

EEN ONDERZOEK NAAR

**HET PROFESSIONEEL ZELFBEELD VAN
THUISVERPLEEGKUNDIGEN**

FASE II

De Vliegheer K., Wouters R., Dierckx de Casterlé B., Milisen K., Paquay L.,
Scheepmans K., Debaille R., Okerman F., Van Deuren I., Geys L.
Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging, in samenwerking met het
Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap te Leuven

Onderzoeksrapport: 350.04.1
Brussel, november 2005

DANKWOORD

In eerste instantie gaat onze oprechte dank uit naar de thuisverpleegkundigen die de tijd hebben genomen om aan dit onderzoek deel te nemen.

Dank voor jullie positieve ingesteldheid ten aanzien van het thuisverpleegkundig beroep en voor de motivatie waarmee jullie elke dag opnieuw instaan voor de zorg van jullie patiënten. Dit maakt in tijden van schaarste zonder twijfel duidelijk dat thuisverpleegkunde een professionele discipline is met toekomst.

Dank ook voor het onthullen van de minder goede kanten van het werken in de thuisverpleegkunde. Hieruit kunnen belangrijke aandachtspunten voor het beleid worden gegenereerd, wat bijdraagt aan het imago van de thuisverpleegkunde in het algemeen en jullie tevredenheid in het bijzonder.

Onze dank gaat ook uit naar Professor Dr. Bernadette Dierckx de Casterlé en Professor Dr. Koen Milisen om hun expertise, advies en ervaringen herhaaldelijk ten dienste te stellen van dit onderzoek.

Hartelijk dank ook aan de experts om de tijd te nemen de expertenbijeenkomsten grondig voor te bereiden en om hun expertise en ervaringen ten dienste te stellen van dit onderzoek:

- Luc Bijnens
- Roseline Debaillie
- Bernadette Dierckx de Casterlé
- Ann Dobbelaere
- Ilse Gorissen
- Koen Milisen
- Frieda Okerman
- Louis Paquay
- Myriam Polfliet
- Kristien Scheepmans
- Ingrid Vanweert
- Ingrid Van Deuren

Tenslotte gaat onze oprechte dank uit naar Mevr. Hilde De Groef en Mevr. Laurette Helaers voor de logistieke ondersteuning met betrekking tot de bijlagen.

SAMENVATTING

PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLING

Het verpleegkundig beroep wordt in het algemeen geconfronteerd met schaarste. Daar schaarste echter een problematiek is binnen alle gezondheidszorgsectoren, werd de idee opgevat de Belimage studie bij ziekenhuisverpleegkundigen (Milisen et al. 2003) 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

Er werd een descriptief, kwantitatief, cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd op basis van het meetinstrument, dat werd gebruikt in de bevraging van het professioneel zelfbeeld van ziekenhuisverpleegkundigen. Aan de hand van een kwalitatief vooronderzoek, met gebruik van de techniek van focusgroepen, en een expertengroep werd dit meetinstrument specifiek toepasbaar gemaakt in de thuisverpleging. Na een testfase werd het professioneel zelfbeeld bevraagd van 1000 thuisverpleegkundigen, werkzaam binnen de Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging (75,8% respons).

RESULTATEN

Thuisverpleegkundigen voelen zich bekwaam in de uitvoering van hun zorgopdracht (91%) en voornamelijk in het hebben van een attitude/houding van zorgzaamheid (51%) en in zelfstandig werken (50%). Ze voelen zich het meest onbekwaam in het gebruik van de nomenclatuur (13%) en in het methodisch handelen (8%). In de thuisverpleegkundige zorgverlening staat de patiënt centraal, waarbij het nastreven van de genezing van de patiënt bovenaan de prioriteitenlijst prijkt (45%). Thuisverpleegkundigen vinden het zéér belangrijk om autonoom te kunnen werken en de context, waarin ze werken, biedt hen ook deze mogelijkheid. De meest prioritaire voorwaarde om de zorgopdracht te kunnen realiseren, is een goede werkrelatie met de collega's (38%), gevolgd door het regelmatig kunnen zorgen voor dezelfde patiënten (25%). Algemeen wordt er veel belang gehecht aan het teamgebeuren: ze voelen zich in grote mate verantwoordelijk voor de handelingen die ze doorgeven (99%) en voor het goed functioneren van de equipe (98%) en het leadership gedachtegoed is heel belangrijk. Thuisverpleegkundigen hebben een positief beeld van hun beroep (98%) en ze zijn trots verpleegkundige te zijn (97%). Met betrekking tot de zorgcontext heeft het aspect 'tijdsdruk' een belangrijke negatieve impact op de uitoefening van hun beroep: onder meer, zelden tot nooit tijd kunnen besteden aan het begeleiden en ondersteunen van de mantelzorger (51%) en aan het ter sprake brengen van ethische problemen binnen het (multidisciplinair) team (41%).

CONCLUSIES

Algemeen kan worden geconcludeerd dat thuisverpleegkundigen met een zeer tevreden gevoel in hun beroep staan en dat ze veel voldoening halen uit hun werk. Wanneer de werkomstandigheden buiten beschouwing worden gelaten, blijken de thuisverpleegkundigen nog meer tevreden te zijn, waaruit kan worden afgeleid dat de zorgcontext een belemmerend effect heeft op het uitvoeren van de zorgopdracht en een bron is van spanning en frustratie.

INHOUDSTAFEL

DANKWOORD	2
SAMENVATTING	3
INHOUDSTAFEL	4
INLEIDING	7
PROBLEEMSTELLING	8
DOELSTELLING	11
METHODOLOGIE	12
I. Het concept ‘professioneel zelfbeeld’	12
II. Ontwikkeling van de vragenlijst	14
1. Expertengroep	14
1.1 Aanleiding en samenstelling	14
1.2 Opzet	14
2. Vragenlijst	15
2.1 Kwalitatieve voorstudie	15
2.2 Opbouw van de vragenlijst	16
III. Testfase	17
1. Aanleiding en uitwerking	17
2. Resultaten	18
IV. Enquête	19
1. Steekproef	19
2. De procedure	20
3. Gegevensverwerking	21
RESULTATEN	22
I. Beschrijving van de steekproef	22
1. Respons	22
2. Beschrijving van de respondenten	23
2.1 Geslacht – leeftijd – burgerlijke status – inwonende kinderen	23
2.2 Basisopleiding – bijkomende (niet-) universitaire opleiding	23
2.3 Huidige functie(s)	23
2.4 Tewerkstellingswijze	24
II. Beschrijving van het professioneel zelfbeeld	25
1. Professioneel zelfbeeld m.b.t. de opleiding en competentie	25
1.1 Aspecten die een competente thuisvpk karakteriseren	25
1.2 Specifieke vaardigheden en attitudes	25
1.3 Bronnen van de huidige competentie	26
1.4 Visie op bijscholingen	27
1.5 Te investeren domeinen	27
2. Professioneel zelfbeeld m.b.t. de zorgverlening	28
2.1 Aspecten die de zorgopdracht karakteriseren	28
2.2 Belangrijke voorwaarden ter realisatie van de zorgopdracht	28
2.3 Beïnvloedende factoren op de dagdagelijkse zorgpraktijk	28
2.4 Kwaliteit van zorg	29
3. Professioneel zelfbeeld m.b.t. het team	29
4. Professioneel zelfbeeld m.b.t. de zorgcontext	30
4.1 Visie en evaluatie leiderschap	30
4.2 Contextfactoren	31

	4.3 Beeld van de thuisverpleegkundigen over hun beroep	31
	4.4 Beeld van de maatschappij over het beroep	32
	4.5 Impact van financiële en structurele maatregelen	32
	4.6 Fierheid over het beroep	33
	4.7 Tevredenheid met het huidige werk	33
	4.8 Carrièreplanning	33
III.	Kruistabellen	34
	1. A1 thuisverpleegkundigen versus A2 thuisverpleegkundigen	34
	2. Basisverpleegkundigen versus leidinggevend	35
	3. Vaste versus vervangende thuisverpleegkundigen	37
	4. Voltijds versus deeltijds tewerkgestelde thuisverpleegkundigen	38
	5. Aantal jaar werkzaam als thuisverpleegkundige	39
DISCUSSIE		42
I.	Het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen	42
	1. Perceptie van de opleiding en de competentie	42
	1.1 Thuisverpleegkundigen voelen zich competent	42
	1.2 De basisopleiding als belangrijkste bron van competentie	44
	1.3 Bijscholing als té investeren domein	44
	2. Perceptie van de thuisverpleegkundige zorgverlening	45
	2.1 Patiënt centraal	45
	2.2 Belang van autonomie	46
	2.3 Impact van tijd	46
	2.4 Kwaliteit van zorg is goed tot uitstekend	47
	3. Perceptie van het thuisverpleegkundig teamgebeuren	48
	3.1 Team en leiderschap zijn belangrijk	48
	4. Perceptie van de thuisverpleegkundige zorgcontext	49
	4.1 Impact van autonomie, financieel-economische situatie en werkdruk	49
	4.2 Een positief zelfbeeld, maar een foutief beeld van de maatschappij	49
	4.3 Oplossingen in het kader van de schaarste in de verpleegkunde	50
	4.4 Thuisverpleegkundigen zijn tevreden verpleegkundigen	50
	4.5 Carrièreplanning	51
II.	Kruistabellen	51
	1. Invloed van de basisopleiding	52
	2. Invloed van de functie	52
	3. Vaste en vervangende thuisverpleegkundigen	53
	4. Tewerkstellingsregime	53
	5. Thuisverpleegkundige anciënniteit	54
III.	Belimage thuis versus belimage ziekenhuis	55
	1. Perceptie van de opleiding en competentie	56
	1.1 Verzorgende en sociale versus technische vaardigheden	56
	1.2 Basisopleiding versus praktijkervaring en reflectie	57
	1.3 Belang van bijscholing in beide settings	57
	2. Perceptie van de verpleegkundige zorgverlening	57
	2.1 Patiënt centraal in beide settings	57
	2.2 Meer autonomie thuis	58
	2.3 Gebrek aan tijd in beide settings	59
	2.4 Kwaliteit van zorg hoger thuis	59

3. Perceptie van het teamgebeuren	60
4. Perceptie van de zorgcontext	60
4.1 Leadership gedachtegoed in beide settings	60
4.2 Eigen perceptie van het verpleegkundig beroep	60
4.3 Een positiever en meer correct maatschappijbeeld thuis	61
4.4 De fierheid over het beroep is groter thuis	61
4.5 Thuisverpleegkundigen zijn meer tevreden	61
4.6 Geen belangrijk verschil in carrièreplanning	61
IV. Methodologische beperkingen	62
CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	64
GERAADPLEEGDE LITERATUUR	69
BIJLAGEN (cf. apart rapport)	

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 jobtevredenheid, turn-over, 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 de periode 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 bij ziekenhuisverpleegkundigen, 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 zes 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, namelijk een kwalitatieve en een kwantitatieve fase. Het rapport met betrekking tot de kwalitatieve voorstudie werd reeds afgerond in mei 2004. Dit rapport beschrijft de resultaten van de tweede fase, het enquête-onderzoek.

In een derde hoofdstuk wordt de gebruikte methodologie toegelicht. Het gaat om een kwantitatief, exploratief, cross-sectioneel onderzoek met het gebruik van een vragenlijst, die werd ontwikkeld op basis van de resultaten uit de eerste, kwalitatieve fase van het onderzoek.

In een vierde hoofdstuk worden de bekomen resultaten bestudeerd en beschreven om ze vervolgens in een vijfde hoofdstuk te bespreken in de discussie.

Tenslotte worden de belangrijkste conclusies getrokken in een zesde hoofdstuk en worden er aanbevelingen geformuleerd naar het thuisverpleegkundig beleid toe.

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. Onderzoek naar de jobtevredenheid 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 (Calsbeek et al. 2002, Blegen et al. 1998, O'Brien-Pallas et al. 2002, Barter et al. 1997, Krapohl & Larson 1996, Dellasega & Zerbe 2002, McClorkle et al., 2000).

Recent wordt er 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 ze zichzelf percipiëren in het algemeen en hoe ze 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 jobtevredenheid, 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 jobtevredenheid, job turn-over, 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 en dus ook binnen de thuissector.

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, aan de chronische populatie in de thuiszorg, aan de technologische vooruitgang waardoor meer complexe procedures kunnen worden uitgevoerd in de thuissituatie, aan 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 tot niet voor handen. De studies die vervolgens worden besproken kaderen binnen percepties van het werk van thuisverpleegkundigen, maar zijn niet specifiek gericht op het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen. Zo heeft Cullen (1998) een onderzoek uitgevoerd naar hoe studenten in de verpleegkunde kijken naar thuisverpleegkundigen, waarbij de studenten, na een observatie-stage van twee dagen in de thuisverpleegkunde, 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 en waarbij het van cruciaal belang is dat de thuisverpleegkundige flexibel is, daar zij/hij verschillende patiënten bezoekt, die in een variëteit aan settings wonen. Verder waren de studenten van mening dat de familie in de thuisverpleegkunde meer wordt betrokken in de zorg en dat de omgeving, waarin zorg wordt verleend, dit ook noodzakelijk maakt. Familieleden leren om te assisteren in de zorg voor de patiënt wordt dan ook gezien als een belangrijke verantwoordelijkheid van de thuisverpleegkundige. Verder vinden ze dat de thuisverpleegkundige haar patiënten door en door kent en omgekeerd, dat de thuisvpk one-to-one zorg levert en op dat ogenblik enkel oog heeft voor de patiënt, en dat er sprake moet zijn van een collaboratief partnerschap tussen familie en thuisverpleegkundige met het oog op het behoud van de thuissituatie. De studenten geven ook aan dat de thuisverpleegkundige over een gamma aan vaardigheden moet beschikken: kritisch denken (snelle en competente beslissingen nemen, problemen kunnen oplossen op het moment zelf, vertrouwen hebben in de eigen vaardigheden en het eigen oordeel), flexibel zijn, goede management vaardigheden (aspecten van zorg

kunnen delegeren naar de patiënt en de familie toe, omwille van de korte tijd aanwezig bij de patiënt, wat op zich weer de nood reflecteert aan teaching vaardigheden) en communicatieve vaardigheden hebben (cruciaal in de ontwikkeling van een relatie met de patiënt/familie, alsook met het oog op interacties met andere gezondheidswerkers), alsook vaardigheden om informatie te rapporteren en zelfstandig te kunnen werken (de verpleegkundige kan met niemand anders overleggen). 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 en bleek dat studenten door het observeren van een thuisverpleegkundige waardevolle kennis opdeden inzake de rol en verantwoordelijkheden van een thuisverpleegkundige.

Moore & Katz (1996) hebben, aan de hand van een vragenlijst, een onderzoek uitgevoerd naar het niveau van stress, het zelfbeeld, de sociale intimiteit (delen met peers) en de jobtevredenheid van thuisverpleegkundigen. Thuisverpleegkundigen gaven de hoogste mate van stress aan met betrekking tot 'case manager' activiteiten en het invullen van papierwerk, gevolgd door het hebben van onvoldoende tijd om de nodige administratie te doen in het kader van terugbetalingsrichtlijnen, het beschikken over onvoldoende informatie van de arts met betrekking tot de medische toestand van de patiënt, en het gevoel van hulpeloosheid in het geval de toestand van een patiënt niet verbetert. De jobtevredenheid van thuisverpleegkundigen was hoog, indien de werk-gerelateerde stress laag was, het zelfbeeld hoog was en er een hoog niveau van sociale intimiteit was. 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.

Aangezien wetenschappelijk onderzoek, specifiek gericht op het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen, quasi onbestaand is en met het oog op de ontwikkeling van een instrument dat het zelfbeeld van verpleegkundigen kan meten over de sectoren heen, werd er reeds in 2003-2004 voor 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. De eerste en kwalitatieve fase van het onderzoek werd uitgevoerd bij thuisverpleegkundigen, werkzaam binnen de Vlaamse Federatie van Wit-Gele Kruisverenigingen, waarbij gebruik werd gemaakt van de techniek van focusgroepen (De Vlieghe et al. 2004). De huidige en tevens tweede fase van het onderzoek maakt gebruik van de resultaten van deze kwalitatieve voorstudie om een vragenlijst te ontwikkelen, op basis waarvan het professioneel zelfbeeld kan worden bevraagd van thuisverpleegkundigen op grotere schaal, meer bepaald binnen de Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging.

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.

DOELSTELLING

Dit onderzoek heeft tot doel de Belimage studie (Milisen et al. 2003) te herhalen bij thuisverpleegkundigen. In een eerste fase werd de kwalitatieve voorstudie herhaald bij thuisverpleegkundigen, werkzaam binnen het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, waarbij gebruik werd gemaakt van de techniek van focusgroepen (cf. De Vlieghe et al. 2004). In totaal werden er acht focusgroepen samengesteld, vijf met basisverpleegkundigen, één met referentieverpleegkundigen, één met hoofdverpleegkundigen en één met verantwoordelijken werkzaam binnen de provinciale directies. Op basis van de resultaten van deze voorstudie werd een vragenlijst ontwikkeld om in de tweede fase het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen te bevragen op grote schaal.

In dit onderzoek is het de bedoeling inzicht te verwerven in de eigenwaarde en eigenheid van het thuisverpleegkundig beroep door aan de hand van een vragenlijst het professioneel zelfbeeld te bevragen van thuisverpleegkundigen ten aanzien van hun positie, hun meerwaarde, hun visie op thuisverpleegkunde en hun toekomstperspectieven. Verder is het ook de bedoeling de bekomen resultaten te toetsen aan de resultaten van de kwalitatieve voorstudie en aan de resultaten van de Belimage studie bij ziekenhuisverpleegkundigen. Tenslotte past dit onderzoek ook binnen het breder kader van het ontwikkelen van een meetinstrument om het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen over de gezondheidszorgsectoren heen in kaart te brengen, waarbij het verwerven van inzicht in het professioneel zelfbeeld van ziekenhuisverpleegkundigen en thuisverpleegkundigen, respectievelijk een eerste en tweede stap zijn in dit lange termijn perspectief.

METHODOLOGIE

Om inzicht te krijgen in het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen werd, naar analogie met de Belimage studie bij ziekenhuisverpleegkundigen, een descriptief, kwantitatief, cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd.

De uitwerking van het onderzoek verliep in vier fasen:

- het bepalen van een definitie voor het concept 'professioneel zelfbeeld'
- het ontwikkelen van een vragenlijst
- het uittesten van de vragenlijst bij deskundigen en basisverpleegkundigen
- de schriftelijke enquête bij 1000 ad random geselecteerde thuisverpleegkundigen.

I. HET CONCEPT 'PROFESSIONEEL ZELFBEELD'

Zoals werd aangegeven in het hoofdstuk rond de probleemstelling is de wetenschappelijke literatuur met betrekking tot het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen schaars tot niet bestaand. In de wetenschappelijke literatuur wordt er wel veel aandacht besteed aan aanverwante domeinen, zoals jobtevredenheid, turn-over, burn-out, functiedifferentiatie, enzovoort. Opmerkelijk is echter dat er in de bestudeerde literatuur (cf. probleemstelling) geen éénduidigheid is en zelfs geen duidelijke vermelding is van de definiëring of de inhoud van de gehanteerde concepten.

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 benaderd en gedefinieerd als in de Belimage studie, namelijk overwegend vanuit de psychologische literatuur. De uitgebreide conceptdefiniëring met bijhorende literatuurstudie is terug te vinden in het Belimage rapport van Milisen et al. (2003). In deze studie wordt dan ook enkel een beknopte samenvatting gegeven, zodat een voldoende duidelijk beeld wordt gegeven van de definitie en inhoud van het concept 'professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen', zoals het in de huidige studie wordt gehanteerd.

Er wordt geopteerd om te spreken over het concept 'professioneel zelfbeeld bij thuisverpleegkundigen', waarbij zowel de cognitieve als de affectieve pool wordt geëvalueerd. Het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen wordt dan ook gedefinieerd als 'de perceptie (cognitief en affectief) die een thuisverpleegkundige heeft over zichzelf binnen de werkomgeving'. (Milisen et al. 2003)

Verder wordt er geopteerd om te vertrekken vanuit een hiërarchische benadering van het concept 'professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen', waarbij de algemene zelfwaardering uitgesplitst wordt in een academisch (m.b.t. lezen, wiskunde, en algemeen schoolgebeuren) en een niet-academisch (m.b.t. fysieke mogelijkheden, fysiek voorkomen, peer-relaties en relaties met de ouders) zelfbeeld. Dit academisch en niet-academisch zelfbeeld wordt opnieuw onderverdeeld in verschillende competentiedomeinen, die dan op hun beurt zelf bestaan uit verschillende

deelaspecten (Byrne 1996, in Milisen et al. 2003). De notie 'hiërarchie' doet dus beroep op een ruimtelijke organisatie van het concept en niet echt op de superioriteit of het belang van het ene element ten opzichte van het andere. (Milisen et al. 2003)

De 'Zelfbeeld discrepantietheorie' van Tony Higgins (Higgins, Klein & Strauman, 1995, Higgins, 1987, in Milisen et al. 2003) wordt beschouwd als een bruikbaar denkkader voor deze studie. Deze theorie gaat uit van twee basisveronderstellingen. De eerste basisveronderstelling is dat er drie domeinen van 'het zelf' zijn:

- het actuele zelf: de representatie van de kenmerken die je meent werkelijk te bezitten
- het ideale zelf: de representatie van de kenmerken die je idealiter zou willen bezitten
- het zelf zoals het hoort: de representatie van de kenmerken die je zou moeten bezitten.

De tweede basisveronderstelling is dat er twee standpunten betreffende het zelf zijn: het eigen standpunt en dat van een betekenisvolle andere. Door de drie domeinen te combineren met de twee standpunten worden er zes basistypen van zelfbeelden bekomen:

- actueel eigen
- actueel ander
- ideaal eigen
- ideaal ander
- behoort eigen
- behoort ander.

Tot slot zijn er nog twee belangrijke basishypothesen waarvan de theorie vertrekt:

- de discrepantie tussen twee zelfbeelden veroorzaakt een gevoel van onbehagen
- de kwaliteit van onbehagen hangt af van het type van zelfbeelddiscrepantie.

(Milisen et al. 2003)

Deze studie zal enkel betrekking hebben op het 'actueel eigen' en 'ideaal eigen' zelfbeeld: welke kenmerken menen thuisverpleegkundigen werkelijk te bezitten en welke kenmerken zouden ze idealiter willen bezitten.

Milisen et al. (2003) kwamen tot de conclusie dat er maar een beperkt aantal instrumenten voor handen was dat specifiek het meten van het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen voor ogen had. De bruikbare instrumenten hadden daarnaast belangrijke beperkingen (niet actueel, onvoldoende sensitief ten aanzien van culturele variaties, ...) en waren tevens niet aangepast aan de Belgische context. Deze factoren hebben ertoe bijgedragen dat Milisen et al. (2003) zijn overgegaan tot het ontwikkelen van een eigen instrument, specifiek voor de Belgische context. Het is dan ook dit meetinstrument dat als basis wordt gebruikt voor het meten van het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen.

II. ONTWIKKELING VAN DE VRAGENLIJST

1. Expertengroep

1.1 Aanleiding en samenstelling

Met het oog op het kunnen vergelijken van het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen met dat van ziekenhuisverpleegkundigen en met het oog op het ontwikkelen van een meetinstrument, geschikt om het professioneel zelfbeeld te meten van verpleegkundigen in alle gezondheidszorgsectoren, werd er, in samenspraak met het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de KUL, voor geopteerd de vragenlijst te hanteren, die werd gebruikt in de Belimage studie bij ziekenhuisverpleegkundigen.

Deze vragenlijst werd echter specifiek ontwikkeld voor de ziekenhuissetting en niet voor de sector, waarop dit onderzoek zich richt, namelijk de thuisverpleegkunde. Zo bleek reeds uit de vergelijking van de resultaten van de beide kwalitatieve voorstudies dat de verpleegkundige zorgopdracht, het teamgebeuren en de zorgcontext in beide settings overeenkomsten, maar ook belangrijke verschillen, vertoonden. In de kwalitatieve voorstudie gaven de thuisverpleegkundigen een zeer duidelijk en gedetailleerd beeld van hun thuisverpleegkundig beroep, waarbij de karakteristieken, typisch voor de thuissetting, zeer duidelijk konden worden afgelijnd. Er werd dan ook voor geopteerd de resultaten van de kwalitatieve voorstudie bij thuisverpleegkundigen te integreren in de Belimage vragenlijst van de KUL en UCL.

Vermits het de bedoeling is het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen te vergelijken met dat van ziekenhuisverpleegkundigen, was het zeer belangrijk om enkel die aspecten uit de kwalitatieve voorstudie te integreren die de eigenheid van het thuisverpleegkundig beroep weergeven en om enkel die aspecten uit de ziekenhuissetting te verwijderen uit de vragenlijst die absoluut niet van toepassing zijn in de thuissetting. Het is immers niet de bedoeling een totaal nieuwe vragenlijst te ontwikkelen. Om dit op een gestructureerde en gefundeerde wijze te kunnen doen, werd een expertengroep samengesteld. Aangezien het de bedoeling was de resultaten van de kwalitatieve voorstudie te integreren in de vragenlijst, was enige voorkennis met betrekking tot deze voorstudie vereist. Om deze reden werden de leden uit de peer-debriefings van de kwalitatieve voorstudie (cf. De Vlieghe et al. 2004, hoofdstuk Methodologie) aangesproken en bereid gevonden deel te nemen aan de expertengroep. Vanuit het Wit-Gele Kruis Vlaanderen namen vier experts en de onderzoeker deel aan de expertengroep, vanuit Solidariteit voor het Gezin was er één expert aanwezig, vanuit de Nationale Federatie van Diensten voor Thuisverpleegkunde van de Socialistische Mutualiteit was er ook 1 expert aanwezig en vanuit de Belimage studie bij ziekenhuisverpleegkundigen waren er twee experts vertegenwoordigd. De experts uit de thuisverpleegkunde waren allen geselecteerd op basis van hun ervaring, motivatie en kritische kijk op de thuisverpleegkundige praktijk.

