG) zoals dat in de intramurale gezondheidszorg wordt toegepast opleiding nauwelijks een rol speelt. Gechargeerd gezegd is alleen de functie die men uitoefent maatgevend voor de inschaling.

Wel is een raming naar genoten vooropleiding mogelijk van het aantal verpleegkundigen en ziekenverzorgenden dat anno 1994 in de zorgsector werkzaam is. Bij tabel A3.3 in de bijlage is uitvoerig beschreven welke aannames nodig waren om tot deze raming te komen. Volgens deze raming waren er 157.000 gekwalificeerde verpleegkundigen en ziekenverzorgenden in 1994 werkzaam. Het gaat daarbij om 111.000 verpleegkundigen en 46.000 ziekenverzorgenden en personen met een dagopleiding op MBO-niveau.

Hoe deze aantallen zich verhouden tot het aantal ooit opgeleiden zullen we in hoofdstuk 5 bekijken.

Van de ruim 92.000 personen die als verzorgenden werkzamen zijn is niet bekend welke vooropleiding zij genoten hebben. De overige beroepsbeoefenaren hebben een uiteenlopende achtergrond: zo zijn er in de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg een paar duizend mensen werkzaam die een agogische opleiding of een opleiding inrichtingswerk achter de rug hebben. Precieze aantallen zijn daar echter niet over bekend.

### 3.5

#### Regionaal

Ten slotte besteden we aandacht aan de werkgelegenheid naar regio's. Hiervoor zijn de regio's die de arbeidsvoorziening (RBA's) kent gebruikt. Men mag verwachten dat de mate waarin werkenden in verpleging en



verzorging over ons land verspreid zijn parallellen vertoond met de spreiding van de bevolking. Toch zijn er in tabel 3.3 aanzienlijke regionaal verschillen te constateren. Het aandeel van de verpleging en verzorging in de totale werkgelegenheid (banen) in de regio's loopt uiteen van 4,3% in Amsterdam, Flevoland en West-Utrecht tot 7,1% in Drenthe. Landelijk bedraagt het aandeel 5,3%.

*Tabel 3.3*

*Het aandeel van verpleging en verzorging in de regionale werkgelegenheid in % (RBA's 1994)*

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

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

### 3.6

#### **Ontbrekende informatie**

De hier gepresenteerde aantallen beroepsbeoefenaren in hun totaliteit en de werkgelegenheid die zij voor hun rekening nemen zijn zonder meer betrouwbaar te noemen. Waar het om regionale gegevens gaat zijn zij waar nodig op redelijk betrouwbare wijze te ramen.

Bij het uiteenleggen van de totale groep ontstaan er wel problemen. De gehanteerde indelingen verschillen per sector. Zo is in de ene sector wel het aantal verpleegkundigen bekend, in de andere niet. Slechts met ramingen zijn hier gegevens over op te stellen.

Waar welzijn en zorg meer met elkaar vervlecht raken dan in het verleden neemt de precisie van de informatie af. Nemen we als voorbeeld de gehandicaptenzorg dan geldt dat in de (intramurale)gezondheidszorg onder het verplegend en verzorgend personeel het aandeel niet specifiek voor de verpleging opgeleiden, bijvoorbeeld agogisch opgeleiden toeneemt, terwijl bij de semimurale (welzijns)instellingen het aandeel verpleegkundigen aan het toenemen is. Met de huidige statistische bronnen is dit echter niet goed in kaart te brengen.

Informatie omtrent de relatie genoten opleiding en beroepsuitoefening ontbreekt in de zorgsector grotendeels. Deze conclusie wordt ook getrokken bij onderzoek naar de relatie opleiding en beroepen in de welzijnssector (Heikoop 1996). In de zorgsector is het wel mogelijk een globale raming te maken, maar ontwikkelingen in de tijd kunnen niet gevolgd worden. Juist voor het in beeld brengen van de ontwikkelingen in beroependomeinen is dit van essentieel belang (Platform Kwalificatiebeleid 1995).

### 3.7

#### **Samenvatting en vooruitblik**

Het aantal werkzame verplegenden en verzorgenden groeide in de periode 1990-1995 met bijna 17%. Gemeten in volledige banen is er in deze periode een eind gekomen aan de decennia lange jaarlijkse groei van de werkgelegenheid. Waren de verzorgingshuizen de eerste sector waar de afbrokkeling van de werkgelegenheid in 1993 inzette, inmiddels worden zij in 1994 gevolgd door de ziekenhuissector en de thuiszorg, terwijl de geestelijke gezondheidszorg inmiddels een stabilisering laat zien.

Voor de jaren vanaf 1996 is over het algemeen de verwachting dat de werkgelegenheid gemeten in volledige banen niet of slechts in geringe mate zal groeien. De beschikbare middelen zijn beperkt en verpleging en verzorging wordt veel nadrukkelijker dan in het verleden geconfronteerd met verschuivingen in het zorgaanbod en de daarbij behorende veranderde personeelsbehoefte. In de ziekenhuissector en de geestelijke gezondheidszorg gaat het om een verschuiving naar meer behandelachtige functies. Het aantal werkzame personen zal nog wel toenemen. Op de achtergronden daarvan komen we in hoofdstuk 5 terug.

## 4

# De personeelssamenstelling

### 4.1

#### Inleiding

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

De gehanteerde bronnen zijn het LKG en het verzekerdenbestand van de Bedrijfsvereniging Gezondheidszorg (BVG). Deze laatste is in opdracht van OSA door het IVA ontwikkeld (Vermeulen 1996). Een groot voordeel van deze bron is dat zij uniforme informatie bevat over vrijwel alle voor de verpleging en verzorging relevante sectoren van de zorgsector. Vergelijking met het LKG, het loonkostengegevensbestand dat 70% van de werknemers in de intramurale zorg beslaat, leert echter dat er aanzienlijke verschillen zijn tussen beide bronnen, waar het de leeftijdsopbouw betreft. Waar het om sector-specifieke informatie gaat is waar mogelijk aan het LKG de voorkeur gegeven.

### 4.2

#### Geslacht

Het aandeel vrouwen onder de werkenden in de zorgsector is groot. Dit geldt zeker voor de verplegende en verzorgende beroepen. In 1994 was 90% van de werknemers vrouw. Dit loopt uiteen van tweederde in de psychiatrische ziekenhuizen tot 98% in de gezinszorg (tabel 4.1). Er treedt hierin in de loop der tijd weinig verandering op. Zo bezien is er weinig effect van acties als 'Kies exact' en andere maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij het onderscheid tussen mannen en vrouwen

beroepen vervaagt. Kijken we naar verpleegkundigen dan zien we in het begin van de jaren zestig een sprongsgewijze groei van het aandeel mannen dat aan een opleiding voor dit beroep begint. Sindsdien doen zich daarin geen opvallende wijzigingen meer in voor.

Wel dient men te bedenken dat vrouwen veel vaker in deeltijd werken dan mannen (zie hoofdstuk 5), met andere woorden: de kans dat bewoners of patiënten met een man als verplegende of verzorgende te maken krijgen is wat groter dan deze cijfers suggereren. Daar staat tegenover dat mannen in de intramurale gezondheidszorg nog steeds een grotere kans hebben om een leidinggevende functie te gaan bekleden (Van Dooren 1989) en derhalve juist weer minder directe patiëntenzorg zullen verlenen.

*Tabel 4.1*

*Percentage vrouwen naar sector en beroepsgroep in 1994*

<i>sector</i>	
kraam/wijkverpleging	97,8
ziekenhuis	87,2
psychiatrische instellingen	67,4
inst. verstandelijk-gehandicaptenzorg	82,9
verpleeghuizen	92,4
verzorgingshuizen	97,2
gezinszorg	98,0
overig	80,2
<i>beroepsgroep</i>	
verpleegkundigen/zv'ers	89,9
kraamverpleegkundigen/-verzorgenden	99,6
gezinsverzorgenden/-helpenden	98,3
bejaardenverzorgenden/-helpenden	98,1
groepsleiders	77,8
overig	84,3
totaal	89,6

Bron: BVG-materiaal bewerkt door het IVA.

Ook binnen de zorgsector vormt de verpleging en verzorging nog steeds een vrouwen bolwerk. Is van alle verplegenden en verzorgenden bijna

90% vrouw, voor alle werkenden in de zorgsector is dat in 77% van de gevallen zo; voor de gehele arbeidsmarkt geldt een percentage van 37 (Nivel, NZi & OSA 1996).

De verpleging en verzorging blijft onveranderd een belangrijke bron van werkgelegenheid voor vrouwen. Zo vond één op de zes van de in 1994 werkzame vrouwen in ons land emplooi in deze beroepsgroepen.

### 4.3

#### Leeftijd

De leeftijdsamenstelling van verplegenden en verzorgenden laat een sterke afwijkend beeld ten opzichte van andere beroepen en bedrijfstakken zien. Vergelijken we de opbouw anno 1994 met die van de totale zorg en alle werkenden in ons land dan valt op dat de categorie ouderen, van 45-64 jaar, aanzienlijk ondervetegenwoordigd zijn zowel in vergelijking met de gehele zorgsector als met de totale arbeidsmarkt in ons land. Dit is onafhankelijk van welke bron men hanteert. Het aandeel jongeren is bij verpleging en verzorging daarentegen veel groter.

*Tabel 4.2*

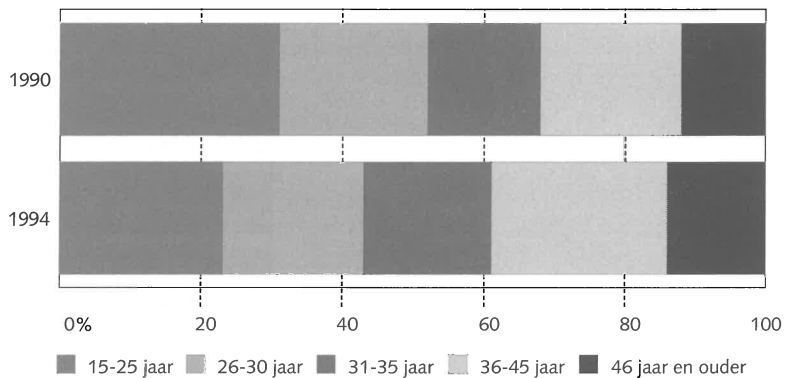
*De leeftijdsopbouw van personeel in de verpleging en verzorging, de gehele zorgsector en de totale arbeidsmarkt in 1994 (in %)*

leeftijdsklasse	v&v (BVG) (LKG)		zorgsector	totaal
15-24 jaar	24	17	10	13
25-44 jaar	65	72	65	59
45-64 jaar	11	11	25	28
totaal	100	100	100	100

Bron: Nivel, NZi & OSA 1996, LKG, BVG.

De leeftijdsopbouw van het verplegend en verzorgend personeel is sterk in beweging en gaat meer op die van andere sectoren lijken. Er is de laatste jaren sprake van een aanzienlijke vergrijzing van het personeelsbestand in de verpleging en verzorging. In vier jaar tijd nam de gemiddelde leeftijd met 1,6 jaar toe (van 31,7 tot 33,3). In dezelfde tijd nam de gemiddelde leeftijd van de totale beroepsbevolking in ons land toe met 1,1 jaar,

namelijk van 36,7 tot 37,8 jaar (bewerking op grond van gegevens van Ekamper 1996). Het proces van vergrijzing van het personeelsbestand van verplegenden en verzorgenden is overigens in een versnelling terecht gekomen. Tussen 1992 en 1994 bedroeg de toename van de gemiddelde leeftijd maar liefst 1,4 jaar. Een van de oorzaken van deze snelle toename is het gedaalde verloop van personeel. We besteden hier in hoofdstuk 5 aandacht aan.



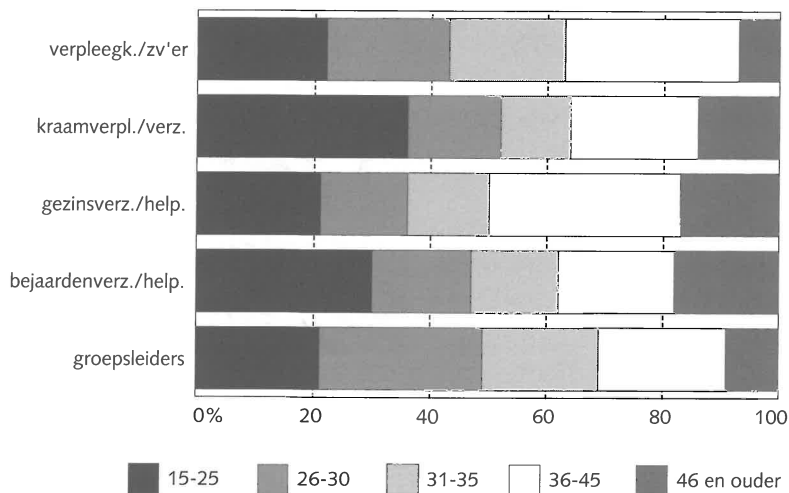
*Figuur 4.1*  
*De leeftijdsverdeling in 1990 en 1994*  
 Bron: BVG.

Overigens doet de vergrijzing zich het minst voor bij sectoren die al een relatief hoge gemiddelde leeftijd kennen zoals de gezinsverzorging en de kraam/wijkverpleging (zie tabel A4.2 in de bijlage). Is het algemene patroon een lichte stijging van de gemiddelde leeftijd in het begin van de jaren negentig, in deze sectoren zien we zelfs een lichte daling. Vervolgens zien we in alle onderscheiden sectoren de gemiddelde leeftijd vanaf 1992 snel toenemen.

De gemiddelde leeftijd van de onderscheiden beroepsgroepen vertoont nauwelijks verschillen met uitzondering van de gezinsverzorgenden/helpenden, die in 1990 gemiddeld een vijf jaar ouder zijn dan de overige groepen. Dit verschil neemt echter tot nog geen drie jaar in 1994 af.

De ontwikkeling van de gemiddelde leeftijd bij de beroepsgroepen correspondeert in grote lijnen met die van de sector waar ze het sterkst in

zijn vertegenwoordigd. In figuur 4.2 is per beroepsgroep de verdeling over de leeftijdsklassen weergegeven. Opvallend is dat bij gezinsverzorgenden/-hulpverleners het aandeel ouderen (46 jaar en ouder) veel groter is dan bij de bejaardenverzorgenden/hulpverleners en zeker wanneer we het aandeel met verpleegkundigen en ziekenverzorgenden vergelijken.



*Figuur 4.2*  
*De leeftijdsverdeling per beroepsgroep in 1994*

De OSA (1995b) verwacht dat het extra aanbod van vrouwen op de arbeidsmarkt in de komende jaren vooral in de categorie 50-plus zal plaatsvinden. Voor de zorgsector is daarbij de opgave om het werk zo te organiseren dat deze categorie ook daadwerkelijk haar steentje kan bijdragen. Een leeftijdsbewust personeelsbeleid zal hierbij een belangrijke rol moeten spelen.

#### 4.4

##### **Ontbrekende informatie**

De samenstelling van personeelsbestanden wordt meestal beschreven aan de hand van kenmerken als leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en etniciteit. Gegevens als leeftijd en geslacht zijn voor meer dan 80% van de beroepsgroep bekend en daarmee voldoende om een betrouwbaar beeld te schetsen. Probleem is momenteel wel dat verschillende bronnen



verschillende uitkomsten geven. Dit verdient nadere aandacht. Voor gegevens als etniciteit en burgerlijke staat geldt dat ze niet op systematische wijze en in de vorm van tijdreeksen bekend zijn.

#### 4.5

##### **Samenvatting en vooruitblik**

Van oudsher was de personeelssamenstelling van verplegend en verzorgend personeel sterk afwijkend van de totale beroepsbevolking. Wat betreft het aandeel vrouwen is daar in de afgelopen jaren weinig aan veranderd. Wat betreft de leeftijdsopbouw gaat het personeelsbestand meer op het gemiddelde lijken. Het tempo van vergrijzing in de periode 1990-1994 is in verpleging en verzorging veel sterker dan bij de totale beroepsbevolking.

De vergrijzing van de afgelopen jaren is vooral een gevolg van de forse toename van de leeftijdscategorie 36 tot 45 jaar. Of de vergrijzing de komende jaren doorzet hangt af van de vraag of de categorie ouder dan 45 jaar de komende jaren sterk gaat groeien. Alleen bij de gezinszorg heeft men ruim ervaring met een groot aandeel in deze leeftijdscategorie: het aandeel 46 jaar en ouder is bij de gezinsverzorgenden/helpenden veel groter dan bij de andere groepen (ruim 20% versus nog geen 10%).

Een leeftijdsbewust personeelsbeleid ten aanzien van verpleging/ziekenverzorging lijkt een noodzakelijke voorwaarde te zijn voor de toename van de oudste leeftijdscategorie. In deel B komen een aantal aspecten van werkbelasting die in dit verband relevant zijn aan de orde.

# 5

## Arbeidssituatie

Bij de arbeidssituatie wordt een tweetal aspecten bekeken. De dynamiek op de arbeidsmarkt wordt in kaart gebracht. We gaan na hoe de uitstroom en de instroom van het verplegend en verzorgend personeel zich hebben ontwikkeld. Een resultante van deze twee aspecten is het gemiddeld aantal jaren dat een werknemer bij dezelfde werkgever in dienst is. Vervolgens besteden we aandacht aan ontwikkelingen in de verdeling van het werk: de groei van het parttime werken krijgt hierbij de aandacht; evenals de vraag hoeveel beroepsbeoefenaren niet in het beroep werkzaam zijn dan wel werk zoeken.

### 5.1

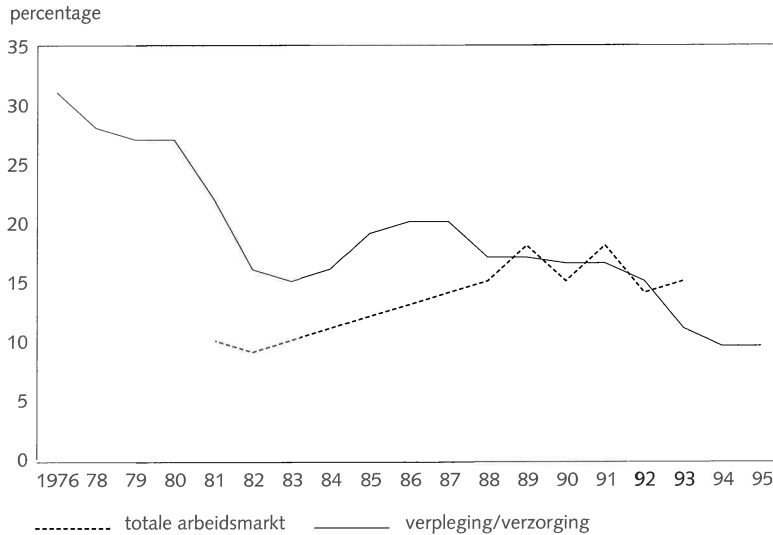
#### De dynamiek op de arbeidsmarkt

##### 5.1.1

###### *Het vertrek*

In de periode 1990-1995 nam de uitstroom, het vertrek uit een instelling, van verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg sterk af. Hiermee werd in 1994 een niveau bereikt dat nog nooit eerder zo laag was (figuur 5.1). In 1995 tekent zich een stabilisering af.

De daling in het verloop van verplegend en verzorgend personeel deed zich in alle sectoren van de intramurale gezondheidszorg voor (zie tabel A5.1 in de bijlage). Opvallend is dat zich vanaf 1994 verschillen tussen de sectoren voordoen. Het verloop in ziekenhuizen, intramurale gehandicaptenzorg en verpleeghuizen stijgt licht, terwijl de psychiatrische ziekenhuizen nog een daling laten zien. De thuiszorg waarover alleen voor 1993 en 1994 gegevens beschikbaar zijn kent een hoger verloop dan de intramurale gezondheidszorg en laat reeds tussen 1993 en 1994 een stijging in het verloop zien.



*Figuur 5.1*

*Het brutoverloop 1976-1995 bij verpleegkundigen en ziekenverzorgenden in de intramurale gezondheidszorg*

Gezien figuur 5.1 is het niet vreemd dat tot voor kort discussies in de personeelsvoorziening gedomineerd werden door verloopbeheersingsmaatregelen. Inmiddels is het verloop onder verplegend en verzorgend personeel nauwelijks meer afwijkend van dat van de totale arbeidsmarkt en wordt in sommige instellingen de lage mobiliteit als problematisch ervaren.

De daling in het verloop deed zich in de intramurale gezondheidszorg bij alle leeftijdscategorieën voor. Bij de jongste categorieën was de daling over het algemeen het sterkst. Dit heeft te maken met het feit dat bij hen relatief vaak baan-baan mobiliteit voorkomt (Van der Windt 1996). Het sterk gedaalde aantal baanopeningen ofwel vacatures die vervuld konden worden (AWOZ 1995) beperkte de mogelijkheid om van de ene baan naar de andere te gaan. Daarnaast speelt dat verplegenden en verzorgenden hun beroep veel langer uit zijn gaan oefenen. Vandaar dat een daling van de mobiliteit over de hele linie optrad. Tot de jaren negentig gold dat vrouwen vaak hun loopbaan onderbraken, om na verloop van tijd te herintreden. Vanaf de jaren negentig lijkt te gelden dat men in plaats van te vertrekken korter gaat werken (zie ook verderop in dit hoofdstuk). Het

bieden van meer kinderopvangmogelijkheden heeft hierbij ook een belangrijke rol gespeeld (OSA 1996).

Waar de verwachting is dat het vertrek iets toe zal gaan nemen als gevolg van gunstiger economische omstandigheden en uitgesteld verloop in de afgelopen jaren (Drost 1997) en de personeelsvoorzieningsproblematiek wellicht actueler wordt, is het van belang dat vier op de tien vertrekkers aangeven dat hun vertrek uit de instelling naar hun mening voorkomen had kunnen worden (Van der Windt 1996). Het verloop van personele lijkt tot op zekere hoogte beïnvloedbaar.

## 5.2

### De binnenkomst

Door de verminderde baan-baan mobiliteit verminderde de instroom van verplegend en verzorgend personeel ook, zij het wat minder sterk dan de uitstroom (zie tabel A5.3 in de bijlage). Ook hier geldt dat de daling zich bij vrijwel alle leeftijdsklassen manifesteert. Het betreft hier instroom exclusief leerlingen. Aan hen wordt in hoofdstuk 7 aandacht besteed.

Bij deze instroom gegevens is het helaas niet mogelijk om aan te geven in welke mate het gaat om baan-baan mobiliteit en herintreders in het beroep.

## 5.3

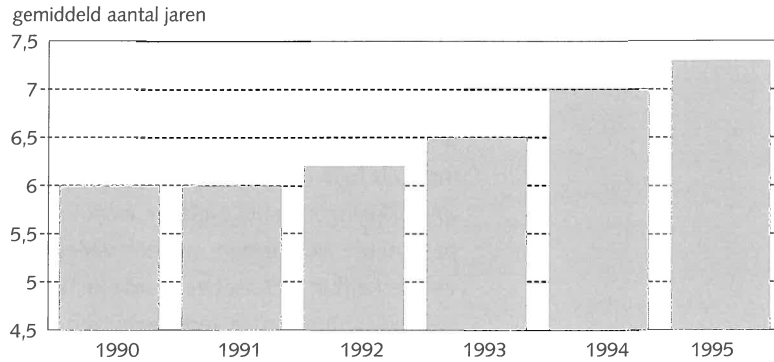
### De duur van het dienstverband

Als gevolg van de daling van zowel het verloop als de instroom zal het aantal jaren dat verplegenden en verzorgenden in dienst zijn bij dezelfde werkgever toenemen. Voor de sectoren uit de intramurale gezondheidszorg is het mogelijk om dit na te gaan (zie tabel A5.4 in de bijlage). Vooral tussen 1992 en 1995 nam het gemiddeld aantal dienstjaren bij dezelfde werkgever toe: van 6,2 jaar tot 7,4 jaar. In 1995 loopt de duur van het gemiddelde dienstverband uiteen van 6,4 jaar in verpleeghuizen tot 8,6 jaar in ziekenhuizen. De verschillen tussen de sectoren zijn overigens stabiel in de tijd.

## 5.4

### De werkweek

In de zorgsector werken veel mensen parttime. Dit betekent dat er veel meer mensen nodig zijn dan het aantal volledige banen dat beschikbaar is. De verhouding tussen aantal personeelsleden en volledige arbeidsplaatsen



*Figuur 5.2*  
*Gemiddelde lengte dienstverband*

wordt P/A-ratio genoemd. Deze ligt in de zorgsector op een hoog niveau en stijgt nog steeds (zie tabel 5.1).

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

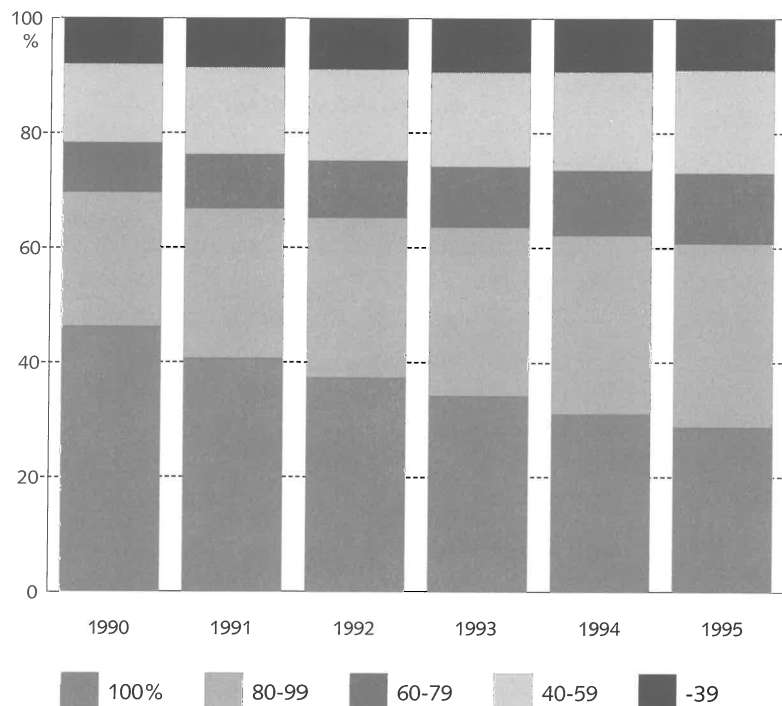
	1990	1995
ziekenhuiszorg	131	141
geestelijke gezondheidszorg	126	133
gehandicaptenzorg	131	145
ouderenzorg	143	157
thuiszorg	234	274
totaal*	162	178

Bron: NZi, LVT.

\* inclusief overig

Waren in 1990 162 personen voldoende om 100 arbeidsplaatsen te bemensen, in 1995 bedraagt dit al 178. Tussen de sectoren doen zich grote verschillen voor. De thuiszorg kent verreweg de hoogste P/A-ratio. Met name alfhulpverleners die per definitie een omvang-beperkte werkweek hebben doen hier hun invloed gelden.

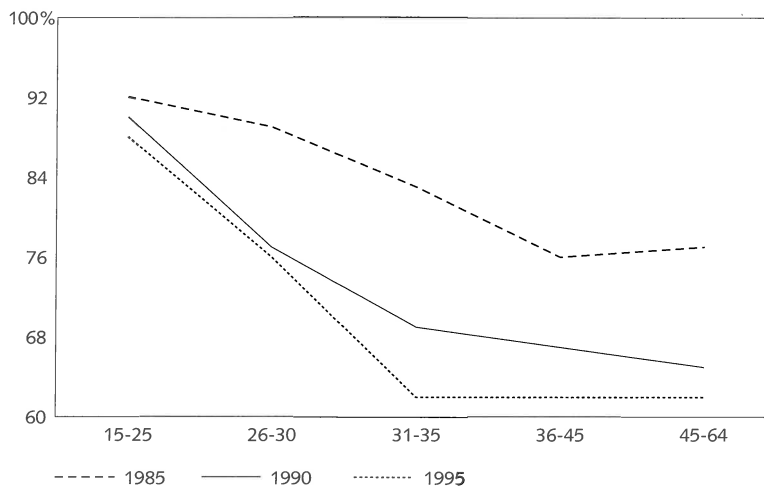
In veel instellingen wordt een fulltime werkweek niet meer gelijk gesteld met een volledige werkweek volgens de CAO-norm. Sprak men oorspronkelijk alleen bij een 38-urige werkweek van een fulltime dienstverband, inmiddels beschouwen velen een werkweek van 80% of meer als fulltime. Deze zienswijze wordt ondersteund door de snelle ontwikkelingen in het parttime werk in de afgelopen vijf jaar. Zo nam het percentage werknemers met een volledige werkweek in de ziekenhuizen af van de helft in 1990 tot eenderde in 1995. Bij psychiatrie, gehandicaptenzorg en verpleeghuizen zien we dit aandeel dalen van 45 naar 25%. In deze drie sectoren is de meest voorkomende werknemer niet meer een fulltimer, maar een parttimer met een baan van 80% of meer. Zet deze trend zich voort dan is dit ook in de ziekenhuizen binnen twee jaar het geval.



*Figuur 5.3*

*De werkweek van verplegenden en verzorgenden in de intramurale gezondheidszorg (fulltime = 100%)*

De daling van de gemiddelde werkweek wordt door een tweetal factoren veroorzaakt. De vergrijzing van het personeelsbestand zorgt er voor dat, waar er een sterk verband bestaat tussen leeftijd en gemiddelde werkweek, de laatste daalt. Daarnaast zien we dat er in de intramurale gezondheidszorg per leeftijdscategorie ook steeds korter gewerkt gaat worden (figuur 5.4).



*Figuur 5.4*

*De gemiddelde werkweek naar leeftijd 1985, 1990 en 1995 (in % van volledige week) in de intramurale gezondheidszorg*

De daling van de gemiddelde werkweek per leeftijdscategorie was overigens in de periode 1985-1990 veel sterker (zie figuur 5.4). In 1985 was ook nog goed zichtbaar dat ouderen die in het beroep bleven relatief vaak een leidinggevende functie bekleedden: in 1985 lag de gemiddelde werkweek van de 45-64 jarigen hoger dan die van de 36-45-jarigen. Anno 1995 valt op dat de gemiddelde werkweek tot de leeftijdsklasse 31-35 jaar daalt, maar in de daarop volgende leeftijdsklassen vrijwel gelijk blijft. Mogelijk betekent dit dat er een einde gekomen is aan de daling van de gemiddelde werkweek per leeftijdscategorie.

Het meer mogelijk maken van deeltijdwerk heeft er toe geleid dat het verloop sterk gedaald is. Nu het verloop op een laag niveau ligt bestaat er vanwege de ruimere arbeidsmarkt bij veel instellingen geen neiging meer

om de mogelijkheden verder te verruimen. Overigens laat Drost (1997) zien dat in de verpleging het aandeel parttimers de afgelopen jaren sterk gestegen is, maar dat de gemiddelde werkweek van parttimers noch in de tijd, noch naar regio veel verschillen vertoont. Kennelijk vraagt de organisatie van de zorg dat er een bepaalde verhouding tussen de verschillende contracten bestaat. We zagen dit al in het voorafgaande: fulltimers nemen in aandeel sterk af, maar worden vervangen door 80%-werkers.

## 5.5

### **Niet-werkzame verplegenden en verzorgenden**

De vraag hoeveel gediplomeerden er niet werkzaam zijn in het beroep is vooral actueel in tijden dat er veel vraag naar personeel is en weinig aanbod. De vraag hoeveel potentiële herintreders er zijn is dan interessant. Zo is in 1988 al aandacht aan dit vraagstuk besteed (Van der Windt 1988). Toen werd becijferd dat 51% van de vrouwen die in het bezit waren van een diploma en de 65 jarige leeftijd nog niet bereikt hadden, in het beroep werkzaam was.

Een grove becijfering nu leert dat 56% van de gekwalificeerden het beroep uitoefent. In hoofdstuk 3 raamden we dat er 157.000 verpleegkundigen en ziekenverzorgenden werkzaam zijn. Volgens de Hoofdinspectie voor de Gezondheidszorg waren er in 1994 280.000 personen geregistreerd. Belangrijk probleem bij dit soort becijferingen is dat het werkelijke potentieel moeilijk te achterhalen is. Velen van de gekwalificeerden zullen immers een andere functie en/of beroep hebben of geen ambitie meer hebben om te herintreden in het beroep.

Met de invoering van de Wet-BIG en de daarop gebaseerde registratie wordt veel makkelijker inzichtelijk wat het werkelijke potentieel aan verpleegkundigen is: gekwalificeerden zullen zich periodiek moeten laten herregistreren om het beroep te mogen blijven uitoefenen!

Landelijke gegevens over het aantal werkzoekende verplegenden en verzorgenden ontbreken. OSA (1995a) merkt hierover op dat dit soort gegevens schaars en onbetrouwbaar zijn. Dat is ook logisch aldus stelt dit rapport, omdat de meeste werklozen in staat en bereid zijn om in meerdere sectoren en beroepen aan de slag te gaan. In principe zijn er wel gegevens



bij de regionale arbeidsbureaus, maar deze zijn waar het gaat om reëel aanbod op de arbeidsmarkt vooralsnog vaak van beperkte betekenis.

Als de arbeidsmarktsituatie verslechtert komt dat in de regel het eerst tot uitdrukking bij herintreders en schoolverlaters. Zij zullen moeilijker aan een baan kunnen komen. De werkloosheid onder hen zal toenemen. Er zijn gegevens over degenen die het dagonderwijs in verpleging en verzorging met succes hebben afgesloten. Uit deze onderzoeken blijkt dat de werkloosheidspercentages anderhalf jaar na afstuderen gering zijn. Wel duurt het de laatste jaren wat langer voor men werk gevonden heeft. De duur van de zogenaamde intrede werkloosheid loopt iets op. Met name de categorie die één tot drie maanden moet zoeken voor men werk gevonden heeft is aanzienlijk gestegen. Voor de overgrote meerderheid blijft de situatie van werkloosheid nog beperkt tot 3 maanden (tabel 5.2).

Tabel 5.2

*De arbeidsmarktpositie van afgestudeerde verplegenden en verzorgenden anderhalf jaar na afstuderen*

	HBO-V (voltijd)				MDGO-VP			MDGO-VZ		
	1991	1992	1993	1994	1992	1993	1994	1992	1993	1994
percentage werkloos	1	3	6	4	2	2	5	2	2	5
<i>duur intrede werkloosheid (in %)</i>										
0 maanden	84	74	66	60	82	75	63	83	75	70
1-3 maanden	15	23	27	30	15	19	23	13	19	19
4-6 maanden	1	2	5	8	3	3	9	3	5	7
> 6 maanden	-	1	2	2	-	2	6	1	1	4
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Bron: Nivel, NZi & OSA 1996.

## 5.6

### **Ontbrekende informatie**

Op dit moment ontbreken nog in- en uitstroomgegevens voor de verzorgingshuizen en grotendeels voor de thuiszorg. Op termijn kan in deze leemte voorzien worden wanneer materiaal beschikbaar komt van de BVG. Momenteel wordt dit materiaal in opdracht van OSA door het IVA bewerkt.

Alleen voor de intramurale gezondheidszorg bestaat een toegankelijk gegevensbestand op werknemers niveau, waarbij het mogelijk is om verbanden te leggen tussen leeftijd en gemiddelde werkweek, de duur van het dienstverband bij dezelfde werkgever enzovoort. Voor de verzorgingshuizen en de thuiszorg ontbreken dergelijke gegevensbestanden of zijn niet toegankelijk. Wat betreft de thuiszorg zijn er ontwikkelingen om een bestand zoals voor de intramurale gezondheidszorg beschikbaar is tot stand te laten komen.

## 5.7

### **Samenvatting en vooruitblik**

Het vertrek van verplegend en verzorgende personeel is in de intramurale gezondheidszorg in de periode 1990-1995 drastisch afgenomen. In mindere mate nam ook de instroom van nieuw personeel af. Een ander resultaat is een stijging van het gemiddeld aantal jaren dat men bij dezelfde werkgever in dienst is.

Een belangrijk deel van het vertrek werd voorkomen doordat men in deeltijd kon gaan werken. De zorgsector is van oudsher een sector waar veel in deeltijd gewerkt wordt. In de periode 1990-1995 nam dit nog fors toe. Voor de verpleging en verzorging betekent dit dat in 1990 162 personen nodig waren om 100 volledige arbeidsplaatsen te bemensen; in 1995 is dit opgelopen tot 178. Op grond van leeftijdsspecifieke gegevens omtrent deeltijdwerk zou men kunnen verwachten dat de komende jaren het tempo waarin deze P/A-ratio toeneemt minder sterk zal zijn.

## 6

# Onderwijs

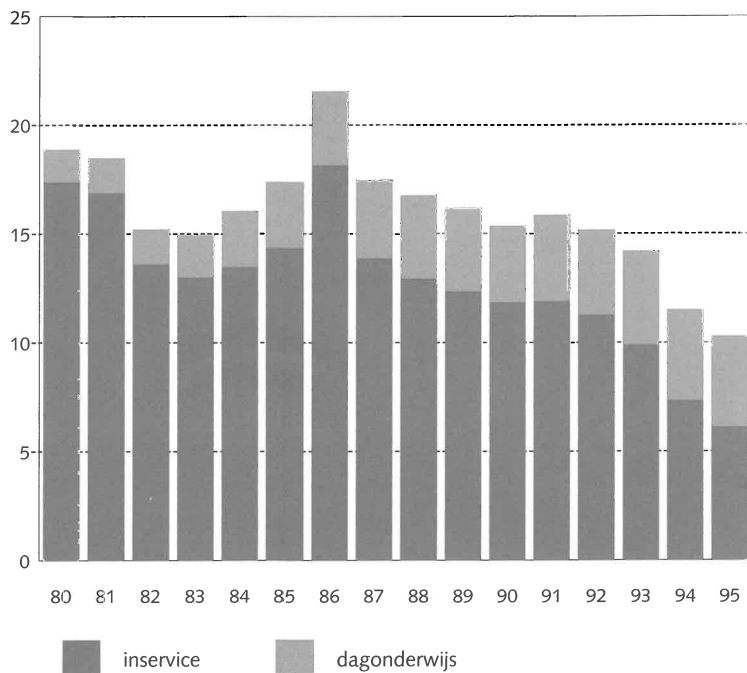
Het verplegend en verzorgend onderwijs is sterk in beweging. Na een jarenlange discussie wordt er met ingang van 1 augustus 1997 een nieuw samenhangend stelsel van kracht (Convenant 1996). Desondanks, of misschien wel juist daarom zijn gegevens over het thans vigerende onderwijssysteem van groot belang. Zij vormen immers een referentiekader om de nieuwe ontwikkelingen tegen af te zetten. Bovendien zullen de eerste afgestudeerden van het nieuwe stelsel zich pas in het volgende millennium op de arbeidsmarkt aan dienen.

In dit hoofdstuk besteden we eerst aandacht aan het verplegend en daarna aan het verzorgend onderwijs. Het gaat hierbij om de initiële opleidingen. Over vervolgopleidingen is weinig bekend, althans op landelijk niveau en in de vorm van tijdreeksen. Ten slotte gaan we in op een aantal kenmerken van degenen die aan deze vorm van initieel onderwijs begonnen zijn.

### 6.1

#### **Verplegend onderwijs**

Vanaf 1992 doet zich een forse daling van de instroom van nieuwe leerlingen voor (figuur 6.1). Het dagonderwijs groeit nog licht en stabiliseert vervolgens. De instroom in het inservice-onderwijs laat in vijftien jaar tijd bijna een halvering zien. Dit geldt voor alle onderscheiden richtingen. Eén van de belangrijkste oorzaken van deze daling is het afgenomen verloop bij het reeds opgeleide personeel. Daardoor is het aantal beschikbare werkplaatsen voor leerlingen en de financiële middelen voor veel instellingen op de korte termijn beperkt en wordt de inservice-opleiding (tijdelijk) in capaciteit beperkt. Het is immers een van de kenmerken van het inservice-onderwijs dat heel snel gereageerd kan worden op allerlei ontwikkelingen. Met de komst van een nieuw onderwijsstelsel zullen deze verschijnselen zich naar verwachting minder snel en in minder sterke mate voordoen.



