

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 5. EVALUATIE VAN DE NP

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

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

5.1. Beantwoording deelvraag 1:

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

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

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

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

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

5.1.1. Methode van onderzoek

◆ *Design, procedure en onderzoeksgroep*

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

◆ *Inclusiecriteria voor NPs:*

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

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

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

◆ *Inclusiecriteria voor verpleegkundig specialisten:*

- Werkzaam in de intramurale curatieve sector;
- Zelfstandige functievervulling.

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

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

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

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

◆ *Meetinstrument*

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

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

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

◆ *Uitvoering van het onderzoek*

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

◆ *Betrouwbaarheid en validiteit*

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

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

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

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

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

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

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

Op basis van functie en werksetting werden zes groepen samengesteld:

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

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

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

²⁴ ZIS: het geautomatiseerde Ziekenhuis Informatie Systeem

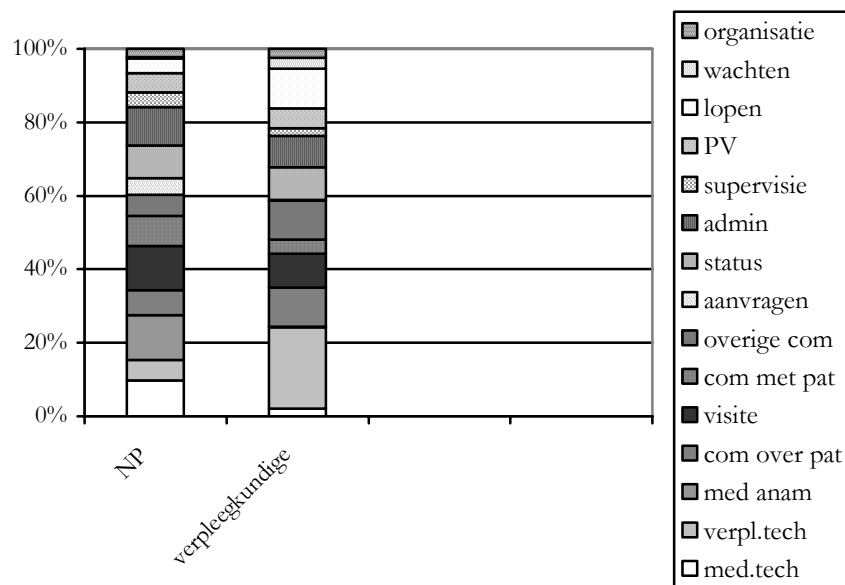
²⁵ Met uitzondering van de verpleegkundig specialisten

5.1.2. Resultaten

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

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

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



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

De drie activiteiten waaraan NPs de meeste tijd besteden zijn:

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

De vier activiteiten²⁶ waaraan verpleegkundigen de meeste tijd besteden zijn:

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

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

In tabel 5.2.staan de resultaten weergegeven.

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

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

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

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

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

◆ *Discussie*

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

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

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

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

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

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

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

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

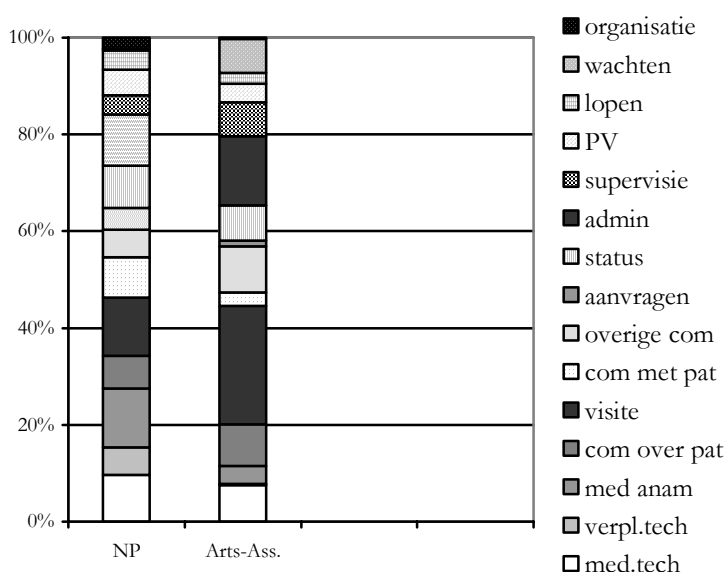
Verpleegkundigen zijn in hun communicatie met de patiënt vooral gericht op de situatie waarin de patiënt zich op dat specifieke moment bevindt, zonder verder vooruit te kijken. Wanneer de patiënt iets over zijn/haar aandoening vraagt, wordt hij/zij naar de arts of de NP verwezen. De verpleegkundige doet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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

◆ *Discussie*

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

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

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

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

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

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

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

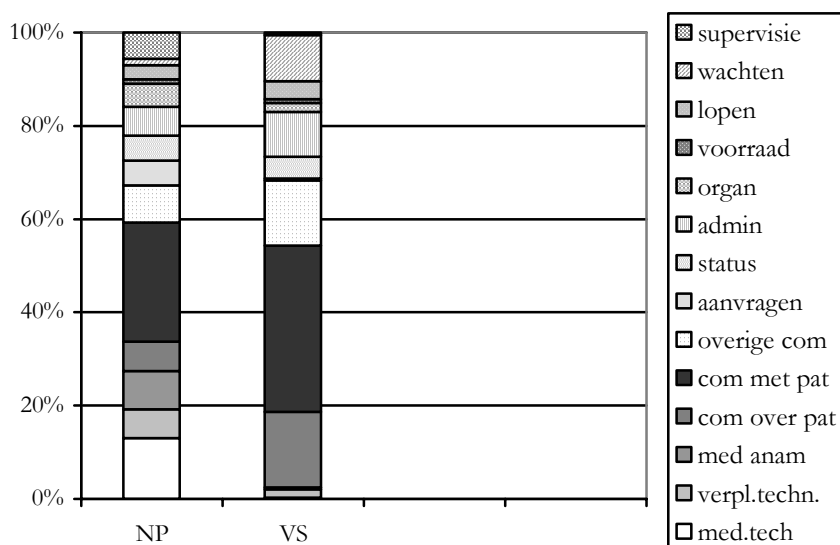
Ofschoon het percentage besteed aan *organisatie* door de NP gering is (slechts 2,2%) is dit toch significant meer dan bij de arts-assistent (0,3%). Deze besteedt significant meer tijd aan *wachten* (7,1%) dan de NP (0,3%). Voor de NP is de afdeling een vaste werkplaats, in tegenstelling tot de arts-assistent,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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

◆ *Discussie*

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

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

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

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

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

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

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

Hoewel de verpleegkundig specialist een zelfstandige functie is met een eigen afgebakend domein (zie paragraaf 3.6.4.) wijst het hoge percentage tijd besteed aan *communicatie over patiënten en overige communicatie* juist op meer werkafhankelijkheden.

Terwijl over legitimiteit, de inzet en productiviteit van de NP veel gediscussieerd is, lijkt dit over de verpleegkundig specialist niet het geval. Dit kan vermoedelijk worden verklaard uit het feit dat de verpleegkundig specialist formeel geen taken van medici overneemt en dat de functie los van medici is gecreëerd. De verpleegkundig specialist is ontwikkeld in de periode dat verpleegkundigen het medisch model totaal hadden verlaten (zie hoofdstuk 3). De herkomst van

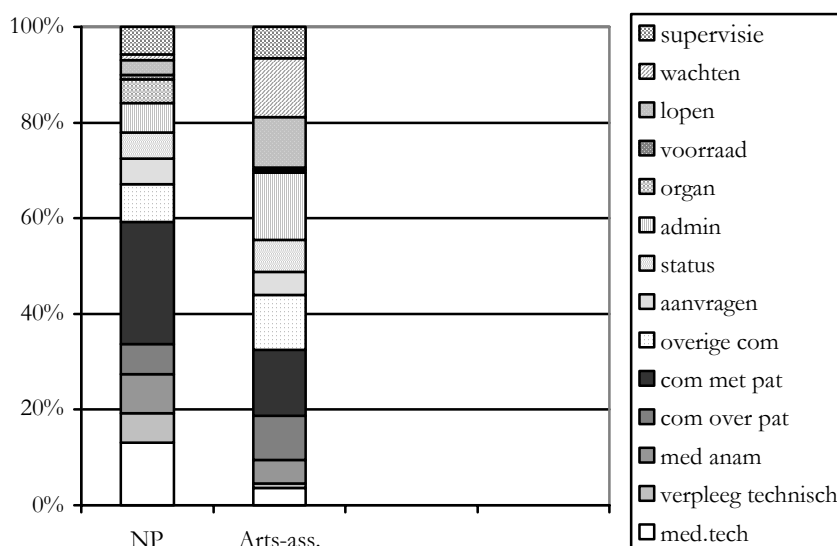
de formatie van de verpleegkundig specialist heeft nooit ter discussie gestaan: van de verpleging! In de begeleiding van en de informatie voorziening aan de patiënt doet de verpleegkundig specialist echter taken die voorheen terecht of onterecht door medici werden gedaan of bleven liggen.

De NP, voor wie de polikliniek vaak de enige werkplaats is, voelt zich vaker dan de verpleegkundig specialist medeverantwoordelijk voor de hele organisatie van de polikliniek. De NP neemt de taak op zich om nieuwe arts-assistenten wegwijs te maken in het reilen en zeilen van het poliklinische bedrijf en raakt daardoor betrokken bij de wijze van bedrijfsvoering. Voor de steekproef van deze studie werd met moeite één situatie gevonden waarin een NP en een verpleegkundig specialist in één praktijk werkten. Dit wekt de indruk dat het niet nodig gevonden wordt een NP en een verpleegkundig specialist samen in één praktijk te laten functioneren. Op grond van deze studie kon niet worden aangetoond of de inzet van de NP de inzet van een verpleegkundig specialist in de patiëntenzorg overbodig maakt. De verpleegkundig specialist heeft (zie paragraaf 3.6.4.) ook een aantal taken buiten de directe patiëntenzorg.

Samengevat doet de NP op de polikliniek andere activiteiten dan de verpleegkundig specialist, activiteiten die tot het medisch domein horen. De inhoud van de communicatie met patiënten, waaraan beiden een ruim deel van hun tijd besteden, verschilt echter niet. Zowel de verpleegkundig specialist als de NP proberen patiënten zelfmanagement over hun ziekte te leren. In de informatievoorziening aan en de begeleiding van de patiënt heeft ook de verpleegkundig specialist taken van de arts overgenomen.

D. Activiteiten van de NPs en de arts-assistenten op de polikliniek tijdens het spreekuur

De activiteiten van NPs (n=20) tijdens het spreekuur op de polikliniek zijn vergeleken met die van arts-assistenten (n=10) met als doel na te gaan waarin deze met elkaar overeenkomen en verschillen. In figuur 5.4. staan de activiteiten met de gemiddelde tijdsbesteding van beide groepen.



Figuur 5.4. Activiteiten en de gemiddelde tijdsbesteding van NPs (n=20) en arts-assistenten (n=10) op de polikliniek tijdens het spreekuur

De drie activiteiten waaraan NPs op de polikliniek tijdens het spreekuur de meeste tijd besteden zijn:

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

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

- *administratie (14%), communicatie met de patiënt (13,7%), overige communicatie (11,5%).*

Vervolgens is de gemiddelde tijdsbesteding aan activiteiten van de twee groepen met elkaar vergeleken met behulp van een T-toets voor onafhankelijke steekproeven. De hypothese luidde dat de twee groepen voor iedere activiteit van elkaar in tijdsbesteding zou verschillen. Er werd daarom tweezijdig getoetst, met een betrouwbaarheidsinterval voor het verschil van beide gemiddelden van 95%. In tabel 5.5. staan de resultaten weergegeven.

Tabel 5.5. Vergelijking activiteiten en gemiddelde tijdsbesteding van NPs (n=20) met arts-assistenten (n=20) op de polikliniek tijdens het spreekuur

Activiteit	T	Df	Sig. 2 tail	Mean diff
Medisch technisch handelen	4,317	21,343	,000	3,877
Verpleeg technisch handelen	2,936	15,950	,010	2,616
Medische Anamnese	2,455	23,999	,022	1,150
Communicatie over patiënt	-,592	13,000	,564	-,714
Communicatie met patiënt, incl. verpleegkundige anamnese	5,357	21,566	,000	10,850
Overige communicatie	-2,015	25,260	,055	-2,088
Aanvragen	-,751	23,914	,460	-,388
Status	,350	20,996	,730	,323
Administratie	-4,817	22,663	,000	-4,247
Lopen	-6,993	12,689	,000	-3,063
Wachten	-8,217	12,633	,000	-5,075
Supervisie ontvangen	,570	16,514	,576	,833
Voorraad	1,633	4,000	,178	,800
Organisatie	1,886	18,000	,075	1,473

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

- *verpleegtechnisch handelen (resp. 5,4% en 0,9%);*
- *medische anamnese (resp. 7,2% en 4,9%);*
- *communicatie met patiënten (resp. 22,4% en 13,7%);*
- *administratie (resp. 5,4% en 14%);*
- *lopen (resp. 2,7% en 10,5%);*
- *wachten (resp. 1,13% en 12,3%).*

◆ *Discussie*

Er zijn géén activiteiten die de arts-assistenten op de polikliniek tijdens spreekuren wél en de NPs niet doen. Hierbij moeten twee kanttekeningen worden geplaatst. Op de eerste plaats vindt net als op de afdeling er ook op de polikliniek eerst patiëntselectie plaats; de NP ziet een nauw omschreven, beperkte categorie patiënten waarvan de behandeling volgens protocol verloopt. Op de tweede plaats verschilt de tijdsbesteding aan een aantal activiteiten. De NP bijvoorbeeld doet

aanzienlijk langer over consulten dan de arts-assistent. De NP brengt meer tijd door met *medisch technisch handelen, de medische anamnese* en met *communicatie met patiënten*. Dit leidt tot een langere contacttijd van de NP per patiënt. Per medisch specialisme en subspecialisme verschilt de contacttijd van 5 minuten tot een half uur en bij uitzonderingen tot een uur, afhankelijk van de patiëntencategorie. De NP vraagt doorgaans de dubbele contacttijd van de arts-assistent. De NP spreekt dit af bij de aanstelling, al of niet uit eigen ervaring.

Soms worden patiënten niet alleen op categorie geselecteerd, maar krijgt de NP ook patiënten die extra aandacht nodig hebben. Het grote verschil in tijd doorgebracht met *communicatie met de patiënt* tussen de NP (22,4%) en de arts-assistent (13,7%) illustreert dit verschil. Uit kwalitatieve analyse blijkt dat dit veroorzaakt wordt door het feit dat de NP voor de informatieverstrekking aan en begeleiding van de patiënt meer tijd neemt en spontaan verder gaat dan sec de behandeling. De NP is sterker gericht op het aanleren van zelfmanagement en psychosociale begeleiding. NPs zijn ervaren verpleegkundigen die geleerd hebben bij problemen op psychosociaal gebied dóór te vragen. Een patiënt bij de nacontrole van een oncologische aandoening: “*de verzekering die ik moet betalen voor mijn hypotheek is nog steeds extra hoog.*” De arts-assistent: “*we hebben daarover wel een informatiefolder hoe daarmee mee om te gaan.*” De NP: “*we ben daarover wel een informatiefolder hoe daarmee om te gaan. Of bedoelt u eigenlijk te vragen of u daadwerkelijk genezen bent?*”

Arts-assistenten zijn van harte bereid vragen op psychosociaal gebied te beantwoorden. Voordat zij zich op psychosociaal gebied begeven, moet er echter in de meeste gevallen eerst een vraag gesteld zijn, in tegenstelling tot de NP die de informatie spontaan geeft.

De hogere tijd besteed aan communicatie door de NP wordt ook veroorzaakt door informele contacten die de NP met de patiënt heeft, doordat hij/zij herkend wordt buiten de spreekkamer. Patiënten die geregeld de polikliniek moeten bezoeken vragen om door de NP behandeld te worden, omdat zij dan steeds dezelfde persoon krijgen. Bij bezoeken aan de arts-assistent is de kans daarop klein.

De polikliniek is voor de arts-assistent een leersituatie. Van deze functionaris wordt verwacht door patiëntenzorg ervaring en kennis op te doen. Het is een onderdeel van zijn/haar opleiding die zich ook op de afdeling en eventueel de operatiekamer afspeelt. Voor de NP is de polikliniek een vaste werkplek. De NP is daardoor meer betrokken bij de organisatie van de polikliniek en van het eigen spreekuur. De arts-assistent bemoeit zich weinig tot niet met de organisatie van de polikliniek. Mogelijk dat hieruit een deel van het verschil in tijd kan worden verklaard, dat wordt besteed aan *wachten* op patiënten en de supervisor (12,3% door de arts-assistent versus 1,1% bij de NP).

De NP heeft, in tegenstelling tot de arts-assistent, één opdracht en één werkplek: patiëntenzorg op de polikliniek. Bij het uitvallen van patiënten tijdens het spreekuur heeft de NP de mogelijkheid om andere werkzaamheden te doen, een kast op te ruimen of een volgende poli voor te bereiden. De arts-assistent besteedt ook veel tijd aan *lopen* (10,5% versus 2,7% door de NP). Mogelijk dat dit verklaard kan worden uit het feit dat de NP de helft minder patiënten ziet dan de arts-assistent. Vermoedelijk veroorzaakt dit ook het verschil in tijdsbesteding aan *administratie* tussen de NP en de arts-assistent.

Al met al brengt de arts-assistent 12,3% van de tijd door met *wachten* en 10,5% met *lopen* (totaal 22,8%) waar tegenover 23,8% *contacttijd* met de patiënt staat. Enige efficiëntie winst in de inzet van de arts-assistent zou hier tot de mogelijkheden moeten behoren. Voor de NP is deze 3,8% voor *lopen* en *wachten* samen tegenover 58% *contacttijd*.

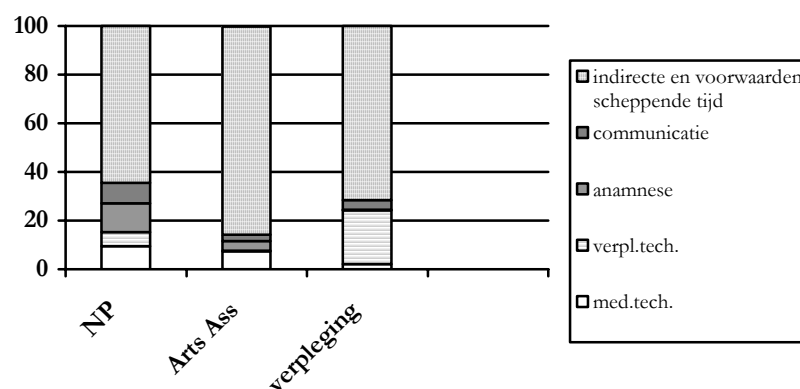
◆ *Conclusie*

Samengevat kan worden geconcludeerd dat de NP ook op de polikliniek na patiëntselectie gelijke activiteiten doet als de arts-assistent, maar dat de tijdsbesteding aan deze activiteiten sterk verschilt. De NP besteedt meer tijd aan patiëntenzorg (51% versus 28%) maar ziet de helft minder patiënten. In de communicatie met patiënten

combineert de NP het medisch referentiekader met het verpleegkundig. De NP richt zich niet alleen op de ziekte zelf, maar richt zich ongeraagd ook op psychosociale gevolgen van de ziekte en op het aanleren van zelfmanagement van de patiënt. De NP kent de patiënten en vice versa. De kans op continuïteit in de patiëntenzorg is daardoor groter bij de NP dan bij de arts-assistent.

E. De bijdrage van klinisch werkende NPs en arts-assistenten in de rol van zaalarts en van afdelingsverpleegkundigen aan de directe patiëntenzorg

In figuur 5.5. staan de percentages tijd besteed aan de *directe* patiëntenzorg weergegeven van de klinisch werkende NPs (n=15) en arts-assistenten (n=15) in de rol van zaalarts en van afdelingsverpleegkundigen (n=15).



Figuur 5.5. Bijdrage van de klinisch werkende NPs (n=15) en arts-assistenten (n=15) in de rol zaalarts en afdelingsverpleegkundigen (n=15) aan de directe patiëntenzorg

◆ Discussie

Volgens de literatuur ligt de gemiddelde *directe tijdsbesteding* aan patiëntenzorg door de klinisch werkende verpleging in ons land tussen de 40% en 50% (Buchel en Van Roestel, 1986). In dit onderzoek is het percentage directe tijd van de verpleging 28,3%; vergeleken met deze referentiewaarden dus vrij laag. Prescott, Phillips, Ryan and Thompson (1991) vonden een gemiddelde directe tijd bij verpleegkundigen in de VS van 33,8%. Ook met deze waarden vergeleken is het gevonden percentage in deze studie lager.

Van arts-assistenten en NPs in de rol van zaalarts zijn géén referentiewaarden bekend. De NP houdt zich met 35,4% niet méér met directe patiëntenzorg bezig dan de verpleegkundige met 28,3%, maar wel significant meer dan de arts-assistent, die 14,2% van de tijd aan directe patiëntenzorg besteedt (One way Anova $F=11.549$, sig. = ,000 ; Dunnett T.3 = 12,33, sig. = ,000). Arts-assistenten zijn in opleiding en het doel van patiëntenzorg is bij hen zowel tot voordeel van de patiënt zelf als voor hun eigen leerproces. Zij hebben ook taken buiten de afdeling, bijvoorbeeld op operatiekamers en in diensten. Tijdens de diensten worden zij overdag op de afdeling waargenomen door collega's. De onderzochte NPs hebben geen diensten of taken buiten de afdeling.

De kans op continuïteit voor de patiënt, mits deze niet naar een andere afdeling verhuist, is bij de NP groter dan bij de arts-assistent. De NP ziet op de verpleegafdeling meer patiënten, maar doet ook langer over consulten dan de arts-assistenten.

Ook verpleegkundigen draaien onregelmatige diensten, maar wel op de eigen afdeling. Doordat zij zijn toegewezen aan een beperkt aantal patiënten, kennen zij niet alle opgenomen patiënten. De NP kent deze echter allemaal wel. Gelet op de hoge tijd die de NP doorbrengt met communicatie met de patiënt (8,2% door de NP versus 3,9% door de verpleegkundige en 2,7 % door de arts-assistent) lijkt de NP een vast aanspreekpunt van de patiënt.

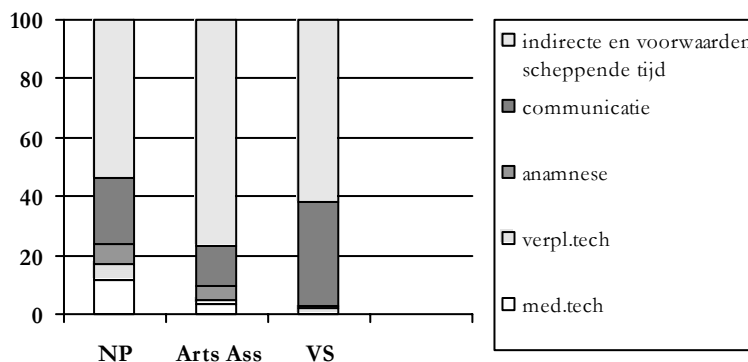
◆ *Conclusie*

De NP doet bij een geselecteerde groep patiënten in de rol van zaalarts dezelfde activiteiten als de arts-assistent. De bijdrage in tijdsbesteding aan de directe patiëntenzorg is er echter significant hoger dan die van de arts-assistent en even hoog als die van de verpleging. De arts-assistent is breder inzetbaar en heeft ook taken in de directe patiëntenzorg buiten de verpleegafdeling, bijvoorbeeld op de operatiekamer.

