

VERPLEGING IN BEWEGING

De stabiliteit in de personele bezetting van
verpleegafdelingen in algemene ziekenhuizen
en
de opleidingen tot verpleegkundige

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor in de technische wetenschappen aan de
technische Hogeschool Eindhoven, op gezag van de rector magnificus,
Prof. Ir. J. Erkelens, voor een commissie aangewezen door het college van deka-
nen in het openbaar te verdedigen op dinsdag 6 oktober 1981 te 16.00 uur

door

JANNIGJE AARTJE VERWEY
geboren te Benschop

Dit proefschrift is goedgekeurd door:

de eerste promotor prof. ir. C.H.V.A. Botter

de tweede promotor prof. dr. P. Thoenes

VOORWOORD

Deze studie is deels onderdeel en deels resultante van een in 1971 aangevangen onderzoeksproject 'Opleiding en werksituatie verplegenden'. Het onderzoek betrof in eerste instantie het verloop onder verplegenden in het algemene ziekenhuis; in een later stadium heeft het zich voornamelijk gericht op de opleidingen tot verpleegkundige.

In het midden van de jaren zeventig was het de bedoeling het toen verrichte en in feite nog lopende onderzoek af te ronden met een proefschrift. Hiervan is afgeweken.

Tijdens het onderzoek ontstond de behoefte aan nader onderzoek naar de taakstructuur van de verplegingsdienst in het algemene ziekenhuis. Dit impliceerde een nieuwe studie, die met dit proefschrift kon worden verwezenlijkt. Een van de beide behandelde hoofdvragen in dit proefschrift heeft betrekking op het functioneren van de verplegingsdienst in het algemene ziekenhuis. Aan het in bovenstaande aangestipte empirische onderzoek wordt voornamelijk in twee hoofdstukken van dit proefschrift aandacht geschonken.

Met erkentelijkheid wil ik hier mijn beide promotores, professor Botter en professor Thoenes, vermelden, die de omschakeling van oorspronkelijke opzet naar de nieuwe vormgeving van dit proefschrift met kritische opmerkingen hebben begeleid. Vermeldenswaardig is het geduld en het vertrouwen, waarmee zij de uiteindelijke afronding van dit proefschrift tegemoet zagen.

Vermeld moet hier ook worden, de tijd die de Vakgroep Organisatiekunde van de Afdeling der Bedrijfskunde ter beschikking stelde om deze studie te verrichten. Zonder deze tegemoetkoming zou dit proefschrift in zijn huidige vorm niet tot stand zijn gekomen.

Karin Koolen, tot voor kort secretaresse van deze vakgroep, wil ik bedanken voor het geduld en de toewijding, waarmee zij het vele typewerk heeft verzorgd. Na haar vertrek, in verband met een andere werkkring, heeft Marleen van Baalen een belangrijk aandeel gehad in de definitieve vormgeving van het manuscript evenals de heer P.J.A. Doorakkers, die de figuren tekende.

Veel dank ben ik verschuldigd aan alle medewerkers van de Afdeling der Bedrijfskunde, die op enigerlei wijze een bijdrage hebben geleverd aan de voltooiing van dit proefschrift. Het is ondoenlijk ze allen te noemen.

Speciale vermelding verdienen de instellingen van gezondheidszorg, de opleidingen tot verpleegkundige en (leerling)verpleegkundigen, zonder wiens medewerking het in de loop der jaren verrichte empirische onderzoek niet mogelijk zou zijn geweest. In het bijzonder wil ik hier noemen de ziekenhuizen in de regio Eindhoven, de middelbare beroepsopleiding tot verpleegkundige in Eindhoven evenals de in het onderzoek betrokken (leerling)verpleegkundigen, die met name in de beginfase van het onderzoek hun medewerking aan het onderzoek hebben verleend.

INHOUD

I. SCHETS VAN HET PROBLEEMGEBIED 1

- 1.1. Inleiding 1
 - 1.1.1. De thema's van studie 1
 - 1.1.2. Aanleiding tot de studie 4
 - 1.1.3. Vraagstelling 5
 - 1.1.4. Doelstelling 6
- 1.2. Schets van de verpleging en de opleiding tot verpleegkundige 6
 - 1.2.1. Enkele definities van verplegen 6
 - 1.2.2. Historische schets van de verpleging 7
 - 1.2.3. Historische schets van de opleiding tot verpleegkundige 10
 - 1.2.4. De medische ontwikkeling en de verpleging 12
 - 1.2.5. Herstructurering van de gezondheidszorg en van het onderwijs 14
 - 1.2.6. Schematisch overzicht 16
- 1.3. Enkele kwantitatieve personele gegevens over de verpleging 18
- 1.4. Indeling van de studie 26
 - Literatuur 28

II. DE ORGANISATIESTRUCTUUR VAN HET ZIEKENHUIS 30

- 2.1. Inleiding 30
 - 2.1.1. Vraagstelling 30
 - 2.1.2. Onafhankelijke en afhankelijke factoren 33
- 2.2. Activiteiten en formele relaties 35
 - 2.2.1. Primaire en ondersteunende activiteiten 35
 - 2.2.2. Coördinatie en integratie van activiteiten 37
 - 2.2.3. Formele organisatievormen 40
- 2.3. De verplegingsdienst 43
 - 2.3.1. Enkele organisatie-structurele kenmerken 43
 - 2.3.2. Het uitvoerende proces van de verpleging 45
 - 2.3.3. Personele stabiliteit, een organisatie-structurele voorwaarde 46
 - 2.3.4. De afstemming tussen in-service opleiding en verpleegafdeling 47

2.4.	Organisatie-structurele kenmerken van het ziekenhuis	50
2.4.1.	Kenmerken van de functie-gerichte organisatie van het ziekenhuis	50
2.4.2.	Consequenties van functie-gerichte verzuiling	55
2.4.3.	De integratie van activiteiten	57
2.5.	De inrichting van een meer patiënt-gerichte organisatie	61
2.5.1.	Het primaire proces als uitgangspunt voor organisatiestructurering	61
2.5.2.	De vormgeving door een matrix-organisatie	62
2.5.3.	Deconcentratie van diensten	66
2.6.	Conclusies	68
	Literatuur	69

III. SOCIO-CULTURELE FACTOREN VAN HET ZIEKENHUIS 71

3.1.	Inleiding	71
3.2.	Enkele socio-culturele factoren en begrippen	73
3.2.1.	Culturele kenmerken	73
3.2.2.	Macht en gezag	74
3.2.3.	Socialisering	75
3.2.4.	Professionalisering	76
3.2.5.	De aanwezigheid van sub-culturen	77
3.3.	Gevolgen van de socio-culturele factoren	79
3.3.1.	Gevolgen voor de samenwerkingsverbanden	79
3.3.2.	De verwevenheid van organisatiestructuur en socio-cultuur	79
3.3.3.	De invloed van de twee groepen factoren op het inpassen en functioneren van verplegenden	81
3.4.	De voornaamste groeperingen in het ziekenhuis	85
3.4.1.	De bestuursstructuur	85
3.4.2.	Het bestuur en de directie	86
3.4.3.	De medische beroepsgroep	89
3.4.4.	De verpleegkundige beroepsgroep	91
3.5.	Modellen voor het beroepsmatig handelen en het verschijnsel ziekenhuisorganisatie	96
3.5.1.	Het 'professie-model'	96
3.5.2.	Het 'professie-bureaucratie-model'	97
3.6.	Conclusies	99
	Literatuur	102

IV. DE VERPLEEGKUNDIGE ONDERWIJSVOORZIENINGEN EN DE INRICHTING VAN DE VERPLEGINGSDIENST 104

- 4.1. Vraagstelling en maatschappelijke randvoorwaarden 104
 - 4.1.1. Vraagstelling 104
 - 4.1.2. Maatschappelijke randvoorwaarden 107
- 4.2. Ontwikkelingen en knelpunten in het onderwijsbestel 109
 - 4.2.1. Structuur van het onderwijsbestel 109
 - 4.2.2. In- en doorstroming in het beroepsonderwijs 110
 - 4.2.3. Afstemming onderwijsbestel en arbeidsbestel 111
- 4.3. Recente ontwikkelingen in de verpleegkundige onderwijsvoorzieningen 112
 - 4.3.1. De oprichting van de MBO-V 112
 - 4.3.2. De oprichting van de HBO-V 115
 - 4.3.3. Een vergelijking van de uitgangspunten voor de MBO-V en de HBO-V 120
 - 4.3.4. De inrichting van een studieprogramma verplegingswetenschap 121
 - 4.3.5. Ontplooiingsmogelijkheden in de verpleging 123
- 4.4. Consequenties van de institutionalisering van de opleidingen tot verpleegkundige 127
 - 4.4.1. Institutionalisering van de opleiding en beroepsoriëntatie 127
 - 4.4.2. Institutionalisering van de opleiding en professionalisering 130
 - 4.4.3. Visie(s) op de verpleging en de inrichting van het verpleegkundig onderwijs 132
- 4.5. Evaluatie van de verpleegkundige onderwijsvoorzieningen 138
 - 4.5.1. Huidige situatie in het ziekenhuis 138
 - 4.5.2. Het MBO: de in-service opleiding(en) en de MBO-V 139
 - 4.5.3. Het KMBO (de KMBO-V) en het HBO (de HBO-V) 144
 - 4.5.4. Benodigde aantallen in opleiding te nemen leerlingen 146
- 4.6. Conclusies 147
 - Literatuur 149

V. HET VERLOOP EN HET VERZUIM ONDER VERPLEGENDEN EN DE STABILITEIT IN DE PERSONELE BEZETTING 152

- 5.1. Inleiding 152
 - 5.1.1. Het probleemgebied 152
 - 5.1.2. Vraagstelling 153
 - 5.1.3. Indeling van verloopfactoren 154
- 5.2. Verloop, arbeidsmobiliteit en ziekteverzuim 156
 - 5.2.1. Verloop en arbeidsmobiliteit 156

- 5.2.2. Ziekteverzuim 164
- 5.2.3. Verloop en verzuim als vormen van afwezigheidsgedrag: indicatoren voor organisatieproblemen 167
- 5.3. Het verrichte onderzoek betreffende het verloop onder verplegenden 168
 - 5.3.1. Inleiding 168
 - 5.3.2. De opzet van de deelonderzoeken 168
 - 5.3.3. Het in-service leerlingen onderzoek 171
 - 5.3.4. Het verpleegkundigen onderzoek 174
- 5.4. Het verloop bezien vanuit de stabiliteit 187
 - 5.4.1. Verloop en stabiliteitsgegevens 187
 - 5.4.2. De stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen 190
- 5.5. Slotbeschouwing en conclusies 191
 - Literatuur 193

VI. HET INPASSEN EN HET FUNCTIONEREN VAN DE (ASPIRANT) VERPLEEGKUNDIGEN VAN DE MBO-V IN DE GEZONDHEIDSZORG 196

- 6.1. Inleiding 196
 - 6.1.1. Vraagstelling 196
- 6.2. De afstemming tussen opleiding(sinstituut) en praktijkveld 199
 - 6.2.1. Doelstelling van de MBO-V en van het MHNO/MSPO 199
 - 6.2.2. De indeling van het onderwijs 200
 - 6.2.3. De praktijkcomponent van de opleiding 201
 - 6.2.4. De organisatie van de praktijkbegeleiding 203
 - 6.2.5. De integratie van theorie en praktijk 204
 - 6.2.6. De onderwijsfunctie in de instellingen van gezondheidszorg 204
- 6.3. Het verrichte onderzoek aan de MBO-V in Eindhoven 206
 - 6.3.1. De oprichting van de MBO-V in Eindhoven 206
 - 6.3.2. De aanpak van het onderzoek 207
 - 6.3.3. Onderzoek betreffende de eerste twee leerperiodes 209
 - 6.3.4. Onderzoek betreffende de laatste studiefase 211
 - 6.3.5. Onderzoek betreffende het functioneren als verpleegkundige in de gezondheidszorg 213
- 6.4. De voortzetting van het onderzoek aan alle MBO-V's 217
 - 6.4.1. Twee vraagstukken voor verder onderzoek 217
 - 6.4.2. Deelonderzoek betreffende de organisatie van de praktijkbegeleiding 218
 - 6.4.3. Onderzoek betreffende het functioneren van MBO-verpleegkundigen in de gezondheidszorg 221

6.5.	Slotbeschouwing en conclusies	232
	Literatuur	235

VII. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN 237

7.1.	Inleiding	237
7.2.	De organisatie van het ziekenhuis	239
7.3.	De in-service opleiding in het ziekenhuis	245
7.4.	De stabiliteit in de personele bezetting	247
7.5.	De opleidingsstructuur tot verpleegkundige	251

SUMMARY 258

I. SCHETS VAN HET PROBLEEM- GEBIED

1.1. INLEIDING

1.1.1. De thema's van studie

De thema's van deze studie hebben betrekking op twee hoofdonderwerpen:

- de plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst binnen de organisatie van het algemene ziekenhuis en
- de opleidingsstructuur tot verpleegkundige.

In dit kader wordt tevens aandacht besteed aan:

- het verloop onder verplegenden en
- de inpassing van afgestudeerden van het verpleegkundig dagonderwijs in het algemene ziekenhuis

De studie beperkt zich tot het algemene ziekenhuis en daarvoor zal in het vervolg de term ziekenhuis worden gebruikt*. Onder een *ziekenhuis* wordt verstaan: een instelling voor onderzoek, behandeling, verpleging en verzorging van patiënten, die hulp behoeven op specialistisch niveau.

De verplegingsdienst is qua aantal werknemers de grootste dienst in het ziekenhuis**. Ongeveer 50% van de verplegenden bestaat uit in-service A leerlingen, die in het ziekenhuis een opleiding ziekenverpleging A krijgen. De resterende 50% bestaat voornamelijk uit verpleegkundigen en een kleine categorie ander verzorgend personeel, waaronder ziekenverzorgenden***.

Onder *verplegenden* worden allen verstaan, die als zodanig in de verpleging werk-

* De academische en de categorale ziekenhuizen kunnen worden gezien als bijzondere vormen van het algemene ziekenhuis.

** De verplegingsdienst omvat al die activiteiten die binnen deze dienst door verplegenden worden verricht. Als in deze studie over de verpleging wordt gesproken, dan worden met name de werkzaamheden bedoeld, die door verplegenden op verpleegafdelingen worden verricht. Naast de verpleging omvat de verplegingsdienst ook onderwistaken inzake de in-service A opleiding.

*** De toegestane personeelsbezetting in een ziekenhuis is gebaseerd op de gemiddelde bedbezetting. Dit leidt thans, gebaseerd op de te mogen besteden loonsom, tot een verhouding van circa 50% in-service A leerlingen en circa 50% verpleegkundigen, de zogenaamde 'COZ-ervaringsnorm' (zie ook paragraaf 1.3., tabel 1.2.).

zaam zijn, dus verpleegkundigen en in-service A leerlingen en soms ook ziekenverzorgenden. De term verpleegkundige is van vrij recente datum en deze wordt in deze studie gebruikt voor de benaming van gediplomeerd verpleegkundige. De term verpleegster wordt gebruikt als er sprake is van historische aspecten van de verpleging.

Een van de meest in het oog lopende problemen binnen het ziekenhuis is sinds vele jaren het verloop onder verplegenden. Verlooperpercentages van 35% tot 55% onder in-service A leerlingen gedurende de opleiding van drieëneenhalf jaar en van 30% tot 40% per jaar onder verpleegkundigen vormen, zo blijkt uit ons onderzoek, geen uitzondering (Verhagen, 1977; Floor, 1976). Deze verloopcijfers krijgen wat meer betekenis als we bedenken, dat bijna de helft van het totale aantal medewerkers in ziekenhuizen uit verplegenden bestaat.

Het verloop onder verplegenden wordt wel beschouwd als reden van het structurele tekort aan verpleegkundigen (zie paragraaf 1.3.). Merkwaardig genoeg is dit tekort niet, zoals in de jaren vijftig en in het begin van de jaren zestig, een gevolg van een gebrek aan belangstelling voor de opleiding tot verpleegkundige. Integendeel, het aanbod van leerlingen voor de opleiding is groter dan het aantal dat geplaatst kan worden.

Het verloop tijdens de in-service A opleiding wordt in het algemeen als vrij hoog ervaren en bij degenen, die de opleiding wel afmaken, zien we veelal een afnemende motivatie. Ook bij verpleegkundigen valt naast een vrij hoog verloop, vaak een geringe motivatie en arbeidsvoldoening te constateren.

Kenmerkend voor de in-service A opleiding is, dat ze voor ongeveer 80% in de werksituatie, in de verpleegafdelingen plaatsvindt. Hoewel de opleiding voornamelijk in de werksituatie gebeurt, vereist ze toch een geheel eigen organisatie. Te denken valt hier aan aspecten als de plaatsing en begeleiding van leerlingen uit verschillende studie jaren op de verpleegafdelingen.

De verpleging is in de afgelopen tientallen jaren, in tegenstelling tot de inhoud en opzet van de in-service A opleiding, ingrijpend veranderd. Deze verandering vloeit voort uit de vlucht, die de geneeskunde heeft genomen en die geleid heeft tot een zeer specialistische organisatie. De medische ontwikkeling heeft verregaande gevolgen gehad voor de werkzaamheden en de coördinatie van de verschillende activiteiten rond de patiëntenzorg op de verpleegafdelingen.

In dit kader zijn de volgende vragen te stellen:

- in hoeverre is in de huidige ziekenhuisorganisatie het opleiden van verpleegkundigen middels een intern leerlingensysteem nog verenigbaar met de uitvoering van de patiëntenzorg in het ziekenhuis?
- welke gevolgen heeft het achterblijven in ontwikkeling van de opleiding tot verpleegkundige, in vergelijking met de vlucht die de geneeskunde heeft genomen, voor de uitvoering van de patiëntenzorg en voor het functioneren van

de verplegingsdienst in het ziekenhuis?

- is, gezien de repercussies die de medische ontwikkeling heeft gehad voor de organisatie van het ziekenhuis, een principiële herziening van de plaats van de verplegingsdienst en daarmee van haar taakgebieden noodzakelijk of gewenst?

Het valt in te zien, dat een eventuele herziening van de plaats van de verplegingsdienst in het ziekenhuis gevolgen moet hebben voor de verpleegkundige opleidingen; zowel voor wat betreft de opleidingsniveaus als ten aanzien van de inhoud van het onderwijs. Een essentiële vraag hierbij is, of in de opleidingen tot verpleegkundige de nadruk dient te liggen op verzorgende dan wel op medische aspecten.

De voornaamste sectoren binnen de intramurale gezondheidszorg hebben ieder een eigen in-service opleiding tot verpleegkundige.

Naast de in-service A opleiding in het ziekenhuis, zijn er nog de in-service opleidingen ziekenverpleging B en Z; respectievelijk binnen de psychiatrische instellingen en de inrichtingen voor zwakzinnigenzorg.

Deze drie basisopleidingen zijn veldspecifiek en de diploma's zijn niet uitwisselbaar. Deze specificiteit hangt samen met de diagnostische en therapeutische activiteiten binnen elk der drie sectoren.

In de jaren zeventig zijn in het kader van het reguliere dagonderwijs, vallend onder de Wet op het Voortgezet Onderwijs (zie paragraaf 1.2.5), op bescheiden schaal middelbare en hogere beroepsopleidingen voor verpleegkundigen, respectievelijk de MBO-V en de HBO-V, opgericht.

De MBO-V is met betrekking tot het opleidingsniveau gelijkwaardig aan de in-service A opleidingen. Er zijn echter twee essentiële verschillen. De MBO-V leidt, in tegenstelling tot de in-service opleidingen, verpleegkundigen op voor alle sectoren van de gezondheidszorg. De leerling van de MBO-V is, in tegenstelling tot de in-service leerling, uitsluitend leerling. Het is de school, die de leerling als aspirant-verpleegkundige aanneemt en verantwoordelijk is voor diens opleiding.

De HBO-V is voor wat betreft het opleidingsniveau een geheel nieuw type opleiding voor de gezondheidszorg.

De MBO-V en de HBO-V bedoelen beide een algemene basisopleiding tot verpleegkundige te zijn voor de *gehele* gezondheidszorg. Een vigerende visie op beide opleidingen is, dat differentiaties en specialisaties ná de opleiding in het specifieke werkveld moeten plaatsvinden.

Het verpleegkundig dagonderwijs levert tot nu toe in het licht van de totale voorziening aan verpleegkundigen nog slechts een bescheiden bijdrage (zie paragraaf 1.3.).

De personeelsvoorziening voor het ziekenhuis verloopt met betrekking tot het

verplegend personeel momenteel voornamelijk via de in-service opleiding in de eigen sector. Door deze opleiding heeft men in ziekenhuizen een sterke greep op de voorziening van verplegenden.

In het licht van de personeelsvoorziening op langere termijn, zijn de volgende vragen van belang:

- wordt binnen het verpleegkundig dagonderwijs voldoende aandacht geschonken aan die componenten, die voor de verpleging binnen het ziekenhuis van belang zijn of zouden moeten zijn?
- onder welke voorwaarden zullen de dagopleidingen voor verpleegkundigen gaan voorzien in de kwalitatieve en kwantitatieve behoefte aan verpleegkundigen binnen de verschillende sectoren van de gezondheidszorg in het algemeen en binnen het ziekenhuis in het bijzonder?

De bedoelde voorwaarden betreffen het functioneren van de verplegingsdienst in het ziekenhuis, de wijze waarop het verpleegkundig onderwijs binnen het totale onderwijs wordt gestructureerd en ingericht, en de afstemming tussen beide systemen.

1.1.2. Aanleiding tot de studie

In de jaren zeventig werden door ons enkele deelonderzoeken verricht betreffende het verloop onder verplegenden in ziekenhuizen (zie hoofdstuk V) en het inpassen en het functioneren van (aspirant-)verpleegkundigen van de MBO-V in de gezondheidszorg (zie hoofdstuk VI).

Het feit, dat zowel in-service A leerlingen als leerlingen van een MBO-V in het onderzoek waren betrokken, betekende, dat we naast het verloop ook met het opleidingsvraagstuk in de verpleging en de vernieuwingen op dit gebied werden geconfronteerd. Dit impliceerde, dat een evaluatie van beide opleidingen onderdeel moest uitmaken van het onderzoek. Hierbij zou ook aandacht geschonken moeten worden aan de HBO-V.

Op basis van de resultaten van het onderzoek naar het verloop is de aandacht geleidelijk aan verlegd van het verloopvraagstuk naar de gevolgen van de *stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen* voor de uitvoering van de patiëntenzorg en het functioneren van verplegenden.

De dagopleidingen tot verpleegkundige hebben, zo valt in te zien, op langere termijn gevolgen voor de continuïteit in de voorziening van verpleegkundigen en voor de stabiliteit in de personele bezetting.

Hieronder volgen de voornaamste conclusies uit het zojuist aangestipte onderzoek.

1. Uit het oogpunt van de continuïteit in de zorgverlening is de geringe stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen een probleem, dat pri-

mair aandacht en oplossing behoeft.

Het verloop onder verplegenden is weliswaar van invloed op deze stabiliteit, doch is momenteel niet de voornaamste oorzaak van de geringe stabiliteit. De in-service A opleiding heeft bijvoorbeeld op dit moment een grotere invloed op de stabiliteit in de personele bezetting dan het verloop.

2. De problemen in de verpleging mogen echter niet herleid worden tot een opleidingsvraagstuk. De problemen worden niet opgelost door mensen anders en hoger op te leiden, of door er meer op te leiden.

Ook in die landen waar men reeds lang vertrouwd is met dagopleidingen, waaronder hogere en zelfs universitaire opleidingen in de verpleging (bijvoorbeeld de Verenigde Staten) zien we overeenkomstige problemen als in Nederland.

3. De oorzaken van diverse problemen in de verpleging moeten veeleer worden gezocht in het functioneren van het ziekenhuis.

Zij dienen vooral gezocht te worden in het functioneren van de verplegingsdienst binnen de huidige organisatie van het ziekenhuis (zie hoofdstuk II en III).

4. De conclusies 2. en 3. betekenen, dat weinig over de nieuwe dagopleidingen voor verpleegkundigen en over de effecten ervan op langere termijn voor onder meer de stabiliteit in de personele bezetting kan worden gezegd. Met andere woorden, een evaluatie van de verschillende verpleegkundige opleidingen is weinig zinvol als deze niet gebeurt in relatie met de plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst in het ziekenhuis.

1.1.3. Vraagstelling

De vraagstelling voor deze studie valt uiteen in twee hoofdvragen.

1. Is een wijziging van de *plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst* in het ziekenhuis gewenst? Anders gesteld: moet in verband met de uitvoering van de patiëntenzorg alsmede het functioneren van verplegenden, de verplegingsdienst anders worden ingebed in de organisatie van het ziekenhuis?
2. Hoe zal de *opleidingsstructuur tot verpleegkundige* er voor het ziekenhuis moeten uitzien, teneinde een eventueel wenselijke wijziging in de plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst te kunnen bewerkstelligen?

De beantwoording van ieder van de beide vragen bestaat uit twee onderdelen: 1) een beschrijving en analyse van de bestaande situatie; en 2) het op grond daarvan aangeven van een wenselijk geachte situatie.

Een beschrijving van de bestaande situatie veronderstelt de beantwoording van de vraag, welke factoren van invloed mogen worden geacht op het functioneren van de verplegingsdienst enerzijds en op de structurering en inrichting van het verpleegkundig onderwijs anderzijds.

Voor het aangeven van een wenselijke situatie zal op enkele onderdelen moeten worden volstaan met het aangeven van een richting voor verder onderzoek; hiervoor zal een optiek worden ontwikkeld.

1.1.4. Doelstelling

De doelstelling van deze studie omvat een drietal deeldoelstellingen, namelijk:

1. inzicht verkrijgen in die factoren die voor de beantwoording van de geformuleerde vraagstelling van belang zijn;
2. het verrichte en het nog lopende empirische onderzoek in een breder kader plaatsen;
3. het leveren van een bijdrage aan de beleidsvorming inzake de verpleegkundige opleidingen.

In de volgende paragrafen van dit hoofdstuk zal ter verduidelijking van onze vraagstelling eerst een historische schets van de verpleging in het ziekenhuis en van de opleiding tot verpleegkundige worden gegeven. Hierop aansluitend zal enige aandacht worden geschonken aan de herstructurering van de gezondheidszorg en van het onderwijs. Daarna zullen enkele kwantitatieve personele gegevens over de verpleging worden gepresenteerd. Tenslotte zal een hoofdstukken-indeling van deze studie worden gegeven.

1.2. SCHETS VAN DE VERPLEGING EN DE OPLEIDING TOT VERPLEEGKUNDIGE

1.2.1. Enkele definities van verplegen

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid geeft in haar 'Rapport inzake de taak van de verpleegkundige' (1971) twee definities van verplegen. De eerste, de veel geciteerde omschrijving van Virginia Henderson in Grondbeginselen van de Verpleegkunde (Lochem 1971) luidt: 'De unieke functie van de verpleegkundige is: het individu, ziek of gezond, bij te staan bij het verrichten van die activiteiten die bijdragen tot gezondheid of herstel (of te helpen vredig te sterven, wanneer geen herstel mogelijk is), die dit individu zonder hulp zou verrichten als hij de daartoe nodige kracht, wilskracht of kennis bezat. De verpleegkundige dient dit op zulk een wijze te doen, dat de geholpene zo snel mogelijk weer onafhankelijk wordt'.

Deze definitie is als uitgangspunt genomen voor de omschrijving van de onderwijsdoelstelling van de Middelbare Beroepsopleiding voor Verpleegkundigen (zie hoofdstuk VI).

Als tweede definitie van verplegen wordt die van de Werkgroep Hogere Beroeps-

opleiding Verplegenden gegeven (in Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid nr. 24, jaargang 1969). Deze luidt: 'Verplegen is het systematisch begeleiden van een individu, gehandicapt dan wel bedreigd door een stoornis, met als doel dat deze mens onder optimale condities kan functioneren'. Onder stoornis wordt verstaan 'een somatische en/of psychische situatie, al dan niet beïnvloed door sociale omstandigheden, die het individu verhindert als 'normaal' mens in zijn behoeften te voorzien' (pagina 75 en 76).

In een meer recent 'Interim advies inzake de ontwikkeling van de opleidingen verpleegkunde' (1978) van de genoemde Centrale Raad wordt het doel van de verpleegkundige hulpverlening als volgt omschreven: 'Hulp verlenen aan mensen, die bedreigd en/of gestoord zijn in hun gezondheid, met betrekking tot de behoeften in dit verband, teneinde een zo optimaal mogelijk menselijk functioneren te bewerkstelligen; een hulpverlening, die in verschillende situaties en in samenwerking met beoefenaars van andere disciplines kan plaatsvinden' (pagina 9).

De vele definities die er van verplegen zijn, ontlopen elkaar niet veel. Kenmerkend is, dat ze in het algemeen zeer breed zijn met betrekking tot de optiek op de verpleging, en de taken en werkterreinen van de verpleegkundige.

1.2.2. Historische schets van de verpleging

De geschiedenis van het ziekenhuis is er een van de verpleging. Ze is een weerspiegeling van hoe men in de loop der tijden over ziekte, of beter over zorg aan de hulpbehoevende dacht.

Querido (1967) geeft een overzicht van de geschiedenis van het ziekenhuiswezen in West-Europa, die hij in enkele perioden indeelt. Ten eerste de periode van de christelijke charitas vanaf de vroege middeleeuwen tot aan het einde van de zestiende eeuw; in deze periode ontstaan de Gods- en gasthuizen. Oorspronkelijk was de opname in het gasthuis — behalve voor de reizigers — een permanente aangelegenheid, met het doel een blijvende en humane verzorging te vinden. Vervolgens de periode vanaf het einde van de zestiende eeuw tot aan het midden van de negentiende eeuw; een tijdsbestek dat werd gekenmerkt door een toenemende verslechtering van de verpleging. In de vijftiende eeuw en in nog sterkere mate in de zestiende eeuw begon de functie en betekenis van de gods- en gasthuizen te veranderen. De zestiende eeuw bracht armoede. Er ontstond daardoor, volgens Querido, een grotere behoefte aan opname in het gasthuis; tegelijkertijd namen echter ook de inkomsten van de gasthuizen af. Het maatschappelijke instituut van de zorg voor de arme ging veranderen. In plaats van een directe uiting van christelijke liefde, werd het een aan de harde werkelijkheid aangepaste minimale voorziening. Was in de eerder genoemde periode de arme er om de christelijke liefde te kunnen bewijzen, in deze periode werd armoede veeleer gezien

als een gevolg van eigen falen en luiheid. Zo was niet meer de behoefte van de gever bij de zorgverlening de beslissende factor, maar de gesteldheid van de ontvangende. De verpleging werd slecht en mensonwaardig. Ook het niveau van het verzorgend personeel daalde in die tijd. In Amsterdam was in 1867 bijvoorbeeld het verzorgend personeel afkomstig uit de strafkolonie Veenhuizen. Tot diep in de negentiende eeuw bleven de erbarmelijke toestanden in het gasthuis bestaan.

Buiten het gasthuis begon in de jaren twintig van de negentiende eeuw het reveil van de verpleging. Hier kan het werk worden genoemd van een jonge predikant Theodor Fliedner in Duitsland en dat van Florence Nightingale in Engeland.

Na zijn komst in 1822 stichtte Fliedner in het plaatsje Kaiserswerth een centrum voor wat wij nu maatschappelijk werk zouden noemen. Hij zocht als hulpkrachten vrouwen uit de gegoede stand, die de oude diaconessentaak weer zouden opnemen*. Aanvankelijk was het hoofddoel de zieke thuis te verplegen. Was het nodig een zieke op te nemen, dan gebeurde dat in het huis waar de diaconessen gezamenlijk woonden. Op deze wijze ontstond, naast de wijkverpleging, het diaconessenhuis, dat een geweldige tegenstelling vormde met het openbare ziekenhuis of gasthuis uit dezelfde tijd. In navolging van Kaiserswerth werden talrijke centra in West-Europa opgericht**.

De activiteiten van Florence Nightingale hebben eveneens sterk bijgedragen aan de ontwikkeling van de verpleging en van het verpleegstersberoep. Zij was zeer onder de indruk van het werk van Fliedner, zonder dat zij in eerste instantie de mogelijkheid had zijn voorbeeld in Engeland te volgen. Dat was pas mogelijk na haar terugkeer uit de Krimoorlog (1856). Zij was toen niet alleen een nationale heldin geworden, maar bovendien de onbetwiste autoriteit op het gebied van de ziekenverpleging. Het fonds, dat de dankbare natie haar als geschenk aanbood, werd grotendeels gebruikt voor de oprichting van een school voor verpleegsters in het St. Thomas Hospital te Londen. Deze opleiding werd geheel naar haar ideeën ingericht en diende als voorbeeld voor andere verpleegstersopleidingen in en buiten Engeland.

Een beweging, die eveneens heeft bijgedragen aan de verbetering van de verpleging en karakteristiek was voor die tijd, was het verlangen naar emancipatie, in het bijzonder voor het meisje uit de gegoede kringen. Ook van dit verlangen was Florence Nightingale met haar uitstekende opvoeding en opleiding een exponent. De verpleging was voor de vrouw uit de gegoede stand één van de eerste mogelijkheden om zelfstandig aan het maatschappelijke leven deel te nemen.

* Het oude diaconaat, waarin de gelijkheid van man en vrouw tot uitdrukking kwam door de instelling van diacones, werd in 533 door de synode van Orleans afgeschaft.

** In ons land werd bijvoorbeeld het eerste diaconessenhuis in 1844 in Utrecht gesticht (Binnenkade, 1973).

Aan het einde van de negentiende eeuw was de geneeskunde zover gevorderd, dat het zin kon hebben herstel in het ziekenhuis te zoeken. Omstreeks 1880 werden er, volgens Querido, onderzoeks- en behandelmethoden uitgevonden, die alleen in het ziekenhuis konden worden toegepast. Deze ontdekkingen veroorzaakten een omwenteling in het ziekenhuiswezen! Ze betekenden, dat het ziekenhuis niet meer alleen een instelling voor armenzorg was, maar dat er medische redenen voor opname konden bestaan. Deze omwenteling hield tevens in, dat ook de meer welgestelde voor behandeling en verpleging op het ziekenhuis kon zijn aangewezen. Uit deze nieuwe behoefte tot opname is het particuliere ziekenhuis ontstaan. De reeds bestaande particuliere ziekenhuizen, die aanvankelijk voor on- en minvermogenden waren bedoeld die thuis niet verzorgd konden worden, konden aan deze nieuwe vraag tot opname voldoen. In deze ziekenhuizen stond de verzorging op een veel hoger peil dan in de openbare, omdat ze over beter personeel beschikten.

De openbare ziekenhuizen konden niet achterblijven bij de particuliere. Zij zagen zich genoodzaakt hun personeel strenger te selecteren en opleidingen te organiseren. Het niet-particuliere ziekenhuis bleef tot aan de tweede wereldoorlog voornamelijk een instelling voor de zieke arme.

Het ziekenhuis werd geleidelijk aan een medisch centrum, een concentratie van onderzoek- en behandelmogelijkheden en tevens het centrum, waar artsen en later ook verpleegkrachten en vele andere beroepskrachten werden opgeleid.

Onder meer door de uitbreiding van de sociale verzekeringen zijn na de tweede wereldoorlog de medische voorzieningen voor iedereen toegankelijk geworden. Dezelfde sociaal-economische factoren hebben in de jaren vijftig tot in het midden van de jaren zestig de onstuimige groei van de medische voorzieningen in het ziekenhuis mogelijk gemaakt (zie paragraaf 1.2.4.). Zo werd het ziekenhuis in een tijdsbestek van ruim vijftig jaar hét symbool van waartoe de geneeskunde wel in staat was én wat zij bij een verdere ontwikkeling nog wel zou weten te bereiken.

De verpleging verloor zo rond de jaren vijftig langzamerhand de aantrekkingskracht, die was verbonden met de mogelijkheid van emancipatie. Voor vrouwen werden vele andere en aantrekkelijke beroepen bereikbaar. Mede gezien de geringe beloning voor verpleegsters, in vergelijking met andere beroepen, nam de belangstelling voor de opleiding tot verpleegkundige af. Een dieptepunt werd bereikt in de jaren vijftig en in de beginjaren zestig van deze eeuw. Symptomatisch hiervan was, dat wegens geringe belangstelling voor de opleiding, de toelatingseisen en daardoor ook het niveau van de opleiding werden verlaagd. Zo stond de ontwikkeling, die de verpleging op dat moment achter de rug had, in schrilte tegenstelling tot de gestage en steeds snellere ontwikkeling, die in dezelfde periode de geneeskunde te zien had gegeven. Een ontwikkeling die zich nog

doorzette en in de jaren zeventig uitmondde in een kritische bezinning op de zorgverlening in het ziekenhuis.

1.2.3. Historische schets van de opleiding tot verpleegkundige

Eind negentiende eeuw zijn er in ons land incidentele initiatieven om de ziekenverpleging uit de sfeer van de liefdadigheid te halen. In die tijd ontstaan de eerste opleidingen tot ziekenhuisverpleegster. Pas in 1921, na veel studie en overleg binnen de overheid en binnen de organisaties die zich op het terrein van de verpleging bewogen, werd de opleiding tot het verpleegstersberoep geregeld door de 'Wet op de Ziekenverpleging'.

Een belangrijke wijziging in deze wet bracht de ministeriële beschikking van 1929. Toen werd een differentiatie aangebracht in een diploma A voor de ziekenverpleging en een diploma B voor de verpleging van zenuwzieken en krankzinnigen*.

Ver voor de tweede wereldoorlog en erna is door beroepsorganisaties verschillende keren aangedrongen op verbetering van de opleiding tot het diploma A. Het duurt echter tot 1966 eer door een ministeriële beschikking (invoering 1967) een wijziging in de opleiding wordt aangebracht. Deze wijziging betrof voornamelijk de volgende punten: de invoering van een pre-klinische periode van drie maanden; het theoretische gedeelte van de opleiding moet minstens 800 uren van 50 minuten bevatten; de kraamaantekening wordt in het diploma ingebouwd, waardoor de opleiding met een half jaar wordt verlengd tot drieëneenhalfjaar; de toelatingseis wordt minimaal het met goed gevolg genoten hebben van 10 jaar algemeen vormend onderwijs.

De commissie, die zich met het voorontwerp van deze wetswijziging heeft beziggehouden, pleitte voor een soepele overgangsregeling gedurende de eerste jaren. Ze meende, dat de 800 theorie-uren voor vele ziekenhuizen moeilijk te realiseren zouden zijn. Tevens meende de commissie, dat de verhoging van het niveau van vooropleiding zou kunnen leiden tot een geringer aanbod van leerlingen. Ze stelde daarom voor de gedachte van de Geneeskundige Hoofinspectie over te nemen om het beroep van ziekenverzorger in de ziekenhuizen te introduceren (Binnenkade, 1973). De Wet op de Ziekenverzorging van 1963, invoering 1965, sanctioneerde een oplossing, die vele verpleeghuizen al eerder voor het toen heersende tekort aan verplegenden hadden gevonden.

De verhoging van de toelatingseis voor de opleiding heeft niet, zoals men ver-

* De wettelijke regeling betreffende de opleiding tot het diploma B is sindsdien niet meer gewijzigd (Binnenkade, 1973). De opleiding tot het diploma Z voor de zwakzinnigenzorg is pas in 1977 bij de wet geregeld.

wachtte, tot een geringer aanbod van leerlingen geleid. Integendeel, in die tijd zien we geleidelijk aan weer een toenemend aanbod van leerlingen voor de opleiding. De toen ruimer wordende arbeidsmarkt en de verbetering in de beloning geven daar nauwelijks een verklaring voor. We krijgen dan veeleer te maken met een generatie, die de industriële opbloei van na de tweede wereldoorlog niet ziet als bringer van een stuk welvaart, maar veeleer als voortbrenger van vele kwalijke neveneffecten. Er valt bij hen een toenemende belangstelling voor banen binnen de dienstverlenende sector te signaleren en ook voor de verpleging ontstaat weer een toenemende belangstelling.

Sinds 1967 zijn enkele, weinig ingrijpende wijzigingen in de in-service A opleiding aangebracht. Deze betreffen de eindexamenregeling, de richtlijnen inzake het praktische gedeelte en het aantal theorie-uren, dat inmiddels is uitgebreid tot 1060 uren (de Europese norm is 1534 uren).

Kritiek op de in-service opleiding

De voornaamste punten van kritiek op de in-service opleiding richten zich op het samenvallen van het leerling en werkkraacht zijn* en op de specificiteit van en de onvoldoende pedagogische gerichtheid bij de opleiding. Ook het feit, dat de opleiding met een aanvangsleeftijd van 17 jaar en 7 maanden steeds minder past binnen het huidige onderwijsbestel wordt als een probleem ervaren.

Indien de werkgever de opleiding verzorgt, neemt hij de aspirant-verpleegkundige als leerling en tevens als werkkraacht aan. Hij verzorgt de recrutering en bepaalt binnen ruime marges ook de toelatingseisen en het niveau van de opleiding. Op grond van de hier genoemde aan de in-service opleiding klevende bezwaren pleitten Hopman (1970) en De Haan (1971) voor de institutionalisering van de opleiding door deze te laten verzorgen door geheel zelfstandige opleidingsinstituten. Dat zou de ontkoppeling inhouden van het leerling en tevens werkkraacht zijn. Bovendien zou institutionalisering de kwaliteit van het verpleegkundig onderwijs en het eigen gezicht naar buiten van de opleiding en de verpleging ten goede komen.

Binnenkade (1973) daarentegen is er voorstander van de in-service opleiding door regionale opleidingsinstituten te laten verzorgen. Deze instituten werden in de jaren zestig en daarna door een aantal instellingen opgericht, teneinde gezamenlijk de eigen opleiding, speciaal het theoretische gedeelte, te kunnen verzorgen. Het is echter de instelling, die de aspirant-verpleegkundige als leerling en tevens als werkkraacht blijft aannemen en verantwoordelijk is voor diens opleiding. Het onderzoek van Binnenkade wees namelijk uit, dat men in de instel-

* Tenzij anders vermeld, wordt in het vervolg van deze studie met in-service opleiding de in-service A opleiding (en de in-service leerlingen) in het ziekenhuis bedoeld.

lingen in het algemeen tevreden was met de bestaande opleidingssituatie*.

Dagopleidingen voor verpleegkundigen

Aan het einde van de jaren zestig ontstaan er verschillende initiatieven om dagopleidingen voor verpleegkundigen op te richten. Deze initiatieven resulteerden in de oprichting van de MBO-V en de HBO-V. De beide beroepsopleidingen zijn onafhankelijk van elkaar tot stand gekomen en hebben tot nu toe een gescheiden ontwikkeling doorgemaakt.

Het is de Wet op het Voortgezet Onderwijs (WVO), gewoonlijk genoemd de Mammoetwet (1968), die het oprichten van dagopleidingen voor de verzorgende beroepen mogelijk heeft gemaakt (zie hieronder, 'Herstructurering van het onderwijs'). In hoofdstuk IV zal nader worden ingegaan op het ontstaan van de beide verpleegkundige dagopleidingen.

1.2.4. De medische ontwikkeling en de verpleging

De jaren vijftig tot in het midden van de jaren zestig worden gekenmerkt door een snelle toename in de voorzieningen op het gebied van de welzijnszorg met inbegrip van de gezondheidszorg.

Deze ontwikkeling is gestimuleerd door ontwikkelingen op sociaal-economisch gebied. Zo zien we na de tweede wereldoorlog een sterke uitbreiding van de sociale wetgeving en het verzekeringswezen. Dit betekende, dat de voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg voor iedereen bereikbaar en betaalbaar werden. We kunnen het ook zo zeggen, dat noch de financiering van het groeiend aantal voorzieningen noch de kosten voor de gebruiker problemen meer waren. In het ziekenhuis zien we in diezelfde periode, door de samenwerking van de geneeskunde en de technische wetenschappen, een enorme groei in de mogelijkheden van onderzoek en behandeling**. Hierdoor is de nadruk steeds meer komen te liggen op onderzoek en behandeling van de patiënt en steeds minder op de verpleegfunctie van het ziekenhuis. Samenhangend met deze ontwikkeling worden in de jaren vijftig en zestig verpleeghuizen opgericht voor langdurige patiënten, die geen ingewikkelde onderzoeks- en behandelingsmethoden (meer) nodig hebben. In het ziekenhuis is de gemiddelde verpleegduur van de patiënt steeds korter geworden; momenteel is deze circa 14 dagen. Daarnaast zien we een verschuiving optreden van klinische naar meer poliklinische zorgverlening. Dit alles

*Bij het onderzoek waren directieleden, opleiders (docenten en hoofden van verpleegafdelingen) en vierdejaars in-service leerlingen betrokken.

** Philipsen (1976) constateerde op basis van zijn onderzoek betreffende de periode van 1956 t/m 1966 een sterke toename in de complexiteit van ziekenhuizen (groeiend aantal klinische specialismen per bed) gepaard gaande met schaalvergroting van ziekenhuizen (toename in het aantal bedden per ziekenhuis). Het onderzoek betrof alle toen bestaande ziekenhuizen.

wil niet zeggen, dat de verpleging in het ziekenhuis minder belangrijk is geworden; wel dat deze in de laatste tientallen jaren wezenlijk is veranderd.

De toenemende specialisatie

De opgetreden specialisatie heeft repercussies gehad voor de aard van de werkzaamheden van verplegenden en de omstandigheden waaronder deze moeten worden uitgevoerd.

Nieuwe specialismen, bijvoorbeeld die van maatschappelijk werker, fysiotherapeut, diëtist en ziekenverzorgende, hebben de laatste jaren hun intrede in ziekenhuizen gedaan.

Deze ontwikkeling heeft een zekere uitholling van de functie van de verpleegkundige, een ver- en afschuiving van taken naar andere disciplines, tot gevolg gehad. Dit ging gepaard met: 1) een accentuering van een deel van de verpleegkundige functie — met name het organisatorische en/of het medisch-technisch deel — ten nadele van het expressieve, dat van oudsher wezenlijk is voor het verpleegkundig beroep; en 2) specialisatie in diverse richtingen binnen het beroep, bijvoorbeeld intensive care verpleegkundige.

Daarnaast zien we een grote overlapping van taken tussen verpleegkundigen en in-service leerlingen en tussen deze categorieën en ziekenverzorgenden, alsmede een ver doorgevoerde verdeling van taken, die op een relatief klein taakgebied liggen.

Als men de beroepenmonografieën van verplegenden en verzorgenden leest, valt het op, aldus Kruse (1977), hoe groot de overlappingsen in de functies zijn en hoe dicht de beroepseisen van deze categorieën personeel in de werksituatie bijeenliggen. In beide functiepakketten zit bijvoorbeeld een deel ongeschoold werk. Het is voor hem de vraag 'of de indeling in categorieën huishoudelijke hulp, verzorging en verpleging wel te handhaven is, voorzover die indeling nu in wezen slechts gebaseerd is op het bereikte niveau van de vooraf genoten algemene vorming' (pagina 42).

Vanuit de hier geschetste situatie is de vraag, wat nu essentieel is voor de verpleging en het verpleegkundig beroep, begrijpelijk. Het is een vraag, die verplegenden en ook anderen sterk bezighoudt. De vraag naar het specifiek eigene van het verpleegkundig beroep, moet begrepen worden als een identiteitsvraagstuk, dat heeft te maken met de positie en rol van de verpleegkundige in het ziekenhuis.

Een vraag, die bij iedere discussie omtrent de bijdrage van de verpleging aan de patiëntenzorg naar voren komt, is, of de activiteiten binnen de verpleging in het verlengde liggen van de medische, of dat de verpleging (daarnaast) een geheel eigen inbreng heeft. De discussie spitst zich vervolgens toe op de vraag, welke die eigen inbreng dan wel is of zou moeten zijn.

Dezelfde vragen vinden we terug bij de inrichting van het verpleegkundig dag-

onderwijs. De vraag bijvoorbeeld, wat nu het specifiek eigene is van het verpleegkundig beroep uit zich hier in vragen als: wat moet er in het studiepakket en welke accenten moet de opleiding krijgen.

1.2.5. Herstructurering van de gezondheidszorg en van het onderwijs

Herstructurering van de gezondheidszorg

In de periode van 1964 tot en met 1974 nemen de kosten van de gezondheidszorg toe met gemiddeld ongeveer 18% per jaar (Structuurnota Gezondheidszorg, 1974)*. De betaalbaarheid komt in het geding. Deze kostenstijging betreft vooral de intramurale gezondheidszorg en met name de voorzieningen in het ziekenhuis. Gedwongen om tot een beheersing van de kosten te komen, zien we geleidelijk aan een toenemend ingrijpen van de overheid. Deze bemoeienis heeft eerst gelegen in de afkondiging van een aantal beperkende maatregelen, teneinde de kosten en de ongebreidelde groei tegen te kunnen gaan: bijvoorbeeld een personeelsstop en de stop van nieuwbouw en uitbreiding van ziekenhuizen. In eerste instantie betrof dit ingrijpen van de overheid alleen de ziekenhuizen, maar geleidelijk aan is dit uitgebreid tot de gehele gezondheidszorg.

Zo is het, sinds in 1965 de *Wet Ziekenhuistarieven* in werking is getreden, een ziekenhuis verboden verhoogde tarieven in rekening te brengen, tenzij deze zijn goedgekeurd door een bij deze wet aangewezen orgaan, het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ). Dit orgaan heeft onder meer normen ingevoerd voor de personeelsbezetting van de diverse afdelingen in een ziekenhuis; dit zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin.

In 1971 is de *Wet Ziekenhuisvoorzieningen* aangenomen, en sindsdien artikelsgewijze bij Algemeen Maatregel van Bestuur ingevoerd. In deze wet wordt reeds gewag gemaakt van het voorstel om tot een landelijk plan te komen van op elkaar afgestemde ziekenhuisvoorzieningen**. In oktober 1976 is het *Wetsontwerp*

* Over de jaren 1974 en 1975 stijgen de kosten in de intramurale gezondheidszorg met gemiddeld 21,0%. In 1976 valt een geringere stijging te signaleren nl. van 15,1%; in 1977 is deze kostenstijging 11,6%. De beraming is, dat vanaf 1978 deze kostenstijging verder zal dalen van 10,2% naar 9,4% in 1983.

Als de kosten van de totale gezondheidszorg worden uitgedrukt in een percentage van het Bruto Nationaal Produkt (BNP) tegen marktprijzen, is het aandeel van de gezondheidszorg hierin gestegen van 7,2% in 1973 naar 8,2% in 1977; de verwachting is dat dit percentage in 1983 zal groeien naar 9,2% van het BNP.

Bron: financieel overzicht van de gezondheidszorg, Leidschendam 1979.

** Deze wet beoogt onder meer een reductie van de beddenscapaciteit (de zgn. 4^o/100 norm). Sanering van het aantal bedden en verhoging van het 'medisch plafond' worden door Können (1978) onder meer genoemd als belangrijke motieven voor fusies tussen ziekenhuizen. In de 10 door Können bestudeerde fusies (periode 1968 t/m 1974) was in alle gevallen sprake van schaalvergroting, maar tevens en meer nog van een toename in de concentratie van (medische) voorzieningen per bed. Vergelijk de eerder in een voetnoot genoemde studie van Philipsen over de jaren 1956 t/m 1966.

Voorzieningen Gezondheidszorg ingediend, waarin een groter aantal bevoegdheden van de overheid ten aanzien van het gehele veld van de gezondheidszorg is opgenomen. Bij het in werking treden van deze wet zal de eerder genoemde Wet Ziekenhuisvoorzieningen van 1971 worden ingetrokken, omdat deze in de nieuwe wet is opgenomen. Het eveneens in oktober 1976 ingediende *Wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg* is in 1980 als wet aangenomen. Deze wet houdt in, dat alle tarieven in de gezondheidszorg moeten worden goedgekeurd door het te creëren Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Dit orgaan zal bij de invoering van genoemde wet in de plaats komen van het COZ.

Bovenstaande wetten beogen naast kostenbeheersing een herstructurering van de gehele gezondheidszorg. Een doel van deze herstructurering is volgens een in 1974 uitgebrachte 'Structuurnota Gezondheidszorg' om binnen een bepaald gebied tot een beter op elkaar afgestemd en overzichtelijk geheel van voorzieningen te komen.

In dezelfde structuurnota wordt gesteld, dat een voldoende groot aantal goed opgeleide beroepskrachten één van de eerste vereisten is voor een doeltreffende herstructurering en functionering van de gezondheidszorg. Hiervoor moet een passende structuur van onderwijsvoorzieningen worden gecreëerd (zie hieronder 'Herstructurering van het onderwijs'). Tevens zal, nog steeds volgens deze structuurnota, als onderdeel van een integrale planning van de gezondheidszorg, eveneens een planning nodig zijn met betrekking tot de behoefte aan mankracht, zowel in kwalitatief als in kwantitatief opzicht.

In de periode, waarin de noodzaak tot kostenbeheersing en tot herstructurering zich aandienen, zien we tevens een bezinning en kritiek ontstaan op diverse onderdelen van de gezondheidszorg en de patiëntenzorg in het ziekenhuis.

Er wordt voor wat betreft de patiëntenzorg in het ziekenhuis gewezen op: 1) de ondoelmatigheid en ondoorzichtigheid van de organisatie; 2) de onvoldoende kwaliteitscontrole van de geavanceerde onderzoeks- en behandelingsmethoden; en 3) dat deze zorgverlening teveel op het somatische is gericht en te weinig rekening houdt met psycho-sociale en maatschappelijke factoren, die bij het ziek-worden/-zijn en beter-worden een rol spelen. In dit laatste punt ligt vooral de kritiek besloten op de wijze waarop de patiënt wordt benaderd; kortom op de menselijke kanten van de zorgverlening.

Deze punten van kritiek raken ook de verpleging, en zeker waar deze de humane kanten van de patiëntenzorg in het ziekenhuis betreffen. Ook in dit kader moeten we de discussie over de (gewenste) bijdrage van de verpleging aan de patiëntenzorg plaatsen (zie bijvoorbeeld Hattinga Verschure, 1977).

Herstructurering van het onderwijs

De structuur van het onderwijs is sinds de invoering van de Mammoetwet in 1968 ingrijpend gewijzigd en nog steeds aan wijzigingen onderhevig. Binnen de-

ze wet zijn het algemeen vormend en het beroepsonderwijs geregeld. In 1980 zijn er in een ver gevorderd stadium plannen om het hoger beroepsonderwijs weer onder deze wet uit te halen en dit in een afzonderlijke wet te regelen.

In het kader van de Mammoetwet, houdt de nieuwe structuur onder meer de clustering van beroepsopleidingen in, die dicht bijeenliggen. Hierdoor kunnen basispakketten worden samengesteld voor verschillende beroepsopleidingen en is een horizontale doorstroming of differentiatie binnen een cluster mogelijk. Eveneens is een verticale doorstroming in het onderwijs mogelijk. Deze houdt in, dat de leerling van het ene niveau kan doorgaan naar een hoger niveau van beroepsopleidingen. Omstreeks 1970 ontstaan er plannen om ook voor de gezondheidszorg een dergelijke structuur van onderwijsvoorzieningen met horizontale en verticale doorstromingsmogelijkheden te realiseren (Interimnota 'Het opleidingsbeleid van de NZR, 1975').

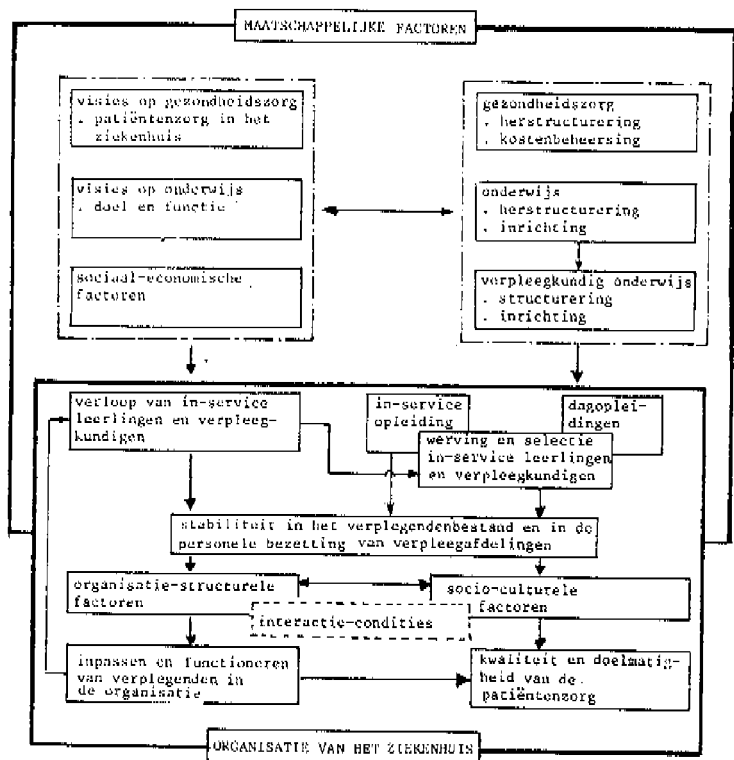
De snelle groei van de voorzieningen binnen de gezondheidszorg, met als kenmerk een toenemende specialisatie, heeft ingehouden dat in eerste instantie veel opleidingen en vervolgopleidingen door interne cursussen en/of particuliere opleidingen werden of nog worden verzorgd. In de reeds genoemde 'Structuurnota Gezondheidszorg, 1974' wordt gesteld, doelend op de nieuwe ontwikkelingen in het onderwijs, dat voor de gezondheidszorg een structuur van onderwijsvoorzieningen moet worden gecreëerd, die geënt is op of rekening houdt met de toekomstige structuur van de gezondheidszorg.

1.2.6. Schematisch overzicht

In figuur 1.1. zijn enkele voor onze vraagstelling van belang zijnde aspecten schematisch weergegeven.

Boven in het schema zijn enkele maatschappelijke factoren aangegeven, die afzonderlijk, of in combinatie, hun invloed (zullen) doen gelden op het gebeuren in het ziekenhuis.

Linksboven zijn factoren aangegeven zoals visies op de gezondheidszorg en op de patiëntenzorg in het ziekenhuis, die, evenals sociaal-economische factoren, gevolgen hebben voor de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg en de organisatie van het ziekenhuis. Eveneens zijn linksboven enkele factoren aangeduid, die gevolgen hebben voor de herstructurering en inrichting van het onderwijs: factoren zoals visies op het onderwijs betreffende doel en functie ervan, en sociaal-economische factoren. We mogen aannemen, dat de structurering en inrichting van het onderwijs alsmede de visies op de patiëntenzorg invloed zullen hebben op de structurering en inrichting van het verpleegkundig dagonderwijs. Dit zal op zijn beurt de organisatie van het ziekenhuis en vooral het functioneren van de verplegingsdienst in deze instelling beïnvloeden.



Figuur 1.1. De onderlinge samenhang van enkele maatschappelijke factoren en hun invloed op de organisatie van het ziekenhuis enerzijds en de onderlinge samenhang van enkele factoren binnen het ziekenhuis anderzijds.

Beneden in figuur 1.1. is binnen het door ons geconstrueerde model aangegeven welke aspecten van de organisatie van het ziekenhuis zullen worden beschreven en geanalyseerd. Hieronder volgt een korte toelichting bij dit model.

Voor het inpassen en het functioneren van verplegenden in het arbeidsproces alsmede voor de uitvoering van de patiëntenzorg zijn twee elkaar beïnvloedende groepen factoren van belang: organisatie-structurele en socio-structurele. Organisatie-structurele factoren zijn bijvoorbeeld de toegenomen specialisatie, de verruimde arbeidsverdeling en de wijze waarop de verschillende arbeidsta-

ken binnen de organisatie zijn gestructureerd en ondergebracht in organisatie-eenheden.

Socio-culturele factoren zijn bijvoorbeeld de statusverschillen en de verschillen in opvattingen omtrent diverse zaken tussen de verschillende groeperingen alsmede de gevolgen die deze hebben voor de onderlinge samenwerking en de uitvoering van de patiëntenzorg.

Tezamen vormen deze twee elkaar beïnvloedende groepen factoren de interactie-condities waaronder verplegenden functioneren en een bijdrage moeten leveren aan de patiëntenzorg.

Er is binnen het model een onderscheid gemaakt tussen de stabiliteit in het verplegendenbestand voor het totale ziekenhuis en in de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen. De eerst genoemde vorm van stabiliteit is in relatie met vraagstukken van werving en selectie van verplegenden van belang.

De stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen is binnen het model als een onafhankelijke, organisatie-structurele, factor beschouwd. De kwaliteit en doelmatigheid van de patiëntenzorg, het functioneren alsmede het verloop van verplegenden zijn als daarvan afhankelijke factoren beschouwd.

Op de verschillende factoren en de veronderstelde onderlinge verbanden daartussen, zullen we in de volgende hoofdstukken nader ingaan.

De begrippen voor de beschrijving van de organisatie-structurele en socio-culturele factoren van het ziekenhuis zijn respectievelijk ontleend aan de organisatiekunde en aan de algemene sociologie.

Met behulp van organisatiekundige begrippen zal de organisatie van het ziekenhuis worden geanalyseerd in hoofdstuk II. De algemene sociologie biedt een begrippenapparaat waarmee de activiteiten in organisaties in bredere maatschappelijke kaders kunnen worden geplaatst (zie hoofdstuk III). Sociologische begrippen zoals socialisering en professionalisering zijn op zich gezien modellen van maatschappelijke verschijnselen, die hun invloeden doen gelden op het gebeuren in organisaties. Deze begrippen kunnen gebruikt worden voor de analyse en interpretatie van opleidingsvraagstukken, die buiten het ziekenhuis liggen, maar daarvoor wel gevolgen hebben (zie bijvoorbeeld hoofdstuk IV).

1.3. ENKELE KWANTITATIEVE PERSONELE GEGEVENS OVER DE VERPLEGING

Om een inzicht te geven in enkele kwantitatieve aspecten van het personeelsvraagstuk zijn in het onderstaande gegevens opgenomen betreffende het aantal verplegenden en verzorgenden, dat in de intramurale gezondheidszorg werkzaam en/of in opleiding is.

Zoals uit tabel 1.1. blijkt, zijn er einde 1979 in de intramurale gezondheidszorg ruim 110.000 verplegenden en verzorgenden werkzaam, waarvan ruim 47.000 in opleiding zijn. Daarvan zijn ruim 46.000 personen werkzaam in ziekenhuizen en hiervan zijn ongeveer 20.000 tevens in opleiding.

In 1979 waren in de intramurale gezondheidszorg ruim 10.000 leerlingen bij de in-service opleidingen als *eerstejaars* in opleiding, waarvan ongeveer 5.600 leerling verpleegkundigen in ziekenhuizen (zie tabel 1.3.).

Tabel 1.1. Aantal verplegenden en verzorgenden (gediplomeerden op basis van formatieplaatsen) op 31 december 1979 werkzaam in de intramurale gezondheidszorg.*

	intramurale gezondheidszorg incl. ziekenhuizen		ziekenhuizen	
	gediplomeerd	leerling	gediplomeerd	leerling
verplegenden	43.500	33.940	22.700	19.710***
verzorgenden	15.910	13.370	2.240	210
overigen**	6.630	250	1.200	—
totaal	66.040	47.560	26.140	19.920

Het verloop onder in-service leerlingen en verpleegkundigen wordt veelal in een adem genoemd met het tekort aan laatstgenoemden. Zo bracht in 1976 de Nationale Ziekenhuis Raad (NZR) een discussienota uit inzake 'Het structureel tekort verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen'. Hierin werd berekend, dat het landelijk tekort aan verpleegkundigen (berekend op basis van vacante formatieplaatsen) in de algemene en categorale ziekenhuizen, exclusief de academische ziekenhuizen, ongeveer 10% bedroeg. In deze nota werd het verloop onder verpleegkundigen geschat op ongeveer 40% per jaar. In een volgende publicatie van de NZR uit 1977 (Tekort aan verpleegkundigen) werd het tekort aan verpleegkundigen in de algemene en categorale ziekenhuizen geschat op ongeveer 9.5%. Na een correctie voor uitzendkrachten, die tijdelijk een vacature vervullen, bedroeg dit tekort volgens deze publicatie circa 8%.

Het gesignaleerde structurele tekort aan verpleegkundigen in de jaren zeventig is volgens ons eerder te wijten aan het lage rendement van de in-service opleiding dan aan een hoog verloop van verpleegkundigen.

* Bron: statistiek personeelssterkte in de instellingen van de intramurale gezondheidszorg over het jaar 1979, NZI.

** Overigen: onder meer bejaardenverzorgenden en -helpenden, verzorgingsassistenten en een kleine categorie ander opvoedkundig personeel.

*** Waaronder een klein aantal aspirant-verpleegkundigen.

Onder *rendement van de in-service opleiding* verstaan we het percentage van de leerlingen, dat de opleiding aanvangt, slaagt en daarna ook daadwerkelijk als verpleegkundige gaat werken in ziekenhuizen (eventueel elders in de gezondheidszorg), waarvoor het de opleiding heeft gevolgd. Onder *verloop* verstaan we het vertrek van een werknemer uit een organisatie. Met betrekking tot het verloop onder verpleegkundigen is onze conclusie — die mede gebaseerd is op een onderzoek over enkele jaren in zes ziekenhuizen — dat er bij het verloop niet zozeer sprake is van een stap uit het beroep, doch veeleer van een grote arbeidsmobiliteit tussen ziekenhuizen van vooral jonge verpleegkundigen (zie paragraaf 5.3.4.). Deze conclusies zullen we in het hier volgende nader toelichten. Hiertoe zijn de tabellen 1.2. en 1.3. samengesteld.

De gestage toename van het aantal verpleegkundigen

*Tabel 1.2. Aantallen verplegenden in de jaren 1973-1980 in ziekenhuizen werkzaam en/of in opleiding (incl. aspiranten)**

jaar	verplegenden	aantal	jaarlijkse toename gediplomeerden
1973	gediplomeerden leerlingen	16890 20030	+ 610
1974	gediplomeerden leerlingen	17310 19560	+ 420
1975	gediplomeerden leerlingen	18020 19310	+ 710
1976	gediplomeerden leerlingen	19330 19860	+ 1310
1977	gediplomeerden leerlingen	20465 19607	+ 1135
1978	gediplomeerden leerlingen	21410 19835	+ 945
1979	gediplomeerden leerlingen	22700 19715	+ 1290
1980	gediplomeerden leerlingen	ca. 24000 ca. 19700	ca. 1200

In tabel 1.2. kunnen we over de jaren 1973 tot en met 1980 in de ziekenhuizen een gestage toename constateren van het aantal gediplomeerde verpleegkundigen. Dit bestand blijkt de laatste jaren met ongeveer 1200 bezette formatieplaatsen

* Bron: samengesteld uit de statistieken personeelssterkte van de algemene ziekenhuizen over de jaren 1973-1979, NZI.

per jaar te zijn toegenomen. Zet deze trend zich door, dan tellen wij bij ongewijzigd beleid tegen 1986 circa 30.000 verpleegkundigen in ziekenhuizen.

Het aantal in-service leerlingen is volgens tabel 1.3. over de jaren 1973 tot en met 1979 vrij constant en blijkt tegen de 20.000 aan te liggen.

In 1973 is het percentage verpleegkundigen ten opzichte van het percentage leerlingen ongeveer 45% : 55%. In 1976 is deze verhouding ongeveer 50% : 50% geworden, en in 1979 ongeveer 54% : 46%. Hieruit valt af te leiden dat de 'COZ-ervaringsnorm' van 50% : 50% voor verpleegkundigen en leerlingen voor de komende jaren niet reëel is. Omstreeks 1986 zal deze verhouding bij ongewijzigd beleid al 60% : 40% zijn.

Rendement in-service opleiding

Tabel 1.3. Aantallen in-service leerlingen, die in de jaren 1973-1979 in ziekenhuizen in opleiding zijn*

	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
4e jaars ($\frac{1}{2}$ jaar)	2220 _{xx}	2210	2150	2210	1920	1880	2060
3e jaars	4800	4850	4790	4710	4770	5110	5260
2e jaars	5690	5760	5580	5600	5870	5890	5690
1e jaars	6910	6490	6570	7140	6000 _{xxx}	5610 _{xxx}	5580 _{xxx}
totaal	19620	19310	19090	19660	18560	18490	18590

In tabel 1.3. zien wij over de jaren 1973 tot en met 1979, een geringe afname in het aantal vierdejaars leerlingen, doch een vrij grote stabiliteit in het aantal tweede- en derdejaars.

Het gemiddelde landelijk verloop uit de opleiding bedraagt voor de aanvangsjaren 1973 tot en met 1976 ongeveer 40% volgens tabel 1.3.** Waarschijnlijk is dit verlooppercentage hoger en is mede daardoor het rendement van de in-service opleiding geringer dan 60%. We zullen dit nader toelichten.

* Bron: samengesteld uit de statistieken personeelssterkte van de algemene ziekenhuizen over de jaren 1973 t/m 1979, NZI.

De afwijkingen in de tabellen 1.2. en 1.3. voor wat betreft de totale aantallen leerlingen is verklaarbaar, doordat in tabel 1.2. de situatie op 31 december is genomen en in tabel 1.3. de gegevens zijn gebaseerd op gemiddelden over het gehele jaar.

** De opleiding duurt $3\frac{1}{2}$ jaar. Daarom moet om een goede schatting van het aantal afstuderenden in een bepaald jaar te verkrijgen, de leerlingensterkte van het 4e jaar met twee worden vermenigvuldigd.

*** Bij de opgegeven lage aantallen eerste jaars plaatsen wij vraagtekens.

De in-service opleidingen beginnen twee maal per jaar (soms drie maal) met een nieuwe cursus en wel in september en in maart. Dit houdt in, dat het aantal leerlingen dat in een bepaald jaar met de opleiding begint, groter is dan in het desbetreffende jaar in tabel 1.3. is aangegeven. We mogen aannemen, dat vooral gedurende het eerste studiejaar verloop optreedt, dat niet in de gegevens tot uiting komt. Eveneens mogen we aannemen, dat gedurende het vierde studiejaar nog enig verloop zal optreden, dat evenmin in deze gegevens tot uiting komt. Dit wil zeggen dat het gemiddelde verloop uit de opleiding hoger is dan 40%.

Het rendement van de in-service opleiding schatten we op ongeveer 55% mede omdat een aantal afgestudeerden niet daadwerkelijk in het ziekenhuis van opleiding blijft of in een ander ziekenhuis (eventueel elders in de gezondheidszorg) gaat werken.

In tabel 1.3. komen verschuivingen tussen opleidingen niet tot uiting. In de gegevens is namelijk niet verwerkt het aantal leerlingen dat uit een ziekenhuis vertrekt om elders de opleiding voort te zetten, hetgeen in feite eveneens als verloop moet worden aangemerkt. Ook geeft de tabel geen inzicht in het aantal leerlingen, dat in het tweede studiejaar begint, nadat men in een andere sector een B- of Z-opleiding of een gedeelte daarvan heeft gevolgd.

Instroom -- uitstroom = toename aantal verpleegkundigen

De jaarlijkse landelijke toename in ziekenhuizen van omstreeks 1200 verpleegkundigen (in aantallen formatieplaatsen) is grotendeels opgebouwd uit een instroom van afgestudeerde in-service A leerlingen en een geringe instroom vanuit de HBO-V's en MBO-B's minus de jaarlijkse uitstroom veroorzaakt door hen, die uit het verpleegkundig beroep treden. Wij nemen hierbij aan, dat de personele verschuivingen tussen de diverse sectoren van de gezondheidszorg tegen elkaar wegvallen. De mobiliteit van verpleegkundigen tussen ziekenhuizen laten wij verder buiten beschouwing.

Mede op basis van eigen onderzoeksgegevens (zie hoofdstuk V) wordt aangenomen, dat ongeveer 90% uit het vierde jaar van de in-service opleiding als verpleegkundige gaat werken in een ziekenhuis.

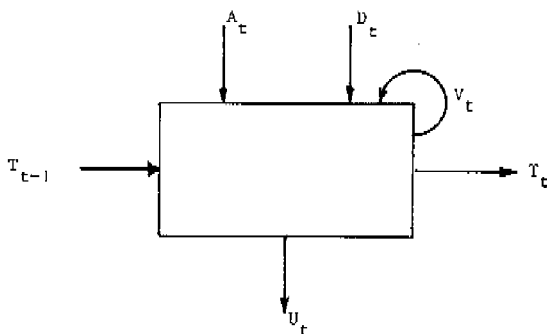
Het rendement van de MBO-V is voor de eerste lichtingen afgestudeerden ongeveer 73%. Van de eerste lichtingen MBO-V afgestudeerden vond ruim 60% een werkkring in een ziekenhuis (zie hoofdstuk VI). Aangezien gegevens nog ontbreken, nemen wij aan, dat deze percentages ook van toepassing zijn voor de HBO-V.

De potentiële instroom voor ziekenhuizen ligt onder de gegeven aannamen in 1981 (zie tabel 1.4.):

• voor in-service A-afgestudeerden op	$0,9 \times 4.100 \approx 3.700$
• voor dagonderwijs-afgestudeerden op	$0,6 \times 800 \approx 480$
totaal	≈ 4.180

De landelijke jaarlijkse toename van het aantal verpleegkundigen werkzaam in ziekenhuizen, is te bepalen door de aantallen gediplomeerden van twee opeenvolgende jaren uit tabel 1.2. van elkaar af te trekken. Door deze toename af te trekken van het geschatte jaarlijkse aanbod van in-service A en MBO-V/HBO-V opgeleide verpleegkundigen, wordt een redelijke schatting verkregen van het aantal gediplomeerden, dat jaarlijks uit het beroep stapt. Tabel 1.4. is op deze wijze uitgewerkt.

Het rekenmodel ter bepaling van de uitstroom en de toekomstige toename van het aantal verpleegkundigen ziet er als volgt uit.



Figuur 1.2. Rekenmodel voor de bepaling van de in- en uitstroom van verpleegkundigen

Hierin betekenen de symbolen:

- T_t : aantal verpleegkundigen in dienst van ziekenhuizen aan einde van jaar t (bijv. einde 1979 22.700)
 T_{t-1} : aantal verpleegkundigen in dienst van ziekenhuizen aan einde van het jaar voorafgaande aan jaar t (bijv. einde 1978 21.410)
 A_t : aantal in-service A afgestudeerden, die gedurende jaar t in dienst treden (bijv. in 1979 $0,9 \times 4.100$)
 D_t : aantal afgestudeerden van dagonderwijs, die gedurende jaar t in dienst treden (bijv. in 1979 $0,6 \times 670$)
 V_t : in- en uitstroom tussen sectoren van de gezondheidszorg in het jaar t , die op nul worden gesteld

U_t : uitstroom gedurende jaar t , d.i. het aantal verpleegkundigen dat uit het beroep treedt

Hiermee komen we tot de betrekking:

$$T_t = T_{t-1} + A_t + D_t - U_t \text{ of} \quad (1)$$

$$U_t = (A_t + D_t) - (T_t - T_{t-1}) \quad (2)$$

Onder de bovengenoemde aannamen zijn berekeningen uitgevoerd, waarvan de resultaten als afgeronde bedragen in tabel 1.4. zijn opgenomen. In de laatste kolom van deze tabel is (berekend over het gemiddelde verpleegkundigenbestand van dat jaar) het percentage opgenomen, dat jaarlijks uit het beroep stapte. Hierin valt een sterke teruggang te constateren.

Tabel 1.4. In- en uitstroomgegevens verpleegkundigenbestand in ziekenhuizen over de jaren 1973 t/m 1979 en schattingen tot 1983 (in formatieplaatsen)

jaar	A_t	D_t	$(T_t - T_{t-1})$	U_t	U_t in % bestand
1973	4.000	—	610	3.400	20%
1974	4.000	—	420	3.600	20%
1975	3.850	50	710	3.200	19%
1976	4.000	260	1.310	3.000	15%
1977	3.450	260	1.130	2.600	13%
1978	3.400	310	950	2.800	13%
1979	3.700	390	1.290	2.800	12%
1980	3.700*	390	1.300**	2.800*	11%*
1981	3.700*	480	1.400**	2.800*	11%*
1982	3.700*	610	1.400**	2.900*	11%*

Onder de gestelde aannamen blijkt uit tabel 1.4., dat in 1973 ongeveer 20% van de verpleegkundigen uit het beroep stapte. Dit percentage zien we in de loop van de daarop volgende jaren geleidelijk aan afnemen. Hieruit blijkt, dat in de loop van deze jaren de stap uit het beroep drastisch verlaagd is.

De verpleegkundigen blijven blijkbaar langer in het beroep werkzaam. De oor-

* Schattingen.

** Berekende toename op basis van schattingen.

zaken hiervan liggen onder meer in de veranderingen op de arbeidsmarkt. Dit moet uiteraard gevolgen hebben voor het aantal op te leiden verpleegkundigen in de komende jaren. Er dreigt, bij de huidige normen inzake de personeelsbezetting, zelfs een structurele overcapaciteit.

Uit bovenstaande berekeningen valt op te maken, dat het gesignaleerde landelijke tekort aan verpleegkundigen gedurende de jaren zeventig niet uitsluitend heeft te maken met de stap uit het beroep van deze categorie. Voorts, dat dit tekort zeer waarschijnlijk niet zozeer van kwantitatieve, doch veel meer van kwalitatieve aard is. Het landelijk tekort wordt berekend op grond van het aantal vacante plaatsen. Niet bekend is, hoe lang (gemiddeld) de vacatures openstaan. Evenmin is bekend om welke vacante functies het gaat of op welke specifieke deskundigheden de vraag naar gediplomeerde krachten betrekking heeft.

Voorziening van verpleegkundigen in komende jaren

De personeelsvoorziening voor de verpleging (met name in kwantitatieve zin) is direct gekoppeld aan de opleidingen voor verpleegkundigen. De nieuwe dagopleidingen voor verpleegkundigen leveren nog een geringe bijdrage aan deze personeelsvoorziening.

Momenteel (1981) zijn er vijf MBO-V's en negen HBO-V's.

Jaarlijks (1980) worden bij deze dagopleidingen ongeveer 1400 leerlingen aangenomen: circa 500 bij de MBO-V en circa 900 bij de HBO-V. Dit is ongeveer 14% van het aantal leerlingen dat in 1980 bij de in-service opleidingen tot verpleegkundige in de intramurale gezondheidszorg als eerstejaars in opleiding was. Eigenlijk is voor een vergelijking van de aantallen leerlingen in feite alleen de MBO-V van belang, daar de HBO-V qua niveau een geheel nieuw type opleiding voor de gezondheidszorg is.

In de jaren 1980 tot en met 1985 zullen jaarlijks ongeveer 350 MBO-verpleegkundigen afstuderen, en vanaf 1982 jaarlijks ongeveer 650 HBO-verpleegkundigen. Dit totaal bedraagt dan vanaf 1982 circa 1000 per jaar, waarvan wij op dit moment aannemen dat 600 van hen in ziekenhuizen zullen gaan werken. In het licht van het totale aanbod van afgestudeerden komt een en ander neer op ongeveer 13%.

De vraag is, hoeveel verpleegkundigen bij een afbouw van de in-service opleiding nodig zullen zijn voor de vervanging van de in dienst zijnde in-service leerlingen in ziekenhuizen.

Voor de beantwoording van deze vraag moet een substitutie-factor worden bepaald. Deze substitutie-factor is een maat voor het aantal verpleegkundigen nodig voor de vervanging van het aantal in-service leerlingen; deze factor is door ons bepaald op 0,7 (zie hoofdstuk IV). Uitgaande van een substitutie-factor van 0,7 zouden de thans aanwezige 19.500 leerlingen na de omschakeling van in-

service naar volledig dagonderwijs vervangen dienen te zijn door $0,7 \times 19.500 = 13.650$ gediplomeerden. In totaal zullen er dan ongeveer 37.000 gediplomeerden ($23.000 + 13.650$) in ziekenhuizen werkzaam zijn. Gaan we er van uit, dat jaarlijks in ziekenhuizen ongeveer 11% uit het beroep stapt (zie tabel 1.4.) dan zullen per jaar ongeveer 4.000 verpleegkundigen uit het dagonderwijs nodig zijn om deze afname aan te vullen.

De vraag is vervolgens hoeveel leerlingen jaarlijks voor ziekenhuizen in opleiding moeten worden genomen om 4.000 verpleegkundigen te kunnen afleveren. Hierbij moet rekening worden gehouden met het gegeven, dat het rendement van het dagonderwijs beduidend hoger ligt dan van de in-service opleiding, namelijk 73% tegen 55%.

Uiteindelijk zullen er, op grond van bovenstaande gegevens voor ziekenhuizen, per jaar $\frac{100}{73} \times 4.000 =$ ongeveer 5.500 leerlingen in opleiding moeten worden genomen. Dit alles op basis van de huidige gegevens en het huidige beleid in 1981.

Bij deze berekening is geen onderscheid gemaakt naar MBO-V en HBO-V afgestudeerden. Om een onderscheid te kunnen maken, zullen we gegevens moeten hebben over de instroom en het functioneren van HBO-verpleegkundigen in ziekenhuizen. Hoe de verdeling van het aantal in opleiding te nemen leerlingen over de MBO-V en de HBO-V dient te zijn voor een evenwichtige opbouw van het personeelsbestand binnen ziekenhuizen, is bovendien een vraagstuk op zich. Hierop zal in hoofdstuk IV nader worden ingegaan.

1.4. INDELING VAN DE STUDIE

Het kernvraagstuk van deze studie betreft de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen (zie paragraaf 1.1.2.). In verband hiermee zullen we ons in de opeenvolgende hoofdstukken bezighouden met een aantal onderzoeksvragen.

Deze studie ligt, zoals reeds in paragraaf 1.1.2. is opgemerkt, in het verlengde van het verrichte empirische onderzoek. De resultaten ervan zullen in deze studie, naast andere verzamelde gegevens, in de hoofdstukken II, III en IV worden verwerkt. Daarnaast zal in de hoofdstukken V en VI afzonderlijk op dit onderzoek worden ingegaan. Het verloop onder verplegenden, en het inpassen en het functioneren van de 'verpleegkundigen nieuwe stijl' in de gezondheidszorg, zijn vraagstukken, die ook in het kader van de twee hoofdvragen voor deze studie (zie paragraaf 1.1.3.) afzonderlijk aandacht verdienen.

In hoofdstuk II en III gaan wij in op onze eerste hoofdvraag.

Is een wijziging van de *plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst* in het ziekenhuis gewenst? Anders gesteld: moet in verband met de uitvoering van de patiëntenzorg alsmede het functioneren van verplegenden, de verplegingsdienst anders worden ingebed in de organisatie van het ziekenhuis?

In hoofdstuk II zal een beschrijving en analyse plaatsvinden van de organisatie-structuur van het ziekenhuis. Hierin is begrepen een beschrijving van het uitvoerende proces van de patiëntenzorg. In iedere organisatie kunnen de arbeidstaken worden ingedeeld naar primaire en ondersteunende activiteiten. Nagegaan zal worden of de werkzaamheden binnen de verpleging tot de primaire activiteiten dan wel tot de ondersteunende of tot beide reeksen van activiteiten moeten worden gerekend. Tenslotte wordt een patiënt-gerichte organisatievorm als wenselijk geachte organisatie beschreven.

In hoofdstuk III zullen de organisatie van het ziekenhuis en het daarin functioneren van de verschillende beroepsgroeperingen vanuit voornamelijk sociologisch gezichtspunt worden belicht.

In hoofdstuk IV wordt de tweede hoofdvraag behandeld.

Hoe zal de *opleidingsstructuur tot verpleegkundige* er voor het ziekenhuis moeten uitzien, teneinde een eventueel wenselijke wijziging in de plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst te kunnen bewerkstelligen?

In dit hoofdstuk zal onder meer worden nagegaan welke gevolgen de institutionalisering van het verpleegkundig onderwijs mogelijk heeft voor: de beroepsoriëntatie van verpleegkundigen, de professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep, en het functioneren van deze beroepscategorie in het ziekenhuis. De verschillende verpleegkundige opleidingen zullen in het licht van de bestaande taakstructuur van de verplegingsdienst worden geëvalueerd. Tevens zal worden nagegaan of de nieuwe opleidingsstructuur tot verpleegkundige mogelijkheden in zich bergt om eventueel wenselijke wijzigingen in de taakstructuur van de verplegingsdienst aan te brengen.

In hoofdstuk V gaan wij in op de vraag:

Welke zijn de oorzaken van het *verloop onder in-service leerlingen en verpleegkundigen* in ziekenhuizen?

Zullen deze oorzaken of andere ook van invloed zijn als verpleegkundigen van de middelbare dagopleiding voor verpleegkundigen, de MBO-V, in de ziekenhuisorganisatie werkzaam zullen zijn?

In hoofdstuk V worden drie groepen factoren onderscheiden, die bij het verloop een rol kunnen spelen: individuele, organisatorische en omgevingsfactoren. Er zal een relatie worden gelegd tussen de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen en het verloop onder verplegenden.

In hoofdstuk VI behandelen wij de vragen:

Zullen zich problemen voordoen en van welke aard zijn deze bij het *inpassen van de leerlingen van de MBO-V* tijdens de praktijkleerperioden en — in een later stadium — *van de afgestudeerde verpleegkundigen* in de gezondheidszorg?

Onder welke voorwaarden is de MBO-V, in vergelijking met de in-service opleiding, een goede andere mogelijkheid voor het opleiden van verpleegkundigen?

In dit hoofdstuk wordt mede in het licht van het verloopvraagstuk ingegaan op het vraagstuk van het inpassen en functioneren van de (aspirant-)verpleegkundigen van de MBO-V in de gezondheidszorg. Onderzocht is welke factoren bij dit vraagstuk een rol spelen. De beantwoording van de laatstgenoemde vraag vereist een evaluatie van de in-service opleiding en van de totale opleidingsstructuur.

In hoofdstuk VII zullen ten aanzien van de bovenstaande vraagstellingen conclusies worden getrokken. Tevens zullen daarin aanbevelingen voor de oplossing van door ons onderkende problemen worden gegeven.

Literatuur

- Binnenkade, C., *Honderd jaar opleiding tot verpleegkundige in Nederland 1872-1972: een terreinverkenning*, Proefschrift V.U. Amsterdam, Stafleu, Leiden, 1973.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Rapport inzake de taak van de verpleegkundige*, 1971. In: *Anders opleiden en verplegen? Liever niet . . . of wel!* De Tijdstroom, Lochem, 1972.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Interim-advies inzake de ontwikkeling van de opleidingen verpleegkunde*, Rijswijk, 1978.
- Floor, R.L., *Verloop en ziekteverzuim bij gediplomeerde verpleegkundigen: resultaten van een onderzoek in zes ziekenhuizen*, ZRP-rapport no. 22, Til-Eindhoven, 1976.
- Haan, M.C. de, *Opleidingsvernieuwing, Het Ziekenhuis*, jrg. 1, nr. 3, 1971, p. 108-122.
- Hattinga Verschure, J.C.M., *Het verschijnsel zorg*, De Tijdstroom, Lochem, 1977.
- Hopman, W.M., *Opleidingen in de verpleging*, Proefschrift K.U. Nijmegen, De Tijdstroom, Lochem, 1970.
- Können, E., *Beleidsalternatieven bij fusies van ziekenhuizen*, NZI-publicatie, Utrecht, maart 1978.
- Kruse, F.H.A.M., *Intramurale gezondheidszorg mist mankrachtbeheersing, Het Ziekenhuis*, jrg. 7, nr. 2, 1977, p. 40-43.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Financieel overzicht van de gezondheidszorg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1984*, Leidschendam, 1979.
- Nationaal Ziekenhuis Instituut, *Statistieken personeelssterkte in de instellingen van de intramurale gezondheidszorg over de jaren 1973-1979*, Utrecht.

- Nationale Ziekenhuis Raad, *Structureel tekort gediplomeerde verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen*, Utrecht, 1976.
- Nationale Ziekenhuis Raad, *Tekort aan verpleegkundigen*, Utrecht, 1977.
- NZR-nota over het opleidingsbeleid, *Het Ziekenhuis*, jrg. 5, nr. 16, 1975, p. 389-391.
- Philipsen, H., De omvang en complexiteit van algemene ziekenhuizen. In: *De gewone ervaring leert al anders*, Berting, J. en R. Kroes (red.), Samsom, Alphen aan de Rijn, 1976.
- Querido, A., *Godshuizen en Gasthuizen: een geschiedenis van de ziekenverpleging in West-Europa*, Wetenschappelijke Uitgeverij, Amsterdam, 1967.
- Structuurnota Gezondheidszorg, Den Haag, 1974.
- Verhagen, C., Kneipunten in de in-service opleiding: een verkennend onderzoek naar het verloop en de tevredenheid omtrent twee in-service opleidingen, *ZRP-rapport no. 24 en 24a.*, TH-Eindhoven, 1977.

