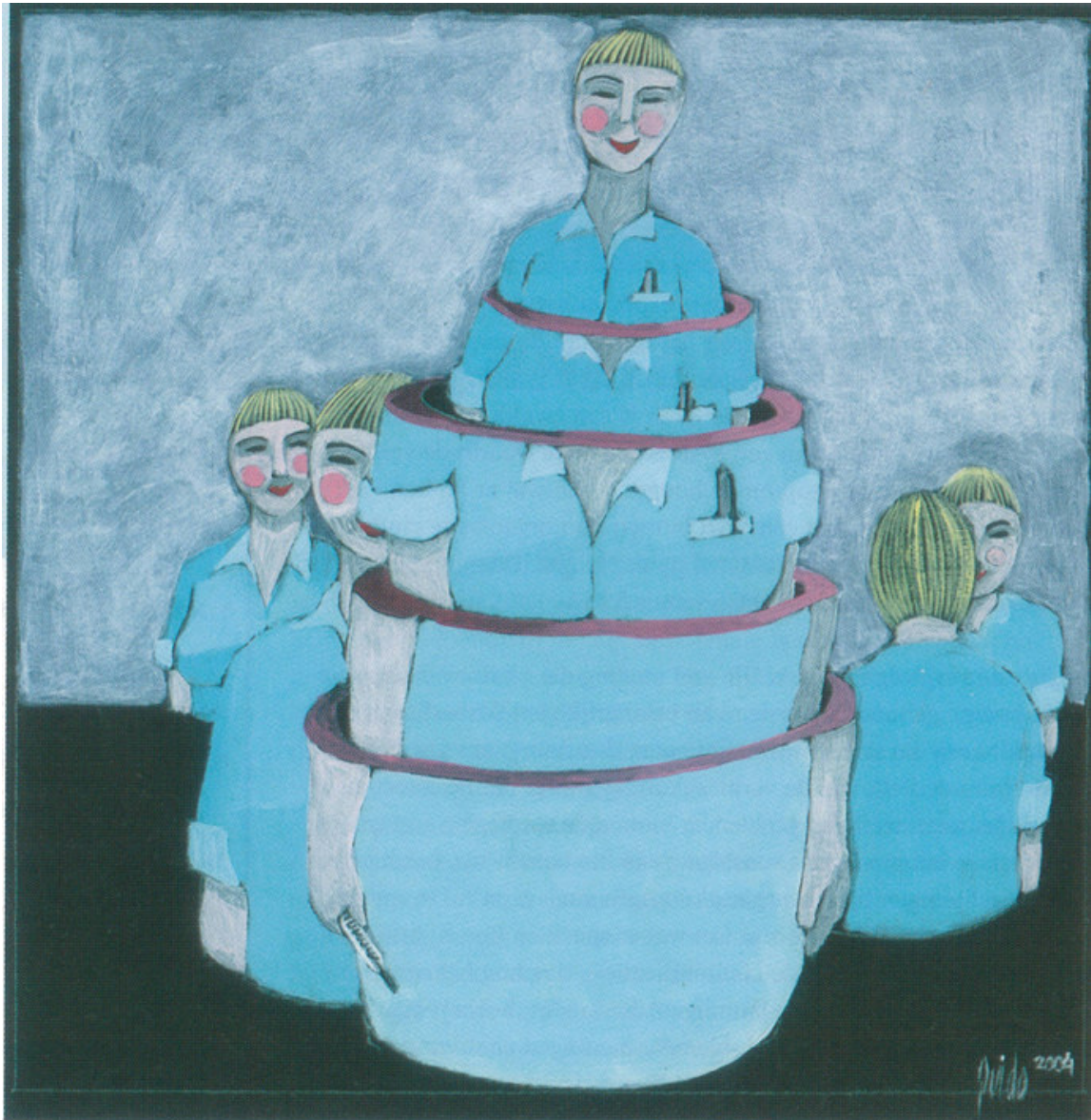


Op weg naar functiedifferentiatie



Op weg naar functiedifferentiatie

Een onderzoek naar de invoering van verticale
functiedifferentiatie in ziekenhuis Bronovo.

Uitgevoerd door:

Sosja van Sluis, Bernadette Taal, Heleen ten Teije

HBO-V dual, cohort 2002

e-mail: functiedifferentiatie@hotmail.com

In opdracht van:

Ziekenhuis Bronovo, Den Haag

Haagse Hogeschool, Den Haag

Hogeschool Leiden, Leiden

Met begeleiding van:

Janke Damoiseaux (docente HBO-V Den Haag)

Marja Paardekooper (stafmedewerkster zorg Ziekenhuis Bronovo)

Berber Ubbink (praktijkopleider Ziekenhuis Bronovo)

Voorwoord

Ter afsluiting van de opleiding hbo-v hebben wij in opdracht van ziekenhuis Bronovo onderzocht hoe functiedifferentiatie ingevoerd kan worden op de verpleegafdelingen. Functiedifferentiatie roept veel vragen op, aan het begin van het project hadden wij weinig kennis over dit onderwerp. Door het lezen van literatuur en het discussiëren over dit onderwerp werden wij kundiger op dit gebied. Functiedifferentiatie is een onderwerp waar veel over gediscussieerd kan worden. Tot het einde toe bleek het lastig om een concreet voorstel voor de functie seniorverpleegkundige en een implementatieplan te formuleren. Uiteindelijk hebben wij het project toch naar onze tevredenheid kunnen afronden.

Graag willen wij J. Damoiseaux, M. Paardekooper en B. Ubbink bedanken voor de begeleiding tijdens ons project. Ook willen wij iedereen bedanken voor de medewerking bij het afnemen van de interviews.

Den Haag, mei 2006
Sosja van Sluis, Bernadette Taal, Heleen ten Teije

Inhoudsopgave

Inleiding.....	5
Hoofdstuk 1: Functiedifferentiatie	6
1.1 Inleiding	6
1.2 Functiedifferentiatie.....	6
1.2.1 Voor- en nadelen van functiedifferentiatie	7
1.3 Functiehuis	9
1.3.1 Taakfunctieomschrijving.....	9
1.4 Conclusie	10
Hoofdstuk 2: Implementatie van functiedifferentiatie.....	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Implementeren.....	11
2.3 Knelpunten en succesfactoren bij de implementatie van functiedifferentiatie	12
2.4 Conclusie	14
Hoofdstuk 3: Functiedifferentiatie in ziekenhuis Bronovo.....	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Functiedifferentiatie in ziekenhuis Bronovo; een nieuwe mogelijkheid of onmogelijk? ..	15
3.3 De managers zorg	15
3.4 Verpleegkundige adviesraad.....	16
3.5 Conclusie	16
Hoofdstuk 4: De seniorverpleegkundige	17
4.1 Inleiding	17
4.2 Seniorverpleegkundigen	17
4.3 Seniorverpleegkundigen in andere ziekenhuizen	19
4.4 Seniorverpleegkundigen in ziekenhuis Bronovo	19
4.5 Conclusie	20
Hoofdstuk 5: Kosten en baten van functiedifferentiatie	21
5.1 Inleiding	21
5.2 Kosten	21
5.3 Baten	21
5.4 Conclusie	22
Hoofdstuk 6: Voorstel voor de functie seniorverpleegkundige	23
6.1 Inleiding	23
6.2 Conclusies	23
6.3 Aanvullende TFO seniorverpleegkundige.....	24
6.4 Implementatieplan.....	26
Literatuur.....	27
Bijlagen	29

Inleiding

In dit onderzoeksverslag kunt u lezen hoe functiedifferentiatie ingevoerd kan worden binnen ziekenhuis Bronovo. Aanleiding voor dit onderzoek is enerzijds het veranderde opleidingsstelsel en anderzijds het onderzoek van Marieke Mensink in 2005.

In 1997 is het nieuwe opleidingsstelsel voor de gezondheidszorg ingevoerd. Er zijn toen twee kwalificatieniveaus ontstaan waar verpleegkundigen op kunnen afstuderen: op mbo en op hbo-niveau. In de praktijk heeft dit veel vragen en onduidelijkheden met zich meegebracht. Sindsdien is functiedifferentiatie een veelbesproken onderwerp in ziekenhuizen. Uit onderzoek onder ziekenhuizen blijkt zelfs dat maar liefst 98% van de ziekenhuizen met functiedifferentiatie bezig is (Van Dam, 2004). M. Mensink heeft in 2005 onderzocht of het mogelijk was om functiedifferentiatie in te voeren binnen ziekenhuis Bronovo. Met dit project geven wij hier een vervolg aan.

In dit verslag geven wij antwoord op de vraag hoe functiedifferentiatie ingevuld kan worden binnen ziekenhuis Bronovo.

Hiervoor beantwoorden wij de volgende deelvragen:

- Wat is functiedifferentiatie en welke vormen zijn er?
- Wat zijn de voor- en nadelen van functiedifferentiatie?
- Welke behoefte aan functiedifferentiatie is er binnen de organisatie?
- Welke knelpunten kunnen we verwachten bij de implementatie van functiedifferentiatie? En hoe gaan wij daarmee om?
- Welke kosten brengt functiedifferentiatie met zich mee?
- Welke voordelen levert functiedifferentiatie de organisatie op?
- Wat moet er in de taakfunctieomschrijving aangepast worden als functiedifferentiatie wordt ingevoerd?

Om op deze vragen antwoord te kunnen geven bestuderen wij literatuur. De behoefte aan functiedifferentiatie binnen de organisatie achterhalen wij door middel van interviews. Tot slot hebben wij ook in andere instellingen gekeken hoe functiedifferentiatie daar is ingevoerd. Dit moet resulteren in een voorstel voor de taakfunctieomschrijving voor seniorverpleegkundige en een implementatieplan voor de functie.

Hoofdstuk 1: Functiedifferentiatie

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het begrip functiedifferentiatie. Wij willen antwoord geven op de volgende vragen: wat is functiedifferentiatie, welke vormen van functiedifferentiatie zijn er en wat zijn de voor- en nadelen van functiedifferentiatie? Wij hebben hiervoor literatuur bestudeerd. Daarnaast hebben wij 2 medewerkers van verschillende ziekenhuizen geïnterviewd over wat zij de voor- en nadelen vonden van functiedifferentiatie.

Ook willen we bekijken hoe het functiehuis er uit ziet en wat er in een taakfunctieomschrijving staat, omdat functiedifferentiatie invloed heeft op zowel het functiegebouw als de taakfunctieomschrijving.

1.2 Functiedifferentiatie

In de literatuur zijn verschillende definities van het begrip functiedifferentiatie terug te vinden. Er wordt vaak gezegd dat het bij functiedifferentiatie gaat om de juiste persoon die op de juiste plaats de juiste dingen doet.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg omschrijft functiedifferentiatie als volgt: *het uitsplitsen van taken in een functie, waardoor nieuwe functies ontstaan*. Deze term wordt ook wel gebruikt om de spreiding van functies binnen een organisatie aan te geven (RVZ, 2002).

Functiedifferentiatie heeft te maken met de (her)verdeling en herschikking van taken. Hierbij treedt vaak verwarring op met de term taakherschikking. Bij taakherschikking worden taken niet anders over verpleegkundigen en verzorgenden verdeeld, maar over beroepen en beroepsgroepen.

Taakherschikking heeft consequenties op macroniveau (tussen beroepen), terwijl functiedifferentiatie zich primair op micro en/of meso-niveau afspeelt. Bij taakherschikking zal de BIG-registratie ook moeten veranderen (wettelijke consequenties).

Kanters (1999) legt in zijn definitie van functiedifferentiatie een ander accent en komt tot een ruimere omschrijving: 'het herschikken van taken en verantwoordelijkheden in nieuwe en/of vernieuwde functies'. Er wordt meer nadruk gelegd op het complete functiegebouw. Waar de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg het splitsen van functies benadrukt, legt Kanters het accent op het construeren van functies.

Functiedifferentiatie kan diverse vormen aannemen. Ruwweg is er een onderscheid te maken tussen horizontale en verticale functiedifferentiatie.

Bij *horizontale functiedifferentiatie* gaat het om het veranderen van de verdeling van taken waarbij het niveau van de functie(s) gelijk blijft. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij specialisatie of verdieping in een bepaald aandachtsgebied. Horizontale functiedifferentiatie is in ziekenhuis Bronovo al wel aanwezig. Op verschillende afdelingen wordt gewerkt met aandachtsgebieden voor verpleegkundigen. Aandachtsgebieden zijn bijvoorbeeld transferbeleid, decubituspreventie en accreditatie.

Bij *verticale functiedifferentiatie* is het functieniveau wel in het geding. Er is differentiatie aan de onderkant: delen of taken van een functie worden ondergebracht in lager gekwalificeerde functies. En er is differentiatie aan de bovenkant: taken en verantwoordelijkheden worden aan een functie toegevoegd of er wordt een nieuwe functie gecreëerd die hoger is dan het oorspronkelijke functieniveau.

Een voorbeeld van differentiatie aan de onderkant is het invoeren van afdelingsassistenten op niveau 2 of verzorgenden op niveau 3. In ziekenhuis Bronovo wordt gewerkt met afdelingsassistenten, niveau 2.

Een voorbeeld van functiedifferentiatie aan de bovenkant is het invoeren van de functie voor seniorverpleegkundigen.

Achtergrond van functiedifferentiatie

Functiedifferentiatie kwam in de jaren 80 voor het eerst in beeld. Als antwoord op CAO-conflicten, het slechte imago van de sector en personeelstekorten ging men toen op zoek naar positieverbetering voor het personeel. Het idee was toen om binnen de verpleging te gaan werken met 2 deskundigheidsniveaus. Dit idee is nooit in de hele zorgsector doorgevoerd. Dit kwam onder andere

doordat het motief voor functiedifferentiatie in de jaren '90 verdween. Er was toen een klein overschot aan verpleegkundigen.

Vanaf 1996 komt functiedifferentiatie opnieuw in beeld. Nu als gevolg van het nieuwe opleidingsstelsel voor de verpleging en verzorging. Bovendien worden kwaliteit van zorg en zorgvernieuwing belangrijke peilers binnen de verpleging.

Sinds 1996 wordt functiedifferentiatie in steeds meer instellingen binnen de gezondheidszorg doorgevoerd.

1.2.1 Voor- en nadelen van functiedifferentiatie

In 88% van de ziekenhuizen wordt gewerkt met functiedifferentiatie of denkt men hierover na. Slechts 2% van de ziekenhuizen is (nog) niet met functiedifferentiatie bezig. De overige 10% heeft de invoering van functiedifferentiatie (tijdelijk) stopgezet (Van Dam, 2004).

De LEVV heeft panelonderzoek gedaan naar de (mogelijke) voor- en nadelen van horizontale en verticale functiedifferentiatie. In 2003 zijn hierover verschillende artikelen gepubliceerd in de TvZ. In deze paragraaf zullen wij deze voor- en nadelen bespreken.

Horizontale functiedifferentiatie

Bij horizontale functiedifferentiatie wordt vaak gewerkt met aandachtsgebieden voor verpleegkundigen. Het panel van verzorgenden en verpleegkundigen (LEVV) noemt een aantal nadelen van deze vorm van functiedifferentiatie. Verpleegkundigen zonder aandachtsgebied zouden misschien vaker laag complexe zorg geven, waardoor hun werk minder uitdagend wordt. Er wordt dan gesproken van uitholling van het beroep. Daarnaast wordt gezegd dat specialistische verpleegkundigen vaak te theoretisch en te weinig praktisch zijn. Hierdoor krijgen zij een eenzijdige kijk op wat een patiënt nodig heeft.

Verder wordt als nadeel genoemd dat de kwaliteiten van de verpleegkundigen zonder aandachtsgebied niet genoeg benut worden en dat verpleegkundigen weinig gestimuleerd worden om zich verder te scholen.

Het laatste nadeel van horizontale functiedifferentiatie is een mogelijke versnippering van zorg als meer personen zorg geven aan één patiënt.

Horizontale functiedifferentiatie levert voordelen op voor zowel patiënt als verpleegkundige. Voordeel voor de patiënt is dat de verpleegkundige meer gespecialiseerd is, doordat er gewerkt wordt met aandachtsgebieden.

Verpleegkundigen die ervaring hebben met deze vorm van functiedifferentiatie zijn van mening dat de patiënten hierdoor betere zorg krijgen. Bovendien krijgen de patiënten betere informatie en voorlichting.

Een ander voordeel van het werken met horizontale functiedifferentiatie voor verpleegkundigen is dat verpleegkundigen kunnen leren van collega's met een aandachtsgebied. Verpleegkundigen kunnen elkaar bovendien makkelijk om advies vragen.

Ook zijn er voor verpleegkundigen mogelijkheden om zelf een aandachtsgebied te ontwikkelen, waardoor het werk uitdagender wordt en meer voldoening geeft. Dit kan ook meer rust geven aan verpleegkundigen: ze hoeven niet meer alles te weten.

Verticale functiedifferentiatie

Het meest genoemde nadeel van verticale functiedifferentiatie is dat het ten koste zou kunnen gaan van de zorg aan het bed. De nieuwe persoon met een hogere functie zou te veel 'kantoorwerk' gaan doen.

Als er extra functies komen voor lager opgeleid personeel, dan verwachten verpleegkundigen nadelen voor patiënten. Voor patiënten is het niet duidelijk wie ze bepaalde vragen kunnen stellen, want verpleegkundigen en verzorgenden van alle functieniveaus hebben meestal dezelfde witte jas aan. Bovendien voert een verpleegkundige bij laag complexe zorg, zoals wassen, ook hoog complexe zorg uit, zoals observatie. Dat valt weg bij het inzetten van lager opgeleiden.

