

Veilig zorgen

Een zorgethisch onderzoek naar veiligheid bij verpleegkundigen in de verzorging van cliënten met onbegrepen gedrag in de thuissituatie.

Flora Brummel (studentnummer: 1037617)

Masterthesis Zorgethiek en Beleid

Woorden: 16316

Augustus 2024, Universiteit voor Humanisiteit, Utrecht

Begeleider en examiner: Carlo Leget

Tweede lezer: Gustaaf Bos

Voorwoord

In het najaar van 2021 koos ik ervoor om mijn vrije keuze ruimte voor mijn master in verplegingswetenschappen in te vullen aan de Universiteit voor Humanistiek met het vak *Care Ethics: an introduction*. Na een korte verdieping sprak het concept van zorgethiek me aan en leek het met een goede aanvulling op mijn studies. Verplegingswetenschappen gaf mij een dieper begrip van de praktijk van zorgverlening en de complexiteit van de behoeften van zorgontvangers binnen een complex zorgsysteem. Mijn andere master, bestuurskunde, keek daarin tegen juist naar de complexiteit van het systeem vanuit organisatie perspectief. De zorgethiek leek me deze kennis te combineren door de focus te leggen op de verhoudingen binnen organisaties en zorgrelaties.

Tijdens het volgen van het vak, *Care Ethics: an introduction*, raakte ik nog enthousiaster over de kijkwijze die zorgethiek bood. Het liet me besluiten om de hele master, zorgethiek en beleid, te willen afronden. Nu een paar jaar later, met enige vertraging, is met deze scriptie de master *Zorgethiek en Beleid* afgerond.

Het schrijven van deze scriptie is met horten en stoten gegaan. Een periode heeft het stilgelegen door uitdagingen rondom mijn persoonlijke leven, andere studies en werk gerelateerde gebeurtenissen. Telkens wanneer ik de draad weer oppakte om de scriptie af te willen ronden, proefde ik het enthousiasme weer waarmee ik de master ben begonnen.

In de afronding van het traject wil ik graag mijn vrienden, familie, oud-klasgenoten en omgeving bedanken voor hun input, feedback, kritische blik en bemoedigende woorden. Ik ben ze dankbaar voor de tijd die ze genomen hebben om me verder te helpen in de afronding. Zonder hulp, ondersteuning en een luisterend oor op zijn tijd had ik het niet gekund.

Veel lees plezier.

Flora Brummel

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	5
1. Inleiding.....	6
1.1. Aanleiding	6
1.2. Maatschappelijk probleem.....	7
1.3. Wetenschappelijk probleem	9
1.4. Conclusie, doelstelling en vraagstelling	10
1.5. Leeswijzer	11
2. Methode.....	13
2.1. Onderzoeksbenadering	13
2.2. Onderzoeksmethode	13
2.3. Onderzoekseenheid & dataverzameling	16
2.4. Procedures	17
2.5. Data analyse	17
2.6. Ethische overwegingen.....	20
3. Theoretische beschrijving.....	21
3.1. Het definiëren van veiligheid	21
3.1.1. Veiligheid als definitie.....	21
3.1.2. ‘Critical insights’	22
3.2. Veiligheid binnen de zorgethiek.....	22
3.2.1. Lichamelijkeid	23
3.2.2. Praktijken.....	24
3.3. Conclusie	27
4. Empirische bevindingen	29
4.1. Betekenis geven aan veiligheid	29
4.1.1 Omschrijving van casussen	29
4.1.2 Rationele definiëring van veiligheid	30
4.2. Veiligheid als onderdeel binnen de praktijk	31
4.2.1 Verschillen in posities	31
4.2.2 Rol verwachtingen van een verpleegkundige	32
4.2.3 Maatregelen binnen de thuiszorg.....	32
4.2.4 Teamveiligheid - Een tweede dimensie van veiligheid	34
4.3. Veiligheid als persoonlijke invulling.....	34
4.2.1 Invloed van lichamelijkeid op veiligheid	35

4.2.2 Persoonlijkheid en ervaring	35
4.4. Conclusie	36
5. Zorgethische Analyse	38
5.1. Meedenken: versterking van bestaande inzichten	38
5.1.1 Lichamelijke en ‘veiligheid als persoonlijke invulling’	38
5.2. Tegendenken: Het uitdagen van bestaande normen en praktijken	40
5.3. Omdenken	42
5.4. Conclusie	43
6. Discussie.....	45
6.1. Beperkingen van het onderzoek	45
6.2. Conclusie en aanbevelingen	46
7. Literatuur	49

Samenvatting

Verpleegkundigen in de wijk krijgen in toenemende mate te maken met onbegrepen gedrag in de thuissituatie. Verpleegkundigen hebben aangegeven dat er onvoldoende richtlijnen zijn die toepasbaar zijn voor de thuiszorgsetting.

