

Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen

Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen.



Petrie F. Roodbol

RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN

Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen

Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen

Proefschrift

ter verkrijging van het doctoraat in de

Bedrijfskunde

aan de Rijksuniversiteit Groningen

op gezag van de

Rector Magnificus, dr. F. Zwarts,

in het openbaar te verdedigen op

donderdag 31 maart 2005

13.15 uur

door

Pieterella Francina Roodbol

geboren op 24 oktober 1953

te Rotterdam

Promotor Prof. dr. A.M. Sorge

Copromotor Mw. dr. M.A.G. van Offenbeek

Beoordelingscommissie

Prof. dr. J. van Hoof

Prof. dr. L. Karsten

Mw. Prof. dr. P.L. Meurs

Prof. dr. M.H. van Rijswijk

Voor mijn oude vader

Inhoudsopgave

1. Algemene inleiding

1.1.	Aanleiding en doelstelling van het onderzoek	1
1.2.	Vraagstelling	1
1.3.	Leeswijzer	3

2. Theoretisch kader

2.1.	Inleiding	4
2.2.	Professionals	4
2.2.1.	Algemeen	4
2.2.2.	Begripsomschrijvingen professie en professionalisering	5
2.2.3.	Verpleging en professionalisering	7
2.2.4.	Medici en professionalisering	9
2.3.	De contextuele benadering van Abbott	10
2.3.1.	Algemeen	10
2.3.2.	Het werk van professionals	10
2.3.3.	De organisatie	11
2.3.4.	De methodiek van een professional	12
2.3.5.	Samenvatting	14
2.4.	Aanvullende theorieën	16
2.4.1.	De sociale identiteitstheorie	16
2.4.2.	Het partijen in een systeemmodel van Mastenbroek	18
2.4.3.	Het beschrijvingskader van Pettigrew & Whipp	21
2.5.	Definiëring begrippen	22
2.5.1.	Organisatiekundige begrippen	22
2.5.2.	Begrippen uit de gezondheidszorg	24
2.6.	Samenvattende conclusie	26

3. Achtergrond van de vraagstelling

3.1.	Inleiding	27
3.2.	Het ontstaan van het verpleegkundige beroep in Nederland	27
3.2.1.	De periode vóór het verval van de ziekenzorg in 1650	27
3.2.2.	Sociale veranderingen in de 19 ^e eeuw	28
3.2.3.	Initiatieven op het gebied van ziekenzorg tussen 1820 en 1870	29
3.2.4.	Verplegen als beroep	31

3.2.5.	Analyse	32
3.3.	De ontwikkeling van het medisch beroep	33
3.3.1.	Het ontstaan van het medisch beroep	33
3.3.2.	De ontwikkeling van de chirurgie	34
3.3.3.	Toename van de macht van medisch specialisten in Nederland	34
3.3.4.	Analyse	35
3.4.	De verpleegkundige beroepsontwikkeling en de relatie met artsen	36
3.4.1.	Het begin van de domeinstrijd	36
3.4.2.	Analyse	42
3.5.	Ontwikkelingen na de Tweede Wereldoorlog	42
3.5.1.	De gezondheidszorg	42
3.5.2.	Veranderingen in verpleegkundige opleidingen en functiedifferentiatie	43
3.5.3.	De “verlengde arm”	44
3.5.4.	Streven naar een eigen verpleegkundige identiteit	45
3.6.	Systematisering en verwetenschappelijking van de verpleging	47
3.6.1.	Nieuwe organisatievormen	47
3.6.2.	Methodisch werken	48
3.6.3.	Verpleegkunde als wetenschap	49
3.6.4.	Verpleegkundig specialisten	50
3.6.5.	Verpleegkundige conceptuele modellen	51
3.6.6.	Verpleegkundige classificatiemodellen	52
3.6.7.	Verpleegkundig onderzoek	52
3.7.	De verpleegkundige beroepsgroep eind jaren negentig	52
3.7.1.	Van WUG naar BIG	53
3.7.2.	Het verpleegkundig opleidingsstelsel	53
3.7.3.	Herziening van het beroepsprofiel	54
3.7.4.	Analyse	55
3.8.	Ontwikkelingen bij de medici	56
3.8.1.	Wetgeving	56
3.8.2.	Wachtlijsten	57
3.9.	De relatie arts en verpleegkundige eind jaren negentig	57
3.9.1.	Analyse van de verpleegkundige-arts relatie	58

3.9.2. Samenvattende conclusie	61
4. De introductie van de Nurse Practitioner	62
4.1. Inleiding	62
4.2. Wat is een Nurse Practitioner (NP)?	62
4.2.1. Conclusie	66
4.3. Het ontstaan van de NP en de verspreiding van het concept	66
4.3.1. Onderzoek in de VS	67
4.3.2. Analyse	68
4.3.3. De NP buiten de VS (survey)	69
4.3.4. Nabeschouwing survey	71
4.4. De implementatie in het UMCG	71
4.4.1. De context	71
4.4.2. Inhoud en lokale invoering	73
4.4.3. De eerste opleiding	74
4.4.4. De eerste NPs in het UMCG	75
4.4.5. Analyse	77
4.5. De implementatie van de NP in ons land	77
4.5.1. Landelijke beleidsontwikkeling	79
4.5.2. Analyse	81
5. Evaluatie van de NP	83
5.1 Beantwoording deelvraag 1	83
5.1.1. Methode van onderzoek	84
5.1.2. Resultaten	87
5.1.2.1 Samenvatting	100
5.1.3. Nabeschouwing onderzoek deelvraag 1	101
5.2 Beantwoording van de deelvragen 2 t/m 8	101
5.2.1. Deelvraag 2	103
5.2.1.1 Samenvatting	113
5.2.2. Deelvraag 3	113
5.2.2.1 Samenvatting	123
5.2.3. Deelvraag 4	124
5.2.3.1 Samenvatting	127
5.2.4. Deelvraag 5	127

5.2.5. Deelvraag 6	129
5.2.6. Deelvraag 7	132
5.2.6.1 Samenvatting	136
5.2.7. Deelvraag 8	137
5.2.7.1 Samenvatting	139
5.2.8. De NP, een nieuwe functie of een nieuw beroep?	140
5.3. Nabeschouwing onderzoek deelvragen 2 t/m 8	143
6. Beantwoording hoofdvraagstelling, conclusies en aanbevelingen	144
6.1. Hoofdvraagstelling	144
6.2. Overige aanbevelingen	146
6.3. Reflectie op de theorie	148
6.3.1. Reflectie op het conceptueel kader van Abbott	148
6.3.2. Gewenste verdere theorieontwikkeling over beroepen	149
Samenvatting	150
Summery	157
Literatuur	163
Websites	175
Bijlagen	176
1. Taakfunctieomschrijving NP	
2. Besluitvormingstraject en besluitvormingscriteria ten behoeve van een experimentele functie	
3. Activiteiten tijdsbesteding onderzoek	
4. Vragenlijst Rolontwikkeling van Advanced Practice Nurses	
Woord van dank	
Curriculum vitae	

HOOFDSTUK 1. ALGEMENE INLEIDING

1.1. Aanleiding en doelstelling van het onderzoek

De gezondheidszorg in ons land staat al een aantal jaren door capaciteitsproblemen onder druk. De overheid bezint zich daarom onder meer op een nieuwe taakverdeling tussen verschillende zorgverleners, ook wel taakherschikking genoemd. Verpleegkundigen, bijvoorbeeld in de functie van nurse practitioner (NP), worden gestimuleerd taken over te nemen van artsen.

Eind 1997 aanvaardde ik het verzoek van de voorzitter van de Raad van Bestuur van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) de functie van NP te implementeren, een landelijke primeur.

Het implementatieproces is vergezeld van onderzoek naar de effecten en de resultaten van de functie. Het proces riep bij mij vragen op over de wijze waarop taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen tot stand komt. Traditioneel worden deze taken aangeduid met respectievelijk cure en care, maar in de praktijk bleken de beroepsgroepen zich met beide soorten taken bezig te houden. Wanneer onduidelijk is hoe de taakverdeling tot stand komt, onduidelijk is wat de kenmerkende verschillen zijn tussen de taken van artsen en verpleegkundigen, hoe kan dan de beoogde taakherschikking succesvol verlopen?

Taakherschikking wordt soms gezien als panacee voor de capaciteitsproblematiek in onze gezondheidszorg. Juist daarom leek het mij de moeite waard onderzoek te doen naar de ontwikkeling van het beroepsdomein van de verpleegkundige in relatie tot dat van de arts. Wat zijn de kenmerkende verschillen tussen de taken van beide beroepsgroepen en welke processen spelen bij taakverdeling en taakherschikking?

Doelstelling van het onderzoek was dan ook het verkrijgen van inzicht in processen die spelen bij taakverdeling en taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen en de wijze waarop functies c.q. beroepen op het snijvlak van het medisch en verpleegkundig beroep kunnen worden ingevoerd. Als conceptueel kader is gebruikt gemaakt van Abbott's theorie over werkverdeling tussen professionals: *The system of professions: an essay on the division of expert labour* (1988). Aan de hand hiervan werd eerst een historische analyse gedaan van de ontwikkeling van beide beroepsgroepen en hun onderlinge verhouding, gevolgd door een casestudie over de implementatie van de NP in ziekenhuizen. Abbott (1988) baseert zijn theorie op *narratives* (hoofdstuk 1, paragraaf 2). Op basis van de bevindingen in deze studie wordt op zijn theorie gereflecteerd.

Deze studie is van belang voor wetenschappers die werkzaam zijn op het gebied van arbeid en arbeidsdeling, in het bijzonder in de gezondheidszorg. Voor verpleegkundigen en artsen kan het een hulpmiddel zijn om tot een taakverdeling te komen, voor beleidsmakers behelst het een advies betreffende taakherschikking.

1.2. Vraagstelling

Het UMCG ging als eerste ziekenhuis in ons land werken met NPs. De introductie van deze functie strekte zich daardoor verder uit dan het ziekenhuis alléén; het was tevens de introductie in ons land. Achteraf beschouwd is dit proces heel gemakkelijk verlopen; van *openlijke* weerstand bijvoorbeeld was nauwelijks sprake. Ik had dit wel verwacht, en zeker niet in de laatste plaats van de verpleging zelf. De verpleging streeft sinds de jaren zeventig naar een eigen afgebakend

beroep, los van medici. Wat zijn de gevolgen van taakherschikking voor de ontwikkeling van een zelfstandig verpleegkundig beroepsdomein?

Waarom nemen verpleegkundigen op eigen initiatief taken over van medici, de beroepsgroep die hen jarenlang domineerde? Waarom staat de medische beroepsgroep dit toe?

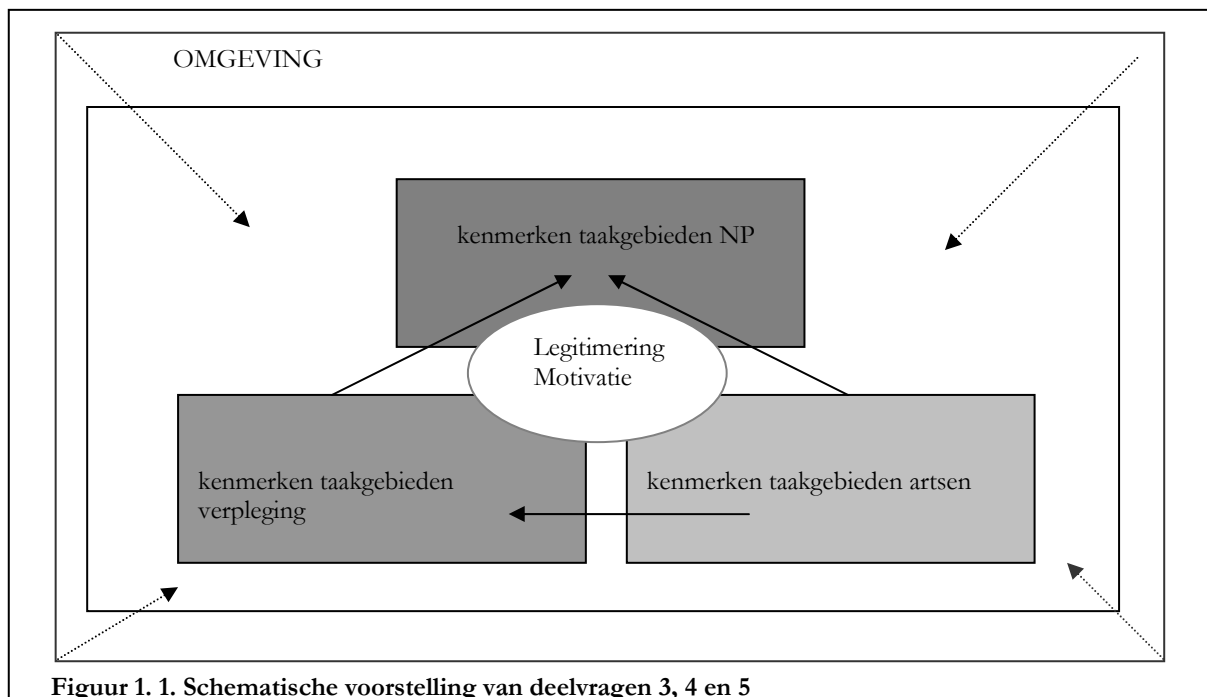
Gelet op de doelstelling van het onderzoek en gevoed door mijn verbazing is de volgende **hoofdvraag** voor het onderzoek geformuleerd:

Hoe kan taakherschikking en de invoering van een nieuwe functie of een nieuw beroep op de scheidslijn van het verpleegkundig en medisch domein plaatsvinden?

Deelvragen zijn:

1. Welke bijdrage levert de NP aan de patiëntenzorg in vergelijking met bestaande aanpalende functies?
2. Welke interne krachten beïnvloeden de zich ontwikkelende taakherschikking tussen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein? Hoe kunnen deze worden verklaard?
3. Welke kenmerken hebben de taakgebieden die artsen aan verpleegkundigen en in het bijzonder aan NPs overdragen? Op welke manier en in hoeverre vindt legitimering en motivatie plaats?
4. Welke kenmerken hebben de taakgebieden die NPs van artsen *willen* overnemen? Op welke manier en in hoeverre vindt legitimering en motivatie plaats?
5. Welke omgevingsfactoren zijn van invloed op taakherschikking?

Deelvragen 3, 4 en 5 staan schematisch weergegeven in figuur 1.1.



Figuur 1.1. Schematische voorstelling van deelvragen 3, 4 en 5

Legenda: Ononderbroken pijlen: overdragen van taakgebieden
Onderbroken pijlen: beïnvloeding door omgevingsfactoren

6. In hoeverre kunnen de optredende taakherschikking in de praktijk en de beleidsmatige discussie daarover worden verklaard met behulp van de door Abbott beschreven krachten en mechanismen?
7. Hoe kunnen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein ten opzichte van elkaar worden gekarakteriseerd, ex- en inclusief taakherschikking? Hoe kunnen de verschillen worden geduid?
8. Op welke wijze kan, gegeven de diagnose die gesteld kan worden met behulp van de antwoorden op de deelvragen (1 t/m 7), in Nederland afstemming worden bereikt tussen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein.

De studie was beperkt tot de somatische zorgverlening in algemene en academische ziekenhuizen.

1.3. Leeswijzer

De opbouw van deze studie is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt het theoretische kader geschetst en wordt een aantal begrippen van deze studie gedefinieerd. Hoofdstuk 3 geeft een historische analyse van het verpleegkundig en medisch beroep en de onderlinge verhouding tussen verpleegkundigen en artsen. In hoofdstuk 4 volgen de beschrijving van het Nurse Practitioner concept, de ontstaansgeschiedenis en het implementatieproces in ons land. In hoofdstuk 5 worden de deelvragen aan de hand van verschillende onderzoeken beantwoord en in hoofdstuk 6 tot slot, volgen de beantwoording van de hoofdvraagstelling, een aantal aanbevelingen en reflectie op het conceptuele kader.

HOOFDSTUK 2. THEORETISCH KADER

2.1. Inleiding

Over het werk van verpleegkundigen en artsen, en ook over hun relatie is veel gepubliceerd (Valk, Soff en Schumacher, 1997; Poot, 1985; Hoefnagels, 1997; Hagenouw, 2001; Walby, Greenwel, Mackay en Soothill, 1994; Van der Arend, 1988 en 1990). De laatste paar jaar zijn daar publicaties over taakverschuiving en taakherschikking bij gekomen (Scholten, IJzerman en Algera, 1999; Van Offenbeek, Ten Hoeve, Roodbol en Leemeijer, 2002; Van Offenbeek, Ten Hoeve, Roodbol en Knip, 2003; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2002).

Onbekend zijn de factoren en processen die de taakverdeling tussen professionals, succesvolle taakherschikking in het bijzonder, beïnvloeden.

In de volgende hoofdstukken wordt inhoudelijk ingegaan op het werk van, alsook de relatie en de taakverdeling tussen, artsen en verpleegkundigen. Doel van dit hoofdstuk is deze onderwerpen te plaatsen in een theoretisch kader voor verdere analyse.

Omdat de arts als “professional” wordt beschouwd (Freidson, 1970) en verpleegkundigen naar deze status streven (Grijpdonck, 1991) is een keuze gemaakt uit theorieën over professionals en professionalisering. Voor aanvullende analyses in deze studie wordt gebruik gemaakt van de organisatiesociologische theorie “partijen in een systeem model” van Mastenbroek (1996), de sociale identiteitstheorie van Tajfel en Turner (1986) en het beschrijvingskader van Pettigrew en Whipp (1991).

Allereerst wordt in dit hoofdstuk een beschouwing gegeven over professionals en verschillende theorieën die daarover bestaan. Deze laatste worden verbijzonderd naar artsen en verpleegkundigen. Vervolgens worden de theoretische kaders voor de verdere studie uitgewerkt, evenals de in de volgende hoofdstukken gebruikte concepten.

2.2. Professionals

Wat is een professional? Er blijken talloze omschrijvingen van dit begrip in omloop te zijn. Een professional is geen typisch verschijnsel van onze tijd. De definiëring van het begrip hangt samen met de benaderingswijze. Zijn verpleegkundigen en artsen professionals? Het antwoord op deze vragen wordt in de volgende paragrafen gegeven.

2.2.1. Algemeen

Internationale systematische studies over *professies* en de daarmee samenhangende begrippen als *professionals* en *professionalisering* dateren uit de jaren dertig van de twintigste eeuw. Deze studies zijn vooral afkomstig uit Amerika waar “professionalisme” de basis vormt voor de legitimering van de opkomende middenklasse.

Toch bestaan professies al sinds de oudheid. In de Romeinse Oudheid is het begrip *professie* verbonden met *publieke* beroepen. *Professor* staat voor *publieke* leraar (Mok, 1973).

In de middeleeuwen krijgt het professiebegrip een religieus karakter. Beroepen als arts en rechter worden tot in de vroege middeleeuwen in kerkelijk verband uitgeoefend.

Het woord *professie* is afgeleid van het Latijnse woord *profiteri* en bestaat uit de deelwoorden *pro* (voor), en *fateri* (belijden, bekennen). Samen betekenen zij: openlijk verklaren. *Professie* is een ander woord voor *kerkegeloofte*.

Sommige professionals als notarissen en medici leggen ook nu nog een gelofte of een eed af: een openlijke verklaring van goede trouw. Door de eed af te leggen vraagt de professional om vertrouwen (Hughes, 1981).

Na de Reformatie (1541) wanneer het werk van onder andere artsen en rechters geseculariseerd is en zij niet meer als geestelijke hun taken uitoefenen, verdwijnt het religieuze karakter van het professiebegrip. Het wordt dan een vorm van arbeid waarbij persoonlijke vrijheid en zelfstandigheid bij de beroepsuitoefening centraal staan.

In de loop van de 19^e eeuw ontstaat de sociale infrastructuur. Doordat medici en juristen zich hierin sterk profileren, worden zij erkend als dé *deskundigen*, ofwel *de professionals* op sociaal gebied (Bledstein, 1976).

Bij het verschijnen van de talrijke theorieën over professie en professionalisering neemt ook het aantal omschrijvingen van de begrippen toe. *Professionalisering* is volgens Nagla (1993) “*a state of mind*”, in de betekenis van denken over wat professioneel en wat een professie is.

Mok (1973) onderscheidt zelfs tien betekenissen van *professionalisering*, variërend van “*minder amateuristisch*” tot “*toename van de witte boordenberoepen*”.

De meest gebruikte toepassing is “*wording van een professie*,” het proces waarop het beroep dusdanig verandert dat het de kenmerken van een professie gaat vertonen (Mok, 1973).

Nadere kennismaking met de theorieën over professionalisering vindt plaats aan de hand van het classificatiemodel van Abbott (1988).

2.2.2. Begripsomschrijvingen professie en professionalisering

Abbott onderscheidt vier verschillende benaderingswijzen in de beschrijving van het begrip professie:

1. *De functionele benadering*

Deze benadering is een combinatie van naturalisme en typologie (Abbott, 1988). Het houdt zich bezig met de beschrijving van kenmerken en stadia van professionalisering en het zoeken naar verklaringen hiervoor. In 1933 beschrijven Carr-Saunders en Wilson in “The professions” (1933) professionals als: “*organized bodies of experts, who applied esoteric knowledge to particular cases. They had elaborate systems of instruction and training together with entry examination and other formal prerequisites. They normally possessed and enforced a code of ethics and behaviour*” (Abbott, p. 4). De reden voor deze gedragsregulering is volgens hen tweërlei.

Op de eerste plaats omvat het werk van de professional risico's voor de cliënt die moeten worden geminimaliseerd. De relatie tussen een professional en een cliënt is ongelijkwaardig. Door ethische codes, maar ook door certificering, opleidingen, beroepsverenigingen en sanctionering, wordt de cliënt beschermd tegen misbruik van deze ongelijkwaardigheid.

Op de tweede plaats gaat het om de maatschappelijke rang en honorering. Adam Smith, grondlegger van de economie, keert zich in 1776 categorisch tegen beroepsmonopolies, maar voor professies acht hij reglementering voor toetreding en concurrentie zelfs noodzakelijk en wel om adequate beloning voor de leden te waarborgen. Hun beloning moet worden veilig gesteld aangezien dit hen de maatschappelijke rang verleent die in overeenstemming is met het vertrouwen dat in hen gesteld wordt op het gebied van gezondheid, fortuin, leven en reputatie (Hulst en Tiems, 1999).

Professies streven naar legitimering om hun maatschappelijke positie veilig te stellen (Noordergraaf en Meurs, 2002).

2. *De monopolistische benadering*

De benadering benadrukt de status en de autonomie van de professie, zoals Freidson (1970) doet. De samenleving verleent volgens hem een mandaat aan een beroepsgroep om de inhoud van het werk te reguleren en te controleren. Larson (1977), een andere vertegenwoordiger van deze stroming, beschouwt professies als “*maatschappelijk dominante organisaties*.”

De professionele beroepsgroep schermt met behulp van de staat de beroepsuitoefening af van externe invloeden. Er komen wettelijke regelingen. Zo eigent zij zich het exclusieve recht toe om het professionele handelen te reguleren.

Autonomie, een hoofdkenmerk volgens deze benadering, kent drie aspecten.

De kern ligt in de (1) *Klinische of technische autonomie*; bij medici houdt dit in de vrijheid van diagnose en therapie naast het regelen van de toegang tot de beroepsuitoefening.

(2) *Politieke autonomie* wil zeggen dat medici bijvoorbeeld beleidsbeslissingen mogen nemen als erkend deskundigen op het gebied van gezondheid. (3) *Economische autonomie* ten slotte betekent het recht om het honorarium te bepalen (Hulst et al., 1999).

Parsons, eveneens een monopolist, gaat in op de relatie tussen de professional en de cliënt. De professional onderscheidt zich door criteria van deskundigheid, objectiviteit en neutrale affectiviteit, maar ook persoonlijkheidssystemen blijven een rol spelen. Wanneer de professional er niet in slaagt voldoende afstand en objectiviteit te houden ten opzichte van de cliënt, beïnvloedt dit de kwaliteit van de hulpverlening negatief (Parsons, 1954).

Illich (1975) spreekt niet over autonomie, maar over de macht van medici. Deze macht ontstaat doordat medici hun eigen maatstaven aan kunnen leggen voor de opleiding, het gedrag en het werk. Ook hebben zij zeggenschap over de opleidingen van de gezondheidswerkers die hen ondersteunen, de kwaliteit van de organisatie of middelen waarvan zij gebruik maken. Het medische apparaat vormt in zijn ogen daardoor zo langzamerhand een bedreiging voor de gezondheid. De vooruitgang van de gezondheid wordt toegeschreven aan medici, terwijl andere factoren ook een belangrijke rol spelen, zoals de verbetering van voeding, de economie, de werkomstandigheden en de behuizing. De ongewenste bijwerkingen van onderzoeken en behandelingen bij gezondheidsproblemen die zonder behandeling vanzelf over gaan, is regelmatig schadelijker dan bekend wordt gemaakt. Deze behandelingen zijn iatrogeen.

3. De structuurbenadering

Bij de structuur benadering staat het professionaliseringsproces centraal als middel om controle over een beroep uit te oefenen. De *inhoud* van de professie raakt op de achtergrond; alleen de *structuur* blijft over.

De Amerikaanse beroepsocioloog Wilensky (1964) bijvoorbeeld onderscheidt vier fasen waarin professionalisering van een beroepsgroep verloopt.

In de *1e fase* groeit een welomlijnde activiteit uit tot een volledige dagtaak, waaruit vaste inkomsten worden gegenereerd waarmee de beroepsbeoefenaar in zijn levensonderhoud kan voorzien.

In de *2e fase*, het legitimeringsproces, wordt de beroepsactiviteit onderscheiden door de toegang tot het beroep afhankelijk te stellen van bepaalde voorwaarden en door het organiseren van een specifieke beroepsopleiding die voldoende zwaar is en resulteert in een zekere mate van deskundigheid. Dit stadium mondt bovendien uit in de vorming van een beroepsvereniging.

De *3e fase* bestaat uit de wettelijke erkenning van het beroep in de vorm van een beroepsreglementering en titelbescherming.

De *4e en laatste fase* van het professionaliseringsproces behelst het opstellen van een beroepscode door de beroepsvereniging, die ook in de sanctionering van overtredingen voorziet. In deze beroepscode worden de gedragsregels vastgelegd die eigen zijn aan het beroep.

Kennis is in dit model erg belangrijk. Er moet een duidelijk body of knowledge zijn, ontwikkeld door middel van onderzoek, overgedragen door een hogere opleiding en die de basis vormt voor het handelen van de professional.

4. De cultuurbenadering

De cultuurbenadering tot slot, ziet professionalisering als een oplossing om de Amerikaanse maatschappij in klassen onder te verdelen op basis van talent en verdiensten en niet op basis van rijkdom of bezit (Bledstein; 1976). In deze benadering vormt cultuur de basis voor de legitimering van professies. Deze benadering erkent ook de bijzondere relatie tussen cliënt en professional zoals Parson die aangeeft (1954).

Niet alleen de classificaties (Van Ruler, 2003; Johnson, 1977) en de benaderingswijzen van professies zelf verschillen, ook de focus van de studies van professies en professionalisering loopt uiteen.

Er zijn zowel studies over professionals op het niveau van het individu (Parsons, 1954), als op het niveau van de maatschappij (Freidson, 1970; Larson, 1977; Bledstein, 1976).

Abbott (1988) zelf stelt dat professionalisering een begrip is dat veel verschillende uitingsvormen kent. Er bestaat niet één onderliggend en onderling vergelijkbaar proces bij de vorming van beroepen. Zijn zienswijze over professionals en hun onderlinge relaties worden beschreven in paragraaf 2.3. van dit hoofdstuk.

2.2.3. Verpleging en professionalisering

Is de verpleegkundige een professional? Over deze vraag is veel nagedacht, gediscussieerd en gepubliceerd (Freidson, 1970; Grijpdonck, 1991-1992, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2002; Van der Arend, 1988).

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ¹) beschouwt in haar advies *Professionals in de gezondheidszorg* de verpleegkundige onverkort als professional naast artsen, fysiotherapeuten en overigen werkzaam in “Beroepen Individuele Gezondheidszorg”, de zgn. BIG beroepen (RVZ, 2000, p.11). De RVZ is daarmee het eerste orgaan buiten de beroepsgroep zelf die de verpleegkundige deze status geeft. Het is niet vanzelfsprekend om de verpleegkundige als professional te beschouwen.

De verpleging is vanaf de zestiger, begin zeventiger jaren naar een professionele status gaan streven.

In de verpleegkundige literatuur overheerst de monopolistische visie op professionalisering. Professionalisering wordt uitgelegd als *het streven naar verbetering van de kwaliteit van zorg en naar autonomie, het zelfstandig kunnen oordelen en handelen van verpleegkundigen op basis van wetenschappelijke kennis en methodiek*. Het is een streven om onafhankelijk te worden van de arts (Grijpdonck, 1991-1992; Van Gemert en Spijker, 1986).

Vóór de jaren zestig was er op de vraag wat een verpleegkundige is, een betrekkelijk eenvoudig antwoord te geven. Voor ogen stond dan de A-verpleegkundige, de verpleegkundige in het algemene ziekenhuis (Van Gemert et al., 1986) en de deskundige hulp van de arts (Van der Kooij, 1990) die tot die tijd heel bepalend is voor het werk van de verpleging (zie hoofdstuk 3).

De verpleging verlaat in de jaren zeventig het medische model en zoekt aansluiting bij gedragswetenschappen (zie ook hoofdstuk 3). Zij wil onafhankelijk zijn van de arts, die de verpleging jarenlang domineert en zoekt naar een andere associatie dan “zorg.” Dit wordt te veel geassocieerd met taken die weinig of geen scholing vragen: iedere huisvrouw zorgt. De omgang met patiënten wordt daarom geanalyseerd, ontleed en in talloze deelgebieden en deelhandelingen verdeeld (Van Gemert et al, 1986). Wat voorheen gezien werd als gewone verpleegkundige zorg, wordt geproblematiseerd zodat er speciale deskundigheid voor nodig is. Waar eerst een

¹ De RVZ is de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, die adviseert aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

geruststellend woord volstond wordt nu, bijvoorbeeld, stresspreventie geïntroduceerd. Er wordt gesproken van kennistekort als verpleegkundige diagnose in plaats van “de patiënt heeft behoefte aan meer informatie.” Een patiënt die een geestelijke wil spreken, heeft spirituele distress.

Verpleegkundigen zien in de wet BIG van 1997 een erkenning van hun professionele verantwoordelijkheid door de invoering van het tuchtrecht, de registratie en titelbescherming. Overigens krijgt de verpleegkundige geen beroepsbescherming. Hij of zij mag alleen onder de verantwoordelijkheid van een arts zogenaamde voorbehouden handelingen² uitvoeren. Het is opnieuw de RVZ die de minister in 2002 in het rapport *Taakberschikking in de Gezondheidszorg* (RVZ, 2002, p. 69) aanbeveelt de omschrijving van het deskundigheidsdomein van verpleegkundigen in de wet BIG aan te passen zodat de zelfstandigheid in de beroepsuitoefening, ook in het medische domein, tot uitdrukking komt.

Een van de belemmeringen voor de professionele status van de verpleging die vaak is genoemd is de beperkte machtspositie, voortkomend uit *afhankelijkheid* (Van der Arend, 1988; Freidson, 1970). De verpleegkundige is voor de organisatie en de inhoud van het werk afhankelijk van de leiding en voor de behandeling van patiënten en de werkdruk van medici die het opnamebeleid bepalen (Van der Arend, 1988). Vooral de relatie met medici leek professionalisering lang in de weg te staan.

Katz (1969) betuigt op basis van een onderzoek in de VS eind jaren zestig, dat de verpleging niet zal professionaliseren. De geneeskunde heeft de verpleging gemaakt tot een administratieve specialist, terwijl haar erfenis eigenlijk ligt in de zorg voor de individuele patiënt. De leiders van de verpleging roepen op tot professionalisering, terwijl de verpleegkundige beroepsgroep zelf hier niet volledig achter staat. De verpleging zal daarom volgens Katz niet verder komen dan een semi-professional (Katz, 1969).

Walby et al. (1994) vinden dat de professionalisering van de verpleging vanuit meerdere richtingen onder druk staat. Het verpleegkundig domein wordt zijdelings begrensd door paramedici, aan de ondergrens door verzorgenden en aan de bovenkant door medici en managers. Niet alleen nu, maar ook historisch gezien probeert het ziekenhuismanagement de kosten laag te houden, door bijvoorbeeld goedkopere krachten aan te trekken. Omdat de verpleegkundige beroepsgroep terughoudend reageert op verregaande verticale differentiatie in het werk stagneert de ontwikkeling van deze hele groep.

Parsons (De Jong, 1997) voert een ander motief aan dat kan leiden tot onwenselijkheid van professionalisering van de verpleegkundige. De relatie tussen cliënt en professional wordt volgens hem niet alleen gekenmerkt door criteria van deskundigheid, objectiviteit en affectieve neutraliteit, maar ook door de rol die persoonlijkheidssystemen blijven spelen. Wanneer de deskundige er niet in slaagt voldoende afstand en objectiviteit tegenover de cliënt te bewaren, wordt over het algemeen aangenomen dat dit de kwaliteit van de behandeling niet ten goede komt. Tot zover pleit dit juist vóór professionalisering. Smits (2000), echter, haalt een uitspraak aan van een verpleegkundige dat het niet professioneel is om nauw betrokken te raken bij sommige patiënten, maar dat het de zorg wel ten goede komt.

De verpleegkundige zocht de patiënt ook thuis op: “*ja, of dat professioneel is, ik denk het niet, maar het leek mij wel goed om te doen en ik zou het de volgende keer weer doen.*” (p. 42). Een dergelijke misvatting heeft te maken met de opvatting over wat professionalisering is. Feministische critici wijzen erop dat professionaliteit voornamelijk wordt beschreven aan de hand van mannelijke waarden als

² In de wet vastgelegde handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van de patiënt meebrengen als ze door ondeskundigen worden uitgevoerd.

autonomie, autoriteit, rationaliteit, middelen om greep op de omgeving te houden: “Mastry and Control” (Davies, 1995). Het zijn middelen die worden toegepast om niet voor verrassingen te komen staan. Voor beroepen waar veel vrouwen werken, zoals de verpleging, is het daarom moeilijker om te “professionaliseren.”

De Jager en Mok (1968) zijn in tegenstelling tot onder meer Freidson (1970) wat minder negatief over de mogelijkheid van de verpleging om een professie te worden. Voorwaarde om te professionaliseren is de verdere verwetenschappelijking van de zorg. Dit zal leiden tot een scheiding tussen een “doe” en een “denk” verpleegkundige. De verpleging moet geen van artsen afgeleide taken en verantwoordelijkheden op zich nemen, maar taken en verantwoordelijkheden met artsen delen.

In navolging van de RVZ (2000) wordt *professional* in deze studie gedefinieerd als *een beroepsbeoefenaar in de individuele gezondheidszorg*. Een verpleegkundige is een beroepsbeoefenaar in de in de individuele gezondheidszorg en daarmee een professional.

2.2.4. Medici en professionalisering

In tegenstelling tot de verpleegkundige wordt de medicus in de literatuur over professionalisering juist als het prototype van de professional gezien (Freidson, 1970; Hughes, 1981).

Door veranderingen in de samenleving verandert echter de professionele positie van de arts (RVZ, 2000). De WGBO, wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, regelt de informatieplicht van de medicus aan de patiënt. Deze wet weerspiegelt de veranderingen in de samenleving met betrekking tot relaties met hulpverleners in de gezondheidszorg: van een vertrouwensrelatie naar een zakelijk contract (juridisering van de hulpverlenerrelatie).

De houding van de patiënt ten opzichte van de arts is kritischer geworden. Patiënten hebben door de media behoorlijk inzicht gekregen in behandelingsmogelijkheden. De beroepsuitoefening is gedemystificeerd. De premies voor ziektekostenverzekeringen en eigen bijdragen zijn de afgelopen jaren behoorlijk gestegen. Patiënten eisen waar voor hun geld. Door de wet BIG hebben artsen het exclusieve recht om de geneeskunde uit te oefenen verloren. Medici hebben individueel, maar niet als collectief, behoorlijk ingeboet op hun professionele autonomie (Tamboer, Schepers, Klazinga en Casparie, 2002). De autonomie is eerst verschoven van de individuele specialist naar de maatschap en vervolgens van de maatschap naar de medische staf (hoofdstuk 3, paragraaf 9).

Multidisciplinair werken en het nemen van teambesluiten heeft negatieve invloed op de mate van autonomie van de individuele arts naast het werken met protocollen en klinische zorgpaden. Het medische domein is zo omvangrijk dat het voor de individuele arts niet meer te overzien is. De specialisaties zijn zo breed dat er binnen specialisaties weer subspecialisaties ontstaan (Ankoné, 2000). Budgetten beperken eveneens de mate van autonomie.

Mok (1973) laat zien dat de opkomst van medische hulpberoepen door medici altijd met succes is ingeperkt door ze in hun werk van hen afhankelijk te maken. Fysiotherapie bijvoorbeeld mag alleen toegepast worden na de diagnose van de arts. Hier lijkt verandering in te gaan komen. In het advies van de RVZ over taakherschikking in de zorg (2002) wordt de minister aanbevolen om de toevoeging in de deskundighedsomschrijving van paramedici “op verwijzing” te schrappen. Resumerend is op de vanzelfsprekende status van arts als professional de afgelopen jaren wel wat ingeboet.

2.3. De contextuele benadering van Abbott

Abbott (1988) beziet professies niet afzonderlijk maar in relatie tot elkaar. Vanuit zijn systeemtheoretische benadering, beschrijft hij professionalisering als een voortdurende interactie tussen beroepen. Professions definieert hij in zijn boek *“The system of professions: an essay on the division of expert labour”* (1988) als: *“exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases”* (p.5).

Omdat het doel van deze studie is zicht te krijgen op de processen die spelen bij taakherschikking tussen beroepsgroepen is Abbott's zienswijze als kader gekozen. In de volgende paragrafen wordt zijn visie verder uitgewerkt en uiteindelijk weergegeven in een model.

2.3.1. Algemeen

Volgens Abbott (1988) is de inhoud van het werk van een professional voortdurend aan verandering onderhevig. Hij baseert zijn theorie op nationale en internationale historische *narratives*.

Professies strijden met elkaar over de zeggenschap (*jurisdiction*) over beroepsdomeinen. Abbott plaatst de verschillende professies in een netwerk van onderlinge afhankelijkheid met een groot aantal beïnvloedende factoren.

De mate van professionalisering kan worden afgeleid uit het vermogen om probleemgebieden waar andere professies zich mee bezig houden, op een nieuwe, eigen wijze te herdefiniëren en daarmee tot het eigen beroepsdomein te rekenen.

Het antwoord op de vraag hoe een beroepsgroep overleeft en succesvol wordt, hangt af van de manier waarop de professie met andere beroepsgroepen relaties aangaat. Ze moet bewijzen als expert iets te bieden, wat anderen niet kunnen. Volgens Abbott moet bij onderzoek naar professies niet de structuur van de professie als startpunt gekozen worden, maar onderlinge relaties en de strijd over de verdeling van probleemgebieden.

Een formele structuur van een professie doet volgens hem nauwelijks terzake; opdrachtgevers trekken zich hier niets van aan. De professie moet aan opdrachtgevers bewijzen dat zij exclusieve diensten biedt, dat zij terecht wordt ingehuurd en meerwaarde heeft boven andere. Dus niet de professional bepaalt wat goed is, maar de opdrachtgever c.q. afnemer.

Abbott ontkent ook de wijze waarop de ontwikkelingsgang door een professie wordt doorgemaakt, zoals Wilensky (1964; zie 2.2.) die beschrijft.

2.3.2. Het werk van professionals

Abbott (1988) postuleert dat *“the tasks of professions are to provide expert service to amend human problems”* (p.33). De menselijke problemen waar professionals zich op richten, hebben *objectieve* (met een natuurlijke of technische oorsprong) en *subjectieve* (maatschappelijk of cultureel bepaalde) kenmerken.

De *objectieve* kenmerken uiten zich in de mate waarin een probleem blijft bestaan na herdefiniëring door een andere professie vanuit het eigen referentiekader, zoals het probleem alcoholisme. Wie zich het probleem als professionele groep ook toeigent, alcoholisme, een overmatige alcoholconsumptie, blijft voor het individu een schadelijk menselijk probleem waar een taak is weggelegd voor een professional.

Tijdens de industriële revolutie wordt alcoholisme een *sociaal* probleem genoemd. Werkgevers, ondersteund door de moeders van de kinderen van de arbeiders, zijn gebaat bij nuchter personeel. Om extra druk op de werknemers met alcoholproblemen uit te oefenen wordt het een *moreel* probleem: domein van de geestelijke verzorging. Door waarschuwingen van medici over de lichamelijke gevolgen wordt het een *medisch* probleem. In de VS wordt het een wettelijk probleem wanneer de productie en handel in alcohol tussen 1920 en 1933 strikt verboden wordt.

Wanneer de verslavingsproblematiek op de voorgrond komt te staan wordt het een *psychiatrisch* probleem (Abbott, 1988, p. 38).

De technologische vooruitgang vraagt steeds om andere professionals om de zich voordoende problemen op te lossen. Was vroeger mechanische kennis nodig, nu kunnen we niet meer buiten deskundigen op ICT gebied.

De *subjectieve* kenmerken uit zich in de mate waarin problemen cultuurgebonden zijn en dus niet bestaan in andere culturen, zoals het koppelen van huwbaren. In sommige culturen een zaak voor experts (“matchmakers”)³, in andere een onbekend fenomeen. Een ander voorbeeld van een cultureel bepaald probleem is de noodzaak die wordt gezien vrouwen te controleren op het geven van aanstoot in het openbaar, iets waarvoor de moetauwa’s zijn aangesteld in Saoedi-Arabië. De subjectieve kenmerken uit zich ook in de wijze waarop professionals problemen diagnosticeren, deze infereren om ze vervolgens te behandelen. Abbott legt de nadruk op inferentie. “Inference” of inferentie⁴ staat voor integratie met (wereld) kennis. Op grond van deze kennis wordt er extra informatie toegevoegd aan een observatie zonder dat dit expliciet gebeurt (zie 3.4.).

De probleemgebieden van een professional kunnen tegelijkertijd objectief en subjectief zijn onder invloed van de cultuur. Alcoholisme is een biologische afwijking geweest, een geestesstoornis, een zonde, een probleem van morele, wettelijke, sociale, medische en persoonlijke aard (Abbott, 1988, p.38).

Niet alleen uit veranderende menselijke problemen, ook *vacancies* (vacatures, leemten of grijze gebieden tussen professies) leiden tot dynamische onderlinge verhoudingen en strijd om de zeggenschap over dat terrein.

2.3.3. De organisatie

De *organisatiestructuur* per professie is verschillend. De mate van eenheid van de professie is belangrijk voor de mate waarin zij in staat is zeggenschap over een domein te krijgen en te behouden. Over het algemeen geldt hoe strakker georganiseerd, hoe duidelijker het aanspreekpunt, des te succesvoller professies zijn met het verkrijgen en behouden van zeggenschap over een domein.

Toch kunnen in een aantal gevallen heterogene professies in het voordeel zijn in de competitie met andere op de werkvloer. Zij zijn vrij om taken op zich te nemen en weer af te stoten en kunnen daardoor een betere concurrentiepositie verwerven dan professionals die één duidelijke focus hebben. Op de werkvloer worden professionals met elkaar geconfronteerd en wordt er gediscussieerd over de vraag wie de (eind)verantwoordelijkheid voor bepaalde werkzaamheden draagt. Officiële functieomschrijvingen ten spijt wordt er veel onderling onderhandeld. Het aanpassingsvermogen is belangrijk. Een professional zal dan ook nooit exclusiviteit gegarandeerd krijgen op basis van het *lidmaatschap* van zijn beroepsgroep, maar moet dit altijd bevechten op andere professionals. Beroepsgroepen zijn constant bezig met taken van elkaar over te nemen, zeker wanneer status en macht te verdienen zijn.

Als *beheersingsmechanismen* maken professies gebruik van standaardisatie van opleiding, registratie en ethische codes.

³ Musical *Fiddler on the Roof*, Shalom Aleichem and Joseph Stein, 1971.

⁴ Voorbeeld van inferentie: aan de observatie “die man is dik” wordt de inferentie “hij loopt het risico van een hartkwaal” toegevoegd.

De kracht om het cognitieve domein van de professie te verdedigen (en uit te breiden) en de zeggenschap erover hangen af van het gebruik van *abstracte kennis* om nieuwe terreinen te annexeren en als eigen te definiëren.

De juiste kennis ligt niet vast en is afhankelijk van de situatie. Een professional moet een brede kennis bezitten en weten waar nieuwe kennis te vinden is. Academische kennis alléén is niet genoeg. De voorkeur gaat uit naar “tacit knowledge”, kennis gebaseerd op ervaringen (Van Ruler, 2003). De professional moet een brede basisopleiding hebben en een sterke hang naar kennis; levenslang leren is belangrijk. Daarom moeten professionals vooral deelnemen aan studiedagen, bijscholingsprogramma’s en kenniskringen; dat is belangrijker dan geaccrediteerde opleidingen. De beroepsorganisatie kan als kennisnetwerk dienen.

De *vaktaal* van een professional is een belangrijk instrument. De mate van professionaliteit blijkt uit het vermogen van een professie problemen te definiëren in termen van een eigen theoretisch systeem en deze voor anderen zichtbaar te maken.

Met de eigen taal zijn professies voortdurend in de weer om het probleemgebied van de ander te herformuleren tot problemen waarover zij de zeggenschap hebben: “*jurisdiction*”. Dit leidt tot constante onderlinge spanningen.

Voor het behoud van het optimale abstractie niveau dat nodig is voor de zeggenschap over een bepaald domein, maakt de professie gebruik van twee mechanismen, *fusie en afscheiding*, die leiden tot *interne differentiatie*.

- *Fusie*: twee professionele groepen integreren, zoals de opname van de chirurgie in de geneeskunde begin 19^e eeuw (Lindeboom, 1993).
- *Afscheiding*: een deel van de professie wordt afgescheiden, zoals chirurgijnen van de barbiers in 1557 (Lindeboom, 1993).

Interne differentiatie kan ook op andere manieren ontstaan:

- *Professionele regressie*: professionals die een hoge status hebben bereikt en veel kennis hebben, concentreren zich op een beperkt aantal problemen. Zij laten hun oorspronkelijke probleemgebieden liggen en zien bijvoorbeeld geen cliënten meer, wat wordt overgelaten aan andere professionals.
- *Cliënt differentiatie*: door een hoge mate van complexiteit van het werk of door bijvoorbeeld de sociale status van de cliënt ontstaat de vraag naar specialisatie.
- *Degradatie*: het werk verliest haar professionele status doordat een ondergeschikte, niet professionele, groep probleemgebieden overneemt. Wanneer daarbij “gevaarlijke” routine handelingen worden overgenomen, kan de status van de delegerende groep omhoog gaan. De status van de ontvangende partij kan stijgen wanneer na de delegatie hogere eisen worden gesteld aan het instroomprofiel van deze beroepsgroep.

2.3.4. De methodiek van een professional

Een professional werkt volgens de methodiek: *diagnosticeren, infereren en behandelen*.

Abbott vergelijkt de wijze waarop deze taken worden uitgeoefend met schaken (p.48). De openingszet is vaak helder en volgens een bepaalde formule. Het einde van de behandeling is

vergelijkbaar met beëindiging van het spel. Wat tussen het begin en het eind van het spel gebeurt vergt kennis, strategie, tactiek en wordt mede bepaald door de reacties van de tegenspeler. Dit tussenspel bestaat uit *infereren* en is minder transparant.

Met de *diagnose* vertaalt de beroepsbeoefenaar het probleem in de taal van het eigen professionele systeem. Met *colligation* (beeldvorming) selecteert de professional de verkregen informatie van de cliënt op relevantie en validiteit. Daarna *classificeert* hij het probleem in een diagnostische categorie en *infereert* hij de behandeling.

Infereren kan op twee manieren. De eerste is de manier van *uitsluiting*, waarbij alternatieve of differentiaal diagnoses worden uitgesloten door ze verder te onderzoeken of te behandelen, zoals medici doen. Acceptatie van deze methode hangt af van de kosten, de kans op herstel bij fouten en de aanwezigheid van alternatieven. Een architect kan niet op deze wijze infereren bij bijvoorbeeld problemen in de bouw; veranderingen in de bouw laten zich nauwelijks en alleen tegen hoge kosten weer ongedaan maken.

De tweede manier van infereren is “*construeren*” op basis van hypothesen wordt een aantal scenario’s bedacht en afhankelijk van de wijze waarop het probleem zich manifesteert wordt er een van gekozen, zoals de verdediging zich voorbereid op een militaire aanval. Een jurist probeert door zich in te leven in de tegenpartij, de juiste vragen te stellen of de juiste antwoorden paraat te hebben.

Tijdens inference is de professional op meerdere manieren *kwetsbaar voor aanvallen* van andere professionals.

Wanneer problemen verschillend geclassificeerd worden, wordt de professional kwetsbaar. Het zet vraagtekens bij de adequaatheid van de oplossing. Er kan dan een overname of aanval plaatsvinden door andere professies. Professies die uit meerdere behandelwijzen moeten kiezen, maken makkelijker fouten en zijn daardoor kwetsbaarder dan professies die maar één behandelwijze kennen.

Conflicten tussen professies doen zich in drie gevallen voor:

- de overname van een deskundigheidsdomein van een professie bij het niet beantwoorden of het groter worden van de vraag (zie volgend kader)
- wanneer een professie zijn huidige maatschappelijk geaccepteerde deskundigheidsgebied overschrijdt.
- wanneer een professie dezelfde diensten gaat aanbieden tegen lagere tarieven dan een andere.

Bij het inzetten van de behandeling is de professional opnieuw kwetsbaar, maar dan in de zin van acceptatie van de behandeling door de cliënt. Een professie die cliënten tot behandeling dwingt, loopt het risico hen te verliezen aan een meer flexibele professie.

Een vorm van *bescherming tegen overname of aanvallen* is het aanvragen van consulten bij andere professies. Een andere manier is het geven van een vaag label aan problemen die moeilijk te classificeren zijn door ze bijvoorbeeld een “academische anomalie” te noemen.

De neurologie legt aan het eind van de 19^e eeuw beslag op een aantal problemen van persoonlijke aard, dat daarvoor tot het terrein van de geestelijke verzorging behoorde die er niet in slaagde deze op te lossen. De Amerikaanse neuroloog George Beard verwerft grote bekendheid na publicatie van zijn boek over de behandeling van neurasthenie in 1881. Hoewel de diagnose als zodanig nieuw is, vertoont het ziektebeeld veel overeenkomsten met 'oudere' zenuwziekten als hysterie, melancholie en hypochondrie. De genoemde problemen van persoonlijke aard worden hierin ondergebracht. Onder neurasthenie gaan tal van heterogene ziektebeelden horen tot zelfs problemen van hormonale aard, alleen vanwege hun “neurologische symptomen.” De klachten lopen uiteen van lichamelijke problemen als hoofdpijn, maagdarmproblemen, spierkrampen, duizeligheid, tot psychische als somberheid, concentratiestoornissen, labiliteit,

slaapstoornissen. De diagnose wordt in Amerika en Europa heel populair bij zowel artsen als leken, een populariteit die duurt tot ver in de eerste helft van de twintigste eeuw. De behandeling van neurasthenie wordt gekenmerkt door de toepassing van allerlei fysische therapieën, zoals massage, hydrotherapie, bewegingstherapie en elektrotherapie. Omdat de oorzaak niet echt wordt behandeld, blijft succes op lange termijn uit. Vele andere groepen professionals proberen deze problemen over te nemen van de neurologen, zoals gynaecologen, oogartsen en zelfs tandartsen, door betere behandelingen te bedenken. In de loop van de jaren dertig wordt de diagnose neurasthenie steeds minder vaak gesteld en nog weer later worden bepaalde symptomen ondergebracht bij de psychiatrie, bijvoorbeeld door het een depressie te noemen, en bij het maatschappelijke werk (Abbott, 1988, p. 285 e.v.) .

Diagnostiek, inferentie en behandeling alléén blijken niet genoeg te zijn om een succesvolle professie te zijn met zeggenschap over een eigen domein.

De *maatschappij* moet de professie erkennen als de eigenaar van het betreffende domein. Dat kan door de politiek (de wetgeving), de publieke opinie, waarbij de media een belangrijke rol spelen, of in de praktijk, op de werkvloer. Abbott noemt als voorbeeld van de rol van de media de televisieserie “Ben Casey”, een neurochirurg in het Country General Hospital die dag en nacht voor zijn patiënten klaarstaat, zeer empatisch is en de meest schrijnende gevallen nog weet te redden. Voor de Amerikaan is dit het archetype van een arts geworden.

Veranderingen in professionele domeinen ontstaan niet alleen door onderlinge strijd maar ook door *externe en interne* factoren. Abbott als systeemtheoreticus ziet de maatschappij en de cultuur als externe omgeving. Nieuwe taken ontstaan vaak in nieuwe organisaties, nieuwe instellingen. Wanneer degenen die deze taken uitvoeren zich onafhankelijk van de instelling waar zij werken organiseren en hun kennis bundelen, kan een nieuwe professie ontstaan.

Verschuivingen in de samenleving kunnen eveneens grote gevolgen hebben voor de professie, zoals veranderingen bij de cliënt, veranderingen in de wetgeving en veranderingen in de visie volgens welke de organisatie bestuurd wordt. Maatschappelijke ontwikkelingen leiden tot nieuwe mogelijkheden voor professionals; er worden nieuwe gebieden ontsloten, bijvoorbeeld op het gebied van de computertechnologie. De toename van grote, complexe bedrijven heeft gezorgd voor een toename aan bureaucratie en daaraan parallel een toenemende behoefte aan beleidsmedewerkers en managers. Door het kapitalisme is er behoefte aan financiële experts. Cultureel gezien heeft de kenniseconomie veel invloed gehad op het ontstaan van professionals. Het aantal professies dat verdwijnt, bijvoorbeeld de geestelijke verzorging, is minder dan het aantal dat ontstaat.

Bij *interne factoren* speelt de ontwikkeling van beroepsspecifieke kennis en technieken een rol. Ontwikkelingen in de geneeskunde zijn vaak aanleiding geweest voor het ontstaan van nieuwe beroepen, zoals operatie- en anesthesieassistenten, röntgenlaboranten en radiotherapeutisch medewerkers (zie ook hoofdstuk 3).

2.3.5. Samenvatting

Abbott's visie draait om de voortdurende strijd die professies met elkaar leveren over de zeggenschap (jurisdiction) over probleemgebieden, domeinen, beïnvloed door interne en externe factoren en vacancies. Professionalisering kan daardoor alleen in de nationale politieke context worden bestudeerd en alleen in samenhang met andere professies. Professies zijn geen homogene groepen. Tussen beginners en experts zijn grote verschillen. Professionalisering kent verschillende uitingvormen, maar alleen die beroepen die in staat zijn taken te herdefiniëren in de eigen vaktaal kunnen zich als professie handhaven.

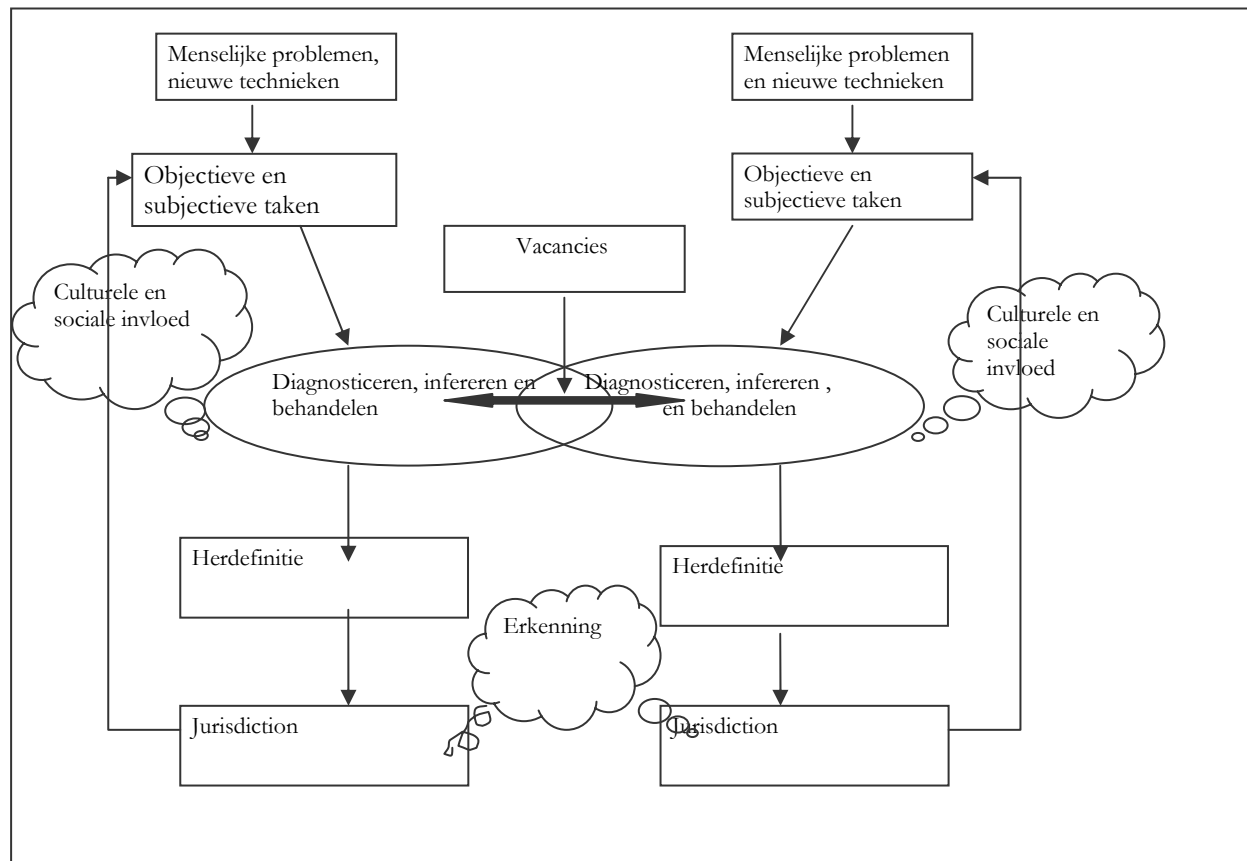
Sleutelbegrippen zijn:

- objectieve en subjectieve kenmerken van taken, vacancies (leemten)
- diagnosticeren (“colligation” en classificatie), infereren (uitsluiten en “construeren”)

- aanvallen, vaktaal, jurisdictie
- maatschappelijke erkenning
- abstracte kennis

de interne organisatie (interne differentiatie).

Ofschoon Abbott zijn theorie niet in een model zet, is geprobeerd zijn belangrijkste bouwstenen in figuur 2.1. weer te geven.



Legenda: pijlen met één punt: leidt tot; pijl met twee punten: strijd; wolkje: invloed

Figuur 2.1. Belangrijkste bouwstenen model van Abbott (1988)

Toelichting

Het model van Abbott is een open systeemmodel. De professionele organisatie wordt in zijn geheel gezien in interactie met zijn omgeving, beïnvloed door de maatschappij en de cultuur. Professions kunnen alleen worden bestudeerd in relatie tot elkaar. Menselijke problemen en nieuwe technieken leiden tot objectieve en subjectieve taken van professies die zij uitoefenen door te diagnosticeren, te infereren en te behandelen. Tijdens het infereren is een professie kwetsbaar voor aanvallen. Ook vacancies kunnen leiden tot strijd tussen professies. Een professie moet een verworven taak herdefiniëren in de eigen vaktaal om er zeggenschap, jurisdictie, over te krijgen. Deze wordt pas geldig na maatschappelijke erkenning. Ook dan nog blijven de professionals kwetsbaar. Het is een voortgaand proces. De professional kan steeds weer worden aangevallen bij haar taakuitoefening.

2.4. Aanvullende theorieën

Abbott (1988) geeft een theoretisch inzicht in de verhouding tussen professies. De vraagstelling van deze studie gaat verder dan de bewegingen tussen de twee professies artsen en verpleegkundigen. Er wordt ook gezocht naar de *beweegredenen* en naar wat er zich *binnen* de beroepsgroepen afspeelt. Daarvoor wordt gebruik gemaakt van de sociale identiteitstheorie van Tajfel en Turner (1986).

De theoretische inzichten van Abbott (1988) en Tajfel en Turner (1986) samen moeten behulpzaam zijn bij het vinden van een verklaring voor de wijze waarop de taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen tot stand komt. Om houvast te vinden voor interventies en adviezen inzake de hoofdvraagstelling van deze studie wordt het organisatiesociologische “partijen in een systeem model” van Mastenbroek (1996) gebruikt.

Abbott stelt dat ontwikkelingen van professies niet los van elkaar bestudeerd kunnen worden en dat de context belangrijk is, maar geeft zelf geen handvatten voor deze analyses. Daarvoor wordt in deze studie gebruikt gemaakt van het organisatiethoretische beschrijvingskader van Pettigrew en Whipp (1991).

2.4.1. De sociale identiteitstheorie

De sociale identiteitstheorie van Tajfel en Turner (1986) doet uitspraken over de wijze waarop groepen hun positie in de maatschappij of ten opzichte van elkaar beoordelen. Verpleegkundigen voelen zich gedomineerd door artsen (hoofdstuk 3) en bij hen achtergesteld. Wat is het effect op dit gevoel wanneer zij taken van hen gaan overnemen? Wat gebeurt er met hun identiteit en hun interne verhouding? Deze sociaal-psychologische theorie wordt gebruikt om meer inzicht te krijgen in de effecten van taakherschikking op de interne dynamiek van de verpleging, een professie in een achterstandsituatie, en op de relatie tussen twee groepen professionals, verpleegkundigen en artsen.

De *sociale identiteit* van een persoon bestaat uit die aspecten van het zelfbeeld die ontleend worden aan de groepen waar deze persoon deel van uit maakt. Wie ben ik en wie ben ik in de relatie met de ander? Wat heb ik gemeen met anderen en wat onderscheidt mij van anderen?

Mensen streven naar een positieve sociale identiteit. Deze sociale identiteit is gebaseerd op gunstige vergelijkingen tussen de eigen groep en relevante andere groepen. Wanneer men niet tevreden is over de eigen sociale identiteit zal men proberen deze te verbeteren.

Onderscheiden worden *persoonlijke en groepsdeprivaties*. Van persoonlijke deprivatie is sprake wanneer de persoon deprivatie van de eigen persoon ten opzichte van andere groepsleden of willekeurige andere relevante personen ervaart. Van groepsdeprivatie is sprake wanneer de persoon deprivatie van de eigen groep ten opzichte van andere groepen ervaart. Achterstand op zich roept geen reacties op, maar wanneer achterstand gepaard gaat met achterstelling door de meerderheidsgroep leidt dit tot ontevredenheid. Zowel persoonlijke als groepsdeprivatie roepen dan reacties op.

Strategieën die personen kunnen hanteren bij het omgaan met ontevredenheid over de sociale identiteit (identity management strategies, Van Knippenberg, 1989) zijn:

1. *Instrumentele strategieën:*

- individuele sociale mobiliteit
Getracht wordt de persoonlijke, individuele status te verhogen door zich op te trekken aan groepen die meer aanzien hebben in de ogen van de meerderheid: een motief tot zelfverbetering door sociale vergelijking (Wood, 1989). De positie van zowel de eigen als de andere groep verandert niet. Alleen de persoon klimt op.
- sociale competitie
Een groep gaat een competitie aan met een groep met een hogere status, om op die manier te proberen de eigen sociaal economische positie en daarmee ook de sociale identiteit te verbeteren. Deze strategie is gericht op de emancipatie van de gehele groep en de nadruk ligt op het aantonen van de onredelijkheid van het statusverschil.

2. *Cognitieve strategieën:*

- alternatieve dimensie voor sociale vergelijking
De situatie wordt hierbij niet daadwerkelijk verbeterd maar de waarneming van de situatie wordt veranderd, zodat zij beter lijkt. Iemand zoekt voor zichzelf een alternatieve dimensie waarop de vergelijking met de ander beter uitvalt.
- neerwaartse intergroepsvergelijking
De persoon probeert zich uitsluitend neerwaarts te vergelijken met iemand van een andere groep met een lagere status. De persoon probeert op deze manier de eigen situatie beter verteerbaar te maken en relatief beter af te schilderen.
- neerwaartse intragroepsvergelijking
De persoon probeert zich uitsluitend neerwaarts te vergelijken met iemand binnen de eigen lage statusgroep en hoopt daarmee aanwijzingen te krijgen dat men zelf een betere positie heeft dan de anderen uit de eigen groep.

3. *Disfunctionele strategieën*

Bij het toepassen van deze strategieën verbetert het gevoel niet. De persoon reageert apathisch en vervormt de werkelijkheid, wat kan eindigen in alcoholisme, depressiviteit of criminaliteit als een vlucht uit de werkelijkheid.

Factoren die van belang zijn gebleken bij de keuze van de strategie zijn naast de waargenomen achterstand, *zelfwaardering en de gekozen adaptatievorm*.

Onder *zelfwaardering* wordt verstaan de manier waarop iemand tegen zichzelf aankijkt.

Personen met een *lage* zelfwaardering kiezen eerder voor een neerwaartse sociale vergelijking. Zij zijn gericht op zelfbescherming en het vermijden van falen. Zij kunnen zelfs kiezen voor disfunctionele strategieën.

Personen met een *hoge* zelfwaardering kiezen eerder voor strategieën met individuele sociale mobiliteit en sociale competitie.

Personen die gebruik maken van alternatieve dimensies voor sociale vergelijking kunnen zowel een hoge als een lage zelfwaardering hebben.

Ook de *adaptatievorm*, de wijze van aanpassing, kan van invloed zijn bij de keuze van de strategie. Personen die de eigen cultuur belangrijk vinden kiezen eerder voor een strategie waarin dit tot uitdrukking komt: alternatieve dimensies voor sociale vergelijking of het maken van neerwaartse groepsvergelijking.

Personen die de eigen cultuur onbelangrijk vinden of die juist het contact met de meerderheidsgroep erg belangrijk vinden, kiezen voor een strategie waarin de cultuur geen grote rol speelt, zoals individuele sociale mobiliteit.

Personen die contacten met de meerderheidsgroep onbelangrijk vinden kiezen voor een strategie waarin dit contact geen rol speelt, zoals bij het hanteren van de neerwaartse intragroepsvergelijking.

2.4.2. Het partijen in een systeemmodel van Mastenbroek

De organisatiesociologische zienswijze van Mastenbroek (1996) wordt in deze studie gebruikt om een brug te slaan tussen theorie en praktijk. Vanuit Abbott's visie wordt de verdeling van taken en probleemgebieden tussen professionals beschreven. De visie van Abbott geeft echter geen houvast voor veranderingen en verbeteringen in de praktijk. Om deze verdieping aan te brengen is het "partijen in een systeemmodel" toegevoegd. Zoals in deze paragraaf zal blijken, sluit dit model aan op Abbott's zienswijze, maar geeft tevens een handreiking voor het oplossen van problemen en voor advies.

Organisatiesociologische modellen kunnen volgens Lammers (1983) worden onderscheiden als varianten op twee denkwijzen. In het ene model wordt de organisatie als geheel benadrukt (het systeemmodel) en in het andere wordt de organisatie gezien als een samenstelling van partijen (het partijenmodel). In tabel 2.1. worden de verschillen tussen de beide denkrichtingen weergegeven.

Tabel 2.1. Verschillen systeemmodel en partijenmodel (Mastenbroek, 1996, p. 28)

	Het systeemmodel	Het partijenmodel
Voornaamste eenheid Van analyse	Organisatie als geheel	Deelgroeperingen met eigen belangen
Duurzaamheid organisatie	Stabiel, inherente krachten tot Zelfhandhaving	Labil
Belangrijkste drijfkrachten	Norm en saamhorigheidsbesef	Dwang en lokmiddelen
Mensbeeld	Sociaal wezen, gericht op Bedrijfsbelang	Koel berekenend op eigen belang gericht wezen
Gevoelstoon analyse	Idealistisch	Cynisch realistisch

Het *systeemmodel* wordt nadrukkelijk onderscheiden van het *systeemdenken*, van de *algemene systeemleer*, cybernetica, waarin organisaties in verhouding tot de omgeving worden bestudeerd. Het *systeemmodel* is een analysemodel, een zienswijze die de organisatie als een geheel ziet. De tegenhanger is het *partijenmodel* dat de organisatie als doelgroeperingen met eigen belangen ziet. Abbott (1988) gaat uit van systeemdenken en hanteert daarbij het partijenmodel.

Omdat volgens Mastenbroek (1996) zowel het partijenmodel als het systeemmodel eenzijdige perspectieven hebben, integreert hij ze in "het partijen in een systeemmodel."

Mastenbroek (1996) beschouwt organisaties als *netwerken* van groepen en individuen. In de relaties tussen deze groepen zijn kenmerken van beide modellen te onderscheiden.

De onderlinge relaties worden gekenmerkt door coöperatie en competitie waarin men afhankelijk van elkaar is en eigen belangen nastreeft. Het is een coalitie van uiteenlopende belangen waartussen steeds een balans moet worden gevonden. Een organisatie is dynamisch.

De conceptuele bouwstenen van zijn model zijn:

1. De *structuur* van het netwerk. Het netwerk is opgebouwd uit partijen en hun relaties over en weer. Voor nadere analyse moeten de *partijen* (de (sub)eenheden) en hun interne structuur worden

onderscheiden en moeten hun *relaties* worden getypeerd in macht- en andere relaties. Ieder type relatie heeft tegelijkertijd coöperatieve en competitieve elementen. Steeds is er een spanning tussen het streven naar een zekere autonomie en het gegeven van onderlinge afhankelijkheid. Het centrale relatieaspect is het macht- en afhankelijkheidsaspect tussen eenheden. Dit overkoepelt de andere relatieaspecten.

Mastenbroek onderscheidt vier relatieaspecten:

Vanuit het systeemmodel:

- Instrumentele relaties: mensen zijn voor elkaar productiemiddelen. Zij hebben elkaars prestaties nodig om tot productie te komen. De relaties hebben betrekking op de wijze waarop het werk in de organisatie is verdeeld en afgestemd. Hieronder vallen onder meer de structuur van de organisatie, communicatiepatronen, manieren van overleg, besluitvorming en procedures van afstemming. Op deze gebieden zijn fricties mogelijk. Hier speelt het spanningsveld tussen consensus en eigen voorkeur een rol.
- Sociaal emotionele relaties: tussen mensen in organisaties zijn gevoelsmatige betrekkingen in de vorm van persoonsgerichte gevoelens van sympathie en antipathie, maar vaak ook groepsgericht in de vorm van positief of negatief geladen gemeenschappelijke identiteit. Onderdelen van een organisatie kunnen een eigen identiteit ontwikkelen. Deze identiteit verkeert soms op gespannen voet met de identiteit van het grote geheel. Soms kunnen groepsklimaat en groepsverplichtingen zo verstikkend werken dat men de eigen identiteit lelijk in de knel voelt komen.
Het is het spanningsveld tussen het wijgevoel en de eigen identiteit.

Vanuit het partijenmodel:

- Macht- en afhankelijkheidsrelaties: relaties tussen mensen worden gekenmerkt door het in bepaalde mate laten bepalen van of richting geven aan elkaars gedrag. Doorgaans proberen mensen wat dit betreft hun vermogens te vergroten en hun positie ten opzichte van elkaar te verstevigen. Onder *macht* wordt verstaan het bepalen van het gedrag van de een door de ander. *Afhankelijkheid* is het omgekeerde van macht. De één is afhankelijk van de ander als:
 - Hij of zij de activiteiten van de ander belangrijk acht
 - De vervangmogelijkheden voor de activiteiten van die ander gering zijn.Hoe groter de afhankelijkheid, des te meer wordt het gedrag door de ander bepaald. Machtsrelaties zijn vaak verhuld.
Andere relatieaspecten kunnen heel goed op zich worden bekeken, maar ze werken ook door in de machtsbalans. De spanningsbalans hier is wederzijdse afhankelijkheid versus autonomie, een sterke zelfstandige positie.
 - Onderhandelingsrelaties: met elkaar verdelen mensen in de organisatie schaarse goederen. Onderhandelingsrelaties worden gekenmerkt door de spanning tussen het streven om het eigen aandeel in de beschikbare middelen te vergroten en anderzijds het belang om het totaal aan middelen zo groot mogelijk te laten zijn. Onderhandelingsrelaties vragen openlijker gedrag dan het spel om de macht. Er moet een bepaald besluit genomen worden over de aanwending van de schaarse goederen. Effectief gedrag is onderhandelen op basis van argumenten.
Het is het spanningsveld tussen totale maximale baten en een maximaal totaal aandeel.
2. De *cultuur* van het netwerk is de tweede conceptuele bouwsteen van Mastenbroek. De gedragstendenties van de partijen worden geanalyseerd aan de hand van hun gedragspatronen:

stijl van leidinggeven, onderlinge relaties bij besluitvorming en probleemoplossing zoals samenwerken, onderhandelen, politiek manoeuvreren of vechten.

De dynamiek van het netwerk kan worden geanalyseerd door na te gaan welke spanningen en problemen er ontstaan tussen de eenheden. Welke stereotype gedragingen en beelden domineren? Welk klimaat krijgt de boventoon? Welke problemen komen telkens weer terug? Naar welke valkuil tenderen de gedragstendenties? Het gaat dus mede om onbedoelde uitkomsten en vicieuze cirkels waar betrokkenen in verstrikt kunnen raken.

Tabel 2.2. Structuur en cultuur in samenhang met de vier relatieaspecten (Mastenbroek, 1996, p. 43)

	Macht en Afhankelijkheid	Instrumenteel	Sociaal Emotioneel	Onderhandeling
Structuur	De verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden	De organisatie van het werk, procedures van taakafstemming	Het uitgekristalliseerde netwerk van informele relaties	De normen zoals vastgelegd voor verdelingsvraagstukken als inkomens en investeringen
Cultuur	De manier waarop men de verdeling van bevoegdheden hanteert en beïnvloedt	De manier waarop men de werkrelaties hanteert en de voorkomende zakelijke problemen oplost	De manier waarop men acceptatie/vertrouwen / wij –gevoel cultiveert	De manier waarop men zich gedraagt en besluiten neemt bij verdelingsvraagstukken

Mastenbroek maakt vanuit dit model en de daarin gebruikte categorieën structuur, cultuur en de vier spanningsbalansen, een koppeling met bestaande veranderingsstrategieën.

In tabel 2.3. worden ze weergegeven en vervolgens toegelicht.

Tabel 2.3. Veranderingsstrategieën (Mastenbroek, 1996, p. 83)

Type strategie	Aangrijpingspunt	Corresponderend relatieaspect
Macht/dwang	Afhankelijkheid/autonomie	Machtsaspect
Empirisch rationeel	Inzicht, rationeel, mening, voorkeur	Instrumenteel aspect
Ruil/beloning	Aandeel in de schaarse middelen	Onderhandelingsaspect
Normatief re-educatief	Identiteit, normen en waarden	Sociaal emotioneel aspect

Toelichting:

- *Macht- en dwangstrategie*
Bij de toepassing van deze strategie wordt een beroep gedaan vanuit de positie of functiemacht. Een leidinggevende kan medewerkers dwingen een verandering te accepteren. Deze strategie speelt in op legitimiteit van een formele positie, de afhankelijkheid van de medewerkers en het feit dat degene die weerstand biedt beperkt is in zijn mogelijkheid tot zelfbeschikking of autonomie.
- *Empirisch rationele strategie*
Bij deze strategie wordt geprobeerd medewerkers verstandelijk te overtuigen door middel van redelijke argumenten betreffende de zin en de juistheid van de verandering. Deze strategie doet een beroep op het gezonde verstand. Door een rationele en logische benadering probeert deze strategie de mensen zover te krijgen dat zij hun inzichten en meningen aanpassen en tot nieuwe inzichten en meningen komen waarin plaats is voor de verandering.

- *Normatief/reëducatieve strategie*

Deze strategie richt zich op de waarden en normen van medewerkers. Door middel van “heropvoeding” probeert men de bestaande waarden, normen en gedragspatronen zodanig te veranderen dat nieuwe opvattingen en gedragsvormen ontstaan, waarbinnen de verandering geaccepteerd wordt. Deze strategie doet een beroep op de persoon van de medewerker, zijn zelfbeeld en gevoel van eigenwaarde. Met andere woorden hier is de identiteit van de medewerker in het geding, al dan niet gekoppeld aan de identiteit van de organisatie waarin hij werkt.

De bovenstaande strategieën zijn oorspronkelijk van Chin en Benne (1969). Zaltman en Duncan (1977) voegden hier een vierde aan toe:

- *Ruil- of beloningsstrategie*

Bij deze strategie creëert men voorwaarden voor het tot stand komen van veranderingen door materiële en andere faciliteiten te scheppen, ook wel *facilitaire strategie* genoemd. De medewerkers worden beloond bij acceptatie van de verandering. Deze strategie doet een appèl op de kosten en baten afweging die medewerkers maken; men gaat erop vooruit als men met de verandering meegaat.

2.43. Het beschrijvingskader van Pettigrew en Whipp

Om het implementatieproces van de NP in het UMCG te beschrijven (hoofdstuk 4) wordt het beschrijvingskader, een analyse methode voor het beschrijven van veranderingen in organisaties, van Pettigrew en Whipp (1991, p.26) gebruikt. Conceptueel vertoont dit systeemmodel sterke overlap met het model van Mastenbroek. Het geeft echter meer handvatten voor een systematische beschrijving van veranderingen in organisaties.

Pettigrew en Whipp (1991) onderscheiden drie essentiële dimensies bij strategische veranderingen in organisaties: context, inhoud en proces.

In de context dimensie wordt de omgeving van de verandering beschreven. Zij onderscheiden *de externe en de interne context*. De *externe context* bestaat weer uit een algemene omgeving (overheid, sociaal culturele ontwikkelingen, economische omstandigheden, stand van de techniek en financiering) en een taakomgeving (afnemers, concurrenten, arbeidsmarkt, toeleveranciers).

Binnen de *interne context* worden onderscheiden de strategie, structuur en cultuur van de organisatie. De strategie beschouwen zij als zijnde de schakel tussen de interne en de externe context. Ze is het medium waarmee de afstemming tussen de organisatie en de omgeving wordt vormgegeven. Een strategie is een langere termijn plan met doelstellingen, wegen en middelen hoe deze doelstellingen te bereiken.

Bij de structuur wordt de formele organisatie beschreven met verdeling van taken en coördinatie van werkzaamheden.

Onder cultuur wordt verstaan het min of meer samenhangende geheel van voorstellingen, opvattingen, waarden en normen die mensen als lid van hun maatschappij door middel van leerprocessen hebben verworven. Hierdoor wordt in hoge mate hun gedrag beïnvloed, waardoor zij zich onderscheiden van de leden van andere maatschappijen (De Jager et al., 1968)

De tweede dimensie is de *inhoud*. In deze dimensie wordt beschreven wat er verandert. In de derde dimensie, de *proces dimensie*, wordt beschreven hoe de voorgenomen verandering tot stand komt: de veranderingsorganisatie. Hierin worden beschreven de mensen (onderverdeeld in categorieën van medewerking), de middelen (de beschikbare faciliteiten) en de samenhangende activiteiten.

2.5. Definiëring begrippen

Er worden in deze studie begrippen gebruikt die om nadere definiëring vragen, te meer omdat er verschillende opvattingen over bestaan.

2.5.1. Organisatiekundige begrippen

■ *Beroep*

Onder een beroep wordt een geheel van met elkaar samenhangende taken verstaan, met gemeenschappelijke kerntaken, gemeenschappelijk aanvaarde theoretische en ethische uitgangspunten en beroepsmethodieken waarvan de aard en de onderlinge samenhang onafhankelijk zijn van de concrete werksituatie (Hover, 1995).

Beroepen zijn structuren waarin de taken die binnen de arbeidsverdeling worden verricht, zijn uitgekristalliseerd (Mok, 1973). Een beroep moet zich vormen. In het proces van arbeidsdeling krijgt een groep taken toebedeeld of eigent zich deze toe. De groep gaat werkmethoden ontwikkelen om de problemen op te lossen, gaat eigen opleidingen vormen en bouwt eigen kennis op om de beroepsuitoefening te kunnen legitimeren. Het wordt een beroepsgroep. Leden van de groep weten wat hun taken zijn, maar ook aanpalende beroepsgroepen, cliënten en de overheden kennen het beroep.

De statusverschillen in de maatschappij berusten op een verschil in waardering voor de verschillende beroepen. De waardering van de individuele beroepsbeoefenaar en beroepsbeoefenaars als groep kan verschillen.

■ *Functies*

Functies zijn, in tegenstelling tot beroepen, gebonden aan een arbeidsorganisatie; er is alleen sprake van een functie binnen de context, in dit geval de arbeidsdeling in een bepaalde arbeidsorganisatie (Van Rienen, 1984). Een functie is een verschijningsvorm van een beroep. Een functie behelst een verzameling taken (de technische inhoud van de functie; (Paul, Van Gils, Karsten, Van Offenbeek en De Vries, 1994) verantwoordelijkheden en bevoegdheden (Van Offenbeek et al., 2002) .

In deze studie wordt een onderscheid gemaakt tussen de functie en de context waarbinnen deze wordt uitgevoerd.

■ *Taakkenmerken*

De taken van functies hebben bepaalde kenmerken. Deze kenmerken zijn in belangrijke mate verantwoordelijk voor de arbeidsbeleving of arbeidssatisfactie (Paul et al., 1994). De taakkenmerken kunnen op verschillende manieren worden geduid. Hackman en Oldham bijvoorbeeld onderscheiden in hun *job characteristics model* (1975, 1976, 1980) de karakteristieken: variatie in vaardigheden, taakidentiteit, belang van een taak, autonomie en feedback (Paul et al., 1994). Turner en Lawrence onderscheiden een zestal benodigde taakkenmerken: *variety* (variatie in te gebruiken apparatuur), *autonomy* (zelfstandige speelruimte), *required interaction* (vereiste contacten), *optional interaction* (mogelijkheid tot contacten), *knowledge and skill* (benodigde inleertijd), *responsibility* (verantwoordelijkheid). Hierdoor geïnspireerd ontwikkelt Algera 24 schalen voor het meten van taakkenmerken die hij later terugbrengt tot zes clusters (Algera, 1991; Paul et al., 1994).

In deze studie wordt het begrip *taakkenmerk* gebruikt om taken te typeren, zonder verband expliciet verband te leggen met arbeidstevredenheid. Er wordt zowel naar subjectieve als naar objectieve kenmerken van taken gekeken (2.3.2.).

- *Functiedifferentiatie en integratie*

De begrippen differentiatie en integratie worden van oudsher gebruikt om een bepaalde vorm van arbeidsdeling aan te geven. Het zijn complementaire krachten. Bij *differentiatie* worden taken afgesplitst in een nieuwe functie; het aantal functies neemt toe. Bij *integratie* worden taken van verschillende functies samengevoegd; het aantal functies neemt af (Keuning en Eppink, 1990, p. 174).

Er bestaan twee uitwerkingsrichtingen voor *differentiatie en integratie*: horizontaal en verticaal.

Bij *horizontale integratie* vindt taakverruiming of taakverbreding plaats. De medewerker krijgt meer taken van hetzelfde niveau; de reikwijdte wordt vergroot (Robbins, 1992). Bijvoorbeeld een operatieassistent die ook spreekuurassistent van een arts is.

Wanneer er in verticale zin taken worden afgesplitst ontstaat taakverarming; er ontstaan meerdere deskundigheids- of hiërarchische niveau's.

Bij *horizontale differentiatie* treedt taakversmalling op doordat het werk zich concentreert, bijvoorbeeld rond een bepaald type patiënten. Er kan dan meer verdieping aan het werk gegeven worden ofwel er ontstaat *specialisatie* (Mintzberg, 1983, p. 28).

