

University of Groningen

## Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen

Roodbol, Petrie

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Roodbol, P. (2005). *Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen: Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen.* [, Rijksuniversiteit Groningen]. s.n.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

## 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 gesecculariseerd 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<sup>e</sup> 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 “*maatschappelijke 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 iatrogen.

### 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 sanctiëring 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 zèlf 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 (RVZ<sup>1</sup>) 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

---

<sup>1</sup> 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 handelingen<sup>2</sup> 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 de 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

---

<sup>2</sup> 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: “Mastery 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 deskundigheidsomschrijving 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 uiteten 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 <i>sociaal</i> 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 <i>moreel</i> probleem: domein van de geestelijke verzorging. Door waarschuwingen van medici over de lichamelijke gevolgen wordt het een <i>medisch</i> 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”)<sup>3</sup>, 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 inferentie<sup>4</sup> 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.

---

<sup>3</sup> Musical *Fiddler on the Roof*, Shalom Aleichem and Joseph Stein, 1971.

<sup>4</sup> 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<sup>e</sup> 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.

<p>De neurologie legt aan het eind van de 19<sup>e</sup> 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.</p> <p>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,</p>
---

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 fysieke 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

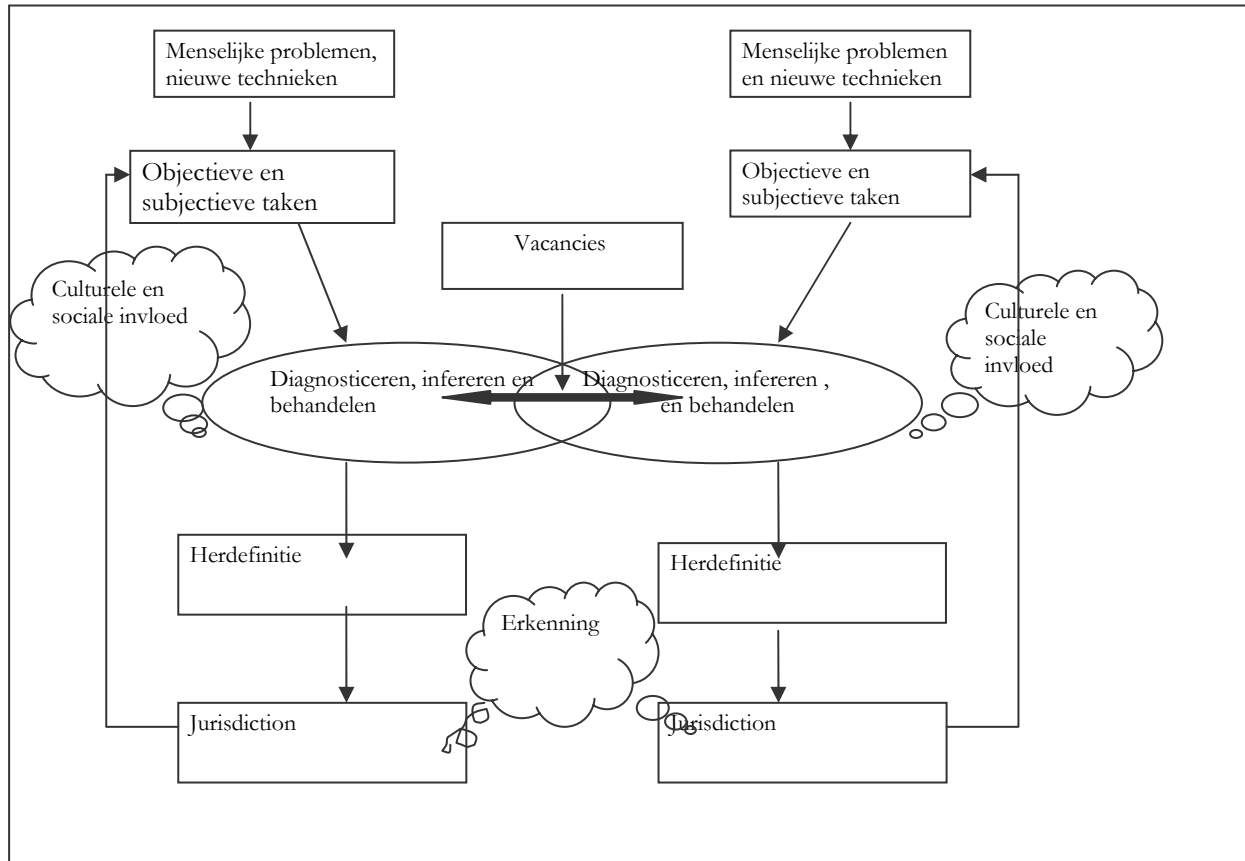
Abbott's visie draait om de voortdurende strijd die professies met elkaar leveren over de zeggenschap (jurisdiction) over probleemgebieden, domeinen, beïnvloed door interne en externe factoren en vacancies. Professionalisering kan daardoor alleen in de nationale politieke context worden bestudeerd en alleen in samenhang met andere professies. Professies zijn geen homogene groepen. Tussen beginners en experts zijn grote verschillen. Professionalisering kent verschillende uitingsvormen, 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, jurisdiction
  - 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, jurisdiction, 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. Machtrelaties 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 Afhangelijkheid	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 gedragvormen 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 LRVV<sup>5</sup> erkend getuigschrift voor de directe zorgverlening aan een bepaalde groep patiënten. De handelingscontext is een verpleeg- en/of behandel eenheid 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.

---

<sup>5</sup> 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.