

Nederlands Huisartsen Instituut  
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht  
Mariahoek 4 - tel. (030) 31 99 46

"NURSE-PRACTITIONER"

Over het delegeren van taken in  
de huisartspraktijk.

door

A. Sonneveld

Prijs f 8,75

Uitgave van het Nederlands Huisartsen Instituut  
Mariahoek 4 te Utrecht - Tel.: 030 - 31 99 46



INHOUDSOPGAVE:

Blz.

VERANTWOORDING . . . . .	1
I. DELEGEREN . . . . .	3
II. DE GEDELEGEERDE . . . . .	11
III. WAT WORDT GEDELEGEERD . . . . .	16
IV. HOE VINDT DE DELEGATIE ORGANISATORISCH PLAATS . . . . .	26
V. DE KWALITEIT VAN DE UITVOERING VAN DE GEDELEGEERDE TAKEN . . . . .	30
VI. TIJDSBESPARING TEN GEVOLGE VAN DE DELEGATIE . . . . .	38
VII. CLIENT ACCEPTANCE . . . . .	46
BIJLAGE . . . . .	52
LITERATUUR . . . . .	54



## VERANTWOORDING.

Hoewel er over het onderwerp delegatie nogal wat gerapporteerd onderzoek bestaat, is het met de theorievorming hieromtrent minder rooskleurig gesteld.

Weliswaar vinden we in Weisz en Reedy aanzetten hiertoe, maar van een overkoepelende theorie omtrent delegatie in de huisartsenpraktijk is geen sprake.

Wanneer een exploratie in de literatuur over hiernaar gedaan onderzoek gerapporteerd moet worden, ligt het voor de hand dat de onderzoeker zijn eigen maatstaven hanteert ter evaluatie van het gevondene.

Waarschijnlijk is uit het feit dat de onderzoeker socioloog is en dat de hem verleende opdracht inhield een methodische/methodologische evaluatie te maken van naar delegatie gedaan onderzoek, eenvoudig het gehanteerde evaluatiekriterium af te leiden.

Bij het N.H.I. is men geïnteresseerd in de waarde die men moet hechten aan reeds gedaan onderzoek; wat kan men eruit leren, in hoeverre kan het in Nederland ook en in hoeverre kan men het als zijnde "van weinig waarde" gevoegelijk laten liggen.

Het gaat om delegeren en wel om het delegeren van taken in de huisartsenpraktijk aan een medisch-assistente.

Dat in dit rapport het delegatie-onderzoek wordt bekeken vanuit de optiek van de nurse-practitioner heeft dan ook niet zozeer een theoretisch uitgangspunt als reden, maar is meer het gevolg van technische beschikbaarheid. Bij het N.H.I. was een gros-lijst aanwezig van delegatie-onderzoek gericht op de nurse-practitioner. Het leek ons efficiënt om deze lijst te benutten.

Na een aanvankelijke oriëntatie in het materiaal, heb ik op basis van veel voorkomende (c.q. veelbelovende) namen en titels hieruit een keuze gemaakt. Dat ook het criterium "gemakkelijk bereikbare onderzoeksliteratuur" werd gehanteerd behoef ik niet te verzwijgen.

Ik claim dan ook niet een representatieve steekproef uit alle onderzoeken getrokken te hebben, maar meen wel dat mijn bevindingen een aanwijzing geven van "wat er zoal aan onderzoek gedaan is".

De opdracht die ik mee kreeg luidde: "een literatuuronderzoek te doen

naar de delegatie in de huisartsenpraktijk" en daarbij met name de volgende punten te evalueren:

- a. aan wie wordt gedelegeerd
- b. wat wordt gedelegeerd
- c. hoe vindt de delegatie organisatorisch plaats
- d. kwalitatieve effectmeting van de delegatie
- e. efficiency (tijdsbesparing t.g.v. de delegatie)
- f. de aanvaarding van de delegatie door de patiënt.

In het navolgende vindt U, na een hoofdstuk waarin het begrip "delegatie" aan de hand van enkele auteurs wat nader wordt omschreven, aan elk van bovenstaande punten een hoofdstuk gewijd.

Deze hoofdstukken vallen uiteen in een meer theoretisch-waarderend deel en een illustrerend gedeelte.

In het eerste deel van ieder hoofdstuk zal voorzover relevant, m.b.v. methodologische criteria aangegeven worden wat de eisen zijn die je aan een onderzoek mag stellen wil er sprake zijn van een onderzoeksopzet, waarbij je inderdaad meet wat je wilt meten (is het onderzoek geldig) en wil het onderzoek herhaalbaar zijn, ook door anderen met dezelfde resultaten uit te voeren (is het onderzoek betrouwbaar) en zal worden aangegeven in hoeverre men zich hiervan rekenschap heeft gegeven.

In het tweede deel van de hoofdstukken zal een en ander geïllustreerd worden.

## I. DELEGEREN.

### 1. Definiëring en begripsbepaling.

1.1. Nauw aansluitend bij de organisatie-theorie komt Weisz (1972) tot de volgende definitie van delegatie: "Delegatie is de overdracht van een taak door een persoon van een hogere rang aan een persoon die aan hem ondergeschikt is".

Met de taak wordt ook de daarbij behorende bevoegdheid overgedragen.

De gedelegeerde aanvaardt verantwoordelijkheid voor de juiste uitvoering van de aan hem overgedragen taak. De delegator is daardoor echter niet van zijn verantwoordelijkheid ontheven, want de verantwoordelijkheid rust nu op twee personen in plaats van op één. De verantwoordelijkheid van de gedelegeerde is noch de reden van, noch het wezen van, maar slechts het resultaat van de delegatie.

Om een taak te kunnen delegeren moet deze duidelijk aangegeven worden en daarom vaststaand en goed gedefinieerd zijn.

Aanvullende voorwaarden:

- bereidheid om te delegeren
- bereidheid van de kant van de gedelegeerde om de verantwoordelijkheid die uit de delegatie voortvloeit te aanvaarden
- vermogen om deze verantwoordelijkheid te dragen t.g.v. natuurlijke geschiktheid en training.

In zijn studie komt Weisz dan tot de volgende, op het medisch gebied toegespitste theorie (hypothese) (p. 35):

"Vaststaande methoden van onderzoek en behandeling kunnen efficiënt door artsen en tandartsen gedelegeerd worden mits:

- a) de delegatie plaats vindt in werkgemeenschappen waar dergelijke methoden regelmatig toegepast worden
- b) het gedelegeerde initiatief duidelijk afgebakend is, in de zin van "the application of prescribed remedies for predicted problems"
- c) de arts/tandarts bereid is om de taak te delegeren
- d) de paramedische werker bereid is om de uit de delegatie voortvloeiende verantwoordelijkheid te aanvaarden , en

- e) in staat is deze verantwoordelijkheid te dragen t.g.v. natuurlijke geschiktheid en training
- f) de delegatie aanvaardbaar is of gemaakt kan worden voor de patiënt
- g) er geen wettelijke bezwaren zijn".

In het bovenstaande definieert hij methode als "een vaststaande, goed gedefinieerde procedure".

De term "methoden van onderzoek en behandeling" impliceert dus dat de procedures duidelijk kunnen worden omschreven, wat een voorwaarde is voor efficiënte delegatie.

## 1.2

Een tweede aanzet tot definiëring en begripsverheldering op delegatiegebied vinden we bij Reedy (1972).

Hoewel in grote lijnen overeenkomend met Weisz is hij in zoverre belangrijk dat hij zich met name richt op de Angelsaksische delegatiepraktijk, waaruit ook het grootste gedeelte van de onderhavige onderzoeken afkomstig is.

Hij definieert delegatie als "het proces waarbij werk aan anderen wordt overgedragen en hen bevoegdheid wordt gegeven om dat werk te doen".

Uit deze definitie vloeien een vijftal voorwaarden c.q. gevolgen voort:

- 1) de delegator bezit de bevoegdheid om te delegeren
- 2) er bestaat een geschikte atmosfeer en de bekwaamheid ideeën te bespreken tussen delegator en gedelegeerde
- 3) de gedelegeerde aanvaardt een zekere mate van persoonlijke verantwoordelijkheid voor de gedelegeerde taak
- 4) de behoefte/noodzaak aan/van een kontrolemeting door de delegator van het proces dat hij initiëerde. Deze kontrôle of feedback draagt ertoe bij dat men kan zien of de taak juist is uitgevoerd.
- 5) het delegeren vermeerderd niet alleen de macht van de gedelegeerde maar ook het gezag van de delegator.



Wat betreft het vermelde vierde punt - controle - meent Reedy dat de communicatie tussen delegator en gedelegeerde de "schakel" is tussen delegatie en controle.

De gedelegeerde moet expliciet instructies van de delegator krijgen; instructies die zowel "zacht" als "hard" kunnen zijn. Als voorbeelden van beide noemt hij respectievelijk:

"Ik wil dat je een vermageringsspreekuur begint en hier is de literatuur erover. Laat me over een maand weten hoe het ermee gaat".

Een "harde" instructie zou als volgt kunnen luiden:

"Ik wil dat je voortaan iedere donderdagmiddag een uur vrijmaakt, en dat de patiënten op deze lijst acht pond vermageren m.b.v. een 1000 calorieën dieet, ondersteund door psycho-therapie, maar geen medicijnen.

Geef me een lijst van patiënten die hieraan na twee weken niet voldoen".

Hoewel in beide instructies een controle is ingebouwd, is de autonomie van de gedelegeerde in het eerste geval veel groter.

Welke instructies nodig zijn zal tevens afhangen van de kwalifikaties van de gedelegeerde.

#### Een tweetal praktijkvoorbeelden

Twee voorbeelden, die we ook in de volgende hoofdstukken nog tegen zullen komen, van een zuster (nurse) met een nauw omschreven taak, resp. een wijder reikend mandaat.

Hodgkin & Gillie (1968) geven de volgende "regels" volgens welke hun visite-makende zuster werkte:

- 1) De primaire functie van de zuster is terugrapportage aan de arts en niet het geven van advies.
- 2) Ze moet samen met de arts een volledige registratie bijhouden.
- 3) Ze moet handelen als een taktvol lid van het artsteam.
- 4) De arts moet de zuster volledig inlichten. Voor her-visites moet hij voorspellen wat er waarschijnlijk aan de hand is: de zuster rapporteert onmiddellijk terug wanneer de waargenomen situatie afwijkt van de voorspelde.
- 5) De zuster moet terugrapporteren: mentale gesteldheid-angst, wens om arts zelf te zien, etc; alle pijn-pijn in borst en buik.

wordt onmiddellijk gerapporteerd.

- 6) Wanneer ze om advies wordt gevraagd dan moet de zuster dit rapporteren of maatregelen nemen zodat de patiënt door de arts wordt gezien.
- 7) Arts en verpleegster moeten vermijden dat ze de patiënt met tegenstrijdig advies in verwarring brengen.