Bij *verticale integratie*, taakverrijking, worden taken toegevoegd van een *hoger* niveau: de diepgang wordt vergroot.

Deze vormen van functiedifferentiatie en integratie kunnen in zuivere vorm voorkomen, maar gebruikelijker is in een gecombineerde vorm (Van Offenbeek et al., 2002).

Binnen de gezondheidszorg nemen NPs bijvoorbeeld taken over van medici.

De NP is een vorm van horizontale functiedifferentiatie met verticale integratie van medische taken; de verpleegkundige behoudt een deel van de verpleegkundige taken waar een aantal taken uit het medische domein bij komen (Van Offenbeek et al., 2002). De medische taken worden in deze beschrijving van een hoger niveau beschouwd.

- *Taakherschikking en substitutie*

In het rapport van Grunveld en Derks (2003) worden deze begrippen gekoppeld aan verschillende doelstellingen. *Substitutie* wordt beschreven als een manier om de arbeidsproductiviteit te verhogen, meer patiënten te behandelen en de wachtlijsten te verminderen. Bij substitutie wordt een plaatsvervanger ingezet – hetzij van gelijk (opleidings) niveau hetzij van lager (opleidings) niveau.

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen, en beoogt vooral kwaliteitsverbetering, meer continuïteit, een beter logistiek proces en een betere patiëntenvoorlichting en -begeleiding (Grunveld et al., 2003). Taakherschikking vindt plaats om capaciteit en competenties beter aan te wenden. Taakherschikking vindt dus plaats op het niveau van het beroep en is daarmee ingrijpender dan substitutie, dat ook op het niveau van de functie plaats kan vinden.

Taakherschikking wordt meestal voorafgegaan door functiedifferentiatie en substitutie (RVZ, 2002). Taakherschikking en substitutie zijn begrippen die in elkaars verlengde liggen.

Het begrip *overdragen* wordt in deze studie gelijk gesteld aan herschikking.

- *Delegeren*

Onder *delegeren* wordt verstaan het overdragen van taken aan (een) andere functionaris (Keuning en Eppink, 1990). Deze functionaris krijgt de verantwoordelijkheid de taak zo goed mogelijk uit te oefenen en moet daarvoor naast de taak ook de bijbehorende bevoegdheid krijgen, het recht

om beslissingen te nemen ten behoeve van de uitvoering van de taak. Degene die de taak heeft gedelegeerd blijft wel verantwoordelijk voor de bewuste taak. Degene die delegeert is verantwoordelijk voor de keuze van de functionaris aan wie hij of zij delegeert. Degene die de taak aanvaardt is verantwoordelijk voor de juiste uitvoering (Keuning en Eppink, 1990). In deze studie wordt over delegeren gesproken, als het initiatief om taken over te dragen komt van de eigenaar van deze taken. Wanneer het initiatief echter komt van degene die de taken in ontvangst gaat nemen, wordt gesproken van *taakovername*.

- *Rollen*

Rollen zijn specifieke normen (De Jager et al., 1968); meer of minder bindende verwachtingen ten aanzien van gedrag, expliciet gekoppeld aan een bepaalde positie. De bekleders van de positie worden geacht zich te gedragen in overeenstemming met de normen en waarden van die positie. Het gedrag is geïnstitutionaliseerd: het zijn min of meer vaste gedragspatronen. De rol is als specifieke norm een tweezijdige verwachting. De rol drager behoort bepaalde waarden te realiseren; behalve algemeen maatschappelijke waarden, ook specifieke waarden die met de positie in kwestie samenhangen. Men behoort zich dan ook op die wijze te gedragen. Bij het vervullen van de rol wordt voldaan aan de verwachting van anderen (De Jager et al., 1968).

- *Legitimeren*

De formele betekenis van legitimeren betekent “wettigen”; “voor echt verklaren” (Koenen en Endepols, 1973, p. 569). In deze studie wordt met de term bedoeld “verklaard dat het toegestaan is”, “dat het mag.”

- *Motiveren*

Motiveren in enge organisatorische zin betekent “mensen er toe zetten hun capaciteiten in te zetten om de doelen van de organisatie te realiseren door het uitoefenen van bepaalde taken.” (Keuning en Eppink, 1990, p. 16-18). In deze studie wordt met motiveren bedoeld “beargumenteren”, “met gronden bekleden.”

2.5.2. Begrippen uit de gezondheidszorg

- *Care en Cure*

Met *care* wordt over het algemeen het verpleegkundige domein en met *cure* het medische domein aangeduid.

Artsen houden zich bezig met gezondheidsverstoringen zelf en de behandeling ervan: cure. De aandacht van de verpleegkundige richt zich primair op de problemen van de dagelijkse en fundamentele levensverrichtingen als gevolg van de aandoening en de behandeling: care. De ingewikkelde samenhang van zorgvragen en de gecompliceerdheid van zowel cure als care staan echter niet toe de zorg en behandeling strikt te scheiden (Van Rooijen, 2003).

Eenduidige definities van *care* en *cure* zijn niet voorhanden, concludeert de RVZ in 2001 in haar advies over Care en Cure, geschreven in het licht van het verzekeringsstelsel. De begrippen worden veelal omschreven aan de hand van verschillende invalshoeken, bijvoorbeeld doelen of functies (cure: genezen, care: het beperken van de nadelen van ziekten), activiteiten (cure: medische zorg en care: verpleging, verzorging, ondersteuning) of domeinen (cure is gezondheidszorg, care treedt buiten het domein van de gezondheidszorg).

In de praktijk lopen de functies, activiteiten en domeinen van care en cure echter door elkaar. In de beschouwende medische specialismen wordt het werk van de arts gekenmerkt door adviseren, communiceren, ondersteunen; activiteiten die meer met care te maken hebben dan met cure. Verpleegkundigen voeren ook handelingen uit die zich richten op de genezing van de patiënt,

cure dus. Met de inwerkingtreding van de wet BIG verdwijnt het exclusieve recht van artsen om patiënten te behandelen en/of te genezen (cure).

Door care en cure afzonderlijk te beschouwen wordt de indruk gewekt dat het gaat om gescheiden, verschillende zaken, die elkaar niet overlappen.

Volgens het Oxford Engelse woordenboek echter, betekent *cure* “*to care, to heal, to concern.*” Het Latijnse woord *curare* betekent “*to take care for.*” *Care* is diep geworteld in het Engelse taalgebruik. Een voorbeeld is de uitdrukking “I do not care”. Dit is niet hetzelfde als ik ben niet geïnteresseerd (Tronto, 1993). Een interesse veronderstelt iets wat de attentie trekt, evenals een kwaliteit van een kenmerk. Een uitdrukking als “I care about hunger” betekent meer dan een interesse. “Care” verwijst enerzijds naar iets buiten jezelf en het impliceert een of andere actie (Tronto, 1993).

In de oorspronkelijke betekenis zijn care en cure dus sterk overlappende begrippen. In die zin is het gebruik nu van care en cure dus verdedigbaar, aangezien de domeinen van artsen en verpleegkundigen elkaar ook overlappen. Strikt genomen zijn er volgens Abbott (1988) geen kenmerkende verschillen tussen professies. Professionals hebben onderling dynamische verhoudingen waarin zij met elkaar strijden om de zeggenschap over probleemgebieden. Om duidelijk te maken wat het verschil is tussen artsen en verpleegkundigen zijn het echter geen bruikbare begrippen. Wat is het kenmerkende verschil of welke zijn de kenmerkende verschillen tussen artsen en verpleegkundigen en vooral verpleegkundigen die taken van artsen hebben overgenomen, nurse practitioners?

In deze studie wordt voorlopig het begrip “care” gebruikt om het traditionele domein van de verpleging aan te duiden en het begrip “cure” voor het traditionele terrein van de arts.

In hoofdstuk 5 wordt een suggestie gedaan voor nieuwe concepten om de verschillen tussen artsen en verpleegkundigen aan te duiden.

■ *Nurse practitioner*

In hoofdstuk 4, paragraaf 4.2. wordt uitgebreid ingegaan op de verschillende definities van de NP. In deze studie wordt onder een NP verstaan: een verpleegkundige op expert niveau (Benner, Tanner en Chesla, 1992) die vanuit het verpleegkundig domein door ervaring en aanvullende scholing taken uit het medisch domein overneemt, zoals de afname van de medische anamnese en het doen van lichamelijk onderzoek, in nauwe samenwerking met en voor het medisch gedeelte vooralsnog onder supervisie van de medicus (VAZ, 2004).

■ *Verpleegkundig specialist en gespecialiseerd verpleegkundige*

Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die werkt voor een nauw omschreven patiëntencategorie in de directe patiëntenzorg met als opdracht deze te verbeteren door onderzoek, onderwijs, consultatie en innovatie. Een gespecialiseerd verpleegkundige kan worden gedefinieerd als een verpleegkundige met een door de LRVV⁵ erkend getuigschrift voor de directe zorgverlening aan een bepaalde groep patiënten. De handelingscontext is een verpleeg- en/of behandelteenheid die dusdanig afwijkend is dat specifieke kennis nodig is om te kunnen verplegen (VAZ, 2004). Een belangrijk onderscheid tussen de verpleegkundig specialist en gespecialiseerd verpleegkundige is de zelfstandigheid waarmee de eerst genoemde functioneert. Dit is in tegenstelling tot de gespecialiseerde verpleegkundige die juist in teamverband werkt. In paragraaf 3.6.4. wordt uitgebreid ingegaan op de verpleegkundig specialist en de gespecialiseerd verpleegkundige.

⁵ Landelijke regeling verpleegkundige vervolgoopleidingen (2001)

▪ *Medisch specialist en arts-assistent*

Een medisch specialist is iemand die na de geneeskunde opleiding een specialistenopleiding heeft voltooid en als medisch specialist staat geregistreerd. Een arts-assistent is een geneeskundige al of niet in opleiding tot medisch specialist (resp. met agio en agnio aangeduid).

2.6. Samenvattende conclusie

In dit hoofdstuk is het theoretische kader voor deze studie over taakherschikking tussen verpleegkundig en medisch specialisten geschetst en is een aantal begrippen gedefinieerd. Allereerst is een beschouwing gegeven over professionals en verschillende theorieën die daarover bestaan, toegespitst op artsen en verpleegkundigen. In navolging van de RVZ (2000) wordt *professional* in deze studie gedefinieerd als *een beroepsbeoefenaar in de individuele gezondheidszorg* (p.11). Een verpleegkundige is een beroepsbeoefenaar in de individuele gezondheidszorg en daarmee een professional. Ook een medisch specialist is een beroepsbeoefenaar in de individuele gezondheidszorg.

Omdat het doel van deze studie is zicht te krijgen op de processen die spelen bij taakherschikking tussen beroepsgroepen is Abbott's zienswijze (1988) als conceptueel kader gekozen. Abbott's visie draait om de voortdurende strijd die professies met elkaar leveren over de zeggenschap (jurisdiction) over probleemgebieden, domeinen, beïnvloed door interne en externe factoren en leemtes. Zijn zienswijze is uitgebreid beschreven en tot slot in een model vervat.

De vraagstelling van deze studie gaat verder dan de bewegingen tussen medisch specialisten en verpleegkundigen. Er wordt ook gezocht naar de *beweegredenen* en naar wat er zich *binnen* de beroepsgroepen afspeelt. Daarvoor wordt aanvullend op Abbott's visie (1988) gebruik gemaakt van de sociale identiteitstheorie van Tajfel en Turner (1986). De organisatiesociologische zienswijze van Mastenbroek (1996) wordt gebruikt om een brug te slaan tussen theorie en praktijk. Zijn "partijen in een systeemmodel" sluit aan op Abbott's zienswijze, maar geeft tevens een handreiking voor het oplossen van problemen en voor advies.

Abbott (1988) stelt dat ontwikkelingen van professionals niet los van elkaar bestudeerd kunnen worden en dat de context belangrijk is, maar geeft zelf geen handvatten voor deze analyses. Daarvoor wordt in deze studie gebruikt gemaakt van het organisatiethoretische beschrijvingskader van Pettigrew en Whipp (1991).

Tot slot is een aantal begrippen, dat in deze studie wordt gebruikt, gedefinieerd.

HOOFDSTUK 3. ACHTERGROND VAN DE VRAAGSTELLING

3.1. Inleiding

In het begin van de 21^{ste} eeuw gaat veel aandacht uit naar taakherschikking, een structurele herverdeling van taken, tussen artsen en verpleegkundigen (RVZ, 2002).

Capaciteitsproblemen in de gezondheidszorg zorgen voor wachtlijsten, lange wachttijden en verschraling in de zorgverlening (RVZ, 2002). Anno 2004 staat “het recht op zorg” onder druk en voldoet de inrichting van onze gezondheidszorg niet meer aan de behoefte van de samenleving (Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, 2003, p. 5).

Verpleegkundigen strijden sinds tientallen jaren voor een eigen afgebakend domein, onafhankelijk van de arts. Na een jarenlange controverse binnen de verpleegkundige beroepsgroep over de vanzelfsprekende overname van medisch technische handelingen, neemt de beroepsgroep nu in de nieuwe functie van NP op grote schaal en op eigen initiatief niet alleen handelingen maar zelfs taakgebieden van artsen over. Wat beweegt de beroepsgroepen?

Wat zijn de gevolgen voor de ontwikkeling van een zelfstandig verpleegkundig beroepsdomein?

Wat zijn de gevolgen voor het domein en de positie van de medisch specialist?

Deze vragen worden uitgewerkt en toegelicht aan de hand van de beschrijving van de geschiedenis van beide beroepsgroepen en hun onderlinge relatie vanuit het visie van Abbott (1988).

3.2. Het ontstaan van het verpleegkundig beroep in Nederland

Alvorens nader in te gaan op de relatie tussen artsen en verpleegkundigen wordt de ontstaansgeschiedenis van beide beroepsgroepen nader uitgewerkt.

3.2.1. De periode vóór het verval van de ziekenzorg in 1650

Tot de kerkhervorming en het humanisme in de 16^e eeuw is ziekenverzorging voornamelijk in handen van kloosters en gebaseerd op liefdadigheid; het is nog geen beroep. Gastvrijheid is de kern van de sociale kloosterzorg, gastvrijheid voor zieken, armen en reizigers. De verzorging van de zieken in de kloostergasthuizen is uitstekend. Groot is de kennis en het gebruik van kruiden (Van der Meij-de Leur, 1987).

Na de Reformatie (1517-1648; Romein en Romein-Verschoor, 1973) ontstaat een groot tekort aan hulp door het verdwijnen van de religieuzen uit de kloostergasthuizen.

De gasthuizen, nu onder stedelijk bestuur, raken in verval. De verzorging laat in de periode 1650-1850 veel te wensen over (Van der Meij-de Leur, 1987). De patiënten liggen met meerderen in één bed en worden niet gewassen (Van der Heyden, 1994). De van wandluizen vergeven gasthuizen liggen overvol stervende arme mensen, die worden verzorgd door zaalmeiden en zaalknechten, zoals de verzorg(st)ers worden genoemd, vaak misdadigers en (ex-)prostituees.

Van deze gasthuizen maakt niemand graag gebruik; zieken worden thuis verzorgd, waar de dokter of de chirurgijn de patiënt bezoekt en behandelt. Zelfs operaties vinden thuis plaats.

Alleen wie te arm is om medische hulp of verzorging thuis te betalen gaat naar het gasthuis (Van der Kooij, 1990).

Ziekenhuizen, in de betekenis van instellingen waar patiënten een geneeskundige behandeling en deskundige verpleegkundige zorg krijgen, blijven tot aan de 19^e eeuw onbekend (Van der Heyden, 1994; Van der Meij-de Leur, 1987).

Dat de omgeving en de cultuur van groot belang zijn voor het ontstaan van een professie (Abbott, 1988) blijkt uit de invloed van de sociale veranderingen die in de 19^e eeuw leiden tot verschillende initiatieven op het gebied van de ziekenverpleging. Deze initiatieven zijn in eerste instantie gebaseerd op liefdadigheid, maar leiden uiteindelijk toch tot het verpleegkundige beroep (Van der Kooij, 1990).

De sociale veranderingen zijn het gevolg van de Napoleontische oorlogen, de industriële revolutie en het *réveil* of wel de opleving van het geloof. Deze veranderingen worden in onderstaande paragraaf toegelicht.

3.2.2. Sociale veranderingen in de 19^e eeuw

Napoleon heeft, onder meer door de invoering van de dienstplicht, de oorlogsvoering tussen 1795-1814 fundamenteel gewijzigd. In plaats van kleine legers met huurlingen en beroepssoldaten voert hij zijn oorlogen met enorme legers. De impact van de oorlogen op het gezinsleven is groter dan ooit: vaders, broers en zonen worden opgeroepen om ten strijde te trekken. Vrouwen vinden elkaar in *dames comités* (Van der Kooij, 1990) en willen meer doen dan breien voor soldaten. Zij willen ter plaatse aanwezig zijn om de militairen te verplegen. In de volgende oorlogen gaan vrouwen inderdaad als vrijwilligster in militaire veldhospitalen werken, zoals in de oorlog van 1864 tussen Pruisen en Denemarken, in de oorlog van 1866 tussen Pruisen en Oostenrijk en de Frans-Duitse oorlog van 1870 (Van der Kooij, 1990).

De uitvinding van de stoommachine⁶ brengt de techniek in de 19^e eeuw tot ontwikkeling en daarmee weer de industrie. De traditionele ambachtelijke productiewijze verandert in de machinale. Er ontstaan op kapitalistische wijze georganiseerde fabrieken waar de sociale verhoudingen anders liggen dan men gewend is. Niet langer is er sprake van een meester met handwerkslieden en evenmin meer van huisnijverheid. Fabrieken verrijzen met een eigenaar en een grote groep geschoolde en ongeschoolde arbeiders (Beliën en Van Hoogstraten, 2002). De persoonlijke verhoudingen maken plaats voor zakelijke. Werden werknemers, huisbedienden en landarbeiders voorheen gehuisvest en gevoed door de werkgever, steeds vaker eindigt de verantwoordelijkheid van de werkgever bij het uitbetalen van het loon. De overgang is groot. De arbeidsomstandigheden zijn slecht: lange werktijden, hard werken en lage lonen. Vrouwen en kinderen vragen minder hoge lonen en worden ingeschakeld om de kosten nog lager te kunnen houden, zoals in de textielindustrie.

De industriële activiteiten concentreren zich rond mijnen en havens. In de hoofdsteden vormen zich belangrijke financiële centra en in deze nabijheid verrijzen nieuwe industrieën (De Swaan, 1988, p. 127).

Door een depressie in de landbouw, veroorzaakt door de import van goedkoop graan uit Amerika (Romein et al., 1973, p. 447), worden veel dagloners en vaste knechten in het boerenbedrijf overtollig. Zonder bezit van eigen grond wordt het moeilijk om op het platteland in leven te blijven en de mensen trekken naar de steden.

De steden kunnen de toeloop van immigranten niet aan. Er ontstaan sloppenwijken met slechte hygiënische omstandigheden en zonder riolering. De sociale wantoestanden zijn groot: woningnood, kinderarbeid, drankmisbruik, criminaliteit, slechte gezondheid en epidemieën (De Swaan, 1988). Voortrekkers nemen het op voor de sociaal misdeelden waaronder ook de zieken worden gerekend (zie paragraaf 3.2.3.).

De openbare uitoefening van de rooms katholieke godsdienst die in de Franse tijd (1795-1813) verboden was, leeft weer op (Van der Kooij, 1990).

6. Denis Papin (1647-1712) bouwde de eerste stoommachine. *James Watt* (1736-1819) verbeterde de stoommachine tot een effectieve betrouwbare en economische krachtbron (Beliën en Van Hoogstraten, 2002).

Vrouwen spelen in deze “réveil” een belangrijke rol. Door het verdwijnen van de huisnijverheid beschikken vrouwen over meer vrije tijd dan daarvoor. Pastoors en dominees, getroffen door de sociale nood, gaan op zoek naar deze vrouwen om liefdadig werk te doen. Het is dan nog niet gebruikelijk dat vrouwen economisch zelfstandig zijn. Destijds werd een zogeheten “beschaafde vrouw” geacht haar leven te wijden aan echtgenoot en moederschap. Trouwde zij niet dan wachtte haar, onderhouden door familieleden, andere zorgtaken voor zieke familieleden of in het huishouden (Boswijk en Couvée, 1979).

De geestelijken helpen de vrouwen om congregaties of andere organisaties te beginnen; alleen dan, vanuit de veiligheid van een vrouwengemeenschap, mogen zij werken. De congregaties en andere gemeenschappen leggen zich toe op typische vrouwentaken, zoals ziekenverpleging, onderwijs en naaiwerk (Van der Kooij, 1990) die daardoor ook later als vrouwenarbeid worden getypeerd (Boswijk et al., 1979).

Het réveil leidt uiteindelijk naar het streven van vrouwen zonder religieuze achtergrond, om betaald werk te verrichten (Van der Kooij, 1990). Dit streven wordt beïnvloed door de verarming in burgermilieus als gevolg van het Napoleontisch regime (Van Gemert en Spijker, 1986); ongehuwde vrouwen kunnen niet meer door ouders of familieleden worden onderhouden; zij moeten werken tegen een salaris.

3.2.3. Initiatieven op het gebied van ziekenzorg tussen 1820 en 1870

De initiatieven tussen 1820 en 1870 op het gebied van de verpleging worden gekenmerkt door de combinatie van wijkverpleging en ziekenhuisverpleging, en worden gesteund door pastoors, dominees en rijke handelslieden (Van der Kooij, 1990).

Welgestelde burgers in ons land maken zich zorgen over de mogelijkheden om goede verpleegsters te vinden voor de thuiszorg. Zij maken van de gasthuizen, zoals eerder beschreven, geen gebruik.

In Amsterdam neemt een drietal vermogende en weldoende katholieken (de heren B.L. van Hees, P. van Cranenburgh en A.H. Hafkenscheid) het initiatief om de thuisverpleging te verbeteren.

Naar model van de Franse Soeurs de la Charité⁷ richten zij in 1837 de vereniging “Zusters van Liefde” op met hulp van de rooms-katholieke kerkelijke overheid (Van der Meij- de Leur, 1987).

Voor het protestantse deel van de bevolking wordt in 1843 de Vereniging voor Ziekenverpleging opgericht door de medicus-dichter Jan Pieter Heye (1809-1876). De vereniging zorgt voor een eigen opleiding en in 1857 zelfs voor een eigen ziekenhuis: het Prinsengracht ziekenhuis in Amsterdam, bedoeld voor welgestelden. De verpleegprijs is zo hoog, dat er al snel behoefte is aan een ziekenhuis voor de iets minder gegoede burgerij. Het is de verdienste van de medicus A.W.C. Berns (1837-1911) dat in 1879 het Burgerziekenhuis in Amsterdam haar deuren opent dat tevens een eigen opleiding tot verpleegkundige biedt (Van der Heyden, 1994).

Eén van de belangrijkste initiatieven op verpleegkundig gebied met gevolgen voor óns land, is de oprichting van de diaconessengemeenschap in het Duitse Kaiserswerth door de dominee Th. Fliedner (1800-1864; Dane, 1968). In 1836 opent hij een klein ziekenhuis met als belangrijkste doelstelling de opleiding tot verpleegster in de thuiszorg. Hij vangt daarvoor in het ziekenhuisje patiënten op die niet thuis verzorgd kunnen worden, waarop de leerlingen kunnen “oefenen” tot ze bekwaam en zelfstandig genoeg zijn om in de thuiszorg te kunnen werken. In de loop van de tijd wordt de opvangfunctie van Fliedners’ ziekenhuis voor patiënten zó belangrijk dat de

⁷ Gesticht in 1617 door de Franse priester Vincent de Paul (1581-1660); een organisatie van lekendames die zieken verzorgen. Samen met Louise Le Gras-de Mareillac richt hij in 1633 de eerste verpleegstersschool in West Europa op. Er wordt les gegeven in het waarnemen, godsdienst en in verpleegkundige handgrepen (Van der Meij-de Leur, 1987). De orde van de liefde zusters was zeer populair en de enige orde die Napoleon later toestond.

belangrijkste doelstelling verschuift van een opleiding tot verpleegster naar de opvang van zieken (Duijvendak en Kooij, 1992).

Fliedner weet tijdens zijn leven een enorme organisatie van diaconessen op te zetten die invloed uitoefent op de gezondheidszorg in vele landen in Europa. Hij reist door Europa om geld in te zamelen en verspreidt zo ook zijn ideeën.

Fliedner wordt tweemaal bezocht door Florence Nightingale (1820-1910) in 1850 en in 1851 (Dane, 1968). Nightingale wordt internationaal gezien als de grondlegster van het verpleegkundig beroep op niet-religieuze basis (Van der Meij-de Leur, 1987). Tegen de wil van haar ouders onttrekt ze zich van de gewoontes en tradities van de welgestelde kringen waar zij deel van uit maakt om zich in te zetten om de ziekenverpleging te verbeteren. Zij verzamelt gegevens over sterfte, ziekte en leefbaarheid in de ziekenhuizen in Engeland maar ook daar buiten. Wanneer het Engelse vaderland opgeschrikt wordt door de wantoestanden bij de ziekenverzorging van hun soldaten tijdens de Krimoorlog⁸ wordt Nightingale gevraagd door de minister van oorlog om de problemen aan te pakken (Dane, 1968). Zij vertrekt met 38 vrouwen naar de Scutari aan de Bosporus waar ze orde weet te scheppen in de ongelooflijke chaos. Weer terug in Engeland ontvangt zij als dank voor het vele werk een bedrag aan geld dat zij besteedt aan de oprichting van de eerste verpleegstersschool in Engeland, bij het St. Thomas Hospital (1860). In 1859 schrijft ze haar kennis op in de bestseller “Notes on Nursing” dat binnen een paar jaar het internationale handboek van de verpleging wordt (Van der Meij-de Leur, 1987).

Niet alleen voor Nightingale was Fliedner een inspiratiebron. Zijn voorbeeld vindt al snel navolging. In verschillende landen worden soortgelijke diaconessengemeenschappen opgericht. In Nederland worden de activiteiten van Fliedner vooral in de réveilkringen op de voet gevolgd. De positieve berichten uit Kaiserswerth leiden tot het initiatief van de Utrechtse réveilkring een “Inrichting van diaconessen in Nederland” op te richten: het Diaconessenhuis Utrecht. In eerste instantie ligt het accent op de vorming van een gemeenschap van diaconessen. De invulling van maatschappelijke taken komt op het tweede plan.

De bedoeling is dit Diaconessenhuis als een moederhuis voor heel Nederland te laten functioneren, maar dat is nooit gerealiseerd. Het oorspronkelijke gemeenschapsideaal heeft dit huis echter wel gedurende ruim een eeuw kunnen handhaven (van der Heyden, 1994).

Na Utrecht komen ook in andere steden Diaconessenhuizen, zoals Den Haag (1865), Haarlem (1874), Leeuwarden (1880), Arnhem (1884), Amsterdam (1886), Groningen (1887) en Breda (1890). Vanuit de moederhuizen worden ook verschillende dorpen van wijkverpleging voorzien, bijvoorbeeld Rhenen en Eerbeek vanuit Arnhem (Van Lieburg en Landwehr, 1980; Van der Heyden, 1994).

Kaiserswerth kent een natuurfilosofische benadering (Van der Kooij, 1990). In de natuurfilosofie wordt gezondheid gezien als harmonie. De mens is een “microkosmos” met in aanleg dezelfde harmonie als in het geheel van de aarde, het heelal, samen de macrokosmos. Ziekte is een verstoring van de harmonie. Verplegen is het terugvinden van deze harmonie.

Verplegen heeft in een Kaiserswerth een duidelijk eigen karakter, los van de geneeskunst (Van der Kooij, 1990).

De diaconessen in Kaiserswerth bereiken ongekennde genezingspercentages door het toepassen van de volgende principes: rust, reinheid, frisse lucht, dieetleer, verbandleer, zielszorg en arbeidstherapie. Zij krijgen hier onderricht in. *“Zij passen de aanwijzingen van de dominee even zorgvuldig*

⁸ Oorlogsflict tussen Rusland en het Osmaanse Rijk waarin Engeland en Frankrijk tussen beiden kwamen ten gunste van de Turken (Van der Meij-de Leur, 1987)

toe als die van de arts: beide dragen bij aan het herstel van de harmonie, hetzij om te genezen, hetzij om in vrede te sterven”(Van der Kooij, 1990, p. 19).

3.2.4. Verplegen als beroep

Na de filantropische initiatieven op het gebied van de verpleging, wordt het snel betaald werk. In 1875 wordt de Noord-Hollandse vereniging “Het Witte Kruis” opgericht naar aanleiding van de wet op de besmettelijke ziekten (1872). Doel van het Witte Kruis is de strijd tegen epidemieën, zoals het *Rode Kruis* (opgericht als Nederlandse afdeling in 1867) strijdt tegen oorlogsleed. Het Rode Kruis leidt vrouwen op om ze uit te zenden naar eventuele rampgebieden (Dane, 1968). Het Witte Kruis gaat vrouwen opleiden om zieken deskundig thuis te kunnen verzorgen om zo besmetting tegen te gaan. Er is geen geld voor bijvoorbeeld isolatiebarakken (Dane, 1968). Vanaf 1878 leidt het Witte Kruis samen met artsen van het Amsterdamse Binnengasthuis beschaafde vrouwen op tot verpleegster. Zij worden naast de taken van het Witte Kruis ook ingezet voor de reorganisatie van de verpleging in de gasthuizen. Zij worden voor hun werk betaald (Van der Meij-de Leur, 1987). Het roepingideaal wordt voor de legitimering van deze betaling gebruikt (Van Gemert et al., 1986). De hoogleraar W. Gunning, één van de initiators, vindt dat “een roeping” niet uitsluit dat werk tegen beloning wordt uitgeoefend (Van der Meij-de Leur, 1987).

Wel bestaan er in sommige gevallen potjes waarin vrouwen die niet betaald willen worden voor hun werk, hun salaris kunnen storten (Van Gemert et al., 1986). Er is een verregaande controle op het privé leven van de verpleegsters, zoals verplichte inwoning in het ziekenhuis. Hiermee wordt geprobeerd het slechte imago van de verpleging van de voorgaande eeuwen te verbeteren (Van Gemert et al., 1986). Pas in 1975 (!) wordt de verplichting tot inwoning voor leerlingen afgeschaft (Eggen, 1989).

Leerling verpleegsters moeten van “gegoede afkomst” zijn, ook om het imago van het beroep op te vijzelen (Van Gemert et al., 1986).

De artsen in de gasthuizen krijgen onder invloed van de medische vooruitgang inmiddels behoefte aan deskundige hulp (Van der Meij-de Leur, 1987). Boerhaave (1668-1738; Lindeboom, 1993) had onderwijs aan studenten aan het ziekbed ingevoerd, ter vervanging van onderwijs in de collegezaal. Daarmee doen hoogleraren en medisch studenten hun intrede in het gasthuis en nemen zij langzamerhand het bestuur van de gasthuizen over (Van der Meij-de Leur, 1987). Kon de narcose (1831, Liebig en Souberein; Van der Meij-de Leur, 1987) nog thuis worden toegepast, na de invoering van de antisepsis (Lister, 1867)⁹ is thuis opereren niet meer mogelijk. Er moet uitgeweken worden naar het gasthuis.

De chirurgen hebben behoefte aan hulp bij operaties en bij de verzorging van hun patiënten. Zij kennen voldoende ziekenhuizen in het buitenland waar reorganisatie van de huishouding en de tewerkstelling van religieuzen en diaconessen hebben geleid tot een indrukwekkende stijging van het percentage genezingen (Van der Kooij, 1990).

Anna Reynvaen (1844-1920; Van der Meij-de Leur, 1987), als verpleegkundige opgeleid bij het Witte Kruis, slaagt erin vanaf 1880 samen met de geneesheer-directeur Van Deventer (1848-1916) het Amsterdamse Buitengasthuis grondig te moderniseren. Zij wordt in het begin tegengewerkt door de zaalmeiden en de zaalknechten, maar uiteindelijk weet zij een kentering te bewerkstelligen (Van der Meij-de Leur, 1987). Reynvaen en Van Deventer starten in 1883 een eigen opleiding tot verpleegkundige, gericht op lichamelijk zieke patiënten (A-verpleging).

Enkele jaren later is Van Deventer ook betrokken bij de opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige (B-verpleging; Van der Meij-de Leur, 1987).

⁹ Door de invoering van de asepsis kan er adequaat worden ontsmet.

Om meer publiciteit te geven aan de verbeteringen in de verpleging richt Reynvaen samen met Jeltje de Bosch Kemper (1836-1916) in 1890 het Maandblad voor Ziekenverpleging op, dat nu, ruim 100 jaar later, nog steeds bestaat (Dane, 1968).

Zij moeten het opnemen tegen een associatie van verpleegkundigen met zaalmeiden en zaalknechten, die op hun beurt worden geassocieerd met zedeloosheid, dronkenschap, onverschilligheid en onbetrouwbaarheid. Door het roepingaspect te benadrukken, dat aansluit bij de positieve waardering van de zorg in het verleden, krijgt het beroep gestalte (Van Gemert et al., 1986). Rond 1920 zijn de zaalmeiden en de zaalknechten uit de ziekenhuizen verdwenen. Overigens waren niet alle medici geporteerd van de komst van de verpleging, die zij ook wel als de concurrent zien.

In 1892 schrijft freule Jeltje de Bosch Kemper in het Tijdschrift voor Ziekenverpleging: *“En de Heeren Medici? Hoe algemeen was de meening dat alleen vrouwen uit de heffe des volks dienst in ziekenhuizen konden doen; deze meiden lieten zich commanderen, van dames zou men niets dan last hebben door hare eigenwijsheid en pretentie!”* (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 15 oktober 1892, pag. 34)

Ook al pleit het Witte Kruis voor een scheiding tussen huishoudelijk werk en verpleging, in de ziekenhuizen wordt dit gecombineerd. Reynvaen wil niet dat patiënten in aanraking komen met huishoudelijk personeel, dus moet de verpleging dat werk erbij doen.

Tot ver in de volgende eeuw maakt huishoudelijk werk deel uit van de taak van een verpleegkundige. Naast de zorg voor het brandend houden van de kachels met hout en turf, het halen van voeding en het wegbrengen van was, assisteren de verpleegsters bij operaties, het geven van narcose en het steriliseren van instrumenten (Spijker, 1979).

Het verpleegkundige domein zal in de loop der jaren nog vele veranderingen ondergaan, zoals verderop in dit hoofdstuk wordt beschreven.

In 1893 wordt de Bond voor Ziekenverpleging opgericht, met als doel samenwerking van geneeskundigen bij de opleiding en examens van verpleegsters. De eerste voorzitter is Jonkvrouw Jeltje de Bosch Kemper. De bond zorgt voor een eenduidig diploma (Dane, 1968). Vanaf 1921 is het verpleegkundig diploma wettelijk beschermd. Er bestaan aparte opleidingen voor verpleging in de wijk, de psychiatrie en het algemene ziekenhuis (Van der Meij-de Leur, 1987).

De taken van de verpleging kristalliseren zich uit en er komen opleidingen: de verpleging wordt een beroepsgroep. Leden van de groep weten waar zij voor staan, maar ook aanpalende beroepsgroepen, cliënten en overheden kennen het beroep.

3.2.5. Analyse

Aan het eind van de 19e eeuw is de verpleging een beroep. Verpleegsters bieden hulp bij menselijke problemen, maar de methodiek van een professional te weten diagnosticeren, infereren en behandelen (Abbott, 1988), passen ze niet expliciet toe; verplegen vindt plaats op basis van intuïtie. Om een beroep te worden heeft de verpleging gebruik gemaakt van “vacancies”, leemten; er was gebrek aan goede zorgverlening aan zieke mensen enerzijds en anderzijds hadden de artsen hulp nodig. De taken die de verpleging uitoefent, de zorg voor zieke mensen, hebben objectieve kenmerken. De patiënten die zij verzorgen zijn op een of andere manier beperkt in hun vermogen om voor zichzelf te zorgen. Er zijn ook subjectieve kenmerken. Gedurende twee eeuwen was er aan de wantoestanden in de gasthuizen niets gedaan, in de 19^e eeuw worden zij onacceptabel gevonden.

Het ontstaan van verplegen als beroep is beïnvloed door sociale veranderingen, Napoleontische oorlogen, industrialisatie en réveil. Vrouwenarbeid tegen betaling was eerder ontoelaatbaar.

Tegelijkertijd speelde de vooruitgang van de geneeskunde een rol (Huysmans, Juffermans, Lagro, Van Niekerk, Smits en Vlaar, 1973)

Gunstige factoren voor de verdere ontwikkeling van het beroep zijn de wettelijke verankering in de vorm van diplomabescherming en de aanwezigheid van duidelijke aanspreekpunten voor de beroepsgroep in de personen van Jeltje de Bosch Kemper en Anna Reynvaen.

3.3. De ontwikkeling van het medisch beroep

De geschiedenis van de geneeskunde valt buiten het bestek van deze studie. Met als doel het contrast tussen het relatief jonge beroep van verpleegkundige en het relatief oude beroep van medicus aan te scherpen wordt hier enige achtergrondinformatie gegeven.

Reeds uit de vroegste geschiedenis, meer dan 2000 jaar voor onze jaartelling, blijkt de karakteristiek van de geneeskunde. Geneeskunde houdt zich bezig met cure, met het genezen van ziekten. In de volgende eeuwen wordt de geneeskunde verder ontwikkeld. Er komen geavanceerde onderzoeksmethoden en behandelingen beschikbaar die invloed hebben op de werkwijzen en de taken van artsen.

In tegenstelling tot het verpleegkundige beroep is er in de geschiedenis geen duidelijke markering voor het ontstaan van het medische beroep. We zien in de 19^e en de 20^{ste} eeuw wel dat de macht van de medische stand aanzienlijk toeneemt.

3.3.1. Het ontstaan van het medisch beroep

De prehistorie kent al een vorm van geneeskunde. De prehistorische volkeren denken dat ziekten door demonen worden veroorzaakt. Daarom roepen zij de medicijnman in het leven, een combinatie van priester en arts. Uit rotstekeningen blijkt dat hij bezweringen deed, maar ook dat hij natuurlijke geneesmiddelen toepaste, zoals het toedienen van tegengif bij slangenbeten. Paleontologisch onderzoek van schedels laat zien dat er zelfs trepanatie¹⁰ werd toegepast (Lindeboom, 1993).

De eerste arts met een naam en een gezicht is de Egyptische arts Imhotep, grootvizier van koning Zoser, magiër en arts aan het hof. Hij leeft omstreeks 2900 voor Christus en wordt later als halfgod van de geneesheren vereerd.

In Babylonië, bij één van de oudste beschavingen, bestaat meer dan tweeduizend jaar voor onze jaartelling al een afzonderlijke artsenstand. In de wetgeving van Hammoerabi (2000 voor Christus) worden straffen genoemd voor medische fouten en worden de honoraria van artsen geregeld (Lindeboom, 1993).

Hippocrates (460 tot 377 voor Chr.) wordt beschouwd als de vader van onze geneeskunde (Van der Meij-de Leur, 1987). Samen met zijn volgelingen weet hij de geneeskunst los te maken van irrationeel bijgeloof en mystiek (Lindeboom, 1993). Hij gebruikt voor het onderzoek van de patiënt zijn zintuigen: observeert de zieke, luistert naar de klachten van de patiënt en komt door logische redenering tot een conclusie (de diagnose). Hippocrates beschouwt de empirie als leermeester van de arts en de natuur als dokter. Hij heeft veel beschrijvingen van ziekteverschijnselen in het kort opgeschreven in: 406 Aforismen (Van der Meij-de Leur, 1987). Hij legt tevens het fundament voor het karakter van de geneeskunde. Hij streeft ernaar zijn leerlingen tot volledige en *waardige* artsen te maken, zoals blijkt uit fragmenten “Met algemene raadplegingen” (Lindeboom, 1993): “*Zij moeten een welgeordend leven leiden en zich aan het ziekbed beheerst, vriendelijk en opgewekt, maar niet uitbundig gedragen. Een arts moet zich wijs gedragen.*” Met wijs bedoelt hij: toeleggen op levenswijsheid (Lindeboom, 1993).

¹⁰ Openen van de schedel om ziekte te behandelen.

De grondbeginselen van de medische ethiek zijn terug te vinden in de eed van Hippocrates. Bij het afleggen van de eed onderwerpt de arts zich aan de sancties van de goden bij het schenden van zijn belofte. In de eed is onder meer het beginsel van de collegialiteit vastgelegd, de onaantastbaarheid van het leven en het beroepsgeheim. Deze eed is ook nu nog, meer dan 2000 jaar later, van kracht. Bij het ontvangen van de artsenbul legt iedere jonge arts hem nog steeds af.

Na Hippocrates werken andere artsen zijn leer verder uit, waaronder Galenus (129-203) in Rome (Dane, 1968).

Het eerste belangrijke middeleeuwse centrum van medische beschaving is Salerno, aan de golf van Napels. Het gezonde klimaat en de waterbronnen trekken patiënten en artsen aan. De artsen stichten hier in de 9e eeuw de eerste medische school van Europa. Salerno onderwijst geneeskunde als wetenschap; het wordt dan een universitaire opleiding. In 1224 verbindt keizer Frederik II van Hohenstaufen (1194-1250; Lindeboom, 1993) de uitoefening van de geneeskunde aan een examen te Salerno. In 1240 bepaalt hij dat de medische studie na een propedeuse van drie jaar, vijf jaar moet duren (Lindeboom, 1993). Ruim zevenhonderd jaar geleden wordt daarmee in West Europa al het begin van een medisch curriculum vastgelegd.

Hippocrates had laten zien hoe belangrijk observatie is. Voor de behandeling van ziekten worden allerlei zaken uitgeprobeerd, tot de juiste methode wordt ontdekt (infereren door uitsluiten). Syfilis werd, tot de ontdekking van Salvarsan en later van Penicilline, behandeld met kwik, de zweetton, het exotische middel guajak en sarsaparilla hout (Lindeboom, 1993).

3.3.2. De ontwikkeling van de chirurgie

Van 1400 tot ongeveer 1600 treden naast de universitair gevormde artsen de chirurgijns op, die hun heelkundig kennis in de praktijk opdoen. Het beroep wordt tussen 1497-1552 gecombineerd met dat van barbier, kapper. De barbierchirurgijns zijn lid van een gilde. De erkenning van een gilde (keur) wordt geregeld door de stadsbesturen. In ons land verbiedt het Amsterdamse Stadsbestuur in 1557 barbiers uitdrukkelijk het gekwalificeerde werk van chirurgijn nog te verrichten (Lindeboom, 1993; Van der Meij-de Leur, 1987); er ontstaat een specifiek chirurgijngilde. In de Franse tijd (1795-1813) worden de gilden opgeheven. Chirurgie wordt dan opgenomen in het studieprogramma geneeskunde van de universiteit (Lindeboom, 1993). In de termen van Abbott vindt dan fusie plaats tussen twee beroepsgroepen die op elkaar lijken.

3.3.3. Toename van de macht van medisch specialisten in Nederland

De 19^e eeuw wordt gemarkeerd door grote omwentelingen, ook in de geneeskunde. De stormachtige ontwikkelingen in de natuurkunde hebben een dusdanige weerslag op de vooruitgang van de geneeskunde dat specialisatie noodzakelijk wordt. Belangrijke ontwikkelingen zijn onder meer de stethoscoop (Laënnec, 1819), de anesthesie (Liebig en Soubeyran, 1831), de antisepsis (Lister, 1869), de bacteriologie (Pasteur, 1885) en de röntgentechniek (Röntgen, 1895; Van der Meij-de Leur, 1987). In 1849 ontstaat de federatie van beroepsverenigingen van artsen de KNMG, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het doel van de KNMG die nog steeds toonaangevend is, is de bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de kwaliteit van de gezondheidszorg (Lindeboom, 1993).

In 1865 slaagt de KNMG erin onder het eerste-ministerschap van Thorbecke (1789-1872) de opleiding tot arts en specialist bij wet te regelen. Universitair geschoolde artsen en specialisten krijgen het monopolie in de geneeskunde. Het toezicht op de artsen wordt aan de beroepsorganisatie overgelaten; patiënten worden beschermd tegen ondeskundige hulpverlening door niet medici, zoals kwakzalvers (Duijvendak et al., 1992; Leenen, 1986).

De medici beschikken over professionele autonomie. Op technisch en wetenschappelijk gebied is de medicus autonoom; er is sprake van vrijheid van diagnose en therapie. De beroepsgroep regelt de toegang tot de beroepsuitoefening, stelt vast welke kennis en vaardigheden hiervoor vereist zijn en ziet erop toe dat de beroepsuitoefening op competente wijze gebeurt (Hulst et al., 1999). Zij doen dat op individueel niveau door binnen de opleiding het meester-gezel model te hanteren. Op deze wijze houden zij ook controle over de toelating tot het beroep. Ongeschikte kandidaten komen niet door de opleiding heen.

Zowel sociologische als culturele en technische factoren leiden in de 19^e eeuw tot cliëntdifferentiatie en daarmee tot specialisatie binnen de medische beroepsgroep.

De kindergeneeskunde bijvoorbeeld ontstaat uit de slechte omstandigheden waarin kinderen zich bevinden. Kinderen zijn heel lang uit de ziekenhuizen geweerd omdat zij infecties met zich mee zouden brengen, maar ook uit gebrek aan behandelingsmogelijkheden en alternatieven voor borstvoeding. In de middeleeuwse gasthuizen hadden zij zelfs geen eigen bed; kinderen liggen aan het voeteneinde van de volwassenen (Van der Meij-de Leur, 1987).

Van de 162.611 kinderen die in het jaar 1900 worden geboren, sterft 15,5% (abs. 25.204) voor hun eerste verjaardag (Dooren, Jongkamp, Draaisma en Vaandrager, 1992). Dit is de aanleiding tot de oprichting van kinderziekenhuizen. Medici gaan zich verdiepen in de problemen van kinderen: zij specialiseren zich.

Zijn sociaal-culturele factoren de aanleiding van het ontstaan van de kindergeneeskunde, de technische vooruitgang leidt tot orgaanspecialisaties. In de 19^e eeuw wordt de (interne) geneeskunde ontzaglijk verrijkt. Diagnostische hulpmiddelen worden vervelvoudigd en toegespitst. Met vitaminen, hormonen, chemotherapie, antibiotica en corticosteroiden kunnen tal van, tot voorheen ongeneeslijke, ziekten behandeld worden. Het wordt echter moeilijker om het totaal te blijven overzien (Lindeboom, 1993). Door het anatomisch denken wordt de oorzaak van ziekte in bepaalde organen gezocht. Wanneer daarbij technieken komen die speciale vaardigheden en ervaring vereisen, ontstaan de orgaanspecialisaties.

Voor het ontstaan van de verloskunde en de gynaecologie is de ontdekking van chloroform als anestheticum bepalend geweest (Holm, 1996). Hier is sprake van een mix van culturele en technische factoren. De vroedvrouwen hadden jarenlang hun beroep weten veilig te stellen voor medici omdat vrouwen zich te veel schaamden om hun geslachtsdelen te tonen aan mannen. De mogelijkheid om vrouwen onder narcose te brengen bij een bevalling maakt daar een eind aan.

Eind negentiende, begin twintigste eeuw ontstaan de *verenigingen* van medisch specialisten. De KNO artsen verenigen zich in 1893, de longartsen in 1903, de urologen in 1908, de cardiologen in 1934 (www.artsennet.nl). Doel van de verenigingen is de verdere ontwikkeling van het betreffende specialisme, naast belangenbehartiging van de leden. Ook deze verenigingen bestaan nog steeds.

Een gevolg van de groeiende medische kennis is de medicalisering van de samenleving (De Swaan, 1988). Nadat de Engelse arts John Snow in 1854 de oorzaak van de cholera ontdekt (Van der Meij-de Leur, 1987), wordt het belang van toezicht door de Staat op de gezondheidszorg erkend. In ons land vaardigt Thorbecke in 1865 de gezondheidswet uit (Romein et al., 1973), waarin de controle op de volksgezondheid wordt geregeld. Een aantal artsen wordt benoemd tot inspecteur.

Met de komst van de ziekteverzekering en het ziektegeld is het aan de arts om te beslissen of arbeidsverzuim al dan niet terecht is. Medici krijgen een rol bij de selectie van werknemers, bij de militaire dienst en bij huisvesting. De uitslag van een medische keuring is in toenemende mate van belang bij cruciale beslissingen. Bevolkingsonderzoek brengt iedereen in aanraking met medische procedures. De invloed van de arts strekt zich uit over de hele samenleving; medici

krijgen zeggenschap over veel terreinen. Zij weten veel problemen in de maatschappij door herdefiniëring tot hun domein te gaan rekenen.

3.3.4. Analyse

Kijkend vanuit Abbott's visie naar de geschiedenis van het medisch beroep komen een aantal van zijn concepten terug. Voor wat betreft de inhoud van het werk, het geven van hulp bij menselijke problemen, zijn medici professionals, maar ook voor wat betreft de wijze waarop zij hun taken uitvoeren.

Al vanaf Hippocrates wordt gewerkt volgens een methode van diagnosticeren, infereren en behandelen volgens de methode van uitsluiten.

De taken van medici zijn historisch gezien over het algemeen objectief. Zij houden zich aanvankelijk bezig met een zieke of ziekte die behandeld moet worden (wonden, pest, tuberculose, geslachtsziekten; Van der Meij-de Leur, 1987), maar in de vroege middeleeuwen, bijvoorbeeld, zijn ook subjectieve taken te onderscheiden. Kloosterlingen ondergingen iedere drie maanden aderlatingen om "het wilde bloed te beteugelen" (Van der Meij-de Leur, 1987, p.55).

Door wetenschappelijk ontwikkelingen, zoals de vooruitgang van de natuurwetenschap, ontstaan nieuwe diagnostische- en behandelmogelijkheden en nieuwe taken. De professie heeft een duidelijk aanspreekpunt en legitimatie vindt plaats in de wetgeving. Als beheersingsmechanismen maken zij gebruik van standaardisatie van de opleiding, registratie en ethische codes. Het ontstaan van de kindergeneeskunde is een voorbeeld van *cliëntdifferentiatie*; de geschiedenis van de chirurgie van *afscheiding en fusie*. Door de vooruitgang van de natuurwetenschap moet de arts naast kennis over anatomie en fysiologie het *kennisdomein aanpassen*.

Het domein van de arts gaat zich door *herdefinitie* uitstrekken over terreinen die met de behandeling van ziekte en met genezen niets te maken hebben, zoals medische keuringen. Door bevolkingsonderzoeken worden potentiële patiënten opgespoord, die zelf nog niet door hebben dat zij een ziekte onder de leden hebben. Medici krijgen daardoor *zeggenschap* over een nieuw domein.

3.4. De verpleegkundige beroepsontwikkeling en de relatie met artsen

Kende de vroege ontwikkeling van de verpleging zoals in Kaiserswerth (3.2.3) haar eigen oorsprong, toch wordt de verpleging de assistent van de dokter. Al snel nadat verplegen een beroep is geworden, ontstaat een domeinstrijd tussen artsen en verpleegkundigen. Het domein dat de verpleging zich had toegeëigend wordt fel bevochten door de medici.

3.4.1. Het begin van de domeinstrijd

De eerste jaargangen van het Maandblad van de Ziekenverpleging staan bol van de artikelen over de taken van de verpleging en de rivaliteit met de artsen (Van der Kooij, 1990).

De Amsterdamse hoogleraar W. Gunning, voorvechter voor de verpleegkundige opleidingen zegt over de verbetering van de verpleging in de gasthuizen: "*de ziekenverpleegster wordt meer en meer voor wat zij bestemd is te zijn: de rechterhand van den geneesheer.*" Wat betreft het voorkomen van ziekten schrijft hij... "*dat de geneesheer op dit terrein met meer vrucht werkt waar hij zich in een geregelde samenwerking met een ziekenverpleegster mag verheugen.*" (Stolk, 1983, p. 25)

Hij wil een volwaardige, professionele verhouding tussen arts en verpleegkundige waarbij hij *preventie* als taak van de verpleging ziet (Stolk, 1983). Daarnaast ziet hij "*self-help*" als taak van vooral de wijkverpleegkundige:

“De wijkverpleegster moet de patiënt en zijn gezin “self-hulp” leren. Zij moet toezicht uitoefenen op de uitvoering van de voorschriften van de geneesheer en op de verpleging van de zieken. Zonodig moet zij de patiënt zelf verplegen” (Stolk, 1983, p. 25).

Florence Nightingale (1820-1910), initiatiefneemster van de eerste seculiere beroepsopleiding voor verpleegsters in Europa, verwoordt het doel van verplegen in haar boek “Notes on Nursing” (Van Lieburg et al., 1980):

“Wij oefenen de leerlingen in nauwkeurigheid, kalmte en betrouwbaarheid en in persoonlijke netheid. Wij leren haar de belangen te behartigen van een grote zaal of inrichting.. Wij geven onderwijs in het verbinden van wonden en in het behandelen van hulpbehoevende patiënten met het oog op het veranderen van houding, verbedden, voeden, temperaturen en het voorkomen van doorliggen. Er wordt geleerd hoe bij operaties alle mogelijke hulp te geven die een chirurg verlangt. Ook wordt lesgegeven in de wijze waarop ziekenzalen moeten worden schoongemaakt, gelucht en verwarmd. Van groot belang is het leren waarnemen van patiënten zodat aan de dokter een verstandig verslag kan worden uitgebracht over het verloop van de ziekte in de tijd tussen zijn bezoeken, iets wat veel moeilijker is dan men denkt.”

“Notes on nursing” is in het Nederlands vertaald door Anna Dorothee van der Toll (1827-1886; Van Lieburg et al., 1980). De arts G.E.V. Schneevoogd (1814-1871), in 1851 de eerste hoogleraar psychiatrie van ons land, schrijft het voorwoord: *“een goed opgeleide verpleegster of verpleger komt de therapie ten goede. Zodoende toch wordt de verpleging de onmisbare aanvulling van de geneeskundige behandeling en wordt een oppasser de rechter hand van de geneesheer”* (Van Lieburg et al., 1980, voorwoord ongepagineerd).

Waar Florence Nightingale zich bezighoudt met medische problemen beschouwt hij haar als *“de lieve indringster”*. De geneeskunde is volgens Schneevoogd in “Notes on nursing” (Nightingale, 1859) *“een gebied waar de ingenijde haar¹¹ wankelende schreden met zekere angst gadeslaat en tot zijn leedwezen haar zelfs wel eens ziet struikelen.”* (Van Lieburg, 1980 voorwoord ongepagineerd).

Schneevoogd laat hierdoor weten dat verpleegkundigen niet op het terrein van de arts mogen komen.

“Notes on Nursing” (Nightingale, 1859) is geen handboek voor de verpleging; het beschrijft wat ziekenverpleging is. Hoofdstelling is dat de ziekenverpleging een vak is, een specialiteit. Het verpleegkundige beroep is niet gebaseerd op intuïtie maar op kennis, verkregen na een grondige opleiding in een ziekenhuis. Daarom is bij Nightingale de relatie tussen arts en verpleegkundige geen ondergeschikte, maar een gelijkwaardige (Van Lieburg et al., 1980). Haar stellingname houdt echter geen stand.

In 1892 stelt dr.Winkler in zijn eerste les als taak van de verpleegster *“één persoon die begrijpt dat zij bijna dezelfde rol speelt als de intelligente moeder die aanneemt, maar methodisch waarneemt tijdens de afwezigheid van de geneesheer en die zich nooit zal verstouten uit haar waarneming een oordeel af te leiden laat staan dit oordeel de grondslag van haar handelen te nemen”* (Winkler, 1892, p. 618).

Jeltje de Bosch Kemper, hoofdredacteur van het tijdschrift voor de ziekenverpleging, reageert zeer verbaasd: *“de voorstelling: de pleegzuster als hulp van de geneesheer, als een persoon die een deel van zijn arbeid over kan nemen, dunkt mij eene die nog niet algemeen is”*(Maandblad van de ziekenverpleging 1892, nr.8, p. 8).

Ds. Fliedner, grondlegger van de diaconessenhuizen, gaf de verpleging een assisterende rol ten opzichte van de arts, maar tegelijkertijd ook een corrigerende. *“Zij behoort zijn assistente te zijn, maar moet nimmer trachten in zijn rechten te treden; slechts in dringende en zeer buitengewone gevallen mag zij*

¹¹ Hij verwijst naar Florence Nightingale

eigenmachtig handelen. Verpleegsters van rijke ervaring hebben het recht rustig en tactvol met den dokter te overleggen, doch niet hem direct tegen te spreken. De dokter moet op zijn beurt het ziekenhuis beschouwen als een plaats van onderricht voor de zuster” (Stolk, 1983, p. 32).

Ondanks Gunning, Nightingale, Fliedner en De Bosch Kemper, die de verpleging als zelfstandig beroepsbeoefenaars naast de arts zien, wordt de verpleegkundige toch langzaam ondergeschikt aan medici. De twee professies strijden lang met elkaar over de zeggenschap over het beroepsdomein. Een en ander blijkt ook uit de eerste leerboeken voor de ziekenverpleging. In 1894 wordt het eerste overzichtswerk voor de verpleging in ons land uitgegeven door A.N. Nolst Trenité, dat lange tijd het meest gebruikte boek in de opleidingen wordt (Van Lieburg, 1983). In zijn inleiding noemt hij als hoofdtak van de verpleging: *“het ten uitvoer brengen der voorschriften van den geneesheer.”* Hij wijst de lezer er voorts op dat het handboek niet de hoogste wijsheid is *“maar dat iedere geneesheer onder wien zij¹² eens werken zullen, het recht moet behouden om wenken en bevelen te geven, afwijkende van hetgeen zij uit het boek geleerd hebben.”* (Van Lieburg, 1983, p. 20). Hij toont zich een voorstander van goed opgeleide verpleegkundigen, maar waarschuwt de verpleging tevens zich niet op het terrein van de arts te begeven: *“Dat is, dunkt mij, het eene noodige om verstandelijke verplegers, geen verpleegmachines te hebben, om in onze verplegenden intelligente medewerkers te hebben tegen kwakzalverij, tegen knoeien, zelf doktertje spelen”* (Van Lieburg, 1983, p. 21). Hij wordt hierin ondersteund door een uitspraak van de Haarlemse rechtbank uit 1895, waarin verklaard wordt dat het verwijderen van een wrat onder de WUG valt (W.6672) en niet door verpleegkundigen mag worden verricht (Leenen, 1991).

Dat de positie van de verpleegkundige ondergeschikt behoort te zijn aan die van de arts, blijkt ook nog uit de volgende passage: *“Een verpleegster, wier werkkring met enkele woorden omschreven kan worden als de hulp van den dokter, mag nooit aan de minste twijfel aan het doeltreffende van een gegeven wenk opkomen”*. Op gepaste wijze mag een verpleegster wel een kritische opmerking tegen een arts maken,... *“maar niet in aanwezigheid van de zieke.”* Dit laatste is cursief gedrukt (Van Lieburg, 1983, p. 25).

De opzet van het boek is tot ver in de 20^{ste} eeuw kenmerkend voor de leerboeken voor de verpleging. Achtereenvolgens worden behandeld de anatomie, de fysiologie, de pathologie en tot slot ook de verpleegkunde (Van der Bruggen, 1988). De nadruk ligt op de houdingsaspecten van de verpleegkundige. Nolst Trenité vindt kennis ondergeschikt aan de houding: *“de geleerdheid moet slechts een middel zijn om met nog meer succes werkzaam te kunnen zijn”* (Van Lieburg, 1983, p. 25). De eisen die hij aan een goede ziekenverpleegster stelt, zijn: *“liefde tot den naaste, toewijding en besef van plicht”* (Van Lieburg, 1983, p. 25).

Toch was Nolst Trenité geen voorstander van de ver doorgevoerde patriarchale hiërarchie tussen artsen en verpleegkundigen zonder dat er oog was voor collegiale verhoudingen (Van Lieburg, 1983). In het leerboek van de arts Stumpff dat in 1907 verschijnt, *“hindert hem de toon van de neerbuigende genade van den dokter die zo goed is om wat van zijn kennis af te staan aan zijn leerlingen”* (Van Lieburg, 1983, p. 26).

Hij doelt daarbij op het voorwoord: *“ter bevordering der hygiëne of ter bestrijding van algemene sociale kwalen. Om U voor dit gedeelte van uw taak geschikt te maken, zal het noodig zijn dat wij nu en dan kleine uitstapjes maken op medisch gebied. Het spreekt vanzelf dat wij te dien opzichte de nodige beperkingen in acht moeten nemen, dat ik niet zelden genoodzaakt zal zijn een en ander aanmerkelijk vereenvoudigd aan U voor te stellen. Gij kunt niet verwachten dat gij in ongeveer 3 jaar met zeer geringe voorontwikkeling hetzelfde leert als de student na zeer uitgebreide voorstudie in 6 a 7 jaar. Uw medisch weten is dus van een ander gehalte als dat van den geneesheer. Geneeskundige boeken zoudt ge in het geheel niet begrijpen. En later – gij zijt nooit tweede*

¹² Hiermee verwijst hij naar zijn lezers, de verpleegsters

geneesheren, geen plaatsvervangsters van den behandelend dokter, doch slechts deskundige verpleegsters”(Stumpff, 1907, p. 3 en 4).

Artsen zien de opkomst van de verpleging als concurrerend en proberen controle te krijgen over hun werk door de verpleegkunde onderdeel te maken van de geneeskunde. Zij reageren op de opkomst van de verpleging door zich de beroepsgroep toe te eigenen.

Een citaat van de arts Gezelle Meerburg uit 1928: *“het gaat met het verplegen van zieken niet meer als met het recept aan den Apotheker. Wanneer een arts eene zuster te hulp roept om een typhys patiënt te verplegen, zoo zal deze niet tot haar zeggen: Zuster, ik heb een typhyspatiënt, doe wat uw hand vindt om te doen, verpleeg zooals ik het U heb geleerd. Nee, hij zal nauwkeurig met haar afspreken hoe vaak hij de patiënt gevoed wil hebben, gewend wil hebben, hoe vaak de mond gereinigd moet worden, afwasschingen zullen moeten worden gegeven voor betere longventilatie, voor het voorkomen van decubitus, hoe hij de patiënt gekleed wil hebben...het is de zieke van de arts, voor wiens hulp hij de arts zeer dankbaar is.*

De apotheker met een eigen deskundigheid, levert medicijnen zoals een arts ze wenst. Ziekenverpleging echter is geneeskunde. Zij is niet een hulpvak van de geneeskunde, zoals dat de bereiding van geneesmiddelen is, maar zij is.....geneeskunde en niets anders” (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1928, p. 148-149).

De medici proberen zeggenschap te krijgen over het terrein dat verpleegkundigen claimen door het te herdefiniëren als zijnde geneeskunde.

Als reactie op het citaat van Gezelle Meerburg wordt door de verpleegkundige Kehrer, presidente van de verpleegkundige vakvereniging Nosokomos, het werk van de arts vergeleken met dat van de architect en dat van de verpleging met dat van metselaars en timmerlieden: *“bij haar kwam dadelijk de vraag op: de architect is met zijn helpers verantwoordelijk voor diens bouw. Hij heeft daarbij de hulp van timmerlieden en metselaars nodig. Wordt nu het timmermansvak en het metselaars vak ook het vak van de architect? Of is het timmermanswerk en het metselaarsvak geen eigen vak? ”* (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1928, p. 199).

Meerburg reageert hierop cynisch dat ze het goed begrepen heeft: *“een timmerman mag geen spijker slaan zonder goedkeuring van de architect*” (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1928, p. 199).

Een reactie uit de verpleging is onvermijdelijk. Verpleegkundige J.J. Schutte laat weten dat heel wat leed zou worden voorkomen als artsen een half jaar onderricht in verplegen zouden krijgen (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1928, p. 235): *“hoe weinig artsen hebben een open oog voor doelmatige verzorging in ligging, voeding en ventilatie”*.

De artsen beroepen zich bij monde van dr. J.Kuipers op hun goede opleiding. *“De arts die wil, is in heel korte tijd een verpleger die voor de beste verpleger of verpleegster niet onder hoeft te doen. Dit is geen minachting voor uw vak zr. Schutte maar omdat de opleiding van de arts (ik noem de vakken maar in volgorde waarin ze worden bestudeerd) in natuurkunde, in scheikunde, in anatomie, in physiologie, in die der geneesmiddelen, zoo diep gaat, dat wat zijn voorgangers, dat zijn geneesheeren, tot het vak der verpleging hebben gemaakt, en dat zijn de allereenvoudigste handgrepen bij het behandelen van zieken, voor hem geen moeilijkheden oplevert.”* (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1928, p. 236).

In 1928 echter wordt de Nátionale Bond voor Ziekenverpleging opgericht, waarvan in tegenstelling tot de in 1893 opgerichte Néderlandse Bond voor ziekenverpleging geen artsen en bestuurders meer lid kunnen zijn. Uitsluitend verpleegkundigen worden als lid geaccepteerd. De verpleging rekent voeding, ventilatie, ligging en hygiëne tot haar domein.

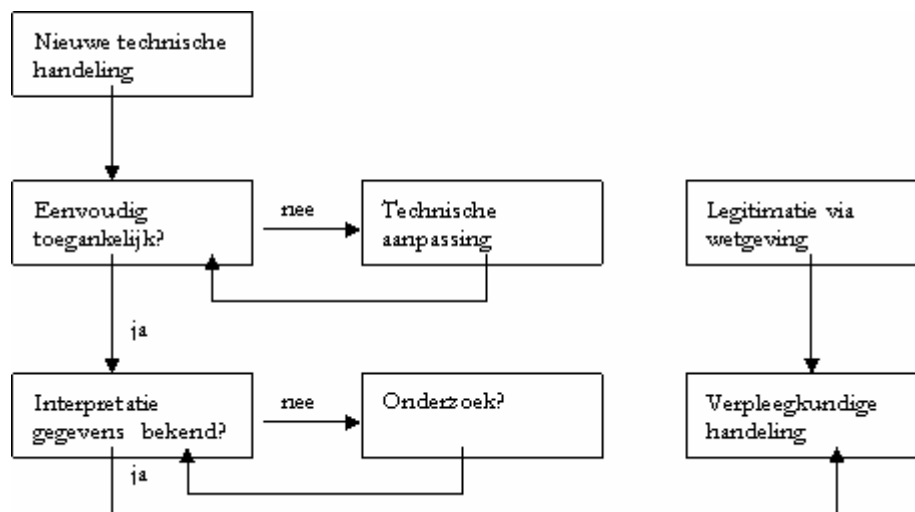
Ondanks deze overwinning van de verpleging in het streven naar zelfstandigheid, vindt een tegenbeweging plaats: de overname van medisch technische handelingen door verpleegkundigen. Zijn medici ambivalent als het gaat om het bestaansrecht van de verpleging, verpleegkundigen zijn ambivalent als het gaat om de invulling van hun taak. Zij willen geen onderdeel zijn van de geneeskunde, maar nemen wel technische handelingen van medici over. Zodra een techniek tot de routine handelingen van de arts gaat horen en veel wordt toegepast, wordt deze aan verpleegkundigen geleerd.

Boerhaave, hoogleraar geneeskunde in Leiden (1668-1738) gebruikt als één van de eersten de thermometer van zijn tijdgenoot Fahrenheit. De thermometer is 50 cm. lang en moet ruim twintig minuten tegen het lichaam worden gehouden (Dane, 1968).

Nolst Trenité (1894) noemt in zijn leerboek *“Handboek der ziekenverpleging”* temperaturen als één van de verpleegkundige taken: *patiëntenvervoer, doorliggen, verbedden, wassen, verwijderen van ongedierte in het haar, toedienen van voedsel en medicamenten, temperaturen, hulpverlening aan stervenden en doden.*” (Van Lieburg, 1983, p. 27).

Is in 1894 het katheteriseren van de blaas nog een medische handeling, in 1908 niet meer (Van der Kooij, 1990). Uit een pamflet, opgesteld door de (mannelijke) Nederlandsche Verplegers Vakvereniging blijkt dat het katheteriseren niet helemaal zonder slag of stoot door de verpleging is overgenomen: *“wat ’t catheteriseren betreft, is ’t een algemeen bekend feit, hoe verpleegsters klagen dat ’t tegen haar hooggeprezen gevoel stuit en zij ’t toch moeten doen”* (Pamflet 1906 getiteld *“Men werpt alleen met steenen naar boomen die vruchten dragen”*; Van Gemert et al., 1986, p. 57). Dit kan echter ook gezien worden als de manier van het kleine aantal mannelijke verpleegkundigen om zich een belangrijkere positie te verwerven dan hun talrijke vrouwelijke collega’s (Van Gemert et al., 1986). De intramusculaire injectie wordt in 1931 nog zo zelden toegediend, *“dat de arts deze meestal zelf geeft”*, aldus zuster Melk in haar leerboeken (Van der Kooij, 1990, p. 44). In de herdruk van 1941 schrijft zij over deze injectie dat het *“een niet ongevaarlijke handeling is, die de verpleegster nu wel moet kunnen”*. Voor het bloeddrukmeten bestaat de taak van de verpleegkundige *“uit het aanleggen van de manchet”*, aldus zuster Melk in 1941 (Van der Kooij, 1990, p. 44). In 2003 promoveert een verpleegkundige op het voorkomen van het vrijwel onbekende verschijnsel van bloeddrukdaling bij ouderen na de maaltijd en na het opstaan (Vloet, 2003). Een van de resultaten van het onderzoek is een verpleegkundige richtlijn voor het op de juiste wijze meten van de bloeddruk. Dat medici deze handelingen naar de verpleging verschuiven is vanuit Abbott verklaarbaar. Het zijn voor hen “gevaarlijke” routine handelingen die bedreigend zijn voor de professionele status van het werk. De verpleging kan haar status verhogen door deze handelingen over te nemen; er worden daardoor hogere eisen gesteld aan de opleiding, die grotendeels door medici wordt verzorgd. Medici die, zoals aangetoond, niet erg gewillig zijn om hun kennis over te dragen.

Wanneer handelingen nieuw zijn, doet de arts deze zelf (temperaturen, bloeddrukmeten, injecties geven, meten van zuurstofsaturatie, dialyseren). Wanneer er voldoende bekend is over de risico’s van de handeling en de handeling versimpeld is met behulp van techniek, dan lijkt deze verschoven te worden, vooral als het een handeling is die door de dag heen hoog frequent voorkomt. In schema (de pijlen geven de volgorde aan):



Figuur 3.1. Delegatie handelingen aan de verpleging

Ondanks de overname van een aantal handelingen van medici is het de verpleging uitdrukkelijk verboden om zich op het geneeskundige terrein te begeven. De domeinstrijd tussen artsen en verpleegkundigen houdt aan.

Verpleegkundige mevrouw Buizer werkte van 1929 tot 1967 in de Amsterdamse Valerius Kliniek, een psychiatrisch ziekenhuis. In een interview uit 1987 zegt zij over de periode 1910-1930: *“Maar je moest als verpleegkundige zorgen dat je je niet op het terrein van de arts begaf. Ook als de arts niets over de behandeling loslaat en de familie je iets vraagt. Je mag niet op het terrein van de arts komen”* (Poot, 1985, pag. 1295).

Een andere oud-verpleegkundige mevrouw De Vries-Propert, tussen 1914 en 1918 in dezelfde kliniek werkzaam, vertelt in het interview: *“Het werd ons verboden met de patiënten te praten over hun problemen. Desondanks moesten we elke dag over alle patiënten rapporteren”* (Poot, 1985, pag. 1305).

“Eenmaal praatte een patiënt met een zuster, waarbij een woordenwisseling ontstond van welles - nietes. Dit hoorde een dokter en hij gaf de zuster in aanwezigheid van de patiënt een flinke uitbrander. Ik heb het hem nooit vergeven.”

In het leerboek voor de ziekenverpleging *Verpleegkunde, speciële verpleging* uit 1971, een boek gericht op specifieke verplegingstechnieken staat in het voorwoord dat informatie over diagnostiek en behandeling niet tot het terrein van de verpleegkundige behoort:

“Zo mogelijk en zo nodig stelle men de patiënt op zijn gemak door een tactvol voorstellen aan eventuele medepatiënten. Deze taken behoren volledig tot de verpleging. Dat is niet het geval met de in het verdere verloop van de diagnostiek of behandeling noodzakelijke toelichting en informatie omtrent het hoe en waarom der verschillende ingrepen. Dat is de taak van de dokter, maar de verplegende kan er zorg voor dragen dat de patiënt tijdig wordt geïnformeerd.” (Van der Moolen en Quanjer, 1971, p. 9)

Samengevat zagen we in de laatste paragrafen de in tabel 3.1. weergegeven probleemgebieden en taken voor de verpleging de revue passeren.

Tabel 3.1. Taken en probleemgebieden verpleging in resp. Kaiserswerth, volgens Nightingale en in het begin van de 20^e eeuw (Van der Meij-de Leur, 1987; Dane, 1968; Van Gemert et al., 1986)

	Kaiserswerth	Nightingale	Begin 20 ^e eeuw
Probleemgebieden en taken	Toepassen van rust, reinheid, frisse lucht, dieetleer, verbandleer, zielszorg, arbeidstherapie	Houding, verbedden, voeden, temperaturen, voorkomen van doorliggen, observatie, beheer en onderhoud, verbinden van wonden, hulp bij operaties	Hulp arts, voeding, mondverzorging, voorkomen van doorliggen, bevorderen ventilatie, kleden, ligging, hygiëne, patiëntenvervoer, wassen, verwijderen van ongedierte uit het haar, toedienen van medicamenten, temperaturen, hulpverlening aan stervenden en doden, katheteriseren

3.4.2. Analyse

De strijd tussen artsen en verpleegkundigen ontstaat vanuit Abbott gezien door de aanval die de medici ervaren op hun domein, een domein waar zij sinds eeuwen heer en meester over zijn. Artsen hebben vanuit Mastenbroek (1996) gezien verpleegkundigen nodig om hun werk te kunnen doen. De instrumentele relatie is niet in balans. Zij weten niet precies wat de verpleging doet en zijn vanuit de historie niet gewend op gelijke voet te overleggen met de zaalmeiden en zaalknechten. Zij proberen daarom de verpleging te onderwerpen, onder meer door ze aan de geneeskunde te koppelen. Ook willen zij hun kennis niet met de verpleging delen. Door de afhankelijkheidsrelatie met de arts voelt de verpleging zich achtergesteld. Er ontstaat groepsdeprivatie. Uit onvrede met deze situatie proberen verpleegkundigen door sociale mobiliteit, door het doen van technische handelingen, hun status te verhogen.

3.5. Ontwikkelingen na de Tweede Wereldoorlog

Het systeem van de gezondheidszorg is na 1945 totaal ontwricht. Er heerst een tekort aan artsen, personeel, bedden en ziekenhuizen. Door de oorlog, de bombardementen en vooral door de hongerwinter stijgt de vraag naar gezondheidszorg. Het tekort aan verpleegkundigen wordt enerzijds versterkt door de geboortedaling van vóór de Tweede Wereldoorlog (Eggen, 1989) en anderzijds de bevolkingsgroei na de oorlog. Daarnaast nemen de behandelmogelijkheden snel toe.

Tussen de afloop van de Tweede Wereldoorlog en de jaren zeventig verandert er geleidelijk aan veel voor de verpleging, zonder dat zij hier zelf duidelijk een actieve rol in speelt. De verpleging lijkt zich te hebben geschikt in de ondergeschikte rol aan de arts.

3.5.1. De gezondheidszorg

De komst van antibiotica, psychofarmaca en de mogelijkheden om intraveneus vocht toe te dienen, eind jaren veertig, markeren een begin van een periode van geavanceerde medisch technologische ontwikkelingen (Van der Meij-de Leur, 1987).

Samen met de sociaal-economische vooruitgang, de stijgende welvaart en de georganiseerde preventie van besmettelijke ziekten, bijvoorbeeld door vaccinaties, levert de medische wetenschap een enorme bijdrage aan de verbetering van de gezondheidszorg.

Door het gebruik van steeds ingewikkelder medische apparatuur voor diagnostiek en behandeling wordt het in de jaren vijftig hoe langer hoe gebruikelijker dat men bij ernstige ziekten wordt opgenomen in een ziekenhuis.

De levensverwachting bij de geboorte gaat omhoog van 50 jaar in 1900 naar 75 jaar voor mannen en 80 voor vrouwen in 1999 (www.rivm.nl).

De vraag naar verpleegkundigen stijgt in de loop der jaren explosief. In 1938 zijn er volgens het Rijksregister 5229 gediplomeerd verpleegkundigen (Zwols, 1985).

In 1979 zijn dat er 26.132, naast 22.491 verpleegkundigen in opleiding. Ook zijn er dan 2950 ziekenverzorgeren en nog eens 1206 in opleiding.

Anno 2002 zijn er in ons land 440.000 mensen werkzaam in de verpleging en verzorging (Van der Windt, Calsbeek, Talma en Hingstman, 2004).

3.5.2. Veranderingen in verpleegkundige opleidingen en functiedifferentiatie

Vanaf 1964 is niet meer de stand, de afkomst, van de kandidaat verpleegkundige het selectie criterium voor de opleiding, maar de vooropleiding: minimaal MULO. Het aanbod van kandidaten voor de opleidingen wordt hierdoor flink uitgebreid. Langzaam verdwijnen de religieuzen uit de ziekenhuizen, versterkt door de secularisering van de maatschappij (Spijker, 1979) en daarmee verdwijnt ook het laatste element van liefdadigheid.

De werktijden worden gunstiger en er treedt een salarisverbetering op (Van Gemert et al., 1986). In 1965 treedt door toedoen van de Geneeskundige Hoofdinspectie en de ziekenhuisdirecties de wet op de ziekenverzorging in werking (Van Gemert et al., 1986). Voortgezet Lager Onderwijs is genoeg om tot de tweejarige opleiding toegelaten te worden. De ziekenverzorgerster werkt onder leiding van een verpleegster, speciaal voor de verzorging van, al of niet bejaarde, chronische zieken. De verpleegster met haar opleiding behoort niet langer meer de eenvoudige, maar ook noodzakelijke werkzaamheden te doen (Van Gemert et al., 1986). Er ontstaat verticale functiedifferentiatie (Van Offenbeek et al., 2002). Als redenen voor het afstoten van zorgactiviteiten noemen Van Gemert et al. (1986):

- De verpleegkundigen mogen niet achter blijven bij de medisch technische ontwikkelingen;
- Bezuiniging (door de salarisstijging wordt de verpleging te duur);
- Chronisch tekort aan verpleegkundig personeel;
- Het afstoten van onwelkom routine matig, eenvoudig verzorgend en huishoudelijk werk door verpleegkundigen.

De nationale Bond van Verplegenden stelt zich aanvankelijk fel op tegen de komst van het hulp personeel. Vooraanstaande verpleegkundigen als zr. Meyboom (1871-1971; Van der Meij-de Leur, 1987) zijn geen voorstanders en zien de ziekenverzorgerster hooguit als een praktische hulp die tot het domein van de verpleging behoort, goed opgeleid moet worden en niet zelfstandig mag werken. Op de werkvloer wordt aanvankelijk gevreesd voor concurrentie. Zo wordt er gepleit voor andere uniformen en sluiers als onderscheid (Van Gemert et al., 1986). De directies van ziekenhuizen en de overheid winnen de strijd glansrijk. Zij laten de verpleging zien dat het afstoten van eenvoudig werk waar minder opleiding voor nodig is, de verpleegkundige een hogere status oplevert. Door de inperking van de zelfstandigheid van de ziekenverzorgenden, bijvoorbeeld door ze onder supervisie van de verpleging te laten werken, wordt concurrentie bedongen (Van Gemert et al., 1986).

Op de afdelingen in de ziekenhuizen doen huishoudelijke hulpen en keukenassistenten hun intrede. Er verschijnen secretaresses die een aantal administratieve taken van de verpleging overnemen (Eggen, 1989).

Terwijl de verpleging actief taken afstoot worden haar ook veel taken ontnomen zonder dat zij daar tegen protesteert. Nieuwe professies ontstaan uit taken die aanvankelijk door

verpleegkundigen worden verricht zoals medisch maatschappelijk werkers, diëtisten, röntgenlaboranten, fysiotherapeuten, operatieassistenten. Na 1945 worden hier opleidingen voor opgezet die over het algemeen een hogere status hebben dan de inservice opleiding van de verpleegkundige (Van Gemert et al., 1986).

In 1967 wordt de regeling op het A-diploma gewijzigd. De duur van de opleiding wordt met een half jaar verlengd tot drie en half jaar met een minimum van 800 uren theorie. De naam verpleegster wordt vervangen door verpleegkundige (Speets, 1990) om te laten zien dat het beroep niet alleen voor vrouwen bestemd is (Van der Meij-de Leur, 1987).

Net als de artsen, gaat de verpleging in de jaren zestig over tot specialisatie (horizontale functiedifferentiatie (Van Offenbeek et al., 2002)). Het zijn overwegend medisch-technische specialisaties zoals de intensive care, hartbewaking en nierdialyse. Het verzorgende werk maakt meer en meer plaats voor ingewikkelde technische handelingen. De verpleging komt daardoor dichterbij de medicus te staan en wordt gevormd naar de behoefte van de artsen (Zwols, 1985). Zij let op de bewakingsapparatuur, zorgt voor de uitvoering van de dialyse, dient medicatie toe en waarschuwt de arts bij bijzonderheden.

De invloed van artsen op de curricula van de (vervolg) opleidingen voor de technische specialisatie is groot, ook nog begin 21ste eeuw. Medici hebben bijvoorbeeld een plaats in commissies die de erkenningen van deze opleidingen regelen.

Medici blijven dus net als voor de Tweede Wereldoorlog routine handelingen afstoten. De verpleging wordt er beter van. Nu niet alleen in ruil voor meer scholing, maar ook in ruil voor een betere beloning. De salarissen van intensive care verpleegkundigen zijn een schaal hoger dan die van de niet gespecialiseerde verpleegkundigen.

Al met al lijken de medici nu in de domeinstrijd aan de winnende hand; de verpleging wordt vrijwel geruisloos na de Tweede Wereldoorlog onderdeel van de geneeskunde. De taken van de verpleging worden bepaald door buitenstaanders.

3.5.3. De “verlengde arm”

De medici worden bij het naar hun behoefte vormgeven van de verpleging geholpen door de wetgeving. Op grond van de WUG (Wet Uitoefening Geneeskunst, 1854) is het iedereen verboden de geneeskunde te beoefenen, ook verpleegkundigen. Dat is een belemmering voor het verschuiven van handelingen door artsen naar verpleegkundigen. Via rechtspraak en jurisprudentie echter ontstaan regels voor het “geneeskundig handelen” van de verpleegkundige. In 1952 wordt de zogenaamde “verlengde arm constructie” bedacht. De arts is verantwoordelijk voor de indicatiestelling en de juiste formulering van de opdracht; de verpleegkundige voor de juiste uitvoering waarbij toezicht en tussenkomst van de arts mogelijk moeten zijn (Van Aller en Driel-Krol, 1986). De formulering is vaag en roept vragen op. Om welke handelingen gaat het precies? Aan welke voorwaarden moet worden voldaan? Moet de verpleegkundige een speciale opleiding hebben gevolgd? (Franke, 1988).

In 1967 verklaart het Hof van Amsterdam dat het geven van injecties niet meer als geneeskundige handeling wordt beschouwd (Van der Kooij, 1990) en in het kader van de verlengde arm constructie gedelegeerd mag worden aan verpleegkundigen.