II. DE ORGANISATIESTRUCTUUR VAN HET ZIEKENHUIS

2.1. INLEIDING

2.1.1. Vraagstelling

Door de medische specialisatie en de repercussies die deze heeft gehad voor de organisatie van het ziekenhuis, zijn de verpleegtaken en de omstandigheden waaronder deze door verplegenden moeten worden uitgevoerd in de laatste decennia ingrijpend veranderd. In vergelijking met de ontwikkeling in de geneeskunde is de verpleegkunde echter in ontwikkeling achter gebleven (zie paragraaf 1.2.). Aangenomen mag worden, dat dit op enigerlei wijze gevolgen zal hebben voor de kwaliteit en doelmatigheid van de patiëntenzorg in het ziekenhuis alsmede voor het functioneren van de verplegenden in deze instelling.

De problemen in de verpleging rond taken en werkomstandigheden mogen niet, zoals reeds is opgemerkt, herleid worden tot voornamelijk een opleidingsvraagstuk. De problemen moeten veeleer worden gezocht in het functioneren van de verplegingsdienst in de organisatie van het ziekenhuis (zie paragraaf 1.1.2.).

In het kader van deze constatering werd in paragraaf 1.1.3. de volgende vraagstelling geformuleerd:

- is een wijziging in de plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst in het ziekenhuis gewenst? Anders geformuleerd: moet in verband met de uitvoering van de patiëntenzorg en het functioneren van verplegenden, de verplegingsdienst anders worden ingebed in de organisatie van het ziekenhuis?

De beantwoording van deze vraagstelling vereist een analyse van de organisatiestructuur van het ziekenhuis, teneinde inzicht te verkrijgen in die factoren, die van invloed zijn op het functioneren van de verplegingsdienst in deze instelling. Het begrip *organisatiestructuur* wordt omschreven als een verdeling van taken en bevoegdheden. Het organiseren als doelgericht handelen heeft dan betrekking op: het verdelen van taken en bevoegdheden over personen, groepen en afdelingen; en, ten gevolge van de taakverdeling, het coördineren en integreren van de verschillende werkzaamheden.

De wijze waarop de taken zijn gegroepeerd tot functies en vervolgens zijn ondergebracht in afdelingen, heeft invloed op de uitvoering alsmede de coördina-

tie en integratie van de verschillende werkzaamheden (zie paragraaf 2.2., 2.3. en 2.4.).

In iedere organisatie kunnen begripsmatig de arbeidstaken worden ingedeeld naar primaire en ondersteunende activiteiten (zie paragraaf 2.2.1.). In dit verband is de volgende vraag te stellen:

- moeten de werkzaamheden die door de verpleging worden verricht tot de primaire activiteiten dan wel tot de ondersteunende of mogelijk tot beide categorieën activiteiten worden gerekend?

De voornaamste taakgebieden van de verpleging

Zoals we reeds in paragraaf 1.2.4. uiteenzetten, zijn, ten gevolge van de optredende specialisatie in het ziekenhuis, organisatorische en beheerstaken evenals medisch-technische taken steeds meer onderdelen van de verpleging geworden. Nuyens (1969) bijvoorbeeld stelt, dat er niet langer sprake is van de rol van de verpleegkundige, maar van een drietal verpleegkundige rollen.

- a. Een organisatorisch-administratieve rol: een differentiatie, die parallel loopt met de toegenomen complexiteit van de ziekenhuisorganisatie. Dit betekent, dat organisatorische en coördinerende taken steeds meer een onderdeel zijn gaan uitmaken van de verpleging. Deze activiteiten hebben slechts indirect te maken met de directe patiëntenverzorging.
- b. Een medisch-technische rol: een differentiatie, die parallel loopt met de medische specialisatie in het ziekenhuis. Enerzijds omvat deze rol medisch-technische handelingen, die door de medicus aan de verpleegkundige zijn overgedragen. Anderzijds is deze rol gespecialiseerd in de richting van bijvoorbeeld intensive care verpleegkundige.
- c. De expressief-verzorgende rol, die van oudsher kenmerkend is voor het verpleegkundig beroep. Deze rol omvat taken die te maken hebben met de directe dagelijkse verzorging van de patiënt.

De ontwikkeling in medisch-technische richting is volgens Nuyens gepaard gegaan met een delegatie van hoog gewaardeerde en daarom ook vrij vlug geaccepteerde taken van de medicus aan de verpleegkundige. Zij is tegelijkertijd gepaard gegaan met een afschuiven van maatschappelijk minder gewaardeerde taken van de verpleegkundige naar andere beroepen en wel naar de ziekenverzorgende, de verpleeghulp en de huishoudelijke hulp.

Volgens Nuyens zullen organisatorisch-administratieve en medisch-technische taken een voornamere plaats in het verpleegkundig beroep gaan innemen. De expressief-verzorgende rol daarentegen (dat zijn de 'eenvoudige' verzorgende taken) zal z.i. geleidelijk aan uit het verpleegkundig beroep verdwijnen en door andere beroepen, bijv. door ziekenverzorgenden, worden overgenomen.

Plaatsen we deze conclusies van Nuyens tegen de huidige vigerende visie op het

verpleegkundig beroep en het verpleegkundig beroepsonderswijs (zie paragraaf 4.4.3.) dan kan het volgende worden geconstateerd.

- Binnen de vigerende visie wordt in termen van de directe verzorging en begeleiding van de patiënt juist de nadruk gelegd op de verzorgende kant van het verpleegkundig beroep. Hierin komt de wens naar voren juist deze component verder en ook wetenschappelijk uit te bouwen.
- In het algemeen worden de vele organisatorische en beheerstaken, uit te voeren door de verpleging, als een vanzelfsprekendheid gezien. Het feit, dat er momenteel binnen de verpleging zelf weinig ontplooiingsmogelijkheden liggen, zal hier mede debet aan zijn (zie paragraaf 4.3.5.).
Wil men zich namelijk verder ontplooiën, dan moet men een leidinggevende functie ambiëren. In de huidige situatie betekent dit, dat men zich dan weinig bezighoudt met de directe verzorging van de patiënt.
- Verpleegkundige specialisaties in medische richting evenals de uitbreiding van kennis op medisch gebied worden in de dagopleidingen (de MBO-V en de HBO-V) afgewezen. Indien specialisatie nodig is, zal deze na deze opleidingen moeten plaatsvinden. De medisch-technische taken worden daarbij in het algemeen wel als een onderdeel van de werkzaamheden van verplegenden beschouwd, doch niet als wezenlijk voor de verpleging ervaren. Het specialisatievraagstuk is echter een van de problemen in de verpleging die een oplossing behoeven.

Het specialisatievraagstuk in de verpleging

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid constateerde in 1974, dat in de verpleging reeds negentien opleidingen tot 'specialisatie' in de praktijk plaatsvonden en sprak daar zijn ongerustheid over uit. Een bezorgdheid die mede werd ingegeven door de vrees, dat het verpleegkundig beroep in deelberoepen uiteenvalt.

Niettemin duidt dit grote aantal specialisaties op een behoefte aan een zekere specialisatie binnen de verpleging. Volgens Stolte (1976) kan men in principe de vele specialisaties in de verpleging zien als 'pogingen het hoofd te bieden aan de sterke en snelle ontwikkeling van de verpleegkunde'. Maar, zo voegt hij er aan toe, 'in feite is — als ik het goed zie — hoofdzakelijk een delegatie van taken in het geding, die het domein van de geneeskunde waren, doch die deze wegens gebrek aan tijd (dus mankracht) aan verpleegkundigen ging toevertrouwen' (pagina 163). 'In het algemeen kan men zeggen', aldus Stolte, 'dat hier (dat is coronary care) sprake is van voortreffelijke samenwerking van arts en verpleegkundige. De verpleegkundige krijgt hier zeer ver reikende beslissingen te nemen en blijkt (lijkt?) daar goed toe in staat te zijn. Of de geestelijke belasting en de belasting van het gevoelsleven op langere duur het hoofd kunnen worden geboden, is nog onzeker, maar wordt door menigeen betwijfeld' (pagina 163).

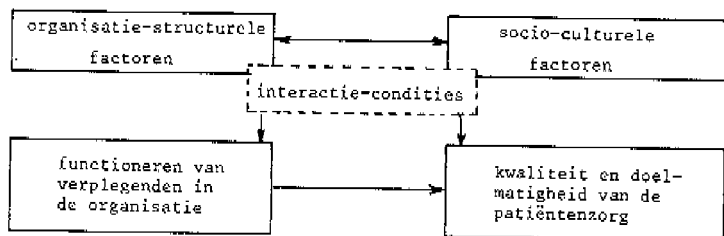
Een goede opleiding van de verpleegkundige is een van de voorwaarden om de door Stolte gesuggereerde problemen te voorkomen.

Willen we specialisatie kunnen zien als een ontwikkeling in een beroep, dan zijn daarbij de volgende twee vragen van belang:

- zijn er adequate opleidingsmogelijkheden om zich in een bepaalde richting te specialiseren; en
- welke zijn vervolgens in de praktijk de aan het diploma verbonden mogelijkheden en bevoegdheden?

2.1.2. Onafhankelijke en afhankelijke factoren

In paragraaf 1.2.6. is in het kort aangegeven met behulp van welke twee groepen factoren de organisatiestructuur van het ziekenhuis en daarbinnen de plaats en taken van de verplegingsdienst zullen worden geanalyseerd. Onderstaande figuur 2.1. is een onderdeel van figuur 1.1.



Figuur 2.1. Organisatie-structurele en socio-culturele factoren en hun invloed op het functioneren van verplegenden en de kwaliteit en doelmatigheid van patiëntenzorg.

Boven in het schema zien we de twee elkaar beïnvloedende groepen factoren, organisatie-structurele en socio-culturele, die als onafhankelijke factoren zijn beschouwd. Tegenwoordig vormen ze de interactie-condities waaronder verplegenden moeten werken en een bijdrage moeten leveren aan de patiëntenzorg.

Als daarvan afhankelijke factoren beschouwen we het functioneren van verplegenden alsmede de kwaliteit en doelmatigheid van de patiëntenzorg. Het functioneren van verplegenden wordt tevens rechtstreeks van invloed geacht op de kwaliteit en doelmatigheid van de patiëntenzorg. Het beoordelen van de afhankelijke factoren vereist maatstaven om het verschil tussen een gewenste en een werkelijke situatie te kunnen aangeven. Bij het beoordelen van het functioneren van verplegenden kunnen we denken aan maatstaven als de mate van tevredenheid, de mate van ervaren stress en de geleverde arbeidsprestatie. Bij het beoordelen van de kwaliteit en doelmatigheid van de patiëntenzorg valt respectievelijk te denken aan de verhouding tussen beoogde en werkelijke resultaten en de ver-

houding tussen aangewende middelen en verkregen resultaten.

Wij zijn voornamelijk geïnteresseerd in de twee groepen onafhankelijke factoren en de invloed die ze hebben op de genoemde afhankelijke factoren. In dit hoofdstuk worden de organisatie-structurele factoren behandeld. In hoofdstuk III zullen de socio-culturele factoren worden belicht.

Organisatiestructurering

De vraagstelling heeft betrekking op het vraagstuk van organisatiestructurering. Bij het structureren van organisaties, in de zin van het verdelen van taken en bevoegdheden, zijn twee benaderingswijzen te onderkennen, die wel 'top-down' en 'bottom-up' benadering worden genoemd.

Bij de beide benaderingswijzen van structureren, worden de vraagstukken van management en leidinggeven, coördinatie en integratie van activiteiten anders belicht.

Bij het structureren 'van bovenaf' worden taak- en bevoegdheidsverdelingen van boven naar beneden gezien. Hierbij vormen de bevoegdheden aan de top van de organisatie het uitgangspunt en wordt de besturing, het management via delegaties van hieruit gedacht. Bij het structureren 'van onderaf' wordt de uitvoering van het primaire proces als uitgangspunt van analyse genomen en wordt vervolgens in verband met de besturing van dit proces naar de totale structuur gekeken. In wezen vullen de beide aangeduide benaderingswijzen van structureren elkaar aan en is het mede afhankelijk van de soort organisatievraagstukken op welke benadering het accent wordt gelegd. De onderhavige studie heeft betrekking op het functioneren van de verplegingsdienst in het ziekenhuis. Dit betekent, dat we ons voornamelijk 'van onderaf' zullen bezighouden met vraagstukken, die op het gebied liggen van de directe uitvoering van de patiëntenzorg. Vanuit dit perspectief zal de organisatiestructuur van het ziekenhuis worden geanalyseerd.

Verdere indeling van het hoofdstuk

In paragraaf 2.2. zullen de verschillende soorten activiteiten worden omschreven en belicht. Daarbij wordt ingegaan op het primaire proces in het ziekenhuis. Vervolgens worden enkele begrippen omschreven inzake coördinatie en integratie van activiteiten alsmede van enkele in de literatuur onderkende formele organisatievormen.

In paragraaf 2.3. zullen organisatie-structurele kenmerken van de verplegingsdienst worden belicht. Hierbij wordt ingegaan op enkele kenmerken van het uitvoerende proces van de verpleging. Hierop aansluitend zullen enkele onderdelen van de in-service opleiding tot verpleegkundige aan de orde komen.

In paragraaf 2.4. zal worden ingegaan op enkele specifieke kenmerken van de organisatiestructuur en de consequenties die deze hebben voor de uitvoering van de patiëntenzorg alsmede voor de coördinatie en integratie.

In paragraaf 2.5. worden enkele ideeën ontvouwd en uitgewerkt voor de herstructurering van de organisatie van het ziekenhuis.

In paragraaf 2.6. zullen de voornaamste conclusies worden gegeven.

2.2. ACTIVITEITEN EN FORMELE RELATIES

2.2.1. Primaire en ondersteunende activiteiten

Het primaire proces in ziekenhuizen

Voor iedere organisatie is van toepassing, dat de primaire doelstelling of missie buiten die organisatie ligt. De primaire doelstelling van een organisatie kan dien-teengevolge worden gezien als zijn externe functie in maatschappelijk zin. Het is deze maatschappelijke functie, die de organisatie moet vervullen om aan de vragen van afnemers van produkten of diensten te kunnen voldoen.

Het primaire proces van een organisatie kan worden omschreven als het geheel van primaire activiteiten, dat noodzakelijk is om de externe maatschappelijke functie te kunnen verwezenlijken (Botter, 1980). Afdelingen die deze directe bijdrage leveren, worden primaire afdelingen genoemd.

De *maatschappelijke functie* van een ziekenhuis kan worden omschreven als het verlenen van patiëntenzorg op specialistisch niveau*.

Onder het *primaire proces* in een ziekenhuis verstaan wij de uitvoering van het onderzoek, de behandeling, verpleging en verzorging van patiënten. Tot de *ondersteunende activiteiten* worden de werkzaamheden gerekend die nodig zijn om de primaire activiteiten, respectievelijk het primaire proces te laten verlopen.

Overeenkomstig het onderscheid in primaire en ondersteunende activiteiten kan een onderscheid worden gemaakt tussen de primaire en de ondersteunende sector in het ziekenhuis.

De primaire sector

De ontwikkeling in de geneeskunde en in de medische technologie heeft geleid tot diverse specialismen; medische deelspecialismen en hulpspecialismen. Als hulpspecialisten zijn bijvoorbeeld te noemen: klinisch chemici, röntgenologen, fysiotherapeuten, analisten en klinisch psychologen. Deze specialisten zijn direct of indirect bij het onderzoek en de behandeling van de patiënt betrokken. Zij verrichten derhalve primaire activiteiten.

Het onderzoek en de behandeling zijn steeds verder opgesplitst en ondergebracht in gespecialiseerde diensten, die zich ieder met een specifiek onderdeel van het

* De poliklinische zorgverlening wordt door ons buiten beschouwing gelaten.

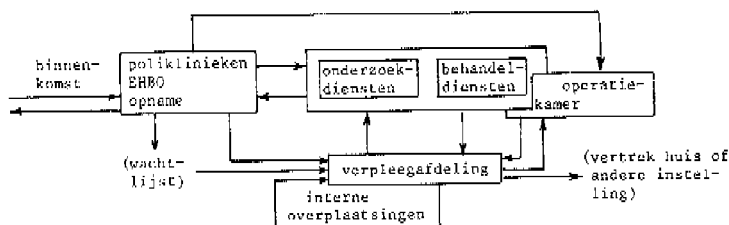
onderzoek en de behandeling bezighouden. Zo zien we diagnostische diensten als röntgenafdeling, laboratoria en functie-afdelingen, én behandel-diensten als een operatie-afdeling en de afdelingen radiotherapie en fysiotherapie.

Tot de primaire sector worden dan ook gerekend: de medische staf, de verplegingsdienst, de onderzoek- en behandel-diensten, de paramedische diensten en de welzijnswerkers, voorzover deze bij de patiëntenzorg zijn betrokken. Bij laatstgenoemde categorie medewerkers kan gedacht worden aan pastores, maatschappelijk werkers en psychologen.

Een bijzondere plaats nemen de *verpleegafdelingen* in, waarbinnen de uitvoering van de patiëntenzorg plaatsvindt. Hier vindt ook onderzoek en behandeling plaats, maar staat toch veel meer de verpleging en verzorging centraal. Ook de verpleegafdelingen zijn in meer of mindere mate gespecialiseerd. Dit hangt samen met de in een ziekenhuis aanwezige medische specialismen. Genoemd kunnen ook worden de bijzondere, meestal kleine verpleegafdelingen die zijn ingericht voor bijzondere zorg, bijvoorbeeld intensive care, hartbewakingseenheden, post-operatieve eenheden voor hartchirurgie en neurochirurgie. Juist op deze kleine specialistische verpleegafdelingen komen dikwijls de medisch-technische aspecten van de verpleging sterk naar voren.

De doorstroming van patiënten

Het primaire proces in ziekenhuizen omvat de doorstroming van patiënten. Figuur 2.2. is een schematische weergave van de verschillende patiëntenstromen door een ziekenhuis. De ondersteunende diensten, die hieraan een bijdrage leveren, zijn in dit schema weggelaten.



Figuur 2.2. De doorstroming van patiënten

De patiënten worden doorgaans door een huisarts voor specialistische hulpverlening naar het ziekenhuis verwezen en bezoeken dan eerst de poliklinieken. Daar beslist de specialist, na eventuele raadpleging van andere specialisten, of poliklinisch onderzoek en/of behandeling noodzakelijk is of dat de patiënt voor

onderzoek en/of behandeling moet worden opgenomen. In het laatste geval zal de patiënt meestal op een wachtlijst geplaatst worden, daar directe opname veelal niet nodig of mogelijk is.

Acute patiënten komen meestal binnen via de afdeling eerste hulp (EHBO). Ze kunnen vervolgens poliklinisch worden behandeld, of naar een verpleegafdeling gaan of naar een operatiekamer. In het laatste geval zal de patiënt na de ingreep dikwijls via een kleine postoperatieve afdeling op een verpleegafdeling terecht komen.

Als voorbeelden van interne overplaatsing van patiënten kunnen we noemen: de overplaatsing van een verpleegafdeling interne geneeskunde naar een afdeling heelkunde of naar een afdeling intensive care.

De beslissingen van de medische specialist zijn mede bepalend voor de snelheid van doorstromen van een patiënt gedurende zijn verblijf in het ziekenhuis. De opname en het ontslag van een patiënt alsmede de bepaling van de aard en het aantal verrichtingen aan de patiënt behoren tot het beslissingsgebied van de medicus.

Iedere patiënt is uniek en behoeft derhalve een individuele persoonlijke behandeling en benadering. Iedere patiënt is echter ook uniek in organisatorisch opzicht. In een korte tijd moeten veel verrichtingen (onderzoek en behandeling) aan de individuele patiënt worden gedaan en moet er per patiënt een grote hoeveelheid gegevens worden vastgelegd en verwerkt. Vele gegevens worden binnen de verpleegafdeling vastgelegd en worden vervolgens aan diverse diensten doorgegeven (zie paragraaf 2.3.2.).

De ondersteunende sector

Onder de ondersteunende sector vallen diensten, als:

- de civiele dienst. Deze is meestal opgesplitst in een huishoudelijke dienst, linnendienst en transport;
- de administratieve en economische dienst;
- de afdeling inkoop;
- de technische dienst;
- de dienst personeel, organisatie en opleidingen.

Ook de diensten die tot de ondersteunende sector worden gerekend, hebben veelal een uitgebreid en zeer gedifferentieerd takenpakket.

2.2.2. Coördinatie en integratie van activiteiten

Voor de primaire en de ondersteunende sector kan afzonderlijk of gezamenlijk eveneens een indeling worden gemaakt naar leidinggevende of beheerstaken én uitvoerende taken.

Leidinggeven houdt het scheppen van voorwaarden in, opdat medewerkers/uit-

voerenden hun werkzaamheden naar behoren kunnen uitvoeren. Deze medewerkers zijn werkzaam op het bevoegdheids- en verantwoordelijkheidsgebied van een desbetreffende leidinggevende functionaris. De coördinatie en integratie van activiteiten behoren primair tot de taak van de leiding in de formele organisatiestructuur. In het algemeen wordt voor de formele structuur een indeling gemaakt naar het lager management of het operationele leidinggeven, het midden en het top management. Met deze indeling wordt aangegeven dat, hoe lager het niveau van management is, des te directer de leidinggevende bij de taakuitvoering of doelrealisatie is betrokken en des te minder deze zich bezighoudt met de algehele beleidsvoering. Anderzijds kan men stellen, dat hoe hoger het niveau van management is, des te meer men zich bezighoudt met de algehele beleidsvoering en des te minder men betrokken is bij de directe taakuitvoering.

Coördinatie wil zeggen: het op elkaar afstemmen van activiteiten*.

Volgens Botter (1980) kan coördinatie worden verwezenlijkt:

1. door het *voeren en overdragen van een samenhangend beleid* op diverse gebieden, bijvoorbeeld ten aanzien van de taakstelling van de organisatie, taakuitvoering en personeelsbeheer;
2. door *procedurele beheersingssystemen* van uiteenlopende aard, bijvoorbeeld planningen, begrotingen, standaardisatie van werkzaamheden, personele en administratieve procedures;
3. door *organisatie-structurele maatregelen* betreffende taak- en bevoegdheidsverdelingen.

Mintzberg (1979) onderkent vijf basismechanismen, die bij de coördinatie van met name uitvoerende werkzaamheden worden gebruikt.

1. Informele communicatie: de coördinatie gebeurt door informele directe contacten en afspraken.
2. Directe supervisie: de werkzaamheden worden onder direct toezicht van een leidinggevende uitgevoerd en worden door deze gecoördineerd.
3. Standaardisatie van taken: de inhoud van het werk is gespecificeerd, of de taken zijn voorgeprogrammeerd respectievelijk voorgestructureerd.
4. Standaardisatie van outputs: de resultaten van het werk zijn voorgeschreven, bijvoorbeeld in de vorm van een produktspecificatie of in de vorm van de te leveren prestatie.
5. Standaardisatie van vaardigheden en kennis: de vereiste vaardigheden en kennis om bepaalde taken te kunnen uitvoeren zijn omschreven.**

Bij deze indeling spelen aspecten een rol als de opdeelbaarheid van taken en de mate van vereiste scholing om bepaalde taken meer of minder zelfstandig te kunnen uitvoeren.

* Coördinatie en beheersing worden in de literatuur vaak door elkaar gebruikt.

** Mintzberg, gebruikt deze indeling om mede gebaseerd op de kenmerken van primaire productieprocessen een typologie van arbeidsorganisaties op te zetten.

Procedurele beheersingssystemen als planningen en standaardisatie van taken (zie hierboven bijvoorbeeld punt 2. volgens de indeling van Botter en punt 3. volgens Mintzberg) reguleren indirect de werkzaamheden van medewerkers.

Integratie kan worden omschreven als het samenbundelen van verschillende activiteiten tot een nieuwe harmonische eenheid. Van belang is, dat men zich hierbij laat leiden door centrale doelen/waarden.

De formele organisatiestructuur is een bevoegdheden- en een besluitvormingsstructuur.

We hebben reeds geconstateerd, dat afhankelijk van het organisatieniveau of het niveau van management, de algehele beleidsvoering en de directe taakuitvoering verschillende aandacht krijgen. Een analyse van de bevoegdhedenstructuur is nodig als we vragen willen beantwoorden zoals op welk niveau van de organisatie ten aanzien van welke zaken en door wie beslist wordt.

We spreken van *verticale decentralisatie* als binnen de formele structuur sprake is van een delegatie van beslissingsbevoegdheden.

Horizontale decentralisatie heeft betrekking op de mate waarin op een bepaald organisatieniveau anderen dan leidinggevend (lijnfunctionarissen) invloed hebben op de besluitvorming.

De begrippen centralisatie en decentralisatie van beslissingsbevoegdheden mogen niet verward worden met de begrippen concentratie respectievelijk deconcentratie van diensten.

Concentratie van diensten wil zeggen, dat specifieke activiteiten binnen één dienst zijn geconcentreerd. Een ziekenhuis heeft bijvoorbeeld veelal een centrale keuken ten behoeve van het hele ziekenhuis.

Deconcentratie van diensten wil zeggen, dat verschillende diensten door de organisatie zijn gespreid. Bijvoorbeeld in het geval dat iedere verpleegafdeling een eigen (beperkte) keuken zou hebben, dan is er sprake van een spreiding van de keukendienst.

Of er sprake is van een gecentraliseerde dan wel van een gedecentraliseerde besluitvorming én of er sprake is van sterk geconcentreerde dan wel van gespreide diensten, hebben – zoals we nog zullen zien – consequenties voor de coördinatie en integratie op de verschillende niveaus, met name op de verpleegafdelingen.

Het ziekenhuis heeft bijvoorbeeld een gecentraliseerde besluitvorming met geringe gedeelgeerde formele beslissingsbevoegdheden naar het niveau van de verpleegafdeling. De verschillende soorten beslissingen zijn, samenhangend met de vele geconcentreerde diensten, veelal dienstgebonden.

2.2.3. Formele organisatievormen

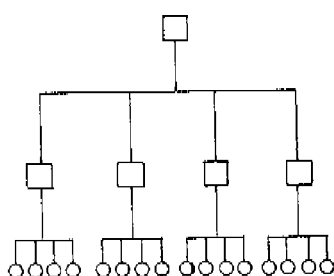
Hierarchische, functionele en operationele gezagsrelaties

Om enig inzicht te krijgen in de formele gezagsrelaties, kan een onderscheid worden gemaakt tussen hiërarchische, functionele en operationele relaties.

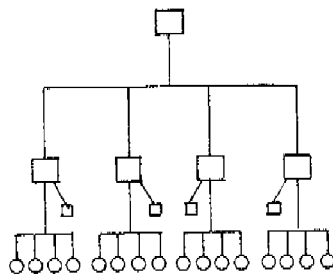
De eenvoudigste organisatievorm, en nog steeds het *grondpatroon* van vrijwel iedere organisatie, is de lijnorganisatie. Kenmerkend is een directe hiërarchische gezagslijn van de top naar de uitvoerende niveaus van de organisatie. Het principe van de eenhoofdige leiding is op alle niveaus volledig doorgevoerd.

Indien men bij een toenemende specialisatie het principe van de eenhoofdige leiding niet wil aantasten, krijgen de diverse specialisten en staforganen c.q. specialistische diensten alleen een adviserende bevoegdheid. Deze organisatievorm wordt aangeduid met lijn-staforganisatie.

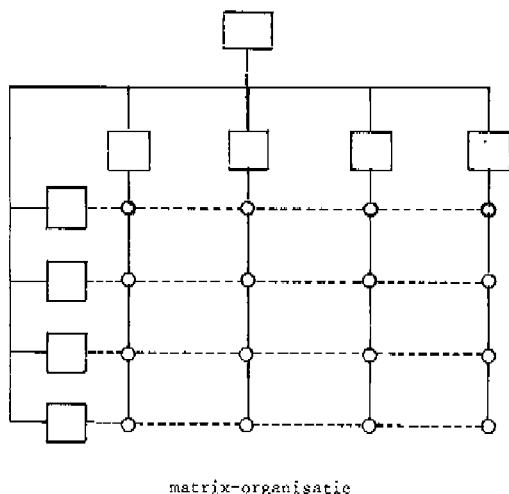
Een indeling van functies en afdelingen naar lijn en staf schept volgens Botter (1980) eerder verwarring, dan dat ze iets duidelijk maakt. In de praktijk zijn adviezen van specialisten veelal instructies en voorschriften, die bij bepaalde handelingen en processen uitgevoerd dienen te worden. Onder bepaalde omstandigheden is het daarom effectiever specialisten in de organisatie formeel een grotere zeggenschap te geven dan in de lijn-staforganisatie het geval is. Men kan hen de formele bevoegdheid geven om richtlijnen en voorschriften op hun eigen functionele specialistische gebied uit te vaardigen. Hiermee introduceert men naast de hiërarchische, de functionele specialistische chef en daarmee het principe van een 'dual management', waarbij een ondergeschikte feitelijk twee meederen krijgt. Deze organisatievorm wordt aangeduid met matrix-organisatievorm. In figuur 2.3a. zijn de zojuist aangegeven formele organisatievormen weergegeven.



lijnorganisatie



lijn-staforganisatie



Figuur 2.3.a. Enkele formele organisatievormen

Matrix-organisatievormen

In matrix-organisaties worden wel hiërarchische, functionele en operationele gezagsrelaties onderkend. Deze gezagsrelaties zijn aspecten die in het leidinggeven kunnen worden onderkend.

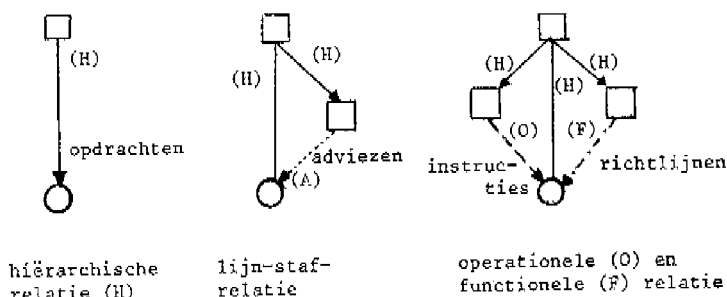
De *hiërarchische* chef is bevoegd tot het geven van *opdrachten* en is verantwoordelijk voor de algehele gang van zaken op een afdeling. Hij schept de voorwaarden voor alle betrokkenen om hun werk effectief te kunnen uitvoeren.

De *functionele* specialistische chef ziet er op toe, dat bepaalde opdrachten die liggen op zijn vaktechnisch gebied naar behoren worden uitgevoerd en geeft dien-aangaande *richtlijnen*, voorschriften en aanwijzingen.

De *operationele* chef beperkt zich tot het geven van *instructies* bij bepaalde werk-opdrachten. Deze instructies worden gegeven binnen onderling gemaakte afspraken en het raamwerk, dat gezamenlijk door de hiërarchische en de operationele chef van de betrokken medewerkers is gesteld.

Formeel kunnen functionele en operationele chefs dus geen opdrachten geven, doch slechts richtlijnen en instructies.

In figuur 2.3b. zijn de hier beschreven organisatievormen en gezagsrelaties middels lijnen en stippellijnen schematisch weergegeven.



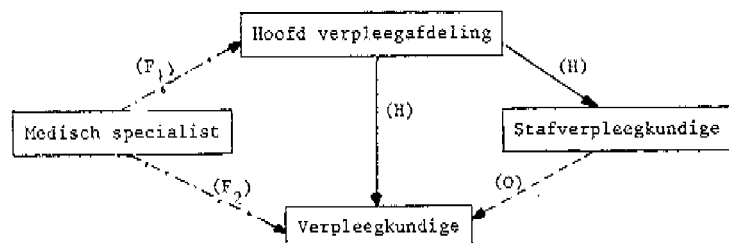
Figuur 2.3b. Weergave van enkele formele gezagsrelaties.

We zullen de zojuist gebruikte begrippen met enkele voorbeelden uit het ziekenhuis trachten te verduidelijken.

De medische specialist geeft met betrekking tot de behandeling van een patiënt medische richtlijnen, voorschriften en aanwijzingen aan de verpleegkundige, zonder dat hier echter sprake is van een hiërarchische relatie. In dit geval kan men spreken van een functionele gezagsrelatie arts-verpleegkundige. De artsen geven voorschriften en aanwijzingen omtrent de methode van werken op hun eigen specialistische gebied aan degenen die in dit specialisme werken.

De verpleegkundige is ondergeschikt aan het verpleegkundig hoofd van de verpleegafdeling c.q. het hoofd van de verplegingsdienst. Hier is sprake van een hiërarchische relatie.

Een stafverpleegkundige kan zich in deze gevallen beperken tot een operationele relatie door het lager kader te helpen en door het geven van instructies. Hij heeft dan binnen een kader, aangegeven door de gezamenlijke hiërarchische chef, een beperkte operationele bevoegdheid. Hiermee ontstaat figuur 2.3c.



Figuur 2.3c. Enkele mogelijke formele gezagsrelaties binnen de verplegingsdienst.

Duidelijk zal zijn, dat binnen een matrix-organisatie combinaties van relaties voor kunnen komen. Binnen deze organisatievorm is het mogelijk de taken en bevoegdheden en de daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheden van de diverse medewerkers formeel genuanceerder aan te geven dan in de lijnorganisatie.

2.3. DE VERPLEGINGSDIENST

2.3.1. Enkele organisatie-structurele kenmerken

De meeste verplegingsdiensten kennen de volgende niveaus (zie figuur 2.4.). Aan de top de directie van het ziekenhuis, waarin dikwijls een verpleegkundig (adjunct-)directeur is opgenomen.

Vervolgens krijgen we het hoofd van de verplegingsdienst, daaronder coördinerende hoofden, die twee of meer verpleegafdelingen onder zich hebben.

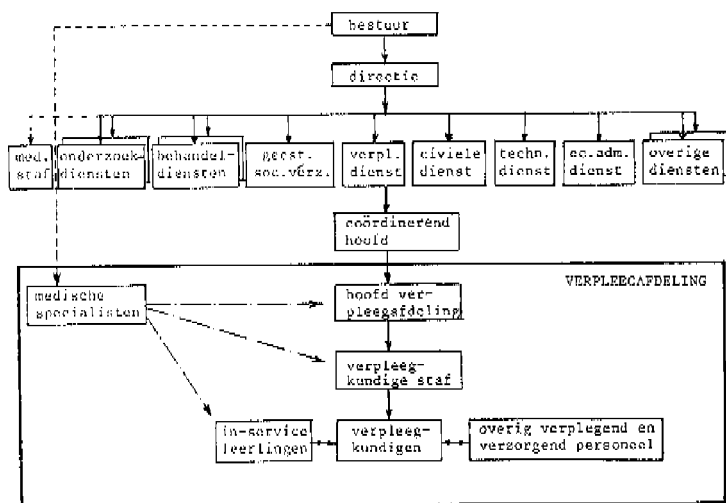
In de verpleegafdeling zelf zijn eveneens verschillende lagen te onderkennen. In de eerste plaats de leidinggevend en of de staf; deze categorie bestaat meestal uit het verpleegkundig hoofd van de verpleegafdeling, een waarnemend of subhoofd en één (soms meer) eerste verpleegkundige(n)*. Vervolgens de verpleegkundigen, ook wel zaalverplegenden genoemd. Tenslotte de in-service leerling-verpleegkundigen uit verschillende studie jaren, de ziekenverzorgenden en de verpleeghulp en/assistenten.

De verplegingsdienst vormt de verbindende schakel tussen de verpleegafdelingen en de verschillende diensten. De sterk gelaagde structuur van deze dienst (boven de verpleegafdelingen) is een gevolg van de vele organisatorische en coördinerende activiteiten door de verpleging op de verpleegafdeling uit te voeren.

Teneinde een goede afstemming van de verschillende activiteiten mogelijk te maken, moeten binnen de verplegingsdienst vele contacten worden onderhouden met andere diensten en afdelingen. We zullen dit met enkele voorbeelden verduidelijken.

Op de verpleegafdeling geven de medische specialisten richtlijnen en voorschriften aan de verpleging omtrent de behandeling van patiënten. Deze betreffen de medisch-technische verpleging. Daarnaast geven specialisten aanwijzingen aan de verpleging inzake specifieke onderzoeken en behandelingen van patiënten. Deze aanwijzingen worden door de verpleging grotendeels doorgespeeld aan andere diensten zoals laboratorium, röntgenafdeling, apotheek of keuken (diëtisten). Het hoofd van de verpleegafdeling dient na te gaan of deze 'opdrachten' in de vorm van aanwijzingen zijn uitgevoerd en of de resultaten in de dossiers (statussen) zijn vastgelegd.

* Dat wil niet zeggen, dat er voortdurend drie leidinggevend en op de verpleegafdeling aanwezig zijn. Zo kan het voorkomen, dat mede afhankelijk van een bepaalde 'ploegenindeling en werkverdeling' de leidinggevend en elkaar maar eenmaal per week zien.



Figuur 2.4. Basisschema ziekenhuisorganisatie voor wat betreft de klinische zorgverlening

- > hiërarchische relatie
- > contractuele verbintenis
- · — · —> specialistische/functionele relatie

Vele activiteiten worden op een hoger niveau dan de verpleegafdeling gecoördineerd: bijvoorbeeld de werving en selectie van zowel verpleegkundigen als leerlingen en het opstellen van de dienstroosters van verplegenden, waarbij rekening moet worden gehouden met de inzet van leerlingen uit verschillende studie jaren.

Het hoofd van de verpleegafdeling is verantwoordelijk voor de goede gang van zaken op de verpleegafdeling. Hij heeft een sterk coördinerende taak met echter weinig formele beslissingsbevoegdheden. Hierbij denken wij onder meer aan de formele bevoegdheid tot het bepalen van een eigen afdelingsbeleid, de invoering van nieuwe werkwijzen, etc. De geringe zeggenschap op het niveau van de verpleegafdeling is een gevolg van de structurele kenmerken van de organisatie. De formele beslissingsbevoegdheid inzake de coördinatie en integratie met inbegrip van het beheer liggen in de functie-gerichte organisatie van het ziekenhuis op een hoog niveau: bij diensthoofden of directie (zie paragraaf 2.4.).

Het hoofd van de verpleegafdeling 'heeft' ten aanzien van de medewerkers van andere diensten die op de verpleegafdeling werken, een operationele bevoegd-

heid. Deze bevoegdheid tot het geven van bepaalde 'werkopdrachten' is 'stilzwijgend' door de hoofden van dienst van betrokken medewerkers aan het hoofd van de verpleegafdeling gedelegeerd (via het hoofd van de verplegingsdienst). Uit een verdere analyse van de bestaande formele structuur van het ziekenhuis blijkt, dat de bevoegdheden van het verpleegkundig hoofd (eveneens met betrekking tot het inschakelen van diensten) doorgaans een zwakke formele basis hebben (zie met name paragraaf 2.4.3.).

De medische specialisten hebben een functionele specialistische bevoegdheid tot het geven van richtlijnen betreffende activiteiten die op medisch gebied liggen. Deze functionele bevoegdheid hebben ze in de eerste plaats ten aanzien van het hoofd. Deze vertaalt de verschillende richtlijnen in opdrachten naar de verschillende categorieën verplegenden. Het verpleegkundig hoofd heeft de formele bevoegdheid tot het geven van opdrachten aan de verplegenden. Plaatsen we deze bevoegdheid binnen de totale verplegingsdienst dan is deze operationeel uitvoerend van karakter.

Door de in paragraaf 1.2.4. gememoreerde ontwikkelingen zijn niet alleen de taak en werkomstandigheden van het hoofd van de verpleegafdeling veranderd, maar ook de taken en werkomstandigheden van de verplegenden die onder dit hoofd vallen. De leidinggevenden (de staf) zijn zich steeds minder met de directe patiëntenzorg en de directe begeleiding van de in-service leerlingen gaan bezighouden. De directe patiëntenverzorging wordt verricht door verpleegkundigen en in-service leerlingen.

Een kenmerk van de verpleegkundige zorgverlening is veelal een verregaande taakspecialisatie (zie paragraaf 2.4. onder 'Taakspecialisatie'). Het werken met in-service leerlingen uit verschillende studiejaren, die bij de zorgverlening moeten worden ingezet, is hier mede debet aan. Een gevolg van deze taakspecialisatie is, dat patiënten naast de andere zorgverleners ook met verschillende verplegenden rond zijn bed wordt geconfronteerd. De patiënt weet daardoor veelal niet wie verantwoordelijk en aanspreekbaar is voor de totale verpleegkundige zorg.

2.3.2. Het uitvoerende proces van de verpleging

De verpleegafdeling is een knooppunt van activiteiten. Naast het verzamelen en vastleggen van gegevens van patiënten ten behoeve van andere diensten, doet men dit binnen de verpleging ook voor zichzelf, zoals het opstellen van een verpleegplan of dagplan en het verzorgen van de overdrachtsrapportage voor de nachtdienst. Een goede organisatie en administratie op de verpleegafdeling zijn alleen al van belang, als we bedenken dat momenteel op dit uitvoerende niveau met geavanceerde technologieën wordt gewerkt. Het toedienen van 'zware' medicamenten kan hiertoe worden gerekend.

Het uitvoerende proces van de verpleging wordt gekarakteriseerd door enkele in het oog lopende kenmerken, die aanleiding geven tot belemmeringen en instabiliteiten. Deze kenmerken zijn:

- een vorm van ploegdienst met onregelmatige en nacht- en weekenddiensten;
- de in-service opleiding met vele leerlingen die door het systeem van rouleren maar relatief kort op een afdeling werken;
- een voortdurende in- en uitstroom van patiënten.

Deze kenmerken hebben gevolgen voor de organisatie van de verpleegafdeling en voor het functioneren van de verplegenden binnen die organisatie. Dit zullen we met enkele voorbeelden verduidelijken. Het realiseren van een goede organisatie ten behoeve van de verpleging, vereist een adequate taakverdeling, planning en afstemming van de werkzaamheden binnen, maar ook tussen de opeenvolgende verpleegdiensten. Noodzakelijk is hiervoor een goede informatie-uitwisseling tussen verplegenden.

De voortdurende in- en uitstroom van patiënten betekent voor verplegenden, dat steeds nieuwe problematische relaties met patiënten moeten worden aangegaan. Dit stelt hoge eisen aan de verplegenden en veronderstelt een ondersteuning vanuit de directe werksituatie.

Binnen de werksituatie moeten emoties en problemen, die de aard van de verpleging met zich brengen, opgevangen worden en bespreekbaar zijn. Een basisvoorwaarde om tot een ondersteunend werkklimaat te komen is ook hier een goede onderlinge informatie-uitwisseling tussen verplegenden. Dit is nodig om een therapeutische relatie met de patiënt aan te kunnen gaan. We denken hierbij speciaal aan de sociaal-psychologische aspecten van de onderlinge communicatie. Een zekere mate van duurzaamheid in de directe werkrelaties is een noodzakelijke basisvoorwaarde om tot een werkklimaat in de zojuist aangegeven betekenis en om tot werkelijke teamvorming te kunnen komen.

2.3.3. Personele stabiliteit, een organisatie-structurele voorwaarde

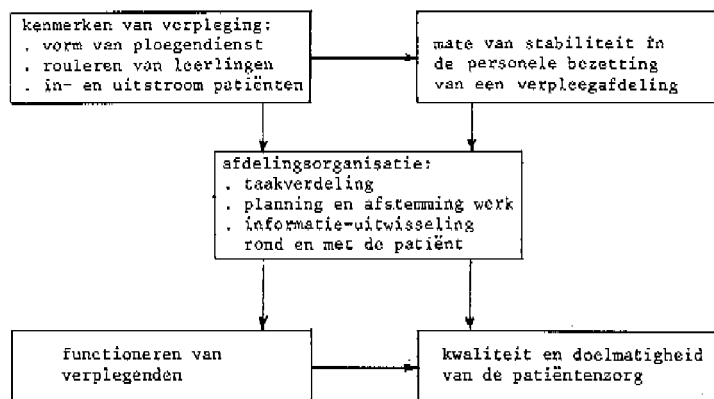
Zojuist is beargumenteerd, dat een zekere stabiliteit in de personele bezetting (c.q. een zekere duurzaamheid in de directe werkrelaties tussen verplegenden) een organisatie-structurele voorwaarde is om op effectieve wijze te kunnen werken en functioneren*. De mate van stabiliteit in de personele bezetting van een verpleegafdeling heeft namelijk gevolgen voor:

1. de organisatie van die afdeling. Te denken valt aan de taakverdeling, planning en coördinatie van de werkzaamheden binnen en tussen de opeenvolgende diensten. Zij heeft eveneens gevolgen voor de onderlinge informatie-uitwisseling ten behoeve van deze activiteiten. Dientengevolge beïnvloedt de persone-

* Ze is een noodzakelijke, doch geen voldoende voorwaarde. Socio-culturele factoren zijn ondermeer eveneens van belang.

- le stabiliteit de kwaliteit en doelmatigheid van de patiëntenzorg.
2. het *functioneren van verplegenden*. In die zin, dat de personele stabiliteit conditioneel is voor het functioneren van verplegenden. Dientengevolge heeft deze factor, gezien de aard van de verpleging, ook indirecte consequenties voor de kwaliteit en doelmatigheid van de patiëntenzorg;
 3. de *samenwerking met andere zorgverleners*. De personele stabiliteit is ook conditioneel voor een goede continue samenwerking tussen verplegenden en andere zorgverleners. Derhalve is deze factor ook van invloed op de mogelijkheid om tot betere samenwerkingsverbanden c.q. organisatorische vernieuwingen te komen.

In onderstaande figuur hebben we het voorafgaande schematisch weergegeven.



Figuur 2.5. Organisatie-structurele kenmerken van de verpleegafdeling en hun invloed op het functioneren van verplegenden en de kwaliteit en doelmatigheid van de patiëntenzorg.

2.3.4. De afstemming tussen in-service opleiding en verpleegafdeling

De in-service opleiding tot verpleegkundige

Wat de ziekenhuisorganisatie extra gecompliceerd maakt, is de aanwezigheid van interne leerlingensystemen. Karakteristiek voor het ziekenhuis is gebleven, dat veel beroepsopleidingen en ook specialisaties nog via interne leerlingensystemen plaatsvinden. Een duidelijk voorbeeld is de in-service opleiding tot verpleegkundige. Het opleiden door middel van een leerlingensysteem is de oudste vorm van opleiden voor een vak of beroep. Binnen een ambachtelijk leefpatroon en werkwijze

hield dit in, dat een baas of gezel één of meer leerlingen onder zijn hoede nam om aan hen het vak te leren. Dit gebeurde in overzichtelijke en weinig gecompliceerde werksituaties; een heel verschil met de leer-werksituatie van de huidige in-service leerlingen.

Kenmerkend voor de in-service opleiding is, dat ze voor ongeveer 80% in de werksituatie op de verpleegafdelingen plaatsvindt. De opleiding vereist een geheel eigen organisatie, die dwars door de organisatie van het ziekenhuis en die van de verpleegafdeling heenloopt.

Het theoretisch gedeelte (1060 lesuren gedurende 3½ jaar) is opgedeeld in een grote hoeveelheid vakken, hetgeen betekent dat velerlei deskundigen in de opleiding moeten worden ingeschakeld.

Soms gebeurt dit op uur-basis indien er deskundigen van buiten moeten worden aangetrokken. Voorts zijn medewerkers met inbegrip van degenen die een verhintenis hebben aangegaan met het ziekenhuis (onder andere medische specialisten) verplicht tegen een bepaalde beloning een bijdrage aan de in-service opleiding te leveren. Dat het inzetten van de diverse deskundigen in de opeenvolgende verschillende studie jaren een hele organisatie vraagt, behoeft geen betoog.

Afstemmingsvraagstukken tussen opleiding en verpleegafdeling

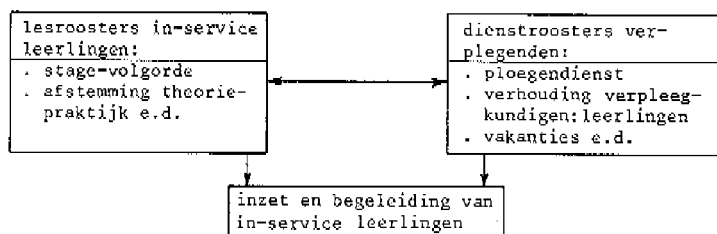
De in-service opleiding dient binnen een aantal beperkende randvoorwaarden te worden gerealiseerd.

Uit het oogpunt van een zo goed mogelijke leersituatie moet vanuit een goed opgesteld lesrooster de opleiding van de leerling worden geregeld*. Hiervoor zijn de volgende zaken van belang: de stagevolgorde, eerst de 'lichte' en dan de 'zware' afdelingen; de afstemming van theorie en praktijk, eerst theorie (kennis van ziektebeelden), voordat men naar een bepaalde afdeling gaat; e.d. Hierbij moeten we bedenken, dat deze zaken parallel voor meer jaargroepen en groepen leerlingen uit verschillende studie jaren geregeld moeten worden.

Problematischer is echter de afstemming van de lesroosters op de dienstroosters. Via de dienstroosters moet het grote aantal leerlingen (verschillende jaargroepen) achtereenvolgens op de verschillende afdelingen worden ingezet. Hier zijn enkele beperkingen aan te wijzen. De verpleging is een continu bedrijf en vereist daarom, zij het met wisselende sterkte, een continue personeelsbezetting. Beperkingen zijn de verhouding verpleegkundigen : leerlingen van ongeveer 50 : 50, vakanties e.d. Binnen deze gegevens en de eerder beschreven organisatiekenmerken moeten de inwerkperiode, het inwerken en de begeleiding van de leerling plaatshebben.

In figuur 2.6. hebben we een en ander schematisch weergegeven.

* Wettelijk is voorgeschreven op welk soort verpleegafdelingen tenminste en hoelang de leerling gedurende de opleiding werkzaam moet zijn geweest. De wettelijke regeling omvat onder meer voorschriften omtrent het aantal handelingen dat moet worden verricht.



Figuur 2.6. Afstemmingsvraagstukken binnen de verpleegafdeling, met als knelpunten de afstemming van de lesroosters op de dienstroosters en de inzet en begeleiding van de in-service leerlingen.

Leiding en begeleiding van in-service leerlingen

Een apart vraagstuk vormt de begeleiding van de leerlingen. De begeleiding van in-service leerlingen behoorde vroeger primair tot de taak van het hoofd van de verpleegafdeling en in mindere mate tot de taak van de verpleegkundige. Door de verandering en uitbreiding van het totale 'takenpakket' is de taak van de begeleiding van de leerling voor een deel door de instructie-verplegende, ook wel praktijkbegeleider genoemd, van het hoofd overgenomen. Hij begeleidt ongeveer dertig leerlingen, die op verschillende afdelingen werkzaam zijn.

De instructie-verplegenden nemen een moeilijke plaats binnen het opleidingsgebeuren in. Bij iedere discussie omtrent hun functioneren komt dit, aldus Rozema e.a. (1978), steeds weer naar voren. Een en ander hangt samen met het feit, dat hun organisatorische positie vaak niet duidelijk is. Daardoor worden ze gemakkelijk met verschillende vaak tegenstrijdige verwachtingen omtrent hun taak geconfronteerd.

Een veel gehoorde klacht is, dat het niet duidelijk is welke activiteiten nu precies tot de taak van de verpleegkundige behoren en welke tot de taak van de leerling. Het aantal door de leerling reeds verrichte handelingen (het betreft leerlingen uit verschillende studiejaar) is enigszins een leidraad voor de taakverdeling van verpleegkundigen en leerlingen. Bij de leerlingen horen we vaak de klacht: wat op de ene afdeling wel mag, is op de ander volstrekt niet toegestaan; of: wat overdag niet kan geeft 's nachts (in de nachtdienst) kennelijk geen problemen. Voor de leerling leidt dit tot onduidelijkheid omtrent zijn taak en functioneren en daarmee gemakkelijk tot gevoelens van onzekerheid.

2.4. ORGANISATIE-STRUCTURELE KENMERKEN VAN HET ZIEKENHUIS

2.4.1. Kenmerken van de functie-gerichte organisatie van het ziekenhuis

Organieke en personele relaties

De wijze waarop de diensten en afdelingen zijn ingebed binnen een organisatiestructuur en de taak- en gezagsrelaties in een organisatie vormen twee dimensies van dezelfde structuur. Om deze twee dimensies te belichten wordt wel een indeling gemaakt naar organieke en personele relaties.

Organieke relaties betreffen bijvoorbeeld de relaties tussen de primaire activiteiten (diensten en afdelingen) en de relaties tussen deze activiteiten en de werkzaamheden die tot de ondersteunende worden gerekend. In het kader daarvan kunnen vervolgens de personele relaties tussen medewerkers in termen van bepaalde taak- en gezagsrelaties worden beschreven (zie bijvoorbeeld figuur 2.3a, b, en c.).

Bij personele relaties zijn ook aspecten van belang als macht, het leiderschapsgedrag en de onderlinge communicatie. Laatstgenoemde aspecten zijn niet los te zien van organieke relaties. Omgekeerd zijn organieke relaties en kenmerken dikwijls een gevolg van bepaalde machtsverhoudingen in een organisatie.

Een situering van de verplegingsdienst op zich is daarom niet goed mogelijk zonder de organieke relatie met andere diensten, zoals de plaats van en de relatie met de medische staf, in beschouwing te nemen. Daarbij zien we, dat de taak- en gezagsrelaties (c.q. personele relaties) die we eerder in termen van een matrixorganisatievorm hebben beschreven, minder eenvoudig liggen dan onze voorbeelden deden vermoeden.

Zo is de plaats van de medische staf in ziekenhuizen in organisatorisch opzicht moeilijk aan te geven. Dit hangt samen met het gegeven, dat de taken en bevoegdheden van de medische specialisten feitelijk niet zijn opgenomen binnen de formele organisatiestructuur (zie paragraaf 2.4.3.)*.

De bijdrage van de verschillende diensten aan de patiëntenzorg bestaat onder meer daarin, dat medewerkers van die diensten verschillende werkzaamheden op de verpleegafdelingen verrichten. Deze medewerkers ressorteren veelal hiërarchisch onder de hoofden van eigen diensten. De formele communicatie betreffende het werk van deze medewerkers verloopt dan ook via hun eigen diensthoofden. Door de gelaagde structuur van de verplegingsdienst moet deze formele communicatie veelal via meer niveaus verlopen.

* Of de medicus al dan niet in dienstverband werkt, heeft weinig invloed op het feitelijke handelen.

De wijze waarop de organisatie van het ziekenhuis is gestructureerd heeft gevolgen voor de formele communicatie en dientengevolge voor de afstemming van de verschillende werkzaamheden. Dit laat zich goed illustreren aan bijvoorbeeld een operatie.

Verscheidene diensten leveren een bijdrage aan de operatie van een patiënt. Een operatie vereist een afstemming van primaire activiteiten (diagnose, voorbereiding, behandeling) en de afstemming van ondersteunende werkzaamheden (opname, plannen van de operatie) alsmede de afstemming tussen beide categorieën activiteiten.

Aan een operatie kan men goed laten zien, dat structurele kenmerken van de organisatie ook leiden tot doelmatigheidsvraagstukken. Hierbij denken wij aan vraagstukken van de personele bezetting van operatiekamers en daarbij behorende dienstruimten etc.

Functie-gerichte versus produkt-gerichte organisatie

Vrijwel alle ziekenhuizen hebben een specialisme-gerichte in plaats van een patiënt-gerichte organisatie; in organisatiekundige termen, een functie-gerichte in plaats van een produkt-gerichte organisatie. Het ziekenhuis laat op een hoog niveau in de organisatie, vlak onder de directie, een hele reeks van geconcentreerde diensten zien en op het uitvoerende niveau vrij kleine verpleegafdelingen van ongeveer 20 à 40 bedden. De op een hoog niveau gesitueerde diensten liggen zowel in de primaire alsook in de ondersteunende sector.

Een functie-gerichte organisatie wil zeggen, dat de organisatie is gestructureerd naar soorten activiteiten, ook wel een structurering naar *input*, soort bewerkingen of diensten genoemd. Deze staat in tegenstelling tot een produkt-gerichte organisatie (ook wel markt-gerichte organisatie genoemd), die naar *output* is gestructureerd. De zorgverlening in ziekenhuizen is steeds verder gespecialiseerd en ondergebracht in diensten, die zich ieder met een specifiek onderdeel van de zorgverlening bezighouden.

Input-gestructureerd nu wil zeggen, dat de verpleegafdelingen *gezamenlijk* gebruik maken van de primaire alsmede de ondersteunende diensten*. De uitvoering van de patiëntenzorg vereist per patiënt de inbreng van diverse specialistische activiteiten/diensten, zowel primaire alsook ondersteunende. Al deze activiteiten moeten op de verpleegafdeling worden gecoördineerd (zie ook paragraaf 2.3.2.).

Functie-gerichte organisatie of input-gestructureerde enerzijds en produkt- of markt-gerichte organisatie of output-gestructureerde anderzijds worden in de organisatie-literatuur als twee extreme wijzen van organiseren beschouwd. In de

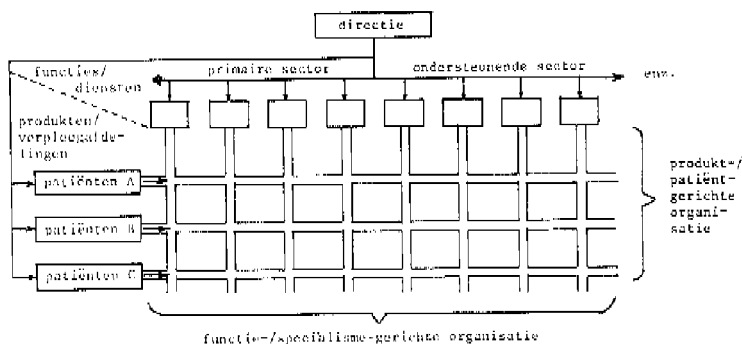
* Ook de poliklinieken maken gebruik van deze zelfde diensten.

praktijk zal men dikwijls mengvormen aantreffen met de nadruk op één van de uitersten.

Output-gestructureerd wil zeggen, dat binnen de uitvoerende afdelingen geen gezamenlijk gebruik wordt gemaakt van specialistische hulpdiensten. We zien in deze situatie een sterke spreiding (deconcentratie) van diensten door de organisatie. Al de benodigde activiteiten voor de directe taakuitvoering zijn binnen de direct-operationele afdelingen gebracht.

Voor het ziekenhuis zou deze wijze van structureren betekenen, dat alle activiteiten (primaire en ondersteunende) die nodig zijn voor de uitvoering van de patiëntenzorg binnen de verpleegafdelingen zouden zijn gebracht.

In figuur 2.7. zijn beide uiterste wijzen van organiseren, toegespitst op het ziekenhuis, schematisch weergegeven. In deze figuur is verticaal de huidige functie-gerichte organisatie weergegeven (zie ook figuur 2.4.). Horizontaal wordt het principe van een produkt-gerichte organisatie weergegeven. Hier zouden, zoals juist is opgemerkt, alle benodigde activiteiten binnen de verpleegafdelingen zijn ondergebracht.



Figuur 2.7. Functie-/specialisme-gerichte versus produkt-/patiënt-gerichte organisatie

De wijze van organiseren, input- dan wel output-gericht, heeft onder meer gevolgen voor de besluitvorming, de informatieverwerking en de coördinatie (zie hieronder paragraaf 2.4.2.).

In een produkt-gerichte organisatie is bijvoorbeeld, in tegenstelling tot de functie-gerichte, sprake van een grotere delegatie van formele beslissingsbevoegdheden. Alle formele beslissingen inzake de directe taakuitvoering (in ons geval de uitvoering van patiëntenzorg) worden hier genomen op het uitvoerende niveau, binnen de verpleegafdelingen.

Aan de beide genoemde extremen van organiseren zijn zowel voor- als nadelen verbonden.

Specialisatie en coördinatie

Het kenmerk van een functie-gerichte organisatie is *specialisatie* met als probleem daarbij veelal de *coördinatie*. Dit laatste is afhankelijk van de mate van specialisatie en de aard van het primaire proces*.

Een produkt-gerichte organisatie laat een tegenovergesteld beeld zien. Een uitvloeisel van produkt-gewijze organiseren is geen of een geringe specialisatie. De coördinatie verloopt dientengevolge soepeler dan in een functie-gerichte organisatie.

Specialisatie en het gezamenlijk gebruik van de specialistische hulpbronnen door alle afdelingen zijn de sterke en tevens de zwakke punten van een functie-gerichte of input-gestructureerde organisatie.

Specialisatie houdt veelal verdere specialisatie binnen een bepaalde dienst in en dat kan voor de organisatie een goede zaak zijn. Specialisatie op zich behoeft niet dysfunctioneel te zijn, integendeel. De afstemming of coördinatie van de verschillende specialistische activiteiten wordt bij een toenemende specialisatie echter steeds moeilijker. Zeker als deze activiteiten, zoals in het ziekenhuis het geval is, aangewend moeten worden bij de directe uitvoering van de patiënten-zorg. De voordelen van het gezamenlijk gebruik van de middelen (economics of scales) kunnen, als dit leidt tot afstemmingsproblemen op de uitvoerende niveaus, namelijk teniet worden gedaan.

Een gemeenschappelijk gebruik van hulpbronnen kan zelfs leiden tot overcapaciteit en onderbezetting van apparatuur binnen bepaalde diensten. De diensten zorgen voor overcapaciteit om aan de verschillende vragen op de uitvoerende niveaus te kunnen voldoen.

Volgens Starkweather (1970) betekent toenemende specialisatie, dat organisaties enerzijds groter en complexer en anderzijds minder beheersbaar worden. De voordelen van het gemeenschappelijk gebruik van de hulpbronnen zijn zijns inziens begrensd. Er is volgens Starkweather een kritisch punt, dat weliswaar moeilijk is aan te geven, maar waarboven een toename in de kosten een gevolg is van een gebrekkige coördinatie. Dit punt (point of cross over) varieert van organisatie tot organisatie. Voor een ziekenhuis is dit het punt — aldus nog steeds Starkweather — waarboven de mate, waarin de oorspronkelijke zorgdoelen worden bereikt, omgekeerd evenredig is met de mate van complexiteit in de directe taakuitvoering. Starkweather is van mening, die hij staft met eigen onderzoek in zes ziekenhuizen, dat dit kritische punt in ziekenhuizen vrij snel is bereikt. Dat

* De mate van specialisatie heeft betrekking op de hoeveelheid specialistische hulpbronnen/diensten, die bij de directe taakuitvoering moeten worden ingeschakeld en dientengevolge moeten worden gecoördineerd.

wil zeggen, hoe groter het ziekenhuis in aantal bedden, des te moeilijker is de coördinatie op het uitvoerende niveau. Starkweather toont dit aan met voorbeelden uit eigen onderzoek, die eenieder die op de verpleegafdeling werkt, bekend zullen zijn. De patiënt moet te lang wachten op een specifiek onderzoek waardoor vertragingen gaan optreden in het onderzoek en waardoor hij bijvoorbeeld maaltijden gaat missen. Of patiënten krijgen bijvoorbeeld een niet helemaal juist samengesteld dieet.

Volgens Starkweather zou men in het ziekenhuis bij een omvang van ongeveer 300 bedden tot deconcentratie en decentralisatie moeten overgaan. Dat wil zeggen: het creëren van verpleegafdelingen met een omvang van ongeveer 100 bedden; het deconcentreren van diensten, zowel primaire als ondersteunende; en het delegeren van meer formele beslissingsbevoegdheden naar het niveau van de verpleegafdelingen. Starkweather stelt voor daarbij op de verpleegafdeling een driemanschap aan te stellen. Een lijnfunctionaris, die zich bijvoorbeeld bezighoudt met de financiële planning, de ontwikkeling van de organisatie, de personeelsbezetting, kostenbewaking en -beheersing. Daarnaast een verpleegkundig hoofd met daaronder twee of drie hoofdverpleegkundigen, en tenslotte een arts, voor een deel van zijn tijd met een medische adviesfunctie.

De taken van de medisch adviseur omschrijft hij als volgt: het geven van professioneel advies aan de verpleegkundige staf; een coördinerende taak ten aanzien van de medische specialisten die patiënten op de verpleegafdeling opnemen; en een participatie in het management van de verpleegafdeling.

De vraag is, of er in het model van Starkweather een taakafbakening tussen de medisch adviseur en het verpleegkundig hoofd mogelijk is en tussen laatstgenoemde en de lijnfunctionaris. Een indeling in een primaire en een ondersteunende sector biedt voor een taakverdeling tussen leidinggevend en meer mogelijkheden (zie par. 2.5.).

Taakspecialisatie als uitvloeisel van de organisatiestructuur

Kenmerkend voor de arbeidsverdeling in het ziekenhuis is de verre gaande taakspecialisatie*. In de verpleging komt deze taakspecialisatie naar voren doordat, enigszins extreem gesteld, verplegende A taak a doet en verplegende B taak b, enz.

Deze wijze van organiseren van het werk heeft consequenties voor de taakbeleving van medewerkers. Zij missen daardoor het totaalzicht, zij zien het belang niet van hun eigen bijdrage en kunnen deze niet verbinden met het doel van de organisatie. Deze aspecten zijn van invloed op de motivatie en betrokkenheid van de medewerker bij het werk, in ons geval de patiëntenzorg.

* In de literatuur wordt een indeling gemaakt in horizontale en verticale taakspecialisatie, die resp. de 'breedte van de taak' en de 'invloed op de taakuitvoering' aangeven. Tussen beide aspecten bestaat veelal een positieve samenhang.

Pogingen om tot verbetering van deze werksituatie te komen, zijn taakstructurering en werkoverleg. Het middenkader komt hierbij echter gemakkelijk in een moeilijke positie te zitten. Een fundamentele wijziging van de organisatiestructuur, waarin een andere verdeling van het werk en vormen van werkoverleg ingebouwd kunnen worden, is hier eerder de aangewezen weg om uit de problemen te komen.

De formele organisatie-structuur

De formele structuur van ziekenhuizen vertoont meestal het kenmerk van een lijn-staforganisatie, mede omdat directies en medewerkers in dit lijn-stafmodel denken. Formeel zijn binnen dit model, zoals we zagen, twee soorten bevoegdheden te onderkennen: hiërarchische en adviesbevoegdheden.

De specialistische bevoegdheden van de medische specialisten worden daarbij omschreven in termen van autonomie en adviesrelaties. De discussie gaat dan over de vraag hoe ver de autonomie van de specialist wel reikt. Het denken in adviesrelaties komt tot uitdrukking in opmerkingen als dat de medische specialist ten aanzien van de uitvoering van de patiëntenzorg (slechts) een adviserende stem heeft. Het valt echter in te zien, dat de bevoegdheden van medische specialisten veel verder gaan dan alleen adviesbevoegdheden (zie eveneens paragraaf 2.4.3.).

Binnen een lijn-staforganisatie ligt sterk de nadruk op de verticale hiërarchische aspecten van de organisatiestructuur. De communicatie verloopt binnen deze formele structuur via opdrachtlijnen van boven naar beneden. Dit formele kenmerk geeft mede een verklaring voor de gebrekkige 'bottom-up'-communicatie binnen de verplegingsdienst en de gebrekkige informatie-uitwisseling tussen deze dienst en andere diensten.

De in bovenstaande genoemde problemen inzake de informatieverwerking in functie-gerichte structuren hebben niet alleen consequenties voor de coördinatie, maar hebben ook gevolgen voor de communicatie rond en met de patiënt.

2.4.2. Consequenties van functie-gerichte verzuiling

Informatie-verwerking

Het probleem in een functie-gerichte organisatie is, zoals we reeds zagen, de informatie-verwerking ten behoeve van de coördinatie en besluitvorming. In dit verband spreken onder andere Mintzberg (1979), Galbraith (1973), en Starkweather (1970) van de overbelasting (overload) van de formele verticale communicatiekanalen met als bijzonder probleempunt de coördinatie op het werkniveau. Of zoals Mintzberg stelt 'the functional structure lacks a built-in mechanism for coordinating the work flow' (pagina 125).

In een functie-gerichte organisatie worden coördinatieproblemen en conflicten

ter oplossing naar boven gestuwd. Tot op het niveau van de diensten of het overkoepelende niveau daarboven, de directie.

De top van de organisatie wordt hierdoor met problemen en conflicten geconfronteerd, die effectiever op een lager niveau opgelost zouden kunnen worden, daar waar de informatie beschikbaar is en de problemen spelen.

Volgens Mintzberg belemmert een sterk doorgevoerde functie-gerichte structuur (narrow functionalism) niet alleen de coördinatie, maar stimuleert deze structuur het bouwen van privé koninkrijkes binnen de organisatie. In een dergelijke structuur is het moeilijk de werkzaamheden van diensten te verbinden met meetbare en controleerbare resultaten. Als binnen een dienst om meer middelen, medewerkers en apparatuur, wordt gevraagd dan kan vrijwel niemand beoordelen of dit verzoek terecht is. Een probleem, dat volgens Mintzberg vooral kan spelen in organisaties, die niet onder marktcondities opereren, waardoor er minder druk bestaat voor een doelmatig gebruik van de middelen. In functie-gerichte structuren (en dat geldt ook voor industriële organisaties) zijn planning, kostenbewaking en -beheersing moeilijke vraagstukken.

De functie-gerichte organisatie is niet specifiek voor het ziekenhuis. Deze organisatievorm zien we ook in andere sectoren. Vooral in die sectoren waar het productieproces in sterke mate is te standaardiseren; bijvoorbeeld in de proces-industrie en assemblage-werkplaatsen. Deze arbeidsorganisaties hebben veelal een uitgebreide technestructuur die is samengesteld uit technici en analisten, die het productieproces (de work flow en de activiteiten van uitvoerenden) standaardiseren c.q. voor-structureren. Deze wijze van (voor)organiseren van de werkzaamheden heeft gevolgen voor de informatie- en coördinatiebehoefte op het uitvoerende niveau.

Het productieproces in een ziekenhuis kan men karakteriseren als enkelvoudige productie of 'stukwerk'. Mogelijk kan de coördinatie vereenvoudigd worden door programmering van onderzoeksactiviteiten, maar de werkzaamheden zullen altijd produkt- of individuele patiënt-gebonden blijven. Juist dit kenmerk stelt ten gerieve van de patiënt eisen aan de afstemming van de werkzaamheden op de verpleegafdeling.

De kenmerken van de functie-gerichte organisatie én die van de formele organisatiestructuur* hebben niet alleen repercussies voor de uitvoering en coördinatie, doch ook voor de integratie van de verschillende werkzaamheden.

In paragraaf 2.4.3. zal, in samenhang met de formele organisatiestructuur, na-

* De veelvuldig in de ziekenhuisliteratuur gebruikte term 'dualistische gezagsstructuur' (een professionele en een bureaucratische, zie paragraaf 3.5.2.) geeft goed de problemen aan, die in het ziekenhuis bestaan ten aanzien van de onderlinge samenwerking en gezagsverhoudingen (bevoegdheden en verantwoordelijkheden).

der worden ingegaan op de integratie van met name primaire activiteiten. In dit kader zal de plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst nog eens worden belicht.

2.4.3. De integratie van activiteiten

De vraag waarom men bij een analyse van de organisatiestructuur steeds op stuit is: hoe zijn de verschillende taken en bevoegdheden en vooral de delegaties ervan binnen de organisatie gestructureerd? Deze vraag kan men stellen ten aanzien van de medische en verpleegkundige activiteiten enerzijds en de uitgesproken ondersteunende activiteiten anderzijds.

Primaire activiteiten

Algemeen wordt onderschreven, dat het observeren en het beoordelen van de toestand van de patiënt tot één van de belangrijkste taken van de verpleging behoort. Stolte (1976) bijvoorbeeld stelt, 'dat de verpleegkundige observaties, mits adequaat gerapporteerd, grotelijks aan de geneeskundige diagnose kunnen bijdragen' (pagina 145). Probleem is echter, en dat wordt eveneens onderschreven, dat deze gegevens niet of nauwelijks door de medicus worden gebruikt. Factoren ter verklaring voor deze gebrekkige informatie-uitwisseling en samenwerking zijn:

- het *denken* in gescheiden afgebakende taak- en verantwoordelijkheidsgebieden tussen medici en verpleegkundigen. In werkelijkheid is er een zekere overlapping in de werkzaamheden. Artsen geven bijvoorbeeld adviezen aan verplegenden inzake de verpleging van operatieve en diabetici-patiënten. Anderzijds verrichten verplegenden werkzaamheden die op het gebied van de geneeskunde liggen.
- het grote *verschil in kennisniveau* tussen medici en het verpleegkundige kader. Beide categorieën zorgverleners zijn op het uitvoerende niveau werkzaam. Opvallend is dan de grote kloof tussen de hoog gespecialiseerde medische arbeid enerzijds en het niveau van de werkzaamheden door de verpleging anderzijds.
- de veelal *geringe stabiliteit* binnen de personele bezetting van de verpleegafdeling. Medische specialisten worden door de continue dienst en de vele inservicc leerlingen, die relatief maar kort op een verpleegafdeling werken, steeds met andere verplegenden geconfronteerd. Deze situatie nodigt medische specialisten niet bepaald uit om kennis en kunnen over te dragen en om tot geregeld werkoverleg met verplegenden te komen.

Bovengenoemde factoren moeten, naast de reeds genoemde organisatiefactoren, de kwaliteit van de patiëntenzorg wel beïnvloeden.

We mogen aannemen, dat binnen een structuur met deze onvolkomenheden gemakkelijk fouten kunnen optreden.

Ondersteunende activiteiten

Het aantal personeelsleden dat in de ondersteunende sector werkzaam is, gaat zo langzamerhand het aantal werkzame personeelsleden in de verplegingsdienst evenaren. Binnen de ondersteunende sector stuit men op het probleem dat de activiteiten onvoldoende op elkaar afgestemd kunnen worden. Vooral problematisch is dat deze, als uitvloeisel van de functie-gerichte organisatie, onvoldoende gericht kunnen worden ingezet bij de uitvoering van de patiëntenzorg. In de arbeidsintensieve en vele middelen vergende organisatie van het ziekenhuis zien we steeds meer deskundigen, die activiteiten verrichten ten behoeve van het beheer. Wij denken hier aan deskundigen op het gebied van informatieverwerking, doelmatigheidsvraagstukken, personeel en organisatie, etc. Hier stuit men op het probleem, dat deze deskundigen en vooral de activiteitsgebieden te weinig kunnen worden ingezet en gericht op de organisatie en het beheer van de verpleegafdeling.

De bevoegdheden- en besluitvormingsstructuur

We hebben geconstateerd, dat het denken over de formele structuur van het ziekenhuis meestal gaat in de richting van een lijn-staforganisatie. De medische taken en bevoegdheden zijn echter veelal niet binnen deze structuur geïntegreerd en geformaliseerd. Zij zijn veelal niet expliciet vastgelegd binnen de organisatie. De specialistische bevoegdheden zijn, denkend vanuit het lijn-stafmodel, niet-geformaliseerd en derhalve informeel.

In werkelijkheid hebben specialisten echter bevoegdheden tot het inschakelen van de verpleging bij de uitvoering van de patiëntenzorg. Dit geheel leidt tot principiële conflicten. Het lijn-stafmodel is dan ook niet goed te gebruiken binnen ziekenhuizen.

De verantwoordelijkheden die uit de bevoegdheden van de specialist voortvloeien, zijn naar de patiënt toe gedefinieerd en niet naar de organisatie. De specialist is niet direct verantwoordelijk voor de uitvoering van activiteiten, die uit zijn beslissingen in de verpleegafdelingen voortvloeien.

Eerder was de constatering, dat het ziekenhuis als uitvloeisel van de functie-gerichte organisatie, een gecentraliseerde besluitvorming heeft met geringe *formele* beslissingsbevoegdheden inzake de coördinatie en het beheer op het niveau van de verpleegafdeling.

De besluitvormingsstructuur is hiermede echter eenzijdig belicht. Een andere constatering was immers, dat de beslissingen die direct van invloed zijn op de werkzaamheden en organisatie rond de patiëntenzorg binnen de verpleegafdeling worden genomen. Hier valt te denken aan de beslissingen van medische specialisten inzake de instroom, doorstroom (inschakeling verpleging en diensten) en uitstroom van patiënten. Echter, in het kader van de formele structuur, de lijn-staforganisatie, zijn deze beslissingsbevoegdheden niet-formeel en derhalve informeel.

De bevoegdheden, die het verpleegkundig hoofd van de verpleegafdeling heeft inzake de uitvoering en coördinatie van primaire activiteiten, zijn veel meer ontleend aan de medische specialisten dan aan de formele structuur. In figuur 2.8. is dit weergegeven. Deze delegatie van bevoegdheden van de medici aan het verpleegkundig hoofd is binnen de formele structuur, volgens het lijn-stafmodel niet formeel en derhalve eveneens informeel.

Een logisch gevolg van de bevoegdhedenstructuur zou zijn (trouwens van de gehele medische ontwikkeling), dat een medicus formeel operationele leiding zou geven betreffende de uitvoering en coördinatie van de patiëntenzorg. Indien deze leidinggevende en coördinerende taak wordt gedelegeerd aan de verpleging, zoals nu het geval is, dan zal deze vanuit de verpleegafdeling bezien *horizontale* relatie in de formele structuur tot uitdrukking moeten komen.

Conclusie op grond van bovenstaande analyse is: de bijzondere informele bevoegdheden van de medische specialisten en de delegaties ervan aan de verpleging binnen een matrix-organisatie te *formaliseren*.

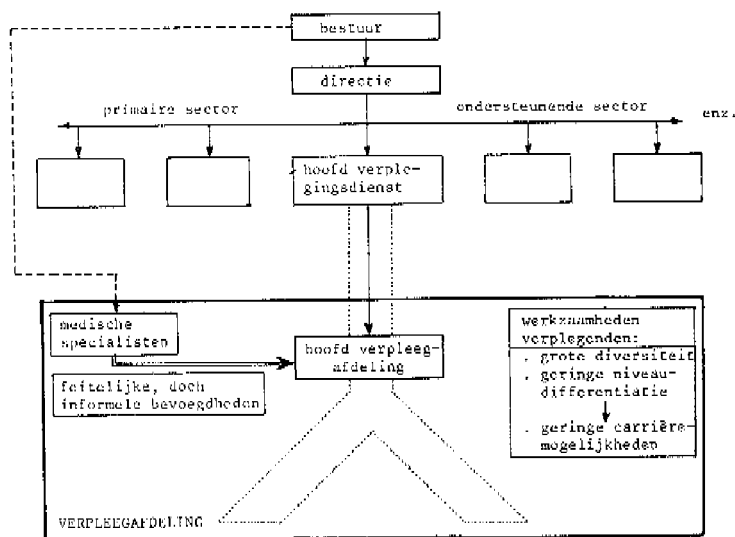
Hiermee zou worden bereikt, dat de verantwoordelijkheden voor de uitvoering van de patiëntenzorg daar komen te liggen, waar ze ons inziens behoren te liggen, namelijk binnen de primaire sector. Het is volgens ons, gezien de aard van de zorgverlening in het ziekenhuis, eveneens een taak van medici (en niet uitsluitend van de organisatie of anderen daarbinnen) om mede de condities te scheppen voor de uitvoering van de patiëntenzorg.

Het gegeven, dat de medische taken en bevoegdheden én de delegaties ervan niet zijn geïntegreerd en geformaliseerd in de formele structuur, versterken de problemen inzake de informatieverwerking en coördinatie. In deze onduidelijke structuur moet ook voor een groot deel de verklaring worden gevonden voor de ervaren onduidelijkheid inzake taken en bevoegdheden van verplegenden (zie paragraaf 3.4.).

De plaats van de verplegingsdienst in de organisatie van het ziekenhuis

De verplegingsdienst staat figuurlijk gesproken als een zuil in de organisatie van het ziekenhuis; met een been in de primaire en een been in de ondersteunde sector. Dit biedt een verklaring voor de grote *diversiteit* aan activiteiten, die zowel tot de primaire als tot de ondersteunende kunnen worden gerekend. Kenmerkend voor verpleegkundige werkzaamheden is de *geringe niveau-differentiatie*, hetgeen onder meer tot uiting komt in de overlapping van taken tussen leerlingen en verpleegkundigen. Dientengevolge zijn er ook *weinig* carrièremogelijkheden in de verpleging.

Hier stuiten we op de vraag, of hoger opgeleide en in de nabije toekomst universitair opgeleide verpleegkundigen op duurzame wijze kunnen worden ingezet bij de directe patiëntenzorg op de verpleegafdeling, zonder dat dit bij alle categorieën verplegenden tot (nog meer) frustraties leidt.



Figuur 2.8. De plaats van de verplegingsdienst in de functie-gerichte organisatie van het ziekenhuis (zie ook figuur 2.4.)

- hiërarchische relatie
- veelal contractuele verbintenis
- =====> specialistische bevoegdheden, doch in het kader van een lijnstaforganisatie, informeel

Met de begripsmatige indeling in een primaire en ondersteunende sector en de onderbrenging van de verplegingsdienst in de primaire sector, hebben we de in de literatuur gangbare, maar weinig bruikbare indeling in de afzonderlijke activiteitengebieden behandeling, verpleging en verzorging verlaten. De indeling en situering van de verplegingsdienst op grond van onze analyse is logischer. Een gevolgtrekking die hier uit voortvloeit, is dat met name de primaire activiteiten geïntegreerd dienen te worden.

2.5. DE INRICHTING VAN EEN MEER PATIËNT-GERICHTE ORGANISATIE

2.5.1. Het primaire proces als uitgangspunt voor organisatiestructurering

De invoering van een meer patiënt-gerichte organisatie betekent een verschuiving van een specialisme-gerichte naar een organisatie waarin de patiënt een meer centrale plaats krijgt.

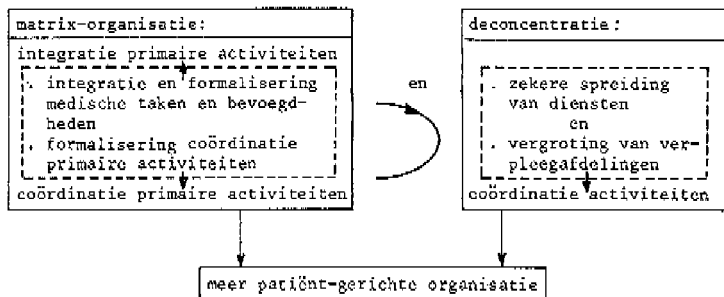
De inrichting van een meer patiënt-gerichte organisatie impliceert een structurering van de organisatie uitgaande van het primaire proces in het ziekenhuis.

Voordat nader op de inrichting van een meer patiënt-gerichte organisatie wordt ingegaan, zullen we eerst onze conclusies inzake integratie en coördinatie geven.

1. Noodzakelijk is een integratie van vooral primaire activiteiten, in ons geval de medische én verpleegkundige activiteiten. Voorwaarden om deze integratie tot stand te brengen zijn:

a. de integratie en formalisering van de medisch-specialistische taken en bevoegdheden binnen de formele structuur middels een matrix-organisatie.

Door de invoering van een matrix-organisatie krijgen we tevens een verschuiving van de uitgesproken functie-gerichte naar een meer produkt-gerichte (lees patiënt-gerichte) organisatie, ten gunste van de coördinatie op de verpleegafdeling (zie paragraaf 2.5.2.);



Figuur 2.9. De inrichting van een meer patiënt-gerichte organisatie

b. de bestaande grote kloof tussen de hoog gespecialiseerde medische arbeid enerzijds en het relatief 'lage' niveau van uitvoering door de verpleging anderzijds zal moeten worden verkleind. Deze kloof zal voor de verpleging moeten worden verkleind via verpleegkundige opleidingen.

Een gedifferentieerde opleidingsstructuur tot verpleegkundige zal nodig zijn, om de door ons voorgestane herstructurering van de organisatie van

het ziekenhuis met inbegrip van de taakstructuur van de verplegingsdienst te kunnen verwezenlijken.

2. Er zal vervolgens een zekere deconcentratie van diensten tezamen met een vergroting van verpleegafdelingen moeten plaatsvinden (zie paragraaf 2.5.3.).

In figuur 2.9. is deze inrichting schematisch weergegeven.

2.5.2. De vormgeving door een matrix-organisatie

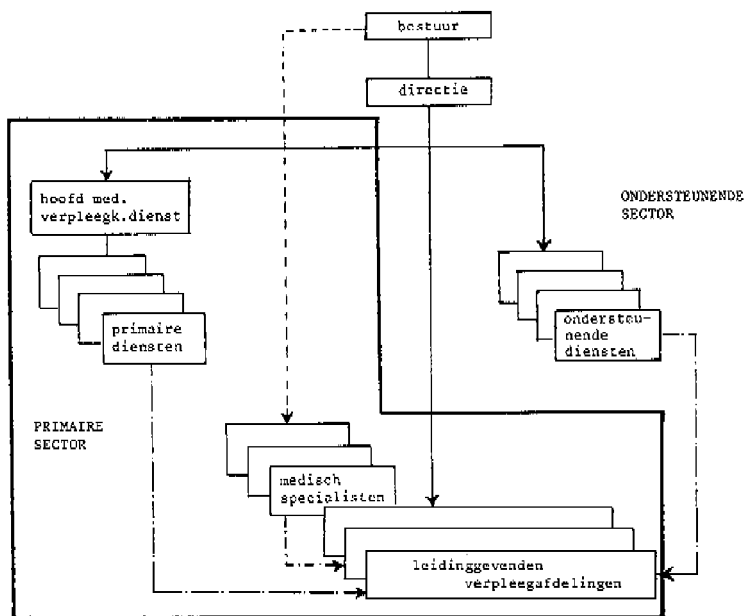
Aan de inrichting van een meer patiënt-gerichte organisatie is gestalte te geven door de invoering van een matrix-organisatie. Hierbinnen is een integratie van vooral primaire activiteiten en een formele regeling van specialistische bevoegdheden te verwezenlijken, uitgaande van de bestaande verhoudingen in ziekenhuizen.

Bij de keuze van een matrix-structuur kiest men volgens Mintzberg (1979) noch voor een input-gestructureerde noch voor een output-gestructureerde organisatie, doch men kiest voor beide wijzen van structuren. Men tracht door een dual gezagsstructuur de voordelen van beide manieren van structureren te combineren en de nadelen van elk te reduceren; een verbetering van de coördinatie met behoud van specialisatie. Met andere woorden, de informatieverwerking en coördinatie worden verbeterd, zonder dat dit ten koste gaat van specialisatie. Integendeel, de specialistische activiteiten worden binnen de formele bevoegdhedenstructuur geïntegreerd ten voordele van de directe taakuitvoering, in ons geval de patiëntenzorg.

Mintzberg verduidelijkt een en ander als volgt: indien de directe taakuitvoering de inbreng van diverse specialistische activiteiten vereist die als zodanig gecoördineerd moeten worden, dan moet men deze specialistische activiteiten integreren binnen de formele structuur middels een matrix-structuur. Dit houdt in, dat men de specialistische activiteiten laat coördineren door een leidinggevende die daarop deskundig is en daartoe een formele bevoegdheid krijgt. Vertaald naar het ziekenhuis betekent dit: a) dat de medisch-specialistische taken en bevoegdheden worden geïntegreerd en geformaliseerd binnen de formele structuur; en b) dat de coördinatie van primaire activiteiten wordt geformaliseerd.

In een matrix-organisatie is het mogelijk op het niveau van de verpleegafdelingen een indeling te maken naar primaire en ondersteunende activiteiten. Tevens kan de noodzakelijke verbinding tussen beide soorten activiteiten worden vastgelegd alsmede de personele relaties of de verschillende taak- en gezagsrelaties. Op grond daarvan kan tenslotte de organisatiestructuur van de totale organisatie worden geschetst. Hierbinnen worden de relaties en gezagslijnen van de verpleegafdeling met andere diensten en de directie aangegeven (zie figuur 2.10.).

In de praktijk kan het aanbrengen van een verbinding tussen beide soorten ac-



Figuur 2.10. Matrix-organisatie voor de klinische patiëntenzorg in het ziekenhuis

- > lijnbevoegdheid
 - - - - -> functionele bevoegdheid
> veelal contractuele verbintenis

tiviteiten betekenen, dat op verpleegafdelingen twee leidinggevende functionarissen (duale gezagsstructuur) met verschillende deskundigheden, worden aangesteld. Een leidinggevende voor de uitvoering en coördinatie van primaire activiteiten en een leidinggevende voor de uitvoering en coördinatie van ondersteunende activiteiten. Laatstgenoemde functionaris moet vooral de condities scheppen waardoor de verpleegafdeling als organisatorische eenheid goed kan functioneren. Te denken valt hier aan vraagstukken van personeel en organisatie, doelmatigheid, kostenbewaking en -beheersing, etc. Deze twee leidinggevende functionarissen staan in een matrix-structuur niet hiërarchisch onder elkaar, maar *naast* elkaar. Beide zijn gezamenlijk en gelijkelijk verantwoordelijk voor het management of het beheer van de verpleegafdeling.

