



ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM

INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT
GEZONDHEIDSZORG

Taakherschikking in de gezondheidszorg

**Een onderzoek naar de wijze waarop de verpleegkundig specialist haar
jurisdictie vergroot in de historisch gegroeide complexe structuur van
de gezondheidszorg gezien vanuit het perspectief van het
professionalisme en institutionalisme**

Naam :	Suzanne Schouten
Studentnummer :	364209
Opleiding :	Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Master Zorg Management
Jaargang :	2012/2013
Begeleider:	Dr. A.A. de Bont
Meelezers:	Dr. J.D.H. van Wijngaarden en Drs. I. Wallenburg
Plaats:	Rotterdam
Datum :	13-06-2013

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie over het thema taakherschikking in de gezondheidszorg. Deze scriptie beschrijft de wijze waarop de verpleegkundig specialist haar jurisdictie vergroot in de historisch gegroeide complexe structuur van de gezondheidszorg gezien vanuit het perspectief van het professionalisme en institutionalisme. Met deze scriptie is een einde gekomen aan de master Zorgmanagement. Deze master is een perfecte aanvulling geweest op mijn opleiding verpleegkunde die mij onvoldoende verdieping gaf in de structuur van de gezondheidszorg in Nederland. Naast de kennis en vaardigheden die ik heb ontwikkeld als verpleegkundige, heb ik nu kennis en vaardigheden ontwikkeld die mij helpen verder te denken dan de directe patiëntenzorg. De gezondheidszorg is een complexe wereld met nog veel mogelijkheden voor verbetering. Ik hoop hier met de opgedane kennis door de master Zorgmanagement aan bij te dragen.

De afgelopen twee jaar zijn razend snel voorbij gevlogen, wat niet wil zeggen dat deze jaren mij gemakkelijk zijn afgegaan. Zonder de steun van mijn omgeving was het niet gelukt om deze studie op deze manier af te ronden. Een dankwoord is daarom op zijn plaats. Ik ben ontzettend dankbaar voor de tijd en energie die mijn scriptiebegeleider Antoinette de Bont heeft gestoken in het begeleiden van het schrijven van mijn scriptie. Bedankt voor de feedback, inspirerende workshops en motiverende woorden. Daarnaast wil ik mijn ouders, broers en vriendinnen bedanken voor de ondersteuning en bemoedigende woorden waar ik veel behoefte aan had. Ten slotte wil ik mijn vriend bedanken voor het vertrouwen die hij in mij heeft gehad. Hij heeft altijd gezegd dat het goed kwam. En hij had gelijk.

Achtergrond: De gezondheidszorg heeft te maken met veel verschillende professies. Bij elke professie horen bepaalde taken. De verdeling van deze taken is een gevolg van historisch gegroeide gewoontes en tradities. Tegenwoordig zijn deze gewoontes en tradities niet meer zo vanzelfsprekend door de invoering van taakherschikking. Taakherschikking heeft geresulteerd in dynamische grenzen tussen professies, waarbij mogelijkheden zijn ontstaan om veranderingen aan te brengen in de traditionele jurisdictie van de arts. Een voorbeeld van taakherschikking is de komst van een nieuwe functie in de zorg; de functie van verpleegkundig specialist. Deze zorgprofessional is op HBO niveau opgeleid en heeft bevoegdheden gekregen om taken uit te voeren die al jaren bij de jurisdictie behoorde van de arts, zoals het voorschrijven van medicatie en het hoofdbehandelaarschap. Het claimen van jurisdictie, de link tussen een professie en het werk dat bij deze professie hoort, loopt als een rode draad door professionalisering. De claim van jurisdictie kan op verschillende manieren en in verschillende arena's gedaan worden; via het rechtssysteem, de publieke opinie en de werkplek. Het doel van het onderzoek is inzicht krijgen in de wijze waarop de verpleegkundig specialist haar jurisdictie vergroot in de historisch gegroeide complexe structuur van de gezondheidszorg gezien vanuit het perspectief van het professionalisme en institutionalisme.

Methoden: De onderzoeksvragen worden beantwoord met behulp van de case-studie methode. Voor het verzamelen van de data is gebruik gemaakt van observaties, interviews en beleidsdocumenten. Het onderzoek heeft plaats gevonden in een instelling binnen de geestelijke gezondheidszorg en richt zich specifiek op de interactie tussen de verpleegkundig specialist en andere professionals. In het onderzoek wordt zowel gekeken naar de wijze waarop taakherschikking binnen de onderzoeksinstelling heeft plaatsgevonden of plaats vindt, als naar de complexiteit van taakherschikking in de zin van grenzen van de beroepsdomeinen van verschillende professies. De vraagstelling van dit onderzoek luidt: *Op welke wijze vergroot de verpleegkundig specialist zijn of haar jurisdictie ten opzichte van de traditionele arts binnen de institutionele context?*

Resultaten en conclusie: De verpleegkundig specialisten binnen de onderzoeksinstelling hebben hun publieke jurisdictie vergroot via publiciteit en hun bijdrage aan de beroepsvereniging. De uitbreiding van de jurisdictie is niet zonder meer geaccepteerd door de psychiater. De komst van de verpleegkundig specialist heeft gevolgen voor hun werkdomein. De psychiaters twijfelen aan de kennis van de verpleegkundig specialist. De consequentie van het feit dat de psychiater de uitbreiding van jurisdictie van de verpleegkundig specialist nog niet geheel geaccepteerd heeft, is dat de verpleegkundig specialist geen eigen autonomie heeft met betrekking tot haar patiëntenpopulatie, omdat zij haar werk in samenwerking met de psychiater moet doen. Als reactie op deze belemmering voor de jurisdictie van de verpleegkundig specialist, richt de verpleegkundig specialist zich op het ontwikkelen van een eigen domein. De verpleegkundig specialist kan haar domein uitbreiden en haar jurisdictie vergroten, zonder het domein van de psychiater te raken. Doordat de verpleegkundig specialist zich ontwikkelt als beleidsmedewerker en projectmedewerker en daardoor taken heeft die een psychiater niet heeft, claimt zij een nieuw domein. Door het claimen van dit nieuwe domein vergroot de verpleegkundig specialist haar jurisdictie. De ontwikkeling van het werkdomein van de verpleegkundig specialist die met één been in de medische wereld staat en met één been in de verpleegkundige wereld, heeft ervoor gezorgd dat cure en care met elkaar integreren.

Summary

Background: The healthcare sector consists of many different professions, each having its own tasks and responsibilities. This partitioning is a consequence of historically accrued habits and traditions. However, in the present world the habits and traditions that define a job aren't so clear-cut anymore because of the introduction of task reallocation. The reallocation of task has resulted in dynamic boundaries between profession responsibilities, creating the opportunity to make changes to the traditional jurisdiction of doctors. This reallocation has led to the creation of new job specifications, one of which is the nurse practitioner. This healthcare professional has a higher professional education and is qualified to take over medical tasks from the traditional doctor. The claiming of jurisdiction, which can be explained as the link between a profession and what it encompasses, is seen as the leitmotif in professionalization. This claim of jurisdiction can be realized in different ways and in different areas; through the judicial system, the public opinion, or in the workplace itself. The aim of this paper is to gain insight in how nurse practitioners claim their jurisdiction in the historically grown, complex structure of the healthcare system, seen from the perspectives of professionalism and institutionalism.

Methods: The research questions will be answered using the qualitative case-study method. For data collection, observations, interviews and documents were used. The research took place within a mental healthcare institute, and focuses on explaining the interaction between the nurse practitioner and other professionals. The way in which professions are redesigned in this mental healthcare institute will be evaluated, as well the complexity of defining clear boundaries in jurisdiction between professions. The research question of this paper is: *In which way does the nurse practitioner broaden his or her jurisdiction in relation to the traditional physician within an institutional context?*

Results and conclusion: The nurse practitioners have broadened their public jurisdiction through publicity and their contributions to the professional association. This expansion of jurisdiction is not easily accepted by the psychiatrist and has implications for their domain of jurisdiction. Psychiatrists have shown to doubt the level of expertise of nurse practitioners, and show difficulty accepting the greater jurisdiction of nurse practitioners. This conviction leads to nurse practitioners having no personal authority within their own patient population, seeing as many of the day-to-day activities have to be executed in collaboration with a psychiatrist. In response to this obstacle to personal jurisdiction, nurse practitioners have found ways to broaden their field of work without intruding that of the psychiatrist. By developing their own expertise and executing management and governance activities, they claim new domain, increasing their jurisdiction. This reallocation of tasks allows the nurse practitioners to function as a link between the medical and the nursing side of treatment, making sure cure and care are well organized and smoothly transition into one another.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding	6
1.1 De ontwikkeling van taakherschikking in de zorg	6
1.2 De Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist	7
1.3 Wettelijk inbedding	8
1.4 Doelstelling en vraagstelling	9
1.5 Achtergrond informatie	9
1.6 Positionering van de verpleegkundig specialist	10
1.7 Relevantie	10
1.8 Leeswijzer	11
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	12
2.1 Inleiding en leeswijzer	12
2.2 Professionalisering	12
2.3 Institutionalisme	14
2.4 Samenvatting	16
2.5 Vraagstelling	16
Hoofdstuk 3 Methoden van onderzoek	17
3.1 Inleiding en leeswijzer	17
3.2 Onderzoeksopzet	17
3.3 Dataverzameling	17
3.3.1 Observaties	17
3.3.2 Interviews	18
3.3 Ethische overwegingen	19
3.4 Betrouwbaarheid en Validiteit	19
Hoofdstuk 4 Resultaten	20
4.1 Inleiding en leeswijzer	20
4.2 Taakherschikking in de praktijk	20
4.3 Beroepsdomeinen	22
4.4 Behandelverantwoordelijkheid	23
4.4.1 Verpleegkundig specialist als hoofdbehandelaar	24
4.4.2 Acceptatie van hoofdbehandelaarschap door andere professionals	24
4.4.3 Ontwikkelingen rondom wet- en regelgeving	26
4.4.4 De eerste hoofdbehandelaar	27
4.4.5 Samenvatting	28
4.5 Grenzen en domeinen van het beroep van de verpleegkundig specialist	29
4.5.1 De verhoudingen tussen de verpleegkundig specialist en andere professionals	29
4.5.2 Wrijving tussen beroepsdomein verpleegkundig specialist en verpleegkundigen	32
4.5.3 Wrijving tussen beroepsdomein verpleegkundig specialist en somatische arts	33
4.5.4 Wrijving tussen beroepsdomein verpleegkundig specialist en psychiater	33
4.5.5 Omgaan met verandering binnen domeinen	35
4.5.6 Samenvatting	36
4.6 Positionering van de verpleegkundig specialist	37
4.6.1 De invloed van de verpleegkundig specialist op de opleiding	37
4.6.2 Ontwikkeling expertise	38

4.6.3 Beroepsvereniging.....	41
4.6.4 Samenvatting	43
Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie	44
5.1 Inleiding en leeswijzer	44
5.2. Conclusie	44
5.2.1 Reflectie op de gebruikte literatuur	46
5.2.2 Aanbevelingen.....	46
5.3 Discussie	47
Literatuur	49
Bijlagen	51
Bijlage 1 Topiclijst observatie	51
Bijlage 2 Topic lijst interviews	53
Bijlage 3 Brief voor patiënten voor deelname aan observaties	56
Bijlage 4 Verklaring medisch ethische commissie	57

Hoofdstuk 1 Inleiding

1.1 De ontwikkeling van taakherschikking in de zorg

De gezondheidszorg heeft te maken met veel verschillende professies. Bij elke professie horen bepaalde taken. De verdeling van deze taken is een gevolg van historisch gegroeide gewoontes en tradities. Tegenwoordig zijn deze gewoontes en tradities niet meer zo vanzelfsprekend. In de afgelopen jaren zijn er ontwikkelingen geweest rondom taakherschikking in de gezondheidszorg. In 2002 adviseerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over de mogelijkheden van taakherschikking in de gezondheidszorg. De ontwikkelingen rondom taakherschikking hebben meerdere oorzaken. Nederland is aan het vergrijzen waardoor de zorgvraag toeneemt, terwijl er gelijktijdig een afname is in het aantal zorgprofessionals en een toename in het aantal professionals dat parttime werkt (Gezondheidsraad 2008). Ook worden er hogere eisen aan de gezondheidszorg gesteld. Zo is er een wens om de kwaliteit van zorg te verbeteren, en de toegankelijkheid te vergroten. Deze ontwikkelingen vragen om een andere invulling van de bestaande zorgfuncties en een andere inrichting van de zorgprocessen (van Dam, Lambregts & Grotendorst 2012). Dit proces van herverdeling wordt taakherschikking genoemd. Taakherschikking is volgens de literatuur een breed begrip. Taakherschikking kan omschreven worden als 'het uitsplitsen van taken in een functie, waardoor er nieuwe functies ontstaan' (RVZ 2008, De Veer et al 2004). Kanters (1999) hanteert een ruimere definitie: 'Taakherschikking is het herschikken van taken en verantwoordelijkheden in nieuwe en/of vernieuwde functies'. Ook in Internationale literatuur wordt geschreven over deze ontwikkeling. Stevens (2007) hanteert dezelfde definitie als Kanters (1999), maar noemt dit substitutie van taken. In beleidsstukken, literatuur en discussies worden echter allerlei begrippen gehanteerd om veranderingen in taken en taakverdeling te beschrijven. Zo wordt er gesproken over taakdifferentiatie, taakdelegatie, functiedifferentiatie en taaksubstitutie. In dit onderzoek wordt vastgehouden aan het begrip 'taakherschikking'. De definitie van taakherschikking van Kanters (1999) wordt aangehouden, omdat hij naast het herschikken van taken ook het herschikken van verantwoordelijkheden benoemt.

Taakherschikking heeft primair tot doel het proces van zorgverlening doelmatiger te organiseren om ook de bestaande capaciteit beter te benutten en een antwoord te geven op de toekomstige stijgende en steeds veranderende zorgvraag. Daarnaast moet taakherschikking bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit van zorg door de voordelen die het heeft. Taakherschikking kent belangrijke voordelen voor de patiënt. Zo zal er doorgaans meer aandacht en tijd voor de patiënt zijn. Maar ook voor de arts zijn er voordelen. Omdat de routinematige handelingen uit handen worden genomen heeft de arts meer tijd voor specialistische zorg (KNMG et al 2012).

Taakherschikking is een complex proces. Taakherschikking beïnvloedt professionele rollen. Door herverdeling van taken wordt het mogelijk gemaakt om verschillende professionals meer met elkaar samen te laten werken waarbij de professionele grenzen vervagen. De invoering van taakherschikking resulteert in dynamische grenzen tussen professies, waarbij mogelijkheden zijn ontstaan om veranderingen aan te brengen in de traditionele jurisdictie waarin de medicus dominant is (Currie et al. 2010).

Een voorbeeld van taakherschikking is de komst van nieuwe functies in de zorg; de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Deze zorgprofessionals zijn op HBO

niveau opgeleid en bevoegd om medische taken over te nemen van de traditionele arts. De volgende paragraaf gaat in op deze twee professies.

1.2 De Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist

De physician assistent is begin jaren 2000 geïntroduceerd in de Nederlandse gezondheidszorg. De physician assistent is een medische zorgprofessional op HBO-masterniveau opgeleid en werkzaam binnen een deelgebied van de geneeskunde (KNMG et al 2012). De opleiding wordt in duale vorm aangeboden en duurt twee en een half jaar. Een afgeronde geaccrediteerde hoger beroepsopleiding (HBO bachelor) in de gezondheidszorg is een vereiste om de opleiding te kunnen volgen. In tegenstelling tot de verpleegkundig specialist hoeft de physician assistent niet een verpleegkundige achtergrond te hebben. Steeds meer medisch specialisten werken samen met deze professionals die speciaal zijn opgeleid om vaak voorkomende taken van artsen over te nemen. Een physician assistent biedt zelfstandig geneeskundige zorg, in een samenwerkingsverband met een medisch specialist. De komst van de Physician Assistent heeft als doel een bijdragen te leveren aan betere continuïteit en kwaliteit van zorg, hogere patiënttevredenheid en hogere efficiency en productiviteit. Een physician assistent beschikt over brede medische kennis en vaardigheden en handelt binnen het specialisme waarin hij/zij tenminste werkzaam is op het niveau van basisarts. Ook het verrichten van medisch technische handelingen en het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek behoren tot het competentieprofiel (<http://napa.artsennet.nl>, KNMG et al, 2012).

Verpleegkundig Specialisten zijn verpleegkundigen die op basis van een NVAO geaccrediteerde masteropleiding (Master in Advanced Nursing practice) worden ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee zij individuele behandelrelaties aangaan. De opleiding duurt twee jaar en wordt in duale vorm aangeboden. Naast de vier hoofd competenties van een verpleegkundige, het bevorderen van gezondheid, het voorkomen van ziekten, het herstellen van gezondheid en het verlichten van het lijden, ontwikkelt de verpleegkundig specialist de competenties als zelfstandigheid, deskundigheid en beroepsontwikkeling. De verpleegkundig specialist richt zich op de ziekte zelf, binnen het eigen deskundigheidsgebied. Een verpleegkundig specialist heeft een behandelrelatie met patiënten, is verantwoordelijk voor de werkzaamheden die zij daarbinnen verricht en legt indien nodig verantwoording af aan collega's, artsen en leidinggevenden (KNMG et al. 2012, www.nursing.nl). Verpleegkundig specialisten staan met één been in de verpleegkundige en met het andere in de medische wereld. In onderstaande tabel staan beide beroepen tegenover elkaar om de overeenkomsten en de verschillen te verduidelijken.

Verpleegkundig specialist	Physician Assistant
- verpleegkundige (artikel 14 Wet BIG);	- rechterhand van een medisch specialist die onder diens supervisie medische handelingen uitvoert en spreekuren draait (beoogd artikel 34 Wet BIG);
- heeft de Masteropleiding Verpleegkundig Specialist/ Master of Advanced Nursing Practice gevolgd en is in het BIG-register aangetekend als specialist;	- heeft de masteropleiding Physician Assistant gevolgd;
- heeft hbo- verpleegkunde afgerond en heeft twee jaar relevante werkervaring en wordt ook wel Nurse Practitioner genoemd;	- heeft een hbo-opleiding in de gezondheidszorg afgerond en minimaal twee jaar relevante werkervaring;
- mag binnen het eigen deskundigheidsgebied medische diagnoses stellen en medicatie voorschrijven.	- mag onder supervisie diagnoses stellen en medicatie voorschrijven.

De physician assistent en de verpleegkundige specialist zijn samen geïntroduceerd en worden daarom ook vaak als onderdeel van dezelfde ontwikkeling beschouwd. Echter laat deze paragraaf zien dat er grote verschillen zijn tussen de physician assistent en de verpleegkundige specialist en dat beide professies gezien kunnen worden als twee unieke professies. Deze verschillen zijn groter dan op voorhand gedacht. Op basis van deze analyse is besloten om de unieke positie van de verpleegkundig specialist te onderzoeken in plaats van beide professies. Onderstaande paragraaf over de wettelijke inbedding zal nog ingaan op beide professies om ook daarin het verschil aan te geven. Na deze paragraaf richt het onderzoek zich specifiek op de verpleegkundig specialist.

1.3 Wettelijk inbedding

De Raad Van Zorg constateerde in 2002 naar aanleiding van een evaluerend onderzoek over taakherschikking een aantal juridische obstakels. Naar aanleiding van deze obstakels heeft de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport besloten om bepaalde professionals een zelfstandige bevoegdheid te geven. Enkele juridische obstakels voor verpleegkundig specialist en physician assistants zijn weggenomen door de aanpassing van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) (Gezondheidsraad 2008). Sinds 1 januari 2012 hebben de physician assistant en de verpleegkundig specialist voor vijf jaar, volgens de Wet BIG, de bevoegdheid om zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen te indiceren en te verrichten. Deze nieuwe bevoegdheid maakt het Herschikken van taken tussen artsen, physician assistants en verpleegkundig specialisten juridisch beter mogelijk (KNMG et al 2012). Dat verheldert de bevoegdheden en verruimt de mogelijkheden voor artsen om taken te delegeren en mogelijk ook de bereidheid om dat te doen (KNMG et al 2012).

De Geneesmiddelenwet is al eerder aan gepast, zodat de Verpleegkundig specialist, binnen de reikwijdte van die wet zelfstandige bevoegdheden hebben die deels in het medische domein liggen, zoals het voorschrijven van medicatie en het verrichten van puncties en katheterisaties. Ook physician assistants hebben volgens deze wet een zelfstandige bevoegdheid in het voorschrijven van medicatie (Gezondheidsraad 2008). Op 1 januari 2012 werd de geneesmiddelenwet tegelijkertijd met de Wet BIG aangescherpt. Een van de wijzigingen is dat bepaalde beroepsgroepen medische diagnoses mogen stellen en medicatie mogen voorschrijven op het terrein waarop ze deskundig zijn.

Ondanks deze aanpassingen zal de physician assistant niet onder het tuchtrecht vallen. Zij hebben niet de status van een zogenaamd artikel-3 beroep, in tegenstelling tot de verpleegkundig specialist, die vanwege hun verpleegkundige achtergrond wel tot een artikel-3 beroep behoort. De Wet BIG heeft de beroepen die onder deze wet vallen in twee groepen verdeeld. Alleen artikel 3-beroepen staan geregistreerd in het BIG-register en vallen onder het tuchtrecht. Dit betekent dat de physician assistant weliswaar onder de werking van het tuchtrecht van de wet zijn gebracht, maar dat de tuchtmaatregelen die betrekking hebben op inschrijving in het BIG-register niet kunnen worden opgelegd (Staatsblad van het Koninkrijk Der Nederlanden 2011).

1.4 Doelstelling en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is inzicht krijgen in de wijze waarop taakherschikking in de zorg plaats vindt, dat wil zeggen het herschikken van taken tussen 'nieuwe professionals' en traditionele zorgprofessionals. Het onderzoek richt zich specifiek op de functie van verpleegkundig specialist. In het onderzoek wordt zowel gekeken naar de wijze waarop taakherschikking binnen de onderzoeksinstelling heeft plaatsgevonden of plaats vindt, als naar de complexiteit van taakherschikking in de zin van grenzen van de beroepsdomeinen van beide professies. Dit onderzoek richt zich niet op de vraag welk effect taakherschikking heeft en of deze vorm van taakherschikking bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg verbetert. Het antwoord vinden op deze vraag is een moeilijke opgave, omdat naast dat het definiëren van de kwaliteit van zorg lastig is, ook het meten ervan ingewikkeld is omdat kwaliteit niet goed zichtbaar is. Om hier een antwoord op te geven zouden criteria opgesteld moeten worden en uitkomsten van de zorgverlening vergeleken moeten worden. Deze cijfers zijn niet beschikbaar. Het doen van observaties van en het houden van interviews met de professionals zou wel inzicht kunnen verschaffen in de wijze waarop taakherschikking vorm heeft gekregen binnen de instelling en op welke wijze deze vorm is ontstaan. De vraagstelling van dit onderzoek luidt dan ook: *Op welke wijze vergroot de verpleegkundig specialist zijn of haar jurisdictie ten opzichte van de traditionele arts binnen de institutionele context?*

Om dit onderzoek uit te voeren is gekozen voor het gebruik van een theoretische onderbouwing, omdat dit kaders creëert en perspectief biedt bij het verzamelen en analyseren van de data. Uit de vele verschillende theorieën om de verhouding tussen de verpleegkundig specialist en de arts te verklaren is gekozen voor theorie over professionalisering en theorie over het institutioneel perspectief.