In 1972 wordt door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid de wenselijkheid uitgesproken te komen tot een uniform landelijk systeem voor het vastleggen van opdrachten en algemene landelijke normen die aangeven welke geneeskundige handelingen aan verpleegkundigen kunnen worden toevertrouwd (Van Aller et al., 1986). Het rapport van 1976 van dezelfde Raad heeft in het bijzonder betrekking op bekwaamheidsverklaringen (Van Aller et al., 1986). Veel

ziekenhuizen vinden de verlengde arm als basis voor het medisch technisch handelen te zwak. Om te voorkomen dat verpleegkundigen door autorisatieverklaringen bevoegd worden verklaard voor het uitoefenen van medisch technische handelingen, wordt een oplossing gevonden in de zogenaamde bekwaamheidsverklaringen. Een ziekenhuis verklaart bij monde van een hoofdverpleegkundige en een arts dat betrokkene beschikt over de kennis en de vaardigheid om een bepaalde handeling te verrichten. Uit angst voor civielrechtelijke, strafrechtelijke en arbeidsrechtelijke gevolgen, reageert de verpleegkundige beroepsgroep terughoudend tot ronduit afwijzend op de bekwaamheidsverklaringen¹³ (Beumer, Den Hartog-van der Tholen en Vreeburg-Molkenboer, 1984; Van Aller et al., 1986; Topman, 1987). Ten aanzien van het verrichten van medische handelingen zijn voor het eerst in de geschiedenis de meningen in de verpleging openlijk verdeeld. Er zijn verpleegkundigen die vinden dat de dokter dit maar gewoon moet doen en er zijn verpleegkundigen die deze handelingen tot hun takenpakket rekenen, zoals de Intensive Care (IC) verpleegkundigen. Wel vinden zij dat de wet erop aangepast dient te worden (Topman, 1987; Van der Kooij, 1990).

De verpleging komt in actie en de gelatenheid waarmee zij de veranderingen sinds de Tweede Wereldoorlog over zich heen heeft laten komen, slaat radicaal om in nieuwe strijd lust.

3.5.4. Streven naar een eigen verpleegkundige identiteit

Door de verlengde arm evolueert de verpleegkundige enerzijds nog verder tot assistent van de arts, maar anderzijds leidt het tot een streven naar onafhankelijkheid. Het leidt tot zoeken naar de eigen identiteit (Van Aller et al., 1986). De verpleging wil een eigen, afgebakend, autonoom handelings- en deskundigheidsgebied. Zij streeft naar een solide theoretisch fundament voor de eigen verpleegkundige zorgverlening (Van der Bruggen, 1988). Dat geldt zelfs voor de IC verpleegkundigen die geen bezwaar maken tegen het verrichten van medische handelingen (Topman, 1987). De dagelijkse verzorging van patiënten is naar het lagere niveau van de ziekenverzorgster geschoven (Van Gemert et al., 1986).

Er breekt een periode aan waarin binnen de verpleging een technische richting ontstaat en een richting waarin geprobeerd wordt de zorg een andere inhoud te geven met behulp van inzichten uit de sociale wetenschappen (Van Gemert et al., 1986). De verpleging probeert op die manier toch weer een eigen domein te krijgen.

In aansluiting op ontwikkelingen in Noord Amerika komt vanaf begin jaren zeventig in Nederland een professionaliseringsproces op gang. Het wordt gekenmerkt door een streven naar verbetering van de kwaliteit van zorg en naar autonomie; zelfstandig kunnen oordelen en handelen door verpleegkundigen op basis van sociaal wetenschappelijke kennis en methodieken. Het is een streven om in de beroepsuitoefening onafhankelijk te worden van de arts (Grijpdonck, 1991). Wat voorheen gezien werd als gewone verpleegkundige zorg, wordt geïncubiseerd zodat er speciale deskundigheid voor nodig is.

De problematisering van de zorg en de aansluiting bij onder meer de gedragswetenschappen geschiedt in ons land kort na de roerige jaren zestig. Er werd geageerd tegen maatschappelijke structuren uit de overtuiging dat deze veranderd moesten worden, om te voldoen aan de vraag om meer individuele vrijheid en autonomie. De verpleging vraagt om hetzelfde: autonomie en zelfstandigheid.

¹³ Civielrechtelijk – omdat de verpleegkundige zegt deskundig te zijn moeten derden daarop vertrouwen. Strafrechtelijk neemt de aansprakelijkheid toe omdat zij zich op verboden terrein begeeft. Arbeidsrechtelijk omdat het weigeren van een handeling waarvoor een verpleegkundige bekwaam verklaard is, als werkweigering opgevat kan worden.

Gezien het streven naar een eigen beroepsidentiteit is het niet verwonderlijk dat er tussen 1970 en 1990 een groot aantal rapporten en adviezen over het eigene van de verpleging verschijnt. Voor het eerst wordt het verpleegkundige domein formeel vastgelegd. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid beschrijft in 1978 de beroepshandelingen als volgt:

- handelingen in het kader van de continue observatie en begeleiding van de patiënt, gedurende zijn gehele verblijf in het ziekenhuis.
- handelingen gericht op de verpleging en verzorging van de patiënt.
- handelingen op geneeskundig terrein die in aansluiting op de diagnostische en therapeutische activiteiten van de arts in diens opdracht worden verricht (Leenen, 1986).

Het rapport honoreert de opvatting dat verpleegkundigen handelingen doen in opdracht van de arts, maar voorziet hen tevens van een eigen domein. De verpleging vindt externe legitimering. Het eerste advies over het beroepsprofiel verschijnt in 1987, snel gevolgd door het profiel zelf (Bakker en LeGrand-van den Boogaard, 1988). Verplegen wordt gedefinieerd als: *het herkennen, analyseren alsmede advies en bijstand verlenen ten aanzien van feitelijke of dreigende gevolgen van lichamelijke en of geestelijke ziekteprocessen, handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling voor de fundamentele levensverrichtingen van het individu. Verpleegkundig handelen houdt tevens in het zodanig beïnvloeden van mensen dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het in stand houden en bevorderen van gezondheid. De eigen deskundigheid van de verpleging is het verlenen van hulp bij problemen met fundamentele levensverrichtingen die het gevolg zijn van ziekte, handicap en ontwikkelingsstoornissen.* (Bakker et al., 1988, p. 19).

Het beroepsprofiel is een belangrijke zet in het verkrijgen van zeggenschap over een eigen deskundigheidsdomein:

1. De verpleging neemt de eerder afgestoten taken aan de ziekenverzorging weer terug. *“Bij het onderscheid in twee deskundigheidsniveaus gaat het niet om het toewijzen van taken, doch om de toewijzing van een verpleegkundige beroepsbeoefenaar aan een patiënt. Uit de patiëntentoe wijzing (gebaseerd op complexiteit) vloeien taken voort die in het kader van patiëntenzorg worden verricht.* (Bakker et al., 1988, p. 24).

Verpleegkundigen van het eerste deskundigheidsniveau kunnen zowel de complexiteit van de verpleegsituatie bepalen als de benodigde verpleegkundige zorg, gebaseerd op de door hen gediagnosticeerde hulpvraag van de patiënt. Verpleegkundigen van het tweede niveau (verpleegster of ziekenverzorgster genoemd) en van het eerste deskundigheidsniveau zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorg aan de toegewezen patiënten. Hiermee wordt op een de ziekenverzorgster in het verpleegkundige domein gepositioneerd.

De reacties binnen Verpleegkundig Nederland op de twee deskundigheidsniveaus staan lijnrecht tegenover elkaar. Het tweede deskundigheidsniveau wordt enerzijds gezien als degradatie van het beroep en anderzijds als een mogelijkheid om patiënten op maat gesneden zorg te bieden (Eerland-van Vliet, Luitgaren en Hulsebosch, 1986). Dat de ziekenverzorging op deze wijze tot het domein van de verpleging gaat horen, wordt niet herkend. Het lukt de verpleging niet het beleid te wijzigen en de twee deskundigheidsniveaus zijn een feit.

2. De verpleging definieert nieuwe problemen die zij tot haar domein rekent.

De taken van de verpleging in het profiel zijn op een hoger abstractieniveau geformuleerd en totaal anders dan bijvoorbeeld die van de verpleegkundige. J.J. Schutte beschrijft ze in 1928 (Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1928, p. 235) als *“ligging, voeding en ventilatie.*

Bakker et al.,(1988) noemen: *het verlenen van hulp of problemen bij fundamentele levensverrichtingen die het gevolg zijn van ziekte, handicap of ontwikkelingsstoornissen”* (Bakker et al., 1988, p. 19).

De eigen deskundigheid van de verpleging wordt nadrukkelijk neergezet: *“verplegen is erop gericht het individu in staat te stellen zijn/haar onafhankelijkheid zo snel mogelijk en zoveel mogelijk te doen hervinden”* (Bakker et al., 1988, p. 19). Verplegen richt zich op de gevolgen van ziekte, niet op de ziekte zelf, ter onderscheid van het werk van artsen en psychotherapeuten (Bakker et al., 1988, p. 19). Over de problemen waar de verpleging zich mee bezighoudt zegt het profiel: *“deze zijn complex en hebben onder meer humaan-biologische, psychische en sociale aspecten”* (Bakker et al., 1988, p. 21).

3. De verpleging maakt een begin met het ontwikkelen van een methodische werkwijze. Over de activiteiten in het kader van het verpleegkundig handelen staat in het beroepsprofiel: *“ideaal is dat activiteiten worden ondernomen op basis van begrip en inzicht in de problemen. In het kader van het verpleegkundig handelen noemen wij dit methodisch handelen of het verpleegkundig proces. Dit proces wordt onderscheiden in de volgende fasen:*

- *vaststellen van de verpleegkundige zorgvraag*
- *voorschrijven en plannen van de verpleegkundige zorg*
- *uitvoeren van de verpleegkundige zorg*
- *evalueren van verpleegkundige zorg”*

(Bakker et al., 1988, p. 22).

De verpleging claimt met het beroepsprofiel een eigen domein met zelf gedefinieerde problemen. Opvallend in de beschrijving van deze problemen is het “humaan-biologische” aspect naast psychische en sociale aspecten. Het geeft de indruk dat alles wat maar eventueel geassocieerd zou kunnen worden met het medische model, is vermeden.

Met de introductie van het methodisch werken maakt de verpleging tevens een begin met het werken volgens de methodiek van professionals: diagnostiek, inferentie en behandeling (Abbott, 1988). In de volgende paragrafen staat beschreven hoe de verpleging een eigen vaktaal ontwikkelt, gaat classificeren en zich verder ontwikkelt.

3.6. Systematisering en verwetenschappelijking van de verpleging

Na de introductie van de verlengde arm constructie keert de domeinstrijd tussen artsen en verpleegkundigen in volle omvang terug en streeft de verpleging naar onafhankelijkheid. Onder verwijzing naar professionalisering vinden veel veranderingen plaats in de wijze waarop de verpleegkundige haar beroep uitoefent, met gevolgen voor de omschrijving van en de zeggenschap over het verpleegkundig domein en de verhouding met medici.

3.6.1. Nieuwe organisatievormen

In de jaren zeventig levert de verpleegkundige steeds meer kritiek op de gangbare wijze waarop het werk wordt verdeeld en op de hiërarchische wijze van leidinggeven.

Er werd alleen gewerkt met taaktoewijzing; de zorgverlening werd gereduceerd tot een aantal taken dat aan de patiënt verricht moet worden, zoals wassen, eten uitdelen, wondverzorging, medicijndistributie of pillendienst (Bekkers, 1990). De hoofdverpleegkundige zorgt in dit model voor de coördinatie van de zorg en de contacten met de arts en de familie.

In reactie daarop worden patiëntgerichte organisatievormen ontwikkeld: een verpleegkundige of een groep verpleegkundigen verrichten zoveel mogelijk alle handelingen aan de aan hen toegewezen patiënten (Bekkers, 1990). In plaats van taken worden patiënten toegewezen. Via vormen van groeps- en teamverpleging worden verpleegmodellen ontwikkeld zoals het model voor Integrerende Verpleegkunde en Eerste verantwoordelijke verpleegkundige (De

Bakker, 1988). Voor het eerst in de geschiedenis van de verpleging wordt nagedacht over hoe taken het beste verdeeld kunnen worden en de effecten van taakverdeling op de arbeidssatisfactie, kosten en patiënttevredenheid (Bekkers, 1989). Basisprincipes zijn de toepassing van een methodische werkwijze en de toewijzing van verantwoordelijkheid aan de verpleegkundige voor patiënten van opname tot ontslag, vastgelegd in het verpleegplan. De medici in de ziekenhuizen zijn niet erg tevreden over deze nieuwe taakverdeling. Bekkers (1990) onderzocht de effecten van de invoering van een patiëntgericht verpleegstelsel op negen afdelingen in vijf algemene ziekenhuizen. De artsen zijn dusdanig ontevreden met het ingevoerde stelsel dat zij slechts in twee van de vijf ziekenhuizen mee willen werken aan het onderzoek (Bekkers, 1990).

De domeinstrijd gaat de zoveelste fase in. Medici willen betrokken zijn bij de wijze waarop “hun” verpleegkundigen het werk verdelen. Zij willen in de vorm van een hoofdverpleegkundige een vast aanspreekpunt op de afdeling die de continuïteit en de kwaliteit van zorg bewaakt.

De invoering van patiëntgericht verplegen blijkt overigens in de twee ziekenhuizen die wel met het onderzoek meedoen niet te leiden tot een verlaging van de kwaliteit van zorg. Wel constateren de artsen dat “*hun invloed op de afdeling geringer is*” (Bekkers, 1990). Uit een onderzoek in Groningen naar de invoering van een patiëntgericht verpleegstelsel, blijkt dat de artsen een gebrek aan coördinatie ervaren en bezorgd zijn over de kwaliteit van de verpleegkundige zorg wanneer die door niet ervaren verpleegkundigen wordt gegeven (Molleman, 1987, 1990).

Toch is begin 21^e eeuw een patiëntgericht organisatie-model het enige gangbare model om het werk te verdelen. De verpleging heeft ondanks de protesten van de medici doorgezet om het werk waar zij de zeggenschap over claimt, te verdelen zoals het haar goed dunk. De verpleging heeft daarvoor aansluiting gezocht bij bedrijfskundigen, organisatiesociologen en -psychologen om de effecten van de nieuwe werkwijze te kunnen aantonen (Emans en Den Boer, 1988; Buchel en Van Roestel, 1986; Mercx; 1979; Molleman, 1990).

In de strijd tussen artsen en verpleegkundigen breekt een fase aan waarin de professies elkaar met rust laten. Door de nieuwe organisatievorm is de verpleegafdeling niet langer het “eigendom” van de arts, die daardoor aan invloed op de verpleging in moet boeten.

De verpleging kan ongestoord doorgaan met de invoering van veranderingen zoals het methodisch werken.

3.6.2. Methodisch werken

Vóór de introductie van verplegingswetenschap in ons land is met de systematisering van het verpleegkundig handelen al een begin gemaakt door de introductie van het “methodisch handelen.” Methodisch werken staat tegenover louter intuïtief, impulsief en/of traditioneel handelen. Het is bewust handelen dat gekenmerkt wordt door systematisch, planmatig, doelgericht en procesmatig werken (Van Rest-de Bakker, 1982). Dit systematisch probleemoplossend werken wordt aangeduid met de term verpleegproces of verpleegkundig proces. De verpleegkundige stelt zich verantwoordelijk voor de planning, uitvoering en evaluatie van de zorg voor de patiënt met als voordeel dat het handelen van de verpleegkundige inzichtelijk en overdraagbaar wordt en de kans op fouten afneemt (Van Rest-de Bakker, 1982; Jansen, 1984). Er worden over het algemeen vijf fasen onderscheiden (Van Rest-de Bakker, 1982; Jansen, 1984):

- Het verzamelen van gegevens: de anamnese;
- De verpleegkundige diagnose: het verpleegprobleem;
- Het verpleegplan: de planning van de verpleegkundige zorg: het vaststellen van het doel dat men wil bereiken en de hiervoor benodigde acties;
- De uitvoering van de zorg: de actie;
- De evaluatie van zorg: de evaluatie waarin wordt gecontroleerd of de actie heeft geleid tot de oplossing van het probleem.

Eind 2003 blijkt uit een onderzoek onder 400 verpleegkundigen dat een derde het verpleegkundige proces niet belangrijk vindt en in de praktijk ook niet procesmatig werkt (Speet, Francke en De Veer, 2003). Tweederde vindt het echter wel belangrijk. Er zijn geen significante verschillen tussen de bevindingen van verpleegkundigen van de twee deskundigheidsniveaus. De verpleging maakt zich de professionele methodiek van diagnosticeren, infereren en behandelen eigen.

Er wordt veel tijd en geld geïnvesteerd in bijscholing in methodisch werken. Onderzoek uit 1995 in het Academisch Ziekenhuis Groningen naar de besteding van opleidingskosten wijst uit dat naast de out of pocket kosten van de 1742 niet-IC verpleegkundigen er 33 op jaarbasis fulltime afwezig zijn voor bijscholing in het verpleegkundige proces (Luttikhuis en Roodbol, 1995), de gemiddelde formatie van een verpleegeenheid.

Het methodisch werken leidt tot een enorme toename van de administratie bij de verpleging en vraagt andere vaardigheden. Volstond begin jaren zeventig een eenvoudig schriftje met de belangrijkste gegevens van alle patiënten als rapportagesysteem, nu heeft iedere patiënt een eigen verpleegkundig dossier met een anamnese, een verpleegplan, inclusief verpleegproblemen, oorzaken van de problemen, interventies, evaluatiecriteria, voortgangsrapportage, observatielijsten, enz.

Uit tijdsbestedingonderzoek in een Kinderziekenhuis blijkt de verpleging evenveel tijd te besteden aan rapporteren en overdragen als aan directe patiëntenzorg, waaronder ook de informatievoorziening aan de ouders werd gerekend (beide rond de 22%; Nota en Roodbol, 1984). Een verpleegkundige moet om goed te kunnen rapporteren taalvaardig zijn.

Evaluatiecriteria moeten relevant, begrijpelijk, meetbaar en in waarneembaar gedrag geschreven en bereikbaar zijn.

Opvallend genoeg weten verpleegkundigen de middelen te verwerven om zich te scholen in de methodiek en de tijd te vinden om methodisch werken ook toe te passen. Evenals in het begin van de 21^{ste} eeuw wordt in de tachtiger jaren flink bezuinigd, zelfs zo dat in september 1984 de Nationale Ziekenhuis Raad te kennen geeft dat het zo niet meer kon (Grunveld en Van der Windt, 1988). Blijkbaar wordt de verpleging en de problemen waar ze zich mee bezighoudt, belangrijk gevonden en erkend.

3.6.3. Verpleegkunde als wetenschap

De ontwikkeling van de verpleegkunde tot wetenschap, begint rond de eeuwwisseling in de VS. In 1899 verzorgt het Teachers college van de Columbia University te New York de eerste academische opleiding voor verpleegkundigen. Het is een cursus ziekenhuiseconomie die nog niet tot een universitaire graad leidt. In 1907 wordt Adelaïde Nutting 's werelds eerste hoogleraar Verpleegkunde aan dezelfde universiteit voor de richting "institutional management." In 1916 start vervolgens het eerste bachelors programma. Het duurt nog tot 1920 voordat de eerste masters en doctoraal opleidingen totstandkomen en tot de jaren vijftig voordat het wetenschappelijk onderzoek tot een doorbraak komt (Diepenveen-Speekenbrink, 1991).

Er ontstaat een toenemende nieuwsgierigheid naar de aard van verplegen die gedeeld wordt met sociologen, psychologen, pedagogen en andragogen.

Uiteindelijk ontstaat in 1979 ook in ons land de universitaire richting verplegingswetenschap aan de Rijksuniversiteit Limburg (Van der Bruggen, 1988) binnen de richting Gezondheidswetenschap.

Verplegingswetenschap is de wetenschappelijke bestudering van verschijnselen bij mensen die verpleging nodig hebben, en de daarop gerichte hulpverleningsinterventies (Aukes, 1993). Niet tradities of intuïtie bepalen het verpleegkundig handelen, maar wetenschappelijke principes. De verpleging probeert het domein van de verpleegkundige veilig te stellen voor overnames door

andere professies door aan te tonen dat er specifieke kennis voor vereist is. Met behulp van deze kennis kan zij problemen herdefiniëren en tot het verpleegkundig domein rekenen.

De studie geeft géén recht op de verpleegkundige titel. Het is onduidelijk welke functies verplegingswetenschappers zonder verpleegkundige achtergrond in de praktijk kunnen vervullen (Roode, 1987). Verplegingswetenschappers worden door één van de eerst betrokken decanen, professor Kramer, gezien als “degenen die op gelijk niveau met medici kunnen spreken” (De Graaf, 1989).

Hiermee degradeert de verplegingswetenschapper de verpleegkundige. Het draagvlak in de praktijk van de afgestudeerden is wellicht mede hierdoor gering. Wanneer het vanaf 1987 mogelijk wordt om een vrijstellingenprogramma verplegingswetenschap in deeltijd te volgen, maken veel ervaren verpleegkundigen hiervan gebruik (Smeets en Huyer, 1990). In 1987 starten 79 studenten, in 1988 135 en in 1989 131. Verplegingswetenschap wint aan populariteit. Vanaf 1990 kan de studie behalve in Maastricht ook in Groningen en Utrecht worden gevolgd.

Binnen de verpleegkundige beroepsgroep ontstaat verdere stratificatie. Er zijn ziekenverzorgenden, verpleegkundigen, gespecialiseerd verpleegkundigen en verplegingswetenschappers. Voor de laatste groep zijn geen duidelijke carrière mogelijkheden. De animo voor de studie neemt, na een aarzelende start en goede doorstart, ook weer snel af. Anno 2004 bestaat alleen nog in Utrecht een mogelijkheid voor een studie verplegingswetenschap. Ons land telt nu ongeveer 1500 afgestudeerde verplegingswetenschappers.

3.6.4. Verpleegkundig specialisten

Naar het Amerikaanse voorbeeld van de Clinical Nurse Specialist wordt begin jaren tachtig de functie verpleegkundig specialist ontwikkeld. *Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die werkt voor een nauw omschreven patiëntencategorie in de directe patiëntenzorg met als opdracht deze te verbeteren door onderzoek, onderwijs, consultatie en innovatie* (VAZ, 2004). De functie in Nederland wijkt af van die in de VS. In ons land is een “zelfstandig” werkende verpleegkundige naast de arts nog onbekend, is het verpleegkundig onderzoek nauwelijks ingevoerd en zijn de opleidingsprogramma's veel minder medisch gekleurd (Krap, 1989; De Bakker, 1988). Er worden concessies gedaan aan de combinatie van de vijf rollen van het Amerikaanse model (hoogcomplex patiëntenzorg, onderzoek, onderwijs, consultatie en innovatie), vooral op het gebied van onderzoek en innovatie. Uiteindelijk lukt het verpleegkundig specialisten terrein te winnen binnen de categorie chronisch zieken (Vrijhoef, 2002).

Voor de functie wordt eind jaren tachtig een post-HBO opleiding ontwikkeld die op twee plaatsen in ons land, Utrecht en Nijmegen, kan worden gevolgd. De opleiding wordt niet overal als functie-eis gesteld. Er bestaat geen registratie van verpleegkundig specialisten, maar het aantal lijkt beperkt; de landelijke vereniging telt 110 leden (www.avvv.nl).

De verpleegkundig specialist onderscheidt zich van de gespecialiseerd verpleegkundige. Een gespecialiseerd verpleegkundige kan worden gedefinieerd *als een verpleegkundige met een door de LR/VV¹⁴ erkend getuigschrift voor de directe zorgverlening aan een bepaalde groep patiënten. De handelingscontext is een verpleeg- en/of behandelteenheid die dusdanig afwijkend is dat specifieke kennis nodig is om te kunnen verplegen* (VAZ, 2004).

De kerntaak van de gespecialiseerd verpleegkundige is directe patiëntenzorg. In sommige gevallen doet zij technische handelingen die tot het medische domein behoren. Voor de acht vervolgopleidingen is het gewenste opleidingsniveau omschreven in landelijke eindtermen. Het betreft hier de erkenning van de opleiding. Verpleegkundigen worden opgeleid voor een specifieke functie, zoals de IC verpleegkundige, de kinderverpleegkundige of de dialyseverpleegkundige. Dit zijn echter geen beschermde titels. Het meest kenmerkende

¹⁴ Landelijke regeling verpleegkundige vervolgopleidingen, 2001

onderscheid tussen de verpleegkundig specialist en de gespecialiseerd verpleegkundige is de mate van zelfstandigheid waarin eerstgenoemde opereert, in tegenstelling tot de gespecialiseerde verpleegkundige die juist in teamverband werkt.

3.6.5. Verpleegkundige conceptuele modellen

Het ontwikkelen van een wetenschappelijke basis voor de verpleegkundige praktijk betekent dat het handelen van de verpleegkundigen gebaseerd is op theorie (De Bakker, 1988). De verpleging streeft naar een eigen body of knowledge (Bal, Eerland-van Vliet en Senten, 1985).

Als eerste wordt geprobeerd theoretische *modellen* van verplegen te ontwikkelen. De meerderheid van deze modellen is in het streven naar onafhankelijkheid van de geneeskunde beïnvloed door werk in de biologie, psychologie, sociologie, communicatiewetenschap (Bal et al., 1985) en niet door de medische wetenschap.

Over het metavisie lijken de verschillende wetenschappers het in grote lijnen met elkaar eens te zijn: mens, gezondheid en ziekte, gebaseerd op een holistisch mensbeeld (Van der Bruggen, 1988). Men probeert de verschillende elementen psyche, soma, spiritualiteit en de sociale component te begrijpen als één entiteit: de mens (Van der Bruggen, 1988). Ondanks de overeenstemming over het metavisie worden er talloze verschillende modellen ontwikkeld. Alleen al in de VS maken er tussen 1952 en 1972 meer dan twintig verschillende enigszins opgang (Meleis, 1985).

Verpleegkundig Nederland lijkt vooral gecharmeerd te zijn van de zelfzorgtheorie van Dorothera Orem (1971). Het model heeft overeenkomsten met een systeemmodel (Aggleton en Chalmers, 1986). Voor Orem is het *algemene* doel van verpleegkundig handelen driedig:

- De behoefte aan therapeutische zelfzorg wordt vervuld.
- De verpleegkundige handelingen helpen de patiënt op weg naar een zelfstandig en zelfverantwoordelijk uitvoeren van de eigen zelfzorg.
- Of familieleden die de patiënt verzorgen wordt geleerd in de therapeutische behoefte aan zelfzorg van de patiënt te voorzien (Bal et al., 1985).

Er is ook kritiek op het model van Orem. De term zelfzorg wordt door verpleegkundigen uitgelegd als het stimuleren van (aandringen tot) zelfdoen. Bedoeld wordt echter zelfzorg in de betekenis van “leven op de meest prettige en zinnige manier, gegeven de situatie” (Steinbusch, 1985).

Bij het taalgebruik in de Nederlandse versies worden kanttekeningen geplaatst. Deze wordt overdadig, wijdlopig en normatief genoemd, wat ten koste gaat van de leesbaarheid en die kennelijk een aureool van wetenschappelijkheid moet oproepen (Kalis en Swagerman, 1994). Zelfzorg wordt in hetzelfde jaar een onding genoemd door een van de meest toonaangevende verpleegkundigen van ons land na de Tweede Wereldoorlog, Annie van Eindhoven (Van Dam, 1994). Het zet verpleegkundigen op het verkeerde been omdat zij worden afgeleid van de vraag welke zorgbehoefte iemand heeft. Van Eindhoven vindt ook dat de verbanden in de theorie ontbreken en deze daarom hooguit een analyse van zorgverlening genoemd mag worden.

De theorieën proberen inzicht te geven in een breed spectrum van zorgmogelijkheden (Aggleton et al., 1986). Grijpdonck, één van de weinige hoogleraren verpleegkunde in ons land, stelt het in 1982 scherper: “*de theorieën geven vaak meer de wenselijkheid van verpleegkunde aan dan dat zij de werkelijkheid beschrijven*” (Grijpdonck, 1982, p. 646). Uiteindelijk blijkt het aantal instellingen waar volgens een bepaald model of een bepaalde theorie gewerkt wordt, zeer beperkt (Eliens, 1995). Begin jaren negentig zijn de verpleegkundige theorieën verdwenen uit de meeste Amerikaanse curricula.

3.6.6. Verpleegkundige classificatiemodellen

Begin jaren negentig verschuift de aandacht van verpleegkundige theorieën naar classificatie modellen, wat belangrijk is voor professionals. Volgens Abbott is classificeren een vitaal onderdeel van diagnosticeren.

De classificatiemodellen proberen een overzichtelijke weergave te geven van het verpleegkundig kennisdomein vooral op het gebied van diagnoses, interventies en resultaten van verpleegkundige zorg. Bovendien wordt geprobeerd hiermee eenduidig taalgebruik te bevorderen (Van der Bruggen, 1998). Het wordt de verpleging niet gemakkelijk gemaakt. Naast de NANDA classificatie voor diagnoses, bestaat de NIC voor verpleegkundige interventies, de NOC voor zorgresultaten en evaluatie, de ICNP voor de verpleegkundige praktijk en ICIDH /ICF voor de beschrijving van het menselijk functioneren (Achterberg, Frederiks, Persoon en Holleman, 2002). Ondanks dat fysiotherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten de ICIDH wel op ruime schaal gebruiken, in de verpleegkunde blijkt dat niet het geval (Van der Brug, Frederiks, Heijnen-Kaales, Hellema en Roodbol, 2001).

De verpleegkunde heeft desondanks langzaam maar zeker een eigen vaktaal waarmee zij problemen tot het eigen deskundigheidsdomein kan rekenen. Termen als verpleegproblemen, verpleegkundige diagnose, verpleegkundige interventies raken ingeburgerd in de dagelijkse praktijk. Er wordt gesproken over bijvoorbeeld “verpleegproblemen bij de patiënt met CVA,” “verpleegkundige interventies bij agressie-incidenten,” “het verpleegprobleem: vermoeidheid bij kanker” (Van der Bruggen, 1998).

3.6.7. Verpleegkundig onderzoek

Met de introductie van verplegingswetenschap is ook het verplegingswetenschappelijk onderzoek geïntroduceerd. Onderzoek wordt zowel verricht naar verpleegkundige diagnoses en de interventies (“state of the art”) als naar structuur, arbeidsomstandigheden en opbouw van curricula. De verspreiding en implementatie van onderzoeksresultaten leveren problemen op; de infrastructuur en de algemene randvoorwaarden blijken daarvoor onvoldoende ontwikkeld (Heijnen-Kaales en Leyten, 2001). Er is in de praktijk te weinig kennis, vaardigheid en motivatie om resultaten toe te passen. In een aantal instellingen is de verpleging niet zelfstandig genoeg om richtlijnen van bijvoorbeeld een beroepsvereniging toe te kunnen passen. Er is een kloof tussen praktijk en theorie (Eliens, 1998).

Ofschoon verplegingwetenschap als studierichting na twintig jaar nog nauwelijks bestaat, stelt gezondheidszorgminister Borst in 2001 €1,82 miljoen beschikbaar om de wetenschappelijke basis van de verpleegkundige en verzorgende te verstevigen. Het geld is vooral bedoeld voor het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen en het evidence based handelen (Slijper, 2002). Subsidie wordt toegekend aan onderwerpen waarvan al onderzoeksresultaten bekend zijn en waar met aanvullend onderzoek snel definitieve richtlijnen kunnen worden verwacht, zoals “*wond gerelateerde decubitus zorg, monitoring intensive care patiënten, vrijheidsbeperkende maatregelen in de verstandelijke gehandicapten zorg, bevorderen van zelfmanagement bij chronisch zieken*” (Slijper, 2002). De richtlijnen worden in de loop van 2004 en 2005 verwacht.

3.7. De verpleegkundige beroepsgroep eind jaren negentig

In de loop van de jaren negentig doet zich nog een aantal belangrijke ontwikkelingen van betekenis voor: de introductie van de wet BIG, een nieuw opleidingsstelsel en de herziening van het beroepsprofiel.

3.7.1. Van WUG naar BIG

In 1997 vervangt de wet BIG (beroepen individuele gezondheidszorg) onder meer de aloude WUG (Wet Uitoefening Geneeskunst) uit 1865. Het geneeskundig handelen wordt vrijgelaten, behoudens een aantal voorbehouden handelingen. Deze handelingen mogen alleen verricht worden door bekwame en bevoegde beroepsbeoefenaren. Artsen, tandartsen en verloskundigen mogen de indicatie voor deze handelingen stellen, mits op het eigen deskundigheidsterrein en ze uitvoeren, mits zij bekwaam zijn. Verpleegkundigen mogen géén indicatie stellen voor deze handelingen, maar ze wel in opdracht uitvoeren, eveneens mits zij bekwaam zijn. Voor een aantal handelingen worden zij functioneel zelfstandig bevoegd, wat wil zeggen dat de verplichte mogelijkheid tot tussenkomst van de arts bij de handeling vervalt. Bekwaamheid kun je verwerven door scholing met daarbij een praktijktoets in de bewuste handeling, die regelmatig moet worden herhaald. Wanneer de betreffende handeling maar zelden wordt uitgeoefend verliest de beroepsbeoefenaar zijn of haar bekwaamheid voor de betreffende handeling. Een beroepsbeoefenaar is zelf verantwoordelijk voor het op peil houden van zijn bekwaamheden en voor het laten toetsen ervan. Een handeling die wordt gedelegeerd moet worden geweigerd als de persoon die de handeling moet gaan uitvoeren niet bekwaam is of zich op dat moment even niet bekwaam voelt. De persoon die de handeling delegeert hoeft zelf niet bekwaam te zijn voor de betreffende handeling. De wet BIG regelt voor de verpleging tevens de constitutieve registratie¹⁵ en het tuchtrecht (Grotendorst, 1998).

Als handelinggebied van de verpleegkundige wordt in deze wet omschreven:

- Het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging.
- Het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische handelingen.

De wet besteedt geen aandacht aan de twee niveaus van beroepsuitoefening. Beide niveaus komen in aanmerking voor registratie.

De wet BIG geeft de verpleging een eigen domein (het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging) zonder in te gaan op wat daaronder verstaan wordt. Tevens biedt de wet de verpleging een kans zich niet alleen te bekwaamen in de handelingen die zij van medici overnemen, maar deze ook tot het verpleegkundige domein te gaan rekenen. Medici hoeven namelijk zelf niet meer bekwaam te zijn voor de handelingen die zij delegeren. Dat biedt verpleegkundigen de mogelijkheid zich dusdanig te bekwaamen in deze handelingen dat alleen zij deze handelingen gaan beheersen en daarover zeggenschap krijgen. Gesteund door de wet kan de verpleging het domein uitbreiden.

De gevolgen van de wet BIG voor medici wordt verder aan de orde gesteld in paragraaf 9.

3.7.2. Het verpleegkundige opleidingsstelsel

Op 1 augustus 1997 gaat na een jarenlange discussie een geheel vernieuwd opleidingsstelsel van kracht voor verpleegkundige en verzorgende beroepen. Al in 1972 starten de eerste dagopleidingen voor verpleegkundigen in onderwijsinstellingen voor het middelbare en hoger beroepsonderwijs, de HBO-v (Van der Meij-de Leur, 1987). In tegenstelling tot het aloude inservice onderwijs, waarin werken gecombineerd wordt met leren en het veldspecifieke onderwijs in handen is van de ziekenhuizen, leiden de nieuwe opleidingen op tot alle gebieden van de gezondheidszorg (Van Gemert et al., 1986). Het accent ligt op leren, afgewisseld met praktijkstages. In dit onderwijs wordt het medische model verlaten. De mens wordt gezien als onderdeel van de samenleving die haar, ook tijdens het ziek zijn, beïnvloedt. De mens kan niet

¹⁵ Periodieke registratie van degenen die inderdaad in het beroep werkzaam zijn

los gezien worden van de samenleving en het vakkenpakket van de verpleegkundige opleiding wordt aanzienlijk breder dan bij de inservice opleiding (Zwols, 1985). De aansluiting bij de zittende groep verpleegkundigen verloopt moeizaam, vooral in de praktijk van de algemene ziekenhuizen waarbij het medische denkmodel ondanks alle veranderingen sterk overheerst. Dit in tegenstelling tot de thuiszorg en de psychiatrie. De zittende groep begrijpt niet hoe een verpleegkundige haar vak uit kan oefenen als zij niet tot in de details op de hoogte is van het ziektebeeld waar de patiënt aan leidt. Zij begrijpt evenmin waarom een HBO-v student mee wil praten over bijvoorbeeld een ethisch probleem, terwijl zij de basiszorg nog niet beheerst. De HBO-v studenten zijn opgeleid voor hogere functies. Gebrek aan werkervaring zorgt echter voor onvoldoende draagvlak in de praktijk. De schoolverlaters komen vol goede ideeën in een praktijk die wordt gedomineerd door ervaren inservice opgeleide verpleegkundigen met andere normen en waarden.

Er ontstaat na 1972 een veelvoud aan opleidingen met weinig onderlinge samenhang en met inefficiënte leerwegen (Grotendorst, 1998). Er komen vervolgoopleidingen en nascholingen, met als doel deficiënties bij verpleegkundigen weg te werken op het gebied van medische kennis, zoals cursussen neurologie, maag-, darm- en leverziekten, traumatologie en dermatologie. Een ander doel is deficiënties weg te werken op het gebied van kwaliteitszorg, methodisch werken en onderzoek. Het initiële onderwijs tot verpleegkundige is zo divers dat er altijd wel een cursus nodig is voordat een verpleegkundige inzetbaar is in de praktijk.

Het nieuwe stelsel van 1997 moet een einde maken aan de ondoorzichtige situatie. Het onderwijs komt helemaal in handen van de instellingen voor het hogere en middelbare beroepsonderwijs.

De ziekenhuizen verliezen hun opleidingen en daarmee een groot aantal goedkope arbeidskrachten. Door de invoering van de werken-leren varianten waarbij de student tijdens zijn opleiding een minimum loon ontvangt, wordt geprobeerd een en ander te compenseren.

De komst van het tweede deskundigheidsniveau, dat al sinds de invoering van het beroepsprofiel bestaat, trekt opnieuw de aandacht. Bij de komst van ziekenverzorging was al gauw gesteld dat zij vooral in de verpleeg- en verzorgingshuizen thuis hoorden (Van Gemert et al., 1986).

Nu het inservice onderwijs is afgeschaft moeten de directies beleidsmatig bepalen met welke deskundigheidsniveaus gewerkt gaat worden en in welke verhoudingen.

De verpleegkundige beroepsgroep protesteert weer even tegen de komst van een tweede deskundigheidsniveau (Eliens, 1995) evenals in de jaren zestig bij de komst van de ziekteverzorging en bij het verschijnen van het beroepsprofiel eind jaren tachtig, maar al gauw wordt het gezien als een mogelijkheid de “H” van het HBO waar te maken (Smeets en Van der Peet, 1995).

In de praktijk blijkt het echter erg moeilijk te zijn om het werken met twee functieniveaus te realiseren. In 2002 wordt geconstateerd dat de ziekenhuizen op enkele uitzonderingen na nog geen adequaat functiegebouw hebben, dat aansluit op de opleidingsniveaus (Van der Most, 2002). De verschillen tussen verpleegkundigen van de twee opleidingsniveaus blijken te klein te zijn om voldoende discriminerende functies te maken. Daarbij wordt de praktijk overheerst door het grote aantal inservice opgeleiden, waarvan het oordeel over het deskundigheidsniveau in het ongewisse blijft. Onder druk van de arbeidsmarktproblematiek worden hierover door het management geen harde uitspraken gedaan. Overigens kent de wet BIG slechts één niveau van verpleegkundige beroepsuitoefening en maakt geen onderscheid tussen MBO of HBO opgeleide verpleegkundigen.

3.7.3. Herziening van het beroepsprofiel

In 1999 wordt door de beroepsgroep het beroepsprofiel van 1988 herzien.

De twee deskundigheidsniveaus worden aangehouden en moeten volgens het profiel worden bepaald door het niveau van beroepsuitoefening en niet meer door het niveau van de opleiding. Verplegen wordt omschreven als *het ondersteunen en beroepsmatig beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheid - en of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op*

behandeling of therapie om het evenwicht te herstellen tussen draagkracht en draaglast (Leistra, Liefhebber, Geomini en Hens, 1999, p. 11).

Als één van de taken van de verpleegkundige wordt genoemd: het uitvoeren van verpleegtechnisch handelen: *verpleegtechnisch handelen is het uitvoeren van handelingen inzake diagnostische en therapeutische werkzaamheden voor de eigen en van andere disciplines. Hiermee wordt bedoeld op zowel voorbehouden handelingen, als op overige handelingen die niet voorbehouden zijn maar wel risicovol* (Leistra et al., 1999, p. 28).

Het beroepsdomein wordt hier uitgebreid door gedelegeerde medische handelingen te herdefiniëren tot verpleeg-technische handelingen. De verpleging eigent zich de routine handelingen toe die de artsen al jarenlang delegeren. In feite zegt de verpleging hier dat handelingen die door anderen, bijvoorbeeld artsen en paramedici, aan de verpleging worden gedelegeerd verpleegtechnische handelingen zijn.

Het beroepsprofiel gaat verder in op de taak waarop verpleegkundigen zich in de praktijk vaak beroepen en die impliciet naar voren werd gebracht door de Centrale Raad van Volksgezondheid in 1978: het zorgen voor de continuïteit en het bewaken van de coördinatie van het totale zorgproces. Verpleegkundigen zijn 24 uur voor patiënten beschikbaar. In de praktijk nemen zij taken waar voor alle ondersteunende diensten (administratie, maaltijddistributie, prikdiensten) en sommige paramedische diensten als maatschappelijk werk en fysiotherapie.

Het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging¹⁶ laat eind jaren negentig onderzoek doen naar taakverschuiving richting verpleegkundige (Scholten et al., 1999). De resultaten van het onderzoek wijzen uit dat verpleegkundigen ongemerkt een groot aantal taken van artsen hebben overgenomen die niet altijd onder voorbehouden handelingen wet BIG vallen. Het aantal artsen en verpleegkundigen dat de ontstane situatie wil formaliseren, neemt toe. Opvallend is de conclusie dat verpleegkundigen en verzorgenden zich lang niet altijd bewust zijn van het feit dat ze handelingen verrichten die ze niet kunnen of niet mogen (Vlaskamp, 1998).

3.7.4. Analyse

Verpleegkundige taken worden veelal met “care” aangeduid, verzorgen. Kijkend naar de concrete problemen die verpleegkundigen de afgelopen decennia hebben geclaimd, betreffen deze deels de verzorging, maar ook de genezing en het herstel van de patiënt, in het verlengde van de arts. Naarmate het beroep langer bestaat, wordt het domein op een hoger abstractie niveau beschreven, waardoor het moeilijker is om er concrete taken bij voor te stellen. Volgens het beroepsprofiel uit 1999 is verplegen *“het ondersteunen en beroepsmatig beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheid - en of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie om het evenwicht te herstellen tussen draagkracht en draaglast”* (Leistra et al., 1999, p. 11).

De verpleging heeft zich de hoofdtaken van de professional eigen gemaakt: diagnosticeren (classificeren), infereren en behandelen. De strijd om een eigen domein lijkt een succes.

Problemen van patiënten worden vertaald in verpleegkundige diagnoses waardoor zeggenschap over het domein wordt bedongen. Of het de verpleging ook lukt om zeggenschap te krijgen over de handelingen die de medici delegeren is nog niet helder. De randvoorwaarden, wettelijk en in het beroepsprofiel, zijn aanwezig.

De verpleging blijkt gevoelig te zijn voor aanvallen van andere professionele groepen. Waar eerst in ziekenhuizen alleen artsen en verpleegkundigen werkten, zijn talloze nieuwe professionals ontstaan vooral in de paramedische sfeer, waarvan er een aantal voortkomt uit de verpleging, zoals operatieassistent, maatschappelijk werkende, diëtist en anesthesieassistent.

¹⁶ In 1993 is het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging opgericht, dankzij de inzet van politici en een aantal vooraanstaande verpleegkundigen. Doel van het centrum is de positieverbetering van de verpleging en verzorging.

De eerste taken van de verpleging, zoals genoemd door Flidner (1836), Nightingale (1859) en Nolst Trenité (1894) en als beschreven in paragraaf 3.2. waren de zorg voor voeding, ventilatie, verwarming, ligging en hygiëne. Deze zijn, behoudens ligging, overgenomen door respectievelijk de diëtist en de voedingsassistent, de fysiotherapie, infrastructurele voorzieningen in de ziekenhuisbouw en ziekenhuishygiënist. Voor een juiste ligging zorgen goede bedden en hulpmiddelen. Decubitus, doorliggen, is ondanks het bestaan van landelijke richtlijnen en alle mogelijkheden voor goede ligondersteuning, nog steeds een probleem. In de ziekenhuizen heeft 22,2% van de patiënten decubitus en in de academische ziekenhuizen 14,7% (www.futurecreations.nl/decubitus).

3.8. Ontwikkelingen bij de medici

In tegenstelling tot de ontwikkelingen bij de verpleging, is er geen discussie over het eigene van het medische beroepsdomein. Wel verandert de inhoud van het takenpakket van de arts. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door de voortschrijdende wetenschap, maar ook door de veranderende wetgeving. Daarnaast dient een nieuw fenomeen zich aan: wachtlijsten.

3.8.1. Wetgeving

Vanaf 1980 heeft de patiënt een wettelijk vastgelegd recht op informatie. Ook moet hij toestemming geven voor zijn behandeling. Deze wettelijke eisen zijn de voorloper op de *Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst*, de WGBO, die in 1994 wordt ingevoerd (Leenen, 1991). De arts moet informatie gaan geven aan patiënten op een dusdanige wijze dat de patiënt het ook daadwerkelijk begrijpt en genoeg kennis heeft om een weloverwogen besluit over een eventuele behandeling te nemen. Patiënten worden mondiger en accepteren niet langer de paternalistische opstelling van de arts (Dupuis, 1994).

De in 1997 ingevoerde wet BIG verbiedt niet langer het medische handelen door onbevoegden (Leenen, 1991). Mits bekwaam mogen alle beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg medisch handelen. Op grond van financiële motieven wordt echter wel een grens gesteld aan het medisch handelen. Parallel aan de economische situatie in ons land is er vanaf de jaren zeventig wisselende bezorgdheid over de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. In de loop van de 20^{ste} eeuw krijgt de overheid door financiële sturing invloed op de inhoud van de zorg. De vrije vestiging van de medisch specialist maakt plaats voor het dienstverband, dat door de politiek en ziekenhuisdirecties gezien wordt als een middel om de kosten te verlagen.

In 1983 wordt de budgettering ingevoerd. De toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid Van der Reijden bepaalt dat de ziekenhuizen gehouden zijn niet meer te besteden dan in 1982, dat als peiljaar geldt. Wel moet voor dat geld alle zorg geleverd worden die zich aandient. De kostenvergoeding van de specialist aan de hand van het aantal verrichtingen blijft intact. Ziekenhuisdirecties proberen afspraken van kwantitatieve en later ook van kwalitatieve aard te maken met medisch specialisten. In 1983 komen de werkgeversorganisatie en de landelijke specialistenvereniging overeen dat de budgettering de verantwoordelijkheid van de directie is, maar dat er een goede overlegstructuur moet komen tussen directie en medische staf. Speciaal voor medisch specialisten worden er budgetteringscursussen gehouden en er volgen voor hen ook managementtrainingen. Managementparticipatie van de arts wordt gezien als het panacee voor het strijdige financiële belang tussen specialist en ziekenhuis.

In 1991 wordt om prioritering in de zorg te ondersteunen de trechter van Dunning geïntroduceerd waarin de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit, doelmatigheid, eigen rekening en verantwoording zijn opgenomen (Commissie Keuzen in de zorg, 1991). Alleen de criteria

effectiviteit en doelmatigheid worden in de praktijk toegepast. Door het instellen van de commissie door de overheid alleen al, worden vraagtekens geplaatst bij de grenzen van de medisch specialistische zorg en alle kosten die daarmee gemoeid zijn.

Met het inwerkingtreden van de wet Integratie Medisch Specialistische zorg op 1 februari 2000 wordt de medisch specialist formeel ondergeschikt aan het ziekenhuismanagement (Tamboer et al., 2002). De wet regelt de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisleiding voor het totaal van de ziekenhuiszorg en de specifieke verantwoordelijkheid van de medisch specialist. Daarnaast wordt bepaald dat budgetonderhandelingen met de zorgverzekeraars worden gedaan door de ziekenhuisleiding nadat zij de medisch specialisten verplicht hebben geconsulteerd.

In 2002 verschijnt het resultaat van het project "De arts van straks" (KNMG, 2002).

Aanbevolen worden onder meer een betere aansluiting tussen basisopleiding tot arts en medisch specialist en kortere, intensievere en didactisch betere vervolgopleidingen. Capaciteitsproblemen maken substitutie van taken naar andere, minder hoog opgeleide beroepsbeoefenaren noodzakelijk. De opleiding van medisch specialist is dermate lang dat deze na zijn opleiding omschreven wordt als "*te oud, te knap en te duur*" (Bleker en Blijham, 1999, p. 1201).

Aan het begin van de 21^{ste} eeuw telt ons land rond de 15.000 medici verdeeld over dertig verschillende specialisaties (RVZ, 2001) en zijn er grote zorgen over de tekorten die vanaf 2012 worden verwacht in de beroepsgroep. Van de 7763 huisartsen die ons land telt, verlaat tussen nu en 2010 34% het beroep (www.nivel.nl).

Het aantal opleidingsplaatsen voor specialisten wordt in 2003 met ruim 950 uitgebreid (bron: VAZ). De numerus fixus van de studie geneeskunde wordt uitgebreid van 2000 in 1999 naar 2850 in 2004 (www.ib-groep.nl).

3.8.2. Wachtlijsten

Eind negentiger jaren dient zich een nieuw fenomeen aan dat het imago van de gezondheidszorg geen goed doet: wachtlijsten. Patiënten moeten maandenlang wachten op operatieve ingrepen, op polikliniek bezoeken aan medisch specialisten en op thuiszorg. De wachtlijsten ontstaan door schaarste aan gekwalificeerd personeel, hoge werkdruk binnen de zorginstellingen, te weinig efficiency, logistieke problemen, maar óók door uitbreiding van de medische mogelijkheden. Het probleem speelt een prominente rol in de campagne voor de Kamerverkiezingen van 1998. In het in dat jaar gesloten regeerakkoord van het tweede Paarse Kabinet wordt extra geld uitgetrokken, zodat "in de cure en de caresector de wachttijden tot een aanvaardbare lengte worden teruggebracht." De omvang van het probleem wordt door het verhogen van efficiëntie en uitbreiding van personeel wat terug gebracht, maar begin 2004 zijn er nog steeds wachtlijsten voor onder meer heupoperaties, oogheekkundige ingrepen en open-hart operaties met een gemiddelde van 25 weken in het noorden van het land (www.nvz-ziekenhuizen.nl).

Het capaciteitsvraagstuk staat regelmatig op de agenda van de Tweede Kamer waarbij door VWS veelvuldig taakherschikking wordt aangehaald als pijler onder het plan van aanpak voor het capaciteitsvraagstuk (RVZ, 2002).

3.9. De relatie arts en verpleegkundige eind jaren negentig

Ondanks dat verpleegkundigen een eigen verantwoordelijkheid vragen in de patiëntenzorg en streven naar autonomie, blijven zij afhankelijk van de medisch specialist. Medici besluiten over opname en ontslag van patiënten en beheersen de informatiestroom naar de patiënt (Valk et al., 1997). Artsen laten verpleegkundigen wachten en niet omgekeerd. Artsen lopen bij verpleegkundigen binnen, ook als zij aan het vergaderen zijn. Artsen zelf laten hun werkruimte door een secretaresse bewaken (Nievaard, 1987). Van een verpleegkundige wordt verwacht dat zij

de arts in zijn beslissingen volgt als het gaat om wel of niet behandelen van patiënten, de wijze van informatievoorziening en het voorschrijven van medicatie. Terwijl de managementparticipatie van de medici onder invloed van de budgettering omhoog gaat in de hoop daarmee de productieafspraken te realiseren, verdwijnt die van de verpleging. In de loop van de jaren zeventig moeten verpleegkundigen in managementposities plaats maken voor economen (Von Selow, 1992).

De medisch specialist wordt door de verpleging vaak als individu gezien; de verpleging echter wordt door de medisch specialist meestal als groep gezien (Valk et al., 1997). De verpleging kent de specialist bij naam; voor de specialist is de verpleegkundige anoniem. Verpleegkundigen zijn beschroomd zichzelf te profileren als individuele beroepsbeoefenaar met een eigen mening over patiëntenzorg en beroepsinhoudelijke belangen (Valk et al., 1997).

3.9.1. Analyse van de verpleegkundige-arts relatie

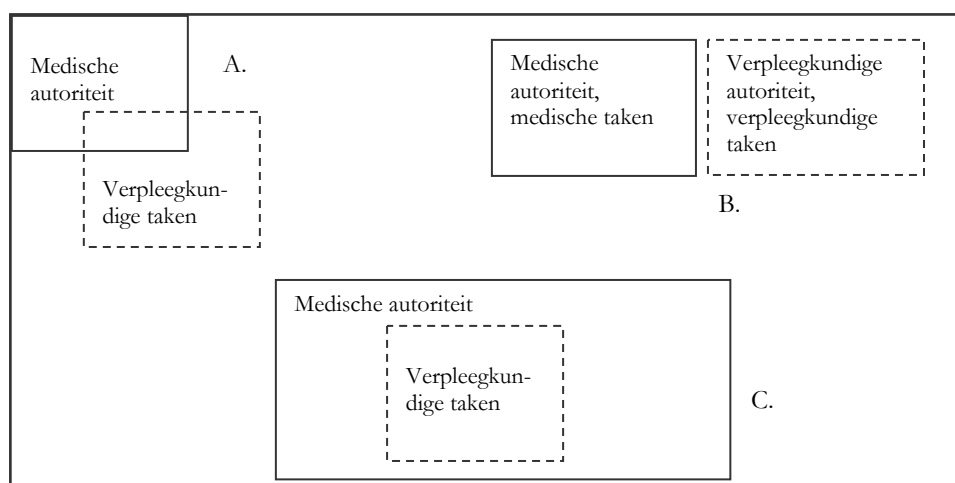
De relatie met de arts is een van de redenen waarom de verpleging niet als professie wordt beschouwd (Freidson, 1970; Van der Arend, 1988).

Professionalisering heeft een *collectief* karakter (Van der Arend, 1988) en tegelijkertijd hangt realisering ervan in hoge mate af van de behoeften en belangen van de individuele beroepsbeoefenaar en zijn of haar *machtspositie*.

De machtspositie van de verpleegkundige is beperkt; de beroepsgroep wordt in de eerste plaats gekenmerkt door *afhankelijkheid* van zowel de leiding als van medici (2.2.3.).

De groepsbinding onder verpleegkundigen is gering als het gaat om het beschouwen van de verpleegkunde als bron voor de norm van het eigen handelen (Van der Arend, 1988). De verpleegkundige ontkent vaak zelf haar of zijn kennis van traditioneel medische patiëntenzorg in het bijzijn van artsen. De verpleging doet deze kennis in de praktijk op. De arts bewaakt het medische kennisdomein; de arts is degene die het recht heeft om kennis te hebben en deze te gebruiken. Verpleegkundigen worden geacht medische fouten niet naar buiten te brengen en al zeker niet met patiënten te bespreken (Katz, 1969). Iedere arts zal toegeven tijdens zijn opleiding het meeste te hebben geleerd van “die ene ervaren hoofdverpleegkundige.” Desondanks krijgt de verpleging geen erkenning als leermeester van medici in opleiding en worden aanwijzingen aan artsen in opleiding heimelijk gegeven.

Volgens Walby et al. (1994) zijn er drie heersende opvattingen over de relatie arts verpleegkundige:



Figuur 3.2. Medische controle over verpleegkundige taken volgens Walby et al. (1994).

In figuur A. bepaalt de arts een deel van de verpleegkundige taken. De verpleegkundige heeft echter ook eigen taken. In figuur B. zijn verpleegkundige taken en medische taken gescheiden, maar werken de beide groepen nauw samen. In figuur C. wordt het werk van de verpleegkundige volledig bepaald door de geneeskunde. In het laatste hoofdstuk van deze studie zal hun model worden uitgebreid met die relaties tussen het werk van artsen en verpleegkundigen zoals deze in dit onderzoek naar voren zullen komen.

Van der Arend (1988) kenschetst naast *afhankelijkheid* als tweede kenmerk van de verpleegkundige beroepsgroep, *ambivalentie*. De verpleging is enerzijds ambivalent ten aanzien van haar plaats in de gezondheidszorg en anderzijds ten aanzien van haar rol in de dienstverlening aan patiënt respectievelijk arts. Aan de ene kant wordt van de verpleegkundige zelfstandig optreden gewenst en gevraagd, anderzijds is hij of zij volgens de wet BIG (1997) voor slechts een zeer beperkt aantal handelingen zelfstandig bevoegd.

De relatie verpleegkundige – arts heeft nog twee andere kenmerken, *concurrerend* en *complementair*. Het domein van de arts wordt van oudsher geduid met *cure*; dat van de verpleging met *care*, als verschillende processen met verschillende verantwoordelijkheden.

In de praktijk zijn de grenzen minder duidelijk. Dit wordt nog versterkt door taakherschikking. De verhouding tussen verpleegkundigen en artsen in de betekenis van roldifferentiatie wordt bemoeilijkt door een gebrek aan duidelijkheid bij verpleegkundigen over hun kennisdomein (Van der Arend, 1988). Voor de relatieve buitenstaander is het moeilijk om de verschillen te zien tussen verzorgenden en verpleegkundigen van de verschillende niveaus. Ofschoon de naamgeving verpleegster al in de jaren zestig is afgeschaft, wordt de term onverkort gebruikt in bijvoorbeeld de media.

Walby et al. (1994) geven na een onderzoek van 423 incidenten tussen artsen en verpleegkundigen in Groot-Brittannië een overzicht van 15 typen conflicten, onderverdeeld in drie hoofdcategorieën:

1. Professionele grenzen (verschillende meningen over de benodigde behandeling, andere prioritering van taken, gebrek aan respect tegenover patiënten)
2. Werken onder druk in tijd en ruimte (beantwoorden van oproepsysteem, opname en ontslag van patiënten, communicatiefout)
3. Individuele en andere factoren (persoonlijkheden, houding van andere collega's).

In de eerste hoofdcategorie, professionele grenzen, worden verreweg de meeste incidenten gemeld (52%; 221).

De verhouding tussen artsen en verpleegkundigen kan in dit opzicht getypeerd worden als *concurrerend*.

Volgens de beroepsociologie blijven relevante anderen steun verlenen aan een beroep zolang dit bijdraagt aan de institutionalisering en legitimering van de steunverleners zelf. De verpleegkundige krijgt steun van de medici zolang haar activiteiten bijdragen aan de institutionalisering en legitimering van het artseneroep (Mok, 1973).

Stein (1971) beschrijft het dokter-verpleegkundige spel uit eigen ervaring als arts.

Verpleegkundigen geven non-verbaal en cryptisch aanbevelingen aan artsen over diagnostiek en behandeling die de artsen vervolgens op eigen conto schrijven. In het spel hoort geen openlijk meningsverschil; beide partijen worden er beter van. De arts profiteert van de kennis en ervaring van de verpleegkundige; de verpleegkundige ontleent zelfvertrouwen en professionele voldoening aan deze rol (Hughes, 1988).

De verhouding tussen de arts en de verpleegkundige kan in dit opzicht getypeerd worden als *complementair*.

De strijd tussen artsen en verpleegkundigen heeft sinds de invoering van patiëntgerichte organisatiemodellen bij de verpleging eind jaren zeventig begin jaren tachtig een andere wending gekregen; artsen verloren hun dominante positie op de afdelingen. De professies concentreren zich op zichzelf. Medische en verpleegkundige protocollen bijvoorbeeld komen tot stand zonder consultatie over en weer. Gevolgen blijven niet uit.

Ofschoon verpleegkundig onderzoek heeft uitgewezen dat preoperatief scheren van het operatiegebied meer nadelen dan voordelen heeft, wordt door medici nog steeds de opdracht gegeven de patiënt te scheren (De Graaf, 1997).

Er is een groot cultuurverschil tussen beide groepen. De focus van de arts op medisch technische aspecten staat tegenover die van de verpleging op psychosociale kanten (The, 1997). Volgens Henneman (1995) wordt de verpleegkundige of arts niet als een collega gezien, maar als een obstakel dat moet worden overwonnen om de eigen doelstelling te realiseren.

De oogarts Hoefnagels verwoordt dit als volgt: *“de medisch specialist heeft de verpleegkundige door een paternalistische, autoritaire houding in hoge mate van zich vervreemd”* (Hoefnagels, 1997). De heer Hagenouw geeft als voorzitter van de KNMG in 2001 toe dat de relatie tussen verpleegkundigen en artsen niet bepaald model heeft gestaan voor een volwassen, professionele relatie. *“De verpleegkundige was het knechtje van de arts. De dokter wist wat het beste voor de patiënt was, ook al zag hij de patiënt maar twee minuten per dag”* (Hagenouw, 2001).

Zowel Hoefnagels als Hagenouw spreken de wens uit om beter te gaan samen werken.

Hoefnagels: *“de verpleegkundige mag niet worden beschouwd als een verlengstuk van de dokter. Hij behoort een zelfstandige identiteit te hebben in een complementaire relatie”*.

Het wil nog nauwelijks tot de gemiddelde specialist doordringen dat de verpleegkundige in feite zijn enige natuurlijke bondgenoot kan zijn (Hoefnagels, 1997, 406). Overigens spreekt hij ook de hoop uit dat de verpleging leert van het verleden *“door zich niet over te geven aan het leveren van ongenueanceerde kritiek op de medische professie.”*

Hagenouw: *“De professionaliteit van de beroepsgroep verpleegkundigen moet de basis vormen voor een gelijkwaardige relatie tussen artsen en verpleegkundigen”*. Overigens merkt hij ook op *“dat het beroepsdomein van de verpleegkundige steeds verandert, maar daar als KNMG ruimhartig naar te kijken en dit perspectief biedt voor verdere taakverschuiving.”*

Hagenouw slaat met die laatste opmerking, zoals uit de vorige paragrafen is gebleken, de spijker op zijn kop, hoewel volgens Abbott iedere beroepsgroep steeds andere taken zich toeigent.

De leiding van de verpleging in ons land is niet eenduidig. Naast het in 1993 opgerichte Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging (LCVV) dat onder meer als aanspreekpunt voor de overheid dient, bestaat sinds 1995 de Algemene Vergadering voor Verpleging en Verzorging (AVVV). De AVVV behartigt als koepelorganisatie de belangen van de aangesloten beroepsorganisaties (onder meer de organisaties van gespecialiseerd verpleegkundigen) en is spreekbuis, aanspreekpunt en platform voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep. Bij de AVVV aangesloten is ook de beroepsorganisatie NU'91. NU'91 is meer dan een vakbond. Deze richt zich niet alleen op het vertegenwoordigen van de belangen van verpleging en verzorging maar ook op het versterken van de beroepsidentiteit. Abbott (1988) betuigt dat een dergelijke structuur voor een professie niet per sé slecht is en zelfs succesvol kan zijn bij het krijgen van zeggenschap over terreinen. Er is geen leiding die een duidelijk standpunt kan innemen en bepaalde ontwikkelingen kan tegenhouden.

3.9.2. Samenvattende conclusie

De verpleegkundige beroepsgroep kent eind jaren negentig specialisaties en differentiaties. De verpleging heeft zich de hoofdtaken van de professional eigen gemaakt: diagnosticeren (classificeren), infereren en behandelen. Ook heeft ze een eigen taal ontwikkeld. Er deden zich veel ontwikkelingen voor, ofschoon die niet altijd een succes waren.

Sinds de jaren tachtig zijn artsen en verpleegkundigen steeds verder van elkaar verwijderd geraakt. Walby et al. (1994) geven modelmatig de heersende opvatting weer voor de typering van de wijze waarop medici het werk van verpleegkundigen controleren. Aan het eind van deze studie zal hun model worden uitgebreid met de relaties tussen artsen en verpleegkundigen zoals deze in dit onderzoek naar voren zullen komen.

Eind jaren negentig spreken medici de wens uit beter te gaan samenwerken. Deze wens kan voortkomen uit het wat minder uit evenwicht raken van de machtsbalans. De medici hebben ingeboet op hun individuele autonomie (paragraaf 3.8.), de machtsbalans is daardoor wellicht iets meer in evenwicht, ofschoon dit niet blijkt uit de literatuur zoals staat bij paragraaf 3.9.1. Wellicht dat hier een rol speelt dat de meeste literatuur ouder dan vijf jaar is. Over de verpleging wordt gesproken als zijnde één groep. Door de differentiaties zijn wellicht groepen ontstaan die geen onvrede ervaren met hun sociale situatie.

De instrumentele relatie staat door het capaciteitstekort verder onder druk. Medici hebben de verpleging nodig voor onder meer de observatie van de patiënten (Van Lieburg en Landwehr, 1980; Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1978; wet BIG, 1997; Leistra et al., 1999).

Tegen deze achtergrond wordt in 1997 de Nurse Practitioner in ons land geïntroduceerd.

HOOFDSTUK 4. DE INTRODUCTIE VAN DE NURSE PRACTITIONER

4.1. Inleiding

In 1997 wordt de Nurse Practitioner (NP) geïntroduceerd in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). Daarna verspreidt het concept zich relatief snel over de rest van ons land. Eind 2003 telt Nederland 301 afgestudeerden en studenten Advanced Nursing Practice (ANP); 0,2% van de totale verpleging (Grunveld et al., 2003).

In dit hoofdstuk wordt de introductie van de NP beschreven. Allereerst wordt het begrip verduidelijkt, gevolgd door de ontstaansgeschiedenis en de verspreiding over de wereld. Vervolgens wordt de casus van deze studie beschreven, de implementatie van de NP in het UMCG, de verspreiding in ons land en de reacties daarop van onder meer de overheid.

4.2. Wat is een Nurse Practitioner (NP)?

In de literatuur zijn voor het begrip NP meer dan vijftig definities en omschrijvingen in omloop (Hamric, Spross en Hanson, 1996; Gidlow and Roodhouse, 1998). Formele beschrijvingen verschillen per land, per staat en per instelling.

De American College of Nurse Practitioners (ACNP, 1999), beschrijft de nurse practitioner als “*a registered nurse with advanced academic and clinical experiences, which enables him or her to diagnose and manage most common and chronic illnesses, either independently or as part of a healthcare team. A nurse practitioner provides some care previously offered only by physicians and in most states has the ability to prescribe medications. Working in collaboration with a physician, a nurse practitioner provides high quality, cost effective and individualized care for the life span of a patient’s special needs. NPs focus largely on health maintenance, disease prevention, counselling and patient education in a variety of settings. With a strong emphasis on primary care nurse practitioners are employed within several specialties, including neonatology, nurse midwifery, paediatrics, school health, family and adult health, mental health, home care, geriatrics and acute care. The scope of practice varies depending on each state’s regulations.*”

De American Academy of Nurse Practitioners (AANP, 2002) definieert de NP als: “*nurse practitioners are primary healthcare providers who practice in ambulatory, acute and long term care settings. According to their speciality these providers provide nursing and medical services to individuals, family and groups. In addition to diagnosing and managing acute episodic and chronic illnesses, nurse practitioners emphasize health promotion and disease prevention. Services include, but are not limited to ordering, conducting, supervising and interpreting diagnostic and laboratory tests, and prescription of pharmacologic agents and non pharmacologic therapies. Teaching and counselling individuals, families and groups are major part of nurse practitioner practice.*”

Beide beschrijvingen geven aan dat NPs verpleegkundigen zijn die zich in verschillende settings bezighouden met *medische zaken*, inclusief diagnostiek, behandeling en het voorschrijven van medicatie. Dit laatste wordt apart genoemd. Zij houden zich ook bezig met gezondheidsbevordering, preventie en voorlichting. De ACNP stelt zich, in vergelijking met de AANP in de tweede definitie, terughoudender op ten aanzien van het scala van gezondheidsproblemen waar de NP zich op richt (*most common*) en in het voorschrijven van medicatie (*ability*) als kenmerk van een NP. In beide ligt de focus van de NP op “primary care” ofwel eerste lijnsgeneeskunde. Voor de ACNP lijkt de extra opleiding de legitimering om zich bezig te kunnen houden met de geneeskunde. Ofschoon beide beschrijvingen uitgaan van een beroepsbeoefenaar die zowel in teamverband als zelfstandig kan werken, worden bij de ACNP de

voordelen benadrukt van het werken met een NP in samenwerking met een medicus. De beschrijving van de AANP is defensief. Het lijkt gebaseerd te zijn op ervaringen, weerstand en strijd. Deze veronderstelling wordt versterkt door het volgende incident. Begin 2004 krijgt Loretta Ford, de grondlegster van de NP in de VS, bij de ontvangst van de Crystal Trailblazer Award van de ACNP een daverend applaus als zij zegt: *“My next challenge is to bankrupt the American Medical Association and receive the Nobel Peace Prize”* (www.advanceweb.com). Deze opmerking suggereert een vijandige opstelling naar de medische professie.

Hamric et al. (1996) beschrijven de NP als *Advanced Practice Nursing (APN)*: *“APN is the application of an expanded range of practical, theoretical, and research-based therapeutics to phenomena experienced by patients within a clinical area of the larger discipline of nursing.”* (p. 57). Met de term therapieën, een term die meestal wordt gebruikt in de betekenis van een behandeling, duiden zij iedere activiteit aan die deel uitmaakt van de zorgverlening: het afnemen van de anamnese, diagnostiek, planning, interventie, behandeling en evaluatie. Advanced Practice Nurses zijn verpleegkundig specialisten, verloskundigen, anesthesieverpleegkundigen en Nurse Practitioners:

“NPs possess advanced health assessment and diagnostic and clinical management skills that include pharmacology management. Their focus is expert direct care, managing the health care of individuals, and their families. Incumbents in the classic NP role provide primary care focused on wellness and prevention; NP practice also includes caring for patients with minor, common, acute conditions and stable chronic conditions. The newer brings practitioner skills to a specialized patient population within the acute care setting. The focus is the diagnosis and clinical management of acutely or critically ill patients in a particular specialized setting. Acquiring additional medical diagnostic and management skills such as interpreting computerized tomography and magnetic resonance imaging scans, inserting chest tubes, or performing lumbar punctures also characterize this role” (p.66). *“Certain criteria (or qualifications) must be met before one can be considered as APN: graduate education, certification in practice focused on patient/family”* (p.58).

Hamric et al. (1996) brengen de NP onder het paraplubegrip Advanced Nursing Practice (ANP). Dit wordt nagevolgd door Fadwa Affara (2000) initiatiefneemster van de werkgroep Advanced Nursing Practice van de International Council of Nurses (ICN) en Barbara Stilwell (2000), verantwoordelijk voor de introductie van de NP in Groot-Brittannië. In de omschrijving van Hamric et al. ontbreekt de nadruk uit de andere definities dat ANP niet alleen verpleegkundige maar ook (traditioneel) medische zorg omvat. Het wordt als het ware als vanzelfsprekend beschouwd dat een verpleegkundige deze zorg kan geven. Zij stelt dat de klassieke NP eerste lijnszorg geeft, maar dat de hedendaagse NP ook gespecialiseerde zorg kan geven. Ook in deze definitie krijgt het voorschrijven van medicatie apart de aandacht. Over de mate van zelfstandigheid waarmee de NP kan werken laten zij zich niet uit. Ook Hamric et al. legitimeren als het ware de NP door te benadrukken dat het een verpleegkundige is die een extra opleiding heeft gevolgd.

De medici in de VS begrenzen het terrein van de NP tot het behandelen van lichte gevallen. Zij accepteren de NP om zich, volgens DeAngelis (1994), bezig te kunnen houden met ingewikkelde problematiek.

“When physicians and nurse practitioners work as a team, the NPs can effectively care for patients who require health maintenance or health education or who have minor illnesses, and the physician is free to see the more seriously ill or medically complicated patients. Because this sort of practice currently is the exception, no data are available to assist in the determination of how many generalist physicians and NPs would be needed to provide primary care as teams.

A well-educated and well-trained NP can provide health education, perform routine physical examinations, administer routine immunizations, and diagnose and treat acute, common, illnesses such as streptococcal pharyngitis”.

De uitspraak van DeAngelis staat in het artikel getiteld: Nurse Practitioner Redux (Journal of American Medical Association, vol. 271, no.11, p. 868) en kan gezien worden als een poging van de medici om de waarde die aan de NP wordt gehecht te relativiseren.

Redenerend vanuit het visie van Abbott is de ontwikkeling van de NP in de VS een regelrechte aanval op het medische domein, vooral in de eerste lijn. De verpleging in de vorm van een NP eigent zich een deel van het medische domein toe inclusief het voorschrijven van medicatie. Een extra opleiding legitimeert de functie. De overheid steunt het ontstaan van de NP. Loretta Ford (Hamric et al., 1996) zegt dat achteraf de politieke steun die zij kreeg bij de introductie van de NP van doorslaggevende aard is geweest: *“the NP concept initially took hold because of the political perception of the nurse substitute in a climate of physician shortage”* (p. 19). De eerste NP opleiding werd bekostigd door the Commonwealth Foundation in Colorado (Hamric et al., 1996). Geolot (1990): *“many of the early NP programs were initially aided by federal funding”* (Nurse Practitioner Forum, p.160). Gelet op de defensieve ondertoon van sommige omschrijvingen lijkt de introductie ook echt op een strijd.

De formele Britse definitie van de NP is milder van toon dan de Amerikaanse.

De Royal College of Nursing in Groot Britannië (2003) omschrijft de Nurse Practitioner als *“a registered nurse who has undertaken a specific course of study of at least first degree (Honours) level and who:*

- *Makes professionally autonomous decisions for which he or she is accountable;*
- *Receives patients with undifferentiated and undiagnosed problems and makes an assessment of their healthcare needs, based on highly developed nursing knowledge and skills, including skills not usually exercised by nurses such as physical examination;*
- *Screens patients for disease risk factors and early signs of illness;*
- *Makes differential diagnosis using decision making and problem solving skills;*
- *Develops with the patient an ongoing nursing care for health with an emphasis on preventive measures;*
- *Orders necessary investigations and provides treatment and care both individually as part of a team and through referral to other agencies;*
- *Has a supportive role in helping people to manage and live with illness;*
- *Provides counselling and health education;*
- *Has the authority to admit or discharge patients from their caseload and refer patients to other care providers as appropriate;*
- *Works collaboratively with other health care professionals;*
- *Provides a leadership and consultancy function as required”*

Uit de omschrijving blijkt impliciet dat een NP meer doet dan je van een verpleegkundige verwacht. De NP doet dit op basis van haar extra opleiding. Dit legaliseert het feit dat de NP lichamelijk onderzoek doet. Er staat niet in de omschrijving dat de NP zich met *medische* diagnostiek en behandeling bezighoudt. Dat blijkt impliciet uit het feit dat de NP zich voor de problemen waar zij zich mee bezighoudt baseert op kennis en vaardigheden toepast die niet gebruikelijk zijn voor verpleegkundigen, zoals lichamelijk onderzoek.

De NP neemt zelfstandig beslissingen en werkt samen met andere gezondheidszorgwerkers. Het voorschrijven van medicatie wordt niet genoemd. Net als in de Amerikaanse definities en beschrijvingen behoren preventie en voorlichting tot de taken van de NP.

In het Britse tijdschrift de *Nursing Standard* beschrijft Judi Davis (1992, p. 37-39) NPs als:

“Individuals who have the knowledge and authority to make autonomous decisions regarding patient care, and are totally accountable for their actions. Using protocols the nurse practitioner can assess, diagnose, treat and discharge patients with minor injuries without reference to a doctor”.

In deze omschrijving wordt wel rechtstreeks genoemd dat een NP voor lichte afwijkingen medische zorg kan geven. Het werk van de NP wordt in tegenstelling tot de Amerikaanse omschrijvingen beperkt tot geprotocolleerde behandelingen. De omschrijving wordt aangevuld met voordelen die een NP heeft ten opzichte van een huisarts:

... “patients found nurse practitioners less formal, non-judgemental, and more empathetic and holistic in consultation style than GPs”.

“Psychological care, education and counselling are more effectively integrated because the NP utilises specialist knowledge for medicine, and also brings the skills associated with nursing to provide holistic care.”

De Royal College als formele spreekbuis van de verpleging, neemt deze definitie niet over. Er is in Engeland ook kritiek op de vergaande rol die de Amerikaanse NP vervult in het medisch domein. Castledine, hoofdredacteur van het British Journal of Nursing, betitelt de Amerikaanse invulling als: *extremes of the Nurse Practitioners role* (1996; p.58). Aanleiding was de uitspraak van verpleegkundige professor Luder Jackson dat er geen verschil bestaat tussen een nurse-run clinic and a doctor-led practice (Castledine, 1996).

De titel NP is in Groot-Brittannië niet beschermd; iedere verpleegkundige kan zich NP noemen (Jones, 1997) wat in de praktijk tot verwarring leidt.

De Australische afdeling van de Royal College laat impliciet weten dat de NP zich op het medische vlak begeeft: *“a registered nurse working within a multidisciplinary team whose role includes autonomous assessments management of clients using nursing knowledge and skills gained through advanced education and clinical experience in a special area of nursing practice. The role may include but is not limited to the direct referral of patients to other healthcare professionals, the prescribing of a designated list of medications and the ordering of a designated and agreed list of diagnostic investigations”* (2000).

In de Australische omschrijving worden medische taken (voorschrijven van behandeling en medicatie) tot het verpleegkundige domein van de NP gerekend (*“using nursing knowledge and skills”*). De medicatie die de NP mag voorschrijven, evenals de behandelingen, zijn beschreven. Opgemerkt moet worden dat hier per staat verschillend over wordt gedacht en dat de regelingen dan ook verschillend zijn (Duffy, 2000). Alleen the Northern Territory kent nog geen NP (www.nursing.dhhs.tas.gov.au). Evenals in de Amerikaanse en de Britse definitie komt ook hier naar voren dat de NP zelfstandig beslissingen kan nemen, dus over en zekere mate van autonomie beschikt. Ook hier komt het volgen van de extra opleiding weer terug in de definitie.

De International Council of Nurses (ICN) tot slot definieert de NP (en de Advanced Practice Nurse, de APN) als: *“a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision/ making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/ or country in which s-he is credentialed to practice. A master level degree is recommended by practice”.*

Wat expanded practice inhoudt, blijkt uit de karakteristieken van APN en NP die de ICN noemt, in het bijzonder uit de genoemde terreinen waarvoor per land regelgeving moet komen (*“regulatory mechanism, country specific regulations underpin NP/ ANP practice”*):

- *“Right to diagnose;*
- *Authority to prescribe medication;*
- *Authority to prescribe treatment;*
- *Authority to refer clients to other professionals;*

- *Authority to admit patients to hospital;*
- *Legislation to confer and protect the title Nurse Practitioner/ Advanced Practice Nurse;*
- *Legislation or some other form of regulatory mechanism specific to advance practice nurses;*
- *Officially recognized titles for nurses working in advanced practice roles.”*

4.2.1. Conclusie

Uit bovenstaande definities en omschrijvingen blijkt expliciet dan wel impliciet dat een NP een verpleegkundige is die zich met een zekere mate van autonomie op medisch gebied begeeft. De NP is voert behandelingen uit; soms beperkt tot protocollaire behandelingen. Het medische gebied waarop de NP zich begeeft is niet begrensd, zeker niet in de Amerikaanse omschrijvingen. Uit de reactie van de medici daar blijkt echter dat zij de NP de eenvoudige problematiek toedichten. De meest duidelijk begrenzing van het domein verschaft de Australische beschrijving, die verwijst naar een lijst van medicatie en behandelingen die de NP mag voorschrijven c.q. uitvoeren. Legitimering van de functie vindt plaats door het volgen van een extra opleiding.

4.3. Het ontstaan van de NP en de verspreiding van het concept

De bakermat van de NP ligt in de Verenigde Staten. Eind jaren vijftig, begin jaren zestig, ontstaat onder invloed van veranderende sociale en politieke omstandigheden de vraag naar een voor iedereen toegankelijke, betaalbare gezondheidszorg. Er is een ernstig tekort aan artsen in de eerste lijn; medici kiezen na hun opleiding tot basisarts massaal voor een bestaan als medisch specialist in een ziekenhuis. In 1960 wordt daarom de physician assistant (PA) geïntroduceerd, een algemeen op “HBO” niveau opgeleide gezondheidswerker die in het verlengde van de arts patiëntenzorg doet (Hamric et al., 1996, p.19). Het idee voor de functie komt voort uit de Vietnam oorlog, waar in het oorlogsgeweld EHBO’ers zich snel ontwikkelden op medisch vlak en bekwame helpers van de artsen werden (Hamric et al., 1996). Feitelijk gaat er al in eerdere oorlogen medisch hulppersoneel mee. Peter de Grote (1672-1725; Beliën et al., 2002) introduceerde bijvoorbeeld de “feldsbers” (Ballweg, Stolbergen en Sullivan, 1999, p.1). Een aantal verpleegkundigen in de VS verzet zich tegen deze nieuwe functionaris. Zij willen een verpleegkundige op die plek, de Nurse Practitioner. Daarmee willen zij hun verpleegkundige domein uitbreiden naar het traditioneel medische domein (Hamric et al., 1996, p.19). Deze verpleegkundigen vinden zichzelf en niet de PA de deskundige die de maatschappelijke vraag naar gezondheidszorg kan beantwoorden. Dit wordt ondersteunt door de hoge mate van zelfstandigheid waarmee verpleegkundigen al in de eerste lijnswerk werken. Om de sociale nood te lenigen pleiten zij voor algemene, ambulante gezondheidscentra voor gezinszorg in multidisciplinaire settings onder leiding van hoog opgeleide verpleegkundigen. Als voorbeelden worden genoemd het Yale Family Center Project en het Martin Luther King Health Care Centre in New York (Hamric et al., 1996). De PA verdwijnt daarmee niet van het toneel, maar er komt wel ruimte voor een tweede nieuwe functionaris, de NP.

In 1965 ontwikkelen de verpleegkundige Loretta Ford en de arts Henry Silver in Colorado de allereerste opleiding tot Nurse Practitioner. Het programma richt zich op de eerste lijnswerk voor kinderen: *ter bevordering van de gezondheid, groei en ontwikkeling en de preventie van ziekte en sociale problematiek* (Hamric et al., 1996). Ford ziet in deze opleiding de terugvordering van het oorspronkelijke verpleegkundig domein, dat in 1930 door de Nationale Vereniging van Kinderartsen eenzijdig tot medisch gebied verklaard was. Het is een tweejarige post-HBO opleiding, bestaande uit vier maanden theorie gevolgd door praktijktraining in de eerste lijn. De NPs worden al tijdens de opleiding ingezet in afgelegen gebieden en achterstandbuurten als

aanspreekpunt voor ouders van kinderen met problemen op het gebied van gezondheid, opvoeding en preventie. Zij nemen medische anamneses af, doen lichamelijk onderzoek, vragen aanvullend onderzoek aan, stellen diagnoses en schrijven medicatie voor, eventueel na ruggespraak gehouden te hebben met een kinderarts (Hamric et al., 1996).

De verpleging in de VS is verdeeld over het concept NP. Er zijn verpleegkundigen die in de NP een mogelijkheid zien voor een aantrekkelijke functie en er zijn verpleegkundigen die de NP als belemmering zien in het streven om zich te onderscheiden van de arts (Pulcini, 2004).

Desondanks wint de NP snel terrein. In 1968 start in Boston het eerste masterprogramma. In 1973 bestaan er al 65 opleidingen op masterniveau en in 1979, 133.

Na de zorg voor kinderen richt de NP functie zich op andere specifieke populaties in de eerste lijn als vrouwen, ouderen, gezinnen en volwassenen. Zij worden gekenmerkt door het feit dat ze *verminderde toegang tot de reguliere gezondheidszorg* hebben door bijvoorbeeld geografisch isolement (Clawson en Osterweis, 1993).