Bovenstaande "regels" laten weinig over van de autonomie van de gedelegeerde. Een instructie, eveneens voor een visite makende zuster, die haar meer vrijheid laat, is die van Weston Smith & Mottram (1967):

- 1) Naar de mening van de zuster was een artsensite niet nodig, noch was het nodig dat de patiënt de arts op het spreekuur bezocht, de patiënt kon gerustgesteld worden.
- 2) Een artsensite was niet nodig, maar de patiënt kon op het spreekuur komen en er werd een afspraak gemaakt.
- 3) De zuster nam "commonsense" maatregelen of beval een licht medicijn aan dat door de arts was voorgeschreven, b.v. een hoestdrank.
- 4) Wanneer een infectie als mazelen werd gevonden of verondersteld dan was de zuster doorgaans in staat om een voorlopige diagnose te stellen en die aan de arts te rapporteren, die dan de patiënt zou bezoeken wanneer hij in de buurt was.
- 5) Wanneer de zuster hoge koorts of andere verontrustende symptomen vond dan zorgde zij ervoor dat de arts later op de dag langskwam.
- 6) De arts werd met spoed opgeroepen.

## 2. Attachment

In deze paragraaf besteden we aandacht aan een voor Groot-Brittannië specifieke vorm van samenwerking tussen huisarts en paramedisch personeel, het zgn. "attachment".

We besteden er op deze plaats aandacht aan, omdat het hier weliswaar gaat om delegatie, maar het niet duidelijk is hoe de verantwoordelijkheid van het paramedisch personeel is afgebakend. Er worden zoals we zullen zien beperkingen gesteld aan de potentiële bereidheid van het paramedisch personeel om de verantwoordelijkheid die uit de delegatie voortvloeit te aanvaarden.

In Groot-Brittannië heeft de extramurale gezondheidszorg twee "poten": enerzijds de huisarts, anderzijds de Local Health Authority. De L.H.A. heeft verschillende soorten personeel in dienst: district nurses, home nurses en health visitors.

Voor deze drie kennen wij in Nederland eigenlijk alleen de wijkverpleegster. Het bleek dat er weinig of geen contact tussen arts en L.H.A.-personeel was. Om dubbel werk en dus verspilling van kostbare tijd te voorkomen is men gaan zoeken naar een vorm van coördinatie/koöperatie tussen deze twee instanties.

Men heeft die gevonden in het konsept van het "attachment", dat door Gilmore et al. (1974) wordt omschreven als "any scheme designed to promote working contacts between general practitioners, health visitors and district nurses."

Het precaire moment v.w.b. ons onderwerp-delegatie ligt in het feit dat het L.H.A.-personeel niet in dienst is van een huisarts. We kunnen de relatie waarschijnlijk het best weergeven met het woord "detachering". Met als gevolg dat de district nurses en health visitors a.h.w. twee heren dienen. Hierdoor is het niet duidelijk aan wie de wijkverpleegster nu verantwoording schuldig is.

#### Verantwoordelijkheid

Margarèth Gilmore die in haar "The work of the nursing team in general practice" een onderzoek doet naar het funktioneren van dergelijke attachment-teams (zij houdt zich vooral bezig met de Groepsdynamische aspecten), biedt ons een fraai voorbeeld van de gevolgen die een dergelijk op twee gedachten hinken kan hebben voor (de mogelijkheid van) delegatie.

Zij heeft een studie gemaakt van 39 health-teams en komt (p.75 e.v.) tot de volgende konklusies:

Een kontroversiëel onderwerp in alle praktijken bleek de delegatie van het werk in de behandelkamer (treatmentroom), dat traditioneel als medisch werd beschouwd, aan district nurses en de wettelijke implicaties hieraan verbonden.

Het ging doorgaans om venapuncties, immunisatie en ooruitspuiten. Veel districtnurses zeiden dat ze hierin nooit getraind waren of dat ze de routine t.g.v. lange tijd niet uitvoeren ervan waren kwijtgeraakt.

De artsen die deze technieken aan de wijkverpleegster wensten te delegeren wilden de nurses hierin wel trainen, maar het belangrijkste probleem hieromtrent was de vraag naar de wettelijke status van de wijkverpleegsters ingeval er bij de toepassing van deze technieken ongelukken zouden gebeuren.

Alle lokale gezondheidsdiensten drongen er dan ook bij hun personeel op aan om wettelijke bescherming tegen een mogelijk proces te zoeken door lid te worden van een professionele organisatie.

Daarenboven stelden de gezondheidsdiensten andere voorwaarden, zoals:

- 1) Aan de artsen een schriftelijke verklaring te vragen inhoudend dat zij ervan overtuigd waren dat de nurses competent waren om de gedelegeerde technieken uit te voeren en dat in het geval van ongelukken de artsen de verantwoordelijkheid op zich zouden nemen.
- 2) Eén gezondheidsdienst had de artsen erop gewezen dat bepaalde technieken niet aan wijkverpleegsters mochten worden gedelegeerd.
- 3) Andere gezondheidsdiensten bepaalden dat wijkverpleegsters die technieken mochten uitvoeren wanneer de arts de patiënten tevoren onderzocht en aanwezig was terwijl de nurse de techniek uitvoerde.
- 4) Weer andere gezondheidsdiensten lieten het aan de wijkverpleegsters zelf over om te beslissen of ze zich competent achtten om de technieken uit te voeren en of ze die wilden uitvoeren.

Het voornaamste in bovenstaande punten schijnt de wettelijke bescherming te zijn, maar uit het voorgaande zal duidelijk zijn geworden dat het in feite de vraag is naar de afbakening van de verantwoordelijkheid.

De ambigue positie van de wijkverpleegsters v.w.b. gedelegeerde taken blijkt uit de volgende opmerking van de sekretaris van het Royal College of Nursing:

" Een arts kan gemakkelijk zeggen "ga je gang zuster, je kunt het beter dan ik, ik neem de verantwoordelijkheid op me".

Zal hij dat? Kan hij dat? Als gekwalificeerd persoon heeft de zuster verantwoordelijkheden waar ze niet onderuit kan, en delegatie kan alleen aanvaard worden wanneer het veilig is.

De zuster moet haar eigen competentie beoordelen.

Artsen neigen ertoe erg geruststellend te zijn tegenover zusters. Maar hoe welgemeend de arts, hoe goed de relatie, wanneer er werkelijk moeilijkheden zijn dan is het ieder voor zich en God voor ons allen."

In alle 39 groepspraktijken toonde men zich onzeker en ambivalent t.a.v. de verantwoordelijkheid voor immunisatie en venapuncties, getuige de twee volgende tabellen.

Verantwoordelijkheid voor immunisaties

Respondenten	Moet door arts gedaan worden	kan door arts, district nurse of health visitor gedaan worden.	kan door andere professie ge- daan worden.
	%	%	%
Artsen n= 150	9	87	10
District nurses n= 58	21	76	7
Health visitors n= 70	36	64	15

## Verantwoordelijkheid voor venapuncties

Respondenten	Moet door arts gedaan worden	Kan door arts, of district nurse gedaan worden	Kan door arts, distr. nurse of health vis. gedaan worden.	* kan door andere prof. gedaan worden
	%	%	%	%
Artsen n= 150	17	61	19	6
Distr. nurses n= 58	26	62	12	7
Health Vis. n= 70	29	59	12	6

\* Practice nurses in dienst van huisartsen.

## II DE GEDELEGEERDE

1. Gezien de door ons gekozen ingang, valt het niet te verwonderen dat de nurse-practitioner oververtegenwoordigd is.

Deze titel blijkt echter vogels van zeer uiteenlopende pluimage te omvatten. In de meeste gevallen gaat het om Registered Nurses, die door Spitzer et al. (1973) gedefinieerd worden, als " A nurse practitioner (family practice nurse) is a nurse in an expanded role oriented to the provision of primary health care as a member of a team of health professionals, relating to families on a long-term basis and who, through a combination of special education and experience beyond a baccalaureate degree or a diploma, is qualified to fulfil the expectations of this role".

Afgezien van het feit dat het de betreffende arts is die de "role" inhoudelijk definieert, blijkt dat lang niet alle nurses aan deze kwalifikaties voldoen.

Geldt bovenstaande definitie m.n. voor de situatie in de Verenigde Staten en Canada, in Groot-Brittannië kent men de "practice nurse", te vergelijken met onze praktijkassistente. De Amerikaanse nurse-practitioner lijkt daarentegen meer op een "halve dokter".

We dienen even stil te blijven staan bij het feit dat er in de Angelsaksische literatuur voortdurend over "nurse" gesproken wordt. In Nederland kennen we de praktijk-assistente. Haar taak is een combinatie van het werk van een sekretaresse en een paramedisch werker. Zij is een assistente en heeft als zodanig geen eigen professie.

Bij de verpleegkundige (nurse) ligt dat heel anders.

Zij heeft haar eigen professie en is in dat opzicht onafhankelijk van de dokter.

V.w.b. de nederlandse situatie kunnen we het dan ook eens zijn met Schreurs (1971) als deze opmerkt dat de verpleegkundige niet als "toegevoegde hulpkracht" aan de geneeskunde dient te worden beschouwd, aan wie je dus eigenlijk niet kunnen delegeren.

(zie afd. Weisz).

"De gezondheidszorg is niet gediend met de verpleegkundigen die onbevoegd een aantal medische taken uitoefenen, omdat zij dit zelf fijn vinden (statusverhoging?) of omdat de medici niet gelukkig zijn met het kunnen afstoten van "eenvoudige" zaken". (Schreurs, 1971). Dat deze problemen ook elders spelen blijkt uit een artikel van Bergman (1971) over het verschil tussen verpleegster en assistente en waarin hij aangeeft dat verpleegsters er weinig toe geneigd zullen zijn om taken (orders) aan te nemen van assistenten van buiten de 'nursing profession'. "The development of the non-nurse physician's assistant is an innovation. The development of the "extended role" of the nurse is evolution".

Wanneer wij in het navolgende spreken over de nurse/verpleegster dan betekent dat dus niet dat wij de verpleegster als "toegevoegde hulpkracht" beschouwen, maar is dat een gevolg van de selectie van de literatuur, waarbij wij speciaal willen nagaan in hoeverre elders gedelegeerde taken in de Nederlandse situatie aan de praktijkassistenten gedelegeerd kunnen worden.

Het onderling vergelijken van onderzoeksbevindingen wordt ernstig bemoeilijkt door het feit dat de gedelegeerden, ondanks hun vaak gelijkkluidende titels, kwalificaties van zeer uiteenlopende aard bezitten.