In de sociologie over professionals gaat het vooral om de relatie tussen verschillende professionals met betrekking tot hun werkdomrein. Daarom is het werk van Abbott (1988) relevant om te gebruiken voor het theoretisch kader. Abbott (1988) richt zich minder op de institutionele context waarin de professionals werkzaam zijn. Maar omdat ook inzicht in de institutionele context belangrijk is om te snappen wat taakherschikking in de zorg betekent, richt het theoretisch kader zich ook op de institutionele theorie. Het institutioneel perspectief biedt samen met de opvatting van Abbott (1988) de mogelijkheid om bijvoorbeeld het verleden te gebruiken bij het verklaren van de huidige samenwerking en de verdeling van taken tussen de arts en de verpleegkundig specialist.

Om antwoorden te vinden op de vraagstelling wordt onderzoek gedaan bij een instelling in de geestelijke gezondheidszorg in Amersfoort. Het onderzoek maakt deel uit van het Europese onderzoek MUNROS naar taakherschikking in de zorg en de effecten van taakherschikking op de financiën.

1.5 Achtergrond informatie

De instelling waar het onderzoek heeft plaats gevonden, biedt ambulante en klinische psychiatrische behandelingen voor verschillende stoornissen en een specialistisch aanbod voor patiënten met ernstige en complexe psychiatrische problematiek. Het aanbod van de instelling is gericht op volwassenen en ouderen. De instelling heeft uitgebreide en specifieke behandelvoorzieningen, zowel klinisch als ambulant.

De dataverzameling heeft plaats gevonden bij het behandelprogramma psychiatrie en somatiek. Het behandelprogramma psychiatrie en somatiek biedt een psychiatrische behandeling in een klinische setting gecombineerd met intensieve verpleegkundige en somatische zorg. Dit behandelprogramma is bestemd voor langdurige opgenomen psychiatrische patiënten waarbij sprake is van ernstige psychiatrische problematiek (zoals psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen of persoonlijkheidsstoornissen) gecombineerd met een hoge mate van somatische zorg. De doelstelling van dit behandelprogramma is behandeling van de ziekte en het verminderen van symptomen.

In de gehele instelling werken in totaal 34 verpleegkundig specialisten waarvan er ook een aantal nog in opleiding zijn. De eerste verpleegkundig specialist binnen de instelling is ongeveer 10 jaar geleden jaar geleden gestart. Bij het behandelprogramma psychiatrie en somatiek zijn vier verpleegkundig specialisten betrokken die allen voor een aantal patiënten behandelverantwoordelijkheid hebben, verantwoordelijk zijn voor een eigen project en allen hun eigen expertise hebben.

1.6 Positionering van de verpleegkundig specialist

Het beroep van de verpleegkundig specialist verkrijgt in hoog tempo positie. Het aantal verpleegkundig specialisten groeit verder, aangezien het kabinet heeft besloten het aantal opleidingsplaatsen te vermeerderen wat leidt tot een verhoogde instroming in de opleiding. Omdat er over de beroepsgroep weinig kwantitatieve informatie beschikbaar was heeft het Capaciteitsorgaan opdracht gegeven aan Kiwa Prismant om informatie te verzamelen over deze beroepsgroep. Het aantal werkzame verpleegkundig specialisten is in de periode 2000 - 2012 flink toegenomen: van tien in 2000 naar ruim 1300 in 2012. Het totaal aantal fte is ook sterk toegenomen, maar in wat mindere mate dan het totaal aantal werkzame personen. De meeste verpleegkundig specialisten zijn werkzaam in de beschouwende specialismen, namelijk 551, wat 42% is van het totaal. Daarnaast zijn in de snijdende specialismen 18% van de totale groep werkzaam en in de psychiatrie 15%. Wordt het aantal werkzame verpleegkundig specialisten gerelateerd aan het aantal werkzame medisch specialisten in deze clusters, dan blijkt dat het aantal verpleegkundig specialisten in de gehandicaptenzorg en de ouderengeneeskunde relatief gezien hoog is. Binnen het cluster huisartsgeneeskunde is dit aandeel laag (Kiwa Prismant 2013).

1.7 Relevantie

Taakherschikking in de gezondheidszorg is redelijk nieuw. Het eerste onderzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) dateert uit 2002. Uit dit onderzoek werd duidelijk dat er nog weinig harde uitspraken gedaan kunnen worden over de effecten van taakherschikking. Dat komt omdat het niet geheel duidelijk is hoe de herschikking van taken in verschillende instellingen vorm heeft gekregen. Taakherschikking zou waarschijnlijk positieve effecten hebben op de effectiviteit van zorg, inzet van schaarse financiële middelen en de patiënt.

Naast de positieve effecten benoemde de Raad voor Gezondheidszorg in het onderzoek dat er onzekerheid bestond over de acceptatie bij de beroepsgroepen (RVZ, 2008). Acceptatie is een van de voorwaarden om taakherschikking in te kunnen voeren zoals bedoeld. Taakherschikking betekent een grote verandering voor de beroepsgroep van de arts. Artsen die al jaren op alleenrecht hadden, moeten omgaan met 'delen'. Dit betekent dus bevoegdheden en kennis delen met een professional die een andere functie heeft, een

andere opleiding heeft genoten en dus andere kennis bezit. Dit zou een spanningsveld kunnen opleveren en wrijving geven tussen professionele domeinen.

In de maatschappij heersen verschillende gedachten over de inzet van de physician assistent en de verpleegkundig specialist. Veel artsen verwachten dat taakherschikking tot inkomsten verlies bij henzelf leidt. Het werk van de arts zou te zwaar kunnen worden omdat de physician assistent en de verpleegkundig specialist de minder complexe taken van hun overnemen waardoor hun werkt alleen nog maar uit ingewikkelde specialistische handelingen kunnen bestaan (Peters 2007). Ook heerst de vraag of de physician assistent en de verpleegkundig specialist met de tweejarige HBO opleiding en de werkervaring die zij op hebben gedaan genoeg kennis en competenties kunnen ontwikkelen om het werk uit te voeren waar artsen een veel langere universitaire studie voor hebben gevolgd.

Anderzijds zou het laten uit voeren van minder complexe zorgtaken door de physician assistent en de verpleegkundig specialist in plaats van door de arts de zorg minder duur maken. Taakherschikking zou toegevoegde waarde hebben omdat het zorgt voor korte wachttijden en een betere coördinatie van het zorgproces. Daarnaast zou vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg juist gepleit worden voor taakherschikking omdat hierdoor de zorg efficiënter wordt en de kwaliteit van zorg toeneemt (Peters 2007).

Nu er steeds meer onderzoeksresultaten beschikbaar komen en ervaringen zijn opgedaan, is het tijd om na te gaan of de bovenstaande gedachten bevestigd worden.

1.8 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk volgt een theoretisch kader. Aan de hand van deze theorie volgen vier deelvragen die de hoofdvraag zullen concretiseren. In hoofdstuk drie wordt er ingegaan om de methoden van onderzoek. De resultaten die hieruit volgen zullen in hoofdstuk 4 worden beschreven. Vervolgens zullen in hoofdstuk 5 conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan. Het onderzoek eindigt met de reflectie op het onderzoek in de discussie.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

2.1 Inleiding en leeswijzer

Het thema van dit onderzoek is taakherschikking. Taakherschikking in de gezondheidszorg binnen het domein van de professional is geen gemakkelijke opgave. Om inzicht te krijgen in de complexiteit hiervan wordt in dit hoofdstuk een theoretische kader opgesteld. Door middel van dit kader kan er een beeld geschept worden van de professional, de arts, die door taakherschikking te maken krijgt met verandering. Ons beeld van professionals wordt, zoals alle sociale fenomenen, gevormd door twee verschillende, maar gerelateerde factoren. In eerste instantie wordt het beïnvloedt door de structuur en samenstelling van het desbetreffende beroep. Ten tweede is het afhankelijk van hoe we naar een beroep kijken, oftewel door welke theoretische lens (Scott 2008).

Het eerste deel van dit hoofdstuk heeft betrekking op professionalisering. In de sociologie over professionals gaat het vooral om de relatie tussen verschillende professionals met betrekking tot hun werkdomein. Daarom is het werk van Abbott (1988) relevant om te gebruiken voor dit theoretisch kader. Abbott (1988) richt zich minder op de institutionele context waarin de professionals werkzaam zijn. Maar omdat inzicht in de institutionele context belangrijk is om te snappen wat taakherschikking in de zorg betekent, richt het tweede deel van dit hoofdstuk zich op de institutionele theorie.

2.2 Professionalisering

Professionaliseringstheorieën maken deel uit van de beroepensociologie. Daarbinnen is veel geschreven over arbeidsverdeling (Van houten 2006). De socioloog Freidson legt met behulp van de zogenaamde attributiebenadering uit dat professionaliteit wordt verbonden een aantal kenmerken op grond waarvan een beroep zich een professie mag noemen. Het gaat dan om kenmerken als een eigen beroepsvereniging met een eigen beroepscode en schorsingsrechten, een wetenschappelijke beroepsopleiding die toegang verleent tot uitoefening van het beroep, wettelijke bescherming, een eigen taal (vakjargon), maatschappelijke erkenning en de verbondenheid met een hogere maatschappelijke waarde, zoals rechtvaardigheid, veiligheid of gezondheid. Professionalisering in deze benadering houdt dan in: het streven van beroepsgroepen om aan de genoemde eigenschappen te voldoen en daarmee de status van de professie te verwerven. Dit wordt ook wel autonome professionaliteit genoemd omdat de controle volledig bij de professie ligt (Jacobs 2010).

De ontwikkeling van professionalisering in de geneeskunde gaat al jaren terug. Artsen hebben geclaimd dat alleen zij bevoegd zijn om bepaalde taken uit te voeren. In feite hebben ze de maatschappij gevraagd om de medische beroepsgroep legitiem te herkennen en hun werkdomein vast te leggen. Abbott (1988) noemt dit hun specifieke jurisdictie. Deze unieke jurisdictie zorgde ervoor dat zij het alleen recht hadden om bepaalde handelingen uit te voeren, waardoor er een afstand werd gecreëerd tussen artsen en andere beroepsbeoefenaren in de zorg (Tjorra 2000). Volgens Abbott (1988) gaat het dan ook over deze interactie tussen verschillende professies. De theorie van Freidson schiet te kort voor de theoretisch basis van dit onderzoek omdat Freidson te weinig ingaat op de interactie met andere beroepsgroepen. Terwijl Freidson meer een benadering heeft waarbij wordt benadrukt dat de professie een gemeenschap van beroepsbeoefenaars is die gemeenschappelijke kenmerken delen, is de benadering van Abbott (1988) gericht op de

professionele gemeenschap te midden van andere professionele gemeenschappen die gezamenlijk een 'system of professions' vormen. Bij Abbott (1988) staat niet de vraag centraal waardoor professionalisering wordt gekenmerkt, zoals als Freidson beschrijft, maar de vraag waardoor professionalisering zich ontwikkelt en wordt veroorzaakt (Houten 2006).

Abbott (1988) vindt jurisdictie een belangrijk concept en beschrijft jurisdictie als een link tussen een professie en het werk dat bij deze professie hoort. Om te analyseren hoe de ontwikkeling in professionalisering plaats vindt of heeft gevonden is het belangrijk om uit te zoeken hoe deze link is gecreëerd, hoe deze link ligt verankerd in de formele en informele structuur en hoe deze link wordt beïnvloed door interactie met andere professionals. Abbott (1988) stelt dat professies niet apart van elkaar kunnen worden bestudeerd, omdat professies elementen zijn in een systeem en veranderingen voor de ene professie gevolgen heeft voor de andere professie. Abbott (1988) verschilt in zijn theorie van andere sociologen die vooral de professionals als individu interessant vinden en zich daarbij niet richten op de relaties en interactie tussen professionals. Volgens Abbott (1988) maakt elke beroepsgroep zijn eigen unieke ontwikkeling door en loopt het claimen van een jurisdictie voor het werk dat de beroepsgroep uitvoert als een rode draad door professionalisering. De claim van jurisdictie kan op verschillende manieren en in verschillende gebieden gedaan worden. Abbott noemt deze gebieden de verschillende arena's.

Een van deze arena's is het rechtssysteem, welke formele controle op het werk kan verlenen door middel van wet- en regelgeving. Een andere arena is die arena van de publieke opinie waarin professionals een bepaald imago kunnen creëren waarmee zij druk kunnen uitoefenen op het rechtssysteem. Als laatst noemt Abbott (1988) de arena van de werkplek waarbij officiële grenzen van beroepsdomeinen die in bovenstaande arena's zijn verworven, worden vervaagd.

De belangrijkste arena voor claims voor professionele jurisdictie is volgens Abbott (1988) die van de publieke opinie. Door middel van de publieke opinie verkrijgen de professies de macht die het mogelijk maakt om ook die wettelijke bescherming te claimen. Het claimen van publieke jurisdictie is een activiteit die erop gericht is om sympathie te winnen van de maatschappij. Tijdschriften, kranten, tv en andere vormen van media hebben een cruciale rol bij het creëren van een professioneel imago voor de maatschappij. Beroepsorganisaties kunnen hier een belangrijke bijdrage aan leveren door zich op deze activiteiten te concentreren. Daarnaast worden individuele professionals ook aangestuurd om zichzelf op een representatieve manier neer te zetten en publiciteit te zoeken bij belangrijke ontwikkelingen en behaalde resultaten. De maatschappij is gevoelig voor heroïsche verhalen en professionals waardoor op het juiste moment en op de juiste manier publiciteit opzoeken een belangrijke activiteit is voor de claim van publieke jurisdictie (Abbott 1988).

Tussen de verschillende beroepsgroepen wordt gestreden om de claim van jurisdictie rondom hun werk, kennis en vaardigheden en dus macht en status. De beroepsgroepen die de jurisdictie van hun werk, kennis en vaardigheden hebben weten te vestigen, hebben autonomie gecreëerd. Ze kunnen daarmee buitenstaanders weren en de uitoefening van het vak controleren (Van der Meulen 2009). Volgens Abbott (1988) gaat professionalisering daardoor gepaard met een strijdproces tussen verschillende beroepsgroepen om hun bijdrage aan het professionele werk aanvaard, georganiseerd en verankerd te krijgen. Met name het claimen van zeggenschap over grensgebieden tussen professies leidt tot conflicten, interne tegenstellingen tussen professies en onderlinge concurrentie. Volgens Abbott (1988) gaat het niet alleen om het strijden naar macht en status, maar ook om de constructie van een basis van kennis en vaardigheden, inclusief de afbakening daarvan ten

opzichte van andere beroepsgroepen (Van der Meulen 2009).

Abbott (1988) geeft daarnaast aan dat het strijdproces tussen professies kan verschillen. De claims over jurisdictie tussen professies kunnen immers verschillen. De claims van jurisdictie hangen af van de verlangens van de professies zelf; niet alle professies hebben de behoefte om te streven naar dominantie en hebben niet de behoefte om het alleenrecht te hebben om bepaalde handelingen uit te mogen voeren. Bij professies die deze verlangens wel hebben, zal het claimen van jurisdictie meer strijd veroorzaken.

2.3 Institutionalisme

Het eerste deel van het hoofdstuk laat zien dat professionals door hun verkregen bevoegdheden hun eigen werkdomein willen creëren en proberen te begrenzen. Er bestaat een dynamisch proces waarbij er wordt gestreden om professionele jurisdictie. Naast de kenmerken die Freidson beschrijft gaat Abbott (1988) vooral in op de interactie tussen de verschillende professionals. Al schrijft Abbott (1988) meer dan andere sociologen over de context waarin een professional opereert, zijn theorie hierover blijft nog beperkt. De institutionele context heeft invloed op de wijze waarin veranderingen in professies, zoals taakherschikking, kunnen slagen. De verklaring waarom er afstand bestaat tussen de arts en de verpleegkundig specialist ligt naast de kenmerken, ontwikkeling en interactie van en tussen de professionals ook in de wijze waarop het medisch beroep is geïnstitutionaliseerd. Een analyse via het institutioneel is daarom op zijn plaats.

De institutionele omgeving van organisaties en individuen bestaat uit wetten, regels, en algemeen geldende normen en waarden die het functioneren van organisatie en individuen beïnvloeden (Currie & Guah 2007, Scott 2008). Professionals creëren en houden, bewust dan wel onbewust deze instituties in stand. Deze regels, normen en waarden krijgen pas betekenis als zij invloed hebben op sociaal gedrag, zoals het omgaan met professionals van een andere beroepsgroep (Scott 2008).

Instituties zijn op verschillende manieren in te delen. Scott heeft een indeling gemaakt in drie verschillende pilaren met in elk pilaar eigen elementen die samen met geassocieerde activiteiten en middelen stabiliteit geven en een betekenis geven aan het sociaal 'leven'. De indeling die Scott (2008) heeft gemaakt, bestaat uit regulatieve, normatieve en cultureel-cognitieve elementen. Deze indeling maakt het mogelijk om gedrag aan bepaalde elementen te koppelen. Scott (2008) legt uit dat als institutionele elementen, zoals normen, waarden en regels gekoppeld worden aan bepaalde activiteiten die passen in verschillende pilaren, instituties pas echt zichtbaar worden en geanalyseerd kunnen worden.

Regulatieve elementen hebben betrekking op het maken van regels, het monitoren en het straffen van bepaalde gedragingen (Scott, 2008). Een voorbeeld van een regulatief element is dat de verpleegkundig specialist en artsen sinds kort dezelfde bevoegdheden hebben gekregen. Per 1 januari 2012 zijn de bevoegdheden van de verpleegkundig specialist bij de wet geregeld.

Bij de normatieve elementen ligt de nadruk op normatieve regels die een voorschrijvende, evaluatieve en verplichte dimensie introduceren in het sociale leven. In deze normatieve systemen worden normen en waarden betrokken (Scott 2008). Binnen de beroepsgroepen van zorgprofessionals gelden de stand van de wetenschap, op landelijk niveau vastgestelde richtlijnen en door beroepsgroepen gehanteerde standaarden, zoals de beroepsprofielen per beroepsgroep, als norm. De leden van een beroepsgroep krijgen de normen en waarden aangeleerd die gebonden zijn aan die betreffende beroepsgroep, waardoor sociale grenzen tussen professionals worden opgeworpen (Scott 2008). Door deze

normen en waarden heeft de betreffende zorgprofessional specifieke verwachtingen ten aanzien van doelen en activiteiten van zichzelf en van professionals in andere beroepsgroepen (Currie & Suhomlinova 2006). Deze normen en waarden raken gedurende de beroepsopleiding al stevig ingebed in de beroepsgroep. Voorbeelden hier van zijn professionele autonomie en bijbehorende status, macht en de gecreëerde identiteit van een professional.

Bij de culturele-cognitieve elementen wordt er vooral naar de cognitieve dimensie gekeken van het menselijk bestaan. Om bepaalde handelingen te begrijpen, wordt er namelijk niet alleen naar de objectieve condities gekeken maar geeft het individu ook een subjectieve betekenis aan deze handeling. Routines en regels worden gevolgd omdat dat als gebruikelijk wordt ervaren, het zijn gewoontes geworden (Scott 2008). Een voorbeeld hiervan uit de praktijk is dat artsen zijn opgeleid om 'leiding en verantwoordelijkheid' te nemen waardoor gedeelde verantwoordelijkheid en hoofdbehandelaarschap een uitdaging is voor hen. En anderzijds ook een uitdaging voor de verpleegkundig specialisten die meer leiding moeten gaan nemen, terwijl zij hier minder naar toe gegroeid zijn.

Volgens Scott (2008) hebben de professionals zelf veel invloed op de vorming en in stand houding van instituties omdat zij met hun professionele macht veel invloed kunnen uitoefenen. Zij hebben de positie gecreëerd om de institutionele elementen zelf te ontwikkelen en in stand te houden, maar ook om te veranderen. Professionals zijn volgens Scott de meest invloedrijke huidige scheppers van instituties (Scott 2008). Een professional kan gezien worden volgens Scott (2008) als institutioneel agent. Dit wil zeggen dat professionals een actieve rol hebben, gebruik makend van bestaande sociale middelen om strategieën voor actie te ontwikkelen. Net als de indeling die Scott maakt in de institutionele elementen, is ook de rol van de institutionele agent in te delen in dezelfde drie soorten elementen. Sommigen gebruiken regulatieve macht, anderen proberen normatieve voorschriften en weer anderen trachten een algemeen cultureel-cognitief raamwerk (Scott 2008).

De cultureel-cognitieve agent houdt bijvoorbeeld controle over zijn collega's door te streven naar een gedeelde missie en visie en zijn wil een gezamenlijk aanpak om te komen tot een oplossing. De kennis die alleen zij bezitten, creëren zij een soort culturele autoriteit. De normatieve agent is actief in het construeren van instituties primair gebaseerd op normatieve elementen die voorschrijven hoe collega's zich moeten gedragen, wat ze moeten doen en hoe ze daarvoor beloond worden. Een voorbeeld daarvan is het maken van eigen richtlijnen voor behandelplannen gebaseerd op 'best practices'. De regulatieve agent heeft het privilege om veel macht uit te oefenen die hij zou kunnen gebruiken om bevoegdheden te claimen en gedragingen te straffen of te belonen waardoor er een soort hiërarchie kan bestaan.

Volgens Currie et al (2010) wordt er bij de invoering van taakherschikking te weinig rekening gehouden met deze bovenstaande institutionele elementen. Er zijn verschillende issues waar rekening mee gehouden moet worden bij de invoering van een verandering in een professionele organisatie. Volgens Currie et al (2010) besteden de beleidsdocumenten te weinig aandacht aan de bredere sociale en culturele factoren die het succes van het herverdelen van taken kunnen verhinderen. Er wordt hierbij te weinig aandacht geschonken aan en rekening gehouden met de professionele verschillen en de professionele institutionele context.

