

HET DOMEIN VAN DE VERPLEEGHUISARTS

Een kwalitatief onderzoek naar de wijze waarop verpleeghuisartsen zich positioneren ten opzichte van huisartsen op de extramurale markt.



Master Zorgmanagement
Beleid en Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam

Afstudeerbegeleider: Dr. G.R.M. Scholten
Meelezer: Drs. J.H.D. van Wijngaarden

Elly Bouman
115071

Juni 2006

VOORWOORD

Aangezien het voorwoord (en wellicht de samenvatting) voor velen het enige zal zijn dat van deze scriptie wordt gelezen, zal ik hier een paar woorden aan wijden.

Toen ik drie jaar geleden begon met de studie filosofie leek het me nuttig wat vakken bij de faculteit gezondheidswetenschappen te volgen. In mijn werk in het verpleeghuis werd ik regelmatig geconfronteerd met zaken die in mijn opleiding geneeskunde niet aan bod waren gekomen, zoals perikelen binnen de organisatie en specifieke wetgeving. Filosofie en gezondheidswetenschappen bleken een mooie combinatie: daar waar filosofie regelmatig abstract en soms zelfs zweverig werd, bleef ik door gezondheidswetenschappen met beide benen op de grond.

Het aantal gevolgde vakken is wat uit de hand gelopen en met deze scriptie rond ik de Master Zorgmanagement af. Het onderwerp, de beroepsgroep van verpleeghuisartsen, staat door mijn werk dicht bij me en heeft mij van begin tot (bijna) het eind geboeid.

Een aantal mensen wil ik bedanken voor hun bijdrage aan dit onderzoek. Ten eerste Gerard Scholten, de afstudeerbegeleider van onze scriptiegroep. Toen het onderwerp van de groep de richting van de ziekenhuissector op leek te gaan, werd ik in staat gesteld een eigen weg in te slaan en me op de ouderenzorg te richten. Ik ben hier blij om, het heeft het doen van een onderzoek veraangenaamd. Mijn medestudenten in de scriptiegroep zijn een mentale steun gebleken: Ad, Mirjam en Wendy bedankt.

Rika Moltmaker wil ik bedanken voor de hulp tijdens de brainstormfase toen ik nog stuurloos ronddobberde. Alle geïnterviewden 'in het veld' voor hun medewerking en de tijd die is vrijgemaakt. Jos Schols, Jan Vermeijden en Herman Cools voor het kritisch doornemen van een conceptversie van deze scriptie.

Mijn broer Wim wil ik bedanken voor de hulp bij de vertaling van de samenvatting in het laatste (tropische) weekend voor de deadline.

En iedereen die mij een beetje kent, weet dat ik de meeste dank verschuldigd ben aan Hanneke.

Elly Bouman

Juni 2006

SAMENVATTING

Dit onderzoek heeft als onderwerp de beroepsgroep van verpleeghuisartsen. Ontwikkelingen binnen de ouderenzorg hebben ervoor gezorgd dat verpleeghuisartsen zich meer op de extramurale markt zijn gaan richten. Verbleef de doelgroep van oorsprong binnen de muren van het verpleeghuis, nu verbreedt de beroepsgroep haar domein naar alle chronisch zieken en ouderen met een complexe zorgvraag, ongeacht hun verblijfsplaats. Met het verbreden van de doelgroep naar de extramurale patiënten in het verzorgingshuis en de thuissituatie begeeft de verpleeghuisarts zich nadrukkelijk op het terrein van de huisarts.

De beroepsgroep van verpleeghuisartsen is hiermee in ontwikkeling en het doel van dit onderzoek is inzicht in dit professionaliseringsproces, met name in de domeinafstemming met de huisartsen. De probleemstelling van het onderzoek luidt:

Op welke manier positioneert de beroepsgroep van verpleeghuisartsen zich ten opzichte van huisartsen op de extramurale markt?

De beroepsgroep wordt hierbij onderverdeeld in drie actoren: de vereniging, de opleiding en de individuele verpleeghuisartsen. Om de probleemstelling te beantwoorden is een kwalitatief onderzoek verricht in de vorm van een case study. De data zijn verzameld met behulp van documenten en interviews.

Het domein van de verpleeghuisarts wordt in het takenpakket omschreven. Volgens de beroepsvereniging vraagt complexe zorg, ongeacht de verblijfsplaats van de patiënt, om de integrale benadering van de verpleeghuisarts. In het onderzoek is gekeken in hoeverre er erkenning voor het extramurale domein is bij relevante externe partijen. De Landelijke Huisartsen Vereniging erkent het extramurale domein van de verpleeghuisarts. Maar landelijke erkenning wil niet betekenen dat het op lokaal niveau vorm krijgt. De individuele huisarts heeft een (financieel) belang bij het in eigen hand houden van de zorg aan ouderen. De overheid erkent het domein in naam, maar regelt de randvoorwaarden onvoldoende. Dit past in het beleid van de terugtrekkende overheid. In de samenleving is de verpleeghuisarts de grote onbekende. De verpleeghuisartsen zullen zich nadrukkelijker moeten profileren als belangrijke speler op het gebied van de extramurale ouderenzorg. Individuele verpleeghuisartsen moeten inspelen op de mogelijkheden op lokaal niveau en tegenover de huisartsen bewijzen dat ze complementair werken. Of de verpleeghuisartsen zich zullen positioneren op de medische as tussen de huisarts en de klinisch geriater zal voor een groot deel afhangen van de verpleeghuisartsen zelf. De nieuwe opleiding tot verpleeghuisarts met een duidelijke oriëntatie naar extramuraal kan hier een belangrijke rol in spelen.

SUMMARY

Subject of this study is the professional group of nursing home physicians. Developments within the elderly healthcare have resulted in physicians focusing more on the extramural market. The initial target group was located within the nursing homes themselves, but currently the professional group is extending its domain towards all chronic patients and elderly with complex needs for care, regardless of their residence. By extending the target group towards extramural patients in the rest homes and in home situations, the nursing home physician are entering the domain of the general practitioners emphatically. As effect, the professional group of nursing home physicians is in development and the goal of this study is to gain insight into this process, and in particular into the tuning of the domains with the general practitioners. The problem definition of this study is stated as:

In which way does the professional group of nursing home physicians position itself on the extramural market with regard to the general practitioners?

The professional group will be subdivided into three actors: the association, the education and the individual physicians. In order to answer the problem definition a qualitative study has been conducted by means of a case study. Data have been gathered by using documents and interviews.

The domain of the nursing home physician has been described in the package of tasks. According to the professional association, the complex needs for care requires an integral approach of the nursing home physician, regardless the residence of the patient. This study examined to wherent extent acknowledgement exists for the extramural domain from the relevant external parties. The National Association of General Practitioners acknowledges the extramural domain of the nursing home physician. However, acknowledgement on national level doesn't imply this is given shape on local level. The individual general practitioner has a financial interest in keeping control on the care for elderly. The government acknowledges the domain, but doesn't arrange the boundary conditions sufficiently. This fits with the policy of a retracting government. Within the society, the nursing home physician is largely unknown. The nursing home physicians need to present themselves more emphatically as a major player in the area of extramural care of elderly. Individual nursing home physicians need to anticipate on the possibilities on local level, and they need to prove towards the general practitioners that their work is complementary. The question whether the nursing home physicians will position themselves on the medical axis between general practitioners and clinic geriatrician will largely depend on the nursing home physicians

themselves. The new education for nursing home physicians, that is having a clear orientation towards extramural care, can play an important role in this topic.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord		2
Samenvatting		3
Summery		4
Hoofdstuk 1	Inleiding	8
1.1	Achtergrond	8
1.2	Probleemschets	9
1.3	Doelstelling en probleemstelling van het onderzoek	9
1.4	Opbouw hoofdstukken	10
Hoofdstuk 2	Context	12
2.1	Verpleeghuisgeneeskunde	12
2.2	De beroepsvereniging	13
2.3	Relevante wetgeving	14
Hoofdstuk 3	Theoretisch kader	16
3.1	Professie en professionaliseren	16
3.1.1	De medische professie	16
3.1.2	Professionaliseren: theoretische benaderingen	18
3.1.3	De machtsbenadering	20
3.1.4	De systeembenadering	22
3.2	Verpleeghuisartsen versus huisartsen	24
3.2.1	Verpleeghuisgeneeskunde als professie	24
3.2.2	Vergelijking vakgebieden	26
3.2.3	Contacten en samenwerking	28
3.3	Twee perspectieven	30
Hoofdstuk 4	Methode	31
4.1	Kwalitatief onderzoek	31
4.2	Dataverzameling	31
4.2.1	Documenten	31
4.2.2	Interviews	33

4.3	Betrouwbaarheid en validiteit	33
Hoofdstuk 5	Resultaten: de beroepsvereniging	35
5.1	Het takenpakket	35
5.2	De LHV	37
5.3	Overheid en samenleving	39
Hoofdstuk 6	Resultaten: de opleiding	42
6.1	Veranderingen in de opleiding	42
6.2	Succes- en faalfactoren extramuralisering	43
6.3	Toekomst verpleeghuisgeneeskunde	44
Hoofdstuk 7	Resultaten: de verpleeghuisartsen	46
7.1	Extramuraal werken	46
7.2	Samenwerking met huisartsen	48
7.3	Profileren	50
7.4	Het rolmodel	52
Hoofdstuk 8	Discussie	54
8.1	De beroepsvereniging	54
8.2	De opleiding	56
8.3	De verpleeghuisartsen	57
Hoofdstuk 9	Conclusie en aanbevelingen	58
9.1	Conclusie	58
9.2	Aanbevelingen	60
Literatuurlijst		61
Bijlage: Topiclijst		63

1 INLEIDING

Dit onderzoek heeft als onderwerp de beroepsgroep van verpleeghuisartsen. In dit inleidende hoofdstuk worden eerst de ontwikkelingen binnen de ouderenzorg geschetst en de gevolgen voor de verpleeghuiszorg. Deze ontwikkelingen hebben er voor gezorgd dat de beroepsgroep van verpleeghuisartsen zich meer op de extramurale markt is gaan richten. In de tweede paragraaf wordt deze strategie geproblematiseerd. De doelstelling en vraagstelling van het onderzoek komen aan bod in de derde paragraaf. Tot slot wordt de opbouw van de hoofdstukken beschreven.

1.1 Achtergrond

De ouderenzorg is volop in beweging. Diverse ontwikkelingen in de omgeving spelen hierbij een rol (Nuijens & Schoof 2005: 65-67). Op demografisch gebied is er sprake van een dubbele vergrijzing. Het aantal ouderen neemt de komende jaren sterk toe. Deze ontwikkeling heeft gevolgen voor de epidemiologie. Met het ouder worden neemt de kans op een chronische aandoening toe. Chronische ziekten die in de toekomst vaker zullen voorkomen zijn onder andere diabetes, dementie, hart- en vaatziekten en COPD. Bij chronische ziekten is geen volledige genezing mogelijk. De behandeling en zorg is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven. Een sociaal-culturele ontwikkeling is het kritischer en assertiever worden van mensen. Ouderen willen langer thuis blijven wonen, ook als ze lichamelijk of psychisch minder gaan functioneren. Technologische ontwikkelingen op het gebied van medische zorg maken extramuralisatie en transmuralisatie mogelijk. Patiënten kunnen in de toekomst vaker in de thuissituatie behandeld worden. Op politiek niveau vindt de modernisering AWBZ plaats. De AWBZ wordt gemoderniseerd, omdat het huidige aanbodgerichte zorgsysteem onvoldoende tegemoet komt aan de behoeften van de zorgvrager. De modernisering van de AWBZ heeft ingrijpende consequenties voor de organisatie en financiering van de dienstverlening in de ouderenzorg.

Al deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de verpleeghuiszorg. De huidige verpleeghuizen worden straks exclusief bestemd voor zwaar gedragsgestoorde dementen, voor ouderen die intensieve en complexe verpleging nodig hebben en voor ouderen die kortdurend voor revalidatie worden opgenomen (Schols 2000: 66). Andere langdurig, maar minder intensief zorgbehoevende ouderen zullen steeds vaker worden opgenomen in het verzorgingshuis of thuis blijven wonen.

1.2 Probleemschets

Deze veranderingen in de omgeving en de gevolgen voor de verpleeghuiszorg hebben de beroepsgroep van verpleeghuisartsen ertoe gebracht haar strategie te wijzigen. De Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA) is in het nieuwe takenpakket gekomen tot het herdefiniëren van haar domein. De beroepsgroep verbreedt haar domein naar alle chronisch zieken en ouderen met een complexe zorgvraag ongeacht hun verblijfsplaats. Van oorsprong verbleef de patiënt van de verpleeghuisarts in het verpleeghuis, in principe kan de patiënt nu ook thuis, in het verzorgingshuis, het ziekenhuis, een hospice of een psychiatrisch instelling verblijven (Hoek et al. 2006). Niet de verblijfslocatie, maar de zorgvraag van de patiënt is volgens de beroepsvereniging bepalend voor het inschakelen van de verpleeghuisarts.

Het specialisme verpleeghuisgeneeskunde is met deze verbreding van de doelgroep een beroepsgroep in ontwikkeling. De uitbreiding van de activiteiten kan echter ten koste gaan van andere specialismen die zich tegen dit expansionisme zullen beschermen (Robben 2002: 94). Met het verbreden van de doelgroep naar de extramurale patiënten in het verzorgingshuis en de thuissituatie begeeft de verpleeghuisarts zich nadrukkelijk op het terrein van de huisarts. Deze strategie roept discussies op over de domeinafstemming tussen verpleeghuisartsen en huisartsen.

Het beroepsdomein wordt door Robben (2002: 67) beschreven als de exclusieve kennis en specialistische deskundigheid die een vakgebied onderscheidt van andere vakgebieden. Het domein kan worden afgeleid uit het beroepsprofiel en het takenpakket door te letten op de manier waarop de doelgroep en de werkwijze worden beschreven. Het beroepsprofiel en het takenpakket zijn een uitdrukking van de opvatting van de beroepsgroep. De beroepsgroep zal erkenning moeten krijgen voor deze opvatting bij relevante externe partijen. Voor de verpleeghuisartsen gelden in dit geval als relevante partijen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de overheid en de samenleving. Daarnaast zijn de opleidingsinstituten een belangrijke actor bij het versterken van de extramurale positie van de verpleeghuisarts. De opleiding vormt immers de verpleeghuisarts van de toekomst. Maar de uiteindelijke veranderingen vinden plaats op de werkvloer en zullen gestalte moeten krijgen in het werk van de verpleeghuisartsen.

1.3 Doelstelling en probleemstelling

De beroepsgroep van verpleeghuisartsen is volop in ontwikkeling. De doelstelling van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in dit professionaliseringsproces, met name in de wijze waarop verpleeghuisartsen zich positioneren op de extramurale markt ten opzichte van

de huisartsen. Er worden hierbij drie actoren onderscheiden: de beroepsvereniging, de opleiding en de individuele verpleeghuisartsen. Bij de beroepsvereniging draait het om de vraag hoe het extramurale domein wordt toegeëigend en of erkenning wordt verkregen voor dit domein bij relevante externe partijen. Bij de opleiding is het doel zicht te krijgen op de veranderingen die noodzakelijk zijn in de opleiding om de verpleeghuisarts van de toekomst klaar te stomen voor de verbrede doelgroep. Tot slot draait het bij de derde actor om de vraag hoe de ontwikkelingen vorm krijgen in het werk van de verpleeghuisartsen op de werkvloer. De probleemstelling van het onderzoek luidt als volgt:

Op welke manier positioneert de beroepsgroep van verpleeghuisartsen zich ten opzichte van huisartsen op de extramurale markt?

De volgende deelvragen zullen leidraad zijn bij het beantwoorden van de probleemstelling:

Deelvragen met betrekking tot de beroepsvereniging:

- Op welke manier eigent de beroepsvereniging zich een nieuw domein toe?
- Wordt erkenning voor dit domein verkregen bij relevante externe partijen (LHV, overheid en samenleving)?

Deelvraag met betrekking tot de opleiding:

- Welke veranderingen zijn nodig in de opleiding tot verpleeghuisarts om deze gereed te maken voor het extramurale werk?

Deelvragen met betrekking tot de individuele verpleeghuisartsen:

- Hoe ervaart de verpleeghuisarts het extramuraal werken?
- Op welke manier vindt samenwerking met de huisartsen plaats?
- Hoe profileert de verpleeghuisarts zich in de eerste lijn?

1.4 Opbouw van de scriptie

Na dit inleidend hoofdstuk wordt in het tweede hoofdstuk de context van het onderwerp geschetst. In het derde hoofdstuk wordt een theoretische basis gelegd. Dit theoretisch kader bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt het begrip professie uitgewerkt en worden de verschillende theorieën over professionalisering besproken. Het tweede deel spitst zich toe op twee professies: de huisarts en de verpleeghuisarts. In het vierde hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode uitgewerkt. De resultaten worden weergegeven in hoofdstuk vijf tot en met zeven. Deze hoofdstukken behandelen achtereenvolgend de resultaten met betrekking

tot de beroepsvereniging, de opleiding en de individuele verpleeghuisartsen. In hoofdstuk acht vindt de analyse plaats en worden de resultaten van het onderzoek gespiegeld aan de theorie. In het laatste hoofdstuk wordt een antwoord op de probleemstelling gegeven en volgen aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

2 CONTEXT

In dit hoofdstuk wordt de context van het onderzoek geschetst. Eerst wordt ingegaan op de geschiedenis van de verpleeghuisgeneeskunde met specifieke aandacht voor de extramurale activiteiten. Vervolgens komt het ontstaan en de ontwikkeling van de beroepsvereniging van verpleeghuisartsen aan bod. Tot slot wordt de relevante wetgeving besproken.