Naast de krappe arbeidsmarkt voor medici is nog een aantal andere factoren bevorderend voor de uitbreiding van het aantal NPs:

- De zorg over de toenemende kosten van de gezondheidszorg: de NPs worden als een kostenbesparend alternatief voor de eerste lijnsgezondheidszorg gezien (Brown en Grimes, 1993);
- De vrouwenbeweging: de verpleegkundige beroepsgroep, gedomineerd door vrouwen, moet maatschappelijk in een betere positie worden gebracht met een prominente rol in de gezondheidszorg, zoals de NP (Hamric et al., 1996);
- Subsidiëring door de federale overheid van de opleiding (tussen 1981-1987 bijvoorbeeld: \$100 miljoen; Pulcini, 2004).

Eind jaren zeventig werken NPs ook binnen ziekenhuizen (Silver en McAtee, 1988). De primeur vindt plaats op de Neonatale Intensive Care Units (NICU's¹⁷). De medische zorg is in dit dan nog jonge specialisme in handen van kinderartsen in opleiding. Al snel is het werk op de NICU's dermate omvangrijk, dat de opleidingsdoelen van deze kinderartsen in opleiding in de algemene kindergeneeskunde buiten de NICU's, erbij inschieten. De beroepsvereniging kindergeneeskunde stelt daarop beperkingen aan de tijd dat kinderartsen in opleiding op NICU's mogen doorbrengen. Tegelijkertijd wordt door overheidsmaatregelen het aantal opleidingsplaatsen in de kindergeneeskunde behoorlijk teruggebracht. Deze twee factoren leiden tot ernstige tekorten aan artsen op NICU's.

In dezelfde periode vragen verpleegkundigen van de NICU's meer autonomie en zelfstandigheid. Deze ontwikkelingen leiden tot de eerste NPs in klinische setting (Mezey et McGivern, 1993).

Daarna breidt de functie zich uit tot alle mogelijke settings in bijna geheel Amerika. In 2004 is in 50 staten de Nurse Practitioner opgenomen in de wetgeving en bevoegd te diagnosticeren, behandelingen voor te schrijven en te declareren. In 43 staten mogen zij medicatie voorschrijven. In de VS werken 2,3 miljoen verpleegkundigen, waarvan 102.829 NPs (www.aanp.org).

4.3.1. Onderzoek in de VS

In de VS is veel onderzoek gedaan naar de verschillen in werken met NPs ten opzichte van het werken met medici.

Loretta Ford in het voorwoord van het boek *Nurse, Nurse Practitioners: evolution to Advanced Practice* (Mezey et al., 1993): *“since began the first training for nurse practitioners in 1965, countless research and descriptive articles and opinion pieces have been written on the effectiveness, efficiency and economy of the new breed of nurse.”*

¹⁷ Intensive cares voor te kleine en/of te vroeg geboren en/of zieke neonaten

In 1987 doen Feldman, Ventura en Crosby een review van 350 studies, geselecteerd uit duizend(!) naar de effecten van NPs. De zorg die NPs leveren blijkt, waar onderzocht, gelijk aan die van artsen. De kosten lijken lager, maar NPs nemen meer tijd voor patiënten waardoor de productiviteit ook lager is.

Mundinger, Kane, Lenz, Totten, Tsai, Cleary, Friedewald, Siu en Shelanski (2000) vergeleken de uitkomsten van de eerste lijns zorg tussen artsen en NPs in een gerandomiseerde studie. Zij vonden geen verschil. Spisso, O'Callaghan, McKennan en Holcroft (1990) laten zien dat door de inzet van de NP in de spoedeisende zorg de wachttijd afneemt van 41 naar 19 minuten en de opnameduur vermindert van 8.10 dagen naar 7.07. Freund (1993) postuleert dat het onderzoek naar NPs uitgaat van toegankelijkheid, kwaliteit, veiligheid en kosteneffectiviteit. Ofschoon er voldoende bewijs is dat de resultaten van de NPs in kwalitatieve zin goed zijn en soms beter dan die van de artsen, is onbekend waaraan dat toe te schrijven valt (Freund in: *Nurses, Nurse Practitioners*, p.78; Mezey et al.,1993). Daarom is er nog meer onderzoek nodig. Record, McCally, Schweitzer, Blomquist en Berger (1980) tonen aan dat een fulltime NP dezelfde hoeveelheid zorg levert als een 0.63 fulltime arts, tegen een derde van de kosten. Medicus DeAngelis (1994, p. 870) rekent echter voor dat de NP langer over een consult doet dan een arts (25 minuten versus 17 minuten) en minder uren per week draait (40 versus 60). Ook buiten de VS blijkt de kosteneffectiviteit van de NP moeilijk aantoonbaar, zoals zal blijken uit paragraaf 4.3.3.

4.3.2. Analyse

Door de krappe arbeidsmarkt in de VS eind jaren vijftig, kon de arts onvoldoende antwoord geven op de vraag naar zorg. Een vraag die bovendien werd vergroot door maatschappelijke bewegingen. De medische beroepsgroep is daardoor gevoelig voor aanvallen door andere professies. Zij probeert zich te beschermen door de invoering van de PA, een beroepsbeoefenaar die volledig onder het medische gezag valt (Ballweg, et al.,1999). Deze oplossing wordt echter niet geaccepteerd door de verpleging, die dit soort werk van de arts gaat claimen. Er vindt cliënt differentiatie plaats op basis van de sociale status (Abbott, 1988); de eerste NPs werken in verlaten gebieden en achterstandsbuurtten. Legitimatie vindt plaats door het volgen van opleidingen en door met onderzoek de voordelen van de functie aan te tonen. Ook stellen de NPs dat zij taken “terugvorderen” die oorspronkelijk tot hun domein behoorden.

Afgaande op de uitspraken die de grondlegster van de NP, Loretta Ford, nu nog doet, heeft de NP zich in de VS fel afgezet tegen de medici.

De wet is in de meeste staten (www.aanp.org) van de VS in het voordeel van de NP aangepast. Volgens Abbott moet een professie die de zeggenschap over een domein claimt, dicht komen bij het heersende ideaalbeeld in de maatschappij. De vraag rijst wat het ideaalbeeld van de verpleging is. Weiss (1983) doet in de VS onderzoek naar wat volgens artsen, verpleegkundigen en het publiek het domein van de verpleging is. Hieruit blijkt onder meer dat het publiek de NP ziet als het verlengde van de arts, zonder een duidelijk eigen deskundigheidsgebied. Dit kan de acceptatie van de NP hebben vergemakkelijkt, omdat niet duidelijk was dat de verpleging zich op een nieuw gebied ging begeven. De artsen verdedigen de overname van de taken door ze als *eenvoudig* te typeren. Zij weerleggen de lagere kosten van de NP door te wijzen op het feit dat NPs meer tijd voor patiënten nodig hebben. (DeAngelis, 1994) De afwezigheid van een duidelijk omschreven begrenzing in het werk kan het de NP vergemakkelijken het domein verder uit te breiden.

4.3.3. De NP buiten de VS (survey)

Begin jaren tachtig verschijnt de Nurse Practitioner ook in Engeland. De beweegreden is het ernstige tekort in de gezondheidsvoorzieningen in de eerste lijn. In de achterstandsbuurt van grote steden is slechts 17%-18% van de bevolking geregistreerd bij een huisarts, de enige functionaris die toegang verschaft naar enige andere gezondheidszorgvoorziening. De verpleging zelf ziet de NP in de eerste lijn, naast de huisarts, als een nieuw carrière perspectief en tevens als oplossing voor de sociale nood (Jones, 1997). Barbara Stilwell, de grondlegster van de NP in Groot-Brittannië dicht de vrouwenbeweging een positieve invloed toe op de verspreiding en acceptatie van de NP (Stilwell, 2000). Evenals in de VS ondersteunt vanaf 1986 de overheid de ontwikkeling, vooral om de kosten in de gezondheidszorg te beperken (Jones, 1997). In 1998 zijn NPs bevoegd om, zij het voor een beperkt aantal soorten, medicatie voor te schrijven (Patel, 1999).

De meeste weerstand tegen de ontwikkeling van de functie komt uit de verpleegkundige beroepsgroep zelf, uit angst voor een interne vorm van hiërarchie. Desondanks start in 1990 het eerste opleidingsprogramma met 11 studenten (Stilwell, 2000). Pas in 1997 erkent het nationale instituut op het gebied van de verpleging, de Royal College of Nursing, de functie.

Ongeveer 97% van de NPs in Engeland werkt in de eerste lijn. Het aantal is erg moeilijk te schatten omdat de titel niet beschermd is; veel verpleegkundigen misbruiken de titel. De Royal College werkt sinds 1999 aan een registratiesysteem voor NPs met titelbescherming en herregistratie (Jones, 1999).

De Engelse Richardson en Maynard (1995) laten aan de hand van een review van vijftien Amerikaanse onderzoeken zien dat minimaal 30% tot zelfs 70% van de taken van artsen overgenomen zouden kunnen worden door verpleegkundigen. Deze onderzoeksresultaten zijn niet zonder meer representatief voor Engeland. Hoewel er soms vanuit methodologisch opzicht vragen gesteld kunnen worden, is wel duidelijk dat NPs ook in Engeland voor een aanzienlijk deel de artsen kunnen vervangen. Van de kostenbesparing zijn de onderzoekers niet overtuigd. Verpleegkundigen werken veertig uur per week en krijgen overwerk uitbetaald. Zij doen langer over een consult. Medici werken zestig uur per week en krijgen geen overwerk uitbetaald (Richardson et al., 1995).

Kinnersley, Anderson, Parry, Clement, Archard, Turton, Stainthorpe, Fraser en Butler (2000) tonen aan dat patiënten meer tevreden zijn over de NP dan over de arts bij semi-spoedgevallen¹⁸. Venning, Durie, Roland, Roberts en Leese (2000) laten zien dat er géén verschil in kosten is tussen NPs en artsen bij het eerste consult in de eerste lijn.

Ook in andere Angelsaksische landen, zoals in Australië, Nieuw Zeeland en Canada wordt de functie van NP geïntroduceerd, onder soortgelijke omstandigheden: tekort aan artsen en een overheid die kosten willen besparen op de gezondheidszorg. De eerste NPs werken in de eerste lijn in afgelegen gebieden of achterstandswijken in de grote steden (Duffy, 2000).

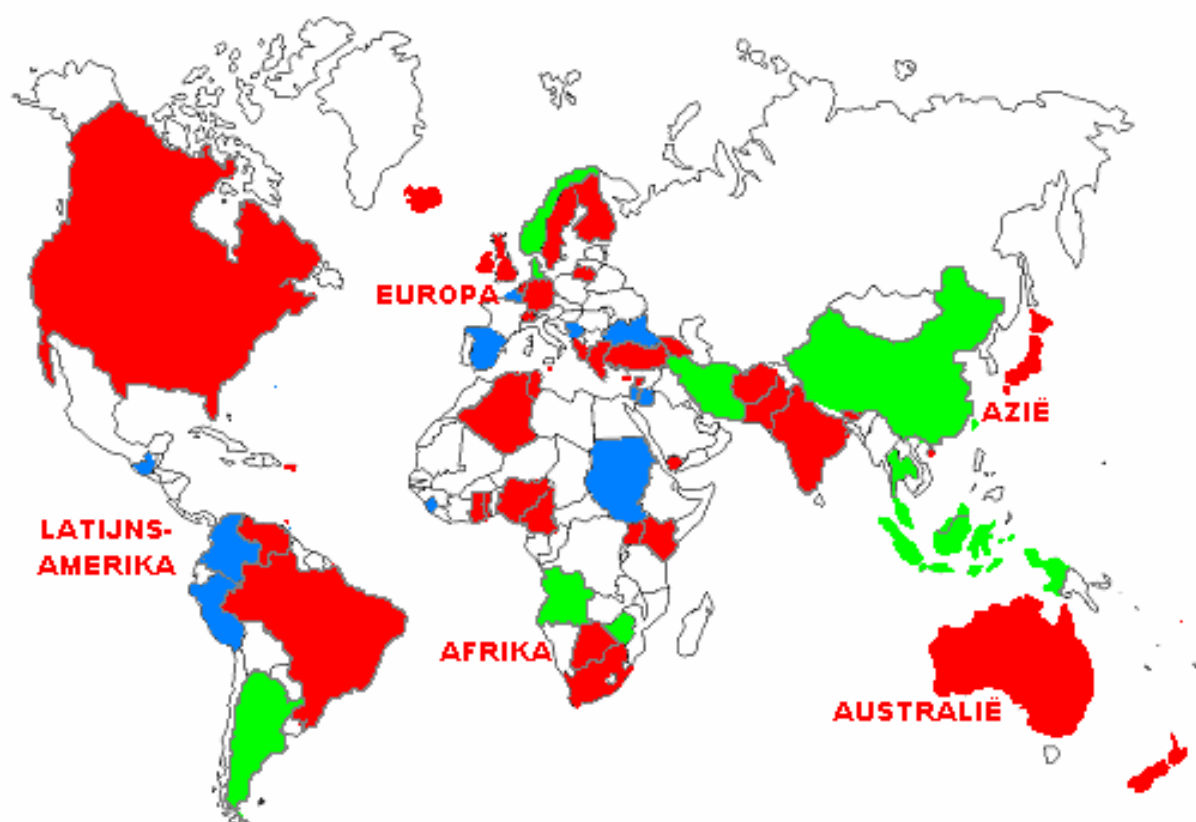
In Zuid-Afrika bestaat de functie op grote schaal, alleen onder een andere naam. De geregistreerde verpleegkundige doet daar het werk dat in de andere landen door de NP wordt gedaan. De situatie verschilt fundamenteel van de Angelsaksische landen. Zuid-Afrika heeft 40 miljoen inwoners, waarvan meer dan de helft buiten de steden woont en arm tot zeer arm is. De basisgezondheidszorg is in handen van de verpleging (Uys, 1997).

De verpleegkundige is er volgens de wet verantwoordelijk voor de eerste lijns gezondheidszorg. Hij/zij is bevoegd om te diagnosticeren, medicatie voor te schrijven, onderzoeken aan te vragen en eenvoudige behandelingen uit te voeren, afhankelijk van de specialisatie (zoals het trekken van

¹⁸ Patiënten die dezelfde dag nog gezien moeten worden door een hulpverlener en niet op een afspraak kunnen wachten omdat zij daarvoor te ziek zijn.

tanden en kiezen, het doen van oogoperaties, het behandelen van botbreuken en het doen van besnijdenissen. De opleiding tot verpleegkundige op dit niveau duurt 4 jaar (Uys, 1997).

Uit een survey via het Internet blijkt dat het NP concept in minstens tweeënveertig landen en over alle werelddelen is verspreid. De survey werd gekoppeld aan een website van een internationaal congres dat door het UMCG voor de ICN eind juni 2004 werd gehouden: *Critical pathways in a global context* (Roodbol, 2004). Gegevens werden verzameld tussen december 2003 en april 2004. De betrouwbaarheid en daarmee de validiteit van het onderzoek is beperkt. Alleen in landen waar men toegang heeft tot het Internet en men de Engelse taal beheerst kon de survey worden ingevuld. De meeste bezoekers van de website kennen het onderwerp en de functie NP.



4.1. Verspreiding NP concept over de wereld, gebaseerd op een webenquête.

De survey werd ingevuld door 625 respondenten uit 68 verschillende landen. Uit 42 landen kwam een positief antwoord op de vraag of er NPs werken. Uit 15 landen kwam een negatief antwoord en uit 11 landen kwamen tegenstrijdige antwoorden. In figuur 4.1. zijn de landen waar minimaal twee respondenten hebben aangegeven dat de NP rol in het land bekend is, aangegeven met rood. Landen waar men expliciet te kennen heeft gegeven de rol niet te kennen zijn aangegeven met blauw. Landen waar tegenstrijdige antwoorden zijn gegeven zijn aangegeven met groen. Landen waar geen of slechts één antwoord vandaan is gekomen zijn blanco gelaten. De NP en ook de PA worden wel vergeleken met de blote voetendokter. Deze vergelijking gaat niet helemaal op.

De blotevoetendokter werd tijdens de culturele revolutie (1966-1976; Jung Chang, 1994) in China geïntroduceerd. De naam was ontstaan omdat een dergelijke dokter geacht werd op blote voeten te leven, net als de boeren die te zuinig op hun schoenen waren om ze op de open velden te dragen (Chang, 1994). De blotevoetendokter leerde het medische vak in de praktijk van andere artsen en verpleegkundigen en had geen formele theoretische achtergrond. De kwaliteit van het werk van de blotevoetendokter werd niet door een opleiding bereikt, maar hing helemaal af van de mate waarin hij of zij kennis wist te verwerven door zelfstudie en praktische ervaring.

4.3.4. Nabeschouwing survey

De resultaten van de survey moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Zowel de betrouwbaarheid als de validiteit laten te wensen over. Door de survey via het internet te laten lopen was het bereik erg groot. Tegelijkertijd werd het bereik beperkt door het gebruikte medium; alleen internet gebruikers konden de survey invullen. Bovendien moesten de respondenten de Engelse taal machtig zijn en op zoek zijn naar informatie over de NP. Opvallend is de non-respons uit Oost Europa en de voormalige Sovjet-Unie. De survey geeft dan ook niet meer dan een impressie van de verspreiding van het NP concept.

4.4. De implementatie in het UMCG

Abbott (1988) concentreert zich in zijn theorie op het gedrag van professionals en kent daarbij de omgeving, de sociale en culturele context, een belangrijke rol toe. Bij de beschrijving van de implementatie van de NP in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) wordt daarom allereerst de omgeving beschreven. Omdat Abbott zelf geen handvatten biedt wordt gebruik gemaakt van het beschrijvingskader van Pettigrew en Whipp (1991; zie ook hoofdstuk 2).

4.4.1. De context

Pettigrew en Whipp (1991) onderscheiden een interne en externe context, respectievelijk de organisatie en de omgeving. Het UMCG is één van de acht universitair medische centra van ons land, bestaande uit een academisch ziekenhuis en een medische faculteit. Hoog geavanceerde medisch-technische patiëntenzorg kenschetst de instelling, naast onderwijs en innovatief geneeskundig onderzoek.

Het UMCG telt meer dan 1400 bedden, verdeeld over 22 min of meer zelfstandige *Afdelingen* die zijn opgebouwd uit meerdere verpleegeenheden en poliklinieken. Het UMCG heeft een decentrale organisatiestructuur onder leiding van een driehoofdige Raad van Bestuur ondersteund door een vijftal directoraten. Iedere *afdeling* heeft een dagelijks bestuur bestaande uit een hoogleraar (medisch afdelingshoofd), een manager bedrijfsvoering (verantwoordelijk voor het financiële beleid), een chef de clinique en een zorgmanager. De twee laatste zijn verantwoordelijk voor respectievelijk de organisatie van arts-assistenten en verpleegkundigen. Binnen de beleidslijnen van het ziekenhuis opereren dagelijkse besturen min of meer zelfstandig. Per jaar stelt de Raad van Bestuur de begroting van de *afdelingen* vast op basis van productieafspraken over vigerende budgetparameters van het WTG.¹⁹ Als academisch ziekenhuis biedt het UMCG naast algemene patiëntenzorg ook topklinische en topreferente ²⁰ zorg. Per jaar worden in het UMCG 27.000 patiënten opgenomen en vinden er 315.000 poliklinische ingrepen plaats. In het totaal werken er meer dan 8000 mensen waaronder 1900 verpleegkundigen, 424 medisch specialisten en 357 artsen in opleiding.

Volgens de ideaaltyping van Mintzberg (1983) is het UMCG een professionele bureaucratie die op het hogere bestuursniveau kenmerken van een politieke organisatie vertoont, met weinig

¹⁹ Wet Tarieven Gezondheidszorg, zelfstandig bestuursorgaan dat de Wet Tarieven Gezondheidszorg uitvoert

²⁰ Topreferente zorg is zorg voor patiënten met meerdere vaak met elkaar samenhangende aandoeningen die bijzondere deskundigheid vragen van meerdere specialismen. Topklinische zorg is zorg waarvoor geavanceerde apparatuur nodig is.

formele beleidsstukken. Op operationeel niveau is een resultaat- en gedragsgerichte managementstijl ingevoerd. Werknemers werken vaak lang in het UMCG. De afgelopen jaren is er nauwelijks verloop (< 5%) onder de verpleging. Er is daardoor een schat aan ervaringsdeskundigheid opgebouwd.

Het grootste probleem van het UMCG is het (verwachte) tekort op de arbeidsmarkt, zowel van verpleegkundigen als van artsen (medisch specialisten). Agnion's ²¹ die worden ingezet om routine werkzaamheden te doen worden schaars (Lutke Schipholt, 2000).

Voor medici wordt het tekort gevoed door vermindering van de wettelijk toegestane arbeidstijd, deeltijdwerken en vergrijzing (Boskamp, Broer en Bijleveld, 2002). Daarnaast heeft de decentrale ligging van het UMCG in het land een ongunstige invloed op het vestigingsklimaat voor jonge specialisten en liggen de salarissen in niet academische ziekenhuizen hoger (Van Wijk en Buddingh, 2002).

In ons land, de omgeving (Pettigrew en Whipp, 1991) waarin de NP wordt geïntroduceerd, krijgt de invoering van functiedifferentiatie binnen de verpleging langzaam vorm. Voor verpleegkundigen en zeker voor HBO-opgeleide verpleegkundigen ontbrak lange tijd een duidelijke van het MBO onderscheiden functie. Door de hoogconjunctuur biedt het bloeiende bedrijfsleven hen meer mogelijkheden. In 2000 verschijnt het rapport *Onderzoek Verpleegkundige Arbeidsmarkt Academische Ziekenhuizen* (Pool, Van Dijk, Kanters en van der Windt, 2000). Zij voorspellen een tekort aan verpleegkundigen in 2002 van rond de 13%. Op basis hiervan wordt het zgn. schaarse offensief Academische Ziekenhuizen ingezet. Met financiële hulp van de brancheorganisatie SoFoKles wordt er extra opgeleid. De instroom van stagiairs studenten verpleegkunde stijgt in de Academische Ziekenhuizen van 500 naar 900. De instroom van verpleegkundigen in gespecialiseerde opleidingen stijgt van 427 naar 750 in 2002 (www.sofokles.nl). Waarschijnlijk mede door de economische regressie slaat het verwachte tekort om in een licht overschot in 2004.

Ook wordt in 2000 de alarmklok geluid voor een verwacht tekort aan artsen (Leliefeld en Holland, 2003).

Het aantal opleidingsplaatsen voor specialisten wordt daarop uitgebreid met ruim 950 in 2003 (bron: VAZ). De numerus fixus van de studie geneeskunde wordt uitgebreid van 2000 in 1999 naar 2850 in 2004 (www.ib-groep.nl).

Tevens wordt er gedacht over het verkorten van de opleiding tot medisch specialist (Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, 2003).

Enerzijds is vergrijzing de belangrijkste factor waardoor de vraag naar medische en verpleegkundige zorg in absolute zin zal toenemen (Van der Windt et al., 2002). Anderzijds is vergrijzing verantwoordelijk voor de uitstroom wegens het bereiken van pensioensgerechtigde leeftijd. Anno 2004 wordt er nog een tekort aan huisartsen verwacht in 2012 van 20% en van 7-24% bij zeven medisch specialismen, waaronder oogheelkunde, neurologie, radiologie en anesthesiologie (Capaciteitsorgaan, 19 jan. 2004).

Patiënten worden kritisch ten aanzien van de gezondheidszorg. Naast wetgeving (WGBO) is het imago van de gezondheidszorg beschadigd door de wachtlijsten. De toegankelijkheid van de professionele kennis in de gezondheidszorg wordt groter door de invloed van de media. Patiënten willen geen wachtlijsten, maar een kwalitatief goede en toegankelijke gezondheidszorg. Het UMCG moet maatregelen nemen om aan de vraag naar zorg te kunnen blijven voldoen.

Veel aspecten van de *algemene* omgeving kwamen in het vorige hoofdstuk al aan de orde. Van belang is de wet BIG die het verpleegkundigen mogelijk maakt handelingen van artsen over te

²¹ Assistenten geneeskunde niet in opleiding

nemen. De verpleegkundige beroepsgroep kent specialisaties en differentiaties. De verpleging heeft zich de hoofdtaken van de professional eigen gemaakt: diagnosticeren (classificeren), infereren en behandelen, en heeft een eigen taal ontwikkeld.

De organisatiestructuur van de verpleging op landelijk niveau is echter versnipperd met het bestaan van een LCVV, een AVVV en NU'91; deze zijn ook nog jong (hoofdstuk 3) in tegenstelling tot de aloude KNMG als aanspreekpunt voor de medici. De problemen waar de verpleging zich mee bezighoudt, hebben in de loop der jaren veranderingen ondergaan. Vanuit Abbott (1988) gezien kan afwezigheid van eenduidige leiding en eenduidige probleemgebieden het de verpleging vergemakkelijken om zeggenschap te krijgen over het medische terrein. In de beschrijving van de verspreiding van het concept van de NP zal blijken dat deze factoren uit de algemene omgeving waarschijnlijk van invloed zijn geweest.

4.4.2. Inhoud en lokale invoering

In 1996 worden de voorbereidingen getroffen voor de introductie van de functie Nurse Practitioner. De Raad van Bestuur stelt een begeleidingsgroep in die de functie moet introduceren. Als eerste wordt een functieomschrijving ontwikkeld (bijlage 1). Als officiële definitie van de functie wordt geformuleerd: *“een specialistische verpleegkundige, verantwoordelijk voor de directe zorgverlening aan een geselecteerde groep patiënten met als aandachtsgebied het lichamelijke, psychisch en sociale welbevinden, met als invalshoek de (dreigende) gevolgen van de ziekte en de ziekte zelf, integratie van medische en verpleegkundige kennis en verantwoordelijk voor continuïteit van zorgverlening”* (Bureau Verpleegkundige Zaken UMCG, 1997).

De taken zijn:

- Medische en verpleegkundige verrichtingen (het methodisch, volgens protocollen, procedures en richtlijnen, deels op eigen verantwoordelijkheid, deels op voorschrift van en onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts, uitvoeren en registreren van observaties, metingen en (be)handelingen);
- Coördineren van behandeling en zorgprogramma's (het afstemmen van de medische, paramedische, verpleegkundige en overige behandelingen binnen het totale zorgproces van toegewezen patiënten);
- Informatieverstrekking;
- Bijdrage aan beroepsontwikkeling, werkverbetering, kennisverbreding en consultatie (Bureau Verpleegkundige Zaken UMCG, 1997).

De invoering van de NP is een lijnverantwoordelijkheid. De Raad van Bestuur stelt de kaders vast voor het nieuwe beleid, de invoering zelf vindt decentraal plaats. Deze strategie wordt gekozen om ervoor te zorgen dat de afdelingsbesturen de eigen verantwoordelijkheid kunnen dragen voor de invoering van de NP.

Voordat de functie formeel wordt ingevoerd worden de afdelingsbesturen gepolst over hun mening over de functie NP. Uit de gesprekken komen de volgende stimulerende factoren naar voren:

- Bekendheid en positieve ervaringen van medici met de functie door stages in de VS;
- Vrijblijvendheid bij de invoering van de functie, waardoor tegenstand niet prominent naar voren komt;
- Centrale facilitering van de functie door het beschikbaar stellen van formatieve compensatie en door het vergoeden van de opleidingskosten;
- Presentatie van de NP als een carrière perspectief “aan het bed”. Dit in tegenstelling tot de bestaande perspectieven in het management, speciaal voor de ervaren verpleegkundige met vooruitzicht op een salaris dat minimaal gelijk is aan dat van een hoofdverpleegkundige in het UMCG;

- Presentatie van de NP als een mogelijkheid voor de verpleging zich te professionaliseren en te academiseren en tegelijkertijd patiëntenzorg te blijven doen, waarmee wordt ingespeeld op wensen van de verpleging
- Verwacht tekort aan arts-assistenten in opleiding en niet in opleiding.

De wet BIG biedt, overigens naast andere wetten, de mogelijkheid tot de introductie van de NP, maar belemmert tegelijkertijd de invoering. De wet BIG vraagt te allen tijde een opdrachtrelatie tussen de arts en de NP (art. 35 en 38); zelfstandige functie-uitoefening door de NP laat deze wet niet toe. De arts blijft verantwoordelijk voor het werk dat de NP doet.

Ofschoon de wet niet duidelijk is over eventuele beperkingen in de bevoegdheid voor het stellen van medische diagnoses, wordt dit in het UMCG niet tot het domein van de NP gerekend. De NP mag wel het voorbereidende werk doen door het afnemen van de medische anamnese, het lichamelijk onderzoek en het aanvragen van laboratorium- en/of röntgenonderzoeken.

De Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) staat niet toe dat niet-artsen geneesmiddelen voorschrijven. Dit staat een effectieve bedrijfsvoering in de praktijk in de weg: de arts is te allen tijde nodig om een recept uit te schrijven.

De Ziekenfondswet kent als aanspraken (en dus verstrekkingen) huisartsenzorg en medisch specialistische zorg. Hoewel het niet expliciet in de wet staat, wordt gesuggereerd dat het leveren van die zorg is voorbehouden aan deze beroepsbeoefenaren. In de WVG, Wet Tarieven Gezondheidszorg, ontbreken tarieven voor verpleegkundigen (RVZ, 2002).

Voor de invoering van de NP wordt een format ontwikkeld (bijlage 2) waarin staat aan welke voorwaarden een afdeling moet voldoen alvorens zij met de functie van de NP mogen starten. Gevraagd wordt onder meer een uitspraak over de organieke plaats van de NP, de naam van de begeleider en de herkomst van de formatie voor de NP na afloop van de compensatie die de Raad van Bestuur gedurende de opleiding biedt. De aanvragen worden ingediend bij de Raad van Bestuur, die zich laat adviseren door de begeleidingsgroep bestaande uit een projectleider en drie stafmedewerkers, waarvan drie informele leiders van de verpleging in het UMCG.

4.4.3. De eerste opleiding

De Hanzehogeschool, hogeschool van Groningen, start op verzoek van het UMCG eind 1997 een Masters' opleiding "Advanced Nursing Practice" (ANP) als basisopleiding voor de NP. Naast algemene academische competenties (toepassingsgericht onderzoek, innovatief, analytisch vermogen) besteedt de opleiding aandacht aan fysiologie, pathologie, rolontwikkeling en vaardigheden op het gebied van lichamelijk onderzoek. De opleiding is generiek en de NPs worden in het UMCG specifiek, binnen een bepaald medisch specialisme, ingezet. Daarom moet de Afdeling waar de NP in opleiding werkt, zorgen voor extra cursorisch - en vaardigheidsonderwijs. Medici krijgen hierdoor een rol in de opleiding van "hun" NP. Zij kunnen de NP de benodigde specifieke deskundigheid bijbrengen en bovendien blijven zij goed op de hoogte van de vorderingen van "hun" kandidaat. Op die manier weten zij wanneer de NP bekwaam genoeg is om taken van hen over te nemen.

De opleiding wordt eind 1999 gevalideerd door de Dutch Validation Council (Hanzeservice, 2000) en eind 2003 als eerste erkend door het Nederlands Vlaams Accreditatie Orgaan (NVAO). In februari 2004 is het de eerste ANP opleiding die door de overheid wordt bekostigd.

4.4.4. De eerste NPs in het UMCG

Eind 1997 worden de eerste zes NPs in het UMCG aangesteld. De geselecteerde kandidaten gaan de opleiding ANP volgen. Het decentrale management heeft tot taak de functie en de functionaris op de afdeling te introduceren, al dan niet ondersteund door een lid van de begeleidingsgroep. Deze groep biedt ondersteuning bij de vormgeving van de functie, bij het oplossen van praktische problemen en bij de afstemming met betrekking tot de opleiding.

De eerste NPs in het UMCG, 1997

De eerste zes NPs werken op de volgende afdelingen:

Thoraxchirurgie: drie personen met als taak uitvoering te geven aan pre- en postoperatieve programma's voor thoraxchirurgische patiënten (patiënten voor en na een hart- of longoperatie). De afdeling wil met de NPs het groeiende tekort aan Agnio's aanvullen.

Neonatologie: een persoon met als taak de geprotocolleerde zorg voor te vroeg geboren en zieke pasgeborenen, het begeleiden van transporten en het verrichten van medisch-technische ingrepen. De neonatologie wil de efficiëntie van de opleiding tot arts-assistent en de kwaliteit van zorg verhogen. Arts-assistenten in opleiding lopen een lange intensieve stage op de neonatologie. De kennis die ze daar opdoen, gebruiken ze later als kinderarts nauwelijks. Het is zeer specialistisch werk bij kleine prematuren dat een lange inwerkperiode vraagt en waar fijne motorische vaardigheden voor nodig zijn. De verpleegkundigen op de Neonatologie zijn zeer ervaren. Verwacht wordt dat zij beter in staat zijn om de noodzakelijk medisch-technische ingrepen te doen, zoals het inbrengen van arteriële en veneuze lijnen. Zij zijn vertrouwd met de risico's van de populatie en de gevraagde fijne motoriek.

Anesthesiologie: twee personen voor de preoperatieve screening van patiënten waarbij geen complicaties zijn te verwachten. Bij de anesthesie valt de keuze op de NP om alle patiënten die onder narcose gaan, preoperatief te kunnen onderzoeken. Voor de anesthesist is dit relatief eenvoudige werk, zeker als het gezonde mensen betreft. De anesthesist kan beter ingezet worden om narcose te geven wat alleen hij of zij maar kan. Bovendien is er in het UMCG een groot tekort aan anesthesisten.

Weerstand komt van arts-assistenten in opleiding tot medisch specialist die zich afvragen waarom een NP met nauwelijks verdere studie, taken uitvoert waar zijzelf jarenlang voor moeten studeren. De weerstanden leiden nergens tot excessen en verdwijnen in de loop van de tijd, zoals blijkt uit gesprekken met NPs. Arts-assistenten gaan de NP zien als een functionaris die hen kan helpen met het regelen van praktische zaken, die zij anders zelf moeten uitzoeken.

Verpleegkundigen zijn, evenals in de VS en de UK sceptisch over de komst van de NP, omdat zij bang zijn dat aantrekkelijke kanten van hun beroep gaan verdwijnen. Als voordeel beschouwen zij de beschikbaarheid en laagdrempeligheid van de NP bij vragen en problemen (Lenferink, 2000).

Jaarlijks stelt de Raad van Bestuur afdelingen in de gelegenheid aanvragen te doen voor een experiment met de functie van NP. Maximaal zes aanvragen kunnen worden gehonoreerd. In 2001 telt het UMCG 23 NPs, waarvan 15 in opleiding en 8 afgestudeerd. Het aantal NPs op de eerste afdelingen is uitgebreid met 5 personen.

NPs in het UMCG, 2001

Vergeleken met 1997 zijn nieuwe afdelingen waar NPs werken:

Chirurgische oncologie (poli): één NP voor de (na)zorg van patiënten met mammatumoren, huidtumoren, testistumoren en voor het verwijderen van moedervlekken.

Dermatologie: een NP voor de behandeling van opgenomen patiënten met psoriasis en eczeem. Aidspolikliniek: een NP voor de poliklinische controle van patiënten met HIV.

Reumatologie: één NP voor de behandeling en begeleiding van patiënten in de eerste jaren van de ziekte reumatoïde artritis.

Neurochirurgie : één transmuraal werkende NP voor de opvang en begeleiding van patiënten met inoperabele hersentumoren.

Neurologiepolikliniek: twee NPs voor de controle van patiënten met neuromusculaire aandoeningen, Parkinson en Multiple Sclerose.

Orthopedie (transmuraal): twee NPs voor de pre-, en postoperatieve zorg en begeleiding van patiënten met totale knie en totale heup operaties, inclusief (medische) controles en wondbehandeling. Patiënten verlaten na vier dagen het ziekenhuis en gaan naar een verpleeghuis waar de Nurse Practitioner de patiënt blijft controleren

Kinderoncologie (polikliniek en dagbehandeling): één NP voor de uitvoering van behandelprotocollen (inclusief puncties) voor kinderen met kanker.
 Psychiatrie (afdeling): twee NPs voor stemmingsstoornissen en consultatieve psychiatrie.

Uit analyse van de aanvragen volgens het format (paragraaf 4.4.2) voor een NP zijn in de motivatie drie hoofdcategorieën te onderscheiden:

- Onvoldoende capaciteit bij de medici waaruit de wens voortvloeit zich te willen concentreren op het specialistische werk (voor een chirurg betekent dat opereren);
- De behoefte van chronisch zieke patiënten aan continuïteit in een combinatie van medische en verpleegkundige ondersteuning;
- De aanwezigheid van verpleegkundigen die zich al op een natuurlijke manier als NP hebben ontplooid. Ze worden door de betreffende medici gestimuleerd de opleiding te gaan doen tot NP, zodat ze hun takenpakket verder kunnen uitbreiden (minst voorkomend).

In één geval is de keuze gebaseerd op de wens de traditionele hoofdverpleegkundige nieuw leven in te blazen. De hoofdverpleegkundige was, voordat het patiëntgerichte verplegen was ingevoerd, de spil op de afdeling, die bij afwezigheid van de arts taken overnam, kennis overbracht aan arts-assistenten en inhoudelijk zeer deskundig.

In 2004 heeft het UMCG 60 NPs. Van alle kandidaten zijn er slechts twee gestopt met de opleiding ANP en daarmee met de functie. Vier van de opgeleide NPs zijn elders gaan werken. Er werden twee NPs met een al afgeronde ANP opleiding aangetrokken.

De reacties van de medici die met een NP werken zijn over het algemeen positief.

Een kinderarts over haar NP *“ooit een arts een liedje horen zingen tijdens de afname van beenmerg? Dat doet mijn NP!”*

Spanningen doen zich voor ten aanzien van werktijden (NPs hebben een werkweek van 36 uur en arts-assistenten van 48 uur) en de beschikbaarheid van supervisie door medisch specialisten. Spanningen doen zich ook voor wanneer door wisselingen van het decentrale management het draagvlak van de functie bij de leiding van de afdeling vermindert. Op kleine afdelingen doen zich ook spanningen voor wanneer de formatieve compensatie van de Raad van Bestuur na de afgesproken termijn stopt.

Vanaf 2001 wordt geen formatieve compensatie meer gegeven en wordt de beperking van zes nieuwe kandidaten per jaar los gelaten. Wel blijven de opleidingskosten centraal betaald. Het stoppen van de formatieve compensatie blijkt geen effect te hebben op de uitbreiding van het aantal NPs. In dat jaar gaan er negen nieuwe kandidaten naar de opleiding.

Binnen het kader van de functieanalyse krijgt de functie in het UMCG gestalte. Er zijn drie hoofdvormen van de functie te onderscheiden:

1. de NP als vervanger van de zaalarts. De rol van zaalartsen wordt over het algemeen vervuld door arts-assistenten al of niet in opleiding. De NP in deze rol moet zorgdragen voor de uitvoering van de behandeling van de patiënten tijdens opname, voor en na een operatie, zoals op de thoraxchirurgie;
2. de NP die zelfstandig spreekuur houdt op de polikliniek en daar arts-assistenten of medisch specialisten vervangt, zoals bij de anesthesie;
3. de NP die als case-manager werkt en patiënten ziet voor, tijdens en na opname (Van Offenbeek et al., 2003).

4.4.5. Analyse

Vanuit Abbott gezien, is de invoering van de NP in het UMCG bedoeld als een antwoord op uiteenlopende human resource problemen: capaciteitsproblematiek, de vraag van patiënten naar continuïteit (vacancies) en gebrek aan carrièremogelijkheden in de directe patiëntenzorg. Er vindt geen strijd plaats; de invoering verloopt vrijwel geruisloos. Het is dan ook geen initiatief, geen aanval, van de verpleging. Door het beleid wordt de verpleging in de gelegenheid gesteld traditioneel medische taken te gaan doen; er wordt een ontplooiingsmogelijkheid geboden en meer salaris. De medici hebben een belangrijke rol ten opzichte van de NP. Zij moeten zorg dragen voor het leermeesterschap en supervisie van “hun” NP. De NP is afhankelijk van de arts. De arts moet zijn patiënten afstaan aan de NP, die maar heel beperkt zelfstandig invulling kan geven aan de functie. De NP maakt in feite deel uit van de geneeskunde. De autonomie waarover in de genoemde buitenlandse definities wordt gesproken, ontbreekt nagenoeg. Het ontbreken van passende wetgeving versterkt de afhankelijkheidsrelatie met de arts. Daardoor is de zeggenschap (jurisdiction) over het nieuwe domein nog eens extra beperkt. In hoofdstuk 5, deelvraag 6, wordt nader ingegaan op de zienswijze van Abbott en de taakherschikking tussen artsen en NPs.

Door het aanvraagformulier worden afdelingen gedwongen stil te staan bij hun overwegingen om de NP in te zetten. Daarbij worden door de centrale facilitering de afdelingen als het ware verleid om als oplossing van hun probleem te kiezen voor een NP. Als veranderingstrategie wordt bij de afdelingsbesturen de ruil of beloningsstrategie toegepast (Zaltman et al., 1977). Het lijnmanagement wordt verantwoordelijk gesteld voor de invoering, in tegenstelling tot de meer gebruikelijke methode om het projectmanagement verantwoordelijk te stellen. Het lijnmanagement wordt daardoor gedwongen de noodzakelijke culturele en structurele aanpassingen zelf ter hand te nemen (Mastenbroek, 1997).

Deze methode bleek te werken, maar wel onder protest. Een manager: *“de start is niet goed doordacht. Van centraal kwam de mededeling: je krijgt extra formatie als..... Gaandeweg het traject is het concept pas goed uitgedacht. Er was toen veel tijdsdruk en men is als het ware in het diepe gesprongen.”*

Waren de afdelingsbesturen zich bewust van wat er van ze werd verwacht?

Het bestaan van een begeleidingsgroep in het UMCG voor de invoering van de functie staat haaks op de gekozen strategie, waardoor de verwarring groter kan worden.

In de beantwoording van de hoofdvraagstelling van deze studie, in hoofdstuk 6, komt de invoeringsstrategie verder aan de orde.

4.5. De implementatie van de NP in ons land

Eind november 1997 organiseert het UMCG een congres ter introductie van de Nurse Practitioner in ons land: *“Nurse, Nurse Practitioner, Challenging Roles in Health Care”* (Van de Pasch en Van der Veen, 1997). Twee dagen worden besteed aan dit voor Nederland nieuwe fenomeen: een verpleegkundige in de klinische praktijk die zich op het traditionele medische terrein begeeft. Buitenlandse collega's uit de Angelsaksische landen delen hun ervaring met de functie. Het overnemen van medische taken gaat veel verder dan het overnemen van handelingen alleen. NPs stellen medische diagnoses op basis van een medische anamnese en lichamelijk onderzoek, eventueel aangevuld met laboratoriumonderzoek, stellen een behandelplan op en schrijven medicatie voor (Van de Pasch et al., 1997). Alle belangrijke stakeholders van de Nederlandse gezondheidszorg bezoeken het door minister Borst, de toenmalige minister van Volksgezondheid, geopende congres (zorgverzekeraars, voorzitter van de Orde der Medisch Specialisten, directeur LCVV, inspectie). Al eerder in 1997 had deze minister zich in een televisie

uitzending van *Barend en Witteman* op 8 januari een voorstandster getoond van het overnemen van medische taken en zelfs kleine operaties door verpleegkundigen (Zandbergen, 1997).

Het congres is voor het UMCG een middel om de functie niet alleen in het ziekenhuis te introduceren, maar ook in het land. Er ontstaat een ware mediahype. De kranten spreken van “superverpleegkundigen” en “minidokters” (Algemeen Dagblad, 24 oktober 1998; Nieuwsblad van het Noorden, 27 november 1997).

De leiding van de verpleging in ons land reageert verdeeld. NU’91 reageert positief en noemt al tijdens het congres de ontwikkeling van de NP een compliment voor de beroepsgroep (Bakker, 1997). Het LCVV, dat ook als spreker is vertegenwoordigd, stelt zich in eerste instantie neutraal op; niet voor en niet tegen (Hillman, 1997). Later verwijt zij het UMCG het niet bewandelen van de koninklijke weg (Vlaskamp, 1998); het UMCG had eerst de verpleegkundige beroepsgroep om haar mening moeten vragen. Daarna volgt een positieve opstelling onder meer met het oog op de carrièremogelijkheid die de functie van NP biedt voor de verpleegkundige (Vlaskamp, 2003) en de mogelijkheid die het biedt om de care kant in de zorg te accentueren. De AVVV laat het UMCG in 1998 per brief weten sceptisch te staan tegenover de functie, maar herzielt deze mening in de loop der jaren stilzwijgend. In 2003 reageert de AVVV zeer positief op het rapport taakherschikking van de RVZ. In een reactie beveelt zij aan het verpleegkundigen mogelijk te maken om binnen het medische domein hun beroep op een autonome wijze uit te oefenen. Ook beveelt ze aan de wet op dusdanige wijze aan te passen dat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden aansluiten op het proces van taakherschikking (www.avvv.nl, reactie op het RVZ advies: Taakherschikking in de Gezondheidszorg, 2002).

Formele individuele reacties van de meer dan veertig bij de AVVV aangesloten beroepsverenigingen blijven uit. De Nederlandse Vereniging voor IC verpleegkundigen laat op hun website weten (www.nvic.nl) geen voorstander te zijn en de Landelijke Vereniging voor Dialyse en Transplantatie Verpleegkunde neemt een negatief artikel op in hun tijdschrift LDTVInfo (Paxman, juli 2001). Of de afwijzende mening van deze beroepsverenigingen veel invloed heeft valt te betwifelen, gezien de houding van de overkoepelende AVVV en het feit dat er ook op IC’s en dialyseafdelingen NPs werken (Knol, 2001).

In de verpleegkundige vakbladen verschijnen positieve artikelen (De Graaf, 1997; Van der Most, 2002) maar worden ook kritische kanttekeningen geplaatst. Grijpdonck (2000) waarschuwt voor een te eenzijdige benadering wanneer het gaat om medisch-technische verrichtingen die de NP overneemt, als stand-in van de arts.

Het medische werk wordt door voorstanders van de functie gezien als “hoger” dan dat van de verpleegkundige. Gesproken wordt over kansen, complimenten. Tegenstanders zien het medische werk meer als gelijkwaardig en bedreigend voor de identiteit van de verpleging (stand-in van de arts).

De medische beroepsgroep reageert meteen al tijdens het congres positief bij monde van de voorzitter van de Orde der Medisch Specialist, de heer Kingma: *“verschuiving van taken is zeker mogelijk. De dokter kan dan ingewikkelde dingen gaan doen waarvoor hij is opgeleid”* (De Graaf, 1997, p. 740).

In Medisch Contact, het wekelijkse tijdschrift van de KNMG, verschijnt een aantal artikelen waarin taakverschuiving van artsen naar verpleegkundigen wordt aangeprijsd (Broers, Dekker, Albersnagel-Thijssen, Arnold, Burgersdijk en Umans, 2000; Schlooz-Vries, Raatgever, Versluis, Hennipman en Borel Rinkes, 2000; Crul, 2000; Crul, 2001). Als nadeel wordt genoemd het gevaar voor versnippering (Ankoné, 2000).

Uit een enquête onder het KNMG ledenpanel, blijkt dat artsen de taakherschikking een warm hart toe dragen, maar het niet zien zitten de eindverantwoordelijkheid uit handen te geven (Van Rooijen, 2003). De Raad voor de Volksgezondheid had in 2002 reeds aangegeven dat deze

gepercipieerde eindverantwoordelijkheid wel historisch verklaarbaar, maar juridisch niet houdbaar is. Volgens de wet BIG is iedere hulpverlener verantwoordelijk voor het eigen handelen (art. 35 en art. 97). Tegelijkertijd verlangt de wet BIG voor alle voorbehouden handelingen een opdracht relatie tussen arts en verpleegkundige. Dit staat het zelfstandig handelen van een NP in de weg.

4.5.1. Landelijke beleidsontwikkeling

In 1998 start het LCVV een project “Advanced Nursing Practice.” Doelstelling is het NP concept op een samenhangende manier in te bedden in de ontwikkelingen van de gezondheidszorg en het verpleegkundig onderwijs om wildgroei te voorkomen. De projectgroep, bestaande uit ter zake deskundige toonaangevende verpleegkundigen met een breed samengesteld platform vanuit het hoger onderwijs en de academische ziekenhuizen, definieert de ANP als: *“een verpleegkundige praktijkvoering waarin academische competenties²² worden geïntegreerd. Advanced Nursing Practice wordt verleend door een Advanced Practice Nurse. De Advanced Practice Nurse combineert als verpleegkundige verschillende competenties namelijk zorgverlening op expertniveau, consulentschap, deskundigheidsbevordering, onderzoek en verpleegkundig leiderschap. In de praktijk kan de verhouding van de rollen leiden tot verschillende functies zoals de Nurse Practitioner en de Verpleegkundig Specialist”* (Portengen, 1999, p. 27).

In tegenstelling tot eerdere omschrijvingen uit de VS, de UK en Australië valt uit deze definitie niet op te maken dat de ANP zich als NP op traditioneel medisch terrein begeeft. Bij de beroepscompetenties vermeldt het rapport dat de *ANP expert is in de directe zorg en dat zij “binnen haar eigen deskundigheidsgebied in zeer complexe zorgsituaties zelfstandig en competent kan handelen. Hiervoor zal zij onder meer een aantal vaardigheden uitvoeren die aan artsen voorbehouden zijn maar onder bepaalde voorwaarden aan verpleegkundigen overdraagbaar zijn.”* (Portengen, 1999, p. 27). Opmerkelijk is dat gesproken wordt over zeer complexe zorgsituaties, terwijl in de VS de NP zich met *most common diseases* bezighoudt (AANP, 2002).

De projectgroep en het platform vinden een opleiding op Master niveau noodzakelijk. Hierbij is het wenselijk voort te bouwen op de differentiaties binnen het initiële onderwijs.²³ Aanbevolen wordt de ANP onder de werkingskracht van artikel 14 wet BIG te brengen, dat bestemd is voor het regelen van verpleegkundige specialismen. Ook biedt dit artikel de mogelijkheid tot titelbescherming; de titel NP dan wel ANP is in ons land niet beschermd. Het voeren van de titel zegt niets over de deskundigheid van de beroepsbeoefenaar.

Het LCVV schaaft zowel de verpleegkundig specialist als de NP onder het paraplu begrip ANP. Het verschil tussen verpleegkundig specialist en NP vervaagt daardoor. Hoewel formele omschrijvingen in de VS nog steeds uitgaan van verschillen tussen beide functies gaan er ook daar steeds meer stemmen op om ze te combineren. Mezey et al. (1993): *“Nevertheless, there is now clear evidence that role fusion is the evolving model for advanced nursing practice. The distinctions are already sufficiently blurred to suggest that remaining differences will disappear within the next decade”* (p.43).

Williams en Valdivieso (1994) concluderen na een onderzoek in de VS onder 228 verpleegkundigen, waarvan 62% werkt als verpleegkundig specialist en 38% als NP, dat de verschillen dermate klein zijn dat zij samengevoegd kunnen worden.

Het LCVV brengt het tussen 1998 en 1999 geschreven rapport nooit officieel uit.

Er verschijnt, onder invloed van het te verwachten tekort aan artsen, op landelijk beleidsniveau wel een aantal andere adviezen over de NP. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg geeft een advies uit over de taakherschikking in de gezondheidszorg (RVZ, 2002). Alleen al om

²² Met academische competenties worden bedoeld toepassingsgericht onderzoek, probleemoplossend vermogen, innovatie en internationaal oriëntatie (p.29).

²³ Kind, kraam en jeugdigen, GGZ, Chronisch zieken en Intensief Klinische Zorg

arbeidsmarkt redenen toont zij zich een voorstander van de functie NP, maar ook vanwege de kansen die het biedt de zorg te innoveren.

In juli 2003 verschijnt het advies van de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking onder voorzitterschap van mw. M.J.M. LeGrand-van den Boogaard (2003) *De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang*. De commissie heeft als opdracht voorstellen te ontwikkelen voor de implementatie van de aanbevelingen uit *De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm* (KNMG, 2002), het advies *Taakherschikking in de gezondheidszorg* (RVZ, 2002) en de aanbevelingen uit de *Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (ZonMw, 2002). Gesteld wordt dat “*het recht op zorg onder druk staat en de doelmatigheid van onze gezondheidszorg tekort schiet omdat de huidige inrichting van onze gezondheidszorg niet voldoet aan de behoefte van de samenleving*” (Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, 2003, p.5).

De adviezen in het rapport *De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang* richten zich vooral op de personele factoren in het zorgproces ofwel de professionals in de gezondheidszorg, zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin. De krappe arbeidsmarkt vraagt om een herinrichting van de organisatie van het zorgproces waarbij creatief wordt omgegaan met de deskundigheid van de schaarse professional. Gepleit wordt onder meer voor de implementatie van nieuwe *professionals*, waaronder de NP, met een doelmatig omschreven deskundigheidsgebied. Het rapport laat zich er niet over uit of de NP een functie dan wel een beroep is. In deel 1, Hoofdpijnen, wordt het woord professional gebruikt. In deel 2, Achtergronden, wordt gesproken over de beroepsgerichte opleiding tot NP (p. 17) en over het functieprofiel van de NP (p. 21).

De NP wordt omschreven als: “*een verpleegkundige met hoogwaardige, professionele vaardigheden, die vanuit de centrale verpleegkundige beroepsrol taken uit het medisch domein overneemt, in nauwe samenwerking met en voor het medisch gedeelte vooralsnog onder supervisie van de medicus*” (p. 17). In tegenstelling tot de definitie van de LRVV wordt in deze laatste definitie wel helder gemaakt wat de doelstelling van de NP is. Deze definitie is geen algemeen aanvaarde definitie; de verpleging zelf heeft zich er nog niet over uitgelaten.

Ook in de VS begon de ontwikkeling van de NP vanwege het tekort aan artsen (paragraaf 4.3). Ondanks de stimulerende houding die minister Borst had ten opzichte van taakherschikking blijft de verpleegkundige inspectie van volksgezondheid de meest terughoudende partij. De inspectie wees in 1997 op de juridische consequenties en plaatste vraagtekens bij de te verwachten doelmatigheid (Zandbergen, 1997). In 2003 reageert de inspectie afwijzend op het RVZ advies de wet BIG aan te passen tot een meer zelfstandige beroepsuitoefening voor de verpleegkundige, ook op het van oudsher medische terrein (RVZ, 2002). De inspectie is van oordeel dat het zelfs gecontra-indiceerd is om de wet te wijzigen, onder meer omdat dit het haast verdwenen domeindenken bevordert (Inspectie voor de Volksgezondheid, 21 mei 2003). ZonMw, brengt in 2002 een rapport over de Evaluatie wet BIG met als aanbeveling de wet dusdanig in te richten dat in de toekomst nieuwe beroepen via AMVB's te regelen zijn (ZonMw, 2002).

In 2003 is meer dan de helft van de negentien hogescholen in ons land met een richting verpleegkunde bezig met de ontwikkeling van een Opleiding Advanced Nursing Practice. Vanuit de werkgeversvereniging van de academische ziekenhuizen (VAZ, 2004) wordt echter gepleit voor temporisering en zorgvuldigheid bij de invoering van de NP. Zij pleit voor een landelijke evaluatie. De VAZ onderschrijft het standpunt van het LCVV uit 1999 om de NP onder te brengen bij artikel 14 wet BIG, het artikel dat gereserveerd is voor een regeling van specialisten in de verpleging. De term NP kan volgens de VAZ vervangen worden door de term verpleegkundig specialist en de oude definitie van verpleegkundig specialist kan vervallen. Gezien de tijd die met wetswijzigingen gemoeid is, wordt aanbevolen om tijdelijk een privaatrechterlijke registratie te voeren met daaraan gekoppeld privaatrechtelijk tuchtrecht (VAZ, februari 2004). Het doel van de

registratie is de kwaliteit van de verpleegkundig specialist nieuwe stijl (voorheen NP) te bewaken en te bevorderen.

De VAZ definieert de verpleegkundig specialist nieuwe stijl (voorheen NP) *als een verpleegkundige op expert niveau (Benner, Tanner en Chesla, 1992) die vanuit het verpleegkundig domein door ervaring en aanvullende scholing taken uit het medisch domein overneemt, zoals de afname van de medische anamnese en het doen van lichamelijke onderzoek, in nauwe samenwerking met en voor het medisch gedeelte vooralsnog onder supervisie van de medicus.*

Ondanks dat de praktijk vraagt om onderzoeksresultaten van het werken met NPs gaat de invoering door, sterk gestimuleerd door de overheid. In het voorjaar 2004 besluit de staatssecretaris van onderwijs 205 studenten te laten starten met de opleiding (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, kamerstuk 29.282, nr. 5) met als doel de gewenste taakherschikking in de zorg gestalte te geven. Voor de kosten is € 17 miljoen gereserveerd, oplopend tot € 70 miljoen in 2007.

4.5.2. Analyse

Wanneer we de invoering van de NP in ons land vergelijken met die in de VS dan valt op dat de functie daar in de eerste lijnszorg ontstond, daarentegen zijn in ons land de NPs begonnen in de ziekenhuispraktijk. Van de eerste lichting van 16 Advanced Practice Nurses die in januari 2000 afstudeerden, werkte er slechts één in de eerste lijn (Hanzeservice, 2000). Dit verschil kan vermoedelijk worden verklaard uit de verschillen tussen de gezondheidszorgsystemen; in tegenstelling tot andere landen ligt de nadruk in ons land van oudsher op de thuiszorg en de eerste lijn (Schrijvers en Kodner, 1997). In tegenstelling tot bijvoorbeeld de VS had tot voor kort in ons land iedereen een huisarts. Gelet op de tekorten die er nu bij de huisartsen ontstaan, ligt uitbreiding van de functie naar de eerste lijn voor de hand.

De vrouwenemancipatie die bij de invoering van de NP in de US en de UK van invloed is geweest, lijkt in ons land geen rol te spelen. Dit komt vermoedelijk doordat de NP bij ons later is ingevoerd toen de vrouwenemancipatie haar beslag had gekregen en vrouwen al meer waren doorgedrongen tot andere beroepen dan de verpleging en het onderwijs.

Er is een groot verschil tussen de voorzichtige definitie van NP in ons land, met name die van het LCVV, en de niets verhullende definities die in de VS worden gehanteerd. Daaruit blijkt onomwonden dat de NP zich met traditioneel medische zaken bezighoudt, medicatie en behandelingen voorschrijft. De LCVV stelt dat de ANP bij zeer complexe patiënten wordt ingezet. Wanneer er al patiëntencategorieën in de Amerikaanse en Britse definities worden genoemd gaat het eerder om minder complexe patiëntengroepen (*most common*, ACNP, 1999). De omschrijving van de NP in de adviesnota “*De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang*” (Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, 2003) geeft duidelijk aan dat het gaat om taken uit het medische domein. De verpleegkundige beroepsgroep heeft op deze definitie nog niet gereageerd.

In tegenstelling tot de terughoudendheid van de LCVV reageert de overheid zeer voortvarend. Ondanks het kleine aantal NPs in de praktijk (ruim 300) en de geringe bekendheid in ons land over de resultaten en de effecten van de functie, wordt de NP samen met de PA gezien als de oplossing voor de capaciteitsproblemen in de gezondheidszorg. Het vertrouwen dat de overheid hiermee uitspreekt naar onder meer de verpleging die de functie van NP gaat invullen, is opmerkelijk. Blijkbaar wordt er niet getwijfeld aan de capaciteiten van de verpleging om de nieuwe functie te gaan vervullen. Het onderwerp “taakherschikking en nieuwe beroepen” staat hoog op de politieke agenda. Terwijl de zorg in 2003 en 2004 fors moet bezuinigen, wordt er € 17 miljoen in 2004 tot € 70 miljoen in 2007 vrij gemaakt voor de NP (en de PA).

In het licht van Abbott (1988) zijn gunstige omstandigheden voor de verpleging om taken van medici over te nemen de wet BIG, de wisselende omschrijvingen van het domein van de verpleging en de afwezigheid van eenduidige leiding bij de verpleging. Legitimering van de functie vindt plaats door de aanstelling van zeer ervaren verpleegkundigen voor de functie die een vervolgopleiding op masterniveau moeten volgen. Ook in ons land worden er aanbevelingen gedaan onderzoek te doen naar de effecten van taakherschikking (VAZ, 2004).

Vindt taakherschikking daadwerkelijk plaats? Wil de medische beroepsgroep andere taken overdragen dan medische handelingen? Wat doet de NP in de praktijk? Is het nieuwe domein interessanter, complexer dan het eigen domein? De verpleegkundige beroepsgroep heeft zich jaren lang achtergesteld gevoeld ten opzichte van de medische beroepsgroep (hoofdstuk 3). Uit de reactie van NU91 en de AVVV kan worden opgemaakt dat zij ervan uit gaan dat het overnemen van taken van artsen gunstig werkt voor de hele beroepsgroep en dat hierdoor de hele verpleegkundige beroepsgroep emancipeert. In termen van Tajfel en Turner (1986) gaan deze organisaties uit van sociale competitie. Is dit terecht? Wat levert het de verpleging op, in de zin van kwaliteit van arbeid, sociaal economische status? Wat is de adaptatievorm, de wijze van aanpassing van de NPs? Hoe belangrijk vinden zij de eigen cultuur? Loopt het beleid van de overheid ten aanzien van taakherschikking parallel aan de dagelijkse praktijk? Hoe is de relatie tussen medisch specialist en NP in de praktijk? Met behulp van onderzoek wordt geprobeerd op deze vragen een antwoord te geven.

HOOFDSTUK 5. EVALUATIE VAN DE NP

In dit hoofdstuk worden aan de hand van de resultaten van verscheidene onderzoeken die plaatsvonden tussen december 1999 en september 2003 de deelvragen van deze studie beantwoord. Achtereenvolgens worden de volgende vragen beantwoord:

1. Welke bijdrage levert de NP aan de patiëntenzorg in vergelijking met bestaande aanpalende functies?
2. Welke interne krachten beïnvloeden de zich ontwikkelende taakherschikking tussen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein? Hoe kunnen deze worden verklaard?
3. Welke kenmerken hebben de taakgebieden die artsen aan verpleegkundigen en in het bijzonder aan NPs overdragen? Op welke manier en in hoeverre vindt legitimering en motivatie plaats?
4. Welke kenmerken hebben de taakgebieden die NPs van artsen over *willen* nemen? Op welke manier en in hoeverre vindt legitimering en motivatie plaats?
5. Welke omgevingsfactoren zijn van invloed op taakherschikking?
6. In hoeverre kunnen de optredende taakherschikking in de praktijk en de beleidsmatige discussie daarover worden verklaard met behulp van de door Abbott beschreven krachten en mechanismen?
7. Hoe kunnen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein ten opzichte van elkaar worden gekarakteriseerd, ex- en inclusief taakherschikking? Hoe kunnen de verschillen worden geduid?
8. Op welke wijze kan, gegeven de diagnose die gesteld kan worden met behulp van de antwoorden op de deelvragen 1 t/m 7, in Nederland afstemming worden gerealiseerd tussen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein?

5.1. Beantwoording deelvraag 1:

Welke bijdrage levert de NP aan de patiëntenzorg in vergelijking met bestaande aanpalende functies?

In 1999 lieten desgevraagd vijf van de andere zeven academische ziekenhuizen het UMCG weten positief te staan tegenover de ontwikkeling van de NP. Samen met een aantal algemene ziekenhuizen hadden zij het concept inmiddels overgenomen. Deze ziekenhuizen verklaarden zich bereid mee te werken aan een onderzoek naar de invulling van de functie.

- ◆ *Doel* van het onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de ontwikkeling van de nieuwe functie in de praktijk, met als vraagstelling:

Welke bijdrage levert de NP aan de somatische patiëntenzorg in ziekenhuizen in vergelijking met bestaande, aanpalende functies?

Als aanpalende functies werd gekozen de verpleegkundige, de verpleegkundig specialist (de functie die evenals de NP wordt gezien als een “advanced practice nurse”; zie paragraaf 4.5.1) en de arts-assistent in opleiding. Medische specialisten in academische ziekenhuizen hebben als drievoudige opdracht patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. In een meester-gezel relatie laten medisch specialisten arts-assistenten wel of niet in opleiding, onder supervisie het leeuwendeel van de patiëntenzorg doen. Het werk van NPs, met als hoofdplicht patiëntenzorg, lijkt op voorhand meer overeenkomsten te hebben met dat van arts-assistenten dan met dat van de medisch specialisten zelf, die ook een substantieel deel van hun tijd doorbrengen met onderwijs en onderzoek.

5.1.1. Methode van onderzoek

◆ *Design, procedure en onderzoeksgroep*

Het onderzoek kan worden gekenschetst als een cross-sectioneel beschrijvend onderzoek (Dassen en Keuning, 1992) waarbij kwantitatieve en kwalitatieve elementen werden gecombineerd. De steekproef bestond uit alle 35 destijds in ons land somatisch werkende NPs in algemene opleidingsziekenhuizen en 25 arts-assistenten in opleiding (i.o.), 20 verpleegkundig specialisten en 15 verpleegkundigen (n=95; zie ook betrouwbaarheid en validiteit).

◆ *Inclusiecriteria voor NPs:*

- Werkzaam in de somatische zorg in een algemeen ziekenhuis waarin arts-assistenten worden opgeleid;
- Voor de klinisch werkende NP werd daaraan toegevoegd “in de rol van zaalarts”;
- “Volledige functie vervulling” waarbij als criterium werd gebruikt dat de NP in plaats van de arts de patiënt “behandelt.” De NP hoefde daarvoor niet noodzakelijkerwijs de opleiding ANP te hebben afgerond.

◆ *Inclusiecriteria voor verpleegkundigen en arts-assistenten (i.o.):*

- Werkzaam op eenzelfde afdeling/polikliniek als de in het onderzoek geïncludeerde NP;
- Binnen bestaande kaders zelfstandige functie vervulling .

◆ *Inclusiecriteria voor verpleegkundig specialisten:*

- Werkzaam in de intramurale curatieve sector;
- Zelfstandige functie vervulling.

Omdat slechts één setting kon worden gevonden waarin zowel een verpleegkundig specialist als een geïncludeerde NP werkten, verviel voor de verpleegkundig specialist het criterium “op dezelfde afdeling/polikliniek.”

De personen voor het onderzoek werden benaderd in overleg met het management.

Na toepassing van de inclusiecriteria werd het onderzoek uiteindelijk gehouden in drie academische en twee algemene ziekenhuizen. In alle deelnemende ziekenhuizen werden arts-assistenten opgeleid.

De geobserveerde personen werkten op de volgende afdelingen en poliklinieken: dermatologie, neonatologie (Intensive Care), thoraxchirurgie, cardiologie, anesthesie, chirurgische oncologie, transplantatie, vaatchirurgie, reumatologie, neurologie, neurochirurgie, orthopedie, kinderoncologie, infectieziekten, diabetespoli, thuisbeademing, longziekten, interne oncologie, hematologie.

♦ *Meetinstrument*

Het feitelijke onderzoek vond plaats door een zogenaamd multimomentopname onderzoek. In dit onderzoek liep een observator met de betreffende functionaris mee en noteerde op at random bepaalde tijdstippen met een gemiddelde van iedere 5 minuten, de geobserveerde activiteit. Daarbij werd uitgegaan van de hoofdactiviteit. Wanneer een verpleegkundige tijdens de wasbeurt met de patiënt sprak, werd “wassen” genoteerd. Wanneer een verpleegkundige met de patiënt een gesprek voerde en daarbij de mond van de patiënt afveegde, werd “communicatie met de patiënt” genoteerd. Door een groot aantal waarnemingen te doen werd uiteindelijk een beeld verkregen van de meest voorkomende activiteiten en de tijdsbesteding.

De werkzaamheden van de geobserveerde personen werden onderverdeeld in drie categorieën: *directe, indirecte en voorwaarden scheppende activiteiten* (De Vries, 1988). *Direct* zijn die activiteiten waarbij de patiënt noodzakelijkerwijs aanwezig is (lichamelijk onderzoek, wasbeurt, communicatie met de patiënt). *Indirect* zijn die activiteiten die wel ten behoeve van een bepaalde patiënt plaatsvinden, maar waar deze niet zelf bij aanwezig hoeft te zijn (medicatie klaarmaken, een brief of rapportage schrijven over een patiënt). *Voorwaarden scheppende activiteiten* vinden geheel patiënt onafhankelijk plaats (voorraadbeheer, wachten, rust, spreekuur voorbereiden).

Voor de observatie werd een bestaande activiteitenlijst voor verpleegkundigen (Nota et al., 1984) uitgebreid met behulp van NPs (zie validiteit en betrouwbaarheid). Het werd de observator daardoor gemakkelijk gemaakt om een activiteit te noteren en zich daarbij tegelijkertijd te richten op de wijze waarop de activiteit verliep. Aandachtspunten waren daarbij vooral de inhoud van de informatievoorziening aan en de communicatie met de patiënt.

♦ *Uitvoering van het onderzoek*

De gegevens werden verzameld tussen oktober 1999 en half december 2000. Gedurende 4,5 uur werd een persoon overdag geobserveerd tijdens de uitvoering van reguliere werkzaamheden op de verpleegeenheid of op de polikliniek tijdens het spreekuur. Totaal werden 5130 metingen gedaan.

♦ *Betrouwbaarheid en validiteit*

Het onderzoek werd gehouden vlak na de introductie van het NP concept waardoor *alle* in de ziekenhuizen werkende NPs konden worden geobserveerd. De representativiteit van de selecte steekproef is hoog, met uitzondering van de beschrijving van de wijze waarop de activiteiten werden uitgevoerd. De personen wisten van te voren niet wanneer de observaties plaatsvonden, om te voorkomen dat zij hun werkzaamheden aanpasten. Alle observaties werden door dezelfde observator gedaan om de betrouwbaarheid van de observaties te vergroten. Om interpretatie van de activiteiten te vermijden werd gekozen voor een observator met een algemene achtergrond. Wanneer een proefpersoon bijvoorbeeld naar de kast liep om verband te pakken, werd “lopen” opgeschreven en geen “wondverzorging.” Gegeven deze betrouwbaarheid en het empirisch karakter is ook de validiteit hoog.

De observatielijst met 155 activiteiten werd vijf NPs voorgelegd op juistheid en volledigheid (face-validity). Dit gebeurde nadat twee proefobservaties hadden plaatsgevonden om de lijst eveneens te controleren op volledigheid. Tijdens de formele observaties kwamen geen activiteiten meer naar voren die niet op de lijst stonden.

De 155 activiteiten van de observatielijst werden teruggebracht tot 15 hoofdcategorieën verdeeld over directe, indirecte en voorwaarden scheppende activiteiten, zoals vermeld in tabel 5.1. Vijf deskundigen deelden onafhankelijk van elkaar de 155 activiteiten van de observatielijsten in bij deze 15 hoofdcategorieën. Er was overeenstemming over 149 activiteiten (96%).

Tabel 5.1. Verdeling activiteiten naar hoofdcategorieën verdeeld in directe, indirecte en voorwaarden scheppende activiteiten.

Hoofdcategorieën	Activiteiten
Directe activiteiten	Medisch technische verrichtingen (puncties, lijnen inbrengen, thoraxdrains verwijderen)
	Verpleegtechnische verrichtingen (lichamelijke verzorging, toediening medicatie, controle medicatie, infusie, controle vitale functies als bloeddruk, zuurstofsaturatie)
	Afnemen medische anamnese, lichamelijk onderzoek
	Communicatie met de patiënt (of familie), afnemen verpleegkundige anamnese
Indirecte activiteiten	Aanvragen: medicatie voorschrijven, onderzoeken, behandelingen, consulten aanvragen
	Communicatie over de patiënt
	Visite lopen
	Status invullen, status bestuderen
	Administratie, uitslagen opzoeken in het ZIS ²⁴ , brieven schrijven
Voorwaarden scheppende activiteiten	Supervisie ontvangen, onderwijs ontvangen
	Overige communicatie
	Organisatie, voorraden aanvullen
	Wachten
	Lopen
	Rust, persoonlijke verzorging

Onder de categorie *aanvragen* valt het voorschrijven van medicatie, al of niet door een arts geparafeerd en het aanvragen van onderzoeken, behandelingen en consulten.

De geobserveerde personen werkten klinisch op afdelingen als zaalarts of poliklinisch.

Op basis van functie en werksetting werden zes groepen samengesteld:

- Klinisch werkende NPs in de rol van zaalarts (n=15);
- Poliklinische werkende NPs (n=20);
- Klinisch werkende arts-assistenten in de rol van zaalarts (n=15);
- Poliklinisch werkende arts-assistenten (n=10);
- Afdelingsverpleegkundigen (n=15);
- Poliklinisch werkende verpleegkundig specialisten (n=20).

Voor de analyse werd gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek, T-toetsen en variantieanalyse.

Als eerste werden de activiteiten van de twee NP groepen vergeleken met één van beide andere groepen professionals in dezelfde setting²⁵. Vervolgens werden de vergelijkingen toegespitst op het aandeel aan de directe patiëntenzorg. Door deze werkwijze vertonen de tweede serie vergelijkingen (paragraaf 5.1.2. E. en F.) enige overlap met de eerste serie vergelijkingen (paragraaf 5.1.2. A. t/m D).

²⁴ ZIS: het geautomatiseerde Ziekenhuis Informatie Systeem

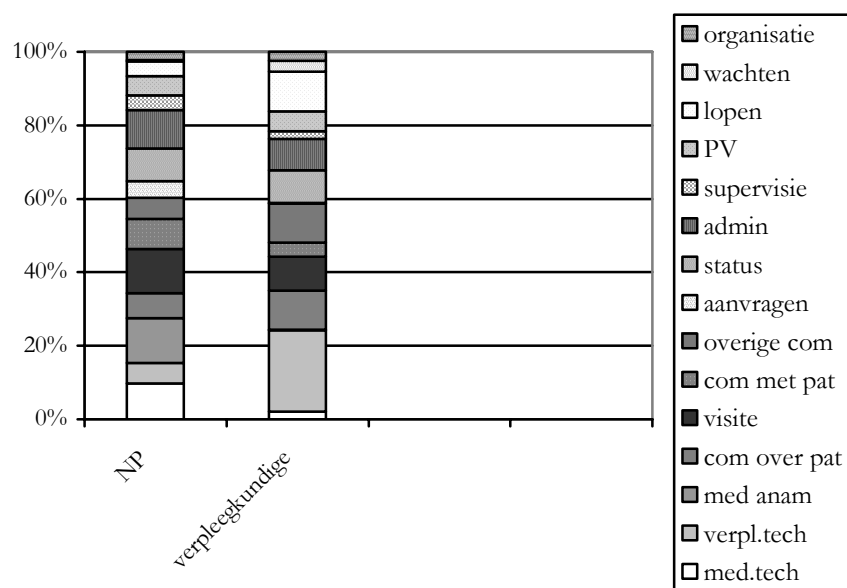
²⁵ Met uitzondering van de verpleegkundig specialisten

5.1.2. Resultaten

A. Activiteiten van klinisch werkende NPs in de rol van zaalarts en afdelingsverpleegkundigen

De activiteiten van de klinisch werkende NPs (n=15) in de rol van zaalarts en de afdelingsverpleegkundigen (n=15) werden met elkaar vergeleken met als doel na te gaan waarin deze met elkaar overeenkomen en verschillen.

In figuur 5.1. staan de activiteiten met de gemiddelde tijdsbesteding van klinisch werkende NPs (n=15) in de rol van zaalarts en afdelingsverpleegkundigen (n=15).



Figuur 5.1. Activiteiten en gemiddelde tijdsbesteding van klinisch werkende NPs (n=15) en afdelingsverpleegkundigen (n=15)

De drie activiteiten waaraan NPs de meeste tijd besteden zijn:

- *het afnemen van de medische anamnese inclusief lichamelijke onderzoek (12,0%), visite lopen (11,9%) en administratie (10,5%).*

De vier activiteiten²⁶ waaraan verpleegkundigen de meeste tijd besteden zijn:

- *verpleegtechnische handelingen (22,1%), lopen (10,7%), overige communicatie (10,6%) en communicatie over patiënten (10,6%) .*

Vervolgens is de gemiddelde tijdsbesteding aan activiteiten van de twee groepen met elkaar vergeleken met behulp van een T-toets voor onafhankelijke steekproeven. De hypothese luidde dat de tijdsbesteding van de twee groepen aan iedere activiteit zou verschillen. Er werd daarom tweezijdig getoetst met een betrouwbaarheidsinterval voor het verschil van beide gemiddelden van 95%.

In tabel 5.2.staan de resultaten weergegeven.

²⁶ Omdat aan twee activiteiten evenveel tijd werd besteed, worden hier vier in plaats van drie activiteiten genoemd.

Tabel 5.2. Vergelijking activiteiten en gemiddelde tijdsbesteding van klinisch werkende NPs in de rol van zaalarts (n=15) met afdelingsverpleegkundigen (n=15)

Activiteit	T	df	Sig 2 tail	Mean diff
Medisch-technisch handelen	3,928	20,9	,001	3,2
Verpleegtechnisch handelen	- 5,004	14,9	,000	-9,6
Medische Anamnese	5,17	12	,000	6,9
Communicatie over patiënt	- 2,802	27,7	,009	-2,3
Visite lopen	1,467	23,3	,156	1,5
Communicatie met patiënt, incl. verpleegkundige anamnese	3,789	17,3	,001	2,4
Overige communicatie	- 2,011	14,1	,064	-3,7
Aanvragen	3,68	12	,003	2,0
Status	,181	24,3	,858	,224
Administratie	1,010	18,9	,334	1,63
Lopen	-5,067	23,6	,000	-3,78
Wachten	-2,09	14	,055	-,667
Supervisie ontvangen	-,547	4,647	,610	-,75
Organisatie	-,561	27,6	,579	-,200
Rust en persoonlijke verzorging	,491	17,5	,629	,633

Significante verschillen (uitgaande van een significantieniveau van 0,05) zijn gevonden tussen NPs en verpleegkundigen in de tijdsbesteding aan de activiteiten:

- *medisch technisch handelen* (resp. 9,6% en 2,1%), *afname medische anamnese* (resp. 12% en 0,2%); *aanvragen* (resp. 4,5% en 0,2%);
- *verpleegtechnisch handelen* (resp. 5,6% en 22,1%);
- *communicatie met patiënten* (resp. 8,2% en 3,9%);
- *lopen* (resp. 3,9% en 10,7%).

♦ Discussie

Uit de resultaten blijkt dat de NP andere activiteiten doet dan de verpleegkundige; activiteiten die tot het medische domein behoren, zoals *afnemen van de medische anamnese inclusief lichamelijk onderzoek en aanvragen* (totaal 16,5%). De NP doet significant *meer medisch technische handelingen* (9,6%) dan de verpleegkundige (2,1%). Uit de observaties blijkt ook dat NPs *andere* medisch technische handelingen verrichten dan verpleegkundigen zoals het doen van puncties, het verwijderen van thoraxdrains en inbrengen van invasieve lijnen.

De twee activiteiten waaraan NPs de meeste tijd besteden, *visite lopen en administratie*, hebben een andere inhoud dan bij de verpleegkundigen. Bij de visite neemt de NP evenals de medicus, het aanslaan van de behandeling van de patiënt als uitgangspunt, maar combineert dit met de gevolgen van de aandoening voor de patiënt en zijn omgeving. Wanneer de visite door medici wordt gelopen, worden deze laatste twee punten meestal door de verpleging ingebracht.

De administratie bestaat voor een groot deel uit het schrijven van ontslagbrieven aan de huisarts, waarin de medische geschiedenis de hoofdmoot vormt. Traditioneel is dit geen verpleegkundig, maar medisch werk.

Opvallend is het verschil in tijd die de verpleegkundige en de NP besteden aan *communicatie met de patiënt* resp. 8,2% (NP) en 3,9% (verpleegkundige). Het gevonden percentage bij de verpleging is opvallend laag, te meer daar dit inclusief het afnemen van de verpleegkundige anamnese is. Bij de NP is de afname van de anamnese een apart item. Bij de verpleging was het gevonden percentage besteed aan communicatie met de patiënt dermate gering dat het bij de analyse gerekend is tot de communicatie met de patiënt, ook omdat voor de observator het verschil niet altijd duidelijk was.

Slechts in een enkele situatie was er sprake van een gestructureerd gesprek, aan de hand van een anamneseformulier.

De NP neemt langer en vaker de tijd voor communicatie met de patiënt. Het verschil met de verpleegkundige kan wellicht worden verklaard uit *de inhoud* van de communicatie. De NPs zijn gericht op het aanslaan van de behandeling, maar ook op de gevolgen van de ziekte voor de patiënt en de wijze waarop de patiënt met zijn ziekte omgaat tijdens en na opname. De NP leert de patiënt zelfmanagement; de NP probeert de patiënt zoveel mogelijk te laten begrijpen van zijn ziekte. Dit heeft tot doel de patiënt te leren de ziekte en bijbehorende symptomen te beheersen zodat hij of zij de normale dagelijkse activiteiten uit kan voeren (Lorig, Holam, Sobel, Laurent, González en Minor, 1994). Ook is het doel de patiënt te leren hoe de met de ziekte gepaard gaande emotionele veranderingen te hanteren

Tijdens de gesprekken met de patiënt krijgt de NP informatie die ook voor de verpleging van belang is, bijvoorbeeld over de thuissituatie. Deze informatie wordt niet toegevoegd aan het verpleegkundige dossier, om te vermijden dat de verpleging de NP als bedreigend gaat ervaren. Een NP: *“als ik dat wel zou doen, beschuldigt de verpleging mij ervan dat ik de krenten uit de pap haal.”* De vraag rijst of bij de implementatie van de NP voldoende is gekeken naar de consequenties voor de verpleging en de inhoud van het werk. Door de samenwerking te optimaliseren zou de zorg efficiënter kunnen verlopen.

Opvallend is dat inhoudelijke afstemming tussen medici en NP's enerzijds en de verpleegkundigen anderzijds over de informatievoorziening aan de patiënt ontbreekt. De NP lijkt zich met betrekking tot dit punt te identificeren met de arts. Dit punt komt terug bij deelvraag 2 (5.2.2.C).

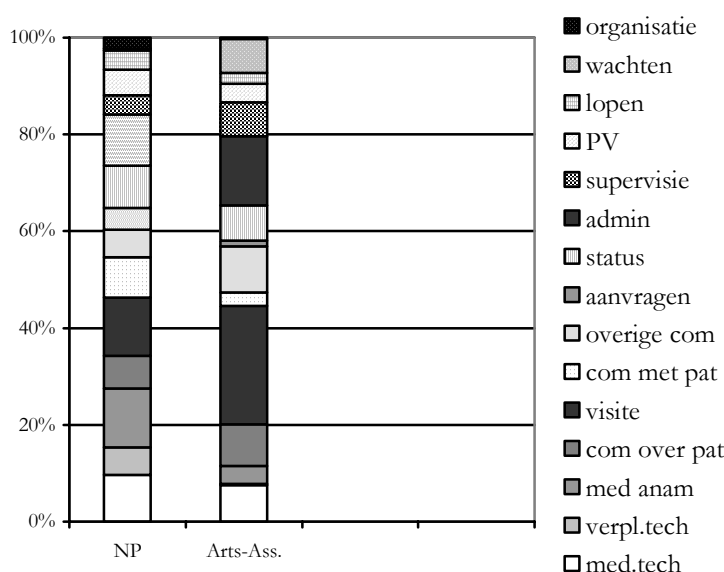
Verpleegkundigen zijn in hun communicatie met de patiënt vooral gericht op de situatie waarin de patiënt zich op dat specifieke moment bevindt, zonder verder vooruit te kijken. Wanneer de patiënt iets over zijn/haar aandoening vraagt, wordt hij/zij naar de arts of de NP verwezen. De verpleegkundige doet meer *verpleegtechnische handelingen* (22,1%) dan de NP (5,6%) en heeft meer tijd nodig voor *communicatie over patiënten* en *overige communicatie*. Aan deze twee activiteiten samen besteedt de verpleegkundige bijna net zoveel tijd als aan verpleegtechnische activiteiten (resp. 21, 2% en 22,1%). Vermoedelijk wordt het hoge percentage communicatie veroorzaakt door de vele overdrachten. Niet alleen bij dienstwisselingen dragen de verpleegkundigen hun patiënten mondeling aan hun collega's over maar ook bij het tijdelijk verlaten van de verpleegeenheid. Een andere verpleegkundige moet dan de zorg voor zijn of haar patiënten overnemen en moet worden geïnformeerd over de laatste bijzonderheden. Tijdens de observaties bleek ook dat de verpleging veel tijd doorbrengt met het controleren van de continuïteit van andere bij de patiënt ingeschakelde disciplines. *Is de diëtiste al geweest, is de patiënt al geprikt? Is de arts al geweest?* De percentages *communicatie over patiënten* en *overige communicatie* lijken overigens extra hoog wanneer deze worden vergeleken met twee andere activiteiten die de verpleging doet om informatie overdraagbaar te maken. Aan statusvoering (8,9%) en administratie (8,4%) samen, besteedt de verpleging 17,3%.