1.2 Opzet

De expertengroep kwam in totaal vier maal samen. De eerste twee samenkomsten werden georganiseerd in het kader van het aanpassen van de vragenlijst in functie van de thuisverpleegkundige praktijk. Met betrekking tot de eerste samenkomst werd de

experten het doel van het onderzoek en de bijeenkomst uitgelegd, met de expliciete vermelding de neiging om toe te voegen te onderdrukken en dit met het oog op de vergelijkbaarheid en op het feit dat het niet de bedoeling kan zijn dat de respondenten meer dan één uur moeten uittrekken om de vragenlijst in te vullen. De experts kregen op voorhand de Belimage vragenlijst doorgestuurd, waarop reeds met track changes enkele suggesties waren aangebracht door de onderzoekers (evidente zaken, zoals 'ziekenhuis' vervangen door 'thuis'), alsook een samenvattend document met de resultaten van de kwalitatieve voorstudie. In deze eerste samenkomst werd de vragenlijst en het samenvattend document systematisch overlopen en besproken. De bemerkingen van de experts werden vervolgens geïntegreerd, zodat de vragenlijst in de tweede samenkomst kon worden gefinaliseerd.

Een derde samenkomst werd georganiseerd naar aanleiding van de testfase. Na het beëindigen van de testfase werden de bemerkingen van de testrespondenten besproken.

Tenslotte kwam de expertengroep nog een vierde en laatste keer samen ter voorbereiding van de discussie. De experts kregen op voorhand de resultaten van de studie, zoals ze zijn opgenomen in bijlage VII, toegestuurd, waarbij hen werd gevraagd deze resultaten te bestuderen in functie van het zoeken naar mogelijke verklaringen voor bepaalde bevindingen, in het kader van de eigen praktijkwerking en ervaringen. In deze bijeenkomst werden eerst de experts zelf aan het woord gelaten, zodat de bevindingen van de onderzoeker konden worden getoetst aan de bevindingen van de experts.

2. Vragenlijst

Alvorens dieper in te gaan op de opbouw van de vragenlijst zelf en op de aspecten die werden toegevoegd aan de oorspronkelijke Belimage vragenlijst, wordt een beknopte samenvatting gegeven van de resultaten van de kwalitatieve voorstudie, waarbij de aandacht voornamelijk uitgaat naar de aspecten die de eigenheid van de thuissetting belichten.

2.1 Kwalitatieve voorstudie

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 zijn een gast in het huis van de patiënt, zij komen aan huis in antwoord op een specifieke vraag van de patiënt zelf of zijn omgeving en hun zorgopdracht is niet alleen gericht op de patiënt, maar ook op de mantelzorger.

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 gaat om 'een alleen werken in team'.

Thuisverpleegkundigen hebben overduidelijk een positief zelfbeeld en ze halen een grote voldoening uit hun werk, maar toch worden zij in hun werk ook geconfronteerd met een aantal *knelpunten*: het ervaren van een gevoel van onmacht als gevolg van het gebrek aan medewerking van de patiënt of zijn omgeving en als gevolg van de werkdruk, het ervaren van een gevoel van onderwaardering en onwetendheid ten aanzien hun zorgopdracht vanwege de maatschappij in het algemeen en de ziekenhuisverpleegkundigen in het bijzonder, en tenslotte het gevoel van frustratie als gevolg van de tijdsdruk, het gestoord worden in de vrije uren en de administratie na de uren.

2.2 Opbouw van de vragenlijst

De oorspronkelijk vragenlijst was opgedeeld in 5 grote delen. Aangezien de resultaten van de kwalitatieve voorstudie zonder probleem konden worden ingepast in de vijf delen, werden deze indeling behouden. Binnen elk deel werden, in functie van de resultaten van de kwalitatieve voorstudie, enkele vragen en/of aspecten binnen vragen toegevoegd.

In het eerste deel worden enkele persoonlijke gegevens bevraagd van de respondenten. Met betrekking tot de bijkomende opleiding van de respondenten, werd ervoor geopteerd een opsplitsing aan te brengen tussen een niet-universitaire en een universitaire opleiding. Daar de opleiding en functie van referentieverpleegkundige goed ingeburgerd is in de thuisverpleegkunde, werd deze toegevoegd aan de bevraging in dit deel. Algemeen gezien hebben de aangebrachte aanpassingen in dit deel voornamelijk betrekking op het vervangen van de 'ziekenhuis'terminologie door de 'thuis'terminologie.

In het tweede deel worden de opleiding en de competenties bevraagd van de respondenten. In dit deel werd de vraag toegevoegd naar de noodzakelijkheid van een bijkomende specialisatie in de thuisverpleegkunde, die leidt tot een erkend diploma en werden specifieke thuissetting aspecten toegevoegd aan de vraag met betrekking tot de bekwaamheid van thuisverpleegkundigen. In het kader van het belang van bepaalde aspecten om als competente verpleegkundige te kunnen werken, werden de sociaal-organisatorische vaardigheden toegevoegd. Met betrekking tot de bekwaamheid van de respondenten in bepaalde vaardigheden werden de brede en algemene kennis, het zelfstandig werken, het organiseren en plannen van de verpleegronde, het organiseren van het werk in functie van de samenwerking met andere collega's, het organiseren van het werk in functie van de samenwerking met mantelzorgers, het kunnen stellen van grenzen, het doorverwijzen naar andere zorgverleners, het communiceren met leidinggevenden, en het kunnen behouden van het evenwicht tussen een doorgedreven betrokkenheid en een gepaste afstand, toegevoegd.

Het derde deel bevat vragen met betrekking tot het verlenen van zorg door verpleegkundigen. Binnen de oorspronkelijke vragen werden de volgende aspecten toegevoegd: het belang van het ondersteunen en begeleiden van de familie/mantelzorger binnen de zorgopdracht en de mate waarin de respondenten veel

kunnen doen voor hun patiënten, tijd kunnen besteden aan het begeleiden en ondersteunen van de mantelzorger, aan het informeren van de patiënt, aan het doorverwijzen van de patiënt en aan het nemen van het nodige initiatief.

In het vierde deel komt het teamgebeuren aan bod, waaraan de volgende aspecten werden toegevoegd: ik ben een spilfiguur en initiatiefnemer in het multidisciplinair organiseren van zorg rond de patiënt, de mantelzorger heeft respect voor de bijdrage van de thuisverpleegkundige in de zorg, ik ervaar een daadwerkelijke omkadering van een team, en ik heb nood aan overleg met de mantelzorger/familie.

Tenslotte bevat het vijfde deel vragen met betrekking tot de context waarin verpleegkundigen zorg verlenen. De uitspraken rond het beeld van het beroep werden uitgebreid met de uitspraak 'een thuisverpleegkundige is minderwaardig ten opzichte van een ziekenhuisverpleegkundige'. Met betrekking tot de financiële en structurele maatregelen in het kader van de problematiek rond schaarste binnen de verpleegkunde werden de volgende maatregelen toegevoegd: het vrij kunnen gebruiken van de wagen voor privé-doeleinden (mits wettelijke bijdrage), premies voor knelpuntopleidingen (o.a. thuisverpleegkunde) voor ingeschreven werkzoekenden en personen die zijn opgenomen in trajectbegeleiding (recente maatregel) en creatie van een verpleegkundige functie voor de rekrutering en het behoud van verpleegkundigen. Er werden ook bijkomende aspecten bevroegd rond de mate waarin de respondenten akkoord waren met het feit dat ze liever werken binnen de thuisverpleging dan binnen een ziekenhuissetting en of men binnen dit en één jaar van plan is zelfstandig thuisverpleegkundige te worden. Tenslotte werd er ook een vraag toegevoegd rond het gevoel van onmacht dat wordt ervaren door thuisverpleegkundigen.

De vragenlijst werd voorzien van enkele aanwijzingen bij het invullen van de vragenlijst en er werd ook een begeleidende brief opgesteld, waarin doel en opzet van het onderzoek werden toegelicht.

III. DE TESTFASE

1. Aanleiding en uitwerking

Alvorens het eigenlijk onderzoek uit te voeren, werd ervoor geopteerd de vragenlijst te testen op gebruiksvriendelijkheid, verstaanbaarheid en duidelijkheid. De testrespondenten werden niet ad random geselecteerd, daar men kritische en gemotiveerde personen nodig had om de vragenlijst in te vullen en te evalueren.

De testfase bestond uit twee fasen. In de eerste fase werd de vragenlijst elektronisch verstuurd naar vier deskundigen, twee vanuit het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, één vanuit Solidariteit Voor het Gezin en één vanuit de Socialistische Mutualiteit. Het ging hier om personen die weten wat het thuisverpleegkundig beroep inhoudt, die een zeer duidelijk (en correct) beeld hebben van wat er zich afspeelt in het werkveld (bij voorkeur staan zij ook nog in de praktijk), die begrijpen wat 'wetenschappelijk onderzoek' betekent en die geen deel uitmaken van de expertengroep. Van deze deskundigen werd enerzijds gevraagd de begeleidende brief te beoordelen naar taalgebruik en duidelijkheid en anderzijds werd hen gevraagd de ontwikkelde vragenlijst te beoordelen naar duidelijkheid van de instructies, naar inhoud, naar opbouw, naar éénduidigheid van de vraagstelling, en naar resultaatgerichtheid (is de

vragenlijst geschikt om het doel van de studie te bereiken). De deskundigen kregen de evaluatievragen eveneens elektronisch toegestuurd, waarbij hen werd gevraagd deze ten laatste één week na ontvangst, per email te beantwoorden.

In de tweede fase werd de vragenlijst, zonder de bemerkingen van de deskundigen (de helft van de deskundigen had de evaluatievragen niet teruggestuurd voor de aanvang van de tweede testfase), per post verstuurd naar in totaal 9 basisverpleegkundigen (5 vanuit het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, twee vanuit Solidariteit Voor het Gezin en twee vanuit de Socialistische Mutualiteit). Het ging hierbij om personen, die werkzaam zijn als basisverpleegkundigen, die te beschouwen zijn als ‘de gemiddelde’ thuisverpleegkundige en die niet hebben deelgenomen aan de kwalitatieve voorstudie. Er werd de testbasisverpleegkundigen enerzijds gevraagd de begeleidende brief te beoordelen naar taalgebruik (spreekt de brief aan) en duidelijkheid, en anderzijds werd hen gevraagd de ontwikkelde vragenlijst te beoordelen naar duidelijkheid van de instructies, naar lay-out, naar inhoud, naar éénduidigheid van de vraagstelling, naar tijdsinvestering, en naar impact (hoe gaan de respondenten reageren op het moeten invullen van een dergelijke vragenlijst). De testbasisverpleegkundigen werden door de onderzoeker telefonisch gecontacteerd om het doel en het opzet van de studie en de testfase toe te lichten en om een datum en tijdstip af te spreken, waarop de onderzoeker hen telefonisch kon contacteren om de vragenlijst te evalueren. Vervolgens kregen zij de begeleidende brief en de vragenlijst per post toegestuurd. Tien dagen na ontvangst van het toegezonden materiaal werden de testrespondenten telefonisch gecontacteerd om enkele evaluatievragen te beantwoorden. Tijdens deze telefonische evaluatie werden ook de bemerkingen van de deskundigen voorgelegd. In beide fasen werd de testrespondenten gevraagd de vragenlijst ingevuld terug te sturen, zodat op deze gegevens reeds enkele ‘test’ analyses konden worden uitgevoerd.

De vragen, waarop de telefonische evaluatie van de testbasisverpleegkundigen was gebaseerd (inclusief de bemerkingen van de deskundigen), werden opgenomen in bijlage I.

2. Resultaten

Naar aanleiding van de bemerkingen van de testrespondenten werden de volgende aanpassingen uitgevoerd aan de vragenlijst:

- in het eerste deel van de vragenlijst werd de vraag met betrekking tot het al dan niet werken van weekends, uitgebreid met de frequentie per maand
- in het tweede deel werd met betrekking tot de bekwaamheid van de respondenten in bepaalde vaardigheden, de bevraging rond de preventieve en profylactische vaardigheden, het gebruik van de nomenclatuur, en het promoten van de organisatie toegevoegd
- in het derde deel van de vragenlijst werden aspecten toegevoegd met betrekking tot de plaats van het uitvoeren van niet-verpleegkundige handelingen in de zorgopdracht en het belang van een goede werkrelatie met de collega’s bij het realiseren van de zorgopdracht
- in het vijfde deel van de vragenlijst werd bij de vraag naar de aanwezigheid van bepaalde elementen in het huidig werk, de uitspraak toegevoegd met betrekking tot het feit of de beschikbare tijd per ronde voldoet om kwalitatief goede zorg te bieden aan al de patiënten; met betrekking tot het beeld van het thuisverpleegkundig beroep werd de vraag toegevoegd naar het beeld dat thuisverpleegkundigen zelf hebben van hun beroep; de vraag met betrekking

tot het ervaren van een gevoel van onmacht werd uitgebreid met ‘wegens onvoldoende medewerking van huisartsen’, ‘wegens onvoldoende medewerking vanuit gezinszorg’, ‘wegens onvoldoende medewerking vanuit het ziekenhuis’, en ‘wegens verkeersproblemen, parkeerproblemen, boetes’.

De begeleidende brief en de vragenlijst, zoals hij werd verstuurd naar de eigenlijke respondenten, zijn terug te vinden in respectievelijk bijlage II en bijlage III. Bijlage IV bevat de begeleidende brief die werd verstuurd naar de hoofdverpleegkundigen, zodat zij op de hoogte zijn van het doel en opzet van het onderzoek, waaraan hun verpleegkundigen deelnemen.

IV. ENQUÊTE

1. De steekproef

Voor dit onderzoek werden 1000 thuisverpleegkundigen (ongeveer 15% van de populatie) geselecteerd, aan de hand van de volgende inclusiecriteria:

- de respondenten zijn allen werkzaam binnen de Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging (VFDT)
- de respondenten begrijpen, lezen en spreken Nederlands
- de respondenten zijn gegradueerde en/of gediplomeerde thuisverpleegkundigen met direct patiëntencontact (basisverpleegkundigen en referentieverpleegkundigen)
- de respondenten zijn leidinggevende thuisverpleegkundigen met regelmatig patiëntencontact, minimum maandelijks (adjunct-hoofdverpleegkundigen, hoofdverpleegkundigen, maar wel verpleegkundigen van opleiding).

De volgende exclusiecriteria werden toegepast:

- verpleegassistenten en gelijkgestelden
- stafmedewerkers zonder direct patiëntencontact
- zelfstandige thuisverpleegkundigen
- verpleegkundigen met een interim contract
- verpleegkundigen die hebben deelgenomen aan de testfase.

De 1000 thuisverpleegkundigen, die in aanmerking kwamen voor deelname aan het onderzoek, werden ad random geselecteerd. Voor de verdeling van dit aantal over de VFDT werd rekening gehouden met de grootte van de organisatie, zijnde 800 thuisverpleegkundigen vanuit het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen, 100 thuisverpleegkundigen vanuit Solidariteit Voor het Gezin en 100 thuisverpleegkundigen vanuit de Nationale Federatie van Diensten voor Thuisverpleegkunde van de Socialistische Mutualiteit (verder weergegeven als ‘Socialistische Mutualiteit’). Binnen het Wit-Gele Kruis werd de vijf provinciale verenigingen gevraagd hun personeelsbestanden door te sturen, aangepast aan de inclusiecriteria. Met betrekking tot het selecteren van de 800 thuisverpleegkundigen binnen het Wit-Gele Kruis van Vlaanderen werd eveneens rekening gehouden met de grootte van de provincies.

Tabel 1: Aantal respondenten per Vlaamse Wit-Gele Kruisprovincie

Vlaamse Wit-Gele Kruisprovincie	Te selecteren aantal
Antwerpen	130
Limburg	191
Oost-Vlaanderen	202
Vlaams-Brabant	128
West-Vlaanderen	149
Totaal	800

De selectie van de 1000 respondenten gebeurde binnen elke organisatie volgens dezelfde procedure. De personeelsbestanden werden in SAS V8.0 getrokken, waarna de selectie ad random werd voltooid.

Vervolgens werd de representativiteit nagegaan. Om na te gaan of de steekproef representatief is voor de populatie van thuisverpleegkundigen, waaruit de steekproef werd getrokken (personeelsbestanden van de Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging), werd er voor de variabelen geslacht, leeftijd, opleiding (A1-A2) en tewerkstellingsregime (voltijds-deeltijds) nagegaan of de verschillen tussen de steekproef en de populatie statistisch significant zijn (cf. bijlage V).

De steekproef bleek niet statistisch significant te verschillen van de populatie voor de variabelen geslacht (chi-kwadraat 0,78), opleiding (chi-kwadraat 0,11) en tewerkstellingsregime (chi-kwadraat 0,76).

Kijkend naar de leeftijdsverdeling van de populatie en deze van de steekproef (in %), bleek de leeftijdscategorie tussen 31 en 35 jaar iets meer te zijn vertegenwoordigd in de steekproef (16%) dan in de populatie (14,30%), maar toch bleek ook voor de variabele leeftijd de steekproef niet statistisch significant te verschillen van de populatie (chi-kwadraat 0,98).

Algemeen kan worden gesteld dat, voor de variabelen geslacht, leeftijd, opleiding en tewerkstellingsregime, de steekproef representatief is voor de populatie van thuisverpleegkundigen, werkzaam binnen de Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging.

2. De procedure

In december 2004 werd de vragenlijst per post verstuurd naar de 1000 geselecteerde thuisverpleegkundigen. Bij de vragenlijst werd een voorgefrankeerde enveloppe gestoken, zodat de verpleegkundigen de vragenlijst zonder kosten konden terugsturen.

Gelijktijdig kregen alle hoofdverpleegkundigen een brief toegestuurd, waarin het doel en het opzet van het onderzoek werden toegelicht, zodat zij ook op de hoogte waren van het feit dat er mogelijk verpleegkundigen binnen hun afdeling een dergelijke vragenlijst zouden toegestuurd krijgen.

Er werd ook een herinneringsbrief (cf. bijlage VI) opgesteld, die werd verstuurd naar de verpleegkundigen die hun vragenlijst 3 weken na ontvangst nog niet hadden

teruggestuurd. In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal vragenlijsten dat 3 weken na ontvangst werd teruggestuurd.

Tabel 2: Aantal teruggestuurde vragenlijsten 3 weken na verzending

Provincie / Organisatie	Aantal teruggestuurd	Respons
WGK Antwerpen	80	61,5%
WGK Limburg	128	67%
WGK Oost-Vlaanderen	133	65,8%
WGK Vlaams-Brabant	85	66,4%
WGK West-Vlaanderen	94	63,1%
Subtotaal Wit-Gele Kruis	520	65%
Solidariteit Voor het Gezin	80	80%
Socialistische Mutualiteit	67	67%
Totaal	667	66,7%

Concreet wil dit zeggen dat er vanuit het Wit-Gele Kruis voor de provincie Antwerpen 50 herinneringsbrieven werden verstuurd, voor de provincie Limburg werden 63 herinneringsbrieven verstuurd, voor de provincie Oost-Vlaanderen 69, voor de provincie Vlaams-Brabant 43 en voor de provincie West-Vlaanderen 55. Vanuit de Socialistische Mutualiteit werden 33 herinneringsbrieven verstuurd en vanuit Solidariteit Voor het Gezin werden geen herinneringsbrieven meer verstuurd, gezien het hoge responscijfer. Er werden, met andere woorden, in totaal 313 herinneringsbrieven verstuurd.

3. Gegevensverwerking

De formulieren werden gescand met het software-pakket Teleform 7.0 en ingevoerd in SAS versie 8.0.

Na het controleren van eventueel ontbrekende en foutieve gegevens werden de nodige correcties programmatisch aangebracht.

In een eerste fase werden voor alle data beschrijvende analyses uitgevoerd. In een tweede fase werden voor een aantal relevante variabelen, namelijk opleiding, functie, het werken als vaste of vervangende thuisverpleegkundige, tewerkstellingsregime en het aantal jaar dat men reeds werkzaam is als thuisverpleegkundige, kruistabellen uitgevoerd om een meer genuanceerd beeld te bekomen voor specifieke subgroepen binnen de thuisverpleegkunde.

Er werd voor geopteerd in eerste instantie enkel beschrijvende analyses uit te voeren, zodat een duidelijk inzicht kan worden bekomen in het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen. Om deze reden werden er in dit rapport dan ook nog geen parametrische of nonparametrische analyses opgenomen.

RESULTATEN

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

De tabellen, waarop de beschrijvende resultaten zijn gebaseerd, zijn terug te vinden in respectievelijk bijlage VII en bijlage VIII (kruistabellen). De percentages in deze tabellen werden berekend op basis van het aantal respondenten dat de desbetreffende gegevens heeft geregistreerd, tenzij anders aangegeven.

I. BESCHRIJVING VAN DE STEEKPROEF

1. Respons

De enquête-fase werd afgerond op 3 februari 2005. De gegevens uit de vragenlijsten, die binnenkwamen na 3 februari, werden niet meer opgenomen in de analyses.

Van de 1000 verzonden vragenlijsten werden 758 vragenlijsten ingevuld teruggestuurd. In de onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van het aantal teruggestuurde vragenlijsten voor de 5 Vlaamse Wit-Gele Kruisprovincies, voor Solidariteit voor het Gezin en voor de Socialistische Mutualiteit. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen het aantal teruggestuurde vragenlijsten vóór de herinneringsfase en erna. Voor de 3 diensten werden de percentages berekend naar het aantal verzonden vragenlijsten.

Tabel 3: Overzicht van de respons per organisatie/dienst

Provincie / dienst	Verzonden aantal	Teruggestuurd vóór de herinneringsbrief	Teruggestuurd op 3 februari 2005	%
WGK Antwerpen	130	80	94	72,3
WGK Limburg	191	128	150	78,5
WGK Oost-Vlaanderen	202	133	155	76,7
WGK Vlaams-Brabant	128	85	97	75,8
WGK West-Vlaanderen	149	94	107	71,8
Subtotaal Wit-Gele Kruis	800	520	603	75,4
Solidariteit Voor het Gezin	100	80	80	80
Socialistische Mutualiteit	100	67	75	75
Totaal	1000	667	758	75,8

De totale respons bedraagt 75,8%, waarbij de herinneringsfase de respons heeft verhoogd met 9,1%.

Met betrekking tot de non-respons werden 7 vragenlijsten niet ingevuld teruggestuurd: twee vragenlijsten werden teruggestuurd met de melding dat deze personen waren verhuisd, drie personen bleken niet langer in de thuisverpleging werkzaam te zijn, één persoon was reeds langdurig in ziekteverlof en één persoon was reeds enkele jaren in loopbaanonderbreking.

2. Beschrijving van de respondenten

2.1 Geslacht – leeftijd – burgerlijke status – inwonende kinderen (tabellen 1 - 4)

Het merendeel van de respondenten is van het vrouwelijk geslacht (96,96%), waaruit kan worden afgeleid dat de mannen nog ondervertegenwoordigd zijn in het thuisverpleegkundig beroep (man-vrouw verhouding van 3 op 100).

De respondenten hebben een gemiddelde leeftijd van 36,74 jaar. Kijkend naar de leeftijdscategorieën bevinden de respondenten zich voornamelijk tussen 36 en 45 jaar (40,72%) en tussen 26 en 30 jaar (17,77%). Het aantal respondenten neemt duidelijk af na de leeftijd van 45 jaar. De jongste respondent is 21 jaar oud en de oudste is 60 jaar.

Met betrekking tot de burgerlijke status is 83,31% van de respondenten samenwonend of gehuwd. Eénenzeventig komma vijfenvierzig percent heeft inwonende kinderen.

2.2 Basisopleiding – bijkomende (niet-) universitaire opleiding (tabellen 5 – 6)

De steekproef is samengesteld uit een hoger aantal gediplomeerde verpleegkundigen (63,72%), dan gegradueerde verpleegkundigen en vroedvrouwen (36,41%).

In totaal heeft 1 thuisverpleegkundige op 4 (26,65%) een bijkomende opleiding gevolgd na de basisopleiding. Het merendeel van de respondenten heeft een bijkomende niet-universitaire opleiding gevolgd tot referentieverpleegkundige (17,68%), gevolgd door een andere niet-universitaire opleiding (7,92%), een verpleegkundige specialisatie (5,15%) en een kaderopleiding (2,51%). Uit tabel 5.2.2 is af te leiden dat het aantal licentiaten in de Medisch-Sociale Wetenschappen (N=1), of het aantal universitair opgeleide verpleegkundigen in het algemeen (N=2), gering is in de steekproef.

2.3 Huidige functie(s) (tabellen 6 - 7)

Van de respondenten, die een bijkomende opleiding hebben gevolgd, geeft 73,37% aan de kennis uit deze bijkomende opleiding te kunnen aanwenden in de functie die ze momenteel uitoefenen. Ongeveer 18% is van mening dat ze de kennis uit de bijkomende opleiding gedeeltelijk kunnen gebruiken en 8,70% vindt dat ze deze kennis niet kunnen gebruiken in het huidige functioneren.

Het merendeel van de respondenten (95,65%) oefent de functie uit van thuisverpleegkundige. Dit is te beschouwen als een logisch gegeven, daar de

respondenten enkel in aanmerking kwamen voor deelname aan de studie, indien zij de basisopleiding verpleegkunde/vroedkunde hadden gevolgd, werkzaam waren in de thuisverpleegkunde en regelmatig patiëntencontact hadden (minstens éénmaal per maand). Van de 15 vroedkundigen in deze studie geven 2 vroedkundigen aan dat zij deze functie ook uitoefenen binnen de thuisverpleging.

