

# Kritische functies in ziekenhuizen

WGV



Werkgeversvereniging  
Zorg en Welzijn  
Oost-Nederland

Deze verkenning is gemaakt onder verantwoordelijkheid van een door de vereniging ingestelde begeleidingscommissie. De unit Onderzoek Informatie en Communicatie (OIC) van de vereniging is verantwoordelijk voor de uitvoering van het onderzoek en heeft zich daarbij laten ondersteunen door Bureau Foole Consult.

Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn Oost-Nederland (WGV)  
Postbus 2057  
7420 AB Deventer  
Hans Hokke / Paul Foole, augustus 2010

*Een verkenning van de beschikbaarheid  
en inzet van specialistisch personeel in de  
ziekenhuizen in de regio Oost-Nederland*

## Inhoud

1. Omgeving .....	2
2. Aanleiding .....	4
3. Verantwoording.....	5
4. Resultaten.....	6
5. Toekomstbeeld en overwegingen .....	7
6. Adviezen .....	11
7. Algemeen advies .....	13
8. Afkortingen .....	14

## 1. Omgeving

Nederland bevindt zich in een economische recessie. De werkloosheid neemt snel toe, vooral onder jongeren. De Rijksbegroting laat een snel groeiend tekort zien. Ombuigingen en ingrijpende maatregelen worden weliswaar aangekondigd, maar pas grotendeels in een nieuwe kabinetsperiode doorgevoerd.

Zorgverzekeraars staan onder druk om de premies niet te veel te laten stijgen. Gemeenten worden geconfronteerd met een stijgende behoefte aan maatschappelijke ondersteuning, maar zien tegelijkertijd dat de middelen die zij hiervoor beschikbaar hebben beperkt zijn.

De economische malaise leidt eerder tot meer, dan minder beroep op zorg. Instellingen komen hierdoor in de problemen. De behoefte aan zorg en ondersteuning groeit, maar de bereidheid van zorgkantoren, verzekeraars of gemeenten om deze zorg in te kopen groeit niet evenredig.

De zwaarte van de zorg en de duur van de benodigde zorg wordt als gevolg van de vergrijzing alleen maar groter. Er zal sprake zijn van een toenemend aantal chronisch zieken. Ziekten zoals hartfalen, dementie en beroerte zullen als gevolg van de vergrijzing toenemen. De intensiteit en de duur van de zorg wordt hierdoor groter.

Medische technologieën dragen niet alleen bij aan het welzijn maar zijn ook factoren die van invloed zijn op de groeiende zorgvraag. Een toenemende en complexer wordende (zorg)vraag zal steeds meer aanspraak gaan doen op personeel wat over verschillende kwalificaties beschikt. Het zoeken naar evenwicht tussen specialiseren, differentiëren van taken en functies en het kunnen beschikken over personeel wat het gehele zorgproces overziet wordt hier de uitdaging.

De belangstelling van jongeren voor de sector zorg is nog steeds aanzienlijk, maar gebleken is dat door het dalende aantal jongeren ook bij de instroom in opleidingen extra inspanningen nodig zijn. Het personeelsbestand binnen zorgorganisaties vergrijst in een snel tempo. Dat vraagt aandacht voor vitaliteit en inzetbaarheid, na- en bijscholing en alle daarmee samenhangende vraagstukken. Innoveren en manieren vinden om het werk te kunnen blijven doen en lichter te maken zullen de komende jaren het leit-motiv voor de zorg moeten zijn.

Dat commotie ontstaat rondom bezuinigingsplannen in ziekenhuizen valt te voorzien. De burger van nu wil maximale zorg, dichtbij en altijd beschikbaar. Meer mag, maar minder zeker niet. Marktwerking brengt ziekenhuizen hierdoor in een lastig parket. Zij gaan zich immers gedragen als ondernemingen. Een ziekenhuis met daarin alle disciplines vertegenwoordigd balanceert voortdurend op de rand van onbetaalbaarheid. Omdat budgetten onder druk komen te staan, zal meer en meer worden gezocht naar samenwerking en concentratie. Bedrijfseconomisch volstrekt logisch. Omdat ziekenhuizen opereren in het publieke domein gaan steeds vaker ook gemeenten zich bemoeien met de keuzes die zorginstellingen willen maken. Ook hier zal een manier gevonden moeten worden hoe er moet worden omgegaan met maatschappelijke verantwoordelijkheid en marktwerking.

