

EEN ONDERZOEK NAAR
'HET PROFESSIONEEL ZELFBEELD VAN
THUISVERPLEEGKUNDIGEN'

De Vliegheer K., Debaillie R., Dierckx de Casterlé B., Scheepmans K., Paquay L.,
Geys L.
Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen van Vlaanderen.

Onderzoeksrapport: 349.03.1
Brussel, mei 2004

DANKWOORD

In eerste instantie gaat onze hartelijke dank uit naar de thuisverpleegkundigen die de tijd hebben genomen om aan dit onderzoek hun medewerking te verlenen.

Dank voor het enthousiasme en de motivatie waarmee jullie elke dag weer naar jullie patiënten gaan.

Dank voor de positieve ingesteldheid ten aanzien van jullie beroep.

Dank voor het onthullen van de minder goede kanten van het werken aan huis.

Kortom, dank omdat jullie houden van jullie werk en dit hebben willen delen met ons.

Onze dank gaat ook uit naar de Wit-Gele Kruisvereniging van Vlaams-Brabant die de eerste aanzet gaf voor dit onderzoek en naar de Wit-Gele Kruisverenigingen van Antwerpen, Limburg, Oost-Vlaanderen en West-Vlaanderen voor hun bereidheid om aan dit onderzoek eveneens hun medewerking te verlenen.

Oprechte dank aan Professor Dr. Bernadette Dierckx de Casterlé om haar expertise, advies en ervaringen herhaaldelijk ten dienste te stellen van de onderzoekers.

Hartelijk dank ook aan de medewerkers van de drie peer-debriefings om de tijd te nemen deze bijeenkomsten grondig voor te bereiden en om hun expertise en ervaringen ten dienste te stellen van dit onderzoek:

- Luc Bijmens;
- Bernadette Dierckx de Casterlé;
- Ann Dobbelaere;
- Ilse Gorissen;
- Louis Paquay;
- Myriam Polfliet;
- Kristien Scheepmans;
- Kaat Siebens;
- Ingrid Vanweert.

SAMENVATTING

PROBLEEMSTELLING EN AANLEIDING

Het verpleegkundig beroep wordt in het algemeen geconfronteerd met schaarste. Recent wordt er steeds meer aandacht besteed aan de relatie van schaarste met het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen. In dat kader werd reeds een studie uitgevoerd naar het professioneel zelfbeeld van ziekenhuisverpleegkundigen (Belimage studie, Milisen et al. 2003). Daar schaarste echter een problematiek is binnen alle gezondheidszorgsectoren, werd de idee opgevat de Belimage studie te herhalen bij thuisverpleegkundigen. Het is bijgevolg de bedoeling het professioneel zelfbeeld te bevragen van thuisverpleegkundigen ten aanzien van hun positie, hun meerwaarde, hun visie op thuisverpleegkunde en hun toekomstperspectieven.

METHODOLOGIE

De Belimage studie was opgebouwd uit twee delen: een kwalitatieve voorstudie en een kwantitatief gedeelte. In dit onderzoek is het de bedoeling de voorstudie te herhalen. In een tweede en latere fase is het de bedoeling de resultaten van deze studie aan te wenden om de Belimage vragenlijst aan te passen, te wijzigen of te bevestigen, waarop het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen op grote schaal kan worden bevraagd.

In deze studie gaat het bijgevolg om een kwalitatief, exploratief, cross-sectioneel onderzoek met het gebruik van de techniek van focusgroepen. Het onderzoek werd uitgevoerd bij thuisverpleegkundigen werkzaam in het Wit-Gele Kruis Vlaanderen. In totaal werden er aan de hand van een doelgerichte steekproeftrekking acht focusgroepen uitgevoerd met minimum acht en maximum tien deelnemers. Er werden vijf focusgroepen uitgevoerd in elke Vlaamse Wit-Gele Kruisprovincie met basisverpleegkundigen en de drie andere focusgroepen werden provincie overschrijdend samengesteld, waarbij één focusgroep werd georganiseerd met hoofdverpleegkundigen, één met referentieverpleegkundigen en één met verantwoordelijken.

RESULTATEN

De rode draad doorheen het zelfbeeld van thuisverpleegkundigen is zonder twijfel de grote voldoening die thuisverpleegkundigen halen uit hun werk en hun positieve ingesteldheid ten aanzien van hun beroep. Deze grote voldoening is enerzijds gerelateerd aan het verlenen van zorg aan huis en anderzijds aan de professionele meerwaarde van hun zorgverlening.

In het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen zijn drie hoofddimensies te onderscheiden. Een eerste hoofddimensie is het zorggebeuren dat wordt gekenmerkt door een zorgverlening in de vertrouwde

thuisomgeving van de patiënt en door de professionele totaalzorg op maat die thuisverpleegkundigen bieden. Bovendien heeft deze professionele zorgverlening niet alleen betrekking op de patiënt, maar ook op de mantelzorg. In de thuisverpleging staat de patiënt én de mantelzorg centraal. De brede competenties waarover thuisverpleegkundigen moeten beschikken vormen een tweede hoofddimensie. De competenties van thuisverpleegkundigen reiken verder dan enkel de verpleegtechnische competenties. Thuisverpleegkundigen leggen voornamelijk de nadruk op kennis, intellectueel-cognitieve en sociaal-organisatorische vaardigheden en het belang van een vriendelijke houding. Het teamgebeuren, dat een andere invulling krijgt dan in het ziekenhuis, vormt een derde hoofddimensie. In de thuisverpleegkunde staat het team volledig ten dienste van de thuisverpleegkundige voor overleg en ondersteuning op alle vlakken. Het gaat eigenlijk om een 'alleen werken in team'. Verder hechten thuisverpleegkundigen ook veel belang aan het samenwerken met mantelzorgers en het multidisciplinair samenwerken, waarin thuisverpleegkundigen vaak als initiatiefnemers optreden. In de kantlijn van het positief zelfbeeld van thuisverpleegkundigen dienen ook enkele knelpunten te worden aangehaald. Een eerste knelpunt heeft te maken met een gevoel van onmacht waarmee thuisverpleegkundigen worden geconfronteerd indien ze geen medewerking krijgen van de patiënt en/of zijn omgeving of als gevolg van de tijdsdruk waaronder ze moeten werken. Een tweede knelpunt heeft betrekking op het beeld van de maatschappij en meer bepaald het negatief en incorrect beeld van de ziekenhuisverpleegkundigen ten aanzien van het thuisverpleegkundig beroep. Tenslotte zijn er ook knelpunten gerelateerd aan de zorgcontext, meer bepaald de ondervonden moeilijkheden om het voltijds werken te combineren met een gezin, het gestoord worden na de uren en de administratie na de uren.

CONCLUSIE

Thuisverpleegkundigen houden van hun werk en halen een grote voldoening uit hun beroep. Zij zijn zich ook bewust van hun bijdrage en meerwaarde binnen het huidig gezondheidszorgsysteem. Thuisverpleegkundigen beschouwen zichzelf als competente professionals in de gezondheidszorg. Het is opmerkelijk dat thuisverpleegkundigen in de beschrijving van hun professioneel zelfbeeld spontaan en herhaaldelijk de thuissituatie afzetten tegenover de situatie in het ziekenhuis.

INHOUDSTAFEL

DANKWOORD.....	2
SAMENVATTING.....	3
INHOUDSTAFEL.....	5
INLEIDING.....	6
PROBLEEMSTELLING.....	7
DOELSTELLING.....	11
METHODOLOGIE.....	12
1. Techniek van focusgroepen.....	12
1.1 Karakteristieken van focusgroepen.....	12
2. Samenstelling van de focusgroepen.....	13
3. Gegevensverzameling.....	15
3.1 Voorbereiding.....	15
3.2 Focusgroepen.....	17
4. Analyse van de gegevens.....	18
RESULTATEN.....	20
1. Beschrijving van de steekproef.....	20
1.1 Beschrijving van de vijf focusgroepen met basisverpleegkundigen.....	20
1.2 Beschrijving van de focusgroepen met referentieverpleegkundigen, hoofdverpleegkundigen en verantwoordelijken.....	21
1.3 Beschrijving van de totale steekproef.....	21
2. Resultaten met betrekking tot het professioneel zelfbeeld.....	23
2.1 Inleiding.....	23
2.2 Kernverhaal.....	23
2.2.1 Satisfactie als rode draad.....	25
2.2.2 Drie hoofddimensies.....	27
A. Zorggebeuren.....	27
B. Competenties.....	30
C. Teamgebeuren.....	33
2.2.3 Kanttekeningen.....	35
CONCLUSIES.....	39
GERAADPLEEGDE LITERATUUR.....	43

INLEIDING

Het verpleegkundig beroep wordt in het algemeen geconfronteerd met schaarste dat een complex en dynamisch probleem is. In de wetenschappelijke literatuur werd er reeds heel wat onderzoek uitgevoerd naar de relatie van schaarste met job tevredenheid, turnover, burn out, functiedifferentiatie en dergelijke meer. Recent wordt er ook steeds meer aandacht besteed aan de relatie van schaarste met het zelfbeeld van verpleegkundigen. In dat kader hebben het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap te Leuven en de Unité des Sciences Hospitalières van de U.C.Louvain in 2001-2003 een onderzoek uitgevoerd naar het professioneel zelfbeeld van ziekenhuisverpleegkundigen. Daar schaarste echter een problematiek is binnen alle gezondheidszorgsectoren werd de idee opgevat om een onderzoek uit te voeren naar het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen. Dit is, naast de Belimage studie, een tweede stap in de richting van het kunnen uitvoeren van een grootschalig onderzoek naar het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen in alle gezondheidszorgsectoren.

Dit rapport is opgebouwd uit vijf hoofdstukken. In eerste instantie wordt de probleemstelling met betrekking tot dit onderzoek toegelicht, omschreven en bondig gekaderd binnen de bestaande wetenschappelijke literatuur.

In tweede instantie worden de doelstellingen nader omschreven. Hierbij wordt verduidelijkt dat het onderzoek uit twee fasen bestaat, waarbij dit rapport de resultaten van de eerste fase beschrijft.

In een derde hoofdstuk wordt de gebruikte methodologie toegelicht. Het gaat om een kwalitatief, exploratief, cross-sectioneel onderzoek met het gebruik van de techniek van focusgroepen.

Vervolgens worden de bekomen resultaten voorgesteld en besproken.

Tenslotte worden de belangrijkste conclusies geformuleerd en wordt het belang onderstreept van een nauwe samenwerking met het team rond de Belimage studie bij de uitwerking van de tweede fase, namelijk de bevraging van het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen op grote schaal door middel van een vragenlijst.

PROBLEEMSTELLING

Het verpleegkundig beroep wordt vandaag de dag geconfronteerd met schaarste. Het betreft hier niet enkel een tekort in aantal, maar ook een grotere vraag naar gekwalificeerde verpleegkundigen (Johnson 2000). Johnson (2000) definieert schaarste als 'een toegenomen vraag naar verpleegkundigen die beschikken over competenties, vaardigheden en ervaring, dewelke aangewend dienen te worden in de omgang met patiënten en dit in een voortdurend evoluerend gezondheidszorgsysteem'.

In het kader van de schaarste in de verpleegkunde werd reeds menig onderzoek uitgevoerd. Calsbeek et al. (2002) hebben een studie uitgevoerd naar feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland. Uit dit onderzoek bleek dat verpleegkundigen en verzorgenden veel vaker van werk veranderen binnen de zorgsector en ook vaker het beroep de rug toekeren, waarbij de verloning, de ontplooiingsmogelijkheden en de lichamelijke belasting de meest genoemde redenen zijn. Verder bleek ook dat het ziekteverzuim blijft stijgen, waarbij wordt aangegeven dat de oorzaak hiervan voor een belangrijk deel gelegen is in het werk, meer bepaald de werkdruk en de lichamelijke klachten door de arbeidsomstandigheden.

Blegen et al. (1998) hebben een onderzoek uitgevoerd naar de relatie tussen de kwalificatie van ziekenhuisverpleegkundigen en patiëntoutcomes. Uit deze studie bleek dat in het ziekenhuis een hogere proportie gegradueerde verpleegkundigen gerelateerd is aan een lagere incidentie van negatieve outcomes, zoals decubitus, patiëntenklachten, medicatie fouten. Ook O'Brien-Pallas et al. (2002) toonden aan dat het opleidingsniveau van de zorgverlener in de thuisverpleegkunde significant geassocieerd is met betere patiëntoutcomes. Patiënten, die werden verzorgd door een gegradueerde thuisverpleegkundige, hadden 1.8 keer meer kans op verbeterde kennisscores en 2.2 keer meer kans op verbeterde gedragsscores dan een patiënt die werd verzorgd door een niet gegradueerde thuisverpleegkundige. Bovendien hadden patiënten, die werden verzorgd door een gegradueerde thuisverpleegkundige, meer positieve status outcomes en hun kennisscores verbeterden naarmate de verpleegkundigen een groter aantal jaren ervaring hadden in de thuisverpleegkunde (O'Brien-Pallas et al. 2002).

Ook functiedifferentiatie krijgt veel aandacht binnen het kader van een schaarste in de verpleegkunde. Zo wordt het inschakelen van ondersteunend verzorgend personeel in verpleegequipes soms naar voor geschoven als strategie om met de schaarste om te gaan. Hieromtrent blijkt dat er meer aandacht dient te worden besteed aan de impact van het implementeren van

verzorgenden/zorgkundigen op de rol en percepties van verpleegkundigen en aan het leren van verpleegkundigen om te delegeren, superviseren en evalueren van verzorgenden (Barter et al. 1997). Verpleegkundigen geven immers een gematigde tot grondige verandering aan in hun rol met betrekking tot het delegeren van patiëntenzorg, verantwoordelijkheden, toewijzen van taken en opdrachten, performantie van de teamleider rol en het omgaan met patiëntenzorg management verantwoordelijkheden (Barter et al. 1997). Er blijkt geen sterk, empirische evidentie te bestaan om aan te nemen dat ondersteunend personeel de kwaliteit van de zorg en de tevredenheid van de patiënten en de verpleegkundigen verhoogt en de kosten van de zorg verlaagt (Krapohl & Larson 1996). De interventies geleverd door 'Advanced Practice Nurses' in de thuiszorg hebben een positieve impact op mantelzorg outcomes (Dellasega & Zerbe 2002) en op fysische en psychosociale outcomes van kankerpatiënten en hun familie (McClorkle et al., 2000).

Onderzoek naar de job tevredenheid van verpleegkundigen, naar het ziekteverzuim, de werkdruk en burn out, naar functiedifferentiatie, naar het belang van gekwalificeerd personeel en naar het aantrekkelijker maken van het beroep, wat onder meer heeft geleid tot imago- en rekruteringscampagnes vanuit de overheid, zijn allemaal te kaderen binnen het vinden van een remedie tegen de schaarste in de verpleegkunde.