De functie van referentieverpleegkundige, die relatief nieuw is binnen de gezondheidssector in het algemeen, wordt reeds door 15,70% van de respondenten uitgeoefend. Verder geeft 4,22% van de respondenten aan een ‘andere’ functie uit te oefenen, oefent 3,03% de functie van adjunct hoofdverpleegkundige of kwaliteitsbegeleider uit en 2,24% de functie van hoofdverpleegkundige.

2.4 Tewerkstellingswijze (tabellen 8 – 19)

Het merendeel van de respondenten heeft een contract van onbepaalde duur (95,75%), werkt als vaste verpleegkundige (67,03%) en is deeltijds tewerkgesteld (68,53%) met een gemiddelde van ongeveer 25 uur per week.

De respondenten geven aan dat zij regelmatig in het weekend werken (95,21%) met een frequentie van twee weekends per maand (93,16%).

Ongeveer de helft van de respondenten (54,33%) werkt in een systeem van onderbroken diensten, waarbij 63,45% 1 tot 10 keer per maand onderbroken werkt, gevolgd door 21,93% van de respondenten die dagelijks tot bijna altijd onderbroken werken. Ongeveer de helft van de respondenten (49,81%) heeft de afgelopen maand moeten inspringen op een andere afdeling binnen de organisatie met een gemiddeld aantal ingesprongen uren van 6,40 uur. Het merendeel van de respondenten heeft 6 tot 10 uur moeten inspringen (17,49%), gevolgd door 1 tot 5 uur (12,55%). Opvallend hierbij is dat ongeveer 1 respondent op 5 (19,76%) meer dan 10 uur heeft moeten inspringen de afgelopen maand.

De respondenten zijn gemiddeld 15 jaar afgestudeerd als verpleegkundige met als extremen 2 maand en 39 jaar. Sinds het afstuderen hebben ze een gemiddelde werkervaring opgebouwd van 14,5 jaar en werken ze gemiddeld 12 jaar als thuisverpleegkundige met een minimum van 2 maand en een maximum van 39 jaar. Concreet, het merendeel van de respondenten is 15 tot 20 jaar geleden afgestudeerd als verpleegkundige (21,81%), heeft in totaal reeds 15 tot 20 jaar in het verpleegkundig beroep gewerkt (24,73%), en werkt reeds 15 tot 20 jaar in de thuisverpleging (23,43%). Hieruit kan worden afgeleid dat het merendeel van de respondenten de loopbaan gestart heeft in de thuisverpleging en deze sector, totnogtoe, niet heeft verlaten.

Tot slot bleek de laatst gewerkte ronde, vóór het invullen van de vragenlijst, een voormiddagronde te zijn voor 69,51% van de respondenten, waarbij zij in een tijdsperiode van gemiddeld 4 uur 46 minuten instonden voor de zorg van gemiddeld 16 patiënten.

II. BESCHRIJVING VAN HET PROFESSIONEEL ZELFBEELD

In wat volgt, wordt het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen beschreven vanuit de elementen die dit professioneel zelfbeeld karakteriseren (cf. bijlage VII, beschrijvende analyses). Concreet wordt eerst het zelfbeeld van thuisverpleegkundigen bekeken met betrekking tot hun opleiding en competenties, gevolgd door het beeld dat zij hebben met betrekking tot hun verpleegkundige zorg en het teamgebeuren. Tenslotte wordt dieper ingegaan op de impact van de zorgcontext op het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen.

1. Professioneel zelfbeeld met betrekking tot de opleiding en competentie

Algemeen gezien voelen thuisverpleegkundigen zich heel bekwaam in de uitvoering van hun zorgopdracht. Uit tabel 26 blijkt immers dat 90,80% van de thuisverpleegkundigen aangeeft zich bekwaam (71,57%) tot heel bekwaam (19,23%) te voelen in de thuisverpleegkundige opdracht, tegenover niemand die zich onbekwaam voelt in het huidig functioneren.

Om meer inzicht te verwerven in de dieperliggende betekenis van ‘zich heel bekwaam voelen’, wordt hieronder verder ingegaan op de aspecten die thuisverpleegkundigen belangrijk vinden om te kunnen werken als competente thuisverpleegkundigen, op de vaardigheden/competenties waarin thuisverpleegkundigen zich het meest (on)bekwaam voelen en waaraan zij het meest, respectievelijk het minst belang hechten binnen de thuisverpleegkundige praktijk, alsook op de bronnen van hun huidige competentie, hun visie op bijscholing en de domeinen, waarin zij vinden dat er verder dient te worden geïnvesteerd.

1.1 Aspecten die een competente thuisverpleegkundige karakteriseren

Het begrip ‘competentie’ is te omschrijven als een geheel van kennis, vaardigheden (praktische, sociale, organisatorische), reflecties en attitudes, die verpleegkundigen aanwenden, integreren en transfereren in een gegeven context om de problemen die zich voordoen effectief aan te pakken of om een verpleegkundige opdracht te realiseren (Bortef, 1997 in Milisen et al. 2003).

Thuisverpleegkundigen hechten een grote mate van belang aan alle aspecten van competentie (tabel 24), maar de aspecten die het meest prioritair zijn om als competente verpleegkundige te werken in de thuisverpleging, zijn de praktische en technische vaardigheden (44,69%), gevolgd door de sociale vaardigheden (33,78%), kennis en inzichten (32,63%) en de attitude/houding (29,07%). Binnen het geheel van kennis, vaardigheden, reflecties en attitudes blijken de organisatorische vaardigheden het minst belangrijk te zijn (1,33%) om als competente thuisverpleegkundige te functioneren.

1.2 Specifieke vaardigheden en attitudes

Uit tabel 25a blijkt dat thuisverpleegkundigen zich in de eigen praktijk bekwaam voelen in alle vaardigheden. Hieronder wordt meer in detail bekeken welke de vaardigheden/competenties zijn, waarin thuisverpleegkundigen zich het meest, respectievelijk het minst, bekwaam voelen.

De helft van de thuisverpleegkundigen voelt zich het meest heel bekwaam in het hebben van een attitude/houding van zorgzaamheid (50,53%) en in het zelfstandig werken als thuisverpleegkundige (50,27%). Verder voelen thuisverpleegkundigen zich ook heel bekwaam in verzorgende vaardigheden (48,07%), in het organiseren en plannen van de verpleegronde (44,67%), in het communiceren met de patiënt (42,40%), in het aangaan/onderhouden van een professionele relatie met de patiënt (37,47%), in het opnemen van verantwoordelijkheid ten aanzien van de verleende zorg (33,29%) en in het communiceren met de patiënt/mantelzorger (33,20%) en met de collega's (30,80%).

De thuisverpleegkundigen voelen zich het meest onbekwaam in het gebruik van de nomenclatuur (12,52%), waarbij 11,31% aangeeft zich hierin eerder onbekwaam te voelen, en in het methodisch handelen (8,02%), waarbij 7,49% aangeeft zich hierin eerder onbekwaam te voelen. Verder voelt een beperkt aantal thuisverpleegkundigen zich ook onbekwaam in het aannemen van een wetenschappelijke houding (6,16%) en in de therapeutisch-diagnostische en technische vaardigheden (5,32%).

In tabel 25b wordt weergegeven aan welke vaardigheden/competenties de thuisverpleegkundigen het meest, respectievelijk het minst, belang hechten.

De helft van de thuisverpleegkundigen hecht prioritair belang aan het zelfstandig kunnen werken (53,23%). Verder hechten thuisverpleegkundigen het meest belang aan het communiceren met de patiënt (48,63%), aan de verzorgende vaardigheden (43,61%), aan het opnemen van verantwoordelijkheid ten aanzien van de verleende zorg (42,66%), aan de attitude van zorgzaamheid (38,10%), aan de therapeutisch-diagnostisch-technische vaardigheden (33,91%), aan het organiseren en plannen van de verpleegronde (33,02%), aan het communiceren met de collega's (32,47%), aan de professionele relatie met de patiënt (32,47%) en aan het communiceren met de familie/mantelzorger (31,65%).

Thuisverpleegkundigen hechten het minst belang aan logistieke vaardigheden (11,29%), aan het gebruik van de nomenclatuur (11,20%), aan het methodisch handelen (10,85%), aan het doorgeven van taken aan verzorgenden (6,42%) en aan het promoten van de organisatie (5,05%).

1.3 Bronnen van de huidige competentie

Uit tabel 20 blijkt dat de helft van de thuisverpleegkundigen (50,48%) de basisopleiding verpleegkunde beschouwen als de belangrijkste bron van de huidige competentie, gevolgd door de eigen praktijkervaring en reflectie (45,48%). Eén op vier thuisverpleegkundigen (25,75%) vindt dat het uitwisselen van kennis en ervaring met collega's een heel grote bijdrage levert tot de huidige competentie.

De aspecten, die volgens de thuisverpleegkundigen, een kleine tot geen bijdrage leveren tot de huidige competentie, zijn het uitwisselen van kennis en ervaring met studenten (40,74%), het lezen van vakliteratuur (26,44%) en het uitwisselen van kennis en ervaring met collega's uit andere disciplines (25,43%).

De basisopleiding vroedkunde, de specialisaties in de verpleegkunde, de bijkomende opleiding en de universitaire opleiding (tabel 20) bleek voor het merendeel van de thuisverpleegkundigen niet van toepassing te zijn. Bovendien is het mogelijk dat een groot aantal deelnemers de categorieën 'niet van toepassing' en 'geen bijdrage' door elkaar heeft gebruikt, wat de bruikbaarheid van deze gegevens in vraag stelt.

Algemeen gezien is één thuisverpleegkundige op vier (25,48%) van mening dat de bijkomende opleiding een grote tot heel grote bijdrage levert tot de huidige competentie en is ongeveer één thuisverpleegkundige op 5 (19,86%) van mening dat de bijdrage van een universitaire opleiding klein tot onbestaand is.

In de tabellen 20a tot 20e wordt stilgestaan bij de perceptie van de thuisverpleegkundigen, die een basisopleiding vroedkunde, een specialisatie in de verpleegkunde, een bijkomende opleiding, die leidt tot een getuigschrift, en/of een universitaire opleiding hebben gevolgd. De helft van de vroedkundigen (53,33%) vindt dat hun basisopleiding een grote bijdrage levert aan de huidige competentie. Het merendeel van de verpleegkundigen, die een specialisatie hebben behaald in de verpleegkunde, vindt dat deze specialisatie een middelmatige bijdrage levert (36,84%) tot het huidig functioneren. Het merendeel van de referentieverpleegkundigen is van mening dat hun bijkomende opleiding een grote (39,53%) tot heel grote (26,36%) bijdrage levert. De bijdrage van de universitaire opleiding wordt hier buiten beschouwing gelaten, daar het hier maar om 1 licentiaat in de Medisch-Sociale Wetenschappen gaat.

1.4 Visie op bijscholingen

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen (tabel 23) is helemaal akkoord met het feit dat het regelmatig kunnen bijscholen voldoening geeft als verpleegkundige (42,84%), dat de gevolgde bijscholingen bijdragen tot een hogere kwaliteit van de zorg (37,57%) en dat bijscholing een prioriteit is (31,10%). Ongeveer 3 thuisverpleegkundigen op 4 (73,86%) geven aan regelmatig vakliteratuur te lezen. Hieruit kan echter niet worden afgeleid wat thuisverpleegkundigen verstaan onder 'vakliteratuur'.

1.5 Te investeren domeinen ter optimalisatie van de competentie

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen (80,87%) is van mening dat er in bepaalde domeinen moet worden geïnvesteerd om de competentie van thuisverpleegkundigen te optimaliseren (tabel 21).

De thuisverpleegkundigen geven aan dat er prioritair dient te worden geïnvesteerd in de bijscholing (47,36%), gevolgd door het uitwisselen van kennis en ervaring met collega's (37,34%), bijkomende opleidingen die leiden tot een getuigschrift (36,94%) en inscholing in de afdeling (36,28%).

Investeren in een universitaire opleiding wordt door de thuisverpleegkundigen beschouwd als minst prioritair (0,53%), gevolgd door het investeren in een 'ander' domein (3,30%) en in wetenschappelijk onderzoek in de verpleegkunde (8,18%).

Van de thuisverpleegkundigen die een 'ander' te investeren domein hebben aangeduid, blijkt het merendeel behoefte te hebben aan een investering in technisch/gespecialiseerde handelingen (1,19%) en in de psycho-sociale, communicatieve aspecten van de thuisverpleging (1,06%).

Een bijkomende specialisatie in de thuisverpleegkunde (tabel 22), die leidt tot een erkend diploma, wordt door 49,20% van de thuisverpleegkundigen als wenselijk ervaren en door 40,11% als niet vereist. Een klein aantal thuisverpleegkundigen (2,01%) vindt een dergelijke bijkomende specialisatie absoluut niet nodig.

2. Professioneel zelfbeeld met betrekking tot de verpleegkundige zorg

In wat volgt wordt het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen benaderd vanuit de aspecten die enerzijds de thuisverpleegkundige zorgopdracht karakteriseren en die anderzijds belangrijke voorwaarden vormen voor de realisatie van deze opdracht. Verder wordt ook dieper ingegaan op de factoren die de thuisverpleegkundige zorgopdracht beïnvloeden en op de kwaliteit van zorg.

2.1 Aspecten die de thuisverpleegkundige zorgopdracht karakteriseren

Het nastreven van de genezing van de patiënt (45,41%), het aanpassen van de zorg aan de individuele patiënt en zijn thuissituatie (40,48%), de patiënt aanvaarden zoals hij is en begeleiden doorheen zijn ziekteproces/revalidatie (36,09%) en het geven van strikt noodzakelijke basiszorg (33,69%) zijn voor de thuisverpleegkundigen prioritaire aspecten in de thuisverpleegkundige zorgopdracht (tabel 27). Het verdedigen van de belangen van de patiënt ten opzichte van andere disciplines en de organisatie (2,40%), het ondersteunen en begeleiden van de familie/mantelzorger (1,87%) en het uitvoeren van voorschriften, regels, richtlijnen, protocols (1,86%) scoren het hoogst op het item 'minder belangrijk'.

De thuisverpleegkundigen zijn van mening (tabel 28) dat het meewerken aan initiatieven die de zorg verbeteren (42,59%), deel uitmaakt van de thuisverpleegkundige zorgopdracht, alsook het leveren van een bijdrage aan de professionele ontwikkeling van andere collega's (33,60%), het meewerken aan de opleiding van studenten (25,57%) en het hebben van aandacht voor de financiële kost van de zorg (24,23%).

De thuisverpleegkundigen vinden dat het uitvoeren van niet-verpleegkundige handelingen (32,09%) en het uitvoeren van administratieve taken (4,81%), aspecten zijn die niet thuishoren in hun zorgopdracht.

2.2 Belangrijke voorwaarden voor de realisatie van de zorgopdracht

Een goede werkrelatie met de collega's wordt beschouwd als de meest prioritaire voorwaarde voor de realisatie van de thuisverpleegkundige zorgopdracht (37,58%), gevolgd door het regelmatig kunnen zorgen voor dezelfde patiënten (24,97%), het bespreken van zorgproblemen met collega's (23,97%), een goede werkrelatie met leidinggevendenden (23,41%) en een goede werkrelatie met de arts (20,82%) (tabel 29).

Het handelen volgens de eigen ethische waarden en het bespreken van ethische problemen zijn belangrijk om de zorgopdracht te kunnen realiseren, maar ze worden niet beschouwd als prioritair, daar respectievelijk 5,61% en 3,45% van de thuisverpleegkundigen deze aspecten weergeeft als 'minst belangrijk'.

2.3 Beïnvloedende factoren op de dagdagelijkse zorgpraktijk

Binnen de thuisverpleging (tabel 30) heeft het merendeel van de verpleegkundigen het gevoel dat ze altijd autonoom kunnen werken (37,90%), altijd het nodige initiatief kunnen nemen (35,21%), altijd de beslissingen in de zorg kunnen verantwoorden (30,82%) en altijd met dezelfde patiënten kunnen werken (28,90%).

Langs de andere kant hebben ze het gevoel dat ze zelden tot nooit tijd kunnen besteden aan het werken met studenten (61,61%), aan het begeleiden en ondersteunen van de mantelzorger (50,73%), aan het ter sprake brengen van ethische problemen binnen het (multidisciplinair) team (41,03%), aan het verzamelen van de nodige gegevens van de patiënt (33,38%), aan overlegmomenten met andere gezondheidswerkers (30,67%), en aan het aanpassen van de zorg in functie van financiële beperkingen binnen de afdeling/organisatie (30,22%). Verder heeft één thuisverpleegkundige op 4 het gevoel dat ze zelden tot nooit tijd kan besteden aan het ontwikkelen van een persoonlijke relatie met de patiënt (28,86%) en aan het doorverwijzen van de patiënt (28,07%).

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen is er, wegens tijdsgebrek, niet in geslaagd om tijdens hun toen laatst gewerkte ronde (tabel 35) de nodige tijd te nemen om te luisteren naar de bekommernissen van de patiënt (40,77%). Verder zijn ze er ook niet in geslaagd tegemoet te komen aan een specifieke vraag of wens van de patiënt (35,49%), en de schriftelijke rapportage af te werken binnen de beschikbaar gestelde tijdspanne (28,10%).

Ongeveer 1 thuisverpleegkundige op 4 (23,35%) geeft aan dat ze ‘geen van allemaal’ heeft kunnen uitvoeren.

2.4 Kwaliteit van zorg

De kwaliteit van de verpleegkundige zorg, die binnen de afdeling wordt verleend (tabel 32), wordt door de thuisverpleegkundigen in het algemeen beschreven als ‘goed’ (72,51%), en door 92,30% als ‘goed tot uitstekend’. Eén thuisverpleegkundige is van oordeel dat de kwaliteit van de zorg binnen de afdeling slecht is (0,13%).

De kwaliteit van de zorg, verleend tijdens hun laatst gewerkte ronde (tabel 31), wordt door 68,27% van de thuisverpleegkundigen beschreven als ‘goed’ en door 97,86% als ‘goed tot uitstekend’. Eén thuisverpleegkundige (0,13%) beschrijft de kwaliteit van de zorg, die ze heeft verleend, als ‘slecht’.

Wanneer patiënten uit verzorging gaan (tabel 33), is 76,77% van de thuisverpleegkundigen ervan overtuigd, waarvan 12,68% heel overtuigd, dat deze patiënten in staat zijn voor zichzelf te zorgen. Een aantal thuisverpleegkundigen (3,07%) is hier echter helemaal niet van overtuigd.

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen geeft aan dat door het inschakelen van verzorgend personeel (zowel intern als extern) in de patiëntenzorg (tabel 34) de kwaliteit van de zorg in de afdeling is verbeterd (65,09%). Eén thuisverpleegkundige op vier (26,28%) vindt dat door het inschakelen van verzorgend personeel de kwaliteit van de zorg hetzelfde is gebleven en 0,94% van de thuisverpleegkundigen vindt dat de kwaliteit van de zorg daardoor is verslechterd.

3. Professioneel zelfbeeld met betrekking tot het team

Thuisverpleegkundigen (tabel 36) voelen zich in grote mate verantwoordelijk voor de handelingen die ze doorgeven (99,20%, waarbij 62,50% aangeeft hier helemaal akkoord mee te zijn) en voor het goed functioneren van de equipe (98,41%). De thuisverpleegkundigen vinden het ook belangrijk om het gevoel te hebben deel uit te

maken van de verpleegkundige equipe (97,74%). Thuisverpleegkundigen beschouwen zichzelf als een gelijkwaardige partner in het multidisciplinair team (96%) en ze geven aan het gevoel te hebben dat de mantelzorger respect heeft voor hun bijdrage in de zorg (95,33%, waarvan 70,13% aangeeft hier eerder akkoord mee te zijn). Naar de collega's toe hebben ze het gevoel dat ze in moeilijke zorgsituaties altijd kunnen rekenen op de collega's (91,18%, waarbij 54,01% aangeeft hier eerder akkoord mee te zijn). Tenslotte geven ze aan nood te hebben aan overleg met de mantelzorger/familie (91,16%, waarbij 67,60% aangeeft hier eerder akkoord mee te zijn). Naar de leidinggevende toe hebben thuisverpleegkundigen nood aan een goede hoofdverpleegkundige met visie (94,74%, waarvan 73,18% aangeeft dit zeer noodzakelijk te vinden), geven ze aan dat het goed functioneren van de equipe afhankelijk is van het leiderschap van de leidinggevende (92,05%) en hebben ze het gevoel zeer duidelijk te weten wat de leidinggevende van hen verwacht (91,90%).

De thuisverpleegkundigen zijn het minst akkoord met het feit dat ze een spilfiguur en initiatiefnemer zijn in het multidisciplinair organiseren van zorg rond de patiënt (28,04%). Ze zijn er ook niet van overtuigd dat artsen, waarmee ze werken, het nut van hun verpleegkundige interventies erkennen (15,64%) en dat andere disciplines respect hebben voor hun bijdrage in de zorg (14,39%). Verder hebben thuisverpleegkundigen in mindere mate het gevoel te werken binnen de daadwerkelijke omkadering van een team (12,71%) en hebben ze in mindere mate het gevoel dat er binnen de verpleegkundige equipe een overeenkomst is inzake de gemeenschappelijke zorgdoelstellingen (11,68%).

4. Professioneel zelfbeeld met betrekking tot de zorgcontext

Met betrekking tot het beeld van de thuisverpleegkundigen ten aanzien van de context, waarin zij zorg verlenen, wordt eerst het leiderschap geëvalueerd, gevolgd door de factoren die eigen zijn aan de context en het beeld dat thuisverpleegkundigen zelf hebben en de maatschappij heeft over het thuisverpleegkundig beroep. Tenslotte wordt verder ingegaan op de financiële en structurele maatregelen in het kader van de schaarste in de verpleegkunde, op de fierheid en tevredenheid over het beroep en de carrièreplanning.

4.1 Visie en evaluatie leiderschap

De thuisverpleegkundigen (tabel 37) zijn van mening dat de directie voeling moet hebben met het werkveld (98%) en dat regelmatige feedback door de leidinggevende bijdraagt tot de kwaliteit van het werk (91,78%).

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen voelt zich gesteund door het verpleegkundig beleid binnen de organisatie (80,99%). Ze vinden dat zij op regelmatige basis praten met hun leidinggevende over professionele problemen (77,33%) en dat de relatie die ze hebben met hun leidinggevende voor hen een steun is als verpleegkundige (77,03%).

Bijna de helft van de thuisverpleegkundigen (47,69%) heeft het gevoel dat de directie niet weet wat er leeft binnen de afdeling en vindt dat de economische situatie in de organisatie haaks staat op wat zij willen realiseren in de zorg (46,20%).

Verder geeft 34,40% van de thuisverpleegkundigen aan dat de informatie-doorstroming binnen de organisatie top-down niet vlot verloopt (34,40%) en geeft 33,06% aan dat de carrièremogelijkheden binnen het verpleegkundig beroep het niet mogelijk maken de ambities te realiseren.

4.2 Contextfactoren

Algemeen gezien (tabel 45) heeft het merendeel van de thuisverpleegkundigen het gevoel dat ze in de huidige zorgcontext meestal die zorg kunnen geven die ze wensen te geven (73,56%).

Binnen de context (tabel 38), waarin thuisverpleegkundigen hun zorgopdracht uitvoeren, kunnen ze het eigen werk controleren (96,90%), hebben ze niet het gevoel in een positie geplaatst te worden, waarin ze dingen moeten doen tegen het eigen verpleegkundig oordeel in (87,74%), zijn ze van mening dat patiënttoewijzing aan de basis ligt van continuïteit in de zorg (87,13%) en geven ze aan de vrijheid te hebben om belangrijke beslissingen te nemen met betrekking tot de patiëntenzorg en het werk (81,43%).

Met betrekking tot de werkrelatie met artsen zijn ongeveer 3 thuisverpleegkundigen op 4 van mening dat deze goed is (72,45%), maar de helft van de thuisverpleegkundigen vindt niet dat er veel teamwerk is tussen artsen en verpleegkundigen (55,50%).

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen is van mening dat de zorgcontext hen niet toelaat om binnen de beschikbare tijd per ronde kwalitatief goede zorg te bieden aan al de patiënten (69,84%). Een groot aantal thuisverpleegkundigen is van mening dat er onvoldoende tijd en opportuniteiten zijn om zorgproblemen van patiënten te bespreken met andere thuisverpleegkundigen (44,98%) en dat adequate ondersteunende diensten (administratie, poetsdienst,...) het voor hen onvoldoende mogelijk maken tijd te spenderen aan de patiënten (41,57%). Tenslotte geeft 37,26% van de thuisverpleegkundigen aan dat er onvoldoende gekwalificeerde thuisverpleegkundigen zijn om te voorzien in de kwaliteit van de patiëntenzorg.

4.3 Beeld van thuisverpleegkundigen over hun beroep

Algemeen gezien (tabel 40b) hebben thuisverpleegkundigen een positief beeld over hun beroep (97,61%).

Er werd de thuisverpleegkundigen gevraagd de drie uitspraken aan te duiden die het best weergeven welk beeld ze zelf hebben over hun beroep (tabel 39). De uitspraak, die, volgens de thuisverpleegkundigen, het best daarbij aansluit, is dat het een beroep is met een grote verantwoordelijkheid (72,03%), gevolgd door de overtuiging dat thuisverpleegkunde hard werken is (68,21%) en dat een thuisverpleegkundige haar werk zelfstandig uitvoert (55,28%). Hun top 5 wordt afgesloten met respectievelijk de gedachte dat thuisverpleegkunde een roeping is (41,03%) en dat het een bewonderenswaardig beroep is (28,63%).