Verpleegkundigen zien ook nadelen van verticale functiedifferentiatie voor zichzelf. Meest genoemd worden uitholling van het beroep en onderlinge concurrentie en rivaliteit over taakverdeling en het hogere salaris terwijl anderen denken dezelfde kwaliteit te kunnen leveren. Een gevaar is volgens het panel van verpleegkundigen en verzorgenden ook dat de lager opgeleiden taken gaan doen waarvoor ze niet gekwalificeerd zijn. Dit moet voorkomen worden door taken goed gescheiden te houden.

Een voordeel van verticale functiedifferentiatie is de taakverschuiving die optreedt. Verpleegkundigen van het hoogste functieniveau kunnen meer complexe zorg gaan doen en ze kunnen zich meer bezig houden met coördinatie van zorg, terwijl verpleegkundigen zich richten op het uitvoeren van het primaire proces.

Een ander voordeel van verticale functiedifferentiatie is de verbetering van het loopbaanperspectief voor verpleegkundigen.

Het panel van verpleegkundigen en verzorgenden geeft aan dat door de nieuwe functies voor hoger opgeleide zorgverleners de kwaliteit van zorg is verbeterd. Het voordeel van nieuwe functies aan de onderkant is dat de verpleegkundige meer tijd heeft voor de patiënt, vooral als de lager opgeleiden de indirecte patiëntenzorg op zich nemen.

Patiënten zouden baat hebben bij lager opgeleiden als zij extra activiteiten kunnen ondernemen met patiënten.

De door ons geïnterviewde instellingen noemden de volgende positieve punten van verticale functiedifferentiatie aan de bovenkant:

- nieuwe ontwikkelingsmogelijkheden voor verpleegkundigen
- er kan meer ontwikkeld worden, bijvoorbeeld klinische paden, protocollen en richtlijnen
- er zijn minder leidinggevers nodig
- GVO en kwaliteit van zorg worden beter bewaakt
- er kan bezuinigd worden door een efficiëntere manier van werken

Beide ziekenhuizen zijn erg enthousiast over functiedifferentiatie en vinden het moeilijk om nadelen van functiedifferentiatie te benoemen. Uiteindelijk komen de volgende nadelen van verticale functiedifferentiatie boven tafel:

- er moet constant draagvlak gecreëerd worden voor functiedifferentiatie.
- gewone verpleegkundigen kunnen zich miskend voelen als ze niet in aanmerking komen voor een seniorfunctie
- als seniorverpleegkundigen veel activiteiten buiten de afdeling gaan verrichten kost het handen aan het bed

Binnen ziekenhuis Bronovo hebben wij aan de (leerling-) verpleegkundigen van de verschillende verpleegafdelingen gevraagd welke voor- en nadelen zij bij verticale functiedifferentiatie aan de bovenkant zagen. De volgende voor- en nadelen werden het meest genoemd.

Voordelen:

- kwaliteitsverbetering
- kwaliteitsbewaking
- continuïteit van zorg en beleid
- feedback optimaliseren
- loopbaanperspectief
- unithoofd heeft meer tijd voor organisatorische taken

Nadelen:

- uitholling van het verpleegkundige takenpakket
- afstand verpleegkundige – unithoofd
- overlapping nieuwe functie – unithoofd
- verwarring door nieuwe functie
- gevaar dat de seniorverpleegkundige op een eiland blijft zitten
- scheve gezichten op de werkvloer, wanneer iemand niet voor de nieuwe functie in aanmerking komt

Vooral het eerst genoemde nadeel leverde discussie op. Veel verpleegkundigen zijn bang dat functiedifferentiatie leidt tot taakgericht verplegen.

Taakgericht verplegen is een valkuil bij het werken met meerdere functieniveaus. Door patiënttoewijzing en door rekening te houden met de complexiteit van de zorgvraag en de deskundigheid van de medewerkers, moet dit voorkomen worden.

De verpleegkundige op het nieuwe (hogere) functieniveau blijft actief in het primaire proces.

1.3 Functiehuis

Alle functies in een organisatie vormen samen het functiehuis. Een goed functiehuis bestaat uit functies die op elkaar afgestemd zijn. Iedere functie is beschreven zodat iedereen weet wie welke taken moet doen, wat het doel hiervan is, welke beslissingsbevoegdheid en welke verantwoordelijkheden men heeft enz. Hetzelfde geldt voor de vereiste vaardigheden, kennis en ervaring. In een goed functiehuis haken alle functies op die manier op elkaar in. Wanneer er dan één functie verandert, heeft dit consequenties voor andere functies.

In een ziekenhuis bestaat het functiehuis uit onder andere medische, administratieve en andere functies. Zo ontstaat een functiehuis met diverse vleugels. Afhankelijk van de gelaagdheid en de hiërarchie in een ziekenhuis wordt het functiehuis meer een 'flatgebouw' met een aantal verdiepingen. Ieder ziekenhuis heeft een eigen functiehuis, met verschillend aantal lagen. Maar ook de inrichting is anders, want ieder ziekenhuis vervult functies op een specifieke manier in. De werkzaamheden die een afdelingsassistent bijvoorbeeld doet, kunnen per ziekenhuis verschillend zijn.

Binnen ziekenhuis Bronovo vindt er op dit moment een verschuiving van verantwoordelijkheden plaats vanwege nieuwe taakfunctieomschrijvingen van de managers zorg. De managers zorg gaan andere organisatorische en overkoepelende taken verrichten, waardoor (een deel van) hun taken op de schouders van de unithoofden komen te liggen. De unithoofden komen in de toekomst dan ook steeds meer van de afdeling af te werken. Hierdoor is er nu ruimte om te kijken welke taken en verantwoordelijkheden zijn weggelegd voor seniorverpleegkundigen als een mogelijkheid van verticale functiedifferentiatie aan de bovenkant.

1.3.1 Taakfunctieomschrijving

De begrippen functiebeschrijving, taakfunctieomschrijving, functieprofiel en competentieprofiel worden vaak door elkaar gebruikt. Binnen ziekenhuis Bronovo wordt de term taakfunctieomschrijving gebruikt. Een taakfunctieomschrijving (TFO) is bedoeld voor het maken van afspraken over en aansturen van het functioneren in praktijksituaties en voor het opstellen van opleidings-, loopbaan- en mobiliteitsplannen.

In de TFO staan de taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundigen. Dit wordt gebruikt voor functiewaardering.

TFO's zorgen er verder voor dat er meer duidelijkheid is in het onderscheid tussen de verschillende functies.

Het gaat bij functiedifferentiatie in de eerste plaats om het veranderen van de manier van werken. Dit brengt nieuwe TFO's met zich mee.

Alle ziekenhuizen hebben de afgelopen jaren het functiewaarderingssysteem *FWG 3.0* ingevoerd. Dit systeem voorziet in een standaard 'format' voor de beschrijving van functies. Een standaard functiebeschrijving op basis van FWG bestaat onder meer uit:

- de kern / het doel van de functie en de plaats in de organisatie (inclusief leiding geven en leiding ontvangen, in- en externe contacten, evt. organisatieschema);
- de functie-inhoud: taken / verantwoordelijkheden in hoofdlijnen en de uitwerking daarvan in activiteiten;
- de functie-eisen, meestal 'gezichtspunten' genoemd. Het zijn er negen:
 - o kennis (hieronder worden ook opleidingseisen begrepen);
 - o zelfstandigheid;
 - o sociale vaardigheden;
 - o risico's, verantwoordelijkheden en invloed;
 - o uitdrukkingsvaardigheid;
 - o bewegingsvaardigheid;
 - o oplettendheid;
 - o overige functie-eisen;
 - o inconvenianten.

Elk ziekenhuis heeft de vrijheid om elementen toe te voegen of aan te passen. Deze aanpassingen of toevoegingen hebben onder andere betrekking op het benadrukken van de resultaatgerichtheid door het benoemen van resultaatgebieden of resultaatindicatoren. In meer recent opgestelde functieprofielen worden ook vaak competentieprofielen toegevoegd, hoewel de FWG niet door

iedereen geschikt bevonden wordt om functies competentiegericht te beschrijven.

1.4 Conclusie

Functiedifferentiatie betekent het uitsplitsen van taken in nieuwe of vernieuwde functies.

Er zijn twee vormen van functiedifferentiatie. Bij horizontale functiedifferentiatie blijft het functieniveau gelijk en vindt er verdieping of specialisatie plaats. Bij verticale functiedifferentiatie komen er functies bij aan boven- of onderkant. Aan beide vormen van functiedifferentiatie kleven voor- en nadelen.

Verpleegkundigen in ziekenhuis Bronovo vinden uitholling van het beroep het grootste nadeel. Zij zijn bang om terug te gaan naar taakgericht verplegen.

Bij het opstellen van de TFO voor de nieuwe verpleegkundige functie moet hier rekening meegehouden worden. Verpleegkundigen van beide functieniveaus blijven actief in het primaire proces.

Functiedifferentiatie heeft invloed op het functiehuis. Voordat functiedifferentiatie ingevoerd kan worden moet duidelijk zijn waar de functie staat binnen het functiehuis. Ook de TFO moet vastgelegd worden, zodat er geen onduidelijkheid kan bestaan over taken, verantwoordelijkheden en inschaling.

Hoofdstuk 2: Implementatie van functiedifferentiatie

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven wij wat implementatie is en wat er in een implementatieplan beschreven moet worden. Ook gaan wij in op implementatie van functiedifferentiatie. Welke knelpunten zijn andere instellingen tegengekomen bij de implementatie? Wat heeft een positieve bijdrage geleverd aan de implementatie van functiedifferentiatie? Wij hebben literatuur- en praktijkonderzoek gedaan naar deze knelpunten en succesfactoren. Voor het praktijkonderzoek zijn wij bij het Langeland ziekenhuis in Zoetermeer en het Diaconessenhuis in Leiden geweest.

2.2 Implementeren

Implementeren kan omschreven worden als *'een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/ of veranderingen met een bewezen waarde, met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg'* (ZON, 1997).

Succesvol implementeren is een kunst op zich. Een succesvolle invoering van functiedifferentiatie binnen ziekenhuis Bronovo hangt af van de wijze waarop de implementatie plaats vindt.

In grote lijnen kunnen er twee benaderingen van implementatie onderscheiden worden: het rationele model en het participatiemodel (Van Woerkom, 1999). Bij de rationele benadering, ook wel blauwdruk- of ontwerpbenadering genoemd, wordt eerst een volledig ontwerp gemaakt van de organisatie (door experts) en vervolgens wordt het ontwerp geïmplementeerd. Bij het participatie- of ontwikkelmodel gaat men uit van een stapsgewijs proces van uitdenken, implementeren, beproeven en nader uitwerken, aanpassen en vervolmaken.

De keuze van een van beide of een mix van de modellen hangt af van de complexiteit van de verandering, de acuutheid van de verandering en het verandervermogen van een organisatie.

Zoals uit de omschrijving van implementatie door ZON (1997) al blijkt is implementeren een proces. Het implementatieproces bestaat uit drie kernactiviteiten: maken, leren en inpassen.

Maken betreft het ontwerpen van de verandering, de inhoud, de kwaliteit: de fysieke implementatie. Bij leren gaat het om het organiseren van betrokkenheid, het draagvlak, de acceptatie: de mentale implementatie. Bij het inpassen van de verandering tenslotte gaat het om het borgen, het verankeren van het resultaat: de structurele implementatie.

Pater e.a. (2001) benadrukken dat implementeren niet alleen het opleveren en 'invoeren' van concrete producten is, maar ook het zorgvuldig inpassen in de omgeving en het realiseren van de verandering 'tussen de oren' van iedereen die ermee te maken heeft.

De kans op een succesvolle implementatie van welk project dan ook heeft onder andere te maken met:

- duidelijke visie op het eindresultaat
- goede planning van het veranderingsproces
- adequaat projectmanagement
- heldere verantwoordelijkheden en bevoegdheden
- betrokkenheid van gebruikers
- betrokkenheid van management
- doelgroepspecifieke communicatie
- inbreng van gebruikers
- cultuur van de verandering
- samenwerking

Het implementatieplan

Succesvolle implementatie van veranderingen in de organisatie van zorg vraagt een goede voorbereiding en planning. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat men het beste op kleine schaal kan beginnen met het testen van het plan bij een gemotiveerde groep of afdeling.

Pater e.a. (2001) onderscheiden zeven centrale vragen die bij elke verandering van belang zijn. Deze vragen zijn:

1. Wat willen we bereiken? → resultaten.
2. Hoe krijgen we het voor elkaar? → plannen en sturen.
3. Hoe geven we het vorm? → ontwerpen en inrichten.
4. Hoe betrekken we iedereen erbij? → communiceren.
5. Hoe leren we er mee omgaan? → opleiden en trainen.
6. Hoe blijft het werken? → verankeren en verbeteren.
7. Wat levert het op? → afsluiten en evalueren

In een implementatieplan moet er antwoord gegeven worden op bovenstaande vragen.

2.3 Knelpunten en succesfactoren bij de implementatie van functiedifferentiatie

Om te achterhalen welke knelpunten en succesfactoren een rol spelen bij de implementatie van functiedifferentiatie hebben wij navraag gedaan naar de knelpunten en succesfactoren bij een tweetal ziekenhuizen (zie bijlage 3). Daarnaast hebben wij de onderzoeken over functiedifferentiatie van Van den Berg (2005) en Van Dam (2004) bestudeerd.

De medewerkers van de ziekenhuizen waar wij een bezoek aan gebracht hebben, noemden weerstand onder verpleegkundigen en het creëren van draagvlak als belangrijkste knelpunten. Een ziekenhuis gaf aan dat het verkrijgen van draagvlak een probleem blijft, ook al is functiedifferentiatie al langere tijd ingevoerd.

Een ander knelpunt is het ontbreken van randvoorwaarden zoals tijd en geschikte ruimte voor seniorverpleegkundigen. Als de randvoorwaarden niet goed zijn, dan kunnen seniorverpleegkundigen ook geen werk verrichten in hun nieuwe functie.

Een laatste belemmerende factor die werd genoemd was het verschil tussen afdelingen binnen een ziekenhuis. Dit valt vooral de leidinggevenden van de afdeling te verwijten, omdat zij niet alle seniorverpleegkundigen op dezelfde manier beoordelen en omdat de randvoorwaarden niet op alle afdelingen hetzelfde zijn.

Het was opvallend dat één ziekenhuis aangaf geen implementatieplan voor functiedifferentiatie gebruikt te hebben. Het ziekenhuis vond dit een bevorderende factor, omdat zo makkelijk kon worden ingespeeld op problemen die in de praktijk naar voren kwamen. Terwijl het andere ziekenhuis een plan van aanpak juist als een succesfactor zag, omdat er zo duidelijkheid is voor alle betrokken partijen over wat er van hen wordt verwacht. Bij een ziekenhuis was de projectleider tevens verantwoordelijk voor de inhoud van de scholing van seniorverpleegkundigen. Dit werd als prettig ervaren, omdat problemen uit de praktijk direct meegenomen konden worden in de scholing.

Van den Berg en Van Dam beschreven allebei knelpunten en succesfactoren van functiedifferentiatie. Ook hier kwamen weerstand en gebrek aan draagvlak naar voren. Hieronder worden de belangrijkste knelpunten, interventies en succesfactoren genoemd.

Draagvlak voor functiedifferentiatie

Gebrek aan draagvlak zorgt ervoor dat functiedifferentiatie niet of niet goed van de grond komt.

Er moet draagvlak zijn op uitvoerend, operationeel en strategisch niveau.

Op uitvoerend niveau kan er weerstand optreden, omdat er onder verpleegkundigen een gelijkheidscultuur heerst. Iedereen doet hetzelfde werk en krijgt hier hetzelfde voor betaald. Met functiedifferentiatie verandert deze cultuur.

Functietoewijzing tussen een verpleegkundige en een seniorverpleegkundige is bij veel ziekenhuizen een belemmerende factor. Mensen die al jaren als verpleegkundige werken, voelen zich automatisch een senior, maar dat zegt niet dat ze dat dan ook worden. Ook leeft onder verpleegkundigen het idee dat ze de mindere verpleegkundige zijn als ze geen senior worden en ze zijn bang dat hun werk gecontroleerd wordt. Als het onderscheid tussen de functie verpleegkundige en seniorverpleegkundige duidelijk is, dan zien verpleegkundigen makkelijker dat niet iedereen hetzelfde is.

Door het verschil in functies duidelijk te maken, door intensieve communicatie en door het betrekken van verpleegkundigen bij de invoering van functiedifferentiatie kan er meer draagvlak onder verpleegkundigen gecreëerd worden.

Draagvlak voor functiedifferentiatie op operationeel niveau is van groot belang. Als leidinggevenden niet achter de plannen voor functiedifferentiatie staan, dan werkt dat demotiverend voor de

verpleegkundigen van hun afdeling. Leidinggevendenden moeten bepalen of iemand wel of niet in aanmerking komt voor een functie als seniorverpleegkundige. Daarnaast kunnen leidinggevendenden betrokken worden bij de vormgeving van functiedifferentiatie.

Tot slot is er draagvlak nodig op strategisch niveau. Als de Raad van Bestuur niet achter de plannen staat van functiedifferentiatie, dan kunnen de randvoorwaarden niet gegarandeerd worden. Randvoorwaarden zoals opleiding en een toereikende begroting om functiedifferentiatie goed in te kunnen voeren ontbreken en er ontstaat tussen de afdelingen veel variatie wat betreft de functies en de functiewaardering. Door randvoorwaarden op te nemen in het beleid en door het beleid te verankeren op strategisch en operationeel niveau komt succesvolle implementatie van functiedifferentiatie een stap dichterbij.

