

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 6. BEANTWOORDING HOOFDVRAAGSTELLING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

6.1. Hoofdvraagstelling:

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

A. De wijze van de invoering van taakherschikking

Bij de invoering van taakherschikking spelen, gebaseerd op de bevindingen van deze studie, een tweetal hoofdproblemen.

Op de eerste plaats verschilt de argumentatie voor taakherschikking van de overheid sterk van die van de praktijk.

Ondanks de zorg van de overheid over het toekomstige tekort aan artsen (KNMG, 2002; RVZ, 2002; Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, 2003) is het vooral de ambitie van de verpleging die het overnemen van taken stimuleert. Medisch specialisten, noch verpleegkundigen, noch managers lijken, enige uitzonderingen daar gelaten, zich mede verantwoordelijk te voelen voor het capaciteitsprobleem.

Overigens is er in de praktijk geen sprake van taakherschikking. Al oefenen NPs medische taken uit, de medici zelf blijven de eigenaar van deze taken. De NP lijkt dit niet erg te vinden. Er wordt geen moeite gedaan om bijvoorbeeld door herformulering van de problemen de taken tot het eigen domein te gaan rekenen.

Op de tweede plaats rijst de vraag of taakherschikking op grote schaal nodig is. Artsen en verpleegkundigen blijken het werk onderling inhoudelijk onvoldoende af te stemmen, ofschoon zij in het werk afhankelijk zijn van elkaar en het werk niet strikt te scheiden is. Er worden NPs ingezet voor werk dat verpleegkundigen ook zouden kunnen doen. Patiënten worden verwezen naar verpleegkundig specialisten zonder vraagstelling. Is er wel een capaciteitstekort? Zou bij een betere benutting van elkaars mogelijkheden niet heel veel winst te behalen zijn? De onderlinge afhankelijkheid moet manifest worden gemaakt. Het blijven onderscheiden van twee gescheiden domeinen weerhoudt artsen en verpleegkundigen ervan om met elkaar te praten over de inrichting van de zorg. De metafoer van de honingwijzer en de honingdas kan behulpzaam zijn ieders rol te verduidelijken. Artsen en verpleegkundigen moeten als bondgenoten het werk op elkaar afstemmen en samenwerken. Taakherschikking impliceert een formele taakomschrijving van beide beroepen. Juist ook omdat de taken van artsen en verpleegkundigen niet strikt te scheiden zijn, zullen pogingen daartoe kunnen leiden tot verergering van de huidige situatie met onvoldoende onderlinge afstemming. Wanneer de taken toch strikt gescheiden worden en formeel worden vastgelegd, zal inhoudelijke afstemming overbodig worden gevonden. En dat is juist zo hard nodig.

B. De wijze van invoering van een nieuwe functie of een nieuw beroep op de scheidslijn van het verpleegkundig en medisch domein

Uit deze studie blijkt dat het medisch en het verpleegkundig domein niet strikt te scheiden zijn. Een nieuwe functie zal zich hooguit wat meer of minder op het medische of op het verpleegkundige domein bevinden.

De NP bevindt zich wat meer op het medisch terrein dan de doorsnee verpleegkundige. De functie is in het leven geroepen om het tekort aan artsen op te lossen. De NP blijkt in de rol van

zaalarts of op de polikliniek een bijdrage aan de patiëntenzorg te kunnen leveren die bij een geselecteerde groep patiënten inhoudelijk gelijk is aan die van de arts-assistent. Met de inzet van een NP kan de continuïteit in de patiëntenzorg worden verbeterd. De NP kan dus zeker een oplossing bieden voor een tekort aan artsen.

Uit de inzet van de NP kan echter veel meer winst gehaald worden. Artsen en verpleegkundigen moeten met elkaar in gesprek. De functie van NP kan daarvoor de katalysator zijn. Het is bij uitstek een brugfunctie. Juist door de komst van de NP kan de verhouding tussen de verpleegkundige en de medische beroepsgroep worden hersteld, mits er echter aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Deze aanbevelingen gelden ceteris paribus ook voor andere nieuwe functies en beroepen op de scheidslijn van het medisch en verpleegkundig domein.

1. Adoptie door de verpleegkundige beroepsgroep van het NP concept

Artsen kennen een positieve invloed toe aan de NP op de sociale identiteit van de verpleging. De verpleging zelf doet dit echter niet en lijkt de NP eerder af te stoten dan te adopteren. Adoptie is noodzakelijk om een einde te maken aan de sociale deprivatie van de verpleegkundige beroepsgroep ten opzichte van de medische.

Wanneer adoptie van de verpleging uitblijft, is de kans groot dat de NP gaat streven naar een eigen beroepsidentiteit. De verpleging laat een kans om de sociale identiteit te verbeteren, liggen. Daarnaast kan de doelmatigheid in de zorg op de afdeling alléén toe nemen wanneer de verpleging het de NP toestaat zich ook op formeel verpleegkundig terrein te bewegen. Daarbij moet bij de invoering goed worden gekeken of er daadwerkelijk een NP nodig is. Ook moet worden geanalyseerd wat de gevolgen zijn voor andere beroepsbeoefenaren, zoals de verpleging en hoe ongewenste gevolgen kunnen worden beperkt of voorkomen.

2. Actieve commitment van de medische beroepsgroep

Ondanks de zorg van de overheid over het toekomstige tekort aan artsen (KNMG, 2002; RVZ, 2002; Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, 2003) is het vooral de ambitie van individuele professionals binnen de verpleging die taakdelegatie stimuleert. Verpleegkundigen zien door het volgen van deze opleiding een mogelijkheid om een nieuwe zelfstandige functie te krijgen.