Een en ander is slechts goed te verwezenlijken door *deconcentratie van diensten tezamen met een vergroting van verpleegafdelingen* (zie onder paragraaf

2.5.3., 'Deconcentratie van diensten'). Hierdoor kan namelijk voldoende inhoud aan de functies van de verschillende leidinggevendenden worden gegeven. Hierdoor kan ook de verpleegafdeling als een vrij zelfstandige organisatorische eenheid gaan functioneren met een directe verbindingslijn naar de top van de organisatie (zie figuur 2.10.).

De medische specialisten, die op een bepaalde verpleegafdeling patiënten in behandeling hebben, zijn in figuur 2.10. links van de verpleegafdeling weergegeven. Zij hebben formeel een functionele bevoegdheid, ze geven voorschriften en aanwijzingen omtrent activiteiten op hun eigen specialistische gebied aan dogenen die deze werkzaamheden uitvoeren.

De hoofden van dienst in de primaire sector krijgen formeel een functionele bevoegdheid ten aanzien van medewerkers, die op de verpleegafdelingen in hetzelfde specialistische gebied werkzaam zijn. Dit zelfde is van toepassing voor de diensten in de ondersteunende sector. De medewerkers uit andere diensten, die op de verpleegafdeling hun werkzaamheden verrichten, gaan deze onder de formele bevoegdheid van één van de leidinggevendenden van de verpleegafdeling uitvoeren. Bij *deconcentratie van diensten* krijgen de kleine overblijvende centrale diensten formeel een functionele specialistische bevoegdheid. Zij krijgen de bevoegdheid richtlijnen uit te vaardigen aan die groepen, die in hetzelfde specialistische gebied op de verpleegafdelingen werkzaam zijn. Dit om de eenheid in uitvoering te handhaven. Ten aanzien van de directie hebben deze centrale diensten een adviserende en rapporterende taak.

Aan de top van de primaire sector hebben we uit oogpunt van coördinatie een medisch-verpleegkundige dienst/staf geplaatst. Het verpleegkundig hoofd van de verplegingsdienst maakt hier deel van uit. Laatstgenoemde functionaris heeft formeel ten aanzien van het verpleegkundig kader op de verpleegafdelingen een functionele specialistische bevoegdheid.

In figuur 2.10. is een basisstructuur weergegeven. Het creëren van dwarsverbanden en overlegstructuren binnen en tussen sectoren is mogelijk. Bijvoorbeeld overleg tussen personeelszaken en het hoofd van de verplegingsdienst betreffende scholing en vorming van verplegenden.

Leiding en coördinatie primaire activiteiten

Het is de vraag, welke functionaris in het kader van een matrix-organisatie leiding zal moeten geven aan de uitvoering en coördinatie van primaire activiteiten. Deze leidinggevende zou zowel een arts als een academisch gevormde verpleegkundige kunnen zijn*. Aan de keuze van een vertegenwoordiger van een van beide disciplines zijn voor- en nadelen verbonden. Het voordeel van een arts is, dat hij direct leiding kan geven aan bijvoorbeeld de uitvoering en vooral de coördi-

* We houden hiermede beslist geen pleidooi om in de huidige situatie, binnen de bestaande structuur, academisch gevormde verpleegkundigen op de verpleegafdelingen aan te stellen.

natie van onderzoeks- en behandelactiviteiten. Daarnaast is een arts, gezien zijn achtergrond, in principe een goede gesprekspartner voor andere specialistische zorgverleners. Op de verpleegafdeling vormen de verpleging en de directe verzorging van de patiënt voorname onderdelen van de patiëntenzorg. Vanuit dit perspectief en vanuit de continuïteit in de zorgverlening bezien, zal de voorkeur uitgaan naar een academisch gevormde verpleegkundige als leidinggevende, waarbij deze intermedieënd kan optreden tussen patiënt en zorgverleners.

De integratie van medische en verpleegkundige activiteiten

De integratie van medische en verpleegkundige activiteiten heeft als specifiek doel de verwezenlijking van een 'integrale patiëntenzorg'. Dit is niet uitsluitend een taak van de verpleging.

De verwezenlijking van een integrale patiëntenzorg vereist tevens, dat de bestaande kloof in de arbeidsverdeling inzake medische en verpleegkundige activiteiten door de verpleging wordt verkleind. De continuïteit in de patiëntenzorg eist, dat de geconstateerde leemte in de arbeidsverdeling door verpleegkundigen moet worden opgevuld en bijvoorbeeld niet door assistenten-beroepen. Dientengevolge zal door de verpleging een gedifferentieerd takenpakket moeten worden uitgevoerd, hetgeen van de verschillende verpleegkundigen verschillende bekwaamheden veronderstelt. Hierdoor kan tevens een reële niveaudifferentiatie in de werkzaamheden worden aangebracht.

We spreken niet van de vereiste bekwaamheid van de verpleegkundige in het algemeen, maar van verschillende bekwaamheden die binnen de totale verpleging nodig zijn voor de uitvoering van de patiëntenzorg. Vele werkzaamheden binnen de verpleging vereisen geen hoog opleidingsniveau. Te denken valt hier aan de werkzaamheden die momenteel door de vele in-service leerlingen (in feite on- en laag-geschoolden) worden verricht.

Binnen de nieuwe taakstructuur van de verpleging, zoals wij die voorstaan, zullen de carrièremogelijkheden van verpleegkundigen *inhoudelijk* zijn. Voor een leidinggevende functie bijvoorbeeld, zullen kandidaten primair op inhoudelijke gronden en kennis en uiteraard op grond van ervaring beoordeeld worden. Op inhoudelijke gronden wil zeggen, dat de leidinggevende een behoorlijke kennis van ziektebeelden van patiënten op de verpleegafdeling moet hebben.

Het ontlasten van de verpleging van de vele beheerstaken

Het beheer van de verpleegafdeling behoort momenteel tot het impliciete taakgebied van de verplegingsdienst. Dit is historisch gegroeid.

De onderbrenging van de verplegingsdienst binnen de primaire sector van het ziekenhuis, zal voor de verpleging een inperking moeten inhouden van beheerstaken, die slechts indirect met de patiëntenzorg hebben te maken.

Wij verwachten, dat een wijziging in de plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst de volgende effecten zal hebben:

- een verbetering van condities waardoor een betere garantie wordt verkregen voor de kwaliteit van de patiëntenzorg;
- een verbetering van condities waardoor verplegenden beter kunnen worden ingezet en begeleid bij hun werkzaamheden;
- een eigen identiteit voor de verpleegkundige in het ziekenhuis en een hogere motivatie en betrokkenheid bij het werk.

2.5.3. Deconcentratie van diensten

De invoering van een formele matrix-structuur is voorwaarde om op zinvolle wijze tot spreiding van diensten tezamen met vergroting van verpleegafdelingen te kunnen overgaan.

Wij zullen hier in het kader van een matrix-structuur volstaan met het plaatsen van enkele opmerkingen over de spreiding van diensten. Deconcentratie van diensten zal in een concrete situatie met behulp van empirisch onderzoek vorm moeten krijgen. Hierbij zal rekening moeten worden gehouden met de omvang van het ziekenhuis. In middelgrote en grote ziekenhuizen zal men eerder tot spreiding van bepaalde diensten overgaan dan in kleine ziekenhuizen. Welke diensten voor spreiding in aanmerking komen, valt voorshands niet nauwkeurig aan te geven. Voor de ondersteunende sector denken wij bijvoorbeeld aan de spreiding van onderdelen van de civiele dienst. Een afdeling inkoop daarentegen zal men bijvoorbeeld centraal in de organisatie houden. Voor de primaire sector denken we aan de spreiding van onderdelen van onderzoek- en behandelinstellingen naar verpleegafdelingen. Deze spreiding is afhankelijk van de ziektebeelden van patiënten op verpleegafdelingen. Een afdeling radiotherapie zal men in deze sector bijvoorbeeld geconcentreerd en hoog in de organisatie laten.

In de literatuur betreffende industriële organisaties worden met dezelfde argumenten zowel voor- en nadelen van deconcentratie genoemd. Veelal wordt de spreiding van diensten als een economisch vraagstuk benaderd, waarbij het gaat om twee samenhangende factoren: de omvang of grootte van de organisatie en het doelmatig gebruik van de middelen. Een gedachte is, dat het doelmatig is gelijksoortige activiteiten binnen een dienst onder te brengen. We hebben gezien, dat bij een toenemende specialisatie aan de coördinatie op het werkniveau eveneens een weliswaar moeilijk te berekenen, kostenfactor moet worden toegekend. Daarnaast kan een stringent doorgevoerde concentratie van diensten, zoals in het ziekenhuis, zelfs leiden tot een ondoelmatig en onbeheerst gebruik van middelen. Ook dit is, evenals de coördinatie, moeilijk te kwantificeren en in kosten uit te drukken.

In het algemeen wordt onderschreven, dat het doelmatig kan zijn sommige activiteiten die het gebruik van kostbare apparatuur veronderstellen geconcentreerd in de organisatie te houden. Ook nieuwe activiteiten zal men bij voorkeur eerst

centraal houden en *tijdelijk* hoog in de hiërarchie van de organisatiestructuur onderbrengen. De uitvoering van routinewerkzaamheden in centrale functionele diensten moet men, aldus Botter (1980), drastisch beperken en zoveel mogelijk naar de direct-operationele afdelingen afstoten. Ook in het ziekenhuis zijn vele activiteiten inzake diagnose en behandeling routinematig van karakter, in de zin van dagelijks terugkerende werkzaamheden. Op grond daarvan zijn nauwelijks tegenargumenten aan te voeren om onderzoeks- en behandelactiviteiten niet naar het niveau van een (grotere) verpleegafdeling te brengen. Voor het ziekenhuis menen we te mogen stellen, dat deconcentratie van diensten in samenhang zal moeten gebeuren met het vergroten van verpleegafdelingen, tot een omvang van ongeveer 120 bedden.

In de literatuur komt steeds meer de wens naar voren om tot een aanzienlijke vergroting van verpleegafdelingen over te gaan. Als voordelen worden onder andere genoemd, een betere bedbezetting, minder variaties daarin, en het beter kunnen inzetten van de verschillende categorieën verplegenden. Waaraan voorbij wordt gegaan, zijn de problemen inzake de afstemming van alle patiënt-gebonden werkzaamheden op de verpleegafdelingen. Daar liggen in feite de organisatieproblemen met betrekking tot de doelmatigheid van de organisatie rond de patiëntenzorg. Deze afstemming van activiteiten kan gemakkelijker gaan verlopen bij een zekere spreiding van diensten.

De Greve (1979) pleit in zijn dissertatie voor de indeling van een ziekenhuis in blokken, doch gaat volledig voorbij aan de mogelijke gevolgen voor de uitvoering en afstemming van de werkzaamheden op de verpleegafdelingen.

De indeling van een ziekenhuis in blokken, de zogenaamde blokkenstructuur, is overgenomen van een groot academisch ziekenhuis (1900 bedden) in Stockholm. De Greve heeft deze blokkenstructuur theoretisch uitgewerkt voor een bestaand algemeen ziekenhuis in ons land met een omvang van ruim 750 bedden. Het belangrijkste indelingscriterium voor de blokken is, zo blijkt uit het uitgewerkte voorbeeld, de aanwezige medische specialismen, die gegroepeerd worden rond enkele basisspecialismen. De theoretische uitwerking voor het desbetreffende ziekenhuis laat de volgende indeling in blokken zien: interne geneeskunde (216 bedden); heelkunde (218 bedden); kindergeneeskunde, vrouwenziekten en verloskunde (206 bedden); psychiatrie en neurologie (99 bedden). Voorts een blok waarin onder andere zijn ondergebracht: de verschillende functie-afdelingen, het klinisch-chemisch laboratorium, de afdeling radiologie, de poliklinieken en de apotheek. Tenslotte een blok waarin onder andere zijn opgenomen: het operatiekamercomplex en de recovery, en de afdeling intensive care (14 bedden). De ondersteunende sector, waarin zo blijkt uit de gegevens, ongeveer de helft van het aantal personeelsleden van het desbetreffende ziekenhuis werkt, is geheel buiten beschouwing gelaten.

De Greve vergelijkt de blokkenstructuur met één van de door Galbraith (1973)

voorgestelde organisatie-ontwerpen, om tot een betere informatieverwerking en taakuitvoering in functie-gerichte structuren te komen. Namelijk: het binnen een organisatie 'creëren van min of meer zelfstandige organisatie-eenheden'. Deze strategie houdt in, de wijziging van een functie-gerichte in een produkt-gerichte organisatie. Dit betekent en dat bedoelt Galbraith ook, een toewijzing van alle benodigde middelen (activiteiten en mensen) voor de uitvoering van het primaire proces (in ons geval de uitvoering van de patiëntenzorg) naar de operationele niveaus (in ons geval de verpleegafdelingen). In de blokkenstructuur, aldus blijkt uit het uitgewerkte voorbeeld voor een ziekenhuis, is daarvan géén sprake. Wij zijn dan ook van mening, dat de blokkenstructuur geen voldoende oplossing biedt voor de organisatieproblemen in het ziekenhuis.

2.6. CONCLUSIES

De veelal functie-gerichte organisatie van en de onduidelijke bevoegdhedenstructuur binnen ziekenhuizen hebben negatieve gevolgen voor de patiëntenzorg en het beheer van die organisaties.

Problematisch in deze is de coördinatie en integratie van werkzaamheden op de verschillende niveaus, met name op de verpleegafdelingen.

De veelvuldig in de literatuur genoemde problemen inzake de formele communicatiestructuur, de onderlinge communicatie rond en met de patiënt, de complexiteit en dientengevolge de beheersbaarheid van de organisatie, etc., vloeien voort uit de organisatiestructuur van ziekenhuizen.

Het ontbreken van een duidelijk geïntegreerd *grondpatroon* inzake taak- en gezagsverdelingen leidt ook tot *diffuse verantwoordelijkheidsgebieden*. Hier ligt de kern van de vraagstukken op het gebied van de juridische aansprakelijkheden, die in hoofdstuk III worden beschreven.

Vele organisatorische activiteiten in ziekenhuizen, zoals de vele op zichzelf staande commissies, procedures en hulpfuncties, kunnen begrepen worden als pogingen om de problemen die uit de organisatiestructuur voortvloeien, het hoofd te bieden. Dit heeft weer tot gevolg, dat de ziekenhuis-organisatie alsmaar ondoorzichtiger, moeilijker bestuurbaar en beheersbaar wordt.

Vele problemen in de verpleging rond taken en bevoegdheden zijn terug te voeren tot de onduidelijke en ondoorzichtige organisatiestructuur.

Kenmerkend voor de werkzaamheden van de verpleging is de grote diversiteit aan activiteiten. Kenmerkend is tevens een geringe niveaudifferentiatie in de activiteiten en dientengevolge de geringe ontplooiingsmogelijkheden voor verplegenden.

Voor een effectieve en doelmatige patiëntenzorg is de inrichting van een meer

patiënt-gerichte organisatie, in plaats van de huidige functie-gerichte, noodzakelijk. De inrichting van een meer patiënt-gerichte organisatie is gestalte te geven door de invoering van een matrix-organisatie. Deze structuur leent zich er toe de verschillende taken en bevoegdheden te integreren en te formaliseren met als specifiek doel: de verbetering van de coördinatie en integratie van vooral primaire activiteiten op verpleegafdelingen.

Vervolgens kan binnen een matrix-structuur, door een zekere spreiding van diensten in samenhang met een vergroting van verpleegafdelingen in aantal bedden, een verdere verschuiving worden bewerkstelligd van een functie-gerichte in de richting van een meer produkt-gerichte (lees meer patiënt-gerichte) organisatie.

De grote kloof in kennis tussen medici en verpleegkundigen zal moeten worden verkleind, teneinde de integratie van vooral de primaire activiteiten te kunnen bevorderen. Voor een integrale patiëntenzorg in het ziekenhuis en om de psychosociale zorgkanten van de verpleging beter tot zijn recht te laten komen, zal het verpleegkundig kader een grotere kennis van ziektebeelden moeten hebben dan nu het geval is.

Met bovenstaande structurele wijzigingen verwachten we een verbetering van condities te bereiken, waaronder de patiëntenzorg wordt uitgevoerd. Tevens verwachten we daardoor, eveneens ten gunste van de patiëntenzorg, een verbetering van werkomstandigheden en meer ontplooiingsmogelijkheden voor verpleegkundigen te bereiken. Daarmee hopen we buitenlandse situaties inzake de verpleging (bijvoorbeeld een hoog verloop en onvoldoende verplegend personeel) te voorkomen en de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen in de toekomst te verzekeren. Om deze stabiliteit te kunnen garanderen zal, naast structurele wijzigingen van de organisatiestructuur, een goed systeem van verpleegkundige onderwijsvoorzieningen noodzakelijk zijn (zie hoofdstuk IV).

Literatuur

- Botter, C.H., *Industrie en Organisatie*, 11^e dr., Kluwer/Nivé, Deventer, 1980.
Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Basisrapport betreffende specialisaties in de verpleegkunde*, Rijswijk, 1974.
Galbraith, J., *Designing complex organizations*, Addison-Wesley Publish Company, Reading, 1973.
Gorp, W. van, e.a., *Heel het ziekenhuis*, De Tijdstroom, Lochem, 1977.
Greve, W.B. de, *Professie en management in de organisatiestructuur van het ziekenhuis*, Proefschrift G.U. Amsterdam, De Tijdstroom, Lochem, 1979.
Mintzberg, H., *The structuring of organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1979.
Nuyens, Y., *Sociologie en Gezondheidszorg*, De Nederlandse Boekhandel, Antwerpen, 1969.

- Rozema, R., c.a., *De taak en werkomstandigheden van praktijkbegeleiders*, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1978.
- Starkweather, P.H., The rationale for decentralization in large hospitals, *Hospital Administration*, jrg. 15, spring, 1970, p. 27-45.
- Stolte, J.B., *Zieken en hun verzorgers*, H.D. Tjeenk Willink, Groningen, 1976.
- Structuurnota *Gezondheidszorg*, Den Haag, 1974.

III. SOCIO-CULTURELE FACTOREN VAN HET ZIEKENHUIS

3.1. INLEIDING

In dit hoofdstuk zullen we een beschrijving en analyse geven van enige socio-culturele factoren, die evenals de beschreven organisatie-structurele, van invloed zijn op het functioneren van verplegenden en op de uitvoering van de patiëntenzorg in het ziekenhuis (zie figuur 2.1.).

De gedragingen van personen en groeperingen worden in sterke mate gereguleerd door opvattingen, normen en waarden, die tot de cultuur worden gerekend. Cultuur in de breedste betekenis is een menselijk produkt. Vele veranderingen, aldus Thoenes (1981) zijn culturele veranderingen. Tot de cultuur moeten ook wetten en regelingen en ons rechtssysteem met inbegrip van de rechtspraak worden gerekend. De wetgeving heeft betrekking op de legalisering en formalisering van opvattingen, normen en richtlijnen omtrent handelingen van personen en groeperingen.

In historisch perspectief geven onderdelen van de wetgeving mede de wordingsgeschiedenis en vooral de verschijningsvormen van organisaties weer. Wetten en regels op diverse gebieden geven tevens de kaders aan waarbinnen organisaties en vooral personen en groeperingen daarbinnen dienen te werken.

Met de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst van 1865 (invoering 1878) werd de basis gelegd voor de ontwikkeling van de geneeskunde en voor de huidige verschijningsvorm van het ziekenhuis. Deze wet is een kristallisatie van de toen heersende opvattingen over de wetenschap in het algemeen en de geneeskunde in het bijzonder alsmede van het vertrouwen, dat men toen stelde in de wetenschappelijke oplossing van problemen die met ziekte en ongemak hebben te maken.

Bovengenoemde wet betekende de legitimering van wetenschappelijk onderzoek, vooral de toepassing van de resultaten ervan in ziekenhuizen, alsmede van de positie die op grond daarvan de geneeskunde en de geneesheer in ziekenhuizen verwierven.

De eerder in paragraaf 1.2.5. genoemde wetten en wetsvoorstellen uit de jaren zeventig van deze eeuw voor de beheersing van de gezondheidszorg, laten in wezen de geneeskunde ongemoeid. Ze betreffen veel meer de organisatorische con-

text waarbinnen de geneeskunde wordt uitgeoefend.

De ziekenhuisorganisatie wordt gekenmerkt door een zekere beslotenheid. Deze heeft voor een deel te maken met de plaats, die we in onze samenleving aan 'ziekte en dood' toekennen. Binnen het ziekenhuis gaat het immers om vitale belangen, vraagstukken van leven en dood. De discussies daaromtrent worden in het algemeen op een 'afstand' gevoerd. Voor een deel heeft deze beslotenheid ook te maken met de geschiedenis van het ziekenhuis. De bestuursvorm van het ziekenhuis kan men bijvoorbeeld (nog steeds) als gesloten typeren (zie bijvoorbeeld paragraaf 3.4.2.). Ook de specialistische patiëntenzorg vindt in een zekere beslotenheid plaats. Dit laatste heeft minder te maken met de bestuursvorm van het ziekenhuis, maar meer met de plaats die wij aan de geneeskunde en haar beoefenaren toekennen bij de patiëntenzorg.

Geslotenheid en openheid van een organisatie zijn relatieve zaken. Wanneer er over een gesloten dan wel open organisatie wordt gesproken, zal men zich moeten afvragen welk onderdeel van de organisatie wordt besproken. Het ziekenhuis heeft bijvoorbeeld altijd open gestaan voor technologische ontwikkelingen (de materiële cultuur). Deze hebben in het ziekenhuis een snelle ingang en toepassing gevonden. Echter, de noodzakelijke andere werkwijzen voor de toepassing van deze vernieuwingen hebben hiermee geen gelijke tred gehouden.

De basisfilosofie is, dat iedere patiënt uniek is en derhalve een individuele behandeling behoeft. Daarmee hangt samen, dat de individuele arts verantwoordelijk is voor het welzijn van de individuele patiënt. De praktijk is echter anders. Vele deskundigen, medische specialisten en andere zorgverleners, zijn veelal bij het onderzoek, de behandeling en verzorging van een patiënt betrokken. Een klacht is, dat ten aanzien van het handelen in het ziekenhuis de juridische verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden onvoldoende zijn geregeld (zie paragraaf 3.4.). Dit mag een duidelijk symptoom worden genoemd van de problemen, die er bestaan rond de samenwerkingsverbanden (de organisatiestructuur) in het ziekenhuis.

Kenmerkend voor ons rechtstelsel is de gelijkheid van de burger voor de wet. Opmerkelijk is, dat door het verlenen van een eigen tuchtrecht, een uitzondering wordt gemaakt voor enkele beroepen in onze samenleving. Voor de gezondheidszorg kunnen we hier denken aan het eigen tuchtrecht voor de medische en enkele para-medische beroepen.

Deze toch wel uitzonderlijke positie werkt de beslotenheid en afscherming van deze beroepsactiviteiten in de hand.

We zien momenteel de tendens, de wetgeving betreffende (industriële) arbeidsorganisaties en de rechtspositie van medewerkers, ook van toepassing te laten zijn voor ziekenhuizen. Een voorbeeld is hier de Wet op de Ondernemingsraden, waarin de inspraak en medezeggenschap van medewerkers bij het gebeuren in organisaties wordt geregeld. In dit verband kan ook de eerste afgesloten Collectieve Arbeidsovereenkomst (de CAO) worden genoemd, die in januari 1978 voor

het ziekenhuiswezen van kracht werd. Door dergelijke wetten en regelingen ook toe te passen op ziekenhuizen, nemen deze instellingen binnen ons maatschappelijk bestel minder een uitzonderingspositie in en worden ze uit de besloten sfeer gehaald.

Bij de bestudering van de *socio-culturele factoren*, werkzaam in het ziekenhuis, besteden we vooral aandacht aan de verschillen tussen de diverse groeperingen, in: opvattingen, status en invloed én de consequenties die deze verschillen hebben voor de interactiepatronen.

Indeling van het hoofdstuk

In paragraaf 3.2. wordt ingegaan op enkele culturele en socio-culturele factoren. Tevens zullen in dit kader enkele begrippen worden omschreven als socialisering, professionalisering, macht en gezag.

In paragraaf 3.3. wordt aandacht geschonken aan de consequenties van de socio-culturele factoren voor onder meer de wijze van samenwerking, de patiëntenzorg en het inpassen en functioneren van verplegenden in het ziekenhuis.

In paragraaf 3.4. zal worden ingegaan op de juridische structuur van het ziekenhuis. Hierbij wordt aandacht geschonken aan de taken en bevoegdheden van de voor ons onderzoek belangrijkste groeperingen.

In paragraaf 3.5. zal enige aandacht worden besteed aan enkele modellen, die overwegend worden gebruikt voor de bestudering van het verschijnsel ziekenhuisorganisatie.

In paragraaf 3.6. worden de conclusies gegeven. Hierbij zullen enkele relaties worden gelegd met de in het voorgaande hoofdstuk behandelde aspecten.

3.2. ENKELE SOCIO-CULTURELE FACTOREN EN BEGRIPPEN

3.2.1. Culturele kenmerken

Volgens Van Doorn en Lammers (1966) kunnen die opvattingen tot de cultuur worden gerekend, die door meer personen worden gedeeld en die het onderling sociale gedrag reguleren. Culturele kenmerken zijn in dit verband bijvoorbeeld normen, doeleinden en waarden. Zo zijn normen opvattingen omtrent hetgeen in een bepaalde situatie behoort. Doeleinden zijn opvattingen over hetgeen wenselijk en nastrevenswaardig is. Waarden zijn te omschrijven als opvattingen over de legitimiteit van het sociale gedrag.

Cultuurvorming heeft als gevolg verduurzaming en daarmee ook voorspelbaarheid van het onderlinge sociale gedrag. De cultuur (als gemeenschappelijke opvattingen omtrent verschillende zaken) geeft bijvoorbeeld aan, welke rol een persoon in een bepaalde positie verwacht wordt te spelen binnen een netwerk van sociale relaties: bijvoorbeeld de rol van arts, van verpleegkundige of van por-

tier. Deze (voor)omschreven rollen geven tevens aan welke waardepositie of sociale status de desbetreffende persoon binnen zo'n netwerk inneemt: dit in termen van 'hoger-lager', 'meer-minder' gewaardeerd e.d. Dit betreft de toekenning van een bepaalde status op basis van subjectieve waarderingsgronden, zoals het opleidingsniveau, de soort opleiding, de waarderingsgronden die men daaraan alsmede aan bepaalde arbeidstaken toekent, inkomen en bezit.

Het zal duidelijk zijn, dat aan een bepaalde sociale status een bepaald prestige of gezag wordt toegekend en ontleend. Een dergelijke prestige-hiërarchie behoeft echter geenszins samen te vallen met de formele hiërarchie in een organisatie: in ons geval de formele gezagsstructuur van het ziekenhuis.

Verschillen in status tussen personen bepalen in sterke mate de interactie-patternen: bijvoorbeeld of men initiatieven neemt dan wel opvolgt; of men informatie ontvangt dan wel verstrekt. Evenals de richting van de communicatie wordt de soort informatie die wordt overgedragen, sterk door statusverschillen bepaald. Zo zijn communicatiestructuren een neerslag van bepaalde status- of invloedsstructuren. Deze invloedsstructuren behoeven, zoals reeds is opgemerkt, geenszins samen te vallen met de formele gezagsstructuur van een organisatie.

3.2.2. Macht en gezag

Het begrip *macht* kan worden omschreven als de mogelijkheid om in overeenstemming met de eigen doeleinden van een persoon of groep, de gedragingen van andere personen of groepen te beïnvloeden. Het begrip *macht* is hier omschreven als een relatie tussen partijen.

We spreken van het uitoefenen van *macht* als de gevolgen van de beïnvloeding in de onderlinge communicatie en in het sociale gedrag zichtbaar zijn. Personen en groeperingen kunnen binnen een bepaalde structuur op uiteenlopende gebieden met elkaar een relatie onderhouden, waarbij zij zowel *macht* hebben over als afhankelijk zijn van elkaar. Een *machtsrelatie* in termen van grotere of kleinere afhankelijkheid is niet absoluut, maar relatief en veelal situatie en onderwerp gebonden.

Het is een uiting van *macht* en daarmee van invloed, wanneer een persoon of groepering zich op een bepaald terrein vrij onafhankelijk van een andere persoon of groepering kan opstellen. Het is deze vorm van machtsuitoefening, die we in het ziekenhuis kunnen waarnemen; waar de verschillende groeperingen, versterkt door de functie-gerichte organisatie, vrij onafhankelijk en autonoom van elkaar kunnen functioneren.

De mogelijkheid tot het *uitoefenen van macht* wordt bepaald door vele factoren. Deze factoren liggen op drie niveaus, namelijk op maatschappelijk niveau, op het niveau van de organisatie en op het niveau van de intermenselijke betrekkingen: respectievelijk op macro-, meso- en micro-niveau.

Op maatschappelijk niveau kunnen we denken aan opvattingen omtrent datgene wat in een bepaalde positie en situatie is geoorloofd alsmede aan wetten en regelingen op bijvoorbeeld het gebied van de sociale wetgeving. Op het niveau van de organisatie kunnen we eveneens denken aan opvattingen (de organisatiecultuur) en aan contractuele verplichtingen en bindingen die mede uit eerder aangeduide wetten voortvloeien. Binnen dit kader ontwikkelen zich de machtsrelaties tussen individuen op micro-niveau.

We mogen machtsuitoefening en machtsstreven echter niet uitsluitend relateren aan formeel gezag of aan de relatie bovengeschiedte en ondergeschiedte (zie bijvoorbeeld hieronder, de omschrijving van het begrip professionalisering).

Het begrip *gezag* wordt in de literatuur in verschillende betekenissen gebruikt. De twee voornaamste betekenissen zijn: gezag als formele beslissings- en handlingsbevoegdheid en gezag als persoonlijk prestige.

De wijze van het *uitoefenen van formeel gezag* wordt eveneens bepaald door factoren die op de drie zojuist genoemde niveaus liggen.

3.2.3. Socialisering

Het begrip *socialisering* kan worden omschreven als een leerproces, waarin een persoon zich in voor hem belangrijke sociale situaties leert gedragen en bewegen. Bij socialisering als leerproces zijn twee aspecten van belang:

- a. de *cultuuroverdracht*, het overbrengen van waarden, normen en opvattingen en diensgevolge verwachtingen omtrent (rol)gedragingen van personen in bepaalde sociale situaties;
- b. de omgeving of de context waarbinnen de cultuuroverdracht plaatsvindt. Dit zijn de *interactie-condities*.

Bij de opleiding tot een bepaald beroep is de cultuuroverdracht meer specifiek en heeft deze betrekking op de totstandkoming van het beroepsbeeld. Het begrip *beroepsbeeld* kan worden omschreven als het geheel van opvattingen en verwachtingen, dat iemand of een categorie personen heeft omtrent het desbetreffende beroep en de uitoefening daarvan in een reële (toekomstige) werksituatie. Bij omgeving valt te denken aan een aspect als, vindt de opleiding binnen een zelfstandig opleidingsinstituut plaats dan wel in een arbeidsorganisatie.

Er wordt wel een onderscheid gemaakt tussen rolverwerving en positieverwerving (Cassee, 1971, a). Bij rolverwerving wordt de nadruk gelegd op scholing (het aanleren van basiskennis en -vaardigheden) en vorming (het aanleren van beroepshouding en gedrag). Positieverwerving heeft betrekking op het inpassen in het arbeidsproces of de organisatie. Hier heeft socialisering in termen van inpassing betrekking op het bekend en vertrouwd raken met de verschillende sociale posities, de daarbij behorende (rol)gedragingen en de waarden en opvattingen van de verschillende positiebekleders.

Een belangrijke rol bij het proces van socialisering spelen de 'significante anderen'. Welke groeperingen reiken de opvattingen aan, aan welke groeperingen refereert men zich in het gedrag (referentiegroepen) of met wie (groepen of personen) identificeert men zich.

Nauw verwant met het begrip socialisering is het begrip internalisering. *Internalisering* wil zeggen dat men bepaalde opvattingen en sociale gedragingen als vanzelfsprekend en natuurlijk gaat ervaren.

3.2.4. Professionalisering

De meest voorkomende betekenis die aan het begrip professionalisering wordt gegeven, is de aanduiding van een specifiek ontwikkelingsproces van een bepaald beroep: in de zin van 'wording tot professie' (Mok, 1973). Veelal worden aan professies bepaalde kenmerken toegekend, die bij de 'wording tot professie' als fasen worden onderkend.

Deze zijn: 1) een beroepsomschrijving; 2) een beroepsvereniging, die de belangen van de leden gaat behartigen; 3) een beroepsopleiding, veelal op hoger of op universitair niveau; 4) een beroepscode; en 5) een wettelijke bescherming van het beroep.

De eerste drie kenmerken of fasen, een beroepsomschrijving (1), een beroepsvereniging (2) en -opleiding (3), behoeven geen nadere toelichting. Een beroepscode (4) omschrijft welke beroepshouding en -gedrag is gewenst en is gericht op gedragsbeheersing van de individuele beroepsbeoefenaar. Verbonden met de beroepscode is het eigen tuchtrecht, de beoordeling van de beroepsactiviteiten door beroepsgenoten. Bij beroepsbescherming (5) is de uitoefening van een beroep door de wet voorbehouden aan personen die aan bepaalde nauwkeurig omschreven normen voldoen.

Onder *professionalisering* verstaan wij het streven van een beroepsgroepering (de leden ervan) om de opvattingen over het eigen beroep en de beroepsuitoefening gelegitimeerd of aanvaard te krijgen.

Onder *beroep* kan in dit verband worden verstaan: 'een bepaald deel van de maatschappelijke arbeidsverdeling dat een aantal mensen tegenover anderen beschouwen als het domein dat bij uitstek van hen is' en 'waarop de beoefenaars een claim leggen' (Mok, 1977, pagina 222).

Het streven van een beroepsgroepering naar legitimering van de eigen beroepsactiviteiten is waar te nemen op de drie eerder onder 'Macht en gezag' genoemde niveaus, namelijk op macro-, meso- en micro-niveau.

Op macro-niveau legitimering in de meest brede betekenis: a) doordat een beroepsgroepering streeft naar maatschappelijke acceptatie en legitimering; en b) in de meest letterlijke betekenis, doordat ze ijvert voor wettelijke regelingen die het beroep moeten beschermen. Op meso-niveau kunnen we denken aan het

streven van een beroepsgroepering naar acceptatie van de eigen beroepsactiviteiten in een arbeidsorganisatie alsmede aan de vastlegging van verworven rechten in contractuele verbintenissen. In dit verband ontwikkelen zich op micro-niveau de relaties tussen de beroepsbeoefenaar en de afnemer/cliënt van zijn diensten, de relaties met collegae en andere leden van de organisatie.

De medische beroepsgroep wordt in de literatuur aangehaald als hét voorbeeld van een geslaagde professionalisering, in de betekenis, dat zij het eigen taakdomein volledig beheerst en hierop autonomie heeft verworven.

Een beroepsorganisatie speelt een belangrijke rol om de eigen opvattingen omtrent het beroep en de beroepsuitoefening op verschillende niveaus gelegitimeerd te krijgen. Op het niveau van de organisatie treedt zij op als bemiddelaar tussen beroepsbeoefenaar en arbeidsorganisatie. Op dit niveau worden de verworven rechten in contractuele verbintenissen vastgelegd. Een goed voorbeeld is hier de onderhandelingen tussen de Landelijke Specialisten Vereniging en de werkgevers (ziekenhuizen) over de inhoud van het stafreglement van de medische staf.

Belangrijk voor het streven van beroepsgroeperingen is het gezag en de legitimiteit, die zowel aan de beroepsbeoefenaren als aan de activiteiten worden toegekend. De positie van de medische beroepsgroep bijvoorbeeld is sterk maatschappelijk verankerd en gelegitimeerd en het is op grond daarvan, dat deze beroepscategorie als belangengroepering kan optreden. Dat wil zeggen, dat ze gesteund door de eigen beroepsorganisaties en daarbij geleid door gemeenschappelijke opvattingen, een grote invloed kan hebben op de activiteiten en de besluitvorming in het ziekenhuis.

3.2.5. De aanwezigheid van sub-culturen

In een organisatie zijn er vrijwel altijd bepaalde sociale groeperingen met een eigen sub-cultuur te onderkennen, die ten opzichte van elkaar een geheel verschillende status innemen*. Dit betekent, dat de binnen een bepaalde groepering heersende opvattingen omtrent een aantal zaken met die van andere groeperingen kunnen verschillen en zelfs kunnen botsen. Voorts, dat er sprake kan zijn van een duidelijk dominerende sub-cultuur: een sociale groepering die de toon aangeeft in de organisatie.

Hoe uitgesprokener deze cultuur- en statusverschillen zijn, des te gemakkelijker leiden ze tot communicatie-barrières. Problemen van dien aard worden zichtbaar als verschillende groeperingen of vertegenwoordigers daarvan met elkaar moeten samenwerken en een adequate samenwerking eigenlijk een gemeenschappelijke

* Sub-cultuur is hier begrepen als zijnde een onderdeel van de totale cultuur en niet in de zin van een afwijkend cultuurpatroon.

basisfilosofie veronderstelt: bijvoorbeeld gemeenschappelijke opvattingen inzake de verwezenlijking van een therapeutisch klimaat. Illustratief in dezen zijn de veel geciteerde studies van Lammers en van Wessem.

Lammers (1967) heeft de organisatie van het ziekenhuis als volgt getypeerd: de aanwezigheid, op grond van duidelijke verschillen in status en prestige, van een rigide (hiërarchische) ordening van een aantal sociale groeperingen. Zo heeft de medische beroepsgroep een veel hogere status dan de groep verpleegkundigen. Aan de laatstgenoemde categorie wordt weer een hogere status toegekend dan aan diverse andere categorieën medewerkers, die bijvoorbeeld in de ondersteunende sector werkzaam zijn. Kenmerken van deze sociale gelaagdheid zijn volgens Lammers, dat er tussen deze groeperingen nauwelijks interne mobiliteit mogelijk is, er een scherp afgebakende arbeidsverdeling bestaat evenals een duidelijke sociale afstand, die tot uiting komt in houding en in wijze van interacteren. Voorts wordt een zeer gedifferentieerde statussymboliek (uniformen, spelden, ritten, e.d.) gebruikt om deze gelaagdheid en gescheidenheid van de verschillende groeperingen te beklemtonen.

Uit een onderzoek van Wessem (geciteerd bij Van Gorp e.a., 1977) bleek, dat de verschillende groeperingen van mening verschilden over de doeleinden van het ziekenhuis, hoewel de patiëntenzorg bij iedere groepering een centrale plaats kreeg en ook een min of meer unanieme betekenis had. De vier bij het onderzoek betrokken groeperingen waren artsen, verpleegkundigen, paramedisch personeel en een groep overige medewerkers op de verpleegafdeling. Voorts bleek uit het genoemde onderzoek van Wessem, dat men overwegend binnen de eigen groepering interacteert en dat naar mate de sociale afstand tussen de groeperingen toeneemt, de interacties in sterke mate afnemen. Een verschijnsel, dat we in iedere andere organisatie kunnen waarnemen. Hier betreft het echter groeperingen of vertegenwoordigers daarvan, die uit louter functioneel oogpunt met elkaar moeten samenwerken.

De gebrekkige interacties en samenwerking leiden tot een versterking en handhaving van de eigen groepsideologieën of sub-culturen, die op haar beurt van invloed zijn op de interactie-patronen.

Het onderkennen van bepaalde sub-culturen betekent ook, dat er binnen een bepaalde structuur marginale posities zijn aan te wijzen. Dit zijn posities waarover uiteenlopende, vaak onverenigbare opvattingen en normen bestaan. We hebben dit al geïllustreerd aan de positie van de instructieverplegende, die vaak met verschillende opvattingen en verwachtingen omtrent zijn taak wordt geconfronteerd (zie paragraaf 2.3.4.). Een ander voorbeeld is de positie van het verpleegkundig hoofd van de verpleegafdeling. Deze functioneert binnen een bepaald netwerk met vigerende opvattingen en verwachtingen omtrent zijn taakuitoefening. Deze leidinggevende functionaris heeft enerzijds te maken met personen uit de verpleging, anderzijds met personen uit andere sectoren, bijvoorbeeld medische specialisten en medewerkers uit de ondersteunende sector. Eerder was

de constatering, dat er niet langer sprake is van *dé* rol van de verpleegkundige. De activiteiten van de verpleging zijn op diverse terreinen komen te liggen en vertonen raakvlakken en overlappingsen met andere sectoren. Dit betekent dat er verschillende opvattingen kunnen bestaan over de positie en taak van de verpleegkundige in het ziekenhuis.

3.3. GEVOLGEN VAN DE SOCIO-CULTURELE FACTOREN

3.3.1. Gevolgen voor de samenwerkingsverbanden

De verschillen tussen de diverse beroepsgroeperingen in opvattingen, status en invloed én de gevolgen die deze verschillen hebben voor de interactie-patronen, hebben we socio-culturele factoren genoemd. Bij interactie-patronen valt te denken aan:

- de onderlinge informatie-uitwisseling (aard en richting);
- de onderlinge samenwerking;
- de besluitvorming;
- de mate van eensgezindheid over de wijze waarop de patiëntenzorg wordt gerealiseerd; en
- het werkklimaat.

De conditionerende factoren met betrekking tot de informatie-uitwisseling, de wijze van samenwerken, etc., laten zich zowel in het licht van organisatie-structurele als in het licht van socio-culturele factoren beschrijven. Dit is niet zo verwonderlijk, omdat cultuur en structuur in sociologische betekenis (netwerk van sociale posities en (machts)relaties) en structuur in organisatiekundige betekenis (taak- en bevoegdheidsverdeling) nauw met elkaar zijn verweven. Zo vinden aspecten die tot de socio-cultuur kunnen worden gerekend, bijvoorbeeld opvattingen over taak- en gezagsverhoudingen een weerspiegeling in de functie-gerichte organisatie van het ziekenhuis.

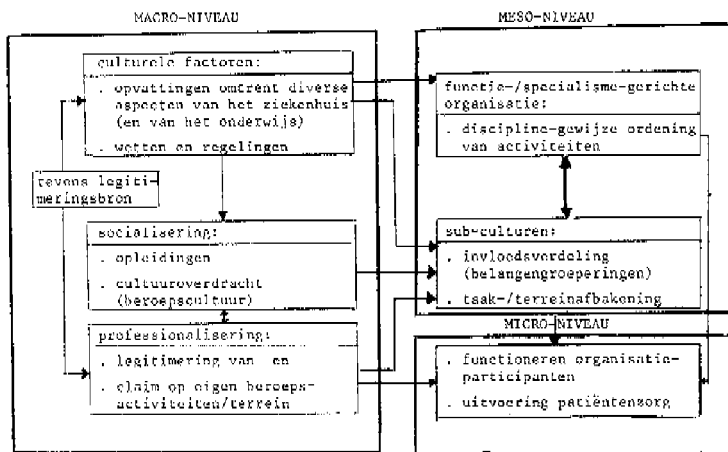
3.3.2. De verwevenheid van organisatiestructuur en socio-cultuur

De socio-culturele tezamen met de organisatie-structurele kenmerken geven het ziekenhuis het karakter van een 'zuilenorganisatie'. We zullen dit met behulp van figuur 3.1. nader toelichten. In deze figuur zijn enkele van de tot nu toe in dit hoofdstuk beschreven socio-culturele aspecten en de consequenties die deze hebben voor de ziekenhuisorganisatie schematisch weergegeven.

Links in figuur 3.1. zijn op maatschappelijk niveau culturele factoren aangegeven als opvattingen over diverse aspecten van het ziekenhuis en de patiëntenzorg alsook wetten en regelingen die hun neerslag vinden in de functie-/specialisme-gerichte organisatie van het ziekenhuis. Links in deze figuur zijn ook processen van socialisering en professionalisering aangegeven die eveneens hun weerspiege-

ling vinden in de functie-gerichte organisatie van het ziekenhuis. De opvattingen van beroepsbeoefenaren omtrent de eigen beroepsactiviteiten komen dikwijls, denk hierbij aan artsen, via een lang proces van socialisering tot stand. Bij het streven van een beroepsgroepering naar legitimering van de eigen beroepsactiviteiten (zie linksbeneden in figuur 3.1.) dienen de eigen opvattingen over het beroep grotendeels aan te sluiten bij heersende maatschappelijke opvattingen daarover, aangezien deze op haar beurt een legitimeringsbron vormen voor de eigen beroepsactiviteiten.

De diensten in de functie-gerichte organisatie functioneren vrij autonoom ten opzichte van elkaar. Tussen de diensten valt een vrij scherpe taakafbakening én afscherming van het eigen taakgebied te constateren. Ze zijn bemand met verschillende beroeps categorieën, die ieder een eigen status hebben, een eigen terminologie gebruiken en eigen opvattingen hebben omtrent dat wat wenselijk is. Het werken in niet-geïntegreerde organisatorische samenwerkingsverbanden leidt in het ziekenhuis tot een versterking van de verschillende groepsideologieën respectievelijk sub-culturen. Deze vormen op hun beurt een belemmering om tot meer geschikte samenwerkingsverbanden te komen (zie figuur 3.1., de vette pijl). Dit heeft op micro-niveau, op het niveau van de onderlinge relaties (zie figuur 3.1., rechtsonder), gevolgen voor het functioneren van de organisatieparticipan-



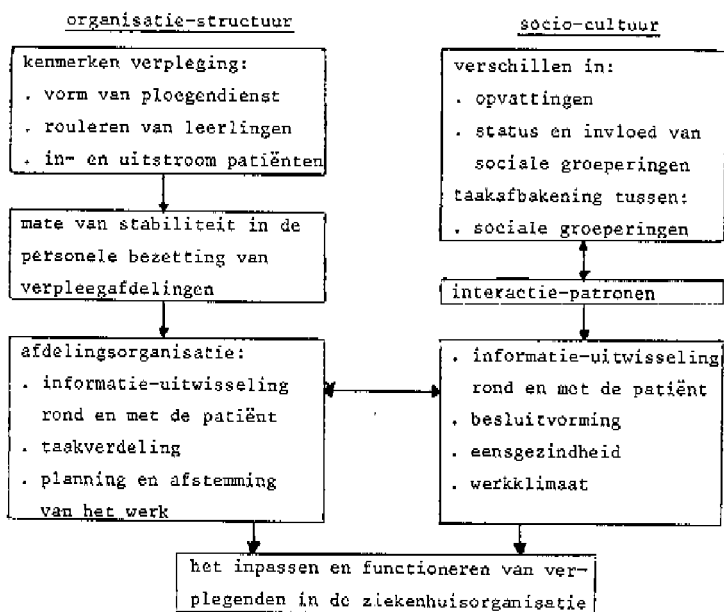
Figuur 3.1. De onderlinge samenhang van enkele socio-culturele factoren waaronder socialisering en professionalisering in relatie met organisatie-structurele factoren van het ziekenhuis

ten alsook voor het functioneren van de patiënt. De positie van de patiënt in het ziekenhuis wordt wel getypeerd als een van machteloosheid, hulpeloosheid en isolement (Melcherts, 1981).

Uit het voorgaande zal duidelijk zijn geworden, dat tussen de zuilen meer passende samenwerkingsverbanden moeilijk zijn te realiseren. Structurele veranderingen zijn in het ziekenhuis moeilijk te verwezenlijken. De verbeteringen die worden aangebracht en voorgesteld, zijn er meestal op gericht bepaalde diensten zoals de verplegingsdienst beter te doen functioneren.

3.3.3. De invloed van de twee groepen factoren op het inpassen en functioneren van verplegenden

De twee groepen factoren, organisatie-structurele en socio-culturele, waarmee de organisatie van het ziekenhuis is beschreven, zijn gebruikt om enig inzicht te



Figuur 3.2. Samenhang tussen organisatiestructuur en socio-cultuur (interactie-condities) enerzijds en het inpassen en functioneren van verplegenden anderzijds

krijgen in die factoren, die van invloed mogen worden geacht op het inpassen en functioneren van de verplegenden in de ziekenhuisorganisatie. Tezamen vormen ze de interactie-condities waaronder verplegenden een bijdrage moeten leveren aan de patiëntenzorg. Enkele aspecten, die ten aanzien van beide groepen factoren aan de orde zijn geweest, zijn toegespitst op de organisatie van de verpleegafdeling in figuur 3.2. schematisch weergegeven.

Het inpassen en functioneren van verplegenden

De sociale gelaagdheid, de hiërarchische ordening van categorieën personeel zien we eveneens binnen de verpleging.

We hebben reeds gezien, dat de stafleden van de verpleegafdeling veelal niet naast elkaar, maar hiërarchisch onder elkaar staan. Deze 'hiërarchische' lijn vindt een voortzetting. Direct onder de staf krijgen we de subcategorie verpleegkundigen en vervolgens de grote subcategorie in-service leerlingen in rang geordend naar opleidingsjaar. De eerstejaars leerling is ondergeschikt aan de tweede- en derdejaars, de tweedejaars aan de derde- en vierdejaars, enz.

Deze indeling volgens een hiërarchisch patroon laat eveneens een communicatiestroom zien, die van hoog naar laag verloopt. Een probleem is dan ook de opwaartse communicatie binnen de verpleging. Zo wordt in verschillende studies (zie o.a. de literatuurstudie van Van Heeswijk, 1974) gewezen op de grote sociale afstand tussen het hoofd van de verpleegafdeling en de jongste categorie in-service leerlingen. Voorts fungeert voor de leerling het hoofd niet als identificatiefiguur of als rolmodel. Dat wil zeggen, dat het hoofd niet als iemand optreedt, die het rolgedrag, de wijze van benaderen van de patiënt, voorspeelt en voor doet.

Hier moeten we stellen dat de communicatiestructuur, de wijze van organiseren en verdelen van het werk, voor een belangrijk deel voortvloeien uit de eerder beschreven kenmerken van de organisatiestructuur. Wij zagen onder meer, dat in het ziekenhuis de leidinggevendenden zich steeds minder met de directe begeleiding van leerlingen zijn gaan bezighouden. De sociale afstand tussen leidinggevendenden en leerlingen en de problemen in de wijze van leidinggeven (zie o.a. Cassoc, 1971, b) zijn dan ook voor een groot deel terug te voeren naar organisatie-structurele omstandigheden.

De categorie verpleegkundigen of zaalverpleegkundigen wordt gekenmerkt door een vrij hoog verloop c.q. arbeidsmobiliteit (zie hoofdstuk V). Voor deze categorie is het reeds aangestipte specialisatievraagstuk van toepassing. De zaalverpleegkundige wordt door de Katholieke Unie van Verpleegkundigen en Verzorgenden in een gelijknamig rapport heel goed en voor velerlei uitleg vatbaar getypeerd als 'De verpleegkundige zonder functie' (1976). Wij willen hier enkele conclusies uit dit rapport vermelden, omdat deze ons inziens een goed beeld geven van de positie en het functioneren van de verpleegkundige. De voornaamste

conclusie is, dat deze verpleegkundige binnen de organisatie van de verpleegafdeling zijn plaats niet kent en dat hij geen duidelijk afgebakend terrein heeft, waarop hij zijn taak kan afstemmen*. Van deze verpleegkundige wordt verwacht:

- dat hij leiding kan en wil geven als dit gevraagd wordt en waar dit mogelijk is.
- dat hij leerlingen kan begeleiden;
- dat hij een optimale verzorging en verpleging (bedside nursing) aan de patiënten kan geven' (pagina 2). Dit alles zonder dat hier duidelijke afspraken over bestaan.

Bedside nursing geeft, aldus het genoemde rapport, de totale directe verpleegkundige zorg van eenvoudige aard aan. Deze zorg omvat 'lichamelijke en emotionele bijstand, de kennis en toepassing van de verpleegkundige technieken, vakdeskundigheid in methode van observatie en communicatie, werken met toestellen etc. . . .' (pagina 11).

Een probleem dat in het desbetreffende rapport wordt gesignaleerd is, dat bedside nursing te weinig als volwaardig wordt aangemerkt, als zodanig te weinig aanzien geniet en mede daardoor minder aantrekkelijk wordt gevonden. Dit leidt bij de verpleegkundige tot een wat ambivalente houding ten opzichte van zijn werk, daar hij de directe verpleging toch wel ambieert**.

Slotconclusie is: 'Hij (de zaalverpleegkundige) kan zichzelf moeilijk 'plaatsen', ervaart zijn opleiding als ontoereikend, kan niet voldoende zelfstandig werken, voelt zich niet zo gewaardeerd, heeft onvoldoende inspraak en voelt zich onzeker, redenen waarom hij niet zoveel voldoening in zijn werk heeft en waardoor zijn motivatie op de tocht staat' (pagina 17).

De opleidingssituatie van in-service leerlingen

Op grond van het voorgaande kunnen we ons afvragen of het ziekenhuis een geschikte leersituatie is.

Wil er van een optimale socialisering en inpassing van de in-service leerlingen sprake zijn, dan moet aan een viertal condities worden voldaan.

1. De opvattingen en verwachtingen van de leerlingen over het verpleegkundig beroep dienen bij de aanvang van de opleiding niet te veel te verschillen van de door hen ervaren praktijksituatie.

De leerling begint positief gemotiveerd aan de opleiding. Dienstbaarheid aan en ondersteuning van de patiënt staan in zijn beroepsbeeld centraal. De praktijksituatie sluit echter niet zo aan bij dit beroepsbeeld.

2. Een tweede voorwaarde voor een optimaal socialiseringsproces is, dat er een-

* Het onderzoek werd in 8 ziekenhuizen uitgevoerd. Hierbij waren in totaal 277 verpleegkundigen betrokken. Hiervan waren er 110 in een leidinggevende of in een anderszins duidelijk omschreven functie en 167 verpleegkundigen zonder functie, o.g. zaalverplegenden.

** Uit ons onderzoek bleek, dat de directe patiëntenverzorging (of de voorstelling die men daarvan heeft) een belangrijke motivatie is om het beroep van verpleegkundige te kiezen.

duidelijke opvattingen en verwachtingen bestaan tussen de opleiders onderling, zoals docenten en hoofden, over de positie van de leerling en het daarbij behorende rolgedrag van de leerling op de verpleegafdeling.

Deze opvattingen en verwachtingen blijken in de praktijk dikwijls uiteen te lopen. Uit ons onderzoek in twee ziekenhuizen bleek (Verhagen, 1977), dat de opleiders onderling (docenten en hoofden) nogal eens van mening verschillen over het verwachte gedrag van de leerlingen op de afdeling. Dit heeft consequenties voor het functioneren van de leerlingen. Ook zagen we verschillen in meningen tussen opleiders ten aanzien van opleidingsaspecten zoals de begeleiding en beoordeling van de leerling.

3. Een derde voorwaarde is een duidelijke informatie van de opleiders naar de leerlingen toe, over het verwachte en vertoonde gedrag, met andere woorden een goede communicatie.

De verschillende meningen van de opleiders over het verwachte gedrag van de leerlingen én het verschil in opvattingen van de leerlingen hierover doen niet veel goeds over deze communicatie vermoeden. Hierbij kunnen we de verzuchting van enige leerlingen voegen: 'Wist ik maar wat ze van mij verwachten' (Verhagen, 1977). Een indicatie voor de gebrekkige communicatie was eveneens, dat de opleiders en leerlingen hun onderlinge relaties verschillend beoordeelden.

4. Een vierde voorwaarde is: ondersteunende relaties met degenen, die in dezelfde positie verkeren, namelijk medeleerlingen.

De relaties tussen de leerlingen onderling zijn goed. Het ondersteunende element in deze relaties boet echter aan kracht in, doordat de leerlingen uit één jaargroep op verschillende afdelingen en op verschillende tijden (diensten) werken.

Bezien we deze idealiter te stellen voorwaarden voor een goed verlopend socialiseringsproces in de context van de ziekenhuisorganisatie, dan wordt hieraan niet voldaan. *De interactie-condities waaronder het proces van socialisering in werkelijkheid verloopt, moeten ongunstig worden genoemd.* Dit geeft mede een verklaring voor het verloop en de onvrede onder in-service leerlingen. Bovendien moet de combinatie van werken en studeren zwaar worden genoemd.

Uit ons onderzoek bleek, dat de leerlingen uit overwegend idealistische overwegingen de opleiding tot verpleegkundige kozen. Het grootste verloop onder de leerlingen vond voornamelijk plaats in de eerste twee studie jaren. De overgang van het tweede naar het derde studiejaar houdt volgens de literatuur een drempel in. Na het passeren van die drempel vertrekt de leerling minder gemakkelijk. Het einddiploma ligt dan in het verschiet.

De motivatie van de leerlingen, die de opleiding afmaakten, liet aan het einde van de studie het volgende beeld zien. De helft van de overgebleven leerlingen

twijfelde in hun vierde studiejaar aan de juistheid van de destijds gedane beroepskeuze. Nog maar weinig leerlingen stonden geheel achter hun veldkeuze, het algemene ziekenhuis. De binding met het eigen ziekenhuis van opleiding bleek in het algemeen gering te zijn. Een conclusie moet zijn, dat de opleiding in het ziekenhuis demotiverend werkt. Deze conclusie wordt ook dikwijls in buitenlandse studies getrokken. We mogen aannemen, dat deze demotiverende werking op enigerlei wijze consequenties zal hebben voor het latere functioneren als verpleegkundige.

3.4. DE VOORNAAMSTE GROEPERINGEN IN HET ZIEKENHUIS

In hoofdstuk II is gewezen op de onduidelijke formele organisatiestructuur van het ziekenhuis en de gevolgen die deze structuur heeft voor de coördinatie en integratie van vooral primaire activiteiten (zie met name paragraaf 2.4.3.). De formele structuur wordt in het nu volgende vanuit een enigszins andere invalshoek belicht. Eerst wordt enige aandacht besteed aan de bestuursstructuur als mede aan de taken en bevoegdheden van bestuur en directie. Vervolgens wordt ingegaan op de bevoegdheden van de voor ons onderzoek belangrijkste categorieën zorgverleners, namelijk medici en verplegenden.

3.4.1. De bestuursstructuur

Voor een beter begrip van de interne organisatiestructuur is enig inzicht in de bestuursstructuur nodig. De bestuursstructuur van een organisatie is, aldus Van Wijmen (1975) 'haar juridische ordening, waaruit men de verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden kan aflezen' (pagina 21). Het gaat hier in de wettelijke betekenis om de legitimiteit van bevoegdheden, verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden.

Bij de vaststelling van de bestuursstructuur van het ziekenhuis, zijn de volgende vragen van belang.

- Welke zijn de taken en bevoegdheden van het bestuur, in het bijzonder in relatie tot die van de directie?
- Welke zijn de taken en bevoegdheden van de directie, zowel ten opzichte van die van het bestuur alsook ten opzichte van die van de verschillende beroepsgroeperingen in het ziekenhuis?
- Hoe zijn de taken en specifieke bevoegdheden van de verschillende beroepsbeoefenaren en -groeperingen gestructureerd in de totale structuur?

Juristen houden zich doorgaans voornamelijk bezig met vraag a. en voor een deel hiermee samenhangend met vraag b. Wat betreft vraag c. is (in samenhang met de vragen a. en b.) de aandacht gericht op de 'professionele autonomie' van

de medische staf (en de medische specialisten) enerzijds en het functioneren van deze groepering in de organisatie van het ziekenhuis anderzijds.

3.4.2. Het bestuur en de directie

De meeste ziekenhuizen hebben als juridische vorm een stichting en hebben als vertegenwoordiger van de rechtspersoon een stichtingsbestuur. Het bestuur is belast met het besturen van de stichting en dit is in beginsel een autonome bevoegdheid van het bestuur. Dit houdt in, dat het bestuur verantwoordelijk en aansprakelijk is voor het gevoerde beleid in het ziekenhuis.

Een relatief klein aantal ziekenhuizen heeft als juridische vorm de vereniging. Het verenigingsbestuur is in deze gevallen verantwoording schuldig aan de leden van de vereniging. Deze juridische vorm is opener dan de stichtingsvorm.

De leden van beide bestuursvormen komen in het algemeen uit de elite van de plaatselijke omgeving. De verkiezing van de bestuursleden, zowel voor het stichtingsbestuur alsook voor het verenigingsbestuur, vindt veelal plaats op grond van coöptatie, daar de leden van de vereniging veelal geen gebruik maken van het recht om het verenigingsbestuur te kiezen.

De directies zijn op verschillende manieren samengesteld. Dikwijls bestaat een directie uit een medicus, een econoom en een verpleegkundige. Andere samenstellingen met meer of minder disciplines (een arts maakt meestal deel uit van de directie) komen ook voor (Mur-Veeman, 1981). Eveneens kan het voorkomen, dat een hoofd van dienst (bijvoorbeeld van de verplegingsdienst) als adjunct-directeur deel uitmaakt van de directie.

Het optreden van de verschillende directieleden is veelal discipline of 'eigen-sectie' gebonden, men functioneert in de zin van sectiehoofd. Voor een deel vloeit dit voort uit de eerder beschreven kenmerken van de functie-gerichte organisatie. Voor een deel is dit het gevolg van het feit, dat dikwijls de voornaamste beroepsgroeperingen, medici en verpleegkundigen, in de directie zijn vertegenwoordigd.

De samenstelling van de directie is dikwijls een getrouwe afspiegeling van de verzilde organisatiestructuur. Een en ander heeft consequenties voor het functioneren van de directie en de afzonderlijke directieleden. Een groepering zal namelijk een bepaalde loyaliteit vragen van haar directielid en zal daarbij verwachten, dat deze speciaal voor haar belangen opkomt. Bovendien liggen er steeds spanningsvelden tussen de verschillende groeperingen, die gemakkelijk hun weerslag vinden op het functioneren van de directie; spanningen tussen de medische en de verpleegkundige beroepsgroep, evenals tussen de verpleegkundige beroepsgroep en de beroepsgroeperingen uit de ondersteunende sector. Deze spanningsvelden vloeien bijvoorbeeld voort uit het organisatorische gegeven, dat de verplegingsdienst voor een deel functioneert binnen de primaire en voor een deel binnen de ondersteunende sector.

In principe liggen de belangrijkste beslissingsbevoegdheden (inclusief de controle op de uitvoering) bij het bestuur van een ziekenhuis, tenzij in de statuten anders is bepaald. De directie heeft een beleidsuitvoerende en -voorbereidende taak. De directie is over haar beleidsuitvoering verantwoording schuldig aan het bestuur. Zij is tevens het aangewezen orgaan om beleidsbeslissingen die door het bestuur worden genomen, voor te bereiden.

Er bestaat een groot verschil tussen de bestaande wettelijke regelingen inzake de bevoegdheden en de situatie zoals die in de praktijk is gegroeid. De directie heeft steeds meer bevoegdheden gekregen, terwijl deze volgens de statuten bij het bestuur dienen te liggen.

Van Doorn (1975) beziet de discussies over de geschikte bestuursstructuur van de non-profit organisaties als een machtsvraagstuk. Hij is van mening, dat de strijd om de macht en daarmee om de bestuursstructuur van de dienstverlenende organisatie een cruciaal maatschappelijk vraagstuk is.

Om de maatschappelijke betekenis van dit vraagstuk aan te geven zijn, aldus Van Doorn, twee samenhangende ontwikkelingen van belang: de opmars van de professionele werkers — de professional revolution — en de groeiende onmacht van de traditionele bestuursformule.

Onder 'professional revolution' moet begrepen worden, de opkomst van een klasse van hogeschoolden in de welzijnszorg met inbegrip van de gezondheidszorg. Een klasse die, aldus Van Doorn, controle van ieder democratisch gekozen of extern gefundeerd orgaan afwijst en zich daarbij beroept op eigen specifieke deskundigheid. In die zin heeft volgens Van Doorn, de toenemende professionele macht het kenmerk van een technocratische ontwikkeling: een toenemende macht van deskundigen op terreinen, die in wezen de hele samenleving aangaan.

Van Doorn noemt enkele factoren waardoor de positie van de besturen is ondergraven. De groei veelal van de organisatie in personeelssterkte en in takenpakket en daardoor in complexiteit, waardoor het bestuur steeds minder zicht en vat heeft gekregen op het gebeuren in de organisatie. Voorts de reeds genoemde opkomst en toenemende invloed van de deskundigen én de gedaalde maatschappelijke legitimiteit van de sociale categorie waaruit de bestuursleden voortkomen. Van Doorn stelt, dat het aanwijzen van knelpunten gemakkelijker is dan het voorstellen van verbeteringen. Hij meent ook, dat de traditionele structuren uit het veld van de overheid en de marktgeoriënteerde onderneming maar zeer beperkt bruikbaar zijn voor de dienstverlenende organisatie.

Voor de oplossing van het bestuursvraagstuk zijn door juristen* twee modellen

* Hier kan worden verwezen naar het onderzoek van Van Wersch, Gitmans en Van Manen →

voorgesteld: het 'raad van commissarissen-model' en het 'raad van beheer-model'. Bij het raad van commissarissen-model berusten alle bevoegdheden bij de directie, tenzij deze uitdrukkelijk in de statuten zijn voorbehouden aan de raad van commissarissen, te weten het bestuur. Binnen dit model, dat ontleend is aan het vennootschapsrecht, treedt het bestuur op als raad van toezicht.

Bij het raad van beheer-model wordt vanuit tegengesteld uitgangspunt vertrokken. Binnen dit model heeft de raad van beheer, het bestuur, juist alle bevoegdheden, tenzij deze in de statuten aan de directie zijn gedelegeerd. De eindverantwoordelijkheid voor het beleid blijft bij het bestuur. Passend binnen deze eindverantwoordelijkheid wordt aan de directie haar werkterrein toegewezen.

Van Wijmen (1975) pleit in zijn dissertatie voor zelfbestuur van ziekenhuizen. Zelfbestuur wil zeggen, dat het voornaamste bestuursorgaan wordt gekozen door de collectiviteit van de medewerkers. In dit bestuursorgaan, ziekenhuisraad genoemd, zullen volgens Van Wijmen de drie voornaamste groeperingen of geledingen in het ziekenhuis vertegenwoordigd moeten zijn, alsmede enkele vertegenwoordigers van de gemeenschap. Deze drie geledingen zijn overeenkomstig een indeling in hoofdfuncties van het ziekenhuis, de medische dienst, de verplegingsdienst en de gezamenlijke ondersteunende diensten. De ziekenhuisraad draagt de dagelijkse leiding aan de directie op door haar voor een bepaalde tijd te benoemen.

Wat betreft de samenstelling van de directie verdient het, aldus nog steeds Van Wijmen, aanbeveling, 'dat zich ook hierin de drie hoofdfuncties van het ziekenhuis — de behandeling, verpleging en verzorging van patiënten — weerspiegelen' (pagina 379). Zijns inziens moeten bij voorkoor tenminste een medicus, een verpleegkundige en een economisch-administratieve functionaris deel uitmaken van de ziekenhuisdirectie.

Op het eerste gezicht lijkt het voorgestane model van Van Wijmen positieve waardering te moeten verkrijgen. Het betekent in principe immers, een grote invloed van de medewerkers (de drie geledingen) op hun eigen taakuitoefening en op het algemene beleid van hun organisatie. Hier stuiten we wel op de vraag, door wie en namens wie het beleid (het bevoegde gezag) in de ziekenhuisorganisatie moet worden uitgevoerd. De medewerkers vormen ongetwijfeld een voorname belangengroepering. Echter, er moeten nog twee, minstens zo belangrijke groeperingen worden genoemd. Dat zijn de (potentiële) patiënten en de gemeenschap, die de vele middelen beschikbaar stelt voor de uitvoering van de patiëntenzorg.

Van Wijmen poogt in zeker opzicht met zijn model, een in veel ziekenhuizen gegroeide situatie te bestendigen en een wettelijke basis te geven. Ons voornaamste

→ onder leiding van de hoogleraren Macyer en Schuyt, en de jaarverslagen en discussies hierover in 'Het Ziekenhuis', vooral de jaargangen 1976 en 1977.

bezwaar tegen dit bestuursmodel is, dat hieraan ten grondslag ligt en tevens als model fungeert de, naar onze mening, inadequate organisatiestructuur van het ziekenhuis. Tevens bestaat het gevaar, dat bij toepassing van dit model interne groepsbelangen in het beleid gaan prevaleren.

Bij de discussies over de bevoegdheden van de verschillende toporganen van het ziekenhuis blijft de vraag, hoe de taken en bevoegdheden van de verschillende beroepsbeoefenaren dienen te zijn ingebed in de totale organisatiestructuur helaas buiten beschouwing. Deze vraag moet bij voorkeur eerst worden beantwoord, wil men tot een passende bevoegdheidsverdeling aan de top van het ziekenhuis kunnen komen (zie hieronder figuur 3.3.).

Het valt namelijk in te zien, dat de beantwoording van vragen naar de verdeling van bevoegdheden mede afhankelijk is van de gekozen organisatiestructuur, met name die aan de basis van de organisatie. Ter verduidelijking zullen we in verband met de juridische structuur van het ziekenhuis in het volgende ingaan op de taken en vooral bevoegdheden van de voornaamste categorieën zorgverleners, medici en verplegenden in het ziekenhuis.

3.4.3. De medische beroepsgroep

De individuele medische specialist is ten gevolge van de toegenomen specialisatie in de onderzoek- en behandelmethoden op tal van andere specialisten aangewezen. De gegroeide arbeidsverdeling deed de behoefte ontstaan aan een zekere coördinatie. Op grond daarvan is de medische staf ontstaan (Van Gorp e.a., 1977). De medische staf kent veelal een stafbestuur, gekozen door de leden, en enkele commissies, die zich onder andere met kwaliteitsbeoordelingen bezighouden.

In formeel organisatorisch opzicht is de plaats van de medische staf binnen de organisatiestructuur niet aan te geven (zie figuur 2.4.). De medische staf functioneert ook niet als een organisatorische eenheid in die zin, dat men een onderlinge taak- en gezagsverdeling kent. De stafleden functioneren op basis van gelijkwaardigheid. De medische specialist is, zoals reeds is opgemerkt, werkzaam op het uitvoerende niveau in de organisatie.

Door de hoge status, die de medische beroepsgroep ten opzichte van andere beroepscategorieën/groeperingen inneemt, is ze sterk dominerend binnen de ziekenhuisorganisatie. Kenmerkend voor de medische beroepsgroep is, aldus Mok (1973):

- de beheersing van en de grote autonomie op het gebied van de eigen arbeidstaken;
- de normering van de eigen prestaties;
- een beslissende zeggenschap over recrutering en opleiding; bijvoorbeeld over de toelating tot de opleiding van medisch specialist en vervolgens de opname

in het register van medische specialisten (registratiecommissie). Weliswaar hebben in de meeste gevallen de leden van deze beroepsgroep voor de uitoefening van hun beroep een arbeidsorganisatie nodig (bijvoorbeeld een ziekenhuis) maar de controle op de activiteiten onttrekt zich voor een groot gedeelte aan de leiding of de formele gezagsstructuur van die organisatie. Geconstateerd moet worden, dat deze controle zich in wezen onttrekt aan niet-medici of niet-deskundigen op medisch gebied. De kwaliteitsbeoordeling van de medische arbeid wordt door de medici zelf opgeëist en er wordt door anderen vanuit gegaan, dat deze ook inderdaad gebeurt. Een voorbeeld van kwaliteitsbeoordeling is de 'medical audit', ook wel intercollegiale toetsing van de medische arbeid genoemd.

De hoge status van de medische beroepsgroep met inbegrip van de zeggenschap over de eigen beroepsactiviteiten is maatschappelijk gelegitimeerd en bovendien wettelijk vastgelegd en bekrachtigd. Met de reeds genoemde Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst is alles wat met ziekte te maken heeft door de samenleving aan de medici gedelegeerd. Daarvoor bestond er op het terrein van de geneeskunde een groot aantal elkaar beconcurrerende groeperingen. Met de wet van 1865 eindigde de strijd om de hegemonie binnen de toenmalige gezondheidszorg ten gunste van de universitair opgeleide *doctores medicinae*. Zij hadden grotere overtuigingskracht dan andere groeperingen doordat ze zichtbare resultaten boekten met de toepassing van wetenschappelijke methoden (Van Gorp, e.a., 1977).

Bovengenoemde wet diende destijds om patiënten te beschermen tegen het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst, doch ze gaf tevens uitsluitend aan de arts de bevoegdheid tot het uitoefenen van de geneeskunst in zijn volle omvang.

In het vorige hoofdstuk hebben we gezien, dat door de ontwikkeling in de geneeskunde een gecompliceerde organisatie is ontstaan. Deze ontwikkeling kunnen we echter ook vanuit een ander gezichtspunt bezien. Tot voor enkele tientallen jaren had de medische specialist voor de uitoefening van zijn beroep een beperkt aantal hulpmiddelen nodig, die hij veelal zelf kon aanschaffen. Momenteel is in de meeste gevallen de specialist voor de uitoefening van zijn beroep aangewezen op kostbare apparaturen accommodatie, die alleen het ziekenhuis (de gemeenschap) hem kan geven. Met name vanuit dit perspectief moet men voor een deel de huidige kritiek op het ziekenhuis en de medische beroepsgroep begrijpen. Vanuit dit gezichtspunt wordt verwacht, dat op een passende wijze verantwoording wordt afgelegd van de doeltreffendheid en het nut van de beschikbaar gestelde middelen. De vraag is echter, of deze verantwoording uitsluitend een zaak van medici is. Anders gesteld: zal een zinvolle evaluatie van de doeltreffendheid evenals van de doelmatigheid van de zorg niet de totale onderzoek-

en behandelprogramma's moeten inhouden, waaraan velen hun medewerking verlenen?

3.4.4. De verpleegkundige beroepsgroep

Taken en bevoegdheden

Een vraag, die bij iedere discussie omtrent de positie en bevoegdheden van de verpleegkundige naar voren komt, is of de activiteiten binnen de verpleging in het verlengde liggen van de medische, of dat de verpleging (daarnaast) een geheel eigen inbreng heeft binnen het primaire proces. De discussie spitst zich vervolgens toe op de vraag, wat die eigen inbreng van de verpleging dan wel is of zou moeten zijn.

Hall (1979) is van mening dat de discussie over de vraag wat verplegen is, wordt geblokkeerd, omdat de werkers in de verplegingsdienst het zelf niet meer weten*. Bovendien meent Hall, dat voor de verpleging te veel naar de situatie in ziekenhuizen wordt gekeken, waar volgens haar het meeste dat binnen de verplegingsdienst gebeurt, geen verpleging in de werkelijke zin van het woord meer is. Een mening, die men in de literatuur wel vaker tegen komt (zie bijvoorbeeld Hattinga Verschure, 1977). Ook wijst Hall erop, dat in vrijwel alle nationale wetgevingen de verpleging niet als zelfstandige discipline wordt onderkend.

Door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid is in 1980 een advies uitgebracht 'Inzake het Ontwerp van Wet op de Verpleegkundigen'. Deze wet zal de Wet op de Ziekenverpleging van 1921 moeten gaan vervangen.

In dit advies wordt, evenals in de wet van 1921, geen omschrijving van de verpleegkunde of van de verpleging gegeven; wel worden enkele uitgangspunten geformuleerd.

Een uitgangspunt in het genoemde advies van de Centrale Raad is, dat algemeen wordt erkend dat de verpleegkundige beroepsuitoefening te kort wordt gedaan als men deze hoofdzakelijk in het verlengde van de medische beroepsuitoefening ziet, daaraan ondergeschikt en daarvan afgeleid. Voorts moet het verpleegkundig beroep, nog steeds volgens het genoemde advies, 'als een zelfstandig beroep worden beschouwd van niet-paramedische aard, dat zijn *basis vindt in de bijzondere relatie van de verpleegkundige tot de patiënt*' (pagina 14). 'Dit komt tot uiting bij de *begeleiding en het overnemen van zelfzorg tijdens de totale hulpverlening*, in de rol die de verpleegkundige speelt bij het *scheppen van een therapeutisch klimaat* waarbinnen de hulpverlening aan de patiënt/cliënt plaatsvindt

* Miss Dorothy C. Hall, van origine een Canadese verpleegkundige, is in dienst van de Wereldgezondheidsorganisatie. Zij werkt mee aan een in 1976 gestart langlopend onderzoeksproject in Europa (verschillende instituten zullen hieraan een bijdrage gaan leveren), dat onder andere als doel heeft, te komen tot een omschrijving van wat verplegen op de verschillende terreinen inhoudt, of zou moeten inhouden.

vanuit de diverse disciplines, onder andere door het *scheppen van een bepaalde continuïteit, integratie en coördinatie*' (pagina 14)*.

In het advies wordt vervolgens gesteld, dat de identiteit van de verpleegkunde c.q. de verpleegkundige het beste tot uitdrukking kan worden gebracht door de bekwaamheid van de verpleegkundige aan te duiden. Deze bekwaamheid wordt als volgt omschreven: 'Tot het uitoefenen van het verpleegkundig beroep wordt bekwaam geacht degene, die krachtens een door opleiding verkregen diploma verpleegkunde technische, instrumentele en psycho-sociale vaardigheden heeft verworven en coördinatie daartussen tot stand kan brengen' (pagina 16).

Bevoegdheden, verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden van de verpleegkundige

In tegenstelling tot die van de arts zijn de bevoegdheden van de verpleegkundige niet wettelijk geregeld. De reeds genoemde Wet op de Ziekenverpleging van 1921, sinds 1977 Wet tot bescherming van het diploma verpleegkundige genoemd, houdt alleen titelbescherming in**. In deze wet wordt, evenmin als in het zojuist genoemde voorontwerp voor een nieuwe wet, niet aangegeven tot welke handelingen verpleegkundigen bevoegd zijn. In de praktijk roept dit vragen op omtrent de verantwoordelijkheid en juridische aansprakelijkheid van de verpleegkundige.

Volgens Van der Mij (1977) is het vraagstuk van de verantwoordelijkheid bijzonder actueel. In de dagelijkse praktijk worden namelijk allerlei geneeskundige handelingen aan verpleegkundigen toevertrouwd en daarbij staat niet altijd aan arts en verpleegkundige voor ogen hoever ieders verantwoordelijkheid strekt. In 1972 heeft de Centrale Raad voor de Volksgezondheid aan de toenmalige minister van Volksgezondheid een advies uitgebracht 'Inzake de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen in de intramurale gezondheidszorg'. De Raad heeft zich in zijn advies beperkt tot de juridische aansprakelijkheid voor beroepsmatige handelingen van verplegenden binnen de instellingen. Deze handelingen zijn daartoe onderverdeeld in drie categorieën.

- a. Handelingen in het kader van de continue observatie en begeleiding van de patiënt gedurende zijn gehele verblijf in het ziekenhuis.
- b. Handelingen, gericht op de verpleging en verzorging van de patiënt.
- c. Handelingen op geneeskundig terrein, die in aansluiting op de diagnostische

* De cursiveringen zijn van ons om aan te geven dat in deze omschrijving van het verpleegkundig beroep de huidige diversiteit aan taken tot uiting komt; voorts dat met betrekking tot de gebruikte terminologie zich momenteel een beroepscultuur aan het ontwikkelen is (zie ook paragraaf 4.4.).

** De wijziging in 1977 hield onder meer in, dat ook de diploma's van de MBO-V en de HBO-V werden erkend, alsmede de erkenning van het diploma Z-verpleegkundige.

en therapeutische activiteiten van de arts in diens opdracht worden verricht. Volgens de Centrale Raad draagt de verpleegkundige voor de handelingen genoemd onder a. en b. uit hoofde van zijn professie een eigen verantwoordelijkheid. In principe houdt dit ook juridische aansprakelijkheid in, zowel in civielrechtelijke als in strafrechtelijke betekenissen.

De problemen inzake de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid liggen met name op het gebied van de onder c. aangeduide handelingen. In het genoemde advies van de Centrale Raad wordt gesteld, dat er onzekerheid bestaat over de vraag, welke medische handelingen al dan niet aan verpleegkundigen mogen worden opgedragen. Als omstreden handelingen worden onder meer genoemd, het inbrengen en overschakelen van infusen, het geven van intraveneuze injecties, het toepassen van hartmassage, het bedienen van een beaderningstoestel en het geven van narcose. Bovendien, zo wordt in het advies gesteld, komen instructies van de behandelend arts dikwijls via afdelingshoofd en verpleegkundige bij een leerling terecht.

Met betrekking tot de handelingen op geneeskundig terrein leert de praktijk 'dat de grens tussen de verantwoordelijkheid van arts en verpleegkundige niet getrokken is en dat het grensgebied groot is' (Van Wijmen, 1975, pagina 243), en is, aldus Rietveldt (1978), 'in geval van geconstateerde fouten de aansprakelijkheid aanmerkelijk moeilijker vast te stellen' (pagina 691).

In de reeds genoemde Wet op de Geneeskunst is, met uitsluiting van anderen, slechts de arts bevoegd verklaard tot het verrichten van geneeskundige handelingen. Toch verricht de verplegende, in strijd met deze wet, activiteiten die liggen op medisch gebied. De rechtspraak heeft hiervoor een oplossing gevonden in de zogenaamde theorie van de 'verlengde arm'; 'de verpleegkundige voert de geneeskundige handeling uit als handlanger van, en onder onmiddellijk toezicht van de bevoegde arts' (Rietveldt, pagina 691). Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de beslissing omtrent de te verrichten geneeskundige handeling en de uitvoering van deze handeling. De arts blijft zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor het al dan niet voorschrijven van de medische handeling. De verpleegkundige is, indien hij de opdracht tot een medische handeling aanvaardt (de verpleegkundige is verantwoordelijk voor de acceptatie), verantwoordelijk en aansprakelijk voor de uitvoering van deze handeling.

Rietveldt wijst erop, dat daar het grensgebied tussen medische en verpleegkundige verantwoordelijkheid erg vaag is, dit bij het vaststellen van de aansprakelijkheid vragen oproept, zoals: 'Was de instructie van de arts voldoende duidelijk? Had hij deze handeling aan een verpleegkundige mogen overlaten of had hij haar zelf moeten verrichten? Heeft hij voldoende toezicht uitgeoefend op het medische werk van de verpleegkundige? etcetera' (pagina 692).

In het advies van 1972 en met name in een in 1976 uitgebracht 'Advies inzake nadere regelingen met betrekking tot de verantwoordelijkheid van de (leerling-)

verpleegkundige in het algemeen ziekenhuis' geeft de Centrale Raad enkele adviezen. Deze hebben onder andere betrekking op het schriftelijk vastleggen van de tussen artsen en (leerling-)verpleegkundigen gemaakte afspraken, op de registratie van gegevens per patiënt en vastlegging in het verpleegplan en -verslag en op het afgeven van bekwaamheidsverklaringen. In het kader van een zogenaamde autorisatieregeling worden bekwaamheidsverklaringen uitgegeven. Hierin verklaart een arts een bepaalde verpleegkundige bekwaam om bepaalde medische handelingen te verrichten. Een dergelijke verklaring is gebonden aan het ziekenhuis. Vertrekt de verpleegkundige naar een ander ziekenhuis, dan vervalt deze verklaring. De Centrale Raad waarschuwt tegen een onbeperkte toepassing van een systeem van bekwaamheidsverklaringen. Dit zal, aldus nog steeds de Raad, kunnen worden voorkomen door een aantal van de meest voorkomende geneeskundige handelingen in de basisopleiding op te nemen en daarnaast bijzondere verrichtingen onder te brengen in de bestaande of nog in leven te roepen gespecialiseerde opleidingen. Ook wordt er door de Raad op gewezen, dat voorkomen moet worden dat (leerling-)verpleegkundigen voor situaties komen te staan die zij, gelet op het bereikte opleidingsniveau, niet aan kunnen. Gebeurt dit toch, dan zullen noch de behandelend arts noch de directie van het ziekenhuis zich aan hun verantwoordelijkheid kunnen onttrekken.

Het reeds genoemde advies van de Centrale Raad uit 1980 ligt in het verlengde van de in 1972 en 1976 uitgebrachte adviezen inzake de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de (leerling-)verpleegkundigen. Het laatst uitgebrachte advies betreft een ontwerp voor een wettelijk tuchtrecht voor verpleegkundigen. Voor de invoering van een tuchtrecht zal de wet op de ziekenverpleging van 1921 moeten vervallen*. Dit houdt verband met het feit, dat de huidige (opleidings)titel van verpleegkundigen niet ontnembaar is bij wijze van tuchtmate-regel, omdat het daaraan gekoppelde diploma niet ontnembaar is. Door de invoering van een constitutieve registratie van verpleegkundigen wordt een dergelijke maatregel mogelijk. Constitutieve registratie houdt in, dat de bevoegdheid de titel van verpleegkundige te voeren, wordt voorbehouden aan degenen die staan ingeschreven in het in te stellen register van verpleegkundigen. Om in dit register opgenomen te worden dan wel opgenomen te blijven, zal de verpleegkundige aan enkele eisen moeten voldoen: bijvoorbeeld praktijkervaring en bijscholing.

Tussen de verschillende diploma's verpleegkunde wordt door de Centrale Raad geen onderscheid gemaakt. Ze geven alle de bekwaamheid van de verpleegkun-

* Er wordt al geruime tijd door de 'Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening' gewerkt (eerste rapport 1973) aan een ontwerp-wet inzake de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg (BIG genoemd). Deze wet moet in de plaats komen voor alle bestaande wetten en regelingen (ook tussentijds nog aangenomen wetten), inzake de beroepen in de gezondheidszorg.

dige aan, om met name ook de eerder onder a., b. en c. aangeduide handelingen te kunnen uitvoeren (Advies Centrale Raad, 1980, pagina 17).

We hebben in deze paragraaf gezien, dat in het ziekenhuis een kloof is ontstaan tussen de werkelijke situatie/verhoudingen en datgene dat wettelijk dan wel middels een formele organisatiestructuur is vastgelegd. Een probleem, dat zowel aan de top als aan de voet van de organisatie speelt.

In het kader van de juridische structuur kan gewezen worden op de problemen inzake de bevoegdhedenverdeling tussen bestuur en directie. Een overeenkomstig probleem zien we aan de voet van de organisatie, daar waar de patiëntenzorg plaatsvindt. Hier is gewezen op de inadequate organisatiestructuur wat betreft de formele taak- en bevoegdheidsverdeling (zie paragraaf 2.4.3.).

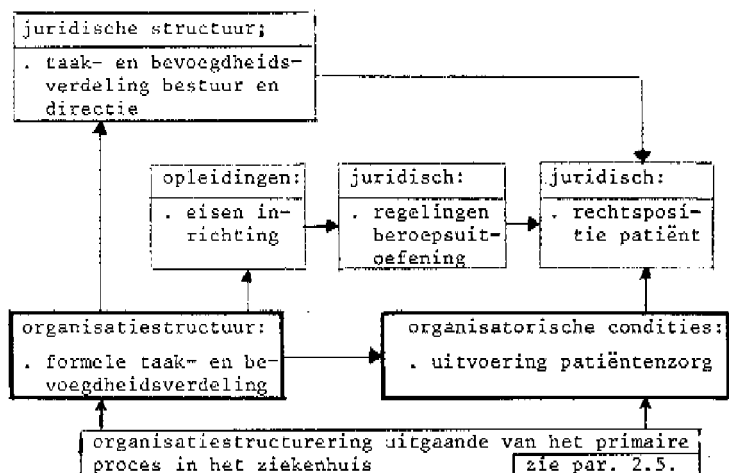
De centrale figuur, waar het hier om gaat, is natuurlijk de patiënt.

In *juridisch opzicht* gaat het om de *rechtspositie* oftewel de verhaals- en bewijs-rechterlijke positie van de patiënt. Dit is een afzonderlijk vraagstuk, omdat bij eventueel gemaakte fouten bij onderzoek en behandeling de bewijslast bij de patiënt ligt*.

In *organisatorisch opzicht* gaat het veeleer om de *organisatorische condities* waaronder de patiëntenzorg wordt verleend. Hier is gewezen op de onduidelijke organisatiestructuur en dientengevolge de diffuse verantwoordelijkheidsgebieden, de geringe stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen, etc. Het valt in te zien, dat voor de patiënt de organisatorische condities waaronder de zorg wordt verleend belangrijker zijn dan de wettelijke regelingen op dit punt. De laatste geven de kaders aan waarbinnen gewerkt moet worden; ze moeten wel grotendeels aansluiten bij een interne formele organisatiestructuur. (Een en ander is in figuur 3.3. schematisch weergegeven.) In deze figuur is aangegeven, dat voor de structurering van de ziekenhuisorganisatie, zoals beschreven in paragraaf 2.5., het primaire proces als uitgangspunt moet worden genomen.