Het doel van dit onderzoek is dan ook om inzicht te krijgen op welke manier er goede zorg geleverd kan worden aan verpleegkundigen in de thuiszorg op het gebied van veiligheid in de omgang met cliënten waarbij er sprake is van onbegrepen gedrag.

Doormiddel van een combinatie van een zorgethische literatuurstudie en zes semigestructureerde interviews met verpleegkundigen uit de wijk is antwoord gegeven op de hoofdvraag.

De resultaten laten zien dat veiligheid een complex en subjectief concept is, beïnvloed door zowel fysieke als emotionele factoren, en sterk afhankelijk van de specifieke context waarin zorg plaatsvindt. Het blijkt dat verpleegkundigen zelf bestaande beelden en structuren over hun vak in relatie tot veiligheid in stand houden.

Om goede zorg te kunnen bieden aan verpleegkundigen is het van belang dat er een verschuiving plaats vind van de definities van veiligheid, waarbij verpleegkundigen zich bewust zijn van de structuren die rondom de beroepsdeformatie naar voren komen. Het empoweren van verpleegkundigen en hen betrekking in beleidsvorming op organisatie niveau zijn gevonden als noodzakelijk om goede zorg te kunnen bieden voor verpleegkundigen werkzaam in de wijk op het gebied van veiligheid.

1. Inleiding

Dit hoofdstuk vormt de inleiding van deze thesis. Eerst wordt ingegaan op hoe mijn persoonlijke ervaringen geleid hebben tot de keuze van het onderwerp voor deze thesis, namelijk veiligheid van verpleegkundigen in relatie tot onbegrepen gedrag binnen de thuiszorg vanuit het perspectief van de verpleegkundigen. Vervolgens worden de maatschappelijke en wetenschappelijke relevantie besproken, met een nadruk op de uitdagingen en het gebrek aan richtlijnen in de praktijk. De conclusie van dit hoofdstuk omvat de doelstelling van de thesis en de hoofd- en deelvragen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een leesoverzicht van de thesis. In het overzicht wordt de structuur en opbouw van de scriptie behandeld.

1.1. Aanleiding

Tijdens een turbulente periode in mijn persoonlijk leven begon ik in september van 2022 aan mijn masterthesis voor de opleiding verplegingswetenschappen. Door diverse omstandigheden lukte het me niet om met genoeg enthousiasme en motivatie in het onderwerp van de masterthesis te komen. In overleg met de opleiding verplegingswetenschappen, is na twee maanden besloten om te stoppen met de thesis en over te stappen naar een onderwerp waar meer mijn interesses lagen. Ik kon deelnemen aan een lopend project vanuit V&VN naar onbegrepen gedrag in de thuissituatie.

Het project van V&VN 'Thuis in probleemgedrag' is ontstaan nadat werd vastgesteld dat er sprake is van een toename van onbegrepen gedrag in de thuissituatie en dat verpleegkundigen en verzorgenden in de wijk onvoldoende toegerust zijn en zich voelen om bestaande handreikingen en richtlijnen in de omgang met dit gedrag toe te passen (V&VN & ZonMw, 2022). Een knelpuntenanalyse naar de vraag waardoor verpleegkundigen en verzorgenden zich onvoldoende toegerust voelen in de omgang met onbegrepen gedrag en waarom ze de handreikingen en richtlijnen niet gebruikte toonde aan dat handreikingen en richtlijnen onvoldoende passend waren voor de thuissituatie waarin het onbegrepen gedrag zich voordeed. De bestaande handreikingen en richtlijnen hebben veelal een toepassing op de intramurale zorgsettings (V&VN & ZonMw, 2022). Voor de ontwikkeling van een nieuwe passende richtlijn voor verpleegkundigen in de wijk zijn er hoofdpunten gevonden waarop nieuwe richtlijnen handvaten zouden moeten geven (V&VN & ZonMw, 2022).