De overheid stimuleert de komst van de NP en maakt daar geld voor vrij. NPs hebben in de praktijk een (medische) leermeester nodig om een vertaalslag te maken van hun competenties in concrete patiëntensituaties. Bij een te groot aantal NPs in opleiding kunnen medici deze taak onvoldoende realiseren. Wanneer NPs in de praktijk geen goede leermeester hebben, is er onvoldoende inzicht in de individuele kwaliteit, wat ten koste kan gaan van een goede patiëntenzorg.

Een te groot aantal NPs in opleiding, waarbij zij in de praktijk worden geïntroduceerd zonder steun uit de medische beroepsgroep, kan leiden tot verwerping van het NP concept.

3. Taaktyperingen en taakherschikking alleen op een hoog abstractieniveau

Het typeren van het werk van de artsen de verpleegkundige brengt risico's met zich mee. Juist omdat er overlap in hun taken bestaat moeten zij met elkaar in gesprek. Iedere vorm van typering van het werk kan er toe leiden dat afstemming overbodig gevonden wordt. Dat geldt ook voor formele taakherschikking. Taakherschikking zoals het nu door de overheid wordt gehanteerd houdt de domeinstrijd in stand en wekt de schijn dat artsen en verpleegkundigen (NPs) volstrekt gescheiden taken hebben.

De wederzijdse afhankelijkheidsrelatie zou er toe moeten leiden dat verpleegkundigen en artsen elkaar als bondgenoten gaan beschouwen. De metafoor van de honingwijzer en de honingdas kan behulpzaam zijn voor een betere relatie tussen artsen en verpleegkundigen.

4. Taakherschikking plaats laten maken voor patiëntenverdeling

Uit deze studie blijkt dat beroepsbeoefenaren van twee professies dezelfde activiteiten kunnen uitoefenen maar dat de context het verschil bepaalt. NPs en arts-assistenten bijvoorbeeld doen dezelfde activiteiten maar pas na patiëntselectie.

Aanbevolen wordt te spreken over patiëntenverdeling in plaats van over taakherschikking.

Patiënten die de NP nu behandelt, worden gekenmerkt door een protocollaire behandeling. De zorgbehoefte kan nog eens extra worden gekenmerkt door de vraag naar begeleiding, zorgvuldige planning, coördinatie en specifieke motorische vaardigheden. Veel voorkomende patiëntencategorieën die aan de verpleging worden overgedragen zijn oncologische patiënten, chronisch zieken, patiënten met hartfalen, patiënten voor mammacare, thoraxchirurgische patiënten voor pre-, en postoperatieve zorg en te kleine en/of te vroeg geboren en/of zieke neonaten.

Daarnaast doet een aantal NPs, evenals gespecialiseerd verpleegkundigen hoog frequent voorkomende en met behulp van techniek en onderzoek vereenvoudigde activiteiten, met name in de acute pijnbestrijding van patiënten.

Deze categorieën kunnen in de loop der jaren worden uitgebreid.

Terughoudendheid is geboden bij het toekennen van een patiëntencategorie aan uitsluitend het medische of het verpleegkundige domein. Vanuit verschillende gezichtspunten kunnen beide disciplines een bijdrage leveren aan de verbetering/voortgang van de zorg en de behandeling van de patiënten, waar steeds over overlegd moet worden. Bovendien overlappen de domeinen elkaar.

5. Eenduidige omschrijving NP

De antwoorden op de vragen “wat een NP is”, “wat een NP kan”, “wat het profiel is van de NP”, blijken per instelling te verschillen. Verwachtingen zijn niet eenduidig. Aanbevolen wordt om een landelijke omschrijving te hanteren, ook om te zorgen dat de opleidingen weten wat voor beroepsbeoefenaar de praktijk wil. Ook hier geldt dat deze omschrijving van voldoende abstractieniveau moet zijn, om te voorkomen dat werkverdeling in de praktijk alleen op basis van functies plaatsvindt, zonder inhoudelijke afstemming.

6.2. Overige aanbevelingen

- Wettelijke bescherming van de NP en een landelijk kwalitatief registratiesysteem voorkomt misbruik van de titel en garandeert een bepaald niveau.
- De wet op de geneesmiddelenvoorziening moet worden aangepast zodat NPs een bepaald assortiment medicatie kunnen voorschrijven.
- Bij de inzet van de NP zal met de medici moeten worden afgesproken hoe zij hun vrijgekomen tijd gaan benutten om te voorkomen dat het aantal verschillende hulpverleners onnodig toeneemt.
- Ogenscheinlijke bijzaken als kleding en fysieke locatie van de NP (bij de verpleging of bij de medici) symboliseren de richting waarin de NP zich socialiseert en op welke wijze andere beroepsgroepen de NP percipiëren. Bij de inzet van een NP zijn dit belangrijke punten van aandacht.