Dit is een gevolg van het feit dat men de gedelegeerde, afhankelijk van de te delegeren taken meestal een aanvullende training geeft. Helaas geeft men doorgaans niet expliciet aan welke taakinstructies (c.q. welke vaststaande methoden van onderzoek en behandeling) overgedragen worden. Dit is waarschijnlijk gevolg van het vaak schijnbaar ad hoc karakter van de trainingen.

Uitzondering hierop m.n. het onderzoekprogramma van Spitzer et al. ten behoeve waarvan een apart universitair opgezet onderwijsprogramma voor nurse practitioners werd ontworpen. (zie The Mc. Master University educational program-Spitzer & Argin, C.M.A. Journal / April 21 1973 / Vol. 108 - 991).



2. De gedelegeerde in een aantal onderzoeken.

Land	Gedelegeerde	Auteur
Canada	Registered Nurse -, in-service training door artsen, 30 uur seminar/lezingen aan Universiteit.	Lees
"	Registered Nurse, McMaster universitair trainingsprogramma, nadruk op 'decision making' en 'clinical judgement'.	Spitzer et al
Groot-Brittannië	State Registered Nurse.	Marsk & McNay
"	State Registered Nurse + vier jaar ervaring.	Smith & Mottram
Kameroen	Verpleger, instructie door arts: 1) Studie van de anatomie van het operatie-gebied. 2) Assisteren bij operatie. 3) Zelf opereren met assistentie/coaching van arts. 4) Onafhankelijk opereren met de mogelijkheid de arts te hulp te roepen (er werd geopereerd - breuken - vlgs de methoden van Bassini & Fabricius).	Weisz
Nederland	Polikliniekzuster, 1 jaar aanvullende opleiding.	Baselier & Baselier - Dorresteyn

- Verenigde Staten Nurse-practioner, 3 jaar ervaring als "rural public health nurse" en 1/2 jaar ervaring in "inservice education". Biggs
- " Registered Nurse, 4 maanden trainingsprogramma. Charney & Kitzman
- " Registered Nurse, vooropleiding liep van 3-jarige opleiding tot M.A. aanvullende eisen: vermogen om verantwoordelijkheid te dragen en 'zorgzaamheid' voor de patiënten. Kirk
- " Baccalaureate in 'nursing', ruime ervaring in "in- & outpatient nursing" en M.A. Graad in Volksgezondheid. Lewis & Resnik
- " Nurse-practioner, training van 230 uur . Meerenstein et al
- " Registered Nurse met een 3-jarige opleiding. Patterson & Bergman
- " Nurse-practioner, 3 maanden didactische studie in Medicijnen en Farmacie, individuele instructie in lichamelijk onderzoek, diagnose en anamnese opnemen. Schulman & Wood

Verenigde Staten	Nurse-practioner, training voor "periodiek geneeskundig onderzoek".	Taller & Feldman
Zweden	Special nurse, 3 jaar training, 3 jaar ziekenhuiservaring en een speciale instructie in diabetische zorg.	Magruder & London

### III. WAT WORDT GEDELEGEERD.

#### 1. Hypothetische delegatie.

Hoewel dit op het eerste gezicht wellicht wat vreemd lijkt, zijn er ook delegatie-onderzoeken waarbij niet gedelegeerd wordt.

Het betreft hier de onderzoeken die we zullen aanduiden als 'hypothetische delegatie'. De vraagstelling hierbij is doorgaans:

"In hoeverre zou een bepaalde taak door een ander dan de arts gedaan kunnen worden?"

Dit soort onderzoeken kunnen we zien als een verkenning naar de soort taken die gedelegeerd kunnen worden.

We kunnen deze onderzoeken in twee groepen onderverdelen:

- a) Onderzoeken waarbij de arts zijn eigen taken al dan niet delegerbaar acht aan een theoretisch omschreven gedelegeerde.
- b) Onderzoeken waarbij de arts en gedelegeerde gezamenlijk de patiënten zien en achteraf gezamenlijk of ieder apart aangeeft in hoeverre voor de gedelegeerde hier een taak was weggelegd.

Bij de onderzoeken van type a is het de vraag of werkelijk de delegerbaarheid van de taken wordt vastgesteld en niet de geneigdheid van de arts om te delegeren.

#### 2. Enkele voorbeelden.

Van type b kennen we de "pilot-study" van Huygen, Van Thiel en Degen (1967) naar de vraag "in hoeverre een verpleegster een huisarts bij zijn visites behulpzaam zou kunnen zijn.

In het hypothetisch gedeelte van deze studie is achteraf bekeken in hoeverre de zuster bij visites over een willekeurige maand behulpzaam had kunnen zijn.

Taken verpleegster:

- volledige vervanging : zuster kan het alleen af (geen onderzoek van hart, longen, neurologisch of otoscopisch).
- gedeeltelijke  
vervanging : voorlopige afhandeling en verwijzing naar spreekuur.
- hulp voorafgaande aan  
visite door de arts : pols, temperatuur opnemen, ontkleden, urine verzamelen, indruk vormen van de aard/ernst van de ziekte.
- hulp tijdens visite : temperaturen, pols, aan/uitkleden, vasthouden van kinderen bij trommelvlies- onderzoek, paracentese.
- geen taak

Aard van de taak:

- diagnostisch : indruk vormen van de aard/ernst van de ziekte, pols, urine-, bloed afnemen.
- therapeutisch : advies geven, injecties geven, controleren van de therapie, toezeggen van eenvoudige recepten na overleg met arts.
- verpleegkundig : aanwijzingen geven voor wat betreft verpleging/verzorging, leggen van verbanden, opvangen urine.
- het geven van gezondheidsvoorlichting en - opvoeding.
- maatschappelijk : opsporen, signaleren en voorlopig opvangen van maatschappelijke problematiek.

De zuster vergezelde de arts bij zijn visites. Gezamenlijk werd beoordeeld of zij daarbij een taak zou hebben gehad.

Het resultaat vindt U in onderstaande tabellen:

Tabel 7. Verdeling van de visites naar wel of geen taak voor de verpleegster en naar de aard van de taak.

Taak verpleegsters	Aantal visites	Percentage
Volledige vervanging	96	27,7
Gedeeltelijke vervanging	25	7,2
Totaal	121	34,9
Hulp vooraf	21	6,0
Hulp tijdens de visite	34	98,-
Totaal	55	15,8
Totaal wel taak	176	50,7
Geen taak	171	49,3
Totaal	347	100,0

Tabel 8. Verdeling van het aantal visites naar soort werkzaamheden voor de verpleegster

Soort werkzaamheden verpleegster	Vervanging		Hulp vooraf of tijdens		Totaal	
	Aantal visites	Percentage	Aantal visites	Percentage	Aantal visites	Percentage
Diagnostisch .....	109	90,0	21	38,2	130	73,8
Therapeutisch .....	63	52,0	13	23,6	76	43,2
Verpleegkundig .....	1	0,8	22	40,0	23	13,0
Gezondheidsvoorlichting en opvoeding..	3	2,5	0		3	1,7
Maatschappelijk .....	1	0,8	0		1	0,6
Totaal.....	121		55		176	

Interessant is ook het onderzoek van Moore et al (1973), naar de vraag in hoeverre een "staff-nurse" (van buiten de praktijk) in staat was om te beslissen of een patiënt door de arts gezien moest worden en op welke termijn. Arts en verpleegster maakten gezamenlijk de visites en vulden gescheiden van elkaar in welke actie ondernomen moest worden.

Tussen de drie artsen en de verpleegster bleek er t.a.v. de te nemen beslissing geen (statistisch) significant verschil te bestaan (5% niveau), m.a.w. over het totaal van de visites beoordeelden de artsen enerzijds en de verpleegster anderzijds de ernst van de situatie ongeveer gelijk.

Maar in gevallen waarin de verpleegster een geval minder urgent beoordeelt dan de arts en de arts zou alleen op haar oordeel afgaan dan ontstaat er een risico; het verschil in beoordeling kan dus wel klinisch significant zijn.

Er waren een 5-tal beslissingen die op een 10-puntsschaal de volgende urgentie-waarden kregen:

- patiënt geruststellen : 0
- arts maakt morgenvisite : 3
- patiënt bezoekt avondspreekuur : 5
- nu naar medisch centrum : 9
- arts maakt vandaag visite : 10.

Men onderscheidde nu op basis van het verschil in beslissing tussen arts en verpleegster een aantal risico-categorieën.

Bijvoorbeeld: Vond de verpleegster dat zij de patiënt alleen maar behoefde gerust te stellen, maar oordeelde de arts de situatie zo urgent dat hij diezelfde dag nog een visite moest maken, dan bedroeg het verschil in "subjectieve urgentie" tussen arts en verpleegster  $(10 - 0) = 10$  en viel dit verschil in de categorie met het grootste risico (i.c. I).



Op basis van deze verschillen ontwikkelde men onderstaande tabel:

Subjectieve urgentie-verschillen en risico-categorieën

beslissing		subject urgentie verschil	risico categorie
arts	nurse		
arts maakt vandaag visite nu naar medisch centrum	geruststellen geruststellen	10 } 9 }	I
arts maakt vandaag visite nu naar medisch centrum	arts maakt morg.vis. arts maakt morg.vis.	7 } 6 }	
avondspreekuur arts maakt vandaag visite nu naar medisch centrum	geruststellen avondspreekuur avondspreekuur	5 } 5 } 4 }	III
arts maakt morgen visite avondspreekuur	geruststellen arts maakt morg.vis.	3 } 2 }	
arts maakt vandaag visite	nu naar med.centrum	1 }	

Categorie I en II omvatten de verschillen met de meest ernstige risico's.

Van de in totaal 111 visites bleken er 9 in deze beide categorieën te vallen.

Bij nadere analyse bleek dat als de verpleegster nauwkeurig was geïnstrueerd, namelijk wanneer ze alle patiënten boven de 65 en onder de 5 jaar en allen met pijn in de borst of bloeding als urgenter had beschouwd, dat dan deze 9 uit de cat. I en II waren verdwenen.

### 3. Wat wordt gedelegeerd?

Reedy (1972) geeft ons een lijst van taken zoals die door nurse-practioners vervuld worden blijkens gerapporteerd onderzoek (zie bijlage).

Het heeft m.i. weinig zin hieraan een nieuwe lijst toe te voegen, als enumeratie van door mij gevonden taken.

Het blijft moeilijk na te gaan of het altijd gaat om "vaststaande methoden van onderzoek en behandeling".

Doorgaans geven de rapporteurs een opsomming van taken, waarbij het niet duidelijk wordt of de gedelegeerde ook expliciet voor die taken geïnstrueerd is.

Ook de aard van de taken loopt, zoals we bij Reedy al zagen, sterk uiteen. Noemde hij een "range" van "schoonmaken" tot "electrocardiografie", mijn indruk is dat de reikwijdte loopt van "wegen" tot "de primaire verantwoordelijkheid voor de patiënt".