Concurrentiegevoelens tussen de ziekenhuizen leiden er toe dat men niet of nauwelijks bereid is gegevens uit te wisselen die noodzakelijk zijn voor het te voeren regionale arbeidsmarktbeleid. Lang niet altijd is men ook in staat om desgevraagd specifieke gegevens te genereren die kritisch zijn voor het primaire proces.

Voor het werkgebied van de Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn Oost-Nederland zijn 10 ziekenhuisorganisaties van belang.

Binnen de ziekenhuiszorg is sprake van een toenemende marktwerking, waardoor ziekenhuizen zich specialiseren en zich op specifieke deelterreinen proberen te onderscheiden van hun concurrenten. Het vinden en behouden van voldoende en adequaat gekwalificeerde medewerkers is daarvoor van cruciaal belang. Technologische innovatie en verbetering van de logistieke processen zijn belangrijke speerpunten.

## 2. Aanleiding

De verkenning naar de lange termijn beschikbaarheid en inzet van specialistisch personeel in de ziekenhuizen in de regio Oost-Nederland is opgesteld naar aanleiding van de signalen die de WGV kreeg ten aanzien van toenemende personeelskrapte voor gespecialiseerd personeel op vooral de IC, OK en SEH afdelingen.

Binnen het werkgebied van de Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn Oost-Nederland bevinden zich de volgende ziekenhuizen:

- Deventer ziekenhuis, Deventer
- Diaconessenhuis, Meppel
- Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn/Zutphen
- Isala klinieken, Zwolle
- Koningin Beatrix ziekenhuis, Winterswijk
- Medisch Spectrum Twente, Enschede/Oldenzaal
- Röpcke-Zweers Ziekenhuis, Hardenberg
- Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem
- St. Jansdal, Harderwijk
- Ziekenhuisgroep Twente, Almelo/Hengelo

### 3. Verantwoording

Om gegevens voor dit onderzoek te verzamelen werden sleutelfiguren uit een aantal ziekenhuizen geïnterviewd. De conclusies en aanbevelingen zijn hoofdzakelijk gebaseerd op resultaten uit die interviews en het extrapoleren van de cijfermatige gegevens van een aantal individuele organisaties naar het regionale niveau en de bewerking van cijfers uit een aantal publiekelijk beschikbare bronnen. Specifiek cijfermateriaal betrekking hebbend op de formatieopbouw werd door bovengenoemde ziekenhuizen slechts beperkt aangeleverd. Het is daarom niet mogelijk gebleken huidige en toekomstig te verwachten tekorten nauwkeurig in beeld te brengen.

Van de 10 ziekenhuizen werden er 9 bezocht. De gesprekken vonden plaats met hoofden P&O, ter zake deskundige P&O-medewerkers en/of leidinggevenden van de gespecialiseerde afdelingen. Uit de informatie die is verkregen vanuit de interviews kan worden afgeleid dat de in dit rapport beschreven voorbeelden niet uitzonderlijk zijn, maar exemplarisch voor de problematiek in de verschillende ziekenhuizen. De adviezen zijn geënt op situaties en omstandigheden zoals die bij de geïnterviewde organisaties werd aangetroffen. De adviezen zijn daardoor algemeen van karakter en zullen niet door iedereen als even zinvol worden ervaren.

De bedoeling van dit onderzoek en de daaruit voortvloeiende adviezen is om uiteindelijk de omvang van de bestaande en verwachte tekorten aan gespecialiseerd personeel inzichtelijk te maken en na te gaan welke mogelijkheden er zijn om de problematiek in regionaal verband en daarmee in gezamenlijkheid op te lossen.

De Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn Oost Nederland heeft naast deze rapportage over kritische functies aparte rapportages over de arbeidsmarkt voor Zorg en Welzijn uitgebracht voor de regio's Twente, Achterhoek, IJssel-Vecht, Stedendriehoek, en Noordwest-Veluwe.

De integrale rapporten kunt u downloaden via onze website: [www.wgvoost.nl](http://www.wgvoost.nl) (onder de kop "over WGV", arbeidsmarktverkenning)

## 4. Resultaten

De rondgang langs de ziekenhuizen in de regio Oost-Nederland laat zien dat ieder ziekenhuis tekorten ten aanzien van specialistisch personeel ervaart. Het tekort aan Anesthesie- en OK-medewerkers lijkt op de meeste plaatsen het grootst.

Tekorten lopen soms op tot boven de 20% van de vaste formatie. Aanvulling geschiedt met ZZP'ers. De kosten lopen daarmee onevenredig hoog op.

Als grootste veroorzaker van de tekorten kan het terugbrengen van de opleidingscapaciteit aangemerkt worden. Op een fors aantal afdelingen is een aantal jaren geleden begonnen met het terugbrengen van de opleidingscapaciteit om de bezuinigingsdoelstellingen te kunnen behalen.

Het blijkt op een aantal afdelingen moeilijk een voldoende voor een praktijkstage te behalen. Men moet qua visie en gedrag 'passen' op de afdeling. De socialisatiedruk is op de meeste afdelingen hoog. De slagingskans voor het praktijkgedeelte van de opleiding is daarmee in voorkomende gevallen klein.

De vergrijzing op de specialistische afdeling is hoog en ligt gemiddeld 3 jaar hoger dan ziekenhuisbreed aan de orde is. Het gevolg is een zich snel verhogende vervangingsvraag en het risico van verstarring op werkprocedures en technieken.

De medicus maakt veelal geen deel uit van de ziekenhuisformatie en heeft eigen belangen en doelstellingen. Die belangen en doelstellingen staan nog al eens haaks op een efficiënte personeelsinzet. Het gevolg is overkwalificatie en leegloop in uren.

Differentiatiemogelijkheden in functies op specialistische afdelingen zijn nagenoeg niet in kaart gebracht. Soms maakt regelgeving functiedifferentiatie moeilijk (IC), soms is er niet over nagedacht en vaak wordt het onderwerp gemedend. Het gevolg is dat een team de eigen formatie samenstelt op basis van traditie.

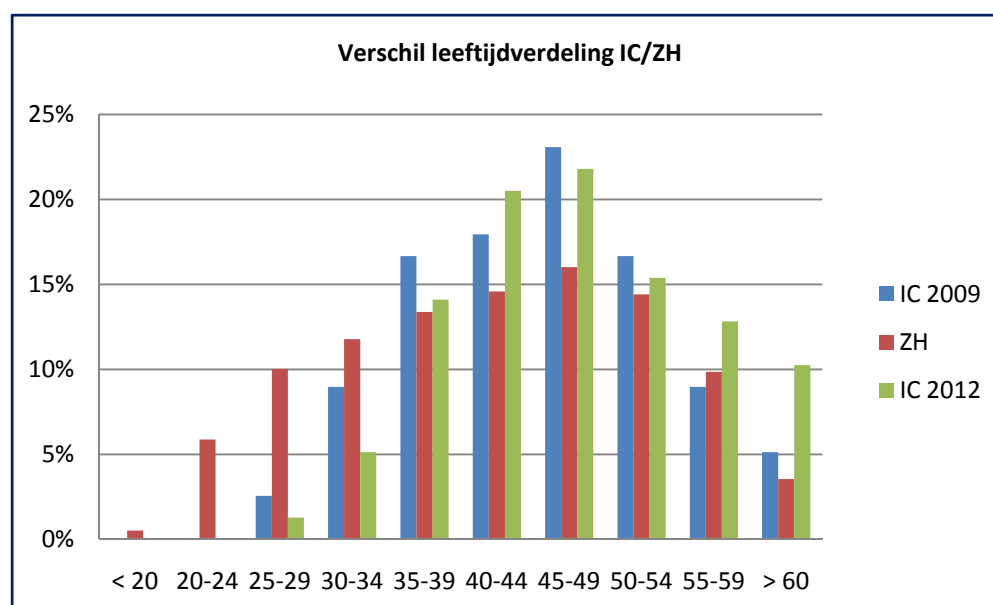
6 van de 9 bezochte ziekenhuizen hebben zich gecommitteerd aan een beginnende vorm van samenwerking waarin afspraken gemaakt zijn tot minimale opleidingsverplichtingen en het overnemen van elkaars personeel. Nagenoeg alle 9 bezochte ziekenhuizen geven aan behoefte te hebben aan enige vorm van regionale samenwerking. De mate van behoefte aan samenwerking varieert van het afspreken van opleidingsverplichtingen tot het organiseren van een regiopool van specialistisch personeel waarin men zelf de inzet van personeel kan reguleren.