- De inzet van de verpleegkundig specialist in de patiëntenzorg kan worden geoptimaliseerd door een beperkt aantal medische taken aan de functie toe te voegen.
- Uit het tijdsbestedingsonderzoek bleek de hoeveelheid tijd die de verpleegkundige doorbrengt met lopen erg hoog (10,7%) te zijn, zeker afgezet tegen een activiteit als communicatie met de patiënt (3,9%). Dit wordt onder meer veroorzaakt door de telefonische vragen naar informatie. Door aanpassingen van het oproep,- en telefoonsysteem kan dit percentage flink teruggebracht worden.
- De verwachte efficiëntie winst door het werken met een NP blijft uit doordat de consulten bij de NP aanzienlijk langer duren. Nader onderzoek is nodig naar het verband tussen de tijdsduur en de patiënttevredenheid en het aantal vragen van de patiënt buiten de spreekuren.
- De verpleging heeft door haar 24-uurs aanwezigheid een belangrijke rol in de continuïteit van het zorgproces en geeft ook vorm aan deze rol door andere disciplines te controleren. De tijd die de verpleging doorbrengt met allerlei vormen van overdracht is daarvoor illustratief. Het verdient aanbeveling deze rol te evalueren op wenselijkheid, invulling en benutting.
- Het huidige beroepsprofiel van de verpleging geeft een omschrijving van verplegen die niet eenvoudig te begrijpen valt en het beroep mystificeert. Een heldere beschrijving verdient aanbeveling.
- De huidige werkverdeling van verpleegkundigen, waarbij patiënten worden toegewezen, is een automatisme geworden. Per setting verdient het aanbeveling de voor- en nadelen goed af te wegen en het systeem eventueel aan te passen.
- Het gebrek aan autonomie dat de verpleging ervaart dient nader te worden onderzocht om te bezien hoe dat kan worden verbeterd. De medici zien de NP ook wel als de vroegere “hoofdzuster”; een dergelijke visie zal negatief werken op de ervaren autonomie van de verpleging, tenzij de NP een sterk coachende rol voor de verpleging gaat vervullen.
- Arts-assistenten en verpleegkundigen brengen veel tijd door met administratie. Veel tijd kan worden bespaard als niet iedere beroepsgroep hardnekkig vasthoudt aan een eigen dossier.
- Het percentage “wachten” van de arts-assistent kan worden teruggebracht door een efficiëntere planning en vaste supervisiemomenten. De hoeveelheid productie die zij draaien moet niet worden overschat.
- Inloopsprekuren zijn vermoedelijk wel patiëntvriendelijk, maar zijn alleen efficiënt als de tijd tussen de patiënten door nuttig besteed kan worden.
- Verpleegkundig specialisten en NPs leren de patiënt zelfmanagement van hun ziekte. Wanneer onderzoek aantoont dat deze vorm van begeleiden de patiënten langer zelfstandig houdt en dat de patiënttevredenheid toeneemt, verdient het aanbeveling deze vorm van begeleiden structureel in te voeren voor alle disciplines.
- Door artsen en verpleegkundigen gedeeltelijk samen op te leiden, leren zij al vroeg om met elkaar te communiceren en het werk af te stemmen.

6.3. Reflectie op de theorie

In de laatste paragrafen vindt reflectie plaats op het conceptuele kader van Abbott (1988) en wordt op grond van de resultaten van deze studie ingegaan op de gewenste verdere theorievorming over beroepen en beroepsontwikkeling.

6.3.1. Reflectie op het conceptuele kader van Abbott

Abbott als systeemtheoreticus beschrijft de meest algemene kenmerken van de werkelijkheid. Hij gaat vooral in op de gedragingen van professionals als groep. Abbott zelf noemt het een zwakte in zijn theorie dat de suggestie wordt gewekt dat de professie als een geheel wordt beschreven. In deze studie komt deze zwakte extra sterk naar voren door de verdeeldheid in de verpleegkundige groep bij de ontwikkeling van de NP. De verpleging kan daardoor niet als een geheel worden beschouwd. Het gegeneraliseerde niveau waar Abbott (1988) vanuit gaat, heeft als nadeel dat niet zichtbaar is wat er zich binnen de beroepsgroep afspeelt.

Zijn visie moet om die aspecten te kunnen analyseren, worden aangevuld met andere modellen zoals werd gedaan in deze studie.

Gegeven zijn theorie zal er altijd strijd blijven tussen professies en zijn er geen mogelijkheden om die te beïnvloeden. Van die strijd merkt de praktijk wel iets, maar het speelt zich vooral af op een onzichtbaar niveau; botsingen doen zich niet overal dagelijks voor. Zijn visie vergroot de strijd uit en staat oplossingen in de weg. Er is volgens hem immers altijd sprake van strijd en concurrentie. Taakherschikking kan vanuit zijn visie geen harmonieus gebeuren zijn. Dit leidt tot een acceptatie van het conflict, waarvoor geen interventies mogelijk zijn.

Door de focus die Abbott legt op de twee strijdende *professies* wordt onvoldoende naar *alternatieve strijdende partijen* gekeken. De overheid, bijvoorbeeld, kan niet gezien worden als een professie maar wel als een partij. Deze studie had er totaal anders uitgezien als was uitgegaan van een conflict tussen de medici en de overheid.

De focus op de strijd verbloemt mogelijk andere belangrijke mechanismen of omstandigheden. Abbott (1988) stelt dat het een beroepsgroep de strijd aan gaat met een andere beroepsgroep om te kunnen overleven. Hoe dat gebeurt, intuïtief of planmatig, beschrijft hij niet. Aan de implementatie van de NP in ons land lag geen vooropgezet plan ten grondslag van een aantal verpleegkundigen dat het medisch domein “aanviel.” Het lijkt dus eerder intuïtief plaats te vinden. Het grote voordeel van het gebruik van zijn model anderzijds is dat dit het schrijven over conflicten tussen verpleging en medici, waar over het algemeen alleen in bedekte termen over wordt gesproken en waar een taboe op rust, als het ware legaliseert. Het maakt duidelijk in welke oplossingsrichting gezocht kan worden, ook al is een rationele oplossing vanuit zijn denkrichting niet goed mogelijk.