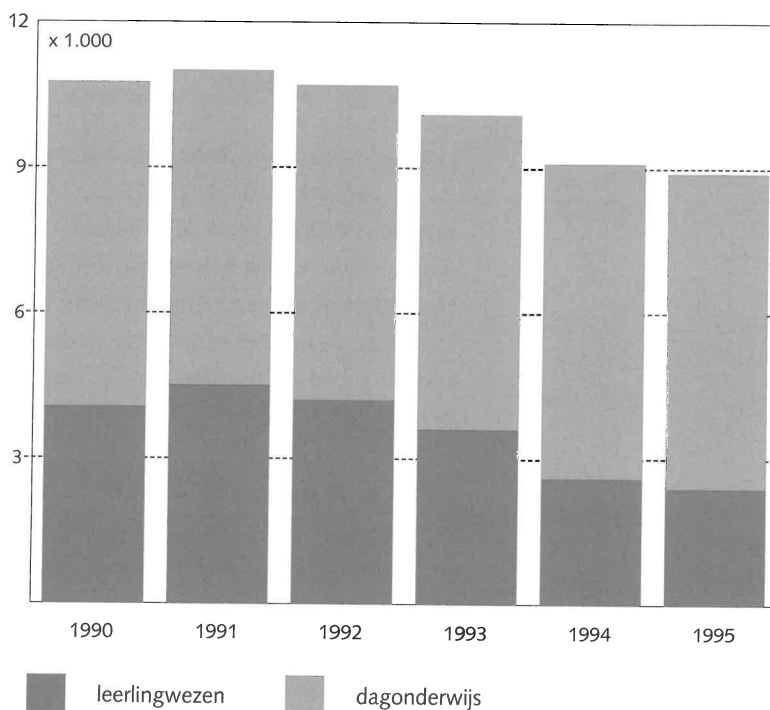
*Figuur 6.1*

*De instroom in het verpleegkundig onderwijs 1980-1995*

## 6.2

### Verzorgend onderwijs

De ontwikkeling in het verzorgend onderwijs is vrijwel identiek aan die bij het verplegend onderwijs. Ook hier treedt een forse daling in de leren/werken variant, het leerlingwezen op, waar het dagonderwijs nog toeneemt (figuur 6.2). Wat betreft de personeelsvoorziening is de situatie zorgwekkender dan bij de verpleging, omdat slechts weinigen die het dagonderwijs in de verzorging gevolgd hebben ook daadwerkelijk in de zorgsector komen werken (Drost 1997). Zo vindt tweederde van degenen die de MDGO-Verzorging lang hebben afgerond een baan in de zorgsector, maar voor de korte variant van deze opleiding is dat slechts eenderde. Een groot deel van hen komt in de detailhandel, horeca etc terecht. Daarnaast speelt een rol dat het studierendement van dagonderwijs over het algemeen lager is dan van het inservice-onderwijs en het leerlingwezen (Van der Heuij & Van der Windt 1995). Voor de beschikbare gegevens verwijzen wij naar de tabel A6.9 in de bijlage.



*Figuur 6.2*

*De instroom van eerstejaarsleerlingen in het verzorgend onderwijs 1990-1995*

### 6.3

#### Kenmerken

Het aandeel mannen onder degenen die een aanvang met het verpleegkundig inservice-onderwijs maken vertoont een lichte stijging in de periode 1990-1995. De grote verschillen tussen de opleidingen blijven wel in stand: de B-opleiding kent al sinds jaar en dag een aandeel van rond de 40% mannen, de andere opleidingen zitten tussen de 10 en 20%.

De gemiddelde leeftijd waarop men aan de opleiding begint, vertoonde tot 1994 een stijgende lijn. Het aandeel 'tweede-kansers', mensen die eerst een andere opleiding volgden of een ander beroep uitoefenden nam jaar op jaar toe. Zij vormden een aanvulling op het jaarlijks afnemende aanbod van schoolverlaters. Momenteel daalt het aantal schoolverlaters landelijk gezien nauwelijks en is de instroom in het inservice-onderwijs in omvang verder beperkt. Getuige de daling van de gemiddelde leeftijd bij de start

van de opleiding lijkt het er op dat instellingen weer meer opteren voor 'directe' schoolverlaters.

Het leerlingwezen in verzorgend onderwijs laat zien dat in 1994 de helft van de beginnende leerlingen 27 jaar of ouder is. In 1995 daalt dit aandeel weer iets. Wellicht heeft dit te maken met de daling van het aantal leerlingen en het feit dat niet alle leerlingen over een arbeidsplaats beschikken, maar een aantal een vorm van 'stage' in een instelling lopen. Verder zal de in 1995 veranderde studiefinanciering voor ouderen zeker invloed gehad hebben. Het aandeel mannen blijft onveranderd laag in de periode 1990-1995.

Kijken we naar de gemiddelde leeftijd in het verzorgend onderwijs in het leerlingwezen dan valt op dat bejaardenhelpenden relatief jong zijn met een gemiddelde van 26,8 jaar. Met name de gezinsverzorgenden/helpenden zijn gemiddeld al van dezelfde leeftijd bij de aanvang van de opleiding als degenen die reeds werkzaam zijn in het beroep.

De genoten vooropleiding van degenen die in het leerlingwezen de opleiding tot helpenden beginnen (gezinsverzorging en bejaarden) bestaat voor bijna driekwart uit LHNO (zie tabel A6.8 in de bijlage). Bij de opleiding tot verzorgenden is het beeld diverser: naast LHNO'ers zien we een grote groep afkomstig van de MAVO en doorstromers uit de kringen der helpenden (OVDB). Bij de opleiding tot bejaardenverzorgenden neemt de laatste jaren de categorie afkomstig uit het MBO toe. Veelal zal het dan gaan om mensen die daar een opleiding hebben afgebroken. Van degenen die aan een opleiding tot ziekenverzorgende beginnen is 40% afkomstig van LHNO/MAVO; 30% komt met of zonder diploma van het MBO. De inservice-A opleiding recruteert de meeste mensen van HAVO/MAVO en MBO. De Z-opleiding trekt vooral mensen uit het MBO, terwijl degenen die aan een B-opleiding beginnen een zeer diverse achtergrond hebben. De beide verpleegkundige dagopleidingen laten een homogeen beeld zien: 90% van de MDGO-Vp'ers is afkomstig van LHNO/MAVO; 70% van de HBO-V'ers komt van HAVO/VWO.

## 6.4

### Ontbrekende informatie

Systematische informatie omtrent scholing na het initiële onderwijs

ontbreekt. Een aantal verpleegkundige specialisaties werd tot voor kort door de Hoofdingspectie voor de Volksgezondheid vastgelegd. Met de invoering van de Wet BIG is men hiermee gestopt. In het kader van deze wet kunnen wel specialisaties worden geregistreerd. Initiatieven daartoe zullen door beroepsverenigingen genomen moeten worden.

Is bij de verpleegkundigen en ziekenverzorgenden het initieel genoten onderwijs uiteraard bekend, dit geldt niet voor de verzorgenden, helpenden en alfahulpen. De statistische informatie over personeel in de thuiszorg maakt wel gebruik van de functie-indeling zoals de CAO die kent, maar dit zegt niets over het feitelijk genoten onderwijs.

Bij verzorgenden is er soms wel sprake van scholing, maar dan in in-company-vorm en buiten de hier behandelde vormen van initieel onderwijs.

## 6.5

### **Samenvatting en vooruitblik**

De dalende instroom in het onderwijs en de geringere personeelsvraag vanwege het gedurende een veel langere tijd dan in het verleden uitoefenen van het beroep houden elkaar in evenwicht. REGIOMARGE, een simulatiemodel voor de arbeidsmarkt voor verplegenden en verzorgenden (Drost e.a. 1997) laat wel tekorten zien voor de verschillende sectoren en regio, maar in verhouding tot verwachtingen in het verleden (Gerritsen 1992) zijn deze beperkt. Een uitzondering moet gemaakt worden voor de verzorgenden/helpenden in de gezinszorg. De opleidingscapaciteit is daar dermate laag dat het de komende jaren niet zal lukken om in dezelfde mate gekwalificeerd personeel in dienst te hebben.

# 7

## Funcities en inkomen

### 7.1

#### Inleiding

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

Voor de intramurale gezondheidszorg kunnen we tot op zekere hoogte nagaan in welke mate personeel een loopbaan maakt gemeten aan het promoveren van de ene naar de andere schaal.

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

### 7.2

#### Funcities

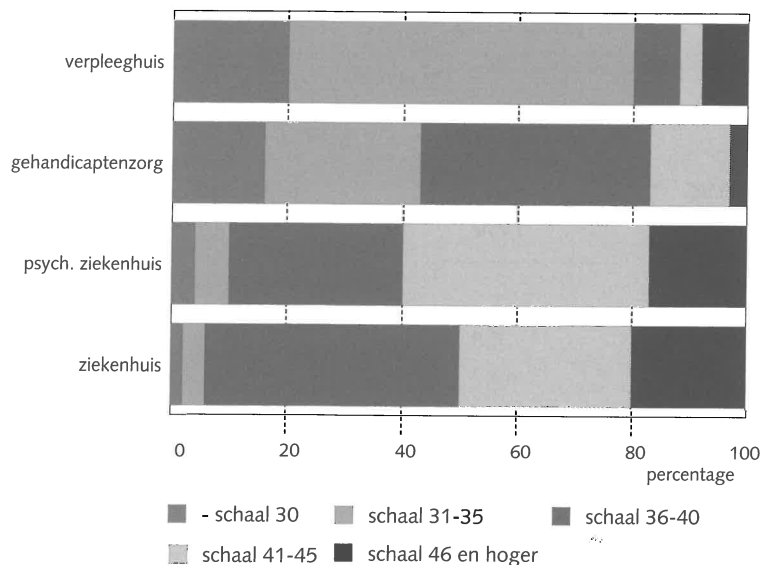
Van instellingen waar de CAO-ziekenhuiswezen van toepassing is, is een redelijk nauwkeurig beeld te geven hoe de verpleging en verzorging zich ontwikkeld heeft gelet op de functieniveaus. In deze instellingen is de FWG (Functiewaardering Gezondheidszorg) van toepassing. Voor de verzorgingshuizen en de thuiszorg beschikken we over beperkter materiaal, maar zullen we toch ook aan dit vraagstuk aandacht besteden.



### 7.2.1

#### Intramuraal<sup>[1]</sup>

In figuur 7.1 is per sector aangegeven hoe in 1995 de verdeling van het verplegend en verzorgend personeel is over de verschillende FWG-schalen. Deze vormen een indicatie voor het niveau van de functie die men uitoefent. Een laag schaalnummer impliceert een lage functie en een lager salaris. Tussen de sectoren doen zich aanmerkelijke verschillen voor in de verdeling over de verschillende schalen.



*Figuur 7.1*

*De procentuele verdeling naar schaalniveau FWG per sector in 1995*

In verpleeghuizen is 20% van de verplegenden en verzorgenden ingedeeld in schaal 30 of lager. Ook in de intramurale gehandicaptenzorg is een belangrijk deel van het personeel in verpleging en verzorging op dit schaalniveau ingedeeld. In de (psychiatrische) ziekenhuizen komen deze schaalniveaus nauwelijks voor. Hetzelfde geldt voor het voorkomen van schaalniveau 31-35, het niveau waar een ziekenverzorgende normaal gesproken ingedeeld is. Een meerderheid van het personeel in verpleeghuizen is juist hier op ingeschaald.

De hogere schalen, namelijk 41 en hoger, komen veel voor in de (psychiatrische) ziekenhuizen. In de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen

[1]

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

is hun aandeel veel geringer. Wanneer we aannemen dat zo'n 5% van de functies managementfuncties omvat (Van der Windt & Vlemmix 1996) dan kunnen we concluderen dat er in de gehandicaptenzorg en verpleeghuizen weinig specialistische functies voorkomen, waar dat in de (psychiatrische) ziekenhuizen wel het geval is.

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

*Tabel 7.1*

*De verdeling over de functies van het personeel in de sectoren die onder CAO-ziekenhuiswezen vallen in 1990 en 1995 (in %)*

FWG schaal	ziekenhuis		psych. zkh.		gehandicaptenzorg		verpleeghuis	
	1990	1995	1990	1995	1990	1995	1990	1995
<30	2,1	1,7	5,3	4,1	12,4	15,2	21,2	18,7
33-35	6,8	3,7	11,1	8,9	28,1	27,6	56,7	62,4
38-40	43,7	45,9	27,6	29,6	40,8	41,4	8,2	6,5
43-45	32,6	28,5	41,5	43,3	12,7	10,8	6,0	6,4
48>	14,8	20,2	14,5	14,1	6,0	5,0	7,9	6,0
totaal	100	100	100	100	100	100	100	100

In de ziekenhuizen zien we in de functieopbouw een aanzienlijke toename van de hoogste functies: de opkomst van de gespecialiseerde verpleegkundige als gevolg van medisch-technologische ontwikkelingen. Was in 1990 bijna 15% van het personeel in schaal 48 en hoger, in 1995 is dat opgelopen tot 20%. Het op steeds grotere schaal voorkomen van specialistische verpleging zoals intensive care zal hier debet aan zijn. Verder speelt natuurlijk dat verplegenden veel langer in dienst blijven dan in het verleden. Daar het aantal te vervullen leidinggevende functies beperkt is gebleven zal er ter wille van loopbaan mogelijkheden waar mogelijk meer oplossingen in specialisatie van functies gezocht moeten worden. Behoudens bij de ziekenhuizen is er geen trend te ontdekken naar hoger gekwalificeerd personeel. Bij de psychiatrische ziekenhuizen verdwijnen de onderste schalen en vindt een versterking van het midden niveau, schaal 45 van de FWG, plaats. Dit lijkt een logisch gevolg van de veranderingen

in het zorgaanbod die zich in deze sector aftekenen (zie hoofdstuk 2). In de intramurale gehandicaptenzorg 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 het hierbij sprake is van het meer differentiatie aanbrengen tussen de reeds in dienst zijnde medewerkers. Er wordt dan gekozen voor verticale functie-differentiatie binnen de functie van groepsleider.

Bij verpleeghuizen zien we dat de allerlaagste functieniveaus wat op hun retour zijn, wellicht door de meer ontspannen arbeidsmarkt van de afgelopen jaren. Voor 1990 was er sprake van een toename van deze functies door het in het leven roepen van de verpleeghulp, afdelings-assistent en dergelijke. Overigens nam toen het aantal hogere functies ook toe. Daarmee was functiedifferentiatie vooral een reactie op problemen op de arbeidsmarkt. Wat betreft de loonkosten leverde een en ander weinig op: de toename van de lagere, goedkopere functies werd vrijwel te niet gedaan door de toename van de hogere, duurdere functies.

### 7.2.2

#### *Verzorgingshuizen*

In de verzorgingshuizen kunnen we alleen nagaan hoe de samenstelling van het personeel is naar genoten vooropleiding en welke ontwikkelingen zich hierin voordoen. Tabel 7.2 laat zien wat zich tussen 1990 en 1994 heeft afgespeeld.

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

In de verzorgingshuizen lijkt de afgelopen jaren de nadruk meer op het middenniveau, dat van de verzorgenden komen te liggen.

### 7.2.3

#### *Thuiszorg*

Bij de thuiszorg maken we onderscheid naar het verplegend gedeelte (oorspronkelijke wijkverpleging) en het verzorgende gedeelte (oorspronkelijk gezinszorg). Ook hier evenals bij de verzorgingshuizen geldt dat kwalificatieniveau niet noodzakelijkerwijs functieniveau behoeft te representeren.

In het kruiswerk zien we tussen 1990 en 1995 een verschuiving van

Tabel 7.2

*De personeelssamenstelling in verzorgingshuizen naar achtergrond 1990 en 1994 in personen (in %)*

	1990	1994
Verzorgingshuizen		
. verpleegkundigen	12	10
. ziekenverzorgenden	23	21
. bejaardenverzorgenden	38	43
. bejaardenhelpenden	12	12
. overig	15	14
totaal	100	100

verpleegkundigen naar meer ziekenverzorgenden. Deels zal dit met het te bieden zorgaanbod te maken hebben, deels zullen ook financiële overwegingen hierbij een rol gespeeld hebben.

In de gezinszorg is er veel sprake van deeltijdwerk, maar is er ook een grote variatie in de mate van deeltijd. Alfahulpen mogen zelfs niet meer dan een 40% van een volledige werkweek werkzaam zijn. Daarom zijn de gegevens in tabel 7.3 zowel in personen als in FTE's weergegeven.

Leidinggevend en verzorgenden C t/m E blijken een gemiddeld veel langere werkweek te hebben dan verzorgenden A/B en alfahulpen.

In de gezinszorg is het alleen mogelijk om 1993 en 1995 met elkaar te vergelijken. We zien in deze periode van twee jaar een verschuiving van verzorgende A/B naar meer verzorgende C/D. Alfahulpen nemen in personen af, maar in FTE's toe.

### 7.3

#### **Mobiliteit en vervulling van functies**

De groei van het aantal hogere functies in ziekenhuizen of juist het ontbreken van groei daarin zoals in andere sectoren doet de vraag rijzen wat een en ander betekent voor de loopbaanmogelijkheden voor verplegend en verzorgend personeel in deze instellingen. Enig inzicht hierin verkrijgen we door naar het aantal vrijkomende functies en de wijze van bezetting daarvan te kijken. We krijgen hiermee een indicatie van de mobiliteit van het personeel en de loopbaanmogelijkheden. Aan de hand

Tabel 7.3

*De personeelssamenstelling in de wijkverpleging in 1990 en 1995 in FTE's en de gezinszorg 1993 en 1995 in FTE's en personen (in %)*

Wijkverpleging	1990	1995		
. verpleegkundigen	81	73		
. ziekenverzorgenden	19	27		
totaal	100	100		
Gezinszorg	FTE's		personen	
	1993	1995	1993	1995
. leidinggevend	3,6	3,1	7,2	6,5
. verzorgenden E	1,1	1,3	2,4	2,5
. verzorgenden C/D	14,5	17,8	23,9	26,4
. verzorgenden A/B	45,5	43,8	54,1	50,8
. alfahulp	35,3	34,1	12,4	13,8
totaal	100	100	100	100

van het LKG dat voor de vier sectoren van de intramurale gezondheidszorg beschikbaar is, is een en ander aan te geven.

Om de ontwikkeling in de afgelopen jaren in die mobiliteit van het verplegend en verzorgend personeel te indiceren is van de volgende aanpak uitgegaan. Van de personeelsleden is aan het einde van het jaar bekend in welke FWG-schaal zij zijn ingedeeld (zie voorgaande paragraaf; hier is dezelfde indeling in vijf schalen gehanteerd). Was men een jaar eerder in dezelfde schaal bij dezelfde werkgever ingedeeld dan is er geen sprake van mutatie en mobiliteit. Wanneer men bij dezelfde werkgever een schaal omhoog gegaan is wordt dat als interne mobiliteit aangeduid. Is men gedurende het jaar in dienst gekomen dan wordt dat externe mobiliteit genoemd.

Met nadruk zij erop gewezen dat dit een definiëring van mobiliteit is die ingegeven is door de beschikbare databron. Het zou bijvoorbeeld heel aantrekkelijk zijn om te weten of mensen een andere functie zijn gaan uitoefenen bijvoorbeeld op een andere afdeling zonder dat men hoger ingeschaald is. Deze vorm van mobiliteit die men ook wel horizontale mobiliteit noemt is in het LKG niet te onderscheiden. In feite wordt alleen

verticale mobiliteit en mobiliteit via de externe arbeidsmarkt vastgesteld. Voor de vier sectoren resulteert de analyse in de volgende ontwikkeling (tabel 7.4).

*Tabel 7.4*  
*Mutaties in functies naar herkomst per sector 1991-1995*

Ziekenhuizen	geen	intern	extern	
1991	71	13	16	100
1992	76	11	13	100
1993	76	12	12	100
1994	85	8	7	100
1995	87	6	7	100
Psych. zkh.	geen	intern	extern	
1991	69	8	23	100
1992	72	9	19	100
1993	75	7	18	100
1994	82	6	12	100
1995	81	7	12	100
Intram. gehandicaptenzorg	geen	intern	extern	
1991	70	10	20	100
1992	73	10	17	100
1993	72	11	17	100
1994	80	5	15	100
1995	77	8	15	100
Verpleeghuizen	geen	intern	extern	
1991	64	11	25	100
1992	69	10	21	100
1993	73	10	17	100
1994	83	7	11	100
1995	84	6	9	100

Bron: LKG.

De aldus gedefinieerde mobiliteit nam sinds 1991 in alle sectoren af. Bijvoorbeeld in de ziekenhuizen was eind 1991 bij 71% van de werknemers in de verpleging geen sprake van mobiliteit in dat afgelopen jaar, 13% was een FWG-schaal gestegen en 16% was van extern aangetrokken. Eind 1995 was 86% van de werknemers in de verpleging niet van positie veranderd, 6% had intern promotie gemaakt en 7% was van extern aangetrokken. In de jaren 1994 en 1995 zien we in de ziekenhuizen een aanzienlijke terugval in de mobiliteit.

De andere sectoren laten een wat grotere mobiliteit zien, maar dezelfde ontwikkeling. Naast de ziekenhuizen zijn de verpleeghuizen opvallend in de mate waarin het aantal mutaties is afgenomen: van organisatie waar gemiddeld jaarlijks een derde van het personeel muteerde naar nu slechts een zesde.

In grote lijnen kunnen we stellen dat de afgenomen mobiliteit de afgelopen jaren vooral een gevolg is van een teruglopende externe arbeidsmarkt; de interne mobiliteit nam ook af, maar in iets minder sterke mate.

Over het algemeen profiteren vrouwen meer van interne mobiliteit, mannen meer van externe mobiliteit (Van Dooren 1989). Uit hier geanalyseerde gegevens blijkt dat mannen wat vaker in beide vormen van mobiliteit beter vertegenwoordigd zijn, maar dat een en ander naar sector en jaar een wat wisselend beeld vertoont.

Wanneer de vergrijzing van het personeel zich voortzet en de groei van de werkgelegenheid in verpleging en verzorging beperkt blijft, mag verwacht worden dat de mobiliteit ook in de komende jaren weinig zal toenemen.

#### 7.4

##### **Salaris**

Salarisgegevens zijn alleen beschikbaar voor de instellingen waar de CAO-Ziekenhuiswezen van toepassing is. Er zijn twee vragen aan de orde, namelijk hoe ontwikkelde het salaris van verplegenden en verzorgenden zich in de periode 1990-1995 en hoe verhoudt zich deze ontwikkeling met die bij andere groepen.

Een groot aantal factoren beïnvloedt de ontwikkeling van het gemiddeld salaris. Te noemen zijn:

- de ontwikkeling van het CAO-loon

- de incidentele loonontwikkeling bestaande uit
  - . anciënniteit
  - . overige effecten

Anciënniteit is vooral een demografisch effect. Wanneer personeel langer in dienst blijft zal het steeds verder in periodieken opklimmen, zolang het einde van de schaal nog niet bereikt is. Als gevolg hiervan stijgt het gemiddeld salaris. Bovendien zal wanneer het zittend personeel een lager verloop kent het ook minder vaak mogelijk zijn om ouder en duurder vertrekkend personeel te vervangen door goedkoper jonger personeel. Gezien het sterk teruggelopen verloop heeft dit de afgelopen jaren een grote rol gespeeld.

De overige factoren die een rol spelen zijn de samenstelling van het personeelsbestand naar functies. Zo zagen we bij de ziekenhuizen een toename van specialistisch verpleegkundige functies. Ook extra hoge inschaling vanwege concurrentie op de arbeidsmarkt kan hier een rol spelen.

Het niveau van het gemiddeld salaris van verplegenden en verzorgenden verschilt per sector (zie tabel A7.2 in de bijlage). Gezien de verschillen in FWG inschaling die we eerder lieten zien is dat ook logisch.

Vergelijken we het gemiddeld salarisniveau van verplegenden en verzorgenden met het totale personeelsbestand per sector dan zien we dat alleen in de psychiatrische ziekenhuizen het niveau aanzienlijk lager dan het totaal gemiddelde van de sector ligt, terwijl deze verplegenden en verzorgenden vergeleken met hun collega's in andere sectoren toch het hoogste gemiddelde salaris hebben. Dit komt doordat de personeelskosten in psychiatrische ziekenhuizen relatief hoog zijn omdat veel dure behandelaars in loondienst zijn.

Tussen 1990 en 1995 nam het salaris van verpleegkundigen variërend per sector gemiddeld met tussen de 18 en 21% toe. Deze ontwikkeling is met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen iets gunstiger dan voor het totale personeelsbestand.



Tabel 7.4

*Het gemiddeld maandsalaris van verplegenden en verzorgenden en alle personeelsleden per sector (index totaal personeel per sector 1990 = 100)*

	1990	1995
Ziekenhuizen		
verpl./verz.	102,7	123,5
totaal	100,0	120,5
Psych. zkh.		
verpl./verz.	95,1	114,5
totaal	100,0	120,6
Inr. v. gehandicaptenzorg		
verpl./verz.	99,6	117,6
totaal	100,0	115,6
Verpleeghuizen		
verpl./verz.	101,1	121,6
totaal	100,0	117,2

Vergelijkingen maken met andere sectoren en bedrijfstakken is een lastige zaak. Waar sprake is van verschillende gegevensbronnen leidt dit al snel tot vragen of wel precies hetzelfde gemeten wordt. In de RAZ (Nivel, NZi & OSA 1995) wordt op grond van CBS-cijfermateriaal, een uniforme bron namelijk de statistiek van de verdiende lonen, over de ontwikkeling van de verdiende loon in ons land geconcludeerd dat de concurrentie positie van de zorgsector er in de periode 1985-1993 niet slechter op geworden is.

## 7.5

### **Ontbrekende informatie**

Sectoren waar veel informatie beschikbaar is over functieniveaus ontberen informatie over kwalificatieniveaus en andersom. Ten behoeve van de goedkeuring van CAO's heeft elke werkgeversorganisatie basisinformatie nodig over loonkosten in de sector. In de intramurale gezondheidszorg is hier ruim aandacht voor geweest. Andere sectoren voldoen aan de minimale vereisten. Afhankelijk van de prioriteitstelling is er verbetering mogelijk.

## 7.6

### Samenvatting en vooruitblik

In de ziekenhuizen zien we in de functieopbouw een toename van de hoogste functies: de opkomst van de gespecialiseerde verpleegkundige. Bij de psychiatrie verdwijnen de onderste schalen en vindt versterking van het midden niveau plaats. In de intramurale gehandicaptenzorg zien we een contraire ontwikkeling: toename van lagere schalen wellicht onder invloed van vormen van functiedifferentiatie. Bij verpleeghuizen zien we de lagere functies wat op hun retour, wellicht door de meer ontspannen arbeidsmarkt. In de verzorgingshuizen wordt het middenniveau, dat van verzorgenden, versterkt.

In de verpleging in de thuiszorg doet zich een verschuiving voor van verpleegkundigen naar ziekenverzorgenden. Voor de gezinszorg beschikken we niet over een lange tijdreeks. Daar doet zich een verschuiving voor naar meer verzorgenden B/C en in beperkte mate alfahulpen ten koste van verzorgende A/B..

In de periode 1991-1995 is de mobiliteit onder het verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg sterk afgenomen: men maakte minder promotie, maar vooral betrok men minder vaak een baan bij een andere werkgever.

Wanneer de vergrijzing van het personeel zich voortzet en de groei van de werkgelegenheid in verpleging en verzorging beperkt blijft, mag verwacht worden dat de mobiliteit ook in de komende jaren weinig zal toenemen.

Over het algemeen ontwikkelt het gemiddeld salaris zich bij verplegenden en verzorgende gunstig ten opzichte van het totale personeelsbestand. Bovengenoemde ontwikkeling in de functies die men bekleedt en de sterke ontwikkeling van de anciënniteit, als gevolg van het sterk afgenomen verloop, spelen hierbij een belangrijke rol. Globaal genomen lijkt de inkomensontwikkeling in de pas te lopen met wat in de andere bedrijfstakken zich voordoet.

## 8

# Samenvatting en aanbevelingen voor nadere informatievoorziening

### 8.1

#### De ontwikkelingen van de afgelopen jaren en een vooruitblik

##### 8.1.1

###### *Ten aanzien van de vraag naar zorg*

Ten aanzien van de vraag naar zorg spelen met name demografische ontwikkelingen een belangrijke rol. Behalve een groei van de bevolking zullen ook ontwikkelingen als vergrijzing, een dalend geboortecijfer, een groei van het aantal (oudere) migranten, kleinere huishoudens, een groeiend aantal alleenstaanden, et cetera, de vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging over het algemeen doen stijgen. Steeds meer ouderen zullen door een langere levensverwachting te maken krijgen met chronische aandoeningen. Daarbij zijn er, mede als gevolg van een individualisering van de maatschappij, minder mogelijkheden om terug te vallen op mantelzorg en is men vervolgens meer aangewezen op professionele zorg. Daarnaast doet zich een ontwikkeling voor van een grotere behoefte aan specialistisch opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden. Een aspect dat hierbij in de komende jaren speciaal de aandacht verdient, is de snel toenemende groep oudere migranten. Dit aspect vraagt van de verpleging en verzorging een specifieke aanpak. Het gebruik van verpleging en verzorging wordt anderzijds in belangrijke mate ook beïnvloed door institutionele ontwikkelingen, zoals de transmuralisering van zorg. De zorg ordent zich meer rond de behoeften van een patiënt met als gevolg dat grenzen tussen bestaande zorgsettings vervagen. Het zorg-op-maat-principe vraagt om een andere organisatie van de zorg en zal tot gevolg kunnen hebben dat er andere functies binnen de verpleging en verzorging gaan ontstaan. Eén en ander heeft inmiddels deels vorm gekregen door invoering van functiedifferentiatie en zal ook in de toekomst duidelijker vorm krijgen door een nieuwe indeling van

functieniveaus als gevolg van het nieuwe opleidingsstelsel voor de verplegende en verzorgende beroepen.

Bovenstaande ontwikkelingen zijn ook aanwezig in het daadwerkelijke gebruik van verpleging en verzorging in de afgelopen vijf jaar. Enerzijds is er sprake van substitutie tussen de verschillende sectoren, waarbij een toenemende druk op de thuiszorg is ontstaan, anderzijds een groei van de verpleging en verzorging in dagbehandeling en deeltijdbehandeling.

### 8.1.2

#### *Ten aanzien van het zorgaanbod*

Het aantal werkzame verplegenden en verzorgenden groeide in de periode 1990-1995 met 17% tot ruim 370.000. Gemeten in volledige banen is er in deze periode een eind gekomen aan de decennia lange jaarlijkse groei van de werkgelegenheid. Waren de verzorgingshuizen de eerste sector waar de afbrokkeling van de werkgelegenheid in 1993 inzette, inmiddels worden zij in 1994 gevolgd door de ziekenhuissector en de thuiszorg, terwijl de geestelijke gezondheidszorg nu een stabilisering laat zien. Tussen 1994 en 1995 groeide de werkgelegenheid gemeten in volledige banen weer licht.

Voor de komende jaren is de verwachting dat de werkgelegenheid gemeten in volledige banen niet of slechts in geringe mate zal groeien. De beschikbare middelen zijn beperkt en verpleging en verzorging wordt veel nadrukkelijker dan in het verleden geconfronteerd met verschuivingen in het zorgaanbod en de daarbij behorende veranderde personeelsbehoefte. In de ziekenhuissector en de geestelijke gezondheidszorg gaat het om een verschuiving naar meer behandelachtige functies. Het aantal werkzame personen zal nog wel toenemen.

Van oudsher was de personeelssamenstelling van verplegend en verzorgend personeel sterk afwijkend van de totale beroepsbevolking. Wat betreft het aandeel vrouwen is daar in de afgelopen jaren weinig aan veranderd. Wat betreft de leeftijdsopbouw gaat het personeelsbestand meer op het gemiddelde lijken. Het tempo van vergrijzing in de periode 1990-1995 is in verpleging en verzorging veel sterker dan bij de totale beroepsbevolking.

De vergrijzing van de afgelopen jaren is vooral een gevolg van de forse toename van de leeftijdscategorie 36 tot 45 jaar. Of de vergrijzing de komende jaren doorzet hangt af van de vraag of de categorie ouder dan

45 jaar de komende jaren sterk gaat groeien. Alleen bij de gezinszorg heeft men ruim ervaring met een groot aandeel in deze leeftijdscategorie: het aandeel 46 jaar en ouder is bij de gezinsverzorgenden/helpenden veel groter dan bij de andere groepen (ruim 20% versus nog geen 10%). Een leeftijdsbewust personeelsbeleid ten aanzien van verpleging/ziekenverzorging lijkt een noodzakelijke voorwaarde te zijn voor de toename van de oudste leeftijdscategorie. In deel B komen een aantal aspecten van werkbelasting die in dit verband relevant zijn aan de orde.

Het vertrek van verplegend en verzorgend personeel is in de intramurale gezondheidszorg in de periode 1990-1995 drastisch afgenomen. In mindere mate nam ook de instroom van nieuw personeel af. Een en ander resulteert in een stijging van het gemiddeld aantal jaren dat men bij dezelfde werkgever in dienst is.

Een belangrijk deel van het vertrek werd voorkomen doordat men in deeltijd kon gaan werken. De zorgsector is van oudsher een sector waar veel in deeltijd gewerkt wordt. In de periode 1990-1995 nam dit nog fors toe. Voor de verpleging en verzorging betekent dit dat in 1990 162 personen nodig waren om 100 volledige arbeidsplaatsen te bemensen; in 1995 is dit opgelopen tot 178.

Op grond van leeftijd-specifieke gegevens omtrent deeltijdwerk zou men kunnen verwachten dat de komende jaren het tempo waarin deze P/A-ratio toeneemt minder sterk zal zijn.

De dalende instroom in het onderwijs en de geringere personeelsvraag vanwege het gedurende een veel langere tijd dan in het verleden uitoefenen van het beroep houden elkaar in evenwicht. REGIOMARGE, een simulatiemodel voor de arbeidsmarkt voor verplegenden en verzorgenden (Drost 1996) laat wel tekorten zien voor de verschillende sectoren en regio's, maar in verhouding tot verwachtingen in het verleden (Gerritsen 1992) zijn deze beperkt. Een uitzondering moet gemaakt worden voor de verzorgenden/helpenden in de gezinszorg. De opleidingscapaciteit is daar dermate laag dat het de komende jaren niet zal lukken om voldoende gekwalificeerd personeel in dienst te hebben.

In de ziekenhuizen zien we in de functie opbouw een toename van de hoogste functies: de opkomst van de gespecialiseerde verpleegkundige. In de psychiatrische ziekenhuizen verdwijnen de onderste schalen in het

loongebouw en vindt versterking van het midden niveau plaats. In de intramurale gehandicaptenzorg zien we een contraire ontwikkeling: een toename van lagere schalen wellicht onder invloed van vormen van functiedifferentiatie. Bij verpleeghuizen zien we de lagere functies wat op hun retour, wellicht door de meer ontspannen arbeidsmarkt. In de verzorgingshuizen wordt het middenniveau, dat van verzorgenden, versterkt.

In de verpleging in de thuiszorg doet zich een verschuiving voor van verpleegkundigen naar ziekenverzorgenden. Voor de gezinszorg beschikken we niet over een lange tijdreeks. Daar doet zich een verschuiving voor naar meer verzorgenden C/D en alfa-hulpen ten koste van verzorgenden A en B.

In de periode 1991-1995 is de mobiliteit onder het verplegend en verzorgend personeel in de intramurale gezondheidszorg sterk afgenomen: men maakte minder promotie, maar vooral betrok men minder vaak een baan bij een andere werkgever.

Wanneer de vergrijzing van het personeel zich voortzet en de groei van de werkgelegenheid in verpleging en verzorging beperkt blijft, mag verwacht worden dat de mobiliteit ook in de komende jaren weinig zal toenemen.

Over het algemeen ontwikkelt het gemiddeld salaris zich bij verplegenden en verzorgende gunstig ten opzichte van het totale personeelsbestand. Bovengenoemde ontwikkeling in de functies die men bekleedt en de sterke ontwikkeling van de anciënniteit, als gevolg van het sterk afgenomen verloop, spelen hierbij een belangrijke rol. Globaal genomen lijkt de inkomensontwikkeling in de pas te lopen met wat zich in de andere bedrijfstakken voordoet.

## 8.2

### **Ontbrekende informatie ten aanzien van het zorgaanbod**

De hier gepresenteerde aantallen beroepsbeoefenaren in hun totaliteit en de werkgelegenheid die zij voor hun rekening nemen zijn zonder meer betrouwbaar te noemen. Waar het om regionale gegevens gaat zijn zij waar nodig te ramen. In de intramurale gezondheidszorg en bij de verzorgingshuizen levert dit een betrouwbaarder resultaat op dan voor de thuiszorg.

Bij het uiteenleggen van de totale groep van verplegenden en verzorgenden ontstaan er wel problemen. De gehanteerde indelingen

verschillen per sector. Zo is in de ene sector wel het aantal verpleegkundigen bekend, in de andere niet. Slechts met ramingen zijn hier gegevens over op te stellen.

Waar welzijn en zorg meer met elkaar vervlecht raken dan in het verleden neemt de precisie van de informatie af. Nemen we als voorbeeld de gehandicaptenzorg dan geldt dat in de (intramurale)gezondheidszorg onder het verplegend en verzorgend personeel het aandeel niet specifiek voor de verpleging opgeleiden, bijvoorbeeld agogisch opgeleiden, toeneemt, terwijl bij de semimurale (welzijns)instellingen het aandeel verpleegkundigen aan het toenemen is. Met de huidige statistische bronnen is dit echter niet in kaart te brengen.

Informatie omtrent de relatie genoten opleiding beroepsuitoefening ontbreekt in de zorgsector grotendeels. Deze conclusie vinden we ook terug bij onderzoek naar de relatie opleiding beroepen in de welzijnssector (Heikoop 1996). In de zorgsector is het wel mogelijk een globale raming te maken, maar ontwikkelingen in de tijd kunnen niet gevolgd worden. Juist voor het in beeld brengen van de ontwikkelingen in beroependomeinen is dit van essentieel belang (Platform Kwalificatiebeleid 1995).

De samenstelling van personeelsbestanden wordt meestal beschreven aan de hand van kenmerken als leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en etniciteit. Zijn gegevens als leeftijd en geslacht voor 80% van de beroepsgroep bekend en daarmee voldoende om een betrouwbaar beeld te schetsen, voor gegevens als etniciteit en burgerlijke staat geldt dat ze niet op systematische wijze en in tijdreeksvorm bekend zijn.

Op dit moment ontbreken nog in- en uitstroomgegevens voor de verzorgingshuizen en grotendeels voor de thuiszorg. Op termijn kan in deze leemte voorzien worden wanneer materiaal beschikbaar komt van de BVG. Momenteel wordt dit materiaal in opdracht van OSA door het IVA bewerkt.

Alleen voor de intramurale gezondheidszorg bestaat een toegankelijk gegevensbestand op werknemers niveau, waarbij het mogelijk is om verbanden te leggen tussen leeftijd en gemiddelde werkweek, de duur van het dienstverband bij dezelfde werkgever enzovoort. Voor de verzorgingshuizen en de thuiszorg ontbreken dergelijke gegevensbestanden of zijn (nog) niet toegankelijk.

Systematische informatie omtrent scholing na het initiële onderwijs

ontbreekt. Een aantal verpleegkundige specialisaties werd tot voor kort door de Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid vastgelegd. Met de invoering van de Wet BIG is men hiermee gestopt. In het kader van deze wet kunnen wel specialisaties worden geregistreerd. Initiatieven daartoe zullen door beroepsverenigingen genomen moeten worden.

Is bij de verpleegkundigen en ziekenverzorgenden het initieel genoten onderwijs uiteraard bekend, dit geldt niet voor de verzorgenden. De statistische informatie over personeel in de thuiszorg maakt wel gebruik van de functie-indeling zoals de CAO die kent, maar dit zegt niets over het feitelijk genoten onderwijs.

Dit leidt tot de conclusie dat sectoren waar veel informatie beschikbaar is over functieniveaus informatie over kwalificatieniveaus ontberen en andersom.

Ten behoeve van de goedkeuring van CAO's heeft elke werkgeversorganisatie basisinformatie nodig over loonkosten in de sector. In de intramurale gezondheidszorg is hier ruim aandacht voor geweest. Andere sectoren voldoen aan de minimale vereisten. Afhankelijk van de prioriteitstelling is er verbetering mogelijk.

### 8.3

#### **Mogelijke verbeteringen**

De belangrijkste leemten in de informatie voorziening betreffen gegevens over individuele medewerkers.

Het BVG-gegevensbestand dat door het IVA in opdracht van de OSA wordt ontwikkeld kan belangrijke aanvullende informatie tot stand brengen, met name waar het gaat om veranderingen van werkkring tussen sectoren. Daarnaast is het gewenst dat voor de thuiszorg en de verzorgingshuizen ook informatie op werknemersniveau beschikbaar komt zoals nu het geval is voor de intramurale gezondheidszorg in de vorm van het LKG. Hiermee zou een belangrijke stap vooruit gezet kunnen worden. De vraag is of de prioriteitstelling bij de betreffende werkgeversorganisaties hiertoe zal leiden.

Ook al zou een en ander tot stand komen dan ontbreekt nog een belangrijk deel van de gewenste informatie. Kijken we naar de informatiebehoefte omtrent verplegenden en verzorgenden dan valt deze uiteen in een aantal facetten, waarvan we met name graag de samenhang willen nagaan:



kwalificatieniveau – functie (aard/voorziening) – functieniveau

Over kwalificatieniveaus zelve waar het om het initiële onderwijs gaat, bestaat relatief goede informatie. Omtrent bij- en nascholing bestaat weinig informatie.