Dat de organisatie van de delegatie (zie Hoofdstuk IV) dientengevolge fluctueert zal duidelijk zijn.

Wel zijn enkele kerngebieden aan te wijzen, zoals:

- uitbreiding van de taken in de behandelkamer
- het volgen van geselecteerde chronische patiënten
- vervolg-visites.

Een vraag die niet beantwoord kan worden is: Waarom men juist die taken delegeert. De meest voorkomende verwijzing is die naar de toenemende "workload" van de arts. Onderliggende, maar niet expliciet gemaakte redenen kunnen zijn: gedelegeerde is daarin zeer bekwaam, taak komt veel voor en is eenvoudig te instrueren, arts vindt dergelijke taken minder interessant.

In de volgende paragraaf zullen, ondanks de in het bovenstaande uitgesproken reserve, enkele voorbeelden van gedelegeerde taken worden gegeven.

#### 4. Enkele voorbeelden.

Council of the Royal College of Gen.Pract.: The practice nurse (1968)

I. In de praktijkruimte: (naast haar oude taken: verband aanleggen, injecties geven, bloed-, urine afnemen).

Nieuwe taken: routine supervisie van de volgende (individueel door arts geselecteerde) gevallen:

- 1) hypertensie patiënten: controle op lange termijn therapie
- 2) dieet supervisie:
  - a) diabetes
  - b) zwaarlijvigheid therapie
  - c) chronische ferroprive anemie
  - d) gastro-intestinale ziekten
- 3) gestabiliseerde hart arhythmieën
- 4) patiënten die op psychofarmica zijn ingesteld.

De verpleegster interviewde, had criteria van arts, bleken die te kloppen dan kreeg de patiënt een herhaalrecept.

Patiënten regelmatig terug naar arts.

II. Bij de patiënt thuis: na delegatie bezocht ze de volgende gevallen:

- 1) chronisch huisgebonden met lange-termijn behandeling
- 2) follow-up visites van:
  - a) tonsillitis
  - b) acute otitis media
  - c) infectieziekte
  - d) acute febrile ziekten
  - e) enkele orthopedische gevallen
- 3) uit hospitaal ontslagenen
- 4) verzamelen en ophalen van specimen en afleveren op laboratorium.

Yodfat (1972)

#### 1. Indeling van patiënten:

in categorieën die zij zelf afhandelde en

in categorieën die direct doorgingen naar arts.

Patiënten hadden vrije keuze (arts of zuster). Alle chronische gevallen en babies gingen direct naar arts. Met name aandoeningen aan de bovenste luchtwegen werden door zuster alleen afgehandeld.

De zuster schreef zelf recept, doch de arts ondertekende dit.

2. Injecties: therapeutische.
3. Schrijven van recepten: met uitzondering voor chronische patiënten.
4. Aanleggen van verband: voornamelijk voor ernstige huidinfecties.
5. Metten bloeddruk: na onderzoek door arts.
6. Venapuncties voor diagnostische doeleinden.
7. Resultaten laboratoriumtests doorgeven aan patiënten (+ instructies van arts).
8. Taakverdeling, overleg en samenwerking met sociaal werker.
9. Laboratoriumtests laten uitvoeren voordat de arts de patiënt had gezien: de zuster besliste welke tests, zodat arts patiënt en uitslagtest tegelijk zag.
10. Huisbezoek: bij gezinnen die vaak op spreekuur komen.

Baselier en Baselier - Dorresteyn (1968):

Zelfstandige werkzaamheden: de behandeling volgens een vaststaand programma van: impetigo, acne vulgaris, furunkel, vulnus infectum, schaafwonden en andere oppervlakkige letsels, ulcus cruris, lymfangitis, brandwonden, het verwijderen van cerumen met aansluitend beoordelen van het trommelvlies, het aanleggen en verwijderen van eenvoudige huidhechtingen, wegen, meten van de bloeddruk, controle van het haemoglobinegehalte bij vastgestelde ferroprive anemie, het maken van verkenningsbezoeken bij op onduidelijke indicaties aangevraagde spoedvisites en het zich een oordeel vormen of het voor de patiënt niet nuttiger zou zijn (en voor de arts gemakkelijker) om zich toch maar in het praktijkgebouw te laten behandelen.

Werkzaamheden na opdracht van de arts:

Intramusculair, intraveneuze en subcutane injecties, controle op de decursus (lichaamstemperatuur, haemoglobinegehalte, bezinkingsnelheid van de erythrocyten), het gebruikelijk onderzoek van capillairbloed, bloedsuikerbepalingen en glucose tolerantietest, het onderzoek van urine en faeces, het afnemen en verzenden van veneus bloed, het aanleggen van verbanden, het voorbereiden van en assisteren bij kleine chirurgische ingrepen, het geven van narcose, het maken van electro-cardiogrammen, het ophalen van minder valide patiënten voor het spreekuur, het instrueren van patiënten betreffende leefregels en gebruik van medicamenten, het psychische ondersteunen van patiënten.

Spitzer et al (1974):

Nurse practioners kregen een eigen praktijk, m.a.w. alle taken van de arts werden gedelegeerd.

Uit het opleidingsprogramma wordt niet duidelijk volgens welke criteria de nurse practioners patiënten doorverwijzen naar de huisarts. Wel wordt aangegeven dat zij + 65% van alle patiënten zelfstandig behandelen.

#### IV. HOE VINDT DE DELEGATIE ORGANISATORISCH PLAATS.

1. In hoofdstuk I noemden we, naar aanleiding van "de noodzaak om het proces dat gedelegeerd wordt te controleren", de communicatie tussen delegator en gedelegeerde de "schakel" tussen delegeren en controle. Uit de vorige paragraaf zal gebleken zijn hoe nauw de band is tussen de gedelegeerde taak en de controle hierop door de arts.

Wellicht hierdoor wordt de organisatorische vormgeving van die controle /feedback vaak helemaal niet expliciet vermeld.

Niettemin zal iedere gedelegeerde taak een Statement moeten bevatten, inhoudend: "Tot hier en niet verder".

Concreet: "Bij afwijkingen van het te verwachten ziektebeeld onmiddellijke rapportage aan arts".

Hoe stringent een dergelijke richtlijn moet zijn hangt af van de aard van de gedelegeerde taak en dus (zoals we in hoofdstuk I zagen) van de mate van "hardheid" van de instructie.

De houding van de arts kan dus variëren van afwachten tot voortdurend sturen, resp. bv. a) delegatie van de lange termijn behandeling van chronische patiënten als het volgen van bepaalde algemene richtlijnen, waarbij de arts verder afwacht tot de gedelegeerde afwijkingen rapporteert, tot b) een dagelijkse delegatie (wellicht van minuut tot minuut) van taken waarbij de arts na iedere taak kan sanctioneren.

Voor de organisatorische vormgeving van de feedback lijkt mij van belang dat er een dagelijkse (wekelijkse) overleg-sessie is tussen arts en gedelegeerde waarin wordt teruggerapporteerd en nieuwe delegatie geïnitieerd. Tevens dient de gedelegeerde een logboek of een kaartstelsel analoog aan dat van de arts bij te houden, zodat ook aan de hand hiervan gecontroleerd en bijgestuurd kan worden.

## 2. Enkele voorbeelden.

Royal College of General Practitioners: The practice nurse.

We zagen in het vorige hoofdstuk al dat de verpleegster criteria van de arts hanteerde teneinde eventuele afwijkingen te constateren.

Er werd tevens een dagelijkse "case conference" gehouden:

- 1) dit werd een instructie- en trainingsbijeenkomst voor de verpleegster;
- 2) ze hoorde gevallen waar ze in de toekomst wellicht mee te maken zou krijgen;
- 3) nurse rapporteerde visites van de vorige dag en kreeg te horen wie ze die dag moest gaan bezoeken.

Ze werd voor ieder geval voorzien van klinische details en werd verteld waar op te letten en welke informatie de arts wenste.

Bij terugrapportage werd een beslissing genomen of visite door arts nodig was.

Yodfat: zie hoofdstuk III, paragraaf 4.

Weisz: algemene instructie: arts te hulp roepen als anatomie niet duidelijk was. Voor speciale gevallen gedetailleerde instructies. Het uitvoeren van de operatie was object van onderzoek. Arts gaf indicatie voor operatie, hij onderzocht de patiënten vóór operatie.

Lewis & Resnik:

In dit onderzoek gaat het om een vergelijking tussen een kliniek voor chronische ambulante patiënten geleid door artsen en een kliniek geleid door nurses.

De zusters hielden patiënten-kaarten bij die dagelijks door twee artsen gecheckt werden.

Schulman & Wood:

"Nurse practitioners" opgeleid in het volgen van ambulante chronische patiënten met een stabiel ziektebeeld.

Samen met arts werd een behandelingsplan uitgewerkt.

Nurse practitioner deed zelf lichamelijk onderzoek en vroeg indien nodig de arts om raad. Recepten getekend door de arts, die ook toestemming moest geven voor wijziging medicijnen. Alles werd aangetekend op kaarten. Iedere week werden alle activiteiten met de arts doorsproken aan de hand van de patiëntenkaarten.

Hodgkin & Gillie: zie hoofdstuk I.

Idem: Weston Smith & Mottram.

Voor wat betreft Hodgkin & Gillie wordt gerapporteerd dat het instructie-uur (2 artsen + nurse) uitliep op een gezellig maar weinig relevant uurtje (waarom dat zo was is niet duidelijk), daarom na 1 jaar gewijzigd in instructie door iedere arts om de beurt met de verpleegster.

Taller & Feldman:

Nurse practitioners waren getraind voor 'periodiek geneeskundig onderzoek'.

Onder supervisie van één arts (internist) werken vier nurse practitioners.

Verpleegster krijgt computeruitdraai met geschiedenis, en resultaten van laboratoriumtests. Ze doet dan aan de hand van een gestandaardiseerd formulier een lichamelijk onderzoek. Daartoe heeft ze een serie 'instructies' bij de hand die de geëigende verwijzing en verdere tests adviseren.

Iedere patiënt wordt ook door de arts gezien. In tweederde van het aantal gevallen ziet hij de patiënt kort, aan het eind van de evaluatie. De overige patiënten ziet hij tijdens het 1-5 minuten durende consult met de nurse practitioner.

### 3. Conclusie.

De controle door de arts blijkt inderdaad te fluctueren met de aard van de delegatie.



Er is zowel sprake van een constante supervisie als van het regelmatig controleren van patiëntenkaarten.

Het zou interessant zijn om te weten hoe er naar aanleiding van deze controle werd bijgestuurd. Kreeg de gedelegeerde specifiekere instructies, zodat aanwezige mazen in het delegatienet gedicht werden. Of, nam de arts bepaalde taken uit het delegatiepakket terug, omdat zij toch niet zo goed als verwacht werd, door de gedelegeerde werden uitgevoerd.