Met betrekking tot de schaarste in de verpleegkunde wordt er recent ook meer aandacht besteed aan het professioneel beeld dat verpleegkundigen hebben van zichzelf. Hoe verpleegkundigen naar zichzelf kijken als professionals heeft uiteindelijk een belangrijke invloed op hoe zij naar zichzelf kijken en hoe zij hun tevredenheid associëren met datgene dat ze professioneel bereiken (Cowin 2001). Ondanks het feit dat wetenschappelijk onderzoek op dit vlak eerder schaars is, is men er sterk van overtuigd dat het zelfbeeld van verpleegkundigen een kritische impact heeft op belangrijke arbeidsfactoren zoals job tevredenheid, stress, burn out en het verloop in de verpleegkunde (Beeken 1997, Dewe 1987, Hackett & Bycio 1996, Harvey & McMurray 1997, Moore, Lindquist & Katz 1997 in Cowin 2001). Een gebrek aan inzicht in het zelfbeeld van verpleegkundigen is een potentieel probleem naar het behoud en aantrekken van nieuwe verpleegkundigen (Cowin 2001). Het wetenschappelijk exploreren van relaties met job tevredenheid, job turnover, stress, ziekteverzuim is pas realistisch indien het zelfbeeld van verpleegkundigen op een wetenschappelijke wijze kan worden gemeten en bepaald (Cowin 2001).

Het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de K.U.Leuven en de Unité des Sciences Hospitalières van de U.C.Louvain hebben een grootschalige studie uitgevoerd naar het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen in de Belgische ziekenhuizen (Belimage studie). Deze studie werd uitgevoerd om vanuit verschillende posities en velden de specifieke plaats, de rol en de bijdrage van de verpleegkundigen in de huidige en toekomstige gezondheidszorg te percipiëren (Milisen et al. 2003). Uit deze studie bleek dat

ziekenhuisverpleegkundigen een positief zelfbeeld hebben, waarbij zij hun bijdrage voornamelijk zien in de medisch-technisch georiënteerde zorgverlening. Zij ervaren verpleegkunde als een beroep met een grote verantwoordelijkheid, waarin een goede samenwerking met de artsen en een goed functionerend team onontbeerlijk zijn (Milisen et al. 2003). Langs de andere kant ervaren de verpleegkundigen ook heel wat gevoelens van frustratie, ontevredenheid en moeheid, waarin de spanningsvelden in de zorgcontext een belangrijke rol spelen (Milisen et al. 2003).

De problematiek rond schaarste speelt zich echter niet alleen af binnen de ziekenhuissector, maar binnen alle sectoren in de gezondheidszorg. Met het oog op de ontwikkeling van een instrument dat het zelfbeeld van verpleegkundigen kan meten over de sectoren heen, werd ervoor geopteerd om, in samenspraak en in overleg met het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de K.U.Leuven, de Belimage-studie te herhalen binnen de thuisverpleegkunde.

Uit onderzoek blijkt dat de thuisgezondheidszorg steeds meer wordt geconfronteerd met complexe zorgsituaties. Dit is onder meer te wijten aan een verkorting van de verblijfsduur in het ziekenhuis waardoor patiënten sneller naar huis komen, de chronische populatie in de thuiszorg, de technologische vooruitgang waardoor meer complexe procedures kunnen worden uitgevoerd in de thuissituatie, de vooruitgang op het vlak van medicatie, die een precieze toediening vereist en waarbij deze toediening niet noodzakelijk dient te gebeuren in de ziekenhuisomgeving waardoor onaangename neveneffecten dienen te worden opgevangen in de thuissituatie en het is ook de wens van steeds meer ouderen om zolang mogelijk thuis te blijven en zelfs thuis te kunnen sterven (Blegen et al. 1998, Jansen et al. 1996, Maloney, et al. 1992, McCorkle et al. 2000). Deze evoluties en trends verhogen, met andere woorden, ook in de thuiszorg, de vraag naar deskundig en gekwalificeerd personeel. Ook in de thuiszorg wordt steeds meer onderzoek uitgevoerd naar onder meer het effect van de steeds complexere zorgsituaties op het werk en de motivatie van thuisverpleegkundigen, op de kwaliteit van zorg, op de jobtevredenheid, burn out en stress (Jansen et al. 1996, Laamanen et al. 1999).

Onderzoek naar het professioneel beeld dat thuisverpleegkundigen hebben van zichzelf is echter schaars. De studies die vervolgens worden besproken kaderen binnen percepties op het werk van thuisverpleegkundigen, maar zijn niet specifiek gericht op het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen. Cullen (1998) heeft een onderzoek uitgevoerd naar hoe studenten in de verpleegkunde kijken naar thuisverpleegkundigen, waarbij de studenten, na een observatie stage in de thuisverpleegkunde van 2 dagen, de rol van een thuisverpleegkundige dienden te vergelijken met de rol van een verpleegkundige in een acute zorg setting. De studenten waren van mening dat de omgeving waarin zorg wordt verleend totaal verschillend is, waarbij de omgeving in de thuisverpleegkunde niet wordt bepaald door de verpleegkundige. Verder waren

de studenten van mening dat de familie in de thuisverpleegkunde meer wordt betrokken in de zorg, dat de thuisverpleegkundige haar patiënten door en door kent en omgekeerd, dat de thuisverpleegkundige over een gamma aan vaardigheden moet beschikken, waaronder kritisch denken, flexibel zijn, management en communicatieve vaardigheden. De studenten vonden wel dat zij zelf niet genoeg klinische ervaring hadden om met een dergelijk niveau van autonomie in de thuisverpleegkunde om te gaan. Tenslotte uitten de studenten een diep respect en een grote bewondering voor de thuisverpleegkundigen. Moore & Katz (1996) hebben, aan de hand van een vragenlijst, een onderzoek uitgevoerd naar het niveau van stress, het zelfbeeld, de sociale intimiteit en de job tevredenheid van thuisverpleegkundigen. Thuisverpleegkundigen gaven de hoogste mate van stress aan met betrekking tot het hebben van onvoldoende tijd om de nodige administratie te doen in het kader van terugbetalingsrichtlijnen. De job tevredenheid van thuisverpleegkundigen was hoog, indien de werk-gerelateerde stress laag was, het zelfbeeld hoog was en er een hoog niveau van sociale intimiteit was (delen met peers). Uit de studie van Simmons et al. (2001) bleek dat ziekenhuisverpleegkundigen een significant hogere mate van woede en frustratie rapporteerden ten aanzien van het systeem dan thuisverpleegkundigen en dat thuisverpleegkundigen significant lagere niveau's van rolambigüiteit en conflicten rapporteerden dan ziekenhuisverpleegkundigen.

Alvorens te starten met een onderzoek naar het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen is het ook aangewezen een literatuurstudie uit te voeren naar de bestaande literatuur omtrent het concept 'professioneel zelfbeeld' en omtrent bestaande instrumenten die het professioneel zelfbeeld van (thuis)verpleegkundigen meten. Daar het de bedoeling is de Belimage studie bij ziekenhuisverpleegkundigen te herhalen bij thuisverpleegkundigen werd ervoor geopteerd de grondige literatuurstudie in de Belimage studie niet opnieuw te doen, maar deze te gebruiken en te bestuderen in de aanloop naar dit onderzoek. Om de resultaten van de beide studies zo optimaal mogelijk met elkaar te kunnen vergelijken werd in deze studie het concept 'professioneel zelfbeeld' op dezelfde wijze gedefinieerd als in de Belimage studie, namelijk 'de perceptie (cognitief en affectief) die een verpleegkundige heeft over zichzelf binnen de werkomgeving (Milisen et al. 2003)'.

DOELSTELLING

Dit onderzoek heeft tot doel de Belimage studie (Milisen et al. 2003) te herhalen bij thuisverpleegkundigen. De Belimage studie bestond uit een voorstudie, waarin gebruik werd gemaakt van de techniek van focusgroepen. De resultaten uit deze voorstudie werden vervolgens aangewend ter ontwikkeling van een vragenlijst, waarop in een tweede fase het professioneel zelfbeeld van ziekenhuisverpleegkundigen werd bevraagd op grote schaal.

In dit onderzoek is het in eerste instantie de bedoeling de eerste fase van de Belimage studie (focusgroepen) uit te voeren bij thuisverpleegkundigen van het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen. Hierbij wordt het professioneel zelfbeeld bevraagd van thuisverpleegkundigen ten aanzien van hun positie, hun meerwaarde, hun visie op thuisverpleegkunde en hun toekomstperspectieven. Op die manier proberen de onderzoekers inzicht te krijgen in de eigenwaarde en eigenheid van het thuisverpleegkundig beroep.

In een tweede en latere fase is het de bedoeling de resultaten van deze kwalitatieve studie aan te wenden om de Belimage vragenlijst aan te passen, te wijzigen of te bevestigen, waarop dan een grootschalige kwantitatieve studie kan plaatsvinden naar het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen (tweede fase van de Belimage studie).

METHODOLOGIE

In dit onderzoek is het de bedoeling inzicht te krijgen in het beeld dat thuisverpleegkundigen hebben van zichzelf als professionals door de elementen, die het huidige thuisverpleegkundig beroep karakteriseren, te bevragen. Om dit doel te bereiken werd, naar analogie met de Belimage studie (om de resultaten van beide studies zo optimaal mogelijk te kunnen vergelijken), een kwalitatief, exploratief, cross-sectioneel onderzoek verricht met gebruik van de techniek van focusgroepen.

Om de gebruikte methodologie te verduidelijken wordt eerst de gehanteerde techniek van focusgroepen toegelicht. Vervolgens wordt er stilgestaan bij de samenstelling van de steekproef en tenslotte wordt er aandacht besteed aan de gegevensverzameling en aan de analyse van de gegevens.

1. TECHNIEK VAN FOCUSGROEPEN

Focusgroepen zijn een speciaal type van groepsgesprekken, waarbij de deelnemers samen een gesprek voeren rond een vooraf vastgesteld onderwerp (focus). De techniek van focusgroepen werd toegepast, omdat focusgroepen een natuurlijke omgeving creëren, waarin de gedragingen en percepties van mensen, die gerelateerd zijn aan bepaalde concepten, gedeeltelijk tot ontwikkeling komen in de interactie met andere mensen. In focusgroep gesprekken wordt ervan uitgegaan dat mensen elkaar kunnen beïnvloeden met hun bemerkingsen en dat de mening van een individu tijdens het gesprek kan wijzigen (Krueger & Casey, 2000).

1.1 KARAKTERISTIEKEN VAN FOCUSGROEPEN

Focusgroepen zijn een speciaal type van groepen in termen van doel, grootte, samenstelling en procedures. Focusgroepen betrekken mensen in een sociale interactie. Het doel van een focusgroep is het verzamelen van kwalitatieve data aan de hand van een gesprek dat wordt gevoerd rond een vooraf vastgesteld onderwerp. Een focusgroep kan worden herkend aan een viertal karakteristieken (Krueger & Casey, 2000):

- Focusgroepen zijn meestal samengesteld uit minimum vier tot maximum twaalf personen. De grootte van de focusgroep is afhankelijk van twee factoren: de groep moet enerzijds klein genoeg zijn, zodat iedereen de

mogelijkheid krijgt zijn mening en ervaringen met de anderen te delen en anderzijds groot genoeg zijn om een diversiteit aan percepties te bekomen.

- Focusgroepen zijn samengesteld uit mensen die bepaalde karakteristieken gemeenschappelijk hebben. De aard van deze gemeenschappelijke karakteristieken wordt bepaald door het doel van de studie.
- Focusgroepen produceren kwalitatieve gegevens die van belang zijn voor de onderzoeker. De onderzoeker vergelijkt en contrasteert de bekomen gegevens van minstens drie focusgroepen. In tegenstelling tot andere groepsinteracties is het bij focusgroepen niet de bedoeling een consensus te bereiken, tot een aanvaardbaar plan te komen of een actiegerichte beslissing te nemen. Het doel van een focusgroep gesprek is het vaststellen van de percepties, gevoelens en de manier van denken van de deelnemers. Een focusgroep creëert een meer natuurlijke omgeving dan een individueel gesprek, omdat de deelnemers elkaar kunnen beïnvloeden zoals dat ook kan gebeuren in het dagelijkse leven. Deze methode kan voor verschillende doeleinden worden gebruikt, waaronder ook het verzamelen van informatie voor het ontwikkelen van een vragenlijst.
- De vraagstelling in focusgroepen moet vooraf worden bepaald. De vragen moeten goed geformuleerd worden en op elkaar aansluiten, zodat ze duidelijk en logisch zijn voor de deelnemers.

Focusgroepen bieden de mogelijkheid meer zicht te krijgen op het dynamisch karakter van de groepsinteractie. Een focusgroep maakt het ook mogelijk zaken, waarop de deelnemers niet hebben geanticipeerd, verder te onderzoeken. Tenslotte stelt een dergelijke techniek de onderzoeker in staat de steekproefgrootte van kwalitatieve onderzoeken te vergroten (Krueger & Casey, 2000). Een nadeel aan het werken met focusgroepen is echter dat focusgroepen onderling sterk kunnen variëren. Elke groep heeft als het ware unieke karakteristieken. De ene groep kan, bijvoorbeeld, zeer saai en passief zijn, terwijl de andere groep, die op dezelfde wijze werd samengesteld, zeer actief en energetisch kan zijn. In het kader van deze verschillen tussen groepen is het aangewezen om voldoende groepen te selecteren (Krueger & Casey, 2000). Daarnaast wordt er verwacht van de deelnemers dat ze tijd maken om naar een afgesproken plaats te komen op een vastgesteld tijdstip om hun percepties te delen met anderen. Dit maakt dat het samenstellen van een focusgroep niet altijd evident is (Krueger & Casey, 2000).

2. SAMENSTELLING VAN DE FOCUSGROEPEN

In het kader van het aantal samen te stellen focusgroepen stellen Krueger & Casey (2000) dat het belangrijk is drie of vier focusgroepen uit te voeren met elk type van participant, daar het de bedoeling is een analyse door te voeren doorheen de focusgroepen om bepaalde patronen of trends te ontdekken over de

focusgroepen heen. Eénmaal deze focusgroepen zijn uitgevoerd, dient vervolgens te worden vastgesteld of theoretische saturatie werd bereikt. Indien men na deze focusgroepen nog steeds nieuwe informatie bekomt, dan moeten er meer focusgroepen worden samengesteld (Krueger & Casey, 2000).