Ook opvallend is de hoeveelheid tijd die de verpleegkundige doorbrengt met lopen (10,7%). Dit valt extra op wanneer dit wordt afgezet tegen een activiteit als communicatie met de patiënt (3,9%). Verpleegkundigen hebben hun patiënten verspreid over de afdeling liggen om gestalte te kunnen geven aan patiëntgericht verplegen. Hierbij worden patiënten zoveel mogelijk van opname tot ontslag toegewezen aan dezelfde verpleegkundige zonder rekening te houden met de locatie van de patiënten op de afdeling. Ook worden verpleegkundigen vaak geroepen aan een centraal geplaatste telefoon. Pas wanneer zij aan de telefoon zijn, horen ze over wie het gesprek gaat. Om over de juiste informatie te kunnen beschikken, moeten zij naar de patiënt lopen, hetzij om vragen te stellen hetzij om het dossier dat bij de patiënt ligt te pakken.

Samengevat doet de klinische NP in de rol van zaalarts grotendeels andere activiteiten dan de afdelingsverpleegkundige, activiteiten die traditioneel tot het medische domein behoren. De inhoud van de activiteiten die ook door verpleegkundigen worden gedaan, doet de NP vanuit een gecombineerd medisch en verpleegkundig referentiekader. De NP communiceert significant meer met patiënten dan de verpleegkundige en geeft hier ook een andere invulling aan.

B. Activiteiten van klinisch werkende NPs en arts-assistenten in de rol van zaalarts

De activiteiten van de klinisch werkende NPs (n=15) en arts-assistenten (n=15) in de rol van zaalarts werden met elkaar vergeleken met als doel na te gaan waarin deze met elkaar overeenkomen en verschillen. In figuur 5.2. staan de activiteiten met de gemiddelde tijdbesteding van beide groepen.



Figuur 5.2. Activiteiten en gemiddelde tijdsbesteding van klinisch werkende NPs (n=15) en arts-assistenten (n=15) in de rol van zaalarts.

De drie activiteiten waaraan de NPs de meeste tijd besteden, zijn:

- *het afnemen van de medische anamnese inclusief lichamelijk onderzoek (12,0%), visite lopen (11,9) en administratie (10,5%).*

De drie activiteiten waaraan de arts-assistenten de meeste tijd besteden zijn:

- *visite lopen (24,4%), administratie (14,1%) en overige communicatie (9,5%).*

Vervolgens is de gemiddelde tijdsbesteding aan activiteiten van de twee groepen met elkaar vergeleken met behulp van een T-toets voor onafhankelijke steekproeven.

De hypothese luidde dat de tijdsbesteding van de twee groepen aan iedere activiteit zou verschillen. Er werd daarom tweezijdig getoetst, met een betrouwbaarheidsinterval voor het verschil van beide gemiddelden van 95%. In tabel 5.3. staan de resultaten weergegeven.

Tabel 5.3. Vergelijking activiteiten en gemiddelde tijdbesteding van klinisch werkende NPs (n=15) met arts-assistenten (n=15) in de rol van zaalarts

Activiteit	T	df	Sig 2 tail	Mean diff
Medisch technisch handelen	1,220	24,84	,234	1,46
Verpleegtechnisch handelen	2,999	25,62	,006	1,73
Medische Anamnese	3,785	15,45	,002	5,423
Communicatie over patiënt	-,612	24,25	,546	-,666
Visite lopen	3,4	21,97	,003	- 6,20
Communicatie met patiënt, incl. verpleegkundige anamnese	3,099	23,07	,005	2,66
Overige communicatie	-,798	21,18	,434	-1,06
Aanvragen	3,68	12	,003	2,00
Status	,988	24,06	,333	1,14
Administratie	-,322	25,99	,750	-,687
Lopen	1,400	18,58	,178	,628
Wachten	-8,657	14	,000	- 2,733
Supervisie ontvangen	-2,125	24,99	,043	-1,15
Organisatie	4,023	17,20	,001	1,33
Rust en persoonlijke verzorging	1,469	11,92	,168	1,69

Significante verschillen (uitgaande van een significantieniveau van 0,05) zijn gevonden tussen NPs en arts-assistenten voor de activiteiten:

- *afnemen van de medische anamnese (resp. 12% en 3,7%);*
- *verpleegtechnische handelen (resp. 5,6% en 0,25%);*
- *visite (resp. 11,9% en 24,4%);*
- *communicatie met de patiënt (resp. 8,2% en 2,7%);*
- *aanvragen (resp. 4,5% en 1,2%);*
- *wachten (resp. 0,4% en 7,1%);*
- *supervisie (4,3% en 7%);*
- *organisatie (2,2% en 0,3%).*

♦ Discussie

Er zijn geen activiteiten op de verpleegeenheid geobserveerd die de arts-assistent wel en de NP in de rol van zaalarts niet doet, met uitzondering van het paraferen van voorgeschreven medicatie. NPs schrijven de medicatie op de daarvoor bestemde lijsten en recepten, maar moeten die laten paraferen door een arts. Uit de observaties blijkt dit veel irritaties op te leveren bij NPs zelf, bij de arts die hiervoor speciaal naar de afdeling moet komen en bij de verpleegkundigen vanwege het oponthoud in het bedrijfsproces.

Ook moet worden opgemerkt dat er patiëntselectie plaatsvindt. De NP wordt bij een nauw omschreven, beperkte categorie patiënten ingezet waarvan de behandeling geprotocolleerd verloopt. Deze selectie vindt plaats op niveau van de patiëntencategorie, niet op niveau van de individuele patiënt. Wanneer er bij de medische behandeling complicaties verwacht worden of wanneer de diagnose nog niet gesteld is, wordt de patiëntencategorie niet aan de NP toegewezen. Daarnaast heeft de arts-assistent ook taken in de directe patiëntenzorg buiten de verpleegeenheid of de IC, bijvoorbeeld op de operatiekamer en draait onregelmatige diensten voor andere verpleegeenheden of IC's. De verpleegkundige brengt een gering percentage van de tijd (5,6 %) door met verpleegtechnische handelingen, welke bij arts-assistenten alleen op de neonatale intensive care voorkwamen.

De activiteiten zelf van de NPs en arts-assistenten op de afdeling zijn vrijwel gelijk, maar de tijdsbesteding eraan verschilt.

Uit het verschil in tijd besteed aan de *medische anamnese* (NP 12% , arts-assistent 3,7%) kan worden afgeleid dat de NP hier meer tijd voor nodig heeft. Bij nadere analyse van de observaties blijkt dat de NP meer patiënten ziet maar hier ook langer de tijd voor neemt c.q. heeft. Het verschil in tijd voor *aanvragen* kan ook uit het groter aantal patiënten worden verklaard (4,5% en 1,2%), hoewel niet uitgesloten kan worden dat zij ook absoluut meer *aanvragen*. Uit onderzoek in de UK blijkt dat NPs²⁷ iets minder medicatie voorschrijven dan artsen, maar méér aanvullend onderzoek laten doen (Venning, Durie, Roland, Roberts en Leese, 2000).

De NP *communiceert meer met* patiënten (8,2% versus 2,8%). Tijdens de observaties valt op dat de patiënten de NP kennen en dat deze voor de patiënt heel toegankelijk is. De NP is in tegenstelling tot de arts-assistent dagelijks de gehele dag op de afdeling. Patiënten en/of familieleden spreken de NP ook buiten formele momenten als visite en onderzoek aan; de NP is een vast aanspreekpunt.

De arts-assistent is in de communicatie met de patiënt vooral gericht op het aanslaan van de behandeling; de NP richt zich daarnaast ook op het zelfmanagement van de patiënt, zoals eerder beschreven.

Er is geen significant verschil aangetroffen in tijd doorgebracht met *medisch technisch handelen*; NPs en arts-assistenten besteden hieraan evenveel tijd. De arts-assistenten brengen meer tijd door met *visite lopen* (24,4% tegen 11,9% van de NP). Dit kan worden verklaard uit de onderwijsmomenten die hierin verweven zitten voor de arts-assistent. Deze veronderstelling wordt gesterkt door het feit dat zij meer supervisie krijgen dan NPs (7% versus 4,3%). Een medisch specialist: “*supervisie aan arts-assistenten kost uren per dag, elke patiënt wordt besproken. De NP heeft af en toe een half uurtje supervisie nodig; ze werkt heel zelfstandig.*” *Visite lopen* en *overige communicatie* zijn de activiteiten waarmee arts-assistenten op de verpleegeenheid de meeste tijd doorbrengen (totaal 33,9%). Ook dit laatste kan vermoedelijk worden verklaard door hun leersituatie.

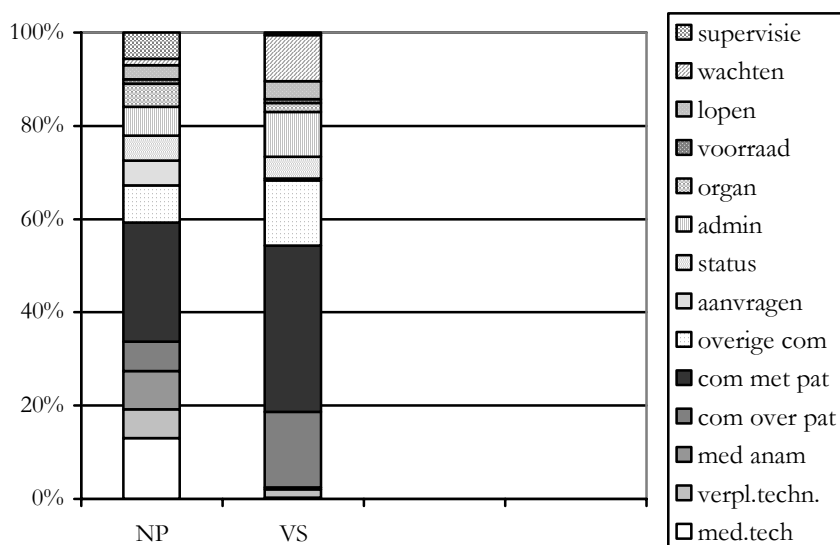
Ofschoon het percentage besteed aan *organisatie* door de NP gering is (slechts 2,2%) is dit toch significant meer dan bij de arts-assistent (0,3%). Deze besteedt significant meer tijd aan *wachten* (7,1%) dan de NP (0,3%). Voor de NP is de afdeling een vaste werkplaats, in tegenstelling tot de arts-assistent, die er tijdelijk in het kader van de opleiding werkt. De NP heeft daardoor wellicht wat meer oog voor werk buiten de directe patiëntenzorg dat nog moet worden gedaan en voelt zich mogelijk meer betrokken bij het reilen en zeilen van de afdeling.

Samengevat kan worden geconcludeerd dat de klinisch werkende NP in de rol van zaalarts na patiëntselectie dezelfde activiteiten doet als de arts-assistent, met uitzondering van het paraferen van recepten voor medicatie. De tijdsbesteding aan sommige activiteiten verschilt. De NP ziet meer patiënten dan de arts-assistent met een langere contacttijd. De arts-assistent krijgt meer supervisie en doet langer over de visite die gecombineerd wordt met onderwijs. Ook de wijze waarop activiteiten worden uitgeoefend, verschilt soms. Bij de communicatie met de patiënt en bij visite lopen combineert de NP medische en verpleegkundige aspecten. De NP is voor de patiënt en de familie een vast aanspreekpunt. De NP brengt ook een gering percentage van de tijd door met verpleegtechnisch handelen. De arts-assistent heeft taken in de directe patiëntenzorg buiten de afdeling, in tegenstelling tot de NP.

C. Activiteiten van NP en de verpleegkundig specialist op de polikliniek tijdens spreekuur

De activiteiten van de NP en de verpleegkundig specialist op de polikliniek zijn met elkaar vergeleken met als doel na te gaan waarin deze met elkaar overeenkomen en verschillen. In figuur 5.3. staan de activiteiten met de gemiddelde tijdsbesteding van beide groepen.

²⁷NPs mogen in de UK in tegenstelling tot ons land in beperkte mate medicatie voorschrijven (Patel, 1999)



Figuur 5.3. Activiteiten en gemiddelde tijdsbesteding van NPs (n=20) en verpleegkundig specialisten (n=20) op de polikliniek tijdens het spreekuur.

De drie activiteiten waaraan NPs tijdens spreekuur de meeste tijd besteden, zijn:

- *communicatie met de patiënt (22,4%), medisch technische handelingen (11,5%) en het afnemen van medische anamnese (7,2%).*

De drie activiteiten waaraan de verpleegkundig specialisten tijdens spreekuur de meeste tijd besteden zijn:

- *communicatie met de patiënt (35,6%), communicatie over de patiënt (16,1%) en overige communicatie (14%).*

Vervolgens is de gemiddelde tijdsbesteding aan activiteiten van de twee groepen met elkaar vergeleken met behulp van een T-toets voor onafhankelijke steekproeven. De hypothese luidde dat van de twee groepen iedere activiteit in tijdsbesteding zou verschillen. Er werd daarom tweezijdig getoetst, met een betrouwbaarheidsinterval voor het verschil van beide gemiddelden van 95%. In tabel 5.4. staan de resultaten weergegeven.

Tabel 5.4. Vergelijking activiteiten en gemiddelde tijdsbesteding van NPs (n=20) met verpleegkundig specialisten (n=20) op de polikliniek tijdens het spreekuur

Activiteit	T	df	Sig 2 tail	Mean.diff
Medisch technisch handelen	5,860	19,000	,000	5,100
Verpleegtechnisch handelen	,979	17,543	,341	1,152
Medische Anamnese	2,542	4,869	,002	1,850
Communicatie over patiënt	-2,654	31,452	,012	-4,664
Communicatie met patiënt, incl. verpleegkundige anamnese	-1,312	31,117	,266	-2,592
Overige communicatie	-2,688	35,605	,011	-3,688
Aanvragen	3,953	19,000	,001	1,500
Status	,483	25,155	,633	,456
Administratie	-1,341	31,569	,189	-1,947
Lopen	,261	25,889	,796	,165
Wachten	-5,050	23,918	,000	-3,735
Supervisie ontvangen	3,746	11,865	,003	3,166
Voorraad	1,533	4,000	,178	,800
Organisatie	,845	24,371	,406	,723

Significante verschillen (uitgaande van een significantieniveau van 0,05) zijn gevonden tussen NPs en verpleegkundig specialisten in tijdsbesteding aan de activiteiten:

- *medisch technisch handelen* (resp. 11,5% en 0,3%);
- *afnemen medische anamnese* (resp. 7,2% en 0,5%);
- *aanvragen* (resp. 4,7% en 0,4%);
- *wachten* (resp. 1,1% en 9,8%);
- *supervisie ontvangen* (5,0% en 0,6%).

♦ Discussie

De activiteiten van de NP verschillen van de verpleegkundig specialist in (traditioneel) medische activiteiten. De NP besteedt 11,9% van de tijd aan het *afnemen van de medische anamnese* en *aanvragen*, activiteiten die de verpleegkundig specialist nauwelijks doet. Hetzelfde geldt voor *medisch-technisch handelen* waar de NP 11,5% van de tijd aan besteedt en de verpleegkundig specialist 0,3%.

Beide groepen brengen veel tijd door *met communicatie met de patiënt* (NP: 22,4% en verpleegkundig specialist 35,6%). De inhoud van de communicatie met de patiënt is gelijk. Beide richten zich op het zelfmanagement van de patiënt.

De verpleegkundig specialist ziet de patiënten formeel voor de verpleegkundige aspecten van de ziekte zonder dat er sprake is van een uitgesproken vraagstelling. De gesprekken blijken ook te gaan over de ziekte zelf, de behandeling en de prognose, traditioneel medische zaken.

Er is ternauwernood tot geen inhoudelijke afstemming over de inhoud van de begeleiding en de informatievoorziening aan de patiënt tussen de arts en de verpleegkundig specialist. Het medisch dossier blijft in vele gevallen bij de medisch specialist; de verpleegkundig specialist heeft een eigen dossier. De kans op overlap of leemtes in de informatievoorziening en begeleiding van de patiënt is door deze werkwijze groot.

De verpleegkundig specialist besteedt bovendien veel tijd aan communicatie *over* de patiënt (16,1%). Dit komt voort uit de consulterende en educatieve taak van de verpleegkundig specialist ten opzichte van andere gezondheidszorgwerkers.

Het spreekuur van de NP en verpleegkundig specialist zijn verschillend georganiseerd. De verpleegkundig specialist heeft doorgaans een inloopsprekuur, zonder planning; de NP heeft wel een planning. De verpleegkundig specialist wacht op patiënten die doorgestuurd worden door de medisch specialist, wat het hoge percentage *wachten* verklaart (9,8% door de verpleegkundig specialist versus 1,1% door de NP). De NP ziet niet alleen door de efficiëntere organisatie meer patiënten dan de verpleegkundig specialist, maar ook door de bredere inzetbaarheid, zoals voor lichamelijk onderzoek en het doen van kleine ingrepen.

In tegenstelling tot de NP is bij de verpleegkundig specialist nauwelijks tijd genoteerd voor het ontvangen van supervisie. Dit kan verklaard worden uit “de verlengde arm” constructie waarin de NP werkt. De medisch specialist moet opdracht geven voor voorbehouden handelingen waarbij zijn of haar tussenkomst bij de uitvoering van de handeling door de NP gegarandeerd moet zijn. Ook moet de medisch specialist overtuigd zijn dat de NP in staat is de handeling volgens protocol uit te voeren (Leenen, 1991).

Hoewel de verpleegkundig specialist een zelfstandige functie is met een eigen afgebakend domein (zie paragraaf 3.6.4.) wijst het hoge percentage tijd besteed aan *communicatie over patiënten en overige communicatie* juist op meer werkafhankelijkheden.

Terwijl over legitimiteit, de inzet en productiviteit van de NP veel gediscussieerd is, lijkt dit over de verpleegkundig specialist niet het geval. Dit kan vermoedelijk worden verklaard uit het feit dat de verpleegkundig specialist formeel geen taken van medici overneemt en dat de functie los van medici is gecreëerd. De verpleegkundig specialist is ontwikkeld in de periode dat verpleegkundigen het medisch model totaal hadden verlaten (zie hoofdstuk 3). De herkomst van

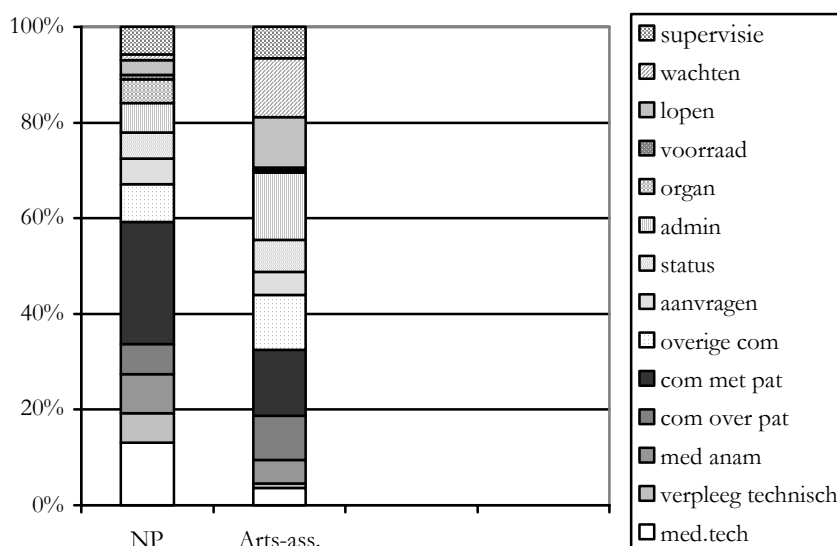
de formatie van de verpleegkundig specialist heeft nooit ter discussie gestaan: van de verpleging! In de begeleiding van en de informatie voorziening aan de patiënt doet de verpleegkundig specialist echter taken die voorheen terecht of onterecht door medici werden gedaan of bleven liggen.

De NP, voor wie de polikliniek vaak de enige werkplaats is, voelt zich vaker dan de verpleegkundig specialist medeverantwoordelijk voor de hele organisatie van de polikliniek. De NP neemt de taak op zich om nieuwe arts-assistenten wegwijs te maken in het reilen en zeilen van het poliklinische bedrijf en raakt daardoor betrokken bij de wijze van bedrijfsvoering. Voor de steekproef van deze studie werd met moeite één situatie gevonden waarin een NP en een verpleegkundig specialist in één praktijk werkten. Dit wekt de indruk dat het niet nodig gevonden wordt een NP en een verpleegkundig specialist samen in één praktijk te laten functioneren. Op grond van deze studie kon niet worden aangetoond of de inzet van de NP de inzet van een verpleegkundig specialist in de patiëntenzorg overbodig maakt. De verpleegkundig specialist heeft (zie paragraaf 3.6.4.) ook een aantal taken buiten de directe patiëntenzorg.

Samengevat doet de NP op de polikliniek andere activiteiten dan de verpleegkundig specialist, activiteiten die tot het medisch domein horen. De inhoud van de communicatie met patiënten, waaraan beiden een ruim deel van hun tijd besteden, verschilt echter niet. Zowel de verpleegkundig specialist als de NP proberen patiënten zelfmanagement over hun ziekte te leren. In de informatievoorziening aan en de begeleiding van de patiënt heeft ook de verpleegkundig specialist taken van de arts overgenomen.

D. Activiteiten van de NPs en de arts-assistenten op de polikliniek tijdens het spreekuur

De activiteiten van NPs (n=20) tijdens het spreekuur op de polikliniek zijn vergeleken met die van arts-assistenten (n=10) met als doel na te gaan waarin deze met elkaar overeenkomen en verschillen. In figuur 5.4. staan de activiteiten met de gemiddelde tijdsbesteding van beide groepen.



Figuur 5.4. Activiteiten en de gemiddelde tijdsbesteding van NPs (n=20) en arts-assistenten (n=10) op de polikliniek tijdens het spreekuur

De drie activiteiten waaraan NPs op de polikliniek tijdens het spreekuur de meeste tijd besteden zijn:

- *communicatie met de patiënt (22,4%), medisch technische handelingen (11,5%) en het afnemen van medische anamnese (7,2%).*

De drie activiteiten waaraan de arts-assistenten de meeste tijd besteden zijn:

- *administratie (14%), communicatie met de patiënt (13,7%), overige communicatie (11,5%).*

Vervolgens is de gemiddelde tijdsbesteding aan activiteiten van de twee groepen met elkaar vergeleken met behulp van een T-toets voor onafhankelijke steekproeven. De hypothese luidde dat de twee groepen voor iedere activiteit van elkaar in tijdsbesteding zou verschillen. Er werd daarom tweezijdig getoetst, met een betrouwbaarheidsinterval voor het verschil van beide gemiddelden van 95%. In tabel 5.5. staan de resultaten weergegeven.

Tabel 5.5. Vergelijking activiteiten en gemiddelde tijdsbesteding van NPs (n=20) met arts-assistenten (n=20) op de polikliniek tijdens het spreekuur

Activiteit	T	Df	Sig. 2 tail	Mean diff
Medisch technisch handelen	4,317	21,343	,000	3,877
Verpleeg technisch handelen	2,936	15,950	,010	2,616
Medische Anamnese	2,455	23,999	,022	1,150
Communicatie over patiënt	-,592	13,000	,564	-,714
Communicatie met patiënt, incl. verpleegkundige anamnese	5,357	21,566	,000	10,850
Overige communicatie	-2,015	25,260	,055	-2,088
Aanvragen	-,751	23,914	,460	-,388
Status	,350	20,996	,730	,323
Administratie	-4,817	22,663	,000	-4,247
Lopen	-6,993	12,689	,000	-3,063
Wachten	-8,217	12,633	,000	-5,075
Supervisie ontvangen	,570	16,514	,576	,833
Voorraad	1,633	4,000	,178	,800
Organisatie	1,886	18,000	,075	1,473

Significante verschillen (uitgaande van een significantieniveau van 0,05) zijn gevonden tussen NPs en artsassistenten in tijdsbesteding aan de activiteiten:

- *verpleegtechnisch handelen (resp. 5,4% en 0,9%);*
- *medische anamnese (resp. 7,2% en 4,9%);*
- *communicatie met patiënten (resp. 22,4% en 13,7%);*
- *administratie (resp. 5,4% en 14%);*
- *lopen (resp. 2,7% en 10,5%);*
- *wachten (resp. 1,13% en 12,3%).*

♦ Discussie

Er zijn géén activiteiten die de arts-assistenten op de polikliniek tijdens spreekuren wél en de NPs niet doen. Hierbij moeten twee kanttekeningen worden geplaatst. Op de eerste plaats vindt net als op de afdeling er ook op de polikliniek eerst patiëntselectie plaats; de NP ziet een nauw omschreven, beperkte categorie patiënten waarvan de behandeling volgens protocol verloopt. Op de tweede plaats verschilt de tijdsbesteding aan een aantal activiteiten. De NP bijvoorbeeld doet

aanzienlijk langer over consulten dan de arts-assistent. De NP brengt meer tijd door met *medisch technisch handelen, de medische anamnese* en met *communicatie met patiënten*. Dit leidt tot een langere contacttijd van de NP per patiënt. Per medisch specialisme en subspecialisme verschilt de contacttijd van 5 minuten tot een half uur en bij uitzonderingen tot een uur, afhankelijk van de patiëntencategorie. De NP vraagt doorgaans de dubbele contacttijd van de arts-assistent. De NP spreekt dit af bij de aanstelling, al of niet uit eigen ervaring.

Soms worden patiënten niet alleen op categorie geselecteerd, maar krijgt de NP ook patiënten die extra aandacht nodig hebben. Het grote verschil in tijd doorgebracht met *communicatie met de patiënt* tussen de NP (22,4%) en de arts-assistent (13,7%) illustreert dit verschil. Uit kwalitatieve analyse blijkt dat dit veroorzaakt wordt door het feit dat de NP voor de informatieverstrekking aan en begeleiding van de patiënt meer tijd neemt en spontaan verder gaat dan sec de behandeling. De NP is sterker gericht op het aanleren van zelfmanagement en psychosociale begeleiding. NPs zijn ervaren verpleegkundigen die geleerd hebben bij problemen op psychosociaal gebied dóór te vragen. Een patiënt bij de nacontrole van een oncologische aandoening: “*de verzekering die ik moet betalen voor mijn hypotheek is nog steeds extra hoog.*” De arts-assistent: “*we hebben daarover wel een informatiefolder hoe daarmee mee om te gaan.*” De NP: “*we ben daarover wel een informatiefolder hoe daarmee om te gaan. Of bedoelt u eigenlijk te vragen of u daadwerkelijk genezen bent?*”

Arts-assistenten zijn van harte bereid vragen op psychosociaal gebied te beantwoorden. Voordat zij zich op psychosociaal gebied begeven, moet er echter in de meeste gevallen eerst een vraag gesteld zijn, in tegenstelling tot de NP die de informatie spontaan geeft.

De hogere tijd besteed aan communicatie door de NP wordt ook veroorzaakt door informele contacten die de NP met de patiënt heeft, doordat hij/zij herkend wordt buiten de spreekkamer. Patiënten die geregeld de polikliniek moeten bezoeken vragen om door de NP behandeld te worden, omdat zij dan steeds dezelfde persoon krijgen. Bij bezoeken aan de arts-assistent is de kans daarop klein.

De polikliniek is voor de arts-assistent een leersituatie. Van deze functionaris wordt verwacht door patiëntenzorg ervaring en kennis op te doen. Het is een onderdeel van zijn/haar opleiding die zich ook op de afdeling en eventueel de operatiekamer afspeelt. Voor de NP is de polikliniek een vaste werkplek. De NP is daardoor meer betrokken bij de organisatie van de polikliniek en van het eigen spreekuur. De arts-assistent bemoeit zich weinig tot niet met de organisatie van de polikliniek. Mogelijk dat hieruit een deel van het verschil in tijd kan worden verklaard, dat wordt besteed aan *wachten* op patiënten en de supervisor (12,3% door de arts-assistent versus 1,1% bij de NP).

De NP heeft, in tegenstelling tot de arts-assistent, één opdracht en één werkplek: patiëntenzorg op de polikliniek. Bij het uitvallen van patiënten tijdens het spreekuur heeft de NP de mogelijkheid om andere werkzaamheden te doen, een kast op te ruimen of een volgende poli voor te bereiden. De arts-assistent besteedt ook veel tijd aan *lopen* (10,5% versus 2,7% door de NP). Mogelijk dat dit verklaard kan worden uit het feit dat de NP de helft minder patiënten ziet dan de arts-assistent. Vermoedelijk veroorzaakt dit ook het verschil in tijdsbesteding aan *administratie* tussen de NP en de arts-assistent.

Al met al brengt de arts-assistent 12,3% van de tijd door met *wachten* en 10,5% met *lopen* (totaal 22,8%) waar tegenover 23,8% *contacttijd* met de patiënt staat. Enige efficiëntie winst in de inzet van de arts-assistent zou hier tot de mogelijkheden moeten behoren. Voor de NP is deze 3,8% voor *lopen* en *wachten* samen tegenover 58% *contacttijd*.

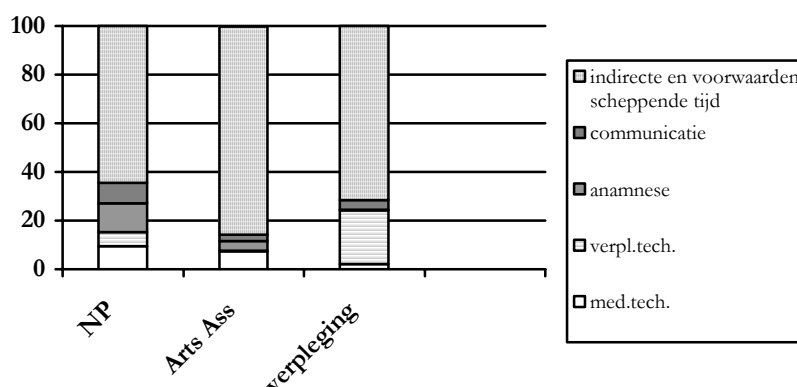
◆ Conclusie

Samengevat kan worden geconcludeerd dat de NP ook op de polikliniek na patiëntselectie gelijke activiteiten doet als de arts-assistent, maar dat de tijdsbesteding aan deze activiteiten sterk verschilt. De NP besteedt meer tijd aan patiëntenzorg (51% versus 28%) maar ziet de helft minder patiënten. In de communicatie met patiënten

combineert de NP het medisch referentiekader met het verpleegkundig. De NP richt zich niet alleen op de ziekte zelf, maar richt zich ongevraagd ook op psychosociale gevolgen van de ziekte en op het aanleren van zelfmanagement van de patiënt. De NP kent de patiënten en vice versa. De kans op continuïteit in de patiëntenzorg is daardoor groter bij de NP dan bij de arts-assistent.

E. De bijdrage van klinisch werkende NPs en arts-assistenten in de rol van zaalarts en van afdelingsverpleegkundigen aan de directe patiëntenzorg

In figuur 5.5. staan de percentages tijd besteed aan de *directe* patiëntenzorg weergegeven van de klinisch werkende NPs (n=15) en arts-assistenten (n=15) in de rol van zaalarts en van afdelingsverpleegkundigen (n=15).



Figuur 5.5. Bijdrage van de klinisch werkende NPs (n=15) en arts-assistenten (n=15) in de rol zaalarts en afdelingsverpleegkundigen (n=15) aan de directe patiëntenzorg

♦ Discussie

Volgens de literatuur ligt de gemiddelde *directe tijdsbesteding* aan patiëntenzorg door de klinisch werkende verpleging in ons land tussen de 40% en 50% (Buchel en Van Roestel, 1986). In dit onderzoek is het percentage directe tijd van de verpleging 28,3%; vergeleken met deze referentiewaarden dus vrij laag. Prescott, Phillips, Ryan and Thompson (1991) vonden een gemiddelde directe tijd bij verpleegkundigen in de VS van 33,8%. Ook met deze waarden vergeleken is het gevonden percentage in deze studie lager.

Van arts-assistenten en NPs in de rol van zaalarts zijn géén referentiewaarden bekend. De NP houdt zich met 35,4% niet méér met directe patiëntenzorg bezig dan de verpleegkundige met 28,3%, maar wel significant meer dan de arts-assistent, die 14,2% van de tijd aan directe patiëntenzorg besteedt (One way Anova $F=11.549$, sig. = ,000 ; Dunnett T.3 = 12,33, sig. = ,000). Arts-assistenten zijn in opleiding en het doel van patiëntenzorg is bij hen zowel tot voordeel van de patiënt zelf als voor hun eigen leerproces. Zij hebben ook taken buiten de afdeling, bijvoorbeeld op operatiekamers en in diensten. Tijdens de diensten worden zij overdag op de afdeling waargenomen door collega's. De onderzochte NPs hebben geen diensten of taken buiten de afdeling.

De kans op continuïteit voor de patiënt, mits deze niet naar een andere afdeling verhuist, is bij de NP groter dan bij de arts-assistent. De NP ziet op de verpleegafdeling meer patiënten, maar doet ook langer over consulten dan de arts-assistenten.

Ook verpleegkundigen draaien onregelmatige diensten, maar wel op de eigen afdeling. Doordat zij zijn toegewezen aan een beperkt aantal patiënten, kennen zij niet alle opgenomen patiënten. De NP kent deze echter allemaal wel. Gelet op de hoge tijd die de NP doorbrengt met communicatie met de patiënt (8,2% door de NP versus 3,9% door de verpleegkundige en 2,7 % door de arts-assistent) lijkt de NP een vast aanspreekpunt van de patiënt.

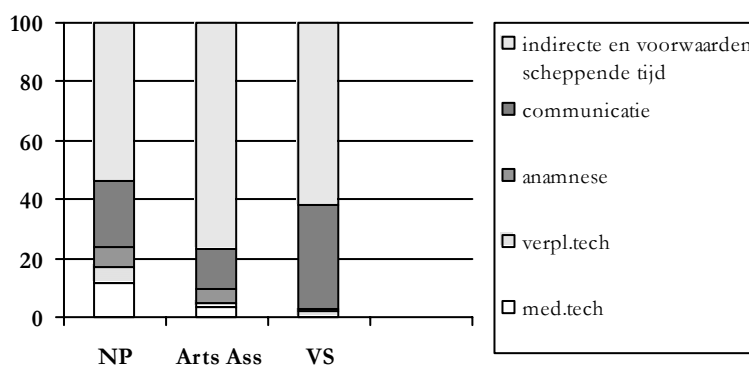
◆ Conclusie

De NP doet bij een geselecteerde groep patiënten in de rol van zaalarts dezelfde activiteiten als de arts-assistent. De bijdrage in tijdsbesteding aan de directe patiëntenzorg is er echter significant hoger dan die van de arts-assistent en even hoog als die van de verpleging. De arts-assistent is breder inzetbaar en heeft ook taken in de directe patiëntenzorg buiten de verpleegafdeling, bijvoorbeeld op de operatiekamer.

De NP ziet meer patiënten dan de arts-assistent en neemt meer tijd voor de patiënt. Van de drie groepen beroepsbeoefenaren communiceert de NP significant het meest met de patiënt. Omdat de NP geen taken heeft buiten de verpleegafdeling en geen diensten draait is de kans op continuïteit voor de patiënt met de inzet van een NP het grootste. Bovendien kent de NP alle opgenomen patiënten op de afdeling, in tegenstelling tot de verpleging.

F. De bijdrage van NPs, arts-assistenten en verpleegkundig specialisten aan de patiëntenzorg op de polikliniek tijdens het spreekuur

In figuur 5.6. staan de percentages tijd besteed aan de *directe* patiëntenzorg weergegeven van NPs (n=20), arts-assistenten (n=10) en verpleegkundig specialisten (n=20) op de poliklinieken tijdens het spreekuur.



Figuur 5.6. Bijdrage van NPs (n=20), arts-assistenten (n=10) en verpleegkundig specialisten (n=20) aan de directe patiëntenzorg op de polikliniek

◆ Discussie

Met 46,5% is de tijdsbesteding van de NP aan directe patiëntenzorg significant hoger dan die van de verpleegkundig specialist die 38,1% van de tijd aan directe activiteiten besteedt (One way Anova $F = 30,575$, $sig. = ,000$; Dunnett's $T3 = 9,45$, $sig. = ,000$) en de arts-assistent met 23,1% (One way Anova $F = 30,575$, $sig. = ,000$; Dunnett's $T3 = 18,75$, $sig. = ,000$). Referentiewaarden zijn alleen bekend uit de Verenigde Staten waar Williams en Valdivieso (1994) 63% directe tijd bij de NP vonden en 33% bij de verpleegkundig specialist. De gevonden waarden in deze studie zijn voor

de verpleegkundig specialist vergelijkbaar; voor de NP zijn ze laag. Opnieuw zijn er geen referentiewaarden van arts-assistenten bekend.

Van de drie groepen beroepsbeoefenaren brengt de NP de meeste tijd door met patiëntenzorg. Van de 46,5% directe tijd brengt de NP ruim 18% van de tijd door met traditioneel medische taken die inhoudelijk niet verschillen van die van arts-assistenten. De NP heeft en neemt meer tijd voor consulten en richt zich evenals de verpleegkundig specialist op de begeleiding van de patiënt, naast het aanslaan van de behandeling. De arts-assistent is in de communicatie met de patiënt gefocust op aanslaan van de behandeling, ofschoon hij of zij van harte bereid is om desgevraagd psychosociale begeleiding te geven.

De verpleegkundig specialist doet in tegenstelling tot de NP en de arts-assistent geen medische technische handelingen. Wel lijken zij in de voorlichting aan patiënten zich op traditioneel medisch terrein te bewegen. Dit is niet geformaliseerd.

De productiviteit van de arts-assistent in aantallen patiënten is het dubbele van de NP met een kortere contacttijd per patiënt. In Engeland (Venning et al., 2000) maar ook in de VS (Feldman et al., 1987) blijken patiënten meer tevreden te zijn over consulten met de NP dan over consulten met de arts. In de VS blijken patiënten even tevreden of meer tevreden te zijn over de NP in vergelijking met artsen (Feldman et al., 1987). De langere contacttijd heeft een negatieve invloed op mogelijke kostenreductie door de inzet van de NP. De langere contacttijd heeft op negatieve gevolgen voor de toegang tot de zorg in de vorm van langere toegangstijden.

Hoewel het voor de hand ligt dat de contacttijd per patiënt van invloed is op de patiënttevredenheid, moet de waarde daarvan niet worden overschat. Van belang is ook de wijze waarop informatie wordt gegeven en de kwaliteit van de behandeling.

De contacttijd van de verpleegkundig specialist met de patiënt bleek sterk te variëren. Deze leek deels te worden bepaald door de vragen van de patiënt en deels door de drukte tijdens het spreekuur. Patiënten die bij de verpleegkundig specialist komen, zijn doorverwezen door een arts, overigens zonder duidelijke vraagstelling. De kans op overlap of leemtes in de zorg is daardoor groot. Deze patiënten zien twee hulpverleners, terwijl patiënten die bij de NP komen over het algemeen maar één hulpverlener zien.

◆ Conclusie

De poliklinisch werkende NP doet tijdens het spreekuur, bij een geselecteerde groep patiënten, dezelfde activiteiten als een arts-assistent. De bijdrage in tijdsbesteding aan de directe patiëntenzorg is significant hoger dan die van de verpleegkundig specialist en de arts-assistent. De NP ziet echter de helft minder patiënten dan de arts-assistent. Hoewel verondersteld mag worden dat de langere contacttijd per patiënt de patiënttevredenheid positief beïnvloedt, is deze van negatieve invloed op mogelijke kostenreductie in de zorg.

Inhoudelijk richt de NP zich, net als de arts-assistent, op de behandeling, maar combineert dit ongevraagd met de begeleiding van de patiënt, die inhoudelijk gelijk is aan die van de verpleegkundig specialist. Ofschoon dit niet is geformaliseerd, lijken verpleegkundig specialisten in de voorlichting aan de patiënten over de ziekte en de behandeling traditioneel medische taken te doen. Patiënten die bij een verpleegkundig specialist komen, hebben dezelfde dag ook een arts bezocht en zien twee hulpverleners in tegenstelling tot patiënten die bij de NP komen.

5.1.2.1 Samenvatting

Welke bijdrage levert de NP aan de patiëntenzorg in vergelijking met bestaande, aanpalende functies?

De NP heeft in de ziekenhuizen bij een geselecteerde groep somatische patiënten in de rol van zaalarts of op de polikliniek tijdens het spreekuur inhoudelijk dezelfde bijdrage als de arts-assistent. In percentage tijd is de bijdrage aan de directe patiëntenzorg op de afdeling even hoog als van de verpleging en hoger dan van de arts-assistent. De NP ziet daar meer patiënten en

neemt ook langer de tijd voor de patiënt dan de arts-assistent. Het percentage tijd besteed aan communicatie met patiënten is significant hoger dan bij de arts-assistent en de verpleging. Deze communicatie is gericht op het zelfmanagement van de patiënt. De continuïteit van zorg voor de patiënt lijkt met een NP beter gewaarborgd dan met een arts-assistent die ook taken heeft buiten de afdeling en diensten draait. Ook vergeleken met de verpleging is de kans op continuïteit met een NP hoger omdat de NP geen diensten draait en meer patiënten kent. De NP vraagt minder supervisie dan de arts-assistent en minder tijd voor onderwijs.

Op de polikliniek is de bijdrage in tijd aan de directe patiëntenzorg eveneens hoger dan van de arts-assistent en van de verpleegkundig specialist. Op de polikliniek ziet de NP echter minder patiënten dan de arts-assistent met een tweemaal zo lange contacttijd. In de communicatie richt de NP zich evenals de verpleegkundig specialist op het zelfmanagement van de patiënt. Patiënten die bij verpleegkundig specialisten komen hebben, in tegenstelling tot de patiënten die bij de NP komen, dezelfde dag ook een arts bezocht. Deze verwijst patiënten eventueel naar de verpleegkundig specialist, overigens zonder duidelijke vraagstelling. Arts-assistenten zijn van harte bereid patiënten te begeleiden, maar dan moet er eerst een vraag worden gesteld.

5.1.3. Nabeschuiving onderzoek deelvraag 1

Hoewel het onderzoek naar de activiteiten van de NPs en aanpalende functies veel informatie heeft opgeleverd, is er desondanks ook informatie onderbelicht gebleven. Alleen die activiteiten werden geobserveerd die daadwerkelijk werden uitgevoerd. Activiteiten die de geobserveerde personen van plan waren te gaan doen, maar waar ze niet aan toe kwamen, werden niet in het onderzoek meegenomen.

Het werken met één observator voorkwam wel *verschillende* interpretatiewijzen, maar voorkwam geen *foute* interpretaties. Het werken met meerdere observatoren gecombineerd met een statistische maat als Cohens Kappa (Swanborn, 1987, p. 183) had de onderzoeksresultaten harder gemaakt.

De opzet van het onderzoek is gericht op de kwantitatieve tijdsbesteding en zegt niets over de geleverde kwaliteit.

5.2. Beantwoording van de deelvragen 2 t/m 8

Voor de beantwoording van de overige deelvragen is gebruik gemaakt van de data die verzameld werden voor een exploratief onderzoek uitgevoerd naar de effecten van NPs op de organisatie en effectiviteit van de zorg (Van Offenbeek, et al., 2003). Dit onderzoek werd gedaan in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en uitgevoerd door het UMCG samen met de faculteit Bedrijfskunde van de RUG. De hoofdvraagstelling van het onderzoek luidde:

Welke ervaringen hebben betrokkenen met het werken met NPs in verschillende rollen voor wat betreft veranderingen in de organisatie van het zorgproces en op de uitkomsten van het zorgproces?

Het onderzoek bestond uit twee delen, een survey en casestudies. In de survey lag de nadruk op de verschillende rollen die de NP vervult, de waardering van de theoretische en praktische opleiding, de rolontwikkeling, de plaats tussen collega's en de tevredenheid met de functie. In het tweede deel, een kwalitatief, vergelijkend casestudy onderzoek, werden de door de verschillende betrokkenen ervaren effecten van de invoering van de functie NP geëvalueerd. Enerzijds werd gericht gevraagd naar het al dan niet optreden van mogelijke effecten, anderzijds naar de doelen en verwachtingen die de verschillende betrokkenen zelf hadden bij de invoering van de NP en in hoeverre deze zijn uitgekomen.

Voor het eerste deel van het onderzoek is een vragenlijst opgesteld die werd verstuurd naar alle 147 verpleegkundigen die voor september 2002 waren gestart met de opleiding Advanced Nursing Practice (ANP). Van de aangeschreven verpleegkundigen beantwoordde 72 % ($n=106$) de vragenlijst. Voor een schriftelijke enquête was het responspercentage daarmee hoog. Om het onderzoek daadwerkelijk onder (kandidaten) NPs te houden zijn alleen die vragenlijsten gebruikt van de respondenten, die op dat moment daadwerkelijk werkzaam waren als NP of ervoor on the job in opleiding waren ($n=74$).

Voor het tweede deel van het onderzoek is op basis van de respons op de survey een beperkte selectie gemaakt van NPs met uiteenlopende rollen. De belangrijkste selectiecriteria waren evenredige verdeling over verschillende rollen van NPs in de steekproef en over verschillende typen ziekenhuizen.

Er zijn 12 cases geselecteerd uit verschillende regio's. Per case werden interviews afgenomen met betrokkenen (NP, medisch specialist, verpleegkundig manager, ag(n)io en verpleegkundige). Tevens werden de NPs een aantal dagdelen geobserveerd (gemiddeld ongeveer 10 uur per case).

♦ *Betrouwbaarheid en validiteit*

De *face validity* van de vragenlijst van de *survey* werd gecontroleerd door deze voor te leggen aan een vijftal deskundigen. Aan de hand van de reacties van de deskundigen werd de concept vragenlijst aangepast en opnieuw voorgelegd. Bij de tweede keer bleek er overeenstemming te bestaan over alle gebruikte begrippen.

In de survey was een aantal vragen opgenomen waarin om persoonlijke meningen werd gevraagd. Bij deze variabelen werd gebruik gemaakt van schalen met meerdere items. Bij de betrouwbaarheidsanalyses bleken de Cronbach Alpha's goed tot iets aan de lage kant te zijn. Een oorzaak daarvan is diversiteit van de items per strategie. Gezien het exploratieve karakter en de complexe werkelijkheid is er toch voor deze manier van meten gekozen. De volgende schalen werden gebruikt:

- Ervaren betrokkenheid, α ,565 (6 items),
- Gepercipieerde waardering α ,620 (6 items),
- Herkomst feitelijke werkzaamheden α ,561 (6 items).

De Cronbach's Alpha's veranderden nauwelijks bij het verwijderen van items.

Voor deze studie werd selectie toegepast op de respondenten; zij moesten werkzaam zijn in de functie van NP of de ANP opleiding volgen met als doel NP te worden. Voor deze selectie werd gekozen om de validiteit van het onderzoek te bevorderen; de respondenten zijn daadwerkelijk werkzaam in een functie als NP (in opleiding) en niet bijvoorbeeld als verpleegkundig specialist.

Om de betrouwbaarheid en de validiteit te verhogen werden in de *casestudies* meerdere betrokkenen geïnterviewd met behulp van een semi-gestructureerde vragenlijst. Er werd gewerkt met één interviewer annex observator, dezelfde persoon die de data had verzameld van het tijdsbestedingonderzoek (5.1.).

♦ *Persoonkenmerken*

De gemiddelde leeftijd van de NP ($n=74$) blijkt 41,15 jaar te zijn, de modus 43, een leeftijd die overeenkomt met de gemiddelde leeftijd van de NP in de VS en de UK (Peek, 2001). De jongste NP is 27 jaar.

De instroomeis van de opleiding is minimaal twee jaar werkervaring na het afronden van de vierjarige HBO-v. De minimum leeftijd bij aanvang van de opleiding ligt daardoor op 23 jaar. Gelet op de gemiddelde leeftijd van de NP uit dit onderzoek voelen vooral de wat oudere verpleegkundigen zich aangetrokken tot de functie.

Van de respondenten is 67,5% (50) vrouw en 32,5% (24) man. Het aantal mannen in de verpleging is in Nederland, vergeleken met bijvoorbeeld de VS, vrij hoog: in ons land bedraagt het percentage mannelijke verpleegkundigen in de ziekenhuizen 15%. In de VS is dit percentage slechts 5,7%. Het aantal mannelijke NPs is daar nog geen 1%. Met 32,5% is het beeld in ons land duidelijk anders.

5.2.1. Deelvraag 2:

Welke interne krachten beïnvloeden de zich ontwikkelende taakherschikking tussen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein? Hoe kunnen deze worden verklaard?

Uit hoofdstuk 3. is gebleken dat de verpleegkundige en de medische beroepsgroep in een jarenlange domeinstrijd zijn verwickeld. Volgens Abbott (1988) strijden professies voortdurend met elkaar om hun domein uit te breiden. Nadere analyse liet zien dat bij de verpleging groepsdeprivatie (Tajfel en Turner, 1986) een belangrijke kracht is. Speelt deze kracht ook een rol bij “taakherschikking?”

De latere reacties op de introductie van de NP van de formele verpleegkundige organen zoals de AVVV en de beroepsvereniging NU'91, wijzen op sociale competitie (zie ook hoofdstuk 3.9.1.); de NP verbetert de eigen sociaal economische positie en daarmee die van de hele beroepsgroep. Is dat ook daadwerkelijk zo? Hoe kijken verpleegkundigen en artsen aan tegen de komst van de NP?

A. De visie van de verpleegkundige op de NP

Uit de vorige paragraaf (5.1.2) bleek dat de NP rekening houdt met gevoeligheden bij de verpleging. Psychosociale informatie werd niet toegevoegd aan het verpleegkundig dossier om te vermijden dat de verpleging de NP als bedreigend gaat ervaren.

Vinden verpleegkundigen dat de NP een positief effect heeft op hun sociale identiteit?

Om deze vraag te beantwoorden werden de twaalf cases uit deel II van het onderzoek van Van Offenbeek et al. (2003) geanalyseerd.

Bij elf casussen werd een verpleegkundige geïnterviewd. Welke invloed heeft de NP volgens deze verpleegkundigen op het werkklimaat en de verhouding met medici?

In drie gevallen werd spontaan gemeld dat de NP een positief effect heeft op de werksfeer, waarvan in twee gevallen ook op de sociale identiteit van de verpleging.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Ze heeft de verpleegkundigen gestimuleerd en de communicatie naar artsen toe is meer open. De samenwerking is beter geworden; artsen staan meer open voor verpleegkundige meningen. De verpleging wordt meer gewaardeerd door de artsen.▪ De verpleegkundigen werken goed samen met “de mannen” (nurse practitioners). Ze hebben de verpleegkundigen gestimuleerd, over de angstdrempel getrokken: “geef de morfine maar!”▪ De werksfeer is verbeterd door meer rust op de afdeling. De NP is vast aanspreekpunt voor verpleging, artsen en patiënt. |
|--|

In acht van de elf casussen werd géén invloed toegekend op de sfeer tussen artsen en verpleegkundigen of op de sociale identiteit. Er werden alleen minder positieve tot negatieve effecten beschreven.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Er is geen verandering opgetreden in de samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen door de komst van de NP. Het leerklimaat is wel veranderd: er wordt meer les gegeven. |
|--|

- De samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen is niet altijd prettig, ze zijn vaak niet aanwezig, ze zijn behoorlijk arrogant en hebben het altijd te druk. Ze verwijten elkaar dat zaken niet goed op orde zijn.
- De samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen was altijd al goed en is dat nog steeds.
- De samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen is niet veranderd. De NP neemt hier geen positie in.
- Het contact tussen verpleegkundigen en artsen is niet veranderd door de komst van de NP.
- De NP heeft geen echte invloed op het team
- De NP is er nog te kort om echt iets te zeggen over haar invloed op de samenwerking, maar tot nu toe gaat het goed.
- Samenwerking: hangt af van hoe de NP zijn taak invult.

Accepteren de verpleegkundigen de NP?

Alle cases werden geanalyseerd op de verhouding tussen verpleegkundigen en de NP. Ter bevordering van de betrouwbaarheid werden per case alle interviews gebruikt. De opmerkingen over de samenwerking tussen NPs en verpleegkundigen zijn cursief weergegeven.

In drie cases werd door niemand een negatieve opmerking over de samenwerking tussen NP en verpleegkundigen geuit. Daarvan gaat het tweemaal om de NP als pijnconsulent postoperatieve zorg. Deze NPs komen alleen voor consulten op verschillende afdelingen. NPs in de rol van zaalarts zijn de hele dag op de afdeling aanwezig.

Casus 1.

L (leidinggevende): Er is sprake van fragmentatie van taken. De beroepsgroep is ook een aparte groep. Ze zouden meer geïntegreerd moeten werken. *De samenwerking is met alle disciplines goed. NP: Het leerlimaat is verbeterd. De verpleegkundigen vragen zelf om klinische lessen of informatie over pompen en pijnbestrijding. Dit loopt heel soepel. Naar de verpleegkundigen toe hebben de NPs zeker invloed op het leerlimaat.* A (arts): De discussie met de verpleegafdelingen loopt nu gemakkelijker. Binnen het pijncentrum hebben de NPs niet zo'n duidelijke rol. Het gaat nog niet altijd goed in de communicatie met de artsen. Op strategisch niveau moeten ze nog veel leren.

Casus 2.

L: Eigenlijk is er niet veel verschil tussen een NP en een anesthesie verpleegkundige. NP: De zaalarts, de arts-assistenten en de verpleegkundigen van de afdeling vragen hem in consult. Hij is niet afhankelijk van anderen, hij heeft een zelfstandige functie. Anderen zijn afhankelijk van hem. Mede door de komst van de NP wordt meer inzicht gegeven in de ketenzorg. V(verpleegkundigen): *De verpleegkundigen hebben niet zoveel contact meer met de anesthesisten, maar ze heeft nog nooit één wanklank over de NP gehoord.* De NP is iemand met veel vakkennis. A: De functie biedt een prima praktische oplossing in de glooiende overgang van verpleegkundige naar arts. Werkzaamheden die voor de artsen te simpel zijn kunnen nu door de NP worden overgenomen. De artsen zijn meestal overgekwalificeerd voor deze taken. Mede door het tekort aan specialisten is voor deze oplossing gekozen.

In de derde casus is de NP zoekende naar zijn rol. Zijn perceptie van zijn functie vervulling komt niet overeen met die van zijn omgeving, waarin de verwachting over de invulling overigens ook niet eenduidig is (tekst vet weergegeven). Enerzijds wil de NP zelf verpleegkundige blijven en anderzijds lijkt de arts hem meer in het medisch domein te willen trekken. De leidinggevende blijkt meer aan "zijn kant te staan," terwijl ondanks deze visie de verpleegkundige vindt dat de NP het werk doet van een arts-assistent. Bij geen van de geïnterviewden worden wanklanken gehoord over de verhouding tussen de NP en verpleging.

Casus 3.

L: Het concept NP is door de onbekendheid met de functie onvoldoende verhelderd. Het uitgangspunt in de Nederlandse situatie is verkeerd, nl. als vervanger van de arts. Het meest negatieve effect: de rolontwikkeling. Er is nog teveel onduidelijkheid. Dit moet zich nog uitkristalliseren. *Er zijn geen weerstanden op de afdeling.* NP: **Zijn bedoeling is om verpleegkundige plus te zijn en te blijven, geen klusjesman van de artsen.** V: **De NP doet arts-assistentenwerk.** A: Een NP kan geen differentiaal diagnoses stellen; het wordt ook steeds lastiger door de complexe zorgvraag. In de opleiding tot APN zou hier meer aandacht voor moeten zijn. **De functie moet**

veranderen van zuster(+) in dokter(-). AA (arts-assistent): De NP moet wel een duidelijke, zelfstandige functie krijgen. Niet alleen het hulpje van de artsen. Dit komt vanzelf met het opdoen van meer ervaring.

In negen gevallen is er minimaal één van de geïnterviewden die een wanklank laat horen over de samenwerking tussen de verpleging en de NP, naast soms duidelijk positieve effecten zoals in casus 4, 5, 7 en 8. Ook in de VS reageerde de verpleging, zoals we eerder zagen (paragraaf 4.3.), niet onverdeeld enthousiast op de komst van de NP (Pulcini en Wagner, 2002).

Casus 4. L: In het begin was de invloed op de werksfeer negatief; ze maakt nog steeds deel uit van het verpleegkundig team. Dit heeft ze zelf goed opgepakt. NP: Op de traumatologie is er niet veel veranderd, ze heeft erg haar best gedaan om verpleegkundige te blijven. V: De NP heeft een verpleegkundige visie, juist de kleine traumatologie krijgt meer aandacht. Ze heeft de verpleegkundigen gestimuleerd en de communicatie naar artsen toe is meer open. A: De verpleegkundigen hebben een taakversmalling gekregen door de komst van de NP. *Op verpleegkundig niveau neemt ze de krenten uit de pap.* De werksfeer is niet veranderd, ze is zichzelf gebleven. Iedereen heeft het proces meegemaakt. De samenwerking met de artsen is goed; met de verpleegkundigen is hij niet ernstig veranderd. De bedreiging komt meer van de arts-assistenten.

Casus 5.

L: De artsen zijn blij met haar, ze loodst ze mee. De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen is (nog) niet optimaal. De verpleegkundigen moeten meer geaccepteerd worden; er moet begrip komen bij specialisten voor de SEH verpleegkundigen en wat zij allemaal kunnen. Leerklimaat: NP denkt hier in mee, komt nog niet duidelijk uit de verf. NP: De NP heeft taakverlichting gebracht voor de agnio's. *De verpleegkundigen zien het wel enigszins als taakverarming. De NP haalt eigenlijk de krenten uit de pap op de SEH, ze doet de leuke dingen.* Dit moet in goede onderlinge afstemming gebeuren. De NP ziet er ook op toe dat ze niet alles constant zelf doet, maar b.v. de verpleegkundige het gipsen laat doen. Wat betreft de werkhouding van de verschillende disciplines naar haar toe is alles nog nieuw. De kat wordt nog uit de boom gekeken. Zo is er o.a. meer budget gekomen voor NP en verpleegkundigen om symposia te bezoeken. V: De NP is er nog te kort om echt iets te zeggen over haar invloed op de samenwerking, maar tot nu toe gaat het goed. De samenwerking tussen NP en arts-assistent is zo te zien goed. A: Doelstelling voor het inzetten van deze NP was voornamelijk het onzuivere idee van de specialisten dat er een tekort aan arts-assistenten was. De NP heeft zichzelf opgeworpen.

Casus 6.

L: Het concept NP is onduidelijk. Er zijn nu verschillende opleidingen die niet overeen komen. *De verpleging moet nog wennen.* De NP denkt meer dienstoverstijgend, ook overstijgend aan de unit. NP: Zijn werkzaamheden moeten gezien worden als toevoeging aan de bestaande verpleegkundige functie die hij had op de IC. Het standpunt van de afdeling is dan ook dat de NP geen arts moet zijn of moet vervangen. Je kunt toch niet opboksen tegen de intensivisten. V: *Sommige verpleegkundigen vinden het fijn dat hij er is, anderen niet. Zij willen zelf de totale zorg bieden. Door de komst van de NP moet nu meer via hem, in elk geval in overleg met hem.* A: Er zijn parallellen tussen NP en arts-assistenten, maar ze zijn niet echt vergelijkbaar. De NP is een verpleegkundige. Die hebben een heel ander denkpatroon. De verpleegkundige denkt veel minder klinisch. Hij heeft verpleegkundigen geleerd om outcome scales en intervention scales te gebruiken. De verpleegkundige heeft evidence based leren denken.

Casus 7.

L: Er is bij de verpleegkundigen zeker een groep die het totale proces zelf wil doen; dit is niet altijd mogelijk, je verzandt snel in het proces. Er moet veel geregeld worden, b.v. ten aanzien van thuiszorg; dit gebeurt nu door de verpleegkundig consultant. Als de verpleegkundige dit allemaal zelf zou moeten doen dan komt ze niet meer aan bedzorg toe. Dit gaat dan ten koste van de patiënt. Er wordt veel aandacht aan taakverdeling besteed, ook in het werkoverleg. De leidinggevende moet dit bespreken en vertalen naar de werkvloer. NP: *Men moet erg wennen aan het feit dat een verpleegkundige ineens andere dingen gaat doen. Dat is wel eens lastig en vraagt gewenning. Misschien extra lastig omdat de NP een verpleegkundige uit de eigen groep is.* De NP maakt op de afdeling alleen gebruik van het verpleegkundig dossier, waarin ze haar bevindingen en adviezen schrijft. V: De NP neemt het meeste werk over van de klinisch psycholoog. Ze is een verpleegkundige met een grote training. A: *Voor de verpleegkundigen betekent de komst van de NP fragmentatie. Verpleegkundigen accepteren haar echter nog niet altijd.*

Casus 8.

L: *de contacten tussen specialisten en verpleegkundigen is minder geworden.* Dit moet bewaakt. NP: In het medisch dossier schrijft de NP meer over de emoties, verder is er weinig verschil met wat de artsen opschrijven. De medische anamnese doet ze ongeveer hetzelfde, dit heeft ze geleerd op school. Ze doet alles nog wel volgens het boekje. Het

verpleegkundig dossier wordt af en toe geraadpleegd om iets meer over de situatie van de patiënt te weten te komen, hier schrijft ze niet in. V: *Er zijn dingen die de verpleegkundigen zelf kunnen en willen doen. Ze willen ook af en toe overleggen met de arts, in plaats van alleen maar met de NP. De verpleegkundige inbreng gaat naar de NP die ze meeneemt naar de arts. Ze is er meer tussen komen te staan, zij gaat met de arts naar de patiënt. De verpleegkundige is een beetje buiten schot komen te staan. De arts komt niet meer bij ze om te overleggen, dat is wel jammer* V: Ze werkt stimulerend qua werkklimaat, door het vele onderzoek wat ze doet. Het werk van de verpleegkundige wordt hier ook breder van. A: De benadering vanuit haar eigen discipline voegt ze toe aan de medische discipline. Er is wel wat veranderd in de samenwerking tussen de verpleegkundige en de specialisten; zij worden nu minder vaak gebeld door de verpleging. Ook voor de artsen heeft ze een taak als opleider; een beetje zoals de oude hoofdzuster die had. Daar leerden de artsen vroeger veel van.

Casus 9.

L: De samenwerking tussen de NP en de arts-assistenten en cardiologen is goed. Met de verpleegkundigen ook. *Sommige verpleegkundigen hebben weerstand, met name de ouderen, maar dit is incidenteel.* NP: De NP slaat een brug tussen de verpleging en de artsen, waardoor de samenwerking voor alle partijen beter is geworden. Er waren veel weerstanden bij de specialisten: “ik ben de dokter!” In één jaar tijd is er veel veranderd, met name door de manier van werken van de NP en door de steun van de verpleegkundig manager. De leermeester is de cardioloog op de afdeling; hij doet niet veel extra's voor de NP. V: Alles gaat nu sneller, dit is zowel prettig naar de arts toe als naar de verpleegkundige. De samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen is niet altijd prettig, ze zijn vaak niet aanwezig, ze zijn behoorlijk arrogant en hebben het altijd te druk. Ze verwijten elkaar dat zaken niet goed op orde zijn. De NP kan daar weinig aan doen. De samenwerking tussen de verpleegkundigen en de NP is prima. De NP heeft met name werkzaamheden van de artsen overgenomen. De arts is vaak afwezig, soms bepaalt de NP ook het beleid. Dit scheelt erg, ook in tijd voor de verpleegkundige. Hij heeft geen taken van verpleegkundigen overgenomen. AA: De arts-assistenten zien de NP niet als bedreiging en beschouwen de overname van werkzaamheden als taakverlichting. De arts-assistent is een vluchtige functie, gaat voorbij. A: Het meest positieve effect van de NP is dat een deel van de routinematige werkzaamheden door de arts geschrapt kan worden. De verhouding moet duidelijk blijven, de NP is een verpleegkundige. Als medicus moet je daarvoor waken.

Casus 10. L: De NP valt een beetje tussen wal en schip. Hoort niet bij de cardiologen, maar ook niet bij de verpleegkundigen. Hij heeft coördinerende taken naar de consultants toe. De NP heeft zeker geen negatieve invloed. Er is weinig veranderd. Leerklimaat: te weinig, had meer gemogen. *NP zit teveel op eigen eiland.* NP: Hij denkt dat hij een positieve invloed heeft op werk- en leerklimaat. De specialisten zijn kritischer naar elkaar gaan kijken. Ze leggen meer verantwoording af. V: *Er worden voor een deel werkzaamheden bij anderen weg gekaapt. De NP functie heeft geleid tot taakversmalling voor de verpleegkundigen.* A: Er was eerst sprake van ene spanningsveld, nu is de NP geaccepteerd, ieder heeft een eigen plek. Naar het secretariaat toe was het lastig, medici hebben een bepaalde positie. Secretariaresses hadden moeite om voor de NP dingen te doen die ze eerst alleen voor artsen deden.

Casus 11. L: Omdat de researchverpleegkundigen omgeschoold moesten worden door het tekort aan artsen. Tussen de NP en de arts-assistenten is nu goed, aanvankelijk was er veel tegenwerking. Samenwerking met een aantal specialisten verloopt nog moeizaam, maar dit gaat ook wel komen. Van de verpleegkundigen neemt ze niets over, zij doen hun eigen verpleegkundige zaken, zoals het opname gesprek. NP: De NP doet wel eens wat verpleegkundigs, maar niet standaard. *Met bepaalde specialisten gaat het goed, ook met de verpleegkundigen loopt het goed, een enkeling heeft er moeite mee dat ze in een doktersjas loopt.* V: *De werksfeer is negatief veranderd, met name doordat de NP meer naar de medische kant is gegaan.* A: Aanvankelijk kwamen verpleegkundigen altijd met vragen bij de arts-assistent; nu gaan ze ook naar de NP. De NP heeft de arts-assistenten bewuster gemaakt van het verpleegkundige vak en hoe de zaken overgedragen moeten worden. De arts-assistent schrijft nu ook eerder dingen op die haar opvallen. De NP heeft haar plaats moeten veroveren. Uit de observatie: zowel de NP als de verpleegkundige praten met de patiënt, elk over hun deel van de zorg. De NP heeft het over praktische zaken zoals opname, verblijf in de thuissituatie, welke hulp er moet komen, hoe de patiënt een aantal zaken het beste kan regelen. Ook wat zij moet doen bij bepaalde klachten.. De verpleegkundige heeft het met name over die dingen op korte termijn die zij moet regelen, b.v. vervoer naar de auto. Ze vullen elkaar aan en patiënte en echtgenoot richten zich tot beide hulpverleners. De verpleegkundige zegt achteraf dat ze vindt dat de NP een aantal dingen vraagt en regelt die zij eigenlijk zou moeten doen. Dit vindt ze wel eens lastig. Ze wil graag zelf meer voor patiënten betekenen.

Casus 12. L: Een positief effect is dat de verpleegkundigen zich verder kunnen ontwikkelen op hun vakgebied. Gewone verpleegkundigen blijven echter ook nodig. De NP heeft veel eigen protocollen ontwikkeld gebaseerd op medische en verpleegkundige protocollen. Er wordt meer diepgang gegeven aan de verpleegkundige beroepsgroep. Het team is open en flexibel. NP: Ik gebruik geen verpleegkundige protocollen; dit zijn dingen die hij al weet. Er zijn teamvergaderingen waar de verpleegkundigen, het secretariaat en incidenteel de medisch coördinator bij zit. Ik woon deze bijeenkomsten soms bij, voel me vaak het vijfde wiel aan de wagon. Hier worden vooral verpleegkundige

aangelegenheden besproken, zoals de vakantieplanning. V: Sommige verpleegkundigen hebben moeite met de functie, maar over het algemeen is de implementatie goed gegaan. A: De NP moet een verpleegkundige blijven, die wonden hecht, foto's aanvraagt en knie-onderzoeken doet. Er is duidelijk gezegd dat de NP een verpleegkundige is en geen dokter. Hij hoeft zich niet te kleden als dokter, maar moet gewoon verpleegkundige blijven.

♦ *Analyse en discussie*

In de meeste casussen wordt bij minstens één van de geïnterviewden gesproken over enige wrijving tussen verpleegkundigen en NPs. Ook wordt wel de indruk gewekt dat verpleegkundigen de NP niet tot de eigen beroepsgroep rekenen. In een aantal gevallen is er sprake van tegenstrijdigheid. Bijvoorbeeld in casus 3. zien de leidinggevende en de NP zelf de functie als verpleegkundig, terwijl de arts hoopt dat de functie zich meer medisch gaat ontwikkelen. De verpleegkundige echter zegt dat de NP al het werk doet van een arts-assistent. In casus 12. vindt de leidinggevende het positief dat de NP functie de mogelijkheid aan verpleegkundigen biedt zich te ontwikkelen op het *eigen* vakgebied, terwijl de NP zelf impliciet aangeeft zich niet thuis te voelen bij de verpleging. In casus 1. en 10. wordt de NP als een aparte beroepsgroep gezien. In casus 8. ziet de arts de NP als de “oude hoofdzuster,” verwijzend naar de rol die deze bekleedde vóór de invoering van patiëntgericht verplegen. De hoofdzuster was de spil van de afdeling die alles af wist van de patiënten en zowel de medische als de verpleegkundige regie van zorg in handen had. De verwachtingen naar de NP lijken in ieder geval niet eenduidig. Terwijl de NP functie mede bedoeld is om routine werkzaamheden van de arts over te nemen, is het de verpleegkundige die door de komst van de NP taakversmalling ervaart (casussen 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11). De arbeidssatisfactie wordt hierdoor negatief beïnvloed: “*de krenten worden uit de pap gehaald.*” De werkzaamheden die verpleegkundigen liever zelf hadden willen doen, zijn zowel coördinerende als medisch-technische taken. Het kan zijn dat zij door deze werkzaamheden de eigen sociale status binnen de verpleging willen verhogen door neerwaartse intragroeps-vergelijking (Tajfel en Turner, 1986). Ook kan het zijn dat zij daarmee willen voorkomen dat er een nieuwe groep ontstaat die meer waardering krijgt dan zij. Uit één casus blijkt dat de verpleegkundige de NP niet accepteert omdat het een verpleegkundige is die medische werkzaamheden doet. Hij/zij lijkt dit te beschouwen als disloyaliteit aan de verpleegkundige beroepsgroep (casus 11). Als de verpleging niet ziet dat de NP een middel kan zijn om de sociale identiteit te verbeteren, en/of de NP ook niet ziet als onderdeel van de eigen beroepsgroep, rijst de vraag hoe de samenwerking tussen beide groepen zich verder zal ontwikkelen.

♦ *Conclusie*

In de meerderheid van de gevallen lijkt er sprake te zijn van enige wrijving tussen NPs en de verpleging, naast overigens ook wel positieve reacties. Verpleegkundigen vinden in de meerderheid van de gevallen niet dat de NP een positief effect heeft op hun samenwerking met de artsen en evenmin op hun sociale identiteit. Terwijl de NP is ontwikkeld om medische taken te integreren met verpleegkundige taken, wordt de onvrede van de verpleging grotendeels genit in ervaren taakverarming. Het kan zijn dat verpleegkundigen vrezen met de komst van de NP de mogelijkheden te verliezen tot neerwaartse groepsvergelijking en/of dat er een nieuwe groep ontstaat bij wie zij zich achtergesteld voelen. De verwachtingen die aan de NP gesteld worden zijn divers en niet eenduidig.

Historisch gezien is het begrijpelijk dat verpleegkundigen terughoudend zijn ten opzichte van beroepsgenoten die taken van artsen overnemen. Maar is het terecht dat zij de NP geen invloed toekennen op de sociale identiteit van de verpleging? Beïnvloedt de NP de visie van de arts op de verpleging?

B. De visie van de medisch specialist op de NP

Bij de introductie van de NP in ons land reageerde de medische beroepsgroep enthousiast: *verschuiving van taken is zeker mogelijk. De dokter kan dan ingewikkelde dingen gaan doen waarvoor hij is opgeleid* (De Graaf, 1997, p. 740). Is dit enthousiasme gebleven en heeft dit effect op het imago van de verpleging?

Voor het antwoord op deze vraag zijn twaalf interviews uit de case studies met medici geanalyseerd.

In zes van de twaalf cases worden door medici positieve effecten op de relatie met de verpleging gemeld:

- De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen is verbeterd; de artsen zien dat verpleegkundigen een andere rol kunnen vervullen.
- Hij heeft verpleegkundigen geleerd om outcome scales en interventions scales te gebruiken. De verpleegkundigen waren dat niet gewend. Het verpleegkundig handelen wordt geobjectiveerd en geëvalueerd. Dat is een verbetering van de zorg. Ze leren nadenken over waar zij mee bezig zijn en wat de consequenties kunnen zijn. Dat het zin heeft wat ze doen.
- Door de NP is het contact met de verpleegkundigen op de afdeling beter en laagdrempeliger geworden.
- *Ook voor de arts heeft ze een taak als opleider*; een beetje zoals de oude hoofdzuster had. Daar hadden de artsen vroeger veel aan.
- De NP heeft zeker naar de verpleegkundigen toe een grote invloed op het leerklimaat.
- Ik wist niet dat verpleegkundigen zoiets kunnen.

In drie van de twaalf casussen worden NPs, bij wijze van compliment, gelijk gesteld aan arts-assistenten, maar zonder dat er over een effect op de verpleegkundige beroepsgroep wordt gesproken.

- Maar dit doen ze op dezelfde manier, de NP behandelt even adequaat als de arts-assistenten.
- *Onze NP* heeft voor taakverlichting van de specialist gezorgd; hier werd aanvankelijk heel kritisch naar gekeken. Ze heeft zelfs minder supervisie nodig dan een arts-assistent.
- *Onze NP* is erg goed, dit is een kans voor haar; ze moet HBO arts worden.

In de resterende drie cases wordt er wat denigrerend gedaan over de NP, waardoor positief effect op de beroepsgroep zal uitblijven.

- De diepte ontbreekt, dit komt door de lengte van de opleiding. Daardoor zal ze niet de plaats van de arts kunnen innemen.
- Werkzaamheden die voor de artsen te simpel zijn kunnen nu door de NP worden overgenomen. De artsen zijn meestal overgekwalificeerd voor deze taken.
- Zij heeft niet de geneeskundige basis om bij medische problemen in te springen. Artsen werken discipline overschrijdend, de NP heeft slechts één patiëntengroep.

♦ Analyse en discussie

Geen van de geïnterviewde medici was ronduit negatief over de NP. In de vorige paragraaf sprak echter wel uit casus 5. een negatieve visie van de geïnterviewde arts op het NP *concept*: *“doelstelling voor het inzetten van deze NP was voornamelijk het onzuivere idee van de specialisten dat er een tekort aan arts-assistenten was. De NP heeft zichzelf opgeworpen.”* Blijkbaar worden de functie en de persoon die deze vervult hier gescheiden. Er bestaat binnen de medische beroepsgroep naast steun ook wel degelijk weerstand tegen de NP. Een NP: *“de samenwerking met specialisten is soms erg moeizaam, sommigen passeren en boycotten mij; soms word ik voor schut gezet.”* Een arts: *“binnen de staf waren*

veel weerstanden; er is nog steeds één chirurg die er niets van wil weten.” In casussen waarin wat denigrerend over de NP wordt gesproken, is de acceptatie van de NP door de arts onduidelijk. Opgemerkt moet worden dat het onderzoek gehouden is onder artsen die met een NP werken. Hierdoor kan niet worden uitgesloten dat er situaties in ons land zijn waarin de inzet van een NP door medici wordt tegengehouden. Evenmin kan iets worden gezegd over de mogelijke omvang daarvan. In zes gevallen lijkt bij medici de komst van de NP een positief effect te hebben op hun kijk op de totale verpleging.

Al met al lijken artsen de NP beter te accepteren dan de verpleging; geen van hen vreest voor taakverarming terwijl de NP toch medische taken doet.

Opmerkelijk zijn de complimenten waarin de NP met een arts-assistent wordt vergeleken. Daaruit blijkt dat de NP het werk kwalitatief even goed doet als de arts-assistent. De vraag rijst ook wanneer een NP goed bevonden wordt. De eisen die aan de NP gesteld worden, lijken tegenstrijdig. Enerzijds wordt verwacht dat de NP een verpleegkundige blijft en anderzijds is het een compliment wanneer hij/zij gelijke kwaliteit levert als een arts. In een aantal gevallen wordt de suggestie gewekt dat de NP de medische beroepsgroep wordt binnen getrokken. Artsen spreken dan bijvoorbeeld over “onze NP (cursief).” Het wordt de NP niet gemakkelijk gemaakt om zich te blijven associëren met de verpleging, ook al doordat, zoals bij 5.2.1.A bleek, de verpleging niet enthousiast is over de komst van de NP en de verwachtingen niet eenduidig zijn.

◆ Conclusie

Medici laten zich over het algemeen positief uit over hun ervaringen met de NP en dat lijkt ook positief op het beroepsbeeld van de verpleging af te stralen. Dit staat haaks op de mening van de verpleegkundige beroepsgroep die de NP niet zonder meer lijkt te accepteren en geen effect ziet op haar sociale identiteit. De eisen die de verschillende betrokkenen aan de NP stellen, lijken tegenstrijdig.

C. De visie van de NP op de verhouding tussen verpleegkundigen en artsen

Heeft de NP zelf het gevoel een bijdrage te leveren aan een hoger aanzien van de verpleging? Door welke beroepsgroep voelt de NP zich het meest gewaardeerd en bij welke beroepsgroep het meest betrokken?

Voor de beantwoording van deze vraag werd gebruik gemaakt van deel I van het onderzoek van Van Offenbeek et al. (2003).

Hierin was de volgende *stelling* opgenomen: *de ANP-opleiding heeft een gunstige invloed op het aanzien van het verpleegkundig beroep binnen de gezondheidszorg.*

Op een Likertschaal van 1 (zeer oneens) tot 5 (zeer mee eens) is de gemiddelde reactie van de NP van 3,97 (std.=,910): mee eens (n=74)!

De NP vindt dus dat de opleiding een positief effect heeft op het aanzien van het verpleegkundig beroep.

Betekent dat dan ook dat de NP zelf vindt dat de functie deel uit maakt van de verpleegkundige beroepsgroep?

Op een Likertschaal van 1 (niet of nauwelijks) tot 5 (in zeer belangrijke mate) blijkt de NP zich nagenoeg even betrokken te voelen bij de verpleegkundige (mean=3,36, std.=1,074) als bij de medische (mean=3,43; std.=1,001) als de eigen NPdiscipline (mean =3,30, std. 0,156), zoals vermeld staat in tabel 5.6.

Tabel 5.6. Ervaren betrokkenheid NPs (n=74)

Ervaren betrokkenheid	Gemid.	Std.	In redelijke mate tot helemaal	Niet of nauwelijks, een beetje
Verpleegkundige discipline	3,36	1,074	54	16
Medische discipline	3,43	1,001	59	15
Paramedici	1,78	1,010	18	56
Maatschappelijk werk	1,46	1,342	7	67
Beleidsstaf, management	1,85	0,946	18	56
NP als eigen discipline	3,30	0,156	53	21

Legenda: 1= niet of nauwelijks, 2= een beetje, 3= in redelijke mate, 4= in belangrijke mate, 5= veel

Op een Likertschaal van 1 (zeer oneens) tot 5 (zeer mee eens) voelt de gemiddelde NP zich significant meer gewaardeerd door de medische (mean=4,05, std.=,886) dan door de verpleegkundige beroepsgroep (mean =3,85, std.=,886; t.test= 2,03, sig.=,047). Vergeleken met de medische discipline voelt de NP zich weer significant meer door de eigen beroepsgroep (mean =4,74, std.= 1,37; t.test =5,6, sig.=,000) gewaardeerd. De gepercipieerde waardering wordt weergegeven in tabel 5.7.

Tabel 5.7. Gepercipieerde waardering (n=74)

Gepercipieerde waardering	Gemid.	Std.	In redelijke mate tot helemaal	Niet of nauwelijks, een beetje
Verpleegkundige discipline	3,85	,864	70	4
Medische discipline	4,05	,886	70	4
Paramedici	3,50	1,510	50	20
Maatschappelijk werk	3,81	1,878	50	20
Beleidsstaf, management	3,65	1,276	62	12
NP als eigen discipline	4,74	1,366	69	5

Legenda: 1= niet of nauwelijks, 2= een beetje, 3= in redelijke mate, 4= in belangrijke mate, 5= veel

Er bleek een significant positief verband te bestaan tussen de gepercipieerde waardering en de ervaren betrokkenheid bij een discipline.

Pearson Chi-Square gepercipieerde waardering door en ervaren betrokkenheid bij de medische discipline: 31,69, asymp.sign. ,002.

Pearson Chi-Square gepercipieerde waardering door en ervaren betrokkenheid bij de verpleegkundige discipline: 28,04, asymp.sign. ,031.

Pearson Chi-Square gepercipieerde waardering door en ervaren betrokkenheid bij de NP: 57,02, asymp.sign. ,000.

Nadat een arts en een NP een opmerking hadden gemaakt over het dragen van een doktersjas door de NP is speciaal op de kleding van de NP gelet. De doktersjas wordt gezien als een symbool van de arts; verpleegkundigen hebben een eigen kledinglijn. Van de geobserveerde NPs uit de twaalf case studies bleken er zeven een doktersjas te dragen of zich anderszins in hun kleding te onderscheiden van de verpleging. In het UMCG draagt 95% van de 61 NPs een doktersjas. Na aanstelling als NP wisselen zij spontaan van uniform.

Overigens is niet voor iedere NP het dragen van de doktersjas een vanzelfsprekendheid. Een NP: *“Binnenkort krijgen de NPs een eigen pak (dit hebben ze zelf voorgesteld); iets tussen de doktersjas en het verpleegkundig pak in. De medische jas voelt niet goed, ik durfde er aanvankelijk niet mee van de afdeling af te komen. Ik wilde wel gillend uit de jas rennen.”*

De gepercipieerde herkomst van de *feitelijke werkzaamheden* van de respondenten (tabel 5.8.) maken het meest vaak deel uit van de medische discipline.

Op een Likertschaal van 1 (niet of nauwelijks) tot 5 (in zeer belangrijke mate) blijkt dit gemiddeld 4,03 (std.=1,187) gevolgd door de eigen discipline 3,72 (std.= 1,476) en de verpleegkundige discipline 3,65 (std.=,963).

De gepercipieerde herkomst van de medische discipline is significant hoger dan van de verpleegkundige discipline ($t=3,564$, sig. ,001). Deze bevinding komt overeen met wat Lurie (1981) in de VS constateerde.

Tabel 5.8. Gepercipieerde herkomst feitelijke werkzaamheden (n=74)

Feitelijke werkzaamheden	Gem.	Std.	In redelijke mate tot helemaal	Niet of nauwelijks, een beetje
Verpleeg. discipline	3,65	,936	50	14
Medische discipline	4,03	1,187	69	5
Paramedici	2,07	,956	23	51
Maatschappelijk werk	1,69	1,476	11	53
Beleidsstaf, management	2,08	,793	18	33
NP als eigen discipline	3,72	1,476	47	17

Legenda: 1= niet of nauwelijks, 2= een beetje, 3= in redelijke mate, 4= in belangrijke mate, 5= veel

Tussen de gepercipieerde herkomst van de feitelijke werkzaamheden en de ervaren betrokkenheid bij een bepaalde discipline kon geen relatie worden aangetoond.