Hierover wordt niet gerapporteerd, hetgeen enerzijds kan wijzen op een conservatisme bij de arts om taken met verder strekkende implicaties niet te delegeren, anderzijds op een weliswaar formeel delegeren, waarvan in de praktijk blijkt dat de patiënten er niet aan willen.

## V. DE KWALITEIT VAN DE UITVOERING VAN DE GEDELEGEERDE TAKEN.

1. Meestal worden taken gedelegeerd omdat men meent dat het efficiënter is om die taken door anderen (met een kortere opleiding = voordeliger) te laten uitvoeren.

Weisz (1972) verstaat onder efficiency "A reduction of effort or expenditure without a decrease in the degree of effectiveness". We kunnen dus delegeren maar de effectiviteit dient hetzelfde te blijven. Dit betekent in concreto voor het delegeren in de huisartsenpraktijk, dat de taak die gedelegeerd wordt net zo goed, of beter, wordt uitgevoerd door de gedelegeerde als voorheen door de arts.

Het draait dus om de taak. Willen we kunnen zeggen dat de gedelegeerde net zo effectief is als de delegator dan dient de uitvoering van de taak van beiden er precies eender uit te zien. Nu gaat het hier niet om twee cirkels met gelijke diameter die je op elkaar kunt leggen, waarna je kunt concluderen dat ze gelijk zijn. We moeten dus criteria hebben voor de beoordeling van de uitvoering. Deze criteria vinden we in het concept van "vaststaande methoden van onderzoek en behandeling", zoals we al in hoofdstuk I zagen.

Er blijkt nogal wat gedelegeerd te worden, wat helaas niet inhoudt dat alle delegators zich aan het bovenstaande veel gelegen laten liggen. De vraag lijkt gewettigd of allen die delegeren zich wel voldoende rekenschap van bovenstaande hebben gegeven.

Toch zijn er wel voorbeelden waaraan men kan refereren en pogen om een analoge evaluatiemethode voor de gedelegeerde taken te ontwikkelen. Zoals de beoordeling van een cervix-uitstrijk, het beoordelen van operaties door middel van het jureren van opgenomen video-tapes waarop zowel artsen als gedelegeerden (i.c. studenten) dezelfde soort operaties uitvoeren.

Wanneer je iets wilt vaststellen (meten) dan is het nodig dat je weet wat je wilt weten en hoe je het wilt meten.

Je zult daar indicatoren voor moeten vinden. Deze indicatoren (fysiek waarneembare verschijnselen of bv. het antwoord op een concrete vraag) dienen afgeleid te zijn van het begrip/de conditie die je wilt vaststellen.

Het komt mij voor dat de meeste artsen die delegeerden en daarover rapporteerden hier te weinig bij stil hebben gestaan.

In een aantal gevallen vermeldt men dat er nog geen "established methods to measure the quality of care" zijn, maar in de meeste gevallen (indien al) gebruikt men indirecte methoden om aan te geven dat de kwaliteit van de zorg door de gedelegeerde niet minder is dan die van de arts.

Voorbeelden: sterftecijfer, aantal minuten per consult, health status of patients, voorgeschreven medicijnen, subjectief oordeel van artsen over fouten van gedelegeerden.

Doorgaans niet gespecificeerd, zoals wel bij Weisz het geval is: schade aan de blaas, darmletsel, contracted peronitis.

## 2. Enkele voorbeelden.

- The practice nurse (R.C. of G.P.) - Men constateert de tendentie dat de arts (na invoering van de nurse) wat meer tijd besteedt per consult aan nieuwe consulten en aan visites, terwijl de tijd voor herhaalconsulten en visites wat meer toeneemt. (De vraag is of deze toename statistisch significant is.)  
Overall impressie: nurse spaarde tijd, zodat arts zijn werk kon doen op een hoger niveau (kwalitatief beter).
- Lewis & Resnik - Het gaat hier om een vergelijking tussen een polikliniek voor chronische patiënten geleid door artsen en een polikliniek geleid door nurses.  
Men rapporteert dat de kwaliteit van de zorg in de experimentele groep (de nurses) hoger lag aangezien daar het aantal dagen in het ziekenhuis lag op 34,3 per 1000 patiënten tegen 126,1 per 1000 patiënten in de andere groep.

- Schulman & Wood - Ook hier, net als bij Lewis & Resnik, gaat het om het volgen van ambulante chronische patiënten.  
Morbiditeit-(geen van de patiënten stierf) niet statistisch significant, aangezien de aantallen te klein zijn.  
"No one, as yet, has devised adequate criteria of good medical care, based on outcome rather than bij procedure". (Matching is bij dit soort patiënten onmogelijk.)  
Achteraf: er zijn geen fouten gemaakt, veel patiënten schenen het beter te doen dan voorspeld was.
- Marsh & McNay - Voor wat betreft kwalitatieve effectmeting concludeert men dat er nog geen definitieve en geaccepteerde criteria zijn.
- Weisz - Wijzen van evaluatie:
- 1) Arts poogde een algemene indruk te krijgen van de kwaliteit van het uitvoeren door verplegers in vergelijking met zijn eigen uitvoering door middel van observatie van een gedeelte van de operaties.  
Hij maakte een subjectieve evaluatie van zijn eigen werk.
  - 2) Nagegaan werd of fouten tijdens operatie ontdekt konden worden aan de hand van:
    - a) sterfte
    - b) schade aan blaas
    - c) darmen of dijvaten
 op basis van:
    - a) observatie door operatie-team
    - b) observatie door arts tijdens herstel
    - c) sterfte analyse.

Het is de impressie van de arts dat de verplegers het na verloop van tijd sneller en kundiger deden dan hijzelf, mogelijk gevolg van het feit dat de verplegers t.g.v. het vaker uitvoeren van de operatie geroutineerden werden. (Hij deed "slechts" 145 tegen zij 801 operaties.)  
 Waarna een analyse volgt aan de hand van bovengenoemd punt 2.

Geen significante verschillen tussen arts en verplegers.

De arts merkt op dat de methode van evalueren subjectief is, maar dezelfde die t.a.v. aanstaande artsen wordt gebruikt.

Er is geen aanleiding om te concluderen dat het werk van de verplegers inferieur was aan dat van de arts.

Taller & Feldman - Volgens informele supervisie van de artsen blijkt dat nurse practitioners de anamnese accuraat opnemen, dat ze lichamelijk onderzoek accuraat uitvoeren, en dat ze de juiste verwijzingen doen.  
 "We have no knowledge of any significant medical errors made by these examining teams".

Lees (1973) - Nurses meenden subjectief dat de kwaliteit van de zorg was toegenomen.

Meerenstein et al - Patiënten (in antwoord op vragenlijst) meenden dat de zorg beter was.

Yodfat - Verbetering diagnose en behandeling:  
 de arts had meer tijd voor anamnese en onderzoek van de patiënt, kon hun problemen beter evalueren en trachten op te lossen i.p.v. placebo's voor te schrijven.

Het blijkt moeilijk om het effect op de gezondheid van de patiënten te meten. Toch vooruitgang op tenminste één gebied, nl. gastroënteritis bij kinderen. t.g.v. hygiëne, voorlichting en huiselijke zorg door het team daalde het voorkomen van deze ziekte.

Van 528 gevallen in 1966  
 tot 422 " " 1967  
 en 367 " " 1968.

**Charney & Kitzman** - Het gaat hier om een consultatie-team bestaande uit kinder-zuster of team bestaande uit kinderarts.

"Er is geen verschil in het aantal visites per kind in beide groepen. 9,3% in de experimentele (nurse) groep en 11,5% in de controlegroep werden naar andere artsen verwezen. Orthopedische heilkundige verwijzingen waren de meest algemene, en er was tussen beide groepen geen verschil in verwijzingspatroon. Naar de mate waarin deze indicaties zijn voor de verleende medische zorg, tast een nurse de kwaliteit van de kindzorg niet aan".

**Marsh** - Het aantal visites van de arts nam af maar het aantal patiënten, dat vaker dan 1x per dag werd bezocht, steeg - volgens Marsh een indicatie van het feit dat er

- 1) intensievere zorg wordt geboden voor de ernstiger patiënten en
- 2) dat er waarschijnlijk meer zieken thuis blijven en niet naar het ziekenhuis gaan.

Spitzer &  
Sweeny & Hay

- Health status of patients: in de controlegroep (artsen) 18 sterfgevallen, in de experimentele groep (nurses) 4.

Deze gevallen zijn door een onafhankelijk commissie bekeken, zonder te weten welke gevallen uit welke groep kwamen, in geen enkel geval ontdekte men dat de dood klinisch voorkomen had kunnen worden, of dat er geen adequate zorg was gegeven.

Quality of care: aan de hand van 10 indicatorcondities en het voorschrijven van een 13-tal medicijnen. Dit werd door een onafhankelijke groep beoordeeld op zijn "adequaatheid".

Artsen, nurses en receptionistes wisten niet welke de indicatorcondities of de medicijnen waren. Er werden 391 consulten en visites bekeken, beoordeling: 69% in de controlegroep en 69% in de experimentele groep werd adequaat geoordeeld.

T.a.v. medicijnen: 510 recepten werden bekeken: 75% adequaat in controlegroep, 71% in experimentele groep.

(Ter verduidelijking: "Zoals voorgesteld in Kessner's concept van "tracers", is een indicatorconditie een onderscheiden klinische eenheid (zoals een ziekte, symptoom, status of verwonding) die vaak in de primaire zorg voorkomt, met een resultaat dat in gunstige of ongunstige zin beïnvloed wordt door de keuze van behandeling. De tweede methode om de kwaliteit van de zorg vast te stellen was de waardering van de wijze waarop 13 vrij algemene medicijnen werden voorgeschreven. Expliciete criteria voor de gepastheid in het hanteren van indicatorcondities en het voorschrijven van medicijnen werden vóór het onderzoek vastgesteld door een groep onafhankelijk huisartsen".)

(Zie ook: *Assessing health quality - The case for tracers* - Kessner, Kalk & Singer, *New Engl. J. of Med.* Vol. 288, No. 4, 1973.)

### 3. Conclusie.

De voorbeelden uit paragraaf 2 zullen waarschijnlijk nogal wat vragen oproepen; dit is m.i. terecht. Want wat wordt nu eigenlijk gemeten?

Uitgaande van het begrip delegatie moeten we in dit kader nagaan of de gedelegeerde de taken minstens net zo goed uitvoert als de delegator. Uit de aangehaalde voorbeelden blijkt echter dat men niet diè uitvoering evalueert, maar juist de uitvoering van de, de arts resterende taken.