In het onderzoek kwam ook zijn zienswijze naar voren dat de afnemer bepaalt welke type zorg wordt afgenomen; we zagen dat in deze studie sterk terug in de rol van de overheid die dit door de wetgeving kan bepalen. Door de invoering van de wet BIG is er plaats gekomen voor zorgverlening door NPer naast die van artsen.

Abbott baseert zijn theorie op narratives, een onderzoeksbenadering waarbij de historische context en de zich voordoende omstandigheden, contingenties, in ogenschouw worden genomen. In deze studie werden twee narratives beschreven, de historie tussen artsen en verpleegkundigen en de implementatie van de NP in ons land. De eerste narrative bevestigt zijn theorie, het zijn twee strijdende groepen professionals. In de tweede narrative is echter in ons land geen sprake van een strijd tussen twee professies. NPer nemen vrijwel geruisloos taken over van medici. Het

kan zijn dat het nog te vroeg is om er hier in de geest van Abbott (1988) iets over te zeggen. Er kan sprake zijn van een afscheiding van een deel van de verpleegkundige professie, een deel dat vervolgens fuseert met de medische professie. Afscheiding en fusie zijn door Abbott(1988) beschreven mechanismen bij professies. Er kan ook sprake zijn van een nog niet beschreven strategie, aanvullend op Abbotts zienswijze, waarbij de NP eerst “infiltrereert” in de medische professie om zich vervolgens (een deel van) het domein toe te eigenen. Daar zijn tot nu toe geen duidelijke aanwijzingen voor (zie ook 5.2.5).

6.3.2. Gewenste verdere theorieontwikkeling over beroepen

Mijn belangstelling voor het onderwerp taakverdeling en taakherschikking werd gewekt door het implementatieproces van de NP in het Universitair Medisch Centrum Groningen een landelijke primeur.

Het proces riep bij mij vragen op over de wijze waarop taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen tot stand komt. Ook was de vraag hoe nieuwe beroepen op de scheidslijn van beide domeinen kunnen worden ingevoerd.

Door deze studie werd manifest dat de wens tot een scherpe taakafbakening tussen medisch specialisten en verpleegkundigen geleid heeft tot een jarenlange domeinstrijd en gebrek aan communicatie. De domeinen laten zich niet onderscheiden; er is maar één domein: dat van de patiënt. Organisatie- en kennisontwikkelingen alsmede moderne technologie kunnen taken versimpelen en daarmee toegankelijk maken voor andere beroepsgroepen. Het zijn niet de taken die het beroep bepalen, maar de context waarin deze worden uitgeoefend. Uit de resultaten van deze studie bleek onder meer dat arts-assistenten en NPs dezelfde taken kunnen doen, maar dat hier wel een proces aan vooraf gaat: patiëntselectie. Blijkbaar bepaalt de context (in dit geval het type patiënt) mede de grenzen van beroepen die heel subtiel blijken te zijn. Verdere studie over de wijze waarop beroepen zich vormen is noodzakelijk om de praktijk te helpen de verschillende beroepsbeoefenaren zo efficiënt en effectief mogelijk in te kunnen zetten en te laten samenwerken.

De resultaten van deze studie zijn van toepassing op het huidige tijdsgewricht in de Nederlandse situatie. De actualiteit van het onderwerp is hoog. Talloze rapporten en notities over het onderwerp verschijnen. Een groot aantal commissies buigt zich inmiddels over het probleem taakherschikking in de gezondheidszorg, de vormgeving van beroepen en functies, de opleidingen. Deze studie kan een bijdrage zijn aan de discussie en hopelijk een impuls geven in een andere richting waarbij de context waarin taken worden uitgevoerd een plaats kan krijgen. Daarnaast moet de wijze waarin optimaal kan worden samengewerkt in de discussie worden betrokken waarbij sec het beroep als afbakening van ieders terrein een slechte raadgever is.

Artsen en verpleegkundigen voeren al jarenlang een domeinstrijd. Een eigen domein voor beide professies bleek een dwaallicht te zijn. De poging tot overname door de geneeskunde van de verpleegkunde een struikeltocht die uiteindelijk leidde tot het streven van de verpleging naar autonomie. Door tol te heffen verwijderden de beroepsgroepen zich van elkaar. Toch zijn de grenzen niet scherp te trekken. Het zijn songlines, zangsporen. Het is een lied dat overgaat in een ander lied, heel subtiel, dat bepaald wordt door de context. Alleen een optimale samenwerking kan de gezondheidszorg gezond maken.

Samenvatting

In dit proefschrift wordt de studie beschreven over de wijze waarop taakherschikking en de invoering van een nieuwe functie of een nieuw beroep, op de scheidslijn van het verpleegkundig en medisch domein, kan plaatsvinden. De resultaten zijn toepasbaar op het huidige tijdsgewricht in de Nederlandse situatie waarin de actualiteit van het onderwerp hoog is.

Als theoretisch kader is Abbotts zienswijze (1988) gekozen, die draait om de voortdurende strijd die professies met elkaar leveren over de zeggenschap (jurisdiction) betreffende beroepsdomeinen (hoofdstuk 2). Abbott baseert zijn visie op narratives; een onderzoeksbenadering waarbij de historische context en zich voordoende omstandigheden, contingenties, in ogenschouw worden genomen.