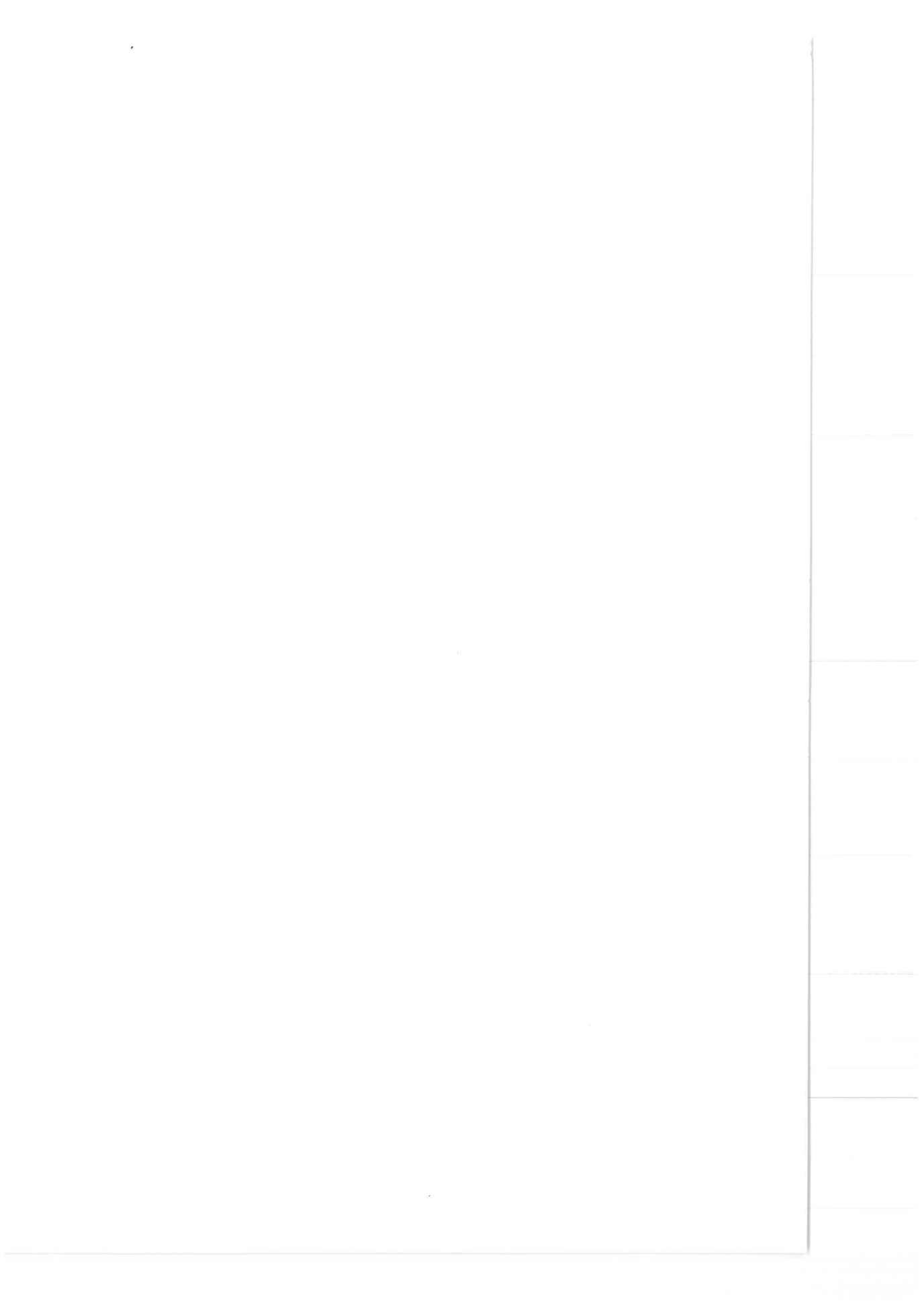
In wat voor soort voorziening verplegenden en verzorgenden werkzaam zijn bestaat goede informatie. Over de aard van de uitgeoefende functie bestaat weinig informatie.

Over functieniveaus op zichzelf bestaat in de intramurale gezondheidszorg adequate informatie. Elders is dit beperkt of niet aanwezig.

Over de samenhang, bijvoorbeeld de aansluiting tussen kwalificatieniveau en aard van de functie bestaat geen systematische informatie. Evenmin is dit geval waar het gaat om de relatie tussen aard van de functie en het niveau waarop de functie gehonoreerd wordt. Ook over de voor het onderwijsveld uiterste relevante relatie tussen kwalificatieniveau en functieniveau is weinig systematisch bekend.

Deze leemten constaterend pleit dit voor een onderzoek waarbij met name de relaties tussen kwalificatieniveau, aard van de functie en niveau daarvan inzichtelijk gemaakt kunnen worden. Hierbij is van belang om dit niet eenmalig te onderzoeken maar met enige regelmaat. Idealiter zou men beroepsbeoefenaren moeten kunnen volgen tijdens hun loopbaan: startend met een initieel kwalificatieniveau in een bepaalde functie, met bij- en nascholing groeiend in functies, en soms wellicht overstappend naar een aanpalend beroependomein en de ontwikkeling in de loopbaan vertaald zien in een hoger functieniveau.

Een veelheid aan vraagstukken die nu niet beantwoord kunnen worden, kunnen met een dergelijk onderzoek van een antwoord voorzien worden. Het met enige regelmaat houden van zo'n onderzoek vergroot de gebruikswaarde sterk. In deze studie bleek al hoe snel ontwikkelingen zich in het verplegend en verzorgend beroep voltrekken. Daarbij komt dat dan ook steeds voor de beroepsgroep actuele vraagstukken aangesneden kunnen worden.



# Bijlage bij deel A

## Hoofdstuk 2

*Tabel A2.1*

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

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Aantal inwoners (abs.)	14.892.574	15.010.445	15.129.150	15.239.182	15.341.553	15.424.122
Jaarlijkse toename in %	0,79	0,79	0,73	0,67	0,54	-

Bron: CBS 1996a; CBS 1995a.

*Tabel A2.2*

*Geboorte-kerncijfers*

	1990	1991	1992	1993	1994
Totaal aantal geboren (abs.)	197.965	198.665	196.734	195.748	195.611
Per 1.000 van de bevolking	13,2	13,2	13,0	12,8	12,7
Per 1.000 vrouwen van 15-44 jaar	56,2	56,8	56,6	56,5	56,7
Gemiddelde leeftijd van de moeder bij de geboorte van haar eerste kind	27,6	27,7	28,0	28,3	-

Bron: CBS & Ministerie van VWS 1993 en 1995.

Tabel A2.3  
Sterfte-kerncijfers

	1990	1991	1992	1993	1994
<i>Absoluut</i>					
Mannen	66.628	66.679	66.264	69.884	66.024
Vrouwen	62.196	63.279	63.623	67.911	66.443
Totaal	128.824	129.958	129.887	137.795	133.471
<i>Per 1.000 van de bevolking</i>					
Mannen	9,0	9,0	8,8	9,2	-
Vrouwen	8,2	8,3	8,3	8,8	-
Totaal	8,6	8,6	8,6	9,0	8,7

Bron: CBS & Ministerie van VWS 1993 en 1995.

Tabel A2.4  
Buitenlandse migratie in de periode 1990-1994

	1990	1991	1992	1993	1994
<i>Immigratie</i>					
Nederlanders	36.086	35.912	33.904	31.581	30.887
Niet-Nederlanders	81.264	84.337	83.022	87.573	68.424
Totaal	117.350	120.249	116.926	119.154	99.311
Totaal per 1.000 inwoners	7,8	8,0	7,7	7,8	6,5
<i>Emigratie</i>					
Nederlanders	36.749	35.998	36.101	37.019	39.409
Niet-Nederlanders	20.595	21.330	22.733	22.203	22.746
Totaal	57.344	57.328	58.834	59.222	62.155
Totaal per 1.000 inwoners	3,8	3,8	3,9	3,9	4,0

Bron: CBS 1996d.

Tabel A2.5  
Leeftijdopbouw van de bevolking naar geslacht op 1 januari in %

	1990	1991	1992	1993	1994
<i>Jonger dan 20 jaar</i>					
Mannen	26,5	25,2	24,9	24,6	24,5
Vrouwen	24,8	24,4	24,1	23,8	23,6
Totaal	25,7	25,2	24,9	24,6	24,5
<i>20-64 jaar</i>					
Mannen	63,1	63,5	63,9	64,1	64,1
Vrouwen	60,0	60,3	60,5	60,7	60,8
Totaal	61,5	61,9	62,2	62,4	62,5
<i>65 jaar en ouder</i>					
Mannen	10,3	10,4	10,4	10,5	10,6
Vrouwen	15,2	15,3	15,4	15,5	15,5

Bron: CBS & Ministerie van VWS 1993 en 1995.

Tabel A2.6  
Percentage personen met lichamelijke beperkingen naar leeftijd

	ADL %
Totaal	13,6
<i>Geslacht</i>	
Mannen	9,4
Vrouwen	16,8
<i>Leeftijd</i>	
16-24 jaar	-
25-44 jaar	-
45-54 jaar	-
55-64 jaar	5,0
65 jaar of ouder	19,7

(Vervolg op p. 94)

(Vervolg tabel A2.6 Percentage personen met lichamelijke beperkingen naar leeftijd)

ADL %	
Geslacht x leeftijd	
Mannen	
16-24 jaar	-
25-44 jaar	-
45-54 jaar	-
55-64 jaar	3,9
65 jaar of ouder	14,3
Vrouwen	
16-24 jaar	-
25-44 jaar	-
45-54 jaar	-
55-64 jaar	6,0
65 jaar of ouder	23,3

Bron: CBS & Ministerie van VWS 1995.

Tabel A2.7  
Langdurige aandoeningen naar geslacht en leeftijd 1993/1994

	Mannen	Vrouwen	0-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 jaar of ouder
	%	%	%	%	%	%	%
Astma, chronische bronchitis of CARA	7,4	6,5	8,7	6,6	4,7	6,4	11,6
Ontsteking van neusbijholte, voorhoofdsholte of kaakholte	5,6	7,8	4,0	6,6	9,2	7,0	4,4
Ernstige hartkwaal of hartinfarct	2,5	1,7	0,2	0,0	0,4	3,3	9,4
Hoge bloeddruk	5,8	8,8	0,0	1,4	3,4	13,3	24,4
(Gevolgen van) een beroerte	0,5	0,5	0,0	0,0	0,2	0,5	2,9
Maagzweer of zweer aan de 12-vingerige darm	1,1	0,9	0,0	0,4	0,9	1,8	2,2

(Vervolg tabel A2.7)

	Mannen	Vrouwen	0-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 jaar of ouder
	%	%	%	%	%	%	%
Ernstige darmstoornissen, langer dan 3 maanden	1,4	2,3	1,1	1,3	1,5	2,4	3,8
Galstenen of galblaasontsteking	0,3	0,8	0,0	0,1	0,3	0,8	1,9
Leverziekte of levercirrose	0,3	0,3	0,1	0,0	0,3	0,5	0,5
Nierstenen	0,6	0,5	0,0	0,2	0,4	1,4	0,8
Ernstige nierziekte	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2	0,5	0,9
Chronische blaasontsteking	0,4	2,2	0,5	1,6	0,8	1,4	3,2
Verzakking	0,0	2,4	0,0	0,0	1,4	3,3	5,0
Suikerziekte	1,4	2,3	0,1	0,4	0,6	3,0	7,5
Schildklierafwijking	0,5	1,9	0,0	0,3	0,8	2,4	3,1
Rugaandoening van hardnekkige aard, langer dan 3 maanden, of hernia	7,2	8,4	0,5	3,2	8,3	14,7	10,7
Gewrichtsslijtage (artrose) van knieën, heupen of handen	5,1	9,7	0,0	1,0	2,9	12,9	27,6
Gewrichtsontsteking (chronische reuma, reumatoïde artritis) van handen of voeten	1,4	3,1	0,1	0,5	1,4	4,0	6,5
Andere chronische reuma, langer dan 3 maanden	0,6	1,2	0,1	0,1	0,5	1,6	2,5
Epilepsie	0,5	0,5	0,3	0,5	0,6	0,7	0,5
Duizeligheid met vallen	1,2	2,5	0,2	2,0	1,0	2,0	6,0
Migraine	3,2	7,9	1,2	4,5	7,5	8,5	3,4
Ernstige huidziekte	2,1	1,8	1,5	1,9	2,0	1,8	2,9
Kwaadaardige aandoening of kanker	0,6	1,0	0,0	0,1	0,3	1,1	3,5

(Vervolg op p. 96)

(Vervolg tabel A2.7 Langdurige aandoeningen naar geslacht en leeftijd 1993/1994)

	Mannen	Vrouwen	0-14 jaar	15-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65 jaar of ouder
	%	%	%	%	%	%	%
Aantal van bovengenoemde langdurige aandoeningen per persoon							
geen	67,6	58,5	84,2	76,3	66,5	48,9	32,7
1	21,5	23,5	13,3	17,3	23,8	27,7	29,4
2	7,1	10,2	2,2	4,5	6,8	13,4	19,3
3	2,4	4,4	0,3	1,3	1,9	5,9	9,7
4 of meer	1,4	3,5	0,0	0,5	1,0	4,0	9,0
Absoluut							
Steekproefaantal	8.551	8.821	3.298	2.395	5.623	3.808	2.249

Bron: CBS 1996d.

Tabel A2.8

Gemelde ziektegevallen van AIDS naar jaar van diagnose<sup>1</sup>

	1985	1989	1990	1991	1992	1993	1994*	1995*
<i>Patiënten</i>	67	392	415	446	504	459	450	241
Mannen	64	370	379	402	465	396	399	205
Vrouwen	3	22	36	44	40	63	51	36

<sup>1</sup> Gemeld tot 1 oktober 1995, inclusief nameldingen.

Bron: CBS &amp; Ministerie van VWS 1995.



Tabel A2.9  
Bevolking van 15-64 jaar, hoogst behaald onderwijsniveau

	1990	1991	1992	1993	1994
Basisonderwijs			17,1%	16,4%	15,7%
MAVO			10,6%	10,6%	10,7%
HAVO/VWO			7,1%	6,9%	6,8%
Vorbereidend beroepsonderwijs				17,6%	16,9%
Middelbaar beroepsonderwijs			30,4%	31,3%	31,5%
Hoger beroepsonderwijs			12,1%	12,6%	13,0%
Wetenschappelijk onderwijs			4,9%	5,1%	5,3%
Totaal			100,0%	100,0%	100,0%
Totaal abs.			10.349.00	10.420.00	10.473.000

Bron: CBS 1996d.

Tabel A2.10  
Intramurale gezondheidszorg, algemene gegevens<sup>1</sup>

	1985	1990	1992	1993	1994
<i>Ziekenhuizen</i>					
Instellingen	207	169	157	154	152
Gemiddeld aantal bedden	68.461	64.580	63.384	62.383	50.564
Per 1.000 inwoners	4,7	4,3	4,2	4,1	4,0
Opnames (x 1.000)	1.576	1.538	1.565	1.574	1.603
Per bed	23,0	23,8	24,7	25,2	26,0
Verpleegdagen (x 1.000)	19.754	17.284	16.667	16.392	16.127
Bezettingsgraad (%)	79,1	73,3	71,8	72,0	71,7
Gemiddelde verpleegduur (dagen)	12,5	11,2	10,7	10,4	10,1
Dagverplegingsdagen (x 1.000)	204	410	523	544	592

(Vervolg op p. 98)

(Vervolg tabel A2.10 Intramurale gezondheidszorg, algemene gegevens)

	1985	1990	1992	1993	1994
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>					
Instellingen	82	80	81	80	882
Gemiddeld aantal bedden	24.254	24.352	24.4766	24.642	24.968
Per 1.000 inwoners	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6
Opcodes	32.568	36.234	40.236	42.208	43.426
Verpleegdagen inclusief afwezigheids- dagen (x 1.000)	8.439	8.503	8.535	8.546	8.513
Bezettingsgraad (%)	95,3	95,7	95,3	95,0	93,4
Deeltijdbehandeling <sup>2</sup> :					
Behandelingsdagen (x 1.000)	395	540	627	718	742
<i>Instellingen voor verstandelijk gehandicapten</i>					
Instellingen	121	121	125	129	138
Gemiddeld aantal bedden	30.426	31.454	32.074	32.634	33.330
Per 1.000 inwoners	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2
Opcodes	4.790	10.715	16.508	19.678	23.774
Verpleegdagen (x 1.000)	10.951	11.443	11.809	11.983	12.264
Bezettingsgraad (%)	98,6	99,7	100,6	100,6	100,8
Deeltijdbehandeling: behandelingsdagen (x 1.000)	-	71	118	137	181
<i>Verpleeghuizen</i>					
Instellingen	328	326	324	325	330
Gemiddeld aantal bedden	49.252	51.674	52.662	53.703	54.423
Per 1.000 inwoners	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5
Opcodes	41.447	43.049	45.240	49.404	51.636
Verpleegdagen (x 1.000)	17.608	18.347	18.860	19.173	19.464
Bezettingsgraad (%)	97,9	97,3	97,8	97,8	98,0
Dagbehandeling: behandelingsdagen (x 1.000)	569	752	845	905	984

<sup>1</sup> Gegevens van 1991 ontbreken<sup>2</sup> Inclusief gegevens van enkele dagklinieken.

Bron: CBS 1996d.

*Tabel A2.11*  
*Intramurale gezondheidszorg, algemene gegevens*

	1985	1990	1991	1992	1993
<i>Bejaardenoorden</i>					
Instellingen per 31 december	1.575	1.514	1.506	1.498	1.476
Bedden (x 1.000)	148,7	140,1	138,3	136,5	134,5
Per 1.000 van de bevolking van 65 jaar en ouder	84,1	72,5	70,5	68,7	67,3
Bewoners	137,5	130,0	128,5	126,9	124,1
Per 1.000 van de bevolking en ouder	77,7	67,2	65,6	63,9	62,1

Bron: CBS & Ministerie van VWS 1995.

Tabel A2.12  
Ontwikkeling vraag ziekenhuizen (gemiddelde jaarlijkse groei in %)

	'82-'92	'88-'94	'93-'94	'95-'98
<i>Opnames</i>				
Demografisch	0,8	0,9	0,9	1,0
Trend	-1,0	-0,3	0,4	0,1
Totaal (x 1.000)	-0,2	0,6	1,3	1,1
Verrichtingen/opname (= intensivering)	1,5	1,5	0,0	1,4
Klinische verrichtingen	1,3	2,1	1,3	2,5
<i>Polikliniekbezoeken</i>				
Demografisch	0,7	0,8	0,8	0,9
Trend	0,6	0,6	1,0	0,6
Totaal (x 1.000)	1,3	1,4	1,8	1,4
Verrichtingen/polibezook (= intensivering)	2,8	3,0	2,5	2,9
Poliklinische verrichtingen	4,1	4,4	4,3	4,4
Totaal verrichtingen	2,7	3,4	3,0	3,6
<i>Dagopnames</i>				
Demografisch	0,6	0,7	0,8	0,8
Trend	16,6	8,7	5,7	5,8
Totaal (x 1.000)	17,2	9,5	6,5	6,6
<i>Klinische verpleegdagen</i>				
Demografisch	1,0	1,0	0,9	1,1
Trend	-3,5	-2,9	-2,5	-2,5
Totaal (x 1.000)	-2,5	-1,9	-1,6	-1,4
Totaal verpleegdagen (x 1.000)	-2,2	-1,6	-1,4	-1,1
Intensivering verpleegdag	1,6	1,6	1,8	1,6
Totaal verpleging/verzorging	-0,6	-0,1	0,4	0,5
<i>Totaal vraagvolume</i>				
Demografie	0,8	0,9	0,9	1,0
Trend	-1,4	-0,8	-0,3	-0,6
Intensivering	2,1	2,1	1,9	2,2
Totaal	1,5	2,2	2,1	2,7

Bron: Commissie-Van der Zwan 1995.

Tabel A2.13

Ontwikkeling vraag psychiatrische ziekenhuizen (gemiddelde jaarlijkse groei in %)

	'82-'92	'88-'94	'93-'94	'95-'98
<i>Kliniek</i>				
Demografisch	1,2	1,1	0,8	0,6
Trend	1,8	2,3	3,4	2,2
Totaal opnames	3,0	3,3	4,2	2,9
Intensivering	-1,7	-1,7	-2,1	-1,6
Totaal	1,3	1,6	2,0	1,2
<i>Deeltijdbehandeling</i>				
Demografisch	1,2	1,0	0,7	0,5
Trend	10,4	9,3	10,8	9,5
Totaal deeltijdopnames	11,6	10,4	11,5	10,0
Intensivering	-0,2	-1,6	-1,4	-1,6
Totaal	11,4	8,6	10,0	8,3
<i>Polikliniek</i>				
Demografisch	0,6	0,7	0,7	0,8
Trend	6,7	7,9	6,5	7,0
Totaal eerste polibezoeken	7,3	8,6	7,3	7,8
Intensivering	2,0	2,2	3,4	0,8
Totaal	9,3	11,1	10,9	8,7
<i>Totaal vraagvolume</i>				
Demografie	1,2	1,0	0,8	0,6
Trend	2,5	2,9	4,1	3,1
Intensivering	-1,3	-1,5	-1,7	-1,4
Totaal	2,4	2,5	3,0	2,3

Bron: Commissie-Van der Zwan 1995.

Tabel A2.14  
 Ontwikkeling vraag intramurale instellingen voor verstandelijk  
 gehandicapten (gemiddelde jaarlijkse groei in %)

	'82-'92	'88-'94	'93-'94	'95-'98
Demografisch	0,6	0,7	0,7	0,8
Trend bewoners	0,5	0,8	1,1	0,8
Trend tijdelijke opnames	0,5	0,5	0,5	0,5
Zorgintensiteit	0,7	0,7	0,0	0,7
Vrije margeregeling	0,1	0,4	0,6	0,1
Totaal	2,4	3,1	3,0	2,9

Bron: Commissie-Van der Zwan 1995.

Tabel A2.15  
 Ontwikkeling vraag verpleeghuizen: kliniek (gemiddelde jaarlijkse groei in %)

	'82-'92	'88-'94	'93-'94	'95-'98
<i>Verpleegdagen somatisch</i>				
Demografisch	2,0	1,8	1,6	1,6
Trend	-2,4	-2,3	-2,5	-2,3
Totaal verpleegdagen (x 1.000)	-0,4	-0,6	-0,9	-0,7
Intensivering	0,6 <sup>a</sup>	0,6	0,6	
Totaal klinisch-somatisch	0,2	0,0	-0,3	-0,2
<i>Verpleegdagen psychogeriatrisch</i>				
Demografisch	2,4	2,1	1,9	1,8
Trend	0,5	0,9	2,0	1,2
Totaal verpleegdagen (x 1.000)	2,9	3,1	4,0	3,1
Intensivering	1,3 <sup>a</sup>	0,8	0,8	0,8
Totaal klinisch psychogeriatrisch	4,2	3,9	4,8	3,9
<i>Verpleegdagen totaal</i>				
Demografisch	2,2	2,0	1,8	1,7
Trend	-1,1	-0,8	-0,2	-0,4
Totaal verpleegdagen (x 1.000)	1,1	1,2	1,6	1,3
Intensivering	0,9 <sup>a</sup>	0,7	0,7	0,7
Totaal kliniek	2,0	1,9	2,3	2,0

<sup>a</sup> De ontwikkeling van de hulpindices is gebaseerd op de periode '84-'92

Bron: Commissie-Van der Zwan 1995.

Tabel A2.16  
 Ontwikkeling vraag verpleeghuizen: dagbehandeling (gemiddelde  
 jaarlijkse groei in %)

	'82-'92	'88-'94	'93-'94	'95-'98
<i>Dagbehandelingen somatisch</i>				
Demografisch	1,6	1,5	1,3	1,5
Trend	4,4	1,9	2,3	2,1
Totaal dagbehandeling dagen (x 1.000)	6,0	3,5	3,7	3,6
Intensivering	1,3 <sup>a</sup>	0,5	0,5	0,5
Totaal somatische dagbehandeling	7,3	4,0	4,2	4,1
<i>Dagbehandelingen psychogeriatric</i>				
Demografisch	2,1	1,8	1,6	1,7
Trend	7,9	7,0	9,1	7,4
Totaal dagbehandeling dagen (x 1.000)	10,0	9,0	10,8	9,2
Intensivering	1,2 <sup>a</sup>	1,5	1,5	1,5
Totaal psychogeriatrische dagbehandelingen	11,2	10,7	12,5	10,9
<i>Dagbehandelingen totaal</i>				
Demografisch	1,8	1,7	1,5	1,6
Trend	6,0	4,4	5,8	5,1
Totaal dagbehandeling dagen (x 1.000)	7,8	6,2	7,4	6,7
Intensivering	1,0 <sup>a</sup>	0,9	0,9	0,9
Totaal dagbehandeling	8,8	7,1	8,4	7,7
<i>Totaal vraagvolume</i>				
Demografie	2,3	2,0	1,8	1,7
Trend	-0,9	-0,5	0,1	-0,1
Intensivering	0,9	0,7	0,7	0,7
Vrije margeregeling	0,1	0,4	0,6	0,1
Totaal	2,4	2,5	3,2	2,4

<sup>a</sup> De ontwikkeling van de hulpindices is gebaseerd op de periode '84-'92

Bron: Commissie-Van der Zwan 1995.

Tabel A2.17

Ontwikkeling vraag verzorgingshuizen (gemiddelde jaarlijkse groei in %)

	'82-'92*	'88-'94	'93-'94	'95-'98
<i>Intramuraal</i>				
Demografisch	2,7	2,5	2,2	1,9
Trend	-3,3	-3,9	-4,5	-3,9
Totaal bewoners	-0,6	-1,4	-2,3	-2,0
Intensivering	0,9	0,9	0,0	0,9
Totaal	0,3	-0,5	-2,3	-1,1
<i>Extramuraal</i>				
Kortdurende opname	40,5	16,1	6,4	
Dagverzorging	46,0	24,5	-4,0	
Nachtopvang	5,6	-3,6	-4,0	
Maaltijdverstrekking	13,9	12,6	7,2	
Voetverzorging	22,1	6,6	9,7	
Beweging ouderen	12,9	5,5	4,2	
Aansluiting alarm	8,5	4,9	1,2	
Demografisch	1,6	1,6	1,3	1,4
Trend	13,7	9,8	5,2	9,8
Totaal	15,8	11,6	6,6	11,3
<i>Totaal</i>				
Demografisch	2,7	2,5	2,2	1,9
Trend	-2,9	-3,6	-4,1	-3,5
Intensivering	0,9	0,9	0,0	0,9
Totaal	0,7	-0,2	-1,9	-0,7

\* Voor de extramurale zorg geldt de periode 1985-1993.

Bron: Commissie-Van der Zwan 1995.



Tabel A2.18

Ontwikkeling vraag wijkverpleging (gemiddelde jaarlijkse groei in %)

	'87-'92	'88-'94	'93-'94	'95-'98
<i>Aantal cliënten</i>				
Demografisch	1,6	1,7	1,4	1,2
Trend	-6,5	-5,6	-5,6	-5,6
Totaal (x 1.000)	-5,0	-4,0	-4,2	-4,4
<i>Aantal contacten</i>				
Demografisch	1,9	1,8	1,8	1,4
Trend	-2,9	-2,4	-2,4	-2,4
Totaal	-1,1	-0,6	-0,6	-1,0
<i>Totaal productievolume</i>				
Demografie	1,8	1,8	1,7	1,4
Trend	-3,8	-3,2	-3,0	-3,0
Totaal	-2,1	-1,4	-1,3	-1,7

Bron: Commissie-Van der Zwan 1995.

Tabel A2.19

Gebruik van wijkverpleging en gezinsverzorging 1990-1993

	1990	1991	1992	1993
Cliënten wijkverpleging in zorg per 100 inwoners	5,7	5,8	5,0	-
Cliënten gezinsverzorging*	203.200	209.510	226.000	232.340

\* Per 31 december.

Bron: Harmsen, Groenewegen e.a. 1996; LVT/NZI (1995, 1996)

Tabel A2.20

Prognose van het aantal cliënten in zorg van de wijkverpleging en  
gezinsverzorging op 1 januari 1997 en 2000 naar leeftijdscategorie

	Cliënten in zorg per 1 januari				%	%	%
	1994	1996*	1997	2000			
					groei	groei	groei
					'94-'97	'94-2000	'96-2000*
<i>Wijkverpleging</i>							
< 55	37.179	37.395	37.503	37.736	0,9	1,5	0,9
55-74	73.642	74.913	75.548	79.018	2,5	7,3	5,5
75 jaar e.o.	119.960	125.288	127.952	136.275	6,6	13,6	8,8
Subtotaal	230.781	237.596	241.003	253.029	4,4	9,6	6,5
<i>Gezinsverzorging</i>							
< 55	29.444	29.615	29.701	29.886	0,9	1,5	0,9
55-74	69.785	70.958	71.500	74.879	2,5	7,3	5,5
75 jaar e.o.	131.163	136.972	139.876	14.901	6,6	13,6	8,8
Subtotaal	230.392	237.515	241.077	253.766	4,6	10,1	6,8
Totaal	461.173	475.111	482.080	506.795	4,5	9,9	6,7

\* Schatting.

Bron: Harmsen, Groenewegen e.a. 1996.

Tabel A2.21

Ontwikkeling vraag gezinsverzorging (gemiddelde jaarlijkse groei in %)

	'87-'92	'88-'94	'93-'94	'95-'98
<i>Aantal cliënten</i>				
(in de 13 <sup>e</sup> periode van elk jaar)				
Demografisch	1,5	1,2	1,3	
Trend	2,3	2,3	2,3	
Totaal	3,8	3,6	3,6	
<i>Uren verzorging</i>				
Demografisch	1,4	1,1	1,2	
Trend	-1,5	-0,7	-0,7	
Totaal	-0,1	0,4	0,5	
<i>Totaal productievolume</i>				
Demografisch	1,4	1,2	1,2	
Trend	-1,0	-0,3	-0,3	
Totaal	0,4	0,8	0,9	

Bron: Commissie-Van der Zwan 1995.

Tabel A2.22

Aantal uren per week per cliënt in de gezinsverzorging (traditioneel en alfahulp) 1990-1994

	Gem. aantal uren
1990	5.0
1991	4.7
1992	4.3
1993	4.0
1994	3.8
Gemiddelde groei 1990-1994	-6,6%

Bron: Harmsen, Groenewegen e.a. 1996: Bewerking LVT-cijfers.

Tabel A2.23

Ontwikkeling vraag kraamzorg (gemiddelde jaarlijkse groei in %)

	'83-'92	'88-'94	'93-'94	'95-'98
<i>Aantal verzorgingen</i>				
Demografisch	1,4	1,1	1,1	1,1
Trend	1,9	1,8	-0,6	1,8
Totaal (x 1.000)	3,3	2,9	0,5	3,0
<i>Aantal verzorgingsdagen</i>				
Totaal (x 1.000)	0,9	1,4	0,7	2,9
<i>Totaal vraagvolume</i>				
Demografie	1,4	1,1	1,1	1,1
Trend	-0,3	0,5	-0,4	1,8
Totaal	1,1	1,6	0,7	3,0

Bron: Commissie-Van der Zwan 1995.

**Hoofdstuk 3***De omvang van de beroepsgroep*

Tabel A3.1

*Aantal werkzame personen in verplegende en verzorgende beroepen*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
<i>Verpleging en verzorging in:</i>						
Ziekenhuizen	58300	61503	64364	65829	66920	67157
Psych. zkh.	14338	15155	16190	17203	17234	17969
Inst. v. verstandelijk geh.	22003	23695	25174	26924	28505	30302
Inst. v. zintuiglijk geh.	667	669	719	751	778	789
Medisch kinderdagverblijf/tehuis	1537	1555	1720	1912	1859	1884
Verpleeghuizen	39188	42133	45204	47556	49572	51701
Verzorgingshuizen	41635	43342	44162	44264	44591	44982*
. verpleegkundigen	5153	5065	4830	4630	4449	-
. ziekenverzorgenden	9455	9812	9509	9154	9342	-
. bejaardenverzorgenden	15867	17196	18138	18535	19003	-
. bejaardenhulpverleners	4842	5235	5512	5516	5348	-

(Vervolg op p. 109)

(Vervolg tabel 3.1 Aantal werkzame personen in verplegende en verzorgende beroepen)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
. overig	6318	6034	6173	6431	6449	-
Herstellingssoorten	-	-	-	146	123	125
Thuiszorg	117.033	118.608	118.903	125.902	128.655	129.208
. verpleegkundigen	8951	9636	9822	10611	11288	11228
. ziekenverzorgenden	2104	2453	2810	3346	3550	4093
. kraamverzorgenden	5178	5319	5271	5771	5971	5814
. gezinsverz., -helpenden, alfahulpen	100800	101200	101000	106174	107846	108073
waarvan:						
.. leidinggevend	-	-	-	3847	3440	3302
.. verzorgende E	-	-	-	1171	1322	1354
.. verzorgende D	-	-	-	-	5452	5510
.. verzorgende C	-	-	-	15433	11572	13698
.. verzorgende B	-	-	-	-	15972	14438
.. verzorgende A	-	-	-	48258	30624	32938
.. alfahulpen	-	-	-	37465	39464	36833
Overige extramuraal werkende						
verpleegkundigen	3554	3647	3705	3770	4131	4299*
. basisgezondheidsdienst	1546	1569	1553	1551	1553	-
. bedrijfsgezondheidsdiensten	611	608	599	604	900	-
. ambulante geest. gez.zorg	1172	1236	1318	1421	-	-
. trombosediensden	225	235	236	247	258	251
Totaal	298253	310305	320139	334111	342245	348291
inservice-leerlingen	27872	26993	26213	25167	23819	20531
leerlingwezen bejaardenoorden	3203	3425	3408	3065	2750	2573
<i>Totaal</i>	329328	340723	349760	362343	368814	371395

\* raming

Bron: Statistiek Personeelssterkte NZi; Maandbericht Gezondheidsstatistiek CBS; NVAGG: RIAGG's in cijfers; Statistiek Bejaardenoorden CBS.

## Technische toelichting bij tabel A3.1

- De gehanteerde definitie voor verpleging en verzorging in de intramurale gezondheidszorg is die volgens het Rekeningschema. Deze gaat uit van de FWG-indeling van de CAO-Ziekenhuiswezen. In de andere sectoren wordt door het NZi en het CBS bij de informatie verzameling expliciet naar verpleegkundigen en ziekenverzorgenden gevraagd.
- Ter bepaling van het aantal in een bepaald jaar zijn jaargemiddelden gehanteerd. In de intramurale gezondheidszorg en de thuiszorg zijn deze

gemiddelden gebaseerd op het gemiddelde van twaalf maanden; bij de verzorgingshuizen, de thuiszorg (tot 1993) en overig extramuraal op het gemiddelde van twee einde jaarcijfers.

- De onderverdeling in de gezinszorg is pas vanaf 1993 bekend. De indeling A t/m E bestond voor die tijd niet en is een gevolg van CAO-afspraken in 1992. In de gezinszorg is de informatieverzameling vanaf 1990 wat in het slop geraakt. In 1993 is met de start van de databank Thuiszorg een nieuw begin gemaakt. Voor 1990 is bekend dat er 14.879 gezinsverzorgenden werkzaam waren, 60.841 helpenden (Van der Kwartel e.a. 1994).
- Gegevens van verpleegkundigen werkzaam als groepsleider in de semimurale gehandicaptenzorg zijn niet meegenomen in de tabel 3.1. Een eenmalig onderzoek wees uit dat het in 1993 om bijna 4.800 personen ging. Hetzelfde geldt voor de bij RIBW's werkzamen. Hier werken naar schatting ruim 700 verpleegkundigen. Tot 1990 werd er een statistiek Schoolartsendiensten door het CBS gehouden. Na 1990 is deze opgegaan in de Statistiek van de GG en GD's. Vanaf dat moment wordt het aantal verpleegkundigen niet meer gevraagd. In 1990 waren er 371 verpleegkundigen werkzaam bij schoolartsendiensten.
- Het aantal werkzame leerlingen is apart in de tabel opgenomen. Het gaat om leerlingen die aan het inservice-onderwijs (intramurale gezondheidszorg) en leerlingwezen (bejaardenoorden) deelnemen. Voor de thuiszorg geldt dat de leerlingen in de aantallen van tabel 3.1 opgenomen zijn en niet af te zonderen zijn.

Toedeling aan hoofdsectoren ten behoeve van hoofdrapport

Ziekenhuiszorg	ziekenhuizen
Geestelijke gezondheidszorg	psychiatrisch ziekenhuizen, RIAGG, MKD's, MKT's
Gehandicaptenzorg	instellingen voor verstandelijk gehandicapten, instellingen voor zintuiglijk gehandicapten
Ouderenzorg	verpleeghuizen, bejaardenoorden
Thuiszorg	reguliere thuiszorginstellingen

Tabel A3.2  
Aantal FTE's van werkzame verplegenden en verzorgenden

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
<i>Verpleging en verzorging in:</i>						
Ziekenhuizen	44428	45564	47171	47753	47371	47519
Psychiatrische ziekenhuizen	11378	11712	12362	12842	13034	13563
Inst. v. verstandelijk geh.	16779	17464	18338	18911	19486	20846
Inst. v. zintuiglijk geh.	559	547	579	576	583	594
Medisch kinderdagverblijf/tehuizen	1181	1164	1248	1328	1291	1275
Verpleeghuizen	27719	28427	29621	31028	31765	33437
Verzorgingshuizen	28721	28939	28947	28850	28480	28166*
waarvan:						
. verpleegkundigen	3182	3079	2906	2775	2630	-
. ziekenverzorgenden	6241	6145	5762	5489	5509	-
. bejaardenverzorgenden	12137	12638	12945	13091	13063	-
. bejaardenhelpenden	3297	3400	3517	3499	3309	-
. overig	3866	3678	3819	3997	3970	-
Herstellingsoorden				70	79	79
Thuiszorg	50.067	50.633	50.393	50.087	48.579	47.102
. verpleegkundigen	6270	6468	6254	5976	6178	5534
. ziekenverzorgenden	1522	1665	1807	1893	1891	1944
. kraamverzorgenden	4511	4596	4501	4333	4413	4231
. gezinsverz., -helpenden, alfahulpen	37764	37904	37831	37885	36097	35393
waarvan:						
.. leidinggevend				2745	2455	2293
.. verzorgende E				894	851	876
.. verzorgende D					2523	2505
.. verzorgende C				9048	6442	6846
.. verzorgende B					7301	6817
.. verzorgende A				20505	11565	11157
.. alfahulpen				4693	5003	4899
Overige extramuraal werkende						
verpleegkundigen	3026	3053	3079	3102	3374	3470*
. basisgezondheidsdienst	1326	1334	1314	1296	1283	-
. bedrijfsgezondheidsdiensten	564	553	535	532	788	-
. ambulante geest. gez.zorg	990	1021	1134	1168	-	-
. trombosediensden	147	146	143	140	135	132
<b>Totaal</b>	<b>183857</b>	<b>187503</b>	<b>191737</b>	<b>194546</b>	<b>194042</b>	<b>196051</b>

\* raming

Bron: Statistiek Personeelssterkte NZi; Maandbericht Gezondheidsstatistiek CBS; NVAGG:

RIAGG's in cijfers; Statistiek Bejaardenoorden CBS.

Technische toelichting bij tabel A3.2

- De gehanteerde definitie voor verpleging en verzorging in de intramurale gezondheidszorg is die volgens het Rekeningschema. Deze gaat uit van FWG-indeling van de CAO-Ziekenhuiswezen.  
In de andere sectoren wordt bij de informatie verzameling expliciet naar verpleegkundigen en ziekenverzorgenden gevraagd.
- Ter bepaling van het aantal zijn jaargemiddelden gehanteerd. In de intramurale gezondheidszorg en de thuiszorg zijn deze gemiddelden gebaseerd op het gemiddelde van twaalf maanden; bij bejaardenoorden, thuiszorg (tot 1993) en overig extramuraal op het gemiddelde van twee einde jaarcijfers.
- De onderverdeling in de gezinszorg is pas vanaf 1993 bekend. De indeling A t/m E bestond voor die tijd niet en is een gevolg van CAO-afspraken in 1992.  
In de gezinszorg is de informatieverzameling vanaf 1990 wat in het slop geraakt. In 1993 is met de start van de databank Thuiszorg een nieuw begin gemaakt.
- Tot 1990 werd er een statistiek Schoolartsendiensten door het CBS gehouden. Na 1990 is deze opgegaan in de Statistiek van de GG en GD's. Vanaf dat moment wordt het aantal verpleegkundigen niet meer gevraagd. In 1990 waren er 260 volledige arbeidsplaatsen door verpleegkundigen bezet bij schoolartsendiensten.
- Het aantal volledige arbeidsplaatsen bezet door leerlingen is niet meegenomen in deze tabel. De reden hiervan is dat de directe inzetbaarheid van leerlingen in het arbeidsproces slechts via een raming bekend is.





Technische toelichting bij tabel A3.3

Er is geen databestand waarin op een systematische wijze van de werkzame verplegenden en verzorgenden bijgehouden wordt wat voor initiële opleiding men heeft genoten. Wel is er op grond van een raming een indicatie te geven hoeveel verpleegkundigen en ziekenverzorgenden er werkzaam zijn. De raming verloopt als volgt.

Een aantal van de instellingen in de intramurale gezondheidszorg is in staat om aan te geven welke gedeelte van het werk door welke opgeleiden uitgevoerd wordt. Onderdeel A van de tabel geeft per sector het resultaat. In de ziekenhuizen zien we dat 88% van het werk dat door verplegenden en verzorgenden (exclusief meewerkende leerlingen) wordt uitgevoerd, wordt gedaan door verpleegkundig opgeleiden. Voor de psychiatrische ziekenhuizen, de verstandelijk-gehandicaptenzorg en de verpleeghuizen bedragen deze percentages respectievelijk 81, 66 en 80.

Om tot personen te komen moeten we een omrekening maken van volledige arbeidsplaatsen naar personen via de zogenaamde P/A-ratio (onderdeel B).

Uit verschillende eenmalige onderzoeken zijn ook gegevens van andere sectoren bekend. Daar geldt vaak dat men wel registreert dat het om verpleegkundigen gaat, maar niet welke opleiding het betreft. Voor thuiszorg zijn we uitgegaan van 50% A/50% HBO. Verzorgingshuizen 100% A, RIAGG's 100% B en semimurale gehandicaptenzorg 100% Zw. Dit betekent dat de onderverdeling naar diploma-soorten met meer onzekerheid omgeven is dan de raming van het totaal.

Totaal zijn er volgens deze raming in 1994 157.600 verpleegkundigen en ziekenverzorgenden werkzaam.

