



UNIVERSITEIT GENT
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Academiejaar 2015–2016

HOE ERVAREN VERPLEEGKUNDIGEN WERKZAAM IN INTRAMURALE
OUDERENZORG EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG HUN
PROFESSIONELE ROL?
Beleidsaanbevelingen inzake de hervorming van de wetgeving
gezondheidszorgberoepen

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in
het Management en het Beleid van de gezondheidszorg

Door Jozefien Bauwens

Promotor: Prof. Dr. Kristof Eeckloo
Co-promotor: Prof. Dr. Rik Verhaeghe
Begeleider: de heer Peter Degadt

ABSTRACT

Het opzet van deze studie bestaat erin om meer inzicht te krijgen in de perceptie van verpleegkundigen aangaande hun professionele rol. Op basis van de onderzoeksresultaten tracht deze masterproef enkele beleidsaanbevelingen te formuleren inzake de hervorming van de wetgeving betreffende de gezondheidszorgberoepen, een actueel dossier in het gezondheidszorgbeleid.

Na een uiteenzetting over de stand van zaken van de huidige wetgeving gezondheidszorgberoepen volgt een systematische literatuurstudie. De resultaten van de literatuurstudie dienen als kader bij het interpreteren van de bevindingen van het kwalitatief onderzoek en het formuleren van beleidsaanbevelingen. Het kwalitatief onderzoek heeft plaatsgevonden aan de hand van interviews bij verpleegkundigen werkzaam in de intramurale acute en in de residentiële ouderenzorg evenals in geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen. Er wordt gebruik gemaakt van een inductieve thematische analyse van de kwalitatieve data.

De bevraagde verpleegkundigen geven aan dat ze het garanderen van de continuïteit van zorg als de essentiële rol zien van een verpleegkundige. Om deze opdracht te doen slagen beschikken verpleegkundigen over een uitgebreid takenpakket en zijn zij een centrale figuur in het multidisciplinaire zorgteam rond de patiënt of bewoner. Ten slotte is een belangrijk verschil merkbaar inzake de ondersteuning van de verpleegkundigen naargelang de concrete werksetting.

Inzicht in de perceptie van verpleegkundigen ten aanzien van hun professionele rol kan een hulp zijn in de geplande hervorming van de wetgeving gezondheidszorgberoepen. Verder biedt deze kennis een opportuniteit voor de werkvloer inzake de tegemoetkoming aan situaties waar verpleegkundigen zich op vandaag minder zeker voelen in hun rol.

“Aantal woorden masterproef: 24 781 (exclusief inhoudstafel, bijlagen en bibliografie)

INHOUD

ABSTRACT	5
INHOUD	6
VOORWOORD	9
INLEIDING	10
DEEL I: WETGEVING GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN	14
1 Inleiding	14
2 Stand van zaken huidig model KB nr. 78	16
2.1 Algemeen.....	16
2.2 De bevoegdheidsregeling van verpleegkunde	20
2.2.1 De verpleegkundige A-, B- en C-handelingen	21
2.2.2 Randvoorwaarden bij verpleegkundige bevoegdheid	23
3 Knelpunten huidig model KB nr. 78	25
3.1 Verouderd uitgangspunt	25
3.2 Onevenwicht in niveau van bevoegdheidsregeling	26
3.2.1 Een algemeen monopolie als vertrekpunt in het huidig KB nr. 78	27
3.2.2 Methode van ‘inlijsting’ als pseudo-monopolie.....	27
4 Conclusie	29
DEEL II: LITERATUURSTUDIE	30
1 Methode	30
1.1 Data-bronnen	30
1.2 Data-extractie.....	30
1.3 Kwaliteitsevaluatie	31
2 Resultaten	32
2.1 Algemene beschrijving van de studies	32
2.2 Bevindingen in de 10 studies.....	33
2.2.1 Wat is verpleegkundige rol, belang & evolutie.....	33
2.2.2 Knelpunten inzake verpleegkundige rol.....	34
2.2.3 Aanbevelingen.....	37
3 Discussie	38
3.1 Belang van kennis en waardering eigen rol.....	38
3.2 Van knelpunten naar opportuniteiten	39
4 Beperkingen	40

DEEL III: KWALITATIEF ONDERZOEK	41
1 Onderzoeksmethode	41
1.1 Onderzoeksdesign.....	41
1.2 Dataverzameling.....	42
1.3 Data-analyse	46
2 Resultaten	51
2.1 Gebruikte codes	51
2.2 Takenpakket.....	52
2.3 Multidisciplinaire samenwerking	62
2.4 Belang van de context.....	64
2.5 Stimulerende elementen	67
2.6 Onzekerheden & frustratie.....	72
2.7 Verpleegkundige rol	74
2.8 Motivatie in keuze voor verpleegkunde	76
2.9 Evolutie in de job.....	78
2.10 Definitie verpleegkunde	79
3 Discussie.....	80
3.1 Sociaal profiel verpleegkundigen	80
3.2 Instaan voor zorgcontinuïteit essentie verpleegkundige rol	81
3.2.1 24-uren permanentie.....	81
3.2.2 Zowel basiszorg als technische prestaties	81
3.2.3 Vertrouwenspersoon en belangenbehartiger	81
3.2.4 Multidisciplinaire samenwerking gesteund op goede verstandhouding.....	82
3.3 Impact van context op beleving verpleegkundige rol.....	82
3.3.1 Woonzorgcentra: minst omkadering	83
3.3.2 Acute afdeling geriatrie: grote ondersteuning	83
3.3.3 GGZ: opvallend spontane structuur en werkwijze	84
3.4 Validiteit en betrouwbaarheid	85
3.4.1 Validiteit.....	85
3.4.2 Betrouwbaarheid	85
4 Beperkingen en ethische overwegingen	86
5 Toekomstig onderzoek	87
BELEIDSAANBEVELINGEN	88
1 Vergeet de basiszorg niet	88
2 Bevoegdheid dient geregeld maar bekwaamheid is essentie.....	90
2.1 Lijsten met concrete handelingen zijn nooit volledig en nooit up to date.....	90
2.2 Bekwaamheidsprincipe als veruitwendiging van de zorgvuldigheidsnorm	91
3 Regelgeving alleen is niet voldoende	93

CONCLUSIE	95
LITERATUURLIJST	96
BIJLAGEN.....	101
LIJST VAN ILLUSTRATIES.....	118

VOORWOORD

Wanneer ik besloot om de opleiding management en beleid in de gezondheidszorg aan te vatten, had dit vooral als bedoeling om mijn perspectief te verruimen. Ik wou meer inzicht krijgen in de boeiende wereld van het gezondheidszorgbeleid.

Deze masterproef was een ware uitdaging gezien mijn vooropleiding als jurist en dus mijn gebrek aan klinische ervaring. Ik heb bewust gekozen voor een onderwerp dat aansluit bij mijn job als stafmedewerker bij Zorgnet-Icuro. Mijn functie is immers sterk beleidsgericht en hierbij mis ik wel eens het contact met de werkvloer. Aan de hand van het kwalitatief onderzoek dat ik in het kader van deze masterproef heb opgezet, ben ik in contact kunnen komen met enkele zorgverleners. Hieruit heb ik zowel professioneel als persoonlijk erg veel voldoening gehaald.

Graag wil ik een woord van dank richten aan mijn vriend Felix, mijn familie en vrienden om mij te steunen wanneer ik na twee jaar in het professionele leven te zijn gestapt, besliste om weer deeltijds student te zijn.

Daarnaast wil ik ook mijn collega's bij Zorgnet-Icuro bedanken om telkens zo begripvol te zijn wanneer ik mij even diende terug te trekken voor het realiseren van deze masterproef.

Verder wil ik van harte dank betuigen aan alle verantwoordelijken van de voorzieningen waar ik langs gegaan ben. Jullie waren heel enthousiast om mee te werken, wat voor mij erg motiverend is geweest.

Ook mijn promotoren, professor Eeckloo en professor Verhaeghe en mijn begeleider, de heer Peter Degadt verdienen het te worden bedankt. Jullie advies en opmerkingen hebben mij gestimuleerd om mijn denkwerk steeds verder te verfijnen.

Mijn grootste dank, ten slotte, wens ik te richten aan de 18 verpleegkundigen die ik heb mogen interviewen. Jullie hebben mij een inkijk gegeven in jullie professionele leven. Dit was voor mij een bijzonder verrijkende ervaring, waaraan ik ongetwijfeld nog vaak zal terugdenken.

INLEIDING

Sinds ruim twee jaar ben ik werkzaam als stafmedewerker bij Zorgnet-Icuro, de Vlaamse koepel van algemene ziekenhuizen, ouderenzorg- en geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen. In het kader van mijn job ben ik onder meer bezig met de hervorming van de wetgeving gezondheidszorgberoepen. Bovendien ben ik erg geïnteresseerd in de evolutie van het verpleegkundig beroep. Vandaar dat ik heb gekozen voor volgend onderwerp voor mijn masterproef:

“Hoe ervaren verpleegkundigen werkzaam in de intramurale ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg hun professionele rol?”

*Beleidsaanbevelingen inzake de hervorming van de wetgeving
gezondheidszorgberoepen”*

Anno 2016 staan we voor heel wat uitdagingen binnen de gezondheidszorg. Denk maar aan de tendens naar de vermaatschappelijking van de zorg waarbij men het zorgaanbod flexibeler tracht in te zetten, op maat van de zorgbehoevende en diens context. Om dat te bereiken is samenwerking tussen alle gezondheidszorgactoren onontbeerlijk. Een goede samenwerking tussen verschillende gezondheidszorgberoepen vereist dat het takenpakket van elk van deze actoren duidelijk is.

Niet in het minst kijkt de zorgsector dan ook verwachtingsvol uit naar de herziening van de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (het vroegere KB nr. 78). Deze wet beschrijft de bevoegdheden en verhoudingen van de verschillende gezondheidszorgberoepen. Een vernieuwd concept zal hopelijk meer ruimte geven aan professionele autonomie en aan de multidisciplinaire samenwerking in de zorg.

Daarnaast zal ook de verpleegkundige opleiding vanaf volgend schooljaar hervormd worden. De bachelor-opleiding zal gespreid worden over 4 schooljaren en ook de HBO5-opleiding zal wijzigen. Dat is het gevolg van de aanpassing van de Belgische wetgeving aan een Europese richtlijn.¹ Deze richtlijn verplicht de lidstaten om

¹ Richtlijn 2013/55 van het Europees Parlement en de Raad van 20 november 2013 tot wijziging van Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties en Verordening (EU) nr.

voldoende stage-uren aan te bieden in de opleiding verpleegkunde. Onze huidige opleidingen schieten gemiddeld ongeveer 900 uren te kort. Dat creëert een opportuniteit om ook de inhoud van de opleiding te herzien. Het is de bedoeling om deze opleiding meer generiek te maken en om tegelijkertijd dieper in te gaan op het scala aan verpleegkundige specialisaties binnen de basisopleiding verpleegkunde. Op dat dossier wordt echter niet verder ingegaan in het kader van deze masterproef.

Voornoemde uitdagingen hebben ongetwijfeld een grote invloed op de verpleegkundige zorg. Hoewel onderzoek heeft uitgewezen dat er een rechtstreeks verband bestaat tussen een grotere inzet van verpleegkundigen en een lagere patiëntensterfte in ziekenhuizen², staat ook deze beroepsgroep onder druk. Verpleegkundigen moeten steeds meer met steeds minder. Van verpleegkundigen wordt immers verwacht dat zij over specialistische kennis en vaardigheden beschikken. Deze verwachting is legitiem gezien de almaar complexer wordende zorgvragen die verpleegkundigen dienen te beantwoorden. Anderzijds is er nood aan generalistische zorg en dienen verpleegkundigen breed te kunnen worden ingezet in de verschillende zorgsettings. Men kan zich dan ook de vraag stellen waar de rol van de verpleegkundige het beste begint en waar deze het beste eindigt.

Omdat in dit debat de stem van de werkvloer onvoldoende gehoord wordt, is ervoor gekozen om een kwalitatief onderzoek op te zetten. Hierbij werd gepeild naar de ervaringen van verpleegkundigen ten aanzien van hun professionele rol.

De bevoegdheid van verpleegkundigen werd in de regelgeving tot op het niveau van taken omschreven, beter bekend als de lijsten met B- en C-handelingen.³ Er wordt vermoed dat deze regelgeving en specifiek de vorm ervan, met name afgebakende lijsten met technische handelingen het sterkst als een knelpunt wordt ervaren in

1024/2012 betreffende de administratieve samenwerking via het Informatiesysteem Interne Markt (“de IMI-verordening”), *Pb.L.* 28 december 2013.

² Sermeus, W., Aiken, L., Van den Heede, K., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Morena-Casbas, M.T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A., Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L., Zikos, D. & RN4CAST consortium (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology, *BMC Nursing*, 2011, 10:6.

³ Koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen.

woonzorgcentra. Hoewel verpleegkundigen in woonzorgcentra minder technische handelingen uitvoeren, dienen zij wel sterk autonoom te kunnen werken. Zij zijn immers, in tegenstelling tot wat het geval is in algemene ziekenhuizen, bij de hoogst gekwalificeerden op de werkvloer en worden niet voortdurend omringd door artsen om hen met raad en daad bij te staan. Daarnaast werken zij nauw samen met zorgkundigen waaraan zij een deel van hun takenpakket delegeren. Daar komt nog bij dat de zorgnood bij de bewoners de laatste jaren sterk gestegen is.⁴ Dat zorgt voor een grote individuele verantwoordelijkheid in hoofde van verpleegkundigen werkzaam in woonzorgcentra.

Gezien mijn functie als stafmedewerker bij Zorgnet-Icuro, werd ervoor gekozen om het onderzoek niet alleen te laten plaatsvinden in woonzorgcentra maar wel in de 3 gezondheidszorgsectoren die Zorgnet-Icuro vertegenwoordigt. Daarom werden daarnaast verpleegkundigen ook verpleegkundigen werkzaam in een algemeen en in een universitair ziekenhuis, op de afdeling geriatrie en verpleegkundigen werkzaam in psychiatrische centra bevroegd. De laatste twee settings werden geselecteerd omdat deze afdelingen qua patiënten- of bewonerspopulatie enigszins aansluiten bij de setting van een woonzorgcentrum waar de zorg ook eerder complex en generalistisch dan sterk medisch-technisch is. Elke setting blijft uiteraard verschillend en hier wordt in de analyse van de resultaten ook rekening mee gehouden. Een bijkomende reden voor de keuze van voornoemde settings is dat ze vaak onderbelicht blijven wanneer het op beleidsniveau over verpleegkunde gaat.

In het kader van de hiervoor uiteengezette uitdagingen in de gezondheidszorg, voornamelijk wat de hervorming van de wetgeving gezondheidszorgberoepen betreft, wil deze masterproef bijkomend inzicht creëren.

In DEEL I wordt van start gegaan met een overzicht van het huidig model KB nr. 78, ofwel de wetgeving betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Naast een algemene toelichting, wordt dieper ingegaan op de bevoegdheidsregeling van de verpleegkunde. Ten slotte worden de belangrijkste knelpunten van dat model op een rij gezet.

⁴ Zorg en Gezondheid Zorgzwaarte in de ouderenzorg -2013 [Online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2016 [geraadpleegd op 05/04/2016], Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/GI2013-zorgzwaarte_ouderenzorg.pdf.

DEEL II omvat een systematische literatuurstudie. Deze literatuurstudie is voornamelijk bedoeld als verkennend onderdeel. De resultaten van de literatuurstudie boden de nodige achtergrond bij het interpreteren van de kwalitatieve onderzoeksresultaten in DEEL III.

In DEEL III, het empirisch luik van deze masterproef, is het de bedoeling om rechtstreeks vanuit de aan de hand van interviews verzamelde kwalitatieve data, informatie te verkrijgen die kan bijdragen tot een beter begrip ten aanzien van de ervaring van verpleegkundigen aangaande hun rol.

In het laatste onderdeel, BELEIDSAANBEVELINGEN zal de link gelegd worden tussen de drie voorgaande onderdelen van de masterproef. De bedoeling is uiteindelijk om enkele beleidsadviezen te formuleren inzake de hervorming van de wetgeving betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

DEEL I: WETGEVING GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN

1 Inleiding

Zoals hierboven uiteengezet, heeft deze masterproef als bedoeling inzicht bij te brengen inzake een belangrijk en actueel thema in het gezondheidszorgbeleid, met name de hervorming van de wetgeving gezondheidszorgberoepen. Het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014 vermeldt hierover het volgende:

“Het KB-nummer 78 wordt grondig herzien. De competenties van de beoefenaars van een gezondheidszorgberoep worden uitgezuiverd en herschikt overeenkomstig het principe van de subsidiariteit, waarbij de taken worden toegewezen aan die zorgverleners die de vereiste zorg op de meest doelmatige en kwaliteitsvolle wijze kunnen verlenen. Er wordt meer aandacht besteed aan de organisatie van multidisciplinaire samenwerking. De regelgeving betreffende het erkennen en toekennen van sub- en superspecialisaties wordt geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.”⁵

Ook de Beleidsnota van federaal Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggie De Block gaat in op de hervorming van het KB nr. 78 en handelt tevens over de nood aan de herwaardering van het verpleegkundig beroep:

*“Zorgverstrekkers
Verpleegkundigen*

De regering zal de verdere uitbouw van het door werkgevers en werknemers opgezette systeem van functiekwalificatie in de zorg gebruiken als leidraad voor de herwaardering van het beroep van verpleegkundigen. Het reglementair kader is het KB betreffende de lijst van bijzondere beroepstitels en bijzondere beroepsbekwaamheden voor de beoefenaars van de verpleegkunde. Het attractiviteitsplan voor verpleegkundigen wordt verder uitgevoerd.(...)

⁵ Federaal Regeerakkoord 2014-18 dd. 09.10.2014.

Planning en contingentering

Ik wil beginnen aan de herziening van het KB-nummer 78. Dit zal tijd vergen. De optiek moet zijn de competenties van de beoefenaars van een gezondheidszorgberoep uit te zuiveren en te herschikken overeenkomstig het principe van de subsidiariteit, waarbij de taken worden toegewezen aan die zorgverleners die de vereiste zorg op de meest doelmatige en kwaliteitsvolle wijze kunnen verlenen.”⁶

Verder stelt ook de Beleidsnota van Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren dat er nood is aan hervorming op het niveau van ‘zorgberoepen’:

“We zetten de denkoefening verder rond het wenselijke aanbod van zorgberoepen en lanceren hiertoe voorstellen die de juridisch afgebakende territoria van (sub)disciplines waarbinnen welbepaalde prestaties mogen geleverd worden, vervangen worden door rationeel opgebouwde afsprakenkaders die tot stand komen via dialoog tussen beroepsgroepen en met de zorggebruikers. We plegen in dit verband onder andere overleg met de federale overheid over de noodzakelijke aanpassingen van het KB nr. 78. Samenwerking tussen disciplines om meer efficiënte en kwaliteitsvolle zorg te kunnen aanbieden blijft een dominant principe. Mobiliteit van zorgverleners tussen verschillende sectoren van welzijn en volksgezondheid moet aangemoedigd worden. En de nodige randvoorwaarden voor een vlotte gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en met de zorggebruiker moeten ingevuld worden. We formaliseren het bestaande informele overleg met diverse zorgverstrekkers waarbij we voldoende oog hebben voor de representativiteit en diversiteit in de vertegenwoordiging van de verschillende groepen. Hiervoor maken we een reglementair kader.”⁷

In wat volgt wordt dieper ingegaan op het huidige model van de wetgeving gezondheidszorgberoepen, waarbij meer in detail wordt ingezoomd op de

⁶ Algemene Beleidsnota Gezondheidszorg dd. 25.10.2014, *Parl.St.* Kamer 2014-15, doc. nr. 54 0588/007.

⁷ Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid & Gezin dd. 24 oktober 2014, *Vl. Parl.* 2014-15, nr. 125/1, p. 35.

bevoegdheidsregeling van verpleegkunde. Ten slotte zal kort worden stil gestaan bij de voornaamste knelpunten van de bestaande wet gezondheidszorgberoepen.

Onderstaande uiteenzetting in punten 2 en 3 is belangrijk voor een goed begrip van de beleidsaanbevelingen die uiteindelijk zullen worden geformuleerd.

2 Stand van zaken huidig model KB nr. 78

2.1 Algemeen

Doorgaans wordt voor de verwijzing naar de wet gezondheidszorgberoepen de afkorting KB nr. 78 gebruikt dan wel ‘WUG’, Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen. Tot voor 2015 ging het om een genummerd koninklijk besluit van 14 november 1967.⁸ Het betrof immers een volmachtsbesluit, gebaseerd op de Volmachtenwet van 31 maart 1967 waarbij het parlement een deel van haar bevoegdheid had overgedragen aan de regering. Het KB had met andere woorden kracht van wet.⁹

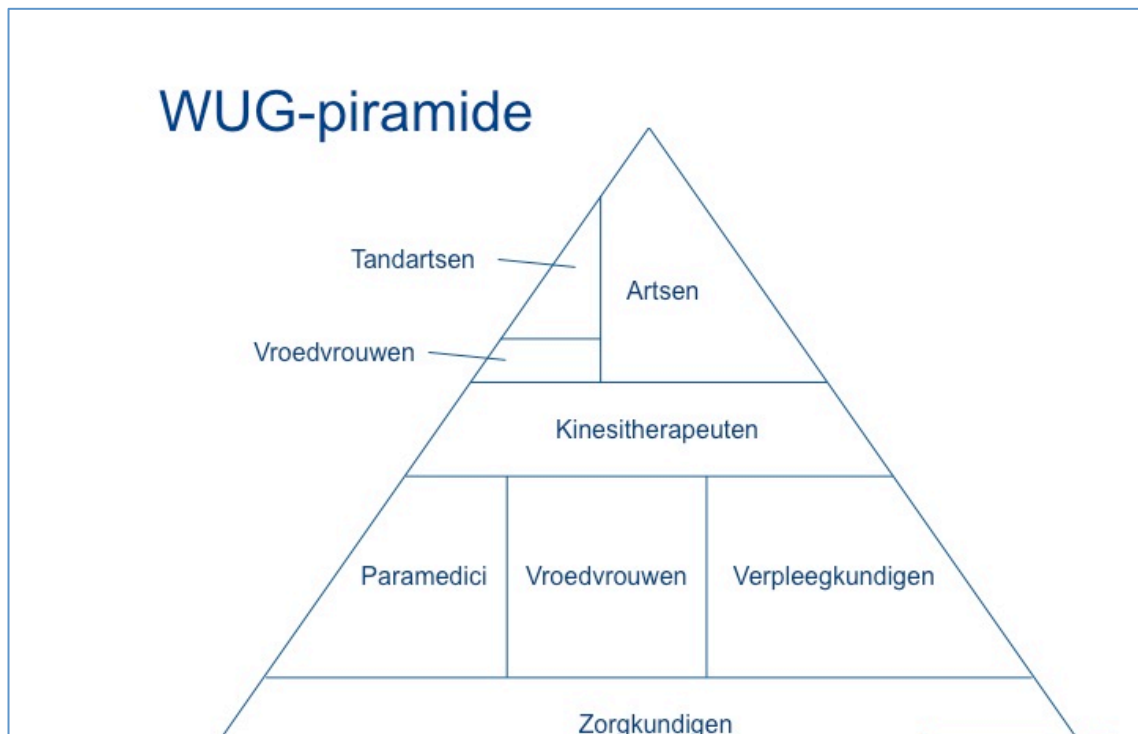
Deze wet is sinds 1967 veelvuldig gewijzigd onder meer om rekening te houden met een aantal nieuwe gezondheidszorgdisciplines die doorheen de tijd sterk geprofessionaliseerd zijn maar ook met nieuwe noden en behoeften van zorgvragers.¹⁰ Door deze talrijke wijzigingen doorheen de tijd is het resultaat een onoverzichtelijk geheel geworden van regels die allen te maken hebben met gezondheidszorgberoepen. Om tegemoet te komen aan de moeilijke leesbaarheid heeft de Raad van State, op vraag van de Eerste Minister, het KB intussen gecoördineerd en dienen we nu te spreken van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen gecoördineerd op 10 mei 2015, zoals gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 18 juni 2015. Gemakkelijkheidshalve zal verder worden gesproken over het ‘KB nr. 78’. Voornoemde coördinatie heeft geen inhoudelijke aanpassingen aangebracht aan de wet. De voornaamste wijziging van deze coördinatie betreffen de henummering van de artikelen en tekstuele actualisaties.

⁸ KB nr. 78 10 november 1967 betreffende de geneeskunst, de uitoefening van de daaraan verbonden beroepen en de geneeskundige commissies, *BS* 14 november 1967.

⁹ R. DILLEMANS, “De wetgevende besluiten betreffende de uitoefening van de geneeskunst in perspectief”, *TPR* 1974, 175; H. NYS, *Geneeskunde, recht en medisch handelen*, Mechelen, Story-Scientia, 1991, 3.

¹⁰ H. NYS, *Recht en bio-ethiek*, Leuven, Lannoo campus, 2015, 24.

Een heldere voorstellingswijze van de huidige structuur van het KB nr. 78 is de WUG-piramide van professor Herman Nys, zie figuur 1.¹¹ Deze piramide is geen model dat door de wetgever in 1967 is uitgetekend. In die tijd bestond er immers nog geen veelheid aan professionele zorgverleners zoals we die vandaag kennen. Het is een figuur die, vele jaren na de totstandkoming van de wet, gehanteerd wordt in de rechtsleer om de principes van de wet visueel voor te stellen.



Figuur 1: de WUG-piramide van prof. Herman Nys

Voor de volledigheid zou de top van deze piramide, naast artsen, tandartsen en vroedvrouwen, nog kunnen worden aangevuld met twee beroepen die vanaf september 2016 zullen worden opgenomen in het KB nr. 78, meer bepaald de beoefenaars van de klinische psychologie en van de klinische orthopedagogiek en de discipline van de psychotherapie.¹²

¹¹ H. NYS, *Recht en bio-ethiek*, Leuven, Lannoo campus, 2015, 24.

¹² Wet 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 20 mei 2015. Deze wet zal nog worden aangepast via een reparatiewet. Laatstgenoemde is tot op heden niet gepubliceerd.

In oorsprong regelde het KB nr. 78 enkel de uitoefening van de geneeskunde. De oorspronkelijke benaming van het KB luidde: “KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de uitoefening van de daaraan verbonden beroepen en de geneeskundige commissies”.¹³ Het basisprincipe van de wet is dan ook dat enkel artsen bevoegd zijn de geneeskunde uit te oefenen. Geneeskunde wordt in de wet echter zeer ruim omschreven, namelijk *a contrario*:

“Wordt beschouwd als onwettige uitoefening van de geneeskunde, het gewoonlijk verrichten door een persoon die het geheel van de voorwaarden, gesteld bij lid 1 van deze paragraaf¹⁴, niet vervult, van elke handeling die tot doel heeft, of wordt voorgesteld tot doel te hebben, bij een menselijk wezen, hetzij het onderzoeken van de gezondheidstoestand, hetzij het opsporen van ziekten en gebrekkigheden, hetzij het stellen van de diagnose, het instellen of uitvoeren van een behandeling van een fysische of psychische, werkelijke of vermeende pathologische toestand, hetzij de inenting. ...

Wordt eveneens als een onwettige uitoefening van de geneeskunde beschouwd, het gewoonlijk verrichten door een persoon die niet aan alle in het eerste lid bedoelde voorwaarden beantwoordt, ten aanzien van de mens, van elke medische technische ingreep doorheen de huid of de slijmvliezen en waarbij, zonder enig therapeutisch of reconstructief doel, vooral beoogd wordt het uiterlijk van de patiënt om esthetische redenen te veranderen. ...

Wordt als onwettige uitoefening van de geneeskunde beschouwd, het gewoonlijk verrichten door een persoon die het geheel van de voorwaarden gesteld in het eerste lid van deze paragraaf niet vervult, van elke handeling die tot doel heeft, of wordt voorgesteld tot doel te hebben, het toezicht uit te oefenen op de

¹³ De voorloper van het KB nr. 78 is de wet van 12 maart 1818 ter regeling van hetgene betrekkelijk is tot de uitoefening van de verschillende takken der geneeskunde, zie R. DILLEMANS, “De wetgevende besluiten betreffende de uitoefening van de geneeskunst in perspectief”, *TPR* 1974, afl. 2-3, (173) 175-179.

¹⁴ Deze voorwaarden betreffen het beschikken over een diploma geneeskunde, in het bezit zijn van een visum en lid zijn van de Orde der geneesheren.