## 5. Toekomstbeeld en overwegingen

Uit de verkenning blijkt dat in toenemende mate sprake is van een tekort aan gespecialiseerd personeel. Dat kent verschillende oorzaken: zo is de opleidingscapaciteit vaak gereduceerd als onderdeel van de bezuinigingen en zijn er relatief weinig doorstrommogelijkheden voor gespecialiseerd personeel wat leidt tot een versnelde vergrijzing op deze afdelingen. Dit heeft als gevolg dat ook het aantal vergrijzingsdagen (PLB uren) relatief sneller toeneemt dan elders in het ziekenhuis.

Het fenomeen krapte kan zich op verschillende manieren manifesteren. Er kan krapte van middelen zijn (capaciteit/bedden) of er kan sprake zijn van een tekort aan personeel (in absolute zin of als gevolg van te weinig opleiden). Het begrip krapte wordt nu alleen benaderd vanuit het niet kunnen vullen van een dienstrooster zonder inhoudelijk te hebben verkend wat echt noodzakelijk is.

De vergrijzing binnen gespecialiseerde afdelingen loopt voor op die van de algemene afdelingen van het ziekenhuis. Zittend personeel heeft na specialisatie weinig alternatieven om elders binnen het ziekenhuis te gaan werken. Mobiliteit binnen het ziekenhuis is nu nog vaak onaantrekkelijk. Er is weinig ruimte om door te stromen en men wil vaak niet terug in salaris en status. Soms kan het personeel dat een diploma haalt geen vaste aanstelling krijgen.



Wat in de discussie rondom vergrijzing en ontgroening vaak onderbelicht blijft is de krimp van de middengroep. De medewerker in de leeftijd tussen 30 en 50 jaar kent namelijk een bovengemiddelde vertrekneiging uit de zorg. Boven deze leeftijd neemt dit aantal aanzienlijk af.

Volume uitbreiding dan wel een meer efficiënte planning tussen mensen en middelen lijkt op termijn noodzakelijk. Ontoereikend budget en onvoldoende beschikbaarheid van personeel wordt namelijk aangemerkt als medeoorzaak van het probleem.

Tegelijkertijd is sprake van meer hoog complexe zorg die hogere eisen stelt aan medewerkers. Daarnaast speelt ook de vraag of de IC-capaciteit over minder ziekenhuizen moet worden gaan verdeeld.

#### Casus Intensive Care

Op een gemiddeld grote Intensive Care werken 60 Fte. De gemiddelde leeftijd ligt 3 jaar hoger dan het gemiddelde (45 jaar in plaats van 42) op de algemene verpleegafdelingen.

Wanneer het ziekenhuisgemiddelde voor verloop van 7% wordt aangehouden dan vertrekken jaarlijks bijna 6 medewerkers.

Als gevolg van pensionering (bij 65 jaar) vertrekken hier aanvullend tussen nu en 2025, 25 medewerkers.

