

In hoger Beroep

| | |
|---|-----------|
| BIJLAGE 1 Motie Ermen | 3 |
| BIJLAGE 2 Instellingsbrief | 5 |
| BIJLAGE 3 Literatuurlijst | 8 |
| Inleiding | 8 |
| Hoofdstuk I..... | 8 |
| Hoofdstuk II | 9 |
| Hoofdstuk III..... | 10 |
| Hoofdstuk IV..... | 11 |
| Hoofdstuk V..... | 11 |
| Hoofdstuk VIII..... | 11 |
| BIJLAGE 4 Geraadpleegde organisaties | 14 |
| BIJLAGE 5 Differentiatie in de Verpleegkundige Beroepsuitoefening..... | 15 |
| 1. Inleiding | 16 |
| Opdracht en vraagstelling..... | 16 |
| 2. Verschillende invalshoeken..... | 17 |
| De beroepsgroep..... | 18 |
| De overheid | 18 |
| De arbeidsorganisaties..... | 18 |
| De opleidingsinstituten..... | 19 |
| De patiëntenorganisaties | 19 |
| De verzekeraars | 19 |
| Medici en andere behandel disciplines..... | 19 |
| Werkgroep functiedifferentiatie | 21 |
| 3. Functies, taken en functiedifferentiatie | 22 |
| 4. Professioneel verplegen en verzorgen | 25 |
| 5. Arbeidsdeling in de verpleging | 28 |
| 6. Consequenties van het voorgaande | 31 |
| Een oplossingsstrategie? | 31 |
| Een derde deskundigheidsniveau? | 33 |
| 7. Conclusies | 35 |
| Gebruikte literatuur: | 37 |
| BIJLAGE 6 Eindrapport Werkgroep Functiewaardering.. | 38 |
| I. Inleiding | 38 |
| I.1 Opdracht van de werkgroep | 38 |
| I.2 Werkveld..... | 38 |
| I.3 De functiewaarderingssystemen | 40 |
| I.4 Informatiebronnen..... | 41 |
| I.5 Samenvatting..... | 42 |
| II. Status, organisatiegraad en invloed van verplegenden en verzorgenden | 44 |
| II.1 Status en organisatiegraad | 44 |

| | |
|--|----|
| II.2 Positie van verplegenden en verzorgenden in het proces van functiewaardering en bij het c.a.o.overleg | 45 |
| II.3 Samenvatting | 45 |
| III. Financiële dekking bij invoering van functiewaarderingssystemen..... | 47 |
| III.1 Het F.W.G.-systeem | 47 |
| III.2 Het I.M.F-systeem in kraamzorg en kruiswerk | 48 |
| III.3 Het FUWA-systeem | 49 |
| III.4 Het LM.F-systeem voor de gezinszorg | 49 |
| III.5 Financiële dekking voor herbezinning van functiewaarderingssystemen..... | 49 |
| III.6 Samenvatting | 50 |
| IV. Knelpunten bij de functiewaardering | 51 |
| IV.1 Niet (voldoende) gewaardeerde aspecten..... | 51 |
| IV.1.1 Het zorg-aspect | 51 |
| IV.1.2 Het kenmerk psychische belasting | 52 |
| IV.1.3 Het aspect “complexiteit” | 52 |
| IV.2 Onderhoud van de systemen | 52 |
| IV.3 Invoering en inschalingstrajecten op instellingsniveau..... | 54 |
| IV.4 Samenvatting..... | 56 |
| V. Samenvatting, conclusies en aanbevelingen | 57 |
| V.1 Functiewaardering op zich geaccepteerd..... | 57 |
| V.2 Problemen met uitvoering en implementatie..... | 57 |
| V.3 Aanpassing functiewaarderingssystemen wenselijk | 58 |
| V.4 Accuraat onderhoud noodzakelijk..... | 58 |
| V.5 Goede voorlichting over systemen van groot belang | 58 |
| V.6 Financiële gevolgen van aanpassing en onderhoud..... | 59 |
| V.7 Invoering en financiering functiewaardering | 59 |

BIJLAGE 1 Motie Ermen

Eerste Kamer der Staten-Generaal

Vergaderjaar 1989-1990 Nr. 135d

21300 XVI **Beleidsdebat over onderwerpen, rakende het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur**

MOTIE EX ARTIKEL 10 RvO INGEDIEND NAMENS DE VASTE COMMISSIE VOOR WELZIEN EN VOLKSGEZONDHEID

Voorgesteld 20 juni 1990

De Kamer,

gehoord de beraadslagingen over de gezondheidszorg, waarin algemene bezorgdheid werd geuit over de problemen in de verpleegkundige en verzorgende sector, onder meer zichtbaar op de arbeidsmarkt,

overwegende, dat het noodzakelijk is de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige en verzorgende te waarborgen, respectievelijk te vergroten, door maatregelen op de volgende terreinen:

1. betere afstemming van dagopleiding en in-service opleiding tot verpleegkundige, zodanig dat een helder, overzichtelijk en kwalitatief hoogwaardig stelsel van beroepsonderwijs ontstaat,
2. nagaan welk evenwicht in de loop der komende jaren wenselijk is tussen de behoefte aan personeel en de omvang van werkzaamheden in genoemde beroepsgroepen; hierbij ware rekening te houden met werkdruk en ontwikkelingen in de intra- en extramurale sector,
3. de totstandkoming van een adequate beroepskrachtenplanning voor de komende tien jaar,
4. ontwikkeling van een toekomstig stelsel van honorering zodat daarin zowel de zwaarte van het beroep als de economische waarde en de functiedifferentiatie-mogelijkheden aan de orde komen;

van oordeel, dat een integrale aanpak wenselijk is uit een oogpunt van systematische professionalisering van het beroep van verpleegkundige en verzorgende;

verzoekt de regering een commissie van onafhankelijke deskundigen in te stellen met als opdracht zo mogelijk binnen een half jaar ter zake voorstellen te

doen,

en gaat over tot de orde van de dag.

Ermen

Veder-Smit

Michiels van Kessenich-Hoogendam

Van der Meulen

M. van der Meer

Smeets-Janssen

Gelderblom-Lankhout

Vogt

Schuurman

BIJLAGE 2 Instellingsbrief

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
Postbus 5406
2280 HK Rijswijk
Telefoon (070) 407911

Rijswijk, 16 oktober 1990

Onderwerp

Commissie positiebepaling beroep van verpleegkundige en verzorgende

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,

Overwegende dat in de motie 135 d vergaderingen 1989/1990 21300 XVI ex artikel 10 RvO ingediend namens de vaste commissie voor Welzijn en Volksgezondheid van de Eerste Kamer der Staten-Generaal de regering is verzocht een commissie van onafhankelijke deskundigen in te stellen, en dat de motie is aanvaard;

besluit

Artikel 1

Er is een commissie positiebepaling beroep van verpleegkundige en verzorgende, hierna te noemen de commissie.

Artikel 2

De commissie heeft tot taak voorstellen te doen omtrent maatregelen die leiden tot het waarborgen respectievelijk vergroten van de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige en verzorgende. Deze maatregelen kunnen in het bijzonder betrekking hebben op:

- het verbeteren van de beeldvorming omtrent het beroep van verpleegkundige en verzorgende;
- betere afstemming van dagopleiding en inservice opleiding tot verpleegkundige,
- zodanig dat een helder, overzichtelijk en kwalitatief hoogwaardig stelsel van beroepsopleiding ontstaat,
- het evenwicht dat in de loop der komende jaren wenselijk is waar het de behoefte aan personeel en de omvang van werkzaamheden in genoemde beroepsgroepen betreft. Hierbij ware rekening te houden met werkdruk en ontwikkelingen in de intra- en extramurale sector, waarbij het aspect van een adequate beroepskrachtenplanning voor de komende tien jaar wordt betrokken,
- de wijze waarop een toekomstig stelsel van honorering tot stand kan komen, zodanig dat daarin zowel de zwaarte van het beroep als de economische waarde en functiedifferentiatie-mogelijkheden aan de orde komen.

De Commissie geeft aan welke de financiële gevolgen zijn van de door haar voorgestelde maatregelen

en op welke wijze naar haar oordeel in die gevolgen kan worden voorzien.

Artikel 3

1. Tot lid, tevens voorzitter, van de commissie wordt benoemd: Drs J.F.M. Werner
2. Tot leden van de commissie worden benoemd:
De heer Th.L.J. van der Donk
Mevrouw M.J.M. Le Grand-van den Bogaard
Mevrouw Professor Dr. H. Huyer-Abu-Saad
Mevrouw F.J. Mensink, MN., RN.
Mevrouw I. Muller-van Ast
De heer C. de Ridder
De heer Dr. M.H.G. Wiegmans

Artikel 4

Het secretariaat van de commissie wordt gevormd door:
de secretaris: Mevrouw drs. G.H. Okma
de adjunct-secretaris: Mevrouw F.L. Doorduijn-Rijkelijhuizen

Artikel 5

Ter uitvoering van haar werkzaamheden kan de commissie werkgroepen instellen. Voorts kan zij externe deskundigen en maatschappelijke organisaties raadplegen.

Artikel 6

De commissie regelt zelf haar werkzaamheden.

Artikel 7

De commissie brengt binnen zes maanden na datum van haar instelling advies uit aan de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Zo nodig kan de commissie een interim-advies uitbrengen.

Artikel 8

1. De leden van de commissie ontvangen vacatiegelden alsmede een vergoeding voor de reis- en verblijfkosten volgens de bestaande rijksregelingen, voorzover niet uit anderen hoofde een vergoeding voor deze kosten wordt verleend uit 's Rijks kas.
2. De overige uit de uitvoering van dit besluit voortvloeiende kosten worden vergoed op basis van een vooraf ingediende en door de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur goedgekeurde begroting.

Artikel 9

Het beheer van de bescheiden betreffende de werkzaamheden van de commissie geschiedt met inachtneming van de bepalingen van het Besluit algemene secretarie aangelegenheden rijksadministratie (Stb. 1980, 182) op overeenkomstige wijze als bij het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

De bescheiden worden bij opheffing van de commissie in het Centraal oud archief van het ministerie opgenomen.

Artikel 10

1. Dit besluit wordt bekend gemaakt in de Nederlandse Staatscourant.
2. Afschrift van dit besluit wordt gezonden aan de Algemene Rekenkamer.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Hans J. Simons

Toelichting

De in de motie nr 135 d ex artikel 10 RvO van de Eerste Kamer der Staten-Generaal voorgestelde commissie van onafhankelijke deskundigen heeft tot taak in korte tijd (6 maanden) te adviseren over het waarborgen respectievelijk vergroten van de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige en verzorgende, d.m.v. betere afstemming van dagopleidingen en inservice opleiding tot verpleegkundigen, vermindering werkdruk, totstandkoming van een adequate beroepskrachtenplanning en de ontwikkeling van een toekomstig stelsel van honorering waarbij zowel de zwaarte van het beroep als de economische waarde en de functiedifferentiatie aan de orde komen. De commissie draagt een onafhankelijk karakter.

Op basis van de hierboven genoemde onderwerpen dient de commissie concrete voorstellen te doen en dienen de voorstellen een meerjarige aanpak te betreffen. De commissie kan bij haar werkzaamheden externe deskundigen en maatschappelijke organisaties raadplegen.

Het advies van de commissie zal voor de door de staatssecretaris van WVC in deze kabinetsperiode te nemen besluiten ten aanzien van de verpleegkundige beroepsgroep een zwaarwegend karakter dragen.

BIJLAGE 3 Literatuurlijst

Inleiding

Verslag hoorzittingen commissie Positiebepaling van Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende, 12-13 december 1990 (intern verslag).

Hoofdstuk I

Werken aan zorgvernieuwing, actieprogramma van het beleid voor de zorgsector in de jaren negentig, Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, 21 545, nr. 1.

Wet van 2 mei 1921, Stb. 702, zoals deze is gewijzigd bij de wet van 29 juni 1925, Stb. 308, resp. artt. 1 sub 2 en 6 sub 2.

Regeling Opleiding diploma Z-verpleegkundige d.d. 10 januari 1978, Stcrt. nr. 19.

Enkele van de belangrijkste rapporten, nota's of artikelen uit deze periode:

Werkgroep Hogere Beroepsopleiding Verplegenden, 'Eindrapport Commissie Hogere Beroepsopleidingen Verplegenden', Den Haag, Ministerie Sociale Zaken en Volksgezondheid - Staatsdrukkerij, 1969, Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid nr. 24.

Werkgroep Verpleegkundigen West-Nederland, 'De taak van de verpleegkundige', Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 24, 1971, 10, blz. 479-481.

Thiadens, A.J.H. & M.J. Smulders-Aghina, De verpleegkundige die ons toekomt. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1971.

Anders opleiden en verplegen? Liever niet... of wel! Een serie rapporten over eigentijdse vormen van verplegen en de opleiding daartoe. Lochem, De Tijdstroom, 1972.

Belangrijk is voorts:

'Advies inzake een universitaire opleiding verpleegkunde', Rijswijk, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Vaste Commissie Verpleging, april 1979, en de daaraan voorafgaande interimrapporten.

Het leerboek Algemene Verpleegkunde van A.H.M. van den Bergh-Braam (Leiden, Spruyt, Van Mantgem & De Does, 1971) wordt wel het eerste leerboek verpleegkunde in Nederland genoemd waarin een definitie van verplegen wordt gegeven die betrekking heeft op 'heel de mens'.

DuGas, B.W., Basisboek verpleegkunde. Groningen, Wolters-Noordhoff, 1980.

Juchli, L., Leerboek verpleegkunde. Amsterdam, Elsevier, 1980.

Maanen, J.M.Th. van, Een model voor de verpleging. Lochem, De Tijdstroom, 1973, Reeks Verpleegkundige Studies 2.

Tjebbes, J.A., De theorie van de verpleegkunde naar haar aard en functie gedacht. Lochem, De

Tijdstroom, 1975.

Bergen, B. van & L. Hollands, Naar een profiel van de verpleegkundige. Lochem, De Tijdstroom, 1975.

Bruggen, H. van der, Leve de zieke; een antropologie van ziek-zijn en verplegen. Lochem, De Tijdstroom, 1976.

Koene, G., M. Grypdonck, M.Th. Rodenbach, T. Windey, Integreernde verpleegkunde: wetenschap in praktijk. Lochem, De Tijdstroom, 1980.

Bruggen, H. van der, (red.), De delta van de Nederlandse verpleging. Lachem, De Tijdstroom, 1989 (2).

Fawcett, J., 'A framework for analysis and evaluation of conceptual models of nursing', in: Nurse-Educator, nov.-dec. 1980, blz. 10-14.

Yura, H. & G. Torres, Today's conceptual frameworks within baccalaureate nursing programs. New York, National League for Nursing, 1975.

Brink, P.J., 'Editorial', in: Western Journal of Nursing Research, 1980, 2, blz. 665-666.

Bush, H.A., 'Models for nursing', in: Advances in Nursing Science, 1979, 1 (2), blz. 13-21.

Faskerud, J.H. & E.J. Halleran, 'Areas of agreement in nursing theory development', in: Advances in Nursing Science, 1980, 3, blz. 1-7.

Fawcett, J., Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia, 1985, blz. 5-6.

Donaldson, S.K. & D.M. Crowley, 'The discipline of nursing', in: Nursing Outlook, 1978, 26, blz. 113-120.

Bakker, J.H. & M.J.M. le Grand-van den Bogaard, Verpleegkundig beroepsprofiel. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1988.

Hoofdstuk II

Serie artikelen over praktijkervaringen verpleegkundigen, NRC, februari 1987, G. Telgenhof en M. Spanjer.

Inspectie-onderzoek verpleeginrichtingen, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, 1989.

Werkdruk, wat doen wij eraan? CFO, Den Haag, november 1990.

Verpleging & Verzorging in beweging. Positiebepaling in de 90'er jaren, Congresboek, CFO, Den Haag, 1990.

Ziekteverzuim in de gezinsverzorging, T.J. Veerman, Nederlands Instituut voor Arbeidsomstandigheden, Amsterdam, januari 1989.

Arbeidsomstandigheden in de gezondheidszorg, L. Boon (red), Stichting Sympoz, Amsterdam, 1990.

De arbeidsmarktsituatie in diverse WVC-sectoren, Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, 21560, nr. 2.

Het Ziekenhuis aan bod, Beleidsnota Sektie Ziekenhuizen, NZR.

Het kan anders; discussie-nota over werkdruk en arbeidsmarkt verplegenden en verzorgenden in de intramurale gezondheidszorg, ABVA/KABO, 1990.

Zwartboek van de verpleging 1982, Wie is er nu echt ziek?

Selow H.M., 1991, Zorgen om het ziekenhuis; zorgen om de verpleegkundige zorg; TVZ, 2, 53-56.

Van Tits M., Groot W., 1991, Zorgen om kruiswerk en verzorging; zorgen om de verpleegkundige zorg; TVZ, 2, 56-60.

Ott M., Assepoesters en kroonprinsen, Een onderzoek naar de minderheidspositie van agentes en verplegers. SUA, Amsterdam, 1985.

Onderzoek t.b.v. Symposium Een Gezonde Kijk op de Gezondheidszorg, Interview in opdracht van de VVIO, januari 1991.

Standpuntbepaling n.a.v. het inspectie-onderzoek verplegingsinrichtingen, brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer, Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk, 31 augustus 1990.

Nota Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg 1990/91, ministerie van WVC, Rijswijk, 1991.

Het werk van wijkverpleegkundige en wijkziekenverzorgenden in Nederland, NIVEL, Utrecht, 1990.

Ontslagredenen en ontslagrichtingen bij verpleegkundigen in de intramurale psychiatrie, drs. J. Hanhast, dr. T. Dassen en dr. R. Halfers, 1989.

25 jaar VZW: een overzicht, H. Stoffelen. Verpleegkundigen en gemeenschapszorg, 40, 1984.

Hoofdstuk III

Knol H.W., Voogd J., Uitval uit in service-opleidingen verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. Onderzoek NEI, Nationale Raad van de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1990.

Naar een Samenhangend Stelsel van Basisopleidingen voor de Verzorgende en Verplegende beroepsbeoefenaars in de jaren 90, NMV, 1990.

Toekomst Opleidingen Verpleegkundigen en Ziekenverzorgenden, Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen en Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Den Haag, mei 1990.

Regionale Experimenten Opleidingen Verzorging/Verpleging, Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, juli 1990.

Weller L. Harrison M., Changes in the self and professional images of student nurses; Journal of Advanced Nursing, nr. 12 p. 179-184, 1988.

Melia, Learning and working; the socialization of nursing occupation Tavistock Publ. Londen, 1988.