2.1 Verpleeghuisgeneeskunde

De wortels van de verpleeghuisgeneeskunde liggen in de wereld van de zorg. Na de Tweede Wereldoorlog ontwikkelden ziekenhuizen tot specialistische centra voor diagnose en therapie gericht op kortdurend verblijf (Nuijens & Schoof 2005: 58). Voor chronische zorg aan ouderen was weinig aandacht. Verpleeghuizen namen deze zorg op zich. Een verpleeghuis werd in de jaren zestig gedefinieerd als 'een inrichting, waar patiënten kunnen worden behandeld en verpleegd, die thuis niet of niet langer adequaat kunnen worden verpleegd of behandeld en voor wie ziekenhuisopname niet (meer) aangewezen is, daar een dagelijkse specialistische behandeling in een ziekenhuis met zijn uitgebreide outillage voor hen niet (meer) nodig is' (ibid.: 58). Sinds de invoering van de AWBZ in 1968 is het aantal verpleeghuizen snel toegenomen. Naast de somatische verpleeghuizen kwamen nu ook de psychogeriatrische verpleeghuizen tot ontwikkeling. In de jaren tachtig profileerde het verpleeghuis zich met CSLM zorg (continue, systematische, veelal langdurige en multidisciplinaire zorgverlening). De individuele zorgplannen werden het handelsmerk van het verpleeghuis (ibid.: 60). De huidige verpleeghuiszorg omvat zes functies (Schols 2000: 29): revalidatie en reactivering, langdurige zorg (behandeling, begeleiding, verpleging, verzorging), terminale zorg, observatie en diagnostiek, consultatie en advies, tijdelijke opvang en crisisopvang. Deze functies kunnen intramuraal, semimuraal en extramuraal worden uitgeoefend.

Extramurale ontwikkelingen

De extramurale oriëntatie is niet nieuw binnen verpleeghuizen. Al sinds de jaren zeventig vinden semimurale- en extramurale activiteiten plaats. Deze activiteiten bestaan uit dagbehandeling, consultatie en substitutie.

In 1977 werd dagbehandeling opgenomen in het AWBZ-pakket. Dagbehandeling werd omschreven als verpleging, paramedische en geneeskundige behandeling in een verpleeghuis gedurende (een deel van) de dag met als doel het handhaven van de bezoeker in zijn eigen milieu (Schols 2000: 33). Men hoopte met dit product dat ouderen eerder met

ontslag uit het ziekenhuis zouden kunnen en dat opname in een verpleeghuis uitgesteld kon worden.

In de jaren negentig werd de consultatiefunctie in de AWBZ-verstrekking opgenomen. Huisartsen konden het advies van de verpleeghuisarts inwinnen over een thuiswonende patiënt. Niet lang daarna kwam de ontwikkeling van substitutie verpleeghuiszorg in verzorgingshuizen tot stand. Substitutiezorg kwam tot stand door de capaciteitsproblemen in de verpleeghuissector en werd gezien als de oplossing voor de wachtlijstproblematiek. Substitutiezorg ontlokte veel reacties bij huisartsen. Huisartsen voelden zich overvallen door het plotseling in de eerste lijn gaan werken van de verpleeghuisartsen. Spreeuwenberg, huisarts en in 1991 hoofdredacteur van Medisch Contact schreef in dit tijdschrift dat 'huisartsen alle reden hebben om de ambities van verpleeghuisartsen met argusogen gade te slaan' (Spreeuwenberg 1991).

De extramurale activiteiten gaan gepaard met verschillende rollen voor de verpleeghuisarts. In het verpleeghuis heeft de verpleeghuisarts de rol van hoofdbehandelaar, in de extramurale setting veelal de rol van consulent of medebehandelaar.

2.2 De beroepsvereniging

De Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen is in 1972 opgericht. In de beginjaren heeft de NVVA zich voornamelijk bezig gehouden met de erkenning van het medisch specialisme en het opzetten van de specialistische opleiding. In de discussie rond de erkenning van het specialisme stond destijds de vraag centraal waarin de verpleeghuisgeneeskunde zich van andere vakgebieden onderscheidt (Hertogh 1999). In 1990 werd de verpleeghuisgeneeskunde als beroepsgroep erkend door de KNMG en de overheid. Niet lang daarna startte de opleiding tot verpleeghuisarts. In de jaren negentig stond het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem centraal. De laatste jaren is de beleidsontwikkeling van de grond gekomen. De belangrijkste beleidsterreinen van dit moment zijn 'positionering' en 'kwaliteit van beroepsuitoefening' (Weeder 2004: 8). Onder positionering wordt verstaan het behartigen van de belangen van de beroepsgroep in de gezondheidszorg, in relatie met andere beroepsgroepen, de overheid, de brancheorganisatie en in de zorgorganisaties. Het beleidsterrein kwaliteit van beroepsuitoefening heeft tot doel de verpleeghuisarts voor zijn taken toe te rusten en up to date te houden. Organisatorisch is het hoogste orgaan van de vereniging de ledenvergadering. Deze stelt de kaders voor het beleid formeel vast. De ledenvergadering delegeert de ontwikkeling en uitvoering van het beleid aan het bestuur. Het bestuur wordt door een bureau ondersteund (Weeder 2004: 2).

Het land is opgedeeld in regio's. De regio's hebben een eigen bestuur en houden regelmatig bijeenkomsten waar beleidsthema's en medische onderwerpen aan de orde komen. Tussen vertegenwoordigers van de regio's en de landelijke organisatie vindt overleg plaats.

Fusie met sociale geriatric

Een belangrijke recente ontwikkeling is de fusie tussen de verpleeghuisgeneeskunde en de sociale geriatric. Sinds 1 januari 2006 zijn deze twee vakgebieden samengegaan in één specialisme. De specialismen verpleeghuisgeneeskunde en sociale geriatric zijn in de loop van de tijd naar elkaar toegegroeid. De verpleeghuisarts richt zich van oorsprong op de medische zorg binnen de muren van het verpleeghuis, maar is steeds meer transmuraal en extramuraal gaan werken. De sociaal geriatric, veelal werkzaam op de ambulante afdeling van een GGZ-instelling, kwam aanvankelijk voornamelijk bij zelfstandig wonende ouderen thuis, maar werkt nu ook poliklinisch en intramuraal. In de benadering van de sociaal geriatric staat de wisselwerking tussen de patiënt en zijn sociale omgeving centraal (Luijendijk & Verkaaik 2006). Sociaal geriatricers zijn betrokken bij de diagnostiek, behandeling en begeleiding van ouderen met dementie en gerontopsychiatrische aandoeningen. Het nieuw ontstane specialisme heeft nog geen naam. De beroepsgroep wil graag 'algemeen geriatric' als nieuwe naam, maar de klinisch geriatricers hebben hier bezwaar tegen gemaakt. De onderhandelingen zijn nog gaande. In dit onderzoek zal steeds gesproken worden over verpleeghuisartsen.

2.3 Wetgeving

De ouderenzorg heeft op dit moment met veel veranderingen in de wetgeving te maken. Deze veranderingen hebben gevolgen voor de toekomst van de beroepsgroep van verpleeghuisartsen. In dit onderzoek wordt door de ondervraagden soms verwezen naar specifieke wetgeving. Daarom wordt in deze paragraaf kort in grote lijnen de veranderingen in de wetgeving besproken. Het gaat om de AWBZ, WMO en ZVW.

De AWBZ wordt sinds 2003 gemoderniseerd. Het zorgsysteem was tot die tijd aanbodgericht en de functiegerichte aanspraken moesten daar een verandering in brengen. Er zijn momenteel zeven functies te onderscheiden waarvoor de burgers op grond van de AWBZ verzekerd zijn (CVZ 2003): huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Met de modernisering van de AWBZ kan nu ook verpleeghuiszorg in het verzorgingshuis of de thuissituatie geboden worden. De functie behandeling geeft recht op zorg van de verpleeghuisarts. Omdat de AWBZ in zijn huidige vorm onbetaalbaar is geworden staan verdere koerswijzigingen op het programma. De AWBZ zal waarschijnlijk teruggeschoefd

worden naar haar oorspronkelijke doelstelling: zware zorg voor bijzondere groepen, bijvoorbeeld ouderen met dementie en chronische psychiatrische patiënten. De Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) zal een deel van de AWBZ overhevelen naar de gemeente (Huijsman 2004). Het gaat dan om huishoudelijke hulp, activerende en ondersteunende begeleiding. Hiermee krijgt de gemeente een belangrijke rol op het terrein van zorg, welzijn en dienstverlening aan haar burgers. De WMO is reeds goedgekeurd door de tweede kamer, maar de eerste kamer heeft veel vragen en het valt te betwijfelen of de streefdatum van 1 januari 2007 gehaald gaat worden.

Ook de ZVW zal waarschijnlijk een deel van de AWBZ overnemen. Het gaat dan om herstellzorg na een ziekenhuisopname en zorg gericht op genezing.

Het werk van de verpleeghuisarts wordt op dit moment gefinancierd door de AWBZ, maar zal in de toekomst mogelijk ook gefinancierd kunnen worden uit de ZVW en misschien de WMO.

3 THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk wordt een theoretische basis gelegd. Bij de analyse van de resultaten zal dit theoretische kader als achtergrond fungeren. Dit theoretisch kader bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt het begrip professie uitgewerkt en de verschillende theorieën over professionalisering besproken. Het perspectief van het eerste deel is sociologisch van aard. Het tweede deel spitst zich toe op twee professies: de huisarts en de verpleeghuisarts. De verschillen tussen de beroepsgroepen en de literatuur die bekend is over de samenwerking komen in dit deel aan bod. De literatuur in dit tweede deel is veelal geschreven door medici.

3.1 Professie en professionaliseren

Er is veel literatuur over professie en professionalisering verschenen, zodat een keuze gemaakt moest worden. De eerste paragraaf geeft een inleiding over het begrip professie. Er is in deze paragraaf vooral gebruik gemaakt van Freidson en zijn boek over de medische professie. In de tweede paragraaf komen vier theoretische benaderingen van het professionaliseringsproces aan bod. In de derde en vierde paragraaf worden de twee belangrijkste benaderingen in het kader van dit onderzoek verder uitgewerkt. De derde paragraaf behandelt de machtsbenadering, er is gebruik gemaakt van het promotieonderzoek van van der Krogt. De vierde paragraaf gaat verder in op de systeembenadering van Abbott. Deze auteur besteedt aandacht aan de relatie tussen beroepsgroepen en vormt hiermee een belangrijke afsluiting van het eerste deel van het theoretisch kader.

3.1.1 De medische professie

Freidson (1970) schreef een klassiek geworden boek over de medische professie¹. Hij definieert een professie als een beroep dat een dominante positie in een arbeidsdeling heeft verworven, zodat zij de inhoud van haar werkzaamheden kan bepalen (Freidson 1981: 13).

De opkomst van de geneeskunde

Het medische beroep ziet Freidson als de professie bij uitstek. Hij vergelijkt de huidige positie van de gezondheidszorg met die van staatsgodsdiensten vroeger; de gezondheidszorg bezit het officieel goedgekeurde monopolie over het recht om gezondheid

¹ Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling uit 1981

en ziekte te definiëren en ziekte te behandelen (ibid.: 21). De medische professie heeft deze uitzonderlijke positie in relatief korte tijd verworven.

Freidson schetst in het begin van zijn boek de factoren die ertoe hebben geleid dat de geneeskunde een professie is geworden. Het ontstaan van een universitaire opleiding maakte onderscheid mogelijk tussen academisch gevormde genezers en kwakzalvers en kruidendokters. De academisch geschoolde artsen kregen vervolgens de steun van de staat als de vertegenwoordigers van de medische praktijk. Door de ontwikkeling van de techniek werd een wetenschappelijke basis gelegd voor de geneeskunde. Zo zorgde de ontdekking van bacteriën ervoor dat de oorzaak van veel ziekten bekend werden en dat gezocht kon worden naar een causale behandeling. Op sociologisch gebied ging het ontstaan van beroepsorganisaties gepaard met de ontwikkeling van een stevige positie in de maatschappij. Tot slot leidde een zekere mate van succes (bijvoorbeeld van de antibiotica) ertoe dat een breed publiek vertrouwen in de medische professie kreeg.

Autonomie

Volgens Freidson is autonomie het belangrijkste kenmerk van een professie. De beroepsgroep heeft een maatschappelijke erkenning weten te verwerven voor hun specifieke deskundigheid en ontleent daar een zekere autonomie aan (ibid.: 37). Autonomie kent drie aspecten: de klinische, de politieke en de economische autonomie (Hulst & Schepers 1999: 11-13). De kern van de professionele autonomie ligt in de klinische autonomie. De essentie van de klinische autonomie is de vrijheid van diagnose en therapie. Klinische autonomie betekent ook dat het beroep de toegang tot de beroepsuitoefening regelt en vaststelt welke kennis en vaardigheden hiervoor vereist zijn. En tot slot dat het beroep erop toeziet dat de beroepsuitoefening op competente wijze gebeurt. Politieke autonomie wil zeggen dat artsen het recht hebben om beleidsbeslissingen te nemen als erkende deskundigen in gezondheidsaangelegenheden. Economische autonomie houdt in dat artsen hun honorarium zelf kunnen bepalen. Freidson hecht vooral belang aan klinische autonomie. Deze vorm van autonomie geeft de mogelijkheid ook autonomie te ontwikkelen op de twee andere gebieden. De autonomie wordt volgens Freidson gerechtvaardigd door drie claims (Freidson 1981: 132):

- Er is zo'n uitzonderlijke graad van deskundigheid en kennis nodig voor professioneel werk dat niet-professionals niet in staat zijn dit te evalueren of te reguleren.
- Professionals weten zich verantwoordelijk voor wat ze doen en men kan er op vertrouwen dat zij gewetensvol te werk zullen gaan, ook al worden ze niet gecontroleerd.

- Men kan erop vertrouwen dat de professie zelf de juiste maatregelen zal treffen in die uitzonderlijke gevallen waarin een individu zijn werk niet competent of ethisch juist uitoefent.

Controle

Deze drie claims maken duidelijk dat de samenleving een groot vertrouwen moet hebben in de beroepsbeoefenaren en de zelfcontrole van de beroepsgroep. Freidson toont echter aan dat het aantal formele en informele controlemechanismen minimaal is. De werkplaats is bepalend voor de mate waarin de individuele professional in contact staat met andere collega's. Zo is de huisarts die als solist werkt het minst afhankelijk van collega's en staat volgens Freidson eerder onder invloed van de patiënt. De arts in een academisch ziekenhuis is het meest afhankelijk van collega's en de zichtbaarheid van zijn werk is het grootst. Hoe meer interactie des te meer zal de medicus zich aan medische standaarden houden. Van Oorschot (1995: 16) benadrukt niet de controle door de directe collega's maar juist het belang van de beroepsgroep in deze. Het vertrouwen van de maatschappij kan geschaad worden door ernstig falen van individuele artsen. Dit kan het privilege van autonomie van de hele beroepsgroep aantasten. Daarom zal volgens van Oorschot de beroepsgroep proberen de individuele beroepsbeoefenaren te controleren door bijvoorbeeld toezicht op opleidingen, verplichte bijscholing en protocollering.

3.1.2 Professionaliseren: theoretische benaderingen

Vanuit theoretisch oogpunt kunnen professies op verschillende manieren benaderd worden: de kenmerkenbenadering, de functionele benadering, de machtsbenadering en de systeembenadering (Stevens & Philipsen 2003: 86-93, Schepers & Nievaard 1995: 109-114). Deze benaderingen hebben elk in een andere tijd hun hoogtij gekend en zullen in chronologische volgorde behandeld worden.

Kenmerkenbenadering

De kenmerkenbenadering ziet de professie als een beroep met bijzondere kenmerken. De essentiële kenmerken van een professie zijn (Schepers & Nievaard 1995: 110):

- Beroepsuitoefening gebaseerd op theoretische kennis en een uniforme opleiding en gekenmerkt door gerichtheid op dienstverlening aan het publiek.
- Beroepsgenoten hebben zich aangesloten in een beroepsvereniging, die vooral twee functies heeft:
 - de bevordering van de competentie; de kennis en kunde van de leden.

- het toezicht houden op de handhaving van de integriteit van de leden, dat wil zeggen het zich gedragen volgens de voor alle leden geldende gedragsnormen, neergelegd in een beroepscode.

De kenmerkenbenadering kan inzichtelijk maken hoe een beroep zich tot professie kan ontwikkelen. Schepers & Nievaard (1995: 111) noemen de stadia van het professionaliseringsproces. In het eerste stadium wordt het werk een dagtaak. Vervolgens wordt de opleiding georganiseerd. In het derde stadium wordt een beroepsvereniging opgericht. In het vierde stadium wordt wettelijke bescherming afgedwongen. Tot slot wordt een ethische code opgesteld.

Een kritiek op de kenmerkenbenadering is dat deze de ideologie van de beroepsgroep overneemt en als een wetenschappelijke definitie hanteert. Er wordt geen rekening gehouden met belangentegenstellingen: door nadruk te leggen op de essentiële kenmerken kunnen beroepen zonder die kenmerken uitgesloten worden (van der Krogt 1981: 45).

Functionele benadering

De functionele benadering gaat er vanuit dat leken het werk van professionals niet goed kunnen controleren, omdat het te complex is en een hoge mate van deskundigheid vereist. Toch is het van groot belang dat het werk zorgvuldig plaatsvindt omdat het gaat om maatschappelijk belangrijk geachte zaken als ziekte en gezondheid. De sociale controle is dus tegelijkertijd belangrijker en moeilijker dan in andere beroepsgroepen. De maatschappij verleent daarom autonomie aan de professional. In ruil hiervoor moet de professie zichzelf controleren met onder andere een specialistische opleiding, beroepscodes en tuchtraden. De functionele benadering wordt vaak gezien als te idealistisch, ze gaat uit van consensus en eenheid. Daarnaast bevestigt ook de functionele benadering de positie van de professies (Schepers & Nievaard 1995: 212).