Tenslotte stijgt het aantal PLB uren als gevolg van de vergrijzing ook. Betreft het in dit voorbeeld in de huidige situatie al 3798 uur, een jaar later is daar al 600 uur bijgekomen. Het gemiddelde parttime percentage in dit rekenvoorbeeld is 73%. Een medewerker werkt dan gemiddeld 26 uur per week (bij een werkweek van 36 uur) Als gevolg van deze ontwikkeling "mist" de afdeling jaarlijks ruim 2.7 medewerker. Een jaar later kan dit aantal oplopen naar 3.2 medewerker. Deze uren zijn wel mee begroot, maar leveren over het algemeen concreet geen handen op aan het bed

Minder grijpbaar maar wel herkenbaar wordt de heersende cultuur op gespecialiseerde afdelingen genoemd als oorzaak voor uitval in de opleiding. Gespecialiseerde afdelingen kennen vaak een 'geïsoleerde ligging'. Een OK-, SEH- of Intensive Care afdeling loop je immers niet zonder gegronde reden op. De geïsoleerde ligging en vaak langdurige aanwezigheid van personeel op de afdeling zijn vaak redenen voor een sterke socialisatiedruk met een relatief laag studie- en beroepsrendement als gevolg.

De context waarin gespecialiseerde zorg wordt geleverd is aan snelle verandering onderhevig. Er is sprake van efficiencyverbeteringen maar toch gaat de vraag om uitbreiding door. Er kan aangenomen worden dat die groei de komende jaren meer dan 2% per jaar zal zijn. Uiteindelijk gaat dit een opdrijvend effect geven op de aantallen gekwalificeerden die nodig zijn om de desbetreffende afdelingen adequaat te kunnen bezetten.

Ruimer opleiden is een optie maar niet altijd dé oplossing. In toenemende mate zullen ook de andere mogelijkheden om de kwaliteit en continuïteit te garanderen moeten worden verkend:

- Acute zorg als zorgvorm anders organiseren in het ziekenhuis c.q. het toewerken naar bijvoorbeeld een concentrisch model.
- Langer doorwerken, waarbij meer aandacht zal moeten komen voor vitaliteit en preventie.
- Het bieden van afwijkende werktijden (bv 10- of 12-uurs diensten of korter).
- Verhogen van studie- en beroepsrendement.
- Differentiëren van functies.

### **Versnippering**

Zorgorganisaties worstelen meer en meer met de vraag of men moet specialiseren of dat een betere verhouding moet worden gevonden tussen specialisten en generalisten. Immers generalisten zijn breder inzetbaar. Uit de interviews blijkt een toenemende tendens van versnippering van de opleidingen en functies en als gevolg hier van een verminderende inzetbaarheid van medewerkers.

### **'Meer werken'**

'Meer werken' binnen een bestaand contract kan veel rendement opleveren. Het ministerie van VWS heeft destijds met een rekenvoorbeeld duidelijk gemaakt dat wanneer alle medewerkers met een deeltijdcontract werkend binnen zorg en welzijn 2 uur per week meer zouden gaan werken dit substantieel bij zou kunnen dragen aan het oplossen van mogelijke tekorten. Op zowel de Intensive Care als de OK en Spoedeisende Hulp ligt de nadruk op een contractomvang tussen de 12-25 uur. In vergelijking tot het ziekenhuismiddelgemiddelde zijn de contracten tot 36 uur en 36-uurscontracten ondervertegenwoordigd.

## **DBC**

“Een DBC is een weergave van alle activiteiten en verrichtingen die een patiënt in het ziekenhuis doorloopt gedurende een vastgestelde periode”. Eén DBC staat voor de complete behandeling van een patiënt. Voor alle behandelingen/operaties die een patiënt moet ondergaan kan slechts één DBC worden gedeclareerd. Een ziekenhuis ontvangt een vast (gemiddeld) bedrag per behandeling. Ziekenhuizen kunnen hierdoor met elkaar gaan concurreren op basis van prijs en kwaliteit.

