

Het slagen en falen van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging

*Fase 1:
Toepassing van functiedifferentiatie in
ziekenhuizen anno 2003*

eindrapport

Els van Dam
Geert Kraayvanger
Ben Hövels

Nijmegen, januari 2004

Het slagen en falen van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging

Fase 1:

Toepassing van functiedifferentiatie in ziekenhuizen anno 2003

concept eindrapport

Els van Dam
Geert Kraayvanger
Ben Hövels

Nijmegen, januari 2004

Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt

Postadres: Postbus 1422
6501 BK Nijmegen
Bezoekadres: Toernooiveld 5, Nijmegen
Telefoon: 024-3653520
Fax: 024-3653493
E-mail: m.harmsen@kenniscentrum-ba.nl

Dam, Els van.

Het slagen en falen van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging. / . Els van Dam,
Geert Kraayvanger & Ben Hövels - Nijmegen: Kenniscentrum

© 2004 Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt te Nijmegen

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, en evenmin in een retrieval systeem worden opgeslagen, zonder de voorafgaande schriftelijke toestemming van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging te Utrecht. Verzoeken richten aan mw. M. Tol, 030 2919000, levv@levv.nl.

No part of this book/publication may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

Inhoudsopgave

1 Inleiding	1
2 Achtergronden en probleemstelling	3
2.1 Veranderingen in de functiestructuur: functiedifferentiatie en taakherschikking	3
2.2 Veranderende opvattingen over arbeidsorganisaties en personeelsmanagement	9
2.3 Veranderende opvattingen over implementatie en implementatiestrategieën	13
2.4 Onderzoeksvraagstelling en deelvragen	18
3 Aanpak van het onderzoek	21
3.1 Enquête onder ziekenhuizen	21
3.2 Respons	21
4 Toepassing van functiedifferentiatie in ziekenhuizen	25
4.1 Mate van toepassing van functiedifferentiatie	25
4.2 Redenen van ziekenhuizen om al dan niet functiedifferentiatie toe te passen	26
5 Aanpak van de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie	29
5.1 Vormgeving van functiedifferentiatie	29
5.2 Betrokkenheid van verschillende geledingen bij het besluitvormingsproces	31
5.3 Flexibiliteit bij invoering van functiedifferentiatie	32
5.4 Knelpunten	33
5.5 Succesfactoren en oplossingen voor knelpunten	35
6 Effecten van functiedifferentiatie en toekomstverwachtingen	39
6.1 Effecten van functiedifferentiatie op de zorg	39
6.2 Effecten van functiedifferentiatie op de arbeid	40
6.3 Effecten van functiedifferentiatie op de organisatie	41
6.4 Andere effecten van functiedifferentiatie	42
6.5 Hoe verder met functiedifferentiatie?	43
7 Conclusies en aanbevelingen	45
Bronnen	49

1 Inleiding

Het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) wil een bijdrage leveren aan het stimuleren van functiedifferentiatie als onderdeel van strategisch beleid van zorginstellingen. Om effectief te kunnen bijdragen aan de stimulering van functiedifferentiatie acht het LEVV het wenselijk en noodzakelijk om eerst onderzoek te verrichten naar de mate van toepassing van functiedifferentiatie en de slaag- en faalfactoren die optreden bij de ontwikkeling en invoering ervan.

Het LEVV heeft het Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt (KBA) gevraagd onderzoek te verrichten met bovenstaande vraagstelling. Daartoe is een design ontwikkeld voor onderzoek in twee fasen (Hövels en Den Boer, 2003). De eerste fase van het onderzoek richt zich op ziekenhuizen en betreft een verkennend kwantitatief onderzoek naar de toepassing van functiedifferentiatie in verpleegkundige en verzorgende functies in ziekenhuizen anno 2003. In het onderhavige rapport zijn de bevindingen van dit verkennende onderzoek beschreven.

De tweede fase in het design betreft een verdiepend onderzoek waarin door middel van case studies nader wordt ingegaan op de factoren die een rol spelen bij het slagen of falen van de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie. De bedoeling daarvan is om vanuit verschillende perspectieven concrete aangrijpingspunten voor beleid en praktijk te vinden om effectief vorm en inhoud te geven aan functiedifferentiatie. Een centraal perspectief van waaruit naar aangrijpingspunten voor een effectieve aanpak van functiedifferentiatie wordt gezocht is dat van de effecten die functiedifferentiatie kan hebben op innovaties in het aanbod van zorg en verpleging. In afwachting van externe financiering zal deze tweede fase van het onderzoek begin 2004 van start gaan.

Het onderhavige rapport is als volgt opgebouwd. Eerst wordt in hoofdstuk 2 stilgestaan bij de achtergronden van functiedifferentiatie en de aspecten die een rol spelen bij de toepassing van functiedifferentiatie, uitmondend in de vraagstelling voor het onderzoek. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 de onderzoeks aanpak toegelicht. In hoofdstuk 4, 5 en 6 worden de bevindingen uit het onderzoek beschreven. De belangrijkste conclusies staan vermeld in hoofdstuk 6. Ook worden daar aandachtspunten genoemd voor de tweede fase van het onderzoek.

2 Achtergronden en probleemstelling

In dit hoofdstuk wordt de probleemstelling van het onderzoek verder uitgewerkt. De belangrijkste begrippen uit de literatuur die van belang zijn voor de beschrijving en verklaring van implementatie van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging worden aan de orde gesteld. Ook de onderlinge samenhang tussen deze begrippen komt aan de orde. Het hoofdstuk beoogt functiedifferentiatie en de implementatie daarvan conceptueel in te kaderen, en daarmee een basis te bieden voor een nader onderbouwde formulering en operationalisering van de onderzoeksvraagstelling. Het hoofdstuk is gegroepeerd rond drie onderwerpen: functiedifferentiatie en achtergronden ervan, de arbeidsorganisatie als context van functiedifferentiatie en de implementatie van functiedifferentiatie.

In paragraaf 2.1 wordt ingegaan op veranderingen in de functiestructuur in de gezondheidszorg, het begrip functiedifferentiatie, achtergronden van functiedifferentiatie en relevante factoren om functiedifferentiatie in te voeren. Enkele van die factoren worden nader uitgewerkt.

In paragraaf 2.2 staat de context waarbinnen functiedifferentiatie zich afspeelt ter discussie, te weten de arbeidsorganisatie. Eerst wordt ingegaan op het beleidsgebied personeel en organisatie als belangrijke actor bij het implementeren van functiedifferentiatie en de veranderende opvattingen over dat beleidsgebied. Vervolgens is de arbeidsorganisatie als geheel aan de orde, de veranderingen die daarin optreden en de manieren waarop men met organisatieveranderingen kan omgaan.

In paragraaf 2.3 wordt ingezoomd op het begrip implementatie en op de verschillende werkwijzen die in implementatietrajecten kunnen worden gevolgd en accenten daarin. Voor- en nadelen van die werkwijzen komen aan de orde alsmede pogingen om verschillende werkwijzen met elkaar te integreren. Ook worden relaties gelegd met de bevindingen uit de eerdere paragrafen, met name die over arbeidsorganisaties.

In de afsluitende paragraaf 2.4 wordt de vraagstelling van het onderzoek gepresenteerd, alsmede de deelvragen die het uitgangspunt vormden voor het onderhavige onderzoek.

Dit uitgebreide hoofdstuk is uitdrukkelijk bedoeld als conceptuele basis voor het gehele onderzoek. Ze dient als onderbouw zowel voor de eerste onderzoeksfase die een kwantitatief verkennend karakter heeft, alsook voor de tweede onderzoeksfase die als vervolg is voorzien en waarin

de situatie in verschillende ziekenhuizen door middel van case studies nader zal worden onderzocht.

2.1 Veranderingen in de functiestructuur: functiedifferentiatie en taakherschikking

De laatste jaren tekent zich in de gezondheidszorg een verandering af in de functiestructuur voor verpleegkundigen en verzorgenden. Die structuur wordt veelvormiger. Deze ontwikkeling wordt veelal aangeduid met het begrip functiedifferentiatie. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg omschrijft functiedifferentiatie als '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). De Raad wijst erop dat de invulling van het begrip functiedifferentiatie in relatie met de begrippen beroep, functie, taak, substitutie aangeeft dat beroepsbeoefenaren met een zelfde beroepsopleiding en beroepsmatige achtergrond in uiteenlopende functies werkzaam kunnen zijn. 'Bij een indeling in functies bepaalt de organisatie, waar een beroepsbeoefenaar werkzaam is, hoe het takenpakket is samengesteld. De inhoud van functies kan dan ook per ziekenhuis, per zorgorganisatie of per regio variëren' (RVZ, 2002).

Kanters (1999) legt in zijn bespreking van het verschijnsel functiedifferentiatie een enigszins ander accent en komt tot een ruimere definitie van functiedifferentiatie. Zijn omschrijving ervan is 'het herschikken van taken en verantwoordelijkheden in nieuwe en/of vernieuwde functies'. Hij benadrukt dat functiedifferentiatie 'veel meer inhoudt dan het afsplitsen van taken van bestaande functies' en dat het vooral gaat om de algehele functieopbouw. Waar de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg het splitsen van functies benadrukt legt Kanters het accent op het construeren van functies. Naar zijn mening moet functiedifferentiatie worden gezien als een optimaliseringsvraagstuk, waarbij recht wordt gedaan aan diverse relevante factoren (zie volgende paragraaf). Kortweg zou men zijn invalshoek kunnen omschrijven als: hoe organiseren wij de arbeid in de verpleging en verzorging optimaal?

Functiedifferentiatie kan diverse vormen aannemen. Ruwweg is een onderscheid te maken tussen horizontale en verticale functiedifferentiatie. Bij *horizontale functiedifferentiatie* gaat het om veranderingen in (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. Bij *verticale functiedifferentiatie* is het functieniveau wel in het geding. Daarbij gaat het om het afsplitsen van delen of taken van een functie en het onderbrengen daarvan in lager gekwalificeerde functies ('differentiatie aan de onderkant') of juist het toevoegen van taken en verantwoordelijkheden, zodanig dat sprake is van een hoger functieniveau of het creëren van nieuwe functies op een hoger niveau dan oorspronkelijk ('differentiatie aan de bovenkant').

Van een andere orde, maar wel relevant voor het ontstaan van een nieuwe functiestructuur, is het vraagstuk van de taakherschikking. Bij taakherschikking worden taken niet anders over verpleegkundigen en verzorgenden verdeeld, maar over beroepen en beroepsgroepen. De Raad voor de Volksgezondheid definieert taakherschikking dan ook als 'het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen' (RVZ, 2002). Het gaat daarbij vooral om het overhevelen van taken van artsen naar verpleegkundigen. Taakherschikking heeft dus consequenties op macroniveau (tussen beroepen), terwijl functiedifferentiatie zich primair op micro- en/of meso-

niveau afspeelt. Uiteraard kan functiedifferentiatie op termijn ook consequenties hebben in termen van taakherschikking.

Het vóórkomen van functiedifferentiatie

Systematisch verzamelde gegevens over de toepassing van functiedifferentiatie in de zorg zijn schaars. Het verkennende onderzoek van Kanters en Smit uit 1994 vormt hierop een uitzondering. Op basis van interviews met vertegenwoordigers van werkgevers-, werknemers- en beroepsorganisaties constateren zij onder meer dat de onderzochte werkvelden sterk verschillen in de mate waarin functiedifferentiatie ingang heeft gevonden. In *ziekenhuizen* verkeerde functiedifferentiatie in 1994 nog in een beginfase: de mogelijkheden ervan werden verkend.

Ander empirisch onderzoek is van recentere datum en betreft een peiling onder het LEVV/Nivel-Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden, bestaande uit 400 verpleegkundigen en 300 verzorgenden werkzaam in vier sectoren: de algemene ziekenhuizen, de psychiatrie, de verstandelijke gehandicaptenzorg en de thuiszorg. In dit onderzoek wordt geconcludeerd dat veel verpleegkundigen in het panel de afgelopen vijf jaren binnen hun team of afdeling te maken hebben gehad met een vorm van functiedifferentiatie (De Veer e.a., 2003).

Opvallend blijken de verschillen tussen zorgsectoren. In ziekenhuizen en de thuiszorg is *horizontale functiedifferentiatie* de laatste tijd veel vaker geïntroduceerd dan in de psychiatrie en verstandelijke gehandicaptenzorg. Overigens is met *verticale functiedifferentiatie* wat meer ervaring dan met *horizontale functiedifferentiatie*. Meestal ging het daarbij om nieuwe functies voor lager opgeleide zorgverleners, zoals een gastvrouw, iemand die in een leefgroep helpt met koken, iemand die poetst en andere klussen doet in het ziekenhuis. Ruim eenderde van de panelleden had te maken met enigerlei vorm van verticale functiedifferentiatie in de richting van nieuwe functies voor lager opgeleide zorgverleners. Blijkens de panel-peiling, lijken verpleegkundigen in de thuiszorg de afgelopen vijf jaar wat minder vaak dan de collega's in andere sectoren meegemaakt te hebben dat taken naar lager opgeleide zorgverleners werden afgestoten. Ruim eenderde van de panelleden heeft te maken met nieuwe functies voor hoger opgeleide zorgverleners. Het gaat dan om hoog gekwalificeerde zorgverleners met kerntaken in de planning en coördinatie van de zorg. Er blijken hier geen significante verschillen tussen sectoren (De Veer e.a., 2003).

Bovenvermelde gegevens over het vóórkomen van functiedifferentiatie zijn niet gebaseerd op onderzoek op instellingsniveau. Wèl concluderen Kanters en Smit (1994) op grond van hun onderzoek dat het in veel instellingen nog ontbreekt aan samenhangend beleid. Elementen daarvan zijn onder meer: samenhang op instellingsniveau tussen diverse vormen van horizontale en verticale functiedifferentiatie, het ontwikkelen van loopbaanbeleid en het afstemmen van functiedifferentiatie op het totale beleid in de instelling.

Ook signalen tijdens de conferentie 'Verticale functiedifferentiatie als onderdeel van strategisch beleid' (11-03-2003) wijzen er op dat – i.c. verticale – functiedifferentiatie nog slechts mondjesmaat integraal onderdeel uitmaakt van instellingsbeleid.

Voor de vraag naar implementatie van functiedifferentiatie zijn systematische gegevens op instellingsniveau relevant, met name omdat deze de inbedding kunnen laten zien in het organisatie- en personeelsbeleid van de instelling. Indicaties over de actuele stand van zaken rondom functiedifferentiatie op instellingsniveau kunnen worden ontleend aan (concept-)rapportages van het Werkverband ZorgFormat (Gloude-mans e.a., 2002a, 2002b, 2002c; De Bok e.a., 2002;

Foole e.a., 2002). Deze rapportages zijn gestoeld op bevindingen bij in totaal 175 instellingen die werken met ZorgFormat, een instrument waarmee zorginstellingen de kwalitatieve en kwantitatieve personeelsvraag in kaart kunnen brengen. Uit de rapportages komt naar voren dat veel zorginstellingen moeite hebben om de personeels- en opleidingsvraag te baseren op (ontwikkelingen in) de beroepspraktijk. Ook ontbreekt in veel gevallen nog een strategische visie op zorg en met name de vertaling daarvan naar de personele inzet. Een gevolg daarvan is dat in verschillende werkvelden – genoemd worden met name ziekenhuizen en de GGZ – keuzes over de personele inzet deels zijn gebaseerd op a-priori standpunten over gewenste opleidingsniveaus. Deze bevindingen geven tevens een indicatie voor de vaak weinig strategische context waarbinnen functiedifferentiatie op instellingsniveau landt. Ook op bovengenoemde conferentie van 11-03-2003 werden die signalen afgegeven. Illustratief was onder meer de kwestie in hoeverre functiedifferentiatie gebaseerd zou (moeten) worden op het bestaande onderscheid in (formele opleidings-)kwalificaties of op daadwerkelijke competentie-eisen in de beroepspraktijk.

Ook recent en op instellingsniveau is de ‘state of the art’ die Kanters en Bloemendaal in opdracht van sociale partners hebben opgemaakt van functie- en beroepsdifferentiatie voor verplegende en verzorgende functies in algemene ziekenhuizen in 2002 (Kanters & Bloemendaal, 2002). Het beeld dat zij schetsen op basis van interviews met respondenten uit 14 algemene ziekenhuizen, het hoofdbestanddeel van hun onderzoek, is divers. De invoering van het nieuwe opleidingsstelsel was voor de meeste ziekenhuizen de belangrijkste reden om aan de slag te gaan met functiedifferentiatie; recentelijk hechten ziekenhuizen wat minder aan dit motief voor functiedifferentiatie. Ook de arbeidsmarktproblematiek speelde een belangrijke rol. Was het motief personeelsvoorziening dan werd vooral voor differentiatie ‘aan de onderkant’ gekozen. Was personeelsbehoud het overheersende motief dan had differentiatie ‘aan de bovenkant’ ofwel het bieden van loopbaanmogelijkheden de aandacht. Het laatste heeft volgens de meeste respondenten een afgeleide rol gespeeld. Financiële redenen hebben doorgaans geen rol gespeeld. Andere genoemde motieven zijn problemen en vraagstukken in de zorg, bijvoorbeeld hoe om te gaan met medisch-technologische ontwikkelingen, en een zo doelmatig mogelijke werkorganisatie. Tenslotte bleek de aanleiding regelmatig te liggen in reorganisaties, zoals kantelingen en veranderingen in de leidinggevende structuren.