Een structurering, uitgaande van het primaire proces in ziekenhuizen, zal moeten leiden tot een verbetering van de organisatorische condities waaronder de patiëntenzorg wordt uitgevoerd; een duidelijke formele organisatiestructuur moet (zie beneden in figuur 3.3.) tot deze condities worden gerekend. Voor de invulling van deze structuur (zie eveneens figuur 3.3.) kunnen eisen worden gesteld aan de inrichting van met name de verpleegkundige opleidingen. Vervolgens kunnen in het kader daarvan wettelijke regelingen worden getroffen voor de (individuele) beroepsuitoefening.

* Wel gaan er stemmen op de bewijslast aan de kant van de zorgverleners te gaan leggen, hetgeen nog eens extra het belang van een duidelijke formele organisatiestructuur onderstreept.



Figuur 3.3. De samenhang tussen de interne formele organisatiestructuur en externe wettelijke regelingen

3.5. MODELLEN VOOR HET BEROEPSMATIG HANDELEN EN HET VERSCHIJNSEL ZIEKENHUISORGANISATIE

3.5.1. Het 'professie-model'

In het voorgaande hebben we bewust gesproken over beroepen en beroepsgroeperingen en niet over professies. Zo is bijvoorbeeld gesproken over de medische beroepsgroep en niet over de medische professie. Mok (1973) stelt ons inziens terecht, dat professie geen aanduiding is voor een beroep, maar dat het hierbij veeleer gaat om de duiding van een aantal verworven (geen inherente) eigenschappen van een bepaalde beroepscategorie. Een professie is veeleer een middel tot beheersing van een bepaald beroep (het eigen taakgebied). Een middel ook om de eigen definitie van de beroepsactiviteiten aanvaard te krijgen door daarvoor belangrijke personen en groeperingen.

Bij de strevingen van bepaalde beroepscategorieën (de leden ervan) wordt het 'worden tot professie' als ideaal-model gebruikt. Hierbij staan als concreet voorbeeld de verworvenheden voor ogen van de medische beroepsgroep.

Binnen dit denkmodel zijn de achtereenvolgens te bereiken fasen en het einddoel, autonomie op het eigen terrein, aangegeven (zie paragraaf 3.2.4.). De ba-

sisfilosofie van het professie-model is, dat de leden van professies horizontaal zijn georganiseerd, onderling gelijkwaardig zijn en in samenhang hiermede onafhankelijk zijn van anderen ten aanzien van de beroepsuitoefening.

De beroepspraktijk is echter veel meer, hoe gespecialiseerder de beroepsbeoefenaar is, des te kleiner het gebied waarop men autonoom/specialist is, en des te afhankelijker men veelal van anderen is voor de toepassing van de specialistische kennis. Met hetzelfde recht kan men hier in plaats van over de autonomie over de afhankelijkheid van de beroepsbeoefenaar spreken.

Bij de toepassing van de specialistische kennis en de integratie ervan in de organisatiestructuur, gaat het niet zozeer om de relaties *binnen* beroepscategorieën, maar veel meer om de *horizontale* relaties *tussen* beroepsbeoefenaren van verschillende beroepscategorieën.

Kenmerkend voor het 'professie-denken', is de individualistische optiek waarmee de (toekomstige) beroepspraktijk wordt beschouwd. Als voorbeelden kunnen worden genoemd, de nog in de kinderschoenen staande 'medical audit' en in navolging daarvan eveneens in een prefase verkerend, de 'nursing audit': respectievelijk de inter-collegiale toetsing van de (individualistische) medische en verpleegkundige arbeid. De vraag is, of de effectiviteit van de patiëntenzorg valt af te leiden uit en is te beoordelen op basis van een evaluatie van specifieke deelcomponenten. Temeer daar in de praktijk de verschillende componenten wederzijds afhankelijk zijn voor het totaal effect van de patiëntenzorg. Gaat het bij een evaluatie van de kwaliteit van de patiëntenzorg niet veeleer om een evaluatie van de totale onderzoek- en behandelprogramma's? Hiervoor zal in de organisatiestructuur de nadruk moeten liggen op de horizontale relaties tussen de verschillende zorgverleners.

3.5.2. Het 'professie-bureaucratie-model'

In het verlengde van het 'professie-model' met zijn individualistische optiek, ligt het 'professie-bureaucratie-model'. Een bi-polair model, dat overwegend ten grondslag ligt aan beschouwingen over de ziekenhuisorganisatie.

Voor de beschrijving van de organisatie van het ziekenhuis wordt dikwijls een onderscheid gemaakt tussen de professionele en de bureaucratische organisatie, die dan tegenover elkaar worden geplaatst*. Zo wordt de professionele organisatie in positieve termen omschreven (een grote vrijheid van handelen) en de bureaucratische in negatieve termen (een strak keurslijf dat weinig ruimte laat voor eigen initiatieven).

Enkele van deze tegengestelde kenmerken zijn: gedragsautonomie op eigen ter-

* Een dergelijke tegenstelling vindt men terug in begrippen als organische versus mechanistische organisatie (Burns en Stalker, 1961); non-routine versus routine organisatie (Perrow, 1970) e.d.

rein versus strakke formalisering van normen en richtlijnen; toezicht door collega's of gelijken versus toezicht door superieuren; taken niet te standaardiseren versus standaardisering van taken; zeggenschap/autonomie berustend op vaktechnische bekwaamheid versus zeggenschap berustend op sociale positie in de hiërarchie.

Binnen dit model krijgt het begrip organisatie de betekenis van bureaucratie. Een consequentie is, dat het verschijnsel organisatie als een rigide systeem wordt omschreven.

Het 'professie-bureaucratie-model' krijgt een zekere realiteitswaarde, doordat activiteiten in dit kader worden geïnterpreteerd. Binnen dit model wordt vanuit tegenstellingen en tegengestelde belangen gedacht en gehandeld. Enerzijds wordt de nadruk gelegd op de zelfstandigheid/autonomie van de beroepsbeoefenaar (primair gericht op kwaliteit) en anderzijds op de (onpersoonlijke) organisatie (primair gericht op efficiency), die voor die zelfstandigheid, ja zelfs voor diens inspraak, een bedreiging vormt. Het vraagstuk van de verantwoording van de verrichte werkzaamheden en de gebruikte middelen blijft daarbij buiten beschouwing. Bovendien wordt binnen dit model, ten onrechte, een positief verband veronderstelt tussen de kwaliteit van het werk en de kwantiteit van de aangewende, door de organisatie beschikbaar gestelde, middelen.

Het 'professie-bureaucratie-model' ligt ten grondslag aan de genoemde studies van De Greve en Van Wijmen.

De Greve bijvoorbeeld stelt, dat er in het ziekenhuis sprake is van een 'dualistische gezagsstructuur'; enerzijds de 'professionele gezagsstructuur met een veelheid van gezagskernen' en 'aan de andere kant is er de beheersstructuur van de ziekenhuisorganisatie met een éénduidig hoogste gezag in de top met daaronder systematisch geordende hiërarchische lagen'. Daarbij wordt gesteld, dat beide systemen een ideale voedingsbodem voor polarisatie vormen: 'tussen de (medische) professionals, die primair op de zorgkwaliteit zijn gericht enerzijds, en de beheersfunctionarissen — de directie — die onder meer kostenbeparing tot taak hebben anderzijds' (pagina 19). Voorts dat in tijden van bezuiniging 'het vraagstuk van de afweging tussen kwaliteitshandhaving en innovatie enerzijds, en kostenbeheersing of -besparing anderzijds' (pagina 19) bedreigende aspecten heeft voor de professionals. Deze zien, aldus De Greve, hun professionele belangen niet voldoende veilig gesteld door degenen (de beheersstructuur) die formeel verantwoordelijk zijn voor de afweging van kwaliteit en kosten.

Ook door Van Wijmen wordt in zijn studie het 'professie-bureaucratie-model' als organisatie-model gebruikt, waarop hij zijn 'zelfbestuur-model' ent. Zo stelt Van Wijmen: 'het is van belang erop te wijzen dat zich in het ziekenhuis twee organisatietypen voordoen. Enerzijds is daar de bureaucratische organisatie, een hiërarchische structuur met een scherpe bevoegdhedenafbakening, gekenmerkt door strakke regels en procedures. Daarnaast manifesteert zich de professionele organisatie, waarin de beoefenaren van een beroep een autonome groep vormen, die

gebonden is aan eigen regels en normen' (pagina 103). Op grond van dit bi-polaire organisatiemodel stelt Van Wijmen, dat de Wet op de Ondernemingsraden minder geschikt zou zijn voor het ziekenhuis. Om redenen, dat deze wet voornamelijk van toepassing zou zijn voor bureaucratische organisaties, dat wil zeggen voor 'hiërarchisch gestructureerde organisaties' respectievelijk voor 'werkverbanden, waarin onder leiding arbeid wordt verricht' (pagina 158). De professionele organisatie met de nadruk op autonomie en onderlinge gelijkwaardigheid van de professionals, voldoet niet aan deze kenmerken. Op basis van dit bi-polaire model pleit Van Wijmen voor zijn model van zelfbestuur voor ziekenhuizen, in plaats van de reeds ingestelde ondernemingsraden.

In het kader van het bovengenoemde model wordt de 'dualistische gezagsstructuur', met alle consequenties van dien voor de patiëntenzorg en het beheer van de organisatie (zie onder meer paragraaf 2.4.), als een gegeven beschouwd.

Het valt in te zien, dat de kenmerken van de professionele organisatie gevolgen hebben voor het 'bureaucratische deel' van de organisatie, of beter gezegd, gevolgen hebben voor de organisatie waarbinnen in feite de uitvoering van de patiëntenzorg plaatsvindt. Tengevolge van de kenmerken van de professionele organisatie (in zoverre men van organisatie kan spreken) zijn er binnen de ziekenhuisorganisatie steeds strakkere regels en procedures nodig om het primaire proces te beheersen en om fouten binnen de perken te houden. Daarbij komt nog, dat de organisatie van het ziekenhuis niet is afgestemd op de eisen die het primaire proces stelt: denk hierbij aan de gevolgen van de functie-gerichte organisatie voor de integratie en coördinatie van primaire activiteiten.

Voor een passende patiëntenzorg en het beheer van de ziekenhuisorganisatie is, ons inziens een integratie van de verschillende activiteiten (met name primaire) en bevoegdheden (beide gezags (beheers) systemen) noodzakelijk. Een formele matrix-structuur biedt hiervoor mogelijkheden (zie paragraaf 2.5.).

3.6. CONCLUSIES

In het voorgaande en in dit hoofdstuk is met behulp van begrippen, die respectievelijk ontleend zijn aan de organisatiekunde en de algemene sociologie de organisatie van het ziekenhuis beschreven. De organisatiekunde biedt een begrip-apparaat waarmee vraagstukken van taak- en bevoegdheidsverdelingen, coördinatie en integratie, centralisatie en decentralisatie, etc. zich laten analyseren.

De sociologie biedt een begrip-apparaat waarmee het gebeuren in organisaties in bredere maatschappelijke kaders kan worden geplaatst. Begrippen als socialisering en professionalisering zijn op zichzelf bezien modellen van maatschappelijke verschijnselen, die hun invloeden doen gelden op het gebeuren in organisaties.

In het ziekenhuis is in velerlei opzicht de praktijk van het handelen gaan afwijken van datgene, dat wettelijk dan wel middels een interne formele organisatiestructuur is vastgelegd. In het kader van de juridische structuur zijn er problemen inzake de taak- en bevoegdheidsverdeling tussen bestuur en directie. Een overeenkomstig probleem doet zich voor aan de basis van de organisatie, daar waar de patiëntenzorg plaatsvindt. Hier is sprake van een onduidelijke interne formele organisatiestructuur. Dit alles heeft consequenties voor de juridische aansprakelijkheid en daarmee voor de rechtspositie en -zekerheid van de patiënt. Voor de patiënt zijn de organisatorische condities waaronder de zorg wordt verleend van essentieel belang; belangrijker dan de wettelijke regelingen op dit punt.

Noodzakelijk is de inrichting van een meer patiënt-gerichte organisatie in plaats van de huidige functie-specialisme gerichte organisatie. Om dit te realiseren zal de uitvoering van de patiëntenzorg op de verpleegafdelingen als uitgangspunt genomen moeten worden voor de structurering van de organisatie van het ziekenhuis.

Bij de vormgeving van de juridische structuur, zal eveneens het gebeuren aan de voet van de organisatie als vertrekpunt genomen moeten worden, op zijn minst daarin moeten worden betrokken (zie paragraaf 3.4.).

De wijziging van de organisatiestructuur impliceert voor de verpleging, ten eerste *een integratie van medische en verpleegkundige activiteiten* binnen de primaire sector van het ziekenhuis. In de tweede plaats het ontlasten van de verpleging door *inperking van de beheerstaken*, die slechts indirect met de patiëntenzorg hebben te maken. Een en ander zal de effectiviteit van de patiëntenzorg en de doelmatigheid van de werkzaamheden in het ziekenhuis ten goede komen.

Kenmerkend voor de literatuur inzake de structurering van de gezondheidszorg en het ziekenhuis is een 'top-down' benadering. Deze benaderingswijze van structureren zal aangevuld moeten worden met een 'bottom-up' benadering.

De ziekenhuisorganisatie heeft een snelle en merkwaardige ontwikkeling doorgemaakt. De geneeskunde en de verpleegkunde hebben in eerste instantie dicht bij elkaar gestaan. Steeds sneller zijn beide disciplines echter uit elkaar gegroeid. De ene in de richting van een toenemende specialisatie, de andere onder invloed daarvan in de richting van steeds meer administratieve en organisatorische activiteiten. De patiënt, figuurlijk gesproken, op het bed achterlatend.

Verpleegkundigen vinden op het brede terrein van de psycho-sociale hulpverlening een referentiekader voor de ontwikkeling en inhoud van het eigen beroep. In dit verband kan gewezen worden op de leemte in de arbeidsverdeling tussen

medici en verpleegkundigen en die, naar onze mening, door verpleegkundigen moet worden opgevuld. Dit is beslist nodig voor een integrale patiëntenzorg in het ziekenhuis en om de psycho-sociale zorgkanten tot zijn recht te laten komen (zie paragraaf 2.5.).

In het ziekenhuis zien we een nog steeds toenemende specialisatie die zich ook op deelgebieden manifesteert. Specialisatie kan een goede zaak zijn, onder voorwaarde dat de specialistische kennisgebieden ten behoeve van de patiëntenzorg geïntegreerd kunnen worden in de organisatiestructuur. Deze integratie is een niet gering probleem. Daar het hier met betrekking tot de primaire sector beroepsbeoefenaren en -groeperingen betreft, die streven naar een (nog) grotere autonomie op het eigen terrein.

In onze studie hebben wij een vrij groot gewicht toegekend aan de in hoofdstuk II beschreven organisatie-structurele factoren. Als we in het ziekenhuis tot meer passende samenwerkingsverbanden willen komen, dan zullen daarvoor organisatie-structureel de voorwaarden aanwezig moeten zijn.

Dit wil niet zeggen, dat wij de socio-culturele factoren minder belangrijk zouden vinden. Wel zijn we van mening, dat primair structurele wijzigingen nodig zijn om tot verbetering te komen van de socio-culturele aspecten van het ziekenhuis. Daarvoor is nodig, en hier ligt de onderlinge relatie tussen beide beschreven groepen factoren, dat men in het ziekenhuis vanuit andere concepties zal moeten gaan denken en werken en de eigen optieken op het gebeuren ter discussie zal durven te stellen.

Een andere relatie tussen organisatiestructuur en socio-cultuur van het ziekenhuis, moet gevonden worden in de verschillende opleidingen. Een duidelijke visie op de organisatiestructuur is nodig voor de *invulling van de verpleegkundige opleidingen*, naar inhoud en de vereiste opleidingsniveaus.

Ook bij het management gaat het om *organisatorische condities* waaronder op de verschillende niveaus leiding wordt gegeven en om de *visie* op dit leidinggeven. Ter verbetering van de condities voor het management op de verschillende organisatieniveaus, staan wij de invoering van een matrix-structuur voor. Voor het top management komt daarmee ruimte vrij om zich meer met de algehele beleidsvoering in het ziekenhuis bezig te kunnen houden en wordt ze minder geconfronteerd met problemen, die te maken hebben met de directe taakuitvoering.

Evenals voor de invulling van de organisatiestructuur, zal bij het management vanuit andere concepties moeten worden gedacht en gehandeld. Er zal meer de nadruk moeten liggen op het coördineren en sturen van de activiteiten en minder op het dirigeren ervan. Vooral de directie zal hieraan actief een bijdrage kunnen leveren, door deelname aan werkgroepen, teneinde op deze wijze tot

een goede taakuitvoering en beleidsvoering in het ziekenhuis te komen.

Literatuur

- Cassee, E.Th., Enkele sociologische aspecten van de opleiding in ziekenhuizen (1971a). In: Cassee, E.Th., Lammers, C.J., *Mensen in het ziekenhuis*, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1971.
- Cassee, E.Th., Leidinggeven (1971b). In: Cassee, E.Th., Lammers, C.J., *Mensen in het ziekenhuis*, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1971.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake het Ontwerp van Wet op de Verpleegkundigen*, Rijswijk, 1980.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van verpleegkundigen en leerlingverpleegkundigen in de intramurale gezondheidszorg*, Den Haag, 1972.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake nadere regelingen met betrekking tot de verantwoordelijkheid van de (leerling-)verpleegkundige in het algemene ziekenhuis*, in de reeks: Verslagen, Adviezen en Rapporten van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1976, nr. 44.
- Doorn, J.A.A. van, De strijd om de macht in dienstverlenende organisaties, *Beleid en maatschappij*, jrg. 2, nr. 415, 1975, p. 111-117.
- Doorn, J.A.A. van, Lammers, C.J., *Moderne sociologie*, Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen, 1966.
- Gorp, W. van e.a., *Heel het ziekenhuis*, De Tijdstroom, Lochem, 1977.
- Hall, C., Verslag van haar bezoek en inleiding over haar werkzaamheden bij de Wereldgezondheidsorganisatie door Driel Krol, M. van, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, jrg. 32, nr. 7, 1979, p. 331-334.
- Heeswijk, A. van, *Ontwikkelingsvrijheid bij leerling-verpleegkundigen*, De Tijdstroom, Lochem, 1974.
- Hopman, W.M., *Opleidingen in de verpleging*, Proefschrift K.U. Nijmegen, De Tijdstroom, Lochem, 1970.
- Katholieke Unie van Verpleegkundigen en Verzorgenden, *De verpleegkundige zonder functie*, Utrecht, 1976.
- Lammers, C.J., Het ziekenhuis als kastemaatschappij, *Sociologische Gids*, jrg. 14, nr. 2, 1967, p. 67-85.
- Melcherts, L.F., Topstructuur en democratisering. In: Feitsma, H. (red.), *Dokters, directeuren en regenten*, De Tijdstroom, Lochem, 1981.
- Mok, A.L., *Beroepen in actie, bijdrage tot een beroepensociologie*, Boom, Mepel, 1973.
- Mok, A.L., Professionalisering als maatschappelijk verschijnsel, *Mens en Onderneming*, jrg. 31, nr. 4, 1977, p. 219-231.
- Mijn, W.B. van der, De wettelijke positie van de verpleegkundige, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, jrg. 30, nr. 14, 1977, p. 667-673.
- Mur-Veeman, I.M., *Ziekenhuisbeleid: een toetsing van beleid en beleidsvorming in het algemene ziekenhuis aan bedrijfskundige criteria*, Proefschrift T.H. Eindhoven, 1981.
- Rietveldt, M.M., De verpleegkundige en het recht, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, jrg. 31, nr. 15, 1978, p. 690-694.
- Stolte, J.B., *Zieken en hun verzorgers*, Tjeenk Willink, Groningen, 1976.

- Thoenes, P., Continuïteit en verandering in de Nederlandse natie. In: Couwenberg, S.W. (red.), *De Nederlandse Natie*, Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen, 1981.
- Verhagen, C., Knelpunten in de in-service opleiding: een verkennend onderzoek naar het verloop en de tevredenheid omtrent twee in-service opleidingen. *ZRP-rapport nr 24 en 24a*, TH Eindhoven, 1977.
- Wijmen, F.C.B. van, *Het ziekenhuis; democratisering en bestuursstructuur*, Proefschrift K.H. Tilburg, De Tijdstroom, Lochem, 1975.

IV. DE VERPLEEGKUNDIGE ONDERWIJSVOORZIENINGEN EN DE INRICHTING VAN DE VERPLEGINGSDIENST

4.1. VRAAGSTELLING EN MAATSCHAPPELIJKE RANDVOORWAARDEN

4.1.1. Vraagstelling

In hoofdstuk I werd met betrekking tot het functioneren van de verplegingsdienst in het ziekenhuis en de vernieuwing in het verpleegkundig onderwijs, de volgende vraagstelling geformuleerd:

- hoe zal de opleidingsstructuur tot verpleegkundige er voor het ziekenhuis moeten uitzien, teneinde een eventueel wenselijke wijziging in de plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst te kunnen bewerkstelligen?

Wij zijn daarbij geïnteresseerd in de volgende twee hoofdvragen:

- zullen de opleidingen voor verpleegkundigen wat betreft opleidingsniveaus en inhoud aansluiten bij de bestaande werkzaamheden in de verpleging? Met andere woorden: zullen de dagopleidingen gaan voorzien in de kwalitatieve en, na uitbreiding, in de kwantitatieve behoefte aan verpleegkundigen in het ziekenhuis?
- biedt de nieuwe opleidingsstructuur tot verpleegkundige voldoende mogelijkheden, om de voorgestane wijziging in de plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst te kunnen aanbrengen?

*Het MBO: de in-service A opleiding en de MBO-V**

In de jaren zeventig waren in ons onderzoek twee opleidingen voor verpleegkundigen betrokken: de in-service opleiding in het ziekenhuis en de middelbare beroepsopleiding voor verpleegkundigen, de MBO-V (zie paragraaf 1.1.2.).

Het onderzoek aan de MBO-V is in 1972 aangevangen aan de eerste opgerichte experimentele MBO-V te Eindhoven. Dit longitudinale onderzoek is in 1976

* In oktober 1978 is door ons in overleg met de 'evaluatiecommissie MBO-V' een onderzoek gestart naar het functioneren van de MBO-V verpleegkundigen in de gezondheidszorg (zie hoofdstuk VI). In de loop van 1980 is eveneens, maar nu t.b.v. de 'evaluatiecommissie HBO-V' een onderzoek begonnen naar het functioneren van HBO-V verpleegkundigen in de gezondheidszorg. Beide onderzoeken zijn gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

voorlopig afgesloten (Kuepers, 1976 en 1977; Verwey, 1976, 1978 en 1979; en hoofdstuk VI). In 1977 en 1978 is dit onderzoek voortgezet voor *alle* bestaande MBO-V's met inbegrip van de MBO-V te Eindhoven (zie eveneens hoofdstuk VI).

De MBO-V is qua opleidingsniveau gelijkwaardig aan de in-service opleidingen. Er zijn echter twee essentiële verschillen.

- De MBO-V is, in tegenstelling tot de in-service opleidingen, niet veldspecifiek. Ze bedoelt een algemene basisopleiding te zijn voor *alle* velden binnen de gezondheidszorg: voor de A-, B-, Z- en EMGZ-instellingen alsmede voor het verpleeghuis en bejaardentehuis*.
- De MBO-V leerling is, in tegenstelling tot de in-service leerling, uitsluitend leerling. Het is de school, die de aspirant verpleegkundige als leerling aanneemt en verantwoordelijk is voor diens opleiding.

Tijdens en op basis van ons onderzoek moesten we de conclusie trekken, dat tegen de in-service opleiding velerlei bezwaren zijn aan te voeren (Verwey, 1977 en 1978. Zie ook hieronder paragraaf 4.5.). Deze conclusie legde sterker de nadruk op de volgende vraag:

- onder welke voorwaarden is de MBO-V, in vergelijking met de in-service opleiding, een goede andere mogelijkheid van opleiden tot verpleegkundige?

Enkele beleidsvragen

Het feit, dat de personeelsvoorziening momenteel voornamelijk via de in-service opleidingen verloopt, betekent voor de instellingen, dat deze via hun eigen opleidingen vat hebben op de personeelsvoorziening, de recrutering en de aanvulling van eventuele tekorten.

Voor een afbouw van de in-service opleiding, zijn de volgende beleidsvragen van belang**:

- moet of kan men, en zo ja op welke termijn, aan de afbouw van de eigen in-service opleiding gaan werken?
- welke zijn de consequenties voor de eigen personeelsvoorziening en de recrutering van het verpleegkundig personeel bij een dergelijke afbouw?
- zal de eigen instelling voldoende aantrekkingskracht hebben voor de verpleegkundigen van het nieuwe dagonderwijs? We denken hier met name aan de verpleegkundigen van de MBO-V.

* De afkortingen staan voor: (A) algemene ziekenhuizen, (B) psychiatrische centra, (Z) zwakzinnigenzorg en (EMGZ) extramurale gezondheidszorg. De eerste drie genoemde velden hebben momenteel ieder nog een eigen in-service opleiding, respectievelijk de A-, B- en de Z-opleiding.

** Op de tijdens het onderzoek aan de MBO-V geformuleerde onderzoeksvragen wordt in hoofdstuk VI ingegaan.

- naar welke velden binnen de gezondheidszorg gaat de voorkeur van deze categorie verpleegkundigen uit?
- hoe zal de inzetbaarheid van deze verpleegkundigen zijn in de gezondheidszorg in het algemeen en in het ziekenhuis in het bijzonder?
- zullen de nieuwe dagopleidingen een regiofunctie gaan vervullen?
Een antwoord hierop is nodig om tot een passende behoefteplanning en met name situering van scholen te kunnen komen.
- zullen de nieuwe dagopleidingen kunnen gaan voorzien in de kwalitatieve behoefte aan verpleegkundigen?
- hoeveel nieuwe scholen zijn nodig om in de kwantitatieve behoefte te kunnen gaan voorzien?*

Het MBO en het HBO: de MBO-V en de HBO-V

Een evaluatie van de MBO-V, in vergelijking met de bestaande in-service opleiding(en), is mogelijk. Wel moeten we voor een zinvolle evaluatie ook de HBO-V daarin betrekken. De HBO-V is voor wat betreft het opleidingsniveau een geheel nieuw type opleiding voor de gezondheidszorg. In dit kader is de volgende vraag van belang:

- welke gevolgen heeft de HBO-V op langere termijn voor de plaatsingsmogelijkheden van MBO-verpleegkundigen in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg alsmede voor de verdere ontplooiingsmogelijkheden van deze categorie verpleegkundigen?

Momenteel zijn er op het gebied van de directe verpleging en verzorging weinig ontplooiingsmogelijkheden. Daarnaast is er sprake van een zekere specialisatie in de verpleging (zie paragraaf 4.3.5.). In dit verband zijn de volgende drie samenhangende vragen te stellen:

- welke ontplooiingsmogelijkheden biedt de verpleging voor hoger opgeleide verpleegkundigen? Anderzijds valt hier eveneens de vraag te stellen, wat heeft de hoger opgeleide verpleegkundige de verpleging te bieden aan kennis, inzicht en vaardigheden?
- in hoeverre wordt in de nieuwe dagopleidingen aandacht geschonken aan de mogelijkheden tot specialisatie?

Het antwoord op bovenstaande vragen heeft verregaande gevolgen voor de verpleging in het ziekenhuis, alsmede voor het functioneren van de verschillende categorieën verpleegkundigen.

Hierbij kan als uitgangspunt worden genomen, dat vernieuwingen in het ver-

* Dezelfde beleidsvragen zijn te stellen met betrekking tot de HBO-verpleegkundigen, vooral ten aanzien van de voorkeur van deze categorie voor de verschillende velden en de spreiding over de velden.

pleegkundig onderwijs op enigerlei wijze veranderingen met zich brengen en gevolgen zullen hebben voor de organisatie van het ziekenhuis.

4.1.2. Maatschappelijke randvoorwaarden

Opmerkelijk is, dat anders dan in het buitenland, de opleidingen tot verpleegkundige in ons land tot voor kort uitsluitend door de werkgever werden verzorgd. Des te opmerkelijker omdat in andere sectoren al geruime tijd de opleiding voor een vak c.q. beroep aan zelfstandige scholen en opleidingsinstituten is toevertrouwd én 'de verpleging' geen jong of nieuw beroep is.

Het is de Wet op het Voortgezet Onderwijs (WVO), gewoonlijk genoemd de Mammoetwet (1968), die het oprichten van dagopleidingen voor de verplegende en verzorgende en vele andere beroepen in de gezondheidszorg mogelijk heeft gemaakt. Hieronder is schematisch de structuur van deze wet weergegeven (overgenomen uit Binnenkade, 1973).

12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30 jaar	
vwo						wetenschappelijk onderwijs													
havo				hoger beroeps onderwijs						staffunctionarissen									
mavo				middelbaar beroeps onderwijs						verpleegkundige en paramedische beroepen									
lavo		lager beroeps onderwijs		opleiding voor verzorgende beroepen															

Figuur 4.1. Structuur Wet op het Voortgezet Onderwijs, Mammoetwet 1968.

In het kader van de uitvoering van deze wet (verlenging leerplicht, horizontale en verticale doorstroming in het onderwijs) ontstaan er omstreeks 1970 plannen voor de constructie van op elkaar afgestemde onderwijspakketten voor de gezondheidszorg. Deze plannen behelzen het stichten van verschillende beroepsopleidingen op lager, middelbaar en hoger niveau in aansluiting op diverse vooropleidingen. Daarop zou dan weer een universitaire opleiding moeten aansluiten. Uit een inventarisatie van een door de Nationale Ziekenhuis Raad (NZR) ingestelde commissie valt op te maken, dat er meer dan 180 soorten opleidingen zijn voor werkers in de gezondheidszorg. Onder deze opleidingen vallen zowel basis- als vervolgopleidingen (Interimnota 'Het opleidingsbeleid van de NZR, 1975'). De snelle groei van de voorzieningen binnen de gezondheidszorg met als kenmerk een toenemende specialisatie, heeft ingehouden, dat in eerste instantie veel opleidingen en specialisaties door particuliere opleidingen en/of interne cur-

sussen werden of nog worden verzorgd. In het kader van de invoering van bovengenoemde wet zullen diverse van deze opleidingen, bijvoorbeeld tot dokterassistent, onder deze wet worden gebracht en in de vorm van dagonderwijs verzorgd worden.

Bij het opzetten van een structuur van onderwijsvoorzieningen voor de gezondheidszorg zijn, inzonderheid voor de verplegende en verzorgende beroepen, twee maatschappelijke randvoorwaarden aan te wijzen, waarmee terdege rekening zal moeten worden gehouden:

- de verander(en)de leeftijdsopbouw van de bevolking door de daling van de geboortecijfers enerzijds en de vergrijzing van de bevolking anderzijds.

De daling van de geboortecijfers houdt in, dat in de toekomst het potentiële aanbod van leerlingen uit een bepaalde leeftijdscategorie bij het *totale* beroeps- onderwijs kleiner wordt. De verwachting is, dat het percentage personen in de leeftijdscategorie van 16-19 jaar van 1975 tot 2000 zal afnemen met ongeveer 12,4%. Terwijl, gezien de vergrijzing van de bevolking, de hulpvraag in de gezondheids- en welzijnszorg zal stijgen. Zo zal naar verwachting van 1975 tot 2000 het percentage personen in de leeftijdscategorie van 65 jaar en ouder toenemen met ongeveer 33,6%*.

De vergrijzing van de bevolking betekent, dat we in de niet al te verre toekomst in de gezondheidszorg vooral behoefte zullen hebben aan voldoende goed lager en middelbaar geschoold personeel. Dit geldt met name voor de verplegende en verzorgende beroepen.

Verdere indeling van het hoofdstuk

In paragraaf 4.2. zullen enkele algemene ontwikkelingen en knelpunten in ons onderwijsbestel aan de orde komen, teneinde de verpleegkundige onderwijsvoorzieningen in een enigszins breder kader te kunnen plaatsen.

In paragraaf 4.3. wordt ingegaan op de totstandkoming van de MBO-V en de HBO-V alsmede op de gekozen uitgangspunten voor deze opleidingen en de plaatsing ervan binnen het totale beroepsonderwijs. Tevens zal enige aandacht worden geschonken aan de in 1980 begonnen universitaire opleiding in de verpleging.

In paragraaf 4.4. zal worden nagegaan welke gevolgen de institutionalisering van het verpleegkundig onderwijs heeft voor de beroepsoriëntatie van verpleegkundigen en voor de professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep.

In paragraaf 4.5. zullen de bestaande voorzieningen voor het verpleegkundig beroepsonderwijs worden geëvalueerd. Achtereenvolgens zal hier aan de orde komen, het middelbaar beroepsonderwijs (de in-service opleiding en de MBO-V),

* Bron: De toekomstige demografische ontwikkeling in Nederland na 1975, CBS, 's-Gravenhage, 1976.

en vervolgens het 'lager' beroepsonderwijs (de KMBO-V) en het hoger beroeps-onderwijs (de HBO-V).

In paragraaf 4.6. tenslotte zullen de voornaamste conclusies worden gegeven.

4.2. ONTWIKKELINGEN EN KNELPUNTEN IN HET ONDERWIJSBESTEL

4.2.1. Structuur van het onderwijsbestel

De reeds genoemde Mammoetwet biedt een raamwerk waarbinnen het onderwijs kan worden gestructureerd tot een op elkaar afgestemd geheel van onderwijsvoorzieningen. Deze vormgeving beoogt onderwijsvragenden zoveel mogelijk keuzen te bieden, door het creëren van horizontale en verticale doorstromingsmogelijkheden in het onderwijs.

De mogelijkheid van horizontale doorstroming binnen het algemeen vormend onderwijs wil zeggen, dat de leerling een hoeveelheid vakken wordt aangeboden, waaruit hij in een latere fase van de desbetreffende opleiding een examenpakket kan samenstellen. In het beroepsonderwijs komt deze horizontale doorstromingsmogelijkheid, ook wel horizontale differentiatie genoemd, neer op het bijeenbrengen van overeenkomstige beroepsopleidingen met een gezamenlijk basispakket aan vakken binnen één opleidingsinstituut. Ook hier met het oogmerk, dat de leerling in een latere fase van de desbetreffende opleiding een meer gerichte beroepsopleiding of differentiatie kan kiezen. De mogelijkheid van verticale doorstroming in het onderwijs houdt in, dat men kan doorstromen naar een hoger niveau van (beroeps)onderwijs. Er zijn twee lijnen van verticale doorstromingsmogelijkheden in het onderwijs te onderkennen, die beide uitmonden in een toegang geven tot het wetenschappelijk onderwijs (WO).

Ten eerste, de korte onderwijsweg, die loopt via de verschillende niveaus van het algemeen vormend onderwijs (AVO) en het voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (VWO: atheneum en gymnasium). De abiturienten kunnen hier op verschillende niveaus instromen en vervolgens doorgaan naar een hoger niveau van onderwijs of instromen in het beroepsonderwijs (zie figuur 4.1.: structuur, Wet op het Voortgezet Onderwijs).

In de tweede plaats de lange onderwijsweg, die loopt via de verschillende soorten en niveaus van het beroepsonderwijs: het LBO, MBO en HBO. Ook hier kan men, afhankelijk van de genoten algemene vooropleiding, op de verschillende niveaus van het beroepsonderwijs instromen en vervolgens doorstromen naar een hoger niveau van (beroeps)onderwijs. Een diploma HBO biedt in principe toegang tot het volgen van een aansluitende studie binnen het WO. Inmiddels (1981) zijn er in een ver gevorderd stadium plannen om het HBO onder de Mammoetwet uit te halen en dit in een afzonderlijke wet te regelen. Eveneens zijn er beleidsvoornemens voor de integratie van het HBO en het WO. Deze integratie zal parallel lopen met de beoogde herstructurering van het WO.

Concepties over doel en functie van het onderwijs hebben repercussies voor de structurering en inrichting van het onderwijs. De wens bijvoorbeeld om zoveel mogelijk keuzen in het onderwijs in te bouwen, heeft met alle organisatorische consequenties van dien geleid tot een sterke schaalvergroting in het onderwijs. De herstructurering van het onderwijs is gepaard gegaan met een eveneens sterke groei van de verzorgingsstructuur van het onderwijs. Deze structuur wordt gevormd door de talrijke instituten alsmede de vele commissies, die zich met de vormgeving en inhoud van het onderwijs bezighouden.

4.2.2. In- en doorstroming in het beroepsonderwijs

Binnen de boven geschetste structuur van het onderwijsbestel zijn enige knelpunten aan te wijzen. Deze betreffen de in- en doorstroming in met name het beroepsonderwijs, en voor een deel hiermede samenhangend, de afstemming van de onderwijsvoorzieningen op de vraag aan arbeidskrachten op de arbeidsmarkt.

Door de invoering van de Mammoetwet is het algemeen vormend onderwijs ingrijpend gewijzigd. Het HAVO bijvoorbeeld is een nieuw schooltype. Het diploma is vooral bedoeld voor een voortgezette opleiding binnen het HBO. In de praktijk is de instroming van HAVO-abituriënten in het HBO echter niet zo eenvoudig.

De inrichting van vervolg- en brugklassen in het onderwijs wijzen erop, dat in de praktijk de in- en doorstroming in het (beroeps)onderwijs moeilijk is te realiseren. Bovendien is het aanbod bij de verschillende soorten en niveaus van beroepsopleidingen dikwijls groter dan er geplaatst kan worden. Het grote aanbod van gegadigden betekent, dat men aan de kant van het beroepsonderwijs een selectief toelatingsbeleid kan voeren. Zo kunnen bijvoorbeeld HBO-opleidingen, bij voldoende aanbod, de voorkeur geven aan een homogeen samengestelde categorie leerlingen uit het VWO boven leerlingen uit het HAVO. Een gevolg kan zijn, dat HAVO-leerlingen zich aandienen bij het MBO. Dit kan op zijn beurt problemen geven voor de plaatsing bij het MBO van de grote categorie MAVO- en LBO-leerlingen, waarvoor dit onderwijs in principe is bedoeld.

Een bijzonder probleem vormt het LBO; de doorstromingsmogelijkheden van de LBO-leerlingen naar het MBO en hiermee samenhangend de toegankelijkheid van het MBO in het algemeen. Hier wordt wel gesproken over het 'gat in de Mammoetwet'. Voor een aanzienlijk aantal jongeren in de leeftijdscategorie van 16-18 jaar blijkt momenteel geen geschikt vervolgonderwijs in dagschoolverband te bestaan. Onder deze categorie vallen schoolverlaters van het LBO, het MAVO en afvallers van het HAVO. Voor genoemde probleemcategorie wordt vanaf september 1979 op bescheiden schaal met een nieuw type tweejarig beroepsonderwijs geëxperimenteerd, kort middelbaar beroepsonderwijs (KMBO) geheten. Deze experimenten dienen om oplossingen te vinden voor de leemte in de bestaande onderwijsvoorzieningen.

4.2.3. Afstemming onderwijsbestel en arbeidsbestel

Het niet op elkaar aansluiten van vraag en aanbod op de arbeidsmarkt komt mede doordat onze onderwijsvoorzieningen zowel in kwantitatief als in kwalitatief opzicht niet zijn afgestemd op de maatschappelijke behoefte aan arbeidskrachten. Sommige categorieën hooggeschoolden blijken bijvoorbeeld moeilijk plaatsbaar, terwijl in dezelfde of andere sectoren een vraag bestaat naar goed geschoolde vaklieden.

In toenemende mate is er sprake van kwalitatieve discrepanties tussen de vraag naar en het aanbod van arbeidskrachten op de arbeidsmarkt. Illustratief in deze is een studie van Conen en Huygen (1980). Zij concluderen op grond van een vergelijking van gegevens van de volkstellingen van 1960 en 1971, dat de kwaliteit van de arbeid, gemeten naar het niveau van de arbeid, in 1971 ten opzichte van 1960 onmiskenbaar is gedaald in de door hun onderzochte sectoren, met uitzondering van de sector handel*. Deze ontwikkeling was niet voorzien. In de jaren vijftig en een groot deel van de jaren zestig was men volgens Conen en Huygen vrij algemeen de opvatting toegedaan, dat vooral als gevolg van de technologische ontwikkeling het kwalitatieve niveau van de werkgelegenheid zou stijgen**. Anderzijds is in de laatste tientallen jaren het opleidingsniveau van de Nederlandse beroepsbevolking relatief sterk gestegen. Hier wordt wel gesproken van 'overscholing' en 'onderbenutting', in de zin dat velen werkzaam zijn op een niveau dat aanzienlijk lager ligt dan het bereikte opleidingsniveau. Bovendien zijn volgens Conen en Huygen de carrièremogelijkheden voor vele functies/arbeidsplaatsen gering.

Het onderwijs is gericht op de beroepsvoorbereiding en, zo blijkt uit onderwijsnota's, gericht op de persoonlijke ontplooiing, maatschappelijke vorming en weerbaarheid van onderwijsvragenden. Daarbij is het sterk gericht op de verdere persoonlijke ontplooiing in het arbeidsproces. Deze visie op de functie van het onderwijs lijkt tot in het midden van de jaren zestig goed aan te sluiten bij de praktijk.

De periode na de tweede wereldoorlog wordt in het algemeen gekenmerkt door een krappe arbeidsmarkt en een grote vraag naar hooggeschoolde arbeidskrachten. In de laatste jaren blijkt hoezeer economische factoren de intrede in het arbeidsproces bepalen.

In het kader van de afstemming tussen onderwijs- en arbeidsbestel heeft zich een

* Het onderzoek betrof de vijf grootste sectoren: bouwnijverheid, industrie, niet-commerciële dienstverlening, overige commerciële dienstverlening en handel.

** De technologie, in de zin van produktietechniek, heeft consequenties voor de kwaliteit van de arbeid. Steeds meer wordt erop gewezen, dat de wijze waarop de arbeid wordt gestructureerd eveneens consequenties heeft voor met name de kwaliteit van de afzonderlijke arbeidsplaatsen. In dit verband wordt gewezen op de steeds verder doorgevoerde scheiding van arbeidsplanning en -uitvoering.

nieuw probleem aangediend. Dat is de aansluiting van het beroepsonderwijs op de arbeidssituatie.

In het beroepsonderwijs kunnen we een tendens van verbreding, ook wel veralgemenisering genoemd, constateren. Verbreding wil zeggen, dat in het beroepsonderwijs relatief veel aandacht wordt geschonken aan algemene vorming en minder aan het bijbrengen van vaktheoretische en vooral technische bekwaamheden. Deze verbreding wordt gerechtvaardigd door maatschappelijke overwegingen. Ze beoogt de ontplooiingsmogelijkheden van de leerlingen te vergroten; enerzijds binnen het onderwijsbestel (verdere doorstroming) anderzijds binnen het arbeidsbestel (intrede in het arbeidsproces, arbeidsmobiliteit en -flexibiliteit). De kritiek op deze verbreding, vooral van werkgeverszijde, wordt verwoord in opmerkingen, dat het beroepsonderwijs in plaats van beroepsvoorbereidend beroepsoriënterend is geworden, en dat deze situatie, na het gevolgde beroepsonderwijs, nog een voortgezette vakopleiding in de werksituatie noodzakelijk maakt.

4.3. RECENTE ONTWIKKELINGEN IN DE VERPLEEGKUNDIGE ONDERWIJSVOORZIENINGEN

4.3.1. De oprichting van de MBO-V

Begin 1970 werd in samenwerking met het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid een bijeenkomst belegd over de opleidingen in de verpleging. Punten van zorg met de omstreeks 1970 bestaande opleidingssituatie waren:

- het niet passen van de in-service opleidingen binnen de bestaande onderwijsvoorzieningen door de eis van de minimum aanvangsleeftijd van 17 jaar en 7 maanden;
- de tekortkomingen van de bestaande opleidingsstructuur voor de aanpassing van het verpleegkundig onderwijs aan de ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg;
- een dreigend tekort aan verplegend en verzorgend personeel door onder andere het hoge verloop onder in-service leerlingen.

De onvrede met de bestaande situatie resulteerde in 1970 in de installatie van de 'Commissie Von Nordheim', die tot taak kreeg zich te beraden over de ontwikkeling van het verpleegkundig onderwijs op langere termijn. Deze commissie heeft in 1970 aangedrongen op het oprichten van experimentele dagopleidingen voor verplegenden. De desbetreffende commissie, ook wel 'Begeleidingscommissie Experimenten' genoemd, kreeg tot taak de toenmalige staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid te adviseren over de ontwikkeling van bestaande en nog te nemen initiatieven inzake experimenten op het gebied van opleidingen voor de verplegende en verzorgende beroepen. Bovendien kreeg ze de taak deze te begeleiden.

Uitgangspunten voor de oprichting van de MBO-V

Bij de opzet van de experimentele opleidingen MBO-V zijn door de reeds genoemde Commissie Von Nordheim de volgende uitgangspunten geformuleerd.

1. Een integratie van de huidige opleidingen op het gebied van de verpleegkunde (A-, B- en Z-opleiding).
2. Een vervroeging van de aanvangsleeftijd voor de opleiding, zonder dat deze emotionele risico's voor de leerlingen met zich brengt, en waardoor aansluiting bij het LBO/MAVO mogelijk wordt. Een oogmerk is de opleiding beter te doen aansluiten bij de bestaande onderwijsvoorzieningen en daardoor een betere garantie te hebben voor de continuïteit in de personeelsvoorziening.
3. Het leerling-zijn losmaken van het werkkraacht-zijn, waardoor optimalisering van de opleidingssituatie mogelijk wordt. Dit uitgangspunt geeft het belangrijkste verschil aan met de in-service opleidingen. Deze kunnen worden aangeduid als een vorm van *beroepsbegeleidend* onderwijs. De MBO-V is een vorm van *beroepsvoorberedend* onderwijs. De leerling behoudt gedurende de gehele opleiding van drie jaar de leerlingenstatus (zowel op school als in het praktijkveld) en hij ontvangt gedurende de stages, praktijkleerperioden genoemd, geen geldelijke beloning.
4. Verkorting van de opleidingsduur, waardoor sneller over gediplomeerden kan worden beschikt en carrièreplanning kan worden bevorderd.

In haar eerste rapport, dat de 'Begeleidingscommissie Experimenten' in 1971 uitbracht, werden in het kader van het experimentele karakter van de opleiding, de volgende hypothesen geformuleerd.

- I Vanuit verschillende vooropleidingen is het mogelijk via één beroepsopleiding te komen tot het uitoefenen van één beroep.
- II Vanuit één leerinhoud, die ten dele gedifferentieerd zal moeten worden, kan op gemeenschappelijke wijze opgeleid worden voor verschillende beroepsbeelden.
- III Het zal mogelijk zijn mensen tussen 16 en 18/19 jaar op te leiden voor een verplegend/verzorgend beroep.

Hypothese II vereist een nadere toelichting. Oorspronkelijk was het de bedoeling in één experiment zowel een opleiding tot verpleegkundige alsook een opleiding tot ziekenverzorgende onder te brengen. Een uitgangspunt was, dat beide opleidingen zich alleen onderscheiden door niveauverschil. Om deze reden leek een gescheiden opleidingsweg voor de verschillende niveaus niet strikt noodzakelijk. De opleiding tot ziekenverzorgende is echter binnen de vijf geplande experimenten niet van de grond gekomen.

Mede door een te geringe tijd van voorbereiding en door gebrek aan middelen kon in 1972 maar een van de vijf geplande experimenten met de opleiding be-

ginnen. Dit was de experimentele middelbare beroepsopleiding voor de verplegende en verzorgende beroepen, de MBO-V, te Eindhoven.

In september 1973 konden nog drie experimenten met de opleiding beginnen: in Hoogeveen, Leeuwarden en Rotterdam. De vijfde en voorlopig laatste MBO-V startte in 1975 te Leidschendam met de opleiding.

De plaats van het MBO-V binnen het MBO

In het kader van de Mammoetwet is de MBO-V ingedeeld bij het middelbaar huishoud-, nijverheids- en sociaal-pedagogisch onderwijs, het MHNO/MSPO. Hierbinnen zijn negen beroepsopleidingen ondergebracht, waarbij sociaal-agogische componenten in het beroep en de beroepsuitoefening een rol spelen. In 1981 werd deze clusternaam gewijzigd in MDGNO: Middelbaar Diensten-, Gezondheids- en Nijverheidsonderwijs.

Het MHNO/MSPO, waarover in 1974 door een gelijknamige structuurcommissie een eindrapport is uitgebracht, is een onderdeel van het totale middelbare beroepsonderwijs. In de Mammoetwet wordt, aldus het genoemde rapport, nauwelijks een nadere uitwerking aan het MBO gegeven. Deze wet beperkt zich hoofdzakelijk tot de plaatsing van het MBO binnen het Nederlandse onderwijsbestel en onderscheidt daarbij zes categorieën MBO-opleidingen, te weten: technisch onderwijs, huishoud- en nijverheidsonderwijs, landbouwonderwijs, middenstandsonderwijs, economisch en administratief onderwijs en sociaal-pedagogisch onderwijs.

Volgens de 'Structuurcommissie MHNO/MSPO' kan men niet aan de indruk ontkomen, dat de indeling in zes categorieën 'meer op historische dan op functionele gronden is gebaseerd. Ook kan men tussen de verschillende MBO-opleidingen bepaalde vloeiende overgangen onderkennen.' (pagina 18). Mede op grond van deze constatering stelde de structuurcommissie voor, negen beroepsopleidingen bij het nieuwe MHNO/MSPO onder te brengen, en tenminste drie van deze opleidingen binnen één opleidingsinstituut te situeren. Hierdoor zal de horizontale doorstroming worden vergemakkelijkt en behoeft ook de verticale doorstroming naar een verwante beroepsopleiding binnen het HHNO/HSPO* niet het verschijnsel van de fuikwerking op te leveren.

Ten aanzien van het onderscheid 'verplegen' en 'verzorgen' werd, na bestudering door een overleggroep binnen de genoemde structuurcommissie, de uitspraak van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uit het rapport 'Taak van de Verpleegkundige' overgenomen. Deze luidt '... dat de taakomschrijving, zoals aangegeven, van toepassing is zowel op de verpleging als op de ziekenverzorging. Deze zijn daarom als één beroep beschouwd' (pagina 53).

Op grond daarvan spreekt de desbetreffende werkgroep zich zeer nadrukkelijk

* Hoger Huishoud- en Nijverheidsonderwijs/Hoger Sociaal-Pedagogisch onderwijs.

uit voor een integrale opleiding en wijst zij de gedachte aan onderscheiden studierichtingen voor ziekenverpleging en -verzorging af.

De herstructurering van het MHNO/MSPO

De MBO-V is met ingang van januari 1979 opgenomen in de herstructurering van het MHNO/MSPO.

Deze herstructurering betreft de inhoudelijke en didactische vormgeving van het onderwijs ten behoeve van de negen beroepsopleidingen. Een belangrijk onderdeel is leerplanontwikkeling, met als oogmerk het samenstellen van basis-onderwijspakketten voor verschillende opleidingen gezamenlijk en voor elk van de opleidingen afzonderlijk. Zo wordt in het genoemde eindrapport van de structuurcommissie aanbevolen, binnen een 'opleidingsinstituut MHNO/MSPO nieuwe stijl' dezelfde kernleerstof gemeenschappelijk aan leergroepen van de verschillende opleidingen aan te bieden. Hiermede wordt onder andere beoogd de doorstroming in het onderwijs, zowel de horizontale (overstap naar een andere beroepsopleiding binnen hetzelfde cluster) alsook de verticale (naar een hogere beroepsopleiding), te bevorderen. De in 1978 ingestelde commissie 'Situering en spreiding MHNO/MSPO nieuwe stijl' geeft enkele richtlijnen voor de inrichting van een opleidingsinstituut. Het aantal leerlingen moet minstens 500 zijn. Een opleidingsinstituut moet minimaal drie beroepsopleidingen bevatten met elk drie differentiaties*.

De begeleiding van de herstructurering vindt plaats vanuit de verzorgingsstructuur van het Nederlandse onderwijs, door onder andere de Stichting voor de Leerplanontwikkeling.

De herstructurering verloopt in fasen en de bedoeling is, dat deze in de loop van 1982 wordt voltooid. Daarna zou het MHNO/MSPO met betrekking tot de *situering* (de onderbrenging van verschillende opleidingen binnen één instituut) en de *spreiding* (de geografische vestiging in bepaalde plaatsen), in het zogenaamde 'scholenplan' kunnen worden opgenomen (zie paragraaf 4.5.2.).

4.3.2. De oprichting van de HBO-V

Dezelfde gevoelde probleemsituatie inzake de voorziening van het verplegend personeel, die leidde tot het ontstaan van de MBO-V, was eveneens aanleiding tot de oprichting van de hogere beroepsopleiding voor verpleegkundigen, de HBO-V. Deze opleiding is qua niveau een geheel nieuw type opleiding voor de gezondheidszorg. In 1966 werden, onder voorzitterschap van de toenmalige Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, op verzoek van de ziekenhuisorganisaties, de kruisorganisaties, de beroeps- en vakorganisaties, enkele besprekingen

* Als voorbeeld wordt gegeven, de opleiding tot verzorgende, die de drie differentiaties, bejaarden-, kraam- en gezinsverzorgende moet omvatten.

gehouden over de personeelsproblemen en -voorzieningen in de gezondheidszorg. Bij deze besprekingen is met name gesproken over de vraag, of de bestaande opleidingssituatie voldoende perspectieven bood voor abiturienten van het VWO en van het toekomstige HAVO om zich aan te melden voor een opleiding tot verpleegkundige. Door de toen aanwezigen werd een hoge prioriteit toegekend aan een nader beraad over het tot stand brengen van een hogere beroepsopleiding tot verpleegkundige. Men achtte dit de grootste lacune in het scala van verpleegkundige opleidingen. Bovendien verwachtte men, dat ook meer mannen deze nieuwe opleiding zouden gaan volgen. Genoemde besprekingen hebben geresulteerd in de instelling van de 'Commissie Hogere Beroepsopleiding Verplegenden'. De taak van deze commissie was, zich te beraden over de inhoud van het verplegen en over de mogelijkheid van nieuwe ingangen voor de opleiding van verplegenden.

Uitgangspunten voor de oprichting van de HBO-V

Door de genoemde commissie zijn, na een grondige studie, in haar eindrapport van 1968, de volgende uitgangspunten voor de oprichting van de HBO-V geformuleerd*.

1. Er zal een nauwe integratie moeten plaatsvinden tussen de leerstof van de A- en die van de B-opleiding (overeenkomstig uitgangspunt 1. van de MBO-V)** alsmede de leerstof van de maatschappelijke gezondheidszorg (aantekening wijkverpleging op het diploma ziekenverpleging A).
De leerstof voor de erkende aantekeningen op het diploma Ziekenverpleging A, kraam-, kinder- en wijkverpleging zullen in de opleiding moeten worden opgenomen.
2. De HBO-V zal moeten aansluiten op het HAVO en het VWO. De HAVO-abiturienten zullen geëxamineerd moeten zijn in nog nader vast te stellen vakken. Hierbij wordt gedacht aan de exacte vakken.
3. De leerlingen van de HBO-V zullen geen werkkraft zijn, maar volledig leerling (overeenkomstig uitgangspunt 3. van de MBO-V).
4. De HBO-V leidt op voor het bezetten van functies, die uitzicht bieden op leiding geven op hoger niveau.
5. De gediplomeerden dienen een potentiële geschiktheid te hebben om -- na een begeleide inwerkperiode -- met specialistische taken te worden belast.
De commissie zou het betreuren, indien ook op het diploma HBO-V weer diverse 'aantekeningen' zouden gaan verschijnen (zie ook uitgangspunt 1.).
6. Het diploma HBO-V dient toegang te geven tot een universitaire studie. Maatregelen hiervoor dienen ter gelegener tijd te worden genomen.

* De uitgangspunten zijn hier puntsgewijze en in een enigszins andere volgorde geplaatst.

** De Z-verpleging wordt met enig voorbehoud, gezien de orthopedagogische component, beschouwd als een verbijzondering van de B-verpleging.

Door de commissie wordt hierbij gedacht aan het instellen van een leerstoel binnen de faculteit der geneeskunde met een inbreng van de sociale wetenschappen.

De genoemde 'Commissie HBO-V' stelde zich destijds de vraag, binnen welk kader een meer systematische bezinning op de inhoud van het verplegen zou dienen te geschieden.

Volgens de commissie bestaat het verplegen uit een medische en een sociale functie. Bij een systematische vakontwikkeling zullen beide functies inhoudelijk bestudeerd moeten worden.

In de geneeskunde wordt onderzoek verricht op het terrein van de natuurwetenschappelijke processen van het ziek-zijn (fysisch én psychisch). De beïnvloeding van deze processen is therapie. De verplegende heeft, aldus nog steeds de commissie, kennis nodig van deze processen, teneinde een optimale hulpverleningssituatie te realiseren. Deze situatie houdt voor de verplegende in, het participeren in de uitoefening van de medische functie en het gestalte geven aan de sociale functie. Deze laatste functie betreft de begeleiding van de patiënt en het voorzien in zijn sociaal-psychologische zorgbehoeften. Afhankelijk van de concrete hulpverleningssituatie, zal volgens de commissie, soms de ene functie soms de andere, de medische of de sociale functie, extra geaccentueerd kunnen worden. Dit mag echter geen scheiding tussen beide functie-elementen betekenen, daar in dat geval de wezenskenmerken van het verplegen worden aangetast.

Geneeskunde en verplegen raken elkaar in het vlak van de gerichte therapeutische begeleiding. Dit is derhalve, volgens de commissie, een gemeenschappelijk verantwoordelijkheidsgebied. Naarmate de begeleiding een meer continu karakter krijgt, gaat het verplegen overheersen. Met continu karakter wordt bedoeld de intensiteit en duur van de verpleegbehoefte. Voorts, naarmate in een hulpverleningssituatie meer de sociale functie wordt geaccentueerd, zullen er voor de verpleging meer raakvlakken zijn met de maatschappelijke dienstverlening.

De feitelijke vormgeving van de HBO-V

De 'Commissie HBO-V' werd in 1971 opgevolgd door de 'Commissie Graamans'. Deze commissie, ook wel 'Commissie Overleg Onderwijs Volksgezondheid' genoemd, bestond uit vertegenwoordigers van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, en dat van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De Commissie Graamans heeft de feitelijke vormgeving en de start van de eerste twee HBO-V's in 1972 voorbereid.

Deze commissie is, zo blijkt uit het zogenaamde COOV-rapport (1971)*, bij de vormgeving van de HBO-V afgeweken van de ideeën, die de eerdere 'Commissie

* Afkorting staat voor: Commissie Overleg Onderwijs Volksgezondheid.

HBO-V' daarover had. Laatstgenoemde commissie was bijvoorbeeld van mening, dat in de opleiding de nadruk zou moeten liggen op de theoretische vorming van de aspirant verpleegkundige. Aan de praktische training zou wel voldoende aandacht geschonken moeten worden. Bij de feitelijke vormgeving hebben de vaktheoretische aspecten (onder andere de erkende specialisaties) niet die aandacht in de opleiding gekregen, die destijds de 'Commissie HBO-V' voor ogen stond. Daarnaast heeft de praktische training een relatief zwaar accent in de opleiding gekregen. In een gezamenlijke uitgave van de HBO-V's (Informatie, 1979) wordt vermeld, dat in het derde en vierde studiejaar tezamen ongeveer 20 van de in totaal 80 lesweken gepland zijn voor activiteiten op school. De resterende tijd wordt voornamelijk besteed aan praktijkleerperioden in de verschillende velden. De commissie Graamans gaat in het genoemde COOV-rapport in op de vraag, of er een verschil bestaat tussen de HBO-V en de MBO-V, en zo ja, in welk opzicht. De vraag luidt:

- 'is deze beroepsopleiding 'hoger' in die zin dat een vervolg geboden wordt op de middelbare beroepsopleiding, of zal deze eveneens een basisopleiding zijn, maar dan van hoger gehalte?' (pagina 3).

De commissie stelt zich achter het laatste standpunt: 'Ook de HBO-V zal dus een algemene beroepsvoorbereiding bieden, en wel aan leerlingen met een zodanige vooropleiding (HAVO) dat zij dezelfde — en meer — stof kunnen verwerken op een aanzienlijk hoger niveau' (pagina 3).

De *doelstelling van de HBO-V* is in het genoemde gezamenlijk voorlichtingsboekje van de HBO-V's (Informatie, 1979) als volgt omschreven: 'De HBO-V stelt zich ten doel om personen met diploma HAVO resp. VWO op te leiden tot het zelfstandig vervullen van het verpleegkundig beroep. Voorts wil zij mede de grondslag leggen voor het tot verdere ontwikkeling brengen van het verpleegkundige beroep.', en: de HBO-V 'streeft ernaar de studenten zodanig op te leiden dat zij als verpleegkundigen in alle velden van de gezondheidszorg op *basisniveau* kunnen functioneren.' (pagina 2). Op deze doelstelling komen we in de volgende paragrafen nog terug.

In 1972 begonnen de twee Hogere Scholen voor Gezondheidszorg, de Hogere School voor Gezondheidszorg te Leusden en de Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen te Nijmegen, als eerste met een opleiding HBO-V.

In 1975 werd in Amsterdam (Amstelveen) evenals in Voorburg met een opleiding HBO-V gestart. In 1977 volgden Eindhoven en Sittard, en in 1978 Groningen, Hengelo en Zwolle.

De plaats van de HBO-V binnen het HBO

De HBO-V is in eerste instantie ondergebracht bij het hoger sociaal pedagogisch onderwijs.

In het genoemde COOV-rapport (1971) van de 'Commissie Graamans' worden enkele opleidingen speciaal voor de gezondheidszorg genoemd, die evenals de HBO-V zijn ondergebracht bij het hoger sociaal pedagogisch onderwijs. Deze veelal vervolgoopleidingen vertonen geen onderlinge samenhang. Zij zijn gesticht als uitvloeisel van concrete personeelsbehoeften in het arbeidsveld, als voorbereiding op functies op hoger niveau in de gezondheidszorg. Genoemd worden onder andere, docentenopleidingen (part-time en full-time), stafcursussen voor functies in de maatschappelijke gezondheidszorg en in de sociaal-psychiatrische zorgverlening.

Het ligt volgens genoemde commissie, in de lijn der ontwikkeling, dat opleidingen voor verschillende beroepen in de gezondheidszorg in één opleidingsinstituut tezamen worden gebracht.

In het Voorontwerp Wet op het HBO is sprake van een zelfstandige sectie Hoger Gezondheidszorgonderwijs (HGZO). In het kader van dit voorontwerp hebben de hogere opleidingen voor de gezondheidszorg, die onder het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen ressorteren, sinds 1974 een eigen inspectie en heeft dit ministerie sinds 1978 een afdeling HGZO (Tweede Interimadvies inzake de ontwikkeling van de opleidingen verpleegkunde, 1980).

Het HBO in de gezondheidszorg

Een studiegroep, samengesteld uit vertegenwoordigers van de Technische Hogeschool te Eindhoven (THE), de Katholieke Universiteit te Nijmegen (KUN) en het Instituut voor Hoger Beroepsonderwijs te Eindhoven (IHBO), komt op grond van een analyse van het HBO voor de gezondheidszorg in haar eindrapport (1978) tot de volgende bevindingen. Zij stelt, dat de huidige wetgeving een harmonische ontwikkeling van de beroepenstructuur in de weg staat. In het algemeen kan worden vastgesteld, aldus de studiegroep, dat de wettelijke kaders, die gevormd zijn om de patiënten tegen onbevoegden te beschermen, er aan hebben meegewerkt dat formele delegatie van bevoegdheden in de instellingen van gezondheidszorg nauwelijks heeft plaatsgevonden. Dezelfde wettelijke kaders, die mede tot de huidige verschijningsvorm van het ziekenhuis hebben geleid (zie bijvoorbeeld hoofdstuk III), hebben eveneens repercussies gehad voor de ontwikkeling van het hoger beroepsonderwijs. De gezondheidszorg heeft, in vergelijking met andere maatschappelijke sectoren, relatief vele op zichzelf staande HBO-opleidingen.

Kenmerkend voor de meeste van deze opleidingen is, volgens de genoemde studiegroep, dat ze niet volgroeid zijn en het feit, dat ze in vele gevallen geen pendant in het MBO en geen aansluiting bij het WO hebben.

Onvolgroeid wil zeggen, dat hoewel deze beroepsopleidingen als toelatingsniveau minimaal HAVO hebben, ze dikwijls een drie-jarige en in sommige gevallen slechts een twee-jarige cursusduur hebben.

Het feit, dat HBO-opleidingen geen aansluiting hebben bij het WO, heeft verre-

gaande consequenties voor de ontwikkeling van deze opleidingen. De beroepsgerichte vakken, dat zijn die vakken die de kern van het beroep uitmaken, worden gegeven door mensen die in de praktijk hun sporen hebben verdiend. Doch deze hebben veelal geen ervaring met het doen van onderzoek betreffende het eigen vakgebied. Een gevolg is, dat onderzoeks- en evaluatiemethoden worden gedoceerd door docenten, die het beroepsterrein en dientengevolge de vraagstellingen niet kennen.

Dezelfde, zojuist geschetste algemene problematiek ten aanzien van het HBO in de gezondheidszorg, zien we ook bij de HBO-V. Deze opleiding heeft wel een vier-jarige cursusduur, maar ze heeft tot op heden geen passende aansluiting bij het WO (zie hieronder, paragraaf 4.3.4.).

4.3.3. Een vergelijking van de uitgangspunten voor de MBO-V en de HBO-V

De uitgangspunten voor de MBO-V en de HBO-V hebben, mede gelet op de vormgeving van laatstgenoemde opleiding, veel gemeen.

Beide opleidingen bedoelen een algemene basisopleiding voor verpleegkundigen te zijn voor de gehele gezondheidszorg. De leerlingen zijn gedurende de gehele opleidingsperiode van drie respectievelijk vier jaar uitsluitend leerling.

De concrete inhoud van beide opleidingen bestaat volgens de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uit 'de verwerving van cognitieve, psychomotorische en relationele vaardigheden, die passen in het concept van een integrale verpleegkunde' (Interim-advies van genoemde Raad, inzake de ontwikkeling van de verpleegkundige opleidingen, 1978, pagina 20). Met het begrip integrale verpleegkunde wordt in het Interim-advies onderschreven, dat beide nieuwe dagopleidingen basisopleidingen zijn, waarin basisprincipes, -kennis, -vaardigheden en -attitudes worden bijgebracht: 'Daarna zal gezien moeten worden welke vervolgopleidingen c.q. specialisaties voor bepaalde specifieke taken noodzakelijk zullen zijn' (pagina 20).

Uitgangspunt 2. van de MBO-V, respectievelijk de uitgangspunten 2. en 6. van de HBO-V, geven de plaats aan van beide opleidingen binnen het huidige onderwijsbestel (zie ook figuur 4.1., Structuur, Wet op het Voortgezet Onderwijs).

Uitgangspunt 4. van de HBO-V, het opleiden voor hoger leidinggevende functies, is al snel verlaten. Door de 'Commissie Graamans' wordt gesteld, 'dat de leerlingen niet zonder meer bestemd zijn voor hogere functies. Indien zij daartoe de geschiktheid bezitten, zullen zij behoren tot de categorie waaruit leidinggevende functionarissen worden gerecruteerd' (COOV-rapport, pagina 4).

De HBO-V pretendeert all-round gediplomeerde beroepskrachten op te leiden, die in alle velden van de gezondheidszorg in de verpleging te werk kunnen worden gesteld. Daarmede is de definitie van het 'eindprodukt' van de HBO-V overeenkomstig aan dat van de MBO-V. Ook deze laatstgenoemde opleiding pretendeert een volwaardige gediplomeerde verpleegkundige af te leveren, die na een inwerkperiode breed inzetbaar is.

De belangrijkste verschillen tussen de HBO-V en de MBO-V zijn gelegen in de toelatingseis, die voor de HBO-V minimaal HAVO is en voor de MBO-V MAVO of gelijkwaardig diploma, en in de cursusduur die voor de HBO-V een jaar langer is dan voor de MBO-V.

Met betrekking tot de beroepsgerichte vakken zoals ziekteleer en verpleegkunde, bestaat tussen de beide opleidingen nauwelijks of geen verschil. De eerder genoemde studiegroep betreffende het hoger beroepsonderwijs in de gezondheidszorg merkt op, dat van beide categorieën afgestudeerde verpleegkundigen, de technische vaardigheden gelijk zijn.

De sociale vaardigheden op het relationele vlak zullen voor de HBO-V'er groter zijn dan voor de MBO-V'er. De hogere vooropleiding, de bredere algemene vorming en het feit, dat de HBO-V'er ongeveer twee jaar ouder is als hij afstudeert dan de MBO-V'er, maken toch dat hij een andere verpleegkundige is. Bovendien zal hij alleen al op grond van zijn hogere beroepsopleiding andere en hogere eisen stellen aan de aard en het niveau van de taken dan de MBO-V'er.

De MBO-V en de HBO-V hebben een gescheiden ontwikkeling doorgemaakt. De MBO-V is tot stand gekomen onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Op 1 augustus 1980 is deze opleiding overgedragen aan het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. De HBO-V is in overleg tussen beide genoemde Ministeries tot stand gekomen. De uiteindelijke vormgeving van deze opleiding is voornamelijk onder verantwoordelijkheid van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen gebeurd en ze heeft vanaf de oprichting onder dit Ministerie geressorteed.

De onderbrenging van de MBO-V en de HBO-V bij respectievelijk het middelbaar en het hoger sociaal pedagogisch onderwijs sluit goed aan bij de vigerende visie op de verpleging en het verpleegkundig beroep (zie hieronder paragraaf 4.4.). De gescheiden ontwikkeling en de visie op het verpleegkundig beroep en onderwijs, hebben onder andere ertoe bijgedragen dat beide nieuwe dagopleidingen vrijwel identiek zijn voor wat betreft de beroepsgerichte vakken. Dit geeft te denken. Uit onderwijs oogpunt is dit een niet wenselijke situatie, als we denken aan de mogelijkheid van verticale doorstroming in het onderwijs. Eveneens kunnen we denken aan de problemen die uit deze situatie in de instellingen van gezondheidszorg kunnen ontstaan inzake de personeelsvoorziening, de opbouw van het personeelsbestand en het functioneren van beide categorieën verpleegkundigen.

4.3.4. De inrichting van een studieprogramma verplegingswetenschap

Sociale Gezondheidkunde en verplegingswetenschap

In september 1980 is binnen de Algemene Faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg (RUL) met een nieuwe studierichting Sociale Gezondheidkunde aange-

vangen. Deze studierichting omvat drie verschillende studieprogramma's.

- Verplegingswetenschap
- Beleid en beheer van gezondheidsvoorzieningen
- Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Bij het ontwerpen van de nieuwe studierichting is men er van uitgegaan 'dat de samenwerking – op basis van gelijkwaardigheid – tussen Wetenschappelijk Onderwijs en Hoger Beroepsonderwijs tot ontwikkeling zal komen'. Dit houdt in, 'dat de nieuwe doctoraalopleidingen noch doublures mogen zijn van bestaande HBO-opleidingen, noch als vervolgopleidingen van HBO-opleidingen mogen worden gezien' (Ontwerp voor een studierichting Sociale Gezondheidskunde, 1979, pagina 8). In de toekomst zullen het HBO en het WO beide kandidaten leveren aan de tweede fase of het post-doctorale onderwijs. De post-doctorale studiefase zal in principe twee programma's gaan omvatten.

- Een voor een specialisatie sociaal-gezondheidskundig onderzoeker.
- Een opleiding eerstegraads bevoegdheid voor docenten van gezondheidsopleidingen in het hoger beroepsonderwijs.

Argumenten voor een studieprogramma verplegingswetenschap

Het bovengenoemde 'Ontwerp voor een studierichting Sociale Gezondheidskunde' (1979) gaat in op de mogelijkheid en wenselijkheid van een universitaire opleiding verpleging.

Een van de conclusies is, dat tussen het begin, wanneer bestaande disciplines zich bezighouden met een nieuw onderzoeksgebied en het moment waarop men van een nieuwe tak van wetenschap gaat spreken, een lange weg ligt van geleidelijke ontwikkeling. Deze conclusie is mede gebaseerd op een rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uit 1979, en een rapport van een door het Staats-toezicht op de Volksgezondheid ingestelde Werkgroep Universitaire Opleiding Verpleegkundigen uit 1975.

In het rapport van de genoemde werkgroep wordt de verplegingswetenschap gedefinieerd als 'de wetenschap die zich bezighoudt met de verpleegkunde'. Dit wordt nader toegelicht met behulp van de kenmerken van haar object (hulpvrager - hulpverlener - hulpverleningsproces) en haar produkt (wetenschappelijke fundering van de verpleegkunde). De methoden van de verplegingswetenschap zijn 'die der wetenschappen in het algemeen, evenwel aangepast aan de kenmerken van het deel van het object, dat bestudeerd wordt' (pagina 4; Ontwerp, . . . pagina 21).

Mede op grond van bovenstaande zienswijzen, worden de volgende argumenten gegeven voor een studieprogramma verplegingswetenschap.

- Over de mogelijkheid van een universitaire opleiding gericht op wetenschappelijk werk betreffende en ten behoeve van het verplegen bestaat geen twijfel. Deze mogelijkheid wortelt in de ontwikkeling van de verpleegkunde en haar toenemende wetenschappelijke fundering.

- Deze ontwikkeling komt voort uit de toepassing van velerlei wetenschappelijke onderzoeksmethoden op het fenomeen verplegen. Het praktijkveld van de verpleging stelt daarbij aan de diverse toeleverende wetenschappen eigensoortige vragen en integreert de betreffende onderzoeksresultaten op eigen wijze overeenkomstig de behoeften aan de verpleegkundige praktijk' (Ontwerp . . . 1979, pagina 21).

Op grond van de ontwikkeling in de verpleegkunde ontstaan, aldus het desbetreffende Ontwerp, onderwijsmogelijkheden op universitair niveau en een verplegingswetenschap als horizontaal specialisme of toepassingsgebied van vele wetenschappen. Of daarnaast en daarboven 'de verplegingswetenschap een *eigenstandige* wetenschappelijke discipline zal worden in die zin van een nieuw systeem van geheel eigensoortige begrippen, theorieën en onderzoeksmethodiek, moet nog worden afgewacht' (pagina 23).

De relatie HBO-V en verplegingswetenschap

De verplegingswetenschap is volgens het genoemde ontwerp van 1979 gericht op de theorie van de verpleging en op de wetenschappelijke bestudering en ontwikkeling van de verpleging. Ze is niet gericht op het verkrijgen van de kwalificatie van geregistreerd verpleegkundige, hoewel de verplegingswetenschapper een gedegen kennis van en bekendheid met de praktijk van de verpleging zal dienen te hebben.

Een heel andere zaak is, aldus nog steeds het Ontwerp, dat voor verschillende functies, en zeker voor de jong beginnende verplegingswetenschapper, de kwalificatie van verpleegkundige gewenst zo niet noodzakelijk zal zijn. Ook mag worden verwacht, dat docenten verpleegkunde, zowel voor een tweedegraads als ook voor een eerstegraads bevoegdheid (opleiding tweede studiefase) een bevoegdheid als verpleegkundige zullen moeten hebben.

Wijnen (1979), die nauw betrokken is bij de opzet en ontwikkeling van de opleiding verplegingswetenschap, geeft voor verpleegkundigen een nadere toelichting op deze nieuwe studiemogelijkheid en signaleert daarbij enkele problemen. Hij stelt: 'Er wordt geen oplossing geboden voor de verpleegkundigen van vandaag, die kunnen en willen doorgaan naar een academisch niveau', en: 'Er wordt een nieuw soort 'deskundige' opgeleid, waarvan nog niet zonder meer vast staat of daaraan wel behoefte bestaat' (pagina 1147)*.

4.3.5. Ontplooiingsmogelijkheden in de verpleging

In een hoofdstuk inzake de vernieuwingen in het verpleegkundig onderwijs is

* Wijnen pleit onder meer voor een tijdelijke overgangsregeling, waardoor HBO-verpleegkundigen een verkorte opleiding verplegingswetenschap zouden kunnen volgen.

enige aandacht aan de ontplooiingsmogelijkheden in de verpleging op zijn plaats. Deze ontplooiingsmogelijkheden liggen op drie gebieden: een functie in het verpleegkundig onderwijs; een leidinggevende functie in een instelling van gezondheidszorg; en een functie in de directe verpleging, de zogenaamde basisverpleegkundige zorg of bedside nursing.

Verpleegkundig onderwijs en leidinggeven

Het leidinggeven en het opleiden van verplegenden, vroeger verenigd in één functie, ontwikkelen zich bij de uitbreiding van het takenpakket in de verpleging en van de verpleegkundige onderwijsvoorzieningen tot twee onderscheiden carrièremogelijkheden voor verpleegkundigen. Dit laat zich in ons land illustreren aan de ontwikkeling van de opleiding tot docent verpleegkunde, die aanvankelijk nauw verbonden was met de stafcursus voor leidinggeven in de verpleging.

In 1957 startte op initiatief van de Raad voor Kerk en Ziekenzorg te Utrecht de eerste opleiding van zes maanden tot verpleegkundig docent (De Hey, 1978, b.). Enkele jaren later in 1962 ontstond de zogenaamde gebroken docentenopleiding, die gekoppeld was aan de stafcursus voor leidinggevend in de verpleging. Vervolgens kwam in 1966, naast een part-time opleiding ook een éénjarige full-time docentenopleiding tot stand. In 1969 kwam men, via een initiatief van de Inspectie van het Sociaal Pedagogisch Onderwijs tot een landelijk aanvaarde opzet van de stafcursus en de gebroken docentenopleidingen. In 1973 vond een officiële splitsing tussen beide opleidingen plaats. De verpleegkundige docenten vinden een functie bij de in-service opleidingen. De genoemde kader- en docentenopleidingen liggen in het verlengde van de in-service opleidingen*.

Op korte termijn zal het in het kader van de Nieuwe Leraren Opleiding (NLO) formeel mogelijk zijn een opleiding te volgen tot een tweedegraads bevoegdheid docent verpleegkunde. Twee NLO's, in Utrecht en in Nijmegen, verzorgen reeds, aldus een publicatie van de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid (1979) een bijscholingscursus voor docenten, die een van de zojuist besproken docentenopleidingen hebben gevolgd.

In het kader van de eerder genoemde universitaire studie Sociale Gezondheidskunde zal het in de toekomst ook mogelijk zijn een eerstegraads bevoegdheid docent verpleegkunde te behalen.

Specialisaties in de verpleging

Momenteel zijn alleen kraam-, kinder- en wijkverpleging door de overheid erkende specialisaties in de verpleging. De twee laatstgenoemde specialisaties liggen

* Met ingang van september 1979 is het voor verpleegkundigen in een leidinggevende functie mogelijk een managementopleiding op hoger kader-niveau te volgen (Eindrapport inzake de opleiding voor manager in de gezondheidszorg, 1978).

in het verlengde van het diploma ziekenverpleging A. De kraamaantekening is in 1967 in de vorm van een 'oriëntatie in de kraamverpleging' in de in-service opleiding ziekenverpleging A opgenomen*.

Door de Vaste Commissie Verpleging van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid werd in 1972 de 'Stuurgroep Specialisaties' ingesteld. De taakopdracht voor deze stuurgroep luidde:

- '— vaststellen op basis van welke normen de wenselijkheid van specialisaties (eventueel aantekeningen) moet worden gesteld;
- vaststellen welke specialisaties noodzakelijk moeten worden geacht' (Basisrapport betreffende specialisaties in de verpleegkunde, 1974, pagina 4).

De genoemde stuurgroep kreeg voor haar werkzaamheden als richtlijn, dat in beginsel diende te worden uitgegaan van de huidige in-service opleidingen. De stuurgroep bracht in 1974 haar eerste zogenaamde basisrapport uit. Dit rapport is in de loop der jaren aangevuld met deelrapporten inzake bepaalde specialisaties. De nog steeds toenemende mogelijkheden in de gezondheidszorg brengen met zich, aldus de stuurgroep in haar basisrapport, dat er een grote behoefte bestaat aan verpleegkundigen, die zijn opgeleid voor het verplegen van patiënten in bepaalde situaties. Hierbij wordt verwezen naar een publicatie uit 1973, waaruit blijkt dat op dat tijdstip in ons land 513 instellingen van gezondheidszorg 19 mogelijkheden boden voor het volgen van een of andere gespecialiseerde opleiding voor verpleegkundigen. Ook wordt gewezen op de vele advertenties van instellingen, die een rijk geschakeerd beeld van opleidingsaanbiedingen voor verpleegkundigen laten zien.

Een van de conclusies is, dat noch de Centrale Raad noch de Vaste Commissie Verpleging in deze Raad met inbegrip van de stuurgroep, al deze zogenaamde specialisaties onderschrijven. Specialisatie in de verpleging moet niet verder worden doorgevoerd dan voor een goede zorg voor de patiënt noodzakelijk is. In de komende jaren zal kritisch moeten worden gezien of uitbreiding van het aantal erkende specialisaties gewenst is.

Een specialisme wordt in het genoemde basisrapport omschreven als 'onderdeel van het vakgebied, dat zich als onderdeel heeft verzelfstandigd door beheersing van specialistische kennis en specialistische vaardigheden' (pagina 10). Een nieuw specialisme behoort volgens de stuurgroep alleen dan te ontstaan, wanneer zoveel specialistische kennis en vaardigheden vereist zijn, dat voor de uitoefening van de verpleegkundige taak beperking tot dat onderdeel van het vakgebied noodzakelijk is.

Volgens de stuurgroep zijn vanuit de verpleegkundige gezien zowel voor- als nadelen aan specialisatie verbonden. Als voordeel wordt genoemd een 'grotere arbeidsvreugde door het in de praktijk kunnen brengen van speciale talenten en

* Dit had toen tot gevolg dat ieder klein ziekenhuis een kraamafdeling begon om aan de opleidingseisen te kunnen voldoen (Derde deelrapport specialisaties . . ., 1976, bijlage 3).

eigenschappen'. Als nadelen worden beschouwd 'de kans op blikvernaauwing van het beroep en minder mogelijkheid tot verandering van functie buiten het bewuste specialisatie-terrein' (pagina 1).

Voor de HBO-verpleegkundigen wordt gesteld, dat ook voor deze categorie de mogelijkheid van een verdergaande beroepsontwikkeling (inclusief research) geopend moet worden.

Inmiddels zijn door de genoemde stuurgroep enkele specialisaties nader bekeken. Hierover zijn enkele deelrapporten verschenen, te weten: de verpleegkundige belast met: 1) taken op de operatie-afdeling, 1974; 2) taken bij het toedienen van anesthesie, 1974; 3) obstetrische en gynaecologische verpleging, 1976; 4) intensieve verpleging, 1975, 1978; 5) taken bij het ambulancevervoer, 1976; en 6) de taak van en de opleiding tot gipsverbandmeester, 1977.

Voor de onder 2, 3 en 4 aangeduide verpleegkundige werkzaamheden vindt de stuurgroep dat duidelijk van verpleegkundige specialisaties kan worden gesproken. Voor ieder van deze specialisaties zal volgens de stuurgroep een voor het gehele land inhoudelijk gelijkwaardige opleiding moeten worden verwezenlijkt. Er zal een landelijke examenregeling moeten komen alsmede een erkenning en registratie van diploma's door de overheid.

De onder 1, 5 en 6 genoemde verpleegkundige werkzaamheden acht de stuurgroep om verschillende redenen geen verpleegkundige specialisaties. Behoudens de taken op de operatie-afdeling in de functie van operatie-assistent (1) worden de werkzaamheden bij het ambulancevervoer (5) en die van de gipsverbandmeester (6) wel tot de werkzaamheden van verpleegkundigen gerekend, waarvoor een bijscholing is vereist.

Met betrekking tot de opleiding van het personeel voor de operatie-afdeling verschilt de stuurgroep van mening met de Nationale Ziekenhuisraad (NZR). De stuurgroep is van mening, dat anesthesie-verpleegkundige, in tegenstelling tot operatie-assistent, een verpleegkundig specialisme is. Toelating van niet-verpleegkundigen tot de anesthesie-opleiding moet volgens de stuurgroep ongewenst worden geacht. Deze mening wordt niet gedeeld door de NZR*.

* Onder toezicht van de NZR wordt sinds 1971 in ziekenhuizen een driejarige in-service opleiding verzorgd tot operatie-assistent dan wel tot anesthesie-assistent c.q. verpleegkundige. De toelatingseis voor deze opleiding is het diploma HAVO of het diploma ziekenverpleging A. Een verpleegkundige in het bezit van het diploma A krijgt vrijstelling voor het eerste studiejaar.

4.4. CONSEQUENTIES VAN DE INSTITUTIONALISERING VAN DE OPLEIDINGEN TOT VERPLEEGKUNDIGE

4.4.1. Institutionaliseren van de opleiding en beroepsoriëntatie

Beroepsbeeld en beroepswerkelijkheid

Het doen verzorgen van de opleiding tot verpleegkundige aan *zelfstandige* opleidingsinstituten heeft gevolgen voor de scholing en vorming van de aspirant-verpleegkundige. Een andere wijze van opleiden heeft echter vooral consequenties voor de oriëntatie op het beroep, of het zogenaamde beroepsbeeld van verpleegkundigen (zie paragraaf 3.2.3.).

Aangenomen mag worden, dat de leerling mede op grond van zijn genoten vooropleiding een bepaalde beroepsopleiding kiest en vervolgens op grond van deze beroepsopleiding bepaalde verwachtingen koestert ten aanzien van zijn toekomstige beroepsuitoefening én zijn verdere ontplooiingsmogelijkheden (zie onder figuur 4.2.).

Mok (1968) wijst op het belang, dat vóóropleiding, beroepsopleiding en beroepspraktijk in elkaars verlengde liggen. Zo is bij de in-service opleiding, de vooropleiding sterk bepalend voor datgene wat men later met de opleiding denkt te kunnen bereiken. Evenzo zal men bij het veranderen van de inhoud en het niveau van de in-service opleiding de consequenties voor de praktijk van het werk moeten bezien. Dit laatste is zeker van toepassing bij het creëren van nieuwe én hogere beroepsopleidingen voor verpleegkundigen.

Volgens Corwin (1961) bestaat er na de opleiding aan een zelfstandig opleidingsinstituut bij de afgestudeerde verpleegkundigen onvermijdelijk een discrepantie tussen de rolopvattingen zoals die tijdens de opleiding worden bijgebracht en de werkelijkheid*. Deze kloof ontstaat, doordat de rolconcepties die tijdens de opleiding worden bijgebracht, nooit de volle omvang van de toekomstige werksituatie bevatten. Daarenboven kan, aldus Corwin, deze discrepantie tussen beeld en werkelijkheid ontstaan, doordat docenten bewust of onbewust eigen idealen en aspiraties op de leerlingen overdragen, in de hoop dat zij ze in de toekomstige werksituatie kunnen realiseren; het overbrengen van een behoren, van wat de verpleging zou moeten zijn en minder van wat ze is.

Strauss (1966) gaat in op de consequenties van wat hij noemt de 'pervasive imagery of bedside nursing' en de beroepscultuur (occupational ideology), die zich daaromheen heeft ontwikkeld (pagina 96). In het beroepsbeeld van de verpleegkundige staat de directe verzorging van de patiënt aan het ziekbed centraal.

* Onder het hoofd '(semi-)professies en professionalisering' vinden we relatief veel literatuur over het verpleegkundig beroep. Hierin komen aspecten aan de orde zoals de kenmerken van het verpleegkundig beroep en de beroepscategorie en de verschillende rollen van de verpleegkundige.

Het is op grond van dit traditionale en diep maatschappelijk gewortelde beeld van de verpleging, dat een opleiding tot verpleegkundige wordt gekozen. Na het afstuderen wordt men, volgens Strauss, geconfronteerd met de 'administrative reality'. Deze confrontatie roept bij de verpleegkundige een spanning op tussen het ideaal van de bedside nursing enerzijds en de beroepswerkelijkheid anderzijds. Het feit, dat de verpleging van oudsher en vrijwel nog steeds, een vrouwelijke aangelegenheid was en is, heeft volgens Strauss repercussies voor de eigenschappen die als typisch eigen aan verplegenden werden en worden beschouwd: eigenschappen zoals zorgzaamheid, dienstbaarheid, zachtheid, netheid en de afdeling op orde kunnen houden. De toenemende belangstelling voor de psycho-morele kanten van de verpleging kan, volgens Strauss, eveneens in het perspectief van het traditionele vrouwelijke beeld van de verpleging begrepen worden.