Net als Abbott (1988), beschrijft Currie et al (2010) dat professies opereren als een onderling afhankelijk systeem waar ontwikkelingen in de ene groep gevolgen heeft voor de

andere groep binnen het systeem. Bij het proces van taakherschikking moet rekening gehouden worden dat het geen rationeel proces is wat ingevoerd wordt, maar er moet rekening gehouden worden met issues als cultuur, macht, status en control. De initiatieven voor taakherschikking hebben interactie op de traditionele professionele identiteiten (Currie et al 2010).

Daarnaast geeft Currie et al (2010) net als Abbott (1988) aan dat beroepsorganisaties veel invloed hebben op het behouden of veranderen van hun professionele werkdomein met daarbij horende jurisdictie en rollen voor zover zij deze institutionele ontwikkelingen aanmoedigen. Dus hoewel er een 'drive' is om flexibiliteit in rollen te creëren en grenzen van beroepsdomeinen te laten verschuiven, zijn er instituties die bepalen of en hoe deze verandering kan worden gerealiseerd. Het proces van institutionalisering houdt in het formeel erkennen van de veranderingen van jurisdictie, kennis en vaardigheden en de rollen binnen de professies (Currie et al. 2010).

2.4 Samenvatting

Samenvattend kan gesteld worden dat de wijze waarop een professie zich heeft ontwikkeld invloed heeft op de samenwerking met andere professies. Professionals willen door hun verkregen jurisdictie hun eigen werkdomein creëren en begrenzen. Er bestaat een dynamisch proces waarbij er wordt gestreden om de claim van professionele jurisdictie. De interactie of sociale gedragingen binnen of tussen beroepsgroepen is te analyseren door middel van bestaande instituties die in te delen zijn in regulatieve, normatieve en cultureel-cognitieve elementen. De machtige positie van de medische professional maakt het mogelijk om op te treden als een agent binnen deze elementen. De mate van bestaande heersende instituties in (zorg)instellingen bepalen en de wijze waarop de professional omgaat met zijn agentschap kunnen de complexiteit verklaren van veranderingen binnen instellingen.

2.5 Vraagstelling

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt: *Op welke wijze vergroot de verpleegkundig specialist zijn of haar jurisdictie ten opzichte van de traditionele arts binnen de institutionele context?*

De hoofdvraag is geconcretiseerd in de volgende vier deelvragen:

- Op welke wijze positioneert de verpleegkundig specialist zich binnen de geestelijke gezondheidszorg?
- Hoe is het verschil in werkwijze tussen de verpleegkundig specialist en de arts zichtbaar in de geestelijke gezondheidszorg?
- Hoe wordt het verschil in werkwijze gekenmerkt tussen de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist in de geestelijke gezondheidszorg?
- Op welke wijze wordt taakherschikking beïnvloed door de institutionele context van de geestelijke gezondheidszorg?

Hoofdstuk 3 Methoden van onderzoek

3.1 Inleiding en leeswijzer

Dit hoofdstuk beschrijft welke onderzoeksmethoden zijn gebruikt om een antwoord te kunnen formuleren op de hoofdvraag en deelvragen. Het hoofdstuk begint met de onderzoeksopzet. Daarna wordt ingegaan op de wijze van dataverzameling. Vervolgens wordt beschreven op welke wijze deze data is geanalyseerd. Ten slotte wordt ingegaan op de betrouwbaarheid, validiteit en de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten en de ethische overwegingen.

3.2 Onderzoeksopzet

Dit onderzoek richt zich op het verklaren van een sociaal proces, namelijk de interactie tussen professionals als gevolg van taakherschikking. In deze sociale studie gaat het niet om het kunnen doen van uitspraken op basis van kwantitatieve gegevens, maar heeft als doel inzicht te verkrijgen in het verloop van sociale processen in hun historische en culturele context (Mortelmans 2009). De onderzoeksvragen worden beantwoord met behulp van de case-studie methode dat een vorm is van kwalitatief onderzoek. Men spreekt van een case-studie als één of enkele cases intensief worden bestudeerd aan de hand van veel meerdere aspecten, met behulp van diverse typen gegevensbronnen, gedurende een zekere periode, met medeneming van de context (Mortelmans 2009). De case horende bij dit onderzoek wordt in een volgende paragraaf nader toegelicht. Bij een case-studie gaat het niet om de case als zodanig, maar om de case als 'drager' van een bepaald verschijnsel of probleem. Men bestudeert een probleem aan de hand van een of enkele cases met de bedoeling het onderzoeksobject in zijn verschillende onderdelen, complexiteit en eventuele ontwikkeling zo goed mogelijk te begrijpen (Mortelmans 2009). Middels het theoretisch kader in het vorige hoofdstuk is een theoretische lens gekozen, waardoor de cases zijn bestudeerd. Voor dit onderzoek is gekozen voor theorie over professionalisering en de institutionele theorie om inzicht te krijgen in de interactie tussen verschillende professionals met betrekking tot hun werkdomein en inzicht te krijgen in de institutionele context.

3.3 Dataverzameling

In de volgende deelparagrafen wordt ingegaan op de wijze van de dataverzameling. Voor het verzamelen van de data is gebruik gemaakt van observaties, interviews en beleidsdocumenten.

3.3.1 Observaties

Tijdens dit onderzoek is gebruik gemaakt van participierend observeren. In een participerende observatie is observeren één van de centrale dataverzamelingsmethoden, naast het interviewen. Tijdens een participerende observatie neemt de onderzoeker zelf deel aan de activiteit of omgeving waarin de observatie plaatsvindt. Hierdoor valt de observator minder op en kan ervaren worden hoe het is om deel te zijn van een groep in een bepaalde context (Mortelmans 2009). De onderzoeker kan in een participerende observatie verschillende rollen aannemen, afhankelijk van het onderzoek. De rol van de onderzoeker is voor dit onderzoek de observator als participant waar de nadruk ligt op het observeren. De

onderzoeker participeert niet echt in de setting, maar wordt door contact personen geïntroduceerd (Mortelmans 2009).

De observaties zijn semi-gestructureerd verlopen. Dat wil zeggen dat er van te voren een topic lijst is vastgesteld waar de observator op zal letten zodat de onderzoeksvragen niet uit het oog worden verloren. Daarnaast was er ruimte om af te wijken van de topic lijst voor andere interessant aanvullende informatie. Deze topic lijst is bijgevoegd als bijlage

Om een beeld te krijgen van de werkzaamheden van de verpleegkundig specialist en de samenwerking tussen verpleegkundige specialist en de medisch specialist is vier dagen in de onderzoeksinstelling geobserveerd. De observaties zijn volledige werkdagen uitgevoerd. Voor hele dagen is gekozen omdat er op deze manier inzicht kan worden verkregen in de verschillende dagtaken, zoals het voeren van gesprekken met patiënten, overlegmomenten enzovoorts. De resultaten van de observaties zijn neergeschreven in veldnota's. Tijdens deze observaties zijn direct aantekeningen gemaakt. Het verslag van deze observaties is uitgetypt en samengevoegd tot een bestand. Deze data is gecodeerd en vervolgens geanalyseerd.

3.3.2 Interviews

Het interviewen in een kwalitatief onderzoek is doorgaans een open vorm van interviewen (Mortelmans 2009). Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van het semi-gestructureerde interview. In de semi-gestructureerd interviews is naast het stellen van de vooraf opgestelde vragen, ook ruimte voor het verhaal van de respondent. Voor het semigestructureerd interview is gekozen, omdat op deze manier het gesprek gestructureerd kan worden waarbij er een aantal specifieke vragen worden gesteld die betrekking hebben op de onderzoeksvragen. In het interview is ook ruimte voor het verhaal van de respondent, omdat dit de mogelijkheid geeft tot aanvullende informatie. De structuur is aangebracht door een topiclijst, een lijst van onderwerpen die de interviewer in de loop van het interview aan bod moet laten komen (Mortelmans 2009). De topic lijst is als bijlage toegevoegd.

In totaal zijn er acht semi-gestructureerd interviews gehouden met drie verpleegkundig specialisten waarvan één verpleegkundig specialist tevens hoofd van het behandelprogramma is, twee verpleegkundigen en drie medisch specialisten waaronder twee psychiaters en één somatische arts. Bij kwalitatief onderzoek is de hoeveelheid benodigde data om de onderzoeksvragen te beantwoorden van tevoren moeilijk in te schatten. Naar aanleiding van de tijd die het schrijven van een scriptie kost, is er gekozen voor dit aantal participanten. De interviews zullen met een recorder worden opgenomen zodat er tijdens het gesprek alle aandacht is voor de geïnterviewde en er geen aandacht hoeft te gaan naar het noteren. Voor het interview zal worden uitgegaan van maximaal twee uur.

Participanten	Afkorting	Jaren werkervaring in functie
Verpleegkundig specialist en tevens hoofd behandelprogramma	VS 1	>2
Verpleegkundige specialist	VS 2	<2
Verpleegkundig specialist	VS 3	<2
Psychiater werkzaam bij behandelprogramma van onderzoek	Psych 1	<2
Psychiater werkzaam bij ander behandelprogramma	Psych 2	>15
Somatische arts	Som. A	>15
Verpleegkundige unit a	Vpk 1	>15
Verpleegkundige unit b	Vpk 2	>15

3.3 Ethische overwegingen

Toestemming van de instelling is noodzakelijk om te observeren en interviewen voor dit onderzoek. Daarnaast is een verklaring nodig van de medisch ethische commissie. De medisch ethische commissie heeft een verklaring afgegeven dat het onderzoek niet valt onder wet medisch-wetenschappelijk onderzoek. Deze verklaring is als bijlage toegevoegd. Tevens is het belangrijk om de privacy van de geïnterviewde en geobserveerde participanten te waarborgen wat is gedaan door hen de mogelijkheid te geven om de wens uit te spreken om niet vermeld te worden met naam in het onderzoek. Zij hebben vooraf toestemming moeten geven om quotes te mogen gebruiken in het onderzoek. Tijdens de observaties hebben ontmoetingen met patiënten plaatsgevonden. Zij zijn vooraf ingelicht door een informatiebrief over dit onderzoek waar ook toestemming van de patiënt een vereiste is geweest. In de bijlage is deze brief toegevoegd.

3.4 Betrouwbaarheid en Validiteit

Voor dit onderzoek is gestreefd naar valide en betrouwbare uitkomsten. Volgens Mortelmans (2009) zijn dit twee criteria die belangrijk zijn bij het beoordelen van de kwaliteit van het onderzoek. De betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek zijn gewaarborgd door de observaties en de interviews op semi-gestructureerde wijze af te nemen met behulp van een vooraf opgestelde topiclijst. Daarnaast wordt om de betrouwbaarheid aan te kunnen tonen toegang gegeven tot het basismateriaal. Andere onderzoekers zullen de dataverzameling kunnen inkijken rekening houdend met de mogelijk gewenste anonimiteit van de respondenten. Bovendien is er gekozen voor het verzamelen van data vanuit meerdere bronnen. Door het onderzoek vanuit meerdere invalhoeken te bekijken wordt de kwaliteit van het onderzoek verhoogd (Mortelmans 2009).

Tevens is de objectiviteit van de onderzoeker belangrijk om de kwaliteit van het onderzoek hoog te houden. Werkzaam als verpleegkundige en ervaring hebbend met samenwerking met de physician assistant, verpleegkundig specialist en de arts is het vanzelfsprekend dat de onderzoeker niet neutraal tegenover dit thema staat. Deze relatie mag geen gevaar betekenen voor de betrouwbaarheid van dit onderzoek. Om eigen visies en interpretaties uit te schakelen, is voor de observaties uitgeschreven wat de eigen verwachtingen waren welke zijn gearchiveerd. Op deze wijze kan worden vastgesteld in welke mate eigen opvattingen een rol hebben gespeeld.

Hoofdstuk 4 Resultaten

4.1 Inleiding en leeswijzer

In hoofdstuk vier worden de resultaten van het onderzoek gepresenteerd. Met behulp van deze resultaten zal een antwoord gegeven worden op de hoofdvraag: *Op welke wijze vergroot de verpleegkundig specialist zijn of haar jurisdictie ten opzichte van de traditionele arts binnen de institutionele context?* De vraag is empirisch geoperationaliseerd door het houden van interviews en observaties aan de hand van een topic lijst om daarmee inzicht te verkrijgen in het werk van de verpleegkundig specialist. De bevindingen uit het onderzoek zullen worden geïllustreerd met citaten en worden gerelateerd aan het theoretisch kader. De verzamelde data is in te delen in verschillende thema's. Aan de hand van deze thema's zal het hoofdstuk worden opgebouwd: behandelverantwoordelijkheid, domeinen en grenzen van het beroep en positionering van de verpleegkundig specialist. Deze thema's zijn relevant voor de hoofdvraag omdat aan de hand van deze thema's inzicht wordt gekregen in het domein van de verpleegkundig specialist en hoe zij dit domein heeft verkregen en behoudt. Dit hoofdstuk begint met een introducerende paragraaf om kennis te maken met de verpleegkundig specialist en de wijze waarop taakherschikking plaats vindt in de onderzoeksinstelling. Na deze paragraaf zullen de beroepsdomeinen binnen de onderzoeksinstelling beschreven worden om het domein van de verpleegkundig specialist te kunnen plaatsen tussen de andere beroepsdomeinen. Vervolgens zullen de bovenstaande thema's worden gevolgd.

4.2 Taakherschikking in de praktijk

Deze paragraaf is bedoeld om inzicht te geven in de wijze waarop de functie van verpleegkundig specialist wordt ingevuld binnen de onderzoeksinstelling en hoe daarmee taakherschikking plaats vindt. Om een beeld te kunnen vormen van de werkzaamheden van de verpleegkundig specialist zijn twee verpleegkundig specialisten meerder dagen geobserveerd. Deze observaties hebben plaats gevonden bij het behandelprogramma psychiatrie en somatiek. Het behandelprogramma psychiatrie en somatiek biedt een psychiatrische behandeling in een klinische setting gecombineerd met intensieve verpleegkundige en somatische zorg. Dit behandelprogramma is bestemd voor langdurige opgenomen psychiatrische patiënten waarbij sprake is van ernstige psychiatrische problematiek. De patiënten die vallen onder dit behandelprogramma zijn verdeeld in verschillende groepen. Elke patiëntengroep krijgt zorg van een verpleegkundig team dat wordt aangestuurd door een verpleegkundig teamhoofd. Het hele behandelprogramma wordt gecoördineerd en gestuurd door het hoofd behandelprogramma die tevens verpleegkundig specialist is. Bij het behandelprogramma psychiatrie en somatiek zijn verschillende professionals betrokken. Naast de al genoemde verpleegkundigen, zijn er vier verpleegkundig specialisten werkzaam. Bij het behandelprogramma is één psychiater en één somatische arts betrokken. Daarnaast zijn ook verschillende paramedici.

De verpleegkundig specialisten hebben ieder hun eigen kantoor in hetzelfde gebouw als de patiënten wonen. Een gemiddelde werkdag van de verpleegkundig specialist is van 9.00 tot 17.00 uur. De verpleegkundig specialisten hebben een bepaalde vrijheid in hun werktijden. Zij bepalen hun eigen agenda die vol staat met zelf gemaakte afspraken. Het werken tijdens kantoor tijden verschilt met de werktijden van de verpleegkundigen van de

afdeling die vroege-, late- en nachtdiensten draaien. De werktijden van de verpleegkundig specialist komen overeen met de werktijden van de medisch specialisten met uitzondering van de bereikbaarheidsdiensten van de medisch specialist. Verpleegkundig specialisten hebben geen bereikbaarheidsdiensten. Verpleegkundig specialisten zijn door hun aanwezigheid in het gebouw makkelijk bereikbaar voor de patiënten, verpleging en andere professionals. De deur staat open en er komt dan ook regelmatig iemand langs met een vraag of een praatje. Het contact met de verpleegkundig specialist oogt laagdrempelig.

Zoals in de inleiding beschreven is, ontwikkelt de verpleegkundig specialist tijdens de opleiding tot verpleegkundig specialist verschillende competenties. Naast het verder ontwikkelen van de competenties die de verpleegkundige al bezit staan drie nieuwe competenties centraal: zelfstandigheid, deskundigheid en beroepsontwikkeling. Doormiddel van interviews en observaties is zichtbaar geworden hoe de verpleegkundig specialist binnen de instelling gebruikt maakt van deze competenties.

Van de competentie zelfstandigheid wordt gebruikt gemaakt in de rol van hoofdbehandelaar. De verpleegkundig specialist geeft zelfstandig vorm aan het zorgproces van de patiënt door het aangaan van een behandelrelatie. De verpleegkundig specialist is verantwoordelijk voor de diagnostiek, het opzetten van behandelplan, het zelf evidence-based medische en verpleegkundige interventies toe passen en medicatie beleid bepalen en voorschrijven. De verpleegkundig specialisten voeren gesprekken met de patiënten en zijn de regisseur van hun zorgproces. Zij zijn het aanspreekpunt voor verschillende professionals en voor familie. Dit is een voorbeeld van taakherschikking. De verpleegkundig specialist voert medische taken uit en is binnen getreden in het medische domein. Voor de komst van de verpleegkundig specialist was de psychiater altijd verantwoordelijk voor alle patiënten. De psychiater stelde diagnoses, zette het behandelplan op en bepaalde medicatie beleid. Nu heft de psychiater meer een consulterende functie, net als de somatische arts. De verpleegkundig specialist vraagt zo nodig de psychiater en somatisch arts om advies. Verder op in het hoofdstuk zal in worden gegaan op de invulling van de rol als hoofdbehandelaar en op de reactie van andere professionals op deze verandering.

Deskundigheid is terug gezien in de wijze waarop elke verpleegkundig specialist haar eigen expertise heeft ontwikkeld. Elke verpleegkundig specialist binnen het behandelprogramma is expert op een bepaald gebied. Naast het hebben van behandelverantwoordelijkheid van een bepaald aantal patiënten, hebben de verpleegkundig specialisten hun eigen expertise ontwikkeld. Zo is een verpleegkundige specialist expert op het gebied van medicatie bijwerkingen en heeft zij een belangrijke rol gehad bij het ontwikkelen van de polikliniek bijwerkingen. Een andere verpleegkundig specialist is expert op het gebied van palliatieve zorg gericht op de psychiatrische patiënt en heeft een speciale unit opgezet waar deze zorg geleverd kan worden. Deze expertise is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënten. De aandacht ligt vooral op beperken van nadelen van ziekten, stoornissen en beperkingen. Uit deze expertise van de verpleegkundig specialisten komen verschillende projecten voort. Zo is een van de verpleegkundige het project 'levensboek' gestart. Deze verschillende taken lijken niet te horen bij taakherschikking. Deze projecten en expertise hebben zij niet overgenomen van de psychiater, dit zijn nieuwe taken. Verder op in het hoofdstuk zal dieper op deze expertise en projecten worden ingegaan.

Tijdens interviews en observaties hebben de verpleegkundig specialisten laten zien dat zij een proactieve houding hebben en veel waarde hechten aan hun beroepsontwikkeling. Naast het hebben van hun behandelverantwoordelijkheid, en ontwikkelen van eigen expertise, hebben zij verschillende taken waarmee ze zich

positioneren binnen de instelling. Zo hebben de verpleegkundig specialisten ook beleidstaken en zijn aanwezig bij beleidsvergaderingen. De wijze waarop zij zich positioneren wordt verder op in dit hoofdstuk beschreven. Ook de taken die zij uitvoeren om hun positie te versterken horen niet bij taakherschikking. Het zijn geen taken die de verpleegkundig specialist overneemt van de psychiater.

Deze paragraaf is bedoeld om inzicht te geven in de taken van de verpleegkundig specialist. In deze beschrijving komen voorbeelden naar voren die laten zien dat de verpleegkundig specialist nieuwe taken uitvoert. Minder voorbeelden zijn er van het overnemen van bestaande taken door de verpleegkundig specialist van de medisch specialist. Naast het overnemen van behandelverantwoordelijkheid met de daarbij horende taken, zijn er tijdens de observaties dan ook weinig voorbeelden zichtbaar geweest. De verpleegkundig specialist lijkt een nieuwe functie met nieuwe taken en een enkele taak die voorheen door de psychiater werd uitgevoerd. Dit laat zien dat met het uitvoeren van deze nieuwe taken hun positie wordt versterkt en hun beroepsdomein wordt vergroot. Met andere woorden, de verpleegkundig specialist kan haar domein uitbreiden zonder het domein van de psychiater te raken, omdat ze een nieuw domein claimt. Deze uitbreiding lijkt dan ook zonder strijd te gaan. Daarentegen is er strijd voelbaar rondom de bestaande taken; de taken die overlappend zijn en die in beide domeinen liggen. Ook hier zal verder op in het hoofdstuk op worden ingegaan. Nu het beroepsdomein van de verpleegkundig specialist is verduidelijkt zal de volgende paragraaf beschrijven hoe het beroepsdomein verschilt van het beroepsdomein van andere professionals.

4.3 Beroepsdomeinen

Uit de bovenstaande paragraaf is op te maken dat de verpleegkundig specialist een breed beroepsdomein heeft met zorggerelateerde taken en niet zorggerelateerde taken. Dit domein verschilt met die van de verpleegkundige en van de psychiater. De verpleging is opgeleid om verpleegkundige taken te kunnen uitvoeren. Ze houden zich bezig met het geven van verpleegkundige zorg voor de psychiatrische patiënt. Zij verlenen basiszorg aan hun patiënten, zoals de persoonlijke verzorging als wassen, aankleden, eten en drinken. Het begeleiden van de psychiatrische patiënt is ook een belangrijke taak van de verpleging. Hierbij kan het gaan om de omgang van de patiënt met ziekte en behandeling en het bevorderen of aanleren van de zelfredzaamheid daarbij.

De zorgverlening van de verpleegkundig specialist gaat verder dan dat. De Verpleegkundig specialist heeft een bredere kennis over anatomie, ziektebeelden en medicatie waardoor zij meer inzicht heeft in de gehele context (V&V2020 2008). De verpleegkundig specialist wordt opgeleid om de rol van hoofdbehandelaar in te kunnen vullen. Zij is bekwaam in de diagnostiek, het initiëren van een multidisciplinair behandelplan, om op de uitvoering en afstemming daarvan toe te zien, het zelf evidence- based interventies toe passen, medicatie beleid bepalen en zelf voorschrijven en de behandeling te evalueren. Naast de behandeling van de ziekte richt de verpleegkundige haar aandacht op het welzijn van de patiënt door naast medicatie beleid ook mee te denken over sociale contacten, therapieën, activiteitenbegeleiding enzovoort. Daarnaast voert de verpleegkundig specialist familie gesprekken om het beleid te bespreken. Dit zijn andere taken dan de verpleegkundigen. Door het verschil in taken onderscheiden de verpleegkundigen specialisten van de verpleegkundigen.

De somatische arts heeft een duidelijk afgebakend beroepsdomein. De somatische arts heeft de opleiding geneeskunde afgrond met een aanvullende specialisatie voor

huisarts. De somatische arts vervult de functie van huisarts voor de hele instelling. Lichamelijke problemen diagnosticeren en behandelen behoren binnen zijn gebied.