Ziekenhuizen blijken veel vrijheid te hebben om een specifieke mix van functieniveaus en deskundigheden vast te stellen, zo laat het onderzoek zien. Daardoor kan men maatwerk creëren. De algemene tendens is om te komen tot differentiaties met betrekking tot de functieniveaus 2, 4 en 5, maar de invulling is zeer verschillend. Ervaringen met kwalificatieniveau 3-IG zijn zeer wisselend. Een aantal ziekenhuizen maakt onderscheid in verpleegkundige functie op functieniveau 4, bijvoorbeeld tussen eerstverantwoordelijken en zij die dat niet zijn. Een aanzienlijk aantal ziekenhuizen heeft nieuwe functies gecreëerd op niveau 5; de invulling van deze functies is zeer verschillend. Doel is verbetering van het loopbaanperspectief en betere benutting van aanwezige competenties. Vier ziekenhuizen hebben zich georiënteerd op de invoering van niveau 3-IG op verpleegafdelingen. Daarbij dienen zich twee varianten aan: invoering van 3-IG naast de niveaus 4 en 5 en invoering van 3-IG uitsluitend in combinatie met niveau 5. Eén ziekenhuis is positief over de variant 3-IG, 4 en 5, de andere drie ziekenhuizen hebben deze varianten teruggedraaid. Wat de laagste functieniveaus betreft blijken de meeste ziekenhuizen inmiddels helpende of assisterende functies te onderscheiden. Aan de bovenkant hebben alle ziekenhuizen specialistische functies ingevoerd en verwacht wordt dat deze in de toekomst zullen toenemen. Soms is hier sprake van raakvlakken met beroepsdifferentiatie.

Achtergronden van functiedifferentiatie

Functiedifferentiatie in de gezondheidszorg is met name eind jaren tachtig van de vorige eeuw voor het eerst goed in beeld gekomen. Als antwoord op CAO-conflicten, het slechte imago van de sector en personeelstekorten is men destijds gaan zoeken naar positieverbetering en functievernieuwing voor verplegend personeel. Voorgesteld is onder meer om binnen de professionele verpleging te gaan werken met twee zogenaamde deskundigheidsniveaus. Binnen tal van experimenten is hieraan vorm gegeven en bleek invoering van functiedifferentiatie mogelijk met behoud van kwaliteit (vgl. Kanters, 1999). Ondanks deze geslaagde experimenten is het werken met twee deskundigheidsniveaus destijds niet doorgevoerd in de gehele zorgsector. Dit is waarschijnlijk te herleiden tot het verdwijnen van het hoofdmotief voor invoering midden jaren negentig: de krapte op de arbeidsmarkt voor verplegend personeel was omgeslagen in een klein overschot. Echter vanaf 1996 komt functiedifferentiatie opnieuw in beeld, nu als gevolg van de invoering van het nieuwe opleidingsstelsel voor de verpleging en verzorging. Een ander belangrijk motief dat in die tijd een rol ging spelen is de zorgvernieuwing. Bovendien diende zich ook weer krapte op de arbeidsmarkt aan.

Er dienden zich m.a.w. opnieuw krachten aan die aanleiding waren om de invoering van functiedifferentiatie te overwegen. Het gaat om meerdere factoren. Naast de genoemde factoren kunnen ook nog andere een rol spelen bij of aanleiding zijn tot het invoeren van functiedifferentiatie. Samengevat kunnen de volgende factoren onderscheiden worden:

- de situatie op de externe (regionale en/of landelijke) arbeidsmarkt;
- de output qua inhoud en niveaus van het nieuwe opleidingsstelsel voor verpleging en verzorging;
- de kwaliteit van de zorg, zorgvernieuwing en nieuwe visies op zorg;
- (regionale) samenwerking en afstemming tussen instellingen in verschillende zorgbranches (ketens in de zorg);
- veranderende houding van klanten die leidt tot een omslag van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg;
- introductie van nieuwe technieken, maar ook nieuwe zorginhoudelijke mogelijkheden;
- mismatch op interne arbeidsmarkten, onder meer ten gevolge van over- en onderbenutting;
- benadrukking van de kwaliteit van de arbeid;
- (loopbaan)wensen en mogelijkheden van het personeel of delen ervan.

Al deze factoren kunnen een rol spelen als achtergrond van functiedifferentiatie en zullen in concrete situaties in wisselende verhouding belangrijk zijn (vgl. eerder genoemd optimaliseringsvraagstuk). In het onderstaande gaan we op een aantal van de genoemde factoren nader in.

Veranderingen op de arbeids- en opleidingsmarkt

De verhouding tussen het aanbod van en de vraag naar verpleegkundigen en verzorgenden op de arbeidsmarkt is er de laatste jaren niet overzichtelijker op geworden. Er zijn periodes geweest dat aanbod en vraag min of meer met elkaar in overeenstemming leken, maar er zijn ook duidelijke periodes van krapte geweest met overigens regionale verschillen. Krapte heeft ertoe geleid dat veel instellingen zich in hun recruteringsbeleid op andere dan de traditionele groepen zijn gaan oriënteren. Dit heeft ook consequenties voor de functieopbouw binnen instellingen. Daarbij komt dat het nieuwe opleidingsstelsel een nieuw aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden genereert, waarop instellingen hebben moeten inspelen. De niveau-indeling voor de

verpleegkundige beroepsuitoefening vormen nog steeds punt van discussie. Met name het gegeven dat - krachtens de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) - enerzijds sprake is van één titel voor de verpleegkundige op hbo- of mbo-niveau en anderzijds twee kwalificatieniveaus worden onderscheiden, blijkt voor verwarring te zorgen. Van verschillende zijden wordt betoogd dat zorginstellingen functies dienen te creëren waarin de onderscheidende competenties van hbo-ers tot hun recht komen (Verkenningcommissie HGZO, 2000; Visitatiecommissie HBO-V, 2001; Ministerie van VWS, 2000). Bovendien zijn er signalen dat het niveau van mbo-opgeleide verpleegkundigen tegenvalt, zeker in vergelijking met de vroegere inservice opgeleide verpleegkundigen. Tegelijkertijd laat recent onderzoek zien dat recent afgestudeerde mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen in vergelijkbare functies terechtkomen, zonder dat de hbo-opgeleiden zich vaker onderbenut voelen dan de mbo-opgeleiden (Den Boer & Hövels, 2003). De arbeidsmarkt wordt nog minder overzichtelijk omdat zich trends aftekenen die nauwelijks waren te voorzien. Zo komen er vanuit de ouderenzorg signalen dat de opleiding VIG te veel verpleegtechnische elementen bevat, gelet op de werkzaamheden in die sector. Gediplomeerde verzorgenden IG kunnen als gevolg daarvan hun verpleegtechnische competenties onvoldoende in praktijk brengen en daarmee is er ook weinig gelegenheid om deze competenties te onderhouden. Gesteld wordt dat deze situatie er toe bijdraagt dat verzorgenden IG de ouderenzorg verlaten en in ziekenhuizen gaan werken (Den Boer & Hövels, 2003).

Visies op zorg

Nieuwe visies op zorg kunnen ook consequenties hebben voor de organisatie van verpleegkundig en verzorgende processen. Zo kan de vraag aan de orde komen of met een andere vormgeving van deze processen meer tegemoet kan worden gekomen aan wensen van patiënten. De afgelopen jaren is steeds meer afstand genomen van taakgericht verplegen. Bij deze manier van verpleging heeft het afdelingshoofd het overzicht over de werkzaamheden en verdeelt hij of zij de taken over het aanwezige personeel. Hoewel deze vorm van verpleegkundige organisatie efficiënt lijkt, staat zij op gespannen voet met het zelfstandig kunnen en willen functioneren van verpleegkundigen vanuit hun eigen professionaliteit. Mede daarom zijn de laatste jaren meer patiëntgerichte vormen van verpleging op de voorgrond getreden. Voorbeelden hiervan zijn het systeem van 'eerstverantwoordelijke' verpleegkundige of verzorgende en vormen van duoverpleging. Bij de eerste vorm, ook wel integrerende verpleging genoemd, draagt de verpleegkundige of verzorgende zelf meer verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg. In het tweede geval wordt de zorg voor een patiënt niet toegewezen aan één verpleegkundige, maar aan een koppel van veelal verschillend gekwalificeerde medewerkers die samen verantwoordelijk zijn voor de gehele verpleegkundige zorg.

Relevant in dit kader is dat een deel van de verpleegkundigen en verzorgenden zich zorgen maakt dat bij invoering van verticale functiedifferentiatie verworvenheden met betrekking tot patiëntgerichte verpleging in het proces van functiedifferentiatie verloren zullen gaan (vgl. De Veer & Francke, 2003).

Kwaliteit van de arbeid

Uiteenlopende visies op zorg kunnen ook consequenties hebben voor (het denken over) de kwaliteit van de arbeid. Critici van functiedifferentiatie wijzen niet alleen op het terugvallen op taakgerichte verpleging en verzorging, maar ook op het gevaar van taakverarming. Patiëntgerichte verpleging biedt verpleegkundigen en verzorgenden over het algemeen een grotere autonomie en meer regelcapaciteit. Zodra functiedifferentiatie neerkomt op het invoeren van ge-

fragmenteerde functies, zoals een beddenopmaakploeg of een prikdienst is de kwaliteit van de arbeid in het geding. Kanters (1999) stelt dat verticale functiedifferentiatie geen aantasting van de kwaliteit van de arbeid hoeft te betekenen. Dan moet er, volgens hem, echter wel een belangrijk principe in het oog worden gehouden, te weten: ‘Redeneer bij functiedifferentiatie niet vanuit taakafsplitting, maar vanuit functieopbouw’. Als alleen gekeken wordt naar taken die door een ander (lager) kwalificatieniveau overgenomen kunnen worden dan dreigt het gevaar dat de resterende functies onsamenvattend en gefragmenteerd zijn en dientengevolge tot een mindere kwaliteit van arbeid kunnen leiden. Om dit te voorkomen kan men gebruikmaken van meetinstrumenten om de kwaliteit van functies na te gaan. Een dergelijk instrument is bijvoorbeeld de WEBA (Welzijn Bij Arbeid). Met dit instrument zijn welzijnsprofielen van functies op te stellen, waarbij wordt gekeken naar de vaktechnische volledigheid van een functie, organiserende taken, moeilijkheidsgraad van taken, autonomie in het werk, contactmogelijkheden en informatievoorziening (zie verder Kanters, 1999).

Bij deze benadering van kwaliteit van de arbeid ligt het accent op het ontwerpen van functies volgens bepaalde criteria. Deze ontwerpcriteria zijn bij bepaalde theoretische stromingen langzamerhand gemeengoed. Aangenomen wordt dat bij toepassing ervan bijgedragen wordt aan verhoging van de kwaliteit van de arbeid, met name de regelcapaciteit. Een andere, meer subjectivistische benadering van kwaliteit van arbeid gaat uit van individueel maatwerk, waarbij expliciet rekening wordt gehouden met wensen en mogelijkheden van werkenden zelf. Deze invalshoek is in de volgende paragraaf aan de orde.

Wensen en mogelijkheden van (individuele) verpleegkundigen en verzorgenden

Ook wensen en mogelijkheden van het personeel of delen daarvan kunnen vertrekpunt zijn bij functiedifferentiatie. In de literatuur is dit nog slechts sporadisch aan de orde. Een uitzondering is een functiedifferentiatieproject in de OK van Rijnstaete (Boxum Merk, 2003). Via een enquête is daar nagegaan of assistentes allround willen functioneren, dan wel specialistisch of als taakgebieder (halfrounder). Vervolgens zijn in dit project vragen aan de orde zoals wie werkt met wie, waar en wanneer en onder wiens verantwoordelijkheid. Het genoemde voorbeeld laat zien hoe individuele wensen binnen een specifieke zorgeenheid zeer wel invulling kunnen krijgen.

ABVAKABO (2003) vraagt uitdrukkelijk aandacht voor deze invalshoek en wijst op de persoonlijke ontplooiing en loopbaanperspectieven van werknemers als aandachtspunt bij functiedifferentiatie. Niet onbelangrijk in dit kader is dat werkgevers en werknemers de aansluiting tussen werk en competenties van werknemers en de benutting van competenties verschillend kunnen beoordelen, zoals blijkt uit onderzoek van Den Boer en Hövels (2001) en uit het OSA-vraag- en aanbodpanel in de zorgsector. Veel managers vinden dat het personeel onvoldoende is toegerust voor de toekomst. Volgens hen betreffen tekorten vooral houdingsaspecten en niet-vaktechnische competenties. Werknemers daarentegen zijn eerder van mening dat zij overgekwalificeerd zijn, juist op het gebied van de niet-vaktechnische competenties. Voorzover zij hiaten ervaren in de competenties waarover zij beschikken heeft dit juist betrekking op vaktechnische aspecten.

Werkgevers blijken zich vooral te laten leiden door hun oriëntatie op het functioneren van de afdeling of de organisatie en richten zich op de toekomstige beroepspraktijk. Werknemers daarentegen, oriënteren zich juist op de huidige beroepspraktijk en op de eigen ontwikkelings- en ontplooiingsmogelijkheden.

2.2 Veranderende opvattingen over arbeidsorganisaties en personeelsmanagement

Functiedifferentiatie kan niet los gezien worden van de organisatie waarin het wordt ontwikkeld en toegepast. In deze paragraaf wordt ingegaan op de recente veranderingen die zich afspelen binnen organisaties, welke van belang zijn voor implementatie van functiedifferentiatie.

Veranderende opvattingen over het beleidsgebied personeel en organisatie

De afgelopen vijftien jaren is het beleidsgebied personeel en organisatie in veel arbeidsorganisaties sterk opgewaardeerd. Van een reactief en strategisch ondergeschoven beleidsgebied is het uitgegroeid naar een beslissende succesfactor bij de verwezenlijking van organisatiedoelen. Deze opwaardering is terug te voeren op een drietal ontwikkelingen: het continue karakter van organisatieverandering, het integrale aspect van technisch-organisatorische modernisering van productie- en dienstverleningsprocessen, en nieuwe functie-eisen (zie De Nijs & Doorewaard, 2003a).

Organisatieverandering is een continue proces. Arbeidsorganisaties kunnen te maken krijgen met grootschalige en bewust geplande veranderingen, zoals fusies of automatiseringsprojecten. Maar daarnaast voltrekken zich bij veel organisaties kleine en/of grote, al dan niet bewust ingezette, veranderingen, die van wezenlijke betekenis zijn voor het functioneren van de organisatie. Vooral plotseling opduikende problemen en vraagstukken stellen hoge eisen aan personeel en human resource management. Ten tweede blijkt niet alleen bij de invoering van nieuwe proces-technologie, maar ook bij invoering van informatie- en communicatietechnologische veranderingen het strategisch belang van sociale factoren voor de kwaliteit en productiviteit toe te nemen. Sociale factoren zoals kwaliteit, inzetbaarheid, verantwoordelijkheid en motivatie van werknemers zijn in dit kader cruciaal. Ten derde zijn concurrentievoordelen tegenwoordig niet alleen meer te behalen via verhoging van efficiency en productiviteit, maar moeten nieuwe bronnen worden aangeboord. Organisaties moeten kwaliteit leveren en flexibel en innovatief zijn. Dit zijn ook eisen die worden gesteld aan het personeel.

Soortgelijke ontwikkelingen tekenen zich af in de gezondheidszorg en kunnen ook hier gevolgen hebben voor de positie van P&O (vgl. Pool & Van Dijk, 1999f).

Wat zijn nu de gevolgen voor het beleidsgebied personeel en organisatie van deze ontwikkelingen en de daaruit voortvloeiende veranderende eisen aan het personeel? Traditioneel overheerst met betrekking tot dit beleidsgebied het staf-lijndenken. De verantwoordelijkheid voor vormgeving en uitvoering van het beleidsgebied is in handen van gespecialiseerde en geprofessionaliseerde stafafdelingen. Binnen dit verzelfstandigde beleidsterrein legde men zich vooral toe op het ontwikkelen van centrale procedures, zoals werving, opleiding, beoordeling, enzovoort. Het ontwikkelen van een coherente strategische visie met onderlinge afstemming van instrumenten en inbedding ervan in de organisatie was daarbij nauwelijks aan de orde. Door deze verkokering worden personeels- en organisatievraagstukken uit de lijn getrokken en komen op grote afstand te staan van technische, commerciële en economische organisatieproblemen. Hetzelfde geldt overigens voor de organisatie van veranderingsprojecten. De verzelfstandiging van de functie van organisatieadviseur leidt er toe dat de deskundige (change agent) het veranderingstraject losweekt van de verantwoordelijkheden van het lijnmanagement (zie volgende subparagraaf).

De gespecialiseerde P&O-functie staat inmiddels in veel arbeidsorganisaties ter discussie. De belangrijkste reden hiervoor is de 'ontdekking' van de strategische betekenis van deze functie.

Het besef dringt door dat lijnmanagers binnen hun taakdomein zelf de verantwoordelijkheid moeten dragen voor personeels- en organisatievraagstukken en voor organisatieveranderingsprojecten. Daarmee verschuift het zwaartepunt van specialisten, die het ontwerp en de implementatie van centrale procedures en technieken voor hun rekening namen, naar lijnmanagers. Die worden nu ook aangesproken en afgerekend op activiteiten met betrekking tot het optimaliseren van 'human' en 'organizational resources'. De verantwoording voor personele en organisatorische vraagstukken dringt daarmee door tot het diepste of laagste niveau van de arbeidsorganisatie, namelijk 'het management van kwaliteit van primaire processen' (Van Dijk 1989, gec. bij Doorewaard & De Nijs, 2003a). De gedachte is dat voortaan de manager zelf de nieuwe functie-eisen van kwaliteit, snelheid, flexibiliteit en innovatie moet realiseren door het mobiliseren van de hem of haar ter beschikking staande technische, organisatorische en menselijke bronnen (Doorewaard & De Nijs, 2003a).