*zwangerschap, op de bevalling of op het post partum, alsmede elk ingrijpen dat erop betrekking heeft.”*¹⁵

Voornoemde definitie van geneeskunde laat veel ruimte open voor interpretatie. Men zou volgens deze omschrijving zo goed als elke vorm van onderzoek naar een gezondheidstoestand, van diagnose, van therapie of van behandeling als geneeskunde kunnen beschouwen. Opdat andere zorgverleners die zich overigens in de loop der jaren sterk geprofessionaliseerd hebben, juridisch bevoegd zouden zijn een behandeling uit te voeren, heeft de wetgever telkens een uitzondering moeten maken op het principe dat enkel artsen de geneeskunde kunnen uitoefenen. Het resultaat is een kluwen van monopolies en pseudo-monopolies geworden.¹⁶

De WUG-piramide toont duidelijk aan dat de structuur van het KB nr. 78 sterk hiërarchisch is, in de zin dat hoe hoger een zorgverlener staat in de WUG-piramide, hoe meer professionele autonomie deze volgens de wet heeft. Hiermee in overeenstemming vinden we de (tand)artsen dan ook terug in de top van de piramide. Zij zijn immers bevoegd om op een zelfstandige wijze de gehele geneeskunde respectievelijk de tandheelkunde te beoefenen. Waarbij we onder ‘zelfstandig’ begrijpen ‘op eigen initiatief’ en niet in opdracht van iemand anders.¹⁷

Vroedvrouwen zijn volgens het KB nr. 78 autonoom bevoegd voor de “praktijk van de normale bevallingen”, wat een onderdeel van de geneeskunde, betreft. Tevens zijn zij bevoegd om bepaalde geneesmiddelen voor te schrijven in het kader van het opvolgen van normale zwangerschappen en de zorg aan pasgeborenen.¹⁸

¹⁵ Artikel 3, §1, 2^e lid resp. art. 3, §1, 4^e l, resp. art. 3, §2, 2^e lid wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 18 juni 2015.

¹⁶ H. NYS, “Naar een grondige herziening van de wetgeving op de beroepen in de gezondheidszorg” in *Liber Amicorum Roger Dillemans, Deel II; Socialezekerheidsrecht*, E. Story-Scientia, Antwerpen, Kluwer, 1997, 264.

¹⁷ Wet 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen, *BS* 24 juni 1999; H. NYS, *Recht en bio-ethiek*, Leuven, Lannoo campus, 2015, 25.

¹⁸ KB 15 december 2013 bepalende de lijst van de geneesmiddelen die door de vroedvrouwen autonoom mogen worden voorgeschreven in het kader van de opvolging van normale zwangerschappen, de praktijk van normale bevallingen en de zorg aan gezonde pasgeborene in en buiten het ziekenhuis, *BS* 14 januari 2014 en artikel 62 Wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen gecoördineerd op 10 mei 2015, *BS* 18 juni 2015.

In het midden van de piramide zien we eerst en vooral de kinesitherapeuten. Zij nemen een hogere positie in dan de verpleegkundigen en paramedici omdat zij volgens de wet over een ruimere professionele vrijheid beschikken. Waar het oorspronkelijke wetsvoorstel de kinesitherapie wilde onderbrengen bij de beoefenaars van de geneeskunde, met een statuut analoog aan dat van de tandartsen, is het uiteindelijk niet zo ver gekomen. Kinesitherapeuten mogen immers enkel op niet zelfstandige wijze medische handelingen stellen, lees op voorschrift van een (tand)arts. Dat voorschrift vermeldt de diagnose, het maximum aantal behandlingsbeurten en de eventuele contra-indicaties. Daarnaast kan het voorschrift ook de prestaties vermelden die de (tand)arts vraagt. Indien er prestaties vermeld worden, kunnen kinesitherapeuten met instemming van de (tand)arts beslissen deze prestaties niet te verrichten, dan wel andere prestaties te verrichten. Juridisch gezien is een kinesitherapeut geen paramedicus.¹⁹ Kinesitherapeuten kennen bovendien geen lijsten met toegelaten handelingen.

Iets lager in de piramide vinden we een zeer grote groep zorgverleners terug, met name de verpleegkundigen, vroedvrouwen²⁰, en de groep van de paramedici. Tussen 1993 en 2004 regelde de Koning volgende beroepen als paramedisch beroep: de apothekersassistenten, audiologen, bandagisten, orthesisten, prothesisten, diëtisten, ergotherapeuten, laboratoriumtechnologen & menselijke erfelijkheidstechniek, medische beeldvorming, logopedisten, orthoptisten, podologen en de verleners van het dringend patiëntenvervoer²¹.

In de basis van de piramide vinden we ten slotte de zorgkundigen terug.

2.2 De bevoegdheidsregeling van verpleegkunde

Het bevoegdheidsdomein van respectievelijk de paramedici, de verpleegkundigen en ook zorgkundigen wordt in de huidige regelgeving doorgaans vrij strikt omschreven. Verpleegkundigen en paramedici stellen onder bepaalde voorwaarden ook medische

¹⁹ H. NYS, *Recht en bio-ethiek*, Leuven, Lannoo campus, 2015, 29.

²⁰ Hier gaat het om de andere aspecten van vroedkunde dan de praktijk bestaande uit de opvolging en begeleiding van 'normale' bevallingen. Voor het laatste zijn vroedvrouwen immers zelfstandig bevoegd. De verloskunde is bovendien een deelgebied van de geneeskunde. Vandaar dat vroedvrouwen eveneens een positie innemen in de top van de bevoegdheidspiramide.

²¹ KB 2 juli 2009 tot vaststelling van de lijst van de paramedische beroepen, BS 17 augustus 2009. H. NYS en E. VANERMEN, "De wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen ontspoord" in *Recht in beweging*. 23ste VRG-Alumnidag 2016, Antwerpen-Apeldoorn, Maklu, 146.

handelingen, waarbij zij, in tegenstelling tot kinesitherapeuten, niet mogen afwijken van het medisch voorschrift.

Een fundamenteel kenmerk van de huidige wet gezondheidszorgberoepen is dat de meeste van de bovenvermelde disciplines in het kader van hun beroepsuitoefening in principe enkel deze medische en aanverwante handelingen mogen stellen die werden opgenomen in een lijst van toegelaten handelingen. Een nuancering dient daarbij onder meer gemaakt te worden voor wat de verpleegkundige A-handelingen betreft. Dat zijn de handelingen die verpleegkundigen wel autonoom mogen stellen. Deze A-handelingen betreffen echter geen medische handelingen.²² In wat volgt wordt dieper ingegaan op de bevoegdheidsregeling van de verpleegkundige. Eerst wordt een toelichting gegeven bij de verpleegkundige A-, B- en C-handelingen, waarna de bijkomende randvoorwaarden bij deze bevoegdheidsregeling worden beschreven.

2.2.1 De verpleegkundige A-, B- en C-handelingen

“Onder uitoefening van de verpleegkunde wordt verstaan het vervullen van de volgende activiteiten:

- 1° a) het observeren, het herkennen en het vastleggen van de gezondheidsstatus zowel op psychisch, fysiek als sociaal vlak;*
- b) het omschrijven van verpleegproblemen;*
- c) het bijdragen aan de medische diagnose door de arts en aan het uitvoeren van de voorgeschreven behandeling;*
- d) het informeren en adviseren van de patiënt en zijn familie;*
- e) het voortdurend bijstaan, uitvoeren en helpen uitvoeren van handelingen, waardoor de verpleegkundige het behoud, de verbetering en het herstel van de gezondheid van gezonde en zieke personen en groepen beoogt;*
- f) het verlenen van stervensbegeleiding en begeleiding bij de verwerking van het rouwproces”²³*

➔ Dit zijn de A-handelingen of de algemene verpleegkundige zorgen.

Verder wordt, voor wat verpleegkunde betreft, een onderscheid gemaakt tussen technische verstrekkingen die verpleegkundigen zelfstandig mogen beginnen en

²² H. NYS, *Recht en bio-ethiek*, Leuven, Lannoo campus, 2015, 29-30.

²³ Artikel 46, §1,1° van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, BS 18 juni 2015.

uitvoeren zonder een opdracht of voorschrift van een arts (B1-handelingen) enerzijds en handelingen waartoe wel een medisch voorschrift nodig is (B2-handelingen) anderzijds. Een medisch voorschrift kan drie vormen aannemen, ofwel een geschreven voorschrift, een mondeling voorschrift of een staand order. De arts is verantwoordelijk voor het voorschrift, de verpleegkundige voor de uitvoering ervan. Daarnaast kunnen we ook de C-handelingen of de toevertrouwde geneeskundige handelingen onderscheiden. Dit zijn meer gespecialiseerde handelingen die een arts kan toevertrouwen aan een verpleegkundige. Hieronder vallen onder meer de voorbereiding en toediening van chemotherapie en radio-isotopen, bediening van toestellen voor medische beeldvorming, vervanging van een externe tracheacanule,...

De wet omschrijft voornoemde opdeling als volgt:

“(...) 2° de technisch-verpleegkundige verstrekkingen waarvoor geen medisch voorschrift nodig is, alsook deze waarvoor wel een medisch voorschrift nodig is.

Die verstrekkingen kunnen verband houden met de diagnosestelling door de arts, de uitvoering van een door de arts voorgeschreven behandeling of met het nemen van maatregelen inzake preventieve geneeskunde;

3° de handelingen die door een arts kunnen worden toevertrouwd overeenkomstig artikel 23, §1, tweede en derde lid.”²⁴

Ten slotte zijn er bepaalde handelingen voorbehouden aan verpleegkundige houders van een bijzondere beroepstitel of bekwaamheid.²⁵ Alle andere verpleegkundige handelingen mogen door alle verpleegkundigen worden gesteld, dus zowel door de gegradueerde (beter bekend als bachelor- of A1-verpleegkundigen) als de gebrevetteerde of gediplomeerde verpleegkundigen (beter bekend als A2- of HBO5-verpleegkundigen).

²⁴ *Ibid*, artikel 46, §1,2°-3°.

²⁵ Koninklijk besluit 21 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 14.05.2007.

De concrete handelingen waarover het gaat, werden opgenomen in een afzonderlijk koninklijk besluit van 18 juni 1990 en vallen buiten het bestek van deze masterproef.²⁶

2.2.2 Randvoorwaarden bij verpleegkundige bevoegdheid

Het koninklijk besluit van 18 juni 1990²⁷, beschrijft naast de lijsten met toegelaten handelingen enkele randvoorwaarden bij de verpleegkundige bevoegdheid. Daarnaast is er ook een ministeriële omzendbrief van 19 juli 2007 waarin bijkomende voorwaarden worden gestipuleerd. Ten slotte geeft ook de Technische Commissie Verpleegkunde richtlijnen terzake.

Het artikel 4*bis* van het KB van 18 juni 1990 formuleert een belangrijk basisprincipe:

“Het is de beoefenaar van de verpleegkunde enkel toegestaan technische verpleegkundige verstrekkingen en de handelingen die door een arts kunnen worden toevertrouwd uit te voeren wanneer hij/zij beschikt over de nodige competentie, opleiding en/of ervaring om deze correct en veilig uit te voeren.”

Een omzendbrief van 19 juli 2007 gericht aan de beheersorganen van de ziekenhuizen, woonzorgcentra en de diensten voor thuisverpleging, artsen en verpleegkundigen gaat in op het onderscheid tussen de begrippen ‘bevoegdheid’ en ‘bekwaamheid’:

“Bevoegdheid versus bekwaamheid

Het koninklijk besluit van 18 juni 1990 bevat alle technische verpleegkundige verstrekkingen en toevertrouwde medische handelingen waarvoor verpleegkundigen bevoegd zijn. Het bekwaam zijn is een individuele beoordeling en hangt af van de opleiding en de ervaring van de verpleegkundige zelf. Indien aan een verpleegkundige gevraagd wordt handelingen te stellen die hij onvoldoende beheerst of niet veilig kan uitvoeren dan dient de verpleegkundige

²⁶ Koninklijk besluit 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, BS 26.07.1990.

²⁷ Koninklijk besluit 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, BS 26.07.1990.

te weigeren en dit onmiddellijk te melden aan zijn hiërarchische overste en aan de opdrachtgevende arts. Men mag van een verpleegkundige verwachten dat hij de courante verstrekkingen en handelingen op zijn dienst of functie correct en veilig kan toepassen.”²⁸

Hieruit kunnen we concluderen dat een verpleegkundige pas een concrete toegelaten handeling mag stellen wanneer zij zich daartoe *de facto* bekwaam acht.

Ook de diplomavereisten waaraan moet voldaan zijn opdat men de verpleegkunde mag beoefenen, worden in het koninklijk besluit van 18 juni 1990 vermeld.

Verder stelt dit KB dat elke technische verpleegkundige verstrekking of het nu een B1- (geen voorschrift vereist) of een B2-handeling (wel voorschrift vereist) is, dient te worden verricht aan de hand van standaardverpleegplannen en/of procedures. De C-handelingen die door een arts kunnen worden toevertrouwd, moeten eveneens worden uitgevoerd op basis van procedures.

De procedures ten aanzien van de B2- en de C-handelingen moeten in samenspraak met de voorschrijvende arts en de verpleegkundige worden opgesteld.²⁹

De hiervoor opgesomde randvoorwaarden werden reeds verplicht gemaakt vanaf september 2008 door middel van de omzendbrief van 2007. Deze omzendbrief benadrukt daarenboven dat verantwoordelijken in de medische en verpleegkundige departementen erover moeten waken dat deze verpleegplannen en procedures regelmatig geüpdatet worden.

Pas in 2014 werden deze bijkomende voorwaarden ook overgenomen in de wet.³⁰

²⁸ Ministeriële Omzendbrief van 19 juli 2007 betreffende het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, gericht aan de beheersorganen van de ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen, de rustoorden voor bejaarden, de diensten voor thuisverpleging, de artsen en de verpleegkundigen, *BS* 29.08.2007.

²⁹ Art. 7, ter KB houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26.07.1990.

Door de federale Technische Commissie voor Verpleegkunde werden in 2007 enkele verduidelijkingen geformuleerd bij het interpreteren van voornoemde lijsten met toegelaten handelingen.³¹

Een verpleegkundige die na het lezen van deze verduidelijkingen nog vragen heeft over de handelingen die door een arts aan hen kunnen worden toevertrouwd, kan hiertoe een vraag richten tot de Technische Commissie voor Verpleegkunde. Voor een overzicht van deze bevoegdheidsvragen en de antwoorden van de commissie kan men het Verslag van de Technische Commissie voor Verpleegkunde, Vragen & antwoorden 2010-2015 raadplegen.³²

3 Knelpunten huidig model KB nr. 78

De knelpunten bij de huidige wet gezondheidszorgberoepen kunnen in twee grote groepen worden ingedeeld. Ten eerste is het uitgangspunt van de wet verouderd en ten tweede is er sprake van een groot onevenwicht in het niveau van bevoegdheidsregeling.

3.1 Verouderd uitgangspunt

Er kunnen een 5-tal argumenten worden aangehaald die leiden tot de conclusie dat het uitgangspunt van de huidige wet op de gezondheidszorgberoepen verouderd is.

Een eerste knelpunt bij het huidige model KB nr. 78 is het verouderde uitgangspunt. In de huidige wettekst ligt sterk de nadruk op wat onwettig is. Een positieve omschrijving van de verschillende gezondheidszorgberoepen ontbreekt.

Een tweede belangrijk knelpunt is dat de huidige wet geen onderscheid maakt tussen professionals in de gezondheidszorg en leken. Dit heeft bijvoorbeeld tot gevolg dat een

³⁰ Koninklijk besluit 25 april 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen.

³¹ Verduidelijkingen bij de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en toevertrouwde geneskundige handelingen op basis van de briefwisseling met de Technische Commissie voor Verpleegkunde, versie 1 juli 2007, plenum van 27 september 2007.

³² Dit verslag is terug te vinden via volgende link:

http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/technische_commissie_voor_verpleegkunde/19082199.pdf, geraadpleegd op 28 maart 2016.

ouder die aan wondzorg doet bij zijn kind, zich schuldig maakt aan de onwettige uitoefening van de verpleegkunde. Hetzelfde geldt voor de leerkracht die in de klas een leerling met diabetes helpt bij een insuline-injectie.

Verder is het huidige model een verzameling van afgebakende domeinen. Gezien de grenzen tussen de verschillende disciplines volgens de wet zeer strikt zijn, werken zorgverleners vandaag vaak in een grijze zone. De wettelijke bevoegdheidsdomeinen zijn immers lang niet altijd in overeenstemming met de praktijk. Bovendien voedt een dergelijk systeem het corporatisme. Het zorgt er immers voor dat elke beroepsgroep een steeds groter domein wenst te kunnen betreden.

Daarenboven zijn de verhoudingen tussen de gezondheidszorgberoepen vandaag op zo'n manier ingevuld dat hoe lager je in de piramide staat, hoe minder professionele autonomie je hebt volgens de wet. Dit strookt niet altijd met de graad van professionalisering van deze zorgverleners.

Tot slot is dit model erg aanbodgericht terwijl een actueel model flexibel zou moeten kunnen inspelen op die zorgvraag. De dynamiek van inter- en intradisciplinaire samenwerking ontbreekt. Deze wordt nochtans, wegens de evoluties zowel binnen de acute zorg als binnen de chronische zorg als essentieel gezien en kan beschouwd worden als een nieuwe dimensie van de zorgverlening.

3.2 Onevenwicht in niveau van bevoegdheidsregeling

Het huidige KB nr. 78 bestaat, zoals gezegd, uit een verzameling van (pseudo-)monopolies, met als vertrekpunt het wettelijk artsenmonopolie (3.2.1.).³³ De methode van 'inlijsting' op grond waarvan verpleegkundigen en paramedici geneeskundige en aanverwante handelingen mogen stellen, kan volgens H. NYS³⁴ een pseudo-beroepsmonopolie genoemd worden (3.2.2.). Het gaat immers om een strikt afgebakend domein dat in principe voorbehouden wordt aan de verpleegkundigen respectievelijk paramedici.

³³ H. NYS, "Naar een grondige herziening van de wetgeving op de beroepen in de gezondheidszorg" in *Liber Amicorum Roger Dillemans, Deel II; Socialezekerheidsrecht*, E. Story-Scientia, Antwerpen, Kluwer, 1997, 264.

³⁴ *Ibid*, p. 265.

3.2.1 Een algemeen monopolie als vertrekpunt in het huidig KB nr. 78

Artsen beschikken vandaag volgens de wet over een exclusief en algemeen monopolie om de geneeskunde uit te oefenen. We zouden ons kunnen afvragen of dat monopolie *de facto* wel nog bestaat vandaag. Er zijn doorheen de tijd immers onder meer erkennings- en financieringsregels bijgekomen die beperkingen stellen aan het algemeen karakter van dit monopolie.³⁵

3.2.2 Methode van 'inlijsting' als pseudo-monopolie

De bevoegdheidsregeling van onder meer verpleegkundigen bestaat uit lijsten met concrete handelingen. Als argument pro het behouden van voornoemde lijsten van technische verstrekkingen, hoor je wel eens dat deze lijsten het voordeel zouden bieden van de duidelijkheid. Wanneer een verpleegkundige twijfelt of hij/zij wel bevoegd is een bepaalde handeling te stellen, kan hij/zij er eenvoudigweg de lijsten op naslaan. Staat de betrokken handeling erin vermeld, dan mag de handeling gesteld worden, zou je kunnen redeneren. Uit het Verslag van de Technische Commissie voor Verpleegkunde blijkt echter dat regelmatig vragen worden gesteld bij deze lijsten.³⁶ In figuur 2 wordt een voorbeeld gegeven van een dergelijke vraag en het antwoord van de Commissie.

³⁵ *Ibid*, p. 269.

³⁶ http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/technische_commissie_voor_verpleegkunde/19082199.pdf, geraadpleegd op 28 maart 2016.

45. VACUÛM THERAPIE

Vraag

Dient de toepassing van vacuÛmtherapie in wondzorg beschouwd als zelfstandige verpleegkundige verstrekking B1 of als een verstrekking B2 die een medisch voorschrift vereist ?

Antwoord

Gezien de nodige apparatuur en de plaats in de complexe wondzorg maakt het toepassen van vacuÛmtherapie deel uit van het "gebruik van apparaten voor observatie en behandeling van de verschillende functiestelsels" (K.B. van 18 juni 1990). Dit is een verstrekking B2 die een medisch voorschrift vereist.

Figuur 2: voorbeeld vraag en antwoord Technische Commissie Verpleegkunde

Hieruit kunnen we concluderen dat deze lijsten lang niet altijd voldoende duidelijk zijn en dat verpleegkundigen in de praktijk, ondanks het bestaan van deze lijsten, nog steeds in onzekerheid kunnen verkeren omtrent hun bevoegdheid.

Algemeen zijn er twee manieren om gezondheidszorgberoepen wettelijk te regelen, namelijk 'beroepsinhoudbescherming' en 'beroepstitelbescherming'. In het eerste geval gaat men activiteiten voorbehouden aan bepaalde zorgverleners, wat betekent dat het voor anderen in principe onwettelijk is om deze activiteiten te stellen. In het geval van beroepstitelbescherming mogen anderen wel dezelfde activiteiten uitvoeren maar niet onder de beschermde titel. Voornoemde lijsten met handelingen zijn duidelijk een vorm van beroepsinhoudbescherming.

In Nederland is men al in 1993 overgeschakeld van een systeem van beroepsinhoudbescherming naar een principe van beroepstitelbescherming weliswaar met behoud van een aantal voorbehouden groepen van handelingen.³⁷

³⁷ Artikel 36 wet 11 november 1993 houdende regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. In voornoemd artikel worden de handelingen opgesomd die exclusief tot de bevoegdheid van bepaalde beroepsbeoefenaren blijven behoren, namelijk heelkundige handelingen, verloskundige handelingen, endoscopieën, catheterisaties, injecties, puncties, gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden, elective cardioversie, defibrillatie, elektroconvulsieve therapie, steenvergruizing voor geneeskundige doeleinden en het verrichten van handelingen t.a.v. menselijke geslachtscellen en embryo's, gericht op het anders dan op natuurlijke wijze

Gezien het voorgaande bestaat het grootste knelpunt van het huidige model KB nr. 78 uit het verschil in niveau van bevoegdheidsregeling. Waar kinesitherapeuten volgens de wet over een grote professionele vrijheid beschikken, is het tegendeel waar voor onder meer verpleegkundigen en paramedici wiens bevoegdheden op het niveau van taken werden omschreven. Het takenpakket van zorgkundigen bestaat daarenboven slechts uit 18 handelingen die zij telkens onder supervisie van een verpleegkundige dienen uit te voeren. In praktijk blijkt dit vaak te beperkt.

4 Conclusie

Er is nood aan een realistischer systeem van bevoegdheidsregeling dat onder meer rekening houdt met de multidisciplinaire samenwerking die vandaag essentieel is om goede zorg te kunnen bieden.

Een dergelijk systeem zal uiteraard pas mogelijk zijn wanneer elke discipline bereid is de verantwoordelijkheid te nemen voor de handelingen die zij in het kader van de zorgverlening stelt.

Bovendien moet een zorgverlener erop kunnen worden aangesproken van zodra hij systematisch buiten zijn eigen deskundigheidsgebied handelt.

tot stand brengen van een zwangerschap, voorschrijven van voorschriftplichtige geneesmiddelen. Als zij bekwaam zijn mogen artsen op eigen gezag een indicatie stellen en een voorbehouden handeling uitvoeren. Onder bepaalde voorwaarden mogen zij een opdracht geven aan een niet zelfstandig bevoegde om de voorbehouden handeling uit te voeren. Ook tandartsen en verloskundigen zijn zelfstandig bevoegd bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten als zij bekwaam zijn. De handelingen moeten wel steeds binnen het in de Wet BIG omschreven deskundigheidsgebied liggen.

DEEL II: LITERATUURSTUDIE

Hierna volgt de systematische literatuurstudie die als kader zal dienen bij de interpretatie van de kwalitatieve onderzoeksresultaten in DEEL III en bij het formuleren van beleidsaanbevelingen.

Eerst zal de methode worden besproken in drie stappen. Daarna komen de resultaten aan bod. Bij de resultaten worden na een algemene beschrijving van de 10 geïnccludeerde studies, de belangrijkste bevindingen thematisch toegelicht. In de tweeledige discussie die hierop volgt, worden voornoemde bevindingen geïnterpreteerd. Tot slot zal worden stil gestaan bij de beperkingen van deze literatuurstudie.

1 Methode

1.1 Data-bronnen

Gezien het onderwerp weinig medisch is, werd er na een verkennend niet-systematisch onderzoek, voor gekozen om niet te werken met de database van Pubmed maar wel met deze van Web of Science en Google Scholar.

Daarnaast werden ook volgende tijdschriften via de UGent bibliotheek - online catalogus systematisch doorlopen (edities 2015 t.e.m. 1990):

- The international Journal of Medicine and law
- Jona's healthcare law, ethics and regulation

1.2 Data-extractie

De data-extractie gebeurde aan de hand van de volgende originele zoekstring:

Zoekstring : nurs* AND (professional role) AND boundaries

Web of Science

Na het invoeren van de originele zoekstring werden 199 resultaten bekomen. Na een selectie op basis van titel bleven nog 46 resultaten over. Aan de hand van een selectie op basis van titel en abstract bleven er 32 resultaten over en ten slotte, na selectie op

basis van full text-beschikbaarheid en taal (Engels), werden 30 artikelen overgehouden voor een grondige review. Na de inhoudelijke en kwaliteitsevaluatie konden uiteindelijk 10 artikelen worden geïncludeerd.

Google Scholar

Het ingeven van de originele zoekstring leverde een zeer hoog aantal resultaten op, met name 91 200 artikelen. Er werd voor gekozen om de zoekstring uit te breiden met de term ‘differentiated practice’ wat 30 600 artikelen opleverde. Vervolgens werden als taal Engels of Nederlands bij wijze van inclusiecriteria toegevoegd evenals het tijdsbestek 2000-2015, wat resulteerde in 18 700 artikelen. Gezien het onmogelijk is om een dergelijk aantal artikelen systematisch te doorzoeken en reeds voldoende relevant materiaal kon worden gevonden via de database van WOS, is ervoor gekozen om geen bijkomende literatuur te selecteren via Google Scholar.

Na het systematisch doorzoeken van de databanken van de twee tijdschriften, *The international Journal of Medicine and law* en *Jona’s healthcare law, ethics and regulation* werden op basis van titel en abstract 5 relevante artikelen geselecteerd. Geen ervan kon echter de kwaliteitstoets doorstaan.

1.3 Kwaliteitsevaluatie

Zoals hierboven vermeld werd er een kwaliteitsevaluatie toegepast op de gevonden artikelen. Voor deze kwaliteitstoets werd gebruik gemaakt van de volgende checklist van Hawker, Payne et al., 2002: “Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically”. *Qualitative health research* (12)9, 1284-1299³⁸. Er werden 9 kwaliteitscriteria gebruikt, met name de kwaliteit van abstract en titel, inleiding en doelstellingen, methode en data-verzameling, steekproef, data-analyse, ethiek en bias, resultaten, generaliseerbaarheid en ten slotte implicaties ten aanzien van de praktijk en het beleid. Per criterium werd een score gegeven, gaande van 1 (very poor) tot 4 (good). Van zodra een totaalscore van 27 op 36 en dus een gemiddelde score van 3 op 4 per

³⁸ Zie ook bijlage 3, p. 104.

criterium werd bereikt, werd de studie als voldoende kwalitatief beoordeeld. Deze studies werden vervolgens geïnccludeerd.

2 Resultaten

2.1 Algemene beschrijving van de studies

De geselecteerde studies variëren onder meer op vlak van locatie van het onderzoek, tijdstip van publicatie, onderzoeksdesign en inhoudelijke focus van het onderzoek. Zeven van de tien studies werden uitgevoerd in West-Europa, waarvan twee in Nederland (Niezen & Matthijssen, 2014; Kroezen, Van Dijk & Groenewegen, 2013). Twee studies vonden plaats in Australië (Eager, Cowin & Gregory, 2010; Ebert, Hoffman & Levett-Jones, 2014) en één in Israël (Toren, Nirel & Tsur, 2014).

De geïnccludeerde studies zijn allen vrij recent. De publicatiedata van acht van de tien studies liggen tussen 2015 en 2010, één studie werd gepubliceerd in 2006 (Rungapadiachy, Madill & Gough, 2006) en een laatste in 2000 (Snelgrove & Hughes, 2000).

De meeste studies die werden opgenomen in de studie volgen een kwalitatief onderzoeksdesign met een thematische analyse van de verzamelde data. Twee studies volgen een mixed-method-design (Kroezen, Van Dijk & Groenewegen, 2013; Muller-Juge, Cullati & Blondon, 2013) en één studie bestaat uit een systematische literatuurstudie (Niezen & Matthijssen, 2014).

Wat ten slotte de inhoudelijke focus van de studies betreft, is er in het merendeel van de studies een onderzoek gebeurd naar de ervaringen en/of attitudes bij verpleegkundigen aangaande hun professionele rol of bevoegdheidsdomein. Bij sommige studies wordt de professionele rol in het algemeen bekeken, bij andere wordt voornamelijk gekeken naar de rol ten aanzien van andere zorgverleners. Nog andere studies leggen de nadruk dan weer op hoe verpleegkundigen omgaan met mogelijke bevoegdheidsuitbreiding (Kroezen et al., 2013; Snelgrove et al., 2000).

Opmerking

Hoewel de participanten die hebben deelgenomen aan het onderzoek in het kader van DEEL III van deze masterproef werkzaam zijn in een reeks specifieke zorgsettings³⁹, werd de literatuurstudie hiertoe niet beperkt.

Toch werden er geen studies geïnccludeerd waarbij het onderzoek heeft plaatsgevonden in ambulante settings. De focus van de masterproef ligt immers niet op de ambulante zorgverlening.

2.2 Bevindingen in de 10 studies

2.2.1 Wat is verpleegkundige rol, belang & evolutie

Uit een voorafgaande en verkennende fase van onderliggende literatuurstudie bleek dat in de literatuur veel verschillende termen worden gebruikt om ‘verpleegkundige rol’ aan te duiden. In de meest ruime zin gaat het om hun ‘professionele rol’. In enge zin kan men verwijzen naar ‘toegelaten activiteiten’. In het kader van deze studie werd gefocust op de ‘professionele rol’.