Zo zien we in *The practice nurse* en bij Marsh dat men de kwaliteit van de medische zorg afmeet aan resp. de tijd per consult en het aantal visites per dag aan ernstige zieken. De conclusie die uit een dergelijke meting te trekken valt is dat men minder belangrijke taken delegeert (waarvan men niet nagaat of deze taken effectief vervuld worden) en men slechts aan de uitvoering van taken door de arts de kwaliteit van de zorg afmeet.

Ook bij de meer gerichte metingen zijn vragen te stellen.

Kun je zeggen dat wanneer patiënten uit een bepaalde praktijk gemiddeld korter in het ziekenhuis liggen dan patiënten uit een andere praktijk, dat dan in die eerste praktijk de kwaliteit van de zorg beter is?

Idem voor wat betreft het verwijzingspatroon.

Hetzelfde geldt voor wat betreft het minder voorkomen van gastro-enteritis, zoals gerapporteerd door Yodfat.

De veelvoorkomende opmerking dat er nog geen vaststaande methoden zijn om de kwaliteit van de medische zorg (uitgevoerde taken) vast te stellen, lijkt mij eerder een indicatie voor de gemakzucht van de onderzoeker, dan van het werkelijk ontbreken van dergelijke methoden.



Deze zullen ontwikkeld moeten worden, en ook kunnen worden. Dit lijkt moeilijker dan het in werkelijkheid is. Want wanneer men eenmaal een "te delegeren taak" expliciet beschreven heeft dan vloeit uit die beschrijving het criterium voor de beoordeling van de uitvoering ervan, voort.

Op deze wijze opgevat is de onmacht om de kwaliteit vast te stellen veeleer een gevolg van het ontbreken van een begrip omtrent wat "vaststaande methoden van onderzoek en behandeling" zijn.

## VI. TIJDSBESPARING TEN GEVOLGE VAN DE DELEGATIE.

1. Lees (1973) komt in een studie getiteld: "Physician time-saving by employment of expanded-role nurses in family practice", tot de conclusie:

"There can be no exact calculation of physician time-saving when an expanded-role practice nurse is employed, but, on the basis of unit patient-service time, all the participating physicians did achieve some measure of saved time; 17 varied considerably from practice to practice".

Als men in een dergelijk specifiek op tijdsbesparing gericht onderzoek geen eenduidig meetinstrument heeft kunnen ontwikkelen, zijn de resultaten van verschillende onderzoeken dan nog te vergelijken?

Het antwoord zal moeten luiden: moeilijk.

Wanneer we trachten te analyseren hoe het komt dat meetinstrumenten voor tijdsbesparing zo moeilijk te ontwikkelen zijn dan dienen we ons te realiseren wat we meten.

We willen nagaan of de arts tijd bespaart. Besparen t.o.v. waarvan? De eenvoudigste (en dus niet te realiseren) opzet zou zijn: De arts delegeert taken en blijft de rest van zijn werk precies zo doen als voorheen. Ceteris paribus zoude tijdsbesparing dan te meten zijn d.m.v. het aantal minuten dat arts dagelijks eerder klaar is met zijn werk.

Dit wat simplistische voorbeeld geeft ons wel enig zicht op andere factoren die in de werkelijkheid meespelen.

We zullen er enkele bespreken.

- Meestal gaat de invoering van een gedelegeerde gepaard met een wijziging van de organisatie van de praktijk (zie Hodgkin & Gillie). Dit houdt in dat bij vergelijking van bv. aantal minuten per consult gemeten vóór invoering met idem nà invoering, de vraag naar de legitimiteit van de vergelijking gesteld moet worden.

Immers, t.g.v. delegatie is het takenpakket van de arts niet alleen verminderd maar tevens structureel gewijzigd.

Hier komt nog bij dat er voor overleg tussen delegator en gedelegeerde dagelijks tijd uitgetrokken moet worden.

- Een volgende factor is de reden waarom men delegeert. Die reden is in de meeste gevallen een overspannen "workload", i.c. vaak een gesloten praktijk. Vaak opent men de praktijk weer nadat de delegatie op gang is gekomen. Dit heeft dan weer tot gevolg dat een vergelijking met de situatie vóór de delegatie nog kwetsieuzer wordt en men voor de tijdsbesparing als indicator neemt: de toename van de praktijkgrootte na de delegatie.
- Een derde complicerende factor is het feit dat er in de praktijk geïnnoveerd wordt, dat men zich in een onderzoekssituatie bevindt. Uit sociaal wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat alleen al de aanwezigheid van onderzoekers een effect kan hebben op de productie en de tevredenheid. In het onderzoek van Hodgkin & Gillie zullen we dan ook zien hoe een subjectieve interpretatie van de tijdsbesparing geconfronteerd wordt met de "geklokte" tijdsbesparing.

Uit het bovenstaande zal het duidelijk geworden zijn dat het niet eenvoudig is om de gespaarde doktersuren "hard" te maken.

Misschien is het wel zo dat er inderdaad geen uren worden gespaard. Wellicht is zelfs de opzet onjuist om kwaliteit en tijdsbesparing als twee afzonderlijke facetten te zien en moeten we zoeken naar een concept waarin beide verenigd zijn in een begrip als "optimale zorg". Ze blijken immers nauw samen te hangen.

2. Enkele voorbeelden.

A, B, C                      D, E

Lees - een onderzoek bij 5 artsen (3 solo en 2 groeps).

Alle praktijken hadden al een nurse.

Gedelegeerde taken: verwijzingen naar specialisten;  
anamnese en gedeelten van standaardformulieren  
completeren; adviseren en uitvoeren van immunisaties en  
vaccinaties, venepuncties; behandeling van kleine wondjes  
en verband vernieuwen; bloeddruk opnemen; ooruitspuiten;  
alle laboratoriumprocedures; verzamelen van specimen.

V.w.b. de meer klinische aspecten: doen van de meeste  
routine pre - en postnatale onderzoeken en  
consultatie onderzoek; periodieke onderzoeken van  
chronische patiënten met hoge bloeddruk, diabetes,  
adipositas en arthritis. Tevens raadgeven v.w.b. gezinsplan-  
ning, dieet en therapie. Zowel vòòr als een jaar nà invoe-  
ring delegatie werden er metingen verricht.

Resultaten: Tab. I - II - III.

Table I

Changes in patient volume and professional man-hours in office.

Practice	A	B	C	D	E
No. patients					
-- first observation	273	211	198	283	398
-- second observation	269	222	215	309	406
% change in patient volume	-1.5	+5.2	+8.0	+9.1	+2.0
% change in all professional (nurse and physician) office hours	-5.0	0	+1.9	-16.5	-23.0
% change in physician office hours	-4.8	0	+15.3	-17.7	-27.7

Table II

Percentages of patients seen by practice personnel

Practice	Physician only		Physician and nurse		Nurse only	
	Before	After	Before	After	Before	After
A	34.4	36.4	64.5	62.2	1.1	1.4
B	35.5	43.2	37.5	41.1	27.0	15.7
C	22.2	31.6	52.6	46.6	25.2	21.8
D	33.2	31.7	38.2	44.4	28.6	23.9
E	29.1	30.8	47.3	48.5	23.6	20.7

Table III

Changes in patient contact-time in office

Practice	A	B	C	D	E
Physician contact-time per patient - original, minutes	10.3	12.1	11.8	10.5	9.2
Physician contact-time per patient - final	9.6	10.2	11.4	7.2	6.1
Change (%)	- 6.8	-15.7	- 3.4	-31.4	-33.7
Physician-and-nurse contact-time per patient - original	15.1	14.6	15.3	14.0	13.4
Physician-and-nurse contact-time per patient - final	13.3	13.0	14.3	10.1	10.0
Change (%)	-11.9	-11.0	- 6.5	-27.9	-25.3

Het blijkt dat in alle praktijken de aanwezigheid van de "expanded-role practice nurse" effect gehad heeft op de contact-tijd. De verschillen zijn echter niet eenduidig en slechts in het geval van de groepspraktijk (D - E) was de verandering consistent genoeg in richting en kwantiteit om te kunnen concluderen dat de 'practice nurse' het organisatiepatroon en de zorg substantieel heeft veranderd.

Voor wat betreft DE: hun patient-load nam toe met 5% en hun eigen tijd, doorgebracht in de praktijkruimte verminderde met 23% (samen met per uur 20%). Hun patiënt contact-tijd was gemiddeld 6.7 min., samen met nurse 10.1 min.

Alle artsen bereikten een vermindering van consulttijd per patiënt. Men vond dat de "gespaarde tijd" ging zitten in toename van de tijd voor "thuiszorg en ziekenhuiszorg" (A), in tijd binnen de praktijkruimte aan non-patiënt activiteiten (B en C), of in andere functies, zoals bedrijfs- of gevangenisarts (D en E).

Bovendien geven alle 5 artsen iedere week een aantal uren les, zodat het moeilijk is om de tijdsbesparing precies vast te stellen.

Subjectief oordeel van de artsen: "their time was better utilized, their hours of work more regular and their level of job satisfaction greater".

Hodgkin & Gillie : Aangezien de introductie van de nurse gepaard ging met wijziging van de organisatie van de praktijk,

- nl. 1) herhaalvisites/consulten voor enige triviale ziekten werden afgeschaft;
- 2) verantwoordelijkheid voor herhaalvisite/consult werd indien mogelijk aan patiënt overgelaten;
- 3) tijdsspanne tussen consult/visites voor chronische zieken werd vergroot;
- 4) patiënten werd uitgelegd hoe een thermometer goed te gebruiken).

lopen de effecten dooreen.

Hoewel de helft van de chronische herhaalvisites gedelegeerd werd, verdubbelde de tijd die aan de door de artsen gemaakte visites werd besteed. (van 6.4 naar 11.2 min.) (consult).

De praktijk was na een jaar met 700 patiënten toegenomen.

Artsen voelden zich na een jaar minder gespannen en gehaast en schreven dit toe aan het feit dat de nurse veel tijd bespaard. Hun subjectieve impressie resulteerde in feite uit:

- a) men was per dag 20 min. eerder klaar (nurse bespaart 3,6%);
- b) ontspanning tijdens instructie van de nurse.

Baselier en  
Baselier-Dorrestijn:

Tabel. Verrichtingen over vier maanden.  
Aantal patiënten 5400.

Aantal consulten door		Aantal visites door		Verdeling over de week
Artsen	Zuster	Artsen	Zuster	
54	17	13	3,5	ma., wo., do., vrij/dag
12	16	4	3,5	di., za. tot 12.00 /dag
8	0	3	0	weekeinde
2,4	0,96	0,60	0,20	omgerekend per patiënt per jaar
248	100	63	21	per week

Totaal aantal verrichtingen per patiënt per jaar = 4

Verhouding consult/visite voor artsen = 4 : 1.

Verhouding consult zuster / konsult artsen = 1 : 2,5.