Dat overeenkomstige gedachten ook in de gezondheidszorg spelen is herkenbaar in de kernboodschap van de serie 'Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg' (Pool & Van Dijk 1999a, 1999b, 1999c). Deze luidt dat beter gebruik moet worden gemaakt van het menselijk potentieel in instellingen voor gezondheidszorg en dat de verdere ontwikkeling van het personeels- en organisatiebeleid daaraan dient bij te dragen. Pool en Van der Bijl (1999) stellen het belang en de mogelijkheden van de integrale ontwikkeling van personeels- en organisatiebeleid aan de orde. Instellingen die hun sociaal beleid actief vormgeven worden over het algemeen positiever gewaardeerd door de medewerkers. Een dergelijk beleid draagt bij aan zowel 'harde effecten' (minder ziekteverzuim en minder verloop) als 'zachte effecten' (tevreden personeel en hoge betrokkenheid bij de instelling) (zie ook Den Boer & Hövels, 2002).

Verbetering van sociaal beleid speelt zich op twee niveaus af. Op centraal niveau gaat het om het bepalen van een nieuwe of hernieuwde visie op P&O-management en de vormgeving van het instrumentarium (human resource management) (zie ook De Nijs, 2003). Maar het gaat er vooral ook om dat in bredere zin dan voorheen vorm wordt gegeven aan de uitvoering van P&O-beleid. Sinds enkele jaren wordt dit gezien als primair een taak van leidinggevenden. Als gevolg hiervan worden ook onderdelen die voorheen door P&O-ers werden uitgevoerd meer en meer als taak van leidinggevenden gezien (integraal management). In dat kader is het belangrijk om op zo laag mogelijk niveau in de organisatie ontwikkelingsprocessen op gang te brengen. Dit moet het zelflerend vermogen van het team en de teamleden bevorderen. De organisatie van de P&O-functie moet zich hieraan aanpassen. Zorginstellingen geven ieder een eigen invulling aan deze ontwikkeling, maar er is wel een hoofdlijn waar te nemen. Die gaat in de richting van een meer decentrale, op het lijnmanagement georiënteerde opzet en invulling van de P&O-organisatie, met een centrale faciliteit op kernonderdelen van het P&O-beleid (Pool & Van Dijk, 1999d).

Veranderende arbeidsorganisaties en projectmatig werken

Zoals hierboven reeds aangegeven zijn organisaties meer dan voorheen permanent in verandering. Ook zorginstellingen zijn sterk in beweging. Er is sprake van schaalvergroting door fusie, concernvorming en decentralisatie, deconcentratie van voorzieningen, kantelen en verplatten van organisaties, netwerk- en ketenvorming en meer (Pool & Van Dijk, 1999f). Ook de implementatie van functiedifferentiatie kan zo'n veranderingsproject zijn. Veel van dergelijke veranderingen worden op geplande wijze ingevoerd. Maar veranderingen vinden ook vaak sluipenderwijs plaats en zijn in dat geval niet het gevolg van projecten met een intentioneel karakter.

Bovendien zijn ook projecten regelmatig onderhevig aan onvoorspelbare factoren hetgeen projectplanning en projectbeheersing tot een hachelijke zaak maakt (vgl. Doorewaard, 2003, die wij in onderstaande redenering volgen).

Het grote voordeel van projectmatig werken is de doelgerichtheid van de handelingen en activiteiten van alle bij het project betrokken personen. Er zijn helder geformuleerde doelstellingen en zorgvuldig omschreven producten. Maar een te sterke focus op het hoofddoel van een project kan er toe leiden dat relevante nevenfacetten uit het oog worden verloren. Projectmatig werken wordt dan aspectmatig werken. Deze dreiging kan op een drietal terreinen naar voren komen:

- binnen het projectmatig werken kan gaandeweg het doel van het project worden geïsoleerd van de concrete, vaak complexe, situatie waarbinnen het project plaatsvindt;
- binnen het veranderingstraject concentreert men zich op één fase en doorloopt niet de gehele veranderingscyclus;
- er is teveel aandacht voor activiteiten en resultaten op korte termijn.

Veel projecten mislukken volgens Doorewaard als gevolg van onvoldoende betrokkenheid van zowel het management als de werknemers van een organisatie bij het ontwikkelen, opzetten, doorvoeren en uitvoeren van veranderingsprojecten (zie ook Muntslag, 2001). Bij veranderingsprojecten kan spanning optreden tussen de expert-rol van de change agent en zelfsturing door organisatieleden. Bij een 'planned change' benadering ligt de nadruk op de deskundigheid van de projectleiding. Bij een 'action research' benadering daarentegen gaat het er om de organisatieleden zelf te laten ontdekken welke de belangrijkste problemen zijn in de organisatie, wat men hieraan het beste kan doen en aan welke voorwaarden moet worden voldaan wil het veranderingstraject succesvol zijn. Projecten zijn meer succesvol naarmate de expertise van de deskundige meer wordt gekoppeld aan de rol van het management en de gebruikers in het besluitvormingsproces. Dit verwijst naar een meer integrale benadering van veranderingsprocessen.

Bij een meer integrale aanpak van organisatieveranderingsprocessen is volgens Doorewaard een *multidimensionele benadering* vereist, waarin veranderingen op individueel niveau, groepsniveau en organisatieniveau in samenhang worden gezien. Bovendien is ook met betrekking tot de objecten van verandering een integrale aanpak vereist: afstemming van strategische veranderingen, technisch-organisatorische veranderingen, human resource management en groepsdynamische processen. Verder verschuift bij integrale benaderingen van organisatieverandering de aandacht van geplande veranderingen naar 'emergente' veranderingen, worden aspectmatige benaderingen vermeden en verandert de rol van de expert naar die van *facilitator*. Onderstaand wordt nader ingegaan op de kenmerken van een integrale aanpak van organisatieveranderingsprocessen.

Bij een integrale aanpak wordt uitgegaan van het cyclische karakter van *emergent change*. Emergent change benadrukt het niet-geplande, impliciet verlopende aspect van organisatieverandering. Bewuste projecten en onbewust verlopende processen grijpen op elkaar in.

Verder, en dat is een tweede kenmerk, wordt bij een integrale benadering de nadruk gelegd op *functionele integratie*, *procesmatige integratie* en *continue positionering* van projecten binnen de organisatiestrategieën op lange termijn. *Functionele integratie* betekent dat bij veranderingsprojecten rekening wordt gehouden met een complex van factoren dat bij verandering is betrokken. *Procesintegratie* betekent dat alle facetten van het veranderingsproces tot hun recht komen.

Ten derde verandert bij een integrale benadering de rol van de change agent en de projectorganisatie. De organisatieleden krijgen veel meer invloed dan voorheen bij besluitvormingsprocessen rondom organisatieveranderingsprojecten. De projectorganisatie als aparte organisatie wordt in de integrale aanpak gemarginaliseerd en komt bijvoorbeeld via ontwikkelteams dicht bij de reguliere organisatie te staan. Ook de rol van de change agent verandert; hij wordt *facilitator*. Hierbij past een aangepaste stijl van leidinggeven. De leidinggevende stimuleert de medewerkers om op basis van ‘*organizational commitment*’ op eigen initiatief creatieve oplossingen te zoeken voor voorkomende problemen. Krachtige stimuli in dit kader zijn ‘*empowerment*’ en ‘*organizational learning*’, die niet alleen de autonomie en zelfstandigheid in reguliere werkprocessen bevorderen en ontwikkelen, maar ook aanzetten tot ‘zelfsturing in verandering’. Het gaat in deze benaderingswijze dus om wat participatief ontwikkelen genoemd kan worden.

In de volgende paragraaf gaan we na of bovenstaande gedachtegang ook herkenbaar is in het denken over implementeren. Als voorschot kunnen we hier alvast constateren dat Kanters (1999) in overeenstemming met de gepresenteerde opvattingen stelt dat bij veranderingsprojecten met betrekking tot functiedifferentiatie doorgaans een decentrale werkwijze is aan te raden. Bovendien is zijns inziens een centrale aanpak strijdig met principes van kwaliteit van de arbeid. Principes als vaktechnische volledigheid en autonomie leggen immers de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbewaking van de beroepsuitoefening bij de beroepsbeoefenaren zelf.

2.3 Veranderende opvattingen over implementatie en implementatiestrategieën

Groeiende aandacht voor implementatieprocessen in de gezondheidszorg

‘De kunst van het implementeren’ is de titel die Muntslag (2001) aan zijn oratie meegaf. Goede ideeën, nieuwe behandelmethoden, noodzakelijke organisatieveranderingen of hoogwaardige technologie blijven vaak ongebruikt of achterwege omdat implementatie ervan mislukt. Implementatie is een vraagstuk apart en misschien wel een kunst. Dat geldt evenzeer voor implementatie van functiedifferentiatie.

Binnen de gezondheidszorg groeit de aandacht voor het implementatievraagstuk. Zo organiseerde bijvoorbeeld ZonMW in 2001 in samenwerking met vele andere organisaties in de gezondheidszorg een conferentie met als titel ‘Kennis beter delen’. Kernthema van deze conferentie was implementatie van bewezen effectieve kennis in de praktijk van de zorg. In 2003 stond een vervolg van deze conferentie op de agenda, waarbij implementatie ook weer een belangrijk aandachtspunt was. Deze groeiende belangstelling heeft zeker te maken met het grote aantal innovaties dat op de gezondheidszorg afkomt, maar zal evenzeer te herleiden zijn tot het maar al te vaak mislukken van adequate invoering van een van tevoren zinvol geachte innovatie. Een dergelijke mislukking is nogal eens terug te voeren op het negeren van of onvoldoende aandacht voor de vele complicaties in implementatietrajecten. Eerder al heeft de Gezondheidsraad (2000) gepleit voor een verbreding van de analyse van implementatieprocessen door ook andere kennisdomeinen er bij te betrekken, zoals sociale wetenschappen en organisatiekunde. Het advies van de Raad draagt dan ook de pregnante titel ‘Van implementeren naar leren’ en benadrukt het belang van ‘tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap’ en van het leren en participeren van de ‘lerende professional’ (zie ook Grol en Wensing; 2001).

Het denken over implementatie heeft de afgelopen decennia sterke veranderingen ondergaan. Lomas (2001) onderscheidt verschillende stadia in dit denken. In het eerste stadium lag de

nadruk op sociaaltechnologische of planned change benaderingen, waarbij implementatie werd gezien als laatste fase van een innovatieproces. In deze laatste fase zou dan adoptie en diffusie van een succesvol geachte innovatie moeten plaatsvinden. Deze werkwijze staat in de theorie sterk ter discussie, maar keert in de praktijk van alledag nog vaak terug. Nieuwere opvattingen en daarbij aansluitende praktijken leggen de nadruk op (collectieve) leerprocessen, stellen dat gebeurtenissen niet zonder meer zijn te voorspellen vanuit de inhoud van de innovatie en benadrukken dat het een proces is dat gedurende de hele innovatieontwikkeling moet plaatsvinden en dus geen eindfase is. Deze gedachtegang was ook geagendeerd voor de conferentie 'Kenniss beter delen, deel 2' (2003), waar zelfs wordt gesproken over een paradigmaverschuiving van implementeren naar leren. Een dergelijke paradigmaverschuiving tekent zich eveneens in andere maatschappelijke sectoren af. Ook Muntslag (2001) spreekt zich in bovengenoemde oratie, die ingaat op het implementeren van hoogwaardige software in organisaties, uit voor een implementatieproces te bezien als een leerproces.

Overigens is deze benadering minder nieuw dan zij lijkt. Reeds in 1981 maakte Berman in zijn kritische bespreking van innovaties in het onderwijs onderscheid tussen een 'managerial model of implementation', een 'learning model' en een 'bargaining model'. Volgens het eerste model trachten managers vooral weerstand tegen verandering weg te nemen en de weg vrij te maken voor implementatie van een vernieuwing. In het tweede model leren individuen en groepen, terwijl de organisatie probeert te leren hoe haar coördinatie, controle en informatiesystemen te veranderen. Het onderhandelingsmodel legt de nadruk op tegenstrijdige belangen en ziet implementatie als een conflictueus proces. Geen van deze drie benaderingen is in zijn ogen exclusief, maar hij benadrukt het belang van beide laatste modellen. Verder geeft hij aan dat een groot aantal factoren een rol speelt bij implementatie, waarmee in een vroegtijdig stadium rekening dient te worden gehouden. Hij noemt: de lokale contextuele condities, de primaire kenmerken van het te veranderen aspect, locale beleidsoverwegingen, endogene variabelen en externe variabelen die meespelen in het veranderingsproces. Bij een dergelijke manier van benaderen van implementatie zal duidelijk zijn dat niet zonder meer succes- en faalfactoren zijn af te leiden, maar wel dat 'there are many ways to fail and few ways to succeed'.

Ontwerpen en ontwikkelen

Het merendeel van bovengenoemde publicaties over implementatie sluit aan bij 'evidence based' innovaties: de innovatie heeft elders plaatsgevonden en de effectiviteit ervan is in de praktijk bewezen. Dat is bijvoorbeeld het geval bij nieuwe medicijnen of een bepaalde behandelwijze. Veel innovaties hebben echter in het beginstadium nog geen uitgekristalliseerde vorm. Dat geldt met name ook voor het (her)ontwerpen en ontwikkelen van organisaties en in het onderhavige geval voor functiedifferentiatie. Dan is aan het begin van een traject niet alleen de implementatie aan de orde, maar ook de vraag welke werkwijze te volgen bij het vormgeven van de innovatie. Bij het vormgeven van innovaties - ook van functiedifferentiatie - kunnen ideaaltypisch twee benaderingen worden onderscheiden: ontwerpen en ontwikkelen. Huijsmans en Van Dijk (1999) werken beide benaderingen verder uit. Bij de ontwerpbenadering, ook wel blauwdrukbenadering genoemd, wordt eerst een volledig ontwerp gemaakt van de organisatie (door experts) en vervolgens wordt dit ontwerp geïmplementeerd. Bij de ontwikkelbenadering gaat men uit van een stapsgewijs proces van uitdenken, implementeren, beproeven en nader uitwerken, aanpassen en vervolmaken. Schematisch zijn de volgende accenten te onderscheiden:

Blauwdrukmodel	Ontwikkelmodel
scheiding ontwerp en invoering	vloeiende overgang tussen fasen
nadruk op expertkennis	gebruik materiekennis
top-down	gebruik kennis en inzicht personeel
eenmalig lineair proces	voortdurend iteratief proces
strakke normen en plannen	aandacht voor verandercapaciteit
abstracte modellen → concrete werkwijze	concrete werkwijze → abstracte modellen
organisatie als bron van tekortkomingen	organisatie als bron van ervaring

Ofschoon tegenwoordig een ontwikkelmodel de meeste populariteit geniet, is een keuze voor een van beide of een mixture situatieafhankelijk, zo stellen Huijsmans en Van Dijk. Zij noemen enkele factoren die bepalend zijn voor de keuze:

- de complexiteit van de verandering: hoe complexer de verandering, des te moeilijker wordt het om een blauwdrukbenadering te hanteren;
- de 'acuütheid' van de verandering: wanneer snelheid geboden is, is een ontwikkelbenadering te tijdrovend;
- het verandervermogen van een organisatie: als het verandervermogen van de organisatie laag is, zal het moeilijker zijn het ontwikkelmodel te hanteren.

Ontwerpbenaderingen

Om tot nieuwe organisatieontwerpen te komen kan gebruik worden gemaakt van diverse ontwerpbenaderingen. Huijsmans en Van Dijk presenteren een aantal van dergelijke ontwerpbenaderingen, waarvan met name de moderne sociotechniek (MST) een uitgewerkte en theoretisch onderbouwde methodiek is. Bij deze methodiek staat de kwaliteit van de arbeid centraal. Kern van de benadering is het evenwicht tussen 'regelbehoefte' en 'regelcapaciteit'. Er wordt toegevoerd naar zogenaamde 'zelfsturende teams'. Eerste ervaringen in de gezondheidszorg met zelfsturende teams zijn hoopgevend (Huijsmans en Van Dijk, 1999).

