

Nurse practitioners in Nederland: wat hangt de huisarts boven het hoofd?

Petrie Roodbol

Inleiding

In de VS is het niet ongewoon dat er reclame wordt gemaakt voor de diensten van nurse practitioners, verpleegkundigen die zich op traditioneel medisch terrein begeven:

You're Sick. We're Quick. Walk right in.

Our Certified Family Nurse Practitioners evaluate, diagnose and recommend treatments, including appropriate prescriptions for common family illnesses.

No appointment needed.

Conveniently located in select Target and Cub Foods stores near the pharmacy.

Visits take approximately 15 minutes.

Covered by most insurance plans.

Open extended hours and weekends.

aldus een reclame in Maryland, Minnesota (www.minute.clinic.com). In de praktijk, die midden in een shopping mall gevestigd is, kunnen mensen zich tussen het winkelen door laten behandelen door nurse practitioners. Zien we straks ook in ons land naast de bekende Zaanse grootgrutter en het altijd voordeligere confectiepaleis praktijken met een Ali B-achtige slogan als: 'De zusters Van Dalen voor al uw ongemakken en kwalen'? In ons land leiden inmiddels 9 hogescholen nurse practitioners op. In het nieuwe schooljaar zijn weer 250 ervaren verpleegkundigen begonnen aan de masteropleiding Advanced nursing practice, toegangseis tot de functie.

De nurse practitioner is een verpleegkundige op expertniveau die vanuit het verpleegkundig domein, op grond van ervaring en aanvullende scholing, taken uit het medisch domein overneemt zoals de afname van de medische anamnese en het doen van lichamelijk onderzoek, in nauwe samenwerking met, en voor het medisch gedeelte vooralsnog onder supervisie van de medicus.¹

Het merendeel van de huidige nurse practitioners werkt in de ziekenhuizen; vooralsnog bevolkt niet meer dan 5% van hen de eerste lijn. Wat zijn de ervaringen in de ziekenhuizen en wat staat de huisarts mogelijk te wachten?

De nurse practitioner veroverd de tweede lijn

De introductie van de nurse practitioner in de ziekenhuizen verloopt vrij geruisloos; grote, zichtbare conflicten doen zich nauwelijks voor. Opmerkelijk, want de samenwerkingsrelaties tussen artsen en verpleegkundigen in de ziekenhuizen zijn door de jaren heen niet bepaald voorbeeldig geweest.

Sinds verplegen een beroepsmatige bezigheid werd, eind achttiende eeuw, hebben medici en verpleegkundigen een domeinstrijd uitgevochten. Medici kregen door de spectaculaire ontwikkeling van hun vakgebied behoefte aan deskundige hulp,² maar zagen de opkomst van verpleegkundigen óók als concurrentie. Daarom probeerden ze de verpleegkunde een integraal onderdeel te laten worden van de geneeskunde en zo de verpleegkundigen ondergeschikt te maken. De verpleegkundige vakpers stond begin negentiende eeuw bol van de artikelen over de taken van de verpleging en de rivaliteit met artsen. Zo omschreef de arts Winkler in 1892 de taak van de verpleegster als volgt:

'Eén persoon die begrijpt dat zij bijna dezelfde rol speelt als de intelligente moeder die aanneemt, maar methodisch waarneemt tijdens de afwezigheid van de geneesheer en die zich nooit zal verstouten uit haar waarneming een oordeel af te leiden laat staan dit oordeel de grondslag van haar handelen te nemen.'³

Jeltje de Bosch Kemper, hoofdredacteur van het *Maandblad van de Ziekenverpleging*, reageerde zeer verbaasd:

'De voorstelling: de pleegzuster als hulp van de geneesheer, als een persoon die een deel van zijn arbeid over kan nemen, dunkt mij eene die nog niet algemeen is.'⁴