Er werd vooropgesteld om *acht focusgroepen* samen te stellen:

- vijf focusgroepen met basisverpleegkundigen;
- één focusgroep met referentieverpleegkundigen;
- één focusgroep met hoofdverpleegkundigen;
- één focusgroep met verantwoordelijken werkzaam binnen de provinciale directies.

Alvorens over te gaan tot de eigenlijke selectie van de deelnemers werden eerst enkele *criteria* vastgelegd met betrekking tot de samenstelling van de focusgroepen:

- elke deelnemer moet verpleegkundige van opleiding zijn (ook de deelnemers met een verantwoordelijke functie) en werkzaam zijn bij het Wit-Gele Kruis;
- elke groep bestaat uit minimum 8 en maximum 10 deelnemers;
- in elke Vlaamse Wit-Gele Kruisprovincie wordt een focusgroep met basisverpleegkundigen georganiseerd;
- de focusgroepen met referentieverpleegkundigen, hoofdverpleegkundigen en verantwoordelijken vinden provincie overschrijdend plaats, waarbij maximum 2 deelnemers per Vlaamse provincie kunnen worden geselecteerd;
- binnen de focusgroepen wordt heterogeniteit nagestreefd naar opleiding A1 of A2, leeftijd en anciënniteit;
- binnen de focusgroepen met basisverpleegkundigen moet de aanwezigheid van referentieverpleegkundigen, verpleegkundigen met een licentiaatdiploma en verpleegkundigen met een staffunctie worden vermeden om niveaoverschillen te vermijden tussen de deelnemers;
- de focusgroepen worden telkens begeleid door twee onderzoekers, één onderzoeker om het gesprek te leiden en één onderzoeker om de rode draad te noteren;
- er wordt getracht om vragen te stellen die aanleunen bij het professioneel zelfbeeld, zonder echt te spreken over het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen.

De steekproef zelf is een doelgerichte steekproef (*purposive sampling*), waarbij alle deelnemers werden geselecteerd op basis van hun motivatie en interesse om over dit onderwerp iets te komen vertellen en op basis van het feit dat zij vrijwillig willen deelnemen aan een focusgroep, wat belangrijk is voor de kwaliteit en omvang van de te verzamelen informatie.

3. GEGEVENSVERZAMELING

3.1 VOORBEREIDING

In augustus 2003 vonden de eerste voorbereidende gesprekken plaats in het Wit-Gele Kruis Vlaams-Brabant, waarop ook een onderzoeker aanwezig was van de Belimage studie. In deze gesprekken werd, onder meer, vastgelegd dat de focusgroepen met basisverpleegkundigen zouden plaatsvinden binnen het provinciaal secretariaat van elke Vlaamse provincie, dat de focusgroepen met referentieverpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen zouden plaatsvinden binnen de Vlaamse Federatie te Brussel en dat de focusgroep met verantwoordelijken zou plaatsvinden in het Jezuïetenklooster te Heverlee. Voor elk focusgroep gesprek werd gevraagd naar een aparte vergaderruimte en naar het voorzien van koffie, thee, frisdrank en koekjes om een gezellige sfeer te creëren voor de deelnemers. Er werd ook vooropgesteld de focusgroepen op een gestructureerde wijze te benaderen. Concreet wil dit zeggen dat er een vragenlijst werd opgesteld met een vijftal vragen. Ook deze vragenlijst (cf. tabel 1) is, in het kader van de vergelijkbaarheid, analoog aan de vragenlijst die werd gebruikt in de Belimage studie. De deelnemers dienden deze vragen op voorhand voor te bereiden. Het kunnen voorbereiden van de vragen heeft immers vaak een geruststellend effect op de deelnemers zelf en dit is ook belangrijk met betrekking tot de kwaliteit van de informatie.

Tabel 1: Overzicht kernvragen focusgroepen.

1. Geef minstens drie elementen die voor jullie de essentie van het thuisverpleegkundig beroep uitmaken?
2. Wat zouden patiënt en familie tekort komen wanneer er geen thuisverpleegkundigen meer zouden zijn?
3. De federale overheid heeft in 2002 een imago- en rekruteringscampagne voor het verpleegkundig beroep opgestart met als titel 'Verpleging: het zit in je bloed'. In de campagne werd er door middel van 5 kernwoorden een beschrijving gegeven van de huidige verpleegkundige. 'Lange nachten' verwijzen naar de nachtdiensten en / of de vele uren die verpleegkundigen presteren. 'Hightech' staat voor moderne gesofistikeerde apparatuur waarmee verpleegkundigen te maken krijgen. 'Snelle beats' geeft niet alleen de hartslag weer van de patiënt, maar ook deze van de verpleegkundige omwille van de vaak stresserende werkomgeving. 'Teamspirit' spreekt voor de permanente samenwerking met de collega-verpleegkundigen, maar ook met de artsen en andere werkers in de gezondheidszorg. Tenslotte 'adrenaline', deze term heeft betrekking op wat een verpleegkundige allemaal meemaakt tijdens de uitoefening van haar/zijn beroep: noodsituaties, tragische gebeurtenissen, vreugdetaferelen. Wat roept deze imago- en rekruteringscampagne bij jullie als thuisverpleegkundigen op?
4. Wat is er momenteel Uw drijfveer om het thuisverpleegkundig beroep te blijven uitoefenen?

5. Stel dat iemand uit Uw naaste omgeving overweegt verpleegkunde te studeren en bij jou om advies komt vragen. Hoe zouden jullie hierop reageren?

Voor de focusgroep met verantwoordelijken, werkzaam binnen de provinciale directies, werd de vragenlijst met kernvragen een beetje aangepast naar hun huidig functioneren (cf. Tabel 2).

Tabel 2: Overzicht kernvragen focusgroep met verantwoordelijken.

1. Geef minstens drie elementen die voor jullie de essentie van het thuisverpleegkundig beroep uitmaken.
2. Wat zouden patiënt en familie tekort komen wanneer er geen thuisverpleegkundigen meer zouden zijn?
3. De federale overheid heeft in 2002 een imago- en rekruteringscampagne voor het verpleegkundig beroep opgestart met als titel 'Verpleging: het zit in je bloed'. In de campagne werd er door middel van 5 kernwoorden een beschrijving gegeven van de huidige verpleegkundige. 'Lange nachten' verwijzen naar de nachtdiensten en / of de vele uren die verpleegkundigen presteren. 'Hightech' staat voor moderne gesofistikeerde apparatuur waarmee verpleegkundigen te maken krijgen. 'Snelle beats' geeft niet alleen de hartslag weer van de patiënt, maar ook deze van de verpleegkundige omwille van de vaak stresserende werkomgeving. 'Teamspirit' spreekt voor de permanente samenwerking met de collega-verpleegkundigen, maar ook met de artsen en andere werkers in de gezondheidszorg. Tenslotte 'adrenaline', deze term heeft betrekking op wat een verpleegkundige allemaal meemaakt tijdens de uitoefening van haar/zijn beroep: noodsituaties, tragische gebeurtenissen, vreugdetraferelen. Wat roept deze imago- en rekruteringscampagne bij jullie als thuisverpleegkundigen op?
4. Welk beeld heeft de maatschappij van de thuisverpleegkunde?

Eén week voor aanvang van de focusgroepen werden de deelnemers, geselecteerd door de verantwoordelijken vanuit elk respectievelijk provinciaal secretariaat, telefonisch gecontacteerd. In dit telefonisch gesprek werden in eerste instantie het doel van de studie en het opzet van de focusgroepen toegelicht. Vervolgens werden de deelnemers op de hoogte gebracht van het feit dat het focusgroep gesprek zou worden opgenomen op bandrecorder, waarbij anonimiteit werd gegarandeerd doordat de gesprekken enkel zouden worden beluisterd door de twee begeleidende onderzoekers, de uitgetypte gesprekken geen namen zouden bevatten en doordat de bandopnames bij het afronden van het onderzoek zouden worden vernietigd. De deelnemers werd ook gevraagd de bovenstaande vragen voor te bereiden. Tenslotte werd het telefonisch gesprek afgerond met een bevestiging van de datum, tijdstip van aanvang en de locatie.

Na het telefonisch contact werd de vragenlijst per fax of per e-mail naar de deelnemers toegestuurd, samen met een formulier om enkele persoonlijke gegevens te noteren, zoals hun geslacht, leeftijd, burgerlijke status, verpleegkundig(e) diploma(s), tewerkstellingsgraad, aantal jaren werkzaam

binnen het Wit-Gele Kruis en de werkervaring in jaren sinds het afstuderen. Tijdens het telefonisch contact werd hen gevraagd dit formulier ingevuld mee te brengen naar het focusgroep gesprek.

3.2 FOCUSGROEPEN

De focusgroepen met basisverpleegkundigen vonden respectievelijk plaats in Limburg op 6 november 2003, in Vlaams-Brabant op 20 november 2003, in Oost-Vlaanderen op 25 november 2003, in Antwerpen op 1 december 2003 en in West-Vlaanderen op 8 december 2003. De focusgroep met hoofdverpleegkundigen vond plaats op 19 januari 2004, met referentieverpleegkundigen op 26 januari 2004 en met verantwoordelijken werkzaam binnen de provinciale directies op 13 februari 2004. Op twee focusgroepen na verliep alles zoals gepland. In één focusgroep was een deelneemster niet komen opdagen, zodat er in plaats van negen deelnemers acht deelnemers waren en in één focusgroep had een deelneemster zich laten vervangen door iemand anders, die de onderzoeker bijgevolg niet persoonlijk had gecontacteerd.

Bij aanvang van elk focusgroep gesprek werd nogmaals het doel en opzet van de studie toegelicht, alsook het doel van het opnemen van het gesprek, waarbij nogmaals het garanderen van de anonimiteit werd besproken. Alvorens het eigenlijk gesprek te beginnen werden ook enkele algemene afspraken gemaakt, zoals één voor één het woord nemen, dat er geen goede of foute antwoorden zijn, enzovoort.

Het gesprek zelf werd ingeleid met de vraag dat ieder zichzelf zou voorstellen. Vervolgens werd het gesprek geopend met de vraag "Hoe zijn jullie in de thuisverpleging terechtgekomen?". Deze vraag werd niet gesteld in de focusgroep met verantwoordelijken, enerzijds omdat er reeds een duidelijk beeld naar voor was gekomen met betrekking tot die vraag, en anderzijds omdat deze vraag naar de verantwoordelijken toe niet relevant was. De vraag 'Wanneer jullie terugkijken naar de afgelopen werkweek, wat was dan een leuk moment voor jullie?' werd gebruikt als overgangsvraag naar de eigenlijke kernvragen. Deze vraag werd in de focusgroep met verantwoordelijken omgevormd tot 'Kunnen jullie een recente gebeurtenis beschrijven uit de verpleegkundige praktijk, waarvan jullie zeggen dat is een voorbeeld van 'goede zorg'?'. De reden voor deze omvorming was dat de verantwoordelijken niet meer met beide benen in de praktijk staan. Alvorens het focusgroep gesprek te eindigen met de vijfde vraag uit tabel 1, werd de deelnemers de vraag gesteld naar welk beeld de maatschappij heeft van het thuisverpleegkundig beroep.

Voordat de tweede focusgroep zou plaatsvinden werd het eerste focusgroep gesprek onmiddellijk uitgetypt en geëvalueerd. Op die manier kon worden nagegaan waar er diende te worden bijgestuurd of op welke informatie dieper

diende te worden ingegaan in de andere focusgroepen. Er werd zoveel mogelijk getracht deze evaluatie uit te voeren na elk focusgroep gesprek en voor de volgende focusgroep zou plaatsvinden.

Het uitvoeren van acht focusgroepen bleek in het kader van het bereiken van theoretische saturatie ruim voldoende te zijn. Bijgevolg werden gegevens verzameld aan de hand van acht focusgroepen.

4. ANALYSE VAN DE GEGEVENS

De focusgroep gesprekken werden opgenomen met een Minidisk recorder en vervolgens letterlijk uitgetypt, waarbij de namen van de deelnemers werden vervangen door nummers.

In het algemeen kan de analyse van de gegevens worden opgedeeld in een aantal stappen. Een eerste stap is het schrappen van niet-relevante informatie, waarbij de onderzoeksvraag het uitgangspunt vormt. Een tweede stap is het aanduiden van betekenisvolle fragmenten, waarop deze fragmenten in een derde stap worden voorzien van een label. Het labelen heeft tot doel het onderzoeksmateriaal zinvol te reduceren en dit gebeurt zoveel mogelijk in de woorden van de deelnemers. In een vierde stap worden de labels met dezelfde kenmerken bij elkaar geordend om op basis van dit overzicht dimensies te ontdekken. In een vijfde stap worden de labels en overeenkomstige dimensies nog eens gecontroleerd op hun geldigheid. Deze stappen worden herhaald voor elk focusgroep gesprek om dan de stappen te kunnen herhalen over de acht focusgroepen heen.

In het kader van de validiteit en de betrouwbaarheid van focusgroepen werden er in totaal drie peer-debriefings georganiseerd. Deze peer-debriefings werden samengesteld uit experts in de (thuis)verpleegkunde en in kwalitatief onderzoek, waarbij twee personen aanwezig waren die nauw betrokken waren bij de Belimage studie, en een socioloog. Naar aanleiding van een eerste peer-debriefing kreeg elke medewerker de volledig uitgetypte versie van de eerste twee focusgroepen, waarbij hen werd gevraagd de gesprekken door te nemen vanuit enerzijds het oogpunt van het onderzoeksopzet en anderzijds vanuit hun ervaring en expertise. Op de eerste peer-debriefing werd door de onderzoeker een presentatie gegeven van de eerste, ruwe resultaten op basis van deze eerste twee focusgroep gesprekken. Vervolgens werd de experts gevraagd hun bemerkingen op deze presentatie te geven: hadden zij hetzelfde uit de gesprekken gehaald of nog andere aspecten, moest er op bepaalde zaken nog dieper worden ingegaan, enzovoort.

In de tweede peer-debriefing kregen de experts elk twee van de zes uitgetypte focusgroep gesprekken ter voorbereiding. Op die manier had niet

iedereen dezelfde focusgroep gesprekken. Er werd de experts gevraagd in de hen toegewezen focusgroep gesprekken betekenisvolle tekstfragmenten aan te duiden en deze tekstfragmenten te labelen in functie van de onderzoeksvraag. In de peer-debriefing zelf kreeg iedereen de gelegenheid zijn/haar focusgroep bevindingen weer te geven en te beargumenteren aan de hand van tekstfragmenten en labels. Er werd geopteerd voor deze benadering om een gevarieerde discussie en interactie op gang te brengen.