Ik was opgelucht dat ik de kans kreeg om te midden van het thesis traject van richting te veranderen en me te verdiepen in de aspecten rondom onbegrepen gedrag in de thuissituatie. Vanwege mijn achtergrond als verpleegkundige in de wijk sprak dit onderwerp me zeer aan. Deze nieuwe focus gaf me de energie en motivatie die ik eerder miste om de thesis af te ronden. De focus binnen mijn thesis voor verplegingswetenschappen richtte zich op de vroegtijdige signalering van onbegrepen gedrag in

de thuissituatie door verpleegkundigen. De vroege signalering was één van de gevonden hoofdpunten waarop handvaten geboden moesten worden (V&VN & ZonMw, 2022).

Na de afronding van de thesis voor verplegingswetenschappen besloot ik om mijn focus te blijven houden op het onderwerp van onbegrepen gedrag in de thuissituatie. Voor de thesis van de opleiding Zorgethiek en Beleid. Onbegrepen gedrag is een grote uitdaging binnen de thuiszorg en het lopende project van V&VN bood de mogelijkheid om diverse invalshoeken te bekijken. Door de toevoeging van de invalshoek vanuit de Zorgethiek voorzag ik een waardevolle aanvulling aan het project en de producten die hieruit voortkwamen.

Eén van de gevonden hoofdpunten waarvoor ik gemotiveerd was om mezelf verder in te verdiepen betrof het onderwerp rondom veiligheid. Over veiligheid is veel geschreven, veelal vanuit het perspectief van cliënten. Binnen de thesis voor zorgethiek wilde ik me specifiek richten op veiligheid voor verpleegkundigen die te maken krijgen met onbegrepen gedrag. De reden waarom het onderwerp veiligheid mij trok komt voort vanuit mijn eigen ervaring als verpleegkundige in de wijk. Tijdens het werken in de wijk bemerkte ik bij collega's een grote mate van verschil wanneer iemand zich veilig voelde of juist niet, evenals in de verwachtingen waarin iemand zich wel of niet veilig zou moeten voelen. Daar waar de ene collega met de auto niet naar een bepaalde cliënt toe wilde in het donker, fietste de andere er zonder twijfel naar toe. Hierdoor realiseerde ik me hoe verschillend veiligheid door diverse collega's werd ervaren. Door deze realisatie werd ik nieuwsgierig naar het fenomeen veiligheid en om die in relatie tot onbegrepen gedrag in de thuissituatie vanuit een zorgethische perspectief te bekijken. Deze masterthesis, ter afronding van de opleiding zorgethiek en beleid, geeft hier invulling aan.

1.2. Maatschappelijk probleem

De zorg is voortdurend in beweging en kent een breed scala aan uitdagingen. Eén van deze uitdagingen is de toename van het aantal cliënten in de thuiszorg die een vorm van onbegrepen gedrag laten zien (V&VN & ZonMw, 2022). Er zijn diverse factoren die bijdragen aan deze toename. Allereerst is er sprake van een aantoonbare stijging van het aantal mensen met dementie in Nederland. Op dit moment leven er in Nederland ongeveer 250.000 mensen met de diagnose dementie (Vektis, 2022), dit aantal wordt verwacht toe te nemen tot 520.000 in 2040 (National Dementia Strategy 2021 - 2030, 2021). Deze toename heeft directe gevolgen op de zorgverlening, met name in de thuiszorgsetting, aangezien de meeste mensen met dementie thuis wonen (Vektis, 2022) en in hun dagelijkse verzorging door mantelzorgers en wijkverpleegkundigen worden ondersteund (Gitlin, 2012; Hoe et al., 2022; Prins et al., 2019).

Mensen met dementie vertonen een grote diversiteit aan symptomen, waarbij de afname van het vermogen om dagelijkse handelingen uit te voeren de gemene deler is (Volicer, 2018). Een ander veel voorkomend symptoom van dementie zijn gedragsproblemen, ook wel onbegrepen gedrag genoemd (Verenso, 2018; Volicer, 2018). Tussen de 80% en 90% van mensen met dementie laat één of meerdere vormen van onbegrepen gedrag zien (Loi & Lautenschlager, 2017; Müller-Spahn, 2003; Volicer, 2018). Onbegrepen gedrag kan zich uiten in agitatie, dwalen, waanideeën, afwijzing, apathie of agressie (Doormaal & Bezemer, 2019; Nobili & Riva, 2004; Remington et al., 2006; Verenso, 2018; Volicer, 2018). Door de toename van mensen met dementie in de thuissituatie, zal er ook sprake zijn van een toename van de hoeveelheid onbegrepen gedrag in deze setting.