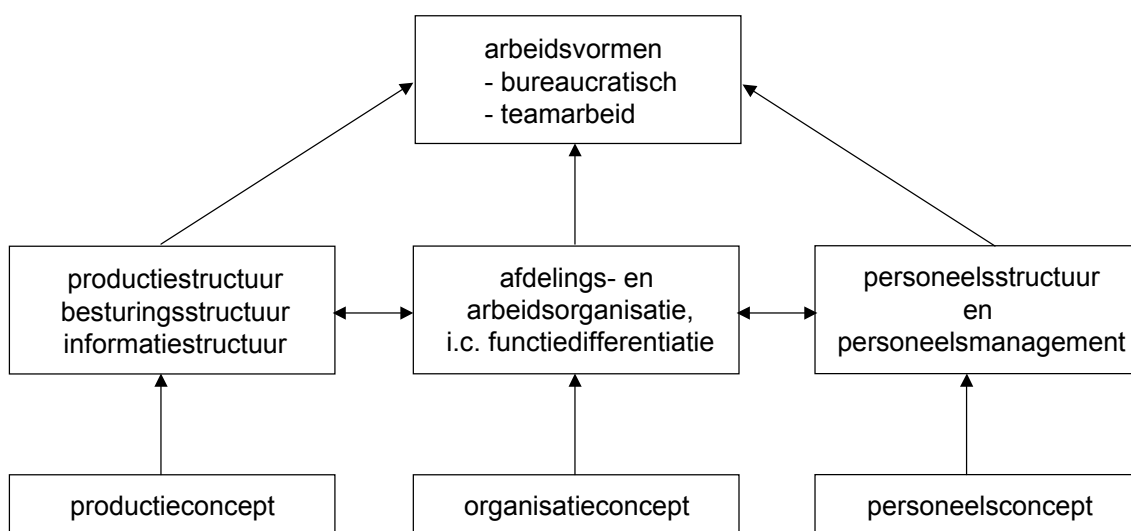
De moderne sociotechniek - bij andere ontwerpbenaderingen geldt dit in mindere mate - biedt een tamelijk goed uitgewerkte theorie en methodiek om functies te ontwerpen. Daarbij wordt de nadruk gelegd op de kwaliteit van de arbeid. Maar in de oorspronkelijke benadering wordt geen aandacht besteed aan sociale en machtspolitieke aspecten van veranderingsprocessen, aspecten waarvoor in een ontwikkelbenadering juist expliciet aandacht is. Dat roept de vraag op of een ontwerpbenadering en een ontwikkelbenadering met elkaar zijn te combineren. Doorewaard (2003) geeft aan dat recente studies over sociotechnisch organiseren van arbeid wel ingaan op de veranderkundige aspecten van sociotechnisch reorganiseren. In deze studies wordt een poging gedaan om sociotechnisch ontwerpen te combineren met een ontwikkelbenadering. Daarbij blijft het teamconcept centraal staan. Deze recente studies richten zich dus niet alleen op het teamgericht organiseren van de arbeid. Zij gaan ook in op het invoeren en implementeren van de teamorganisatie en hoe dit kan geschieden volgens dezelfde (sociotechnische) principes. Bij Huijsmans en Van Dijk (1999) blijft dit aspect onderbelicht.

Een ander onderdeel dat in ontwerpbenaderingen onderbelicht blijft is de contractuele relatie. Het object van ontwerptheorieën, zoals de sociotechniek, is de arbeidsverdeling ofwel 'het geheel van uitvoerende activiteiten en daarmee verbonden verwachtingen, normen en regels'. Wijziging van het systeem van arbeidsverdeling heeft echter ook grote gevolgen voor de con-

tractuele relaties ofwel het ‘geheel van alle aan het lidmaatschap van een organisatie verbonden rechten en plichten’ (Doorewaard & De Nijs, 2003a). Dit laatste is het object van human resource management.

Aansluitend bij deze kritische kanttekeningen bij een ontwerpbenadering formuleren Doorewaard en De Nijs (2003a) een integraal ordeningsmodel, waarin de samenhang tussen de verschillende aspecten naar voren komt. Zij stellen dat elke arbeidsvorm bestaat uit samenhangende maatregelen, die uitgaan van specifieke productie-, organisatie- en personeelsconcepten. Het productieconcept omschrijven zij als het geheel van ontwerpregels voor de productiestructuur, de besturingsstructuur en de informatiestructuur¹. Het productieconcept bepaalt de samenhang tussen de productiestructuur enerzijds, en de besturingsstructuur en informatiestructuur anderzijds. Het organisatieconcept bestaat uit het geheel van ontwerpregels waarmee zowel de afdelingsorganisatie als de arbeidsorganisatie worden vormgegeven. Het personeelsconcept - waarin de contractuele relaties zijn besloten - tenslotte omschrijven zij als het geheel aan uitgangspunten voor de vormgeving van de personele structuur (de kwalificatie en kenmerken van het personeelsbestand) en het personeelsmanagement (de maatregelen met betrekking tot de inzet van personeel in het arbeidsproces). De onderlinge samenhang van deze drie concepten wordt in onderstaand schema (figuur 1) geschetst.

Figuur 1 – Het integraal ordeningsmodel voor arbeidsvormen (Aangepast uit: Doorewaard en De Nijs, 2003a)



Als we in dit schema arbeidsorganisatie vervangen door functiedifferentiatie – functiedifferentiatie is per slot van rekening een werkwijze om te komen tot een nieuwe organisatie van de

¹ Onder productiestructuur wordt verstaan het complexe geheel van samenhangende werkstromen of orderstromen van het primaire proces. De informatie- en besturingsstructuur is het geheel aan informatiestromen dat de werkstromen stuurt en controleert.

arbeid - dan is duidelijk binnen welke context en in samenhang waarmee processen van functie-differentiatie en de implementatie ervan zich afspelen.

Huijsmans en Van Dijk beperken zich in hun artikel tot twee globale implementatiestrategieën - ontwerpen en ontwikkelen - en enige uitwerking ervan. Bovenstaand is geprobeerd een aantal kanttekeningen geplaatst bij de tegenstelling tussen en de mogelijke samenhang van beide benaderingen. Pater e.a. (2001) gaan een stap verder en kleuren het totale palet van implementatiestrategieën tamelijk minutieus in. Zij omschrijven implementeren als 'het vertalen van strategische beslissingen in concrete resultaten die gedragen en geïncorporeerd worden door de organisatie'. Zij 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. Het is geen eenmalige actie, maar een permanent 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. Hierbij aansluitend kan implementeren worden omschreven als alle activiteiten die zijn gericht op het daadwerkelijk maken, leren en inpassen van de beoogde verandering, zodanig dat ook een structureel betere basis voor toekomstige veranderingen wordt gerealiseerd. Daarbij is communicatie het sleutelwoord dat die elementen verbindt.

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

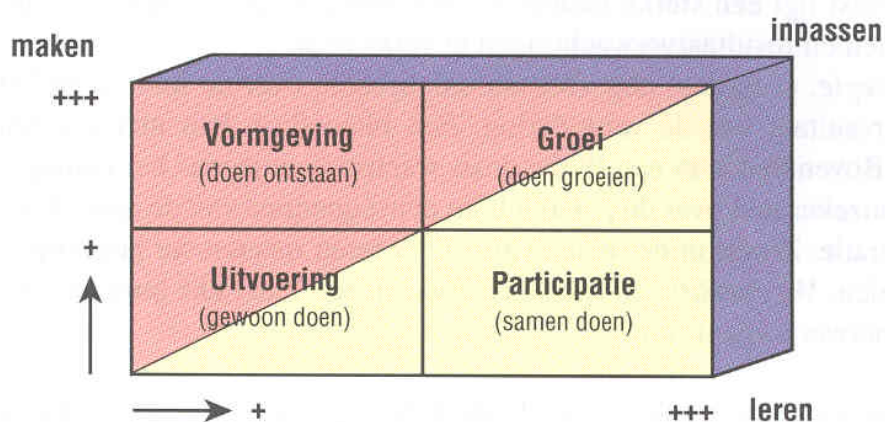
- | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------|
| I. Wat willen we bereiken? | → | resultaten |
| II. Hoe krijgen we het voor elkaar? | → | plannen en sturen |
| III. Hoe geven we het vorm? | → | ontwerpen en inrichten |
| IV. Hoe betrekken we iedereen erbij? | → | communiceren |
| V. Hoe leren we er mee omgaan? | → | opleiden en trainen |
| VI. Hoe blijft het werken? | → | verankeren en verbeteren |
| VII. Wat levert het op? | → | afsluiten en evalueren |

Succesvol implementeren hangt volgens Pater c.s. vooral af van een duidelijke visie op het eindresultaat, gevolgd door betrokkenheid van medewerkers en management en gerichte communicatie. Meer specifiek voor de diverse facetten leiden zij uit eigen onderzoek de volgende succesfactoren af voor de diverse facetten:

Implementatie	Succesfactoren
Resultaten	Visie op het eindresultaat
Plannen en sturen	Gepland veranderingsproces Adequaat projectmanagement Heldere verantwoordelijkheden en bevoegdheden
Ontwerpen en inrichten	Betrokkenheid gebruikers Betrokkenheid management
Communiceren	Doelgroepspecifieke communicatie
Opleiden en trainen	Inbreng gebruikers
Verankeren en verbeteren	Cultuur van verandering Samenwerking project- en lijnorganisatie
Afsluiten en evalueren	-

Implementatiestrategieën kunnen zeer uiteenlopende vormen aannemen en zijn een unieke combinatie van de genoemde facetten. Het zijn bewust gekozen invullingen van elk van de facetten. Het bewust kiezen voor een bepaalde strategie gebeurt nog te weinig en dat is volgens Pater c.s. een belangrijke faalfactor bij implementatieprojecten. Op basis van hun eigen omschrijving formuleren Pater c.s. een viertal basisstrategieën: uitvoering, vormgeving, participatie en groei. Daarbij gaan zij er van uit dat de complexiteit op de dimensies *maken* en *leren* het karakter van een implementatiestrategie bepaalt. De keuze van een strategie heeft zijn weerslag op de wijze, de benodigde niveaus en de momenten van inpassen. Onderstaand schema (figuur 2), ontleend aan Pater c.s., geeft de vier basisstrategieën weer, waarbij een groter aantal plussen aangeeft dat het maken respectievelijk het leren complexer of ingrijpender is.

Figuur 2 – De vier basisstrategieën voor implementatie (uit: Pater c.s.,2001)



2.4 Onderzoeksvraagstelling

De doelstelling van het onderzoek is te achterhalen welke factoren bijdragen aan een succesvolle implementatie van functiedifferentiatie in de gezondheidszorg en welke factoren deze belemmeren.

Gezien de complexiteit van de problematiek is ervoor gekozen om het onderzoek te richten op algemene en academische ziekenhuizen, omdat zij een relatief homogene sector vormen binnen de gezondheidszorg. Hiermee kan een scherper beeld verkregen worden van de factoren die een rol spelen bij de implementatie van functiedifferentiatie.

Er is een onderzoeksdesign opgesteld waarin het onderzoek is opgesplitst in twee fasen. De eerste fase betreft een kwantitatief verkennend onderzoek onder de algemene en academische ziekenhuizen. Deze fase is erop gericht om a) een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de mate waarin anno 2003 functiedifferentiatie toegepast wordt, en b) eerste indicaties te krijgen voor factoren die bij de implementatie van functiedifferentiatie een rol spelen, en c) een beeld te krijgen van varianten van functiedifferentiatie, i.c. de implementatie daarvan. Dit laatste met name om op grond daarvan een gerichte selectie te maken van casussen voor de tweede fase van het onderzoek.

De tweede fase is erop gericht om door middel van case-studies een duidelijk beeld te krijgen van de factoren die een rol spelen bij het slagen of falen van de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie. Hierbij wordt aandacht besteed aan de verschillende perspectieven die men met de invoering van functiedifferentiatie voor ogen kan hebben en wordt gestreefd naar concrete aangrijpingspunten voor beleid en praktijk om vanuit verschillende perspectieven effectief vorm en inhoud te geven aan functiedifferentiatie.

In de voorgaande paragrafen van dit hoofdstuk is een conceptueel kader rondom functiedifferentiatie uitgewerkt en zijn de belangrijkste concepten aan de orde geweest die voor de probleem-

stelling van dit onderzoek van belang zijn. Achtereenvolgens is ingegaan op de afbakening van het begrip functiedifferentiatie, de beschikbare gegevens over het vóórkomen van functiedifferentiatie, en de achtergronden die hebben geleid tot functiedifferentiatie. Vervolgens is stilgestaan bij de veranderende opvattingen over arbeidsorganisaties en in het bijzonder het personeelsmanagement en projectmanagement. Tenslotte is beschreven welke veranderingen optreden in het denken over strategieën voor implementatie van gewenste veranderingen, zoals bijvoorbeeld functiedifferentiatie. Op basis van dit conceptuele kader is de doelstelling van het onderzoek toegespitst en geoperationaliseerd in een onderzoeksvraagstelling, van waaruit deelvragen zijn geformuleerd.

De algemene vraagstelling voor het onderzoek luidt als volgt:

Welke factoren binnen of buiten de ziekenhuizen bevorderen dan wel belemmeren een succesvolle implementatie van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging?

De onderzoeksvraagstelling is opgesplitst in de volgende deelvragen die in het onderzoek aan de orde worden gesteld:

- In hoeverre hebben ziekenhuizen anno 2003 functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging ingevoerd of zijn zij hiermee bezig?
- Welke redenen zetten ziekenhuizen aan tot het al dan niet invoeren van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging?
- Wat zijn de effecten van invoering van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging?
- Welke vormen van functiedifferentiatie worden ingevoerd in de verpleging en verzorging?
- Welke personen en geledingen beslissen mee over de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging?
- Welke knelpunten worden ervaren bij de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging?
- Hoe wordt omgegaan met knelpunten en wat zijn succesfactoren bij de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging?
- Hoe verwachten ziekenhuizen in de toekomst verder te gaan met functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging?

3 Aanpak van het onderzoek

3.1 Enquête onder ziekenhuizen

In de eerste fase is, zoals gezegd, een kwantitatief verkennend onderzoek uitgevoerd in een relatief homogene sector binnen de gezondheidszorg, i.c. de ziekenhuizen.

De onderzoeksvragen zijn uitgewerkt en geoperationaliseerd in een vragenlijst, die op een website toegankelijk is gemaakt. In oktober 2003 is een e-mail verstuurd naar alle algemene en academische ziekenhuizen, waarin een link stond naar de website waarop de vragen zijn weergegeven en een unieke persoonlijke inlogcode. Door de code op de website in te toetsen konden de informanten de vragenlijst invullen. Indien nodig konden ze het beantwoorden van de vragen onderbreken en op een later moment opnieuw inloggen om verder te gaan waar ze waren gebleven. De antwoorden van de informanten zijn automatisch geregistreerd.

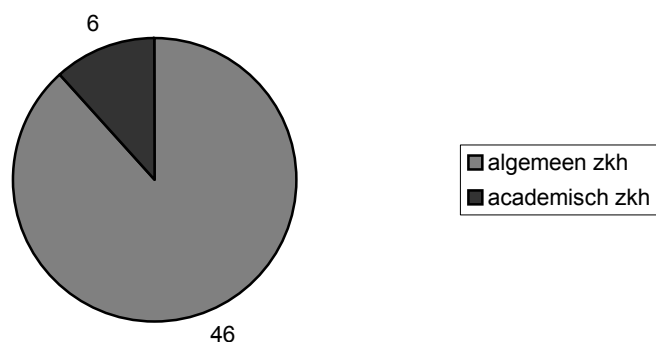
Binnen elk ziekenhuis is één informant benaderd. Dit was het hoofd van de afdeling P&O, een medewerker van de afdeling P&O die op de hoogte is van functiedifferentiatie, of een lid van een projectteam functiedifferentiatie. De contactgegevens (e-mailadres en telefoonnummer) van de informanten zijn via twee wegen achterhaald. Ten eerste is door het LEVV een brief verstuurd naar de Verpleegkundige Adviesraad (VAR) in elk ziekenhuis dat over een dergelijk orgaan beschikt (ongeveer 57). In deze brief is de VAR verzocht om contactgegevens door te geven van het hoofd P&O of een andere bij functiedifferentiatie betrokken (P&O-)medewerker van hun ziekenhuis. Hierop zijn 23 reacties gekomen met de gevraagde gegevens. Ten tweede zijn alle ziekenhuizen waarvan nog geen informant verkregen was telefonisch gevraagd om de contactgegevens van het hoofd P&O.

3.2 Respons

Van alle 97 algemene en academische ziekenhuizen in Nederland die zijn benaderd voor deelname aan het onderzoek hebben drie ziekenhuizen dit verzoek niet ontvangen wegens een fout e-mail-adres. Van de 94 ziekenhuizen die het verzoek wel hebben ontvangen, hebben 52 ziekenhuizen aan het onderzoek meegewerkt en de onderzoeksvragen op tijd beantwoord. De respons bedraagt hiermee 55%.

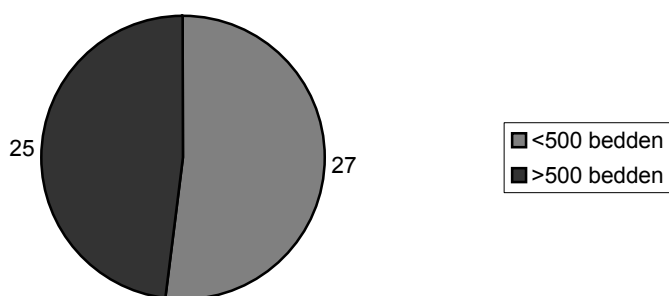
Onder de 52 ziekenhuizen die hebben meegewerkt aan het onderzoek bevinden zich 46 algemene ziekenhuizen (52% van alle 89 algemene ziekenhuizen) en 6 academische ziekenhuizen (75% van alle 8 academische ziekenhuizen) (Zie figuur 3). Twee algemene ziekenhuizen geven aan tevens een topklinisch opleidingsziekenhuis te zijn.

Figuur 3 – Verdeling van het aantal algemene en academische ziekenhuizen dat heeft meegewerkt aan het onderzoek.



Van de meewerkende ziekenhuizen hebben er 27 minder dan 500 bedden en 25 meer dan 500 bedden (zie figuur 4). Van de 27 kleinere ziekenhuizen geven er twee aan minder dan 250 bedden te hebben.

Figuur 4 – Verdeling van het aantal grote en kleine ziekenhuizen dat heeft meegewerkt aan het onderzoek.