Tabel A3.4

Aantal werkzame personen verplegend, opvoedkundig en verzorgend personeel naar RBA-regio en sector in instellingen, per 31 december 1994

RBA-regio	ZH <sup>1</sup>	PZ <sup>2</sup>	ZW <sup>3</sup>	VH <sup>4</sup>	Totaal intra- muraal <sup>5</sup>	VZ <sup>6</sup>	TZ <sup>7</sup>	Totaal
Groningen	3.588	392	588	2.224	6.882	1.920	5.155	13.957
Friesland	2.416	379	1.168	2.466	6.490	2.090	6.223	14.803
Drenthe	1.507	1.300	1.465	1.746	6.038	1.323	4.458	11.819
IJssel-Vecht	1.608	-	396	954	2.975	1.023	2.847	6.845
Twente	2.421	265	892	1.962	5.641	1.633	5.282	12.556
Midden-IJssel	901	877	220	887	2.885	687	1.782	5.354
Veluwe	1.864	1.023	3.355	1.939	8.202	1.698	5.026	14.926
Arnhem/O.-Gelder- land	2.343	754	802	1.923	5.949	1.976	6.317	14.242
Nijmegen/Rivieren- land	3.082	298	1.926	1.380	6.779	1.229	3.769	11.777
Flevoland	724	-	305	351	1.463	365	1.711	3.539
Oost-Utrecht	1.560	1.542	2.746	1.655	7.686	1.774	4.042	13.502
West-Utrecht	4.814	372	153	1.585	6.951	1.354	4.560	12.865
Gooi/Vecht	1.070	86	87	1.106	2.375	1.055	2.303	5.733
N-Holland-Noord	1.985	399	1.341	1.250	5.027	1.755	4.622	11.404
Amsterdam	5.936	997	644	3.349	10.927	3.097	8.779	22.803
Kenemerland	3.049	981	780	2.099	6.965	2.038	9.875	18.878
Rijnstreek	2.850	796	2.284	2.077	8.007	1.851	5.655	15.513
Den Haag/Delft	3.259	1.518	1.015	3.863	9.861	2.985	8.781	21.627
Drechtsteden	1.499	197	355	1.094	3.145	999	2.718	6.862
Rijnmond	5.926	914	617	4.467	12.078	3.517	11.366	26.961
Zeeland	1.102	168	750	1.375	3.470	1.311	3.405	8.186
West-Noord-Brabant	771	289	288	470	1.818	635	1.761	4.214
Breda	1.730	299	581	997	3.792	1.143	3.139	8.074
Midden-Brabant	1.570	272	1.233	963	4.038	1.347	3.206	8.591
Noordoost-Brabant	1.963	1.092	1.222	1.876	6.540	1.519	4.310	12.369
Zuidoost-Brabant	3.038	486	1.280	2.156	7.106	1.853	4.994	13.953
Noord-Mid. Limburg	1.461	795	1.303	1.365	5.002	1.292	3.813	10.107
Zuid-Limburg	3.355	516	877	1.980	6.875	2.099	5.274	14.248
Nederland	67.392	17.007	28.673	49.559	164.967	45.568	135.175	345.710

<sup>1</sup> Ziekenhuizen <sup>2</sup> Psychiatrisch ziekenhuizen <sup>3</sup> Intramurale gehandicaptenzorg <sup>4</sup> Verpleeghuizen

<sup>5</sup> ZH + PZ + ZW + VH inclusief MKT, MKD en instellingen voor zintuiglijk gehandicapten

<sup>6</sup> Verzorgingshuizen <sup>7</sup> Thuiszorg Bron: NZi, CBS.

#### Technische toelichting bij tabel A3.4

Door het hanteren van bepaalde weegmethoden bij non-response kan het voorkomen dat de uitkomsten van deze tabel niet geheel corresponderen met die van tabel A3.1. Bovendien is hier sprake van einde jaarcijfers, bij tabel A3.1 van jaargemiddelden.

### Hoofdstuk 4

#### *De personeelssamenstelling*

Tabel A4.1

*Percentage vrouwen per sector 1990-1994*

	1990	1991	1992	1993	1994
Kraam/wijk	97,6	97,3	97,3	97,6	97,8
Alg./gespec. zkh.	86,4	86,9	87,3	87,4	87,2
Psych. inst.	65,3	66,9	67,1	67,2	67,4
Zwakz. inst.	82,6	83,0	83,5	83,3	82,9
Verpleegh.	93,1	92,9	92,7	92,5	92,4
Verzorgingsh.	97,4	97,3	97,1	97,3	97,2
Gezinszorg	98,5	98,1	98,2	98,1	98,0
Overig	22,2	79,2	79,7	80,3	80,2

Bron: BVG-materiaal bewerkt door het IVA.

#### Technische toelichting bij tabel A4.1

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

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

Voor de intramurale gezondheidszorg laten verschillende bronnen verschillende uitkomsten zien. De populatie is volgens het BVG-bestand veel jonger dan uit de LKG-gegevens blijkt. Bij het ter perse gaan van deze uitgave was nog niet achterhaald waardoor deze verschillen optreden.

Voor sectoren waar gegevens uit het LKG beschikbaar zijn is uit deze bron geput, omdat deze meer overeenkomsten met andere bronnen, bijvoorbeeld van het CBS, vertoont. Waar dit niet mogelijk was is van de BVG-gegevens gebruikgemaakt.

Tabel A4.2

Gemiddelde leeftijd per sector 1990-1994 (in jaren)

	1990	1991	1992	1993	1994
Kraam/wijkverpleging	34,8	34,7	34,2	34,7	35,2
Ziekenhuis	29,7	30,0	30,5	31,3	32,2
Psych. instellingen	31,9	32,2	32,5	33,0	33,5
Inst. v. verstandelijk geh.	28,6	29,0	29,6	30,3	31,1
Verpleeghuizen	30,5	30,6	30,8	31,4	32,3
Verzorgingshuizen	32,6	32,6	32,7	33,1	33,6
Gezinszorg	37,6	36,1	34,9	35,4	36,0
Overig	31,4	31,5	31,5	32,2	32,8
Totaal	31,7	31,8	31,9	32,5	33,3

Bron: BVG-materiaal bewerkt door het IVA.

Tabel A4.3

Leeftijdsverdeling 1990-1995 naar sector (in %)

<i>Algemene en categorale ziekenhuizen<sup>1</sup></i>						
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	19,8	18,5	17,1	15,8	14,4	13,0
26-30	27,1	26,5	25,8	24,8	24,0	23,0
31-35	20,4	20,5	20,5	20,5	20,9	20,9
36-45	23,0	24,6	25,9	27,1	28,0	29,1
45-64	9,7	9,9	10,7	11,7	12,7	14,0
	100	100	100	100	100	100

(Vervolg op p. 118)

(Vervolg tabel A4.3 Leeftijdsverdeling 1990-1995 naar sector (in %))

*Psychiatrische ziekenhuizen<sup>1</sup>*

Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	10,2	9,8	32,0	7,7	6,8	6,0
26-30	24,7	23,1	21,6	20,1	18,6	17,5
31-35	26,4	25,7	25,4	24,4	23,9	23,1
36-45	29,7	32,0	33,4	35,7	37,5	38,6
45-64	9,0	9,3	10,9	12,0	13,2	14,8
	100	100	100	100	100	100

*Inrichtingen voor gehandicaptenzorg<sup>1</sup>*

Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	23,6	22,7	21,2	18,9	17,5	15,9
26-30	30,9	29,3	27,7	27,4	26,3	25,7
31-35	23,8	24,4	24,9	23,7	22,9	21,8
36-45	17,8	19,7	21,7	24,6	26,9	29,2
45-64	3,9	4,0	4,5	5,4	6,4	7,4
	100	100	100	100	100	100

*Verpleeghuizen<sup>1</sup>*

Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	31,9	28,2	26,8	25,5	23,7	21,4
26-30	24,1	23,4	22,2	22,0	21,6	21,0
31-35	16,6	17,7	17,7	17,2	17,0	17,1
36-45	19,6	22,1	23,7	24,8	26,2	27,6
45-64	7,8	8,6	9,6	10,5	11,5	12,9
	100	100	100	100	100	100

(Vervolg tabel A4.3 Leeftijdsverdeling 1990-1995 naar sector (in %))

<i>Kraam/wijk</i> <sup>2</sup>					
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994
15-25	15,9	17,0	19,2	18,8	17,5
26-30	20,4	19,8	19,6	18,2	16,8
31-35	19,8	19,4	19,5	19,8	19,6
36-45	30,3	30,4	29,7	29,6	30,8
46-64	13,5	13,4	11,9	13,6	15,3
100	100	100	100	100	

<i>Verzorgingshuizen</i> <sup>2</sup>					
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994
15-25	28,4	28,2	27,8	26,5	24,9
26-30	19,0	19,2	18,4	17,7	17,0
31-35	16,6	16,8	17,4	17,4	17,2
36-45	24,7	24,8	25,9	26,9	28,4
46-64	11,4	11,0	10,6	11,4	12,5
	100	100	100	100	100

<i>Gezinszorg</i> <sup>2</sup>					
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994
15-25	20,3	23,7	26,6	23,8	21,0
26-30	10,7	12,0	13,1	13,9	14,1
31-35	10,3	11,6	11,8	12,6	13,3
36-45	32,5	30,6	30,3	30,4	31,1
46-64	26,3	22,0	18,3	19,2	20,5
	100	100	100	100	100

<sup>1</sup> Bron: LKG.<sup>2</sup> Bron: BVG-materiaal bewerkt door het IVA.

Tabel A4.4

*Percentage vrouwen naar beroepsgroep 1990-1994*

	1990	1991	1992	1993	1994
Verpl./ziekenv.	89,2	89,5	89,7	89,8	89,9
Kraamverpl./verz.	99,6	99,7	99,6	99,6	99,6
Gezinsverz./help.	98,3	98,1	98,3	98,3	98,3
Bejaardenverz./help.	98,5	98,2	98,0	98,0	98,1
Groepsleiders	76,0	77,0	77,7	77,8	77,8
Overige verpl./verz.	83,7	84,6	84,5	84,7	84,3

Bron: BVG-materiaal bewerkt door het IVA.

Tabel A4.5

*Gemiddelde leeftijd per beroepsgroep (in jaren)*

	1990	1991	1992	1993	1994
Verplk./zv'er	30,4	30,8	31,2	32,0	32,9
Kraamverpl./verz.	31,8	31,5	31,0	31,4	32,0
Gezinsverz./help.	37,4	35,8	34,8	35,3	36,0
Bejaardenverz./help.	32,0	31,6	31,9	32,3	32,8
Groepsleiders	30,6	30,9	31,0	31,5	32,0
Overigen	34,3	34,1	33,7	34,0	34,5
Totaal	31,7	31,8	31,9	32,5	33,3

Bron: BVG-materiaal bewerkt door het IVA.

## Toelichting bij tabel A4.5

Bij de gegevens naar beroepsgroep geldt dat deze alleen afkomstig zijn van BVG-informatie. Met name bij beroepsgroepen die veel in de intramurale zorg werkzaam zijn dient men er rekening mee te houden dat de BVG-informatie sterk afwijkt van die van het LKG.



Tabel A4.6

Leeftijdverdeling naar beroepsgroep 1990-1994 (in %)

<i>Verpleegkundigen/ziekenverzorgenden</i>					
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994
15-25	34,6	32,8	30,4	26,6	22,6
26-30	21,8	21,8	22,2	22,2	22,1
31-35	17,4	18,0	18,5	19,5	20,1
36-45	19,7	20,7	22,4	24,1	26,3
46-64	6,5	6,7	6,5	7,6	8,8
<i>Kraamverpleegkundigen/-verzorgenden</i>					
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994
15-25	34,7	36,4	40,2	39,2	36,4
26-30	18,0	17,4	16,7	15,8	16,0
31-35	11,5	11,5	10,6	12,0	13,4
36-45	25,8	25,1	23,3	22,4	22,5
46-64	10,1	9,6	9,2	10,6	11,7
<i>Gezinsverzorgenden/-helpenden</i>					
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994
15-25	20,5	24,4	27,0	24,9	22,0
26-30	11,1	12,2	13,0	13,5	13,7
31-35	10,2	11,5	11,7	11,9	12,3
36-45	32,6	30,6	30,1	30,1	30,9
46-64	25,5	21,4	18,1	19,6	21,1
<i>Bejaardenverzorgenden/-helpenden</i>					
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994
15-25	33,5	33,2	33,4	32,0	30,1
26-30	18,4	18,7	18,0	17,5	17,1
31-35	14,8	15,0	15,1	15,2	15,2
36-45	21,8	21,9	22,9	24,0	25,1
46-64	11,6	11,2	10,7	11,3	12,4

(Vervolg op p. 122)

(Vervolg tabel A4.6 Leeftijdsverdeling naar beroepsgroep 1990-1994 (in %))

<i>Groepsleiders</i>					
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994
15-25	27,7	26,8	27,2	24,7	22,2
26-30	28,0	27,1	26,6	26,5	26,3
31-35	21,3	21,4	21,1	21,4	21,6
36-45	18,8	20,3	20,7	22,2	23,9
46-64	4,2	4,3	4,5	5,2	6,1
<i>Overige verpleegkundigen/verzorgenden</i>					
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994
15-25	20,9	22,2	24,2	23,7	22,0
26-30	17,9	17,6	16,9	16,3	16,0
31-35	18,4	17,9	17,9	17,7	17,2
36-45	29,0	28,6	28,4	28,4	29,6
46-64	13,7	13,6	12,6	13,9	15,2

Bron: BVG-materiaal bewerkt door het IVA.

**Hoofdstuk 5***De arbeidssituatie*

Tabel A5.1

*Percentage vertrekkers in verpleging en verzorging naar sector*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Ziekenhuizen	15,1	14,1	11,8	8,3	7,2	7,8
Psych. ziekenhuizen	15,6	16,1	14,3	10,0	9,1	6,8
Intram. gehandicaptenzorg	15,4	17,1	15,4	12,6	11,6	11,8
Verpleeghuizen	21,4	21,1	17,5	13,6	10,9	11,5
Totaal intramuraal	16,8	16,9	14,4	10,8	9,4	9,4
Thuiszorg*	-	-	-	13,5	16,9	-

\* uitvoerenden

Bron: Personeelsstatistiek NZi en LVT-databank.

Tabel A5.2  
 Percentage vertrekkers per leeftijdscategorie

<i>Ziekenhuizen</i>						
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	20,3	16,7	15,3	11,1	9,4	11,3
26-30	17,7	15,1	13,6	9,8	7,1	9,1
31-35	12,2	10,9	10,1	7,2	5,5	7,4
36-45	7,6	6,7	6,4	4,6	3,8	4,0
45-64	8,4	7,1	6,5	5,4	6,5	4,5
Totaal	14,2	11,9	10,7	7,6	6,1	7,0
<i>Psychiatrie</i>						
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	27,0	25,6	25,1	20,0	18,5	17,4
26-30	19,3	18,2	17,8	14,7	14,6	11,4
31-35	13,8	13,0	11,8	10,6	10,2	8,0
36-45	8,1	10,4	8,6	7,4	8,2	5,7
45-64	7,1	11,4	6,2	6,7	9,6	5,8
Totaal	14,7	14,7	13,0	10,7	10,8	8,0
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>						
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	24,1	22,2	23,8	20,9	18,7	20,3
26-30	16,1	15,1	14,3	11,6	10,5	10,5
31-35	11,1	10,9	9,3	9,1	7,1	7,1
36-45	8,5	8,7	7,8	7,5	5,7	6,1
45-64	8,0	8,9	6,7	6,7	6,4	7,3
Totaal	15,1	14,5	13,8	11,8	9,9	10,1
<i>Verpleeghuizen</i>						
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	26,2	26,0	22,3	17,3	13,5	14,4
26-30	20,6	18,9	17,5	11,6	9,2	10,0
31-35	15,0	14,2	13,3	9,4	7,9	7,6
36-45	11,8	12,4	10,9	8,1	6,5	7,0
45-64	10,2	9,3	11,1	7,6	6,1	7,1
Totaal	19,4	18,2	16,1	11,5	9,0	9,4

Bron: LKG.

#### Technische toelichting bij tabel A5.2

De hier gepresenteerde gegevens zijn afkomstig uit het Loonkosten Gegevensbestand (LKG), dat het NZi in opdracht van de NZf beheert. Dit bestand bevat van om en nabij 70% van de werknemers een aantal gegevens per 31/12 zoals die in de personeelsadministratie van de instellingen voorkomen. De academische ziekenhuizen ontbreken in de gepresenteerde gegevens.

Op grond van het steekproefkarakter en het feit dat er een andere bron gehanteerd is kunnen de gegevens uit tabel A5.2 verschillen vertonen met die van A5.1.

Tabel A5.3

Percentage instroom per leeftijdscategorie per sector per jaar

<i>Ziekenhuizen</i>						
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	21,4	20,8	18,6	10,7	8,3	14,3
26-30	13,2	13,2	10,5	5,7	3,6	5,9
31-35	10,9	10,5	8,4	5,0	3,2	4,4
36-45	8,8	8,8	6,6	3,6	2,3	3,4
45-64	3,3	4,4	3,0	1,8	2,1	1,6
Totaal	12,4	12,1	9,7	5,3	3,7	5,3
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>						
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	34,2	36,3	32,0	24,6	22,0	31,5
26-30	15,9	17,7	15,5	10,9	8,1	12,6
31-35	11,2	12,6	10,2	7,0	4,8	8,1
36-45	8,8	10,9	7,7	4,8	3,2	6,7
45-64	5,7	8,9	4,7	2,3	2,1	6,0
Totaal	13,5	15,2	11,8	7,8	5,6	9,4
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>						
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	24,7	23,3	18,7	20,8	19,3	25,7
26-30	11,1	10,4	8,2	8,2	7,0	8,5
31-35	10,9	10,5	7,9	7,1	6,6	6,3
36-45	11,7	11,3	8,2	7,1	6,2	6,9
45-64	8,0	7,4	7,9	6,8	6,3	6,3
Totaal	14,3	13,4	10,3	9,9	8,8	10,1
<i>Verpleeghuizen</i>						
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	18,2	17,6	16,8	11,2	7,7	11,3
26-30	14,0	13,9	11,8	6,9	4,1	6,1
31-35	16,2	15,5	11,6	7,5	4,9	6,5
36-45	15,9	16,7	13,5	8,8	4,7	6,7
45-64	9,3	10,4	7,7	5,3	3,1	3,9
Totaal	15,7	15,5	13,1	8,4	5,1	7,2

Bron: LKG.

Tabel A5.4

Gemiddeld aantal jaren dat men in dienst is bij dezelfde werkgever naar sector in de intramurale gezondheidszorg

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Ziekenhuizen	6,7	6,7	6,9	7,5	8,1	8,6
Psych. zkh.	6,4	6,2	6,5	6,9	7,4	7,5
Intram. gehandicaptenzorg	6,2	6,3	6,4	6,6	6,9	7,1
Verpleeghuizen	5,0	5,1	5,2	5,5	6,0	6,4
Totaal intramuraal	6,1	6,1	6,2	6,6	7,1	7,4

Bron: LKG.

Tabel A5.5

Verdeling van de duur van de werkweek (in % van volledige werkweek) in %

<i>Ziekenhuizen</i>						
% werkweek	1990	1991	1992	1993	1994	1995
100	47,9	43,8	40,1	37,0	33,8	32,2
80-99	23,0	24,8	26,6	28,1	29,8	30,5
60-79	8,1	9,2	10,3	10,8	11,7	12,9
40-59	14,6	15,9	16,8	17,4	18,3	18,7
20-39	6,1	6,1	5,8	6,0	5,7	5,2
1-19	0,3	0,3	0,5	0,6	0,6	0,5
Totaal	100	100	100	100	100	100

<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>						
% werkweek	1990	1991	1992	1993	1994	1995
100	44,4	39,5	36,1	31,8	28,7	26,7
80-99	32,9	35,7	38,9	41,7	44,0	44,8
60-79	8,3	9,5	10,2	11,2	12,3	13,3
40-59	9,7	10,6	10,5	10,9	10,9	10,7
20-39	4,3	4,3	3,8	3,8	3,4	3,6
1-19	0,4	0,4	0,4	0,6	0,7	0,9
Totaal	100	100	100	100	100	100

(Vervolg tabel A5.5 Verdeling van de duur van de werkweek (in % van volledige werkweek) in %)

<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>						
% werkweek	1990	1991	1992	1993	1994	1995
100	45,7	41,0	36,9	33,3	29,2	25,5
80-99	26,4	28,8	30,9	32,2	33,6	34,4
60-79	8,7	9,0	9,4	10,4	11,5	12,5
40-59	12,9	14,6	15,3	15,8	16,9	18,4
20-39	5,2	5,5	5,9	6,5	7,0	7,2
1-19	1,1	1,2	1,6	1,9	1,8	2,0
Totaal	100	100	100	100	100	100

<i>Verpleeghuizen</i>						
% werkweek	1990	1991	1992	1993	1994	1995
100	41,2	36,4	34,1	31,6	28,9	26,4
80-99	22,7	23,3	24,1	25,6	27,3	28,6
60-79	9,2	9,8	9,6	9,8	10,2	10,7
40-59	14,7	16,3	17,1	17,6	18,1	19,4
20-39	10,9	12,4	13,2	13,5	13,5	12,9
1-19	1,3	1,8	1,9	2,1	1,9	1,9
Totaal	100	100	100	100	100	100

Bron: LKG.

Tabel A5.6

Gemiddelde werkweek (in % van een volledige werkweek) naar leeftijdscategorie (in %)

<i>Ziekenhuizen</i>						
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	94,5	94,3	93,9	93,4	91,9	91,9
26-30	84,8	83,4	82,9	82,8	82,7	82,8
31-35	76,3	74,3	72,7	71,8	71,3	71,3
36-45	73,1	72,8	72,6	71,4	71,3	71,5
45-64	73,0	72,0	71,6	70,8	70,7	70,7
Totaal	81,2	79,8	78,8	77,7	76,9	76,6
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>						
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	90,4	89,0	88,8	86,6	84,0	81,8
26-30	85,9	84,8	84,2	83,7	83,1	82,7
31-35	82,7	80,7	80,7	79,3	78,9	78,8
36-45	81,0	80,3	80,0	79,4	79,2	78,5
45-64	80,3	80,4	79,6	78,8	78,3	78,2
Totaal	83,5	82,3	81,8	80,7	80,1	79,5
<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>						
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	90,1	89,1	88,7	86,7	85,1	83,1
26-30	82,9	82,2	81,5	80,7	79,7	78,7
31-35	76,3	74,1	72,6	71,4	70,6	69,4
36-45	76,5	74,7	72,8	72,0	70,4	69,0
45-64	75,4	74,1	70,2	69,8	69,8	68,6
Totaal	81,6	80,0	78,4	76,9	75,4	73,8
<i>Verpleeghuizen</i>						
Leeftijd	1990	1991	1992	1993	1994	1995
15-25	90,3	89,1	89,1	89,1	88,7	88,1
26-30	78,2	76,3	75,5	75,2	75,4	76,1
31-35	68,5	65,8	64,3	63,4	63,5	62,7
36-45	66,3	64,7	63,9	62,9	62,6	62,9
45-64	64,7	63,5	63,1	62,7	62,5	62,6
Totaal	77,1	74,4	73,2	72,4	71,7	71,0

Bron: LKG.



**Hoofdstuk 6***Onderwijs**Tabel A6.1**Instream in het verpleegkundig onderwijs*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Verpleegkundige-A	3.563	3.599	3.332	2.784	2.005	1.684
Verpleegkundige-B	1.199	1.214	1.138	1.063	798	615
Verpleegkundige-Z	1.693	1.728	1.721	1.561	1.119	977
Ziekenverzorgenden	5.379	5.340	5.061	4.471	3.392	2.815
Totaal inservice	11.834	11.881	11.252	9.879	7.314	6.091 *
HBO-V	2.342	2.436	2.427	2.616	2.624	2.519
MDGO-VP	1.189	1.541	1.499	1.709	1.574	1.672
Totaal dagonderwijs	3.531	3.977	3.926	4.325	4.198	4.191
Totaal voltijd	15.365	15.858	15.178	14.204	11.564	10.282
HBO-V (deeltijd)	-	-	942	886	548	649

\* 1995 raming Nzi van het inservice-onderwijs

\*\* deeltijders zijn veelal al werkzaam in het beroep en daarom niet opgeteld bij de voltijders

Bron: GHI.

*Tabel A6.2*  
*Aantal diplomabehalers in het verpleegkundig onderwijs*

	1990	1991	1992	1993	1994
Verpleegkundige-A	3.705	3.516	3.307	3.040	2.651
Verpleegkundige-B	629	769	718	655	606
Verpleegkundige-Z	1.324	1.212	1.226	1.063	1.098
Ziekenverzorgenden	3.749	3.466	3.451	3.571	3.209
<b>Totaal inservice</b>	<b>9.407</b>	<b>8.963</b>	<b>8.702</b>	<b>8.329</b>	<b>7.564</b>
HBO-V	1.431	1.813	1.882	1.683	1.708
MDGO-VP	578	591	563	762	883
<b>Totaal dagonderwijs</b>	<b>2.009</b>	<b>2.404</b>	<b>2.445</b>	<b>2.445</b>	<b>2.591</b>
<b>Totaal</b>	<b>11.416</b>	<b>11.367</b>	<b>11.147</b>	<b>10.774</b>	<b>10.155</b>

Bron: GHI.

*Tabel A6.3*  
*Totaal aantal leerlingen in het verpleegkundig onderwijs*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Verpleegkundige-A	12.271	11.907	11.339	10.731	9.782	8.411
Verpleegkundige-B	2.608	2.766	2.612	2.546	2.437	2.098
Verpleegkundige-Z	4.566	4.117	4.150	4.214	3.988	3.628
Ziekenverzorgenden	8.427	8.203	8.112	7.676	7.612	6.394
<b>Totaal inservice</b>	<b>27.872</b>	<b>26.993</b>	<b>26.213</b>	<b>25.167</b>	<b>23.819</b>	<b>20.531</b>
HBO-V (voltijd)	8.177	8.210	7.971	8.024	8.265	8.057
MDGO-VP	2.793	3.487	3.735	4.102	4.168	4.334
<b>Totaal dagonderwijs</b>	<b>10.970</b>	<b>11.697</b>	<b>11.706</b>	<b>12.126</b>	<b>12.433</b>	<b>12.391</b>
<b>Totaal</b>	<b>38.842</b>	<b>38.690</b>	<b>37.919</b>	<b>37.293</b>	<b>36.252</b>	<b>32.922</b>
HBO-V (deeltijd)	1.608	2.095	2.324	2.347	1.865	1770

Bron: NZi, CBS.

Tabel A6.4  
Instroom in het verzorgend onderwijs

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
<i>Leerlingwezen</i>						
Bejaardenverzorgenden	1.413	1.622	1.543	1.346	1.181	1.220
Bejaardenhelpenden	647	566	497	427	467	393
Gezinsverzorgenden	1.053	1.080	1.028	992	432	318
Gezinshelpenden	538	467	355	204	125	67
Kraamverzorgenden	130	170	105	102	57	82
Verzorgingsassistenten	1.329	1.187	988	740	225	207
Totaal leerlingstelsel	5.110	5.092	4.516	3.811	2.487	2.287
MDGO-Vz lang	4.706	4.692	4.340	3.974	3.998	3.795
MDGO-Vz kort	1.276	1.568	1.893	2.376	2.509	2.638
Totaal	11.092	11.352	10.749	10.161	8.994	8.720

Bron: OVDB, CBS.

Tabel A6.5  
Gediplomeerden van het verzorgend onderwijs

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Bejaardenverzorgenden	757	882	1.044	1.246	1.182	954
Bejaardenhelpenden	316	376	355	321	279	256
Gezinsverzorgenden	1.053	1.080	1.028	893	876	802
Gezinshelpenden	538	467	355	325	255	157
Kraamverzorgenden	0	0	111	131	68	73
Verzorgingsassistenten	716	958	784	678	547	435
Totaal leerlingstelsel	3.380	3.763	3.677	3.593	3.207	2.677
MDGO-Vz*	3.101	3.273	3.246	3.120	4.329	4.367
Totaal	6.481	7.036	6.923	6.713	7.536	7.044

\* In 1994 en 1995 inclusief een 1400 MDGO-Vz-kort. Bron: OVDB, CBS.

Tabel A6.6

*Totaal aantal leerlingen in het verzorgend onderwijs*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Bejaardenverzorgenden	2.295	2.651	2.734	2.493	2.150	2.039
Bejaardenhelpenden	908	774	674	572	600	534
Gezinsverzorgenden	1.760	1.928	1.915	1.830	1.216	662
Gezinshelpenden	731	634	546	330	254	114
Kraamverzorgenden	126	272	228	168	132	123
Verzorgingsassistenten	2.008	1.601	1.298	9.92	262	184
<b>Totaal leerlingstelsel</b>	<b>7.828</b>	<b>7.860</b>	<b>7.395</b>	<b>6.385</b>	<b>4.614</b>	<b>3.656</b>
MDGO-Vz lang	12.309	12.096	11.665	11.115	10.814	10.524
MDGO-Vz kort	1.861	2.782	3.287	4.001	4.402	4510
<b>Totaal</b>	<b>21.998</b>	<b>22.738</b>	<b>22.347</b>	<b>21.501</b>	<b>19.830</b>	<b>18.690</b>

Bron: OVDB, CBS.

Tabel A6.7

Enkele kenmerken van leerlingen die aan het verpleegkundig onderwijs beginnen

1 Aandeel mannen in %						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Voltijd						
A	11,9	14,2	14,6	15,7	15,9	16,5
B	37,2	37,6	37,5	40,5	42,5	38,4
Zw	14,5	15,8	18,3	18,4	20,0	17,4
Ziekenv.	8,9	11,7	11,9	11,8	12,6	12,1
HBO-V	14,7	14,0	14,4	14,8	14,5	15,1
MDGO-VP	14,6	13,1	15,0	15,7	15,4	15,9
Deeltijd						
HBO-V	16,4	19,0	18,2	19,3	19,5	20,9
2 Gemiddelde leeftijd bij aanvang van de opleiding in jaren						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Voltijd						
A	21,3	21,8	22,5	22,4	21,9	22,0
B	25,8	27,3	27,5	28,8	28,3	27,7
Zw	21,9	22,3	22,6	22,7	22,9	22,6
Ziekenv.	21,8	22,7	24,5	25,2	25,0	24,1
HBO-V	20,1	20,1	19,9	19,9	19,8	19,8
MDGO-VP	17,2	17,1	17,2	17,3	17,3	17,3
Deeltijd						
HBO-V	33,1	32,9	33,3	33,4	33,0	32,0

Bron: LKG, CBS.

(Vervolg op p. 134)

(Vervolg tabel A6.7 Enkele kenmerken van leerlingen die aan het verpleegkundig onderwijs beginnen)

*3 Opleiding voorafgaand aan het verplegingsonderwijs bij eerstejaarsleerlingen (aandeel in % 1994)*

	Inservice			ZV	Dagonderwijs	
	A	B	Z		MDGO- VP	HBO-V
Lage trap (LHNO/MAVO)	12,7	13,8	13,4	40,9	89,5	1,4
Hoge trap (HAVO/VWO)	38,2	19,8	13,6	6,1	4,8	71,9
MBO	26,6	22,8	45,5	30,7	3,5	11,9
HBO	2,0	19,4	9,8	1,9		5,4
MDGO-VP	7,6	1,9	3,5	1,8		4,7
HBO-V	2,9	1,3	1,7	0,6	0,2	
Inservice	7,0	16,3	10,0	8,1	1,5	4,6
Leerlingwezen	3,0	4,7	2,5	9,9	0,5	0,1
	100	100	100	100	100	100

Bron: Van den Heuij & Van der Windt 1995.

Toelichting bij tabel A6.7

Het kan zowel een met succes (diploma) afgeronde of zonder diploma afgeronde opleiding betreffen. In genoemde publicatie wordt dit onderscheid wel gemaakt.

Tabel A6.8

Enkele kenmerken van degenen die verzorgend onderwijs volgen

## 1 Percentage ouderen en mannen in het leerlingwezen verzorgend onderwijs

	1991	1992	1993	1994	1995
% ouder dan 27 jaar	44,1	47,2	47,9	50,2	46,5
% mannen	3,0	2,9	3,3	3,5	3,8

## 2 De gemiddelde leeftijd (alle leerlingen) bij een aantal opleidingen in het leerlingwezen

Bejaardenhelpenden	28,2	29,1	28,8	28,3	26,8
Gezinshelpenden	32,8	34,4	34,4	35,2	36,7
Bejaardenverzorgenden	29,3	29,8	30,3	30,4	30,2
Gezinsverzorgenden	35,5	35,2	35,9	36,4	35,9

## 3 De vooropleiding in het leerlingwezen in % van het aantal leerlingen per opleiding per 31/12

	1992	1993	1994	1995
Bejaardenverzorgenden				
LHNO	17,7	21,4	22,6	21,6
MAVO	10,4	11,1	11,2	11,1
OVDB	33,2	33,2	29,0	26,5
MBO	12,9	14,2	15,6	17,6
INTAS	7,8	5,2	4,4	3,4
Ziekenverzorgenden	-	5,0	4,6	6,3
Overig	18,0	9,9	12,6	13,5
Helpenden verzorgingshuizen				
LHNO	72,8	74,5	75,3	73,2
MAVO	9,6	7,3	6,5	8,4
OVDB	8,5	13,4	13,5	6,9
MBO	-	1,8	2,6	3,8
Overig	9,1	3,0	2,1	7,7

(Vervolg op p. 136)

(Vervolg tabel A6.8 Enkele kenmerken van degenen die verzorgend onderwijs volgen)

Verzorgenden bij instellingen voor gezinszorg				
LHNO	32,6	36,4	38,0	32,3
MAVO	19,0	19,9	18,7	17,7
OVDB	21,2	18,8	19,2	26,1
MBO	7,7	6,6	6,5	5,9
INTAS	8,2	} 7,1	6,1	5,0
Ziekenverzorgenden	-		3,1	2,7
Overig	11,3	8,1	8,8	9,7
Helpenden bij instellingen voor thuiszorg				
LHNO	81,1	79,7	73,2	71,1
MAVO	10,6	10,6	12,6	12,3
OVDB	2,0	3,0	6,3	1,8
MBO	-	} 0,6	1,6	1,8
Overig	6,3		6,1	6,3

Bron: OVDB.

Tabel A6.9

*Slaagpercentage bij een aantal verpleegkundige en verzorgende opleidingen*

HBO-V	56
MDGO-VP	56
Inservice-A	75
Inservice-B	62
Inservice-Z	72
Inservice-ziekenverzorgende	63
MDGO-VZ lang	66
MDGO-VZ kort	62
Bejaardenverzorgende	74
Verzorgende in de gezinszorg	57
Helpende in verzorgingshuis	82
Helpende in de thuiszorg	71

Bron: Drost e.a. 1997.



## Technische toelichting bij tabel A6.9

De slaagpercentages, het aantal geslaagden van een opleiding gedeeld door het aantal leerlingen dat aan een opleiding is begonnen, zijn voor de opleidingen op verschillende manieren berekend. De gepresenteerde gegevens hebben een indicatieve waarde. De wijze van berekenen is afhankelijk van de beschikbare informatie. Voor de precieze berekeningen wordt verwezen naar genoemde publicaties.

**Hoofdstuk 7***Functies en inkomen**Tabel A7.1**De indeling naar FWG-schalen (in %)*

<i>Ziekenhuizen</i>						
<i>FWG-schaal</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>
<25	0,8	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0
26-30	1,3	1,1	0,8	0,8	0,7	0,7
31-35	6,8	6,2	6,1	4,4	4,2	3,7
36-40	43,7	43,6	44,3	44,8	45,4	45,9
41-45	32,6	31,4	29,6	29,9	28,6	28,4
>46	14,8	16,9	18,4	19,2	20,1	20,2
Totaal	100	100	100	100	100	100
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>						
<25	2,5	2,4	2,4	1,8	1,8	1,7
26-30	2,8	3,2	3,2	2,7	2,4	2,4
31-35	11,1	11,5	9,4	9,0	9,4	8,9
36-40	27,6	27,6	27,0	30,2	29,7	29,6
41-45	41,5	41,0	43,5	42,0	42,5	43,3
>46	14,5	14,3	14,4	14,3	14,1	14,1
Totaal	100	100	100	100	100	100

(Vervolg op p. 138)

(Vervolg tabel A7.1 De indeling naar FWG-schalen (in %))

<i>Intramurale gehandicaptenzorg</i>						
<25	2,5	2,0	2,4	2,4	2,6	3,7
26-30	9,9	10,5	10,8	10,2	10,7	11,5
31-35	28,1	29,0	28,6	27,4	28,0	27,6
36-40	40,9	40,3	40,2	42,4	41,7	41,5
41-45	12,7	12,6	12,6	12,0	11,6	10,8
>46	6,0	5,5	5,4	5,5	5,4	5,0
Totaal	100	100	100	100	100	100
<i>Verpleeghuizen</i>						
<25	12,7	14,4	14,6	13,0	11,6	12,6
26-30	8,5	7,5	7,2	5,7	5,9	6,1
31-35	56,7	57,1	56,9	60,7	62,4	62,4
36-40	8,2	7,1	7,5	7,1	7,2	6,5
41-45	6,0	6,4	6,5	6,8	6,7	6,4
>46	7,9	7,5	7,2	6,7	6,2	6,0
Totaal	100	100	100	100	100	100

Bron: LKG.

Tabel A7.2

*Het gemiddelde maandsalaris van verplegenden/verzorgenden en alle werknemers in vier sectoren (absoluut in gld en index 1990 totaal = 100) per einde jaar*

<i>Ziekenhuizen</i>						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
absoluut						
Verpl./verz.	3.248	3.411	3.602	3.809	3.864	3.909
Totaal	3.164	3.329	3.484	3.648	3.741	3.814
index (totaal 1990 = 100)						
Verpl./verz.	102,7	107,8	113,8	120,4	122,1	123,5
Totaal	100,0	105,2	110,1	115,3	118,2	120,5

(Vervolg tabel A7.2 Het gemiddelde maandsalaris van verplegenden/verzorgenden en alle werknemers in vier sectoren (absoluut in gld en index 1990 totaal = 100) per einde jaar)

<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
absoluut						
Verpl./verz.	3.261	3.419	3.619	3.821	3.875	3.927
Totaal	3.429	3.614	3.756	3.936	4.038	4.135
index (totaal 1990 = 100)						
Verpl./verz.	95,1	99,7	105,5	111,4	113,0	114,5
Totaal	100,0	105,4	109,5	114,8	117,8	120,6
<i>Instellingen voor gehandicaptenzorg</i>						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
absoluut						
Verpl./verz.	2.968	3.113	3.284	3.461	3.499	3503
Totaal	2.979	3.111	3.206	3.354	3.422	3.444
index (totaal 1990 = 100)						
Verpl./verz.	99,6	104,5	110,2	116,2	117,4	117,6
Totaal	100,0	104,4	107,6	112,6	114,9	115,6
<i>Verpleeghuizen</i>						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
absoluut						
Verpl./verz.	2.799	2.931	3.100	3.284	3.342	3.369
Totaal	2.769	2.911	2.969	3.074	3.177	3.245
index (totaal 1990 = 100)						
Verpl./verz.	101,1	105,8	111,9	118,6	120,7	121,6
Totaal	100,0	105,1	107,2	111,0	114,7	117,2

Bron: LKG.

## Literatuur en bronnen bij deel A

AWOZ (1995), *Landelijk Beleidskader 1996-2000*. Utrecht.

Beer, J. de, W. van Hoorn, e.a. (1995), 'Bevolkings- en huishoudensprognose 1994'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* (CBS), 1, pp. 6-11.

Beer, J. de (1996), 'Toekomstige huishoudensontwikkeling: demografie of gedrag?' In: *Maandstatistiek van de bevolking* (CBS), 4, pp. 6-10.

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

Bos, G.A.M. van den (1993), 'Chronisch Zieken: de blijvende zorg van een vergrijzende samenleving'. In: *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 10, pp. 4-7.

CBS (1993), *Nationale huishoudensprognose*.

CBS (1994 en 1995), *Emancipatie in cijfers 1994 en 1995*. Gezamenlijke uitgave van CBS en Ministerie van SOZAWE.

CBS (1995a), 'Demografische kerncijfers 1985-1994'. In: *Maandstatistiek van de bevolking* 43, december, pp. 36-39.

CBS (1995b), *Uitkomsten huishoudens- en bevolkingsprognose*.

CBS (1996a), *Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1995*. CBS, Voorburg/Heerlen.

CBS (1996b), *De leefsituatie van de Nederlandse bevolking 1995. Kerncijfers*. CBS, Voorburg/Heerlen.

CBS (1996c), *Statistiek van de bejaardenoorden*.

CBS (1996d), *Statistisch jaarboek*. CBS, Voorburg/Heerlen.

CBS (1996e), *Maandbericht Gezondheidsstatistiek*.

CBS & Ministerie van VWS (1993), *Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland*. SDU, Den Haag.

CBS & Ministerie van VWS (1995), *Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland*. SDU, Den Haag.

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

Commissie-Van der Zwan (1995), *Gezondheidszorg in tel 3*. NZf, Utrecht.

Commissie-Van der Zwan (1996), *Gezondheidszorg in tel 4*. NZf, Utrecht.

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

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

Dooren, J. van (red.) (1989), *Vrouwen voor het voetlicht*. NZf, Utrecht.

Drost, J., P. Evers & W. van der Windt (1997), *REGIOMARGE, de arbeidsmarkt verpleging en verzorging*. NZi (nog te publiceren), Utrecht.