Mahler H., Nurses lead the way, WHO, Features, no 97, June.

Een pleidooi voor een verpleegkundige vorming, A Dresselaers. Verpleegkundigen en gemeenschapszorg, 46, 1990.

Verpleging in beweging: deel I, II, III, beschouwingen rond de evolutie van de verpleegkunde 1962-1987, P. De Schouwer, Verpleegkundigen en gemeenschapszorg, 44, 1988.

Hoofdstuk IV

W. van der Windt, Werken in de intramurale gezondheidszorg, een arbeidsmarktverkenning verpleging en verzorging, NZI, nr. 88.55, Utrecht, 1988.

W. van der Windt, Ziekteverzuim in de gezondheidszorg, NZI, nr. 90.662, Utrecht, 1990.

AJ. Gerritse en W. van der Windt, Van verloop naar loopbaan, NZI, nr. 91.27, Utrecht, 1991.

Hoofdstuk V

Advies Functiedifferentiatie in de verpleging, NRV, Zoetermeer 1990.

Hoofdstuk VIII

Nursing's Vital Signs: Shaping the Profession for the 1990 National Commission on Nursing Implementation Project, W.K.Kellog Foundation, 1989.

Het Ziekenhuis in de 21ste eeuw, Scenario rapport in opdracht van de Stuurgroep Toekomst scenario's Gezondheidszorg, Rijswijk, 1990.

Schaalvergroting van kruisorganisaties, nota van de Nationale Kruisvereniging.

Maglacas A.M., 1988, Health for all, Nursing's Role, Nursing Outlook 2, 6671.

Personeelsproblemen in de gezondheidszorg zijn internationaal: Verpleging in Nederlandse Ziekenhuizen staat niet alleen, A Leemeijer. Het Ziekenhuis, 1990.

A strategy for nursing: a report of the steering committee Department of Health Nursing Division. Londen: Department of Health, 1989. Literature review on the images of the nurse and nursing in the media, J.M. Bridges. Journal of advanced nursing, 15, 1990.

Nursing in transition: an analysis of the status of the art in relation to the conditions of practice and society's expectations, H.M.T. van Maanen, Journal of advanced nursing, 15, 1990.

Nursing links with higher education: a prescription for change in the 21st century, J.A. Akinsanya. Journal of Advanced Nursing, 15, 1990.

The reorganization of the nursing labor process: from team to primary nursing, R.L. Brannon. International Journal of Health Services, 20, 1990.

Fair deal on appeal: the forgotten fifty thousand, H. Gaze, Enigma variations, J. Thompson, Nursing times, 86, 1990.

The significance of primary nursing, L. Bowers, Journal of Advanced Nursing, 14, 1989.

Professionalization - or struggle for survival? A consideration of current proposals for the reform of nursing in the United Kingdom, J. Salvage, Journal of Advanced Nursing, 13, 1988.

Community nursing in Belgium, H. Wilson, Nursing Time, 86, 1990.

Het gezondheidsbeleid in België: plaats van de verpleegkundige, J.L. Dehaene, Verpleegkundigen en gemeenschapzorg, 40, 1984.

Der Arbeitsmarkt für Pflegeberufe, K. van Lupke, Das Krankenhaus, 81, 1989.

Neuer Weg zur Personalbedarfsermittlung im Pflegedienst der Krankenhäuser: analytisches Konzept der DKG vom 6. März 1989, W. Kaufmann en F.W. Mohr, Das Krankenhaus, 81, 1989.

Die Personalsituation im Krankenpflegedienst und in den Schulen für Krankenpflegeberufe in Nordrhein-Westfalen, F.W. Mohr, Das Krankenhaus, 81, 1989.

Central and local control in Nordic health care: the public organisation spectrum revised, P.-O. Borgren, M. Brommels, International journal of health planning and management.

Health care in Denmark, Royal Danish ministry of Health and Royal Danish ministry of foreign affairs, Copenhagen, 1987.

BIJLAGE 4 Geraadpleegde organisaties

Lijst van uitgenodigde organisaties voor de hoorzittingen van de commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende, december 1990 en april 1991

ABVA/KABO, sectie Gezondheidszorg
Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden van Ouderen
CNV-bond voor Overheid, Onderwijs, Gezondheid, Bejaardenzorg, Welzijn, Sociale Werkvoorziening, PIT en Nutsbedrijven
Hoger Beroepsonderwijs Raad, Sectorale Kerngroep Hoger Gezondheidszorg Onderwijs
Kontaktorgaan Landelijke Organisaties Ziektekostenverzekeraars
Landelijk Patiënten/Consumenten Platform
Landelijk Samenwerkingsoverleg,
Middelbaar Dienstverlening Gezondheidszorg Onderwijs
Landelijke Huisartsen Vereniging
Landelijke Specialistenvereniging
Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
Leerlingen Raad Leyenburg
Nationale Ziekenhuisraad
Nederlands Centrum Buitenlanders
Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde
Nederlandse Vereniging Verpleeghuis Artsen
Nederlandse Vereniging voor Huisvrouwen
Rijksuniversiteit Utrecht, Faculteit der Geneeskunde
Stichting Netwerk Gezinszorg
Vereniging van Hoofden Z-Opleidingen
Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars
Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden
Vereniging van Opleidingsinstituten voor Verplegende en Verzorgende Beroepen
Verplegenden en Verzorgenden In Opstand

BIJLAGE 5 Differentiatie in de Verpleegkundige Beroepsuitoefening

Differentiatie in de Verpleegkundige Beroepsuitoefening

Werkgroep Functiedifferentiatie van
de commissie Positiebepaling Beroep
van Verpleegkundige en Verzorgende

mei, 1991

1. Inleiding

In deze nota wordt een opdracht uitgewerkt door de werkgroep Functiedifferentiatie die is ingesteld door de commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende.

De werkgroep bestond uit de verpleegkundigen: Dhr. P.J.M. Koopman,

Drs. A. Pool,

Mw. mr. G. Raas,

Dhr. C. de Ridder, voorzitter

Mw. F.L. Doorduyn- Rij kelijkhuisen, secretaris.

De samenstelling van de werkgroep bood een goede afspiegeling van alle terreinen van de gezondheidszorg waarop verpleegkundigen werkzaam zijn.

Opdracht en vraagstelling

De commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende heeft de volgende opdracht voorgelegd aan de werkgroep Functiedifferentiatie:

Ga na hoe het werk in de verplegende en de verzorgende sector kan worden gedifferentieerd naar meerdere niveaus waarbij de kwaliteit van zorg blijft gehandhaafd.

Gebruik als uitgangspunt het Verpleegkundig beroepsprofiel uitgegeven door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

Bestudeer bij de functiedifferentiatie zowel de horizontale als de verticale mogelijkheden.

De volgende vragen doen zich daarbij voor:

- Vanuit welke invalshoeken kan functiedifferentiatie binnen de verpleegkundige en verzorgende beroepsuitoefening worden benaderd?
- Wat kan worden verstaan onder functiedifferentiatie?
- Voor welk probleem kan functiedifferentiatie een oplossing bieden?
- Welke ideeën bestaan over functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging en welke experimenten hebben reeds plaats gevonden?

De nota is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 behandelt de opdracht en de vraagstelling. Vervolgens zet hoofdstuk 2 uiteen dat het vraagstuk op verschillende wijzen kan worden benaderd; verschillende groepen in de samenleving hebben hun eigen verwachtingen ten aanzien van de oplossingen waarvoor functiedifferentiatie kan worden gebruikt. Daarna geeft hoofdstuk 3 een theoretische beschouwing over functiedifferentiatie. Hoofdstuk 4 beschrijft wat professioneel verplegen is. In hoofdstuk 5 staat de kern van functiedifferentiatie bij verpleegkundige functies beschreven. Vervolgens gaat hoofdstuk 6 in op de consequenties van de voorgaande hoofdstukken. Hoofdstuk 7 bevat de conclusies van de werkgroep.

2. Verschillende invalshoeken

De richting waarin een oplossing wordt gezocht wordt mede bepaald door de optiek van waaruit het vraagstuk wordt benaderd. Het is daarom een eerste vraag, waarom functiedifferentiatie recent in de belangstelling is komen te staan. Volgens de Nationale Raad voor de Volksgezondheid [1990] kunnen de volgende oorzaken worden genoemd:

- de stijgende vraag naar zorgverlening genereert een toenemende vraag naar arbeidskrachten, terwijl het aantal arbeidskrachten dat beschikbaar komt voor de arbeidsmarkt snel afneemt;
- de gezondheidszorg dreigt de aantrekkingskracht op potentiële beroepsbeoefenaren te verliezen;
- in de gezondheidszorg zijn de mogelijkheden om personeelstekorten te compenseren door produktiviteitsverhoging beperkt;
- de verwachting is dat, ook indien door imagoverbetering het weer inschakelen van oud-beroepsbeoefenaren succesvol zal zijn, er een kwantitatief tekort zal blijven bestaan;
- de opvatting dat het niet nodig is dat iedereen die in de zorgverlening wordt ingeschakeld over hetzelfde kwalificatieniveau beschikt; de diversiteit van opleidingsniveaus in de verpleging.

Naast de oorzaken die de Nationale Raad voor de Volksgezondheid noemt voor het ontstaan van de discussie over functiedifferentiatie signaleert de werkgroep nog enkele andere kwesties.

- De behoefte van mensen om hun capaciteiten te gebruiken en taken en functies uit te oefenen die passen bij hun opleidingsniveau en capaciteiten;
- Een goede afstemming tussen functiedifferentiatie en functiewaardering van de verpleegkundigen en de verzorgenden ontbreekt;
- Het Verpleegkundig beroepsprofiel – uitgegeven door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid – is op grote schaal geaccepteerd. Binnen de werkorganisaties ontbreekt het nog vaak aan operationalisering, waardoor het lijkt of de verpleegkundige functies allemaal hetzelfde zijn.
- Deskundigheid tijdens de beroepsuitoefening verworven heeft geen effect op de positie van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Er ontbreekt een systeem voor het behoud van de verworven deskundigheid op de verpleegafdelingen. De personeelwisseling is sterk. Jongeren moeten worden ingewerkt door iets meer ervaren jongeren. Ervaringswijsheid gaat verloren doordat verpleegkundigen van boven 40 jaar uitzonderingen vormen.
- In algemene ziekenhuizen wisselt elke 16 weken 1/3 of 1/4 deel van het personeelsbestand in verband met de opleiding.
- Grenzen in de thuiszorg zijn aan het vervagen. Dit leidt niet tot een integratie van functies en taken door de hulpverleners, maar er dreigt meer desintegratie van verpleegkundige functies.
- Een mogelijkheid tot een professionele beroepsontwikkeling in de directe zorgverlening ontbreekt binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening.
- Functiedifferentiatie gebaseerd op inhoudelijke gronden ontbreekt in de beroepsuitoefening; de scholing kent echter wel differentiatie, met als gevolg dat onderwijs en beroepsuitoefening niet op elkaar zijn afgestemd.

Naast bovengenoemde kwesties constateert de werkgroep dat verschillende groepen uiteenlopende belangen hebben bij functiedifferentiatie in de verpleging en de verzorging. Groeperingen zoals de beroepsgroep zelf, overheid, werkgevers, patiëntenorganisaties, verzekeraars en beleidsinstanties hebben ieder hun eigen beeld over de zorgverlening door verpleegkundigen en verzorgenden. Zij hebben elk een andere invalshoek. Hieronder staat een aantal van deze invalshoeken genoemd en tot slot wordt de invalshoek van de werkgroep beschreven.

De beroepsgroep

De beroepsgroep van de verplegenden en verzorgenden ziet functiedifferentiatie als een middel om enerzijds een loopbaan binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening te kunnen ontwikkelen en anderzijds het professioneel peil te formaliseren. Functiedifferentiatie draagt zo bij tot het verbeteren van het loopbaanperspectief “aan het bed”, de kwaliteit van de beroepsuitoefening, de status en de financiële en psychologische honorering van het handelen. Verpleegkundigen zijn zich ervan bewust dat voornoemde vraagstukken niet alleen door functiedifferentiatie kunnen worden opgelost. De hedendaagse beroepsuitoefening vergt ook wetenschappelijke onderbouwing. Tevens wordt het belang onderkend van specialisatie binnen beroep en van de ontwikkeling van kwaliteitscriteria ten behoeve van de beroepsuitoefening. De ontwikkeling van specialisaties en differentiaties binnen de verpleging kan niet los worden gezien van het wetsontwerp BIG en van het advies “verpleegkundig specialist” (NRV 1989).

De overheid

De overheid is geconfronteerd met een hardnekkig werkloosheidsprobleem, met name bij jongeren met weinig opleiding. Tegelijkertijd doet zich een probleem voor in de personeelswerving in de gezondheidszorg, vooral in de verpleeghuissector. Mede hierdoor gaan er stemmen op die binnen de gezondheidszorg ruimte bepleiten voor lager opgeleiden in de zorg. Beëindiging van arbeidsonrust is ook een politieke prioriteit. Door het bieden van vele vormen van beroeps- en vakonderwijs wordt zowel door het ministerie van WVC, vaak in samenwerking met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen de indruk gewekt dat er in de praktijk verschillende differentiatiemogelijkheden zijn in de beroepsuitoefening. Aangezien deze er niet zijn ligt ook hier een probleem. Vergelijk het convenant aangaande werkervaringsplaatsen. En zie hiervoor de personeelsadvertenties in de dagbladen. Functiedifferentiatie kan in deze optiek een bijdrage betekenen in het oplossen van maatschappelijke vraagstukken.

De arbeidsorganisaties

De werkgevers in de gezondheidszorg worden geconfronteerd met onrust onder het personeel. Het vragen om een betere salariëring en afname van de werkdruk zijn slechts enkele uitingen van de onvrede met de beroepssituatie in de gezondheidszorg. De ondernemers zien deze eisen als financiële last; zij geven problemen bij de werving en het behoud van verpleegkundig en verzorgend personeel. Het inzetten van ongeschoolden en het aantrekken van jongeren uit Oost-Europa vormen voor hen een praktische oplossing. Hierdoor ontstaat een negatief imago als werkgever. Vooral het behouden van ingewerkte en gekwalificeerde krachten aan het bed is een groot probleem.

Functiedifferentiatie kan in deze optiek worden gezien als een middel om te komen tot een andere

arbeidsdeling en als een mogelijkheid tot het inschakelen van lager gekwalificeerd personeel en het behouden van ervaren krachten. Dit zou dan kunnen bijdragen aan een oplossing voor de kwantitatieve tekorten in de personeelsbezetting.

De opleidingsinstituten

De opleidingsinstituten worden in sterke mate beïnvloed door de ontwikkelingen in de gezondheidszorg en door een marktgericht benadering. Het aantal studenten en leerlingen dat zich aanmeldt voor de verpleegkundige en verzorgende opleidingen loopt terug. De werkgevers trachten personeel aan te trekken door het aanbieden van aanpaste opleidingen. Verpleegkundigen en verzorgenden willen vervolgoopleidingen om hun carrière kansen te vergroten. De opleidingsmarkt wordt daardoor gekenmerkt door een aanbod van veel nieuwe opleidingen en vele varianten op bestaande opleidingsvormen. Vanuit deze sector worden specialisatie en differentiatie gezien als een mogelijkheid om opleidingsvarianten aan te bieden en daardoor studenten en leerlingen te trekken.

De patiëntenorganisaties

Organisaties van patiënten zijn in eerste instantie geïnteresseerd in de kwaliteit van de zorgverlening. Patiënten willen veelal door de deskundigste verpleegkundige worden verpleegd. Zo spreekt de vereniging van reumapatiënten zich uitdrukkelijk uit voor een terugkeer van de districtsverpleegkundige, zie hiervoor de nota Reumabeleid behorend bij het ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid [Min. WVC, 1989]. Ook wensen de patiënten minder wisseling van verpleegkundigen en verzorgenden aan het bed. Dit geldt voor zowel het verpleeghuis, het algemeen ziekenhuis, het psychiatrisch ziekenhuis, de zwakzinnigenzorg en de thuiszorg.

Een goede afstemming tussen verpleegkundige en verzorgende beroepsuitoefening en maatschappelijke dienstverlening ontbreekt. De consequentie hiervan is een moeizame samenwerking tussen de gezondheidszorgwerkers. Door de vervaging van grenzen wordt afstemming steeds moeilijker en steeds meer diffuus. De patiëntenorganisaties willen meer duidelijkheid en samenhang in de gezondheidszorg. Functiedifferentiatie kan hier betekenen meer duidelijkheid in de coördinatie en continuïteit in de zorgverlening.

De verzekeraars

De ziekenfondsen en particuliere verzekeringsmaatschappijen wensen enerzijds een kwalitatief goed produkt en anderzijds een zo laag mogelijke prijs. Een en ander leidde ertoe dat verzekeringsmaatschappijen ook contracten hebben afgesloten met particuliere verpleegkundigen om thuiszorg te leveren. Functiedifferentiatie is op deze manier in de ogen van verzekeraars een middel om te komen tot een optimale prijs/prestatieverhouding.

Medici en andere behandel disciplines

Medici en andere beroepsbeoefenaars wensen goede werkverhoudingen met de verpleegkundigen en verzorgenden. In hun zorg voor de patiënt en bij hun behandeling van de patiënten willen artsen dat zij vertrouwen kunnen hebben in de andere gezondheidswerkers en dat zij taken en zorgen kunnen delen en

kunnen delegeren. Tevens wensen zij in de verpleegkundigen goede gesprekspartners te kunnen treffen met wie zij in overleg kunnen treden. De artsen verwachten dat verpleegkundigen instrumenteel-technisch goed geschoold en deskundig zijn.

Para-medici en andere hulpverleners zoals psychologen en ortho-pedagogen hebben behoefte aan duidelijkheid over de rol die verpleegkundigen en verzorgenden vervullen ten aanzien van de patiënten die zij behandelen.

In deze optiek betekent functiedifferentiatie meer duidelijkheid over de taken, rollen en deskundigen van de verschillende groepen functionarissen binnen het domein van de verpleging en verzorging.

Functiedifferentiatie kan hier een bijdrage leveren tot het meer delen van verantwoordelijkheden en een betere samenwerking.