De NP ziet meer patiënten dan de arts-assistent en neemt meer tijd voor de patiënt. Van de drie groepen beroepsbeoefenaren communiceert de NP significant het meest met de patiënt. Omdat de NP geen taken heeft buiten de verpleegafdeling en geen diensten draait is de kans op continuïteit voor de patiënt met de inzet van een NP het grootste. Bovendien kent de NP alle opgenomen patiënten op de afdeling, in tegenstelling tot de verpleging.

F. De bijdrage van NPs, arts-assistenten en verpleegkundig specialisten aan de patiëntenzorg op de polikliniek tijdens het spreekuur

In figuur 5.6. staan de percentages tijd besteed aan de *directe* patiëntenzorg weergegeven van NPs (n=20), arts-assistenten (n=10) en verpleegkundig specialisten (n=20) op de poliklinieken tijdens het spreekuur.



Figuur 5.6. Bijdrage van NPs (n=20), arts-assistenten (n=10) en verpleegkundig specialisten (n=20) aan de directe patiëntenzorg op de polikliniek

◆ *Discussie*

Met 46,5% is de tijdsbesteding van de NP aan directe patiëntenzorg significant hoger dan die van de verpleegkundig specialist die 38,1% van de tijd aan directe activiteiten besteedt (One way Anova F. = 30,575, sig. = ,000; Dunnett's T3 = 9,45, sig. = ,000) en de arts-assistent met 23,1% (One way Anova F. = 30,575, sig. = ,000; Dunnett's T3 = 18,75, sig. = ,000). Referentiewaarden zijn alleen bekend uit de Verenigde Staten waar Williams en Valdivieso (1994) 63% directe tijd bij de NP vonden en 33% bij de verpleegkundig specialist. De gevonden waarden in deze studie zijn voor

de verpleegkundig specialist vergelijkbaar; voor de NP zijn ze laag. Opnieuw zijn er geen referentiewaarden van arts-assistenten bekend.

Van de drie groepen beroepsbeoefenaren brengt de NP de meeste tijd door met patiëntenzorg. Van de 46,5% directe tijd brengt de NP ruim 18% van de tijd door met traditioneel medische taken die inhoudelijk niet verschillen van die van arts-assistenten. De NP heeft en neemt meer tijd voor consulten en richt zich evenals de verpleegkundig specialist op de begeleiding van de patiënt, naast het aanslaan van de behandeling. De arts-assistent is in de communicatie met de patiënt gefocust op aanslaan van de behandeling, ofschoon hij of zij van harte bereid is om desgevraagd psychosociale begeleiding te geven.

De verpleegkundig specialist doet in tegenstelling tot de NP en de arts-assistent geen medische technische handelingen. Wel lijken zij in de voorlichting aan patiënten zich op traditioneel medisch terrein te bewegen. Dit is niet geformaliseerd.

De productiviteit van de arts-assistent in aantallen patiënten is het dubbele van de NP met een kortere contacttijd per patiënt. In Engeland (Venning et al., 2000) maar ook in de VS (Feldman et al., 1987) blijken patiënten meer tevreden te zijn over consulten met de NP dan over consulten met de arts. In de VS blijken patiënten even tevreden of meer tevreden te zijn over de NP in vergelijking met artsen (Feldman et al., 1987). De langere contacttijd heeft een negatieve invloed op mogelijke kostenreductie door de inzet van de NP. De langere contacttijd heeft op negatieve gevolgen voor de toegang tot de zorg in de vorm van langere toegangstijden.

Hoewel het voor de hand ligt dat de contacttijd per patiënt van invloed is op de patiënttevredenheid, moet de waarde daarvan niet worden overschat. Van belang is ook de wijze waarop informatie wordt gegeven en de kwaliteit van de behandeling.

De contacttijd van de verpleegkundig specialist met de patiënt bleek sterk te variëren. Deze leek deels te worden bepaald door de vragen van de patiënt en deels door de drukte tijdens het spreekuur. Patiënten die bij de verpleegkundig specialist komen, zijn doorverwezen door een arts, overigens zonder duidelijke vraagstelling. De kans op overlap of leemtes in de zorg is daardoor groot. Deze patiënten zien twee hulpverleners, terwijl patiënten die bij de NP komen over het algemeen maar één hulpverlener zien.

◆ Conclusie

De poliklinisch werkende NP doet tijdens het spreekuur, bij een geselecteerde groep patiënten, dezelfde activiteiten als een arts-assistent. De bijdrage in tijdsbesteding aan de directe patiëntenzorg is significant hoger dan die van de verpleegkundig specialist en de arts-assistent. De NP ziet echter de helft minder patiënten dan de arts-assistent. Hoewel verondersteld mag worden dat de langere contacttijd per patiënt de patiënttevredenheid positief beïnvloedt, is deze van negatieve invloed op mogelijke kostenreductie in de zorg.

Inhoudelijk richt de NP zich, net als de arts-assistent, op de behandeling, maar combineert dit ongevraagd met de begeleiding van de patiënt, die inhoudelijk gelijk is aan die van de verpleegkundig specialist. Ofschoon dit niet is geformaliseerd, lijken verpleegkundig specialisten in de voorlichting aan de patiënten over de ziekte en de behandeling traditioneel medische taken te doen. Patiënten die bij een verpleegkundig specialist komen, hebben dezelfde dag ook een arts bezocht en zien twee hulpverleners in tegenstelling tot patiënten die bij de NP komen.

5.1.2.1 Samenvatting

<i>Welke bijdrage levert de NP aan de patiëntenzorg in vergelijking met bestaande, aanpalende functies?</i>

De NP heeft in de ziekenhuizen bij een geselecteerde groep somatische patiënten in de rol van zaalarts of op de polikliniek tijdens het spreekuur inhoudelijk dezelfde bijdrage als de arts-assistent. In percentage tijd is de bijdrage aan de directe patiëntenzorg op de afdeling even hoog als van de verpleging en hoger dan van de arts-assistent. De NP ziet daar meer patiënten en

neemt ook langer de tijd voor de patiënt dan de arts-assistent. Het percentage tijd besteed aan communicatie met patiënten is significant hoger dan bij de arts-assistent en de verpleging. Deze communicatie is gericht op het zelfmanagement van de patiënt. De continuïteit van zorg voor de patiënt lijkt met een NP beter gewaarborgd dan met een arts-assistent die ook taken heeft buiten de afdeling en diensten draait. Ook vergeleken met de verpleging is de kans op continuïteit met een NP hoger omdat de NP geen diensten draait en meer patiënten kent. De NP vraagt minder supervisie dan de arts-assistent en minder tijd voor onderwijs.

Op de polikliniek is de bijdrage in tijd aan de directe patiëntenzorg eveneens hoger dan van de arts-assistent en van de verpleegkundig specialist. Op de polikliniek ziet de NP echter minder patiënten dan de arts-assistent met een tweemaal zo lange contacttijd. In de communicatie richt de NP zich evenals de verpleegkundig specialist op het zelfmanagement van de patiënt. Patiënten die bij verpleegkundig specialisten komen hebben, in tegenstelling tot de patiënten die bij de NP komen, dezelfde dag ook een arts bezocht. Deze verwijst patiënten eventueel naar de verpleegkundig specialist, overigens zonder duidelijke vraagstelling. Arts-assistenten zijn van harte bereid patiënten te begeleiden, maar dan moet er eerst een vraag worden gesteld.

5.1.3. Nabeschuiving onderzoek deelvraag 1

Hoewel het onderzoek naar de activiteiten van de NPs en aanpalende functies veel informatie heeft opgeleverd, is er desondanks ook informatie onderbelicht gebleven. Alleen die activiteiten werden geobserveerd die daadwerkelijk werden uitgevoerd. Activiteiten die de geobserveerde personen van plan waren te gaan doen, maar waar ze niet aan toe kwamen, werden niet in het onderzoek meegenomen.

Het werken met één observator voorkwam wel *verschillende* interpretatiewijzen, maar voorkwam geen *foute* interpretaties. Het werken met meerdere observatoren gecombineerd met een statistische maat als Cohens Kappa (Swanborn, 1987, p. 183) had de onderzoeksresultaten harder gemaakt.

De opzet van het onderzoek is gericht op de kwantitatieve tijdsbesteding en zegt niets over de geleverde kwaliteit.

5.2. Beantwoording van de deelvragen 2 t/m 8

Voor de beantwoording van de overige deelvragen is gebruik gemaakt van de data die verzameld werden voor een exploratief onderzoek uitgevoerd naar de effecten van NPs op de organisatie en effectiviteit van de zorg (Van Offenbeek, et al., 2003). Dit onderzoek werd gedaan in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en uitgevoerd door het UMCG samen met de faculteit Bedrijfskunde van de RUG. De hoofdvraagstelling van het onderzoek luidde:

Welke ervaringen hebben betrokkenen met het werken met NPs in verschillende rollen voor wat betreft veranderingen in de organisatie van het zorgproces en op de uitkomsten van het zorgproces?

Het onderzoek bestond uit twee delen, een survey en casestudies. In de survey lag de nadruk op de verschillende rollen die de NP vervult, de waardering van de theoretische en praktische opleiding, de rolontwikkeling, de plaats tussen collega's en de tevredenheid met de functie. In het tweede deel, een kwalitatief, vergelijkend casestudy onderzoek, werden de door de verschillende betrokkenen ervaren effecten van de invoering van de functie NP geëvalueerd. Enerzijds werd gericht gevraagd naar het al dan niet optreden van mogelijke effecten, anderzijds naar de doelen en verwachtingen die de verschillende betrokkenen zelf hadden bij de invoering van de NP en in hoeverre deze zijn uitgekomen.

Voor het eerste deel van het onderzoek is een vragenlijst opgesteld die werd verstuurd naar alle 147 verpleegkundigen die voor september 2002 waren gestart met de opleiding Advanced Nursing Practice (ANP). Van de aangeschreven verpleegkundigen beantwoordde 72 % (n=106) de vragenlijst. Voor een schriftelijke enquête was het responspercentage daarmee hoog. Om het onderzoek daadwerkelijk onder (kandidaten) NPs te houden zijn alleen die vragenlijsten gebruikt van de respondenten, die op dat moment daadwerkelijk werkzaam waren als NP of ervoor on the job in opleiding waren (n=74).

Voor het tweede deel van het onderzoek is op basis van de respons op de survey een beperkte selectie gemaakt van NPs met uiteenlopende rollen. De belangrijkste selectiecriteria waren evenredige verdeling over verschillende rollen van NPs in de steekproef en over verschillende typen ziekenhuizen.

Er zijn 12 cases geselecteerd uit verschillende regio's. Per case werden interviews afgenomen met betrokkenen (NP, medisch specialist, verpleegkundig manager, ag(n)io en verpleegkundige). Tevens werden de NPs een aantal dagdelen geobserveerd (gemiddeld ongeveer 10 uur per case).

◆ *Betrouwbaarheid en validiteit*

De *face validity* van de vragenlijst van de *survey* werd gecontroleerd door deze voor te leggen aan een vijftal deskundigen. Aan de hand van de reacties van de deskundigen werd de concept vragenlijst aangepast en opnieuw voorgelegd. Bij de tweede keer bleek er overeenstemming te bestaan over alle gebruikte begrippen.

In de survey was een aantal vragen opgenomen waarin om persoonlijke meningen werd gevraagd. Bij deze variabelen werd gebruik gemaakt van schalen met meerdere items. Bij de betrouwbaarheidsanalyses bleken de Cronbach Alpha's goed tot iets aan de lage kant te zijn. Een oorzaak daarvan is diversiteit van de items per strategie. Gezien het exploratieve karakter en de complexe werkelijkheid is er toch voor deze manier van meten gekozen. De volgende schalen werden gebruikt:

- Ervaren betrokkenheid, α ,565 (6 items),
- Gepercipieerde waardering α ,620 (6 items),
- Herkomst feitelijke werkzaamheden α ,561 (6 items).

De Cronbach's Alpha's veranderden nauwelijks bij het verwijderen van items.

Voor deze studie werd selectie toegepast op de respondenten; zij moesten werkzaam zijn in de functie van NP of de ANP opleiding volgen met als doel NP te worden. Voor deze selectie werd gekozen om de validiteit van het onderzoek te bevorderen; de respondenten zijn daadwerkelijk werkzaam in een functie als NP (in opleiding) en niet bijvoorbeeld als verpleegkundig specialist.

Om de betrouwbaarheid en de validiteit te verhogen werden in de *casestudies* meerdere betrokkenen geïnterviewd met behulp van een semi-gestructureerde vragenlijst. Er werd gewerkt met één interviewer annex observator, dezelfde persoon die de data had verzameld van het tijdsbestedingonderzoek (5.1.).

◆ *Persoonkenmerken*

De gemiddelde leeftijd van de NP (n=74) blijkt 41,15 jaar te zijn, de modus 43, een leeftijd die overeenkomt met de gemiddelde leeftijd van de NP in de VS en de UK (Peek, 2001). De jongste NP is 27 jaar.

De instroomeis van de opleiding is minimaal twee jaar werkervaring na het afronden van de vierjarige HBO-v. De minimum leeftijd bij aanvang van de opleiding ligt daardoor op 23 jaar. Gelet op de gemiddelde leeftijd van de NP uit dit onderzoek voelen vooral de wat oudere verpleegkundigen zich aangetrokken tot de functie.

Van de respondenten is 67,5% (50) vrouw en 32,5% (24) man. Het aantal mannen in de verpleging is in Nederland, vergeleken met bijvoorbeeld de VS, vrij hoog: in ons land bedraagt het percentage mannelijke verpleegkundigen in de ziekenhuizen 15%. In de VS is dit percentage slechts 5,7%. Het aantal mannelijke NPs is daar nog geen 1%. Met 32,5% is het beeld in ons land duidelijk anders.

5.2.1. Deelvraag 2:

Welke interne krachten beïnvloeden de zich ontwikkelende taakherschikking tussen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein? Hoe kunnen deze worden verklaard?

Uit hoofdstuk 3. is gebleken dat de verpleegkundige en de medische beroepsgroep in een jarenlange domeinstrijd zijn verwickeld. Volgens Abbott (1988) strijden professies voortdurend met elkaar om hun domein uit te breiden. Nadere analyse liet zien dat bij de verpleging groepsdeprivatie (Tajfel en Turner, 1986) een belangrijke kracht is. Speelt deze kracht ook een rol bij “taakherschikking?”

De latere reacties op de introductie van de NP van de formele verpleegkundige organen zoals de AVVV en de beroepsvereniging NU'91, wijzen op sociale competitie (zie ook hoofdstuk 3.9.1.); de NP verbetert de eigen sociaal economische positie en daarmee die van de hele beroepsgroep. Is dat ook daadwerkelijk zo? Hoe kijken verpleegkundigen en artsen aan tegen de komst van de NP?

A. De visie van de verpleegkundige op de NP

Uit de vorige paragraaf (5.1.2) bleek dat de NP rekening houdt met gevoeligheden bij de verpleging. Psychosociale informatie werd niet toegevoegd aan het verpleegkundig dossier om te vermijden dat de verpleging de NP als bedreigend gaat ervaren.

Vinden verpleegkundigen dat de NP een positief effect heeft op hun sociale identiteit?

Om deze vraag te beantwoorden werden de twaalf cases uit deel II van het onderzoek van Van Offenbeek et al. (2003) geanalyseerd.

Bij elf casussen werd een verpleegkundige geïnterviewd. Welke invloed heeft de NP volgens deze verpleegkundigen op het werkklimaat en de verhouding met medici?

In drie gevallen werd spontaan gemeld dat de NP een positief effect heeft op de werksfeer, waarvan in twee gevallen ook op de sociale identiteit van de verpleging.

- Ze heeft de verpleegkundigen gestimuleerd en de communicatie naar artsen toe is meer open. De samenwerking is beter geworden; artsen staan meer open voor verpleegkundige meningen. De verpleging wordt meer gewaardeerd door de artsen.
- De verpleegkundigen werken goed samen met “de mannen” (nurse practitioners). Ze hebben de verpleegkundigen gestimuleerd, over de angstdrempel getrokken: “geef de morfine maar!”
- De werksfeer is verbeterd door meer rust op de afdeling. De NP is vast aanspreekpunt voor verpleging, artsen en patiënt.

In acht van de elf casussen werd géén invloed toegekend op de sfeer tussen artsen en verpleegkundigen of op de sociale identiteit. Er werden alleen minder positieve tot negatieve effecten beschreven.

- Er is geen verandering opgetreden in de samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen door de komst van de NP. Het leerklimaat is wel veranderd: er wordt meer les gegeven.

- De samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen is niet altijd prettig, ze zijn vaak niet aanwezig, ze zijn behoorlijk arrogant en hebben het altijd te druk. Ze verwijten elkaar dat zaken niet goed op orde zijn.
- De samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen was altijd al goed en is dat nog steeds.
- De samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen is niet veranderd. De NP neemt hier geen positie in.
- Het contact tussen verpleegkundigen en artsen is niet veranderd door de komst van de NP.
- De NP heeft geen echte invloed op het team
- De NP is er nog te kort om echt iets te zeggen over haar invloed op de samenwerking, maar tot nu toe gaat het goed.
- Samenwerking: hangt af van hoe de NP zijn taak invult.

Accepteren de verpleegkundigen de NP?

Alle cases werden geanalyseerd op de verhouding tussen verpleegkundigen en de NP. Ter bevordering van de betrouwbaarheid werden per case alle interviews gebruikt. De opmerkingen over de samenwerking tussen NPs en verpleegkundigen zijn cursief weergegeven.

In drie cases werd door niemand een negatieve opmerking over de samenwerking tussen NP en verpleegkundigen geuit. Daarvan gaat het tweemaal om de NP als pijnconsulent postoperatieve zorg. Deze NPs komen alleen voor consulten op verschillende afdelingen. NPs in de rol van zaalarts zijn de hele dag op de afdeling aanwezig.

Casus 1.

L (leidinggevende): Er is sprake van fragmentatie van taken. De beroepsgroep is ook een aparte groep. Ze zouden meer geïntegreerd moeten werken. *De samenwerking is met alle disciplines goed. NP: Het leerklimaat is verbeterd. De verpleegkundigen vragen zelf om klinische lessen of informatie over pompen en pijnbestrijding. Dit loopt heel soepel. Naar de verpleegkundigen toe hebben de NPs zeker invloed op het leerklimaat.* A (arts): De discussie met de verpleegafdelingen loopt nu gemakkelijker. Binnen het pijncentrum hebben de NPs niet zo'n duidelijke rol. Het gaat nog niet altijd goed in de communicatie met de artsen. Op strategisch niveau moeten ze nog veel leren.

Casus 2.

L: Eigenlijk is er niet veel verschil tussen een NP en een anesthesie verpleegkundige. NP: De zaalarts, de arts-assistenten en de verpleegkundigen van de afdeling vragen hem in consult. Hij is niet afhankelijk van anderen, hij heeft een zelfstandige functie. Anderen zijn afhankelijk van hem. Mede door de komst van de NP wordt meer inzicht gegeven in de ketenzorg. V(verpleegkundigen): *De verpleegkundigen hebben niet zoveel contact meer met de anesthesisten, maar ze heeft nog nooit één wanklank over de NP gehoord.* De NP is iemand met veel vakkennis. A: De functie biedt een prima praktische oplossing in de glooiende overgang van verpleegkundige naar arts. Werkzaamheden die voor de artsen te simpel zijn kunnen nu door de NP worden overgenomen. De artsen zijn meestal overgekwalificeerd voor deze taken. Mede door het tekort aan specialisten is voor deze oplossing gekozen.

In de derde casus is de NP zoekende naar zijn rol. Zijn perceptie van zijn functie vervulling komt niet overeen met die van zijn omgeving, waarin de verwachting over de invulling overigens ook niet eenduidig is (tekst vet weergegeven). Enerzijds wil de NP zelf verpleegkundige blijven en anderzijds lijkt de arts hem meer in het medisch domein te willen trekken. De leidinggevende blijkt meer aan "zijn kant te staan," terwijl ondanks deze visie de verpleegkundige vindt dat de NP het werk doet van een arts-assistent. Bij geen van de geïnterviewden worden wanklanken gehoord over de verhouding tussen de NP en verpleging.

Casus 3.

L: Het concept NP is door de onbekendheid met de functie onvoldoende verhelderd. Het uitgangspunt in de Nederlandse situatie is verkeerd, nl. als vervanger van de arts. Het meest negatieve effect: de rolontwikkeling. Er is nog teveel onduidelijkheid. Dit moet zich nog uitkristalliseren. *Er zijn geen weerstanden op de afdeling.* NP: **Zijn bedoeling is om verpleegkundige plus te zijn en te blijven, geen klusjesman van de artsen.** V: **De NP doet arts-assistentenwerk.** A: Een NP kan geen differentiaal diagnoses stellen; het wordt ook steeds lastiger door de complexe zorgvraag. In de opleiding tot APN zou hier meer aandacht voor moeten zijn. **De functie moet**

veranderen van zuster(+) in dokter(-). AA (arts-assistent): De NP moet wel een duidelijke, zelfstandige functie krijgen. Niet alleen het hulpje van de artsen. Dit komt vanzelf met het opdoen van meer ervaring.

In negen gevallen is er minimaal één van de geïnterviewden die een wanklank laat horen over de samenwerking tussen de verpleging en de NP, naast soms duidelijk positieve effecten zoals in casus 4, 5, 7 en 8. Ook in de VS reageerde de verpleging, zoals we eerder zagen (paragraaf 4.3.), niet onverdeeld enthousiast op de komst van de NP (Pulcini en Wagner, 2002).

Casus 4. L: In het begin was de invloed op de werksfeer negatief; ze maakt nog steeds deel uit van het verpleegkundig team. Dit heeft ze zelf goed opgepakt. NP: Op de traumatologie is er niet veel veranderd, ze heeft erg haar best gedaan om verpleegkundige te blijven. V: De NP heeft een verpleegkundige visie, juist de kleine traumatologie krijgt meer aandacht. Ze heeft de verpleegkundigen gestimuleerd en de communicatie naar artsen toe is meer open. A: De verpleegkundigen hebben een taakversmalling gekregen door de komst van de NP. *Op verpleegkundig niveau neemt ze de krenten uit de pap.* De werksfeer is niet veranderd, ze is zichzelf gebleven. Iedereen heeft het proces meegemaakt. De samenwerking met de artsen is goed; met de verpleegkundigen is hij niet ernstig veranderd. De bedreiging komt meer van de arts-assistenten.

Casus 5.

L: De artsen zijn blij met haar, ze loodst ze mee. De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen is (nog) niet optimaal. De verpleegkundigen moeten meer geaccepteerd worden; er moet begrip komen bij specialisten voor de SEH verpleegkundigen en wat zij allemaal kunnen. Leerklimaat: NP denkt hier in mee, komt nog niet duidelijk uit de verf. NP: De NP heeft taakverlichting gebracht voor de agnio's. *De verpleegkundigen zien het wel enigszins als taakverarming. De NP haalt eigenlijk de krenten uit de pap op de SEH, ze doet de leuke dingen.* Dit moet in goede onderlinge afstemming gebeuren. De NP ziet er ook op toe dat ze niet alles constant zelf doet, maar b.v. de verpleegkundige het gipsen laat doen. Wat betreft de werkhouding van de verschillende disciplines naar haar toe is alles nog nieuw. De kat wordt nog uit de boom gekeken. Zo is er o.a. meer budget gekomen voor NP en verpleegkundigen om symposia te bezoeken. V: De NP is er nog te kort om echt iets te zeggen over haar invloed op de samenwerking, maar tot nu toe gaat het goed. De samenwerking tussen NP en arts-assistent is zo te zien goed. A: Doelstelling voor het inzetten van deze NP was voornamelijk het onzuivere idee van de specialisten dat er een tekort aan arts-assistenten was. De NP heeft zichzelf opgeworpen.