De psychiater heeft eveneens zijn eigen beroepsdomein. De psychiater heeft door de brede opleiding van geneeskunde en daarna de specialisatie psychiatrie een brede kennis opgedaan van het menselijk lichaam en specifiek de geest van de mens. De psychiater binnen deze instelling stelt medische diagnoses, maakt behandelplannen en stelt de patiënt in op medicatie. Taken die vooral gericht zijn op de kant van de behandeling en genezing wat, 'care' wordt genoemd. Elke afdeling heeft te maken met een andere doelgroep waardoor de taken van psychiaters kunnen verschillen. Binnen het behandelprogramma psychiatrie en somatiek is de grens tussen het domein van de verpleegkundig specialist en de psychiater niet geheel duidelijk afgebakend. De verpleegkundig specialisten hebben behandelverantwoordelijkheid, bepalen beleid van hun eigen patiënten en mogen medicatie voorschrijven. Dit zijn taken die de psychiater ook heeft, dus deze overlappen elkaar. Er zijn afspraken gemaakt tussen de verpleegkundig specialist en de psychiater over waar deze grens ligt, zoals bijvoorbeeld het voorschrijven van complexe medicatie. Hier wordt verderop in het hoofdstuk op ingegaan.

In de beschrijving van het domein van de verpleegkundig specialist staat dat de verpleegkundige specialist zich richt op de behandeling en de genezing van de patiënt wat valt in het medische domein en wat de kant is van 'care'. Daarnaast heeft zij als doel het zoveel mogelijk beperken van nadelen van ziekten, stoornissen en beperkingen en daarmee de kwaliteit van leven te verbeteren wat de kant is van 'cure'. De verpleegkundig specialist staat zodoende met één been in de verpleegkundige en met het andere been in de medische wereld. Verpleegkundig specialisten werken op het scharnierpunt van deze twee domeinen en brengt daarmee cure en care bij elkaar.

4.4 Behandelverantwoordelijkheid

Zoals de literatuur beschrijft gaat de ontwikkeling van professionalisering in de geneeskunde al ver terug waarbij de medische professionals hebben geclaimd dat alleen zij bevoegd zijn om bepaalde taken uit te voeren (Abbott 1988). Deze historische gegroeide ontwikkeling heeft er voor gezorgd dat de medische professionals unieke jurisdictie bezaten waardoor zij het alleen recht hadden om bepaalde handelingen uit te voeren, waaronder het hoofdbehandelaarschap. Daar is nu verandering in gekomen. De verpleegkundige specialist wordt opgeleid om het hoofdbehandelaarschap uit te kunnen voeren en is daarmee bevoegd om deze taak te delen de medische professionals of over te nemen. Dat deze verantwoordelijkheid nu ook tot een taak van de verpleegkundig specialist behoort betekent een grote institutionele verandering in de organisatie structuur. Omdat deze verandering een vergroting van hun 'machts- of rechtsdomein' betekent is dit thema relevant voor de hoofdvraag: *Op welke wijze vergroot de verpleegkundig specialist zijn of haar jurisdictie ten opzichte van de traditionele arts binnen de institutionele context?* In deze paragraaf wordt beschreven hoe de verpleegkundige specialist de rol van hoofdbehandelaar invult. Vervolgens wordt ingegaan op de reactie van andere professionals op deze veranderingen. Daarna volgens twee belangrijke elementen die veel invloed hebben op deze ontwikkeling, namelijk wet- en regelgeving en de aanwezigheid van een invloedrijke persoon die deze verandering kunnen bevorderen.

4.4.1 Verpleegkundig specialist als hoofdbehandelaar

Binnen het behandelprogramma van het onderzoek zijn de verpleegkundig specialisten hoofdbehandelaar voor de psychiatrische patiënt. Per behandelprogramma wordt bekeken hoe de verpleegkundig specialist het best ingezet kan worden. De verpleegkundige is bijvoorbeeld (nog) niet bevoegd om hoofdbehandelaar te zijn voor de specialistische psychiatrische patiënt. Binnen de instelling wordt de hoofdbehandelaar de behandelverantwoordelijke genoemd en komt op hetzelfde neer.

Tijdens observaties was deze rol duidelijk zichtbaar. De behandelverantwoordelijkheid is letterlijk zichtbaar doordat deze persoon bij elk patiëntendossier wordt vermeld. Naast de geboortedatum en patiëntnummer staat de behandelverantwoordelijke gemeld met naam en functie.

Door de interactie met andere professionals is een duidelijk onderscheid te zien en is zichtbaar wie de hoofdbehandelaar is. De verpleegkundig specialist wordt regelmatig door een verpleegkundige gebeld of gemaild met een vraag over een patiënt. Ook andere professionals zoals de fysiotherapeut en de diëtiste komen met vragen naar de verpleegkundig specialist. Tijdens het multidisciplinaire voortgangsoverleg worden vragen gesteld, gericht aan de verpleegkundig specialist over medicatie, somatiek en algehele toestand die zij allemaal kan beantwoorden. Daarbij geeft de verpleegkundig specialist in sommige gevallen aan dat ze psychiater of somatische arts mee wil laten kijken. Duidelijk is dat de psychiater en de somatische arts een adviserende consult functie hebben en de verpleegkundig specialist als hoofdbehandelaar het beleid bepaalt.

Evengoed is de rol van de verpleegkundige als hoofdbehandelaar duidelijk zichtbaar voor patiënten. De patiënten hebben structureel twee keer per jaar een behandelplan bespreking waarin het behandelplan dat de verpleegkundig specialist heeft opgesteld wordt geëvalueerd. In dit plan wordt aandacht geschonken aan de somatische kant, psychische kant en sociale kant. Naast deze structurele gesprekken voert de verpleegkundig specialist gesprekken met patiënten die aangeven met hun behandelaar te willen spreken over hun medicatie, gezondheid of andere zaken. De verpleegkundig specialist is laagdrempelig bereikbaar voor de patiënt. Tijdens de observatiedagen hebben verschillende patiënten aangeklopt omdat er behoefte was aan een gesprek. Deze gesprekken gingen over onrust en depressieve gevoelens, maar ook over andere zaken zoals zorgen over geld of over eenzaamheid. De verpleegkundig specialist zit tijdens zo'n gesprek met de patiënt aan tafel, pakt een kopje koffie voor beide en luistert met volledige aandacht naar de patiënt. De patiënt lijkt de verpleegkundige specialist volledig te vertrouwen. De patiënt accepteert de verpleegkundig specialist als hoofdbehandelaar. Echter is de vraag of deze patiëntencategorie door hebben dat hun behandelverantwoordelijke geen arts is, maar een verpleegkundig specialist.

4.4.2 Acceptatie van hoofdbehandelaarschap door andere professionals

De vorige paragraaf beschreef hoe de verpleegkundige de rol van hoofdbehandelaar invult. Als hoofdbehandelaar heeft de verpleegkundig specialist te maken met verschillende professionals. Eerder in dit hoofdstuk werd al ingegaan op de reactie van andere professionals op de komst van de verpleegkundig specialist en de wrijving die dit op kan leveren. Deze paragraaf gaat specifiek in op de reactie van de professionals op de verschuiving van hoofdbehandelaar van de arts naar de verpleegkundig specialist. Hier wordt specifiek aandacht aan geschonken omdat dit vanuit institutioneel perspectief de grootste veranderingen is en de grootste verschuiving binnen de beroepsdomeinen.

Uit interviews blijkt dat verpleegkundigen de verpleegkundig specialist een geschikte professional vinden om de rol van hoofdbehandelaar op zich te nemen. De verpleegkundig specialist wordt daar volledig in vertrouwd. Alle vragen rondom patiënten worden aan de verpleegkundig specialist gesteld. Er doen zich geen situaties voor waarin zij liever terug vallen op de psychiater of somatische arts, omdat zij daar meer vertrouwen in hebben. Op de vraag met welke soort vragen de verpleegkundige de verpleegkundig specialist benadert zegt zij het volgende: *“Ja, dat is een lastige want de verpleegkundig specialist heeft nu eh behandelaars taken, je ziet de verpleegkundig specialist gewoon als de behandelaar de van de patiënten. Je gaat ook met de zelfde soort vragen naar haar toe (Vpk 1).”* Beide verpleegkundigen zeggen dat het contact met de verpleegkundig specialist laagdrempeliger is dan met een arts. Vragen worden nu eerder gesteld omdat de verpleegkundigen makkelijker binnen lopen en alle vragen durven te stellen. Voordat de verpleegkundig specialist er was bleven vragen veel langer liggen of werden soms onder de verpleegkundigen opgelost omdat zij niet naar de psychiater durfden. Een verpleegkundige geeft als voorbeeld van een vraag: *“Ehm als een patiënt gedrag laat zien waarvan ik denk, dat is raar, maar het is niet, ik heb niet concreet iets, dan ga ik langs. Om een soort van samen te pingen of het nou iets is of niet. Of dat zij zegt, kijk eens naar weet ik veel, de bloedsuiker ofzo, of kijk eens naar... eh of ie spanning heeft op de groep, nou ja. En voor hetzelfde geld is het niets, maar dat zijn van de vage dingen dat ik dat handig, fijn vind om even met iemand te kunnen pingen (Vpk1).”*

Naast het verschil van laagdrempeligheid wordt door verpleegkundigen genoemd dat de verpleegkundig specialist als hoofdbehandelaar een veel breder beeld heeft van de patiënt omdat zij de patiënt veel vaker ziet en daardoor beter kent en bovendien door de verpleegkundige achtergrond een veel bredere blik heeft. *“De verpleegkundig specialist gaat veel meer op een zelfde lijn zitten. Die levelt met de patiënt vind ik. Die gaat echt op dezelfde lijn zitten, neemt iemand serieus, probeert andere dingen aan te dragen. Neemt de tijd. Gaat gewoon echt het contact aan. En dat vond ik niet van eh de psychiater. Die kon soms gewoon dingen voorschrijven zonder dat hij een patiënt had gezien...(vpk 2).”*

De verpleegkundigen hoeven niet te wennen aan de verandering waarbij het hoofdbehandelaarschap verschuift van arts naar verpleegkundige. De verpleegkundigen zien er bovendien voordelen in. Deze verandering is zonder strijd geaccepteerd.

Artsen geven aan dat het hoofdbehandelaarschap voor de verpleegkundig specialist in bepaalde settingen mogelijk kan zijn. Het uitgangspunt is dat er gekeken moet worden naar de hulpvraag van de patiënt. In het programma psychiatrie en somatiek liggen de hulpvragen van de patiënten voor een groot gedeelte in het domein van de verpleegkundig specialist. Anderzijds geven zij aan dat er een stukje over blijft van de behandeling wat zij toch liever onder hun verantwoordelijkheid hebben liggen. De reden daarvan is dat zij bang zijn toch eindverantwoordelijk te worden gehouden voor de keuzes die door verpleegkundig specialisten in hun beleidsbepaling maken. Die angst is ontstaan door jurisprudentie waarin gelijkwaardige voorbeelden bij de tuchtrechter voorbij kwamen waarbij de arts verantwoordelijk werd gehouden van andermans fouten. Een psychiater zegt daarover: *“Nou ja, ehm, het is juridisch zo geregeld dat kijk je hebt de BIG en dat is de theorie, bevoegdheid en bekwaamheid schat je zelf in en moet je ook bijhouden. En je hebt juridisch, En een beetje plat gezegd as the shits gets kicking...dan landt het pas bij mij. En dat is wel spannend en dat vinden veel psychiaters in den landen ook spannend want als er medicatiefouten worden gemaakt, als je iets niet op tijd goed herkent, je kunt wel zeggen dat het eigen bevoegdheid is van de verpleegkundig specialist.. en ik denk ook wel dat er meer jurisprudentie over zal komen, waarin goed dat onderscheid moet worden gemaakt (psych*

1)." Twijfels bij de psychiaters hebben vooral te maken met de onbekendheid en onduidelijkheid in wet- en regelgeving en beoordeling door het tuchtsysteem. In de arena van wet- en regelgeving (Abbott 1988) is nog onvoldoende duidelijkheid. Jarenlang is de arts verantwoordelijk geweest en is de eindverantwoordelijke aangesproken bij fouten of incidenten. Voor als nog is er geen jurisprudentie aanwezig over tuchtzaken met de verpleegkundig specialist als betrokkene. De verpleegkundig specialisten zijn BIG – geregistreerd en vallen daarmee onder het tuchtrecht. Toch blijven artsen bang om ondanks deze wettelijke bepaling toch als eindverantwoordelijk te worden gezien. Zij houden het gevoel van eindverantwoordelijkheid en zijn bang dat tuchtrechters dit gevoel met hen delen. Artsen zijn altijd eindverantwoordelijk geweest en zijn van mening dat de verandering voor het tuchtrecht ook wennen zal zijn. Een tuchtzaak waarbij de verpleegkundig specialist terecht wordt gesteld en wordt aangewezen als eindverantwoordelijke zou een grote stap zijn voor de jurisdictie van de verpleegkundig specialist. De onduidelijkheden die er nu zijn hebben negatieve gevolgen voor de jurisdictie van de verpleegkundig specialist. Doordat er onduidelijkheid is over wettelijke verantwoordelijkheid blijven grenzen van beroepsdomeinen vaag en ontstaat er geen duidelijke jurisdictie. De volgende paragraaf gaat verder in op de ontwikkelingen in de arena van wet- en regelgeving.

4.4.3 Ontwikkelingen rondom wet- en regelgeving

In vorige paragraaf is duidelijk geworden dat qua wet- en regelgeving onvoldoende duidelijkheid bestaat over het hoofdbehandelaarschap. Door deze onduidelijkheden bestaan er onzekerheden bij de psychiaters die het hoofdbehandelaarschap over moeten geven aan de verpleegkundig specialist. De onduidelijkheid bestaat niet alleen bij de psychiaters in de onderzoeksinstelling, maar deze blijkt landelijk te bestaan.

In juni 2012 trok het vraagstuk hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (ggz) de aandacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De inspectie constateerde bij dit onderzoek dat er onvoldoende eenduidigheid is over het begrip hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Rond het thema hoofdbehandelaarschap is geen eenduidige wet- en regelgeving. Het thema wordt in verschillende wet- en regelgeving vanuit verschillende perspectieven bekeken, namelijk vanuit bekostigingsperspectief en vanuit perspectief van kwaliteit en veiligheid (IGZ 2012). Vanuit bekostigingsperspectief worden verschillende definities geformuleerd voor de hoofdbehandelaar, bijvoorbeeld:

- *"een psychiater of klinisch psycholoog' (besluit zorgverzekering):*
- *'een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch geriater of, binnen een instelling, een GZ-psycholoog, verslavingsarts, arts-assistent in opleiding tot psychiater mits bekwaam in functionerend in een gestructureerd multidisciplinair overleg binnen de instelling' (Zorgverzekeraars Nederland);*
- *'elke instelling of praktijk bepaalt zelf welke professionals als hoofdbehandelaar in het kader van de DBC GGZ-systematiek worden aangewezen' ... Alle in de Wet BIG-geregistreerde beroepen (dus ook bijv. basisartsen, geriater, verpleegkundigen) die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de DSM IV kunnen patiënten typeren met behulp van een typeringslijst (IGZ 2012)."*

Door middel van een opgestelde definitie besluit de zorgverzekeraar wie als hoofdbehandelaar mag optreden. Het gevolg van het feit dat de zorgverzekeraar besluit wie een hoofdbehandelaar mag zijn, is dat zij bepalen wie er bijvoorbeeld een diagnose behandel combinatie (DBC) in rekening mag brengen (IGZ 2012). Dit betekent dat als de

verpleegkundig specialist niet mee wordt genomen in deze definitie, zij niet bevoegd is om te registreren. Gevolg daarvan is dat de arts, alsnog ingeschakeld moeten worden. De verpleegkundig specialist kan op die wijze niet haar volledige hoofdbehandelaars taken uitvoeren waardoor hun jurisdictie enorm wordt belemmert en worden instituties door (het ontbreken van) wet- en regelgeving in stand gehouden.

Voor de inspectie van de gezondheidszorg is het van belang te bekijken wat vanuit het perspectief van kwaliteit en veiligheid aan wet- en regelgeving beschikbaar is. Naast het ontbreken van een eenduidige definitie bij de zorgverzekeraar, is er de wet ook geen inhoudelijke definitie beschikbaar. De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) komt er wel bij in de buurt. Volgens artikel 36 lid 1 zal 'een arts of andere persoon in het ziekenhuis in het bijzonder verantwoordelijk zijn voor zijn behandeling', waarbij onder andere is bepaald dat de geneesheer-directeur 'zorg draagt' dat die voor de behandelingsverantwoordelijke persoon een behandelingsplan opstelt (IGZ 2012). Deze beschrijving is wat vaag, want deze manier kan de wet kan zo gelezen worden dat een BIG-registratie overbodig is. De inspectie heeft daarom met betrekking tot de Wet BOPZ besloten dat een BIG-registratie voorwaarde is voor het behandelarschap. Dit inspectiestandpunt is niet wettelijk vastgelegd, maar wordt in de praktijk overgenomen en ook meegenomen door de tuchtrechter (IGZ 2012).

De inspectie stelt dat als het hoofdbehandelaarschap een duidelijk invulling krijgt, meer zekerheid ontstaat voor het verlenen van de juiste zorg aan de doelgroep psychiatrische patiënten. Deze zekerheid kan worden geregeld door eisen te stellen aan de 'geschiktheid' van de hoofdbehandelaar. De inspectie meent dat voor deze geschiktheid de opleiding van de zorgverlener leidend is. Naast de bevoegdheid is de bekwaamheid van de zorgverlener cruciaal: voldoende praktijkervaring is een voorwaarde om als hoofdbehandelaar kunnen functioneren (IGZ 2012).

De instelling heeft een contract met een zorgverzekeraar die een brede definitie heeft van het begrip hoofdbehandelaar en heeft de verpleegkundig specialist als hoofdbehandelaar volledig geaccepteerd. Dit is een belangrijk gegeven voor de verpleegkundig specialist die het hoofdbehandelaarschap hierdoor kan uitvoeren en deze taak in haar domein kan opnemen. Het bevordert de institutionele veranderingen en versterkt de positie van de verpleegkundig specialist. De organisatie heeft in het functieprofiel van de hoofdbehandelaar de verpleegkundig specialist opgenomen en daardoor volledig geaccepteerd. Deze ontwikkeling is niet vanzelf gegaan. De eerste verpleegkundig specialist binnen de instelling heeft daar een belangrijke bijdrage aan geleverd. De volgende paragraaf zal in gaan op deze belangrijke invloed.

4.4.4 De eerste hoofdbehandelaar

Bovenstaande paragraaf geeft inzicht in de moeilijkheden rondom wet- en regelgeving en daarmee de moeilijkheid van het veranderen van instituties. Lang bestaande instituties veranderen niet vanzelf en kunnen beïnvloed worden door een belangrijke actor binnen de organisatie. Volgens de literatuur hebben de professionals zelf veel invloed op de vorming en instandhouding van instituties omdat zij met hun professionele macht veel invloed kunnen uitoefenen op de positionering van hun beroep. Daarnaast hebben zij ook invloed om instituties te veranderen (Scott 2008). De weg voor de verpleegkundig specialisten binnen het onderzoek is vrijgemaakt door een belangrijke persoon die veel invloed op de ontwikkelingen rondom de verpleegkundige specialisten heeft gehad en nog steeds heeft.

Het hoofd van het behandelprogramma psychiatrie en somatiek is een verpleegkundig specialist. Binnen de instelling is er maar één niet- arts hoofd van een

behandelprogramma. Door vele jaren werkervaring, een ambitieuze attitude en doorzettingsvermogen is zij in 1995 hoofd geworden van het behandelprogramma. Dat was geen gemakkelijk stap, omdat er niet eerder een verpleegkundige aan het hoofd stond. Ze geeft aan dat ze eigenlijk al functioneerde als hoofdbehandelaar. Zij deed al het werk voor de psychiater die alleen nog bij wijze van spreken een handtekening moest zetten. De samenwerking verliep prettig, daar ging het niet om, maar ze wilde graag ook de status krijgen voor het werk dat zij deed. Toen zij aangaf bij de toenmalig directeur dat zij hoofd van het behandelprogramma wilde worden, werd haar gezegd dat dit niet mogelijk was. Ze was een verpleegkundige en niet universitair geschoold. Na de opleiding verplegingswetenschappen en een aantal jaren waarin zij heeft gestreden om zichzelf te bewijzen behaalde zij haar status.

Dat in 1995 een verpleegkundige als hoofd werd benoemd van het behandelprogramma en daarnaast hoofdbehandelaar werd van een groot aantal patiënten is van grote betekenis geweest voor de mogelijkheden van taakherschikking binnen het behandelprogramma. Voorheen werd deze functie ingevuld door een psychiater. De verpleegkundige vervult nu op dezelfde wijze de functie van hoofd van een behandelprogramma. Zij coördineert, geeft leiding aan psychiaters, het hoofd van verpleegkundig team, de verpleegkundig specialisten en heeft verschillende management taken waaronder het bezig houden met budgets en begrotingen. De verpleegkundig specialist staat in haar functie als hoofd boven alle professionals.

Deze verpleegkundig specialist heeft veel invloed gehad op de normen en waarden, samenwerking en afspraken wat bevorderend heeft gewerkt voor de ontwikkelingen rondom verpleegkundig specialisten. Doordat zij ook opleider van de verpleegkundig specialist is, heeft zij veel invloed op de wijze waarop de verpleegkundig specialisten in opleiding hun functie moeten gaan vervullen. Door haar invloed rijke positie kan zij haar proactieve houding, haar ambitieuze denkwijze en normen en waarden door geven aan haar leerlingen. Door de weg die zij heeft afgelegd om op haar positie te komen en haar invloedrijke positie op dit moment heeft zij veel respect en aanzien van andere professionals.

Deze invloedrijke persoon zou geassocieerd kunnen worden met een institutionele agent die Scott (2008) beschrijft. De verpleegkundige specialist die hoofd van het behandelprogramma is heeft door haar leidinggevende functie controle over haar collega's en streeft naar een gedeelde missie en visie. De normatieve agent is te vinden in de wijze waarop zij als praktijkopleider voorschrijft hoe verpleegkundig specialisten zich moeten gedragen en wat ze moeten doen. Echter gaat het benoemen van deze persoon tot institutioneel agent te ver. Een institutioneel agent heeft het privilege om veel macht uit te oefenen die hij zou kunnen gebruiken om bevoegdheden te claimen en gedragingen te straffen of te belonen waardoor er een soort hiërarchie kan bestaan. Haar optreden kan gezien worden als een belangrijke stap voor de toekomst van de verpleegkundig specialist en taakherschikking, echter meer als een invloedrijk persoon dan een institutioneel agent.