Niet alleen het aantal mensen met dementie heeft invloed op de toename van onbegrepen gedrag in de thuiszorg. Het overheidsbeleid heeft eveneens een grote invloed. Het overheidsbeleid is erop gericht om ouderen langer thuis te laten wonen. Een voorbeeld is het programma 'Langer Thuis – Plan van Aanpak 2018-2021' (2018), waarin ouderen worden gestimuleerd om langer thuis te blijven wonen. Hierdoor verschuift de zorgvraag, die eerder intramuraal werd opgevangen, naar de thuiszorg en de bijbehorende uitdagingen rondom onbegrepen gedrag.

Dit beleid heeft niet alleen betrekking tot mensen met dementie, maar ook tot personen met psychiatrische aandoeningen. Als gevolg van deze beleidsmatige verschuivingen en de toenemende vergrijzing zien we een aanzienlijke toename in de complexiteit van de wijkzorg.

Wijkverpleegkundigen worden geconfronteerd met een brede en meer diverse groep cliënten die onbegrepen gedrag vertonen. Dit gedrag kan variëren van agitatie en dwalen tot agressie en waanideeën, en vormt een groeiende uitdaging voor de verpleegkundigen en andere zorgverleners die hen ondersteunen (V&VN & ZonMw, 2022).

Onbegrepen gedrag heeft vele gevolgen. Allereerst heeft het negatieve gevolgen op de kwaliteit van leven voor de mensen die onbegrepen gedrag laten zien en hun mantelzorgers (Banerjee et al., 2006; Kales et al., 2015; Wijngaart et al., 2007). Ook zijn er diverse gevolgen voor zorgprofessionals die werken met mensen met onbegrepen gedrag. Zo kan er, door de onvoorspelbaarheid van het gedrag, sprake zijn van een toename van werkdruk in de zorg en een toename van mentale stress tijdens het verzorgen van deze personen (Kang et al., 2021). Zorgprofessionals kunnen ook gevoelens ontwikkelen van frustratie, angst, boosheid of verdriet tijdens het zorgen voor mensen die onbegrepen gedrag vertonen (Yous et al., 2019). Deze gevoelens kunnen zich omzetten in negatieve gevoelens naar deze personen toe, wat er voor kan zorgen dat de kwaliteit van zorg afneemt (Holst & Skär, 2017).

Door de toename van onbegrepen gedrag binnen de zorg is er door het ministerie van Volksgezondheids, Welzijn en Sport (VWS) een actieplan 'veilig werken in de zorg'

opgesteld (*Actieplan Veilig Werken in de Zorg*, n.d.). In 2016 liep dit actieplan af, waarna er geen opvolging op heeft plaats gevonden. Echter, het probleem blijkt niet te zijn opgelost. In een Nationale Enquete Arbeidsonstandigheden (NEA) (2018) kwam naar voren dat meer dan de helft van de zorgprofessionals te maken krijg met ongewenst gedrag vanuit patiënten en cliënten (*Schokkende Cijfers Ongewenst Gedrag in de Zorg*, 2019). In 2019 waren deze cijfers niet beter, waarbij 48% van de ondervraagde aangaf in het afgelopen jaar fysiek geweld meegemaakt te hebben (CBS, 2019).

Van de bovengenoemde cijfers zijn het verpleegkundigen die het vaakst te maken krijgen met geweld, waarbij sectoren zoals de spoedeisende hulp en de psychiatrie regelmatig de aandacht krijgen als het gaat om agressie tegen medewerkers ("Vooral Verpleegkundigen Slachtoffer van Geweld," 2006). Er zijn geen cijfers bekend specifiek gericht op de wijk. Aangezien een grote hoeveelheid mensen met dementie een vorm van onbegrepen gedrag ontwikkelen is de verwachting dat in de thuiszorg deze uitdagingen rondom onbegrepen gedrag veelvuldig zullen voorkomen en in de toekomst alleen maar zal gaan toenemen.