Wanneer thuisverpleegkundigen meer in detail reflecteren over hun beroep (tabel 44), komt duidelijk naar voor dat ze liever werken binnen de thuisverpleging dan binnen een ziekenhuissetting (95,32%) en dat ze zich door hun directe omgeving gewaardeerd voelen als thuisverpleegkundige (92,16%). Drie thuisverpleegkundigen

op vier zijn van mening dat het belangrijkste deel van de opleiding gebeurt aan het bed van de patiënt (76,19%). Verder blijkt dat thuisverpleegkundigen op het einde van hun basisopleiding een correcter beeld hadden over het verpleegkundig beroep in het algemeen (59,49%), dan over het thuisverpleegkundig beroep (45,42%). Tenslotte blijkt het merendeel van de thuisverpleegkundigen van mening te zijn dat de docenten uit het verpleegkundig onderwijs niet hetzelfde beeld van verpleegkunde hebben als verpleegkundigen in de praktijk (68,20%) en dat het niet belangrijk is voor een thuisverpleegkundige om lid te zijn van een beroepsvereniging (67,65%).

4.4 Beeld van de maatschappij over het thuisverpleegkundig beroep

Algemeen gezien (tabel 40a en 41) is het merendeel van de thuisverpleegkundigen van mening dat de maatschappij een overwegend positief (72,44%), maar foutief (62,50%) beeld heeft over het thuisverpleegkundig beroep.

Er werd de thuisverpleegkundigen gevraagd de drie uitspraken aan te duiden die het best aansluiten bij het beeld van de maatschappij over het thuisverpleegkundig beroep (tabel 39). De uitspraak die, volgens de thuisverpleegkundigen, hierbij best aansluit, is dat thuisverpleegkunde wassen en plassen is (59,50%), gevolgd door de uitspraak dat een thuisverpleegkundige minderwaardig is ten opzichte van een ziekenhuisverpleegkundige (54,22%) en dat thuisverpleegkunde een roeping is (45,65%). De top 5 wordt afgesloten met de overtuiging dat de maatschappij thuisverpleegkunde associeert met hard werken (33,77%) en dat thuisverpleegkunde een bewonderenswaardig beroep is (28,89%).

Met betrekking tot het gevoel dat het beeld van de maatschappij bij de thuisverpleegkundigen oproept (tabel 42), zijn de meningen verdeeld: 35,80% vindt het beeld van de maatschappij over hun beroep storend, 34,19% vindt dat het hen een gevoel van waardering geeft en ongeveer 1 thuisverpleegkundige op 4 (24,50%) geeft aan dat het hen onverschillig laat.

4.5 Impact van financiële en structurele maatregelen in het kader van schaarste in de verpleegkunde

In het kader van de problematiek rond schaarste in de verpleegkunde (tabel 43) zien thuisverpleegkundigen het grootste heil in financiële maatregelen, meer bepaald een toename van de financiële compensaties voor onregelmatige prestaties (94,79%), gevolgd door een algemene loonsverhoging (92,65%) en een werktijdverkorting op het einde van de loopbaan, zonder loonverlies (92,30%). Als structurele maatregel scoort het vergroten van bijscholingsmogelijkheden het hoogst (82,42%).

Ongeveer één thuisverpleegkundige op vier vindt dat het aanwerven van buitenlandse verpleegkundigen (25,45%) en het inschakelen van lager geschoold personeel in de zorg (22,22%) een negatief effect hebben op het beroep.

De maatregelen, die volgens de thuisverpleegkundigen geen effect (zullen) hebben zijn de imagocampagnes van de overheid (32,35%), budgetten voor wetenschappelijk onderzoek (30,52%), toegankelijkheid van het beroep voor kinesisten d.m.v. een opleiding (28,38%), en een gratis basisopleiding verpleegkunde (25,30%).

4.6 Fierheid over het beroep

Thuisverpleegkundigen (tabel 45) zijn over het algemeen trots verpleegkundige te zijn (96,95%). Drie thuisverpleegkundigen op vier geven aan dat, indien ze opnieuw voor de keuze stonden, ze dezelfde opleiding zouden kiezen (77,27%) en dat ze iemand uit de naaste omgeving zouden aanraden verpleegkunde te studeren indien deze persoon dit overweegt (75,77%).

Meer dan de helft van de thuisverpleegkundigen geeft aan dat zij, in de omgeving waar ze werken, het werk als thuisverpleegkundige niet stresserend vinden (56,17%).

4.7 Tevredenheid met het huidige werk

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen (tabel 47) ervaart zelden tot nooit (91,63%) een gevoel van onmacht wegens onvoldoende medewerking vanuit gezinszorg, wegens een gebrek aan medewerking van de patiënt en/of familie (81,54%) en wegens het verlenen van zorg in een thuissituatie die eigenlijk onverantwoord is (geworden) (81,23%).

De helft van de thuisverpleegkundigen ervaart vaak tot altijd (53,32%) een gevoel van onmacht wegens verkeersproblemen, parkeerproblemen of boetes. Verder ervaart 40,94% van de thuisverpleegkundigen vaak een gevoel van onmacht wegens onvoldoende medewerking vanuit het ziekenhuis en heeft 35,33% het gevoel vaak gestoord te worden in de vrije uren voor zaken die eigenlijk hadden kunnen wachten. Eén thuisverpleegkundige op vier (26,57%) ervaart vaak het gevoel van onmacht wegens onvoldoende medewerking van huisartsen.

Tenslotte geeft iets minder dan de helft van de thuisverpleegkundigen (47,55%) aan dat voltijds werken fysiek zwaar is en moeilijk te combineren is met een gezin. Met betrekking tot dit aspect van de zorgcontext is het belangrijk te kijken hoe enerzijds voltijds werkenden en anderzijds voltijds werkenden met inwonende kinderen, hiertegenover staan: één voltijds werkende thuisverpleegkundige op vier (25,11%) ervaart voltijds werken als fysiek zwaar, maar 43,40% heeft hier geen probleem mee; één voltijds werkende thuisverpleegkundige, met inwonende kinderen, op vier (25%) ervaart voltijds werken als fysiek zwaar en moeilijk te combineren met een gezin, maar 41,35% heeft hier geen probleem mee.

Als het werk beëindigd is (tabel 46) heeft 64,11% een moe, maar tevreden gevoel en is 30,38% tevreden met het geleverde werk.

Algemeen gezien (tabel 50) is 90,62% van de thuisverpleegkundigen tevreden met het huidige werk, waarbij 22,59% aangeeft zeer tevreden te zijn. Onafhankelijk van de huidige werkomstandigheden (tabel 51) is 92,74% van de thuisverpleegkundigen tevreden verpleegkundige te zijn, waarbij 45,25% aangeeft zeer tevreden te zijn. Opmerkelijk hierbij is dat de tevredenheid van thuisverpleegkundigen stijgt als de werkomstandigheden buiten beschouwing worden gelaten.

4.8 Carrièreplanning

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen (70,95%) gaat binnen dit en één jaar niets veranderen inzake de tewerkstelling (tabel 48). Binnen dit en één jaar wenst 12,45% van de thuisverpleegkundigen de positie te verbeteren binnen de organisatie en wil 8,30% de werktijd verminderen.

Op de vraag naar hoelang men denkt te werken binnen het thuisverpleegkundig beroep (tabel 49), is 62,02% van de thuisverpleegkundigen van plan zeker te werken tot het einde van de loopbaan. Eén thuisverpleegkundige op vier geeft aan vermoedelijk niet te blijven werken tot het einde van de loopbaan. Tenslotte denkt 9,30% van de thuisverpleegkundigen zeker niet tot het einde van de loopbaan te werken en kijkt 3,05% uit naar iets anders om, indien mogelijk, het beroep te verlaten.

III. KRUISTABELLEN

Kruistabellen (cf. bijlage VIII) worden gebruikt om de samenhang te bestuderen tussen twee (of meer) variabelen door de frequenties van de variabelen tegen elkaar af te zetten. Bij iedere kruistabel kunnen samenvattende, statistische maten worden berekend, die de samenhang in één enkel getal weergeven. De meest elementaire maat is chi-kwadraat, die aangeeft of de samenhang in een kruistabel wel of niet statistisch significant is, maar deze maat kan niet worden gebruikt om de sterkte van het verband af te lezen.

In wat volgt, wordt de samenhang beschreven tussen bepaalde aspecten van het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen en de opleiding van thuisverpleegkundigen, de functie die ze uitoefenen, het werken als vaste of vervangende thuisverpleegkundige, het tewerkstellingsregime en het aantal jaar dat ze reeds werkzaam zijn als thuisverpleegkundige. In deze fase van het onderzoek ligt de focus enkel op het beschrijven van de resultaten en niet op het onderzoeken van de sterkte van het verband tussen de variabelen, de richting van dit verband of de causaliteit. Er werden dan ook nog geen verdere statistische analyses uitgevoerd op deze kruistabellen (geen chi-kwadraat). Het is wel belangrijk voor ogen te houden dat zogenaamde ‘verborgen’ variabelen een invloed kunnen uitoefenen op de samenhang tussen de variabelen en deze samenhang kunnen verklaren. Bijvoorbeeld, het is niet omdat jongere thuisverpleegkundigen hun professe meer zien als slecht betaald dan oudere thuisverpleegkundigen, dat de huidige generatie verpleegkundigen meer financieel gericht is dan de oudere generatie, misschien speelt hun gezinssituatie hier ook een niet onbelangrijke rol.

1. Gegradueerde (A1) versus gediplomeerde (A2) thuisverpleegkundigen

Kijkend naar het competentiegevoel van thuisverpleegkundigen in de verschillende vaardigheidsdomeinen (tabel 52), blijkt er geen belangrijk verschil te zijn tussen gegradueerde en gediplomeerde thuisverpleegkundigen. Wel kunnen enkele kleine verschillen worden waargenomen. Zo voelen gegradueerde thuisverpleegkundigen zich meer ‘heel bekwaam’ in het gebruik van de nomenclatuur (9,34%), in het methodisch handelen (11,67%) en in het tot stand brengen van een professionele relatie met de patiënt (40,31%) dan gediplomeerde thuisverpleegkundigen (respectievelijk 5,49%, 5,02% en 35,98%). Terwijl gediplomeerden zich meer ‘bekwaam’ voelen in therapeutisch-diagnostische en technische vaardigheden (62,37% versus 53,88%) en in het doorgeven van taken aan verzorgenden (60,59% versus 53,17%) en zich meer ‘heel bekwaam’ voelen in het stellen van grenzen (15,27% versus 10,55%) en in het promoten van de organisatie (18,57% versus 11,63%).

In vergelijking met gegradueerde thuisverpleegkundigen beschouwen gediplomeerde thuisverpleegkundigen de kwaliteit van de verpleegkundige zorg (tabel 53) binnen de afdeling meer als 'uitstekend' (22,04% versus 15,83%) en zijn ze er ook meer van overtuigd dat het inschakelen van verzorgend personeel in de patiëntenzorg (tabel 54) de kwaliteit van de zorg verbetert dan gegradueerden (67,65% versus 59,53%).

Gediplomeerde thuisverpleegkundigen zijn er meer van overtuigd dat de maatschappij een positief beeld (tabel 55) heeft van hun beroep dan gegradueerde thuisverpleegkundigen (21,83% versus 11,33%) en dat de maatschappij een correct beeld (tabel 56) heeft van wat thuisverpleegkundigen doen in de praktijk (40,95% versus 31,13%, correct + eerder correct). Naar het gevoel dat het algemeen beeld van thuisverpleegkunde in de maatschappij bij de thuisverpleegkundigen oproept (tabel 57), geven meer gediplomeerden aan dat het hen een gevoel van waardering geeft (38,24% versus 24,90%), terwijl gegradueerden hoger scoren op een gevoel van onverschilligheid (29,25% versus 22,27%), storen (38,34% versus 34,87%) en frustratie (7,51% versus 4,62%).

Meer gegradueerde thuisverpleegkundigen zouden iemand uit de naaste omgeving, die overweegt verpleegkunde te studeren (tabel 58), dit aanraden (82,10% versus 72,48%). Gediplomeerden geven meer aan dat ze op het einde van hun werk (tabel 59) tevreden zijn met het geleverde werk (32,36% versus 26,69%), maar ze geven ook meer aan dat ze zich op het einde van hun werk ontmoedigd en bedroefd voelen over wat ze niet konden doen voor hun patiënten (4,38% versus 1,20%). Gegradueerden geven dan weer meer aan dat ze op het einde van hun werk moe, maar tevreden zijn (70,12% versus 60,96%). Met betrekking tot de carrièreplanning binnen dit en één jaar (tabel 60) is er geen belangrijk verschil waar te nemen tussen gegradueerde en gediplomeerde thuisverpleegkundigen. Gediplomeerden denken op dit moment wel meer dan gegradueerden zeker te werken tot het einde van de loopbaan (63,54% versus 58,30%) (tabel 61) en gegradueerden denken meer dan gediplomeerden nog een tijdje door te gaan, maar zeker niet tot het einde van de loopbaan (12,36% versus 8,13%).

2. Basisverpleegkundigen versus leidinggevenden

In wat volgt, worden de resultaten besproken op basis van de functie die de respondenten uitoefenen. Hierbij werd ervoor geopteerd enkel een vergelijking door te voeren tussen twee groepen van thuisverpleegkundigen: verpleegkundigen (basisverpleegkundigen en vroedvrouwen) en leidinggevenden (adjunct-hoofdverpleegkundigen, hoofdverpleegkundigen en nursingcoördinatoren).

In vergelijking met de basisverpleegkundigen voelen de thuisverpleegkundigen met een leidinggevende functie zich meer 'heel bekwaam' (tabel 63) in verzorgende vaardigheden (60% versus 48,26%), in schriftelijke rapportering (27,50% versus 13,19%), in het bezitten van een brede en algemene kennis (17,50% versus 9,60%), in het gebruik van de nomenclatuur (45% versus 5,20%), in het methodisch handelen (25% versus 6,70%), in transfervaardigheid (32,50% versus 9,75%), in het creatief zijn (22,50% versus 13,43%), in het flexibel zijn (37,50% versus 23,08%), in het zelfstandig werken (60% versus 50,14%), in het organiseren en plannen van de verpleegronde (55% versus 44,71%), in het organiseren van het werk in functie van de samenwerking met andere gezondheidswerkers (35% versus 13,59%), in het

organiseren van het werk in functie van de samenwerking met andere collega's (42,50% versus 21,12%), in het organiseren van het werk in functie van de samenwerking met mantelzorgers (20% versus 13,73%), in administratieve vaardigheden (40% versus 19,05%), in het doorverwijzen naar andere zorgverleners (42,50% versus 13,17%), in het communiceren met collega's (38,46% versus 30,88%), in het communiceren met leidinggevend (28,31% versus 17,83%), in het communiceren met artsen (17,50% versus 9,21%), in het communiceren met andere gezondheidswerkers (28,21% versus 11,47%), in het vertalen (20% versus 11,17%), in het educeren/informer (20% versus 11,03%), in het opnemen van verantwoordelijkheid t.a.v. de verleende zorg (45% versus 32,82%), in het tot stand brengen van een professionele relatie met de patiënt (42,50% versus 37,33%), in het behoud van het evenwicht tussen een doorgedreven betrokkenheid en een gepaste afstand (25% versus 18,97%) en in het promoten van de organisatie (40% versus 15,13%), maar ze voelen zich minder 'heel bekwaam' dan basisverpleegkundigen in het communiceren met de patiënt (28,21% versus 43,25%), in het communiceren met de familie/mantelzorger (25,64% versus 33,80%) en in een attitude van zorgzaamheid (47,50% versus 50,84%).

Niemand van de leidinggevend beschrijft de kwaliteit van de eigen verleende zorg (tabel 64) als 'redelijk tot slecht' (0% versus 2,22%).

Met betrekking tot het teamgebeuren (tabel 66) en op basis van de antwoordcategorie 'helemaal akkoord', hebben basisverpleegkundigen meer nood aan een goede leidinggevende met visie (73,27% versus 60%), zijn ze er meer van overtuigd dat andere disciplines (18,01% versus 5,13%) en de mantelzorger (25,80% versus 10,26%) respect hebben voor de bijdrage van de thuisverpleegkundige in de zorg en dat de artsen, met wie ze werken, het nut erkennen van hun verpleegkundige interventies (18,50% versus 2,56%), weten ze meer wat de leidinggevende van hen verwacht (46,67% versus 35,48%), zijn ze meer van mening dat het goed functioneren van de equipe afhankelijk is van het leiderschap van de leidinggevende (47,50% versus 37,50%), voelen ze zich meer verantwoordelijk voor de handelingen die ze doorgeven (62,93% versus 48,72%), maar voelen leidinggevend zich meer medeverantwoordelijk voor het goed functioneren van het team (69,23% versus 55,05%) en zien ze zichzelf meer als een spilfiguur en initiatiefnemer in het multidisciplinair organiseren van zorg rond de patiënt (39,47% versus 14,98%).

In vergelijking met de leidinggevend zijn basisverpleegkundigen meer van mening dat de maatschappij een 'positief' (19,19% versus 5%) en 'correct' (2,08% versus 0%) beeld heeft van hun beroep (tabel 67 en 68). Verder (tabel 69) geeft het beeld van de maatschappij basisverpleegkundigen meer een gevoel van waardering (34,64% versus 10,26%) dan leidinggevend en leidinggevend ervaren dit beeld meer als storend dan basisverpleegkundigen (58,97% versus 35,20%).

Leidinggevend (tabel 70) zouden iemand uit de naaste omgeving, die overweegt verpleegkunde te studeren, dit meer aanraden dan basisverpleegkundigen (95,12% versus 75,24%), ze zouden meer opnieuw kiezen voor dezelfde opleiding (85,37% versus 77,27%), ze kunnen in de huidige zorgcontext meer die zorg geven die ze wensen te geven (81,58% versus 73,47%) en ze zijn meer trots verpleegkundige te zijn (100% versus 96,81%). Niemand van de leidinggevend (tabel 71) geeft aan zich op het einde van het werk uitgeput en ontmoedigd te voelen (0% versus 2,37%).

Met betrekking tot de carrièreplanning (tabel 72) geven leidinggevenden meer aan dat ze niets gaan veranderen aan de huidige werksituatie (80% versus 70,63%), en geeft niemand aan een overplaatsing aan te vragen binnen dezelfde organisatie, een zelfde positie te ambiëren in een andere thuiszorgorganisatie, te veranderen van thuiszorgorganisatie, te werken als verpleegkundige, maar niet binnen een thuiszorgorganisatie, te veranderen van werk, zelfstandig verpleegkundige te worden of definitief te stoppen met werken. Verder denken leidinggevenden (tabel 73) meer dan basisverpleegkundigen zeker te werken tot het einde van de loopbaan (78,05% versus 61,58%) en kijken ze minder uit naar iets anders om, indien mogelijk, het beroep te verlaten (0% versus 3,19%). Tenslotte zijn leidinggevenden (tabel 74), onafhankelijk van de huidige werkomstandigheden, meer ‘zeer tevreden’ dan basisverpleegkundigen (51,22% versus 45,10%).

3. Vaste versus vervangende thuisverpleegkundigen

In wat volgt, worden de resultaten vergeleken tussen thuisverpleegkundigen in vast en thuisverpleegkundigen in vervangend dienstverband met betrekking tot hun autonomie, hun fierheid over het beroep, hun gevoel van onmacht en hun algemene tevredenheid. In de vergelijking van deze resultaten is het belangrijk mee te nemen dat vervangende, meer dan vaste thuisverpleegkundigen, terug te vinden zijn in de leeftijdscategorie -30 jaar (41,35% versus 23,16%), terwijl de vaste, meer dan de vervangende thuisverpleegkundigen, terug te vinden zijn in de leeftijdscategorie tussen 31 en 60 jaar (76,85% versus 58,65%) (tabel 75).

Thuisverpleegkundigen (tabel 76) in vast dienstverband geven iets meer aan ‘vaak tot altijd’ het resultaat van hun zorg systematisch te kunnen evalueren (87,27% versus 81,82%), veel te kunnen doen voor de patiënt (82,02% versus 71,75%), overleg te kunnen plegen met andere gezondheidswerkers (74,49% versus 54,19%) en tijd te kunnen besteden aan het ontwikkelen van een persoonlijke relatie met de patiënt (73,77% versus 64,12%) dan thuisverpleegkundigen in vervangend dienstverband. Verder kunnen vaste thuisverpleegkundigen ‘vaker’ individuele zorgdoelstellingen voor de patiënten vooropstellen (70,87% versus 63,36%) en kunnen ze ook meer ‘altijd’ de beslissingen in de zorg verantwoorden (32,51% versus 25,95%), met dezelfde patiënten werken (41,10% versus 3,03%) en handelen volgens de eigen ethische waarden (18,72% versus 11,36%) dan vervangende thuisverpleegkundigen. Maar vervangende thuisverpleegkundigen geven meer aan ‘vaak tot altijd’ tijd te kunnen besteden aan het werken met studenten (43,84% versus 35,42%) dan vaste thuisverpleegkundigen.

Niemand van de vervangende thuisverpleegkundigen (tabel 77) is helemaal akkoord met het feit dat artsen en verpleegkundigen goede werkrelaties hebben (0% versus 7,39%). Vaste thuisverpleegkundigen zijn meer ‘helemaal akkoord’ met het feit dat de thuisverpleegkundige haar eigen werk controleert (32,58% versus 28,46%), dat er voldoende gekwalificeerde thuisverpleegkundigen zijn om te voorzien in de kwaliteit van de patiëntenzorg (13,17% versus 6,92%), dat ze niet worden geplaatst in een positie waarin ze dingen moeten doen tegen het eigen verpleegkundig oordeel in (23,44% versus 14,73%) en dat patiënttoewijzing zorgt voor continuïteit van zorg (33,95% versus 22,14%) dan vervangende thuisverpleegkundigen. Algemeen gezien zijn vaste thuisverpleegkundigen meer akkoord (helemaal + eerder) met het feit dat ze de vrijheid hebben om belangrijke beslissingen te nemen met betrekking tot de

patiëntenzorg en het werk (81,44% versus 77,10%) dan vervangende thuisverpleegkundigen.

Een groter percentage vervangende thuisverpleegkundigen (tabel 78) geeft aan iemand uit de naaste omgeving, die overweegt verpleegkunde te studeren, dit aan te raden (82,44% versus 73,81%).

Vervangende thuisverpleegkundigen (tabel 80) ervaren 'vaker' een gevoel van onmacht wegens een gebrek aan medewerking van de patiënt (25,56% versus 16,50%), wegens het verlenen van zorg in een thuissituatie die eigenlijk onverantwoord is (geworden) (27,27% versus 16,50%) en wegens verkeersproblemen (53,79% versus 39,92%), terwijl vaste thuisverpleegkundigen iets 'vaker' een gevoel van onmacht ervaren wegens onvoldoende medewerking vanuit het ziekenhuis (43,18% versus 39,10%) en meer aangeven dat voltijds werken (tabel 81) voor hen fysiek zwaar is en moeilijk te combineren is met een gezin (48,95% versus 38,93%).

Naar carrièreplanning toe (tabel 82 en 83) geven meer vaste thuisverpleegkundigen aan dat zij niets gaan veranderen aan hun huidige werksituatie (72,52% versus 66,67%). Verder zijn er geen belangrijke verschillen waar te nemen tussen de carrièreplanning van vaste en vervangende thuisverpleegkundigen.

De algemene ontevredenheid (zeer + ontevreden) (tabel 84) met het huidig werk is groter bij vervangende (15,04%) dan bij vaste thuisverpleegkundigen (7,12%) en ze zijn ook iets minder 'zeer tevreden' dan vaste thuisverpleegkundigen (18,80% versus 23,63%). Wanneer de huidige werkomstandigheden buiten beschouwing worden gelaten, is er geen belangrijk verschil waar te nemen tussen de ontevredenheid van vaste en vervangende thuisverpleegkundigen en blijken vervangende thuisverpleegkundigen iets meer 'zeer tevreden' te zijn dan vaste thuisverpleegkundigen (48,87% versus 44,92%).

4. Voltijds versus deeltijds tewerkgestelde thuisverpleegkundigen

Hieronder worden de resultaten besproken in functie van de tewerkstellingsgraad van de thuisverpleegkundigen, meer bepaald in functie van een voltijdse of deeltijdse tewerkstelling. Ook hier is het belangrijk voor ogen te houden dat meer voltijds werkende thuisverpleegkundigen terug te vinden zijn in de leeftijdscategorie -30 jaar (50,42% versus 18,13%), terwijl er meer deeltijds werkende thuisverpleegkundigen terug te vinden zijn in de leeftijdscategorie tussen 31 en 60 jaar (81,87% versus 49,58%) (tabel 85).

Deeltijds tewerkgestelde thuisverpleegkundigen zijn meer van mening dat de kwaliteit van de eigen verleende zorg (tabel 86) 'uitstekend' is dan voltijds tewerkgestelde thuisverpleegkundigen (32,61% versus 23,18%). Met betrekking tot de kwaliteit van de zorg, verleend binnen de afdeling en het effect van het inschakelen van verzorgend personeel op de kwaliteit van de patiëntenzorg (tabel 87), is er geen belangrijk verschil waar te nemen tussen voltijdse en deeltijdse thuisverpleegkundigen.

Deeltijdse thuisverpleegkundigen zijn meer van oordeel dat de maatschappij een 'positief' (20,82% versus 14,22%) (tabel 88) en een 'eerder correct' (37,16% versus 30,90%) (tabel 89) beeld heeft over hun beroep dan voltijdse thuisverpleegkundigen.

Het beeld van de maatschappij (tabel 90) roept bij deeltijdse thuisverpleegkundigen meer een gevoel van waardering op (38,31% versus 24,89%), terwijl dit beeld voltijdse thuisverpleegkundigen meer stoort (42,36% versus 33,01%). Met betrekking tot de fierheid over het beroep (tabel 91) en het gevoel op het einde van de werkdag (tabel 92) zijn er geen belangrijke verschillen waar te nemen tussen voltijds en deeltijds tewerkgestelde thuisverpleegkundigen.