Zijn medici ambivalent als het gaat om het bestaansrecht van de verpleging, verpleegkundigen zijn ambivalent als het gaat om de invulling van hun taak. Zij willen geen onderdeel zijn van de geneeskunde, maar nemen wel technische handelingen van medici over als injecteren, katheteriseren en bloeddruk meten. Voor de wettelijke inkadering van deze handelingen is de 'verlengde-armconstructie' in het leven geroepen. Deze heeft ertoe geleid dat de verpleegkundige verder is geëvolueerd tot assistent van de arts, maar heeft ook een zoektocht naar de eigen identiteit in de hand gewerkt, een streven naar onafhankelijkheid en verdere professionalisering. Onder deze laatste noemer vinden veel veranderingen plaats in de wijze waarop de verpleegkundige zijn beroep uitoefent. Het invoeren van patiëntgerichte verpleegmodellen, waarin de verpleegkundige individuele patiënten krijgt toegewezen in plaats van taken, heeft ervoor gezorgd dat medici hun dominante positie op de verpleegafdelingen hebben verloren. 'Vader dokter'

Wenckebach instituut UMCG, Hanzeplein 1, Postbus 30001, 9700 RB Groningen; dr. P.F. Roodbol, hoofd algemene en patiëntenzorg opleiding en directeur Academie voor Gezondheidszorg (op persoonlijke titel).

Correspondentie: p.f.roodbol@oplei.umcg.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

en 'moeder hoofdzuster' moeten het veld ruimen: patiënten hebben nu een eerstverantwoordelijke verpleegkundige. Medici en verpleegkundigen groeien nog steeds niet naar elkaar toe. Beide beroepsgroepen houden nog steeds hardnekkig vast aan een eigen dossier, medische en verpleegkundige protocollen komen onafhankelijk van elkaar tot stand en men neemt elkaars onderzoeksresultaten niet over. Ook al wijst verpleegkundig onderzoek uit dat preoperatief scheren van het operatiegebied meer nadelen dan voordelen heeft, medici geven verpleegkundigen nog steeds opdracht de patiënt te scheren.

En dan toch: verpleegkundigen nemen sinds het eind jaren van de negentig op eigen initiatief taken over van medici, de beroepsgroep die hen al zo lang domineert. Zij ontwikkelen mammapoli's, nemen de rol van zaalarts op zich en behandelen patiënten die zichzelf naar de polikliniek verwijzen. Hier is niet zozeer sprake van de taakherschikking die de overheid bepleit, als wel van een herverdeling van patiëntencategorieën: nurse practitioners verlenen geprotocolleerde medische zorg aan een welomschreven groep patiënten. Wat motiveert hen? Het lijkt paradoxaal, maar het is het streven naar zelfstandigheid.⁵ De nurse practitioner is afhankelijk van de arts, wettelijk voor onder meer de indicatie van voorbehouden handelingen en het voorschrijven van medicatie, en praktisch voor de supervisie, die gestalte krijgt in een levenslange leermeester-gezelverhouding. En toch ervaart de nurse practitioner in deze functie meer autonomie dan in de functie van verpleegkundige.

En wat is de motivatie van de medici om deze delegering van taken te sanctioneren? Die motivatie blijkt vooral doordat zij de lage status benadrukken die het deel van het *cure*-werk heeft dat aan de nurse practitioner toevalt. Maar natuurlijk bepleiten zij bij het management óók een opleidingsplaats voor die ene goede verpleegkundige die zij bij naam kennen omdat ze die niet kwijt willen raken.

Overigens accepteren verpleegkundigen zelf nurse practitioners niet onverkort als deel van de eigen beroepsgroep. Hoewel de functie is ontwikkeld om medische en verpleegkundige taken te integreren, ervaart de verpleging de komst van de nurse practitioner als taakverarming. Nurse practitioners zelf neigen meer naar de medische dan naar de verpleegkundige cultuur, wat onder andere tot uitdrukking komt in het dragen van een doktersjas.

Internationaal perspectief

De opkomst van de nurse practitioner is niet beperkt tot ons land, integendeel. De Angelsaksische landen lopen voorop, maar ook een aantal Zuid-Amerikaanse, Afrikaanse en Aziatische landen kent de functie. Anders dan in ons land is de ontwikkeling in al die landen begonnen in de eerste lijn. Afgelegen gebieden die verstoken waren van gezondheidszorgvoorzieningen en achterstandswijken met een verhoogde behoefte aan zorg werden als eerste voorzien van nurse practitioners. Zelfs in ons land zetelt de eerste nurse practitioner in de eerste lijn in het achteraf gelegen Scheemda.