Brady, Fealy & Casey, 2015 interpreteren deze ‘scope of practice’ of bevoegdheidsdomein op een manier die consistent is met het *Scope of Practice Framework* (Nursing and Midwifery Board of Ireland 2000). Meer bepaald zijn volgens hen in elk geval volgende elementen van belang: bevoegdheid, verantwoordelijkheid en autonomie, continue professionele ontwikkeling, ondersteuning, delegatie en noodsituaties.

Snelgrove & Hughes, 2000 halen uit hun kwalitatief onderzoek dat de verpleegkundige rol in essentie bestaat uit routinepatiëntenzorg, sociale en emotionele zorg en ten slotte het monitoren van behandelingen.

Kroezen, Van Dijk, & Groenewegen, 2013 stellen hierbij aanvullend dat bevoegdheid of controle over bepaalde taken of domeinen cruciaal is voor beroepen. Dat behoort volgens hen tot hun professioneel levensonderhoud. Ze verwijzen hiervoor tevens naar Bechky B.A., 2003. Beroepsgroepen die als expert worden gezien in een bepaald

³⁹ Algemeen en universitair ziekenhuis - afdeling geriatrie, woonzorgcentrum, psychiatrisch ziekenhuis en psychiatrisch verzorgingstehuis.

domein, bezitten een vorm van cultureel kapitaal wat professionele status en macht betekent, zo concluderen McLaughlin & Webster, 1998. De bevoegdheid over bepaalde taken zorgt volgens hen bovendien voor het bevestigen van de positie van de ene beroepsgroep tegenover een andere.

Snelgrove et al., 2000 hebben in hun studie proberen te onderzoeken wat de verpleegkunde rol zo uniek maakt. Volgens hen is de rol van verpleegkundigen als vertegenwoordiger of belangenverdediger van de patiënten van groot belang. Dit wordt tevens erkend en benadrukt door de verpleegkundige beroepsorganisatie in het Verenigd Koninkrijk. Verpleegkundigen kunnen immers de gevolgen van behandelingen waarnemen over een langere periode en kunnen daarom met enige autoriteit spreken over de concrete ervaringen van patiënten. Dat wordt aangehaald als een bijkomende reden voor een grotere inspraak van verpleegkundigen in beslissingen aangaande de patiënt.

Rolwijziging en specifiek roluitbreiding voor verpleegkundigen wordt in de studie van Snelgrove et al., 2000 zowel door artsen als verpleegkundigen als nuttig gezien maar wordt door beide beroepsgroepen anders gemotiveerd. Artsen vinden dat verpleegkundigen meer bevoegdheid kunnen toebedeeld krijgen op basis van hun ervaring (in plaats van formele opleiding) terwijl verpleegkundigen opleiding en training als motivatie zien voor bevoegdheidsuitbreiding. Deze attitude in hoofde van verpleegkundigen sluit aan bij een nieuwe ideologie op verpleegkunde die focust op formele opleiding, op de ontwikkeling van kritische denkwijzen en systematisch onderzoek. Deze ideologie denkt weg van het traditionele perspectief wat stelt dat verpleegkundigen in essentie uitvoerende zorgverleners zijn.

2.2.2 Knelpunten inzake verpleegkundige rol

a Rolonduidelijkheid in hoofde van verpleegkundigen en t.a.v. andere zorgverleners

Eagar, Cowin & Gregory, 2010 stellen in hun verkennende studie dat rolonduidelijkheid waarschijnlijk sterk leeft onder verpleegkundigen omdat er steeds meer sprake is van 'functiedifferentiatie' binnen deze beroepsgroep. Deze onduidelijkheid kan tot

territoriale conflicten leiden die niet alleen een impact hebben op de individuele verpleegkundige maar ook op de kwaliteit van de verpleegkundige zorg.

Rungapadiachy, Madill en Gough, 2006 vinden tijdens hun kwalitatief onderzoek bij psychiatrisch verpleegkundigen die amper 6 maanden werkervaring hadden, dat ze hun rol als onduidelijk ervaren. Volgens de pas afgestudeerde verpleegkundigen wordt deze rol immers sterk bepaald door de plaats waar je werkt. Als subthema's bij deze rol onduidelijkheid worden in deze studie volgende aspecten aangehaald die vaak tegengesteld zijn: de rol van de verpleegkundige als verdediger van patiëntenbelangen versus de hulpverleningsplicht, de opdracht tot psychologische interventie, tot het geven van opleiding. Verder wordt een verpleegkundige ook gezien als medicatiebedeler en zelfs als manager van zorg.

Ebert, Hoffman & Levett-Jones, 2014 hebben onder meer de prille werkervaringen van pas afgestudeerde verpleegkundigen inzake interprofessionele samenwerking onderzocht. Uit de focusgroepen blijkt dat er weinig inzicht voorhanden is in hoofde van de verschillende zorgprofessionals aangaande de professionele rol van andere zorgverleners.

Muller-Juge, Cullati & Blondon, 2013 merkten op dat verpleegkundigen tijdens de interviews de behoefte hebben om spontaan de grenzen van hun professionele rol en autonomie te verhelderen. Verder beklemtonen verpleegkundigen in voornoemde studie het onderscheid tussen hun eigen rol en hun 'delegatie-rol'.

b Bepaalde context geeft meer aanleiding tot onzekerheid

Brady et al., 2015 analyseren in hun recent gepubliceerde studie een database die werd bijgehouden door de Ierse beroepsvereniging van verpleeg- en vroedkundigen naar aanleiding van individuele vragen gesteld door verpleegkundigen tussen 2001 en 2013. Uit de analyse van deze database wat het aspect 'scope of practice' betreft, blijkt dat een derde van de gestelde vragen te maken heeft met medicatiemanagement. Voornamelijk verpleegkundigen die zeer autonoom dienen te werken, onder meer verpleegkundigen werkzaam in langdurige residentiële zorgsettings geven aan hiermee problemen te hebben. Zo wordt bijvoorbeeld aangegeven dat de principes van medicatiemanagement niet altijd duidelijk zijn. Verder geeft een verpleegkundige aan dat in sommige situaties

druk wordt ondervonden om zaken te doen die niet stroken met de professionele richtlijnen rond medicatiebedeling. Dit zou onder meer 's nachts voorkomen in ouderenzorgvoorzieningen. Verder blijkt uit deze database dat verpleegkundigen zich zorgen maken omtrent medicatie-management bij niet-verpleegkundigen, bijvoorbeeld zorgkundigen. Uit de analyse van de database blijkt dat de bezorgdheden hieromtrent de laatste jaren sterk zouden zijn toegenomen.

In de studie van Snelgrove et al., 2000 komen een aantal situaties naar boven waarin verpleegkundigen en artsen afwijken van het traditionele rollenpatroon en waar er met andere woorden roloverlap plaatsvindt tussen beide beroepsgroepen. Zo zou werkdruk verpleegkundigen vaak nopen om zich buiten hun bevoegdheidsgrenzen te bewegen onder meer omwille van de verminderde aanwezigheid van een aantal dagdiensten. Dat zou onder meer te maken hebben met de beschikbaarheid van artsen.

Verder wordt ook de specifieke context aangegeven als element dat aanleiding kan geven tot meer onzekerheid. Sterk gespecialiseerde settings (bv. hematologie of nefrologie) onderscheiden zich van meer generalistische zorgsettings (bv. interne geneeskunde). In gespecialiseerde settings werkt men vaak in kleinere teams en is er meer interactie binnen het team. Op zulke afdelingen zouden verpleegkundigen meer medisch-technische handelingen uitvoeren en hierdoor meer kansen krijgen om deel te nemen aan het beslissingsproces. Op generalistische afdelingen zou veel afhangen van de ervaring van verpleegkundigen voor wat betreft hun rol in het beslissingsproces. Op generalistische afdelingen nemen verpleegkundigen minder gauw medisch-technische taken op omdat dit hen te ver zou leiden van de 'zorg'-component van de verpleegkundige rol.

Ten slotte hebben ook beleidsbeslissingen een impact op de mate van roloverlap tussen zorgverleners, denk maar aan de personeelsinzet op de verschillende afdelingen, de incentives voor het volgen van opleiding enzovoort.

c Gevoel van hiërarchie inzake beroepenstructuur

Pas afgestudeerde psychiatrische verpleegkundigen, vermelden in hun relaas over hun beginnende werkervaring dat ze sterk het gevoel van hiërarchie ten opzichte van artsen

en andere beroepsbeoefenaars waarnemen in hun beroepsuitoefening (Ebert et al., 2014).

Ook Snelgrove et al., 2000 ervaren tijdens het afnemen van interviews bij verpleegkundigen en artsen dat het voor verpleegkundigen moeilijk bleek om hun rol als autonome zorgverleners te verwoorden, ze verwijzen hierbij naar hun gevoel van ondergeschiktheid ten aanzien van artsen in vele domeinen.

d Terreinafbakening

Aansluitend bij dit gevoel van hiërarchische ondergeschiktheid in hoofde van verpleegkundigen, wordt bij de bevraging van zorgverleners door verschillende onderzoekers ook een sterke reflex tot terreinafbakening waargenomen. Snelgrove et al., 2000 merken tijdens hun gesprekken met artsen dat hun houding nogal ambivalent is ten opzichte van een uitbreiding van de verpleegkundige bevoegdheid. Hoewel ze veel voordelen zien in het kunnen delegeren van routine-taken, vinden ze het nodig dat verpleegkundigen worden uitgesloten van het voorschrijven van medicatie en van de planning van behandelingen. Laatstgenoemde zaken worden volgens de artsen immers als essentiële componenten van de medische functie gezien.

Waar artsen het ‘medische’ domein claimen, doen verpleegkundigen dit voor wat het ‘sociale’ domein betreft. Omdat verpleegkundigen dragers zijn van sociale kennis blijken zij goed geplaatst om holistische zorg te bieden aan iedere patiënt. In de studie van Snelgrove et al., 2000 wordt in hoofdzaak dit traditionele rolmodel tussen artsen en verpleegkundigen bevestigd.

2.2.3 Aanbevelingen

Op basis van de hierboven beschreven bevindingen uit de literatuur, kunnen drie aanbevelingen worden geformuleerd.

a Inzetten op kennis en waardering van eigen rol en rol andere zorgverleners

Ebert et al. stippen interprofessionele opleiding aan als middel om tegemoet te komen aan het gevoel van ondergeschiktheid en de rolonduidelijkheid in hoofde van verpleegkundigen, al zijn hier wel voorwaarden aan verbonden. Er moet een basis zijn van wederzijds respect en waardering. Deze waarden moeten bovendien ondersteund

worden door het management zowel in opleidings- als in zorgorganisaties. Interprofessionele opleiding is echter slechts één middel om te werken aan een betere multidisciplinaire samenwerking in zorgteams.

b Faciliteren van multidisciplinaire samenwerking

Voor een definitie van ‘multidisciplinaire samenwerking’ tussen artsen en verpleegkundigen wordt door Muller-Juge et al., 2013 verwezen naar de formulering door Baggs & Schmitt, 1997: *“nurses and physicians working together, sharing responsibilities for solving problems, and making decisions to formulate and carry out plans of patient care”*. Volgens de American Nurse Association bestaat multidisciplinaire samenwerking uit 4 componenten, namelijk een partnerschap met gezamenlijke waardering, de erkenning van afzonderlijke en gezamenlijke verantwoordelijkheidsdomeinen, gezamenlijke bescherming van de legitieme belangen van elke partij en erkende gezamenlijke doelstellingen (vrij vertaald).

Toren, Nirel & Tsur, 2014 stellen dat het volgens hen van groot belang is dat institutionele belemmeringen in het kader van teamwork zoveel mogelijk worden weggewerkt.

c Bevoegdheidstoebedeling op praktijkdomein- in plaats van taakniveau

Toren et al., 2014 wijzen erop in hun onderzoek naar de roluitbreiding van verpleegkundigen op neonatale intensieve zorgen, dat het aangewezen is om verpleegkundigen de bevoegdheid te geven over volledige praktijkdomeinen, eerder dan over geïsoleerde taken. Indien de bevoegdheid van verpleegkundigen op taakniveau wordt geregeld, dreigt de zorg volgens Toren et al., 2014 gefragmenteerd en niet continu te zijn.

3 Discussie

3.1 Belang van kennis en waardering eigen rol

Uit de bevindingen blijkt duidelijk het belang van de kennis en waardering van de eigen rol bij de beroepsuitoefening van verpleegkundigen. Het gevoel controle te hebben over bepaalde praktijkdomeinen zorgt immers voor het professioneel levensonderhoud van de verpleegkundige functie. Wanneer dit gevoel van verantwoordelijkheid over

bepaalde praktijkdomeinen duidelijker is, zullen verpleegkundigen zich vermoedelijk meer zelfzeker en meer gewaardeerd voelen in hun rol. Dit kan uiteindelijk de kwaliteit van de zorg alleen maar te goede komen.

Om deze waardering te stimuleren is het essentieel dat verpleegkundigen aangemoedigd worden in hun rol als vertegenwoordiger/belangverdediger van de zorgvrager. Dit raakt immers aan de kern van het bestaan van deze beroepsgroep. Verpleegkundigen hebben als vrijwel enige onder de zorgverleners een zeer dicht contact met deze zorgvrager. Zij zijn dan ook in staat deze in zijn geheel te bekijken. Een holistische mensvisie is daarom één van de belangrijkste competenties in hoofd van verpleegkundigen. Deze sterkte in hoofd van verpleegkundigen houdt ook een grote verantwoordelijkheid in. Willen zij die verantwoordelijkheid kunnen opnemen, dan dient ook de regelgeving rond hun bevoegdheid hier rekening mee te houden.

3.2 Van knelpunten naar opportuniteiten

Bepaalde situaties en contexten zouden volgens de geanalyseerde studies meer aanleiding geven tot onzekerheid ten aanzien van de verpleegkundige rol dan andere. Onder meer hoge werkdruk wordt aangegeven als element dat de bevoegdheidsafbakening bemoeilijkt. Een situatie van te hoge werkdruk zou aanleiding kunnen geven tot bevoegdheidsoverschrijding die niet gebaseerd is op duidelijke afspraken of teamoverleg. Verder wordt ook de mate waarin zelfstandig moet worden gewerkt, aangehaald als een belangrijk aspect in deze.

Een ander element is het gevoel van hiërarchische ondergeschiktheid dat sterk lijkt te leven onder verpleegkundigen. Indien verpleegkundigen hun eigen rol beter zouden kennen en waarderen evenals de rol van andere zorgverleners, zal mogelijk ook hieraan worden tegemoet gekomen. Ook de reflex van terreinafbakening zal vermoedelijk kunnen worden ingetoomd indien verpleegkundigen een hoger gevoel van autonomie zouden ervaren in hun dagelijkse beroepsuitoefening.

In elk geval valt op dat context en plaats van tewerkstelling essentiële thema's zijn in de perceptie ten aanzien van de professionele rol bij verpleegkundigen.

Een bepaalde context kan een ander gevoel van verantwoordelijkheid en eventueel van onzekerheid meebrengen in hoofde van verpleegkundigen. Dat betekent dat deze contextuele elementen variabel zijn en dat we met andere woorden op deze situaties kunnen inspelen. De vraag stelt zich dan ook in welke mate een goede arbeidsorganisatie en taakverdeling hieraan tegemoet kunnen komen. Op dit moment slaagt de wetgeving gezondheidszorgberoepen er vandaag niet in om rekening te houden met dit contextuele aspect. De bevoegdheidsregeling van verpleegkunde focust immers vooral op acute medisch-technische settings. Dat blijkt onder meer uit de lijsten met technische handelingen.

4 Beperkingen

De context van de geanalyseerde studies is niet altijd vergelijkbaar met die van ons in België, denk maar aan de functie van de advanced nurse practitioner die bijvoorbeeld in Nederland wel officieel erkend is.

Omwille van het voorgaande kon bij het includeren van de artikelen slechts beperkt rekening worden gehouden met de specifieke settings waarin het kwalitatief onderzoek heeft plaats gevonden. Laatstgenoemde settings zijn overigens erg specifiek.

De geanalyseerde studies bieden ten slotte geen zicht op het belang van een aantal onderwijsaspecten, onder meer het curriculum van de verpleegkundige opleiding inzake kennis eigen rol en de inzet op het faciliteren van multidisciplinaire samenwerking.

DEEL III: KWALITATIEF ONDERZOEK

Na de literatuurstudie volgt nu een empirisch luik bestaande uit een kwalitatief onderzoek. Dit deel start met de beschrijving van de gebruikte onderzoeksmethode, zowel op het vlak van design, data-verzameling als de data-analyse. In punt 2 worden de resultaten toegelicht. Hierin worden in totaal 9 thema's beschreven. Deze thema's bestaan vaak uit verschillende subthema's. In de drieledige discussie zullen de kwalitatieve onderzoeksresultaten geïnterpreteerd worden. In deze discussie zal, waar relevant, teruggerepen worden naar de bevindingen uit de literatuurstudie van DEEL II. Ten slotte wordt er een toelichting gegeven bij de beperkingen en ethische overwegingen van het kwalitatief onderzoek.

1 Onderzoeksmethode

1.1 Onderzoeksdesign

Zoals reeds toegelicht, heeft deze masterproef de intentie om inzicht te krijgen in de ervaring van verpleegkundigen ten aanzien van hun professionele rol. Kwalitatief onderzoek leek hiertoe het meest geschikt. Het is bovendien niet de bedoeling om te vertrekken van een bepaalde hypothese. Er werd met andere woorden niet vertrokken van de theoretische bevindingen uit DEEL II. Deze masterproef wil daarentegen inzichten ontwikkelen die rechtstreeks resulteren uit de verzamelde data en die niet gestuurd zijn vanuit de theorie.

Daarom is ervoor gekozen om met een thematische analyse te werken van de kwalitatieve onderzoeksdata. Dat is een methode waarbij de doelstelling bestaat uit het identificeren, analyseren en rapporteren van patronen of thema's die teruggevonden worden in de data (Braun & Clark, 2006). Hierbij werd bovendien sterk inductief te werk gegaan.

Deze werkwijze leunt dicht aan bij de principes van 'grounded theory' (Strauss & Corbin, 1998). Dat is een kwalitatieve onderzoeksmethode waarbij op inductieve wijze en op basis van een systematisch geheel van procedures een theorie wordt ontwikkeld over een fenomeen. Toch gaat het onderzoek in deze masterproef niet zo ver dat er een theorie wordt opgesteld.

1.2 Dataverzameling

Omdat de onderzoeksvraag gaat over ervaringen van verpleegkundigen, is ervoor gekozen om kwalitatieve data te verzamelen door middel van semigestructureerde interviews. Hieronder worden de selectie en de kenmerken van de voorzieningen waar de participanten werkzaam zijn en van de participanten zelf, nader toegelicht. Daarnaast zal even worden stil gestaan bij de validering van de interviewmethode en bij de afname van de interviews.

Selectie & kenmerken van voorzieningen

De bevraagde verpleegkundigen zijn werkzaam in drie verschillende gezondheidszorgsectoren, zijnde de residentiële ouderenzorg, de acute ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Er werden in totaal zes voorzieningen geselecteerd, twee voorzieningen per sector:

- twee woonzorgcentra
- een algemeen ziekenhuis en een universitair ziekenhuis, telkens afdeling geriatrie
- twee psychiatrische centra (twee psychiatrische ziekenhuisafdelingen, een psychiatrisch verzorgingstehuis)

Deze selectie gebeurde op basis van de bereidheid tot samenwerking en dus niet ad random. Het gaat met andere woorden om een vorm van non-probability sampling of meer specifiek convenience sampling (Polit & Beck, 2010). Hieronder volgt wat meer toelichting bij de concrete geselecteerde settings en bij het patiënten- of bewonersprofiel dat er wordt verzorgd.

Onder de geselecteerde *voorzieningen-woonzorgcentra* bevinden zich twee erkende woonzorgcentra, waar telkens een afdeling voor personen met dementie aanwezig is.

Al wie 65 jaar of ouder is, kan terecht in een woonzorgcentrum. In de praktijk is een woonzorgcentrum in de eerste plaats bedoeld voor wie echt niet meer thuis kan wonen. Het is dus pas als andere zorgformules zoals mantel- en thuiszorg geen oplossing meer

bieden en men bijna permanent verzorging en hulp of toezicht bij het wonen nodig heeft, dat een woonzorgcentrum zich aanbiedt.⁴⁰

Naast twee woonzorgcentra werd er ook een *algemeen ziekenhuis* en een *universitair ziekenhuis* geselecteerd. De interviews vonden hier telkens plaats op de *afdeling geriatrie*. Geriatrie is een gespecialiseerde acute ziekenhuisdienst waar in hoofdzaak de volgende twee patiëntengroepen terecht kunnen.

De eerste groep geriatriepatiënten bestaat uit vitale oudere zorgvragers. Dit zijn personen van 75+ die opgenomen worden omwille van een enkelvoudige aandoening waarvoor diagnose en behandeling nodig is. Deze patiënten zijn in hoge mate zelfredzaam en nemen de regie van hun dagelijks leven probleemloos op. Tot deze groep hoort bijvoorbeeld een thuiswonende, mobiele man opgenomen met prostaatproblematiek.⁴¹

De tweede groep geriatriepatiënten bestaat uit 75+'ers met een geriatrisch profiel. Deze geriatrische zorgvragers hebben een toegenomen kwetsbaarheid omwille van complexe ziekteproblemen op basis van stoornissen in de fysieke, geestelijke en/of sociale functies. In de literatuur wordt de aanwezigheid van een 'geriatrisch profiel' vaak gekenmerkt door polypathologie, polyfarmacie en meerdere geriatrische syndromen (bijvoorbeeld vallen, incontinentie en verminderd zintuiglijk functioneren), beperkte sociale omkadering, eventueel cognitieve dysfunctie. Naast de aandacht voor de medische situatie, heeft deze patiëntenpopulatie nood aan aandacht voor de geestelijke en sociale factoren. Tot deze groep van patiënten behoort bijvoorbeeld de patiënt met hartfalen, diabetes en nierinsufficiëntie die opgenomen wordt omwille van een val met heupfractuur.⁴²

Naast de woonzorgcentra en afdelingen geriatrie in een algemeen en in een universitair ziekenhuis, komt ook de geestelijke gezondheidszorg aan bod. Er werden immers twee

⁴⁰ <http://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/woonzorgcentra-vroeger-rusthuizen>, geraadpleegd op 4 maart 2016.

⁴¹ Universitair Ziekenhuis Gent, afdeling geriatrie, studentenbrochure:

[http://www.uzgent.be/nl/home/Lists/PDFs%20Opleiding/Geriatrie%20\(1K2\).pdf](http://www.uzgent.be/nl/home/Lists/PDFs%20Opleiding/Geriatrie%20(1K2).pdf), geraadpleegd op 2 april 2016.

⁴² *Ibid.*

psychiatrische centra geselecteerd. Daar hebben de interviews plaats gevonden op drie verschillende afdelingen die hieronder worden omschreven.

Ten eerste hebben er interviews plaats gevonden op een psychiatrische ziekenhuisafdeling voor volwassenen met een alcohol- en/of medicatieafhankelijkheid. De patiënten die hier behandeld worden moeten zowel op lichamelijk als op cognitief vlak capabel zijn om een divers uitgebouwd therapieprogramma te volgen. De exclusiecriteria voor deze ziekenhuisafdeling zijn illegaal druggebruik en zware fysieke zorgnoden.

Als tweede GGZ-setting werd een psychiatrische ziekenhuisafdeling (T-dienst) geselecteerd die zich richt tot mensen met ernstige en langdurige psychische problemen die het moeilijk hebben om zich opnieuw aan het leven buiten het ziekenhuis aan te passen.

Tot slot en bij wijze van derde GGZ-setting, heeft een interview plaatsgevonden in een *psychiatrisch verzorgingstehuis* ingericht voor de behandeling en verzorging van mensen met een gestabiliseerde psychische problematiek en/of een mentale handicap.

Selectie en kenmerken participanten

Binnen de geselecteerde voorzieningen werd telkens aan de verantwoordelijke gevraagd verpleegkundigen aan te spreken die bereid zouden zijn deel te nemen aan het interview. Hierbij werd gevraagd om in de mate van het mogelijke zoveel mogelijk variatie te bekomen tussen de participanten inzake opleidingsniveau. Dit betekent dat er is gelet op homogeniteit, met name alle participanten zijn verpleegkundigen, wat toelaat om deze groep gedetailleerd te bekijken. De variatie in opleidingsniveau zorgt daarnaast voor een zekere mate van heterogeniteit. Hierdoor is het mogelijk om beter te zien wat, ondanks de heterogeniteit, nog gemeenschappelijk naar voren komt.

De sampling van de participanten gebeurde niet ad random. Net als de selectie van de voorzieningen gebeurde de selectie van de participanten eerder op basis van toegankelijkheid, wat wijst op een convenience sampling-methode (Polit & Beck, 2010). Gezien ook getracht werd om binnen de geselecteerde participanten enige variatie te hebben qua opleidingsniveau, kan gesteld worden dat het niet om een loutere

convenience sampling ging maar dat ook enige mate van ‘purposive sampling’ (Polit & Beck, 2010) werd gehanteerd bij de selectie van de verpleegkundigen door de verantwoordelijken. Laatstgenoemden hebben bovendien deze verpleegkundigen uitgekozen waarvan verwacht werd dat zij het meeste informatie zouden kunnen meegeven.

De belangrijkste kenmerken van de geselecteerde participanten worden samengevat in onderstaande tabel.

Tabel. 1. Kenmerken van de 18 participanten

Kenmerken	Aantallen (n = 18)
Basis Opleiding	
Bachelor	8
HBO5	9 (waarvan 2 bezig met brugopleiding)
Verzorgende + Ziekenhuisassistente	1
Bijkomende opleiding:	
BBT geriatrie	3
BBT psychiatrie	4
BBK psychiatrie	1
Mentor-opleiding	2
Referente wondzorg	1
Licentiaat ziekenhuiswetenschappen	1
Geslacht	
Man	2
Vrouw	16
Leeftijd	
<30	3
30-40	5
41-50	8
>50	2
Werkervaring	
- steeds in zelfde voorziening gewerkt (onafhankelijk van ev. wijzigingen van dienst/afdeling binnen zelfde voorziening)	16
- werkervaring buiten voorziening	4
Voorkomende gespecialiseerde functies	
Geriatrisch verpleegkundige	
Psychiatrisch verpleegkundige	
Referente dementie	
Palliatief referente	
Wondzorg referente	
Case manager	

Validering interviewmethode

Bij wijze van validering van de interview-methode werden twee piloot-interviews afgenomen. Eén bij een verpleegkundige werkzaam op de geriatrie afdeling van een algemeen ziekenhuis en een tweede interview bij een verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum. Naar aanleiding van deze twee pilootinterviews bleek het niet nodig de interviewmethode te wijzigen.

Afname interviews

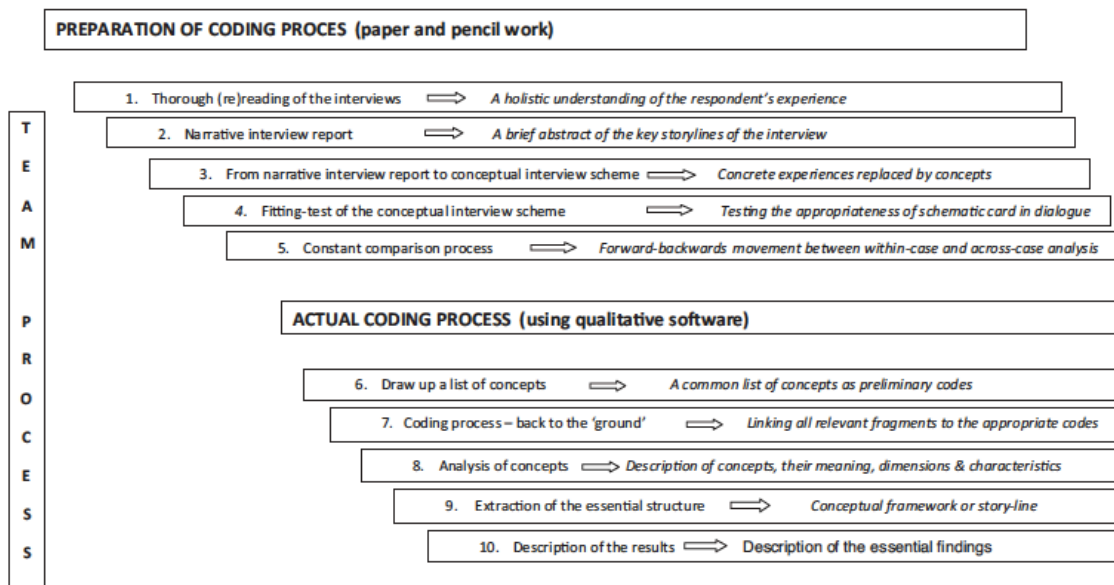
Er werden in totaal 18 verpleegkundigen bevroegd. Vooraf werden enkele thema's vooropgesteld die zouden worden bevroegd. Deze golden voornamelijk als richtlijn. Er werd met andere woorden niet gewerkt met een vaste vragenlijst. De bedoeling was echter om een heel open gesprek te hebben. Elk interview duurde ongeveer 45 minuten.