4.4.5 Samenvatting

Samenvattend kan gezegd worden dat de rol van verpleegkundig specialist als hoofdbehandelaar redelijk ingebed is. Er bestaat een duidelijk onderscheid tussen professionals waarbij helder is dat de verpleegkundig specialist eindverantwoordelijk is en beslissingen maakt. Verpleegkundigen vinden de verpleegkundig specialist als hoofdbehandelaar een goede ontwikkeling en worden volledig geaccepteerd en serieus genomen als hoofdbehandelaar. Ook zien zij veel voordelen voor de zorgverlening. De

verpleegkundig specialist is meer betrokken bij de patiënt, kan meedenken op hetzelfde niveau en heeft een completer plaatje dan de psychiater. Artsen geven aan nog wat huiverig te zijn voor deze ontwikkeling. Artsen zijn bang toch als eindverantwoordelijk te worden gezien voor de beslissingen die de verpleegkundig specialist maakt. De redenen waarom zij huiverig zijn liggen in de onduidelijkheden rondom wet- en regelgeving.

De mogelijkheden voor het hoofdbehandelaarschap voor de verpleegkundig specialist worden op dit moment door de zorgverzekeraar bepaald en door de organisatie zelf. De definiëring van het begrip hoofdbehandelaar werkt daarbij bevordert of belemmerend.

Een invloedrijke persoon kan een belangrijke bijdrage leveren aan de invulling van het beroep van de verpleegkundig specialist. Door de aanwezigheid van een verpleegkundig specialist als hoofd van een behandelprogramma die tevens opleider voor verpleegkundig specialisten is, zijn er mogelijkheden gecreëerd voor de vergroting van jurisdictie van de verpleegkundig specialist.

4.5 Grenzen en domeinen van het beroep van de verpleegkundig specialist

Volgens de theorie gaat professionalisering gepaard met een strijdproces tussen verschillende beroepsgroepen om hun bijdrage aan het professionele werk aanvaard, georganiseerd en verankerd te krijgen. Abbott (1988) geeft weliswaar aan dat het strijdproces tussen professies kan verschillen, omdat de claims over jurisdictie tussen professies kunnen verschillen. De claims van jurisdictie hangen af van de verlangens van de professies zelf; niet alle professies hebben de behoefte om te streven naar dominantie en hebben niet de behoefte om het alleenrecht te hebben om bepaalde handelingen uit te mogen voeren. Bij professies die deze verlangens wel hebben, zal meer onderling strijd plaats vinden. Het strijdproces tussen deze beroepsgroepen gaat over het vergroten van hun jurisdictie. De reden van het ontstaan van een strijd kan verklaard worden door het strijdproces te bekijken vanuit het institutioneel perspectief. Vanuit institutioneel perspectief bezien is de komst van de verpleegkundig specialist een grote verandering, omdat het alleenrecht van de arts wordt aangetast. Daarmee bepalen de elementen van de institutionele context bijvoorbeeld hoe de professionals reageren op een verandering van werkdomeinen die al jaren terug zijn bepaald. Dit geeft de relatie weer tussen het thema grenzen en domeinen van het beroep van verpleegkundig specialist en de hoofdvraag: *Op welke wijze vergroot de verpleegkundig specialist zijn of haar jurisdictie ten opzichte van de traditionele arts binnen de institutionele context?*

In paragraaf 4.3 zijn de verschillende beroepsdomeinen al beschreven. Deze paragraaf geeft eerst inzicht in de verhoudingen tussen de verpleegkundig specialist en andere professionals. Als deze verhoudingen zijn verduidelijkt, zal worden ingegaan op de wrijving die bestaat tussen de verschillende professionals en hun beroepsdomeinen.

4.5.1 De verhoudingen tussen de verpleegkundig specialist en andere professionals

De wijze waarop de verpleegkundige specialist samenwerkt met andere professionals en zich positioneert tussen andere professionals is van invloed op de verhoudingen tussen de verschillende professionals. Deze verhouding wordt mede bepaald door status en aanzien van de verpleegkundig specialist. Het verwerven van een bepaalde status is volgens Abbott (1988) belangrijk voor het behouden van jurisdictie.

Binnen het behandelprogramma werkt de verpleegkundig specialist samen met verpleegkundigen, paramedici en medisch specialisten. Het aantal verpleegkundig

specialisten binnen het behandelprogramma is twee keer zo veel als het aantal medisch specialisten, er werken vier verpleegkundig specialisten, één psychiater en één somatische arts. De verpleegkundig specialisten zijn relatief ruim vertegenwoordigd. Het aantal psychiaters binnen het behandelprogramma van het onderzoek is in de loop der jaren afgenomen. Deze gegevens zeggen iets over de positie van de verpleegkundig specialist. Doordat zij ruimer zijn vertegenwoordigd dan de psychiaters, zouden zij meer macht kunnen hebben een meer zeggenschap kunnen hebben. Door deze vorm van taakherschikking zijn blijkbaar minder psychiaters nodig omdat verpleegkundig specialisten hun taken kunnen overnemen. Daarentegen lijken de gegevens die beschikbaar zijn voor de gehele instelling iets anders te zeggen. De onderstaande gegevens zijn bekend over het jaar 2011 tot en met 2013.

Begroting	Fte verpleegkundig specialist	Fte verpleegkundig specialist in opleiding	Fte psychiater
2013	4.29	1.94	9.95
2012	3.2	0.8	9.54
2011	1	1.89	10.79

In de afgelopen drie jaar is het aantal verpleegkundig specialisten volgens de afdeling personeelszaken in de begroting wel gestegen, maar het aantal psychiaters nauwelijks gedaald. Uit de gegevens zou juist afgelezen kunnen worden dat door taakherschikking het aantal psychiaters niet afneemt en dat het aantal professionals werkzaam in de zorg daardoor juist groeit. Eerder in het hoofdstuk wordt al genoemd dat verpleegkundig specialisten nieuwe taken uitvoeren die voor hun komst nog niet werden uitgevoerd. De verpleegkundig specialist heeft daarmee een nieuwe functie gecreëerd die mogelijk naast de psychiater werkt en de psychiater niet vervangt.

De relatie tussen de verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten bestaat vooral uit gegevens uitwisselen over patiënten en samen passende doelen opstellen voor de patiënten waarbij de verpleegkundig specialist een coachende en sturende rol heeft. Deze sturende rol uit zich doordat de verpleegkundig specialist degene is die beslissingen en opdrachten geeft aan verpleegkundigen. De coachende rol uit zich door verpleegkundigen bij te scholen door middel van een presentatie over een bepaald ziektebeeld, maar ook door uitleg te geven waarom ze bepaalde beslissingen maakt. Een verpleegkundige zegt hierover: *“Weet je, dat ieder op zijn eigen vlak is, heeft zo z'n kwaliteiten en ja, dat moet je gewoon delen met elkaar. En dat is iets wat ik de verpleegkundig specialist heel erg zie doen. Kennis delen met ons, uitleg geven, als het over medicatie gaat, ze legt alles uit (vpk 2).”* Het optreden als coach suggereert een rol waarbij de verpleegkundig specialist boven de verpleegkundig staat en dus een verschil in status. Door het creëren van een bepaalde status, verwerft de verpleegkundig specialist aanzien van andere professionals.

In de relatie tussen de verpleegkundig specialist en paramedici is de verpleegkundig specialist de opdrachtgever waarbij zij paramedici in consult vraagt met een bepaalde vraagstelling. Zij vraagt bijvoorbeeld de diëtiste om een dieet voor een patiënt te ontwikkelen die erg is aangekomen door medicatiebijwerkingen. De verpleegkundig specialist geeft orders, zij is de opdrachtgever. Ook dit suggereert dat de verpleegkundige boven de andere professional staat. Ook ten opzichte van de paramedici heeft de verpleegkundige specialist status verkregen.

De relatie tussen de verpleegkundige specialist en de medisch specialisten lijkt op de

bovenstaande beschrijving van de relatie tussen verpleegkundig specialist en paramedici, maar is ook verschillend. De somatische arts wordt door de verpleegkundig specialist in consult gevraagd bij problemen met patiënten op somatisch gebied wat het verpleegkundig niveau overstijgt. De verpleegkundig specialist in de geestelijke gezondheidszorg heeft wel kennis opgedaan ten behoeve van de somatiek, maar haar expertise ligt vooral in het gebied van de geestelijke gezondheid. De somatische arts wordt laagdrempelig in consult gevraagd door de verpleegkundig specialist waarbij de arts het beleid bepaald rondom het somatische probleem. De somatische arts heeft exclusieve kennis waardoor hij macht bezit. Echter zorgt deze macht niet voor een verhouding waarbij de somatische arts boven de verpleegkundig specialist staat. De verpleegkundig specialist treedt op als regisseur en bepaald wanneer zij behoefte heeft aan de kennis van de somatische arts. De grotere kennis op het gebied van somatiek van de somatische arts doet niet af aan haar status en macht.

De relatie tussen de somatische arts en de verpleegkundig specialist verschilt met de relatie tussen de verpleegkundig specialist en de psychiater. De psychiater wordt door de verpleegkundige geconsulteerd met betrekking tot vragen rondom gedrag of medicatie waar de verpleegkundig specialist een advies wil hebben van de psychiater. De psychiater heeft een adviserende functie waarbij de verpleegkundig specialist bepaald of zij dit advies verwerkt in haar beleid. In de praktijk wordt dit advies in alle gevallen overgenomen. De verpleegkundig specialist vraagt immers advies aan de psychiater als zij het probleem zelf niet kan oplossen. De kennis van de psychiater is op het gebied van medicatie breder en heeft meer ervaring dan de verpleegkundig specialisten. Tegen het advies ingaan van een psychiater wordt dan ook weinig gedaan. Een verpleegkundig specialist zegt daarover tijdens een interview: *'Wie ben ik, ik ben een verpleegkundig specialist en ik vind niet dat ik die functie heb waarop ik andere psychiaters kan gaan aanspreken of dat ik ga melden wat de bijwerkingen zijn en of de werkingen is van een medicijn dat zij bij een patiënt willen gebruiken (Vs2).'*' Dit voorbeeld geeft een verschil in status weer tussen de verpleegkundig specialist en de psychiater.

Het contactmoment tussen de verpleegkundige specialist en de psychiater is op structurele basis waarbij de psychiater een vaste dag in de week langs komt bij de verpleegkundig specialist om mogelijke vragen door te bespreken. De psychiater en de verpleegkundige specialist hebben daardoor vaker contact met elkaar dan de somatische arts en de verpleegkundig specialist. Tijdens dit contactmoment worden niet alle patiënten besproken, maar de patiënten waar de verpleegkundig specialist vragen over heeft. Dit moment kan worden gezien als een controle moment voor de psychiater om de verpleegkundig specialist te controleren. De verpleegkundig specialist geeft echter aan dat dit niet zo voelt. De verpleegkundig specialisten gaven aan dat de contactmomenten niet aanvoelen als controle op hun kennis en vaardigheden maar het aanbieden van hulp om de best mogelijke zorg te geven. De verpleegkundig specialist maakt gebruik van de kennis en jaren ervaring van de psychiater. De psychiater staat in dit geval boven de verpleegkundige en heeft daarmee een hogere status. Toch verkleint dit de zeggenschap van de verpleegkundige specialist niet. Juist doordat deze afspraak er is, creëert de verpleegkundige vrijheid over haar eigen handelen. De psychiater wordt alleen geconsulteerd als de verpleegkundig specialist dit nodig vindt.

In deze verschillende samenwerkingsverbanden is het duidelijk dat de verpleegkundig specialist de leiding heeft en de andere professionals opdrachten uitvoeren. De verpleegkundig specialist heeft zichzelf ook op die wijze gepositioneerd dat deze functie duidelijk is voor anderen. Verpleegkundig specialisten geven ook aan dat zij zeker iemand aanspreken als er een afspraak buiten haar om wordt gemaakt. Tijdens de observatie

periode is er geen sprake geweest van een dergelijke situatie. De verpleegkundig specialist is duidelijk de contactpersoon geweest voor familie, verpleging, patiënten en andere professionals. De verpleegkundig specialist heeft haar jurisdictie geclaimd ten opzichte van andere professionals door als een soort regisseur op te treden van het zorgproces van haar patiënten. Doordat zij bepaalt welke professionals haar op welk moment advies moeten geven, blijft zij macht houden over haar eigen domein en bewaakt zij daarmee haar jurisdictie.

4.5.2 Wrijving tussen beroepsdomein verpleegkundig specialist en verpleegkundigen.

In de bovenstaande paragraaf is de verhouding tussen de verpleegkundig specialist en andere professionals binnen het behandelprogramma beschreven. Nu deze verhoudingen zijn verduidelijkt, kan worden ingegaan op de wrijving tussen de professionals. Omdat de literatuur uitgaat van wrijving tussen professies om jurisdictie te kunnen vergroten zal deze paragraaf ingaan op de wrijving tussen de verschillende professies die één voor één worden beschreven.

Uit observaties is geen wrijving zichtbaar of voelbaar geweest tussen de verpleegkundig specialist en de verpleegkundigen op de afdeling. Tijdens interviews geven de verpleegkundigen en de verpleegkundig specialisten aan dat zij geen spanningen voelen onderling. De verpleegkundigen geven aan dat vanaf het begin af aan duidelijk is geweest wat de functie van verpleegkundig specialist inhoudt en wat hun domein is. Er is geen strijd geweest om dit domein toe te eigenen. Er is bij de verpleging geen weerstand geweest voor de komst van de verpleegkundig specialist die medische taken over neemt en een groter takenpakket heeft dan de verpleegkundige.

De reden waarom de verpleegkundige geen strijd ervaart is mogelijkwerwijs te verklaren doordat het werk van de verpleegkundige niet verandert door de komst van de verpleegkundige. Strijd ontstaat volgens Abbott (1988) waar ontwikkelingen in de ene groep gevolgen heeft voor de andere groep binnen het systeem. Echter, de verpleegkundigen geven aan dat de komst van de verpleegkundig specialist nauwelijks gevolgen heeft. De verpleging was al gewend aan een functie boven hen en dat dit nu een verpleegkundige is, geeft voor hun meer vrijheid dan spanning.

Ook al geven verpleegkundigen aan dat hun werk niet is veranderd, in feite is de komst van de verpleegkundige specialist een grote verandering voor hun werkzaamheden. In tegenstelling tot de psychiater, is de verpleegkundig specialist veel aanwezig op de afdeling. De verpleegkundig specialist gaf aan elke dag een rondje over de afdeling te maken om haar gezicht te laten zien en contact te houden met de patiënten en het verpleegkundig team. Een verpleegkundig specialist geeft het verschil tussen de verpleegkundig specialist en de psychiater op dit punt weer in een interview. *' (...) Maar kijkt niet naar het team en hoe het op een afdeling functioneert. En daar kijk ik als verpleegkundige specialist wel naar, hoe wordt er met de patiënt om gegaan, hoe spreken we elkaar onderling aan op het gedrag. Ik betrapte laatst een paar verpleegkundige die stonden heel belerend boven een patiënt hem aan te spreken (...). En toen heb ik twee keer gezien dat een verpleegkundige zo met dat vingertje boven de patiënt stond: 'En nu moet je luisteren', en toen dacht ik zo spreek je elkaar niet aan. Dat zou ik ook niet fijn vinden. Dus dan ga ik met de verpleging in gesprek. En dat zie je alleen als je op de afdeling bent(VS 2).'* In feite is er met de komst van de verpleegkundig specialist veel meer controle op de werkzaamheden van de verpleegkundigen. Dit voorbeeld laat zien dat verpleegkundigen worden aangesproken door de verpleegkundig specialist. Doordat de verpleegkundig specialist kennis heeft van het beroep van verpleegkundigen en vaak aanwezig is en zelf verpleegkundige aanspreekt, zou

zij als een bedreiging gezien kunnen worden. In interviews en observaties is de wrijving die hierdoor zou kunnen ontstaan niet zichtbaar geweest.

4.5.3 Wrijving tussen beroepsdomein verpleegkundig specialist en somatische arts

Bovenstaande paragraaf beschrijft dat er geen wrijving bestaat tussen de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist. Uit observaties is eveneens geen wrijving zichtbaar of voelbaar geweest tussen de verpleegkundig specialist en de somatische arts. Daarnaast blijkt uit interviews met verpleegkundig specialisten en de somatische arts onderling geen strijd te zijn. Voor beide professionals is duidelijk wie welke taken en verantwoordelijkheden hebben. De somatische arts geeft in een interview wel duidelijk aan dat hij de wijze waarop de verpleegkundig specialist binnen dit behandelprogramma wordt ingezet goed is voor deze setting. Daarentegen ziet hij het niet zitten om een verpleegkundig specialist in te zetten op het somatische gedeelte van de zorg. De arts ziet een samenwerking met een verpleegkundig specialist wel voor zich, maar niet op de wijze waarop de verpleegkundig specialist wordt ingezet bij het behandelprogramma somatiek en psychiatrie: *“Hoe zij daar nu de eigen behandelverantwoordelijkheid hebben daar, dat zie ik dus niet zitten. Wel taakgerichte dingen, maar niet eigen verantwoordelijkheid. Ehm..somatiek is, ik ken natuurlijk de inhoud van de verpleegkundig specialist in het kader van het kunnen, het adviseren en het overzien van de problematiek. Ik denk dat de verpleegkundig specialist niet is toegerust met de kennis van somatiek. Kortom. niet voldoende kennis. En zat zullen ze ook nooit krijgen. Dat hebben ze in de opleiding niet gehad en dat komt je spontaan ook niet aanwaaien. Dus dat is niet realistisch om daar vanuit te gaan (arts som.).”*

De functie van verpleegkundig specialisten werkzaam bij het behandelprogramma zoals op deze manier wordt vervuld, wordt geaccepteerd door de somatische arts. Deze verpleegkundig specialist komt immers niet in zijn domein. Een verpleegkundig specialist als eindverantwoordelijke in zijn domein, dus niet in het domein van psychiatrie zal niet worden geaccepteerd en wrijving geven. Redenen voor wrijving die uit het interview naar boven komen zijn, onvoldoende kennis, onvoldoende geschoold en geen vertrouwen. Met andere woorden, een professional die geen arts is, kan volgens de somatische arts niet hetzelfde werk uitvoeren als hij doet.

4.5.4 Wrijving tussen beroepsdomein verpleegkundig specialist en psychiater

Uit bovenstaande beschrijvingen wordt duidelijk dat er geen wrijving bestaat tussen de verpleegkundig specialist uit het behandelprogramma van onderzoek en de somatische arts en de verpleegkundige. Voor de somatische arts en de verpleegkundige heeft de komst van de verpleegkundig specialist amper gevolgen. Daarentegen zijn er wel gevolgen voor de psychiater. De verpleegkundige specialist heeft immers taken gekregen die eerder toebehoorde tot het domein van de psychiater.

Uit de observaties is weinig zichtbaar geworden van het bewaken van het werkterrein van de verpleegkundig specialisten en de psychiater. Er is geen wrijving gezien tussen beide beroepsgroepen. Uit interviews komt wel naar voor dat de psychiaters moeite hebben met het delen van bepaalde taken die in hun domein liggen, de taken die overlap hebben. Het gaat hier dan vooral over het hebben van eindverantwoordelijkheid en het voorschrijven van medicatie. Zij geven aan het lastig te vinden dat een verpleegkundig specialist die niet dezelfde opleiding heeft genoten als zij, wel dezelfde bevoegdheden heeft. Dat heeft vooral te maken met de onbekendheid van de inhoud van de opleiding en met de onbekendheid van de kennis van de verpleegkundig specialist. *“Het gaat me niet zozeer om medicatie, het*

gaat mij om wie is nou eigenlijk eindverantwoordelijk voor een behandeling en ik vind dat dat een psychiater moet blijven. En eh, dan hadden ze maar psychiater moeten worden als ze dat zo graag willen. Maar ik vind niet dat ze op dezelfde stoel moeten zitten. Gewoon al qua inhoud van de opleiding. He, als psychiater doe je juist twee stukken, een basisopleiding tot dokter en de rest, om dat hele verhaal rond die mensen te kunnen integreren. En die patiënt moet er ook vanuit kunnen gaan dat hij ten slotte iemand treft die dat allemaal kan. En dat kan een psycholoog niet en een verpleegkundig specialist ook niet (Psych 2).” Net als de somatische arts geven de psychiaters aan moeite te hebben mijn het delen van hun domein met de verpleegkundig specialist met dezelfde argumenten: het niet hebben van een universitaire brede opleiding en daardoor onvoldoende kennis. Daarbij wordt in het interview aangegeven dat een verpleegkundige gewoonweg niet hoort op de stoel van een psychiater. Daar heeft altijd een psychiater gezeten en daar blijft ook een psychiater zitten volgens de respondent. Deze uitspraak bevestigt dat gezien vanuit institutioneel perspectief een verandering in de structuur van de organisatie wrijving met zich mee brengt. De arts geeft aan dat hij de arts moet blijven en de verpleegkundige gewoon een verpleegkundige moet blijven zoals het altijd is geweest. Deze houding van artsen bemoeilijkt de acceptatie en inbedding van de functie van verpleegkundig specialist.

De komst van een nieuwe generatie artsen die een moderne kijk heeft op taakherschikking biedt mogelijkheden voor de acceptatie van de verpleegkundig specialist. Dat blijkt uit een interview waarin een psychiater die nog niet lang is afgestudeerd zegt dat er onderling veel verschil is hoe psychiaters denken over het overnemen van taken door verpleegkundig specialisten die hun hun domein ligt. Ze merkt dat haar ‘oudere’ collega’s minder modern denken dat zij: *“Vorige week zei (...)nog tegen mij, laat je je werk niet afpakken hoor, het is jouw werk (Psych 1)!”* Er is een verschil te merken tussen artsen die nog niet heel lang zijn afgestudeerd en de artsen die al meer dan 20 jaar geleden zijn afgestudeerd die door alle respondenten “de conservatieve arts” genoemd wordt. De psychiaters geven aan dat de mening onderling verschilt waarbij de ‘nieuwe lichte artsen’ hier veel vrijere gedachten over hebben en moderner zijn. Verpleegkundig specialisten geven aan dat met de komst van een nieuwe psychiater er een hoop spanningen rondom hun functie is verdwenen. Ze voelen zich geaccepteerd en serieus genomen in tegenstelling tot de vorige psychiater. Bij de “conservatieve psychiater” voelde de verpleegkundig specialist een constante drang zich moeten bewijzen en moest strijden om serieus genomen te worden. Maar het had weinig resultaat. *“Hij noemde mij constant ‘het zusterke’ (sprekt dit wat denigrerend uit). Ik denk dat wel genoeg zegt toch of niet? (VS 2)”*. De verpleegkundig specialist geeft een voorbeeld van een situatie waarin zij niet serieus genomen werd door diezelfde arts. Ze wilde graag een medicatie switch doen bij een zeer onrustige patiënt dat in overleg moest met de psychiater. *“Alleen dan wat je ziet is als je de medicijnen ophoogde dat hij alleen maar onrustiger werd. Dus die psychiater zei, hij heeft meer medicatie nodig en het werd opgebouwd en de onrust nam nog meer toe. Waarop ik zei, het is gebleken dat als de medicatie ophoogt hij onrustiger werd dus dat het van de medicatie komt, literatuur erbij gegeven, een plan uitgewerkt met literatuur onderbouwingen bij en dat gaf ik hem en hij zei nog steeds, nee hoor. Deze man is gewoon zwakbegaafd en heeft een dwang en moet op deze manier behandeld worden en legde al mijn woest arbeid zo aan de kant. En dat is niet bij een patiënt gebeurd, maar bij meerdere patiënten. Op een gegeven moment wordt die drempel zo hoog...(VS 2)”*

Dit voorbeeld laat zien dat ondanks de verpleegkundig specialist met onderbouwde argumenten kwam, zij niet serieus werd genomen. Door de historisch gegroeide instituties bestond er een afstand tussen de arts en de verpleegkundig specialist. Die afstand hield de

arts in stand door zijn houding; door de verpleegkundig specialist niet serieus te nemen, gewoonweg omdat zij geen arts is.

