

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 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 verschraving 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 veldhospitelen 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 Bospereus 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 ongekeerde 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 Oorlogconflict 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 roepingsaspect 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: toelagen 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 uitgetoetst, 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 veelelvoudigd 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 wankel 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 hoofdtaak 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 zouden 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 Nationale Bond voor Ziekenverpleging opgericht, waarvan in tegenstelling tot de in 1893 opgerichte Nederlandse 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.

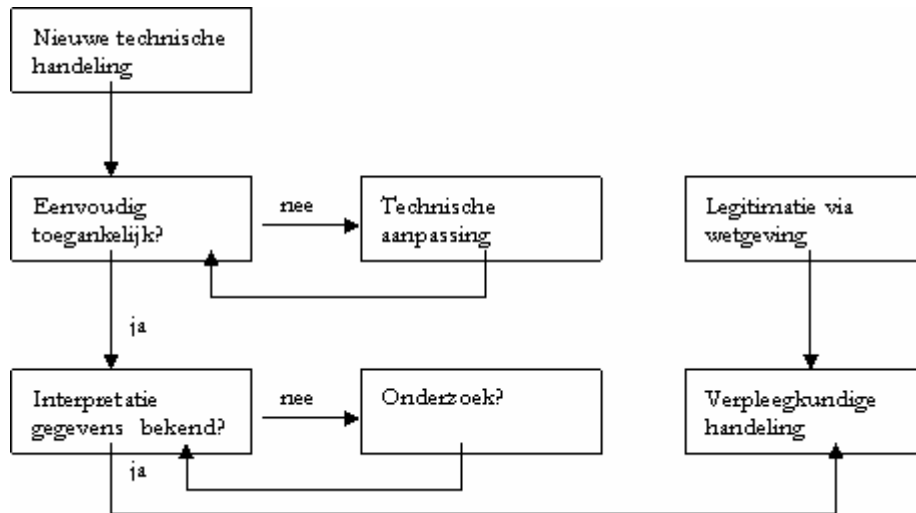
Ondanks deze overwinning van de verpleging in het streven naar zelfstandigheid, vindt een tegenbeweging plaats: de overname van medisch technische handelingen door verpleegkundigen. Zijn medici ambivalent als het gaat om het bestaansrecht van de verpleging, verpleegkundigen zijn ambivalent als het gaat 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, temperatuur, 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 belangrijker 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-Proper, 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 Quanjier, 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 hongervinter 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 ziekenverzorger 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 hulppersoneel. Vooraanstaande verpleegkundigen als zr. Meyboom (1871-1971; Van der Meij-de Leur, 1987) zijn geen voorstanders en zien de ziekenverzorger 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 rondt 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 patiënttoewijzing (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 organisatiemodellen 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 Integreerend Verpleegkundig 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 dunkt. De verpleging heeft daarvoor aansluiting gezocht bij bedrijfskundigen, organisatie-sociologen 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 (hoogcomplexe 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 LRVV¹⁴ erkend getuigschrift voor de directe zorgverlening aan een bepaalde groep patiënten. De handelingscontext is een verpleeg- en/ of behandelingsomgeving 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 vervolgoopleidingen 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 vervolgoopleidingen, 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 Dorothea Orem (1971). Het model heeft overeenkomsten met een systeemmodel (Aggleton en Chalmers, 1986). Voor Orem is het *algemene* doel van verpleegkundig handelen drieledig:

- 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, wijdlopieg 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 handelingengebied 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 bekwamen 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 bekwamen 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 Fliedner (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. Wachlijsten

Eind negentiger jaren dient zich een nieuw fenomeen aan dat het imago van de gezondheidszorg geen goed doet: wachlijsten. Patiënten moeten maandenlang wachten op operatieve ingrepen, op polikliniek bezoeken aan medisch specialisten en op thuiszorg. De wachlijsten 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 wachlijsten voor onder meer heupoperaties, oogheekundige 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

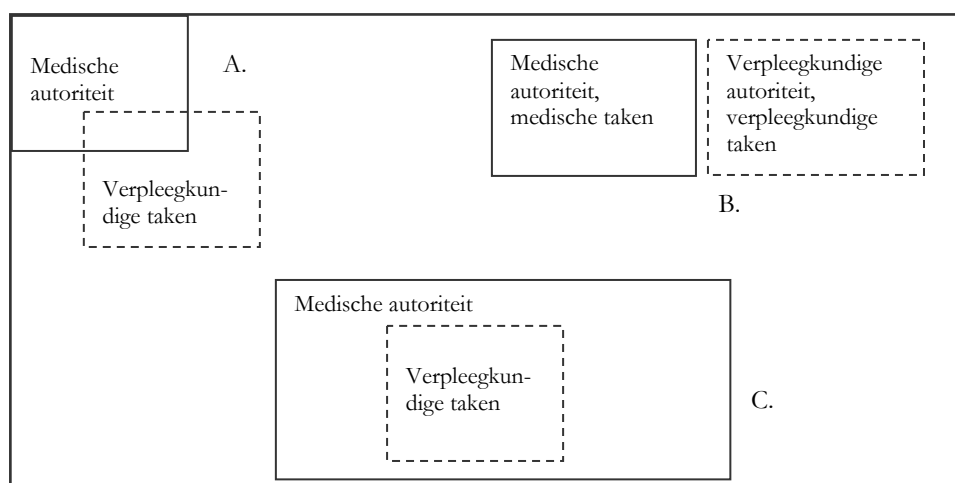
De relatie met de arts is een van de redenen waarom de verpleging niet als professie wordt beschouwd (Freidson, 1970; Van der Arend, 1988).

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 verpleegkundige 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 artsenberoep (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.