

*Beroepen of functies**Het werkgeversperspectief*

Volgens Van Dale (1992) is een beroep een 'maatschappelijke werkring waarvoor men de vereiste bekwaamheid of bevoegdheid heeft verkregen'; een functie daarentegen is volgens dezelfde bron 'de uitoefening van een ambt, vervulling van een taak of werkring'. Interessant in deze omschrijvingen is de toevoeging 'maatschappelijke' bij beroep en de vermelding 'uitoefening' bij functie. Zo bezien is beroep te beschouwen als een begrip dat in de maatschappij wordt (h)erkend en heeft functie een betekenis bij de daadwerkelijke vervulling van een werkring. Wat is de betekenis voor werkgevers van een onderzoek naar *Beroepen in beweging*? In dit artikel zal ik daar een beknopt antwoord op trachten te geven en zal ik ook ingaan op de vraag 'hoe nu verder?'

Invalshoek werkgevers: functies

Voor een instelling in de gezondheidszorg vormt functie-uitoefening door medewerkers een belangrijk gegeven. In de werkorganisatie en dus ook voor de directie of het bestuur is het begrip functie vertrouwd. Een functie zien zij als een cluster van taken binnen een unieke organisatie of instelling, vastgelegd in een functiebeschrijving. De individuele werknemer heeft recht op schriftelijke informatie bij indiensttreding over de plaats van zijn functie binnen de instelling alsmede een omschrijving in hoofdlijnen van de inhoud van deze functie (CAO voor het Ziekenhuiswezen 1996/98). Ten behoeve van functievervulling wordt een functieprofiel opgesteld en kunnen functie-eisen worden gesteld. 'Ervaring in een vergelijkbare functie' kan daartoe behoren. Het individuele functioneren kan aan de hand van de functiebeschrijving worden besproken.

Taken worden in een instelling afgeleid van de doelstellingen en van eventuele zorgconcepten. De clustering van taken tot onderscheiden functies kan derhalve uniek zijn voor de betreffende instelling. Zo zal een functie 'persoonlijk begeleider' per instelling kunnen verschillen naar plaats, diepte en breedte van taakuitoefening in de betreffende organisatie. Dit geldt voor veel functies in de GGZ. Vroeger kregen functies de naam van de beroepskwalificatie of diploma: arts, verpleegkundige, psychiater, enzovoort. Hierbij leken de termen 'beroep' en 'functie' samen te vallen. De honorering was toen gebaseerd op diplomabezit en niet naar functiezwarte. In organisaties met een laag-complexe arbeidsdeling en bij vrijgevestigden of particuliere verpleegkundigen hanteert men de beroepsnaam; het betreft dan een overwegend (monodisciplinair) enkelvoudig zorgaanbod.

1999-4

MGv

405-410

P.J.M. Koopman, verpleegkundige, is directeur van het St. Elisabethsgasthuis te Deventer, thans Stichting Adhesie, GGZ Midden-Overijssel Almelo/Deventer.

In huidige GZ-organisaties is echter sprake van een meervoudig en geïntegreerd zorgaanbod en een veelheid aan functies. Meestal wordt hier via een toevoeging of een andere naam zichtbaar dat het een functie betreft en geen beroep: arts ouderenpsychiatrie, beleidspsychiater, opleider, afdelingspsychiater, senior-verpleegkundige, verpleegkundig teamleider, eerstelijnspsycholoog, coördinator psychodiagnostiek, verpleegkundig staffunctionaris, enzovoort. Soms geldt voor een functie dat vanuit verschillende beroepen aan de betreffende kwalificatie-eis voldaan zou kunnen worden, bijvoorbeeld 'zorgcoördinator' of 'casemanager'.

In het organigram van de instelling zijn de onderscheiden functies gerangschikt en blijkt de verantwoordelijkheidstoedeling. Hoewel er vele functienamen gehanteerd worden is een en ander overzichtelijk aan derden te presenteren. Ook de 'relatieve zwaarte en inhoud' van de vele functies zijn aan te geven door een branche-functiewaarderingssysteem. Zo bezien is het functiegebouw doorzichtig en samenhangend geordend. Voor het kunnen organiseren van de meervoudige geestelijke gezondheidszorg vormt de clustering van taken tot functies de basis.