De derde en laatste peer-debriefing werd georganiseerd nadat de gegevens beschikbaar waren van de acht focusgroepen. Ter voorbereiding kregen de medewerkers het kernverhaal toegestuurd, waarin de kern van het zelfbeeld van thuisverpleegkundigen was weergegeven. De medewerkers dienden tijdens deze peer-debriefing hun bemerkingen te geven naar duidelijkheid, juistheid en volledigheid. Tenslotte werd een presentatie gegeven van de resultaten, waarna de gelegenheid werd gegeven tot bemerkingen en aanvullingen of wijzigingen.

RESULTATEN

In dit hoofdstuk wordt enerzijds een beschrijving gegeven van de steekproef en anderzijds worden de resultaten besproken met betrekking tot het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen.

1. BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF

In totaal hebben 72 verpleegkundigen, werkzaam binnen het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, deelgenomen aan dit onderzoek. Zoals reeds eerder werd besproken (cf. Methodologie) vonden er in totaal acht focusgroepen plaats. Globaal gezien was er in elke focusgroep wel iemand die het gesprek een beetje probeerde te domineren en waren er in elke focusgroep wel twee of drie mensen die eerder dienden te worden aangespoord om iets te vertellen. Dit maakt duidelijk dat er in de focusgroepen een natuurlijke omgeving werd gecreëerd, want ook in de dagdagelijkse gesprekken tussen mensen zijn er personen die eerder domineren en personen die eerder zwijgzzaam zijn en wachten tot ze worden aangesproken.

In wat volgt wordt eerst een beschrijving gegeven van de vijf focusgroepen met basisverpleegkundigen en vervolgens volgt een beschrijving van de andere drie focusgroepen. Er werd geopteerd voor deze opsplitsing, daar er opmerkelijke verschillen bleken te zijn tussen beide groepen naar leeftijd, opleiding, tewerkstellingsgraad, jaren werkzaam binnen het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen en de globale werkervaring sinds het afstuderen. Tenslotte wordt er een beschrijving gegeven van de steekproef in haar totaliteit.

1.1 BESCHRIJVING VAN DE VIJF FOCUSGROEPEN MET BASISVERPLEEGKUNDIGEN

In totaal gaat het hier om 43 basisverpleegkundigen. De participanten waren, op één man na, allen van het vrouwelijk geslacht en het merendeel had een leeftijd tussen 21 en 25 jaar (20,9%) en 36 en 40 jaar (18,6%). In elk van de vijf focusgroepen was ook de leeftijdscategorie tussen 46 en 60 jaar minstens éénmaal vertegenwoordigd. Het merendeel van de basisverpleegkundigen was samenwonend of gehuwd (81,4%) en had een gebrevetteerd diploma in de verpleegkunde behaald (53,5%). Een aantal verpleegkundigen had bij de vraag naar het diploma enkel 'verpleegkunde' genoteerd, waardoor niet kon worden achterhaald of het ging om een gegradueerd of gebrevetteerd diploma. Deze antwoorden werden bijgevolg niet verwerkt in de analyse.

Slechts 21% van de basisverpleegkundigen was voltijds tewerkgesteld, waarbij het voornamelijk ging om thuisverpleegkundigen tussen 21 en 30 jaar. Het merendeel van de deelnemers werkte halftijds (32,5%), was tussen 0 en 5 jaar tewerkgesteld binnen het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen (44,2%) en had sinds het beëindigen van de studies tot verpleegkundige een totale werkervaring tussen 0 en 5 jaar (27,9%) en 16 en 20 jaar (25,6%).

1.2 BESCHRIJVING VAN DE FOCUSGROEPEN MET REFERENTIEVERPLEEGKUNDIGEN, HOOFDVERPLEEGKUNDIGEN EN VERANTWOORDELIJKEN

Met betrekking tot deze drie focusgroepen gaat het in totaal om 29 thuisverpleegkundigen, waarvan drie deelnemers van het mannelijk geslacht waren. Het merendeel van deze participanten had een leeftijd tussen 41 en 45 jaar (37,9%), was samenwonend of gehuwd (86,2%) en had het diploma behaald van graduaat in de verpleegkunde (65,5%), waarvan drie deelnemers ook een licentie in de Medisch-Sociale Wetenschappen hadden behaald.

Het merendeel van de deelnemers was tussen 16 en 20 jaar (37,9%) en tussen 21 en 25 jaar (24,1%) tewerkgesteld binnen het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, was voltijds tewerkgesteld (79,3%) en had een globale werkervaring tussen 21 en 25 jaar (34,5%) en tussen 16 en 20 jaar (24,1%).

1.3 BESCHRIJVING VAN DE TOTALE STEEKPROEF

Op een totaal van 72 deelnemers waren er 4 van het mannelijk geslacht. Hierbij is het opmerkelijk dat één van de vier mannen aanwezig was in de focusgroep van referentieverpleegkundigen en twee van de vier mannen namen deel aan de focusgroep van verantwoordelijken, werkzaam binnen de provinciale directies. Dit doet de vraag rijzen of mannen inderdaad meer op zoek zijn of meer gebruik wensen te maken van doorgroeimogelijkheden binnen de thuisverpleegkunde?

Het merendeel van de deelnemers was samenwonend of gehuwd (83,3%). Naar leeftijd bevond het merendeel van de participanten zich tussen de categorie van 41 en 45 jarigen (22,2%) en 36 en 40 jarigen (18%). In de focusgroepen van referentieverpleegkundigen, hoofdverpleegkundigen en verantwoordelijken waren de leeftijdscategorieën tussen 21 en 30 jaar nagenoeg niet vertegenwoordigd.

In de totale steekproef lag het aantal gegradueerde thuisverpleegkundigen (45,8%) zeer dicht bij het aantal gebrevetteerde thuisverpleegkundigen (43%). Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat het aantal gebrevetteerde thuisverpleegkundigen het grootst was in de focusgroepen met basisverpleegkundigen en het aantal gegradueerde thuisverpleegkundigen was het grootst in de focusgroepen met verantwoordelijken, hoofdverpleegkundigen

en referentieverpleegkundigen. Met betrekking tot de tewerkstellingsgraad bleek het merendeel van de deelnemers voltijds te werken (44%). Dit hoog percentage kan worden verklaard door het feit dat alle deelnemende hoofdverpleegkundigen en verantwoordelijken voltijds waren tewerkgesteld. Hoofdverpleegkundigen gaven hierbij aan dat een voltijdse tewerkstelling noodzakelijk is om continuïteit te kunnen garanderen. Het merendeel van de deelnemers had binnen het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen een anciënniteit tussen 0 en 5 jaar (31,9%) en tussen 16 en 20 jaar (29,2%). Tenslotte is het opmerkelijk dat meer dan de helft van de deelnemers (52,8%) hun werk bij het Wit-Gele Kruis kunnen beschouwen als hun eerste werk.

2. RESULTATEN MET BETREKKING TOT HET PROFESSIONEEL ZELFBEELD

2.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de focusgroepen rond het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen weergegeven. De bespreking van de resultaten staat volledig in het teken van de kern van het professioneel zelfbeeld. Dit kernverhaal fungeert als uitgangspunt en als kapstok voor de verdere onderbouwing van de resultaten. De satisfactie van thuisverpleegkundigen ten aanzien van het beroep is de rode draad doorheen hun zelfbeeld. Verder komen het zorggebeuren, de competenties en het teamgebeuren als drie hoofddimensies van het professioneel zelfbeeld aan bod. Tenslotte worden nog enkele kanttekeningen gemaakt, waarin de knelpunten worden besproken en de impact van de zorgcontext.

In vergelijking met de studie naar het professioneel zelfbeeld van ziekenhuisverpleegkundigen (Belimage-studie) komen dezelfde dimensies naar voor die echter een andere invulling krijgen in de thuisverpleegkunde. Vermits het om dezelfde dimensies gaat en om de vergelijkbaarheid tussen beide studies zo optimaal mogelijk te maken, werden de definities van de dimensies overgenomen uit de 'Belimage-studie'. Het gaat hierbij om informele definities, die zeker niet exhaustief zijn (Milisen et al., 2003). Deze definities kunnen het, naar analogie met de Belimage-studie, mogelijk maken om in een later stadium de verschillende dimensies te ontleden in sub-dimensies, die onderzocht dienen te worden op het niveau van de vragenlijst (deel II van het onderzoek).

2.2 KERNVERHAAL

De **rode draad** doorheen het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen is zonder twijfel de positieve ingesteldheid ten aanzien van hun beroep en de **grote voldoening** die ze halen uit hun werk. Kortom, thuisverpleegkundigen houden van hun werk. De twee belangrijkste factoren hierin zijn het komen bij de patiënt in zijn vertrouwde thuisomgeving en de specifieke en bijzondere relatie die ze hebben met hun patiënten. In deze relatie staan de dankbaarheid, het respect en de vriendschap die ze krijgen, alsook de intense, hechte band die ze hebben met hun patiënten centraal.

Verder halen thuisverpleegkundigen ook veel voldoening uit de professionele meerwaarde van hun zorgverlening. De professionele ondersteuning die zij bieden gaat verder dan enkel het verlenen van fysieke en verpleegtechnische zorg. Zij vinden dat zij zich in een bevoorrechte positie bevinden en de deskundigheid bezitten om de noodzakelijke initiatieven te nemen en zorg te verlenen op vraag van de patiënt. Zij benadrukken ook dat er in de thuisverpleging heel veel mogelijk is. Thuisverpleegkundigen zijn zich zeer

bewust van wat zij doen en van wat hun eigen bijdrage is in het huidig gezondheidszorgsysteem.

Het **professioneel zelfbeeld** van thuisverpleegkundigen is opgebouwd uit drie hoofddimensies: het zorggebeuren, de vereiste competenties en het teamgebeuren. Opmerkelijk in de omschrijving van deze drie dimensies is de spontane vergelijking die thuisverpleegkundigen steeds maken met de situatie in het ziekenhuis.

Uniek aan het **zorggebeuren** is de context waarin thuisverpleegkundigen zorg verlenen. Zij komen immers aan huis in antwoord op een specifieke vraag van de patiënt zelf of zijn omgeving. Dit wil zeggen dat de thuisverpleegkundige een gast is in het huis van de patiënt, wat in schril contrast wordt gezet met de situatie in het ziekenhuis. Bovendien heeft het zorggebeuren niet enkel betrekking op de patiënt zelf, maar ook op de mantelzorger: de patiënt én zijn omgeving staan centraal. De zorg zelf wordt omschreven als een gedetailleerde totaalzorg op maat, die totaler en grondiger is dan in het ziekenhuis. Er wordt een professionele zorg verleend op alle vlakken en dus niet enkel op medisch en/of verpleegtechnisch vlak.

Omwille van de brede totaalzorg en de grote waaier van patiënten moeten thuisverpleegkundigen over brede **competenties** beschikken, die verder reiken dan enkel de verpleegtechnische competenties. Het zelfstandig kunnen werken, het kunnen opnemen van verantwoordelijkheid, het kunnen nemen van initiatief, het creatief zijn, het flexibel zijn en het beschikken over companionship vaardigheden, zoals vriendelijk zijn, warmte uitstralen, sociaal voelend zijn, zijn te beschouwen als sleutelcompetenties, daar zij onontbeerlijk zijn in een situatie waar men alleen voor de zorg van een patiënt instaat.

Thuisverpleegkundigen staan in een unieke één-één relatie met hun patiënten, waardoor het **teamgebeuren** een andere invulling krijgt dan in het ziekenhuis. Het team staat volledig ten dienste van de thuisverpleegkundige om overleg te plegen of ondersteuning te bieden wanneer zij dat nodig acht. Het gaat dus eigenlijk om 'een alleen werken in team'. Verder beperkt het teamgebeuren zich niet tot het samenwerken met collega's, maar richt het zich ook op het samenwerken met mantelzorgers en het multidisciplinair samenwerken. In deze samenwerking kunnen thuisverpleegkundigen worden beschouwd als spilfiguren en initiatiefnemers, ondanks het feit dat zij hier zelf eerder bescheiden in zijn.

Thuisverpleegkundigen hebben overduidelijk een positief zelfbeeld, maar toch worden zij in hun werk ook geconfronteerd met een aantal knelpunten. Thuisverpleegkundigen vinden het primordiaal om kwalitatief hoogstaande zorg te geven volgens de noden en wensen van hun patiënten. Soms hebben zij echter het gevoel dat zij hierin niet slagen, waardoor zij een gevoel van onmacht ervaren. Deze onmacht is onder meer gerelateerd aan situaties waarin ze geen medewerking krijgen van de patiënt of zijn omgeving, situaties waarin men door tijdsdruk het gevoel heeft onvoldoende aandacht te kunnen besteden aan de patiënt en situaties waarin men grenzen moet trekken aan de zorgverlening.

Een ander knelpunt heeft betrekking op het beeld dat de maatschappij, en vooral de ziekenhuisverpleegkundigen, hebben over het thuisverpleegkundig beroep. Zij hebben het gevoel dat zij moeten opboksen tegen een onderwaardering en onwetendheid omtrent hun kennis, kunde en hun mogelijkheden. Zo hebben zij het gevoel dat de ziekenhuisverpleegkundigen hen beschouwen als minderwaardig, waardoor zij een drang ervaren om hun beroep meer te profileren en bekend te maken naar de buitenwereld toe.

Tenslotte zijn er ook knelpunten gerelateerd aan de zorgcontext. De uurregeling wordt beschouwd als iets positief ten opzichte van de uurregeling in het ziekenhuis. Voornamelijk omwille van de verschillende mogelijkheden tot uurvermindering, daar het fulltime werken als thuisverpleegkundige fysiek zwaar en moeilijk combineerbaar blijkt te zijn met het gezinsleven. Verder worden de tijdsdruk, het gestoord worden in de vrije uren, het lang na elkaar werken en de administratie na de uren soms ervaren als frustrerend.

2.2.1 SATISFACTIE ALS RODE DRAAD

De dimensie 'satisfactie' is te beschouwen als een horizontale dimensie doorheen het verhaal van de thuisverpleegkundigen. 'Satisfactie' wordt hier gedefinieerd als 'het gevoel van plezier dat de verpleegkundige ervaart met betrekking tot haar/zijn professionele leven en werkomgeving' (Milisen et al., 2003).

