

Technologische ontwikkelingen in de medische wereld en de gevolgen voor de zorgverstrekking

Inleiding

De ontwikkelingen van de medische kennis en technologische mogelijkheden brengen een evolutie teweeg in de diagnosestelling, behandeling, zorgverlening en revalidatie. Tegelijkertijd drijft de technologie de kosten enorm de hoogte in. De stijgende kosten leiden overheden ertoe druk te creëren om de zorgverlening te reorganiseren (bvb. forfaitaire ligduur bij bepaalde aandoeningen, ontwikkeling van zorgprogramma's en afbakening van "functies" van ziekenhuizen, enz. ...).

Er bestaat echter bijzonder weinig onderzoeksmateriaal over de precieze impact die technologie heeft op de organisatie van zorg binnen het ziekenhuis. Dit onderzoek staat stil bij de vraag op welke manier op het niveau van ziekenhuisorganisaties de technologie invloed heeft op verpleegkundigen. Van de verpleegkundigen wordt binnen die ontwikkelingen vaak verondersteld dat ze bijna automatisch met die nieuwe technologieën leren omgaan. Het gebruik van technologie wordt niet a priori ter discussie gesteld omdat de introductie van technologie steeds gelegitimeerd wordt vanuit het perspectief van de patiënt. De zorgverstrekkers ondergaan als het ware de introductie van een nieuwe applicatie, en deze logica is kenmerkend voor de ziekenhuiscultuur: *"Verpleegkundigen zullen zich wel aanpassen"*.

Het project heeft als wetenschappelijke doelstelling inzichten te verkrijgen in de invloed van medisch technologische ontwikkelingen op kenmerken van verpleegkundige zorgverlening.

We willen binnen deze vraag (a) inzichten verwerven in kenmerken van verpleegkundige zorgverlening en dit in zowel hoog- als laag-technologische omgevingen. (b) inzicht verwerven in processen die zich afspelen op afdelingsniveau, die het verpleegkundig werk beïnvloeden. Hierbij gaat onze aandacht uit naar het *gebruik* van technologie.

(c) inzichten verwerven in strategieën van ziekenhuizen ten aanzien van technologie en verpleegkunde binnen het ziekenhuis.

Om het onderzoek enigszins af te bakenen hebben we ons binnen het ziekenhuis toegepast op drie zorgdomeinen/afdelingen: Intensieve zorgen (inzo), Neonatologie (neo) en palliatieve zorg (pz). We hebben gekozen voor neonatologie en intensieve zorgen als zorgdomeinen met een hoog gehalte aan technologie. Als tegengewicht en als een zorgdomein met een laag technologisch gehalte kozen we voor palliatieve zorg.

In dit onderzoek opteren we voor een kwalitatieve benadering, en meer bepaald voor observaties, diepte-interviews en groepsgesprekken. We hebben gekozen voor een veldonderzoek zodat onderzoekers een intens en/of verlengd contact hebben met de ziekenhuiscontext. We wilden komen tot een grondige beschrijving van technologie en ver-

pleegkundig werk “van binnenuit”. Onze aandacht ging uit naar de *processen* die zich afspelen binnen de muren van een afdeling.

Onderzoeksbevindingen

In het eerste, empirische, deel hebben we verpleegkundig werk en technologie *beschreven*. Verpleegkundig werk delen we op in drie categorieën, m.n. het patiëntgebonden handelen, het afdelingsgebonden handelen en het werken aan apparaten.

Technologie hebben we opgedeeld naar diagnose-, behandelings-, ondersteunende en administratieve technologie.

Verder tonen we aan dat technologie in verschillende situaties heel uiteenlopend gebruikt wordt en dat de invloed van technologie op verpleegkundig werk varieert naar gelang de omstandigheden waarin verpleegkundigen werken.

Verpleegkundig werk

In de zorgomgevingen intensieve zorgen en neonatologie is het aandeel verpleegtechnisch handelen groter dan in de zorgomgeving palliatieve zorgen. Het aandeel psychosociaal handelen is groter in palliatieve zorgen en neonatologie dan op intensieve zorgen. Zowel de patiënt als de familie wordt opgevangen. In de zorgomgeving intensieve zorgen is de opvang van de patiënt op de afdeling eerder beperkt en heeft men te maken met een groot aandeel onbewuste patiënten.