Het onderstaand schema geeft een beeld van de uiteenlopende invalshoeken van de groepen die bij de gezondheidszorg zijn betrokken.

| <u>INVALSHOEK</u> | GROEPERING | | | | | | |
|--|------------|---|---|---|---|---|---|
| | A | B | C | D | E | F | G |
| Kwaliteit van het werk | x | x | x | x | x | x | x |
| Oplossing van kwantitatieve tekorten (werkdruk) | | x | | | x | | |
| Carrièreperspectief | | x | | | | x | |
| Arbeidsindeling: ook deling honorering (budget neutraal) | | x | | x | | | |
| Beroepsstatus | | | x | | | x | |
| Bieden van verschillende opleidingswegen | | | x | | x | x | |
| Minder wisselende verplegenden | x | | | | | | x |
| Werving van jonge ww'ers en LBO'ers | | | | x | x | | |

A = patiëntenorganisaties

B = werkgevers

C = opleidingen

D = financiers

E = overheid

F = beroepsgroep

G = medici

De werkgroep constateert dat bovengenoemde groeperingen verschillende verwachtingen hebben ten aanzien van functiedifferentiatie. Wat zij verwachten hangt af van het beeld dat zij hebben van de verpleging en verzorging en de doelen die zij nastreven.

Bovengenoemde punten laten zien dat functiedifferentiatie in nauwe relatie gezien moet worden met de professionele beroepsuitoefening. In eerste instantie zal functiedifferentiatie een oplossing moeten bieden voor de problematiek die gelegen is in de beroepsuitoefening en in tweede instantie voor het onderwijs.

Werkgroep functiedifferentiatie

De werkgroep Functiedifferentiatie concludeert dat voor alle genoemde groeperingen functiedifferentiatie in relatie kan worden gebracht met de kwaliteit van het werk. Er kan hierbij gedacht worden aan de kwaliteit van de zorgverlening en kwaliteit van de arbeid voor de verpleegkundigen en verzorgenden als werknemers. Maar bovenal is kwaliteit van het werk te plaatsen in het licht van de professionele beroepsuitoefening.

Te weinig wordt de professionele beroepsuitoefening in relatie tot de arbeidspositie van verpleegkundigen en verzorgenden als beleidsonderwerp uitgewerkt.

Terecht wijst de International Council of Nurses [I.C.N.] in haar "position statement" van 1986 er op dat mobiliteit in de beroepsuitoefening belangrijk is zowel voor de verpleegkundigen als voor de samenleving. De samenleving wenst immers dat verpleegkundigen adequaat reageren op veranderende vragen. De I.C.N. pleit voor een samenhangend systeem van carrièremogelijkheden, loopbaanplanning en scholingsbeleid.

Kwaliteit van de arbeid kan op meerdere manieren worden belicht. Verpleegkundigen, verpleegsters/ziekenverzorgenden zeggen veelal dat een goede kwaliteit van de arbeid voor hen betekent autonoom kunnen zijn in de beroepsuitoefening. Mogelijkheden hebben voor het aangaan en onderhouden van professionele hulpverleningsrelaties. De eigen capaciteiten kunnen gebruiken. De reden waarom verpleegkundigen, verpleegsters/ziekenverzorgenden voor het beroep kiezen ligt enerzijds nog in ideële motieven. Desondanks willen verpleegkundigen, verpleegsters/ziekenverzorgend en hun beroep op een professionele wijze uitoefenen. Professionele beroepsuitoefening, functiedifferentiatie en functiewaardering staan in nauwe relatie met elkaar.

Is functiedifferentiatie een goede zaak gezien in het licht van de professionele beroepsuitoefening? De werkgroep wil een antwoord op deze vraag zoeken en neemt daarbij Het Verpleegkundig Beroepsprofiel als vertrekpunt omdat dit document alom wordt gezien als het kader voor verplegen en verzorgen.

3. Functies, taken en functiedifferentiatie

Verpleegkundigen en verzorgenden oefenen hun beroep uit binnen een organisatie of instelling.

Instellingen in de gezondheidszorg kunnen worden geschetst als een professionele bureaucratie, wat weer zijn gevolgen heeft voor de arbeidsdeling.

Functiedifferentiatie kan worden benaderd als een beroepsvraagstuk en als een organisatie-vraagstuk. Om dit verschil te duiden worden de begrippen functie, functiedifferentiatie en beroep omschreven.

Keuning en Eppink [1982] stellen dat het afbakenen van taken en functies past binnen het vraagstuk van de arbeidsverdeling en binnen het ontwerpen van een organisatiestructuur. Voor deze structurering is een “design” van de individuele posities belangrijk. Vanuit de optiek van een professionele bureaucratie spelen volgens Mintzberg [1983] drie parameters een belangrijke rol: specialisatie van het werk, formalisering van het gedrag bij de uitvoering van het werk en training en scholing verkregen door het werk. Deze specialisatie, formalisering en scholing betreft de uitvoering van het werk, weergegeven in taken en functies.

Onder een functie kan worden verstaan: “De gemeenschappelijke doelstelling van een aantal, uit hoofde van hun gelijksoortigheid en gelijkwaardigheid samengebundelde werkzaamheden” [Keuning, Eppink, 1982]. Het gaat hierbij dus om functies binnen een organisatie of bedrijf. Wij willen dit bedrijfsfuncties noemen.

Kort gezegd gaat het er vanuit een organisatievraagstuk om hoe de taken in een organisatie te regelen dat de organisatie haar doelstelling kan bereiken en dat de medewerkers hun arbeid naar tevredenheid kunnen verrichten.

Een beroep kan worden opgevat als:

“Een samenhangend geheel van arbeid staken en arbeidsomstandigheden, dat deel uitmaakt van een sociale structuur”. Een beroep is niet los te denken van de waarden, normen en opvattingen van de cultuur waarbinnen dit beroep wordt uitgeoefend. Met andere woorden zijn deze waarden, normen en opvattingen mede richtsnoer voor het specifieke gedrag van de desbetreffende beroepsbeoefenaar. De overeenstemming in waarden, normen en opvattingen is het bindend element tussen die beroepsbeoefenaren die binnen hun beroep verschillende functies kunnen uitoefenen. Zo zijn deze waarden, normen, opvattingen en eisen aan de beroepsuitoefening veelal neergelegd in beroepsprofielen en beroepscodes. Voorbeelden hiervan zijn de codes en beroepsprofielen van psychologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en verpleegkundigen en maatschappelijk werkenden.

Beroepsbeoefenaren willen in hun werk hun beroep kunnen herkennen in de functies die zij vervullen in een organisatie.

Horizontale en verticale differentiatie.

Functiedifferentiatie – in de organisatieliteratuur veelal benaderd als taakdifferentiatie – kan niet los worden gezien van de totale organisatiestructuur. Managers hebben een belangrijke rol bij het vraagstuk van de coördinatie, integratie en differentiatie in organisaties [Lawrence en Lorsch, 1968]. Afdelingen en individuen die zich specialiseren hebben de neiging zich te verzelfstandigen. Bij het management kan dit

leiden tot integratieproblemen in de organisatie.

Soms wordt gedacht dat differentiatie vooral een onderwijsvraagstuk is omdat het zou gaan om verschillend niveau van functioneren, waarbij dan impliciet wordt aangenomen dat scholing de verantwoordelijke variabele is.

Differentiatie kan echter niet zonder meer gelijk worden gesteld met een verbijzondering van arbeidsdeling op basis van benodigde kennis. Keuning en Eppink [1982] Lawrence en Lorsch [1967] en Mintzberg [1983] wijzen op de volgende verschillen bij functionarissen als gevolg van differentiatie:

- Doeloriëntatie; bijvoorbeeld de vraag in hoeverre specialistisch werkende verpleegkundigen op een kinderafdeling zich op andere doelen richten in het ziekenhuis dan generalistisch werkende verpleegkundigen op een chirurgische afdeling in het zelfde ziekenhuis.
- Tijdsoriëntatie; bijvoorbeeld de vraag in hoeverre een verpleegkundige en een ziekenverzorgende op dezelfde afdeling in een psychiatrische kliniek verschillen in probleemoplossing. Is men gericht op het oplossen van dagelijks opkomende problemen of is men gericht op het behandelen van problemen op de langere termijn.
- Interpersoonlijke oriëntatie; is men resultaatgericht of is de werkstijl meer procesgericht. Met name als het gaat om de communicatie tussen verpleegkundigen van verschillende afdelingen kan dit een grote rol spelen.
- Formaliteit van de structuur; afhankelijk van de taakstelling van bijvoorbeeld een transmuraal werkende verpleegkundige en een intramuraal werkende verpleegkundige op de polikliniek kunnen er verschillen bestaan in de wijze van rapportage, in criteria voor beloning en in procedures voor de werkwijze.
- Verschillen in persoonlijke instelling van functionarissen; sommige verpleegkundigen zullen meer gericht zijn op de technische kant van het verplegen, anderen zijn meer gericht op de relationele kant van het verplegen. Voor sommigen is preventie het hoogste goed, weer anderen zijn gericht op het behalen van concrete doelen.

Het zal duidelijk zijn dat differentiatie het nodige van de leiding vraagt om het geheel van het zorgproces te kunnen coördineren. Differentiatie van functies en taken roept tevens een nieuwe vraag op, namelijk de vraag waar de grens ligt tussen specialisatie en differentiatie.

Impliciet is hierboven al duidelijk gemaakt dat functiedifferentiatie de processen betreft van arbeidsdeling, zowel individueel als groepsgericht waarbij met name taakverruiming en taakverrijking aan de orde zijn. Veelal wordt ook gesproken over horizontale differentiatie en verticale differentiatie. Mintzberg [1983] benadrukt dat het bij arbeidsdifferentiatie gaat om twee dimensies, n.l. breedte en diepte. Bij de breedte dimensie gaat het om de vraag hoeveel taken iemand heeft en hoe nauw of breed deze taken zijn. Bij de diepte dimensie gaat het om de vraag hoeveel controle iemand zelf op zijn werkzaamheden kan uitoefenen. Bij horizontale differentiatie speelt de breedte dimensie de belangrijkste rol en bij verticale differentiatie de mogelijkheid tot controle. Differentiatie in de werkverdeling brengt zijn eigen problemen met zich mee. Mintzberg gebruikt het voorbeeld van de differentiatie in de restaurants in Frankrijk. De maitre d'hotel neemt de bestelling op en geeft informatie, de ober serveert vervolgens. In de USA wordt

dit onderscheid niet gemaakt, de ober verzorgt beide activiteiten. Daarbij is de cultuur in Frankrijk dat de koffie na het dessert wordt geserveerd. Als iemand koffie wil tijdens het dessert ontstaat er een afstemmingsvraag tussen de maitre d'hotel en de ober.

In het algemeen refereert verticale differentiatie aan professionele arbeid. Taakverruiming is hierbij niet aan de orde. Het gaat om taakverrijking. De werker heeft dan niet alleen meer taken, maar hij heeft ook meer bevoegdheden en verantwoordelijkheden die bij de verschillende taken horen. Hij zal minder snel een hoger geplaatste in de organisatie hoeven in te roepen bij problemen. Bij horizontale differentiatie staat taakverruiming meer centraal. Voorop staat de variëteit van de taken die geassocieerd zijn met de producten en diensten. Taakverruiming in het horizontale domein treedt op als bijvoorbeeld tot het hergroeperen van individuen wordt overgaan waardoor zij meerdere huishoudelijke taken op een afdeling krijgen toebedeeld in plaats van dat één groep alle spoelkeukens schoonmaakt en één groep alle vloeren schoonhoudt. In de auto-industrie was taakdifferentiatie in het horizontale domein ver doorgevoerd. Een arbeider plaatste de wielen, een ander plaatste de bumpers en nog een ander plaatste weer een ander onderdeel. Dit kan leiden tot grote arbeidsontevredenheid. De mens is geworden tot een onderdeel van de machine. Middels taakverruiming wordt hier dan weer op gereageerd.

Verticale differentiatie roept vragen op met betrekking tot:

- taakverrijking
- integratie directe en indirecte taken
- verantwoordelijkheid in besluitvorming
- zelfcontrole.

Horizontale differentiatie roept vragen op met betrekking tot:

- taakverruiming
- de diepgang,
- de afhankelijkheid van anderen,
- grootte van de bewegingsruimte en speelruimte
- sneller deskundige inschakelen.

Samengevat kan worden gesteld dat functiedifferentiatie betrekking kan hebben op individuen en op groepen. Vanuit efficiency overwegingen wordt gestreefd naar horizontale differentiatie vanwege de mogelijkheid van standaardisatie en routine. Verticale differentiatie wordt ingegeven door de opvatting dat het uitdenken van taken en het uitvoeren van taken een verschillende benadering vraagt.

De werkgroep heeft in haar opdracht meegekregen rekening te houden met horizontale en verticale differentiatie. Zij zal daarbij vooral haar aandacht richten op taakverruiming en taakverrijking om tot een goed kader te komen voor de problemen van de arbeidsdeling in de verpleging. Het gaat dan met name om een nieuwe arbeidsdeling. Arbeidsdeling is in de verpleging en verzorging immers altijd al gebeurd.

4. Professioneel verplegen en verzorgen

Dit hoofdstuk schetst een beeld van het professioneel verplegen en verzorgen. Verzorgen, in de zin van ziekenverzorgen, wordt hierbij opgevat als behorend tot het domein van verpleging. Verplegen wordt gezien in relatie tot gezondheidsproblemen van het individu. Andere vormen van zorg en hulp kunnen worden onderscheiden buiten het professioneel verplegen en verzorgen zoals zal blijken uit het onderstaande.

“Verplegen is het herkennen, analyseren, alsmede advies en bijstand verlenen ten aanzien van de feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijke en/of geestelijke ziekteprocessen, handicaps of ontwikkelingsstoornissen voor de fundamentele levensverrichtingen van het individu. Verpleegkundig handelen houdt tevens in het zodanig beïnvloeden van mensen, dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het in stand houden en bevorderen van gezondheid.” [NRV, 1988].

Deze definitie geeft het specifieke aandachts- en competentiegebied weer voor de professionele verpleging. Uit deze definitie kan worden afgeleid wat het feitelijk verplegen inhoudt. Een beroepsbeoefenaar op het terrein van de verpleging, ongeacht de functie die hij of zij vervult of het terrein van de gezondheidszorg waarop zij werkzaam is, rekent dit tot de kern van het professioneel handelen. De definitie geeft ook aan dat het gaat om hulp bij problemen bij de fundamentele levensverrichtingen van mensen die het gevolg zijn van ziekte, handicap of ontwikkelingsstoornis. De behandeling van de ziekte of de stoornis is niet het competentiegebied van de verpleging. Het handelen van verpleegkundigen, verpleegsters en ziekenverzorgenden is nooit gericht op de ziekte of handicap zelf.

Het handelen is er wel op gericht dat iemand zo snel mogelijk weer zijn/ haar onafhankelijkheid terugvindt. Als dit doel niet kan worden gehaald is het doel iemand te helpen met de afhankelijkheid van zorg te leren leven. Indien genezing niet mogelijk is helpt de verpleegkundige, verpleegster en verzorgende iemand vredig te sterven.

Om deze doelen te bereiken hebben verpleegkundigen, verpleegsters, ziekenverzorgenden uiteenlopende functies en taken die afhankelijk zijn van de situatie. Zij leveren hierbij een bijdrage aan de gezondheidszorg vanuit een eigen referentiekader samen met andere disciplines binnen het totale gezondheidszorgsysteem.

Enkele functies worden hieronder genoemd. Het is geen uitputtende opsomming. Afhankelijk van de situatie van de patiënt en de werkplek van de verpleegkundige zal de samenstelling wisselen.

- De helpende functie; het gaat hierbij om het ondersteunen van de activiteiten van het dagelijks leven, het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen etc.
- De instructie-functie; bijvoorbeeld een patiënt leren hoe hij zichzelf kan injecteren. Of de patiënt leren hoe hij op een betere wijze kan ademen. Het gaat hierbij altijd om instructies gericht op het terugdringen van de effecten van de ziekte of aandoening.
- De diagnostische functie; het gaat hierbij om het vaststellen van de verpleegdiagnose, zodat patiënt en verpleegkundige afspraken kunnen maken over de te halen doelen.
- Patiëntbewakingsfunctie; patiënten kunnen of door hun ziekte of door de behandeling in situaties

terecht komen die een gevaar kunnen betekenen. Verpleegkundigen hebben dan een bewakingsfunctie zoals het toezicht houden op infusen, of toezicht houden op het gedrag van een psychotische patiënt.

- Snel veranderende situaties onder controle houden; bijvoorbeeld bij patiënten met een acute psychose. Of bij patiënten waarvan het ziekteverloop onvoorspelbaar is.
- Administreren en controleren van therapeutische interventies en therapeutische regimes, bijvoorbeeld oefeningen doen, leefregels opvolgen, kuren etc.
- Ontwikkelingsfunctie en bewakingsfunctie van de kwaliteit van de zorgverlening.
- Coördinerende werkzaamheden; bijvoorbeeld afspraken maken over behandelingen, overdracht van zorg regelen, afstemmen van de op de zorg- en behandelplannen en verpleegplannen.

Het zichtbaar maken van het werk van verpleegkundigen wordt nog te weinig gedaan waardoor mensen buiten de verpleging en verzorging onvoldoende informatie hebben voor een juiste beeldvorming. Het beeld is veelal gebaseerd op basis van een beperkt aantal zichtbare handelingen, zoals injecties geven of medicijnen toedienen. De niet direct zichtbare taken en functies worden hiermee niet duidelijk. Bijvoorbeeld op een afdeling in een psychiatrisch ziekenhuis zorgen voor een groepsklimaat dat gedragsregulerend voor de patiënten kan werken is niet direct uit te drukken in enkele handelingen.

Enkele voorbeelden maken dit duidelijk. Kenmerkend voor het werk van psychiatrisch verpleegkundigen is het feit dat zij voortdurend moeten inschatten hoeveel aandacht, zorg en begeleiding een patiënt nodig heeft en afwegen of, en zo ja hoe ver zij moeten ingrijpen in het gedrag en het handelen van de patiënten [Borgesius, De Lange, Meurs, 1988]. Het goed kunnen omgaan met wisselende situaties en alert blijven maakt deel uit van het professioneel handelen.

Een ander voorbeeld is de situatie waar een dame van 75 jaar haar echtgenoot thuis verzorgt die verschijnselen van dementie vertoont. Het helpen van de man bij zijn wekelijkse badbeurt is belangrijk; maar op een zodanige wijze steun bieden aan de vrouw dat zij het vol kan houden vraagt vele malen meer deskundigheid, en is een veel voorkomende vorm van verpleging.

Weer een ander voorbeeld, de situatie waarin een echtpaar elkaar heeft beloofd dat zij thuis zullen sterven. Als de man hulpbehoevend en bedlegerig wordt heeft hij hulp nodig. Als de wijkverpleegkundige deze wens wil respecteren en het echtpaar daarbij helpt zal zij een verpleegbeleid voor deze situatie moeten maken dat uitmondt in een verpleegplan. Daarbij zal zij hulpkrachten inschakelen om dit doel te bereiken. Ook hier is de verpleegkundige taak niet uit te drukken in slechts enkele handelingen.