Casus 6.

L: Het concept NP is onduidelijk. Er zijn nu verschillende opleidingen die niet overeen komen. *De verpleging moet nog wennen.* De NP denkt meer dienstoverstijgend, ook overstijgend aan de unit. NP: Zijn werkzaamheden moeten gezien worden als toevoeging aan de bestaande verpleegkundige functie die hij had op de IC. Het standpunt van de afdeling is dan ook dat de NP geen arts moet zijn of moet vervangen. Je kunt toch niet opboksen tegen de intensivisten. V: *Sommige verpleegkundigen vinden het fijn dat hij er is, anderen niet. Zij willen zelf de totale zorg bieden. Door de komst van de NP moet nu meer via hem, in elk geval in overleg met hem.* A: Er zijn parallellen tussen NP en arts-assistenten, maar ze zijn niet echt vergelijkbaar. De NP is een verpleegkundige. Die hebben een heel ander denkpatroon. De verpleegkundige denkt veel minder klinisch. Hij heeft verpleegkundigen geleerd om outcome scales en intervention scales te gebruiken. De verpleegkundige heeft evidence based leren denken.

Casus 7.

L: Er is bij de verpleegkundigen zeker een groep die het totale proces zelf wil doen; dit is niet altijd mogelijk, je verzandt snel in het proces. Er moet veel geregeld worden, b.v. ten aanzien van thuiszorg; dit gebeurt nu door de verpleegkundig consultant. Als de verpleegkundige dit allemaal zelf zou moeten doen dan komt ze niet meer aan bedzorg toe. Dit gaat dan ten koste van de patiënt. Er wordt veel aandacht aan taakverdeling besteed, ook in het werkoverleg. De leidinggevende moet dit bespreken en vertalen naar de werkvloer. NP: *Men moet erg wennen aan het feit dat een verpleegkundige ineens andere dingen gaat doen. Dat is wel eens lastig en vraagt gewenning. Misschien extra lastig omdat de NP een verpleegkundige uit de eigen groep is.* De NP maakt op de afdeling alleen gebruik van het verpleegkundig dossier, waarin ze haar bevindingen en adviezen schrijft. V: De NP neemt het meeste werk over van de klinisch psycholoog. Ze is een verpleegkundige met een grote training. A: *Voor de verpleegkundigen betekent de komst van de NP fragmentatie. Verpleegkundigen accepteren haar echter nog niet altijd.*

Casus 8.

L: *de contacten tussen specialisten en verpleegkundigen is minder geworden.* Dit moet bewaakt. NP: In het medisch dossier schrijft de NP meer over de emoties, verder is er weinig verschil met wat de artsen opschrijven. De medische anamnese doet ze ongeveer hetzelfde, dit heeft ze geleerd op school. Ze doet alles nog wel volgens het boekje. Het

verpleegkundig dossier wordt af en toe geraadpleegd om iets meer over de situatie van de patiënt te weten te komen, hier schrijft ze niet in. V: *Er zijn dingen die de verpleegkundigen zelf kunnen en willen doen. Ze willen ook af en toe overleggen met de arts, in plaats van alleen maar met de NP. De verpleegkundige inbreng gaat naar de NP die ze meeneemt naar de arts. Ze is er meer tussen komen te staan, zij gaat met de arts naar de patiënt. De verpleegkundige is een beetje buiten schot komen te staan. De arts komt niet meer bij ze om te overleggen, dat is wel jammer* V: Ze werkt stimulerend qua werkklimaat, door het vele onderzoek wat ze doet. Het werk van de verpleegkundige wordt hier ook breder van. A: De benadering vanuit haar eigen discipline voegt ze toe aan de medische discipline. Er is wel wat veranderd in de samenwerking tussen de verpleegkundige en de specialisten; zij worden nu minder vaak gebeld door de verpleging. Ook voor de artsen heeft ze een taak als opleider; een beetje zoals de oude hoofdzuster die had. Daar leerden de artsen vroeger veel van.

Casus 9.

L: De samenwerking tussen de NP en de arts-assistenten en cardiologen is goed. Met de verpleegkundigen ook. *Sommige verpleegkundigen hebben weerstand, met name de ouderen, maar dit is incidenteel.* NP: De NP slaat een brug tussen de verpleging en de artsen, waardoor de samenwerking voor alle partijen beter is geworden. Er waren veel weerstanden bij de specialisten: “ik ben de dokter!” In één jaar tijd is er veel veranderd, met name door de manier van werken van de NP en door de steun van de verpleegkundig manager. De leermeester is de cardioloog op de afdeling; hij doet niet veel extra's voor de NP. V: Alles gaat nu sneller, dit is zowel prettig naar de arts toe als naar de verpleegkundige. De samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen is niet altijd prettig, ze zijn vaak niet aanwezig, ze zijn behoorlijk arrogant en hebben het altijd te druk. Ze verwijten elkaar dat zaken niet goed op orde zijn. De NP kan daar weinig aan doen. De samenwerking tussen de verpleegkundigen en de NP is prima. De NP heeft met name werkzaamheden van de artsen overgenomen. De arts is vaak afwezig, soms bepaalt de NP ook het beleid. Dit scheelt erg, ook in tijd voor de verpleegkundige. Hij heeft geen taken van verpleegkundigen overgenomen. AA: De arts-assistenten zien de NP niet als bedreiging en beschouwen de overname van werkzaamheden als taakverlichting. De arts-assistent is een vluchtige functie, gaat voorbij. A: Het meest positieve effect van de NP is dat een deel van de routinematige werkzaamheden door de arts geschrapt kan worden. De verhouding moet duidelijk blijven, de NP is een verpleegkundige. Als medicus moet je daarvoor waken.

Casus 10.L: De NP valt een beetje tussen wal en schip. Hooft niet bij de cardiologen, maar ook niet bij de verpleegkundigen. Hij heeft coördinerende taken naar de consultants toe. De NP heeft zeker geen negatieve invloed. Er is weinig veranderd. Leerklimaat: te weinig, had meer gemogen. *NP zit teveel op eigen eiland.* NP: Hij denkt dat hij een positieve invloed heeft op werk- en leerklimaat. De specialisten zijn kritischer naar elkaar gaan kijken. Ze leggen meer verantwoording af. V: *Er worden voor een deel werkzaamheden bij anderen weg gekaapt. De NP functie heeft geleid tot taakversmalling voor de verpleegkundigen.* A: Er was eerst sprake van ene spanningsveld, nu is de NP geaccepteerd, ieder heeft een eigen plek. Naar het secretariaat toe was het lastig, medici hebben een bepaalde positie. Secretariaresses hadden moeite om voor de NP dingen te doen die ze eerst alleen voor artsen deden.

Casus 11.L: Omdat de researchverpleegkundigen omgeschoold moesten worden door het tekort aan artsen. Tussen de NP en de arts-assistenten is nu goed, aanvankelijk was er veel tegenwerking. Samenwerking met een aantal specialisten verloopt nog moeizaam, maar dit gaat ook wel komen. Van de verpleegkundigen neemt ze niets over, zij doen hun eigen verpleegkundige zaken, zoals het opname gesprek. NP: De NP doet wel eens wat verpleegkundigs, maar niet standaard. *Met bepaalde specialisten gaat het goed, ook met de verpleegkundigen loopt het goed, een enkeling heeft er moeite mee dat ze in een doktersjas loopt.* V: *De werksfeer is negatief veranderd, met name doordat de NP meer naar de medische kant is gegaan.* A: Aanvankelijk kwamen verpleegkundigen altijd met vragen bij de arts-assistent; nu gaan ze ook naar de NP. De NP heeft de arts-assistenten bewuster gemaakt van het verpleegkundige vak en hoe de zaken overgedragen moeten worden. De arts-assistent schrijft nu ook eerder dingen op die haar opvallen. De NP heeft haar plaats moeten veroveren. Uit de observatie: zowel de NP als de verpleegkundige praten met de patiënt, elk over hun deel van de zorg. De NP heeft het over praktische zaken zoals opname, verblijf in de thuissituatie, welke hulp er moet komen, hoe de patiënt een aantal zaken het beste kan regelen. Ook wat zij moet doen bij bepaalde klachten.. De verpleegkundige heeft het met name over die dingen op korte termijn die zij moet regelen, b.v. vervoer naar de auto. Ze vullen elkaar aan en patiënte en echtgenoot richten zich tot beide hulpverleners. De verpleegkundige zegt achteraf dat ze vindt dat de NP een aantal dingen vraagt en regelt die zij eigenlijk zou moeten doen. Dit vindt ze wel eens lastig. Ze wil graag zelf meer voor patiënten betekenen.

Casus 12.L: Een positief effect is dat de verpleegkundigen zich verder kunnen ontwikkelen op hun vakgebied. Gewone verpleegkundigen blijven echter ook nodig. De NP heeft veel eigen protocollen ontwikkeld gebaseerd op medische en verpleegkundige protocollen. Er wordt meer diepgang gegeven aan de verpleegkundige beroepsgroep. Het team is open en flexibel. NP: Ik gebruik geen verpleegkundige protocollen; dit zijn dingen die hij al weet. Er zijn teamvergaderingen waar de verpleegkundigen, het secretariaat en incidenteel de medisch coördinator bij zit. Ik woon deze bijeenkomsten soms bij, voel me vaak het vijfde wiel aan de wagen. Hier worden vooral verpleegkundige

aangelegenheden besproken, zoals de vakantieplanning. V: Sommige verpleegkundigen hebben moeite met de functie, maar over het algemeen is de implementatie goed gegaan. A: De NP moet een verpleegkundige blijven, die wonden hecht, foto's aanvraagt en knie-onderzoeken doet. Er is duidelijk gezegd dat de NP een verpleegkundige is en geen dokter. Hij hoeft zich niet te kleden als dokter, maar moet gewoon verpleegkundige blijven.

◆ *Analyse en discussie*

In de meeste casussen wordt bij minstens één van de geïnterviewden gesproken over enige wrijving tussen verpleegkundigen en NPs. Ook wordt wel de indruk gewekt dat verpleegkundigen de NP niet tot de eigen beroepsgroep rekenen. In een aantal gevallen is er sprake van tegenstrijdigheid. Bijvoorbeeld in casus 3. zien de leidinggevende en de NP zelf de functie als verpleegkundig, terwijl de arts hoopt dat de functie zich meer medisch gaat ontwikkelen. De verpleegkundige echter zegt dat de NP al het werk doet van een arts-assistent. In casus 12. vindt de leidinggevende het positief dat de NP functie de mogelijkheid aan verpleegkundigen biedt zich te ontwikkelen op het *eigen* vakgebied, terwijl de NP zelf impliciet aangeeft zich niet thuis te voelen bij de verpleging. In casus 1. en 10. wordt de NP als een aparte beroepsgroep gezien. In casus 8. ziet de arts de NP als de "oude hoofdzuster," verwijzend naar de rol die deze bekleedde vóór de invoering van patiëntgericht verplegen. De hoofdzuster was de spil van de afdeling die alles af wist van de patiënten en zowel de medische als de verpleegkundige regie van zorg in handen had. De verwachtingen naar de NP lijken in ieder geval niet eenduidig.

Terwijl de NP functie mede bedoeld is om routine werkzaamheden van de arts over te nemen, is het de verpleegkundige die door de komst van de NP taakversmalling ervaart (casussen 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11). De arbeidssatisfactie wordt hierdoor negatief beïnvloed: "*de krenten worden uit de pap gebaald.*" De werkzaamheden die verpleegkundigen liever zelf hadden willen doen, zijn zowel coördinerende als medisch-technische taken. Het kan zijn dat zij door deze werkzaamheden de eigen sociale status binnen de verpleging willen verhogen door neerwaartse intragroeps-vergelijking (Tajfel en Turner, 1986). Ook kan het zijn dat zij daarmee willen voorkomen dat er een nieuwe groep ontstaat die meer waardering krijgt dan zij. Uit één casus blijkt dat de verpleegkundige de NP niet accepteert omdat het een verpleegkundige is die medische werkzaamheden doet. Hij/zij lijkt dit te beschouwen als disloyaliteit aan de verpleegkundige beroepsgroep (casus 11). Als de verpleging niet ziet dat de NP een middel kan zijn om de sociale identiteit te verbeteren, en/of de NP ook niet ziet als onderdeel van de eigen beroepsgroep, rijst de vraag hoe de samenwerking tussen beide groepen zich verder zal ontwikkelen.

◆ *Conclusie*

In de meerderheid van de gevallen lijkt er sprake te zijn van enige wrijving tussen NPs en de verpleging, naast overigens ook wel positieve reacties. Verpleegkundigen vinden in de meerderheid van de gevallen niet dat de NP een positief effect heeft op hun samenwerking met de artsen en evenmin op hun sociale identiteit. Terwijl de NP is ontwikkeld om medische taken te integreren met verpleegkundige taken, wordt de onvrede van de verpleging grotendeels geuit in ervaren taakverarming. Het kan zijn dat verpleegkundigen vrezen met de komst van de NP de mogelijkheden te verliezen tot neerwaartse groepsvergelijking en/of dat er een nieuwe groep ontstaat bij wie zij zich achtergesteld voelen. De verwachtingen die aan de NP gesteld worden zijn divers en niet eenduidig.

Historisch gezien is het begrijpelijk dat verpleegkundigen terughoudend zijn ten opzichte van beroepsgenoten die taken van artsen overnemen. Maar is het terecht dat zij de NP geen invloed toekennen op de sociale identiteit van de verpleging? Beïnvloedt de NP de visie van de arts op de verpleging?

B. De visie van de medisch specialist op de NP

Bij de introductie van de NP in ons land reageerde de medische beroepsgroep enthousiast: *verschuiving van taken is zeker mogelijk. De dokter kan dan ingewikkelde dingen gaan doen waarvoor hij is opgeleid* (De Graaf, 1997, p. 740). Is dit enthousiasme gebleven en heeft dit effect op het imago van de verpleging?

Voor het antwoord op deze vraag zijn twaalf interviews uit de case studies met medici geanalyseerd.

In zes van de twaalf cases worden door medici positieve effecten op de relatie met de verpleging gemeld:

- De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen is verbeterd; de artsen zien dat verpleegkundigen een andere rol kunnen vervullen.
- Hij heeft verpleegkundigen geleerd om outcome scales en interventions scales te gebruiken. De verpleegkundigen waren dat niet gewend. Het verpleegkundig handelen wordt geobjectiveerd en geëvalueerd. Dat is een verbetering van de zorg. Ze leren nadenken over waar zij mee bezig zijn en wat de consequenties kunnen zijn. Dat het zin heeft wat ze doen.
- Door de NP is het contact met de verpleegkundigen op de afdeling beter en laagdrempeliger geworden.
- *Ook voor de arts heeft ze een taak als opleider*; een beetje zoals de oude hoofdzuster had. Daar hadden de artsen vroeger veel aan.
- De NP heeft zeker naar de verpleegkundigen toe een grote invloed op het leerklimaat.
- Ik wist niet dat verpleegkundigen zoiets kunnen.

In drie van de twaalf casussen worden NPs, bij wijze van compliment, gelijk gesteld aan arts-assistenten, maar zonder dat er over een effect op de verpleegkundige beroepsgroep wordt gesproken.

- Maar dit doen ze op dezelfde manier, de NP behandelt even adequaat als de arts-assistenten.
- *Onze NP* heeft voor taakverlichting van de specialist gezorgd; hier werd aanvankelijk heel kritisch naar gekeken. Ze heeft zelfs minder supervisie nodig dan een arts-assistent.
- *Onze NP* is erg goed, dit is een kans voor haar; ze moet HBO arts worden.

In de resterende drie cases wordt er wat denigrerend gedaan over de NP, waardoor positief effect op de beroepsgroep zal uitblijven.

- De diepte ontbreekt, dit komt door de lengte van de opleiding. Daardoor zal ze niet de plaats van de arts kunnen innemen.
- Werkzaamheden die voor de artsen te simpel zijn kunnen nu door de NP worden overgenomen. De artsen zijn meestal overgekwalificeerd voor deze taken.
- Zij heeft niet de geneeskundige basis om bij medische problemen in te springen. Artsen werken discipline overschrijdend, de NP heeft slechts één patiëntengroep.

◆ *Analyse en discussie*

Geen van de geïnterviewde medici was ronduit negatief over de NP. In de vorige paragraaf sprak echter wel uit casus 5. een negatieve visie van de geïnterviewde arts op het NP *concept*: *“doelstelling voor het inzetten van deze NP was voornamelijk het onzuivere idee van de specialisten dat er een tekort aan arts-assistenten was. De NP heeft zichzelf opgeworpen.”* Blijkbaar worden de functie en de persoon die deze vervult hier gescheiden. Er bestaat binnen de medische beroepsgroep naast steun ook wel degelijk weerstand tegen de NP. Een NP: *“de samenwerking met specialisten is soms erg moeizaam, sommigen passeren en boycotten mij; soms word ik voor schut gezet.”* Een arts: *“binnen de staf waren*

veel weerstanden; er is nog steeds één chirurg die er niets van wil weten.” In casussen waarin wat denigrerend over de NP wordt gesproken, is de acceptatie van de NP door de arts onduidelijk. Opgemerkt moet worden dat het onderzoek gehouden is onder artsen die met een NP werken. Hierdoor kan niet worden uitgesloten dat er situaties in ons land zijn waarin de inzet van een NP door medici wordt tegengehouden. Evenmin kan iets worden gezegd over de mogelijke omvang daarvan. In zes gevallen lijkt bij medici de komst van de NP een positief effect te hebben op hun kijk op de totale verpleging.

Al met al lijken artsen de NP beter te accepteren dan de verpleging; geen van hen vreest voor taakverarming terwijl de NP toch medische taken doet.

Opmerkelijk zijn de complimenten waarin de NP met een arts-assistent wordt vergeleken. Daaruit blijkt dat de NP het werk kwalitatief even goed doet als de arts-assistent. De vraag rijst ook wanneer een NP goed bevonden wordt. De eisen die aan de NP gesteld worden, lijken tegenstrijdig. Enerzijds wordt verwacht dat de NP een verpleegkundige blijft en anderzijds is het een compliment wanneer hij/zij gelijke kwaliteit levert als een arts. In een aantal gevallen wordt de suggestie gewekt dat de NP de medische beroepsgroep wordt binnen getrokken. Artsen spreken dan bijvoorbeeld over “onze NP (cursief).” Het wordt de NP niet gemakkelijk gemaakt om zich te blijven associëren met de verpleging, ook al doordat, zoals bij 5.2.1.A bleek, de verpleging niet enthousiast is over de komst van de NP en de verwachtingen niet eenduidig zijn.

◆ *Conclusie*

Medici laten zich over het algemeen positief uit over hun ervaringen met de NP en dat lijkt ook positief op het beroepsbeeld van de verpleging af te stralen. Dit staat haaks op de mening van de verpleegkundige beroepsgroep die de NP niet zonder meer lijkt te accepteren en geen effect ziet op haar sociale identiteit. De eisen die de verschillende betrokkenen aan de NP stellen, lijken tegenstrijdig.

C. De visie van de NP op de verhouding tussen verpleegkundigen en artsen

Heeft de NP zelf het gevoel een bijdrage te leveren aan een hoger aanzien van de verpleging? Door welke beroepsgroep voelt de NP zich het meest gewaardeerd en bij welke beroepsgroep het meest betrokken?

Voor de beantwoording van deze vraag werd gebruik gemaakt van deel I van het onderzoek van Van Offenbeek et al. (2003).

Hierin was de volgende *stelling* opgenomen: *de ANP-opleiding heeft een gunstige invloed op het aanzien van het verpleegkundig beroep binnen de gezondheidszorg.*

Op een Likertschaal van 1 (zeer oneens) tot 5 (zeer mee eens) is de gemiddelde reactie van de NP van 3,97 (std.=,910): mee eens (n=74)!

De NP vindt dus dat de opleiding een positief effect heeft op het aanzien van het verpleegkundig beroep.

Betekent dat dan ook dat de NP zelf vindt dat de functie deel uit maakt van de verpleegkundige beroepsgroep?

Op een Likertschaal van 1 (niet of nauwelijks) tot 5 (in zeer belangrijke mate) blijkt de NP zich nagenoeg even betrokken te voelen bij de verpleegkundige (mean=3,36, std.=1,074) als bij de medische (mean=3,43; std.=1,001) als de eigen NPdiscipline (mean =3,30, std. 0,156), zoals vermeld staat in tabel 5.6.

Tabel 5.6. Ervaren betrokkenheid NPs (n=74)

Ervaren betrokkenheid	Gemid.	Std.	In redelijke mate tot helemaal	Niet of nauwelijks, een beetje
Verpleegkundige discipline	3,36	1,074	54	16
Medische discipline	3,43	1,001	59	15
Paramedici	1,78	1,010	18	56
Maatschappelijk werk	1,46	1,342	7	67
Beleidsstaf, management	1,85	0,946	18	56
NP als eigen discipline	3,30	0,156	53	21

Legenda: 1= niet of nauwelijks, 2= een beetje, 3= in redelijke mate, 4= in belangrijke mate, 5= veel

Op een Likertschaal van 1 (zeer oneens) tot 5 (zeer mee eens) voelt de gemiddelde NP zich significant meer gewaardeerd door de medische (mean=4,05, std.=,886) dan door de verpleegkundige beroepsgroep (mean =3,85, std.=,886; t.test= 2,03, sig.=,047). Vergelijken met de medische discipline voelt de NP zich weer significant meer door de eigen beroepsgroep (mean =4,74, std.= 1,37; t.test =5,6, sig.=,000) gewaardeerd. De gepercipieerde waardering wordt weergegeven in tabel 5.7.

Tabel 5.7. Gepercipieerde waardering (n=74)

Gepercipieerde waardering	Gemid.	Std.	In redelijke mate tot helemaal	Niet of nauwelijks, een beetje
Verpleegkundige discipline	3,85	,864	70	4
Medische discipline	4,05	,886	70	4
Paramedici	3,50	1,510	50	20
Maatschappelijk werk	3,81	1,878	50	20
Beleidsstaf, management	3,65	1,276	62	12
NP als eigen discipline	4,74	1,366	69	5

Legenda: 1= niet of nauwelijks, 2= een beetje, 3= in redelijke mate, 4= in belangrijke mate, 5= veel

Er bleek een significant positief verband te bestaan tussen de gepercipieerde waardering en de ervaren betrokkenheid bij een discipline.

Pearson Chi-Square gepercipieerde waardering door en ervaren betrokkenheid bij de medische discipline: 31,69, asymp.sign. ,002.

Pearson Chi-Square gepercipieerde waardering door en ervaren betrokkenheid bij de verpleegkundige discipline: 28,04, asymp.sign. ,031.

Pearson Chi-Square gepercipieerde waardering door en ervaren betrokkenheid bij de NP: 57,02, asymp.sign. ,000.

Nadat een arts en een NP een opmerking hadden gemaakt over het dragen van een doktersjas door de NP is speciaal op de kleding van de NP gelet. De doktersjas wordt gezien als een symbool van de arts; verpleegkundigen hebben een eigen kledinglijn. Van de geobserveerde NPs uit de twaalf case studies bleken er zeven een doktersjas te dragen of zich anderszins in hun kleding te onderscheiden van de verpleging. In het UMCG draagt 95% van de 61 NPs een doktersjas. Na aanstelling als NP wisselen zij spontaan van uniform.

Overigens is niet voor iedere NP het dragen van de doktersjas een vanzelfsprekendheid. Een NP: *“Binnenkort krijgen de NPs een eigen pak (dit hebben ze zelf voorgesteld); iets tussen de doktersjas en het verpleegkundig pak in. De medische jas voelt niet goed, ik durfde er aanvankelijk niet mee van de afdeling af te komen. Ik wilde wel gillend uit de jas rennen.”*

De gepercipieerde herkomst van de *feitelijke werkzaamheden* van de respondenten (tabel 5.8.) maken het meest vaak deel uit van de medische discipline.