Ekamper, P. (1996), 'Leeftijdsbewust personeelsbeleid in de toekomst'. In: *Sociaal Maandblad Arbeid* 51, pp. 180-193.

Gerritsen, A.J. & W. van der Windt (1991), *Van verloop naar loopbaan*. NZi, Utrecht.

Harmsen, J., L. Hingstman e.a. (1996), *Rapportage arbeidsmarkt zorgsector*. NIVEL/NZi/OSA, Den Haag/Utrecht.

Harmsen, J., P.P. Groenewegen e.a. (1996), *Ontwikkelingen in de vraag naar thuiszorg*. NIVEL/NZi, Utrecht.

Heese, A. Van (1996). 'Klaar voor de start'. In: *TvZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 16, pp. 474-476.

Heikoop, L. (1996), *Kerngegevens arbeidsmarkt en werkgelegenheid welzijn*. Rijswijk.

Heitink, J. & K. Teluy (1995), *Het lopend vuur. Ontwerp samenhangend opleidingsstelsel voor verplegende, verzorgende en assisterende / helpende beroepen*. Eindrapportage PRO6. Spruyt, Van Mantgem & De Does, Leiden.

Herbschleb, G. (1994), 'Diabeteszorg onder druk'. In: *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, oktober, pp. 26-28.

Heuij, F. & W. van der Windt (1995), *Maat en getal in het verpleegkundig onderwijs*. NZi, Utrecht.

Hirasing, R.A., H. Verrips e.a. (1995), 'Onvoldoende deelname aan preventieprogramma's voor zuigelingen door Turkse, Marokkaanse, Chinese en Vietnamese ouders in de grote steden'. In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 52, pp. 2726-2730.

Jansen, P.G.M. (1996), *Differentiated practice and specialization in community nursing*. Proefschrift. NIVEL, Utrecht.

Jansen, P.G.M. & A. Kerkstra (1997), *Effecten van functiedifferentiatie in de thuiszorg*. De Tijdstroom/LCVV Utrecht.

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

Kerkstra, A. & F. Beemster (1991), 'Verschillen in de zorgverlening door wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden'. In: *Verpleegkunde* 3, pp. 127-137.

König-Zahn, C., B. Tax e.a. (1993), *Gezondheid en bestaansonzekerheid in Nederland. Literatuurstudie naar de gezondheidssituatie van allochtonen, langdurig werklozen, langdurig arbeidsongeschikten en thuislozen*. Ministerie van WVC.

Kooij, C.H. van der, Th.J. Wijnen (red.) (1994), *Jaarboek verpleegkunde 1995*. Kavanah, Dwingeloo.

Kwartel, A.J.J. van der, L.J.R. Vandermeulen e.a. (1994), *Brancherapport verpleging en verzorging. Feiten, ontwikkelingen en knelpunten*. NZi/NIVEL, Utrecht.

Kwartel, A.J.J. van der (1995), *Verzorgende beroepen in beeld*. NZi, Utrecht.

LVT/NZi (1995), *Jaarboek thuiszorg 1993*. Bunnik/Utrecht.

LVT/NZi (1996), *Jaarboek thuiszorg 1994*. Bunnik/Utrecht.

Ministerie van WVC (1986), *Nota 2000*. Staatsuitgeverij, Den Haag.

NIVEL, NZi & OSA (1995), *Rapportage arbeidsmarkt zorgsector*. Rijswijk.

NIVEL, NZi & OSA (1996), *Rapportage arbeidsmarkt zorgsector*. Rijswijk.

NVAGG (1996), *RIAGG's in cijfers*.

Nzf (1993), *Leeftijdsbewust personeelsbeleid in de intramurale gezondheidszorg*. Utrecht.

NZi/AORTA (1994), *Functiedifferentiatie binnen de intramurale verpleging*. Utrecht.

OSA (1995), *Arbeid in de zorgsector, integrerend rapport*. Den Haag.

OSA (1995b), *Ruimte voor werk*. Den Haag.

OSA (1996), *Arbeid in de zorgsector, integrerend rapport*. Den Haag.

Platform Kwalificatiebeleid (1995), *Het kwalificatiespel in de sector Zorg & Welzijn: een wegwijzer voor betrokkenen*. Utrecht.

Pool, J. & G. van der Speld (1992), *Diagnose en ontwikkeling van sociaal beleid in de intramurale gezondheidszorg: Handleiding*. NZi, Utrecht.

Pool, J., E.A.M. Meeuwse e.a. (1992), *Beheersing personeelsverloop in de intramurale gezondheidszorg. Deel 1: Achtergronden en landelijke gegevens*. NZi, Utrecht.

Pool, J., E.A.M. Meeuwse & K.J.A.M. Michels (1993), *Beheersing personeelsverloop in de intramurale gezondheidszorg. Deel 2: Praktijk van verloopbeheersing in instellingen*. NZi, Utrecht.

Schrijvers, A.J.P. (1990a), 'Zorgen in de toekomst'. In: A.J.P. Schrijvers & I. Mur-Veenman (red.), *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*. Van Gorcum, Assen/Maastricht.

Schrijvers, A.J.P. (1990b), 'Zorg en schaarste'. In: *Economische Statistische Berichten* 75, 3765, pp. 645-648.

Sociaal en Cultureel Planbureau (1996), *Sociaal en cultureel rapport 1996*. SCP, Rijswijk.

Sociaal en Cultureel Planbureau (1996), *Sociale en culturele verkenningen 1996*. SCP, Rijswijk.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1990b), *Leefomstandigheden, leefwijzen en gezondheid. Een aanzet voor scenario's*. STG, Rijswijk.

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1992), *Toekomstscenario's voor eerstelijnszorg en thuiszorg. Scenariorapport en achtergrondstudies*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Zaventem.



Swinkels, T. (1996). 'Eindtermen van nieuwe opleidingsstelsel vastgesteld'. In: *TvZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 16, pp. 478-479.

Tjadens, F.L.J. & C. Woldring (1989), *Informele zorg in Nederland*. ITS, Nijmegen.

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

VWS (1996), *Jaaroverzicht Zorg (JOZ)*. Rijswijk.

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

Windt, W. van der (1994), *Arbeidsmarktverkenning voor instellingen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten*. NZi, Utrecht.

Windt, W. van der & M.C. Vlemmix (1996), 'Het verpleegkundig management: een groepsfoto'. In: *Verpleegkundig management* 3, pp. 3-6.

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

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

Wissink, M. (1996), 'Op de drempel van vernieuwing? Nog veel onzekerheden rond personeelsgebonden budget'. In: *TvZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 1, pp. 12-14.

## Lijst van afkortingen

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
AWOB	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaardenoorden
ARBO(-wet)	Arbeidsomstandigheden(wet)
AWOZ	Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Ziekenhuizen
BAZ	Beleidskader Arbeidsmarkt Zorgsector
BIG	(Wet op de) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BVG	Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen
CAO	Collectieve Arbeids Overeenkomst
CBA	Centraal Bureau Arbeidsmarktvoorziening
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPB	Centraal Planbureau
FIAD-WDT	Federatie van Instellingen voor dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap
FTE('s)	Fulltime-equivalenten
FOZ	Financieel Overzicht Zorg
GGD	Gemeentelijk Geneeskundige Dienst
GHI	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid
GMD	Gemeenschappelijke Medische Dienst
HVRC	Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
ISZW	Inspectiedienst van het Ministerie van Sociale Zaken en werkgelegenheid
IVA	Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies
JWG	Jeugd Werk Garantieplan
JWL	Jaarstatistiek van Werkgelegenheid en Lonen
JOZ	Jaaroverzicht Zorg

LKG	Loonkostengegevensbestand
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MKD	Medisch Kinderdagverblijf
MKT	Medisch Kindertehuis
NFVLG	Nederlandse Federatie Voorzieningencentra Lichamelijk Gehandicapten
NIA	Nederlands Instituut voor Arbeidsmarktomsstandigheden
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NcGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
NVBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
NVGGz	Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg
NVVz	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZf	Nederlandse Zorgfederatie
NZi	Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg (voormalig Nationaal Ziekenhuisinstituut)
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSA	Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarkt-onderzoek
OVDB	Stichting Opleiding Verzorgende en Dienstverlenende Beroepen
RBA	Regionaal Bureau Arbeidsvoorziening
REGBIG	Registratie beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Nederlandse Vereniging van Beschermd Woonvormen
ROA	Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt
RUBS	Registratie van Uitstroom en Bestemming van Schoolverlaters
SBI	Standaard Bedrijfsindeling
SBOH	Stichting Beroepsopleiding tot Huisarts
SOMMA	Federatie van ouderverenigingen en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan geestelijk gehandicapten
SPD	Sociaal Pedagogische/Psychiatrische Dienst

STIPUD	Stimuleringsregeling Inpassing Personen uit Doelgroepen
STG	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
SOZawe	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG/TNO)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (voorheen WVC)
WAGGS	Wet Arbeidsvoorwaarden Gesubsidieerde en Gepremieerde Sector
WBiG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen
WVC	Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (momenteel VWS)
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad

## **Deel B**

### **Werk(be)last(ing), gezondheidsklachten en ziekteverzuim**



# 1

## Inleiding

*'Het is met name de specifieke aard van de belangrijkste belastingsfactoren in de zorgsector (zoals fysieke inspanning, emotionele belasting, verantwoordelijkheid e.d.) die oorzaak is van veel psychische en lichamelijke klachten, welke kunnen resulteren in ziekteverzuim.'* (De Vries-Griever 1991)

Werklast/werkbelasting en de hieraan gerelateerde onderwerpen gezondheidsklachten en ziekteverzuim is gedurende de afgelopen jaren een veelbesproken en -beschreven onderwerp. Dit is aanleiding geweest om het jaarthema in deze eerste uitgave van *Verpleging & Verzorging in kaart gebracht* aan dit onderwerp te wijden.

In deze bijdrage worden de meest recente onderzoeksresultaten op een rij gezet ten aanzien van het thema werk(be)last(ing) binnen de verpleging en verzorging.

Op basis van een korte literatuurverkenning<sup>[1]</sup> wordt in het eerste hoofdstuk ingegaan op de definiëring van de verschillende door onderzoekers gehanteerde begrippen en wordt een veelgebruikt model beschreven dat gezondheidsklachten en ziekteverzuim tracht te verklaren uit werk(be)last(ing).

De hoofdstukken daarna zijn verder ingedeeld op basis van dit begrippenkader: achtereenvolgens wordt in hoofdstuk twee tot en met vier ingegaan op werklast en werklastonderzoek, gezondheidsklachten in relatie tot fysieke werkbelasting en gezondheidsklachten in relatie tot psychische werkbelasting. Vanwege het belang van het onderwerp voor de beroepsgroep wordt in het vijfde hoofdstuk apart ingegaan op ziekte(verzuim) in relatie tot werk(be)last(ing). Aangezien werkdruk over het algemeen omschreven wordt als de ervaren werklast of ervaren (fysieke/psychische) werkbelasting, is dit feitelijk verweven in ieder hoofdstuk.

[1]

Er is gebruikgemaakt van de bestanden 'Catalogus NIVEL', 'Registratie Wetenschappelijk Onderzoek' (NIVEL), 'Literatuur Kwaliteit van Zorg' (NcGv/NIVEL) en 'Literatuur Verpleging & Verzorging' (LCVV/NIVEL/NZI) met combinaties van de trefwoorden 'werkbelasting', 'verpleging' en 'verzorging' over de periode 1990-1996.

Met uitzondering van hoofdstuk twee zal per onderwerp onderscheid worden gemaakt naar de verpleging en verzorging in de verschillende sectoren in de gezondheidszorg.



## 2

# Begrippenkader

In studies over werk(be)last(ing) worden allerlei begrippen afwisselend gebruikt, vaak zonder een heldere definitie. Op het eerste gezicht lijken ze ook hetzelfde te bedoelen of overlappen ze elkaar. Volgens Visser (1992) 'blijkt uit de literatuur dat deze begrippen over het algemeen dezelfde lading dekken en dat de oorzaken en gevolgen ervan overeenkomstig zijn'. Uit de voorliggende literatuurverkenning blijkt dat met name de volgende begrippen veelvuldig voorkomen: werklust, (fysieke en psychische) werkbelasting en werkdruk.

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de verschillende door onderzoekers gehanteerde definities met aansluitend een model waarin het één en ander samengevat terug komt.

### 2.1

#### **Begripsdefiniëring**

##### 2.1.1

##### *Werklast*

Om het begrip werklust te definiëren wordt door een aantal onderzoekers de definitie van Grunveld (1992) gebruikt: 'een objectief, niet-persoonsgebonden begrip, waarmee de hoeveelheid werk wordt aangeduid, die op een bepaalde afdeling of arbeidsplaats verricht moet worden en de tijd die dit werk kost' (Jacobs & Klein 1994; Vermaat 1994; De Jonge e.a. 1995a,b).

Andere onderzoekers (Hendriks 1991 en Migchielsen 1994) hanteren vergelijkbare definities, in navolging van respectievelijk De Miranda en Schoenmakers (1989) en Hogewind (1988).

Ook de commissie-Werner (1991) hanteert een dergelijke definitie: 'de meetbare, objectiveerbare aspecten van het werk: de hoeveelheid werk en het aantal mensen dat daarvoor beschikbaar is, de aard en de kwaliteit van het werk en de kwalificatie van de werknemers en tenslotte de beschikbare

tijd om het werk te doen'. Deze definitie wordt ook door Arts e.a. (1997) gebruikt. Daarbij is werklast (dimensies van) een mogelijke voorspeller van de werkdruk.

### 2.1.2

#### *Fysieke werkbelasting*

Fysieke werkbelasting blijkt een term te zijn dat, logischerwijs, verwijst naar vormen van belasting dat werk in lichamelijk opzicht met zich meebrengt. Het is een begrip dat vaak wordt gebruikt, terwijl slechts een aantal onderzoekers ingaat op de definiëring ervan. Friele (1995) maakt onderscheid naar statische en dynamische belasting: statische belasting is de belasting die aanwezig is zonder dat er bewegingen waarneembaar hoeven te zijn (bijvoorbeeld wondverzorging op een laag bed). Dit wordt ook wel houdingsbelasting genoemd. Bij dynamische belasting is er een beweging waarneembaar (bijvoorbeeld tillen). De gezondheidskundige grenzen voor fysieke belasting tijdens manuele tilhandelingen liggen vrij laag: 10-25 kilogram (Knibbe e.a. 1994).

Fysieke werkbelasting wordt ook wel gedefinieerd als gevolgen voor een werknemer. Zo omschrijft Veerman (1989) fysieke werkbelasting als 'lichamelijke klachten'.

### 2.1.3

#### *Psychische werkbelasting*

Omschrijvingen van psychische werkbelasting worden ook gekenmerkt door verschillende benaderingen, vanuit het werk en/of vanuit de gevolgen voor een werknemer.

Roering e.a. (1995) beschrijven psychische werkbelasting vanuit de gevolgen voor een werknemer: psychische werkbelasting is een verschijnsel dat 'psychische klachten (bijvoorbeeld somberheid, irritatie en angsten), (vage) lichamelijke klachten, emotionele uitputting: het gevoel "op" te zijn of chronische vermoeidheid, (gebrek aan) persoonlijke voldoening in het werk en depersonalisatie: een afstandelijke, onverschillige houding ten aanzien van het werk en de bewoners omvat'. Deze laatste drie indicatoren tezamen wordt in de literatuur ook wel 'burnout' genoemd. Veerman (1989) en Meulenkaamp (1996) benaderen psychische werkbelasting vanuit een balans tussen wat het werk (de zorg) eist en wat de werknemer kan en wil opbrengen. Psychische werkbelasting is aanwezig wanneer 'een overschrijding van het mentale verwerkingsvermogen' heeft plaatsgevonden (Veerman). Meulenkaamp

maakt onderscheid in een mentale en een emotionele component. De mentale belasting wordt bepaald 'door de verhouding tussen enerzijds de eisen die gesteld worden vanuit de taaksituatie en anderzijds de capaciteiten die de persoon beschikbaar heeft willen en kunnen stellen om aan die eisen te voldoen'. De emotionele component duidt op 'onvervulde behoeften, wensen en verwachtingen enerzijds en overbelaste capaciteiten of competenties anderzijds'.

#### 2.1.4

##### *Werkdruk*

Het begrip werkdruk wordt in veel studies gebruikt. Verschillende onderzoekers (Jacobs & Klein 1994; Vermaat 1994; De Jonge e.a. 1995a,b) hanteren daarbij de definitie van Grunveld (1992): 'Werkdruk is de ervaren werkbelasting en geeft aan hoe belastend het werk voor iemand is. Het is een dynamisch begrip, omdat het gerelateerd is aan de individuele werksituatie. Daarbij kan gedacht worden aan de ervaren tijdsdruk, een hoog werktempo, de complexiteit van het werk et cetera. Het is een subjectief begrip omdat het iets zegt over de ervaring van een zorgverlener zelf. Werkdruk als door de werknemer ervaren belasting verandert daarom gedurende de dag.'

Andere auteurs<sup>[1]</sup> hanteren een vergelijkbare omschrijving.

In één studie (De Vries 1991) werd het begrip werkdruk gehanteerd met een omschrijving die meer aansluit bij die van werklust.

## 2.2

### **Model belasting-belastbaarheid**

In het *Handboek ziekteverzuim* van Smulders en Veerman (1990) worden modellen gepresenteerd die in algemene zin gezondheidsklachten en ziekteverzuim trachten te verklaren. Hierin zijn de volgende modellen te onderscheiden: het beslissingsmodel, de stresstheorie, het determinanten-model werkhervatting en het model belasting-belastbaarheid. Het blijkt dat in (Nederlandse) studies<sup>[2]</sup> over werkbelasting het model belasting-belastbaarheid veel gebruikt wordt, al dan niet in combinatie met andere modellen.

Dit model gaat uit van ziekteverzuim als resultaat van een verstoring in het evenwicht tussen werknemer en werksituatie. De verhouding tussen de uitwendige belasting (draaglast) genoemd en de belastbaarheid van de werknemer (draagkracht) bepaalt uiteindelijk de feitelijke inspanning die iemand moet verrichten om zijn werk te doen. In werksituaties moeten

[1]

De Miranda & Schoenmakers 1989; Commissie-Werner 1991; Hendriks 1991; De Vries-Griever 1991; Boter 1995 en Arts e.a. 1997.

[2]

Onder andere in: Van Erp 1994; Boter 1995; Roering e.a. 1995 en Arts e.a. 1997.

zowel chronische over- als onderbelasting worden vermeden: overbelasting kan leiden tot overprikkeling en overspannenheid, terwijl onderbelasting verveling tot gevolg kan hebben. In het algemeen wordt erkend dat de factor tijd een belangrijke rol speelt. Kortdurende overbelasting zal, wanneer daarop een bepaalde hersteltijd voor de werknemer volgt, in de regel geen schadelijke gevolgen hebben.

Ook wat betreft fysieke (over)belasting wordt dit model wel gebruikt (onder andere in: Van Erp e.a. 1995). Lichamelijke overbelasting wordt dan gezien als een situatie waarin er geen evenwicht bestaat tussen wat het werk van iemand vraagt en diens verwerkingsvermogen, de belastbaarheid.

### 2.3

#### Conclusie

Op basis van bovenstaande kan gesteld worden dat:

- het begrip *werklast* verwijst naar objectieve gegevens, de hoeveelheid werk en de tijd die daarvoor nodig is of verhoudingsgetallen: de verhouding tussen de hoeveelheid werk in tijd en de beschikbare verpleging/verzorging, of, nog breder, de verhouding tussen de hoeveelheid (in tijd), aard en kwaliteit van het werk en de hoeveelheid (in tijd) en kwaliteit van de beschikbare verpleging/verzorging.
- het begrip *fysieke werkbelasting* verwijst naar (gevolgen van) de feitelijke fysieke belasting dat het werk voor een verpleegkundige/(zieken)-verzorgende met zich meebrengt.
- het begrip *psychische werkbelasting* verwijst naar (gevolgen van) de feitelijke psychische belasting dat het werk voor een verpleegkundige/(zieken)verzorgende met zich meebrengt.

Hoe een bepaalde mate van werklast, fysieke werkbelasting en psychische werkbelasting ervaren wordt, verschilt per persoon en hangt van allerlei factoren af, met name ook persoonsgebonden. In de literatuur wordt dit de 'ervaren werklast' of 'ervaren (fysieke/psychische) werkbelasting' of 'werkdruk' genoemd. Het begrip 'werkdruk' verwijst dus naar de subjectieve beleving van iemand. Een (te) hoge werklast en/of een fysieke (over)belasting en/of een psychische (over- of onder-)belasting wordt ervaren als een bepaalde werkdruk en zal al dan niet resulteren via gezondheidsklachten in ziekte(verzuim).

In de volgende hoofdstukken zullen de begrippen worden gehanteerd

zoals hierboven samengevat, tenzij verwezen wordt naar een bepaalde studie, in dat geval worden de begrippen gehanteerd zoals ook gebruikt door de betreffende auteur(s).

# 3

## Werklast

### 3.1

#### Inleiding

Uit een inventarisatie van werklastmetingen in intramurale instellingen door het CBO (Gelissen 1990) blijkt dat ongeveer een kwart van de (in totaal 449) ondervraagde instellingen een methode gebruikt om de werklast van verpleegkundigen en verzorgenden te meten. Als vervolgens onderscheid wordt gemaakt naar de verschillende sectoren, dan vindt werklastonderzoek plaats in 23% van de (132) algemene en academische ziekenhuizen, 25% van de (51) psychiatrische ziekenhuizen, 29% van de (212) verpleeghuizen en in 28% van de (54) instellingen voor verstandelijk gehandicapten. In deze uitgave van het CBO (Gelissen 1990) wordt tevens een overzicht gegeven van de instellingen die bezig zijn (geweest) met het uitvoeren van een werklastonderzoek.

Algemeen doel van werklastonderzoek is het bewaken van een evenwicht tussen de vraag naar en het aanbod van zorg. Door middel van sturing van de personeelsplanning en/of patiëntenopnameplanning is het mogelijk de werklast te beheersen, oftewel binnen aanvaardbare grenzen te houden. Er zijn verschillende werklastmeetmethoden ontwikkeld. Het CBO (1990) maakt melding van drie methoden, namelijk de 'Berenschot-methode', de 'NZi-methode' en de 'Radboudvariant'. Het blijkt dat 37% van de (118) instellingen volgens de NZi-methode te werk gaat (7% hanteert de Berenschot-methode, 6% de Radboudvariant en 50% hanteert een andere methode). Werklastmeetmethoden gaan alle uit van een vorm van patiëntenclassificatie en tijdschrijven. Door een koppeling tussen patiëntenclassificatie en de resultaten van tijdschrijven ontstaan normtijden (in aantal minuten) per patiëntencategorie. Deze normtijden kunnen gebruikt worden voor het plannen van personeel en/of de opname van patiënten.

Er zijn talrijke patiëntenclassificatiesystemen ontwikkeld (Migchielsen

1994). Het meest gehanteerde patiëntenclassificatiesysteem is het San Joaquin-systeem: aan de hand van acht indicatoren worden patiënten ingedeeld in vier zorgcategorieën overeenkomstig hun behoefte aan zorg. Het meest gehanteerde tijdschrijfsysteem is de Multi-Moment-Opnamen (MMO's). Dit houdt in dat met een bepaalde regelmaat observatoren de activiteiten registreren waar iedere medewerker mee bezig is.

Uit de gevonden publicaties blijkt dat voor het meten van de werklust meestal de 'NZi-methode' wordt gehanteerd (Hendriks 1991; Jakobs & Klein 1994 en Vermaat 1994), welke bestaat uit het San Joaquin-instrument en MMO's.

Concrete resultaten van een werklustonderzoek blijken alleen geldig te zijn voor de betreffende afdeling. Deze worden dan ook nauwelijks gepubliceerd. Om deze redenen zullen in deze bijdrage ook geen normtijden gepresenteerd worden, maar zal wel verslag worden gedaan van enkele werklustmetingen in de praktijk en van resultaten van onderzoek over werklustmetingen binnen de verpleging en verzorging per sector.

## 3.2

### Overzicht per sector

#### 3.2.1

##### *Ziekenhuizen*

Het is essentieel dat het verpleegkundig management inzicht heeft in de personeelsbehoefte omdat de factor personeel de duurste productiefactor is in de exploitatie van een ziekenhuis (De Vries 1991). De vereiste personele inzet is echter moeilijk om te bepalen. Werklustmetingen zouden volgens De Vries kunnen bijdragen aan dit inzicht.

Een andere dan deze bedrijfskundige invalshoek is die vanuit de beroepsgroep: uit het literatuuroverzicht van Boumans (1990) blijkt dat werklust in een aantal studies wordt gezien als een belangrijke stressor, zo niet als de grootste bron van stress. Door een inadequate personeelsplanning en bezetting zou de kwetsbaarheid voor andere stressoren groter worden. Bovendien zou de hoeveelheid werk vaak bepaald worden door beslissingen van artsen en vooral ook door het toestandbeeld van de patiënt. De verpleegkundige zelf heeft hierop weinig invloed.

In de ziekenhuissector is veel gepubliceerd over dit onderwerp, zowel wat betreft werklustonderzoeken in de praktijk als onderzoek over werklust. Zo blijkt bijvoorbeeld uit een onderzoek van Migchielsen (1994) dat welk

patiëntenclassificatiesysteem ten grondslag aan een werklasmeting men ook kiest, het dient altijd aangepast te worden aan de instelling. Het is dan tevens noodzakelijk de validiteit en betrouwbaarheid van het instrument (opnieuw) te bepalen. Resultaat van zijn onderzoek is dat het San Joaquin-systeem, zoals aangepast aan het betreffende ziekenhuis, een valide, betrouwbaar en bruikbaar instrument is.

Hendriks (1991) onderzocht in een algemeen ziekenhuis een mogelijke relatie tussen werklasmeting en kwaliteit van zorg. Deze relatie zou als een parabool omschreven kunnen worden: een bepaalde mate van werklasmeting is nodig om optimaal te kunnen presteren, bij een hogere werklasmeting zou de kwaliteit van zorg lager zijn, bij een lagere werklasmeting zou de kwaliteit van zorg hoger zijn. Resultaat van dit onderzoek was dat er op afdelingsniveau inderdaad een relatie aangetoond kon worden, echter alleen tot het optimale punt: 'hoe hoger de werklasmeting hoe hoger de kwaliteit van zorg'. Helaas kon op basis van de gegevens geen harde uitspraak worden gedaan over een optimale werklasmeting.

Wat betreft werklasmetingen in de praktijk zijn twee rapportages gevonden. Jacobs en Klein (1994) verrichtten een werklasmeting in een algemeen ziekenhuis met als doel om door middel van afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod te komen tot een betere verdeling van de werklasmeting van de verpleging in het ziekenhuis. Er werden normtijden berekend voor de verschillende categorieën zorg waarmee vervolgens berekend werd hoeveel verplegend personeel per periode nodig was. Beide onderzoekers concluderen dat met behulp van werklasmeting de doelstelling werd behaald. Een tweede rapportage is afkomstig van Vermaat (1994): in een poging meer grip te krijgen op de patiëntenstroom, werd in een algemeen ziekenhuis een geautomatiseerd 'patiënten opname planning systeem' (POPS) ingevoerd om de werklasmeting van de verpleging beheersbaar te maken. Uitgangspunt was de zorgcapaciteit van de afdeling. Met behulp van het POPS zou voorspeld kunnen worden hoe de werklasmeting zich op de afdeling ontwikkelt. Een werklasmeting, uitgevoerd om de effecten van dit systeem te meten, wees uit dat enkele jaren na invoering een meer gelijkmatige verdeling van de werklasmeting werd bereikt. Gezien het karakter van een verpleegafdeling zal volgens Vermaat een volledige stabiliteit in werklasmeting niet haalbaar zijn en is het ook de vraag in hoeverre dit wenselijk zou zijn. Ook volgens De Vries (1991) is er niet een bepaald evenwichtspunt tussen vraag en aanbod, maar een evenwichtsgebied: in de praktijk blijkt een werklasmeting van 85% tot 115% acceptabel te zijn. Daarbij wordt opgemerkt dat een onaanvaardbare



drukte niet langer dan een dag of vier zou mogen duren. In het onderzoek van Vermaat ten slotte kon geen harde uitspraak worden gedaan over een mogelijk verband tussen werklast en werkdruk (hoe hoger de werklast, hoe hoger de werkdruk).

Genoemde onderzoekers stellen dat behaalde resultaten alleen geldig zijn voor het betreffende ziekenhuis én de betreffende afdelingen. Resultaten zijn dus niet generaliseerbaar naar andere afdelingen in het ziekenhuis. In aansluiting hierop wordt gesteld dat observatiegegevens verkregen uit werklastonderzoek niet kunnen worden vergeleken met bijvoorbeeld een landelijke norm: landelijke normen doen, uiteraard, geen recht aan de eigen kenmerken van iedere instelling en afdeling, beperken tevens de vrije beleidsruimte van het management en medewerkers zouden zich onvoldoende kunnen herkennen in de uiteindelijke resultaten. Een andere kanttekening is dat wel de hoeveelheid werk wordt gemeten maar dat belangrijke elementen zoals de structuur en complexiteit van de arbeid en kwalitatieve aspecten zoals arbeidsmotivatie en -satisfactie niet in beeld komen. Er wordt dus geen uitspraak gedaan over de benodigde deskundigheid van het verplegend personeel. Ook wordt niet gekeken naar de kwaliteit en efficiëntie van het verplegend handelen, vanwege het feit dat de normtijden ontwikkeld worden uit een combinatie van patiëntclassificatiegegevens en MMO's. Er wordt in feite een momentopname gemaakt. Wanneer bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg laag is, wordt de toekomstige personeelsbezetting gebaseerd op gegevens die een niet optimale situatie vertegenwoordigen. Derhalve dient eerst de vraag te worden gesteld of de huidige situatie voldoet als uitgangssituatie voor toekomstige planning, alvorens werklastmetingen worden uitgevoerd. Zo niet, dan zal eerst actie ondernomen moeten worden richting een meer wenselijke situatie. De hieruit voortkomende normtijden zullen waarschijnlijk beter geschikt zijn als basis voor planning en afstemming.

### 3.2.2

#### *Psychiatrische ziekenhuizen*

In deze sector wordt verslag gedaan van een werklastonderzoek door De Miranda en Schoenmakers (1989). Doel van het onderzoek was te komen tot een verdeling van verpleegkundig personeel over de diverse verpleegafdelingen. De auteurs stellen dat met de resultaten van werklastonderzoek aan de hand van de verhouding directe en indirecte patiëntenzorg uitspraken gedaan kunnen worden over de kwaliteit van zorg. Om tot een indeling te komen van een patiëntenclassificatiesysteem,

zijn de criteria van de San Joaquin-methode vertaald naar de situatie op een psychiatrische afdeling. Vervolgens werden met behulp van MMO's normtijden verkregen voor de verschillende patiëntencategorieën. De onderzoekers concluderen dat het meten van de werklust ook op een psychiatrische afdeling mogelijk is. Na één jaar classificeren konden tendensen in de werklust worden aangetoond en op basis hiervan werd de personeelsplanning aangepast.

### 3.2.3

#### *Verstandelijk-gehandicaptenzorg*

Ondanks het feit dat er binnen instellingen voor verstandelijk gehandicapten wel werklustonderzoeken worden verricht (Gelissen 1990), zijn er helaas geen openbare publicaties van beschikbaar. Op dit moment loopt er een onderzoek naar '*care intensity related to staff allocation in residential services for people with a mental handicap*' door S. Bernard, H. Huijter Abu-Saad en R. Halfens bij de vakgroep Verplegingswetenschap van de Rijksuniversiteit Maastricht. De vermoedelijke einddatum van dit onderzoek is 1 mei 1997. Helaas zijn ook hiervan nog geen (tussen)publicaties verschenen.

### 3.2.4

#### *Verpleeghuizen*

In bijna 30% van de verpleeghuizen wordt de werklust van de verpleging en verzorging gemeten, zo blijkt uit de inventarisatie van het CBO (Gelissen 1990). Uit onderzoek uitgevoerd door het NZi (Van der Windt 1994) blijkt dat er een duidelijk (significant) verband bestaat tussen de score van een (somatische of psychogeriatrische) verpleeghuisbewoner op een hulpindex (bestaande uit 12 items) en de hoeveelheid tijd die de bewoner vergt van de verpleging. Ook zijn een aantal publicaties van praktijkverslagen beschikbaar (Hanssen 1990; Snel 1991).

Doelstellingen bij deze werklustonderzoeken zijn vergelijkbaar met die van werklustonderzoeken uit de andere sectoren: meer grip krijgen op de werkbelasting en de allocatie van het verplegend personeel op de afdelingen (Hanssen 1990) en het in beeld brengen van de piekbelasting op de afdelingen, het aanpassen van de samenwerking tussen verpleging en andere disciplines, het doelmatig op elkaar afstemmen van zorgvraag en -aanbod en het inzicht verkrijgen in trends in de zorgbehoefte en het op basis hiervan ontwikkelen van een efficiënt dienstenpatroon (Snel 1991). De auteurs geven aan dat met behulp van werklustonderzoek deze doelstellingen behaald kunnen worden.

Van der Windt (1994) rapporteert dat tussen 1982 en 1992 de hoeveelheid werk die bewoners in verpleeghuizen met zich meebrengen (gebaseerd op het aantal bewoners en hun hulpindex) met 40% is toegenomen. Dit, terwijl gecorrigeerd voor allerlei factoren, de personele inzet van de verpleging met 21,6% is toegenomen (Van der Windt 1994). In 1992 is dit verschil voor het eerst niet verder uitgegroeid.

Dat het toch mogelijk is geweest bewoners te blijven verzorgen en verplegen, is gelegen in een aantal factoren die de relatie tussen werklast en personele inzet wellicht hebben beïnvloed (Van der Windt 1994): de verpleging en verzorging is efficiënter georganiseerd, er zijn betere hulpmiddelen ter beschikking gekomen, de niet-verpleegkundige taken worden meer en meer door andere personeelscategorieën gedaan, er wordt vaker op individuele basis parttime gewerkt (voor een deel ook als reactie op de toegenomen werkdruk) waardoor de belastbaarheid van het personeel toeneemt en ten slotte is er meer aandacht gekomen voor gezonde dienstroosters.

### 3.2.5

#### *Thuiszorg*

In deze sector zijn geen publicaties gevonden ten aanzien van werklastmetingen of onderzoek over werklastmetingen. Wel zijn twee aan dit onderwerp verwante studies gevonden. De eerste betreft een onderzoek over het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden (Vorst-Thijssen e.a. 1990). In dit onderzoek wordt beschreven waaruit de werkzaamheden van verpleegkundigen en ziekenverzorgenden bestaan en hoeveel procent van hun tijd zij daaraan besteden. Ingegaan wordt op curatieve, verzorgende en huishoudelijke taken, begeleidende taken, preventieve en voorlichtende taken, coördinerende werkzaamheden, rapporterende taken, administratie en reistijd. Ook wordt ingegaan op de verschillen tussen de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden en welke factoren daarop van invloed zijn. Ten slotte is in kaart gebracht welke zorg door wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden wordt verleend aan welke groepen patiënten en op welke tijdstippen.

Het tweede onderzoek dat in dit kader kan worden genoemd betreft de ontwikkeling van een 'Thuiszorgclassificatiesysteem' (Hasman e.a. 1993; Algera e.a. 1996). Dit patiëntenclassificatiesysteem is een management-instrument dat gebruikt kan worden voor onder andere personeelsplanning en budgetonderbouwing en -bewaking. Dit systeem is geschikt voor zowel

de wijkverpleging als de gezinsverzorging afzonderlijk, als voor de geïntegreerde zorgverlening. Met behulp van het systeem worden zorgvragers ingedeeld naar benodigde soort zorg, de hoeveelheid benodigde zorg, de verwachte duur van die zorg en naar de voor de uitvoering van de zorgverlening benodigde deskundigheid van de in te zetten hulpverlener. De auteurs geven aan dat aansluiting bij andere in de thuiszorg gehanteerde informatiesystemen (onder andere het Wijk-Administratie-Systeem) mogelijk is. In aansluiting op de bevindingen van Migchielsen (1994) wordt gesteld dat na implementatie van het systeem, dit periodiek getest dient te worden op de validiteit, stabiliteit en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

### 3.3

#### Conclusie

Het blijkt dat de meeste werklastonderzoeken in de praktijk tot doel hebben het beheersbaar maken van de werklast op een of een aantal verpleegafdelingen door middel van afstemming van zorgvraag en -aanbod. Resultaten van werklastonderzoek geven inzicht in kwantitatieve informatie op afdelingsniveau en zijn niet zonder meer generaliseerbaar naar andere afdelingen en instellingen. Op meso- en macroniveau zijn geen werklastcijfers beschikbaar. Enkele kanttekeningen zijn dat geen uitspraak gedaan kan worden over de benodigde deskundigheid van het personeel. Ook dienen normtijden gebaseerd te zijn op een normale werksituatie en een voldoende mate van kwaliteit aan zorg. Ten grondslag aan een werklastonderzoek ligt een patiëntenclassificatiesysteem. Een veelgebruikt systeem is het San Joaquin-systeem. Het blijkt evenwel dat welk systeem ook gehanteerd wordt, het dient altijd aangepast te worden aan de betreffende instelling en vervolgens (periodiek) getoetst te worden op de validiteit en betrouwbaarheid. In de praktijk wordt dit echter nauwelijks gedaan. Publicaties over werklast hebben voor het merendeel betrekking op praktijkonderzoeken en zijn vooralsnog alleen beschikbaar in de intramurale sectoren (psychiatrische ziekenhuizen en verpleeghuizen. Helaas zijn op dit moment (nog) geen publicaties van onderzoeksgegevens beschikbaar die direct betrekking hebben op werklast(onderzoek) in de thuiszorg, verzorgingshuizen en de verstandelijk gehandicaptenzorg. Wel zijn er in de thuiszorg onderzoeksresultaten over (de kwantificatie van) de werkzaamheden van wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden en over een patiëntenclassificatiesysteem.

## 4

# Fysieke werkbelasting en gezondheidsklachten

### 4.1

#### Inleiding

Fysieke werkbelasting is een belangrijke factor bij het ontstaan van rugklachten. Dit blijkt onder andere uit een onderzoek van Van der Giezen e.a. (1996) onder (467) werknemers uit de bouw-, industrie- en gezondheidszorgsector die minstens 90 dagen verzuimden vanwege rugklachten. Circa 75% ziet het werk mee als oorzaak van het ontstaan van rugklachten.

Ook voor de verplegende en verzorgende beroepsgroepen vormen lichamelijke gezondheidsklachten een reëel probleem. In tabel 4.1 wordt een overzicht gegeven van het voorkomen van lichamelijke gezondheidsklachten.

*Tabel 4.1*

*Prevalentie lichamelijke gezondheidsklachten verpleegkundigen en verzorgenden naar sector*

	12-maands- prevalentie %	3-maands- prevalentie %
<i>Verpleeghuizen</i>		
. rugklachten	70-85	
(Bron: Knibbe 1988; n = 217 leerlingen, w.v. 66 BVP'ers en 151 ouderejaars)		
<i>Verzorgingshuizen</i>		
. rugklachten	51,5	
(Bron: Demarest e.a. 1994; n = 1738, w.v. 67,5% = 1173 verpleegkundigen/ verzorgenden)		

(Vervolg op p. 166)

(Vervolg tabel 4.1 Prevalentie lichamelijke gezondheidsklachten verpleegkundigen en verzorgenden naar sector)

	12-maands- prevalentie %	3-maands- prevalentie %
. rugklachten	56,0	40,9
. nek-/schouderklachten		25,6
. knieklachten		9,4
. armklachten		13,0
(Bron: Bakker e.a. 1995; n = 445, w.v. 53 verpleegkundigen en 392 verzorgenden)		
<i>Wijkverpleging</i>		
. rugklachten		64,0
. neklachten		34,0
. schouderklachten		32,0
(Bron: Dogger 1987; n = 56 wijkverpleegkundigen)		
. rugklachten	69,6	
. nek-/schouder-/armklachten		33,9
(Bron: Mol & Knibbe 1991; n = 115 wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden)		
. rugklachten	66,8	51,8
. nek-/schouderklachten		34,9
. knieklachten		18,4
. armklachten		11,7
(Bron: Knibbe e.a. 1994; 1996; n = 354 (189 wijkverpleegkundigen en 165 wijkziekenverzorgenden)		
<i>Gezinsverzorging</i>		
. rugklachten	49,2	
. knieklachten		14,7
. nek-/schouderklachten		32,4
. armklachten		32,4
(Bron: Beemster & Friele 1993; n = 312)		
. rugklachten	33,0	
(Bron: Arts e.a. 1997; n = 474)		

Uit de tabel blijkt dat prevalentiecijfers van lichamelijke gezondheidsklachten voorsnog alleen beschikbaar zijn voor verpleging en verzorging in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de thuiszorg. Ook blijkt uit deze tabel dat van de lichamelijke klachten, rugklachten het meest voorkomen en wel in verpleeghuizen en in de wijkverpleging.

In een aantal onderzoeken (Beemster & Friele 1993; Knibbe e.a. 1994; Bakker e.a. 1995 en Arts e.a. 1997) is voor het inventariseren van de gezondheidsklachten (delen van) hetzelfde meetinstrument gehanteerd. Dit vergemakkelijkt de onderlinge vergelijkbaarheid van uitkomsten. Het betreft de 'NORDIC vragenlijst' (Kuorinka e.a. 1987). Dit instrument is speciaal ontwikkeld voor het in kaart brengen van aandoeningen van het bewegingsapparaat. In de overige studies werden de prevalenties op andere manieren gemeten, met behulp van eigen ontwikkelde vragenlijsten en/of lichamenlijk onderzoek.