De interviews werden telkens afgenomen op de respectievelijke werksetting van de betrokken participant, meestal voor of na een shift, op een moment dat door de respectievelijke participant of diens leidinggevende werd voorgesteld. De interviews vonden plaats in een afzonderlijke ruimte waar geen afleiding mogelijk was door collega's en/of andere.

1.3 Data-analyse

Bij wijze van houvast bij het doorlopen van het proces van de kwalitatieve data-analyse, werd gebruik gemaakt van de QUAGOL-richtlijnen⁴³. In onderstaande figuur worden de verschillende fases van de data-analyse, zoals in deze richtlijnen omschreven, geïllustreerd.

⁴³ Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C., Bryon, E. & Denier, Y. (2012) QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 360-371.



Figuur 3: Verschillende fases in kwalitatieve data-analyse QUAGOL

In een eerste fase, ter voorbereiding van het ware codeerproces werden de interviews *verbatim* uitgeschreven. Aansluitend bij elk interview werd een kort rapport opgesteld met de belangrijkste karakteristieken van de participanten zoals leeftijd, geslacht, werkervaring en opleiding, zie hiervoor tabel nr. 1. De uitgeschreven interviews werden vervolgens meermaals grondig herlezen, waarna kernwoorden en -uitspraken gemarkeerd werden. In de zijlijn van de tekst werden eigen interpretaties, betekenissen en gedachten genoteerd.

In een volgende fase werd een lijst van concepten opgesteld op basis van de notities en interpretaties die bij de uitgeschreven interviews werden gevoegd. Er werd gezocht naar concepten die duidelijk naar boven komen in de interviewdata en die relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

Hierna heeft een kritische analyse van de lijst met concepten plaatsgevonden om te vermijden dat concepten over het hoofd werden gezien en opdat er geen vage of onduidelijke concepten zouden overblijven.

Onderstaand ontwerp van een niet hiërarchische lijst van concepten (tabel nr. 2) werd met andere woorden voortdurend getest en verder ontwikkeld door het vergelijken met de nieuwe interviewdata en de bijhorende notities. Nieuwe thema's, concepten werden

ontdekt en er werd gecontroleerd of deze al voorkwamen in eerdere interviews. Er heeft met andere woorden een constante forward-backward procedure plaats gevonden totdat alle interviews werden afgenomen, uitgeschreven en geanalyseerd naar thema's.

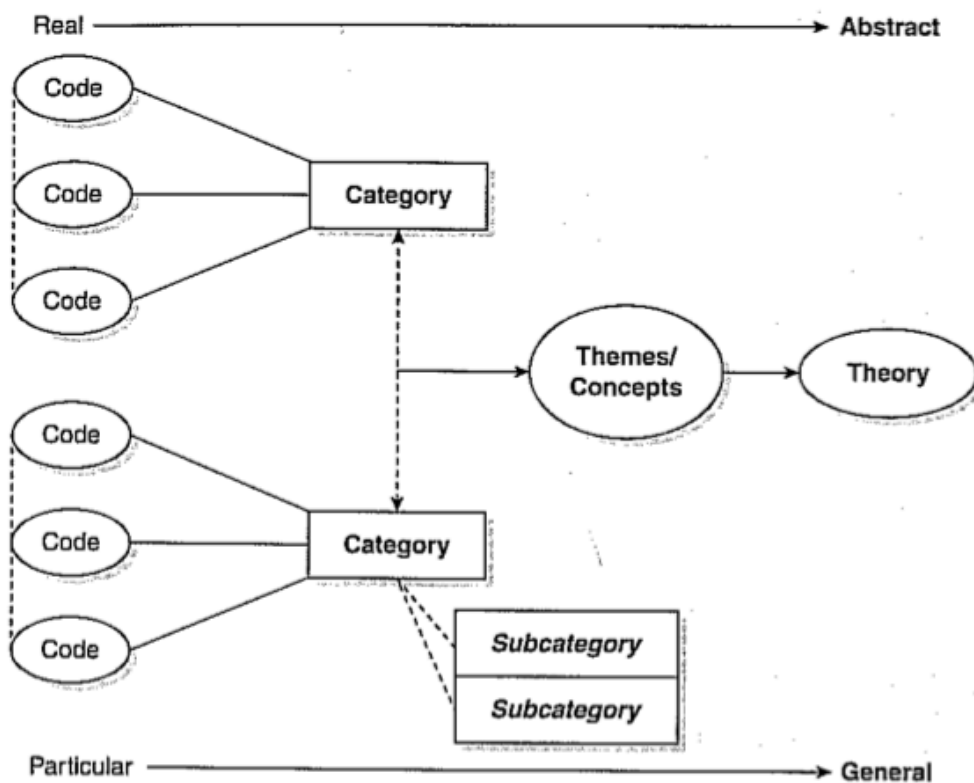
Tabel 2: Ontwerp van lijst met concepten

Takenpakket
Verpleegtechnische prestaties
Basiszorg
Totaalpakket
Routine
Afwisseling
Nachtwerk
Bevoegdheid
Specialisatie
Verpleegkundige rol
Vertrouwenspersoon
Continuïteit
Patiënten kennen
Noodzakelijke schakel
Initiatiefrecht
Persoonlijke begeleiding
Zorg op maat
Flexibiliteit
Polyvalentie
Stimulerende elementen
Uitdaging
Ontwikkelingsmogelijkheden
Autonomie
Inspraak
Verantwoordelijkheid
Betrokkenheid
Onzekerheid

Frustratie
Crisissituaties
Administratie
Therapeutische hardnekkigheid
Te veel aan verantwoordelijkheid
Voldoening
Fierheid
Motivatie in keuze voor verpleegkunde
Definitie verpleegkunde
Multidisciplinaire samenwerking
Samenwerking met arts: al dan niet gelijkwaardige relatie en mate van contact
Samenwerking met andere zorgverleners
Verschil in takenpakket
Specificiteit setting belang
Onderlinge taakverdeling: al dan niet spontaan
Mate/gevoel van ondersteuning
Mate waarin werksetting gestructureerd is dan wel eerder vrij
Zich op gemak voelen bij type patiënten
Perceptie buitenwereld t.a.v. setting
Evolutie van de job

De uiteindelijk bekomen lijst met concepten werd vervolgens ingevoerd in het software programma NVIVO⁴⁴, nog niet gelinkt aan de interviewdata. Elk interview werd in NVIVO als een afzonderlijke ‘case’ gedefinieerd. Daarenboven werd ook gebruik gemaakt van ‘classifications’. Zo werd een onderscheid gemaakt volgens de voorziening waar elke participant werkzaam is. Er werd gedifferentieerd op 5 niveaus: woonzorgcentrum, algemeen ziekenhuis (afdeling geriatrie), universitair ziekenhuis (afdeling geriatrie), psychiatrische ziekenhuisafdeling en psychiatrisch verzorgingstehuis.

⁴⁴ NVIVO qualitative data analysis software, QSR International Pty Ltd. Version 11, 2015.



Figuur 4: Stroomdiagram van code tot theorie volgens Saldana, 2009

Saldana, 2009 geeft in figuur 4 een mooie voorstelling van deze werkwijze waarbij van een niet hiërarchische lijst met concepten naar kerncategorieën wordt gegaan om op basis daarvan thema's te identificeren. In casu werd zoals gezegd niet zozeer een theoretisch raamwerk beoogd dan wel het bekomen van inzicht.

Daarna werden de interviews herlezen met de lijst van concepten erbij en kon het effectief linken van de data aan de codes in NVIVO van start gaan. Wanneer alle relevante passages uit de interviews gelinkt werden aan de codes, werd nogmaals gecontroleerd of de codes in de verschillende interviews dezelfde betekenis hebben.

De analyse van de gecodeerde data in NVIVO gebeurde voornamelijk aan de hand van *coding queries*, meer bepaald het samenlezen van de referenties die bij een bepaalde code gebundeld werden.

Daarnaast werden ook enkele matrices toegepast op deze *coding queries* (zie bijlage nr. 7). Op die manier werd het mogelijk om de referenties bij de diverse thema's te vergelijken naargelang de setting waarin de bevraagde verpleegkundige werkzaam is.

2 Resultaten

2.1 Gebruikte codes

Nodes			
Name	Sources	References	
belang context	18	81	
omkadering	8	12	
opnamedienst vs residentieel vs ambuland	9	12	
perceptie buitenwereld	7	9	
taakverdeling	12	23	
type patiënt-bewoner	14	24	
definitie verpleegkunde	12	15	
evolutie van de job	6	11	
memorable quotes	3	3	
motivatie in keuze voor verpleegkunde	16	20	
multidisciplinaire samenwerking	18	84	
samenwerking met andere zorgverleners	18	50	
samenwerking met arts	16	33	
onzekerheid en-of frustratie	15	51	
administratie	4	4	
crisissituaties	2	5	
teveel aan verantwoordelijkheid	7	12	
therapeutische hardnekkigheid	2	6	
werkdruk	7	16	
stimulerende elementen	18	76	
attitude	5	6	
autonomie	11	22	
Betrokkenheid	7	13	
uitdaging & ontwikkelingsmogelijkheden	7	11	
verantwoordelijkheid	15	24	
studentenbegeleiding	6	6	

●	takenpakket		18	100
●	basiszorg		9	10
●	bevoegdheid		7	10
●	nachtwerk		17	24
●	routine vs afwisseling		6	7
●	specialisatie		10	19
●	totaalpakket		10	16
●	verpleegkundige technieken		10	14
●	verpleegkundige rol		13	32
●	continuïteit van zorg		9	17
●	persoonlijke begeleiding		6	9
●	polyvalentie		2	2
●	zorg op maat		2	3
●	voldoening		5	6

Fig. 5: Screenshot NVIVO – nodes

In figuur nr. 5 wordt een overzicht gegeven van de definitieve lijst van ‘nodes’ ofwel codes die gebruikt werden in de analyse. De meest voorkomende hoofdthema’s zijn de volgende in volgorde van belangrijkheid: takenpakket (2.2.), multidisciplinaire samenwerking (2.3.), belang van de context (2.4.), stimulerende elementen (2.5.), onzekerheid & frustratie (2.6.) en ten slotte de verpleegkundige rol (2.7.). Deze verzameling van thema’s komen bijna in elk interview aan bod.

Een aantal kleinere maar niet onbelangrijke thema’s die eveneens zullen worden besproken zijn de motivatie in de keuze voor verpleegkunde (2.9), de evolutie in de job (2.10) en ten slotte de definitie van verpleegkunde (2.11).

2.2 Takenpakket

Onder het concept ‘takenpakket’ kunnen verschillende subthema’s onderscheiden worden, meer bepaald basiszorg, verpleegkundige technieken, totaalpakket, bevoegdheid, routine versus afwisseling, specialisatie en nachtwerk. De subthema’s waarbij de meeste referenties konden worden genoteerd, worden hieronder in detail toegelicht.

a Basiszorg & verpleegkundige technieken

Onder het subthema basiszorg worden referenties gevat die te maken hebben met de vraag of de verpleegkundigen naast de verpleegkundige technische prestaties ook de basiszorg op zich nemen. Onder basiszorg dient in dit kader de minder technische zorg te worden verstaan zoals onder meer het zorgen voor de persoonlijke hygiëne van patiënten/bewoners, het informeren en adviseren van patiënt/bewoner en diens omgeving, het vastleggen van de gezondheidstoestand. Daarnaast werd ook de vraag gesteld of zij dit liever zouden willen lossen zodat dit eventueel door zorgkundigen zou kunnen worden opgenomen, waardoor de verpleegkundigen meer ruimte zouden krijgen voor de verpleegtechnische prestaties.

Alle ondervraagde verpleegkundigen geven aan ook de basiszorg op zich te nemen. Op de vraag of zij dit liever zouden lossen, ten voordele van meer ruimte voor verpleegtechnische prestaties antwoorden de verpleegkundigen werkzaam op de acute afdeling geriatrie heel duidelijk dat zij dit niet willen omwille van volgende redenen.

“Ja terwijl je aan het wassen bent, doe je enorm veel observaties. Je spreekt met je patiënt dus je hoort al of het verhaal bijvoorbeeld klopt hé, hoe het aan elkaar hangt en of hij twee keer hetzelfde zegt, zo van die dingen. Plus ook gewoon lichamelijke observatie hé. Soms klagen de mensen ergens over maar ja dan kan je tijdens de verzorging zien van ja is het een wonde, een blauwe plek of...”

Verpleegkundige werkzaam in een universitair ziekenhuis op afdeling geriatrie

“P⁴⁵: En denk je dat dan beter zou zijn als dat pure wassen altijd door zorgkundigen zou gebeuren of?”

I: Ah neen ik vind dat niet. Terwijl je aan het wassen zit, kan je dingen opvangen en kun je een gesprek aan de gang houden. Misschien is dat op andere diensten zo goed maar zeker niet op geriatrie.”

Verpleegkundige werkzaam in een algemeen ziekenhuis op afdeling geriatrie

Eén verpleegkundige werkzaam in een psychiatrisch verzorgingstehuis verklaart te worstelen met dit dilemma, namelijk meer taakverpleging dan wel totaalzorg.

⁴⁵ P = participant en I = interviewer.

“Ik zou daar eigenlijk echt wel tijd voor willen. Kheb dat al dikwijls gezegd tegen onze coördinator en onze verpleegkundig directeur, van ik wil eigenlijk mijn rol als psychiatrisch verpleegkundige wat meer profileren maar omdat ik hier zo vast zit in het systeem van logistiek, wassen en plassen is dat moeilijk om te zeggen, ja dat gaat weer in de richting van die taakverpleging want dan zeg ik tegen zorgkundigen gaan jullie wassen dan zal ik die gesprekken gaan doen. Ik wil mij daar ook niet boven stellen. Ik wil ook wel op gelijke voet blijven.”

Verpleegkundige werkzaam in psychiatrisch verzorgingstehuis

In de andere psychiatrische settings, evenals in de woonzorgcentra wordt eveneens gezegd door de verpleegkundigen dat zij de basiszorg willen blijven doen. In laatstgenoemde settings worden naast het argument dat ze tijdens de basiszorg observaties kunnen doen, ook organisatorische argumenten aangegeven. Bij wijze van voorbeeld:

“I: Zou het soms beter zijn denk je als zorgkundigen meer alle was doen en dat jullie dan de verpleegtechnische handelingen zouden doen?

P: Neen en zoveel verpleegkundige taken zijn er niet hé. Neen ik vind het wel goed zo.”

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

“I: Maar het is dus niet zo dat, ik denk in sommige settings dat dat wel zou zijn dat zorgkundigen de was doen en het eten geven als dat nodig is maar eigenlijk wassen jullie bijvoorbeeld ook de patiënten, zo de basistaken dat jullie ook wel zelf dan? Het is niet zo dat je zegt dat het misschien beter zou zijn dat een zorgkundige dat zou doen zodat jij je meer kan bezighouden met de verpleegtechnische dingen en begeleiding?

P: Ja misschien wel maar anderzijds, ze is ook maar alleen en we hebben 65 patiënten en voor haar is dat ook niet haalbaar.”

Verpleegkundige werkzaam op een psychiatrische ziekenhuisafdeling

Afhankelijk van de specifieke setting en het type patiënten/bewoners dienen weliswaar meer of minder basiszorgen te gebeuren. In de afdelingen geriatrie en in woonzorgcentra zijn de patiënten, respectievelijk bewoners sterk zorgafhankelijk en neemt de basiszorg een grotere plaats in, in het totale takenpakket van de

verpleegkundigen. In één van de twee psychiatrische ziekenhuisafdelingen waarin verpleegkundigen werden ondervraagd, vormt ‘zware fysieke zorgnood’ een exclusie criterium.

De gekozen settings waar de participanten werken, zijn geen medisch-technische settings. Het aandeel verpleegtechnische handelingen is er doorgaans kleiner dan in vele andere gezondheidszorgsettings. Dit is zeker het geval in woonzorgcentra, wat een residentiële zorgsetting is. Dit blijkt duidelijk uit volgend fragment:

“Ja, ik denk dat we hier wel al redelijk ver zitten maar de verpleegtechnische zaken moet je hier minder doen gelijk bloed trekken, gelijk een wondzorg en een sonde steken dat wel maar die specifieke technieken heb je hier niet meer. Want kijk volgende maand moet ik weer bij iemand bloed trekken maar dat is al meer dan 6 maanden geleden dat ik dat gedaan heb, dus dat gaat weer een beetje zoeken en sukkelen zijn. En in ziekenhuizen is dat dagelijkse kost hé bloed trekken.”

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

b Totaalpakket

Zoals hierboven reeds gesteld, zijn de geselecteerde zorgsettings minder technisch gericht. De te leveren zorg bestaat er uit een totaalpakket: zowel basiszorg, als verpleegkundige technieken, als eventuele andere aspecten die deel kunnen uitmaken van het dagelijkse leven. Hieronder volgen enkele citaten die deze vaststelling kunnen staven.

“P: Wij werken ook met patiënttoewijzing dus iedereen is verantwoordelijk voor zijn patiënten voor alles voor die patiënt: zowel het wassen, de parameters en de medicatiebedeling,...

I: En vind je dat met die patiënttoewijzing er een aangename manier van werken is?

P: Ja je kent uw patiënten goed. Je kent de diagnose, de medicatie,.. Je hebt een totaalbeeld van uw patiënt ook hé. In de voormiddag toert de arts dan en elke verpleegkundige geeft overdracht van zijn patiënten aan de arts.

Ik vind dat eigenlijk een zeer logisch systeem. Stel dat iemand enkel de parameters neemt, stel iemand heeft een lage bloeddruk, de volgende komt hem wassen en die zet hem op want weet niks van de bloeddruk... Kweet niet of het zo werkt maar..”

Verpleegkundige werkzaam in een algemeen ziekenhuis op afdeling geriatrie

“Wij komen met vanalles in aanraking. Zowel de algemene geneeskunde moeten we eigenlijk een zodanig breed scala hebben dat het soms bijna niet te doen is om van alles op de hoogte te zijn maar eigenlijk is het wel nodig. En dan nog eens psychiatrie en dan niet enkel alcohol- of medicatieafhankelijkheid want er zit daar veel meer achter dan dat.

Maar eigenlijk helpen wij de mensen in alle aspecten van het dagelijks leven waar dat ze hulp nodig hebben.”

Verpleegkundige werkzaam in een psychiatrische ziekenhuisafdeling

“Ja dat is ook het grote verschil als je werkt op een opnamedienst, je ziet de mensen heel slecht binnenkomen en je ziet die in het beste geval enorm opklaren op korte tijd en je ziet ze ook maar kort want de behandelingstijd is vaak kort. Terwijl hier ja de mensen zijn thuis en ik kom binnen in hun huis en ik probeer zoveel mogelijk hun eigenheid te bewaren maar uiteindelijk kom ik wel binnen in hun privé en ga ik ook een stuk gaan bepalen wat kan, wat niet kan, wat mag en wat niet mag. En ik leef gewoon eigenlijk mee op het ritme van hun. Ja als begeleidster mag je ook een gans pakket, allez kbedoel is er kledij nodig, op een opnamedienst moet je je zo'n zaken minder aantrekken, familie zal dat vaak doen. Terwijl als er geen familie is en die persoon heeft wel een keer wat gerief nodig. Of boodschappen doen, als er mensen naar de winkel willen en ze geraken er niet zelfstandig, moet ik zorgen dat ze ook een keer kunnen kiezen. “

Verpleegkundige werkzaam in een psychiatrisch verzorgingstehuis

“In een ziekenhuis denk ik dat je op vlak van verpleegkundige technieken wat meer variatie hebt. Terwijl je hier in een rusthuis of in de thuiszorg, dat minder hebt, bv. geen infusen ofzo.. Toch heb ik het gevoel dat wij voldoende verpleegkundige taken, verantwoordelijkheden kunnen uitvoeren en verantwoordelijkheden moeten dragen. Op het gebied van wondzorg, op het

gebied van inspuitingen, medicatie, dokters opvolgen,... Euhm. Ja er moet vanalles geregeld worden soms voor een ziekenhuisopname of een dagopname of vervoer allez. Contacten met familie dat kan allemaal ook aan ons gevraagd worden. In principe als de hoofdverpleegkundige aanwezig is, gaat zij zoveel mogelijk van die taken op zich nemen met de dokters enzo en de familie. Maar als ze bijvoorbeeld teveel werk heeft dan kan ze dat aan ons toewijzen. (...)

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

c Bevoegdheid

Wat het wettelijk aspect ‘bevoegdheid’ betreft, wordt door quasi alle participanten aangegeven dat wat de verpleegtechnische prestaties betreft, enkel zaken gedaan worden die ze ook wettelijk mogen doen. Hieronder volgt bij wijze van voorbeeld het citaat van een verpleegkundige terzake.

“k Heb wel het gevoel dat het redelijk ruim is maar ‘k denk dat het hier ook wel anders is dan op veel andere settings. ‘k Denk dat het moeilijk is om echt naar verpleegtechnische handelingen te bekijken, gelijk A, B, C-handelingen die ga je hier niet zoveel tegenkomen en diegene die je hier tegenkomt mogen we uitvoeren. Er zullen wel andere diensten zijn waar je dat wel merkt, bijvoorbeeld waar je bepaalde technieken dagelijks uitvoert en dat je toch altijd een dokter moet vragen, dan denk ik dat je wel met beperkingen zit maar hier op dit moment niet. Ook omdat wij, als er iets gebeurt, we zitten altijd met een dokter van wacht, die is dan misschien niet op de afdeling maar we gaan altijd in overleg en dan krijg je een fiat of je krijgt geen fiat. Dat noteren we ook altijd in dossiers dus ergens is er wel altijd naar wet toe, zijn we altijd wel redelijk veilig.”

Verpleegkundige werkzaam in een psychiatrische ziekenhuisafdeling

Geen van de participanten geeft aan soms zaken te doen of te willen doen waartoe je als verpleegkundige vandaag niet bevoegd bent. Misschien dient dit genuanceerd te worden omdat in de psychiatrische ziekenhuizen wel duidelijk naar boven komt dat door verpleegkundigen ook therapieën worden gegeven. Zoals door voornoemde verpleegkundige terecht aangegeven, is hieromtrent niets vermeld in de huidige

wetgeving gezondheidszorgberoepen. Kunnen we er dan vanuit gaan dat zij hiertoe niet bevoegd zijn? Deze vraag is niet eenvoudig te beantwoorden. Het vervolg van het hiervoor vermeld citaat luidt in die zin dan ook als volgt.

“(...) Ja neen geen beperkingen juist zo denk ik omdat onze opdracht zich verder uit, gelijk naar therapieën toe is er niet veel omschreven in de A-, B- en C-handelingen dus.”

Verpleegkundige werkzaam in een psychiatrische ziekenhuisafdeling

Een ander aspect dat duidelijk naar boven komt in het subthema bevoegdheid, heeft te maken met de samenwerking tussen verpleegkundigen en zorgkundigen. In alle bevroegde settings, behalve in het universitair ziekenhuis, werken naast de verpleegkundigen ook zorgkundigen op de afdeling en in de zorg. In de woonzorgcentra werken er beduidend meer zorgkundigen dan in de andere geselecteerde settings.

Het valt hierbij op dat de verpleegkundigen die courant samenwerken met zorgkundigen wenssen te benadrukken dat de verpleegkundige en de zorgkundige rol zoveel mogelijk gelijk moeten worden gesteld. Dit blijkt onder meer uit onderstaand citaat.

“Maar ik heb zelfs het gevoel, hoewel ik hier nog niet zo heel lang werk, dat ik nog altijd ook van de zorgkundigen dat ik ook heel veel bijleer. Zorgkundigen die hier al lang werken die sommige bewoners ook al heel goed kennen en ‘k zeg het ’t is niet omdat je een ander diploma hebt allez. Je kan bijleren van iedereen hé. Voor mij is dat evenwaardig. “

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

De superviserende verpleegkundige rol die nochtans in de wet met betrekking tot de bevoegdheid van zorgkundigen staat ingeschreven, wordt alsdusdanig niet sterk waargenomen in de woonzorgcentra en in de psychiatrische settings. In het algemeen ziekenhuis wordt wel over deze superviserrol gesproken.

*“I:En jullie werken ook met zorgkundigen maar die zijn er niet altijd of wel?
P: Neen ‘t is te zien waar ze kunnen ingezet worden. We hebben dat wel liefst dat ze komen want dat verlicht ons werk. Dan doen zij gewoon de was en wij kijken dan nog een keer*

Als de zorgkundigen er zijn steken zij eens iemand in bad of kunnen ze nekeer een douche geven. Dat scheelt wel zo gelijk die lam liggers nekeer in bad steken, da's soms een keer nodig zijn. Een gewoon toilet geven elke dag is toch anders of een keer in bad. "

Verpleegkundige werkzaam in algemeen ziekenhuis op afdeling geriatrie

Wel blijken de verpleegkundigen zich bewust van het onderscheid in bevoegdheid tussen hen en de zorgkundigen, nog los van in welke mate dit onderscheid strikt wordt gerespecteerd binnen de organisatie of afdeling.

"Ik heb wel al gehoord van nieuwe collega's die hier komen werken, zorgkundigen, die dan zeggen van goh ja maar op mijn vorig werk mocht ik daar wel eens een spuitje geven of.. omdat er nog geen verpleegkundige aanwezig was en omdat ik de techniek wel beheers en in samenspraak met de hoofdverpleegkundige... Dat gebeurt hier niet. Het mag eigenlijk niet en het gebeurt hier ook niet. En dan gaat de zorgkundige wel ofwel wordt er gewoon gewacht op een verpleegkundige ofwel ja als er iemand aan de andere kant van de dienst aanwezig is, dan bellen we elkaar op en vragen we het of in nood ja op een ander verdiep gaat er altijd nog wel eens iemand zijn. Dat wordt wel strikt in acht genomen. Taken die ze echt niet mogen doen, gaan ze niet doen. Maar dat vind ik maar normaal. "

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

P: En dan doen we daarna ook de wondzorg en de bloeddruk meten of ja, wat technische taken en dan medicatie terug tegen halfelf elf u zal dat dan terug nodig zijn.

I: En dus die medicatie en wondzorg is dat iets dat enkel jullie doen?

P: Ja. Zorgkundigen kunnen wel medicatie uitdelen maar dat beperkt zich meestal tot 's avonds eigenlijk. Omdat in de avonddienst er minder verpleegkundigen zijn, ja maar één eigenlijk.

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

"I: En dus tussen zorgkundigen en verpleegkundigen, is er een groot verschil qua takenpakket?

P: Neen er is daar niet zo een groot verschil in, 'k zeg het juist naar medicatie toe, naar wondzorgen toe, echte verpleegtechnische zaken die zijn voor ons maar anders is er daar geen verschil. Niets. Het verschil wordt hier ook niet gemaakt, wat je op andere afdelingen wel hebt. ... Ja hier word je wel echt gelijkgesteld. 't Is misschien wettelijk niet zo correct maar het is wel zo hier. Maar 't heeft zeker ook zijn voordelen."

Verpleegkundige werkzaam op een psychiatrische ziekenhuisafdeling

d Specialisatie

Een ander subthema onder het hoofdthema 'takenpakket' betreft specialisatie. Er werd aan de participanten gevraagd in hoeverre specialisatie voorkomt in hun verpleegkundig team en hoe dit zich veruitwendigt. Het aantal voorkomende gespecialiseerde functies onder de participanten zelf is eerder beperkt. Een van de participanten is referentieverpleegkundige wondzorg, een andere participant is palliatief referente, een andere referente dementie en ten slotte zijn er enkelen die beschikken over de bijzondere beroepstitel geriatrie, respectievelijk geestelijke gezondheidszorg (zie ook tabel nr. 1).

Wat de referentieverpleegkundigen betreft, zij trachten in het kader van deze specialisatie, de nodige opleidingen te volgen en geven deze nieuwe informatie ook intern door aan het team. In de dagelijkse werking is er echter weinig verschil qua takenpakket tussen de referentieverpleegkundigen en hun collega's. Wel zijn zij het aanspreekpunt ten aanzien van het thema van de specialisatie en overleggen zij hierover onderling zoals blijkt uit volgende fragmenten.

"Ja we hebben zo een fleximatrix op de afdeling en de verschillende therapieën en verantwoordelijkheden staan daarop. Bijvoorbeeld ik ben verantwoordelijk voor de wondzorg. Dus als er nieuwe technieken zijn of er is een soort wonde waarmee we niet vertrouwd zijn, dan ga ik bijvoorbeeld naar ziekenhuis x om te horen hoe we dat het beste aanpakken. Dus iedereen heeft zo verschillende taken."

Verpleegkundige werkzaam op een psychiatrische ziekenhuisafdeling

“En ik ben palliatief referente dus als de mensen palliatief zijn moet ik zorgen dat alles goed verloopt, met de familie enzo, een beetje het totaalpakket.

(...)

Ja om de twee maand is er stuurgroep met de referenten en met de cra en dan heb je om de twee maand palliatieve werkgroep waarin al de palliatief geschoolden zitten en er is iemand palliatief ergo ook, ook kiné enzo. Allez ook pastoraal, alle disciplines zitten daarin vertegenwoordigd. Ja een cra ook. Ja die zijn allemaal vertegenwoordigd en dan worden de specifieke dingen, dan overlopen we de dossiers een keer en zijn er speciale dingen van iemand die een palliatief dossier heeft. Ook van de mensen die overleden zijn, evalueren we van wat hebben we goed gedaan, wat hebben we minder goed gedaan, waar moeten we op letten ook naar de artsen toe. Die zijn ook niet altijd zo palliatief minded dus daar steken we dan wat werk in, geven we meningen ook. En met de familie.”