Op een Likertschaal van 1 (niet of nauwelijks) tot 5 (in zeer belangrijke mate) blijkt dit gemiddeld 4,03 (std.=1,187) gevolgd door de eigen discipline 3,72 (std.= 1,476) en de verpleegkundige discipline 3,65 (std.=,963).

De gepercipieerde herkomst van de medische discipline is significant hoger dan van de verpleegkundige discipline ($t=3,564$, sig. ,001). Deze bevinding komt overeen met wat Lurie (1981) in de VS constateerde.

Tabel 5.8. Gepercipieerde herkomst feitelijke werkzaamheden (n=74)

Feitelijke werkzaamheden	Gem.	Std.	In redelijke mate tot helemaal	Niet of nauwelijks, een beetje
Verpleeg. discipline	3,65	,936	50	14
Medische discipline	4,03	1,187	69	5
Paramedici	2,07	,956	23	51
Maatschappelijk werk	1,69	1,476	11	53
Beleidsstaf, management	2,08	,793	18	33
NP als eigen discipline	3,72	1,476	47	17

Legenda: 1= niet of nauwelijks, 2= een beetje, 3= in redelijke mate, 4= in belangrijke mate, 5= veel

Tussen de gepercipieerde herkomst van de feitelijke werkzaamheden en de ervaren betrokkenheid bij een bepaalde discipline kon geen relatie worden aangetoond.

◆ *Analyse en discussie*

De NP voelt zich even betrokken bij de verpleegkundige, als bij de eigen NP en bij de medische beroepsgroep. Dat de gepercipieerde waardering van de NP door de medicus hoger is dan door de verpleging, komt zeer waarschijnlijk overeen met de werkelijke waardering van deze beroepsgroepen zoals staat in paragraaf 5.2.1.A. en 5.2.1.B. Gelet op het feit dat weliswaar in mindere mate ook bij medici weerstanden zijn, is het niet verwonderlijk dat de gepercipieerde waardering bij de eigen beroepsgroep het grootst is. De positieve invloed van de gepercipieerde waardering op de ervaren betrokkenheid is niet 1:1. De mogelijkheid bestaat dat wanneer het verschil in de gepercipieerde waardering tussen artsen en verpleegkundigen verder toeneemt, de NP zich meer betrokken gaat voelen bij medici.

De NP kent de ANP opleiding een positieve invloed toe op het imago van de verpleging. Dat suggereert dat de NP zich ook verantwoordelijk voelt om de positie en de sociale identiteit van de

verpleging te verbeteren door sociale competentie. Bij de interviews wordt wel expliciet naar voren gebracht dat de NP een verpleegkundige moet blijven. Een NP: *“het standpunt van de afdeling is dan ook dat de NP geen arts moet zijn of moet vervangen. Je kunt toch niet opboksen tegen de intensivisten.”* Het is niet duidelijk of deze opmerking voortkomt uit sociale wenselijkheid. Het kan ook de ervaren onmacht zijn om het niveau van de arts te bereiken. Medici vinden dat de identiteit van de verpleging door de NP verbetert. Er zijn NPs die hierin een actieve rol vervullen. Een arts: *“hij heeft verpleegkundigen geleerd om outcome scales en intervention scales te gebruiken. De verpleging heeft evidence based leren denken.”*

Tegenstrijdig echter aan de wens bij de verpleegkundige beroepsgroep te blijven behoren is het dragen van de doktersjas. Artsen en verpleegkundigen hebben verschillende culturen. De focus van verpleegkundigen ligt op psychosociale aspecten (gevolgen van ziekte) en van de arts op de medisch-technische aspecten (op de ziekte zelf). Verpleegkundigen zijn gewend om over hun emoties in het werk te praten. Bij artsen past dit niet in het werk (The, 1997). Eerder (5.2.1.A) zagen we al dat de NP, net als de arts, niet inhoudelijk afstemt met de verpleging over de inhoud van de begeleiding van de patiënt. Illustratief voor de verwarring over de cultuur is een voorbeeld uit één van de cases. Een NP: *“zo had ik een patiënt die veel aandacht vroeg, me zelfs thuis belde en een kerststukje stuurde. Toen patiënt de volgende keer weer werd opgenomen nam ik bewust meer afstand, stelde een bezoekje uit; patiënt overleed voordat ik hem had gezien. Dit doet nog steeds veel pijn, hier moet ik mee leren omgaan.”*

Eerder werd al beschreven dat NPs zich nagenoeg even betrokken voelen bij de verpleegkundige als bij de medische en bij de eigen NP discipline. De NP voelt zich dus niet *exclusief* deel uit maken van de verpleging. Het kleden als de medische professie, het afstand nemen van de patiënt zoals medici doen, wijzen echter op assimilatie met de medische beroepsgroep. Wellicht dat hier de niet altijd goede verhouding met de verpleging aan ten grond slag ligt. De vrees van verpleegkundigen dat er een nieuwe groep gaat ontstaan die mogelijk meer waardering krijgt dan zij, wordt dan bewaarheid. Hun eigen houding veroorzaakt dit; het lijkt op een *self-fulfilling prophecy*. NPs zouden de sociale positie van de verpleging kunnen verbeteren, maar krijgen daarvoor echter geen duidelijke steun vanuit de verpleging. De kans is groot dat zij daardoor los van de verpleging komen te staan. Het is overigens ook maar de vraag of de NP volledig met de medische beroepsgroep zal assimileren. Onder 5.2.1.B. werd beschreven dat er ook weerstanden bij artsen bestaan en zij zich soms wat denigrerend over het werk van de NP uitlaten. Een arts: *“werkzaamheden die voor de artsen te simpel zijn kunnen nu door de NP worden overgenomen. De artsen zijn meestal overgekwalificeerd voor deze taken.”* De kans bestaat dat de NP zich bij geen van beide beroepsgroepen zal thuis voelen en gaat streven naar een eigen NP-beroepsgroep.

◆ Conclusie

Ondanks dat de formele vertegenwoordiging van de verpleging, vertegenwoordigd in de AVVV en de beroepsvereniging NU'91 en medici de NP een positieve invloed toekent op de sociale identiteit van de verpleging, doet de verpleging zelf dit niet.

De NP blijkt zich nagenoeg even betrokken te voelen bij de verpleegkundige als bij de medische en de eigen NP-discipline. Gepercipieerde waardering en ervaren betrokkenheid blijken positief te correleren. De NP voelt zich meer gewaardeerd door de medische dan door de verpleegkundige beroepsgroep; het meest door de eigen NP-beroepsgroep. Wanneer adoptie door de verpleging uitblijft en de gepercipieerde waardering door de NP van de verpleging niet verandert, is de kans groot dat de NP verder assimileert met de medische beroepsgroep. De NP neigt nu al meer naar de medische dan naar de verpleegkundige cultuur. De NP lijkt ook sterker geneigd de eigen identiteit te verbeteren door individuele sociale mobiliteit terwijl met meer steun uit de verpleging er ook een kans zou zijn op sociale competitie.

5.2.1.1 Samenvatting

Welke interne krachten beïnvloeden de zich ontwikkelende taakherschikking tussen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein? Hoe kunnen deze worden verklaard?

De interne krachten die de zich ontwikkelende taakherschikking beïnvloeden, lijken de verschillende strategieën voor identiteitshantering te zijn, gecombineerd met mate van acceptatie, waardering en verwachtingen.

De verpleging ervaart groepsdeprivatie ten opzichte van medici. Medici kennen de NP een positief effect toe op de sociale identiteit van de verpleging. De verpleging ziet dit echter niet zo en accepteert de NP niet onverkort als onderdeel van de verpleging. Terwijl de NP is ontwikkeld om medische en verpleegkundige taken te integreren, wordt de onvrede van de verpleging grotendeels geuit in ervaren taakverarming door de komst van de NP. Het kan zijn dat verpleegkundigen vrezen mogelijkheden te verliezen tot neerwaartse groepsvergelijking en/of dat er een nieuwe groep ontstaat waarbij ze zich achtergesteld ziet.

De NP blijkt zich nagenoeg even betrokken te voelen bij de verpleegkundige als bij de medische als bij de eigen NP-discipline. Gepercipieerde waardering en ervaren betrokkenheid blijken positief te correleren. De NP voelt zich meer gewaardeerd door de medische dan de verpleegkundige beroepsgroep. Dit lijkt wel overeen te komen met de realiteit. Wanneer adoptie door de verpleging uitblijft en de gepercipieerde waardering door de NP van de verpleging niet verandert, is de kans groot dat de NP verder assimileert met de medische beroepsgroep. Voor de verpleging is er dan sprake van *self-fulfilling prophecy*. De NP neigt nu al meer naar de medische dan naar de verpleegkundige cultuur, onder meer gesymboliseerd door het dragen van de doktersjas. De NP lijkt sterker geneigd de eigen identiteit te verbeteren door individuele sociale mobiliteit, terwijl met meer steun van de verpleging er ook een kans zou zijn op sociale competitie waarvan de hele verpleegkundige beroepsgroep zou kunnen profiteren. De kans dat medici de NP volwaardig tot de eigen beroepsgroep gaan rekenen is niet zo groot gezien de tegenstellingen in acceptatie die ook bij medici bestaan en de geringschattende wijze waarmee soms over het werk van de NP gesproken wordt. De kans bestaat dat de NP gaat streven naar een eigen NP-beroepsgroep.

De ontwikkeling van de NP wordt belemmerd door tegenstrijdige verwachtingen. De NP moet enerzijds vooral verpleegkundige blijven, wordt echter niet door de verpleegkundigen geaccepteerd en wordt goed gevonden wanneer hij of zij dezelfde kwaliteit levert als de arts-assistent.

5.2.2. Deelvraag 3:

Welke kenmerken hebben de taakgebieden die artsen aan verpleegkundigen en in het bijzonder aan NPs overdragen? Op welke manier en in hoeverre vindt legitimering en motivatie plaats?

Aan deze vraag ligt de veronderstelling ten grondslag dat artsen taken overdragen aan verpleegkundigen in de functie van NP. Is dat daadwerkelijk zo?

A. Dragen medisch specialisten taken over aan NPs?

Historisch gezien zijn artsen bereid taken over te dragen aan verpleegkundigen, maar hierbij ging het steeds om technische handelingen. Verder mochten verpleegkundigen absoluut niet op het medische terrein komen (paragraaf 3.4.). Zijn medici bereid taken *structureel* over te dragen, taken

te herschikken? Om deze vraag te beantwoorden, werden de interviews met de medici uit de twaalf case studies geanalyseerd. Als eerste werd gekeken of medisch specialisten taken door NPs laten overnemen (n=12).

Zesmaal geven medisch specialisten aan dat de NP taken van hem/haar heeft overgenomen.

- De NP heeft voornamelijk werk van de specialist overgenomen, maar ook van de polikliniek- verpleegkundige en de spreekuurassistent.
- Ze heeft taken van de specialist overgenomen.
- Voorheen werd de anesthesist geroepen als er een probleem was. Nu doet de NP de Acute Pijn Service om problemen te voorkomen.
- De NP neemt taken over van de specialist: ze heeft haar eigen spreekuur.
- De NP heeft een eigen Tense poli, overgenomen van de anesthesist. Hij behandelt patiënten met chronische pijn met stroom.
- Als de NP er een dag niet is neemt de specialist of de arts-assistent zijn taken over.

Volgens nog eens vier van de medisch specialisten doen NPs taken die voorheen door arts-assistenten werden gedaan.

- De NP heeft werkzaamheden van de arts-assistent overgenomen. Hij kan alle patiënten behandelen, er is geen selectie. Voorheen werd de patiëntengroep behandeld door de arts-assistenten.
- Er bestaat taakoverlap met de arts-assistent en de verpleegkundige. Als de NP er niet zou zijn dan zou haar werk op de dagbehandeling en haar spreekuren door een arts-assistent worden gedaan.
- Zijn werkzaamheden bestaan voor 70% uit substitutie van de arts-assistent; 30% is innovatie.
- Voorheen werden de patiënten behandeld door de arts-assistent.

Slechts tweemaal is er volgens de geïnterviewde medisch specialisten géén sprake van overname van medische taken.

- Het is echter niet de bedoeling dat de NP de arts-assistent vervangt. De functie is niet geïmplementeerd om het tekort aan artsen op te vangen.
- De doelstelling was verbeteren van de kwaliteit van zorg, niet zozeer het overnemen van taken van de arts.

Verreweg de meeste medici uit deze twaalf casussen zijn bereid een deel van hun taken door NPs te laten doen. Maar zijn ze ook bereid deze taken *structureel* aan NPs over te dragen? Willen zij bijvoorbeeld bij vertrek van de huidige NP een andere NP?

Daarop werden de interviews met de medisch specialisten die hadden aangegeven taken aan de NP te hebben overgedragen (n=10), opnieuw geanalyseerd. In zeven van de tien interviews werd gezegd dat de NP bij vertrek vervangen zou worden.

- Mocht de huidige NP vertrekken dan zal de functie zeker weer worden ingevuld; de functie betekent zowel kwantitatief als kwalitatief een enorme verrijking.
- Bij vertrek zou zijn functie zeker opnieuw opgevuld worden.
- Als de NP vertrekt zal haar functie zeker weer ingevuld worden.
- De kans is groot dat de functie opnieuw ingevuld gaat worden, er worden nu al meer mensen opgeleid.
- Het moet nog een integraal onderdeel worden van de zorg, als soort verlengde arm constructie.
- De NP wordt zeker opgevolgd, er worden in elk geval meer NPs aangesteld.
- Als de NP zou vertrekken (hij wil nl. promoveren en gaat hier in 2003 mee beginnen), zal hij zeker worden opgevolgd. De opleiding ANP wordt betaald door de maatschap cardiologie, zij geloven er heilig in.

In drie gevallen zal de NP bij vertrek niet worden opgevolgd.

- Bij vertrek van de huidige NP zal de functie niet opgevuld worden. Het is niet zozeer de NP functie, maar de persoon.
- Er zijn momenteel minder arts-assistenten, dus men moet vaker terugvallen op NPs; bij voldoende arts-assistenten is geen NP nodig.
- De vraag is waarom je dit werk niet door een anesthesie assistent zou laten doen. Zij (de NPs) hebben een waarschijnlijk betere voeling met de werkvloer. Ze moeten echter wel altijd gesuperviseerd worden. De opleiding is erg duur en je haalt ze weg bij de anesthesie medewerkers.

Wat is de mening van de twaalf medisch specialisten over de *eindverantwoordelijkheid* van de taken die zij door NPs laten doen (n=12)?

Uit twee interviews blijkt dat zij bereid zijn taken door NPs te laten doen zonder dat zij supervisie nodig vinden.

- Er is niet zozeer sprake van supervisie, eerder terugkoppeling.
- Als de NPs klaar zijn met hun opleiding en voldoende niveau hebben, dan behoeven ze geen supervisie meer.

In tien andere gevallen houdt de arts supervisie over het werk van de NP. In zes cases vinden de specialisten dat er minder supervisie nodig is dan bij de arts-assistenten, wat overeenkomt met de resultaten uit het tijdsbestedingonderzoek (5.1.).

- De NP heeft minder supervisie nodig dan de arts-assistent. Ze werkt veel zelfstandiger.
- De NP krijgt aanzienlijk minder supervisie, alleen wanneer ze het zelf aangeeft.
- Supervisie aan arts-assistenten kost uren per dag, elke patiënt wordt besproken. De NP heeft af en toe een half uurtje supervisie nodig; ze werkt heel zelfstandig.
- Er is een groot verschil in supervisie aan arts-assistenten; de NP is ze op veel fronten ver voor.
- De arts-assistenten krijgen veel supervisie, die zien ze de hele dag. De NP werkt veel meer zelfstandig.
- De NP krijgt alleen supervisie op verzoek. Werkzaamheden zijn ook beter geprotocolleerd. Voor arts-assistenten geldt dat er een één op één supervisie is. Voor de hartfalen poli geldt dat over één op de tien patiënten mondeling contact is tussen de NP en de cardioloog.

Volgens drie artsen is er geen verschil in supervisie aan de NP en de arts-assistent.

- Wat supervisie betreft is er geen verschil in supervisie aan arts-assistenten en de NP. Er gebeurt veel ad hoc.
- Supervisie aan arts-assistenten of aan de NP is gelijk. Ernstige zaken gaan wel altijd naar de arts-assistent.
- De NP heeft niet extra veel supervisie nodig. Arts-assistenten kun je soms hun gang laten gaan, maar sommigen hebben ook veel supervisie nodig.

In één geval wordt geen uitspraak gedaan over de hoeveelheid supervisie; maar blijkt wel dat de supervisie blijvend is.

- Als de supervisie goed geregeld is, dan loopt het goed. Dan kun je de NPs de poli laten draaien.

◆ *Analyse en discussie*

Medisch specialisten zijn bereid taken door NPs te laten doen. In de meerderheid van de cases (zeven maal) willen zij de NP vervangen wanneer hij/zij zou vertrekken; zij zijn bereid om taken *structureel* door NPs te laten doen. Dat wil nog niet zeggen dat medici bereid zijn taken *structureel over te dragen*; zij blijven de taken die door de NP worden gedaan superviseren en blijven eigenaar van deze taken. Als de NP er niet is, worden de taken weer door arts(assistent)en gedaan. Conform de bevindingen van Van Rooijen (2003) hebben artsen blijkbaar moeite met het uit handen geven van de eindverantwoordelijkheid. Er is nog geen sprake van taakherschikking; wel van substitutie. Overigens staat formeel de wet BIG taakherschikking nog in de weg (paragraaf 4.4.2.).

◆ *Conclusie*

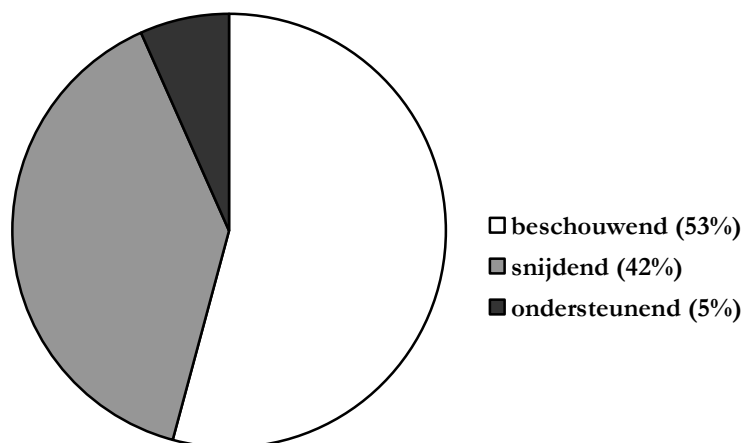
Medici lijken nog niet bereid te zijn taken structureel over te dragen. Wel is er sprake van substitutie. Er is sprake van taakdelegatie, niet van taakherschikking.

B. Welke kenmerken hebben de taken die artsen aan NPs overdragen?

In paragraaf 5.1 staat in het onderzoek naar activiteiten van NPs beschreven dat zij na *patiëntselectie* dezelfde activiteiten doen als de arts-assistenten op de polikliniek en op de afdeling. Medisch specialisten lijken vooral categorieën patiënten te delegeren, niet zo zeer een aantal omschreven taken. NPs lijken vooral patiënten te behandelen waarbij de zorg protocollair verloopt. Zij hebben in tegenstelling tot arts-assistenten geen taken in de operatiekamer, noch draaien zij diensten.

Deze bevindingen werden nader geanalyseerd aan de hand van de survey en de casestudies (Van Offenbeek et al., 2003) aangevuld met een beperkt aantal extra interviews.

Als eerste werd aan de hand van de survey geanalyseerd in welke medisch specialismen de NPs worden ingezet. Als eerste volgt hier de inzet in de drie hoofdcategorieën beschouwend, snijdend en ondersteunend.



Figuur 5.7. NPs naar hoofdindeling specialismen (n=74)

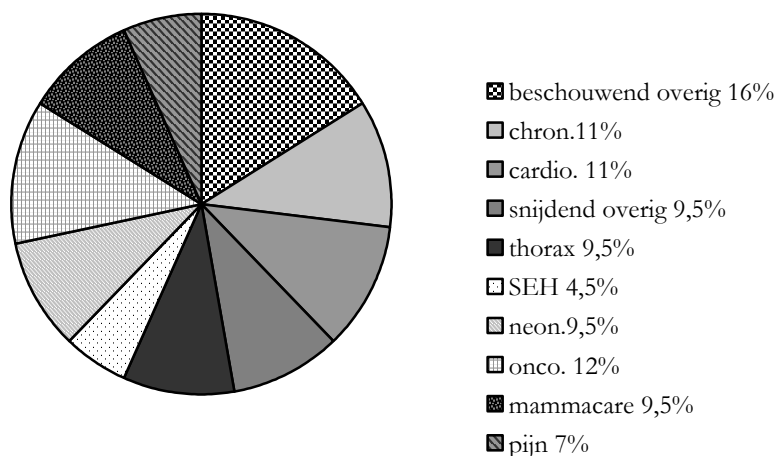
De *beschouwende specialismen* (allergologie, cardiologie, dermatologie, inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde, neurologie, klinische geriatrie, longziekten en tuberculose, maag darm lever, psychiatrie, reumatologie, revalidatiegeneeskunde) hebben 7919 geregistreerde beroepsbeoefenaren (bron: capaciteitsorgaan) en zijn hiermee de omvangrijkste groep. Evenals de meeste medici werken ook de meeste NPs (54%, abs. 40) bij de beschouwende specialisten. Geen van de NPs uit deze studie werkt bij de allergologie, die overigens slechts 19 geregistreerde beroepsbeoefenaren heeft.

De *snijdende specialismen* (gynaecologie, orthopedie, heelkunde, urologie, thoraxchirurgie, oogheelkunde, KNO, neurochirurgie) hebben totaal 4181 geregistreerde beroepsbeoefenaren (bron: capaciteitsorgaan). Bij de snijdende specialisten werkt 39,2% (abs. 29) van de respondenten uit deze studie.

Er zijn geen NPs in deze studie werkzaam bij oogheelkunde en KNO. Bij deze specialismen is in het verleden al taakherschikking gerealiseerd en zijn er nieuwe beroepen ontstaan. Bij oogheelkunde neemt de Technisch Oogheelkunde Assistent (TOA) taken van de oogarts over. Hij of zij assisteert de oogarts bij spreekuren en ingrepen en bij het verrichten van oogmetingen en oogfunctie onderzoek. In sommige gevallen kan de TOA zelf visuele hulpmiddelen voorschrijven en aanmeten. Andere beroepen voortgekomen uit taakherschikking zijn de orthoptist (gericht op de oogstand, de samenwerking van de ogen en de ontwikkeling van het zien), de optometrist (gespecialiseerd in het verrichten van oogheelkundig onderzoek) en de opticien. De KNO arts heeft taken overgeheveld aan de akoepedist (oefent slechthorenden in het gebruik van een gehoorapparaat en in het liplezen) en de logopedist.

Van de *ondersteunende specialismen* (anesthesiologie, klinische genetica, laboratoriumdiagnostiek, medische microbiologie, nucleaire geneeskunde, radiotherapie, pathologie, radiologie) werken alleen verpleegkundigen bij de anesthesiologie, een specialisme met 1121 geregistreerde beroepsbeoefenaren (bron: capaciteitsorgaan). Binnen dit specialisme zijn vijf NPs 6,7% (abs. 5) uit deze studie werkzaam.

Omdat veel NPs binnen een specialisme worden ingezet, is vervolgens gekeken naar de meest voorkomende subspecialismen bij de respondenten (fig.5.8).