Voor een aantal ingrepen binnen het planbare deel van de zorg en binnen het vrij onderhandelbare segment is de kostprijs in toenemende mate van belang.

Aan een relatief hoge leeftijd van een medewerker hangt in de regel ook een relatief hoger gemiddeld salaris. Een relatief hoge gemiddelde leeftijd op een specialistische afdeling heeft daarmee invloed op de (gemiddelde) kosten per behandeling. Een evenwichtige leeftijdsopbouw kan daarom bijdragen aan een betere marktpositie.

## **Differentiatie**

Opvallend op specialistische afdelingen is het nagenoeg ontbreken van functiedifferentiatie. In roosters en plannings wordt altijd rekening gehouden met de maximaal te verwachten complexiteit. Of het nu gaat om geplande of niet geplande zorg, laag complexe of hoogcomplexe zorg altijd staan er IC verpleegkundigen, OK assistenten, of SEH verpleegkundigen klaar.

Het zou de tekorten aan personeel sterk doen afnemen wanneer men op de verschillende afdelingen in kaart heeft hoe de zorgvraag zich ontwikkelt en op welke manieren de zorgvraag beantwoord kan worden. Los van regelgeving (denk aan de IC) kan normaal gesproken in een samenstel van functies op SEH of OK gewerkt worden. In de regio lopen op dit moment een aantal projecten of zijn werksituaties te vinden waar, zij het op kleinere schaal, rekening gehouden wordt met deze diversiteit in zorgvraag.

Op een OK is niet altijd een 100% bezetting van OK-assistenten nodig als het gaat om geplande zorg. Op de SEH is alleen in voorkomende gevallen sprake van hoogcomplexe spoedeisende zorg. Het heeft er de schijn van dat op veel afdelingen een situatie ontstaan is waarbij de niet gespecialiseerde verpleegkundige zijn of haar waarde aan het verliezen is. Nadere analyse van de zorg maakt veelal duidelijk dat maar in een klein percentage van de zorgsituaties daadwerkelijk gevraagd wordt om specialistische zorg en hulp.

Door het nauwkeuriger inregelen van de formatie kan op personeel en kosten bespaard worden. Op de wat langere termijn ontstaat een positief effect op de arbeidstevredenheid. Nu is het nog te vaak zo dat de gespecialiseerde werker zijn of haar tijd doorbrengt met het verrichten van eenvoudige handelingen en feitelijk overgekwalificeerd en daarmee te duur is.

## 6. Adviezen

Uit de gesprekken met de diverse functionarissen uit de verschillende ziekenhuizen ontstaat het beeld van gespecialiseerde verpleegkundigen die op tamelijk geïsoleerd liggende afdelingen een eigen cultuur en dynamiek ontwikkeld hebben. Door het geïsoleerde karakter van deze afdelingen zijn een aantal ontwikkelingen (functiedifferentiatie, flexibele inzet, kortere diensttijden, langere diensttijden) voorbij gegaan aan het personeel en zullen er inhaalslagen gemaakt moeten worden.

### **Functiedifferentiatie**

Het differentiëren van functies is ook op een specialistische afdeling een mogelijkheid die, mits verantwoord toegepast, kan leiden tot een meer evenwichtige kostentechnische en arbeidsmarkttechnische werkwijze en inzet. Wanneer sprake is van een meer passende inzet van de medewerker valt er na een overgangperiode ook een grotere arbeidssatisfactie te verwachten.

Het zoeken naar de ideale verhouding tussen specialistische werkers en generalisten is niet altijd eenvoudig. Soms hebben de beperkingen voor het realiseren van een meer passende functiemix te maken met de mogelijkheden die een enkele organisatie de medewerker kan bieden. Samenwerken tussen afdelingen binnen meerdere ziekenhuizen kan de mogelijkheden vergroten en kan leiden tot behoud van medewerkers.

### **Opleiden**

Het aanbieden van verkorte leertrajecten biedt de mogelijkheid om op de korte termijn problemen aan te pakken en de formatie op peil te brengen.