De zuster bespaart de artsen per jaar 5200 consulten (nl. 1 op 3½) en 1620 visites. Waarschijnlijk trekt de aanwezigheid van de zuster ook extra werk aan: men loopt makkelijker binnen om even een wondje te laten verbinden.

Spitzer et al : In dit onderzoek werd een twee artsenpraktijk opgesplitst volgens de verhouding 2 : 1, i.c. artspraktijk : nurse practitioner praktijk = 2796 : 1529 patiënten (totaal 1598 gezinnen) 8 weken na invoering van deze regeling vonden de artsen dat de vraag naar hun diensten al zodanig verminderd was dat ze hun praktijk (voordien verzadigd) openstelden. Groei na één jaar 22%. Eén jaar na het einde van het experiment meldden de artsen dat de praktijk opnieuw verzadigd was. De totale toename sinds het begin bedroeg toen 41%.

Yodfat : Zie ook taken hoofdstuk III:

Om meer tijd voor deze taken te krijgen, kregen de patiënten instructie in zelfverbinden. Injecties werden voortaan alleen gegeven indien noodzakelijk, d.w.z. geen placebo's meer. Delegatie ingevoerd in 1967.

Evaluatie:

Het aantal consulten (per persoon per jaar) door arts:

1966	7.6
1967	3.8
1968	3.1 , daalde dus aanzienlijk, terwijl deze gelijkbleven in 3 controle-steden.

Onderzoek door classificatie v.d. patiënten door de zuster: (p.p./p.j.)

1966	-
1967	3.9
1968	3.5

De consulten voor verbinden en injecties liepen respectievelijk als volgt terug:

	verbinden	injecties
1966	5.1	5.8
1967	1.1	1.8
1968	0.9	1.5



Royal College of Gen. Pract.: Men kan niet aangeven hoeveel arts-tijd door de nurse bespaard is, gezien:

- 1) variabiliteit in workload v.d.arts
- 2) variabiliteit in lengte consult
- 3) tijd besteed aan administratie.

### 3. Conclusie.

Tijdsbesparing blijkt niet zo'n waarde vrij begrip als uit een aantal koele minuten zou blijken. Het gaat immers altijd om de vraag: "Tijdsbesparing waartoe?"

Aangezien vrijwel altijd het takenpakket van de arts vóór en na delegatie structureel zal verschillen is tijdsbesparing een intermediair begrip geworden. Een begrip dat inligt tussen "belangrijker taken krijgen meer aandacht" en "meer patiënten worden geholpen". Het is een begrip dat zich enerzijds manifesteert in een langere tijd per consult en anderzijds in meer consulten per uur.

Deze wat schizofrene bevindingen zijn het gevolg van de verschillende uitgangspunten van de onderzoekers.

Het zou aanbeveling verdienen dat er gestandaardiseerde methoden worden ontwikkeld om de tijdsbesparing vast te stellen.

Tijdsbesparing is een relatief begrip dat met behulp van verschillende indicatoren vastgesteld kan worden. Terwille van de vergelijkbaarheid van de gevolgen van delegatie zou men reeds bij het omschrijven de te delegeren taak/taken een hypothese dienen te formuleren omtrent de gevolgen ervan.

## VII. CLIENT ACCEPTANCE.

1. Een van de voorwaarden voor delegatie is dat het aanvaardbaar moet zijn voor de patiënt.

Hier valt op dat er een tweetal soorten meting zijn van de acceptatie door de patiënt van de uitvoering van artsentaken door de gedelegeerde.

In de eerste plaats indirecte maatstaven ter beoordeling van de acceptatie.

Zoals:

- wanneer er sprake is van een experimentele en een controlegroep (resp. gedelegeerd- en arts-groep) waarin de patiënten zijn ondergebracht dan wordt satisfactie/acceptatie vaak afgemeten aan het al dan niet willen blijven (van de patiënten) in de experimentele groep.

De vraag is of het wegwillen uit de experimentele groep inderdaad een geldige indicator is voor de tevredenheid van de patiënt.

(Deze indicator wordt ook wel gebruikt als kwalitatieve effectmeting.)

- vaak ook volstaat men met subjectieve noties: "bij patiënten populair, men accepteerde zuster, etc."

De tweede groep kunnen we omschrijven als de "vragenlijst"methode. Hierbij krijgen de patiënten een vragenlijst toegezonden met vragen omtrent hun voorkeur voor arts of nurse t.a.v. een aantal taken. Dit lijkt een veel betere methode dan de bovenstaande. Er is echter een belangrijke handicap aan verbonden en dat is het feit dat een vragenlijst over dit onderwerp een bedreiging kan vormen voor de patiënt.

Hoewel de vrije artsenkeuze formeel een feit is, blijkt het in de praktijk vaak moeilijk om vrij te kiezen. Wanneer nu een vragenlijst, vaak afkomstig van de arts zelf, met vragen naar de tevredenheid over een door arts geïnitieerde innovatie beantwoord moet worden kan het bovenstaande meespelen.

Hetzelfde geldt natuurlijk voor die onderzoeken waarbij van één artspraktijk twee subpraktijken worden gemaakt, (een experimentele-, geleid door de gedelegeerde en een controle-geleid door de arts). Ook dan zal een procedure gevonden moeten worden waarbij de patiënten volkomen vrij en eerlijk, zonder een mogelijke negatieve sanctie van de arts te vrezen kunnen kiezen. Voor de acceptatiemeting zal het dus een eerste vereiste zijn om die door onafhankelijke onderzoekers te laten uitvoeren.

## 2. Voorbeelden.

### Lees & Anderson:

In dit onderzoek wordt een poging gedaan om de houding van de patiënten vast te stellen t.o.v. de toegenomen activiteiten van de Registered Nurses in gezinspraktijken van artsen die meedoen aan een pilot-study naar het nut, effect en de training van "nurse physician assistants".

Het gaat om 6 praktijken - 4 experimentele en 2 controle.

Zusters in de experimentele praktijken kregen training van hun artsen in: geven van injecties, venepuncties, en vaccinaties, behandeling van kleine wonden, hechten en onthechten van wonden, ooruitspuiten, bloeddruk opnemen en pre- en postnataalonderzoek, consultatiespreekuur, periodieke controle van chronische patiënten, advies t.a.v. kinderzorg, kinderbehandeling en dieetschema's en gezinsplanning.

Nadat men ervaring met de zuster gehad kon hebben, werden 100 patiënten per praktijk gevraagd een vragenlijst in de wachtkamer in te vullen, met vragen naar de voorkeur (arts of zuster) voor bepaalde (be)handelingen.

De meeste procedures waren taken die de zuster normaal al deed of die ze als praktijk-assistente zou kunnen doen.

Als controle werd opgenomen de preferentie t.a.v. het voorschrijven van medicijnen. Zoals verwacht verwierp men de zuster in deze; slechts 4,5% in de experimentele- en 2,2% in de controle-groep accepteerde de zuster in deze rol.

De resultaten van het onderzoek vindt U in onderstaande tabel:

Patient acceptance of nurse by service item, expressed as a percentage

Item	Total %		Under 30 yrs.%		Over 30 yrs.%	
	Study	Control	Study	Control	Study	Control
Apply or change dressing	90.6	88.9	93.5	92.3	88.9	85.6
Give injections	85.0	← 69.0*	88.0	77.8	80.8	60.8 <sup>†</sup>
Syringe ears	57.1	50.0	68.5	61.4	54.8	34.8 <sup>†</sup>
Vaccinate for smallpox protection	75.2	← 55.5*	82.2	60.2 <sup>†</sup>	71.4	51.0 <sup>†</sup>
Examine you for sore throat	34.9	← 25.5 <sup>†</sup>	39.8	39.8	31.9	12.4*
Take your blood pressure	86.9	81.0	95.4	91.9	82.0	71.1*
Examine your baby for minor ailments	47.9	42.3	48.0	43.5	47.7	41.0
Advise you on your baby's diet and feeding	50.3	← 37.9 <sup>†</sup>	53.1	46.4	48.3	30.1 <sup>†</sup>
Decide when to take child out of doors after illness	39.1	← 28.5 <sup>†</sup>	41.4	29.4	35.1	27.7
Advise you on contraceptive or family planning methods	15.2	→ 24.3 <sup>†</sup>	16.7	28.6 <sup>†</sup>	13.3	20.4
Discuss marital or family difficulties	16.7	16.4	19.8	25.3	14.6	8.1
Discuss problems related to your menstruation (periods)	35.7	29.2	44.3	43.4	31.2	16.5*
Take blood from your arm for laboratory tests	92.4	← 84.4*	93.3	92.9	91.8	76.8*

Item	Total %		Under 30 yrs.%		Over 30 yrs.%	
	Study	Control	Study	Control	Study	Control
Advice you on the care of your baby's skin or diaper rash	62.1	59.9	67.7	60.9	58.2	58.9
Carry out routine physical examinations during your pregnancy	29.2	25.4	31.2	30.3	27.7	20.9
See you periodically to assess your progress if you had a chronic illness such as diabetes, arthritis or high blood pressure	22.5	14.9 <sup>†</sup>	30.8	17.9 <sup>†</sup>	18.1	10.6
Mean	52.5	45.8	57.1	52.6	49.7	39.4

<sup>†</sup>P < 0.05

<sup>†</sup>P < 0.01

\*P < 0.005

De leeftijd blijkt een belangrijke variabele: de groep jonger dan 30 jaar in de controlegroep accepteerde de zuster meer dan de groep boven de 30 jaar in de experimentele groep.

Voor taken die de zuster vroeger al deed (injecties, bloeddruk opnemen) is acceptatie in beide groepen hoog.

Voor nieuwe activiteiten is deze in beide groepen laag.

Voor wat betreft advies t.a.v. contraceptiva/familyplanning was acceptatie in experimentele groep zelfs lager dan in controlegroep. Evenals in de groep onder de 30 jaar v.w.b. het bespreken van huwelijk en gezinsmoeilijkheden.

Het schijnt dat patiënten de zuster eerder accepteren in technische activiteiten (haar oude taken) dan in die welke oordeel en besluitvorming nodig maken (bedoeld wordt waarschijnlijk advisering).

Yodfat : Vragenlijst afgenomen door onafhankelijke onderzoekers:  
98% van de patiënten was tevreden met het nieuwe systeem en vond het beter dan het oude.

Spitzer et al : 0,9% van de gezinnen in de controle-groep en 0,7% van de gezinnen in de experimentele groep verliet gedurende het eerste jaar de praktijk wegens ontevredenheid.  
 Follow-up survey: 97% in de controle-groep en 96% in de experimentele groep was tevreden met de gezondheidszorg die ze gedurende de experimentele periode ontvingen.

Meerenstein et al : Er bleek een positieve relatie te bestaan tussen het werkelijk zien/geholpen worden door de nurse practitioner en haar acceptatie.