Voltijdse thuisverpleegkundigen ervaren 'vaker' een gevoel van onmacht (tabel 93) wegens het verlenen van zorg in een thuissituatie die eigenlijk onverantwoord is (geworden) (22,55% versus 16,63%), wegens onvoldoende medewerking van huisartsen (33,05% versus 23,43%), ze worden 'vaker' gestoord in de vrije uren voor zaken die eigenlijk hadden kunnen wachten (45,30% versus 30,93%) en ze ervaren meer 'vaak tot altijd' een gevoel van onmacht wegens onvoldoende medewerking vanuit het ziekenhuis (47,45% versus 40,67%) en wegens verkeersproblemen (60,59% versus 50,10%) dan deeltijdse thuisverpleegkundigen. Verder beschouwen meer voltijdse thuisverpleegkundigen het voltijds werken (tabel 94) als fysiek zwaar (25,11% versus 13,71%) en als geen probleem (43,40% versus 5,24%), terwijl meer deeltijdse thuisverpleegkundigen het voltijds werken beschouwen als moeilijk combineerbaar met een gezin (21,57% versus 9,36%) en als fysiek zwaar en moeilijk combineerbaar met een gezin (59,48% versus 22,13%).

Met betrekking tot de carrièreplanning geven iets meer deeltijdse thuisverpleegkundigen aan (tabel 95) dat zij niets gaan veranderen aan de huidige werksituatie (72,24% versus 68,09%), maar dat zij (tabel 96) vermoedelijk niet zullen blijven doorgaan tot het einde van hun loopbaan (27,29% versus 21,70%), terwijl meer voltijdse thuisverpleegkundigen aangeven zeker te werken tot het einde van hun loopbaan (68,51% versus 59,06%).

Wanneer de werkomstandigheden buiten beschouwing worden gelaten (tabel 97), blijken iets meer deeltijdse thuisverpleegkundigen 'zeer ontevreden' te zijn als verpleegkundige (6,59% versus 2,53%) en blijken iets meer voltijdse thuisverpleegkundigen 'zeer tevreden' te zijn (48,52% versus 43,80%).

5. Aantal jaar werkzaam als thuisverpleegkundige

In wat volgt worden enkele resultaten besproken in functie van het aantal jaar dat de respondenten reeds werkzaam zijn als thuisverpleegkundige.

Kijkend naar het 'heel bekwaam' competentiegevoel van thuisverpleegkundigen in de verschillende vaardigheidsdomeinen (tabel 98), is een tendens waarneembaar dat de perceptie van de eigen competentie de eerste vijftien jaar van de tewerkstelling in stijgende lijn gaat, om dan te dalen bij een thuisverpleegkundige anciënniteit tussen 15 en 30 jaar en om tenslotte bij een tewerkstelling van meer dan 30 jaar weer toe te nemen. Het toenemend competentiegevoel bij een thuisverpleegkundige anciënniteit van meer dan 30 jaar is zeer uitgesproken wanneer het gaat om sociale en communicatieve vaardigheden en vaardigheden die betrekking hebben op de houding/attitude. Er zijn echter ook enkele kleine uitzonderingen, die deze tendens niet volgen. Zo blijkt het competentiegevoel voor de volgende vaardigheidsdomeinen de eerste vijftien jaar van de tewerkstelling toe te nemen om daarna te dalen: schriftelijke rapportering, gebruik van de nomenclatuur, administratieve

vaardigheden, grenzen kunnen stellen, organiseren van het werk in functie van de samenwerking met andere gezondheidswerkers en kritische ingesteldheid. Verder blijkt voor de volgende vaardigheidsdomeinen het 'heel bekwaam' competentiegevoel het grootst te zijn de eerste vijf jaar van de tewerkstelling om daarna af te nemen: therapeutisch-diagnostische en technische vaardigheden, methodisch handelen, creativiteit en communicatie met de patiënt. Tenslotte blijkt voor de volgende twee vaardigheidsdomeinen het 'heel bekwaam' competentiegevoel toe te nemen met het aantal dienstjaren: organiseren en plannen van de verpleegronde en doorverwijzen naar andere zorgverleners.

De kwaliteit van de eigen verleende zorg (tabel 99) wordt meer gezien als 'uitstekend' door de thuisverpleegkundigen met een thuisverpleegkundige anciënniteit van meer dan 30 jaar dan door de thuisverpleegkundigen met een thuisverpleegkundige anciënniteit tussen 0 en 5 jaar (43,48% versus 20%). De algemene kwaliteit van zorg binnen de afdeling wordt dan weer meer gezien als 'uitstekend' door de thuisverpleegkundigen met een thuisverpleegkundige anciënniteit tussen 5 en 15 jaar, dan door de thuisverpleegkundigen met een thuisverpleegkundige anciënniteit van meer dan 30 jaar (21,46% versus 13,64%). Hieruit kan worden afgeleid dat de deelnemers, die reeds meer dan 30 jaar werkzaam zijn als thuisverpleegkundige, de kwaliteit van hun eigen verleende zorg veel hoger inschatten dan de kwaliteit van zorg die wordt verleend binnen de afdeling. De respondenten met een thuisverpleegkundige anciënniteit tussen 0 en 5 jaar associëren het inschakelen van verzorgend personeel in de patiëntenzorg (tabel 100) het meest met een verbetering van de kwaliteit (69,61%).

Met betrekking tot het teamgebeuren (tabel 101) is er een tendens waarneembaar dat naarmate men langer werkzaam is als thuisverpleegkundige, men zich meer beschouwt als een gelijkwaardige partner in het multidisciplinair team, men zich meer verantwoordelijk voelt voor het goed functioneren van de equipe, men zichzelf meer ziet als een spilfiguur en initiatiefnemer in het multidisciplinair organiseren van zorg rond de patiënt, men meer van mening is dat andere disciplines respect hebben voor de bijdrage van de thuisverpleegkundige in de zorg en dat men binnen de verpleegkundige equipe een overeenkomst heeft over de gemeenschappelijke zorgdoelstellingen, men meer weet wat de leidinggevende verwacht, men het belangrijker vindt deel uit te maken van een verpleegkundige equipe, men meer het gevoel heeft dat de artsen waarmee men werkt het nut van de verpleegkundige interventies erkennen en men meer vindt dat het goed functioneren van de equipe afhankelijk is van het leiderschap van de leidinggevende.

De overtuiging dat de maatschappij een 'positief' beeld heeft van thuisverpleegkunde neemt toe met de thuisverpleegkundige anciënniteit (tabel 102), en de associatie met een 'eerder negatief' beeld neemt af met de thuisverpleegkundige anciënniteit. Met betrekking tot de correctheid van het beeld van de maatschappij van thuisverpleegkunde (tabel 102) blijkt de associatie met een 'foutief beeld' het grootst te zijn bij de deelnemers met de hoogste thuisverpleegkundige anciënniteit (9,09%). Het beeld van de maatschappij (tabel 102) van thuisverpleegkunde geeft deze anciënniteitsgroep enerzijds meer een gevoel van waardering (57,14%) en anderzijds blijkt de frustratie bij hen ook groter te zijn (9,52%) dan bij de andere anciënniteitsgroepen. Het onverschilligheidsgevoel is dan weer meer aanwezig bij de deelnemers met een thuisverpleegkundige anciënniteit tussen 0 en 5 jaar (29,89%).

Naarmate de thuisverpleegkundige anciënniteit toeneemt, is men meer geneigd om dezelfde opleiding te kiezen indien men opnieuw diende te kiezen, maar is men ook meer geneigd om iemand uit de naaste omgeving, die overweegt verpleegkunde te studeren, dit niet aan te raden (tabel 103). Als het werk is beëindigd, geven meer thuisverpleegkundigen met een thuisverpleegkundige anciënniteit tussen 0 en 5 jaar (36,90%) en meer dan 30 jaar (40,91%) aan dat ze tevreden zijn met het geleverde werk en wordt de associatie met 'moe, maar tevreden' meer gelegd door de thuisverpleegkundige anciënniteitsgroep tussen 5-15 jaar (68,97%) en 30 jaar (64,66%).

Uit tabel 104 blijkt dat de respondenten, die tussen 5 en 15 jaar tewerkgesteld zijn als thuisverpleegkundige, het meest aangeven dat zij 'vaak tot altijd' een gevoel van onmacht ervaren wegens een gebrek aan medewerking van de patiënt en/of familie (21,84%). De thuisverpleegkundige anciënniteitsgroep tussen 0 en 5 jaar geeft het meest aan dat zij 'vaak tot altijd' een gevoel van onmacht ervaren wegens het verlenen van zorg in een thuissituatie die eigenlijk onverantwoord is (22,58%) en wegens verkeersproblemen (66,31%). De thuisverpleegkundige anciënniteitsgroep van meer dan 30 jaar ervaart het meest 'vaak tot altijd' een gevoel van onmacht wegens onvoldoende medewerking van huisartsen (34,78%, gevolgd door de groep tussen 0 en 5 jaar met 32,08%) en wegens onvoldoende medewerking vanuit gezinszorg (17,39%). Een gevoel van onmacht wegens onvoldoende medewerking vanuit het ziekenhuis wordt voornamelijk (op basis van 'vaak tot altijd') ervaren door de thuisverpleegkundige anciënniteitsgroep tussen 5 en meer dan 30 jaar, terwijl het gestoord worden in de vrije uren voornamelijk wordt ervaren door de anciënniteitsgroep van 0 tot 30 jaar. Voltijds werken wordt voornamelijk door de thuisverpleegkundige anciënniteitsgroepen tussen 0 en 5 jaar en meer dan 30 jaar beschouwd als fysiek zwaar (respectievelijk 24,73% en 40%) en geen probleem (respectievelijk 24,73% en 40%), terwijl de anciënniteitsgroepen tussen 5 en 15 jaar en tussen 15 en 30 jaar voltijds werken voornamelijk associëren met moeilijk te combineren met een gezin (respectievelijk 19,92% en 19,92%) en fysiek zwaar en moeilijk te combineren met een gezin (respectievelijk 50% en 53,76%).

Naar carrièreplanning toe (tabel 105 en 106) geeft de hoogste thuisverpleegkundige anciënniteitsgroep meer aan zeker te werken tot het einde van de loopbaan, de werktijd te verminderen en binnen dit en één jaar definitief te stoppen met werken, terwijl de thuisverpleegkundige anciënniteitsgroep tussen 0 en 5 jaar meer zaken aangeeft in de aard van aanvragen van een overplaatsing, positie verbeteren binnen de organisatie, werken als verpleegkundige maar niet binnen een thuiszorgorganisatie, veranderen van werk, zelfstandig thuisverpleegkundige worden en niet definitief stoppen met werken.

De thuisverpleegkundige anciënniteitsgroep tussen 0 en 5 jaar geeft (tabel 107), in vergelijking met de andere groepen, iets meer aan 'zeer tevreden' te zijn, wanneer de werkomstandigheden buiten beschouwing worden gelaten.

DISCUSSIE

De discussie is opgevat in vier grote delen. In een eerste deel wordt er dieper ingegaan op de beschrijvende resultaten uit het voorgaande hoofdstuk, waarbij ook de link wordt gelegd met de resultaten uit de kwalitatieve voorstudie (cf. De Vlieghe et al. 2004). In een tweede deel wordt de invloed besproken van de opleiding van de thuisverpleegkundigen, hun functie, het werken als vaste of vervangende thuisverpleegkundige, hun tewerkstellingsregime en het aantal jaar dat ze reeds werkzaam zijn als thuisverpleegkundige op enkele relevante variabelen, zodat een genuanceerder beeld wordt bekomen voor specifieke subgroepen binnen de thuisverpleegkunde. In een derde deel wordt er nagegaan in welke mate en op welke vlakken het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen overeenkomsten, respectievelijk verschillen vertoont met het professioneel zelfbeeld van ziekenhuisverpleegkundigen (Milisen et al. 2003). Tenslotte wordt er in een vierde deel aandacht besteed aan de methodologische beperkingen van het onderzoek.

De discussie volgt globaal gezien hetzelfde patroon. Eerst worden opmerkelijke bevindingen en kernproblemen besproken die betrekking hebben op de opleiding en het competentiegevoel van thuisverpleegkundigen. Vervolgens wordt er stilgestaan bij de perceptie van thuisverpleegkundigen ten aanzien van hun verpleegkundige zorgverlening en het teamgebeuren binnen de organisatie/afdeling. Tenslotte wordt de problematiek besproken die eigen is aan de context, waarin thuisverpleegkundigen zorg verlenen.

I. HET PROFESSIONEEL ZELFBEELD VAN THUISVERPLEEGKUNDIGEN

1. Perceptie van de opleiding en de competentie

1.1 Thuisverpleegkundigen voelen zich competent

Het meest in het oog springende resultaat is het feit dat thuisverpleegkundigen zich algemeen heel bekwaam voelen in het uitvoeren van hun verpleegkundige zorgopdracht. Een dergelijk positief competentiegevoel draagt ongetwijfeld bij tot een positieve kijk op de professionele toekomst en tot een tevreden gevoel met het huidige werk. De meest prioritaire voorwaarde om als competente thuisverpleegkundige te kunnen functioneren, is het beschikken over praktische en technische vaardigheden. Hieruit kan worden afgeleid dat de technische vaardigheden een belangrijke plaats innemen in de thuisverpleegkundige zorgverlening. Ook in de kwalitatieve voorstudie werd duidelijk aangehaald dat het verpleegtechnisch aspect een belangrijke plaats inneemt in de thuisverpleging en dat het beschikken over instrumenteel-technische vaardigheden zeer belangrijk is om professionele en kwalitatief hoogstaande zorg te verlenen en om tegemoet te kunnen komen aan de steeds complexere thuisituaties.

De thuisverpleegkundigen voelen zich echter het meest bekwaam in verzorgende en sociale vaardigheden en het zelfstandig kunnen werken. Ook hier ziet men een ondersteuning van de resultaten uit de kwalitatieve voorstudie, waar het belang van

zelfstandig werken duidelijk naar voor is gekomen in het kader van de unieke één-één relatie met de patiënt, alsook het belang van intellectueel-cognitieve en sociaal-organisatorische vaardigheden in het algemeen. Door het feit dat ze in de huidige studie ook een grote mate van belang hechten aan deze verzorgende en sociale vaardigheden, maken de thuisverpleegkundigen duidelijk dat deze vaardigheden tot hun verpleegkundige zorgopdracht behoren en niet zomaar kunnen worden gedelegeerd naar andere zorgverleners toe. Algemeen kan worden vastgesteld dat thuisverpleegkundigen de vaardigheden/attituden, waarin ze zich het meest bekwaam voelen, ook beschouwen als heel belangrijk binnen hun zorgopdracht. De vraag die men zich hierbij moet stellen is of thuisverpleegkundigen belangrijk vinden waar ze goed in zijn, of zijn ze goed in wat ze belangrijk vinden? Op deze vraag kunnen we echter vanuit deze studie geen antwoord geven. Een uitzondering hierop vormen de therapeutisch-diagnostische en technische vaardigheden en de communicatie met de arts, waaraan ze in verhouding een groter belang hechten, dan dat ze er zich bekwaam in voelen. In de kwalitatieve voorstudie kwam duidelijk naar voor dat thuisverpleegkundigen moeten beschikken over een algemene en brede kennis omwille van de brede waaier aan patiënten (van 0 tot 100 jaar) en pathologieën. Deze bevinding houdt mogelijk een verklaring in, waarom de technische vaardigheden van thuisverpleegkundigen opduiken in de top 5 van 'minst bekwaam': de brede waaier aan zorgpakketten zorgt ervoor dat thuisverpleegkundigen therapeutisch-diagnostisch vaardig moeten zijn, maar men kan onmogelijk verwachten dat ze in alles even bekwaam zijn en bovendien worden ze niet alle dagen/weken/maanden geconfronteerd met even complexe zorgsituaties. Vandaar het uitbouwen en investeren in referentiedomeinen, zodat de basisverpleegkundigen zich gesteund weten in hun verpleegkundige zorgverlening. De aanwezigheid van referentieverpleegkundigen neemt echter niet weg dat thuisverpleegkundigen alleen staan bij hun patiënt en ook al gaan ze nooit onvoorbereid naar een patiënt, toch kan de idee aanwezig zijn dat ze op een dag een technische vaardigheid nodig hebben, waarbij ze het gevoel hebben dat hun bekwaamheid onvoldoende is om te doen wat ze moeten doen.

Opvallend is echter dat de thuisverpleegkundigen zich het minst bekwaam voelen in het gebruik van de nomenclatuur en in het methodisch handelen. Dit is een verrassende en tegelijk verontrustende vaststelling, daar enerzijds de nomenclatuurgewijze financiering de thuisverpleegkundige setting typeert en daar er anderzijds toch heel wat aandacht wordt besteed aan de verpleegdiagnostiek volgens Gordon. Een mogelijke verklaring is dat de administratie rond deze nomenclatuur door de hoofdverpleegkundige en het secretariaat worden uitgevoerd en opgevolgd en niet door de thuisverpleegkundigen. Met betrekking tot het methodisch handelen bevinden de opleidingen rond de verpleegdiagnostiek volgens Gordon zich in bepaalde afdelingen nog in de opstartfase en hebben de thuisverpleegkundigen, mogelijk, het gevoel dat zij dit nog onvoldoende beheersen om zich daar 'bekwaam' in te voelen. Deze mogelijke verklaringen verduidelijken echter niet waarom zowel het gebruik van de nomenclatuur, waar de financiering van afhankelijk is, als het methodisch handelen, dat ook het Systematisch Verpleegkundig Handelen omvat (meegekregen in de basisopleiding), door de thuisverpleegkundigen als minder belangrijk wordt beschouwd. Deze bevinding kan zeker al worden aangestipt als een belangrijk aandachtspunt en actiepoint.

1.2 De basisopleiding als belangrijkste bron van competentie

De thuisverpleegkundigen beschouwen hun basisopleiding als de belangrijkste bron van hun competentie. Tegelijk geven ze aan dat docenten uit het verpleegkundig onderwijs niet hetzelfde beeld hebben van verpleegkunde dan verpleegkundigen in de praktijk, dat het belangrijkste deel van de opleiding gebeurt aan het bed van de patiënt, dat pas afgestudeerden niet in staat zijn het beroep op een goede wijze uit te oefenen, dat ze geen tijd hebben om te werken met studenten en dat het werken met studenten hen niets oplevert, terwijl ze aangeven dat meewerken aan de opleiding van studenten tot hun takenpakket behoort. In eerste instantie kan hier een contradictie in worden gezien, maar eigenlijk wijst dit eerder in de richting van tijdsgebrek. De basisopleiding van drie jaar is onvoldoende om te voldoen aan de eis van de praktijk, namelijk het direct kunnen mee-functioneren wanneer men is afgestudeerd. Het belangrijkste deel van de opleiding gebeurt inderdaad aan het bed van de patiënt (op het werkveld). Thuisverpleegkundigen hechten veel belang aan het werken met studenten en ze willen dit ook op een professionele wijze invullen, daar het immers gaat om potentieel toekomstige collega's, maar het ontbreekt hen in de meeste gevallen aan tijd. Ook in de kwalitatieve voorstudie werd het belang onderstreept van de basisopleiding als essentiële bron van kennis in het algemeen en verpleegtechnische kennis in het bijzonder.

Ongeveer drie thuisverpleegkundigen op vier geven aan regelmatig vakliteratuur te lezen, wat toch een mooi resultaat is, maar het merendeel van de thuisverpleegkundigen ziet het lezen van vakliteratuur als een middelmatige bron van hun competentie. Hierbij dient de vraag te worden gesteld wat thuisverpleegkundigen verstaan onder 'vakliteratuur'?

1.3 Bijscholing als té investeren domein

Een andere interessante vaststelling heeft betrekking op de bijscholing. De thuisverpleegkundigen hechten zeer veel belang aan bijscholing: het verhoogt de kwaliteit van hun zorg, het geeft hen een gevoel van voldoening, het is te beschouwen als een prioriteit en als het té investeren domein bij uitstek. Ook in de kwalitatieve voorstudie werd het belang aangehaald van bijscholing als een essentiële voorwaarde om de aanwezige kennis in stand te houden en steeds verder uit te diepen. Langs de andere kant geven de thuisverpleegkundigen echter aan dat de bijdrage van bijscholing tot hun huidige competentie eerder klein tot middelmatig is. Hoe dient deze bevinding te worden geïnterpreteerd? Wordt bijscholing geassocieerd met een onderbreking van de dagdagelijkse bezigheden? Voldoet het huidige aanbod inhoudelijk niet aan de wensen, verwachtingen van de thuisverpleegkundigen? Wordt de huidige bijscholing op een verkeerde manier, een verkeerd moment georganiseerd? Is bijscholing moeilijk te combineren met een 'jong' gezin, met voltijds werken, met het werkregime in het algemeen (onderbroken diensten, weekends, ...)? Worden de thuisverpleegkundigen beïnvloed door een zekere modetrend: bijscholing moet belangrijk worden gevonden en daarin moet worden geïnvesteerd, maar ze gaan zelf niet echt op zoek naar mogelijkheden om zich bij te scholen? Het is een feit dat er op het vlak van bijscholing heel wat aan het veranderen is, waarbij klassieke bijscholingen nog heel veel worden gegeven. Dit is echter een zeer controversieel punt. Bijscholing wordt algemeen gepromoot, terwijl het effect ervan op de praktijk niet altijd even duidelijk is. Bijscholing vraagt namelijk veel meer dan gewoon eens een bijscholing bij te wonen. Ook de implementatie van de opgedane informatie in de

dagdagelijkse praktijk is belangrijk en daar loopt het vaak fout. Naast een extra investering in bijscholing, vragen thuisverpleegkundigen ook meer aandacht voor het uitwisselen van kennis en ervaring met collega's. De thuisverpleegkundigen vragen dus een grotere investering en ondersteuning in het overleg met collega's. In de kwalitatieve voorstudie werd zeer duidelijk weergegeven dat de thuisverpleegkundige alleen staat voor een patiënt en dat de collega's steeds kunnen worden geraadpleegd voor overleg en ondersteuning, maar dat de collega's zich niet in een zelfde nabijheid bevinden zoals dat in het ziekenhuis het geval is. Vandaar misschien hun vraag naar extra investering om de momenten, waarop men elkaar wel treft, efficiënter te laten verlopen. Het is dan ook voor de organisatie zeer belangrijk om na te gaan hoe dit overleg kan worden gestructureerd, zodanig dat er maximaal geleerd wordt door uitwisseling.

2. Perceptie van de thuisverpleegkundige zorgverlening

2.1 Patiënt centraal

In de thuisverpleegkundige zorgverlening gaat de aandacht van de thuisverpleegkundigen prioritair uit naar de patiënt in zijn totaliteit, waarbij het nastreven van de genezing van de patiënt bovenaan de prioriteitenlijst prijkt. In tweede instantie gaat de aandacht uit naar de mantelzorger/familie en in derde instantie naar de zorg rond de patiënt/mantelzorger ter verbetering van de kwaliteit (meewerken aan innoverende initiatieven, aan de professionele ontwikkeling van collega's/studenten, ...). In zekere zin is dit resultaat eerder verrassend te noemen, daar in de kwalitatieve voorstudie zeer sterk de nadruk werd gelegd op het feit dat zowel de patiënt als de mantelzorger centraal staan in de zorgverlening, daar de mantelzorger een zeer belangrijke tot onmisbare actor is in het zorggebeuren en in het behoud van de thuissituatie. In deze studie komt dit in mindere mate naar voor. Tenslotte blijkt ook duidelijk dat thuisverpleegkundigen het uitvoeren van administratieve taken en niet-verpleegkundige handelingen beschouwen als minst behorend tot hun zorgopdracht: eerst de patiënt/familie/mantelzorger, dan pas de papierwinkel.

De meest prioritaire voorwaarde om de thuisverpleegkundige opdracht te kunnen realiseren, is een goede werkrelatie met de collega's. Thuisverpleegkundigen geven dus expliciet aan dat het realiseren van de zorgopdracht pas mogelijk is indien er een goede werkrelatie is met de collega's en dat er extra moet worden geïnvesteerd in deze werkrelatie door het onderling overleg te bevorderen en te ondersteunen (cf. 1.3). Het regelmatig kunnen zorgen voor dezelfde patiënten, wat vaak één van de doorslaggevende redenen is om in de thuisverpleging te werken, en goede werkrelaties met de leidinggevende en de arts, zijn andere prioritaire voorwaarden om de zorgopdracht te kunnen uitvoeren. Deze bevindingen ondersteunen niet alleen de kwalitatieve voorstudie in het feit dat thuisverpleegkundigen veel belang hechten aan goede werkrelaties, maar ook in het feit dat men in de eerste plaats kijkt naar de werkrelatie met de collega's, vervolgens naar de werkrelaties met de leidinggevende en dan pas naar de werkrelatie met de arts.

Verder blijkt ook dat het handelen volgens de eigen ethische waarden en het bespreken van ethische problemen belangrijk zijn om de zorgopdracht te kunnen realiseren, maar dat ze niet worden beschouwd als prioritair.

2.2 Belang van autonomie

In de kwalitatieve voorstudie wordt het zelfstandig werken gekaderd binnen de unieke één-één relatie, waarin thuisverpleegkundigen moeten werken: ze moeten alleen kunnen werken en tegelijk kunnen inschatten wanneer het nodig en gewenst is om andere collega's of zorgverleners in te schakelen. Deze bevinding wordt in de huidige studie ondersteund. Thuisverpleegkundigen vinden het namelijk zéér belangrijk om autonoom te kunnen werken. Bovendien blijkt dat de context, waarin thuisverpleegkundigen werken, ook de mogelijkheden biedt om autonoom te werken: ze hebben vaak tot altijd het gevoel dat ze autonoom kunnen werken (97%!), dat ze het nodige initiatief kunnen nemen en dat ze de beslissingen in de zorg kunnen verantwoorden. Het feit dat thuisverpleegkundigen veel belang hechten aan autonoom werken en dat ze ook het gevoel hebben dat de zorgcontext daarin ondersteunend en zelfs bevorderend werkt, draagt, net zoals een positief competentiegevoel, ongetwijfeld bij tot een positieve kijk op de professionele toekomst en tot een tevreden gevoel met huidig werk.