4.5.5 Omgaan met verandering binnen domeinen

Aan de hand van de vorige paragrafen blijkt dat er vooral wrijving bestaat tussen de verpleegkundig specialist en de psychiater. De bevoegdheid voor de verpleegkundige specialist om taken uit te voeren uit het voorheen medisch domein is een grote verandering. Het blijkt dat uit de data dat deze verandering nog niet als vanzelfsprekend wordt ervaren. Uit interviews komt naar voren dat niet alleen de artsen, maar beide beroepsgroepen nog moeten wennen aan de verandering. Vooral over het gedeelte medicatie voorschrijven. Verpleegkundig specialisten zijn bevoegd volgens de wet om medicatie voor te schrijven. Binnen de onderzoeksinstelling is een afspraak gemaakt dat bij complexere medicatie, een grote medicatie switch of medicatie met veel bijwerkingen of contra indicaties met andere medicatie de verpleegkundig specialist het medicatiebeleid samen met de psychiater afsprekt. Een duidelijke scheiding tussen deze complexe en minder complexe medicatie is moeilijk te maken en dat is volgens de psychiater nog even zoeken: *“Ehm..ehm..nou als het gaat om een huidige medicijn goed instellen, bijvoorbeeld iemand komt binnen met een bepaald medicijn en dat is al jaren niet op spiegel, iemand is depressief en de verpleegkundig specialist zegt die gaan we eerst eens op spiegel brengen voor we de psychiater in consult roepen.. ik noem maar wat, dan denk ik prima. Maar op het moment dat iemand daarop veel bijwerkingen heeft, veel meer medicatie gebruikt, delirant geworden is en veel gebruikt, dan zou ik het wel prettig vinden voor de switch dat ik daar ook even naar keek. Maar ja die scheiding, daar moeten we even naar op zoek gaan. We moeten een scheiding vinden waar we ons allebei prettig bij voelen (Psych 1).”*

De afspraken die zijn gemaakt rondom het medicatie voorschrijven komen voort uit een medicatiecommissie. In deze commissie waar meerdere disciplines in zitten en wordt geleid door een psychiater als voorzitter heeft een protocol opgesteld die de verpleegkundig specialist moet doorlopen waarna de psychiater waarmee de verpleegkundige specialist samenwerkt, toestemming geeft door middel van een handtekening. De bevoegdheid alleen is blijkbaar niet genoeg. Jurisdictie op het gebied van wet- en regelgeving is niet voldoende om de taak uit te mogen voeren. Met deze handtekening geeft de psychiater aan dat zij de verpleegkundig specialist bekwaam vinden in het voorschrijven van medicatie. De psychiater is het niet eens met dit protocol en zegt daarover: *“Nou, we kregen zo'n document, want de instelling bedenkt natuurlijk onder welke voorwaarden ze verpleegkundig specialist, en dat was echt een pietluttig document. Er stonden allerlei condities indien waarmee je moest besluiten wanneer de medicatie over ging naar de psychiater. Nou, er bleven ongeveer niets over in welke conditie ze het zelf mochten doen. Ehm, dus dat document doet denk ik te kort aan de ervaring van de mensen die hier werken en waar we het er beide niet mee eens waren maar toch gebeurt is, is dat ik een handtekening moet zetten onder een document waarin ik verklaar dat zij bekwaam zijn. En daarmee dus bevoegd. Maar hoe weet ik dat nou? Ze hebben het nog nooit gedaan. Zij weten het zelf ook niet (psych 1).”*

De verpleegkundigen zelf vinden het ook raar dat je naast je bevoegdheid een handtekening nodig hebt van een arts. Naast dat het vreemd is dat een arts je bekwaam moet vinden, zegt een van de verpleegkundig specialisten dat het de positie van de verpleegkundig specialist onderuit haalt. *“ik ben het daar ook helemaal niet mee eens, maar goed weet je, de verpleegkundig specialisten die in die voorschrijfgroep zaten, die hebben dat erbij gezet, terwijl ik denk: je haalt jezelf gigantisch onderuit, heb ik ook tegen hun gezegd, het is onzin. Ik heb ook tegen de psychiater gezegd, moet je nooit doen hoor. Weet*

je, het is hun, eh, zij zijn bevoegd en bekwaam en het is hun eigen verantwoordelijkheid, en als jij je handtekening gaat zetten en er gebeurt iets fout, dan kun jij straks op het matje verschijnen, dus dat moet je gewoon niet doen (VS 1)." De verpleegkundig specialist is dus bevoegd en bekwaam en neemt zelf de verantwoordelijkheid voor het voorschrijven van medicatie. Maar door de handtekening van de arts, komt de eindverantwoordelijkheid toch bij hen te liggen, omdat zij hebben besloten dat de verpleegkundig specialist bekwaam is. Zo ligt de verantwoordelijkheid toch weer helemaal in het medisch domein en wordt het beroepsdomein van de verpleegkundig specialist verkleind.

De geïnterviewde verpleegkundig specialisten laten blijken het zelf ook spannend te vinden om in het domein van de medisch specialist te treden en medicatie zelfstandig voor te schrijven. De reden daarvoor is dat zij bang zijn om fouten te maken. In deze jaren waarin zij zich als beroepsgroep moeten bewijzen, omdat de wet voor 5 jaar is aangepast voelen zij zich onder een vergrootglas liggen. *"Ik ben nog niet lang gediplomeerd ehm, misschien gaande weg als ik zie dat ik het inderdaad heel goed doe, en dat ik het goed aanpak, want ik maak zo'n besluit natuurlijk niet zomaar. Ik duik echt wel het dossier in. Ik kijk echt wel wat is er al gebeurd. En ik volg precies de richtlijnen op die zijn opgesteld. En ik denk dat menig arts dat niet doet en meer zou moeten doen. Maar ik ben gewoon voorzichtig, de vergrootglas ligt op ons en ik wil geen fouten maken. Ik weet dat ik alle stappen netjes doorloop, maar ik wel daar gewoon wel back up in hebben. Ik wil de verantwoordelijkheid nog even delen (VS 2)."*

Verpleegkundigen zijn vanaf het begin van hun opleiding gewend om taken uit te voeren in opdracht van de arts. De verhouding tussen de arts en verpleegkundigen is zo ingericht dat een verpleegkundige ondergeschikt is aan de arts. De verpleegkundig specialist staat in deze functie op gelijke voet als de arts. Vanuit institutioneel perspectief gezien is dit een grote verandering waar beide beroepsgroepen aan moeten wennen. Volgens Currie et al (2010) zijn dit dan ook elementen waar bij de invoering van taakherschikking rekening gehouden moet worden.

4.5.6 Samenvatting

Samenvattend kan gezegd worden dat er geen spanning bestaat tussen de verpleegkundigen en de verpleegkundig specialisten. De verpleegkundigen hebben de verpleegkundig specialisten volledig geaccepteerd waarbij er geen wrijving is geweest. Voor de verpleegkundigen zijn geen gevolgen voor hun eigen werkdomein. Wel bestaat er spanning tussen de beroepsgroep van verpleegkundig specialist en de medisch specialist. De somatisch arts geeft aan dat hij de wijze waarop de verpleegkundig specialist wordt ingezet binnen het gebied van de psychiatrie goed vindt. In het domein van de somatiek daarentegen ziet hij de verpleegkundig specialist niet zitten. Argumenten daarvoor zijn verschil in opleidingsniveau, onvoldoende kennis en geen vertrouwen. De psychiater draagt dezelfde argumenten aan. Tussen de verpleegkundige specialist en de psychiater bestaat de meeste wrijving. De komst van de verpleegkundige specialist heeft ook de meeste gevolgen voor hun beroepsdomein. De verpleegkundig specialist heeft taken en bevoegdheden die vallen binnen het medisch domein. De psychiaters ervaren dat de verpleegkundige specialist op hun stoel gaat zitten en hebben hier moeite mee. Daardoor is er een protocol ontwikkeld die een verpleegkundig specialist moet doorlopen waarna zij een verklaring van bekwaamheid kan laten tekenen door de psychiater. Dit zorgt dat de verantwoordelijkheid bij de psychiater komt te liggen wat hun jurisdictie verkleint.

De komst van een nieuwe generatie artsen brengt hier veranderingen in door een moderne kijk op taakherschikking. Deze nieuwe generatie accepteert de functie van verpleegkundig specialist wat meer mogelijkheden biedt voor de jurisdictie van de verpleegkundig specialist.

Verpleegkundig specialisten geven zelf ook aan moeite te hebben met het nemen beslissingen op het gebied dat eerder toebehoorde tot de medisch specialist. Ze moeten wennen aan het idee niet meer onderschikt te zijn en leren omgaan met zelfstandige beslissingen maken.

4.6 Positionering van de verpleegkundig specialist

Volgens Abbott (1988) is positioneren een doorlopend en actief proces dat gericht is op het versterken en verbeteren van het beroep en de positie van het beroep ten opzicht van anderen beroepen. Hoe sterker de positie van het beroep, hoe meer macht en erkenning een beroep. Een beroep die macht en erkenning heeft verworven, heeft meer zeggenschap over de eigen deskundigheid en over de manier waarop deze deskundigheid kan worden ingezet. Door middel van bepaalde acties of gedrag wordt de positie versterkt. Doordat professies zich positioneren wordt publieke jurisdictie geclaimd. Dit geeft de relatie weer tussen positionering en de hoofdvraag: *Op welke wijze vergroot de verpleegkundig specialist zijn of haar jurisdictie ten opzichte van de traditionele arts binnen de institutionele context?* De positie wordt versterkt doordat de beroepsgroep zich onderscheidt ten opzichte van andere professionals. Dit onderscheid kan zich uiten door de uitvoering van nieuwe of andere taken waardoor dit onderscheid bestaat. Als het onderscheiden gaat om bestaande taken opeisen, waardoor beroepsdomeinen wordt gedeeld, zal er een strijdproces ontstaan. De positie bepaalt een deel van de status en van de macht omdat deze bepaalt hoeveel invloed een bepaald persoon heeft.

Uit de literatuur wordt duidelijk dat op dit moment de positie, de inzet en de mogelijkheden van verpleegkundig specialisten in verschillende sectoren vooral worden bepaald door de historisch gegroeide zorgorganisatie en taakverdeling tussen de verschillende disciplines (Vulto 2010). Deze paragraaf gaat in op de positie van de verpleegkundig specialist en beschrijft hoe de verpleegkundig specialisten deze positie versterken doordat zij invloed uitoefenen op hun opleiding doordat zij eigen begeleiders hebben en eigen opleidingsplaatsen erkennen, door de niet- zorgtaken als eigen projecten voor ontwikkeling van expertise en door het hebben van en deelname aan de beroepsvereniging.

4.6.1 De invloed van de verpleegkundig specialist op de opleiding

Binnen het behandelprogramma psychiatrie en somatiek zijn vier verpleegkundig specialisten werkzaam. Alle vier de verpleegkundigen waren voor hun opleiding werkzaam binnen de instelling als verpleegkundige. Eén van de verpleegkundig specialisten is hoofd van het behandelprogramma en tevens praktijkopleider voor de opleiding van verpleegkundig specialist. Tot begin 2013 konden zowel verpleegkundig specialisten als medische specialisten als praktijkopleider worden erkend. De overgangsregeling op grond waarvan medische specialisten, op tijdelijke basis, als praktijkopleider kunnen worden erkend, liep af op 6 februari dit jaar. Na deze datum kunnen verpleegkundig specialisten deze rol op zich nemen (CSV 2008). Tijdens de opleiding hebben de verpleegkundig specialisten begeleiding gehad van deze opleider en werden zij gekoppeld aan een arts als supervisor. *“Zij was mijn mentor gedurende de opleiding en praktijkbegeleider. En zij is nu hoofd behandelprogramma. dus nu is ze mijn leidinggevende. Supervisie kreeg ik van de psychiater die verbonden was aan de poli bijwerkingen (VS 2).”* De supervisor wordt gezien als leermeester die zijn vaardigheden over moet brengen op de verpleegkundig specialist. De opleider begeleidt, coacht en beoordeelt de verpleegkundig specialist in opleiding wat de

medisch specialist ondergeschikt lijkt te maken aan de begeleider, de verpleegkundig specialist.

In de literatuur is zeggenschap over de opleiding een belangrijk punt. Volgens Abbott (1988) creëren de beroepsgroepen die macht en invloed kunnen uitoefenen op hun kennisvorming en ontwikkeling van vaardigheden autonomie. Door de zeggenschap over de opleiding van verpleegkundige specialisten kunnen zij buitenstaanders weren en de uitoefening van het vak controleren. Deze vorm van positionering vergroot de jurisdictie van de verpleegkundig specialist. Het verstrijken van de overgangsregeling en het alleen recht van de verpleegkundig specialist om als opleider te mogen functioneren, heeft de positie van de verpleegkundig specialist versterkt. De controle van de medische specialisten op de opleiding en de toelating tot het vak is verkleind.

Een ander voorbeeld dat laat zien op welke wijze de verpleegkundig specialisten invloed hebben op hun eigen opleiding is de toewijzing van opleidingsplaatsen. Het College Verpleegkundig Specialismen wijst de opleidingsplaatsen aan en erkend deze als geschikte plaatsen om verpleegkundig specialisten op te leiden. Zo hebben zij ook de opleidingsplaats aangewezen waar het onderzoek heeft plaats gevonden. Vanaf 2009 kan de opleiding tot verpleegkundig specialist uitsluitend worden gevolgd bij erkende praktijkinstellingen en praktijkopleiders. Het verlenen van erkenningen is, naast toezicht op de opleiding, een wettelijke taak van de Registratiecommissie Verpleegkundig Specialismen. Het achterliggend doel is het borgen van de kwaliteit van de praktijkopleiding (www.verpleegkundigspecialisten.nl). De Registratiecommissie Specialismen Verpleegkunde voert de besluiten uit van het College Specialismen Verpleegkunde. Dit college bestaat uit voornamelijk uit wetenschappelijk opgeleide verpleegkundigen, hoofdopleiders vanuit opleidingsinstituten en verpleegkundig specialisten. Vanuit de adviserende leden kan invloed uitgeoefend worden door de medisch specialisten. Daarin is één lid opgenomen die namens de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) spreekt.

Het bovenstaande voorbeeld geeft weer dat de verpleegkundig specialisten macht en invloed hebben op hun eigen opleiding. Het hebben van deze macht en invloed op de opleiding draagt volgens Abbott (1988) bij aan het vormen en bewaken van hun domein. Verpleegkundig specialisten vertegenwoordigen grotendeels het college waardoor zij invloed uitoefenen. Doordat zij op deze manier zelf bepalen welke werkplek geschikt is voor de opleiding versterken zij hun positie en vergroten zij hun jurisdictie.

4.6.2 Ontwikkeling expertise

De voorgaande paragraaf beschrijft dat invloed die de verpleegkundig specialisten hebben op de opleiding kan bijdragen aan een vergroting van hun jurisdictie. Het hebben en ontwikkelen van eigen expertise draagt hier ook aan bij. Binnen het behandelprogramma hebben de verpleegkundig specialisten naast hun eigen taken en verantwoordelijkheden, hun eigen projecten en hun eigen gebied van expertise. Deze expertise hebben zij verworven door hun werkervaring en hun opleiding. Er is een verpleegkundig specialist die behandelverantwoordelijkheid heeft voor een aantal patiënten op de afdeling die daarnaast projectleider is van het project palliatieve zorg waarbij zij ook de verantwoordelijkheid heeft over de palliatieve patiënten. Daarnaast is ze projectleider van het project levensboek. Een andere verpleegkundig specialist heeft behandelverantwoordelijkheid voor een aantal patiënten en leidt daarnaast de bijwerkingen poli. Een project dat ze tijdens haar studie heeft opgezet in samenwerking met psychiaters. Een derde verpleegkundig specialist heeft over een groter aantal patiënten behandelverantwoordelijkheid. Daarnaast is zij hoofd van het

behandelprogramma en praktijkopleider. De vierde verpleegkundig specialist is werkzaam bij dit behandelprogramma maar runt daarnaast de poli en heeft de ambulante patiënten onder zijn hoede. Zie kader 1,2 en 3 voor uitleg over verschillende projecten.

Kader 1 De Polikliniek bijwerkingen

Wat in 2005 begon als een afstudeerproject van een verpleegkundig specialist in opleiding, is inmiddels uitgegroeid tot een vast zorgaanbod op de meeste locaties van de onderzoeksinstituut. De poli bijwerkingen is gericht op de psychiatrische patiënt die medicatie gebruikt die bijwerkingen geeft. Antipsychotica zijn effectieve geneesmiddelen die veel worden voorgeschreven aan een grote groep patiënten. Echter kunnen deze geneesmiddelen veel bijwerkingen hebben, die uiteindelijk kunnen leiden tot ernstige somatische complicaties. Bijwerkingen hebben invloed op de kwaliteit van leven. Voorbeelden van bijwerkingen pijn sufheid, spiertrekkingen en toename in lichaamsgewicht. Daarom is het belangrijk om bij patiënten die psychofarmaca gebruiken de psychische en lichamelijke gezondheid in de gaten te houden. Het doel van de polikliniek bijwerkingen is het streven naar een optimale behandeling van de psychische klachten met antipsychotica met zo weinig mogelijk bijwerkingen. De verpleegkundig specialist coördineert de polibijwerkingen. Patiënten komen op afspraak naar de poli waar de verpleegkundig specialist het medicatiebeleid bekijkt en vraagt naar bijwerkingen van de huidige medicatie en eventuele negatieve effecten daarvan. Ook is er aandacht voor leefstijl. Daarnaast wordt lichamelijk, bewegings- en laboratoriumonderzoek gedaan. Op basis van de bevindingen geeft de verpleegkundig specialist, in samenwerking met een psychiater die verbonden is met de bijwerkingen poli, een evidence-based advies aan de hoofdbehandelaar van de patiënt voor de behandeling van de klachten en ondersteunt eventueel in de uitvoering daarvan. In 2012 heeft de verpleegkundig specialist die het project is begonnen de Mooi Mens verkiezing gewonnen van IZZ. Dit heeft de nodige aandacht gekregen op radio en TV, in kranten en tijdschriften. <http://mooimens.izz.nl/>

Kader 2 Project levensboek

Een bijzonder project dat gestart is bij de onderzoeksinstituut is het opzetten van een levensboek. De initiatiefnemer en tevens projectleider van dit project is een verpleegkundig specialist werkzaam bij het behandelprogramma waar tijdens het onderzoek is geïnterviewd en geobserveerd. Het doel van een het project is om van zo veel mogelijk patiënten een levensboek samen te stellen. Het samenstellen van een levensboek gebeurt samen met vrijwilligers, verpleegkundigen en de verpleegkundig specialist. De patiënten voeren elke week een uur een gesprek met een vrijwilliger, een verpleegkundige of de verpleegkundig specialist om samen te praten over hun jeugd, pubertijd, volwassen tijd en over het ouder worden. Deze gesprekken zijn niet altijd makkelijk, want patiënten hebben vaak veel meegemaakt door hun ziektebeeld. Patiënten zijn vaak veel kwijt geraakt en hebben bijna geen eigen spullen. Sommige patiënten wonen al meer dan 20 jaar in de instelling. Veel van hen hebben weinig tot geen sociaal leven omdat het moeilijk is geweest om vrienden te maken of omdat contact door de ziekte is verdwenen. Ook met familie die vaak niet wist hoe ze met de patiënt en de ziekte om moesten gaan is contact verbroken. Patiënten hebben vaak ook weinig tot geen foto's en praten nooit over herinneren. Met dit boek wil de verpleegkundig specialist de patiënten graag helpen om herinneringen op te halen wat mogelijk ook leidt tot verwerking van een moeilijke periode. Maar dat is niet het enige doel. Een ander doel is dat door middel van deze gesprekken de verpleegkundige en de behandelaren de patiënten beter leren kennen en de behandeling op kan worden aangepast.

Om dit innovatieve idee op te kunnen zetten heeft de verpleegkundig specialist een stichting benaderd om het project te financieren. Dit initiatief werd als zeer bijzonder gezien waardoor er een groot bedrag is geïnvesteerd. Dit heeft gezorgd voor bekendheid van het project en de verpleegkundig specialist binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Kader 3 Unit palliatieve zorg

De onderzoeksinstituut beschikt sinds augustus 2011 over een palliatieve unit. De komst van deze unit is een initiatief van een van de geïnterviewde en geobserveerde verpleegkundig specialisten die vond dat er meer aandacht moest komen voor stervensbegeleiding van de psychiatrische patiënt. De palliatieve unit is er voor patiënten met een psychiatrische achtergrond die een ongeneeslijke ziekte hebben en zullen gaan sterven. Er is 24 uur per dag, 7 dagen in de week verpleegkundige zorg beschikbaar. De verpleegkundigen en verzorgenden worden bijgestaan door vrijwilligers, die allemaal een speciale training hebben gevolgd die gegevens wordt door de verpleegkundig specialist. De unit staat open voor alle mensen met een psychiatrische achtergrond. Uitgangspunt is dat de laatste fase van het leven en het sterven verloopt op een wijze die past bij de patiënt, met de hoogste mogelijke kwaliteit van leven. De wensen en behoeften van de patiënt staan centraal. De verpleegkundig specialist is tijdens de opname op de palliatieve unit hoofdbehandelaar van de terminale patiënt. In samenwerking met de somatische arts begeleidt zij de patiënt tot een zo goed mogelijk einde. De verpleegkundig specialist heeft voor dit project de Anna Reyn Praktijkprijs gewonnen. De Praktijkprijs wordt jaarlijks uitgereikt aan een initiatief of project in de directe patiëntenzorg, een vernieuwend initiatief van één of meer verpleegkundigen waarvan de inhoud blijkt geeft van een professionele bijdrage aan de beroepsontwikkeling. Daarnaast heeft het project de Niek de Jong prijs gewonnen De Niek de Jong Prijs wordt iedere twee jaar uitgereikt door Zorg verzekeraars Nederland voor 'goed nieuws in de gezondheidszorg'. <http://www.palliatief.nl/>

Deze projecten en expertise richten zich vooral op het welzijn van de patiënt. Naast de kant van de gezondheidszorg die men 'cure' noemt, waar de aandacht is gericht op behandeling, genezing en herstel, richt de verpleegkundige zich op de 'care' kant van de gezondheidszorg. De care kant richt zich meer op begeleiding, omgaan met de ziekte en beperkingen en het verbeteren van kwaliteit van leven. De verpleegkundig specialisten brengen in hun functie care en cure bij elkaar. Doordat zij als hoofdbehandelaar medische taken uitvoeren en de ziekte behandelen hebben zij aandacht voor cure. Doordat zij een expertise hebben ontwikkeld die zich richt op de 'care' zijde, slaat de verpleegkundige een brug tussen care en cure. Taakherschikking zorgt er dus voor dat 'care' en 'cure' in de functie van verpleegkundig specialist samen komt.