Het helpen en ondersteunen van een vrouw die een borstamputatie heeft ondergaan en zich moeten instellen op een ander lichaamsbeeld en een andere lichaamsverzorging is een ingrijpend proces.

Instructie, voorlichting en begeleiding zijn hier activiteiten die plaats hebben naast de ondersteuning bij de lichaamshygiëne.

De patiënt in het verpleeghuis helpen zo'n situatie te ontwikkelen dat hij zichzelf blijft herkennen en zich met de situatie kan identificeren vraagt meer van verpleegkundigen en verzorgenden dan alleen goede lichaamsverzorging bieden. Ook hier speelt het creëren van een gunstig klimaat voor de patiënt een grote rol.

Verplegen houdt ook in maatregelen treffen die bijv. gevolgen hebben voor andere hulpverleners en voor de vrijwilligers die de patiënt helpen.

Deze voorbeelden laten zien dat verplegen vele malen complexer is dan het uitvoeren van enkele taken. De problemen van een patiënt en zijn omgeving in een samenhangend geheel zien en daarop een doeltreffend verpleegbeleid maken of een juiste regie voeren wat tot uitdrukking komt in een verpleegplan is professionele verpleging. Professioneel verplegen vraagt een gedegen kennis van het vakgebied en aanverwante kennisgebieden. De snel veranderende behandeltechnieken, het ontstaan van nieuwe ziekten en de wijziging in de vraag naar hulpverlening eisen dat verpleegkundigen hun handelen baseren op wetenschappelijke principes. Deze wetenschappelijke principes zijn afgeleid van verplegingswetenschap en andere wetenschappen.

Verplegen betreft de menselijke reacties op feitelijke of potentiële gezondheidsproblemen. Er wordt een verpleegdiagnose gesteld op basis van de verschijnselen die zij waarnemen. Deze diagnose legt de basis voor eventuele interventies.

De uitkomst van het handelen staat in relatie tot de verpleegproblemen en de gezondheidstoestand van de patiënt.

Onderscheid in twee deskundigheidsniveaus.

Om het werk van verpleegkundigen professioneel verplegen te laten zijn is het niet voldoende uitgangspunten te formuleren en een omschrijving te geven. Bij het uitgeven van het Verpleegkundig Beroepsprofiel heeft de NR V zich dit ook gerealiseerd. Er is een omschrijving van verplegen gegeven en er is een onderscheid gemaakt in twee deskundigheidsniveaus. De verwachting was dat het veld dit verder zou uitwerken met functietyperingen in de organisaties afgeleid van de beide niveaus. Dit is slechts sporadisch gebeurd, misschien was de tijd er nog niet rijp voor.

Ook is een gedetailleerd overzicht met vaardigheden voor respectievelijk de verpleegkundige – 1^e niveau – en de verpleegster – 2^e niveau – in de bijlage opgenomen van het NRV-advies.

Het verschil in kennis over het vakgebied en het verschil in verantwoordelijkheid bepalen het verschil tussen de verpleegkundige en de verpleegster.

5. Arbeidsdeling in de verpleging

Hoofdstuk 3 omschrijft de functiedifferentiatie. Het professioneel verplegen is beschreven in hoofdstuk 4. Dit hoofdstuk legt de relatie tussen functiedifferentiatie en professioneel verplegen.

Bij functiedifferentiatie en werkstructurering staat centraal het bedrijfsmatig functioneren van de organisatie. In de beroepsuitoefening staat centraal het functioneren volgens de geldende criteria van het beroep. Belangen tussen de beroepsbeoefenaar en de organisatie zullen niet op alle aspecten parallel lopen. Belangrijk is hiermee rekening te houden als er wordt gesproken over functiedifferentiatie omdat er een spanning kan ontstaan als gevolg van de functievorming en werkstructurering in organisatie.

In de huidige situatie vindt er reeds functiedifferentiatie plaats waarbij zowel specialisaties als differentiaties aanwezig zijn. Te denken valt aan de specialisaties kinderverpleegkunde, intensive care verpleegkunde etc. Differentiaties zijn bijvoorbeeld te zien in de functie van districtsverpleegkundige.

Op het verzorgend niveau kan worden genoemd: kraamverzorgende, ziekenverzorgende of wijkziekenverzorgende.

Een systeem gebaseerd op afstemming tussen de organisatiedoelen en de beroepsopvattingen ontbreekt hierbij echter.

De opvattingen over professioneel verplegen benadrukken sterk het principe van patiënttoewijzing in plaats van taaktoewijzing. De professionele beroepsuitoefening is onlosmakelijk verbonden met de arbeidsdeling op de verpleegafdeling en de organisatiestructuur.

De taakgerichte verpleging zoals deze in het verleden [en op meerdere plaatsen nog in het heden] werd uitgevoerd laten zien dat professioneel handelen en vakbekwaam verplegen geschaad kunnen worden door de wijze van structurering van het werk.

De organisatie zal de werkstructurering moeten afstemmen op het realiseren van organisatiedoelen op een economisch verantwoorde wijze en op professioneel verplegen.

Werkstructurering en functiedifferentiatie binnen een instelling voor gezondheidszorg mag niet leiden tot functies voor verpleegkundigen, verpleegsters/verplegers en ziekenverzorgenden die bestaan uit:

1. een bedrijfsfunctie, waarin geen uitoefening van het beroep wordt herkend, of
2. een verpleegkundige functie, waarin de beroepsuitoefening is gewaarborgd maar waarmee de organisatiedoelen niet worden gerealiseerd.

Verpleegkundige functiedifferentiatie mag niet strijdig zijn met de organisatiedoelen en niet met de beroepsuitoefening.

Onder een verpleegkundige functie kan worden verstaan: “Een gemeenschappelijke doelstelling van een aantal, uit hoofde van hun gelijksoortigheid en gelijkwaardigheid samengebundelde verpleegkundige en verzorgende werkzaamheden waarbij de waarden en de normen in overeenstemming zijn met de beroepscode en het beroepsprofiel”.

Functiedifferentiatie in de verpleging is niet nieuw. Het werk op een verpleegafdeling is altijd al georganiseerd en het werk is altijd al verdeeld. De wijze waarop dit gedaan wordt heeft regelmatig tot discussies binnen de beroepsgroep geleid. Verschillende vormen van arbeidsdeling waren het gevolg.

Traditioneel werd het werk op een afdeling opgedeeld in een aantal taken die werden toebedeeld aan een aantal verpleegkundigen. Voor de patiënt heeft dit tot gevolg dat het niet duidelijk is wie verantwoordelijk is voor wat. Deze wijze van taaktoedeling en organiseren wordt nog versterkt door het inschakelen van leerling-verpleegkundigen in het arbeidsproces. Leerlingen mogen, afhankelijk van hun leerjaar, een aantal handelingen niet verrichten ter bescherming van de patiënt en zichzelf.

Dit systeem noemt men taakgerichte verpleging.

De professionalisering van de verpleging en de toename van het opleidingsniveau van de verpleegkundigen en verzorgenden enerzijds en de emancipatie van de patiënt met de vraag naar een meer integrale benadering van somatische, psychische en sociale problemen anderzijds, hebben geleid tot kritiek op deze vorm van arbeidsdeling. Teamverpleging, groepsverpleging, en het systeem van eerst-verantwoordelijk verpleegkundige waren reacties op de taakgerichte verpleging.

De laatste jaren trekt integrerende verpleegkunde de aandacht. Ook hier staan een andere verdeling van verantwoordelijkheden en andere principes van arbeidsdeling centraal dan bij de taakgerichte verpleging. Bij de wijzigingen in de organisatie van de verpleegafdeling gaat het vooral om de toename van beslissingsbevoegdheid van de verpleegkundige over het verpleegkundig zorgproces en de toename van de verantwoordelijkheid voor de patiënt.

De geschetste ontwikkeling laat vooral een denkwijze zien. Op meerdere plaatsen zijn experimenten gestart. In Nederland is echter geen dominante stroming in de ontwikkeling te ontdekken. Veelal wordt nog taakgericht gewerkt of worden schuchtere pogingen ondernomen om te komen tot een of andere vorm van patiënttoewijzing.

In termen van arbeidsdeling en functiedifferentiatie kunnen deze ontwikkelingen worden gezien als taakverrijking of taakverdieping. Verpleegkundigen krijgen een grotere verantwoordelijkheid en hoeven vervolgens minder snel een beroep te doen op een hoger geplaatste in de organisatie bij problemen. Er valt een lijn te ontdekken in de ontwikkeling van het verantwoordelijk zijn voor een taak naar het verantwoordelijk zijn voor het totale proces van zorgverlening voor een patiënt. Hiermee verandert ook het leiding geven. Als verpleegkundigen zelf beslissingen kunnen nemen en verantwoordelijk kunnen zijn voor de regie en het zorgproces van een individuele patiënt wordt leidinggeven het “managen” van een afdeling zorgverlening en het voorwaarden scheppen voor een professionele zorgverlening. Experimenten met groepsverpleging, primary nursing en integrerende verpleegkunde zowel in het buitenland als in Nederland laten dit zien.

Deze vormen van vernieuwing in de verpleegorganisatie zijn gebaseerd op opvattingen over professioneel verplegen.

De arbeidsdeling en de beroepsbeoefenaar.

Het werken in een organisatie waar patiënten toewijzing is ingevoerd op alle afdelingen of waar patiënttoewijzing al ver gevorderd is, is nog niet bereikbaar voor vele verpleegkundigen. Veelal wordt het werk van de verpleegkundigen en verzorgenden meer bepaald door het werk van artsen en andere hulpverleners meer dan door de planning van de verpleegkundige zelf. Coördinatie van zorg lijkt dan meer op ruimte scheppen voor andere hulpverleners en artsen dan op coördinatie van zorg.

Een professionele waarde als patiëntgericht verplegen wordt in confrontatie met de dagelijkse praktijk op de proef gesteld. Deze confrontatie heeft tot gevolg dat de arbeidsvreugde daalt. Pas afgestudeerde verpleegkundigen en verpleegsters hebben beroepsbeelden ontwikkeld over de verpleging. Vervolgens komen zij in een instelling voor gezondheidszorg en daar maakt het duidelijk geen verschil wat je hebt gestudeerd en wat je capaciteiten zijn. Het maakt geen verschil of je HBO-V, MDGO-vp, MDGO-vz, Ziekenverzorging of in-service onderwijs hebt gevolgd. Een grijze brij van het verpleegwerk wordt verdeeld.

Een functie binnen de verpleging verandert pas als je aan carrièreplanning doet die leidt tot een ander werkveld of tot functies buiten de directe patiëntenzorg.

Daarbij komt dat werkzaamheden van de verpleegkundigen en ziekenverzorgenden op een aantal punten onduidelijk zijn afgebakend ten opzichte van werkzaamheden van andere hulpverleners in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Zo bestaat onvoldoende taakafbakening tussen ziekenverzorgenden, bejaardenverzorgenden en gezinsverzorgenden in de thuiszorg.

In de zwakzinnigheidszorg zijn functionarissen met een aanverwante beroepsopleiding werkzaam. Afstemming met de Z-opgeleide verpleegkundigen is niet aan de orde. In de psycho-sociale hulpverlening is er overlap tussen allerlei disciplines die op HBO-niveau zijn opgeleid. Dit heeft consequenties voor de arbeidsdeling en met name voor de horizontale differentiatie.

Professionele ontwikkelingen.

Bovengeschetst beeld tekent zich af tegen de achtergrond van een professionaliseringsproces van de verpleging in Nederland. Verschillende groeperingen binnen het domein van de verpleging zijn bezig op basis van het Verpleegkundig Beroepsprofiel functieprofielen te beschrijven. Een voorbeeld hiervan is het functieprofiel van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en het functieprofiel van de bedrijfsverpleegkundige. Juist deze kleinere groepen zijn verder gevorderd in de beschrijving van hun specifieke kenmerken dan de algemene verpleging.

Dit betekent dat de verpleging haar eigen kennis met betrekking tot de gezondheid en gezondheidszorg en haar eigen inbreng ontwikkelt. In de Angelsaksische landen en de Scandinavische landen bestaat deze ontwikkeling al meer dan 25 jaar. In Nederland is deze ontwikkeling op gang gekomen en zal de komende jaren op grotere schaal haar beslag krijgen. De ontwikkeling in de verpleging, zowel als discipline als professie, staat in Nederland niet los van de internationale ontwikkelingen. Het lidmaatschap van de International Council of Nurses, deelname aan bijeenkomsten van de W.H.O., internationale contacten op het terrein van de wetenschap, het onderwijs en de beroepsuitoefening maken afstemming en beïnvloeding mogelijk.

Het ontwikkelen van modellen, theorieën, protocollen, verpleegkundige diagnoses, etc. wordt hierdoor gestimuleerd en draagt bij aan de ontwikkeling van de discipline. Evenzo dragen deze contacten bij aan de ontwikkeling van de professie.

In Nederland is echter overleg en afstemming tussen de overheid en de professie achtergebleven vergeleken bij de andere landen.

6. Consequenties van het voorgaande

In hoofdstuk twee schetst de werkgroep het perspectief van waaruit zij functiedifferentiatie benadert: de professionele beroepsuitoefening.

In hoofdstuk vier concludeert zij dat verplegen op twee niveaus kan plaatsvinden. Het eerste deskundigheidsniveau van de verpleegkunde met als kenmerk de regiefunctie of het verpleegbeleid. Het tweede deskundigheidsniveau van de verpleging en verzorging met als kenmerk de zorgfunctie of het verpleegproces. Centraal staan voor beiden het verantwoordelijk zijn voor de zorg voor de patiënt en het baseren van het handelen op wetenschappelijke kennis. Daardoor wordt meer systematiek in het verplegen gebracht. Zowel het niveau van de verpleegkunde als van de verpleging/verzorging maakt deel uit van het domein verpleging.

In hoofdstuk vijf is duidelijk gemaakt dat de mogelijkheid tot professioneel verplegen in directe relatie staat met de gekozen organisatievorm.

De werkgroep concludeert dat de huidige ontwikkelingen voor een professionele verpleging en verzorging worden geremd door het ontbreken van een duidelijk onderscheid tussen verschillende functies voor verpleegkundigen, verpleegsters en ziekenverzorgenden binnen de directe patiëntenzorg. Er zijn nog onvoldoende ontwikkelde vormen waarin patiëntentoewijzing mogelijk is.

Werken vanuit het kader van het professioneel verplegen vergt een onderscheid tussen functies uitgevoerd door hoog opgeleiden en functies uitgevoerd door middelbaar opgeleiden.

Doordat deze functies in het huidige systeem niet zijn onderscheiden, werken mensen onder of boven hun capaciteiten en boven of onder hun opleidingsniveau. In de discussies over werkdruk en uitstroom uit het beroep komt dit punt regelmatig naar voren. Het vraagstuk van de functiedifferentiatie betreft dus in eerste instantie de beroepsuitoefening, en in tweede instantie de beroepsopleiding. Oplossingen moeten worden gezocht in organisatorische kaders. Als functies duidelijk zijn binnen het verpleegkundig domein is ook een adequate afstemming tussen beroepsopleiding en beroepsuitoefening mogelijk.

Het beroepsprofiel vertaald in functieprofielen stelt het onderwijs in staat de beroepskwalificaties en eindtermen te relateren aan de eisen van de beroepsuitoefening.

Een oplossingsstrategie?

Verplegen is een beroepsmatig geheel. Functionarissen met een opleiding op het terrein van de verpleging vervullen ten behoeve van hun beroepsuitoefening functies, veelal in een organisatieverband. De instellingen voor gezondheidszorg zien zich voor het probleem geplaatst, hoe de professionele ontwikkelingen in de beroepsuitoefening tot uitdrukking kan worden gebracht in organisatie-functies. De werkgroep stelt de volgende oplossingsstrategie voor.

Omdat de verpleegkundige zorgverlening altijd betrekking heeft op vragen met betrekking tot de gezondheidstoestand van de zorgvrager kan professionele verpleegkundige zorgverlening alleen worden verleend door verpleegkundigen, verplegers/verpleegsters en ziekenverzorgenden.

Functies binnen het domein van de verpleging en verzorging kunnen dan worden uitgevoerd op twee niveaus:

1. Het niveau van de verpleegkunde; met als belangrijkste kenmerk de regiefunctie of het verpleegbeleid. De verpleegkundige functies betreffen tenminste altijd minimaal de vaststelling, planning, coördinatie en evaluatie van de verzorging en verpleging. Daarnaast is een taak het toewijzen van patiënten aan verplegenden en verzorgenden. Deze functie heeft veel kenmerken die overeenkomen met wat in de verpleegkundige literatuur wordt genoemd verpleegkundig “case-management”. Zie bijvoorbeeld Orem [1991].

Een verpleegkundige functie kan slechts op het niveau van de verpleegkunde worden uitgevoerd. We onderscheiden hierbij generalisten en specialisten. Er wordt van specialisten gesproken als een functie en een opleiding hiervoor zijn erkend en een civiel effect hebben.

De functie van generalist wordt gekenmerkt door taken als coördinatie, continuïteitsbewaking, delegatie van zorg.

De functie van specialist wordt gekenmerkt door taken ten aanzien van de ontwikkeling van zorg, de patiëntenvoorlichting, delegatie van zorg en advisering.

Als iemand is afgestudeerd is hij bevoegd het beroep uit te oefenen. Hij of zij is daarmee nog geen geroutineerde vakman of vakvrouw. Door scholing en gerichte werkervaring kan de verpleegkundige uitgroeien tot een expert op het gebied van verplegen en verzorgen.

De werkgroep stelt voor 3 fasen te onderscheiden. Fase 1, de Junior, die zijn beroepsvaardigheden verder ontwikkelt en instroomt in het beroep.

Fase 2, de Gevorderde, die na twee jaar praktijkervaring met concrete patiënten situaties geleerd heeft meer verantwoordelijkheid te dragen. Hij/zij zal beter in staat zijn tot het nemen van autonome beslissingen. Hij/zij kan kiezen voor een differentiatie.

Fase 3, de Expert. Na twee jaar ervaring en een opleiding op het niveau van post-HBO kan de verpleegkundige kiezen voor een specialistische functie of een generalistische functie. Op dit niveau functioneert de verpleegkundige als een zelfstandige professionele beroepsbeoefenaar.

Een HBO-diploma is voorwaarde voor het functioneren op het niveau van de verpleegkunde.