De ironie van de 'nursing profession' is, aldus Strauss, dat de bedside nursing zo weinig aanzien geniet. Zij, die in feite de bedside nursing doen, hebben een geringe status en invloed.

De werkelijke bedside nursing wordt, volgens Strauss, voornamelijk gedaan door laag en nauwelijks geschoolden in de verpleging: respectievelijk de 'practical nurses' en de 'nursing assistants or aids*'. De hoger geschoolden in de verpleging zijn zich in toenemende mate gaan bezighouden met administratieve en organisatorische taken**.

Davis, Oleson en Whittaker (1966) wijzen eveneens op de vele tegenstrijdigheden tussen het beroepsbeeld van verpleegkundigen en de praktijk van de verpleging. Zij hebben een longitudinaal onderzoek verricht, onder leerling verpleegkundigen van een baccalaureaat-opleiding aan een 'university school of nursing'***. Met betrekking tot deze opleiding wijzen genoemde auteurs drie kernproblemen aan:

1. De idealen en doelstellingen die men met deze opleiding voor ogen staat, worden in de praktijk niet verwezenlijkt. De docenten huldigen de gedachte, dat zij 'potential leaders for the profession' opleiden (pagina 153), die een bijdrage zullen gaan leveren aan de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep en de zo noodzakelijke humanisering van de verpleging, speciaal van de verpleging in het ziekenhuis.
2. Tijdens de opleiding groeit bij de aspirant verpleegkundigen de overtuiging, dat het ziekenhuis niet de plaats is, om de vooruitstrevende ideeën over de verpleging gestalte te geven.

* Practical nurses hebben een opleiding genoten, die vergelijkbaar is met een opleiding tot ziekenverzorgende.

** Daarnaast kent men nog een driejarig hospital school programma en twee- ook wel driejarige associate-degree programma's aan een vocational school of junior college: respectievelijk te vergelijken met de in-service opleiding en de MBO-V.

*** De baccalaureaat-opleiding houdt het midden tussen de opleiding HBO-V en de nieuwe vierjarige opleiding in de verplegingswetenschap.

3. De kloof tussen de ideeën over de verpleging, zoals bijgebracht aan de opleiding en de verpleegkundige zorgverlening in het ziekenhuis wordt steeds groter. De auteurs wijzen voor deze problemen enkele oorzaken aan, zoals de breedte van de opleiding. Gesteld wordt, dat 'well rounded nurse generalists' worden opgeleid in plaats van 'specialists' (pagina 168). Voorts wordt gewezen op de vaagheid van de doelstellingen van de opleiding en het mystieke van een notie als 'professional leadership'.

Volgens Davis e.a. is er in de praktijk geen direct aanwijsbaar verschil tussen de baccalaureaat-verpleegkundige en de verpleegkundige, die is opgeleid aan een betere 'hospital school of nursing'. Beide categoriën verpleegkundigen krijgen gedurende de opleiding een overeenkomstige training in praktische vaardigheden. Daarnaast in datgene wat de baccalaureaat-verpleegkundige meer heeft geleerd dan een op andere wijze opgeleide verpleegkundige, moeilijk om te zetten in concrete arbeidstaken.

Aldag, Brief, McLone en Van Sell (1979) hebben de invloed van drie opleidingen (een hospital, een vocational en een university school of nursing) nagegaan op de ervaren rolstress na diplomering in de werksituatie. Hoe 'professioneler' de opleiding was geweest, bleek uit het onderzoek, des te groter was de mate van ervaren rolstress bij verpleegkundigen in de werksituatie: baccalaureaat-verpleegkundigen ervoeren de meeste stress. Eveneens bleek, dat de mate van ervaren rolstress negatief was gecorreleerd met de arbeidssatisfactie: hoe groter de ervaren rolstress, des te geringer de arbeidssatisfactie. De lengte van het dienstverband in een ziekenhuis was niet van invloed op de gevonden relatie tussen type opleiding en ervaren rolstress in de werksituatie. Ook bleken er geen statistisch significante verschillen te bestaan in de werkzaamheden van de drie in het onderzoek betrokken categorieën verpleegkundigen.

De genoemde onderzoekers stellen, dat verschillende opleidingen leiden tot verschillende rolopvattingen omtrent het eigen toekomstige functioneren als verpleegkundige. Dit behoeft, aldus de onderzoekers, niet tot problemen te leiden, als de verschillende rolopvattingen zijn gerelateerd met verschillende posities binnen de verpleging. In de praktijk blijkt echter, dat op verschillende niveaus opgeleide verpleegkundigen vrijwel dezelfde werkzaamheden verrichten.

De onderzoekers menen, dat de in hun onderzoek gevonden geringe arbeidssatisfactie van verpleegkundigen, mogelijk een verklaring geeft voor het grote aantal verpleegkundigen dat uit de verpleging gaat. Zij spreken hier van een nationaal probleem.

De wijze van opleiden, in-service onderwijs dan wel regulier dagonderwijs, en het opleidingsniveau hebben, zo blijkt onder meer uit bovenstaande studies, invloed op de beeldvorming van de op te leiden verpleegkundigen alsmede op de waardering van hun latere werkzaamheden. Bij verhoging van het opleidingsniveau bestaat het gevaar, zo valt eveneens uit bovenstaande studies op te maken,

dat er discrepanties ontstaan tussen beroepsbeeld en beroepswerkelijkheid, tussen het opleidingsniveau en de aard van de werkzaamheden. We mogen aannemen, dat dit op enigerlei wijze effecten heeft op de duurzame inzetbaarheid van met name hoger opgeleide verpleegkundigen bij de directe patiëntzorg in het ziekenhuis.

Als we de ontwikkeling van het verpleegkundig onderwijs in het buitenland globaal overzien, ontstaat het beeld van enkele elkaar gedeeltelijk overlappende fasen. De eerste fase bestaat in de overheveling (voor een deel) van het in-service onderwijs naar het reguliere dagonderwijs en het creëren van hogere en zelfs universitaire opleidingen voor verpleegkundigen. Daarna of daarbij komt de verhoging van het opleidingsniveau van docenten in de verpleegkunde, die op hun beurt een inbreng krijgen bij het verpleegkundig beroepsonderwijs. Als de beroepspraktijk voor verpleegkundigen niet of onvoldoende meegaat met zojuist geschetste ontwikkelingen op onderwijsgebied dan zal dit, zo mogen we aannemen, op enigerlei wijze repercussies hebben voor het functioneren van de verplegingsdienst in het ziekenhuis.

4.4.2. Institutionaliseren van de opleiding en professionalisering

Professionalisering en beroepsbeeld

Onder professionalisering hebben we eerder verstaan, het streven van een beroepsgroepering om de opvattingen over het eigen beroep — het eigen taakgebied — en de beroepsactiviteiten gelegitimeerd of aanvaard te krijgen (zie paragraaf 3.2.4.).

De eigen opvattingen over het beroep (de beroepscultuur) dienen grotendeels aan te sluiten bij heersende maatschappelijke opvattingen daarover, aangezien deze op haar beurt een legitimatiebron vormen voor de eigen beroepsactiviteiten (zie figuur 3.1.).

Het streven van een beroepsgroepering is in dit verband gericht op de bescherming en afgrenzing (of verkrijging) van het eigen *taakgebied*. Een taakgebied waarop de beroepsgroepering in tegenstelling tot andere, zeggenschap wil verwerven, of, bij een geslaagde professionalisering, autonoom is en in grote mate vrijheid van handelen heeft verkregen. In dit kader past het beeld van de *zelfstandige* beroepsbeoefenaar, die, onafhankelijk van organisatorische verbanden, niet om directieven aan meerderen behoeft te vragen, doch ze veelkeer geeft. Deze optiek heeft consequenties voor de praktische beroepsuitoefening.

De verpleegkundige beroepsgroepering streeft naar een eigen taakgebied, dat zich onderscheidt van die van andere beroepen. De opvattingen over dit taakgebied worden overgedragen in het verpleegkundig onderwijs. Hier bestaat het gevaar, vooral bij de hogere opleidingen (zie hiervoor de besproken studies van Strauss;

Davis e.a.; Aldag e.a.), dat de zich ontwikkelende visie op het eigen taakgebied of de beroepscultuur, niet aansluit bij de beroepswerkelijkheid. Enerzijds omdat bepaalde voorstellingen omtrent de beroepspraktijk weinig reëel zijn, en anderzijds omdat opvattingen over werkwijzen en inhoud van het verplegen in de praktijk niet realiseerbaar en toepasbaar blijken te zijn.

In het perspectief van het eigen taakgebied, staat verpleegkundigen het beeld voor ogen van de zelfstandige beroepsbeoefenaar, die een geheel eigen onderscheiden bijdrage levert aan de zorgverlening. De vraag is, of dit in zijn algemeenheid een reële voorstelling van zaken is. In een situatie, waar de zorgverlening zeer gespecialiseerd en verdeeld is over meer zorgverleners, die voor de uitvoering en coördinatie van hun werkzaamheden afhankelijk zijn van elkaar en van anderen, wordt het beeld van de zelfstandige beroepsbeoefenaar steeds meer een fictie.

In de verpleging worden vele werkzaamheden op gezag van en in samenspel met andere zorgverleners verricht. In die situatie past minder het beeld van de zelfstandige beroepsbeoefenaar, doch meer het beeld van een verpleegkundige, die mede op grond van een passende opleiding, de consequenties van zijn handelen kan overzien en uit hoofde daarvan verantwoordelijkheid kan dragen.

Het *taakgebied van de verpleging* wordt in het algemeen zeer breed omschreven: in optiek en benaderingswijze, alle facetten van het mens zijn, en dientengevolge ook naar inhoud van het taakgebied (zie onder meer ook paragraaf 1.2.1. en 3.4.4.).

In pogingen om het taakgebied van de verpleging te omschrijven, wordt aangegeven, wat dit onderscheidt van dat van andere beroepen in de gezondheidszorg, met name van de medische beroepen. Daarbij wordt gewezen op de beperkingen van de medische optiek en benaderingswijze. De medische zorgverlening heeft, zo wordt in dit verband gesteld, slechts betrekking op een deelaspect van het menselijk bestaan en is primair gericht op het somatische. De verpleegkundige zorgverlening daarentegen is gericht op de totale mens, ze is niet alleen gericht op het somatische doch ook op de psyche van de patiënt alsmede op de onderlinge samenhang van de verschillende zorgbehoeften. In dit verband wordt eveneens gewezen op de tekortkomingen van de medische zorgverlening, die geen remedie biedt voor ziekten die met psycho-sociale aspecten te maken hebben.

In de aangewezen beperkingen in de medische optiek en zorgverlening worden argumenten gevonden om in de verpleging meer en vooral aandacht te schenken aan de psycho-sociale aspecten van de patiëntenzorg. Aspecten, die dan specifiek voor de verpleging en duidelijk onderscheiden van de medische zorgverlening moeten worden beschouwd.

4.4.3. Visie(s) op de verpleging en de inrichting van het verpleegkundig onderwijs

Visie(s) op de verpleging

Velen zijn van mening, dat de nog steeds groeiende zorgbehoeften teruggedrongen moeten worden onder andere door gezondheidsopvoeding en -voorlichting alsmede door werkwijzen van zorgverleners. Deze zienswijze zien we weerspiegeld in de visie op de doeleinden van de verpleging. Aspecten die daarnaast in de discussie over de aard van de verpleging naar voren komen zijn, het aspect zorg, en de relatie verpleegkundige-patiënt-zorgverleningssituatie (zie onder andere Hattinga Verschure, 1977; Van Bergen, Hattinga Verschure en Hollands, 1978; Van den Brink-Tjebbes, 1979).

Volgens Hattinga Verschure (1977) zal de verpleging primair gericht moeten zijn op de instandhouding en vergroting van de zelfzorg van de patiënt. Zijns inziens zal de verpleging 'als professie slechts dan haar waarachtige identiteit vinden wanneer zij zich fundeert in de zorgkunde, toegepast op de gezondheidsproblematiek' (pagina 164).

In een drietal artikelen geven Van Bergen, Hattinga Verschure en Hollands (1978), mede gebaseerd op eerdere publicaties van de auteurs, een uiteenzetting van hun visie op de verpleegkunde. In deze visie wordt de verpleegkunde identiek geacht met zorgkunde en als een nieuwe variant van de sociale wetenschappen beschreven. De zorgkunde zal zich onder meer moeten bezighouden met het zorgen voor het behoud, de vergroting en zo mogelijk het herstel van de zelfzorg van de patiënt alsmede met het doen van onderzoek naar de effecten van de verschillende soorten zorg (pagina 887, e.v.). Een overeenkomstige visie geeft Van den Brink-Tjebbes (1979) in vier artikelen op de verpleegkunde.

Het aangrijpingspunt voor het verpleegkundig handelen ligt, volgens Van den Brink-Tjebbes, in de verpleegsituatie, die bestaat uit de gevolgen van functionele beperkingen van de patiënt. Deze beperkingen kunnen liggen op fysiologisch, psychologisch en sociaal-psychologisch gebied (pagina 881 e.v.). In de hulpverleningssituatie realiseert de verpleegkundige het gedrag dat, volgens Van den Brink-Tjebbes, behoort tot het kernobject van de verpleegkunde, namelijk: het beroepsmatig ondersteunen van de zelfzorg van de patiënt. De noodzaak en de aard van de ondersteuning wordt in principe door de patiënt zelf bepaald. Naast ondersteuning van de zelfzorg van de patiënt heeft de verpleegkundige tot taak, het bevorderen van een goede hulpverleningssituatie tussen patiënt en andere hulpverleners (pagina 1021).

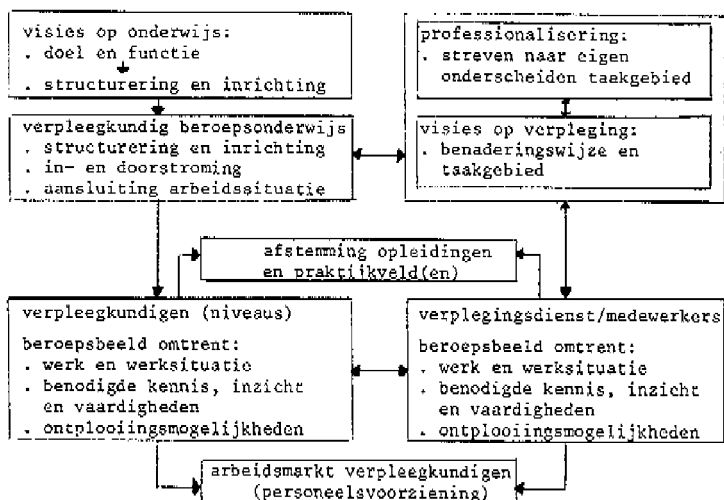
De vraag kan gesteld worden, of de visie op de doeleinden en benaderingswijze van de verpleging specifiek is voor de verpleging. Elementen uit deze visie kunnen ook van toepassing zijn op vele andere zorgverlenende beroepen. Het zich leren (be)helpen is onderdeel van alle therapieën. In de visie op de verpleging

zijn aspecten te onderkennen, die passen in het traditionele beeld van de verpleging, waarin het zorgen voor de patiënt nauw verbonden is met een element van opvoeden tot zelfstandigheid. Eveneens zijn in deze visie aspecten te onderkennen, die passen in de huidige hulpverleningsfilosofie, waarin het beeld naar voren komt van de hulpverlener/adviseur, die met een bepaalde benaderingswijze de cliënt helpt en leert zelf zijn problemen op te lossen.

De inrichting van het verpleegkundig onderwijs

In figuur 4.2. zijn enkele van de in dit hoofdstuk beschreven factoren weergegeven, die van invloed zijn op de structurering en inrichting van het verpleegkundig beroepsonderwijs en de voorziening van verpleegkundigen op langere termijn. De factoren die hierop inspelen, liggen voor een deel binnen het onderwijsbestel. Daarnaast spelen, mede onder invloed van de vernieuwingen in het verpleegkundig onderwijs zelf, factoren als professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep en visies op de verpleging een rol.

In paragraaf 4.5. zal, in relatie met de inrichting van de verplegingsdienst, nog afzonderlijk op de verschillende verpleegkundige opleidingen worden ingegaan.



Figuur 4.2. Enkele factoren in verband met de structurering en inrichting van het verpleegkundig beroepsonderwijs en de personeelsvoorziening van verpleegkundigen

Binnen de verpleging wordt enerzijds een gedifferentieerd takenpakket uitgevoerd (allerlei werkzaamheden), anderzijds is er momenteel nauwelijks sprake van enige niveaudifferentiatie in het uitvoerende vlak van de verpleging. Hier stuiten we op de eerder gestelde vraag, wat heeft de HBO-verpleegkundige, gezien zijn opleiding (zie paragraaf 4.1.1.) de verpleging te bieden. Anderzijds valt hier de vraag te stellen, wat heeft de verpleging, gezien de geringe niveaudifferentiatie (zie paragraaf 4.5.1., figuur 4.4.), de HBO-verpleegkundige te bieden? Ten aanzien van beide vragen zijn reeds enkele knelpunten gesignaleerd.

Enkele knelpunten in de HBO-V

De Hey (1978, a) directeur van een HBO-V stelt, na ruim vijf jaar ervaring met de HBO-V blijkt, dat een grondige bezinning op deze opleiding noodzakelijk is. Hij signaleert onder meer de volgende drie problemen.

1. De onduidelijkheid van de doelstelling van de HBO-V: deze onduidelijkheid houdt enerzijds verband met de naam verpleegkundige, die door de diversiteit aan opleidingen een vlag is die velerlei lading dekt. Anderzijds heeft deze onduidelijkheid te maken met het beroepsvoorbereidende karakter van de opleiding, in het bijzonder met betrekking tot de deskundigheid en inzetbaarheid van de afgestudeerden in de verschillende velden. Het is volgens De Hey 'irreëel om te veronderstellen, dat er zoiets als een all-round verpleegkundige zou bestaan, die in alle velden even goed kan functioneren!' (pagina 356).
2. De onduidelijkheid over het niveau van de HBO-V in vergelijking met dat van de MBO-V: bij de start van de HBO-V is verzuimd duidelijk te omschrijven op welk niveau van functievervulling de afgestudeerde van de HBO-V zou moeten functioneren.
3. De doorstromingsmogelijkheden van de HBO-verpleegkundigen in het onderwijs: op dit moment zijn er voor de afgestudeerde HBO-V'ers onvoldoende mogelijkheden tot doorstroming naar vormen van voortgezet onderwijs.

Volgens De Hey zal een differentiatie in de laatste fase van de opleiding HBO-V moeten worden aangebracht. Hij denkt aan een differentiatie naar veld.

De Hey is van mening, dat de school de student zo dicht mogelijk tot de eisen van de beroepsvariant dient te brengen. Ze dient bij voorkeur alleen de introductie in de concrete functie aan de praktijk over te laten. De differentiatiefase is, aldus nog steeds De Hey, even wezenlijk in een opleiding als de basisvormende fase. Het is onderwijskundig gezien ongewenst dat die fase door de opleiding uit handen wordt gegeven. De veelgehoorde redenering dat het veld voor die gedifferentieerde verdere opleiding moet zorgen is volgens De Hey principieel onjuist.

Door de Landelijke Werkgroep van Afgestudeerde HBO-V'ers worden overeenkomstige problemen als door De Hey gesignaleerd. In een 'Nota problematiek afgestudeerde HBO-V'ers' (1978) wordt gewezen op de onduidelijkheid omtrent de bevoegdheden van verpleegkundigen in de concrete werksituatie. Tevens

wordt gewezen op de vaagheid van de doelstelling van de HBO-V: de opleiding dient de grondslag te leggen voor het zelfstandig vervullen van verpleegkundige taken. Deze doelstelling is volgens genoemde werkgroep ook van toepassing voor de MBO-V. Bij de specifieke doelstelling van de HBO-V: bij de leerlingen het vermogen te ontwikkelen om mede vorm te geven aan de inhoud van het verpleegkundig beroep, wordt een vraagteken geplaatst. De vraag wordt gesteld, of de HBO-V'ers werkelijk zullen bijdragen tot verandering van de beroepsinhoud en de beroepsuitoefening van verpleegkundigen. Eveneens wordt gewezen op het feit, dat de bestaande vervolg- of specialisatie-opleidingen zijn afgestemd op de in-service opleidingen (zie ook boven 'Ontplooingsmogelijkheden in de verpleging'). Dit betekent, aldus de werkgroep, dat deze vervolgopleidingen noch qua duur, noch qua inhoud en organisatie aansluiten op het diploma HBO-V, hetgeen een ernstige blokkering betekent voor de verdere ontplooiingsmogelijkheden van HBO-verpleegkundigen.

Al deze problemen worden nog eens onderstreept in een volgend rapport van de genoemde 'Werkgroep HBO-V'ers', dat in 1979 werd uitgebracht. In dit rapport wordt gepleit voor het creëren van verdere doorstudeermogelijkheden voor HBO-verpleegkundigen. Onder meer wordt aanbevolen, op korte termijn te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om op grond van het diploma HBO-V verder te studeren in aan de verpleegkunde verwante vakgebieden. Hiervoor zouden vervolgens voor de afgestudeerden van de HBO-V formele mogelijkheden en ontheffingsregelingen moeten worden gecreëerd. Indien het voorzien in de behoefte aan studiemogelijkheden 'een leegloop uit de verpleging zou gaan betekenen, kan niet anders dan van een alarmerende ontwikkeling worden gesproken', aldus de werkgroep (pagina 5).

Beïnvloedbare factoren

Twee voornamelijk factoren die momenteel op de vormgeving van het verpleegkundig onderwijs inspelen, zijn, zoals we zagen, het onderwijsbestel en de visie op de verpleging en op het verpleegkundig beroep. De beïnvloedbare factoren liggen aan de kant van de opleidingen en aan de kant van de instellingen van gezondheidszorg. De vraag is, welke gegevens nodig zijn (en van wie) om in het kader van het dagonderwijs tot een gepast stelsel van verpleegkundige onderwijsvoorzieningen te komen.

De verpleegkundige opleidingen zullen in overleg tussen opleidingsinstituten en het praktijkveld gestalte moeten krijgen. Vanuit de opleidingsinstituten zal men moeten eisen, dat men in het praktijkveld de wensen ten aanzien van de benodigde kennis en vaardigheden binnen de verpleging duidelijk maakt. De verantwoordelijkheid voor de onderwijskundige vormgeving van het verpleegkundig onderwijs ligt voor een groot gedeelte bij de opleidingsinstituten, doch ook voor een deel bij de instellingen van gezondheidszorg. Het praktische gedeelte van de opleidingen bijvoorbeeld kan alleen in overleg en in samenwerking met de instel-

lingen worden verwezenlijkt (zie bijvoorbeeld paragraaf 6.2.).

Voor de invulling van de verpleegkundige onderwijsvoorzieningen is een 'diepte-onderzoek' in een beperkt aantal representatieve instellingen in een bepaald veld nodig. Op grond van een dergelijk onderzoek kan het onderwijs in kwalitatief opzicht, naar niveaus, worden ingevuld. Op grond van de op deze wijze verkregen gegevens kan tevens een kwantitatieve behoefte-raming naar de verschillende categorieën worden gedaan.

Een vraag die aan de kant van de instellingen beantwoord moet worden is, welke werkzaamheden binnen de verplegingsdienst verricht worden en welke kennis en vaardigheden daarvoor vereist zijn. Belangrijker is echter de vraag, welke werkzaamheden zouden binnen de verplegingsdienst kunnen en moeten worden gedaan? De beantwoording van deze vraag is veel meer een normatief dan een empirisch vraagstuk. Een beantwoording van laatstgestelde vraag vereist namelijk een *evaluatie* van de eigen organisatiestructuur met inbegrip van de plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst in de eigen instelling. Een wijziging van de organisatiestructuur raakt de bevoegdhedenstructuur en heeft derhalve juridische consequenties. We denken in dit verband aan het probleem van de bevoegdheden van verpleegkundigen en met name aan de uitvoering van die taken die wettelijk tot het terrein van de geneeskunde behoren.

Uit het oogpunt van een passende patiëntenzorg is het van primair belang, dat aan verpleegkundigen middels een verworven en op grond daarvan wettelijk erkende deskundigheid bepaalde taken en bevoegdheden kunnen worden toevertrouwd. Ook ten aanzien van taken die wettelijk tot het terrein van de geneeskunde behoren. Het verpleegkundig onderwijs kan hier door voldoende aandacht te schenken aan het onderwijs op het gebied van de geneeskunde, een innoverende functie vervullen. Hierdoor kunnen aan verpleegkundigen op reële kennisgronden en passend in de formele structuur taken en bevoegdheden worden toegewezen. Hierdoor zou tevens een reële basis worden gecreëerd om in juridisch opzicht tot een oplossing van het bevoegdhedenprobleem te komen. Door in het verpleegkundig onderwijs voldoende aandacht te schenken aan de medisch-technische aspecten van de verpleging, kan eveneens een eerste aanzet worden gegeven tot een reële niveaudifferentiatie in de werkzaamheden binnen de verpleging (zie paragraaf 2.5.)!

In de nieuwe dagopleidingen heeft men aan de kant van de opleidingsinstituten niet ingespeeld op het zojuist aangestipte bevoegdhedenprobleem in de verpleging. Dit laat zich illustreren aan het feit, dat geen aanzet is gegeven om tot een oplossing te komen van het specialisatievraagstuk in de verpleging.

Deze specialisatie komt het sterkst tot uiting in de intensive care-afdelingen: hartbewaking, post-operatieve zorg, neurochirurgie e.d. De patiënten op deze afdelingen bevinden zich in een levensbedreigende situatie. De verpleging van deze patiënten vraagt van verpleegkundigen veel bekwaamheden.

In een rapport betreffende 'intensieve verpleging' (1978) wordt een studiegids

van een academisch ziekenhuis in ons land aangehaald. In deze studiegids wordt vermeld, dat men voor verpleegkundigen alleen een 'basisopleiding' intensieve verpleging verzorgt, omdat de eisen voor een volledige opleiding dermate hoog zijn, dat daaraan niet kan worden voldaan in een cursus die slechts één jaar duurt. Tevens wordt in de desbetreffende studiegids vermeld, dat een volledige opleiding intensieve verpleging pas tot zijn recht kan komen als een specialisatie na een hogere beroepsopleiding (vierde deelrapport specialisaties in de verpleegkunde, 1978, pagina 5).

Indien we bovenstaande constatering naar de praktijk van de verpleging vertalen, komt het er op neer, dat in een dergelijke situatie verpleegkundigen taken verrichten, waarvoor ze eigenlijk onvoldoende zijn toegerust.

Een belangrijke sturingsmogelijkheid bij het verpleegkundig onderwijs vormt de beheersing van de instroming van leerlingen in de verschillende verpleegkundige opleidingen. Momenteel is het aanbod van leerlingen bij de beide dagopleidingen en de in-service opleidingen vele malen groter dan er geplaatst kan worden. Bij vele in-service opleidingen is, gezien het grote aanbod, momenteel een selectiecriteria voor toelating, HAVO- of gelijkwaardig diploma. Mogelijk zullen de beperkte plaatsingsmogelijkheden bij het verpleegkundig dagonderwijs een reden zijn voor de grote toestroom naar de in-service opleidingen van HAVO-abituuriënten. Niet ondenkbaar is echter, dat zich momenteel bij de in-service opleidingen in de gezondheidszorg leerlingen aandienen die in het algemeen moeilijk plaatsbaar zijn binnen het totale reguliere beroepsonderwijs. Als dit het geval is, zou dit betekenen dat problemen binnen het onderwijsbestel zich ook binnen de gezondheidszorg manifesteren en voor een deel op deze sector worden afgeschoven (zie bijvoorbeeld paragraaf 4.2.). De toepassing van een toelatingseis, HAVO- of gelijkwaardig diploma voor de in-service opleidingen, heeft uiteraard ook consequenties voor de plaatsingsmogelijkheden van MAVO-abituuriënten bij deze opleidingen.

Er zullen richtlijnen moeten worden gegeven voor de instroming van de verschillende categorieën leerlingen bij de verschillende verpleegkundige opleidingen. Wij denken hier aan het onderscheid in niveau, dat tussen de MBO-V en HBO-V aanwezig moet zijn. Op basis van de instroming van de verschillende categorieën leerlingen kan het niveau van de verschillende opleidingen worden afgestemd en kan de doorstromingsmogelijkheid in het verpleegkundig onderwijs (van de MBO-V naar de HBO-V) mede een reële basis krijgen (zie figuur 4.3.).

4.5. EVALUATIE VAN DE VERPLEEGKUNDIGE ONDERWIJSVOORZIENINGEN

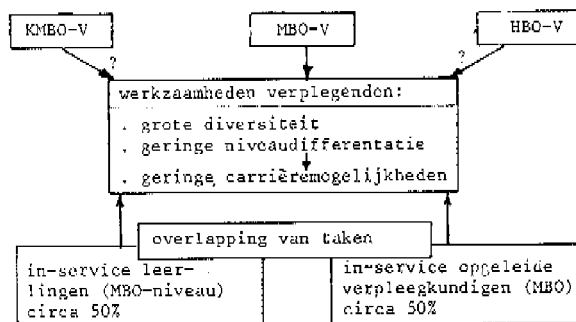
4.5.1. Huidige situatie in het ziekenhuis

Het ziekenhuis laat met betrekking tot de inzet van de verschillende categorieën verplegenden de volgende structuur zien (zie figuur 4.3.). Tussen in-service leerlingen en verpleegkundigen valt een zekere overlapping van taken te constateren. Andere kenmerken van de taakverdeling zijn, dat allerlei soorten werkzaamheden binnen de verpleging worden verricht en er nauwelijks sprake is van enige niveaudifferentiatie in de werkzaamheden.

Kenmerkend voor het ziekenhuis is het geringe aantal lager geschoolden in de verpleging, namelijk ziekenverzorgenden (een opleiding op KMBO-niveau, zie hieronder paragraaf 4.5.3.). Kenmerkend is ook het ontbreken van (tot voor kort) hoger geschoolden in de verpleging.

toekomstige
situatie

huidige
situatie



Figuur 4.3. De inzet van twee niveaus verplegenden bij de uitvoering van de patiëntenzorg

In het nu volgende wordt eerst ingegaan op het MBO: de in-service opleiding(en) en de MBO-V. Daarna wordt achtereenvolgens aandacht geschonken aan het KMBO en het HBO, respectievelijk de KMBO-V en de HBO-V. Tenslotte zal worden aangegeven hoe het aantal voor ziekenhuizen in opleiding te nemen leerlingen over de verschillende opleidingsniveaus moet worden verdeeld.

4.5.2. Het MBO: de in-service opleiding(en) en de MBO-V

Het beleid

Zoals reeds is opgemerkt, is op grond van een beslissing van de Tweede Kamer (begin november 1979) met ingang van augustus 1980 de MBO-V overgedragen aan het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. Na de herstructurering van het MHNO/MSPO kan in 1983 tot 'onbepaalde' uitbreiding van het aantal MBO-V's worden overgegaan.

In 1980 heeft de Ministerraad na vooroverleg met de Nationale Ziekenhuis Raad besloten, dat eerst in 1983 het aantal MBO-V's met vijf zal worden uitgebreid (in totaal circa 500 leerlingen), evenzo in 1984; voorts, dat pas in 1985 de scholenplanprocedure in werking zal treden (brief NZR aan de aangesloten instellingen bij deze raad, 17 juli 1980)*.

Een evaluatie van de in-service opleiding in het ziekenhuis

Ons onderzoek in twee ziekenhuizen naar de oorzaken van het verloop onder in-service leerlingen heeft een beeld opgeleverd van de opleidingssituatie van de leerling. Het is echter niet mogelijk om uitsluitend op grond van een verlooponderzoek in ziekenhuizen een oordeel over de in-service opleiding te vellen. Een evaluatie van deze opleiding vereiste een analyse van de organisatie waarbinnen het opleidingsgebeuren plaatsvindt.

Binnen het door ons ontwikkelde kader zijn vele vragen te stellen ten aanzien van de in-service opleiding. De belangrijkste was:

- is er binnen het ziekenhuis soms sprake van onverenigbaarheid van doelen, namelijk: enerzijds het realiseren van de patiëntenzorg en anderzijds het tegelijkertijd opleiden van beroepskrachten?

De conclusies inzake de in-service opleiding zijn gebaseerd op de resultaten van onze analyse van de organisatie van het ziekenhuis (zie de hoofdstukken II en III), alsmede op de resultaten van het onderzoek naar de oorzaken van het verloop onder leerlingen én verpleegkundigen in ziekenhuizen (zie hoofdstuk V), en de bevindingen van het onderzoek aan de MBO-V (zie hoofdstuk VI).

In de laatste decennia zijn de opleidingscondities voor wat betreft de in-service opleiding in sterke mate veranderd en wel in ongunstige zin: zowel in organi-

* Tevens wordt in de desbetreffende brief vermeld, dat volgens de Ziekenhuisraad dagopleidingen en in-service opleidingen beide bestaansrecht hebben.

De Geneeskundig Hoofdinspecteur (publicaties 1979; 1980) en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (Interim-advies, 1980) menen, dat aangezien de geleidelijke uitbreiding van het dagonderwijs en de daarop afgestemde inkrimping van het in-service onderwijs naar alle waarschijnlijkheid niet vóór het jaar 2000 kan worden voltooid, de in-service opleidingen regelmatig naar de eisen van de tijd moeten worden bijgesteld.

satorisch, economisch alsook in maatschappelijk opzicht. Op deze factoren zullen we achtereenvolgens ingaan.

Organisatorische veranderingen

Het ziekenhuis heeft zich over een niet zo lang tijdsbestek ontwikkeld van een ambachtelijke naar een zeer gecompliceerde organisatie. Deze ontwikkeling houdt in, dat in de loop der jaren de opleidingssituatie van de in-service leerling drastisch is gewijzigd.

De afstemming van de organisatie van de in-service opleiding op die van het ziekenhuis en speciaal op die van de verpleegafdelingen leidt tot afstemmingsproblemen van diverse aard. Met als bijzondere knelpunten de inzet en begeleiding van de leerlingen op de verpleegafdelingen. Een aparte praktijkbegeleiding (los van de verpleegafdeling) biedt nauwelijks soelaas en is ook geen goede oplossing om tot een verbetering van de opleidingssituatie van de leerling te komen. Dit gezien het *fundamentele* afstemmingsvraagstuk dat er bestaat tussen de organisatie van de opleiding en die van de verpleegafdelingen (zie paragraaf 2.3.4.).

De leerling werkt door het systeem van rouleren relatief maar kort op een verpleegafdeling en onderbrekt dit vaak nog door lesweken of lesdagen, hetgeen dan ook nog eens kan leiden tot fluctuaties qua aantallen in de personele bezetting op een afdeling. (Mercx en Nijhuis, 1979)

Enige duurzaamheid in de directe werkrelaties (een zekere mate van stabiliteit) is een organisatorische voorwaarde om tot een ondersteuning gevende werksituatie voor verplegenden te komen en om gezamenlijk als team te kunnen functioneren. Men raakt bijvoorbeeld moeilijk goed op elkaar ingespeeld en met elkaar vertrouwd als steeds met andere en nieuwe mensen moet worden samengewerkt.

De in-service opleiding heeft consequenties zowel voor de organisatie (het organiseren) alsook voor het functioneren van verpleegkundigen en leidinggevend. De in-service opleiding heeft daarmee in tweeërlei opzicht consequenties voor de patiëntenzorg (zie figuur 2.5.).

De in-service opleiding moet op zijn minst storend worden genoemd voor de patiëntenzorg. De verwezenlijking van de patiëntenzorg is de primaire taak van het ziekenhuis.

Het tegelijkertijd opleiden van beroepskrachten is daarmee onverenigbaar.

Economische veranderingen

De in-service opleiding kan om diverse redenen een kostbaar systeem van opleiden en de in-service leerling een dure arbeidskracht worden genoemd.

Gedurende de opleiding van drieëneenhalfjaar zijn er voor een in-service leerling

tal van improductieve dagen (ongeveer 180). Worden deze improductieve dagen gerelateerd aan het aantal normatieve werkdagen, dan is het 'rendement' van in-service leerlingen ongeveer 80 procent. De leerling geniet een minimum jeugdloon. Daarenboven komen de direct aan te wijzen opleidingskosten.

Belangrijker zijn echter de *organisatiekosten*. Deze zijn de kosten, die aan het werken met leerlingen zijn verbonden. We kunnen hier als gevolg van het rouleren denken aan de inwerkperioden, het inwerken en begeleiden en uiteraard aan het feit, dat ze tot het einde van de opleiding leerlingen blijven.

Onder de moeilijk te berekenen organisatiekosten moeten eveneens de veronderstelde effecten begrepen worden die opleiding en werken met leerlingen hebben op het werken en functioneren van anderen alsmede op de kwaliteit en doelmatigheid van het werk.

De in-service leerlingen moeten worden beschouwd als halfwaskrachten. Een halfwaskracht mag men niet gelijk stellen aan een gediplomeerde kracht als zouden ze een gelijke arbeidsprestatie leveren in een verhouding van 1 : 1. Wellicht is deze verhouding 3 in-service leerlingen : 2 verpleegkundigen. Dit alles maakt de in-service leerling tot een dure arbeidskracht.

Wij zijn van mening, dat het goedkoper zou zijn als er uitsluitend met gediplomeerde krachten zou worden gewerkt.

Eveneens zijn we van mening, dat als men uitsluitend met gediplomeerden zou kunnen werken, men, met behoud van kwaliteit, met relatief minder mensen zou kunnen volstaan (Verwey, 1978).

Op grond van bovenstaande overwegingen betreffende het 'arbeidsrendement' van in-service leerlingen is voor de vervanging van deze categorie door verpleegkundigen een substitutie-factor van 0.7 bepaald (zie paragraaf 1.3.). In deze substitutie-factor is ook rekening gehouden met de inwerkperiode (de arbeidsprestatie tijdens deze periode) van de via het dagonderwijs opgeleide verpleegkundigen (Botter en Verwey, 1980).

De gekozen substitutie-factor bepaalt de uitkomst inzake de financiële consequenties van het gaan werken met uitsluitend gediplomeerde krachten.

In een interim-advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid 'Inzake de ontwikkeling van de opleidingen verpleegkunde, 1980' worden de extra-loonsomkosten voor verpleegkundige zorg* voor drie substitutie-factoren vermeld en wel voor de waarden 0.67, 0.8 en 0.9.

Bij een substitutie-factor van 0.7 zijn de extra-loonsomkosten praktisch nihil. De Centrale Raad zelf is echter van mening (zonder argumentatie) dat de substitutie-factor tussen 0.8 à 1 zal moeten liggen. Op grond daarvan komt de Raad tot de conclusie, dat het werken met uitsluitend verpleegkundigen tot een aan-

* Basis voor deze berekeningen is het verschil in salariskosten en sociale lasten voor verpleegkundigen en leerlingen.

zienlijke kostenverhoging in de gezondheidszorg zal leiden.

Over het wegvallen van de kosten van de in-service opleiding en de vele organisatiekosten (zie eerder), die aan het werken met leerlingen zijn verbonden, wordt in het genoemde interim-advies niet gerept.

Onze conclusie is, dat het werken met gediplomeerde krachten kostenbesparend voor het ziekenhuis zal zijn, indien we een substitutiefactor van 0.7 aanhouden en tevens letten op het wegvallen van de kosten die aan deze opleiding en het werken met leerlingen zijn verbonden.

De te mogen besteden loonsom leidt tot de verhouding in-service leerlingen : verpleegkundigen van 50 : 50, de zogenaamde 'COZ-ervaringsnorm'. Een veel gehoord argument om deze verhouding niet ten gunste van meer verpleegkundigen te veranderen is, dat de verpleging dan nog duurder wordt.

De grondslag van een dergelijke argumentatie is, zoals we juist zagen, dat bij kostenberekeningen voornamelijk kwantiteiten zoals aantal personeelsleden (onderscheiden naar niveaus, leerlingen — verpleegkundigen) en salaris (van de diverse onderscheiden categorieën) als uitgangspunt worden genomen. Dit geeft een eenzijdig en onjuist kostenbeeld.

De redenering aangaande het werken met leerlingen is gemakkelijk, een in-service leerling verdient minder dan een gediplomeerde kracht en is daarom een goedkope(re) arbeidskracht. Veel juistert daarentegen is de volgende redenering: we werken met alle gevolgen van dien voor de hele organisatie met veel halfwas-krachten, waaraan we een behoorlijke beloning moeten geven en waarvoor we bovendien de opleiding moeten verzorgen.

Maatschappelijke veranderingen

De in-service opleiding past steeds minder binnen het huidige onderwijsbestel. Voorts zijn er ontwikkelingen aan te wijzen, die ertoe zullen leiden dat in de toekomst het potentiële aanbod van leerlingen bij deze opleiding kleiner zal worden.

De in-service opleiding voldoet niet aan de eisen, die we momenteel aan het onderwijs stellen. Verbetering van de opleiding is nauwelijks realiseerbaar en ook niet wenselijk, daar deze opleiding niet te verenigen is met een effectieve en doelmatige patiëntenzorg in het ziekenhuis.

Het is bedenkelijk dat deze opleiding waaraan zoveel bezwaren kleven, als voornaamste instrument voor de personeelsvoorziening wordt gebruikt. Op het niveau van het ziekenhuis heeft dit eveneens consequenties voor het personeelsbeleid ten aanzien van de eigen pas afgestudeerden en de eigen gediplomeerden in het algemeen. Er moet worden gemanoeuvrerd met de 50 : 50 COZ-ervaringsnorm en dit op zich leidt gemakkelijk tot een in de tijd wisselend personeelsbeleid.

Voor de volledigheid zullen we enkele opmerkingen plaatsen over het regionale opleidingsinstituut (gezamenlijke in-service opleiding van enkele ziekenhuizen). Deze bijzondere variant in de in-service opleiding biedt enkele voordelen, die voornamelijk aan de kant van de organisatie van de opleiding liggen. De problemen rond en de consequenties van de in-service opleiding zijn door ons voornamelijk belicht vanuit de organisatie van het ziekenhuis. Door ons zijn vooral facetten en problemen genoemd, die ook opgaan voor het regionale opleidingsinstituut.

De conclusie is, dat een regionaal opleidingsinstituut weliswaar enige voordelen biedt, maar dat de door ons getrokken conclusies ten aanzien van de in-service opleiding eveneens van toepassing zijn voor dit opleidingsinstituut.

Ondanks bovenstaande conclusies zal bij sommigen de vraag rijzen, of aan het in-service onderwijs geen positieve kenmerken toe te schrijven zijn. Als argument wordt dan veelal aangevoerd, dat het in de praktijk 'al werkend leren' voor velen een geschikte en ook aantrekkelijke vorm van onderwijs is; juist omdat het huidige reguliere onderwijs zo'n sterk beroep doet op intellectuele vaardigheden. Een argument, dat zeer waarschijnlijk weinig steekhoudend is voor de HAVO-arbituriënten, die momenteel voornamelijk in opleiding worden genomen bij de in-service opleiding.

Onze conclusie is, dat de afweging van in-service onderwijs tegenover regulier dagonderwijs ons dwingt tot een keuze ten gunste van het dagonderwijs, wanneer we factoren in beschouwing nemen als de aard van de leer- en werksituatie, de kosten etc.

Deze conclusie betekent, dat wij de afbouw van de in-service opleiding voorstaan. Voorgesteld wordt deze vorm van opleiden slechts in beperkte omvang als part-time onderwijs binnen het reguliere onderwijs te handhaven. Deze conclusie impliceert eveneens, dat we er een voorstander van zijn om in de niet al te verre toekomst uitsluitend met gediplomeerde krachten te gaan werken. Een eventuele tegenwerping, dat de verpleging dan wel erg duur wordt, mist reële gronden.

Evaluatie van de MBO-V

Wij zullen in hoofdstuk VI nog uitvoerig op ons in 1981 afgeronde onderzoek aan de MBO-V ingaan. Daarop vooruitlopend zullen we hier de resultaten van dit onderzoek relateren aan de genoemde destijds gekozen uitgangspunten voor de MBO-V (zie paragraaf 4.3.1.).

1. Het is in principe mogelijk door middel van een basisopleiding verpleegkundigen op te leiden voor de diverse velden van de gezondheidszorg. De verpleegkundigen zijn in alle velden van de gezondheidszorg werkzaam en functioneren op een groot aantal afdelingen. Van de eerste lichtingen afgestudeerden (afstudeerjaren 1975 tot en met 1978) is ruim 60 procent in ziekenhuizen gaan werken.

De plaatsingsmogelijkheden in de extra-murale gezondheidszorg zijn tot nu toe beperkt, doch deze hebben ons inziens meer te maken met de structuur en mogelijkheden van dit werkveld dan met de opleiding.

2. De vervroeging van de aanvangsleeftijd voor de opleiding tot verpleegkundige levert geen problemen op tijdens de opleiding en het functioneren daarna in de gezondheidszorg.
3. Het is mogelijk verpleegkundigen op te leiden buiten de instellingen van gezondheidszorg in zelfstandige opleidingsinstituten.
De ontkoppeling van werk en de status van leerling, kan in vele opzichten als positief worden beoordeeld.
4. Men is bij afstuderen gemiddeld ruim twee jaar jonger dan een in-service gediplomeerde. Dit kan een voordeel worden genoemd, daar deze verpleegkundigen gemiddeld langer in het verpleegkundig beroep werkzaam zullen zijn dan in-service opgeleide verpleegkundigen. Met betrekking tot de 'levensduur' in de instellingen laten de MBO-verpleegkundigen een niet ongunstig beeld zien.

De evaluatie van de in-service opleiding en van de MBO-V valt ten gunste van laatstgenoemde opleiding uit. Het landelijk opleidingsrendement van de MBO-V is ongeveer 20% hoger dan van de in-service opleiding (zie paragraaf 1.3.).

Gezien de kosten die aan de in-service opleiding zijn verbonden en die op de verpleegprijzen drukken, moet het uit macro-economisch oogpunt bezien, aantrekkelijk zijn om tot institutionalisering van de opleiding voor verpleegkundigen op MBO-niveau over te gaan.

4.5.3. Het KMBO (de KMBO-V) en het HBO (de HBO-V)

Het KBMO: de KMBO-V

Een belangrijke vraag is: wie zal, na opheffing van de in-service opleiding ziekenverpleging, de werkzaamheden gaan verrichten die momenteel door de vele leerlingen van deze opleiding worden verricht?

Wegens het gebrek aan belangstelling voor de in-service opleiding ziekenverpleging, werd in de jaren vijftig en in het begin van de jaren zestig in vele ziekenhuizen ook een tweejarige opleiding tot ziekenverzorgende ingericht. Door een weer toenemende belangstelling voor de in-service opleiding tot verpleegkundige, is de opleiding ziekenverzorging geleidelijk aan en momenteel vrijwel uit het ziekenhuis verdwenen.

In ziekenhuizen worden door leerling-verpleegkundigen vele werkzaamheden verricht, die op zich geen hoog opleidingsniveau vereisen. De ziekenverzorgende is echter merkwaardig genoeg juist door het grote aantal in-service leerlingen beperkt inzetbaar in het ziekenhuis.

Door de 'Structuurcommissie MHNO/MSPO' wordt, zoals we reeds zagen, op

grond van een uitspraak van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, ziekenverpleging en -verzorging als één beroep (op middelbaar niveau) beschouwd. De vraag is, welke consequenties deze zienswijze voor de opleiding tot ziekenverzorgende heeft. In verpleeghuizen bijvoorbeeld bestaat momenteel de grootste categorie werknemers uit (in-service leerlingen) ziekenverzorgenden. Is het de bedoeling dat de in-service opleiding tot ziekenverzorgende wordt afgebouwd en ook niet binnen het reguliere dagonderwijs verwezenlijkt gaat worden? Dit betekent, dat in de toekomst voor schoolverlaters, die een functie bij de patiëntenzorg ambiëren, doch voor wie de MBO-V moeilijk toegankelijk is, geen opleidingsmogelijkheden meer zullen bestaan. Het betekent eveneens, dat in de toekomst een potentiële categorie werknemers voor een werkkring in de verpleging wordt uitgesloten.

De oprichting van een tweejarige beroepsopleiding voor ziekenverzorgenden in de vorm van Kort Middelbaar Beroepsonderwijs, KMBO-V geheten (zie paragraaf 4.4.2.) is in dit geval een goede oplossing voor dit opleidingsvraagstuk. Ziekenverzorgenden die op deze wijze zijn opgeleid, kunnen vele werkzaamheden verrichten die momenteel door leerling-verpleegkundigen worden verricht. Onze bezwaren tegen het werken met leerling-verpleegkundigen richten zich niet op de lage geschooldheid van deze categorie verplegenden, maar zijn gericht op de negatieve gevolgen van het in-service opleidingssysteem.

Het HBO: de HBO-V

Er zijn met betrekking tot de duurzamere inzetbaarheid van HBO-verpleegkundigen bij de directe patiëntenzorg enkele vraagtekens te plaatsen (zie paragraaf 4.4.3.)*.

Een probleem is, dat als hoger opgeleide verpleegkundigen niet op zinvolle wijze en duurzaam kunnen worden ingezet bij de directe patiëntenzorg in het ziekenhuis ook lager opgeleide moeilijker inzetbaar zijn. Wij denken in het laatste geval aan ziekenverzorgenden op KMBO-niveau.

Basisactiviteiten bij de uitvoering van de patiëntenzorg zijn de diagnostische en therapeutische activiteiten, die voornamelijk op medisch gebied liggen. Binnen de verpleging zal, met name binnen het verpleegkundig kader, voldoende inzicht moeten bestaan in deze basisactiviteiten, teneinde:

- de verpleging en verzorging tot geïntegreerde onderdelen van de patiëntenzorg te maken;

* In een voetnoot (zie paragraaf 4.1.1.) is reeds opgemerkt, dat in 1981 door ons voor de 'evaluatiecommissie HBO-V' een onderzoek is begonnen naar het functioneren van HBO-verpleegkundigen in de gezondheidszorg. De vraagstellingen voor dit onderzoek zijn, mede in het licht van de doelstelling van de HBO-V, gecentreerd rond de inzetbaarheid van deze categorie verpleegkundigen bij de basisverpleegkundige zorg in de gezondheidszorg. De resultaten van dit onderzoek zullen in de loop van 1982 beschikbaar komen.

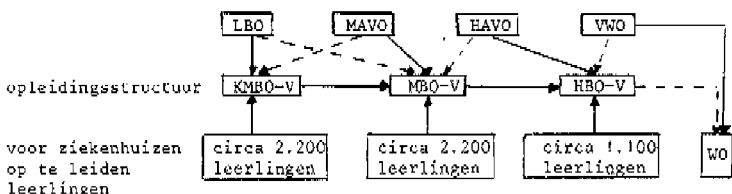
- de verpleegkunde verder te ontwikkelen;
- tot nieuwe taak- en communicatiestructuren rond de patiënt te komen;
- leiding te kunnen geven aan activiteiten betreffende de uitvoering van de patiëntenzorg.

Om bovenstaande zaken te bereiken, zal in de hogere beroepsopleiding (en vervolgens gespecialiseerde vervolgoopleidingen) meer dan nu het geval is, aandacht moeten worden geschonken aan de genoemde diagnostische en therapeutische basisactiviteiten in het ziekenhuis.

4.5.4. Benodigde aantallen in opleiding te nemen leerlingen

De huidige onevenwichtige structuur, naar opleidingsniveaus en naar inhoud, heeft, zoals we zagen, gevolgen voor de mogelijkheid tot instroming evenals voor de doorstromingsmogelijkheden binnen het verzorgend en verpleegkundig beroepsonderwijs.

In figuur 4.4. is de opleidingsstructuur voor het verzorgend en verpleegkundig beroepsonderwijs weergegeven, zoals die er volgens ons zou moeten uitzien. De ononderbroken lijnen geven de voornaamste in- en doorstromingsmogelijkheden aan. Onder in de figuur staat per opleidingsniveau aangegeven hoeveel leerlingen jaarlijks voor ziekenhuizen in opleiding moeten worden genomen. Op die aantallen zullen we nader ingaan.



Figuur 4.4. De opleidingsstructuur voor ziekenverzorgenden en verpleegkundigen in relatie met de jaarlijks in opleiding te nemen aantallen leerlingen voor ziekenhuizen.

Bij een substitutie-factor van 0,7 voor de vervanging van in-service leerlingen door gediplomeerde krachten, zullen uiteindelijk voor de vervanging van verpleegkundigen, die uit het beroep treden, jaarlijks ongeveer 5.500 leerlingen voor ziekenhuizen in opleiding moeten worden genomen (zie paragraaf 1.3. en de daar vermelde aannamen voor de berekening). De vraag is, hoe dit aantal over de verschillende opleidingsniveaus zal moeten worden verdeeld.

Het is volgens ons reëel voor het KMBO-V, het MBO-V en het HBO-V een verhouding aan te houden van respectievelijk 2 : 2 : 1. Dit betekent dat uiteindelijk voor ziekenhuizen jaarlijks ongeveer 2.200 leerlingen bij het KMBO-V moeten worden aangenomen, evenzo bij het MBO-V, en ongeveer 1.100 leerlingen bij het HBO-V.

4.6. CONCLUSIES

De evaluatie van de verpleegkundige onderwijsvoorzieningen hebben we in eerste instantie gerelateerd aan de werkzaamheden en het huidige opleidingsniveau van verplegenden in het ziekenhuis.

De evaluatie van de in-service opleiding en de MBO-V valt ten gunste van laatstgenoemde opleiding uit. Het opleiden van verpleegkundigen in het ziekenhuis is moeilijk te verenigen met de uitvoering van de patiëntenzorg en het is mede daardoor een kostbare zaak. De destijds bij de oprichting van de MBO-V gekozen uitgangspunten voor deze opleiding zijn in de praktijk haalbaar gebleken. De bevindingen van het onderzoek aan de MBO-V zijn positief te noemen (zie hoofdstuk VI). Er zal zo snel mogelijk tot de afbouw van de in-service opleiding en tot de uitbouw van de MBO-V moeten worden overgegaan.

Handhaven van de in-service opleiding, naast de MBO-V, zal ten koste gaan van de verdere ontwikkeling van de MBO-V. Te denken valt hier aan de plaatsing en begeleiding van stagiaires van de MBO-V in de instellingen.

De doorstudeermogelijkheden moeten voor MBO-verpleegkundigen, evenals voor de in-service opgeleide verpleegkundigen, gering worden geacht. Behoudens de enkele traditionele specialisaties, zijn er geen uniforme vervolgopleidingen voor deze categorie verpleegkundigen. Ook is er op dit moment voor MBO-verpleegkundigen geen reële doorstromingsmogelijkheid naar de HBO-V.

De verdere ontwikkeling van de MBO-V is niet los te zien van de totale opzet van verpleegkundige onderwijsvoorzieningen. Bij een evaluatie van deze voorzieningen valt het volgende te constateren.

1. De verpleegwerkelijkheid is onvoldoende als uitgangspunt genomen bij de inrichting van de verpleegkundige onderwijsvoorzieningen. De vernieuwingen in het verpleegkundig onderwijs zijn niet aangegrepen om tot een oplossing van het bevoegdhedenprobleem van verpleegkundigen te komen. Ook is geen aanzet gegeven voor de oplossing van het specialisatievraagstuk in de verpleging. Dit betekent dat in de huidige opzet van het verpleegkundig beroeps-onderwijs maar ten dele een oplossing wordt geboden voor het opleidingsvraagstuk in de verpleging.
2. Opvallend is de onevenredige aandacht voor de verschillende beroepsopleidingen in kwantitatief opzicht. Aan de ontwikkeling van het 'lager' beroeps-onderwijs op KMBO-niveau wordt nauwelijks aandacht geschonken. Dit bete-

kent, dat een potentieel arbeidsreservoir onbenut blijft en in de toekomst niet op adequate wijze ingeschakeld kan worden bij de patiëntenzorg. Een ander opvallend gegeven is, dat er momenteel (in 1981) vijf MBO-V's zijn tegen inmiddels al negen HBO-V's. De MBO-V dreigt in het gedrang te komen tussen de HBO-V en de nog bestaande in-service opleidingen.

3. De technische vaardigheden van verpleegkundigen nemen niet evenredig toe met de verhoging van het opleidingsniveau. De MBO-V en de HBO-V zijn met betrekking tot de beroepsgerichte vakken vrijwel identieke opleidingen. Uit onderwijs oogpunt is dit een niet wenselijke situatie. Een consequentie is, zoals reeds is opgemerkt, dat er voor de MBO-verpleegkundige weinig reële doorstromingsmogelijkheden in het reguliere verpleegkundig onderwijs aanwezig zijn. Deze situatie heeft consequenties voor de opbouw van het personeelsbestand in de instellingen alsmede voor het functioneren van beide categorieën verpleegkundigen in de gezondheidszorg.

Het verschil tussen de MBO-V en de HBO-V is voornamelijk gelegen in de bredere *algemene vorming* van de HBO-verpleegkundige. De tendens is om binnen deze algemene vorming voor een groot deel het geheel eigene van het verpleegkundig beroep te zoeken. Deze tendens zal mogelijk worden versterkt als in de toekomst hoger en universitair opgeleide verpleegkundige docenten een bijdrage aan het verpleegkundig onderwijs gaan leveren. Niet onvoorstelbaar is, dat de beroepscultuur rond het verpleegkundig beroep en de beroepswerkelijkheid steeds verder uit elkaar gaan groeien. Ook in die zin, dat het verpleegkundig beroepsonderwijs onvoldoende mogelijkheid biedt om fundamentele wijzigingen in de patiëntenzorg aan te brengen, met alle frustraties van dien.

De onder 2. en 3. genoemde aspecten, de scheve verhouding in kwantitatief opzicht en de niet evenredige toename in technische vaardigheden van verpleegkundigen bij verhoging van het opleidingsniveau, zullen mogelijk tot personeelsproblemen in het ziekenhuis leiden.

Opgepast zal moeten worden, dat de voorziening van verpleegkundigen in het ziekenhuis niet hetzelfde beeld zal gaan vertonen als in vele andere landen. Dat we met betrekking tot het verzorgend en verzorgend personeel op de lagere niveaus onvoldoende mensen kunnen krijgen en diensgevolge de buitenlandse werknemer zien verschijnen. Met als gevolg dat die arbeidstaken en -situatie, ten onrechte, het etiket van minderwaardig opgeplakt krijgen. Dat we daarnaast hoger opgeleide verpleegkundigen hebben, die op geen enkele wijze in het ziekenhuis hun opvattingen omtrent de verpleging kunnen waar maken. Hoger opgeleiden, waarvan het niveau en de inhoud van de genoten beroepsopleiding niet aansluit op het niveau van taken en arbeidsomstandigheden.

We zouden dan in een situatie zijn beland, die we, ons inziens nauwelijks meer kunnen terugdraaien. Een dergelijke niet onvoorstelbare situatie heeft implica-

ties voor de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen én dien-
tengevolge voor de kwaliteit en doelmatigheid van de werkzaamheden. Echter,
een dergelijke situatie zou eveneens betekenen, dat in het ziekenhuis de voor-
waarden ontbreken om tot een noodzakelijke herstructurering van de organisatie
met inbegrip van een verbetering van werkomstandigheden van verpleegkundigen
over te gaan.

Literatuur

- Aldag, R.J., Brief, A.P., Melone, N., Sell, M. van, Anticipatory Socialization and
Role Stress among Registered Nurses, *Journal of Health and Social Beha-
vior*, jrg. 20, nr. 2, 1979, p. 161-166.
- Bergen, B. van, Hattinga Verschure, J.C.M., Hollands, L., Naar een universitaire
verpleegkundige wetenschapsbeoefening, *Tijdschrift voor Ziekenverple-
ging*, jrg. 31, nr. 17, 1978, p. 817-822.
- Bergen, B. van, Hattinga Verschure, J.C.M., Hollands, L., Een model voor we-
tenschappelijk onderwijs inzake het verplegen, *Tijdschrift voor Ziekenver-
pleging*, jrg. 31, nr. 19, 1978, p. 887-891.
- Bergen, B. van, Hattinga Verschure, J.C.M., Hollands, L., Verwerkelijking van
verpleegkundig onderwijs en onderzoek aan de universiteit, *Tijdschrift
voor ziekenverpleging*, jrg. 31, nr. 20, 1978, p. 935-939.
- Brink-Tjebbes, J.A. van den, Het 'leergebied' verpleegkunde I, II, III, IV, *Tijd-
schrift voor Ziekenverpleging*, jrg. 32, nr's 19 (p. 881-884), 20 (p. 913-
917), 22 (p. 1021-1027), 23 (p. 1072-1077), 1979.
- Botter, C.H.V.A., Verwey, J.A., De financiële consequenties van de uitbreiding
van de MBO-V's, *Het Ziekenhuis*, jrg. 10, nr. 20, 1980, p. 592-596.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, *De toekomstige demografische ontwikkeling
in Nederland na 1975*, 's-Gravenhage, 1976.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Eerste Rapport van de Begeleidings-
commissie Experimenten op het gebied van opleidingen in de verplegende
en verzorgende beroepen (1971). In: *Anders opleiden en verplegen? Lie-
ver niet . . . of wel!*, De Tijdstroom, Lochem, 1972.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Interim-advies inzake de ontwikkeling
van de opleidingen verpleegkunde*, Rijswijk, 1978. Tweede interim-advies
opleidingen verpleegkunde, Rijswijk, 1980.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, *Basisrapport betreffende specialisaties
in de verpleegkunde*, Rijswijk, 1974.
- Eerste deelrapport, *De verpleegkundige, c.q. assistent belast met taken op
de operatie-afdeling*, 1974.
- Tweede deelrapport, *De verpleegkundige belast met taken bij het roedie-
nen van anesthesie*, 1974.
- Derde deelrapport, *De verpleegkundige belast met obstetrische en gynaeco-
logische verpleging*, 1976.
- Vierde deelrapport, *De verpleegkundige belast met intensieve verpleging*,
1975 en 1978.
- Vijfde deelrapport, *De verpleegkundige belast met taken bij het ambulan-
cevervoer*, 1976.

- Zesde deelrapport, *De taak van en de opleiding tot gipsverbandmeester*, 1977.
- Conen, G.J.M., Huygen, F., De kwalitatieve structuur van de werkgelegenheid in 1960 en 1972 I, II, III, IV, *Economische Statistische Berichten*, jrg. 65, nr.'s 3251 (p. 480-487), 3253 (p. 546-554), 3255 (p. 612-618), 3257 (p. 661-668), 1980.
- Corwin, R.C., The professional employee: a study of conflict in nursing roles, *American Journal of Sociology*, jrg. 66, 1961, p. 504-615.
- Davis, F., Oleson, V., Whittaker, E.W., Problems and Issues in collegiate Nursing. In: Davis, F., (ed.) *The Nursing Profession*, John Wiley and Sons, New York, 1966.
- Eindrapport van de 'Commissie Hogere Beroepsopleiding Verplegenden', Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1969.
- Eindrapport van de Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen, *Opleiding voor manager in de gezondheidszorg op hoger kaderniveau*, Nijmegen, 1978.
- Eindrapport van de 'Structuurcommissie MHNO/MSPO', Den Haag, 1974.
- Eindrapport van de studiegroep Hogere School voor Gezondheidszorg, *Een bijdrage aan de discussie over het HBO in de gezondheidszorg*, Eindhoven, maart 1978.
- Eindrapport van de Commissie Graamans betreffende de structuur van de hogere opleidingen in de gezondheidszorg, 1971.
- Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, voor deze Nordheim, J.J. von, Beroepsvoorbereidend onderwijs tot verpleegkundige en de universitaire opleiding verplegingswetenschap, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, jrg. 32, nr. 22, 1979, p. 1009-1014.
- Hattinga Verschure, J.C.M., *Het verschijnsel zorg*, De Tijdstroom, Lochem, 1977.
- Hey, W. de, De HBO-V in ontwikkeling (1978a), *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, jrg. 31, nr. 8, 1978, p. 351-363.
- Hey, W. de, Een kwart eeuw ontwikkeling binnen opleidingen voor de verpleging; terugblik en perspectief (1978b), *Katholieke Hogere School voor Verpleegkundigen*, Nijmegen, 1978, p. 41-71.
- Hogere Beroepsopleidingen voor Verpleegkundigen in Nederland, *Informatie*, augustus 1979.
- Kuepers, P.J., Onderzoek MBO-V: evaluatie participatieperiode en de relatie beroepsbeeld-veldkeuze, *ZRP-rapport nr. 19 en 19a*, TH-Eindhoven, 1976.
- Kuepers, P.J., Onderzoek MBO-V: het functioneren van de eerste MBO-verpleegkundigen in de gezondheidszorg, *ZRP-rapport nr. 25*, TH-Eindhoven, 1977.
- Landelijke Werkgroep Afgestudeerde HBO-V'ers, *Nota problematiek afgestudeerde HBO-V'ers*, Nijmegen, 1978.
- Landelijke Werkgroep Afgestudeerde HBO-V'ers, *Twee jaar ervaringen van en door afgestudeerde HBO-verpleegkundigen*, Nijmegen, 1979.
- Mercx, R.J.M., Nijhuis, H., De personeelsvoorziening van de verpleegafdeling. In: *De verpleegafdeling; bedrijfskundige diagnose en therapie*, De Tijdstroom, Lochem, 1979.
- Mok, A.L., Verpleegkunde als professie. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, jrg. 21, nr. 19, 1968, p. 771-777.
- NZR-nota over het opleidingsbeleid, *Het Ziekenhuis*, jrg. 5, nr. 16, 1975, p. 309-391.

- Rijksuniversiteit Limburg/Algemene Faculteit, *Ontwerp voor een studierichting Sociale Gezondheidskunde aan de Algemene Faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg*, Maastricht, 1979.
- Strauss, A., *The Structure and Ideology of American Nursing: An Interpretation*, In: Davis, F. (ed.) *The Nursing Profession*, John Wiley and Sons, New York, 1966.
- Structuurnota *Gezondheidszorg*, Den Haag, 1974.
- Verhagen, C., Knelpunten in de in-service opleiding: een verkennend onderzoek naar het verloop en de tevredenheid omtrent twee in-service opleidingen, *ZRP-rapport nr. 24 en 24a*, TH-Eindhoven, 1977.
- Verwey, J.A., Het verloop onder het verplegend personeel: schets van het onderzoek 'Opleiding en werksituatie', *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, jrg. 30, nr. 11, 1977, p. 515-517.
- Verwey, J.A., Beleidsvragen en -problemen rond de opleidingen tot verpleegkundige en de personeelsvoorziening. In: *IWZ-rapport nr. 9*, Utrecht, 1977.
- Verwey, J.A., Opleidingen tot verpleegkundige en personeelsvoorziening, *Het Ziekenhuis*, jrg. 8, nr. 4, 1978, p. 96-100.
- Verwey, J.A., De moeilijke weg tot verpleegkundige en verder. In: *De verpleegafdeling; bedrijfskundige diagnose en therapie*, De Tijdstroom, Lochem, 1979.
- Verwey, J.A., Onderzoek en onderzoeksvoorstel MBO-V, *ZRP-rapport, nr. 20*, TH-Eindhoven, 1976.
- Wijnen, W., Verplegingswetenschap in Maastricht, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, jrg. 32, nr. 25, 1979, p. 1147-1151.

V. HET VERLOOP EN HET VERZUIM ONDER VERPLEGENDEN EN DE STABILITEIT IN DE PERSONELE BEZETTING

5.1. INLEIDING

5.1.1. Het probleemgebied

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het onderzoek naar het verloop onder verplegenden, dat we in het begin van de jaren zeventig hebben opgezet. De onderhavige studie en het nog lopende onderzoek betreffende het functioneren van verpleegkundigen van de nieuwe dagopleidingen in de gezondheidszorg liggen in het verlengde van dit verlooponderzoek. De voornaamste reden om op dit verlooponderzoek in te gaan is echter, dat het verloop, getuige de aandacht die het in vakbladen krijgt, nog steeds een actueel probleem is.

Onder *verloop* wordt verstaan, het vertrek van een werknemer uit de organisatie; ook wel, het aantal werknemers dat gedurende een bepaalde periode uit de organisatie vertrekt. Dit aantal wordt uitgedrukt in een verlooppercentage, dat meestal wordt berekend over de gemiddelde personeelsbezetting van die periode. Verloop uit de organisatie is nauw verbonden met arbeidsmobiliteit van mensen die aan het arbeidsproces deelnemen. Onder *arbeidsmobiliteit* wordt verstaan, het veranderen van arbeidsplaats.

Het verloop onder verplegenden wordt in het algemeen als hoog ervaren (zie paragraaf 1.3.).

Bij dit verloop kunnen de volgende vragen worden gesteld:

— welke consequenties heeft het verloop voor de uitvoering van de patiënten-zorg?

— duidt het verloop op problemen in de opleidings- en/of werksituatie van verplegenden?

Deze vragen waren destijds aanleiding om een onderzoek te doen naar de oorzaken van het verloop onder verplegenden.

Gevolgen van het verloop

Een hoog verloop brengt voor een ziekenhuis een aantal duidelijk aan te wijzen kosten met zich: bijvoorbeeld de kosten van ontslag, werving en selectie van verplegenden alsmede van het steeds opnieuw in opleiding nemen van grote aantallen leerlingen. Daarnaast zijn er nog enkele gevolgen van het verloop aan te wij-

zen, waarvan de kosten moeilijk te berekenen zijn, maar die minstens zo belangrijk zijn. We kunnen hier denken aan de invloed van het verloop op het moreel van andere verplegenden, de werksfeer alsmede aan het steeds moeten inwerken van nieuwe mensen.

Een hoog verloop heeft een ongunstige invloed op de stabiliteit in het totale verplegendenbestand van een ziekenhuis en de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen. Onder de *stabiliteit in het verplegendenbestand* verstaan we het percentage verplegenden dat al vrij lang (bijvoorbeeld meer dan twee jaren) in een *ziekenhuis* werkzaam is ten opzichte van het totaal aantal verplegenden dat er werkzaam is. Onder de *stabiliteit in de personele bezetting* wordt verstaan, het percentage verplegenden dat al vrij lang (bijvoorbeeld meer dan twee jaren) op een *verpleegafdeling* werkt ten opzichte van het totale aantal dat er werkt.

5.1.2. Vraagstelling

Bij de aanvang van het onderzoek werd de volgende vraagstelling geformuleerd:

- a. welke zijn de oorzaken van het verloop onder in-service leerlingen en verpleegkundigen in ziekenhuizen?
- b. zullen deze oorzaken (en/of andere) ook van invloed zijn als verpleegkundigen van de middelbare dagopleiding voor verpleegkundigen, de MBO-V, in de ziekenhuisorganisatie werkzaam zullen zijn?

Een *veronderstelling* was, dat als de verloopfactoren voornamelijk in de ziekenhuisorganisatie moesten worden gezocht, deze factoren voor verpleegkundigen die niet in het ziekenhuis zijn opgeleid in versterkte mate zouden gaan werken. Hierop zal in paragraaf 6.1.1. nader worden ingegaan.

Deelonderzoeken

Het onderzoek is in enkele deelonderzoeken uitgevoerd. Deze deelonderzoeken betroffen het verloop of toekomstige verloop onder de volgende categorieën verplegenden: 1) in-service leerlingen; 2) huidige, via de in-service opleiding opgeleide verpleegkundigen; 3) MBO-V leerlingen; en 4) verpleegkundigen van de MBO-V.

Het onderzoek is eind 1971 aangevangen met een deelonderzoek in twee ziekenhuizen te Eindhoven naar het verloop onder in-service leerlingen (zie hieronder, 'De opzet van het in-service leerlingen onderzoek'). In 1972 werd het onderzoek uitgebreid naar de eerste, in Eindhoven, opgerichte MBO-V (zie voor dit deelonderzoek hoofdstuk VI).

Een zinvolle discussie omtrent de vraag naar het verloop en met name het mo-

gelijk toekomstige verloop onder verpleegkundigen van de MBO-V (zie vraagstelling b.) betekende, dat we in ieder geval enig inzicht moesten hebben in de oorzaken van het verloop onder de huidige, via de in-service opleiding opgeleide verpleegkundigen. Dit was reden om in een later stadium van dit onderzoek, in 1974, ook deze categorie verpleegkundigen in het onderzoek te betrekken. Om de oorzaken van het verloop onder verpleegkundigen op te sporen, werd een deelonderzoek in zes ziekenhuizen in de regio Eindhoven verricht (zie hieronder, 'De opzet van het verpleegkundigen onderzoek').

Aard van het onderzoek

Bij de aanvang van het onderzoek was er met betrekking tot de Nederlandse situatie relatief weinig onderzoek gedaan naar het verloop onder in-service leerlingen. Het onderzoek naar het verloop onder verpleegkundigen bleek een onontgonnen terrein te zijn. Zo wisten we bijvoorbeeld niet of er bij het verloop onder verpleegkundigen sprake was van arbeidsmobiliteit of van een stap uit het beroep. De MBO-V was een geheel nieuwe situatie (zie hoofdstuk VI).

Deze kenmerken hebben consequenties gehad voor de aard en aanpak van het onderzoek. Het lag voor de hand, dat in eerste instantie voor een explorerende studie werd gekozen. De werkwijze is geweest, om met behulp van deelonderzoeken en de oplossing van de vraagstelling in onderdelen en fasen, inzicht te verkrijgen in het probleemgebied. Met deze werkwijze werd tevens beoogd het probleemgebied in te perken.

De deelonderzoeken zijn ten opzichte van elkaar aanvullend. Voor zover als mogelijk zijn de onderzoeksresultaten vergeleken en aangevuld met gegevens die op landelijk niveau beschikbaar waren (zie bijvoorbeeld paragraaf 1.3.).

Aan het onderzoek hebben velen voor kortere dan wel langere tijd een bijdrage verleend, waarvoor een woord van dank op zijn plaats is. Inzonderheid willen wij mevrouw Drs. C. Verhagen, Ir. P.J. Kuipers en mevrouw Drs. I.M. Mur-Veeman danken voor hun bijdrage aan het in-service leerlingen onderzoek en Drs. R.L. Floor en Ir. J. Praagman voor hun bijdrage aan het verpleegkundigen onderzoek. Laatstgenoemde en ook de heer R. Kieft danken wij bovendien voor hun hulp bij de statistische verwerking van het verzamelde onderzoeksmateriaal.

5.1.3. Indeling van verloopfactoren

Er zijn bij de aanvang van het onderzoek drie groepen factoren onderscheiden die bij het verloop onder een bepaalde categorie verplegenden een rol kunnen spelen:

- a. factoren gelegen bij de respondenten: individuele of persoonsgebonden variabelen zoals leeftijd, geslacht, vooropleiding, sociaal milieu van herkomst en levensloop, bijvoorbeeld huwelijkssluiting;

- b. factoren gelegen bij de organisatie (opleiding en/of werksituatie) en de wijze waarop de in het onderzoek betrokkenen deze alsmede de arbeidsrol waarnemen en beoordelen*. Dit laatste is tevens afhankelijk van het onder a. gestelde;
- c. omgevingsfactoren: situatie op de arbeidsmarkt, opleidingsmogelijkheden, personeelstop, verandering van opvattingen over bijvoorbeeld arbeid en arbeidsomstandigheden.

Deze factoren zijn niet onafhankelijk van elkaar, maar analytisch is deze indeling bruikbaar. Vanuit het gezichtspunt van arbeidsmobiliteit (en schoolverlating), zullen vooral correlaties tussen variabelen uit de categorieën a. en c. en ontwikkelingen in de tijd van belang zijn.

Is men geïnteresseerd in verloop als organisatieprobleem dan zal men meer letten op variabelen uit de categorie b.

Het verloop onder leerling verpleegkundigen is ook aan te merken als schoolverlating.

In-service leerlingen en verpleegkundigen zijn twee verschillende categorieën verplegenden. De leerlingen zijn bezig met een beroepsopleiding, daarnaast zijn ze werkkracht in het ziekenhuis.

Op grond van twee zaken kunnen ze beslissen om al of niet te vertrekken: de studie, de werksituatie, of uiteraard om beide. Bij verpleegkundigen ligt dit anders. Deze zijn als gediplomeerde krachten werkzaam in het verpleegkundig beroep. Ook voor hen zal de werksituatie van belang zijn bij hun beslissing om al of niet te vertrekken. Zij hebben echter daarbij veel duidelijker dan de leerlingen de mogelijkheid om zich op de arbeidsmarkt te richten. De positie op de arbeidsmarkt moet voor verpleegkundigen met enige ervaring gunstig worden genoemd. De leerlingen mogen daarentegen tijdens de opleiding maar eenmaal van ziekenhuis veranderen.

Als gemeenschappelijk bepalende factor ten aanzien van het verloop van beide categorieën zien we de werksituatie. Het zal echter verschil uitmaken of men uitsluitend werknemer is of daarnaast ook nog in een leersituatie verkeert.

Hiermede is tevens de positie van de leerling weergegeven. Deze verschilt met die van de verpleegkundige op twee punten: maatschappelijk gezien zijn positie op de arbeidsmarkt en intern gezien zijn positie in de organisatie. De leerling neemt deel aan het arbeidsproces, maar zolang hij zijn diploma niet heeft, doet hij dit in de positie van ongeschoold werknemer. Bovendien ontvangt hij scholing en moet hij zich scholen in een leersituatie met wel zeer specifieke kenmerken.

* De visie die de respondenten ten aanzien van het verpleegkundig beroep en de werksituatie hebben, is mede afhankelijk van de positie die binnen een sociale structuur wordt ingenomen.

De categorie verpleegkundigen bestaat voor een deel uit vrouwen in de huwelijksleeftijd. Dit zal betekenen, dat men in veel gevallen na verloop van tijd, hetzij tijdelijk hetzij voorgoed, uit het verpleegkundig beroep stapt. Met dit gegeven zal bij de interpretatie en verklaring van het verloop rekening moeten worden gehouden.

Indeling van het hoofdstuk

In paragraaf 5.2. zal worden aangegeven vanuit welke gezichtspunten de vraagstukken van het verloop en arbeidsmobiliteit evenals dat van het ziekteverzuim kunnen worden belicht. In een deelonderzoek betreffende het verloop onder verpleegkundigen is ook naar het verzuim van deze categorie gekeken, omdat de omvang ervan, evenals dat bij het verloop het geval is, wel wordt gezien als een aanwijzing voor organisatieproblemen.

In paragraaf 5.3. worden de opzet en de resultaten besproken van het onderzoek, dat we in ziekenhuizen hebben verricht naar respectievelijk het verloop onder in-service leerlingen en verpleegkundigen.

In paragraaf 5.4. zal in samenhang met het verloop nader worden ingegaan op de factor stabiliteit. Tevens zullen enkele vergelijkingen worden getrokken tussen het verloop onder in-service leerlingen en dat van verpleegkundigen.

In paragraaf 5.5. volgt een slotbeschouwing en zullen de voornaamste conclusies worden gegeven.

5.2. VERLOOP, ARBEIDSMOBILITEIT EN ZIEKTEVERZUIM

5.2.1. Verloop en arbeidsmobiliteit

Onvermijdbaar en vermijdbaar verloop

Gebruikelijk is het onderscheid tussen onvermijdbaar en vermijdbaar verloop. Onder onvermijdbaar verloop wordt dat verloop verstaan waarvan de hoogte niet of nauwelijks vanuit de organisatie kan worden beïnvloed, terwijl dat bij het vermijdbare verloop wel mogelijk is. Voorbeelden van redenen van onvermijdbaar verloop zijn overlijden, arbeidsongeschiktheid, pensionering en verhuizing van de echtgenoot die tevens kostwinner is. Een voorbeeld van vermijdbaar verloop zou kunnen zijn, dat men vrijwillig vertrekt, omdat men bijvoorbeeld de huidige baan niet meer aantrekkelijk vindt.

De hoogte van het vermijdbare verloop wordt veelal beschouwd als aanwijzing voor het al dan niet deugdelijk functioneren van de organisatie en voor de werkvoedoening van het personeel.

Revans (1964) noemt de hoogte van het verloop, uitgedrukt in een verlooppercentage, een typisch organisatiekenmerk; in die zin ook dat organisaties onderling op deze karakteristiek kunnen verschillen. Zo constateerde hij, dat als er

onder verpleegkundigen een hoog verloop was, er ook een hoog verloop onder ziekenverzorgsters en huishoudelijk personeel viel te constateren en omgekeerd. Voor een verklaring van de gevonden verschillen in verlooppercentages wordt wel getracht factoren binnen de organisatie aan te wijzen. Revans vond in zijn onderzoek onder het verplegend personeel in vijf ziekenhuizen een verband tussen de hoogte van het verloop enerzijds en de kwaliteit van de menselijke verhoudingen, de effectiviteit van de informatie-uitwisseling en de mate van stress bij de verpleegkundigen anderzijds. Lyons (1968) rapporteert overeenkomstige bevindingen, hij vindt verbanden tussen enerzijds de hoogte van het verloop en anderzijds de duidelijkheid van rolverwachtingen en tevredenheid.

Verloopfactoren

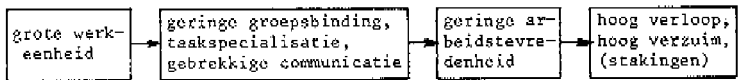
Volgens Wieland (1969) blijkt uit onderzoek (onder andere de bekende studies van Herzberg e.a., 1957; Vroom, 1964 en het reeds vermelde onderzoek van Revans en Lyons), dat er een consistent verband bestaat tussen dissatisfactie en verloop.

Wieland deelt de determinanten met betrekking tot het verloop onder verplegenden in drie categorieën in, namelijk: psychologische, organisatorische en enkele andere determinanten.

Psychologische determinanten: hierin worden de bevindingen van bovengenoemde studies geplaatst. Dat zijn de studies die een relatie tussen vormen van arbeidsbeleving en verloop aangeven.

Organisatorische determinanten: hier wordt door Wieland verwezen naar de studie van Revans (1964) waarin deze heeft aangetoond, dat de hoogte van het verloop een kenmerk is van het totale ziekenhuis.

Een ander kenmerk dat binnen de categorie organisatorische determinanten wordt geplaatst is de grootte van de organisatie. Dat wil zeggen, hoe groter de organisatie des te hoger het verloop zou zijn. Hoewel, aldus Wieland, de grootte van een organisatie geen inhoudelijke betekenis heeft, geeft onderzoek (onder andere eigen onderzoek van Wieland) steun aan de veronderstelling, dat grootte is gerelateerd met zowel dissatisfactie (bij Wieland een psychologische determinant) als problemen in het verkrijgen van informatie. Wieland doet hier eveneens op de onder 'psychologische determinanten' aangehaalde onderzoeken van Revans en Lyons. Deze visie van Wieland vinden we eveneens in de nog veel geciteerde studie van Porter en Lawler (1965). Deze auteurs menen op basis van een analyse van een groot aantal studies, dat in grote organisaties de arbeidsvoltoening en het moreel van werknemers geringer zijn dan in kleinere. Ze waarschuwen echter wel voor een valse relatie, omdat in bijna alle gevallen de grootte van de organisatie direct gekoppeld is met grote organisatorische werkeenheden, waarvoor volgens Porter en Lawler de volgende hypothetische relatie zou gelden.



Figuur 5.1. Mogelijke effecten van de grootte van de organisatorische werkeenheden (volgens Porter en Lawler, 1965, pag. 41).

Een grote organisatorische werkeenheden gaat volgens Porter en Lawler gepaard met een geringe groepsbinding, een hoge mate van taakspecialisatie en een gebrekkige communicatie, die op hun beurt leiden tot een geringe arbeidssatisfactie en dientengevolge tot een hoog verloop en hoog verzuim. Verloop en verzuim worden door Porter en Lawler als gevolg van een geringe arbeidssatisfactie in een adem genoemd. Hierop zullen we onder 'verloop en verzuim als vormen van afwezigheidsgedrag' (paragraaf 5.2.3.) nog terug komen.

In een publicatie van het Nationaal Ziekenhuis Instituut (1976) wordt geconstateerd, dat de onderzoeksresultaten met betrekking tot de grootte van de organisatie en de invloed op het verloop inconsistent zijn. Wel wordt in de desbetreffende studie gesteld, overeenkomstig de visie van Porter en Lawler, dat er sprake is van een indirecte relatie, namelijk dat naarmate de organisatie groter wordt de arbeidssatisfactie afneemt en naarmate de arbeidssatisfactie afneemt het verloop toeneemt (pagina 11). Overigens wordt in dezelfde publicatie geconstateerd, dat uit eigen onderzoek blijkt, dat de grootte van algemene ziekenhuizen, uitgedrukt in het aantal bedden, geen samenhang vertoont met het verloop van verpleegkundigen.

Berting en De Sitter (1971) zijn van mening, dat niet zozeer de omvang van de organisatie als zodanig, doch het relatief met de groei achterblijven van noodzakelijke wijzigingen van de organisatiestructuur, negatieve effecten kan hebben op de arbeidsvoldoening en participatiebereidheid van de leden (pagina 121).

Hamaker (1977) komt op basis van een onderzoek, waarin 400 industriële bedrijven waren betrokken, tot de conclusie dat grote bedrijven niet noemenswaardig meer geplaagd werden door een hoog verloop van werknemers dan de kleinere bedrijven.

Naast psychologische en organisatorische determinanten zijn er volgens de reeds genoemde auteur Wieland nog enkele variabelen zoals leeftijd en geslacht waarmee verloop is gecorreleerd. Volgens Wieland beschouwen de meeste onderzoekers deze variabelen als 'error', omdat ze niet binnen een coherent theoretisch kader kunnen worden geïnterpreteerd. Hij voegt er echter aan toe, dat de kans op vertrek van een werknemer uit de organisatie na verloop van tijd afneemt. Dat wil zeggen, dat zowel de duur van het verblijf in de organisatie als de leeftijd negatief zijn gecorreleerd met verloop. Uit talrijke studies blijkt, zie bijvoorbeeld de literatuurstudie van Vissers (1979), dat leeftijd en verblijfsduur ieder

afzonderlijk of gecombineerd een negatieve samenhang vertonen met verloop. Genoemd kunnen hier ook worden studies betreffende het verloop in ziekenhuizen, bijvoorbeeld van Mobley e.a., 1978; Adams e.a., 1979; en Pavett e.a., 1978. De conclusie van Wieland is, dat de resultaten betreffende leeftijd en verblijfsduur en hun relatie met verloop, kunnen worden begrepen in het licht van andere onderzoeken, die als resultaat hebben, dat leeftijd en verblijfsduur gerelateerd zijn aan arbeidssatisfactie. Volgens Wieland zullen jonge mensen en/of zij die hun intrede in een organisatie doen, zekere verwachtingen koesteren, die echter niet beantwoord behoeven te worden. De zeer ontevreden en zullen geneigd zijn, als ze daartoe de mogelijkheid hebben snel te vertrekken. Degenen die blijven en/of minder ontevreden zijn, zullen na verloop van tijd hun verwachtingen aanpassen. Dit betekent binnen dit referentiekader een toename in arbeidsvoldoening. March en Simon (1958) spreken hier, gebaseerd op een evenwichtsmodel, van aanpassing van het aspiratieniveau van de organisatieparticipant.

Arbeidsvoldoening en verloop

Een opvatting van March en Simon die vermeld moet worden als het gaat om de veronderstelde relatie tussen 'arbeidssatisfactie en verloop', is, dat een werknemer zijn participatie in een organisatie slechts dan zal willen continueren, indien de geboden 'inducements' even groot of groter zijn dan de 'contributions', die in zijn perceptie van hem worden verwacht. Deze omschrijving komt namelijk overeen met vele omschrijvingen van de factor arbeidssatisfactie, waarin deze wordt gezien als resultante van een afwegen en beoordelen van diverse aspecten betreffende de werksituatie. Volgens March en Simon zal, afhankelijk van het aspiratieniveau, een als negatief ervaren discrepantie tussen offers en opbrengsten leiden tot de initiatie van zoekprocessen naar andere gedragsmogelijkheden. Of deze zullen leiden tot de keuze van een andere arbeidsplaats is mede afhankelijk van het aantal waargenomen mogelijkheden op de arbeidsmarkt.

Berting en De Sitter (1971) hebben een uitgebreid literatuuronderzoek verricht betreffende arbeidssatisfactiestudies. Zij delen de onderzoeken in twee categorieën in. Enerzijds studies die betrekking hebben op de dimensies van arbeidsvoldoening en voornamelijk exploratief van opzet zijn. En anderzijds studies die zich bezighouden met de determinanten van arbeidsvoldoening en meer toetsend zijn.