Afdelingsgebonden taken worden op intensieve zorgen en neonatologie meer toevertrouwd aan andere beroepsgroepen (logistiek personeel, verpleegassistenten, administratief personeel...) dan in de zorgomgeving palliatieve zorgen. In de palliatieve zorgen wordt veel gewerkt met vrijwilligers. Deze kunnen ingeschakeld worden om deze afdelingsgebonden taken op te nemen. Op de ze verschillend in de wijze waarop het werk wordt georganiseerd komen we verder nog terug.

Technologie

Bij diagnosetechnologie moet de verpleegkundige vooral de arts assisteren en ondersteunen. De monitor wordt ook ingeschakeld als bewakingstoestel van de patiënt dat de verpleegkundigen ondersteunt. Het laat hen toe dat ze niet continu aan bed moeten werken.

Bij behandelingstechnologie concentreert het werk van de verpleegkundigen op het installeren en opvolgen van de apparaten.

Bij ondersteunende technologie varieert het werk afhankelijk van het type artefact. Opvallend is dat het gebruik van een toestel in sterke mate beïnvloed is door het vertrouwen dat de verpleegkundigen erin hebben. Er kan een onzekerheid optreden ten gevolge van de nieuwigheid van de technieken of toestellen, of door de frequentie waarmee toestellen ingeschakeld worden. Ook organisatorische keuzes van de hoofdverpleegkundigen of gepaste opleiding om met de toestellen te werken, kunnen het vertrouwen versterken. We komen hier verder in het rapport op terug.

De context waarin technologie gebruikt wordt

De belangrijkste conclusie is dat de context zeer bepalend is voor het specifieke gebruik van de verschillende toestellen. Er kunnen met andere woorden geen uitspraken gedaan worden over dé invloed van dé technologie op de verpleegkundigen.

In een *reguliere situatie* waarin relatief stabiele patiënten worden opgevolgd houdt het “werken aan apparaten” in hoofdzaak het “opvolgen” van de toestellen in. Verpleegkundigen zijn vooral individueel verantwoordelijk voor de patiënt.

Een *opname* is een kritieke, maar geen levensbedreigende situatie. Verschillende apparaten dienen op korte tijd aan bed geïnstalleerd. De verpleegkundige blijft aan bed om de patiënt te superviseren. Bij opnames wordt er vaak met andere verpleegkundigen samengewerkt.

Een *crisis* is een kritieke, levensbedreigende situatie. Er wordt door de verpleegkundige actieve interpretaties en actieve directe interventies uitgevoerd en dit zowel aan patiënten als aan apparaten. De interventies hebben als doel de toestand van de patiënt te stabiliseren. Er wordt altijd samengewerkt tijdens een crisis, ook met artsen.

In het derde hoofdstuk gaan we dieper in op de factoren die het gebruik van technologie *beïnvloeden*. We trachten een analyse te maken van die factoren die iets zeggen over de condities waarbinnen technologie de inhoud van het verpleegkundig werk beïnvloedt.

1. Profiel van de patiënt

De *pathologie* en de *conditie* van de patiënt hebben een directe invloed voor de inhoud van het werk aan de patiënt en aan de apparaten en meer onrechtstreeks op het bijkomende werk dat op de afdeling moet verricht worden: in het bijzonder het logistieke en coördinerende werk. Hoe meer machines, hoe groter het aandeel werk van de verpleegkundigen aan de apparaten. Het gevolg is dat de beschikbare tijd voor ander werk mogelijk afneemt. Toch genereert het gebruik van meer machines ook bijkomend werk op het niveau van de afdeling, omdat meer aan stockbeheer dient gedaan, meer medicatie dient besteld enz. Op het niveau van het werk aan de apparaten is ook meer logistiek werk vereist.

Op intensieve zorgen wordt de variatie in het werk van de verpleegkundigen in de hand gewerkt door een combinatie van pathologie en conditie. Op neonatologie is het vooral een kwestie om de conditie van de patiëntjes gestabiliseerd te krijgen.