Ook voor deze studie worden twee narratives beschreven. Als eerste een historische analyse naar de verhouding tussen artsen en verpleegkundigen (hoofdstuk 3) en als tweede de wijze waarop in ons land de implementatie is verlopen van de nurse practitioner (NP), een verpleegkundige die zich op traditioneel medisch terrein begeeft (hoofdstuk 4 en 5).

Historische analyse

Het ontstaan van verplegen als beroep, eind 19e eeuw, is beïnvloed door sociale veranderingen, Napoleontische oorlogen, industrialisatie en het réveil. Vrouwenarbeid tegen betaling was eerder ontoelaatbaar. Al snel ontstaat een domeinstrijd tussen artsen en verpleegkundigen. Artsen zien de opkomst van de verpleging als concurrerend. Zij proberen controle te krijgen over het werk van de verpleging door de verpleegkunde onderdeel te maken van de geneeskunde. De medici worden bij het naar hun behoefte vormgeven van de verpleging geholpen door de wetgeving. Op grond van de WUG (Wet Uitoefening Geneeskunst, 1854) is het iedereen verboden de geneeskunde te beoefenen, ook verpleegkundigen. Dat is een belemmering voor het verschuiven van handelingen door artsen naar verpleegkundigen. Ofschoon artsen de komst van de verpleging niet bepaald toejuichen, hebben zij door revolutionaire natuurkundige en geneeskundige ontwikkelingen wel bekwame assistenten nodig. Wanneer handelingen nieuw zijn, doet de arts deze zelf (temperaturen, bloeddrukmeten, injecties geven, meten van zuurstofsaturatie, dialyseren). Wanneer er voldoende bekend is over de risico's van de handeling en de handeling versimpeld is met behulp van techniek, dan lijkt deze te worden verschoven naar de verpleging.

Via rechtspraak en jurisprudentie ontstaan regels voor het “geneeskundig handelen” van de verpleegkundige, in 1952 vastgelegd in de zogenaamde “verlengde arm constructie.” De arts is verantwoordelijk voor de indicatiestelling en de juiste formulering van de opdracht; de verpleegkundige voor de juiste uitvoering, waarbij toezicht en tussenkomst van de arts mogelijk moeten zijn. Door de “verlengde arm constructie” evolueert de verpleegkundige enerzijds verder tot assistent van de arts, maar anderzijds leidt dezelfde constructie tot een streven van de verpleging naar onafhankelijkheid. Zij gaat op zoek naar de eigen identiteit. De verpleging wil een eigen, afgebakend, autonoom handeling- en deskundigheidsgebied.

In aansluiting op ontwikkelingen in Noord-Amerika komt vanaf begin jaren zeventig in Nederland bij de verpleging een professionaliseringsproces op gang. Het proces wordt gekenmerkt door een streven naar verbetering van de kwaliteit van zorg en naar autonomie; zelfstandig kunnen oordelen en handelen op basis van sociaal wetenschappelijke kennis en methodieken. Wat voorheen gezien werd als gewone verpleegkundige zorg, wordt geproblematiseerd zodat er speciale deskundigheid voor nodig is.

Gezien het streven naar een eigen beroepsidentiteit is het niet verwonderlijk dat er tussen 1970 en 1990 een groot aantal rapporten en adviezen over het eigene van de verpleging verschijnt. Voor

het eerst wordt het verpleegkundig domein formeel vastgelegd. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid beschrijft in 1978 de beroepshandelingen als volgt:

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

Het rapport honoreert de opvatting dat verpleegkundigen handelingen doen in opdracht van de arts, maar voorziet hen tevens van een eigen domein. De verpleging krijgt hierdoor externe legitimering.

De strijd tussen artsen en verpleegkundigen krijgt bij de invoering van patiëntgerichte organisatiemodellen bij de verpleging, eind jaren zeventig begin jaren tachtig, een andere wending; artsen verliezen hun dominante positie op de verpleegafdelingen. De professies concentreren zich op zichzelf en groeien uit elkaar. Beide groepen voeren eigen dossiers over patiënten, gebruiken eigen protocollen en ontwikkelen zich verder grotendeels los van elkaar.

De implementatie van de NP

Eind 1997 wordt de NP in ons land geïmplementeerd. De invoering van de NP-functie is bedoeld als antwoord op uiteenlopende human resource problemen: capaciteitsproblematiek bij medici, het streven naar een effectieve inzet van de medisch specialist, de vraag van patiënten naar coördinatie en gebrek aan carrièremogelijkheden bij de verpleging in de directe patiëntenzorg.

Er vindt geen strijd plaats; de invoering verloopt vrijwel geruisloos. Medici moeten zorg dragen voor het leermeesterschap en supervisie van “hun” NP. De NP is afhankelijk van de arts. De arts moet zijn patiënten delegeren aan de NP, die maar heel beperkt zelfstandig invulling kan geven aan de functie. Het ontbreken van passende wetgeving versterkt de afhankelijkheidsrelatie met de arts.

Waarom nemen verpleegkundigen op eigen initiatief taken over van medici, de beroepsgroep die hen jarenlang domineerde? Wat zijn beïnvloedende factoren?