Werkgevers en 'beroepen'

Het 'in het bezit zijn van een beroepskwalificatie' zal dikwijls een van de functie-eisen zijn, die bij werving of selectie gesteld worden. Ook kunnen voor een aantal functies eisen gesteld worden aan het behoud van de bekwaamheid, bevoegdheid of titel (registratie). De beroepskwalificatie wordt meestal verkregen door het succesvol afronden van een daartoe erkende opleiding. Door het voldoen aan herregistratie-eisen kan de kwalificatie behouden blijven. Hoewel het primair een opgave voor de beroepsbeoefenaar zelf betreft, kan ook de werkgever bijdragen aan het verwerven dan wel behouden van de kwalificatie door tijd beschikbaar te stellen en (een deel van) de kosten te vergoeden.

De eis tot beroepskwalificatie zal gesteld moeten worden indien bepaalde taken 'wettelijk voorbehouden handelingen' zijn (aldus de Wet BIG) of bevoegdheden vergen of uitsluitend verbonden zijn aan een specifiek beroep (i.c. een professie) of wanneer een ander beoogd kwaliteitsniveau in de zorg moet worden gewaarborgd. Ook indien door een beroepskwalificatie een aanmerkelijke functiescholingsbehoefte wordt vermeden of wanneer adequater wordt aangesloten bij het beeld van de functie in de samenleving, op de arbeidsmarkt of bij de zorg voor cliënten, zal deze eis gesteld kunnen worden. Behalve een adequate bekwaamheid kan ook de betreffende bevoegdheid van medewerkers van belang zijn. Van betekenis is de Wet BIG onder meer in verband met 'het geven van injecties' en 'het toepassen van ECT', maar ook de Wet BOPZ omdat hierin taken worden toebedeeld aan artsen, psychiaters en

de geneesheer-directeur. Andere belangrijke taken in de GGZ als 'toepassen van middelen en maatregelen', 'psychotherapie' en ook 'crisisinterventie' behoren niet tot wettelijk voorbehouden handelingen; hier staat de bekwaamheid en niet de bevoegdheid voorop.

Het stellen van een beroepskwalificatie-eis kan bijdragen aan de kwaliteit van de zorgverlening. De GGZ omvat in overwegende mate het inzetten van bekwame medewerkers in plaats van bijvoorbeeld het aanwenden van kapitaalgoederen. Er zal derhalve een belangrijke relatie bestaan tussen zorgkwaliteit en kwaliteit van zorgverleners. Hoewel ook de betekenis van bijvoorbeeld psychofarmaca, voeding, huisvesting en de invloed van het organisatie-model op zorgkwaliteit niet kan worden ontkend, kan vastgesteld worden dat GGZ 'mensenwerk' is. Dit dient overigens ook letterlijk te worden opgevat, omdat bekend is dat naast de professionele bekwaamheid ook de persoon van de hulpverlener in het geding is; er zullen derhalve ook functie-eisen gesteld worden die betrekking hebben op cliëntgerichtheid, relationele vaardigheden en het kunnen samenwerken met collegae in die organisatie.

Gezien de relatie met functie-uitoefening is het van belang dat werkgevers een actueel beeld hebben van de beroepscompetenties en betrokken zijn bij het aanpassen van opleidingen of nascholingen wanneer sectorbreed doelstellingen en zorgconcepten van instellingen en dus ook functies van medewerkers gewijzigd worden. Beroepsopleidingen kunnen worden aangepast na studie op landelijke schaal, wanneer de betreffende beroepsgroep hiermee akkoord gaat en indien op centraal niveau hiertoe instemming wordt verkregen. Implementatie in lopende opleidingen wordt meestal vermeden, vernieuwing zal derhalve pas bij de 'jongste' lichter starten. Vaak zullen beroepsopleidingen binnen een wettelijk kader vallen of gerelateerd worden aan vergelijkbare opleidingen in Nederland of in Europa (vergelijk de opleiding tot psychiater met andere medisch-specialistische opleidingen). Het veranderen van beroepen en beroepsopleidingen is beperkt mogelijk en duurt lang. Het actualiseren van de bekwaamheid via landelijke nascholing ('aantekeningen') of door instellingsgebonden functiescholing is meestal sneller te effectueren. De betrokkenheid van werkgevers bij deze vormen van nascholing zal dan ook groter zijn. In het Coördinerend Orgaan voor Nascholing en Opleiding zijn de werkgevers hierbij betrokken (zie statuten CONO, 19-12-1996).