Laatstgenoemde categorie studies hebben volgens Berting en De Sitter meestal één aspect in relatie met arbeidsvoldoening tot onderwerp van studie. Aspecten die volgens de genoemde auteurs een samenhang vertonen met arbeidsvoldoening zijn: taakinhoud, leiderschap, medezeggenschap, omvang van de organisatie, aard van het productieproces en de hiërarchische structuur van de organisatie. De behandelde studies worden door Berting en de Sitter niet geëvalueerd op de samenhang tussen arbeidsvoldoening enerzijds en verloop en verzuim anderzijds.

Porter en Steers (1973) zijn, op grond van analyse van een groot aantal studies van mening, dat in onderzoek meer aandacht moet worden geschonken aan de psychologische aspecten van het 'withdrawal process'. Ook Mobley, Horner en Hollingsworth (1978) stellen, in navolging van Porter en Steers, dat voor een beter begrip van het 'turnover process' er behoefte bestaat aan completere modellen dan het traditionele 'dissatisfaction-turnover model' (pagina 408). Uit het onderzoek van Mobley e.a. onder 203 ziekenhuismedewerkers bleek, dat de factor arbeidssatisfactie weliswaar was gecorreleerd met factoren als 'het denken over een andere baan', doch niet, zo bleek na een jaar, met feitelijk verloopgedrag. De factor 'het (uitgesproken) voornemen om te vertrekken' was de enige factor die een significante samenhang met verloop liet zien. De onderzoekers menen, dat de invloed van arbeidsvoldoening op het verloop indirect is. Op grond van een correlatiemodel veronderstellen zij, dat het verloop een functie is van a) het denken over een andere baan, b) de mogelijkheid van het vinden van een acceptabele andere baan en c) de arbeidssatisfactie die direct van invloed is op het voornemen om te vertrekken, dat aan het feitelijk vertrek voorafgaat. Een aanname binnen het model was, dat leeftijd en verblijfsduur gezamenlijk zowel een relatie hebben met de arbeidssatisfactie als met de mogelijkheid van het vinden van een acceptabele andere werkkring.

Pavett, Soybolt en Walker (1978) hebben op basis van een overeenkomstig conceptueel model als dat van de zojuist besproken onderzoekers, een onderzoek verricht naar het verloop onder verpleegkundigen. In het ziekenhuis van onderzoek was sprake van een hoog verloop. Ruim 40% van de onderzoekspopulatie (212 verpleegkundigen) was binnen één jaar, na de eerste meting, uit het desbetreffende ziekenhuis vertrokken. Op grond van exit interviews werd vastgesteld dat ongeveer 75% van dit verloop tot het vermijdbare verloop kon worden gerekend.

De genoemde onderzoekers stellen, op grond van hun model en onderzoeksresultaten, dat het verloop enerzijds een functie is van de arbeidssatisfactie en anderzijds van de mogelijkheid om van baan te veranderen. Wat betreft de laatstgenoemde factor bestond in de regio van het desbetreffende ziekenhuis een grote vraag naar verpleegkundigen. In het onderzoek werden de factoren: type opleiding, lengte van het dienstverband, leeftijd en burgerlijke staat, gebruikt als indicatoren voor de mogelijkheid om van baan te veranderen. Van deze factoren lieten alleen leeftijd en verblijfsduur een negatief verband zien met het verloop. Gebaseerd op een verder uitgewerkte expectancy theorie van Vroom, bleek uit het onderzoek, dat de vertrokken verpleegkundigen in vergelijking met de blijvers significant verschilden ten aanzien van vier factoren. De vertrekkers vertoonden in vergelijking met de blijvers een geringere overall-tevredenheid. Ze waren voorts minder tevreden over de leiding evenals over de mogelijkheid om hun bekwaamheden te gebruiken en ze ervoeren meer stress, omdat diverse aspecten van het werk en de werksituatie niet overeenkwamen met de eigen opvattingen

daarover. Voorts bleek, dat de vertrokken verpleegkundigen reeds gedurende het onderzoek significant vaker te kennen hadden gegeven te willen vertrekken dan de blijvers. Niet ondenkbaar is, dat het voornemen om te vertrekken een bepaalde kleuring aan de arbeidsbeleving heeft gegeven. Eenzelfde opmerking kan bij het eerder genoemde onderzoek van Mobley e.a. worden geplaatst.

Verloop als arbeidsmobiliteit

Het vertrek van werknemers uit de organisatie kan ook bekeken worden vanuit het perspectief arbeidsmobiliteit of als arbeidsmarktgedrag van mensen die in het arbeidsproces zijn betrokken. Het begrip arbeidsmobiliteit is eerder omschreven als de verandering van arbeidsplaats. Het heeft volgens Segers (1968) betrekking op re-allocatie binnen het arbeidsproces, maar het omvat ook de definitieve uittreding uit het arbeidsproces. Verandering van arbeidsplaats kan volgens Segers als de keuze voor een nieuwe arbeidsplaats worden beschouwd, doch ook als de beslissing om een arbeidsplaats te verlaten. In het laatste geval wordt de verandering aangeduid als verloop.

Nauw verwant met het begrip arbeidsmobiliteit zijn de begrippen mobiliteitsgeschiktheid en -geneigdheid. Volgens Segers 'verwijst mobiliteitsgeschiktheid naar die kenmerken van de participanten, die hen meer dan wel minder kansen geven op een alternatieve arbeidsplaats' (pagina 17). Zo zal bijvoorbeeld de specificiteit van de genoten opleiding bepalend zijn voor de binnen het bereik van de werknemer liggende arbeidsplaatsen en daardoor zijn mobiliteit beïnvloeden. De mobiliteitsgeneigdheid wordt door Segers omschreven als een resultante van het afwegen van diverse kosten en opbrengsten, waarbij factoren die de mobiliteitsgeschiktheid bepalen mede in beschouwing worden genomen (pagina 152 en 158).

Arbeidsmarktstudies

Een bijzondere categorie vormen de arbeidsmarktstudies die zich op macro-niveau, vanuit de arbeidsmarkt eveneens met specifieke vraagstellingen betreffende personeelsverloop en arbeidsmobiliteit bezighouden.

In arbeidsmarktstudies wordt het verloop c.q. de arbeidsmobiliteit onder meer gerelateerd aan de specifieke aard van bedrijven, produktiemethoden en de scholingsgraad van medewerkers. Een produktiemethode bijvoorbeeld, die gekenmerkt wordt door serie- of massafabricage gaat vaak samen met een hoog verloop met name onder ongeschoolde werknemers. De enkelstuksfabricage, meestal in de metaalindustrie, laat een zeer hoog verloop onder ongeschoolde maar ook geschoolde werknemers zien (Hamaker, 1976).

Een algemene bevinding in het arbeidsmarktonderzoek is, dat er met name een hoog verloop onder ongeschoolde werknemers valt waar te nemen. Geschoold-ongeschoold is een zeer ruwe indeling, waarbinnen vele nuanceringen zijn aan te brengen, die voor onderzoek op macro-niveau minder van belang zijn. In een

concrete werksituatie krijgt de mate van (on)geschooldheid echter inhoud en betekenis, omdat ze binnen een arbeidsgemeenschap is gerelateerd aan de relatieve positie, die binnen een sociale structuur wordt ingenomen. Hoe mochten we nu in de context van het ziekenhuis de categorie verplegenden typeren?

De in-service leerling kunnen we bestempelen als ongeschoolde werknemer met een relatief hoge vooropleiding. De verpleegkundige behoort maatschappelijk gezien duidelijk tot de categorie middelbaar geschoolde werknemers. Toch zouden we, met het oog op de gespecialiseerde arbeid van andere zorgverleners, de verpleegkundige in het ziekenhuis een relatief laag geschoolde werknemer met een relatief lage status willen noemen.

In het arbeidsmarktonderzoek valt aan het einde van de jaren zeventig een verschuiving in aandacht van de aanbod- naar de vraagzijde van de arbeidsmarkt te constateren. In benadering is er een aandachtsverschuiving van macro- naar meso-niveau: van het landelijk niveau naar bedrijfstakniveau (Hamaker, 1977).

Deze heroriëntatie is mede begrijpelijk vanuit de maatschappelijke problemen rond de arbeidsmarkt. In de jaren vijftig tot in het midden van de jaren zestig zien we een gespannen arbeidsmarkt, vervolgens een steeds ruimer wordende arbeidsmarkt en tegelijkertijd moeilijk vervulbare vacatures.

Nog niet zo lang geleden richtte men zich in het onderzoek voornamelijk op de aanbodzijde van de arbeidsmarkt. Dit heeft mede geresulteerd in een beleid, dat erop gericht is de flexibiliteit van het arbeidspotentieel te vergroten. We kunnen hierbij denken aan de aandacht die het onderwijs, en in het kader van de herintreding in het arbeidsproces de her- en bijscholing, heeft gekregen.

De genoemde aandachtsverschuiving houdt onder meer in, dat men zich in het onderzoek meer wil gaan richten op het in arbeidsorganisaties gevoerde wervings- en selectiebeleid (Van Hoof, 1977; Hamaker, 1977)*.

Hamaker (1977) heeft met anderen in de jaren 1968 tot en met 1973 een onderzoek verricht naar de reacties van industriële bedrijven op ervaren tekorten aan uitvoerende handarbeiders. In dit onderzoek waren 400 middelgrote en grote industriële ondernemingen betrokken.

Uit het onderzoek bleek, dat binnen bedrijven in het algemeen weinig systematiek en samenhang te vinden was in de methoden waarmee men de moeilijkheden in de personeelsvoorziening tegemoet trad. De grootte van het bedrijf was van invloed op de maatregelen die men in het kader van de personeelsvoorziening nam, maar deze invloed was niet te verklaren uit de ervaren personeelstekorten of de duur ervan. Voorts bleek uit het onderzoek, dat grote en langdurige

* Daarbij verwachten arbeidsmarktonderzoekers veel van de zogenaamde dubbele arbeidsmarkttheorie. Segmentering in de arbeidsplaatsenstructuur in primaire en secundaire banen, ligt ten grondslag aan deze theorie.

tekorten aan personeel vaak veroorzaakt waren door een hoog personeelsverloop. De gebruikte methoden om het personeelsvraagstuk op te lossen, bleken in het algemeen weinig effectief te zijn. Intensivering van recruiteringsactiviteiten, verlegging van recruitingsterreinen en uitbreiding van voorzieningen voor het personeel bleken vaak niet in staat hardnekkige personeelstekorten te voorkomen. Hamaker concludeert, dat het beleid ten aanzien van de personeelsvoorziening veelal een ad-hoc karakter heeft, waarbij traditie en toeval een grote rol spelen. Alleen bij de heel grote bedrijven was iets van een lange termijn planning te onderkennen. Op grond van zijn bevindingen is Hamaker van mening, dat de aan veel arbeidsmarkttheorieën ten grondslag liggende veronderstelling, dat zowel vragers als aanbieders op de arbeidsmarkt handelen op basis van rationele beslissingen, onjuist is. Volgens Hamaker berust arbeidsmarktgedrag, zowel aan de vraagzijde als aan de aanbodzijde, voor een groot deel op spontaan gedane keuzen in plaats van een weloverwogen zoeken via logische stappen naar de beste oplossing. Ten aanzien van de vraagzijde zou dit immers betekenen, dat de personeelsvoorziening en -beheersing een zorgvuldiger en in het geheel van het bedrijfsgebeuren geïntegreerde planning op langere termijn zouden moeten zijn. En dit bleek uit het onderzoek van Hamaker niet het geval te zijn.

De studie van Hamaker betreft industriële bedrijven. Binnen de gezondheidszorg nemen we in de jaren zestig en zeventig echter dezelfde verschijnselen waar. Ook in deze sector probeert men tekorten betreffende verplegend personeel op te heffen door werving in het buitenland en door het inschakelen van uitzendbureaus, zonder dat blijkbaar iets wordt ondernomen om het verloop zelf terug te dringen. Ook hier vormt de personeelsvoorziening (recruitering en selectie) evenals personeelsbinding geen onderdeel van een integraal beleid. Illustratief in deze is een opmerking van Kruse (1977), 'dat de personeelsaanwending in de intramurale gezondheidszorg – en specifiek in de verplegende en verzorgende onderdelen – werkelijk alle kwalen vertoont, die men bij een onvolkomen mankrachtbeheersing kan verwachten' (pagina 40). Kruse noemt kwalen als een zeer groot verloop, een aanzienlijk tekort aan verplegenden, een gebrek aan samenwerking binnen de gezondheidszorg, waardoor elke instelling zijn tekorten probeert op te lossen door onderlinge concurrentie, en de noodoplossingen die men kiest slechts de structurele problemen verergeren.

Het arbeidsmarktonderzoek, zoals dat tot nu toe voornamelijk gericht is geweest op de aanbodzijde van de arbeidsmarkt, heeft een parallel gehad in het organisatie-onderzoek op micro-niveau naar verloopfactoren. Hier kan gewezen worden op de grote aandacht die in de jaren vijftig en zestig het type arbeidsmotivatie- en arbeidssatisfactie-onderzoek heeft gehad en nog heeft om het verloop en ook het verzuim te verklaren. In de jaren zestig en zeventig zien we in het verlengde van dit type organisatie-onderzoek, vanuit dezelfde optiek, het voorstaan en creëren van kleine autonome werkgroepen en het opzetten van diverse vormen

van werkstructureringsprojecten. Deze projecten hebben in vele gevallen niet de beoogde resultaten opgeleverd. Deze waren en zijn onder meer het terugdringen van het verloop en het verzuim, en het bereiken van een grotere betrokkenheid van werknemers bij het bedrijfsgebeuren.

5.2.2. Ziekteverzuim

Naar aanleiding van het sinds 1955 in Nederland sterk toegenomen ziekteverzuim is door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg (NIPG) veel onderzoek gedaan op dit terrein. Met name is bekend het onderzoek van Philipsen (1969) wiens theoretisch model in een deelonderzoek is gebruikt (zie paragraaf 5.3.4.)*. Behalve door medische factoren blijkt de omvang van het ziekteverzuim mede bepaald te worden door een factor als arbeidsvoldoening, die op zijn beurt weer door bepaalde organisatiekarakteristieken wordt beïnvloed. Essentieel bij onderzoek naar het ziekteverzuim is de keuze van de eenheid van analyse: het individu, de bedrijfsafdeling of de gehele organisatie. Philipsen (1970) geeft twee voorbeelden van onderzoeken naar een eventueel verband tussen arbeidsvoldoening en ziekteverzuim waarbij het individu analyse-eenheid was. Gadourek (1965) en Bernberg (1952) vonden op deze wijze vrijwel geen verband tussen beide grootheden. Ook Philipsen zelf vond bij gebruik van het individu als analyse-eenheid geen verband. Toen echter afdeling of vestiging van een bedrijf als analyse-eenheid werd gebruikt, werden er duidelijke correlaties gevonden: naarmate in arbeidseenheden, met de omvang van een afdeling of groter, de werkbeleving ongunstiger is, zijn er meer ziekmeldingen.

Steers en Rhodes (1978) komen op grond van hun analyse van een uitgebreid aantal voornamelijk psychologische studies tot dezelfde bevindingen. Zij concluderen, dat er in studies op groepsniveau een correlatie is tussen arbeidsontvredenheid en ziekteverzuim (veelal een zwakke samenhang), doch dat deze samenhang in studies die het individu als uitgangspunt hebben (nog) aanzienlijk geringer is.

Philipsen (1970) verklaart deze schijnbare tegenstrijdigheid in onderzoeksresultaten op de twee analyse-niveaus als volgt. Men dient zich te realiseren, dat bij ziekteverzuim de medische factor belangrijk is.

De grote meerderheid van mensen moet namelijk eerst door bijvoorbeeld een griepje overvallen zijn, voordat zij zich ziek melden. Bovendien zijn de kansen op als ziekte gedefinieerde lichte stoornissen van de gezondheid niet gelijkelijk verdeeld over de individuen. Men kan daarom, aldus nog steeds Philipsen, de werking van sociaal-wetenschappelijke factoren eerst dan aantonen als men de medische constant houdt. Dit nu gebeurt als men bij onderzoek van het ziekte-

* Voor een uitgebreid literatuuronderzoek betreffende studies van het ziekteverzuim, zie bijvoorbeeld Porter en Steers, 1973; Steers en Rhodes, 1978.

verzuim grotere arbeidseenheden met elkaar vergelijkt. Hierbij wordt verondersteld, dat het niet aannemelijk is, dat het personeel van het ene bedrijf in zijn geheel een slechtere of betere gezondheid geniet dan het personeel van een ander vergelijkbaar bedrijf. Verschillen in ziekteverzuim kunnen dan op deze wijze voor een groot deel door niet-medische factoren worden verklaard.

Het verzuimpercentage (het percentage dagen per jaar, met inbegrip van zon- en feestdagen en vakantie, dat verloren gaat wegens ziekte) wordt opgebouwd uit twee grootheden, namelijk: het aantal ziekmeldingen, ook wel verzuimfrequentie genoemd; en het aantal ziektedagen of de verzuimduur. Beide zijn met verschillende factoren gerelateerd. De eerste grootheid, de verzuimfrequentie, wordt sterk beïnvloed door het aantal meldingen wegens minder ernstige ziektegevallen, gepaard gaande met een korte afwezigheid. Juist hier zullen subjectieve afwezigheidsbehoefte en de door de organisatie bepaalde afwezigheidsgelegenheid een rol spelen. Het aantal ziektedagen zal ook sterk worden beïnvloed door de langdurige ziektegevallen, waar men aan het eind van de ziekte enige vrijheid heeft om de dag van hervatting van het werk te bepalen (Philipsen, 1969).

Verzuimfactoren

Bij het onderscheiden van factoren die mogelijk van invloed zijn op het ziekteverzuim is dezelfde indeling gebruikt als bij het verloop (zie paragraaf 5.1.3.). Deze factoren zijn: 1) individuele of persoonsgebonden factoren; 2) organisatiefactoren en 3) omgevingsfactoren.

Individuele factoren: uit onderzoekingen blijkt, dat het al dan niet hebben van een goede gezondheid, zoals zich dat uit in het vatbaar zijn voor verschillende aandoeningen, een belangrijke bepalende factor is voor de hoogte van het individuele ziekteverzuim.

Twéé factoren die enige invloed blijken te hebben zijn leeftijd en geslacht. Het verband tussen leeftijd en ziekteverzuim is in vele onderzoeken aangetoond (zie bijvoorbeeld Steers en Rhodes, 1978). Philipsen (1969) illustreert dit met een NIPG diagnose-statistiek over een representatieve groep organisaties in Nederland. Hieruit blijkt, dat de gemiddelde verzuimduur stijgt met de leeftijd. Het verband tussen leeftijd en verzuimfrequentie is iets minder duidelijk. Tot ongeveer 30 jaar neemt de frequentie toe, daarna neemt deze af.

Uit onder andere de NIPG-statistieken blijkt, dat de verzuimpatronen van mannen en vrouwen nogal uiteenlopen. Was het verzuimpercentage van vrouwen eerder meestal iets lager dan dat van mannen, vanaf 1969 is dat andersom en werd het verschil steeds groter. In 1974 bijvoorbeeld was het verzuimpercentage van mannen 8.7% en dat van vrouwen 10.6%. Het verschil bestaat hierin, dat vrouwen vaker maar korter verzuimen.

Volgens Philipsen (1977) hebben de verschillen in verzuimpatronen tussen mannen en vrouwen te maken met de plaats van de vrouw in het arbeidsbestel. Voor

veel vrouwen geldt dat naast de beroepsarbeid huishoudelijke arbeid of de anticipering daarop een concurrerende functionele rol vormt. De mate waarin de beroepsarbeid de overheersende functionele rol is, bepaalt bijvoorbeeld de binding aan het werk. Deze binding wordt eveneens beïnvloed door de mate waarin men in zijn werk misbaar is.

Organisatiefactoren: hierbij kunnen we denken aan arbeidsomstandigheden, die de arbeidsvoldoening in negatieve zin beïnvloeden. Men heeft minder plezier in het werk, de afwezigheidsbehoefte neemt toe en deze kan zich eventueel in een ziekmelding uiten. Philipsen (1969) noemt factoren als ploegendienst en autoritaire leiding, welke met verzuim samenhangen. Voorts is van belang de afwezigheidsgelegenheid of de afwezigheidsdrempel. Revans (1964) geeft hier als voorbeeld een ziekenhuis waar het voor leerling-verpleegkundigen zo onaantrekkelijk werd gemaakt om ziek te zijn, dat ze zich alleen in het uiterste geval ziek melden.

Als voorbeeld van de invloed van verschillende organisaties op dezelfde individuen geeft Philipsen (1969) een tabel uit het zojuist genoemde onderzoek van Revans. Leerling-verpleegkundigen werken gedurende twee jaren eerst drie maanden in het hoofdziekenhuis, dat als opleidingsinstituut fungeert, en daarna ongeveer drie maanden in een van de kleinere ziekenhuizen in de omgeving. Dezelfde leerlingen zijn telkens als ze in het hoofdziekenhuis werken ongeveer anderhalf maal zo vaak ziek als in de kleinere ziekenhuizen. Bovendien duren de ziektegevallen ongeveer tweemaal zo lang.

In het algemeen blijkt volgens Philipsen (1977) dat tenminste 50% en ten hoogste 80% van de verschillen in verzuim tussen bedrijven te verklaren is uit organisatiekenmerken. Hogere verzuimfrequenties worden aangetroffen:

- naarmate het werk in zijn organisatie of zijn productieproces minder stabiel en onvoorspelbaar is;
- naarmate het werk minder scholing vraagt en er minder door delegatie, werkoverleg of werkstructurering kansen aan de eigen verantwoordelijkheid worden gegeven;
- naarmate meer fysieke werkbezwaren optreden;
- naarmate de organisatie slechter functioneert en meer tot autoritaire vormen van leidinggeven uitnodigt;
- naarmate de herkomst van het personeel op culturele gronden tot lage afwezigheidsdrempels predisponceert (bijvoorbeeld, stedelijk, jong, ongeschoold personeel met korte dienstjaren, soms maar lang niet altijd, buitenlandse werknemers) (pagina 16).

Langere ziekteduren worden volgens Philipsen aangetroffen naarmate: het personeel ouder is, fysieke werkbezwaren optreden, en er in het bedrijf door deskundigen (bedrijfsartsen, personeelsafdeling) minder aandacht wordt besteed aan langdurig zieken.

Omgevingsfactoren: hier zijn vooral macro-sociale ontwikkelingen van belang.

Na de tweede wereldoorlog en speciaal sinds het midden van de jaren vijftig is in de westerse industrielanden het ziekteverzuim over het geheel sterk toegenomen. Dit is niet omdat de volksgezondheid zo snel achteruitgaat, maar meer omdat men anders over ziek-zijn is gaan denken.

Vroeger kon men zich alleen op duidelijk aantoonbaar medische gronden ziek melden, terwijl ziekte bovendien onaangename financiële consequenties had. De laatste vijftientig jaar is met name in ons land de wetgeving op dit gebied vrij ingrijpend veranderd. Men kan zich ook ziek melden op grond van klachten die medisch wat minder duidelijk aantoonbaar zijn en tevens zijn de financiële consequenties geringer.

Genoemd kan hier ook worden, dat onder meer door de toegenomen welvaart het leefpatroon met inbegrip van het arbeidsethos is veranderd, wat zijn invloed kan hebben op het verzuim*.

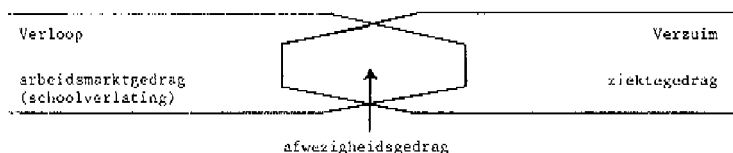
5.2.3. Verloop en verzuim als vormen van afwezigheidsgedrag: indicatoren voor organisatieproblemen

In het voorgaande hebben we gezien, dat zowel verloop als verzuim wel worden gezien als vormen van afwezigheidsgedrag van werknemers, beïnvloed door de organisatie waarin zij werken. Dit suggereert een verband tussen beide grootheden. Zo stellen March en Simon (1958) dat er, althans gevoelsmatig, een positieve relatie moet zijn tussen verzuim en verloop, omdat de motivatie om via verzuim verlichting van het werk te zoeken, nauw is verbonden met de motivatie om de organisatie te verlaten. Ook door Porter en Lawler (zie figuur 5.1.) worden ten gevolge van een geringe arbeidssatisfactie, die wordt veroorzaakt door aspecten in de arbeidssituatie, zowel een hoog verloop als een hoog verzuim in een adem genoemd.

Uit verschillende onderzoeken is ook gebleken, dat een aantal organisatiekenmerken zoals aard van het werk, grootte van de organisatie en leidinggeven zowel met de hoogte van het verloop als met de hoogte van het verzuim samenhangen. Tevens is ook wel geconstateerd, dat organisaties met een hoog verloop worden gekenmerkt door een hoog verzuim (Philipsen, 1969; Adams e.a., 1979). Toch valt er geen consistente correlatie tussen verloop en verzuim te verwachten. Als illustratie hiervoor vermeldt Philipsen het onderzoek van Revans (1964), waarin in vier ziekenhuizen een samenhang werd gevonden tussen verloop, verzuim en slechte menselijke verhoudingen. Het vijfde ziekenhuis echter vormde een uitzondering: extreem slechte menselijke verhoudingen, een zeer hoog verloop, maar een niet al te hoog verzuim. Door bepaalde beleidsmaatregelen was het 'ziek zijn' voor het personeel echter zeer onaantrekkelijk gemaakt; de grote afwezigheidsbehoefte uitte zich in een hoog verloop.

* We zullen in het vervolg van dit hoofdstuk het begrip verzuim gebruiken. Hieronder verstaan we afwezigheid waaronder wegens ziekte.

Men kan wellicht stellen, dat het van de omstandigheden afhangt hoe een bepaalde afwezigheidsbehoefte van mensen in een organisatie zich uit. Een voor de hand liggende reden echter om geen al te hoge correlatie tussen verloop en verzuim te verwachten, is de volgende. Als men de beide grootheden slechts als afwezigheidsgedrag ziet, gebruikt men slechts een beperkte optiek vanuit de organisatie. Verzuim is echter ook ziektegedrag, dat eveneens door niet-organisatorische factoren wordt beïnvloed en verloop is ook de keuze van een andere (of geen) arbeidsplaats. Anders gesteld: als men verloop en verzuim ziet als afwezigheidsgedrag, dan bekijkt men slechts een aspect dat beide gemeenschappelijk hebben. In feite hebben beide verschijnselen meer niet-gemeenschappelijke aspecten, waardoor de correlatie tussen beide geringer wordt.



Figuur 5.2. Relatie verloop en verzuim als afwezigheidsgedrag.

5.3. HET VERRICHTE ONDERZOEK BETREFFENDE HET VERLOOP ONDER VERPLEGENDEN

5.3.1. Inleiding

In het nu volgende gaan we in op het verrichte onderzoek naar het verloop onder in-service leerlingen en verpleegkundigen in respectievelijk twee en zes ziekenhuizen.

Eerst wordt in het kort ingegaan op de opzet van beide onderzoeken. Daarna zullen voor beide onderzoeken afzonderlijk de voornaamste resultaten en conclusies worden gegeven.

5.3.2. De opzet van de deelonderzoeken

De opzet van het in-service leerlingen onderzoek

Er is een longitudinaal onderzoek verricht in twee ziekenhuizen (zhs. A en zhs. B genoemd) onder twee groepen leerlingen (respectievelijk 47 in zhs. A en 40 in zhs. B), die in september 1971 met hun opleiding begonnen en in februari 1975 afstudeerden.

Vraagstelling

De vraagstelling voor dit deelonderzoek luidde:

- welke factoren beïnvloeden of hangen samen met de (on)tevredenheid over de opleiding en werksituatie en het verloop van in-service leerlingen?

Gedurende de opleidingsperiode zijn deze leerlingen drie maal, door middel van het voorleggen van een vragenlijst, naar hun mening gevraagd, namelijk: 1) aan het einde van de praeklinische periode, voordat ze de praktijk ingingen; 2) nadat ze hun eerste ervaringen met de praktijk achter de rug hadden; en 3) aan het einde van de opleiding vlak voor hun afstuderen. De vragen uit de eerste vragenlijst hadden betrekking op achtergrondgegevens van de leerlingen zoals individuele kenmerken, motivaties voor de beroepskeuze en oriëntatie op het verpleegkundig beroep en de toekomstige werksituatie. De vragen uit de twee volgende vragenlijsten zijn verder toegespitst op onderdelen betreffende de opleiding en werksituatie (voor gedetailleerder gegevens zie Verhagen, 1977).

Om een zo genuanceerd mogelijk beeld van de opleidingssituatie van de leerling te krijgen, is ten aanzien van diverse onderdelen ook naar de meningen van opleiders, docenten en hoofden van verpleegafdelingen gevraagd. De opleiders hebben een vragenlijst ingevuld aan het einde van het eerste studiejaar van de desbetreffende leerlingen.

Doel van deze aanpak was om op deze wijze een beeld te krijgen van de opleidings- en werksituatie van de leerlingen, met name van die aspecten waarover leerlingen duidelijk ontevreden waren.

Beoogd werd om op basis daarvan en door een vergelijking van de opleidingen van beide ziekenhuizen, bepaalde knelpunten en oorzakelijke factoren voor het verloop te kunnen aanwijzen.

Ter ondersteuning van dit deelonderzoek is in beide ziekenhuizen ook een analyse uitgevoerd van gegevens uit *leerlingenbestanden* over de aanvangsjaren 1967 tot en met 1972*.

De leerlingenbestanden van beide ziekenhuizen betroffen gegevens van 718 leerlingen uit verschillende studiejaar: gegevens over het eerste studiejaar van 580 leerlingen (327 in zhs. A en 253 in zhs. B), gegevens over het tweede studiejaar van 421 leerlingen (254 in zhs. A en 167 in zhs. B), gegevens over het derde en vierde studiejaar van 245 leerlingen (154 in zhs. A en 91 in zhs. B). De verzamelde gegevens bestonden uit de volgende variabelen: leeftijd, geslacht en vooropleiding van de leerling en de afstand tot de woonplaats van de leerling voordat

* Dit betreft gegevens van leerlingen die naar de Hoofdinspectie van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne moeten worden opgestuurd.

hij aan de studie begint. Andere gegevens die verzameld zijn, waren onder andere de grootte van de groep bij aanvang van de studie en aanvangsmoment van de opleiding (voor- of najaar).

De doelstellingen om deze analyse uit te voeren waren de volgende:

- het beter kunnen beantwoorden van de vraag, of individuele of persoonsgebonden kenmerken van in-service leerlingen met het verloop onder deze categorie samenhangen;
- het kunnen nagaan of de bij het onderzoek betrokken leerlingen, die in 1971 met hun opleiding begonnen, op enkele variabelen zoals vooropleiding, leeftijd en geslacht representatief mochten worden geacht voor de groepen die op andere tijdstippen (1967 tot en met 1970) met de opleiding in de desbetreffende ziekenhuizen waren begonnen (voor gedetailleerder gegevens, zie Kuipers, 1976).

De opzet van het verpleegkundigen onderzoek

Het deelonderzoek naar de oorzaken van het verloop onder verpleegkundigen was opgezet met de bedoeling dit in twee fasen uit te voeren. Alleen de eerste fase, een dossieronderzoek, is uitgevoerd. Dit dossieronderzoek is verricht in zes ziekenhuizen in Eindhoven en omgeving en betrof een analyse van gegevens uit *verpleegkundigenbestanden* van de desbetreffende ziekenhuizen over de jaren 1972 tot 1 juli 1974.

De gegevens hadden betrekking op individuele kenmerken zoals leeftijd, datum van diplomering, rang, en op kenmerken van de afgelopen beroepsloopbaan zoals aantal voorgaande werkgevers en datum indiensttreding van 1528 verpleegkundigen. Daar de omvang van het verzuim evenals de hoogte van het verloop wel als een aanwijzing wordt gezien voor organisatieproblemen, is in dit deelonderzoek ook naar het verzuim van verpleegkundigen gekeken.

De doelstellingen om eerst dit dossieronderzoek uit te voeren, waren de volgende:

- het nagaan of individuele of persoonsgebonden kenmerken met het verloop c.q. de arbeidsmobiliteit en het verzuim van verpleegkundigen samenhangen;
- het inzicht verkrijgen in mobiliteitspatronen en trends in het verloop en in het verzuim;
- het komen tot de keuze van twee ziekenhuizen (uit de zes) voor de tweede fase en afronding van het onderzoek.

Vraagstelling

De vraagstelling voor het dossieronderzoek was tweeledig en werd als volgt geformuleerd:

- a. welke zijn de kenmerken van mobiliteits-, verloop- en verzuimpatronen van

verpleegkundigen en hangen deze patronen samen met individuele (achtergronds)kenmerken en kenmerken betreffende de beroepsloopbaan?

b. welke organisatiefactoren beïnvloeden of hangen samen met het verloop onder verpleegkundigen?

Bij vraagstelling a. ligt de nadruk op de arbeidsmobiliteit en de vraag met welke individuele of persoonsgebonden kenmerken deze samenhangt. Toegespitste vragen zijn hier bijvoorbeeld:

- is er bij het verloop sprake van het wisselen van ziekenhuis, of is er sprake van een stap uit het beroep;
- wat is, na indiensttreding, de gemiddelde lengte van het dienstverband en
- hoe lang blijft de verpleegkundige ná diplomering nog in het ziekenhuis van opleiding werken?

De oorspronkelijke opzet van het onderzoek was, dat de beide beschreven deelonderzoeken betreffende het verloop onder in-service leerlingen en verpleegkundigen *gezamenlijk* afgesloten zouden worden met een toetsingsfase. In die afrondingsfase zou het primair moeten gaan om de beantwoording van de vraag, welke organisatiefactoren van invloed zijn op het verloop onder leerlingen en verpleegkundigen in ziekenhuizen. In paragraaf 5.4. komen we hierop terug.

5.3.3. Het in-service leerlingsonderzoek

Resultaten en conclusies

Van de twee in het onderzoek betrokken groepen leerlingen (aanvangsjaar 1971) brak 38% (18 van de 47 leerlingen) in ziekenhuis A en 58% (23 van de 40 leerlingen) in ziekenhuis B de opleiding voortijdig af. De meeste leerlingen vertrokken in hun eerste studiejaar. Leerlingen die reeds langer dan één jaar aan het ziekenhuis verbonden waren, maar nog bezig waren met hun eerste studiejaar, waren hierbij inbegrepen. Als wij keken naar de tijd, die de leerlingen aan het ziekenhuis verbonden waren (dus ongeacht of men gezakt was voor een bepaalde leerperiode), dan bleek in ziekenhuis A het verloop in de eerste twee jaren even groot te zijn. In ziekenhuis B was het verloop het grootst in het tweede jaar van het verblijf in het ziekenhuis.

Een overeenkomstig verschil in het verloop tussen beide ziekenhuizen liet zich ook in de tijd zien. Het verloop gedurende de opleiding in de groepen, die in de jaren 1967, 1968 en 1969* met de studie aanvingen (358 leerlingen), kwam eenzelfde verschil naar voren. Het verloop was toen gemiddeld wel enigszins lager, namelijk 32% in ziekenhuis A en 48% in ziekenhuis B.

De vertrekkers uit de beide opleidingen (aanvangsjaren 1967 tot en met 1969,

* Het aanvangsjaar 1970 was ten tijde van de gegevensverzameling nog met de studie bezig.

met inbegrip van het aanvangsjaar 1971) verschilden niet met de blijvers op individuele kenmerken zoals leeftijd, geslacht en vooropleiding. Deze gegevens ondersteunen niet de veronderstelling, die we dikwijls in de literatuur tegenkomen over het effect van vooral de vooropleiding op het verloop.

Uit het dossieronderzoek bleek voor beide ziekenhuizen, dat er geen verschillen in verlooppercentages waren tussen voorjaarsgroepen (degenen die in maart met de opleiding beginnen) en najaarsgroepen (leerlingen die in september met de opleiding beginnen).

De grootte van de groep waar de leerling bij de aanvang van de studie in werd geplaatst, bleek voor de aanvangsjaren 1967 tot en met 1971 een vrij hoge samenhang te vertonen met het percentage vertrekkers uit die groep gedurende het eerste studiejaar. Voor ziekenhuis A was de Spearman rangcorrelatiecoëfficiënt, $r_s = +.57$, en voor ziekenhuis B $r_s = +.75$. Dit resultaat wil zeggen, hoe groter het aantal aangenomen leerlingen bij de aanvang van de studie, des te groter is het verloop tijdens het eerste studiejaar. Voor het ziekenhuis met het grootste verloop was deze samenhang het sterkst.

Er is in het dossieronderzoek een analyse uitgevoerd met behulp van de contrastgroepenmethode, waarin 'het al of niet vertrokken zijn gedurende het eerste studiejaar' als afhankelijke variabele werd omschreven. Als onafhankelijke variabelen werden gebruikt: 1) ziekenhuis van opleiding, 2) leeftijd, 3) geslacht, 4) woonplaats, 5) vooropleiding, 6) jaar van toelating, en 7) onderbreking door ziekteverzuim. Hiermede werd 11.8% van het verloop uit het eerste studiejaar verklaard. De variabelen 'ziekenhuis van opleiding' droeg met 2.4% het meeste bij tot de verklaring van het verloop. De andere genoemde onafhankelijke variabelen droegen ieder nog voor een gering deel bij tot de verklaring van het verloop. Samenvattend bleek uit het dossieronderzoek, dat de grootste bijdrage tot de verklaring van het verloop werd gegeven door de variabelen 'grootte van de groep bij aanvang van de studie' en 'ziekenhuis van opleiding'. Deze variabelen hebben te maken met factoren die verbonden zijn met de opleiding en werksituatie en buiten de leerling zelf liggen. Dit kunnen factoren zijn als opvang en begeleiding van de leerling (voor gedetailleerder onderzoeksresultaten zie Kuipers, 1976).

Uit een vergelijking van de twee groepen leerlingen (aanvangsjaar 1971) met de eveneens in een ander deelonderzoek betrokken groep leerlingen van de MBO-V (aanvangsjaar 1972) viel het volgende te constateren. Tussen de twee groepen leerlingen van de beide in-service opleidingen en tussen deze en de groep leerlingen van de MBO-V bleken, behoudens leeftijd, geen opvallende verschillen te bestaan ten aanzien van achtergrondkenmerken, motiveringen om de opleiding tot verpleegkundige te kiezen en beroepsoriëntaties (Mur-Veeman, 1973). De leerlingen kiezen in het algemeen uit ideële overwegingen de opleiding voor verpleegkundige en verwachten in de toekomst vooral verzorgende taken te vervullen.

Dienstbaarheid aan en ondersteuning van de patiënt staan, zo bleek uit het verdere onderzoek, centraal in het beroepsbeeld van beide categorieën leerlingen. Het verloop voor de door ons onderzochte groep leerlingen van de MBO-V bleek echter aanzienlijk geringer en voor deze eerste lichting slechts 13% gedurende de opleiding te zijn (zie hoofdstuk VI).

Nadere gegevens over verschillen tussen vertrekkers en blijvers
(aanvangsjaar 1971)

In het onderzoek kwamen maar weinig verschillen tussen vertrekkers en blijvers naar voren met betrekking tot hun beoordeling van diverse onderdelen van de opleiding en werksituatie. In ziekenhuis A hadden de vertrekkers wat meer behoefte aan theorie en dachten negatiever over de studiebegeleiding dan de blijvers. In ziekenhuis B kwam naast een behoefte aan meer theorie een wat negatiever oordeel bij vertrekkers naar voren over een aantal relaties in de opleidings- en werksituatie. De meeste leerlingen in beide ziekenhuizen waren tevreden over het werken op de verpleegafdelingen, hoewel het de vertrekkers wat meer is tegengevallen.

De geringe verschillen tussen vertrekkers en blijvers en de door de vertrekkers genoemde vertrekredenen, waarin zelden het werk zelf werd genoemd, droegen bij tot de veronderstelling dat het takenpakket van de leerlingen niet het doorslaggevende argument voor het vertrek uit de organisatie vormde. Wel woog zwaar het psychisch belastende en lichamelijk vermoeiende (hard werken).

Er waren geen duidelijke factoren aan te wijzen, die het verloop veroorzaakten. De algemene indruk uit ons onderzoek was, dat het meer een situatie leek, waarin de belasting zodanig was, dat er niet zo veel hoefde te gebeuren of men stopte met de opleiding. Het zakken voor een studieperiode, een verkeerde opmerking van één van de opleiders (docenten of hoofden) of een slechte werksfeer op de afdeling kon net teveel zijn. Dit laatste ook ondanks het rouleren over de afdelingen, met andere woorden het vooruitzicht dat men over enige maanden op een andere afdeling werkte.

De bovenstaande resultaten deden vermoeden dat de oorzaken van vertrek gezocht moesten worden in de condities waaronder het opleidingsproces plaatsvond, alsook in de wijze waarop de leerling de opleiding beleefde.

De blijvers

De blijvers, die op het einde van het eerste jaar maar zo weinig in hun meningen van de vertrekkers verschilden, hebben hun opleiding veelal afgemaakt zonder een wezenlijke aanpassing aan en acceptatie van de ziekenhuisorganisatie (zie paragraaf 3.3.3.).

De onvrede van de leerlingen was niet terug te voeren op enige duidelijk aanwijsbare factoren, maar moest meer worden gezocht in een situatie, waarin de ver-

schillende onderdelen elkaar negatief versterkten. Deze onvrede werd het duidelijkst verwoord in de kritiek op de opleidingssituatie zowel op de verpleegafdeling als op het opleidingscentrum. Over de begeleiding op de verpleegafdeling en bij de studie bleven de leerlingen tot aan het einde van de studie ontevreden (voor gedetailleerder onderzoeksgegevens, zie Verhagen, 1977).

De onvoldoende aandacht voor en de begeleiding van de leerling worden steeds naar voren gebracht als probleempunten bij de in-service opleiding. Tegelijkertijd wordt als voor de hand liggende oplossing van deze problemen gegeven, meer aandacht aan de begeleiding van de leerlingen te schenken door onder andere het aanstellen van meer praktijkbegeleiders. Bedacht kan hier worden, dat het instituut praktijkbegeleiding als hulpfunctie is ingesteld, omdat de directe begeleiding in de werksituatie niet goed uitvoerbaar meer was. Of anders gesteld, doordat de werksituatie meer begeleiding van de leerling vereiste, die onvoldoende door het hoofd en verpleegkundigen kon worden gegeven. Rozema en Visser (1978) wijzen in navolging van anderen op de marginale positie van praktijkbegeleiders. Uit een landelijk onderzoek, dat zij onder 295 praktijkbegeleiders in algemene en academische ziekenhuizen hebben gehouden, bleek dat meer dan de helft van de ondervraagden (58%) sinds een jaar of korter in de functie van praktijkbegeleider werkzaam was.

Een gegeven dat erop duidt, dat er in ziekenhuizen ook sprake is van een sterke wisseling/verloop van praktijkbegeleiders.

Een overeenkomstig beeld kwam bij ons onderzoek naar voren. In het ziekenhuis met het grootste verloop zagen we gedurende de opleiding (aanvangsjaar 1971) twee maal een wisseling van het hoofd van de opleiding en een vrij hoog verloop onder verpleegkundige docenten. Dit verloop onder verpleegkundige docenten viel ook waar te nemen, zij het in mindere mate, in het andere ziekenhuis van onderzoek.

Beide ziekenhuizen van onderzoek behoorden tot de zes waar het deelonderzoek betreffende het verloop onder verpleegkundigen is uitgevoerd (zie paragraaf 5.3.4.). Uit dit onderzoek bleek het volgende:

- het ziekenhuis met het grootste verloop onder de leerlingen had van de twee ziekenhuizen ook het grootste verloop onder verpleegkundigen (ongeveer 37% per jaar); en
- in dit ziekenhuis was de stabiliteit in het verpleegkundigenbestand het geringste van de zes.

Het waren juist dergelijke gegevens die het beeld van de opleidingssituatie van de leerling completeerden. Ze lieten het beeld zien van een labiele situatie, waarin het moeilijk is tot een geëigende rol van de leerling te komen.

5.3.4. Het verpleegkundigen onderzoek

Analoog aan het tweeledige karakter van de vraagstelling voor het dossieronder-

zoek (zie paragraaf 5.3.2.) is de analyse van de verzamelde gegevens in twee stappen en op twee niveaus verricht. Bij de vermelding van de onderzoeksresultaten zullen eerst verloop/mobiliteit en ziekteverzuim bekeken worden op individueel niveau, als individueel gedrag. Vervolgens zullen dezelfde taken op het niveau van de organisatie worden bekeken, als organisatiekenmerken.

Enkele gegevens betreffende dataverzameling en -verwerking

Voor een beter begrip van de onderzoeksresultaten zullen eerst enkele gegevens worden verstrekt over de dataverzameling en -verwerking.

De gegevens over verpleegkundigen zijn verzameld uit de personeelsdossiers van de afdelingen personeelszaken van de zes ziekenhuizen. De dossiers van de zes ziekenhuizen bestonden uit twee delen. Het ene deel betrof het 'huidige verpleegkundigenbestand', dat wil hier zeggen, verpleegkundigen die op 1 juli 1974 in het ziekenhuis van onderzoek werkten. Het andere deel bestond uit 'vertrokken verpleegkundigen', van vier ziekenhuizen vanaf 1 januari 1972 tot en met 30 juni 1974 en van twee ziekenhuizen vanaf 1 januari 1973 eveneens tot en met 30 juni 1974.

Er werden op deze wijze min of meer volledige gegevens verkregen van 1528 verpleegkundigen, over een periode die per ziekenhuis varieerde van anderhalf jaar tot tweeëneenhalf jaar.

Voor de analyse van de verzamelde gegevens op individueel niveau is onder andere gebruik gemaakt van de contrastgroepenmethode. Deze methode geeft het duidelijkst de informatie die we hier wensten. We wilden namelijk weten, of er op grond van bepaalde kenmerken 'probleemgroepen' zijn te onderkennen die een grotere vertrekgeïgheid c.q. verloop laten zien dan andere die deze kenmerken niet bezitten. De populatie wordt met behulp van de contrastgroepenmethode op grond van bepaalde bekende omschreven variabelen (onafhankelijke variabelen) gesplitst in een aantal groepen die contrasteren voor wat betreft hun waarde op de afhankelijke variabele, het verloop. De analyse begint met de totale onderzoeksgroep, die voor de analyse in aanmerking komt. Deze groep wordt op grond van een van de onafhankelijke variabelen gesplitst in twee deelgroepen, en wel zodanig dat de variantie in de te verklaren afhankelijke variabele tussen de twee groepen maximaal is. Met ieder van de op deze wijze ontstane groepen wordt dit proces herhaald, totdat de groepen te klein worden (bij ons 25 personen) of totdat het aantal groepen een opgegeven maximum overtreedt (bij ons 50) of totdat nieuwe splitsingen onvoldoende contrast of variantie opleveren*. Op basis van de beschikbare gegevens zijn voor de toepassing van de contrastgroepenmethode, de volgende onafhankelijke variabelen gedefinieerd: 1) ziekenhuis waar men werkt(e), 2) datum indiensttreding, 3) aantal rangmutaties, 4) rang, 5) aantal voorgaande werkgevers, 6) algemene vooropleiding, 7) woonplaats,

* Voor een uitgebreide beschrijving en toepassing van deze methode, zie Segers (1968).

8) burgerlijke staat, 9) geslacht en 10) leeftijd. Als afhankelijke variabele werd gedefinieerd, het al of niet vertrekken van een respondent gedurende de periode van 1 januari 1973 tot 1 juli 1974.

Een splitsing op variabele 1. kan een *aanwijzing* zijn, dat er bij het verloop organisatiefactoren in het spel zijn waarop ziekenhuizen onderling verschillen. De variabelen 2., 3. en 4. geven vooral de plaats in de organisatie aan, terwijl de variabelen 5. tot en met 10. betrekking hebben op aspecten die los van de organisatie staan.

Voor de analyse van het verzuim is onder andere eveneens gebruik gemaakt van de contrastgroepenmethode. Hiervoor zijn dezelfde 10 onafhankelijke variabelen gedefinieerd als bij de analyse van het verloop. Als afhankelijke variabele is gedefinieerd, het aantal ziekmeldingen in de periode tussen 1 januari 1974 en 1 juli 1974.

Met betrekking tot het verzuim zijn meer grootheden te onderkennen. Er is hier, bij de toepassing van de contrastgroepenmethode, gekozen voor het aantal ziekmeldingen als afhankelijke variabele, omdat in andere onderzoeken is gebleken, dat deze grootheid het sterkst samenhangt met sociale factoren (zie paragraaf 5.2.2.).

Ten tijde van het onderzoek was voor alle zes ziekenhuizen tezamen ruim 10% van de verpleegkundigen op part-time basis werkzaam. Voor de contrastgroepenanalyse is de variabele 'full-part-time' niet als onafhankelijke variabele gedefinieerd. Wel is nagegaan of het buiten beschouwing laten van deze variabele van belang was voor de verklaring van verloop of verzuim. Dit bleek niet het geval te zijn. Het verloop bleek bij beide categorieën in dezelfde orde van grootte te liggen, terwijl ook de verzuimpatronen geen opvallende verschillen vertoonden (Praagman, 1975).

*Mobiliteit, verloop en verzuim als individueel gedrag**

Verloop/arbeidsmobiliteit

Er zijn met betrekking tot het verloop twee contrastgroepenanalyses uitgevoerd, die respectievelijk 17,0% en 14,9% variantieverklaring opleverden.

Met betrekking tot het verloop bleken de volgende zaken van belang te zijn.

- Bij de jongere verpleegkundigen was het verloop veel hoger dan bij de oudere (breekpunt bij ongeveer 31 jaar).
- De verpleegkundigen die in een ziekenhuis één of meer rangmutaties (bevorderingen) hadden gekregen, waren minder geneigd om te vertrekken dan zij

* Individueel gedrag wil hier ook zeggen, dat de analyse van gegevens op individueel niveau is verricht.

die geen rangmutaties hadden gekregen.

- Het verloop onder de verpleegkundigen was duidelijk het hoogst in de lagere rangen.
- Zij die nog maar kort in het ziekenhuis van onderzoek werkten, waren eerder geneigd om te vertrekken dan zij die er al langer werkzaam waren. In het algemeen wordt dit verschijnsel aangeduid met de termen 'baby'- of 'kleutersterfte'.

De verbanden die hierboven zijn beschreven overlappen elkaar in zekere mate, maar het was wel zo, dat elk van de vier verbanden in iets zwakkere vorm bleef bestaan als men de overige constant hield. Het verband bijvoorbeeld tussen aantal rangmutaties en verloop deed zich zowel bij de ouderen als bij de jongeren voor. Ook de baby- of kleutersterfte deed zich in alle leeftijdscategorieën voor.

- Het ziekenhuis waar men werkt, bleek minder sterk van invloed te zijn op de vertrekgeneigdheid van verpleegkundigen, dan de vier zoëven genoemde variabelen leeftijd, rang, rangmutaties en lengte dienstverband (datum indienst-treding). Bovendien gebourde de splitsing op basis van de variabele ziekenhuis pas laat in de analyse, in een vrij specifieke kleine deelgroep (jonger dan 31 jaar en één of meer rangmutaties). In drie ziekenhuizen liet deze categorie een hoger verloop zien dan in de andere drie.
- De volgende vijf variabelen bleken niet of nauwelijks met het verloop samen te hangen: het aantal voorgaande werkgevers, algemene vooropleiding, het al of niet wonen in de plaats waar men werkt, burgerlijke staat en geslacht.

Aanvullende vragen betreffende de mobiliteit

Door het combineren van enkele onderzoeksresultaten zijn er enige aanwijzingen verkregen voor de beantwoording van de vraag of we met verloop uit de instelling of uit het beroep hebben te maken.

Op grond van bovenstaande resultaten is hiervoor speciaal de categorie 'jonger dan 31 jaar' bekeken. We zagen dan:

- dat er bij deze leeftijdscategorie velen waren die al meer voorgaande werkgevers hadden gehad;
- dat een veel voorkomende ontslagreden bij deze categorie was, het kiezen van een gunstiger alternatief in termen van promotie, belangstelling e.d.*

Hoewel er geen harde conclusies zijn te trekken, lijkt het mede op grond van deze onderzoeksresultaten wel waarschijnlijk, dat er een vrij grote groep van jonge verpleegkundigen is die achtereenvolgens in meer ziekenhuizen werkt (zie ook paragraaf 1.3.).

Twee eerder in paragraaf 5.3.2. gestelde vragen zijn nog niet beantwoord.

* Om enig inzicht te krijgen in de aard van het verloop zijn de opgegeven (door ziekenhuizen geregistreerde) ontslagredenen gecategoriseerd naar vermijdbaar verloop, onvermijdbaar verloop en onbekend.

De eerste vraag luidde: wat is na indiensttreding de gemiddelde lengte van het dienstverband?

Bij iedere 'lichting' werknemers ziet men in de eerste jaren een aanzienlijk hoger verloop dan in de latere jaren. Om een idee te krijgen van de 'levensduur' (het betreft in feite gegevens van vele lichtingen in dienst getreden) is gekeken naar de lengte van het afgelopen dienstverband van degenen, die gedurende de onderzoeksperiode zijn vertrokken (volledige bestanden vertrokken verpleegkundigen). Hieruit bleek dat ruim de helft (58%) van de vertrokkenen (n is 603) korter dan twee jaar in het ziekenhuis van vertrek had gewerkt; 27% had korter dan één jaar in het ziekenhuis van vertrek gewerkt.

Tevens bleken er per ziekenhuis verschillen te bestaan met betrekking tot het percentage verpleegkundigen, dat nog maar korte tijd in dienst was (verpleegkundigenbestand per 1-7-1974). In de zes ziekenhuizen was respectievelijk 23%, 27%, 28%, 35%, 44% en 48% korter dan anderhalf jaar in dienst.

De tweede vraag luidde: hoe lang blijft de verpleegkundige na diplomering in het ziekenhuis van opleiding werken?

Voor de beantwoording van deze vraag zijn uit alle zes dossiers 'vertrokken verpleegkundigen' diegenen gekozen, die in het ziekenhuis van onderzoek waren gediplomeerd. Vervolgens zijn deze personen (n = 192) gecategoriseerd naar de lengte van het dienstverband in het desbetreffende ziekenhuis*. Hieruit bleek dat in vijf ziekenhuizen respectievelijk 51%, 57%, 60%, 76% en 84% reeds binnen twee jaar na diplomering uit het ziekenhuis van opleiding was vertrokken**. Daarbij was het opvallend, dat in twee ziekenhuizen een vrij hoog percentage van de vertrekkers, respectievelijk 45% en 59%, na diplomering slechts een half jaar of korter in het ziekenhuis gewerkt had. Dit heeft vrijwel zeker te maken met het personeelsbeleid ten aanzien van pas gediplomeerden. Ten tijde van het onderzoek was het algemeen gebruikelijk, dat na diplomering ontslag volgde en de pas gediplomeerde, wilde hij in het ziekenhuis blijven werken, opnieuw moest solliciteren. Slechts één ziekenhuis maakte hierop tijdens het onderzoek een uitzondering. Een ander gegeven zijn de richtlijnen van het COZ inzake de personele bezetting, welke resulteren in een min of meer vaste verhouding tussen het aantal gediplomeerden en het aantal leerlingen in een ziekenhuis. Deze richtlijnen zullen invloed hebben op het beleid (wisselend in de tijd) ten aanzien van de aanname van leerlingen en vooral bij de aanname van pas afgestudeerden. Uit het in-service leerlingen-onderzoek bleek, dat van degenen die de opleiding afmaakten de meesten na diplomering elders wilden gaan werken (Verhagen,

* Opgemerkt moet worden, dat het hier gaat om verschillende lichtingen van in dienst getreden, respectievelijk afgestudeerden.

** Van een ziekenhuis was het aantal waarnemingen te klein om deze hierin te betrekken.

1977). Dit is begrijpelijk. Men kan zich namelijk voorstellen, dat men na drieën-eenhalf jaar wel eens van ziekenhuis wil veranderen. Er viel een zekere 'matheid' aan het einde van de opleiding te bespeuren. Na diplomering begint blijkbaar de grote trek tussen de ziekenhuizen.

Het zal duidelijk zijn, dat de in-service opleiding zelf, het verloop tijdens en het snelle vertrek na de opleiding alsmede de grote arbeidsmobiliteit van jonge verpleegkundigen, het vraagstuk van de stabiliteit in de personele bezetting alsmede het rendement van de eigen in-service opleiding raken.

Het onderzoek heeft een zeker beeld opgeleverd van de mobiliteit van verpleegkundigen. De bevindingen waren nergens in tegenspraak met de in paragraaf 5.2. beschreven resultaten uit literatuuronderzoek. Het percentage verklaarde variantie, respectievelijk 17.0% en 14.9%, middels contrastgroepenanalyses moet echter als vrij gering worden aangemerkt.

Het feit, dat bij de analyse op individueel niveau de variabele 'ziekenhuis waar men werkt(e)' zo'n geringe rol speelde bij de verklaring van het verloop staat twee interpretaties toe. In de eerste plaats is het mogelijk, dat de zes in het onderzoek betrokken ziekenhuizen op belangrijke organisatiekenmerken nauwelijks van elkaar verschillen. Op grond daarvan zal men mogen verwachten, dat de verlooppercentages elkaar weinig zullen ontlopen. Een andere meer voor de hand liggende interpretatie is, dat het verloop van verpleegkundigen mede zijn oorzaak vindt in factoren die in alle ziekenhuizen ongeveer gelijk liggen en dan buiten de waarneming vallen. Hier valt te denken aan factoren zoals de onduidelijkheid in taken en bevoegdheden én de geringe carrièremogelijkheden voor verpleegkundigen (zie onder meer paragraaf 2.4.3., 3.3.3. en 3.4.4.). Dit zijn factoren waarvan gezegd kan worden, dat ze de binding met de organisatie niet bevorderen en dat ze mede een verklaring geven van de arbeidsmobiliteit van met name jonge verpleegkundigen. Hier kan verwezen worden naar onderzoeken onder andere categorieën werknemers waaruit gebleken is, dat het ontbreken van carrièremogelijkheden in een organisatie van invloed is op het verloop (zie bijvoorbeeld de literatuurstudie van Vissers, 1979). Ook het feit, dat in het onderzoek variabelen als 'rang' en 'rangmutaties' een samenhang lieten zien met het verloop, wijst erop dat arbeidsvoorwaarden en toekomstmogelijkheden als aspecten van de beroepsuitoefening van belang zijn voor vele verpleegkundigen. Momenteel is het zo, dat het ontbreken van uniforme vervolgoopleidingen, behoudens voor de traditionele specialisaties, de arbeidsmobiliteit c.q. het verloop van verpleegkundigen bevordert. Enerzijds is het volgen van een cursus dikwijls een motief om van ziekenhuis te veranderen, anderzijds wordt bij de vraag naar verpleegkundigen in advertenties dikwijls als attractie vermeld, dat het volgen van een speciale cursus tot de mogelijkheden behoort.

Verzuim

Bij de contrastgroepenanalyse inzake het verzuim leverden de volgende vier variabelen 12.6% variantieverklaring op: ziekenhuis waar men werkt, leeftijd, datum indiensttreding (lengte dienstverband) en vooropleiding. De variabele 'ziekenhuis waar men werkt' zorgde voor de eerste splitsing en leverde de belangrijkste bijdrage voor de variantieverklaring, namelijk 4.3%.

Vervolgens is er een tweede analyse uitgevoerd maar nu alleen met betrekking tot die vier onafhankelijke variabelen, die in de eerste analyse voor splitsingen zorgden. Het percentage verklaarde variantie van 12.5% uit de eerste analyse, daalde in de tweede analyse tot nog slechts 5.3% (ziekenhuis waar men werkt 4.1%, en vooropleiding 1.2%). De resultaten van beide analyses leidde tot een belangrijke conclusie, namelijk: er werd met de gebruikte individuele variabelen een zeer klein deel van de variantie in het verzuim verklaard; de variabele 'ziekenhuis' zorgde in beide analyses voor de eerste splitsing en bleek de belangrijkste verklarende variabele te zijn.

Twee ziekenhuizen hadden een beduidend groter gemiddeld aantal ziekmeldingen per verpleegkundige dan de andere vier ziekenhuizen. Dit resultaat is in overeenstemming met andere onderzoeksresultaten (zie paragraaf 5.2.2.), die laten zien dat het persoonlijk verzuimpatroon in zekere mate wordt beïnvloed door de organisatie waarin men werkt*.

Voorts werden er in de analyse nog twee zwakke verbanden gevonden.

- Jongere verpleegkundigen melden zich iets vaker ziek dan ouderen.
- Degenen die al wat langer in dienst zijn van het ziekenhuis van onderzoek (gecorrleerd met leeftijd) melden zich iets minder vaak ziek dan degenen die er nog niet zo lang werken.

Deze resultaten komen voor wat betreft de relatie van het verzuim met leeftijd en lengte van het dienstverband overeen met andere onderzoeksresultaten. Het zij nogmaals benadrukt, dat het in dit onderzoek om zeer zwakke verbanden ging.

Om na te gaan in hoeverre het verzuimpatroon als een min of meer constant persoonsgebonden kenmerk gezien kan worden, werd er nog een contrastgroepenanalyse uitgevoerd.

In deze analyse werd ook de verzuimfrequentie over de tweede helft van 1973 als 'onafhankelijke variabele' meegenomen. Op deze wijze werd 24.6% van de variantie in het verzuim verklaard, hetgeen vergelijkbaar is met het kwadraat van een produktmomentcorrelatiecoëfficiënt. De coëfficiënt die zich hierbij laat denken, zou een waarde hebben van .50. Hieruit mag men concluderen, dat het individuele verzuimpatroon een zekere mate van stabiliteit vertoont.

* De spreiding in de verzuimcijfers voor de zes onderzochte ziekenhuizen kwam overeen met de vergelijkbare spreiding binnen zestig door het NZI onderzochte ziekenhuizen.

De aantallen waren te klein om na te gaan, of toekomstige vertrekkers (binnen de onderzoeksperiode) en blijvers verschillende verzuimpatronen lieten zien. Dit bezwaar gold des te sterker omdat variabelen zoals 'leeftijd' en 'datum indienst-treding' vanwege hun invloed op verloop en verzuim constant moesten worden gehouden.

Wil men nagaan of er een verband tussen beide grootheden, verloop en verzuim, bestaat dan zal men de factoren waarmee beide zijn gecorreleerd constant moeten houden. Een vorm van cohortstudie zou hier een adequate opzet zijn geweest. Vanwege de beperktheid van het databestand was een dergelijke opzet echter niet mogelijk.

Samenvattend bleken met betrekking tot het verzuim de volgende zaken van belang te zijn.

- Van de tien gebruikte onafhankelijke variabelen leverde de variabele 'ziekenhuis waar men werkt' de grootste bijdrage tot de verklaring; in twee ziekenhuizen lag het aantal ziekmeldingen per verpleegkundige beduidend hoger dan in de andere vier ziekenhuizen.
- Er werd met de hier gebruikte individuele variabelen nauwelijks enige verklaring gevonden voor het verzuim.

Uit een verdere analyse waarin ook de verzuimfrequentie als 'onafhankelijke variabele' werd meegenomen, bleek echter dat het individuele verzuim een vrij grote constantheid liet zien. Dit resultaat wijst toch op een zekere persoonsgebondenheid van het verzuim.

Vergelijking van de resultaten van beide analyses

Als we de resultaten van de contrastgroepenanalyse over verloop en verzuim met elkaar vergelijken, dan zijn er enkele zaken die direct opvallen.

Hoewel er bij het verloop niet zo erg veel variantie werd verklaard, gaf de analyse toch enig inzicht in het verschijnsel. Zo bleek dat individuele kenmerken samenhangen met het verloop.

Bij het verzuim werd nog minder variantie verklaard dan bij het verloop. Constatierend dat een groot gedeelte van dit (kleine) stuk verklaring was toe te schrijven aan de variabele 'ziekenhuis', komen wij echter aan een opvallend verschil. Dit verschil bestaat hierin, dat de organisatie waarbinnen men werkt blijkbaar duidelijker van invloed is op het gemiddeld aantal ziekmeldingen dan op de vertrekgenigheid van de werknemers. Vooruitlopend op de resultaten van de analyse, waar verloop en verzuim als organisatiekenmerken worden bekeken (zie hieronder), is hier de interpretatie, dat het gemiddeld aantal ziekmeldingen per werknemer/verpleegkundige in ziekenhuizen een meer betrouwbare indicator voor het functioneren van de organisatie (voor de mate van arbeidsvoldoening) mag worden verondersteld, dan de hoogte van het verloop.

Deze interpretatie wordt bovendien meer plausibel als men ziet, dat de zes on-

derzochte ziekenhuizen qua aantal ziekmeldingen redelijk representatief zijn voor een grote groep van ziekenhuizen (zie eerder de voetnoot in deze paragraaf).

Er moet op gewezen worden, dat deze interpretatie totale ziekenhuizen betreft en niet bijvoorbeeld afdelingen. In dit verband zijn enkele opmerkingen van Cassée (1971) over verloop en verzuim interessant. Hij stelt, passend binnen de in paragraaf 5.2.3. gepresenteerde theoretische gezichtspunten, dat een verpleegkundige die ontevreden is met zijn/haar werksituatie twee 'vluchtwegen' heeft, namelijk verloop of verzuim. Hij zegt dan, dat onder andere vanwege de vele overplaatsingsmogelijkheden verloop uit de instelling minder opportuun is dan verzuim. Eerder is erop gewezen (zie paragraaf 5.2.3.), dat we met het trekken van dergelijke conclusies, in termen van óf-óf, voorzichtig moeten zijn. Ze worden niet of nauwelijks door onderzoeksresultaten ondersteund.

Bij navraag* bleek, dat binnen de zes ziekenhuizen overplaatsingen van verpleegkundigen praktisch niet voorkwamen. Met betrekking tot de leerlingen, mogen we ook niet veronderstellen, dat het vooruitzicht dat men na een bepaalde periode op een andere afdeling gaat werken, van invloed zal zijn op het verloop.

Op de vraag, of de verschillen in verloop en verzuim op het niveau van de afdeling gezocht moeten worden in plaats van op organisatieniveau, wordt onder 'Verloop, verzuim en stabiliteit als organisatiekenmerken' nader ingegaan.

Verloop, verzuim en stabiliteit als organisatiekenmerken

Voor de analyse van het verloop en verzuim op organisatieniveau werd van elk van de zes ziekenhuizen een profiel gemaakt op basis van de volgende gegevens:

- verlooppercentages per half jaar over de periode 1-1-1972 tot 1-7-1974;
- verzuimfrequentie per half jaar over dezelfde periode;
- frequentieverdeling over de datum indiensttreding van degenen die per 1-7-1974 in dienst waren;
- frequentieverdelingen over gemeten individuele variabelen die een samenhang vertoonden met verloop en verzuim.

Verloop

De verlooppercentages werden per ziekenhuis en per half jaar, respectievelijk voor vijf en drie halve jaren berekend. Het geschatte jaarlijkse verlooppercentage over 1973 bedroeg volgens tabel 5.1. voor de zes ziekenhuizen respectievelijk 26%, 37%, 45%, 25%, 30% en 22%. Werden degenen die in het ziekenhuis van onderzoek waren gediplomeerd buiten beschouwing gelaten, dan bedroegen de verlooppercentages over 1973 respectievelijk 23%, 34%, 39%, 28%, 29% en 19%.

* De resultaten van het onderzoek zijn met personeelsfunctionarissen van de zes ziekenhuizen doorgesproken.

Tabel 5.1. Verloopperscentages (per ½ jaar) verpleegkundigen voor zes ziekenhuizen over vijf halve jaren.

Ziekenhuis	1	2	3	4	5	6
Bestand over 1973	189	131	169	133	117	45
1972/1	13%	17%	~	—	11%	10%
1972/2	10%	23%	~	~	8%	20%
1973/1	16%	20%	22%	17%	18%	9%
1973/2	10%	17%	23%	8%	12%	13%
1974/1	9%	15%	16%	12%	12%	11%

De verschillen in de hoogte van het verloop varieerden per ziekenhuis en per half jaar, maar hierin viel niet zo veel regelmaat te ontdekken. Ziekenhuizen die tijdens het ene half jaar een relatief hoog verloop hadden, konden een half jaar later weer een aanzienlijk lager verloop hebben. De ziekenhuizen 2 en 3 lieten echter meestal een hoger verloop en ziekenhuis 1 een lager verloop dan gemiddeld zien.

Verzuim

Tabel 5.2. geeft per ziekenhuis per half jaar het gemiddeld aantal ziekmeldingen per vrouwelijke verpleegkundige. Mannelijke verpleegkundigen zijn hier buiten beschouwing gelaten, omdat mannen en vrouwen verschillende verzuimpatronen laten zien en omdat de percentages mannelijke verpleegkundigen tussen de ziekenhuizen nogal uiteen lopen. (In totaal bestond ongeveer 12% uit mannelijke verpleegkundigen.)

Tabel 5.2. Gemiddeld aantal ziekmeldingen per vrouwelijke verpleegkundige (per half jaar) over vijf halve jaren.

Ziekenhuis	1	2	3	4	5	6
1972/1	*61	*38	*33	*36	*48	*35
1972/2	*41	*31	*28	*24	*50	*28
1971/1	*69	*60	*42	*48	*55	*20
1973/2	*67	*44	*43	*44	*57	*34
1974/1	*89	*77	*34	*43	*53	*60
$\bar{X}$	*65	*50	*36	*39	*53	*35

Het aantal ziekmeldingen per verpleegkundige bleek per ziekenhuis te verschillen. De verschillen tussen de ziekenhuizen onderling bleven echter enigszins constant. In andere woorden: als men de ziekenhuizen per half jaar rangordende naar de hoogte van de verzuimfrequentie, dan liepen deze rangordeningen betrekkelijk weinig uiteen. De waarde van Kendall's concordantiecoëfficiënt voor vergelijking van deze vijf rangordeningen bedroeg .77.

Hieruit mag men concluderen, dat de hoogte van de verzuimfrequentie van een

ziekenhuis een tamelijk constante waarde is in *vergelijking* tot de verzuimfrequentie van de andere vijf ziekenhuizen (vergelijk Philipsen, 1969, over de organisatiespecificiteit van het ziekteverzuim).

Bepaling van de concordantiecoëfficiënt voor de rangordeningen met betrekking tot het aantal ziekte-dagen leverde een waarde van +33.

De mate van duurzaamheid van de verschillen tussen de ziekenhuizen bleek dus voor de verzuimfrequentie aanmerkelijk groter te zijn dan voor het aantal ziekte-dagen. In dit verband is het interessant dat bij onderzoeken is gebleken, dat juist de verzuimfrequentie het sterkst samenhangt met sociale factoren die op het verzuim van invloed zijn.

Voor de onderzochte populatie kan worden geconcludeerd, dat de verzuimfrequentie binnen een organisatie in verhouding tot dezelfde cijfers van andere organisaties een zekere constantheid laat zien. Voor het gemiddeld aantal verzuimdagen per werknemer en voor het verloop geldt dat in duidelijk mindere mate.

Relatie verloop en verzuim

Gezien de variatie in het verloop en gezien de consistentie in de rangordeningen in de verzuimfrequentie van de zes ziekenhuizen, mocht geen grote samenhang tussen verloop en verzuim worden verwacht. Bepaling van Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt r_s betreffende verloop en het aantal ziekmeldingen bevestigde dat beeld (r_s +03, — +34 en +24).

Hieruit mag men concluderen, dat in deze kleine populatie op ziekenhuisniveau geen correlatie bestaat tussen de hoogte van het verloop en het aantal ziekmeldingen.

Stabiliteit en verzuim

De stabiliteit in het verpleegkundigenbestand bleek per ziekenhuis te verschillen.

Tabel 5.3. geeft voor het verpleegkundigenbestand van de zes ziekenhuizen op

Tabel 5.3. Enkele gegevens betreffende de lengte van het dienstverband van werkzame verpleegkundigen (per 1-7-1974).

Ziekenhuis 1-7-1974	n	>3½ jaar	≤1½ jaar	rangorde*
1	240	31%	44%	3
2	182	22%	48%	1
3	166	28%	35%	2
4	123	33%	23%	5
5	112	32%	27%	4
6	43	47%	28%	6

* De rangorde van de ziekenhuizen op grond van deze gegevens kwam als volgt tot stand: in eerste instantie werden de ziekenhuizen gerangordend op grond van het percentage ver-

1 juli 1974 enkele voor de stabiliteit (zie paragraaf 5.1.1.) relevante gegevens.

Vergelijking van verloop- en stabiliteitsgegevens (tabel 5.1. en 5.3.) biedt weinig houvast. Weliswaar hebben de twee ziekenhuizen met een relatief hoog verloop (de ziekenhuizen 2 en 3) een betrekkelijk geringe stabiliteit, maar ook ziekenhuis 1 scoort op stabiliteit niet erg hoog. Ziekenhuis 1 is minder stabiel dan de ziekenhuizen 4, 5 en 6. Dit is gedeeltelijk verklaarbaar door een uitbreiding van dit ziekenhuis en daarmee gepaard gaande personeelsuitbreiding in 1973, waardoor de proportie nieuw aangetrokkenen wordt vergroot. Hieruit blijkt, dat men ook stabiliteitscijfers niet altijd klakkeloos naast elkaar kan zetten.

Wel kan gesteld worden, dat de meest stabiele ziekenhuizen niet per se de ziekenhuizen met een laag verloop behoeven te zijn. Dit is verklaarbaar omdat niet bij ieder ziekenhuis de groep vertrokkenen hetzelfde behoeft te zijn samengesteld. Het percentage personen, dat na een lang dienstverband vertrekt, kan immers verschillen. Dit betekent onder andere, dat de hoogte van het verloop, uitgedrukt in een bruto verlooppercentage, met zorg gebruikt en geïnterpreteerd moet worden.

Er bleek een verband te bestaan tussen de stabiliteit in het verpleegkundigenbestand en het aantal ziekmeldingen binnen deze categorie: hoe groter de stabiliteit hoe geringer het aantal ziekmeldingen.

Bij twee van de drie minst stabiele ziekenhuizen (de ziekenhuizen 1 en 2) meldde men zich in het eerste half jaar van 1974 vaker ziek dan in de andere vier ziekenhuizen. De ziekenhuizen waar men zich in de gehele onderzoeksperiode van tweeënehalf jaar het meest ziek meldde, zijn de ziekenhuizen 1 en 2, en, gebaseerd op de gegevens van medio 1974, een meer stabiel ziekenhuis 5.

Voor de vergelijking van stabiliteit en verzuim werden de zes ziekenhuizen op beide kenmerken gerangordend*. Vergelijking van die rangordeningen door bepaling van Spearman's rangcorrelatiecoëfficiënt laat een samenhang ($r_s = -37$) zien**.

→ pleegkundigen dat al voor 1970 in dienst was. Liepen deze percentages maar weinig uiteen, dan gaf het percentage verpleegkundigen dat de laatste anderhalf jaar was aangenomen de doorslag.

Rangnummer 1 staat voor geringe stabiliteit.

* De rangorde van verzuim is gebaseerd op de gemiddelde cijfers over de vijf halve jaren in tabel 5.2.

De rangorde voor stabiliteit is aangegeven in tabel 5.3.

Rangorde 1 staat voor hoog verzuim.

** Wordt ziekenhuis 1 buiten beschouwing gelaten (gezien de uitbreiding van dit ziekenhuis en gezien de consequenties hiervan voor onze stabiliteitsberekening) dan vinden we een $r_s = -50$.

Onderlinge vergelijking van de ziekenhuizen

De twee ziekenhuizen, die bij beschouwing van verloop, verzuim en stabiliteit het sterkst onderling verschillen, zijn de ziekenhuizen 2 en 6.

Voor ziekenhuis 2 ziet men een relatief hoog verloop en hoog verzuim en een betrekkelijk geringe stabiliteit. Voor ziekenhuis 6 liggen deze zaken juist andersom.

Voor alle ziekenhuizen (toegesplitst op de ziekenhuizen 2 en 6) is tenslotte met betrekking tot de samenstelling van het verpleegkundigenbestand gekeken naar de verdeling over de individuele variabelen, die in de analyse op individueel niveau een samenhang vertoonden met verloop en verzuim. Er bleken bijvoorbeeld voor de ziekenhuizen 2 en 6 enkele kleine verschillen te bestaan op deze individuele variabelen. Hoewel ze met het verloop en ook enigszins met het ziekteverzuim samenhangen, konden ze toch het verschil tussen de twee ziekenhuizen qua verloop en ziekteverzuim niet geheel verklaren (voor gedetailleerder onderzoeksgegevens, zie Floor, 1976).

De verpleegafdeling als eenheid van analyse

De mogelijkheid bestaat, dat verschillen in verloop voornamelijk tussen de afdelingen gezocht moeten worden in plaats van op ziekenhuisniveau. Door de vele ontbrekende waarnemingen moest in het zojuist beschreven deelonderzoek de verpleegafdeling helaas als analyse-niveau vervallen.

De personeelsfunctionarissen waarmee de resultaten van het onderzoek werden doorgesproken, waren van mening, dat het verloop in het eigen ziekenhuis per verpleegafdeling verschilde. Hiervoor kon geen verklaring worden gegeven. Wel was men van mening, dat het verloop een zeker 'besmettelijk' karakter heeft: in die zin dat als één of twee verpleegkundigen vertrekken er meer volgen.

Geconcludeerd kan worden, dat bij voortzetting van het onderzoek naar het verloop van verpleegkundigen, de verpleegafdeling als eenheid van analyse gebruikt zal moeten worden. Verstandig is daarbij de stabiliteit als invalshoek te kiezen en naast de verlooppercentages ook de stabiliteitscijfers te bekijken (zie paragraaf 5.4.).

De wijze waarop in dit deelonderzoek de stabiliteit in het verpleegkundigenbestand op ziekenhuisniveau werd omschreven, is in feite een vrij beperkte grootte. De stabiliteit in de personele bezetting van een verpleegafdeling wordt bijvoorbeeld ten eerste bepaald door de grote categorie in-service leerlingen. Deze factor heeft te maken met aspecten in de concrete werksituatie van verpleegkundigen. Ook dit gegeven pleit ervoor bij een eventueel onderzoek naar het verloop van verpleegkundigen, de verpleegafdeling als analyse-eenheid te nemen. Bij het onderzoek naar het verzuim ligt dit mogelijk anders. De verzuimfrequentie van verpleegkundigen bleek op ziekenhuisniveau een vrij stabiele en voorspelbare grootte te zijn. Ziekenhuizen bleken op deze grootte te verschillen. Aangenomen mag worden, dat voor deze verschillen organisatiefactoren kunnen

worden aangewezen. Welke organisatiefactoren valt op grond van dit onderzoek niet aan te geven.

Het gegeven, dat in dit onderzoek op ziekenhuisniveau de verzuimfrequentie een verband liet zien met de stabiliteit, pleit ervoor bij een nader onderzoek naar het ziekteverzuim ook de verpleegafdeling als analyse-eenheid te nemen. Temeer daar op dit niveau de factor stabiliteit een concrete inhoud kan worden gegeven en ze gerelateerd kan worden aan organisatiekenmerken, die karakteristiek zijn voor bepaalde verpleegafdelingen.

Samenvattend, bleken op ziekenhuisniveau ten aanzien van het verloop, het verzuim en de stabiliteit de volgende zaken van belang te zijn.

- Het verloop onder verpleegkundigen in de zes onderzochte ziekenhuizen varieerde globaal van 20% tot 45% per jaar. De hoogte van het verloop wisselde nogal per ziekenhuis en ook per halfjaar. In deze schommelingen was weinig regelmaat te ontdekken.
- Uit het onderzochte databestand bleek, dat de stabiliteit in het verpleegkundigenbestand per ziekenhuis verschilde.
- Behalve qua verloop bleken de onderzochte ziekenhuizen ook nogal te verschillen qua verzuim. Het aantal ziekmeldingen per verpleegkundige per half jaar, het aantal verzuimdagen per verpleegkundige per half jaar en de gemiddelde duur per ziektegeval werden bekeken. Bij de laatste twee grootheden bleek zich weinig regelmaat voor te doen in de verschillen per half jaar en per ziekenhuis. Bij de eerste grootheid, de verzuimfrequentie bleken de verschillen per ziekenhuis in de tijd vrij constant. Dat wil zeggen dat de kans groot is, dat indien er in een ziekenhuis gedurende een bepaald half jaar relatief veel ziekmeldingen voorkomen, dit ook in latere halve jaren het geval zal zijn.
- Bij vergelijking tussen enerzijds het aantal ziekmeldingen en anderzijds het verloop en de stabiliteit bleek, dat het aantal ziekmeldingen nauwelijks met het verloop samenhangt, maar wel met de stabiliteit. Bij ziekenhuizen met een grote stabiliteit in het verpleegkundigenbestand is de kans op een groot aantal ziekmeldingen kleiner dan bij ziekenhuizen met een geringe stabiliteit in die categorie.

5.4. HET VERLOOP BEZIEN VANUIT DE STABILITEIT

5.4.1. Verloop en stabiliteitsgegevens

Vanuit organisatieperspectief is in verband met de taakuitvoering de stabiliteit in de personele bezetting van afdelingen een primaire factor. Het verloop en het verzuim van medewerkers zijn hierop van invloed. Anderzijds valt in te zien, dat de personele stabiliteit gerelateerd aan specifieke kenmerken van primaire

processen en andere organisatiekenmerken van invloed is op het verloop alsook op het verzuim. We zullen vooral dit laatste gezichtspunt toelichten.

Op basis van de resultaten van het zojuist besproken onderzoek ontstond de gedachte, dat de stabiliteit in het verplegendenbestand van een ziekenhuis en in de personele bezetting van verpleegafdelingen betere invalshoeken vormden om zicht op het verloop te krijgen dan de hoogte van het verloop.

Hoewel de stabiliteit in het totale verplegendenbestand en in de personele bezetting van een verpleegafdeling een relatie met elkaar hebben, betreffen ze toch verschillende zaken. De stabiliteit in de personele bezetting van een verpleegafdeling heeft namelijk in tegenstelling tot die in het totale verplegendenbestand, direct te maken met de concrete werksituatie van verplegenden.

De factor stabiliteit is op verschillende wijze te operationaliseren:

- a. de omvang van de echte harde personeelskern; dit is het aantal of percentage personeelsleden dat al vrij lang (bijvoorbeeld meer dan twee jaar) in dienst is (respectievelijk op een afdeling werkt);
- b. het percentage personeelsleden dat pas kort (bijvoorbeeld minder dan een jaar) in dienst is (respectievelijk op een afdeling werkt);
- c. een of andere overall-maat, bijvoorbeeld een stabiliteitsindex, te berekenen uitgaande van verblijfsduren.

Deze benaderingen zijn niet onafhankelijk van elkaar, maar ze belichten wel verschillende aspecten van de mate van stabiliteit binnen een arbeidsgemeenschap. Meer zicht op de stabiliteit in werkgroepsrelaties wordt verkregen door ook het verzuim bij de analyse te betrekken. Anderzijds lijkt het zinvol het verzuim op zich in relatie met de personele stabiliteit te analyseren (zie bijvoorbeeld Draaisma en Smulders, 1978, pagina 122 e.v.).

Welke variabele(n) men in het onderzoek wil gebruiken, hangt af van de vraag waarin men primair is geïnteresseerd. Binnen het door ons geconstrueerde model (zie bijvoorbeeld de figuren 1.1. en 2.5.) is de mate van stabiliteit in de personele bezetting als een onafhankelijke factor beschouwd. Het functioneren van de verschillende categorieën verplegenden is als afhankelijke factor beschouwd. Binnen dit model zijn diverse wederkerige en elkaar versterkende relaties aan te wijzen. We zullen dit met een voorbeeld verduidelijken. De wijze waarop leiding wordt gegeven is voor het functioneren van medewerkers en de werksfeer belangrijk. De omstandigheden, de voorwaarden waaronder leiding moet worden gegeven, zijn dat echter eveneens.

Stel dat men te kampen heeft met een hoog verloop onder verpleegkundigen en/of leerlingen en bovendien problemen signaleert in het leidinggeven, de vraag rijst dan: 'Wat is nu oorzaak en wat is gevolg?'. Daarom is het verstandig de mate van stabiliteit in de leidinggevende rangen afzonderlijk te bekijken en deze met die van andere categorieën verplegenden op dezelfde afdeling te vergelijken. We mogen veronderstellen, dat de mate van stabiliteit binnen de diverse catego-

rieën (bijvoorbeeld leidinggevendens versus andere categorieën) verschillende consequenties heeft voor onder meer:

- de continuïteit in de zorgverlening;
- het functioneren van de verschillende categorieën met inbegrip van de leidinggevendens;
- het begeleiden en inwerken van personeelsleden.

Hieruit valt af te leiden, dat het naar gevolgen voor de uitvoering van de patiëntenzorg en het functioneren van de verschillende categorieën verplegenden, verschil uitmaakt of het verloop in de hogere dan wel in de lagere rangen (eventueel binnen beide) is te localiseren. Een reden te meer om de mate van stabiliteit onder leidinggevendens afzonderlijk te bekijken en deze met andere categorieën te vergelijken.

Op grond van het tot dusverre behandelde kunnen we vaststellen, dat als we het verloop vanuit de personele stabiliteit bekijken, twee dimensies van belang zijn: 1) de *samenhang* tussen de stabiliteit en het verlooppercentage voor een bepaalde categorie werknemers; en 2) de *localisatie* van het verloop binnen de verschillende categorieën, indien het onderzoek meer categorieën werknemers betreft.

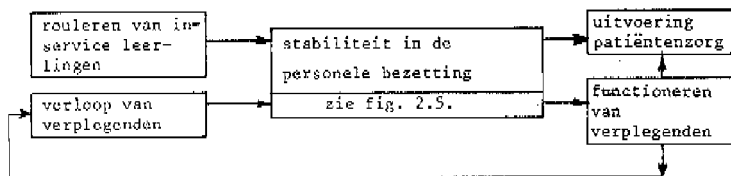
Als we de stabiliteit als uitgangspunt van analyse nemen, kunnen we ons beter afvragen (hypothetiseren) wat de mogelijke oorzaken zijn van een bepaald verlooppatroon. Dit zal met een voorbeeld worden verduidelijkt. Stel, dat men een vrij hoog verloop ziet, maar dat er tevens sprake is van een vrij omvangrijke vaste kern van medewerkers, die al geruime tijd in de organisatie werkzaam is. Een hypothese zou dan kunnen zijn, dat nieuwe medewerkers wellicht moeilijkheden ondervinden bij het zich aanpassen in een gevestigde groep van medewerkers. Voor de nieuwelingen zou dit reden kunnen zijn tot een snel vertrek.

De localisatie van het verloop is van belang als het onderzoek meer categorieën werknemers omvat. De oorzaken van het verloop behoeven namelijk voor de verschillende categorieën niet dezelfde te zijn. Verstandig is aan te nemen, dat ze dit ook niet zijn. Ook indien het werknemers betreft die, zoals in ons geval, op hetzelfde niveau in de organisatie werkzaam zijn. Wel kunnen er elkaar negatief versterkende factoren werkzaam zijn; in die zin dat een hoog verloop onder één categorie leidt tot problemen in de organisatie en tot verloop bij een andere categorie.

De factor stabiliteit biedt ook voor de praktijk een bruikbaar uitgangspunt om probleemsituaties (c.q. probleemafdelingen) te analyseren en om oplossingen, die voor het personeelsvraagstuk in de verpleging worden aangedragen, te evalueren.

5.4.2. De stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen

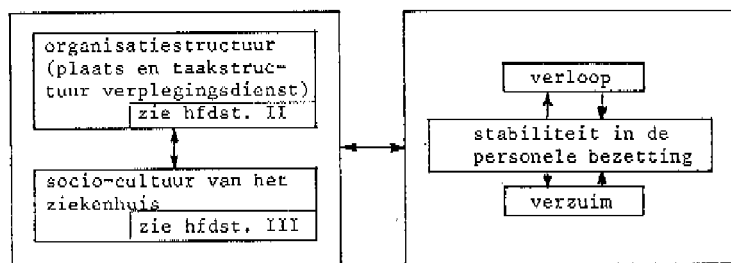
Een zekere mate van stabiliteit in de personele bezetting in termen van een zekere duurzaamheid in de werkrelaties op de verpleegafdeling is een organisatiestructurele voorwaarde voor de uitvoering van de patiëntenzorg en voor het functioneren van verplegenden (zie paragraaf 2.3.3.).