In alle zorggebieden zien we een verschil in het type pathologie of conditie van de patiënt. In de grotere ziekenhuizen komen meer complexe «gevallen» voor. In de kleinere ziekenhuizen komen meestal moeilijke maar niet «zo» intensieve patiënten voor. De universitaire ziekenhuizen hebben een specifieke rol en functie om de meest complexe pathologieën te kunnen opvangen. De hele infrastructuur van het ziekenhuis is daarop afgestemd. In palliatieve zorgen zien we een verschil tussen de afdelingen die ingebed liggen in een ziekenhuis en de afdelingen die buiten de muren van het ziekenhuis aan palliatieve opvang doen. Men zou de stelling kunnen aanhalen dat die afdelingen die gevestigd zijn binnen de muren van het ziekenhuis een «ander type» patiënten opvangen dan de afdelingen die zich buiten ziekenhuismuren bevinden.

Het feit of patiënten al dan niet bij bewustzijn zijn, heeft ook een invloed op de inhoud van het verpleegkundig werk. Hoewel we het dan niet over het gebruik van technologie als dusdanig hebben, kunnen –zeker op intensieve- patiënten die onrustig zijn de verpleegkundigen ertoe verplichten om meer in de buurt van het bed te werken en interventies te doen (cfr. ook meer alarmen, meer aandacht vragen, enz. ...). Wanneer patiëntjes op neonatalogie «bij bewustzijn» zijn, is hun toestand meestal gestabiliseerd, en komen we dicht bij het meer regulier verzorgend werk en het sussen van de baby. Op palliatieve zorgen is de conditie van de patiënt meestal niet van die aard dat een continue aanwezigheid van de verpleegkundige aan het bed vereist is. Bovendien wordt die rol in bepaalde cases ten dele ook opgevangen door vrijwilligers (zie structuur van arbeidsdeling). Het werk van de verpleegkundigen speelt zich meer af op de afdeling en is ten dele ook coördinerend.

2. Structuur van arbeidsdeling

Naast technologie is de wijze waarop het werk van verpleegkundigen georganiseerd wordt een zeer belangrijke factor. De rol van de hoofdverpleegkundige (en directie nursing) is cruciaal voor de formele organisatie van het verpleegkundig werk. De hoofdverpleegkundige drukt de stempel op de jobinhoud van de verpleegkundigen door de wijze waarop keuzes gemaakt worden om taken te spreiden over verschillende functies. Het is opvallend dat verschillende afdelingen hierin voor andere strategieën opteren. In sommige ziekenhuizen zien we dat de verpleegkundigen worden bijgestaan door functies die ervoor zorgen dat de verpleegkundigen zich bijna volledig kunnen/moeten concentreren op het werk aan de patiënt en de apparaten. Andere afdelingen hanteren dan weer een organisatieconcept waarbij de functiestructuur minder heterogeen is, maar waarin iedereen instaat (op een bepaald moment) voor het totale takenpakket. In dit laatste geval zien we cases waarin de «extra taken» formeel worden toegewezen, in andere gevallen wordt er meer informeel en op basis van afspraken gewerkt. De cultuur van ziekenhuis, van de afdeling en de persoonlijkheid van de hoofdverpleegkundige speelt een cruciale rol in de wijze waarop de taken verdeeld worden.

Binnen sommige afdelingen lijkt een informele specialisatie te ontstaan. De hoofdverpleegkundige(n) speelt ook op dit vlak een belangrijke rol. Sommigen opteren om de meer technisch geschoolde verpleegkundigen systematisch in te zetten op afdelingen/diensten met zwaardere pathologieën, en andere verpleegkundigen die zich sterk voelen of liever verzorgend werk doen toe te wijzen aan de afdelingen met lichte patiënten. Op andere afdelingen maakt de hoofdverpleegkundige expliciet de keuze om de verpleegkundigen te laten roteren zodat ze geconfronteerd worden met alle pathologieën en waardoor iedereen regelmatig technische zowel als verzorgende vaardigheden dient te benutten. Afhankelijk van de organisatiekeuzes van de hoofdverpleegkundigen zien we dat in sommige ziekenhuizen specialisten rond bepaalde pathologieën ontstaan (vooral inzo) of specialisten rond patiënten met een zeer instabiele conditie (vooral neo). Vooral de specialisatie rond pathologieën kan er op termijn toe leiden dat verpleegkundigen een gebrek aan vaardigheden en kennis over technologie gaan ervaren wanneer ze bij patiënten gezet worden waar andere apparaten bij gebruikt worden of die meer algemeen een andere verpleegstrategie vereisen.