♦ *Analyse en discussie*

De NP voelt zich even betrokken bij de verpleegkundige, als bij de eigen NP en bij de medische beroepsgroep. Dat de gepercipieerde waardering van de NP door de medicus hoger is dan door de verpleging, komt zeer waarschijnlijk overeen met de werkelijke waardering van deze beroepsgroepen zoals staat in paragraaf 5.2.1.A. en 5.2.1.B. Gelet op het feit dat weliswaar in mindere mate ook bij medici weerstanden zijn, is het niet verwonderlijk dat de gepercipieerde waardering bij de eigen beroepsgroep het grootst is. De positieve invloed van de gepercipieerde waardering op de ervaren betrokkenheid is niet 1:1. De mogelijkheid bestaat dat wanneer het verschil in de gepercipieerde waardering tussen artsen en verpleegkundigen verder toeneemt, de NP zich meer betrokken gaat voelen bij medici.

De NP kent de ANP opleiding een positieve invloed toe op het imago van de verpleging. Dat suggereert dat de NP zich ook verantwoordelijk voelt om de positie en de sociale identiteit van de

verpleging te verbeteren door sociale competentie. Bij de interviews wordt wel expliciet naar voren gebracht dat de NP een verpleegkundige moet blijven. Een NP: *“het standpunt van de afdeling is dan ook dat de NP geen arts moet zijn of moet vervangen. Je kunt toch niet opboksen tegen de intensivisten.”* Het is niet duidelijk of deze opmerking voortkomt uit sociale wenselijkheid. Het kan ook de ervaren onmacht zijn om het niveau van de arts te bereiken. Medici vinden dat de identiteit van de verpleging door de NP verbetert. Er zijn NPs die hierin een actieve rol vervullen. Een arts: *“hij heeft verpleegkundigen geleerd om outcome scales en intervention scales te gebruiken. De verpleging heeft evidence based leren denken.”*

Tegenstrijdig echter aan de wens bij de verpleegkundige beroepsgroep te blijven behoren is het dragen van de doktersjas. Artsen en verpleegkundigen hebben verschillende culturen. De focus van verpleegkundigen ligt op psychosociale aspecten (gevolgen van ziekte) en van de arts op de medisch-technische aspecten (op de ziekte zelf). Verpleegkundigen zijn gewend om over hun emoties in het werk te praten. Bij artsen past dit niet in het werk (The, 1997). Eerder (5.2.1.A) zagen we al dat de NP, net als de arts, niet inhoudelijk afstemt met de verpleging over de inhoud van de begeleiding van de patiënt. Illustratief voor de verwarring over de cultuur is een voorbeeld uit één van de cases. Een NP: *“zo had ik een patiënt die veel aandacht vroeg, me zelfs thuis belde en een kerststukje stuurde. Toen patiënt de volgende keer weer werd opgenomen nam ik bewust meer afstand, stelde een bezoekje uit; patiënt overleed voordat ik hem had gezien. Dit doet nog steeds veel pijn, hier moet ik mee leren omgaan.”*

Eerder werd al beschreven dat NPs zich nagenoeg even betrokken voelen bij de verpleegkundige als bij de medische en bij de eigen NP discipline. De NP voelt zich dus niet *exclusief* deel uit maken van de verpleging. Het kleden als de medische professie, het afstand nemen van de patiënt zoals medici doen, wijzen echter op assimilatie met de medische beroepsgroep. Wellicht dat hier de niet altijd goede verhouding met de verpleging aan ten grond slag ligt. De vrees van verpleegkundigen dat er een nieuwe groep gaat ontstaan die mogelijk meer waardering krijgt dan zij, wordt dan bewaarheid. Hun eigen houding veroorzaakt dit; het lijkt op een *self-fulfilling prophecy*. NPs zouden de sociale positie van de verpleging kunnen verbeteren, maar krijgen daarvoor echter geen duidelijke steun vanuit de verpleging. De kans is groot dat zij daardoor los van de verpleging komen te staan. Het is overigens ook maar de vraag of de NP volledig met de medische beroepsgroep zal assimileren. Onder 5.2.1.B. werd beschreven dat er ook weerstanden bij artsen bestaan en zij zich soms wat denigrerend over het werk van de NP uitlaten. Een arts: *“werkzaamheden die voor de artsen te simpel zijn kunnen nu door de NP worden overgenomen. De artsen zijn meestal overgequalificeerd voor deze taken.”* De kans bestaat dat de NP zich bij geen van beide beroepsgroepen zal thuis voelen en gaat streven naar een eigen NP-beroepsgroep.

♦ Conclusie

Ondanks dat de formele vertegenwoordiging van de verpleging, vertegenwoordigd in de AVVV en de beroepsvereniging NU'91 en medici de NP een positieve invloed toekent op de sociale identiteit van de verpleging, doet de verpleging zelf dit niet.

De NP blijkt zich nagenoeg even betrokken te voelen bij de verpleegkundige als bij de medische en de eigen NP-discipline. Gepercipieerde waardering en ervaren betrokkenheid blijken positief te correleren. De NP voelt zich meer gewaardeerd door de medische dan door de verpleegkundige beroepsgroep; het meest door de eigen NP-beroepsgroep. Wanneer adoptie door de verpleging uitblijft en de gepercipieerde waardering door de NP van de verpleging niet verandert, is de kans groot dat de NP verder assimileert met de medische beroepsgroep. De NP neigt nu al meer naar de medische dan naar de verpleegkundige cultuur. De NP lijkt ook sterker geneigd de eigen identiteit te verbeteren door individuele sociale mobiliteit terwijl met meer steun uit de verpleging er ook een kans zou zijn op sociale competitie.

5.2.1.1 Samenvatting

Welke interne krachten beïnvloeden de zich ontwikkelende taakherschikking tussen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein? Hoe kunnen deze worden verklaard?

De interne krachten die de zich ontwikkelende taakherschikking beïnvloeden, lijken de verschillende strategieën voor identiteitshantering te zijn, gecombineerd met mate van acceptatie, waardering en verwachtingen.

De verpleging ervaart groepsdeprivatie ten opzichte van medici. Medici kennen de NP een positief effect toe op de sociale identiteit van de verpleging. De verpleging ziet dit echter niet zo en accepteert de NP niet onverkort als onderdeel van de verpleging. Terwijl de NP is ontwikkeld om medische en verpleegkundige taken te integreren, wordt de onvrede van de verpleging grotendeels geuit in ervaren taakverarming door de komst van de NP. Het kan zijn dat verpleegkundigen vrezen mogelijkheden te verliezen tot neerwaartse groepsvergelijking en/of dat er een nieuwe groep ontstaat waarbij ze zich achtergesteld ziet.

De NP blijkt zich nagenoeg even betrokken te voelen bij de verpleegkundige als bij de medische als bij de eigen NP-discipline. Gepercipieerde waardering en ervaren betrokkenheid blijken positief te correleren. De NP voelt zich meer gewaardeerd door de medische dan de verpleegkundige beroepsgroep. Dit lijkt wel overeen te komen met de realiteit. Wanneer adoptie door de verpleging uitblijft en de gepercipieerde waardering door de NP van de verpleging niet verandert, is de kans groot dat de NP verder assimileert met de medische beroepsgroep. Voor de verpleging is er dan sprake van *self-fulfilling prophecy*. De NP neigt nu al meer naar de medische dan naar de verpleegkundige cultuur, onder meer gesymboliseerd door het dragen van de doktersjas. De NP lijkt sterker geneigd de eigen identiteit te verbeteren door individuele sociale mobiliteit, terwijl met meer steun van de verpleging er ook een kans zou zijn op sociale competitie waarvan de hele verpleegkundige beroepsgroep zou kunnen profiteren. De kans dat medici de NP volwaardig tot de eigen beroepsgroep gaan rekenen is niet zo groot gezien de tegenstellingen in acceptatie die ook bij medici bestaan en de geringschattende wijze waarmee soms over het werk van de NP gesproken wordt. De kans bestaat dat de NP gaat streven naar een eigen NP-beroepsgroep.

De ontwikkeling van de NP wordt belemmerd door tegenstrijdige verwachtingen. De NP moet enerzijds vooral verpleegkundige blijven, wordt echter niet door de verpleegkundigen geaccepteerd en wordt goed gevonden wanneer hij of zij dezelfde kwaliteit levert als de arts-assistent.

5.2.2. Deelvraag 3:

Welke kenmerken hebben de taakgebieden die artsen aan verpleegkundigen en in het bijzonder aan NPs overdragen? Op welke manier en in hoeverre vindt legitimering en motivatie plaats?

Aan deze vraag ligt de veronderstelling ten grondslag dat artsen taken overdragen aan verpleegkundigen in de functie van NP. Is dat daadwerkelijk zo?

A. Dragen medisch specialisten taken over aan NPs?

Historisch gezien zijn artsen bereid taken over te dragen aan verpleegkundigen, maar hierbij ging het steeds om technische handelingen. Verder mochten verpleegkundigen absoluut niet op het medische terrein komen (paragraaf 3.4.). Zijn medici bereid taken *structureel* over te dragen, taken

te herschikken? Om deze vraag te beantwoorden, werden de interviews met de medici uit de twaalf case studies geanalyseerd. Als eerste werd gekeken of medisch specialisten taken door NPs laten overnemen (n=12).

Zesmaal geven medisch specialisten aan dat de NP taken van hem/haar heeft overgenomen.

- De NP heeft voornamelijk werk van de specialist overgenomen, maar ook van de polikliniek- verpleegkundige en de spreekuurassistent.
- Ze heeft taken van de specialist overgenomen.
- Voorheen werd de anesthesist geroepen als er een probleem was. Nu doet de NP de Acute Pijn Service om problemen te voorkomen.
- De NP neemt taken over van de specialist: ze heeft haar eigen spreekuur.
- De NP heeft een eigen Tense poli, overgenomen van de anesthesist. Hij behandelt patiënten met chronische pijn met stroom.
- Als de NP er een dag niet is neemt de specialist of de arts-assistent zijn taken over.

Volgens nog eens vier van de medisch specialisten doen NPs taken die voorheen door arts-assistenten werden gedaan.

- De NP heeft werkzaamheden van de arts-assistent overgenomen. Hij kan alle patiënten behandelen, er is geen selectie. Voorheen werd de patiëntengroep behandeld door de arts-assistenten.
- Er bestaat taakoverlap met de arts-assistent en de verpleegkundige. Als de NP er niet zou zijn dan zou haar werk op de dagbehandeling en haar spreekuren door een arts-assistent worden gedaan.
- Zijn werkzaamheden bestaan voor 70% uit substitutie van de arts-assistent; 30% is innovatie.
- Voorheen werden de patiënten behandeld door de arts-assistent.

Slechts tweemaal is er volgens de geïnterviewde medisch specialisten géén sprake van overname van medische taken.

- Het is echter niet de bedoeling dat de NP de arts-assistent vervangt. De functie is niet geïmplementeerd om het tekort aan artsen op te vangen.
- De doelstelling was verbeteren van de kwaliteit van zorg, niet zozeer het overnemen van taken van de arts.

Verreweg de meeste medici uit deze twaalf casussen zijn bereid een deel van hun taken door NPs te laten doen. Maar zijn ze ook bereid deze taken *structureel* aan NPs over te dragen? Willen zij bijvoorbeeld bij vertrek van de huidige NP een andere NP?

Daarop werden de interviews met de medisch specialisten die hadden aangegeven taken aan de NP te hebben overgedragen (n=10), opnieuw geanalyseerd. In zeven van de tien interviews werd gezegd dat de NP bij vertrek vervangen zou worden.

- Mocht de huidige NP vertrekken dan zal de functie zeker weer worden ingevuld; de functie betekent zowel kwantitatief als kwalitatief een enorme verrijking.
- Bij vertrek zou zijn functie zeker opnieuw opgevuld worden.
- Als de NP vertrekt zal haar functie zeker weer ingevuld worden.
- De kans is groot dat de functie opnieuw ingevuld gaat worden, er worden nu al meer mensen opgeleid.
- Het moet nog een integraal onderdeel worden van de zorg, als soort verlengde arm constructie.
- De NP wordt zeker opgevolgd, er worden in elk geval meer NPs aangesteld.
- Als de NP zou vertrekken (hij wil nl. promoveren en gaat hier in 2003 mee beginnen), zal hij zeker worden opgevolgd. De opleiding ANP wordt betaald door de maatschap cardiologie, zij geloven er heilig in.

In drie gevallen zal de NP bij vertrek niet worden opgevolgd.

- Bij vertrek van de huidige NP zal de functie niet opgevuld worden. Het is niet zozeer de NP functie, maar de persoon.
- Er zijn momenteel minder arts-assistenten, dus men moet vaker terugvallen op NPs; bij voldoende arts-assistenten is geen NP nodig.
- De vraag is waarom je dit werk niet door een anesthesie assistent zou laten doen. Zij (de NPs) hebben een waarschijnlijk betere voeling met de werkvloer. Ze moeten echter wel altijd gesuperviseerd worden. De opleiding is erg duur en je haalt ze weg bij de anesthesie medewerkers.

Wat is de mening van de twaalf medisch specialisten over de *eindverantwoordelijkheid* van de taken die zij door NPs laten doen (n=12)?

Uit twee interviews blijkt dat zij bereid zijn taken door NPs te laten doen zonder dat zij supervisie nodig vinden.

- Er is niet zozeer sprake van supervisie, eerder terugkoppeling.
- Als de NPs klaar zijn met hun opleiding en voldoende niveau hebben, dan behoeven ze geen supervisie meer.

In tien andere gevallen houdt de arts supervisie over het werk van de NP. In zes cases vinden de specialisten dat er minder supervisie nodig is dan bij de arts-assistenten, wat overeenkomt met de resultaten uit het tijdsbestedingonderzoek (5.1.).

- De NP heeft minder supervisie nodig dan de arts-assistent. Ze werkt veel zelfstandiger.
- De NP krijgt aanzienlijk minder supervisie, alleen wanneer ze het zelf aangeeft.
- Supervisie aan arts-assistenten kost uren per dag, elke patiënt wordt besproken. De NP heeft af en toe een half uurtje supervisie nodig; ze werkt heel zelfstandig.
- Er is een groot verschil in supervisie aan arts-assistenten; de NP is ze op veel fronten ver voor.
- De arts-assistenten krijgen veel supervisie, die zien ze de hele dag. De NP werkt veel meer zelfstandig.
- De NP krijgt alleen supervisie op verzoek. Werkzaamheden zijn ook beter geprotocolleerd. Voor arts-assistenten geldt dat er een één op één supervisie is. Voor de hartfalen poli geldt dat over één op de tien patiënten mondeling contact is tussen de NP en de cardioloog.

Volgens drie artsen is er geen verschil in supervisie aan de NP en de arts-assistent.

- Wat supervisie betreft is er geen verschil in supervisie aan arts-assistenten en de NP. Er gebeurt veel ad hoc.
- Supervisie aan arts-assistenten of aan de NP is gelijk. Ernstige zaken gaan wel altijd naar de arts-assistent.
- De NP heeft niet extra veel supervisie nodig. Arts-assistenten kun je soms hun gang laten gaan, maar sommigen hebben ook veel supervisie nodig.

In één geval wordt geen uitspraak gedaan over de hoeveelheid supervisie; maar blijkt wel dat de supervisie blijvend is.

- Als de supervisie goed geregeld is, dan loopt het goed. Dan kun je de NPs de poli laten draaien.

♦ *Analyse en discussie*

Medisch specialisten zijn bereid taken door NPs te laten doen. In de meerderheid van de cases (zeven maal) willen zij de NP vervangen wanneer hij/zij zou vertrekken; zij zijn bereid om taken *structureel* door NPs te laten doen. Dat wil nog niet zeggen dat medici bereid zijn taken *structureel over te dragen*; zij blijven de taken die door de NP worden gedaan superviseren en blijven eigenaar van deze taken. Als de NP er niet is, worden de taken weer door arts(assistent)en gedaan.

Conform de bevindingen van Van Rooijen (2003) hebben artsen blijkbaar moeite met het uit handen geven van de eindverantwoordelijkheid. Er is nog geen sprake van taakherschikking; wel van substitutie. Overigens staat formeel de wet BIG taakherschikking nog in de weg (paragraaf 4.4.2.).

♦ *Conclusie*

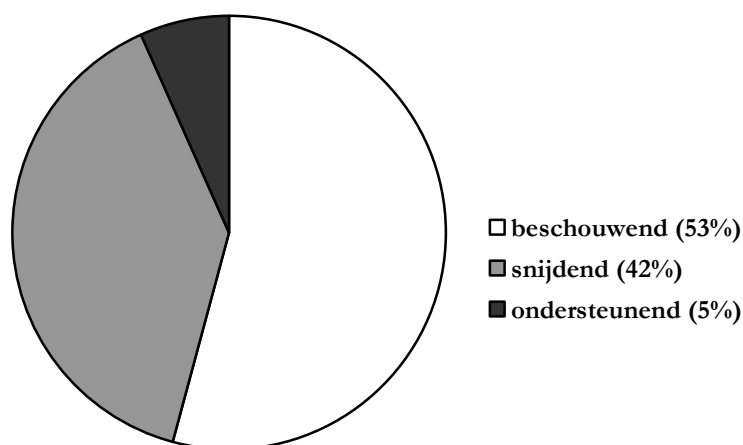
Medici lijken nog niet bereid te zijn taken structureel over te dragen. Wel is er sprake van substitutie. Er is sprake van taakdelegatie, niet van taakherschikking.

B. Welke kenmerken hebben de taken die artsen aan NPs overdragen?

In paragraaf 5.1 staat in het onderzoek naar activiteiten van NPs beschreven dat zij na *patiëntselectie* dezelfde activiteiten doen als de arts-assistenten op de polikliniek en op de afdeling. Medisch specialisten lijken vooral categorieën patiënten te delegeren, niet zo zeer een aantal omschreven taken. NPs lijken vooral patiënten te behandelen waarbij de zorg protocolair verloopt. Zij hebben in tegenstelling tot arts-assistenten geen taken in de operatiekamer, noch draaien zij diensten.

Deze bevindingen werden nader geanalyseerd aan de hand van de survey en de casestudies (Van Offenbeek et al., 2003) aangevuld met een beperkt aantal extra interviews.

Als eerste werd aan de hand van de survey geanalyseerd in welke medisch specialismen de NPs worden ingezet. Als eerste volgt hier de inzet in de drie hoofdcategorieën beschouwend, snijdend en ondersteunend.



Figuur 5.7. NPs naar hoofdindeling specialismen (n=74)

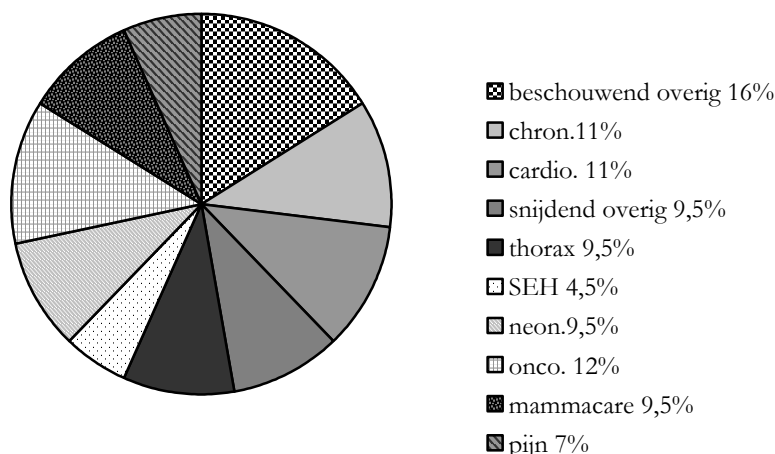
De *beschouwende specialismen* (allergologie, cardiologie, dermatologie, inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde, neurologie, klinische geriatrie, longziekten en tuberculose, maag darm lever, psychiatrie, reumatologie, revalidatiegeneeskunde) hebben 7919 geregistreerde beroepsbeoefenaren (bron: capaciteitsorgaan) en zijn hiermee de omvangrijkste groep. Evenals de meeste medici werken ook de meeste NPs (54%, abs. 40) bij de beschouwende specialismen. Geen van de NPs uit deze studie werkt bij de allergologie, die overigens slechts 19 geregistreerde beroepsbeoefenaren heeft.

De *snijdende specialismen* (gynaecologie, orthopedie, heelkunde, urologie, thoraxchirurgie, oogheelkunde, KNO, neurochirurgie) hebben totaal 4181 geregistreerde beroepsbeoefenaren (bron: capaciteitsorgaan). Bij de snijdende specialismen werkt 39,2% (abs. 29) van de respondenten uit deze studie.

Er zijn geen NPs in deze studie werkzaam bij oogheelkunde en KNO. Bij deze specialismen is in het verleden al taakherschikking gerealiseerd en zijn er nieuwe beroepen ontstaan. Bij oogheelkunde neemt de Technisch Oogheelkunde Assistent (TOA) taken van de oogarts over. Hij of zij assisteert de oogarts bij spreekuren en ingrepen en bij het verrichten van oogmetingen en oogfunctie onderzoek. In sommige gevallen kan de TOA zelf visuele hulpmiddelen voorschrijven en aanmeten. Andere beroepen voortgekomen uit taakherschikking zijn de orthoptist (gericht op de oogstand, de samenwerking van de ogen en de ontwikkeling van het zien), de optometrist (gespecialiseerd in het verrichten van oogheelkundig onderzoek) en de opticien. De KNO arts heeft taken overgeheveld aan de akoepedist (oefent slechthorenden in het gebruik van een gehoorapparaat en in het liplezen) en de logopedist.

Van de *ondersteunende specialismen* (anesthesiologie, klinische genetica, laboratoriumdiagnostiek, medische microbiologie, nucleaire geneeskunde, radiotherapie, pathologie, radiologie) werken alleen verpleegkundigen bij de anesthesiologie, een specialisme met 1121 geregistreerde beroepsbeoefenaren (bron: capaciteitsorgaan). Binnen dit specialisme zijn vijf NPs 6,7% (abs. 5) uit deze studie werkzaam.

Omdat veel NPs binnen een specialisme worden ingezet, is vervolgens gekeken naar de meest voorkomende subspecialismen bij de respondenten (fig.5.8).



Figuur 5.8. Verdeling NPs naar (sub) specialisme (n=74)

Om de kenmerken van de patiëntengroepen nader te verkennen werden de casestudies en de observaties gebruikt. Voor patiëntengroepen die niet in de cases waren gerepresenteerd, werden extra interviews gehouden.

Van de 74 NPs uit deze studie werkt 12% (abs.9) met oncologiepatiënten en met mammacare meegerekend 21,6% (abs.16). In ons land zijn er per jaar 69.000 nieuwe oncologiepatiënten. De patiëntengroep wordt over het algemeen gekenmerkt door een hoge vraag naar begeleiding; één op de drie patiënten sterft aan deze ziekte.

Een NP uit één van de cases: *“Patiënten zijn in de laatste fase van hun leven, zij komen vaak vanuit een poliklinische setting. Een patiënt heeft dan niet veel contact meer met de medisch specialist.”*

Bij de mammacare wordt gestreefd naar een snelle diagnose (binnen één dag) naast een goede begeleiding. Om dit te realiseren is een goede planning van alle onderzoeken noodzakelijk: Een NP: *“het is hier zo geregeld dat controle patiënten al een foto hebben laten maken alvorens zij op het spreekuur komen. Voor nieuwe patiënten is een plaats gereserveerd. Ze kunnen dezelfde dag nog terecht en hebben dan ook de*

voorlopige uitslag.” En: “de meeste patiënten met borstkanker hebben last van vermoeidheid; ik neem ruim de tijd hierover te praten.”

Van de 74 NPs uit deze studie werkt 10,8% (abs.8) bij verschillende categorieën chronisch zieke patiënten, patiënten met onomkeerbare aandoeningen, zonder uitzicht op volledig herstel en met gemiddeld een lange opnameduur (Pool en Lambregts, 1999, p. 107). Er is geen verband gevonden tussen de prevalentie van de verschillende categorieën chronisch zieken en het aantal NPs, maar daarvoor zijn de aantallen waarschijnlijk nog te gering. Zo is bij de meest voorkomende chronische ziekte, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Diseases) met 450.000 patiënten in ons land (RVZ, 2001) in deze studie slechts één NP werkzaam. Bij chronisch zieken gaat het niet alleen om de gezondheidsproblemen zelf, maar ook om problemen in het dagelijks functioneren en psychosociale problemen, die sterk met elkaar zijn verweven (Pool et al., 1999). Een reumatoloog: *“de toegevoegde waarde van de NP bestaat met name uit een andere invulling van de zorg. De patiënt is meestal opener en minder op zijn hoede; wat tegen de arts gezegd wordt, heeft vaak onmiddellijke consequenties als medicatie veranderingen, doorverwijzingen naar bijvoorbeeld maatschappelijk werk, overleg huisarts. Er vindt een medische oplossingsgerichte vertaalslag plaats.”*

In de cardiologie waar eveneens 10,8% (abs.8) van de NPs werkt, wordt de NP ook voornamelijk bij de chronisch zieke patiënten ingezet, zoals patiënten met hartfalen (95.000 patiënten in ons land; RVZ, 2001). Uit onderzoek blijkt dat begeleiding door een verpleegkundige een positief effect heeft op het aantal heropnamen (Jaarsma, 1999).

Een cardioloog uit één van de cases: *“men is toen gaan onderzoeken waar de oorzaak van de hoge bedbezetting lag en het bleek dat met name patiënten met hartfalen een groot beslag legden op de bedden. Deze patiëntengroep moet goed op medicatie worden ingesteld, als dit niet gebeurt, is de kans groot dat ze weer worden opgenomen.”*

Op de intensive care neonatologie werkt 9,4% (abs.7) van de respondenten. Hier wordt aan de opgenomen pasgeborenen 24 uur per dag speciale zorg geboden met behulp van geavanceerde medische apparatuur, waarmee de vitale functies worden bewaakt, ondersteund en zo nodig overgenomen. Naast het verlenen van medische en verpleegkundige zorg, is opvang en begeleiding van ouders een belangrijke taak op de afdeling. Het specialisme met te vroege en zieke pasgeborenen (soms met een lichaamsgewicht van minder dan 500 gram) vraagt speciale motorische vaardigheden voor het inbrengen van invasieve lijnen en tubes, handelingen die zeer frequent voorkomen. Deze medisch technische handelingen worden overgenomen door NPs. Een neonatoloog: *“je moet arts-assistenten geen dingen laten doen die ze later als kinderarts niet in de praktijk hoeven te brengen, bijvoorbeeld het inbrengen van lijnen bij heel kleine kindjes; dat is ethisch onverkoopbaar. Dit soort handelingen moeten alleen door de neonatoloog of de NP worden uitgevoerd.”*

Binnen de snijdende specialismen zien we de NP vooral bij de thoraxchirurgie (9,4%; abs.7) in de rol van zaalarts. Er zijn in ons land 110 geregistreerde thoraxchirurgen die jaarlijks meer dan 32.000 operaties doen (RVZ, 2001). De keuze voor een NP wordt in de casestudie als volgt gemotiveerd: *“op de afdeling thoraxchirurgie is de NP erg belangrijk, aangezien de arts-assistenten in opleiding voornamelijk op de OK staan.”* Ook zijn er minder arts-assistenten niet in opleiding beschikbaar. Volgens de artsen is de zorg voor de thoraxchirurgische patiënt sterk geprotocolleerd.

Van de 74 NPs werkt 7% (abs.5) op het gebied van pijnbestrijding. Zij nemen geen patiënten over, maar medisch-technische activiteiten. Er is een pomp ontwikkeld die patiënten zelf kunnen bedienen om hun pijn te bestrijden. Deze pomp is aangesloten op een katheter die in de epidurale ruimte ligt tussen het harde ruggenmergvlies en de binnenzijde van het wervelkanaal dat het ruggenmerg omgeeft. De epidurale ruimte bevat bindweefsel, bloedvaten en zenuwwortels.

Medicijnen tegen de pijn komen daar terecht. NPs zijn vooral bezig met het geven van instructie en het letten op complicaties: *“het nalopen van epiduralen gebeurde voorheen door de specialist.”* Deze activiteiten worden aangeduid als acute pijnservice (APS).

De NP die ingezet wordt op de spoedeisende hulp (4,5%, abs.4) ziet over het algemeen patiënten met kleine trauma's. Vaak zijn dit patiënten die naar de spoedgevallen gaan in plaats van naar de huisarts (*“zelfverwijzers”*). Een arts: *de zorgvraag komt in het kort neer op geruststelling; het uitsluiten van iets ernstigs. De patiënt komt voor een kort eenmalig consult met hooguit 1 á 2 controles op de polikliniek.*

Resumerend werkt van de 74 NPs dus 79,7 % (abs.59) op acht terreinen:

- Oncologie (11)
- Hartfalen (8),
- Chronisch zieken (8)
- Mammacare (7)
- Thoraxchirurgie (7)
- Neonatologie (7)
- Acute pijn service (5)
- Kleine traumatologie (4)

De kenmerken van de patiëntengroepen zijn:

- Protocollaire zorgverlening; dit kenmerk geldt voor alle patiënten die aan NPs worden overgedragen.
- Mogelijk: grote behoefte aan begeleiding (hartfalen, chronisch zieken, oncologie en mamma care);
- Mogelijk: behoefte aan nauwgezette planning en coördinatie (mammacare);
- Mogelijk: behoefte aan specifieke motorische vaardigheden (neonatologie);
- Mogelijk: behoefte aan acute chirurgische huisartsenzorg (klein traumatologie);
- Mogelijk: behoefte aan pijnbestrijding met behulp van een specifieke techniek.

Lage prioriteit in de opleiding van arts-assistenten (thoraxchirurgie, neonatologie) is niet zozeer een kenmerk van de patiëntencategorie, maar meer een bevestiging van het gegeven dat de zorg heel geprotocolleerd is. Daarom is het niet noodzakelijk dat deze door een medisch specialist of arts-assistent wordt gegeven.

♦ *Analyse en discussie*

Opvallend is dat de medici patiënten met een hoge vraag naar begeleiding aan NPs delegeren. Zij zouden deze patiënten ook aan verpleegkundigen kunnen overlaten, die de psychosociale zorg van de patiënt, de gevolgen van ziekte, tot hun domein rekenen. Uit het verpleegkundig beroepsprofiel: *“het ondersteunen en beroepsmatig beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen.”* (Leistra, Liefhebber, Geomini en Hens, 1999, p. 11). Opnieuw blijkt dat artsen en verpleegkundigen uit elkaar gegroeid zijn en niet goed van elkaar weten wie wat kan doen. Acute pijnservice met behulp van een nieuwe techniek is wel een heel beperkt terrein voor een NP met een professionele masteropleiding. In een aantal gevallen heeft de NP daarnaast de taak om patiënten pre-operatief te screenen. Wanneer dit niet het geval is, zou de frequent voorkomende techniek ook door een gespecialiseerd verpleegkundige toegepast kunnen worden.

De overheid gaat uit van taakherschikking. NPs kunnen op de afdeling en de polikliniek dezelfde taken doen als arts-assistenten (5.1.), maar kunnen toch niet alle patiënten behandelen. Er gaat een proces van patiëntenselectie aan vooraf. De inzet van NPs lijkt zich te concentreren op een beperkt aantal terreinen waarin de zorg volgens protocol verloopt, aangevuld met kenmerken als

hoge behoefte aan begeleiding, nauwgezette planning en coördinatie en specifieke motorische vaardigheden. De naar het ziekenhuis verplaatste acute chirurgische huisartsenzorg (kleine traumatologie) wordt ook gedelegeerd aan NPs.

Het lijkt zinniger te spreken over het “herschikken” van patiëntencategorieën dan over het herschikken van taken.

♦ *Conclusie*

Medisch specialisten delegeren niet zozeer taken, maar vooral bepaalde patiëntencategorieën aan NPs.

De NP neemt de patiënten over bij wie de zorg protocolair verloopt. Eventueel wordt de zorgbehoefte van deze patiënten nog eens extra gekenmerkt door de vraag naar begeleiding, zorgvuldige planning, coördinatie en specifieke motorische vaardigheden. Patiëntencategorieën die nu vooral aan NPs worden gedelegeerd zijn oncologische patiënten, chronisch zieken, patiënten met hartfalen, patiënten voor mammacare, thoraxchirurgische patiënten voor pre-, en postoperatieve zorg en te kleine en/ of te vroeg geboren en/ of zieke neonaten. Daarnaast doet een aantal NPs, evenals gespecialiseerd verpleegkundigen, hoog frequent voorkomende en met behulp van techniek en onderzoek vereenvoudigde medisch technische activiteiten, zoals de acute pijnbestrijding van patiënten. Patiënten die zichzelf vernijzen naar de spoedpoli voor kleine trauma's worden ook door de NPs gezien, in plaats van door de huisarts.

C. Hoe legitimeren en motiveren medisch specialisten het overdragen van taken aan verpleegkundigen, in het bijzonder aan NPs?

Onder 5.2.2.A zagen we dat medisch specialisten geen taken overdragen, maar patiëntencategorieën delegeren. Ze blijven zelf “eigenaar” van deze patiënten. Dit is de eerste wijze waarop zij “taakoverdracht” legitimeren.

Voor de verdere beantwoording van deze vraag werden opnieuw de interviews met de medisch specialisten uit de twaalf case studies geanalyseerd. Per medisch specialist werden soms meerdere argumenten aangedragen.

Op de eerste plaats geldt dat artsen geen andere taken delegeren aan “gewone” verpleegkundigen dan de al eerder genoemde frequent voorkomende technische handelingen (zie paragraaf 3.4).

Wel delegeren zij nieuwe taken aan verpleegkundigen in de functie van NP. Het delegeren van taken wordt dus op de eerste plaats gelegitimeerd door de nieuwe functie.

Uit hoofdstuk 4 blijkt dat legitimatie in bijvoorbeeld de VS en de UK plaatsvindt door de aanstelling van ervaren verpleegkundigen in de functie NP met een vervolgopleiding op masterniveau en ook door onderzoek. De gevraagde ervaring en de vervolgopleiding zien we in ons land terug. Onderzoek als legitimering werd echter in deze studie niet gevonden.

Een verpleegkundige moet minimaal twee jaar werkervaring hebben om toegelaten te worden tot de opleiding ANP, een professionele master opleiding die veelal als functie-eis voor de functie van NP wordt beschouwd (VAZ, 2004). Ook na de ANP opleiding blijken medici extra scholing aan de NPs te geven. Dit is in zeven van de twaalf cases het geval.

- De nurse practitioner heeft naast zijn theoretische scholing veel in de praktijk geleerd. Hij heeft stages gelopen op de neurologie en heeft lichamelijk onderzoek leren afnemen. Deze extra scholing gaat ook nu nog door. De training on the job gaat steeds door; die stopt nooit. Daarnaast gaat de np naar congressen en symposia en gaat o.a. naar de VS voor een fellowship in 2003.
- Er is veel intensief contact tussen artsen en nurse practitioner, ook over het scholingsaspect. Scholing gebeurt meestal tijdens de medische visites. De theorie krijgt hij van één van de cardiologen. Een gemeenschappelijk scholingsmoment met de arts-assistenten is tijdens de overdracht 's ochtends. Ook het radiologie overleg wordt gebruikt als scholingsmoment.

- Er is continue training on the job. Er is veel ruimte voor evaluatiemomenten, er is een gezamenlijk spreekuur van de chirurg en de nurse practitioner. De briefwisseling wordt altijd ook door hem gezien en mede ondertekend. De nurse practitioner is geen solist, maar een lid van het team.
- De nurse practitioner neemt deel aan onderwijs voor arts-assistenten.
- Ze neemt ook deel aan onderwijs voor arts-assistenten, maar dat deed ze daarvoor ook al, als verpleegkundig specialist.
- Er gebeurt in het ziekenhuis nog niets aan bij- en nascholing voor nurse practitioners. Hij heeft ook nog weinig peers in Nederland. De nurse practitioner neemt deel aan scholing en onderwijs voor arts-assistenten, dat kan gewoon.

Drie van de twaalf NPs uit de cases zorgen voor hun eigen bijscholing.

- Na- en bijscholing verzorgt ze zelf. Het is niet wenselijk dat het ziekenhuis zelf de scholing verzorgt, dit moet landelijk gebeuren. De diversiteit is groot.
- Voor bij- en nascholing zorgt ze zelf. Soms krijgt ze iets aangereikt vanuit de opleiding. Binnen het ziekenhuis wordt geen scholing verzorgd. Dit is wel wenselijk; misschien in de toekomst als er meer nurse practitioners in het ziekenhuis werkzaam zijn.
- Er is structureel niets geregeld voor bij- en nascholing; dit gebeurt meer vanuit haarzelf en de hematologen. De organisatie moet er nog aan wennen, het budget moet nog aangepakt worden. Ze neemt niet deel aan scholing van arts-assistenten.

In slechts twee gevallen is er (nog) geen bijscholing voor de NP.

- Daar is nog niet zo over nagedacht.
- Er gebeurt in het ziekenhuis nog niets aan bij- en nascholing voor nurse practitioners.

Eerder werd al geconstateerd (5.1.) dat artsen patiënten selecteren voordat zij ze delegeren. Een arts: *“ernstige zaken gaan wel altijd naar de arts-assistenten.”*

Elf van de twaalf medisch specialisten legitimeren de taakdelegatie door blijvende supervisie (paragraaf 5.2.2.A).

Zevenmaal wordt de taakdelegatie gelegitimeerd door het werken volgens protocol. Patiënt selectie en protocollair werken houden nauw verband met elkaar.

- De NP maakt gebruik van medische standaarden.
- De NP kan alle standaard patiënten behandelen.
- Alles ligt vast binnen het gebruikte software pakket.
- De NP behandelt alleen protocollaire patiënten.
- Het moet wel een afdeling zijn waar veel volgens protocol wordt gewerkt.
- Er is gekozen voor een overzichtelijke patiëntengroep, die goed geprotocolleerd te behandelen is.
- Ze behandelt een beperkte geprotocolleerde patiëntengroep.

Driemaal wordt taakdelegatie gelegitimeerd door deze te beperken tot taken waarbij verantwoordelijkheid voor de besluitvorming bij de medisch specialist blijft.

- Nieuwe patiënten komen altijd eerst bij de dermatoloog, na diagnostiek en anamnese neemt de NP haar patiënten over.
- De NP werkt met name op het niveau van de begeleiding. Klinisch psycholoog doet met name diagnostiek en behandeling. Dit is toch anders.
- Ook na de opleiding is er voortdurend begeleiding van een specialist nodig.

Ook voor de motivatie van medici voor de aanstelling van een NP werd geput uit de casestudies.

Vijfmaal wordt de aanstelling van een NP gemotiveerd door begeleidingsaspecten te benadrukken of door aan te geven dat de arts overgekwalificeerd is voor het werk. Daarbij wordt éénmaal expliciet genoemd dat de specialist meer tijd krijgt voor een andere speciale patiëntengroep.

- In de praktijksituatie is het zo dat het vaak onnodig is dat hij als klinisch psycholoog bij patiënt komt. De doelstelling is gehaald: de specialist heeft meer tijd voor een speciale patiëntengroep. Dit begint hij nu te merken.
- Werkzaamheden die voor de artsen te simpel zijn kunnen nu door de NP worden overgenomen.
- Bij eenvoudige patiënten moeten ze zelfstandig kunnen beslissen zonder supervisie. Daar zijn tot nu toe geen gaten in gevallen.
- De zorgvraag kenmerkt zich door een sterke informatie behoefte bij de patiënt. Hij of zij wil weten wat er gaat gebeuren, ook pre operatief zijn er veel vragen.
- De zorgvraag komt in het kort neer op geruststelling; het uitsluiten van iets ernstigs.

Driemaal komt naar voren dat de verpleging dit werk graag wil en dat het een carrière perspectief is. Overigens bleek dit ook indirect uit de gemiddelde leeftijd (41,15) van de respondenten. Blijkbaar is het aantrekkelijk voor de wat oudere verpleegkundige om binnen de patiëntenzorg op deze wijze mogelijk nog een stap verder te komen.

- Hij is wel ontstaan vanuit de ambities van de verpleging.
- De verpleegkundige kwam zelf met het voorstel om de opleiding te gaan volgen, om haar werkzaamheden een positie te geven. De artsen zijn heel blij met wat ze doet.
- Het meest positieve effect van de NP is het carrièreperspectief, waardoor goede verpleegkundigen behouden blijven voor de organisatie.

Tweemaal wordt het aanstellen van de NP gemotiveerd door de andere prioriteiten van arts-assistenten.

- Arts-assistenten hebben de kennis niet in huis, die krijg je hier ook niet voor geïnteresseerd.
- Op de afdeling thoraxchirurgie is de NP erg belangrijk, aangezien de arts-assistenten voornamelijk op de OK staan.

Eenmaal wordt het verschuiven van taken gemotiveerd door aan te geven dat het werk erg lastig is en eenmaal door het tekort aan arts-assistenten als helpende factor.

- Het is erg frustrerend dat je niet in staat bent om de leefstijl van mensen te veranderen.

- Helpende factor was het verminderde aanbod van arts-assistenten.

♦ *Analyse en discussie*

In het overheidsbeleid in ons land past taakherschikking; geen van de artsen uit de casestudies gebruikt dit als legitimering voor taakherschikking, evenmin als het feit dat de wet BIG taakdelegatie toestaat. Toekomstige capaciteitsproblemen speelden wel een rol bij de medici in het UMCG om een NP aan te stellen. Mogelijk speelt daar een rol dat zij wisten dat dit een reden was om toestemming te krijgen voor een experiment met een NP waarbij er ook nog formatiecompensatie kon worden verkre-

gen. De cases bestonden uit verpleegkundigen die de ANP opleiding volgen of afgerond hebben en met direct betrokkenen. Uit de gesprekken en observaties lijkt over het algemeen de ANP opleiding geaccepteerd te zijn als functie-eis voor de NP-functie. De titel van NP is niet beschermd. Ofschoon het niet met zekerheid kan worden gezegd, lijkt er geen grootschalige misbruik te worden gemaakt van de titel, noch van het feit dat er geen wettelijke verplichting tot

het volgen van de ANP-opleiding bestaat. Tot nu toe lijkt er slechts in één ziekenhuis NPs te worden opgeleid door een huisopleiding.

Opvallend is dat de ruimte die een NP aan de specialist kan bieden om zich met ingewikkelder problematiek te kunnen gaan bezighouden (De Graaf, 1997), zoals bij de introductie van de NP werd gezegd, maar één keer expliciet wordt genoemd. De mogelijke tijdswinst die het werken met NPs oplevert, lijkt niet echt te leven.

Het delegeren van taken aan NPs wordt gemotiveerd door een lagere status van het werk te benadrukken naast een meer altruïstisch motief als het willen bieden van een carrièreperspectief aan verpleegkundigen. Daarmee geven medici indirect te kennen dat NPs niet aan hen gelijk zijn. Werk waarvoor medici zijn overgekwalificeerd is een carrière stap voor de verpleging.

Soms wordt de indruk gewekt dat de NP getolereerd wordt, niet meer en niet minder. Een arts: “de vraag is waarom je dit werk niet door een anesthesie assistent zou laten doen. Zij (de NPs) hebben een waarschijnlijk betere voeling met de werkvloer. Ze moeten echter wel altijd gesuperviseerd worden.” Tegelijkertijd wordt in zeven gevallen de NP bij vertrek vervangen. In de meerderheid van de cases maakt de medisch specialist zich toch wel sterk voor de NP. Dat blijkt ook uit de bereidheid om extra scholing aan NPs te verzorgen.

Dat de toekomstige arbeidsmarkt de inzet van de NP vereist, lijkt in deze cases niet echt te leven; het werd eenmaal als motief genoemd. Dit blijkt ook uit het feit dat de verdeling van de NPs over medisch specialismen niet congruent lijkt te zijn aan de tekorten (5.2.2B). Gezien het kleine aantal NPs moet deze bevinding wel met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Wanneer de NP wordt aangesteld om vooral de informatie en de begeleidingsaspecten te benadrukken, rijst (opnieuw) de vraag of daar wel een NP voor nodig is.

◆ Conclusie

Resumerend legitimeren medici de overdracht van handelingen aan de verpleging door deze niet structureel over te dragen en eigenaar te blijven van de taken. Verder speelt de belangrijke rol de landelijke introductie van de functie NP waarvoor ervaring als verpleegkundig vereist is, evenals een professionele masteropleiding. Eveneens is patiëntselectie een belangrijk mechanisme voor de legitimering van taakdelegatie, naast extra scholing, protocollaire zorg, supervisie en scheiding van diagnostiek en behandeling van de uitvoering.

Motivatie vindt vooral plaats door de lage status van het werk te benadrukken en door het willen bieden van een carrièreperspectief aan de verpleging. Opvallend is dat de krappe arbeidsmarkt of mogelijke tijdswinst door de inzet van de NP nauwelijks als argument worden genoemd.

5.2.2.1 Samenvatting

Welke kenmerken hebben de taakgebieden die artsen aan verpleegkundigen en in het bijzonder aan NPs overdragen? Op welke manier en in hoeverre vindt legitimering en motivatie plaats?

Artsen dragen taken niet structureel over. Wel is er sprake van substitutie. Zij delegeren niet zozeer taken, maar vooral bepaalde patiëntencategorieën aan NPs. Deze categorieën worden gekenmerkt door een protocollaire behandeling. De zorgbehoefte kan nog eens extra worden gekenmerkt door de vraag naar begeleiding, zorgvuldige planning, coördinatie en specifieke motorische vaardigheden. Veel voorkomende patiëntencategorieën die aan de verpleging worden overgedragen zijn oncologische patiënten, chronisch zieken, patiënten met hartfalen, patiënten voor mammacare, thoraxchirurgische patiënten voor pre-, en postoperatieve zorg en te kleine en/of te vroeg geboren en/of zieke neonaten.

Daarnaast doet een aantal NPs evenals gespecialiseerd verpleegkundigen hoog frequent voorkomende en met behulp van techniek en onderzoek vereenvoudigde activiteiten, met name

in de acute pijnbestrijding van patiënten. Patiënten die zichzelf verwijzen naar de spoedpoli voor kleine trauma's worden ook door de NP behandeld, in plaats van door de huisarts.

Medici legitimeren de overdracht van taken aan de NP door deze niet structureel over te dragen en eigenaar te blijven. Verder speelt een belangrijke rol de landelijke introductie van de functie NP waarvoor ervaring als verpleegkundig vereist is evenals een professionele masteropleiding. Patiëntselectie is eveneens een belangrijk mechanisme voor de legitimering van taakdelegatie, naast extra scholing, protocollaire zorg, supervisie en scheiding diagnostiek en behandeling van de uitvoering.

Motivatie vanuit de artsen vindt vooral plaats door de lage status van het werk te benadrukken en door het willen bieden van een carrièreperspectief aan de verpleging.

5.2.3. Deelvraag 4:

Welke kenmerken hebben de taakgebieden die NPs van artsen *willen* overnemen? Op welke manier en in hoeverre vindt legitimering en motivatie plaats?

Bij de vorige vraag zagen we dat de taakgebieden die artsen aan NPs delegeren, vooral patiëntencategorieën zijn waarvoor de behandeling sterk geprotocolleerd is en die aanvullend gekenmerkt kunnen worden met een hoge vraag naar begeleiding, zorgvuldige planning, coördinatie en specifieke motorische vaardigheden. Daarnaast laten zij de kleine traumatologie en de acute pijnservice met behulp van een nieuwe techniek over aan de NP.

Komt dit overeen met wat verpleegkundigen van artsen over *willen* nemen?

A. Welke kenmerken hebben de taakgebieden die NPs van artsen over *willen* nemen?

Uit de twaalf interviews met NPs blijkt dat zij op de eerste plaats het verbeteren van kwaliteit en continuïteit nastreven en niet zozeer de taakovername van artsen. Tienmaal wordt dat door de NP als eerste doelstelling van de functie genoemd.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Doelstelling was om de kwaliteit van zorg te verbeteren door het geven van advies en voorlichting en complicaties na operatie te minimaliseren.▪ Doelstelling is verhoging van de kwaliteit van de zorg.▪ Met name om de continuïteit van de zorg te garanderen en een brug te slaan tussen polikliniek en kliniek.▪ Bijdragen aan het geprotocolleerd stroomlijnen van de zorg.▪ De medische zorg en coördinatie liepen vaak achter op de actuele situatie.▪ Doelstelling was het verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de cardiologie populatie.▪ Er was sprake van weinig continuïteit, weinig doorstroom, waardoor de kwaliteit van de zorg sterk fluctueerde.▪ Door mijn komst is er meer continuïteit.▪ Voor mijn komst werd dit werk niet gedaan. De anesthesist schreef pijnbestrijding voor, de zaalarts soms ook, en de verpleegkundige hield het in de gaten. De functie is een initiatief geweest van mijzelf. Doelstelling was om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.▪ Waardoor er geen consensus bestaat en de zorg vaak chaotisch verloopt. Het was min of meer toeval wie er naast het bed stond met gerichte behandelplannen. Die rol heb ik overgenomen. |
|---|

In de twee andere gevallen is het carrièreperspectief de drijfveer.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ De specialist heeft het bedacht als taakontlasting, verlengde arm. Voor mij geldt het als carrièreperspectief.▪ Ik werk al 12 jaar op de Spoedeisende Hulp, wilde meer doen, maar geen managementfunctie, wel een functie met een innovatief karakter. |
|---|

NPs streven dus niet zozeer naar de overname van taken, maar naar verbetering van de zorg. Als zij daarvoor taken van medici moeten overnemen, doen zij dat. Deze taken lijken geen specifieke kenmerken te hebben. Zijn NPs echt zo altruïstisch of zijn bovengenoemde antwoorden ingegeven uit sociale wenselijkheid?

In de survey werd met behulp van een open vraag gevraagd naar het beoogde doel van de opleiding. De antwoorden die de NPs gaven staan in tabel 5.9. Daar komt inderdaad het streven naar kwaliteit en continuïteit terug (16 maal), voorafgegaan door de mogelijkheid van een carrière stap (19 maal) en een zelfstandige functie-uitoefening (17 maal).

Tabel 5.9 Doel van de ANP opleiding (n=74)

Open vraag, meerdere antwoorden mogelijk

Doel	Aantal keer genoemd
Carrière stap	19 maal
Zelfstandige functie uitoefening	17 maal
Verbetering kwaliteit, continuïteit coördinatie	16 maal
Kennis vergroting	16 maal
Medische taken overnemen	12 maal
NP functie beter uitoefenen	11 maal
Wetenschappelijk onderzoek	5 maal
Professionalisering van de verpleging	3 maal
Totaal	99

♦ *Analyse en discussie*

De opleiding wordt gevolgd als carrière stap (19 maal) en om een zelfstandige functie te kunnen vervullen (17 maal). Overigens blijkt ook uit onderzoek in de VS dat autonomie, een zelfstandige functie uitoefening, de belangrijkste satisfier is voor NPs (Mezey et al., 1993). Dit is paradoxaal. Verpleegkundigen streven sinds de jaren zeventig naar professionalisering, naar onafhankelijkheid van de medisch specialist, maar nemen in de NP- functie taken over van medisch specialisten om meer autonomie te ervaren! Door afhankelijk te worden van de medisch specialist in de functie van NP ervaart de verpleegkundige meer autonomie dan in de functie van verpleegkundige. De vraag rijst waarin “gewone” verpleegkundigen dan nu nog feitelijk afhankelijk zijn van medisch specialisten en wat hun gevoel van autonomie beperkt. Is het de verhouding met de medisch specialist, zijn het beelden, is het de eigen structuur?

In de beantwoording van de vraag naar het doel van de opleiding komt opnieuw het streven naar continuïteit en kwaliteit van de NP weer sterk naar voren. Zestien respondenten (21,6%) geven aan dat zij de opleiding doen uit een streven naar continuïteit en kwaliteit van zorg.

Twaalf respondenten (16%) zeggen medische taken te willen overnemen. Het streven naar overname van medische taken is er dus wel, maar in mindere mate dan het streven naar carrièreperspectief, het streven naar zelfstandige functie uitoefening en het streven naar continuïteit en kwaliteit van zorg.

♦ *Conclusie*

De taken die NPs van artsen overnemen hebben geen specifieke kenmerken. NPs streven vooral naar carrièreperspectief, een zelfstandige functie en naar continuïteit en kwaliteit van zorg. Om dit te bereiken zijn ze bereid medische taken te doen. Paradoxaal genoeg lijkt de NP door afhankelijk te worden van de medisch specialist in de functie van NP meer autonomie te ervaren dan in een functie als verpleegkundige.

B. Legitimering en motivatie

Zowel het tijdsbestedingonderzoek als het onderzoek van Van Offenbeek et al., 2003 zijn gehouden onder afgestudeerden en cursisten van de ANP opleiding. Ofschoon het niet met zekerheid gezegd kan worden lijkt de NP de overname van medische taken te legitimeren doordat een nieuwe functie is waar taakovername door verpleegkundigen van artsen een onderdeel van is. Het is geen “gewone verpleegkundige” die taken overneemt, maar een NP. Bij de interviews en observaties bleken er slechts in één ziekenhuis NPs te zijn zonder ANP opleiding, maar met een huisopleiding.

NPs motiveren de overname van medische taken door het streven naar een zelfstandige functie en naar carrièreperspectief (tabel 5.9). Ook gebruiken zij als motivatie het streven naar continuïteit en kwaliteit voor de patiënt. Slechts drie maal wordt het streven naar professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep genoemd.

Om de motivatie van de NPs nader te analyseren werd ook gekeken naar de richting van een eventuele volgende loopbaanstap.

Van de 74 ondervraagde NPs uit de survey (Van Offenbeek et al., 2003) heeft één respondent (1,4%) de voorkeur voor een verpleegkundige functie zoals blijkt uit tabel 5.10. 14,9% (abs. 11) Opteert voor een medische functie en 27% (abs. 2) voor een ander type NP functie en 10,8% (abs.8) voor een eigen praktijk.

Tabel 5.10. Volgende carrière stap

Loopbaanstap	Abs.	Perc.
Andere NP functie	20	27,0%
Weet niet	13	17,6%
Medische functie	11	14,8%
Anders	9	12,2%
Eigen praktijk	8	10,8%
Geen andere stap	6	8,1%
Hogere kader of beleidsfunctie	6	8,1%
Verpleegkundige functie	1	1,4%
Totaal	74	100 %

♦ *Analyse en discussie*

De motivatie van NPs om medische taken over te nemen in het streven naar continuïteit en kwaliteit voor de patiënt wordt enigszins afgezwakt door het streven naar carrièreperspectief en een zelfstandige functie. Overigens betekent carrièreperspectief niet altijd vooruitgang in het salaris. Uit de interviews blijkt dat het verlies aan onregelmatigheidstoeslag door het vervallen van de onregelmatige diensten moeizaam te compenseren valt door twee of drie hogere salarisschalen. Ofschoon veel instellingen de NP functie twee tot drie schalen hoger waarderen dan een IC verpleegkundige, die van alle gespecialiseerde verpleegkundigen het hoogste gehonoreerd wordt, zijn er ook instellingen die de NP gelijk schalen aan een (niet specialistische of leidinggevende) verpleegkundige. Blijkbaar moet het carrièreaspect ergens anders in worden gezocht, zoals in de zelfstandigheid of de status van het werk. Eerder zagen we al dat een verbetering van de sociale identiteit een rol speelt en hier lijkt dit opnieuw het geval. Opvallend is dat slechts één respondent een verpleegkundige (= niet NP) functie als mogelijke volgende carrière stap ziet. Dit wekt (opnieuw) de indruk dat NPs zich minder sterk met de verpleegkundige beroepsgroep associëren dan zij zeggen te doen. Deze indruk wordt nog eens versterkt doordat slechts driemaal wordt genoemd dat de NP de opleiding ANP heeft gevolgd of volgt met als doel de verpleging te professionaliseren (tabel 5.9.). Het is niet duidelijk of het

streven naar kwaliteit en continuïteit een intrinsieke motivatie is of dat het voorkomt uit sociale wenselijkheid. Het verwijst enigszins naar de stereotype idealistische verpleegkundige.

♦ *Conclusie:*

Legitimatie van de overname van medische taken door verpleegkundigen vindt plaats door het aanvaarden van de NP functie. Motivatie vindt plaats door het streven naar kwaliteit en continuïteit van de patiëntenzorg, maar vooral ook door het streven naar een zelfstandige functie en naar carrière perspectief. Dit betekent niet altijd een vooruitgang in het salaris. Het lijkt de NP meer te gaan om door individuele sociale mobiliteit de sociale identiteit te verbeteren.

5.2.3.1 Samenvatting

Welke kenmerken hebben de taakgebieden die NPs van artsen willen over nemen? Op welke manier en in hoeverre vindt legitimering en motivatie plaats?

De taken die NPs van artsen overnemen lijken geen specifieke kenmerken te hebben. NPs streven naar carrièreperspectief, een zelfstandige functie en naar continuïteit en kwaliteit van zorg. Om dit te bereiken zijn ze bereid medische taken te doen. Er lijkt sprake te zijn van een paradox. De NP lijkt door afhankelijk te worden van de medisch specialist in de functie van NP meer autonomie te ervaren dan in een functie als verpleegkundige, die sinds de jaren zeventig streeft naar professionalisering, waaronder verstaan wordt onafhankelijkheid van de arts. Legitimatie van de overname van medische taken door verpleegkundigen vindt plaats door het aanvaarden van een NP functie. Motivatie vindt plaats door het streven naar kwaliteit en continuïteit van de patiëntenzorg, maar vooral ook door het streven naar een zelfstandige functie en naar carrièreperspectief. Dit laatste betekent niet altijd een vooruitgang in het salaris. Het lijkt de NP meer te gaan om door individuele sociale mobiliteit de sociale identiteit te verbeteren (Tajfel en Turner, 1986).

5.2.4. Deelvraag 5:

Welke omgevingsfactoren zijn van invloed op taakherschikking?

In hoofdstuk 4. werden de volgende externe beïnvloedende factoren gevonden:

- Capaciteitsproblemen medici;
- Stimulerende rol van de overheid;
- Wachlijsten;
- De wet BIG;
- Zorgverzekeraar;
- HBO, het bestaan van de opleiding ANP;
- Subsidie.

In hoeverre spelen genoemde externe factoren daadwerkelijk een rol bij de aanstelling van NPs? Om deze vraag te beantwoorden werden de interviews met de managers uit de casestudies geanalyseerd. Hierbij moet opgemerkt worden dat de aanstelling van een NP het initiatief kan zijn van het management en medici samen, maar ook van een *maatschap van artsen* buiten het management om of van het management buiten de artsen om. De motivatie van het management kan daardoor verschillen van de motivatie van de medici (zie paragraaf 5.2.2.C).

In zes cases ligt expliciet dan wel impliciet de ambitie van de verpleging ten grondslag aan de aanstelling van een NP. Deze ambitie wordt gevoed door het bestaan van de opleiding ANP, dus indirect door het HBO.

- De functie is een beetje zo gegroeid uit de ambitie van een hele goede verpleegkundige.
- De functie is niet geïmplementeerd om het tekort aan artsen op te vangen. De juridische dekking ontbreekt hiervoor ook. Er is samen met de medische discipline gezocht naar een goede werkplek en een goede patiëntengroep. Het is de ambitie van de verpleging.
- Er is gekeken naar een groep waar van alles bij mis gaat. Vanuit de verpleging lag er een vraag naar meer professionalisering. Hij is wel ontstaan vanuit de ambities van de verpleging.
- De NP kwam zelf middels een open sollicitatie.
- Er is een grotere zorgvraag en de verbreding van de verpleegkundige functie kan stimulerend zijn. Ik werd als hoofd verpleegkundige met de functie geconfronteerd.
- De arts-assistenten zien de SEH als stageadres; ze willen er vaak zo snel mogelijk weer weg. Het concept nurse practitioner is door de verpleging binnen de afdeling eerst goed uitgewerkt, toen is men pas naar het (hoger) management gegaan.

Het tekort aan artsen was in vier cases reden om een NP aan te stellen.

- Ook vanuit het feit dat problemen ontstonden met betrekking tot spreekuren door het tekort aan artsen.
- De implementatie is gebeurd vanuit de cardiologen. Er moest meer met patiënten worden gedaan dan tot nu toe gebeurt. De afdeling kampte met een hele hoge bedbezetting.
- Er is gestart met de functie omdat de researchverpleegkundigen omgeschoold moesten worden door het tekort aan artsen. Er wordt hier sterk gekeken vanuit een verpleegkundige visie: carrière, doorgroei.
- Er is nu eenmaal een tekort aan arts-assistenten.

Tweemaal was subsidie de reden om een NP aan te stellen.

- Je kreeg extra formatie als je een NP aanstelde.
- De acute pijnservice kan worden gefinancierd met behulp van een subsidie van de zorgverzekeraar.

♦ *Analyse en discussie*

Evenals bij een deel van de medici (paragraaf 5.2.2.C) lijkt ook het management de inzet van de NP te motiveren met de ambitie van de verpleging. De indruk wordt gewekt dat de NP wordt geïmplementeerd ten faveure van de verpleging, met als bijkomend voordeel dat de functie een handige oplossing biedt voor een tekort aan arts-assistenten. Een leidinggevende: *“ook vanuit het feit dat problemen ontstonden met betrekking tot spreekuren door het tekort aan artsen.”*

Het HBO lijkt gebruik te maken van de ambitie van de verpleging door het aanbieden van de ANP-opleiding, een opleiding die financieel wordt ondersteund door de overheid. Indirect komt hier dus de stimulerende rol van de overheid naar voren. Ook Subsidie kan de verpleging helpen haar ambities waar te maken.

Wachlijsten, de wet BIG en de rol van de zorgverzekeraar lijken de aanstelling van de NP in mindere mate te beïnvloeden dan werd verondersteld.

Terwijl het wel verwacht werd, werd door de leiding geen enkele maal genoemd dat NPs moeten worden opgeleid om het *toekomstig* tekort aan medisch specialisten op te kunnen vangen, zoals de overheid bepleit. Evenmin werd de mogelijkheid genoemd om kosten te besparen door specialisten effectiever in te zetten. Zien verpleegkundigen met de NP functie naast een carrièreperspectief ook vooral de mogelijkheid om meer continuïteit en kwaliteit van zorg te kunnen bieden, door het management werden deze argumenten in geen van de cases aangedragen.

♦ *Conclusie*

Van de verwachte extern beïnvloedende factoren spelen het HBO en de overheid een dominante rol.

Verpleegkundigen willen de ANP-opleiding volgen om een nieuwe positie te krijgen. Zij worden geholpen door het management en medici om hun ambities te realiseren, waarbij de oplossing voor het tekort aan arts-assistenten een bijkomend voordeel lijkt te zijn..

5.2.5. Deelvraag 6:

In hoeverre kunnen de optredende taakherschikking in de praktijk en de beleidsmatige discussie daarover worden verklaard met behulp van de door Abbott beschreven krachten en mechanismen?

A. Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot taakherschikking?

Uit de resultaten van deze studie blijkt dat er weliswaar sprake is van substitutie, maar nog niet van taakherschikking. Medisch specialisten blijken ook niet zozeer taken, maar vooral bepaalde patiëntencategorieën aan NPs te delegeren. Medici zijn over het algemeen positief over het werken met NPs maar houden supervisie op het werk van de NP. De NP ziet alleen patiënten van wie de zorg protocolair verloopt en waarbij de zorgbehoefte nog eens extra gekenmerkt wordt door de grote vraag naar begeleiding, zorgvuldige planning, coördinatie en specifieke motorische vaardigheden.

Daarnaast doet een aantal NPs, evenals gespecialiseerd verpleegkundigen, hoog frequent voorkomende en met behulp van techniek en onderzoek vereenvoudigde activiteiten, specifiek in de acute pijnbestrijding van patiënten. Patiënten met kleine trauma's die zichzelf verwijzen naar de spoedpoli worden in plaats van door de huisarts door de NPs behandeld. Inhoudelijk richt de NP zich, net als de arts-assistent, op de behandeling, maar combineert dit ongevraagd met de begeleiding van de patiënt, met zelfmanagement als invalshoek.

Medici laten zich over het algemeen positief uit over hun ervaringen met de NP en dat lijkt ook positief op het beroepsbeeld van de verpleging af te stralen. Dit is in tegenstelling tot de mening van de verpleegkundige beroepsgroep die de NP niet zonder meer lijkt te accepteren en geen effect ziet op haar sociale identiteit.

Bij een deel van de artsen lijkt de neiging te bestaan om de NP de medische beroepsgroep binnen te trekken.

De NPs kennen de ANP opleiding een positief effect toe op het aanzien van de verpleging. De NP lijkt zich nagenoeg even betrokken te voelen bij de verpleegkundige als bij de medische en de eigen discipline. Dit ondanks het feit dat de gepercipieerde herkomst van de werkzaamheden van de NP voor het significant grootste deel medisch is en ondanks dat de gepercipieerde waardering van medici groter is dan van de verpleging. De gepercipieerde waardering en ervaren betrokkenheid blijken positief te correleren. Wanneer adoptie door de verpleging uitblijft en de gepercipieerde waardering door de NP van de verpleging niet verandert, is de kans groot dat de NP assimileert met de medische beroepsgroep. De meerderheid van de NPs lijkt nu al te neigen naar de medische beroepsgroep, hetgeen blijkt uit cultuuraspecten als het dragen van de doktersjas en het meer afstand nemen van de patiënt. De verpleging lijkt een kans om de collectieve identiteit te verbeteren door sociale competitie te laten liggen.

De taken die NPs van artsen willen overnemen, lijken geen specifieke kenmerken te hebben. NPs streven naar een carrièreperspectief, zonder dat dit altijd een verbetering van het salaris betekent. Zij willen een zelfstandige functie en streven naar continuïteit en kwaliteit van zorg. Om dit te bereiken zijn ze bereid medische taken te doen.

De discussie over taakherschikking wordt vooral gevoed vanuit het HBO, gesteund door de overheid en vindt bij NPs gretig gehoor om hun carrièreperspectief te verbeteren. Medici en het management zijn bereid om NPs hierin te steunen. Dat de NP tevens een oplossing biedt voor het huidige tekort aan arts-assistenten lijkt een bijkomend voordeel. De inzet van de NP met het oog op kostenreductie of met het oog op lange termijnproblematiek bij de medisch specialisten lijken in deze studie geen rol te spelen.

♦ *Conclusie*

Taakherschikking, in ons land sterk gestimuleerd door de overheid, blijft tot nu toe beperkt tot substitutie. Artsen delegeren geen taken maar patiëntencategorieën aan NPs, waarvoor ze zichzelf overgekwalficeerd voelen, om tegemoet te komen aan de ambities van de verpleging. Als bijkomend voordeel wordt met de NP het tekort aan arts-assistenten opgelost. De gedelegeerde patiënten kunnen volgens protocol worden behandeld. NPs nemen deze patiënten van de medici over in ruil voor een zelfstandige functie met een hogere sociale identiteit. Zij worden hierin niet gesteund door de verpleegkundige beroepsgroep die daardoor een kans op een hogere sociale identiteit laat liggen.

B. De verklaring vanuit Abbott

Abbott (1988) postuleert dat de inhoud van het werk van een professional voortdurend aan verandering onderhevig is.

In de geschiedenis van artsen en verpleegkundigen is dit ook duidelijk naar voren gekomen. De inhoud van het werk van medici verandert onder invloed van wetenschappelijke vooruitgang, waarbij zij taken verschuiven naar de verpleging. Dit zijn vooral handelingen die frequent voorkomen en waarvan het risico beperkt is. De verpleging wordt daar beter van. Aanvankelijk in ruil voor scholing en later ook in ruil voor een betere beloning (hoofdstuk 3). Volgens Abbott (1988) is delegatie van routine handelingen aan een ondergeschikte groep van belang om de professionele status te behouden.

De verpleging heeft zich de afgelopen jaren de hoofdtaken van een professional eigen gemaakt: diagnosticeren, infereren (door uitsluiting) en behandelen. De verpleging heeft ook een eigen taal ontwikkeld (classificatie) en de medici zijn kwetsbaar voor een aanval vanwege het capaciteitsprobleem. De vooruitgang van de medische wetenschap brengt oplossingen voort die er eerder niet waren, zoals op het gebied van pijnbestrijding. Door nieuwe technieken op dit gebied ontstaan “vacancies.” Deze factoren samen maakt in termen van Abbott (1988) de verpleging klaar voor een “aanval” op het medisch domein.

Op het eerste gezicht lijkt de overname van medische taken door verpleegkundigen in de functie van NP dan ook op een “aanval” in de termen van Abbott, maar hierbij valt wel een aantal zaken op:

- het is slechts *een klein deel* van de verpleging in de functie van NP dat medische taken overneemt, met als reden er *persoonlijk* beter van te worden; het gaat niet om verbetering van de positie van de gehele beroepsgroep;
- de verpleging zelf lijkt de NP niet te adopteren;
- de NP doet geen moeite om de overgenomen taken tot het eigen domein te rekenen; herdefinitie in verpleegkundige termen van de medische problemen waar de NP zich op richt, blijft uit;
- de NP neemt willekeurige taken over, daar waar de gelegenheid zich voordoet. Artsen staan deze taken niet af, maar blijven “eigenaar”;

- het overnemen van willekeurige medische taken staat haaks op het streven van de verpleging naar een eigen zelfstandig beroepsdomein;
- de meeste artsen steunen de NP en motiveren dit door het faciliteren van de ambities van de verpleging en met het argument dat zij overgekwalificeerd zijn voor het werk dat de NP doet.

Is er nog sprake van een “aanval” wanneer een poging om zeggenschap over het domein te krijgen door middel van herdefinitie, uitblijft? Is er inderdaad sprake van een aanval wanneer de NP willekeurige taken overneemt, daarin vaak wel een initiërende rol speelt maar vervolgens de afhankelijkheid van de medisch specialist accepteert? De overname van medische taken door verpleegkundigen in ons land lijkt met veel minder strijd gepaard te gaan dan de indruk die is gewekt bij de invoering van de NP in de VS (paragraaf 4.3.2.)

Abbott draagt nog een aantal andere mogelijkheden aan die het gedrag van professionals verklaren. Deze zullen hier achter elkaar de revue passeren en al of niet van toepassing worden verklaard.

▪ Fusie

Bij een fusie gaan twee professionele groepen samen. Gelet op de reactie van medici, die over het algemeen de ontwikkeling van de NP stimuleren en gelet op de NP die naar de medische cultuur lijkt te neigen en het niet erg vindt om van medici afhankelijk te zijn, zou dit van toepassing kunnen zijn. Medici willen al door de eeuwen heen de verpleging tot de geneeskunde laten behoren en op deze wijze zou dit met de NP kunnen lukken. In tegenspraak is het feit dat artsen taakdelegatie motiveren door het feit dat zij voor dit werk overgekwalificeerd zijn. Wat gebeurt er met de status van de hele medische beroepsgroep als zij minder gekwalificeerde mensen tot hun groep gaat rekenen?

▪ Professionele regressie

Een andere mogelijkheid is dat er binnen de medische beroepsgroep sprake is van, in de termen van Abbott, “professionele regressie” waarbij zij taken wil afstoten. Een aantal uitlatingen van medici wijst daarop. Zo laten zij patiënten door de NP behandelen omdat de arts-assistent andere prioriteiten heeft, zoals het leren opereren bij de thoraxchirurgie. Zij motiveren de taakovername van de NP ook wel door te benadrukken dat zijzelf overgekwalificeerd zijn voor het werk (paragraaf 5.2.2.C) of het werk te classificeren als een verplaatste huisartsentaak, waarmee zij dit indirect te kennen geven. In tegenspraak daarmee is echter het feit dat zij niet duidelijk noemen dat zij door de inzet van de NP andere taken kunnen gaan doen en welke dat dan zijn.

▪ Cliëntdifferentiatie

Ook voor cliëntdifferentiatie zijn aanwijzingen. De belangrijkste is dat er niet zo zeer taken worden overgedragen aan de NP maar patiëntencategorieën. Het zijn patiënten die volgens protocol behandeld kunnen worden, mogelijk aangevuld met intensieve begeleiding, specifieke motorische vaardigheden, goede planning en coördinatie. In tegenspraak daarmee is echter het feit dat de artsen eigenaar blijven van de patiëntencategorieën en ze niet “afstoten.”

▪ Degradatie

Degradatie van taken is al vaker voorgekomen tussen artsen en verpleegkundigen. Dit keer gaat het dan niet om routine handelingen, maar om “routine patiënten.” De “beloning” die er voor de NP tegenover staat is dit keer geen scholing of een hoger salaris, maar een zelfstandige functie met een betere sociale identiteit. Er lijken geen tegenargumenten te zijn voor deze verklaring. Het zou kunnen dat de medische beroepsgroep besluit tot fusie met de NP, maar aangezien dit negatieve gevolgen zou kunnen hebben op haar status lijkt dit niet erg waarschijnlijk.

♦ *Analyse en discussie*

“Degradatie” lijkt de meest sluitende verklaring te zijn van de huidige gang van zaken bij taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen.

De overheid speelt een dominante rol in de huidige discussie over taakherschikking. Zij moedigt de verpleging aan taken over te nemen en de domeinen te herdefiniëren. Een klein deel van de verpleging wil met het oog op een hogere sociale identiteit aan de eerste vraag gehoor geven, maar herdefiniëring blijft uit. Volgens Abbott bepaalt de opdrachtgever of een professie adequate oplossingen genereert voor problemen. Blijkbaar is de overheid niet helemaal tevreden over de wijze waarop artsen gezondheidsproblemen oplossen en wil daarvoor een andere beroepsgroep interesseren. Of de drijfveer daarbij alleen het capaciteitsprobleem is, is niet duidelijk. De verpleging zou veel grootschaliger gebruik kunnen maken van deze situatie dan zij nu doet. Zij zet echter de aanval niet in. In tegendeel, NPs worden bij de overname van medische taken meer geholpen door de medici zelf dan door de eigen collega verpleegkundigen.

Abbott (1988) gaat uit van groepen min of meer gelijke professionals en niet van professionals die in een machtsrelatie tot elkaar staan. Het aantal NPs in ons land is nog klein. Het kan zijn, dat wanneer de groep groter wordt, zij van binnen uit “de aanval” alsnog inzet. Het kan zijn dat een kleine voorhoede de “aanval” inzet en dat de rest van de verpleging nog volgt. Een arts uit de cases: *“het kost nog veel moeite, de nurse practitioner infiltreert wel steeds meer. Het is een lange weg.”*

Dat kan alleen als zij zich los weet te weken van de medici en zelfstandig mag handelen. Een belangrijk aspect is ook het bezit van kennis; de NP heeft nu nog de arts nodig als leermeester. Mocht over een paar jaar blijken dat de NP ook in ons land een duidelijker en zelfstandiger functie heeft in het medische domein dan nu het geval is, dan kan aan het visie van Abbott een strategie van “infiltratie” worden toegevoegd. De NP is als het ware bezig te infiltreren in de medische professie.

♦ *Conclusie*

Samengevat kan worden geconcludeerd dat de huidige discussie over taakherschikking wordt ingegeven door de opdrachtgever; omdat de overheid niet helemaal tevreden lijkt over de wijze waarop medisch specialisten gezondheidsproblemen oplossen, zoekt zij naar een andere groep professionals voor het oplossen van deze problemen: verpleegkundigen. Een deel van de verpleging, de NPs, geeft hieraan gehoor, maar zet geen aanval op de medici in. Zij worden ook niet gesteund door hun achterban. De medici zelf reageren met “degradatie”; “routine” patiënten worden gedelegeerd aan NPs die daarvoor in de plaats een zelfstandige functie krijgen met een betere sociale identiteit. Medici blijven “eigenaar” van deze patiënten en de NP wordt afhankelijk van de medisch specialist. De NP lijkt meer naar de cultuur van de medisch specialist te neigen dan naar de verpleegkundige cultuur. Mocht over een paar jaar blijken dat de NP ook in ons land een duidelijker en zelfstandiger functie heeft in het medische domein dan nu het geval is, dan kan aan het visie van Abbott een strategie van “infiltratie” worden toegevoegd.

5.2.6. Deelvraag 7:

Hoe kunnen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein ten opzichte van elkaar worden gekarakteriseerd, ex- en inclusief taakherschikking? Hoe kunnen de verschillen worden geduid?

Traditioneel wordt het werk van de verpleging aangeduid met care en dat van de arts met cure. De aandacht van de verpleegkundige richt zich primair op de problemen van de dagelijkse en fundamentele levensverrichtingen als gevolg van de aandoening en de behandeling: *care*. Artsen houden zich bezig met gezondheidsverstoringen zelf en de behandeling ervan: *cure* (Van Rooijen, 2003).

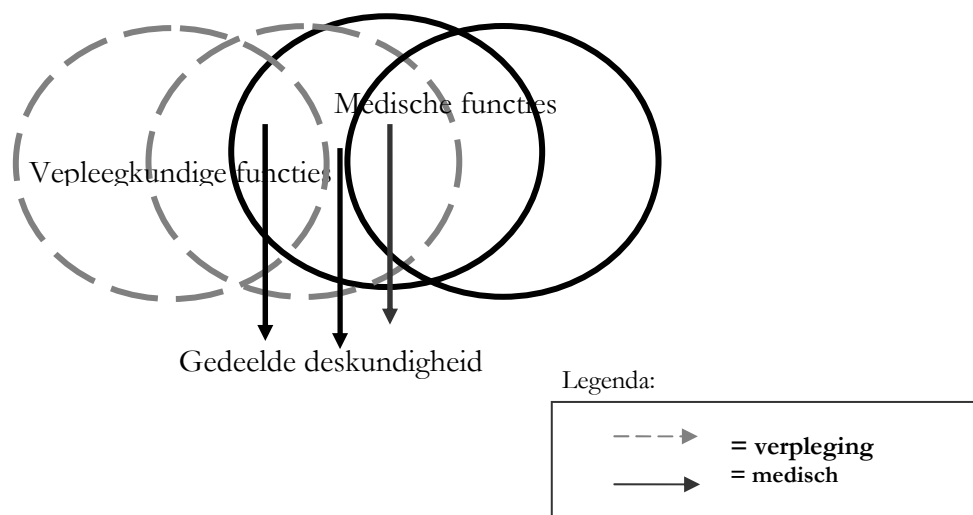
Het vertrekpunt van de verpleging is daarmee het *gevolg* van de ziekte, van de geneeskunde *de ziekte zelf*.

De gevolgen van ziekte op de dagelijkse levensverrichtingen kunnen beperkt worden door de ziekte te behandelen. De verpleegkundige voert (een deel) van de behandeling uit die de arts voorschrijft, bijvoorbeeld de toediening van medicatie. De behandeling van ziekte is niet los te zien van de gevolgen van de aandoening en de behandeling. Een ziekte wordt behandeld met als doel te genezen en/of de gevolgen te beperken. De gevolgen van de behandeling zijn ook een punt van aandacht van de arts. Is het middel niet erger dan de kwaal? Op grond van de WGBO (wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) moet de arts in te bevatten bewoordingen de patiënt informeren over de aandoening en de voorgestelde behandeling, inclusief de gevolgen en risico's van die behandeling.

Al is het uitgangspunt verschillend, in de praktijk is er een overlap in het werk van artsen en verpleegkundigen.

De wet BIG (artikel 33) rekent tot het deskundigheidsgebied van verpleegkundigen het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging. Ook is de taak van de verpleging het in opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Ondanks het streven van de verpleging naar een eigen afgebakend beroepsdomein vervagen de traditionele grenzen tussen het werk van artsen en verpleegkundigen steeds verder (paragraaf 3). Vaak voorkomende routinematige medisch-technische handelingen gericht op de behandeling, worden met behulp van de techniek versimpeld en aan de verpleging gedelegeerd. De mate waarin er medische taken in de verschillende verpleegkundige functies zijn opgenomen, taken op het gebied van cure, varieert (figuur 5.9.). Het aantal functies in de verpleging is erg groot, waarbij de naamgeving per instelling varieert (Van Offenbeek et al., 2002).



Figuur 5.9. Verpleegkundige en medische functies

Welke taken oefenen de beide disciplines uit?

Vanuit verschillende invalshoeken houden beide disciplines zich bezig met behandelen, adviseren, het geven van voorlichting, preventie en begeleiden. Beide disciplines voeren,

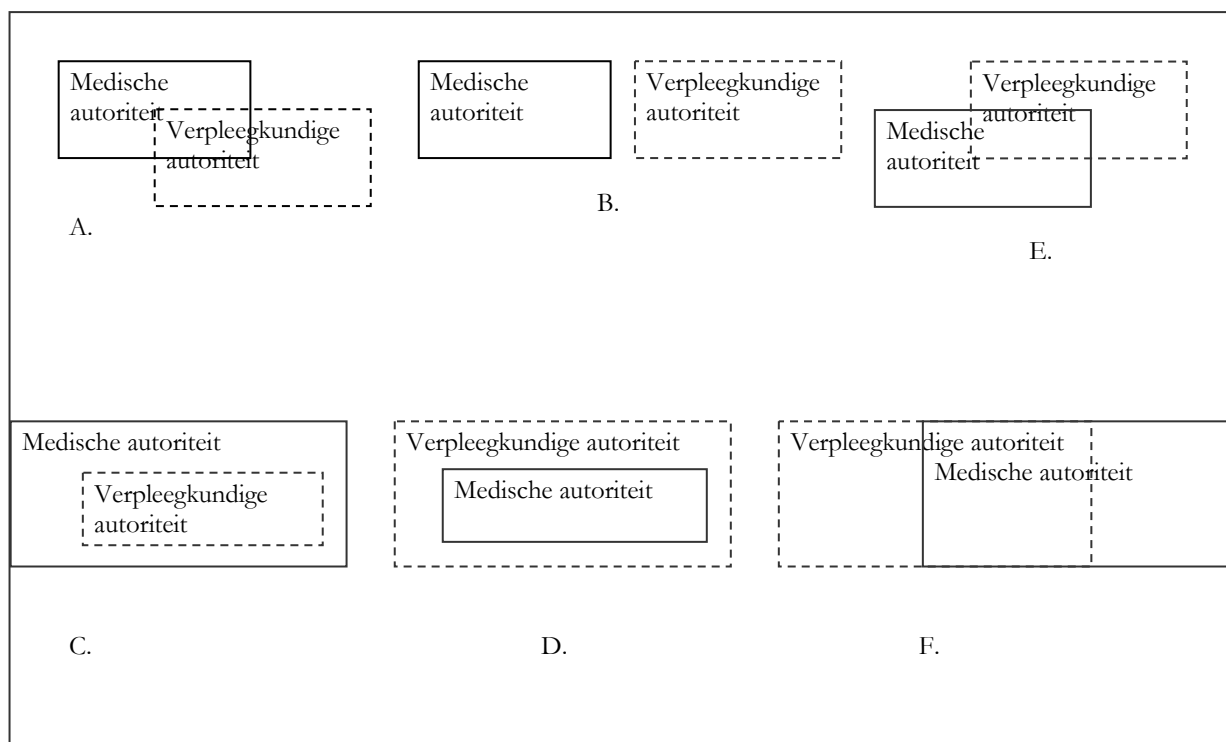
weliswaar met verschillend niveau van zelfstandigheid, voorbehouden handelingen uit (artikel 35 tot met 39 wet BIG).

Welke taken zijn verschillend?

De verpleegkundige verzorgt de patiënt; neemt de zorg over die de patiënt zelf zou hebben uitgeoefend om in zijn persoonlijk functioneren te voorzien²⁸; (Leistra, et al. 1999).

De arts stelt de diagnose en schrijft de behandeling voor. Redenerend vanuit klachten en symptomen houden artsen zich bezig met differentiaal diagnostiek. Ook houden zij zich bezig met de ontwikkeling van nieuwe effectievere behandelingen.