Praktijkervaring aangevuld met enige bedrijfsscholing kan niet worden gemist om deze functies goed te kunnen uitoefenen.

2. Het niveau van de verpleging en verzorging; met als belangrijkste kenmerk het verpleegproces of de zorgfunctie.

Functies op het niveau van de verpleging/verzorging betreffen vooral het vakmatig verplegen en verzorgen. In minder complexe situaties kan ook de planning behoren tot een functie op dit niveau. Echter de mogelijkheid tot consultatie van een verpleegkundige blijft altijd eis. Omdat eenvoudige situaties snel kunnen omslaan in complexe situaties zal de eindverantwoordelijkheid voor het totale verpleegkundige zorgproces voor een patiënt altijd bij een verpleegkundige moeten liggen.

Functies op het niveau van de verpleging/verzorging kunnen slechts worden uitgevoerd door MBO-opgeleide verpleegsters en verzorgenden. Deze functies worden gekenmerkt door de volgende taken: het onder verantwoordelijkheid van verpleegkundigen vaststellen van een verpleegplan, het uitvoeren van het verpleegplan en de evaluatie van het verpleegplan.

Op het niveau van de verpleging en verzorging geldt hetzelfde als op het niveau van de verpleegkunde. Ook hier zijn fasen te beschrijven in de beroepsontwikkeling. Fase 1, de Junior, betreft de pas afgestudeerde die instroomt in het beroep en zijn vakbekwaamheid ontwikkelt. Na twee jaar ervaring kan hij/zij Senior worden in fase 2. Deze fase wordt gekenmerkt door een grotere verantwoordelijkheid en meer zelfstandigheid in het uitvoeren van het verpleegproces. Er bestaat dan een mogelijkheid tot differentiatie.

Voor deze functies is een opleiding op MBO-niveau voor verzorging/verpleging een noodzakelijke voorwaarde.

Zowel voor het niveau van de verpleegkunde als voor het niveau van de verpleging/verzorging stromen de functionarissen niet automatisch door naar de volgende fase. Kwaliteitsnormen stellen eisen waaraan de verpleegkundigen moeten voldoen om over te gaan van Junior naar Senior en Expert. Kwaliteitsnormen stellen eisen aan verpleegsters/ziekenverzorgenden waaraan zij moeten voldoen om van Junior over te kunnen gaan naar Senior.

Deze functie-indeling en fase-indeling zou consequenties moeten hebben voor de functiewaardering en beloning.

Op deze wijze zijn er prikkels aanwezig in de beroepsuitoefening van verpleegkundigen en verpleegsters/ziekenverzorgsters voor een loopbaanplanning in de directe patiëntenzorg.

Een derde deskundigheidsniveau?

In de pers en op symposia wordt gespeculeerd over een derde deskundigheidsniveau in de verpleging. Zoals uit de voorgaande hoofdstukken blijkt laat een professionele beroepsuitoefening geen derde niveau toe. Dit wil echter niet zeggen dat hulpkrachten geen diensten kunnen verlenen in de gezondheidszorg. Een werkelijk professionele beroepsuitoefening in verplegen en verzorgen zal een aantal taken uitzuiveren die ook door anderen kunnen worden gedaan. Als aanvulling op de functies binnen de verpleegkunde en verpleging/verzorging kunnen takenpakketten worden samengesteld op basis van een aantal taken dat niet behoort tot de discipline verpleging maar op historische gronden wel door de verpleging wordt uitgevoerd.

Consequentie van de voorgestelde oplossingsstrategie is dat er goed omschreven functieprofielen moeten worden gemaakt die zijn afgeleid van het verpleegkundig beroepsprofiel en passen bij de organisatiedoelen.

Daarnaast moet er een onderwijssysteem worden ontwikkeld waarbij het mogelijk is – bij voldoende vooropleiding – door te stromen naar andere fasen en niveaus. De wet op het Hoger en Middelbaar beroepsonderwijs kan daarbij als norm gelden voor de vooropleidingseisen.

Op deze wijze kan er een loopbaanperspectief in de directe patiëntenzorg worden ontwikkeld, waarbij de belangrijke principes taakverrijking en taakverruiming kunnen worden gebruikt bij de nieuwe

functiedifferentiatie. Naar de mening van de werkgroep is dit voorstel toepasbaar in alle velden en sectoren van de verpleging. Op de volgende pagina is het voorgestelde in een schema weergegeven.

| Niveau | Fasen | Karakteristiek | Specialisatie Differentiatie | Opleiding |
|-----------------------------------|--------------|---|---|-----------------------------------|
| Verpleegkunde | Expert | autonoom specialist of generalist keuze | specialist/ generalist | HBO + post HBO 2 jaar ervaring |
| | Senior | mogelijkheid tot vervolgopleiding; toename beslissingsbevoegdheid | mogelijkheid differentiatie ervaring | HBO 2 jaar ervaring |
| | Junior | beroepsvaardig; ontwikkeling wetenschappelijke houding en vakbekwaamheid | instroom in beroep | HBO |
| Verpleging/ verzorging | Senior | mogelijkheid tot vervolgopleiding en bij scholing; zelfstandig verplegen eindverantwoordelijkheid ligt bij verpleegkundige | mogelijkheid differentiatie | MBO 2 jaar ervaring |
| | Junior | ontwikkeling beroepsvaardigheden en vakbekwaamheid | instroom in beroep | MBO |

7. Conclusies

De opdracht aan de werkgroep Functiedifferentiatie was na te gaan hoe het werk in de verplegende en de verzorgende sector kan worden gedifferentieerd.

Alvorens een antwoord te geven op de vraag hoe functiedifferentiatie plaats kan vinden stelt de werkgroep een aantal uitgangspunten vast.

1. De werkgroep heeft het vraagstuk van de functiedifferentiatie benaderd vanuit de optiek van een professionele verpleging.
2. Functiedifferentiatie kan worden opgevat als het proces van arbeidsdeling, waarbij de nadruk dient te liggen op taakverruiming en taakverrijking. Het vergroten van de speelruimte en de toename van verantwoordelijkheden en besluitvorming spelen hierbij een belangrijke rol. Taakverrijking en taakverruiming komen tegemoet aan de vraag naar meer autonomie in de beroepsuitoefening.
3. Functiedifferentiatie binnen het domein van de verpleging dient te leiden tot verpleegkundige functies waarbij de beroepsuitoefening wordt gewaarborgd en waarmee de organisatiedoelen kunnen worden gerealiseerd.
4. Voor een professionele beroepsuitoefening is het Verpleegkundig Beroepsprofiel richtinggevend. Professioneel verplegen betreft altijd het bieden van hulp bij dreigende en feitelijke gevolgen van ziekte, handicap en ontwikkelingsstoornissen. Hiermee is aangegeven dat het domein van de verpleging en verzorging altijd gaat om gezondheidsproblemen. Andere zorggebieden worden niet tot het domein gerekend.
5. Het proces van functiedifferentiatie is gerelateerd aan de ontwikkelingen van verpleegsystemen, zoals integrerende verpleging, primary nursing en groepsverpleging. Bij de arbeidsdeling staat patiënttoewijzing centraal in plaats van taaktoewijzing.

Op basis van het voorgaande komt de werkgroep tot de conclusie dat functiedifferentiatie:

1. In eerste instantie beoordeeld moet worden vanuit de beroepsuitoefening.
2. Een oplossing biedt voor het loopbaanperspectief in de directe patiëntenzorg.
3. Een uitgangspunt biedt voor een betere afstemming van beroepsuitoefening en beroepsopleiding.
4. Vereist dat functies binnen de verpleegkundige beroepsuitoefening onderscheiden worden op twee niveaus.
5. Vraagt om opgeleiden op wetenschappelijk niveau, op HBO-niveau en op MBO-niveau.
6. Een positieve bijdrage levert bij het ontwikkelen van nieuwe verpleegvormen waar patiënttoewijzing in plaats van taaktoewijzing centraal staat.
7. Wenselijk en toepasbaar is in alle velden en sectoren van de verpleging.
8. Geen derde deskundigheidsniveau toelaat. Er kunnen wel takenpakketten worden samengesteld voor hulpkrachten.

De werkgroep stelt voor functiedifferentiatie binnen de verpleging te laten plaatsvinden zoals in hoofdstuk 6 beschreven, waarbij het domein van de verpleging wordt verdeeld in twee niveaus: de verpleegkunde en de verpleging/verzorging.

Op het niveau van verpleegkunde onderscheidt de werkgroep drie fasen: junior, senior en expert. De fasen worden gekenmerkt door een steeds zwaardere verantwoordelijkheid en deskundigheid. Als de verpleegkundige de fase van de expert heeft bereikt kan zij kiezen uit een generalistische functie of een specialistische functie.

Om een functie uit te kunnen oefenen op het niveau van de verpleegkunde is een HBO-opleidingsniveau op het terrein van de verpleging vereist. Voor een specialistische functie wordt deze HBO-opleiding aangevuld met een post-HBO opleiding.

Op het niveau van de verpleging/verzorging zijn twee fasen onderscheiden: junior en senior. Ook deze fasen worden gekenmerkt door een steeds zwaardere verantwoordelijkheid. Als de verpleegster/ziekenverzorgende de fase van senior heeft bereikt kan zij differentiëren naar een andere functie. Om een functie te kunnen uitoefenen op het niveau van de verpleging/verzorging is minimaal een MBO opleidingsniveau op het terrein van de verpleging vereist.

De hier voorgestelde functieprofielen en gerelateerde onderwijsvereisten bieden een basis voor functiedifferentiatie. Deze kan een positieve bijdrage leveren bij de ontwikkeling van de autonomie en de positie van het verpleegkundig beroep.

Deze functiedifferentiatie levert zo ook een positieve bijdrage aan de kwaliteit van de dienstverlening.

Gebruikte literatuur:

- Advies functiedifferentiatie in de verpleging, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1990.
- Advies verpleegkundig specialist, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1989.
- Beroepscode voor hen die beroepsmatig werkzaam zijn op het terrein van de verpleging, Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde/De Tijdstroom, Lochem, 1990.
- P. Benner, From novice to expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Menlo Park, Addison Wesley, 1984.
- J. Blauwet en P. Bolger, Differentiated Practice in an Acute Care Setting, in: Patient care delivery models, G.G. Mayer, M.I. Madden and E. Lawrenz, Rockville, Maryland, Aspen publ. 1990.
- M.G. Boekholdt, Invoeren van Groepsverpleging, in: Sociale psychologie in Nederland, Prof.dr. J.M.F. Jaspers en prof.dr. R. van de Vlist, Deventer, Van loghum Slaterus, 1980.
- J.M. Bridges, Literature review on the images of the nurse and nursing in the media, in Journal of Advanced Nursing, 1990, 15, 850-854.
- A. van Eindhoven, Een systeem van eerstverantwoordelijk verpleegkundige, Lochem, De Tijdstroom, 1970.
- J. Fawcett, Analysis and evaluation of conceptual models of nursmg, Philadelphia, Davis company, 1984.
- Functieprofiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige, NVSPV, Huizen, 1989.
- Prof.dr. M. Grijpdonck, "Specialisatie in de verpleging" in: Verslagboek symposium kwaliteitsbevordering door specialisatie in de verpleging. Hogeschool Nijmegen, 1987.
- Maria Grijpdonck, "Integrerende Verpleegkunde" in: De delta van de Nederlandse verpleging, H. v.d. Bruggen, Lochem, De Tijdstroom, 1988.
- Integrerende verpleegkunde en deskundigheidsniveaus, symposiumverslag, NIVO-Nederland, 14 december 1990.
- Dr. D. Keuning en Dr. DJ. Eppink, Management en organisatie, Theorie en toepassing, Leiden, Stenfert Kroese, 1982.
- P.R. Lawrence, J.W. Lorsch, Oranization and Environment, Homewood, ill., 1967.
- Henry Mintzberg, Structure in fives: Designing effective organizations, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1983.
- FJ.N. Nijhuis, J.W.H. Haesen, De positie en taken van de bedrijfsverpleegkundige, Voorburg, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1990.
- D.E. Orem, Nursing, concepts of practice, St. Louis, Mosby, 1991.
- Verpleegkundig Beroepsprofiel, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer, 1988.

BIJLAGE 6 Eindrapport Werkgroep Functiewaardering

I. Inleiding

I.1 Opdracht van de werkgroep

Hieronder treft u het advies aan van de werkgroep functiewaardering aan de commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende.

De samenstelling van de werkgroep was als volgt:

- de heer Th.L.I. van der Donk, voorzitter
- de heer R. van den Heuvel
- mevrouw drs. J. Jansen Schoonhoven
- de heer S.J.T.A. van den Heuvel, secretaris

De werkgroep dankt haar adviseurs, de heer mr. M.A. van Hall en mevrouw drs. H.P. Griffioen voor hun bijdrage.

De opdracht van de commissie aan de werkgroep functiewaardering luidde:

- het maken van een analyse van de toepassing van de functiewaarderingssystemen en de huidige interpretatie van deze systemen,
- nagaan waar/wanneer het beeld is ontstaan, dat heeft geleid tot het gevoel van onderwaardering,
- aangeven van (mogelijke) oplossingen voor de gesignaleerde knelpunten.

De werkgroep heeft bij haar werkzaamheden functiewaarderingssystemen van zowel de intra- als de extramurale gezondheidszorg betrokken.

Na de inleiding zal in hoofdstuk II en III worden ingegaan op status, organisatiegraad en positie van verpleegkundigen alsmede op feitelijkheden met betrekking tot de financiële omstandigheden bij de invoering van functiewaarderingssystemen in de diverse door de werkgroep bestudeerde sectoren. De hoofdstukken II en III dienen als basis voor hoofdstuk IV, waarin de kern van de problematiek betreffende de functiewaardering aan de orde komt.

I.2 Werkveld

Het gehele werkveld van de werkgroep werd redelijk volledig omvat door een zestal c.a.o.'s en een aantal rechtspositieregelingen, namelijk:

- c.a.o.-gezinszorg en maatschappelijk werk
- c.a.o.-kruiswerk en kraamzorg
- c.a.o.-gezinsvervangende huizen en dagverblijven
- c.a.o.-ambulante geestelijke gezondheidszorg c.a.o.-ziekenhuiswezen
- c.a.o.-bejaardenoorden
- rechtspositieregelingen gem., prov., acad. ziekenhuizen

In onderstaande tabel vindt u een overzicht van loonkosten en aantallen verplegenden en verzorgenden, betreffende de bovenstaande c.a.o.'s.

| JAAR 1991 SECTOR | Totale ¹ loonkosten | Totale loonkosten VV | %W ² | Totaal ³ aantal FTE | Totaal aantal VV |
|---|-----------------------------------|----------------------------|------------------|--------------------------------------|------------------------|
| CAO gezinszorg en maatschappelijk werk | 1,826.0 | 1,625.1 | 89.0 | 85,622 | 76,204 |
| CAO kruiswerk/ kraamzorg | 1,026.0 | 762.3 | 74.3 | 17,255 | 12,820 |
| CAO gezinsvervangende huizen en dagverblijven | 890.0 | 73.4 | 8.3 ⁴ | 12,966 | 1,070 |
| CAO AGGZ | 463.0 | 78.7 | 17.0 | 4,856 | 826 |
| CAO ziekenhuiswezen | 10,960.1 | 5,359.5 | 48.9 | 182,224 | 89,108 |
| CAO bejaardenoorden | 2,825.0 | 1,525.5 | 54.0 | 53,366 | 28,818 |
| Rechtspositieregeling gemeente, provincie, academische ziekenhuizen | 3,901.9 | 1,908.0 | 48.9 | 77,908 | 38,097 |
| | | | gem. % | | |
| TOTAAL | 21,892.0 | 11,332.6 | 56.9 | 434,197.0 | 246,941.8 |

1 Gegevens uit loonsomoverzicht 1991

2 Gegevens uit Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1989

3 Gegevens uit loonsomoverzicht 1990

4 Alleen VV in sector lichamelijk gehandicapten:

1070 fte op totaal in deze sector 1400 fte; in sector lichamelijk gehandicapten 76% VV.

Gezien de tijd die de werkgroep had om haar opdracht uit te voeren was het noodzakelijk om het aandachtsgebied van de werkgroep enigszins in te perken, echter zonder dat hierbij veel belangrijke zaken buiten beschouwing bleven. Om deze reden heeft de werkgroep besloten om haar onderzoek te richten op vier c.a.o.-gebieden, namelijk:

- c.a.o.-ziekenhuiswezen
- c.a.o.-kruiswerk en kraamzorg c.a.o.-bejaardenoorden
- c.a.o.-gezinszorg en maatschappelijk werk

Deze keuze is gemaakt omdat deze c.a.o.'s tezamen van toepassing zijn op de meerderheid van de verplegenden en verzorgenden in Nederland.

De werkgroep heeft bij het inperken van haar werkterrein bewust gekozen voor het niet bestuderen van de knelpunten die ervaren worden door verplegenden en verzorgenden die vallen onder de

rechtspositieregeling voor gemeentelijke, provinciale en academische ziekenhuizen. De werkgroep is zich bewust dat hiermee een grote groep verpleegkundigen en verzorgenden buiten het werkgebied vallen. De belangrijkste reden voor deze keuze is geweest, het feit dat de rechtspositieregeling voor gemeenten, provincies en academische ziekenhuizen een andere wijze van functiewaardering inhoudt dan de overige, door de werkgroep geselecteerde functiewaarderingssystemen. De overheid werkt namelijk niet met een puntensysteem doch met een systeem van 'beredeneerde vergelijking'. Bestudering van dit systeem zou een geheel aparte aanpak met zich mee hebben gebracht. Dit achtte de werkgroep niet haalbaar binnen het beschikbare tijdsbestek. Vermeldenswaard is hier dat het Ministerie van Binnenlandse Zaken als onderhouder van het functiewaarderingssysteem in 1990 bezig is geweest met een herziening van het functiemateriaal voor gespecialiseerde verpleegkundigen (AFA's).

De vaststelling van deze nieuwe functiebeschrijvingen is mede vertraagd door de vanuit de instellingen aangegeven noodzaak van financiering van de verwachte onvermijdelijke meerkosten. Overleg hierover is thans gaande. In hoofdstuk III.5 zal deze problematiek aan de orde komen.

Met het oog op de taakopdracht heeft de werkgroep zich uitsluitend gericht op de verplegende en verzorgende functies binnen de functiewaarderingssystemen. Alle andere functies die eveneens door de verschillende functiewaarderingssystemen worden omschreven zijn dus buiten beschouwing gebleven.