Bij het creëren van draagvlak is communicatie het sleutelwoord. Het moet duidelijk zijn wat er met de komst van functiedifferentiatie allemaal gaat veranderen. Ook de medische en paramedische disciplines moeten hiervan op de hoogte gesteld worden. Communicatie vindt plaats via intranet, posters, het personeelsblad, nieuwsbrieven en evaluatierapporten. Verder kunnen er informatiebijeenkomsten gehouden worden waarbij geïnformeerd, gecommuniceerd en gediscussieerd wordt. Op verpleegafdelingen kan gecommuniceerd worden door individuele gesprekken, teambesprekingen en werkoverleggen.

Ontwikkelingen binnen de organisatie

Bezuinigingen, fusie of reorganisatie kunnen leiden tot het uit- of afstellen van functiedifferentiatie. De organisatie moet een nieuwe structuur krijgen en functiedifferentiatie moet hier op aangepast worden. Het duurt vaak lang voordat functiedifferentiatie weer opnieuw opgepakt wordt, omdat er andere prioriteiten zijn.

Inschaling

Veel instellingen vinden het lastig om de nieuwe functie van seniorverpleegkundige te waarderen. Seniorverpleegkundigen staan in de meeste ziekenhuizen overdag ingepland, zij kunnen in hun salaris achteruitgaan omdat ze de onregelmatigheidstoeslag missen. In de meeste ziekenhuizen is dit opgelost door seniorverpleegkundigen een salarisschaal omhoog te laten gaan. Functiedifferentiatie kost geld. Door budget vrij te maken voor het ontwikkelen en invoeren van functiedifferentiatie, worden de kosten voor onder andere opleiding voor de nieuwe functies opgevangen en wordt de voortgang van het traject bevorderd. Ook voor de invoering van het aantal medewerkers per functie op een afdeling is een toereikende begroting bevorderend. Om functiedifferentiatie budgettair neutraal in te kunnen voeren kan geprobeerd worden om functies aan de bovenkant van het functiehuis te compenseren met functies aan de onderkant van het functiehuis

Wijze van implementeren

Decentrale invoering van functiedifferentiatie leidt tot verschillen tussen afdelingen, bijvoorbeeld salarisverschillen en verschillen in functie-uitoefening. Bovendien belemmert het de verankering in de organisatie. Door bijvoorbeeld een stuurgroep functiedifferentiatie te installeren binnen de instelling kan functiedifferentiatie in het hele ziekenhuis op dezelfde wijze geïmplementeerd worden. Daarnaast kan de stuurgroep zorgen voor de vormgeving, opleiding en training van seniorverpleegkundigen. Leden van de stuurgroep kunnen o.a. medewerkers van PO&O, stafmedewerkers, managers zorg, leden uit de verpleegkundige adviesraad en leden uit de ondernemingsraad zijn. Het uitproberen van functiedifferentiatie in de vorm van een pilot kan helpen bij de vormgeving van functiedifferentiatie in de eigen instelling. Als functiedifferentiatie op kleine schaal wordt uitgetest, dan kunnen plannen nog makkelijk bijgesteld en aangepast worden. Nadeel is echter dat het een centrale aansturing belemmert.

Competenties van verpleegkundigen en leidinggevendenden.

Verpleegkundigen die langer op een afdeling werken, passen hun vaardigheden vaak aan de afdeling aan. Dit betekent dat competenties waar een verpleegkundige over zou moeten beschikken, zoals feedback geven en methodisch werken, zijn afgeleerd. Hierdoor beschikken niet alle verpleegkundigen meer over een bepaald basisniveau dat nodig is om functiedifferentiatie in te kunnen voeren. Verpleegkundigen die weinig inzicht hebben in hun eigen handelen of die hun eigen handelen overschatten zijn ook een belemmerende factor. Zij denken geschikt te zijn voor de functie van seniorverpleegkundige, maar beschikken niet over de juiste competenties.

Door seniorverpleegkundigen te selecteren op basis van competenties, wordt inzichtelijk gemaakt wat er van hen wordt verwacht.

Verpleegkundigen moeten inzien over welke competenties ze nog onvoldoende beschikken en waarin ze nog gecoacht of geschoold moeten worden om seniorverpleegkundige te worden.

Verpleegkundigen kunnen hun competenties inzichtelijk maken door bijvoorbeeld het portfolio, persoonlijke ontwikkelingsplannen en functieanalyses.

Door opleiding en training kunnen verpleegkundigen groeien naar een nieuwe functie als seniorverpleegkundige. Ze leren onder andere hoe ze verpleegkundigen kunnen coachen en hoe ze projecten kunnen uitvoeren en opzetten.

Voor de overige verpleegkundigen geldt dat het basisniveau op peil moet blijven, bijvoorbeeld door regelmatige scholing.

Als een leidinggevende over onvoldoende begeleidings- of coachingsvaardigheden beschikt of te weinig tijd heeft voor begeleiding en coaching, dan belemmert dit de invoering van functiedifferentiatie. Verpleegkundigen en seniorverpleegkundigen moeten begeleiding krijgen bij de invoering van functiedifferentiatie. Scholing in coaching, een management-ontwikkeltraject en theoretische scholing afgestemd op de processen die met functiedifferentiatie te maken hebben kunnen leidinggevendenden helpen om het proces van functiedifferentiatie beter te begeleiden. Ook begeleiding van leidinggevendenden door bijvoorbeeld mensen uit de stuurgroep kan hierbij helpen.

Verankering

Verankering van functiedifferentiatie in de organisatie wordt bevorderd door het betrekken van leidinggevendenden en verpleegkundigen bij de ontwikkeling van functiedifferentiatie.

De Raad van Bestuur is belangrijk bij de besluitvorming omtrent het beleid rondom functiedifferentiatie.

Als de Raad van Bestuur achter de plannen staat voor functiedifferentiatie is het mogelijk centrale kaders op te stellen en om randvoorwaarden voor de ontwikkeling mogelijk te maken.

Voor de verankering is het belangrijk dat de nieuwe functie regelmatig geëvalueerd en eventueel bijgesteld wordt.

2.4 Conclusie

Het implementeren van functiedifferentiatie is een complex proces. Voor het succesvol implementeren is het belangrijk dat er een duidelijke projectstructuur is, dat voor de betrokkenen duidelijk is welke functie zij hebben en dat er een goede planning is van de verschillende activiteiten.

Ondanks een goede planning kunnen er problemen of knelpunten optreden bij de implementatie van functiedifferentiatie.

Niet voor iedere belemmerende factor is een kant-en-klare oplossing. Het is wel duidelijk dat met scholing en opleiding een aantal problemen het hoofd geboden kan worden. Draagvlak op operationeel en strategisch niveau en communicatie met alle betrokkenen zijn belangrijke voorwaarden voor succesvolle implementatie en verankering van functiedifferentiatie.

Hoofdstuk 3: Functiedifferentiatie in ziekenhuis Bronovo

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven wij wat de ideeën zijn over functiedifferentiatie binnen ziekenhuis Bronovo. In 2005 heeft Marieke Mensink in het kader van haar differentiatie van de hbo-v onderzocht of functiedifferentiatie mogelijk was binnen ziekenhuis Bronovo. Met haar aanbevelingen zijn wij verder gegaan.

Wij hebben interviews gehouden met vier managers zorg en met 2 leden van de verpleegkundige adviesraad om hun opvatting over functiedifferentiatie te achterhalen (zie bijlage 3).

3.2 Functiedifferentiatie in ziekenhuis Bronovo; een nieuwe mogelijkheid of onmogelijk?

M. Mensink heeft vorig jaar in opdracht van de managers zorg onderzocht of er onder de verpleegkundigen behoefte is aan functiedifferentiatie in ziekenhuis Bronovo. Uit haar onderzoek is gebleken dat 71% van de verpleegkundigen positief tegenover functiedifferentiatie staat. Wel moet hierbij vermeld worden dat slechts 42 van de in totaal 179 verstuurdde enquêtes retour is gekomen. M. Mensink is van mening dat functiedifferentiatie in Ziekenhuis Bronovo van belang is om een goed personeels- en kwaliteitsbeleid te kunnen voeren.

Zij komt met de volgende aanbevelingen:

- Invoeren van verticale functiedifferentiatie: aan de onderkant meer taken voor de afdelingsassistenten en aan de bovenkant een functie voor verpleegkundigen die zich inzetten voor overstijgende taken zoals kwaliteitszorg.
- Functiedifferentiatie in de verpleegkundige functies niet op basis van opleidingsniveau, maar op basis van motivatie en interesses.
- Functiedifferentiatie mag geen handen aan het bed kosten. Het moet zo georganiseerd worden dat het meer handen aan het bed oplevert, bijvoorbeeld door innovatie en nieuwe technieken.
- De functies moeten duidelijk ingevuld worden, zodat voor iedereen duidelijk is wie welke taken en verantwoordelijkheden heeft.
- Geen functiedifferentiatie in de directe patiëntenzorg, zo blijft het werk voor alle verpleegkundigen uitdagend.

3.3 De managers zorg

De managers zorg zijn het erover eens dat er “iets” moet gebeuren met functiedifferentiatie binnen Ziekenhuis Bronovo. Twee van de managers noemen het zelfs noodzakelijk. Over de invulling van functiedifferentiatie verschillen de meningen wel. Er is één manager die iets voelt voor horizontale functiedifferentiatie in de vorm van aandachtsgebieden. Volgens deze manager zouden verpleegkundigen een ziektebeeld als aandachtsgebied moeten hebben om zo de kwaliteit van zorg per patiëntencategorie te verbeteren. Bovendien zou dit de kwaliteit van zorg ten goede komen, omdat deze verpleegkundigen zowel in de kliniek als op de polikliniek ingezet kunnen worden.

De overige managers zien meer in verticale functiedifferentiatie. Een seniorverpleegkundige moet een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg. Doordat het unithoofd minder op de afdeling gaat werken, zal zij ook een deel van de coördinatie van zorg op zich moeten nemen. De meeste managers zorg vinden dat elke seniorverpleegkundige een eigen aandachtsgebied moet hebben, bijvoorbeeld ARBO, GVO & preventie, kwaliteitszorg en werkbegeleiding & coaching. Een manager merkt op dat het verwarrend is om te spreken over aandachtsgebied, omdat er al met aandachtsgebieden wordt gewerkt, zoals transfer en decubitus. In feite wordt er gekozen voor een mix van verticale en horizontale functiedifferentiatie.

Bijna alle managers zorg benadrukken dat functiedifferentiatie niet mag lijden tot taakverarming van de afdelingsverpleegkundigen.

Verder vinden zij dat niet alleen hbo-verpleegkundigen in aanmerking komen voor de functie van seniorverpleegkundigen. Ook mbo- en A-verpleegkundigen moeten de kans krijgen om zich te ontwikkelen.

De managers zorg gaven aan het lastig te vinden om criteria te noemen waar een seniorverpleegkundige aan moet voldoen; als aan alle seniorverpleegkundigen maar dezelfde eisen

gesteld worden. Duidelijk is dat een seniorverpleegkundige tenminste 32 uur per week moet werken, omdat bij minder uren of de directe patiëntenzorg of de overstijgende taken in het gedrang komen. Er is nog verschil van mening over de werktijden die seniorverpleegkundigen zouden moeten krijgen. Als seniorverpleegkundigen alleen dagdiensten draaien, wordt de belasting op de overige teamleden te groot.

Een manager vindt dat de seniorverpleegkundige over de volgende competenties moet beschikken: overzicht en inzicht in de werkzaamheden, feedback geven en ontvangen, professionele houding.

Wij kunnen concluderen dat de managers zorg voorstander zijn van functiedifferentiatie. De meeste stemmen gaan op voor een combinatie van verticale en horizontale functiedifferentiatie. Dit zou betekenen dat er een nieuwe functie aan de bovenkant bij komt: de seniorverpleegkundige. Elke seniorverpleegkundige heeft een aantal resultaatgebieden waar zij verantwoordelijk voor is. Het aandachtsgebied voor verpleegkundigen blijft bestaan. Het is belangrijk dat er criteria komen waar een seniorverpleegkundige aan moet voldoen, zodat deze criteria voor elke afdeling hetzelfde zijn.

3.4 Verpleegkundige adviesraad

De Verpleegkundige adviesraad heeft nog geen inhoudelijk standpunt over functiedifferentiatie, hoewel het onderwerp al wel ter sprake is geweest.

De twee geïnterviewde leden van de VAR zijn er, net als de meeste managers zorg, voorstander van om een vorm van verticale en horizontale functiedifferentiatie in te voeren. De seniorverpleegkundigen zouden elk een eigen aandachtsgebied moeten hebben. Deze aandachts- of resultaatgebieden zouden in een addendum opgenomen kunnen worden in de taakfunctieomschrijving. Het is belangrijk om duidelijke criteria op te stellen voor seniorverpleegkundigen. Als seniorverpleegkundigen niet meer aan deze criteria kunnen voldoen, dan kunnen ze de functie niet blijven vervullen.

De twee geïnterviewde leden van de VAR vinden dat er een constructie bedacht moet worden om mbo-verpleegkundigen tijdelijk een kans te geven om te solliciteren voor de functie seniorverpleegkundige. Na een bepaalde termijn zouden alleen nog hbo-verpleegkundigen in aanmerking komen voor een seniorfunctie.

Voor hbo-verpleegkundigen zou geen aanvullende scholing nodig moeten zijn, ze zijn immers al goed opgeleid.

Tot slot raden de twee VAR-leden aan om ervoor te zorgen dat er zo min mogelijk verschillende TFO's zijn per afdeling. Dit om verwarring en overlapping te voorkomen.

3.5 Conclusie

Zoals M. Mensink vorig jaar al in haar aanbevelingen aangaf, moet de functie seniorverpleegkundige in ziekenhuis Bronovo ingevoerd gaan worden. De interviews met de managers zorg en de leden van de VAR bevestigen dit.

De managers zorg gaven aan dat de seniorverpleegkundige met een aandachtsgebied hun voorkeur heeft. Hoewel het woord aandachtsgebied wat verwarrend is. Beter is te spreken over resultaatgebied. De door ons geïnterviewde medewerkers van ziekenhuis Bronovo weten nog niet goed hoe de functie seniorverpleegkundige er inhoudelijk uit moet zien. De competenties die in een interview genoemd zijn (o.a. professionele houding, geven van feedback en overzicht en inzicht in de werkzaamheden) zijn zo algemeen dat zij voor elke verpleegkundige zouden moeten gelden, ongeacht het functieniveau van de verpleegkundige. Zij stellen wel dat een seniorverpleegkundige ten minste 32 uur per week moet werken. Mbo- en A-verpleegkundigen moeten, in ieder geval tijdelijk, in aanmerking komen voor de functie van seniorverpleegkundige. Ook mag de nieuwe verpleegkundige functie geen taakverarming van de bestaande verpleegkundige functies met zich meebrengen.

In het volgende hoofdstuk zullen wij kijken naar de taken, verantwoordelijkheden en competenties van seniorverpleegkundigen.

Hoofdstuk 4: De seniorverpleegkundige

4.1 Inleiding

Elk ziekenhuis geeft een andere invulling aan de functie van seniorverpleegkundige. Een aantal ziekenhuizen geeft zelfs een andere naam aan een soort gelijke functie bijvoorbeeld eerst verantwoordelijke verpleegkundige, zorgcoördinator of regieverpleegkundige. Maar, wat doet de seniorverpleegkundige in ziekenhuis Bronovo?

Wij zullen aan de hand van literatuuronderzoek beschrijven op welk niveau de functie seniorverpleegkundige gezien moet worden, welke taken de seniorverpleegkundige heeft en aan welke criteria een seniorverpleegkundige moet voldoen. We kijken ook hoe de functie in twee andere ziekenhuizen is ingevuld. Aan de hand hiervan zullen wij in hoofdstuk 6 ons voorstel voor de TFO voor seniorverpleegkundige schrijven.

4.2 Seniorverpleegkundigen

In ziekenhuizen waar de functie van seniorverpleegkundige is ingevoerd, wordt gewerkt met verpleegkundigen op twee functieniveaus (Van Dam, 2004 en Van den Berg, 2005). Op beide functieniveaus verrichten verpleegkundigen handelingen in het primaire proces. Daarnaast heeft de seniorverpleegkundige extra taken en verantwoordelijkheden, onder andere op het gebied van:

- GVO & preventie
- Kwaliteitsbeleid en zorgprogrammering
- Coaching en werkbegeleiding
- Beroepsinnovatie en deskundigheidsbevordering

Uit onderzoek door Van Dam (2003) blijkt dat de meeste ziekenhuizen, die functiedifferentiatie in willen voeren of ingevoerd hebben, de functie van seniorverpleegkundige zien als een functie op hbo-niveau. Dit betekent niet dat iedereen met een afgeronde hbo-opleiding automatisch in aanmerking komt voor een seniorfunctie. Ook A-verpleegkundigen of mbo-verpleegkundigen kunnen in aanmerking komen voor de functie seniorverpleegkundige. Het functieniveau is hierin belangrijker dan het kwalificatieniveau van de verpleegkundige. Het is mogelijk om de competenties die zij hebben verworven door werkervaring en opleiding te laten waarderen via een assessment. Aan de hand van het assessment kan worden beoordeeld of zij de functie seniorverpleegkundige kunnen vervullen en op welk gebied eventueel nog scholing gewenst is (VBOC en AVVV, 2006).