Met behulp van een cross-sectioneel beschrijvend onderzoek, waarbij kwantitatieve en kwalitatieve methoden werden gecombineerd, werd als eerste gekeken naar de daadwerkelijke bijdrage van de NP aan de patiëntenzorg. De steekproef bestond uit alle 35 in ons land somatisch werkende NPs in algemene opleidingsziekenhuizen en 25 arts-assistenten in opleiding (i.o.), 20 verpleegkundig specialisten en 15 verpleegkundigen (n=95). Het feitelijke onderzoek vond plaats door een zogenaamd multimomentopname onderzoek. In dit onderzoek liep een observator met de betreffende functionaris mee en noteerde op at random bepaalde tijdstippen met een gemiddelde van iedere 5 minuten, de geobserveerde activiteit. Gedurende 4,5 uur werd een persoon overdag geobserveerd tijdens de uitvoering van reguliere werkzaamheden op de verpleegeenheid of op de polikliniek tijdens het spreekuur. Totaal werden 5130 metingen gedaan.

Inhoudelijk blijkt de NP in de ziekenhuizen bij een *geselecteerde* groep somatische patiënten in de rol van zaalarts of op de polikliniek tijdens spreekuur dezelfde bijdrage aan de zorg te kunnen leveren als de arts-assistent. In *tijd* is de bijdrage aan de directe patiëntenzorg op *de afdeling* even hoog als van de verpleging en hoger dan van de arts-assistent. De NP ziet op de afdeling meer patiënten dan de arts-assistent en neemt per patiënt ook langer de tijd. Op de *polikliniek* is de tijdsinvestering aan de directe patiëntenzorg van de NP eveneens hoger dan van de arts-assistent en ook dan van de verpleegkundig specialist. De NP ziet op de polikliniek echter minder patiënten dan de arts-assistent met een tweemaal zolang contacttijd. De NP heeft in

tegenstelling tot de arts-assistent vrijwel geen taken buiten de afdeling en/of de polikliniek op bijvoorbeeld de operatiekamer en draait ook geen diensten.

Het percentage tijd besteed aan communicatie met patiënten is bij de NP significant hoger dan van de arts-assistent en van de verpleging. Deze communicatie is gericht op het zelfmanagement van de patiënt. Arts-assistenten zijn van harte bereid patiënten te begeleiden, maar dan moet er wel eerst om gevraagd worden.

De continuïteit en coördinatie van zorg voor de patiënt lijkt met een NP beter gewaarborgd dan met een arts-assistent en de verpleging. De afgestudeerde NP vraagt minder supervisie dan de arts-assistent en minder tijd voor onderwijs. De NP blijft in zekere mate ook verpleegkundige handelingen uitvoeren.

De interne krachten die hier taakherschikking beïnvloeden, lijken de verschillende strategieën voor identiteitshantering te zijn, gecombineerd met acceptatie, waardering en verwachtingen. Dit kon worden geconcludeerd uit de gegevens die verzameld werden voor een onderzoek naar de effecten van NPs op de organisatie en effectiviteit van de zorg, een exploratief onderzoek, bestaande uit twee delen, een survey met een respons van 74% (n=106) en een kwalitatief, vergelijkend casestudy onderzoek. Er werden uit de respondenten twaalf cases geselecteerd afkomstig uit verschillende regio's. Per case werden interviews afgenomen met betrokkenen (NP, medisch specialist, verpleegkundig manager, ag(n)io en verpleegkundige). Tevens werden de NPs een aantal dagdelen geobserveerd (gemiddeld ongeveer 10 uur per case).

De verpleging ervaart groepsdeprivatie ten opzichte van medici. Medici kennen de NP een positief effect toe op de sociale identiteit van de verpleging. De verpleegkundigen zelf zien dit echter niet en accepteren de NP niet onverkort als onderdeel van hun beroepsgroep. Terwijl de NP is ontwikkeld om medische en verpleegkundige taken te integreren, ervaart de verpleging de komst van de NPs soms als taakverarming. Het kan zijn dat verpleegkundigen vrezen dat er een nieuwe groep ontstaat waarbij ze zich achtergesteld ziet.

De NP zelf blijkt zich nagenoeg even betrokken te voelen bij de verpleegkundige als bij de medische en bij de eigen NP discipline.

Wanneer adoptie door de verpleging uitblijft en de gepercipieerde waardering door de NP van de verpleging niet verandert, is de kans groot dat de NP verder assimileert met de medische beroepsgroep. Voor de verpleging is er dan sprake van self-fulfilling prophecy. Veel NPs neigen nu al meer naar de medische dan naar de verpleegkundige cultuur, onder meer gesymboliseerd door het dragen van de doktersjas. De NP lijkt sterker geneigd de eigen identiteit te verbeteren door individuele sociale mobiliteit, terwijl met meer steun uit de verpleging er een kans is op sociale competitie waarvan de hele verpleegkundige beroepsgroep kan profiteren. De kans dat medici de NP volwaardig tot de eigen beroepsgroep gaan rekenen, is niet zo groot gezien de tegenstellingen in acceptatie die ook bij medici bestaan en de geringschattende wijze waarmee soms over het werk van de NP gesproken wordt. De kans bestaat dat de NP gaat streven naar een eigen beroepsgroep.

De ontwikkeling van de NP wordt belemmerd door tegenstrijdige verwachtingen. De NP moet vanuit medische optiek enerzijds vooral verpleegkundige blijven maar functioneert anderzijds goed wanneer hij of zij dezelfde kwaliteit levert als de arts-assistent. Het blijven behoren tot de verpleging staat weer op gespannen voet met de maar matige acceptatie van de NP door de verpleegkundige beroepsgroep.