3. Keuze rond technologie op de afdeling

We stellen vast dat er zich problemen voordoen op vlak van betrouwbaarheid, mogelijkheden van het apparaat en de gebruiksvriendelijkheid. Deze problemen kunnen versterkt worden door het aantal apparaten dat beschikbaar is op de afdeling. Ondanks deze veel aangehaalde problemen kunnen de verpleegkundigen niet participeren in de investeringsbeslissingen rond technologie. De inbreng van verpleegkundigen beperkt zich in het algemeen tot het testen van mogelijke varianten van nieuw te introduceren apparaten. Dit betekent geenszins dat de verpleegkundigen veel inspraak hebben in de eindbeslissing. Veel lijkt hier afhankelijk van de relatie die de hoofdverpleegkundige heeft met het diensthoofd arts. Als die samenwerking vlot verloopt, wordt er meestal wel op een informele basis geïnformeerd naar de verpleegkundige behoeften of ervaringen met technologie. Er bestaat echter in geen enkele van de cases een formele inspraakprocedure voor verpleegkundigen (zie infra beleidsaanbevelingen). Verpleegkundigen die vaak de meest intensieve en directe gebruikers zijn van apparaten dienen zich aan te passen aan de geformuleerde behoeften van het medisch corps. De monitoren vormen een uitzondering omdat iedereen het er over eens is dat die vooral door de verpleegkundigen worden gebruikt. Informeel wordt daar tot op zekere hoogte rekening gehouden met de behoeften van de verpleegkundigen.

Tussen de verschillende zorggebieden bestaat een variatie in de technologie. Op intensieve afdelingen wordt technologie vooral aangekocht in functie van de pathologie die op de afdeling behandeld wordt. Op neonatologie zitten de variaties in technologie op het vlak van de beademingstechnieken. In palliatieve zorgen wordt de technologie enkel aangekocht in functie van het comfort van de patiënt. Tussen de cases bestaat er wel een variatie in de mate waarin er de nadruk komt te liggen op technologie. De artsen op de afdeling drukken de belangrijkste stempel op het aankoopbeleid. Dit laatste kan enerzijds te maken hebben met de functie van het ziekenhuis, anderzijds met de persoonlijke instelling t.a.v. technologie.

De verschillen tussen de functies van de ziekenhuizen hebben vooral een effect op de pathologie en de conditie van de patiënt die op de afdeling opgenomen worden en daardoor ook op het aantal apparaten waar de verpleegkundigen moeten mee werken. Verpleegkundigen hebben soms tijd nodig om te leren werken met een apparaat en er vertrouwen in te krijgen (zie profiel van de verpleegkundigen). Wanneer het technologiebeleid geen tijd laat om te leren, zorgt dit voor onzekerheid in het werk van de verpleegkundigen.

4. Rol van de arts

Artsen drukken een zeer belangrijke stempel drukken op de wijze waarop verpleegkundigen werken op een afdeling. Dat speelt zowel op het niveau van de organisatie en het medisch beleid op de afdeling, als de wijze waarop artsen en verpleegkundigen met elkaar omgaan. In de meeste cases zien we dat verpleegkundigen en artsen wanneer ze meer direct contact hebben, gemakkelijker een vertrouwensrelatie opbouwen. De relatie tussen artsen en verpleegkundigen heeft een belangrijke invloed op de wijze waarop de verpleegkundigen met de apparaten en de patiënten omgaan. De rol van de arts is veel

minder ingrijpend wat “het werk op de afdeling” betreft. Op deze laatste dimensie is het vooral de hoofdverpleegkundige die een rol speelt (zie structuur van arbeidsdeling).

Vooraf de mate waarin en de wijze waarop artsen een ondersteuning bieden bij het werk aan apparaten en het werk aan de patiënt speelt voor de verpleegkundigen. Wanneer de artsen op de afdeling aanwezig zijn, betekent dit dat de verpleegkundige de arts direct kan aanspreken met problemen of vragen. Het kan ertoe leiden dat de verpleegkundigen met meer vertrouwen ook in moeilijke (patiënten-)situaties kunnen handelen. Tegelijkertijd krijgt de verpleegkundige meer mogelijkheden om stapsgewijs kennis over specifieke problemen of aandoeningen (inclusief het gebruik van technologie) op te steken. De mate waarin verpleegkundigen ondersteuning van artsen wensen, is natuurlijk in sterke mate beïnvloed door de conditie van de patiënt of de mate waarin de verpleegkundigen vertrouwd zijn met bepaalde ingrepen of pathologieën. In situaties met vrij stabiele patiënten wordt het werk voor de verpleegkundigen meer voorspelbaar waardoor ook minder ondersteuning vereist is.