Machtsbenadering

In de machtsbenadering worden professies kritisch benaderd (Stevens & Philipsen 2003: 89). Voorstanders van deze benadering wantrouwen professies omdat ze uit zijn op macht en privilege. Professies zijn in deze benadering beroepen met een geprivilegieerde positie, gekenmerkt door monopolie en autonomie, een hoog inkomen en prestige. Professies hebben een geprivilegieerde positie weten te verwerven en zijn er op uit deze te behouden. Vooral het bezit van autonomie wordt als een belangrijke eigenschap van professies beschouwd.

Een kritiek op de machtsbenadering is dat er een reductie plaatsvindt van het handelen van de professionals tot het materiële eigenbelang (Robben 2002: 90).

Systeembenadering

Abbott (1988) hanteert een systeemtheoretische benadering. Hij stelt dat professies niet afzonderlijk kunnen worden bestudeerd. Professies zijn elementen in een systeem en veranderingen binnen één professie hebben gevolgen voor de aanpalende professies. Professionals claimen zeggenschap over domeinen en de strijd over zeggenschapsdomeinen vindt vooral plaats in de grensgebieden van professies (Stevens & Philipsen 2003: 89). Het kennissysteem dat een professie hanteert is het belangrijkste middel bij het verkrijgen van zeggenschap over domeinen. Met een eigen kennissysteem eigenen professies zich een domein toe. Vervolgens streven ze naar erkenning van het domein door de maatschappij.

3.1.3 Machtsbenadering

In Nederland is van der Krogt een belangrijke vertegenwoordiger van de machtsbenadering. Van der Krogt definieert professionalisering als 'het proces waarbij leden van een beroepsgroep op collectieve wijze, vooral gebruik makend van kennismacht, trachten een collectieve machtspositie te verwerven en/of te verdedigen, met het doel de gebruiks- en ruilwaarde van het beroep te beheersen' (van der Krogt 1981: 94). De gebruikerswaarde van een beroep omschrijft van der Krogt als de behoefte die mens en samenleving hebben aan de aangeboden diensten (ibid.: 107). De ruilwaarde bestaat uit de contraprestaties, zoals inkomen, autonomie en status.

Individu en collectief

Het ontstaan en voortbestaan van de beroepsgroep is verankerd in de motieven en belangen van de individuele beroepsbeoefenaar (van der Krogt 1981: 152). Van der Krogt noemt drie motieven voor beroepsuitoefening: dienstbaarheid aan mens en samenleving, zelfontplooiing en contraprestaties. Deze motieven zorgen ervoor dat de individuele beroepsbeoefenaar er belang bij heeft dat het beroep in stand blijft en de gebruikswaarde zichtbaar is voor de maatschappij. Dit vormt de basis voor collectief gedrag. Een gezamenlijke actie maakt de kans op succes groter dan een individuele actie.

De beroepsorganisatie kan ook een keerzijde hebben voor de individuele beroepsbeoefenaar. Een beroepsbeoefenaar heeft immers beperkte invloed op de beroepsorganisatie. In de beroepsorganisatie worden besluiten genomen bij meerderheid van stemmen. Het kan voorkomen dat het beleid van de vereniging ingaat tegen het belang van het individu.

Professionaliseringsstrategieën

Een beroepsvereniging kan verschillende strategieën aanwenden om de gebruikswaarde en ruilwaarde van het beroep te beschermen en verbeteren. Een aantal van deze strategieën worden genoemd (ibid.: 135-150):

- **Strategieën gericht op kennis en kunde**
Fundamenteel voor het gehele professionaliseringsproces is de kennis en kunde van de beroepsbeoefenaren. Beroepsgroepen hebben belang bij het vergroten van de kennis en kunde op hun domein. De beroepsgroep kan dan immers beter inspelen op de behoeften van de cliënten. Daarnaast kunnen nieuwe toepassingsgebieden zichtbaar worden en dit kan tot domeinverbreding leiden.
Niet alleen het vergroten van de kennis en kunde, ook het beheersen van de kennisoverdracht kan een strategie zijn. De beroepsgroep kan met een eigen opleiding de instroom tot de beroepsgroep beheersen. Zo kan een kennismonopolie ontstaan. Dit kennismonopolie wordt in stand gehouden door bijvoorbeeld de wijze van kennisoverdracht via de meester-gezel-relatie en het veelvuldig gebruik van vakjargon.
- **Strategieën gericht op de gebruikswaarde**
De gebruikswaarde van een beroep is gekoppeld aan de behoeften die organisaties en individuen hebben aan de betreffende diensten. Beroepen zoeken toepassingsgebieden voor hun producten en diensten en spelen daarbij in op de omstandigheden en ontwikkelingen. Aanbod kan vraag creëren als ingespeeld wordt op de latente behoeften van de cliënten. Zo kan marketing de perceptie van de behoeften beïnvloeden.
Een andere manier om de gebruikswaarde te verhogen is het herdefiniëren van het domein. Een beroepsgroep kan haar domein uitbreiden. Als het werkgebied dat als nieuw domein wordt opgeëist aansluit bij het bestaande domein wordt dit meestal geaccepteerd. Maar het uitbreiden van een domein kan ten koste gaan van een andere beroepsgroep en deze laatste kan de strategie als bedreigend ervaren.
- **Strategieën gericht op collectivisering**
Collectivisering is een voortdurend proces. De individuele beroepsbeoefenaar moet doordrongen blijven van het gemeenschappelijke belang om de collectieve strategie te kunnen verwerkelijken. Beroepsverenigingen besteden veel aandacht aan het op één lijn brengen van de leden. Segmentering binnen de groep kan de positie van de beroepsgroep aantasten.

Collectieve actoren

In de interactie tussen de beroepsgroep en andere relevante partijen vindt het professionaliseringsproces plaats. Deze interacties kenmerken zich veelal door wederzijdse afhankelijkheid. Enkele collectieve actoren die bij vrijwel alle beroepsgroepen een rol spelen zijn (van der Krogt 1981: 162-174):

- **Beroepsorganisaties van andere beroepen**
Met name de beroepen die verwantschap in de uitvoering hebben vormen een relevante partij. In het professionaliseringsproces van een beroepsgroep kan de grens van het domein van een andere beroepsgroep bereikt worden. Als er sprake is van overlappende domeinen (concurrentie) verloopt de samenwerking meestal moeizaam. Als de beroepsgroepen elkaar duidelijk aanvullen (complementair zijn) is de bereidheid tot samenwerking groter.
- **Opleidingsinstituten**
De opleiding en de beroepsgroep zijn formeel onafhankelijk van elkaar, maar vaak heeft de beroepsgroep veel invloed op de opleiding. De opleiding is op twee gebieden van belang. Ten eerste zorgt de opleiding voor de socialisatie van de nieuwe leden. Voor de beroepsgroep is het van belang dat de nieuwe leden dezelfde beroepsopvatting delen. Daarnaast zorgt de opleiding voor nieuwe aanwas. Er moeten voldoende beroepsbeoefenaren zijn in relatie tot de vraag (ibid.: 168). Als er te weinig nieuwe leden komen bestaat de kans dat andere verwante beroepsgroepen zich op het gat in de markt zullen storten. Teveel nieuwe leden geeft interne concurrentie.
- **De overheid**
De overheid is van groot belang voor de beroepsgroep. De overheid houdt zich bezig met de voorzieningen van haar burgers op onder andere het terrein van de gezondheidszorg. De overheid kan via wetgeving de claims ten aanzien van bijvoorbeeld beroepsdomeinen honoreren en hier controle op uitoefenen.

3.1.4 Systeembenadering

Abbott definieert een professie als een exclusieve beroepsgroep die abstracte kennis toepast op individuele gevallen (1988: 8). Volgens Abbott kunnen professies alleen worden bestudeerd in relatie tot elkaar. Hij benadert daarom professies in zijn boek 'The system of professions' niet afzonderlijk, maar als een onderling afhankelijk systeem. Professies strijden volgens Abbott met elkaar over de zeggenschap over beroepsdomeinen.

Het werk van een professional

Professies zijn georganiseerd rond vaste taken waarover ze zeggenschap hebben. Volgens Abbott bestaat het werk van professionals uit diagnosticeren, redeneren² en therapie (ibid.: 40-53). Bij het diagnosticeren vertaalt de professional het probleem van de patiënt naar de taal van de eigen professie. Diagnosticeren bestaat uit twee stappen. De verkregen informatie wordt eerst geselecteerd op relevantie. Vervolgens wordt het probleem ondergebracht in een classificatiesysteem. Het redeneren gebeurt door medici veelal door middel van uitsluiting. Een aantal alternatieve diagnoses (differentiaal diagnoses) worden onderzocht en vervolgens afgestreept. Bij de behandeling wordt informatie van het professioneel systeem overgebracht naar de patiënt. Zowel bij het diagnosticeren, het redeneren als bij de therapie is de professional kwetsbaar voor aanvallen van andere professies. Bij het diagnosticeren zijn bijvoorbeeld niet alle problemen goed onder te brengen in een classificatiesysteem. Het residu van problemen krijgt een vaag label, bijvoorbeeld psychosomatische klacht. Deze problemen kunnen geannexeerd worden door andere professies als deze in staat zijn het probleem beter onder te brengen in een eigen classificatiesysteem.

Strijd om zeggenschap

De grenzen tussen beroepsgroepen kunnen elk moment ter discussie gesteld worden. Domeindiscussies vinden plaats in een netwerk waarbij de actoren onderling afhankelijk zijn van elkaar. De interactie tussen beroepsgroepen wordt bepaald door de manier waarop beroepsgroepen hun kennis en vaardigheden controleren. Een belangrijke vorm van controle is een abstract kennissysteem. Een abstract kennissysteem stelt de professie in staat problemen en taken te herdefiniëren, te verdedigen ten opzichte van concurrerende beroepsgroepen en nieuwe problemen in het eigen domein op te nemen (ibid.: 9). Een professie kan een probleemgebied van een ander herformuleren tot problemen waarover zij zeggenschap hebben. Zo heeft de geneeskunde alcoholisme, hyperactiviteit bij kinderen en obesitas als ziekte tot haar domein geclaimd. Abbott stelt dat alcoholisme tijdens de industriële revolutie een sociaal probleem van voornamelijk werkgevers was. Onder invloed van de geestelijke stand werd het een moreel probleem. Toen medici de nadruk legden op de lichamelijke problemen werd het een medisch probleem. Binnen de geneeskunde geeft Abbott het voorbeeld van de strijd tussen neurologen en psychiaters. Neurotici behoorden aanvankelijk tot het domein van de neurologie. Aan het begin van de twintigste eeuw heeft

² De Engelse term die Abbott gebruikt is 'Inference'. De vertaling is overgenomen van K. Kruijthof. Zij gebruikt de term redeneren in haar proefschrift 'Doctors' orders. Specialists' day to day work and their jurisdictional claims in Dutch hospitals.

de psychiatrie met behulp van de theorie van Freud neuroses zo hergedefinieerd dat het tot haar domein behoorde (ibid.: 294) .

Conflicten tussen professies doen zich in een aantal gevallen voor. Zoals beschreven kunnen menselijke problemen op een nieuwe manier gedefinieerd worden en dit leidt tot strijd tussen professies. Daarnaast bestaan er tussen professies veelal grijze gebieden die tot onderlinge concurrentie leiden. Tot slot kan een groeimarkt voor leemten zorgen waar professies op in springen.

Legitimering

Voor een professie is het belangrijk dat de maatschappij de professie erkent als deskundige van een bepaald domein. Dit kan door middel van de publieke opinie, de politiek of in de praktijk op de werkvloer (ibid.: 59-69). In de publieke opinie vindt beeldvorming plaats. Een professie kan via de publieke opinie zeggenschap claimen over een domein. Een volgende stap is het claimen van zeggenschap via de politiek, die dit formeel kan vastleggen in wet- en regelgeving. De publieke beeldvorming en vooral de wet- en regelgeving zijn statisch van aard en moeilijk te veranderen. De beroepsvereniging kan invloed uitoefenen op de publieke opinie en de politiek en proberen zeggenschap te verkrijgen via deze kanalen. Op de werkvloer vindt de verdeling van werk plaats via onderhandeling en gewoonte. Deze verdeling is volgens Abbott het meest aan verandering onderhevig. Grenzen tussen domeinen zijn op de werkvloer minder duidelijk. Het werkveld kan zeer divers zijn ingericht en afhankelijk van individuen en lokale factoren.

3.2 Verpleeghuisartsen versus huisartsen

Dit tweede deel van het theoretisch kader gaat verder in op het vakgebied van de verpleeghuisgeneeskunde en de samenwerking tussen verpleeghuisartsen en huisartsen. In de eerste paragraaf wordt de verpleeghuisgeneeskunde als professie uitgewerkt. De tweede paragraaf geeft een vergelijking tussen de vakgebieden van verpleeghuisgeneeskunde en huisartsgeneeskunde. De laatste paragraaf gaat in op het onderzoek dat is verricht naar de frequentie en de aard van de samenwerkingscontacten tussen de beroepsbeoefenaars en de factoren die hier van invloed op zijn.

3.2.1 Verpleeghuisgeneeskunde als professie

Verpleeghuisgeneeskunde is één van de jongste medische vakgebieden. In 1990 werd de verpleeghuisgeneeskunde als beroepsgroep erkend door de KNMG en de overheid. In de

discussie rond de erkenning stonden destijds twee vragen centraal. Waarin verschilt verpleeghuisgeneeskunde van de andere vakgebieden? Wat is specifiek aan haar methodische benadering van chronisch zieke ouderen en hun zorgvragen?

In zijn boek 'Functionele geriatrie' geeft Hertogh (1999) antwoord op deze vragen. Hij beschrijft in dit handboek de kern van de verpleeghuisgeneeskunde.

Voor alle artsen die met ouderen te maken hebben (onder andere klinisch geriaters, huisartsen, verpleeghuisartsen) gelden de zogenoemde vier geriatrische principes (ibid.: 22):

- Ouderen hebben vaak meerdere aandoeningen tegelijkertijd (multipathologie en daardoor polyfarmacie).
- Ouderen hebben vaak specifieke ouderdomsziekten, zoals arthrose en osteoporose.
- Bij ouderen is er vaak sprake van een atypische presentatie en een specifiek beloop van ziekten. Klachten worden soms eerder door de mantelzorger dan door de patiënt zelf gepresenteerd.
- Het voornaamste doel van medische interventie is niet zozeer het genezen van de ziekte maar het streven naar herstel van functionaliteit en zelfredzaamheid.

Gevolgendiaagnostiek en multidisciplinaire aanpak

Specifiek voor de verpleeghuisgeneeskunde zijn de gevolgendiaagnostiek en de multidisciplinaire aanpak. Ziektediagnosen zoals CVA, dementie en M. Parkinson zeggen over het algemeen weinig over de gevolgen die de patiënt van zijn ziekte ondervindt. De medische blik in het ziekenhuis is gericht op het orgaan dat hapert en men zoekt een causale behandeling. Voor chronisch zieken is er meestal geen causale behandeling mogelijk. Het accent van zorg en interventie ligt daarom in de verpleeghuisgeneeskunde niet zozeer op de achterliggende ziekteoorzaken, maar vooral op de gevolgen ervan.

Gevolgendiaagnostiek richt zich op de directe gevolgen (stoornissen, beperkingen en handicaps) en de indirecte gevolgen (ervaren kwaliteit van leven, sociale interacties en zingeving). De verpleeghuisarts kijkt dus verder dan het puur medische blikveld, hij gebruikt een integrale benadering. Hertogh (ibid.: 75-78) onderscheidt vijf aandachtsgebieden die een plaats krijgen in een op de bewoner afgestemd zorgplan.

- Het somatische aandachtsgebied (lichamelijke problemen)
- Het functionele aandachtsgebied (problemen op het gebied van ADL).
- Het maatschappelijke aandachtsgebied (sociale problemen)
- Het psychische aandachtsgebied (problemen op het gebied van het geestelijk functioneren)
- Het communicatieve aandachtsgebied (problemen op het gebied van de zintuigen)

De integrale benadering met de diverse aandachtsgebieden maakt samenwerking met verschillende disciplines noodzakelijk. Multidisciplinair werken is kenmerkend voor het vak

en de verpleeghuisarts werkt samen met onder andere de verzorging, de fysiotherapeut, de ergotherapeut, de maatschappelijk werker, de psycholoog en de logopedist. De verpleeghuisarts heeft hierbij de regie over het geheel.

3.2.2 Vergelijking vakgebieden

De Haan en Ribbe (1993) vergeleken de huisartsgeneeskunde en de verpleeghuisgeneeskunde op onder andere inhoud en plaats in het gezondheidszorgsysteem. Volgens de auteurs maken demografische ontwikkelingen en verwachte veranderingen in de gezondheidszorg de samenwerking tussen verpleeghuisartsen en huisartsen tot een actueel onderwerp. Inzicht in de verschillen en overeenkomsten tussen beide vakgebieden maakt betere afstemming en samenwerking mogelijk.

Inhoud vakgebieden

De Haan en Ribbe omschrijven huisartsgeneeskunde als het vakgebied van de medische hulpverlening in de eerstelijnsgezondheidszorg. Het vak omvat continue, integrale en persoonlijke zorg. In het werk van de huisarts ligt de nadruk op zelflimiterende aandoeningen en chronische ziekten. Frequent voorkomende chronische aandoeningen in de huisartspraktijk zijn adipositas, psychosomatische aandoeningen, hypertensie, CVA, arhrose en diabetes. De meest voorkomende nieuwe klachten op het spreekuur van de huisarts zijn hoesten, koorts, moeheid, knobbeltjes, hoofdpijn, rugpijn, buikpijn en huiduitslag.