2.3 Impact van tijd

In de kwalitatieve voorstudie werd, in de kantlijn van het positief zelfbeeld van thuisverpleegkundigen, melding gemaakt van een gevoel van onmacht ten gevolge van de tijdsdruk, waaronder zij dienen te werken. In de huidige studie werd de thuisverpleegkundigen de gelegenheid geboden op het einde van de vragenlijst nog eventuele opmerkingen te noteren. De opmerkingen, die werden genoteerd, hadden, op enkele kleine uitzonderingen na, steeds betrekking op de werkdruk. Ze beginnen hun opmerking bijna allemaal met 'ik doe mijn werk ontzettend graag, maar ...', waarbij de steeds toenemende werkdruk wordt aangehaald als een belangrijk knelpunt:

'Verpleegkundige zijn, is voor mij een droomberoep. Ik doe het zeer graag. Jammer genoeg is er op mijn werk weinig appreciatie voor wat we doen. Steeds meer in minder tijd, waardoor ik me soms hulpeloos voel naar de patiënt toe.'

Er wordt ook aangegeven dat het verschil met nog geen vier à vijf jaar geleden ontzettend groot is:

'Hoe langer ik werk, hoe meer we moeten werken. Stress, verkeer, meer presteren, onvoldoende tijd voor de patiënt, te drukke dienstlijsten, nooit gedaan binnen de werktijd, overuren niet betaald. De band met de patiënt geeft voldoening en daar trekken we ons aan op, plus de goede samenwerking met de collega's.'

Uit deze studie blijkt dat gebrek aan tijd een belangrijke, negatieve impact heeft op het aspect dat de thuisverpleegkundige zorgverlening karakteriseert, namelijk het verlenen van zorg op maat en in functie van de noden en wensen van de patiënt. Zo geven de thuisverpleegkundigen aan dat zij zelden tot nooit tijd kunnen besteden aan het werken met studenten, aan het begeleiden en ondersteunen van de mantelzorger, aan het ter sprake brengen van ethische problemen binnen het (multidisciplinair) team, aan het verzamelen van de nodige gegevens van de patiënt, aan overlegmomenten met andere gezondheidswerkers, en aan het aanpassen van de zorg in functie van financiële beperkingen binnen de afdeling/organisatie. Het gaat hier stuk voor stuk om aspecten van hun zorgverlening, waaraan zij veel belang hechten.

Ze slagen er echter niet in om deze zorgaspecten in de praktijk waar te maken. Hier geven de thuisverpleegkundigen toch wel een heel belangrijke boodschap mee! Zo is het toch verrassend en tegelijk alarmerend dat thuisverpleegkundigen de mantelzorger mee centraal willen plaatsen in de zorgverlening, maar dat ze niet de tijd vinden om dit te bewerkstelligen. Met betrekking tot het ethisch aspect speelt echter niet alleen het gebrek aan tijd een rol, maar ook het feit dat 'ethiek' vaak wordt gezien als iets dat apart staat. Het kan immers niet anders dan dat thuisverpleegkundigen met heel veel ethische waarden verplegen. Zij komen immers op het terrein van de patiënt en treden letterlijk binnen in zijn leef- en privé-situatie (cf. kwalitatieve voorstudie). Mogelijk hebben de thuisverpleegkundigen de vragen rond ethiek geïnterpreteerd in de zin van de mate waarin ethische aspecten worden besproken, met de patiënt, onderling. Dit neemt echter niet weg dat er verder aandacht moet worden besteed aan het zoeken naar methoden om de verpleegkundigen te ondersteunen, zodat zij ethiek meer beschouwen als een aspect binnen hun basispakket in plaats van als 'luxe'. Uit deze studie kan verder duidelijk worden afgeleid dat 'tijd' in de eerste plaats wordt gespendeerd aan de patiënt en meer bepaald aan de noodzakelijke basiszorg.

2.4 Kwaliteit van zorg is goed tot uitstekend

De thuisverpleegkundigen zijn van mening dat de kwaliteit van de thuisverpleegkundige zorg goed tot uitstekend is, waarbij de kwaliteit van de eigen geleverde zorg hoger wordt ingeschat dan de kwaliteit van zorg geleverd binnen de afdeling. Wie gaat echter van zichzelf zeggen dat ze geen goede kwaliteit van zorg leveren?

Dat de kwaliteit van de thuisverpleegkundige zorg goed tot uitstekend is, wordt onder meer ondersteund door het feit dat drie op vier thuisverpleegkundigen aangeeft dat ze die zorg kunnen geven die ze wensen te geven, dat het merendeel van de thuisverpleegkundigen ervan overtuigd is dat patiënten, die uit verzorging gaan, voor zichzelf kunnen instaan en dat thuisverpleegkundigen vaak tot altijd individuele zorgdoelstellingen kunnen opstellen voor de patiënt, wat ook een ondersteuning is van de resultaten uit de kwalitatieve voorstudie, waarin duidelijk wordt aangehaald dat de thuisverpleegkundige een gast is in het huis van de patiënt en dat men volledig gericht is op de patiënt zijn (thuis)situatie. Maar, een niet te verwaarlozen percentage thuisverpleegkundigen is van mening dat er onvoldoende gekwalificeerde verpleegkundigen zijn om te voorzien in de kwaliteit van zorg, dat het niet mogelijk is om binnen de beschikbaar gestelde tijd kwalitatief goede zorg te bieden aan al de patiënten, dat men zelden tot nooit tijd heeft om de nodige gegevens van de patiënt te verzamelen en tijdens de laatst gewerkte ronde had het merendeel van de thuisverpleegkundigen geen tijd om te luisteren en tegemoet te komen aan de specifieke noden van de patiënt.

De vraag, die bij deze resultaten dient te worden gesteld, is, hoe de kwaliteit van zorg wordt gepercipieerd in de thuisverpleegkundige sector: wordt de kwaliteit van zorg gepercipieerd vanuit een sterk medisch-technisch perspectief of vanuit een sociaal-verzorgend perspectief (vanuit de vaardigheden waarin ze zich het meest bekwaam voelen)?

Het merendeel van de thuisverpleegkundigen associeert het inschakelen van verzorgend personeel in de patiëntenzorg met een verbetering van de kwaliteit van zorg. Algemeen gezien kan worden gesteld dat de thuisverpleegkundige sector zich goed leent tot het inschakelen van verzorgenden omwille van hun taakinhoud

(ondersteuning van woon- en leefklimaat en ontlasting van de mantelzorger). Uit dit onderzoek kan echter niet worden afgeleid in welke mate de respondenten werkelijk in contact komen met verzorgend personeel (ingebod in de organisatie of extern aan de organisatie), noch hoe de respondenten ‘verzorgend personeel’ hebben gedefinieerd. Deze twee factoren dienen mee in rekening te worden gebracht bij de interpretatie van deze resultaten.

3. Perceptie van het thuisverpleegkundig teamgebeuren

3.1 Team en leiderschap zijn belangrijk

In de kwalitatieve voorstudie kwam zeer sterk naar voor dat thuisverpleegkundigen in de eerste plaats hun professioneel zelfbeeld beschrijven vanuit het perspectief van de patiënt en de mantelzorger, dan vanuit het perspectief van de collega’s en de leidinggevende en tenslotte vanuit het perspectief van de artsen en andere disciplines. In de huidige studie is dit fenomeen ook aanwezig.

De thuisverpleegkundigen zijn zich globaal gezien zeer bewust van hun verantwoordelijkheid binnen het team. Ze hebben een grote teamgeest en ze hebben het gevoel dat ze in moeilijke zorgsituaties altijd kunnen rekenen op hun collega’s. Ze voelen echter in mindere mate een daadwerkelijke omkadering van een team en ze zijn er ook in mindere mate van overtuigd dat er binnen het team een overeenkomst is over de gemeenschappelijke zorgdoelstellingen.

Naar de leidinggevende toe zijn de thuisverpleegkundigen zeer duidelijk: ze hebben nood aan een persoon met visie, het goed functioneren van het team is afhankelijk van de leidinggevende, de verwachtingen van de leidinggevende naar hen toe zijn duidelijk, de relatie met de leidinggevende is voor hen een steun en ze hebben het gevoel dat ze op regelmatige basis kunnen praten met hun leidinggevende over professionele problemen. Hieruit blijkt dat het leadership gedachtegoed heel belangrijk is voor de thuisverpleegkundigen. Ze geven duidelijk de boodschap, die ook in de kwalitatieve voorstudie naar voor kwam, dat een thuisverpleegkundige expliciet kiest voor het werken alleen, in een unieke één-één relatie met de patiënt, maar met de ondersteuning van een team van collega’s en een leidinggevende.

Naar het beleid toe vinden thuisverpleegkundigen het heel belangrijk dat het beleid voeling heeft met werkveld en ze geven ook aan dat ze zich gesteund voelen door het verpleegkundig beleid, maar ze vinden dat de overdracht van informatie top-down niet altijd even vlot verloopt en dat de directie niet weet wat er leeft in de afdeling. Hier geven de thuisverpleegkundigen toch de boodschap om het beleid en het werkveld dichter bij elkaar te brengen en beter op elkaar af te stemmen.

Naar de artsen toe maken de thuisverpleegkundigen een duidelijk onderscheid tussen een werkrelatie en teamwerk: ze geven immers aan dat een goede werkrelatie met de arts belangrijk is en dat ze ook een goede werkrelatie hebben met de artsen, maar dat er niet echt sprake is van teamwerk. Kijkend naar de top 5 van aspecten van het teamgebeuren, waarmee thuisverpleegkundigen het minst akkoord zijn, blijkt dat ze in minder mate overtuigd zijn van het feit dat de artsen, waarmee ze werken, het nut erkennen van hun verpleegkundige interventies.

Binnen het multidisciplinair team beschouwen thuisverpleegkundigen zich als een gelijkwaardige partner, maar ze stellen zich zeer bescheiden op daar ze zichzelf niet beschouwen als een spilfiguur en initiatiefnemer in het multidisciplinair organiseren van zorg rond de patiënt. Deze taak wordt dan ook voornamelijk bij de hoofdverpleegkundige gelegd en niet zozeer bij de basisverpleegkundigen. Verder zijn de thuisverpleegkundigen ook niet overtuigd van het feit dat andere disciplines respect hebben voor hun bijdrage in de zorg.

4. Perceptie van de thuisverpleegkundige zorgcontext

4.1 Impact van autonomie, financieel-economische situatie en werkdruk

De thuisverpleegkundigen hechten prioritair belang aan autonomie binnen hun zorgopdracht en de zorgcontext biedt hen ook de mogelijkheid autonoom te werken: ze kunnen het eigen werk controleren, ze hebben niet het gevoel in een positie geplaatst te worden, waarin ze dingen moeten doen tegen het eigen verpleegkundig oordeel in, en ze hebben de vrijheid om belangrijke beslissingen te nemen met betrekking tot de patiëntenzorg en het werk.

Langs de andere kant blijkt de financieel-economische situatie een negatieve impact te hebben op de thuisverpleegkundige zorgverlening, daar de helft van de thuisverpleegkundigen aangeeft dat zij hierdoor niet de zorg kunnen geven die ze wensen te geven. Ook de werkdruk weegt op de zorgverlening, daar de thuisverpleegkundigen aangeven dat zij geen tijd hebben om kwalitatief goede zorg te bieden aan al hun patiënten, dat ze geen tijd hebben voor ethiek binnen de verpleging, dat er onvoldoende tijd en opportuniteiten zijn om zorgproblemen van patiënten te bespreken met andere thuisverpleegkundigen, en dat ze binnen de laatst gewerkte ronde niet de tijd hebben gevonden om aandacht te besteden aan de specifieke bekommernissen van de patiënt. Deze bevindingen dienen binnen de organisatie te worden omgezet in actiepunten, daar ze een belangrijke negatieve impact kunnen hebben op de tevredenheid van thuisverpleegkundigen en op hun positieve kijk op de toekomst.

4.2 Een positief zelfbeeld, maar een foutief beeld van de maatschappij

Uit de kwalitatieve voorstudie kon worden geconcludeerd dat de thuisverpleegkundigen zonder twijfel een positief zelfbeeld hebben, dat ze enthousiast en gemotiveerd in hun beroep staan en een grote voldoening halen uit hun werk. Ook in de huidige studie blijken de thuisverpleegkundigen een positief professioneel zelfbeeld te hebben. Dit blijkt onder meer uit het feit dat zij aangeven trots te zijn een verpleegkundige te zijn, dat ze het beroep zouden aanraden aan naasten, indien deze zouden overwegen verpleegkunde te studeren, dat ze opnieuw voor dezelfde opleiding zouden kiezen en dat ze liever werken binnen de thuisverpleging dan binnen een ziekenhuissetting. Vermoedelijk heeft dit laatste aspect ook te maken met het feit dat thuisverpleegkundigen heel bewust kiezen voor het werken in de thuissector, terwijl ze in het ziekenhuis niet altijd terechtkomen op de dienst die ze zelf zouden kiezen of waar ze het liefst zouden willen werken.

De thuisverpleegkundigen zijn van oordeel dat de maatschappij een eerder positief, maar foutief beeld heeft van hun beroep. Wanneer wordt gevraagd aan de

thuisverpleegkundigen om aan te geven welke drie uitspraken het best aansluiten bij het beeld van de maatschappij over hun beroep, dan gaat het om thuisverpleegkunde is wassen en plassen, een thuisverpleegkundige is minderwaardig ten opzichte van een ziekenhuisverpleegkundige en thuisverpleegkunde is een roeping. Het is niet helemaal duidelijk hoe een eerder positief beeld van de maatschappij valt te associëren met deze eerder negatieve perceptie van het beroep en met het gevoel dat het beeld van de maatschappij hen stoort. Samengevat komt het er immers op neer dat de maatschappij een eerder positief beeld heeft van het thuisverpleegkundig beroep, maar dat men niet weet wat thuisverpleegkundigen precies doen bij hun patiënten, wat hen een storend gevoel geeft.

Met betrekking tot het verpleegkundig onderwijs geeft minstens één thuisverpleegkundige op twee aan dat zij geen correct beeld hadden van het thuisverpleegkundig beroep toen ze afstudeerden en dat de docenten niet hetzelfde beeld hebben van thuisverpleegkunde als de verpleegkundigen in de praktijk. Hier geldt het gezegde 'onbekend is onbemind'. Thuisverpleging is in de meeste hogescholen immers een keuze-stage geworden in plaats van een verplichte stage. Dit is dan ook een belangrijke boodschap naar de hogescholen toe: de basisopleiding geeft geen duidelijk beeld van het thuisverpleegkundig beroep, waardoor het belangrijk is de studenten op het juiste moment te informeren en op te leiden naar de thuissector toe, die de komende jaren toch wel belangrijker zal worden gezien de meer complexe zorg thuis en de patiënten die liever zo lang mogelijk thuis blijven.

4.3 Oplossingen in het kader van de schaarste in de verpleegkunde

In het kader van de schaarste in de verpleegkunde zien de thuisverpleegkundigen het grootste heil in financiële maatregelen en in bijscholingsmogelijkheden. Het is wel opmerkelijk dat slechts één thuisverpleegkundige op vier in de beschrijving van haar/zijn professioneel zelfbeeld aangeeft dat thuisverpleegkunde slecht betaald is. Het financieel aspect domineert het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen absoluut niet, wat nogmaals een bevestiging is van het feit dat zij veel voldoening halen uit hun werk, maar als er expliciet wordt gevraagd naar oplossingen voor de problematiek rond schaarste, dan wordt er wel gehamerd op financiële maatregelen. Het treffen van maatregelen met betrekking tot de bijscholing is dan weer een bevestiging van het feit dat er rond de bijscholing van thuisverpleegkundigen iets dient te gebeuren (cf. 1.3).

De thuisverpleegkundigen associëren het aanwerven van buitenlandse verpleegkundigen en het inschakelen van lager geschoold personeel in de zorg met een negatief effect op de toekomst van het verpleegkundig beroep. Voornamelijk deze laatste bevinding is eerder verrassend, daar de thuisverpleegkundigen van mening zijn dat het inschakelen van verzorgenden de kwaliteit van de zorg verbetert.

4.4 Thuisverpleegkundigen zijn tevreden verpleegkundigen

Algemeen kan worden geconcludeerd dat thuisverpleegkundigen met een zeer tevreden gevoel in hun beroep staan. Wanneer de werkomstandigheden buiten beschouwing worden gelaten, blijken de thuisverpleegkundigen nog meer tevreden te zijn, wat aangeeft dat deze werkomstandigheden toch een negatieve impact hebben op hun globale tevredenheid. Zo geven de thuisverpleegkundigen aan dat de ondersteunende diensten het hen onvoldoende mogelijk maken tijd te besteden aan de

patiënten, dat er een gebrek is aan overlegmomenten met en aan erkenning van andere disciplines, dat de maatschappij in het algemeen een foutief beeld heeft van het thuisverpleegkundig beroep en dat hen dit stoort, dat zij aandacht hebben voor de financiële kost van de zorg, maar dat deze vaak haaks staat op wat zij wensen te realiseren in de zorg en tenslotte geven zij ook aan dat zij vaak tot altijd een gevoel van onmacht ervaren wegens verkeersproblemen, wegens een gebrek aan medewerking vanuit het ziekenhuis en dat zij regelmatig worden gestoord in hun vrije uren voor zaken die eigenlijk hadden kunnen wachten. Ook hier geven de thuisverpleegkundigen een belangrijke boodschap. Indien men binnen de organisatie deze knelpunten niet aanpakt, dan zullen deze factoren, eigen aan de zorgcontext, op middellange termijn een negatieve impact hebben op hun positief professioneel zelfbeeld en op hun tevredenheid, met een verlaten van de sector/het beroep tot gevolg. Het storend effect van het beeld van de maatschappij van het beroep, het gevoel van onmacht en het gestoord worden in de vrije uren, waren bovendien de knelpunten die ook in de kwalitatieve voorstudie sterk naar voor kwamen. Het gaat hier, bijgevolg, toch om een reëel probleem!

Thuisverpleegkundigen zijn over het algemeen trots verpleegkundige te zijn. Ze geven aan dat, indien ze opnieuw voor de keuze stonden, ze dezelfde opleiding zouden kiezen en dat ze iemand uit de naaste omgeving zouden aanraden verpleegkunde te studeren indien deze persoon dit overweegt. Er zijn echter weinig wetenschappelijk gefundeerde cijfers voor handen om deze resultaten mee te vergelijken. Dus, dient te vraag te worden gesteld of deze resultaten eigen zijn aan het thuisverpleegkundige beroep, of gaan thuisverpleegkundigen, eens ze gekozen hebben voor een bepaald beroep, niet gemakkelijk zeggen dat ze eigenlijk niet tevreden zijn met hun keuze en het beroep liever willen verlaten.

4.5 Carrièreplanning

De thuisverpleegkundigen geven heel sterk aan dat zij niets wensen te veranderen aan hun huidige werksituatie. Wanneer wordt gekeken naar de zaken die ze wel wensen te veranderen, dan gaat het in de eerste plaats om het verbeteren van de positie binnen de organisatie en om het verminderen van de werktijd. Met betrekking tot hoelang de thuisverpleegkundigen denken nog te werken binnen het verpleegkundig beroep, geeft het merendeel aan zeker nog te werken tot het einde van de loopbaan. Dit zijn zonder twijfel zeer positieve en bemoedigende resultaten voor de thuisverpleegkundige sector.

II. KRUISTABELLEN

In wat volgt wordt, voor enkele bevindingen uit de bovenstaande discussie, nagegaan in welke mate ze worden beïnvloed door de opleiding van de thuisverpleegkundigen, hun functie, het werken als vaste of vervangende verpleegkundige, hun tewerkstellingsregime en het aantal jaar dat ze reeds werkzaam zijn als thuisverpleegkundige. Enkel de aspecten, waarvoor een verschil waarneembaar is, worden hieronder besproken. Het is wel belangrijk voor ogen te houden dat de aangehaalde verschillen niets zeggen over de werkelijke competentie of deskundigheid van de thuisverpleegkundigen, maar enkel over de manier waarop ze zichzelf percipiëren in hun beroep.

1. Invloed van de basisopleiding

De thuisverpleegkundigen blijken in verhouding meer belang te hechten aan therapeutisch-diagnostische en technische vaardigheden dan dat ze er zich bekwaam in voelen en ze voelen zich het minst bekwaam in het gebruik van de nomenclatuur en het methodisch handelen. Hier blijkt de basisopleiding toch enige invloed uit te oefenen. De gegradueerde thuisverpleegkundigen (A1) voelen zich meer 'heel bekwaam' in het gebruik van de nomenclatuur en in het methodisch handelen dan de gediplomeerde thuisverpleegkundigen (A2). Wordt er in de A1 opleiding meer aandacht besteed aan deze aspecten dan in de A2 opleiding? Langs de andere kant blijken A2 thuisverpleegkundigen zich meer 'bekwaam' te voelen in therapeutisch-diagnostische en technische vaardigheden dan A1 thuisverpleegkundigen. Het is niet helemaal duidelijk wat er aan de basis zou kunnen liggen van dit verschil, maar deze bevinding sluit wel aan bij het feit dat A2 thuisverpleegkundigen bepaalde aspecten van het professioneel zelfbeeld hoger scoren dan A1 thuisverpleegkundigen. Zo beschouwen A2 thuisverpleegkundigen de kwaliteit van de verpleegkundige zorg binnen de afdeling meer als 'uitstekend' dan A1 thuisverpleegkundigen, ze zijn er meer van overtuigd dat het inschakelen van verzorgend personeel in de patiëntenzorg de kwaliteit van zorg verbetert, ze zijn er meer van overtuigd dat de maatschappij een positief en correct beeld heeft van het beroep, het beeld van de maatschappij roept bij hen meer een gevoel van waardering op, ze zijn meer zeker te werken tot het einde van hun loopbaan en ze zijn op het einde van hun werk meer tevreden met het geleverde werk. Kan hieruit worden geconcludeerd dat A2 thuisverpleegkundigen optimistischer zijn of dat ze zich beter in hun beroepskeuze voelen of dat ze minder kritisch zijn dan A1 thuisverpleegkundigen? Verder onderzoek is in ieder geval noodzakelijk om te achterhalen wat aan de basis ligt van deze verschillen.

2. Invloed van de functie

De functie blijkt wel degelijk een invloed te hebben op de perceptie van het professioneel zelfbeeld. Zo blijken de intellectueel-cognitieve en organisatorische vaardigheden, waarbij de nadruk komt te liggen op het organiseren en communiceren in functie van de algemene samenwerking (met collega's, andere disciplines, doorverwijzen), een leidinggevende te karakteriseren. Dit uit zich ook in het feit dat leidinggevendenden zich, in vergelijking met basisverpleegkundigen, meer medeverantwoordelijk voelen voor het goed functioneren van het team en zichzelf ook meer zien als een spilfiguur en initiatiefnemer in het multidisciplinair organiseren van zorg rond de patiënt. Het feit dat de leidinggevendenden over een dergelijk breed gamma aan vaardigheden beschikken, kan mede verklaren waarom het leiderschap gedachtegoed zo sterk aanwezig is bij de thuisverpleegkundigen: ze kunnen voor veel zaken steeds terugvallen op hun leidinggevende.

De communicatie en zorg rond de patiënt zelf en de mantelzorger liggen dan weer meer in het competentiedomein van de basisverpleegkundigen. Op zich klinkt dit ook niet onlogisch, daar het in eerste instantie de basisverpleegkundigen zijn die het meest frequent in contact treden met de patiënt/ mantelzorger.

Tussen basisverpleegkundigen en leidinggevendenden doet zich dezelfde tendens voor als tussen A1 en A2 thuisverpleegkundigen. De basisverpleegkundigen beschouwen het beeld van de maatschappij meer als positief en correct, dit beeld geeft hen meer een gevoel van waardering, ze zijn er bovendien meer van overtuigd dat andere

disciplines respect hebben voor hun bijdrage in de zorg en dat de artsen het nut van hun interventies erkennen. Kunnen leidinggevenden zich een correcter beeld vormen van de perceptie van de maatschappij en van andere disciplines, daar zij diegenen zijn die meest in contact treden met andere disciplines en organisaties?

De functie van leidinggevende blijkt een grote bron te zijn van voldoening en tevredenheid: leidinggevenden zijn in het algemeen trotser verpleegkundige te zijn, ze geven meer aan niets te veranderen aan hun huidige werksituatie, ze denken meer dat ze zeker zullen werken tot het einde van hun loopbaan en onafhankelijk van de huidige werkomstandigheden zijn ze meer 'zeer tevreden' dan basisverpleegkundigen.

3. Vaste en vervangende thuisverpleegkundigen

Het is opvallend dat voornamelijk jonge verpleegkundigen werken als vervangende thuisverpleegkundigen, terwijl oudere verpleegkundigen voornamelijk werken als vaste thuisverpleegkundigen. Kiezen jonge, pas afgestudeerde, thuisverpleegkundigen voor de afwisseling, terwijl ze naarmate ze ouder worden meer behoefte hebben aan structuur en routine door steeds voor dezelfde patiënten te kunnen zorgen? Of kiest de directie er voor om jonge verpleegkundigen ervaring te laten op doen via vervangdiensten? Deze studie kan hier echter geen uitsluitsel over geven.

Uit de resultaten is duidelijk op te maken dat de werkomgeving de vaste thuisverpleegkundigen meer toelaat die zorg te verlenen die ze wensen te geven en dat ze een groter gevoel hebben van autonomie dan vervangende thuisverpleegkundigen, daar ze aangeven, in verhouding, meer tijd te hebben voor, bijvoorbeeld, het systematische evalueren van de zorg, handelen volgens de ethische waarden, het ontwikkelen van een persoonlijke relatie met de patiënt, de beslissingen in de zorg te verantwoorden, enzovoort. Dit is op zich niet verrassend, daar de vaste thuisverpleegkundige de eindverantwoordelijke blijft van de zorg voor haar/zijn patiënten. De vervangende thuisverpleegkundige kan niet zomaar autonoom beslissingen nemen zonder de vaste thuisverpleegkundige hierover te raadplegen.