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

Een van de participanten vervult naast zijn functie als verpleegkundige op de psychiatrische ziekenhuisafdeling ook een functie als ‘case-manager’. In deze functie worden mensen die ontslagen werden uit het psychiatrisch ziekenhuis begeleid in het vormen van een sociaal netwerk.

In het universitair ziekenhuis valt het op dat er heel veel beroep kan worden gedaan op gespecialiseerde diensten. Deze diensten worden er vaak ingevuld door verpleegkundigen die weliswaar geen deel uitmaken van het team van de afdeling. Het gaat dan bijvoorbeeld om een mobiel wondzorgteam, een stomaverpleegkundige enz.

e Nachtwerk

Aan alle verpleegkundigen werd gevraagd of ze regelmatig nachtwerk dienen te doen en hoe dit verloopt. In alle bevroegde settings wordt er voornamelijk gewerkt met vaste nachtdiensten, geen van de participanten behoort tot zo’n vaste nachtdienst. Quasi alle verpleegkundigen geven aan dat ze nachtdiensten als ‘een noodzakelijk kwaad’ zien.

In de woonzorgcentra wordt aangegeven dat er ‘s nachts maar één verpleegkundige aanwezig is naast de zorgkundigen.

Ook in de bevroagde afdelingen van de psychiatrische centra en in het algemeen ziekenhuis op de afdeling geriatrie is maar één verpleegkundige op de dienst aanwezig tijdens de nacht. Wel wordt in laatstgenoemde setting met ondersteuning gewerkt vanuit een andere dienst.

“P: Ja ‘s nachts dan mis ik wel een 2^e verpleegkundige, en als je dat dan hoort in andere ziekenhuizen dat ze met 2 staan dat zou ik dan wel handiger vinden, moest je hier bijvoorbeeld alleen staan en de rx is weg en ja die rx heeft geen verantwoordelijkheid hé, jij kent de patiënten, je bent van de dienst.

I: Dus dat is dan voor u het belangrijkste moment dat je zegt dat het wat moeilijker is?

P: Ja want overdag kan je altijd wel iemand roepen, buiten snachts is dat wel wat moeilijker.”

Verpleegkundige werkzaam in een algemeen ziekenhuis op afdeling geriatrie

In het universitair ziekenhuis dienen telkens twee verpleegkundigen in te staan voor de nachtdienst.

2.3 Multidisciplinaire samenwerking

a Samenwerking met andere zorgverleners

Voornamelijk in de woonzorgcentra en in de psychiatrische centra komt duidelijk naar boven dat het onderscheid tussen de verschillende functies die een rol spelen in de zorgverlening eerder klein is:

“We hebben onze administratieve functies waar sowieso iedereen in zit, onze therapeutische functies waar praktisch iedereen in zit, dan heb je de specifieke verpleegtechnische functies waar wij aan vasthangen maar verder eigenlijk wordt iedereen heel gelijk gesteld. We worden op een gelijk niveau behandeld en we kunnen ook op een gelijk niveau naar ons mensen toe werken. Dus dat is hier wel zeer kenmerkend. En dat is ook een pluspunt vind ik. Ja de verpleegtechnische dingen dat is wel puur voor ons.

Het takenpakket is ongeveer gelijk omdat we niet werken met verschillen dus hoe moet ik dat zeggen. Het verschil wordt hier niet gemaakt, wat je op andere

afdelingen wel hebt. We werken ook met een fleximatrix. En daarin kan je dingen opnemen die je zelf ziet zitten. Je hebt daarin administratieve taken maar ook huishoudelijke taken maar ook naar therapie toe.”

Verpleegkundige werkzaam in een psychiatrische ziekenhuisafdeling

“En qua taakverdeling doen wij hetzelfde werk als onze zorgkundigen maar wat doen wij meer medicatie, contact met de huisarts, gelijk nu ons teamcoördinator is er niet dus er is dan één verpleegkundige verantwoordelijk. Ik ben het vandaag omdat er anders geen verpleegkundige is op de afdeling. Wat doen wij nog specifiek? Wondzorg, spuiten, verpleegkundige handelingen.”

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

b Samenwerking met artsen

Door de meeste participanten wordt aangegeven dat er een goede samenwerking is met de artsen. Toch is er een vrij groot verschil naargelang de setting wat de mate van contact tussen verpleegkundigen en de artsen betreft. In woonzorgcentra blijkt dit contact tussen beiden eerder beperkt. Het contact met de arts wordt er doorgaans door de hoofdverpleegkundige waargenomen.

Op de afdeling geriatrie in het algemeen respectievelijk in het universitair ziekenhuis wordt gewerkt met patiëntentoewijzing waardoor het de verpleegkundigen zelf zijn die dagelijks de toer bij de patiënten waarvoor zij verantwoordelijk zijn, meevolgen. Minstens geven zij zelf een overdracht over ‘hun’ patiënten.

In de psychiatrische ziekenhuisafdelingen is er net als in woonzorgcentra iets minder contact met de artsen, er wordt niet vast getoerd zoals op de afdelingen geriatrie in ziekenhuizen. De psychiater volgt er wel het multidisciplinair overleg en gaat langs bij deze patiënten die zijn tussenkomst vragen.

Wat de aard van de samenwerking tussen de verpleegkundigen en de artsen betreft, zijn de verpleegkundigen overwegend positief, er is weinig sprake van een gevoel van hiërarchie. De verpleegkundigen hechten bovendien veel belang aan een goede verstandhouding met de artsen.

“Ja we moeten samenwerken, al die schakels zijn noodzakelijk, wij kunnen niet zonder een arts. Wij kunnen aanbrengen bijvoorbeeld, ik vermoed dat ze een verminderde nierfunctie heeft, misschien kunnen we een keer labo prikken of.. Maar uiteindelijk is het de arts die het labo moet voorschrijven en het moet interpreteren. Als verpleegkundige moet je observeren. De arts kan niet zonder ons anders zal de patiënt niet verzorgd zijn of geobserveerd zijn en dan heeft hij ook schakels te kort om beslissingen te kunnen nemen. Dus dat is het leuke eraan. En bij sommige die iets suggereren, maar in de privé kan je dat niet, gewoon iets suggereren, 't is genoeg om het omgekeerde effect te hebben. Dat zou ik niet meer kunnen omdat we hier anders opgeleid zijn. Daar is meneer de dokter nog meneer de paus en alles allezja. En dat kan niet.”

Verpleegkundige werkzaam in een universitair ziekenhuis op afdeling geriatrie

2.4 Belang van de context

Een volgend belangrijk thema dat uit de interviewdata naar voor is gekomen, is het belang van de context. Hieronder worden de drie subthema's die hieronder vallen toegelicht, meer bepaald omkadering, de perceptie van de buitenwereld ten opzichte van de werksetting en de wijze van taakverdeling.

a Omkadering

Onder het aspect omkadering worden verschillende zaken gevat. Ten eerste het kunnen terugvallen op de collega's, op het team. Dat wordt door een meerderheid van de participanten aangegeven. Een verpleegkundige heeft voor haar job in het woonzorgcentrum in de thuiszorg gewerkt en vindt het een groot voordeel van haar huidige job dat ze kan terugvallen op collega's en dat er met andere woorden een rechtstreeks contact is.

“Waar ik hier enorm van kan genieten is het sociale contact met collega's want ik ben zelf ook heel sociaal en 'k had dan wel mijn patiënten vroeger maar ja ook meestal bejaarde mensen, 't is toch nog anders dan hier. En je hebt meer ondersteuning hier, je kunt mekaar helpen en eens raad vragen.”

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

Een ander element is de mate waarin kan worden teruggevallen op medische ondersteuning. In woonzorgcentra waar geen medische permanentie is, is deze ondersteuning dan ook kleiner. Verder wordt ook het kunnen terugvallen op procedures aangegeven als een vorm van omkadering.

“En we hebben ook een noodoproepsysteem dus op onze telefoon is er een noodknop en als ge erop duwt krijgen alle mensen die een gelijkaardig toestel hebben een alarm en dan komt er ook op op welke afdeling die knop is ingedrukt en in principe krijg je dan direct hulp van andere afdelingen dus dat is wel al een geruststelling vind ik. “

Verpleegkundige werkzaam op een psychiatrische ziekenhuisafdeling

Ten slotte komt voornamelijk in het universitair ziekenhuis aan bod dat men daar als verpleegkundige, naast teamoverleg, in hoge mate kan beroep doen op een reeks gespecialiseerde diensten. Zo kan gebruik worden gemaakt van een psychologisch consult, een consult van een logopediste enz. Dat zijn zaken waar bijvoorbeeld in een psychiatrisch verzorgingstehuis helemaal geen mogelijkheid toe bestaat.

“Bijvoorbeeld soms, heb nog geen wissel gedaan van sistofix, omdat dat vroeger door de urologen gebeurde en dan vragen wij onderling, ga je een keer mee en kunnen we dat eens samen doen. Of er is iemand verantwoordelijk voor urologie en dan vraag je van kijk heb toch liever nog eens advies, wil je toch nog eens komen kijken dat we zeker geen verkeerde handelingen doen ofzo. 't Is zodanig allemaal gespecialiseerd waarvoor je voor alles een back-up kan vragen. Er zijn allemaal standaarden uitgeschreven waar je kan op terugvallen, er zijn wondzorgteams. Als je wilt, als je dat wilt gebruiken en je kan er een consultatie voor plaatsen. Dan moet je nooit alleen beslissen en 'k moet zeggen we zitten met een goeie groep op de geriatrie, dat we zo onderling met elkaar ook kunnen in overleg gaan. “

Verpleegkundige werkzaam in een universitair ziekenhuis op afdeling geriatrie

b Perceptie buitenwereld

Voornamelijk in de psychiatrische ziekenhuizen en in de woonzorgcentra wordt door de participanten verwezen naar de soms negatieve perceptie die in de buitenwereld zou leven ten aanzien van hun werksetting.

Wat de psychiatrische ziekenhuisafdelingen betreft, wordt onder meer door een verpleegkundige aangegeven dat zijn omgeving vaak geen idee heeft wat psychiatrische zorg inhoudt.

“Ja ik heb ook veel weerstand gehad van mijn ouders, voor velen is dat een onbekende wereld hé de psychiatrie en veel mensen zeggen amai werkte gij in de psychiatrie, dat is toch zwaar en dit is ook wel vaak.”

Verpleegkundige werkzaam op een psychiatrische ziekenhuisafdeling

Bij de verpleegkundigen werkzaam in een woonzorgcentrum wordt meer dan eens aangegeven dat de perceptie van de buitenwereld ten aanzien van verpleegkunde is dat verpleegkundigen werkzaam in algemene ziekenhuizen de ‘echte’ verpleegkundigen zijn.

“Ik heb zo soms het gevoel, allez, met het verschil van een ziekenhuis dan naar een WZC bijvoorbeeld dat ze er een heel andere kijk op hebben in ziekenhuizen. Maar in ziekenhuizen ben je altijd met een paar voor iets te beslissen. Waar wij er eigenlijk heel veel alleen voor staan. En buitenstaanders zien dat niet altijd zo. Die denken, 't is maar een rusthuis.”

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

c Taakverdeling

Ten slotte komt in de interviews een duidelijk verschil naar voor qua onderlinge taakverdeling. Het valt op dat in de psychiatrische ziekenhuisafdelingen de taakverdeling onder verpleegkundigen en eventueel met andere zorgverleners heel spontaan gebeurt.

“We beginnen daar allemaal samen aan en wie bij wijze van spreke eerst gedaan heeft met zijn mensen in de douche te steken die doet dan de inspuitingen of de medicatie klaarzetten. Er wordt wel mondeling overlegd maar tis niet dat

wij 's morgens afspreken van die gaat die in bad doen, die gaat die,.. dat gebeurt niet."

Verpleegkundige werkzaam in psychiatrische ziekenhuisafdeling

In de woonzorgcentra evenals in de ziekenhuizen is het doorgaans de hoofdverpleegkundige die de taakverdeling opmaakt.

2.5 Stimulerende elementen

Onder het concept 'stimulerende elementen' worden zaken gevat die de verpleegkundigen als het ware een boost geven bij de uitoefening van hun job en waar zij dan ook een groot belang aan hechten. Als stimulerende elementen geven de participanten volgende zaken aan: het beschikken over een bepaalde attitude, de mate van autonomie en verantwoordelijkheid in de beroepsuitoefening, het gevoel van betrokkenheid en ten slotte uitdaging en ontwikkelingsmogelijkheden.

a Attitude

Ten eerste wordt door meerdere participanten duidelijk aangegeven dat je als verpleegkundige een bepaalde attitude dient te hebben opdat je je job ten volle kan uitoefenen. Pas dan zou je volgens de participanten echte voldoening halen uit je job als verpleegkundige.

Dit element komt eveneens sterk naar voor in de door hen geformuleerde definities van verpleegkunde (*infra* 2.11).

"Er komt nu juist nog iets in mij op dat ik zeg van kijk het komt uit het hart, ik denk gewoon zowel voor verpleegkundigen als voor zorgkundigen moet je je werk graag doen. Je moet het oprecht graag doen en dan pas kan je voor uzelf voldoening hebben en kan je allez ja naar de bewoners toe echt iets betekenen en ik denk de mensen die het niet meer graag doen zowel omdat het lichamenlijk te zwaar is of omdat het mentaal te zwaar is of gewoon omdat ze het beu zijn. Soms voel je dat wel eens aan collega's, heel soms. Ja dat kan nu wel, iedereen kan eens een moeilijke periode hebben hé.

Maar 't is niet leuk voor de collega's dan om met die persoon op die momenten samen te werken en 't is zeker niet leuk voor de bewoners.'

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

b Autonomie en verantwoordelijkheid

Alle verpleegkundigen geven aan dat zij over voldoende verantwoordelijkheid beschikken bij de uitvoering van hun beroep.

"In een ziekenhuis denk ik dat je op verpleegkundige technieken wat meer variatie hebt. Terwijl je hier in een rusthuis of in de thuiszorg, dat minder hebt, bijvoorbeeld geen infusen of.. Toch heb ik het gevoel dat wij voldoende verpleegkundige taken, verantwoordelijkheden kunnen uitvoeren en verantwoordelijkheden moeten dragen."

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

Slechts enkele verpleegkundigen stellen dat ze soms teveel verantwoordelijkheid krijgen (*infra* 2.7 b).

Wat verder opvalt is de grote mate van vrijheid en inspraak die vele verpleegkundigen ervaren tijdens de uitoefening van hun job. Dit komt het meest duidelijk naar voor in de psychiatrische ziekenhuisafdelingen. In een van de twee geselecteerde psychiatrische ziekenhuizen wordt gewerkt met een fleximatrix. Alle zorgverleners kunnen hierin naar wens taken invullen waartoe zij zich willen engageren.

"Ja heel moeilijk maar dat is specifiek voor deze dienst is dat niets afgelijnd is, het lijkt een chaos als je hier toekomt. Het is goed onderbouwd, er zit een duidelijke visie onder, wat ik ook weet maar doordat je zoveel vrijheid en zoveel speling krijgt en zoveel eigen inbreng mag doen, wat voor mij een enorm pluspunt is maar dat kost enorm vele energie. Dat is echt zoeken, afwegen, kritisch nadenken. Dat kost, vind ik persoonlijk, heel veel energie. Iedereen zal hier praktisch hetzelfde zeggen denk ik, maar het is wel iets dat je ervoor over hebt."

Verpleegkundige werkzaam op psychiatrische ziekenhuisafdeling

“Veel meer dan in een algemeen ziekenhuis, in de psychiatrie heb je veel meer autonomie als verpleegkundige dan in een algemeen ziekenhuis. Daar luisteren ze naar de arts en moet je veel meer het beleid van die arts volgen. Hier beslist de arts finaal ook maar je hebt veel meer inbreng.”

Verpleegkundige werkzaam op psychiatrische ziekenhuisafdeling

Door de verpleegkundigen werkzaam in een woonzorgcentrum wordt ten slotte aangegeven dat hoewel dit een residentiële zorgsetting is en de bewoners in principe niet ziek zijn, toch veel autonomie verwacht wordt van de verpleegkundige.

“In een rusthuis, voor ons is dat soms ook moeilijk van ja bel je de dokter of bel je geen dokter. ’t Is aan de verpleegkundige van ja wat doe ik daarmee. In een ziekenhuis zitten er waarschijnlijk veel artsen en als er ene passeert kan je eens vragen dokter kom je een keer kijken. Maar hier, wij moeten ons dan afvragen ga ik bellen of niet naar de dokter. Dat moet je kunnen afwegen.”

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

c Betrokkenheid

Vooraf in de settings waar gewerkt wordt met een systeem van ‘patiënttoewijzing’ is een groot gevoel van betrokkenheid merkbaar bij het totale zorgtraject van de patiënt of bewoner. In het algemene, het universitair en een van de twee psychiatrische ziekenhuizen wordt gewerkt met een dergelijk systeem in de dagelijkse taakverdeling.

“P: Het heeft voor- en nadelen die patiënttoewijzing. ’t Voordeel is dat wie de patiënt verzorgt ook veel beter mee is met bijvoorbeeld waarom bepaalde onderzoeken gebeuren, terwijl het nadeel is dat je weinig zicht hebt op de rest van de gang. Dus je weet vaak niet van welke patiënten er bij uw collega’s liggen en hoe zwaar het daar is. Dat vind ik dan het nadeel maar volgens mij zijn de voordelen groter dan de nadelen eigenlijk.

I: Ja je hebt veel contact met de artsen dan ook over die patiënten waarvoor jij dan moet zorgen?

P: Ja want vaak worden er onderzoeken gevraagd of wordt er medicatie veranderd dat je eigenlijk niet weet waarom maar als je dan zelf met de arts toert, kan je het wel vragen hé wat de reden is. “

Verpleegkundige werkzaam in een universitair ziekenhuis op afdeling geriatrie

“P:Awel de hoofdverpleegkundige toert met de arts en wij zeggen dan onze eigen bevindingen, ze komen bij ons aan bed staan en wij geven dan overdracht van ons patiënten, meestal zijn het 6 patiënten of soms nekeer 7 en dan zeggen wij onze bevindingen, dan zeggen we de parameters en waar we toch extra moeten opletten en..

Ja we weten ook meer hé. De arts zegt dan tegen ons van goh ja.. Je hoort soms iets van de arts.

Vroeger was dat zo niet hoor, dan toerde de hoofdverpleegkundige alleen met de dokter en wisten wij eigenlijk niets maar nu dat is veel vlotter hé.

I: En waarom is dat dan veranderd?

P: Als we verhuisd zijn naar de nieuwbouw is alles een keer grondig aangepakt. Dat was wel nodig maar dat is goed nu. In het begin was dat vree aanpassen en waren wij beetje bang om iets te zeggen aan de dokter, maar nu ja..

I: Ja maar uiteindelijk ken je elkaar dan beter hé.

P:Ja en de dokter weet dan ook wat hij aan ons heeft en wij weten wat we aan hen hebben. De afstand is kleiner hé naar de dokter toe. “

Verpleegkundige werkzaam in een algemeen ziekenhuis op afdeling geriatrie

In het ander psychiatrisch ziekenhuis evenals in het psychiatrisch verzorgingstehuis wordt gewerkt met een ‘toewijsverpleegkundige’ per patiënt, dit heeft hier voornamelijk betrekking op de opvolging van het zorgtraject en minder met de dagelijkse zorgverlening.

In geen van de 2 woonzorgcentra wordt een dergelijk systeem toegepast. Deze setting leent zich daar wellicht minder toe gezien de zorg er minder somatisch is.

d Uitdaging & ontwikkelingsmogelijkheden

In alle settings blijkt het aanwezig zijn van ontwikkelingsmogelijkheden van belang en stimulerend voor de verpleegkundigen. In woonzorgcentra uit dit zich bijvoorbeeld in het zich kunnen toeleggen op de verwerking van het elektronisch zorgdossier.

“k Moet wel zeggen het zorgdossier enzo staat allemaal op de computer maar onze teamcoördinator kan daar nog niet zo goed mee werken en vraagt dan

dikwijls aan mij om dat uit te leggen ofzo. Dat vind ik dan wel van ze rekt op mij.“

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

In de psychiatrische settings komt vooral de deelname aan werkgroepen aan bod, evenals het mogen uitwerken van psychiatrische therapieën. In de algemene ziekenhuizen gaat het onder meer om bepaalde specialisaties of de mogelijkheid zich in te zetten voor stagebegeleiding. Eén van de verpleegkundigen geeft ook aan op latere leeftijd te hebben gekozen om in een andere setting te gaan werken omwille van de uitdaging.

“P: Ik heb nog de kans gekregen om als ik 50 was nog bij te studeren en dan nog te starten op geriatrie. Ik dacht zo voor mijn laatste jaren nog eens een uitdaging want allezja ‘k wou een keer terug een uitdaging hebben om zeker niet te vervallen op automatische piloot zeg maar. ’t Voordeel was dat ik neurologie en cardiologie al gedaan had dus met die basis had ik al een grote stap voor op geriatrie. Al de geriatrische patiënten hebben wel cardiaal klachten of neurologische klachten. Dus dat was een goeie basis voor dat er nog bij te doen. Allez heb ik ervaren.

I: En wat is het grootste verschil in de diensten die je gedaan heb?

P: Op geriatrie is de pathologie complexer vind ik. Op andere diensten komen ze meestal voor één specialiteit, bijvoorbeeld op cardiologie voor je hartproblemen, op neurologie voor neurologische problemen maar op geriatrie daar zijn de mensen allemaal ouder en dat zit allemaal complexer ineen. ’t Is nooit één iets maar ’t is een web van aandoeningen en dat boeit mij wel ja. Kheb altijd interne gekozen ‘k heb eigenlijk niet op chirurgie gestaan. Dus ja. Die mensen ze zijn oud, de nieren gaan minder goed, de longen gaan minder goed, ’t hart ...En ’t is een heel pakket zo.”

Verpleegkundige werkzaam in een universitair ziekenhuis op afdeling geriatrie

2.6 Onzekerheden & frustratie

Aan alle participanten werd de vraag voorgelegd welk aspect ze het moeilijkste vinden bij de uitoefening van hun job. Er kunnen vier subthema's in de antwoorden van de participanten onderscheiden worden.

a Administratie

Door meerdere participanten wordt aangegeven dat de veelheid aan administratieve verplichtingen een grote frustratie betekent bij de uitoefening van hun job. Ze geven aan dat ze deze tijd liever bij de patiënt dan wel bewoner doorbrengen. Wel beseffen ze dat het belangrijk is om voldoende te rapporteren teneinde de continuïteit in de zorgverlening te bewerkstelligen.

“Ja ze leggen soms de druk wat hoger van je moet daar een kruisje bij zetten. Want ‘k kijk kheb nu ook nog vanalles niet ingevuld dat ik normaal moest invullen maar ja ‘k vind het belangrijker dat de mensen verzorgd zijn hé.”

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

“Goh eigenlijk vind ik dan op dat gebied de administratie moeilijk. Allez je spendeert daar eigenlijk t.o.v. de tijd dat je hebt met je patiënt besteed je enorm veel tijd aan je administratie. En dat is ook nodig want je moet ja uw patiënt ziet eigenlijk per shift of per dag ziet hij drie verschillende mensen. Vroegdienst, laatdienst, nachtdienst. Dus als je niet goed rapporteert, kan uw collega die achter u komt, moeilijk ingaan op hetgeen waar jij mee bezig bent geweest.”

Verpleegkundige werkzaam in een universitair ziekenhuis op afdeling geriatrie

b Teveel aan verantwoordelijkheid

Zoals hiervoor reeds gesteld, klagen enkele verpleegkundigen, werkzaam in het universitair ziekenhuis op geriatrie over een teveel aan verantwoordelijkheid op bepaalde momenten.

“Maar dat vind ik soms moeilijk, ik vind de arts blijft nog altijd de arts. Soms vind ik soms dat ze bepaalde dingen vragen waar ik dan als verpleegkundige vind dat ik daar niet het antwoord op kan geven. ‘k Kan nu niet direct een voorbeeld bedenken. Meestal, dat is hier niet de arts die hier vast is, maar

meestal de artsen in opleiding die dat dan vragen. Die denken ja jullie hebben daar wel ervaring mee en vragen dan aan u als verpleegkundige advies voor medische beslissingen. Dat vind ik eigenlijk niet.. Ja je kunt wel je mening zeggen maar ik zou niet willen dat ze daarop afgaan. Want dat vind ik dan een brug te ver. Uiteindelijk zijn zij arts hé.”

Verpleegkundige werkzaam in universitair ziekenhuis op afdeling geriatrie

In een psychiatrische ziekenhuisafdeling heeft dit te maken met het recht op uitgang van de patiënten wat in principe een verantwoordelijkheid van de psychiater betreft maar wat door laatstgenoemde niet telkens in het register wordt ingevuld.

Geen van de participanten is vragende partij voor meer verantwoordelijkheid.

“P: Wij mogen enkel medicatie geven op voorschrift maar we hebben wel een aantal standing orders, bv van zodra de temperatuur boven 38 zit, mogen we Dafalgan geven, zo zijn er een paar. Maar alle andere medicatie in principe niet, dan moet je naar een arts bellen.

I: En vind je dat dat goed loopt zo? Of denk je dat het op een andere manier toch sneller of beter zou kunnen?

P: Ik vind niet dat verpleegkundigen zomaar.. Medicatie dat is een arts zijn verantwoordelijkheid hé. “

Verpleegkundige werkzaam in algemeen ziekenhuis op afdeling geriatrie

c Therapeutische hardnekkigheid

In het universitair ziekenhuis, op de afdeling geriatrie wordt door twee participanten aangegeven dat een van de moeilijkste momenten in hun job te maken heeft met de confrontatie met therapeutische hardnekkigheid.

“Nu zijn het nieuwe assistenten. Als ze u wat beter leren kennen en uw manier van werken kennen en als je daardoor dan ook wat vertrouwen kunt opbouwen, kan je ook beter doorspreken. Ze weten dat dan ook, ik ben geen 20 meer hé. Ik heb een beetje levenservaring zelf, ‘k heb ook mijn eigen papa moeten afgeven enzo. En ik geef het altijd opnieuw aan en als er zo discussie is dan zeg ik gewoon aan de arts denkt gewoon eens na, mocht het uw mama zijn of uw

grootmoeder zijn ga je dezelfde therapie toepassen? Je moet mij niet antwoorden maar denk er gewoon eens over na. En dat helpt heel dikwijls. Omdat ze zijn zodanig met hun labo'tjes en dingen bezig ..waardoor ze soms de persoon in bed niet zien liggen.”

Verpleegkundige werkzaam in een universitair ziekenhuis op afdeling geriatrie

d Werkdruk

Zo goed als alle participanten verklaren een zekere mate van werkdruk te ervaren. Volgens de meesten gaat het vooral om een krappe bezettingsgraad. Door één participant wordt bovendien gesteld dat deze werkdruk een negatieve impact heeft op de patiëntenoutcome omdat er soms te weinig ruimte is om in een individuele patiënt te investeren.

“Ja. Goh, eigenlijk wat mij frustreert is een beetje dat totaalpakket uiteindelijk van enerzijds wil ik alles wel doen maar anderzijds wil in bepaalde dingen net als psychiatrisch verpleegkundige meer kunnen doen. We hebben hier 36 mensen en ik ben er echt van overtuigd dat we met een flink aantal mensen wel wat kunnen doen maar we hebben er de tijd niet voor om daar genoeg in te investeren en dat wringt. Dat vind ik soms wel frustrerend omdat ik weet dat sommige mensen echt wel meer zouden kunnen mits een bepaalde training dus je probeert dat dan wel maar het kan meer.”

Verpleegkundige werkzaam in psychiatrisch verzorgingstehuis

2.7 Verpleegkundige rol

Doorheen de verschillende interviews vallen twee belangrijke zaken op die te maken hebben met de perceptie van de verpleegkundigen aangaande hun rol. Meer bepaald vinden zij dat het garanderen van zorgcontinuïteit en het bieden van persoonlijke begeleiding de kern raakt van het verpleegkundig beroep.

a Continuïteit van zorg

Vele participanten stellen dat het proberen garanderen van de continuïteit van zorg de essentiële rol is van een verpleegkundige.

“Ik denk dat wij hier een bepaalde vrijheid hebben, ja wij zijn voor een groot stuk verantwoordelijk over die patiënten. Dus het initiatief is vaak aan de verpleegkundigen om er een arts bij te vragen of om meer informatie te vragen of voorstellen te doen naar de arts. Omdat wij ook dikwijls langer bij de patiënt zijn. De dokter komt toe maar ze zijn twee minuten bij de patiënt binnen en ze luisteren wel een keer naar de longen als wij zeggen van ze reutelen meer of.. Maar ja gelijk zo dingen van verwardheid of verbaal agressief zijn. Meestal slaapt de patiënt dan als de dokter binnenkomt of is er net op dat moment geen probleem. En door dat je ze dan langer volgt, zie je echt wel hoe de patiënt is.”

Verpleegkundige werkzaam in universitair ziekenhuis op afdeling geriatrie

“Wij zijn belangrijke observatoren. De ogen van de dokter zeggen ze altijd. De 24 uren –permanentie gebeurt door de verpleegkundige groep.”