Figuur 5.8. Verdeling NPs naar (sub) specialisme (n=74)

Om de kenmerken van de patiëntengroepen nader te verkennen werden de casestudies en de observaties gebruikt. Voor patiëntengroepen die niet in de cases waren gerepresenteerd, werden extra interviews gehouden.

Van de 74 NPs uit deze studie werkt 12% (abs.9) met oncologiepatiënten en met mammacare meegerekend 21,6% (abs.16). In ons land zijn er per jaar 69.000 nieuwe oncologiepatiënten. De patiëntengroep wordt over het algemeen gekenmerkt door een hoge vraag naar begeleiding; één op de drie patiënten sterft aan deze ziekte.

Een NP uit één van de cases: *“Patiënten zijn in de laatste fase van hun leven, zij komen vaak vanuit een poliklinische setting. Een patiënt heeft dan niet veel contact meer met de medisch specialist.”*

Bij de mammacare wordt gestreefd naar een snelle diagnose (binnen één dag) naast een goede begeleiding. Om dit te realiseren is een goede planning van alle onderzoeken noodzakelijk: Een NP: *“het is hier zo geregeld dat controle patiënten al een foto hebben laten maken alvorens zij op het spreekuur komen. Voor nieuwe patiënten is een plaats gereserveerd. Ze kunnen dezelfde dag nog terecht en hebben dan ook de*

voorlopige uitslag.” En: “de meeste patiënten met borstkanker hebben last van vermoeidheid; ik neem ruim de tijd hierover te praten.”

Van de 74 NPs uit deze studie werkt 10,8% (abs.8) bij verschillende categorieën chronisch zieke patiënten, patiënten met onomkeerbare aandoeningen, zonder uitzicht op volledig herstel en met gemiddeld een lange opnameduur (Pool en Lambregts, 1999, p. 107). Er is geen verband gevonden tussen de prevalentie van de verschillende categorieën chronisch zieken en het aantal NPs, maar daarvoor zijn de aantallen waarschijnlijk nog te gering. Zo is bij de meest voorkomende chronische ziekte, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Diseases) met 450.000 patiënten in ons land (RVZ, 2001) in deze studie slechts één NP werkzaam. Bij chronisch zieken gaat het niet alleen om de gezondheidsproblemen zelf, maar ook om problemen in het dagelijks functioneren en psychosociale problemen, die sterk met elkaar zijn verweven (Pool et al., 1999). Een reumatoloog: *“de toegevoegde waarde van de NP bestaat met name uit een andere invulling van de zorg. De patiënt is meestal opener en minder op zijn hoede; wat tegen de arts gezegd wordt, heeft vaak onmiddellijke consequenties als medicatie veranderingen, doorverwijzingen naar bijvoorbeeld maatschappelijk werk, overleg huisarts. Er vindt een medische oplossingsgerichte vertaalslag plaats.”*

In de cardiologie waar eveneens 10,8% (abs.8) van de NPs werkt, wordt de NP ook voornamelijk bij de chronisch zieke patiënten ingezet, zoals patiënten met hartfalen (95.000 patiënten in ons land; RVZ, 2001). Uit onderzoek blijkt dat begeleiding door een verpleegkundige een positief effect heeft op het aantal heropnamen (Jaarsma, 1999).

Een cardioloog uit één van de cases: *“men is toen gaan onderzoeken waar de oorzaak van de hoge bedbezetting lag en het bleek dat met name patiënten met hartfalen een groot beslag legden op de bedden. Deze patiëntengroep moet goed op medicatie worden ingesteld, als dit niet gebeurt, is de kans groot dat ze weer worden opgenomen.”*

Op de intensive care neonatologie werkt 9,4% (abs.7) van de respondenten. Hier wordt aan de opgenomen pasgeborenen 24 uur per dag speciale zorg geboden met behulp van geavanceerde medische apparatuur, waarmee de vitale functies worden bewaakt, ondersteund en zo nodig overgenomen. Naast het verlenen van medische en verpleegkundige zorg, is opvang en begeleiding van ouders een belangrijke taak op de afdeling. Het specialisme met te vroege en zieke pasgeborenen (soms met een lichaamsgewicht van minder dan 500 gram) vraagt speciale motorische vaardigheden voor het inbrengen van invasieve lijnen en tubes, handelingen die zeer frequent voorkomen. Deze medisch technische handelingen worden overgenomen door NPs. Een neonatoloog: *“je moet arts-assistenten geen dingen laten doen die ze later als kinderarts niet in de praktijk hoeven te brengen, bijvoorbeeld het inbrengen van lijnen bij heel kleine kindjes; dat is ethisch onverkoopbaar. Dit soort handelingen moeten alleen door de neonatoloog of de NP worden uitgevoerd.”*

Binnen de snijdende specialismen zien we de NP vooral bij de thoraxchirurgie (9,4%; abs.7) in de rol van zaalarts. Er zijn in ons land 110 geregistreerde thoraxchirurgen die jaarlijks meer dan 32.000 operaties doen (RVZ, 2001). De keuze voor een NP wordt in de casestudie als volgt gemotiveerd: *“op de afdeling thoraxchirurgie is de NP erg belangrijk, aangezien de arts-assistenten in opleiding voornamelijk op de OK staan.”* Ook zijn er minder arts-assistenten niet in opleiding beschikbaar. Volgens de artsen is de zorg voor de thoraxchirurgische patiënt sterk geprotocolleerd.

Van de 74 NPs werkt 7% (abs.5) op het gebied van pijnbestrijding. Zij nemen geen patiënten over, maar medisch-technische activiteiten. Er is een pomp ontwikkeld die patiënten zelf kunnen bedienen om hun pijn te bestrijden. Deze pomp is aangesloten op een katheter die in de epidurale ruimte ligt tussen het harde ruggenmergvlies en de binnenzijde van het wervelkanaal dat het ruggenmerg omgeeft. De epidurale ruimte bevat bindweefsel, bloedvaten en zenuwwortels.

Medicijnen tegen de pijn komen daar terecht. NPs zijn vooral bezig met het geven van instructie en het letten op complicaties: *“het nalopen van epiduralen gebeurde voorheen door de specialist.”* Deze activiteiten worden aangeduid als acute pijnservice (APS).

De NP die ingezet wordt op de spoedeisende hulp (4,5%, abs.4) ziet over het algemeen patiënten met kleine trauma's. Vaak zijn dit patiënten die naar de spoedgevallen gaan in plaats van naar de huisarts (“zelfverwijzers”). Een arts: *de zorgvraag komt in het kort neer op geruststelling; het uitsluiten van iets ernstigs. De patiënt komt voor een kort eenmalig consult met hooguit 1 á 2 controles op de polikliniek.*

Resumerend werkt van de 74 NPs dus 79,7 % (abs.59) op acht terreinen:

- Oncologie (11)
- Hartfalen (8),
- Chronisch zieken (8)
- Mammacare (7)
- Thoraxchirurgie (7)
- Neonatologie (7)
- Acute pijn service (5)
- Kleine traumatologie (4)

De kenmerken van de patiëntengroepen zijn:

- Protocollaire zorgverlening; dit kenmerk geldt voor alle patiënten die aan NPs worden overgedragen.
- Mogelijk: grote behoefte aan begeleiding (hartfalen, chronisch zieken, oncologie en mamma care);
- Mogelijk: behoefte aan nauwgezette planning en coördinatie (mammacare);
- Mogelijk: behoefte aan specifieke motorische vaardigheden (neonatologie);
- Mogelijk: behoefte aan acute chirurgische huisartsenzorg (klein traumatologie);
- Mogelijk: behoefte aan pijnbestrijding met behulp van een specifieke techniek.

Lage prioriteit in de opleiding van arts-assistenten (thoraxchirurgie, neonatologie) is niet zozeer een kenmerk van de patiëntencategorie, maar meer een bevestiging van het gegeven dat de zorg heel geprotocolleerd is. Daarom is het niet noodzakelijk dat deze door een medisch specialist of arts-assistent wordt gegeven.

◆ *Analyse en discussie*

Opvallend is dat de medici patiënten met een hoge vraag naar begeleiding aan NPs delegeren. Zij zouden deze patiënten ook aan verpleegkundigen kunnen overlaten, die de psychosociale zorg van de patiënt, de gevolgen van ziekte, tot hun domein rekenen. Uit het verpleegkundig beroepsprofiel: *“het ondersteunen en beroepsmatig beïnvloeden van de vermogens van de zorgvrager bij feitelijke of potentiële reacties op gezondheids- en/ of daaraan gerelateerde bestaansproblemen en op behandeling of therapie, om het evenwicht tussen draagkracht en draaglast te handhaven of te herstellen.”* (Leistra, Liefhebber, Geomini en Hens, 1999, p. 11). Opnieuw blijkt dat artsen en verpleegkundigen uit elkaar gegroeid zijn en niet goed van elkaar weten wie wat kan doen. Acute pijnservice met behulp van een nieuwe techniek is wel een heel beperkt terrein voor een NP met een professionele masteropleiding. In een aantal gevallen heeft de NP daarnaast de taak om patiënten pre-operatief te screenen. Wanneer dit niet het geval is, zou de frequent voorkomende techniek ook door een gespecialiseerd verpleegkundige toegepast kunnen worden.

De overheid gaat uit van taakherschikking. NPs kunnen op de afdeling en de polikliniek dezelfde taken doen als arts-assistenten (5.1.), maar kunnen toch niet alle patiënten behandelen. Er gaat een proces van patiëntenselectie aan vooraf. De inzet van NPs lijkt zich te concentreren op een beperkt aantal terreinen waarin de zorg volgens protocol verloopt, aangevuld met kenmerken als

hoge behoefte aan begeleiding, nauwgezette planning en coördinatie en specifieke motorische vaardigheden. De naar het ziekenhuis verplaatste acute chirurgische huisartsenzorg (kleine traumatologie) wordt ook gedelegeerd aan NPs.

Het lijkt zinniger te spreken over het “herschikken” van patiëntencategorieën dan over het herschikken van taken.

◆ *Conclusie*

Medisch specialisten delegeren niet zozeer taken, maar vooral bepaalde patiëntencategorieën aan NPs.

De NP neemt de patiënten over bij wie de zorg protocolair verloopt. Eventueel wordt de zorgbehoefte van deze patiënten nog eens extra gekenmerkt door de vraag naar begeleiding, zorgvuldige planning, coördinatie en specifieke motorische vaardigheden. Patiëntencategorieën die nu vooral aan NPs worden gedelegeerd zijn oncologische patiënten, chronisch zieken, patiënten met hartfalen, patiënten voor mammacare, thoraxchirurgische patiënten voor pre-, en postoperatieve zorg en te kleine en/ of te vroeg geboren en/ of zieke neonaten. Daarnaast doet een aantal NPs, evenals gespecialiseerd verpleegkundigen, hoog frequent voorkomende en met behulp van techniek en onderzoek vereenvoudigde medisch technische activiteiten, zoals de acute pijnbestrijding van patiënten. Patiënten die zichzelf verwijzen naar de spoedpoli voor kleine trauma's worden ook door de NPs gezien, in plaats van door de huisarts.

C. Hoe legitimeren en motiveren medisch specialisten het overdragen van taken aan verpleegkundigen, in het bijzonder aan NPs?

Onder 5.2.2.A zagen we dat medisch specialisten geen taken overdragen, maar patiëntencategorieën delegeren. Ze blijven zelf “eigenaar” van deze patiënten. Dit is de eerste wijze waarop zij “taakoverdracht” legitimeren.

Voor de verdere beantwoording van deze vraag werden opnieuw de interviews met de medisch specialisten uit de twaalf case studies geanalyseerd. Per medisch specialist werden soms meerdere argumenten aangedragen.

Op de eerste plaats geldt dat artsen geen andere taken delegeren aan “gewone” verpleegkundigen dan de al eerder genoemde frequent voorkomende technische handelingen (zie paragraaf 3.4). Wel delegeren zij nieuwe taken aan verpleegkundigen in de functie van NP. Het delegeren van taken wordt dus op de eerste plaats gelegitimeerd door de nieuwe functie.

Uit hoofdstuk 4 blijkt dat legitimatie in bijvoorbeeld de VS en de UK plaatsvindt door de aanstelling van ervaren verpleegkundigen in de functie NP met een vervolgopleiding op masterniveau en ook door onderzoek. De gevraagde ervaring en de vervolgopleiding zien we in ons land terug. Onderzoek als legitimering werd echter in deze studie niet gevonden.

Een verpleegkundige moet minimaal twee jaar werkervaring hebben om toegelaten te worden tot de opleiding ANP, een professionele master opleiding die veelal als functie-eis voor de functie van NP wordt beschouwd (VAZ, 2004). Ook na de ANP opleiding blijken medici extra scholing aan de NPs te geven. Dit is in zeven van de twaalf cases het geval.

- De nurse practitioner heeft naast zijn theoretische scholing veel in de praktijk geleerd. Hij heeft stages gelopen op de neurologie en heeft lichamelijk onderzoek leren afnemen. Deze extra scholing gaat ook nu nog door. De training on the job gaat steeds door; die stopt nooit. Daarnaast gaat de np naar congressen en symposia en gaat o.a. naar de VS voor een fellowship in 2003.
- Er is veel intensief contact tussen artsen en nurse practitioner, ook over het scholingsaspect. Scholing gebeurt meestal tijdens de medische visites. De theorie krijgt hij van één van de cardiologen. Een gemeenschappelijk scholingsmoment met de arts-assistenten is tijdens de overdracht 's ochtends. Ook het radiologie overleg wordt gebruikt als scholingsmoment.

- Er is continue training on the job. Er is veel ruimte voor evaluatiemomenten, er is een gezamenlijk spreekuur van de chirurg en de nurse practitioner. De briefwisseling wordt altijd ook door hem gezien en mede ondertekend. De nurse practitioner is geen solist, maar een lid van het team.
- De nurse practitioner neemt deel aan onderwijs voor arts-assistenten.
- Ze neemt ook deel aan onderwijs voor arts-assistenten, maar dat deed ze daarvoor ook al, als verpleegkundig specialist.
- Er gebeurt in het ziekenhuis nog niets aan bij- en nascholing voor nurse practitioners. Hij heeft ook nog weinig peers in Nederland. De nurse practitioner neemt deel aan scholing en onderwijs voor arts-assistenten, dat kan gewoon.

Drie van de twaalf NPs uit de cases zorgen voor hun eigen bijscholing.

- Na- en bijscholing verzorgt ze zelf. Het is niet wenselijk dat het ziekenhuis zelf de scholing verzorgt, dit moet landelijk gebeuren. De diversiteit is groot.
- Voor bij- en nascholing zorgt ze zelf. Soms krijgt ze iets aangereikt vanuit de opleiding. Binnen het ziekenhuis wordt geen scholing verzorgd. Dit is wel wenselijk; misschien in de toekomst als er meer nurse practitioners in het ziekenhuis werkzaam zijn.
- Er is structureel niets geregeld voor bij- en nascholing; dit gebeurt meer vanuit haarzelf en de hematologen. De organisatie moet er nog aan wennen, het budget moet nog aangepakt worden. Ze neemt niet deel aan scholing van arts-assistenten.

In slechts twee gevallen is er (nog) geen bijscholing voor de NP.

- Daar is nog niet zo over nagedacht.
- Er gebeurt in het ziekenhuis nog niets aan bij- en nascholing voor nurse practitioners.

Eerder werd al geconstateerd (5.1.) dat artsen patiënten selecteren voordat zij ze delegeren. Een arts: *“ernstige zaken gaan wel altijd naar de arts-assistenten.”*

Elf van de twaalf medisch specialisten legitimeren de taakdelegatie door blijvende supervisie (paragraaf 5.2.2.A).

Zevenmaal wordt de taakdelegatie gelegitimeerd door het werken volgens protocol. Patiënt selectie en protocollair werken houden nauw verband met elkaar.

- De NP maakt gebruik van medische standaarden.
- De NP kan alle standaard patiënten behandelen.
- Alles ligt vast binnen het gebruikte software pakket.
- De NP behandelt alleen protocollaire patiënten.
- Het moet wel een afdeling zijn waar veel volgens protocol wordt gewerkt.
- Er is gekozen voor een overzichtelijke patiëntengroep, die goed geprotocolleerd te behandelen is.
- Ze behandelt een beperkte geprotocolleerde patiëntengroep.

Driemaal wordt taakdelegatie gelegitimeerd door deze te beperken tot taken waarbij verantwoordelijkheid voor de besluitvorming bij de medisch specialist blijft.

- Nieuwe patiënten komen altijd eerst bij de dermatoloog, na diagnostiek en anamnese neemt de NP haar patiënten over.
- De NP werkt met name op het niveau van de begeleiding. Klinisch psycholoog doet met name diagnostiek en behandeling. Dit is toch anders.
- Ook na de opleiding is er voortdurend begeleiding van een specialist nodig.

Ook voor de motivatie van medici voor de aanstelling van een NP werd geput uit de casestudies.

Vijfmaal wordt de aanstelling van een NP gemotiveerd door begeleidingsaspecten te benadrukken of door aan te geven dat de arts overgekwalificeerd is voor het werk. Daarbij wordt éénmaal expliciet genoemd dat de specialist meer tijd krijgt voor een andere speciale patiëntengroep.

- In de praktijk situatie is het zo dat het vaak onnodig is dat hij als klinisch psycholoog bij patiënt komt. De doelstelling is gehaald: de specialist heeft meer tijd voor een speciale patiëntengroep. Dit begint hij nu te merken.
- Werkzaamheden die voor de artsen te simpel zijn kunnen nu door de NP worden overgenomen.
- Bij eenvoudige patiënten moeten ze zelfstandig kunnen beslissen zonder supervisie. Daar zijn tot nu toe geen gaten in gevallen.
- De zorgvraag kenmerkt zich door een sterke informatie behoefte bij de patiënt. Hij of zij wil weten wat er gaat gebeuren, ook pre operatief zijn er veel vragen.
- De zorgvraag komt in het kort neer op geruststelling; het uitsluiten van iets ernstigs.

Driemaal komt naar voren dat de verpleging dit werk graag wil en dat het een carrière perspectief is. Overigens bleek dit ook indirect uit de gemiddelde leeftijd (41,15) van de respondenten. Blijkbaar is het aantrekkelijk voor de wat oudere verpleegkundige om binnen de patiëntenzorg op deze wijze mogelijk nog een stap verder te komen.

- Hij is wel ontstaan vanuit de ambities van de verpleging.
- De verpleegkundige kwam zelf met het voorstel om de opleiding te gaan volgen, om haar werkzaamheden een positie te geven. De artsen zijn heel blij met wat ze doet.
- Het meest positieve effect van de NP is het carrièreperspectief, waardoor goede verpleegkundigen behouden blijven voor de organisatie.

Tweemaal wordt het aanstellen van de NP gemotiveerd door de andere prioriteiten van arts-assistenten.

- Arts-assistenten hebben de kennis niet in huis, die krijg je hier ook niet voor geïnteresseerd.
- Op de afdeling thoraxchirurgie is de NP erg belangrijk, aangezien de arts-assistenten voornamelijk op de OK staan.

Eenmaal wordt het verschuiven van taken gemotiveerd door aan te geven dat het werk erg lastig is en eenmaal door het tekort aan arts-assistenten als helpende factor.

- Het is erg frustrerend dat je niet in staat bent om de leefstijl van mensen te veranderen.

- Helpende factor was het verminderde aanbod van arts-assistenten.

◆ *Analyse en discussie*

In het overheidsbeleid in ons land past taakherschikking; geen van de artsen uit de casestudies gebruikt dit als legitimering voor taakherschikking, evenmin als het feit dat de wet BIG taakdelegatie toestaat. Toekomstige capaciteitsproblemen speelden wel een rol bij de medici in het UMCG om een NP aan te stellen. Mogelijk speelt daar een rol dat zij wisten dat dit een reden was om toestemming te krijgen voor een experiment met een NP waarbij er ook nog formatiecompensatie kon worden verkregen.

De cases bestonden uit verpleegkundigen die de ANP opleiding volgen of afgerond hebben en met direct betrokkenen. Uit de gesprekken en observaties lijkt over het algemeen de ANP opleiding geaccepteerd te zijn als functie-eis voor de NP-functie. De titel van NP is niet beschermd. Ofschoon het niet met zekerheid kan worden gezegd, lijkt er geen grootschalige misbruik te worden gemaakt van de titel, noch van het feit dat er geen wettelijke verplichting tot

het volgen van de ANP-opleiding bestaat. Tot nu toe lijkt er slechts in één ziekenhuis NPs te worden opgeleid door een huisopleiding.

Opvallend is dat de ruimte die een NP aan de specialist kan bieden om zich met ingewikkelder problematiek te kunnen gaan bezighouden (De Graaf, 1997), zoals bij de introductie van de NP werd gezegd, maar één keer expliciet wordt genoemd. De mogelijke tijdswinst die het werken met NPs oplevert, lijkt niet echt te leven.

Het delegeren van taken aan NPs wordt gemotiveerd door een lagere status van het werk te benadrukken naast een meer altruïstisch motief als het willen bieden van een carrièreperspectief aan verpleegkundigen. Daarmee geven medici indirect te kennen dat NPs niet aan hen gelijk zijn. Werk waarvoor medici zijn overgekwalficeerd is een carrière stap voor de verpleging.

Soms wordt de indruk gewekt dat de NP getolereerd wordt, niet meer en niet minder. Een arts: “de vraag is waarom je dit werk niet door een anesthesie assistent zou laten doen. Zij (de NPs) hebben een waarschijnlijk betere voeling met de werkvloer. Ze moeten echter wel altijd gesuperviseerd worden.” Tegelijkertijd wordt in zeven gevallen de NP bij vertrek vervangen. In de meerderheid van de cases maakt de medisch specialist zich toch wel sterk voor de NP. Dat blijkt ook uit de bereidheid om extra scholing aan NPs te verzorgen.

Dat de toekomstige arbeidsmarkt de inzet van de NP vereist, lijkt in deze cases niet echt te leven; het werd eenmaal als motief genoemd. Dit blijkt ook uit het feit dat de verdeling van de NPs over medisch specialismen niet congruent lijkt te zijn aan de tekorten (5.2.2B). Gezien het kleine aantal NPs moet deze bevinding wel met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Wanneer de NP wordt aangesteld om vooral de informatie en de begeleidingsaspecten te benadrukken, rijst (opnieuw) de vraag of daar wel een NP voor nodig is.

◆ Conclusie

Resumerend legitimeren medici de overdracht van handelingen aan de verpleging door deze niet structureel over te dragen en eigenaar te blijven van de taken. Verder speelt de belangrijke rol de landelijke introductie van de functie NP waarvoor ervaring als verpleegkundig vereist is, evenals een professionele masteropleiding. Eveneens is patiëntselectie een belangrijk mechanisme voor de legitimering van taakdelegatie, naast extra scholing, protocollaire zorg, supervisie en scheiding van diagnostiek en behandeling van de uitvoering.

Motivatie vindt vooral plaats door de lage status van het werk te benadrukken en door het willen bieden van een carrièreperspectief aan de verpleging. Opvallend is dat de krappe arbeidsmarkt of mogelijke tijdswinst door de inzet van de NP nauwelijks als argument worden genoemd.

5.2.2.1 Samenvatting

Welke kenmerken hebben de taakgebieden die artsen aan verpleegkundigen en in het bijzonder aan NPs overdragen? Op welke manier en in hoeverre vindt legitimering en motivatie plaats?