I.3 De functiewaarderingssystemen

Bij de invoering van de diverse functiewaarderingssystemen moest elke functie binnen de instellingen opnieuw worden beschreven. De belangrijkste verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen functies moeten worden vastgesteld. Ze dienen voor de werkgever als een norm bij de bepaling van het functieniveau van individuele werknemers. De feitelijk uitgeoefende taken en niet de kwaliteiten van werknemers zijn bepalend bij de indeling van een werknemer in een bepaalde functie. De indeling in de verschillende functies en de daarop volgende inschaling vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de werkgever met inachtneming van de in de c.a.o. opgenomen procedure regels.

Het F.W.G-systeem (functiewaardering gezondheidszorg) is van toepassing op het personeel, vallend onder de c.a.o.-ziekenhuiswezen. Het F.W.G-systeem biedt een gedetailleerde omschrijving van de vele aspecten die in de verschillende functies voor kunnen komen. Hoofdgroepen van aspecten zijn: kennis; zelfstandigheid; sociaal gedrag; uitdrukkings- vaardigheid; bewegingsvaardigheid; oplettendheid; risico's, verantwoordelijkheden en invloed; overige functie eisen; zwaarte van het werk; inspannende houding en eenzijdige beweging; werkomstandigheden; persoonlijk lichamelijk risico.

Aan de vele aspecten worden punten toegekend en op grond van puntentotalen worden de functies gerangschikt en wordt een vertaling naar salarisschalen gemaakt.

Voor het personeel, vallend onder de c.a.o.-bejaardenoorden geldt het FUWA-systeem. Dit systeem is gebaseerd op de Integrale Functie Analyse Methode (I.F.A.) van het organisatie-adviesbureau Deloitte Van Dien Van der Torn & Bunningh.

De I.F.A./FUWA-methode is een analytisch systeem van functiewaardering. De methode omvat vier functiekemmerken, namelijk: kundigheid, zelfstandigheid, verantwoordelijkheid en fysieke

werkomstandigheden. Deze kenmerken zijn elk onderverdeeld in een drietal gezichtspunten. Bij de functiewaardering wordt van elk gezichtspunt de zwaarte bepaald. Bij ieder gezichtspunt maakt men hierbij gebruik van 3 tot 12 analyseniveaus. Bijvoorbeeld: bij het functiekenmerk kundigheid behoort het gezichtspunt vakkenis welk onderverdeeld is in 8 analyseniveaus die variëren van zeer eenvoudige tot wetenschappelijke kennis. Nadat de zwaarte van de gezichtspunten is vastgesteld worden ze in een matrix ondergebracht zodat de relaties tussen de gezichtspunten van een functiekenmerk zichtbaar worden. Uiteindelijk ontstaan er dus vier karakteristieken van functiekenmerken die te samen de gehele karakteristiek van een functie vormen. Met behulp van graderingsmatrixen zet men de karakteristieken om in getalswaarden per functiekenmerk. De som van de getalswaarden van de vier kenmerken geeft een totaalgetal. Hiermede wordt de plaats van de functie in de rangorde van functies vastgesteld. De feitelijke waardering van de functie geschiedt in zogenaamde wegings-/graderingsgroepen, bestaande uit drie of meer personen: idealiter de directe chef van de betrokkenen, een deskundige van de organisatie en een deskundige van de systeemhouder (de twee laatstgenoemden vormen de vaste bezetting van de groep). De rangorde van de functies wordt door deze groepen bepaald en vervolgens teruggekoppeld naar de werknemers. Wanneer de werknemers de rangorde goedkeuren worden de gewaardeerde functies gegroepeerd en aan elke groep wordt een salarisschaal verbonden. Dan vindt de inschaling plaats. Er wordt een beroepsprocedure ontworpen voor diegenen die niet akkoord gaan met de resultaten van het functiewaarderingsproces.

Voor kruiswerk en kraamzorg geldt als basis het I.M.F - systeem (de Integrale Methode voor Functieclassificatie).

Op gezinszorg en maatschappelijk werk is thans een salarisstructuur van toepassing die gebaseerd is op een functiewaarderingsonderzoek, uitgevoerd door het ministerie van Binnenlandse Zaken op basis van het systeem van beredeneerde vergelijking. Daarnaast is op initiatief van werknemers en werkgevers een functiewaarderingsonderzoek verricht, gebaseerd op het I.M.F.-systeem. De resultaten van dit onderzoek liggen nu op de onderhandelingstafel. Het I.M.F.-systeem zal in de toekomst, behalve voor de sector kruiswerk en kraamzorg, ook voor deze sector kunnen gaan gelden. Om deze reden heeft de werkgroep geen onderzoek verricht naar het oude, op deze sector van toepassing zijnde functiewaarderingsysteem doch uitsluitend naar het nieuwe, het I.M.F.-systeem.

De belangrijkste kenmerken van dit systeem zijn:

De I.M.F. is een relatief eenvoudige functiewaarderingsmethodiek die tot een gradering van de verschillende functies komt met behulp van vijf gezichtspunten (kennis, beslissingsvrijheid, leiding geven, contact/overlegvaardigheid en bewegingsvaardigheid). De functies worden ondergebracht in zogenaamde graderingstabellen met daarin verschillende wegingsfactoren en een relatief klein aantal score posities. De uiteindelijke waardering van functies wordt in een puntentotaal uitgedrukt. Vervolgens kan op eenvoudige wijze een rangordering in de functies worden aangebracht en wordt een vertaling gemaakt van punten totalen naar salarisschalen.

I.4 Informatiebronnen

De werkgroep functiewaardering heeft, rekening houdend met haar opdracht, een onderzoek verricht naar

de knelpunten op het gebied van de functiewaardering voor de verplegende en verzorgende beroepen. Zoals reeds eerder beschreven heeft de werkgroep haar onderzoek beperkt tot een viertal c.a.o.'s. Het was niet de intentie van de werkgroep om een wetenschappelijk onderzoek te doen. De bedoeling was om algemene problemen in kaart te brengen en daarbij zo mogelijk richtingen aan te geven waarin oplossingen gezocht kunnen worden. Naar de mening van de werkgroep was de meest geschikte en directe manier om deze problemen en oplossingen te achterhalen, het houden van een aantal interviews met deskundigen, werknemers, werknemersorganisaties en werkgeversorganisaties. Dit waren: de Landelijke Vereniging Thuiszorg, de Vereniging Nederlandse Bejaardenoorden, de Nederlandse Maatschappij voor Verpleegkunde, de Verplegenden en Verzorgenden in Opstand, de ABVA/KABO, de Vereniging van Ondernemingen in de gepremieerde en gesubsidieerde sector, de Nationale Ziekenhuisraad, de CFO en enkele deskundigen en mensen uit de praktijk van verpleging en verzorging. Bij de interviews is gebruik gemaakt van een vragenlijst. De vragenlijst was een weerspiegeling van de belangrijkste vragen die de werkgroep zichzelf stelde. Op deze vragenlijst kwamen onder meer de volgende onderwerpen aan de orde:

- het instrument van functiewaardering: het ging hierbij om zaken als: waardering van het functiemateriaal, zijn de functieomschrijvingen een juiste weergave van de beroepspraktijk, het regelmatig actualiseren van het functiemateriaal (onderhoud) worden verschillende aspecten van de functie voldoende gewaardeerd, beroepsprocedures, rol van verplegenden en verzorgenden bij het opstellen van de functie-beschrijvingen.
- de relatie tussen het instrument en de loonlijn: hierbij kwamen onder meer de volgende zaken aan de orde: gevolgen van de invoering van functiewaardering voor de salarissen, knelpunten, mogelijke oplossingen.
- de relatie tussen de loonlijn en het budget: hierbij kwamen tenslotte zaken aan de orde als: de gevolgen van de invoering van functiewaardering voor de budgetten, knelpunten, mogelijke oplossingen.

In het eindrapport komen veel gegevens uit de diverse interviews en de interpretatie van deze gegevens terug. Daarnaast heeft de werkgroep aan deze gegevens relevant geachte informatie, ontleend aan literatuur en eigen deskundigheid, toegevoegd.

Uit de gesprekken die de werkgroep heeft gevoerd met werknemersorganisaties, werkgeversorganisaties, individuele werknemers en deskundigen is informatie met betrekking tot alle functiewaarderingssystemen naar voren gekomen. De meeste informatie had echter betrekking op knelpunten, kritiek, mogelijke oplossingen etc., betreffende het F.W.G-systeem. Dit is waarschijnlijk te verklaren uit het feit dat men al veel ervaring heeft met het FWG-systeem omdat het al relatief lang functioneert (voor verplegenden en verzorgenden al ruim 5 jaar). De kritiek die bestaat op het FWG-systeem sluit overigens voor een belangrijk deel aan op de kritiek die bestaat op de andere door de werkgroep bestudeerde functiewaarderingssystemen.

I.5 Samenvatting

Teneinde de vragen die de commissie aan de werkgroep gesteld heeft afdoende te kunnen beantwoorden heeft de werkgroep zich bij de beantwoording van deze vragen gericht op een viertal c.a.o.-gebieden, te weten: de c.a.o.-ziekenhuiswezen, de c.a.o.-kruiswerk en kraamzorg, de c.a.o.-bejaardenoorden en de c.a.o.-gezinszorg en maatschappelijk werk. Binnen dit gebied zijn een drietal functiewaarderingssystemen

van toepassing, dit zijn: het FWG-, het FUWA- en het IMF-systeem. Deze functiewaarderingssystemen fungeren als instrumenten waarmee alle functies binnen de instellingen kunnen worden beschreven en gerangschikt. Men gaat hierbij uit van de feitelijk verrichte werkzaamheden.

De werkgroep heeft door middel van interviews met deskundigen, werknemers, werknemersorganisaties en werkgeversorganisatie, informatie verzameld welke als basis heeft gediend voor de formulering van het eindrapport. Dat hierbij de meeste informatie naar voren is gekomen met betrekking tot het FWG-systeem is naar de mening van de werkgroep met name het gevolg van het feit dat dit systeem de meeste verplegenden en verzorgenden omvat en bovendien reeds relatief lang wordt toegepast. De problematiek bij het FWG-systeem komt overigens grotendeels overeen met die van de andere door de werkgroep bestudeerde functiewaarderingssystemen.

II. Status, organisatiegraad en invloed van verplegenden en verzorgenden

II.1 Status en organisatiegraad

Verplegende en verzorgende beroepen worden gezien als typisch vrouwelijk. en als een roeping voor de beoefenaren. Een van deze opvattingen was dat verzorgend werk veel aspecten in zich heeft van (huis)vrouwen werk en dat hiervoor dus niet veel opleiding vereist is.

Verplegenden en verzorgenden worden voortdurend geconfronteerd met dergelijke stereotyperingen en zijn nog onvoldoende in staat dit beeld in positieve zin te beïnvloeden.

Methoden van functiewaardering vormen een weerspiegeling van de maatschappelijke normen en waarden met betrekking tot (vrouwen)arbeid die golden tijdens de vorming van de verschillende systemen.

Aangezien de beroepsgroep van verplegenden en verzorgenden deel uitmaakt van diezelfde maatschappij, droeg ook zij deze normen en waarden, hoewel vaak onbewust, met zich mee.

Functiewaardering is dus een weerspiegeling van maatschappelijke normen en waarden. Dit wil echter niet zeggen dat een functiewaarderingssysteem, zodra het tot stand is gekomen, ook definitief en onveranderbaar vaststaat. Aangezien de in de maatschappij levende normen en waarden met betrekking tot arbeid in de loop der tijd veranderen, dienen ook de functiewaarderingssystemen, die gebaseerd zijn op die normen en waarden, een evolutie door te maken.

De beroepsgroep, werknemersorganisaties en werkgeversorganisaties constateren dat de functiewaarderingssystemen in onvoldoende mate meegegroeid zijn met de veranderde maatschappelijke opvattingen. Naast de veranderde maatschappelijke opvattingen, met betrekking tot het beroep van verplegende en verzorgende, zijn ook de normen en waarden zoals deze leven onder de beroepsgroep sterk veranderd. Men is zich veel meer bewust geworden van de waarde die het beroep en de werkzaamheden bezitten.

Er bestaat dus een discrepantie tussen de maatschappelijke normen en waarden, betreffende het beroep van verplegende en verzorgende enerzijds en de functiewaarderingssystemen, die hun oorsprong vaak vinden in de jaren '50 anderzijds. Hiernaast bestaat er een tweede discrepantie, namelijk die tussen de normen en waarden met betrekking tot het beroep van verplegende en verzorgende, zoals deze leven onder de beroepsgroep zelf met de normen en waarden die leven in de rest van de maatschappij. De hieruit voortvloeiende discrepantie tussen normen en waarden van verplegenden en verzorgenden enerzijds en de op verouderde normen en waarden berustende functiewaarderingssystemen anderzijds, is de grootste. Verplegenden en verzorgenden zijn zoals gezegd nog onvoldoende in staat om hun visie over het beroep op de maatschappij over te brengen.

Verplegenden en verzorgenden zijn zich in de loop der tijd steeds meer bewust geworden van de laatstgenoemde discrepantie tussen eigen normen en waarden enerzijds en de functiewaarderingssystemen anderzijds. Ook de vertaling van de werkzaamheden naar beloning door de (verouderde) functiewaarderingssystemen vormt volgens de verplegenden en verzorgenden geen juiste weerspiegeling van de opvattingen die ze hebben met betrekking tot de waarde van hun werkzaamheden.

Doordat de groep van verplegenden en verzorgenden zich steeds beter bewust werd van deze situatie,

heeft zich in de loop der tijd een gevoel van onderwaardering kunnen ontwikkelen.

II.2 Positie van verplegenden en verzorgenden in het proces van functiewaardering en bij het c.a.o. overleg

De organisatiegraad van verplegenden en verzorgenden is thans $\pm 25\%$ ondanks de potentiële invloed is er geen sprake van een invloedrijke groep. Dit is onder meer het gevolg van het feit dat er meerdere organisaties bestaan die verplegenden en verzorgenden vertegenwoordigen, bovendien slagen de diverse organisaties er niet in om tot samenwerking te komen teneinde gecoördineerd doelen na te streven. Verplegenden en verzorgenden zijn vaak ook niet tevreden over de belangenvertegenwoordiging door de vakbonden. Geluiden vanuit de achterban klonken in het verleden in onvoldoende mate door in de standpunten van de vertegenwoordigende organisaties. Hoewel hierin momenteel verandering komt, is de ideale situatie, waarin een goede communicatie bestaat tussen leden en bonden, nog ver verwijderd.

De directe invloed van verplegenden en verzorgenden tijdens de verschillende stappen van het proces van functiewaardering is beperkt. De fasen die doorlopen worden in een proces van functiewaardering zijn:

1. het beschrijven van de functies
2. het waarderen van de beschreven functies (toekennen van punten)
3. het rangordenen van de functies
4. de salarisconversie
5. de invoering

In fase 1 worden verplegenden en verzorgenden direct betrokken. Ze bieden informatie over hun werkzaamheden aan de hand waarvan functies beschreven worden en na de beschrijving volgt een beoordeling hiervan door de verplegenden en verzorgenden met de mogelijkheid om wijzigingen aan te brengen.

Met betrekking tot fasen 2 en 3 doet de systeemhouder een voorstel aan haar opdrachtgever, waarover vervolgens wordt onderhandeld door de c.a.o.-partijen. Tijdens deze onderhandelingen kunnen amendementen op het voorstel worden aangenomen.

Voor fase 4 en 5 stellen de c.a.o. partijen het framework op, veelal op voorstel van de systeemhouder. Als eerste wordt bepaald hoe de conversie zal verlopen. Met andere woorden: welke salarissen worden gekoppeld aan de diverse puntentotalen. Ten tweede wordt de procedure voor de indeling van werknemers in de diverse schalen vastgesteld. Ten derde wordt bepaald hoe de weg van de oude naar de nieuwe inschaling zal lopen. Hierbij komen vragen aan de orde als "wat gebeurt er met mensen die nu meer/minder verdienen dan waar ze in het nieuwe systeem recht op hebben?".

Bovenstaande afspraken tussen de c.a.o. partijen vormen het handboek aan de hand waarvan de instellingen de functiewaardering invoeren.

De beroepsgroep wordt in fase 2, 3 en 4 indirect vertegenwoordigd.

II.3 Samenvatting

De diverse door de werkgroep bestudeerde functiewaarderings- systemen vormen een weerspiegeling van de normen en waarden over vrouwen arbeid die golden in de tijd dat deze systemen ontstonden.

Door de discrepantie tussen de normen en waarden in de diverse functiewaarderingssystemen en die welke de verplegenden en verzorgenden zelf ten opzichte van hun beroep hebben, heeft zich in de loop der tijd een gevoel van onvrede en onderwaardering ontwikkeld. Er is sprake van een versnippering van organisaties die de belangen van verplegenden en verzorgenden vertegenwoordigen. Bovendien slagen deze organisaties er niet in om gezamenlijk en gecoördineerd doelen na te streven. Hoewel de organisatiegraad naar schatting 25% bedraagt, slaagt men er om bovengenoemde redenen niet in om voldoende invloed te verwerven in diverse overleg situaties. Bovendien is de communicatie tussen leden en vakbonden gebrekkig, geluiden vanuit de beroepsgroep klinken te weinig door in vakbondsstandpunten.

Ook het overbrengen door de beroepsgroep van haar visie op het beroep van verplegenden en verzorgenden op de maatschappij krijgt nog in onvoldoende mate gestalte.

Tijdens het proces van functiewaardering hebben verplegenden en verzorgenden in geringe mate directe invloed. In de belangrijke fase van koppeling van salarissen aan punten totalen bijvoorbeeld worden verplegenden en verzorgenden indirect vertegenwoordigd door de vakbonden. Verplegenden en verzorgenden zijn vaak niet tevreden over de belangenvertegenwoordiging door de vakbonden.

III. Financiële dekking bij invoering van functiewaarderingssystemen

In dit hoofdstuk zullen de knelpunten, met betrekking tot de financiële dekking bij de diverse functiewaarderingssystemen de revue passeren.

III.1 Het F.W.G.-systeem

In 1984 bereikten overheid en c.a.o-partijen overeenstemming over de verwachte effecten van de invoering van het FWG-systeem. De invoering zou kosten van 147 miljoen met zich meebrengen, deze kosten worden gedekt uit besparingen in de secundaire arbeidsvoorwaarden.

In tegenstelling tot de sectoren bejaardenzorg, kruiswerk en thuiszorg zijn er bij de invoering van het F.W.G-systeem geen problemen ontstaan met betrekking tot de financiële dekking.