1.3. Wetenschappelijk probleem

Hierboven is behandeld dat het vooral de verpleegkundigen zijn die te maken krijgen met onbegrepen gedrag. Vormen van onbegrepen gedrag kunnen zorgen voor een gevoel van onveiligheid onder verpleegkundigen (Pijnenburg & Leget, 2004). Er is daarom ook veel onderzoek gedaan naar effecten van agressie in relatie tot het gevoel van veiligheid, werk plezier, machteloosheid en vermoeidheid van verpleegkundigen. Deze onderzoeken richten zich echter met name op de psychiatrie, de spoedeisende zorg en het verpleeghuiszorg (Blando et al., 2013; Mackay et al., 2005; Morphet et al., 2014; Rapaport et al., 2018; Wolf et al., 2017). De uitkomsten van deze studies gaven allen een negatieve correlatie aan op gevoel van veiligheid, werk plezier, machteloosheid en vermoeidheid van de verpleegkundigen. Naast deze gevolgen zijn agressieve uitingen ook een risico voor de fysieke veiligheid van de verpleegkundigen (Ruco et al., 2022).

De studies met een focus op veiligheid van verpleegkundige zijn veelal uitsluitend gericht op de intramurale settingen, zoals het ziekenhuis, verpleeghuis of psychiatrische instelling en niet op de thuiszorg (Hutchings et al., 2011). Deze focus op intramurale settingen is iets wat ook vanuit de studie van V&VN (2022) in Nederland naar voren kwam. Waarbij wijkverpleegkundigen aangaven dat de bestaande richtlijnen voor de omgang met onbegrepen gedrag onvoldoende toepasbaar zijn op de thuiszorg situatie.

De zorgethiek gaat uit van het belang van de context (Tronto, 1993). Om na te gaan wat goede zorg is voor verpleegkundigen in de thuiszorg is de context van deze zorgsetting belang. De thuiszorgsetting

betreft een andere setting dan bijvoorbeeld de psychiatrie of de spoedeisende zorg, waar je als verpleegkundige terug kunt vallen op bijvoorbeeld collega's ten tijde van agressie. Daarnaast is er sprake van een toename van kwetsbaarheid van de verpleegkundigen binnen de thuiszorg in vergelijking met een intramurale setting, omdat de werkomgeving niet een gestandaardiseerde omgeving is, zoals in het ziekenhuis bijvoorbeeld wel het geval is (Markkanen et al., 2017).

Binnen de literatuur wordt gevonden dat er geen duidelijke consensus is over wat veiligheid belichaamt. Veel van de boven behandelde artikelen geven geen enkele definitie op welke manier veiligheid binnen hun onderzoek gedefinieerd is. De Oxford Dictionary geeft de volgende definitie '*the state of being safe and protected from danger or harm*' (Oxford Dictionary, n.d.). Er kan hierbij vraagtekens gesteld worden of dit haalbaar is binnen de zorg in interactie met mensen met dementie of psychiatrische aandoeningen waarbij er sprake is van een grote mate van onvoorspelbaarheid van gedrag. Het is daarom belangrijk om te achterhalen wat verpleegkundigen zelf als veiligheid beschouwen binnen hun werkveld voor zichzelf. Zodat op basis van deze definitie goede zorg geboden kan worden aan verpleegkundigen.

Naast het ontbreken van een definitie over veiligheid, ontbrak ook grotendeels de morele afweging tussen de veiligheid van verpleegkundigen en het recht op goede zorg (Pijnenburg & Leget, 2004). In het kader van mensen met dementie en psychiatrische aandoeningen komt deze morele vraag nog duidelijker naar voren, dan bijvoorbeeld bij agressieve uitingen op de spoedeisende hulp. Want in hoeverre kunnen mensen met dementie moreel verantwoordelijk worden gehouden voor hun agressieve uitingen? Veel mensen met dementie verliezen namelijk op den duur de mogelijkheid om rationele afwegingen te maken, dit wordt ook wel wilsonbekwaamheid genoemd. Uit een Engelse studie kwam naar voren dat verpleegkundigen het moeilijk vinden om het gedrag van agressieve uitingen los te koppelen van de persoon met dementie (Rapaport et al., 2018). Anderzijds wordt benoemd dat sommige verpleegkundigen agressie als onderdeel van hun werk benoemen (Byon et al., 2020; Hutchings et al., 2011), ondanks de grote associatie die werd gevonden tussen agressie op de werkvloer en stress-klachten, depressies, slaapproblemen en burn-outs bij verpleegkundigen (Hanson et al., 2015). Interventies zijn daarom van belang. Aangezien verpleegkundigen in de wijkverpleging veelal alleen werken is het noodzakelijk interventies specifiek voor deze groep zorgmedewerkers te faciliteren (Zhong & Shorey, 2022).