De verpleeghuisgeneeskunde wordt omschreven als de probleemgeoriënteerde medische zorg in multidisciplinair teamverband voor gehandicapte, in meerderheid bejaarde patiënten met chronische en intercurrente gezondheidsproblemen. De meest voorkomende hoofddiagnoses bij somatische verpleeghuispatiënten zijn CVA, status na orthopedische operaties, maligniteiten, Parkinson, gevorderde stadia van cardiale en pulmonale aandoeningen. In psychogeriatrische verpleeghuizen is dementie de meest voorkomende hoofddiagnose.

De huisarts heeft dus vooral te maken met gezonde mensen met alledaagse aandoeningen, de verpleeghuisarts ziet vrijwel uitsluitend chronisch zieken, vaak hoog bejaarde patiënten met een intensieve zorgvraag.

Tabel 1. Vergelijking van huisarts- en verpleeghuisgeneeskunde: inhoud van de vakgebieden.

De Haan en Ribbe (1993).

Aspect	Huisartsgeneeskunde	Verpleeghuisgeneeskunde
Aard hulpvragers	Ingeschrevenen: gezonden en zieken	Meestal ernstig gehandicapte patiënten
Focus van de zorg	Gezin in eigen leefomgeving	Het individu, opgenomen in een instelling
Zorgaanbod	Medische zorg, afgestemd op zelfzorg, mantelzorg en thuiszorg	Medische zorg, continue, langdurige, systematische en multidisciplinaire zorg
Leeftijdverdeling van hulpvragers	Alle leeftijden	Voornamelijk bejaarden
Zelfredzaamheid van de patiënt	Doorgaans groot	Doorgaans klein
Aandoeningen	<ul style="list-style-type: none"> - Zelflimiterend en alledaags - Chronische aandoeningen - Acute ernstige aandoeningen 	<ul style="list-style-type: none"> - Chronische aandoeningen: eindstadia - Intercurrente aandoeningen, complicaties - Beperkingen, handicaps
Omschrijving vakgebied	Continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van individuen en gezinnen die zich aan de huisarts toevertrouwen	Probleemgeoriënteerde medische zorg in multidisciplinair teamverband voor in meerderheid bejaarden patiënten met chronische en intercurrente gezondheidsproblemen

Plaats in de gezondheidszorg

Een groot verschil tussen de beroepsgroepen is het gemiddelde aantal patiënten. Een huisarts heeft 2350 mensen in zijn praktijk, een verpleeghuisarts heeft gemiddeld 100 patiënten onder zijn hoede. Vrijwel elke Nederlander is ingeschreven bij een huisarts en kan deze raadplegen bij gezondheidsproblemen. De verpleeghuisarts is niet vrij te consulteren, er is een indicatiestelling nodig door het indicatiorgaan of een verwijzing door een arts. De bekostiging van de huisartsen gaat via de ziektekostenverzekering, de verpleeghuisgeneeskunde wordt betaald vanuit de AWBZ. Huisartsen kennen minder samenwerkingsrelaties dan verpleeghuisartsen. Een huisarts werkt vaak als solist of met een aantal collega's in een groepspraktijk. Verpleeghuisartsen werken intensief samen met diverse disciplines in een multidisciplinair team.

Tabel 2. Vergelijking huisarts- en verpleeghuisgeneeskunde: de plaats in het gezondheidszorgsysteem.

De Haan en Ribbe (1993).

Aspect	Huisartsgeneeskunde	Verpleeghuisgeneeskunde
Praktijkgrootte	2350 mensen	100 mensen
Praktijkuitoefening	Solist, duopraktijk, groepspraktijk, centrum	Werkzaam in multidisciplinair team in verpleeghuis
Toegankelijkheid	Vrij	Via AWBZ-indicatie
Samenwerking met andere disciplines	Relatief beperkt	Vrijwel altijd (verpleging, fysiotherapeut, etc)
Opleiding en registratie	Geregeld door CHVG en HVRC, uitgevoerd door 8 universitaire instituten	Geregeld door CHVG en HVRC, uigevoerd door 1 universitair instituut (intussen 3 EB)
Aantal geregistreerden	8500, waarvan 7000 praktiserend	780 (intussen 1200 EB)

Het generalistische karakter van het werk en de langdurige arts-patiëntrelatie zijn belangrijke overeenkomsten tussen de twee vakgebieden. Toch overheersen volgens De Haan en Ribbe de verschillen. Zij concluderen daarom dat samenwerking in het veld zinvol is en uitgebreid kan worden. Inhoudelijk en functioneel is er plaats voor beide vakgebieden.

3.2.3 Contacten en samenwerking

In deze paragraaf worden verschillende onderzoeken beschreven naar het aantal contacten en de samenwerking tussen huisartsen en verpleeghuisartsen.

Frequentie contacten

Schols (2000: 81-90) deed in 1996 een inventariserend onderzoek naar de contacten tussen huisartsen en verpleeghuisartsen in één verpleeghuis in Noord-Brabant. Alle contacten over patiënten bij opname of ontslag, op de dagbehandeling, in substitutieprojecten en in het kader van consultaties werden gedurende een jaar geregistreerd. In 91% van het aantal contacten (n=359) nam de verpleeghuisarts het initiatief. De helft van de contacten verliep telefonisch, eenderde telefonisch en schriftelijk, de rest schriftelijk. Slechts in 1,7% was sprake van face-to-face contact. Het verkrijgen en verschaffen van overdrachtsinformatie was de belangrijkste contactredenen.

In 1998 volgde een landelijk vervolgonderzoek (Schols 2000: 91-100). Dit vervolgonderzoek was tevens inventariserend van aard en werd uitgevoerd door middel van vragenlijsten aan

de hoofden medische dienst van alle gecombineerde verpleeghuizen. In dit onderzoek bleek de frequentie van contacten tussen huisartsen en verpleeghuisartsen in het kader van de verpleeghuisdagbehandeling, de consultatiefunctie en de substitutieprojecten in het algemeen laag te zijn. De samenwerkingsintensiteit werd positief beïnvloed door de aanwezigheid van goede samenwerkingsafspraken, door gezamenlijke betrokkenheid bij de zorg en door een financiële prikkel voor de huisarts.

Samenwerkingsattitude

Schols verrichte in 1999 een uitvoerig enquête-onderzoek onder huisartsen en verpleeghuisartsen naar de samenwerking en de factoren die daarbij mogelijk een bepalende rol spelen (Schols 2000: 103-133). Verondersteld werd dat een goede samenwerking de continuïteit van de medische zorg aan ouderen ten goede zal komen. Ouderen met een complexe zorgvraag ontvangen dan betere zorg op maat. Uit het onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de huisartsen en verpleeghuisartsen nauwelijks tot geen werkcontacten heeft. Dit is vooral opvallend voor de dagbehandelingspatiënten en de substitutiepatiënten omdat bij deze ouderen zowel de huisarts als de verpleeghuisarts bij de patiënt betrokken zijn.

Met betrekking tot de domeindiscussie blijkt er domeinovereenstemming te zijn over de intramurale verpleeghuiszorg. Verpleeghuisartsen vinden dat zij in de toekomst een pregnantere rol moeten spelen in verzorgingshuizen, huisartsen zijn het hier over het algemeen niet mee eens. Huisartsen die intensiever met verpleeghuisartsen samenwerken zijn meer overtuigd van de expertise van de verpleeghuisarts dan de huisartsen die weinig samenwerken. Factoren die bevorderend kunnen werken zijn:

- het belang dat zowel huisartsen als verpleeghuisartsen hechten aan een goede onderlinge samenwerking
- een bij huisartsen aanwezige opvatting dat de verpleeghuisarts iets toe te voegen heeft aan de zorg
- voldoende kennis bij huisartsen over de mogelijkheden van de verpleeghuisarts en andersom
- het feit dat beiden de tijd die samenwerking kost niet teveel als knelpunt zien
- een goede telefonische bereikbaarheid van de huisarts.

Schols concludeert dat een intensieve samenwerking de continuïteit van zorg ten goede komt. Maar samenwerking is niet afdwingbaar. Schols gaat uit van een groeiscenario en verwacht dat de consultatiefunctie hier een rol kan spelen.

Substitutieprojecten in het verzorgingshuis

In 2002 deed de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek naar de psychogeriatrische substitutieprojecten (IGZ 2002). De vraagstelling betrof de inbreng van huisarts en verpleeghuisarts in de projecten en de kwaliteit van de medische zorg. De data werden verzameld met vragenlijsten en interviews. De conclusie van het onderzoek luidde dat de samenwerking tussen de huisarts en de verpleeghuisarts moeizaam verloopt en voor verbetering vatbaar is. Een belangrijk knelpunt is het grote aantal huisartsen die bij een project betrokken zijn. Er zijn weinig formele afspraken en contacten tussen huisartsen en verpleeghuisartsen. De informatieverstrekking blijkt vaak éénrichtingsverkeer van de verpleeghuisarts naar de huisarts. De artsen ervaren elkaar soms als indringer op het eigen werkveld en zo ontstaat er eerder concurrentie dan samenwerking. Daarnaast zorgen verschillen in cultuur en praktijkvoering voor onbegrip voor elkaars (on)mogelijkheden.

Consulten

Van Dam van Isselt (2006) heeft recent onderzoek verricht naar de consultatiefunctie van verpleeghuisartsen met behulp van een vragenlijst. De consultatiefrequentie blijkt nog steeds laag te zijn: 20% van de respondenten had wekelijks tot maandelijks consultaties te verrichten. De inhoud van de consulten betrof veelal decubitus, gedragsproblemen, polyfarmacie en dementie. De consultatiefrequentie bleek te zijn afgenomen in vergelijking met het onderzoek in 1998 door Schols. Er is geen onderzoek gedaan naar de oorzaak van de afname, maar van Dam van Isselt noemt een aantal mogelijke factoren: onduidelijke en continu veranderende regelgeving, te weinig actieve profilering van de verpleeghuisartsen naar de eerste lijn waardoor de expertise onduidelijk blijft, het ontbreken van procedures en afspraken rondom consulten en de intramurale werkdruk van verpleeghuisartsen.

3.3 Twee perspectieven

Het perspectief van het eerste deel van het theoretisch kader is sociologisch van aard. De sociologen Freidson, van der Krogt en Abbott leggen de nadruk op de thema's autonomie, macht en strijd om zeggenschap. De auteurs uit het tweede deel zijn bijna allemaal arts. Hier ligt de nadruk op samenwerking en complementair werken. Ook al blijkt de samenwerking in de praktijk moeizaam te verlopen.

Het perspectief van de patiënt is niet terug te vinden in het eerste deel. In het medische gedeelte komt dit perspectief in beeld als wordt gesteld dat door betere samenwerking de oudere met een complexe zorgvraag meer zorg op maat geleverd kan worden.

De vraag aan het eind van dit theoretisch kader blijft of verpleeghuisartsen en huisartsen concurrenten zijn of complementair werken.

4 METHODE

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke manier een antwoord op de probleemstelling van het onderzoek wordt gezocht. In de eerste paragraaf staat centraal welke onderzoeksmethode het beste aansluit op de vraagstelling. Vervolgens wordt beargumenteerd waarom er gekozen is voor bepaalde documenten en op welke wijze de selectie van geïnterviewden heeft plaats gevonden. Tot slot worden de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek besproken.

4.1 Case study

De vraagstelling van het onderzoek is op welke manier de beroepsgroep van verpleeghuisartsen zich positioneren ten opzichte van huisartsen op de extramurale markt. Het doel is inzicht in het professionaliseringsproces. Dit proces kan inzichtelijk gemaakt worden door een inventarisatie van de opvattingen, ervaringen en verwachtingen van de betrokkenen. De betrokkenen, de beroepsgroep van verpleeghuisartsen is onderverdeeld in drie elementen: de beroepsvereniging, de opleiding tot verpleeghuisarts en de individuele verpleeghuisartsen. Omdat de opvattingen en ervaringen van een specifieke groep onderzocht worden is een kwalitatief onderzoek in de vorm van een case study het meest aangewezen.

Bij een case study wordt een overzichtelijk systeem of proces beschreven (Swanborn 2002: 115). Het gaat dan niet om het toetsen van een hypothese (zoals bij kwantitatief onderzoek), maar om het inzichtelijk maken van een verschijnsel.

4.2 Dataverzameling

Binnen kwalitatief onderzoek kan dataverzameling op verschillende manieren plaatsvinden. Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van twee verzamelingstechnieken: documentanalyse en interviews.

4.2.1 Documenten

Bij documentenanalyse wordt schriftelijk materiaal bestudeerd. In totaal zijn drie documenten onderzocht. In deze paragraaf wordt aangegeven waarom voor deze specifieke documenten is gekozen en wat de centrale vraagstelling is bij de analyse van deze documenten.

Takenpakket

In 2000 publiceerde de beroepsvereniging NVVA het 'Beroepsprofiel verpleeghuisarts', in 2003 verscheen de 'Nota Takenpakket verpleeghuisarts/ sociaal geriater'. De gegevens uit het beroepsprofiel komen terug in het takenpakket. In dit onderzoek wordt daarom alleen het takenpakket geanalyseerd. De vraag die bij deze analyse centraal staat is hoe de beroepsvereniging zich een domein eigen maakt. Op welke wijze wordt de doelgroep en de expertise van de verpleeghuisarts verwoord dat aanspraak gemaakt kan worden op het extramurale domein? Daarnaast wordt gelet op de verpleeghuisgeneeskundige terminologie waarmee de verpleeghuisartsen zich onderscheiden van andere beroepsgroepen.

Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis.

In 2004 heeft de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) bovenstaande handreiking gepubliceerd. Voor 2004 zijn er verschillende samenwerkingsverbanden geweest tussen de NVVA en de LHV. In 1996 resulteerde dit in de 'Handreiking voor de samenwerking huisarts-verpleeghuisarts. Rapportage van de gezamenlijke werkgroep van de LHV en de NVVA.' In 1998 volgde een gezamenlijke nota: 'Arts en ouderen: uitdagende zorg. Een stap vooruit in de samenwerking tussen huisarts en verpleeghuisarts'. In 2001 verscheen een publicatie van onder andere VWS, Arcare, NVVA en LHV: 'Gedeelde zorg. Medische en farmaceutische zorg in verzorgingshuizen'.

In dit onderzoek is alleen bovenstaande handreiking van de LHV onderzocht. Hier zijn verschillende redenen voor. Deze handreiking is het meest recente document en besteedt niet alleen aandacht aan bewoners van het verzorgingshuis, maar ook aan ouderen met een complexe zorgvraag in de thuissituatie. Maar het belangrijkste argument is de vraagstelling waarmee het document benaderd wordt. Het draait bij de analyse om de vraag of de beroepsvereniging van huisartsen het extramurale domein van de verpleeghuisartsen erkennen. Dit kan het beste geanalyseerd worden met behulp van een document van de LHV.

Raamcurriculum ten behoeve van de opleiding tot arts voor ouderen en chronisch zieken. Conceptversie.

Het raamcurriculum is opgesteld door de werkgroep raamcurriculum op verzoek van de hoofden van de drie opleidingen tot verpleeghuisarts. Dit raamcurriculum zal het kader vormen voor de opleidingsplannen die door de onderwijsinstututen ontwikkeld zullen worden. In het raamcurriculum staat in grote lijnen hoe de toekomstige opleiding tot verpleeghuisarts eruit zal zien. Bij de analyse van dit document gaat de aandacht uit naar de veranderingen ten opzichte van de huidige opleiding.

4.2.2 Interviews

Met behulp van interviews kunnen opvattingen en attitudes achterhaald worden. Er zijn diverse manieren om een interview af te nemen. In dit onderzoek zijn de interviews aan de hand van semigestructureerde vragenlijsten uitgevoerd. Voorafgaand aan de interviews is een topiclijst gemaakt die als kapstok diende tijdens de interviews. Deze topiclijst is getoetst in een proefinterview met een verpleeghuisarts die niet in de geselecteerde groep was opgenomen. De meeste interviews hadden een duur van ongeveer een uur.

Selectie respondenten

Er zijn in totaal 6 verpleeghuisartsen geïnterviewd. Uit pragmatische redenen is gekozen voor verpleeghuisartsen uit de regio Rotterdam. Van vrijwel elke stichting voor verpleeghuiszorg is een arts gevraagd voor een interview. Allen hebben hun medewerking verleend. Met deze selectie is gepoogd een doorsnee te verkrijgen van de Rotterdamse situatie. In een publicatie van de NVVA worden inspirerende voorbeelden van extramuralisering besproken (NVVA: 2005). In dit document wordt een verpleeghuis in het oosten van het land vermeld waar de verpleeghuisartsen zich actief hebben geprofileerd bij de huisartsen. Eén van deze verpleeghuisartsen is benaderd voor een interview en heeft medewerking verleend. Deze ondervraagde is geselecteerd als rolmodel.

Naast de verpleeghuisartsen zijn een beleidsmedewerker, twee hoogleraren en een onderwijscoördinator van een opleidingsinstituut geïnterviewd. De beleidsmedewerker is in dienst van de beroepsvereniging NVVA en onder andere verantwoordelijk voor de implementatie van het takenpakket en het beleidsgebied 'positionering'. De hoogleraren hebben respectievelijk een leerstoel in de verpleeghuisgeneeskunde en de chronische zorg. De laatste is gepromoveerd op het onderwerp 'samenwerking tussen verpleeghuisartsen en huisartsen' en is te beschouwen als een expert op het gebied van dit onderwerp. De onderzoekskoördinator werkt op één van de drie onderwijsinstellingen en is betrokken bij de vernieuwing van het landelijke curriculum.