Voor ons voorstel voor de invulling van de functie van seniorverpleegkundige, hebben wij gekeken naar wat hier in de literatuur over te vinden is. Hiervoor hebben wij het rapport “Gekwalificeerd voor de toekomst” (ministeries OC&W en VWS, 1996) en het boek “Met het oog op de toekomst” (Pool, 2001) gebruikt. Uit de literatuur blijkt dat de meeste ziekenhuizen de competenties van hbo-verpleegkundigen gebruiken voor het opstellen van de criteria van seniorverpleegkundigen. Hieronder beschrijven we eerst een aantal algemene competenties waar hbo afgestudeerden over moeten beschikken. Daarna beschrijven we competenties voor de hbo-verpleegkundige die ook voor de functie van seniorverpleegkundige kunnen gelden. Dit doen wij aan de hand van de vijf verpleegkundige beroepsrollen: zorgverlener, regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar (Pool, 2001).

De algemene (hbo) competenties zijn (ministeries OC&W en VWS, 1996):

- Brede professionalisering. Het zelfstandig uitvoeren van taken, het functioneren binnen een arbeidsorganisatie en het zelfstandig uitoefenen van het beroep.
- (Multidisciplinaire) integratie. Het integreren van kennis, inzichten, houdingen en vaardigheden vanuit verschillende vakinhoudelijke disciplines in het kader van beroepsmatig handelen.
- Wetenschappelijke toepassing. Toepassen van relevante wetenschappelijke inzichten, theorieën en onderzoeksresultaten.
- Transfer en brede inzetbaarheid. Toepassen van kennis, inzichten en vaardigheden in uiteenlopende beroepssituaties.
- Creativiteit en complexiteit van handelen. Het kunnen handelen in complexe situaties waarop standaard procedures niet van toepassing zijn.

- Probleemgericht werken. Het op basis van relevante kennis zelfstandig definiëren en analyseren van complexe probleemsituaties. Het ontwikkelen, toepassen en evalueren van (nieuwe) oplossingsstrategieën.
- Methodisch en reflectief handelen. Het stellen van realistische doelen, plannen van werkzaamheden en het reflecteren op beroepsmatig handelen door het verzamelen en analyseren van relevante informatie.
- Sociaal communicatieve bekwaamheid. Het communiceren en samenwerken met anderen zodat voldaan wordt aan de eisen die het participeren in een arbeidsorganisatie stelt.
- Basiskwalificering voor managementfuncties. Het uitvoeren van eenvoudige leidinggevende en managementtaken.

Hieronder volgen de beroepsspecifieke competenties voor hbo-verpleegkundigen die voor seniorverpleegkundigen gehanteerd kunnen worden:

Zorgverlener

- Verlenen van verpleegkundige zorg in hoog complexe en/of niet standaard situaties
- Vervullen van voorbeeldfunctie in hoog complexe en/of niet standaard situaties
- Gebruiken van wetenschappelijk onderzoek/theorie (evidence based nursing)

Regisseur

- Coördineren van zorg in hoog complexe en/ of niet standaard situaties
- Patiënttoewijzing
- Continuïteit van zorg in hoog complexe en/ of niet standaard situaties
- Coördineren van patiëntenvoorlichting, GVO en preventie

Coach:

- Begeleiden, stimuleren en instrueren van collega's in alle fasen van het verpleegkundig proces
- Coördineren en bewaken van de kwaliteit van de werkbegeleiding
- Begeleiden van invoering van zorgprogrammering en verpleegbeleid
- Signaleren van deskundigheidskortoren en het bewaken van de deskundigheid van medewerkers
- Aanspreken van medewerkers op hun gedrag, corrigerend optreden, bevorderen en bewaken van het werkklimaat

Ontwerper:

- Toetsen van bestaande procedures, richtlijnen en protocollen.
- Signaleren van knelpunten op het gebied van kwaliteitszorg, verpleegbeleid, coaching en werkbegeleiding.
 - o Kwaliteitszorg: opstellen van kwaliteitscriteria, opstellen en toepassen van meetinstrumenten, formuleren van eisen voor een professionele en wetenschappelijk onderbouwde zorgverlening en interventies.
 - o Verpleegbeleid: werkprocessen, organisatievormen en bedrijfsvoering.
 - o Coaching en werkbegeleiding: geven van werkbegeleiding, consult verlenen aan collegae, stimuleren en motiveren van collegae bij invoering van veranderingen in de zorg en bevorderen van de deskundigheid door bijv. het geven van klinische lessen.
- Initiëren van oplossingen voor knelpunten op gebied van kwaliteitszorg, verpleegbeleid, coaching en werkbegeleiding.
- Implementeren van oplossingen voor knelpunten op het gebied van kwaliteitszorg, verpleegbeleid, coaching en werkbegeleiding.
- Realiseren van voorwaarden ten behoeve van beroepsontwikkeling, kwaliteitsbewaking, -beheersing en bevordering d.m.v. innovatie, coördinatie, verlenen van consult en het ontwikkelen van protocollen.
- Bevorderen van intercollegiale toetsing.

Beroepsbeoefenaar:

- Bevorderen van beroepsinnovatie en beroepsbewustzijn
- Bevorderen van de deskundigheid van verpleegkundigen op de afdeling (grens met coach)
- Vertalen van ontwikkelingen in het vakgebied naar de praktijk. Bijvoorbeeld deelname aan wetenschappelijk onderzoek, ethische commissies, VAR.

4.3 Seniorverpleegkundigen in andere ziekenhuizen

Wij hebben naast literatuuronderzoek ook gekeken wat de taken en verantwoordelijkheden zijn van seniorverpleegkundigen in twee ziekenhuizen. Ook deze ziekenhuizen hebben bij het opstellen van de TFO voor seniorverpleegkundigen gebruik gemaakt van de competenties van hbo-verpleegkundigen. Beide ziekenhuizen beschrijven de volgende resultaatgebieden voor senior- of niveau 5 verpleegkundigen:

- Uitvoeren en coördineren van de individuele verpleegkundige zorg
- Uitvoeren en coördineren van de collectieve verpleegkundige zorg
- Verlenen van (hoog) complexe zorg
- Initiëren en coördineren van voorwaarden ten behoeve van de kwaliteit van de uitvoering van het primaire proces (beroepsontwikkeling, kwaliteitsbewaking, -beheersing en bevordering, door bijvoorbeeld deel te nemen aan werkgroepen, commissies en uitvoeren van intercollegiale toetsing)
- Vervullen van voorbeeldrol en consultfunctie
- Uitvoeren van preventieve taken
- Begeleiden, behandelen, verzorgen, verplegen van patiënten
- Verrichten van administratie
- Begeleiden van leerling-verpleegkundigen, cursisten en stagiaires
- Beheren van middelen en materialen

De ziekenhuizen hebben bij het opstellen van de TFO's gebruik gemaakt van de vijf verpleegkundige rollen. In één ziekenhuis komen de vijf verpleegkundige rollen letterlijk in de TFO terug. Verder viel op dat in een ziekenhuis de (niveau 4) verpleegkundige de patientenzorg uitvoert onder supervisie van een senior- of niveau 5 verpleegkundige.

Zoals gezegd dient een seniorverpleegkundige over bepaalde competenties te beschikken. De meeste competenties worden op de hbo-v aangeleerd.

Verskillende opleidingsinstituten verzorgen scholing voor seniorverpleegkundigen.

Uit interviews met docenten van de Haagse Hogeschool en de Hogeschool Leiden, blijkt dat elk ziekenhuis andere eisen stelt aan de competenties van seniorverpleegkundigen en daarom ook aan de scholing. De meeste scholingen worden meestal incompany gegeven. Sommige ziekenhuizen bieden alle seniorverpleegkundigen hetzelfde scholingstraject aan. Andere ziekenhuizen kijken naar de competenties die een individuele seniorverpleegkundige nog moet ontwikkelen. Hier passen zij de scholing op aan.

In alle scholingen komen in ieder geval de volgende thema's terug:

- Regie van het primaire proces
- Kwaliteitszorg
- Werkbegeleiding en coaching

4.4 Seniorverpleegkundigen in ziekenhuis Bronovo

Wij hebben gekeken naar de taakfunctieomschrijving verpleegkundige en het Algemeen Eisenkader voor de Verpleegkundige Zorgverlening Ziekenhuis Bronovo (AEK ziekenhuis Bronovo, juni 2002), om te bepalen waar de seniorverpleegkundige zich in ziekenhuis Bronovo op moet richten.

Hieruit kunnen we opmaken dat er voor de seniorverpleegkundige geen specifieke taken zijn weggelegd in de rol van zorgverlener en regisseur. Dit komt doordat verpleegkundigen van beide functieniveaus hier dezelfde taken en verantwoordelijkheden hebben. Bovendien zijn ook de managers zorg en de verpleegkundigen van de verpleegafdelingen van mening dat er geen onderscheid in taken aan het bed gemaakt moet worden. Dit zou leiden tot taakverarming. Uit de interviews met de managers zorg kwam naar voren dat zij de volgende taken aan de seniorverpleegkundige willen toekennen met betrekking tot coördinatie van zorg, coaching van collega's en verbetering van de kwaliteit van het primaire proces.

Hoewel de managers zorg taken zien in de coördinatie van zorg, is dat volgens ons nu nog niet van toepassing. In de huidige situatie draagt het unithoofd zorg voor de coördinatie van zorg op de afdeling. Bij haar afwezigheid moet elke ingewerkte verpleegkundige kunnen waarnemen. Het is mogelijk dat de seniorverpleegkundige er op dit gebied in de toekomst toch taken bij krijgt, bijvoorbeeld als het unithoofd meer organisatorische/ management taken krijgt.

In ziekenhuis Bronovo moet de seniorverpleegkundige de rollen coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar vervullen.

4.5 Conclusie

De seniorverpleegkundige in ziekenhuis Bronovo moet op hbo werk- en denkniveau functioneren. Zij verricht naast taken in het primaire proces ook andere taken, namelijk op het gebied van kwaliteitsbeleid en zorgprogrammering, coaching en werkbegeleiding, beroepsinnovatie en deskundigheidsbevordering.

Een seniorverpleegkundige moet over verschillende competenties beschikken. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen algemene competenties en beroepsspecifieke competenties. In de literatuur worden de beroepsspecifieke competenties geordend aan de hand van de vijf verpleegkundige rollen. Deze competenties gebruiken wij bij het opstellen van de criteria voor seniorverpleegkundige (zie hoofdstuk 6).

Competenties die nog niet voldoende ontwikkeld zijn kunnen door middel van scholing verder ontwikkeld worden. Ziekenhuizen kunnen ervoor kiezen alle seniorverpleegkundigen op dezelfde wijze op te leiden of om seniorverpleegkundigen alleen te scholen in competenties die nog niet (voldoende) aanwezig zijn. Wij stellen voor alleen te scholen in competenties die nog niet (voldoende) aanwezig zijn, omdat dit kostenbesparend zal zijn.

Hoofdstuk 5: Kosten en baten van functiedifferentiatie

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven wij de kosten en baten voor de invoering van de functie seniorverpleegkundige.

Wij hebben hiervoor interviews afgenomen in 2 ziekenhuizen en op een hogeschool (zie bijlage 3). Daarnaast hebben wij informatie verkregen uit literatuurstudie.

5.2 Kosten

Allereerst worden de kosten besproken die het invoeren van een seniorverpleegkundige met zich meebrengt. Deze kosten hebben we verdeeld onder de volgende kopjes: scholingskosten, stuur- en klankbordgroep, salariering en “handen aan het bed”.

Scholingskosten: verschillende Hogescholen en andere instellingen, bijv. Haagse Hogeschool, Hogeschool Leiden en Transfergroep Rotterdam, bieden scholingen aan voor senioren. Ervaring, vanuit de Hogeschool Leiden, leert dat er bij functiedifferentiatie vooral behoefte is aan de scholing in de rollen van coach en ontwerper.

Hiervoor worden verschillende scholingen aangeboden. Sommige scholen/ instellingen bieden losse modules aan. Andere scholingen bieden een heel traject aan, waarin alle rollen die de seniorverpleegkundige moet vervullen, zijn verwerkt.

Wanneer we een globale schatting maken komen de kosten uit tussen de €30.000-, en €38.000-. Dit zijn de kosten voor 8 tot 10 deelnemers die geschoold worden in alle rollen. De scholing duurt ongeveer een jaar, waarvan een dag per twee weken les gevolgd wordt.

De kosten kunnen hoger of lager uitvallen, afhankelijk van modules/rollen die verpleegkundigen nog moeten volgen. Ook het doorbetalen van het salaris tijdens een schooldag is van invloed op de kosten.

Stuurgroep en Klankbordgroep: Voor de implementatie van functiedifferentiatie zullen er groepen worden samengesteld die zich hiermee gaan bezighouden. Hierbij kan gedacht worden aan een klankbordgroep en stuurgroep. De tijd die de leden van de stuurgroep en klankbordgroep aan de implementatie besteden kan in geld worden uitgedrukt.

Salariering: De seniorverpleegkundige krijgt extra taken en verantwoordelijkheden ten opzichte van verpleegkundigen. De functie zal gewogen moeten worden. Als de functie hoger gewaardeerd wordt, dan zal hier ook een salarisverhoging aan vastzitten.

De kosten zijn ook afhankelijk van het aantal seniors dat ingezet wordt op een afdeling. In de meeste ziekenhuizen werken er tenminste 2 seniorverpleegkundigen per afdeling.

Handen aan het bed: Het uitgangspunt bij de invoering van een senior is dat het geen “handen aan het bed” mag kosten. Wel is het zo dat er tijd vrij gemaakt moet worden, zodat een senior haar specifieke taken kan vervullen. Uiteindelijk zal zij dus minder in de zorg werkzaam zijn. Naar verwachting zal haar werk buiten de afdeling er toe leiden dat de invoering uiteindelijk formatieneutraal gebeurt.

5.3 Baten

Invoering van de functie seniorverpleegkundige levert voordelen op voor de patiënten, de organisatie en het personeel.

Patiëntenzorg

- Verbetering van de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld GVO & preventie worden beter bewaakt, richtlijnen, werkprocessen worden getoetst en zonodig verbeterd en klinische paden kunnen ontwikkeld worden.
- Grotere patiënttevredenheid. Uit onderzoek in o.a. het diaconessenhuis in Leiden blijkt dat de patiënten meer tevreden zijn over de kwaliteit van zorg.

Organisatie

- Behoud van hbo-v'ers: Doordat er beter aangesloten wordt bij de competenties van hbo-verpleegkundigen kunnen zij hun competenties beter te benutten. Hierdoor zullen zij langer binnen het ziekenhuis blijven werken.
- Toename binding van personeel aan de organisatie: Door betere carrièremogelijkheden zullen verpleegkundigen langer werkzaam blijven binnen de organisatie (Van Dam, 2003).
- Unithoofden kunnen met de komst van seniorverpleegkundigen zich meer wijden aan de managementtaken. De seniorverpleegkundige kan dan de inhoudelijke taken overnemen, zoals het coördineren van zorg en het bewaken van kwaliteit etc.
- Efficiënte personeelsinzet: De bedrijfsvoering kan meer efficiënt worden uitgevoerd, omdat verpleegkundigen gericht worden ingezet in het zorgproces. Een senior zal ingezet worden op die aspecten van het zorgproces waarbij een beroep wordt gedaan op haar competenties (Van Dam, 2003).
- Marktpositie: Door het leveren van goede kwaliteit van zorg kan een ziekenhuis zich profileren. Ziekenhuis Bronovo maakt dit inzichtelijk met behulp van o.a. de prestatie-indicatoren.

Personeel

- Meer carrièremogelijkheden en meer loopbaanperspectief. (Wijnen, 2004).
- Beloning van verpleegkundigen die extra taken en verantwoordelijkheden vervullen (ziekenhuis Gelderse Vallei, 2005).
- Grotere werktevredenheid onder verpleegkundigen, waardoor het ziekteverzuim mogelijk zal dalen.

5.4 Conclusie

Het invoeren van de functie seniorverpleegkundige kost geld, maar levert ook veel op. Er moet geïnvesteerd worden in scholing, het implementeren van de functie en de (aanstaande) seniorverpleegkundigen. Door het personeel efficiënt in te zetten kan de functie seniorverpleegkundige formatieneutraal ingevoerd worden. De grootste winst is de verbetering van de kwaliteit van zorg. Dit is een voordeel voor patiënt, organisatie en personeel.

Hoofdstuk 6: Voorstel voor de functie seniorverpleegkundige

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk doen wij een voorstel voor de invulling van de functie seniorverpleegkundige en de implementatie van deze functie.

Wij zullen eerst kort onze conclusies bespreken.

De taken en verantwoordelijkheden van de seniorverpleegkundigen, die wij hierna omschrijven, zijn een aanvulling op de taakfunctieomschrijving voor verpleegkundigen in ziekenhuis Bronovo. Wij hebben de taken en verantwoordelijkheden uitgewerkt in resultaatgebieden. Tot slot hebben wij in ons implementatieplan acties beschreven die moeten worden uitgevoerd om tot een succesvolle implementatie van de functie seniorverpleegkundige te komen.

6.2 Conclusies

Wij adviseren om de functie seniorverpleegkundige in te voeren binnen ziekenhuis Bronovo, dit zal ten goede komen aan de kwaliteit van zorg.