Om de fysieke werkbelasting te meten gebruikten Knibbe e.a. (1994) de zogenaamde 'tilteller', een dagboekje waarmee de verpleegkundige/verzorgende zelf alle tilhandelingen en tevens de duur van statische belasting registreert. Arts (1997) hanteerde voor dit doel (een deel van) de vragenlijst 'Beleving en Beoordeling van de Arbeid (VBBA) van Van Veldhoven en Meijman (1994).

In de volgende paragrafen zal per sector nader worden ingegaan op resultaten van onderzoek met betrekking tot dit onderwerp.

## 4.2

### Overzicht per sector

#### 4.2.1

##### *Ziekenhuizen*

Voor deze sector is één studie gevonden (De Vries-Griever & De Vries 1992). In dit onderzoek onder 178 (leerling)verpleegkundigen blijkt dat 58% regelmatig rugklachten heeft. Tussen de mannelijke en vrouwelijke verpleegkundigen en tussen de verschillende leeftijdsgroepen zijn geen verschillen in prevalentie aangetroffen. Wel worden hogere prevalenties gevonden bij verpleegkundigen die vaker parttime werken en bij verpleegkundigen met meer dienstjaren.

Naast het voorkomen van rugklachten is met behulp van een 'Activiteitenlijst Verpleegkundig Werk' van De Vries-Griever e.a. (1987) de aard van het werk en de mate waarin de verschillende werkzaamheden worden uitgevoerd, gemeten. Ook is aan verpleegkundigen zelf gevraagd hoe belastend zij het werk vinden.

Hoewel bijna 10% van de werktijd gelopen wordt, hebben verpleegkundigen weinig moeite met deze dynamische belasting. Verpleegkundigen zonder rugklachten hebben evenmin veel moeite met de statische belasting van het lang achtereen zitten en staan, verpleegkundigen met rugklachten hebben daar wel moeite mee.

De onderzoekers concluderen dat over het algemeen de lichamelijke belasting van het verpleegkundig werk in een ziekenhuis groot is. Deze wordt vooral verhoogd door een aantal ergonomische tekortkomingen: de vormgeving van veel middelen en apparaten waarmee men moet werken is in ergonomisch opzicht niet bijzonder goed, met name met betrekking tot het tillen en verplaatsen van patiënten. Ook de geringe ruimte rond de bedden belemmert in veel gevallen de uitvoering van til- en transferhandelingen. Naast deze omgevingsfactoren komt uit dit onderzoek naar voren dat aan de toegepaste tiltechnieken van alle verpleegkundigen nogal wat mankeert. Al voordat men aan een tilhandeling begint, wordt de situatie niet goed ingeschat. Vaak wordt er aan de tilhandeling begonnen zonder dat men nagedacht heeft over de beste tilstrategie. Mede daardoor is de uitgangshouding die de verpleegkundigen voorafgaand aan de eigenlijke tilbeweging aannemen op een aantal aspecten verre van ideaal en worden vervolgens veel aspecten van de tilbeweging zelf niet goed uitgevoerd. De vermoeidheid die in de loop van de dag optreedt kan invloed hebben op de manier waarop tilhandelingen worden uitgevoerd. Uit dit onderzoek blijkt dat 's ochtends verpleegkundigen met en zonder rugklachten de tiltechnieken even goed of slecht toepassen, terwijl aan het eind van de dag verschillen optreden: het tilgedrag van verpleegkundigen zonder rugklachten blijft vrijwel gelijk of iets beter, daarentegen zijn verpleegkundigen met rugklachten aan het eind van hun werkdag minder alert op het kiezen van een juiste tilstrategie. De Vries-Griever en De Vries concluderen dan ook dat de meeste rugklachten van verpleegkundigen veroorzaakt worden door het uitvoeren van til- en transferhandelingen in een niet optimale toestand en met behulp van een niet optimale techniek.

#### 4.2.2

##### *Verpleeghuizen*

In deze sector zijn twee studies gevonden over rugklachten en een mogelijk verband met werkbelasting (Bouman e.a. 1988; Knibbe 1988). Het onderzoek van Bouman e.a. is gehouden onder 163 ziekenverzorgenden van twee verpleeghuizen. Middels een zelf ontworpen



vragenlijst is een schriftelijke enquête gehouden. Uit de resultaten blijkt dat 70% last heeft van rugklachten in het algemeen en 50% van lage rugklachten in het bijzonder. Al is het niet duidelijk op welke periode deze cijfers betrekking hebben, in vergelijking met zowel de 12-maands- als de 3-maandsprevalenties in tabel 4.1 zijn dit hoge percentages. Bovendien blijkt ook uit het onderzoek van Knibbe dat 70-85% van de leerlingverpleegkundigen gedurende de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek last had van rugklachten. Niet-verplegenden en -verzorgenden hebben aanmerkelijk minder last (35%) van rugklachten (Bouman e.a. 1988). Tevens blijkt dat het merendeel van de rugklachten (70-90%), meestal geleidelijk, ontstaat in de huidige werksituatie.

Bij het niet verplegend en verzorgend personeel spelen de werkzaamheden een (significant) minder grote rol bij het ontstaan van rugklachten dan bij verplegenden en verzorgenden. Van de verplegenden en verzorgenden vindt een meerderheid met name het tillen van (zware) patiënten problematisch (Bouman e.a. 1988). De als meest zwaar ervaren tilhandelingen in dit onderzoek zijn het bewoners in en uit bed halen, in en uit een rolstoel halen, draaien in bed en het hoger in bed helpen en het omhoog plaatsen van de rugsteun. Deze subjectief als zwaar ervaren handelingen werden door middel van observaties ook als zodanig ondersteund. Uit het onderzoek van Knibbe (1988) komt naar voren dat bijna alle leerlingen (95%) vinden dat er tussen (het ontstaan van) rugklachten en het werk een samenhang bestaat.

In het onderzoek van Bouman e.a. werd ten slotte geïnventariseerd welke aanpassingen in het werk gerealiseerd zijn om een vermindering van rugklachten te bereiken. Opvallend is dat nagenoeg iedereen die aangaf aanpassingen te hebben gerealiseerd (zoals een betere tilhouding en tiltechniek, het gebruikmaken van een tillift, parttime gaan werken en cetera), ook rapporteert dat dit klachtenvermindering tot gevolg had.

#### 4.2.3

##### *Verzorgingshuizen*

De lichamelijke hulpbehoefendheid van bewoners wordt steeds hoger (CBS 1993; Kwartel e.a. 1994). Daarnaast is gebleken dat hoewel de werkzaamheden voor de verzorgenden zijn toegenomen, het aantal verzorgenden niet is toegenomen (WVC 1994). Dit heeft geleid tot een toename van de fysieke belasting van de verzorgenden (Van Erp 1994): bij alle activiteiten die bewoners niet meer zelf kunnen uitvoeren moet hulp en begeleiding worden gegeven. Evenals in verpleeghuizen gaat het

daarbij om vaak fysiek belastende taken zoals het tillen en verplaatsen van bewoners in en uit bed, tijdens de hulp bij de toiletgang en tijdens het douchen van bewoners waarbij een aanzienlijke belasting voor de rug en de nek-/schouderregio van de verzorgende kan ontstaan (Garg e.a. 1991; Garg e.a. 1992; Knibbe & Knibbe 1993; Winkelmolen e.a. 1994; Heijblom e.a. 1995).

Onderzoeksresultaten tonen aan dat tijdens het dagelijks werk van een verzorgende, met name tijdens til- en verzorgingshandelingen, de normen voor fysieke belasting systematisch overschreden worden. Maar weinig tilhandelingen vallen binnen de norm vastgesteld voor de industrie (Stubbs & Osborne 1979; Knibbe & Knibbe 1989; Garg e.a. 1991; 1992; Owen 1993; Knibbe & Knibbe 1993).

Ook managers van verzorgingshuizen onderkennen problemen op het gebied van de fysieke belasting, zo blijkt uit een onderzoek van Van Erp e.a. (1995) onder 75 managers in 7 verzorgingshuizen. Bijna 70% vermoedt dat de problemen met name het gevolg zijn van dynamische handelingen zoals het tillen en verplaatsen van hulpbehoefte bewoners. De statische werkbelasting, zoals het verzorgen van mensen in bed, zien minder managers (39%) als een belangrijke oorzaak. Verder zouden verzorgenden en verpleegkundigen volgens hen te weinig gebruikmaken van de aanwezige tilliften, hoog/laagbedden, badliften et cetera.

Dat rugklachten veel bij verzorgenden in verzorgingshuizen voorkomen blijkt eveneens uit een recent onderzoek van Bakker e.a. (1995). Hoewel de wijkverpleging en de verpleging in verpleeghuizen hoger scoren (60-70%), blijkt 56% ook een relatief hoge prevalentie te zijn: in vergelijking met andere beroepsgroepen buiten de gezondheidszorg noemt Burdorff (1992) 12-maandsprevalenties van 27% en 34% bij onderhouds- en kantoorpersoneel, tegenover 59% bij betonvlechters en 65% bij vorkheftruck bestuurders.

Het prevalentiecijfer uit het onderzoek van Bakker e.a. (1995) is vergelijkbaar met resultaten uit andere (Belgische) onderzoeken in verzorgingshuizen (Moens e.a. 1993; Demarest e.a. 1994). Demarest e.a. (1994) vonden bovendien dat de prevalentie van rugklachten bij het verplegend en verzorgend personeel het hoogst (52%) was, in vergelijking met het technisch (51%), administratief (41%) en paramedisch (30%) personeel.

Rugklachten blijken het meest voor te komen bij verpleegkundigen (Bakker e.a. 1995). Dit was tegen hun verwachting in omdat in verzorgingshuizen verpleegkundigen meestal leidinggevende functies bekleden. De

onderzoekers vermoeden dat dit te maken heeft met het feit dat verpleegkundigen, door een hoge fysieke belasting en mogelijk langdurige of ernstige rugklachten in een vorige baan, hebben moeten kiezen voor een dergelijke fysiek minder belastende baan. De kans is dus groot dat de klachten terugkomen bij het werk in een verzorgingshuis. Voor het verschil in prevalentie met de thuiszorg geven Bakker e.a. (1995) als verklaring dat verzorgingshuizen mogelijk beter zijn uitgerust voor de verzorging door bijvoorbeeld een betere beschikbaarheid van hulpmiddelen.

Een meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden ziet een verband tussen het werk dat zij doen en de klachten. Uit het onderzoek van Bakker e.a. (1995) blijkt dat 75% van de verplegenden en verzorgenden met rugklachten van mening is dat de rugklachten gerelateerd zijn aan het werk, waarbij zo'n 66% van de respondenten fysieke belasting op het werk als oorzaak noemt van hun rugklachten. Opvallend hierbij is dat statische belasting net zo vaak als dynamische belasting wordt genoemd als oorzaak van de klachten. Demarest e.a. (1994) vond een vergelijkbaar percentage: van de (totale) groep die rugklachten rapporteerde, stelde ruim 80% dat deze rugklachten zijn ontstaan tijdens het werk. In dit onderzoek wordt de werkdruk als een belangrijke oorzaak genoemd voor het niet gebruiken van technische hulpmiddelen en het geen beroep doen op collega's. Werkdruk (gemeten met behulp van de VOS-D, zie ook het volgende hoofdstuk) vertoonde een (significant) verband met het optreden van rugklachten.

#### 4.2.4

##### *Wijkverpleging*

Evenals in de verpleeghuizen is de rugklachtenproblematiek in de wijkverpleging een groot probleem: uit tabel 4.1 is af te lezen dat de 12-maandsprevalentie van rugklachten bijna 70% bedraagt. Hierbij is een klein maar significant verschil gevonden (Knibbe e.a. 1994; 1996) tussen wijkverpleegkundigen (71,4%) en wijkziekenverzorgenden (61,2%). Ook blijkt uit het onderzoek van Knibbe e.a. (1994; 1996) dat de prevalentie van de rugklachten met de leeftijd afneemt. De locatie van de klachten concentreerde zich vooral in de lage rug (59,3%). Een klein deel van de groep (5,1%) meldde dat de pijn soms naar één of beide benen uitstraalde. Dit is een indicatie van mogelijke druk op zenuwweefsel, hetgeen kan wijzen op meer ernstige rugklachten. Rugklachten in de hoge rug werd door 3% aangegeven. In het onderzoek van Dogger (1987) kwam naar voren dat de nek-/schouderklachten vaak gepaard gingen met tintelingen

aan de hand. Dit wordt *Occupational Cervical Disorder* (OCD) genoemd. OCD wordt veroorzaakt door steeds terugkerende statische belasting van de nek-/schouderpijnen (Van Straten 1987).

Zeker in de thuiszorg is er sprake van tillen onder bezwaarlijke omstandigheden: onhandig geplaatste wasbakken in veel te kleine doucheruimtes veroorzaken ergonomisch gesproken zeer belastende situaties. Gevaarlijke situaties ontstaan vooral als de rug tijdens het tillen ook gedraaid en gebogen is. Deze bewegingen ontstaan zeer vaak in de thuiszorg. De inrichting van woonhuizen maakt zulke houdingen vaak onvermijdelijk (Dogger 1987; Mol & Knibbe 1991).

Op vragen naar situaties die als fysiek belastend konden worden aangemerkt (Knibbe e.a. 1994; 1996), bleek dat een meerderheid gerelateerd was aan onmiskenbare tilhandelingen, met name de transfers in bed zelf (naar boven in bed, zijwaarts of draaien; 31,3%) en de transfers in bed gerelateerd aan verzorgende handelingen (ondersteekplaatsingen, wassen, aankleden, et cetera; 37,3%), gevolgd door transfers uit en naar een (rol)stoel of vice versa (21,6%). Dit komt overeen met bevindingen uit onderzoek in de andere sectoren. Deze vormen van dynamische belasting werden ook met behulp van de zogenaamde 'tilteller' gemeten. Daarnaast toonde de 'tilteller' ook een aanzienlijke statische belasting aan: 30% van de werktijd wordt in gebogen houding doorgebracht. Hoewel niet zo ervaren, blijkt statische belasting dus een belangrijke risicofactor te zijn voor het ontstaan van rugklachten.

Een causaal verband tussen deze klachten met afzonderlijke tilhandelingen is volgens Knibbe e.a. (1994; 1996) niet waarschijnlijk, eerder een veelheid van fysiek belastende momenten. In hun onderzoek kon tweederde van de groep een moment of situatie tijdens het werk beschrijven waarop de rugklachten ontstonden. Bijna 90% is er dan ook van overtuigd dat er een verband is tussen de rugklachten en het werk. Eenzelfde hoge percentage werd ook gevonden in een enquête van Mol en Knibbe (1991). Bij de andere klachten aan het bewegingsapparaat wordt het sterkste verband met de arbeidssituatie aangegeven bij de nek-/schouderklachten (73%), gevolgd door arm- en knieklachten (49%).

Overigens moet worden vermeld dat uit het onderzoek van Knibbe e.a. (1994; 1996) bleek dat na de inzet van tilliften een (significante) daling is opgetreden in de rugklachtenprevalentie. Voor de andere lichamelijke klachten werden geen (significante) veranderingen gevonden. Tilliften blijken een aanzienlijk deel van de fysieke belasting op te vangen, en dan met name het deel van de dynamische belasting buiten de grenzen van het

bed. Een groot deel van de fysieke belasting blijft echter bestaan: de tilhandelingen binnen de grenzen van het bed en de statische belasting.

#### 4.2.5

##### *Gezinsverzorging*

De prevalentie van rugproblemen onder uitvoerenden in de gezinsverzorging is niet buitengewoon hoog, vergeleken met andere verpleegkundigen en verzorgenden uit de gezondheidszorg (tabel 4.1). Uit het onderzoek van Arts e.a. (1997) blijkt dat eenderde van de uitvoerenden in de gezinsverzorging rugklachten heeft gehad gedurende de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek. Beemster en Friele (1993) vonden in hun onderzoek een prevalentie van 49%. Het blijkt dat rugklachten evenveel voorkomen onder de verschillende functieniveaus in de gezinsverzorging (Arts e.a. 1997).

In het onderzoek van Beemster en Friele (1993) werd de ervaren fysieke belasting per huisbezoek gemeten in termen van 'lichamelijk moe', 'lichamelijk uitgeput' en 'het werk is zwaar'. De termen 'moe', 'uitgeput' en 'zwaar' geven aan wanneer het werk belastend is geweest: in 59% van de huisbezoeken is men na afloop soms lichamelijk moe, in 40% van de huisbezoeken is men soms lichamelijk uitgeput en in 53% van de huisbezoeken vindt men het werk soms zwaar. Bij ongeveer eenderde van de bezoeken wordt het werk niet als belastend ervaren. Het werk wordt men name als zwaar beoordeeld door zogenaamde huishoudassistenten. Dit zijn helpenden die samen met een collega in een huishouden werken en uitsluitend belast zijn met huishoudelijke activiteiten. Uit het onderzoek van Arts e.a. (1997) blijkt dat van de zes functieniveaus de verzorgenden B, C en D zich beduidend meer lichamelijk belast voelen en een aanzienlijk hoger werktempo ervaren dan de alfahulpen, de thuishulpen A en gespecialiseerd verzorgenden E. De onderzoekers geven hiervoor als verklaring dat zij veel verzorgend werk bij veel verschillende cliënten moeten doen en dat zij mogelijk gezien het hoge werktempo minder ergonomisch werken, hetgeen een negatief effect heeft op de lichamelijke belasting.

In welke mate belastende factoren tijdens het werk voorkomen, werd door Beemster en Friele (1993) gemeten door te vragen naar 'veel doen in korte tijd', 'diep voorovergebogen werken' en 'tillen tijdens het werk'. Het blijkt dat veel in korte tijd moeten doen niet bij veel bezoeken voorkomt (15%). Een enkele keer voorovergebogen werken of tillen tijdens het werk komt in de helft van de bezoeken voor. In een vierde van de bezoeken wordt

meermaals of voortdurend voorovergebogen gewerkt en wordt in bijna een derde van de bezoeken meermaals of voortdurend getild. Daarnaast werd in dit onderzoek gevraagd naar belastende situaties zoals bijvoorbeeld het verplaatsen van zware spullen tijdens het schoonmaken. Het blijkt dat elk van de genoemde belastende situaties in bijna de helft van de bezoeken voorkomt. Er is dus sprake van een regelmatige belasting. Beemster en Friele (1993) concluderen dat de ervaren fysieke werkbelasting voor ieder huisbezoek meer samenhangt met een minder gunstige werkomgeving bij de mensen thuis dan met problemen met huishoudelijk materiaal. Daarbij is voor de totale fysieke belasting het individuele werkbezoek minder belangrijk en gaat het meer om de cumulatieve belasting.

### 4.3

#### Conclusie

Het blijkt dat publicaties over onderzoek met betrekking tot fysieke werkbelasting en gezondheidsklachten bij verpleegkundigen en verzorgenden beschikbaar zijn voor de sectoren ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, wijkverpleging en de gezinsverzorging. Lichamelijke gezondheidsklachten omvatten met name rugklachten. 12-maandsprevalenties van rugklachten lopen uiteen van 30-49% in de gezinsverzorging tot 70-85% in verpleeghuizen en de wijkverpleging. Uit verscheidene studies blijkt dat veel verpleegkundigen en verzorgenden (75-95%) een verband zien met het werk. Uit één onderzoek blijkt dat 66% een direct verband ziet met de fysieke werkbelasting. Als belangrijkste (mede)oorzaak van rugklachten wordt meestal de dynamische werkbelasting genoemd, zoals het tillen en verplaatsen in een vaak niet optimaal ergonomische omgeving wat betreft ruimte en middelen, dit geldt met name voor de thuissituatie. Daarnaast blijkt dat niet altijd tiltechnieken worden toegepast. Toch mag ook de statische belasting, zoals het werken in een voorovergebogen houding niet onderschat worden. Uit een studie in de wijkverpleging bleek dat zo'n 30% van de werktijd in een gebogen houding wordt doorgebracht. Aanpassingen in de vorm van bijvoorbeeld een goede tiltechniek en het gebruik van tilliften hebben een positief effect. Tilliften, ingezet om (een deel van de) de fysieke belasting op te vangen, hebben met name effect op de dynamische belasting en wel op het tillen en verplaatsen van patiënten buiten de grenzen van het bed.

## 5

# Psychische werkbelasting en gezondheidsklachten

### 5.1

#### Inleiding

Psychische werkbelasting blijkt veelal gemeten te worden door middel van een inventarisatie van psychische gezondheidsklachten. Er zijn verscheidene studies over het werk en de werkbelasting van de verpleging en verzorging beschikbaar waarin is onderzocht welke belastende factoren of werkkenmerken van invloed zijn op (het ontstaan van) psychische gezondheidsklachten. Werkkenmerken zijn bijvoorbeeld de mate van autonomie, het werktempo, leiderschapsstijl, et cetera. Daarnaast is in een aantal studies gekeken naar de invloed van persoonlijke kenmerken en copingstijlen (zoals onzekerheid, actief problemen aanpakken, steun zoeken, afwachten/vermijden). Voor de volledigheid wordt in dit hoofdstuk ook op deze factoren ingegaan.

Een belangrijke uiting van psychische gezondheidsklachten is 'burnout'. Kenmerken van burnout zijn (Schaufeli 1991): 'emotionele uitputting' (de batterij is leeg), het gevoel minder te presteren op het werk, wat samengaat met een gevoel van 'verminderde persoonlijke bekwaamheid' (tegenwoordig breng ik er niets meer van terecht) en 'depersonalisatie', een negatieve en ongevoelige houding ten opzichte van personen waarmee men werkt (die maagzweer op kamer 34). Deze kenmerken zitten dan ook in de meest gebruikte definitie van burnout: 'een syndroom van emotionele uitputting, verminderde persoonlijke bekwaamheid en depersonalisatie dat voor kan komen bij diegenen die beroepsmatig met andere mensen werken' (Maslach & Jackson 1986). Volgens Schaufeli lopen juist de hard werkende en gemotiveerde werknemers risico op burnout. Vandaar de metafoor burnout: 'om op te branden heeft men ooit in vuur en vlam moeten staan!' (Schaufeli 1991).

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn extra kwetsbaar voor burnout als gevolg van een aantal specifieke kenmerken binnen de hulpverlenings-

relatie (Spaans 1995). Ten eerste ligt binnen de hulpverlenersrelatie de nadruk op problemen. De hulpvragers zijn zieke mensen of mensen met problemen die het niet bolwerken. De hulpverlener is het meest betrokken bij de probleemzijde; wat goed en probleemloos verloopt krijgt minder aandacht dan wat er misgaat. Samenhangend hiermee ontvangen hulpverleners weinig positieve feedback. Vaak hoort men weinig als het goed gaat, maar overvloedig veel als het misgaat. Na genezing ziet men de mensen niet meer en 'mislukkingen' komen terug. Ten derde hebben verpleegkundigen en verzorgenden vaak te maken met emotioneel veeleisende onderwerpen als stervensbegeleiding, ernstige gedragsproblemen, agressie, dementie, enzovoort. Ten slotte noemt Spaans de (on)mogelijkheid tot verbetering of genezing. In de praktijk blijkt vaak niet meer mogelijk te zijn dan stabilisering of vertraging van het ziekteproces. Vooral verpleegkundigen en verzorgenden die op ideële gronden voor het beroep hebben gekozen en een hoog verwachtingspatroon hebben over hun bijdrage aan de genezing van patiënten zijn gevoeliger voor burnout.

Het blijkt moeilijk om antwoord te geven op de vraag wie of welk percentage als 'burned-out' beschouwd kan worden (Spaans 1991). Derhalve zal worden ingegaan op de mate van burnout bij de verpleging en verzorging in de verschillende sectoren.

Naast burnout kunnen psychische gezondheidsklachten worden onderscheiden in 'psychische klachten' (zoals angst, irritatie en somberheid) en 'vage lichamelijke klachten' of 'psychosomatische klachten' (zoals zweten, hartkloppingen en duizeligheid). Hoe het één en ander wordt gemeten staat omschreven in de bijlage bij hoofdstuk 5. In deze bijlage is ook een tabel opgenomen met daarin per sector de resultaten van onderzoeken ten aanzien van de mate van burnout, psychische klachten en vage lichamelijke klachten. Omdat niet alle onderzoekers alle drie vormen van psychische gezondheidsklachten (op dezelfde manier) hebben geïnventariseerd, is de tabel helaas niet compleet. Uitgezonderd de sector geestelijk gehandicaptenzorg zijn wel van alle sectoren onderzoeksresultaten beschikbaar.

In bijna alle (verzamelde) studies is het kenmerk 'emotionele uitputting' van burnout als indicator van psychische belasting gemeten. Deze component komt ook het meest overeen met de traditionele stress-reacties (Maslach 1993). In tabel 5.1 wordt hiervan een overzicht gepresenteerd. Hierbij geldt hoe hoger de score hoe groter de mate van emotionele uitputting.



Tabel 5.1

Overzicht van gemiddelde scores op 'emotionele uitputting'

	emotionele uitputting (scorebereik 0 t/m 6)
<i>Ziekenhuizen</i>	
. Verpleegkundigen (n = 152) (Bron: Boter 1995)	1,6
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>	
. Verpleegkundigen (n = 87) (Bron: Spaans 1991)	2,1
. Verpleegkundigen/HBO-iw'ers (n = 355)	2,0
. Ziekenverzorgenden & MDGO-vp'ers (n = 55)	1,4
. Overige gediplomeerde verpleegkundigen/verzorgenden (n = 128)	2,0
. Verpleegkundigen in opleiding (n = 83) (Bron: Bijl & Lemmens 1993)	1,7
. Verpleegkundigen (n = 361) (Bron: Melchior 1996)	1,9
<i>Verpleeghuizen</i>	
. Ziekenverzorgenden & MDGO-vp'ers (n = 121)	1,7
. Overige gediplomeerde verpleegkundigen/verzorgenden (n = 58)	1,8
. Ziekenverzorgenden in opleiding (n = 38) (Bron: Bijl & Lemmens 1993)	1,7
<i>Verzorgingshuizen</i>	
. Verzorgenden (n = 486) (Bron: Roering e.a. 1995)	1,7
<i>Wijkverpleging</i>	
. Verpleegkundigen en verzorgenden (n = 355) (Bron: Knibbe e.a. 1994)	2,1
. Verpleegkundigen en verzorgenden (n = 428, w.v. 26 gezinsverzorgenden) (Bron: Jansen & Kerkstra 1997)	2,0

(Vervolg op p. 178)

(Vervolg tabel 5.1 Overzicht van gemiddelde scores op 'emotionele uitputting')

<i>Gezinsverzorging</i>	
. Uitvoerenden (alle functieniveaus) (n = 474) (Bron: Arts e.a. 1997)	1,5
<i>Leerling-verpleegkundigen A, B, Z (n = 234)</i> (Bron: Van Dierendonck & Schaufeli 1993)	
<i>Ter vergelijking (voorlopige) normscores</i>	
. Verpleegkundigen en verzorgenden (n = 2.449)	1,7
. Gevarieerde groep (n = 3.892)*	1,7
(Bron: Schaufeli & Van Dierendonck 1994)	

\* (leerling-)verpleegkundigen, IC- en huisartsen, inrichtingswerkers, paramedisch personeel, politieagenten

In vergelijking met de normscores van Schaufeli en Van Dierendonck (1994) lijken met name verpleegkundigen in psychiatrische ziekenhuizen, wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden en leerling-verpleegkundigen risico op burnout te lopen. Als één van de oorzaken van burnout noemt Schaufeli (1991) de werkbelasting. Deze zou 'aanzienlijk zijn toegenomen ten gevolge van de bezuinigingen'. Met name de tijdsdruk speelt volgens Schaufeli een belangrijke rol. Spaans (1995) stelt dat naast een 'hoge werkdruk', de 'toekomstonzekerheid' een belangrijke oorzaak is van burnout en werkstress. Van de acht door Schaufeli genoemde organisatie-gerichte anti-burnout-strategieën wordt als eerste strategie het 'verbeteren van de werkinhoud' genoemd. Deze strategie is vooral gericht op het terugdringen van overbelasting. Het aanstellen van meer personeel is vaak niet voldoende zolang er niets verandert aan de inhoud van het werk of aan de werkomgeving. Steekwoorden daarbij zijn taakwisseling, taakverruiming en taakverrijking. Voor de verpleging valt daarbij te denken aan bijvoorbeeld roulatie over verschillende afdelingen en all-round vorming (Schaufeli 1991).

Zoals ook uit tabel 5.1 blijkt, zijn de meeste onderzoeken sector-specifiek. Er zijn twee sectoroverstijgende studies gevonden, één over gediplomeerde

verpleegkundigen en één over leerling-verpleegkundigen.

In het onderzoek onder 249 verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg, een gecombineerd verpleeghuis en een algemeen ziekenhuis (De Jonge e.a. 1994/1995) werd aangetoond dat 'werkdruk' tot meer emotionele uitputting en vervolgens tot meer psychosomatische gezondheidsklachten leidt. Sociale ondersteuning vanuit het werk leidt tot minder emotionele uitputting (en vervolgens tot minder gezondheidsklachten). Uit deze studie blijkt dat autonomie in het werk niet zozeer een direct effect heeft op emotionele uitputting. Wel is het zo dat in combinatie met een hoge mate van autonomie, eenzelfde werkdruk tot minder gevoelens van emotionele uitputting leidt. De onderzoekers concluderen dat emotionele uitputting en de hoeveelheid psychosomatische gezondheidsklachten teruggebracht kunnen worden door een aantal maatregelen. Ten eerste een verlichting van de werkdruk, bijvoorbeeld door een evenwichtiger verdeling van de werklast, een regelmatig en overzichtelijk dienstrooster en meer deskundige handen aan het bed. Ten tweede zouden er meer (keuze)mogelijkheden gecreëerd moeten worden in het werk. Ten slotte zou er sprake moeten zijn van een goede sociale ondersteuning op het werk, zowel door de direct-leidinggevenden als door collega's. Een combinatie van deze maatregelen lijkt het meest zinvol: het verlichten van de werkdruk in combinatie met meer autonomie in het werk en een goede sociale ondersteuning.

Het tweede onderzoek dat betrekking heeft op meerdere sectoren is een onderzoek naar burnout bij (234) leerling-verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen en de verstandelijk gehandicaptenzorg (Van Dierendonck & Schaufeli 1993). Het blijkt dat leerling-verpleegkundigen (significant) meer gevoelens van emotionele uitputting en minder gevoelens van depersonalisatie ervaren dan gediplomeerde verpleegkundigen (tabel 5.1 in dit hoofdstuk en tabel B5.1 in de bijlage). Wat betreft gevoelens van persoonlijke bekwaamheid zijn er geen verschillen. Deze resultaten passen ook bij het verschijnsel *early career burnout* (Cherniss 1980), een discrepantie tussen ideaal en werkelijkheid die vooral in het begin van een loopbaan groot kan zijn. Op basis van hun bevindingen doen Van Dierendonck en Schaufeli (1993) de volgende aanbevelingen: ten eerste dient er voor gezorgd te worden dat leerlingen niet het gevoel hebben van 'zwemmen of verzuipen' op het moment dat zij de praktijk in gaan, maar dat de drempel om sociale steun te vragen laag is. Hiermee wordt voorkomen dat de sociale

uitwisselingsprocessen met patiënten en met de organisatie zich in negatieve richting ontwikkelen. Een tweede aanbeveling is het tijdig te signaleren van vermijdingsgedrag en leerlingen te helpen dit om te zetten in een meer actieve wijze van omgaan met problemen.

## 5.2

### Overzicht per sector

#### 5.2.1

##### *Ziekenhuizen*

Boumans (1990) onderzocht de invloed van verscheidene werkaspecten op 630 verpleegkundigen, verdeeld over 16 algemene ziekenhuizen. Uit haar onderzoek komt naar voren dat verpleegkundigen een geringere mate van gezondheidsklachten ervaren naarmate de werksituatie zich kenmerkt door meer feedback en duidelijkheid, meer sociaal-emotioneel leiderschap van het afdelingshoofd, niet te veel complexiteit/moeilijkheid en meer autonomie. Verpleegkundigen ervaren meer gezondheidsklachten naarmate men onder een grotere werkdruk staat en naarmate afdelingshoofden meer instrumenteel gericht leiding geven. Ook sociale ondersteuning vanuit de werksituatie vermindert het aantal gezondheidsklachten. In het algemeen blijkt sociale steun sterk samen te hangen met psychische en psychosomatische reacties. Dit verband is minder sterk voor autonomie: verpleegkundigen met veel behoefte aan autonomie hebben niet meer of minder gezondheidsklachten dan verpleegkundigen met weinig behoefte aan autonomie. Deze verbanden zijn ook gevonden door Boter (1995) in een meer recente steekproef gehouden onder 152 verpleegkundigen in een algemeen ziekenhuis. Bovendien blijkt uit zijn onderzoek dat verpleegkundigen met psychische gezondheidsklachten, vooral irritatie, veel onvervulde loopbaanwensen hebben.

Sociale ondersteuning vanuit het werk blijkt ook een belangrijke 'bufferfunctie' te hebben (Boumans 1990): concreet betekent dit dat naarmate de psychische belasting hoger wordt (bijvoorbeeld bij een hogere werkdruk en minder groei- en promotiemogelijkheden) dit vooral tot psychische en psychosomatische gezondheidsklachten zal leiden bij een gebrek aan sociale ondersteuning.

Wat betreft mogelijke verbanden met copingstrategieën is het opvallend dat strategieën die gekenmerkt worden door het zoeken naar afleiding of geruststellend denken (spanning reducerend) en vermijden of afwachten, gezondheidsklachten doen toenemen, terwijl de strategie die gericht is op

een actieve aanpak van de problematische situatie de gezondheidsklachten doet afnemen (Boumans 1990; Boter 1995).

### 5.2.2

#### *Psychiatrische ziekenhuizen*

Een recent onderzoek van Melchior (1996) betreft burnout bij verpleegkundigen werkzaam in de verblijfspsychiatrie en mogelijke verbanden met kenmerken van het werk. De verwachting was dat de kans op burnout voor deze groep verpleegkundigen groter zou zijn dan die voor verpleegkundigen werkzaam in andere velden van de gezondheidszorg.

Verpleegkundigen in de verblijfspsychiatrie werken langdurig en intensief met chronisch zieke patiënten en krijgen vaker minder steun van andere disciplines dan verpleegkundigen die op meer acute verpleegafdelingen werken. Daarnaast krijgen ze steeds vaker te maken met ingrijpende veranderingen in hun werk vanwege een individuelere en patiëntgerichtere zorg en een verschuiving hiervan van het ziekenhuis naar de maatschappij (Melchior 1996). Melchior stelt dat deze ontwikkelingen zowel positieve (gevarieerder werk en betere kansen zich te ontplooiën) als negatieve (toename van de werkdruk en mogelijk onduidelijkheden omtrent wat er nu precies van de verpleegkundige verwacht wordt) gevolgen kunnen hebben voor verpleegkundigen.

Uit de tabellen (5.1 in dit hoofdstuk en B5.1 in de bijlage) is ook af te lezen dat de mate van emotionele uitputting voor met name de verpleegkundigen in de psychiatrie iets hoger is dan die van een normgroep. Voor wat betreft gevoelens van depersonalisatie en persoonlijke bekwaamheid zijn de resultaten vrijwel gelijk of zelfs iets gunstiger vergeleken met de cijfers van de normgroep.

Het onderzoek van Melchior (1996) toonde evenwel geen (significante) verschillen aan tussen het burnoutniveau van verpleegkundigen in de verblijfspsychiatrie en dat van verpleegkundigen in andere velden van de gezondheidszorg.

Voor wat betreft mogelijke relaties tussen burnout en het werk, kwamen uit een door Melchior (1996) verrichte meta-analyse duidelijk vier werkkenmerken naar voren: een hogere arbeidstevredenheid, steun van collega's en betrokkenheid bij de organisatie hebben een positieve invloed terwijl rolonduidelijkheid een duidelijk negatieve invloed heeft op burnout. Deze werkkenmerken worden ook in andere onderzoeken gevonden. Twee andere (ook significante) verbanden, meer specifiek gericht op de psychiatrie, zijn gevonden tussen burnout en het werken met depressieve

en suïcidale patiënten en de ongelijkheid in het uitwisselingsproces tussen verpleegkundigen en patiënten.

Uit zijn eigen onderzoek blijkt dat verpleegkundigen minder burnout hebben wanneer ze in hoge mate steun, duidelijkheid en autonomie in het werk hebben, het werk niet complex is, het afdelingsmanagement een sociale leiderschapsstijl hanteert en wanneer de patiëntengroep een laag functioneringsniveau kent. Over het algemeen vertonen deze resultaten dus veel overeenkomsten met onderzoeksresultaten uit de ziekenhuissector. Verder is gebleken dat werkervaring op individueel niveau weinig samenhang vertoont met burnout, terwijl de gemiddelde werkervaring op groepsniveau er sterk mee samenhangt. Ten slotte bleek, tegen de verwachting van de auteur in, dat het burnoutniveau niet veranderde na implementatie van het verpleegsysteem *primary nursing*.

Als praktische aanbeveling geeft Melchior ten eerste dat verpleegkundigen adequate steun en duidelijkheid in hun werk dienen te krijgen van hun managers, collega's en andere disciplines. De steun dient zich dan met name te richten op risicofactoren die speciaal gelden voor psychiatrisch verpleegkundigen, zoals de ongelijkheid in de uitwisselingsrelatie met patiënten en het omgaan met agressieve en suïcidale patiënten. Verder wordt aanbevolen dat managers een meer sociale leiderschapsstijl ontwikkelen, daarbij meer open staan voor suggesties en ideeën vanuit het verpleegkundig team en meer aandacht besteden aan de arbeidstevredenheid van de verpleegkundigen. Ook dient het management rekening te houden met de leeftijdsopbouw van het team met het oog op de gemiddelde werkervaring. Een derde aanbeveling van Melchior richt zich op een hoge mate van autonomie in het werk. Ten slotte doet de auteur, ondanks de resultaten, ook een aanbeveling ten aanzien van het verpleegsysteem: werken met *primary nursing* zou niet alleen de autonomie verhogen, maar geeft de verpleegkundige en de organisatie ook betere kansen om in te spelen op toekomstige ontwikkelingen. Daarbij kunnen patiënten beter begeleid worden bij hun terugkeer naar de maatschappij en kan er beter aan individuele wensen van patiënten tegemoet gekomen worden (Melchior 1996).

In aanvulling op dit onderzoek en de meta-analyse van Melchior (1996) kan het onderzoek van Spaans (1991) worden genoemd waarin onderscheid wordt gemaakt naar de verschillende afdelingen binnen de psychiatrie. Zo blijkt onder andere dat verpleegkundigen werkzaam op een PAAZ (significant) minder gevoelens van burnout hebben dan hun collega's die werkzaam zijn op afdelingen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis

(APZ) (tabel 5.2). In tegenstelling tot een onderzoek van Dassen (1989), waaruit blijkt dat shortstay-verpleegkundigen (significant) hoger scores op 'emotionele uitputting' dan collega's op longstay-afdelingen, kon Spaans verder geen onderscheid tussen de afdelingen aantonen.

*Tabel 5.2*

*Mate van 'emotionele uitputting' naar psychiatrische afdelingen*

	Emotionele uitputting (score: 0-6)
PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis) (n = 23)	1,8
Opnameafdeling (APZ) (n = 15)	2,3
Psychogeriatric (APZ) (n = 17)	2,3
Socioafdeling (APZ) (n = 23)	2,0
Verblijfsafdeling (langetermijnbehandeling, APZ) (n = 18)	2,1
Totaal (n = 87)	2,1

Bron: Spaans 1991.

Voor het gevonden verschil met de PAAZ geeft de auteur als verklaring dat verpleegkundigen op een PAAZ door de leiding en ook door andere disciplines meer erkend worden als spil in het gehele zorgproces rond de patiënt. De handelingsautonomie van verpleegkundigen op een PAAZ is hierdoor groter dan die van verpleegkundigen binnen een APZ. Daarnaast heeft een team op een PAAZ minder te maken met de bureaucratische processen van het ziekenhuis en kan het zelfstandiger functioneren in het ontwikkelen en uitvoeren van plannen. Uit zijn onderzoek kwam ten slotte naar voren dat een PAAZ over een grotere verpleegkundige formatie beschikt dan andere psychiatrische afdelingen.

De werkbelasting wordt door psychiatrisch verpleegkundigen als hoog ervaren (Spaans 1991). In dit onderzoek blijkt dit (significant) samen te hangen met 'emotionele uitputting'. In onderscheid naar de longstay- en shortstay-afdelingen stelt Spaans dat de werkbelasting op longstay-afdelingen te kenmerken is als een chronisch (over)belasting terwijl de werkbelasting op shortstay-afdelingen gekenmerkt wordt als afwisselend hectisch en rustig (vooral tijdens de weekenden). De als zeer hoog ervaren werkbelasting op psychogeriatric afdelingen verklaart Spaans vanuit

een personeelstekort. In aansluiting op bevindingen uit andere onderzoeken blijken verpleegkundigen van een PAAZ ook meer gebruik te maken van actieve en probleemoplossende copingstrategieën.

### 5.2.3

#### *Verpleeghuizen*

Onder ziekenverzorgenden (zowel leerlingen als gediplomeerden) komen psychosomatische gezondheidsklachten veel voor (Bijl en Lemmens 1993). Omdat een ander meetinstrument is gebruikt, kunnen deze resultaten helaas niet worden vergeleken met andere sectoren. Opvallend is dat deze beroepsgroep niet uitzonderlijk hoog scoort op emotionele uitputting (zie de tabellen 5.1 in dit hoofdstuk en B5.1 in de bijlage).

