

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 4. DE INTRODUCTIE VAN DE NURSE PRACTITIONER

4.1. Inleiding

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

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

4.2. Wat is een Nurse Practitioner (NP)?

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

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

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

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

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

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

“NPs possess advanced health assessment and diagnostic and clinical management skills that include pharmacology management. Their focus is expert direct care, managing the health care of individuals, and their families.

Incumbents in the classic NP role provide primary care focused on wellness and prevention; NP practice also includes caring for patients with minor, common, acute conditions and stable chronic conditions. The newer brings practitioner skills to a specialized patient population within the acute care setting. The focus is the diagnosis and clinical management of acutely or critically ill patients in a particular specialized setting. Acquiring additional medical diagnostic and management skills such as interpreting computerized tomography and magnetic resonance imaging scans, inserting chest tubes, or performing lumbar punctures also characterize this role” (p.66).

“Certain criteria (or qualifications) must be met before one can be considered as APN: graduate education, certification in practice focused on patient/family” (p.58).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In het Britse tijdschrift de *Nursing Standard* beschrijft Judi Davis (1992, p. 37-39) NPs als: *“Individuals who have the knowledge and authority to make autonomous decisions regarding patient care, and are totally accountable for their actions. Using protocols the nurse practitioner can assess, diagnose, treat and discharge patients with minor injuries without reference to a doctor”*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.1. Conclusie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.1. Onderzoek in de VS

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

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

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

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

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

4.3.2. Analyse

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

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

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

4.3.3. De NP buiten de VS (survey)

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

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

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

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

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

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

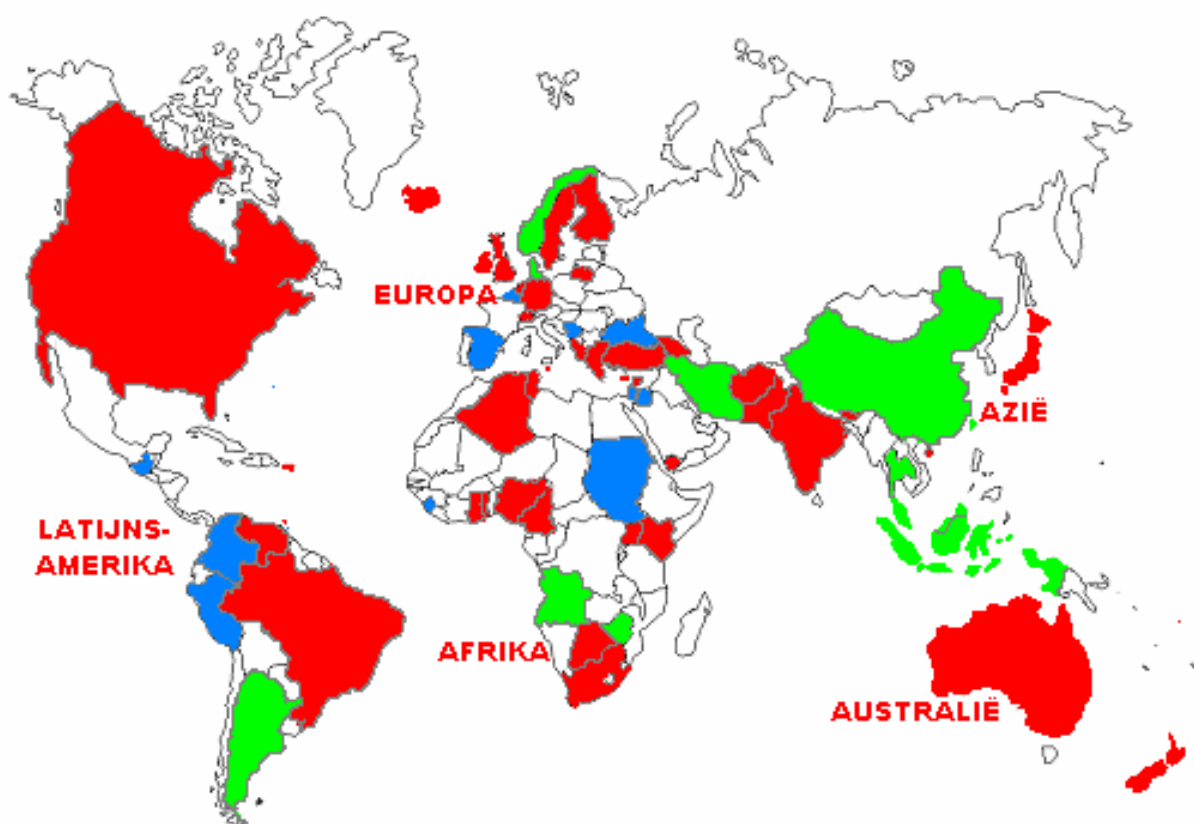
In Zuid-Afrika bestaat de functie op grote schaal, alleen onder een andere naam. De geregistreerde verpleegkundige doet daar het werk dat in de andere landen door de NP wordt gedaan. De situatie verschilt fundamenteel van de Angelsaksische landen. Zuid-Afrika heeft 40 miljoen inwoners, waarvan meer dan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

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

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

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

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



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

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

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

4.3.4. Nabeschouwing survey

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

4.4. De implementatie in het UMCG

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

4.4.1. De context

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

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

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

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

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

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

Het grootste probleem van het UMCG is het (verwachte) tekort op de arbeidsmarkt, zowel van verpleegkundigen als van artsen (medisch specialisten). Agnio's²¹ die worden ingezet om routine werkzaamheden te doen worden schaars (Lutke Schipholt, 2000).

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

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

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

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

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

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

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

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

²¹ Assistenten geneeskunde niet in opleiding

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

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

4.4.2. Inhoud en lokale invoering

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

De taken zijn:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4.3. De eerste opleiding

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

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

4.4.4. De eerste NPs in het UMCG

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

De eerste NPs in het UMCG, 1997

De eerste zes NPs werken op de volgende afdelingen:

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

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

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

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

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

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

NPs in het UMCG, 2001

Vergeleken met 1997 zijn nieuwe afdelingen waar NPs werken:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4.5. Analyse

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

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

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

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

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

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

4.5. De implementatie van de NP in ons land

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

uitzending van *Barend en Witteman* op 8 januari een voorstandster getoond van het overnemen van medische taken en zelfs kleine operaties door verpleegkundigen (Zandbergen, 1997). Het congres is voor het UMCG een middel om de functie niet alleen in het ziekenhuis te introduceren, maar ook in het land. Er ontstaat een ware mediahype. De kranten spreken van “superverpleegkundigen” en “minidokters” (Algemeen Dagblad, 24 oktober 1998; Nieuwsblad van het Noorden, 27 november 1997).

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5.1. Landelijke beleidsontwikkeling

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.5.2. Analyse

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

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

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

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

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

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