Bescherming tegen ongewenste concurrentie

Als je afgaat op de ontwikkelingen in de ziekenhuizen en in het buitenland, ligt het voor de hand dat de nurse practitioner ook in ons land zal oprukken naar de eerste lijn. Traditioneel heeft Nederland goede eerstelijnsvoorzieningen, met de huisarts in de hoofdrol. De huisarts is er lang in geslaagd ongewenste concurrentie buiten de deur te houden.⁶

Eén methode die daarvoor met succes is gebruikt, is het naar eigen hand zetten van de taak van nieuwkomers in de eerste lijn. Zo werd de opkomst van de wijkverpleging, in het begin van de twintigste eeuw, niet echt met gejuich begroet. Dat kwam onder andere omdat 'de wijkverpleging den dokter van een belangrijk deel van zijn inkomsten zal ontroven' aldus Sien van der Hulst (1868-1930), een van de grondlegsters van de wijkverpleging in ons land.⁷ Ook andere motieven spelen een rol. De huisarts Christiaan Mol (1892-1979) gaf in 1931 toe dat hij aanvankelijk sceptisch stond tegenover de kruisverenigingen omdat zij binnendrongen in de ziekenkamer, die zijn terrein was.⁷ Huisartsen, overheid en wijkverpleegkundigen zelf discussieerden uitgebreid over de taakhoud van de wijkverpleegkundigen. Uiteindelijk leidde deze discussie tot een accentverschuiving in het werk: op de voorgrond stond niet zozeer het verplegen van zieken thuis maar verbetering van de hygiëne en andere preventieve taken. Op hun spreekuren en huisbezoeken bij bijvoorbeeld zuigelingen- of kleuterzorg verwezen de wijkverpleegkundigen de mensen die deskundige hulp nodig hadden door naar medici. Het verzetten van de bakens, van curatieve naar sociaal-hygiënische zorg, verbeterde de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige aanzienlijk.

Een tweede methode om zich te wapenen tegen ongewenste concurrentie was het accentueren van de eigen deskundigheid. Tot ver in de jaren zeventig was er weinig praktijkhulp, en van de hulp die er was, was een derde ongediplomeerd.⁶ De meeste huisartsen werden door hun echtgenote bijgestaan, van wie ongeveer de helft een paramedische opleiding had. Met zijn universitaire kennis stak de huisarts dus met kop en schouders boven zijn assistenten uit. De emancipatie maakte echter een einde aan de vanzelfsprekende echtelijke hulp en zorgde ook voor een hogere participatiegraad van vrouwen in het huisartsenbestand. Omdat men meer in deeltijd ging werken en ook nog een bestaan naast het werk wilde hebben, kwamen er groepspraktijken. Toen de afspraakspreekuren werden ingevoerd en de hulp van een praktijkassistente onontbeerlijk werd, werd deze niet een hbo-opgeleide verpleegkundige maar een dokterassistente op mbo-niveau.

De praktijkondersteuner, een functionaris op hbo-niveau, is werkzaam in een samenwerkingsverband en verleent, nadat de arts de diagnose heeft gesteld, zelfstandig zorg aan chronisch zieken (diabetes, astma/COPD, hartfalen) in de vorm van consulten tijdens spreekuren (naar de omschrijving van de LHV⁸).

Toen de praktijkondersteuner eind jaren negentig, op initiatief van de LHV, zijn intrede deed, zette de huisarts beide beschermingsconstructies in. De belangrijkste taak van de praktijkondersteuner

is het ontlasten van de huisarts met het oog op bepaalde groepen patiënten. De huisarts bepaalt wat de praktijkondersteuner in de praktijk doet. Diens belangrijkste taken zijn het verrichten van controles van en voorlichting geven aan chronisch zieken met diabetes, astma/COPD of hartfalen. De LHV formuleert samen met enkele hogescholen de eindtermen van de post-hbo-opleiding, die bedoeld is voor mbo-verpleegkundigen en doktersassistenten. Kortom, de huisarts bepaalt de taak en de opleiding van de praktijkondersteuner. Uiteindelijk blijkt de praktijkondersteuner echter nauwelijks soelaas te bieden en de werkdruk met slechts 6,1% te verlichten.⁹

Nurse practitioners, bedreiging of kans?