Het leveren van goede kwaliteit wordt steeds belangrijker, aangezien er meer marktwerking in de zorg komt. Door het leveren van goede kwaliteit kan ziekenhuis Bronovo zich onderscheiden van andere ziekenhuizen. Bijvoorbeeld door het vaststellen van klinische paden verbetert de kwaliteit en wordt de zorg efficiënter ingericht.

Wij zijn van mening dat alle verpleegkundigen in aanmerking kunnen komen voor de functie seniorverpleegkundige. Zij moet echter beschikken over hbo werk- en denkniveau. De seniorverpleegkundige werkt actief mee in het primaire proces. Daarnaast vervult zij taken in de rol van coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar. Van de seniorverpleegkundige wordt verwacht dat zij over de nodige praktijkervaring en zelfstandigheid beschikt. Om alle taken goed te kunnen vervullen dient de seniorverpleegkundige minstens 32 uur per week te werken. Wij adviseren om minstens 2 seniorverpleegkundigen per volledig bezette afdeling (42 bedden) aan te stellen.

De seniorverpleegkundige dient in een jaarverslag verantwoording af te leggen aan het unithoofd en de manager zorg. Bovendien houdt zij haar collega's regelmatig op de hoogte over haar werkzaamheden, om inzichtelijk te maken wat zij precies doet. Hiermee creëert zij draagvlak voor haar functie.

Voor het invoeren van de functie seniorverpleegkundige zijn de volgende punten van belang: een goed implementatieplan, een duidelijke invoerstructuur, draagvlak/ communicatie en evaluatie.

- In de eerste plaats moeten de managers zorg en de Raad van Bestuur goedkeuring geven voor het invoeren van de functie. Als er geen goedkeuring is, dan kunnen randvoorwaarden niet gegarandeerd worden en zal de functie niet goed van de grond komen. Randvoorwaarden zijn toereikende begroting, scholing en planning van het personeel.
De managers zorg zijn er verantwoordelijk voor dat de implementatie- en scholingskosten voor de nieuwe functie opgenomen worden in de begroting.
- In de tweede plaats moet er een stuurgroep aangesteld worden door de managers zorg. De stuurgroep zorgt voor centrale invoering van de functie, werving, selectie en scholing van seniorverpleegkundigen. De functie moet centraal ingevoerd worden, zodat er geen verschil tussen afdelingen ontstaat in taken, verantwoordelijkheden en/of salaris.
De stuurgroep bestaat uit afgevaardigden van PO&O, managers zorg, unithoofden en VAR, zodat verschillende lagen uit de organisatie vertegenwoordigd zijn. Binnen de stuurgroep moeten de volgende taken verdeeld worden: uitwerken taakfunctieomschrijving, werving en selectie van seniorverpleegkundigen, opstellen scholingsprogramma en opstellen communicatie- en voorlichtingsplan.
- De taakfunctieomschrijving en bijbehorende functieschaal moeten vastgesteld worden, zodat seniorverpleegkundigen aangesproken kunnen worden op hun taken en verantwoordelijkheden.
- Seniorverpleegkundigen moeten geselecteerd worden op basis van de competenties uit de taakfunctieomschrijving. Dit gebeurt door middel van assessment.
- Seniorverpleegkundigen moeten geschoold worden in de competenties die zij nog niet (volledig) beheersen. Het is kostenbesparend als er gekozen wordt voor een individueel scholingstraject.

Seniorverpleegkundigen hoeven dan geen scholing te volgen in competenties die zij al beheersen. Hogeschool Leiden en Transfergroep Rotterdam bieden hiervoor een geschikte scholing aan.

- Het is belangrijk een goed communicatie- en voorlichtingsplan te hebben over de nieuwe functie. Dit zal de invoer vergemakkelijken en het draagvlak voor de functie vergroten.
- Een jaar na invoering moet de stuurgroep de functie seniorverpleegkundige evalueren. Knelpunten kunnen zo vastgesteld worden en de functie kan eventueel worden aangepast.

6.3 Aanvullende TFO seniorverpleegkundige

Doel van de dienst/ afdeling:

Het bieden van kwalitatief hoogwaardige zorg, gericht op de individuele patiënt, in een sfeer die voor medewerkers enthousiasmerend is en waarbij op basis van vertrouwen en respect wordt samengewerkt.

Doel van de functie:

Het uitvoeren, organiseren en coördineren van het verpleegproces. Het realiseren van randvoorwaarden ten behoeve van de uitvoering van het primaire proces (beroepsontwikkeling, kwaliteitsbewaking, -beheersing en –bevordering) en coachen van collega-verpleegkundigen.

Plaats in de organisatie:

De seniorverpleegkundige ontvangt hiërarchische leiding van de manager zorg. Functioneel ontvangt de seniorverpleegkundige overdag leiding van het unithoofd.

In de avond- en nachturen is de verpleegkundige verantwoordelijk op de afdeling, waarbij teruggevallen kan worden op het avondhoofd/ nachthoofd.

Contacten intern en extern:

Intern: patiënten, unithoofd, verpleegkundigen, leerlingverpleegkundigen, stagiaires, medisch-specialisten, arts-assistenten, co-assistenten, praktijkopleider/ praktijkbegeleider, paramedici, pastoraat, apotheek, facilitaire dienst.

Extern: familie/ bezoek, thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, ziekenhuizen en andere zorgverlenende instanties.

Resultaatgebieden:

- Coachen van collega-verpleegkundigen en het geven van werkbegeleiding aan leerlingverpleegkundigen en stagiaires.
- Initiëren en coördineren van voorwaarden t.b.v. de kwaliteit van de uitvoering van het primaire proces (beroepsontwikkeling, kwaliteitsbewaking, -beheersing en –bevordering).

Uitwerking van de resultaatgebieden

1. Coachen van collega-verpleegkundigen en het geven van werkbegeleiding aan leerlingverpleegkundigen en stagiaires.

Rol: coach en beroepsbeoefenaar

- Verleent consult, begeleidt en instrueert verpleegkundigen, leerlingverpleegkundigen en stagiaires.
- Stimuleert en motiveert collegae bij invoeren van verbeteringen in de zorg.
- Draagt mede zorg voor een krachtige leeromgeving.
- Signaleert deskundigheidskorten en bewaakt de deskundigheid in het verpleegkundig vakgebied van collega-verpleegkundigen.

Resultaat:

De werkbegeleiding wordt gegeven volgens richtlijnen en is afgestemd op het individuele leerproces. De collegae zijn geïnstrueerd bij het plannen, uitvoeren, evalueren en bijstellen van de verpleegkundige zorg.

Het deskundigheidsniveau van de (leerling-) verpleegkundigen is bewaakt.

2. Initiëren en coördineren van voorwaarden ten behoeve van de kwaliteit van de uitvoering van het primaire proces (beroepsontwikkeling, kwaliteitsbewaking, -beheersing en –bevordering).

Rol: ontwerper

- Toetst of de individuele patiëntenzorg volgens de stappen van het verpleegproces is uitgevoerd en vastgelegd.
- Signaleert knelpunten in het vakgebied: kwaliteitszorg, verpleegbeleid, coaching en werkbegeleiding.
- Initieert oplossingen voor knelpunten in het vakgebied: kwaliteitszorg, verpleegbeleid, coaching en werkbegeleiding.
- Implementeert oplossingen voor knelpunten in het vakgebied: kwaliteitszorg, verpleegbeleid, coaching en werkbegeleiding.
- Realiseert voorwaarden ten behoeve van beroepsontwikkeling, kwaliteitsbewaking, -beheersing en -bevordering d.m.v. innovatie, coördinatie, verlenen van consult en het ontwikkelen van protocollen.
- Bevordert intercollegiale toetsing.

Resultaat:

Voorwaarden zijn volgens richtlijnen gerealiseerd ten behoeve van beroepsontwikkeling, kwaliteitsbewaking, -beheersing en –bevordering.

De kwaliteit van de patiëntenzorg is volgens richtlijnen bewaakt.

De kwaliteit van de patiëntenzorg is bevorderd door middel van intercollegiale toetsing, controle op de verpleegkundige verslaglegging en de uitwerking van de verbeterprojecten.

Functie-eisen, vaardigheden en verantwoordelijkheden

Kennis:

- Diploma verpleegkundige (Verpleegkundige A, mbo-verpleegkunde of hbo-verpleegkunde) en hbo werk- en denkniveau.
- Beschikt over zowel beroepsspecifieke als beroepsonafhankelijke competenties, die toegepast kunnen worden in uiteenlopende en overstijgende situaties.

Zelfstandigheid:

- Lost zelfstandig niet-alledaagse problemen in het verpleegproces en processen van de afdeling op.
- Legt verantwoording af aan manager zorg en unithoofd middels jaarplan met activiteiten

Risico's en verantwoordelijkheden:

- Neemt maatregelen om beroepsmatig handelen en gedrag te verbeteren en stelt hiervoor criteria op.
- Is verantwoordelijk voor het aangeven van de grenzen van de eigen professionele mogelijkheden en het handelen ten aanzien van de eigen competentie en verantwoordelijkheid.
- Is (mede-) verantwoordelijk voor aspecten van kwaliteitszorg
- Is (mede-) verantwoordelijk voor het scheppen van voorwaarden ten behoeve van het verbeteren van de kwaliteit van de patiëntenzorg.
- Is (mede-) verantwoordelijk voor de begeleiding en instructie van (leerling-)verpleegkundigen en stagiaires.
- Is verantwoordelijk voor het communiceren over haar werkzaamheden (naast de directe patiëntenzorg) op de afdeling.

Uitdrukkingsvaardigheid

- Goede mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid is vereist voor het formuleren van protocollen, verbeterprojecten en rapportages en voor het adviseren van collegae in alle fasen van het verpleegkundig proces.

Overige eisen:

- Werkt ten minste 32 uur per week.
- Volgt individueel scholingstraject.

6.4 Implementatieplan

	Actie	wanneer
1.	Managers zorg en Raad van Bestuur accorderen invoeren van de functie seniorverpleegkundige.	September 2006
2.	Managers zorg installeren stuurgroep bestaande uit afgevaardigden van PO&O, managers zorg, unithoofden voor centrale invoering van de functie seniorverpleegkundige.	Oktober 2006
3.	Managers zorg stellen (per cluster) de begroting vast voor invoering van de functie seniorverpleegkundige	November 2006
4.	Stuurgroep stelt werkgroepen in voor uitwerken TFO, werving selectie, scholingsprogramma, communicatie en PR	November 2006
5.	Stuurgroep stelt in overleg met managers zorg en PO&O taakfunctieomschrijving en bijbehorende functieschaal voor seniorverpleegkundige vast . Zij raadplegen hierbij de instelling die de scholing voor seniorverpleegkundigen zal gaan verzorgen.	Maart 2007
6	Afdeling PO&O en manager zorg of unithoofd werven en selecteren seniorverpleegkundigen op basis van assessment.	September 2007
7.	De werkgroep communicatie en PR houdt de afdelingen op de hoogte over de vorderingen van de implementatie en de invulling van de functie via weekberichten en Bronovo-Nebo kontakt.	September 2006 tot Januari 2009
8.	Seniorverpleegkundigen starten op de afdeling	Januari 2008
9.	Seniorverpleegkundigen starten met de scholing in de competenties die nog niet voldoende ontwikkeld zijn.	Januari 2008
10.	Stuurgroep evalueert de functie seniorverpleegkundige en stelt deze zo nodig bij.	November 2008 tot Januari 2009

Literatuur

Becker, F. en Nijhuis, C. (2005): *Functiedifferentiatie: Verpleging in beweging*. Utrecht: Lemma BV

Van den Berg, A.J. (2005): *Zorg op Orde: een kwalitatief onderzoek naar de implementatie van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging bij 14 ziekenhuizen in Nederland*. Utrecht: LEVV

Commissie Kwalificatiestructuur (1996): *Gekwalificeerd voor de toekomst. Kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en Verzorging*.

Eindrapport Commissie Kwalificatiestructuur. Zoetermeer: Ministerie van OCenW / Rijswijk; Ministerie van VWS.

Van Dam, E., Kraayvanger, G., & Hövels, B. (2004): *Het slagen en falen van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging*. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt.

Grol, R. en Wensing, M. (2001): *Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Mensink, M. (2005): *Functiedifferentiatie in Ziekenhuis Bronovo; een nieuwe mogelijkheid óf onmogelijk?!* Den Haag: Ziekenhuis Bronovo

Pool, A., C.Pool-Tromp, F. Veltman-van Vugt en S. Vogel (2001): *Met het oog op de toekomst*. Utrecht: NIZW.

Taminiau, F. en De Boer, P. (2004): *De positie van de hbo-verpleegkundige binnen de algemene ziekenhuizen*. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn.

Vakbladen

De Veer, A.J.E. en Francke, A.L. (2003): Voor- en nadelen van functiedifferentiatie nader bekeken, Tijdschrift voor verpleegkundigen nr. 1.

De Veer, A.J.E., Francke, A.L. en Poortvliet, E.P. (2003): Betere kwaliteit van zorg met horizontale functiedifferentiatie, Tijdschrift voor verpleegkundigen nr. 3.

De Veer, A.J.E., Francke, A.L. en Poortvliet, E.P. (2003): Meedenken over functiedifferentiatie, Tijdschrift voor Verpleegkundigen, nr. 4.

De Veer, A.J.E., Francke, A.L. en Poortvliet, E.P. (2004): Functiedifferentiatie binnen de verzorging, Verpleegkunde nr. 2.

Van Dam, E. (2004): Functiedifferentiatie in Nederlandse ziekenhuizen, Tijdschrift voor verpleegkundigen nr. 5

Wijnen, T. (2004): Implementatie van functiedifferentiatie, Tijdschrift voor verpleegkundigen, nr. 9.

Internetsites

- www.nvicz.nl
- www.hsleiden.nl
- www.functiedifferentiatie.nl
- www.transfergroep.nl
- www.umc.nl

Overige bronnen

Dynamiek in de (poli) kliniek: Informatiekrant functiedifferentiatie, Ziekenhuis Gelderse Vallei (2006)

Functiebeschrijving verpleegkundige niveau 4, Langeland Ziekenhuis, Zoetermeer (2005)

Functiebeschrijving verpleegkundige niveau 5, Langeland Ziekenhuis, Zoetermeer (2005)

Functiebeschrijving seniorverpleegkundige, Langeland Ziekenhuis, Zoetermeer (2005)

Functiebeschrijving seniorverpleegkundige, Diaconessenhuis, Leiden (2004)

Taakfunctieomschrijving verpleegkundige, Ziekenhuis Bronovo, Den Haag (2001)

Bijlagen

Bijlage 1	Projectopdracht
Bijlage 2	interviewvragen
Bijlage 3	uitwerking interviews

Bijlage 1: Projectopdracht

PROJECTFORMULIER KWALITEITSPROJECT ZIEKENHUIS BRONOVO

Projectnaam	'Op weg naar functiedifferentiatie'
Aanleiding	Door de invoering van twee kwalificatieniveaus, namelijk mbo- en hbo-v zijn er in de praktijk veel vragen ontstaan. Vooral wat de meerwaarde van het ene niveau is ten opzichte van het andere. Functiedifferentiatie biedt mogelijkheden om de competenties van de twee kwalificatieniveaus optimaal te benutten. Functiedifferentiatie heeft in een aantal ziekenhuizen geleid tot verbetering van loopbaanperspectief en verbetering van de kwaliteit van zorg. Hiernaast heeft het afstudeerproject van M. Mensink ook aanleiding gegeven tot de start van dit project. Zij heeft onderzocht of er draagvlak voor functiedifferentiatie was onder de verpleegkundigen. Het invoeren van verticale functiedifferentiatie was één van haar aanbevelingen.
Probleemstelling	Vraagstelling: Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren bij de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie in de verpleging en waarom zijn ze van belang bij de ontwikkeling en invoering? Hoe is <i>functiedifferentiatie</i> in te vullen binnen Ziekenhuis Bronovo?
Doelstelling	De beantwoording van de probleemstelling heeft tot doel het ontwikkelen van een implementatieplan voor het invoeren van functiedifferentiatie op de verpleegafdelingen.
Gewenst resultaat	Het opstellen van een onderzoeksrapport over functiedifferentiatie. Naar aanleiding van het onderzoek wordt er een implementatieplan en een taakfunctieomschrijving geschreven.
Aandachtspunten	- Plan van aanpak - Interviews - Kosten- en batenanalyse - Onderzoeksrapport met conclusies en aanbevelingen - Verslag van onderzoek naar weerstanden - Verslag over gesprekken met verpleegkundigen over weerstand - Implementatieplan - Aanvullende taakfunctieomschrijving seniorverpleegkundige - Presentatie
Opdrachtgever	Management Klinische Zorg Bronovo S.Booij/B.Leffers
Projectleiding	Onder de projectleider noemen wij de personen die ons begeleiden en feedback geven. - M. Paardekoper, stafmedewerker zorg - B. Ubbink, praktijkopleider - J. Damoiseaux, docent HHS - I. Lohman, docent HSL
Projectleden	Sosja van Sluis Heleen ten Teije Bernadette Taal
Tijdpad	Startdatum: 1 januari 2006 Einddatum: 1 juni 2006

Bijlage 2: Interviewvragen

Interviewvragen aan managers zorg

- Hoe staat u tegenover functiedifferentiatie? Waarom zou u het wel/ niet invoeren?
- Wat zijn volgens u de voordelen van functiedifferentiatie? En wat zijn de nadelen?
- Welke vorm van functiedifferentiatie geniet uw voorkeur? Waarom?
- Hoeveel seniorverpleegkundigen zouden er volgens u per afdeling moeten komen?
- Welke knelpunten verwacht u bij de invoering van functiedifferentiatie? Hoe zou u daarmee omgaan?
- Bent u bereid budget vrij te maken voor de invoering van functiedifferentiatie?
- Heeft u nog tips/ adviezen?