Beweging gewogen

Beroepen in beweging houdt ook de zorgaanbieder/werkgever een spiegel voor, die op onderscheiden terreinen betekenisvol is. Gezien het voorgaande moge duidelijk zijn dat voor de zorgaanbieder/werkgever een prioriteit ligt bij functie-uitoefening. Wijzigingen in de opgave en organisatie van de GGZ kunnen leiden tot aanpassingen in functies binnen instellingen. 'Vermaat-

schappelijking' en 'zorg-op-maat', maar ook wetgeving als Kwaliteitswet Zorginstellingen, de WGBO, BOPZ en Wet BIG hebben grote betekenis voor de wijze waarop hedendaagse GGZ wordt geboden. Ook in het verleden werd beweging in de GGZ en het effect daarvan op professioneel samenwerking geconstateerd. (Bollerman e.a., 1974). Thans is vooral ook de zeggenschap van de cliënt over zijn zorgverlening aan de orde. De extramuralisering van psychiatrische ziekenhuisverpleging betekent bijvoorbeeld voor een aantal medewerkers dat functie-uitoefening meer zelfstandig, solistisch en ambulante plaats vindt. Dit zal behalve tot het bieden van aanvullende scholing ook kunnen leiden tot het stellen van andere eisen aan de beroepskwalificatie van in-tredende medewerkers. Er zal ook een afweging gemaakt worden of in deze spraken is van toenemende dan wel afnemende complexiteit in de functie-uitoefening.

Veranderingen kunnen echter ook leiden tot het afstoten of minimaliseren van bepaalde activiteiten; hierdoor kunnen functies vervallen. Een vernieuwde organisatie van de GGZ als gevolg van fusies kan ook nieuwe functies opleveren; bestaande functies zullen geactualiseerd worden. Kortom: grote beweging in functies duidt op grote bewegingen in organisaties en betreffende taakstellingen. Ook de functies zijn in beweging!

Een ander aspect betreft de keuze van het organisatiemodel voor de (vernieuwde) GGZ-instelling. Van betekenis hierbij is hoe centraal of decentraal de zorgverlening wordt aangestuurd: het aantal besturingslagen in de organisatie, de verantwoordelijkheidstoedeling en de mate van functiedifferentiatie. Bij het ontwerpen van een nieuwe organisatie zal voorts ook een relatie gelegd worden met de (on)mogelijkheden van de arbeidsmarkt. Zo zal bijvoorbeeld rekening gehouden worden met de beschikbare aantallen psychiaters, psychologen en verpleegkundigen. Hierbij geldt niet alleen 'kan zoals het moet', maar ook 'moet zoals het kan'. Ook budgettaire kaders hebben invloed op de keuze. Op deze wijze worden absolute of relatieve tekorten op de arbeidsmarkt door managers in structurele zin 'opgelost'. Dit kan leiden tot het stellen van ruimere of andere kwalificatie-eisen.

Om 'de juiste mens op de juiste plaats' te krijgen wordt immers niet uitsluitend gelet op de genoten opleiding. Het toelaten van een veelvoud aan beroepen tot functies in de GGZ kan derhalve ook wijzen op krapte op de arbeidsmarkt inzake bepaalde beroepen. Budgettaire belemmeringen om datgene te doen wat in aanvang wenselijk werd geacht en derhalve de keuze voor een *next-best* oplossing is eveneens aan de orde. Ook de arbeidsmarkt is dus in beweging!

In de Kwaliteitswet Zorginstellingen wordt van de zorgaanbieder/werkgever onder meer verlangd 'verantwoorde zorg' te leveren. Dit moet uitgewerkt zijn in een zodanige organisatie dat de instelling onder andere kwalita-

tief over voldoende personeel beschikt en dat de verantwoordelijkheidstoedeling leidt tot verantwoorde zorg. Kwaliteit van zorg wordt zo gekoppeld aan de bekwaamheid en bevoegdheid van de betreffende medewerkers. GGZ is gespecialiseerde zorg en de kwaliteit ervan hangt nauw samen met de stand van zaken in specialistische GGZ-beroepen. De waarden en standaarden zullen vanuit deze beroepen worden aangereikt (zie bijvoorbeeld de Richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie). Van de instellingen mag verwacht worden dat geboden wordt wat in deze beroepen 'gebruikelijk' is. En dus: ook kwaliteit van GGZ is in beweging!