Opnieuw stellen we vast dat de wijze waarop het werk (de taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen) georganiseerd wordt, van minstens even veel invloed is als de apparaten als dusdanig. Wanneer artsen niet permanent op de afdeling aanwezig zijn, merken we verschillen op tussen de cases in de wijze waarop afspraken gemaakt worden tussen artsen en verpleegkundigen. In sommige afdelingen gewerkt met uitgeschreven protocols, die de verpleegkundigen in bepaalde situaties een gedelegeerde autonomie geeft om maatregelen te nemen. Wanneer er afspraken bestaan (formeel of informeel) het voor de verpleegkundige gemakkelijker is om in die situaties waar de arts niet aanwezig is, bepaalde toestellen in te schakelen en te hanteren. Bij informele afspraken speelt de vertrouwensrelatie tussen de verpleegkundigen en de arts wel een cruciale rol. Wanneer de vertrouwensrelatie niet goed zit, zullen de verpleegkundigen toch meer beroep gaan doen op de artsen.

In intensieve zorgen is de permanentie van de artsen op de afdeling vrij hoog. Het is enkel in de kleinere ziekenhuizen dat niet altijd artsen samen met de verpleegkundigen in dezelfde ruimte aanwezig zijn. Er wordt weinig met geschreven protocols gewerkt, de artsen worden persoonlijk gevraagd of aangesproken. In de neonatale afdelingen stellen we vast dat ten gevolge van het type patiënt de te stellen handelingen meer voorspelbaar zijn, ook wanneer het patiëntje problemen stelt. Palliatieve zorgen wijkt, wat de noodzakelijke interventies betreft (verpleegkundig of medisch), heel erg af van de andere zorggebieden. De interventie van de artsen beperkt zich in de meerderheid van de gevallen tot maatregelen met betrekking tot de medicatie. Die kan ’s ochtends of tijdens de behandelingsronde worden voorgeschreven, waardoor de verpleegkundigen voor de rest van de dag weten wat ze kunnen of moeten doen. Als er afspraken gemaakt worden dan stellen we vast dat de afspraken eerder geformaliseerd verlopen (cfr. protocols en SOS-medicatie). Dat is ook verklaarbaar omdat het hier om niet ongevaarlijke medicatie gaat (verdoving).

Zeer belangrijk lijkt ons de vaststelling dat het gebruik van technologie, en specifiek het werk met apparaten van de verpleegkundigen het probleem van medische en verpleegkundige bevoegdheid en verantwoordelijkheid steeds scherper stelt. Technologie wordt

een soort medium om op bepaalde vlakken medische handelingen te delegeren aan de verpleegkundigen (zie beademing, zie medicatie). Verpleegkundigen stellen steeds handelingen die eigenlijk tot het beroepsdomein van de artsen behoren.

Wat betreft het beleid gevoerd op afdelingsniveau moet er opgemerkt worden dat wanneer het diensthoofd arts de afdeling op een sterke manier wil profileren bvb naar de opvang van een specifiek type patiënt, dit heel wat implicaties op het verpleegkundig werk heeft. Ten eerste zal de werkdruk toenemen. De praktische organisatie van het verpleegkundig werk zal ook uitbreiden. Zeer realistisch is ook het feit dat voor de opvang van dat type patiënt, de afdeling beroep zal moeten doen op specifieke technologie, die door de verpleegkundigen zal moeten gehanteerd worden. Voor een optimaal gebruik van de apparaten zullen de verpleegkundigen een opleiding moeten volgen. Wat ook niet onbelangrijk is, is het feit dat het afdelingsgebonden werk van de verpleegkundigen tengevolge van een grotere toevloed van patiënten ten gevolge van de profilering een enorme uitbreiding heeft, denken we bvb aan het verbedden van de patiënten wanneer men ze doorschuift, het vervangen en reinigen van circuits, leidingen, enz. Men dient te waken over een mogelijke inboeting van de toebedeelde zorg aan de patiënt.