Iets bezijden dit onderwerp maar daarom niet minder interessant is de aanvulling die Sweeny en Hay geven op het onderzoek van Spitzer et al.

Aanvankelijk voelden zowel de nurses als de artsen zich weinig gelukkig met hun nieuwe rol "we were threatened at various times by the patients' preference for the nurse and also concerned by what we perceived the patients' feelings might be when they did not see us".

De nurses zeggen nu "that they derive much satisfaction from their clinical involvement with their patients and are reassured by the constant positive reaction they receive from them"

### 3. Conclusie.

De onderzoeksbevindingen zijn niet eenvoudig te evalueren.

Immers: wat moeten we aan met de overweldigende instemming/acceptatie met/van de innovatie die in de medische praktijk wordt ingevoerd?

Enerzijds hebben we de reeds genoemde vraag naar de onafhankelijkheid van de meting.

Anderzijds doet zich de vraag voor of de patiënten ook inderdaad criteria hebben om vast te stellen of de zorg die zij van de gedelegeerde ontvangen even goed is als de zorg die zij van de arts zouden ontvangen.

Zijn patiënten zich inderdaad zo bewust van mogelijke verschillen daartussen dat zij dit op geldige wijze kunnen evalueren. Hiernaar is nog geen onderzoek gedaan. Het lijkt mij toe dat zolang omtrent deze punten onzekerheid blijft bestaan een geldige evaluatie van de onderzoeksbevindingen niet mogelijk is.

BIJLAGE - Tabel - Taken uitgevoerd door general practice nurses.  
Reedy (1972).

1. Measurement and investigation (Many of these are performed in the home as well as in the surgery).	3. Treatment
A = Procedures included in the syllabus for the Register (SRN). B = Procedures included in the syllabus for the Roll (SEN)	3.1 A + B Surgical dressings
1.1. A + B Height and weight	3.2 Minor surgical procedures: Insertion of sutures
1.2 A + B Temperature, pulse, respiration rate.	A + B Removal of sutures Incision of boils and abscesses Aspiration of cysts.
1.3 A + B Blood pressure recording.	3.3 A + B Therapeutic injections (subcutaneous and intramuscular only).
1.4 A + B Chemical tests on urine within the practice	3.4 A + B Ear syringing and other aural treatments and dressings.
1.5 Chemical tests of faeces within the practice.	3.5 Application of plasters (POP) and cervical collars.
1.6 A + B Supervising the collection of urine and faeces for the laboratory.	3.6 A + B Application of splints.
1.7 A + B Bacteriological sampling for transmission to the laboratory.	3.7 A Changing vaginal pessaries.
1.8 Estimation of ESR and haemoglobin within the practice.	3.8 Simple physiotherapy: A + B Quadriceps exercises Infra-red.
1.9 Venepuncture as agent for laboratory.	3.9 A + B Listening.
1.10 Immunology-performance of Planotest or similar within the practice.	3.10 Advice and counselling (more than just nursing advice is implied).
1.11 Performance of cervical smears.	3.11 Supervision of: Obesity (may be in groups) Diabetes Hypertension Stabilised cardiac arrhythmias Chronic schizophrenia Chronic endogenous depression Puerperal psychosis Epilepsy.
1.12 Electrocardiography.	
1.13 Audiometry.	
1.14 Tonometry.	
1.15 Use of peak flow meter and Vitalograph	
2. Assessment and diagnosis.	
2.1 In the Surgery	



2.1.1 Reception and preliminary assessment of casual attenders and emergencies. (But many situations in the treatment room involve an element of assessment and diagnosis).	3.12	Supervision of prescriptions for other long-term therapy,
2.2 In the Home		
2.2.1 Initial visits: Infections	3.13 A	Dietary supervision in:
Specific infectious diseases		Obesity
Tonsillitis		Diabetes
Influenza		Iron-deficiency anaemia
Gastroenteritis		Gastrointestinal diseases.
Emergencies	4.1	Advice to reception staff concerning assessment of patient needs.
Vague calls		
Advice (e.g. management of babies).	4.2 A + B	Chaperoning.
2.2.2 Re-visits: III patients	4.3 A + B	Preparing for and assisting at examination by the doctor (including antenatal clinics).
Infectious disease		
Cardio-respiratory disorders	4.4 A + B	Preparing for and assisting at treatment by doctor.
Acute lumbago and sciatica		
Myocardial infarction	4.5	General liaison with hospital in-patients and laboratory.
Cardiac failure		
Hospital discharges	4.6 A	Maintenance and care of equipment, dressings, drugs and linen.
Geriatric problems	4.7 A	Supervision of sterilisation and antiseptics procedures.
2.2.3 Routine visiting: Chronic sick of all ages.	4.8 A + B	Transport of patients to and from the surgery.

---

#### 5. Illness prevention and health education.

---

- 5.1 Preventive immunisation and vaccination against smallpox.
- 5.2 Skin testing for allergy.
- 5.3 Courses of desensitising injections.
- 5.4 A Teaching patients illness management and hygiene.
- 5.5 Supervision of:  
 well-woman clinic  
 well-baby clinic.

---

#### 6. Dispensing in rural practices.

---

## LITERATUUR.

- Anderson, J.A.D. et al - Attachment of Community Nurses to General Practices - Brit.Med.J. 4:103,1970,
- Baselier, P.J.A.M. en N. Baselier - Dorresteyn - Het praktijkarrangement in de Over-Betuwe - H & W. 1968, 11, 49-51.
- Bergman, A.B. - Physician's Assistants belong in the Nursing Profession. Am.J. of Nursing, 71/No.5 1971.
- Biggs , B - Nurse - Clinician - Practitioner Am.J. of Nursing, 71/1971, No. 10.
- Charney, E en H. Kitzman - The Child-health nurse (pediatric nurse practitioner) in private practice. New Engl.J. of Med. Vol.285., No. 24.
- Connelly, J.P. - The Physician and the nurse. Their interprofessional work in office and hospital ambulatory settings. New Engl.J. of Med. Vol,275, No. 14,
- Council of the Royal College of General Practitioners - The practice nurse. Report from Gen.Practice X, 1968.
- " - General Practice in South-West England, Report from Gen.Practice VII, 1968,
- Drury, M. - Work-load and the General Practitioner. The Lancet, 2 : 823, 1967.
- Frey, G.M. et al - De samenwerking van een groep huisartsen en twee verpleegsters in de maatschappelijke gezondheidszorg. H & W. 1971, 14, 103-106.
- Garraway, W.M. - The Community Health Team in General Practice. Update, January, 1973.
- Gilmore, M. - The Brighton Project as seen from the University. Community Health, 3, 1971, no. 1.
- Gilmore, M. et al - The work of the nursing team in general Practice. London, 1974.

- Hodgkin, K. en C. Gillie - Relieving the Strain by work study and a practice nurse in a two-doctor urban practice. Rep.from Gen.Practice X, 1968.
- Huygen, F.J.A. et al - Huisarts en verpleegster; verslag van een "pilot-study" over de vraag in hoeverre een verpleegster een huisarts bij zijn visites behulpzaam zou kunnen zijn. H & W., 1967, 10.
- Kirk, R.F.H. et al - Family Nurse Practitioners in Eastern Kentucky. Med.Care, 1971, Vol.IX, No.2.
- Lees, R.E.M. - Physician time-saving by employment of expanded-role nurses in family-practice. C.M.A.Journal/April 7, 1973, Vol. 108.
- Lees, R.E.M. en R.M.A. - Patient attitudes to the expanded role of the nurse in family practice. C.M.A. Journal. Dec.4, 1971, Vol. 105.
- Anderson
- Lewis, C.H. en B.A. Resnik - Nurse clinics and progressive ambulatory patient care. New Engl. J. of Med. Vol. 277, Dec.1967.
- Magruder, C.D. en C.D. London - Time study of Doctors and Nurses at two Swedish Health Care Centers. Med.Care, 1971, Vol. IX, No. 6.
- Marsh, G.N. - Group Practice Nurse: an Analysis and Comment on Six Month's Work. Brit.Med.J., 1967, 1, 489-491.
- " - Visiting Nurse - Analysis of One Year's Work. Brit.Med.J., 1969, 4, 42-44.
- Marsh, G.N. en R.A. McNay - Team Work Load in an English General Practice. Brit.Med.J., 1974, 1, 315-318.
- Meerenstein, J.H. et al - The use of nurse practitioners in a General Practice. Med.Care, 1974, Vol. XII, No. 5.

- Moore, M.F. et al. - First-contact decisions in General Practice. *The Lancet*, 1: 817-819, 1973.
- Patterson, P.K. en A.B. Bergman. - Time-motion study of six pediatric office assistants. *New Engl. J. of Med.*, Vol. 281, No. 14.
- Pinsent, R.J.F.H. - A nurse attachment study. *J. Roy. Coll. Gen. Pract.*, 1968, 15, 402 - 406.
- Reedy, B.L.E.C. - The General Practice Nurse - 1 t/m 5, Update, July, August, Sept., 1972.
- Rowland, A.J. et al. - Evaluation of Home Nurse Attachment in Bristol. *Brit. Med. J.* 1970, 4, 545 - 547.
- Schreurs, M.E.M. - Samenwerking van een groep huisartsen en twee verpleegsters in de maatschappelijke gezondheidszorg. *H. & W.*, 1971, 14, 228.
- Schulman, J. en C. Wood - Experience of a nurse practitioner in a General Medical Clinic. *JAMA*, 1972, Vol. 219, no. 11.
- Spitzer, W.O. et al. - The Burlington Randomized trial of the Nurse Practitioner. *New Engl. J. of Med.*, 290; 251-256, 1974.
- Sweeny, G.P. en W.I. Hay - The Burlington Experience: A study of Nurse practitioners in Family Practice. *Van. Fam. Phys.* 19: 101-110, 1973.
- Taller, S.L. en R. Feldman - The training and utilization of Nurse Practitioners in Adult Health Appraisal. *Med. Care.*, Jan. 1974, XII, No. 1.
- Walker, J.H. en L.M. Mc. Clure - Community Nurses' View of General Practice Attachment, *Brit. Med. J.*, 1969, 3, 584 - 587.
- Weisz, F.H. - On delegation in Medicine and dentistry. *Samson*, Alphen a/d Rijn, 1972.
- Weston Smith, J en E.M. Mottram - Extended Use of Nursing Services in General Practice. *Brit. Med. J.*, 1967, 4, 672-674.

- Weston Smith, J. en  
- J.B. O'Donovan  
Yodfat, Y.
- The Practice Nurse - A New Look.  
Brit.Med.J., 1970, 4, 673 - 677.
- A new method of teamwork in Family  
Medicine in Israel with the parti-  
cipation of Nurses as Physician's  
Assistants.  
Am.J. of Physical Health, 1972, Vol.62,  
no. 7.