Deze situatie resulteert wel in het feit dat vervangende thuisverpleegkundigen een groter gevoel van onmacht ervaren wegens een gebrek aan medewerking van de patiënt en wegens het verlenen van zorg in een thuissituatie die eigenlijk onverantwoord is geworden. Het is algemeen bekend dat patiënten liever elke dag dezelfde thuisverpleegkundige zien komen, met als gevolg dat de patiënt, mogelijk, een minder hechte band heeft met de vervangende thuisverpleegkundige, bepaalde zaken enkel zal uiten tegenover de vaste thuisverpleegkundige, en dat de patiënt ook eerder zal laten voelen aan de vervangende thuisverpleegkundige dat deze situatie hem/haar niet ligt.

Verder blijken de werkomstandigheden ook een grotere impact te hebben op de vervangende thuisverpleegkundigen, daar hun ontevredenheid met het huidig werk groter is dan bij de vaste thuisverpleegkundigen.

4. Tewerkstellingsregime

Ook hier is het opmerkelijk dat jonge thuisverpleegkundigen eerder voltijds werken dan oudere thuisverpleegkundigen. Werkt men voltijds tot het moment waarop men aan een gezin begint?

Ook hier is een tendens waarneembaar dat in vergelijking met voltijdse thuisverpleegkundigen, deeltijdse thuisverpleegkundigen het beeld van de maatschappij meer als positief en correct beschouwen en dat dit beeld hen meer een gevoel van waardering geeft. Uit de kwalitatieve voorstudie kwam naar voor dat men bij de keuze voor het werken in de thuisverpleging vaak stootte op ongeloof van de vriendenkring en familie in de zin van ‘toch niet de thuisverpleging, kies toch voor het ziekenhuis’. Zou de leeftijd hier bijgevolg een rol in kunnen spelen: jonge, pas afgestudeerde thuisverpleegkundigen die het beeld van de maatschappij minder positief en correct percipiëren vanuit hun nog recente ervaringen?

Verder blijkt het gevoel van onmacht op nagenoeg alle vlakken groter te zijn bij voltijdse dan bij deeltijdse thuisverpleegkundigen. Ook hier kan de kwalitatieve voorstudie een verklaring bieden, daar uit deze studie bleek dat voltijdse thuisverpleegkundigen het gevoel hadden te moeten werken tegen de klok: indien de voormiddag uitliep, dan kwam de namiddag in het gedrang, wat bij een deeltijdse tewerkstelling minder het geval was.

5. Thuisverpleegkundige anciënniteit

Er is een tendens waarneembaar dat het competentiegevoel toeneemt de eerste vijftien jaar van de tewerkstelling, dan afneemt, om bij een anciënniteit van meer dan 30 jaar weer toe te nemen. De reden van het dipje bij een thuisverpleegkundige anciënniteit tussen 15 en 30 jaar is onduidelijk. De sociale en communicatieve vaardigheden, alsook de vaardigheden met betrekking tot de attitude worden duidelijk beter met de jaren. Vermoedelijk heeft dit te maken met een groeiend zelfvertrouwen. Ook het werken in team is blijkbaar iets dat niet zo evident is, daar het echt teamgevoel en het hebben van een teamgeest komt met de jaren.

De kwaliteit van de eigen verleende zorg wordt meer gezien als ‘uitstekend’ door de thuisverpleegkundigen met een thuisverpleegkundige anciënniteit van meer dan 30 jaar dan door de thuisverpleegkundigen met een thuisverpleegkundige anciënniteit tussen 0 en 5 jaar. Ook hier speelt waarschijnlijk het zelfvertrouwen en de ervaring, die toenemen met de jaren, een belangrijke rol.

De overtuiging dat de maatschappij een ‘positief’, maar foutief beeld heeft van de thuisverpleegkunde neemt toe met de thuisverpleegkundige anciënniteit. De basis van deze redenering is niet helemaal duidelijk.

Als het werk is beëindigd, geven meer thuisverpleegkundigen met een thuisverpleegkundige anciënniteit tussen 0 en 5 jaar en meer dan 30 jaar aan dat ze tevreden zijn met het geleverde werk en wordt de associatie met ‘moe, maar tevreden’ meer gelegd door de thuisverpleegkundige anciënniteitsgroep tussen 5 en 30 jaar. Vermoedelijk heeft dit te maken met het feit dat deze laatste groep het meest geconfronteerd wordt met de combinatie werk-gezin, dan de andere twee groepen.

Opmerkelijk is dat de deelnemers met een thuisverpleegkundige anciënniteit tussen 0 en 5 jaar het inschakelen van verzorgend personeel in de patiëntenzorg meer associëren met een verbetering van de kwaliteit en dat ze meer onverschillig staan tegenover het beeld van de maatschappij van hun beroep. De laatste bevinding heeft mogelijk te maken met het feit dat deze groep van thuisverpleegkundigen nog in de

eerste plaats begaan is met het zich inwerken in de sector en nog niet echt met het beeld van de maatschappij.

Wanneer wordt gekeken naar de contextfactoren, die bij de thuisverpleegkundigen een gevoel van onmacht oproepen, blijkt dat de pasafgestudeerden toch moeten wennen aan het zich moeten verplaatsen van thuissituatie naar thuissituatie, meer bepaald aan de verkeerssituaties, parkeerproblemen en boetes, en dat dit voor hen, als beginnende verpleegkundigen, toch een bron van spanning en frustratie is. Verder is het ook niet verrassend te zien dat de thuisverpleegkundigen, tussen 5 en 30 jaar tewerkgesteld als thuisverpleegkundige, het voltijds werken voornamelijk bestempelen als fysiek zwaar en moeilijk te combineren met een gezin, daar zij diegenen zijn, die zich in deze situatie bevinden. Thuisverpleegkundigen tussen 0 en 5 tewerkgesteld als thuisverpleegkundige moeten vaak nog aan een gezin beginnen en de hoogste thuisverpleegkundige anciënniteitsgroep heeft meestal geen inwonende kinderen meer.

Naar de carrièreplanning toe is het eerder logisch dat de hoogste thuisverpleegkundige anciënniteitsgroep meer aangeeft zeker te werken tot het einde van de loopbaan en binnen dit en één jaar definitief te stoppen met werken, daar deze mensen op het einde van hun loopbaan zijn. Terwijl de thuisverpleegkundige anciënniteitsgroep tussen 0 en 5 jaar meer zaken aangeeft in de aard van aanvragen van een overplaatsing, positie verbeteren binnen de organisatie, werken als verpleegkundige maar niet binnen een thuiszorgorganisatie, veranderen van werk, zelfstandig thuisverpleegkundige worden, niet definitief stoppen met werken, daar zij nog aan het begin van hun carrière staan.

III. BELIMAGE THUISVERPLEEGKUNDE VERSUS BELIMAGE ZIEKENHUISVERPLEEGKUNDE

In wat volgt, wordt nagegaan in welke mate het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen gelijkenissen, respectievelijk verschillen, vertoont met het professioneel zelfbeeld van ziekenhuisverpleegkundigen. De Belimage studie werd uitgevoerd bij ziekenhuisverpleegkundigen in België, waarbij een onderscheid werd gemaakt tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel. Aangezien de huidige studie werd uitgevoerd bij thuisverpleegkundigen in Vlaanderen, zal de vergelijking ook enkel gebeuren op basis van de gegevens van de ziekenhuisverpleegkundigen in Vlaanderen. Om meer gestructureerd en om overzichtelijker te kunnen werken, werd ervoor geopteerd de gedetailleerde vergelijking tussen beide studies, met inbegrip van specifieke percentages, weer te geven in bijlage IX, zodat in de onderstaande bespreking enkel de opvallende overeenkomsten, respectievelijk verschillen, worden aangehaald.

Alvorens het professioneel zelfbeeld te bespreken, is het aangewezen om in eerste instantie de respondenten in beide studies te vergelijken. Verschillen tussen karakteristieken van respondenten kunnen immers de overeenkomsten, respectievelijk verschillen, in resultaten in beide settings mee helpen verduidelijken.

De steekproef met thuisverpleegkundigen telt minder mannelijke verpleegkundigen dan de ziekenhuissteekproef (3,04% versus 17,1%). Werken mannen liever binnen een ziekenhuissetting? Vinden ze dat er in de ziekenhuissetting meer carrièremogelijkheden zijn om hun ambities te realiseren? In beide steekproeven is

geen verschil waarneembaar met betrekking tot de gemiddelde leeftijd van de deelnemers (36,74 jaar thuis versus 36,98 jaar ziekenhuis). In de steekproef met thuisverpleegkundigen blijken de deelnemers meer getrouwd/samenwonend (83,31% versus 74,9%) en minder alleenstaand te zijn (11,08% versus 19%). Naar basisopleiding en functie toe telt de steekproef met thuisverpleegkundigen meer A2 verpleegkundigen (63,72% versus 30,30%), wat toch een opvallende vaststelling is, meer basisverpleegkundigen (95,65% versus 82%) en referentieverpleegkundigen (15,70% versus 4%) en iets minder hoofdverpleegkundigen (2,24% versus 5,20%). Referentieverpleegkundigen zijn nog relatief nieuw, maar het is wel opvallend dat ze meer ingang kennen in de thuisverpleegkunde dan in het ziekenhuis. Met betrekking tot de tewerkstelling zijn de thuisverpleegkundigen meer tewerkgesteld in onbepaalde duur (95,75% versus 75,40%), meer deeltijds tewerkgesteld (68,53% versus 44,70%), meer werkzaam in onderbroken diensten (54,33% versus 16,80%) en meer tewerkgesteld in de weekends (95,21% versus 74,20%). Tenslotte blijkt de anciënniteit in beide settings geen belangrijke verschillen te vertonen, enkel de thuisverpleegkundige anciënniteit ligt iets hoger dan de anciënniteit op de huidige ziekenhuisafdeling (gemiddeld 12 jaar versus 8,9 jaar). Aangezien ziekenhuisverpleegkundigen frequent van afdeling veranderen binnen éénzelfde ziekenhuis, is het niet helemaal duidelijk of de vraag naar het aantal jaar men werkzaam is op de huidige afdeling door alle ziekenhuisverpleegkundigen op éénzelfde wijze werd geïnterpreteerd.

1. Perceptie van de opleiding en de competentie

1.1 Verzorgende en sociale vaardigheden versus technische vaardigheden

In beide settings voelen de verpleegkundigen zich heel bekwaam in het uitvoeren van hun verpleegkundige zorgopdracht. Zowel binnen de thuisverpleegkunde als binnen het ziekenhuis zijn praktische en technische vaardigheden prioritair om als competente verpleegkundige te functioneren. Hieruit kan worden afgeleid dat technologische en meer complexe zorgen niet alleen voorbehouden zijn voor de ziekenhuissetting en dat de competentievereisten in beide settings gelijklopend zijn.

Meer specifiek voelen thuisverpleegkundigen zich meer bekwaam in verzorgende en sociale vaardigheden, terwijl de ziekenhuisverpleegkundigen zich meer bekwaam voelen in technische vaardigheden. De thuisverpleegkundigen hechten in de eerste plaats prioritair belang aan verzorgende, sociale, communicatieve en organisatorische vaardigheden, waarbij het belang van de technische kijk niet uit het oog wordt verloren (heel belangrijk + prioriteit: 87,26% thuis versus 90,50% ziekenhuis), terwijl ziekenhuisverpleegkundigen in eerste instantie prioritair belang hechten aan technische vaardigheden. Hier komt de eigenheid van beide settings naar voor. Thuis treedt men binnen in de privé-sfeer van de patiënt, is men letterlijk een gast in het huis van de patiënt en staat men in een unieke één-één relatie met de patiënt, waardoor de verzorgende en sociale vaardigheden meer worden aangesproken dan in het ziekenhuis. Ziekenhuisverpleegkundigen werken binnen het kennis- en expertisedomein van één enkele afdeling, waardoor zij zich zeer bekwaam voelen in de technische vaardigheden, die eigen zijn aan die afdeling, terwijl een thuisverpleegkundige over een algemene en brede kennis dient te beschikken, waardoor zij eerder zullen aangeven dat ze zich minder bekwaam voelen in technische vaardigheden, vermits ze onmogelijk bekwaam kunnen zijn in alles en niet alle dagen

met even complexe zorgsituaties worden geconfronteerd. Het is in ieder geval opvallend dat in beide settings de tendens waarneembaar is om de vaardigheden, waarin men zich het meest bekwaam voelt, ook te beschouwen als heel belangrijk binnen de verpleegkundige zorgopdracht.

1.2 Basisopleiding versus praktijkervaring en reflectie

De thuisverpleegkundigen beschouwen in de eerste plaats hun basisopleiding als de belangrijkste bron van hun competentie, gevolgd door de eigen praktijkervaring en reflectie, terwijl de ziekenhuisverpleegkundigen in de eerste plaats de praktijkervaring en reflectie beschouwen als de belangrijkste bron van hun competentie, gevolgd door de basisopleiding. Bovendien zijn de ziekenhuisverpleegkundigen ook meer van mening dat er extra moet worden geïnvesteerd in de basisopleiding dan thuisverpleegkundigen. Mogelijk gaat men in beide settings wel uit van dezelfde idee, maar verwoordt men het anders. Namelijk, uit de resultaten is duidelijk op te maken dat men in beide settings van oordeel is dat de basisopleiding geen duidelijk beeld geeft/heeft van het verpleegkundig beroep en dat pasafgestudeerden niet direct inzetbaar zijn in het werkveld, maar dat ze eerst nog werkervaring dienen op te doen aan het bed van de patiënt. De thuisverpleegkundigen geven, bijgevolg, aan dat de basisopleiding het begin van alles is en verder dient te worden aangevuld met praktijkervaring en reflectie. De ziekenhuisverpleegkundigen volgen, vermoedelijk, ook deze redenering, maar door het feit dat de basisopleiding in gebreke valt en men vanuit de opleiding niet direct inzetbaar is in het werkveld, leggen zij in eerste instantie het accent op de praktijkervaring en reflectie.

1.3 Belang van bijscholing in beide settings

In beide settings heeft men dezelfde visie op bijscholing: bijscholing geeft voldoening, draagt bij tot een hogere kwaliteit van de zorg, is een prioriteit, maar de bijdrage tot huidige competentie is eerder middelmatig. Kijkend naar de domeinen, waarin extra dient te worden geïnvesteerd, prijkt de bijscholing in beide settings bovenaan de lijst. De problematiek rond bijscholing is bijgevolg in beide settings aanwezig. Naast de extra investering in bijscholing vragen thuisverpleegkundigen in tweede instantie aandacht voor de uitwisseling van kennis en ervaring met collega's, terwijl de ziekenhuisverpleegkundigen eerder een extra investering vragen in de basisopleiding. Mogelijk heeft dit te maken met de eigenheid van de thuissetting, waarin de collega's niet in dezelfde mate fysisch nabij zijn dan de collega's in het ziekenhuis. Thuisverpleegkundigen komen slechts éénmaal per week samen in de afdeling, waardoor het ontzettend belangrijk is dat de uitwisseling van informatie effectief en efficiënt verloopt.

2. Perceptie van de verpleegkundige zorgverlening

2.1 Patiënt centraal in beide settings

In beide settings wordt de verpleegkundige zorg in de eerste plaats gekarakteriseerd door een zorgverlening, die rechtstreeks gericht is op de patiënt. In de thuissetting wordt de nadruk wel meer gelegd op de begeleiding van patiënten, terwijl men in het ziekenhuis meer de nadruk legt op het detecteren van complicaties/problemen. In beide settings zijn de verpleegkundigen ook van mening dat de administratieve taken

niet behoren tot de verpleegkundige opdracht. Een opmerkelijk verschil is dat thuisverpleegkundigen het besteden van aandacht aan de financiële kost van de zorg beschouwen als deelsluitmakend van hun zorgopdracht, terwijl dit zorgaspect bij de ziekenhuisverpleegkundigen terug te vinden is in hun top 3 van aspecten die niet behoren tot de zorgopdracht. Vermoedelijk heeft dit te maken met het feit dat ziekenhuisverpleegkundigen minder direct betrokken zijn bij de financiële kost van de zorg dan de thuisverpleegkundigen. De thuisverpleegkundigen zijn veel beter op de hoogte van de financiële situatie van de patiënt dan de ziekenhuisverpleegkundigen. De aankoop van een hoog-laag bed, van een alternerende matras, van wondzorg materiaal, enzovoort, moet steeds door de patiënt zelf worden aangekocht, terwijl dergelijk materiaal behoort tot de infrastructuur van het ziekenhuis. In het ziekenhuis wordt alles, wat niet via de ziekteverzekering of ligdagprijs wordt vergoed, gefactureerd aan de patiënt en de ziekenhuisverpleegkundige wordt niet geconfronteerd met het feit of de patiënt zijn factuur betaalt of niet. Bovendien is de vergoedbaarheid van de zorgen thuis veel minder dan in het ziekenhuis.

In beide settings worden andere voorwaarden naar voor geschoven om de zorgopdracht te kunnen realiseren. De thuisverpleegkundigen hechten prioritair belang aan een goede werkrelatie met de collega's, terwijl de ziekenhuisverpleegkundigen prioritair belang hechten aan een goede werkrelatie met de artsen. Algemeen gezien hechten thuisverpleegkundigen enorm veel belang aan de samenwerking met en de ondersteuning door hun collega's, dus in dat opzicht is het niet verwonderlijk dat ze dit aspect in eerste instantie naar voor schuiven. Bovendien is uit de huidige studie gebleken dat thuisverpleegkundigen hun professioneel zelfbeeld pas in laatste instantie beschrijven vanuit het perspectief van andere disciplines. Omwille van het feit dat de thuisverpleegkundige collega's niet in dezelfde mate raadpleegbaar zijn als in het ziekenhuis, weegt het belang van een goede werkrelatie met de collega's zwaarder door: de thuisverpleegkundigen zijn echt aangewezen op elkaar voor informatie, overleg en ondersteuning. In het ziekenhuis zijn de artsen dan weer meer fysisch aanwezig dan thuis, waardoor een goede werkrelatie met de artsen meer op de voorgrond treedt. Langs de andere kant zijn de ziekenhuiscollega's veel nabijer dan thuis, maar misschien wordt de aanwezigheid van de collega's meer als vanzelfsprekend gezien.

De problematiek rond het ethisch aspect van de zorg is duidelijk aanwezig in beide settings, daar 'ethiek' zowel door de thuisverpleegkundigen als door de ziekenhuisverpleegkundigen wordt aangeduid als minst prioritair in de zorgopdracht.

2.2 Meer autonomie thuis

Zowel de thuisverpleegkundigen als de ziekenhuisverpleegkundigen zijn van mening dat ze altijd autonoom kunnen werken, waarbij wordt aangegeven dat hen ook de mogelijkheden wordt geboden zelfstandig te werken. In de thuissetting blijkt autonomie echter meer een realiteit te zijn dan in het ziekenhuis, daar thuisverpleegkundigen meer aangeven dat ze de vrijheid hebben om belangrijke beslissingen te nemen met betrekking tot de patiëntenzorg en het werk. Ook dit verschil is waarschijnlijk te wijten aan de eigenheid van beide settings. Thuisverpleegkundigen verlenen zorg thuis, bij de patiënt, waarbij zij enkel geconfronteerd worden met de patiënt en eventueel de mantelzorger/familie. In het ziekenhuis werkt men binnen de muren van de instelling, waar de collega's, hoofdverpleegkundigen, directie, in de onmiddellijke nabijheid zijn. Dit wil uiteraard

niet zeggen dat thuisverpleegkundigen kunnen doen wat ze maar willen, zonder zich iets aan te trekken van de visie van de organisatie. Dit wil wel zeggen dat de perceptie van vrijheid groter is thuis dan in het ziekenhuis.

2.3 Gebrek aan tijd in beide settings

Tijdsgebrek heeft algemeen gezien in beide settings een belangrijke, negatieve impact. In de thuissetting blijken de verpleegkundigen het gebrek aan tijd meer te associëren met een negatieve impact op zorgaspecten rond de patiënt, zoals begeleiden en ondersteunen van de mantelzorger en overlegmomenten met andere gezondheidswerkers, terwijl ziekenhuisverpleegkundigen dit eerder associëren met een negatieve impact op zorgaspecten met betrekking tot de patiënt zelf, zoals ontwikkelen van een persoonlijke relatie met de patiënt, planning aanpassen aan de persoonlijke wensen van de patiënt. Thuisverpleegkundigen worden dan ook rechtstreeks geconfronteerd met de mantelzorger, terwijl ziekenhuisverpleegkundigen de mantelzorger hoogstwaarschijnlijk niet kennen. In het ziekenhuis ziet men de patiënt slechts in acute fase, terwijl thuisverpleegkundigen hun patiënten vaak reeds jaren in verzorging hebben, waardoor het uitbouwen van een persoonlijke relatie met de patiënt evidenter is thuis dan in het ziekenhuis.

2.4 Kwaliteit van zorg hoger thuis

Zowel de kwaliteit van de eigen verleende zorg als de algemene kwaliteit van zorg binnen de afdeling, wordt door de thuisverpleegkundigen als hoger gepercipieerd dan door de ziekenhuisverpleegkundigen. Ook hier dient de vraag te worden gesteld of men in beide settings het begrip 'kwaliteit van zorg' op dezelfde wijze heeft ingevuld en welke is die invulling? De ziekenhuisverpleegkundigen zijn eerder medisch-technisch gericht, terwijl de thuisverpleegkundigen eerder verzorgend-sociaal gericht zijn: werd kwaliteit van leven in beide settings geëvalueerd vanuit hun respectievelijke medisch-technische en meer verzorgend-sociale visie?

De thuisverpleegkundigen zijn er meer van overtuigd dat patiënten, die uit verzorging gaan, voor zichzelf kunnen instaan, dan ziekenhuisverpleegkundigen. Thuis wordt men wel meer geconfronteerd met ofwel chronische patiënten, die eigenlijk zelden uit verzorging gaan, tenzij om naar een rusthuis te gaan, ofwel met patiënten die verzorging nodig hebben in de zin van, bijvoorbeeld, een wondverzorging, een inspuiting, een specifiek technische verstrekking, en die, bijgevolg, zonder probleem voor zichzelf kunnen instaan éénmaal ze uit verzorging zijn. De patiënten die echter uit verzorging gaan in het ziekenhuis, dienen vaak juist voor een wondverzorging, inspuiting, of het chronisch aspect van hun aandoening verder opgevolgd te worden thuis, waardoor zij inderdaad niet kunnen instaan voor zichzelf.

Tenslotte percipiëren de thuisverpleegkundigen het inschakelen van verzorgend personeel meer als een verbetering van de kwaliteit van zorg dan de ziekenhuisverpleegkundigen. De taakinhoud van verzorgend personeel is dan ook anders binnen de thuisverpleegkunde dan binnen het ziekenhuis. In het ziekenhuis worden de verzorgenden ingeschakeld in de persoonszorg, terwijl ze thuis voornamelijk worden ingeschakeld ter ondersteuning van het woon- en leefklimaat en ter ontlasting van de mantelzorger. Op deze manier lijkt het erop dat de taakverdeling van verzorgenden beter gedifferentieerd is thuis dan in het ziekenhuis.

3. Perceptie van het teamgebeuren

Algemeen gezien hechten de verpleegkundigen in beide settings veel belang aan de relatie met collega's, leidinggevende, artsen en andere disciplines en aan de ondersteuning door een team. De ziekenhuisverpleegkundigen zijn wel meer van mening dat de artsen, waarmee ze werken, het nut erkennen van hun verpleegkundige interventies dan de thuisverpleegkundigen.

Zowel de thuisverpleegkundigen als de ziekenhuisverpleegkundigen leggen dezelfde accenten op het vlak van het teamgebeuren, maar de nood aan een goede leidinggevende met visie, het zijn van een spilfiguur en initiatiefnemer in het multidisciplinair organiseren van zorg rond de patiënt, het hebben van een overeenkomst over de gemeenschappelijke zorgdoelstellingen, het feit dat het goed functioneren van het team afhankelijk is van het leiderschap van de leidinggevende en het gevoel verantwoordelijk te zijn voor de handelingen die worden doorgegeven, is meer aanwezig bij thuisverpleegkundigen dan bij ziekenhuisverpleegkundigen. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat de leidinggevende fysisch minder nabij is in de thuissetting dan in de ziekenhuissetting, dat multidisciplinair overleg niet zo makkelijk te organiseren is thuis dan in het ziekenhuis, gezien de verschillende disciplines zich niet onder éénzelfde dak bevinden en dat, als gevolg van het alleen bij de patiënt staan, de thuisverpleegkundige voor haar patiënten steeds de eindverantwoordelijkheid draagt.

4. Perceptie van de zorgcontext

4.1 Leadership gedachtegoed in beide settings

Zowel de thuisverpleegkundigen als de ziekenhuisverpleegkundigen vinden het heel belangrijk dat de directie voeling heeft met het werkveld, dat regelmatige feedback door de leidinggevende bijdraagt tot de kwaliteit van het werk en dat de relatie die ze hebben met hun leidinggevende voor hen een steun is. De thuisverpleegkundigen hebben echter meer het gevoel dat ze gesteund worden door het verpleegkundig beleid in de organisatie en dat ze op regelmatige basis praten met hun leidinggevende over professionele problemen dan ziekenhuisverpleegkundigen. Het is niet helemaal duidelijk wat aan de basis kan liggen van dit verschil.