Kijkend naar het zelfbeeld van thuisverpleegkundigen is het opmerkelijk en opvallend welke grote voldoening zij halen uit hun werk en hoe gemotiveerd en enthousiast zij praten over hun beroep. De grote voldoening/satisfactie die zij ervaren, heeft in de eerste plaats te maken met het feit dat thuisverpleegkundigen zorg verlenen in de vertrouwde thuisomgeving van hun patiënten. Het aan huis komen bij de patiënt, waarbij men letterlijk binnentreedt in de privé-sfeer van de patiënten en hun omgeving, is voor thuisverpleegkundigen heel aangenaam werken. Thuisverpleegkundigen zijn zich zeer bewust van het feit dat zij een 'gast' zijn in het huis van de patiënt. Dit plaatsen zij ook in schril contrast met de situatie in het ziekenhuis, waar de verpleegkundige als het ware 'thuis' is en de patiënt meer de rol van 'gast' op zich neemt. Zo zijn zij er ook van overtuigd dat de band die zij hebben met hun patiënten veel intenser en hechter is dan in het ziekenhuis. Zij hebben een totaalbeeld over de hele thuissituatie en zij vinden dat zij zich in een bevoorrechte positie bevinden, omdat zij eigenlijk nagenoeg alles weten over hun patiënten, terwijl ziekenhuisverpleegkundigen hun patiënten eerder oppervlakkig leren kennen en nagenoeg niets weten over hun thuissituatie. Thuis is de patiënt immers op zijn eigen terrein, waar hij kan zijn wie hij werkelijk is. Dat maakt het verlenen van zorg aan huis juist zo boeiend voor de thuisverpleegkundigen. De specifieke en intense relatie die thuisverpleegkundigen ervaren met hun patiënten wordt ook gekenmerkt door dankbaarheid en erkenning. Thuisverpleegkundigen zijn vaak een constante in het leven van een patiënt, waardoor zij het gevoel krijgen dat zij als een deel van de familie worden

beschouwd. In vergelijking met het ziekenhuis zijn de patiënten volgens de thuisverpleegkundigen thuis veel mondiger, maar tegelijkertijd ook dankbaarder voor de verleende zorg. De patiënten tonen ook interesse voor het privé-leven en het welzijn van de thuisverpleegkundigen en zolang dit binnen de perken blijft, ervaren zij dit als erg positief. De waardering en erkenning die ze krijgen van hun patiënten is niet enkel gebaseerd op de verbale uiting van dankbaarheid en bezorgdheid. Zo betekent het voor de thuisverpleegkundigen heel veel dat zij soms mogen en kunnen fungeren als spreekbuis en klankbord voor de patiënt. Dit maakt duidelijk dat het hier gaat om een (h)echte vertrouwensrelatie, die gebaseerd is op wederzijds respect. Thuisverpleegkundigen krijgen op die manier het gevoel dat zij nodig zijn en dat zij voor hun patiënten heel veel kunnen en mogen betekenen.

['..] ik heb de luxe om buiten te komen, om de natuur te zien, de zon te zien opkomen, nat te worden van de regen. Je loopt binnen en buiten. Je bent overal welkom, mensen verwachten U. Dat is in een ziekenhuis niet zo, daar val je zomaar binnen. Je hebt de luxe om mensen thuis te mogen verzorgen. Hun omgeving is belangrijk. Dat respect naar die thuissituatie toe, dat vind ik fijn.'

'Je hebt maar één patiënt voor U. [...] Toen ik in het ziekenhuis werkte, had ik twintig andere patiënten en als je op een zaal kwam en je was met één patiënt bezig, dan vroegen de anderen ook aandacht en dat heb je nu niet meer. Je hebt één patiënt voor U en daar heb je ook de tijd voor, soms beperkt, maar daar kan je U op concentreren. Dat is onbeschrijflijk.'

Naast de context van zorg verlenen aan huis halen thuisverpleegkundigen ook veel voldoening uit de professionele meerwaarde van hun zorgverlening. Thuisverpleegkundigen zijn zich zeer bewust van hun meerwaarde en hun bijdrage aan het huidig gezondheidszorgsysteem. Zij zijn een onmisbare schakel in het verlenen en organiseren van zorg en in het kunnen behouden van de thuissituatie voor de patiënt. Toch zijn zij hier zelf eerder bescheiden in. Deze bescheidenheid kan te maken hebben met het feit dat zij zichzelf zien als een schakel in een multidisciplinaire samenwerking rond de patiënt, waarin de arts de spilfiguur is en zij aan deze situatie geen afbreuk willen doen. Thuisverpleegkundigen scheppen ook veel voldoening uit de brede professionele ondersteuning die zij kunnen bieden aan hun patiënten. De zorgverlening is niet enkel verpleegtechnisch gericht, maar is eigenlijk gericht op alle vlakken: een gepersonaliseerde totaalzorg op maat. Elke zorg wordt volledig aangepast aan de noden en wensen van de patiënt en/of zijn omgeving. Deze brede professionele zorgverlening is een verlenen van zorg op lange termijn. Ook hier vinden thuisverpleegkundigen dat zij zich in een bevoorrechte positie bevinden, omdat zij enerzijds veel initiatieven kunnen nemen en veel kunnen doen voor hun patiënten en anderzijds omdat zij steeds het resultaat kunnen zien van hun werk.

'Zonder thuisverpleging kom je in een vicieuze cirkel terecht: geen deskundige zorg meer aan huis [...]; meer ziekenhuis opnames; de psychosociale ondersteuning van de patiënt en zijn familie valt grotendeels weg; [...]; de vertrouwenspersoon, de spreekbuis wordt afgenomen; overbelasting van de mantelzorg [...]; de thuissituatie niet kunnen behouden; overbelasting van andere professionele hulpverleners [...].'

'[...] De thuisverpleging brengt sterven en ziek zijn weer naar huis. Bijvoorbeeld, palliatieve zorgen thuis. Dat zijn allemaal zaken van het dagdagelijkse leven, die ook kunnen worden beleefd thuis, dankzij de aanwezigheid van thuisverpleging. Valt dit weg, dan heb je in de thuissituatie enkel nog dat je goed en gezond bent en als je ziek wordt of er is iets, dan kan de thuissituatie niet meer worden behouden. Dat is eigenlijk een verarming van de maatschappij.'

De voldoening die thuisverpleegkundigen halen uit hun werk weerspiegelt zich in het feit dat zij personen uit hun naaste omgeving, die overwegen verpleegkunde te studeren, dit zeker niet zouden afraden. Integendeel, zij zouden dit zelfs aanmoedigen en stimuleren, maar wel enkel op voorwaarde dat zij zien en merken dat deze personen het met hart en ziel willen doen en echt voor 100% achter hun keuze staan. Ondanks het feit dat men veel voldoening haalt uit het werk, blijft het immers een fysiek zwaar beroep met onregelmatige uren, waarbij men, ten opzichte van het ziekenhuis, in de thuisverpleging het voordeel heeft dat men gemakkelijk uurvermindering kan aanvragen en ook krijgt. Het feit dat niemand er in de nabije toekomst of op middellange termijn aan denkt om de thuiszorg te verlaten, maakt duidelijk dat zij hun werk nog steeds met hart en ziel doen.

'Het moet in je bloed zitten [...]. Je moet het echt met hart en ziel doen en dan weet je dat het fysiek en mentaal niet altijd gemakkelijk is, maar dat is met geen enkel beroep. Je moet er wel 100% achter staan, dat zou ik wel tegen iedereen zeggen. Je moet het echt willen doen en dan pak je de nadelen er gewoon bij van onregelmatige uren en weekend werk.'

2.2.2 DRIE HOOFDDIMENSIES

In wat volgt worden de drie hoofddimensies in het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen besproken.

A. Zorggebeuren

Het 'zorggebeuren' is een eerste dimensie, die kan worden gedefinieerd als 'een praktijk (gebeuren) die berust op de morele eis het welzijn van patiënten te bevorderen door zorg voor hen te dragen via een persoonlijke relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige. Deze persoonlijke relatie heeft tot doel de patiënt te helpen bij het dragen van de gevolgen van zijn ziekte, te ondersteunen in zijn ziekte, behandeling, revalidatie of stervensproces. De handelingen die

verpleegkundigen stellen zijn geïnspireerd door de humane bekommernis voor het welzijn van de patiënt en dit in de meest brede zin van het woord (fysiek, psychisch, relationeel, sociaal, moreel en spiritueel). De zorg vloeit voort uit een evenwichtige integratie van competenties en zorgzaamheid en vragen van de verpleegkundige een sterk engagement om zowel opdrachten te vervullen als de patiënt te begeleiden' (Bishop & Scudder, 1990 in Milisen et al. 2003).

Specifiek aan het zorggebeuren is de context waarin zorg wordt verleend. Thuisverpleegkundigen verlenen zorg in de vertrouwde thuissituatie van de patiënt en in antwoord op een specifieke vraag van de patiënt of zijn omgeving. Dit staat in schril contrast met de situatie in het ziekenhuis, waar de patiënt zich moet verplaatsen naar de instelling om zorg te krijgen en waar de verleende zorg niet wordt bepaald door de patiënt en zijn omgeving. De thuisverpleegkundige is letterlijk een gast in het huis van de patiënt, waarbij zij zich moet aanpassen aan de situatie thuis. In het ziekenhuis is de patiënt meer de gast en moet hij zich aanpassen aan de regels van de instelling. In een ziekenhuis is ook elke kamer hetzelfde, elke patiënt heeft een nachtkleed of pyjama aan, maar in de thuissituatie treedt de verpleegkundige bij elk bezoek binnen in een soms totaal andere woonsituatie. Sommige patiënten leven en wonen zeer luxueus, terwijl andere patiënten soms geen warm water hebben. Dit maakt het werk voor de thuisverpleegkundigen zo boeiend, omdat zij elke dag worden geconfronteerd met unieke patiënten en unieke woon- en zorgsituaties. Specifiek is ook dat zowel de patiënt als de mantelzorger centraal staan in het zorggebeuren. De mantelzorger is een zeer belangrijke tot onmisbare actor in het zorggebeuren aan huis, terwijl men in het ziekenhuis de zorg nagenoeg volledig richt op de patiënt zelf. Als de thuisverpleegkundige de nodige zorg heeft verleend aan de patiënt, trekt zij als het ware de deur achter zich dicht en blijft de mantelzorger, die vaak 24 uur op 24 uur voor de patiënt instaat, achter. Het zorggebeuren is, met andere woorden, meer dan enkel het verlenen van zorg aan de patiënt zelf. Het richt zich ook op het betrekken en ondersteunen van de mantelzorger op alle vlakken en op het bewaken dat deze mantelzorger niet overbelast wordt, want dit zou het behoud van de thuissituatie in gevaar kunnen brengen.

'De thuissituatie is het belangrijkste. Als je bij de mensen thuis komt, zijn zij de baas. Jij moet je schikken naar wat zij willen.'

'Het is eigenlijk ook een ondersteuning naar de familie en de mantelzorgers toe.'

Met betrekking tot het zorggebeuren op zich, verlenen thuisverpleegkundigen professionele zorg, die in de eerste plaats wordt gekenmerkt door een gedetailleerde, totaalzorg op maat. Het gaat om een gedetailleerde zorg, waarbij de thuisverpleegkundigen vinden dat zij meer oog hebben voor details en grondiger te werk gaan dan de ziekenhuisverpleegkundigen, omdat zij alleen voor de patiënt staan en minder gemakkelijk beroep kunnen doen op collega's. Dit

heeft vermoedelijk ook te maken met twee andere factoren. Enerzijds het feit dat zij zorg verlenen op lange termijn, waardoor hun contacten niet zo vluchtig zijn als in het ziekenhuis. Thuisverpleegkundigen kennen hun patiënten dan ook door en door, waardoor zij zich in een grote mate verantwoordelijk voelen voor hun patiënten en de zorg willen geven die zij nodig achten. Anderzijds zijn de patiënten thuis veel mondiger dan in het ziekenhuis, waardoor zij sneller aangeven wat zij wensen en wanneer hen iets niet bevalt. Naast de detailzorg gaat het ook om een totaalzorg op maat, waarbij er zorg wordt verleend op alle vlakken en aangepast aan de noden en wensen van de patiënt en zijn omgeving. Met andere woorden, naast het verpleegtechnisch zorgaspect, dat zeker aan bod komt in de thuisverpleging en ook meer zal worden uitgebreid gezien de steeds complexere zorgsituaties thuis, richt het zorggebeuren zich ook op de psychosociale, relationele, morele en spirituele ondersteuning van de patiënt en zijn omgeving. Het zorggebeuren staat niet alleen in het teken van het genezen, behandelen, bevorderen of in stand houden van de gezondheidstoestand van de patiënt. Thuisverpleegkundigen hechten onder meer veel belang aan het begeleiden van patiënten op alle vlakken, aan het informatie verschaffen en aan het tijdig doorverwijzen naar de juiste hulpverleners. Zij vinden dat er in de thuisverpleging ook veel mogelijk is om een goede totaalzorg mogelijk te maken.

'Wij staan dag en nacht garant voor de verantwoordelijkheid van de zorg voor die patiënt, zowel medisch als technisch. Het is niet alleen hygiënische zorg, maar ook psychische zorg. Mensen die hun gevoelens eens kwijt willen, dat ze dat ook kunnen. Het moet niet altijd fysische verzorging zijn.'

'Thuis zijn alle mogelijkheden beschikbaar. Indien je creatief genoeg bent, kan je het allemaal realiseren. Er is niets dat U belemmert. Je kan bijna niets meer indenken, waarvan je zegt dat is nog een tekort om een goede thuisverpleging te geven. Alles is er, maar je moet zelf creatief genoeg zijn om dat allemaal te combineren en in te schakelen. Het is eigenlijk heel boeiend geworden.'

Verder wordt de professionele zorgverlening gekenmerkt door een waaier aan patiënten en ziektebeelden. Thuisverpleegkundigen maken ook hier spontaan de vergelijking met de situatie in het ziekenhuis, waar men per afdeling wordt geconfronteerd met een beperkt aantal pathologieën. In de thuisverpleging moet men zorg kunnen verlenen aan baby's en aan ouderen en moet men zowel basiszorg als specifieke zorg kunnen verlenen. Thuisverpleegkundigen omschrijven hun werk dan ook als zeer afwisselend, niet alleen omwille van de waaier aan patiënten en pathologieën, maar ook door de context van het zorg verlenen aan huis, waardoor zij steeds in andere woon- en gezinssituaties terechtkomen.

'In een ziekenhuis kan een afdeling zes specialismen hebben. Je weet over die specialismen dan heel veel, maar in de thuiszorg moet je eigenlijk van alles op de hoogte zijn. Je hebt patiënten van nul tot 100 jaar, maar je moet ook theoretisch van alles op de hoogte zijn en niet over één enkel specialisme.'

'Dat vraagt dus ook een enorme kennis. Op één afdeling leer je die zaken van die afdeling, maar bij de patiënten thuis kom je van alles tegen.'

B. Competenties

De tweede dimensie 'competenties' kan worden gedefinieerd als 'de spontane bekwaamheid van het integreren, mobiliseren en het transfereren van middelen (kennis, inzichten, vaardigheden, het redeneren, ...) in een gegeven context teneinde de problemen die zich voordoen effectief aan te pakken of een opdracht te realiseren' (Bortef, 1997 in Milisen et al. 2003).