De verpleegkundig specialisten grijpen elke kans aan om zich te onderscheiden met hun expertise en bekendheid te verwerven door de publiciteit op te zoeken. Dit doen zij bijvoorbeeld door hun projecten te nomineren voor prijzen. Elke jaar worden er prijzen eruit gereikt aan verpleegkundigen die daarmee worden beloond voor hun innovatieve houding. Een voorbeeld hiervan is de 'Mooi mens verkiezing'. In 2012 heeft de polikliniek bijwerkingen de 'mooi mens verkiezing' gewonnen. In een televisieprogramma is deze prijs uitgereikt. Naast een geld bedrag wordt de publiciteit die ermee gepaard ook gezien als een prijs voor het beroep van de verpleegkundig specialisten. Zij zien het als erkenning voor hun beroep dat hun positie kan versterken. Volgens Abbott (1985) zijn dit geschikte activiteiten om de claim van publieke jurisdictie te vergroten. De verpleegkundig specialist die de palliatieve unit heeft opgezet geeft aan graag bekendheid te willen voor haar project en als er een mogelijkheid is voor publiciteit grijpt zij deze aan. Ze geeft aan dat ze het belangrijk vindt dat haar project bekendheid krijgt, zodat zoveel mogelijk patiënten terecht kunnen komen bij dit project omdat dit uniek is in zijn soort. De verpleegkundig specialist leidt dan ook het gehele project. Zij heeft de hele unit ingericht aan de hand van vergelijkend onderzoek bij andere hospita's, werft en traint vrijwilligers en schrijft informatiefolders. *"En doe ik, als er één nodig is, de training voor de vrijwilligers. Plus dat ik de PR voor de unit doe en dat is heel divers. Want dat is op dit moment het aanschrijven van huisartsen, of langs huisartsenposten gaan en folders uitdelen. Tot bellen van transferverpleegkundige (VS 3)."* Doordat zij deze bekendheid heeft verworven is zij gevraagd om een college te geven over haar expertise op een congres. Trots zegt zij daarover: *"Zo heb ik in mei staan dat ik naar Canada ga voor een congres. Om daar wat over de sterfbegeleiding in de psychiatrie te vertellen. Dus dat zit veel meer in de rol als deskundigheid, bevordering dat je doet en een stukje innovatie is dat natuurlijk (VS 3)."* Jezelf profileren en neerzetten in de verschillende rollen die behoren van bij het profiel van de verpleegkundig specialist wordt als zeer belangrijk ervaren. Dat komt overeen met wat Abbott (1988) schrijft over het belang van profileren en publicatie zoeken. Individuele professionals worden aangestuurd om zichzelf op een representatieve manier neer te zetten en publiciteit te zoeken bij belangrijke ontwikkelingen en behaalde resultaten om een goed imago neer te kunnen zetten.

Doordat de verpleegkundig specialisten allen hun eigen expertise hebben ontwikkeld kunnen zij zich onderscheiden van elkaar en onderscheiden van medische specialisten. Deze onderscheiding is volgens Abbott een claim van jurisdictie. Deze claim hoeft niet per definitie strijd op te leveren. Deze jurisdictie hebben zij immers verworven zonder een ander domein te raken. Ze hebben een nieuwe domein gecreëerd met eigen taken, eigen werk en eigen kennis. De claim van jurisdictie is niet behaald door een strijd om taken van medische professionals over te nemen, maar door de strijd om hun eigen beroepsdomein te vergroten en te versterken door het doen van andere taken dan de medisch specialist. Door de uitbreiding van hun beroepsdomein verkrijgen de verpleegkundig specialisten macht en

status. Door deze verkregen macht en status door het hebben van een eigen expertise vergoot de verpleegkundig specialist haar autonomie en daarmee haar jurisdictie.

4.6.3 Beroepsvereniging

De laatste paragraaf van het thema positioneren gaat in op het hebben van een eigen beroepsvereniging. Naast invloed uitoefenen op hun opleiding en het ontwikkelen van eigen expertise is het hebben een van beroepsvereniging volgens Abbott (1988) van groot belang als het gaat om de claim van publieke jurisdictie.

Beroepsverenigingen spelen volgens de theorie een cruciale rol in de professionalisering van elke beroepsgroep en is het hebben van een eigen beroepsvereniging één van de kenmerken op grond waarvan een beroep zich een professie mag noemen. Door het hebben van een grote actieve beroepsvereniging waar de verpleegkundig specialisten lid van zijn, hebben zij de status verworven van een professie. Dit wordt in de literatuur autonome professionaliteit genoemd omdat de controle bij de professie ligt. Door deze controle wordt hun jurisdictie vergroot. Zij komen op voor de belangen van de beroepsgroepen in relaties met bijvoorbeeld overheden en werkgeversorganisaties en spelen in op specifieke verlangens van de leden. Lange tijd kenden de beroepsgroepen verpleegkundigen en verzorgenden een eigen vereniging. In 2006 zijn de belangrijkste verenigingen een samenwerking aangegaan in de vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Sindsdien is er veel energie besteed aan het realiseren van taakherschikking en de intrede van de verpleegkundig specialist in de zorg (V&V2020 2008). Door teksten en onderzoeken te publiceren met betrekking tot de verpleegkundig specialist hebben ze de mogelijkheid om een imago te creëren en sympathie van het publiek te winnen.

De verpleegkundig specialisten zijn zeer actief voor hun beroepsgroep. Zij zijn allen lid van de vakgroep en beroepsvereniging. Volgens een verpleegkundig specialist is het lid zijn van een vakgroep een manier om inspraak te hebben in beslissingen en op de hoogte te zijn van vraagstukken: *“Ik ben al langere tijd voorzitter van de vakgroep verpleegkundigen binnen de instelling, dus dat geeft ook wel weer een bepaalde positie en zet ik mij neer. Sowieso. En ik was altijd ehm... betrokken bij de landelijk beroepsorganisatie, in het bestuur. Maar dat is net van de vereniging waarvan we een andere koers in gaan varen. Dat heb ik ook heel lang gedaan. Dus op het moment is dat even wat minder, maar ik weet er wel de wegen voor. Want dat heb ik ook meer in m'n vorige baan gedaan. Daar zat ik ook in landelijke vakgroepen voor het ontwikkelen van richtlijnen en landelijke projectgroepen op het gebied van prestatie indicatoren (VS 3).”*

Ook wordt de beroepsvereniging gebruikt om samen sterk te staan als het gaat om wetsontwikkelingen. Een actieve beroepsvereniging kan volgens Abbott (1988) ingezet worden in de publieke arena om invloed te krijgen op de publieke opinie. Door middel van de publieke opinie verkrijgen de professies de macht die het mogelijk maakt om ook die wettelijke bescherming te claimen. De verpleegkundig specialisten geven aan blij te zijn met de ontwikkelingen rondom de wet. Taken die zij al eerder wilden en konden uitvoeren, maar volgens de wet niet mochten, gaf een beperking in hun mogelijkheden tot ontwikkelen en profileren. Dat hun functie en takenpakket nu ook wettelijke herkent wordt betekent dat zij sterker staan als groep en erkenning krijgen voor hun kennis en kunde: *“Met mijn erkenning als verpleegkundig specialist is volgens artikel 14 wet BIG is mijn werk als hoofdbehandelaar nu ook juridisch gezien ‘legaal (VS 1)”,* zegt de verpleegkundig specialist met een gebalde vuist. Helemaal tevreden met de nieuwe wetgeving zijn de verpleegkundig specialisten nog

niet en laten het daar dan ook niet bij zitten. Een van de verpleegkundig specialisten geeft voor het onderzoek met toestemming van de contacten inzicht in haar email correspondentie met de vicevoorzitter van V&VN Dr. Ben Lijten. In deze mail licht hij de verpleegkundig specialisten in over de nieuwe ontwikkelingen rondom het hoofdbehandelaarschap. De ontwikkelingen zijn ongunstig voor de verpleegkundig specialisten en daarom roept hij de verpleegkundig specialisten op om hier tegen te strijden en op te komen voor hun beroep:

“Het is dan ook van belang om voor 30-05-2013 een aantal argumenten op papier te zetten waarom de VS GGZ ook de rol van hoofdbehandelaar in de gespecialiseerde GGZ kan invullen, naast de al eerder genoemde disciplines. Daarbij moet vooral aandacht gegeven worden aan de meerwaarde van de VS GGZ en waar de functie een aanvulling kan zijn op de al aanwezige expertise van psychiater en klinisch psycholoog. De bal ligt nu bij de VS GGZ om te laten zien wat haar meerwaarde is binnen de basis en gespecialiseerde GGZ. Als je denkt argumenten te hebben die deze meerwaarde aangeven, laat deze dan achter op onze website.(Dr Lijten vice voorzitter V&VN)).”

Tijdens het onderzoek hebben de verpleegkundig specialisten zich laten zien als geëmancipeerde groep. Zij streven naar erkenning, acceptatie, ontwikkelingen en zetten zich enorm in om zich te profileren en bekendheid te verwerven. Fysiek is dit ook zichtbaar in het kantoor van de verpleegkundig specialisten. Aan de muren hangen posters over congressen waar zij naar toe gaan om zichzelf te scholen of naar toe gaan om anderen te scholen. Tegen de muur staat een stapel grote kartonnen borden met grote bedragen. Bij navraag blijken dit allerlei prijzen te zijn die zij hebben gewonnen. Deze prijzen winnen is volgens de verpleegkundige specialisten een manier om geld te werven om projecten op te zetten, maar ook een manier om bekendheid te geven aan hun beroep. Abbott (1988) schrijft dat deze vorm van positioneren veel invloed heeft op de maatschappij. De maatschappij is gevoelig voor heroïsche verhalen en heroïsche professionals. Deze acties zorgen voor vergroting van jurisdictie door invloed uit te oefenen op de publieke opinie. Een manier om de maatschappij te bereiken is via de media. Onlangs stond er een groot artikel in het blad Metro dat een groot artikel plaatste op de dag van de verpleging op 12 mei. De grote kop *“wij zijn de spin in het web”* vestigt de aandacht op een artikel dat als doel heeft bekendheid te geven aan de verpleegkundig specialist.

De verpleegkundigen zijn zeer trots op hun beroep. Aan de muren hangt poster met *‘proud to be a nurse’* en Florence Nightingale. Opvallend is dat de verpleegkundig specialist die ook hoofd is van het behandelprogramma gesitueerd is in het oude kantoor van de huisarts die jaren geleden vanuit dit kantoor werkte. Het is een oud kantoor met een groot bureau en een onderzoekskamer. Boven dit bureau hangt haar ‘zusterkruisje’. De plek van de huisarts lijkt letterlijk overgenomen door de verpleegkundig specialist, maar ze laat zien door deze voorwerpen dat ze echt een verpleegkundige is en geen arts. Op de vraag of zij de plek van de huisarts heeft overgenomen zegt zij dat het niet gaat om overnemen: *“Het moet gaan een goede samenwerking om het beste voor de patiënt te zorgen. Het gaat er niet om in andermans domein te komen, maar je eigen domein zo groot en breed mogelijk maken en bekijken. We willen heus geen arts worden, maar voor sommige zaken is de verpleegkundig specialist gewoon beter in te zetten. Er ligt 95% van de zorgvraag in ons domein en we moeten daar zelf dan ook verantwoordelijkheid voor nemen. We moeten dat zelf doen. We moeten ons zo profileren dat wij de dingen gaan en kunnen doen waar we goed in zijn. Maar daarvoor moeten we wel ons mannetje staan en bekendheid geven om je te profileren. Ons domein moet goed ingevuld worden (VS 1).”*

De verpleegkundig specialisten hebben laten zien dat zij zich verantwoordelijk voelen voor het creëren van hun eigen positie. Hun acties en gedragingen dragen bij aan het

winnen van sympathie van de omgeving en bevordert het claimen van publieke jurisdictie.

4.6.4 Samenvatting

Samenvattend is de groep van verpleegkundig specialisten proactief in het versterken van hun positie. Doordat de verpleegkundig specialisten invloed uitoefenen op hun opleiding doordat zij eigen begeleiders hebben en invloed hebben op de opleidingsplaatsen, door de ontwikkeling van eigen expertise en door het hebben van en deelnemen aan de beroepsvereniging oefenen zij invloed uit op de publieke opinie. De beroepsgroep verpleegkundig specialisten vergroten door hun acties en gedragingen met betrekking tot positionering hun jurisdictie. Het claimen van jurisdictie door middel van de publieke opinie is volgens de literatuur de belangrijkste arena voor claims voor professionele jurisdictie.

Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie

5.1 Inleiding en leeswijzer

Aan de hand van de resultaten die verkregen zijn door middel van observaties, interviews en beleidsdocumenten wordt in dit hoofdstuk antwoord gegeven op de hoofdvraag: *Op welke wijze vergroot de verpleegkundig specialist zijn of haar jurisdictie ten opzichte van de traditionele arts binnen de institutionele context?* De resultaten zullen worden geïnterpreteerd en in verband worden gebracht met het theoretisch kader. Daarna volgt een reflectie op de literatuur. Op basis van de resultaten en conclusies zullen vervolgens aanbevelingen worden gegeven. Het hoofdstuk eindigt met de discussie waar in wordt gegaan op de beperkingen van dit onderzoek.

5.2. Conclusie

De verpleegkundig specialist voert taken en handelingen uit die voorheen uitgevoerd werden door de medisch specialist. De invoering van taakherschikking heeft geresulteerd in dynamische grenzen tussen professies, waarbij mogelijkheden zijn ontstaan om veranderingen aan te brengen in de traditionele jurisdictie van de arts (Currie et al 2010). De verpleegkundig specialist heeft bevoegdheden gekregen om taken uit te voeren die al jaren bij de jurisdictie behoorde van de arts (Abbott 1988). Typische taken die toebehoorde aan de arts waren diagnosticeren, beleid bepalen, optreden als hoofdbehandelaar en voorschrijven van medicatie. Deze taken moeten de artsen nu delen en overgeven. Ook verpleegkundig specialisten zijn nu bevoegd volgens de wet om deze taken uit te voeren. Artsen hebben niet meer de exclusiviteit in hun kennis en vaardigheden. Verpleegkundig specialisten voeren medische taken uit en staan daarmee met één voet in het medisch domein.

De belangrijkste claim voor professionele jurisdictie is volgens Abbott (1988) die van de publieke opinie. Het claimen van publieke jurisdictie is een activiteit die erop gericht is om sympathie te winnen van de maatschappij. Tijdschriften, kranten, tv en andere vormen van media spelen volgens Abbott (1988) een cruciale rol bij het creëren van een professioneel imago voor de maatschappij. Uit dit onderzoek is gebleken dat de verpleegkundig specialisten binnen de onderzoeksinstelling veel waarde hechten aan en gebruik maken van het opzoeken van publiciteit om hun positie te versterken. Veel energie wordt gestoken in het opzoeken van de media, het winnen van prijzen om de publiciteit te halen en optreden bij congressen om hun positie te versterken tegenover de maatschappij. De verpleegkundig specialisten binnen de onderzoeksinstelling hebben daarmee hun publieke jurisdictie vergroot.

Het claimen van jurisdictie gaat ook vaak gepaard met spanning (Abbott 1988, Currie et al 2010). De mate van spanning hangt af van de verlangens die de professionals hebben met betrekking tot jurisdictie (Abbott 1988). Uit dit onderzoek blijkt dat er geen spanning is tussen de verpleegkundigen en de verpleegkundig specialisten. De verpleegkundigen hebben de verpleegkundig specialisten volledig geaccepteerd waarbij geen wrijving is geweest. Voor de verpleegkundigen zijn geen gevolgen voor hun werkdomein. Wel bestaat er spanning tussen de beroepsgroep van verpleegkundig specialist en de medisch specialist. Deze strijd uit zich doordat medisch specialisten laten blijken te twijfelen aan de kennis van de verpleegkundig specialist. Zij vinden niet dat iemand met een lager opleidingsniveau op dezelfde stoel kan

zitten. De strijd bestaat vooral aan de kant van de medisch specialist. De verpleegkundig specialisten staan daar anders in. Hun doel is niet domein af pakken van de arts en hun plek in te nemen. De verpleegkundig specialisten willen een samenwerking met de medisch specialisten waar bij zij naast elkaar staan en niet boven elkaar. Dat de verpleegkundig specialist minder behoefte heeft aan strijd om hun jurisdictie te vergroten dan de arts behoefte heeft om zijn jurisdictie te behouden, is te verklaren door hun verlangens. De verpleegkundig specialisten willen niet het alleenrecht hebben, maar willen een samenwerking aangaan waarin zij hun verdiende status krijgen. Volgens de theorie zal de mate van strijd om de claim rondom jurisdictie afhangen van de behoefte aan het hebben van alleenrecht en dominantie (Abbott 1988). Verpleegkundig specialisten hebben, zo blijkt uit dit onderzoek, hier minder behoefte aan dan de medisch specialist.

De consequentie van het feit dat de medisch specialist de uitbreiding van jurisdictie van de verpleegkundig specialist nog niet geheel geaccepteerd heeft, is dat de verpleegkundig specialist (nog) geen eigen autonomie heeft met betrekking tot haar patiëntenpopulatie omdat zij haar werk in samenwerking met de medisch specialist moet doen. Binnen de onderzoeksinstelling zijn afspraken gemaakt tussen de medisch specialist en de verpleegkundig specialist over welke taken zij wel of niet mogen uitvoeren met betrekking tot hun kennis en vaardigheden. Naast dat de verpleegkundig specialist alleen medicatie voor mag schrijven als een arts een verklaring van bekwaamheid heeft afgegeven, is er een afspraak over welke medicatie zij voor mogen schrijven. Er blijft een bepaald gebied waar de arts beslissingsbevoegdheid over wil houden en exclusieve kennis wil behouden. Dus ondanks dat de verpleegkundig specialisten volgens de wet bevoegd zijn, zijn zij niet autonoom in deze handeling. De verpleegkundig specialist heeft meer autonomie dan de verpleegkundige, maar minder autonomie dan de arts. Uit dit onderzoek blijkt dat acceptatie van de medische beroepsgroep een belangrijke rol speelt in de vorming, en in dit geval, belemmering van de jurisdictie van de verpleegkundig specialist.

Als reactie op deze belemmering voor de jurisdictie van de verpleegkundig specialist, richt de verpleegkundig specialist zich op het ontwikkelen van een eigen domein. Abbott (1988) schrijft dat het claimen van jurisdictie een interactief proces is, omdat het claimen van jurisdictie voor de ene professie consequenties heeft voor de andere professie. Echter blijkt uit dit onderzoek dat een beroepsdomein ook vergroot kan worden, zonder het domein van de andere professie te raken. De verpleegkundig specialist kan haar domein uit breiden en haar jurisdictie vergroten, zonder het domein van de medisch specialist te raken. De verpleegkundig specialisten in de onderzoeksinstelling hebben hun eigen expertise ontwikkeld en gebruiken deze expertise voor het opzetten van projecten zoals de poli bijwerkingen, het levensboek en de palliatieve unit. Daarnaast hebben zij zich ontwikkeld als beleidsmedewerker door actief deel te nemen aan verschillende commissies, uitvoeren van beleidstaken en bijwonen van beleidsvergaderingen. Doordat de verpleegkundig specialist zich ontwikkelt als beleidsmedewerker en projectmedewerker en daardoor taken heeft die een medisch specialist niet heeft, claimt zij een nieuw domein. Door het claimen van dit nieuwe domein vergroot de verpleegkundig specialist haar jurisdictie.

De ontwikkeling van het domein van de verpleegkundig specialist die met het ene been in de medische wereld staat en met het andere been in de verpleegkundige wereld, heeft ervoor gezorgd dat cure en care met elkaar integreren. De expertise van de verpleegkundige specialisten is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van de psychiatrische

patiënt. De aandacht gaat verder dan alleen cure, het terrein van de ziekte en de behandeling daarvan. Het verschil in werkwijze of visie van de verpleegkundig specialist en de medisch specialist zorgt voor een bredere zorgverlening waar de aandacht is gericht op 'cure' en 'care'. Taakherschikking zorgt er dus voor dat 'cure' en 'care' in de functie van verpleegkundig specialist samen komt.

Geconcludeerd kan worden dat verpleegkundig specialisten hun jurisdictie vergroten ten opzichte van de traditionele arts door middel van verschillende activiteiten en gedragingen. Door middel van opzoeken van publiciteit en actieve bijdrage aan de beroepsvereniging winnen zij sympathie van de maatschappij en vergroten zij hun publieke jurisdictie. Daarnaast vergroten de verpleegkundig specialisten hun jurisdictie door het ontwikkelen van een eigen beroepsdomein. In plaats van de strijd op te zoeken door het claimen van autonomie voor de uitvoering van medische handelingen, richten zij zich op het ontwikkelen van een nieuw domein met een nieuw takenpakket wat laat zien dat de het beroep van de verpleegkundig specialist uniek is.

5.2.1 Reflectie op de gebruikte literatuur

Om een beeld te vormen over de complexiteit van taakherschikking en de gevolgen die taakherschikking met zich mee brengt voor verschillende professionals is gekozen een theoretisch kader op te stellen vanuit literatuur over professionalisering en institutionalisme. Er is verschillende literatuur beschikbaar over professionalisering. Vele auteurs verwijzen daarentegen naar dezelfde socioloog, Abbott (1988). Zijn werk is voor dit onderzoek ook heel belangrijk geweest en heeft een goed beeld gegeven over het professionaliseringsproces. Het werk van Abbott (1988) heeft inzichtelijk gemaakt dat de invoering van een nieuwe functie een dynamisch proces waarbij er wordt gestreden om professionele jurisdictie. Het werk van Abbott (1988) heeft laten zien dat professionalisering niet alleen gaat om het verkrijgen van bevoegdheden, maar ook om het gebruik maken van deze bevoegdheden en de bewaking van deze bevoegdheden.