FWG onderscheidt vijf hoofdgroepen personeel waarvoor een indeling in functies moest worden gemaakt:

- civiel/technisch/agrarisch (c.t.a)
- verplegend/opvoedkundig/verzorgend (v.o.v)
- medische en sociaal-wetenschappelijke staf (m.s.w)
- paramedisch/perimedisch/therapeutisch (p.p.t)
- administratief en algemeen personeel (a + a)

Wie bij de nieuwe indeling in een lagere salarisschaal terecht kwam kreeg de garantie van behoud van salarisrechten en de reeds afgesproken uitloop tot een maximum van 10 % boven de nieuwe schaal. Als de betreffende persoon weggaat, wordt zijn opvolger ingedeeld in de nieuwe (lagere) schaal. Men veronderstelde dat na 10 jaar, door verloop, alle functies die hiervoor in aanmerking kwamen lager zouden zijn ingeschaald.

Wie in een hogere schaal terecht kwam ging “horizontaal” over. Men kreeg het oude salaris, in de nieuwe schaal. Kwam het oude salaris niet in de nieuwe schaal voor dan werd het naast hogere bedrag genomen. Dit brengt kosten met zich mee. Daarnaast zullen op termijn ook kostenstijgingen plaatsvinden omdat men naar een gemiddeld hoger salaris toegroeit. De raming was dat men gemiddeld vijf jaar na invoering van FWG op het nieuwe gemiddelde uitkwam.

Het saldo van kosten en baten van de nieuwe inschaling zou volgens de ramingen structureel fl. 147 miljoen kosten. In de overgangsperiode (t/m 1997) worden de hogere kosten (als gevolg van de garantieregeling) door het PGGM gedekt.

Behalve de effecten op de inschaling zijn in de FWG-operatie ook de secundaire arbeidsvoorwaarden gewijzigd: tegemoetkoming premie ziektekosten is teruggebracht van 75 % van de premie naar 50 % : geraamde opbrengst fl. 180 miljoen. De bereikbaarheidsregeling werd ook voor het hogere personeel ingevoerd: geraamde kosten fl. 16 miljoen.

Het FWG-systeem is voor de verschillende categorieën fasegewijs ingevoerd. De leerling salarissen zijn niet gebaseerd op functiewaardering maar zijn bij invoering van FWG verlaagd onder invloed van algemene maatschappelijke ontwikkelingen ten aanzien van jeugdsalarissen.

In onderstaande tabel is aangegeven wat de geraamde en gerealiseerde effecten per categorie zijn. Tevens

is aangegeven vanaf welke datum FWG voor de groepen van toepassing is. Bij de realisatiecijfers is uitgegaan van een ongewijzigd personeelsbestand per ultimo 1982.

| Groep | Datum | Raming (mln) | Realisatie (mln) |
|-------|-------|-----------------|---------------------|
| leerl | 1985 | -112 | -112 |
| CTA | 1985 | +85 | +78 |
| VOV | 1986 | +334 | +245 |
| MSW | 1986 | -148 | -146 |
| PPT | 1987 | +14 | 1) |
| A+A | 1988 | 26 | 1) |

1): van deze laatste categorieën zijn nog geen realisatiecijfers bekend.

Bij de ramingen ging men ervan uit dat verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend (v.o.v.) personeel een geleidelijke salarisverbetering van circa 10 % zou ondervinden. De realisatie komt neer op een verbetering van circa 6 %. De verhoging is in het eerste jaar circa 2 % en zal zich geleidelijk voortzetten. Pas in 1991 wordt de 6 % bereikt.

In de rapportage over de invoering van FWG voor de v.o.v.-functies wordt geconstateerd dat in de praktijk van 1986 gemiddeld lager is ingeschaald dan verwacht. Het is niet gemakkelijk om de vraag of men geld heeft overgehouden aan het kostenverschil, te beantwoorden. Enkele redenen hiervan zijn:

- De raming gaat uit van ongewijzigd personeelsbestand ultimo 1982. In werkelijkheid is het aandeel van gediplomeerden fors toegenomen.
- Er is geen geormerkt budget per instelling voor salarissen van v.o.v.-personeel. De instelling verdeelt een totaal budget over volume van personeel, vervanging van ziekteverzuim, materiële lasten, enz. In de budgetten als geheel is geen geld overgehouden.

Een conclusie kan zijn dat men voorzichtig is geweest met inschalen. (zie voor oorzaken hoofdstuk IV).

III.2 Het I.M.F-systeem in kraamzorg en kruiswerk

In deze sector zijn problemen ontstaan in de fase waar de puntentotalen moeten worden omgezet in salarissen.

Krachtens afspraken met de overheid zullen in 1994 de benodigde middelen er zijn om tegemoet te komen aan de behoeften die aangetoond werden in een functiewaarderingsonderzoek, daterend uit 1984-1985. Het totale bedrag dat nodig is om het functiewaarderingssysteem (IMF) toe te passen wordt tot 1994 jaarlijks in delen door de overheid beschikbaar gesteld. Het tekort in het kruiswerk beloopt thans nog circa 18 miljoen gulden (2% van de loonsom). Overeenkomstig de afspraken met de overheid zal dit tekort in 1994 geheel gedekt zijn.

Gedurende een aantal jaren is in de thuiszorg de WAGGS ruimte ingezet voor de functiewaardering. Dit heeft circa 0,83 % salarisruimte gekost.

De werkgevers zien ruimte voor het verhogen van het salaris van waardevolle ervaren werkkrachten door de aanvangssalarissen omlaag te brengen. Ze achten het van belang dat het carrière-perspectief wordt verbeterd.

III.3 Het FUWA-systeem

Per 1 januari 1990 is in de sector bejaardenzorg het functiewaarderingsysteem FUWA ingevoerd. Een van de gevolgen hiervan was een opwaardering van de verzorgende en verplegende functies. De invoering bracht salariële verbeteringen met zich mee. Bejaarden helpenden, bejaarden verzorgenden en ziekenverzorgenden gingen er circa 10 % in salaris op vooruit, de salarisverbetering gebeurde net als in het FWG-systeem etappegewijs. Van de verpleegkundigen gingen sommigen er wel en anderen er niet op vooruit als gevolg van de invoering van het FUWA-systeem.

Bij de invoering van het FUWA systeem gaven de werkgevers de overheid een financiële garantie van slechts drie jaar. Financiering van het FUWA-systeem vindt thans plaats uit het pensioenfonds. De financiering na 1992 is nog niet rond. Hierover moet nog met de overheid over onderhandeld worden.

Binnen de bejaardenzorg zou een tekort van 140 miljoen gulden ontstaan wanneer overheid en sector het niet eens zouden worden.

III.4 Het LM.F-systeem voor de gezinszorg

In de periode 1983-1985 is door het ministerie van binnenlandse zaken een functiewaarderingsonderzoek gedaan in de gezinsverzorging. Over de invoering van de uitkomsten van dit onderzoek zijn afspraken gemaakt tussen overheid, werknemers en werkgevers in het BAZ. Volgens deze afspraken werd de fasegewijze invoering in 1987 gestart en in 1994 afgerond. De totale kosten van de invoering werden geraamd op 150 mln, in de periode '87 - '90 is hiervan inmiddels 100 mln gedekt, in de periode '91- '94 zou 50 mln nodig zijn.

Op initiatief van werkgevers is, ondanks de bestaande afspraken, een nieuw functiewaarderingsonderzoek uitgevoerd door het organisatieadviesbureau KPMG/Klynveld Management Consultants. Bij de conversie is de salariering bij zowel de Rijksoverheid als het kruiswerk als referentie gebruikt. De financiële gevolgen van het onderzoek werden begroot op fl. 250 miljoen. Daarbij is uitgegaan van de situatie in 1990. In dit bedrag is derhalve het hiervoor genoemde bedrag van fl. 50 miljoen begrepen. Voor deze 50 miljoen gulden is de financiële dekking reeds rond. Er is dus een resterend tekort van 200 miljoen. De uitkomsten van laatstgenoemd onderzoek zullen in de komende onderhandelingen tussen c.a.o.-partijen worden meegenomen.

III.5 Financiële dekking voor herbezinning van functiewaarderingsystemen

Veel aandacht gaat op dit moment uit naar het vergaren van financiële middelen om de diverse functiewaarderingsystemen correct toe te passen. Echter de functiewaarderingsonderzoeken waarop deze

functiewaarderingsystemen afgestemd zijn, zijn reeds gedateerd. Inmiddels hebben zich allerlei ontwikkelingen voorgedaan zoals het complexer worden van het werk, de hogere zorgzwaarte en hogere eisen aan (technische) kennis.

Met name het FWG-systeem is op deze punten aan actualisering toe. Onderzocht dient te worden wat de financiële gevolgen hiervan zouden zijn.

III.6 Samenvatting

In de diverse sectoren, behalve de sector 'ziekenhuiswezen', bestaan financieringsproblemen, gepaard gaande met de invoering van de functiewaarderingsystemen.

In de sector kruiswerk en kraamzorg zijn afspraken gemaakt over de financiering van de uitkomsten van een in 1984 - 1985 afgerond functiewaarderingsonderzoek waarvan de invoering etappegewijs plaatsvindt. Gedurende een aantal jaren heeft men in deze sector de W AGGS-ruimte ingezet voor de functiewaardering. Dit heeft circa 0,83 % salarisruimte gekost.

In de bejaardenzorg financiert men het FUWA systeem tijdelijk uit het pensioenfonds.

In de gezinszorg hebben werkgevers en werknemers organisaties uit ontevredenheid over een reeds door het ministerie van Binnenlandse Zaken uitgevoerd functiewaarderingsonderzoek zelf een functiewaarderingsonderzoek laten verrichten. De financiële gevolgen van dit onderzoek, begroot op fl. 250 mln, waarvan reeds voor een bedrag van 50 miljoen gulden afspraken zijn gemaakt, komen ter sprake in de komende c.a.o.-onderhandelingen.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van kosten en kostendekking (in miljoenen guldens) van de invoering van functiewaardering in de sectoren gezinszorg, bejaardenzorg en kruiswerk/kraamzorg.

| SECTOR | Kosten invoering | Thans beschikbare middelen | Tekort |
|----------------------|---------------------|----------------------------------|--------|
| Gezinszorg | 250 | 50 | 200 |
| Bejaardenzorg | 140 | - | 140 |
| Kruiswerk/ kraamzorg | 18 | - | 18 |
| <hr/> | | | |
| TOTAAL | 408 | 50 | 358 |

IV. Knelpunten bij de functiewaardering

IV.1 Niet (voldoende) gewaardeerde aspecten

In hoofdstuk III is ingegaan op de problemen van de invoering en de noodzakelijk geachte financiële dekking. In dit hoofdstuk komen de actualisering en de her-ijking van de systemen aan de orde.

Werknemers-, werkgevers- en belangen-organisaties zijn over het algemeen positief over het feit dat functiewaardering is ingevoerd. Vaak echter is men nog van mening dat de systemen incompleet zijn of niet voldoende functioneren.

Men is van mening dat bepaalde aspecten onvoldoende of geheel niet gewaardeerd worden. Het gaat hierbij met name om de aspecten: zorg, psychische belasting, complexiteit en nieuwe ontwikkelingen in de beroepspraktijk. Daarnaast zijn er nieuwe functies ontstaan en zijn de normen en waarden waarop de functiewaarderingssystemen gebaseerd zijn in de loop der tijd veranderd. De functiewaarderingssystemen zijn dus enerzijds incompleet, anderzijds functioneren ze onvoldoende.

Wanneer een ondergewaardeerd aspect opgenomen zou worden in een functiewaarderingssysteem, betekent dit niet dat dit ook automatisch tot een hoger salaris bij werknemers zal leiden, wel zou dit kunnen bijdragen aan een grotere herkenbaarheid voor de beroepsgroep.

Verder dient vermeld te worden dat, indien men besluit tot het opnemen van een extra aspect in een functiewaarderingssysteem, alle functies die onder het systeem vallen op dit aspect gewogen moeten worden. Hier moet rekening worden gehouden met financiële gevolgen.

IV.1.1 Het zorg-aspect

Een van de naar voren gekomen meningen is dat binnen het FWG-systeem voldoende zorgaspecten terug te vinden zijn doch dat deze aspecten per stuk te weinig punten opleveren. De verplegenden en verzorgenden wijzen erop dat juist het antwoord op de vraag naar hoe men zijn taak uitoefent toegevoegde waarde naar voren brengt omdat bijvoorbeeld het met zorg uitvoeren van de taken een stuk vaardigheid vereist.

Hoewel in functiewaarderingssystemen het aspect zorg wel aan de orde komt, worden de noodzakelijke vaardigheden, nodig voor zorg, niet vermeld. Er wordt bij typische vrouwenberoepen relatief te veel aandacht besteed aan het omschrijven van (eenvoudige) uitvoerende taken. Functiebeschrijvingen bevatten dus niet alle voor functies belangrijke taken en sommige taken krijgen te veel aandacht.

Een systeemhouder meldde dat het moeilijk kan zijn om de factor zorg als apart functiekenmerk in een functiewaarderingssysteem onder te brengen. Men biedt namelijk al zorg wanneer men kennis en vaardigheden in praktijk brengt. Zorg is dus geen apart maar een bijkomend aspect. In een recent rapport van de Stichting Netwerk Gezinsverzorging over functiewaardering van vrouwenfuncties in de gezinsverzorging wordt melding gemaakt van een in Engeland ontwikkeld functiewaarderingssysteem specifiek toegespitst op traditionele vrouwenberoepen. Dit systeem zou een aantal gezichtspunten bevatten die recht doen aan aard en inhoud van verzorgende functies. Hieruit zou blijken dat het aspect 'zorg' wel in voldoende mate gewaardeerd kan worden.

IV.1.2 Het kenmerk psychische belasting

Het aspect psychische belasting wordt niet (voldoende) gewaardeerd in de diverse functiewaarderingssystemen. Wat betreft het FWG-systeem hebben de c.a.o. partijen bewust gekozen om het aspect “emotionele lading” buiten de functiewaardering te houden omdat dit aspect moeilijk te meten is.

Hiertegenover staat het feit dat psychische belasting een functiekenmerk is in verplegende en verzorgende beroepen en dus aan de orde dient te komen, er moet in verschillende gradaties op gescoord kunnen worden.

IV.1.3 Het aspect “complexiteit”

In nagenoeg alle sectoren is in de afgelopen 5-10 jaar de zorgvraag gewijzigd. In de intramurale zorg is de behandeling korter geworden waardoor de zorgintensiteit toenam. In de extramurale zorg is de zorgvraag toegenomen, bijvoorbeeld als gevolg van de toename van het aantal bejaarden die pas op late leeftijd in een tehuis terecht komen en dan veel zorg vragen.

Verpleegkundigen hebben uit verschillende werkerreinen, onder anderen van psychiaters, artsen, opleiders, therapeuten enz., werkzaamheden overgenomen en geven aan het geheel een toegevoegde waarde. Het werk heeft meer invalshoeken gekregen en is complexer geworden.

Deze ontwikkelingen heeft men niet goed vertaald gevonden in het functiemateriaal.

Als gevolg van een aantal veranderde omstandigheden, waaronder de kortere behandelperiode, meer ‘high-tech’ behandelmethoden en meer zorg-coördinerend werk is het werk van verplegenden en verzorgenden in een aantal gevallen in complexiteit toegenomen. Bovendien is de kans op complexe problematische situaties op afdelingen in de loop der tijd toegenomen. De complexiteit van de werkzaamheden komt in onvoldoende mate tot uiting in de functiewaarderingssystemen.

IV.2 Onderhoud van de systemen

Onderhoud van functiewaarderingssystemen is in de tijd een belangrijke zaak voor de actuele waarde van de systemen. Zonder onderhoud blijft de onvrede gehandhaafd. Niet alle functiewaarderingssystemen in de gezondheidszorg hebben al evenveel ervaring met dit onderwerp.

Enerzijds dienen er mogelijkheden te komen om snel onderhoud permanent te garanderen, anderzijds is het niet reëel om op alle ontwikkelingen in de beroepspraktijk in te willen springen.

Problemen bij het onderhoud concentreren zich op het moment op de snelle ontwikkeling van de bestaande en van nieuwe functies. Het laatste ontstaat onder anderen wanneer het arbeidsaanbod verandert. Wanneer we spreken over onderhoud is met name de FWG de bron van informatie. Wel blijkt uit gesprekken uit de andere sectoren dat men gelijksoortige problemen voorziet. In de

bejaardenzorgsector vindt een ontwikkeling plaats die de organisaties omvormt naar een soort “managed care” centra waar de zorgvraag over verschillende soorten van zorgaanbod wordt verdeeld. Het bestaande FW-systeem beschikt niet direct over functieomschrijvingen die op deze ontwikkeling inspelen.

Hoewel hiertoe niet altijd gerechtigd voeren verpleegkundigen regelmatig medische handelingen uit. Deze handelingen worden niet in alle gevallen gewaardeerd in het functiewaarderingsysteem. Op de afdeling spoedeisende hulp bijvoorbeeld vangen verpleegkundigen de patiënt als eerste op, daarna pas komt er een assistent aan het bed, bij complicaties moeten verpleegkundigen vaak optreden. De verpleegkundige voert onder anderen in deze situatie veel ondersteunende handelingen voor de medici uit die op zichzelf soms wel gewaardeerd worden, doch zonder dat de aard van die handelingen altijd in voldoende mate wordt gewogen en gewaardeerd.

Er is sprake van een snelle ontwikkeling in de functies. Voortdurend ontstaan er nieuwe functies. De aanpassing van de functiewaarderingsystemen voor zover hiervoor een regeling is getroffen, is bureaucratisch georganiseerd en verloopt diensgevolge te traag.

Sneller onderhoud vanaf dit moment en het inhalen van achterstallig onderhoud zijn van belang. Daarnaast dienen de functiewaarderingsystemen herijkt te worden zodat bepaalde aspecten meer gewicht/punten krijgen.

Werknemersorganisaties vragen om onderzoek naar mogelijkheden om het onderhoud van functiewaarderingsystemen te verbeteren. Ze achten de werkgevers te weinig bereid om aanpassingen door te voeren omdat deze aanpassingen vaak loonstijgingen met zich meebrengen.

Bij de FWG is het onderhoud geregeld als een zaak van de c.a.o. partners en de systeembeheerder. Het wordt gekenmerkt door zorgvuldige procedures die echter bureaucratisch zijn en tot verstarring leiden. Wanneer binnen het FWG-systeem wijziging of uitbreiding van het functiemateriaal nodig is, moet een verzoek hiertoe worden ingediend bij de werknemers- of werkgeversorganisatie. Daarna wordt besloten of er een onderzoek naar de nieuwe/veranderde functie wordt gestart. Op grond van een afspraak tussen de c.a.o. partijen wordt een dergelijk onderzoek pas gestart wanneer de nieuwe/veranderde functie reeds in meerdere instellingen voorkomt en voldoende uitgekristalliseerd is.