Interviewvragen externe deskundigen

Vragen over functiedifferentiatie in het ziekenhuis

- Hoe bent u betrokken geweest bij functiedifferentiatie?
- Wat wilde u (de instelling) bereiken met de invoering van functiedifferentiatie?
- Welke vorm van functiedifferentiatie is ingevoerd in uw ziekenhuis?
- Welke functieniveaus worden onderscheiden op de verpleegafdelingen?
Zijn er nieuwe functies ontstaan als gevolg van de invoering van functiedifferentiatie?
- Wat zijn de verschillen in de taakfunctieomschrijving tussen de verschillende functieniveaus?
- Wie komen er in aanmerking voor de senior-functies?

Vragen over de invoering van functiedifferentiatie

- Hoe is functiedifferentiatie ingevoerd binnen uw ziekenhuis?
- Met welke knelpunten kregen jullie te maken voor de invoering van functiedifferentiatie?
- Met welke knelpunten kregen jullie te maken tijdens de invoering van functiedifferentiatie?
- Met welke knelpunten kregen jullie te maken na de invoering van functiedifferentiatie?
- Was er veel weerstand onder de verpleegkundigen? Hoe gingen jullie daarmee om?
- Welke factoren hebben bijgedragen aan een succesvolle implementatie van functiedifferentiatie?

Afronding

- Wat heeft functiedifferentiatie u opgeleverd?
(denk aan kwaliteit van zorg, loopbaanperspectief, personeelsverloop)
- Wat heeft functiedifferentiatie u gekost?
(letterlijk: welke kosten waren gemoeid met de in- en uitvoering van functiedifferentiatie)
(figuurlijk: heeft het bijv. handen aan het bed gekost?)
- Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van functiedifferentiatie?
- Heeft u met de invoering van functiedifferentiatie uw doel bereikt?
- Heeft u nog tips/ adviezen?

Bijlage 3: Uitwerking Interviews

Hieronder volgen de interviews die wij gehouden hebben met de verpleegkundig managers, de VAR, Ria Havekes van Hogeschool Leiden, Norbert Huijter van de Haagse Hogeschool en N. Hollemans uit het Langeland ziekenhuis.

Interview Sybe Booij, verpleegkundig manager

Op donderdag 23 maart rond 16.30 uur vond er een interview plaats met S. Booij: zorgmanager cluster 1. Door middel van dit interview wilden wij erachter komen hoe S. Booij tegenover functiedifferentiatie staat en hoe hij dit wil invullen op zijn afdelingen.

Keuze voor functiedifferentiatie

S. Booij staat positief tegenover functiedifferentiatie. Hij geeft aan dat hij benieuwd is naar onze aanbevelingen. Het is een actuele ontwikkeling en het is belangrijk om hiervoor de mogelijkheden voor ziekenhuis Bronovo te onderzoeken.

S. Booij is van mening dat functiedifferentiatie meer loopbaanperspectief biedt voor verpleegkundigen.

S. Booij denkt dat door invoering van verticale functiedifferentiatie seniorverpleegkundigen taken ontnemen van verpleegkundigen. De werkzaamheden die de verpleegkundigen verrichten wordt hierdoor beperkt.

Bij een seniorverpleegkundige bijvoorbeeld zal er een onderscheid gemaakt worden tussen een uitvoerende en een beleidsmakende verpleegkundige, denkt S. Booij. Hypothetisch gezien zullen de senioren zich distantiëren van de andere verpleegkundigen.

Wanneer je taken weg haalt bijvoorbeeld rondom het ontslagproces dan demotiveer je niveau 4 weer. Het zal dan handiger zijn om alleen niveau 5 en 3 aan te nemen.

In dit ziekenhuis is dit alleen geen goede oplossing gezien de patiëntenpopulatie.

Implementatie van functiedifferentiatie

Voorkeur: S. Booij zal op de Beatrix afdeling misschien wel een seniorverpleegkundige aan willen nemen. Wanneer het unithoofd in de toekomst minder gaat werken is een seniorverpleegkundige wellicht een goede oplossing.

Verder vindt S. Booij taakgericht verplegen voordelig. Het huidige systeem (geïntegreerd verplegen) is ook wel voordelig maar niet altijd duidelijk voor de patiënt.

"Vroeger was de zorg hiërarchisch en taakgericht georganiseerd. Denk maar aan de functies van hoofdverpleegkundige A, Hoofdverpleegkundige, 1^e verpleegkundige A, 1^e verpleegkundige, verpleegkundige A, verpleegkundige, 4^e, 3^e, 2^e en 1^e jaars leerling-verpleegkundigen, met elk uiteenlopende verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Voor de patiënt was duidelijk wie er de baas was." De nadelen waren er ook: versnipperde zorg, totaaloverzicht slechts bij een enkeling om er maar een paar te noemen. Elk systeem heeft zijn voor- en nadelen."

Op de Elisabeth afdeling is horizontale functiedifferentiatie de meest ideale vorm. Op deze afdeling liggen er patiënten met verschillende ziektebeelden.

Voorbeelden zijn: COPD, Long carcinoom, CVA, Decompensatio Cordis, HNP.

Op deze afdeling is het mogelijk een aantal verpleegkundigen een eigen aandachtsgebied te geven.

Dit is ook handig om de logistiek te stroomlijnen (coördinatie, verbetering van kwaliteit)

S. Booij geeft aan dat in de toekomst een verpleegkundige met een aandachtsgebied dan ook wel inzetbaar is zowel in de kliniek als op de polikliniek. De patiënt wordt continu 'gevolgd', wat de continuïteit van de zorg ten goede komt.

S. Booij denkt dat wanneer met aandachtsgebieden gewerkt wordt de kwaliteit van de speciale patiëntencategorie ook wordt verbeterd.

Het unithoofd kan de groep verpleegkundigen met een aandachtsgebied dan sturen en coördineren. Iemand met een aandachtsgebied is vervolgens ook verplicht tot het volgen van een scholing en verder moet zo'n verpleegkundige ook een meerwaarde hebben voor de afdeling, bijvoorbeeld door het geven van klinische lessen.

Op dit moment zijn er veel basisverpleegkundigen nodig op de afdeling. Vroeger waren er ook twee verzorgenden werkzaam op de afdeling. Op een gegeven moment is dat afgeschaft.

Afdelingsassistenten zijn op dit moment wel aanwezig.

S. Booij vindt dat er eigenlijk een mix moet komen van horizontale en verticale functiedifferentiatie.

Eisen voor seniorverpleegkundige

Motivatatie en bekwaamheid vindt S. Booij één van de belangrijkste eisen waar een seniorverpleegkundige aan moet voldoen. Een verpleegkundige die in aanmerking wil komen voor de functie als seniorverpleegkundige hoeft niet per se niveau 5 te hebben.

S. Booij stelt dan ook gelijk de vraag: 'Is verplegen eigenlijk wel een HBO vak?'

Hoeveel uur een seniorverpleegkundige minstens moet werken hangt af van het takenpakket.

Ongeveer 16 uur voor de specifieke taken is wel nodig minder dan dat is niet haalbaar. Een contract voor 32-36 uur zal bij deze functie het best passen.

Budget

Er is geen speciaal potje om bijvoorbeeld een nieuwe functie te bekostigen. Wel is er een potje kwaliteit. Hier zou functiedifferentiatie onder kunnen vallen.

Te verwachten knelpunten

S. Booij verwacht weerstand onder de verpleegkundigen. Hij stelt dat er ook verpleegkundigen zijn die uitsluitend met primaire zorg bezig willen zijn en zich daar goed bij voelen. Deze verpleegkundigen moet je niet belasten met andere taken, zoals protocollering. Onder deze categorie verpleegkundigen zal je dus ook geen weerstand verwachten.

Verpleegkundigen die wel gemotiveerd zijn kunnen weerstand bieden bij invoering van een seniorverpleegkundige.

Op het moment wanneer je taken wegneemt van verpleegkundigen kan je weerstand verwachten.

Vacature werkbegeleiding

Voor deze nieuwe functie komt ook iemand in aanmerking die minstens 2 jaar als gediplomeerd verpleegkundige werkt en die gemotiveerd is deze functie uit te oefenen.

"Eigenlijk heeft de verpleegkundige in deze functie ook een aandachtsgebied".

De verhouding van verpleegkundigen en leerlingen is nog niet geoptimaliseerd. Nu is het geval dat de verpleegkundige er niet voldoende aan toe komt zijn of haar leerling te begeleiden.

Daarom is deze functie ook tot stand gekomen.

Conclusie

S. Booij ziet een mix van verticale en horizontale functiedifferentiatie voor zich op de verpleegafdeling. Enerzijds wordt er gewerkt met aandachtsgebieden per ziektebeeld, maar ook bijvoorbeeld werkbegeleiding. Anderzijds heeft deze verpleegkundige wel verantwoordelijkheden waar ze op beoordeeld wordt.

S. Booij waarschuwt ervoor dat seniorverpleegkundigen geen taken en verantwoordelijkheden over mogen nemen van verpleegkundigen. Dit zou weerstand oproepen.

Interview Ben Leffers, verpleegkundig manager

Woensdagmiddag rond de klok van 15.30 vond een interview plaats met Ben Leffers, verpleegkundig manager van de afdeling chirurgie, orthopedie en kort verblijf van Bronovo Ziekenhuis. De opgestelde interviewvragen kwamen aan bod om zo te kijken waar er mogelijkheden liggen voor functiedifferentiatie op deze afdeling, of er draagvlak voor is en hoe de manager functiedifferentiatie voor zich ziet.

Keuze voor functiedifferentiatie

B. Leffers laat duidelijk merken dat hij invoering van functiedifferentiatie als een noodzaak ziet. Niveau 4 voert plannen uit, niveau 5 zet de plannen uit. Tot nog toe is er geen onderscheid tussen niveau 4 en 5 op de afdeling merkbaar.

Duidelijk wordt dat niveau 5 geen handen aan het bed mag gaan kosten.

Wat wel nadelig zou kunnen werken met de invoering en werking van functiedifferentiatie is dat het hoger in de kosten zou kunnen gaan lopen, aldus B. Leffers. Hierbij benadrukt hij dat dit wel een investering is voor de toekomst die zich op langere termijn terug zal betalen.

B. Leffers benoemt hierbij dat een goede mix van niveau 4 en 5 het beste uit alle verpleegkundigen zal halen.

Implementatie van functiedifferentiatie

Praktisch zou er volgens B. Leffers op elke unit 1 senior werkzaam moeten zijn, ieder met haar eigen aandachtsgebied, bijvoorbeeld protocollen, kwaliteit en ARBO. Daarnaast blijft de seniorverpleegkundige werkzaam in het primaire proces.

Per afdeling zou er gestreefd moeten worden naar gelijke structuur. In principe zou elke hbo-v'er in aanmerking moeten komen voor een seniorfunctie, maar zij moet wel voldoen aan een aantal eisen. mbo-verpleegkundigen moeten echter ook de kans krijgen om zich te ontwikkelen.

B. Leffers geeft aan dat het belangrijk is een soort van back-up plan te hebben dat gebruikt kan worden bij een terugval, met name met betrekking tot weerstand.

Verder raadt B. Leffers aan om met een pilot-afdeling te beginnen. Er kan dan geleerd worden van de pilot-afdeling

B. Leffers geeft aan dat het nog moeilijk is om te omschrijven welke competenties/ eisen precies aan een seniorverpleegkundige gesteld moeten worden. Ook heeft hij nog geen idee over het aantal uren dat een seniorverpleegkundige kan besteden aan overstijgende taken.

Wel zegt hij dat het heel belangrijk is hierover na te denken, omdat de functie dan toetsbaar wordt.

Budget

Er is een budget voor functiedifferentiatie, wel zou een kosten –baten analyse erg belangrijk zijn om te betrekken in ons plan. De baten zullen echter lastig te omschrijven zijn, omdat je dan moet denken aan kwaliteit van zorg. En kwaliteit van zorg is moeilijk meetbaar.

Te verwachten knelpunten

B. Leffers verwacht dat de medische discipline problemen op zou kunnen leveren. De artsen willen het liefst met het unithoofd visite lopen en de veranderingen bespreken. Zij moeten betrokken worden bij de invoering en zij moeten ingelicht worden over de nieuwe functie. Ook bij niveau 4

verpleegkundigen verwacht B. Leffers knelpunten. Onder deze groep verwacht hij weerstand.

B. Leffers ziet geen knelpunten vanuit het management van de verpleegafdeling, mits er een goed plan op tafel komt.

Een ander gevaar is dat de functie seniorverpleegkundige op elke afdeling op een andere manier wordt ingevuld. De seniorverpleegkundige moet op elke afdeling over dezelfde competenties beschikken. Maar, er moet wel ruimte blijven om de functie op de afdeling in te vullen naar eigen behoeften.

Vacature praktijkbegeleider op de werkvloer

De functie praktijkbegeleider op de werkvloer is tot stand gekomen door het in gebreken blijven van de werkbegeleiding. De praktijkopleider signaleerde het probleem.

Deze functie zou een van de eerste seniorfuncties kunnen zijn, aldus B. Leffers.

Conclusie

B. Leffers is van mening dat er in dit ziekenhuis zeker iets met functiedifferentiatie gedaan moet worden. Hij denkt hierbij aan invoeren van de functie seniorverpleegkundige. Voor hem hoeft dat niet persé iemand op hbo-niveau te zijn. B. Leffers vindt het belangrijk dat de eisen die aan seniorverpleegkundigen gesteld worden op elke afdeling hetzelfde zijn.

Interview Floor Hermans, verpleegkundig manager

30 maart 2006 vond een interview plaats met Floor Hermans, verpleegkundig manager van o.a. de verpleegafdeling interne geneeskunde. Doel van dit interview was te achterhalen hoe zij denkt over functiedifferentiatie en hoe zij dat voor zich ziet op de verpleegafdeling.

Keuze voor functiedifferentiatie

“Leuk”, zo noemt F. Hermans ons afstudeerplan. Later komt zij hierop terug. “Functiedifferentiatie is niet alleen leuk, het is noodzakelijk”, zegt zij.

F. Hermans loopt steeds meer aan tegen de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. Het opleidingsniveau van verpleegkundigen gaat naar beneden, waardoor er meer behoefte is aan leiding en ondersteuning. Het unithoofd kan dit niet in haar eentje bieden.

F. Hermans stelt zich voor dat het unithoofd ondersteund wordt door 2 seniorverpleegkundigen. Het unithoofd kan zich hierdoor meer terugtrekken uit de directe patiëntenzorg.

De seniorverpleegkundige kan de coördinerende rol van het unithoofd (gedeeltelijk) overnemen. Daarnaast liggen er voor seniorverpleegkundigen taken op het gebied van GVO en preventie (decubitus!), BIG-herregistratie, ARBO en rapportage. Deze taken kunnen per afdeling wel wat verschillen.

Op dit moment wordt er nog gewerkt met aandachtsgebieden voor verpleegkundigen. F. Hermans merkt op dat het verwarrend wordt als je spreekt van seniorverpleegkundigen met een aandachtsgebied. Het is moeilijk op voorhand te zeggen hoeveel uur een seniorverpleegkundige vrijgesteld kan worden op de afdeling voor overstijgende werkzaamheden. Het zal in ieder geval minder zijn als het unithoofd. Het unithoofd zou eigenlijk meer vrijgesteld moeten worden dan dat nu mogelijk is. Dit zou moeten kunnen als de functie seniorverpleegkundige wordt ingevoerd.

Op de afdeling interne geneeskunde zijn ook een aantal gespecialiseerd oncologieverpleegkundigen werkzaam. Zij moeten ook in staat zijn om de functie van seniorverpleegkundige te vervullen, gezien hun opleiding.

Implementatie van functiedifferentiatie

Voor de implementatie van functiedifferentiatie moet begonnen worden bij de managers zorg. Hier moet over de invulling onderhandeld worden. De managers zorg moeten randvoorwaarden kunnen garanderen. Verder is implementeren evalueren. F. Hermans zegt dat als de nieuwe functie seniorverpleegkundige ingevoerd wordt, er misschien wel wekelijks geëvalueerd moet worden met de verschillende betrokkenen. Ook raadt F. Hermans aan om per afdeling een projectcoördinator te benoemen. Medewerkers kunnen dan bij iemand terecht met vragen of onduidelijkheden.

Budget

F. Hermans is van mening dat verbetering van kwaliteit iets mag kosten. Ook het verbeteren van de arbeidssatisfactie is een investering waard. Hoewel het natuurlijk mooi zou zijn om functiedifferentiatie budgetneutraal in te voeren.

Daarnaast kost functiedifferentiatie “handen aan het bed”. Als seniorverpleegkundigen andere taken naast de directe patiëntenzorg gaan vervullen, dan moeten zij hier ook tijd voor krijgen.

Te verwachten knelpunten

F. Hermans verwacht dat functiedifferentiatie zeker weerstand op zal roepen. Daarnaast is 1 baas (het unithoofd) makkelijker dan 3 (seniorverpleegkundigen).

Roostertechnisch kunnen er ook problemen optreden: werkt een seniorverpleegkundige ook 's avonds en 's nachts? Juist in de avonddienst is coördinatie erg belangrijk. Bovendien loopt er bezoek rond over de afdeling met allerlei vragen. Roostertechnisch is het niet haalbaar als seniorverpleegkundigen geen avond- en nachtdiensten meer draaien. Dit zou een te grote belasting zijn voor de verpleegkundigen die dan alleen nog maar avonden en nachten moeten doen.