1.4. Conclusie, doelstelling en vraagstelling

Op basis van bovenstaande kan geconcludeerd worden dat er naar alle waarschijnlijkheid een toename zal zijn van onbegrepen gedrag in de thuiszorg. En dat verpleegkundigen in de thuiszorg extra kwetsbaar zijn voor de gevolgen van onbegrepen gedrag, dit omdat ze veelal alleen werken en veel

standaarden gericht zijn op intramurale settings. Verpleegkundigen in de thuiszorg zijn extra kwetsbaar in hun veiligheid en wetenschappelijk onderzoek naar de veiligheid van verpleegkundigen in de thuiszorg ontbreekt.

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen op welke manier er goede zorg geleverd kan worden aan verpleegkundige in de thuiszorg op het gebied van veiligheid, in de omgang met mensen waarbij er sprake is van onbegrepen gedrag. Binnen de zorgethiek wordt er uitgegaan van het feit dat er sprake is van een samenhang tussen theorie en praktijk die bijdraagt aan het verbeteren van de zorg (Utrechtse Zorgethiek). Om deze samenhang te identificeren is het van belang om te kijken naar zowel zorgethische principes rondom het aspect veiligheid voor verpleegkundigen in de thuiszorg als naar de perspectieven vanuit de verpleegkundigen zelf. Deze benadering heeft geleid tot de volgende hoofdvraag binnen deze thesis:

Hoe kunnen zorgethische inzichten en de praktijkervaringen van verpleegkundigen in de thuiszorg gezamenlijk bijdragen aan het verbeteren van de zorgkwaliteit en het optimaliseren van veiligheidsmaatregelen voor verpleegkundigen die te maken hebben met onbegrepen gedrag van zorgvragers?

Om deze hoofdvraag te beantwoorden is deze opgedeeld in drie deelvragen:

- Wat zijn zorgethische inzichten rondom het aspect van veiligheid voor verpleegkundigen die zorgen voor mensen met onbegrepen gedrag, en wat leren deze inzichten ons?
- Welke praktijkervaringen en opvattingen hebben verpleegkundigen over veiligheid in de omgang met onbegrepen gedrag in de thuissituatie?
- Welke nieuwe inzichten ontstaan er wanneer zorgethische inzichten en de praktijkervaringen van verpleegkundigen over veiligheid worden samengebracht, en wat betekent dit voor het verlenen van goede zorg aan verpleegkundigen in de thuissituatie?

1.5. Leeswijzer

In deze thesis wordt op systematische wijze ingegaan op de hoofdvraag en deelvragen, met als doel inzicht te verkrijgen op welke manier er goede zorg kan worden geboden op het gebied van de veiligheid aan verpleegkundigen in de thuiszorg bij het omgaan met cliënten met onbegrepen gedrag. De structuur van deze thesis is opgebouwd aan de hand van diverse hoofdstukken, om op deze manier de argumentatie logischerwijs op elkaar te laten aansluiten.

Na dit inleidend hoofdstuk, waarin de context en doelstelling zijn gepresenteerd, volgt het hoofdstuk waarin de gebruikte methodologie binnen deze studie wordt toegelicht. In dit hoofdstuk worden de

afwegingen die gemaakt zijn in dit onderzoek toegelicht en verantwoord. Vervolgens, in hoofdstuk 3, wordt er antwoord gegeven op de eerste deelvraag. Deze theoretische deelvraag geeft invulling aan het theoretische hoofdstuk. In hoofdstuk 4 worden de verzamelde gegevens gepresenteerd, dit vormt het empirische hoofdstuk. Dit hoofdstuk geeft antwoord op de tweede deelvraag.

De derde en laatste deelvraag wordt beantwoord in hoofdstuk 5, de zorgethische analyse. In dit hoofdstuk wordt de inhoud van hoofdstuk 3 en 4 met elkaar in verband gebracht. In het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 6, wordt de discussie en conclusie weergegeven. In dit hoofdstuk worden de beperkingen van de scriptie, adviezen voor toekomst onderzoek en de conclusie verwoord. In de conclusie wordt er antwoord gegeven op de hoofdvraag van deze scriptie.