In de thuisverpleegkundige praktijk neemt 'kennis' een belangrijke plaats in. Kennis is dan ook een essentiële voorwaarde om te komen tot een professionele en kwalitatief hoogstaande zorgverlening. Het bezitten van verpleegtechnische kennis en het alert zijn voor complicaties beschouwen thuisverpleegkundigen als evident aanwezige kennis, daar dit moet meegegeven zijn tijdens de opleiding tot verpleegkundige. Thuisverpleegkundigen vinden wel dat het niet voldoende alert zijn voor complicaties grotere gevolgen kan hebben in de thuisverpleegkunde dan in het ziekenhuis, vermits het bezoek van een thuisverpleegkundige soms het enige bezoek is dat een patiënt krijgt op een dag.

Thuisverpleegkundigen zijn van mening dat er toch een groot verschil is op het vlak van kennis met ziekenhuisverpleegkundigen. Daar zij worden geconfronteerd met een waaier aan patiënten en ziektebeelden, moeten zij over een veel bredere en algemene kennis beschikken dan de ziekenhuisverpleegkundigen, die over de kennis moeten beschikken die eigen is aan de afdeling waarop ze werken. Het beschikken over een brede en meer algemene kennis is voor thuisverpleegkundigen heel belangrijk. Het nadeel hierbij is dat thuisverpleegkundigen soms het gevoel hebben dat hun kennis oppervlakkiger is en minder diepgaand. Langs de andere kant vinden ze dan weer dat dit wordt gecompenseerd door de aanwezigheid van referentieverpleegkundigen, waarop zij steeds kunnen terugvallen.

Kennis wordt beschouwd als een essentiële voorwaarde om als verpleegkundige te kunnen werken, maar thuisverpleegkundigen halen ook aan dat deze kennis steeds verder moet worden uitgediept en in stand moet worden gehouden aan de hand van permanente bijscholing.

'Ik denk dat je pas goede zorg kunt leveren als je niet alleen als verpleegkundige zelf een goed gevoel hebt, maar ook als je voldoende kennis bezit. Als je zelf kennis tekort hebt, kan je ook geen goede zorg geven.'

'Je bent niet alleen een verpleegkundige op een heelkundige afdeling of je staat niet alleen op cardiologie, maar je doet eigenlijk alles. En overal heb je wel een stukje van. Wat je tekort komt, daar heb je wel iemand voor.'

'Uiteindelijk moet je professioneel geschoold zijn. Iedereen moet zijn opleiding hebben en het blijven bijhouden. Het bijscholen en dergelijke, dat kan niet anders. Anders kun je niet functioneren als verpleegkundige.'

Naast kennis moet een thuisverpleegkundige ook beschikken over een aantal vaardigheden. Uit het verhaal van de thuisverpleegkundigen is op te maken dat zij deze vaardigheden beschouwen als sleutelcompetenties. Het gaat hier namelijk om competenties, waarvan zij vinden dat deze absoluut eigen zijn aan het thuisverpleegkundig beroep en waarover men moet beschikken om te kunnen werken als thuisverpleegkundige. Instrumenteel-technische vaardigheden zijn zeker belangrijk, maar de thuisverpleegkundigen leggen hierop niet de nadruk. Het lijkt alsof zij deze vaardigheden beschouwen als iets dat evident is en bij het verpleegkundig beroep in het algemeen hoort, daar deze vaardigheden moeten meegegeven zijn via de verpleegkundige opleiding. Thuisverpleegkundigen leggen veel meer de nadruk op intellectueel-cognitieve vaardigheden, zoals zelfstandig werken, flexibel zijn, creatief zijn, voldoende zelfkennis bezitten en terrein kunnen afbakenen. Het zelfstandig werken is te kaderen binnen de unieke één-één relatie waarin een thuisverpleegkundige moet werken. De thuisverpleegkundigen staan immers alleen voor de patiënt en de mantelzorger, waardoor zij zeker zelfstandig moeten kunnen werken. De collega thuisverpleegkundigen zijn een steun en kunnen steeds worden gecontacteerd, maar zij bevinden zich niet in een dergelijke nabijheid, zoals in het ziekenhuis het geval is. Een thuisverpleegkundige moet alleen kunnen werken en tegelijk moet ze voldoende zelfkennis bezitten om te kunnen inschatten wanneer het nodig en gewenst is om andere collegae of andere hulpverleners erbij te roepen. De flexibiliteit en creativiteit zijn te kaderen binnen de situatie van het verlenen van zorg aan huis. De patiënt is thuis, waardoor men zich steeds moet aanpassen aan de noden en behoeften van de patiënt en zijn omgeving. De diversiteit aan woonsituaties zorgt er dan weer voor dat men soms zeer creatief moet zijn om de zorg te kunnen uitvoeren. Ook hier maakt men de vergelijking met het ziekenhuis, waar het de patiënt is die zich aanpast en waar het gemakkelijker is om aan materiaal te komen. Verder is het belangrijk dat thuisverpleegkundigen hun terrein kunnen afbakenen. Thuisverpleegkundigen hebben een hechte en intense band met hun patiënten, maar tegelijk moeten zij op tijd kunnen aangeven wat tot hun taak als thuisverpleegkundige behoort en wat niet en waar de zorg nog verantwoord is en waar niet.

'Je bent zelfstandig en dat vind ik wel tof. Natuurlijk ook het contact met de mensen, de afwisseling die je hebt, het kunnen helpen en advies geven, dat is allemaal belangrijk.. Maar vooral dat je er zelf iets van kan maken.'

'Je moet heel flexibel zijn. Patiënten zeggen van je moet hier morgen zijn om dat uur, en niet van kan dat voor U of kan U dat inpassen.'

'Je moet heel creatief zijn. In de ziekenhuizen is alles maar te nemen, maar thuis heb je geen aanrecht om je steriel materiaal op te leggen. De eerste keer dat je, bijvoorbeeld, bij een zwaar palliatieve patiënt gaat, heb je daar meer dan een uur

werk, gewoon nog maar voor de installatie van die patiënt, al het materiaal dat moet worden aangeraakt. Er is geen standaard. Je moet U aanpassen en creatief zijn. In het begin had ik het daar wel moeilijk mee, want ik kwam van een ziekenhuis en ik dacht, dat kan niet zonder, maar je kan altijd wel met minder materiaal op een andere manier. Het is even die klik van hoe gaan we dat hier oplossen.'

Naast intellectueel-cognitieve vaardigheden ligt het accent ook op sociale en organisatorische vaardigheden, waarbij vooral de communicatie en het hebben van organisatietalent in het oog springen. Communicatie is heel belangrijk in de thuisverpleging. Het gaat hierbij in de eerste plaats om de communicatie met de patiënt en zijn omgeving in het kader van het verschaffen van de nodige en gewenste informatie en educatie. Ondanks het feit dat thuisverpleegkundigen alleen voor de patiënt staan, hechten zij ook veel belang aan een goede communicatie tussen de thuisverpleegkundigen onderling. Enerzijds om informatie uit te wisselen, maar ook in functie van een goede onderlinge verstandhouding. De communicatie beperkt zich niet tot patiënten, mantelzorgers en collegae. Thuisverpleegkundigen vinden het ook belangrijk een goede communicatie te onderhouden met de huisarts en met andere hulpverleners. Enerzijds om hen op de hoogte te houden van de gezondheidstoestand van de patiënt en anderzijds om hen indien nodig en gewenst in de zorgverlening in te schakelen. Om een dergelijke communicatie tot stand te brengen, zijn zij wel meestal de initiatiefnemers. Verder moeten de thuisverpleegkundigen over een organisatietalent beschikken. Zij moeten ervoor zorgen dat hun werkplanning zeer goed in elkaar zit, waarbij ze in het oog moeten houden dat ze geen onnodige afstanden rijden en waarbij ze zoveel mogelijk moeten rekening houden met het tijdstip waarop de patiënt wenst dat ze komen. Verder heeft dit organisatietalent ook betrekking op het kunnen organiseren van het werk in functie van de samenwerking met andere hulpverleners en op administratieve vaardigheden, zoals gegevensverzameling, verpleegdossier invullen, enzovoort.

'Het is belangrijk dat wij een goede communicatie hebben met de familie en de mantelzorgers, alsook met het multidisciplinair team, zoals de dokters, kinés, Die kunnen bijspringen bij de patiënt om zo'n optimaal en comfortabel mogelijk gevoel thuis te geven.'

'Je kan met je collega overleggen, een berichtje sturen, een fax, een mail. De thuiszorgschriften bij de patiënt zelf vind ik ook heel interessant om alles door te geven wat betreft communicatie. Er is een goede uitwisseling en dat vind ik ook heel belangrijk en nodig.'

Tenslotte moet men in de thuisverpleegkunde over een bepaalde houding/attitude beschikken, die zich voornamelijk richt op companionship competenties, zoals verantwoordelijkheid en initiatief kunnen opnemen, vriendelijk zijn, sociaal voelend zijn, warmte uitstralen en een

vertrouwensrelatie kunnen aangaan. Deze companionship competenties worden eveneens door de thuisverpleegkundigen beschouwd als sleutelcompetenties. Het zelfstandig en alleen werken gaat gepaard met een grote verantwoordelijkheid die thuisverpleegkundigen hebben. Zij dragen de verantwoordelijkheid om enerzijds een professionele en kwalitatief hoogstaande zorg te verlenen naar de noden en wensen van de patiënt en zijn omgeving en anderzijds om indien nodig en gewenst het initiatief te nemen om collegae of andere hulpverleners bij de zorg te betrekken. Daarnaast geven thuisverpleegkundigen aan dat het belangrijk is om vriendelijk te zijn en een zekere warmte uit te stralen. Patiënten zijn daar zeer gevoelig voor. Thuisverpleegkundigen moeten zeer sociaal voelend zijn. Dit uit zich niet alleen naar de patiënten toe in een fysiek en psychisch aanwezig zijn bij de patiënt, maar ook in het aannemen van een open houding om sociale contacten te leggen met andere hulpverleners.

'Verantwoordelijkheid is heel belangrijk in de thuisverpleging. Je staat er alleen voor. Stel je voor, het is weekend, de artsen zijn niet te bereiken en de hoofdverpleegkundige ook niet. Je hebt, bijvoorbeeld, een probleem bij een patiënt. Wat ga je doen, de arts toch contacteren of even afwachten. Je staat daar en dan moet je zelf beslissen en daar hebben veel verpleegkundigen het moeilijk mee. In het begin toen ik werkte, had ik het daar ook moeilijk mee. Je groeit daar in.'

'Het verantwoordelijkheidsgevoel, de beroepsbekwaamheid, de relatiebekwaamheid, sociaal zijn tegenover familie, patiënten, artsen, de collegae. Het is een heel gamma waar je mee omgaat. Ook, bijvoorbeeld, gevoel hebben voor kwaliteit van de verzorging, gecombineerd met een verantwoordelijkheidsgevoel.'

'De juiste attitude van een vriendelijke verpleegkundige. Dat is het belangrijkste. Je moet vriendelijk zijn en dan ben je al een heel eind op weg. [...] En dan de grote deskundigheid in de verschillende vaardigheden, technisch, sociaal, communicatief en noem maar op. Een attitude van het hart op de juiste plaats. Eigenlijk gaat het om therapeutische nabijheid. Dat geeft toch fundamenteel weer waar het om gaat, want dat is dan ook een totaalbenadering.'

De hierboven besproken competenties zijn zeer belangrijk binnen de thuisverpleegkunde en tegelijk maken ze het beroep boeiend en zijn het zelfs drijfveren voor de thuisverpleegkundigen om het beroep te blijven uitoefenen.

C. Teamgebeuren

De derde dimensie 'teamgebeuren' kan worden gedefinieerd als 'een groep professionelen die met de patiënt werken en hun krachten en competenties bundelen om een antwoord te bieden aan de gezondheidsproblemen, om de patiënt te helpen of zijn leed te verlichten' (Larousse, 1998 in Milisen et al. 2003). Binnen de thuisverpleegkunde is het teamgebeuren te situeren op drie

niveaus: het niveau van de thuisverpleegkundigen, het niveau van de mantelzorgers en het multidisciplinair niveau.

Thuisverpleegkundigen staan in een unieke één-één relatie met de patiënt en zijn omgeving, waardoor het teamgebeuren een andere invulling krijgt dan in het ziekenhuis. In het ziekenhuis is het teamgebeuren gericht op een werkelijk werken in team. In de thuisverpleegkunde is dit niet het geval. Het team van collegae staat in de eerste plaats volledig ten dienste van de thuisverpleegkundige om overleg te plegen of ondersteuning te bieden wanneer zij dat nodig acht. Een thuisverpleegkundige werkt inderdaad zelfstandig en dit ervaren zij als zeer positief en als een uitdaging. Het geeft hen een gevoel van vrijheid waar zij veel belang aan hechten. Toch vinden ze het een hele geruststelling en een meerwaarde om te kunnen terugvallen op een team. Met andere woorden, thuisverpleegkundigen werken alleen, maar toch ook binnen de omkadering van een team. Dit geeft de thuisverpleegkundigen een gerust gevoel en een gevoel van zekerheid. Indien zij iets niet weten, kunnen zij steeds op iemand beroep doen. De brede waaier aan patiënten en pathologieën vraagt een brede en algemene kennis, maar thuisverpleegkundigen kunnen ook niet alles weten. Vandaar ook het belang dat zij hechten aan de aanwezigheid van referentieverpleegkundigen.

Het teamgebeuren heeft niet alleen betrekking op de collegae, maar ook op de mantelzorgers, die zoveel mogelijk worden betrokken in de zorgverlening en in het zorgoverleg. Thuisverpleegkundigen hechten veel belang aan de samenwerking met de mantelzorgers, waaruit blijkt dat zij het werk dat mantelzorgers verrichten en het belang van hun aanwezigheid bij de patiënt waarderen en erkennen.

'Je bent zelfstandig, maar toch ben je opgevangen in een groep. Je kunt erop terugvallen. Je bent zelfstandig, maar in teamverband. Je kunt je eigen waarden erin steken en als je problemen hebt, kun je raad vragen.'

'Daar ligt juist het belang van de organisatie, dat je wordt ondersteund. Het is vooral belangrijk dat elke verpleegkundige haar eigen grenzen kent. Dat vind ik de meerwaarde van een teamwerking. Dat je bij elkaar kan ten rade gaan en op elkaar kan beroep doen. Dus overleg en samenwerking binnen Uw eigen equipe.'