De informanten bij de ziekenhuizen die de vragen hebben beantwoord zijn voor het grootste deel werkzaam op de afdeling P&O. Enkele informanten zijn werkzaam op afdelingen voor kwaliteit en innovatie van de zorg, en enkele op afdelingen die zich meer richten op de organisatie als geheel, zoals een afdeling organisatieadvies.

De meerderheid van de informanten (89%) geeft aan dat we hen ook kunnen benaderen voor de geplande tweede onderzoeksfase.

Van de 42 ziekenhuizen die niet hebben meegewerkt aan het onderzoek hebben zes ons hiervan op de hoogte gebracht. Zij geven allen aan dat ze geen tijd hebben voor deelname aan het onderzoek, vanwege andere projecten en onderzoeken, vanwege de noodzaak zich te concentreren op primaire of dringender werkzaamheden, of door een krappe personeelsbezetting van de afdeling P&O. De overige 36 ziekenhuizen uit de non-respons hebben niet gereageerd.

4 Toepassing van functiedifferentiatie in ziekenhuizen

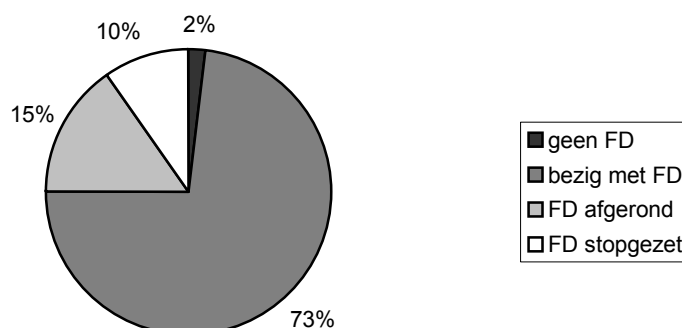
4.1 De toepassing van functiedifferentiatie

Om zicht te krijgen op de mate van toepassing van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging in algemene en academische ziekenhuizen in Nederland is de ziekenhuizen gevraagd of ze de afgelopen vijf jaar bezig zijn geweest met de ontwikkeling en/of invoering van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging.

Van de 52 ziekenhuizen die hebben meegewerkt aan het onderzoek geven 51 aan de afgelopen vijf jaar bezig te zijn geweest met de ontwikkeling en/of invoering van functiedifferentiatie (98%). Slechts voor één ziekenhuis geldt dit niet.

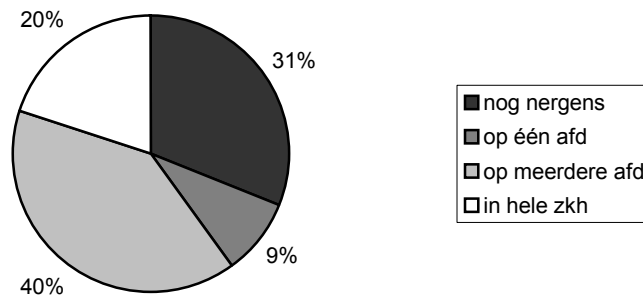
Het stadium van invoering van functiedifferentiatie verschilt echter nogal tussen de ziekenhuizen. In 15% van de ziekenhuizen is de invoering van functiedifferentiatie inmiddels afgerond. In de meeste ziekenhuizen (73%) blijkt men momenteel nog bezig te zijn met functiedifferentiatie. In 10% is de invoering van functiedifferentiatie stopgezet en is men er niet opnieuw mee begonnen (Zie figuur 5).

Figuur 5 – Stadium van toepassing van functiedifferentiatie in ziekenhuizen (N=52)



Aan de ziekenhuizen die aangeven momenteel nog bezig te zijn met functiedifferentiatie of deze inmiddels te hebben afgerond (N=46) is gevraagd op hoeveel afdelingen van hun ziekenhuis functiedifferentiatie inmiddels is ingevoerd. Het blijkt dat in 20% van deze ziekenhuizen functiedifferentiatie inmiddels ziekenhuisbreed is ingevoerd (zie figuur 6). In 40% van de ziekenhuizen is functiedifferentiatie op meerdere afdelingen ingevoerd en in 9% op één afdeling. In ongeveer een derde van de ziekenhuizen (31%) bevindt functiedifferentiatie zich nog in een vroeg ontwikkelingsstadium en is nog op geen enkele afdeling ingevoerd.

Figuur 6 – Bereik van functiedifferentiatie (% van ziekenhuizen die bezig zijn (geweest) met functiedifferentiatie, N=46)



Geconcludeerd kan worden dat bijna alle ziekenhuizen die hebben meegewerkt aan het onderzoek actief zijn of zijn geweest op het gebied van functiedifferentiatie. Qua voortgang in de invoering van functiedifferentiatie bestaan er echter grote verschillen. Minder dan een vijfde van de ziekenhuizen heeft functiedifferentiatie ziekenhuisbreed ingevoerd. Meer dan twee vijfde heeft functiedifferentiatie inmiddels op één of meerdere afdelingen ingevoerd. Terwijl meer dan een kwart van de ziekenhuizen functiedifferentiatie nog op geen enkele afdeling heeft ingevoerd en in een voorbereidingsfase zit. Daarnaast is er een kleine groep ziekenhuizen die de invoering van functiedifferentiatie heeft stopgezet.

Het is moeilijk te zeggen of het bovenstaande beeld van de mate van toepassing van functiedifferentiatie representatief is voor alle algemene en academische ziekenhuizen in Nederland. Dit hangt er vanaf of in de ziekenhuizen die niet hebben meegewerkt aan het onderzoek de situatie met betrekking tot functiedifferentiatie vergelijkbaar is met die in de ziekenhuizen die wel hebben meegewerkt. Hierover is geen uitspraak mogelijk. Gezien de hoge respons van het onderhavige onderzoek, 55% van de ziekenhuizen heeft meegewerkt, mag er echter vanuit worden gegaan dat een grote meerderheid van alle algemene en academische ziekenhuizen in Nederland bezig is met functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging.

4.2 Redenen van ziekenhuizen om al dan niet functiedifferentiatie toe te passen

Aan de ziekenhuizen die momenteel bezig zijn met functiedifferentiatie of het proces van functiedifferentiatie inmiddels hebben afgerond (N=46) is gevraagd wat hun redenen zijn om functiedifferentiatie toe te passen. De informanten konden in een lijst met 11 redenen aangeven welke reden/rede(n)en voor hun ziekenhuis van toepassing zijn.

Zoals blijkt uit tabel 1 komen drie redenen voor toepassing van functiedifferentiatie veel meer voor dan andere mogelijke redenen, namelijk: het bieden van een loopbaanperspectief aan me-

dewerkers (74% van de ziekenhuizen), het verbeteren van de kwaliteit van de zorg (70%), en het inspelen op het opleidingsstelsel in de zorg (57%).

Ook drie andere redenen worden door meer dan een derde van de ziekenhuizen genoemd. Het gaat dan om het inspelen op veranderingen in de organisatiestructuur van het ziekenhuis, moeite hebben met het vinden van voldoende verpleegkundig en verzorgend personeel en de personeelskosten terugdringen.

Tabel 1 – Redenen van ziekenhuizen om functiedifferentiatie toe te passen. (N=46)

reden	percentage ziekenhuizen
loopbaanperspectief bieden aan medewerkers	74
kwaliteit van de zorg verbeteren	70
inspelen op het opleidingsstelsel in de zorg	57
inspelen op veranderingen in de organisatiestructuur van het ziekenhuis	41
moeite met het vinden van voldoende verpleegkundig of verzorgend personeel	37
personeelskosten terugdringen	37
werk meer inrichten naar behoefte van medewerkers	33
werklast reduceren	26
capaciteit van de zorg vergroten	20
inspelen op afplatting van de organisatie	20
tijd vrijmaken bij medewerkers voor onderzoek en innovatie	11

Twaalf ziekenhuizen beschrijven in een open vraag naar mogelijke andere motieven voor invoering van functiedifferentiatie de volgende redenen die binnen hun ziekenhuis van belang waren: het willen verduidelijken van taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundig en verzorgend medewerkers, meer aanspraak willen doen op de competenties van medewerkers, het verbeteren van de kwaliteit van het verpleegkundig vakgebied en inspelen op veranderingen in de zorgvraag van patiënten, met name het complexer worden van de zorgvraag.

Het enige ziekenhuis dat heeft geantwoord dat het de afgelopen vijf jaar niet met functiedifferentiatie bezig is geweest geeft hiervoor als reden dat het er niet van is gekomen om met functiedifferentiatie aan de slag te gaan, al is er wel over nagedacht. De informant bij dit ziekenhuis geeft aan te verwachten dat hun ziekenhuis in de toekomst wel functiedifferentiatie zal toepassen.

De vijf ziekenhuizen die hebben aangegeven te zijn gestopt met functiedifferentiatie noemen hiervoor verschillende redenen. Eén ziekenhuis is gestopt vanwege onvoldoende draagvlak bij de directie/raad van bestuur, het midden-management en de afdelingshoofden, en omdat er onduidelijkheid bestond over de behoefte aan en inzetbaarheid van functies op niveau 2 en 3. Ook was het onduidelijk hoe een volwaardig takenpakket voor deze functies kon worden vastgesteld. Dit ziekenhuis is volgens de informant niet opnieuw met functiedifferentiatie aan de slag gegaan omdat het management niet weet hoe functiedifferentiatie aan te pakken. Als meer duidelijkheid ontstaat met betrekking tot de behoefte aan en inzet van functies op niveau 2 en 3 verwacht de informant dat functiedifferentiatie alsnog zal worden ingevoerd.

Een ander ziekenhuis zegt te zijn gestopt met functiedifferentiatie vanwege andere prioriteiten. Het is er niet opnieuw mee begonnen omdat het management geen positieve resultaten verwacht. De informant acht het wel waarschijnlijk dat het ziekenhuis in de toekomst functiedifferentiatie zal gaan toepassen. Dit hangt af van hun personeelskosten en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Voordat het begint met functiedifferentiatie wil men zich herbezinnen op de organisatie van de arbeid in het ziekenhuis en de arbeidssatisfactie van hun medewerkers.

In een derde ziekenhuis is functiedifferentiatie op een laag pitje gezet omdat het ziekenhuis in een fusieprocedure zit. Daarnaast geeft de informant aan dat het management de mogelijkheden van functiedifferentiatie niet kent en er weinig positieve resultaten van verwacht. Als er een projectvoorstel komt met inzicht in de kosten en baten van functiedifferentiatie kan in de toekomst alsnog functiedifferentiatie worden toegepast.

Eén van de vijf ziekenhuizen noemt als reden dat er geen arbeidsmarktproblematiek meer is.

Een laatste ziekenhuis zegt dat met de invoering van een functiewaarderingsysteem de organisatie van de verpleging en verzorging en dus ook van de functies is vastgelegd. De informant acht het echter zeer wel mogelijk dat er in de toekomst verder wordt gedifferentieerd.

Samenvattend kan worden gezegd dat de redenen van ziekenhuizen om functiedifferentiatie in te voeren divers zijn. De meest genoemde redenen lopen uiteen van het willen verbeteren van de kwaliteit van de arbeid (met name loopbaanperspectief bieden aan medewerkers), de kwaliteit van de zorg, de aansluiting met het opleidingsstelsel, en de kwaliteit van de organisatie (met name inspelen op veranderingen in de organisatiestructuur, personeelskosten terugdringen en het aantal vacatures terugdringen).

De ziekenhuizen die de invoering van functiedifferentiatie hebben stopgezet hadden hiervoor alle hun eigen redenen, die sterk uiteen lopen. De meeste van hen geven echter aan in een later stadium alsnog te willen starten met differentiatie van verpleegkundige en verzorgende functies.

In de navolgende twee hoofdstukken wordt ingegaan op de wijze waarop ziekenhuizen de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie aanpakken en de effecten van functiedifferentiatie. Het betreft uiteraard alleen die ziekenhuizen die hebben aangegeven momenteel bezig te zijn met functiedifferentiatie of het proces van functiedifferentiatie inmiddels te hebben voltooid.

5 Aanpak van de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie

5.1 Vormgeving van functiedifferentiatie

Bij de 46 ziekenhuizen die momenteel bezig zijn met functiedifferentiatie of het proces van functiedifferentiatie inmiddels hebben afgerond is bekeken hoe zij de functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging hebben vormgegeven. Gevraagd is naar eventuele veranderingen in het aantal functiesoorten en het aantal functieniveaus in de verpleging en verzorging, en welke nieuwe functies zijn geïntroduceerd.

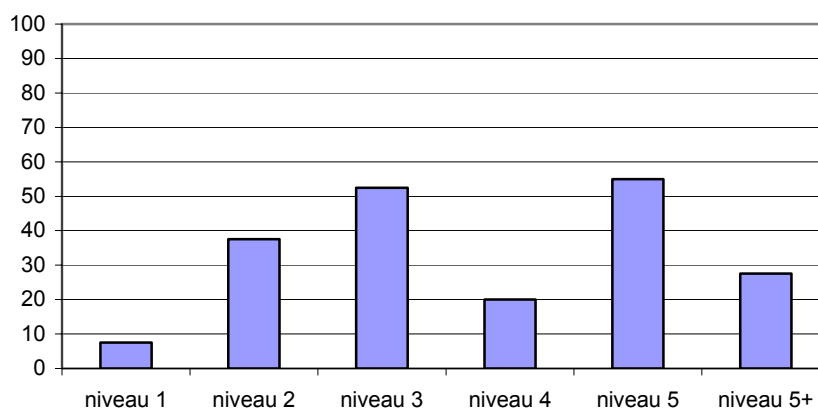
De overgrote meerderheid (90%) van de betreffende ziekenhuizen zegt dat met functiedifferentiatie zowel het aantal *functiesoorten* als het aantal *functieniveaus* in de verpleging en verzorging is toegenomen.

In twee ziekenhuizen (5%) is het aantal functiesoorten gelijk gebleven. In één van deze twee ziekenhuizen is het aantal functieniveaus wel toegenomen. In het andere ziekenhuis is ook het aantal functieniveaus onveranderd gebleven. De informant van laatstgenoemd ziekenhuis legt uit dat het hier gaat om vervanging van de functie van teamleider door die van senior verpleegkundige (niveau 5). Het verschil is dat er nu zes seniorverpleegkundigen zijn tegenover vroeger twee teamleiders. De informant geeft aan dat de seniorverpleegkundigen niet hiërarchisch werken ten opzichte van de andere teamleden in tegenstelling tot de vroegere teamleiders. Het lijkt er op dat er sprake is van een afplatting van de organisatie. Ook is in dit ziekenhuis de functie van afdelings- en voedingsassistent gewijzigd in die van zorgassistent. In hoeverre deze laatste wijziging niet alleen een verandering in functiebenaming betreft, maar ook in functie-inhoud, is onduidelijk.

In twee ziekenhuizen (5%) is het aantal functiesoorten en het aantal functieniveaus afgenomen. Van deze ziekenhuizen is niet bekend op welke wijze invulling is gegeven aan functiedifferentiatie.

Aan de ziekenhuizen is ook gevraagd welke nieuwe functies ze hebben ingevoerd. Bij de analyse van de genoemde functies is een indeling gemaakt in zes functieniveaus, gebaseerd op de aanduidingen die de ziekenhuizen gaven van het voor die functies vereiste opleidingsniveau, werk- en denkniveau en/of de functiewaarderingsschaal. In figuur 7 is weergegeven hoeveel ziekenhuizen nieuwe functies op elk functieniveau hebben ingevoerd.

Figuur 7 – Nieuw ingevoerde functies in ziekenhuizen per functieniveau (percentage ziekenhuizen, N=40)



Meest genoemde nieuwe functies in de verpleging of verzorging zijn functies op niveau 5. In meer dan de helft van de ziekenhuizen (55%) worden niveau 5 functies in de verpleging en verzorging geïntroduceerd (zie figuur 7). Het gaat hierbij om functies met verschillende benamingen die waarschijnlijk qua functie-inhoud verschillen, zoals senior verpleegkundige, hbo verpleegkundige, verpleegkundige eerste niveau, verpleegkundige plus, gespecialiseerd verpleegkundige, OK-verpleegkundige, radiologie-verpleegkundige, maar ook de functies zorgcoördinator, teamleider, en coördinerend verpleegkundige.

Ruim de helft van de ziekenhuizen (53%) zegt nieuwe functies op niveau 3 te introduceren. Hierbij gaat het voornamelijk om verzorgenden, dan wel verzorgenden IG (individuele geneeskunde).

Meer dan een derde van de ziekenhuizen (38%) voert nieuwe functies op niveau 2 in, zoals helpenden, of zorgassistenten op niveau 2.

Iets minder ziekenhuizen (28%) introduceren nieuwe functies op niveau 5+. Hieronder vallen verpleegkundig specialisten, maar ook nurse practitioners en physician assistants. Deze laatste twee functies bevinden zich op het snijvlak van het medisch en het verpleegkundig beroepenveld.

Het minst genoemd zijn nieuwe functies op niveau 4 (20%) en op niveau 1 (8%). Als nieuwe niveau 4 functies worden onder andere junior verpleegkundigen, verpleegkundigen met beperkte verantwoordelijkheid, en bekwaam verpleegkundigen genoemd, alsmede verzorgenden en senior verzorgenden op niveau 4. De enkele geïntroduceerde functies op niveau 1 betreffen zorgassistenten en afdelingsassistenten.

Het blijkt dat in ziekenhuizen waar functiedifferentiatie wordt ingevoerd om medewerkers meer loopbaanperspectieven te bieden vaker nieuwe functies op niveau 5 en 5+ worden ingevoerd dan in ziekenhuizen die deze reden niet hebben.