5. Profiel van de verpleegkundige

Afhankelijk van het zorggebied zien we verschillen in de kwalificaties waarover verpleegkundigen dienen te beschikken. Op de hoogtechnologische afdelingen is meer nood aan verpleegtechnische vaardigheden (cfr. het werk met apparaten) terwijl op minder technologische afdelingen het werk met de patiënt of het werk op de afdeling meer aandacht vraagt. Daarmee zeggen we niet dat het “basiswerk” van verpleegkundigen onbelangrijk is, maar er is meer aanvullende kennis vereist om met vertrouwen in dergelijke hoogtechnologische omgevingen te kunnen (blijven) werken. In palliatieve zorgen is in tegenstelling tot wat men misschien van de filosofie van de afdeling kan verwachten, meer nood aan vaardigheden om het werk gecoördineerd te krijgen, dan dat er echt sprake is van begeleiding van de patiënt. Dit werk komt er wel bij kijken, maar over het algemeen is er niet voldoende verpleegkundig personeel aangesteld om dit werk op te nemen. Een vergelijkbaar fenomeen zien we op de «low care afdelingen van neonatologie». Ook daar moeten verpleegkundigen vooral in staat zijn om de verzorging en de voedingen op een gepaste manier «gebolwerkt» te krijgen. Op de hoger technologische afdelingen staat het werk met de apparaten en rond de patiënt veel meer centraal. De patiënten hebben hier ook totaal andere «behoeften», waardoor er ook nood is aan een ander type kwalificaties.

Afhankelijk van het type afdeling (ziekenhuis) en afhankelijk van het type zorgomgeving wordt van de verpleegkundigen ook een ander attitude verwacht. In veel kleinere ziekenhuizen op de intensive care, waar bvb. veel meer patiënten bij bewustzijn zijn, moeten de verpleegkundigen ook kunnen praten met de patiënten. Op die afdelingen neonatologie waar de ouders worden geïntegreerd in de zorg, moeten ook die begeleid worden bij de verzorging en het omgaan met hun kind. Op palliatieve zorgen wordt van de verpleegkundigen een totaal andere attitude verwacht. Hier zien we dan weer opval-

lende verschillen in cultuur tussen afdelingen. De stijl van omgaan met stervende mensen is heel erg afhankelijk van de wijze waarop naar de dood wordt gekeken.

6. Architectuur

Ondanks het feit dat ons onderzoek zich concentreert op de invloed van technologie op het verpleegkundig werk werden we zelf een beetje verrast door de vaststelling dat de ruimtelijke organisatie van een afdeling in interactie met de gebruikte technologie een zeer sterke stempel drukt op het verpleegkundig werk alsook op de organisatie van het werk.

De architecturale invulling van de afdeling dwingt tot organisatiekeuzes die een invloed hebben op het verpleegkundig werk. Hoofdverpleegkundigen moeten met groepen verpleegkundigen gaan werken (al dan niet vaste ploegen) of de verpleegkundigen worden tewerkgesteld op vaste eenheden. De architectuur heeft ook gevolgen voor de mogelijkheden die er zijn om in te springen bij collega verpleegkundigen en het garanderen van permanentie in de verschillende eenheden vraagt een specifieke verdeling van het personeel (zie ook structuur van arbeidsdeling). Open ruimtes geven ruimtelijk overzicht en zijn ook een conditie om gemakkelijk bij een collega in te springen. Anderzijds zullen verpleegkundigen ook gemakkelijker afdelingsgebonden taken kunnen opnemen. Lange gangen kunnen het gegeven (de hoofdverklaringen liggen elders) versterken dat afdelingsgebonden verpleegkundig werk wordt toebedeeld aan andere beroepsgroepen om een permanentie van de verpleegkundige te garanderen.