Vacature praktijkbegeleider op de werkvloer

De nieuwe functie praktijkbegeleider op de werkvloer is een voorbeeld van verticale functiedifferentiatie. De verpleegkundige in deze functie is verplicht om een 1-jarige hbo-opleiding te volgen voor praktijkopleider. Bovendien gaat de verpleegkundige als praktijkbegeleider op de werkvloer een salarisschaal omhoog.

Misschien dat er nog wel meer eisen aan de functie gesteld moeten worden om er echt een seniorfunctie van te maken.

Conclusie

F. Hermans staat positief ten opzichte van functiedifferentiatie. Zij denkt dat de kwaliteit van zorg hiermee vooruit gaat. Bovendien kan ze een seniorverpleegkundige makkelijker aanspreken op haar verantwoordelijkheden, wat bij een aandachtsgebied als moeilijk ervaren wordt. Bij de implementatie van functiedifferentiatie is een goede communicatie naar de afdeling belangrijk en moet er continue geëvalueerd worden.

Interview met Anja van Wel, verpleegkundig manager

Vrijdag 31 maart om 13.45 vond een interview plaats met Anja van Wel, manager zorg van o.a. de afdelingen gynaecologie, kraamafdeling, verloskamers en kinderafdeling van het ziekenhuis Bronovo.

Keuze voor functiedifferentiatie

A. v. Wel staat positief tegenover functiedifferentiatie. Ze vertelt dat er wel al verticale en horizontale differentiatie is. Voorbeelden van horizontale differentiatie: decubitus specialist, werkbegeleiding, transferverpleegkundige en iemand specifiek voor voorlichting. In de toekomst zou er ook iemand met het aandachtsgebied ARBO bij moeten komen.

Over verticale functiedifferentiatie vertelt ze dat er vroeger gewerkt is met ziekenverzorgenden. Het nadeel was dat er geen duidelijk verschil werd gemaakt in werkzaamheden, waardoor de functies niet duidelijk te onderscheiden waren en dit weer allerlei problemen gaven.

Niveau 3 en 5 liggen ver genoeg van elkaar om mee te werken maar hier is in het verleden niet voor gekozen.

Op de afdeling Obstetrie & Gynaecologie zijn O&G verpleegkundigen, verpleegkundigen en leerling – verpleegkundigen werkzaam. Dit is al een vorm van verticale differentiatie. Toch zal een seniorverpleegkundige een positieve bijdrage kunnen leveren op het gebied van kwaliteit, continuïteit en ondersteuning van het unithoofd. Op dit moment zijn er twee seniorverpleegkundigen werkzaam op de afdeling Margriet (kraam- en gynaecologieafdeling) vooral ter ondersteuning van het unithoofd.

Mede omdat het unithoofd op de kraam afdeling is uitgevallen. Deze seniorverpleegkundigen hebben nog geen specifieke taakfunctieomschrijving.

Ze vertelt dat de kwaliteit van zorg minder is, onder andere door het overgaan van taakgericht werken naar patiëntgericht. Er zijn meer oorzaken voor de huidige zorgkwaliteit, maar een oplossing zou liggen in een senior. Hierdoor zou er tevens meer loopbaanperspectief geboden worden voor verpleegkundigen.

Implementatie van functiedifferentiatie

Voor de invoering gaat de voorkeur van A. v. Wel uit naar invoering van functiedifferentiatie op alle afdelingen tegelijk. Dit vanwege begroting, gelijke start van scholing en uitwisselen van ervaring. Een pilot-afdeling maakt dit lastiger.

Als er scholing plaats moet vinden van seniorverpleegkundigen, dan zal voor niveau 4 verpleegkundigen de frequentie van lessen tijdens de scholing hoger kunnen liggen. De onderdelen van het lesprogramma zal aangepast kunnen worden aan niveau 4 en 5.

In de praktijk blijkt dat er geen onderscheid gemaakt wordt tussen niveau 4 en 5, de kunst is om de seniorfunctie zo te omschrijven dat er een link gelegd kan worden naar niveau 5.

Eisen voor seniorverpleegkundigen

- Minimaal 32 uur contract, hooguit 28 uur (afhankelijk van hoeveelheid seniorverpleegkundigen)
- Seniorverpleegkundigen draaien voornamelijk dagdiensten, maar blijven wel onregelmatige diensten draaien, omdat zij zo een belangrijke bijdrage kunnen leveren in alle diensten (en de belasting voor de andere teamleden hoger wordt)

Belangrijke punten voor de seniorverpleegkundige:

- Overzicht
- Inzicht
- feedback geven
- professionele houding
- ondersteunende functie naar unithoofd toe
- bezig zijn met zorginhoudelijke activiteiten
- scholing volgen
- gemotiveerd zijn

A. v. Wel maakt kenbaar het belangrijk te vinden dat de seniorverpleegkundige de tijd krijgt om niet patiënt gebonden taken uit te voeren. Ze zouden een percentage van het aantal werkuren hiervoor vrijgemaakt moeten zijn. Deze uren moeten op jaarbasis ingezet kunnen worden om deel te kunnen nemen aan bijv. werkgroepen. Wanneer deze dagen vast door de leidinggevende ingepland worden is de kans groter dat deze dagen minder nuttig besteed worden.

Als aandachtspunt vertelt A. van Wel dat de seniorverpleegkundige niet te veel een delegerende taak op zich moet nemen/krijgen, omdat zij zo het waarnemend unithoofd worden.

Budget

Op de afdeling is niet een bepaald budget beschikbaar, er zou geschoven moeten worden om zo budget vrij te maken.

Vacature praktijkbegeleider

Volgens A. v. Wel zit deze functie wel op seniorniveau, maar is het geen senior met als aandachtgebied opleiding.

Conclusie

A. van Wel staat positief tegenover functiedifferentiatie. Zij is van mening dat hierdoor de kwaliteit van zorg en personeelsbeleid verhoogd zal worden. A. van Wel maakt kenbaar dat elke verpleegkundigen voor een seniorfunctie in aanmerking zal moeten kunnen komen, ongeacht opleiding. Scholing zal op de verschillende verpleegkundige niveaus aangepast kunnen worden.

Interview VAR

Maandagmiddag 10 april rond 14.00 vond een gesprek plaats met twee leden van de VAR (Verpleegkundige AdviesRaad) in Ziekenhuis Bronovo: R. Keijman en M. Veldhuis.

Wij wilden graag weten hoe de VAR over functiedifferentiatie denkt en of de VAR misschien iets kan betekenen bij de uiteindelijke implementatie van functiedifferentiatie.

Keuze voor functiedifferentiatie

De VAR heeft inhoudelijk nog geen gemeenschappelijk standpunt over functiedifferentiatie. Wel is enthousiast op ons initiatief gereageerd en staat functiedifferentiatie op het lijstje van mogelijke adviesonderwerpen aan de Raad van Bestuur.

Persoonlijk hebben ze natuurlijk wel een mening over functiedifferentiatie.

Beide leden zijn van mening dat niveau 5 verpleegkundigen te weinig ontwikkelingsmogelijkheden hebben wanneer er geen verschil gemaakt wordt tussen niveau 4 en niveau 5, zoals dat nu is in Ziekenhuis Bronovo. Door invoering van een seniorverpleegkundige is er een doorgroeimogelijkheid. Een bijkomend voordeel is dat het unithoofd ontlast wordt.

Op de vraag of welke vorm van functiedifferentiatie hun voorkeur geniet, wordt geantwoord dat er zowel horizontaal als verticaal gedifferentieerd moet worden, bijvoorbeeld door het invoeren van een aantal seniorverpleegkundigen (verticale functiedifferentiatie) op een afdeling met ieder hun eigen aandachtsgebied (horizontale differentiatie). Bovendien kan horizontale functiedifferentiatie blijven voor de verpleegkundigen die reeds met aandachtsgebieden werken, zoals decubitus en transfer.

Hoewel dan wel de vraag rijst: is het werken met een aandachtsgebied wel echt horizontale functiedifferentiatie? De verpleegkundige met het aandachtsgebied kan er niet echt op aangesproken worden, tenzij dit formeel wordt vastgelegd.

Inhoud van functiedifferentiatie

Wanneer de functie seniorverpleegkundige wordt ingevoerd is het belangrijk dat hier ook een nieuwe functieomschrijving voor komt. Bovendien moeten er eisen gesteld worden aan het aantal te werken uren. Als een seniorverpleegkundige bijvoorbeeld minder gaat werken, dan kan zij ook niet meer als seniorverpleegkundigen functioneren. Gevolg is dat zij weer terug gaat naar de gewone salarisschaal. Hiervoor moeten strikte criteria opgesteld worden.

Seniorverpleegkundigen moeten zich onderscheiden door hun overstijgende manier van werken en hun abstractievermogen. Op dit moment worden deze vaardigheden van Hbo-verpleegkundigen nog niet benut. Er wordt op verschillende afdelingen wel met aandachtsgebieden gewerkt, maar deze verpleegkundigen zijn formeel niet aanspreekbaar, omdat deze extra taken niet zijn vastgelegd. Het unithoofd zou volgens de twee leden van de VAR meer van het primaire proces afgehouden moeten worden. Ze gaven te kennen dat het functiegebouw herschikt zal worden in de nabije toekomst, o.a.

het unithoofd krijgt een nieuwe TFO. Door deze verandering is het nodig dat de instelling functiedifferentiatie onder de loep neemt.

Beide leden van de VAR vinden dat niveau 4 tijdelijk in aanmerking zou moeten kunnen komen voor een seniorfunctie, mits ze aan bepaalde eisen voldoen. Dit geldt ook voor niveau 5 verpleegkundige. Werkervaring zal zeker een eis zijn voor de functie als seniorverpleegkundige.

M. Veldhuis was als lid van de klankbordgroep betrokken bij het project “De positie van de hbo-verpleegkundigen binnen de algemene ziekenhuizen”. Hierover zegt zij dat er een ziekenhuis was die de eerste twee jaar van het invoeren van seniorverpleegkundigen zowel niveau 4 verpleegkundigen als A verpleegkundigen de gelegenheid gaf te solliciteren op de seniorfunctie. Hierna was deze functie alleen weggelegd voor niveau 5 verpleegkundigen. Met name door deze methode neem je een stukje weerstand weg.

Over scholing maken ze te kennen dat een goede niveau 5 verpleegkundige niet altijd scholing nodig zou moeten hebben. Een goede hbo-verpleegkundige functioneert in de praktijk ook op hbo-niveau. Het is lastig aan te geven hoeveel seniorverpleegkundigen er per afdeling moeten komen. Het aantal seniorverpleegkundigen zal mede afhankelijk zijn van de taken die het unithoofd nog aan het bed zal uitvoeren. Bovendien moeten de kosten in de hand gehouden worden.

Per afdeling zou er gestreefd moeten worden naar zo min mogelijk verschillende TFO's. Als basis moet in ieder geval coördinatie aan het bed genoemd worden, aangevuld met een aantal specifieke aandachtsgebieden zoals coaching en kwaliteit. Een seniorverpleegkundige moet wel dagen buiten de afdeling krijgen om aan projecten te werken, vindt R. Keijman. Wanneer tijdens een “gewone” dienst op de afdeling gewerkt wordt achter de computer is het voor familie en vrienden van de patiënt lastig te zien wie beschikbaar is voor vragen. Door buiten de afdeling te werken wordt duidelijk gemaakt dat de seniorverpleegkundige op dat moment niet direct beschikbaar is voor de afdeling.

Verder zijn er een aantal randvoorwaarden om de functie van seniorverpleegkundigen tot hun recht te laten komen, o.a. een beschikbare ruimte met de benodigde faciliteiten.

Implementatie van functiedifferentiatie

De VAR verwacht zeker een rol te kunnen spelen bij de implementatie van functiedifferentiatie. Hiertoe heeft de VAR contacten met de Raad van Bestuur. Voor de implementatie op de afdelingen moet er een stuur- of projectgroep opgericht worden. Deze groep moet het hele proces begeleiden.

Te verwachten knelpunten

Als knelpunt wordt weerstand genoemd. Door goede informatie en een goed plan zal de weerstand verminderd kunnen worden.

R. Keijman vindt het een goed idee om een functiedifferentiatie eerst op een etage als pilot in te voeren.

Vacature praktijkbegeleider op de werkvloer

Beide leden van de VAR hebben een aantal opmerkingen over de functiebeschrijving. De functie zou voor een seniorverpleegkundige weggelegd kunnen zijn als er meer eisen aan de functie verbonden zouden worden, vooral op het gebied van coaching van medewerkers.

De TFO is zowel voor het Bronovo Nebo als voor het Bronovo Ziekenhuis opgesteld, waardoor niveau 3 ook opgenomen is in de eisen voor de functie. Hier zetten de 2 VAR-leden vraagtekens bij.

Zoals de taakfunctieomschrijving er nu uitziet is de functie praktijkbegeleider op de werkvloer geen vorm van functiedifferentiatie.

Als de taakfunctieomschrijving wordt aangepast, dan zou het wel een van de eerste seniorfuncties kunnen zijn.

Conclusie

Hoewel de VAR eventueel advies uit zou willen brengen aan de Raad van Bestuur over functiedifferentiatie, is er nog geen inhoudelijk standpunt over.

De geïnterviewde leden van de VAR zijn er voorstander van om een vorm van verticale én horizontale functiedifferentiatie in te voeren. De seniorverpleegkundigen zouden onderverdeeld kunnen worden met ieder een eigen aandachtsgebied, dit moet dan ook opgenomen worden in de TFO. Het is belangrijk om duidelijke criteria op te stellen voor seniorverpleegkundigen. Als seniorverpleegkundigen niet meer aan deze criteria kunnen voldoen, dan kunnen ze de functie niet blijven vervullen.

De functie praktijkbegeleider op de werkvloer zou een eerste seniorfunctie kunnen zijn. Maar, dan moeten er wel meer eisen aan deze functie gesteld worden.

Bij de implementatie van functiedifferentiatie verwacht de VAR wel op weerstand te stuiten, voornamelijk onder verpleegkundigen. Door met een goed plan te komen zou deze weerstand verminderd kunnen worden.

Interview Ria Havekes, Hogeschool Leiden en Diaconessenhuis Leiden

Op 30 maart rond 17.00 uur vond er een interview plaats met Ria Havekes docente hbo-v op de Hogeschool in Leiden en projectleider functiedifferentiatie in het Diaconessenziekenhuis Leiden. Wij hebben vragen gesteld over de ontwikkeling van functiedifferentiatie en de invoering van functiedifferentiatie en haar rol hierbij.

De ontwikkeling van functiedifferentiatie:

Functiedifferentiatie is nodig om de kwaliteit van de patiëntenzorg en de kwaliteit van de arbeid te verbeteren. Wanneer er geen ontwikkelingen ontstaan, gaat dit ten koste van het beroep. Door functiedifferentiatie krijgen verpleegkundigen de mogelijkheid om zich te profileren.

R. Havekes is van het begin af aan betrokken geweest bij de ontwikkeling van functiedifferentiatie in het Diaconessenhuis Leiden. Zij was projectleider functiedifferentiatie in het Diaconessenhuis. Daarnaast ontwikkelde en gaf ze scholing aan seniorverpleegkundigen.

Tijdens de ontwikkeling werd er onderscheid gemaakt tussen verpleegkundigen en seniorverpleegkundigen.

De vraag werd gesteld of er ook een onderscheid gemaakt moest worden tussen een specialistische verpleegkundige en een seniorverpleegkundige.

Er is uiteindelijk besloten hierin geen onderscheid te maken, omdat een gespecialiseerd verpleegkundige dezelfde rollen moet kunnen vervullen als een seniorverpleegkundige, gezien het opleidingsniveau. Gespecialiseerde verpleegkundigen zijn later wel geschoold in de rollen coach en ontwerper. Zij bleken hierin nog niet bekwaam genoeg.

Op de verpleegafdelingen van het Diaconessenhuis Leiden zijn wordt gewerkt met zorgassistenten (niveau 2), verzorgende IG (niveau 3), verpleegkundigen en seniorverpleegkundigen. Daarnaast zijn er op de polikliniek nurse practitioners werkzaam. Zij kunnen in consult geroepen worden in de kliniek omdat kliniek en polikliniek zijn samengevoegd.

Invoering functiedifferentiatie

Het invoeren van functiedifferentiatie is begonnen bij één afdeling, namelijk chirurgie. Deze afdeling is voor een jaar als pilot bezig geweest. Langzamerhand werd het op de andere afdelingen ook ingevoerd.

Vanuit een activiteitenplan zijn er aandachtsgebieden benoemd. Elke senior heeft de taak het team aan te sturen in verschillende activiteiten. De senior is verantwoordelijk, maar moet hulp krijgen van de verpleegkundigen. Hiervoor is het belangrijk dat de senior aan het team laat zien waar ze mee bezig is. Er zijn verschillende metingen uitgevoerd waar een senior verantwoordelijk voor was. Het cijfer van bijv. de tevredenheid van patiënten ging omhoog, dit motiveerde de verpleegkundigen van de afdeling.

Communicatie naar de afdelingsverpleegkundigen is belangrijk voor het slagen van functiedifferentiatie.

Er werden informatiebijeenkomsten gehouden, hieruit konden verpleegkundigen solliciteren. Daarnaast kwamen er nieuwsbrieven uit over de stand van zaken rondom de invoering van functiedifferentiatie.