In ziekenhuizen waar men met functiedifferentiatie aan de slag is gegaan vanwege problemen bij het vinden van voldoende verpleegkundig en verzorgend personeel introduceren juist vaker verzorgende functies op niveau 3.

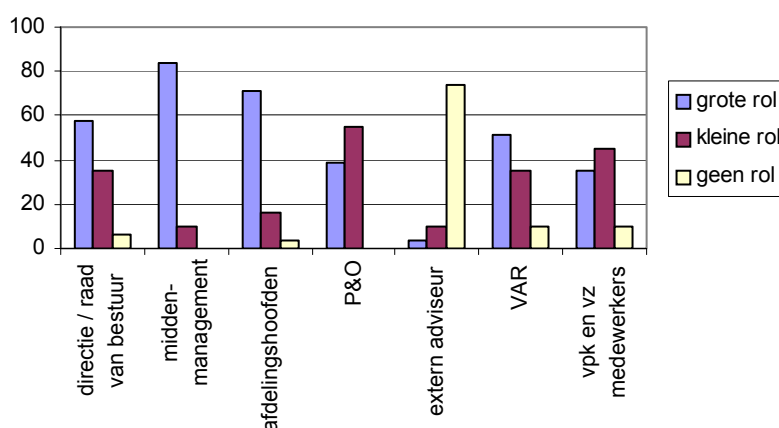
Geconcludeerd kan worden dat ziekenhuizen die bezig zijn met functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging met name nieuwe functies op niveau 3 en niveau 5 invoeren. Het gaat hierbij om de introductie van respectievelijk verzorgenden en van verpleegkundigen met aanvullende of gespecialiseerde taken.

5.2 Betrokkenheid van verschillende geledingen bij het besluitvormingsproces.

Voor een succesvolle toepassing van functiedifferentiatie is niet alleen van belang dat voor een inhoudelijk goede vorm van functiedifferentiatie wordt gekozen. Ook de manier waarop de vormgeving van functiedifferentiatie wordt vastgesteld, geïntroduceerd en ingevoerd bepaalt voor een belangrijk deel of de nieuwe functies geaccepteerd worden en er succesvol mee gewerkt kan worden. In het onderzoek hebben we getracht een beeld te krijgen van de wijze waarop de ziekenhuizen omgaan met de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie. Met name is ingegaan op de betrokkenheid van verschillende geledingen in het ziekenhuis bij de vormgeving van functiedifferentiatie en of de gewenste vorm van functiedifferentiatie vooraf wordt ontwikkeld en daarna geïmplementeerd, of dat men een in concept ontwikkelde vorm van functiedifferentiatie bijstelt in de praktijk.

De ziekenhuizen is gevraagd of de verschillende geledingen binnen hun ziekenhuis een grote, kleine of geen rol spelen bij het de beslissing welke vormgeving van functiedifferentiatie wenselijk is. In figuur 8 is weergegeven hoe de ziekenhuizen deze vraag beantwoord hebben. Uit deze figuur blijkt dat in de meeste ziekenhuizen het midden-management en de afdelingshoofden een grote rol spelen bij beslissingen over de vormgeving van functiedifferentiatie (respectievelijk 84% en 71%).

Figuur 8 – De betrokkenheid van verschillende geledingen in ziekenhuizen bij het besluitvormingsproces over de vormgeving van functiedifferentiatie (percentages, N=31)



De directie of de raad van bestuur speelt volgens 58% van de ziekenhuizen een grote rol en volgens 39% een kleine. De afdeling P&O wordt in 55% van de ziekenhuizen genoemd als geleding met een kleine rol, en in 39% met een grote rol.

De vertegenwoordiging van het verpleegkundig en verzorgend personeel (veelal verpleegkundige adviesraad, VAR, genoemd) speelt in ongeveer de helft van de ziekenhuizen (52%) een grote rol en in een derde (35%) een kleine rol. De betrokken verpleegkundigen en verzorgenden zelf blijken in ongeveer een derde van de ziekenhuizen (35%) een grote rol te spelen in de beslissingen over de gewenste vormgeving van functiedifferentiatie en in 45% van de ziekenhuizen een kleine rol.

Opvallend is dat externe adviseurs heel weinig genoemd worden als speler in het besluitvormingsproces over de vormgeving van functiedifferentiatie. Slechts 13% van de ziekenhuizen geeft aan dat externe adviseurs bij het proces zijn betrokken.

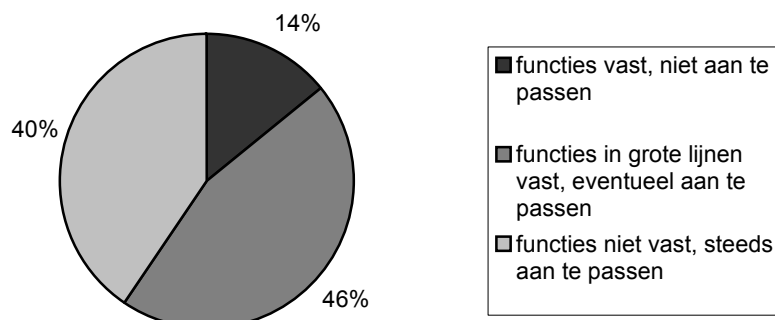
Verder noemen enkele ziekenhuizen andere geledingen die een rol spelen, zoals de ondernemingsraad (twee ziekenhuizen), een ondersteunende stafafdeling die bijvoorbeeld gegevens inventariseert en analyseert (twee ziekenhuizen), en een dienst opleidingen, omdat in het betreffende ziekenhuis is afgesproken om opleidingstrajecten te starten voor de nieuwe functies die worden ingezet (één ziekenhuis).

Geconcludeerd kan worden dat bij de beslissingen over de gewenste vorm van functiedifferentiatie het midden-management en de afdelingshoofden vaak de grootste rol spelen, gevolgd door de directie en de afdeling P&O. Een kleinere rol is weggelegd voor de vertegenwoordiging van de verpleegkundig en verzorgend medewerkers en voor deze medewerkers zelf.

5.3 Flexibiliteit bij invoering van functiedifferentiatie

Om een scherper beeld te krijgen van de wijze van invoering van functiedifferentiatie is aan de ziekenhuizen gevraagd of vóór de invoering van functiedifferentiatie duidelijk was hoe de nieuwe verpleegkundige en verzorgende functies eruit zouden moeten zien of dat gedurende de invoering aanpassing van de in te voeren functies mogelijk was. De antwoorden op deze vraag zijn weergegeven in figuur 9. Voor 40% van de ziekenhuizen (N=42) geldt dat de functies niet vast liggen en tijdens de verdere ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie bijgesteld kunnen worden. Ongeveer evenveel ziekenhuizen (45%) zeggen dat de in te voeren functies in grote lijnen vastliggen, maar dat waar nodig aanpassingen gemaakt kunnen worden tijdens en na invoering. In 14% van de ziekenhuizen worden de nieuwe functies vastgesteld voordat ze worden ingevoerd.

Figuur 9 – Mate waarin de inhoud van functies is vastgesteld vóór invoering van functiedifferentiatie (percentages, N=42)



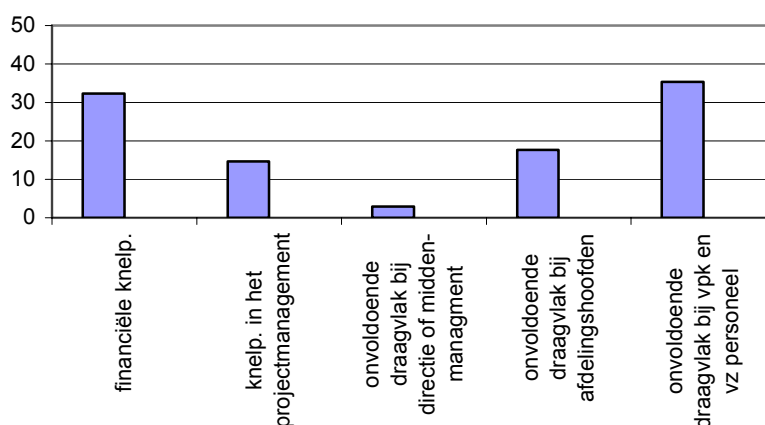
Geconcludeerd kan worden dat de vorm van functiedifferentiatie in de meeste ziekenhuizen niet vastligt, maar in meer of mindere mate kan worden bijgesteld gedurende de ontwikkelings- en invoeringsfase van functiedifferentiatie.

5.4 Knelpunten

De ziekenhuizen is gevraagd of er knelpunten optreden bij de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging. Hierop geeft 80% van de ziekenhuizen aan dat zich knelpunten voordoen binnen hun ziekenhuis, en 20% dat dit niet het geval is.

Via een lijst met vijf mogelijke knelpunten konden de ziekenhuizen aangeven welke knelpunten binnen hun ziekenhuis voorkomen. Zoals weergegeven in figuur 10 is onvoldoende draagvlak bij het verpleegkundig en verzorgend personeel het meest genoemde knelpunt (35%). Ook financiële knelpunten doen zich in bijna een derde van de ziekenhuizen (32%) voor. Onvoldoende draagvlak bij afdelingshoofden, knelpunten in het projectmanagement en onvoldoende draagvlak bij de directie, raad van bestuur of het midden-management worden relatief weinig genoemd (respectievelijk 18%, 15%, 3%)

Figuur 10 – Knelpunten in ziekenhuizen bij de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie (Percentages, N=34)



In een open vraagstelling konden de informanten ook andere knelpunten noemen die zij in hun ziekenhuis tegenkomen bij de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie. 37 ziekenhuizen hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. In totaal zijn door hen 42 andere knelpunten genoemd. Bij de analyse van de door hen beschreven knelpunten kwamen vijf typen knelpunten naar voren, die zich in meerdere ziekenhuizen voordoen. Onderstaand worden deze knelpunten beschreven, op volgorde van voorkomen.

Onderscheid tussen functies

Een vijfde van de 42 genoemde knelpunten (21%) houdt verband met de moeite om voldoende en duidelijk onderscheid te maken tussen de verschillende verpleegkundige en verzorgende functies. Ziekenhuizen zeggen het moeilijk te vinden om taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden over de functies te verdelen.

Organisatie van functiedifferentiatie

Ook een vijfde (21%) van de (andere) knelpunten heeft betrekking op organisatorische aspecten van de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie. Bijvoorbeeld: pilots of invoeringstrajecten duren langer dan gedacht. Of andere ontwikkelingen in de organisatie belemmeren de (verdere) invoering van functiedifferentiatie, zoals bijvoorbeeld het geval is bij de introductie van een nieuw functiewaarderingssysteem of een reorganisatie. Of het is niet duidelijk in hoeverre de invoering van functiedifferentiatie centraal moet geschieden of per afdeling anders kan worden aangepakt.

Besluitvorming omtrent functiedifferentiatie

Een ander knelpunt, dat in 14% van de gevallen wordt genoemd, is traagheid of onenigheid bij de besluitvorming over de wijze van invoering van functiedifferentiatie. Het gaat dan met name om de besluitvorming door de raad van bestuur, het management en de ondernemingsraad. Ten gevolge hiervan kan de invoering van functiedifferentiatie aanzienlijke vertraging oplopen.

Gewenning aan nieuwe functies

Een andere 14% van de genoemde knelpunten wordt gevormd door problemen bij de overgang naar het werken met de nieuwe functies. De betrokken medewerkers moeten wennen aan het

werken met/in de nieuwe functies. Eén ziekenhuis zegt bijvoorbeeld dat de seniorverpleegkundigen niet alle ‘beroepsrollen’ oppakken en vooral bezig zijn met het coördineren van de dagelijkse gang van zaken. Een ander ziekenhuis geeft aan dat de senioren de tijd, ondersteuning en ruimte moeten krijgen en nemen om toe te groeien naar hun nieuwe taak. Met name het wennen aan leiderschap blijkt moeilijk. Er lijkt een cultuuromslag nodig te zijn om goed met de nieuwe functies te werken.

Communicatie

Een laatste categorie knelpunten die vaker genoemd wordt (12% van de genoemde knelpunten) heeft te maken met de moeite om goed te communiceren naar medewerkers over wat zij kunnen verwachten. Voor medewerkers is het vaak niet duidelijk welke taken en verantwoordelijkheden ze mogen houden, welke ze kwijt raken of welke ze er met de invoering van functiedifferentiatie juist bij krijgen. Dit kan leiden tot angst en weerstand, maar wekt soms ook valse verwachtingen bij medewerkers.

Samenvattend: van alle knelpunten die zich voordoen bij de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie in ziekenhuizen treden een gebrek aan draagvlak bij de verpleegkundig en verzorgend medewerkers en onvoldoende financiële middelen het meeste op.

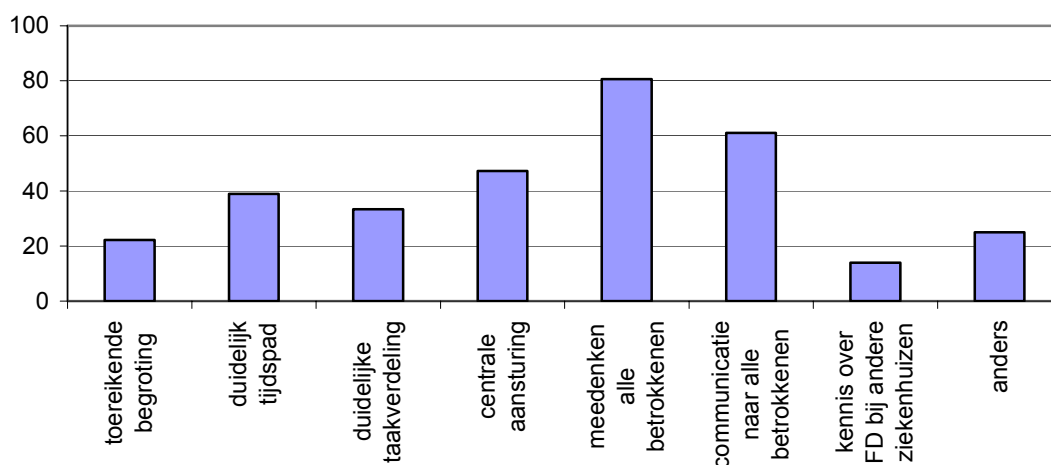
5.5 Succesfactoren en oplossingen voor knelpunten

De ziekenhuizen is ook gevraagd welke factoren de ontwikkeling en/of invoering van functiedifferentiatie in hun ziekenhuis juist succesvol maken.

Zoals weergegeven in figuur 11 noemt vier vijfde (81%) van de ziekenhuizen “het mee laten denken van alle betrokken personen/geledingen binnen het ziekenhuis bij de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie” als succesfactor. Een andere veelgenoemde succesfactor is “een goede communicatie naar alle betrokken personen/geledingen binnen het ziekenhuis” (61%).

Meer logistieke succesfactoren, als “centrale aansturing”, “een duidelijk tijdspad”, en “een duidelijke taakverdeling” bij de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie worden iets minder vaak genoemd (respectievelijk 47%, 39%, 33%).

Figuur 11 – Succesfactoren bij de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie (percentages, N=36)



Negen ziekenhuizen noemen in een open vraag ook andere succesfactoren naast de factoren die in de vragenlijst zijn opgenomen. Deze blijken grotendeels overeen te komen met de maatregelen die 25 ziekenhuizen noemen op de vraag hoe zij de knelpunten die zij ondervinden bij de invoering van functiedifferentiatie het hoofd bieden. De genoemde succesfactoren of mogelijke oplossingen voor knelpunten zijn grofweg in te delen in drie categorieën, namelijk a) het zorgen voor goed projectmanagement, b) goede communicatie en vergroting van draagvlak onder medewerkers, en c) het bieden van ondersteuning op afdelingen die met functiedifferentiatie bezig zijn.

Onderstaand gaan we op deze drie categorieën succesfactoren nader in.

Projectmanagement

Goed en duidelijk projectmanagement bij de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie is de meest genoemde succesfactor (38% van de in totaal 29 genoemde factoren). Doelen moeten helder zijn en ook de stappen om deze doelen te bereiken, inclusief wie deze stappen moet zetten. Eén ziekenhuis zegt te kiezen voor ondersteuning door een externe adviseur. Een ander ziekenhuis ontwikkelt enkele "documenten" om beslissingen omtrent de invoering van nieuwe functies gemakkelijker te kunnen nemen. Zo wordt een document ontwikkeld met organisatie-uitgangspunten waaraan getoetst moet worden als een afdeling functiedifferentiatie in wil voeren. Ook is er een checklist opgesteld die een manager kan aflopen als hij voornemens is om de functie van nurse practitioner in te stellen, waaronder een kosten/baten-analyse, financiële dekking, te verwachten verhoging van klanttevredenheid, en commitment van specialisten. Verder wordt door meerdere ziekenhuizen aanbevolen de doorlooptijd van de introductie van functiedifferentiatie kort te houden.

Communicatie en vergroting van draagvlak

Bijna een derde (31%) van de genoemde succesfactoren heeft betrekking op een goede communicatie naar de medewerkers en het betrekken van de medewerkers bij de besluitvorming rondom functiedifferentiatie. Zo zegt één ziekenhuis dat de taak- en functieomschrijvingen voor het merendeel door de medewerkers zelf zijn geschreven of door afvaardigingen van de mede-

werkers. Een ander ziekenhuis betreft de managers bij de functiedifferentiatie-pilot, zodat zij na afronding van de pilot een vertaling kunnen maken naar hun eigen cluster. Ook door de stuurgroep functiedifferentiatie breed samen te stellen, met afvaardigingen uit veel verschillende geledingen binnen het ziekenhuis, wordt gewerkt aan het verkrijgen van draagvlak. Deze groep succesfactoren lijkt veel op de twee meest gegeven antwoorden op de gesloten vraag naar succesfactoren bij de invoering van functiedifferentiatie, namelijk (zoals bovenstaand beschreven): het laten meedenken van alle betrokkenen en een goede communicatie naar alle betrokkenen.