4.2 Eigen perceptie van het verpleegkundig beroep

De thuisverpleegkundigen leggen in de perceptie van hun beroep minder de nadruk op het feit dat het een slecht betaald beroep is en dat men als verpleegkundige een hulpje is van de arts, terwijl de ziekenhuisverpleegkundigen het beroep minder percipiëren als wassen en plassen. De thuisverpleegkundigen zijn misschien minder gericht op het financieel aspect van het beroep, daar zij zeer bewust hebben gekozen voor het werk als thuisverpleegkundige, terwijl een ziekenhuisverpleegkundige misschien niet altijd op de afdeling werkt, waar ze het liefst zou willen werken, waardoor het financieel aspect iets belangrijker wordt. Ziekenhuisverpleegkundigen worden misschien, door de fysieke nabijheid van de artsen, meer geconfronteerd met een mentaliteit van 'verpleegkundigen zijn hulpjes van de artsen' dan thuisverpleegkundigen. Voor het feit dat thuisverpleegkundigen het beroep meer percipiëren als wassen en plassen, kan verwezen worden naar de kwalitatieve

voorstudie: de thuisverpleegkundigen waren er immers van overtuigd dat de mensen in het algemeen en de ziekenhuisverpleegkundigen in het bijzonder de thuisverpleegkunde associëren met wassen en plassen.

In beide settings zijn de verpleegkundigen ervan overtuigd dat pasafgestudeerden niet in staat zijn het beroep op een goede wijze uit te oefenen, maar dit gevoel is nog sterker aanwezig bij de ziekenhuisverpleegkundigen. Worden ziekenhuisverpleegkundigen meer rechtstreeks geconfronteerd met de 'onkunde' van pasafgestudeerden, daar zij rechtstreeks aanspreekbaar zijn bij vragen/problemen of daar zij dienen verder te werken op hun werk, terwijl dit thuis, als gevolg van de één-één situatie minder het geval is?

4.3 Een positiever en meer correct maatschappijbeeld thuis

Thuisverpleegkundigen schatten het beeld van de maatschappij van hun beroep positiever en minder foutief in dan ziekenhuisverpleegkundigen. De ziekenhuisverpleegkundigen zijn meer van mening dat de maatschappij hun beroep beschouwt als een roeping dan de thuisverpleegkundigen.

Thuisverpleegkundigen vinden het beeld van de maatschappij van hun beroep in de eerste plaats storend, terwijl dit bij ziekenhuisverpleegkundigen eerst een gevoel van onverschilligheid teweegbrengt, gevolgd door een thuisverpleegkundig gevoel van waardering, terwijl de ziekenhuisverpleegkundigen het dan eerder frustrerend vinden.

4.4 De fierheid over het beroep is groter bij thuisverpleegkundigen

Algemeen kan worden geconcludeerd dat de fierheid over het beroep groter is bij thuisverpleegkundigen dan bij ziekenhuisverpleegkundigen. Thuisverpleegkundigen zijn, namelijk, meer trots verpleegkundige te zijn, ze zouden eerder opnieuw voor dezelfde opleiding kiezen, indien ze voor de keuze stonden, ze zouden eerder iemand uit de naaste omgeving aanraden verpleegkunde te studeren, indien deze dat zou overwegen en ze ervaren het werk minder als stresserend dan ziekenhuisverpleegkundigen.

4.5 Thuisverpleegkundigen zijn meer tevreden verpleegkundigen

De tevredenheid van thuisverpleegkundigen is globaal gezien groter dan dat van ziekenhuisverpleegkundigen: ze zijn meer tevreden met het geleverde werk, ze zijn meer zeer tevreden met het huidige werk, maar ze zijn ook meer zeer tevreden wanneer de werkomstandigheden buiten beschouwing worden gelaten. Is de negatieve impact van de werkomstandigheden (de zorgcontext) nog groter bij thuisverpleegkundigen dan bij ziekenhuisverpleegkundigen?

4.6 Geen belangrijk verschil in carrièreplanning

Het feit dat thuisverpleegkundigen meer tevreden zijn dan ziekenhuisverpleegkundigen, zou een verschil kunnen doen vermoeden in carrièreplanning, met een positievere planning voor de thuissetting, maar in beide settings wensen de verpleegkundigen niets te veranderen inzake hun huidige werksituatie. Met betrekking tot hoelang ze denken nog binnen het verpleegkundig

beroep te werken, geven wel meer thuisverpleegkundigen aan dat ze zeker van plan zijn te blijven werken tot het einde van hun loopbaan en geven meer ziekenhuisverpleegkundigen aan dat ze vermoedelijk niet blijven werken tot het einde van de loopbaan en dat ze zeker niet doorgaan tot het einde van de loopbaan. Vermoedelijk speelt in dit verschil mee dat ziekenhuisverpleegkundigen het werk meer ervaren als stresserend dan thuisverpleegkundigen, dat de betrokkenheid/fierheid van thuisverpleegkundigen met betrekking tot hun beroep groter is dan bij ziekenhuisverpleegkundigen en dat de tevredenheid van thuisverpleegkundigen groter is dan van ziekenhuisverpleegkundigen.

IV. METHODOLOGISCHE BEPERKINGEN

Een eerste methodologische beperking heeft betrekking op het gebruikte meetinstrument. Dit meetinstrument werd door Milisen et al. (2003) ontwikkeld op een gefaseerde, systematische en wetenschappelijke wijze, voorafgegaan door een literatuurstudie en voorbereidende kwalitatieve pilootstudies, en er werd eveneens beroep gedaan op een groep van experts, afkomstig uit verschillende disciplines. Om het meetinstrument meer specifiek te maken voor gebruik in de thuissetting werd eveneens een voorbereidende kwalitatieve studie uitgevoerd aan de hand van focusgroepen en werd het instrument enerzijds voorgelegd aan een expertengroep en anderzijds onderworpen aan een testfase. Deze fasen in het ontwikkelingsproces hebben ertoe bijgedragen dat het oorspronkelijk Belimage-instrument werd gewijzigd en aangevuld tot een meetinstrument, dat specifiek is gericht op de situatie in de thuisverpleegkunde. Het feit dat het instrument het mogelijk maakt verschillen in het professioneel zelfbeeld in kaart te brengen tussen specifieke groepen van thuisverpleegkundigen (cf. bijlage VIII, beschrijvende kruistabellen), alsook tussen specifieke groepen van verpleegkundigen in het algemeen (thuisverpleegkundigen versus ziekenhuisverpleegkundigen), verwijst toch naar de sensitiviteit van het meetinstrument. Echter, een verdere validering van het instrument, alsook verdere analyses in het kader van de betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van het huidige meetinstrument zijn noodzakelijk om de wetenschappelijke en beleidsondersteunende waarde van het instrument aan te tonen.

Deze studie maakt het mogelijk het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen te vergelijken met dat van ziekenhuisverpleegkundigen. Dit is reeds een belangrijke stap in het kader van de veralgemeenbaarheid en interpretatie van de resultaten. Doch, hier dienen twee belangrijke methodologische beperkingen te worden aangehaald. Ten eerste richt deze studie zich enkel tot thuisverpleegkundigen, die werkzaam zijn binnen de Vlaamse Federatie van Diensten voor Thuisverpleging. De resultaten van deze studie zeggen dan ook enkel iets over het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen in georganiseerde diensten en in Vlaanderen. Idealiter wordt dit onderzoek ook herhaald bij zelfstandige thuisverpleegkundigen en bij thuisverpleegkundigen in Wallonië en Brussel. Ten tweede is het aangewezen dit onderzoek ook uit te voeren in de rusthuissetting, zodat enerzijds het professioneel zelfbeeld van rusthuisverpleegkundigen in kaart kan worden gebracht en kan worden vergeleken met dat van thuis- en ziekenhuisverpleegkundigen, en anderzijds biedt dit ook de mogelijkheid een globaal meetinstrument te ontwikkelen, zodat, in het kader van de schaarste in de

verpleegkunde, het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen in alle gezondheidszorgsectoren longitudinaal kan worden bestudeerd en opgevolgd.

Tenslotte werden er op de bekomen gegevens enkel beschrijvende analyses uitgevoerd, waarbij enkel rekening werd gehouden met de klinische significantie van de resultaten en niet met de statistische significantie. Het uitvoeren van statistische analyses is dan ook aangewezen.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De resultaten van deze studie hebben duidelijk aangetoond dat thuisverpleegkundigen een positief professioneel zelfbeeld hebben.

Ze voelen zich competent in hun dagdagelijks functioneren, dat in de eerste plaats gericht is op het verlenen van een verzorgende – sociaal – organisatorisch georiënteerde zorg. Dit blijkt uit het feit dat ze prioritair belang hechten aan verzorgende vaardigheden, aan een houding/attitude van zorgzaamheid en aan sociaal-organisatorische vaardigheden. Daarnaast blijkt ook dat ze zich meer bekwaam voelen in deze vaardigheden, dan in technische vaardigheden. Doch, de medisch-technische vaardigheden nemen een belangrijke plaats in in de thuisverpleegkundige zorgverlening, daar de praktische en technische vaardigheden als prioritair worden beschouwd om als competente thuisverpleegkundige te kunnen functioneren en daar het nastreven van de genezing van de patiënt het aspect is dat de zorgopdracht prioritair karakteriseert. De thuisverpleegkundigen omschrijven hun beroep ook in de eerste plaats als een beroep met een grote verantwoordelijkheid. De exacte reden van het feit dat de technische vaardigheden opduiken in de top 5 van vaardigheden, waarin ze zich het minst bekwaam voelen, kan uit deze studie niet worden afgeleid, maar de brede waaier aan patiënten en pathologiën zal hier waarschijnlijk wel een rol spelen. Dit is hoe dan ook een belangrijk aandachtspunt, daar ondanks de aanwezigheid van referentieverpleegkundigen, de basisverpleegkundigen blijven zitten met een gevoel van onbekwaamheid op technisch vlak. Een ander aandachtspunt heeft betrekking op het onbekwaam gevoel van thuisverpleegkundigen in het gebruik van de nomenclatuur en in het methodisch handelen. Op zich is dit een verrassende vaststelling, daar de nomenclatuurgewijze financiering de thuissetting karakteriseert en er binnen de thuisverpleegkunde veel aandacht wordt besteed aan de verpleegdiagnostiek volgens Gordon. Een andere interessante vaststelling heeft betrekking op het feit dat de thuisverpleegkundigen duidelijk aangeven dat er in de eerste plaats extra moet worden geïnvesteerd in bijscholing, en dat de bijdrage van bijscholing tot de huidige competentie eerder middelmatig tot klein is. Dit doet de vraag rijzen of het huidige aanbod wel voldoet aan de wensen en noden van de dagdagelijkse praktijk.

Enkele aanbevelingen:

- Thuisverpleegkundigen hebben nood aan ondersteuning op technisch vlak. Dit vraagt van het beleid uit dat er enerzijds wordt geïnvesteerd in methoden om de referentieverpleegkundigen dichter bij de basisverpleegkundigen te brengen en in het scheppen van een klimaat, waarin basisverpleegkundigen gemakkelijk referentieverpleegkundigen aanspreken en zich daar ook goed bij voelen. Anderzijds is het aangewezen dat er vanuit het beleid extra aandacht wordt besteed aan het bevorderen van de samenwerking met de ziekenhuissector, zodat, bijvoorbeeld, de basisverpleegkundige (enkele dagen voor het ontslag van een patiënt met een complexe, technische zorg) naar de dienst gaat, waar de patiënt is gehospitaliseerd, om de wondverzorging bij te wonen. Dit vraagt uiteraard tijd en ruimte in zowel de thuissetting, als in de ziekenhuissetting.
- Met betrekking tot het gebruik van de nomenclatuur kan de focus worden gelegd op de pas aangeworven verpleegkundigen door een inscholingscursus

te organiseren, die specifiek gericht is op het belang en het gebruik van de nomenclatuur. Met betrekking tot het methodisch handelen is het algemeen geweten dat deze methodiek nog niet tot alle afdelingen is doorgedrongen, maar de vaststelling uit deze studie maakt toch reeds duidelijk dat de thuisverpleegkundigen nog onvoldoende overtuigd zijn van het nut van deze methodiek in hun dagdagelijkse praktijk.

- In het kader van de bijscholing is het belangrijk aandacht te besteden aan de afstemming van het aanbod op de noden en wensen van de thuisverpleegkundigen en het werkveld (bv. aan de hand van een bevraging of een overlegmoment de positieve en negatieve punten van het huidig aanbod bespreekbaar maken, alsook de wensen en noden binnen de thuissetting). Het is ook belangrijk dat na elke bijscholing een reflectiemoment wordt voorzien, zodat de verkregen informatie wordt omgezet in bruikbare kennis.

In de omschrijving van de verpleegkundige zorgopdracht stellen de thuisverpleegkundigen de patiënt centraal en leggen ze ook de nadruk op de aanwezigheid en de behoeften van de mantelzorger. Verder wordt hun zorgopdracht gekarakteriseerd door een grote autonomie. Thuisverpleegkundigen geven expliciet aan dat autonoom werken eigen is aan het werken in de thuissituatie. De meest prioritaire voorwaarden om de zorgopdracht te kunnen realiseren, zijn goede werkrelaties en het regelmatig kunnen zorgen voor dezelfde patiënten. Deze studie toont duidelijk aan dat het werken in de privé-woning van de patiënt gepaard gaat met een grote zelfstandigheid van de thuisverpleegkundige, wat het werken in de thuissituatie zo aantrekkelijk maakt, maar tegelijk geven ze aan dat zij, juist door die unieke één-één relatie, nood hebben aan overleg en ondersteuning binnen het breder kader van een team. In de eerste plaats hebben zij behoefte aan goede werkrelaties met de collega's, waarbij ze aangeven dat deze werkrelatie goed is. Algemeen kan worden geconcludeerd dat de thuisverpleegkundigen veel belang hechten aan het teamgebeuren: ze zijn zich zeer bewust van hun verantwoordelijkheid binnen het team, ze hebben een grote teamgeest en het leadership gedachtegoed is sterk aanwezig bij de thuisverpleegkundigen. Het is wel opvallend dat zij binnen het teamgebeuren in de eerste plaats naar de collega's kijken, dan naar de leidinggevende en pas in derde en vierde instantie naar de artsen en het multidisciplinair karakter van het teamgebeuren.

Binnen de verpleegkundige zorgopdracht worden de thuisverpleegkundigen echter ook geconfronteerd met enkele knelpunten, waar zeker de nodige aandacht aan dient te worden besteed. Een eerste opvallend knelpunt is de negatieve impact van het aspect 'tijd' op de zorgopdracht. Onder invloed van de hoge werkdruk vinden de thuisverpleegkundigen enkel de tijd om de noodzakelijke basiszorg te geven aan hun patiënten en kunnen ze een groot aantal aspecten van hun zorgopdracht, waaraan ze toch een groot belang hechten, niet uitvoeren: luisteren naar de bekommernissen van de patiënt, het verzamelen van de nodige gegevens van de patiënt, aandacht voor ethiek binnen de thuisverpleegkunde, overlegmomenten met andere gezondheidswerkers, het aanpassen van de zorg in functie van de financiële beperkingen binnen de afdeling/organisatie. Ook vinden de thuisverpleegkundigen zelden tot nooit de tijd voor het ondersteunen en begeleiden van de mantelzorger/familie. Dit is een alarmerende vaststelling gezien het feit dat de mantelzorger/familie vaak een cruciale rol speelt in het behoud van de thuissituatie.

Een tweede knelpunt heeft betrekking op het teamgebeuren. De thuisverpleegkundigen geven niet mis te verstaan aan dat een goede werkrelatie met

de collega's en met de leidinggevende, alsook een directie die voeling heeft met het werkveld, cruciaal zijn voor het welslagen van de thuisverpleegkundige zorgopdracht. Ondanks het feit dat de thuisverpleegkundigen tevreden zijn met de huidige collegiale werkrelatie, geven ze toch aan dat er extra dient te worden geïnvesteerd in deze relatie. Hieruit kan worden afgeleid dat de huidige overlegmomenten met de collega's, ofwel niet voldoende zijn, ofwel niet voldoende efficiënt verlopen. Daarnaast geven ze duidelijk aan dat de werkrelatie met de artsen goed is, maar dat er niet echt sprake is van teamwerk. Tenslotte geven ze naar het beleid toe aan dat de directie niet echt weet wat er leeft op de afdeling en dat de informatie-doorstroming top-down niet vlot verloopt.

Enkele aanbevelingen:

- Vanuit het beleid dient er aandacht te worden besteed aan de negatieve impact van de werkdruk. Op dit moment blijkt de werkdruk zich voornamelijk te manifesteren in een gebrek aan tijd om bepaalde, weliswaar belangrijke, aspecten binnen de zorgopdracht uit te voeren, zonder een negatieve invloed te hebben op het verlenen van de noodzakelijke basiszorg, de gepercipieerde kwaliteit van de verleende zorg en de tevredenheid van de thuisverpleegkundigen. Het feit dat de thuisverpleegkundigen echter enkel tijd hebben om de noodzakelijke basiszorg te verlenen en ze de open ruimte in de vragenlijst aangrijpen om de werkdruk en het gebrek aan tijd aan te klagen, zijn niet te negeren alarmsignalen. Namelijk, hieruit kan worden afgeleid dat het niet aanpakken van de werkdruk op middellange termijn zal resulteren in enerzijds het niet meer kunnen verlenen van de noodzakelijke basiszorg, wat nefast is voor de kwaliteit van de verleende zorg en de tevredenheid van de patiënt, en anderzijds zal dit onvermijdelijk afbreuk doen aan het huidig positief zelfbeeld van de thuisverpleegkundigen met een daling van de tevredenheid en een wijziging in de carrièreplanning tot gevolg. Het verlagen van de werkdruk is uiteraard een complex en omvangrijk probleem, dat verder dient te worden uitgediept in al zijn facetten. Niettegenstaande de onderstaande aanbevelingen onrechtstreeks een positieve invloed kunnen hebben op de werkdruk, verdient deze problematiek toch een expliciete aanpak vanuit het beleid.
- Het ethisch aspect van de thuisverpleegkundige zorgverlening wordt momenteel nog teveel beschouwd als een aparte dimensie in de zorgverlening, als een aspect dat thuisverpleegkundigen eerder afschrikt. Uit de resultaten van deze studie blijkt dat de thuisverpleegkundigen met veel ethische waarden hun patiënten verzorgen, maar ze zijn zich hiervan onvoldoende bewust. In de huidige zorgsituatie met de dementerende, palliatieve en psychiatrische problematiek is het zich bewust zijn van de ethische verantwoordelijkheid die men draagt uitermate belangrijk. Binnen de organisatie is het dan ook aangewezen de ethische bewustwording van de thuisverpleegkundigen te bevorderen en te ondersteunen.
- Er dient aandacht te zijn voor een verbetering van de werkrelaties in het algemeen: het uitwerken van strategieën om de overlegmomenten met collega's op een gestructureerde en tegelijk meer effectieve en efficiënte wijze te laten verlopen, de ontwikkeling van teamwerk intern en multidisciplinair ondersteunen door aan netwerking te doen (informatie uitwisselen, omscholing met de bedoeling iets te leren en ontwikkelen met de bedoeling iets te vernieuwen) en het verbeteren van het teamwerk tussen

thuisverpleegkundigen en huisartsen door een afbakening van ieders functie/taken en verantwoordelijkheden.

- Het beleid en het werkveld dienen dichterbij elkaar te worden gebracht: visie-ontwikkeling met voldoende aandacht voor de vertaling ervan naar de basis, en beleidsinitiatieven ter ondersteuning van de zorg mee laten ontwikkelen door de basis, zodat de integratie ervan vlotter verloopt.

De context, waarin de thuisverpleegkundigen zorg verlenen, laat hen toe autonoom te werken en die zorg te geven die ze ook wensen te geven. De thuisverpleegkundigen geven ook duidelijk aan dat zij tevreden zijn met het huidige werk en dat ze trots zijn een verpleegkundige te zijn. Dit blijkt, onder meer, uit het feit dat zij het beroep zouden aanraden aan anderen, dat ze opnieuw voor dezelfde opleiding zouden kiezen, dat ze in de nabije toekomst niet van plan zijn iets te veranderen aan hun werksituatie en dat ze zeker denken te werken binnen het verpleegkundig beroep tot het einde van hun loopbaan. Doch, de tevredenheid van de thuisverpleegkundigen blijkt hoger te zijn wanneer de werkomstandigheden buiten beschouwing worden gelaten. Hieruit kan worden afgeleid dat er binnen de zorgcontext factoren aanwezig zijn, die een negatieve invloed hebben op de tevredenheid van de thuisverpleegkundigen: de ondersteunende diensten maken het de thuisverpleegkundigen onvoldoende mogelijk tijd te besteden aan de patiënten, het foutief beeld van de maatschappij van het thuisverpleegkundig beroep dat bij de thuisverpleegkundigen storend overkomt, het gebrek aan respect van andere disciplines voor de bijdrage van de thuisverpleegkundige in de zorg, de financieel-economische situatie die vaak haaks staat op wat thuisverpleegkundigen wensen te realiseren in de zorg, het gevoel van onmacht wegens verkeersproblemen, wegens het gebrek aan medewerking vanuit het ziekenhuis en wegens het gestoord worden in de vrije uren door de collega's.

Enkele aanbevelingen:

- De contextfactoren, die het professioneel zelfbeeld van de thuisverpleegkundigen negatief beïnvloeden, dienen verder te worden geanalyseerd en gereduceerd.
- De huidige werking van de ondersteunende diensten dient verder te worden geanalyseerd en bevorderd, zodat ze de thuisverpleegkundigen optimaal kunnen ondersteunen in hun zorgverlening.
- Een visie-ontwikkeling op de thuisverpleegkundige in de thuissituatie is onontbeerlijk (thuisverpleegkundige zorgopdracht, meerwaarde van thuisverpleegkunde, ...): deze visie dient niet alleen gedragen te worden door de thuisverpleegkundigen, maar ze dient ook uitgedragen te worden naar de patiënten en verspreid te worden, zodat andere disciplines en de maatschappij een correct beeld krijgen van het thuisverpleegkundig beroep.
- In sommige thuissituaties hebben de verpleegkundigen het gevoel dat ze niet die zorg kunnen geven die ze wensen te geven, wegens een gebrek aan medewerking van de patiënt/mantelzorger/familie. Dit is nogmaals een bevestiging van het belang van een goede ondersteuning van de thuisverpleegkundigen door een echt team.
- Het gestoord worden in de vrije uren door de collega's is blijkbaar een reëel probleem in de thuissetting (cf. kwalitatieve voorstudie). In de thuissetting is het onderscheid tussen privé en werk minder duidelijk te maken dan in de ziekenhuissetting, maar deze scheiding dient toch te worden bewaakt en bevorderd. De eerder gestelde aanbeveling met betrekking tot het uitwerken van strategieën om de overlegmomenten met collega's op een gestructureerde

en tegelijk meer effectieve en efficiënte wijze te laten verlopen, dient er ook toe bij te dragen dat er minder onderling contact nodig is met de collega's na de werkuren.

De resultaten van deze studie tonen zeer duidelijk aan dat de thuisverpleegkundigen houden van hun beroep, dat ze veel voldoening halen uit het feit dat zij zorg kunnen verlenen in de vertrouwde omgeving van de patiënt en dat ze bereid zijn en zich competent voelen om de huidige en toekomstige uitdagingen in de thuiszorg aan te gaan. Om de thuisverpleegkundigen hierin optimaal te kunnen ondersteunen, dient er vanuit het beleid extra te worden geïnvesteerd in de factoren, eigen aan de zorgcontext, die voor de thuisverpleegkundigen een bron zijn van spanning, stress en frustratie. Het is aan de organisatie/het beleid om de thuisverpleegkundigen een werkklimaat aan te reiken, waarin ze optimaal hun zorgopdracht kunnen uitvoeren, waarin ze hun mogelijkheden en ambities efficiënt en naar wens kunnen aanwenden en waarin de thuisverpleegkundigen niet het gevoel hebben dat het beleid en de financieel-economische situatie hen belemmert in het realiseren van hun zorgopdracht. Het is echter aan de thuisverpleegkundigen zelf, weliswaar gesteund door het beleid, om hun positief zelfbeeld, zeker in tijden van schaarste, uit te dragen naar de buitenwereld, zodat de maatschappij een correct beeld krijgt van wat thuisverpleegkundigen precies doen en dat andere disciplines de meerwaarde (h)erkennen van de thuisverpleegkundige in de gezondheidszorg. Deze studie toont, met andere woorden, aan dat de thuisverpleegkunde een beroep is met toekomst, maar het is aan de thuisverpleegkundigen om deze toekomst waar te maken door constructief in dialoog te treden met het beleid, door blijvend te investeren in hun competentie en door het uitdragen van het imago van het beroep naar de brede maatschappij toe.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Arthur, D., Pang, S., Wong, T., Alexander, M.F., Drury, J., Johansson, I., Jooste, K., Naude, M., Noh, C.H., O'Brien, A., Sohng, K.Y., Stevenson, G.R., Sy-Sinda, M.T., Thorne, S., van der Wal, D., Xiao, S. (1999). Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of registered nurses in eleven countries. *International Journal of Nursing Studies*, 36 (5), 387-396.
- 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.
- Belcher, M.C. (2004). I'm no angel: I am a nurse and that's enough. *American Journal of Nursing*, 104 (7), 13.
- 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.
- De Vliegheer, K., Debaillie, R., Dierckx de Casterl, B., Scheepmans, K., Paquay, L., Geys, L. *Een onderzoek naar het professioneel zelfbeeld van thuisverpleegkundigen*. Rapport, 2004.
- 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.
- 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.
- Long, I. & Baxter, R. (2001). Functionalism and holism: community nurses' perceptions of health. *Journal of Clinical Nursing*, 10 (3), 320-329.
- 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.
- Ohlen, J. & Segesten, K. (1998). The professional identity of the nurse: concept analysis and development [Review]. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (4), 720-727.
- Owner, N.L.M. (1997). Self-esteem and stress in mental health nurses. *Nursing Times*, 93 (44), 55-58.
- 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.
- Tzeng, H.M. (2004). Nurses' self-assessment of their nursing competencies, job demands and job performance in the Taiwan hospital system. *International Journal of Nursing Studies*, 41 (5), 487-496.

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.