### **Kraptemodel doorbreken**

Probeer het kraptemodel wat is ontstaan door een opleidingstekort te doorbreken; kostenopdrivende maatregelen onder andere als gevolg van de inzet van ZZP-ers kunnen dan achterwege blijven.

### **Langer werken**

Langer werken is een optie om tekorten op te lossen, inzetten op preventie en vitaliteit van de medewerker is dan noodzakelijk. Het verlagen van de onderliggende drempels kan de uitwisselbaarheid van medewerkers vergroten en leiden tot een verminderde uitval of een verlengde inzet.

### **Rendementsverbetering**

Het verhogen van het studie- en beroepsrendement kan aanzienlijk bijdragen aan het oplossen van tekorten. Heersende (socialisatie)cultuur op specialistische afdelingen blijkt in sterke mate van invloed op dit rendement.

### **Uitbreiden contracten**

Meer werken binnen een arbeidscontract kan niet altijd binnen dezelfde organisatie, maar mogelijk wel in samenwerking met een collega-organisatie.

### **Regiopool**

Bijna alle ziekenhuizen beschikken over een pool van personeel waaruit in tijden van krapte kan worden geput. Een ziekenhuisoverstijgende regiopool waar inzet van personeel en bijscholing gezamenlijk wordt opgezet kan werken als expansievat maar ook mogelijkheden bieden om medewerkers meer contractmogelijkheden en perspectief te bieden.

### **Contracten**

Het aantrekken en opleiden van nieuwe beroepskrachten biedt slechts een beperkt deel van de oplossing. De grootste kansen liggen in uitbreiding van de inzetbaarheid van het zittend personeel (contractomvang, behoud van personeel, functiedifferentiatie) slimmer werken (innovatie) en verhoging van het studie- en beroepsrendement van de bestaande opleiding

### **Interne organisatie**

Organiseer acute zorg, als zorgvorm, anders. In plaats van het momenteel gehanteerde specialistenmodel kan voor een concentrisch ziekenhuismodel met schillen van zorg verdeeld naar complexiteit gekozen worden, wat maakt dat minder leegloop in uren zal zijn. Gevolg: een meer effectieve inzet van mensen en middelen.

### **Leeftijdsopbouw personeel**

Actief beleid op loopbaanontwikkeling van personeel met het toepassen van spelregels ten aanzien van mobiliteit tussen afdelingen moet leiden tot een meer evenwichtige leeftijdsopbouw op alle afdelingen en een evenwichtiger spreiding van de vervangingsvraag.

## 7. Algemeen advies

Uit de verkenning is gebleken dat de behoefte om op een of andere manier samen te werken door de meeste ziekenhuizen belangrijk wordt gevonden. De WGV wil dan ook graag met de in de regio aanwezige ziekenhuizen in gesprek over de meerwaarde van het in gezamenlijkheid ontplooiën van activiteiten gericht op het op korte en langere termijn op peil houden van de formatie op de specialistische afdelingen. Er zal een modus gevonden moeten worden voor de eventueel concurrentiegevoelige informatie en samenwerking.

Daarbij dienen vanzelfsprekend ook de onderwijsinstellingen betrokken te worden. Het convenant dat een zestal ziekenhuizen in de regio hebben gesloten over een vergroting van hun opleidingsinspanning is daarvan een eerste stap. Ook andere ziekenhuizen in deze regio worstelen met de vraag hoe zij met dit thema om moeten gaan. Een open communicatie en onderlinge afstemming is daarvoor van groot belang.

## 8. Afkortingen

DBC	Diagnose Behandel Combinatie
FTe	Full-time equivalent
IC	Intensive care
OK	Operatie Kamer
P&O	Personeel en Organisatie
PLB	Persoonlijk Levensfase Budget
SEH	Spoedeisende Hulp
VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
WGV	Werkgeversvereniging Zorg en Welzijn Oost-Nederland
ZH	Ziekenhuizen
ZZP	(In deze context) Zelfstandige Zonder Personeel