2. Methode

In dit hoofdstuk over de methode wordt het onderzoeksproces uiteengezet dat is toegepast om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Allereerst wordt de gekozen onderzoeksbenadering besproken. Vervolgens wordt de specifieke onderzoeksmethode uiteengezet, inclusief uitleg over de keuze voor de kwalitatieve onderzoeksmethode en de technieken voor dataverzameling. Er wordt een toelichting gegeven hoe deze methode zijn geselecteerd en toegepast. Daarnaast worden de onderzoekseenheden gepresenteerd en de methode voor dataverzamelingen. Gevolgd door de procedure van data-analyse, waaronder de technieken en software die zijn gebruikt om gegevens te verwerken en interpreteren. Tot slot worden de ethische overwegingen besproken die zijn genomen om de deelnemers te beschermen.

2.1. Onderzoeksbenadering

Deze scriptie is geschreven en uitgevoerd binnen de opleiding Zorgethiek en Beleid, waarbij de Utrechtse Zorgethiek als theoretisch fundament dient. Logischerwijs is de onderzoeksbenadering van deze thesis die van de Utrechtse Zorgethiek. De Utrechtse Zorgethiek gaat er vanuit dat inzichten over het moreel goede kunnen worden gevonden aan de hand van concrete ervaringen en relaties tussen mensen. Deze inzichten worden verkregen aan de hand van een theoretisch kader op basis van ‘critical insights’ in combinatie met empirische onderzoeksbenaderingen naar geleefde ervaringen van betrokkenen (Leget et al., 2019). Het onderwerp van deze scriptie focust zich op het concept van veiligheid onder verpleegkundigen in de thuiszorg. Door het combineren van zowel de theoretische als praktische perspectieven wordt gepoogd een diepgaand begrip van het concept veiligheid te verkrijgen. Met als uiteindelijke doel om passende ondersteuning te kunnen bieden aan verpleegkundigen in de thuiszorg.

De zorgethiek erkent de complexiteit van zorgrelaties en benadrukt het belang van de sociale en culturele context waarin een zorgrelatie plaats vindt. Er wordt gesteld dat de zorgrelatie betekenis krijgt in de interactie tussen de ontvanger, geveer en de context (Leget et al., 2019). Deze benadering sluit aan bij het sociaal constructivistische paradigma, dat uitgaat van de geconstrueerde betekenis gekoppeld aan een specifieke situatie of context (Cresswell & Poth, 2018). Doordat er nog onvoldoende onderzoek is gedaan naar onbegrepen gedrag in de context van de thuiszorg, is deze onderzoeksbenadering passend binnen deze thesis.

2.2. Onderzoeksmethode

Om de hoofdvraag van deze thesis te beantwoorden, is gekozen voor een beschrijvende kwalitatieve onderzoeksmethode. Een beschrijvend kwalitatieve onderzoeksmethode wordt veel toegepast voor onderzoek binnen de gezondheidszorg, dit omdat het een grote mate van flexibiliteit en bruikbaarheid biedt voor de diversiteit binnen de gezondheidszorgsetting (Doyle & Brady, 2020). Door gebruik te

maken van een beschrijvende kwalitatieve benadering is de mogelijkheid gecreëerd om diepgaand inzicht te krijgen in het fenomeen van veiligheid zoals die ervaren wordt door verpleegkundigen in de thuiszorg. Deze aanpak maakt het mogelijk om niet alleen de kernaspecten van veiligheid voor verpleegkundigen te verwoorden, maar ook de invloed van contextuele factoren mee te nemen in de analyse (Holloway & Galvin, 2017). Dit helpt om een genuanceerd beeld te vormen over veiligheid in de context van de dagelijkse praktijk van de thuiszorg.

Er is een scala aan diverse vormen van beschrijvende kwalitatieve onderzoeksmethodes (Holloway & Galvin, 2017). Voor deze thesis is gekozen voor de onderzoeksmethode van een discourse-analyse. Hiervoor is gekozen omdat een discourse-analyse inzicht kan geven in mate van ongelijkheden in onderlinge verhoudingen. Deze benadering geeft niet alleen een focus op wat er gezegd wordt, maar ook hoe het gezegd wordt. Om het zo vast te stellen wat er tussen de regels door gezegd wordt (Holloway & Galvin, 2017). Hiervoor is gekozen vanwege de ervaren verschillen in het spreken over veiligheid en de acties die ikzelf heb ervaren in gesprekken met collega's binnen de thuiszorg.

Voor de beantwoording van de theoretische deelvraag is een literatuurstudie uitgevoerd. Door het gebruik van een literatuurstudie wordt er spreekwoordelijk gebruik gemaakt van het gezegde 'on the shoulders of giants' (benoemd door Robert Hooke in een brief aan Isaac Newton in 1675). Dit gezegde staat voor het idee dat wetenschappelijke kennis groeit door voort te bouwen op en opnieuw te kijken naar wat al bekend is. Door de literatuurstudie wordt aan dit gezegde voldaan en wordt deze thesis verankerd met de bestaande kennis.