Artsen dragen taken niet structureel over. Wel is er sprake van substitutie. Zij delegeren niet zozeer taken, maar vooral bepaalde patiëntencategorieën aan NPs. Deze categorieën worden gekenmerkt door een protocollaire behandeling. De zorgbehoefte kan nog eens extra worden gekenmerkt door de vraag naar begeleiding, zorgvuldige planning, coördinatie en specifieke motorische vaardigheden. Veel voorkomende patiëntencategorieën die aan de verpleging worden overgedragen zijn oncologische patiënten, chronisch zieken, patiënten met hartfalen, patiënten voor mammacare, thoraxchirurgische patiënten voor pre-, en postoperatieve zorg en te kleine en/of te vroeg geboren en/of zieke neonaten.

Daarnaast doet een aantal NPs evenals gespecialiseerd verpleegkundigen hoog frequent voorkomende en met behulp van techniek en onderzoek vereenvoudigde activiteiten, met name

in de acute pijnbestrijding van patiënten. Patiënten die zichzelf verwijzen naar de spoedpoli voor kleine trauma's worden ook door de NP behandeld, in plaats van door de huisarts.

Medici legitimeren de overdracht van taken aan de NP door deze niet structureel over te dragen en eigenaar te blijven. Verder speelt een belangrijke rol de landelijke introductie van de functie NP waarvoor ervaring als verpleegkundig vereist is evenals een professionele masteropleiding. Patiëntselectie is eveneens een belangrijk mechanisme voor de legitimering van taakdelegatie, naast extra scholing, protocollaire zorg, supervisie en scheiding diagnostiek en behandeling van de uitvoering.

Motivatie vanuit de artsen vindt vooral plaats door de lage status van het werk te benadrukken en door het willen bieden van een carrièreperspectief aan de verpleging.

5.2.3. Deelvraag 4:

Welke kenmerken hebben de taakgebieden die NPs van artsen *willen* overnemen? Op welke manier en in hoeverre vindt legitimering en motivatie plaats?

Bij de vorige vraag zagen we dat de taakgebieden die artsen aan NPs delegeren, vooral patiëntencategorieën zijn waarvoor de behandeling sterk geprotocolleerd is en die aanvullend gekenmerkt kunnen worden met een hoge vraag naar begeleiding, zorgvuldige planning, coördinatie en specifieke motorische vaardigheden. Daarnaast laten zij de kleine traumatologie en de acute pijnservice met behulp van een nieuwe techniek over aan de NP.

Komt dit overeen met wat verpleegkundigen van artsen over *willen* nemen?

A. Welke kenmerken hebben de taakgebieden die NPs van artsen over *willen* nemen?

Uit de twaalf interviews met NPs blijkt dat zij op de eerste plaats het verbeteren van kwaliteit en continuïteit nastreven en niet zozeer de taakovername van artsen. Tienmaal wordt dat door de NP als eerste doelstelling van de functie genoemd.

- Doelstelling was om de kwaliteit van zorg te verbeteren door het geven van advies en voorlichting en complicaties na operatie te minimaliseren.
- Doelstelling is verhoging van de kwaliteit van de zorg.
- Met name om de continuïteit van de zorg te garanderen en een brug te slaan tussen polikliniek en kliniek.
- Bijdragen aan het geprotocolleerd stroomlijnen van de zorg.
- De medische zorg en coördinatie liepen vaak achter op de actuele situatie.
- Doelstelling was het verbeteren van de kwaliteit van zorg binnen de cardiologie populatie.
- Er was sprake van weinig continuïteit, weinig doorstroom, waardoor de kwaliteit van de zorg sterk fluctueerde.
- Door mijn komst is er meer continuïteit.
- Voor mijn komst werd dit werk niet gedaan. De anesthesist schreef pijnbestrijding voor, de zaalarts soms ook, en de verpleegkundige hield het in de gaten. De functie is een initiatief geweest van mijzelf. Doelstelling was om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.
- Waardoor er geen consensus bestaat en de zorg vaak chaotisch verloopt. Het was min of meer toeval wie er naast het bed stond met gerichte behandelplannen. Die rol heb ik overgenomen.

In de twee andere gevallen is het carrièreperspectief de drijfveer.

- De specialist heeft het bedacht als taakontlasting, verlengde arm. Voor mij geldt het als carrièreperspectief.
- Ik werk al 12 jaar op de Spoedeisende Hulp, wilde meer doen, maar geen managementfunctie, wel een functie met een innovatief karakter.

NPs streven dus niet zozeer naar de overname van taken, maar naar verbetering van de zorg. Als zij daarvoor taken van medici moeten overnemen, doen zij dat. Deze taken lijken geen specifieke kenmerken te hebben. Zijn NPs echt zo altruïstisch of zijn bovengenoemde antwoorden ingegeven uit sociale wenselijkheid?

In de survey werd met behulp van een open vraag gevraagd naar het beoogde doel van de opleiding. De antwoorden die de NPs gaven staan in tabel 5.9. Daar komt inderdaad het streven naar kwaliteit en continuïteit terug (16 maal), voorafgegaan door de mogelijkheid van een carrière stap (19 maal) en een zelfstandige functie-uitoefening (17 maal).

Tabel 5.9 Doel van de ANP opleiding (n=74)

Open vraag, meerdere antwoorden mogelijk

Doel	Aantal keer genoemd
Carrière stap	19 maal
Zelfstandige functie uitoefening	17 maal
Verbetering kwaliteit, continuïteit coördinatie	16 maal
Kennis vergroting	16 maal
Medische taken overnemen	12 maal
NP functie beter uitoefenen	11 maal
Wetenschappelijk onderzoek	5 maal
Professionalisering van de verpleging	3 maal
Totaal	99

◆ *Analyse en discussie*

De opleiding wordt gevolgd als carrière stap (19 maal) en om een zelfstandige functie te kunnen vervullen (17 maal). Overigens blijkt ook uit onderzoek in de VS dat autonomie, een zelfstandige functie uitoefening, de belangrijkste satisfier is voor NPs (Mezey et al., 1993). Dit is paradoxaal. Verpleegkundigen streven sinds de jaren zeventig naar professionalisering, naar onafhankelijkheid van de medisch specialist, maar nemen in de NP- functie taken over van medisch specialisten om meer autonomie te ervaren! Door afhankelijk te worden van de medisch specialist in de functie van NP ervaart de verpleegkundige meer autonomie dan in de functie van verpleegkundige. De vraag rijst waarin “gewone” verpleegkundigen dan nu nog feitelijk afhankelijk zijn van medisch specialisten en wat hun gevoel van autonomie beperkt. Is het de verhouding met de medisch specialist, zijn het beelden, is het de eigen structuur?

In de beantwoording van de vraag naar het doel van de opleiding komt opnieuw het streven naar continuïteit en kwaliteit van de NP weer sterk naar voren. Zestien respondenten (21,6%) geven aan dat zij de opleiding doen uit een streven naar continuïteit en kwaliteit van zorg.

Twaalf respondenten (16%) zeggen medische taken te willen overnemen. Het streven naar overname van medische taken is er dus wel, maar in mindere mate dan het streven naar carrièreperspectief, het streven naar zelfstandige functie uitoefening en het streven naar continuïteit en kwaliteit van zorg.

◆ *Conclusie*

De taken die NPs van artsen overnemen hebben geen specifieke kenmerken. NPs streven vooral naar carrièreperspectief, een zelfstandige functie en naar continuïteit en kwaliteit van zorg. Om dit te bereiken zijn ze bereid medische taken te doen. Paradoxaal genoeg lijkt de NP door afhankelijk te worden van de medisch specialist in de functie van NP meer autonomie te ervaren dan in een functie als verpleegkundige.

B. Legitimering en motivatie

Zowel het tijdsbestedingonderzoek als het onderzoek van Van Offenbeek et al., 2003 zijn gehouden onder afgestudeerden en cursisten van de ANP opleiding. Ofschoon het niet met zekerheid gezegd kan worden lijkt de NP de overname van medische taken te legitimeren doordat een nieuwe functie is waar taakovername door verpleegkundigen van artsen een onderdeel van is. Het is geen “gewone verpleegkundige” die taken overneemt, maar een NP. Bij de interviews en observaties bleken er slechts in één ziekenhuis NPs te zijn zonder ANP opleiding, maar met een huisopleiding.

NPs motiveren de overname van medische taken door het streven naar een zelfstandige functie en naar carrièreperspectief (tabel 5.9). Ook gebruiken zij als motivatie het streven naar continuïteit en kwaliteit voor de patiënt. Slechts drie maal wordt het streven naar professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep genoemd.

Om de motivatie van de NPs nader te analyseren werd ook gekeken naar de richting van een eventuele volgende loopbaanstep.

Van de 74 ondervraagde NPs uit de survey (Van Offenbeek et al., 2003) heeft één respondent (1,4%) de voorkeur voor een verpleegkundige functie zoals blijkt uit tabel 5.10. 14,9% (abs. 11) Opteert voor een medische functie en 27% (abs. 2) voor een ander type NP functie en 10,8% (abs.8) voor een eigen praktijk.

Tabel 5.10. Volgende carrière stap

Loopbaanstep	Abs.	Perc.
Andere NP functie	20	27,0%
Weet niet	13	17,6%
Medische functie	11	14,8%
Anders	9	12,2%
Eigen praktijk	8	10,8%
Geen andere step	6	8,1%
Hogere kader of beleidsfunctie	6	8,1%
Verpleegkundige functie	1	1,4%
Totaal	74	100 %

◆ *Analyse en discussie*

De motivatie van NPs om medische taken over te nemen in het streven naar continuïteit en kwaliteit voor de patiënt wordt enigszins afgezwakt door het streven naar carrièreperspectief en een zelfstandige functie. Overigens betekent carrièreperspectief niet altijd vooruitgang in het salaris. Uit de interviews blijkt dat het verlies aan onregelmatigheidstoelage door het vervallen van de onregelmatige diensten moeizaam te compenseren valt door twee of drie hogere salarisschalen. Ofschoon veel instellingen de NP functie twee tot drie schalen hoger waarderen dan een IC verpleegkundige, die van alle gespecialiseerde verpleegkundigen het hoogste gehonoreerd wordt, zijn er ook instellingen die de NP gelijk schalen aan een (niet specialistische of leidinggevende) verpleegkundige. Blijkbaar moet het carrièreaspect ergens anders in worden gezocht, zoals in de zelfstandigheid of de status van het werk. Eerder zagen we al dat een verbetering van de sociale identiteit een rol speelt en hier lijkt dit opnieuw het geval. Opvallend is dat slechts één respondent een verpleegkundige (= niet NP) functie als mogelijke volgende carrière stap ziet. Dit wekt (opnieuw) de indruk dat NPs zich minder sterk met de verpleegkundige beroepsgroep associëren dan zij zeggen te doen. Deze indruk wordt nog eens versterkt doordat slechts driemaal wordt genoemd dat de NP de opleiding ANP heeft gevolgd of volgt met als doel de verpleging te professionaliseren (tabel 5.9.). Het is niet duidelijk of het

streven naar kwaliteit en continuïteit een intrinsieke motivatie is of dat het voorkomt uit sociale wenselijkheid. Het verwijst enigszins naar de stereotype idealistische verpleegkundige.

◆ *Conclusie:*

Legitimatie van de overname van medische taken door verpleegkundigen vindt plaats door het aanvaarden van de NP functie. Motivatie vindt plaats door het streven naar kwaliteit en continuïteit van de patiëntenzorg, maar vooral ook door het streven naar een zelfstandige functie en naar carrière perspectief. Dit betekent niet altijd een vooruitgang in het salaris. Het lijkt de NP meer te gaan om door individuele sociale mobiliteit de sociale identiteit te verbeteren.

5.2.3.1 Samenvatting

Welke kenmerken hebben de taakgebieden die NPs van artsen willen over nemen? Op welke manier en in hoeverre vindt legitimering en motivatie plaats?

De taken die NPs van artsen overnemen lijken geen specifieke kenmerken te hebben. NPs streven naar carrièreperspectief, een zelfstandige functie en naar continuïteit en kwaliteit van zorg. Om dit te bereiken zijn ze bereid medische taken te doen. Er lijkt sprake te zijn van een paradox. De NP lijkt door afhankelijk te worden van de medisch specialist in de functie van NP meer autonomie te ervaren dan in een functie als verpleegkundige, die sinds de jaren zeventig streeft naar professionalisering, waaronder verstaan wordt onafhankelijkheid van de arts. Legitimatie van de overname van medische taken door verpleegkundigen vindt plaats door het aanvaarden van een NP functie. Motivatie vindt plaats door het streven naar kwaliteit en continuïteit van de patiëntenzorg, maar vooral ook door het streven naar een zelfstandige functie en naar carrièreperspectief. Dit laatste betekent niet altijd een vooruitgang in het salaris. Het lijkt de NP meer te gaan om door individuele sociale mobiliteit de sociale identiteit te verbeteren (Tajfel en Turner, 1986).

5.2.4. Deelvraag 5:

Welke omgevingsfactoren zijn van invloed op taakherschikking?

In hoofdstuk 4. werden de volgende externe beïnvloedende factoren gevonden:

- Capaciteitsproblemen medici;
- Stimulerende rol van de overheid;
- Wachlijsten;
- De wet BIG;
- Zorgverzekeraar;
- HBO, het bestaan van de opleiding ANP;
- Subsidie.

In hoeverre spelen genoemde externe factoren daadwerkelijk een rol bij de aanstelling van NPs? Om deze vraag te beantwoorden werden de interviews met de managers uit de casestudies geanalyseerd. Hierbij moet opgemerkt worden dat de aanstelling van een NP het initiatief kan zijn van het management en medici samen, maar ook van een *maatschap van artsen* buiten het management om of van het management buiten de artsen om. De motivatie van het management kan daardoor verschillen van de motivatie van de medici (zie paragraaf 5.2.2.C).

In zes cases ligt expliciet dan wel impliciet de ambitie van de verpleging ten grondslag aan de aanstelling van een NP. Deze ambitie wordt gevoed door het bestaan van de opleiding ANP, dus indirect door het HBO.

- De functie is een beetje zo gegroeid uit de ambitie van een hele goede verpleegkundige.
- De functie is niet geïmplementeerd om het tekort aan artsen op te vangen. De juridische dekking ontbreekt hiervoor ook. Er is samen met de medische discipline gezocht naar een goede werkplek en een goede patiëntengroep. Het is de ambitie van de verpleging.
- Er is gekeken naar een groep waar van alles bij mis gaat. Vanuit de verpleging lag er een vraag naar meer professionalisering. Hij is wel ontstaan vanuit de ambities van de verpleging.
- De NP kwam zelf middels een open sollicitatie.
- Er is een grotere zorgvraag en de verbreding van de verpleegkundige functie kan stimulerend zijn. Ik werd als hoofd verpleegkundige met de functie geconfronteerd.
- De arts-assistenten zien de SEH als stageadres; ze willen er vaak zo snel mogelijk weer weg. Het concept nurse practitioner is door de verpleging binnen de afdeling eerst goed uitgewerkt, toen is men pas naar het (hoger) management gegaan.

Het tekort aan artsen was in vier cases reden om een NP aan te stellen.

- Ook vanuit het feit dat problemen ontstonden met betrekking tot spreekuren door het tekort aan artsen.
- De implementatie is gebeurd vanuit de cardiologen. Er moest meer met patiënten worden gedaan dan tot nu toe gebeurt. De afdeling kampte met een hele hoge bedbezetting.
- Er is gestart met de functie omdat de researchverpleegkundigen omgeschoold moesten worden door het tekort aan artsen. Er wordt hier sterk gekeken vanuit een verpleegkundige visie: carrière, doorgroei.
- Er is nu eenmaal een tekort aan arts-assistenten.

Tweemaal was subsidie de reden om een NP aan te stellen.

- Je kreeg extra formatie als je een NP aanstelde.
- De acute pijnservice kan worden gefinancierd met behulp van een subsidie van de zorgverzekeraar.

◆ *Analyse en discussie*

Evenals bij een deel van de medici (paragraaf 5.2.2.C) lijkt ook het management de inzet van de NP te motiveren met de ambitie van de verpleging. De indruk wordt gewekt dat de NP wordt geïmplementeerd ten faveure van de verpleging, met als bijkomend voordeel dat de functie een handige oplossing biedt voor een tekort aan arts-assistenten. Een leidinggevende: *“ook vanuit het feit dat problemen ontstonden met betrekking tot spreekuren door het tekort aan artsen.”*

Het HBO lijkt gebruik te maken van de ambitie van de verpleging door het aanbieden van de ANP-opleiding, een opleiding die financieel wordt ondersteund door de overheid. Indirect komt hier dus de stimulerende rol van de overheid naar voren. Ook Subsidie kan de verpleging helpen haar ambities waar te maken.

Wachlijsten, de wet BIG en de rol van de zorgverzekeraar lijken de aanstelling van de NP in mindere mate te beïnvloeden dan werd verondersteld.

Terwijl het wel verwacht werd, werd door de leiding geen enkele maal genoemd dat NPs moeten worden opgeleid om het *toekomstig* tekort aan medisch specialisten op te kunnen vangen, zoals de overheid bepleit. Evenmin werd de mogelijkheid genoemd om kosten te besparen door specialisten effectiever in te zetten. Zien verpleegkundigen met de NP functie naast een carrièreperspectief ook vooral de mogelijkheid om meer continuïteit en kwaliteit van zorg te kunnen bieden, door het management werden deze argumenten in geen van de cases aangedragen.

◆ *Conclusie*

Van de verwachte extern beïnvloedende factoren spelen het HBO en de overheid een dominante rol. Verpleegkundigen willen de ANP-opleiding volgen om een nieuwe positie te krijgen. Zij worden geholpen door het management en medici om hun ambities te realiseren, waarbij de oplossing voor het tekort aan arts-assistenten een bijkomend voordeel lijkt te zijn..

5.2.5. Deelvraag 6:

In hoeverre kunnen de optredende taakherschikking in de praktijk en de beleidsmatige discussie daarover worden verklaard met behulp van de door Abbott beschreven krachten en mechanismen?

A. Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot taakherschikking?

Uit de resultaten van deze studie blijkt dat er weliswaar sprake is van substitutie, maar nog niet van taakherschikking. Medisch specialisten blijken ook niet zozeer taken, maar vooral bepaalde patiëntencategorieën aan NPs te delegeren. Medici zijn over het algemeen positief over het werken met NPs maar houden supervisie op het werk van de NP. De NP ziet alleen patiënten van wie de zorg protocollair verloopt en waarbij de zorgbehoefte nog eens extra gekenmerkt wordt door de grote vraag naar begeleiding, zorgvuldige planning, coördinatie en specifieke motorische vaardigheden.

Daarnaast doet een aantal NPs, evenals gespecialiseerd verpleegkundigen, hoog frequent voorkomende en met behulp van techniek en onderzoek vereenvoudigde activiteiten, specifiek in de acute pijnbestrijding van patiënten. Patiënten met kleine trauma's die zichzelf verwijzen naar de spoedpoli worden in plaats van door de huisarts door de NPs behandeld. Inhoudelijk richt de NP zich, net als de arts-assistent, op de behandeling, maar combineert dit ongevraagd met de begeleiding van de patiënt, met zelfmanagement als invalshoek.

Medici laten zich over het algemeen positief uit over hun ervaringen met de NP en dat lijkt ook positief op het beroepsbeeld van de verpleging af te stralen. Dit is in tegenstelling tot de mening van de verpleegkundige beroepsgroep die de NP niet zonder meer lijkt te accepteren en geen effect ziet op haar sociale identiteit.

Bij een deel van de artsen lijkt de neiging te bestaan om de NP de medische beroepsgroep binnen te trekken.

De NPs kennen de ANP opleiding een positief effect toe op het aanzien van de verpleging. De NP lijkt zich nagenoeg even betrokken te voelen bij de verpleegkundige als bij de medische en de eigen discipline. Dit ondanks het feit dat de gepercipieerde herkomst van de werkzaamheden van de NP voor het significant grootste deel medisch is en ondanks dat de gepercipieerde waardering van medici groter is dan van de verpleging. De gepercipieerde waardering en ervaren betrokkenheid blijken positief te correleren. Wanneer adoptie door de verpleging uitblijft en de gepercipieerde waardering door de NP van de verpleging niet verandert, is de kans groot dat de NP assimileert met de medische beroepsgroep. De meerderheid van de NPs lijkt nu al te neigen naar de medische beroepsgroep, hetgeen blijkt uit cultuuraspecten als het dragen van de doktersjas en het meer afstand nemen van de patiënt. De verpleging lijkt een kans om de collectieve identiteit te verbeteren door sociale competitie te laten liggen.

De taken die NPs van artsen willen overnemen, lijken geen specifieke kenmerken te hebben. NPs streven naar een carrièreperspectief, zonder dat dit altijd een verbetering van het salaris betekent. Zij willen een zelfstandige functie en streven naar continuïteit en kwaliteit van zorg. Om dit te bereiken zijn ze bereid medische taken te doen.

De discussie over taakherschikking wordt vooral gevoed vanuit het HBO, gesteund door de overheid en vindt bij NPs gretig gehoor om hun carrièreperspectief te verbeteren. Medici en het management zijn bereid om NPs hierin te steunen. Dat de NP tevens een oplossing biedt voor het huidige tekort aan arts-assistenten lijkt een bijkomend voordeel. De inzet van de NP met het oog op kostenreductie of met het oog op lange termijnproblematiek bij de medisch specialisten lijken in deze studie geen rol te spelen.

◆ *Conclusie*

Taakherschikking, in ons land sterk gestimuleerd door de overheid, blijft tot nu toe beperkt tot substitutie. Artsen delegeren geen taken maar patiëntencategorieën aan NPs, waarvoor ze zichzelf overgekwalificeerd voelen, om tegemoet te komen aan de ambities van de verpleging. Als bijkomend voordeel wordt met de NP het tekort aan arts-assistenten opgelost. De gedelegeerde patiënten kunnen volgens protocol worden behandeld. NPs nemen deze patiënten van de medici over in ruil voor een zelfstandige functie met een hogere sociale identiteit. Zij worden hierin niet gesteund door de verpleegkundige beroepsgroep die daardoor een kans op een hogere sociale identiteit laat liggen.

B. De verklaring vanuit Abbott

Abbott (1988) postuleert dat de inhoud van het werk van een professional voortdurend aan verandering onderhevig is.

In de geschiedenis van artsen en verpleegkundigen is dit ook duidelijk naar voren gekomen. De inhoud van het werk van medici verandert onder invloed van wetenschappelijke vooruitgang, waarbij zij taken verschuiven naar de verpleging. Dit zijn vooral handelingen die frequent voorkomen en waarvan het risico beperkt is. De verpleging wordt daar beter van. Aanvankelijk in ruil voor scholing en later ook in ruil voor een betere beloning (hoofdstuk 3). Volgens Abbott (1988) is delegatie van routine handelingen aan een ondergeschikte groep van belang om de professionele status te behouden.

De verpleging heeft zich de afgelopen jaren de hoofdtaken van een professional eigen gemaakt: diagnosticeren, infereren (door uitsluiting) en behandelen. De verpleging heeft ook een eigen taal ontwikkeld (classificatie) en de medici zijn kwetsbaar voor een aanval vanwege het capaciteitsprobleem. De vooruitgang van de medische wetenschap brengt oplossingen voort die er eerder niet waren, zoals op het gebied van pijnbestrijding. Door nieuwe technieken op dit gebied ontstaan “vacancies.” Deze factoren samen maakt in termen van Abbott (1988) de verpleging klaar voor een “aanval” op het medisch domein.