Verpleegkundige werkzaam op psychiatrische ziekenhuisafdeling

Uit deze wens om de zorgcontinuïteit te kunnen garanderen, volgt voor sommigen ook een van de grootste frustraties in de job wanneer dit niet lukt.

“’t Probleem is dan soms, je hebt gewerkt tot aan het weekend en je stopt bijvoorbeeld met het weekend en maandag is het iemand anders. En als dat toevallig, dat zijn die kamers die alleen zijn, dat zijn de zware kamers met mensen die extra zorg nodig hebben of bestraald zijn. Dus ’t is wel goed dat er een keer gewisseld wordt dat je een keer een andere zone mag krijgen want dat is een zeer intensief werk maar daardoor heb je ook soms gemis aan continuïteit en de ene weet soms van de andere niet en daardoor loopt het soms een keer mis. Buiten als jij het voor gehad hebt in het weekend dan kan je het juister overbrengen aan de arts, je hebt ook de familie gezien. Je kan ook stimuleren dat de arts nog een keer de familie ziet zodat de neuzen in dezelfde richting staan. “

Verpleegkundige werkzaam in universitair ziekenhuis op afdeling geriatrie

b Zorg op maat en persoonlijke begeleiding

Zoals hiervoor reeds aan bod is gekomen, wordt er in veel van de geselecteerde voorzieningen sterk ingezet op persoonlijke begeleiding en zorg op maat. Gezien de

verpleegkundigen zelf aangeven de 24-uren-permanentie op zich te nemen, lijken zij dan ook het best geplaatst om in deze zorg op maat en persoonlijke begeleiding te voorzien.

“Als toewijsverpleegkundige is het de bedoeling dat je echt uw toewijspatiënt veel dichter opvolgt, ook een beetje zijn geschiedenis en traject kent . Op team wordt het traject bepaald maar 't is de bedoeling dat je dat ook opvolgt en ook deelnemen aan overleg en dingen en ook outreachment werken. Wat hier ook interessant is omdat je daar de vrijheid voor krijgt. En dat je de mogelijkheid krijgt om echt naar buiten toe te werken en daar ook stappen in te ondernemen samen met hem of haar.”

Verpleegkundige werkzaam op psychiatrische ziekenhuisafdeling

Verder wordt door één verpleegkundige verteld dat dit een evolutie is in de visie rond zorgverlening, meer bepaald om, in de mate van het mogelijke, de patiënt of bewoner zelf te laten kiezen.

“Ja de visie, dat is nu nog eens terug uitgeschreven die visie van 't is niet wij, de bewoners bepalen wat ze willen. Vroeger hebben wij nog wel een keer een bijscholing gehad, animatieve grondhouding dat is ook zo iets een beetje. En dat is ook een beetje mijn principe. Bijvoorbeeld 'k heb nu iemand gehad die normaal altijd de dinsdagmorgen naar bad gaat. Maar haar toestand is wat minder en ik geef haar de kans van kijk wil je met mij mee naar het bad en vanmorgen zei ze van kijk ja 'k heb geen zin. En dan zeg ik 't is goed 'k ga je wassen aan de lavabo. En dan vragen ze van moet ik moet ik? Kzeg het moet niet het is uw keuze. En dat vind ik wel belangrijk dat zij kunnen kiezen. In de mate van het mogelijke. We kunnen moeilijk zeggen van kijk ik wil kaviaar, allez ja in het mate van het mogelijke probeer ik de mensen toch de kans te geven om zelf te beslissen. Van kijk kwil het zo en kwil het niet anders van doe maar. “

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

2.8 Motivatie in keuze voor verpleegkunde

Opmerkelijk is verder dat op de vraag waarom ze voor verpleegkunde hebben gekozen, een grote meerderheid antwoordt dat dit een vorm van roeping moet zijn geweest.

“k Wou dat al studeren van als ik 8 jaar was. Mijn mama is ook verpleegkundige, ook psychiatrisch verpleegkundige en algemene. 'k Weet niet dat is iets wat ik altijd al heb willen doen. Nooit echt veel vragen bij gesteld. “

Verpleegkundige werkzaam op psychiatrische ziekenhuisafdeling

“Ja van kindsbeen af wou ik in de sociale sector werken ofwel als maatschappelijk assistent ofwel als verpleegkundige. En waarom ja ik merkte dat ik altijd wou helpen ook al als kind of als jongeling. Ik heb nog vrijwillig in een dagcentrum gewerkt voor mentaal gehandicapten. Ja dat zat gewoon in mij en de keuze was dan ook snel gemaakt. “

Verpleegkundige werkzaam op psychiatrische ziekenhuisafdeling

Anderen zijn dan weer van jongsaf reeds in aanraking gekomen met ziekte bij henzelf of in hun naaste omgeving.

“Van kindsbeen af had ik zo'n beetje het zorgende in mij. Ik ben veel ziek geweest als kind, op mijn 12e was ik dan opgenomen in het ziekenhuis en toen groeide dat zo al van ah dat zou ik ook wel willen doen. Ik lag daar als tiener tussen de oudjes want er was geen plaats. En dat stoorde mij helemaal niet. En toen is eigenlijk de gedachte al gegroeid en heb ik mijn humaniora gedaan, het lager humaniora algemeen en dan ik overgestoken naar verpleeg-aspirante en dan pas verpleging zelf. “

Verpleegkundige werkzaam in universitair ziekenhuis op afdeling geriatrie

Verder geven ook verschillende participanten aan dat ze er bewust voor hebben gekozen om met een specifieke patiënten- of bewonerspopulatie te werken.

“Ja en die ouderenzorg dat is iets, alle die mensen hebben ook een bepaalde levenswijsheid, dat was al als ik jonger was dat ik dat interessant vond maar met ouder worden blijft dat wel. Die mensen hebben al vanalles meegemaakt.

Ja dus vandaar dat ik in mijn opleiding al voor geriatrie gekozen had en dat was een beetje logisch dat als ik hier begon. Ik mocht kiezen uit 3 diensten en geriatrie stond voor mij op één en er was onmiddellijk plaats. Dus ik ben hier gestart en hier gebleven.

Geriatric is één van de zwaardere afdelingen wel denk ik, zeker fysisch omdat je zit met patiënten die vaak weinig mobiel zijn. En anderzijds ja, psychisch langs de andere kant ook omdat je ja, je zit toch met een populatie die vaak aan levenseinde zit en nu ook vaak ja met toenemende vergrijzing ook meer dementie voorkomt.. Maar ja ik zeg het, dat maakt het voor mij juist zo boeiend die groep.“

Verpleegkundige werkzaam in universitair ziekenhuis op afdeling geriatric

Opvallend is eveneens de grote mate van jobtrouw onder de participanten, zie ook tabel nr. 1 waaruit blijkt dat 14 van 18 participanten altijd op dezelfde werkplek hebben gestaan.

2.9 Evolutie in de job

Verschillende participanten en vanuit de drie sectoren, voeren aan dat de werkdruk de laatste jaren sterk is gestegen. Dit heeft volgens hen vooral te maken met een krappere personeelsbezetting maar ook met het feit dat de zorg zwaarder, acuter is geworden.

“Ja vroeger had je dan wel een betere band met de mensen, dat dat nu dan wel iets minder is, dat je dan nu iets minder tijd hebt om daar bij stil te staan, wassen en hetgeen moet gedaan worden maar we hebben niet zoveel tijd meer om een keer echt een babbeltje te doen. Sommigen die houden u wel een beetje langer soms maar ge moet gij voortdoen hé. “

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

“16 jaar geleden was geriatric een gans andere setting, nu is het complexer. Nu liggen er bij ons mensen die vroeger op een high care of een intensieve zouden gelegen hebben maar die nu al naar beneden komen, die nu al bij ons liggen. “

Verpleegkundige werkzaam in universitair ziekenhuis op afdeling geriatric

“’t Is zeven jaar geleden als ik hier begon te werken was dat eerder, da’s een vuil woord vind ik zelf, chronische afdeling meer eigenlijk pvt-profiel van mensen die hier verbleven maar onze zorg wordt eigenlijk ook altijd maar acuter en ook sneller naar buiten ook omdat het moet. Sommige mensen zijn hier ook te lang, dat is zo. “

Verpleegkundige werkzaam op psychiatrische ziekenhuisafdeling

Eén verpleegkundige verwijst naar de tendens inzake automatisering in de zorg, specifiek met betrekking tot het klaarzetten van medicatie.

“P: Vroeger moesten we nog ’s nachts medicatie klaarzetten en dan deed ik dat nachtwerk liever vooral omdat ik die medicatie graag deed. Maar nu zit dat in een robotsysteem via de apotheek dus daar moeten wij niets meer aankomen. Dus dat is weggevallen. Vroeger moesten wij per week iedere dag 7 of 8 bewoners klaarzetten voor een hele week dan moest je je daar eigenlijk echt op concentreren.

I: Ah ja merk je dat dan dat dat een verlichting is van het werk?

P: Ja maar ik mis het ook wel omdat ik het graag deed maar ’t is alle inderdaad want wij waren soms bezig van 10:30 u tot 12 u hadden wij eigenlijk wel ons werk voor eigenlijk alles gedaan te krijgen. Maar ’k mis het wel. Omdat ik het graag deed en nu weet ik zo niet meer altijd wie wat pakt.”

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

2.10 Definitie verpleegkunde

Ten slotte werd aan de participanten gevraagd wat voor hen verpleegkunde in essentie betekent. De meeste participanten verwijzen hierbij in eerste instantie naar een bepaalde attitude, een echtheid en daarnaast naar het aspect ‘zorgen voor’.

“Ja je moet altijd op maat proberen werken en nadenken en kunnen aanpassen en niet rigide zijn in uw doeningen. Een wondzorg kan je inderdaad volgens ’k weet niet hoeveel regels doen maar als je zorgt dat je steriel werkt, dat is eigenlijk het belangrijkste. Ja je hebt zodanig veel regels dat je soms zo echtheid verliest en dat stoort mij soms. “

Verpleegkundige werkzaam in psychiatrisch ziekenhuis

“Proberen om als mens ten opzichte van een ander mens te staan en het beste daaruit te halen. “

Verpleegkundige werkzaam op een psychiatrische ziekenhuisafdeling

“Maar ja dus verpleegkunde dat geeft mij gewoon enorm veel voldoening van iemand content te zien, gelukkig te zien. Er te zijn voor iemand, te kunnen

luisteren naar iemand. Weer een glimlach bij iemand op het gezicht te krijgen. Ja. 't Is vooral bij mij is het vooral, het komt vanuit het hart en al de rest komt er wel bij maar ik doe mijn werk enorm graag. “

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

“Warme zorg bieden aan de mens. Dus eigenlijk luisteren naar de mens wat ze willen, wat ze niet willen. En in de mate van het mogelijke bieden wat ze willen. En dan ook meer in gesprek gaan, gelijk 'k ben nu nog bij een bewoonster geweest waarvan ik de indruk had gij zijt triestig, je zit met iets. Dat is nu wel iemand die mij wel vertrouwt. Ze heeft echt een vertrouwenspersoon nodig. En dat zouden we als verpleegkundige dan proberen.“

Verpleegkundige werkzaam in een woonzorgcentrum

3 Discussie

Hieronder zullen de belangrijkste bevindingen uit punt 2 geïnterpreteerd worden. Hierbij wordt onder meer aandacht besteed aan de meest opvallende verschillen tussen de drie sectoren waarin de participanten werken.

3.1 Sociaal profiel verpleegkundigen

Uit de hierboven beschreven onderzoeksresultaten blijkt duidelijk dat verpleegkundigen bij uitstek professionals zijn die zeer bewust kiezen voor hun job als zorgverlener. Ze hebben doorgaans een sterk sociaal profiel, werken graag in team en kiezen daarom voor een beroep waarbij ze dicht bij de mens staan. Deze sociale ingesteldheid is een basisattitude die volgens de participanten onmisbaar is om zich ten volle te kunnen inzetten voor de job. Deze attitude wordt onvoldoende benadrukt in de perceptie ten aanzien van het beroep van verpleegkundigen. De technische en meer uitvoerende rol van de job neemt, ten onrechte, vaak de bovenhand in de beeldvorming van het verpleegkundig beroep.

3.2 Instaan voor zorgcontinuïteit essentie verpleegkundige rol

Het garanderen van de continuïteit van zorg wordt door de participanten als de essentie van de verpleegkundige rol gezien. Daarbij zijn drie elementen van belang.

3.2.1 24-uren permanentie

In de zorgsettings waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden, zijn het telkens de verpleegkundigen die (mee) instaan voor de 24-uren permanentie.

De bevroegde verpleegkundigen geven bovendien aan dat zij niet alleen focussen op het medische traject dat een patiënt of bewoner doorloopt. Zij trachten immers oog te hebben voor alle aspecten van het dagelijks leven van de betrokken zorgvragers.

3.2.2 Zowel basiszorg als technische prestaties

Uit de bevraging van de participanten komt duidelijk naar voor dat zij zowel de basiszorg op zich nemen als een aantal verpleegtechnische prestaties. Bovendien doen ze zelfs zaken die op vandaag niet expliciet als verpleegkunde worden beschouwd, zoals meer logistieke taken of het geven van therapieën. De verpleegkundigen vullen hierbij aan dat zij er geen vragende partij voor zijn om deze basiszorg te lossen. Voor hen is dit immers een middel om aan observaties te doen en om op die manier hun ruime verpleegkundige opdracht te kunnen vervullen.

Een andere vraag is of deze basiszorg enkel door verpleegkundigen (of zorgkundigen) mag gebeuren. Hier wordt in het bestek van deze masterproef niet verder op ingegaan.

3.2.3 Vertrouwenspersoon en belangenbehartiger

Verpleegkundigen willen door middel van het verlenen van basiszorg en door het uitvoeren van verpleegtechnische prestaties hun patiënten respectievelijk bewoners zo goed mogelijk proberen te kennen. Op die manier proberen ze diens vertrouwenspersoon en eventueel zelfs belangenbehartiger te zijn. Deze bevinding kan beschouwd worden als een bevestiging van wat uit de literatuur werd gehaald (zie DEEL II). Snelgrove et al., 2000 komen immers tot de conclusie dat de verpleegkundige rol in essentie bestaat uit routine patiëntenzorg, sociale en emotionele zorg en ten slotte het monitoren van behandelingen. Daarenboven stellen zij vast dat het feit dat

verpleegkundigen als het ware vertegenwoordigers of belangenverdedigers van hun patiënten kunnen worden, de verpleegkundige rol uniek maakt.

Het voorgaande sluit eveneens aan bij de vaststellingen van Kroezen et al., 2013 namelijk dat het gevoel controle te hebben over de zorg, en dus het goed kennen van de patiënt of bewoner, bijdraagt tot het professioneel levensonderhoud van de verpleegkundige beroepsgroep.

3.2.4 Multidisciplinaire samenwerking gesteund op goede verstandhouding

Het instaan voor de zorgcontinuïteit en het streven naar individuele begeleiding van de patiënten of bewoners, stelt verpleegkundigen in staat om belangrijke inzichten bij te brengen bij andere zorgverleners die deel uitmaken van het multidisciplinair team. Voornamelijk artsen spenderen nu eenmaal minder tijd bij de patiënten of bewoners en zijn hierdoor in grote mate afhankelijk van de verpleegkundige observaties.

De participanten bevestigen het belang van deze multidisciplinaire samenwerking. In de literatuurstudie komt als aanbeveling om deze multidisciplinaire samenwerking te faciliteren naar voor, dat het essentieel is om institutionele belemmeringen zoveel mogelijk weg te werken, zie onder meer Toren et al., 2014. Heldere communicatie en een goede verstandhouding lijkt volgens de participanten essentieel voor een vlotte samenwerking.

In tegenstelling tot wat naar boven komt in de literatuurstudie (Snelgrove et al., 2000) verklaart geen van de participanten een gevoel van hiërarchische ondergeschiktheid te ervaren ten aanzien van artsen. Bovendien blijkt, opnieuw in tegenstelling tot de bevindingen uit de literatuur dat de participanten evenmin een reflex tot terreinafbakening ervaren. Ten aanzien van zorgkundigen voelen de verpleegkundigen zich ten slotte geenszins ‘superieur’. Er heerst eerder een gevoel van gelijkwaardigheid.

3.3 Impact van context op beleving verpleegkundige rol

Om voornoemde opdracht, namelijk die continuïteit van zorg te kunnen garanderen, beschikken verpleegkundigen zoals gezegd over een erg ruim takenpakket. Wat dit takenpakket betreft, kunnen we stellen dat er niet zoiets bestaat als hét takenpakket van

dé verpleegkundige. Tussen de participanten bestaan een aantal verschillen wat dit betreft, naargelang de setting waarin ze werkzaam zijn. Dit kon al vermoed worden naar aanleiding van de literatuurstudie, gezien in meerdere artikelen wordt aangetoond dat de context van groot belang is in de perceptie van verpleegkundigen ten aanzien van hun professionele rol (zie onder meer Brady et al., 2015 en Rungapadiachy et al., 2006).

3.3.1 Woonzorgcentra: minst omkadering

Het verschil in de beleving van de verpleegkundige rol naargelang de context, heeft vooral te maken met de mate waarin de verpleegkundigen in hun dagelijkse werking omkaderd of ondersteund worden. In woonzorgcentra blijkt deze omkadering het minst aanwezig te zijn. In woonzorgcentra staat naast de verpleegkundige bestaffing ook een grote groep zorgkundigen mee in voor de zorgverlening. Verpleegkundigen zijn er met andere woorden de hoogst gekwalificeerde groep zorgverleners. Bovendien is er niet steeds medische permanentie aanwezig in woonzorgcentra. Het is ook wel zo dat in woonzorgcentra in principe geen al te complexe medische zorgen worden geleverd. Daarvoor is deze setting nu eenmaal niet bedoeld. Anderzijds is genoegzaam bekend dat de zorgzwaarte in woonzorgcentra de laatste jaren flink gestegen is.⁴⁶

Dit heeft tot gevolg dat deze verpleegkundigen een aanzienlijke werkdruk ervaren. Bovendien dienen zij tijdens de uitoefening van hun job sterk in hun schoenen te staan omdat zij in de eerste plaats eindverantwoordelijke zijn voor de zorgverlening, ook indien deze zorg door zorgkundigen wordt geleverd. Ze moeten daarenboven in crisissituaties tijdig alarmeren en heel autonoom kunnen handelen.

3.3.2 Acute afdeling geriatrie: grote ondersteuning

Het grootste verschil op het vlak van omkadering met de setting van de woonzorgcentra, vinden we terug in de acute afdeling geriatrie in het universitair ziekenhuis. Bij de bevraging van de 3 verpleegkundigen die daar werkzaam zijn, valt het op dat elk van hen benadrukte dat ze het gevoel hadden sterk ondersteund te worden. Uiteraard zal de complexiteit van de zorg in deze acute en universitaire setting

⁴⁶ Zorg en Gezondheid Zorgzwaarte in de ouderenzorg -2013 [Online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2016 [geraadpleegd op 05/04/2016], Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/GI2013-zorgzwaarte_ouderenzorg.pdf.

hoger liggen dan wat in een woonzorgcentra het geval is. De uitgebreidere omkadering kan hier wellicht voor een stuk compenseren. Ook de participanten werkzaam in het algemeen ziekenhuis ervaren weliswaar een vrij goede ondersteuning.

Anderzijds geven zowel de verpleegkundigen werkzaam in de universitaire afdeling geriatrie als in het algemeen ziekenhuis aan dat ze vaak dienen samen te werken met arts-specialisten in opleiding, ook wel assistenten. Enkele participanten geven daarbij aan dat deze assistenten wel eens advies aan hen vragen in medische zaken. Deze assistenten willen waarschijnlijk een beroep doen op de ervaring en de grondige kennis van de patiënten van deze verpleegkundigen. De betrokken participanten stellen duidelijk dat ze graag betrokken worden in het medische beslissingsproces maar dat dit hun verpleegkundige rol ook niet mag overstijgen. Als verpleegkundige wensen zij immers geen medische beslissingen te moeten nemen.

3.3.3 GGZ: opvallend spontane structuur en werkwijze

Ten slotte werden ook interviews afgenomen in de geestelijke gezondheidszorgsector, meer bepaald op 2 verschillende psychiatrische ziekenhuisafdelingen en in 1 psychiatrisch verzorgingstehuis. Kenmerkend voor deze settings is dat de structuur waarbinnen verpleegkundigen werkzaam zijn iets minder strak en afgebakend is. De onderlinge samenwerking is er immers heel spontaan. Het is met andere woorden niet zo dat elke verpleegkundige bij aankomst op een gemiddelde werkdag een planning krijgt met daarop aangeduid voor welk zorgpakket dient te worden ingestaan. Uiteraard is er wel een verschil merkbaar tussen de drie diverse GGZ-settings waarin verpleegkundigen bevroegd werden maar toch bleek dit ‘spontane’ aspect een opvallende gemene deler. De meeste betrokken participanten staan hier positief tegenover, enkelen nuanceren dit gevoel door toe te voegen dat een dergelijke werkwijze wel heel veel energie van hen vergt.

Een ander aspect dat opvalt in de GGZ-settings is het kleine onderscheid tussen de verschillende functies die er werken. Het onderscheid tussen functies wordt er doorgaans minder gemaakt. Deze manier van werken zorgt er ten slotte voor dat verpleegkundigen in deze settings doorgaans een grote inspraak krijgen in de

samenstelling van hun takenpakket. In ruil voor deze inspraak wordt dan weer een groot engagement verwacht.

In het psychiatrisch verzorgingstehuis wordt ten slotte aangebracht dat een aanzienlijk deel van de jobtime werd ingepalmd door een reeks eerder huishoudelijke taken, ten koste van voldoende tijd om de psychiatrische problematiek van de bewoners aan te pakken.

Gezien de geselecteerde settings slechts een klein deel betreffen van het brede spectrum aan mogelijke verpleegkundige werkplekken, is het niet uitgesloten dat verpleegkundigen werkzaam in een setting die niet gevat wordt door het onderzoek, andere zaken zouden aangeven.

3.4 Validiteit en betrouwbaarheid

3.4.1 Validiteit

Ten behoeve van de constructvaliditeit (zie ook Yin, 2014) werden alle uitgeschreven interviews teruggekoppeld naar de respectievelijke participanten. Het ontwerp van de bevindingen werd daarenboven bezorgd aan deze participanten die aangaven hun feedback hierover te willen geven. De resultaten werden naar aanleiding van deze feedback verder verfijnd.

Ter ondersteuning van de externe validiteit is erop gelet om voldoende interviews af te nemen, meer bepaald 18 in totaal.

Daarnaast worden de interpretaties van de resultaten evenals de beleidsaanbevelingen niet alleen gesteund op de bevindingen uit de data maar ook op de theoretische inzichten.

3.4.2 Betrouwbaarheid

Zoals eerder gezegd, werd er gebruikt gemaakt van de QUAGOL-richtlijnen om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verstevigen.

In punt 1 Onderzoeksmethode werd de gebruikte methode in detail toegelicht, wat de repliceerbaarheid van de studie ten goede komt.

4 Beperkingen en ethische overwegingen

Hoewel zoveel mogelijk getracht is de principes van de grounded theory te respecteren, is het nooit mogelijk om alle voorkennis en eventuele vooringenomenheid uit te sluiten.

Het voeren van kwalitatief onderzoek is bovendien niet eenvoudig. De onderzoeker had tot daar hiertoe geen enkele ervaring mee.

De QUAGOL-richtlijnen (Dierckx de Casterlé, Gastmans & Bryon, 2011) bevelen teamwork aan bij de data-analyse. Zo zouden, door middel van overleg de uit te data gehaalde concepten steeds verder kunnen worden verfijnd. In het kader van deze masterproef werd echter individueel gewerkt. Een zekere mate van interviewer-bias is hierdoor niet uitgesloten.

Het is mogelijk dat de hiervoor beschreven bevindingen specifiek zijn voor de bevraagde verpleegkundigen. Een onderzoek op grotere schaal of een onderzoek in settings die niet in de scope zitten van deze masterproef, zouden een andere uitkomst kunnen geven.

Daarnaast is er mogelijk sprake van sampling bias of een vertekening van de resultaten veroorzaakt door het selectief in- en excluseren van personen in de studie. De participanten werden immers niet ad random gekozen maar werden door de verantwoordelijken van de voorzieningen gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. De kans bestaat dat de resultaten enigszins gebiast zijn door een tendens om sociaal wenselijk te antwoorden bij de participanten.

Verder dient het te worden opgemerkt dat de onderzoeker zelf geen verpleegkundige is, noch beschikt over enige klinische opleiding. Dit is enerzijds een voordeel omdat op die manier minder sprake is van bevooroordeeling. Anderzijds maakt dit het niet altijd evident om door de participanten beschreven ervaringen van verpleegkundigen juist te kunnen plaatsen.

Deze masterproef werd op 12 november 2015 goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van het Universitair Ziekenhuis Gent.

De anonimiteit van de verzamelde data wordt zowel ten aanzien van de deelnemende voorzieningen als ten aanzien van de verpleegkundige participanten gegarandeerd. De deelnemende voorzieningen bezorgden bovendien een schriftelijk akkoord tot samenwerking. Elke verpleegkundige die deelnam aan het onderzoek deed dit op vrijwillige basis en ondertekende een informed consent-formulier.

5 Toekomstig onderzoek

In het kader van dit kwalitatief onderzoek werden verpleegkundigen geselecteerd die werkzaam zijn in drie verschillende gezondheidszorgsectoren, telkens op minder medisch-technische settings maar op settings waar de totaalzorg sterk van belang is. Het zou boeiend zijn hetzelfde onderzoek te laten plaatsvinden in sterk medisch-technische zorgsettings zoals op een afdeling spoed of intensieve zorgen van een algemeen ziekenhuis of een acute psychiatrische ziekenhuisafdeling en om nadien beide onderzoeksresultaten te vergelijken.

Ook een onderzoek bij verpleegkundigen werkzaam in de ambulante thuiszorg zou interessante resultaten kunnen opleveren. Dat zou bovendien met zich meebrengen dat er een nog groter inzicht kan worden gecreëerd inzake de perceptie van de verpleegkundige rol en wat betreft de grootste gelijkenissen en verschillen naargelang de werkcontext.

Evenzeer zou het interessant zijn om de perceptie ten aanzien van de professionele rol te gaan bevragen bij artsen dan wel bij paramedici werkzaam in dezelfde settings waar de verpleegkundigen in dit onderzoek werden bevraged. Op die manier zou het thema multidisciplinaire samenwerking en de verschillende aspecten daarvan, grondig kunnen worden onderzocht.

Toekomstig onderzoek zou ten slotte kunnen ingaan op mogelijke methodes om het gevoel van eigen verantwoordelijkheid en autonomie in hoofde van verpleegkundigen te stimuleren. Een leerrijke studie zou bijvoorbeeld een vergelijking kunnen zijn van een systeem van patiënttoewijzing ten opzichte van taakverpleegkunde. Waarbij van het eerstgenoemde systeem vermoed wordt, dat dit aanleiding geeft tot een hoger verantwoordelijkheidsgevoel bij de verpleegkundigen.

BELEIDSAANBEVELINGEN

De bevoegdheidsregeling van verpleegkunde kan beschouwd worden als een schoolvoorbeeld van het huidige model KB nr. 78, meer zelfs, van het failliet van dit model. Zoals in DEEL I wordt toegelicht, bestaat een van de grootste knelpunten van het huidige model KB nr. 78 uit het onevenwicht inzake de bevoegdheidsregeling tussen de verschillende gezondheidszorgberoepen. Waar voor het ene gezondheidszorgberoep het bevoegdheidsdomein louter wordt afgebakend aan de hand van een ruime omschrijving van de voornaamste activiteitsgebieden van de discipline, wordt ten aanzien van andere gezondheidszorgberoepen gewerkt met gedetailleerde lijsten met toegelaten handelingen. Wat verpleegkunde betreft, is dit onevenwicht zelfs terug te vinden binnen eenzelfde beroepsgroep.

We onderscheiden immers de verpleegkundige A-handelingen, ook wel gekend als de ‘globale verpleegkundige activiteiten’. Wat dit onderdeel van verpleegkunde betreft, heeft de wetgever zich beperkt tot een ruime omschrijving van deze activiteiten. Daarnaast zijn er de B1- en de B2-handelingen of de technisch verpleegkundige verstrekkingen en ten slotte de C-handelingen of de handelingen die door een arts aan een verpleegkundige kunnen worden toevertrouwd. Zowel de B- als de C-handelingen worden opgenomen in lijsten die als bijlagen zijn gevoegd bij een koninklijk besluit ter uitvoering van de wet gezondheidszorgberoepen. Op die manier hebben deze lijsten kracht van wet en kan er pas aan gewijzigd worden na goedkeuring door de ministerraad.

Wanneer we de bevindingen uit de systematische literatuurstudie en het kwalitatief onderzoek samenleggen, kunnen er enkele beleidsaanbevelingen worden geformuleerd inzake de hervorming van het KB nr. 78, tenminste voor wat verpleegkunde betreft.

1 Vergeet de basiszorg niet

In de perceptie van beleidsmakers ten aanzien van de verpleegkundige rol, wordt sterk de nadruk gelegd op de technische kennis en uitvoerende vaardigheden. Deze zijn onmiskenbaar van groot belang, des te meer voor verpleegkundigen werkzaam in acute

settings. Zoals uit voorgaand kwalitatief onderzoek blijkt, geven de verpleegkundigen op de werkvloer aan voornoemde beleidsfocus ook zelf te ervaren.