De huisarts heeft het vandaag de dag drukker dan ooit. De ziekenkamer bezoekt hij nog weinig. De vergrijsde en steeds ouder wordende bevolking is mobiel en komt massaal naar hem toe. Ondertussen wordt zijn deurmaat bedolven onder de exponentieel groeiende regelgeving van de overheid. Die zorgt voor administratieve rompslomp en vervelende gesprekken met patiënten over geneesmiddelen die niet meer vergoed worden. Het voor spelde tekort aan huisartsen is op sommige plaatsen werkelijkheid geworden, dus ook langs die weg is weinig verlichting van de werklust te verwachten. Wat te doen? Stakingen werken averechts: het leven zonder huisarts levert voor de meeste mensen geen onoverkomelijke problemen op en de maatschappij raakt er evenmin door ontwricht.

Nurse practitioners willen graag in de eerste lijn werken. Zij zijn grondiger en breder opgeleid dan een praktijkverpleegkundige, al is die opleiding vaak gericht op een welomschreven groep patiënten bij wie geprotocolleerde zorg mogelijk is. Hun jarenlange ervaring als verpleegkundige zal ze echter in staat stellen om hun deskundigheidsdomein snel uit te breiden. Is dit het begin van het einde van de huisartsenzorg in ons land? Inderdaad, de kans is groot, zeker als de huisarts niets doet aan het beeld dat zich lijkt te vormen: de huisarts als underdog, bedreigd door de maatschappij, de overheid en nu ook nog door deze nieuwe beroepsbeoefenaren.

De voorheen met succes gehanteerde beschermingsconstructies zullen niet helpen. Verpleegkundigen en nurse practitioners

mogen zich zelfstandig vestigen. Vanaf 2006, als de Wet BIG is aangepast, mogen zij binnen de grenzen van hun kunnen voorbehouden handelingen indiceren en uitvoeren. Zij mogen zelfs bepaalde medicatie voorschrijven. Zij zijn niet ondergeschikt aan de huisarts, goed opgeleid en deskundig. De huisarts kan proberen de opkomst van de nurse practitioner te stuiten (hoewel de praktijkondersteuners hun werkdruk nauwelijks verlichten, tonen huisartsen zich plotseling heel tevreden over hen wanneer de introductie van nurse practitioners in de eerste lijn ter sprake komt). De huisarts kan de nurse practitioner omarmen als een kans om de eerstelijnszorg uit het slop te halen voordat die echt de afgrond in glijdt. De huisarts kan moe gestreden achteroverleunen en bedenken dat de huidige situatie het beroerde resultaat is van verkeerd overheidsbeleid.

De huisarts kan ook wakker worden, opstaan en inzien dat nurse practitioners hem kunnen helpen gezamenlijk de goede naam van de eerstelijnszorg in ons land hoog te houden. Nurse practitioners kunnen veel, maar ze maken de huisarts niet overbodig. Die zal er altijd moeten zijn: voor de differentiaaldiagnostiek, voor nieuwe behandelmethoden, voor het verder brengen van de geneeskunde. 'Zuster Van Dalen en dokter Van Rijn, voor een gezonde eerste lijn...'

Literatuur

- 1 Nieuwe professionals in de gezondheidszorg. Rapport. Utrecht: VAZ, 2004. VAZ-nr. 040258.
- 2 Van der Meij-de Leur APM. Van olie en wijn. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1987.
- 3 Winkler C. De ziekenverpleegster, haar opleiding, haar taak en haar toekomst. Utrecht: Reyers, 1892:618.
- 4 De Bosch Kemper J. Maandblad van de ziekenverpleging 1892;8:8.
- 5 Roodbol PF. Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen. Onderzoek naar taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen [Proefschrift]. Groningen: RUG, 2005.
- 6 Aulbers BJM, Bremer GJ, editors. De huisarts van toen; en historische benadering. Rotterdam: Erasmus publishing, 1995.
- 7 Stolk-van Delen HW. Wijkverpleging in historisch perspectief. Amsterdam: Rodopi, 1983:45.
- 8 LHV. Implementatie praktijkondersteuner 2001 www.schoterpoort.nl/verpleegkunde/praktijkondersteuning.
- 9 Lamkaddem M, De Bakker A, Nijland A, De Haan J. De invloed van praktijkondersteuning op de werklust van huisartsen: een analyse van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg. Utrecht: NIVEL, 2004.