4.3 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid houdt in dat de onderzoeksresultaten zo min mogelijk afhankelijk zijn van toevalligheden (Baarda 1990: 155). De betrouwbaarheid wordt in dit onderzoek gewaarborgd door de volgende maatregelen:

- Er is één interviewer, dus het onderzoeksinstrument blijft steeds hetzelfde.
- Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van opnameapparatuur.
- Tijdens de onderzoeksperiode zijn aantekeningen verzameld over de voortgang, nieuwe ideeën en opvallendheden.

Validiteit

Validiteit wil zeggen dat je meet wat je denkt te meten (Baarda 1990: 157). In dit onderzoek wordt de validiteit gewaarborgd door de volgende maatregelen:

- Er zijn verschillende databronnen gebruikt (documentenonderzoek en interviews) waarmee een triangulatie van bronnen ontstaat.
- Er zijn aantekeningen verzameld tijdens de onderzoeksperiode om vertekening door selectieve herinnering te voorkomen.
- Er heeft een membercheck plaatsgevonden. Een verpleeghuisarts en twee hoogleraren hebben een conceptversie van deze scriptie kritisch doorgelezen en van commentaar voorzien. Daarnaast hebben nog twee ondervraagden een specifiek hoofdstuk doorgenomen.

Een mogelijke bedreiging voor de validiteit vormt het gebrek aan tijd. Een onderzoek binnen zes maanden opzetten, uitvoeren en uitwerken is altijd minder valide dan een onderzoek waar jaren aan gewerkt kan worden. De tijd zal in dit onderzoek een beperkende factor zijn. Er konden slechts tien interviews worden afgenomen. Daarom is extra aandacht besteed aan de selectie van de geïnterviewden.

Rol van de onderzoekster

De onderzoekster werkt ruim vijf jaar als basisarts binnen de verpleeghuissector in Rotterdam. Dit kan zowel positieve als negatieve effecten op het onderzoek hebben. Een eventuele bedreiging kan zijn dat de onderzoekster al een idee heeft van de te onderzoeken situatie en bevooroordeeld relevante informatie over het hoofd ziet. Dit is een punt van aandacht geweest tijdens het onderzoek en een reden voor de membercheck. Een voordeel is dat de onderzoekster bij de analyse van de documenten en de interviews door de ervaring in de praktijk bekend is met de terminologie.

5 RESULTATEN: DE BEROEPSVERENIGING

In de volgende drie hoofdstukken staan de resultaten centraal. In elk hoofdstuk komt een actor aan bod: achtereenvolgend de vereniging, de opleiding en de verpleeghuisartsen. De analyse van de resultaten, dat wil zeggen de confrontatie met de theorie zal in hoofdstuk 8 plaatsvinden.

In dit vijfde hoofdstuk worden de resultaten van de vereniging besproken. De vraagstelling met betrekking tot de vereniging is hoe het domein wordt eigen gemaakt en of er erkenning is van relevante externe partijen.

5.1 Takenpakket

Deze paragraaf vormt een weergave van het takenpakket van verpleeghuisartsen. Met name wordt gekeken hoe de vereniging de doelgroep en de competentie van de verpleeghuisarts beschrijft. Daarnaast wordt gelet op de verpleeghuisgeneeskundige terminologie, waarmee de verpleeghuisartsen zich onderscheiden van andere beroepsgroepen.

Inleiding en doelgroep

In het takenpakket geeft de beroepsvereniging haar visie op het vak. De nota is opgesteld door de Werkgroep Takenpakket en in de Algemene Ledenvergadering van 2002 door de leden vastgesteld.

De belangrijkste doelen van het takenpakket worden in de inleiding verwoord:

- Het geeft voor de individuele verpleeghuisarts richting aan de dagelijkse en toekomstige invulling van zijn professionele taken.
- Het draagt zowel op landelijk als op regionaal niveau bij aan de positionering en de herkenbaarheid van het vak van de verpleeghuisarts. Dit geldt zowel ten aanzien van andere medische beroepsbeoefenaren, als ten aanzien van paramedische, psychosociale, verpleegkundige en verzorgende disciplines waarmee de verpleeghuisarts samenwerkt.

Een aantal ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de samenleving maakte de formulering van een nieuw takenpakket noodzakelijk. De belangrijkste ontwikkelingen zijn het toegroeien naar een breed specialisme (samen met de sociaal geriaters), de toegenomen patiënteninvloed en de ontwikkeling van intramurale dienstverlening naar ketenzorg en extramuralisering.

Het tweede hoofdstuk beschrijft de doelgroep, het doel en de kerncompetentie van de verpleeghuisarts:

- De doelgroep van verpleeghuisartsen wordt verbreed van verpleeghuisbewoners naar chronisch zieken en kwetsbare ouderen met complexe problematiek, ongeacht de plaats waar zij verblijven.
- Het doel van de verpleeghuisgeneeskunde is het behouden of bereiken van het voor de betrokken patiënt optimale niveau van functionele autonomie en kwaliteit van leven.
- De kerncompetentie van de verpleeghuisarts die ingezet wordt om dit doel te verwezenlijken is de integrale benadering. De patiënt en zijn zorgsysteem (het geheel van patiënt, naasten en hulpverleners) worden benaderd met inachtneming van zijn huidige toestand, voorgeschiedenis, persoonlijkheid en zijn sociale en materiële omgeving.

De kerncompetentie kan op verschillende manieren aangeboden worden. De verpleeghuisarts kan verschillende rollen op zich nemen, namelijk de rol van hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent. Deze rollen variëren met name in de reikwijdte van zijn regie en verantwoordelijkheid. In de nota wordt onderstreept dat bij de uitoefening van de diverse rollen de samenwerking met de huisarts van groot belang is. Ook de huisarts heeft immers een generalistisch specialisme en de domeinen overlappen elkaar in de extramurale zorg. In het takenpakket wordt gesteld dat zowel op het niveau van de beroepsvereniging als op lokaal niveau de afstemming van de domeinen verder vorm moet krijgen.

Medisch handelen

In het derde hoofdstuk staan de patiëntgerelateerde taken centraal: het medisch handelen bij kwetsbare ouderen en chronisch zieken met complexe problemen. Volgens het takenpakket bestaat dit medisch handelen uit puur medische taken en de als medisch te definiëren taken op het gebied van de zorgregie. Zorgregie bestaat uit zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement. Deze taken kunnen volgens de nota het beste door de arts uitgevoerd worden, omdat hij dit kan integreren met de medische overwegingen. Complexe zorg, zorgdiagnostiek, zorgprognostiek en zorgmanagement zijn verpleeghuisgeneeskundige termen die als volgt worden uitgewerkt:

- **Complexe zorg**
De populatie van de verpleeghuisarts heeft veelal één of meerdere van de volgende aandoeningen: dementie, CVA, status na orthopedische operatie, diabetes, Parkinson, hartfalen, COPD, etc. De zorgvraag is complex te noemen naar de mate waarin sprake is van co-morbiditeit, directe ziektegevolgen (stoornissen, beperkingen, handicaps) en indirecte gevolgen (ervaren kwaliteit van leven, interacties en zingeving). Bij complexe zorg is de integrale benadering noodzakelijk.

- **Zorgdiagnostiek**
De beoordeling en vaststelling van de individueel aangewezen ondersteunende zorg op basis van ziektegerichte diagnostiek en ziektegevolgen diagnostiek.
- **Zorgprognostiek**
Op grond van prognose van ziekte en de gevolgen daarvan een inschatting maken van de ontwikkeling van de zorgvraag.
- **Zorgmanagement**
Activiteiten gericht op het sturen van zorginspanningen en daarbij in te zetten disciplines gericht op het vooraf bepaalde doel, respectievelijk het vervolgen en monitoren van de patiënt in relatie tot zijn zorgsysteem.

In het laatste hoofdstuk staan de niet-patiëntgerelateerde taken centraal. Vooral de taak van de verpleeghuisarts in het netwerk van zorgaanbieders is in dit kader van belang. De verpleeghuisarts heeft de taak een bijdrage te leveren aan de totstandkoming van diverse netwerken (ketenzorg) in de regio, bijvoorbeeld ouderenzorg, palliatieve zorg, CVA-zorg en AIDS-zorg.

5.2 De LHV

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft in 2004 een handreiking gepubliceerd over de zorg aan ouderen. Deze handreiking zal geanalyseerd worden met de vraagstelling of er erkenning is van de vereniging van huisartsen voor het extramurale domein van de verpleeghuisarts.

Inleiding

De zorg aan ouderen vormt volgens de handreiking een knelpunt voor huisartsen, omdat deze door de complexiteit veel tijd vergt. Daarbij vraagt een goede zorgverlening aan ouderen samenwerking met diverse hulpverleners. Het doel van de publicatie is de huisartsen te stimuleren een eigen visie te vormen over de zorg voor ouderen. Eén van de vragen die aan bod komt in de handreiking is of de zorg aan ouderen door de huisarts en/of de verpleeghuisarts verleent dient te worden. In de handreiking wordt gesteld dat de verpleeghuisartsen meer zijn toegerust tot het bieden van complexe zorg aan ouderen. Daar tegenover staat dat complexe zorg in het takenpakket van de huisartsen nog steeds tot het domein van de huisarts wordt gerekend. De handreiking doet geen uitspraken over een keuze. Er worden verschillende varianten besproken met de voor- en nadelen en de voorwaarden die een variant met zich meebrengt. Op lokaal niveau moeten dan de keuzen gemaakt worden. De zorg aan ouderen wordt onderverdeeld in drie groepen:

- bewoners van het verzorgingshuis met alleen reguliere zorg

- bewoners van het verzorgingshuis met aanvullende verpleeghuiszorg
- zelfstandig wonende ouderen met een complexe zorgvraag.

Voor dit onderzoek zijn alleen de laatste twee van belang. Daar komt de verpleeghuisarts in beeld.

Aanvullende verpleeghuiszorg

In verzorgingshuizen wonen veel ouderen met aanvullende verpleeghuiszorg (in de handreiking ook wel meerzorg genoemd). Dit kan somatische zorg betreffen, veelal na een opname in het ziekenhuis. Somatische meerzorg is vaak kortdurend van aard. De meerzorg kan ook psychogeriatricie betreffen en is dan langdurig van aard, in groepsverband of individueel. Meestal is de taakverdeling zo geregeld dat de huisarts de algemeen medische zorg verricht en verpleeghuisarts verantwoordelijk is voor het zorgplan. De precieze taakverdeling is afhankelijk van afspraken tussen huisarts en verpleeghuisarts. De verpleeghuisarts kan bij een specifiek probleem, bijvoorbeeld de behandeling van decubitus of gedragsproblemen als medebehandelaar of als consulent worden ingeschakeld. De samenwerking blijkt moeizaam te verlopen. Een aantal problemen worden in de handleiding genoemd. Ten eerste is de grens tussen de taken van de huisarts en de verpleeghuisarts niet duidelijk, maar eerder een grijs gebied. Ten tweede kunnen huisartsen de verpleeghuisarts in consult vragen, maar hier wordt weinig gebruik van gemaakt. Ten derde zijn huisartsen vrijwel nooit aanwezig bij het multidisciplinaire overleg in het verzorgingshuis. Tot slot hebben verpleeghuisartsen geen inzage in het medisch dossier van de huisarts. Een patiënt kan op deze manier drie dossiers hebben (huisarts, zorg, verpleeghuisarts).

De handreiking ziet bij aanvullende verpleeghuiszorg in het verzorgingshuis twee opties:

- Huisarts en verpleeghuisarts hebben beiden een verantwoordelijkheid voor de medische zorg.
- De verpleeghuisarts neemt de volledige zorg over voor (een deel van) de meerzorg patiënten.

Bij een keuze voor de eerste optie dienen de randvoorwaarden te verbeteren. Met name het beperken van het aantal huisartsen per verzorgingshuis is volgens de handreiking belangrijk. Daarnaast dient er regelmatig en adequaat overleg tussen huisarts en verpleeghuisarts plaats te vinden. De huisarts moet tijd willen en kunnen investeren in multidisciplinair overleg en in ieder geval tijdens het eerste overleg aanwezig zijn.

Voor optie twee zijn goede argumenten volgens de handreiking. Verzorgingshuizen ontwikkelen zich in de richting van verpleeghuizen. Veel bewoners zijn niet meer in staat de volledige regie over het eigen leven te houden. Het belangrijkste argument voor de overdracht van de medische zorg aan de verpleeghuisarts is dan ook zorginhoudelijk van

aard. De zorgzwaarte sluit beter aan bij de specifieke deskundigheid en organisatie van de verpleeghuisarts. Daarnaast komt de eenduidige regie en verantwoordelijkheid de efficiëntie ten goede. Deze optie heeft voordelen voor de huisarts, de bewoners en de verzorging. De huisarts wordt niet meer geconfronteerd met tijdsintensieve zorg en het gevoel daarbij tekort te schieten. Uit pilots blijkt dat bewoners van verzorgingshuizen de aanwezigheid van de laagdrempelige verpleeghuisarts op prijs te stellen. En de verzorging werkt graag met de verpleeghuisarts die deelneemt aan het team en daardoor makkelijk aanspreekbaar is. Een nadeel vormt de werkwijze van de verpleeghuisarts. Een bewoner kan onnodig geïnstitutionaliseerd worden.

De thuiswonende patiënt.

Met de modernisering van de AWBZ kan bij complexe zorgvragen extramurale AWBZ-behandeling in de thuissituatie geboden worden. De huisarts is momenteel verantwoordelijk voor de medische zorg voor ouderen die thuis wonen. Dit vraagt veel afstemming, met de thuiszorg of de extramurale poot van een verzorgingshuis.

De AWBZ-zorg kan bestaan uit zorg thuis of uit dagverzorging of dagbehandeling in het verpleeghuis. Bij dagbehandeling is de verpleeghuisarts betrokken. De huisarts levert bij een bezoeker van de dagbehandeling de algemeen medische zorg, de verpleeghuisarts de multidisciplinaire zorg op de dagbehandeling. Bij AWBZ-zorg in de thuissituatie zijn volgens de handleiding drie opties mogelijk:

- De huisarts levert de huisartsenzorg en de verpleeghuisarts de AWBZ-behandeling. Dit vereist een goede samenwerking en informatieoverdracht.
- De huisarts biedt zowel de basiszorg als de AWBZ-zorg. Bij kortdurende complexe zorg in de thuissituatie of langdurige maar stabiele problematiek kan de huisarts er voor kiezen de hele zorg in eigen handen te houden. Dit houdt in dat de huisarts dan een andere manier van werken zal moeten hanteren, met onder andere het werken met een zorgplan en de multidisciplinaire aanpak.
- De verpleeghuisarts neemt de gehele zorg over. Gezien de huidige regelgeving lijkt dit momenteel een brug te ver. Wat wel denkbaar is dat een verpleeghuisarts een dag in een huisartsenpraktijk gaat werken.

5.3 Overheid en samenleving

In deze paragraaf zijn de resultaten verwerkt van de interviews met de beleidsmedewerker van de NVVA en de hoogleraren. Het draait om de vraag of er erkenning is voor het extramurale domein van de verpleeghuisarts door de overheid en de samenleving.

Erkenning door overheid.

Volgens de beleidsmedewerker erkent de overheid al dat verpleeghuisgeneeskundige deskundigheid buiten het verpleeghuis ingezet moet kunnen worden. Deze erkenning stamt uit de tijd dat er een wachtlijstproblematiek bestond. Toen zijn de substitutieprojecten in de verzorgingshuizen van start gegaan. Mensen met een verpleeghuisindicatie konden deze zorg buiten het verpleeghuis krijgen. Door de huidige ontwikkelingen in de maatschappij blijven mensen steeds langer thuis wonen. Het doel is mensen zo lang mogelijk in hun eigen huis te laten wonen, ongeacht de problematiek. Dit kan volgens de medewerker door het bieden van verpleeghuiszorg in de thuissituatie.

De legitimering van de verpleeghuisarts in de extramurale situatie is er dus in zekere zin al. Daar wordt nu op voortgebouwd. Tegelijkertijd is er de erkenning door de overheid niet. De randvoorwaarden zijn niet goed geregeld door de overheid.

B1 In de AWBZ is niet geregeld dat de verpleeghuisarts de hele medische zorg op zich kan nemen. Wij hebben dat wel gevraagd aan VWS, wij vinden dat als iemand een behandelindicatie heeft, dan moet je dat overal mogelijk kunnen maken. Nou dat gebeurt toch beperkt. Op ambtelijk niveau werd er gereageerd met 'daar hebben wij geen rol in, dat gaat over wie de regie moet hebben en dat is aan de aanbieders, die moeten dat maar regelen'.

De overheid trekt zich terug. Volgens de beleidsmedewerker past dit in het klimaat van VWS om de positie van de arts terug te dringen.

Samenleving

Volgens een hoogleraar is de samenleving onbekend met het werk van de verpleeghuisarts en kan om die reden het extramurale domein niet erkennen. De samenleving leert de verpleeghuisarts meestal pas kennen in het verpleeghuis. Men ziet de verpleeghuisarts niet als een belangrijke speler op het gebied van de ouderenzorg. De beleidsmedewerker geeft aan dat als mensen kennismaken met de expertise van de verpleeghuisarts dat zij dan zeer tevreden zijn. De verpleeghuisarts blijkt dan immers meer tijd en aandacht te hebben dan de huisarts. De verpleeghuisarts geeft geen antwoord op een specifieke medische vraag, maar brengt het hele plaatje in beeld en dit kan rust geven voor zowel de patiënt als de familie. Ook de mogelijkheden van het verpleeghuis zijn vaak onbekend. Mensen kunnen volgens de hoogleraar verrassend reageren als zij erachter komen welke disciplines in het verpleeghuis werken en wat die kunnen bieden.