Artsen bezoeken de afdeling één of meerdere malen per dag. Verpleegkundigen zijn continue op de afdeling aanwezig. Zij observeren de patiënt en signaleren wanneer er zich problemen voordoen waarvoor een arts nodig is. De verpleegkundige heeft daardoor een zekere mate van controle op het werk van de arts. In aanvulling op het schematische overzicht van Walby et al. (1994) over de wijze waarop medici taken van verpleegkundigen bepalen (hoofdstuk 3, paragraaf 9.1.) wordt in figuur 5.10. bij D. E. en F. schematisch weergegeven hoe verpleegkundigen taken van artsen kunnen bepalen. Bij het bepalen van het juiste model wordt “inference” door uitsluiting toegepast.



Figuur 5.10. Medische en verpleegkundige controle over elkaars taken

In figuur A. bepaalt de arts een deel van de verpleegkundige taken en heeft de verpleegkundige ook eigen taken. In figuur B. zijn verpleegkundige taken en medische taken gescheiden, maar werken de beide groepen nauw samen. In figuur C. wordt het werk van de verpleegkundige volledig bepaald door de medici. In figuur D. wordt het werk van de arts geheel door de verpleegkundige bepaald en in figuur E. bepaalt de verpleegkundige voor een

²⁸ Deze omvat onder andere de persoonlijke verzorging, zorg voor opname van voeding en vocht, zorg voor de uitscheiding, de mobiliteit, de ademhaling, de temperatuur, de circulatie, het slaap-waakritme.

deel de taken van de arts. In de vermeende hiërarchische verhouding tussen artsen en verpleegkundigen is het een bron van conflict wanneer verpleegkundigen het werk van artsen bepalen. In formeel hiërarchische zin (in de betekenis van gezagsrelatie, Keuning et al., 1990) valt de verpleging niet onder de medici, maar heeft een eigen leidinggevende. Wel hebben zij een functionele relatie, artsen mogen verpleegkundigen in zekere zin dwingende aanwijzingen geven voor de behandeling van patiënten. In figuur F. zijn medische en verpleegkundigen taken niet strikt gescheiden en is er geen hiërarchische relatie meer.

De taken van artsen en verpleegkundigen zijn niet strikt te scheiden. Zowel artsen als verpleegkundigen hebben een aantal “eigen taken”, waarbij zij afhankelijk van elkaar zijn. De arts schrijft medicatie voor, de verpleegkundige dient deze toe. Zonder de verpleegkundige krijgt de patiënt geen medicatie. Zonder de arts weet de verpleegkundige niet wat er toegediend moet worden. De arts bepaalt de frequentie van bloeddruk meten; de verpleegkundige voert de handeling uit. Bij afwijkende waarden waarschuwt de verpleegkundige de arts. De verpleegkundige verzorgt de patiënt en bij ernstige verstoringen van het persoonlijk functioneren van de patiënt, bijvoorbeeld bij de ademhaling, wordt de arts geconsulteerd. De verpleegkundige kan tot op zekere hoogte zelf een patiënt helpen met ademen door bijvoorbeeld te zorgen voor een goede houding, maar weet bij gezondheidsverstoringen waar de grens van zijn of haar deskundigheid ligt. Figuur B. valt daardoor af. De arts bepaalt niet volledig wat de verpleegkundige doet en de verpleegkundige bepaalt niet volledig wat de arts doet; figuren C. en D. vallen af. Er zijn situaties waarin taken van de arts afhankelijk zijn van de verpleging en er zijn situaties waarin de taken van de verpleging afhankelijk zijn van de arts. Figuur A. en E. komen beide voor. Gelet op de geschiedenis (hoofdstuk 3) is E. onderbelicht gebleven. Wanneer een verpleegkundige constateert dat de gezondheid van een patiënt achteruit gaat, moet zij de arts waarschuwen, ongeacht het tijdstip van de dag. De arts is daarin afhankelijk van de verpleging. Wanneer de verpleging te vroeg waarschuwt en de arts onnodig het werk dat hij/zij op dat moment aan het doen is, onderbreekt, levert dit irritaties op. Wanneer de verpleging te laat waarschuwt levert dit risico's op voor de patiënt. Idealiter zou de beroepsgroepen op gelijkwaardige wijze samen moeten werken (F.).

Artsen en verpleegkundigen vullen elkaar aan. Het typeren van het werk van de arts of de verpleegkundige brengt risico's met zich mee. Juist omdat er overlap in hun taken bestaat moeten zij met elkaar in gesprek. Iedere vorm van typering van het werk kan er toe leiden dat het gesprek overbodig gevonden wordt. We zagen in deze studie een aantal malen dat artsen niet goed weten wat verpleegkundigen doen. Patiënten worden doorverwezen naar de verpleegkundig specialist zonder duidelijke vraagstelling (5.2.1.C.) en er worden NPs aangesteld voor taken die ook verpleegkundigen zouden kunnen doen (5.2.2.B.). Wie geeft welke informatie aan de patiënt? Welke taken behoren tot het takenpakket van de verpleging? Wat valt onder het grijze gebied en hoe stemmen artsen en verpleegkundigen daarin af?

Een aantal taken van verpleegkundigen en van medici is heel duidelijk. Continuïteit bijvoorbeeld, 24 uur aanwezigheid, is een belangrijk kenmerk van het werk van de verpleging. De verpleegkundige verzorgt de patiënt; neemt de zorg over die de patiënt zelf zou hebben uitgeoefend om in zijn persoonlijk functioneren te voorzien (Leistra, et al. 1999) en waarschuwt artsen wanneer de gezondheidsproblemen van de patiënt onverwacht toenemen. Medici houden zich bezig met (differentiaal) diagnostiek en (nieuwe effectievere) behandelingen.

Hoe valt deze verhouding te typeren?

In Afrika werkt de vogelsoort “de honingwijzer” (Indicator indicator) als bondgenoot samen met het zoogdier “de honingdas” (Mellivora capensis). Beiden houden erg van honing. De vogel weet de nesten te zitten waarin de honing zit maar kan ze zelf niet plunderen. De honingdas is een zeer goede graver, maar weet niet waar de honing zit. Als de honingdas op het territorium van de honingwijzer komt, wijst het vogeltje door op een bepaalde manier te kwetteren de das de weg naar het nest. De das graaft het nest op en samen profiteren zij van de honing (Attenborough, 1999).

De verpleegkundige kan functioneren als de wijzer; vanuit de observerende rol is de verpleegkundige degene die gezondheidsproblemen kan signaleren. De arts kan als das het probleem blootleggen. Samen kunnen zij de patiënt behandelen.

Er zijn situaties waarin de das al weet waar het nest zit en voor het zoeken geen hulp van de wijzer nodig heeft. Soms heeft de das wel weer de wijzer nodig voor de verdere behandeling van de patiënt en ook om mogelijke nieuwe gezondheidsproblemen te signaleren terwijl hij elders graaft. Er zijn ook situaties waarin de wijzer nesten tegenkomt die zo oppervlakkig liggen dat niemand anders nodig is om het probleem “bloot te leggen”; de wijzer kan het alleen af.

Een NP is een honingwijzer die naast signaleren ook geleerd heeft zelf een beetje te graven en daarvoor minder snel de honingdas nodig heeft.

5.2.6.1 Samenvatting

Hoe kunnen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein ten opzichte van elkaar worden gekarakteriseerd, ex- en inclusief taakherschikking? Hoe kunnen de verschillen worden geduid?

De karakteristieken van het verpleegkundig beroepsdomein in relatie tot het medisch domein vallen het beste te typeren door de metafoor van de honingwijzer en de honingdas. De gecompliceerde relatie tussen care en cure staat niet toe deze twee concepten afzonderlijk te beschouwen. De aandacht van de verpleegkundige (getypeerd door care) richt zich primair op de problemen van de dagelijkse en fundamentele levensverrichtingen als gevolg van de aandoening en de behandeling. Artsen houden zich bezig met gezondheidsverstoringen zelf en de behandeling ervan, met *cure*. De gevolgen van ziekte op de dagelijkse levensverrichtingen kunnen beperkt worden door de ziekte te behandelen. De verpleegkundige voert (een deel) van de behandeling uit die de arts voorschrijft. Artsen en verpleegkundigen vullen elkaar aan. Een aantal taken van verpleegkundigen en van medici is heel duidelijk. Continuïteit bijvoorbeeld is een duidelijk kenmerk van de verpleging.

Artsen en verpleegkundigen vullen elkaar aan. Het typeren van het werk van de arts of de verpleegkundige brengt risico's met zich mee. Juist omdat er overlap in hun taken bestaat moeten zij met elkaar in gesprek. Iedere vorm van typering van het werk kan er toe leiden dat het gesprek overbodig gevonden wordt. We zagen in deze studie een aantal malen dat artsen niet goed weten wat verpleegkundigen doen. Patiënten worden doorverwezen naar de verpleegkundig specialist zonder duidelijke vraagstelling (5.2.1.C.) en er worden NPs aangesteld voor taken die ook verpleegkundigen zouden kunnen doen (5.2.2.B)..

In de metafoor van de honingwijzer en de honingdas kan de verpleegkundige functioneren als de wijzer; vanuit de observerende rol is de verpleegkundige degene die gezondheidsproblemen signaleert. Sommige problemen zijn zo oppervlakkig dat er niemand anders nodig is om het probleem “bloot te leggen.” De ene wijzer is daar bekwaam in dan de andere, de NP bijvoorbeeld. Andere problemen zijn dermate gecompliceerd dat er hulp nodig is van de medisch

specialist om het probleem “bloot te leggen,” de diagnose te stellen en de behandeling te bepalen en al of niet ook zelf uit te voeren. Samen helpen zij de patiënt.

5.2.7. Deelvraag 8:

Op welke wijze kan, gegeven de diagnose die gesteld kan worden met behulp van de antwoorden op de deelvragen (1 t/m 7) in Nederland afstemming worden gerealiseerd tussen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein?

A. De diagnose

Weke diagnose kan worden gesteld over de wijze waarop nu afstemming wordt bereikt tussen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein? Uit het antwoord op vraag 7 blijkt dat er naast verschillen ook een overlap is tussen het werk van de arts en de verpleegkundige (fig. 5.9.). In paragraaf 3.6.1. zagen we dat door de invoering van patiënttoewijzing de medisch specialist zich minder welkom voelde op de verpleegafdeling en dat vanaf de jaren zeventig de verpleging zich afwendde van het medische model. De beide beroepsgroepen zijn inhoudelijk uit elkaar gegroeid en stemmen zowel beleidsmatig als inhoudelijk het werk niet meer af.

De verhouding tussen de NP en de medisch specialist is beter. Doordat de medisch specialist eigenaar blijft van de patiëntencategorie die hij/zij aan een NP delegeert, vindt er in ieder geval inhoudelijk meer afstemming plaats, hetgeen onder meer ook bleek uit de supervisie die de NP krijgt in tegenstelling tot bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist.

Met behulp van het “partijen in een systeemmodel” van Mastenbroek (1996) wordt geprobeerd de relatie tussen artsen en verpleegkundigen te analyseren en op basis daarvan aanknopingspunten te vinden voor mogelijke oplossingen.

B. Analyse volgens Mastenbroek (1996)

De analyse volgens Mastenbroek is uitgevoerd door systematisch de balans te analyseren van de onderlinge relaties tussen de verschillende groepen professionals van het netwerk (paragraaf 2.4.2.).

▪ De instrumentele relatie

In hoeverre gebruiken medisch specialisten, verpleegkundigen en NPs elkaars prestaties om “productie” te leveren? Hoe stemmen zij het werk af en hoe verdelen zij het? De NP is afhankelijk van de medisch specialist. De wetgeving versterkt deze afhankelijkheidsrelatie. De wet BIG belemmert zelfstandige functie-uitoefening. Het instrumentele aspect tussen medici en NPs lijkt niet onder druk te staan. In een enkel geval is de NP door het management aangesteld en moet hij of zij een plek veroveren tussen de specialisten en arts-assistenten. In de meerderheid van de gevallen wordt de aanstelling van de NP ondersteund door medici.

Tussen medici en verpleegkundigen staat het instrumentele aspect wel onder druk. Zij maken onvoldoende gebruik van elkaar en stemmen het werk niet af. Ook tussen de NPs en de verpleegkundigen staat het instrumentele aspect onder druk. NPs houden informatie van de patiënt voor zich zelf om conflicten met de verpleging uit de weg te gaan. Er zijn NPs aangesteld voor taken die verpleegkundige ook zouden kunnen doen. Daarnaast zijn er verpleegkundigen die vinden dat NPs taken doen die zij tot hun eigen takenpakket rekenen.

■ *De sociaal emotionele relatie*

De sociaal emotionele relatie tussen de verpleging en medici staat historisch onder druk, zoals uitgebreid aan de orde is gekomen in hoofdstuk 3.

Maar ook tussen verpleegkundigen en NPs is de sociaal emotionele relatie fragiel.

Verpleegkundigen lijken de NP niet zonder meer accepteren en eerder te verstoten dan te adopteren. Ofschoon de kans aanwezig is dat de sociale identiteit van de verpleging verbeterd kan worden door de NP, laat de verpleging deze kans liggen. Ofschoon de NP wel aangeeft bij de verpleging te willen blijven horen, lijkt de NP tegelijkertijd in het feitelijke gedrag wat meer naar de medische beroepsgroep te neigen. De verhouding tussen de artsen en de NP is over het algemeen goed. Dit beeld kan wel vertekend zijn omdat het onderzoek beperkt is tot artsen die met NPs werken. Onbekend is in hoeverre medici de invoering van de NP tegen houden. De kans dat deze beroepsgroep de NP opneemt, is echter klein omdat dit tot statusverlaging zou kunnen leiden. De kans bestaat dat de NPs gaan streven naar een eigen beroepsgroep.

■ *Macht- en afhankelijkheidsrelatie*

Verpleegkundigen zijn in hun werk deels afhankelijk van artsen en artsen zijn voor hun werk deels afhankelijk van de verpleging (paragraaf 5.2.6). Verpleegkundigen streven naar onafhankelijkheid van medici. Zij lijken zich niet goed te realiseren dat medici ook deels van hen afhankelijk zijn. Beide beroepsgroepen gaan elkaar zoveel mogelijk uit de weg en lijken zich niet te realiseren dat ze tot elkaar “veroordeeld” zijn en dat dit vraagt om goede afstemming en goede verhoudingen. Ook NPs en verpleegkundigen zijn afhankelijk van elkaar. Ook deze groepen lijken elkaar uit de weg te gaan en de onderlinge afhankelijkheid niet onder ogen te willen zien. NPs zijn afhankelijk van medisch specialisten maar ervaren meer zelfstandigheid in de functie van NP dan in de functie van verpleegkundige.

■ *Onderhandelingsrelaties*

Vanuit de verstoorde relaties tussen artsen en verpleegkundigen staan ook de onderhandelingsrelaties onder druk. Door de ervaren sociale deprivatie voelt de verpleegkundige zich de mindere van de medisch specialist. Uit de eerste reacties van de verpleging op de NP lijkt de verpleging bang te zijn dat zij zich ook ten opzichte van de NP achter gesteld zal voelen. Het uitblijven van adoptie van de NP zorgt er voor dat de NP gaat neigen naar de medische kant. Dit zal een evenwichtige onderhandelingsrelatie in de weg gaan staan.

Naast deze structuuraspecten spelen ook cultuuraspecten. Verpleegkundigen en artsen hebben verschillende culturen (hoofdstuk 3). NPs lijken eerder naar de cultuur van de medisch specialisten te neigen dan naar de verpleegkundige. Dit uit zich bijvoorbeeld door het dragen van de doktersjas en een wat afstandelijke houding naar de patiënt toe.

C. Oplossing

Tussen verpleegkundigen en medici staan alle vier de door Mastenbroek (1996) onderscheiden relatiebalansen onder druk. Om hier verandering in te brengen kunnen verschillende strategieën naast elkaar worden gebruikt. Door het gebruik van een empirisch rationele strategie kan met argumenten een appèl worden gedaan op het gezonde verstand van de beroepsgroepen.

Om een effectieve afstemming te bereiken tussen het verpleegkundig en het medisch domein moeten de beroepsgroepen met elkaar in gesprek, op beleidsniveau maar ook op operationeel niveau. Door het manifest maken van de wederzijdse afhankelijkheid kan volgens Mastenbroek (1996) de situatie verbeteren. De ziekenhuizen zouden geherstructureerd kunnen worden in

overzichtelijke multidisciplinaire eenheden met een eigen verantwoordelijkheid voor integrale patiëntenzorg. Tegelijkertijd kan aan de hand van een normatief re-educatieve strategie gewerkt worden aan gezamenlijke uitgangspunten en zullen ook onderlinge irritaties moeten worden uitgesproken.

Het blijven onderscheiden van twee gescheiden domeinen weerhoudt artsen en verpleegkundigen ervan om met elkaar te praten over de inrichting van de zorg. In feite is er maar één domein en dat is het domein van de patiënt. De behoefte van de patiënt moet het vertrekpunt zijn.

Ook kunnen er (tijdelijke) functionarissen worden ingezet om op operationeel niveau de afstemming tussen artsen en verpleegkundigen te optimaliseren. Het lijkt voor de hand te liggen dat door betere afstemming ook efficiëntie winst te behalen valt. Ook NPs en verpleegkundigen moeten met elkaar in gesprek. Door adoptie van het NP concept kan de verpleging de sociale identiteit verhogen. De NP kan zorgen voor sociale competitie van de hele beroepsgroep. Om dat te bereiken is het aan te bevelen om ook op landelijk niveau met elkaar het debat aan te gaan. De onderhandelingsrelatie zal verbeteren wanneer de balans van de andere relaties meer in evenwicht is.

De metafoor van de honingwijzer en de honingdas kan behulpzaam zijn ieders rol te verduidelijken. Strikte taakafbakening van de beroepsgroepen zal onderling overleg in de weg staan. Juist omdat de taken niet strikt te scheiden zijn zullen pogingen daartoe om dat wel te doen kunnen leiden tot versterking van de huidige situatie waarin de twee beroepsgroepen elkaar zoveel mogelijk mijden. Idealiter werken artsen en verpleegkundigen nauw samen waarbij artsen soms het werk van verpleegkundigen bepalen en verpleegkundigen soms het werk van de arts.

5.2.7.1 Samenvatting

Op welke wijze kan, gegeven de diagnose die gesteld kan worden met behulp van de antwoorden op de deelvragen (1 t/m 7) in Nederland een effectieve afstemming worden gerealiseerd tussen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein?

Tussen verpleegkundigen en medici staan alle vier de door Mastenbroek (1996) onderscheiden relatiebalansen onder druk. Verschillende strategieën voor verandering kunnen worden gevolgd om de situatie te verbeteren.

Om een effectieve afstemming te bereiken tussen het verpleegkundig en het medisch domein moeten de beroepsgroepen met elkaar in gesprek, op beleidsniveau maar ook op operationeel niveau. Naast deze empirisch rationele strategie zal ook een normatieve re-educatieve strategie moeten worden gevolgd waarbij de beroepsgroepen werken aan gezamenlijke normen en waarden. Het blijven onderscheiden van twee gescheiden domeinen weerhoudt artsen en verpleegkundigen ervan om met elkaar te praten over de inrichting van de zorg. In feite is er maar één domein en dat is het domein van de patiënt. De metafoor van de honingwijzer en de honingdas kan behulpzaam zijn ieders rol te verduidelijken. Idealiter werken artsen en verpleegkundigen nauw samen waarbij artsen soms het werk van verpleegkundigen bepalen en verpleegkundigen soms het werk van de arts. Voor verpleegkundigen en NPs geldt hetzelfde; ook zij moeten met elkaar het debat aangaan om te voorkomen dat zij uit elkaar groeien en om de samenwerking te bevorderen.

5.2.8. De NP, een nieuwe functie of een nieuw beroep?

Op dit moment wordt de NP zowel een functie als een beroep genoemd. Zoals eerder beschreven in paragraaf 4.5.1. wordt in *De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang* (LeGrand-van den Boogaard, (2003) de NP zowel een beroep als een functie genoemd.

Met de komst van nieuwe beroepen als de physician assistant, de NP en de assistent huisarts, kan werk uit handen genomen worden van de arts. Daarmee kan de kwaliteit en kwantiteit van de zorgverlening toenemen (Persbericht OCW no 10, 2004).

.....Een relatief nieuwe functie: de nurse practitioner (www.orbis.nl; 7 november 2003)

Het gaat hier niet om een semantische discussie. Beroepen zijn structuren waarin de taken die binnen de arbeidsverdeling worden verricht, zijn uitgekristalliseerd (Mok, 1973). Leden van de groep weten wat hun taken zijn, maar ook aanpalende beroepsgroepen, cliënten, overheden enz. kennen het beroep. Functies zijn, in tegenstelling tot beroepen, gebonden aan een arbeidsorganisatie; er is alleen sprake van een functie binnen de context, in dit geval de arbeidsdeling in een bepaalde arbeidsorganisatie (Van Rienen, 1984).

Wat zijn de taken van de NP? Zijn deze duidelijk? Om dit te onderzoeken werden de interviews met de NPs uit de 12 cases geanalyseerd.

In vijf gevallen bestaat een taakomschrijving.

- Er is een formele taakomschrijving; het is een heel ruime taakfunctieomschrijving, geldig voor elke NP in het ziekenhuis. Ze moet hier zelf invulling aan geven. Ze heeft de taakomschrijving niet zelf gemaakt. De patiëntengroep werd voorheen door de zaalarts (= arts-assistent) behandeld. De groep is met name gekozen op instigatie van de chirurg. In principe kan ze elke patiënt behandelen, maar niet alle tumoren liggen op de afdeling. Maag en lever liggen op een andere afdeling/etage.
- Hij heeft een vaste taakomschrijving, conform de taakomschrijving van het UMCG, met afdelingsspecifieke bezigheden eraan toegevoegd. De NP behandelt alle kleine traumatologie. Hij behandelt veel huis-tuin-keuken-probleempjes. Door het tekort aan huisartsen komen er steeds meer zelfverwijzers.
- Ze werkt nu ruim 2 jaar op deze SEH en doet voornamelijk traumatologie en wondbehandeling. Inmiddels heeft ze een functieomschrijving gemaakt; die is door de Raad van bestuur goedgekeurd.
- Zijn werkzaamheden zitten in de directe patiëntenzorg, met name weaning patiënten; dat zijn patiënten die lastig van de beademing te krijgen zijn.
- Er is een formele taakomschrijving gemaakt voor de functie NP. Ze werkt gemiddeld 1-2 dagen per week voor de Acute Pijn Service (APS) en 1-2 dagen per week voor de Pre Operatieve Screening op het Operatieve Dag Behandelings Centrum (ODBC). Er is een taakomschrijving voor NP aanwezig; waar de geprotocolleerde werkzaamheden in staan vermeld.

De vijf NPs uit deze interviews hebben verschillende rollen en werkterreinen. De NP uit de eerste case werkt in de rol van zaalarts op een oncologische chirurgische afdeling, met als taak de pre- en postoperatieve zorg. Twee NPs werken op de eerste hulp als een soort huisarts voor kleine trauma's. Een vierde NP werkt op een IC, als case manager voor patiënten met ontwenningsproblemen van de beademing. De vijfde NP heeft een consulente rol in de acute pijnservice en vervangt de anesthesist bij de pre-operatieve screening van dagbehandelingspatiënten (patiënten waarbij geen problemen te verwachten zijn).

In de overige zeven gevallen is de taakomschrijving nog in ontwikkeling.

- De NP doet drie chirurgische (kleine traumatologie) en drie dermatologische spreekuren (wondbehandeling) per week. Deze spreekuren doet ze zelfstandig. Daarnaast doet ze 1 kleine OK met de dermatoloog, waarbij ze zelfstandig kleine ingrepen verricht en 1 kleine OK met de chirurg. Hier werkt ze als verpleegkundige. Een taakomschrijving is in wording, moet ze zelf ontwikkelen.
- In de kliniek doet ze de begeleiding van kinderen en hun ouders. Op de polikliniek heeft ze 3 groepen; alle patiënten die ze klinisch heeft gezien komen poliklinisch bij haar terug. Ze heeft een combi spreekuur: ze

behandelt de restwonden en doet aan littekenbehandeling, ze geeft psyche-educatie en verpleegkundige interventie. Een taakomschrijving is nog in de maak.

- De NP begeleidt de patiënt, niet letterlijk, maar hij coördineert de overplaatsing en zorgt ervoor dat patiënt op de wachtlijst voor de thoraxchirurg komt. Hij houdt een vinger aan de pols en licht patiënt in en voor. Er is nog geen taakomschrijving.
- Hij houdt zich alleen bezig met pijnbestrijding, hij begeleidt en coördineert het hele traject. De patiëntenzorg maakt een belangrijk deel uit van zijn werk. Ze zijn bezig met het maken van een taakomschrijving.
- De NP gaat over een vaste kant van de afdeling, 3 vaste kamers met elk 2 bedden. Hij is verantwoordelijk voor de medische (cardiologische) zorg en coördineert de verpleegkundige zorg. Samen met de arts-assistent. Taakomschrijving is in de maak.
- In 2000 begonnen met een andere functie, meer onderwijs, innovatie, nieuwe dingen starten. Dat zaken kunnen gebeuren door iemand anders dan de medicus. Hartfalenpoli loopt goed. De functieomschrijving is bijna klaar.
- Ze heeft zelf een taakfunctieomschrijving gemaakt, die ligt nu ter beoordeling bij de clustermanager. Ze houdt zich bezig met patiënten die een actieve behandeling nodig hebben + follow-up vanuit de kliniek; hierbij zijn de verpleegkundige, de specialist, de arts-assistent en de NP betrokken. Maar ook patiënten in de laatste fase van hun leven, zij komen vaak vanuit een poliklinische setting. Patiënt heeft dan niet veel contact meer met de specialist.

Deze zeven NPs hebben verschillende werkterreinen als pijn, kleine traumatologie, brandwonden, oncologie, hartfalen, thoraxchirurgie en wondbehandeling. Welke nieuwe taken hebben de twaalf verpleegkundigen uit de cases gekregen toen zij NP werden?

Tabel 5.11. Nieuwe taken NP (n=12)

Taak	Aantal malen genoemd
Lichamelijk onderzoek	10
Wetenschappelijk onderzoek	5
Afname medische anamnese	4
Bijstellen, voorschrijven medicatie	5
Afname verpleegkundige en medische anamnese	3
Vaststellen medische behandeling	2
Houden van een zelfstandig spreekuur	2
Wondinspectie	2
Zelfstandig viste lopen	2
Verlenen collegiale consulten	2
Geven van voorlichting aan patiënten	2
Verslaglegging in het medisch dossier	2
Eigen dossiervorming	2
Afname psychosociale anamnese	1
Combinatie van verpleegkundig en geprotocolleerd medisch handelen	1
Be deling genezingsproces	1
Verwijderen thoraxdrains en pacemaker draden	1
Zelfstandige medische bevoegdheid op het gebied van respiratie en beademing	1
Medische verantwoordelijkheden	1
Medische behandeling	1
Medische diagnostiek	1
Opname van patiënten (medisch referentiekader)	1
Bepalen van medisch en verpleegkundig beleid	1
Verantwoordelijk zijn voor het medische en	1

verpleegkundig beleid van eigen patiënten	
Zelfstandig afhandelen van kleine traumatologie	1
Alles op het gebied van acute pijnservice	1
Voeren van ouder-kind gesprekken	1
Toepassen case management	1
Innovatie zorgketen	1
Projectmanagement	1
Voeren van correspondentie	1
Opleiden van verpleegkundigen	1
Geven van onderwijs	1
Alle taken zijn nieuw	1

♦ *Analyse en discussie*

Het aantal nieuwe taken is zeer divers; er kan (nog) geen rode draad in ontdekt worden, behoudens het doen van lichamelijk onderzoek. Onbekend daarbij is de diepgang. Gaat het om auscultatie van hart en longen? Palpatie van de buik? Klieren? Gewrichten? Bewegingsapparaat? Neurologisch onderzoek? Samen met de uiteenlopende rollen en werkterreinen van de NP lijkt er meer sprake van een functie dan van een beroep. NPs zijn niet zonder meer onderling uitwisselbaar, daarvoor werken zij, zoals blijkt uit de bovenstaande cases, te specialistisch. NPs hebben zich als verpleegkundige ontwikkeld tot het niveau van expert en breiden daarvandaan hun kennis en vaardigheden uit op een beperkt medisch terrein.

Eerder zagen we echter wel dat de patiënten die door de NPs worden behandeld bepaalde kernmerken vertonen: protocollaire zorgverlening mogelijk gecombineerd met grote behoefte aan begeleiding, nauwgezette planning en coördinatie, specifieke motorische vaardigheden, acute chirurgische huisartsenzorg (kleine traumatologie), pijnbestrijding met behulp van een specifieke techniek. Ook zagen we dat de inzet van de NP zich in eerste instantie concentreert binnen de oncologie, hartfalen, chronisch zieken, mammacare, thoraxchirurgie, neonatologie, acute pijn service en kleine traumatologie.

NPs kunnen dezelfde taken doen als arts-assistenten (paragraaf 5.1) maar na patiëntselectie. Het is de context waarin de taken worden uitgeoefend en niet de taken zelf, die de beroepsbeoefenaar en daarmee het beroep bepaalt. Het vasthouden van de indeling van beroepen op grond van taken zorgt voor problemen zoals blijkt uit deze studie, die zelfs uit kunnen monden in domeinstrijd en gebrek aan communicatie.

In Duitsland wordt wel gesproken over “Weiterbildungsberufe” (www.bibb.de). Dit zijn beroepen waarvan de benaming gelijk is aan het deel dat formeel gereguleerd is toegevoegd aan het basisberoep en/of waarvoor een vakgerichte vervolgopleiding bestaat. Een ambulance-verpleegkundige bijvoorbeeld is een Weiterbildungsberuf van “verpleegkundige.” NP kan dan eveneens gelden als een Weiterbildungsberuf van “verpleegkundige.” In de Angelsaksische landen wordt in dergelijke gevallen gesproken over “advanced practice.” In ons land kan alleen gekozen worden tussen de begrippen beroep en functie. Op dit moment lijkt er meer sprake te zijn van een functie dan van een beroep, maar dat kan een momentopname zijn. Er zijn al kenmerken te onderscheiden van de patiëntencategorieën die NPs behandelen (zie paragraaf 5.2.2.) De NP kan zich tot een (vervolg) beroep van de verpleegkundige ontwikkelen.

♦ *Conclusie*

De NP is nu nog een functie met traditioneel medische taken, zoals het doen van lichamelijk onderzoek, die gestalte wordt gegeven vanuit het verpleegkundige beroep. Het onderscheiden van beroepen op grond van taken blijkt erg moeilijk te zijn. De context waarin deze taken worden uitgevoerd lijkt hier een bruikbaar alternatief. De NP kan zich tot een “vervolg”beroep van de verpleegkundige ontwikkelen.

5.3. Nabeschouwing onderzoek deelvragen 2 t/m 8

Het onderzoek is gehouden onder NPs en direct betrokkenen. Al deze NPs zijn aangesteld met behulp van de leiding en/of medici. De studie geeft informatie over situaties waar NPs werken, maar geeft geen beeld van eventuele belemmeringen en weerstanden in de andere situaties. Het gebruik van data die verzameld waren in het kader van een ander onderzoek had als voordeel dat hier een zekere bijdrage werd geleverd aan het voorkomen van een onderzoeksmoeheid bij de eerste groep NPs in ons land. Bij de interviews werden daardoor suggestieve vragen voorkomen, hoewel in sommige gevallen door dóór te vragen de antwoorden wat scherper geformuleerd hadden kunnen worden. Evenals bij het tijdsbestedingonderzoek had het werken met één vaste interviewer en observator het voordeel dat verschillende interpretatiewijzen werden voorkomen, maar het voorkwam geen foute interpretaties. Het werken met meerdere observatoren gecombineerd met een statistische maat als Cohens Kappa (Swanborn, 1987, p. 183) hadden ook hier de onderzoeksresultaten harder gemaakt. Voor de kwaliteit van het werk van de NP moest worden afgegaan op de perceptie van direct betrokkenen. Er werden geen harde parameters gebruikt, waardoor de kwaliteit van het werk dat de NP levert ook bij de deelvragen 2 t/m 8 onderbelicht zijn gebleven.

HOOFDSTUK 6. BEANTWOORDING HOOFDVRAAGSTELLING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

6.1. Hoofdvraagstelling:

Hoe kan taakherschikking en de invoering van een nieuwe functie of een nieuw beroep op de scheidslijn van het verpleegkundig en medisch domein plaats vinden?

A. De wijze van de invoering van taakherschikking

Bij de invoering van taakherschikking spelen, gebaseerd op de bevindingen van deze studie, een tweetal hoofdproblemen.

Op de eerste plaats verschilt de argumentatie voor taakherschikking van de overheid sterk van die van de praktijk.

Ondanks de zorg van de overheid over het toekomstige tekort aan artsen (KNMG, 2002; RVZ, 2002; Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, 2003) is het vooral de ambitie van de verpleging die het overnemen van taken stimuleert. Medisch specialisten, noch verpleegkundigen, noch managers lijken, enige uitzonderingen daar gelaten, zich mede verantwoordelijk te voelen voor het capaciteitsprobleem.

Overigens is er in de praktijk geen sprake van taakherschikking. Al oefenen NPs medische taken uit, de medici zelf blijven de eigenaar van deze taken. De NP lijkt dit niet erg te vinden. Er wordt geen moeite gedaan om bijvoorbeeld door herformulering van de problemen de taken tot het eigen domein te gaan rekenen.

Op de tweede plaats rijst de vraag of taakherschikking op grote schaal nodig is. Artsen en verpleegkundigen blijken het werk onderling inhoudelijk onvoldoende af te stemmen, ofschoon zij in het werk afhankelijk zijn van elkaar en het werk niet strikt te scheiden is. Er worden NPs ingezet voor werk dat verpleegkundigen ook zouden kunnen doen. Patiënten worden verwezen naar verpleegkundig specialisten zonder vraagstelling. Is er wel een capaciteitstekort? Zou bij een betere benutting van elkaars mogelijkheden niet heel veel winst te behalen zijn? De onderlinge afhankelijkheid moet manifest worden gemaakt. Het blijven onderscheiden van twee gescheiden domeinen weerhoudt artsen en verpleegkundigen ervan om met elkaar te praten over de inrichting van de zorg. De metafoor van de honingwijzer en de honingdas kan behulpzaam zijn ieders rol te verduidelijken. Artsen en verpleegkundigen moeten als bondgenoten het werk op elkaar afstemmen en samenwerken. Taakherschikking impliceert een formele taakomschrijving van beide beroepen. Juist ook omdat de taken van artsen en verpleegkundigen niet strikt te scheiden zijn, zullen pogingen daartoe kunnen leiden tot verergering van de huidige situatie met onvoldoende onderlinge afstemming. Wanneer de taken toch strikt gescheiden worden en formeel worden vastgelegd, zal inhoudelijke afstemming overbodig worden gevonden. En dat is juist zo hard nodig.

B. De wijze van invoering van een nieuwe functie of een nieuw beroep op de scheidslijn van het verpleegkundig en medisch domein

Uit deze studie blijkt dat het medisch en het verpleegkundig domein niet strikt te scheiden zijn. Een nieuwe functie zal zich hooguit wat meer of minder op het medische of op het verpleegkundige domein bevinden.

De NP bevindt zich wat meer op het medisch terrein dan de doorsnee verpleegkundige. De functie is in het leven geroepen om het tekort aan artsen op te lossen. De NP blijkt in de rol van

zaalarts of op de polikliniek een bijdrage aan de patiëntenzorg te kunnen leveren die bij een geselecteerde groep patiënten inhoudelijk gelijk is aan die van de arts-assistent. Met de inzet van een NP kan de continuïteit in de patiëntenzorg worden verbeterd. De NP kan dus zeker een oplossing bieden voor een tekort aan artsen.

Uit de inzet van de NP kan echter veel meer winst gehaald worden. Artsen en verpleegkundigen moeten met elkaar in gesprek. De functie van NP kan daarvoor de katalysator zijn. Het is bij uitstek een brugfunctie. Juist door de komst van de NP kan de verhouding tussen de verpleegkundige en de medische beroepsgroep worden hersteld, mits er echter aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Deze aanbevelingen gelden ceteris paribus ook voor andere nieuwe functies en beroepen op de scheidslijn van het medisch en verpleegkundig domein.

1. Adoptie door de verpleegkundige beroepsgroep van het NP concept

Artsen kennen een positieve invloed toe aan de NP op de sociale identiteit van de verpleging. De verpleging zelf doet dit echter niet en lijkt de NP eerder af te stoten dan te adopteren. Adoptie is noodzakelijk om een einde te maken aan de sociale deprivatie van de verpleegkundige beroepsgroep ten opzichte van de medische.

Wanneer adoptie van de verpleging uitblijft, is de kans groot dat de NP gaat streven naar een eigen beroepsidentiteit. De verpleging laat een kans om de sociale identiteit te verbeteren, liggen. Daarnaast kan de doelmatigheid in de zorg op de afdeling alléén toe nemen wanneer de verpleging het de NP toestaat zich ook op formeel verpleegkundig terrein te bewegen. Daarbij moet bij de invoering goed worden gekeken of er daadwerkelijk een NP nodig is. Ook moet worden geanalyseerd wat de gevolgen zijn voor andere beroepsbeoefenaren, zoals de verpleging en hoe ongewenste gevolgen kunnen worden beperkt of voorkomen.

2. Actieve commitment van de medische beroepsgroep

Ondanks de zorg van de overheid over het toekomstige tekort aan artsen (KNMG, 2002; RVZ, 2002; Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, 2003) is het vooral de ambitie van individuele professionals binnen de verpleging die taakdelegatie stimuleert. Verpleegkundigen zien door het volgen van deze opleiding een mogelijkheid om een nieuwe zelfstandige functie te krijgen.

De overheid stimuleert de komst van de NP en maakt daar geld voor vrij. NPs hebben in de praktijk een (medische) leermeester nodig om een vertaalslag te maken van hun competenties in concrete patiëntensituaties. Bij een te groot aantal NPs in opleiding kunnen medici deze taak onvoldoende realiseren. Wanneer NPs in de praktijk geen goede leermeester hebben, is er onvoldoende inzicht in de individuele kwaliteit, wat ten koste kan gaan van een goede patiëntenzorg.

Een te groot aantal NPs in opleiding, waarbij zij in de praktijk worden geïntroduceerd zonder steun uit de medische beroepsgroep, kan leiden tot verwerping van het NP concept.

3. Taaktyperingen en taakherschikking alleen op een hoog abstractieniveau

Het typeren van het werk van de artsen de verpleegkundige brengt risico's met zich mee. Juist omdat er overlap in hun taken bestaat moeten zij met elkaar in gesprek. Iedere vorm van typering van het werk kan er toe leiden dat afstemming overbodig gevonden wordt. Dat geldt ook voor formele taakherschikking. Taakherschikking zoals het nu door de overheid wordt gehanteerd houdt de domeinstrijd in stand en wekt de schijn dat artsen en verpleegkundigen (NPs) volstrekt gescheiden taken hebben.

De wederzijdse afhankelijkheidsrelatie zou er toe moeten leiden dat verpleegkundigen en artsen elkaar als bondgenoten gaan beschouwen. De metafoor van de honingwijzer en de honingdas kan behulpzaam zijn voor een betere relatie tussen artsen en verpleegkundigen.

4. Taakherschikking plaats laten maken voor patiëntenverdeling

Uit deze studie blijkt dat beroepsbeoefenaren van twee professies dezelfde activiteiten kunnen uitoefenen maar dat de context het verschil bepaalt. NPs en arts-assistenten bijvoorbeeld doen dezelfde activiteiten maar pas na patiëntselectie.

Aanbevolen wordt te spreken over patiëntenverdeling in plaats van over taakherschikking.

Patiënten die de NP nu behandelt, worden gekenmerkt door een protocollaire behandeling. De zorgbehoefte kan nog eens extra worden gekenmerkt door de vraag naar begeleiding, zorgvuldige planning, coördinatie en specifieke motorische vaardigheden. Veel voorkomende patiëntencategorieën die aan de verpleging worden overgedragen zijn oncologische patiënten, chronisch zieken, patiënten met hartfalen, patiënten voor mammacare, thoraxchirurgische patiënten voor pre-, en postoperatieve zorg en te kleine en/of te vroeg geboren en/of zieke neonaten.

Daarnaast doet een aantal NPs, evenals gespecialiseerd verpleegkundigen hoog frequent voorkomende en met behulp van techniek en onderzoek vereenvoudigde activiteiten, met name in de acute pijnbestrijding van patiënten.

Deze categorieën kunnen in de loop der jaren worden uitgebreid.

Terughoudendheid is geboden bij het toekennen van een patiëntencategorie aan uitsluitend het medische of het verpleegkundige domein. Vanuit verschillende gezichtspunten kunnen beide disciplines een bijdrage leveren aan de verbetering/voortgang van de zorg en de behandeling van de patiënten, waar steeds over overlegd moet worden. Bovendien overlappen de domeinen elkaar.

5. Eenduidige omschrijving NP

De antwoorden op de vragen “wat een NP is”, “wat een NP kan”, “wat het profiel is van de NP”, blijken per instelling te verschillen. Verwachtingen zijn niet eenduidig. Aanbevolen wordt om een landelijke omschrijving te hanteren, ook om te zorgen dat de opleidingen weten wat voor beroepsbeoefenaar de praktijk wil. Ook hier geldt dat deze omschrijving van voldoende abstractieniveau moet zijn, om te voorkomen dat werkverdeling in de praktijk alleen op basis van functies plaatsvindt, zonder inhoudelijke afstemming.

6.2. Overige aanbevelingen

- Wettelijke bescherming van de NP en een landelijk kwalitatief registratiesysteem voorkomt misbruik van de titel en garandeert een bepaald niveau.
- De wet op de geneesmiddelenvoorziening moet worden aangepast zodat NPs een bepaald assortiment medicatie kunnen voorschrijven.
- Bij de inzet van de NP zal met de medici moeten worden afgesproken hoe zij hun vrijgekomen tijd gaan benutten om te voorkomen dat het aantal verschillende hulpverleners onnodig toeneemt.
- Ogenscheinlijke bijzaken als kleding en fysieke locatie van de NP (bij de verpleging of bij de medici) symboliseren de richting waarin de NP zich socialiseert en op welke wijze andere beroepsgroepen de NP percipiëren. Bij de inzet van een NP zijn dit belangrijke punten van aandacht.

- De inzet van de verpleegkundig specialist in de patiëntenzorg kan worden geoptimaliseerd door een beperkt aantal medische taken aan de functie toe te voegen.
- Uit het tijdsbestedingsonderzoek bleek de hoeveelheid tijd die de verpleegkundige doorbrengt met lopen erg hoog (10,7%) te zijn, zeker afgezet tegen een activiteit als communicatie met de patiënt (3,9%). Dit wordt onder meer veroorzaakt door de telefonische vragen naar informatie. Door aanpassingen van het oproep,- en telefoonsysteem kan dit percentage flink teruggebracht worden.
- De verwachte efficiëntie winst door het werken met een NP blijft uit doordat de consulten bij de NP aanzienlijk langer duren. Nader onderzoek is nodig naar het verband tussen de tijdsduur en de patiënttevredenheid en het aantal vragen van de patiënt buiten de spreekuren.
- De verpleging heeft door haar 24-uurs aanwezigheid een belangrijke rol in de continuïteit van het zorgproces en geeft ook vorm aan deze rol door andere disciplines te controleren. De tijd die de verpleging doorbrengt met allerlei vormen van overdracht is daarvoor illustratief. Het verdient aanbeveling deze rol te evalueren op wenselijkheid, invulling en benutting.
- Het huidige beroepsprofiel van de verpleging geeft een omschrijving van verplegen die niet eenvoudig te begrijpen valt en het beroep mystificeert. Een heldere beschrijving verdient aanbeveling.
- De huidige werkverdeling van verpleegkundigen, waarbij patiënten worden toegewezen, is een automatisme geworden. Per setting verdient het aanbeveling de voor- en nadelen goed af te wegen en het systeem eventueel aan te passen.
- Het gebrek aan autonomie dat de verpleging ervaart dient nader te worden onderzocht om te bezien hoe dat kan worden verbeterd. De medici zien de NP ook wel als de vroegere “hoofdzuster”; een dergelijke visie zal negatief werken op de ervaren autonomie van de verpleging, tenzij de NP een sterk coachende rol voor de verpleging gaat vervullen.
- Arts-assistenten en verpleegkundigen brengen veel tijd door met administratie. Veel tijd kan worden bespaard als niet iedere beroepsgroep hardnekkig vasthoudt aan een eigen dossier.
- Het percentage “wachten” van de arts-assistent kan worden teruggebracht door een efficiëntere planning en vaste supervisiemomenten. De hoeveelheid productie die zij draaien moet niet worden overschat.
- Inloopsprekuren zijn vermoedelijk wel patiëntvriendelijk, maar zijn alleen efficiënt als de tijd tussen de patiënten door nuttig besteed kan worden.
- Verpleegkundig specialisten en NPs leren de patiënt zelfmanagement van hun ziekte. Wanneer onderzoek aantoont dat deze vorm van begeleiden de patiënten langer zelfstandig houdt en dat de patiënttevredenheid toeneemt, verdient het aanbeveling deze vorm van begeleiden structureel in te voeren voor alle disciplines.
- Door artsen en verpleegkundigen gedeeltelijk samen op te leiden, leren zij al vroeg om met elkaar te communiceren en het werk af te stemmen.

6.3. Reflectie op de theorie

In de laatste paragrafen vindt reflectie plaats op het conceptuele kader van Abbott (1988) en wordt op grond van de resultaten van deze studie ingegaan op de gewenste verdere theorievorming over beroepen en beroepsontwikkeling.

6.3.1. Reflectie op het conceptuele kader van Abbott

Abbott als systeemtheoreticus beschrijft de meest algemene kenmerken van de werkelijkheid. Hij gaat vooral in op de gedragingen van professionals als groep. Abbott zelf noemt het een zwakte in zijn theorie dat de suggestie wordt gewekt dat de professie als een geheel wordt beschreven. In deze studie komt deze zwakte extra sterk naar voren door de verdeeldheid in de verpleegkundige groep bij de ontwikkeling van de NP. De verpleging kan daardoor niet als een geheel worden beschouwd. Het gegeneraliseerde niveau waar Abbott (1988) vanuit gaat, heeft als nadeel dat niet zichtbaar is wat er zich binnen de beroepsgroep afspeelt.

Zijn visie moet om die aspecten te kunnen analyseren, worden aangevuld met andere modellen zoals werd gedaan in deze studie.

Gegeven zijn theorie zal er altijd strijd blijven tussen professies en zijn er geen mogelijkheden om die te beïnvloeden. Van die strijd merkt de praktijk wel iets, maar het speelt zich vooral af op een onzichtbaar niveau; botsingen doen zich niet overal dagelijks voor. Zijn visie vergroot de strijd uit en staat oplossingen in de weg. Er is volgens hem immers altijd sprake van strijd en concurrentie. Taakherschikking kan vanuit zijn visie geen harmonieus gebeuren zijn. Dit leidt tot een acceptatie van het conflict, waarvoor geen interventies mogelijk zijn.

Door de focus die Abbott legt op de twee strijdende *professies* wordt onvoldoende naar *alternatieve strijdende partijen* gekeken. De overheid, bijvoorbeeld, kan niet gezien worden als een professie maar wel als een partij. Deze studie had er totaal anders uitgezien als was uitgegaan van een conflict tussen de medici en de overheid.

De focus op de strijd verbloemt mogelijk andere belangrijke mechanismen of omstandigheden. Abbott (1988) stelt dat het een beroepsgroep de strijd aan gaat met een andere beroepsgroep om te kunnen overleven. Hoe dat gebeurt, intuïtief of planmatig, beschrijft hij niet. Aan de implementatie van de NP in ons land lag geen vooropgezet plan ten grondslag van een aantal verpleegkundigen dat het medisch domein “aanviel.” Het lijkt dus eerder intuïtief plaats te vinden. Het grote voordeel van het gebruik van zijn model anderzijds is dat dit het schrijven over conflicten tussen verpleging en medici, waar over het algemeen alleen in bedekte termen over wordt gesproken en waar een taboe op rust, als het ware legaliseert. Het maakt duidelijk in welke oplossingsrichting gezocht kan worden, ook al is een rationele oplossing vanuit zijn denkrichting niet goed mogelijk.

In het onderzoek kwam ook zijn zienswijze naar voren dat de afnemer bepaalt welke type zorg wordt afgenomen; we zagen dat in deze studie sterk terug in de rol van de overheid die dit door de wetgeving kan bepalen. Door de invoering van de wet BIG is er plaats gekomen voor zorgverlening door NPer naast die van artsen.

Abbott baseert zijn theorie op narratives, een onderzoeksbenadering waarbij de historische context en de zich voordoende omstandigheden, contingenties, in ogenschouw worden genomen. In deze studie werden twee narratives beschreven, de historie tussen artsen en verpleegkundigen en de implementatie van de NP in ons land. De eerste narrative bevestigt zijn theorie, het zijn twee strijdende groepen professionals. In de tweede narrative is echter in ons land geen sprake van een strijd tussen twee professies. NPer nemen vrijwel geruisloos taken over van medici. Het

kan zijn dat het nog te vroeg is om er hier in de geest van Abbott (1988) iets over te zeggen. Er kan sprake zijn van een afscheiding van een deel van de verpleegkundige professie, een deel dat vervolgens fuseert met de medische professie. Afscheiding en fusie zijn door Abbott(1988) beschreven mechanismen bij professies. Er kan ook sprake zijn van een nog niet beschreven strategie, aanvullend op Abbotts zienswijze, waarbij de NP eerst “infiltreert” in de medische professie om zich vervolgens (een deel van) het domein toe te eigenen. Daar zijn tot nu toe geen duidelijke aanwijzingen voor (zie ook 5.2.5).

6.3.2. Gewenste verdere theorieontwikkeling over beroepen

Mijn belangstelling voor het onderwerp taakverdeling en taakherschikking werd gewekt door het implementatieproces van de NP in het Universitair Medisch Centrum Groningen een landelijke primeur.

Het proces riep bij mij vragen op over de wijze waarop taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen tot stand komt. Ook was de vraag hoe nieuwe beroepen op de scheidslijn van beide domeinen kunnen worden ingevoerd.

Door deze studie werd manifest dat de wens tot een scherpe taakafbakening tussen medisch specialisten en verpleegkundigen geleid heeft tot een jarenlange domeinstrijd en gebrek aan communicatie. De domeinen laten zich niet onderscheiden; er is maar één domein: dat van de patiënt. Organisatie- en kennisontwikkelingen alsmede moderne technologie kunnen taken versimpelen en daarmee toegankelijk maken voor andere beroepsgroepen. Het zijn niet de taken die het beroep bepalen, maar de context waarin deze worden uitgeoefend. Uit de resultaten van deze studie bleek onder meer dat arts-assistenten en NPs dezelfde taken kunnen doen, maar dat hier wel een proces aan vooraf gaat: patiëntselectie. Blijkbaar bepaalt de context (in dit geval het type patiënt) mede de grenzen van beroepen die heel subtiel blijken te zijn. Verdere studie over de wijze waarop beroepen zich vormen is noodzakelijk om de praktijk te helpen de verschillende beroepsbeoefenaren zo efficiënt en effectief mogelijk in te kunnen zetten en te laten samenwerken.

De resultaten van deze studie zijn van toepassing op het huidige tijdsgewricht in de Nederlandse situatie. De actualiteit van het onderwerp is hoog. Talloze rapporten en notities over het onderwerp verschijnen. Een groot aantal commissies buigt zich inmiddels over het probleem taakherschikking in de gezondheidszorg, de vormgeving van beroepen en functies, de opleidingen. Deze studie kan een bijdrage zijn aan de discussie en hopelijk een impuls geven in een andere richting waarbij de context waarin taken worden uitgevoerd een plaats kan krijgen. Daarnaast moet de wijze waarin optimaal kan worden samengewerkt in de discussie worden betrokken waarbij sec het beroep als afbakening van ieders terrein een slechte raadgever is.

Artsen en verpleegkundigen voeren al jarenlang een domeinstrijd. Een eigen domein voor beide professies bleek een dwaallicht te zijn. De poging tot overname door de geneeskunde van de verpleegkunde een struikeltocht die uiteindelijk leidde tot het streven van de verpleging naar autonomie. Door tol te heffen verwijderden de beroepsgroepen zich van elkaar. Toch zijn de grenzen niet scherp te trekken. Het zijn songlines, zangsporen. Het is een lied dat overgaat in een ander lied, heel subtiel, dat bepaald wordt door de context. Alleen een optimale samenwerking kan de gezondheidszorg gezond maken.

Samenvatting

In dit proefschrift wordt de studie beschreven over de wijze waarop taakherschikking en de invoering van een nieuwe functie of een nieuw beroep, op de scheidslijn van het verpleegkundig en medisch domein, kan plaatsvinden. De resultaten zijn toepasbaar op het huidige tijdsgewricht in de Nederlandse situatie waarin de actualiteit van het onderwerp hoog is.

Als theoretisch kader is Abbotts zienswijze (1988) gekozen, die draait om de voortdurende strijd die professies met elkaar leveren over de zeggenschap (jurisdiction) betreffende beroepsdomeinen (hoofdstuk 2). Abbott baseert zijn visie op narratives; een onderzoeksbenadering waarbij de historische context en zich voordoende omstandigheden, contingenties, in ogenschouw worden genomen.

Ook voor deze studie worden twee narratives beschreven. Als eerste een historische analyse naar de verhouding tussen artsen en verpleegkundigen (hoofdstuk 3) en als tweede de wijze waarop in ons land de implementatie is verlopen van de nurse practitioner (NP), een verpleegkundige die zich op traditioneel medisch terrein begeeft (hoofdstuk 4 en 5).

Historische analyse

Het ontstaan van verplegen als beroep, eind 19e eeuw, is beïnvloed door sociale veranderingen, Napoleontische oorlogen, industrialisatie en het réveil. Vrouwenarbeid tegen betaling was eerder ontoelaatbaar. Al snel ontstaat een domeinstrijd tussen artsen en verpleegkundigen. Artsen zien de opkomst van de verpleging als concurrerend. Zij proberen controle te krijgen over het werk van de verpleging door de verpleegkunde onderdeel te maken van de geneeskunde. De medici worden bij het naar hun behoefte vormgeven van de verpleging geholpen door de wetgeving. Op grond van de WUG (Wet Uitoefening Geneeskunst, 1854) is het iedereen verboden de geneeskunde te beoefenen, ook verpleegkundigen. Dat is een belemmering voor het verschuiven van handelingen door artsen naar verpleegkundigen. Ofschoon artsen de komst van de verpleging niet bepaald toejuichen, hebben zij door revolutionaire natuurkundige en geneeskundige ontwikkelingen wel bekwame assistenten nodig. Wanneer handelingen nieuw zijn, doet de arts deze zelf (temperaturen, bloeddrukmeten, injecties geven, meten van zuurstofsaturatie, dialyseren). Wanneer er voldoende bekend is over de risico's van de handeling en de handeling versimpeld is met behulp van techniek, dan lijkt deze te worden verschoven naar de verpleging.

Via rechtspraak en jurisprudentie ontstaan regels voor het “geneeskundig handelen” van de verpleegkundige, in 1952 vastgelegd in de zogenaamde “verlengde arm constructie.” De arts is verantwoordelijk voor de indicatiestelling en de juiste formulering van de opdracht; de verpleegkundige voor de juiste uitvoering, waarbij toezicht en tussenkomst van de arts mogelijk moeten zijn. Door de “verlengde arm constructie” evolueert de verpleegkundige enerzijds verder tot assistent van de arts, maar anderzijds leidt dezelfde constructie tot een streven van de verpleging naar onafhankelijkheid. Zij gaat op zoek naar de eigen identiteit. De verpleging wil een eigen, afgebakend, autonoom handeling- en deskundigheidsgebied.

In aansluiting op ontwikkelingen in Noord-Amerika komt vanaf begin jaren zeventig in Nederland bij de verpleging een professionaliseringsproces op gang. Het proces wordt gekenmerkt door een streven naar verbetering van de kwaliteit van zorg en naar autonomie; zelfstandig kunnen oordelen en handelen op basis van sociaal wetenschappelijke kennis en methodieken. Wat voorheen gezien werd als gewone verpleegkundige zorg, wordt geproblematiseerd zodat er speciale deskundigheid voor nodig is.

Gezien het streven naar een eigen beroepsidentiteit is het niet verwonderlijk dat er tussen 1970 en 1990 een groot aantal rapporten en adviezen over het eigene van de verpleging verschijnt. Voor

het eerst wordt het verpleegkundig domein formeel vastgelegd. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid beschrijft in 1978 de beroepshandelingen als volgt:

- handelingen in het kader van de continue observatie en begeleiding van de patiënt, gedurende zijn gehele verblijf in het ziekenhuis;
- handelingen gericht op de verpleging en verzorging van de patiënt;
- handelingen op geneeskundig terrein die, in aansluiting op de diagnostische en therapeutische activiteiten van de arts, in diens opdracht worden verricht.

Het rapport honoreert de opvatting dat verpleegkundigen handelingen doen in opdracht van de arts, maar voorziet hen tevens van een eigen domein. De verpleging krijgt hierdoor externe legitimering.

De strijd tussen artsen en verpleegkundigen krijgt bij de invoering van patiëntgerichte organisatiemodellen bij de verpleging, eind jaren zeventig begin jaren tachtig, een andere wending; artsen verliezen hun dominante positie op de verpleegafdelingen. De professies concentreren zich op zichzelf en groeien uit elkaar. Beide groepen voeren eigen dossiers over patiënten, gebruiken eigen protocollen en ontwikkelen zich verder grotendeels los van elkaar.

De implementatie van de NP

Eind 1997 wordt de NP in ons land geïmplementeerd. De invoering van de NP-functie is bedoeld als antwoord op uiteenlopende human resource problemen: capaciteitsproblematiek bij medici, het streven naar een effectieve inzet van de medisch specialist, de vraag van patiënten naar coördinatie en gebrek aan carrièremogelijkheden bij de verpleging in de directe patiëntenzorg.

Er vindt geen strijd plaats; de invoering verloopt vrijwel geruisloos. Medici moeten zorg dragen voor het leermeesterschap en supervisie van “hun” NP. De NP is afhankelijk van de arts. De arts moet zijn patiënten delegeren aan de NP, die maar heel beperkt zelfstandig invulling kan geven aan de functie. Het ontbreken van passende wetgeving versterkt de afhankelijkheidsrelatie met de arts.

Waarom nemen verpleegkundigen op eigen initiatief taken over van medici, de beroepsgroep die hen jarenlang domineerde? Wat zijn beïnvloedende factoren?

Met behulp van een cross-sectioneel beschrijvend onderzoek, waarbij kwantitatieve en kwalitatieve methoden werden gecombineerd, werd als eerste gekeken naar de daadwerkelijke bijdrage van de NP aan de patiëntenzorg. De steekproef bestond uit alle 35 in ons land somatisch werkende NPs in algemene opleidingsziekenhuizen en 25 arts-assistenten in opleiding (i.o.), 20 verpleegkundig specialisten en 15 verpleegkundigen (n=95). Het feitelijke onderzoek vond plaats door een zogenaamd multimomentopname onderzoek. In dit onderzoek liep een observator met de betreffende functionaris mee en noteerde op at random bepaalde tijdstippen met een gemiddelde van iedere 5 minuten, de geobserveerde activiteit. Gedurende 4,5 uur werd een persoon overdag geobserveerd tijdens de uitvoering van reguliere werkzaamheden op de verpleegeenheid of op de polikliniek tijdens het spreekuur. Totaal werden 5130 metingen gedaan.

Inhoudelijk blijkt de NP in de ziekenhuizen bij een *geselecteerde* groep somatische patiënten in de rol van zaalarts of op de polikliniek tijdens spreekuur dezelfde bijdrage aan de zorg te kunnen leveren als de arts-assistent. In *tijd* is de bijdrage aan de directe patiëntenzorg op *de afdeling* even hoog als van de verpleging en hoger dan van de arts-assistent. De NP ziet op de afdeling meer patiënten dan de arts-assistent en neemt per patiënt ook langer de tijd. Op de *polikliniek* is de tijdsinvestering aan de directe patiëntenzorg van de NP eveneens hoger dan van de arts-assistent en ook dan van de verpleegkundig specialist. De NP ziet op de polikliniek echter minder patiënten dan de arts-assistent met een tweemaal zolang contacttijd. De NP heeft in

tegenstelling tot de arts-assistent vrijwel geen taken buiten de afdeling en/of de polikliniek op bijvoorbeeld de operatiekamer en draait ook geen diensten.

Het percentage tijd besteed aan communicatie met patiënten is bij de NP significant hoger dan van de arts-assistent en van de verpleging. Deze communicatie is gericht op het zelfmanagement van de patiënt. Arts-assistenten zijn van harte bereid patiënten te begeleiden, maar dan moet er wel eerst om gevraagd worden.

De continuïteit en coördinatie van zorg voor de patiënt lijkt met een NP beter gewaarborgd dan met een arts-assistent en de verpleging. De afgestudeerde NP vraagt minder supervisie dan de arts-assistent en minder tijd voor onderwijs. De NP blijft in zekere mate ook verpleegkundige handelingen uitvoeren.

De interne krachten die hier taakherschikking beïnvloeden, lijken de verschillende strategieën voor identiteitshantering te zijn, gecombineerd met acceptatie, waardering en verwachtingen. Dit kon worden geconcludeerd uit de gegevens die verzameld werden voor een onderzoek naar de effecten van NPs op de organisatie en effectiviteit van de zorg, een exploratief onderzoek, bestaande uit twee delen, een survey met een respons van 74% (n=106) en een kwalitatief, vergelijkend casestudy onderzoek. Er werden uit de respondenten twaalf cases geselecteerd afkomstig uit verschillende regio's. Per case werden interviews afgenomen met betrokkenen (NP, medisch specialist, verpleegkundig manager, ag(n)io en verpleegkundige). Tevens werden de NPs een aantal dagdelen geobserveerd (gemiddeld ongeveer 10 uur per case).

De verpleging ervaart groepsdeprivatie ten opzichte van medici. Medici kennen de NP een positief effect toe op de sociale identiteit van de verpleging. De verpleegkundigen zelf zien dit echter niet en accepteren de NP niet onverkort als onderdeel van hun beroepsgroep. Terwijl de NP is ontwikkeld om medische en verpleegkundige taken te integreren, ervaart de verpleging de komst van de NPs soms als taakverarming. Het kan zijn dat verpleegkundigen vrezen dat er een nieuwe groep ontstaat waarbij ze zich achtergesteld ziet.

De NP zelf blijkt zich nagenoeg even betrokken te voelen bij de verpleegkundige als bij de medische en bij de eigen NP discipline.

Wanneer adoptie door de verpleging uitblijft en de gepercipieerde waardering door de NP van de verpleging niet verandert, is de kans groot dat de NP verder assimileert met de medische beroepsgroep. Voor de verpleging is er dan sprake van self-fulfilling prophecy. Veel NPs neigen nu al meer naar de medische dan naar de verpleegkundige cultuur, onder meer gesymboliseerd door het dragen van de doktersjas. De NP lijkt sterker geneigd de eigen identiteit te verbeteren door individuele sociale mobiliteit, terwijl met meer steun uit de verpleging er een kans is op sociale competitie waarvan de hele verpleegkundige beroepsgroep kan profiteren. De kans dat medici de NP volwaardig tot de eigen beroepsgroep gaan rekenen, is niet zo groot gezien de tegenstellingen in acceptatie die ook bij medici bestaan en de geringschattende wijze waarmee soms over het werk van de NP gesproken wordt. De kans bestaat dat de NP gaat streven naar een eigen beroepsgroep.

De ontwikkeling van de NP wordt belemmerd door tegenstrijdige verwachtingen. De NP moet vanuit medische optiek enerzijds vooral verpleegkundige blijven maar functioneert anderzijds goed wanneer hij of zij dezelfde kwaliteit levert als de arts-assistent. Het blijven behoren tot de verpleging staat weer op gespannen voet met de maar matige acceptatie van de NP door de verpleegkundige beroepsgroep.

Ofschoon de overheid streeft naar taakherschikking, naar een *structurele* herverdeling van taken, is hier in de praktijk nog geen sprake van. Artsen delegeren wel taken aan NPs maar blijven zelf eigenaar. Het zijn ook niet zo zeer geïsoleerde taken maar meer bepaalde patiëntencategorieën die aan NPs worden gedelegeerd, categorieën die gekenmerkt worden door protocollaire behandeling al of niet aangevuld door een hoge vraag naar begeleiding, zorgvuldige planning, coördinatie en

specifieke motorische vaardigheden. Veel voorkomende categorieën die aan de NP worden overgedragen zijn oncologische patiënten, chronisch zieken, patiënten met hartfalen, patiënten voor mammacare, thoraxchirurgische patiënten voor pre- en postoperatieve zorg en te kleine en/of te vroeg geboren en/of zieke neonaten.

Daarnaast doet een aantal NPs evenals (gespecialiseerd) verpleegkundigen hoog frequent voorkomende en met behulp van techniek en onderzoek vereenvoudigde activiteiten, vooral in de acute pijnbestrijding van patiënten. Patiënten die zichzelf verwijzen naar de spoedpoli voor kleine trauma's worden ook door de NP gezien, in plaats van door de huisarts.

Patiëntselectie is een belangrijk mechanisme voor de legitimering van taakdelegatie door medici naar NPs, naast extra scholing, protocollaire zorg, supervisie en scheiding diagnostiek en behandeling van de uitvoering zelf.

Motivatie vanuit de medici voor deze taakdelegatie vindt vooral plaats door de lage status van het "cure" gedeelte in het werk van de NP te benadrukken. Een ander argument is het willen bieden van een carrièreperspectief aan de verpleging.

De taken die NPs van artsen over *willen* nemen lijken geen specifieke kenmerken te hebben. NPs streven naar carrièreperspectief, een zelfstandige functie en naar continuïteit en kwaliteit van zorg. Om dit te bereiken zijn ze bereid medische taken uit te oefenen. Er lijkt sprake te zijn van een paradox. De NP lijkt door afhankelijk te worden van de medisch specialist in deze functie meer autonomie te ervaren dan in een functie van verpleegkundige. Dit is opmerkelijk omdat de verpleging sinds de jaren zeventig streeft naar professionalisering, naar onafhankelijkheid van de arts.

Legitimatie van de overname van medische taken door verpleegkundigen vindt plaats door het aanvaarden van een NP functie. Motivatie door de NP vindt plaats door het streven naar kwaliteit en continuïteit van de patiëntenzorg, maar vooral ook door het streven naar een zelfstandige functie en naar carrière perspectief. Dit laatste betekent niet altijd een vooruitgang in het salaris. Het lijkt de NP meer te gaan om de sociale status te verbeteren en om de kans op een zelfstandige beroepsbeoefening.

Wordt taakherschikking bij de overheid ingegeven door het verwachte artsen tekort, in de praktijk lijkt dit noch voor het management noch voor medici reden te zijn om NPs aan te stellen; het is vooral de ambitie van een deel van de verpleging dat van doorslaggevende aard is.

Hoe kunnen het medisch en het verpleegkundig domein het beste worden getypeerd?

Traditioneel wordt het werk van de verpleging aangeduid met "care" en dat van de arts met "cure." De aandacht van de verpleegkundige richt zich primair op de problemen van de dagelijkse en fundamentele levensverrichtingen als gevolg van de aandoening en de behandeling: *care*. Artsen houden zich bezig met gezondheidsverstoringen zelf en de behandeling ervan: *cure*.

Het vertrekpunt van de verpleging is daarmee het *gevolg* van de ziekte, van de geneeskunde *de ziekte zelf*. De gevolgen van ziekte op de dagelijkse levensverrichtingen echter, kunnen beperkt worden door de ziekte te behandelen. De verpleegkundige voert (een deel) van de behandeling uit die de arts voorschrijft, bijvoorbeeld de toediening van medicatie. De behandeling van een ziekte is niet los te zien van de gevolgen van de aandoening en de behandeling. Een ziekte wordt behandeld met als doel te genezen en/of de gevolgen te beperken. De gevolgen van de behandeling zijn ook een punt van aandacht voor de arts. Is het middel niet erger dan de kwaal? Op grond van de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, 1995) moet de arts in te bevatten bewoordingen de patiënt informeren over de aandoening, de voorgestelde behandeling, inclusief de gevolgen en risico's van die behandeling.

Al is het uitgangspunt verschillend, in de praktijk is er overlap in het werk van artsen en verpleegkundigen, nog los van de optredende verschuivingen in het medisch-technisch handelen.

Ondanks het streven van de verpleging naar een eigen afgebakend beroepsdomein, vervagen de traditionele grenzen tussen het werk van artsen en verpleegkundigen.

In Afrika werkt de vogelsoort de “honingwijzer” (*Indicator indicator*) als bondgenoot samen met het zoogdier “de honingdas” (*Mellivora capensis*). Beide houden erg van honing. De vogel weet de nesten te zitten waarin de honing zit, maar kan ze zelf niet plunderen. De honingdas is een zeer goede graver, maar weet niet waar de nesten zijn. Als de honingdas op het territorium van de honingwijzer komt, wijst het vogeltje door op een bepaalde manier te kwetteren de das de weg naar het nest. De das graaft het nest op en samen profiteren zij van de honing (Attenborough, 1999).

De verpleegkundige kan functioneren als de wijzer; vanuit de observerende rol is de verpleegkundige degene die gezondheidsproblemen kan signaleren. De arts kan als das het probleem blootleggen. Samen kunnen zij de patiënt behandelen.

Er zijn wijzers die ook zelf een oppervlakkig probleem kunnen blootleggen; de NP bijvoorbeeld. Andere problemen zijn daar te gecompliceerd voor zodat ook dan de NP de hulp nodig heeft van de medisch specialist om de diagnose te stellen en de behandeling te bepalen en al of niet zelf of samen uit te voeren.

Om afstemming te bereiken tussen het verpleegkundig en het medisch domein moeten de beroepsgroepen met elkaar in gesprek, op beleidsniveau maar ook op operationeel niveau. De twee beroepsgroepen zijn uit elkaar gegroeid en ieder is zijn of haar weg gegaan. Er vindt in het werk onvoldoende inhoudelijke afstemming plaats. Door de onderlinge afhankelijkheid manifest te maken, kan de situatie verbeteren. Het blijven onderscheiden van twee gescheiden domeinen weerhoudt artsen en verpleegkundigen ervan om met elkaar te praten over de inrichting van de zorg. In feite is er maar één domein en dat is het domein van de patiënt.

De NP is nu nog een functie met traditioneel medische taken, zoals het doen van lichamelijk onderzoek, die gestalte wordt gegeven vanuit het verpleegkundige beroep. Het onderscheiden van beroepen op grond van taken blijkt erg moeilijk te zijn. De context waarin deze taken worden uitgevoerd lijkt hier een bruikbaar alternatief.

Bij de invoering van taakherschikking spelen gebaseerd op de bevindingen van deze studie, een tweetal hoofdproblemen.

Op de eerste plaats verschilt de argumentatie voor taakherschikking van de overheid sterk van die van managers, medici en verpleegkundigen.

Ondanks de zorg van de overheid over het toekomstige tekort aan artsen (KNMG, 2002; RVZ, 2002; Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, 2003) is het vooral de ambitie van de verpleging die het overnemen van taken, stimuleert. Medisch specialisten, noch verpleegkundigen, noch managers lijken zich in de bestudeerde cases mede verantwoordelijk te voelen voor het capaciteitsprobleem.

Overigens is er geen sprake van overhevelen van taken; medici blijven zich eigenaar voelen.

Helemaal verwonderlijk is dit niet, gezien de ambiguïteit in de wet BIG. Deze wet huldigt enerzijds het principe “bekwaam maakt bevoegd” maar belemmert tegelijkertijd zelfstandige beroepsuitoefening door het te allen tijde eisen van een opdrachtrelatie tussen artsen en NPs. De NP lijkt het niet erg te vinden dat formele overheveling van taken uitblijft. Er wordt geen moeite gedaan om, bijvoorbeeld door herformulering van de problemen waar hij/zij zich mee bezig houdt, bepaalde taken tot het eigen domein te gaan rekenen.

Op de tweede plaats rijst de vraag of taakherschikking op grote schaal nodig is. Er worden NPs ingezet voor werk dat verpleegkundigen ook zouden kunnen doen. Is er wel een

capaciteitstekort? Zou bij een betere benutting van elkaars mogelijkheden niet heel veel winst te behalen zijn?

Taakherschikking impliceert een formele taakomschrijving van beide beroepsgroepen. Juist ook omdat de taken niet strikt te scheiden zijn, zullen pogingen daartoe kunnen leiden tot verergering van de huidige situatie, waarin onvoldoende met elkaar wordt afgestemd. Strikte scheiding wekt de indruk dat overleg overbodig is.

Een nieuwe functie op de scheidslijn van beide domeinen zal zich hooguit wat meer of minder op het medische en/of op het verpleegkundige domein bevinden.

De NP bevindt zich wat meer op het medisch terrein dan de doorsnee verpleegkundige. De functie is in het leven geroepen om het tekort aan artsen op te lossen. De NP blijkt in de rol van zaalarts of op de polikliniek een bijdrage aan de patiëntenzorg te kunnen leveren die bij een geselecteerde groep patiënten inhoudelijk gelijk is aan die van de arts-assistent. Met de inzet van een NP kan de continuïteit in de patiëntenzorg worden verbeterd. De NP kan dus zeker een oplossing bieden voor het tekort aan artsen.

Uit de inzet van de NP kan echter veel meer winst gehaald worden. Artsen en verpleegkundigen moeten met elkaar het werk inhoudelijk beter af gaan stemmen. De functie van NP kan daarvoor de katalysator zijn. Het is bij uitstek een brugfunctie. Juist door de komst van de NP kan de verhouding tussen de verpleegkundige en de medische beroepsgroep worden hersteld, mits echter aan een aantal voorwaarden wordt voldaan:

- adoptie door de verpleegkundige beroepsgroep van het NP concept;
- actieve commitment van de medische beroepsgroep;
- taakherschikking plaats laten maken voor patiëntenverdeling;
Terughoudendheid is geboden bij het toekennen van een patiëntencategorie aan uitsluitend het medische of het verpleegkundige domein. Vanuit verschillende gezichtspunten kunnen beide disciplines een bijdrage leveren aan de verbetering/vooruitgang van de zorg en de behandeling van de patiënten, waar steeds over overlegd moet worden. Bovendien overlappen de domeinen elkaar.
- taaktyperingen en taakherschikking alleen op een zeer hoog abstractieniveau;
- eenduidige omschrijving van de NP.

Door deze studie werd manifest dat de wens tot een scherpe taakafbakening tussen medisch specialisten en verpleegkundigen geleid heeft tot een jarenlange domeinstrijd en gebrek aan communicatie. Een eigen domein voor beide professies bleek een dwaallicht te zijn. De poging tot overname door de geneeskunde van de verpleegkunde werd een struikeltocht die uiteindelijk leidde tot het streven van de verpleging naar autonomie. Door tol te heffen verwijderden de beroepsgroepen zich van elkaar. Toch zijn de grenzen niet scherp te trekken. Het zijn songlines, zangsporen. Het is een lied dat overgaat in een ander lied, heel subtiel, dat bepaald wordt door de context waarin de zorg moet worden verleend. Alleen een optimale samenwerking kan de gezondheidszorg gezond maken.

Voor wat betreft Abbotts visie (1988), bevestigt de eerste narrative zijn visie. Professions voeren een voortdurende strijd met elkaar om de zeggenschap over bepaalde domeinen. In de tweede narrative is echter geen sprake van een strijd tussen twee professies. NPs nemen vrijwel geruisloos taken over van medici. Het kan zijn dat het nog te vroeg is om er hier in de geest van Abbott (1988) iets over te zeggen. Er kan sprake zijn van een afscheiding van een deel van de verpleegkundige professie, een deel dat vervolgens fuseert met de medische professie. Afscheiding en fusie zijn door Abbott(1988) beschreven mechanismen bij professies. Er kan ook sprake zijn van een nog niet beschreven strategie, aanvullend op Abbotts zienswijze, waarbij de

NP eerst “infiltrert” in de medische professie om zich vervolgens (een deel van) het domein toe te eigenen. Daar zijn tot nu toe geen duidelijke aanwijzingen voor.

Summary

The following thesis evaluates the study of nurses and physicians on how they divide their work responsibilities and also makes recommendations for new ways to structurally rearrange work tasks. This thesis also suggests the way to implement new functions or professions, which are necessary to divide the line between the nurse and physician domain. The above topics are currently being discussed and are relevant to the issues facing the Dutch health care system. The theoretical framework utilized is Abbott's vision (1988) of the System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labour which contains a mix of comparative historical analyses and current evaluation. The theory is assembled within an analytical model which looks at professions from the viewpoint of their jurisdictions, the tasks they do, the expert knowledge needed for those tasks, and how competitive forces internally and externally work to change both the jurisdictions and their tasks. Abbott substantiates his paradigm based on narratives, a research approach that reviews the historical context and the contingencies. Throughout this underlying study the two narratives are described. The first narrative is a historical analysis of the relation between physicians and nurses (chapter 3), and the second deals directly with the way the nurse practitioner (NP) position was implemented in the Netherlands, as a nurse (RN) with traditional medical tasks (chapter 4 and 5).

Historical analysis

The development of nursing as a profession at the end of the 19th century was influenced by social changes, Napoleonic wars, industrialisation and the "reveal" movement. Up until that time female labour for a salary was strictly forbidden. Soon a domain conflict arose.

Physicians considered the rise of nurses as competition with medicine and attempted to gain control over their work by making nursing part of their profession. In their attempt to try and subject nurses to their standards, physicians were assisted by the laws that were currently in place. The WUG (1854) forbade anyone, including nurses, from the practice of medicine by non-physicians. This law ultimately created a hindrance to move medical procedures to nurses. Although physicians were not exactly pleased by the rise of nursing, it was tolerated because of the revolutionary development of medicine and the need for capable helpers.

New procedures, which are done by physicians, such as taking a temperature, blood pressure measurement, giving injections, oxygen saturation measurement, or dialysis, are eventually delegated to the nursing domain once the risks of a procedure are well known and technology has simplified the task. Medical procedures done by nurses are ruled by judgement and jurisprudence in a so called "extended arm construction." The physician is responsible for the indication and correctly formulated orders. The nurse is responsible for correct execution of physician orders. During the execution the physician has to be on location to interfere when needed. The extended arm construction results in two opposing views, on one hand the nurse evolves more as an assistant to the physician and on the other it induces a need for independence and a search to acquire their own identity. Nurses desire to have their own demarcated autonomous domain with procedures and expertise of their own.

In the early seventies, similar to the USA, nurses in our country began a process of professionalization. The distinguished mark of this process is a struggle for the improvement in quality of care, and a transition towards autonomy; independent judgement, and acting based on social scientific knowledge and methods. Traditionally, basic nursing care is made problematic so there is a need for special expertise.

Considering the effort towards their own professional identity, it is not surprising that between 1970 and 1990 a large number of reports and recommendations about the character of nurses

have appeared. For the first time in history the nursing domain is formalized. In 1978 the Central Advisory Board for National Health Care describes the professional tasks of nurses as follows:

- Tasks for the continuing observation and assistance of the patient while on duty;
- Tasks for nursing and care of their patients;
- Tasks ordered by physicians within their medical domain referring the diagnostic and therapeutic activities of physicians.

The report highlights the point of view that nurses are required to do procedures related to the execution of physician orders, but allows nurses to have their independent domain, as well as a recognized profession.

During the late seventies and early eighties, there was a change in the conflict between physicians and nurses. The change resulted in the implementation of primary nursing as an organizational model, which was utilized to divide work among nurses. Physicians eventually loosened their dominant position on the wards and both professions withdrew into themselves and separated from each other more and more. As a result of this, both professions now have their own records, protocols and developments without any common interactions.

The implementation of the NP

The Nurse Practitioner (NP) was implemented in the Netherlands at the end of 1997. The implementation was originally meant to be an answer to several human resource problems: a shortage of physicians, the need for continuity and coordination between patients and healthcare workers, and the lack of career possibilities for nurses.

There has been no struggle, and the implementation of the NP role has been virtually noiseless. Physicians are responsible to precept and supervise “their” own NP’s, and the NP’s are dependent on the physicians for their training. The physician must give the responsibility for care of his patients to the NP, and in return the NP is restricted in her independence to NP functions. In fact the NP is a part of medical science, strengthened by a lack of legislation. Why give nurses the initiative to take over medical tasks of the professional groups which have dominated them for ages? Which factors are influencing?

With the help of cross-sectional descriptive research, along with a combination of quantitative and qualitative elements, the first question was developed and asks, what the NP’s real contribution to the medical care of patients is? The sample size consisted all the 35 NP’s of our country of that moment, 25 junior doctors, 20 clinical nurse specialists and 15 nurses (n=95). With the help of a so called multi-moment observation method every person was observed during 4,5 hours. Each activity was notified at random with the average of every five minutes. In total 5130 activities are observed.

The content of the study evaluated a selected group of somatically ill patients, in which the NP appears to be capable of providing the same contributions to the medical care of patients as the junior doctor in the role of ward physician, and during surgery in the outpatient department. The time contribution of NP’s toward direct medical care of patients on the wards is the same amount as the time spent by nurses (RNs), and even higher than the time spent by junior doctors. The NP takes care of more patients and spends more time with each patient than the junior doctor. In the outpatient department, the contribution in time to the direct medical care for patients is as high as the junior doctor and the clinical nurse specialist. However in that setting, the NP sees fewer patients than the junior doctor and requires twice as much time for each patient intervention.

The percentage of time spent in communication with patients is significantly higher than the junior doctor and RN and the focus of the communication for the NP and patient interaction is

on self-management. Junior doctors are very willing to attend to patients, but not spontaneously; as they require a question from the patient to initiate an interaction.

It appears that the continuity of patient care is better guaranteed with a NP than with a junior doctor or RN. It also appears that a NP needs less supervision than a junior doctor as well as needs less time for education.

Internal forces which influence the structural division of tasks appear to be the difference in strategies pertaining to ways of identifying management, in regard to acceptance, estimation and expectations. I was able to deduce this from the data collected for research, which looked at the effect by NPs on the organisation and effectiveness of care. The research study was an explorative study in two parts, a survey with a 74% response (n=106), and a qualitative comparative case study. There was a selection from the responses of 12 cases from different regions. For each case the NP, the medical specialist, the nursing manager and a nurse who were involved, were interviewed. Each NP was observed during ten hours.

Nurses experienced group deprivation regarding physicians. Physicians attributed a positive effect to the NP on the social identity of nurses. Unfortunately nurses themselves do see this and do not accept the NP as part of their professional group. While the NP position was developed to combine medical with nursing tasks, it appeared that the dissention among nurses was mainly related to the experience impoverishment within their work environment as a result of the implementation of the NP role. Nurses seem to be intimidated by a new professional group which subordinates them.

The NP role in itself appears to be evenly integrated in both the nursing and medical profession. When the nursing profession does not adopt the NP role and the NP's perception of their role appears unchanged from the RN role, then there is a high probability that the NP will assimilate more toward the medical profession and ultimately create a sort of self-fulfilling prophecy for nurses. Currently the NP seems to lean more toward medical culture rather than the nursing culture, most obviously symbolized by the wearing of the medical uniform. The NP seems to be more interested in increasing their identity by individual social mobility, and with more support from the nursing profession, there is a chance for social competition that may ultimately favour the nursing profession. However there is little chance that physicians will recognize the NP role in its full value to their profession. This is demonstrated in certain behaviours by the medical profession, such as contradictions in the acceptance of the NP role and barely speaking of the work that the NP does. The development of the NP is restricted by contradictory expectations. On one hand the NP must be a nurse, but on the other, they are not accepted by nurses. Conversely, the NP functions as well as the junior doctor, and demonstrates similar qualities in their profession as in the role of the junior doctor.