Het debat rond de hervorming van het KB nr. 78, specifiek wat verpleegkunde betreft, wordt hierdoor vaak verengd tot een discussie over een eventuele verruiming van de verpleegkundige lijsten met taken. Sommige verpleegkundige vertegenwoordigers claimen immers een aantal taken die momenteel tot de geneeskunde behoren, zoals bijvoorbeeld het mogen voorschrijven van medicatie.

Deze beleidsfocus gaat ten koste van de aandacht voor het minder technische luik in het takenpakket van verpleegkundigen, denk maar aan de hygiënische zorgen, de rol van verpleegkundigen als educator of het vaststellen van de gezondheidstoestand.

De verpleegkundigen die in het kader van deze masterproef bevestigd werden, werken op settings die vaak onderbelicht blijven wanneer het op beleidsniveau over verpleegkunde gaat. Deze participanten geven allen het grote belang aan van het aspect 'basiszorg' in de uitoefening van hun job. Zo wordt bijvoorbeeld zowel door de verpleegkundigen werkzaam in de acute als in de residentiële ouderenzorg aangegeven dat het wassen van de patiënten respectievelijk bewoners voor hen cruciaal is om te kunnen observeren en om uiteindelijk te kunnen bijdragen aan een eventuele medische diagnose.

De participanten verklaren dat zij hun patiënten of bewoners trachten bij te staan in alle aspecten van het dagelijks leven waar hulp nodig is en dat dit voor hen de essentiële rol behoort te zijn van een verpleegkundige. Vandaag vinden zij zich onvoldoende terug in de wettelijke omschrijving van verpleegkunde.

Een eerste aanbeveling is dan ook de volgende. Wanneer het over verpleegkunde gaat, focus dan niet alleen op het uitoefenen van concrete technische handelingen. Verpleegkunde bestaat uit veel meer dan het uitvoeren van welomschreven handelingen. Het is een totaalpakket dat kan raken aan allerlei, sterk uiteenlopende aspecten van het leven. De wettelijke definitie van wat als verpleegkunde wordt beschouwd dient bijgevolg in die zin te worden scherp gesteld en dient naast technische taken onder meer rekening te houden met de basiszorg.

2 Bevoegdheid dient geregeld maar bekwaamheid is essentie

2.1 Lijsten met concrete handelingen zijn nooit volledig en nooit up to date

Op dit moment wordt de verpleegkundige bevoegdheid, behalve wat de verpleegkundige A-activiteiten betreft, geregeld aan de hand van lijsten waarin technische handelingen staan opgesomd. In principe zijn alle verpleegkundigen bevoegd om al deze handelingen te stellen.⁴⁷

In het kader van het kwalitatief onderzoek bij deze masterproef geven verschillende participanten aan dat deze lijsten met handelingen niet de hoofdmoot uitmaken van hun takenpakket. Bovendien blijkt uit de interviews dat verpleegkundigen, ook in settings waar we niet altijd aan denken, taken opnemen die momenteel niet in deze lijsten worden gevat. Een voorbeeld hiervan is het stellen van therapieën in psychiatrische settings.

Zoals in DEEL I, 3.2.2. werd aangegeven, stellen verpleegkundigen zich ondanks deze lijsten nog steeds vragen bij hun bevoegdheid. De lijsten zijn dus onvoldoende duidelijk.

Een dergelijke lijst is niet alleen nooit volledig en duidelijk maar ook nooit helemaal up to date. We kunnen daarbij denken aan nieuwe richtlijnen inzake evidence based nursing en technologische ontwikkelingen die beiden een impact kunnen hebben op de concrete wijze waarop verpleegkundigen hun beroep uitoefenen.

Stel dat we omwille van voornoemde redenen niet meer zouden werken met lijsten om de bevoegdheid van verpleegkundigen te regelen, dan stelt zich de vraag wat het alternatief is. De grenzen van wat wettelijk als verpleegkunde wordt beschouwd, moeten inderdaad duidelijk zijn opdat verpleegkundigen niet in juridisch onzekerheid

⁴⁷ Zoals reeds in DEEL I is uiteengezet, werden enkele handelingen voorbehouden aan verpleegkundige met een specialisatie in de intensieve zorgen of spoed en in de pediatrie en neonatologie. Daarnaast wordt hier even abstractie gemaakt van de voorwaarden die gekoppeld worden aan deze verpleegkundige bevoegdheid. (zie ook DEEL I).

dienen te werken maar ook ter bescherming van de patiënten of bewoners die door deze verpleegkundigen worden verzorgd.

Om voornoemd doel te bereiken, lijkt het opportuun te werken met een globale omschrijving in de wet van wat als verpleegkundige activiteitsdomeinen wordt beschouwd. Op die manier dienen de grenzen van waar de verpleegkundige rol begint en waar deze eindigt, tenminste grofweg duidelijk te zijn. We moeten immers beseffen dat deze grenzen niet helemaal afgebakend kunnen worden. De wetgever kan overigens nooit alle mogelijke situaties voorzien waarin verpleegkundigen professioneel terecht kunnen komen.

Ook in de literatuurstudie in DEEL II werden argumenten gevonden die de keuze voor een bevoegdheidsregeling van verpleegkundigen op het niveau van domeinen in plaats van concrete taken ondersteunt. Toren, Nirel & Tsur, 2014 die weliswaar onderzoek deden in een geheel andere setting, stellen vast dat een verpleegkundige bevoegdheidsregeling op taakniveau de zorg dreigt te fragmenteren en dat dit tevens de zorgcontinuïteit in de weg kan staan.⁴⁸ Bovendien zou een bevoegdheidsregeling op taakniveau er volgens hen toe leiden dat verpleegkundigen zich moeilijker kunnen specialiseren.

2.2 Bekwaamheidsprincipe als veruitwendiging van de zorgvuldigheidsnorm

Zoals hiervoor gesteld, is het bepalen van het bevoegdheidsdomein van verpleegkundigen nodig. De essentie blijft echter dat verpleegkundigen een correcte inschatting kunnen maken van hun individuele bekwaamheid om een concrete taak of rol op zich te nemen. Indien zij zich niet bekwaam achten en toch bepaalde handelingen stellen, dan gelden enerzijds het strafrecht en anderzijds de algemene zorgvuldigheidsplicht als juridische normen waarmee rekening moet worden gehouden.

⁴⁸ Meer bepaald op neonatale intensieve zorgen.

Het onbekwaam handelen kan als het (on)opzettelijk toebrengen van slagen en verwondingen of zelfs (on)opzettelijke doodslag worden gekwalificeerd, wat misdrijven zijn die strafrechtelijk worden beteugeld.⁴⁹

Bekwaamheid kan met een andere woorden een verdere beperking betekenen ten aanzien het verpleegkundig bevoegdheidsdomein. Onbekwaam zou dan zoveel betekenen als onbevoegd. Zoals uit de interviews is gebleken, is het zo dat vele technische handelingen waartoe verpleegkundigen vandaag wettelijk bevoegd zijn, niet courant gesteld worden in de geselecteerde settings. Het is in het belang van de kwaliteit van de zorgverlening sterk aangewezen dat verpleegkundigen in het geval zij een dergelijke handeling toch moeten stellen en zij zich niet bekwaam achten, dat zij dit weigeren of minstens hulp invoeren.

Dit bekwaamheidsprincipe wordt op vandaag niet expliciet in het KB nr. 78 geformuleerd. Wat verpleegkunde betreft, is dit wel opgenomen in de omzendbrief van 19 juli 2007. Dit bekwaamheidsprincipe kan gezien worden als een veruitwendiging van de zorgvuldigheidnorm. Om de schending van deze zorgvuldigheidnorm aan te kaarten, kan men steeds terugvallen op artikelen 1382 en 1383 van het Burgerlijk Wetboek. Dit zijn de basisregels van het burgerlijk en buitencontractueel aansprakelijkheidsrecht:

”Artikel 1382: Elke daad van de mens waardoor aan een ander schade wordt veroorzaakt, verplicht degene door wiens schuld de schade is ontstaan, deze te vergoeden.

Artikel 1383: Ieder is aansprakelijk, niet alleen voor de schade die hij door zijn daad, maar ook voor die welke hij door zijn nalatigheid of door zijn onvoorzichtigheid heeft veroorzaakt.”

De algemene zorgvuldigheidnorm vereist dat men zijn handelwijze niet alleen bepaalt in functie van het eigen belang, maar dat men tevens voorzorgen neemt om schade aan andermans persoon of goederen te voorkomen. Toegepast op verpleegkundigen

⁴⁹ Zie artikelen 418 tot en met 420 van het Strafwetboek.

betekent dit dat zij een correcte inschatting moeten kunnen maken inzake hun bekwaamheid om bepaalde handelingen te stellen, ook al zijn zij hiertoe bevoegd.

Een explicitering van dit principe in de wet betreffende de gezondheidszorgberoepen zelf, kan de bescherming van de zorgvrager maar ook van de zorgverlener bewerkstelligen.

Ter volledigheid dient te worden opgemerkt dat het niet de bedoeling kan zijn dat dit bekwaamheidsprincipe ook in de andere richting werkt. Het is met andere woorden niet wenselijk dat een verpleegkundige die zich bijvoorbeeld bekwaam acht om bepaalde kinesitherapeutische handelingen te stellen, dit wettelijk ook mag doen. Het is uiteraard niet uitgesloten en aanvaardbaar dat bepaalde handelingen de onderscheiden deskundigheidsgebieden overlappen. Op basis van een globale omschrijving van de activiteitendomeinen van de verschillende gezondheidszorgberoepen zou het echter voldoende duidelijk moeten zijn wanneer er sprake is van een systematische bevoegdheidsoverschreiding.

Het is immers in ieders belang en niet in het minst in het belang van de kwaliteit van zorg dat de verschillende gezondheidszorgdisciplines zuiver blijven.

3 Regelgeving alleen is niet voldoende

Het is aangewezen dat beleidsmakers bij het opstellen van de nieuwe wet zoveel mogelijk contexten waar verpleegkundigen werkzaam kunnen zijn, indachtig zijn. Daarom is dringend nood aan een meer flexibele wet die dicht aanleunt bij de realiteit.

Regelgeving alleen is echter onvoldoende. De vele innovaties in de gezondheidszorg brengen met zich mee dat kennis en kunde snel gedateerd zijn. ‘Bekwame’ zorgverleners dreigen hierdoor ‘onbekwaam’ te worden als zij niet bijblijven, als zij hun vaardigheden niet op peil houden. Regelgeving zal dit nooit in detail kunnen regelen en loopt per definitie achter op deze ontwikkelingen.⁵⁰

⁵⁰ Raad voor Volksgezondheid & Zorg, Advies: ‘Bekwaam is bevoegd. Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg’, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2011/05/17/rvz-advies-bekwaam-is-bevoegd>, geraadpleegd op 22 april 2016.

Hier is een cruciale rol weggelegd voor het onderwijs. Het is immers aan de scholen om zo bekwaam mogelijke verpleegkundigen af te leveren. Onderwijs houdt uiteraard niet op bij het verlaten van de schoolbanken. Vele vaardigheden en competenties kunnen ook worden aangeleerd door het werkveld.

De regelgeving kan een kader scheppen dat de professionele autonomie in hoofdte van verpleegkundigen waarborgt. Hiertoe lijkt het aangewezen dat men wegdenkt van lijsten met toegelaten handelingen maar dat een toegelaten activiteitsdomein wordt omschreven. Het blijft weliswaar een belangrijke taak van de praktijk om deze autonomie te begeleiden en te realiseren.

Het is tot slot cruciaal dat elke werkgever of leidinggevende van verpleegkundigen tracht na te gaan in welke mate dit gevoel van eigen verantwoordelijkheid en de waardering van de verpleegkundige rol in de verf kunnen worden gezet.

CONCLUSIE

Het samenlezen van de bevindingen uit de systematische literatuurstudie en de kwalitatieve onderzoeksresultaten heeft geleid tot een bijkomend inzicht in de perceptie van verpleegkundigen ten aanzien van hun professionele rol. Dat inzicht heeft dan weer aangezet tot het formuleren van drie beleidsadviezen in het kader van de hervorming van de wetgeving gezondheidszorgberoepen.

Ten eerste is het essentieel dat een nieuwe wet gezondheidszorgberoepen nauw aansluit bij de praktijk. Verpleegkundigen beschikken over een heel ruim en divers takenpakket. Vandaag wordt ten onrechte te sterk gefocust op het uitvoerende en technische aspect van het beroep. In de wettelijke definitie van verpleegkunde zou men meer aandacht moeten hebben voor de basiszorg. Alleen dan zullen zoveel mogelijk verpleegkundigen zich terugvinden in deze wet.

Ten tweede moeten we beseffen dat bevoegdheid geregeld moet worden maar dat bekwaamheid de essentie is. Een explicitering van dit principe in een nieuwe wet gezondheidszorgberoepen is aangewezen.

Ten slotte is het evident dat regelgeving alleen niet volstaat. De perceptie van de verpleegkundige rol kan immers niet alleen beïnvloed worden door een nieuw wettelijk kader maar des te meer door maatregelen die vanuit de praktijk zijn ingegeven.

LITERATUURLIJST

DEEL I: WETGEVING GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN

A. Wetgeving & beleidsdocumenten

Burgerlijk wetboek 21 maart 1804, *BS* 3 september 1807.

Strafwetboek 8 juni 1867, *BS* 9 juni 1867.

Wet 11 november 1993 houdende regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. (Nederland)

Wet 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen, *BS* 24 juni 1999.

Wet 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 20 mei 2015.

Wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen gecoördineerd op 10 mei 2015, *BS* 18 juni 2015

KB nr. 78 10 november 1967 betreffende de geneeskunst, de uitoefening van de daaraan verbonden beroepen en de geneeskundige commissies, *BS* 14 november 1967.

Koninklijk besluit 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 26.07.1990.

Koninklijk besluit 21 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, *BS* 14.05.2007

KB 2 juli 2009 tot vaststelling van de lijst van de paramedische beroepen, *BS* 17 augustus 2009.

KB 15 december 2013 bepalende de lijst van de geneesmiddelen die door de vroedvrouwen autonoom mogen worden voorgeschreven in het kader van de opvolging van normale zwangerschappen, de praktijk van normale bevallingen en de zorg aan gezonde pasgeborene in en buiten het ziekenhuis, *BS* 14 januari 2014.

Koninklijk besluit 25 april 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen.

Ministeriële omzendbrief 19 juli 2007 betreffende het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, gericht aan de beheersorganen van de ziekenhuizen, rust- en verzorgingstehuizen, de rustoorden voor bejaarden, de diensten voor thuisverpleging, de artsen en de verpleegkundigen, *BS* 29.08.2007.

Verduidelijkingen bij de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en toevertrouwde geneeskundige handelingen op basis van de briefwisseling met de Technische Commissie voor Verpleegkunde, versie 1 juli 2007, plenum van 27 september 2007.

Federaal Regeerakkoord 2014-18 dd. 9 oktober 2014.

Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid & Gezin dd. 24 oktober 2014, *VI. Parl.* 2014-15, nr. 125/1, p. 35.

Algemene Beleidsnota Gezondheidszorg dd. 25 oktober 2014, *Parl.St.* Kamer 2014-15, doc. nr. 54 0588/007.

http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/technische_commissie_voor_verpleegkunde/19082199.pdf, geraadpleegd op 28 maart 2016.

B. Rechtsleer

DILLEMANS, R., “De wetgevende besluiten betreffende de uitoefening van de geneeskunst in perspectief”, *TPR* 1974, 175.

NYS, H., *Geneeskunde, recht en medisch handelen*, Mechelen, Story-Scientia, 1991, 3.

NYS, H., “Naar een grondige herziening van de wetgeving op de beroepen in de gezondheidszorg” in *Liber Amicorum Roger Dillemans, Deel II; Socialezekerheidsrecht*, E. Story-Scientia, Antwerpen, Kluwer, 1997, 269.

NYS, H., *Recht en bio-ethiek*, Leuven, Lannoo campus, 2015, 280 p.

NYS, H. en VANERMEN, E., “De wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen ontspoord” in *Recht in beweging. 23ste VRG-Alumnidag 2016*, Antwerpen-Apeldoorn, Maklu, 146.

DEEL II: LITERATUURSTUDIE

Baggs, J.G. & Schmitt, M.H. (1997). Nurses’ and resident physicians’ perceptions of the process of collaboration in an MICU. *Res. Nurs. Health, 20*, 71-80.

Bechky B.A. (2003). Object Lessons: Workplace artifacts as representations of occupational jurisdiction. *Am. J. Sociol.* , 109, 720-752.

Berckmans G, Alvarez Irusta L, Bouzegta N, Defloor T, Peeters G, Stordeur S, et al. (2008). Functiedifferentiatie in de verpleegkundige zorg: mogelijkheden en beperkingen. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), *KCE Reports, 86A*, (D/2008/10.273/52).

Brady, A.-M.; Fealy, G., Casey, M., Hegarty, J., Kennedy, C., McNamara, M., O’Reilly, P., Prizeman, G. & Rohde D. (2015). Am I covered?: an analysis of a national enquiry database on scope of practice. *Journal of advanced nursing, 71(10)*, 2402-2412.

Eagar, S.C., Cowin, L.S., Gregory, L. & Firtko A. (2010). Scope of practice conflict in nursing: A new war or just the same battle? *Contemporary Nurse, 36*, 86-95.

Ebert, L., Hoffman, K., Levett-Jones, T. & Glligan, C. (2014). “They have no idea of what we do or what we know”: Australian graduates’ perceptions of working in a health care team. *Nurse Education in Practice, 14*, 544-550.

Fewster-Thuete, L., Velsor-Friedrich, B. (2008). Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nurs. Adm. Q, 32*, 40-48.

Hawker, S., Payne, S. et al. (2002). Appraising the evidence reviewing disparate data systematically. *Qualitative Health Research, 12*, 1284-1299.

Kroezen, M., Van Dijk, L., Groenewegen, P.P. & Francke, A.L. (2013). Knowledge claims, jurisdictional control and professional status: the case of nurse prescribing, *Plos One, 8, 10*, e77279.

Mclaughlin, J. & Webster, A. (2008). Rationalizing knowledge: IT systems, professional identities and power. *Sociol. Rev.*, 46, 781-802.

Muller-Juge, V., Cullati, S., Blondon, K.S., Hudelson, P., Maître, F., Savoldelli, G. & Nendaz, M.R. (2013). Interprofessional collaboration on an internal medicine ward: role perceptions and expectations among nurses and residents. *Plos One*, 8, issue 2, e57570.

Niezen M. & Mathijssen J. (2014). Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine tot the nursing domain, *Health Policy*, 117, 151-169.

Petrova, M., Vail, L., Bosley, S. & Dale, J. (2010). Benefis and challenges of employing health care assistants in general practice: a qualitative study of GP's and practice nurses' perspectives, *Family Practice*, 27.

Rungapadiachy, D.M., Madill, A. & Gough, B. (2006). How newly qualified mental health nurses perceive their role, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 533-542.

Sermeus, W., Aiken, L., Van den Heede, K., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Morena-Casbas, M.T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A., Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L., Zikos, D. & RN4CAST consortium (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology, *BMC Nursing*, 2011, 10:6.

Snelgrove, S. & Hughes, D. (2000) Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales, *Journal of Advanced Nursing*, 31, 661-667.

Toren, O., Nirel, N., Tsur, Y., Lipschuets, M. & Toker A. (2014). Examining professional boundaries between nurses and physicians in neonatal intensive care units, *Israel Journal of Health Policy Research*, 3, 43.

DEEL III: KWALITATIEF ONDERZOEK

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3:2, 77-101.

Creswell, J. (2009). *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Londen: Sage.

Dierckx de Casterlé, B., Gastmans, C., Bryon, E. & Denier, Y. (2012). QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 360-371.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2010) *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*, 7th ed., Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Saldana, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Londen: Sage.

Sandelowski, M., (1995). Focus on qualitative methods. Qualitative analysis: what it is and how to begin. *Research in Nursing Health*, 18, 371-375.

Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Yin, R.K. (2014). *Case study research. Design and methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

<http://www.vlaanderen.be/nl/gezin-welzijn-en-gezondheid/gezondheidszorg/woonzorg-centra-vroeger-rusthuizen>, geraadpleegd op 4 maart 2016.

[http://www.uzgent.be/nl/home/Lists/PDFs%20Opleiding/Geriatrie%20\(1K2\).pdf](http://www.uzgent.be/nl/home/Lists/PDFs%20Opleiding/Geriatrie%20(1K2).pdf), geraadpleegd op 2 april 2016.

Raad voor Volksgezondheid & Zorg, Advies: 'Bekwaam is bevoegd. Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg', <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2011/05/17/rvz-advies-bekwaam-is-bevoegd>, geraadpleegd op 22 april 2016.

Zorg en Gezondheid Zorgzwaarte in de ouderenzorg -2013 [Online publicatie]. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Informatie en Zorgberoepen, 2016 [geraadpleegd op 05/04/2016], Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/GI2013-zorgzwaarte_ouderenzorg.pdf.

BIJLAGEN

DEEL I: WETGEVING GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN

Geen bijlagen

DEEL II: LITERATUURSTUDIE

Bijlage 1: Schematische weergave selectieproces.....102

Bijlage 2: Printscreen van database Web of Science na invoeren zoekstring.....103

Bijlage 3: Framework for Quality Appraisal: Hawker, S., Payne, S. et al. (2002).
“Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically.” *Qualitative
Health Research* 12 (9), 1284-1299.....104

Bijlage 4: Kwaliteitsbeoordeling van de geselecteerde artikelen.....106

Bijlage 5: Overzicht van de geselecteerde artikelen.....107

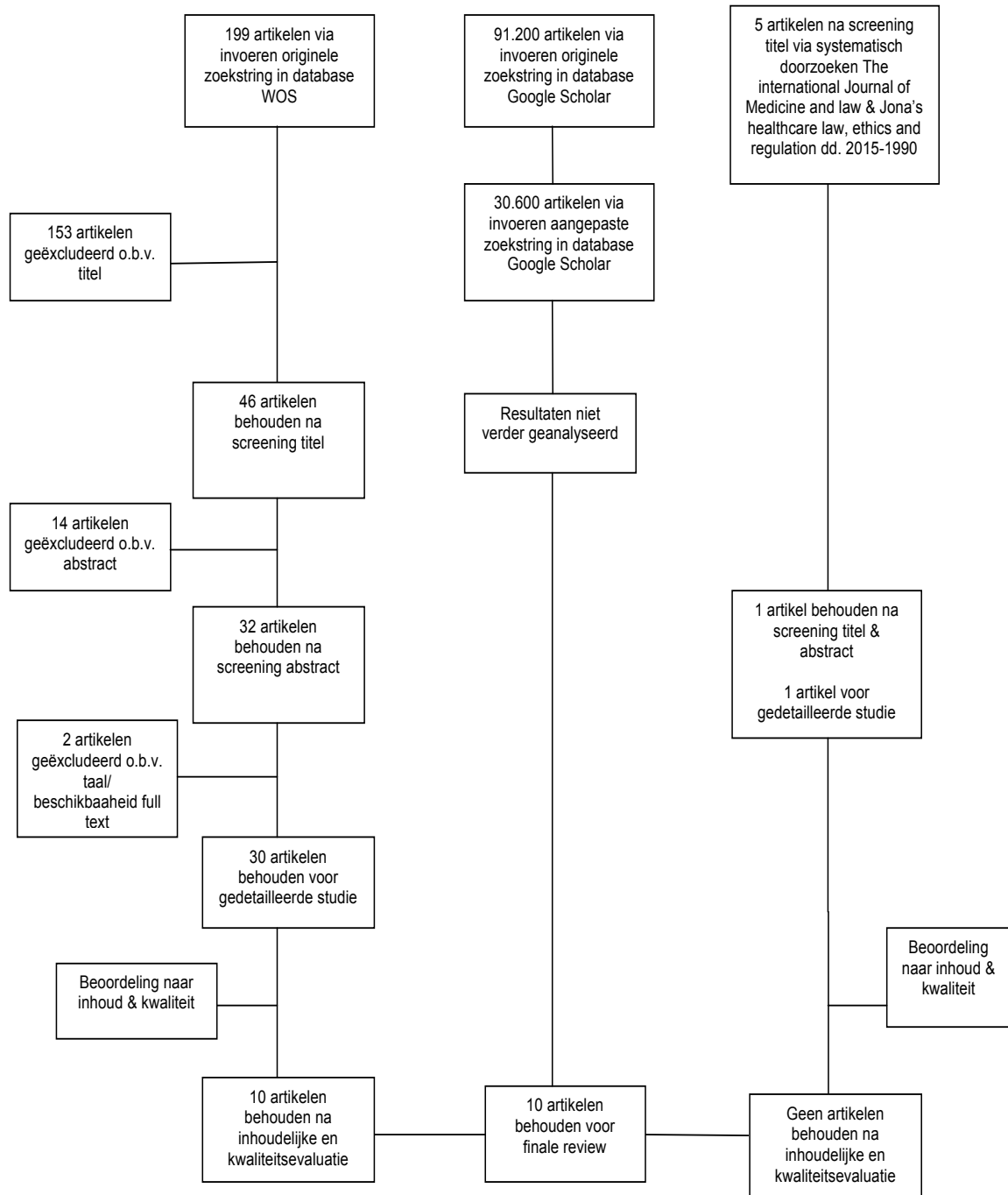
DEEL III: KWALITATIEF ONDERZOEK

Bijlage 6: Richtlijnen bij interviews.....110

Bijlage 7: Informed consent-formulier.....111

Bijlage 7: Matrices in Nvivo.....117

Bijlage 1: Schematische weergave van het selectieproces



Bijlage 2: Printscren van database Web of Science na invoeren zoekstring

The screenshot displays the Web of Science search results interface. At the top, the navigation bar includes 'Web of Science™', 'InCites™', 'Journal Citation Reports®', 'Essential Science Indicators™', and 'EndNote™'. The search bar contains the query: 'You searched for: TOPIC: (nurs*) AND TOPIC: ((professional role)) AND TOPIC: (boundaries) ...More'. The results are sorted by 'Publication Date -- newest to oldest' and are displayed on page 1 of 20. The left sidebar shows 'Refine Results' with 'Web of Science Categories' including Nursing (112), Public Environmental Occupational Health (26), Health Care Sciences Services (21), Social Sciences Biomedical (17), and Education Scientific Disciplines (12). The main results list includes:

- 1. **Am I covered?: an analysis of a national enquiry database on scope of practice**
By: Brady, Anne-Marie; Fealy, Gerard; Casey, Mary, et al.
JOURNAL OF ADVANCED NURSING Volume: 71 Issue: 10 Pages: 2402-2412 Published: OCT 2015
- 2. **An ethnographic investigation of junior doctors' capacities to practice interprofessionally in three teaching hospitals**
By: Milne, Jacqueline; Greenfield, David; Braithwaite, Jeffrey
JOURNAL OF INTERPROFESSIONAL CARE Volume: 29 Issue: 4 Pages: 347-353 Published: JUL 2015
- 3. **Occupational closure in nursing work reconsidered: UK health care support workers and assistant practitioners: A focus group study**
By: Traynor, Michael; Nissen, Nina; Lincoln, Carol, et al.
SOCIAL SCIENCE & MEDICINE Volume: 136 Pages: 81-88 Published: JUL 2015
- 4. **Social Networks and Inter-professional Knowledge Transfer: The Case of Healthcare Professionals**
By: Tasselli, Stefano
ORGANIZATION STUDIES Volume: 36 Issue: 7 Pages: 841-872 Published: JUL 2015

Additional features include 'Select Page', 'Save to EndNote online', 'Add to Marked List', 'Analyze Results', and 'Create Citation Report'.

Bijlage 3: Hawker, S., S. Payne, et al. (2002). Framework for Quality Appraisal. "Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically." Qualitative Health Research 12 (9): 1284-1299.

Good = 4
Fair = 3
Poor = 2
Very poor = 1
Lower scores = poor quality

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good Structured abstract with full information and clear title.

Fair Abstract with most of the information.

Poor Inadequate abstract.

Very Poor No abstract.

2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair Some background and literature review. Research questions outlined.

Poor Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background.

Very Poor No mention of aims/objectives. No background or literature review.

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Fair Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair Sample size justified. Most information given, but some missing.

Poor Sampling mentioned but few descriptive details.

Very Poor No details of sample.

5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

Good Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.

Fair Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.

Poor Minimal details about analysis.

Very Poor No discussion of analysis.

6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained?

Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

Good Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.

Fair Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).

Poor Brief mention of issues.

Very Poor No mention of issues.

7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

Good Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.

Fair Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.

Poor Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.

Very Poor Findings not mentioned or do not relate to aims.

8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

Good Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).

Fair Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4. Poor Minimal description of context/setting.

Very Poor No description of context/setting.

9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice.

Fair Two of the above (state what is missing in comments).