Er is dus veel PR nodig. Zowel het verpleeghuis als de verpleeghuisarts moeten zich volgens de hoogleraar meer profileren. Het verpleeghuis moet zijn deuren naar de samenleving wijd open zetten. Verpleeghuizen zijn expertisecentra en dat moet meer zichtbaar worden. Ook

de verpleeghuisartsen spelen een belangrijke rol in de profilering van het vak. Zij moeten zich voornamelijk richten op de huisarts. Via de huisarts kan de verpleeghuisarts de cliënt in de extramurale setting en daarmee de samenleving bereiken. Dit gebeurt nu onvoldoende, de consultatiefunctie bestaat al jaren, maar er wordt weinig gebruik van gemaakt. Hier ligt een taak voor de verpleeghuisarts. De huisarts moeten doordrongen zijn van de meerwaarde van de verpleeghuisarts. De hoogleraar geeft aan hoe dit concreet kan gebeuren:

H2 Als je een patiënt hebt met een bepaald probleem waar jij bij betrokken bent geraakt, dan licht je de huisarts tijdig in, je geeft aan wat je doet, maakt duidelijk dat je niet op zijn stoel gaat zitten, maar dat je wat toe te voegen hebt. En je laat de huisarts merken dat jouw handelen tot een verbetering bij de patiënt leidt.

Een hoogleraar benadrukt dat de zorgverzekeraars een belangrijke partij zijn binnen de samenleving. De zorgverzekeraars zullen de verpleeghuisartsen moeten toelaten in de eerste lijn. Verpleeghuisartsen zullen waarschijnlijk steeds vaker zelf gaan onderhandelen met de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar zal dan voornamelijk geïnteresseerd zijn in de financiële meerwaarde van de verpleeghuisarts.

Op de vraag of de verpleeghuisarts niet te kampen heeft met een negatief imago, antwoordt de beleidsmedewerker dat de verpleeghuizen inderdaad negatief in de media verschijnen. Hij hoopt dat de nieuwe naamgeving hier iets kan betekenen. De naam verpleeghuisarts sluit niet meer aan op de doelgroep van de verpleeghuisarts.

6 RESULTATEN: DE OPLEIDING

In deze paragraaf staan de veranderingen binnen de opleiding centraal. De gegevens komen uit het nieuwe raamcurriculum van de opleiding tot verpleeghuisarts en uit interviews met een onderwijscoördinator en twee hoogleraren. In deze paragraaf worden tevens de faal- en succesfactoren van extramuralisering en de toekomst van de verpleeghuisgeneeskunde behandeld.

6.1 Veranderingen in de opleiding

Om de veranderingen in de opleiding in kaart te brengen is het raamcurriculum van de toekomstige opleiding geanalyseerd. Dit raamcurriculum bevindt zich nog in conceptvorm. Daarnaast is een interview geweest met de onderwijscoördinator die betrokken is bij de vernieuwing van het curriculum.

Curriculum

De huidige opleiding tot verpleeghuisarts is intramuraal georiënteerd. De opleiding duurt twee jaar, waarbij de arts een jaar in een somatisch verpleeghuis en een jaar in een psychogeriatrisch verpleeghuis werkt. De onderwijscoördinator vertelt dat extramurale activiteiten niet geformaliseerd zijn binnen de opleiding. Wel weet hij dat in de opleidingshuizen vaak wordt gekeken of er mogelijkheden zijn voor de arts in opleiding om kennis te maken met extramurale activiteiten.

De fusie met de sociaal geriaters maakte een verandering in de opleiding noodzakelijk. De belangrijkste veranderingen binnen de opleiding zijn de uitbreiding van twee naar drie jaar en de spreiding over verschillende werkvelden. De toekomstige opleiding bestaat uit vier opleidingsperiodes van gemiddeld negen maanden:

- Opleidingsperiode somatiek
Gericht op patiënten met somatische aandoeningen, die opgenomen zijn, waaronder revalidatiepatiënten.
- Opleidingsperiode psychogeriatric
Gericht op patiënten met psychogeriatrische aandoeningen, die opgenomen zijn.
- Opleidingsperiode ambulant
Gericht op zelfstandig wonende chronisch zieken en ouderen met complexe aandoeningen.
- Stages
Medische activiteiten op een werkplek relevant voor de opleiding voor ouderen en chronisch zieken.

De ambulante periode en de stages zijn nieuw voor de verpleeghuisgeneeskunde. In de ambulante periode staat het werk van de sociaal geriater centraal. De intramuraal werkende verpleeghuisarts heeft voornamelijk te maken met ouderen met dementie in een vergevorderd stadium. Tijdens de ambulante periode zal de arts in opleiding ervaring opdoen met de vroegdiagnostiek van dementie en daarnaast met gerontopsychiatrische problematiek bij zelfstandig wonende ouderen. Dit kan bijvoorbeeld op een ambulante afdeling van een GGZ-instelling of op de polikliniek geriatrie. De stages van de vierde opleidingsperiode kunnen gelopen worden in de eerste lijn (bijvoorbeeld huisartspraktijk, GGZ), de tweede lijn (bijvoorbeeld EHBO of afdeling neurologie) en in de derde lijn (bijvoorbeeld hospice, revalidatie instelling).

De eindtermen van de opleiding zijn vastgesteld aan de hand van competenties die een verpleeghuisarts moet beschikken. De competenties zijn ingedeeld in zeven competentiegebieden. Centraal staat het medisch handelen, daarnaast zal de arts competenties moeten verwerven op het gebied van communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit.

Samenwerking met huisartsenopleiding

Er is binnen de opleidingen nog weinig samenwerking met de opleiding tot huisarts. Alleen het opleidingsinstituut in Nijmegen organiseert gezamenlijke terugkomdagen met de huisartsgeneeskunde. De huisartsen en verpleeghuisartsen in opleiding behandelen tijdens deze dagen samen thema's als dementie, CVA en palliatieve zorg.

6.2 Faal- en succesfactoren extramuralisering

In de interviews met de beleidsmedewerker en de hoogleraren kwamen de mogelijke faal- en succesfactoren met betrekking tot extramuralisering aan bod. Faalfactoren kunnen zowel in de interne als in de externe omgeving gelokaliseerd zijn:

- H1 De belangrijkste faalfactor is dat de verpleeghuisartsen intramuraal denkende en doende lieden zijn. Intramuraal werken heeft iets veilig. Daarnaast worden er in het veld nog te weinig randvoorwaarden gecreëerd om de verpleeghuisarts adequaat buiten de muren van de instellingen te laten functioneren.

De genoemde randvoorwaarden betreffen voornamelijk de regelgeving met betrekking tot de financiering. De AWBZ wordt uitgekleeft en het is nog onzeker wat er van overblijft. Op dit moment levert de indicatiestelling door het CIZ al problemen op. Het CIZ geeft niet snel een indicatie voor de functie behandeling. De nieuwe ZVW biedt volgens de beleidsmedewerker

zowel kansen als bedreigingen. De aanspraak die patiënten op grond van het basispakket kunnen maken is niet meer geformuleerd in termen van recht op huisartsenzorg, maar recht op integrale eerstelijnszorg, zoals onder andere de huisarts die levert. Verpleeghuisartsen zouden dan mogelijk in de toekomst ook huisartsenzorg kunnen gaan bieden onder de ZVW. Een bedreiging is dat de huisartsen sinds het van kracht worden van de ZVW op declaratiebasis betaald krijgen en niet meer een abonnementsgeld voor ziekenfondsverzekerden. Kreeg de huisarts eerst weinig betaald voor een bewoner van het verzorgingshuis, nu kan hij alles declareren. De huisarts heeft nu een financieel belang om de patiënt zo lang mogelijk in eigen hand te houden.

Een succesfactor is de integrale benadering die de verpleeghuisarts biedt. Het consultmodel van de huisarts schiet tekort bij patiënten die de regie over hun leven kwijt raken. Huisartsenzorg is gebaseerd op het principe dat een patiënt de regie over de zorg heeft: de patiënt maakt zelf een afspraak voor het spreekuur en is zelf verantwoordelijk voor het opvolgen van het beleid. Het consultmodel schiet tekort bij kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag. Voor deze groep patiënten is de integrale benadering van de verpleeghuisarts beter. De verpleeghuisarts brengt bij ouderen de medische problemen en de zorgvraag in kaart. Daarnaast is de verpleeghuisarts gewend zich niet alleen op de patiënt te richten, maar ook op het systeem rond de patiënt. Een hoogleraar merkt over dit punt op dat de effectiviteit van de integrale benadering evenwel nooit grondig is onderzocht binnen de verpleeghuisgeneeskunde en dus niet evidence based is vastgesteld.

6.3 Toekomst verpleeghuisgeneeskunde

Volgens één van de hoogleraren is de verpleeghuisgeneeskunde in zijn huidige, traditionele vorm ten dode opgeschreven. Op dit moment zijn er binnen de verpleeghuisgeneeskunde twee trends zichtbaar: aan de ene kant verbijzondering en aan de andere kant vermaatschappelijking. Vroeger bestond de verpleeghuisgeneeskunde in grote lijnen uit twee doelgroepen: somatische en psychogeriatrische verpleeghuisbewoners. Momenteel is er sprake van verbijzondering, specialisering naar diverse doelgroepen: palliatieve zorg, CVA, niet aangeboren hersenletsel, revalidatie, etc. Verpleeghuisartsen die werken op een afdeling in het verpleeghuis met een specifieke doelgroep ontwikkelen zich steeds meer tot een specialist op het betreffende gebied. Een andere ontwikkeling is de vermaatschappelijking: de verpleeghuisarts gaat meer extramuraal werken en wordt een gespecialiseerde huisarts voor ouderen met complexe problemen. Binnen de huisartsgeneeskunde lijken er ook tendensen te zijn naar verbijzondering, onder andere richting de ouderenzorg. Een huisarts kan zich op deze manier ook toeleggen op de

ouderenzorg. De verpleeghuisarts die extramuraal gaat werken zal dan veel gelijkens kunnen hebben met de huisarts die zich op ouderen richt. Volgens de hoogleraar zal de verpleeghuisarts bij beide trends zijn meerwaarde nog moeten bewijzen.

Moederschoot

Een mogelijk scenario volgens een hoogleraar is dat de verpleeghuisgeneeskunde terugkeert in haar moederschoot, de huisartsgeneeskunde. Op dit moment zijn er drie generalistische specialismen: huisartsgeneeskunde, verpleeghuisgeneeskunde en geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten. Deze kunnen door de ontwikkelingen in de toekomst wellicht samengaan in één specialisme met aandachtsgebieden. De opleiding zal dan mogelijk kunnen gaan bestaan uit twee basisjaren en één jaar specialisatie, bijvoorbeeld in de ouderenzorg.

7 RESULTATEN: DE VERPLEEGHUISARTSEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews met de verpleeghuisartsen besproken. De vraag staat centraal hoe de verpleeghuisartsen zich positioneren ten opzichte van huisartsen in de extramurale setting. Achtereenvolgend worden de ervaring van de artsen met extramuraal werken, de samenwerking met de huisartsen en de wijze van profilering besproken. Tot slot komt een verpleeghuisarts aan het woord die zich actief geprofileerd heeft bij de huisartsen in haar omgeving.

7.1 Extramuraal werken

In deze paragraaf staan de ervaringen van de verpleeghuisartsen met het extramuraal werken centraal. Alle ondervraagde verpleeghuisartsen zijn betrokken bij extramurale activiteiten. Het gaat dan meestal om bewoners met een behandelindicatie in het verzorgingshuis. In de verzorgingshuizen zijn de verpleeghuisartsen soms hoofdbehandelaar, de gehele behandeling is dan overgenomen van de huisarts. Soms is een deel van de behandeling overgenomen, bijvoorbeeld bij decubitus, de verpleeghuisarts is dan medebehandelaar. Meestal is de functie van de verpleeghuisarts extramuraal alleen adviserend van aard, de verpleeghuisarts heeft dan de rol van consulent. De verpleeghuisartsen zijn vrijwel nooit betrokken bij zelfstandig wonende ouderen. Al is er één verpleeghuisarts die alleen consulten bij thuiswonenden doet, dit in het kader van een mobiel palliatief team.

De voordelen

De voordelen van het extramuraal werken die de verpleeghuisartsen noemen zijn te groeperen onder de noemers persoonlijke verrijking, de positieve effecten op het intramurale werk en de afwisseling.

A1 Het is een verrijking voor je eigen beleving en visie. Je raakt als verpleeghuisarts makkelijk vastgeroest in het verpleeghuis. Je hospitaliseert. Je gaat denken dat de muren van het verpleeghuis de muren van de zorg zijn. Als je dan extramuraal gaat werken besef je dat je slechts een klein gedeelte van de problematiek ziet in de intramurale setting.

Ook de patiënt in zijn eigen leefomgeving te zien, wordt als een verrijking van het werk ervaren. Uitvergroot weergegeven zou je kunnen zeggen dat de arts in het verpleeghuis de patiënt ziet in zijn pyjama in een kale vierpersoonskamer. Je bent in het verpleeghuis al snel een patiënt ook al wordt het tegenwoordig bewoner genoemd. In de extramurale setting ziet

de arts de patiënt in zijn eigen omgeving. Dit voegt veel informatie toe, er ontstaat een beter beeld van de mens die iemand is geweest.

De ervaring die met het extramuraal werken opgedaan wordt, kan zijn vruchten afwerpen in de intramurale setting.

A4 Je wordt alerter intramuraal. Hier zit een persoon die een heel leven heeft gehad en nu door zijn ziekte is veroordeeld tot zo weinig privacy. Wat kunnen we doen om de privacy en persoonlijkheid van die persoon zoveel mogelijk in stand te houden?

De verpleeghuisarts komt op meerdere locaties en dit wordt door een aantal als voordeel genoemd. Elk huis heeft zijn eigen cultuur en werkwijze. Dat maakt het werk afwisselend. Maar dit zelfde punt werd door een andere arts juist als nadeel ervaren. Het vraagt aanpassingsvermogen en een zekere flexibiliteit. Zo kunnen zaken (bijvoorbeeld de medicatieverstrekking door de apotheek in verzorgingshuizen) steeds anders geregeld zijn.

De nadelen

De belangrijkste nadelen zijn logistiek en organisatorisch van aard. Het werken op meerdere locaties kost reistijd, maar daarnaast wordt het extramuraal werken als tijdsintensief ervaren. Dit laatste hangt ook samen met de organisatorische aspecten. De zaken zijn in een verzorgingshuis vaak minder goed geregeld dan in een verpleeghuis. Dit doet een groot beroep op de zelfwerkzaamheid van de arts. De onderzoeksmogelijkheden zijn daarbij beperkt. De logistieke problemen roept bij een enkele arts zelfs vragen op over de haalbaarheid van de toekomstplannen van de vereniging.

A2 Het kost heel veel tijd. Dus hoe de NVVA nou denkt dat wij straks bij alle mensen thuis langsgaan. Ik zie dat niet voor me. Nu heb je 30 patiënten op een afdeling en dan 30 patiënten thuis. Ik zou niet weten hoe we dat voor elkaar moeten krijgen.

De kwaliteit van zorg is een ander knelpunt. In het verzorgingshuis is vaak weinig en onvoldoende gekwalificeerd personeel. De werkdruk onder de verzorgenden is heel hoog. Voor de arts is het vaak lastig te moeten werken met bejaardenhelpenden die onvoldoende zijn opgeleid.

Tot slot levert de rol als consulent problemen op:

A1 Je werkt in de adviessfeer. Dus als je iets voor elkaar wilt krijgen, moet je daar extra moeite voor doen, veel uitleggen en zo. Het kost meer moeite om je ei te leggen en soms stoot je je neus omdat de verzorging of de huisarts je advies niet opvolgen. Dan moet je accepteren dat je tegen grenzen aanloopt.

Volgens een andere arts is de rol van medebehandelaar vooral lastig voor de verzorging. Omdat zij te maken hebben met twee artsen kunnen ze tegenstrijdige adviezen krijgen. Dat is onwenselijk.

De voorkeur van de gemiddelde verpleeghuisarts

Er is gevraagd naar een inschatting over de voorkeur van de gemiddelde verpleeghuisarts: intramuraal of extramuraal werken. De meeste artsen denken dat de combinatie velen zal aanspreken. Van de gesettelde verpleeghuisartsen die al jaren intramuraal werken wordt gedacht dat zij veel moeite zullen hebben met het omschakelen. Voor de flexibel ingestelde arts zal het voornamelijk een uitdaging zijn. Bij deze vraag komt de combinatie van de woorden veilig en intramuraal opvallend vaak voor, zoals:

A5 De gemiddelde verpleeghuisarts heeft de voorkeur voor intramuraal werken. Dat is veilig en overzichtelijk. Je krijgt veel dingen op een presenteerblaadje aangereikt. Buitenshuis ben je veel meer op jezelf aangewezen.

7.2 Samenwerking met huisartsen

In deze paragraaf staat de samenwerking met de huisarts centraal en welke bevorderende en belemmerende factoren hierbij een rol spelen.

*Duet of duel?*³

In de verzorgingshuizen is nog veel oud zeer voelbaar. De substitutieprojecten werden begin jaren negentig gedropt door het management van het verzorgingshuis bij de huisartsen.

Huisartsen hebben hier nooit inspraak in gehad. Een verpleeghuisarts die in die tijd als huisarts werkzaam was vertelt:

A2 Wij werden als huisarts helemaal niet geïnformeerd over hoe dat ging. Sommigen van onze patiënten kregen toen een verpleeghuisindicatie en toen werd er gezegd: 'die gaan er bij jullie uit, dus die patiënten ben je kwijt'. Nou dan gaan je haren overeind staan.