Ofschoon de overheid streeft naar taakherschikking, naar een *structurele* herverdeling van taken, is hier in de praktijk nog geen sprake van. Artsen delegeren wel taken aan NPs maar blijven zelf eigenaar. Het zijn ook niet zo zeer geïsoleerde taken maar meer bepaalde patiëntencategorieën die aan NPs worden gedelegeerd, categorieën die gekenmerkt worden door protocollaire behandeling al of niet aangevuld door een hoge vraag naar begeleiding, zorgvuldige planning, coördinatie en

specifieke motorische vaardigheden. Veel voorkomende categorieën die aan de NP worden overgedragen zijn oncologische patiënten, chronisch zieken, patiënten met hartfalen, patiënten voor mammacare, thoraxchirurgische patiënten voor pre- en postoperatieve zorg en te kleine en/of te vroeg geboren en/of zieke neonaten.

Daarnaast doet een aantal NPs evenals (gespecialiseerd) verpleegkundigen hoog frequent voorkomende en met behulp van techniek en onderzoek vereenvoudigde activiteiten, vooral in de acute pijnbestrijding van patiënten. Patiënten die zichzelf verwijzen naar de spoedpoli voor kleine trauma's worden ook door de NP gezien, in plaats van door de huisarts.

Patiëntselectie is een belangrijk mechanisme voor de legitimering van taakdelegatie door medici naar NPs, naast extra scholing, protocollaire zorg, supervisie en scheiding diagnostiek en behandeling van de uitvoering zelf.

Motivatie vanuit de medici voor deze taakdelegatie vindt vooral plaats door de lage status van het "cure" gedeelte in het werk van de NP te benadrukken. Een ander argument is het willen bieden van een carrièreperspectief aan de verpleging.

De taken die NPs van artsen over *willen* nemen lijken geen specifieke kenmerken te hebben. NPs streven naar carrièreperspectief, een zelfstandige functie en naar continuïteit en kwaliteit van zorg. Om dit te bereiken zijn ze bereid medische taken uit te oefenen. Er lijkt sprake te zijn van een paradox. De NP lijkt door afhankelijk te worden van de medisch specialist in deze functie meer autonomie te ervaren dan in een functie van verpleegkundige. Dit is opmerkelijk omdat de verpleging sinds de jaren zeventig streeft naar professionalisering, naar onafhankelijkheid van de arts.

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

Wordt taakherschikking bij de overheid ingegeven door het verwachte artsen tekort, in de praktijk lijkt dit noch voor het management noch voor medici reden te zijn om NPs aan te stellen; het is vooral de ambitie van een deel van de verpleging dat van doorslaggevende aard is.

Hoe kunnen het medisch en het verpleegkundig domein het beste worden getypeerd?

Traditioneel wordt het werk van de verpleging aangeduid met "care" en dat van de arts met "cure." De aandacht van de verpleegkundige richt zich primair op de problemen van de dagelijkse en fundamentele levensverrichtingen als gevolg van de aandoening en de behandeling: *care*. Artsen houden zich bezig met gezondheidsverstoringen zelf en de behandeling ervan: *cure*. Het vertrekpunt van de verpleging is daarmee het *gevolg* van de ziekte, van de geneeskunde *de ziekte zelf*. De gevolgen van ziekte op de dagelijkse levensverrichtingen echter, kunnen beperkt worden door de ziekte te behandelen. De verpleegkundige voert (een deel) van de behandeling uit die de arts voorschrijft, bijvoorbeeld de toediening van medicatie. De behandeling van een ziekte is niet los te zien van de gevolgen van de aandoening en de behandeling. Een ziekte wordt behandeld met als doel te genezen en/of de gevolgen te beperken. De gevolgen van de behandeling zijn ook een punt van aandacht voor de arts. Is het middel niet erger dan de kwaal? Op grond van de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, 1995) moet de arts in te bevatten bewoordingen de patiënt informeren over de aandoening, de voorgestelde behandeling, inclusief de gevolgen en risico's van die behandeling.

Al is het uitgangspunt verschillend, in de praktijk is er overlap in het werk van artsen en verpleegkundigen, nog los van de optredende verschuivingen in het medisch-technisch handelen.

Ondanks het streven van de verpleging naar een eigen afgebakend beroepsdomein, vervagen de traditionele grenzen tussen het werk van artsen en verpleegkundigen.

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

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

Er zijn wijzers die ook zelf een oppervlakkig probleem kunnen blootleggen; de NP bijvoorbeeld. Andere problemen zijn daar te gecompliceerd voor zodat ook dan de NP de hulp nodig heeft van de medisch specialist om de diagnose te stellen en de behandeling te bepalen en al of niet zelf of samen uit te voeren.

Om afstemming te bereiken tussen het verpleegkundig en het medisch domein moeten de beroepsgroepen met elkaar in gesprek, op beleidsniveau maar ook op operationeel niveau. De twee beroepsgroepen zijn uit elkaar gegroeid en ieder is zijn of haar weg gegaan. Er vindt in het werk onvoldoende inhoudelijke afstemming plaats. Door de onderlinge afhankelijkheid manifest te maken, kan de situatie verbeteren. Het blijven onderscheiden van twee gescheiden domeinen weerhoudt artsen en verpleegkundigen ervan om met elkaar te praten over de inrichting van de zorg. In feite is er maar één domein en dat is het domein van de patiënt.

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

Bij de invoering van taakherschikking spelen gebaseerd op de bevindingen van deze studie, een tweetal hoofdproblemen.