Het institutioneel perspectief was van belang om inzicht te krijgen in de invloed van historisch gegroeide structuren. Deze theorie kon in het theoretisch kader niet ontbreken. Het werk van Scott (2008) is als abstract en complex ervaren, maar heeft bijgedragen aan een completer en helder beeld van de moeilijkheden rondom de invoering van taakherschikking. Dit perspectief is gering terug gekomen in het hoofdstuk resultaten. Daarentegen is het zeer nuttig geweest om de complexiteit van het professionaliseringsproces te snappen.

5.2.2 Aanbevelingen

Aan de hand van de resultaten van het onderzoek kunnen een aantal aanbevelingen gedaan worden. Uit onderzoek blijkt dat er ondanks dat de verpleegkundig specialist nu een aantal jaren werkzaam is in haar functie een bepaalde afstand bestaat tussen de medisch specialist en de verpleegkundige specialist. Deze afstand verminderen zal geen gemakkelijk opgave zijn in verband met de verschillen die bestaan tussen de beroepsgroepen vanuit institutioneel perspectief. Voor de acceptatie van de verpleegkundig specialist en mogelijk daardoor een optimale inzet van de verpleegkundig specialist is het nodig er naar te streven deze afstand te verkleinen. Onderstaande aanbevelingen zouden daaraan kunnen bijdragen. Ook wordt er een aanbeveling gedaan voor vervolg onderzoek.

De eerste aanbeveling is bekendheid geven aan de medisch specialisten over de

inhoud van de opleiding. Tijdens interviews met de medisch specialisten bleek dat zij niet op de hoogte waren van de inhoud van de opleiding. Zij waren onbekend met de vakken die werden aangeboden en de wijze waarop het onderwijs werd gegeven. Deze onbekendheid leidt tot onzekerheid over de kennis en vaardigheden van de verpleegkundig specialist waardoor er ook minder vertrouwen is. Door bekendheid te geven over het onderwijscurriculum zal deze onbekendheid verminderen en vertrouwen groeien.

De tweede aanbeveling is duidelijkheid en eenduidigheid creëren in wet- en regelgeving. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat er onduidelijk bestaat over de wet- en regelgeving wat betreft verantwoordelijkheid. Verpleegkundig specialisten zijn bekwaam en bevoegd om de rol van hoofdbehandelaar te vervullen. Doordat er geen duidelijke definitie bestaat in de wet en bij de zorgverzekeraar is het niet altijd mogelijk voor verpleegkundig specialisten deze rol in hun organisatie te vervullen. Een landelijke opgestelde eenduidige definitie door de zorgverzekeraar zal bevorderen dat verpleegkundig specialisten de rol als hoofdbehandelaar binnen hun instelling kunnen uitvoeren. Door een duidelijke definitie in de wet op te nemen die aangeeft dat verpleegkundig specialisten eindverantwoordelijk zijn als zij hoofdbehandelaar zijn zal onzekerheid bij de medisch specialisten weggenomen worden. Zij geven aan moeite te hebben met het uit handen geven van het hoofdbehandelaarschap omdat zij bang zijn bij tuchtzaken toch als eindverantwoordelijk te worden gezien. Duidelijkheid en eenduidigheid over de definitie zal onzekerheid wegnemen.

De derde aanbeveling is overwegen de opleiding van verpleegkundig specialisten op universitair niveau aan te bieden. Uit de onderzoeksresultaten werd zichtbaar dat verpleegkundig specialisten naast hun zorgtaken vele andere taken uitvoeren op het gebied van beleid en onderzoek. Mogelijk dat universitair onderwijs hier beter op aansluit. Daarnaast zou dit mogelijk de cultuur verschillen tussen de medisch specialist en de verpleegkundig specialist verkleinen. In de media zijn discussies gaande waarbij de medisch specialisten aangeven dat een professionals op HBO niveau matig geschikt is om medisch taken over te nemen. Argumenten daarbij bijvoorbeeld de wijze van denken en het hebben van andere normen en waarden. Ook in de interviews kwam dit naar voren. Mogelijk dat de afstand tussen de medisch specialist en de verpleegkundig specialist verkleind wordt door deze aanbeveling.

De vierde aanbeveling is het doen van onderzoek naar de kosteneffectiviteit. Cijfers van de onderzoeksinstelling laten zien dat het aantal verpleegkundigen is gestegen in de afgelopen jaren. Het aantal psychiaters is daarentegen niet gedaald. Een van de doelstellingen van taakherschikking is het proces van zorgverlening doelmatiger te organiseren waardoor de kosten zullen dalen. Mogelijk dat op een andere wijze deze doelstelling wordt behaald, doordat de psychiater nu aan andere taken toe komt of doordat de zorg door de verpleegkundig specialist de kwaliteit van zorg verbetert. Om hier uitspraken over te kunnen doen zal onderzoek nodig zijn over de kosten en baten van taakherschikking.

5.3 Discussie

Ondanks het gebruik van verschillende methoden van dataverzameling kent het onderzoek een aantal beperkingen. Ten eerste is dat de onderzoeker zelf werkzaam is als verpleegkundige in de gezondheidszorg waarbij zij zelf ervaring heeft met taakherschikking. Dit kan als beperking worden gezien doordat daarbij een eigen visie op het onderzochte thema kon bestaan. Om eigen visies en interpretaties uit te schakelen, is voor de observaties en interviews uitgeschreven wat de verwachtingen waren. Op deze wijze kon

achteraf worden vastgesteld in welke mate eigen opvattingen een rol hebben gespeeld. Gesteld kan worden dat deze verwachtingen geen invloed hebben gespeeld aangezien deze niet overeen kwamen. Dat de onderzoeker zelf verpleegkundige is kan ook als voordeel worden gezien. Daardoor zijn kleine details opgevallen die een andere onderzoeker mogelijk niet had gezien.

Ten tweede bestaat de functie van verpleegkundig specialist nog relatief kort waardoor de respondenten nog niet veel ervaring hadden. Bovendien zijn de geïnterviewde en geobserveerde verpleegkundig specialisten minder dan drie jaar werkzaam als verpleegkundig specialist. Dit kan de resultaten beïnvloed hebben en daardoor als een beperking van het onderzoek worden gezien.

Ten derde is er voor dit onderzoek gebruikt gemaakt van een kleine steekproef. De generaliseerbaarheid van het onderzoek voor alle behandelprogramma's binnen de onderzoeksinstelling wordt hierdoor bemoeilijkt. De meningen en gedachten van de respondenten kunnen representatief zijn, maar niet gegeneraliseerd worden. Ook zijn de resultaten van het onderzoek niet te generaliseren naar andere instellingen binnen de geestelijke gezondheidszorg, omdat het onderzoek maar bij één instelling heeft plaats gevonden. Dit kan als beperking worden gezien. Daarentegen is theoretische generaliseerbaarheid wel mogelijk omdat het onderzoek gebaseerd is op wetenschappelijk theorie.

Ten vierde is voor dit onderzoek gebruikt gemaakt van semi- gestructureerde interviews en een topic lijst voor de observaties. Bij herhaling van dit onderzoek zouden deze interviews mogelijk een andere inhoud kunnen hebben en de observaties een andere focus kunnen krijgen. De reproduceerbaarheid van dit onderzoek wordt hierdoor verminderd.

- Abbott, A. 1988. *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Currie, G. R. Finn, G. Martin. 2010. 'Role Transition and the interaction of relational and social identity: New nursing roles in the English NHS'. *Organization Studies* 31:941
- Currie, G. and Suhomlinova, O. (2006). 'The impact of institutional forces upon knowledge sharing in the UK NHS: the triumph of professional power and the inconsistency of policy.' *Public Administration* 84 (1):1-30.
- Dam, van. 2006. *Functiedifferentiatie: zorg dat het werkt. Brochure uitgegeven in opdracht van het landelijk expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)*
- Gezondheidsraad. *Aanbieding signalement: Taakherschikking in de gezondheidszorg*. 11 december 2008. <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/200825.pdf>
- Houten, Van. D. 2006. Professionalisering en arbeidsdeling. *Sociale interventie nr 2*
- Jacobs, G. 2010. Kritische dialoog: *omgaan met onzekerheid in educatieve praktijken*. Lectorale rede opleidingscentrum speciale onderwijszorg.
- Lambregts, J. & Grotendorst A. 2012. V&V2020. *Deel 1: leren van de toekomst*. Utrecht
- Kanters, H. 1999. *Functiedifferentiatie, formatieopbouw en strategische personeelsplanning*. In: J. Pool en J.K. van Dijk (red), *Bouwstenen voor personeelsmanagement in de zorg, deel 1. Arbeidsmarkt, personeelszorg en arbeidsvoorwaarden*. Bohn Stafleu Van Loghum: Houten
- Kater, L. 2002. *Disciplines met dadendrang. Gezondheidsethiek en gezondheidsrecht in het Nederlandse Euthanasie debat*. Uitgeverij Askant: Amsterdam.
- Lockett, A. Currie G Waring J et al. 2011. The role of institutional entrepreneurs in reforming healthcare. *Social science & Medicine* 74: 356-363.
- Meulen, M. van der. 2009. *Achter de schermen: Vakontwikkeling en professionalisering van publieke managers in de zorg en bij de politie*. Eburon Uitgeverij B.V
- Mortelmans, D. 2009. *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco
- Peters, F. G. Koenraadt, H. Schuit. 2007. De arbeidsmarkt van nurse practitioners en physician assistants. KBA-projectnummer 2007.02.
- KNMG, V&VN & NAPA. 2012. *Handreiking implementatie taakherschikking. Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken*.

- Scott, W.R., 2008. *Institutions and organizations*. Third edition. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Scott, W.R., 2008. Lords of the Dance: Professionals as Institutional Agents. *Organization Studies* 29: 219 DOI: 10.1177/0170840607088151
- Staatblad van het koninkrijk der Nederlanden, jaargang 2011, 658
- Stevens, C.J.& Diederiks, J. & Grit, F. 2007. 'Exclusive, idiosyncratic and collective expertise in de the interprofessional arena: the case of optometry and eye care in The Netherlands'. *Sociology of Health & Illness* 29 (4): 481-496.
- Tjora, T. 2000. 'The technological mediation of the nursing-medical boundary'. *Sociology of Health & Illness* 22 (6): 721-741.
- Vulto, M.E., 2010. Kansen en uitdagingen voorverpleegkundig specialisten in de chronische zorg. Invitational conference 10 juni 2010 Verslag
- V&V 2020. 2008. Deel 4: Beroepsprofiel verpleegkundig specialist. <http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=465GGoaJ-c4%3D&tabid=1454>

Links:

- <http://mooimens.izz.nl/>
- <http://napa.artsennet.nl/home.htm>
- <http://www.palliatief.nl/Themas/GeestelijkeGezondheidszorg/tabid/4115/ctl/Details/ArticleID/4597/mid/11209/Symfora-wint-Anna-Reynvaan-prijs.aspx>
- <http://www.verpleegkundigspecialismen.nl/CollegeSpecialismen.aspx>

Bijlagen

Bijlage 1 Topiclijst observatie

Wie is wie	Andere kleding, boordje Gesprekken? Taal? Tot wie verhoud je je? Wat gebeurt er als een PA de zaal inloopt? Wat hoe is de relatie tussen de professionals? Plaats in de zaal?
Wie doet wat	Hoe komt het tot stand? Hoe komt een andere zorgverlener er bij? Hoe houdt iemand zijn verantwoordelijkheid? (voelen)
Specifieke aandacht bepaalde taken (voorbehouden handelingen)	Centrale lijn plaatsen Diagnosticeren van patiënt Transport
Welke verschillen zijn er tussen wie wat mag?	Vertrouwen Twee VS met verschillende taken Tussen twee organisatie
Wie spreekt met wie en hoe?	Patiënt (dagboek met plakplaatjes) Met wie spreek je over privé zaken?
Verschillen in wie met wie werkt per situatie/organisatie	Complexe zorg Verschillen per organisatie
Complexiteit	Wanneer wordt iets complex? Wanneer noemt iets complex? Verandert het ritme van de zorg?
Sfeer	Welke sfeer is zichtbaar en voelbaar
Inzoemen handelingen	Medicatie voorschrijven
Wie doet wat?	Bestaat uit verschillende taken Protocollen raadplegen Benoemen, volgens protocol... Verschillen in wie protocol raadpleegt?
Vooraf	Hoe worden de taken verdeeld? Is er overleg? Hoe worden taken overgedragen? Ontstaat er discussie over wie wat doet?
Achteraf	Controle door wie Bespreking van hetgeen gebeurt Roddels Verantwoording aan wie over wat ? Hoe precies?
Nieuwe handelingen	Omgaan met onzekerheid iets uitvoeren dat je nog niet eerder hebt gedaan
Vertrouwen observeren	Overleg plegen Houding (dicht bij elkaar staan) Opmerkingen die je maakt De manier van communiceren Controle/verantwoording Voelen wie bij de groep hoort Wie eet met wie? Wie ontmoet elkaar op de gang?
Ontmoetingsplaatsen/onderling overleg	Kleedruimte Overdracht Koffie/eten Vergaderingen Balie

	Informeel overleg
Complexiteit	Overdragen van taken (signaal om op te letten) Frequentie van handelingen? Toename van overleg? Stiller worden Samen gaan doen: kijk even mee, overleggen wat je gaat doen vooraf. Tempo verschillen Blijven mensen praten ?

Bijlage 2 Topic lijst interviews

Topiclijst interview (10 onderwerpen)

Algemene introductie:

- Voorstellen: onderzoeker vanuit Erasmus Universiteit
- Doel onderzoek: het evalueren van de VS
- Toestemming vragen om interview op te nemen

Aan de arts:

- Wat is uw achtergrond en ervaring (incl wel/niet in opleiding)?
- Hoe zien uw dagelijkse werkzaamheden eruit?
 - Kunt u beschrijven hoe uw laatste werkdag uitzag?
 - Was dit een gewone dag?
- Wat is uw ervaring met het werken met een VS?
 - Nee..
- *Wat is in uw ogen de voordelen van de VS voor:*
 - *de patiënt;*
 - *de instelling;*
 - *uw werkzaamheden;*
 - *de kosten van de zorg.*

Kunt u een voorbeeld geven?
- *Wat is in uw ogen de eventuele nadelen van de VS voor:*
 - *de patiënt;*
 - *de instelling*
 - *uw werkzaamheden;*
 - *de kosten van de zorg.*

Kunt u een voorbeeld geven?
- Verschillende manieren ...Hoe zou u uw werkrelatie met de VS typeren?
 - Hiërarchisch
 - Team
 - Alternatief
- Hoe worden patiënten/taken verdeeld tussen u en de VS?
 - Overleg, doorvragen wanneer en waarover
 - 1 keer per dag, supervisie
 - verwijzen, terug bellen..
 - Verdeling van patiënten
 - Verdeling van taken.
 - Verdeling verantwoordelijkheid
- Zou u een aantal taken kunnen benoemen die u voorheen zelf uitvoerde, maar die nu door een VS uitgevoerd worden?
- Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin de VS de patiënt had moeten overdragen?
 - Wat was de reden?
 - Hoe heeft u in deze situatie gereageerd?

- Wat heeft dit gedaan met u vertrouwen? Is vertrouwen weer hersteld en hoe?
- Heeft de VS de complexiteit van de zorg goed kunnen inschatten?
- Kunt u begrijpen waarom de VS niet overdroeg?..
- Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin de VS zorg naar uw mening op het geschikte moment overdroeg? Om welke soort zorg ging het? Routine/complex?

Aan de patiënt:

- Weet u of uw te maken heeft met een VS?
- Merkt u verschil tussen de zorg door een VS en een VPK?
- Merkt u verschil tussen de zorg door een VS en een arts?
- Wat vindt u prettig als u door een VS behandeld wordt? voor uw de meerwaarde van een VS?

Aan de VS:

- Wat is uw achtergrond en ervaring (incl wel/niet in opleiding)?
- Hoe zien uw dagelijkse werkzaamheden eruit?
 - Kunt u beschrijven hoe uw dag er gisteren uitzag?
 - Was dit een gewone dag?
- Wat is in uw ogen de voordelen van de VS voor:
 - de patiënt;
 - het ziekenhuis;
 - uw werkzaamheden;
 - de kosten van de zorg.
- Wat zijn in uw ogen de eventuele nadelen van de inzet van de VS voor:
 - de patiënt;
 - het ziekenhuis;
 - uw werkzaamheden;
 - de kosten van de zorg.
- Hoe zou u uw werkrelatie van artsen/VPK typeren
 - Hiërarchisch
 - Team
 - Alternatief
- Hoe organiseert u de patiënten/taakverdeling tussen uw en de arts/VPK?
 - Overleg, doorvragen wanneer en waarover
 - Op basis van richtlijnen
 - Verdeling van patiënten
 - Verdeling van taken.
 - Wijze van verantwoording
- Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin je een patiënt eigenlijk had moeten overdragen aan een arts en dit niet hebt gedaan?
 - Wat was de reden van deze beslissing?
 - Wat was de reactie van de arts in deze situatie?
 - Is er een verschil in overdracht, bijvoorbeeld spoed of algemeen?
 - Hoe heeft deze overdracht terug de relatie met de arts beïnvloedt?
 -
- Zou u een aantal taken kunnen benoemen die voorheen de arts/VPK uitvoerde, maar die nu door een VS uitgevoerd worden?
 - Hoe vaak voert u deze handelingen uit? Per week, per maand?
 - Hoe ervaart u dat uw deze taken zelfstandig uitvoert?
- Hoe is de taakverdeling tussen u en de arts de drie jaar veranderd?

- Kunt u in uw organisatie alle handeling zelfstandig uitvoeren waar u bevoegd voor bent?
 - Welke handelingen wel, welke niet?
 - Wat is de reden volgens u?
 - Welke belemmeringen ervaart u bij het zelfstandig uitvoeren van taken?
 - Aan wie en hoe legt u verantwoording af over uw handelen?

Manager

- Kunt u kort beschrijven welk type medewerkers u onder uw hoede heeft?

Was dit een jaar of 3 geleden ook al zo?

- Hoe ervaart u de diversiteit aan medewerkers?
- Stuurt u wel eens bewust op het aantrekken van een bepaald type medewerker (ten aanzien van zijn/haar skills c.q. opleiding)?

Bijlage 3 Brief voor patiënten voor deelname aan observaties

Van Erasmus Universiteit Rotterdam
Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
Postbus 1738
3000 DR Rotterdam

Geachte heer/mevrouw,

De Erasmus universiteit Rotterdam (EUR) voert in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) een onderzoek uit naar de rol van de verpleegkundig specialist in de zorg. Het doel van het onderzoek is om de werkzaamheden van de verpleegkundig specialist in de dagelijkse praktijk te beschrijven. Een verpleegkundig specialist is een verpleegkundige met masteropleiding die individueel en zelfstandig patiënten behandelt.

Voor het onderzoek observeren we verpleegkundig specialisten tijdens hun werk. We vragen uw toestemming om aanwezig te zijn bij een consult en/of een operatie en om aantekeningen te maken over het werk van de verpleegkundig specialist. We maken aantekeningen over onder andere de taken van de verpleegkundig specialist, de duur van hun werkzaamheden en de samenwerking met andere zorgverleners.

Daarnaast voeren we een dossieronderzoek uit. We vragen toestemming om uw dossier in te zien en gegevens over de uitvoering van uw behandeling en de resultaten anoniem op te slaan in een database op de beveiligde server van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

De resultaten van het onderzoek worden verwerkt in een rapport aan de Tweede Kamer. Daarnaast zullen presentaties worden gegeven voor de beroepsvereniging van verpleegkundig specialisten en de Koninklijk Nederlandse Maatschappij voor de Geneeskunde. Het onderzoek duurt twee jaar en wordt eind 2014 afgerond.

We willen uitdrukkelijk vermelden dat indien u afziet van deelname aan het onderzoek dit geen enkele consequenties heeft voor uw behandeling.

Kort samengevat, vragen we u toestemming om:

- aanwezig te zijn tijdens consult en/of operatie en/of de afdeling;
- aantekeningen te maken over het werk van de verpleegkundig specialist;
- uw dossier in te zien;
- geanonimiseerde gegevens uit uw dossier op te slaan in een database;
- de resultaten te publiceren op zodanige wijze dat deze niet terug te leiden zijn naar u.

Het onderzoek zal worden uitgevoerd door (.....). Voor vragen over het onderzoek kunt u contact opnemen met de projectleider (.....).

Indien gewenst sturen we u graag de resultaten van het onderzoek.

Datum:.....

Naam:.....

Handtekening:

Emailadres indien u de resultaten van het onderzoek toegestuurd wilt hebben:

.....

Bijlage 4 Verklaring medisch ethische commissie



Postadres:
METC Isala klinieken
Locatie Sophia
Gebouw B, kamer 1.43
Postbus 10400
8000 GK Zwolle
Bezoekadres:
Dokter Spanjaardweg 29, Zwolle
Gebouw B, kamer 1.43
Tel 038-4243082
E-mail METC@isala.nl
Info www.isala.nl

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg
T.a.v. Mw. I. Wallenburg
Postbus 1738
3000 DR ROTTERDAM

Zwolle, 15 oktober 2012

Kenmerk: 12.10120
Betreft: ontvangst niet WMO studie

Geachte mevrouw Wallenburg,

De Medisch Ethische Toetsingscommissie heeft op 11 oktober 2012 onderstaande studie ontvangen.

Titel onderzoek:	De rol van de physician assistant in de chirurgische zorg.
Acroniem:	Nvt
Specialist/onderzoeker:	Mw. I. Wallenburg, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, postbus 1738, 3000 DR ROTTERDAM

De METC van de Isala klinieken is na bestudering van het protocol tot de conclusie gekomen dat dit een onderzoek betreft dat niet volgens de criteria van de WMO getoetst hoeft te worden, en bestempeld kan worden als niet WMO-plichtig. Daarom zal het onderzoek alleen ter registratie gearchiveerd worden.

De METC heeft de volgende documenten ontvangen.

Document	Versie/datum
Aanbiedingsmail	11-10-2012
Opzet onderzoek	Dagstempel 11-10-2012
Informatiebrief proefpersoon en toestemmingsformulier	Dagstempel 11-10-2012

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd en wens u veel succes met uw studie.

Met vriendelijke groet,
Namens de METC Isala klinieken,

Mw. drs. H. Tebbe,
Ambtelijk secretaris.

c.c: - H. Kuiper