³ Overgenomen van: GOZL. 2000. Duet of duel. Medische zorg in het verzorgingshuis: taak voor huisarts of verpleeghuisarts?

Vooral de grote zorginstellingen die actief aan het bouwen zijn, lijken bij de huisartsen argwaan op te wekken:

A3 De stichting heeft daar drie grote torenflats neergezet. En daar zijn ouderen ingetrokken met veel zorgvraag. De huisartsen dachten dat al die mensen naar de verpleeghuisarts zouden gaan. Dat wij ze zouden inpikken. Nou dat gebeurde niet, maar je begrijpt dat dat wel de nodige weerstand heeft opgeroepen.

Verpleeghuisartsen merken nog steeds de gevolgen. En de domeinenstrijd is in verzorgingshuizen het meest voelbaar.

A1 Als je in het verzorgingshuis probeert op te stomen richting huisarts, dan wordt je al snel als tweede kapitein op het schip beschouwd: 'wat doet hij nou in mijn praktijk?'.

De samenwerking met de huisarts wordt in verzorgingshuizen het best beschreven met het woord 'aftasten'. Elke huisarts is anders. Sommige huisartsen hebben veel weerstand tegen bemoeienis van de verpleeghuisarts, anderen vinden het wel prettig als de verpleeghuisarts zaken overneemt, zij vinden ouderen voornamelijk tijdsintensief.

De meeste verpleeghuisartsen kunnen wel een voorbeeld van een goede samenwerking met een huisarts noemen. Hier wordt dan met veel enthousiasme over verteld.

Verpleeghuisartsen in Rotterdam worden vrijwel niet in consult gevraagd door de huisarts voor zelfstandig wonende ouderen. Voor specifieke zaken weet de huisarts de verpleeghuisarts wel te vinden, zoals palliatieve zorg of gedragsproblemen. Het initiatief ligt dan bij de huisarts en er is geen onduidelijkheid over het domein.

Bevorderende en belemmerende factoren.

Een belangrijke factor die de samenwerking beïnvloedt is het aantal huisartsen in een verzorgingshuis. Als er één huisarts in het verzorgingshuis werkt en daar ook nog spreekuur loopt, is het contact makkelijk gelegd. Dan blijkt bekend vaak bemind te maken. De artsen vullen elkaar aan. Zo weet de verpleeghuisarts meer over de organisatorische ontwikkelingen in het verzorgingshuis en de huisarts kan hier zijn voordeel mee doen. Het persoonlijk kennen van elkaar haalt een barrière weg. Het feit dat in Rotterdam veel huisartsen werken maakt het lastig contact te onderhouden. Een van de verpleeghuisartsen noemde dit punt en relativeerde het meteen met de opmerking dat het nu eenmaal een gegeven is en dat daarop geanticipeerd moet worden.

Een andere belemmerende factor is geld:

- A1 Huisartsen zijn kleine ondernemers. Wij krijgen een salarisstrookje en zijn daardoor eerder geneigd er iets bij te nemen wat geen financieel gewin oplevert. De huisartsen zijn erg op financiën gericht. Daar heb ik regelmatig mijn hoofd tegen gestoten. We wilden dan iets samen doen, waren alletwee gemotiveerd. Maar dan kwam het niet van de grond omdat de huisarts ervoor betaald wilde krijgen.

Het delen van een interessegebied kan juist weer de samenwerking bevorderen.

- A1 Als je een aandachtsgebied hebt waar je hart naar uit gaat, bijvoorbeeld palliatieve zorg en je treft een huisarts die dat ook heeft, een gelijkgezinde arts, dan vallen de barrières weg. Je kunt op gedrevenheid varen en voelt je minder ambtelijk.

7.3 Profileren

In deze paragraaf komen achtereenvolgend de ingeschatte beeldvorming van huisartsen, de expertise van de verpleeghuisarts en de wijze van profileren aan bod.

Beeldvorming bij huisartsen over verpleeghuisartsen

Bij de vraag welk beeld de huisartsen van verpleeghuisartsen hebben was één verpleeghuisarts kort en krachtig in zijn antwoord: geen beeld. Volgens de verpleeghuisartsen zullen de meeste huisartsen niet goed weten wat een verpleeghuisarts doet en wanneer ze een verpleeghuisarts moeten inschakelen. Al hebben sommige huisartsen wel waardering voor de kennis rond chronische zorg en multipathologie van verpleeghuisartsen. Misschien dat het verleden nog een rol speelt bij de beeldvorming. Vroeger ging je als huisarts op latere leeftijd, als het werken in de huisartspraktijk je te veel werd, in het verpleeghuis werken.

Kernexpertise volgens verpleeghuisartsen

Het antwoord op de vraag wat zij zelf als de meerwaarde van de verpleeghuisarts voor de huisarts zien, ligt bij de meeste artsen niet op het puntje van de tong. De kennis van de verpleeghuisarts is moeilijk te definiëren volgens een van de ondervraagden. Het is vaag omschreven in termen van 'we zijn gewend een stukje mee te lopen'. Een andere arts ziet zichzelf voornamelijk als specialist voor ouderen:

- A3 Er is veel overlap, ook wij behandelen alle huis- tuin- en keuken aandoeningen. Maar de intensiteit waarmee wij geconfronteerd worden met chronische aandoeningen,

multipathologie, CVA en polyfarmacie is groter. Wij weten daardoor beter waar we op moeten letten.

Ook de benaderingswijze wordt als groot verschil gezien:

A2 Huisartsen reageren op een klacht, hebben daar weinig tijd voor. Als verpleeghuisarts breng je met behulp van een zorgplan verschillende aspecten van de zorgvraag in kaart. Daarbij zijn wij teamplayers met een multidisciplinaire aanpak en dat is bijvoorbeeld bij palliatieve zorg heel belangrijk. De huisarts is meer een solist.

Profileren

Op welke manier profileren de verpleeghuisartsen zich? Een van de artsen zegt hierop:

A5 Ik denk dat de gemiddelde verpleeghuisarts zich niet actief profileert. Maar ja, wat hebben wij nu met huisartsen te maken? Alleen in verzorgingshuizen, maar eigenlijk heel weinig.

Een aantal verpleeghuisartsen laat via de correspondentie zien wat ze doen, bijvoorbeeld bij het schrijven van een verslag na de zorgplanbespreking van een bezoeker van de dagbehandeling. Een andere arts ziet het doen van een consult als het afgeven van een visitekaartje. Zij vraagt ook altijd een evaluatie na een consult om te zien of het gebodene aansluit op de vraag. Daarnaast wordt door een enkele verpleeghuisarts medische scholing aan huisartsen gegeven, de expertise van het verpleeghuis komt dan onder de aandacht. Tot slot wordt de term netwerken regelmatig genoemd: 'Je gezicht laten zien bij bijeenkomsten waar huisartsen aanwezig zijn'. Gevraagd naar verbeterpunten of hoe men zich het beste kan profileren zegt één van de artsen:

A1 Je moet stug volhouden in de PR. Doorgaan tot ze je weten te vinden. En het liefst samen met anderen werken, bijvoorbeeld op palliatief gebied met de thuiszorg, vrijwilligers en het ziekenhuis. Je moet het zoeken in de ketenzorg, in netwerken. Dan trek je vanzelf de aandacht van de huisartsen. Als je een bord op de voordeur spijkt van wij zijn ook voor consulten dan kun je wachten tot Sint Juttemis. Dan komt er nooit en te nimmer een consult. Maar als je eenmaal naam hebt gemaakt, dan kun je daar lang van profiteren.

De verpleeghuisartsen geven aan niet uit te blinken in het zichzelf profileren naar de eerstelijns. Een ondervraagde denkt dat dit te maken heeft met het imago, het beroep staat onder aan de medische ladder. Daarnaast valt het niet mee je te profileren als je veel weerstand voelt bij de huisartsen voor bemoeienis van jouw kant.

7.4 Het rolmodel

In een verpleeghuis in het oosten van het land zijn de verpleeghuisartsen actief bezig geweest met het profileren van hun expertise bij de huisartsen. De verpleeghuisarts vertelt dat de mogelijkheid van consultatie al jaren bestond, maar dat er geen gebruik van werd gemaakt. Toen er mogelijk artsenuren ingeleverd moesten worden, kregen de artsen de opdracht van het management zich meer op de extramurale markt te gaan richten. Alle huisartsen werd een brief gestuurd over de mogelijkheid van consultatie door de verpleeghuisarts. Er werd een toetsingsgroep van huisartsen bezocht. Tijdens dit bezoek heeft de verpleeghuisarts het takenpakket van de huisarts en de verpleeghuisarts vergeleken en het onderwerp dementie besproken. De boodschap was 'wij hebben laten zien dat we aanvullend zijn en als jullie problemen hebben, vraag ons gewoon om mee te kijken'. Momenteel profileren de verpleeghuisartsen zich voornamelijk met netwerken, regelmatig je gezicht laten zien bij bijeenkomsten waar ook huisartsen verwacht worden. In een sandwichcursus van specialisten, huisartsen en verpleeghuisartsen heeft de verpleeghuisarts een praatje gehouden over de consultatiefunctie. Wanneer wordt de verpleeghuisarts nu in consult gevraagd?

A6 Consulten kunnen op verschillende manieren binnenkomen. Ten eerste via de huisarts. Dit kan over diverse problemen gaan: decubitus, complexe situaties bij echtparen, catheters, etc. Een tweede manier is via de geheugenpoli. Op de geheugenpoli wordt de diagnose dementie gesteld, verder niets. Als zij dan het idee hebben dat er nog begeleiding nodig is, dan gaan wij langs. Een derde manier is via het Riagg. Een SPVer doet een intake, die wordt hier besproken en zo nodig volgt een consult. Tot slot krijgen we regelmatig een consult in het verzorgingshuis. De verzorging zet de huisarts dan op het spoor, 'moet er niet een verpleeghuisarts komen kijken', zeggen ze dan.

Opvallend hierbij is dat de verpleeghuisarts gevraagd wordt voor problematiek waar in Rotterdam de sociaal geriater voor gevraagd wordt. In de ruime omgeving van het verpleeghuis blijkt slechts één sociaal geriater werkzaam te zijn.

De verpleeghuisarts vertelt dat ze na jaren intramuraal gewerkt te hebben het extramurale werk aanvankelijk wat eng vond, maar nu is de ervaring positief:

A6 Bij de mensen thuiskomen vind ik geweldig. Je ziet niet alleen de mens, maar ook hoe hij woont, of het schoon is of niet, het levert zoveel informatie op. Het is een spannende puzzel.

Het vraagt wel flexibiliteit, ook van de collega's. Collega's moeten meer waarnemen intramuraal. De huisartsen reageren wisselend:

A6 Er is een huisarts die zegt, ik doe het liever zelf, ik doe mijn ding. Nou dat is prima. Een andere huisarts is helemaal enthousiast geraakt. Hij heeft me een paar keer in consult gevraagd. Bij die consulten waren het vaak hele kleine dingen die het net voor de echtparen makkelijker maakte om verder te gaan. Dat waren dingetjes daar moest je gewoon even voor gaan zitten, de zaken in kaart brengen om erachter te komen wat er nodig was. Zo'n succes maakt wel indruk bij de huisarts.

Omdat het initiatief voor het consult bij de huisarts ligt speelt een domeinenstrijd geen grote rol. Wel bleken de klinisch geriateren in het ziekenhuis minder gelukkig met het initiatief van de verpleeghuisartsen. Een consult door de verpleeghuisarts zou een polibezoek bij de klinisch geriater kunnen schelen. Er was een gesprek nodig tussen de verpleeghuisartsen en de klinisch geriateren waarin het verschil in taken besproken werd. Dit heeft wat ruimte gegeven, maar enige domeindiscussie is nog voelbaar.

Aanvankelijk, na het versturen van de brief kwamen veel consultaanvragen via de huisarts binnen, nu is dit afgezwakt en komen de consulten voornamelijk via het Riagg. De verpleeghuisartsen beramen zich op de vraag wat ze naast netwerken nog meer kunnen doen om het contact met de huisartsen warm te houden.

Het initiatief van de artsen staat op de website van de vereniging als inspirerend voorbeeld. De verpleeghuisarts vertelt dat er slechts één verpleeghuisarts heeft geïnformeerd naar het project.

8 DISCUSSIE

In dit hoofdstuk vindt de analyse van de resultaten plaats door middel van een koppeling met de theorie. Ook in dit hoofdstuk is de driedeling, beroepsvereniging, opleiding en verpleeghuisartsen gehanteerd.

8.1 De beroepsvereniging

Domein

Volgens Abbott strijden professies met elkaar over zeggenschap over beroepsdomeinen. Een belangrijk middel bij deze strijd is een abstract kennissysteem. Met een abstract kennissysteem kan een beroepsgroep een probleemgebied zo herformuleren tot problemen waarover zij zeggenschap hebben. Bij de analyse van het takenpakket blijken complexe zorg, integrale benadering en zorgregie belangrijke terminologie van het kennissysteem van de verpleeghuisarts te zijn. De kern van het kennissysteem van de verpleeghuisartsen is dat complexe zorg een integrale benadering vraagt. Ouderen met een complexe zorgvraag behoren zogenoemd ongeacht hun verblijfsplaats tot het domein van de verpleeghuisarts. Het extramurale domein is momenteel van de huisarts. Complexe zorg wordt in het takenpakket van de huisarts nog tot het domein van de huisarts gerekend. De huisarts kan deze zorg in eigen hand houden. Nu met de ZVW de abonnementsregeling is afgeschaft en de huisarts weer per consult wordt betaald, zal hij een sterke financiële prikkel hebben om deze zorg te blijven leveren. Wil de verpleeghuisarts zich meer gaan begeven op het extramurale domein dan zal hij moeten bewijzen dat hij een meerwaarde heeft ten opzichte van de huisarts. De integrale benadering bij complexe problematiek is een krachtig concept en een duidelijke aanvulling op het model van de huisarts. Maar als de huisarts geen beeld heeft van wat de verpleeghuisarts te bieden heeft, zal er geen consultvraag komen. De verpleeghuisarts zal zijn expertise dus meer zichtbaar moeten maken.

Naast medische taken wordt ook de taak van de zorgregie genoemd in het takenpakket. Zorgregie wordt gezien als 'medisch te definiëren', aangezien de verpleeghuisarts het beste in staat is de zorgregie te verbinden met de medische problematiek. Toch lijkt het begrip zorgregie kwetsbaar voor aanvallen van praktijkverpleegkundigen. Een kracht van de verpleegkundigen zal zijn dat ze goedkoper zijn.

LHV

Volgens van der Krogt komen beroepsgroepen elkaar tegen op de grens van twee beroepsdomeinen. Als hier sprake is van overlappende domeinen dan zal door concurrentie de samenwerking moeizaam verlopen. Als de beroepsgroepen elkaar duidelijk aanvullen,

complementair zijn, dan is de bereidheid tot samenwerking groter. De Haan en Ribbe vergeleken de huisartsgeneeskunde met de verpleeghuisgeneeskunde en concludeerden dat er ruimte voor beide vakgebieden was en de samenwerking uitgebreid kon worden. Bij de analyse van de handreiking van de LHV is opvallend hoe genereus de handreiking ten aanzien van de rol van de verpleeghuisarts is. Meerdere malen wordt onderstreept dat er sterke argumenten zijn voor de overdracht van de zorg voor verzorgingshuisbewoners met een complexe zorgvraag aan de verpleeghuisarts. De handreiking is volgens een geïnterviewde hoogleraar geschreven in een tijd van krapte aan huisartsen. Daarnaast is de handreiking een product van de landelijke vereniging, op lokaal niveau blijkt er weinig van terecht te komen. De invloed van de vereniging op de individuele arts is beperkt. Volgens Van der Krogt zal een huisarts lid worden van de LHV als hij zijn belangen vertegenwoordigd wil zien worden. Een huisarts is een ondernemer en heeft financieel belang bij ouderen in zijn praktijk. Als het beleid van de LHV tegen dit belang in gaat, kan de huisarts hier afstand van nemen.

Het extramurale domein behoort tot de huisarts en het initiatief voor een consult moet van deze huisarts komen. Verpleeghuisartsen zullen dus hun meerwaarde voor de patiënt moeten bewijzen bij de huisartsen. Zij moeten laten zien dat ze geen concurrent zijn, maar complementair werken.

Overheid en samenleving

De domeinuitbreiding van de verpleeghuisartsen sluit aan bij het bestaande domein. Dit zal de legitimering volgens van der Krogt vergemakkelijken. De overheid blijkt in naam het extramurale domein te erkennen, maar de randvoorwaarden worden matig geregeld. Dit past in het beleid van de terugtrekkende overheid. De publicaties van de NVVA en de LHV blijven niet meer dan een plan als de overheid de randvoorwaarden (financiering) onvoldoende regelt. Volgens Abbott kan de overheid via de publieke opinie beïnvloed worden. De verpleeghuisarts is in de huidige samenleving nog de grote onbekende. Dit moet dan veranderen. De expertise van de verpleeghuisarts moet zichtbaar zijn in de samenleving. De verpleeghuisarts moet zich profileren als een belangrijke speler op het gebied van de ouderenzorg. Dit is zowel een taak voor de vereniging als voor de individuele verpleeghuisarts.