Ook het feit dat het FWG-systeem van toepassing is op een omvangrijke bedrijfstak met zeer veel functies die allen beschreven moeten worden en het feit dat de vereiste zorgvuldigheid tijdrovend is, zijn vertragende factoren.

De FWG-systeemhouder ziet als oplossing ter bestrijding van de traagheid van het onderhoud de mogelijkheid om nieuwe/veranderde functies al in een vroeg stadium te beschrijven, al voordat ze uitgekristalliseerd zijn. Hiervoor is het echter nodig dat men het recht krijgt om functietyperingen te maken van nieuwe/veranderde functies, met het risico dat de betreffende functies niet levensvatbaar blijken. De thans geldende afspraken tussen c.a.o. partijen staan een dergelijke werkwijze in de weg. Een bezwaar van de werknemers hiertegen is dat een vroege omschrijving van functies slechts beantwoordt aan een subdoel namelijk de herkenbaarheid. Alleen met een koppeling aan een hogere beloning zou deze nieuwe aanpak nuttig zijn.

Alle c.a.o.-partijen zijn huiverig onderhoud aan te pakken zonder aanvullende financiële dekking. Hierbij speelt voor de werknemersorganisatie het risico niet te kunnen voldoen aan gewekte verwachtingen bij bepaalde groepen werknemers of het keuzeprobleem de financiering voor hogere salariering voor een

nieuwe/verbeterde functie x te moeten halen bij functie y.

Een totaaloverzicht van nieuwe functies in de sector ziekenhuiswezen die bij de c.a.o. overlegpartners zouden kunnen worden aangemeld heeft de beroepsgroep van verplegenden en verzorgenden niet paraat. Dergelijke gegevens zouden bij het overleg tussen werkgevers en vakbonden kunnen worden aangewend voor ontwikkeling van nieuw functiemateriaal of voor aanpassing van verouderd functiemateriaal.

Een andere mogelijkheid voor een meer flexibel systeem is het toestaan van meer afwijkmogelijkheden (andere functies) per regio. Het centrale FWG-systeem dient hierbij als basis behouden te blijven.

Deskundigen op FWG-gebied gaven aan dat ook in het huidige stelsel op nieuwe en veranderde functies ingespeeld kan worden. Een mogelijkheid om het FWG-systeem beter aan de actualiteit van de functies aan te passen, zonder dat daarvoor het FWG-systeem aangepast behoeft te worden, zou zijn om een aantal aspecten, dat vroeger zelden of niet en thans vaker voorkomt, te achterhalen. Als voorbeeld: 10 jaar geleden kwam een complexe situatie “zelden” voor en thans “vaak”. Aangezien de systematiek van het FWG-systeem ook verschillende gradaties van het begrip “schaarste” hanteert, kan men vanuit de systematiek van het systeem beredeneren dat bepaalde aspecten vaker voorkomen dan vroeger. Doordat deze aspecten vaker voorkomen, zouden ze kunnen leiden tot meer punten en dientengevolge ook beter gehonoreerd kunnen worden.

In het systeem van Binnenlandse Zaken zijn de verplegende en verzorgende functies opgenomen en gewaardeerd. Recentelijk is bij dit systeem onderhoud verricht. Er zijn nieuwe functie omschrijvingen gemaakt voor functies van gespecialiseerde verpleegkundigen. tussen de verschillende partijen bestaat overeenstemming met betrekking tot de inhoud van de functie beschrijvingen. De kosten van de invoering zijn door de academische ziekenhuizen geraamd op tenminste 20 miljoen gulden. Voor de gemeentelijke en provinciale instellingen zijn nog geen berekeningen gemaakt. Over de berekening en financiering van de kosten en het invoeringstraject moet nog overleg plaatsvinden met de centrale overheid.

IV.3 Invoering en inschalingstrajecten op instellingsniveau

Naast het ontbreken van enkele belangrijke aspecten in het functiemateriaal die kenmerkend zijn voor het beroep van verpleegkundige en verzorgende, leidt de invoering van functiewaardering op instellingsniveau tot knelpunten en frustraties. Herkenbaarheid van de functie-omschrijvingen in de indelingsystematiek en de concrete inschaling staan daarin centraal.

Bij de herkenbaarheid van de indeling in een bepaalde functie en de inschaling speelt een taalprobleem. De taal die bijvoorbeeld in het FWG systeem gebruikt wordt is een soort functiewaarderings-vakjargon en is daarbij multi-interpretabel.

Verplegenden en verzorgenden hanteren een andere taal dan het FWG-systeem. Dit brengt veel onbegrip met zich mee.

Bij zowel managers als verplegenden en verzorgenden ontbreekt specialistische kennis over het systeem. Het management is vaak niet in staat om het FW-systeem te interpreteren waardoor inschalingsverschillen kunnen ontstaan. Het is namelijk binnen het systeem mogelijk om dezelfde functie door verschillende interpretaties in verschillende schalen onder te brengen. Om deze reden hebben directies bij de invoering van het FWG-systeem bijvoorbeeld veel naar de “buurman” gekeken en verpleegkundigen kwamen soms via een arbitraire methode in een andere schaal dan bedoeld, dit is een van de redenen waarom het

management bij de invoering van het FWG-systeem vrij voorzichtig is gebleken met de inschaling. Wanneer een beter begrip van het FWG systeem bij zowel management als verplegenden en verzorgenden zou worden geschapen, en deze groepen meer op één lijn zouden komen, dan zou veel onbegrip weggenomen kunnen worden. Bovendien zouden verplegenden en verzorgenden dan veel beter vanuit het systeem kunnen beargumenteren wanneer ze het niet met een bepaalde indeling eens zijn. Het probleem van de poly-interpretabele taal van het FWG systeem blijft hiermee echter onopgelost.

Een frustratie die direct bij invoering van FW-systemen is opgetreden is de financiële vertaling van inschalingen in het salaris dat men ontvangt.

Ten eerste is bij invoering van de FWG het systeem van “horizontaal overstappen” gebruikelijk geweest (zie hoofdstuk III). Doorgroeimogelijkheden kunnen verbeterd zijn, maar bij invoering lijkt de hele onderhandeling voor de werknemer een wassen neus, ondanks de hoge verwachtingen die men had bij de invoering van het FWG-systeem zag men op korte termijn geen effect.

Ten tweede is op instellingsniveau bij de invoering van FWG door instellingsdirecties het argument gebruikt dat de invoering binnen het budget van de instelling moest blijven. Dit heeft bij de werknemers het idee doen ontstaan dat men toch in een bepaald jasje geperst moest worden, ongeacht de werkelijke functies die men met elkaar uitvoert.

Ten derde worden onderhandelingen tussen de c.a.o-partijen over de financiering van een totaal invoeringstraject gezien als koehandel over zaken waar de werknemers op basis van objectieve functiewaarderingssystemen recht op menen te hebben.

Deze problemen komen naast invoeringstrajecten ook bij onderhoudstrajecten naar voren.

In het algemeen is naar voren gekomen dat berichten over financiering van de invoering van invloed zijn op de meningsvorming van de werknemers.

Het reeds eerder genoemde feit dat de functiewaarderingssystemen geleidelijk worden ingevoerd in verband met ontbreken van financiële dekking in de sectoren kruiswerk, gezinszorg en bejaardenzorg vormt een andere belangrijke bron van irritatie.

De kwaliteit van het (personeels)management speelt een belangrijke rol bij de invoeringstrajecten. Bij de invoering van de FW-systematiek in de bejaardenzorg ligt hier een probleem. Een groot aantal (kleine) instellingen in deze sector heeft zo weinig ervaring in personeelsbeleid of zo weinig op met personeelswerk dat door onkunde en door falend management onbegrip en onvrede over de functiewaardering ontstaat bij de werknemers.

In alle gesprekken is door leden van de werkgroep gevraagd naar uitkomsten van klachtenprocedures en/of beroepsprocedures.

De sector kruiswerk meldde het werk van bezwaren- en graderingscommissies; bij ontevredenheid van werknemers over het functiemateriaal kan men een klacht indienen bij de zogenaamde bezwarencommissie die bestaat uit leden van werknemers- en werkgeversorganisaties. Deze commissie beoordeelt de klacht en verwijst hem door naar de “graderingscommissie” die bestaat uit werkgevers. Vervolgens gaat de klacht naar de O.A.K.T, het besluitvormende orgaan. Op grond van het gegeven dat er gedurende het jaar 1990 nauwelijks klachten van verplegenden en verzorgenden bij de graderingscommissie aanhangig zijn gemaakt concluderen de werkgevers dat er in deze sector tevredenheid bestaat. In het verleden leidde een groot aantal klachten niet tot een salarisverhoging.

Het aantal procedures bij de totale invoering van de FWG is relatief laag. Voor de werknemers is dit eerder een teken van de reeds genoemde problemen van onkunde bij de werknemers over het systeem en de taal van het systeem dan van tevredenheid.

IV.4 Samenvatting

In de praktijk is in de loop der jaren een verandering opgetreden in het werk van verplegenden en verzorgenden. Hun takenpakket is uitgebreid. Ze verrichten een aantal deeltaken die eigenlijk tot andere professies behoren, zonder hiervoor (voldoende) betaald te krijgen. De aspecten: zorg, psychische belasting, complexiteit en nieuwe ontwikkelingen in de beroepspraktijk worden volgens verplegenden en verzorgenden niet (voldoende) gewaardeerd. Tevens zijn er nieuwe functies ontstaan en zijn de normen en waarden waarop de verschillende functiewaarderingssystemen gebaseerd zijn in de loop der jaren veranderd.

Hiernaast bestaan er problemen bij de invoering van functiewaardering op instellingsniveau. Bij zowel het management als bij verpleging en verzorging ontbreekt de specialistische kennis van het systeem, de gebruikte taal schept geen duidelijkheid, integendeel, de taal laat toe dat dezelfde functie, via verschillende interpretaties in verschillende schalen kan worden ondergebracht.

Bij de vertaling van inschaling naar salaris ontstonden binnen het FWG-systeem grote frustraties. Ten eerste doordat werknemers bij overschakeling op het FWG-systeem horizontaal overstapten en dus op korte termijn geen salarisverbetering kregen. Ten tweede doordat directies zeiden dat de invoering van FWG binnen de bestaande budgetten moest plaatsvinden. Verplegenden en verzorgenden kregen hierdoor de indruk dat ze in een bepaald jasje geperst moesten worden. Ten derde worden onderhandelingen tussen c.a.o.-partijen over de financiering van een totaal invoeringstraject vaak gezien als koehandel over zaken waar werknemers op basis van objectieve functiewaarderingssystemen recht op menen te hebben.

In verband met de snelle ontwikkeling in de functies moet het onderhoud van de verschillende functiewaarderingssystemen sneller en minder bureaucratisch gebeuren en er moet een her-ijking van de verschillende functiewaarderingssystemen op gang komen, om de grote onvrede die thans bij de werknemers leeft met betrekking tot de actuele waarde van hun functiebeschrijvingen te bestrijden. Alle c.a.o.-partijen zeggen het gebrekkige onderhoud slechts te willen aanpakken wanneer er vooraf financiële dekking wordt geboden voor de kosten die eraan verbonden zijn.

De totale kosten die gepaard gaan met de actualisering c.q. herijking van de functiewaarderingssystemen zijn niet ex-ante te bepalen. Wel kan vermeld worden dat elke procent salarisverbetering van de verplegende en verzorgende functies als gevolg van her-ijking/actualisering 110 miljoen gulden zal kosten.

V. Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

V.1 Functiewaardering op zich geaccepteerd

De werkgroep komt tot de conclusie dat verschillende betrokkenen het gebruik van functiewaarderingssystemen als instrument om te komen tot een rechtvaardige honorering, waarbij de zwaarte van de functie als uitgangspunt dient, als positief beoordelen.

V.2 Problemen met uitvoering en implementatie

Dat de invoering van functiewaardering in de verschillende sectoren waar verplegenden en verzorgenden werkzaam zijn toch tot onvrede en een gevoel van onderwaardering heeft geleid is een gevolg van de volgende factoren:

1. De functiewaarderingssystemen weerspiegelen maatschappelijke normen en waarden aangaande verplegende en verzorgende beroepen, die niet meer passen in de huidige tijd.
Daarnaast bestaat een grote discrepantie tussen de huidige maatschappelijke opvattingen en het beeld dat veel verplegenden en verzorgenden inmiddels van de eigen beroepsgroep ontwikkeld hebben.
2. In de beleving van beroepsbeoefenaren wordt in de functiewaarderingssystemen een aantal voor de verplegende en verzorgende beroepen belangrijke factoren niet of in onvoldoende mate meegewogen. Hierdoor kunnen beroepsbeoefenaren zich onvoldoende herkennen in de functies waarin zij worden ingedeeld en ontstaat het eerder genoemde gevoel van onderwaardering.
3. De ontwikkelingen in de verplegende en verzorgende beroepen gaan snel. Hierdoor veranderen bestaande functies en ontstaan nieuwe functies. Dit vereist een regelmatige actualisering van het functiemateriaal (onderhoud) en indien nodig een vertaling hiervan in de honorering.
Dergelijk onderhoud wordt slechts sporadisch verricht, als gevolg van bureaucratische procedures en de strenge criteria voor onderhoud. Het niet actueel zijn van het functiemateriaal vermindert de herkenbaarheid en leidt vervolgens weer tot het gevoel van onderwaardering.
4. Onbekendheid met de functiewaarderingssystemen bij het management van instellingen (het jargon en de werking van het systeem) vormt een belemmering bij een objectieve en juiste inschaling van medewerkers. Verplegenden en verzorgenden zijn door dezelfde onbekendheid met de systemen niet in staat hierin corrigerend op te treden.
5. Het uitvoeren van een functiewaarderingsonderzoek, schept bij werknemers de verwachting dat het onderzoek zal leiden tot een verhoging van de salariëring. Deze verwachtingen worden gefrustreerd door ontwikkelingen op macro niveau en de invoering op instellingsniveau. Op macro niveau bepalen onderhandelingen tussen werkgevers, werknemers en overheid of er daadwerkelijk meer geld voor betere honorering ter beschikking wordt gesteld.

De praktijk leert dat de financiële dekking voor de invoering van de functiewaardering vaak problemen oplevert. In het algemeen leidt dit tot een gefaseerde invoering van de functiewaardering, die veel tijd (meerdere jaren) vraagt. Daardoor ontstaat het gevoel dat de resultaten van de functiewaardering al achterhaald zijn, wanneer zij net zijn ingevoerd. Gebrek aan financiële dekking heeft geleid tot grote onvrede bij verplegenden en verzorgenden.

Bij de invoering op instellingsniveau ziet men op korte termijn geen of weinig salarisverbetering wat aanleiding geeft tot onvrede.

6. Hoewel 28 % van de verplegenden en verzorgenden georganiseerd is, leeft onder velen van hen toch het gevoel dat hun stem te weinig doorklinkt in de c.a.o.-onderhandelingen en in de cruciale fasen tijdens een functiewaarderingsonderzoek. Versnippering van de werknemersorganisaties, het achterwege blijven van een effectieve samenwerking tussen deze organisaties en het feit dat deze organisaties niet alleen de belangen van verplegenden en verzorgenden behartigen maar ook die van andere beroepsgroepen, leiden tot het gevoel in onvoldoende mate te worden gehoord.

V.3 Aanpassing functiewaarderingsystemen wenselijk

Aan de systeemhouders van de functiewaarderingsystemen moet worden gevraagd hun systemen te onderzoeken op conservatieve waarden en normen en de systemen aan te passen aan de huidige maatschappelijke waarden en normen. Hoewel dit de discrepantie tussen huidige maatschappelijke opvattingen en de beeldvorming onder de beroepsgroepen nog niet opheft, kan een modernisering van de systemen wel bijdragen aan een grotere herkenbaarheid onder de beroepsgroepen.

Het is bovendien van zeer groot belang dat systeemhouders de niet of onvoldoende gemeten aspecten (zorg, psychische belasting, complexiteit) alsnog een plaats geven binnen de systemen c.q. deze aspecten wel in voldoende mate gaan meewegen.

Her-ijking en actualisering van de systemen zijn noodzakelijk om onvrede van verplegenden en verzorgenden en hiermee de kans op nieuwe arbeidsonrust in de toekomst weg te nemen.

V.4 Accuraat onderhoud noodzakelijk

Systeemhouders moeten sneller in de gelegenheid worden gesteld het noodzakelijke onderhoud aan de systemen uit te voeren en daarmee in te spelen op de ontwikkelingen in het beroep. Om dit te realiseren moeten de criteria voor het uitvoeren van onderhoud en de bureaucratische procedures worden aangepast. Te denken valt ook aan het erkennen van regionale ontwikkelingen in de functies (voorkomen van bepaalde functies in een bepaalde regio).

V.5 Goede voorlichting over systemen van groot belang

Ten aanzien van alle in de zorgsector gehanteerde systemen dient de voorlichting te worden geoptimaliseerd. Vooral ten tijde van de invoering van de systemen moeten “indeliers” en “ingedeelden” op de hoogte worden gesteld van de werking en de inhoud van de systemen. Hierbij kan worden gedacht aan het organiseren van trainingen en voorlichtingsdagen.

Ten aanzien van reeds ingevoerde systemen dienen overzichtelijke brochures te worden opgesteld met daarin vermelding van een functionaris bij de werkgevers- en werknemersorganisaties die informatie kan geven aan allen die vragen hebben ten aanzien van de systemen.

V.6 Financiële gevolgen van aanpassing en onderhoud

Het uitvoeren van de aanbevelingen in de paragrafen V.3, V.4 en V.5 zullen niet zonder financiële gevolgen zijn. De werkgroep is van mening dat de aanbevelingen niet binnen de bestaande budgetten kunnen worden uitgevoerd.

De totale kosten zijn niet ex-ante te bepalen. Wel kan vermeld worden dat elke procent salarisverbetering van verplegende en verzorgende functies als gevolg van her-ijking/ actualisering 110 miljoen gulden zal kosten.

Onderhoud bij academische ziekenhuizen is berekend op tenminste 20 miljoen.

V.7 Invoering en financiering functiewaardering

In het kruiswerk zal naar de mening van de werkgroep de functiewaardering sneller moeten worden ingevoerd, dan de nu geplande fasering.

De invoering van de functiewaardering gezinszorg zou niet langer dan twee jaar in beslag moeten nemen. Met betrekking tot de functiewaardering bejaardenzorg zal een oplossing moeten worden gevonden voor de financiële dekking na 1992.