Figuur 5.3. Samenhang tussen de mate van stabiliteit in de personele bezetting van de verpleegafdeling en andere factoren

Naast het verloop heeft vooral het rouleren van in-service leerlingen gevolgen voor de stabiliteit. Een geringe stabiliteit kan echter op zijn beurt leiden tot problemen in de organisatie en in het functioneren van verplegenden, hetgeen weer verloop tot gevolg kan hebben. Dit is in figuur 5.3. schematisch weergegeven.

Er bleek op *ziekenhuisniveau* een verband te bestaan tussen de stabiliteit in het verpleegkundigenbestand en de verzuimfrequentie van deze categorie verplegenden. Het valt in te zien, dat, toegespitst op de *verpleegafdeling*, het verzuim van verplegenden op zijn beurt van invloed is op met name de stabiliteit in de personele bezetting. In figuur 5.4. zijn de veronderstelde wederkerige relaties tussen stabiliteit en verloop enerzijds en tussen stabiliteit en verzuim anderzijds, in sa-



Figuur 5.4. Onderlinge samenhang tussen stabiliteit en verloop enerzijds en stabiliteit en verzuim anderzijds

menhang met de eerder besproken karakteristieken van het ziekenhuis, schematisch weergegeven.

Verschuiving in optiek en vraagstellingen

Zoals reeds is opgemerkt, is gedurende het onderzoek het accent steeds meer komen te liggen op de factor stabiliteit in de personele bezetting, in plaats van op het verloopvraagstuk.

De factor stabiliteit stelt het verloop in een geheel ander licht. Alleen al als we denken aan de voortdurende overplaatsingen van de vele in-service leerlingen. Stel, dat op een bepaalde verpleegafdeling 50% van het bestand van verplegenden uit leerlingen bestaat, die daar gemiddeld vier maanden werken, en gesteld ook, dat we overplaatsingen als 'verloop uit die verpleegafdeling' aanmerken, dan zou dit verloop, berekend over het totale bestand jaarlijks meer dan 100% bedragen. Daarbij komt dan nog het verloop onder verpleegkundigen.

Het onderzoek heeft inzicht gegeven in het verloop onder verplegenden. Voorts heeft het onderzoek tot vragen betreffende de plaats van de in-service opleiding en verplegingsdienst in het ziekenhuis geleid, die niet door een verlooponderzoek waren te beantwoorden.

De verschuiving in optiek en vraagstellingen was reden het onderzoek niet af te ronden met een toetsende fase, zoals oorspronkelijk de bedoeling was (zie paragraaf 5.3.2.). Het heeft, evenals het nog te bespreken onderzoek in hoofdstuk VI, geleid tot de formulering van de twee hoofdvragen voor deze studie (zie paragraaf 1.1.3.).

5.5. SLOTBESCHOUWING EN CONCLUSIES

Tijdens het onderzoek en op basis van de resultaten van het zojuist besproken onderzoek is het accent verlegd van het verloop onder verplegenden naar de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen.

Het verloop onder verplegenden is weliswaar van invloed op deze stabiliteit, doch is, denkend aan de vele in-service leerlingen, niet de voornaamste oorzaak van een geringe personele stabiliteit op veel verpleegafdelingen.

Stabiliteitscijfers geven een zuiverder beeld van de continuïteit in de personeelsvoorziening dan verlooppercentages. De factor stabiliteit laat zich, afhankelijk van de specifieke vraagstellingen, op verschillende wijze operationaliseren. Door ook het verzuim bij deze analyse te betrekken, wordt een beter zicht op de personele stabiliteit verkregen. Als stabiliteitscijfers als uitgangspunt voor verdere analyse worden genomen, kan men zich ook beter afvragen welke de mogelijke oorzaken zijn van een bepaald verlooppatroon. Anderzijds valt beter te beoordelen, welke de mogelijke gevolgen van een bepaald verlooppatroon zijn voor onder meer de taakuitvoering.

Reeds zal duidelijk geworden zijn, dat de factor stabiliteit kwalitatieve kanten heeft in verband waarmee processen en situaties zich laten beoordelen. Stabiele werk(leer)groepsrelaties zijn enerzijds nodig om een goede leer(werk)situatie voor de in-service leerling te bewerkstelligen en anderzijds noodzakelijk voor een passende patiëntenzorg. Tussen beide doeleinden kunnen fricties ontstaan.

Het relatief hoge verloop onder in-service leerlingen, in vergelijking met het vertrek van leerlingen uit het middelbaar verpleegkundig dagonderwijs (de MBO-V), vindt mede een verklaring in de weinig optimale opleidingscondities waaronder het proces van opleiden voor de in-service leerling verloopt. Aangenomen mag worden, dat het in-service opleidingssysteem ook repercussies heeft voor het functioneren van verpleegkundigen.

Stabiele werkrelaties zijn voorwaarde om tot groepsbinding en binding aan het werk te komen. Het ontbreken van deze voorwaarde en de geringe ontplooiingsmogelijkheden voor verpleegkundigen geven mede een verklaring voor de arbeidsmobiliteit van met name jonge verpleegkundigen. Het ontbreken van een systeem van uniforme vervolgoopleidingen en daaraan verbonden wettelijk erkende diploma's bevordert deze mobiliteit.

De in-service opleiding is een bron van instabiliteit binnen de organisatie van het ziekenhuis. De organisatie moet voor een belangrijk deel verwezenlijkt worden door werknemers die tevens in opleiding zijn. Voortdurend worden mensen in opleiding o.q. in dienst genomen, waarvan vaststaat, dat een bepaald percentage de opleiding niet zal afmaken.

Het verpleegkundig dagonderwijs is onvergelijkbaar met het in-service onderwijs. Ook binnen het dagonderwijs breken leerlingen de opleiding af, maar dit voltrekt zich buiten de instellingen van gezondheidszorg. De stagiaire uit het verpleegkundig dagonderwijs is niet te vergelijken met de in-service leerling, die op de verpleegafdeling in de rol van werknemer een scholing krijgt. De stagiaire uit het dagonderwijs is op de verpleegafdeling boventallig. Wel dient hij uit leeroogpunt en gezien de aard van de praktijk-leersituatie een adequate begeleiding te krijgen.

In de huidige situatie, waar de begeleiding van in-service leerlingen de nodige aandacht vraagt, vormt de plaatsing van stagiaires uit het verpleegkundig dagonderwijs op de verpleegafdeling een extra belasting voor de organisatie en verpleegkundigen van die afdeling. In een andere situatie, waar in het ziekenhuis volledig met gediplomeerde krachten zou worden gewerkt, zou de plaatsing en begeleiding van stagiaires uit het dagonderwijs geen of noemenswaardig meer problemen opleveren dan in andere maatschappelijke sectoren.

In het ziekenhuis vertoont de personeelsvoorziening met inbegrip van het beheer inzake verpleegkundigen symptomen van een 'ontregeld systeem'. Ontregeld in de zin, dat mede gezien de geringe personele stabiliteit, steeds meer verplegen-

den nodig zijn om de 'dubbelfunctie', de uitvoering van de patiëntenzorg en het opleiden van verpleegkundigen, gestalte te kunnen geven.

In ziekenhuizen zal men het verloop onder verplegenden zelf ter hand moeten nemen door een beleid dat er op gericht is de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen te vergroten. Beëindiging van het in-service opleidingssysteem zal in deze positief werken.

Literatuur

- Adams, P., Livy, B., Silverstone, R., Williams, A., Factors associated with labour turnover among ancillary staff in two London hospitals, *Journal of Occupational Psychology*, jrg. 52, nr. 1, 1979, p. 1-16.
- Berting, J., Sitter, L.U. de, *Arbeidssatisfactie: theorie, methodiek, feiten*, Van Gorcum en Comp., Assen, 1971.
- Cassee, E.Th., Leiderschap en rolbegrenzing in een ziekenhuis. In: Cassee, E.Th. en Lammers, C.J., *Mensen in het ziekenhuis*, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1971.
- Draaisma, D., Smulders, P.G.W., *Ziekteverzuim en het bedrijf: Achtergronden, registratie, onderzoek en mogelijke maatregelen*, Stenfert Kroese, Leiden/Antwerpen, 1978.
- Hamaker, H.G., *Arbeidsmarkt en Personeelsvoorziening*, Proefschrift K.U. Nijmegen, Alphen aan den Rijn, Samsom, 1976.
- Hamaker, H.G. Arbeidsallocatie en arbeidsvoorziening: enkele verkenningen aan de vraagzijde van de arbeidsmarkt, *Sociologische Gids*, jrg. 24, nr. 1, 1977, p. 98-117.
- Heeswijk, A. van, *Ontwikkelingsvrijheid bij leerling-verpleegkundigen*, De Tijdstroom, Lochem, 1974.
- Hoof, J. van, Arbeidsmarktonderzoek op een keerpunt, *Sociologische Gids*, jrg. 24, nr. 1, 1977, p. 5-31.
- Kruse, F.H.A.M., Intramurale zorg mist mankrachtbeheersing, *Het Ziekenhuis*, jrg. 7, nr. 2, 1977, p. 40-43.
- Lyons, T.F., *Nursing attitudes and turnover: The relation of social psychological variables to turnover, propensity to leave and absenteeism among hospital staff nurses*, Industrial Relations Center, Iowa, 1968.
- March, J.G., Simon, H.A., *Organizations*, John Wiley and Sons, New York, 1958.
- Mobley, W.H., Horner, S.O., Hollingsworth, A.T., An Evaluation of precursors of hospital employee turnover, *Journal of Applied Psychology*, jrg. 63, nr. 4, 1978, p. 408-414.
- Nationaal Ziekenhuis Instituut, Literatuurnotities over verloop van verpleegkundigen, *informatieblad OW 5*, Utrecht, 1976.
- Pavett, C., Seybolt, J.W., Walker, D.D., Turnover among nurses: it can be managed, *Journal of Nursing Administration*, jrg. 8, september 1978, p. 4-9.
- Philipsen, H., *Afwezigheid wegens ziekte*, Proefschrift, Wolters-Noordhoff, Groningen, 1969.
- Philipsen, H., De voorwaardelijkheid van algemene uitspraken, toegelicht aan de samenhang tussen werkverdoening en afwezigheid wegens ziekte, *Sociologische Gids*, jrg. 17, nr. 5, 1970, p. 320-322.
- Philipsen, H., *Ziekteverzuim in hoofdlijnen*, Rijksuniversiteit Limburg, 1977.

- Porter, L.W., Lawler, E.E., Properties of organization structure in relation to job attitudes and job behavior, *Psychological Bulletin*, jrg. 64, nr. 1, 1965, p. 23-51.
- Porter, L.W., Steers, R.M., Organization, work, and personal factors in employee turnover and absenteeism, *Psychological Bulletin*, jrg. 80, nr. 2, 1972, p. 151-176.
- Revens, R.W., *Standards for morale, cause and effect in hospitals*, Oxford University Press, London, 1964.
- Rozema, R., Visser, A.Ph., *De taak en werkomstandigheden van praktijkbegeleiders*, Vrije Universiteit, Amsterdam, 1978.
- Segers, J.H.G., *Het personeelsverloop in het ondergronds mijnbedrijf: Methoden en resultaten*, Proefschrift K.H. Tilburg, 1968.
- Steers, R.M., Rhodes, S.R., Major influences on employee attendance: A process model, *Journal of Applied Psychology*, jrg. 63, nr. 4, 1978, p. 391-407.
- Vissers, A.M.C., *Mobiliteit op de arbeidsmarkt: een literatuurstudie*, Instituut voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek, Tilburg, 1979.
- Wieland, G.F., Studying and measuring nursing turnover, *International Journal of Nursing Studies*, jrg. 6, 1969, p. 61-70.

Rapporten en publicaties project 'Opleiding en werksituatie verplegenden' betreffende het verloop onder verplegenden in ziekenhuizen.

Rapporten:

- Floor, R.L., Verloop en ziekteverzuim bij gediplomeerde verpleegkundigen: resultaten van een onderzoek in zes ziekenhuizen, *ZRP-rapport no. 22*, T.H. Eindhoven, 1976.
- Kuepers, P.J., Verloop onder in-service leerlingen: relatie persoonskenmerken en enige organisatiekenmerken, *ZRP-rapport no. 18 en 18a*, T.H. Eindhoven, 1976.
- Mur-Veeman, I.M., Een vergelijking van leerlingen van de dagopleiding met leerlingverplegenden uit twee ziekenhuizen, *Intern rapport*, T.H. Eindhoven, 1973.
- Praagman, J., Analyserapport: contrastgroepenanalyse, dossieronderzoek, *Intern rapport*, T.H. Eindhoven, 1975.
- Verhagen, C., Knelpunten in de in-service opleiding: een verkennend onderzoek naar het verloop en de tevredenheid omtrent twee in-service opleidingen, *ZRP-rapport no. 24 en 24a*, T.H. Eindhoven, 1977.

Publicaties:

- Floor, R.L., Verloop en ziekteverzuim bij gediplomeerde verpleegkundigen. In: *IWZ-rapport no. 8*, T.H. Eindhoven, april 1976.
- Idem in gewijzigde vorm, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, jrg. 30, nr. 11, 1977, p. 518-521.
- Verhagen, C., Knelpunten in de in-service opleiding. In: *IWZ-rapport no. 8*, Eindhoven, april 1976.
- Idem in gewijzigde vorm, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, jrg. 30, nr. 12, 1977, p. 557-563.
- Verwey, J.A., Het verloop onder het verplegend personeel: schets van het onderzoek 'Opleiding en werksituatie verplegenden'. In: *IWZ-rapport no. 8*, T.H. Eindhoven, april 1976.
- Idem in gewijzigde vorm, *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, jrg. 30, no. 11, 1977, p. 515-517.

- Verwey, J.A., Beleidsvragen en -problemen rond de opleidingen tot verpleegkundige en de personeelsvoorziening. In: *IWZ-rapport no. 9*, Utrecht, april 1977.
- Verwey, J.A., Opleidingen tot verpleegkundige en personeelsvoorziening, *Het Ziekenhuis*, jrg. 8, nr. 4, 1978, p. 96-100.
- Verwey, J.A., De moeilijke weg tot verpleegkundige . . . en verder. In: *De verpleegafdeling: bedrijfskundige diagnose en therapie*, De Tijdstroom, Lochem, 1979.

VI. HET INPASSEN EN HET FUNCTIONEREN VAN DE (ASPIRANT) VERPLEEGKUNDI- GEN VAN DE MBO-V IN DE GEZONDHEIDSZORG

6.1. INLEIDING

In paragraaf 4.3.1. is reeds vermeld, welke omstandigheden aanleiding waren tot het oprichten van de MBO-V en welke uitgangspunten voor deze opleiding zijn gekozen. Tevens is de plaats van de MBO-V binnen het MBO aangegeven, evenals de relatie van de MBO-V tot andere verpleegkundige opleidingen.

De MBO-V heeft tot nu toe een sterk experimenteel karakter gehad. Van het eindresultaat van de herstructurering van het MHNO/MSPO*, waarbij de MBO-V is ingedeeld, valt nog weinig te zeggen. Bij de vormgeving van het verpleegkundig onderwijs doen zich vragen voor als: wat is nu het specifiek eigene van het verpleegkundig beroep en welke specifieke kennis en vaardigheden zullen diensentevolge in het onderwijs moeten worden overgedragen? (zie bijvoorbeeld Opleidingsleerplan MBO-VP, derde voorlopig eindproduct fase 1.2., december 1980)**.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het verrichte onderzoek aan de MBO-V.

De oprichting in september 1972 te Eindhoven van de eerste experimentele middelbare dagopleiding voor de verplegende en verzorgende beroepen (de MBO-V) was aanleiding deze mede in ons onderzoek te betrekken. In 1977 is dit onderzoek uitgebreid naar alle vijf toen bestaande MBO-V's.

6.1.1. Vraagstelling

Bij de aanvang van het onderzoek aan de MBO-V te Eindhoven is de volgende vraagstelling geformuleerd:

- a. tijdens of na welke studiefase/praktijkleerperiode en om welke redenen treedt verloop op uit de opleiding?

* In 1981 werd deze clusternaam veranderd in MDGNO: Middelbaar Diensten-, Gezondheids- en Nijverheidsonderwijs.

** Binnen het MHNO/MSPO wordt de MBO-V aangeduid met MBO-VP. Wij hebben op dit punt onze terminologie niet aangepast en zullen de aanduiding MBO-V blijven gebruiken.

- b. zullen zich problemen voordoen (en van welke aard zijn deze) bij het inpassen van de leerlingen (tijdens de praktijkleerperioden) en, in een verder stadium, van de afgestudeerde verpleegkundigen, in de verschillende velden van de gezondheidszorg?
- c. onder welke voorwaarden is de opleiding MBO-V in vergelijking met de in-service opleiding, een goede andere mogelijkheid voor het opleiden van verpleegkundigen?

De onderzoeksvragen a. en b. waren mede ingegeven door het onderzoek, dat wij toen deden naar het verloop onder in-service leerlingen in ziekenhuizen en dat later werd uitgebreid met een onderzoek naar het verloop onder verpleegkundigen. Een onderzoeksvraag was (zie paragraaf 5.1.2.), of dezelfde factoren (en/of andere) die met name tot verloop onder verpleegkundigen leiden ook van invloed zullen zijn als verpleegkundigen van de MBO-V in de ziekenhuisorganisatie werkzaam zullen zijn.

Een *veronderstelling* was, dat het verloop onder in-service leerlingen in verband kon worden gebracht met de opleidings- en werksituatie van de in-service leerling. De opleidings- en werksituatie van in-service leerlingen is moeilijk te scheiden. Doordat wij een overeenkomstige groep leerlingen van de MBO-V in het onderzoek hadden, hoopten wij beter zicht te krijgen op verloopfactoren, die met de typische opleidingssituatie van in-service leerlingen te maken hebben.

Een *veronderstelling* met betrekking tot de MBO-V was, dat institutionalisering van de opleiding tot verpleegkundige consequenties zou hebben voor het beroepsbeeld alsmede voor het vertrek van leerlingen uit deze opleiding. Het verloop onder in-service leerlingen wordt onder andere geweten aan het gevoelde verschil tussen de eigen ideaalopvattingen over het verpleegkundig beroep en de werkelijkheid (zie bijvoorbeeld Verhagen, 1977).

Zoals in paragraaf 4.1.1. is aangegeven, is een kenmerkend verschil tussen de positie van de in-service leerling en die van de MBO-V leerling de relatie opleidingssituatie – werksituatie, respectievelijk de relatie leerling-werkkracht. Bij de in-service leerling ligt het accent op het werkkracht zijn. De leerling van de MBO-V is uitsluitend leerling en moet zijn praktijkervaring opdoen tijdens de praktijkleerperioden in diverse velden en instellingen binnen de gezondheidszorg. De loskoppeling van opleiding en werksituatie houdt voor de leerling van de MBO-V in, dat de opleiding tot na diplomering het voornaamste identificatiegebied blijft. Deze loskoppeling houdt tevens in, dat het beroepsbeeld van deze aspirant verpleegkundige voornamelijk door de opleiding wordt bepaald en mogelijk ideeel en idealistisch van aard zal zijn. De werkelijke confrontatie van de eigen ideeën met de realiteit vindt pas ná afstuderen plaats.

Gezien het verschil in opleidingssituatie namen wij samenvattend het volgende aan:

- het verloop uit de opleiding MBO-V zou geringer zijn dan uit de in-service

opleiding*. Tevens namen wij aan:

- als de oorzaken van het verloop onder verplegenden voornamelijk in de ziekenhuisorganisatie moeten worden gezocht, dan zullen deze oorzaken na hun intrede in de ziekenhuisorganisatie in versterkte mate gaan werken voor buiten het ziekenhuis opgeleide verpleegkundigen.

Met andere woorden, als de verloopfactoren voornamelijk in de ziekenhuisorganisatie zijn gelegen, dan zullen deze voor verpleegkundigen, die niet binnen het ziekenhuis zijn opgeleid wellicht in versterkte mate tot verloop gaan leiden. Het was niet onvoorstelbaar, dat het beroepsbeeld van deze anders opgeleiden niet zou aansluiten bij de werkelijkheid. Deze discrepantie zou kunnen leiden tot ontevredenheid en dientengevolge tot verloop uit de organisatie en/of uit het beroep.

Bij het onderzoek aan de MBO-V waren wij in verband met het lopende onderzoek in ziekenhuizen niet zoeer geïnteresseerd in de vraag, welke factoren tot het afbreken van deze opleiding leidden. Wel waren we geïnteresseerd in de vraag, of vertrek uit de opleiding optrad tijdens of na confrontatie met de praktijk, dat wil zeggen tijdens of na de stages van de leerlingen.

Het feit, dat zowel in-service leerlingen alsook leerlingen van de MBO-V in het onderzoek waren betrokken, betekende dat een evaluatie van beide opleidingen deel zou moeten uitmaken van het onderzoek. Dit leidde tot de formulering van de onder punt c. genoemde onderzoeksvraag.

Op deze plaats willen wij allen hartelijk danken, die het zij in het kader van een bedrijfskundig afstudeerproject, het zij als afgestudeerd bedrijfskundige of anderszins, een bijdrage aan het onderzoek hebben verleend. Inzonderheid willen wij hier bedanken Ir. M. Lips, Ir. P.J. Kuepers, Ir. C.P. van Gilst en mevrouw Ir. M.L. van Dam-Kraak, die in de opeenvolgende fasen hun zeergewaardeerde medewerking aan het onderzoek hebben verleend. Ir. J. Praagman en ook de heer R. Kieft danken wij vooral voor hun hulp bij de statistische verwerking van de onderzoeksgegevens.

Verdere indeling van het hoofdstuk

In paragraaf 6.2. wordt mede op basis van de informatie die tijdens het onderzoek is verkregen een beschrijving op enkele punten van de MBO-V gegeven. In verband met de afstemming tussen opleiding en praktijkveld zal onder meer aandacht worden geschonken aan: de inrichting van het onderwijs, de praktijkcom-

* In eerste instantie in vergelijking met de twee in het onderzoek betrokken in-service opleidingen.

ponent van de opleiding, de organisatie van de praktijkbegeleiding en de integratie van theorie en praktijk.

In paragraaf 6.3. wordt ingegaan op het verrichte onderzoek aan de MBO-V in Eindhoven.

In paragraaf 6.4. komt de voortzetting van het onderzoek aan alle MBO-V's aan de orde.

In paragraaf 6.5. tenslotte volgen een slotbeschouwing en conclusies.

6.2. DE AFSTEMMING TUSSEN OPLEIDING(SINSTITUUT) EN PRAKTIJKVELD

6.2.1. Doelstelling van de MBO-V en van het MHNO/MSPO

Het onderzoek heeft zich in het kader van de inpassing van de MBO-V'ers in de gezondheidszorg steeds meer toegespitst op de afstemming tussen opleiding en praktijkveld. Twee aspecten zijn daarbij van belang. Ten eerste de organisatie van het onderwijs, met name van de praktijkleerperioden van de leerlingen en daarbinnen facetten als de begeleiding en verantwoordelijkheden van zowel het opleidingsinstituut als het praktijkveld. Ten tweede, het functioneren van de MBO-V'ers eerst als leerlingen gedurende de praktijkleerperioden en later als verpleegkundigen in de gezondheidszorg.

Deze twee aspecten staan niet los van elkaar. De vormgeving van de praktijkleerperioden heeft consequenties voor het latere functioneren van de MBO-V'ers na diplomering in de gezondheidszorg. Wij kunnen hier denken aan: vorming van het beroepsbeeld en de beroepshouding, en de mogelijkheid van het aanleren van vaardigheden in de praktijk.

De gekozen invalshoek bij het onderzoek houdt in, dat wij ons met name bezighouden met de voorwaarden waaronder men de doelstelling van de MBO-V en daarvan afgeleide opleidingsdoeleinden wil bereiken.

De voornaamste *doelstelling* van de MBO-V is, verpleegkundigen opleiden, die ná diplomering inzetbaar zijn in alle velden van de gezondheidszorg (zie paragraaf 4.3.1.).

De *doelstelling* van het MHNO/MSPO is: 'De onderwijsvragende, die de eerste cyclus van het voortgezet onderwijs voltooid heeft, onderwijsleersituaties aan te bieden die hem in staat stellen zichzelf in relatie tot de hem omringende wereld onder begeleiding te vormen tot beginnend beroepsbeoefenaar in arbeidsvelden, waar sociale, agogische, technische en organisatorische aspecten in de beroepsuitoefening een rol spelen' (Eindrapport Structuurcommissie MHNO/MSPO, 1974, pagina 21).

In het desbetreffende rapport wordt een globale indeling gemaakt naar algeme-

ne 'voor alle onderwijs geldende' en specifieke leerdoelen. De onderwijssituaties dienen, aldus dit rapport, zodanig te zijn gestructureerd, dat daarin algemene leer- en vormingsdoelen alsook een beheersing van instrumentele en sociale vaardigheden kunnen worden gerealiseerd. Een en ander zal moeten leiden tot een 'effectieve beroepsvoorbereiding en tot een tijdens en na de onderwijsleerperiode zo adequaat mogelijk participeren in de maatschappij' (pagina 9 en 10)*.

6.2.2. De indeling van het onderwijs

Vanuit de doelstelling van de MBO-V is het onderwijs aan deze opleiding opgezet.

De opleiding bestaat uit drie leerperioden, die in Eindhoven bij de aanvang van het onderzoek als volgt waren ingedeeld.

1. Een *oriëntatieperiode* van een jaar, waarin voornamelijk basisvakken worden gegeven. Met deze leerperiode wordt beoogd de leerling een algemene oriëntatie op het verpleegkundig beroep te geven.
2. Een *observatieperiode* van anderhalf jaar, waarin de leerling achtereenvolgens in de verschillende velden stage gaat lopen. Het doel van deze leerperiode is, dat de leerling inzicht krijgt in de verschillende velden en aan het einde van deze periode kan zeggen in welk veld hij de zogenaamde participatieperiode wil doorbrengen.
3. Een *participatieperiode* van een half jaar, waarin de leerling in een door hem zelf gekozen veld zijn laatste stage gaat lopen. Voor de leerling betekent de keuze van het veld waar hij de participatieperiode wil doorbrengen, een voorlopige veldkeuze. Tijdens of na deze periode zal hij voor een eerste baan een definitieve veldkeuze moeten kunnen maken.

Gedurende het onderzoek is deze indeling gewijzigd. De lengte van de laatste twee leerperioden zijn beide één jaar geworden. De indeling in drie leerperioden van elk een jaar en de benamingen hiervoor worden thans in alle MBO-V's gebruikt.

Met de indeling van het onderwijs in drie leerperioden wil men bereiken dat:

- de leerling in een vrij vroeg stadium van de opleiding een definitieve *beroepskeuze* zal kunnen maken;
- indien de leerling zijn beroepskeuze tijdens de opleiding niet herzielt, hij vervolgens mede op grond van zijn opgedane ervaringen gedurende praktijkleerperioden, een bewuste en gemotiveerde *veldkeuze* zal kunnen maken.

* Voor de omschrijving van de beroepsinhoud van de verplegende beroepen is de veel geciteerde definiering van Virginia Henderson gebruikt (zie paragraaf 1.2.1.).

6.2.3. De praktijkcomponent van de opleiding

De praktijkleerperioden of stages*, die een belangrijk onderdeel van de opleiding vormen, vinden voornamelijk in het tweede en derde studiejaar plaats. In het tweede studiejaar wordt ongeveer 50% van de studietijd aan stages besteed en in het derde studiejaar ongeveer 60%.

In het reeds genoemde eindrapport van de Structuurcommissie MHNO/MSPO wordt gesteld, dat de school opleidingsdoelen moet vaststellen, die in het externe praktijklokaal, de instellingen, moeten worden verwezenlijkt.

Een zaak die, aldus dit rapport, een goed samenspel tussen opleidingsinstituut en werkvelden vraagt, 'is het vinden van c.q. beschikbaar stellen van een voldoende aantal als goed te kwalificeren praktijkadressen met daaraan gekoppeld het vraagstuk van de aard van de begeleiding vanuit de school, de aard van de begeleiding binnen de praktijkinstelling en het waarborgen van de leerlingenstatus van de studerende' (pagina 34).

In de leerplannen van de MBO-V's wordt uitgegaan van de doelstelling van het MHNO/MSPO.

Door de vijf MBO-V's (Nota praktijkcoördinatoren MBO-V, 1976) wordt overeenkomstig de indeling in het MHNO/MSPO ook voor de praktijkleerperioden een onderscheid gemaakt in algemene en specifieke leerdoelen, die gedurende deze perioden moeten worden verwezenlijkt.

De doelen laten zich wel omschrijven, maar deze vertalen in concrete leeropdrachten is veel moeilijker gebleken. Bovendien is het bereiken van doelen zoals het laten oefenen met situaties, het inzicht geven in verschillende praktijksituaties en daarbij emoties leren verwerken, sterk afhankelijk van de mogelijkheden in het praktijkveld én de begeleiding daarbij.

Verantwoordelijkheid voor de praktijkbegeleiding

De leerling verkeert gedurende de praktijkleerperioden in een krachtenveld. Aan de ene kant bevindt zich de school waar men bepaalde eisen stelt aan datgene wat tijdens een stage moet worden geleerd. Aan de andere kant staat de instelling, die daarvoor de mogelijkheden moet bieden.

De school en de instellingen hebben ieder hun eigen doelen en ook verantwoordelijkheden, die onverenigbaar kunnen zijn.

De school heeft tot taak de opleiding te verzorgen. De leerlingen en het leerproces staan daarbij centraal. De school draagt voor de leerling de primaire verantwoordelijkheid.

De instelling heeft tot taak hulp te verlenen aan mensen die daarop een beroep

* Beide benamingen praktijkleerperiode en stage worden door ons door elkaar gebruikt.

doen. De patiënt en zijn veiligheid staan daarbij voorop.

Dat hier een spanningsveld ligt laat zich raden. In de school stelt men gemakkelijk eisen, terwijl in de instellingen beperkingen zijn aan te wijzen om aan deze eisen tegemoet te komen.

Volgens de reeds genoemde 'Nota praktijkcoördinatoren MBO-V' (1976) moeten de scholen de praktijkleerdoelen vaststellen. Daarnaast moeten de begeleidende activiteiten tijdens de stages primair door medewerkers van de school worden verricht*. Als argument voor deze stellingname wordt in de desbetreffende nota aangevoerd, dat niet alleen de doelen, maar ook de waarden binnen de school en binnen de instellingen vaak inconsistent zijn. Voorts zou een grote inbreng van de school bij de praktijkbegeleiding de integratie van theorie en praktijk ten goede komen. Wel wordt in dezelfde nota gesteld, dat de instellingen verantwoordelijk dienen te zijn voor activiteiten van stagiaires, die onder leiding van medewerkers van de instellingen gebeuren. Hetgeen er op neer komt, dat de school verantwoordelijk is voor de opleiding en de instelling voor de uitvoering van vele opleidingsactiviteiten die in de instelling plaatsvinden.

In een interimnota van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid betreffende de begeleiding gedurende de praktijkstages (1971) wordt een genuanceerder en ons inziens ook realistischer standpunt ingenomen. Hierin wordt gesteld, dat de verantwoordelijkheid voor de stage-inhoud zowel bij de school als bij de instelling berust. Voorts zal, gezien de aard van het praktijkveld, de begeleiding tijdens de stages en de verantwoordelijkheid daarvoor bij de instelling moeten liggen. 'De instelling zal onder meer medewerkers moeten aanwijzen (aanstellen) aan wie de plicht tot stagiaire begeleiding kan worden gedelegeerd' (pagina 64). Hiervoor dienen, aldus deze interimnota, middelen beschikbaar te worden gesteld.

Tot midden 1974 was het nog een open vraag aan wie de middelen voor de begeleiding van stagiaires van de MBO-V zouden worden toegekend: aan de scholen en/of aan de instellingen.

In de loop van 1974 kregen de scholen van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne toestemming om voor de praktijkbegeleiding docent-begeleiders aan te trekken. In het daarop volgende jaar mochten van het COZ ook de instellingen een begeleider per vier stagiaires van de MBO-V en de HBO-V aantrekken. Bij de opleidingsinstituten en stage-verlenende instellingen werd aangehouden op coördinatie, teneinde een continue stagiairstroom te bereiken.

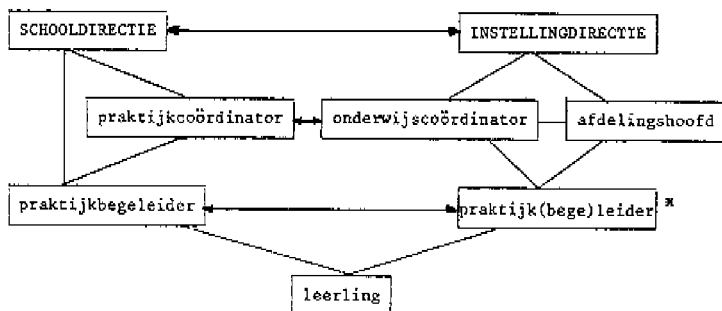
Onze indruk is, dat tot op heden in beperkte mate van de faciliteiten van het COZ wordt gebruik gemaakt. Als redenen zijn hiervoor aan te voeren, dat er

* Wel bestond hierover verschil van mening tussen de scholen.

tussen school en instellingen geen duidelijke afstemming is en een stelsel van afspraken ontbreekt, om een continue toestroom van stagiaires te bewerkstelligen. Teneinde een en ander tot stand te brengen is een overlegstructuur vereist tussen school en instellingen.

6.2.4. De organisatie van de praktijkbegeleiding

In het onderstaande is een structuur geschetst van de organisatie van de praktijkbegeleiding. Het is een schema, dat de diverse functies binnen het praktijkgebeuren en de relaties die daartussen bestaan in kaart brengt. Figuur 6.1. is, aangepast, overgenomen uit de genoemde 'Nota praktijkcoördinatoren MBO-V' (zie ook Van Gilst, 1977).



Figuur 6.1. Organisatie van de praktijkbegeleiding.

Bovenstaand schema is geen organisatieschema, maar het geeft de functies aan die in de organisatie van de praktijkbegeleiding zijn te onderscheiden. Tussen de functies zijn twee soorten relaties te onderscheiden:

1. de relaties tussen school en instelling;
2. de interne relaties binnen de school en de instelling.

De relaties tussen school en instelling: de directies van de school en van de instellingen plegen overleg over bijvoorbeeld het al of niet beschikbaar stellen van stage-plaatsen evenals de voorwaarden, die daaraan zijn verbonden.

De praktijkcoördinator van de school en de onderwijscoördinator van de instel-

* Deze terminologie voor de aanduiding van de verschillende functies, bijvoorbeeld het onderscheid tussen praktijkbegeleider en praktijkleider werd door de scholen gebezigd. Wij zullen de aanduiding (praktijk)begeleider gebruiken en in de tekst laten uitkomen of hiermee een functionaris binnen de school dan wel binnen de instelling wordt bedoeld.

ling (bijvoorbeeld het hoofd van de verplegingsdienst) werken de voorwaarden verder uit waaronder het externe praktijklokaal beschikbaar wordt gesteld. Zij bespreken de stage-inhoud, waarbij rekening wordt gehouden met de mogelijkheden van het praktijkveld en werken de te treffen organisatorische maatregelen uit (planning van de activiteiten).

De praktijkbegeleider van de school geeft in overleg met de praktijkleider van de instelling een nadere concretisering aan de stage-inhoud en bespreekt de uit te voeren opdrachten. Eerstgenoemde houdt tevens voortgangsbesprekingen met de praktijkleider en de leerling.

De interne relaties binnen de school en de instelling: de relaties tussen de verschillende interne functies, en wij denken hier vooral aan die in de instellingen, laten zich beschrijven in de eerder onderscheiden hiërarchische, functionele en operationele relaties (zie hoofdstuk II). Met behulp hiervan laten zich de taken en bevoegdheden structureren (zie voor een gedetailleerder beschrijving Van Gilst, 1977).

6.2.5. De integratie van theorie en praktijk

De integratie van theorie en praktijk behelst het op elkaar afstemmen en integreren van les- en oefenstof. Hieraan zijn facetten te onderkennen als het na een theoretische voorbereiding op school, oefenen in de praktijk, of het opdoen van specifieke vaardigheden, die uitsluitend in een praktijksituatie kunnen worden geleerd.

Voor de organisatorische vormgeving ten behoeve van deze integratie kunnen wij denken aan aspecten als het aantal, de lengte en volgorde van de praktijkleerperioden (zie onder figuur 6.2.).

Integratie van theorie en praktijk in een bredere betekenis houdt in: het naar elkaar toebrengen van de opvattingen en verwachtingen van de leerling omtrent het beroep en de beroepsuitoefening enerzijds en de realiteit anderzijds. De realiteit wordt gevormd door de opvattingen en werkwijzen die in het praktijkveld met betrekking tot de verpleging overheersend zijn. Deze integratie houdt in, dat de leerling tijdens de praktijkleerperioden liefst een zo reëel mogelijke indruk van het werk van de verpleegkundige krijgt. Beeld en werkelijkheid mogen niet te ver uiteen gaan lopen. Dit is nodig om grote teleurstellingen in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen (zie paragraaf 4.4.3. en figuur 4.2.). Duidelijk zal zijn, dat de praktijkleerperioden en de begeleiding daarbij in deze een brugfunctie kunnen vervullen.

6.2.6. De onderwijsfunctie in de instellingen van gezondheidszorg

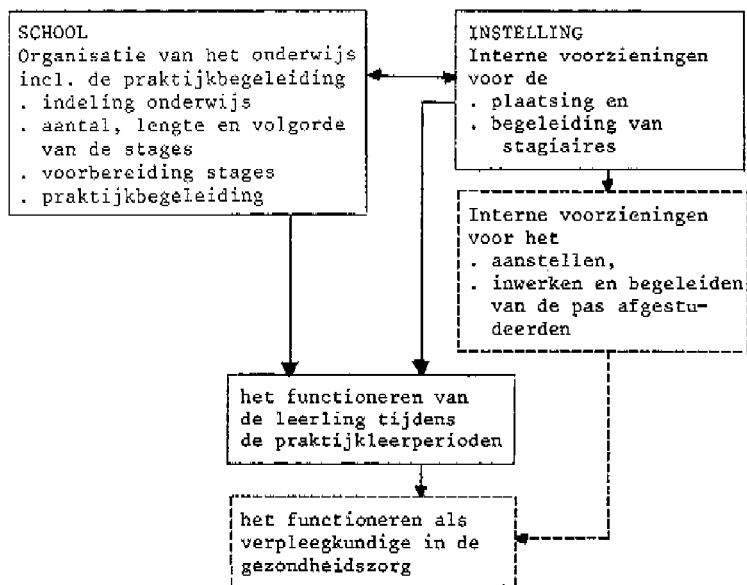
Ook bij de onderbrenging van de opleiding tot verpleegkundige in zelfstandige

opleidingsinstituten houden de instellingen in de gezondheidszorg een onderwijs-functie.

Zij zullen voldoende stage-plaatsen beschikbaar moeten stellen en voor de begeleiding van stagiaires moeten zorgen. De kwaliteit van een stage-plaats wordt bepaald door de mate waarin de stage-inhoud in de instelling kan worden gerealiseerd.

Het vormgeven aan de onderwijsfunctie is nodig om over adequaat opgeleide verpleegkundigen te kunnen beschikken. Vanuit dit belang zal men in de instellingen gemotiveerd moeten zijn om een passende structuur op te zetten voor de plaatsing en begeleiding van stagiaires evenals voor het aanstellen en inwerken van de pas afgestudeerden van de MBO-V.

De in deze paragraaf beschreven organisatiefactoren zijn in onderstaande figuur 6.2. schematisch weergegeven.



Figuur 6.2. Enkele organisatiefactoren in het kader van de afstemming tussen opleidingsinstituut en praktijkveld.

In het bovenstaande is een schets van de organisatie van de praktijkbegeleiding gegeven en zijn organisatiefactoren genoemd, die van invloed zijn op het functioneren van de leerling gedurende de praktijkleerperioden en op het latere inpassen en functioneren als verpleegkundige in de gezondheidszorg.

Aannemelijk is, dat de visie die men in de instelling heeft ten aanzien van het opleidingsgebeuren en de eigen personeelsvoorziening van invloed is op de mate waarin men interne voorzieningen treft voor de plaatsing en begeleiding van stagiaires.

Een dergelijke visie zal mede bepalend zijn voor de mate waarin men interne voorzieningen treft voor het aanstellen, inwerken en begeleiden van de pas afgestudeerden van de MBO-V.

Op laatstgenoemde aspecten komen wij terug onder 'De voortzetting van het onderzoek aan alle MBO-V's' (paragraaf 6.4.).

6.3. HET VERRICHTTE ONDERZOEK AAN DE MBO-V TE EINDHOVEN

6.3.1. De oprichting van de MBO-V in Eindhoven

Ontwikkelingen in de regio Eindhoven

In de regio Eindhoven ontstonden aan het eind van de jaren zestig verschillende initiatieven om tot een verbetering in de opleidings situatie te komen.

Tussen de zes ziekenhuizen bestonden contacten om de in-service opleidingen samen te voegen. Daarvoor bleek toen niet voldoende belangstelling te zijn. Wel resulteerden deze contacten in een plan om tot de oprichting van een dagopleiding voor verpleegkundigen te komen, hetgeen in 1972 kon worden gerealiseerd. Voordien hadden enkele verpleeghuizen en bejaardentehuizen in deze regio het plan opgevat de opleidingen tot zieken- en bejaardenverzorgende door een stichting te laten verzorgen. Dit plan resulteerde in 1971 in de oprichting te Eindhoven van de Stichting Regionaal Opleidingsinstituut voor de Verplegende en Verzorgende beroepen, de SROI. De MBO-V werd bij deze stichting ondergebracht. In 1977 besloten drie van de zes ziekenhuizen alsnog hun in-service opleidingen tot verpleegkundige samen te voegen en eveneens onder te brengen bij de SROI. De leerlingen worden door de desbetreffende ziekenhuizen geselecteerd en aangenomen.

Zo hebben we aan het einde van de jaren zeventig in de regio Eindhoven een situatie, die wellicht tekenend is voor de situatie in ons land op het gebied van de verpleegkundige opleidingen. Er is een middelbare beroepsopleiding tot verpleegkundige voor alle sectoren van de gezondheidszorg met inbegrip van het ziekenhuis. Drie van de zes ziekenhuizen hebben nog een eigen in-service opleiding en de andere drie hebben deze in gezamenlijk beheer. Sinds september 1977 is er

ook een hogere beroepsopleiding voor verpleegkundigen, de HBO-V. Deze opleiding is ondergebracht aan het Instituut voor Hoger Beroepsonderwijs te Eindhoven, het IHBO.

Bovendien ressorteren de verschillende opleidingen tot verpleegkundige, zoals is opmerkt, onder twee verschillende Ministeries.

In het experiment Eindhoven is men in 1972, zoals oorspronkelijk de bedoeling was (zie paragraaf 4.3.1.), met twee verschillende opleidingen gestart. De 25 leerlingen van een van de vier klassen volgden in eerste instantie een opleiding tot ziekenverzorgende. Deze leerlingen hadden voornamelijk een driejarige opleiding LBO. De leerlingen van de andere drie klassen, die de verplegende kant volgden, hadden een vierjarige vooropleiding, voornamelijk MAVO.

Met ingang van het tweede studiejaar heeft men met instemming van het Ministerie de opleiding tot ziekenverzorgende laten vervallen. De desbetreffende leerlingen hebben vervolgens de opleiding tot verpleegkundige gevolgd en voltooid. In Eindhoven bleek het organisatorisch en inhoudelijk niet goed mogelijk, onder andere door de kleine schaal van het experiment en door gebrek aan mankracht, binnen hetzelfde experiment ook een opleiding tot ziekenverzorgende te realiseren.

6.3.2. De aanpak van het onderzoek

Het onderzoek is in november 1972 gestart. De voornaamste onderzoeksgroep bestond uit leerlingen, die in september 1972 als eerste met deze nieuwe opleiding zijn begonnen (97 leerlingen) en vervolgens in de loop van 1975 als eerste 'verpleegkundigen nieuwe stijl' in de gezondheidszorg zijn gaan werken. De onderzoeksgroep bestond voor 80% uit vrouwelijke en voor 20% uit mannelijke leerlingen.

Het onderzoek is in deel- en vervolgonderzoeken verricht, met medewerking van voornamelijk doctoraalstudenten in de bedrijfskunde.

In de loop van het onderzoek zijn toegespitste vragenstellingen geformuleerd, die betrekking hadden op de studiefase van de in het onderzoek betrokken leerlingen. Vervolgens zijn na hun afstuderen vragen geformuleerd inzake hun functioneren als verpleegkundigen in de gezondheidszorg.

Het onderzoek heeft een overwegend explorerend karakter gehad.

De opleiding bevond zich namelijk in de opbouwfase en is gedurende het onderzoek sterk aan wijzigingen onderhevig geweest. Voorts ging het bij het onderzoek vooral om het vinden van die factoren, die van belang zouden kunnen zijn voor het inpassen en het latere functioneren van MBO-V verpleegkundigen in de gezondheidszorg.

Met betrekking tot het inpassingsvraagstuk (zie paragraaf 6.1.1., vraagstelling b.)

zijn bij het onderzoek de volgende *factoren* onderscheiden.

Het *beroepsbeeld*: het beeld dat de leerling van de verpleging heeft, kan met betrekking tot de beroepskeuze (of een herziening ervan) belangrijk worden genoemd. De beroepskeuze kan worden gezien als een proces waarin de keuze voor de opleiding tot verpleegkundige slechts één beslissingsmoment is.

Aan het verpleegkundig beroep en de beroepsuitoefening zijn de volgende aspecten te onderscheiden:

- a. *taakhoudelijke* aspecten. Hieronder vallen taken en de daarvoor benodigde eigenschappen. De verpleegkundige taken kunnen globaal ingedeeld worden naar verpleegtechnische, sociaal begeleidende, verzorgende, administratieve en huishoudelijke taken;
- b. *organisatorische* aspecten. Deze kunnen worden onderverdeeld in:
 - sociaal-psychologische aspecten zoals de onderlinge relaties en communicatie;
 - organisatiekundige aspecten zoals de taakverdeling, afstemming en planning van de werkzaamheden;
- c. *instrumentele* aspecten, betreffende salaris, arbeidsvoorwaarden ontplooiingsmogelijkheden en status.

De onderscheiden aspecten vormen geen elkaar uitsluitende klassificatie, maar analytisch is deze indeling goed bruikbaar.

De *beroepskeuze*: de leerling heeft in principe door het kiezen van de opleiding een beroepskeuze gedaan. Een vraag is, of hij zijn keuze gedurende de opleiding wijzigt, of, met andere woorden er verloop optreedt uit de opleiding (eventueel verloop ná diplomering) en om welke redenen.

De *veldkeuze*: een vraag is hier, naar welk(e) veld(en) gaat in eerste instantie de voorkeur van de leerlingen uit. Bij de veldkeuze zal het beeld, dat de leerling van de verpleging in een bepaald veld heeft gekregen, een rol spelen.

De praktijkleerperioden gedurende de tweede en derde leerperiode betekenen voor de leerling van de MBO-V een nadere kennismaking met de velden van de gezondheidszorg, waaruit hij later een toekomstig werkterrein zal moeten kiezen. De stages hebben een leerfunctie. De leerling moet met een toenemende graad van moeilijkheid bepaalde opdrachten uitvoeren en leren zelfstandig te functioneren. De stages stellen de leerling echter ook in staat de eigen opvattingen en verwachtingen omtrent het verpleegkundig beroep aan de werkelijkheid te toetsen. In dit kader hebben wij gewezen op het belang, dat de leerling gedurende de opleiding een zo getrouw mogelijk beeld van zijn toekomstige werksituatie krijgt.

De *integratie* tussen theorie en praktijk: de voorbereiding op de stages, de stagevorm (verhouding les-praktijkdagen) en vormen van begeleiding.

De *praktijkbegeleiding* gedurende de praktijkleerperioden: de positie, functie en taken van de praktijk(bege)leiders.

Ten tijde van het onderzoek betreffende de eerste twee stages in de tweede leerperiode was, zoals reeds is opgemerkt, de begeleiding nog niet geregeld. Deze

werd toen geheel door de instellingen verzorgd. Bij de begeleiding in de ziekenhuizen kon toen een drietal hoofdvormen worden onderscheiden:

- Een begeleider, die vrijgesteld is van andere (verpleegkundige) taken.
- Een begeleider, die naast de taak van begeleiding een verpleegkundige taak op de verpleegafdeling heeft.
- Een begeleider, die zowel leerlingen van de MBO-V alsook in-service leerlingen begeleidt.

6.3.3. Onderzoek betreffende de eerste twee leerperioden

Het onderzoek is in 1972 aangevangen met het voorleggen van een vragenlijst aan de leerlingen. De vragen hadden betrekking op achtergrondgegevens van de leerlingen zoals individuele kenmerken, motivaties voor de beroepskeuze en oriëntaties op het verpleegkundig beroep en de toekomstige werksituatie.

De desbetreffende vragenlijst bestond voor een groot gedeelte uit vragen, die ook aan de leerlingen van de beide in het onderzoek betrokken in-service opleidingen bij de aanvang van dat onderzoek waren gesteld (zie paragraaf 5.3.3.).

Lips, een doctoraalstudent in de bedrijfskunde, heeft vervolgens in het kader van zijn afstudeerproject het onderzoek voortgezet. Het was gericht op de organisatie en evaluatie van de eerste twee stades gedurende de tweede leerperiode (september 1973 t/m januari 1974). De helft van de leerlingen (in totaal 86 leerlingen) liep eerst een stage kinderverpleging en daarna een stage wijkverpleging. De andere helft liep deze stades in de omgekeerde volgorde.

In het onderzoek hebben wij ons voornamelijk gericht op de stage kinderverpleging, die in het ziekenhuis werd gelopen. De onderzoeksgroep bestond uit leerlingen, enkele begeleiders uit de instellingen en hoofden van verpleegafdelingen, waar de leerlingen stage liepen.

De toegespitste *vraagstelling* luidde:

- in hoeverre zijn de volgende factoren van invloed op het verloop uit de opleiding, zowel tijdens de praktijkleerperioden als mogelijk daarna?

De factoren betroffen het beroepsbeeld van de leerlingen, en hun daarmee samenhangende beroeps- en veldkeuze, de integratie van theorie en praktijk, en de praktijkbegeleiding.

Resultaten en conclusies

Uit de resultaten van de eerste vragenlijst (november 1972) bleek, dat de leerlingen op basis van voornamelijk ideële en idealistische overwegingen de opleiding tot verpleegkundige kiezen. Een overeenkomstig beeld lieten de in een ander deelonderzoek betrokken in-service leerlingen zien. Een belangrijke vraag is, of de leerling gedurende de opleiding een meer reële kijk op de verpleging krijgt.

Uit het onderzoek van Lips (1974) bleek, dat de leerlingen tevreden waren over de verpleging en het werk in de instellingen.

Zij waren eveneens tevreden over de begeleiding. De relaties met de patiënten en met de begeleiders vonden de leerlingen goed.

Minder enthousiast waren de begeleiders en vooral een aantal hoofden van verpleegafdelingen over de relatie met de onderwijscoördinator van de instelling.

Voorts bleken de afdelingshoofden ook ontevreden te zijn over de relatie met de praktijkcoördinator van de school. Hierbij moet worden opgemerkt, dat pas in een vrij laat stadium, vlak voor de stageperioden, deze functionaris door de school kon worden aangetrokken.

De leerlingen waren, in vergelijking met andere aspecten, weinig tevreden met de stage-vorm: twee les- en drie praktijkdagen. Van de begeleiders en hoofden was de meerderheid hierover eveneens ontevreden. Bij mondelinge navraag in de instellingen werd onder andere als antwoord gegeven, dat men dezelfde leerlingen liever in een aaneengesloten periode in de instelling had.

De resultaten van het onderzoek hebben er toe bijgedragen, dat bij de aanvang van het volgende cursusjaar aaneengesloten les- en praktijkleerperioden zijn gekomen: respectievelijk perioden van één en vier weken elk.

Uit de resultaten viel af te leiden dat de leerlingen met een begeleider die tevens een verpleegkundige taak had, wat meer waren betrokken bij het werk op de verpleegafdeling.

Met betrekking tot de voorkeur van de leerlingen voor een bepaald veld kon in deze fase van het onderzoek het volgende worden gezegd. Na de eerste twee stageperioden was de waardering voor de velden waar deze perioden waren doorgebracht, beduidend hoger dan voor de andere velden. Mede bepalend voor deze gunstige waardering was ongetwijfeld de bekendheid met deze velden, de algemene tevredenheid en zeer waarschijnlijk de aard van de verpleging in die velden, namelijk: kinderverpleging en wijkverpleging.

Tijdens deze eerste twee stages in het tweede studiejaar trad geen verloop op uit de opleiding. Voor de leerlingen was er geen reden om alsnog de beroepskeuze te herzien (voor gedetailleerder onderzoeksgegevens zie Lips, 1974).

Het vertrek uit de opleiding vond voornamelijk in het eerste studiejaar plaats. In dat jaar vertrokken 11 van de 97 leerlingen: 3 wegens overmacht (externe redenen zoals verhuizing), 3 wegens een andere beroepskeuze en vijf vanwege studiemoeilijkheden. Aan het einde van het laatste studiejaar vertrok nog een leerling wegens overmacht (Kuepers, 1976).

De slotconclusie, die aan het einde van deze oriënterende studie met betrekking tot de vraagstellingen kon worden getrokken was de volgende. Gezien de algehele tevredenheid was het niet te verwachten dat de leerlingen om redenen van teleurstellingen in het beeld dat zij van het beroep hadden, de opleiding zouden afbreken. Indien er aan het einde van de studie toch nog enig onbehagen mocht ontstaan dan zouden de leerlingen (overeenkomstig het verloop onder in-service leerlingen) toch eerst de opleiding afmaken (zie paragraaf 3.3.3).

onder 'De opleidingssituatie van in-service leerlingen'). Dit zou betekenen, dat na intrede in het arbeidsproces als gediplomeerde verloop uit de organisatie zou kunnen gaan optreden, eventueel gepaard gaande met een herziening van de beroepskeuze (zie onze veronderstelling paragraaf 6.1.1.).

6.3.4. Onderzoek betreffende de laatste studiefase

Kuepers heeft, eveneens in het kader van zijn bedrijfskundig afstudeerproject, het onderzoek aan de MBO-V voortgezet. Hij heeft de laatste studiefase (medio januari t/m juni 1975) van de desbetreffende leerlingen geëvalueerd. Voor deze evaluatie is een vóór- en een nameting gehouden. De laatste studiefase is de zogenaamde participatieperiode waarin ten tijde van dit onderzoek, de leerling in een door hem zelf gekozen veld zijn laatste praktijkleerperiode van ongeveer twintig weken doorbracht.

De *vraagstelling* luidde:

- welke factoren spelen een rol bij de voorlopige veldkeuze van de leerling?
- spelen dezelfde of andere factoren een rol bij de definitieve veldkeuze?
- welke voorspellingen kunnen op basis van de resultaten van het onderzoek worden gedaan ten aanzien van het toekomstig functioneren van de MBO-verpleegkundigen in de gezondheidszorg?

Bij het onderzoek zijn de volgende *factoren* in beschouwing genomen.

Het *beroepsbeeld* van de leerlingen: een opdracht voor het onderzoek was in het kader van het begrip beroepsbeeld een meer concrete inhoud te geven aan aspecten betreffende het verpleegkundig beroep en de beroepsuitoefening.

Een afgeleide onderwijsdoelstelling van de MBO-V is, dat de leerling een bewuste en gemotiveerde *veldkeuze* kan maken. De keuze voor het participatieveld betekent voor de leerling een *voorlopige* veldkeuze. Gedurende deze periode of er na moet hij een *definitieve* veldkeuze maken. Aangenomen wordt, dat de leerling deze keuze maakt op grond van het beeld, dat hij van de verpleging in een bepaald veld heeft.

De *praktijkbegeleiding*: met betrekking tot de praktijkbegeleiding evenals de integratie van theorie en praktijk is in deze fase van het onderzoek alleen een aantal vragen aan de leerlingen voorgelegd. Daarnaast is door gesprekken met de staf van de opleiding hierop meer zicht gekregen.

De beroepskeuze van jonge mensen vindt vaak plaats op grond van idealistische motieven (Wiegersma, 1961; Pavalko, 1971). In ons geval betreft het jonge mensen, die met bepaalde idealen en een bepaalde voorstelling omtrent het verpleegkundig beroep de opleiding tot verpleegkundige kiezen.

Wiegersma wijst erop, dat naarmate de adolescent ouder wordt hij in plaats van een ideëel een meer reëel beeld van een beroep krijgt. Voorts dat in toenemende mate ook materiële en sociale aspecten bij de waardering van een beroep een rol gaan spelen.

Een veronderstelling was, dat de MBO-V leerling tijdens de opleiding een genuanceerder beeld van het verpleegkundig beroep en de toekomstige beroepsuitoefening krijgt. En dat hij in toenemende mate verschillende aspecten in het beroep en de beroepsuitoefening gaat onderscheiden en bij de beoordeling gaat betrekken.

Veronderstelling

Samenvattend namen wij het volgende aan:

- naarmate de opleiding vordert en de leerling ouder wordt, zullen instrumentele aspecten steeds meer een rol gaan spelen bij de waardering van het beroep en het toekomstige werkterrein. Zij zullen van invloed zijn op de veldkeuze;
- als het einde van de studie in zicht komt, zal het beroep steeds meer in de organisatorische context worden geplaatst. We veronderstellen dat met name in de participatieperiode organisatorische aspecten bij de waardering van het beroep en het werkterrein een rol zullen gaan spelen.

Resultaten en conclusies

De meeste leerlingen wilden na diplomering het liefst zaalverpleegkundige worden. Ze hadden in eerste instantie geen ambities voor leidinggevende functies. Wel wilden ze na diplomering verder studeren of zich in een bepaalde richting specialiseren. Dit was een aanwijzing dat ook de leerlingen de MBO-V als een basisopleiding zagen.

De voorlopige veldkeuze vóór de participatieperiode en de definitieve veldkeuze erna, waren voor de meeste leerlingen identiek. Zo heeft meer dan 60% van de leerlingen gesolliciteerd in de instellingen waarin ze geparticipeerd hadden. Hetgeen overigens ook duidde op tevredenheid met die instelling. Gezien de verschillen die er tussen de velden zijn, en het gevaar dat de participatieperiode te veel als inwerkperiode ging functioneren, heeft de staf van de MBO-V te Eindhoven doen besluiten niet een maar twee praktijkleerperioden gedurende de participatieperiode in te stellen. Dit betekent eerst de keuze van een veld met een meer verpleegtechnische richting en vervolgens de keuze van een veld met een meer relationele richting, of omgekeerd.

De velden waar de meeste leerlingen na diplomering wilden gaan werken, waren de ziekenhuizen en de psychiatrische instellingen. De motieven voor de keuze van de leerlingen voor de diverse velden waren verschillend. Zo werden voor de keuze van het ziekenhuis naast aspecten van taakinhoudelijke aard ook instrumentele aspecten genoemd zoals 'doorstudeermogelijkheden' en 'ervaringen opdoen'. Bij de keuze voor de geestelijke volksgezondheidszorg, werd veelal als motief opgegeven 'het begeleiden van patiënten'. Ten aanzien van de EMGZ werden naast enkele motieven van taakinhoudelijke aard ook enkele aspecten van meer organisatorische aard genoemd.

Het bleek dat naast meer idealistische motieven (patiëntgericht ten aanzien van taakinhoudelijke aspecten) ook instrumentele aspecten bij de keuze van en de waardering voor een werkterrein een rol speelden. Indien er motieven en argumenten van meer instrumentele aard werden genoemd, bijvoorbeeld ervaringen opdoen en doorstudeermogelijkheden, hadden deze betrekking op wat wij zouden kunnen noemen, het krijgen van een grotere vakbekwaamheid.

De organisatorische context speelde nauwelijks een rol bij de waardering en keuze voor een bepaald veld.

De leerlingen waren in het algemeen (heel) tevreden over de participatieperiode. Ze waren tevreden over de praktijkbegeleiding en over de integratiemogelijkheden van theorie en praktijk.

De belangrijkste aspecten van de participatieperiode waren volgens de leerlingen 'kennis in praktijk brengen' en 'leren wat van een verpleegkundige wordt verwacht'. Een 'goede indruk van de organisatie krijgen' werd het minst of nauwelijks belangrijk gevonden. Voorts bleek ook, dat ze graag het werk van de verpleegkundige wilden doen, zoals ze dat tijdens participatieperiodes hadden waargenomen. Al met al stonden ze positief tegenover het verpleegkundige beroep en hun toekomstige werksituatie.

De leerlingen van de MBO-V hadden volgens ons aan het einde van de studie nog vrij ideële denkbeelden over het verpleegkundig beroep en de mogelijkheden ervan. Ze stonden positief tegenover aspecten, die in verschillende onderzoeken dikwijls negatief worden beoordeeld. Hieruit meenden wij te moeten concluderen, dat de leerlingen van de MBO-V aan het einde van de studie nog een vrij onduidelijk beeld hadden van het verpleegkundig beroep en hun toekomstige beroepsuitoefening.

Wij hadden verwacht (zie eerder in deze paragraaf), dat de leerlingen gedurende de participatieperiode het verpleegkundig beroep steeds meer in de organisatorische context zouden plaatsen en daarbij ook de minder aangename kanten ervan zouden zien en als zodanig zouden beoordelen. Dit bleek niet het geval te zijn.

Wij gaven als verklaring, dat ook de laatste praktijkleerperiode wordt gekenmerkt door een grote vrijblijvendheid. Deze wordt onder bijzondere condities gelopen zoals: géén arbeidscontract, een zes-urige werkdag en altijd één dag per week naar school. Het voornaamste identificatiegebied blijft mede daardoor tot het einde van de studie de school (zie voor uitvoeriger onderzoeksgegevens Kuepers, 1976).

6.3.5. Onderzoek betreffende het functioneren als verpleegkundige in de gezondheidszorg

Toen de eerste afgestudeerden van de MBO-V ongeveer zes maanden in de ge-

zondheidszorg werkzaam waren, is naar hun mening gevraagd over een aantal facetten betreffende hun functioneren.

De *vraagstelling* voor dit vervolgonderzoek luidde:

— hoe functioneren de gediplomeerden van de MBO-V in de praktijk van de gezondheidszorg?

In dit onderzoek, eveneens verricht door Kuepers, zijn onder andere de volgende facetten bekeken.

De *tevredenheid* van de pas gediplomeerde omtrent enkele aspecten betreffende het *werk* en de *werksituatie*: voor de evaluatie ervan is gebruik gemaakt van de reeds genoemde onderkende aspecten van het verpleegkundige beroep en de werksituatie.

De *veldkeuze*: de spreiding van de MBO-V'ers over de verschillende velden en de motieven voor de veldkeuze.

De *inwerkperiode*: de lengte van de periode en de begeleiding.

Veronderstelling

Op grond van onze interpretatie van onderzoeksresultaten betreffende de laatste studiefase van de leerlingen en mede op grond van onze veronderstelling inzake mogelijke teleurstellingen ná diplomering (zie paragraaf 6.1.1.) waren wij van mening:

- indien de MBO-verpleegkundigen in het arbeidsproces zouden zijn opgenomen en de school niet meer als referentiegebied kon dienen, deze verpleegkundigen het in de praktijk zou gaan tegenvallen.

Hierdoor zou ontevredenheid met het werk en de werksituatie kunnen ontstaan. Een en ander zou aanleiding kunnen geven tot de wens om uit de instelling te vertrekken.

Resultaten en conclusies

Een indruk van de tevredenheid

Om een indicatie te krijgen van de algemene tevredenheid van de eerste afgestudeerden over hun wijze van functioneren is gevraagd naar hun veranderingsgeneigdheid, dat wil zeggen de wens om van instelling, werk, veld of beroep te veranderen.

De geneigdheid tot verandering van instelling was het grootste en die tot verandering van beroep het kleinste: 57% wenste geen verandering van instelling en 87% wenste geen verandering van beroep. Voor de andere factoren, het werk en het veld, waren deze percentages respectievelijk 66% en 76%.

Bekeken we motieven voor de keuze van de instelling zoals geografische ligging dan mochten we aannemen, dat de wens tot verandering van instelling weinig te maken had met werksfeer of andere interne aspecten.

Veldkeuze

De grootste groep van de eerste afgestudeerden is in de algemene ziekenhuizen gaan werken (51%) met op de tweede en derde plaats de psychiatrische instellingen (19%) en de instellingen voor zwakzinnigenzorg (16%). De overige 14% is in andere sectoren gaan werken. Worden deze percentages gerelateerd aan het aantal verpleegkundigen in elk van de sectoren, dan is de stroom van de MBO-V'ers naar de psychiatrische centra het grootst, gevolgd door de instellingen voor zwakzinnigenzorg en op de derde plaats de ziekenhuizen. De volgende afgestudeerjaren 1976 en 1977 lieten in Eindhoven een overeenkomstig beeld zien, met dien verstande dat we voor het jaar 1977 een sterke toename in de belangstelling voor het verpleeghuis zagen. Het is niet onmogelijk dat, wegens gebrek aan plaatsingsmogelijkheden in andere sectoren, het verpleeghuis voor sommigen een tweede keuze is geweest.

De motieven voor een bepaalde veldkeuze (afgestudeerden 1975) waren voornamelijk interesse voor het werk, terwijl de motieven voor de keuze van de instelling van andere aard waren zoals de geografische ligging van de instelling en de tevredenheid over de daar doorgebrachte participatieperiode.

Inwerkperiode

De inwerkperiode had volgens de meeste verpleegkundigen slechts twee maanden geduurd. Dit kan kort genoemd worden voor deze MBO-verpleegkundigen, die minder praktijk hebben gehad dan de in-service gediplomeerden. Hierbij moet echter opgemerkt worden, dat de meesten na diplomering in de participatie-instelling zijn gaan werken.

Bijna een derde vond de begeleiding niet voldoende tijdens de inwerkperiode. Wel was men in het algemeen heel tevreden over de opvang in het begin door collega-verpleegkundigen.

Tevredenheid werk en werksituatie

Over het werk dat verpleegkundigen doen, waren de meeste MBO-verpleegkundigen zeer tevreden.

In het algemeen sloten de opvattingen van de MBO-V'ers daarover naar hun mening goed aan bij de opvattingen van hun collega's op de afdeling. Ook waren zij van mening, dat ze door hun collegae verpleegkundigen als volwaardige verpleegkundigen werden beschouwd. Veelal deed men het werk van een pas afgestudeerde in-service gediplomeerde.

Over de organisatorische aspecten kan gezegd worden, dat men de werksfeer goed vond, evenals de relaties en communicatie met het verplegend personeel. De relatie en communicatie met afdelingshoofden en artsen werd door bijna een kwart enigszins minder positief beoordeeld.

De bespreking van het werk werd door ruim eenderde matig tot onvoldoende gevonden. Organisatorische aspecten zoals planning, overdracht van diensten en

afstemming van taken werden in het algemeen minder positief beoordeeld dan de meer sociaal-psychologische aspecten.

Bijna tweederde was tevreden over de arbeidsvoorwaarden. De helft van de MBO-V'ers had op dat moment geen ambitie voor een leidinggevende functie, maar prefereerde de functie van zaalverplegende. Men was nog weinig op de hoogte van de promotiemogelijkheden in de gezondheidszorg, hetgeen waarschijnlijk kwam omdat ze er nog maar kort werkzaam waren.

De mogelijkheden om in een ander veld te gaan werken beoordeelde men echter niet zo gunstig. Hoewel de MBO-V wel pretendeert deze mogelijkheden te vergroten.

Samenvattend mocht worden gezegd, dat de eerste groep afgestudeerden van de MBO-V in het algemeen tevreden was over haar wijze van functioneren in de gezondheidszorg (voor gedetailleerder onderzoeksgegevens zie Kuepers, 1977).

Nabeschuiving

Geheel tegen onze verwachtingen in waren de resultaten van het zojuist besproken vervolgonderzoek betreffende het functioneren van de eerste MBO-verpleegkundigen in de gezondheidszorg zeer bemoedigend.

Onze voorafgestelde verwachtingen ten aanzien van het functioneren van de MBO-V'ers waren mede ingegeven door het teleurstellende beeld, dat de in-service leerlingen aan het einde van hun studie lieten zien (zie paragraaf 3.3.3. en 5.3.3.).

De leerlingen van de MBO-V hebben aan het einde van hun studie vrij hoog gestemde verwachtingen omtrent hun functioneren als verpleegkundige en, zo bleek uit ons onderzoek, daarin worden ze in eerste instantie niet teleurgesteld. Anderzijds moeten we vaststellen, dat beide categorieën leerlingen aan het einde van de studie met betrekking tot hun leer- en werkervaringen in feite onvergelijkbaar zijn.

De in-service opgeleide heeft bij zijn afstuderen een loopbaan van drieëneenhalf jaar als werknemer achter de rug, terwijl de opgeleide aan de MBO-V na zijn afstuderen nog aan zijn loopbaan moet beginnen.

Het verloop uit de opleiding MBO-V bleek voor de in ons onderzoek betrokken groep leerlingen (generatie 1972) aanzienlijk geringer dan het verloop uit de beide in-service opleidingen, en slechts 13% te zijn. De twee volgende generaties lieten hetzelfde beeld zien. Van degenen, die in de jaren 1973 en 1974 in Eindhoven aan de MBO-V met de opleiding begonnen, studeerden in 1976 en 1977 respectievelijk 85% en 87% af.

Wat betreft de *lengte van het dienstverband* laten de MBO-V-verpleegkundigen een niet ongunstig beeld zien. Van de generatie 1972 die in 1975 afstudeerde,

was eind 1978 nog 85% in de gezondheidszorg werkzaam, waarvan 69% in de eerste betrekking. Van degenen, die in de jaren 1976 en 1977 in Eindhoven aan de MBO-V afstudeerden, was eind 1978 respectievelijk 75% en 89% in de gezondheidszorg werkzaam.

Het relatief lage percentage 'werkzaam in de gezondheidszorg' van het afstudeerjaar 1977, vond zijn oorzaak in het feit, dat een aantal afgestudeerden hun militaire dienst verrichtten en enkelen werkzoekend waren.

Reikwijdte van de resultaten

De resultaten van het onderzoek aan de MBO-V te Eindhoven en van het in bovenstaande aangehaalde in-service leerlingen onderzoek mogen niet gegeneraliseerd worden naar respectievelijk alle MBO-V's en alle in-service A opleidingen. De resultaten van beide deelprojecten hebben ons inzicht gegeven in diverse facetten van het opleidingsvraagstuk in de verpleging. Daarbij zijn de resultaten van het ene deelproject aanvullend voor die van het andere. De conclusies die wij in paragraaf 4.5.2. ten aanzien van de in-service opleiding en de MBO-V hebben getrokken, zijn mede gebaseerd op de resultaten van beide deelprojecten. Het MBO-V onderzoek is in de jaren 1977 en 1978 uitgebreid naar alle vijf toen bestaande MBO-V's. Hierdoor kon een breder toepassingsgebied en een grotere reikwijdte aan het onderzoek worden gegeven (zie onder paragraaf 6.4.).

6.4. DE VOORTZETTING VAN HET ONDERZOEK AAN ALLE MBO-V'S

6.4.1. Twee vraagstukken voor verder onderzoek

Op basis van het verrichte onderzoek werden twee vraagstukken aangegeven, die in het kader van het inpassen en functioneren van de MBO-V'ers in de gezondheidszorg bekeken zouden moeten worden (Verwey, Onderzoek en onderzoeksvoorstel MBO-V, 1976).

1. Het functioneren van de gediplomeerden van de MBO-V's in de gezondheidszorg.
2. De organisatie van de praktijkbegeleiding.

De voortzetting van het onderzoek zou met name voor vraagstuk 1 gericht moeten zijn op een bredere toepassing van het tot dusverre verrichte onderzoek en van de verkregen inzichten.

In overleg met de scholen zou een beleidsinstrumentarium ontwikkeld moeten worden ten behoeve van de MBO-V's, teneinde de verdere evaluatie en de verantwoordelijkheid daarvoor in de toekomst zoveel mogelijk bij de scholen zelf te leggen. Een oogmerk was tevens, daarvoor enkele evaluatiepunten aan te geven.

Het onderzoek zou gegevens moeten opleveren voor verschillende beleidsinstanties, namelijk: de overheid, de scholen en de instellingen. Gegevens die nodig zijn voor de oplossing van de in paragraaf 4.4.1. genoemde beleidsvragen.

In 1977 is ten aanzien van vraagstuk 2 een deelstudie verricht. Het onderzoek met betrekking tot vraagstuk 1 heeft in oktober 1978 een verdere voortzetting gekregen.

6.4.2. Deelonderzoek betreffende de organisatie van de praktijkbegeleiding

Een onderzoek naar de organisatie van de praktijkbegeleiding zou onder meer een analyse van de positie, functie, taken en verantwoordelijkheden van de praktijkbegeleiding c.q. praktijk(bege)leiders moeten inhouden. Deze aspecten zouden moeten worden bekeken in samenhang met de specifieke verantwoordelijkheden van de school enerzijds en die van de instellingen anderzijds.

Door Van Gilst is, in het kader van zijn bedrijfskundig afstudeerproject, in 1977 een deelonderzoek verricht naar de praktijkbegeleiding op de vijf MBO-V's.

De opdracht voor deze studie was:

- een onderzoek aan alle MBO-V's op aspecten, die betrekking hebben op of van belang zijn voor de organisatie van de praktijkbegeleiding.

Doel van dit deelonderzoek was, de MBO-V's een inzicht te geven in het functioneren van de praktijkbegeleiding op de eigen school en die op de andere scholen. Op grond daarvan kon in gezamenlijk overleg tussen de praktijkcoördinatoren van de scholen naar verbeteringen worden gestreefd.

De onderzoeksopdracht hield een inventarisatie in van aspecten zoals doelen van de praktijkleerperioden, de verantwoordelijkheid van de praktijkbegeleiding, de organisatie en uitvoering van de begeleiding alsmede de taakstelling van de praktijkbegeleiders. Deze inventarisatie is gebeurd op grond van gesprekken met de praktijkcoördinatoren van de scholen en door bestudering van rapporten zoals leerplannen en interne nota's van de MBO-V's.

Op basis van deze inventarisatie is vervolgens de praktijkbegeleiders van de scholen door middel van het voorleggen van een vragenlijst naar hun meningen gevraagd omtrent verschillende facetten van de praktijkleerperioden en de begeleiding.

In het onderstaande zullen wij enige resultaten geven van het onderzoek onder de praktijkbegeleiders.

Resultaten en conclusies

Praktijkbegeleiding vanuit de scholen

Uit het onderzoek bleek, dat de door de MBO-V's gemaakte plannen inzake de

praktijkleerperioden voor een groot deel door de stageverlenende instellingen moeten worden waargemaakt.

Bij alle hoofdtaken, die bij de praktijkbegeleiding waren te onderkennen, werd door praktijkbegeleiders de klacht geuit, dat men door tijdgebrek niet toekwam aan een goede taakuitvoering. In feite kon weinig tijd besteed worden aan de begeleiding van leerlingen ter plaatse in de instellingen.

Een conclusie moest zijn, dat een bezinning op de taakstelling en taakverdeling voor praktijkbegeleiders van de school en praktijkleiders in de instellingen gewenst was.

Bij de bezinning op de taakstelling en de wijze van werken van de praktijkdocenten van de school zouden ook de andere (theorie)docenten betrokken moeten worden. Uit het onderzoek viel namelijk op te maken, dat ten tijde van dit onderzoek, andere docenten bij aspecten zoals de voorbereiding van de leerling op de stages en de beoordeling nauwelijks betrokken waren.

Praktijkbegeleiding in de instellingen

Een belangrijke klacht van praktijkbegeleiders was, dat praktijkleiders in de instellingen sterk wisselden. Men had niet alleen in de loop van het jaar voortdurend met andere begeleiders in de instellingen te maken, maar ook tijdens een praktijkleerperiode. Slechts een school had in overleg met de instellingen 'vast' praktijkleiders in de instellingen weten te realiseren. Opmerkelijk was hier dat deze school, ten tijde van dit onderzoek het geringste aantal stages (twee) in het derde studiejaar kende (zie onder, Lengte van de praktijkleerperioden). Duidelijk zal zijn, dat de wisseling van begeleiders binnen een veelal korte praktijkleerperiode (zie hieronder) niet bevorderlijk is voor het creëren van een goede leersituatie. De leerling en de begeleider krijgen nauwelijks gelegenheid aan elkaar te wennen en inlichtingen over de stages moeten steeds opnieuw worden verstrekt. Bovendien bestaat het gevaar, dat aan het einde van een stage niemand in staat is een gefundeerd oordeel te geven over het functioneren van de leerling.

De wisseling van praktijkleiders in de instellingen kon als één van de redenen worden gezien voor het feit, dat men matig tevreden was over de mate van geïnformeerd zijn van de praktijkleiders en ook andere functionarissen in de instellingen over de stages.

Lengte van de praktijkleerperioden

Uit de eerste inventarisatie bleek, dat de MBO-V's verschilden ten aanzien van de lengte van de stages en in het aantal stages dat de leerlingen moesten lopen.

Aan de MBO-V's onderscheidt men vijf of zes velden, ook wel thema's genoemd, waarin de leerlingen in het tweede studiejaar stage lopen. Het aantal, vijf of zes, is afhankelijk van het feit, of men voor het ziekenhuis een onderverdeling maakt in volwassen- en kinderverpleging.

De grootste verschillen tussen de MBO-V's zitten in het derde studiejaar. Bij één MBO-V werden ten tijde van dit onderzoek in het derde studiejaar twee stages van elk dertien weken in een verschillend veld gelopen. Bij drie MBO-V's werden, afhankelijk van het aantal velden dat men onderscheidde, vijf dan wel zes stages gelopen, eventueel met verschillende lengte. Een MBO-V had tijdens dit onderzoek nog geen derde studiejaar. In 1980 werden bij vier MBO-V's drie dan wel vijf stages in het derde studiejaar gelopen; en bij een MBO-V twee stages.

Gezien de grote verschillen in de lengte van de stages in het derde studiejaar, is destijds aan de praktijkcoördinatoren gevraagd naar de uitgangspunten voor de gekozen opstelling. Wij zullen de gekozen uiterste uitgangspunten weergeven. De keuze voor twee stages in het derde studiejaar was: het is ondoenlijk om in alle velden specifieke vaardigheden te ontwikkelen; om echt wat tijdens een stage te leren en zelfstandig te leren functioneren moet de leerling gedurende een langere periode in een instelling zijn. De keuze voor vijf of zes korte stages in het derde studiejaar was: de MBO-V leidt op voor alle velden in de gezondheidszorg en daarom moet ook in het derde studiejaar in alle velden specifieke leerervaringen worden opgedaan; de leerlingen kunnen anders geen weloverwogen veldkeuze maken. Het bleek moeilijk, de lengte van de stages in verband te brengen met de haalbaarheid van datgene wat met de stages werd beoogd.

Aan de praktijkbegeleiders is eveneens gevraagd wat zij van de duur van de praktijkleerperioden vonden. Iets meer dan de helft was van oordeel, dat de lengte van de stages goed was, terwijl de rest van oordeel was, dat de stages te kort waren of daarover geen duidelijke mening had. De vraag naar de lengte van de stages is echter moeilijk te beantwoorden, als de stages binnen een opleiding weinig variatie in lengte vertonen, omdat men dan geen vergelijkingsmateriaal heeft. Wel bleek, dat de praktijkbegeleiders vaak de kortere stage te kort vonden indien zij leerlingen in stages met verschillende lengte begeleidde. Een veel gebruikt argument voor het oordeel 'te kort' was, dat de leerlingen de instellingen weer moesten verlaten als ze net gewend zijn (zie voor uitvoeriger resultaten Van Gilst, 1977).

Bij het evaluatie-onderzoek betreffende het functioneren van MBO-verpleegkundigen in de gezondheidszorg (zie paragraaf 6.4.3.) is aan functionarissen in instellingen gevraagd, in hoeveel velden volgens hen in het derde studiejaar praktijkleerperioden zouden moeten worden doorgebracht. De meeste van de in dit onderzoek betrokken functionarissen gaven de voorkeur aan een of twee praktijkperiode(n) in het derde studiejaar in respectievelijk een of twee veld(en). Men vond in het algemeen de stages in het derde studiejaar te kort, waardoor een te oppervlakkige kennismaking met de velden zou plaatsvinden.

De leerlingen brengen in het tweede en derde studiejaar ongeveer de helft van hun studietijd met stages in de velden door (zie paragraaf 6.2.3.). De stages

mogen met name in het derde studiejaar niet te kort zijn om gewenste leereffecten te doen optreden*. Aan de kant van de instellingen zijn beperkingen aan te wijzen voor wat betreft het aantal en de lengte van de praktijkleerperioden. De verpleging in het ziekenhuis bijvoorbeeld vertoont, zoals wij zagen, enkele specifieke kenmerken (zie paragraaf 2.3.2.). Vanuit dit perspectief behoeft het geen betoog, dat de plaatsing en begeleiding van stagiaires problemen kan geven en storend kan werken in de organisatie van de verpleegafdeling.

Een passende structuur zal nodig zijn zowel binnen de scholen als binnen de stageverlenende instellingen en tussen deze en de scholen om de praktijkleerperioden, naar aantal en lengte, en de begeleiding gestalte te kunnen geven (zie de figuren 6.1. en 6.2.). In het kader daarvan kunnen procedures worden ontwikkeld voor de informatie-uitwisseling en voor de regeling en evaluatie van de praktijkleerperioden.

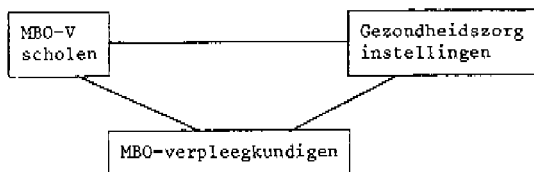
6.4.3. Onderzoek betreffende het functioneren van MBO-verpleegkundigen in de gezondheidszorg

De vraag betreffende het functioneren van de 'verpleegkundigen nieuwe stijl' is verbonden met de vraag naar hun inzetbaarheid in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg.

In paragraaf 6.2. 'De afstemming tussen opleiding(sinstituut) en praktijkveld' hebben wij een raamwerk geschetst waarbinnen de opleiding van de leerling organisatorisch en inhoudelijk vorm kan krijgen. Wij hebben een en ander weergegeven in verband met de afstemming tussen opleidingsinstituut en één instelling van gezondheidszorg (zie figuur 6.2.). In feite gaat het, inhoudelijk gezien, om de afstemming van de opleiding op *alle* velden van de gezondheidszorg.

Voor de evaluatie van het functioneren van de afgestudeerden van de MBO-V zijn de meningen van drie groeperingen van belang: de verpleegkundigen van de MBO-V, de instellingen en de scholen.

* In een door de 'Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO' uitgebracht rapport 'Stages: Derde voorlopig eindproduct fase 1.3., 1980' wordt uitvoerig op de stages ingegaan, doch hierin worden geen uitspraken over de minimale dan wel maximale duur van een stageperiode gedaan.



Figuur 6.3. Groeperingen voor de evaluatie van het functioneren van de MBO-V verpleegkundigen in de gezondheidszorg.

De meningen van *MBO-V-verpleegkundigen*: hoe zijn hun ervaringen en hoe is hun oordeel over hun functioneren in de gezondheidszorg? Ervaren zij bepaalde problemen, die terug te voeren zijn op leemten in de opleiding? Of zijn er op grond van hun ervaringen problemen aan te wijzen, die terug te voeren zijn op verschillen tussen de velden?

De meningen in de *instellingen* over het functioneren van de MBO-verpleegkundigen: hier stelt men eisen met betrekking tot de inzetbaarheid van de gediplomeerden van de MBO-V. Hier liggen de vragen rond aspecten als de inwerkperiode, de lengte ervan, de begeleiding gedurende deze periode en de organisatie daaromheen (zie figuur 6.2.). Deze aspecten kunnen per veld en mogelijk zelfs per instelling verschillen. Een en ander zal samenhangen met de aansluiting van de opleiding op het eigen specifieke veld.

De meningen in de *scholen*: op de scholen beoogt men verpleegkundigen op te leiden, die in alle velden inzetbaar zijn. Hier vallen bijvoorbeeld vragen te stellen over de haalbaarheid van deze doelstelling.

Voortzetting van het onderzoek

De reeds genoemde middelentoewijzing voor de voortzetting van het onderzoek aan alle MBO-V's maakte het in 1978 mogelijk, dat een verdere uitbouw aan het onderzoek en een toepassing van reeds verkregen resultaten kon worden gegeven. Dit onderzoek werd in samenwerking met mevrouw Ir. M.L. van Dam-Kraak uitgevoerd. In verband met de afstemming van de opleiding op het praktijkveld is de volgende centrale *vraagstelling* geformuleerd:

- hoe functioneren de verpleegkundigen van de MBO-V in de verschillende velden van de gezondheidszorg?

Dit vervolgonderzoek werd gedaan in overleg met de 'Evaluatiecommissie MBO-V', die begin 1978 door de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne werd geïnstalleerd. Deze commissie kreeg tot taak 'het functioneren van de MBO-verpleegkundigen, werkzaam in instellingen voor intra- en extramurale

gezondheidszorg, te evalueren'. In deze commissie zijn, naast de MBO-V's, verschillende belanghebbenden zoals afgestudeerden van de MBO-V, de diverse velden binnen de gezondheidszorg en beroepsorganisaties vertegenwoordigd.

De voortzetting van het onderzoek voor de genoemde commissie, hield in dat de toegespitste onderzoeksvragen niet, zoals eerst de bedoeling was, in overleg met de scholen zijn geformuleerd, maar in overleg met deze commissie, waarin ook de scholen waren vertegenwoordigd.

Door de instellingen van de evaluatiecommissie MBO-V is de aanpak van het onderzoek enigszins gewijzigd en aangepast, doch de doelstelling van het onderzoek (zie paragraaf 6.4.1.) is dezelfde gebleven. Vooral ten aanzien van het oogmerk, de evaluatie en de verantwoordelijkheid daarvoor in de toekomst zoveel mogelijk bij de MBO-V's zelf te leggen. Informatie over het functioneren van hun afgestudeerden in de verschillende velden van de gezondheidszorg stelt de MBO-V's in staat in de opleiding op specifieke problemen te anticiperen en indien noodzakelijk de opleiding bij te sturen.

Onderzoeksvragen

De evaluatiecommissie is in overweging gegeven in verband met haar taakopdracht zelf onderzoeksvragen te formuleren. De werkwijze was, een inventarisatie van problemen met behulp van kleine werkgroepen uit de commissie. Deze aanpak leidde tot de volgende voor een deel elkaar overlappende onderzoeksvragen.

- in hoeverre is een MBO-verpleegkundige algemeen inzetbaar?
- welke standpunten neemt men binnen de instellingen in ten aanzien van de plaatsing van MBO-verpleegkundigen?
- hoe liggen de aanstellings-, specialisatie- en promotiemogelijkheden van MBO-verpleegkundigen?
- in hoeverre wordt er door instellingen een inwerkperiode voor de pas afgestudeerde MBO-verpleegkundigen georganiseerd?
- hoe lang is de inwerkperiode van een beginnend MBO-verpleegkundige?

Bij het onderzoek zijn de volgende factoren in beschouwing genomen.

De *spreiding* van de MBO-verpleegkundigen over de verschillende velden van de gezondheidszorg.

De *loopbaan* van de MBO-verpleegkundigen: de velden waar ze achtereenvolgens gaan werken en de lengte van hun dienstverband in de instellingen.

De *aanstellingsmogelijkheden* in de verschillende velden van de gezondheidszorg: direct na het afstuderen en na enige tijd in een bepaalde sector werkzaam te zijn geweest.

De *inwerkperiode*: de lengte van deze periode en de voorzieningen die in de instellingen voor de inwerkperiode worden getroffen.

Onder de inwerktijd wordt verstaan: de tijd die verstrijkt tussen het tijdstip van

indiensttreding (eerste baan) en het tijdstip waarop de MBO-verpleegkundige zelfstandig functioneert op de afdeling en zich thuisvoelt in de werksituatie. De *aansluiting* tussen opleiding en praktijkveld: de kennis en vaardigheden die de MBO-verpleegkundige zich na afstuderen in de praktijk eigen moet maken. De *ontplooiingsmogelijkheden*, waaronder promotie- en specialisatiemogelijkheden om zich in een bepaalde richting te ontwikkelen. De ontplooiingsmogelijkheden liggen op drie gebieden: leidinggeven, onderwijs (bijvoorbeeld praktijkbegeleiding) en de basisverpleegkundige zorg (zie paragraaf 4.3.5.). De *tevredenheid* van de MBO-verpleegkundige omtrent enkele aspecten betreffende het *werk* en de *werksituatie*.