In psychogeriatrische verpleeghuizen zijn volgens Bijl en Lemmens (1993) ziekenverzorgenden duidelijke risicogroepen. Oorzaken hiervan zijn gelegen in ongunstige arbeidsaspecten zoals een grote lichamelijke en geestelijke belasting in het werk, een geringe tevredenheid over de zorg die men kan verlenen, weinig autonomie, veel te maken met ongewenste intimiteiten, met tegenwerkende en agressieve patiënten en een belasting door het omgaan met familieleden van patiënten. Een groot deel van de leerling-ziekenverzorgenden voelt zich bovendien niet opgewassen tegen emotionele gebeurtenissen. Het werken met bewoners wordt vaak als een last ervaren. Er is te weinig tijd en te weinig personeel voor lichamelijk en psychisch inspannend werk. In interviews wordt agressie opvallend vaak genoemd (Bijl en Lemmens 1993).

Uiteindelijk worden op basis van het onderzoek vijf risicofactoren voor ziekenverzorgenden in psychogeriatrische verpleeghuizen gedestilleerd, te weten: werksfeer/steun van collega's, kwaliteit van de leiding, persoonsgebonden factoren, mate van autonomie en werkdruk (Bijl en Lemmens 1993). Deze factoren sluiten ook aan bij de onderzoeksresultaten uit de andere sectoren.

Voortvloeiend uit dit onderzoek doen de auteurs de volgende aanbevelingen: verbetering van het sociale klimaat op de werkvloer, het vergroten van het inzicht in de eigen persoonlijke grenzen, het vergroten van de kennis bij leidinggevenden over het ontstaan van psychische gezondheidsklachten, verbetering van de begeleiding door opleiders, meer uitdaging in het werk door bijvoorbeeld het invoeren van functiedifferentiatie en ten slotte een zeer kritische beoordeling bij promotie.



#### 5.2.4

##### *Verzorgingshuizen*

Op basis van tabel 5.1 kan geconcludeerd worden dat de gemiddelde scores van verzorgenden in verzorgingshuizen voor de burnout-dimensie 'emotionele uitputting' niet veel afwijken van die van verzorgenden en verplegenden in de andere sectoren. Vergeleken met de normscores is de mate van depersonalisatie onder verzorgenden wel groter, maar zij voelen zich meer bekwaam dan gemiddeld (tabel B5.1 in de bijlage).

Volgens Roering e.a. (1995) is het aantal psychische klachten iets hoger dan bij een vergelijkingsgroep, maar verschilt het aantal 'vage lichamelijke klachten' nauwelijks met het verplegend personeel uit het onderzoek in verpleeghuizen van Bijl en Lemmens (1993). Bijl en Lemmens stelden echter dat de ziekenverzorgenden in hun onderzoek hoog scoorden op psychosomatische klachten.

Een factor op de werkplek die volgens de onderzoekers duidelijk samenhangt met het aantal psychische en vage lichamelijke klachten en burnout-verschijnselen is allereerst 'de onzekerheid die verzorgenden ervaren over het kunnen behouden van de huidige baan'. Daarnaast is, in aansluiting met andere onderzoeksresultaten, 'vermijdingsgedrag' een belangrijke factor: hoe meer een verzorgende een afwachtende houding aanneemt en probleemsituaties uit de weg gaat, des te groter is de kans op het optreden van psychische gezondheidsklachten. Andere factoren zijn de mate van zelfwaardering, het moeten werken in een hoog tempo, het ervaren van zware fysieke omstandigheden en het oordeel van een verzorgende over het nut van werkoverleg. In dezelfde lijn ligt het aantal mogelijkheden dat verzorgenden hebben om buiten het werkoverleg werkaangelegenheden te bespreken. Indien die er weinig zijn blijkt dit een risicofactor te zijn voor het optreden van met name lichamelijke klachten en emotionele uitputting. Ten slotte noemen de auteurs het aantal uren per week dat men werkt, hoe meer uren hoe hoger de psychische belasting. Factoren die in dit onderzoek door verzorgenden wel als psychisch belastend werden ervaren maar geen samenhang vertoonden met psychische klachten, burnout en vage lichamelijke klachten zijn een toename van het aantal tijdelijk opgenomen bewoners en het feit dat verzorgingshuizen andere, extra taken uitoefenen in het kader van extramuraliseringsprocessen.

Noemenswaardig zijn ten slotte die factoren waarvan de onderzoekers aanvankelijk veronderstelden dat ze een risicofactor zouden zijn in het werk van verzorgenden en waarvan uiteindelijk bleek dat ze nauwelijks een

bron van belasting waren. Deze factoren zijn: het zich psychisch belast voelen door de psychosociale taken, het draaien van veel wisselende diensten, een hogere leeftijd, het aantal jaren dat het beroep van verzorgende is uitgeoefend, eenmaal afgeronde fusies, het herindelen van functies, kinderopvangmogelijkheden, veranderingen op het werk zoals overplaatsing naar een andere afdeling of een ander team en, evenals in een aantal andere onderzoeken is gevonden, de mate van autonomie in het werk.

### 5.2.5

#### *Wijkverpleging*

In vergelijking met de normscores en met de scores van de andere sectoren blijkt uit tabel 5.1 in dit hoofdstuk en tabel B5.1 in de bijlage dat de mate van emotionele uitputting in de wijkverpleging vrij hoog is. De mate van depersonalisatie is iets minder en ook qua persoonlijke bekwaamheid voelen wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden zich vrij kundig. Tussen de drie soorten hulpverleners in de wijkverpleging zijn enkele (significante) verschillen waar te nemen wat betreft de mate van burnout (Jansen & Kerkstra 1997): wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden voelen zich in grotere mate emotioneel uitgeput dan gezinsverzorgenden. Daarnaast achten wijkverpleegkundigen zich in mindere mate persoonlijk bekwaam dan de wijkziekenverzorgenden. Ten aanzien van het soort dienstverband blijkt uit het onderzoek van Jansen en Kerkstra (1997) dat degenen die meer uren werken meer emotionele uitputting en depersonalisatie vertonen. Ook blijkt dat, in tegenstelling tot de uitkomsten van het onderzoek in de verzorgingshuizen, degenen met meer jaren ervaring in de thuiszorg meer gevoelens van emotionele uitputting vertonen. Autonomie in het werk, duidelijkheid, afwisseling en samenwerking zijn werkkenmerken die de mate van burnout negatief beïnvloeden. Daarentegen blijkt dat tijdsdruk de kans op emotionele uitputting vergroot. Dogger (1987) toonde aan dat wijkverpleegkundigen een zeer hoge werkbelasting ervaren en dat dit sterk samenhangt met de omvang van psychische gezondheidsklachten. Verder blijkt uit de studie van Jansen en Kerkstra (1997) dat het belang van het werk een sterke positieve invloed heeft op de mate waarin een hulpverlener zich persoonlijk bekwaam acht. Wat betreft de individuele kenmerken blijkt dat, zoals ook in andere sectoren, het passief omgaan met problemen en een actieve aanpak sterk samenhangen met gevoelens van burnout: deze 'copingstrategieën' leiden

duidelijk tot respectievelijk meer en minder gevoelens van burnout. Daarnaast vertoont het ervaren van steun van collega's en van de leidinggevende ook een sterke samenhang met burnout. Hierin blijkt ook een (significant) verschil te bestaan tussen wijkverpleegkundigen en wijkzickenverzorgenden: het ervaren van steun van een leidinggevende is voor wijkzickenverzorgenden een belangrijker kenmerk dan voor wijkverpleegkundigen (Jansen & Kerkstra 1997).

In het onderzoek van Jansen en Kerkstra kon overigens niet aangetoond worden dat invoering van verticale functiedifferentiatie leidt tot een vermindering van burnout. Er deed zich eerder een negatieve ontwikkeling voor, maar omdat dit voor zowel de experimentele groep als voor de controlegroep gold, is deze negatieve ontwikkeling waarschijnlijk veroorzaakt door andere factoren. De auteurs noemen hierbij de nadruk die in de thuiszorg wordt gelegd op het verhogen van de productiviteit, flexibiliteit, effectiviteit en efficiëntie.

Ten slotte blijkt ook de introductie van tilliften in de thuiszorg geen effect te hebben op de mate van burnout. Dit blijkt uit een onderzoek van Knibbe e.a. (1994): omdat psychosociale overbelasting ook aanleiding kan zijn voor het ontstaan van rugklachten (Knibbe e.a. 1994) en de psychosociale belasting in de wijkverpleging vrij hoog is, werd in het onderzoek van Knibbe e.a. (1994) naast de mate van lichamelijke klachten ook de mate van burnout voor en na invoering gemeten.

### 5.2.6

#### *Gezinsverzorging*

Uit het onderzoek van Arts e.a. (1997) blijkt dat verzorgenden in de gezinszorg vrij gunstig scoren op de twee gemeten dimensies van burnout, emotionele uitputting en persoonlijke bekwaamheid: vergeleken met de normscores (zie tabel 5.1 in dit hoofdstuk en tabel B5.1 in de bijlage) en met de andere sectoren ervaren verzorgenden in de gezinszorg minder sterk gevoelens van emotionele uitputting en voelen zij meer bekwaam in het werk.

Wanneer de zes functieniveaus (verzorgenden A t/m E en alfahulpen) onderling worden vergeleken, concluderen de onderzoekers dat burnout in de vorm van emotionele uitputting vooral voorkomt onder de hogere functieniveaus. Alfahulpen, en in mindere mate ook de thuishulpen A en verzorgenden C zijn (significant) minder emotioneel uitgeput dan de andere functieniveaus. De meeste gevoelens van emotionele uitputting worden ervaren door de gespecialiseerd verzorgenden E. Wat betreft de

persoonlijke bekwaamheid bestaan er onderling nauwelijks verschillen: ondanks de lage status die het beroep heeft, voelen alle uitvoerenden zich behoorlijk kundig in het werk dat ze doen.

Vergeleken met bovenstaande sectoren zijn voor gezinsverzorgenden vergelijkbare factoren gevonden die van invloed zijn op burnout. Resultaten van het onderzoek van Arts e.a. (1997) geven aan dat factoren als lichamelijke belasting, emotionele belasting en het werktempo (werkdruk) het meest van invloed zijn op gevoelens van emotionele uitputting. De emotionele en mentale belasting neemt, evenals emotionele uitputting, (significant) toe met het stijgen van het functieniveau. Complexer werk gaat dus waarschijnlijk samen met een hogere emotionele en mentale belasting. Ook is het aantal uren dat per week wordt gewerkt van invloed: uitvoerenden met een groter contract zijn meer emotioneel uitgeput. Een factor die leidt tot minder gevoelens van emotionele uitputting is het ervaren van 'sociale steun van leidinggevenden'. Gevoelens van persoonlijke bekwaamheid nemen toe wanneer er in hoge mate sprake is van autonomie in het werk en wanneer uitvoerenden voldoende leer-en groeiomgevingen ervaren. Wanneer de rolonduidelijkheid toeneemt, blijken uitvoerenden zich minder persoonlijk bekwaam te voelen.

Ten aanzien van de beide vormen van burnout geldt ook voor gezinsverzorgenden dat een passieve benadering van omgaan met problemen van negatieve invloed is. Uitvoerenden voelen zich dus minder emotioneel uitgeput en meer bekwaam naarmate zij een meer actieve manier van omgaan met problemen hanteren.

De onderzoekers vragen op basis van hun bevindingen aandacht voor ten eerste de arbeidsomstandigheden in de gezinsverzorging, in de zin van het verlagen van het werktempo en het verminderen van de lichamelijke en geestelijke belasting. Zij zien hierin met name een taak weggelegd voor de leidinggevenden. Onveilige situaties en slechte werkomstandigheden dienen door hen te worden gesignaleerd en met behulp van beschikbare hulpmiddelen worden vermeden.

Een tweede aanbeveling is gericht aan de nieuwe opleidingen voor (gezins)verzorgenden en helpenden en betreft copingstrategieën. Kennis en vaardigheden op het gebied van coping dienen in het curriculum van de nieuwe opleiding opgenomen te worden.

### 5.3

#### Conclusie

Onderzoeksgegevens met betrekking tot psychische belasting en daaraan gerelateerde gezondheidsklachten bij verplegenden en verzorgenden blijken beschikbaar te zijn voor bijna alle sectoren. Alleen de sector verstandelijk gehandicaptenzorg is ondervertegenwoordigd: behalve in een sectoroverstijgend onderzoek, zijn over de verpleging en verzorging binnen deze sector geen gegevens beschikbaar.

Wanneer de sectoren onderling worden vergeleken, komt naar voren dat psychische gezondheidsklachten met name voorkomen onder verpleegkundigen in de psychiatrie en verpleegkundigen en ziekenverzorgenden in de wijkverpleging. Het is niet bekend of deze verschillen ook statistisch significant zijn. In één onderzoek onder verpleegkundigen in de psychiatrie werd een niet significant verschil gemeten. Wanneer onderscheid wordt gemaakt naar leerling- en gediplomeerde verpleegkundigen blijkt dat leerling-verpleegkundigen in een (significant) hogere mate emotioneel uitgeput zijn, maar daarentegen minder gevoelens van depersonalisatie ervaren.

Factoren die van invloed zijn op (het ontstaan van) psychische gezondheidsklachten en die in meerdere sectoren naar voren komen, zijn de ervaren werkbelasting of het werktempo, de mate van sociale ondersteuning op het werk en de manier van leidinggeven, de mate van rolonduidelijkheid of duidelijkheid in het werk en het aantal uren dat men werkt. Belangrijk blijkt ook het coping-gedrag van de verpleegkundige of verzorgende: een actieve manier van omgaan met problemen heeft een gunstige invloed op gezondheidsklachten. Meer passieve copingstrategieën, zoals het vermijden van problemen, afwachten en het zoeken van afleiding, werken psychische gezondheidsklachten juist in de hand. Een andere factor die vaak wordt genoemd in verband met psychische werkbelasting is de mate van autonomie in het werk. Het verband met (het optreden van) psychische gezondheidsklachten is echter niet altijd even sterk. Over het algemeen heeft een hoge mate van autonomie in het werk een positieve uitwerking.

Gesteld kan worden dat naarmate er meer sprake is van autonomie in het werk negatieve factoren als een hoog werktempo minder snel tot klachten leidt. Een dergelijke bufferfunctie is ook gevonden voor sociale ondersteuning.

Meer specifiek voor de sector psychiatrie zijn factoren als het werken met depressieve en suïcidale patiënten en de ongelijkheid in het

uitwisselingsproces tussen verpleegkundigen en patiënten.  
De aanbevelingen die ten slotte door de verschillende onderzoekers worden gedaan, zijn vooral gericht aan de leidinggevenden en de (nieuwe) opleidingen en hebben betrekking op (combinaties van) bovenstaande factoren.

## 6

# Werk(be)last(ing) en ziekteverzuim

### 6.1

#### Inleiding

Centrale begrippen in dit hoofdstuk zijn werklast/werkbelasting en ziekteverzuim. In het eerste hoofdstuk is uitgebreid ingegaan op de begrippen werklast en werkbelasting. Ook is in dat hoofdstuk een model gepresenteerd dat in algemene zin gezondheidsklachten en kort- en langdurig ziekteverzuim tracht te verklaren. Kort samengevat gaat dit model uit van een disbalans tussen de mogelijkheden van een werknemer (belastbaarheid) en de eisen die vanuit het werk aan hem gesteld worden (belasting), als oorzaak van onder- of overbelasting. De werknemer die wordt geconfronteerd met een dergelijke disbalans zal pogingen ondernemen om deze weer op te heffen (coping). Wanneer het coping-gedrag niet succesvol is, loopt de werknemer het risico op een aantal negatieve gevolgen zoals burnout, psychische klachten, psychosomatische klachten en lichamelijke klachten als rugklachten. Deze klachten kunnen weer aanleiding geven tot een toename van ziekteverzuim. Ziekteverzuim wordt veelal omschreven als 'de afwezigheid van het werk met een beroep op de Ziektewet' (Smulders & Veerman 1990). Hieronder valt normaal gesproken ook het zwangerschaps- en bevallingsverlof. Tenzij anders vermeld, wordt in deze paragraaf ziekteverzuim gedefinieerd als 'de afwezigheid van het werk met een beroep op de Ziektewet *exclusief* zwangerschaps- en bevallingsverlof'. Met verzuimduur wordt bedoeld het totaal aantal verzuimde kalenderdagen van beëindigde verzuimgevallen in een bepaalde periode; verzuimfrequentie is het aantal ziekmeldingen in een bepaalde periode.

Ziekteverzuim vormt voor de verplegende en verzorgende beroepen een groot risico, zo blijkt uit tabel 6.1.

Tabel 6.1:  
*Ziekteverzuimpercentages exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof  
 (tussen haakjes inclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof) (1995)*

	Totaal	Vrouw	Man
Gezinsverzorgenden en -helpenden	9,2 (10,5)	9,4 (10,6)	7,0
Bejaardenverzorgenden en -helpenden	8,0 (9,6)	8,1 (9,6)	7,1
Kraamverzorgenden	7,3 (9,1)	7,4 (9,1)	3,0
Groepsleiders	7,3 (9,1)	7,5 (9,7)	6,6
Maatschappelijk en cultureel werkenden	7,3 (8,4)	7,8 (9,2)	6,6
Verpleegkundigen en verzorgenden in opleiding	7,1 (7,7)	7,2 (7,9)	6,5
Verpleegkundigen en verzorgenden gediplomeerd	6,8 (8,7)	7,0 (9,1)	5,7
Huishoud-, keuken- en schoonmaakpersoneel	6,7 (7,3)	7,2 (8,0)	5,0
Beroepssportbeoefenaren	6,7 (6,8)	3,8 (5,0)	7,6
Administratieve functies	5,2 (6,5)	5,5 (7,0)	3,8
Leidinggevende functies	5,2 (6,2)	6,3 (7,8)	4,0
Overige (para)medische functies	5,1 (6,9)	5,4 (7,6)	4,1
Fysio- en arbeidstherapeuten	4,5 (6,2)	5,0 (7,6)	3,6
Verloskundigen	4,1 (6,6)	4,2 (6,8)	1,5
Overige functies	4,0 (4,8)	4,4 (5,4)	3,2
Dokters- en tandartsassistenten	3,7 (5,3)	3,8 (5,4)	2,9
Onderwijskundige functies	3,6 (4,5)	4,2 (5,6)	2,6
Mondhygiënisten, apothekersassistenten en diëtisten	3,4 (5,3)	3,4 (5,3)	3,9
Geneeskundigen	2,9 (3,9)	3,7 (5,7)	2,1
Kerkelijke functies	2,9 (3,2)	3,3 (3,9)	2,6
Onbekend	7,5 (8,9)	8,1 (9,8)	5,7
Totaal	6,4 (7,6)	6,7 (8,3)	4,7

(Bron: BVG 1996)

*Ter vergelijking ziekteverzuimpercentages particuliere bedrijven en rijksoverheid*

Niet-commerciële dienstverlening (incl. zorgsector)	6,1 (7,3)
Industrie en delfstoffenwinning	5,9 (6,2)
Bouwnijverheid	4,9 (5,0)
Commerciële dienstverlening	4,1 (4,8)
Landbouw	3,8 (4,0)
Totaal	4,9 (5,5)
Rijksoverheid	5,5 (5,8)

(Bron: OSA 1996)



De hoge ziekteverzuimpercentages gelden voor zowel mannen (uitgezonderd de mannelijke kraamverzorgenden) als voor vrouwen. De BVG geeft hiervoor als verklaring dat 'de werkdruk en de psychische belasting traditioneel hoog is bij de verzorgende beroepen (...). Die zijn er, als gevolg van de vele bezuinigingen, de afgelopen jaren niet minder op geworden.'

Over het algemeen is het ziekteverzuim de laatste jaren, ondanks een lichte stijging in 1995 ten opzichte van 1994, gedaald (zie ook tabel B6.1 in de bijlage). In deze tabel is het ziekteverzuim niet uitgesplitst naar de verschillende beroepsgroepen. Met behulp van gegevens van het NZi en de LVT was het voor de meeste sectoren mogelijk het ziekteverzuim van alleen de verpleging en verzorging eruit te lichten (tabellen B6.2 en B6.3 in de bijlage). De percentages ziekteverzuim voor het totale personeel in deze tabellen wijken iets af van bovenstaande percentages. De oorzaak hiervan is waarschijnlijk gelegen in het feit dat de cijfers afkomstig zijn van verschillende bronnen. Uit deze tabellen is evenwel af te leiden dat ook binnen de beroepsgroep verplegenden en verzorgenden eenzelfde dalende lijn is te zien wat betreft het ziekteverzuim gedurende de afgelopen jaren. In de bijlage is ter aanvulling nog opgenomen een tabel met ziekteverzuimgegevens van de intramurale sector naar leeftijd en geslacht (tabel B6.4).

Hieronder zal per sector worden ingegaan op het ziekteverzuim van de verpleging en verzorging met een overzicht van resultaten van onderzoeken over (mogelijke) verbanden met werk(be)last(ing).

## 6.2

### Overzicht per sector

#### 6.2.1

##### *Ziekenhuizen*

Het ziekteverzuim in ziekenhuizen (5,9%) ligt ten opzichte van het gemiddelde ziekteverzuim van de totale intramurale sector (6,6%) en totaal generaal (6,4%) iets lager (bijlage bij hoofdstuk 6). Ten opzichte van het totale personeel in een ziekenhuis is het ziekteverzuim van de verpleging in categoriale ziekenhuizen hoger dan gemiddeld, in algemene en academische ziekenhuizen is dat ongeveer gelijk (bijlage bij hoofdstuk 6).

Onderzoeken onder respectievelijk 630 en 124 (leerling-)verpleegkundigen (Boumans 1990; Boter 1995) tonen geen sterke verbanden tussen ziekteverzuim en werk(be)last(ing). In beide studies werd een zwak (wel

significant) verband tussen werkdruk en ziekteverzuimfrequentie gevonden. Boter toonde daarnaast ook een zwak (significant) verband tussen werkdruk en ziekteduur.

Boumans constateerde dat er veel werknemers zijn zonder verzuim en een relatief gering aantal met veel verzuim. Bij een hoge werkdruk zijn verpleegkundigen volgens verwachting minder tevreden en verzuimen zij vaker. Deze relatie met werkdruk geldt met name op afdelingsniveau, op individueel niveau blijkt er nauwelijks samenhang te bestaan tussen werkdruk en ziekteverzuim. In beide onderzoeken wordt aangetoond dat naarmate een werksituatie zich meer kenmerkt door een hoge mate van complexiteit en moeilijkheid, verpleegkundigen een *grotere* werkwaardering rapporteren (ook op individueel niveau) en minder vaak verzuimen (alleen op afdelingsniveau).

Wat betreft andere kenmerken van werk (dan werkdruk) zijn er geen sterkere verbanden gevonden. In het onderzoek van Boumans werd een ander, maar zwakker (ook significant) verband aangetoond, op enkel individueel niveau, met 'promotie, groei en persoonlijke ontwikkeling'.

### 6.2.2

#### *Psychiatrische ziekenhuizen*

Het ziekteverzuim in psychiatrische ziekenhuizen (6,6%) is praktisch gelijk aan het gemiddelde ziekteverzuim van de totale intramurale sector (ook 6,6%) en totaal generaal (6,4%) (bijlage bij hoofdstuk 6). Ten opzichte van het gemiddelde ziekteverzuim van het totale personeel in een psychiatrisch ziekenhuis is het ziekteverzuim van verpleegkundigen even hoog (bijlage bij hoofdstuk 6).

Uit een onderzoek uitgevoerd door Spaans (1991), onder 87 psychiatrisch verpleegkundigen, blijkt dat (in volgorde van voorkomen) griep, spanningsklachten en hoofdpijn de voornaamste redenen zijn om zich ziek te melden. Volgens Spaans mag verwacht worden dat bij nader onderzoek een deel van de griep- en hoofdpijnklachten geherformuleerd moeten worden als psychosomatische uitingen van stress in de werksituatie. Er zijn geen (significante) verbanden gevonden tussen het aantal ziekte-dagen en diverse stressoren (zoals ervaren werkbelasting, negatieve feedback van andere disciplines, toekomstonzekerheid en dergelijke) en copingstrategieën (zoals actief aanpakken, afleiding zoeken, afwachten/uit de weg gaan en dergelijke), hetgeen zou kunnen betekenen dat een *hoog* stressniveau en/of defensieve copingstrategieën niet hoeven te leiden tot een hoger ziekteverzuim.

Wel is een sterke relatie (eventuele significantie onbekend) gevonden met 'emotionele uitputting', het kernelement van burnout. In aansluiting hierop is een hoger ziekteverzuim gevonden bij de groep emotioneel uitgeputte verpleegkundigen (36 dagen) tegenover de overige verpleegkundigen (13 dagen). De onderzoeker concludeert dat emotionele uitputting mogelijk kan leiden tot een hoger ziekteverzuim.

Ook zijn sterke verbanden gevonden tussen ziekteverzuim en de drie subschalen van 'psychische klachten' (angst, depressie en irritatie), hetgeen zou kunnen betekenen dat psychische klachten leiden tot een hoger ziekteverzuim.

### 6.2.3

#### *Instellingen voor verstandelijk gehandicapten*

Het ziekteverzuim van personeel in instellingen voor verstandelijk gehandicapten (6,9%) ligt iets boven dat van het gemiddelde van de totale intramurale sector (6,6%) en totaal generaal (6,4%) (bijlage bij hoofdstuk 6). Ten opzichte van het totale personeel van een instelling voor verstandelijk gehandicapten is het ziekteverzuim van het verzorgend en verplegend personeel iets hoger (bijlage bij hoofdstuk 6).

Helaas zijn er binnen deze sector (nog) geen onderzoeksgegevens voorhanden die betrekking hebben op de werk(be)last(ing) van verpleging en verzorging in relatie tot ziekteverzuim.

### 6.2.4

#### *Verpleeghuizen*

Het ziekteverzuim in verpleeghuizen (7,6%) ligt ruim boven dat van het gemiddelde ziekteverzuim van de totale intramurale sector (6,6%) en totaal generaal (6,4%) (bijlage). In vergelijking met het totale personeel van verpleeghuizen is het ziekteverzuim van het verplegend en verzorgend personeel hoger. Dit geldt voor zowel de gecombineerde verpleeghuizen als voor somatische en psychogeriatrische verpleeghuizen (bijlage). In vergelijking met de andere sectoren is het ziekteverzuim in deze sector de afgelopen vijf jaren het snelst gedaald (1,9%).

Verpleeghuizen in de grote steden (Amsterdam, Rotterdam en Den Haag) kampen met een hoger ziekteverzuim dan verpleeghuizen in de rest van Nederland (Ankoné 1990). Naar aanleiding hiervan is door Hindriks e.a. (1990) een onderzoek uitgevoerd waarin werd aangetoond dat de belangrijkste oorzaak van deze problematiek gelegen was in een hogere mate van hulpbehoefte van bewoners. Bovendien zou de

hulpbehoevendheid van bewoners in verpleeghuizen in de grotere steden sneller zijn toegenomen dan in de rest van Nederland en daarmee een verklaring zijn voor de toename van het ziekteverzuim.

Deze veronderstellingen, een grotere hulpbehoevendheid en een snellere toename ervan, zijn getoetst door Frijters e.a. (1992). In dit onderzoek werd nagegaan of de verpleegbehoefte van bewoners in verpleeghuizen in de grote steden (en in elk van de grote steden afzonderlijk) afwijkt van die van de verpleeghuispopulatie in de rest van Nederland en of deze verpleegbehoefte in recente jaren is veranderd. De ADL-hulpbehoefte score werd als maat gebruikt voor de verpleegbehoefte. Het blijkt dat deze score de belangrijkste patiëntkenmerkenparameter is om verschillen in hoeveelheid werk uit te drukken. De ADL-hulpbehoefte bleek in elk van de grote steden onder het landelijk gemiddelde te liggen en in de 'rest van Nederland' was een toename in hulpbehoefte te constateren van zowel psychogeriatrische als somatische bewoners. In de grote steden daarentegen nam de hulpbehoefte alleen toe bij psychogeriatrische patiënten. Deze toename was minder groot in vergelijking met die in psychogeriatrische verpleeghuizen in de rest van Nederland.

Als verklaring voor de lagere verpleegbehoefte wordt onder andere de in grote steden minder omvattende mantelzorg genoemd, zodat potentiële verpleeghuispatiënten eerder worden opgenomen in verpleeghuizen. Andere (zwak significante) verschillen ter verklaring van een hogere werkdruk waren een hogere leeftijd van bewoners en een zwaardere medische diagnostiek van patiënten in verpleeghuizen in de grote steden. Deze patiëntkenmerken zouden echter nauwelijks samenhangen met de verpleegbehoefte.

Ondanks verschillen tussen individuele verpleeghuizen in inzet van personeel naar rato van de hulpbehoefte score, bleken verpleeghuizen op regionaal niveau niet van elkaar verschillen. Vanwege het relatief grote verschil in hulpbehoefte ten opzichte van de rest van Nederland zou minder personeel ingezet kunnen worden in verpleeghuizen in de grote steden.

De onderzoekers vermoeden echter dat, ondanks de geringere verpleegbehoefte van bewoners (en de daarmee samenhangende geringere hoeveelheid werk), verpleeghuizen in de grote steden te maken hebben met bijzondere werkcomponenten en -omstandigheden (externe afstemming en andere niet direct patiëntgebonden activiteiten zouden in grote steden meer tijd dan elders vergen) die er wellicht toe leiden dat de uiteindelijke werkdruk groter is dan elders.

### 6.2.5

#### *Verzorgingshuizen*

Enkele onderzoekers verwijzen naar het 'hoge ziekteverzuim' onder verzorgenden in verzorgingshuizen (Erp 1994; Roering 1995). Uit tabel 6.1 blijkt ook dat het ziekteverzuim onder bejaardenverzorgenden en -hulpverleners hoog is, op de gezinsverzorgenden na, zelfs het hoogst. Voor de totale sector verzorgingshuizen blijkt echter uit tabel B6.1 in de bijlage dat (in 1995) het ziekteverzuim (6,5%) onder dat van het totaal van de maatschappelijke dienstverlening ligt (7,3%) en ongeveer gelijk is aan het 'totaal generaal' (6,4%). Het ziekteverzuim in verzorgingshuizen ligt tot en met 1992 boven het gemiddelde van de totale maatschappelijke dienstverlening en tot en met 1994 boven dat van het totaal generaal. De daling van het ziekteverzuim in de totale sector is ook sneller dan dat van de beide totalen. Het hoge percentage in tabel 6.1 is dan ook waarschijnlijk tweeweggebracht door een hoog ziekteverzuim in verpleeghuizen.

In het onderzoeksrapport van Roering (1995) worden ontwikkelingen geschetst die aanleiding kunnen zijn voor een steeds hogere werkbelasting van verzorgenden werkzaam in verzorgingshuizen. Dit zijn veranderingen in de zorgbehoefte van de bewoners: ouderen blijven langer zelfstandig wonen en komen pas in een verzorgingshuis als ze zich niet meer zelf kunnen redden. Zowel de gemiddelde leeftijd als de complexiteit van zorg blijkt te stijgen (zie ook hoofdstuk 2). Deze ontwikkelingen doen zich voor in een tijd waarin het aantal personeelsleden niet wezenlijk toeneemt en de taken van de verzorgingshuizen uitgebreid worden. Al deze ontwikkelingen zijn rechtstreeks van invloed op het personeel en leidt onder andere tot een hogere werkdruk. Uit het onderzoek van Van Erp (1994) blijkt dat personeelstekort al snel als mogelijke oorzaak gezien wordt van een hoge werkbelasting: door de bezuinigingen moeten minder mensen steeds meer werk doen. De tijd die per cliënt beschikbaar is, wordt steeds minder, waardoor er harder moet worden gewerkt en de kans op ziekte toeneemt. Toch is volgens Van Erp het gebrek aan personeel niet de enige reden voor het hoge ziekteverzuim. Het blijkt dat ook de cultuur van een organisatie veel invloed heeft op het welbevinden van werknemers: een strenge hiërarchie, slechte communicatie met de leiding, de frequentie van het werkoverleg en de invulling van het werkoverleg zijn factoren die mede oorzaak zijn van een hoger ziekteverzuim. Bovendien hebben met name de oudere verzorgenden in hun opleiding weinig geleerd over stervensbegeleiding en de omgang met dementerenden, terwijl bewoners steeds ouder en hulpbehoevend worden. Ten slotte geeft Van Erp aan

dat door de toegenomen behoefte aan zorg ook de lichamelijke belasting van de verzorgende is toegenomen, wat een knelpunt vormt voor het ziekteverzuim.

Uit het onderzoek van Roering e.a. (1995) naar psychische belasting en daarmee samenhangend ziekteverzuim onder 445 verzorgenden in verzorgingshuizen blijkt uit de analyses dat ziekteverzuim moeilijk te verklaren is uit psychische belasting: er zijn geen indicatoren voor een relatie tussen psychische belasting en ziekteverzuim. Oorzaak hiervan, volgens de onderzoeker, kan zijn dat er een zeker taboe rust op de erkenning van verzuim door psychische problemen. Om te bepalen hoe groot het probleem is, werd gekeken naar de subjectieve gegevens van de verzorgenden zelf. Gevraagd werd naar de mening van respondenten over de samenhang van ziekteverzuim met het werk in zijn algemeenheid en met psychische (over)belasting in het bijzonder.

Het blijkt dat ruim 29% van de groep respondenten die zich de 12 maanden voorafgaand aan het onderzoek ziek heeft gemeld, vindt dat het ziekteverzuim in meer of mindere mate samenhangt met het werk: ruim 10% in geringe mate en bijna 19% vindt dat het verzuim voor de helft, in belangrijke mate of geheel te wijten aan problemen op het werk.

Ruim 33% vindt dat het ziekteverzuim tijdens de afgelopen 12 maanden in meer of mindere mate het gevolg is geweest van psychische overbelasting: bijna 18% vindt dat ziekteverzuim in enige mate te maken heeft met psychische overbelasting en ruim 15% vindt dat het ziekteverzuim voor ongeveer de helft, in belangrijke mate of geheel te wijten is aan psychische overbelasting.

Ook is onderzocht of er samenhang bestaat tussen psychische belasting enerzijds en de mate waarin ziekteverzuim toegeschreven wordt aan problemen in de werksituatie en aan psychische belasting anderzijds: deze samenhang blijkt aanwezig: respondenten die hun verzuim grotendeels toeschrijven aan het werk, verzuimen vaker en langer.

Uit een onderzoek naar fysieke belasting van Bakker e.a. (1995) onder 445 verplegenden en verzorgenden in verzorgingshuizen blijkt dat 11% van de mensen met rugklachten (182) zich ziek meldt als gevolg van die rugklachten. Het overgrote deel (90%) werkt ondanks hun rugklachten gewoon door. Het komt dan ook regelmatig voor dat bewoners die veel zorg behoeven, worden overgedragen aan collega's. Dit leidt tot een verzwaring van het werk van deze collega's waardoor de kans dat zij rugklachten krijgen, toeneemt.

De conclusie van de onderzoekers is dat rugklachten niet direct leiden tot

een hoog ziekteverzuim, maar er is wel reden om aan te nemen dat het leidt tot een onevenredige verdeling van de zwaarte van het werk onder het personeel. Verder betekent het feit dat een groot deel van de verzorgenden met rugklachten gewoon doorwerkt, niet dat de klachten niet ernstig zouden zijn. Men werkt door tot het écht niet meer gaat. Verzuimcijfers kunnen daarom misleidend zijn: wanneer alleen gekeken wordt naar de omvang van de groep medewerkers die zich door rugklachten ziek meldt, wordt helaas slechts een klein deel van de problematiek belicht.

### 6.2.6

#### *Wijkverpleging*

Het ziekteverzuim in de wijkverpleging (6,7%) ligt iets onder dat van het gemiddelde ziekteverzuim van de totale maatschappelijke dienstverlening (7,3%) en iets boven dat van het totaal generaal (6,4%) (bijlage). In vergelijking met het totale personeel van het kruiswerk is het ziekteverzuim van de uitvoerenden hoger (bijlage). Dit is inclusief alle andere disciplines in de wijk. Er zijn geen cijfers beschikbaar van alleen de groep wijkverpleegkundigen en -verzorgenden.

Uit het onderzoek van Knibbe e.a. (1994) onder 189 wijkverpleegkundigen en 165 wijkziekenverzorgenden naar de fysieke werkbelasting blijkt dat bijna 10% van de mensen met rugklachten zich ziek meldt in verband met die rugklachten (van de totale groep is dit ruim 5%). Een grote meerderheid (ruim 90%) werkt door zonder zich ziek te melden. Dit blijkt ook uit een enquête van Mol en Knibbe (1991). Hoewel de meesten doorwerken met rugklachten, kan er wel sprake zijn van een effect op de organisatie. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat bijna 9% de verantwoordelijkheid voor een patiënt aan een collega heeft overgedragen en 15% patiënten ruilt met een collega om reden van rugklachten. Van de wijkverpleegkundigen en -ziekenverzorgenden met arm-, nek/schouder- en knieklachten meldt zich ruim 2% ziek, waarbij het opvallend is dat het totale aantal (26) groter is dan het aantal dat zich ziek meldt om reden van rugklachten (18).

Dit kan samenhangen met het feit dat rugklachten als een niet te vermijden onderdeel van het beroep worden gezien. De aanwezigheid van pijn in andere regionen dan de rug kan als bedreigender worden ervaren, waardoor de drempel tot ziek melden lager is.

Jansen en Kerkstra (1997) constateren in hun onderzoek onder 428 uitvoerenden van reguliere thuiszorgorganisaties die wijkverpleging bieden

(ook geïntegreerde thuiszorgorganisaties) dat veel mensen zich niet of nauwelijks ziek melden en een kleine groep vaak en lang ziek is. Tussen de twee typen hulpverleners (wijkverpleegkundige en -ziekenverzorgende) zijn geen (significante) verschillen gevonden wat betreft het ziekteverzuim. Zowel voor de totale groep als per type hulpverlener konden geen (significante) verbanden worden aangetoond tussen taakkenmerken (waaronder tijdsdruk) en verzuimduur en -frequentie.

### 6.2.7

#### *Gezinsverzorging*

Het percentage ziekteverzuim in de totale sector gezinsverzorging (9,5) is het hoogst binnen zowel de totale maatschappelijke dienstverlening (7,3) als de totale gezondheidszorgsector (6,4%) (tabel B6.1 in de bijlage). Het ziekteverzuim van verzorgenden is ook iets hoger dan het gemiddelde ziekteverzuim van het totale personeel in de gezinszorg (tabel B6.3, bijlage). De daling in het ziekteverzuim tussen 1990 en 1995, duidelijk zichtbaar voor alle andere sectoren, geldt niet voor de gezinsverzorging: het percentage ziekteverzuim in 1990 bedroeg 9,7%, in 1995 is dat 9,5% (tabel B6.1).

Veerman (1989; 1992) schrijft dit hoge verzuimpercentage toe aan de lange gemiddelde verzuimduur en niet zozeer aan de verzuimfrequentie. Het verzuimpercentage stijgt met het aantal dienstjaren, tot het tiende dienstjaar. Daarna neemt het af. Veerman veronderstelt dat dan de echt sterke medewerkers over zijn. Evenals Boumans (1990) constateert Veerman (1989) dat het verzuim minder gebonden is aan persoons- en functiekenmerken dan aan organisatiekenmerken. Vooral in grote instellingen in grote steden is het verzuimpercentage relatief hoog. Het blijkt dat met name het middellange verzuim sterk instellingsgebonden is. Uit recent onderzoek (Arts e.a. 1997) onder 458 uitvoerenden (verdeeld over 6 functieniveaus) blijkt dat uitvoerenden zich over het algemeen goed gezond voelen. Dit verschilt nauwelijks tussen de functieniveaus. De frequentie van ziekteverzuim verschilt wel. Alfahulpen zijn beduidend minder vaak ziek dan andere uitvoerenden. Een verklaring volgens de onderzoeker zou kunnen zijn dat alfahulpen de eerste twee dagen van hun ziek-zijn niet worden uitbetaald, zodat zij eerst, in onderling overleg met de cliënt, zullen proberen de hulpverlening te verzetten, voordat zij zich ziek melden. Het was opvallend dat verzorgenden D zich minder vaak ziek melden dan verzorgingshulpen B en verzorgenden C. Als mogelijke verklaring hiervoor is dat de verzorgenden D minder uren per week werken



dan de andere functieniveaus. Hoewel er verschillen zijn in de ziekteduur tussen de zes typen uitvoerenden, zijn deze verschillen niet significant.

Ziekteverzuim blijkt in dit onderzoek nauwelijks te worden verklaard door werklast- en werkdrukvariabelen.

De *frequentie* van ziekteverzuim hangt vooral af van de mate van lichamelijke belasting die een uitvoerende ervaart. Met het toenemen van de lichamelijke belasting neemt de verzuimfrequentie toe. Een verband met lichamelijke belasting wordt ook door Veerman aangegeven: vooral het werken op meerdere adressen en de reistijden worden als lichamenlijk belastend ervaren. Koes en Meehn (1987) vonden in een onderzoek onder gezinsverzorgenden een verband tussen ziekteverzuim en het werken in ongemakkelijke lichaamshoudingen en het werken in een groot aantal gezinnen. Verder blijkt uit het onderzoek van Arts e.a. (1997) dat de verzuimfrequentie toeneemt als er vervanging geregeld is. Blijkbaar is men geneigd zich sneller ziek te melden, als men weet dat de cliënt toch hulp krijgt. Ook verzuimt men vaker als men meer last heeft van rugklachten en naarmate men meer emotioneel uitgeput is.