Op de eerste plaats verschilt de argumentatie voor taakherschikking van de overheid sterk van die van managers, medici en verpleegkundigen.

Ondanks de zorg van de overheid over het toekomstige tekort aan artsen (KNMG, 2002; RVZ, 2002; Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, 2003) is het vooral de ambitie van de verpleging die het overnemen van taken, stimuleert. Medisch specialisten, noch verpleegkundigen, noch managers lijken zich in de bestudeerde cases mede verantwoordelijk te voelen voor het capaciteitsprobleem.

Overigens is er geen sprake van overhevelen van taken; medici blijven zich eigenaar voelen. Helemaal verwonderlijk is dit niet, gezien de ambiguïteit in de wet BIG. Deze wet huldigt enerzijds het principe “bekwaam maakt bevoegd” maar belemmert tegelijkertijd zelfstandige beroepsuitoefening door het te allen tijde eisen van een opdrachtrelatie tussen artsen en NPs. De NP lijkt het niet erg te vinden dat formele overheveling van taken uitblijft. Er wordt geen moeite gedaan om, bijvoorbeeld door herformulering van de problemen waar hij/zij zich mee bezig houdt, bepaalde taken tot het eigen domein te gaan rekenen.

Op de tweede plaats rijst de vraag of taakherschikking op grote schaal nodig is. Er worden NPs ingezet voor werk dat verpleegkundigen ook zouden kunnen doen. Is er wel een

capaciteitstekort? Zou bij een betere benutting van elkaars mogelijkheden niet heel veel winst te behalen zijn?

Taakherschikking impliceert een formele taakomschrijving van beide beroepsgroepen. Juist ook omdat de taken niet strikt te scheiden zijn, zullen pogingen daartoe kunnen leiden tot verergering van de huidige situatie, waarin onvoldoende met elkaar wordt afgestemd. Strikte scheiding wekt de indruk dat overleg overbodig is.

Een nieuwe functie op de scheidslijn van beide domeinen zal zich hooguit wat meer of minder op het medische en/of op het verpleegkundige domein bevinden.

De NP bevindt zich wat meer op het medisch terrein dan de doorsnee verpleegkundige. De functie is in het leven geroepen om het tekort aan artsen op te lossen. De NP blijkt in de rol van zaalarts of op de polikliniek een bijdrage aan de patiëntenzorg te kunnen leveren die bij een geselecteerde groep patiënten inhoudelijk gelijk is aan die van de arts-assistent. Met de inzet van een NP kan de continuïteit in de patiëntenzorg worden verbeterd. De NP kan dus zeker een oplossing bieden voor het tekort aan artsen.

Uit de inzet van de NP kan echter veel meer winst gehaald worden. Artsen en verpleegkundigen moeten met elkaar het werk inhoudelijk beter af gaan stemmen. De functie van NP kan daarvoor de katalysator zijn. Het is bij uitstek een brugfunctie. Juist door de komst van de NP kan de verhouding tussen de verpleegkundige en de medische beroepsgroep worden hersteld, mits echter aan een aantal voorwaarden wordt voldaan:

- adoptie door de verpleegkundige beroepsgroep van het NP concept;
- actieve commitment van de medische beroepsgroep;
- taakherschikking plaats laten maken voor patiëntenverdeling;
Terughoudendheid is geboden bij het toekennen van een patiëntencategorie aan uitsluitend het medische of het verpleegkundige domein. Vanuit verschillende gezichtspunten kunnen beide disciplines een bijdrage leveren aan de verbetering/voortgang van de zorg en de behandeling van de patiënten, waar steeds over overlegd moet worden. Bovendien overlappen de domeinen elkaar.
- taaktyperingen en taakherschikking alleen op een zeer hoog abstractieniveau;
- eenduidige omschrijving van de NP.

Door deze studie werd manifest dat de wens tot een scherpe taakafbakening tussen medisch specialisten en verpleegkundigen geleid heeft tot een jarenlange domeinstrijd en gebrek aan communicatie. Een eigen domein voor beide professies bleek een dwaallicht te zijn. De poging tot overname door de geneeskunde van de verpleegkunde werd een struikeltocht die uiteindelijk leidde tot het streven van de verpleging naar autonomie. Door tol te heffen verwijderden de beroepsgroepen zich van elkaar. Toch zijn de grenzen niet scherp te trekken. Het zijn songlines, zangsporen. Het is een lied dat overgaat in een ander lied, heel subtiel, dat bepaald wordt door de context waarin de zorg moet worden verleend. Alleen een optimale samenwerking kan de gezondheidszorg gezond maken.

Voor wat betreft Abbotts visie (1988), bevestigt de eerste narrative zijn visie. Professions voeren een voortdurende strijd met elkaar om de zeggenschap over bepaalde domeinen. In de tweede narrative is echter geen sprake van een strijd tussen twee professies. NPs nemen vrijwel geruisloos taken over van medici. Het kan zijn dat het nog te vroeg is om er hier in de geest van Abbott (1988) iets over te zeggen. Er kan sprake zijn van een afscheiding van een deel van de verpleegkundige professie, een deel dat vervolgens fuseert met de medische professie. Afscheiding en fusie zijn door Abbott(1988) beschreven mechanismen bij professies. Er kan ook sprake zijn van een nog niet beschreven strategie, aanvullend op Abbotts zienswijze, waarbij de

NP eerst “infiltrert” in de medische professie om zich vervolgens (een deel van) het domein toe te eigenen. Daar zijn tot nu toe geen duidelijke aanwijzingen voor.