Ondersteuning op de afdeling

Het bieden van ondersteuning vanuit een centrale begeleidingsgroep aan de medewerkers op de afdelingen die moeten wennen aan het werken in/met de nieuwe functies vormt 14% van de genoemde maatregelen om knelpunten het hoofd te bieden. Het gaat hierbij met name om ondersteuning en scholing van medewerkers in nieuwe functies op niveau 5, bijvoorbeeld zorgcoördinatoren of hoofdverpleegkundigen.

Samenvattend kan worden gezegd dat de meest genoemde maatregelen om te komen tot een succesvolle invoering van functiedifferentiatie betrekking hebben op het goed organiseren van de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie en het mee laten denken van alle betrokkenen over de gewenste vormgeving van functiedifferentiatie en hen ook goed te informeren over de gebeurtenissen rondom functiedifferentiatie.

6 Effecten van functiedifferentiatie en toekomstverwachtingen

De motieven die ziekenhuizen aangeven om met functiedifferentiatie aan de slag te gaan hebben voor een groot deel betrekking op het willen verbeteren van de kwaliteit van de zorg, de kwaliteit van de arbeid, en de kwaliteit van de organisatie (zie hoofdstuk 4). Via een aantal korte vragen is nagegaan of functiedifferentiatie inderdaad tot effecten op deze aspecten van de ziekenhuiszorg leidt.

Een deel van de ziekenhuizen is nog niet zo ver gevorderd met de invoering van functiedifferentiatie dat zij de effecten ervan kunnen aangeven. De informanten van deze ziekenhuizen is gevraagd welke effecten van functiedifferentiatie naar hun verwachting zullen optreden. De effecten die in het onderzoek zijn genoemd betreffen dus deels feitelijk waargenomen en deels verwachte effecten van functiedifferentiatie.

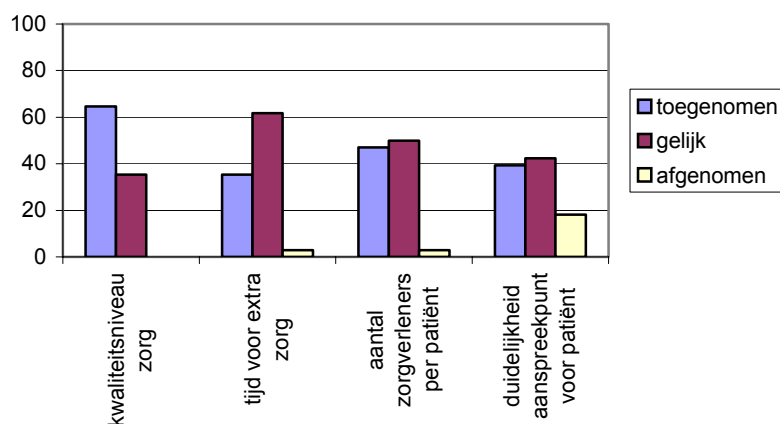
6.1 Effecten van functiedifferentiatie op de zorg

Op de vraag welk effect functiedifferentiatie heeft op de kwaliteit van de patiëntenzorg, antwoordt ongeveer twee derde (65%) van de 34 ziekenhuizen die deze vraag beantwoorden dat met functiedifferentiatie het kwaliteitsniveau van de zorg toeneemt (zie figuur 12). De overige ziekenhuizen (35%) zeggen dat de kwaliteit gelijk blijft.

Op andere, meer specifieke aspecten van de zorg komt een minder eenduidig effect van functiedifferentiatie naar voren. Zo wordt in een derde (35%) van de ziekenhuizen geconstateerd dat functiedifferentiatie eraan bijdraagt dat medewerkers meer tijd hebben voor extra zorg naast de basiszorg, bijvoorbeeld voor een praatje met een patiënt. In bijna twee derde (62%) van de ziekenhuizen wordt hierin geen verandering gezien. Een informant van één ziekenhuis signaleert ten gevolge van functiedifferentiatie een afname in de tijd voor extra zorg.

Verder is ten gevolge van functiedifferentiatie het aantal zorgverleners per patiënt in 47% van de ziekenhuizen toegenomen en in 50% gelijk gebleven. Het blijkt in 39% van de ziekenhuizen dat het door functiedifferentiatie voor de patiënt duidelijker is geworden wie zijn aanspreekpunt is voor vragen en dergelijke, terwijl dit in 42% van de ziekenhuizen gelijk is gebleven. Daarentegen zeggen 6 ziekenhuizen (18%) dat het door functiedifferentiatie onduidelijker is geworden voor de patiënt wie hij aan kan spreken.

Figuur 12 – Effecten van functiedifferentiatie op de zorg aan patiënten (Percentages, N=34)



6.2 Effecten van functiedifferentiatie op de arbeid

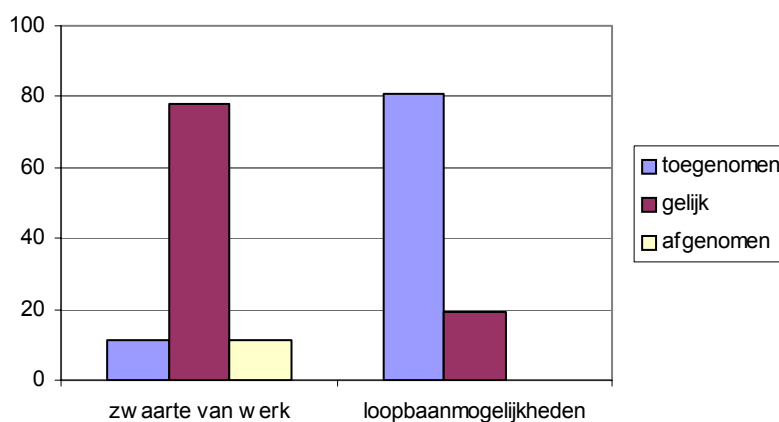
Functiedifferentiatie heeft volgens de meeste ziekenhuizen (78%, N=36) geen invloed op de zwaarte van het werk van de verpleegkundigen en verzorgenden (zie figuur 13).

Vier ziekenhuizen (11%) zeggen dat de zwaarte van het werk is toegenomen. Dit geldt volgens hen met name voor verpleegkundigen. Zij zouden volgens één ziekenhuis nu meer verantwoordelijkheid voelen, of zoals een informant van een ander ziekenhuis het formuleert: “de fysieke zwaarte van het werk van verpleegkundigen is wel afgenomen, maar de psychische zwaarte is juist gestegen.” Een ander ziekenhuis zegt dat het werk van zorgcoördinatoren zwaarder is geworden.

Vier ziekenhuizen (11%) melden dat de zwaarte van het werk voor verpleegkundigen is afgenomen.

Een ander aspect van de kwaliteit van de arbeid waarnaar de ziekenhuizen is gevraagd zijn de loopbaanmogelijkheden voor medewerkers. De meeste ziekenhuizen (81%) geven aan dat functiedifferentiatie tot meer loopbaanmogelijkheden voor medewerkers leidt. De loopbaanmogelijkheden zijn vooral toegenomen voor verpleegkundigen (17 ziekenhuizen), en verzorgenden (12 ziekenhuizen). Zeven ziekenhuizen (19%) zien geen effect van functiedifferentiatie op de loopbaanmogelijkheden van medewerkers.

Figuur 13 – Effecten van functiedifferentiatie op het werk van de verpleegkundig en verzorgend medewerkers (Percentages, N=36)



6.3 Effecten van functiedifferentiatie op de organisatie

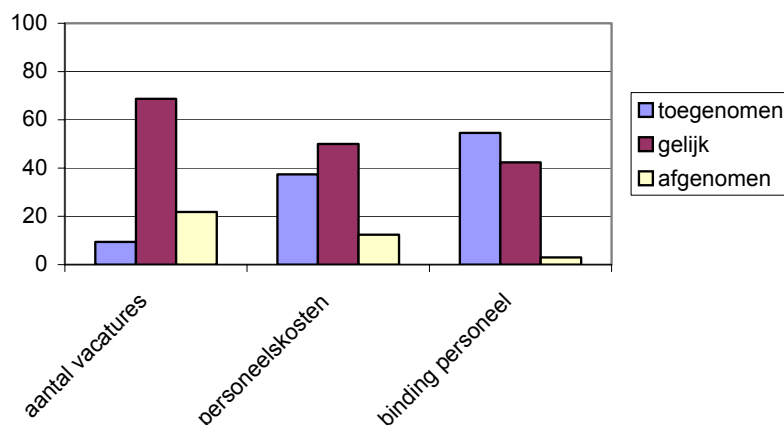
Tenslotte is de ziekenhuizen gevraagd naar de effecten van functiedifferentiatie op drie meer bedrijfsmatige zaken, namelijk het aantal vacatures voor verpleegkundigen en verzorgenden, de binding van medewerkers aan hun organisatie, en de personeelskosten. In figuur 14 zijn de antwoorden van de ziekenhuizen op deze vragen weergegeven.

Meer dan twee derde van de ziekenhuizen (69%, N=32) ziet geen veranderingen in het aantal vacatures voor verpleegkundigen en verzorgenden ten gevolge van functiedifferentiatie. Ruim een vijfde van de ziekenhuizen (22%) ziet echter een afname in het aantal vacatures, en 7% ziet een toename.

Ook in de personeelskosten ziet 50% van de ziekenhuizen geen veranderingen optreden. Een bijna net zo'n grote groep ziekenhuizen (38%) ziet de personeelskosten echter stijgen. De informant van één van deze ziekenhuizen geeft als reden hiervoor de salarisgaranties aan het zittende personeel. In slechts vier ziekenhuizen (13%) zijn met de invoering van functiedifferentiatie de personeelskosten afgenomen. Eén ziekenhuis merkt op dat het lastig is de effecten van functiedifferentiatie te onderscheiden van de effecten die de arbeidsmarktproblematiek van de laatste jaren heeft gehad op de personeelskosten.

Ook over het effect van functiedifferentiatie op de binding van personeel zijn de ziekenhuizen niet unaniem. De grootste groep ziekenhuizen (55%) zegt dat functiedifferentiatie de binding van het personeel aan de organisatie doet toenemen. Een iets kleinere groep ziekenhuizen (43%) ziet echter geen effect op de binding van het personeel. En één ziekenhuis geeft aan dat de binding van het personeel afneemt. Opvallend is dat één van de ziekenhuizen die de binding van het personeel ziet toenemen, aangeeft dit als negatief effect van functiedifferentiatie te zien, omdat het resulteert in minder nieuwe mensen in opleiding.

Figuur 14 – Effecten van functiedifferentiatie op het aantal vacatures voor verpleegkundigen en verzorgenden, de personeelskosten en de binding van het personeel. (Percentages, N=32, N=32, N=33)



6.4 Andere effecten van functiedifferentiatie

Verskillende ziekenhuizen zeggen ook andere effecten van functiedifferentiatie in hun ziekenhuis waar te nemen, dan die in de vragenlijst zijn opgenomen.

Positieve effecten van functiedifferentiatie die genoemd worden hebben vaak betrekking op verbeteringen in de zorg. Naast een algemene verbetering van de kwaliteit van de zorg ten gevolge van functiedifferentiatie (zie figuur 12) noemen verschillende ziekenhuizen dat ten gevolge van functiedifferentiatie de aansluiting van de verpleegkundige en verzorgende functies op de te leveren zorg verbetert. Of zoals een informant het verwoordt: het primaire proces (de zorg) vormt de basis voor het bouwen van de organisatiestructuur. Functiedifferentiatie kan daarom aanleiding zijn om de gehanteerde verpleegvorm onder de aandacht te brengen, ter discussie te stellen en waar mogelijk te verbeteren.

Ook wordt naar voren gebracht dat met functiedifferentiatie meer tegemoet wordt gekomen aan het individuele werk- en denkniveau van de verpleegkundigen en verzorgenden. Taakinhouden zijn duidelijker, en scholing wordt duidelijker aangepast aan de doelen van medewerkers.

Eén ziekenhuis ziet als positief effect dat er meer tijd vrij komt bij verpleegkundigen voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid op de verpleegafdeling, protocollen en het doen van onderzoek. Tenslotte wordt ook door één ziekenhuis aangegeven dat functiedifferentiatie goed is voor hun PR. Het laat zien dat in hun organisatie lerend en competentiegericht werken centraal staat.

Slechts enkele ziekenhuizen noemen negatieve effecten van functiedifferentiatie.

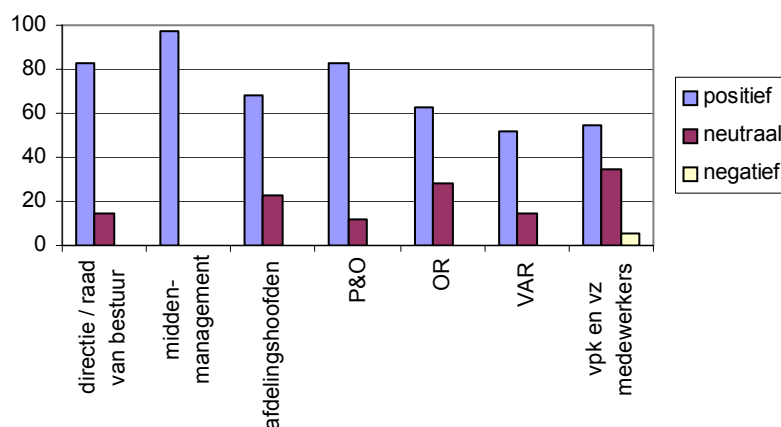
Zo ziet één ziekenhuis een risico op versnippering van de zorg en daarmee onduidelijkheid voor patiënten. Bovendien kunnen door onvoldoende overdracht en communicatie lacunes of overlap in de zorg ontstaan. Een ander ziekenhuis verwacht dat functiedifferentiatie meer overleg en afstemming noodzakelijk maakt.

Samenvattend valt op dat de duidelijkst optredende effecten van functiedifferentiatie in ziekenhuizen zijn dat het de loopbaanmogelijkheden van verpleegkundig en verzorgend medewerkers vergroot en de kwaliteit van de zorg verbetert.

6.5 Hoe verder met functiedifferentiatie?

Om een idee te krijgen over hoe ziekenhuizen in de toekomst verder willen met functiedifferentiatie is de informanten gevraagd hoe de verschillende geledingen/personen in hun ziekenhuis tegenover functiedifferentiatie staan. Uit de antwoorden blijkt een merendeels positieve houding van alle geledingen, die het meest duidelijk is bij het midden-management, de afdeling P&O en de directie/raad van bestuur. Respectievelijk 97%, 83% en 83% van de ziekenhuizen zegt dat deze geledingen positief tegenover functiedifferentiatie staan (Zie figuur 15).

Figuur 15 – Houding van verschillende geledingen binnen ziekenhuizen tegenover functiedifferentiatie (percentages, N=35)



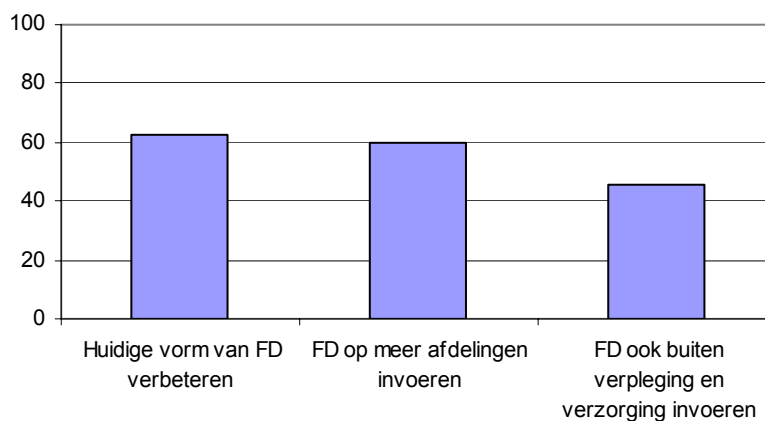
Afdelingshoofden staan in 69% van de ziekenhuizen positief tegenover functiedifferentiatie en in 23% neutraal. Een vergelijkbare situatie is er voor de ondernemingsraad (OR, 63% positief, 29% neutraal) en voor de verpleegkundige adviesraad (VAR, 51% positief, 14% neutraal), voor zover ziekenhuizen over een dergelijk orgaan beschikken.

Iets minder positief zijn de verpleegkundigen en verzorgenden zelf. Al zegt 54% van de ziekenhuizen dat deze medewerkers positief staan tegenover functiedifferentiatie, een derde van de ziekenhuizen (34%) noemt hun houding neutraal, en 6% zelfs negatief.

Tenslotte is de informanten bij de ziekenhuizen gevraagd welk vervolg naar hun verwachting wordt gegeven aan functiedifferentiatie in hun ziekenhuis. Hierop antwoordt bijna twee derde van de ziekenhuizen (63%) dat ze de huidige vormgeving van functiedifferentiatie zullen verbeteren (zie figuur 16). Ongeveer net zoveel ziekenhuizen (60%) denken functiedifferentiatie uit te

breiden naar meer afdelingen of locaties. Daarnaast denkt 46% van de ziekenhuizen functiedifferentiatie ook buiten de verpleging en verzorging toe te passen.