Segmentatie

Nu de twee specialismen verpleeghuisgeneeskunde en sociale geriatrie samen zijn gegaan is er een breed werkveld ontstaan. De verpleeghuisgeneeskunde heeft zich al uitgebreid van patiënten met psychogeriatrische- en somatische problematiek naar diverse doelgroepen, waaronder revalidatie, CVA en palliatieve zorg. Nu komt daar het ambulante werkterrein van

de sociale geriatrie nog bij. De woon- of verblijfplaats van de patiënt is divers geworden: verpleeghuis, verzorgingshuis, zelfstandig wonend, ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis, revalidatiecentrum en hospice. In de toekomst kunnen ook verschillende financieringswijzen gaan ontstaan (AWBZ, ZVW, WMO?). De vereniging staat voor de opdracht de boel bij elkaar houden. Segmentering zal namelijk volgens van der Krogt de collectieve macht aantasten. En een collectieve machtspositie heeft de vereniging nodig om haar taak waar te maken: de positie van de verpleeghuisartsen verstevigen door invloed uit te oefenen op politiek en samenleving.

8.2 Opleiding

De huidige opleiding is intramuraal georiënteerd. Extramuraal activiteiten zijn niet geformaliseerd en een verpleeghuisarts in opleiding zal hier alleen mee te maken krijgen als het opleidingshuis de mogelijkheid biedt. Volgend jaar start de nieuwe opleiding, de focus ligt dan op de doelgroep. Een ambulante opleidingsperiode en diverse stages in de eerste en tweede lijn moeten het blikveld van de nieuwe verpleeghuisarts verruimen. Extramuralisering is al lang een trend en het is opvallend dat de opleiding nu pas haar curriculum aanpast.

Er is binnen de opleidingen nog weinig samenwerking met de opleiding tot huisarts. Alleen het opleidingsinstituut in Nijmegen organiseert gezamenlijke terugkomdagen met de huisartsgeneeskunde. De huisartsen en verpleeghuisartsen in opleiding behandelen tijdens deze dagen samen thema's als dementie, CVA en palliatieve zorg. Dit initiatief kan de beeldvorming en kennis over ieders expertise positief beïnvloeden.

Volgens van der Krogt speelt het opleidingsinstituut een belangrijke rol in het professionaliseringsproces. Het vergroten van de kennis en kunde is van belang voor de beroepsgroep. Specifiek voor de verpleeghuisgeneeskunde zijn complexe zorg en de integrale benadering. Het begrip complexe zorg is niet duidelijk af te bakenen. Ziekteprocessen en algehele achteruitgang verlopen geleidelijk en het is niet duidelijk op welk punt de insteek van de verpleeghuisarts wenselijk wordt. Daarnaast blijkt de integrale benadering van de verpleeghuisarts nog niet onderzocht op effectiviteit. Als het product verpleeghuisarts op de extramuraal markt wordt gebracht zal de effectiviteit van de integrale benadering evidence based vastgesteld moeten zijn om geloofwaardig over te komen.

8.3 Verpleeghuisartsen

Er is momenteel voornamelijk sprake van intramurale extramuralisering. De extramuralisering vindt plaats richting de verzorgingshuizen. Verpleeghuisartsen zijn nog weinig betrokken bij zelfstandig wonende ouderen. Het aantal consultaanvragen van huisartsen is laag. Van Dam van Isselt noemt een aantal mogelijke verklaringen hiervoor in haar onderzoek, waaronder te weinig actieve profilering van de verpleeghuisartsen naar de eerste lijn waardoor de specifieke expertise onduidelijk blijft. Opvallend in de interviews is dat verpleeghuisartsen het idee hebben dat huisartsen niet goed weten wat een verpleeghuisarts doet en wanneer huisartsen een verpleeghuisarts kunnen inschakelen, maar dat er desondanks weinig actief geprofileerd wordt. Dat het verpleeghuis voor sommige verpleeghuisartsen nog een bastion is, blijkt uit de opmerking 'wat hebben wij nou met huisartsen te maken'. Toch staan er grote veranderingen voor de deur en biedt de vergrijzing mogelijkheden. Er is een noodzaak tot profilering als de verpleeghuisartsen zich stevig wil positioneren in de medische as tussen de huisarts en de klinisch geriater. Alleen dan kunnen verpleeghuisartsen een belangrijke speler worden in de ouderenzorg van de toekomst. Verpleeghuisartsen zullen moeten bewijzen dat datgene wat ze bieden een duidelijke meerwaarde heeft voor ouderen met een complexe zorgvraag. Abbott stelt dat er op de werkvloer veel variatie kan voorkomen, afhankelijk van individuen en lokale factoren. Op het lokale niveau liggen mogelijkheden. Dat deze mogelijkheden door sommige individuele verpleeghuisartsen wel benut worden, blijkt uit het verhaal van het rolmodel. Deze verpleeghuisartsen hebben laten zien dat zij complementair werken en zij spelen in op de huisartsen die hier positief tegenover staan. Overigens bleek het complementair werken met de huisartsen gepaard te gaan met concurrentie met de klinisch geriaters.

9 CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de probleemstelling van het onderzoek. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

9.1 Conclusie

De probleemstelling van dit onderzoek luidt: Op welke manier positioneert de beroepsgroep van verpleeghuisartsen zich ten opzichte van huisartsen op de extramurale markt?

De beroepsgroep is onderverdeeld in drie actoren: de vereniging, de opleiding en de verpleeghuisartsen. Er volgt van elke actor een puntsgewijze samenvatting met een conclusie.

De vereniging

De deelvragen met betrekking tot de vereniging zijn hoe het extramurale domein wordt eigen gemaakt en of er erkenning is van de externe partijen.

- De vereniging heeft in het takenpakket het domein van de verpleeghuisarts omschreven. De kern is dat complexe zorg vraagt om de integrale benadering van de verpleeghuisarts. Deze integrale benadering is een krachtig concept, passend bij de doelgroep ouderen en chronisch zieken met een complexe zorgvraag.
- Het takenpakket vormt de opvatting van de beroepsgroep. Er zal ook erkenning van buiten de beroepsgroep moeten zijn voor het verbrede domein.
- De Landelijke Huisartsen Vereniging lijkt het extramurale domein van de verpleeghuisarts te erkennen. Al is dit onderhevig aan de varkenscyclus. Maar landelijke erkenning betekent niet dat het op lokaal niveau vorm krijgt. Individuele huisartsen kunnen uit financieel belang ouderen met complexe zorgvraag in eigen hand houden.
- De overheid erkent het domein in naam, maar regelt de randvoorwaarden onvoldoende. Dit past in het beleid van de terugtrekkende overheid.
- In de samenleving is de verpleeghuisarts een grote onbekende. Via de samenleving erkenning bij de overheid afdwingen is zodoende nog een lange weg.

Kortom: het domein is in theorie afgebakend, maar de positionering van de beroepsgroep ten opzichte van de huisartsen, de overheid en de samenleving behoeft nog veel aandacht van de vereniging.

Opleiding

De deelvraag met betrekking tot de opleiding betreft de veranderingen die nodig zijn in de opleiding tot verpleeghuisarts om deze gereed te maken voor het extramurale werk.

- De huidige opleiding tot verpleeghuisarts is intramuraal georiënteerd.
- De nieuwe opleiding heeft een duidelijke oriëntatie naar extramuraal: er is een ambulante opleidingsperiode en er zijn diverse stages mogelijk in de eerste en tweede lijn.
- Extramuralisering is al langer een trend, toch worden de extramurale activiteiten nu pas in de opleiding geformaliseerd.

Kortom: de opleiding is betrekkelijk laat met de aandacht voor de extramurale patiënt, maar kan met de nieuwe opleiding een rol spelen bij de positionering van de verpleeghuisarts ten opzichte van de huisarts.

De verpleeghuisartsen

De deelvragen met betrekking tot de verpleeghuisartsen betreffen de ervaring met het extramuraal werken, de samenwerking met de huisartsen en de wijze van profileren in de eerste lijn.

- Extramuralisering vindt momenteel vooral plaats richting de verzorgingshuizen.
- De ervaring met extramuraal werken zijn redelijk positief. Veel artsen zien het als een verrijking, de nadelen zijn veelal logistiek en organisatorisch van aard.
- De samenwerking met huisartsen verloopt vaak moeizaam. Domeindiscussie speelt hier een rol.
- Verpleeghuisartsen geven aan dat huisartsen onvoldoende op de hoogte zijn van de expertise van de verpleeghuisarts. Desondanks profileren verpleeghuisartsen zich weinig actief.
- Gezien de ontwikkelingen in de ouderenzorg is het een noodzaak dat verpleeghuisartsen zich nadrukkelijker positioneren als belangrijke speler op het gebied van de ouderenzorg.
- Individuele verpleeghuisartsen zullen moeten inspelen op de mogelijkheden op lokaal niveau. Hier is de meeste speling op het grensgebied tussen het domein van de huisarts en de verpleeghuisarts.
- Er is voor verpleeghuisartsen geen keuze tussen concurreren of samenwerken met de huisartsen. Een strijd met de huisartsen zal verloren worden. De verpleeghuisarts moet insteken op complementair werken

Kortom: het is voor de overleving van het vakgebied belangrijk dat verpleeghuisartsen hun meerwaarde bewijzen tegenover de huisartsen, dit gebeurt nu nog onvoldoende.

9.2 Aanbevelingen

Er worden een aantal aanbevelingen gedaan met betrekking tot vervolgonderzoek. De ontwikkelingen binnen de ouderzorg maakt deze sector tot een interessant onderzoeksgebied. De aanbevelingen betreffen de ontwikkelingen binnen de verzorgingshuizen, de trend van vermaatschappelijking en de trend van verbijzondering. Mijn aandacht zou uitgaan naar het perspectief van de patiënt. Dit perspectief is in dit onderzoek amper aan bod gekomen, terwijl het belangrijk is te weten hoe ouderen en eventueel familie de ontwikkelingen binnen de ouderenzorg ervaren.

Vervolgonderzoek binnen de verzorgingshuizen

Extramuralisering vindt op dit moment met name plaats richting verzorgingshuizen. Binnen deze instelling is op dit moment een divers beeld van medische zorg zichtbaar. Bewoners kunnen met de huisarts, de verpleeghuisarts of beiden te maken hebben. Het zou interessant zijn de tevredenheid van de bewoners met deze twee specialisten te vergelijken. Een andere vraag is welke kwaliteitsindicatoren voor deze setting van belang zijn. Een onderzoek naar kwaliteitsindicatoren kan wellicht uitwijzen welke arts of combinatie van artsen de medische zorg in de verzorgingshuizen het beste kan leveren.

Vermaatschappelijking

Op enkele plaatsen werken reeds verpleeghuisartsen binnen een HOED (huisartsen onder een dak). Onderzoek naar de samenwerking tussen de huisarts en de verpleeghuisarts binnen een HOED kan worden verricht. Daarnaast is onderzoek naar de patiënt outcome wenselijk.

Verbijzondering

Verpleeghuizen worden waarschijnlijk expertisecentra met specifieke doelgroepen. Ketenzorg zal hierbij steeds belangrijker worden. Wat is de patiënt outcome binnen de keten: hoe ervaart de patiënt de diverse schakels en de continuïteit van zorg?

Literatuur

- Abbott, A. 1988. *The system of professions: An essay on the division of expert labour*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Baarda, D.B. & M.P.M. de Goede. 1990. *Basisboek methoden en technieken: Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Leiden: Stenfert Kroese Uitgevers.
- Beer, M.F.J.M. de & M. Fahrenfort. 1993. 'Verpleeghuiszorg buiten de muren. De rol van de huisarts'. *Medisch Contact* 48 (19):597-599.
- Bolscher, A. 2002. *Gedeelde zorg: Medische en farmaceutische zorg in verzorgingshuizen*. Amsterdam: Riga.
- CVZ. 2003. *Functiegerichte aanspraken, een gids voor uitleg in de praktijk*. Diemen: CVZ
- Dam van Isselt van, E.F. 2006. *De consultfunctie van verpleeghuisartsen*. Nijmegen: VOVA
- Freidson, E. 1970. *Profession of medicine: A study of sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company. Nederlandse vertaling, 1981. *De medische professie: Een studie van de sociologie van toegepaste kennis*. Lochem: De Tijdstroom.
- Haan, M. de & M.W. Ribbe. 1993. 'Huisartsgeneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde: een vergelijking'. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde* 137 (52):2696-2701.
- Hertogh, C.M.P.M. 1999. *Functionele geriatrie: Probleemgerichte zorg voor chronisch zieke ouderen*. Maarsen: Elsevier/ de Tijdstroom.
- Hoek, F. Muller, M. Windt, van der W. Ribbe, M. & Vleuten van der C. 2006. 'Werkzaamheden van verpleeghuisartsen buiten het verpleeghuis'. *Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde* 31 (1):12-16.
- Huijsman, R. 2004. 'Stelselwijziging in zorg en welzijn'. *ZM* 9:2-6.
- Hulst, E.H. & R.M.J. Schepers. 1999. 'Professionele autonomie vanuit juridisch en sociologisch perspectief'. In: E.H. Hulst & I. Tiems (red). *Het domein van de arts. Beschouwingen over het professionele domein van de arts, professionele autonomie en verantwoordelijkheid*, 11-20. Maarsen: Elsevier/ de Tijdstroom.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. 2002. *Medische zorg onder druk: Onderzoek naar de organisatie van de medische zorg bij deelnemers aan psychogeriatrische substitutieprojecten in verzorgingshuizen*. Den Haag.
- Krogt, Th.P.W.M. van der. 1981. *Professionalisering en collectieve macht: Een conceptueel kader*. Den Haag: Vuga uitgeverij.
- LHV. 2004. *Handreiking voor de organisatie van de medische en farmaceutische zorg aan ouderen in een verzorgingshuis en thuis*.
- Luijendijk, H.J. & A.J.B. Verkaaik (red). 2006. *Handboek Sociale Geriatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- NVVA. 2001. *Beroepsprofiel verpleeghuisarts*. Utrecht: NVVA

NVVA / NSG. 2003. Nota Takenpakket verpleeghuisarts/ sociaal geriater. Utrecht: NVVA / NSG

NVVA, 2005. *Inspirerende voorbeelden: van praktijkvoering, taakdelegatie en extramuralisering*. Utrecht: NVVA

Nuijens, J.M. & P. Schoof. 2005. *De toekomst van de medische behandeling in de ouderenzorg: Evaluatie van strategische opties voor verpleeghuizen*. Achtergrondstudies. Tilburg: Tranzo.

Oorschot, J.H. van, Fr.C.A. Jaspers, J.H. Schaaf (red). 1995. *Professionele autonomie van de medische specialist*. Assen: van Gorcum.

Robben, P. 2002. *Kwartet voor ouderen: Ontstaan en ontwikkeling van de medische beroepen in de ouderenzorg: klinisch geriater, verpleeghuisarts, ouderenpsychiater en sociaal geriater*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Schepers, R.M.J. & A.C. Nievaard. 1995. *Ziekte en zorg. Inleiding in de medische sociologie*. Utrecht: Stenfert Kroese.

Schols, J.M.G.A. 2000. *In en vanuit het verpleeghuis. Samenwerking verpleeghuisarts – huisarts*. Proefschrift. Raamsdonkveer: Verse Hoeven uitgeverij.

Segers J. & Hutjes, J. 1999. De gevalstudie. In: Segers J. *Methoden voor maatschappijwetenschappen*, 339-366. Assen: van Gorcum.

Spreeuwenberg, C. 1991. 'Hebben huisartsen toezicht nodig?'. *Medisch Contact* 46 (20):615.

Stevens, F. & H. Philipsen. 2003. 'Professionalisering van beroepen in de gezondheidszorg'. In: C.W. Aakster & J.W. Groothof, *Medische sociologie*, 85-93. Groningen: Wolters-Noordhof

Swanborn, P.G. 2002. *Basisboek sociaal onderzoek*. Amsterdam: Boom.

Werkgroep raamcurriculum. 2005. *Raamcurriculum ten behoeve van de opleiding tot arts voor ouderen en chronisch zieken. Conceptversie*. Amsterdam.

Weeder, W. 2004. *De 'menselijke maat' in de strategievoering van de beroepsvereniging van verpleeghuisartsen*. Utrecht: NVVA

Bijlage: Topiclijst

Verpleeghuisartsen

- Ervaring met extramuraal werken
Bij welke activiteiten betrokken?
Voordelen en nadelen
Voorkeur intramuraal of extramuraal
- Samenwerking met huisartsen
Substitutiezorg, consultatie
Aantal en aard contacten
Belemmerende factoren goede samenwerking
Bevorderende factoren goede samenwerking
- Domeindiscussie?
- Profileren expertise in de eerste lijn
Als individu, gemiddelde verpleeghuisarts?
Beeldvorming
- Verwachting ten aanzien van
NVVA
Opleiding
- Toekomstbeeld verpleeghuisgeneeskunde

NVVA

- Wat wordt verstaan onder positioneren?
- Waarom is positioneren op dit moment belangrijk?
- Hoe is samenwerking tussen NVVA en LHV
Erkenning domein, domeindiscussie, domeinafstemming
- Erkenning overheid
Taak NVVA hierbij
- Erkenning samenleving
Taak NVVA hierbij
- Imago van verpleeghuisarts
Belemmering?
- Individuele verpleeghuisarts:
Werkt graag extramuraal?
Domeindiscussie op lokaal niveau?
In staat om zich te profileren?
- Toekomstbeeld

Hoogleraren

- NVVA
 - Implementatie takenpakket
 - Domeindiscussie met LHV
 - Erkenning door overheid
 - Erkenning door samenleving
- Opleiding
 - Wat moet veranderen
- Toekomst verpleeghuisgeneeskunde
- Faal en succesfactoren extramuralisering
- Verpleeghuisartsen
 - Samenwerking
 - Profileren

Onderwijscoördinator

- Huidige opleiding
- Toekomstige opleiding
- Waarom nu pas veranderen
- Samenwerking met opleiding huisartsen?