Voor het verkrijgen van gegevens voor de beantwoording van bovenstaande onderzoeksvragen is in september 1979 een schriftelijke enquête gehouden onder de gediplomeerden van alle MBO-V's, die in de jaren 1975 tot en met 1978 zijn afgestudeerd (respons van 743 personen, in totaal 85%). Van de respondenten bestond 85% uit vrouwelijke en 15% uit mannelijke verpleegkundigen*. Daarnaast zijn er in instellingen, gespreid over de verschillende velden interviews gehouden. Deze interviews zijn op twee niveaus gehouden, respectievelijk met het hoofd van de verplegingsdienst en een afdelingshoofd. In totaal werden in de intramurale gezondheidszorg 34 instellingen bezocht. In de extramurale gezondheidszorg zijn enkele kruisorganisaties bezocht, hier werden 8 interviews gehouden.

Resultaten en conclusies

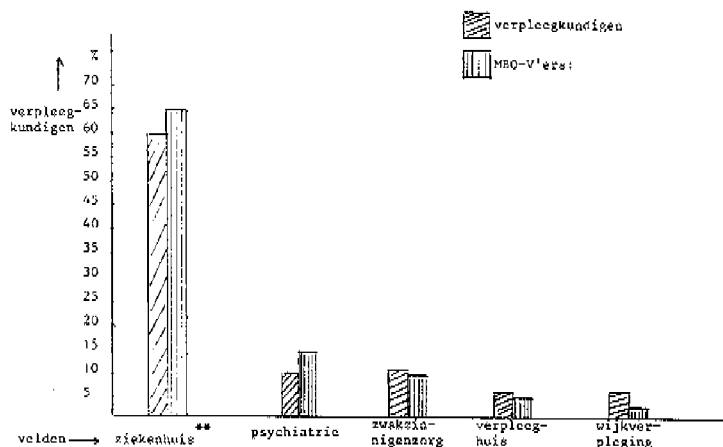
De spreiding van MBO-verpleegkundigen over de gezondheidszorg

De spreiding van de MBO-verpleegkundigen over de verschillende velden van de gezondheidszorg is voor de afstudeerjaren 1975 tot en met 1978 vergeleken met de personeelssterkte aan verpleegkundigen in de verschillende velden. In figuur 6.4. is deze spreiding weergegeven**.

In september 1979 (datum verzending enquête) was van de MBO-verpleegkundigen (afstudeerjaren 1975 t/m 1978) circa 65%, 16%, 11%, 6% en 3% in respectievelijk ziekenhuizen, psychiatrische instellingen, zwakzinnigenzorg, verpleegtehuizen en in de wijkverpleging werkzaam. Worden deze percentages gerelateerd aan de spreiding van het totaal aantal verpleegkundigen over de vijf onderschei-

* Van de respondenten was 10% in 1975, 28% in 1976, 25% in 1977 en 37% in 1978 afgestudeerd.

** Hierbij zijn voor de intramurale gezondheidszorg buiten beschouwing gelaten de ongeveer 34.000 in-service leerling verpleegkundigen en de circa 30.000 (leerling)ziekenverzoorgenden (ongeveer 23.000 in verpleeghuizen) en voor de extramurale gezondheidszorg de ongeveer 650 wijkziekenverzoorgenden.



Figuur 6.4. Spreiding van verpleegkundigen in het algemeen en van MBO-V's over de vijf velden.

den velden*, dan is de stroom van MBO-V's naar de psychiatrische inrichtingen relatief het grootst, gevolgd door de ziekenhuizen en met respectievelijk op de derde, vierde en vijfde plaats de zwakzinnigenzorg, verpleegtehuizen en de wijkverpleging***.

Tussen de spreiding van verpleegkundigen in het algemeen en de spreiding van MBO-verpleegkundigen bestaat een vrij grote overeenkomst.

De relatief lagere percentages voor de zwakzinnigenzorg en de wijkverpleging zijn niet toe te schrijven aan een geringere belangstelling van de MBO-verpleegkundigen voor deze velden dan voor de andere velden. Integendeel, onder de MBO-V's bestaat vrij veel belangstelling voor deze velden, doch de plaatsingsmogelijkheden in deze velden zijn beperkter dan in de andere velden. Het relatief lage percentage MBO-verpleegkundigen werkzaam in verpleegtehuizen vindt mede een verklaring in het feit, dat weinig MBO-V's een werkkring in dit veld ambiëren.

Ongeveer 80% van de MBO-verpleegkundigen is bij afstuderen in een veld van voorkeur gaan werken. Uit het onderzoek blijkt, dat van de MBO-V's waar-

* Bronnen: statistiek personeelssterkte 1979, N.Z.J. en Nationale Kruisvereniging.

** Met inbegrip van academische en categorale ziekenhuizen.

*** Tussen de scholen zijn er verschillen voor wat betreft de uitstroom naar de verschillende velden. Dit hangt onder meer samen met de bestaansduur van de scholen en de totale uitstroom aan verpleegkundigen.

van de voorkeur uitgaat naar een werkkring in het ziekenhuis, de psychiatrie of een verpleeghuis, meestal in die velden ook een baan vinden. Daarentegen komen veel MBO-V'ers met een voorkeur voor de zwakzinnigenzorg of de wijkverpleging in een ander veld, vooral ziekenhuizen en verpleeghuizen, terecht. Het aantal MBO-V'ers, dat niet in het veld van keuze een baan vindt, is toegenomen van ongeveer 13% in 1975 tot 25% in 1978.

De loopbaan van MBO-verpleegkundigen

Van de in het onderzoek betrokken MBO-verpleegkundigen was ten tijde van het onderzoek nog 70% in de eerste baan werkzaam. Binnen de velden liepen de percentages weinig uiteen. Van degenen die in 1975, 1976, 1977 en 1978 waren afgestudeerd, was respectievelijk nog 54%, 56%, 71% en 83% werkzaam in de eerste baan. Van de 30% (223 personen) die van baan veranderden, was 60% langer dan een jaar in de eerste baan werkzaam geweest. Van degenen die van baan veranderden bleef ongeveer 70% (156 personen) in hetzelfde veld werkzaam, de overige 30% (67 personen) is in een ander veld gaan werken.

In vergelijking met de arbeidsmobiliteit van de MBO-verpleegkundigen binnen de velden, is de mobiliteit tussen de velden gering.

Wel bleek uit het onderzoek, dat ongeveer de helft van de MBO-V'ers werkzaam in ziekenhuizen, psychiatrische instellingen en verpleeghuizen (respectievelijk 49%, 47% en 50%) in de toekomst van veld zouden willen veranderen. Voor de zwakzinnigenzorg bedroeg dit percentage 34% en voor de wijkverpleging 10%*. Bij degenen die van veld zouden willen veranderen is de wijkverpleging erg in trek (van degenen die het ziekenhuis zouden willen verlaten, kiest ongeveer 48% voor de EMGZ). Daarnaast bestaat vrij veel interesse voor de zwakzinnigenzorg. De ziekenhuizen krijgen vanuit andere velden weinig belangstelling.

MBO-V'ers, die van veld (of van instelling binnen het eigen veld) zouden willen veranderen zijn iets minder vaak tevreden over de taakinhoudelijke aspecten, werksfeer, werkomstandigheden, arbeidsvoorwaarden en carrièremogelijkheden, dan MBO-V'ers die in hun werkveld (of instelling) willen blijven. Het zij hier opgemerkt, dat het om (zcer) zwakke samenhangen gaat**. De duidelijkste samenhang blijkt te bestaan met de tevredenheid over werksfeer en werkomstandigheden. Daarnaast is bij de wens om van veld te willen veranderen het verband met de tevredenheid over taakinhoudelijke aspecten duidelijk aanwijsbaar.

De aanstellingsmogelijkheden in de verschillende velden

De meeste MBO-verpleegkundigen hebben na afstuderen vrij gemakkelijk een

* Ongeveer 40% van het totaal aantal MBO-V'ers zou van instelling (binnen hetzelfde veld) willen veranderen. In ziekenhuizen bedroeg dit percentage 44%.

** Uit het onderzoek bleek, dat de MBO-V'ers in het algemeen tevreden zijn met hun werk en werksituatie (zie onder 'Tevredenheid werk en werksituatie').

baan kunnen vinden, met name degenen die in een ziekenhuis of psychiatrische instelling wilden gaan werken. De MBO-V'ers daarentegen die een baan zochten in de zwakzinnigenzorg of de wijkverpleging, ondervonden iets vaker problemen bij hun sollicitaties. Uit het onderzoek bleek, dat vrij veel en relatief steeds meer MBO-V'ers waarvan de voorkeur uitgaat naar de wijkverpleging en de zwakzinnigenzorg, niet in deze velden terecht komen, maar zich tevreden moeten stellen met een baan in één van de andere velden (meestal een ziekenhuis). Hiervoor zagen we, dat relatief veel MBO-verpleegkundigen van veld zouden willen veranderen.

Aan de MBO-V'ers is gevraagd, hoe zij zelf hun aanstellingsmogelijkheden in de verschillende velden zien*. Uit het antwoord blijkt, dat de wijze waarop de MBO-verpleegkundige zijn aanstellingsmogelijkheden in de verschillende velden beoordeelt, sterk afhankelijk is van het veld waar hij op dat moment werkzaam is. In het algemeen vinden de MBO-V'ers hun aanstellingsmogelijkheden in het eigen werkveld het grootst. Meer dan 50% van alle MBO-verpleegkundigen (in de zwakzinnigenzorg zelfs 70%) vindt de aanstellingsmogelijkheden in de wijkverpleging het kleinst. De aanstellingsmogelijkheden in verpleeghuizen worden in het algemeen als vrij groot beoordeeld. Op grond van de onderzoeksresultaten kunnen voor de intramurale gezondheidszorg grofweg twee groepen worden onderscheiden: enerzijds de ziekenhuizen en de verpleeghuizen en anderzijds de psychiatrie en de zwakzinnigenzorg. MBO-V'ers achten in het algemeen hun aanstellingsmogelijkheden binnen de 'eigen' groep groter dan in de andere groep.

Aan de functionarissen in de instellingen is een aantal vragen gesteld over het beleid, dat wordt gevoerd ten aanzien van de plaatsing van verpleegkundigen in het algemeen en van MBO-verpleegkundigen in het bijzonder. Daarnaast zijn enkele vragen gesteld over hun standpunten ten aanzien van de MBO-V.

De meeste functionarissen geven in de huidige situatie bij het voorzien in vacatures de voorkeur aan in-service opgeleide verpleegkundigen. Als belangrijkste redenen hiervoor worden genoemd:

- de eigen in-service opleiding voorziet in de behoefte aan verpleegkundigen, zodat bijna alle vacatures intern kunnen worden opgelost;
- vacatures waarvoor extern wordt geadverteerd betreffen veelal leidinggevende functies. De keuze valt dan op mensen met ervaring;
- de MBO-verpleegkundige is na afstuderen niet direct inzetbaar en heeft een inwerkperiode nodig, die geld kost (zie hieronder, 'De inwerkperiode').

De helft van de geïnterviewde functionarissen staat positief tegenover de MBO-V. In de psychiatrie is dat zelfs 70%. Anderzijds treffen we, vooral binnen de

* Bedoeld werd hier de aanstellingsmogelijkheden in kwalitatieve zin, dat wil zeggen op grond van deskundigheid en inzetbaarheid.

wijkverpleging en ziekenhuizen, veel negatieve standpunten aan. Van de respondenten, die een positief standpunt innemen, zijn de meesten wel van mening dat de opleiding MBO-V bijgestuurd moet worden; een betere afstemming op de verschillende velden achten zij noodzakelijk. Degenen die een negatief standpunt innemen, zijn in het algemeen wel voorstander van een dagopleiding, maar vinden dat de MBO-V niet aansluit bij de eisen die in verschillende velden aan een verpleegkundige worden gesteld.

De inwerkperiode

Aan zowel de MBO-verpleegkundigen als aan de functionarissen in de instellingen is gevraagd naar de lengte van de inwerkperiode (in de eerste baan). De MBO-V'ers geven in het algemeen een kortere inwerkperiode aan dan de functionarissen in de instellingen.

In de ziekenhuizen en de psychiatrie wordt door 85% van de MBO-V'ers een inwerkperiode van een half jaar of korter aangegeven. In de zwakzinnigenzorg, de verpleeghuizen en de wijkverpleging is dit percentage respectievelijk 94%, 97% en 69%. Van de functionarissen in de ziekenhuizen en de psychiatrie geeft ongeveer 50% (24 personen) een inwerkperiode van een half jaar of korter aan.

Ondanks het feit, dat de meningen van beide onderzoeksgroeperingen uiteenlopen, wijzen ze in dezelfde richting: ze lijken de conclusie te rechtvaardigen, dat in de wijkverpleging de inwerkperiode het langst is, gevolgd door de ziekenhuizen, de psychiatrische instellingen en de zwakzinnigenzorg. In de verpleeghuizen is de opgegeven inwerktijd het kortst.

Aan beide onderzoeksgroeperingen is ook de vraag gesteld na hoeveel tijd een verantwoordelijke dienst werd vervuld. Hoewel ook hier de meningen uiteenlopen, zijn in de intramurale gezondheidszorg beide onderzoeksgroeperingen in het algemeen van oordeel, dat binnen een half jaar een verantwoordelijke dienst kan worden vervuld.

De functionarissen in de intramurale gezondheidszorg zijn overwegend van mening, dat een MBO-verpleegkundige binnen een half jaar ingewerkt moet zijn. In de ziekenhuizen wordt door veel functionarissen de duur van de inwerkperiode in de huidige situatie (bij de huidige normen ten aanzien van het aantal personeelsleden, inschaling van de MBO-V'er) als een probleem ervaren.

In de intramurale gezondheidszorg wordt in een beperkt aantal gevallen een speciaal inwerkprogramma voor MBO-verpleegkundigen gebruikt. Vrijwel nergens worden schriftelijke richtlijnen voor de inwerkperiode gegeven en worden er vaste evaluatiepunten gebruikt.

De MBO-V'ers waren, in tegenstelling tot vele andere aspecten, weinig tevreden over de begeleiding tijdens de inwerkperiode. Ongeveer 62% vond de begeleiding redelijk tot (zeer) slecht, 38% vond die (zeer) goed. Degenen, die een vaste begeleider tijdens de inwerkperiode hadden (ongeacht welke functionaris) waren vaker tevreden over de begeleiding, dan degenen die geen vaste begeleider hadden.

Aansluiting opleiding en praktijkveld

Zowel de MBO-verpleegkundigen als de functionarissen in de instellingen zijn in het algemeen van mening, dat tijdens de opleiding meer aandacht besteed zou moeten worden aan de specifieke kennis en vaardigheden, die hun werkveld vereist.

MBO-V'ers werkzaam in ziekenhuizen menen, dat de verpleegtechnische vaardigheden te weinig aandacht in de opleiding hebben gehad. Daarnaast constateren ze tekorten op het gebied van de algemene en de specifieke verpleegkunde, zoals kinder- en kraamverpleging. Anderzijds zijn ze van mening, dat bijvoorbeeld een vak als psychiatrie te veel aandacht in de opleiding heeft gehad. De MBO-V'ers in de psychiatrie daarentegen vinden bijvoorbeeld, dat zij in de opleiding te weinig psychiatrie en te veel algemene verpleegkunde hebben gehad. De functionarissen in de instellingen constateren vooral leemten op het gebied van de praktische vaardigheden. De theoretische kennis van de MBO-V'ers vindt men in het algemeen voldoende.

Ontplooiingsmogelijkheden

Ongeveer 70% van het aantal MBO-V'ers, dat in de intramurale gezondheidszorg werkzaam is, heeft de functie van (gewoon) verpleegkundige. Meer dan de helft van deze groep wil deze functie blijven uitoefenen. Zij die wel een andere functie ambiëren, geven veelal geen leidinggevende functie aan, maar een 'andere' functie, zoals een 'gespecialiseerde functie' binnen de basisverpleegkundige zorg, praktijkbegeleider of docent*. Opvallend is dat een dergelijke 'andere' functie ook door veel MBO-V'ers in leidinggevende posities als gewenste functie wordt opgegeven.

Zoals te verwachten is, blijken MBO-V'ers naarmate ze langer in de gezondheidszorg werkzaam zijn, meer leidinggevende functies (op lager-/middenkader-niveau) te gaan bekleden. Ten tijde van de enquête had 9% van de afgestudeerlichting 1978 een leidinggevende functie; van de lichting 1975 was dat 31%.

Onder MBO-V'ers, die een leidinggevende functie ambiëren, zich willen specialiseren of praktijkbegeleider willen worden, treffen we meer respondenten aan die een cursus willen gaan volgen (circa 90%) dan onder MBO-V'ers die (gewoon) verpleegkundige willen blijven (binnen deze categorie is het percentage 65%)**. MBO-V'ers, die verpleegkundige willen blijven, geven overwegend de voorkeur aan een specialistische vervolgcursus. Ten tijde van de enquête had

* MBO-V'ers, die langer zijn afgestudeerd, hebben, zoals te verwachten is, iets vaker behoefte om promotie te maken dan wel aan een andere functie, dan hun collega's die pas werkzaam zijn.

Mannelijke MBO-verpleegkundigen hebben vaker behoefte om promotie te maken dan hun vrouwelijke collega's.

** Bij de pas afgestudeerde MBO-V'ers bestaat iets vaker interesse voor vervolgopleidingen dan bij hun eerder afgestudeerde collega's, die veelal reeds een cursus hebben gevolgd.

31% van de respondenten aan een dergelijke cursus deelgenomen (bijvoorbeeld kinderaantekening, intensive-care en OK-opleiding). Aan kader- en docentenopleidingen werd relatief het minst door MBO-V'ers in ziekenhuizen deelgenomen en relatief het meest door MBO-V'ers in verpleeghuizen. Dit is niet verwonderlijk, omdat verpleegkundigen in verpleeghuizen dikwijls voor leidinggevende functies worden aangenomen. Daarnaast is in dit veld ook het aantal MBO-V'ers, dat een andere functie (met name praktijkbegeleider) ambieert, relatief het grootst.

Van het totaal aantal MBO-V'ers vindt 47% de mogelijkheden tot het volgen van vervolgopleidingen voldoende (in ziekenhuizen 52%), 23% vindt deze mogelijkheden redelijk, 20% onvoldoende tot zeer onvoldoende en 10% heeft geen mening. Van de MBO-V'ers die reeds een cursus hebben gevolgd, vinden er relatief meer de cursusmogelijkheden voldoende dan van de MBO-V'ers die nog geen cursus hebben gevolgd. Daarnaast blijkt, dat MBO-V'ers die enkele jaren werkzaam zijn, hierover iets minder vaak tevreden zijn dan MBO-V'ers die pas zijn afgestudeerd.

Ongeveer de helft van alle MBO-verpleegkundigen is tevreden tot zeer tevreden over de promotiemogelijkheden. De MBO-V'ers die wel promotie* hebben gemaakt, zijn, zoals te verwachten is, vaker tevreden over hun mogelijkheden dan hun collega's, bij wie dat niet het geval is: van de eerste categorie is driekwart (zeer) tevreden, van de tweede groep 43%. MBO-V'ers die enkele jaren werkzaam zijn in de gezondheidszorg, zijn minder vaak tevreden over hun promotiemogelijkheden dan MBO-V'ers die pas zijn afgestudeerd.

In de verpleeghuizen en de zwakzinnigenzorg hanteren alle functionarissen in principe gelijke regels voor alle categorieën verpleegkundigen met betrekking tot de bevordering; in de ziekenhuizen en de psychiatrie is dat respectievelijk 85% en 80%. Deze respondenten stellen, dat bevordering niet zozeer afhankelijk is van de gevolgde opleiding, maar veeleer van het functioneren, persoonlijke kwaliteiten, gevolgde cursussen en ervaring (aantal dienstjaren). Wel wordt vaak gesteld, dat MBO-verpleegkundigen meer tijd nodig hebben om promotie te maken dan in-service opgeleide en HBO-verpleegkundigen, doordat ze bij afstuderen nog jong zijn en weinig ervaring hebben.

Een overeenkomstig beeld komt naar voren, als het om het mogen volgen van vervolgopleidingen gaat. Daar waar verschillende regels worden gehanteerd, mogen in-service opgeleide verpleegkundigen eerder beginnen met een cursus dan MBO-V'ers, omdat de in-service verpleegkundigen reeds tijdens de opleiding veel praktijkervaring hebben opgedaan.

* Onder promotie maken wordt hier ook verstaan: het zich ontplooiën op het gebied van leiding geven, het onderwijs of de basisverpleegkundige zorg.

Tevredenheid werk en werksituatie

Ongeveer 79% van de MBO-verpleegkundigen is (zeer) tevreden over de werkzaamheden, die ze moeten uitvoeren; in ziekenhuizen is dit percentage 83%. Vervolgens is gevraagd naar de 'werkelijke situatie' en de 'wenselijke situatie' ten aanzien van de taken, die binnen de functie van verpleegkundige kunnen worden onderscheiden: de verzorgende, verpleegtechnische, sociaal begeleidende, huishoudelijke en administratieve taken (zie paragraaf 6.3.2.).

Uit het onderzoek blijkt, dat MBO-verpleegkundigen in ziekenhuizen en verpleeghuizen vaker vinden dat de verzorgende taken de meeste aandacht (moeten) krijgen, terwijl in de psychiatrie, zwakzinnigenzorg en de wijkverpleging de sociaal begeleidende taken de hoogste prioriteit krijgen.

In het algemeen bestaat er een vrij grote overeenkomst tussen de werkelijke en gewenste situatie voor wat betreft de rangorde die aan de verschillende taken wordt gegeven. Dit geldt in mindere mate voor de MBO-V'ers, die werkzaam zijn in ziekenhuizen. Zij zouden een hogere prioriteit aan de sociaal begeleidende taak willen geven dan in werkelijkheid het geval is.

De MBO-verpleegkundigen waren over alle gevraagde aspecten betreffende de werksituatie redelijk tot (zeer) tevreden.

Over ieder van de volgende aspecten was meer dan 70% van de respondenten (zeer) tevreden: de werksfeer, aansluiting van opvattingen, besprekbaarheid van moeilijkheden, relatie met het hoofd en leerlingen, regeling en overdracht van diensten. Over de onderlinge afstemming van taken en de mate waarin het werk werd besproken, was respectievelijk 68% en 63% van de respondenten (zeer) tevreden*.

Over bovenstaande aspecten was men in het algemeen meer tevreden dan over de promotie- en specialisatiemogelijkheden (zie eerder, 'Ontplooiingsmogelijkheden').

De arbeidsvoorwaarden vond de helft van de MBO-V'ers (zeer) goed; 41% vond deze redelijk en 9% (zeer) slecht**. Pas afgestudeerde MBO-V'ers blijken in het algemeen tevredener over de arbeidsvoorwaarden te zijn dan zij die al langer werkzaam zijn (voor meer gedetailleerde onderzoeksresultaten zie Van Dam-Kraak en Verwey, 1981).

Samenvatting

Het is mogelijk, via de MBO-V verpleegkundigen op te leiden voor alle velden van de intramurale gezondheidszorg***, die na een inwerkperiode voldoen aan

* Uitsplitsing van de resultaten naar veld, MBO-V en afgestudeerjaar, leverde geen noemenswaardige verschillen op.

** Uitsplitsing naar veld leverde nagenoeg geen verschillen op.

*** De afstemmingsproblemen tussen opleiding en wijkverpleging zijn (samenhangend met de structuur van dit verld) ons inziens van dien aard, dat een herbezinning op de plaats van de MBO-verpleegkundige binnen de wijkverpleging gewenst is (zie hiervoor Van Dam-Kraak en Verwey, 1981).

de eisen, die in die velden aan verpleegkundigen worden gesteld.

Het is inherent aan het beroepsvoorbereidend onderwijs, dat direct na afstuderen afstemmingsproblemen tussen opleiding en praktijk worden geconstateerd. De afgestudeerden uit het dagonderwijs kunnen bij afstuderen nooit geheel voldoen aan de eisen die in de specifieke instellingen worden gesteld. Een inwerkperiode zal daarom altijd nodig zijn.

Op de lengte van de inwerkperiode (die door veel functionarissen als te lang wordt ervaren) zijn in principe twee factoren van invloed: de mate van afstemming tussen opleiding en praktijkveld; en de getroffen voorzieningen tijdens die inwerkperiode.

Direct na afstuderen doen zich in alle velden afstemmingsproblemen voor, vooral met betrekking tot de specifieke kennis en praktische vaardigheden die in de verschillende velden worden vereist.

De tijd, die een MBO-verpleegkundige nodig heeft om zich in te werken, is mede afhankelijk van de wijze waarop de inwerkperiode is georganiseerd. We moeten echter constateren, dat tot nu toe door weinig instellingen (en dan nog in beperkte mate) specifieke voorzieningen voor de inwerkperiode worden getroffen. Samenvattend kunnen we concluderen, dat MBO-verpleegkundigen inzetbaar zijn in alle velden van de intramurale gezondheidszorg, na een inwerkperiode waarvan de lengte samenhangt met de afstemming tussen opleiding en veld enerzijds en de getroffen voorzieningen anderzijds.

6.5. SLOTBESCHOUWING EN CONCLUSIES

De destijds bij de oprichting van de MBO-V gekozen uitgangspunten voor deze opleiding (zie paragraaf 4.3.1.) zijn in de praktijk haalbaar gebleken. De MBO-verpleegkundigen voldoen in de velden van de intramurale gezondheidszorg, na inwerkperiode, aan de eisen die in die velden aan verpleegkundigen worden gesteld.

De maatregelen, die in de jaren tachtig zullen worden genomen ten aanzien van de totale opzet van verpleegkundige onderwijsvoorzieningen (met inbegrip van die van verzorgenden) zullen van belang zijn voor de verdere ontwikkeling van de MBO-V. In dit verband is reeds gewezen op het belang van de opzet van een evenwichtige opleidingsstructuur naar niveaus: KMBO-V, MBO-V en HBO-V. Binnen deze structuur zal de instroom van de verschillende categorieën leerlingen uit de verschillende typen onderwijs kunnen worden gereguleerd alsook de doorstroming (zie paragraaf 4.5.4. en figuur 4.4.). Voor de MBO-V bijvoorbeeld is het opleidingsniveau van de instroom mede bepalend voor het niveau van de uitstroom uit deze opleiding.

Niet alleen uit onderwijskundig oogpunt, maar ook uit het oogpunt van personeelsvoorziening moet gewezen worden op de noodzaak van een evenwichtige op-

leidingsstructuur. Zo zijn er argumenten te vinden, die pleiten voor de oprichting van een twee-jarige opleiding tot ziekenverzorgende op KMBO-niveau (zie paragraaf 4.5.3.). Uit het onderzoek naar het functioneren van MBO-verplegenden in de gezondheidszorg valt bijvoorbeeld op te maken, dat relatief weinig MBO-verpleegkundigen een werkring in een verpleeghuis ambiëren.

In dit verband moet tevens vastgesteld worden, dat het zojuist genoemde onderzoek geen uitsluitsel geeft over de vraag, of MBO-verpleegkundigen de werkzaamheden ambiëren of zouden moeten gaan verrichten, die momenteel door in-service leerling verpleegkundigen worden verricht (zie paragraaf 4.5.3.).

In de praktijk zullen voor de op de verschillende niveaus opgeleide verpleegkrachten voldoende mogelijkheden voor verdere ontplooiing aanwezig moeten zijn. Dit is met name nodig om binnen verpleegafdelingen tot stabiele werkrelaties te kunnen komen. Een zorgvuldige inzet van de verschillende categorieën opgeleiden is daartoe een vereiste. Het beleid evenals de organisatie in het ziekenhuis zal hierop dienen in te spelen.

Het verpleegkundig onderwijs is inhoudelijk nog volop in ontwikkeling. Een evenwichtige opleidingsstructuur naar niveaus is nodig om deze ontwikkeling gestalte te kunnen geven en om deze te kunnen reguleren.

Voor een betere afstemming tussen de MBO-V en de verschillende velden, zal men in de velden de eisen die zij aan verpleegkundigen stellen duidelijker moeten formuleren. Dit zal in overleg met de scholen moeten gebeuren.

Zo moet worden nagegaan, in hoeverre voor de verschillende velden bepaalde kennis en vaardigheden tijdens de opleiding dan wel tijdens de inwerkperiode dienen te worden bijgebracht.

Door de vele vervolgcursussen en verpleegkundige specialisaties zoveel mogelijk binnen het reguliere dagonderwijs te brengen (eventueel vervolgopleidingen) zal men op langere termijn een waarborg kunnen bieden voor de inhoudelijke afstemming van het onderwijs op de verschillende sectoren. Dit biedt tevens, en we denken hier met name aan de vormgeving van de HBO-V, de mogelijkheid om tot een reële niveaudifferentiatie en een reële doorstromingsmogelijkheid in het onderwijs te komen.

Ook bij de institutionalisering van de opleidingen voor verpleegkundigen houden de instellingen in de gezondheidszorg een onderwijsfunctie ten aanzien van deze opleidingen.

Deze onderwijsfunctie ten aanzien van de MBO-V moet in de instellingen *uitvoerbaar* zijn en mag geen vrijblijvende zaak zijn.

Bij het handhaven van de eigen in-service opleiding(en) komt de onderwijsfunctie ten aanzien van de MBO-V in gedrang en kan deze bovendien te gemakkelijk als een vrijblijvende aangelegenheid worden beschouwd. De opleidingen MBO-V

vervullen een regio-functie. In dit licht is een goede relatie tussen het opleidingsinstituut en de stage verlenende instellingen belangrijk. Vooral voor de instellingen is dat van belang als het gaat om het kunnen beschikken over adequaat opgeleide verpleegkundigen. Vanuit dit belang zal men in de instellingen gemotiveerd moeten zijn om een passende structuur op te zetten voor de plaatsing en begeleiding van de stagiaires van de KMBO-V, de MBO-V en de HBO-V evenals voor het inzetten en inwerken van de pas afgestudeerden van deze opleidingen. Het handhaven van de in-service opleiding kan betekenen, dat het belang van bovenstaande zaken onvoldoende wordt onderkend of de motivatie ontbreekt om hier regelingen voor te treffen.

Aan de kant van het opleidingsinstituut zal bij de vaststelling van de lengte en het aantal praktijkleerperioden gedurende de opleiding rekening moeten worden gehouden met de wensen en mogelijkheden in de instellingen. Aanbevelingswaardig is, zoveel mogelijk te zorgen voor vaste begeleiders in de instellingen gedurende één praktijkleerperiode en te streven naar een geringe wisseling van begeleiders door het jaar heen. Het opleidingsinstituut kan daaraan tegemoet komen door een goede planning van de praktijkleerperioden qua lengte en aantal voor de plaatsing van stagiaires. Er zijn voorshands geen onderwijskundige normen om het aantal stages en de lengte ervan te kunnen aangeven. Veeleer gaat het bij de vormgeving van stages om de oplossing van praktische vragen. Vragen zoals wat uitsluitend kan en wat in een praktijkleersituatie als voorbereiding op de beroepsuitoefening moet worden geleerd en hoe de structuur moet zijn om dit tot stand te brengen.

Bezien wij de praktijkleerperioden als een mogelijke overbrugging van onderwijs-situatie en toekomstige arbeidssituatie dan gaat het mede om de oplossing van praktische vragen die liggen op het gebied van de inpassing en plaatsingsmogelijkheden van de afgestudeerden in het arbeidsproces.

De aansluiting van de opleiding MBO-V op de onderscheiden velden van gezondheidszorg zal verbeterd kunnen worden door een beperkte differentiatie in de laatste studiefase van de opleiding aan te brengen door wijziging in de organisatie van de stages. Voor de intramurale gezondheidszorg zijn er twee mogelijkheden: een differentiatie naar veld of een differentiatie gebaseerd op een clustering van velden. Aan de laatste mogelijkheid wordt de voorkeur gegeven. Onze voorkeur gaat uit naar een differentiatie in de opleiding gericht op ziekenhuizen en verpleeghuizen enerzijds en een differentiatie gericht op de psychiatrie en de zwakzinnigenzorg anderzijds.

Deze differentiatie in de laatste studiefase kan worden ondersteund (en mede vorm gegeven) door een vrij lange praktijkleerperiode (ongeveer 4 à 6 maanden) in een veld vallend binnen de differentiatie, en zo mogelijk, ook een stage in een veld vallend binnen de andere differentiatie. Dit laatste zal betekenen, dat de noodzakelijke differentiatie in de opleiding niet ten koste behoeft te gaan van de inzetbaarheid van MBO-verpleegkundigen in elk der sectoren van

de gezondheidszorg.

Van de kant van de instellingen zal voor de pas afgestudeerde MBO-verpleegkundige gezorgd moeten worden voor een begeleide inwerkperiode met vaste evaluatiepunten. De toewijzing van een vaste begeleider gedurende de inwerkperiode, bijvoorbeeld van een goed ingewerkte verpleegkundige, verdient de voorkeur boven een steeds wisselende begeleider.

Literatuur

- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Interimnota 1. betreffende algemene gezichtspunten ten aanzien van het verpleegkundig beroepsonderwijs, 1971. In: *Anders opleiden en verplegen? Liever niet . . . of wel!* De Tijdstroom, Lochem, 1972.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Interimnota 2. betreffende de begeleiding gedurende de praktijkstages als onderdeel van het verpleegkundig beroepsonderwijs, 1971. In: *Anders opleiden en verplegen? Liever niet . . . of wel!* De Tijdstroom, Lochem, 1972.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Eerste rapport van de Begeleidingscommissie Experimenten op het gebied van opleidingen in de verplegende en verzorgende beroepen, 1971. In: *Anders opleiden en verplegen? Liever niet . . . of wel!* De Tijdstroom, Lochem, 1972.
- Bindrapport van de *Structuurcommissie MHNO/MSPO*, Den Haag, 1974.
- Nationaal Ziekenhuis Instituut, *Nota Praktijkcoördinatoren MBO-V*, Utrecht, 1976.
- Pavalko, R.M., *Sociology of Occupations and Professions*, F.E. Peacock Publishers Inc. Itasca, Illinois, 1971.
- Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO in samenwerking met de Stichting voor de Leerplanontwikkeling (SLO), *Opleidingsplan MBO-VP*, derde voorlopig eindproduct fase 1.2., Enschede, december, 1980.
- Stuurgroep Herstructurering MHNO/MSPO in samenwerking met de Vereniging de Samenwerkende Landelijke Pedagogische Centra (VSLPC), Stages: Derde voorlopig eindproduct fase 1.3., Amsterdam, december, 1980.
- Verhagen, C., Knelpunten in de in-service opleiding: een verkennend onderzoek omtrent twee in-service opleidingen, *ZRP-rapport no. 24 en 24a*, TH Eindhoven, 1977.
- Wiegiersma, G., *Psychologie der beroepskeuze*, Het Spectrum N.V., Utrecht/Antwerpen, 1961.
- Rapporten en publicaties project 'Opleiding en werksituatie verplegenden' betreffende het verrichte onderzoek aan de MBO-V.
- Rapporten:*
- Dam-Kraak, M.L. van, Verwey, J.A., *Onderzoek naar het functioneren van MBO-verpleegkundigen in de gezondheidszorg*, TH Eindhoven, 1981.
- Gilst, C.P. van, *Onderzoek MBO-V: de organisatie van de praktijkbegeleiding op de MBO-V*, *ZRP-rapport no. 25*, TH Eindhoven, 1977.
- Kuepers, P.J., *Onderzoek MBO-V: evaluatie participatieperiode en de relatie beroepsbeeld-veldkeuze*, *ZRP-rapport no. 19 en 19a*, TH Eindhoven, 1976.
- Kuepers, P.J., *Onderzoek MBO-V: het functioneren van de eerste MBO-verpleeg-*

kundigen in de gezondheidszorg, *ZRP-rapport no. 21 en 21a*, TH Eindhoven, 1977.

Lips, M., *Onderzoek MBO-V: organisatie van het onderwijs en het verloop van leerling-verplegenden*, TH Eindhoven, 1974.

Verwey, J.A., *Onderzoek en onderzoeksvoorstel MBO-V, ZRP-rapport no. 20*, TH Eindhoven, 1976.

Publicaties:

Botter, C.H.V.A., Verwey, J.A., De financiële consequenties van de uitbreiding van de MBO-V's, *Het Ziekenhuis*, jrg. 10, nr. 20, 1980, p. 592-596.

Kuepers, P.J., Nieuwe ontwikkelingen in de verpleegopleiding, de MBO-V, *IWZ-rapport no. 8*, Eindhoven, 1976.

Idem in: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, juni 1977, 30 jrg., no. 13.

Kuepers, P.J., Het functioneren van de eerste MBO-verpleegkundigen in de gezondheidszorg. In: *IWZ-rapport no. 9*, Utrecht, 1977.

Verwey, J.A., Het verloop onder het verplegend personeel: schets van het onderzoek 'Opleiding en werksituatie verplegenden'. In: *IWZ-rapport no. 8*, Eindhoven, april 1976.

Idem in: *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, mei 1977, 30 jrg., no. 11, p. 515-517.

Verwey, J.A. Beleidsvragen en -problemen rond de opleidingen tot verpleegkundige en de personeelsvoorziening. In: *IWZ-rapport no. 9*, Utrecht, april 1977.

Verwey, J.A., Opleidingen tot verpleegkundige en personeelsvoorziening, *Het Ziekenhuis*, jrg. 8, no. 4, 1978, p. 96-100.

Verwey, J.A., De moeilijke weg tot verpleegkundige . . . en verder. In: *De verpleegafdeling: bedrijfskundige diagnose en therapie*, De Tijdstroom, Lochem, 1979.

VII. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

7.1. INLEIDING

Op basis van eerder verricht onderzoek trokken wij de conclusie, dat de problemen binnen de verpleging in het ziekenhuis niet herleid mogen worden tot voornamelijk een opleidingsvraagstuk. De problemen moeten veeleer gezocht worden in het functioneren van de verplegingsdienst binnen de organisatie van het ziekenhuis. Deze conclusie vormde de aanleiding tot onderhavige studie. Zij betekende namelijk, dat een evaluatie van de opleidingsstructuur tot verpleegkundige niet goed mogelijk was als deze niet gebeurde in relatie met een onderzoek naar de plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst in het ziekenhuis.

In het kort gezegd, hebben de vraagstellingen voor deze studie betrekking op de *plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst* in het ziekenhuis enerzijds en in relatie daarmee op de *opleidingsstructuur tot verpleegkundige* anderzijds. Centraal hierbij staat de *stabiliteit in de personele bezetting* van verpleegafdelingen.

De voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg worden evenals de onderwijsvoorzieningen tot de verworvenheden van de verzorgingsstaat gerekend en daarvoor kenmerkend geacht. Beide stelsels van voorzieningen zijn in de afgelopen jaren door maatschappelijke ontwikkelingen aan ingrijpende veranderingen onderhevig geweest en daaraan nog onderhevig. De groei ervan ging gepaard met een uitdijende verzorgingsstructuur rond elk der beide stelsels.

De groei van de voorzieningen in het ziekenhuis, gekenmerkt door een toenemende specialisatie, is niet aan de verpleging voorbijgegaan.

Vertegenwoordigers van nieuwe disciplines leveren in toenemende mate een bijdrage aan de patiëntenzorg. Dit leidt tot een zekere uitholling van de verplegingstaak, tot verschuivingen en tot een afschuiving van taken, die door andere zorgverleners als specialismen zijn overgenomen. Dit verschijnsel is eveneens waar te nemen in andere sectoren van de gezondheidszorg. In de psychiatrie bijvoorbeeld zijn nieuwe therapeutische beroepen ontstaan, zoals inrichtings- en vormingswerker, in samenhang met de diagnostische en vooral therapeutische activiteiten in deze sector.

De verpleging houdt zich, naast de directe dagelijkse verzorging van de patiënt, voor een groot deel bezig met de uitvoering en de afstemming van werkzaamheden die door andere zorgverleners worden opgedragen en verricht.

In het ziekenhuis zijn medisch-technische en coördinerende taken steeds meer onderdelen van de verpleging geworden. De medisch-technische taken worden, in tegenstelling tot de coördinerende werkzaamheden, in het algemeen niet als wezenlijk voor de verpleging ervaren, hoewel ze tot de basisactiviteiten in het ziekenhuis moeten worden gerekend. De vele coördinerende werkzaamheden krijgen, in het licht van het alles overheersende zorgmotief, de betekenis van de integratie van alle zorgcomponenten. Hierbij wordt voorbijgegaan aan het feit, dat coördinatie en integratie als managementtaken op het uitvoerend niveau vooral kennis van de basisprocessen veronderstellen. In het ziekenhuis bestaan deze basisprocessen uit diagnostische en therapeutische activiteiten, die voornamelijk op medisch gebied liggen.

In de tekortkomingen van de gezondheidszorg, die deels ten onrechte aan de medische zorgverlening worden toegeschreven, vinden verpleegkundigen en ook anderen argumenten voor een geheel eigen autonoom taakgebied voor de verpleging bij de patiëntenzorg; dit ter onderscheiding van het medisch taakgebied. Deze visie op de verpleging zal echter eerder structuur-bevestigend dan vernieuwend werken. Dit geldt des te meer omdat de discussie over de bijdrage van de verpleging aan de patiëntenzorg zich meer toespitst op 'het verpleegkundig beroep' en minder op de aard van de patiëntenzorg in elk der sectoren van de gezondheidszorg. Om dezelfde redenen bestaat het gevaar, dat de beroepscultuur rond het verpleegkundig beroep steeds verder gaat afwijken van de beroepswerkelijkheid. Centraal in het beroepsbeeld van verpleegkundigen staat het zorgmotief en de verzorgende taken worden — terecht — als een belangrijk onderdeel van de verpleging beschouwd. Het geeft echter te denken, dat relatief weinig verpleegkundigen uit het dagonderwijs een functie in verpleeghuizen ambiëren. Het beperkte aantal plaatsingsmogelijkheden voor verpleegkundigen in deze sector geeft hiervoor geen afdoende verklaring.

Indeling van het hoofdstuk

In paragraaf 7.2. zullen de conclusies betreffende de organisatie van het ziekenhuis met inbegrip van de verplegingsdienst worden gegeven. Hierop aansluitend volgen enkele aanbevelingen voor de structurering van de ziekenhuisorganisatie.

In paragraaf 7.3. worden conclusies getrokken ten aanzien van de in-service opleiding tot verpleegkundige. Vervolgens zullen enkele aanbevelingen voor de afbouw van deze opleiding worden gedaan.

In paragraaf 7.4. zullen conclusies worden gegeven over de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen. In aansluiting hierop zullen in het licht van de factor stabiliteit aanbevelingen worden gedaan voor de samenstel-

ling van de personele bezetting van verpleegafdelingen.

In paragraaf 7.5. zullen conclusies worden getrokken betreffende de opleidingsstructuur tot verpleegkundige. Vervolgens zullen enkele aanbevelingen worden gegeven voor de opzet en inrichting van het verplegend en verzorgend beroepsonderwijs.

7.2. DE ORGANISATIE VAN HET ZIEKENHUIS

CONCLUSIES

7.2.1.

In ziekenhuizen is in velerlei opzicht de praktijk van het handelen gaan afwijken van datgene, wat middels een formele organisatiestructuur dan wel wettelijk is vastgelegd (zie paragraaf 2.4. en 3.4.).

7.2.2.

De formele organisatiestructuur en de kenmerken van de functie-gerichte organisatie hebben negatieve gevolgen voor de *uitvoering* van de patiëntenzorg en het *beheer* van het ziekenhuis.

7.2.3.

De formele organisatiestructuur van ziekenhuizen vertoont veelal het kenmerk van een lijn-staforganisatie, mede omdat directies en medewerkers in dit lijn-stafmodel denken.

Een in wezen simpele lijn-staforganisatie voldeed wellicht vóór de explosieve groei van de specialistische voorzieningen, doch is nu voor het beheer van de organisatie beslist ontoereikend.

7.2.4.

Problematisch binnen de functie-gerichte organisatie van het ziekenhuis is de informatie-verwerking voor de besluitvorming en vooral de coördinatie van de werkzaamheden op het directe werkniveau. Het ziekenhuis heeft als uitvloeisel van de functie-gerichte organisatie een gecentraliseerde besluitvorming, met geringe *formele* beslissingsbevoegdheden inzake de coördinatie en integratie van uitvoerende werkzaamheden op de verpleegafdeling. De besluitvormingsstructuur is hiermee echter eenzijdig belicht.

Kenmerkend voor het ziekenhuis is namelijk eveneens, dat de beslissingen die

direct van invloed zijn op de werkzaamheden en organisatie rond de patiënt wel degelijk aan de basis van de organisatie worden genomen en wel door de medische specialisten.

Deze beslissingsbevoegdheden zijn, bekeken vanuit het lijn-stafmodel, niet geformaliseerd binnen de totale structuur en derhalve *informeel*.

7.2.5.

De bevoegdheden van het verpleegkundig hoofd op de verpleegafdeling betreffende de uitvoering en coördinatie van (primaire) activiteiten, zijn veel meer ontleend aan de bevoegdheden van de medische specialisten dan aan de formele structuur. Deze delegaties van medische bevoegdheden aan het verpleegkundig hoofd zijn binnen de formele structuur, volgens het lijn-stafmodel, niet formeel en derhalve eveneens *informeel*.

7.2.6.

Door het ontbreken van een duidelijk geïntegreerd grondpatroon inzake taken en bevoegdheidsverdelingen, bestaan er breukpunten in de formele communicatiekanalen. Hierdoor is in het ziekenhuis met zijn functie-gerichte organisatie, de informatie-verwerking extra problematisch en dientengevolge ook de coördinatie en integratie.

De problemen in de verpleging betreffende taken en bevoegdheden zijn mede terug te voeren op de onduidelijke en ondoorzichtige organisatie.

Het ontbreken van een duidelijke formele organisatiestructuur leidt ook tot diffuse verantwoordelijkheidsgebieden. Hier ligt de kern van het vraagstuk rond de juridische aansprakelijkheden.

7.2.7.

In ziekenhuizen is sprake van een gebrekkige integratie van vooral primaire activiteiten, in ons geval van medische én verpleegkundige activiteiten.

Het feit, dat de primaire medische activiteiten veelal niet passend zijn gestructureerd binnen de organisatie en de kenmerken van de 'verzuilde' functie-gerichte organisatie geven hiervoor een verklaring. Andere voor een deel hiermee samenhangende factoren ter verklaring zijn:

- a. het grote *verschil in kennisniveau* tussen medici en verplegenden, met name het verpleegkundig kader. Beide categorieën zorgverleners zijn op het uitvoerende niveau werkzaam. Opvallend is hierbij de grote kloof tussen de hoog gespecialiseerde medische arbeid enerzijds en het niveau van de werkzaamheden van de verpleging anderzijds;
- b. het *denken* in gescheiden taak- en verantwoordelijkheidsgebieden tussen me-

dici en verplegenden. In de praktijk zijn er echter overlappings in de werkzaamheden van beide categorieën zorgverleners;

- c. de veelal *geringe stabiliteit* in de personele bezetting van verpleegafdelingen. Hierdoor ontbreekt de basis om binnen de verpleging zelf en met andere zorgverleners tot meer passende samenwerkingsverbanden te komen (zie paragraaf 7.4.).

7.2.8.

De plaats van de verplegingsdienst binnen de functie-gerichte organisatie van het ziekenhuis geeft mede een verklaring voor de diversiteit aan activiteiten binnen de verpleging, die zowel tot de primaire als tot de ondersteunende kunnen worden gerekend.

Binnen de verplegingsdienst worden vele administratieve en coördinerende werkzaamheden verricht. Voorzover deze coördinerende taak een managementfunctie is, heeft deze momenteel een onvoldoende formele basis (zie 7.2.5.).

7.2.9.

Kenmerkend voor de werkzaamheden binnen de verpleging is een geringe niveaudifferentiatie, die onder meer tot uiting komt in de overlapping van taken tussen in-service leerlingen en verpleegkundigen.

Ten gevolge van deze geringe niveaudifferentiatie in de werkzaamheden zijn er voor verpleegkundigen weinig ontplooiingsmogelijkheden in het uitvoerende vlak van de patiëntenzorg.

7.2.10

Wijzigingen in de organisatiestructuur zijn nodig, wil men in de toekomst de resultaten van de ontwikkeling in de geneeskunde oftewel van de (medische) specialistische zorgverlening in het ziekenhuis kunnen aanwenden.

7.2.11.

Structurele wijzigingen zijn eveneens nodig, teneinde de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen in de toekomst te kunnen garanderen.

Hier moet onder meer gedacht worden aan het duurzaam bij de patiëntenzorg kunnen inzetten van de op verschillende beroepsniveaus opgeleide verplegenden (zie paragraaf 7.4. en 7.5.).

AANBEVELINGEN VOOR DE STRUCTURERING VAN DE ZIEKENHUISORGANISATIE

Primaire activiteiten als uitgangspunt

7.2.12.

De organisatorische condities waaronder de patiëntenzorg wordt verricht, moeten uit het oogpunt van een effectieve en doelmatige patiëntenzorg worden verbeterd.

Een duidelijke formele organisatiestructuur inzake taken en bevoegdheden moet, evenals een zekere stabiliteit in de personele bezetting, tot deze condities worden gerekend.

7.2.13.

Noodzakelijk is de invoering van een meer patiënt-gerichte organisatie in plaats van de huidige specialisme-/functie-gerichte organisatie.

Voor de structurering van de organisatie in de richting van een meer patiënt-/produkt-gerichte organisatie zal het primaire proces als uitgangspunt moeten worden genomen.

De invoering van een meer patiënt-gerichte organisatie wil in organisatiekundige termen zeggen, de verschuiving van een functie-gerichte naar een meer produkt-gerichte organisatie; dit ter verbetering van de coördinatie en integratie van de uitvoerende werkzaamheden.

7.2.14.

Noodzakelijk is een *integratie* van vooral primaire activiteiten, in ons geval de medische én verpleegkundige activiteiten. Er zijn twee voorwaarden voor deze integratie aan te geven (zie 7.2.15. en 7.2.16.).

7.2.15.

Een voorwaarde voor deze integratie is de structurering en formalisering van de medische taken en bevoegdheden evenals de delegaties ervan binnen de organisatie, door middel van een matrix-organisatie (zie 7.2.22. e.v.).

Het ligt voor de hand, de feitelijke doch informele bevoegdheden van medische specialisten en de delegaties ervan aan de verpleging binnen een matrix-organisatie te *formaliseren*.

Hiermee wordt bereikt, dat de verantwoordelijkheden voor de *uitvoering* van de patiëntenzorg daar komen te liggen, waar ze behoren te liggen, namelijk bin-

nen de primaire sector van het ziekenhuis.

7.2.16.

Voor deze noodzakelijke integratie van primaire activiteiten dient *eveneens* de grote kloof tussen de hoog gespecialiseerde medische arbeid enerzijds en het relatief 'lage' niveau van de werkzaamheden binnen de verpleging door verpleegkundigen te worden verkleind, middels verpleegkundige opleidingen.

De verplegingsdienst

7.2.17.

De verplegingsdienst moet tot de primaire sector van het ziekenhuis worden gerekend. Dientengevolge zullen de werkzaamheden van verplegenden voornamelijk op het primaire taakgebied, de directe patiëntenzorg moeten liggen.

7.2.18.

De verpleging met inbegrip van de directe verzorging van de patiënt, voor zover hij deze zelf niet kan verrichten, moet als een geïntegreerd onderdeel van de totale patiëntenzorg worden beschouwd. Dit zal in de organisatiestructuur tot uiting moeten komen en een formele basis moeten hebben.

7.2.19.

Binnen de verpleging zal, met name bij het verpleegkundig kader, voldoende kennis aanwezig moeten zijn van de diagnostische en therapeutische basisactiviteiten, die voornamelijk op medisch gebied liggen. Deze kennis is nodig, teneinde:

- de verpleging en verzorging tot geïntegreerde onderdelen van de patiëntenzorg te maken;
- de verpleegkunde verder te ontwikkelen;
- tot nieuwe taak- en communicatiestructuren rond de patiënt te komen;
- leiding te kunnen geven aan activiteiten betreffende de uitvoering en evaluatie van de patiëntenzorg.

7.2.20.

Binnen de verpleging zal het takenpakket meer gedifferentieerd moeten worden (zie 7.2.16.).

Hierdoor kan tevens een reële niveaudifferentiatie in de werkzaamheden van de verschillende opgeleide categorieën verpleegkundigen worden aangebracht.

7.2.21.

Verwacht mag worden, dat bovengenoemde wijzigingen betreffende de plaats en taakstructuur van de verplegingsdienst de volgende effecten zullen hebben:

- een algehele verbetering van de organisatorische condities, waardoor een betere garantie wordt verkregen voor een effectieve uitvoering van de patiënten-zorg;
- een verbetering van condities waardoor verplegenden beter kunnen functioneren en beter worden ingezet bij hun werkzaamheden;
- een duidelijker identiteit voor verpleegkundigen in het ziekenhuis en daarvoor een hogere motivatie en betrokkenheid bij het werk.

De vormgeving door een matrix-organisatie

7.2.22.

Door de invoering van een matrix-organisatie voor de formele regeling van de verschillende bevoegdheden kan tevens een verschuiving worden bereikt van de uitgesproken functie-gerichte naar een meer patiënt-gerichte organisatie; dit komt de coördinatie op de verpleegafdelingen ten goede.

In het kader van een matrix-organisatie kan de coördinatie van vooral primaire activiteiten op het niveau van de verpleegafdelingen worden geformaliseerd, ten gunste van deze coördinatie.

Hiermede wordt tevens een ontlasting van de verticale hiërarchische communicatiekanalen bereikt. Dit zal de algehele beleidsvoering in ziekenhuizen ten goede komen.

7.2.23.

In het kader van een matrix-organisatie, zal *vervolgens* tot een zekere deconcentratie van diensten tezamen met een vergroting van verpleegafdelingen kunnen worden overgegaan.

Hierdoor wordt een verdere verschuiving bereikt van de functie-gerichte naar een meer patiënt-gerichte organisatie; dit ten gunste van de coördinatie op de verpleegafdelingen.

In het kader van een meer produkt (patiënt)-gerichte organisatie kan gestreefd worden naar een doelmatiger gebruik van de verschillende voorzieningen.

7.2.24.

Door een zekere deconcentratie van diensten in samenhang met een vergroting van verpleegafdelingen kan men vervolgens binnen de gekozen formele matrix-

structuur voldoende inhoud aan de leidinggevende functies op de verpleegafdelingen geven.

7.2.25.

Een gedifferentieerde opleidingsstructuur tot verpleegkundige zal nodig zijn om de noodzakelijke herstructurering van de organisatie van het ziekenhuis met inbegrip van de taakstructuur van de verplegingsdienst te kunnen bewerkstelligen.

7.3. DE IN-SERVICE OPLEIDING IN HET ZIEKENHUIS

CONCLUSIES

7.3.1.

De afstemming van de organisatie van de in-service opleiding op die van het ziekenhuis en speciaal op die van de verpleegafdelingen leidt tot afstemmingsvraagstukken van diverse aard. Als bijzondere knelpunten zijn te noemen: de plaatsing en begeleiding van leerlingen uit de verschillende studie jaren op de verpleegafdelingen.

7.3.2.

De in-service opleiding staat door het bijzonder hoge percentage leerlingen dat over de verpleegafdelingen rouleert, de realisatie van een minimaal gewenste stabiliteit in de personele bezetting in de weg.

7.3.3.

De in-service opleiding heeft consequenties voor zowel de uitvoering van de patiëntenzorg als het functioneren van verpleegkundigen en leidinggevenden. De in-service opleiding heeft daarom in tweeërlei opzicht negatieve consequenties voor de patiëntenzorg.

Het in-service opleidingssysteem moet op zijn minst storend worden genoemd voor de primaire taak, de patiëntenzorg in het ziekenhuis. Het tegelijkertijd opleiden van vele beroepskrachten is daarmee onverenigbaar.

7.3.4.

De in-service opleiding kan gezien de consequenties voor de organisatie een kostbaar systeem van opleiden en de in-service leerling een dure arbeidskracht wor-

den genoemd. Hierbij dienen ook de organisatiekosten te worden meegenomen. Onder de moeilijk te berekenen organisatiekosten moeten bijvoorbeeld de veronderstelde effecten begrepen worden, die de opleiding en ook het werken met leerlingen hebben voor het functioneren van anderen alsmede voor de kwaliteit en doelmatigheid van de patiëntenzorg.

7.3.5.

De verpleegprijzen bevatten momenteel ook opleidingskosten, hetgeen ons inziens aanvechtbaar is. In geen enkele maatschappelijke sector drukken naar ons weten in een dergelijke mate basis-opleidingskosten op de kostprijs. (Daarboven komen de moeilijk te berekenen organisatiekosten).

AANBEVELINGEN VOOR DE AFBOW VAN DE IN-SERVICE OPLEIDING

7.3.6.

Er zal zo snel mogelijk tot afbouw van de in-service opleiding en tot uitbouw van het dagonderwijs moeten worden overgegaan. Dit gezien de consequenties van de in-service opleiding voor de patiëntenzorg in het ziekenhuis en mede gelet op de positieve bevindingen van het onderzoek aan de MBO-V (zie paragraaf 7.5.).

De afbouw van de in-service opleiding moet binnen tien jaar te realiseren zijn. Hiervoor zal een planningsprocedure moeten worden ontworpen.

7.3.7.

Het handhaven van de in-service opleiding tot verpleegkundige zal ten koste gaan van de verdere ontwikkeling van het verpleegkundig dagonderwijs. Handhaving zal onder meer tot problemen leiden bij de plaatsing en begeleiding van stagiaires uit het dagonderwijs in ziekenhuizen.

7.3.8.

Afbouw van de in-service opleiding zal tot een grotere stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen leiden. Verwacht mag worden, dat dit positieve effecten zal hebben op de werkomstandigheden evenals op het verloop en verzuim van verpleegkundigen; en daarmee indirect op het aantal op te leiden verpleegkundigen.

Deze factoren zullen op hun beurt de kosten van de verpleging in het ziekenhuis in positieve zin beïnvloeden.

7.4. DE STABILITEIT IN DE PERSONELE BEZETTING

CONCLUSIES

7.4.1.

Een zekere stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen, in termen van een zekere duurzaamheid in de directe werkrelaties van verplegenden, is een organisatie-structurele voorwaarde voor een effectieve en doelmatige patiëntenzorg alsmede voor het functioneren van verplegenden.

7.4.2.

De geringe stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen is een probleem, dat primair aandacht en oplossing behoeft.

De gevonden samenhang tussen de stabiliteit in het verpleegkundigenbestand en de frequentie van het verzuim bij deze categorie, mag als een aanwijzing worden gezien, dat de factor stabiliteit in de werksituatie van belang is.

- a. Het verloop onder verplegenden is een van de factoren die van invloed is op de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen.
- b. Het verloop is echter, denkend aan de vele in-service leerlingen, niet de belangrijkste oorzaak van deze geringe stabiliteit.

7.4.3.

Het verloop onder in-service leerlingen dient analytisch en ook beleidsmatig onderscheiden te worden van het verloop onder verpleegkundigen.

- a. Het relatief hoge verloop onder in-service leerlingen, in vergelijking met het vertrek van leerlingen uit het MBO-V, vindt mede een verklaring in de minder gunstige opleidingscondities waaronder het proces van opleiden voor de in-service leerling verloopt. Dit geeft mede een verklaring voor het relatief lage landelijke rendement van de in-service opleiding in vergelijking met de MBO-V, namelijk: circa 55% tegen 73% (zie paragraaf 1.3.).
- b. Aangenomen mag worden, dat er, gezien vanuit de stabiliteit, betreffende het verloop van verpleegkundigen en in-service leerlingen in ziekenhuizen diverse elkaar negatief versterkende factoren werkzaam kunnen zijn, die voor beide categorieën verplegenden tot een hoog verloop kunnen leiden (zie bijvoorbeeld paragraaf 5.4.).

7.4.4.

De arbeidsmobiliteit van met name jonge verpleegkundigen vindt mede een

verklaring in het feit, dat het ziekenhuis het personeel niet sterk aan zich bindt door werkomstandigheden én vooral carrièremogelijkheden.

Het ontbreken van een systeem van uniforme vervolgoopleidingen en daaraan verbonden wettelijk erkende diploma's werkt deze arbeidsmobiliteit in de hand.

7.4.5.

Het personeelsbeheer inzake verplegenden vertoont, mede verklaarbaar vanuit de moeilijk beheersbare organisatie van het ziekenhuis (zie paragraaf 7.2.), symptomen van een 'ontregeld systeem'. Ontregeld in die zin, dat mede gezien de geringe stabiliteit steeds meer verplegenden nodig zijn om de 'dubbelfunctie', het verlenen van patiëntenzorg en het opleiden van beroepskrachten, gestalte te kunnen geven.

7.4.6.

In ziekenhuizen zal men het verloop onder verplegenden zelf ter hand dienen te nemen door een beleid dat er op gericht is de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen te vergroten.

Beëindiging van het in-service opleidingssysteem zal hierbij positief werken (zie paragraaf 7.3.).

7.4.7.

De factor stabiliteit biedt voor de praktijk een bruikbaar uitgangspunt om probleemsituaties (c.q. probleemafdelingen) te analyseren en om oplossingen, die voor het personeelsvraagstuk in de verpleging worden aangedragen, te evalueren (zie paragraaf 4.5.2. en 5.4.).

AANBEVELINGEN VOOR DE SAMENSTELLING VAN DE PERSONELE BEZETTING

7.4.8.

Bij de samenstelling van de personele bezetting van verpleegafdelingen zal de verwezenlijking van stabiele of meer duurzame werkrelaties binnen de verpleging richtlijn moeten zijn.

- a. Met het oog op deze stabiliteit zal een zekere carrièreplanning voor de onderscheiden categorieën verpleegkundigen mogelijk moeten zijn. Het genoten opleidingsniveau zal in eerste instantie moeten aansluiten op het niveau van de werkzaamheden. Vervolgens zal na ervaring en eventueel vervolgcursussen een doorstroming in de praktijk mogelijk moeten zijn.

- b. De beloningsstructuur voor de verschillend opgeleide verpleegkundigen (opleidingsniveaus) zal gebaseerd moeten zijn op een reële niveaudifferentiatie in de werkzaamheden.

7.4.9.

Als in de verpleging uitsluitend met gediplomeerde krachten zou worden gewerkt, zou dit naar onze mening voor het ziekenhuis kostenbesparend zijn. Dit mede door het wegvallen van de kosten van de in-service opleiding en de vele organisatiekosten die aan de opleiding en het werken met leerlingen zijn verbonden.

7.4.10.

Eveneens zijn we van mening, dat men met relatief minder mensen zou kunnen volstaan als men uitsluitend met gediplomeerde krachten zou werken. De kwaliteit behoeft hier niet onder te leiden.

Een substitutie-factor van 0.7 ter vervanging van de in-service leerlingen door gediplomeerden lijkt alleszins redelijk (zie paragraaf 1.3. en 4.5.).

7.4.11.

Een zorgvuldige samenstelling van de personele bezetting van verpleegafdelingen naar de benodigde opleidingsniveaus kan bij de huidige kostenverhoudingen aan een verdere kostenbesparing het zijne bijdragen.

7.4.12.

Er kunnen meer ziekenverzorgenden bij de patiëntenzorg worden ingeschakeld dan nu het geval is, na opheffing van de in-service opleiding. Vele werkzaamheden, die momenteel door in-service leerlingen worden verricht, kunnen ook door lager opgeleide beroepskrachten dan op MBO-niveau worden uitgevoerd.

- a. De bezwaren tegen het werken met leerling-verpleegkundigen richten zich niet op de lage geschooldheid van deze categorie verplegenden, maar zijn gericht op de negatieve consequenties die aan het leerlingenstelsel zijn verbonden.
- b. De inschakeling van (meer) lager opgeleide ziekenverzorgenden in plaats van in-service leerlingen geeft een garantie, dat eenvoudige taken ook in de toekomst binnen de verpleging uitgevoerd blijven worden. Dit zal stabiliserend werken en in deze zin ook kostenbesparend.

7.4.13.

De 'COZ-ervaringsnorm' inzake de verhouding verpleegkundigen : in-service leerlingen van 50 : 50, dient volledig opgeheven te worden, teneinde de omzetting van in-service onderwijs naar dagonderwijs en de afbouw van de in-service opleiding in ziekenhuizen vorm te kunnen geven.

- a. De COZ-ervaringsnorm inzake de verhouding verpleegkundigen: in-service leerlingen is, landelijk gezien, sinds 1977 niet meer reëel. Omstreeks 1986 zal deze verhouding zonder verdere uitbreiding van het dagonderwijs al 60 : 40 zijn (zie paragraaf 1.3.).
- b. Handhaving van de COZ-ervaringsnorm alsmede van de in-service opleiding zal tot plaatsingsproblemen leiden voor pas afgestudeerde verpleegkundigen uit het dagonderwijs, mede vanwege de nieuwe bepalingen in de CAO betreffende het dienstverband van in-service leerlingen na diplomering.

7.4.14.

De volledige afschaffing van de COZ-ervaringsnorm is een voorwaarde om in ziekenhuizen tot de afbouw van de eigen in-service opleiding te kunnen overgaan en daarvoor een beleid te kunnen uitstippelen.

- a. In ziekenhuizen kan men nagaan of aan de in-service opleiding een andere functie kan worden gegeven en of de hierbij betrokken docenten andere taken kunnen krijgen. De begeleiding van stagiaires en pas afgestudeerde verpleegkundigen uit het dagonderwijs, bijscholing en training alsmede de organisatie van deze activiteiten zijn en zullen, zeker in de toekomst, wezenlijke taken binnen de organisatie blijven.
- b. Eveneens kan nagegaan worden of de in-service opleiding, zeker als deze in het kader van een samenwerkingsverband wordt gerealiseerd, omgeschakeld kan worden tot dagonderwijs (zie 7.5.14.).
- c. In ziekenhuizen kan men nagaan, in hoeverre men een beroep kan doen op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden.

7.5. DE OPLEIDINGSSTRUCTUUR TOT VERPLEEGKUNDIGE

CONCLUSIES

7.5.1.

Bij de inrichting van zowel de MBO-V als de HBO-V is gekozen voor een brede basisopleiding met een breed functiebereik, passend in de huidige onderwijsfilosofie.

In de visie op het verpleegkundig onderwijs wordt de nadruk gelegd op de brede algemene inzetbaarheid van beide categorieën verpleegkundigen in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg. In dit verband wordt eveneens, gezien de toegekende algemene kwalificaties van het verpleegkundig beroep, de nadruk gelegd op de mobiliteit of uitwisselbaarheid van verpleegkundigen tussen de verschillende sectoren.

Deze inzetbaarheid zegt niet zozeer iets over de algemene kwalificaties van het verpleegkundig beroep en de opgeleide verpleegkundige, maar veeleer iets over het niveau waarop de verpleegkundige, ook de hoger opgeleide, na afstuderen in de verschillende gespecialiseerde sectoren zal gaan functioneren.

7.5.2.

De opvatting, dat functietraining en vooral specialisatie na de basisopleidingen in het specifieke werkveld moeten plaatsvinden, heeft tot gevolg, dat in de huidige opzet van het verpleegkundig beroepsonderwijs maar ten dele een oplossing wordt geboden voor het opleidingsvraagstuk in de verpleging.

7.5.3.

De vaardigheden van de verschillend opgeleide verpleegkundigen nemen niet evenredig toe met de verhoging van het opleidingsniveau.

De MBO-V en de HBO-V zijn met betrekking tot de beroepssgerichte vakken vrijwel identieke opleidingen. De in theorie bredere inzetbaarheid van de HBO-verpleegkundige is meer gebaseerd op zijn hogere vooropleiding en bredere algemene vorming tijdens zijn beroepsopleiding dan op zijn grotere vaardigheden.

- a. Uit onderwijs oogpunt is dit een niet wenselijke situatie. Een consequentie is, dat er voor MBO-verpleegkundigen weinig reële doorstromingsmogelijkheden in het reguliere verpleegkundige onderwijs zijn.
- b. Deze situatie heeft eveneens gevolgen voor de samenstelling van de personele bezetting en het functioneren van beide categorieën verpleegkundigen in de gezondheidszorg.

De basisverpleegkundige zorg heeft voor de HBO-verpleegkundige weinig aan

ontplooiingsmogelijkheden te bieden. Dit heeft in negatief opzicht consequenties voor de duurzamere inzetbaarheid van deze verpleegkundige bij de directe patiëntenzorg en dientengevolge voor de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen.

7.5.4.

De aandacht die aan de verschillende beroepsopleidingen wordt geschonken, is onevenredig verdeeld.

- a. In 1981 waren er vijf MBO-V's en reeds negen HBO-V's. De MBO-V dreigt in het gedrang te komen tussen enerzijds de nog bestaande in-service opleidingen en anderzijds de HBO-V.
- b. Er wordt, naar ons weten, binnen het reguliere dagonderwijs geen aandacht geschonken aan de ontwikkeling van een opleiding tot ziekenverzorgende. Deze situatie is niet wenselijk, gezien de grote categorie (leerling)ziekenverzorgenden in verpleeghuizen en gezien de vele werkzaamheden binnen de verpleging in ziekenhuizen, die evenzeer, zeker na opheffing van de in-service opleiding, door ziekenverzorgenden kunnen worden verricht (zie 7.4.12.).
De opvatting, dat ziekenverpleging en -verzorging als één beroep (op minimaal middelbaar niveau) moeten worden beschouwd, geeft mede een verklaring voor de geringe belangstelling voor het lager beroepsonderwijs. Deze zienswijze betekent evenwel, dat een potentieel arbeidsreservoir voor inschakeling bij de patiëntenzorg onbenut blijft.

7.5.5.

De evaluatie van de MBO-V en de in-service opleiding valt ten gunste van eerstgenoemde opleiding uit.

De destijds gekozen uitgangspunten voor de MBO-V (zie paragraaf 4.3.1.) zijn in de praktijk haalbaar gebleken.

- a. Het is in principe mogelijk door middel van een middelbare beroepsopleiding verpleegkundigen op te leiden voor de verschillende velden van de intramurale gezondheidszorg. De MBO-verpleegkundigen voldoen, na de inwerkperiode, aan de eisen die in die velden aan verpleegkundigen worden gesteld.
De ontkoppeling van werk en de status van leerling kan in vele opzichten als positief worden beoordeeld.
- b. Het gegeven, dat de MBO-verpleegkundige bij afstuderen gemiddeld ruim twee jaren jonger is dan een in-service opgeleide, kan eveneens als positief worden aangemerkt. Dit betekent, dat de MBO-verpleegkundige, met name de vrouwelijke, gemiddeld langer als gediplomeerde in de verpleging werkzaam zal zijn dan een in-service opgeleide.

Met betrekking tot de lengte van het dienstverband in ziekenhuizen, laten

de MBO-verpleegkundigen een niet ongunstig beeld zien.

7.5.6.

De verdere ontwikkeling van de MBO-V is mede afhankelijk van de totale opzet van verpleegkundige onderwijsvoorzieningen (zie 7.5.20.).

AANBEVELINGEN VOOR DE STRUCTURERING VAN DE VERPLEEGKUNDIGE ONDERWIJSVOORZIENINGEN

7.5.7.

De opleidingsstructuur tot verpleegkundige zal, mede uit economisch oogpunt bezien, kwalitatief en kwantitatief aan de volgende eisen moeten voldoen.

- a. De huidige taken in de verpleging kunnen ook in de toekomst uitgevoerd worden (zie 7.5.8. en 7.5.9.).
- b. Voor een integrale patiëntenzorg kan de bestaande kloof in kennis betreffen- de de primaire activiteiten in het ziekenhuis door verpleegkundigen worden verkleind (zie 7.5.16. en 7.5.17.).

De oprichting van een kort middelbare beroepsopleiding voor ziekenverzor- gen, de KMBO-V

7.5.8.

De aanbeveling om in de toekomst meer ziekenverzorgenden bij de patiëntenzorg in te zetten (zie 7.4.12.), impliceert de noodzaak tot het oprichten van een 'lagere' tweejarige beroepsopleiding binnen het reguliere dagonderwijs.

Bezien kan worden of deze opleiding gerealiseerd kan worden in het kader van de aanvullende onderwijsprogramma's voor 16- tot 18-jarigen, kort middelbaar beroepsonderwijs (KMBO) geheten.

Wij realiseren ons, dat de wenselijkheid en de noodzaak van een KMBO-V mede afhankelijk is van het toekomstige opleidingsniveau van de MBO-V.

Men moet echter bedenken, dat het MBO voor een grote categorie schoolverlaters moeilijk toegankelijk is (zie paragraaf 4.2.2.). Het is niet juist, om deze potentiële categorie werknemers voor een zinvolle functie bij de patiëntenzorg uit te sluiten, door geen gepaste onderwijsvoorzieningen te creëren. Maatschappelijk en economisch gezien is dit niet verantwoord.

7.5.9.

De inschakeling van ziekenverzorgenden op KMBO-niveau bij de patiëntenzorg

heeft de volgende voordelen.

- a. De eenvoudige taken blijven in de verpleging en zullen na afbouw van de in-service opleiding door daarvoor opgeleide beroepskrachten uitgevoerd blijven worden.
- b. Het zal mede gezien de huidige kostenverhoudingen voor de verpleging in het ziekenhuis kostenbesparend zijn.

Uitbouw van de MBO-V

7.5.10.

Gezien de nadelige effecten en kosten die aan de in-service opleiding zijn verbonden, moet het economisch gezien niet onaanvaardbaar zijn om tot institutionalisering van de opleiding tot verpleegkundige op MBO-niveau over te gaan.

- a. Onder voorwaarde echter, dat tegelijkertijd de in-service opleiding wordt afgebouwd. Het naast elkaar handhaven van twee opleidingssystemen moet als kostbaar beschouwd worden.
- b. Vermeden moet worden, dat beide opleidingssystemen met elkaar gaan interfereren, ten koste van de ontwikkeling van het dagonderwijs (zie 7.3.7.).

7.5.11.

De afstemming van de opleiding MBO-V op de onderscheiden velden van de intramurale gezondheidszorg zal worden verbeterd en op langere termijn beter worden gewaarborgd door een beperkte differentiatie in de laatste studiefase van de opleiding aan te brengen. Hieraan kan op verschillende wijzen vorm worden gegeven.

De voorkeur wordt gegeven aan een differentiatie in de opleiding, gericht op ziekenhuizen en verpleeghuizen enerzijds en een differentiatie gericht op de psychiatrie en de zwakzinnigenzorg anderzijds.

- a. Deze differentiatie in de laatste studiefase kan worden ondersteund door een vrij lange stage (ongeveer 4 à 6 maanden) in een veld binnen de gekozen richting, en zo mogelijk, ook een stage in een veld vallend binnen de andere richting. In het laatste geval zal de noodzakelijke differentiatie in de opleiding niet ten koste gaan van de inzetbaarheid van de MBO-verpleegkundige in elk der sectoren van de intramurale gezondheidszorg.
- b. Minder en langere stages gedurende de opleiding betekenen bovendien, dat ze minder nadelige gevolgen hebben voor de stabiliteit in de personele bezetting van verpleegafdelingen en een minder zware belasting voor de verpleegkundigen en de organisatie van die afdelingen vormen.

7.5.12.

Van de kant van de instellingen zal moeten worden gezorgd voor een begeleide inwerkperiode met vaste evaluatiepunten voor de inpassing van de pas afgestudeerde MBO-verpleegkundige. De toewijzing van een vaste begeleider, bijvoorbeeld een goed ingewerkte verpleegkundige van de afdeling, verdient de voorkeur boven een steeds wisselende begeleider.

7.5.13.

Het verdient aanbeveling voor de verdere ontwikkeling van de opleiding MBO-V en de afstemming ervan op de onderscheiden velden van gezondheidszorg een (tijdelijk) wettelijk kader te creëren.

Dit wettelijk kader (dat plaatsing van het MBO-V binnen het MHNO/MSPO, inmiddels MDGNO geheten, niet uitsluit), is eveneens nodig om tot een passende situering en spreiding van het MBO-V te komen (zie 7.5.22.).

7.5.14.

Het verdient eveneens aanbeveling na te gaan, of de betreffende in-service opleidingen die reeds in een bepaald samenwerkingsverband worden verzorgd, omgebouwd kunnen worden tot het verzorgen van regulier dagonderwijs. Een dergelijke ombouw zal de omschakeling van in-service onderwijs naar dagonderwijs wellicht vergemakkelijken en kunnen doen versnellen (zie 7.4.14.).

Bij de ombouw van het bestaande in-service onderwijs naar dagonderwijs op MBO-niveau kan mede vorm aan een tweejarige KMBO-V gegeven worden. Hierdoor kan op vrij korte termijn over gediplomeerde beroepskrachten worden beschikt.

Mocht deze ombouw door middel van inpassing van het in-service onderwijs binnen het reguliere dagonderwijs rechtspositioneel op praktische bezwaren stuiten, dan zal hierover, gezien de heersende meningen op dit punt, duidelijkheid moeten komen.

Een bezinning op de HBO-V

7.5.15.

Een bezinning op de doelstelling van de HBO-V is noodzakelijk. Er zal een duidelijk aanwijsbaar verschil moeten zijn tussen de verschillende beroepsopleidingen, hetgeen tot uiting moet komen in de specifieke vaardigheden van de verschillend opgeleide verpleegkundigen. Dit verschil in opleidingsniveau is tevens nodig om een reële doorstromingsmogelijkheid van de MBO-V naar de HBO-V te creëren.

7.5.16.

Overwogen moet worden om van de HBO-V een meer gespecialiseerde opleiding te maken. Te denken valt hier na een basisvormende fase aan een differentiatie in de opleiding naar sector en vervolgens aan een zekere specialisatie gericht op die verschillende sectoren.

Bezien moet worden of binnen de HBO-V een aanzet kan worden gegeven voor de oplossing van het specialisatievraagstuk in de verpleging.

7.5.17.

De onderkende specialisaties in de verpleging zullen zoveel mogelijk binnen het reguliere verpleegkundig onderwijs (mogelijk middels vervolgopleidingen) moeten worden verzorgd. Dit is enerzijds nodig om tot een oplossing van het opleidingsvraagstuk inzake het verpleegkundig onderwijs in ziekenhuizen te komen, anderzijds is dit maatschappelijk noodzakelijk om de garantie te hebben, dat verpleegkundigen voldoende zijn toegerust om specialistische werkzaamheden te kunnen uitvoeren.

*Benodigde categorieën verplegenden***7.5.18.**

Ter vervanging van verpleegkundigen die jaarlijks uit het beroep treden, zullen er uiteindelijk (bij het huidige beleid) voor ziekenhuizen ongeveer 5.500 eerstejaars per jaar voor dagonderwijs moeten worden aangenomen (zie paragraaf 1.3.). Daarop moet de onderwijscapaciteit ten behoeve van ziekenhuizen worden afgestemd bij ongewijzigd beleid.

7.5.19.

Deze 5.500 eerstejaars zullen over de verschillende opleidingsniveaus moeten worden verdeeld. Aanbevolen wordt voor het KMBO-V, het MBO-V en het HBO-V een verhouding aan te houden van respectievelijk 2 : 2 : 1.

*Beleid en planning***7.5.20.**

Zowel uit onderwijskundig oogpunt als uit oogpunt van personeelsvoorziening zal het beleid op landelijk niveau er op gericht moeten zijn, te komen tot de opzet van een evenwichtige opleidingsstructuur naar niveaus: KMBO-V, MBO-V en HBO-V.

Een dergelijke structuur is nodig om de instroming van de verschillende categorieën leerlingen uit de verschillende typen onderwijs te kunnen reguleren alsook de doorstroming (zie paragraaf 4.5.4. en figuur 4.4.).

7.5.21.

Aanbevolen wordt op het niveau van de gezondheidszorg een beleid per sector (per veld) te voeren voor de personeelsvoorziening van verplegenden alsmede voor de structurering en inrichting van het verpleegkundig en verzorgend beroepsonderwijs.

Een dergelijk beleid is noodzakelijk om tot een beheersing van het personeelsvraagstuk in de verpleging binnen de verschillende sectoren van de gezondheidszorg en met name binnen de sector ziekenhuizen te komen.

7.5.22.

De planning van de verschillende onderwijsvoorzieningen zal, gebaseerd op behoefteramingen van de verschillende categorieën verplegenden, zowel op landelijk als op regionaal niveau moeten plaatsvinden. Regionale planning geldt met name voor het KMBO-V en het MBO-V en in mindere mate voor het HBO-V.

Op regionaal niveau kan eveneens in overleg met de opleidingsinstituten de planning van de praktijkleerperioden voor de plaatsing en begeleiding van stagiaires geregeld worden.

Er is mede vanuit organisatiekundige invalshoek een optiek ontwikkeld op de ziekenhuisorganisatie. Tegen deze achtergrond moeten onze conclusies alsook de aangedragen oplossingen voor gesignaleerde problemen worden geplaatst.

De bij onderzoek gekozen invalshoeken zijn bepalend voor de belichting van de aangesneden vraagstukken, de probleemsignalering en zeker voor de oplossingen die voor de onderkende problemen worden aangedragen.

Vanuit de gekozen invalshoeken hebben we het probleemgebied in kaart gebracht. Het resultaat biedt naar onze mening een raamwerk met aangrijpingspunten voor verder onderzoek.

SUMMARY

The intent of this study is to contribute to the policy concerning the nursing education in general hospitals in the Netherlands. In order to accomplish this, the study has focused on a new design of the educational structure and the tasks of the nursing services in general hospitals.

Compared to many other countries, the day-time training of nurses has developed much later in the Netherlands. In 1972, first level and secondary level education in nursing was initiated. They are referred to as the MBO-V and HBO-V respectively. Both levels of education aim to educate nurses in all sectors of the Dutch health care system. The MBO-V education is akin to the existing in-service educational facilities i.e. there are the in-service A, B en Z versions which concentrate their study on practice in the general hospitals, psychiatric institutions and mental institutions respectively. The HBO-V education, on the other hand, represents a completely new type of education level in the health care system.

The goal of this study is to answer the following two main questions:

1. Is it desirable to change the organizational place and task structure of the nursing services, i.e. does the nursing service deserve a different place in the organization of a general hospital, relevant to the care of patients and the functioning of nurses?
2. What should the educational structure for nurses, who are to be placed in general hospitals, look like in view of the realisation of the change of place and task structure for the nursing service?

These questions are related to the central theme of this study which also concerns itself with the stability in the staffing of nursing units in hospitals. Likewise, attention has been paid to the turn-over of nursing personnel and the integration of graduates of the day-time education.

Chapter I serves as a clarification of the main questions and as a survey of the problem area. By means of a hypothetical model the most important factors which are to be studied as a whole, are given.

Chapter II deals with the answer to the first main question. Using organization theoretical concepts, a description and an analysis of the organization of the general hospital are given. Also as a part of the answer to this question, the desirable situation for a patient-oriented organization is described.

The organization of the general hospital and the functioning of the different professional groups are discussed in chapter III. This discussion hinges on a sociological viewpoint and is analysed in this context.

Chapter IV deals with the answer to the second main question. The possible consequences of institutionalising the nursing education are investigated. These consequences are particularly relevant to: (1) professional orientation of nursing staff, (2) the professionalism of the nursing profession and (3) the functioning of this professional group in general hospitals. An evaluation between day-time education and in-service education is amply discussed. This evaluation is carried out in relation to the existing and desired task structure of the nursing services.

In chapter V research in the causes of turn-over in nursing staff as carried out in the seventies, is further discussed. Especially the relationship between the stability of the staffing of the nursing units and the turn-over in staff is studied. It appears that there was more harm caused to staff-stability by the in-service education than by the turn-over in the nursing staff.

Chapter VI deals with the question of the integration of the (student) nurse of the MBO-V education in the general hospital. On the basis of a completed research study between 1972 and 1981, the facts relevant to this question were extracted.

Finally, chapter VII provides the important conclusions and recommendations as a solution to the given problems. These conclusions and recommendations limit themselves to four areas: (1) the organization of general hospitals, (2) the in-service education for nurses, (3) the stability in the staffing of nursing units and (4) the new structure for the education of nurses.

CURRICULUM VITAE

De schrijfster van dit proefschrift werd geboren op 12 maart 1933 te Benschop. Na de lagere school ging zij in 1945 in het ouderlijk bedrijf werken. In 1959 werd door haar de opleiding aan de Christelijke Avond MULO te Utrecht begonnen, waar in 1961 het diploma werd behaald. Daarna volgde zij aan het Gemeentelijk Utrechts Avondlyceum de opleiding HBSb.

Vanaf 1965 studeerde zij vervolgens sociologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Het kandidaatsexamen werd in 1968 afgelegd, het doctoraalexamen (bijvakken methoden en technieken van sociaal onderzoek en theoretische sociologie) in 1970.

Sinds april 1971 is zij als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de vakgroep Organisatiekunde, afdeling Bedrijfskunde, Technische Hogeschool Eindhoven.

STELLINGEN

behorende bij het proefschrift

VERPLEGING IN BEWEGING

van

J.A. Verwey

6 oktober 1981

I

Uit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid zullen bij de structurering van de gezondheidszorg en de wetgeving dienaangaande, de basisstructuren waarbinnen de zorgverlening thans plaatsvindt primair als uitgangspunt moeten worden genomen.

II

Decentralisatie van overheidstaken en -bevoegdheden op het gebied van de gezondheidszorg is onvoldoende voorwaarde voor democratischer besluitvorming.

III

Voor een effectieve overheidscontrole op de intramurale patiëntenzorg, zoals deze wordt voorgestaan door Frid, Ippel en Laurs, is een op de patiënt gerichte interne organisatie met ingebouwde procedures voor kwaliteitscontrole een voorwaarde.

Frid, A., Ippel, P., Laurs, P., *Jij liever dan ik. De psychiatrische patiënt: wat heeft hij te vertellen?* Vuga, 's Gravenhage, 1980.

IV

De sterke invloed van de gezondheidszorg, met name van de verzekerings- en bedrijfsgeneeskunde, op het sociaal-economisch bestel uit zich onder andere daarin, dat plaatsing in de AAW/WAO uitsluitend op medische indicatie gebeurt.

V

Het zou de beheersbaarheid en structurering van de gezondheidszorg en van de onderwijsvoorzieningen voor deze sector ten goede komen als laatstgenoemde voorzieningen onder het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zouden ressorteren.

VI

Een differentiatie in de laatste fase van de opleiding tot verpleegkundige op MBO-niveau is niet strijdig met het concept van een integrale verpleegkunde en evenmin in strijd met het beroepsvoorbereidende karakter van deze opleiding.

VII

De opvatting dat de kwaliteit van de verpleegkundige zorg wordt bepaald door het opleidingsniveau van verpleegkundigen is niet onjuist, maar wel onvolledig. Die opvatting gaat voorbij aan het feit, dat de kwaliteit van de patiëntenzorg vooral een intern structureel vraagstuk is.

VIII

De veelvuldig in de ziekenhuisliteratuur gebruikte term „professionele organisatie” voor de aanduiding van de organisatie rond de patiënt is misleidend; beter ware het hier te spreken van „provisorische organisatie”.

IX

De bewering van Kramer, dat als Galbraith zou zijn uitgegaan van een systeembeschouwing van organisaties, hij zou hebben onderkend dat coördinatievraagstukken niet alleen door interne structurele maatregelen, maar ook door beïnvloeding van de omgeving van organisaties kunnen worden opgelost, getuigt van een simplistische voorstelling inzake organisaties en haar omgeving. Kramer, N.J.T.A., *Systeem in probleem*, hoofdstuk 4 en 5 (speciaal stelling VII bij dit proefschrift in het commentaar op Galbraith), H.E. Stenfert Kroese, Leiden/ Antwerpen, 1978.

Galbraith, J.R., *Designing complex organizations*, Addison - Wesley Publish Company, Reading, 1973.

X

De geringe aandacht voor het verschijnsel macht in de literatuur inzake organisatie-ontwikkeling is mede bepaald door ideologische vooronderstellingen.

XI

Het teruglopen van de belangstelling voor de sociologie kan mede geweten worden aan haar onvermogen om actuele vraagstukken op bevredigende wijze te analyseren.

XII

De invoering van deeltijdarbeid in de verpleging in ziekenhuizen is nauwelijks verantwoord, gezien de huidige geringe stabiliteit in de personele bezetting aldaar.

XIII

Het valt nog niet te overzien of „Hollanditis” werkelijk een kwaadaardige ziekte is.