De *duur* van verzuim wordt in het onderzoek van Arts e.a. (1997) niet verklaard door de werklast-variabelen.

Ten slotte zijn in dit onderzoek zwakke (wel significante) verbanden gevonden tussen verzuimfrequentie en de duur van verzuim: een uitvoerende die minder vaak ziek is, is ook langer ziek.

### 6.3

#### Conclusie

Het ziekteverzuim in de verpleging en verzorging is hoog. In vergelijking met andere beroepsgroepen zijn de percentages zelfs het hoogst. Het ziekteverzuim van de verpleging en verzorging is dan ook gemiddeld meestal hoger dan het gemiddelde totale ziekteverzuim in de eigen sector. In enkele sectoren zijn deze percentages ongeveer even hoog (academische ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen). Alleen voor de groepen verpleging en verzorging in de wijkverpleging zijn (nog) geen ziekteverzuimcijfers beschikbaar.

Het hoogste ziekteverzuim wordt aangetroffen in de gezinsverzorging, gevolgd door verpleeghuizen waar verzuim door ziekte ook een groot risico is. Deze percentages liggen ruim boven de gemiddelde ziekteverzuimpercentages van het totaal van respectievelijk de maatschappelijke dienstverlening en de intramurale sector.

Het laagste percentage ziekteverzuim wordt gevonden in de sector ziekenhuizen.

Wat betreft ontwikkelingen sinds 1990, kan gesteld worden dat over het algemeen het ziekteverzuim met ruim 1% is gedaald. Dit met uitzondering van de gezinszorg, waar het ziekteverzuim na enkele schommelingen in 1995 op bijna hetzelfde niveau ligt als in 1990, en de verpleeghuizen waar het ziekteverzuim met bijna 2% is gedaald.

Er zijn weinig onderzoeken voorhanden waarin is gekeken naar een mogelijke relatie tussen het werk (werklast/werkbelasting) en ziekteverzuim. In de verstandelijk gehandicaptensector is geen enkel onderzoek gevonden. Over de thuiszorg en de verzorgingshuizen zijn de meeste onderzoeksgegevens beschikbaar.

Subjectieve gegevens doen sterke verbanden vermoeden tussen ziekteverzuim en werkbelasting. Dit verband wordt versterkt door het feit dat ziekteverzuim in enkele onderzoeken statistisch aantoonbaar is gerelateerd aan rugklachten en emotionele uitputting. Het blijkt echter dat ziekteverzuim, uitgezonderd enkele zwakke verbanden, statistisch nauwelijks verklaard wordt door (dimensies van) werkbelasting. Voor een groot deel is dit waarschijnlijk te wijten aan methodologische problemen: het onderwerp is dermate complex waardoor het lastig te meten is: met de belasting enerzijds en de gevolgen voor een werknemer anderzijds spelen nog vele andere factoren mee, zowel op persoonlijk vlak, bijvoorbeeld de situatie thuis, als arbeidsvoorwaardelijk, bijvoorbeeld het feit dat alfhulpverleners, waarschijnlijk vanwege de ziekte-uitkering, veel minder vaak ziek zijn dan de andere verzorgenden in de gezinsverzorging. Uit een aantal onderzoeken bleek dat ziekteverzuim meer verklaarbaar is op afdelings- of instellingsniveau dan op individueel niveau.

Omdat ziekteverzuim juist in de verplegende en verzorgende beroepen een groot probleem vormt, is meer gericht onderzoek naar werk-gerelateerd ziekteverzuim op instellings- of afdelingsniveau gewenst.

## 7

### Samenvatting en conclusies

In deze bijdrage is verslag gedaan van resultaten van onderzoeken die betrekking hebben op werklast en werkbelasting in de verpleging en verzorging in relatie tot gezondheidsklachten en ziekteverzuim vanaf ongeveer 1990.

Het blijkt dat in studies over werk(be)last(ing) allerlei begrippen afwisselend worden gebruikt. Met het begrip werklast wordt meestal de verhouding tussen de hoeveelheid werk en de beschikbare verpleging/verzorging in tijd bedoeld. Fysieke en psychische werkbelasting verwijzen naar respectievelijk de (gevolgen van de) feitelijke fysieke en psychische belasting dat het werk voor een verpleegkundige/(zieken)verzorgende met zich meebrengt. Werkdruk ten slotte is een begrip dat aan de ervaren werklast of werkbelasting wordt toegekend. Een veelgebruikt model dat gezondheidsklachten en ziekteverzuim verklaart vanuit werkbelasting is het model belasting-belastbaarheid.

Onderzoeksgegevens over werklast en werkbelasting binnen de verpleging en verzorging zijn niet over alle sectoren evenredig verdeeld. Met name in de sector verstandelijk gehandicaptenzorg zijn hierover nauwelijks publicaties verschenen. Voor wat betreft publicaties die direct betrekking hebben op werklast en werklastonderzoek zijn ook over verplegenden en verzorgenden in verzorgingshuizen en in de thuiszorg geen openbare onderzoeksgegevens beschikbaar. Vooral ten aanzien van de verpleging en verzorging werkzaam in ziekenhuizen en verpleeghuizen zijn resultaten van meerdere onderzoeken gepubliceerd.

Werklastonderzoek op verpleeg- en zorgafdelingen geeft inzicht in de kwantiteit van zorg en wordt dan ook vooral gedaan om het zorgaanbod op de zorgvraag (of andersom) en de samenwerking met andere disciplines af te stemmen. Het meest gehanteerde patiëntenclassificatiesysteem hierbij blijkt het San Joaquin-systeem te zijn. Concrete resultaten zoals 'hoe hoog is de werklast in de ziekenhuissector' kunnen niet worden gegeven omdat

resultaten van werklasteronderzoek slechts geldig zijn voor de betreffende afdeling en hoogstens te vergelijken zijn met die van een vergelijkbare afdeling.

Uit de verzamelde literatuur komt verder naar voren dat lichamelijke gezondheidsklachten, met name in de vorm van rugklachten, veel voorkomen onder verplegenden en verzorgenden. De hoogste prevalenties worden gemeten in de wijkverpleging en in verpleeghuizen. Het minst vaak komen rugklachten voor in de gezinsverzorging. Ongeveer 65% tot 95% van de verplegenden en verzorgenden ziet een verband met het werk of een direct verband met de fysieke werkbelasting. Meestal wordt de dynamische werkbelasting als oorzaak aangegeven, echter het blijkt dat ook de statische belasting een groot risico kan vormen. Het inzetten van tilliften heeft een beperkt maar positief effect.

Psychische gezondheidsklachten zoals irritatie, angst, burnoutverschijnselen en vage lichamelijke klachten blijken met name veel voor te komen onder verpleegkundigen in de psychiatrie en in de wijkverpleging. Factoren die hierop van invloed zijn, zijn de ervaren werkbelasting, de mate van sociale ondersteuning op het werk en de manier van leidinggeven, de mate van rolonduidelijkheid en het aantal uren dat men werkt. Ook is het coping-gedrag van de verplegende/verzorgende een belangrijke factor: een actieve houding ten aanzien van problemen op het werk heeft een gunstige invloed op psychische gezondheidsklachten. Autonomie in het werk en sociale ondersteuning zijn meer 'bufferfactoren': naarmate er meer sprake is van autonomie in het werk en sociale ondersteuning van collega's hoe minder snel bovenstaande factoren tot klachten leiden.

Ten slotte is gekeken naar ziekteverzuim in relatie tot werklasterwerkbelasting. Het ziekteverzuim in de verpleging en verzorging blijkt vrij hoog te zijn. Vergeleken met andere beroepsgroepen zijn de ziekteverzuimpercentages zelfs het hoogst. Ook binnen de eigen sector is het ziekteverzuim van verplegenden en verzorgenden meestal hoger dan het totale ziekteverzuim van alle beroepsgroepen in die sector tezamen. Vanaf 1990 is het ziekteverzuim gemiddeld met ruim 1% gedaald. Het hoogst is het ziekteverzuim (in 1995) in de gezinsverzorging en in verpleeghuizen, het laagst in de ziekenhuizen. In de verzamelde studies blijkt het ziekteverzuim statistisch nauwelijks verklaard te worden uit (dimensies) van werklasterwerkbelasting. Wel tonen meer subjectieve gegevens verbanden aan tussen ziekteverzuim en werkbelasting. Deze worden ondersteund door het feit dat in enkele onderzoeken ziekteverzuim wel samenhangt met gezondheidsklachten. Ziekteverzuim

wordt ten slotte meer verklaard op instellings- of afdelingsniveau dan op individueel niveau. Omdat het ziekteverzuim juist in de verpleging en verzorging zo hoog is, is meer onderzoek hiernaar gewenst.



## Bijlage bij deel B

### Hoofdstuk 5

#### *Meetmethoden*

Om de mate van *burnout* vast te stellen is in alle (verzamelde) onderzoeken (meestal de Nederlandse versie van) de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL) gebruikt. De Nederlandse versie is ontwikkeld door Schaufeli en Van Dierendonck (1994). Met behulp van de MBI worden drie kenmerken 'emotionele uitputting', 'depersonalisatie' en 'persoonlijke bekwaamheid' gemeten. Er wordt dus niet één burnoutscore vastgesteld. Om de mate van '*vage lichamelijke klachten*' vast te stellen is in een aantal studies (Bijl & Lemmens 1993; Roering 1995; De Jonge e.a. 1994/1995) de (verkorte) Vragenlijst Onderzoek Ervaren Gezondheid (VOEG) gehanteerd. Dit instrument heeft betrekking op vage lichamelijke klachten en klachten van het bewegingsapparaat, en meet de beleving van de gezondheid (Dirken 1969; Visser 1992). Meestal echter wordt hiertoe in een aantal onderzoeken (Boter 1995; Boumans 1990; Spaans 1991; Dogger 1987) een module van de VOS of VOS-D schaal gebruikt: Vragenlijst Organisatie Stress (Doetinchem) (Bergers e.a. 1986). Om de mate van '*psychische klachten*' vast te stellen wordt ook meestal (Boter 1995; Boumans 1990; Spaans 1991; Roering 1995; Dogger 1987) een module van de VOS of VOS-D schaal gebruikt. De VOS/VOS-D wordt ook wel gebruikt voor het meten van de *werkdruk/ervaren werkbelasting* (Spaans 1991; Dogger 1987). Items die de ervaren werkbelasting meten, verwijzen vooral naar het werktempo/tijdsdruk/rustmomenten. In andere onderzoeken (De Jonge e.a. 1994/1995; Boter 1995) is voor het meten van de werkdruk gebruikgemaakt van een schaal ontwikkeld door De Jonge e.a. (1993) of nog andere schalen (Boumans 1990; Arts e.a. 1997).

Tabel B5.1

*Psychische gezondheidsklachten*

Overzicht van de gemiddelde scores op psychische gezondheidsklachten

	Psychische klachten (VOS, score 0-4)			Burnout (MBI, score 0-6)			Psychosomatische klachten (VOS, score 0-4)	
	angst	irritatie	depressie	emotionele uitputting	deperso- nalisatie	pers. bekwaam- heid	hart- klach- ten	alge- hele malaise
<i>Ziekenhuizen</i>								
verpleegkundigen (n = 630) (Bron: Boumans 1990)	1,6	2,0	1,4	-	-	-	1,3	1,3
verpleegkundigen (n = 152) (Bron: Boter 1995)	1,5	1,9	1,3	1,6	2,1	4,0	1,1	1,3
<i>Psychiatrisch ziekenhuis</i>								
verpleegkundigen (n = 87) (Bron: Spaans 1991)	1,7	2,0	1,3	2,1	1,5	3,9	1,2	1,3
verplk./HBO-iw (n = 355)	-	-	-	2,0	-	-	-	-
zv'ers & MDGO-vp'ers (n = 55)	-	-	-	1,4	-	-	-	-
overige gedipl. verplk./verz. (n = 128)	-	-	-	2,0	-	-	-	-
verplk. in opl. (n = 83) (Bron: Bijl & Lemmens 1993)	-	-	-	1,7	-	-	-	-
verpleegkundigen n = 361 (Bron: Melchior 1996)	-	-	-	1,9	1,3	4,0	-	-
<i>Verpleeghuizen</i>								
zv'ers & MDGO-vp'ers (n = 121)	-	-	-	1,7	-	-	-	-
overige gedipl. verplk./verz. (n = 58)	-	-	-	1,8	-	-	-	-
zv'ers in opl. (n = 38) (Bron: Bijl & Lemmens 1993)	-	-	-	1,7	-	-	-	-
<i>Verzorgingshuizen</i>								
verzorgenden (n = 486) (Bron: Roering e.a. 1995)	gemiddeld 1,8		1,7	1,0	4,2	-	-	-
<i>Wijkverpleging</i>								
verpleegkundigen (n = 56) (Bron: Dogger 1987)	gemiddeld 1,8		-	-	-	-	-	-
verpl. en verz. (n = 355) (Bron: Knibbe e.a. 1994)	-	-	-	2,1	1,2	4,0	-	-



verpl. en verz. (n = 428)	-	-	-	2,0	1,1	4,1	-	-
(Bron: Jansen & Kerkstra 1997)								
<i>Gezinsverzorging</i>								
verzorgenden (n = 474)	-	-	-	1,5	-	4,1	-	-
(alle functieniveaus)								
(Bron: Arts e.a. 1997)								
<i>Leerling-verpleegkundigen</i>								
A, B en Z (n = 234)	-	-	-	2,0	1,2	3,9	-	-
(Bron: Van Dierendonck & Schaufeli 1993)								
<i>Ter vergelijking (voorlopige) normscores burnout</i>								
verplk. en verz. (n = 2449)				1,7	1,4	3,4		
gevarieerde groep				1,7	1,5	3,4		
(n = 3892)*								
(Bron: Schaufeli & Van Dierendonck 1994)								

\* (leerling-)verpleegkundigen, IC- en huisartsen, inrichtingswerkers, paramedisch personeel, politieagenten

- niet gemeten of andere methodiek gehanteerd of anders weergegeven

## Hoofdstuk 6

### Tabel B6.1

*Ontwikkeling ziekteverzuimpercentages (exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof) per sector periode 1990-1995*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Ziekenhuizen	7,0	6,5	5,5	5,8	5,3	5,9
Psychiatrische ziekenhuizen	8,3	7,9	6,2	6,6	6,0	6,6
Zwakzinnigeninrichtingen	7,8	7,3	6,1	6,4	6,0	6,9
Verpleeghuizen	9,5	8,8	7,3	7,5	6,7	7,6
<i>Totaal intramuraal</i>	8,0	7,4	6,2	6,5	5,9	6,6
Wijkverpleging en kruisverenigingen <sup>1</sup>	7,6	7,1	5,7	6,9	5,8	6,7
Bejaardenoorden	8,1	7,8	7,3	6,6	5,7	6,5
Gezinsverzorging en bejaardenhulp	9,7	8,9	9,8	9,9	8,5	9,5
<i>Totaal maatschappelijke dienstverlening</i>	8,4	7,7	7,1	7,3	6,3	7,3
<i>Totaal generaal</i> <sup>2</sup>	7,7	7,0	6,4	6,4	5,6	6,4

Bron: BVG 1992; 1996.

<sup>1</sup> In 1990 en 1991 heet deze sector 'kruisverenigingen'.

<sup>2</sup> Totaal generaal is inclusief 'overige gezondheidszorg' (artsenpraktijken, apotheken, enz.) en 'overigen' (sport, recreatie, cultuur, religie).

Tabel B6.2

Ziekteverzuimpercentages van de verpleging/verzorging naar intramurale sectoren periode 1990-1994, in- en exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof

	1990		1991		1992		1993		1994	
	incl.	excl.	incl.	excl.	incl.	excl.	incl.	excl.	incl.	excl.
<i>Gecombineerde verpleeghuizen</i>										
Verpl./verz./opv. pers.	-	-	11,0	-	10,4	8,6	10,5	8,7	9,4	7,5
Leerl. verpl./verz./opv. pers.	8,6	-	7,5	-	7,4	7,2	7,0	6,6	5,9	5,5
Totaal pers.	9,6	-	9,4	7,8	9,2	7,8	9,2	7,8	8,0	6,5
<i>Verpleeghuizen somatisch zieken</i>										
Verpl./verz./opv. pers.	-	-	9,9	-	9,9	8,7	9,7	8,0	8,8	6,3
Leerl. verpl./verz./opv. pers.	9,8	-	8,3	-	6,8	6,5	8,4	8,1	7,2	6,1
Totaal pers.	9,8	-	9,1	7,5	8,5	7,4	8,5	7,3	7,6	5,8
<i>Verpleeghuizen psychogeriatrische patiënten</i>										
Verpl./verz./opv. pers.	-	-	9,6	-	10,5	9,1	10,5	8,8	9,6	7,4
Leerl. verpl./verz./opv. pers.	9,1	-	10,2	-	6,6	6,5	8,3	8,1	5,3	4,8
Totaal pers.	10,5	-	9,8	8,5	9,2	8,1	9,6	8,2	8,1	6,6
<i>Algemene ziekenhuizen</i>										
Verpl./verz./opv. pers.	-	-	7,4	-	7,3	5,4	7,4	5,6	7,0	4,9
Leerl. verpl./verz./opv. pers.	7,2	-	4,8	-	4,9	4,8	5,4	5,2	5,0	4,8
Totaal pers.	7,9	-	7,6	6,3	7,2	5,9	7,3	5,9	6,5	5,0
<i>Categorale ziekenhuizen</i>										
Verpl./verz./opv. pers.	-	-	10,0	-	9,3	7,8	9,6	7,8	7,3	5,6
Leerl. verpl./verz./opv. pers.	8,3	-	8,9	-	5,9	5,2	6,3	5,7	6,6	2,4
Totaal pers.	8,5	-	8,5	7,3	7,7	6,5	7,2	6,0	5,9	4,8
<i>Academische ziekenhuizen</i>										
verpl./verz./opv. pers.	-	-	8,4	-	8,9	7,2	9,1	7,3	8,5	5,3
Leerl. verpl./verz./opv. pers.	13,6	-	6,3	-	5,8	5,7	6,9	6,7	5,1	4,9
Totaal pers.	8,1	-	7,7	6,6	8,0	7,1	8,5	7,4	6,8	5,4
<i>Psychiatrische ziekenhuizen</i>										
Verpl./verz./opv. pers.	-	-	7,2	-	7,9	6,6	7,8	6,4	6,9	5,5
Leerl. verpl./verz./opv. pers.	7,6	-	7,1	-	6,6	6,5	6,8	6,7	6,6	6,2
Totaal pers.	8,1	-	7,9	7,3	7,5	6,7	7,8	6,7	6,6	5,5
<i>Instellingen v. verstandelijk gehandicapten<sup>1</sup></i>										
Verpl./verz./opv. pers.	-	-	8,0	-	8,4	6,8	8,5	6,9	7,8	6,0
Leerl. verpl./verz./opv. pers.	7,3	-	8,0	-	6,4	5,9	6,1	6,0	5,2	5,1
Totaal pers.	8,4	-	8,4	7,3	7,8	6,5	8,0	6,8	7,2	5,7

<sup>1</sup> In 1990 en 1991 heetten 'instellingen voor verstandelijk gehandicapten'

'zwakzinnigeninrichtingen'.

- Geen cijfers beschikbaar.

Bron: statistieken personeelssterkte, NZi.

Tabel B6.3

Ziekteverzuimpercentages van de verpleging en verzorging (in loondienst) naar extramurale sectoren over 1990-1994, in- en exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof

	1993		1994	
	incl.	excl.	incl.	excl.
<i>Gezinsverzorging</i>				
Uitvoerend personeel in loondienst (85% van totaal personeel in loondienst): huishulpen A, verzorgingshulpen B, verzorgenden C, D en E	11,4	10,4	9,5	8,7
Totaal personeel in loondienst (86% van totaal personeel)	11,4	10,4	9,1	8,4
<i>Kraamzorg</i>				
Uitvoerend personeel in loondienst (ongeveer 90% van totaal personeel in loondienst): verzorgenden, kraamzorgverpleegkundigen, leerlingkraamverzorgenden	-	-	-	-
Totaal personeel in loondienst (90% van totaal personeel)	14,1	11,4	12,6	9,8
<i>Kruiswerk</i>				
Uitvoerend personeel (68% van totaal personeel in loondienst): wijkverpleegkundigen, wijkziekenverzorgenden, verpleegkundigen in de wijk, diëtisten, GVO'ers, ergotherapeuten, consultatiebureau-artsen en overig	9,6	7,2	9,3	7,2
Totaal personeel in loondienst (96% van totaal personeel)	8,4	6,6	8,5	6,6
<i>Geïntegreerde instellingen<sup>1</sup></i>				
(instellingen waarbinnen integratie tussen kruiswerk en gezinsverzorging)				
Uitvoerend personeel (82% van totaal personeel in loondienst): zie de cellen hierboven	-	-	8,7	7,6
Totaal personeel in loondienst (85% van totaal personeel)	-	-	7,6	6,1
<i>Thuiszorg</i>				
(alle instellingen die een of meerdere activiteiten uitoefenen op het gebied van het kruiswerk, de gezinsverzorging of de kraamzorg; dus zowel de instellingen die één werksoort uitoefenen, de gefuseerde instellingen als de geïntegreerde instellingen)				
Uitvoerend personeel (ongeveer 82% van totaal personeel in loondienst) zie de cellen hierboven	10,4	8,8	9,1	8,3
Totaal personeel in loondienst (ongeveer 88% van totaal personeel)	9,5	8,1	8,7	7,8

<sup>1</sup> 'Geïntegreerde instellingen' door fusies vanaf 1994. - geen cijfers beschikbaar.

NB: Er zijn geen cijfers beschikbaar over 1990-1992.

NB: Alfahulpen (11% van totaal personeel in de gezinszorg en geïntegreerde instellingen en 8,6% van totaal personeel in de thuiszorg) zijn niet in loondienst; van personeel niet in loondienst zijn geen ziekteverzuimcijfers beschikbaar.

Bron: LVT/NZi.

Tabel B6.4

Ziekteverzuimpercentages inclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof naar (intramurale) sector, leeftijd en geslacht

Leeftijd	Ziekteverzuim					
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
<i>Ziekenhuizen</i>						
15-25 jaar	6,3	5,7	5,6	6,1	5,5	5,9
26-30 jaar	9,2	8,9	8,7	9,2	8,8	9,3
31-35 jaar	9,2	9,4	10,1	10,1	9,3	9,8
36-45 jaar	8,1	7,8	7,6	7,7	6,2	6,7
45-64 jaar	10,3	9,1	8,3	8,3	7,2	7,2
Vrouw	9,0	8,7	8,6	9,0	8,2	8,7
Man	5,7	5,4	5,2	5,2	4,3	4,5
Totaal	8,4	8,1	8,0	8,3	7,5	7,9
<i>Psychiatrie</i>						
15-25 jaar	7,0	6,7	6,8	7,3	6,1	6,1
26-30 jaar	9,2	9,0	8,0	8,9	8,2	8,8
31-35 jaar	9,4	9,0	8,6	9,7	8,1	8,5
36-45 jaar	9,7	8,5	7,7	8,0	7,1	7,6
45-64 jaar	10,2	8,5	9,5	9,6	8,3	7,9
Vrouw	11,0	10,2	9,6	10,5	9,3	9,8
Man	6,9	6,6	6,0	6,4	5,4	5,5
Totaal	9,2	8,6	8,1	8,7	7,7	8,0
<i>Verstandelijk gehandicaptenzorg</i>						
15-25 jaar	7,3	7,3	7,2	7,9	6,1	6,3
26-30 jaar	10,0	10,1	10,3	10,0	9,6	10,2
31-35 jaar	10,4	10,9	9,8	10,0	9,2	10,3
36-45 jaar	9,4	8,6	8,3	8,9	7,5	7,7
45-64 jaar	11,2	9,4	9,2	8,7	8,0	8,8
Vrouw	10,0	10,0	9,7	10,0	8,9	9,6
Man	7,6	7,3	6,9	7,0	6,2	6,1
Totaal	9,4	9,3	9,0	9,2	8,2	8,8

(Vervolg op p. 213)

(Vervolg tabel B6.4 Ziekteverzuimpercentages inclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof naar (intramurale) sector, leeftijd en geslacht)

---

*Verpleeghuizen*

15-25 jaar	10,8	10,6	10,2	9,8	8,0	8,7
26-30 jaar	14,3	13,9	13,3	13,6	12,3	12,8
31-35 jaar	13,0	13,3	12,5	12,5	11,0	11,5
36-45 jaar	11,9	11,0	10,7	10,3	8,5	9,1
45-64 jaar	13,4	12,0	10,2	10,3	8,9	8,9
Vrouw	12,7	12,4	11,7	11,6	10,0	10,6
Man	9,1	8,7	8,5	8,0	6,4	6,9
Totaal	12,3	12,0	11,4	11,2	9,6	10,2

---

Bron: LKG.

## Literatuur en bronnen bij deel B

Algera, M., J.T. Algera-Osinga, R.J.G. Halfens e.a. (1996), *Project thuiszorg classificatiesysteem*. Verslag van deelproject 2. LVT/Rijksuniversiteit Maastricht, Bunnik/Maastricht.

Ankoné, A. (1990), 'Zonder onmiddellijke investering in personeel loopt gezondheidszorg vast'. In: *Het Ziekenhuis* 13, pp. 537-542.

Arts, S.E.J., J.W.E.T. Kersten & A. Kerkstra (1997), *Werken in de gezinsverzorging*. De Tijdstroom/LCVV/NIVEL, Utrecht.

Bakker, R.H.C., J.J. Knibbe e.a. (1995), 'Rugklachten van het verzorgend en verplegend personeel van verzorgingshuizen'. In: R.D. Friele (red.), *Rugklachten, fysieke belasting en preventiemogelijkheden in verzorgingshuizen*. NIVEL, Utrecht.

BVG, Bedrijfsvereniging voor Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (1992/1996).

Beemster, F. & R.D. Friele (1993), *Huishoudelijke materialen, werkomgeving en werkorganisatie in de thuiszorg*. NIVEL, Utrecht.

Bergers, G.P.A., F.H.G. Marcelissen & Ch.J. de Wolff (1986), *Handleiding Vragenlijst Organisatie Stress – Doetinchem (VOS-D)*. Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen.

Beukema, L. (1987), *Kwaliteit van de arbeidstijdverkorting*. Karstapel, Groningen.

Boter, J.P. (1995), *Zorg als werk, werk als zorg – een empirisch onderzoek naar de arbeidssituatie van, en haar mogelijke gevolgen voor, verpleegkundigen en hun leidinggevenden werkzaam in het Lorentz Ziekenhuis te Zeist*. Rijksuniversiteit Maastricht, Maastricht.

Bouman, D.C., F.H.J. Holla & R.P. Versteegh (1988), 'Rugklachten bij ziekenverzorgenden. Een inventariserend onderzoek naar de prevalentie van rugklachten in een tweetal verpleeghuizen'. In: *Tijdschrift voor de Sociale Gezondheidszorg* 2, pp. 70-73.

Boumans, N.P.G. (1990), *Het werk van verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen: een onderzoek naar werkaspecten en hun invloed op verpleegkundigen*. Proefschrift. Rijksuniversiteit Maastricht, Maastricht.

Bijl, R.V. & F. Lemmens (1993), *Aan het werk, een verkennend onderzoek naar gezondheidsrisico's, arbeidsongeschiktheid en reïntegratie van werknemers in de geestelijke gezondheidszorg*. NcGv, Utrecht.

Burdoff, A. (1992), *Assessment of postural load on the back in occupational epidemiology*. Erasmus Universiteit, Rotterdam.

CBS (1993), *Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1993*. CBS, Den Haag.

Cherniss, C. (1980), *Professional burnout in human service organizations*. Praeger, New York.

Commissie-Werner (Commissie Positiebepaling beroep van Verpleegkundigen en Verzorgenden) (1991), *In Hoger Beroep – Perspectief voor de verplegenden en verzorgende beroepen*. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk.

Commissie-Ermen (Commissie Verzorging) (1995), *Zorg voor zorg*. Veenman drukkers, Wageningen.

Dassen, Th. (1989), *Verplegen in het psychiatrisch centrum: een onderzoek naar taken van psychiatrisch verpleegkundigen*. Intro, Nijkerk.

Demarest, S., P. de Prins & E. Henderickx (1994), 'Fysieke en psychische belasting in verzorgingsinstellingen'. In: *Acta Hospitalia* 2, pp. 23-30.

Dierendonck, D. van & W. Schaufeli (1993), 'Burnout en organisatiebetrokkenheid bij leerlingverpleegkundigen. De rol van billijkheid, sociale steun en probleemhantering'. In: *Tijdschrift voor de Sociale Gezondheidszorg* 6, pp. 339-344.

Dirken, J.M. (1969), *Arbeid en stress*. Wolters Noordhof, Groningen.

Dogger, J. (1987), *Werk in de wijk, werk voor de wijk. Werkbelasting, knelpunten, klachten en afwijkingen door het werk van de wijkverpleegkundige*. Twente (s.l.).

Erp, N. van (1994), *Verzorgenden onder druk*. Wetenschapswinkel, Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen.

Erp, N. van, J.J. Knibbe & R.D. Friele (1995), 'De visie van managers in verzorgingshuizen ten aanzien van lichamelijke overbelasting en (ergonomische) interventies'. In: R.D. Friele (red.), *Rugklachten, fysieke belasting en preventiemogelijkheden in verzorgingshuizen*. NIVEL, Utrecht.

Friele, R.D. (1995), 'Een overzicht van het onderzoek naar rugklachten, fysieke belasting en preventiemogelijkheden in verzorgingshuizen'. In: R.D. Friele (red.), *Rugklachten, fysieke belasting en preventiemogelijkheden in verzorgingshuizen*. NIVEL, Utrecht.

Frijters, D.H.M., A. Diets & M.W. Ribbe (1992), 'Verpleegbehoefte van verpleeghuispatiënten in grote steden geen verklaring voor hogere werkdruk personeel'. In: *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 23, pp. 21-26.

Garg, A., B. Owen e.a. (1991), 'A biomechanical and ergonomic evaluation of patients transferring tasks: bed to wheelchair and wheelchair to bed'. In: *Ergonomics* 34, pp. 289-312.

Garg, A., B. Owen & B. Carlson (1992), 'An ergonomic evaluation of a nursing assistants job in a nursing home'. In: *Ergonomics* 35, pp. 979-995.



Gelissen, B. (1990), *Verpleegkundige kwaliteitstoetsing en werklasmeting in Nederlandse intramurale instellingen voor gezondheidszorg: een inventarisatie*. CBO, Utrecht.

Giezen, A.M. van der, T.J. Veerman & R. Prins (1996), *Werkhervatting na rugklachten*. CTSV, Zoetermeer.

Grunveld, J.E. (1992), 'Werklasm en dienstroosters'. In: J.K. van Dijk, J.E. Grunveld & J. Pool (red.), *Personeelsmanagement in de gezondheidszorg*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

Hanssen, W.L. (1990), 'Tijdsbesteding, werkdruk en allocatie van verpleging in een vijftal verpleeghuizen'. In: *Ziekenhuis Management* 7/8, pp. 5-10.

Hasman, A., D. Wiersma e.a. (1993), 'Evaluation of a patient classification system for community health care'. In: *Internat. J. Biomed. Comput.* 33, pp. 109-118.

Hendriks, K.J.G. (1991), *Een onderzoek naar een relatie tussen werklasm, kwaliteit van zorg en subjectief ervaren werkdruk bij verpleegkundigen in een algemeen ziekenhuis*. Rijksuniversiteit Maastricht, Maastricht.

Heijblom, P., M.P. de Looze e.a. (1995), 'Belasting van de lage rug bij verpleegkundigen'. In: *Tijdschrift voor Ergonomie* 4, pp. 15-21.

Hildebrandt, V.H., F.L. Piena e.a. (1985), *Gezondheidsonderzoek bij stukadoors*. NIPG-TNO, Leiden.

Hindriks, M.J.H., A. de Vos & T. de Vries (1990), *Je zult er maar wonen ... en werken!* Conceptrapport van een onderzoek in opdracht van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland.

Hogewind, F.J. (1988), 'De wet van de grote getallen kan helpen bij de sturing van zorg'. In: *Het Ziekenhuis* 10, pp. 429-431.

Jacobs, M.J. & C.D.M. Klein, (1994), *Werklasmtonderzoek – afdeling dames interne en heren chirurgie, Dr. Horatio E. Oduber Hospitaal*. Rijksuniversiteit Maastricht, Maastricht.

Jansen, P.G.M. (1996), *Differentiated practice and specialization in community nursing*. Proefschrift. NIVEL, Utrecht.

Jansen, P.G.M. & A. Kerkstra (1997), *Effecten van functiedifferentiatie in de thuiszorg*. De Tijdstroom/LCVV, Utrecht.

Jonge, J. de, J.A. Landeweerd & F.J.N. Nijhuis (1993), *Constructie en validering van de vragenlijst ten behoeve van het project 'autonomie in het werk'*. Studies bedrijfsgezondheidszorg nummer 9. Rijksuniversiteit Maastricht, Maastricht.

Jonge, J. de, P. Janssen & A. Landeweerd (1994/1995), 'Effecten van werkdruk, autonomie en sociale ondersteuning op de werkbeleving van verplegenden en verzorgenden'. In: *Verpleegkunde* 1, pp. 17-27.

Jonge, J. de, N. Boumans e.a. (1995a), 'Werkenmerken en werkbeleving'. In: *TvZ* 6, pp. 186-189.

Jonge, J. de, N. Boumans e.a. (1995b), 'De relatie tussen werk en werkbeleving'. In: *TvZ* 7, pp. 212-216.

Knibbe, J.J. & N.E. Knibbe (1989), *Basisrapport Tilproject Gemeentelijke Dienst Verpleging en Verzorging Den Haag*. LOCOMOTION, Zwaag.

Knibbe, J.J. & N.E. Knibbe (1993), 'Praktijk fysieke belasting vereist bijstellen normen'. In: *Arbeidsomstandigheden* 69, pp. 473-476.

Knibbe, J.J., J.W.E.T. Kersten & R.D. Friele (1994), *Rotterdam in de lift. Een onderzoek naar de effecten van de introductie van patiëntentilliften in de thuiszorg*. NIVEL, Utrecht.

Knibbe, J.J., N.E. Knibbe e.a. (1995), *De zorg, een last?* AWOB, Bunnik.

Knibbe, J.J. & R.D. Friele (1996), 'Prevalence of back pain and characteristics of the physical workload of community nurses'. In: *Ergonomics* 2, pp. 186-198.

Kuorinka, I., B. Johnsson e.a. (1987), 'Standardised Nordic questionnaires for the analyses of musculoskeletal symptoms'. In: *Applied Ergonomics* 18, pp. 233-237.

Kwartel, A.J.J., L.J.R. Vandermeulen e.a. (1994), *Brancherapport Verpleging en Verzorging*. NZi/NIVEL, Utrecht .

List, P. van der (1994), 'Burnout bij verpleegkundigen vergt structurele aanpak'. In: *Het Ziekenhuis* 19, pp. 768-771.

LKG (Loonkostengegevensbestand). NZi, Utrecht.

LVT/NZi (1995), *Jaarboek thuiszorg 1993*. Bunnik/Utrecht.

LVT/NZi (1996), *Jaarboek thuiszorg 1994*. Bunnik/Utrecht.

Maslach, C. (1993), 'Burnout: a multidimensional perspective'. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach e.a. (eds.), *Professional burnout: recent developments in theory and research*. Taylor & Francis, Londen.

Maslach, C. & S. Jackson (1986), *MBI: Maslach Burnout Inventory, Manual research edition*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.

Meulenkamp, T.M. & G.D.J. van der Speld (1996), *Het alleen werken op een groep in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Een verkennend onderzoek naar de positieve aspecten, belastende factoren en aandachtspunten voor de groepsleiding*. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, instellingen voor dienstverlening aan mensen met een handicap, Utrecht.

Meijman, T.F. & J.F. O'Hanlon (1984), 'Arbeidsbelasting, een inleidend overzicht van psychologische theorieën en meetmethoden'. In: P.J.D. Drenth, H. Thierry & Ch.J. De Wolff (red.), *Handboek arbeids- en organisatiepsychologie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Migchielsen, A.J.N. (1994), *San Joaquin Classificatiesysteem – validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid*. Rijksuniversiteit Maastricht, Maastricht.

Miranda, O.R. de & J.F. Schoenmakers (1989), 'Werklastmeting in de psychiatrie'. In: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 19, pp. 614-616.

Moens, G.F., T. Dohogne & P.J. Jaques (1993), 'Rugklachten bij werknemers in de gezondheidszorg'. In: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 71, pp. 333-338.

Mol, I. & H. Knibbe (1991), 'Een reden om de wijk te nemen?' In: *MGZ* 11, pp. 42-46.

NZi (Nationaal Ziekenhuisinstituut) (1990-1994), *Statistieken personeelssterkte diverse intramurale instellingen*. NZi, Utrecht.

OSA (1996), *Arbeid in de zorgsector. Integreerend OSA-rapport 1996*. OSA, Den Haag.

Roering, S.E., K. Geelen e.a. (1995), *De zorg, een last? Psychische belasting en ziekteverzuim in verzorgingshuizen*. NcGv, Utrecht.

Schaufeli, W.B. (1990), *Opgebrand: over de achtergronden van werkstress bij contactuele beroepen: het burnoutsyndroom*. Ad Donker Rotterdam.

Schaufeli, W.B. (1991), 'Burnout in de verpleging'. In: L. Boon (red.), *Werdruk & personeelsbeleid in de gezondheidszorg*. Stichting Sympoz, Amstelveen.

Schaufeli, W.B. & D. van Dierendonck (1993), 'The construct validity of two Burnout Measures'. In: *Journal of Organizational Behaviour* 14, pp. 631-647.

Schaufeli, W.B. & D. van Dierendonck (1994), 'Burnout, een begrip gemeten. De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL)'. In: *Gedrag en Gezondheid* 22, 4.

Smulders, P.G.W. & T.J. Veerman (1990), *Handboek Ziekteverzuim, gids voor de bedrijfspraktijk*. NIA, Amsterdam/Leiden.

Snel, T. (1991), 'Werklastonderzoek in verpleeghuis leidt tot veranderingen'. In: *Tijdschrift voor Verzorgenden* 5, pp. 149-151.

- Spaans, M. (1991), *Als werk een zorg is. Een theoretisch en empirisch onderzoek naar stress en burnout bij psychiatrisch verpleegkundigen*. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- Spaans, M. (1995), 'Opgebrand in zorg en verpleging'. In: *Tijdschrift voor Gezondheid & Politiek* februari, pp. 5-7.
- Straten, A.H. van (1987), 'Nek-, schouder-, armlacchten door het werk'. In: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 65, pp. 356-360.
- Swaan, J. (1988), *Deelrapport ziekteverzuim in de gezinsverzorging: uitkomsten van de survey onder uitvoerend personeel*. NIA, Amsterdam.
- Veerman, T.J. (1989), *Ziekteverzuim in de gezinsverzorging*. NIA, Amsterdam/Leiden.
- Veerman, T.J. (1992), 'Geen gezond bedrijf meer zonder arbeidsverzuimpreventie'. In: *MGZ* 20, pp. 4-8
- Veldhoven, M. van & T. Mijman (1994), *Het meten van psychosociale arbeidsbelasting*. NIA, Amsterdam.
- Vermaat, K. (1994), *Flexibele werklacmeting in de verpleging – een onderzoek naar de effecten van een opname planning systeem op de doelmatigheid en de personeelsvriendelijkheid in een algemeen ziekenhuis*. Rijksuniversiteit Maastricht, Maastricht.
- Visser, N.C. (1992), *Verscnil in ervaren werkdruk in een Belgisch rust- en verzorgingstehuis en een Nederlands verpleeghuis*. Rijksuniversiteit Maastricht, Maastricht.
- Vorst-Thijssen, T., A. van de Brink-Muinen & A. Kerkstra (1990), *Het werk van wijkverpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden in Nederland*. NIVEL, Utrecht.
- Vries, G.G. de (1991), 'Verpleegkundige werklacmeting als planningsinformatie'. In: J.W. Hoorn, J. Lettink e.a., *Structurering en beheersing van zorgprocessen. Bedrijfskundig instrumentarium voor de ziekenhuismanager*. De Tijdstroom, Lochem.

Vries-Griever, A.H.G. de, S.H. Schmidt e.a. (1987), *Techniek en patiëntenzorg: een arbeidspsychologische studie naar de invloed van nieuwe technologieën op de inhoud van het verpleegkundig werk in ziekenhuizen*. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.

Vries-Griever, A.H.G. de (1991), 'Werkdruk en organisatie van zorg'. In: L. Boon (red.), *Werkdruk & personeelsbeleid in de gezondheidszorg*. Stichting Sympoz, Amstelveen.

Vries-Griever, A.H.G. de & G.G. de Vries (1992), *Arbeid en gezondheid: rugklachten bij verpleegkundigen*. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.

Windt, W. van der (1994), 'Zorgintensivering in kaart gebracht'. In: L. Boon (red.), *Macht, beleid en samenwerking* Stichting Sympoz, Amstelveen, pp. 98-102.

Winkelmolen, G.H.M., J.A. Landeweerd & M.R. Drost (1994), 'An evaluation of patiënt lifting techniques'. In: *Ergonomics* 37, pp. 921-932.

WVC (1994), *Zorg in Getal 1994*. Rijswijk.