Figuur 16 – Vervolg dat ziekenhuizen aan functiedifferentiatie verwachten te geven (Percentages, N=35)



Drie ziekenhuizen verwachten in de toekomst nog andere verpleegkundige en/of verzorgende functies te introduceren, zoals niveau 2 en 3 functies naast de reeds geïntroduceerde zorgcoördinator niveau 5, of nurse practitioners naast de reeds ingevoerde verzorgenden en senior verpleegkundigen. Een ander ziekenhuis is begonnen aan de herinstructie van niveau 4 verpleegkundigen, omdat de eerdere keuze om alleen te werken met verzorgenden IG niveau 3 en verpleegkundigen niveau 5 leidde tot het vertrek van verpleegkundigen.

Enkele ziekenhuizen geven aan nog in een vroeg stadium van de invoering van functiedifferentiatie te zitten, waardoor het nog onbekend is welk vervolg ze aan functiedifferentiatie zullen geven.

Uit de bevindingen kan worden geconcludeerd dat de meeste geledingen in het ziekenhuis positief staan tegenover functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging. Dit geldt met name voor het management (directie, midden-management, afdelingshoofden) en de afdeling P&O. De meeste ziekenhuizen verwachten de ingevoerde vorm van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging te zullen verbeteren, en op ruimere schaal toe te passen in hun ziekenhuis.

7 Conclusies en aanbevelingen

In het onderhavige onderzoek is over verschillende aspecten rond de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie in de praktijk van algemene en academische ziekenhuizen meer duidelijkheid verkregen.

Vóórkomen en stadium van functiedifferentiatie

Ten aanzien van het centrale doel van de eerste fase van het onderzoek om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de mate waarin functiedifferentiatie wordt toegepast in de verpleging en verzorging in ziekenhuizen anno 2003 wordt duidelijk dat 98% van de 52 ziekenhuizen die hebben meegewerkt aan het onderzoek actief zijn (geweest) op het gebied van functiedifferentiatie. 55% van alle algemene en academische ziekenhuizen in Nederland heeft meegewerkt aan het onderzoek. Er mag dan ook vanuit worden gegaan dat een grote meerderheid van de Nederlandse ziekenhuizen bezig is met functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging.

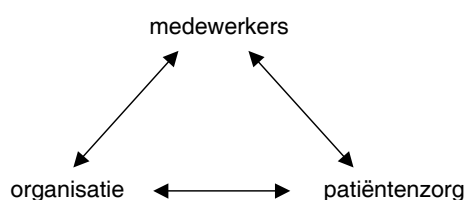
Qua stadium van invoering van functiedifferentiatie bestaan er echter grote verschillen tussen ziekenhuizen. Minder dan een vijfde van de deelnemende ziekenhuizen heeft functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging ziekenhuisbreed ingevoerd. Meer dan twee vijfde heeft functiedifferentiatie inmiddels op één of meerdere afdelingen ingevoerd, terwijl meer dan een kwart van de ziekenhuizen functiedifferentiatie op geen enkele afdeling heeft ingevoerd en nog in een voorbereidingsfase zit. Daarnaast is er een kleine groep ziekenhuizen die de invoering van functiedifferentiatie heeft stopgezet.

Redenen voor en perspectieven van functiedifferentiatie

Ziekenhuizen noemen zeer uiteenlopende redenen om functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging in te voeren. Meer dan de helft van de ziekenhuizen noemt als redenen het bieden van loopbaanperspectief aan medewerkers, de kwaliteit van de zorg verbeteren, of aansluiting vinden bij het opleidingsstelsel in de zorg. Meer dan een derde van de ziekenhuizen wil met functiedifferentiatie ook inspelen op veranderingen in de organisatiestructuur, personeelskosten terugdringen en het aantal vacatures in de verpleging en verzorging verminderen.

De genoemde redenen van ziekenhuizen om functiedifferentiatie in te voeren duiden op drie grote belanghebbende partijen bij de invoering van functiedifferentiatie, namelijk de verpleegkundig en verzorgend medewerkers, de patiënten en de organisatie als geheel. Zoals schematisch weergegeven in onderstaande figuur staan de perspectieven van deze partijen bij de invoering van functiedifferentiatie niet op zichzelf. Zij houden duidelijk verband met elkaar. Zo zal bijvoorbeeld de invoering van functiedifferentiatie met als doel de kwaliteit van de zorg aan patiënten te verbeteren, ook consequenties hebben voor de medewerkers en voor de organisatie als geheel.

Figuur 17 – Perspectieven van waaruit functiedifferentiatie kan worden ingezet.



Vormgeving en invoering van functiedifferentiatie

In het onderhavige kwantitatief verkennende onderzoek is slechts in beperkte mate aandacht besteed aan de wijze waarop ziekenhuizen de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie aanpakken. Wel blijkt dat de ziekenhuizen die bezig zijn met functiedifferentiatie of deze inmiddels hebben afgerond met name verzorgende functies op niveau 3 en verpleegkundige functies op niveau 5 introduceren. Ook komt naar voren dat de meeste geledingen binnen het ziekenhuis een rol spelen in het besluitvormingsproces ten aanzien van de gewenste vormgeving van functiedifferentiatie. Al lijkt het zo te zijn dat hierbij een relatief kleine rol is weggelegd voor een vertegenwoordiging van de verpleegkundig en verzorgend medewerkers en voor deze medewerkers zelf. Verder liggen de in te voeren nieuwe functies in de meeste ziekenhuizen niet vast. Gedurende de ontwikkelings- en invoeringsfase van functiedifferentiatie zijn in meer of mindere mate aanpassingen in de gekozen functies mogelijk.

Knelpunten en succesfactoren

Uit het onderzoek blijkt dat in 80% van de deelnemende ziekenhuizen knelpunten optreden bij de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie. Een gebrek aan draagvlak bij de verpleegkundig en verzorgend medewerkers wordt in meer dan een derde van de ziekenhuizen gesignaleerd en is daarmee het meest voorkomende knelpunt. Daarnaast heeft ook een derde van de ziekenhuizen onvoldoende financiële middelen om functiedifferentiatie goed in te voeren. Andere vaak optredende knelpunten zijn organisatorische problemen bij de ontwikkeling en invoering van functiedifferentiatie en problemen met het aanbrengen van voldoende onderscheid tussen de verschillende verpleegkundige en verzorgende functies. Deze bevindingen worden ondersteund door het onderzoek van Kanters en Bloemendaal (2002) in 14 algemene ziekenhuizen, waarin deze knelpunten bij de implementatie van functiedifferentiatie ook naar voren komen.

Naar de tweede onderzoeksfase

De meerderheid van de informanten in de ziekenhuizen geeft aan dat zij de huidige toepassingen van functiedifferentiatie in de verpleging en verzorging graag zouden verbeteren en uitbreiden. Gerichte en verdiepende informatie over succes- en faalfactoren bij de implementatie van functiedifferentiatie kan bijdragen aan de verdere vormgeving en verspreiding van functiedifferentiatie in ziekenhuizen.

In de voorgenomen tweede fase van het onderzoek zal door middel van case-studie onderzoek in verschillende ziekenhuizen het implementatieproces van functiedifferentiatie in de praktijk nader worden gezien. In overleg met direct betrokkenen zou op grond van de bevindingen van

de eerste onderzoeksfase dienen te worden gezien welke criteria het meest relevant zijn om ziekenhuizen als casussen voor de tweede fase te selecteren. Het ligt voor de hand ziekenhuizen in verschillende stadia van invoering van functiedifferentiatie in het onderzoek te betrekken, waaronder ook ziekenhuizen die de invoering van functiedifferentiatie hebben stopgezet wegens onoverkomelijke knelpunten.

In de cases zal de aandacht uitgaan naar de contexten en processen ten aanzien van veranderende opvattingen over arbeidsorganisaties en personeelsmanagement en (veranderende) opvattingen over implementatiestrategieën, zoals deze in hoofdstuk 2 van het onderhavige rapport aan de orde zijn gesteld, en die van belang zijn voor de implementatie van functiedifferentiatie. Zo wordt bekeken op welke wijze ziekenhuizen de gewenste vormgeving van functiedifferentiatie vaststellen, hoe ze functiedifferentiatie invoeren, welke personen of geledingen in welke fase een stem hebben bij de beslissingen, hoe draagvlak wordt gecreëerd bij de betrokken medewerkers, en andere praktische aspecten met betrekking tot de invoering van functiedifferentiatie. Hiermee kan achterhaald worden in hoeverre verschillende benaderingswijzen bij de implementatie van functiedifferentiatie succesvol zijn of knelpunten opleveren.

Ook zal in de tweede onderzoeksfase binnen verschillende ziekenhuizen nader worden bestudeerd in hoeverre functiedifferentiatie tot positieve resultaten leidt. Hierbij zullen de verschillende perspectieven bij implementatie van functiedifferentiatie voor ogen worden gehouden: de verpleegkundig en verzorgend medewerkers, de patiëntenzorg, en de kwaliteit van de organisatie. Uit de bevindingen van het onderhavige onderzoek blijkt al dat de meerderheid van de ziekenhuizen een positief effect van functiedifferentiatie ziet op de loopbaanmogelijkheden van verpleegkundig en verzorgend medewerkers en op de kwaliteit van de zorg aan patiënten. Door nader, gericht case-studie onderzoek in een beperkt aantal ziekenhuizen kan met name ook achterhaald worden in hoeverre verschillende vormen van functiedifferentiatie en wijzen van implementatie bijdragen aan innovatie van de zorg en aan de efficiëntie en innovatiekracht van de ziekenhuisorganisatie als geheel, en van welke factoren dit afhankelijk is. Deze thema's staan hoog op de agenda van ziekenhuizen nu de marktwerking tussen ziekenhuizen wordt versterkt, en ziekenhuizen genoodzaakt zijn zich positief te onderscheiden.

De grote bereidheid van de in deze eerste fase benaderde instellingen om ook in een tweede fase van het onderzoek mee te werken is indicatief voor het grote belang dat ook binnen ziekenhuizen zelf wordt gehecht aan meer grip op effectieve (verdere) implementatie van functiedifferentiatie.

Bronnen

- ABVAKABO (2003), *Zorg maak je samen. Functiedifferentiatie*. Zoetermeer: ABVAKABO.
- Boer, P. den, & Hövels, B. (2001), *Benutting van competenties in de zorg- en welzijnssector*. OSA-publicatie ZW 15, Tilburg: OSA.
- Berman, P. (1981), Educational Change. An Implementation Paradigm. In: R. Lehming & M. Kane (ed.), *Improving Schools. Using What We Know*. Beverly Hills, London: 1981.
- Boer, P. den, & Hövels, B. (2003), *Opleidingsstructuur en functiestructuren in verpleging en verzorging. Concept-Tussenrapportage*. Nijmegen: Kenniscentrum Beroepsonderwijs Arbeidsmarkt.
- Bok, M. de, Foole, P., Gloudemans, M., & Kanters, H. (2002), *Instellingsoverstijgende beleidsinformatie op basis van de toepassing van ZorgFormat. Algemene en academische ziekenhuizen. Conceptrapportage*.
- Boxum Merk, J. (2003), Allround versus specialistisch: een gulden middenweg. *Operationeel, tijdschrift voor operatie-assistenten*, 27, nr. 3, 19 - 22.
- Doorewaard, H. (2003²), Organisatieontwikkeling: concepten en benaderingen. In: H. Doorewaard & W. de Nijs, *Organisatieontwikkeling en human resource management*. Utrecht: LEMMA.
- Doorewaard, H., & Nijs, W. de (2003²), *Organisatieontwikkeling en human resource management*. Utrecht: LEMMA.
- Doorewaard, H., & Nijs, W. de (2003^{2a}), De veranderde context van personeel en organisatie. In: H. Doorewaard & W. de Nijs, *Organisatieontwikkeling en human resource management*. Utrecht: LEMMA.
- Doorewaard, H., & Nijs, W. de (2003^{2b}), Organisatieontwikkeling en human resource management: naar een integraal ordeningsmodel. In: H. Doorewaard & W. de Nijs, *Organisatieontwikkeling en human resource management*. Utrecht: LEMMA.
- Gezondheidsraad (2000), *Van implementeren naar leren. Het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gloudemans, M., Kanters, H., Bok, M. de & Foole, P. (2002a), *Instellingsoverstijgende beleidsinformatie op basis van de toepassing van ZorgFormat. Sector verpleeghuizen en verzorgingshuizen*.
- Gloudemans, M., Kanters, H., Bok, M. de & Foole, P. (2002b), *Instellingsoverstijgende beleidsinformatie op basis van de toepassing van ZorgFormat. Thuiszorg*.
- Gloudemans, M., Kanters, H., Foole, P. & Bok M. de (2002c), *Instellingsoverstijgende beleidsinformatie op basis van de toepassing van ZorgFormat. Integrale rapportage. Concept*
- Grol, R., & Wensing, M. (red.) (2001²), *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier.
- Hövels, B., & Den Boer, P. (2003), *Het slagen en falen van functiedifferentiatie in zorginstellingen: naar een succesvolle implementatie. Globaal ontwerp voor een projectvoorstel*. KBA.

- Huijsmans, H., & Dijk, H. van (1999), Ontwikkelingen en (her)ontwerp van zorgorganisaties. In: J. Pool & J.K. van Dijk (red.), *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 3. Nieuwe vormen van organiseren en leidinggeven*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hulscher, M., Grol, R., & Wensing, M. (2001²), Theorieën over implementatie. In: R. Grol & M. Wensing, (red.), *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier.
- Kanters, H., & Smit, A. (1994), *Inventarisatie van functiedifferentiatie in de zorgsector*. OSA-publicatie Z2. Den Haag: SDU.
- Kanters, H. (1999), Functiedifferentiatie, formatieopbouw en strategische personeelsplanning. In: J. Pool & J. K. van Dijk (red.), *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 1. Arbeidsmarkt, personeelsvoorziening en arbeidsvoorwaarden*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kanters, H., & Bloemendaal, I. (2002), *Functie- en beroepsdifferentiatie in algemene ziekenhuizen*. Utrecht: Prismant.
- Lomas, J. (2001), Using Linkage and Exchange to Implement Health Services Research into Practice. Presentatie op de Conferentie 'Kennis beter delen'.
- Ministerie van VWS, brief van de staatssecretaris aan de Tweede Kamer, d.d. 14-09-2000, 26800 XVI en 26814, nr. 119, bijlage 3, Sdu Uitgevers, Den Haag, 2000.
- Muntslag, D. (2001), *De kunst van het implementeren*. Enschede: Universiteit Twente.
- Nijs, W. de (2003²), Human resource management: concepten en benaderingen. In: H. Doorwaard & W. de Nijs, *Organisatieontwikkeling en human resource management*. Utrecht: LEMMA.
- Pater, L., Roest, S., Dubbeldam, S., & Verweijen, M. (2001), *Implementeren. Het speelveld in de praktijk*. Utrecht: LEMMA.
- Pool, J., & Bijl, Th. van der (1999), Integrale ontwikkeling personeels- en organisatiebeleid. In: J. Pool & J.K. van Dijk (red.), *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 2. Ontwikkeling en duurzame inzetbaarheid van personeel*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pool, J., & Dijk, J.K. van (red.) (1999a), *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 1. Arbeidsmarkt, personeelsvoorziening en arbeidsvoorwaarden*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pool, J., & Dijk, J.K. van (red.) (1999b), *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 2. Ontwikkeling en duurzame inzetbaarheid van personeel*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pool, J., & Dijk, J.K. van (red.) (1999c), *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 3. Nieuwe vormen van organiseren en leidinggeven*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pool, J., & Dijk, J.K. van (1999d), Innovaties in de organisatie van de P&O-functie in zorginstellingen. In: J. Pool & J.K. van Dijk (red.), *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de*

- zorg, deel 3. Nieuwe vormen van organiseren en leidinggeven.* Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pool, J., & Dijk, H. van (1999e), *Nieuwe vormen van leidinggeven en organiseren in de zorg.* In: J. Pool & J.K. van Dijk (red.), *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 3. Nieuwe vormen van organiseren en leidinggeven.* Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Pool, J., & Dijk, J.K. van (1999f), *Toekomstperspectief: innovatie en ondernemerschap in de zorg.* In: J. Pool, & J.K. van Dijk (red.), *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 3. Nieuwe vormen van organiseren en leidinggeven.* Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002), *Taakherschikking in de gezondheidszorg.* Zoetermeer.
- Veer, A. de, & Francke, A. (2003), *Voor- en nadelen van functiedifferentiatie nader bekeken.* *TvZ/Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 1, 36 - 37.
- Veer, A. de, Francke, A., & Poortvliet, E-P (2003), *Betere kwaliteit van zorg met horizontale functiedifferentiatie.* *TvZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr.3, 34 - 35.
- Verkenningcommissie hoger gezondheidszorg onderwijs (2000), *De toekomst van het hoger gezondheidszorg onderwijs.* Den Haag: HBO-raad.
- Visitatiecommissie HBO-V (2001), *Take 5. Eindrapport van de visitatiecommissie HBO-V. Deel I: Algemeen deel.* Den Haag: HBO-raad.
- ZonMW en anderen (2001), *Congres 'Kennis beter delen'. Implementatie van bewezen effectieve kennis in de praktijk van de zorg.* Congresverslagen.
- ZonMW en anderen (2003), *Congres 'Kennis beter delen, deel II'. Vooraankondiging en programmaopzet.*