Thuisverpleegkundigen organiseren alles rond de patiënt en zijn omgeving. Vervolgens komen de collegae aan bod en de mantelzorgers om dan verder uit te deinen naar de multidisciplinaire samenwerking. De multidisciplinaire samenwerking staat volledig in het teken van het organiseren en verlenen van professionele en kwaliteitsvolle zorg aan de patiënt. De samenwerking met huisartsen, specialisten, ziekenhuizen en andere hulpverleners is duidelijk afhankelijk van persoon tot persoon of van instelling tot instelling. Ondanks de bescheidenheid van thuisverpleegkundigen met betrekking tot hun rol in deze multidisciplinaire samenwerking, is het duidelijk dat zij spilfiguren en initiatiefnemers zijn in het tot stand brengen van deze samenwerking en van de

multidisciplinaire zorg rond de patiënt. Steeds zelf het initiatief moeten nemen om in contact te treden met andere hulpverleners vraagt onmiskenbaar tijd, ook na de uren, en energie. Toch blijven ze het als het ware opbrengen, omdat het hun patiënt ten goede komt.

'Met bepaalde ziekenhuizen is er ook de afspraak om bij een ontslag en in moeilijke situaties, met de huisarts, iemand van gezinszorg, en iemand van de thuisverpleging samen te zitten en te bespreken hoe dat thuis gaat gaan. Maar dat is afhankelijk van ziekenhuis tot ziekenhuis.'

'Soms is het ook nodig om eens samen rond de tafel te zitten met dokters, gezinszorg en de familieleden erbij. Als er dan problemen zijn, dan kan je dat allemaal eens op tafel smijten van kijk, we kunnen hier aan deze situatie wel iets veranderen, de patiënt kan thuis worden verzorgd, mits hulp.'

2.2.3 KANTTEKENINGEN

Thuisverpleegkundigen worden in de uitoefening van hun beroep ook geconfronteerd met een aantal knelpunten. Deze knelpunten zijn te beschouwen als kanttekeningen, vermits zij letterlijk opduiken in de kantlijn van het positief professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen. Concreet wil dit zeggen dat de aangehaalde knelpunten het positief zelfbeeld van thuisverpleegkundigen niet overschaduwden, maar dat ze toch de nodige aandacht verdienen, gezien hun beïnvloedend karakter op het professioneel zelfbeeld.

Een eerste knelpunt heeft betrekking op het gevoel van onmacht dat thuisverpleegkundigen ervaren als gevolg van de situatie/omstandigheden waarin zij soms zorg verlenen. Thuisverpleegkundigen streven een kwalitatief hoogstaande, professionele zorgverlening na, waarbij zij zoveel mogelijk proberen rekening te houden en proberen tegemoet te komen aan de noden en wensen van de patiënt en zijn omgeving. Soms hebben ze echter het gevoel dat ze niet in dit opzet slagen, waardoor ze een gevoel van onmacht ervaren. Dit gevoel van onmacht kan gerelateerd worden aan patiënt- en omgevingsgebonden factoren. Langs de ene kant zijn thuisverpleegkundigen van mening dat er heel veel mogelijk is in de thuisverpleegkunde, gaande van het beschikbaar stellen van allerhande hulpmiddelen tot het inschakelen van andere hulpverleners, waardoor het werken in de thuissituatie of het behoud van de thuissituatie kan worden bevorderd. Maar er kan echter niets worden bewerkstelligd zonder de medewerking van de patiënt en/of de omgeving van de patiënt. De taak van de thuisverpleegkundige bestaat er dan ook in de beschikbare mogelijkheden aan te reiken en de patiënt en zijn omgeving hieromtrent te informeren, zodat zij op een geïnformeerde wijze een beslissing kunnen nemen. Wanneer de patiënt en/of de omgeving van de patiënt echter geen medewerking willen verlenen of niet willen ingaan op de aangereikte mogelijkheden, dan veroorzaakt dit een gevoel van onmacht bij de thuisverpleegkundigen. Thuisverpleegkundigen weten immers dat dit gebrek aan medewerking vaak ingegeven is door de financiële

implicaties van de aangereikte mogelijkheden, maar zonder deze mogelijkheden kan de zorgverlening evolueren naar een onhoudbare situatie voor de thuisverpleegkundige zelf (bijvoorbeeld geen medewerking krijgen voor het installeren van een tillift, hoog-laag bed) of voor de mantelzorger (bijvoorbeeld door geen medewerking te krijgen voor het inschakelen van gezinszorg). Langs de andere kant zijn de aangereikte mogelijkheden soms onvoldoende om een nog verantwoorde zorgverlening in stand te houden. Wanneer de patiënt en/of de omgeving van de patiënt niet willen inzien of niet willen aanvaarden dat alle mogelijkheden zijn ingezet en uitgeput om een verantwoorde thuiszorg mogelijk te maken, dan blijkt het voor thuisverpleegkundigen zeer moeilijk om de zorgverlening stop te zetten. Thuisverpleegkundigen blijven zich op één of andere manier verantwoordelijk voelen voor het welzijn van de patiënt, ook al blijkt dat zij alles hebben gedaan wat in hun mogelijkheden ligt om er een succes van te maken. Zij voelen zich onmachtig tegenover dergelijke situaties.

'Ik heb een patiënt met de ziekte van Alzheimer en wij vinden eigenlijk dat het niet meer verantwoord is dat die persoon nog alleen woont. De ene keer staat de thermos op het vuur als we binnenkomen, een andere keer is het iets anders en iedere keer dat we daar binnenkomen is het met het gevoel van 'wat nu weer' en als we weggaan is het van 'wat gaan we morgen, vanavond vinden'. We hebben het al eens proberen uit te leggen aan de dochter dat het eigenlijk niet meer te doen is. We hebben voorstellen aangeboden in de vorm van een dagverblijf of de aanwezigheid van een tweede persoon in huis en je voelt U daar zo onmachtig tegenover.'

Het gevoel van onmacht kan naast patiënt- en omgevingsgebonden factoren, ook gerelateerd zijn aan organisatiegebonden factoren, zoals het effect van de tijdsdruk. Thuisverpleegkundigen geven aan dat er steeds meer complexe zorg naar de thuissituatie komt, enerzijds door de verkorte ligduur in de ziekenhuizen en anderzijds door de uitdrukkelijke wens van de patiënt zelf om thuis te worden verzorgd of thuis te kunnen sterven. Dit maakt dat zij soms onder tijdsdruk komen te staan om hun zorgen te kunnen uitvoeren binnen de vastgestelde tijdspanne. Het gevoel van onmacht heeft hierbij betrekking op het feit dat zij vinden dat zij soms niet de aandacht kunnen geven aan hun patiënten die nodig is of die zij willen geven. Thuisverpleegkundigen zijn plichtsbewust en willen bij het dichttrekken van de deur het gevoel hebben dat ze alles hebben gedaan wat nodig was en misschien zelfs nog meer dan nodig was. Dit is echter door een gebrek aan tijd niet altijd mogelijk en dat laat bij hen soms een wrang gevoel achter.

'De combinatie van machteloosheid, werkdruk en tijdsdruk. De machteloosheid ten opzichte van patiënten waar je eigenlijk veel tijd aan zou moeten spenderen en dat het niet lukt, omdat die werkdruk zo hoog is.'

Een tweede knelpunt heeft betrekking op het beeld van de maatschappij, en dan voornamelijk op het beeld van de ziekenhuisverpleegkundigen, ten aanzien van

het thuisverpleegkundig beroep. Volgens de thuisverpleegkundigen heeft de maatschappij in het algemeen geen correct tot zelfs een negatief beeld van de thuisverpleegkunde. Hierbij halen ze wel aan dat naarmate men meer in contact komt met de thuisverpleegkunde, men wel een meer correct en zelfs positief beeld heeft van de thuisverpleegkunde. Met betrekking tot het beeld van andere disciplines vinden thuisverpleegkundigen dat dit grotendeels afhangt van persoon tot persoon (van huisarts tot huisarts, van kiné tot kiné, enzovoort). De frustratie van thuisverpleegkundigen richt zich voornamelijk op het beeld van de ziekenhuisverpleegkundigen ten aanzien van hun mogelijkheden, kennis en kunde en de vergelijking die leken maken tussen ziekenhuisverpleegkundigen en thuisverpleegkundigen. Thuisverpleegkundigen zijn ervan overtuigd dat ziekenhuisverpleegkundigen hen beschouwen als minderwaardig. Zo denken zij dat ziekenhuisverpleegkundigen vinden dat zij geen technische zorg uitvoeren, dat je in de thuisverpleegkunde gaat werken als je geen werk vindt in het ziekenhuis en dat thuisverpleegkundigen eigenlijk 'wasvrouwen' zijn. Daarnaast hebben thuisverpleegkundigen de indruk dat leken, en soms zelfs hun eigen patiënten, hen beschouwen als minderwaardig ten opzichte van de ziekenhuisverpleegkundigen. Het is duidelijk dat thuisverpleegkundigen dit ervaren als heel frustrerend, waardoor zij de drang uiten om hun beroep meer te profileren en bekend te maken naar de buitenwereld toe.

'Ik denk dat er meer negativiteit uitgaat van ziekenhuisverpleegkundigen. Altijd een minachting van werk jij in het Wit-Gele Kruis, alles wat niet kan of mag werken in het ziekenhuis, dat werkt dan maar in het Wit-Gele Kruis. Daar heb ik moeite mee.'

'Ik kwam laatst bij een vrouw en die zei, ja ik ken iemand en die heeft blijkbaar wel een speciaal diploma van verpleging, want die kon direct in het ziekenhuis beginnen. Ze aanzien iemand in het ziekenhuis toch als een meerwaardige verpleegkundige dan iemand in de thuiszorg en ik wilde dat ze eens van dat beeld afstapten.'

Tenslotte zijn er ook knelpunten die gerelateerd zijn aan de zorgcontext. Globaal gezien zijn de thuisverpleegkundigen positief over de context waarin ze zorg verlenen. Het verlenen van zorg in de vertrouwde thuisomgeving van de patiënt met daaraan gekoppeld de zelfstandigheid, de vrijheid, de afwisseling en de verantwoordelijkheid, de ondersteuning die ze krijgen vanuit de organisatie onder de vorm van hoofdverpleegkundigen, referentieverpleegkundigen, permanente vorming en de materiële ondersteuning onder de vorm van een auto, GSM, fax zijn elementen die als positief worden omschreven aan het thuisverpleegkundig beroep. Ook de uurregeling blijkt een belangrijke rol te hebben gespeeld in de keuze voor de thuisverpleegkunde, enerzijds omwille van de regelmaat ten opzichte van het ziekenhuis en anderzijds omwille van het gemakkelijk kunnen aanvragen en krijgen van uurvermindering. Thuisverpleegkundigen hechten veel belang aan beide voordelen, daar dit de combinatie met het gezinsleven bevordert. Opmerkelijk is dat het merendeel

van de thuisverpleegkundigen is ingegaan op de mogelijkheid tot uurvermindering en bijgevolg deeltijds werkt, omdat het werk fysiek te zwaar is en de combinatie met het gezinsleven te moeilijk is om voltijds te werken. Het voordeel van de uurregeling in de thuisverpleegkunde dient, met andere woorden, te worden genuanceerd: deeltijds werken in de thuisverpleegkunde is ideaal. Voltijds werken blijkt moeilijk vol te houden omwille van de onderbroken diensten zeker in combinatie met een gezinsleven. Thuisverpleegkundigen vinden ook dat de tijdsdruk het voltijds werken bemoeilijkt. Deeltijds werkende thuisverpleegkundigen werken meestal enkel in de voormiddag, waarbij zij aanhalen dat het voor hen gemakkelijker is om meer dan hun vastgestelde vier uur te werken, vermits zij in de namiddag thuis zijn. Voor voltijds werkende thuisverpleegkundigen is dit veel moeilijker, daar zij in de namiddag weer op de baan moeten gaan om andere patiënten te verzorgen. Kortom, de onderbroken diensten en de tijdsdruk maken dat voltijds werken, in combinatie met een gezinsleven, fysiek zwaar is, waardoor heel wat thuisverpleegkundigen overgaan op het aanvragen van uurvermindering.

Naast de uurregeling worden het gestoord worden in de vrije uren en de administratie na de uren ook gezien als knelpunten. Thuisverpleegkundigen werken zelfstandig en alleen, maar tegelijk ook in team. Dit wil zeggen dat de overdracht van patiënteninformatie en andere relevante informatie tussen verpleegkundigen onderling en ook naar andere disciplines toe heel belangrijk is. Het merendeel van deze communicatie gebeurt echter na de uren. Op zich vinden thuisverpleegkundigen dat de onderlinge communicatie heel belangrijk is, maar indien men tijdens vakanties en in de vrije uren wordt gestoord voor zaken die eigenlijk hadden kunnen wachten, dat vindt men dat soms wel frustrerend.

In tegenstelling tot ziekenhuisverpleegkundigen verlenen thuisverpleegkundigen zorg bij de patiënt thuis. Dit maakt dat zij hun verpleegdossiers en bijhorende administratie soms na de uren moeten doen. Dit geldt blijkbaar meer voor de vervangende dan voor de vaste thuisverpleegkundigen, die als het ware steeds dezelfde patiënten zien. Thuisverpleegkundigen vinden dat de administratie soms teveel energie vergt in de vrije uren.

'Als ik om een of andere reden, financieel, terug fulltime moet beginnen werken, dan zou dat een reden zijn om te stoppen met thuisverpleging, want dat zou ik niet aankunnen. Juist omdat je zoveel extra doet.'

'Het gestoord worden in vrije uren. Soms gaat het om heel onbenullige dingen, waarvan ik denk, dat had eigenlijk kunnen wachten tot ik terug op het werk was. Dat stoort mij. Je zit aan de zee en je krijgt een telefoon van het werk en ondertussen zit je dus met je gedachten weer bij het werk. Ik heb zoiets van vrij is vrij.'

'Als je vrijdagavond thuiskomt en je hebt een vrij weekend en je hebt van alles te doen, maar neen eerst nog faxen, schrijven of bellen, of dit regelen of dat regelen en je bent weer twee uren verder.'

CONCLUSIES

Het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen is zonder twijfel positief. Thuisverpleegkundigen staan enthousiast en gemotiveerd in hun beroep en zij halen een grote voldoening (satisfactie) uit hun werk.

De grote voldoening, die thuisverpleegkundigen ervaren, is onder meer gerelateerd aan de eigenheid van de context waarin zij zorg verlenen. Thuisverpleegkundigen verlenen zorg in de vertrouwde thuisomgeving van de patiënt. Hierdoor komen zij in een unieke één-één relatie met de patiënt en de mantelzorger, waardoor er een intense en hechte band ontstaat, die gebaseerd is op een wederzijds respect en een wederzijds vertrouwen. Thuisverpleegkundigen hebben het gevoel dat zij veel kunnen en mogen betekenen voor hun patiënten. Een dergelijke zorgcontext maakt dat thuisverpleegkundigen niet alleen een grote autonomie, maar ook veel vrijheid en afwisseling ervaren in hun werk. Deze aspecten worden door de thuisverpleegkundigen aangehaald als drijfveren om het beroep te blijven uitoefenen.