Op het eerste gezicht lijkt de overname van medische taken door verpleegkundigen in de functie van NP dan ook op een “aanval” in de termen van Abbott, maar hierbij valt wel een aantal zaken op:

- het is slechts *een klein deel* van de verpleging in de functie van NP dat medische taken overneemt, met als reden er *persoonlijk* beter van te worden; het gaat niet om verbetering van de positie van de gehele beroepsgroep;
- de verpleging zelf lijkt de NP niet te adopteren;
- de NP doet geen moeite om de overgenomen taken tot het eigen domein te rekenen; herdefinitie in verpleegkundige termen van de medische problemen waar de NP zich op richt, blijft uit;
- de NP neemt willekeurige taken over, daar waar de gelegenheid zich voordoet. Artsen staan deze taken niet af, maar blijven “eigenaar”;

- het overnemen van willekeurige medische taken staat haaks op het streven van de verpleging naar een eigen zelfstandig beroepsdomein;
- de meeste artsen steunen de NP en motiveren dit door het faciliteren van de ambities van de verpleging en met het argument dat zij overgekwalificeerd zijn voor het werk dat de NP doet.

Is er nog sprake van een “aanval” wanneer een poging om zeggenschap over het domein te krijgen door middel van herdefinitie, uitblijft? Is er inderdaad sprake van een aanval wanneer de NP willekeurige taken overneemt, daarin vaak wel een initiërende rol speelt maar vervolgens de afhankelijkheid van de medisch specialist accepteert? De overname van medische taken door verpleegkundigen in ons land lijkt met veel minder strijd gepaard te gaan dan de indruk die is gewekt bij de invoering van de NP in de VS (paragraaf 4.3.2.)

Abbott draagt nog een aantal andere mogelijkheden aan die het gedrag van professionals verklaren. Deze zullen hier achter elkaar de revue passeren en al of niet van toepassing worden verklaard.

- Fusie

Bij een fusie gaan twee professionele groepen samen. Gelet op de reactie van medici, die over het algemeen de ontwikkeling van de NP stimuleren en gelet op de NP die naar de medische cultuur lijkt te neigen en het niet erg vindt om van medici afhankelijk te zijn, zou dit van toepassing kunnen zijn. Medici willen al door de eeuwen heen de verpleging tot de geneeskunde laten behoren en op deze wijze zou dit met de NP kunnen lukken. In tegenspraak is het feit dat artsen taakdelegatie motiveren door het feit dat zij voor dit werk overgekwalificeerd zijn. Wat gebeurt er met de status van de hele medische beroepsgroep als zij minder gekwalificeerde mensen tot hun groep gaat rekenen?

- Professionele regressie

Een andere mogelijkheid is dat er binnen de medische beroepsgroep sprake is van, in de termen van Abbott, “professionele regressie” waarbij zij taken wil afstoten. Een aantal uitlatingen van medici wijst daarop. Zo laten zij patiënten door de NP behandelen omdat de arts-assistent andere prioriteiten heeft, zoals het leren opereren bij de thoraxchirurgie. Zij motiveren de taakovername van de NP ook wel door te benadrukken dat zijzelf overgekwalificeerd zijn voor het werk (paragraaf 5.2.2.C) of het werk te classificeren als een verplaatste huisartsentaak, waarmee zij dit indirect te kennen geven. In tegenspraak daarmee is echter het feit dat zij niet duidelijk noemen dat zij door de inzet van de NP andere taken kunnen gaan doen en welke dat dan zijn.

- Cliëntdifferentiatie

Ook voor cliëntdifferentiatie zijn aanwijzingen. De belangrijkste is dat er niet zo zeer taken worden overgedragen aan de NP maar patiëntencategorieën. Het zijn patiënten die volgens protocol behandeld kunnen worden, mogelijk aangevuld met intensieve begeleiding, specifieke motorische vaardigheden, goede planning en coördinatie. In tegenspraak daarmee is echter het feit dat de artsen eigenaar blijven van de patiëntencategorieën en ze niet “afstoten.”

- Degradatie

Degradatie van taken is al vaker voorgekomen tussen artsen en verpleegkundigen. Dit keer gaat het dan niet om routine handelingen, maar om “routine patiënten.” De “beloning” die er voor de NP tegenover staat is dit keer geen scholing of een hoger salaris, maar een zelfstandige functie met een betere sociale identiteit. Er lijken geen tegenargumenten te zijn voor deze verklaring. Het zou kunnen dat de medische beroepsgroep besluit tot fusie met de NP, maar aangezien dit negatieve gevolgen zou kunnen hebben op haar status lijkt dit niet erg waarschijnlijk.

◆ *Analyse en discussie*

“Degradatie” lijkt de meest sluitende verklaring te zijn van de huidige gang van zaken bij taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen.

De overheid speelt een dominante rol in de huidige discussie over taakherschikking. Zij moedigt de verpleging aan taken over te nemen en de domeinen te herdefiniëren. Een klein deel van de verpleging wil met het oog op een hogere sociale identiteit aan de eerste vraag gehoor geven, maar herdefiniëring blijft uit. Volgens Abbott bepaalt de opdrachtgever of een professie adequate oplossingen genereert voor problemen. Blijkbaar is de overheid niet helemaal tevreden over de wijze waarop artsen gezondheidsproblemen oplossen en wil daarvoor een andere beroepsgroep interesseren. Of de drijfveer daarbij alleen het capaciteitsprobleem is, is niet duidelijk. De verpleging zou veel grootschaliger gebruik kunnen maken van deze situatie dan zij nu doet. Zij zet echter de aanval niet in. In tegendeel, NPs worden bij de overname van medische taken meer geholpen door de medici zelf dan door de eigen collega verpleegkundigen.

Abbott (1988) gaat uit van groepen min of meer gelijke professionals en niet van professionals die in een machtsrelatie tot elkaar staan. Het aantal NPs in ons land is nog klein. Het kan zijn, dat wanneer de groep groter wordt, zij van binnen uit “de aanval” alsnog inzet. Het kan zijn dat een kleine voorhoede de “aanval” inzet en dat de rest van de verpleging nog volgt. Een arts uit de cases: *“het kost nog veel moeite, de nurse practitioner infiltreert wel steeds meer. Het is een lange weg.”*

Dat kan alleen als zij zich los weet te weken van de medici en zelfstandig mag handelen. Een belangrijk aspect is ook het bezit van kennis; de NP heeft nu nog de arts nodig als leermeester. Mocht over een paar jaar blijken dat de NP ook in ons land een duidelijker en zelfstandiger functie heeft in het medische domein dan nu het geval is, dan kan aan het visie van Abbott een strategie van “infiltratie” worden toegevoegd. De NP is als het ware bezig te infiltreren in de medische professie.

◆ *Conclusie*

Samengevat kan worden geconcludeerd dat de huidige discussie over taakherschikking wordt ingegeven door de opdrachtgever; omdat de overheid niet helemaal tevreden lijkt over de wijze waarop medisch specialisten gezondheidsproblemen oplossen, zoekt zij naar een andere groep professionals voor het oplossen van deze problemen: verpleegkundigen. Een deel van de verpleging, de NPs, geeft hieraan gehoor, maar zet geen aanval op de medici in. Zij worden ook niet gesteund door hun achterban. De medici zelf reageren met “degradatie”; “routine” patiënten worden gedelegeerd aan NPs die daarvoor in de plaats een zelfstandige functie krijgen met een betere sociale identiteit. Medici blijven “eigenaar” van deze patiënten en de NP wordt afhankelijk van de medisch specialist. De NP lijkt meer naar de cultuur van de medisch specialist te neigen dan naar de verpleegkundige cultuur. Mocht over een paar jaar blijken dat de NP ook in ons land een duidelijker en zelfstandiger functie heeft in het medische domein dan nu het geval is, dan kan aan het visie van Abbott een strategie van “infiltratie” worden toegevoegd.

5.2.6. Deelvraag 7:

Hoe kunnen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein ten opzichte van elkaar worden gekarakteriseerd, ex- en inclusief taakherschikking? Hoe kunnen de verschillen worden geduid?

Traditioneel wordt het werk van de verpleging aangeduid met care en dat van de arts met cure. De aandacht van de verpleegkundige richt zich primair op de problemen van de dagelijkse en fundamentele levensverrichtingen als gevolg van de aandoening en de behandeling: *care*. Artsen houden zich bezig met gezondheidsverstoringen zelf en de behandeling ervan: *cure* (Van Rooijen, 2003).

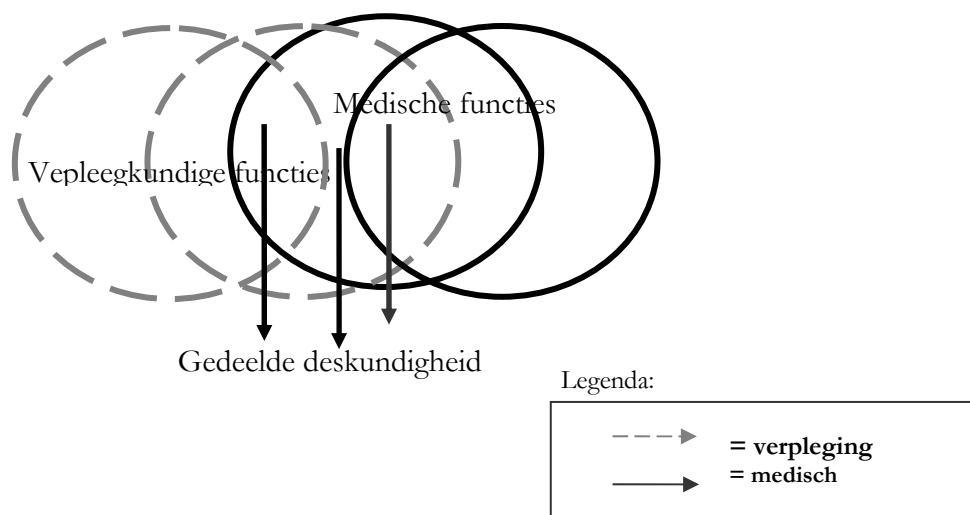
Het vertrekpunt van de verpleging is daarmee het *gevolg* van de ziekte, van de geneeskunde *de ziekte zelf*.

De gevolgen van ziekte op de dagelijkse levensverrichtingen kunnen beperkt worden door de ziekte te behandelen. De verpleegkundige voert (een deel) van de behandeling uit die de arts voorschrijft, bijvoorbeeld de toediening van medicatie. De behandeling van ziekte is niet los te zien van de gevolgen van de aandoening en de behandeling. Een ziekte wordt behandeld met als doel te genezen en/of de gevolgen te beperken. De gevolgen van de behandeling zijn ook een punt van aandacht van de arts. Is het middel niet erger dan de kwaal? Op grond van de WGBO (wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) moet de arts in te bevatten bewoordingen de patiënt informeren over de aandoening en de voorgestelde behandeling, inclusief de gevolgen en risico's van die behandeling.

Al is het uitgangspunt verschillend, in de praktijk is er een overlap in het werk van artsen en verpleegkundigen.

De wet BIG (artikel 33) rekent tot het deskundigheidsgebied van verpleegkundigen het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging. Ook is de taak van de verpleging het in opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Ondanks het streven van de verpleging naar een eigen afgebakend beroepsdomein vervagen de traditionele grenzen tussen het werk van artsen en verpleegkundigen steeds verder (paragraaf 3). Vaak voorkomende routinematige medisch-technische handelingen gericht op de behandeling, worden met behulp van de techniek versimpeld en aan de verpleging gedelegeerd. De mate waarin er medische taken in de verschillende verpleegkundige functies zijn opgenomen, taken op het gebied van cure, varieert (figuur 5.9). Het aantal functies in de verpleging is erg groot, waarbij de naamgeving per instelling varieert (Van Offenbeek et al., 2002).



Figuur 5.9. Verpleegkundige en medische functies

Welke taken oefenen de beide disciplines uit?

Vanuit verschillende invalshoeken houden beide disciplines zich bezig met behandelen, adviseren, het geven van voorlichting, preventie en begeleiden. Beide disciplines voeren,

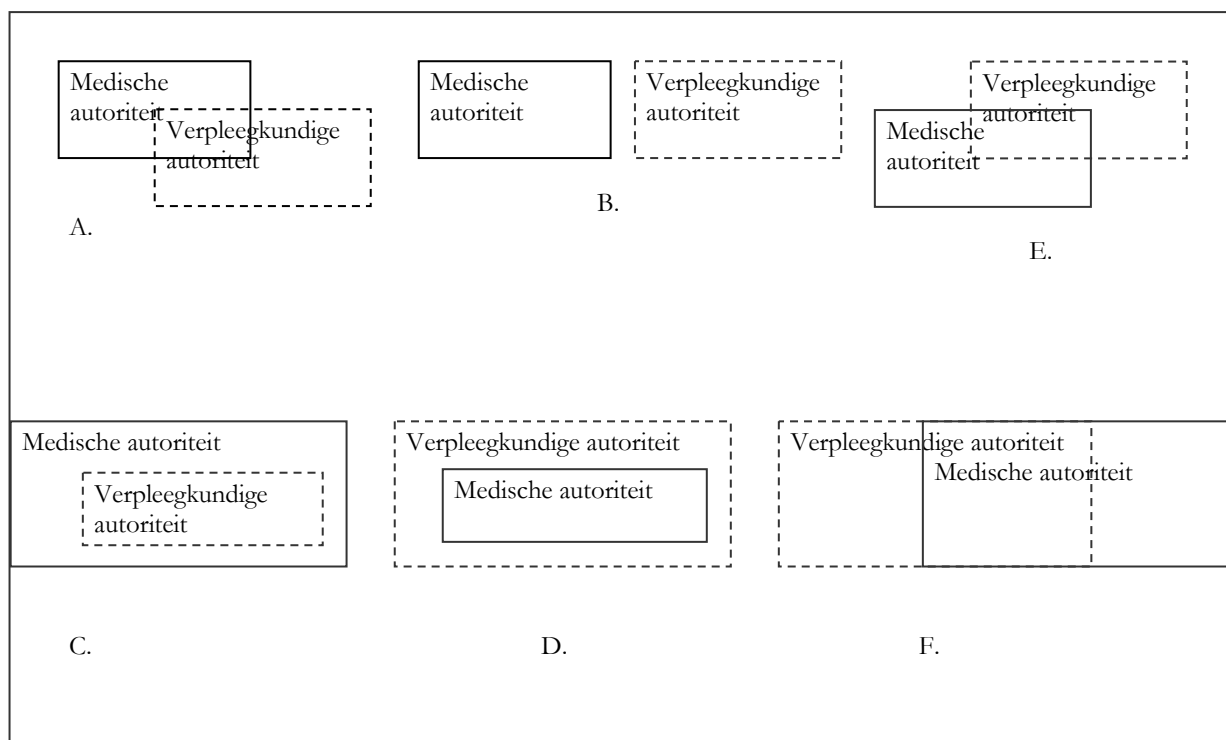
weliswaar met verschillend niveau van zelfstandigheid, voorbehouden handelingen uit (artikel 35 tot met 39 wet BIG).

Welke taken zijn verschillend?

De verpleegkundige verzorgt de patiënt; neemt de zorg over die de patiënt zelf zou hebben uitgeoefend om in zijn persoonlijk functioneren te voorzien²⁸; (Leistra, et al. 1999).

De arts stelt de diagnose en schrijft de behandeling voor. Redenerend vanuit klachten en symptomen houden artsen zich bezig met differentiaal diagnostiek. Ook houden zij zich bezig met de ontwikkeling van nieuwe effectievere behandelingen.

Artsen bezoeken de afdeling één of meerdere malen per dag. Verpleegkundigen zijn continue op de afdeling aanwezig. Zij observeren de patiënt en signaleren wanneer er zich problemen voordoen waarvoor een arts nodig is. De verpleegkundige heeft daardoor een zekere mate van controle op het werk van de arts. In aanvulling op het schematische overzicht van Walby et al. (1994) over de wijze waarop medici taken van verpleegkundigen bepalen (hoofdstuk 3, paragraaf 9.1.) wordt in figuur 5.10. bij D, E. en F. schematisch weergegeven hoe verpleegkundigen taken van artsen kunnen bepalen. Bij het bepalen van het juiste model wordt “inference” door uitsluiting toegepast.



Figuur 5.10. Medische en verpleegkundige controle over elkaars taken

In figuur A. bepaalt de arts een deel van de verpleegkundige taken en heeft de verpleegkundige ook eigen taken. In figuur B. zijn verpleegkundige taken en medische taken gescheiden, maar werken de beide groepen nauw samen. In figuur C. wordt het werk van de verpleegkundige volledig bepaald door de medici. In figuur D. wordt het werk van de arts geheel door de verpleegkundige bepaald en in figuur E. bepaalt de verpleegkundige voor een

²⁸ Deze omvat onder andere de persoonlijke verzorging, zorg voor opname van voeding en vocht, zorg voor de uitscheiding, de mobiliteit, de ademhaling, de temperatuur, de circulatie, het slaap-waakritme.

deel de taken van de arts. In de vermeende hiërarchische verhouding tussen artsen en verpleegkundigen is het een bron van conflict wanneer verpleegkundigen het werk van artsen bepalen. In formeel hiërarchische zin (in de betekenis van gezagsrelatie, Keuning et al., 1990) valt de verpleging niet onder de medici, maar heeft een eigen leidinggevende. Wel hebben zij een functionele relatie, artsen mogen verpleegkundigen in zekere zin dwingende aanwijzingen geven voor de behandeling van patiënten. In figuur F. zijn medische en verpleegkundigen taken niet strikt gescheiden en is er geen hiërarchische relatie meer.

De taken van artsen en verpleegkundigen zijn niet strikt te scheiden. Zowel artsen als verpleegkundigen hebben een aantal “eigen taken”, waarbij zij afhankelijk van elkaar zijn. De arts schrijft medicatie voor, de verpleegkundige dient deze toe. Zonder de verpleegkundige krijgt de patiënt geen medicatie. Zonder de arts weet de verpleegkundige niet wat er toegediend moet worden. De arts bepaalt de frequentie van bloeddruk meten; de verpleegkundige voert de handeling uit. Bij afwijkende waarden waarschuwt de verpleegkundige de arts. De verpleegkundige verzorgt de patiënt en bij ernstige verstoringen van het persoonlijk functioneren van de patiënt, bijvoorbeeld bij de ademhaling, wordt de arts geconsulteerd. De verpleegkundige kan tot op zekere hoogte zelf een patiënt helpen met ademen door bijvoorbeeld te zorgen voor een goede houding, maar weet bij gezondheidsverstoringen waar de grens van zijn of haar deskundigheid ligt. Figuur B. valt daardoor af. De arts bepaalt niet volledig wat de verpleegkundige doet en de verpleegkundige bepaalt niet volledig wat de arts doet; figuren C. en D. vallen af. Er zijn situaties waarin taken van de arts afhankelijk zijn van de verpleging en er zijn situaties waarin de taken van de verpleging afhankelijk zijn van de arts. Figuur A. en E. komen beide voor. Gelet op de geschiedenis (hoofdstuk 3) is E. onderbelicht gebleven. Wanneer een verpleegkundige constateert dat de gezondheid van een patiënt achteruit gaat, moet zij de arts waarschuwen, ongeacht het tijdstip van de dag. De arts is daarin afhankelijk van de verpleging. Wanneer de verpleging te vroeg waarschuwt en de arts onnodig het werk dat hij/zij op dat moment aan het doen is, onderbreekt, levert dit irritaties op. Wanneer de verpleging te laat waarschuwt levert dit risico's op voor de patiënt. Idealiter zou de beroepsgroepen op gelijkwaardige wijze samen moeten werken (F.).

Artsen en verpleegkundigen vullen elkaar aan. Het typeren van het werk van de arts of de verpleegkundige brengt risico's met zich mee. Juist omdat er overlap in hun taken bestaat moeten zij met elkaar in gesprek. Iedere vorm van typering van het werk kan er toe leiden dat het gesprek overbodig gevonden wordt. We zagen in deze studie een aantal malen dat artsen niet goed weten wat verpleegkundigen doen. Patiënten worden doorverwezen naar de verpleegkundig specialist zonder duidelijke vraagstelling (5.2.1.C.) en er worden NPs aangesteld voor taken die ook verpleegkundigen zouden kunnen doen (5.2.2.B.). Wie geeft welke informatie aan de patiënt? Welke taken behoren tot het takenpakket van de verpleging? Wat valt onder het grijze gebied en hoe stemmen artsen en verpleegkundigen daarin af?

Een aantal taken van verpleegkundigen en van medici is heel duidelijk. Continuïteit bijvoorbeeld, 24 uur aanwezigheid, is een belangrijk kenmerk van het werk van de verpleging. De verpleegkundige verzorgt de patiënt; neemt de zorg over die de patiënt zelf zou hebben uitgeoefend om in zijn persoonlijk functioneren te voorzien (Leistra, et al. 1999) en waarschuwt artsen wanneer de gezondheidsproblemen van de patiënt onverwacht toenemen. Medici houden zich bezig met (differentiaal) diagnostiek en (nieuwe effectievere) behandelingen.

Hoe valt deze verhouding te typeren?

In Afrika werkt de vogelsoort “de honingwijzer” (Indicator indicator) als bondgenoot samen met het zoogdier “de honingdas” (Mellivora capensis). Beiden houden erg van honing. De vogel weet de nesten te zitten waarin de honing zit maar kan ze zelf niet plunderen. De honingdas is een zeer goede graver, maar weet niet waar de honing zit. Als de honingdas op het territorium van de honingwijzer komt, wijst het vogeltje door op een bepaalde manier te kwetteren de das de weg naar het nest. De das graaft het nest op en samen profiteren zij van de honing (Attenborough, 1999).

De verpleegkundige kan functioneren als de wijzer; vanuit de observerende rol is de verpleegkundige degene die gezondheidsproblemen kan signaleren. De arts kan als das het probleem blootleggen. Samen kunnen zij de patiënt behandelen.

Er zijn situaties waarin de das al weet waar het nest zit en voor het zoeken geen hulp van de wijzer nodig heeft. Soms heeft de das wel weer de wijzer nodig voor de verdere behandeling van de patiënt en ook om mogelijke nieuwe gezondheidsproblemen te signaleren terwijl hij elders graaft. Er zijn ook situaties waarin de wijzer nesten tegenkomt die zo oppervlakkig liggen dat niemand anders nodig is om het probleem “bloot te leggen”; de wijzer kan het alleen af.

Een NP is een honingwijzer die naast signaleren ook geleerd heeft zelf een beetje te graven en daarvoor minder snel de honingdas nodig heeft.

5.2.6.1 Samenvatting

Hoe kunnen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein ten opzichte van elkaar worden gekarakteriseerd, ex- en inclusief taakherschikking? Hoe kunnen de verschillen worden geduid?

De karakteristieken van het verpleegkundig beroepsdomein in relatie tot het medisch domein vallen het beste te typeren door de metafoor van de honingwijzer en de honingdas. De gecompliceerde relatie tussen care en cure staat niet toe deze twee concepten afzonderlijk te beschouwen. De aandacht van de verpleegkundige (getypeerd door care) richt zich primair op de problemen van de dagelijkse en fundamentele levensverrichtingen als gevolg van de aandoening en de behandeling. Artsen houden zich bezig met gezondheidsverstoringen zelf en de behandeling ervan, met *cure*. De gevolgen van ziekte op de dagelijkse levensverrichtingen kunnen beperkt worden door de ziekte te behandelen. De verpleegkundige voert (een deel) van de behandeling uit die de arts voorschrijft. Artsen en verpleegkundigen vullen elkaar aan. Een aantal taken van verpleegkundigen en van medici is heel duidelijk. Continuïteit bijvoorbeeld is een duidelijk kenmerk van de verpleging.

Artsen en verpleegkundigen vullen elkaar aan. Het typeren van het werk van de arts of de verpleegkundige brengt risico's met zich mee. Juist omdat er overlap in hun taken bestaat moeten zij met elkaar in gesprek. Iedere vorm van typering van het werk kan er toe leiden dat het gesprek overbodig gevonden wordt. We zagen in deze studie een aantal malen dat artsen niet goed weten wat verpleegkundigen doen. Patiënten worden doorverwezen naar de verpleegkundig specialist zonder duidelijke vraagstelling (5.2.1.C.) en er worden NPs aangesteld voor taken die ook verpleegkundigen zouden kunnen doen (5.2.2.B)..