Verder met bewegen: eerst discussie

'Hoe nu verder?' is een vraag die gesteld mag worden bij een dergelijk omvangrijk onderzoek. De gesignaleerde knelpunten (psychotherapeut, agogisch specialist, agnio in de GGZ) en onduidelijke algemene beroepenstructuur vragen om een oplossing. In het CONO zal de discussie gevoerd worden over consequenties voor de opleidingen; in de instellingen kan de studie aanleiding zijn om de samenwerkingspatronen tussen disciplines te evalueren.

Voor de gesignaleerde onduidelijkheid bij cliënten over welke competentie de onderscheiden beroepsbeoefenaren beschikken, is onrustbarend. De betreffende beroepen en hun beroepsverenigingen kunnen hieraan aandacht schenken door voorlichting te geven. Voor cliënten, maar ook voor verwijzers is duidelijke beeldvorming over de competentie van beroepsbeoefenaren belangrijk. De huisarts als poortwachter van de GGZ en de cliënt, zeker binnen de moderne indicatieprocedure (IOG-model) zijn hierbij gebaat. Aangenomen mag worden dat de GGZ-professionals elkaars competenties kennen. Dit werd overigens ook niet betwijfeld in dit onderzoek.

De voorgestelde clustering van de beroepen in een vijftal clusters wijkt af van de clustering die thans in instellingen voor functies gebruikelijk is: medisch/sociaal-wetenschappelijk; verpleegkundig-opvoedkundig-verzorgend; peri/paramedisch en therapeutisch). Aan deze driedeling is eveneens gebaseerd op onderzoek; dit onderzoek had vooral betrekking op een vergelijk van alle functies in de gezondheidszorg. Werkgevers (GGZ-Nederland) zullen gezien de systematiek van honorering ook van deze clustering moeten uitgaan. Een eventuele beroepenclustering zou mogelijk beter aansluiting kunnen vinden bij de clustering van het initieel (beroeps)onderwijs (o&w).

Aangezien de meeste beroepen in de GGZ niet uitsluitend in deze sector werkzaam zijn, heeft een typische GGZ-clustering beperkte waarde. Een apart cluster voor adjunctief therapeuten annex een sociaal-agogisch cluster biedt naar mijn mening geen oplossing. Dit agogisch cluster omvat overigens beroepen die meer en meer op consultatieve basis in de zorg worden betrokken.

Inzake het handhaven van de artikel 3-status van de psychotherapeut is

de discussie nog niet gesloten. Als werkgever wil ik erop wijzen dat rekening gehouden moet worden met huidige werknemers-psychotherapeuten. Zeker wanneer deze niet tevens arts, GZ-psycholoog of psychiater zijn dreigen hier grote problemen. Bij wijziging zou derhalve een ruime overgangperiode in acht genomen moeten worden. Abstraherend van de Wet BIG en de daarin opgenomen beroepsstatus lijkt het verdedigbaar om het toepassen van methodische psychotherapie aan te merken als een belangrijke, te behouden taak. Deze kan in combinatie met andere taken (bijvoorbeeld psychodiagnostiek of voorschrijven geneesmiddelen) worden ondergebracht binnen een functie (bijvoorbeeld in die van 'specialistisch behandelaar in de GGZ'). 'Psychotherapie' is thans niet aangemerkt als (wettelijk) voorbehouden handeling, de huidige regeling via de Wet BIG heeft daarom vooral betekenis in termen van titelbescherming. Een betekenis die echter niet onderschat moet worden.

Literatuur

Van Dale *Groot Woordenboek der Nederlandse Taal* (1992). Twaalfde druk, Utrecht-Antwerpen: Van Dale Lexicografie.
Bollerman, P.J.C., E.J.M. Crabbendam, J.J.

Diamant & P.J.M. Koopman (1974). *Psychiatrisch centrum in beweging: discussiebijdragen vanuit St. Willibrord te Heiloo*. Lochem: De Tijdstroom.