Ook de professionele en gepersonaliseerde totaalzorg die wordt verleend aan de patiënt en zijn omgeving is een belangrijke bron van voldoening voor de thuisverpleegkundigen. Thuisverpleegkundigen vinden dat zij een gedetailleerde, totaalzorg op maat geven, waarbij er niet alleen zorg wordt verleend op verpleegtechnisch vlak, maar op alle vlakken. Hierbij is het opmerkelijk dat thuisverpleegkundigen vinden dat de zorg die zij thuis verlenen gedetailleerder en totaler is dan in het ziekenhuis, terwijl uit de Belimage studie is gebleken dat ook ziekenhuisverpleegkundigen de totaalbenadering centraal stellen in hun professionele zorgverlening. Thuisverpleegkundigen worden in hun professionele zorgverlening geconfronteerd met een waaier aan patiënten en ziektebeelden, waardoor zij over een algemene en uitgebreide kennis moeten beschikken. Thuisverpleegkundigen zien hun bijdrage echter niet hoofdzakelijk in de verpleegtechnisch georiënteerde zorgverlening, maar voornamelijk op intellectueel-cognitief en sociaal-organisatorisch vlak. Verpleegtechnische kennis en vaardigheden zijn voor de thuisverpleegkundigen een essentiële voorwaarde om te komen tot een kwaliteitsvolle en professionele zorgverlening, maar zij leggen hierop niet de nadruk. De nadruk wordt voornamelijk gelegd op de creativiteit, de flexibiliteit, de zelfstandigheid, de zelfkennis, het organisatietalent en de communicatieve en sociale vaardigheden waarover een thuisverpleegkundige moet beschikken. Daarnaast moet een thuisverpleegkundige ook de verantwoordelijkheid op zich kunnen nemen voor de

zorg van een patiënt en een sociaal voelende houding kunnen aannemen. Opmerkelijk hierbij is dat thuisverpleegkundigen deze competenties, vaardigheden en attitudes beschouwen als eigen aan het thuisverpleegkundig beroep, terwijl uit de Belimage studie is gebleken dat ook ziekenhuisverpleegkundigen deze competenties, vaardigheden en attitudes beschouwen als onontbeerlijk voor een optimaal functioneren binnen de ziekenhuissituatie. Thuisverpleegkundigen beschouwen hun beroep niet alleen als een beroep met een grote zelfstandigheid, maar ook als een beroep met een grote verantwoordelijkheid, waarbij thuisverpleegkundigen de nodige initiatieven moeten kunnen nemen om andere hulpverleners bij de zorg te betrekken.

Thuisverpleegkundigen verlenen professionele zorg in een unieke één-één relatie met de patiënt en de mantelzorgers, maar toch vindt deze zorgverlening plaats binnen de omkadering van een team. Het team van collegae is voor thuisverpleegkundigen zeer belangrijk ter ondersteuning van hun werkzaamheden en voor overleg. Het teamgebeuren krijgt op die manier een andere invulling dan in het ziekenhuis. Dit onderzoek werd uitgevoerd bij thuisverpleegkundigen binnen de organisatie van het Wit-Gele Kruis, waardoor de ervaringen van de thuisverpleegkundigen ook in deze 'team'context dienen te worden geïnterpreteerd. Thuisverpleegkundigen zijn zich bewust van het feit dat zij, ondanks de waaiers aan patiënten en ziektebeelden, niet alles kunnen weten. Zij vinden het dan ook heel belangrijk dat zij kunnen terugvallen op hun collegae en op referentieverpleegkundigen om hun tekorten aan te vullen. Ook de permanente bijscholing die hen wordt aangereikt vanuit de organisatie wordt ervaren als onontbeerlijk voor een hoogstaande professionele en kwalitatieve zorgverlening. Naast het team van collegae hechten thuisverpleegkundigen ook veel belang aan een goede ondersteuning van de mantelzorgers en aan het multidisciplinair overleg, waarin zij onmiskenbaar fungeren als initiatiefnemers en spilfiguren om de zorg rond de patiënt en de mantelzorgers te organiseren. Het is wel opmerkelijk dat thuisverpleegkundigen in de beschrijving van hun professioneel zelfbeeld in de eerste plaats naar de thuisverpleegkundige zorgverlening kijken, waarin de patiënt, de mantelzorgers en de collegae centraal staan. Pas in tweede instantie hebben ze het over andere zorgverleners en over het multidisciplinair aspect in de zorgverlening. Multidisciplinaire samenwerking is voor thuisverpleegkundigen onontbeerlijk, waarin zij fungeren als een onmisbare schakel en waarin de communicatie met de andere hulpverleners belangrijk is, maar zij gaan niet dieper in op de beschrijving van de verschillende professionele actoren binnen die samenwerking.

In de kantlijn van het positief zelfbeeld van thuisverpleegkundigen duiken echter ook enkele knelpunten op. Een eerste knelpunt heeft betrekking op het gevoel van onmacht dat thuisverpleegkundigen ervaren wanneer zij niet de nodige medewerking ervaren van de patiënt en/of zijn omgeving en wanneer men niet de zorg kan verlenen die men wenst te verlenen ten gevolge van de tijdsdruk. Een tweede punt van frustratie voor de thuisverpleegkundigen is het beeld dat de maatschappij, en meer bepaald de ziekenhuisverpleegkundigen,

heeft van het thuisverpleegkundig beroep. Volgens de thuisverpleegkundigen heeft de maatschappij in het algemeen geen correct, tot zelfs een negatief beeld van de thuisverpleegkunde. Hierbij halen ze wel aan dat naarmate men meer in contact komt met de thuisverpleegkunde, men wel een meer correct en zelfs positief beeld heeft van het beroep. Opmerkelijk is dat thuisverpleegkundigen er duidelijk van overtuigd zijn dat ziekenhuisverpleegkundigen hun beroep als minderwaardig aanzien en hun mogelijkheden naar kennis en kunde onderschatten. Of ziekenhuisverpleegkundigen werkelijk een dergelijk beeld hebben over de thuisverpleegkunde is uiteraard de vraag. Het is wel zo dat thuisverpleegkundigen dit als frustrerend ervaren. Zij zijn ervan overtuigd dat er in de thuisverpleegkunde ontzettend veel mogelijk is om een professionele en kwalitatief hoogstaande totaalzorg mogelijk te maken, maar dat dit nog onvoldoende is gekend naar de maatschappij toe, waardoor zij een drang voelen om het thuisverpleegkundig beroep meer te profileren. Een derde knelpunt is gerelateerd aan de zorgcontext. De mogelijkheden tot uurvermindering, de professionele ondersteuning en de materiële ondersteuning zijn in de eerste plaats positieve kenmerken van de zorgcontext. Toch is het opmerkelijk dat het merendeel van de deelnemers deeltijds werkt en dus op de mogelijkheden tot uurvermindering is ingegaan. Voltijds werken blijkt een knelpunt te zijn voor de thuisverpleegkundigen, daar dit wordt beschouwd als fysiek zwaar en moeilijk combineerbaar met een gezinsleven. Verder worden het gestoord worden in de vrije uren en de administratie na de uren ervaren als frustrerend.

Deze knelpunten duiken op in de kantlijn van het positief zelfbeeld van thuisverpleegkundigen, maar ze zijn zeker belangrijk genoeg om ze mee te nemen in de conclusies van dit onderzoek en ook naar het beleid toe, daar zij het positief zelfbeeld negatief kunnen beïnvloeden.

De resultaten van de focusgroepen zijn duidelijk: thuisverpleegkundigen houden van hun beroep en zij halen een grote voldoening uit hun werk. Thuisverpleegkundigen zijn zich ook bewust van hun bijdrage en meerwaarde binnen het huidig gezondheidszorgsysteem en zij kunnen ook zonder probleem verwoorden hoe de situatie er zou uitzien zonder de thuisverpleegkundige discipline (chaos, overbelasting van andere professionele eerstelijnszorgverstrekkers en mantelzorgers, verwaarlozing en vereenzaming, enz). Thuisverpleegkundigen beschouwen zichzelf als competente professionals in de gezondheidszorg. Zij zouden het thuisverpleegkundig beroep zeker niet afraden tot zelfs aanmoedigen aan anderen, maar zij halen hierbij wel aan dat men enkel voor dit beroep mag kiezen als men volledig zicht heeft op de voor- en nadelen van deze beroepskeuze en als men voor 100% achter deze keuze staat en het beroep met hart en ziel wil uitoefenen. Opvallend is wel dat thuisverpleegkundigen in de beschrijving van hun professioneel zelfbeeld spontaan en herhaaldelijk de thuissituatie afzetten tegenover de situatie in het ziekenhuis. Waarschijnlijk spelen twee factoren hierin mee, enerzijds het feit dat thuisverpleegkundigen het gevoel hebben dat ze moeten opboksen tegen een onderwaardering vanuit

het ziekenhuis en anderzijds het feit dat de vergelijking met de ziekenhuissituatie het de thuisverpleegkundigen gemakkelijker maakt om de eigenheid van het thuisverpleegkundig beroep naar voor te brengen en te beschrijven.

Met deze studie werd enkel het kwalitatief luik herhaald van de Belimage studie. De volgende stap is het kwantitatief luik met de ontwikkeling van een vragenlijst om het zelfbeeld van thuisverpleegkundigen op grotere schaal te kunnen bevragen. De resultaten van deze focusgroepen zullen dan ook worden gebruikt als basis voor de verdere uitbouw van deze vragenlijst. In het zelfbeeld van thuisverpleegkundigen zijn dezelfde dimensies naar voor gekomen als in het zelfbeeld van ziekenhuisverpleegkundigen, maar met een andere invulling. Ziekenhuisverpleegkundigen houden ook van hun werk, maar zij hadden veel meer, dan thuisverpleegkundigen, het gevoel dat zij vandaag niet meer die zorg kunnen verlenen die ze zouden willen verlenen als gevolg van het management in het ziekenhuis, de economische context en het actuele maatschappelijk beeld over verpleegkunde, dat de ziekenhuisverpleegkundigen eerder remmen dan steunen in het realiseren van hun opdracht (Milisen, et al. 2003). Voor de ontwikkeling van de vragenlijst is het wel belangrijk en zelfs noodzakelijk dat de onderzoekers van dit onderzoek in overleg treden met de onderzoekers van de Belimage studie. Het is immers niet de bedoeling een totaal nieuwe vragenlijst te ontwikkelen voor de thuisverpleegkunde, maar wel na te gaan waar er overeenkomsten zijn met de Belimage vragenlijst en waar er aanvullingen dienen te gebeuren voor de situatie in de thuisverpleegkunde.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., Teunissen, J. (1995). *Kwalitatief onderzoek: Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Educatieve partners Nederland bv, Houten.

Barter, M., McLaughlin, F.E., Thomas, S.A. (1997). Registered nurse role changes and satisfaction with unlicensed assistive personnel. *Journal of Nursing Administration*, 27 (1), 29-38.

Blegen M.A., Goode C.J., Reed L., 'Nurse staffing and patient outcomes'. In: *Nursing Research*, 47 (1998), nr.1, pp 43-50.

Blegen M.A., Vaughn T. (1998). 'A multisite study of nurse staffing and patient occurrences'. In: *Nursing Economics*, 16, nr.4, pp. 196-203.

Calsbeek, H., Hingstman, L., Talma, H., Van der Windt, W. (2002). Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen 2001: Aandaal gekwalificeerde verpleegkundigen lekt weg. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 1, 14-19.

Cowin, L. (2001). Measuring nurses' self-concept. *Western Journal of Nursing Research*, 23 (3), 313-325.

Cullen, J.A. (1998). How student nurses see home healthcare nurses today. *Home Healthcare Nurse*, 16 (2), 75-79.

Dellasega, C. & Zerbe, T.M. (2002). Caregivers of frail rural older adults: Effects of an advanced practice nurse intervention. *Journal of Gerontological Nursing*, 28 (10), 40-49.

Jansen, P.G.M., Kerkstra, A., Abu-Saad, H.H., Van Der Zee, J. (1996). The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 33 (4), 407-421.

Johnson, J.E. (2000). The nursing shortage: From warning to watershed. *Applied Nursing Research*, 13 (3), 162-163.

Kerkstra, A. & Vorst-Thijssen, T. (1991). Factors related to the use of community nursing services in The Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 47-54.

Krapohl, G.L. & Larson, E. (1996). The impact of unlicensed assistive personnel on nursing care delivery. *Nursing Economics*, 14 (2), 99-110.

Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2000). *Focus groups, 3rd Edition: A practical guide for applied research*. Sage Publications, Inc., London, New Dehli.

Laamanen, R., Broms, U., Häppölä, A., Brommels, M. (1999). Changes in the work and motivation of staff delivering home care services in Finland. *Public Health Nursing*, 16 (1), 60.

Maloney, C.H. & Preston, F. (1992). 'An overview of home care for patients with cancer'. *Oncology Nursing Forum*, 19 (1), 75-80.

McClorkle R., Strumpf N.E., Nuamah I.F., Adler D.C., Cooley M.E., Jepson C., Lusk E.J., Torosian M. (2000). 'A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients'. In: *Jags*, 48, nr.12, pp. 1707-1713.

Milisen, K., Dierckx de Casterlé, B., Siebens, K., Darras, E., Dubois, Y., Leonard, S. *Het verpleegkundig beroep in crisis? Een onderzoek naar het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen*. Rapport, 2003.

Moore, S. & Katz, B. (1996). Home health nurses: Stress, self-esteem, social intimacy and job satisfaction. *Home Healthcare Nurse*, 14 (12), 963-969.

O'Brien-Pallas, L.L., Doran, D.I., Murray, M., Cockerill, R. (2002). Evaluation of a client care delivery model, part 2: Variability in client outcomes in community home nursing. *Nursing Economics*, 20 (1), 13-21.

Riordan, J. (1991). Prestige: key to job satisfaction for community health nurses. *Public Health Nursing*, 8 (1), 59-64.

Simmons, B.L., Nelson, D.L., Neal, L.J. (2001). A comparison of the positive and negative work attitudes of home health care and hospital nurses. *Health care Management Review*, 26 (3), 63-74.

Van der Zee, J., Kramer, K., Derksen, A., Kerkstra, A., Stevens, F.C.J. (1994). Community nursing in Belgium, Germany and The Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 791-801.