In de metafoor van de honingwijzer en de honingdas kan de verpleegkundige functioneren als de wijzer; vanuit de observerende rol is de verpleegkundige degene die gezondheidsproblemen signaleert. Sommige problemen zijn zo oppervlakkig dat er niemand anders nodig is om het probleem “bloot te leggen.” De ene wijzer is daar bekwaam in dan de andere, de NP bijvoorbeeld. Andere problemen zijn dermate gecompliceerd dat er hulp nodig is van de medisch

specialist om het probleem “bloot te leggen,” de diagnose te stellen en de behandeling te bepalen en al of niet ook zelf uit te voeren. Samen helpen zij de patiënt.

5.2.7. Deelvraag 8:

Op welke wijze kan, gegeven de diagnose die gesteld kan worden met behulp van de antwoorden op de deelvragen (1 t/m 7) in Nederland afstemming worden gerealiseerd tussen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein?

A. De diagnose

Weke diagnose kan worden gesteld over de wijze waarop nu afstemming wordt bereikt tussen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein? Uit het antwoord op vraag 7 blijkt dat er naast verschillen ook een overlap is tussen het werk van de arts en de verpleegkundige (fig. 5.9.). In paragraaf 3.6.1. zagen we dat door de invoering van patiënttoewijzing de medisch specialist zich minder welkom voelde op de verpleegafdeling en dat vanaf de jaren zeventig de verpleging zich afwendde van het medische model. De beide beroepsgroepen zijn inhoudelijk uit elkaar gegroeid en stemmen zowel beleidsmatig als inhoudelijk het werk niet meer af.

De verhouding tussen de NP en de medisch specialist is beter. Doordat de medisch specialist eigenaar blijft van de patiëntencategorie die hij/zij aan een NP delegeert, vindt er in ieder geval inhoudelijk meer afstemming plaats, hetgeen onder meer ook bleek uit de supervisie die de NP krijgt in tegenstelling tot bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist.

Met behulp van het “partijen in een systeemmodel” van Mastenbroek (1996) wordt geprobeerd de relatie tussen artsen en verpleegkundigen te analyseren en op basis daarvan aanknopingspunten te vinden voor mogelijke oplossingen.

B. Analyse volgens Mastenbroek (1996)

De analyse volgens Mastenbroek is uitgevoerd door systematisch de balans te analyseren van de onderlinge relaties tussen de verschillende groepen professionals van het netwerk (paragraaf 2.4.2.).

▪ *De instrumentele relatie*

In hoeverre gebruiken medisch specialisten, verpleegkundigen en NPs elkaars prestaties om “productie” te leveren? Hoe stemmen zij het werk af en hoe verdelen zij het? De NP is afhankelijk van de medisch specialist. De wetgeving versterkt deze afhankelijkheidsrelatie. De wet BIG belemmert zelfstandige functie-uitoefening. Het instrumentele aspect tussen medici en NPs lijkt niet onder druk te staan. In een enkel geval is de NP door het management aangesteld en moet hij of zij een plek veroveren tussen de specialisten en arts-assistenten. In de meerderheid van de gevallen wordt de aanstelling van de NP ondersteund door medici.

Tussen medici en verpleegkundigen staat het instrumentele aspect wèl onder druk. Zij maken onvoldoende gebruik van elkaar en stemmen het werk niet af. Ook tussen de NPs en de verpleegkundigen staat het instrumentele aspect onder druk. NPs houden informatie van de patiënt voor zich zelf om conflicten met de verpleging uit de weg te gaan. Er zijn NPs aangesteld voor taken die verpleegkundige ook zouden kunnen doen. Daarnaast zijn er verpleegkundigen die vinden dat NPs taken doen die zij tot hun eigen takenpakket rekenen.

▪ *De sociaal emotionele relatie*

De sociaal emotionele relatie tussen de verpleging en medici staat historisch onder druk, zoals uitgebreid aan de orde is gekomen in hoofdstuk 3.

Maar ook tussen verpleegkundigen en NPs is de sociaal emotionele relatie fragiel.

Verpleegkundigen lijken de NP niet zonder meer accepteren en eerder te verstoten dan te adopteren. Ofschoon de kans aanwezig is dat de sociale identiteit van de verpleging verbeterd kan worden door de NP, laat de verpleging deze kans liggen. Ofschoon de NP wel aangeeft bij de verpleging te willen blijven horen, lijkt de NP tegelijkertijd in het feitelijke gedrag wat meer naar de medische beroepsgroep te neigen. De verhouding tussen de artsen en de NP is over het algemeen goed. Dit beeld kan wel vertekend zijn omdat het onderzoek beperkt is tot artsen die met NPs werken. Onbekend is in hoeverre medici de invoering van de NP tegen houden. De kans dat deze beroepsgroep de NP opneemt, is echter klein omdat dit tot statusverlaging zou kunnen leiden. De kans bestaat dat de NPs gaan streven naar een eigen beroepsgroep.

▪ *Macht- en afhankelijkheidsrelatie*

Verpleegkundigen zijn in hun werk deels afhankelijk van artsen en artsen zijn voor hun werk deels afhankelijk van de verpleging (paragraaf 5.2.6). Verpleegkundigen streven naar onafhankelijkheid van medici. Zij lijken zich niet goed te realiseren dat medici ook deels van hen afhankelijk zijn. Beide beroepsgroepen gaan elkaar zoveel mogelijk uit de weg en lijken zich niet te realiseren dat ze tot elkaar “veroordeeld” zijn en dat dit vraagt om goede afstemming en goede verhoudingen. Ook NPs en verpleegkundigen zijn afhankelijk van elkaar. Ook deze groepen lijken elkaar uit de weg te gaan en de onderlinge afhankelijkheid niet onder ogen te willen zien. NPs zijn afhankelijk van medisch specialisten maar ervaren meer zelfstandigheid in de functie van NP dan in de functie van verpleegkundige.

▪ *Onderhandelingsrelaties*

Vanuit de verstoorde relaties tussen artsen en verpleegkundigen staan ook de onderhandelingsrelaties onder druk. Door de ervaren sociale deprivatie voelt de verpleegkundige zich de mindere van de medisch specialist. Uit de eerste reacties van de verpleging op de NP lijkt de verpleging bang te zijn dat zij zich ook ten opzichte van de NP achter gesteld zal voelen. Het uitblijven van adoptie van de NP zorgt er voor dat de NP gaat neigen naar de medische kant. Dit zal een evenwichtige onderhandelingsrelatie in de weg gaan staan.

Naast deze structuuraspecten spelen ook cultuuraspecten. Verpleegkundigen en artsen hebben verschillende culturen (hoofdstuk 3). NPs lijken eerder naar de cultuur van de medisch specialisten te neigen dan naar de verpleegkundige. Dit uit zich bijvoorbeeld door het dragen van de doktersjas en een wat afstandelijke houding naar de patiënt toe.

C. Oplossing

Tussen verpleegkundigen en medici staan alle vier de door Mastenbroek (1996) onderscheiden relatiebalansen onder druk. Om hier verandering in te brengen kunnen verschillende strategieën naast elkaar worden gebruikt. Door het gebruik van een empirisch rationele strategie kan met argumenten een appèl worden gedaan op het gezonde verstand van de beroepsgroepen.

Om een effectieve afstemming te bereiken tussen het verpleegkundig en het medisch domein moeten de beroepsgroepen met elkaar in gesprek, op beleidsniveau maar ook op operationeel niveau. Door het manifest maken van de wederzijdse afhankelijkheid kan volgens Mastenbroek (1996) de situatie verbeteren. De ziekenhuizen zouden geherstructureerd kunnen worden in

overzichtelijke multidisciplinaire eenheden met een eigen verantwoordelijkheid voor integrale patiëntenzorg. Tegelijkertijd kan aan de hand van een normatief re-educatieve strategie gewerkt worden aan gezamenlijke uitgangspunten en zullen ook onderlinge irritaties moeten worden uitgesproken.

Het blijven onderscheiden van twee gescheiden domeinen weerhoudt artsen en verpleegkundigen ervan om met elkaar te praten over de inrichting van de zorg. In feite is er maar één domein en dat is het domein van de patiënt. De behoefte van de patiënt moet het vertrekpunt zijn.

Ook kunnen er (tijdelijke) functionarissen worden ingezet om op operationeel niveau de afstemming tussen artsen en verpleegkundigen te optimaliseren. Het lijkt voor de hand te liggen dat door betere afstemming ook efficiëntie winst te behalen valt. Ook NPs en verpleegkundigen moeten met elkaar in gesprek. Door adoptie van het NP concept kan de verpleging de sociale identiteit verhogen. De NP kan zorgen voor sociale competitie van de hele beroepsgroep. Om dat te bereiken is het aan te bevelen om ook op landelijk niveau met elkaar het debat aan te gaan. De onderhandelingsrelatie zal verbeteren wanneer de balans van de andere relaties meer in evenwicht is.

De metafoor van de honingwijzer en de honingdas kan behulpzaam zijn ieders rol te verduidelijken. Strikte taakafbakening van de beroepsgroepen zal onderling overleg in de weg staan. Juist omdat de taken niet strikt te scheiden zijn zullen pogingen daartoe om dat wel te doen kunnen leiden tot versterking van de huidige situatie waarin de twee beroepsgroepen elkaar zoveel mogelijk mijden. Idealiter werken artsen en verpleegkundigen nauw samen waarbij artsen soms het werk van verpleegkundigen bepalen en verpleegkundigen soms het werk van de arts.

5.2.7.1 Samenvatting

Op welke wijze kan, gegeven de diagnose die gesteld kan worden met behulp van de antwoorden op de deelvragen (1 t/m 7) in Nederland een effectieve afstemming worden gerealiseerd tussen het verpleegkundig en het medisch beroepsdomein?

Tussen verpleegkundigen en medici staan alle vier de door Mastenbroek (1996) onderscheiden relatiebalansen onder druk. Verschillende strategieën voor verandering kunnen worden gevolgd om de situatie te verbeteren.

Om een effectieve afstemming te bereiken tussen het verpleegkundig en het medisch domein moeten de beroepsgroepen met elkaar in gesprek, op beleidsniveau maar ook op operationeel niveau. Naast deze empirisch rationele strategie zal ook een normatieve re-educatieve strategie moeten worden gevolgd waarbij de beroepsgroepen werken aan gezamenlijke normen en waarden. Het blijven onderscheiden van twee gescheiden domeinen weerhoudt artsen en verpleegkundigen ervan om met elkaar te praten over de inrichting van de zorg. In feite is er maar één domein en dat is het domein van de patiënt. De metafoor van de honingwijzer en de honingdas kan behulpzaam zijn ieders rol te verduidelijken. Idealiter werken artsen en verpleegkundigen nauw samen waarbij artsen soms het werk van verpleegkundigen bepalen en verpleegkundigen soms het werk van de arts. Voor verpleegkundigen en NPs geldt hetzelfde; ook zij moeten met elkaar het debat aangaan om te voorkomen dat zij uit elkaar groeien en om de samenwerking te bevorderen.

5.2.8. De NP, een nieuwe functie of een nieuw beroep?

Op dit moment wordt de NP zowel een functie als een beroep genoemd. Zoals eerder beschreven in paragraaf 4.5.1. wordt in *De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang* (LeGrand-van den Boogaard, (2003) de NP zowel een beroep als een functie genoemd.

Met de komst van nieuwe beroepen als de physician assistant, de NP en de assistent huisarts, kan werk uit handen genomen worden van de arts. Daarmee kan de kwaliteit en kwantiteit van de zorgverlening toenemen (Persbericht OCW no 10, 2004).

.....Een relatief nieuwe functie: de nurse practitioner (www.orbis.nl; 7 november 2003)

Het gaat hier niet om een semantische discussie. Beroepen zijn structuren waarin de taken die binnen de arbeidsverdeling worden verricht, zijn uitgekristalliseerd (Mok, 1973). Leden van de groep weten wat hun taken zijn, maar ook aanpalende beroepsgroepen, cliënten, overheden enz. kennen het beroep. Functies zijn, in tegenstelling tot beroepen, gebonden aan een arbeidsorganisatie; er is alleen sprake van een functie binnen de context, in dit geval de arbeidsdeling in een bepaalde arbeidsorganisatie (Van Rienen, 1984).

Wat zijn de taken van de NP? Zijn deze duidelijk? Om dit te onderzoeken werden de interviews met de NPs uit de 12 cases geanalyseerd.

In vijf gevallen bestaat een taakomschrijving.

- Er is een formele taakomschrijving; het is een heel ruime taakfunctieomschrijving, geldig voor elke NP in het ziekenhuis. Ze moet hier zelf invulling aan geven. Ze heeft de taakomschrijving niet zelf gemaakt. De patiëntengroep werd voorheen door de zaalarts (= arts-assistent) behandeld. De groep is met name gekozen op instigatie van de chirurg. In principe kan ze elke patiënt behandelen, maar niet alle tumoren liggen op de afdeling. Maag en lever liggen op een andere afdeling/etage.
- Hij heeft een vaste taakomschrijving, conform de taakomschrijving van het UMCG, met afdelingsspecifieke bezigheden eraan toegevoegd. De NP behandelt alle kleine traumatologie. Hij behandelt veel huis-tuin-keuken-probleempjes. Door het tekort aan huisartsen komen er steeds meer zelfverwijzers.
- Ze werkt nu ruim 2 jaar op deze SEH en doet voornamelijk traumatologie en wondbehandeling. Inmiddels heeft ze een functieomschrijving gemaakt; die is door de Raad van bestuur goedgekeurd.
- Zijn werkzaamheden zitten in de directe patiëntenzorg, met name weaning patiënten; dat zijn patiënten die lastig van de beademing te krijgen zijn.
- Er is een formele taakomschrijving gemaakt voor de functie NP. Ze werkt gemiddeld 1-2 dagen per week voor de Acute Pijn Service (APS) en 1-2 dagen per week voor de Pre Operatieve Screening op het Operatieve Dag Behandelings Centrum (ODBC). Er is een taakomschrijving voor NP aanwezig; waar de geprotocolleerde werkzaamheden in staan vermeld.

De vijf NPs uit deze interviews hebben verschillende rollen en werkterreinen. De NP uit de eerste case werkt in de rol van zaalarts op een oncologische chirurgische afdeling, met als taak de pre- en postoperatieve zorg. Twee NPs werken op de eerste hulp als een soort huisarts voor kleine trauma's. Een vierde NP werkt op een IC, als case manager voor patiënten met ontweningsproblemen van de beademing. De vijfde NP heeft een consulente rol in de acute pijnservice en vervangt de anesthesist bij de pre-operatieve screening van dagbehandelingspatiënten (patiënten waarbij geen problemen te verwachten zijn).

In de overige zeven gevallen is de taakomschrijving nog in ontwikkeling.

- De NP doet drie chirurgische (kleine traumatologie) en drie dermatologische spreekuren (wondbehandeling) per week. Deze spreekuren doet ze zelfstandig. Daarnaast doet ze 1 kleine OK met de dermatoloog, waarbij ze zelfstandig kleine ingrepen verricht en 1 kleine OK met de chirurg. Hier werkt ze als verpleegkundige. Een taakomschrijving is in wording, moet ze zelf ontwikkelen.
- In de kliniek doet ze de begeleiding van kinderen en hun ouders. Op de polikliniek heeft ze 3 groepen; alle patiënten die ze klinisch heeft gezien komen poliklinisch bij haar terug. Ze heeft een combi spreekuur: ze

behandelt de restwonden en doet aan littekenbehandeling, ze geeft psyche-educatie en verpleegkundige interventie. Een taakomschrijving is nog in de maak.

- De NP begeleidt de patiënt, niet letterlijk, maar hij coördineert de overplaatsing en zorgt ervoor dat patiënt op de wachtlijst voor de thoraxchirurg komt. Hij houdt een vinger aan de pols en licht patiënt in en voor. Er is nog geen taakomschrijving.
- Hij houdt zich alleen bezig met pijnbestrijding, hij begeleidt en coördineert het hele traject. De patiëntenzorg maakt een belangrijk deel uit van zijn werk. Ze zijn bezig met het maken van een taakomschrijving.
- De NP gaat over een vaste kant van de afdeling, 3 vaste kamers met elk 2 bedden. Hij is verantwoordelijk voor de medische (cardiologische) zorg en coördineert de verpleegkundige zorg. Samen met de arts-assistent. Taakomschrijving is in de maak.
- In 2000 begonnen met een andere functie, meer onderwijs, innovatie, nieuwe dingen starten. Dat zaken kunnen gebeuren door iemand anders dan de medicus. Hartfalenpoli loopt goed. De functieomschrijving is bijna klaar.
- Ze heeft zelf een taakfunctieomschrijving gemaakt, die ligt nu ter beoordeling bij de clustermanager. Ze houdt zich bezig met patiënten die een actieve behandeling nodig hebben + follow-up vanuit de kliniek; hierbij zijn de verpleegkundige, de specialist, de arts-assistent en de NP betrokken. Maar ook patiënten in de laatste fase van hun leven, zij komen vaak vanuit een poliklinische setting. Patiënt heeft dan niet veel contact meer met de specialist.

Deze zeven NPs hebben verschillende werkterreinen als pijn, kleine traumatologie, brandwonden, oncologie, hartfalen, thoraxchirurgie en wondbehandeling.

Welke nieuwe taken hebben de twaalf verpleegkundigen uit de cases gekregen toen zij NP werden?

Tabel 5.11. Nieuwe taken NP (n=12)

Taak	Aantal malen genoemd
Lichamelijk onderzoek	10
Wetenschappelijk onderzoek	5
Afname medische anamnese	4
Bijstellen, voorschrijven medicatie	5
Afname verpleegkundige en medische anamnese	3
Vaststellen medische behandeling	2
Houden van een zelfstandig spreekuur	2
Wondinspectie	2
Zelfstandig viste lopen	2
Verlenen collegiale consulten	2
Geven van voorlichting aan patiënten	2
Verslaglegging in het medisch dossier	2
Eigen dossiervorming	2
Afname psychosociale anamnese	1
Combinatie van verpleegkundig en geprotocolleerd medisch handelen	1
Be deling genezingsproces	1
Verwijderen thoraxdrains en pacemaker draden	1
Zelfstandige medische bevoegdheid op het gebied van respiratie en beademing	1
Medische verantwoordelijkheden	1
Medische behandeling	1
Medische diagnostiek	1
Opname van patiënten (medisch referentiekader)	1
Bepalen van medisch en verpleegkundig beleid	1
Verantwoordelijk zijn voor het medische en	1

verpleegkundig beleid van eigen patiënten	
Zelfstandig afhandelen van kleine traumatologie	1
Alles op het gebied van acute pijnservice	1
Voeren van ouder-kind gesprekken	1
Toepassen case management	1
Innovatie zorgketen	1
Projectmanagement	1
Voeren van correspondentie	1
Opleiden van verpleegkundigen	1
Geven van onderwijs	1
Alle taken zijn nieuw	1

◆ *Analyse en discussie*

Het aantal nieuwe taken is zeer divers; er kan (nog) geen rode draad in ontdekt worden, behoudens het doen van lichamelijk onderzoek. Onbekend daarbij is de diepgang. Gaat het om auscultatie van hart en longen? Palpatie van de buik? Klieren? Gewrichten? Bewegingsapparaat? Neurologisch onderzoek? Samen met de uiteenlopende rollen en werkerterreinen van de NP lijkt er meer sprake van een functie dan van een beroep. NPs zijn niet zonder meer onderling uitwisselbaar, daarvoor werken zij, zoals blijkt uit de bovenstaande cases, te specialistisch. NPs hebben zich als verpleegkundige ontwikkeld tot het niveau van expert en breiden daarvandaan hun kennis en vaardigheden uit op een beperkt medisch terrein.

Eerder zagen we echter wel dat de patiënten die door de NPs worden behandeld bepaalde kernmerken vertonen: protocollaire zorgverlening mogelijk gecombineerd met grote behoefte aan begeleiding, nauwgezette planning en coördinatie, specifieke motorische vaardigheden, acute chirurgische huisartsenzorg (kleine traumatologie), pijnbestrijding met behulp van een specifieke techniek. Ook zagen we dat de inzet van de NP zich in eerste instantie concentreert binnen de oncologie, hartfalen, chronisch zieken, mammacare, thoraxchirurgie, neonatologie, acute pijn service en kleine traumatologie.

NPs kunnen dezelfde taken doen als arts-assistenten (paragraaf 5.1) maar na patiëntselectie. Het is de context waarin de taken worden uitgeoefend en niet de taken zelf, die de beroepsbeoefenaar en daarmee het beroep bepaalt. Het vasthouden van de indeling van beroepen op grond van taken zorgt voor problemen zoals blijkt uit deze studie, die zelfs uit kunnen monden in domeinstrijd en gebrek aan communicatie.

In Duitsland wordt wel gesproken over “Weiterbildungsberufe” (www.bibb.de). Dit zijn beroepen waarvan de benaming gelijk is aan het deel dat formeel gereguleerd is toegevoegd aan het basisberoep en/of waarvoor een vakgerichte vervolgopleiding bestaat. Een ambulance-verpleegkundige bijvoorbeeld is een Weiterbildungsberuf van “verpleegkundige.” NP kan dan eveneens gelden als een Weiterbildungsberuf van “verpleegkundige.” In de Angelsaksische landen wordt in dergelijke gevallen gesproken over “advanced practice.” In ons land kan alleen gekozen worden tussen de begrippen beroep en functie. Op dit moment lijkt er meer sprake te zijn van een functie dan van een beroep, maar dat kan een momentopname zijn. Er zijn al kenmerken te onderscheiden van de patiëntencategorieën die NPs behandelen (zie paragraaf 5.2.2.) De NP kan zich tot een (vervolg) beroep van de verpleegkundige ontwikkelen.

◆ *Conclusie*

De NP is nu nog een functie met traditioneel medische taken, zoals het doen van lichamelijk onderzoek, die gestalte wordt gegeven vanuit het verpleegkundige beroep. Het onderscheiden van beroepen op grond van taken blijkt erg moeilijk te zijn. De context waarin deze taken worden uitgevoerd lijkt hier een bruikbaar alternatief. De NP kan zich tot een “vervolg”beroep van de verpleegkundige ontwikkelen.

5.3. Nabeschuiving onderzoek deelvragen 2 t/m 8

Het onderzoek is gehouden onder NPs en direct betrokkenen. Al deze NPs zijn aangesteld met behulp van de leiding en/of medici. De studie geeft informatie over situaties waar NPs werken, maar geeft geen beeld van eventuele belemmeringen en weerstanden in de andere situaties. Het gebruik van data die verzameld waren in het kader van een ander onderzoek had als voordeel dat hier een zekere bijdrage werd geleverd aan het voorkomen van een onderzoeksmoeheid bij de eerste groep NPs in ons land. Bij de interviews werden daardoor suggestieve vragen voorkomen, hoewel in sommige gevallen door dóór te vragen de antwoorden wat scherper geformuleerd hadden kunnen worden. Evenals bij het tijdsbestedingonderzoek had het werken met één vaste interviewer en observator het voordeel dat verschillende interpretatiewijzen werden voorkomen, maar het voorkwam geen foute interpretaties. Het werken met meerdere observatoren gecombineerd met een statistische maat als Cohens Kappa (Swanborn, 1987, p. 183) hadden ook hier de onderzoeksresultaten harder gemaakt. Voor de kwaliteit van het werk van de NP moest worden afgegaan op de perceptie van direct betrokkenen. Er werden geen harde parameters gebruikt, waardoor de kwaliteit van het werk dat de NP levert ook bij de deelvragen 2 t/m 8 onderbelicht zijn gebleven.