Van de teamleiders werd verwacht het onderwerp in het werkoverleg naar voren te laten komen, zodat iedereen erover kon praten en er informatie verstrekt kon worden.

Senioren moesten tijdens de scholing alles terugkoppelen naar de afdeling d.m.v. bijvoorbeeld presentaties.

Tot slot werden er ook teamavonden georganiseerd.

Eisen voor seniorverpleegkundigen

Verpleegkundigen die aangenomen waren voor de functie seniorverpleegkundige kregen een scholing op maat. Per kandidaat werd gekeken naar welke competenties meer of minder ontwikkeld waren.

Afhankelijk hiervan volgde de verpleegkundige scholing in één of meerdere rollen: zorgverlener, regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar. Per rol waren er ook opdrachten die op de afdeling gepresenteerd moesten worden. Op deze manier werd er direct naar de afdeling gecommuniceerd.

PO&O, verpleegkundigen en managers zijn betrokken bij de ontwikkeling van de taakfunctieomschrijving voor seniorverpleegkundigen.

De volgende eisen werden gesteld:

- minimaal 2 seniorverpleegkundigen per afdeling

- seniorverpleegkundigen draaien alleen dagdiensten
- seniorverpleegkundigen werken minimaal 28 uur per week

Succesfactoren en knelpunten

Verschillende factoren hebben bijgedragen tot een succesvolle invoering van functiedifferentiatie.

Het werd als positief ervaren dat het hele ziekenhuis bij het project betrokken was. Daarnaast was de projectleider ook betrokken bij de ontwikkeling van de scholing voor seniorverpleegkundigen.

Managers en seniorverpleegkundigen in het diaconessenhuis konden hierdoor makkelijk de ervaringen uit de praktijk terugkoppelen.

Verder is functiedifferentiatie geëvalueerd. Niet alleen met de verpleegkundigen van de afdeling, maar ook met artsen, arts-assistenten en co-assistenten. Hieruit bleek onder andere dat artsen en arts-assistenten een positieve verandering merkten op de afdeling.

Er zijn verschillende onderzoeken en projecten geweest, zoals het patiënten tevredenheidsonderzoek.

Hier kwam uit dat patiënten tevreden waren over de verkregen zorg, sterker nog er was een stijgende lijn te zien in de patiëntentevredenheid sinds de invoering van functiedifferentiatie.

Ziekenhuizen moeten zich tegenwoordig steeds meer verantwoorden. Door middel van projecten kunnen ziekenhuizen dit aantonen. Seniorverpleegkundigen kunnen een voortrekkersrol vervullen bij de uitvoering van zulke projecten.

R. Havekes noemt een aantal knelpunten.

Zij vindt dat de randvoorwaarden, vooral toen functiedifferentiatie net was ingevoerd, niet goed waren.

Te denken valt aan onvoldoende werkruimte, gebrek aan computers en gebrek aan tijd die aan projecten besteed kon worden.

Daarnaast heerste in het ziekenhuis een cultuur waarin feedback geven eigenlijk een taboe is en waar vernieuwingen moeilijk te realiseren zijn. Dit leverde de nodige weerstand op. Nu, 2 ½ jaar na de invoering van functiedifferentiatie, is de weerstand flink afgenomen.

Verpleegkundigen die afgewezen waren bij de sollicitatie voor seniorverpleegkundigen hadden in het begin ook een negatieve houding ten opzichte van hun collega's die wel waren aangenomen.

Verpleegkundigen die als senior gingen werken ondervonden hier hinder van.

Door duidelijk te communiceren over de werkzaamheden van de seniorverpleegkundige is de weerstand afgenomen.

Conclusie

R. Havekes is zeer enthousiast over functiedifferentiatie in het Diaconessenhuis Leiden. De kwaliteit van zorg is verbeterd sinds de invoering van functiedifferentiatie. Patiënten zijn meer tevreden, net als het personeel. Seniorverpleegkundigen hebben een nieuwe uitdaging gevonden. Verpleegkundigen hebben meer ruimte om hun werk goed uit te voeren en ook artsen en co-assistenten hebben een positieve verandering op de afdeling ervaren.

Seniorverpleegkundigen volgden ieder een eigen scholingstraject. Aanvankelijk was er veel weerstand, maar dat is nu niet meer het geval. Evaluatie met alle partijen is en blijft belangrijk.

Interview Nel Hollemans, Langeland ziekenhuis

Op 21 maart 2006 hebben wij Nel Hollemans, leidinggevende van o.a. de verpleegafdeling chirurgie, geïnterviewd over functiedifferentiatie in de verpleging binnen het Langeland ziekenhuis. Wij hebben vragen gesteld over de ontwikkeling van functiedifferentiatie en de invoering ervan.

De ontwikkeling van functiedifferentiatie:

N. Hollemans is zelf nauw betrokken bij de invoering en ontwikkeling van functiedifferentiatie. In 2002 is gestart met de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie. Opmerkelijk is dat er vooraf geen plan is gemaakt voor de invoering ervan. Functiedifferentiatie is ontstaan uit problemen waar tegen aan gelopen werd. Er zijn taakfunctieomschrijvingen ontwikkeld en er zijn criteria opgesteld waaraan seniorverpleegkundigen en verpleegkundigen niveau 5 aan moeten voldoen. Het belangrijkste probleem waar tegen aan gelopen werd was dat niveau 5 verpleegkundigen ontevreden waren over hun takenpakket. Zij vonden dat hun deskundigheid niet werd gebruikt. Daarbij kwam dat de leidinggevendenden niet tevreden waren over het niveau van de mbo-verpleegkundigen.

In het Langeland ziekenhuis wordt gewerkt met horizontale en verticale functiedifferentiatie. Horizontale functiedifferentiatie bestond al langer. Denk bijvoorbeeld aan stoma- en mamma-care verpleegkundigen. Bij horizontale functiedifferentiatie gaat het om verbreding in het vak.

Op de verpleegafdelingen zijn 3 functieniveaus werkzaam: niveau 3, niveau 4 en niveau 5. Zoals gezegd, was men in het Langeland ziekenhuis niet tevreden over niveau 4. Zij zijn van mening dat niveau 4 verpleegkundigen niet de verantwoording kunnen dragen voor de totale zorg op de afdeling. Niveau 5 kan deze verantwoording wel dragen. Daarnaast zijn er in het ziekenhuis een aantal seniorverpleegkundigen werkzaam. Zij zijn inservice-opgeleid en hebben daarnaast een bijscholing gevolgd. Er komen steeds minder seniorverpleegkundigen omdat de inservice-opleiding niet meer bestaat. mbo-verpleegkundigen komen niet in aanmerking voor een seniorfunctie. Mbo-verpleegkundigen kunnen wel doorstromen naar de (verkorte) opleiding hbo-v. Als ze deze opleiding afgerond hebben, kunnen ze doorstromen naar niveau 5. Het belangrijkste verschil tussen niveau 4 en 5 is dat niveau 4 werkt onder supervisie van niveau 5 en dat niveau 4 werkt volgens vastgestelde protocollen en richtlijnen.

Een verpleegkundige niveau 5:

- beschikt over voldoende kennis en vaardigheden om te handelen in niet standaard procedures en situaties
- initieert evaluaties m.b.t. samenwerking en patiëntenzorg
- vertoont een goede voorbeeldfunctie
- verleent consult, begeleidt en instrueert collega teamleden en studenten
- stimuleert en motiveert collegae bij het invoeren van verbeteringen in de zorg
- levert een bijdrage aan/ participeert in werkgroepen, commissies en/of intercollegiale toetsing
- signaleert knelpunten in het vakgebied (o.a. kwaliteitszorg, verpleegkundig beleid, educatie van de beroepsgroep en GVO)
- implementeert oplossingen voor knelpunten in het vakgebied
- reflecteert op het eigen beroepsmatig handelen en gedrag
- is in staat intensieve begeleidingssituaties zelfstandig te vervullen
- coördineert als verantwoordelijk verpleegkundige de dagelijkse gang van zaken op de afdeling

De afdeling chirurgie van het Langeland ziekenhuis streeft ernaar dat er iedere dienst een verpleegkundige niveau 5 of seniorverpleegkundige aanwezig is.

De implementatie van functiedifferentiatie

Functiedifferentiatie is in een keer op alle verpleegafdelingen ingevoerd. Via het informatiebulletin van het ziekenhuis zijn de verpleegkundigen van de afdeling op de hoogte gebracht.

Er is vooraf geen plan gemaakt voor het implementatieplan. Er zijn wel taakfunctieomschrijvingen geschreven/ herschreven voor verpleegkundigen niveau 4, verpleegkundigen niveau 5 en seniorverpleegkundigen. Een half jaar na de eerste besprekingen over functiedifferentiatie waren de eerste verpleegkundigen niveau 5 actief.

In de beginfase hadden niveau 5 en seniorverpleegkundigen moeite met hun nieuwe functie. Zij vonden het moeilijk om zich te onderscheiden van niveau 4, doordat niveau 4 niet de meerwaarde inziet van niveau 5.

Aan de andere kant waren de niveau 5 en seniorverpleegkundigen wel erg enthousiast over hun nieuwe taken en verantwoordelijkheden en ontwikkelingsmogelijkheden.

De implementatie van functiedifferentiatie is niet op alle afdelingen hetzelfde verlopen. Op een aantal afdelingen zijn er wel verpleegkundige niveau 5 werkzaam, maar werken deze verpleegkundigen niet of nauwelijks volgens de taakfunctieomschrijving.

Voor- en nadelen van functiedifferentiatie

N. Hollemans noemt de volgende voordelen van functiedifferentiatie:

- nieuwe ontwikkelingsmogelijkheden voor verpleegkundigen
- er kan meer ontwikkeld worden, bijv. zorgzwaarte, mentorschap
- er zijn minder leidinggevenden nodig
- GVO en kwaliteit worden beter bewaakt
- Er wordt bezuinigd door projecten als zorgzwaarte

Nadelen wil N. Hollemans niet echt noemen. Toch komen er een aantal minder positieve ervaringen met functiedifferentiatie aan de orde.

- door verschillen tussen leidinggevenden wordt er niet op elke afdeling op dezelfde manier invulling gegeven aan functiedifferentiatie (op sommige afdelingen zitten niveau 5 verpleegkundigen of seniors wel in FWG 50, maar krijgen ze geen tijd om hier ook werk voor te verrichten)
- niveau 4 voelt zich soms miskend, het kost tijd om hun weer te motiveren
- er moet constant draagvlak gecreëerd worden voor functiedifferentiatie (vnl. voor nieuwe niveau 5 verpleegkundigen of nieuwe seniors)
- het kost wel handen aan het bed, maar het levert uiteindelijk wel meer op.

De kosten die gepaard gingen met de invoering van functiedifferentiatie kwamen voor rekening van het afdelingsbudget. Voor de invoering van functiedifferentiatie is alleen voor de seniorverpleegkundigen een scholing georganiseerd. Dit kostte in totaal 2000 euro.

Zij zou het liefst alleen met niveau 3 en niveau 5 werken, omdat niveau 4 volgens haar geen meerwaarde heeft. Op dit moment wordt de assistent functie verder onderzocht door twee laatstejaars leerlingen van de hbo-v.

Aan het eind van het interview kregen wij nog de volgende tip mee:

Creëer draagvlak bij de verpleegkundig managers/ leidinggevenden, want zij moeten randvoorwaarden scheppen waardoor functiedifferentiatie mogelijk wordt.

Randvoorwaarde is dat de leidinggevende de niveau 5 verpleegkundige tijd geeft voor projecten en dat ze eventueel ook opdrachten geeft.

Conclusie

N. Hollemans is erg enthousiast over de manier waarop functiedifferentiatie op haar afdeling is ingevoerd. Op de andere afdelingen van het ziekenhuis is er nog wel het een en ander voor verbetering vatbaar.

Functiedifferentiatie is volgens haar vooral van belang omdat de kwaliteit van de opleiding niveau 4 omlaag gaat. Niveau 4 verpleegkundigen kunnen de complexiteit van een situatie vaak niet goed inschatten. Er wordt dan ook onderscheid gemaakt tussen verpleegkundigen niveau 5, verpleegkundigen niveau 4 en seniorverpleegkundigen. Seniorverpleegkundigen zijn inservice-opgeleide verpleegkundigen met extra taken en verantwoordelijkheden.

Interview Norbert Huyer, Haagse Hogeschool

Op 27 maart vond er een interview plaats met Norbert Huyer, docent op de HBO-V van de Haagse Hogeschool. N. Huyer was betrokken bij functiedifferentiatie in het Haga ziekenhuis. Hij had een adviserende rol en hij heeft de scholing van seniorverpleegkundigen opgezet.

Voor dit laatste ging hij de concurrentie aan met de Hogeschool Rotterdam.

In het eerste jaar ging de ontwikkeling van functiedifferentiatie snel, maar dit stakte omdat er vele argumenten voor functiedifferentiatie helder op tafel moesten komen voor de raad van bestuur. Mede door de fusie van het Leyenburg ziekenhuis met het Rode Kruis ziekenhuis, kwam functiedifferentiatie pas in 2005 weer op gang.

Op dit moment worden de eerste seniorverpleegkundigen geschoold.

Tips voor implementatie van seniorverpleegkundige

N. Huyer gaf ons een aantal zaken waar we rekening mee moeten houden bij of voor de invoering van functiedifferentiatie en daarbij de invoering van de functie seniorverpleegkundige.

- Helderheid in TFO en eisen voor de functie (duidelijk verschil tussen verpleegkundigen en seniorverpleegkundigen)
- Er moet geselecteerd worden voor de functie seniorverpleegkundige. Dit kan aan de hand van:
 - o Persoonlijke criteria
 - o Competenties aantoonbaar maken in een portfolio
 - Motivatie
 - Interesse
 - ervaringen
 - o Sollicitatiegesprekken
- Afdelingssituatie / cultuur is van belang voor de invulling van de functie. Bovendien zijn sommige afdelingen meer toegankelijk dan andere
- Coaching voor leidinggevend, zij moeten achter het plan van functiedifferentiatie staan voor een succesvolle implementatie
- VAR kan een belangrijke rol spelen bij de definitieve invoering van functiedifferentiatie, zij kunnen het plan bijvoorbeeld voorleggen aan de raad van bestuur.
- Elke afdeling heeft een andere beginsituatie, hier moet rekening mee gehouden worden bij de invoering van functiedifferentiatie. (wordt er op een afdeling al veel aan kwaliteit gedaan of juist niet)
- Criteria voor beoordeling van seniorfunctie: doordat elke afdeling een andere beginsituatie heeft is ook de beginsituatie van de seniorverpleegkundige anders. Hier moet rekening mee gehouden worden bij de beoordeling van de seniorverpleegkundige zelf en de beoordeling van de functie.
- Start met een pilot afdeling of start met invoering ziekenhuis breed
- Verankering in de organisatie

Scholing

Belangrijk om te weten is dat elke scholing specifiek is voor verpleegkundigen van dat ziekenhuis. Ieder ziekenhuis geeft immers op haar eigen manier invulling aan functiedifferentiatie.

Tijdens de scholing voor het Haga wordt er naar competenties toe gewerkt. Het omvat lessen met onderwerpen die terug te vinden zijn in de deelkwalificaties van de HBO – V. Verder worden o.a. klinische paden, accreditatie, veiligheid in kaart gebracht. Er wordt tijdens de scholing gewerkt met werkgroepen. Elke toets is gericht op competenties waar een seniorverpleegkundige over moet beschikken.

Eisen voor seniorverpleegkundigen

Zowel hbo- als mbo-verpleegkundigen komen in aanmerking voor de functie seniorverpleegkundige, mits iemand over de benodigde competenties beschikt of deze competenties aan kan leren. Verder moet iemand motivatie en interesse voor de functie aan kunnen tonen (bijvoorbeeld via het portfolio). N. Huyer maakt kenbaar dat volgens hem alle HBO verpleegkundigen in aanmerking moeten komen, maar dat sommigen van hen dit niet willen. Nu is de scholing voor zowel hbo- als mbo-verpleegkundigen verplicht, in de toekomst zou dit misschien alleen voor de mbo- verpleegkundigen nodig zijn. Hbo'ers bezitten de competenties vaak al.

De duur van de scholing is nu 1 jaar, waarvan 1 dag per 2 weken les gevolgd wordt.

Verschil Hbo-verpleegkundigen en seniorverpleegkundigen

HBO-V is minder specifiek voor het ziekenhuis en voor de seniorfunctie. Tijdens de HBO-V maak je kennis met alle werkvelden, die niet direct bruikbaar zijn voor de functie seniorverpleegkundige.

Andersom geldt: als je in bezit bent van een functie als senior verpleegkundige, dan ben je geen HBO verpleegkundige.

De seniorverpleegkundige wordt binnen het Haga ziekenhuis breed opgeleid, tot nog toe niet met 1 bepaald aandachtsgebied. Ze hebben een centraal kader: specifieke verpleegplannen, standaard verpleegplannen, protocollen. Belangrijk hierin is het volgen van de cirkel: plan – do – check – act. Tijdens de scholing komt alles aan bod van opname tot ontslag.

Conclusie

Het is nog moeilijk iets te zeggen over functiedifferentiatie binnen het Haga ziekenhuis.

N. Huyer is enthousiast, maar er zijn nog geen meetbare resultaten.

De scholing van seniorverpleegkundigen is voor iedereen gelijk, ongeacht de vooropleiding.

Een goed implementatieplan is van cruciaal belang om functiedifferentiatie met succes te kunnen invoeren.