In het vierde hoofdstuk vatten we de bevindingen samen in een aantal algemene conclusies we vatten ze hier puntsgewijs samen:

- Wil men de invloed van technologie op verpleegkundig werk begrijpen dan moet niet alleen naar het toestel gekeken worden maar ook de organisatiecontext bestudeerd worden.
- Vertrouwen is een essentieel element voor de verpleegkundigen om met technologie om te gaan.
- Het werken in een technologische omgeving reduceert het verpleegkundig werk niet tot verpleegtechnisch werk.
- Er stellen zich problemen op vlak van trainingen bij introductie van nieuwe apparaten. Investerings rond technologie worden gedaan vanuit medisch perspectief, zonder rekening te houden met verpleegkundige consequenties. Het totaalbeeld van de consequenties wordt meestal pas na de aankoop en de implementering beschouwd. De verpleegkundigen worden bovendien zelden gehoord in het aankoopbeleid van nieuwe technologie.

In het vijfde hoofdstuk hebben we naar aanleiding van het empirisch gedeelte een aantal beleidsaanbevelingen geformuleerd met betrekking tot de noodzaak tot het implementeren van ta in de gezondheidszorg. De krachtlijnen van die aanbevelingen komen neer op het volgende

- Het ontwikkelen en uitbouwen van een evaluatiebeleid waaronder Technology Assessment valt dient op verschillende niveaus gestimuleerd. TA dient in die context duidelijk geoperationaliseerd en de implementatie van de methodologie gestimuleerd.

In de toekomst zal de nood aan “management” (ook in termen van personeelsbeheer) in de gezondheidszorg steeds pregnanter worden. Uit de managementliteratuur is bekend dat “management” veel meer effect heeft wanneer een duidelijke en geëxpliciteerde visie aan de basis ligt van het gekozen organisatieconcept. TA kan, met behulp van een aantal te ontwikkelen en ter beschikking gestelde “toolkits”, een belangrijk managementondersteunende techniek worden op ziekenhuisniveau. Verwant hieraan zou de overheid in de nabije toekomst onderzoek kunnen stimuleren naar organisatiemodellen (op micro- en mesoniveau) die op dit ogenblik gebruikt worden. Er bestaat op dit ogenblik geen wetenschappelijk vergelijkend organisatie-sociologisch of -kundig onderzoek naar de interne organisatie van gezondheidszorginstellingen. Dergelijk onderzoek zou een belangrijke ondersteuning kunnen zijn, ook voor de implementatie van managementondersteunende instrumenten in de sector, die niet altijd louter negatief sanctionerend zijn (zoals financieringsmaatregelen).

- Naar aanleiding van de introductie van technologie en de effecten op de organisatie van het verpleegkundig werk dienen op ziekenhuisniveau meer en grondiger debatten gevoerd te worden over de (potentiële) rol van de verpleegkundigen binnen het ziekenhuis. Dat debat staat natuurlijk niet los van de “beroepsdiscussie” die het ziekenhuisniveau overstijgt. Verpleegkundigen dienen om die reden betrokken in het overleg over de invloed van de introductie van nieuwe technologieën. In dit verband kan geleerd worden over positieve en negatieve ervaringen bij initiatieven die in andere (vooral industriële) sectoren zijn genomen om werknemers te betrekken in overleg over nieuwe technologieën.
- In dit onderzoek is gewerkt aan een instrument dat de aandacht toespitst op de verpleegkundige organisatie. Het instrument is géén multicriteria “toolkit”. Het instrument kan wel geïntegreerd worden in bestaande criterialijsten die gebruikt worden op ziekenhuisniveau. De bedoeling van dergelijke instrument(en) is niet dwingend in die zin dat het ziekenhuisdirecties instructies geeft hoe ze hun ziekenhuis *moeten* organiseren. Het gaat om vragen die de directies aansporen op een constructieve manier vragen te stellen hoe ze hun ziekenhuis *kunnen* organiseren. Het kenmerk van TA is precies dat een debat wordt gevoerd over *mogelijke* opties en *mogelijke* gevolgen van bepaalde opties. Een eerste (kleine, maar betekenisvolle stap) kan eruit bestaan dit hulpmiddel te verspreiden over de verschillende ziekenhuizen. De doelgroep voor het gebruik van de vragenlijst zijn leidinggevendenden van afdelingen, in het bijzonder hoofdverpleegkundigen en directie. Ook de directies nursing van ziekenhuizen dienen op de hoogte te zijn van het instrument omdat zij een stimulerende rol kunnen spelen in het gebruik van het instrumentarium.