Bijlage 4: Kwaliteitsbeoordeling artikelen

	Brady 2015	Eagar 2010	Ebert 2014	Kroezen 2013	Muller- Juge 2013	Niezen 2014	Petrova 2010	Rungapa- diachy 2006	Snelgrove 2000	Toren 2014
1. Abstract & titel	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4
2. intro & doelstellingen	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4
3. methode & datacollectie	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3
4. sampling	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
5. data-analyse	4	3	3	3	2	4	3	3	4	4
6. ethiek & bias	4	3	4	3	3	3	4	2	4	2
7. resultaten	4	3	4	4	4	3	3	3	3	4
8. transfereerbaarheid	3	2	2	4	3	2	2	3	2	3
9. belang voor praktijk	4	3	4	4	3	3	3	4	3	3
TOTAALSCORE	33	28	32	30	29	28	29	29	28	29

Bijlage 5: Overzicht van de geselecteerde artikelen

Referentie	Sample	Methodologie	Resultaten	Motieven	Beperkingen/toekomst
Brady, A.-M., Fealy, G., Casey, M., Hegarty, J., Kennedy, C., McNamara, M., O'Reilly, P., Prizeman, G. & Rohde D. (2015). Am I covered?: an analysis of a national enquiry database on scope of practice. <i>Journal of advanced nursing</i> , 71(10), 2402-2412.	Nursing & Midwifery Board of Ireland (NMBI) Education Departments database of telephone enquiries made by Registered Nurses and Midwives	thematic analysis of the data entries that were related specifically to the scope of nursing and midwifery practice	medication management, changing & evolving scope of practice and professional role boundaries are the greatest sources of concern, the context of such concern is continual service developments, staff shortages, uncertainty about role expansion and professional accountability	thematische analyse van de NMBI database van telefonische hulplijn m.b.t. de professionele rol van verpleeg- en vroedkundigen	De studie omvat alleen de bezorgdheden zoals via de telefonische hulplijn en dit tijdens de periode 2001- 2013, selectiebias kan voorkomen omdat de bevindingen die geïnccludeerd werden afkomstig zijn van deze beroepsbeoefenaars die ervoor gekozen hebben de telefonische hulplijn te bellen en die dus mogelijks al meer bezorgd zijn dan anderen.
Eagar, S.C., Cowin, L.S., Gregory, L. & Firtko A. (2010). Scope of practice conflict in nursing: A new war or just the same battle? <i>Contemporary Nurse</i> , 36, 86-95.	30 verpleegkundigen ('registered en enroled') werkzaam in verpleegafdeling en in 3 verschillende ziekenhuizen in Sydney Australië	6 focusgroepen in 3 verschillende ziekenhuizen	Er is duidelijk een nood aan meer duidelijkheid m.b.t. de professionele rol onder verpleegkundigen, deze onduidelijkheid leidt soms tot 'territorium-conflicten' en miscommunicatie m.b.t. taakverdeling. Deze conflicten hebben niet alleen gevolgen voor de individuele verpleegkundige maar ook t.a.v. de kwaliteit van de zorg.	De studie is een onderdeel van een grotere studie m.b.t. communicatie binnen een verpleegkundig team, doel van dit onderdeel is de ervaringen nagaan van verpleegkundigen rond hun professionele rol en eventuele conflicten hieromtrent.	Er is sprake van sociale wenselijkheid – bias, de studie is enkel verkennend en geeft slechts enkele bevindingen aan die leven in hoofde van de bevraagde verpleegkundige.
Ebert, L., Hoffman, K., Levett-Jones, T. & Gilligan, C. (2014). "They have no idea of what we do or what we know": Australian graduates' perceptions of working in a health care team. <i>Nurse Education in Practice</i> , 14, 544-550.	68 pas afgestudeerde verpleegkundigen, artsen in opleiding en apothekers uit 3 Australische staten die meer dan 6 en minder dan 24 maanden werkervaring hadden in een multidisciplinaire zorgsetting	semi-gestructureerde focusgroepen m.b.t. interprofessionele samenwerking i.k.v. geneesmiddelen-veiligheid	de verpleegkundigen rapporteren een gevoel van hiërarchie in hun werkomgeving, ze menen niet dat interprofessionele opleiding de oplossing is om hieraan tegemoet te komen al zien ze wel mogelijkheden tot verbetering inzake kennis van en respect voor elkaanders rol	De studie is onderdeel van een grotere studie m.b.t. interprofessionele opleiding in functie van een kwalitatief gebruik van medicatie, doel van dit onderdeel van de studie is ervaringen onderzoeken van pas afgestudeerde zorgprofessionals m.b.t. kennis over en samenwerking met andere zorgberoepen.	De participanten kwamen slechts uit 3 Australische staten en zijn mogelijks niet representatief voor de andere staten of landen. De participanten hadden bovendien verschillende ervaring inzake interprofessionele opleiding.
Kroezen, M., Van Dijk, L., Groenewegen, P.P. & Francke, A.L. (2013). Knowledge claims, jurisdictional control and professional status: the case of nurse prescribing. <i>Plos One</i> , 8, 10, e77279.	13 participanten, werkzaam in beleids- of bestuursfuncties van verpleegkundige en artsen-organisaties en andere beleidsmakers; 34 beleidsdocumenten dd. 2003 t.e.m. 2013 m.b.t. verpleegkundig voorschrift	multi-method: semi-gestructureerde interviews met stakeholders als primaire databron en documenten-analyse (beleidsdocument en), zowel de documenten als de interviews werden thematisch geanalyseerd	In hun streven naar meer professionele autonomie (i.c. verpleegkundig voorschrift) gebruiken verpleegkundigen in hoofdzaak twee kennisclaims: 1) het feit dat verpleegkundigen al geruime tijd medicatie voorschrijven, zij het op illegale wijze en 2) het verpleegkundig voorschrift doet volgens de verpleegkundigen eer aan hun kennis en expertise. Laatstgenoemd argument refereert aan de unieke	De introductie van het verpleegkundig voorschrift in Nederland wordt toegelicht vanuit het perspectief van de sociologie van beroepen, de nadruk ligt vooral op kennis-claims vanuit verpleegkunde om meer professionele status te verkrijgen specifiek wat medicatie voorschrijven betreft	In de studie werd niet nagegaan in welke mate de kennis-claims gebaseerd waren op waarheidsgetrouwe feiten en in welke mate deze succesvol zijn.

			expertise van verpleegkundigen i.t.t. de alledaagse praktijk (eerste argument) en is daarom een sterker argument.		
Muller-Juge, V., Cullati, S., Blondon, K.S., Hudelson, P., Maitre, F., Savoldelli, G. & Nendaz, M.R. (2013). Interprofessional collaboration on an internal medicine ward: role perceptions and expectations among nurses and residents. <i>Plos One</i> , 8, issue 2, e57570.	14 artsen met minstens 5 jaar ervaring in interne geneeskunde en 14 verpleegkundigen werkzaam op een afdeling interne geneeskunde, beiden werkzaam in UZ Genève	mixed methods: kwalitatief: semi-gestructureerde interviews en, thematische analyse en kwantitatief: vragenlijst met klinische scenario's, correlaties	Verpleegkundigen willen meer autonomie inzake patiëntenbeleid dan dat de artsen dit van hen verwachten; verpleegkundigen maakten een onderscheid tussen hun eigen rol en hun 'delegatie-rol' beiden bekenden weinig kennis te hebben van elkanders professionele rol en wilden die beter leren kennen	Doel van de studie is de beschrijving en vergelijking van de percepties en verwachtingen van verpleegkundigen en artsen wat betreft elkaars professionele rol en dit in de setting van een afdeling interne geneeskunde met de bedoeling aspecten te ontdekken waar men meer op zou moeten inzetten bij interprofessionele opleiding.	Slechts 1 setting werd geïnccludeerd, een laag aantal participanten heeft tot gevolg dat de resultaten van de kwantitatieve tests minder krachtig zijn; toekomstig onderzoek zou o.m. kunnen inzoomen op de verschillende rolpercepties van verpleegkundigen en artsen en het effect hiervan op hun aanpak t.a.v. patiënten.
Niezen M. & Mathijssen J. (2014). Reframing professional boundaries in healthcare: A systematic review of facilitators and barriers to task reallocation from the domain of medicine to the nursing domain, <i>Health Policy</i> , 117, 151-169	13 peer reviewed en Engelstalige artikelen gevonden in de Pubmed- resp. WOS-database m.b.t. taakverschuiving van het medisch naar het verpleegkundig domein gepubliceerd tussen 2000 en 2011	systematische literatuurstudie, thematische analyse via open codering	De 4 thema's die werden gevonden inzake faciliterende/ belemmerende elementen inzake taakverschuiving zijn de volgende: (1) kennis & competenties, (2) professionele grenzen, (3) organisatie-context, (4) institutionele omgeving. Het type van taakverschuiving bepaalt welke faciliterende of belemmerende elementen er zijn maar ook het omgekeerde geldt.	Doel van de studie is het in kaart brengen van faciliterende en belemmerende elementen inzake taakverschuiving van het medische naar het verpleegkundig domein.	Vele van de opgenomen onderzoeken waren kwalitatief en dus niet eenvoudig generaliseerbaar. In de studies gaat het telkens om verschillende settings. Bovendien werd slechts een beperkt aantal studies opgenomen dus moeten de conclusies voorzichtig worden getrokken.
Petrova, M., Vail, L., Bosley, S. & Dale, J. (2010). Benefits and challenges of employing health care assistants in general practice: a qualitative study of GP's and practice nurses' perspectives, <i>Family Practice</i> , 27.	6 huisartsen en 13 verpleegkundigen werkzaam in 16 verschillende 'general practices' = eerstelijnsvoorzieningen, waarvan 10 stedelijke en 6 landelijk gelegen zijn	interviews via telefoon, thematische analyse van de data & 'framework' analyse	De meerderheid van de verpleegkundigen verklaarden dat het werken met zorgkundigen een voordeel betekende voornamelijk omdat op die manier beter gebruik kan worden gemaakt van de verpleegkundige competenties. Als nadeel echter wordt de tijdsinvestering gezien van de opleiding van de zorgkundigen op de werkvloer, evenals de supervisie over hen ikv patiëntveiligheid. Bovendien blijken de verpleegkundigen bezorgd over de evolutie van hun eigen rol als verpleegkundige na de invoering van zorgkundigen op hun werkdomein.	Het doel van de studie is de rol nagaan van 'zorgkundigen' in de 'general practices' in het VK, meer bepaald zoals deze gepercipieerd wordt door verpleegkundigen en huisartsen	Omdat enkele interviews werden afgenomen bij verpleegkundigen en huisartsen die hier toe bereid waren, bestaat de kans dat zij ook positiever staan t.a.v. het werken met zorgkundigen dan wat algemeen de perceptie is. Hoewel interviews een betrouwbare bron van informatie zijn, is het moeilijker hieruit zaken af te leiden i.v.m. kwaliteit van zorgverlening. Toekomstig onderzoek zal inzoomen op de grenzen van de rol van de zorgkundige. Verder is meer methodologisch robuust onderzoek nodig om beleidsmakers te adviseren o.m. inzake kosteneffectiviteit, patiëntveiligheid en de impact op de rol van andere zorgverleners.
Rungapadiachy, D.M., Madill, A. & Gough, B. (2006). How newly qualified mental health nurses perceive their role, <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 13, 533-542.	11 psychiatrische verpleegkundigen die 6 maanden werkervaring hadden als psychiatrisch verpleegkundige, allen hadden gestudeerd aan de	semi-gestructureerde interviews, de principes van grounded theory-onderzoek werden gerespecteerd	De psychiatrisch verpleegkundigen met 6 maanden ervaring ervoeren de overgang naar het werkleven als een heel grote stap. Verder vonden ze hun rol onduidelijk en sterk afhankelijk van de klinische omgeving en individuele patiënten. Bovendien verklaarden ze	Het doel van deze studie is nagaan hoe psychiatrische verpleegkundigen hun rol ervaren eens ze 6 maanden hebben gewerkt en of deze verschillend is van het beeld van hun rol dat zij hadden tijdens hun opleiding. In die zin is deze studie een follow-up studie van een eerdere studie bij studenten psychiatrische verpleegkunde.	De steekproef was vrij klein dus zijn de resultaten niet zo eenvoudig te veralgemenen. Verder zou het interessant zijn om de ervaringen te vergelijken met verpleegkundigen werkzaam op andere diensten of om dezelfde participanten enkele jaren later opnieuw te bevragen.

	onderwijsinstelling waar de auteurs les geven		het meeste te leren door hun werkervaring. Ze vonden dat ze te weinig steun kregen van bovenaf en ze vonden tenslotte dat de werkdruk hoog ligt waardoor er meer aandacht gaat naar veiligheid dan naar psychologische ondersteuning.		
Snelgrove, S. & Hughes, D. (2000) Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales, <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 31, 661-667.	39 verpleegkundigen en 20 artsen werkzaam in 3 verschillende algemene ziekenhuizen in Zuid-Wales	semi-gestructureerde interviews werden afgenomen en thematisch geanalyseerd, verschillende thema's werden uit de academische literatuur gehaald en opgenomen in het interview	Rolwijziging en specifiek roluitbreiding voor verpleegkundigen werd zowel door artsen als verpleegkundigen als nuttig gezien maar werd door beiden anders gemotiveerd. Artsen vinden dat verpleegkundigen meer bevoegdheid kunnen toebedeeld krijgen op basis van hun ervaring (i.p.v. formele opleiding) terwijl verpleegkundigen wel degelijk opleiding en training als motivatie zien voor bevoegdheidsuitbreiding.	Het doel van deze studie is meer inzicht te krijgen in de perceptie van artsen resp. verpleegkundigen aangaande hun onderscheiden rol en domeinen van rol-overlap.	Het zou interessant zijn om ook andere zorgprofessionals te betrekken: zorgkundigen, orthopedagogen en om dezelfde oefening ook eens te maken in andere zorgsettings, bv in ouderenzorg of GGZ-afdelingen.
Toren, O., Nirel, N., Tsur, Y., Lipschuets, M. & Toker A. (2014). Examining professional boundaries between nurses and physicians in neonatal intensive care units, <i>Israel Journal of Health Policy Research</i> , 3, 43.	neonatale intensive care-afdelingen (NIC) geselecteerd op basis van hun ligging (noord, centraal en zuid-Israël): 10 artsen, afdelingshoofden en 9 hoofdverpleegkundigen, afdelingshoofden en 9 hoofdverpleegkundigen,	case study op neonatale intensive care-afdelingen: diepte-interviews met 10 artsen, afdelingshoofd en 9 hoofdverpleegkundigen, de interviewresultaten waren de basis voor een vragenlijst	De verpleegkundigen op de NIC verklaarden af en toe buiten hun bevoegdheid te treden o.v. de afwezigheid van een arts en o.v. de hoge werkdruk. Zowel verpleegkundigen als artsen geloven in de uitbreiding van de verpleegkundige bevoegdheid en geloven dat deze de kwaliteit van de zorg ten goede zal komen. Deze bevoegdheidsuitbreiding heeft bij voorkeur betrekking op volledige procedures, eerder dan afgezonderde taken.	De studie heeft als doel de werkprocessen en de taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen op Israëlische neonatale intensive zorgen afdelingen. De nadruk ligt op de attitudes van verpleegkundigen nadat hun bevoegdheid en rol werd gewijzigd. Tenslotte worden aanbevelingen geformuleerd om het werk op de afdelingen en de rol van de neonatale verpleegkundig specialist beter af te stemmen.	De studie is zeker representatief voor wat Israël betreft. De context is daar echter vrij specifiek gezien het tekort aan artsen o.m. in neonatologie, bovendien is de nood aan neonatale intensive zorg er recent sterk gestegen. Verder en aanvullend onderzoek zou kunnen plaatsvinden m.b.t. de rol van de neonatale advanced nurse practitioner in Israël

Bijlage 6: Richtlijnen bij interviews

Richtlijnen bij interviews:

Interviews: semigestructureerde diepte-interviews (ongeveer 45 min) waarin volgende zaken aan bod komen:

- Toelichting relevantie en doel van het onderzoek: toets van de praktijk aan het beleid: zie hervorming wetgeving gezondheidszorgberoepen en hervorming opleiding verpleegkunde;
- De vertrouwelijkheid inzake de behandeling van de verzamelde data wordt benadrukt, evenals de mogelijkheid van de participant om zich op elk ogenblik probleemloos terug te trekken uit het onderzoek;
- Er wordt gevraagd het informed consent-formulier te lezen en te ondertekenen;
- Bevraging van achtergrondinfo: leeftijd, geslacht, opleiding, werkervaring;

- Te behandelen thema's:

- o Hoe ervaar je de taakverdeling tussen verpleegkundigen op dienst?
- o Hoe ervaar je de taakverdeling tussen verpleegkundigen en andere gezondheidszorgberoepen?
- o Hoe ervaar je je opdracht/takenpakket als verpleegkundige?
- o Wanneer stoot je op grenzen wat je bevoegdheid als verpleegkundige betreft? Hoe ga je hiermee om?

Bv. Zijn er zaken die je als verpleegkundige graag zou doen maar die nu niet tot de verpleegkunde behoren; Zijn er taken die je in de toekomst liever niet meer zou doen als verpleegkundige? Hoe verloopt de delegatie van taken door artsen/... aan verpleegkundigen? Vind je dat je zelf voldoende kan delegeren aan andere zorgverleners (o.m. aan zorgkundigen)?

Ervaar je dit anders tijdens de nachtshift?

Hoe ervaar je de samenwerking met stagiairs? In welke mate voel je je mee verantwoordelijk voor hun handelingen?

A. Informatie

Beste verpleegkundige,

Mijn naam is Jozefien Bauwens en sinds anderhalf jaar ben ik werkzaam als stafmedewerker-jurist bij Zorgnet-Icuro, de Vlaamse koepel van algemene ziekenhuizen, ouderenzorg- en geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen. Aansluitend bij mijn job als stafmedewerker voor Zorgnet-Icuro volg ik de masteropleiding management en beleid in de gezondheidszorg aan de Universiteit Gent. In het kader van deze opleiding dien ik een masterproef te schrijven. Omdat ik erg geïnteresseerd ben in de evolutie van het verpleegkundig beroep voornamelijk wat bevoegdheid betreft, heb ik gekozen voor volgend onderwerp:

“Hoe gaan verpleegkundigen in intramurale zorgsettings om met de grenzen van hun bevoegdheid?”

Anno 2015 staan we voor heel wat uitdagingen binnen de gezondheidszorg. Denk maar aan de tendens naar de vermaatschappelijking van de zorg waarbij men het zorgaanbod flexibeler tracht in te zetten, op maat van de zorgbehoevende en diens context. Om dit te bereiken is samenwerking tussen alle gezondheidszorgactoren onontbeerlijk. Een goede samenwerking tussen verschillende gezondheidszorgberoepen vereist dat het takenpakket van elk van deze actoren duidelijk is.

Niet in het minst kijkt de zorgsector dan ook verwachtingsvol uit naar de herziening van de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (het vroegere KB nr. 78). Deze wet beschrijft de bevoegdheden en verhoudingen van de verschillende gezondheidszorgberoepen⁵¹. Een vernieuwd concept zal hopelijk meer ruimte geven aan een multidisciplinaire samenwerking in de zorg.

⁵¹ Voor verpleegkundigen betreft dit onder meer de welgekende A-, B- en C-lijsten van technische verpleegkundige verstrekkingen.

Daarnaast zal ook de opleiding verpleegkunde vanaf volgend schooljaar hervormd worden. De bachelor-opleiding zal gespreid worden over 4 schooljaren en dit ten gevolge van een Europese richtlijn. Deze richtlijn verplicht de lidstaten om voldoende stage-uren aan te bieden in de opleiding verpleegkunde. Onze huidige opleidingen schieten gemiddeld ongeveer 900 uren te kort. Dit creëert opportuniteiten om ook de inhoud van de opleiding te herzien en met name meer generalistisch te maken en anderzijds dieper in te gaan op het scala aan specialisaties binnen de verpleegkunde.

Voornoemde uitdagingen hebben ongetwijfeld een grote invloed op de verpleegkundige zorg. Hoewel onderzoek heeft uitgewezen dat er een rechtstreeks verband bestaat tussen een grotere inzet van verpleegkundigen en een lagere patiëntensterfte in ziekenhuizen, staat ook jullie beroepsgroep onder druk. Verpleegkundigen moeten steeds meer met steeds minder. Van verpleegkundigen wordt immers verwacht dat zij over specialistische kennis en vaardigheden beschikken. Deze verwachting is legitiem gezien de steeds complexer wordende zorgvragen die jullie dienen te beantwoorden. Anderzijds is er nood aan generalistische zorg en dienen verpleegkundigen breed te kunnen worden ingezet in de verschillende zorgsettings. Men kan zich dan ook de vraag stellen waar de rol van de verpleegkundige het beste begint en waar deze het beste eindigt.

Omdat in dit debat de stem van de werkvloer vaak nog onderbelicht is, heb ik ervoor gekozen om een kwalitatief onderzoek op te zetten. Hierbij zal worden gepeild naar de ervaringen van verpleegkundigen ten aanzien van hun takenpakket en hun wettelijke bevoegdheid.

De bevoegdheid van verpleegkundigen werd in de regelgeving op het niveau van taken omschreven, beter bekend als de lijsten met A-, B- en C-handelingen.⁵² Er wordt

⁵² Koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen.

vermoed dat deze regelgeving en specifiek de vorm ervan, met name afgebakende lijsten met handelingen het sterkst als een knelpunt wordt ervaren in woonzorgcentra. Verpleegkundigen in woonzorgcentra dienen vaak heel autonoom te kunnen werken. Zij worden immers, in tegenstelling tot wat het geval is in algemene ziekenhuizen, niet omringd door artsen om hen met raad en daad bij te staan. Daarnaast werken zij nauw samen met zorgkundigen waaraan zij een deel van hun takenpakket delegeren. Daar komt nog bij dat, zoals eerder gesteld, de zorgnood bij het bewonersprofiel de laatste jaren sterk gestegen is. Dit zorgt voor een grote individuele verantwoordelijkheid in hoofde van verpleegkundigen werkzaam in woonzorgcentra.

Gezien mijn functie als stafmedewerker bij Zorgnet-Icuro, heb ik ervoor gekozen om dit onderzoek te niet alleen te laten plaatsvinden in de woonzorgcentra maar in de 3 residentiële gezondheidszorgsectoren die Zorgnet-Icuro vertegenwoordigt. Naast verpleegkundigen werkzaam in woonzorgcentra zullen ook verpleegkundigen werkzaam in algemene ziekenhuizen, op afdeling geriatrie en in psychiatrische ziekenhuizen op langdurige zorg – afdelingen bevroegd worden. De laatste twee settings werden gekozen omdat deze afdelingen het dichtst aansluiten bij de setting van een woonzorgcentrum waar de zorg ook eerder langdurig en complex is.

Het kwalitatief onderzoek zal plaatsvinden aan de hand van interviews. Een interview zal normaal gezien ongeveer 45 minuten duren. Tijdens het interview zal worden bevroegd of je vindt dat de taakverdeling op jouw dienst duidelijk is en of je deze logisch vindt. Verder zal ook worden ingegaan op de grenzen van de verpleegkundige opdracht en wat de voor- en nadelen hiervan zouden kunnen zijn en hoe eventueel aan problemen kan tegemoetgekomen worden.

De masterproef zal naast dit kwalitatief onderzoek ook een systematische literatuurstudie bevatten.

Deze literatuurstudie heeft als bedoeling kader te bieden bij de interpretatie van de gevonden resultaten.

Kosten

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Toestemming en weigering

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.

U kunt weigeren deel te nemen aan de interviews zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Goedkeuring ethisch comité

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis Gent, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Kristof Eeckloo (promotor) en Prof. Dr. Rik Verhaeghe (co-promotor), beiden werkzaam aan UZ Gent.

Vertrouwelijkheid

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijke dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Bovendien zullen de bekomen resultaten in geen geval aan enige hiërarchische overste worden meegedeeld.

Indien u bereid bent deel te nemen aan mijn onderzoek wens ik u vooreerst vanharte te bedanken.

Mag ik u vervolgens vragen onderstaand toestemmingsformulier (B-gedeelte) ingevuld en ondertekend terug te bezorgen?

Met zeer vriendelijke groet,

Jozefien Bauwens

jozefien.bauwens@ugent.be - 0472 05 03 73 (mail of bel gerust voor bijkomende toelichting)

Lange Violettestraat 193, 9000 Gent

B. Toestemming

Ik ondergetekende,, verklaar hierbij dat ik, als participant deelneem aan een onderzoek in het kader van de masterproef met het oog op het behalen van de master management en beleid in de gezondheidszorg in hoofde van Jozefien Bauwens. Tevens verklaar ik:

(1) de informatiebrief te hebben gelezen. Die geeft uitleg over de aard van de vragen, taken, opdrachten en stimuli die tijdens het onderzoek zullen worden aangeboden. Op elk ogenblik wordt me de mogelijkheid geboden om bijkomende informatie te verkrijgen.

(2) dat ik totaal vrijwillig deelneem aan het onderzoek.

(3) dat ik de toestemming geef aan de proefleiders om mijn resultaten op anonieme wijze te bewaren, te verwerken en te rapporteren. (in casu audio-opname van het interview)

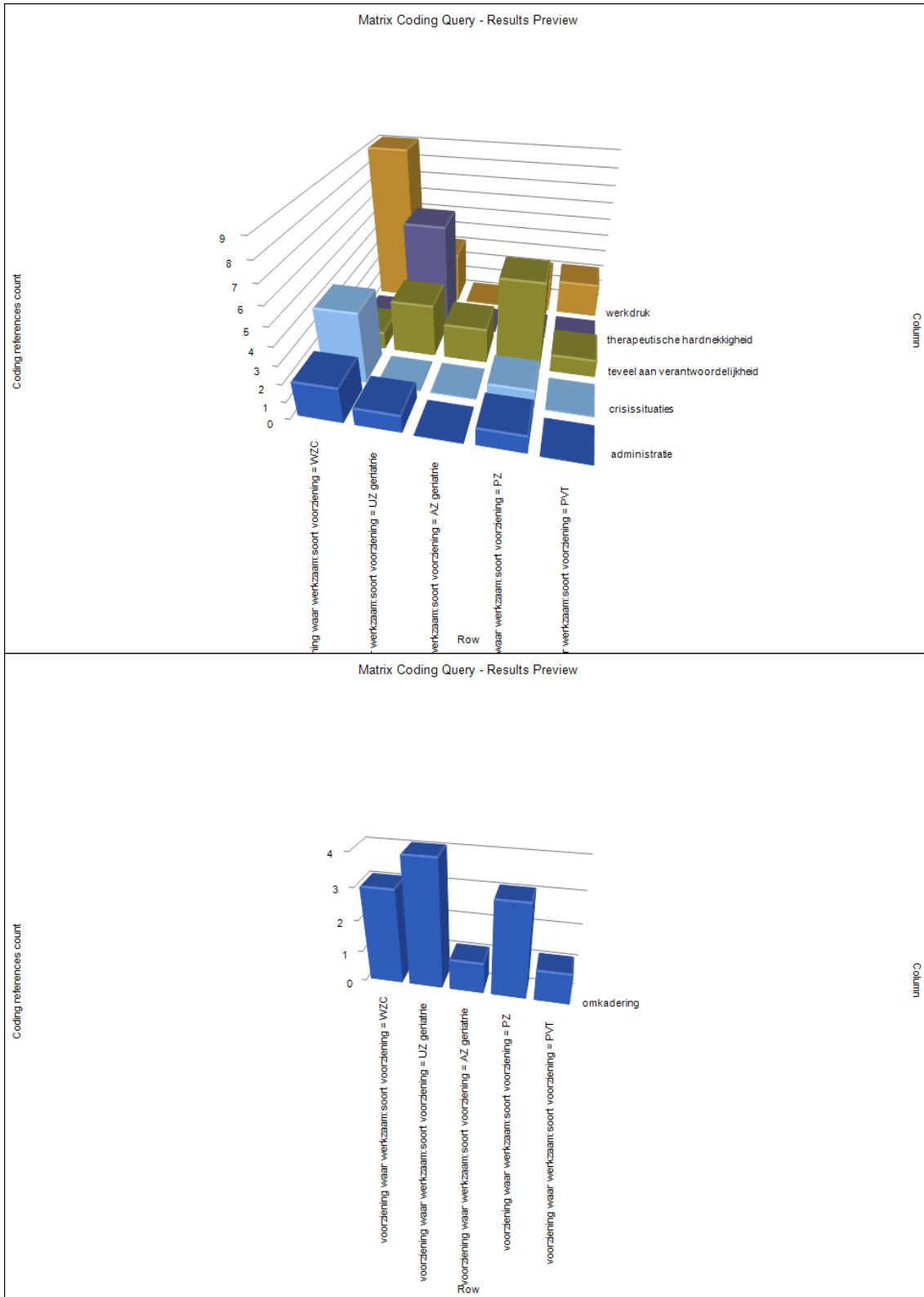
(4) dat ik op de hoogte ben van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten zonder hier enig nadeel van te ondervinden.

(5) dat ik ervan op de hoogte ben dat ik een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen.

Gelezen en goedgekeurd te(plaats) op (datum)

Handtekening van participant:

Bijlage 8: matrices in Nvivo



LIJST VAN ILLUSTRATIES

Figuren

Figuur 1: de WUG-piramide van prof. Herman Nys.....	17
Figuur 2: voorbeeld vraag en antwoord Technische Commissie Verpleegkunde.....	28
Figuur 3: Verschillende fases in kwalitatieve data-analyse QUAGOL.....	47
Figuur 4: Stroomdiagram van code tot theorie volgens Saldana, 2009.....	50
Figuur 5: Screenshot NVIVO- nodes.....	51

Tabellen

Tabel. 1. Kenmerken van de 18 participanten.....	45
Tabel 2: Ontwerp van lijst met concepten.....	48