Although the government has attempted structural rearrangement of tasks, it is yet to be successful within the practice setting. Physicians delegate tasks to NP's but remain owners of the tasks. The doctors delegate well defined patient categories to NPs, that encompass distinguished marks like "treatment by protocol" and sometimes also with an emphasis on need for attendance, careful planning, coordination, or specific motor skills. Frequently delegated patient categories to NPs include oncology, chronically ill, heart failure, post partum care and pre and postoperative care for thorax surgery and neonates.

Like the specialized RN, the NP has to do frequently request medical procedures which have been simplified with the help of the technique and by research, above all in acute pain management. Patients with simple or non-complicated trauma's who are relegated to the

emergency department are often helped by an NP instead of a general physician or family doctor. Patient selection is the main mechanism for legitimate delegation of tasks, as well as additional education, treatment protocols, supervision and separation of diagnostic and treatment regimen. Motivation of physicians for this role is primarily derived from the low status of the labour pool and because of the willingness to offer nurses a new career perspective.

The tasks that NPs want to take over from physicians are not flashy and actually appear to be a bit rudimentary. Rather, the NPs seem to aspire more to a career perspective and to become independent in function, along with improved continuity and quality of care. In order to accomplish this, they are willing to do basic medical tasks. There appears to be a paradox, because the NP seems to gain her autonomy by becoming more dependent on the physician, rather than the function of the RN, who has struggled since the seventies for professionalization and independence from the physician. Legitimizing the taking over of medical tasks by nurses is realized by the acceptance of a function as a NP. Motivation is realized by the endeavour for quality and continuity of patient care but above all by their own ambition for independent functions and career perspective. This theory is not always synonymous with an increase in salary, but more importantly to increase the social identity of the NP role.

The current discussion about structural rearrangement of tasks has been stimulated by the Government and the HBO. RNs want to have their HBO Masters Degree in Advanced Nursing Practice, which requires them to be a NP and to work in a new position. The NP's are supported by management and physicians within the organization to realize their interests, and in return a solution for the shortage of physicians appears to be an advantageous by-product. For government, the rearrangement of tasks arises from the expected shortage of physicians, although this theory does not appear to be an argument in practice for either the management or physicians. The interest of nurses is decisive.

How does one characterize clearly the domain of nurses and physicians? Traditionally the nurses' labour can be characterized with care, and the physician with cure. Nurses primarily focus on problems related to disease, fundamental vital functioning and the treatment or care. Physicians focus on the healthcare problem itself; with the perspective on cure. With that in mind the starting point for nurses is the consequences of illness and for the physician, it is the illness itself. However the consequences of illness, the focus for daily vital functioning is to restrict the disease by treating the disease itself. The nurse executes a part of the treatment prescribed by the physician, for example administration of a medication, and therefore the treatment of diseases can not be considered without consequence to the treatment. The aim of a treatment is to cure the patient or to restrict the consequences. The consequences of the treatment regimen are an issue for the physicians' attention as well. One must consider if the remedy is worse than the disease? Based on the WGO (the law of the medical treatment agreement, 1995), the physician must give the patient clear and concise information about their disease, the proposed treatment plan and the risks and consequences associated with the treatment regimen. Although the starting point for nursing and physicians are different, in theory there is an overlap in the work that they do. Regardless of the nurses' pursuit for their own demarcated autonomous domain, the traditional borders between the work of nurses and physicians remain blurred. The frequently needed medical procedures for the cure of patients are eventually simplified and ultimately delegated to nurses.

In Africa lives a species of bird called honey guide ("Indicator indicator") which works in cooptation with a small animal called the honey badger ("Melivora capensis"). They both love honey. The bird knows where to find the honey, but is not capable of digging it out. The honey

badger is a very good digger but is not skilled in locating the honey. When the honey badger enters the territory of the honey guide, the bird makes a special noise that leads the way to the honey. The honey badger begins digging and eventually they both enjoy the honey that they love so much (Attenborough, 1999).

The nurse is capable to function as the guide and as an observer the nurse is capable of spotting healthcare problems. The physician is adept at uncovering the healthcare problem. Together they work in unison to treat the patient. Some guides are capable of digging a bit as well, like the NP. However some problems are too complicated, so a physician is needed for diagnosis and intervention. Ultimately, they work together to help the patient.

To create harmony between the domain of physicians and the nurses, it is imperative that they start by communicating with each other on both a strategic and operational level. Both professions are separated from each other and each follows his own course. There is no continuity or overlap of work tasks regarding the patients care. It is possible to improve the situation by demonstrating the dependency of both professionals, but physicians and nurses are restrained from communicating with each other about the organization of healthcare because of the two divided domains. When in reality there is only one domain and that is the domain of the patient.

Currently, the NP role functions with traditional medical tasks, like physical assessment, but was developed with a nursing point of view. The discrimination of professions by tasks is very difficult. The context of these tasks seems to be a better alternative.

Based on the study there are two main problems with the implementation rearrangement of tasks. First of all there is a big difference between what the government views the professions functions to be and what actually happens in the practice setting. Regardless of the governments' concern for the impending shortage of physicians, the NPs desire for their own career objectives appears to stimulate the rearrangement of tasks. In this cases neither medical specialists, nurses, nor managers feel responsible for the staffing problems of physicians, and even though tasks associated with the physician role may be structurally rearranged and delegated, the physician still remains the owner of the task. It appears that the NP does not work to change their domain or try to gain ownership of the tasks, nor do they try to integrate the delegated tasks into their professional realm.

Secondly we must ask the question of whether or not we need the rearrangement of tasks on a large scale. Physicians and nurses do not desire to perform work tasks that compliment the other profession, and both professions continue to forge ahead with their own independent goals. Along the way the work is strictly divided into the two realms. NP's appear to be used by physicians for RN tasks. One must ask themselves if there really is a shortage in the capacity of physicians. Is it possible that the productivity would increase if there was better utilization of each profession? There is a need for discussion to examine these concepts and determine what the best route to take is. Rearrangement of tasks implies a formal job description of both professions. If tasks are to be divided but strict separation of tasks is nearly impossible, than one must consider if trying to resolve this dilemma will worsen the current situation.

One of the conclusions of this study is that the domain of physicians and nurses should not be strictly separated. A new function which borders on both the nursing and physician domains would in essence encompass tasks from both of the domains. The NP role is located a bit more on the medical domain than the RN domain. That is primarily because of the goal in creating NP functions was to provide a solution for the shortage of physicians. It appears that the NP in the role of ward physician, or in the outpatient clinic during surgery, is capable of providing care for

a selected group of patients as effectively as the junior doctor. Therefore an improvement in the continuity of care can be realized with the participation of a NP. It appears to be certain that the problem with the physician shortage can be solved by utilizing NPs. Utilization of NP's can offer even more. Physicians and nurses need to communicate with each other. The NP can act as a catalyst to enhance that communication. The NP is expertly suited to bridge the gap between nurses and physicians.

The rise of the NP role might be the very thing to restore the relationship between nurses and physicians, with the understanding that a number of conditions will be fulfilled:

- The nursing profession must adopt the NP concept
- The NP role must have the approval of the medical profession
- Not rearrangement of current tasks, but instead the division of patient categories
- It is important to take caution in the reorganization of patient categories to either medical or nursing exclusively. From many perspectives both disciplines are capable of improving the care and cure of patients in collaboration with each other. However there is an overlap between the two professions
- The defining and rearrangement of tasks must be done at a theoretical level
- Job description of the NP on a national level.

The results of this study make clear that exploration for a clear and concise demarcated domain for both physicians and nurses will end a long-lasting conflict and the lack of communication between the two professions.

Since physicians and nurses have had a long standing domain dispute, it might be best if there appeared to be a willing o'-the- wisps and a domain for both professions. The attempt by medicine to take over nursing was a stumbling run that caused the nursing endeavour to autonomy. By closing the borders or by levying tolls on one another's profession, only causes the professions to isolate and withdraw, and ultimately separate more and more. However, the lines are not rigid. They are song lines. Like a song that very slowly transforms, each line into the next, very subtle, but prescribed by the context. Only optimum collaboration will make the healthcare healthy.

Abbotts paradigm is upheld by the first narrative. Professions are interdependent, competitive systems struggling for jurisdictions of their tasks and their domains. In the second narrative there is no competition between the two professions. The implementation of the NP role, a nurse with traditional medical tasks, has been virtually noiseless. May be it is too early to analyse this case with Abbott's model. Alternatively there is a possibility for division and amalgamation. A part of the nursing professions is seceding and merges with the medical professions. Amalgamation and division are by Abbott well-known mechanism.

A new, not yet written supplemented to Abbotts vision strategy may be an other possibility. First the NP infiltrates in the medical domain and continues with the jurisdiction of the domain. So far there is no indication for such a strategy.

Literatuur

- Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago/London: The University of Chicago Press.
- Achterberg, T., C. Frederiks, A. Persoon en G. Holleman (2002). ICF taal voor de toekomst? *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 10, p. 20-25.
- Aggleton, P. en H. Chalmers (1986). *Theorieën en modellen in de verpleegkunde*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Algera J.A. (1991). *Analyse van arbeid vanuit verschillende perspectieven*. Amsterdam /Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Aller, R. van en M. Driel-Krol (1986). Van de nood een deugd maken. *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr. 19, p. 564-567 en nr. 21, p. 624-628.
- Ankoné, A. (2000). De versnippering van het medische beroep. *Medisch Contact*, nr. 19, p. 693-695.
- Arend, A.J.G. van der (1988). Verpleegkundigen. In: I.D. de Beaufort en H.M. Dupuis (red.), *Handboek Gezondheidsethiek*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, p. 275-285.
- Arend, A.J.G. van der (1990). De positie van verpleegkundigen en hun beroepsgroep. In: *Honderd jaar verplegen*. Lochem: De Tijdstroom.
- Attenborough, D. (1999). *Over vogels*. Haarlem: Schuyt en Co.
- Aukes, L. (red.) (1993). *Verplegingswetenschap in Groningen*. Bundel ter gelegenheid van het eerste lustrum. Dwingeloo: Kavanah.
- Bakker, F. de (1988). *De beroepsinnovator in de verpleging*. Lochem: De tijdstroom.
- Bakker, J.H. en M.J.M. LeGrand-van den Boogaard (1988). *Het verpleegkundig beroepsprofiel*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- Bakker, W. (1997). Development of the Nurse Practitioner: Viewpoint from the Nurses Association. In: *Speeches Conference Nurse Practitioner, Challenging Conventional Roles in Healthcare*. Groningen University Hospital.
- Bal, R., B. Eerland-van Vliet en M. Senten (1985). (N)ooit van een verpleegkundige theorie gehoord? *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr. 11, p. 328-334.
- Ballweg, R., S. Stolberg en E.M. Sullivan (1999). *Physician Assistant: a guide to clinical practice*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Bekkers, F. (1989). Vormen en effecten na invoering. *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr. 9, p. 275-279.

- Bekkers, F. (red.) (1990). *Patiëntgericht verplegen en kwaliteit van zorg*. Assen: Van Gorcum.
- Beliën, H. en M. van Hoogstraten (2002). *De Nederlandse geschiedenis in een notendop*. Amsterdam: Prometheus.
- Benner, P., C. Tanner en C. Chesla (1992). From beginner to expert: Gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Advanced Nursing Science*, vol. 14 (3), p. 13-28.
- Beumer, F.J.A., R. den Hartog-van der Tholen en R. Vreeburg-Molkenboer (1984). *Juridisch werkboek voor verpleegkundigen*. Utrecht: Kluwer.
- Bledstein, B. J. (1976). *The culture of professionalism*. New York: Norton & Co.
- Bleker, O. en G.H. Blijham (1999). Te oud, te knap en te duur. *Medisch Contact*, nr. 36, p. 1201-1203.
- Boskamp, J., J. Broer en Ch. Bijleveld (2002). Dreigend artsentekort vóór 2010 in Noord-Nederland. *Medisch Contact*, nr. 8, p. 308-309.
- Boswijk, A.H. en D.H. Couvée (1979). *Vrouwen Vooruit*. S.I.: Feministische uitgeverij Sara.
- Broers, C.J.M., N.J.G. Dekker, E.P.L. Albersnagel-Thijssen, A.E.R. Arnold, C. Burgersdijk en V.A.W.M. Umans (2000). De Nurse Practitioner als specialist. *Medisch Contact*, nr. 33/34, p. 1141-1144.
- Brown, S.A. en D.E. Grimes (1993). *Nurse Practitioners and certified nurse-midwives: A meta-analysis of studies on nurses in primary care roles*. Washington DC: American Nurses Publishing.
- Brug, Y. van der, C. Frederiks, Y. Heijnen-Kaales, F. Hellema en G. Roodbol (2001). De ICIDH en de verpleegkunde. *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr.9, p. 275-278.
- Bruggen, H. van der (1988). *De delta van de Nederlandse verpleging*. Lochem: De Tijdstroom.
- Bruggen, H. van der (1998). *Verpleegkundige classificaties*. Dwingeloo: Kavanah.
- Buchel, Y.H.M. en A.M.A. van Roestel (1986). *Patiëntgericht verplegen: effecten van een reorganisatie op verpleegafdelingen*. Doctoraalscriptie. Tilburg: Maria Ziekenhuis.
- Bureau Verpleegkundige Zaken UMCG (1997). *Intern UMCG werkdokument nurse practitioners*.
- Castledine G. (1996). Extremes of the nurse practitioner role. *British Journal of Nursing*, vol. 5, no.9, p.58.
- Chang, Jung (1994). *Wilde zwanen, drie dochters van China*. Amsterdam: Forum.
- Chin, R. en K.D. Benne (1969). General strategies for effecting changes in human systems. In: W.G. Bennis et al. (eds.), *The planning of change*. New York: Rinehart & Winston.

Clawson, D.K. en M. Osterweis (eds.) (1993). *The Role of Nurse Practitioners and Physician Assistants in Primary Care*. Washington DC.: Association of Academic Health Centers.

Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking (2003). *De zorg van morgen: flexibiliteit en samenhang*. Den Haag: VWS.

Crul, B.V.M. (2000). Op de trom slaan. *Medisch Contact*, nr. 2, p. 39.

Crul, B.V.M. (2001). Veronderstelde toestemming. *Medisch Contact*, nr. 33-34, p. 1127.

Dam, H. van (1994). Het begrip zelfzorg is een onding. *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 8, p. 270-273.

Dane, C. (1968). *Geschiedenis van de ziekenverpleging*. Lochem: De Tijdstroom.

Dassen, Th.W.N. en F.M. Keuning (1992). *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*. Baarn: HB Uitgevers

Davies, C. (1995). *Gender and the professional predicament in nursing*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Davis, J. (1992). Expanding Horizons. *Nursing Standard*, vol. 88, no 47, p. 37-39.

DeAngelis, C.D. (1994). Nurse Practitioner Redux. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 271, no. 11, p. 868.

Diepenveen - Speekenbrink, J.C.M.H. (1991). De verpleging en haar beroepsopleidingen. *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr. 9, p. 308-311.

Dooren, L.J., L. Jongkamp-Draaisma en G.J. Vaandrager (1992). *Kindergeneeskunde in Nederland. Een nota over de kindergeneeskundige zorg in Nederland anno 1992 met aanbevelingen voor beleid in de naaste toekomst*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde.

Duffy, E. (2000). *Evolving Role and Practice Issues: Nurse Practitioners in Australia in the New Millenium*. Presentation at the 8th International Nurse Practitioner Conference. San Diego, USA.

Dupuis, H.M. (1994). *Voordelen van de twijfel. Een inleiding in de gezondheidszorgethiek*. Baarn: Ten Have.

Duijvendak, M. en P. Kooij (1992). *Sociale geschiedenis: theorie en thema's*. Assen: Van Gorcum.

Eerland-van Vliet, D., K. Luitgaren en H. Hulsebosch (1986). Discussieronde van de CFO over het beroepsprofiel. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr.11, p. 345.

Eggen, C. (1989). De verpleging tussen dienen en verdienen. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr. 17, p. 545-548.

Eliens, A. (1995). Geef het lopend vuur geen kans. *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 10, p. 294-296.

- Eliens, A. (1998). Evidence based nursing. *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr.17, p. 577-580.
- Emans, B. en D.J. den Boer (1988). Integrerend Verplegen en de relatie tussen verpleegkundigen en leidinggevend. *Acta Hospitalia*, nr. 28, p. 5-15.
- Feldman, M.J., M.R. Ventura en F. Crosby (1987). Studies of Nurse Practitioner Effectiveness. *Nursing Research*, vol. 36, no. 5, p. 303-308.
- Ford, L.C. (1993). Voorwoord in: M.D. Mezey en D.O. McGivern. *Nurses, Nurse Practitioners; Evolution to Advanced Practice*. New York: Springer publishing.
- Franke, M.E. (1988). Van oude wijn in nieuwe zakken. *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr. 19, p. 612-614.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.
- Gemert, V. van en T. Spijker (1986). *Van verdrichtsels tot werkelijkheid*. Lochem: De Tijdstroom.
- Geolot, D. (1990). Federal funding of nurse practitioner education: Past, present and future. *Nurse Practitioner Forum*, vol. 1, (3), p. 159-162.
- Gidlow, A. en A. Roodhouse (1998). The Urology Nurse Practitioner. *Nursing Standard*, vol.12, nr.42, p. 49-53.
- Graaf, T. de (1989). Tien jaar verplegingswetenschap. *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr. 5, p. 137.
- Graaf, T. de (1997). Verpleegkunst zonder mes. *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 24, p. 738-741.
- Grijpdonck, M. (1982). Theorie ontwikkeling in de Verpleegkunde. *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr. 20, p.646-651.
- Grijpdonck, M. (1991). Professionalisering van de verpleegkundige zorg: mogelijkheden en grenzen. *Verpleegkunde*, nr.1, p. 28-35.
- Grijpdonck, M. (2000). De nurse practitioner, meer dan een nieuwe hype in de Nederlandse verpleegkunde? *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 10, p. 299-301.
- Grotendorst, A. (1998). *Alles draait om bekwaamheid*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Grunveld, J.E. en W. van der Windt (1988). Hebben bezuinigingen effect op kwaliteit van verpleegkundige zorg? *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr. 20, p. 644-646.
- Grunveld, J.E. en M. Derks (2003). *Nieuwe professionals in het medisch domein*. Een verkenning ten behoeve van het Capaciteitsorgaan Medische Vervolgopleidingen. Prismant.

Hagenouw, R. (2001). *Artsen en verpleegkundigen; kerndisciplines*. Rede uitgesproken ten behoeve van het mini symposium van het Landelijk Centrum van Verpleging en Verzorging (www.levv.nl).

Hamel, J. (1997). Current Situation Regarding the Nurse Practitioner Development in the Netherlands. In: *Speeches Conference Nurse Practitioner, Challenging Conventional Roles in Healthcare*. Groningen University Hospital.

Hamric, A. B., J.A. Spross en C.M. Hanson (1996). *Advanced Nursing Practice; an Integrative Approach*. Philadelphia: Saunders.

Hanzeservice (2000). *Kopstukken. Advanced Nursing Practice; de eerste masters of arts*. Groningen: Hanze Service.

Heijnen - Kaales, Y. en J. Leyten (2001). Wetenschap in de praktijk. *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 6, p. 208-210.

Henneman, E.A. (1995). Nurse-physician collaboration; a poststructuralist view. *Journal of Advanced Nursing*, nr. 22, p. 359-363.

Heyden, J.T.M. van der (1994). *Het ziekenhuis door de eeuwen*. Rotterdam: Erasmus Publishing

Hillman, H. (1997). Prerequisites for a Nurse Practitioner in the Netherlands. In: *Speeches Conference Nurse Practitioner, Challenging Conventional Roles in Healthcare*. Groningen University Hospital.

Hoefnagels, K.L.J. (1997). Specialisten en verpleegkundigen, peilers van de ziekenhuiszorg. *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr.14, p. 404-407.

Holm, J.P. (1996). *De eerste de beste?* Oratie bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de klinische obstetrie aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Hover, C. (1995). *Het kwalificatiespel in de sector zorg en welzijn. Een wegwijzer voor betrokkenen*. Rijswijk: Platform Kwalificatiebeleid, Zorg en Welzijn.

Hughes, E.C. (1981). *Men and their work*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.

Hughes, D. (1988). When nurse knows best: some aspects of nurse/doctor interaction in a casualty department. *Sociology of Health & Illness*, vol. 10, no. 1.

Hulst, E.H. en I. Tiems (red.) (1999). *Het domein van de arts*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

Huysmans, F., P. Juffermans, B. Lagro, B. van Niekerk, F. Smits en H. Vlaar (1973). *Gezondheidszorg in Nederland*. Nijmegen: SUN.

Illich, I (1975). *Het medisch bedrijf: een bedreiging voor de gezondheid?* Baarn: Wereldvenster.

Jaarsma, T. (1999). *Heart failure: nurses care: effects of education and support by a nurse on self-care, resource utilization and quality of life of patients with heart failure*. Proefschrift Universiteit Maastricht. Maastricht: Datawyse.

- Jager, H. de en A.L. Mok (1968). *Grondbeginselen der sociologie*. Leiden: Stenfert Kroese.
- Jansen, S. (1984). Mogelijkheden en moeilijkheden; methodisch handelen in een algemeen ziekenhuis. *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr.10, p.301-303.
- Johnson, T.J. (1977). *Professions and power*. London/Basingstoke: The Macmillan Press.
- Jones, M. (1997). Development of the Nurse Practitioner in the UK. In: *Speeches Conference Nurse Practitioner, Challenging Conventional Roles in Healthcare*. Groningen University Hospital.
- Jones, M. (1999). Advanced Practice in the UK. In: *Book of abstracts, 7th International Nurse Practitioner Conference: Nursing for the new millennium the growth and the development of advanced practice roles*. Cardiff: Royal College of Nursing.
- Jong, M.J. de (1997). *De Grootmeesters van de sociologie*. Amsterdam/Assen: Boom.
- Kalis, A. en C. Swagerman (1994). De toepassing van Orem. *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr.5, p. 146-148.
- Katz, F.E. (1969). Nurses. In: A. Etzioni (red.), *The semi-professions and their organization-teachers, nurses, social workers*. New York/London: The Free Press.
- Keuning, D.en D.J. Eppink (1990). *Management en organisatie*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese.
- Kinnersley, P., E. Anderson, K. Parry, J. Clement, L. Archard, P. Turton, A. Stainthorpe, A. Fraser en C. Butler (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same-day" consultations in primary care. *British Medical Journal*, vol. 320, nr. 7241, p. 1043-1047.
- Knippenberg, A. van (1989). Strategies of identity management. In: I.P. van Oudenhoven en T.M. Willemsen (Eds.), *Ethnic minorities: Social psychological perspectives*, p. 59-76. Amsterdam: Swet & Zeitlinger.
- KNMG (2002). *De arts van straks. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm*. Utrecht: KNMG, DMW-VSNU, VAZ, NVZ en LCVV.
- Knol, J. (2001). Een nurse practitioner op een dialyseafdeling. In: *LVDTinfor; Landelijke Vereniging voor Dialyse en Transplantatie Verpleegkunde*, september, p. 15-17.
- Koenen, M.J., J.Endepols (1973). *Verklarend handwoordenboek der Nederlandse Taal*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Kooij, C.H. van der (1990). 1890-1990: De vermaatschappelijking van de zorg. In: *Honderd jaar verplegen*. Lochem: De Tijdstroom.
- Krap, H. (1989). Van generalist tot specialist. De ontwikkelingen van 'algemeen' verpleegkundige naar verpleegkundig specialist, gebaseerd op ervaringen uit de VS. *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr. 23, p. 735.

- Lammers C.J. (1983). *Organisaties vergelijkendewijs*. Utrecht/Antwerpen: Uitgeverij Het Spectrum.
- Larson, M.S. (1977). *The rise of Professionalism*. Berkely: University of California Press.
- Leenen, H.J.J. (1986). *Gezondheidsrecht voor opleidingen in de gezondheidszorg*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Leenen, H.J.J. (1991). *Handboek gezondheidsrecht*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Leistra, E., S. Liefhebber, M. Geomini en H. Hens (1999). *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Leliefeld, H.J. en P.C.H.M. Holland (2003). Meer studenten lost het tekort niet op. *Medisch Contact* 58, nr. 40, p. 1515-1518.
- Lenferink, C. (2000). *Samenwerking tussen de nurse practitioner en de afdelingsverpleegkundige*. Afstudeerverslag Advanced Nursing Practice. Groningen: intern UMCG rapport.
- Lieburg, M.J. van en J.H. Landwehr (1980). *Over ziekenverpleging*. Alphen aan den Rijn/Brussel: Stafleu.
- Lieburg, M.J. van (1983). *A.N. Nolst Trenité en zijn 'Handboek der ziekenverpleging' (1894): een Haags geneesheer en het begin van de verpleegkundige opleiding in Nederland*. Amsterdam: Rodopi.
- Lindeboom, G.A. (1993). *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde*. Rotterdam: Erasmus publishing.
- Lorig, K., H. Holam, D. Sobel, D. Laurent, V. González en M. Minor (1994). *Living a healthy life with chronic conditions: self-management of heart disease, arthritis, stroke, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others*. Chicago: Bull Publishing Company.
- Lurie, E.E. (1981). Nurse Practitioners: Issues in Professional Socialization. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 22 (March), p. 31-48.
- Lutke Schipholt, I. (2000). Er moet nu snel iets gebeuren. *Medisch Contact*, nr. 40, p. 1388-1390.
- Luttikhuis, G. en P.F. Roodbol (1995). *Besteding van Opleidingsbudgetten*. Groningen: Intern UMCG rapport.
- Mastenbroek, W.F.G. (1996). *Conflicthantering en organisatieontwikkeling*. Alphen aan den Rijn/Deurne: Samsom.
- Mastenbroek, W.F.G. (1997). *Verandermanagement*. Heemstede: Holland Business Publications.
- Meleis, A.I. (1985). *Theoretical nursing: Development and Progres*. San Francisco: J.B. Lippincott.
- Mercx, R.J.M. (1975). Groepsverpleging en groepsverpleging. *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr. 28, p. 181-189.

- Mercx, R.J.M. (1979). Van traditionele verpleging naar teamverpleging. In: Blox et al., *De verpleegafdeling, bedrijfskundige diagnose en therapie*. Lochem: De Tijdstroom.
- Meij - de Leur, A.P.M. van der (1987). *Van Olie en wijn*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Mezey, M.D. en D.O. McGivern (1993). *Nurses, Nurse Practitioners; Evolution to Advanced Practice*. New York: Springer Publishing.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Mok, A.L. (1973). *Beroepen in actie: bijdrage tot een beroepensociologie*. Meppel: Boom.
- Molleman, E. (1987). *De effecten van integrerende verpleegkunde*. Groningen, stafbureau UMCG.
- Molleman, E. (1990). *De organisatie van de verpleegkundige zorg in verandering, een onderzoek naar de gevolgen van integrerende verpleegkunde*. Groningen: Rijksuniversiteit.
- Moolen, J.C.W. van der en H.J. Quanjer (1971). *Verpleegkunde, speciële verpleging*. Lochem: De Tijdstroom.
- Most, M. van der (2002). Van kwalificatie naar functie. *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 6, p. 146-148.
- Mundinger, M.O., R.L. Kane, E.R. Lenz, A.M. Totten, W-Y. Tsai, P.D. Cleary, W.T. Friedewald, A.L. Siu en M.L. Shelanski (2000). Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 283, no. 1, p. 59-68.
- Nagla, B.K. (1993). *Sociology of professions, a theoretical analysis of conceptual issues*. Den Haag: Nuffic/CIRAN (IDPAD publication 1993-5).
- Nievaard, A.C. (1987). Problemen van verplegenden in de relatie met beroepsgenoten, artsen en patiënten. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr. 18, p. 563.
- Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing, what it is and what is not*. Ltd. United Kingdom: Constable and Company.
- Noordergraaf, M. en P. Meurs (2002). Verwarde managers. *Management en Organisatie*, nr. 3, p. 22-39.
- Nota, M.E.D.A. en P.F. Roodbol (1984). *Werklastmeting afdeling Eskimo*. Wilhelmina Kinderziekenhuis, Interne notitie.
- Offenbeek, M.A.G. van, Y. ten Hoeve, P.F. Roodbol en M. Leemeijer (2002). *Inventarisatie van functiedifferentiatie in Nederlandse ziekenhuizen*. Rapport ten behoeve van het College voor zorgverzekeringen. Groningen: UMCG/RuG.

Offenbeek, M.A.G. van, Y. ten Hoeve, P.F. Roodbol en M. Knip (2003). *Effecten van Nurse Practitioners op de organisatie en effectiviteit van de zorg*. Rapport ten behoeve van het ministerie van VWS. Groningen: UMCG/RuG.

Orem, D. A. (1971). *Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Parsons, T. (1954). *The professions and Social Structure*. New York: Free Press.

Pasch, T. van de en A. van der Veen (1997). De nurse practitioner als alternatief. In: *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 23, p. 702-705.

Patel, A. (1999). The nurses' formulary. *Nursing Times Nurse Prescribing*, June 9, no1., p. 6 – 9.

Paul, J.C.L., M.R. van Gils, L. Karsten, M.A.G. van Offenbeek en J. de Vries (1994). *Organisatie en gedrag*. Alphen aan den Rijn: Samsom.

Paxman, T. (2001). Nurse Practitioner: professional of hulpje? *LVDT-Info, Landelijke Vereniging voor Dialyse en Transplantatie Verpleegkunde*, nr. 2, p. 24.

Peek, C.E. (2001). *De extra- en transmurale verpleegkundigen in internationaal perspectief*. Scriptie. Groningen: RuG.

Pettigrew A. en R. Whipp (1991). *Managing Change for Competitive Success*. Oxford: Blackwell Business.

Pool, A. (1999). Belevingsgerichte zorg. *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 21, p. 641-643.

Pool, A. en J. Lambregts (red.) (1999). *Verpleegkundige zorgverlening aan chronisch zieken*. Utrecht: Lemma.

Pool, A., J.K. van Dijk, H. Kanters en W. van der Windt (2000). *Onderzoek Verpleegkundige Arbeidsmarkt Academische Ziekenhuizen*. Utrecht: SoFoKles/Prismant.

Poot, A. (1985). 25 Jaar B-verpleegkunde. *MGV: maandblad geestelijke volksgezondheid*, nr. 12, p. 1297-1313.

Portengen, J. (1999). *Advanced nursing practice*. Utrecht: LCVV.

Prescott, P.A., C.Y. Phillips, J.W. Ryan en K.O. Thompson (1991). Changing. How Nurses Spend Their Time. In: *Image, Journal of Nursing Scholarship*, vol. 23, nr. 1, p. 23-28.

Pulcini, J. en M. Wagner (2002). Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Roles in the United States of America. Perspectives on education and practice issues for Nurse Practitioners and Advanced Practice Nursing. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, vol. 6, nr. 2.

Pulcini, J. (2004). *Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing roles in the United States of America*. Voordracht tijdens het 3de ICN/APN congres: Critical Pathways in a global context. Groningen.

- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2000). *Professionals in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2001). *Care en cure*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2001). *Dossier medisch specialistische zorg in de toekomst*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2002). *Taakerschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ.
- Record, J.C., M. McCally, S.O. Schweitzer, R.M. Blomquist, B.D. Berger (1980). New health professions after a decade and a half: delegation, productivity and costs in primary care. *Health Polit Policy Law*. Fall; 5 (3); 470-97
- Rest-de Bakker, K. van (1982). *Methodisch werken in de verpleging*. Lochem: De Tijdstroom.
- Richardson, G. en A. Maynard (1995). *Fewer doctors? More nurses? A review of the knowledge base of doctor-nurse substitution*. Discussion Paper 135. York: Centre for Health Economics.
- Rienen, G.L.M. van (1984). *Beroepsinformatie en onderwijsprogrammering*. Enschede: Stichting voor Leerplan Ontwikkeling.
- Robbins, S.P. (1992). *Gedrag in organisaties*. Schoonhoven: Academic Service.
- Romein, J.M. en A.H.M. Romein-Verschoor (1973). *De lage landen bij de zee: een geschiedenis van het Nederlandse volk*. Amsterdam: Querido.
- Roodbol, P.F. (2004). Website van het 3^e ICN/ANP congres: Critical Pathways in a global context. Groningen. (www.anp2004.nl).
- Roode, J. (1987). *Changing patterns in Nursing Education*. New York: National League for Nursing.
- Rooijen, A. van (2003). De kunst van het loslaten. *Medisch Contact*, nr.45, p. 1725-1728.
- Ruler, A.A. van (2003). *Communicatiemanagement van kwantiteit naar kwaliteit*. Inaugurele rede
- Schlooz-Vries, M.S., M. Raatgever, J.B. Versluis, A. Hennipman en I.H.M. Borel Rinkes (2000). Patiënten tevreden over Nurse Practitioner. *Medisch Contact*, nr. 2, p. 48-50.
- Scholten, C., M. IJzerman en M. Algera (1999). *Taakverschuiving van arts naar verpleegkundige*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom en LCVV.
- Schrijvers, A.J.P. en L.D. Kodner (red.) (1997). *Health and Health Care in the Netherlands*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Selow, H.M. von (1992). Zorgen om het ziekenhuis. *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr.2, p.53-56.

Silver, H. en P. McAtee (1988). Should nurses substitute for house staff. *American Journal of Nursing*, 88, 1671-1673.

Slijper, M. (2002). ZonMw honoreert brede waaier projecten en studies. *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 3, p. 26-31.

Smeets, H. en H. Huyer (1990). Deeltijd verplegingswetenschap. *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr. 10, p. 306-311.

Smeets, H. en R.A.M. van der Peet (1995). Deskundigheidsniveaus: verschil moet er zijn! *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr.1, p. 24-27.

Smits, M.-J. (2000). Gender en professionalisering in de verpleging. In: *Gender en professionals in de gezondheidszorg: Resultaten van een expertmeeting*. Zoetermeer: RVZ in samenwerking met TECENA..

Speet, M., A.L. Francke en A.J.E. de Veer (2003). Verpleegkundig proces nog geen gemeengoed bij alle verpleegkundigen. *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 11, p. 34.

Speets, W.J. (1990). Beroepsorganisaties en beroepsontwikkeling. In: *Honderd jaar verplegen*. Lochem: De Tijdstroom.

Spijker, T. (1979). *Mooi en beschaafd verplegen*. Lochem: De Tijdstroom.

Spisso, J., C. O'Callaghan, M. McKennan, J.W. Holcroft. Improved quality of care and reduction of housestaff workload using trauma Nurse Practitioners. *The Journal of Trauma*. Vol. 30, no.6. p. 660-65.

Stein, L.I. (1971). The doctor-nurse game. In: B. Bullough and V. Bullough (eds.), *New directions for nurses*. New York: Springer publishing.

Steinbusch, L. (1985). Verplegen: beroepsmatig ondersteunen van de zelfzorg. *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr.1, p. 14-22.

Stilwell, B. (2000). *Definitely Not the Handmaid's Tale: Nurse Practitioners in the UK*. 8th International Nurse Practitioner Conference. San Diego, USA.

Stolk, H.W. (1983). *Wijkverpleging in historisch perspectief*. Amsterdam: Rodopi.

Stumpff, J.E. (1907). *Voorlezingen over Ziekenverpleging*. Haarlem: De Erven.

Swaan, A. de (1988). *Zorg en de staat*. Amsterdam: Bert Bakker.

Swanborn, P.G. (1987). Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Meppel: Boom.

Tajfel, H. en J.C. Turner (1986). An integrative Theory of Intergroup Conflict. In: S. Worchel en W.G. Austin (eds.), *Psychology of Intergroup Relations*. Chicago: Nelson-Hall Publishers.

Tamboer, T., R.M.J. Schepers, N.S. Klazinga en A.F. Casparie (2002). De veranderende positie en rol van de medische staf in het Nederlandse ziekenhuis sinds de tweede wereldoorlog. *Medisch Contact*, nr. 1, p. 49-57.

The, B.A.M. (1997). *'Vanavond om 8 uur...': verpleegkundige dilemma's bij euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Topman, H. (1987). De IC verpleegkundige en het medisch handelen binnen de verlengde arm theorie. *TVZ, Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, nr.19, p.615-624.

Tronto, J.C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.

Tweede Kamer, vergaderjaar 2003/2004, kamerstuk 29 282, nr. 5.

Uys, L.R. (1997). Development of the Nurse Practitioner in South Africa. In: *Speeches Conference Nurse Practitioner, Challenging Conventional Roles in Healthcare*. Groningen University Hospital.

Valk, D., E. Soff en J. Schumacher (1997). *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr.21, p. 628-632.

VAZ-rapport (2004). *Nieuwe professionals in de gezondheidszorg*. Utrecht: VAZ-nr. 040258.

Venning, P., A. Durie, M. Roland, C. Roberts en B. Leese (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *British Medical Journal*, vol 320, nr. 7241, p. 1048-1053.

Vlaskamp, L. (1998). *Discussienota 'Verschuiving takenpakket arts richting verpleegkundige'*. Utrecht: LCVV.

Vlaskamp, L. (2003). Media schetsen onjuist beeld van taakherschikking in de zorg. *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 2, p. 14-15.

Vloet, L.C.M. (2003). *Postprandial and orthostatic hypotension in the elderly. Implications for nursing care*. Proefschrift. Nijmegen: Drukkerij Quick Print.

Vries, G. de (1988). Verpleegkundige werklasmeting als planningsinformatie. In: J.W. Hoorn (red.), *Structureren en beheersing van zorgprocessen, bedrijfskundig instrumentarium voor de ziekenhuismanager*. Lochem/Gent: De Tijdstroom.

Vrijhoef, H.J.M. (2002). *Is it justifiable to treat chronic patients by nurse specialists? Evaluation of effects on quality of care*. Proefschrift. Maastricht: Universitaire Pers.

Walby, S., J. Greenwel, L. Mackay en K. Soothill (1994). *Medicine and Nursing*. London: Sage Publications.

Weiss, S.J. (1983). Role Differentiation Between Nurse and Physician: Implications for Nursing. *Nursing Research*, vol. 32, no. 3, p. 133-139.

Wijk I. van en M. Buddingh (2002). Specialisten staken op 1 oktober. *Tracer*, het tweewekelijkse medewerkersblad van het VU Medisch Centrum, 29 september 2002, nr. 25, p 1.

Wilensky, H.L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, nr. 1, p. 137.

Williams, C.A. en G.C. Valdivieso (1994). Advanced Practice Models: A Comparison of Clinical Nurse Specialist and Nurse Practitioner Activities. *Clinical Nurse Specialist*, vol. 8, nr. 6, p. 311-318.

Windt, W. van der, H. Calsbeek, H. Talma en L. Hingstman (2004). *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg en LCVV.

Winkler, C. (1892). *De ziekenverpleegster, haar opleiding, haar taak en haar toekomst*. Utrecht: Reyers.

Wood, J.V. (1989). Theory and research concerning social comparison of personal attributes. *Psychological bulletin*, 106, p.231-248

Zaltman, G. en R.B. Duncan (1977). *Strategies for planned change*. New York/London: Wiley.

Zandbergen, W. (1997). Minister Borst over de snijdende verpleegkundige: leidt het uitvoeren van medische handelingen door verpleegkundigen tot doelmatiger zorg? *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr. 3, p. 52-53.

ZonMw (2002). *Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMw.

Zwols, G. (1985). *Het ontstaan en de ontwikkeling van het beroep verpleegkundige*. Lochem: De Tijdstroom.

Websites (laatste check op 9 februari 2005)

www.artsennet.nl

www.avvv.nl

www.futurecreations.nl/decubitus

www.nivel.nl

www.ib-groep.nl

www.nvz-ziekenhuizen.nl

www.advanceweb.com

www.aanp.org

www.sofokles.nl

www.orbis.nl

www.bibb.de

www.nursing.dhhs.tas.gov.au

www.nvic.nl

www.levv.nl

www.anp2004.nl

www.rivm.nl

Bijlage 1. Taak-functieomschrijving NP (1999)

Nurse Practitioner

Algemeen

De functie Nurse Practitioner bestaat op het overgangsgebied tussen Care en Cure (verpleegkundige en medische zorg). De functie wordt vervuld door een ervaren, specialistisch verpleegkundige, belast met de directe zorgverlening aan een bepaalde groep patiënten met als specifiek aandachtsgebied de algehele gezondheidstoestand van de patiënt daarbij richt zij zich op de dreigende en feitelijke gevolgen van de ziekte én de ziekte zelf.

Nurse Practitioners kunnen bij verschillende patiëntencategorieën in diverse werkvelden (verpleegeenheid gebonden; afdelingsgebonden; transmuraal) ingezet worden.

De functie maakt onderdeel uit van zowel de medische als verpleegkundige organisatie. Hiërarchisch ressorteert de Nurse Practitioner onder het Afdelingshoofd, dan wel de Coördinerend Hoofdverpleegkundige. Per project wordt vastgesteld welke hiërarchische lijn het meest wenselijk is.

Opdracht

- Uitvoeren van professionele medische en verpleegkundige verrichtingen
- Verzorgen van de behandel- en zorgcoördinatie van een nader omschreven patiëntengroep
- Geven van voorlichting
- Ontwikkelen en implementeren van multidisciplinaire behandel- en zorgprotocollen
- Verzorgen van onderwijs.

Hoofdbestanddelen/functiekenmerken

Diepgang werk

1. Uitvoeren van professionele medische en verpleegkundige verrichtingen
 - Neemt een geïntegreerde medisch/verpleegkundige anamnese van de patiënt af
 - Verricht lichamelijk en psychosociaal onderzoek met behulp van specifieke onderzoeksinstrumenten en vragenlijsten
 - Bepaalt (met in achtneming van de gewenste effectiviteit en efficiëntie) relevante diagnostische onderzoeken en vraagt deze aan
 - Consulteert relevante andere hulpverleners en hulpverlenende instanties
 - Interpreteert observaties en diagnostische resultaten, stelt de behandel-, verpleeg- en zorgbehoefte vast
 - Behandelt en begeleidt patiënten door het verrichten van geprotocolleerde medische ingrepen en het toepassen van medische/verpleegkundige/psychosociale interventies.
2. Verzorgen van de behandel- en zorgcoördinatie van een nader omschreven patiëntengroep
 - Integreert de medische, paramedische, verpleegkundige en andere behandelings- en zorgactiviteiten, zodanig dat hiaten, overlap en tegenstrijdigheden worden voorkomen en eenduidigheid in zorg, onderzoek en behandeling wordt bereikt.

- Stelt samenhangende mono-/multidisciplinaire behandel- en zorgplannen op voor individuele patiënten, initieert en bewaakt efficiëntie en effectiviteit daarvan; signaleert stagnaties en geeft (bij)sturing aan het behandel-/zorgproces
 - Initieert multidisciplinaire overlegvormen
 - Coördineert en/of participeert in medische en/of verpleegkundige onderzoeken en/of multi centre trials.
3. Geven van voorlichting
- Informeert en adviseert de patiënt en diens relaties omtrent de mogelijke aandoening, het te verwachten ziekteverloop, het in te zetten behandel- en zorgbeleid, medicatie en bijwerkingen, prognose en kwaliteit van leven, mogelijkheden tot zelfzorg, de te realiseren mantelzorg alsmede de te gebruiken specifieke hulpmiddelen; heeft daarbij oog voor praktische en morele dilemma's en maakt deze bespreekbaar
 - Ontwikkelt, plant en voert gezondheidsvoorlichtingsprogramma's uit met betrekking tot de specifieke patiëntencategorie
 - Informeert en adviseert in- en externe hulpverleners en instanties omtrent de geïntegreerde behandeling van specifieke patiëntencategorieën, behandel- en zorgmethoden, specifieke (ziekte)kenmerken van de patiëntengroep; o.a. in de vorm van consultatie, klinische lessen, referaten etc.
4. Ontwikkelen en implementeren van multi-disciplinaire behandel- en zorgprotocollen
- Ontwikkelt multidisciplinaire en/of transmurale behandel- en zorgprotocollen, procedures en richtlijnen; verricht daartoe zonodig onderzoek
 - Implementeert nieuwe behandel- en onderzoeksmethoden, ziet daarbij toe op bevordering van effectiviteit en efficiency; verminderen van patiëntenbelasting en verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg.
5. Verzorgen van onderwijs
- Instrueert nieuwe medewerkers (artsen in opleiding en verpleegkundigen) ten aanzien van de gangbare vormen van diagnostiek en interventies
 - Levert een bijdrage in de theoretische scholing en praktische training van relevante vaardigheden bij co-assistenten, artsen in opleiding, verpleegkundigen en andere beroepsgroepen

Beslissingen

Beslist in overleg met de medicus over:

- De te verrichten diagnostiek en te verrichten interventies
- De inhoud van de verstrekte adviezen, kwaliteit van de consulten
- De inhoud en kwaliteit van de protocollen, procedures en richtlijnen
- Het (bij)sturen van het totale zorgproces

Kader

- Wettelijke kaders
- Algemene en specifieke organisatorische kaders
- Medisch en verpleegkundig afdelingsbeleid
- Door afdelingshoofd gegeven richtlijnen
- Protocollen, procedures en richtlijnen

- Werkafspraken

Controle

- Door de leidinggevende op het functioneren en de resultaten
- Door de behandelend specialist of het medisch hoofd van het aandachtsgebied op het medisch zorggebied

Kennis en vaardigheden

- HBO-V of een verpleegkundige vooropleiding op HBO niveau
- De opleiding Advanced Nursing Practice (of een daaraan gelijkgestelde opleiding), aangevuld met een op de functie gericht opleidingsprogramma, of de opleiding Gezondheidswetenschappen, richting Verplegingswetenschap aangevuld met een op de functie gericht opleidingsprogramma
- Minimaal 5 jaar praktijkervaring als verpleegkundige in het betreffende specialisme/vakgebied
- Verworven inzichten kunnen vertalen in bruikbare adviezen en werkbare protocollen en procedures

Contacten

- Afdelingshoofd, medisch specialisten, (coördinerend) hoofdverpleegkundige
- (Eerste) verpleegkundigen en vertegenwoordigers van andere disciplines betrokken bij de zorgverlening aan de betreffende patiëntencategorie
- Intra- en extramurale hulpverleners, instellingen en instanties betrokken bij onderzoek, zorgverlening en beleid ten aanzien van de betreffende patiëntencategorie
- Patiënten, familie en patiëntenverenigingen

Addendum bij de functie Nurse Practitioner

De addenda moeten in voldoende mate duidelijk maken of de functie (functionaris) ingedeeld kan worden in schaal A09 resp. A10. Zij zouden daarom als volgt kunnen worden opgesteld/samengevat:

1. Omschrijving van het praktijkdomein:
 - de patiëntencategorie
 - het werkterrein (eenheid-afdeling-polikliniek-Intensive Care-CSO-transmuraal etc.)
 - de overige (para)(medische) disciplines betrokken bij de behandeling en verpleging van de betreffende patiëntencategorie
2. Worden alle 5 functiekernen “bestreken”? Zijn zij alle 5 in de functie aanwezig? Is het wenselijk dat de NP zich ten aanzien van bepaalde functieterken in de toekomst nog verder ontwikkelt? Welke elementen worden expliciet (nog) **niet** de eigen Nurse Practitioner?
3. Krijgt de Nurse Practitioner ‘eigen’ patiënten toegewezen?
4. De mate waarin de diagnostiek, zorg en behandeling voor de patiëntencategorieën van de patiënt geprotocolleerd/gestandaardiseerd is, dan wel er een appel gedaan wordt op eigen kennis, inzichten en besluitvormingsvaardigheden.
5. In welke mate worden de activiteiten en voorschriften van de Nurse Practitioner door de medicus gecontroleerd?

Bijlage 2. Besluitvormingstraject en besluitvormingscriteria ten behoeve van een experimentele functie NP

Inleiding

Begin 1996 werd door de Raad van Bestuur een werkgroep Nurse Practitioner²⁹ ingesteld, met als opdracht: het opzetten en begeleiden van een experiment ter ontwikkeling en implementatie van de functie Nurse Practitioner (NP) in het AZG. Dit had tot gevolg dat in 1997 een zestal Nurse Practitioners in opleiding zijn aangesteld bij de afdelingen Thoraxcentrum (3 NP's), Anesthesiologie (2 NP's) en Kindergeneeskunde (1 NP).

De belangstelling voor de Nurse Practitionerfunctie binnen het AZG is groeiende. Vanuit de Raad van Bestuur wordt (beperkte) uitbreiding van het experiment gestimuleerd en gefaciliteerd.

Afdelingen die een Nurse Practitionerfunctie willen instellen, kunnen hiertoe een aanvraag indienen bij de Raad van Bestuur. Deze notitie bevat informatie over de aanvraagprocedure en de criteria waarop elke aanvraag zal worden beoordeeld.

In de bijlage is een beschrijving van de conceptanalyse opgenomen, zoals die in het huidige experimentele stadium voor de Nurse Practitioner wordt gehanteerd. Daarnaast treft u informatie aan over de opleiding Advanced Nursing Practice.

A.1 Context/motivatie

Uit de gesprekken met deskundigen en literatuurstudie kan worden geconcludeerd dat er verschillende argumenten zijn om de Nurse Practitionerfunctie te ontwikkelen. Het instellen van deze functie kan leiden tot:

- Betere kwaliteit van zorg voor de patiënt.
- Uit onderzoek blijkt dat de NP in vergelijking met medici:
 - meer werkt vanuit een holistisch perspectief;
 - meer aandacht heeft voor de beleving en de gevolgen van de aandoening voor het dagelijks bestaan van de patiënt;
 - frequenter gebruik maakt van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding, onderwijs en advisering;
 - meer aandacht besteedt aan preventie van ziekte;
 - beter oog heeft voor de (on)mogelijkheden van familieparticipatie;
 - meer inzicht heeft in de (verborgen) vraag naar 'care' naast de gestelde vraag naar 'cure'.
- Betere benutting van beschikbare deskundigheid en ervaring.
- De mogelijkheid voor verpleegkundigen om zich in de directe patiëntenzorg verder te ontwikkelen.
- Afstoting van routinematige 'eenvoudige' werkzaamheden door de medicus.
- Kostenbesparing.
- Een (mogelijke) oplossing voor een voorspeld tekort aan medici.

²⁹ In de werkgroep Nurse Practitioner hebben zitting:

drs. P.F. Roodbol, senior beleidsmedewerker Directiebureau (voorzitter)

L.J. Broerse, hoofd Bureau Verpleegkundige Zaken

drs. C.E. van de Bunt, stafmedewerker Bureau Verpleegkundige Zaken

De Raad van Bestuur hecht er aan om de kans op een succesvolle implementatie van de Nurse Practitionerfunctie te vergroten. Een zorgvuldige beoordeling van de aanvragen voor het instellen van deze functie en een juiste keuze van experimentele functies is dan ook van belang.

A.2 Investering

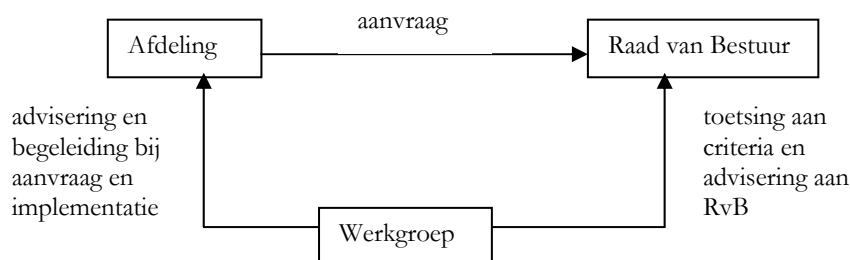
Aan afdelingen die bij willen dragen aan de ontwikkeling van de functie Nurse Practitioner wordt de volgende investering gevraagd:

- aanstelling van een (of meerdere) 'Nurse Practitioner(s) in opleiding' in de functie zoals beschreven in de specifieke functieanalyse van de Nurse Practitioner voor het
- betreffende specialisme, voor de duur van het experiment en de bereidheid de functie na afloop van het experiment te continueren
- aanstelling van een medisch begeleider voor de duur van het experiment (leermeester)
- beschikbaarstelling van budget, ruimte (eigen werkkamer), computer en software
- zorgvuldige evaluatie van het experiment
- bereidheid mee te werken aan onderzoek ter bevordering van de implementatie van de functie
- garantie dat de 'Nurse Practitioner in opleiding' terug kan keren in zijn/haar oude baan indien het experiment (vroegtijdig) wordt beëindigd.

Alle aanvragen voor het instellen van de functie verlopen conform gestelde eisen en worden beoordeeld conform gestelde criteria.

De Raad van Bestuur ondersteunt het experiment door:

- beschikbaarstelling van gelden voor de ontwikkeling/implementatie van de functie
- beschikbaarstelling van gelden voor de opleiding Advanced Nursing Practice. De opleiding duurt twee jaar met een tijdsinvestering van gemiddeld 20 uren per week
- ondersteuning van het experiment op afdelingen door de werkgroep Nurse Practitioner
- coaching van de Nurse Practitioners in opleiding



In bovenstaand schema wordt beknopt weergegeven hoe de procedure ten aanzien van aanvragen met betrekking tot de Nurse Practitionerfunctie in zijn werk gaat.

Jaarlijks (en zolang als de Raad van Bestuur het zinvol acht om ontwikkelingen van de Nurse Practitionerfunctie te stimuleren/faciliteren door middel van het beschikbaar stellen van gelden) kan de Raad van Bestuur de afdelingshoofden uitnodigen aanvragen voor de NP-functie/financiering van de opleiding in te dienen. De werkgroep Nurse Practitioner kan afdelingen adviseren bij het voorbereiden van deze aanvraag.

Na ontvangst van de aanvraag zal deze getoetst worden aan vastgestelde criteria. De Raad van Bestuur kan deze taak delegeren aan de werkgroep, dan wel hierover advies vragen aan de werkgroep.

Na goedkeuring door de Raad van Bestuur kan de werkgroep op aanvraag van de afdeling betrokken worden bij verder implementatie/ontwikkeling van de functie.

A.4 Besluitvormingscriteria

Op basis van de projectbeschrijving en de functieanalyse worden voor de toekenning van de aanvragen de volgende aspecten in overweging genomen:

- het voldoen aan de in het AZG gehanteerde omschrijvingen van de Nurse Practitionerfunctie (toetsing aan: concept functieanalyse);
- het aanwezig zijn van de benodigde randvoorwaarden (faciliteiten, tijd, begeleiding etc.);
- de mate waarin de beschreven functie past binnen wettelijke kader;
- de mogelijkheid en het streven van de afdeling om (na stopzetting van evt. ondersteuning door de Raad van Bestuur) het project op eigen kracht te continueren;
- het draagvlak binnen de aanvragende afdeling.

B.1 Criteria voor de projectbeschrijving t.b.v. experimentele functie Nurse Practitioner

De projectbeschrijving omvat een omschrijving van:

1. Aard van de aanvraag

De aanvraag heeft betrekking op:

- Een verzoek tot instelling van de functie Nurse Practitioner
op het terrein: aantal NP plaatsen:
op het terrein: aantal NP plaatsen:
Duur van het experiment:
- Een verzoek tot om via een 'Studie in Opdracht' de theoretische opleiding 'Advanced Nursing Practice' aan de Hanzehogeschool, Hogeschool van Groningen te vergoeden.
Aantal opleidingsplaatsen waarvoor de aanvraag wordt ingediend:

2. Gegevens aanvrager

- Afdeling:
- Naam en functie aanvrager:

3. Overweging/doelen

- de overwegingen die voor **de afdeling** aanleiding zijn om een NP-functie in

- te stellen;
- het expliciteren van het belang voor **de patiëntenzorg** in relatie tot de te bereiken doelen.

4. Inhoud van de werkzaamheden

- de aard van de werkzaamheden waarvoor de afdeling een (of meer) NP('s) wil instellen. De werkzaamheden kunnen tevens tot uitdrukking komen in een concept functieanalyse voor de Nurse Practitionerfunctie op het terrein waarvoor de aanvraag wordt ingediend;
- omschrijving hoe en in welke functie deze werkzaamheden momenteel worden uitgevoerd.

5. Wijze van uitvoering en organisatie

- wijze waarop in begeleiding door de afdeling wordt voorzien; naam en functie van de medisch begeleider en de leidinggevende;
- afspraken welke worden gemaakt met betrekking tot de opleiding (financieel; medisch opleidingsbegeleider; verpleegkundig opleidingsbegeleider);
- structuur waarbinnen de NP in de afdelingsorganisatie wordt opgenomen; aanpalende functies en de aard van de samenwerkingsrelaties (relatie met bv (eerste) verpleegkundige; A(GN)IO; specialist; paramedici; direct leidinggevende;
- tijdstip en wijze van evalueren van de gekozen doelen.

6. Investing

- terugkeergarantie na 'mislukken' van het experiment;
- de benodigde formatie en wijze waarop deze wordt vrijgemaakt na afloop van het experiment als de NP-functie wordt gecontinueerd
- de beschikbaarstelling van faciliteiten (werkruimte en computer voor de NP) en tijd (voor de NP en de medisch begeleider);
- de hoogte van het beschikbare budget (t.b.v. boeken, symposiabezoek, tijdschriften).

De projectomschrijving gaat vergezeld van een (concept) functieanalyse voor de Nurse Practitionerfunctie in het specialisme waarvoor de aanvraag wordt ingediend.

Bijlage 3. Activiteiten lijst ten behoeve van het tijdsbestedingsonderzoek

Naam:
Werkplek:
Patiëntengroep
Datum:

Activiteiten Nurse Practitioner/Arts-Assistent/Verpleegkundig Consulent/ Verpleegkundige

aanbrengen centrale lijn	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
aanbrengen infuus	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
aanvraagformulier andere discipline	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
aanvraagformulier bloedonderzoek	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
aanvraagformulier foto	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
administratie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
antibiotica klaarmaken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
antibiotica toedienen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
arts assisteren	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
assisteren bij het maken van foto's	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bed klaarmaken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bed ophalen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bed opmaken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bed verschonen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
begeleiding extern transport	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
begeleiding intern transport	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
begeleiding ouders van patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
behandelkamer opruimen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bloed afnemen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
brief corrigeren/tekenen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
brief inspreken/schrijven	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
catheteriseren	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
couveuse schoonmaken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
dicteerapparaat ophalen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
drain controleren	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ecg/eeg voorbereiden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
foto's bekijken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

foto's ophalen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
handen wassen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
helpen bij aan- en uitkleden patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
huidverzorging	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
injectie geven	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
interview/overleg collega	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
kamer opruimen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
kar klaarmaken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
kar ophalen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
kar opruimen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
kennismaken met patiënt(en)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
kleding (eigen) ophalen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
kleding (eigen) wegbrengen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
kussen halen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
kweken afnemen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
laboratoriumbenodigdheden ophalen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
lakens uitdelen (behandelkamers)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
lichamelijk onderzoek	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
lopen over de gang	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
luier wegen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
luisteren buik/hart/longen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
medicatie controleren	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
medicatie klaarmaken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
medicatie toedienen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
medicatie uitzetten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
medicatie wegen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
medicatielijst bijwerken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
medicatielijst ophalen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
medicatielijst uitwerken (med. boek)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
medische verklaring schrijven	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
medische verklaring tekenen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
multidisciplinair overleg	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
omkleden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
onderwijs geven	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
onderwijs krijgen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
onderzoek van patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ontslagpapieren klaarmaken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ontlaggesprek met patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
opname van patiënt voorbereiden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
opnamegesprek met patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
opnemen temp/pols/bloeddruk	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
overdracht afdeling	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
overdracht kliniek (rapport)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
overdracht met de bedrijfsvoerende	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
overdracht met de verpleging	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
overleggen met andere discipline:							
- voedingsassistent(e)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- maatschappelijk werk	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
- anderszins	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
overleggen met andere instantie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
overleggen met de arts	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
overleggen met familie van patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
overleggen met secretariaat/med. adm.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
overleggen met nurse practitioner	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
overleggen met patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
overleggen met de verpleging	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
papieren visite	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
patiënt aansluiten op monitor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
patiënt begeleiden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
patiënt behandelen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
patiënt ophalen (van IC e.d.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
patiënt sprayen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
patiënt uit de wachtkamer halen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
patiënt uitzuigen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
patiënt verzorgen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
patiënt voeden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
patiënt zien na operatie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
patiëntenbespreking	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
pauze	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
pieper beantwoorden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
po geven	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
pomp instellen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

pomp schoonmaken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
punctie doen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
recept uitschrijven	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
regelen extern transport	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
regelen intern transport	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
regelen/coördineren	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
registratie patiëntgegevens	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
schort aantrekken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sonde inbrengen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sonde verwijderen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
sondevoeding toedienen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
spreekuur “verdelen”	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
spreekuur voorbereiden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
status bestuderen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
status bijwerkne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
statussen ophalen (archief)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
statussen verdelen (op kamers leggen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
supervisie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
telefonisch spreekuur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
telefoon beantwoorden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
tel. overleg ander ziekenhuis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
tel. overleg arts	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
tel. overleg verpleging	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
tel. overleg anderszins	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
uitslagen opvragne in de computer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
uitslagen bespreken met de arts	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
uitslagen bespreken met de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
vergaderen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verpleegkundige anamnese afnemen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verwijderen centrale lijn	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verwijderen infuus	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verwijderen pacemakerdraden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verwijderen drain	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verzamelen van benodigdheden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
visite lopen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
visite uitwerken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

voeding klaarmaken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
voorraadbeheer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
wachten op de arts	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
wachten op onderzoekskamer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
wachten op de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
wachten op de verpleging	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
waken bij patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
werkbepreking/-overleg	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
wonden controleren,verzorgen,verbinden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
zich wassen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ZIS raadplegen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
zoeken van de arts	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
zoeken van de patiënt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
zoeken van de verpleegkundige	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage 4. Vragenlijst Rolontwikkeling van Advanced Practice Nurses

- Voor u ligt een vragenlijst met betrekking tot de functie die u als Advanced Practice Nurse bekleedt. Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan de orde: persoonlijke gegevens en werkplek; opleiding; rolontwikkeling; positie; tevredenheid met het werk; loopbaanwensen; en substitutie en innovatie van taken.
 - Wanneer u Advanced Practice Nurse (i.o.) bent maar een andere functie dan die van Nurse Practitioner vervult, kunt u de met een * gemarkeerde vragen overslaan. Deze vragen zullen voor u niet relevant zijn.
 - Bij vragen met vaste antwoordmogelijkheden is het de bedoeling dat u slechts één antwoordmogelijkheid aankruist, tenzij anders is aangegeven.
 - **Belangrijk:** De gegevens op de eerstvolgende pagina worden gebruikt om te bepalen of uw functie geschikt is voor een vervolgstudie in fase 2 van dit onderzoek. Uw adresgegevens worden uitsluitend gebruikt om u hiervoor eventueel te benaderen. Zij worden in een apart bestand opgeslagen en na afloop van het onderzoek vernietigd. Zij worden niet gebruikt bij de analyse en de rapportage (zie ook bijgaande brief).
- * In hoeverre bent u geïnteresseerd in de vervolgstudie naar de effecten van uw functie als Nurse Practitioner op de organisatie en effectiviteit van het zorgproces? (vrijblijvende peiling)
- o Ik ben zelf niet geïnteresseerd in een vervolg, u mag mij hiervoor niet benaderen
 - o Ik ben mogelijk geïnteresseerd in een vervolg, u mag mij daarvoor eventueel benaderen.

Mijn gegevens:

Naam
Telefoonnummer
Naam zorginstelling
Werkadres:
.....

- Wanneer u uw mailadres opgeeft, kunnen wij u berichten over publicatie van de resultaten van dit vragenlijstonderzoek.

e-mailadres

Alvast hartelijk bedankt voor uw tijd!

Persoonlijke gegevens en werkplek

1. Uw geboortjaar 19 . .
2. Uw geslacht oV oM
3. Wanneer heeft u het diploma Master of Arts in Advanced Nursing Practice behaald?
Maand: Jaar:
o Ik ben nog niet afgestudeerd en ben met de studie gestart in (maand en jaar)
4. Type instelling (bv. verpleeghuis, huisartsenpraktijk):
5. Soort afdeling: o N.v.t.
6. Uw medisch specialisme: o N.v.t.
7. Naam van uw huidige functie:
o a. Nurse Practitioner.....(vraag 8 kunt u overslaan, door naar vraag 9)
o b. Anders, nl..... (vraag 9 kunt u overslaan)
8. Indien u niet als Nurse Practitioner bent aangesteld, welke rollen vervult u dan op dit moment?
(u kunt indien van toepassing verwijzen naar in vraag 9 genoemde rollen a t/m i)
9. Welke rol(-len) vervult u als Nurse Practitioner in uw huidige functie?
(u kunt eventueel meer mogelijkheden aankruisen)
o a. Case Manager
o b. 'Zaalarts'
o c. Polispreekuur houden, zo ja overpleegkundig spreekuur en/of omedisch spreekuur
o d. Uitvoeren van -voorgeschreven- behandelingen en/of onderzoeken
o e. Coördinatie van zorg
(bv. over locaties binnen instelling / tussen disciplines / tussen instellingen)
o f. Consulent voor (bv. patiëntengroep / andere discipline/ andere instellingen)
o g. Leidinggevende rol
o h. Zelfstandig onderzoeker
o i. Rol in het opleiden van..... (bv. verpleegkundigen /co-assistenten)
o j. Anders, nl:
10. Sinds wanneer bent u in uw huidige functie werkzaam?
Maand: Jaar:
11. Welke functie vervulde u voor deze functie?

Opleiding

12. Welk doel beoogde u met het volgen van de opleiding Advanced Nursing Practice?
13. In welke mate heeft u dit doel tot nu toe gerealiseerd?
- ☐ 1. Niet of nauwelijks
 - ☐ 2. Een beetje
 - ☐ 3. In redelijke mate
 - ☐ 4. In belangrijke mate
 - ☐ 5. In zeer belangrijke mate
14. In welke mate heeft het theoretische deel van de opleiding (tot nu toe) bijgedragen aan de ontwikkeling van uw competenties?
- ☐ 1. Niet of nauwelijks
 - ☐ 2. Een beetje
 - ☐ 3. In redelijke mate
 - ☐ 4. In belangrijke mate
 - ☐ 5. In zeer belangrijke mate
15. In welke mate heeft het praktijkgedeelte -training on the job- van de opleiding (tot nu toe) bijgedragen aan de ontwikkeling van uw competenties?
- ☐ 1. Niet of nauwelijks
 - ☐ 2. Een beetje
 - ☐ 3. In redelijke mate
 - ☐ 4. In belangrijke mate
 - ☐ 5. In zeer belangrijke mate
16. In hoeverre bent u het eens met de volgende stelling?
“ De ANP opleiding heeft een gunstige invloed op het aanzien van het verpleegkundig beroep binnen de gezondheidszorg.”
- ☐ 1. Zeer mee oneens
 - ☐ 2. Mee oneens
 - ☐ 3. Niet mee eens, maar ook niet mee oneens
 - ☐ 4. Mee eens
 - ☐ 5. Zeer mee eens

Rolontwikkeling

17. In welke mate heeft u door het volgen van de opleiding andere taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden gekregen? (In vergelijking met het werk dat u deed voor u aan de opleiding begon)
- ☐ 1. Niet of nauwelijks
 - ☐ 2. Een beetje
 - ☐ 3. In redelijke mate
 - ☐ 4. In belangrijke mate
 - ☐ 5. In zeer belangrijke mate

Toelichting bij vraag 17

Welke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn nieuw?

Zijn er ook taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden weggevallen? Zo ja, welke?

- 18*. Welke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in uw huidige functie vindt u het meest kenmerkend voor een Nurse Practitioner?

- 19*. In hoeverre vindt u dat u op uw huidige werkplek op dit moment een volwaardige Nurse Practitioner functie vervult wanneer het gaat om

	nauwelijks	ten dele	grotendeels	volledig
Uw taken	☐	☐	☐	☐
Uw verantwoordelijkheden	☐	☐	☐	☐
Uw bevoegdheden	☐	☐	☐	☐
Uw rol t.o.v. patiënten	☐	☐	☐	☐
Uw rol t.o.v. interne collega's	☐	☐	☐	☐
Uw rol t.o.v. externe collega's	☐	☐	☐	☐

Vervolg rolontwikkeling

- 20*. Op welke punten vindt u dat uw huidige functie zich nog zou moeten ontwikkelen om daarin de competenties van een Nurse Practitioner volledig te kunnen benutten?
21. Hoe vaak komt het voor dat u zelf vindt dat u bij het uitvoeren van de patiëntenzorg supervisie nodig heeft:
- ☐ 1. Nooit
 - ☐ 2. Soms
 - ☐ 3. Regelmatig
 - ☐ 4. Meestal
 - ☐ 5. Altijd
22. Hoe vaak krijgt u bij het uitvoeren van de patiëntenzorg supervisie:
- ☐ 1. Nooit
 - ☐ 2. Soms
 - ☐ 3. Regelmatig
 - ☐ 4. Meestal
 - ☐ 5. Altijd
23. Van wie krijgt u supervisie:
(eventueel meer antwoordmogelijkheden aankruisen)
- ☐ 1. Specialist
 - ☐ 2. AGIO
 - ☐ 3. AGNIO
 - ☐ 4. Huisarts
 - ☐ 5. Nurse Practitioner
 - ☐ 6. Verpleegkundig Specialist
 - ☐ 7. Anders, nl.....

Positie in het werk

24. In welke mate heeft u het gevoel dat u in uw huidige functie deel uitmaakt van de volgende disciplines?

1 = Niet of nauwelijks

2 = Een beetje

3 = In redelijke mate

4 = In belangrijke mate

5 = Helemaal

☐ Medische discipline	1	2	3	4	5
☐ Verpleegkundige discipline	1	2	3	4	5
☐ Paramedische discipline	1	2	3	4	5
☐ NP als eigen discipline	1	2	3	4	5
☐ Maatschappelijk werk	1	2	3	4	5
☐ Beleidsstaf en management	1	2	3	4	5

25. In welke mate hebben de volgende disciplines waardering voor het werk dat u vervult in uw huidige functie?

1 = Niet of nauwelijks

2 = Een beetje

3 = In redelijke mate

4 = In belangrijke mate

5 = In zeer belangrijke mate

						n.v.t.
☐ Medische discipline	1	2	3	4	5	☐
☐ Verpleegkundige discipline	1	2	3	4	5	☐
☐ Paramedische discipline	1	2	3	4	5	☐
☐ NP als eigen discipline	1	2	3	4	5	☐
☐ Maatschappelijk werk	1	2	3	4	5	☐
☐ Beleidsstaf en management	1	2	3	4	5	☐

26. In hoeverre maken uw feitelijke werkzaamheden naar uw mening deel uit van de volgende disciplines ?

1 = Niet of nauwelijks

2 = Een beetje

3 = In redelijke mate

4 = In belangrijke mate

5 = In zeer belangrijke mate

o Medische discipline	1	2	3	4	5
o Verpleegkundige discipline	1	2	3	4	5
o Paramedische discipline	1	2	3	4	5
o NP als eigen discipline	1	2	3	4	5
o Maatschappelijk werk	1	2	3	4	5
o Beleidsstaf en management	1	2	3	4	5

27. Hoe vaak neemt u deel aan na- en/of bijscholingsactiviteiten van de volgende disciplines?

1 = Nooit

2 = Soms

3 = Regelmatig

4 = Meestal

5 = Altijd

o Medische discipline	1	2	3	4	5
o Verpleegkundige discipline	1	2	3	4	5
o Paramedische discipline	1	2	3	4	5
o NP als eigen discipline	1	2	3	4	5
o Maatschappelijk werk	1	2	3	4	5
o Beleidsstaf en management	1	2	3	4	5

28. Hoe vaak heeft u informele contacten over werkgerelateerde zaken met de volgende collega's?

1 = Nooit
2 = Soms
3 = Regelmatig
4 = Meestal
5 = Altijd

o Medische discipline	1	2	3	4	5
o Verpleegkundige discipline	1	2	3	4	5
o Paramedische discipline	1	2	3	4	5
o NP als eigen discipline	1	2	3	4	5
o Maatschappelijk werk	1	2	3	4	5
o Beleidsstaf en management	1	2	3	4	5

29. Aan welke formele overlegsituaties in het werk neemt u op reguliere basis deel?

Tevredenheid met het werk

30. Geef bij de volgende vragen aan of u als Advanced Practice Nurse (i.o.) tevreden bent met uw huidige functie

1 = Nooit
2 = Soms
3 = Regelmatig
4 = Meestal
5 = Altijd

o Kijkt u tegen het werk op?	1	2	3	4	5
o Vindt u het prettig om aan de werkdag te beginnen?	1	2	3	4	5
o Heeft u plezier in uw werk?	1	2	3	4	5
o Is uw huidige werk uitdagend voor u ?	1	2	3	4	5
o Motiveert het werk u?	1	2	3	4	5
o Bent u tevreden met het werk dat u doet?	1	2	3	4	5
o Raakt het u of u dit werk goed of slecht doet?	1	2	3	4	5
o Bent u tevreden over uw functioneren als APN (i.o.)	1	2	3	4	5

31. Waarover bent u het meest tevreden?

32. Waarover bent u eventueel ontevreden of wat zou u anders willen hebben?

Loopbaanwensen

33. Hoe lang zou u zelf nog in uw huidige functie werkzaam willen blijven?

..... jaar

34. Als u daarna een volgende loopbaanstap wilt maken, waar gaat u voorkeur dan het meest naar uit?

☐ Medische functie

☐ Hogere beleids- of managementfunctie

☐ Verpleegkundige functie

☐ Eigen praktijk als.....

☐ Anders, nl.....

☐ Ander type NP functie, zoals.....

35. Ziet u belemmeringen die het realiseren van een dergelijke stap in de weg kunnen staan?

☐ Nee

☐ Ja,

nl.....

Substitutie en innovatie van taken*

Wilt u bij onderstaande vragen kijken naar de samenstelling van uw huidige takenpakket en nagaan wie die taken uitvoerde toen u nog geen Nurse Practitioner (i.o.) was.

Voorbeeld 1:

Een deel van uw taken hoeft nu niet meer door een AGIO te worden uitgevoerd (60-80%), en verder bent u taken blijven uitvoeren die u voorheen als verpleegkundige op deze werkplek ook al deed (40-20%).

Voorbeeld 2:

Een deel van uw taken bleef voorheen liggen (40-60%), een deel werd voorheen door verpleegkundigen uitgevoerd (20-40%), en u heeft in overleg enkele taken van de verpleegkundig consulent overgenomen (0-20%).

36* Voor welk deel van uw werktijd voert u als Nurse Practitioner (i.o.) op deze werkplek taken uit die

	0%	0-20%	20-40%	40-60%	60-80%	80-100%	weet niet
Voorheen bleven liggen							
Voorheen nog niet bestonden							
Voorheen werden uitgevoerd door een							
...verpleegkundige							
...gespecialiseerd verpleegkundige							
...verpleegkundig consulent							
...verpleegkundig specialist							
...specialist							
...huisarts of verpleeghuisarts							
...arts-assistent in opleiding							
...arts-assistent <u>niet</u> in opleiding							
...andersoortige arts dan genoemd							
...paramedicus							
...andere hulpverlener, nl.....							

Dit waren de vragen.

Nogmaals onze hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek

Wilt u de vragenlijst zo snel mogelijk op de bus doen?

Ruimte voor eventuele opmerkingen:

Woord van dank

Met veel plezier kijk ik terug op de afgelopen maanden waarin ik deze studie schreef. Het was meer dan het schrijven van een onderzoeksverslag. Al schrijvende trok in mijn gedachten 33 jaar werken in de gezondheidszorg voorbij, een terrein dat me nog steeds mateloos boeit. Eigenlijk is het meer dan werken, het is leven. In de gezondheidszorg word je geconfronteerd met een bonte verscheidenheid aan mensen op momenten in hun leven die ze zich vaak blijvend zullen herinneren. Maar niet alleen de patiënten maken het bijzonder, ook de mensen die kiezen voor de gezondheidszorg zijn op de een of andere manier anders. Samen deel je, zonder het onder woorden te brengen, de bijzondere ervaringen die je in de gezondheidszorg ten deel vallen.

Een woord van dank gaat op de eerste plaats uit naar Drs. Fr.C.A. Jaspers, lid van de Raad van Bestuur van het Universitair Medisch Centrum Groningen en Mevrouw E.I. van Leeuwen-Seelt, directeur P&O voor de tijd die zij mij gaven om dit proefschrift te schrijven en voor het vertrouwen in mij dat zij daarmee uitspraken. Yvonne ten Hoeve deelt de eerste plaats met hen; zij deed de dataverzameling, bespaarde mij talloze tochtjes naar de bibliotheek en zorgde voor morele steun. Daarnaast heeft zij mij bewust gemaakt van de verschillende vogeltjes in mijn tuin, zodat ik ineens anders ben gaan kijken en luisteren.

Het is niet mogelijk om alle collega's en vrienden bij naam te noemen om mijn erkentelijkheid te betuigen voor hun nimmer aflatende belangstelling en bemoediging. Ik verenig hen in één persoon: Cies, bedankt!

En dan mijn trouwste fan, mijn zoals hij het zelf noemt "oude vader." Er is geen dag tijdens het schrijven voorbij gegaan waarop hij niet vroeg: "En?" Samen met mijn moeder stuurde hij wekelijks een bemoedigend kaartje. Ik weet dat zij trots op mij zijn. Hoeft niet hoor, ik heb, hoe gek het misschien klinkt, van het schrijven genoten!

Mijn dank gaat ook uit naar het sectorfonds SoFokles dat een deel van het onderzoek subsidieerde.

Last but not least wil ik mijn begeleiders Professor dr. A.M. Sorge en Mevrouw dr. M.A.G. van Offenbeek bedanken voor hun commentaar alsmede de leden van de beoordelingscommissie.

Curriculum vitae

Petrie Roodbol werd geboren op 24 oktober 1953 te Rotterdam. Het meest opvallende aan haar loopbaan is de volgorde. Zij maakte eerst carrière en ging toen pas studeren.

Volgens de heersende opvattingen ging zij op haar twaalfde naar de MMS, waarna zij, omdat zij geïnteresseerd was in de gezondheidszorg, leerling-verpleegkundige werd in het Academisch Ziekenhuis Leiden. Vooral de kinderverpleging sprak haar aan en meteen na het behalen van haar A-diploma, begin 1975, begon zij aan haar kinderaantekening. Het avontuur trok en medio 1976 vertrok zij naar de Antillen om daar als kinderverpleegkundige te werken. Ruim een jaar later kwam zij terug en begon als waarnemend hoofd op de 54 bedden tellende kinderafdeling van de toenmalige Mariastichting in Haarlem. Ze werkte er nog maar net toen het hoofd met vervroegd pensioen ging en zij haar opvolgde. Negen jaar lang gaf zij aan ruim 35 medewerkers leiding gecombineerd met patiëntenzorg en leerde door te doen. Op een gegeven moment kondigde zich een fusie aan met een naburig ziekenhuis en realiseerde zij zich dat zij als leidinggevende wel veel ervaring had opgebouwd maar geen diploma voor de functie bezat. Zij deed een basisopleiding management, gevolgd door een voortgezette opleiding en kwam tot de ontdekking dat wat zij daar leerde zich al spontaan in de praktijk had eigen gemaakt.

In 1986 kwam zij in het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht terecht als coördinerend hoofdverpleegkundige. Zij merkte dat zij naast het leidinggeven ook aangetrokken werd door beroepsinhoudelijke ontwikkelingen en veranderingsprocessen. In een klein ziekenhuis als het Wilhelmina kinderziekenhuis kon zij deze interesses combineren met haar management taken. Zij werd betrokken bij het internationale congres dat het ziekenhuis organiseerde voor de introductie van verplegingswetenschap in ons land, *Changing patterns in Nursing Education* (1987). Zij besloot in 1988 de tweejarig voortgezette opleiding beroepsinnovatie te volgen en schreef zich meteen na het afronden van deze opleiding in voor de universitaire studie Gezondheidswetenschap van Maastricht.

Toen het UMCG haar in 1991 vroeg coördinerend hoofd te worden van de kinderkliniek leek haar dat een geweldige uitdaging, vooral ook omdat het ziekenhuis bekend stond om zijn beroepsinhoudelijke ontwikkelingen. Het betekende wel dat zij nog twee jaar van Groningen naar Maastricht moest reizen om haar studie af te maken. In 1993 studeerde zij af. Haar werk als coördinerend hoofdverpleegkundige van de Kinderkliniek binnen het UMCG combineerde zij met interim management voor de Orthopedie en de Gynaecologie & Obstetrie. Uiteindelijk besloot zij in 1996 de kinderverpleging te verlaten en op het directiebureau van het UMCG te gaan werken om zich breder te ontwikkelen. Naast interim-management, onder meer voor het Klinisch Genetisch Centrum, werd haar onder meer gevraagd de functie van nurse practitioner in te voeren, een landelijke primeur. De geschiedenis herhaalde zich. Ter introductie van de functie organiseerde zij een internationaal congres: *Nurse Practitioner, Challenging Conventional Roles in Healthcare*. Vanaf het begin van het implementatieproces werden gegevens verzameld voor nader onderzoek. Zij zocht aansluiting bij het internationale netwerk voor Nurse Practitioners van de wereldwijde International Council of Nursing. Toen zij in 1999 door het UMCG werd gevraagd een opleidingsinstituut te ontwikkelen bleef zij projectleider voor de functie nurse practitioner, waarover zij talloze voordrachten verzorgde, niet alleen nationaal, maar ook internationaal. Om het onderzoek professioneler aan te pakken werd contact gezocht met de faculteit Bedrijfskunde van de Rijksuniversiteit Groningen, wat uiteindelijk heeft geleid tot dit proefschrift. Naast hoofd van het opleidingsinstituut van het UMCG is zij ook directeur van de Academie voor Gezondheidszorg Groningen, een samenwerkingsverband tussen het UMCG, de RUG en de Hanzehogeschool.

Stellingen behorende bij het proefschrift van Petrie F.Roodbol

1. Een patiënt is beter af met verpleging door toegewijde religieuzen, dan door hoog opgeleide professionele verpleegkundigen.
2. Alle oorspronkelijke taken van de verpleging, hygiëne, voeding, ligging en ventilatie zijn overgenomen door de schoonmaak, diëtetiek, het bedrijfsleven en de airconditioning.
3. Dat zelfzorg iets anders is dan stimuleren tot zelf doen, begreep de arts Dunning al in 1894 toen hij het werk van de verpleegkundige beschreef als “selfzorg.”
4. De verpleging ervaart meer autonomie als NP in een afhankelijkheidsrelatie van een medisch specialist dan als lid van een verpleegkundig team dat professionalisering nastreeft, waaronder wordt verstaan een zelfstandige beroepsuitoefening, onafhankelijk van de medisch specialist.
5. Aan taakherschikking gaat patiëntenselectie vooraf. Als er al “herschikt” zou moeten worden, zijn het patiëntencategorieën.
6. De functie van NP biedt een kans om een einde te maken aan de domeinstrijd en aan de capaciteitsproblematiek van de Nederlandse gezondheidszorg mits de NP de moed heeft om verpleegkundige te blijven.
7. Een paternalistische overheid weerhoudt beroepsgroepen ervan hun eigen verantwoordelijkheid te nemen voor onder meer de capaciteitsplanning.
8. Het is een misverstand om de arts-assistent in opleiding te zien als iemand die een groot deel van de patiëntenzorg voor zijn of haar rekening kan nemen.
9. De invoering van functiedifferentiatie in de verpleging heeft meer gekost aan projectleiders, commissies, taakgroepen, werkgroepen en onderwijsvernieuwing dan zij zal opbrengen door de inzet van goedkopere krachten.
10. Het is bedroevend in dit ICT tijdperk te zien hoeveel tijd aan schriftelijke en mondelinge communicatie wordt besteed om enige continuïteit in de patiëntenzorg te garanderen waarbij iedere discipline ook nog hardnekkig vasthoudt aan een eigen dossier.
11. Wanneer de verpleging de NP niet adopteert uit angst voor degradatie zal dit een self-fulfilling prophecy blijken te zijn.
12. Schurfie heeft als hij niet getransformeerd is meer met Pettigrew en Whipp gemeen dan zijn naam in het Engels. Veranderkundig gesproken doen zij niet aan elkaar onder, al gebruikt de één daar een beschrijvingskader voor en de ander een sluipwegwijzer.