Om de empirische deelvraag te beantwoorden, zijn semigestructureerde interviews gebruikt. De vorm van semigestructureerde interviews combineren de voordelen van zowel gestructureerde interviews als ongestructureerde. Semigestructureerde interviews laten de mogelijkheid bestaan voor participanten om eigen toevoegingen te doen, maar de topicvragen zorgen ervoor dat data wordt verkregen passend bij de onderzoeksvraag. Op deze manier blijft er ruimte voor persoonlijke ervaringen en aanvullende informatie. Dit is waardevol in de context van onderzoek naar het concept van veiligheid, omdat zoals we in de aanleiding zagen, er een mate van beleving in verwerkt kan zitten. Door het gebruik van semigestructureerde interviews kon er een rijke dataset gecreëerd worden. De topiclijst is gebaseerd op de kennis hiaten vanuit de inleiding, zie tabel I.

Tabel I – Topic-lijst		
	Topic	Voorbeeld vragen
Introductie	Algemene informatie	<ul style="list-style-type: none"> • Doel van het onderzoek toelichten • Toelichting over de procedure van het interview en vervolg stappen
	Informed consent	<ul style="list-style-type: none"> • Akkoord start opname • <<start opname>> • Vragen om bevestiging van informed consent. • Start interviewvragen
	Voorstellen	<ul style="list-style-type: none"> • Werkervaring, opleidingsniveau • Wie ben ikzelf
Veiligheid voor verpleegkundige in de thuiszorg	Heb je ervaring met probleem gedrag in de thuissituatie?	<ul style="list-style-type: none"> • Kun je een situatie toelichten waarin probleemgedrag zich voordeed?
	Ervaringen met onveiligheid	<ul style="list-style-type: none"> • Kun je een situatie toelichten waarin je je onveilig hebt gevoeld? • Wat maakte dat je je hier onveilig voelde? • Hoe kijk je terug op deze ervaring? • Zijn er situaties waarin jij je niet onveilig hebt gevoeld, maar je collega's wel? • Zijn er situaties waarin je je het ene moment wel veilig voelde en het andere moment niet? Wat maakte dit?
	Visie op veiligheid	<ul style="list-style-type: none"> • Wat is veiligheid voor jou? • Wat maakt een enige situatie wel veilig en een andere niet? • Welke lichamelijke ervaringen hangen samen met veiligheid?
	Context	<ul style="list-style-type: none"> • Wordt er met collega's gesproken over veiligheid? Op welke manier wordt dit aangekaart? • Voelde je je begrepen en gehoord op het moment dat je aangaf je onveilig voelde? Wat maakte dit? Hoe werd er gereageerd?
	Praktijk	<ul style="list-style-type: none"> • Wat maakt veiligheid in de thuiszorg belangrijk? • Op welke manier wordt er op dit moment aandacht gegeven aan veiligheid? • Welke mogelijkheden zie je zelf rondom het onderwerp veiligheid van verpleegkundige?
Afsluiting		<ul style="list-style-type: none"> • Heb je nog toevoegingen met betrekking tot vroeg signalering van onbegrepen gedrag die we nog niet behandeld hebben?

2.3.Onderzoekseenheid & dataverzameling

De onderzoekseenheid voor de theoretische deelvraag betrof met name literaire zorgethische bronnen. Deze bronnen zijn veelal aan bod gekomen tijdens de masteropleiding Zorgethiek en Beleid aan de universiteit van Humanistiek te Utrecht. Aanvullende literaire verzameling vond plaats via gesprekken met docenten en medestudenten vanuit de opleiding Zorgethiek en Beleid. Naast zorgethische bronnen en artikelen zijn er bronnen gebruikt afkomstig uit relevante vakgebieden zoals de filosofie, psychologie, sociale wetenschappen en verplegingswetenschappen.

De onderzoekseenheid voor de empirische deelvraag betrof verpleegkundigen werkzaam in de wijk. Deze verpleegkundigen zijn via een sociale media advertentie (LinkedIn) en het persoonlijke netwerk van de auteur gevonden en benaderd. In tabel II is de wervingstekst terug te vinden. Verpleegkundigen konden participeren op het moment dat ze werkervaring hadden in de thuiszorg en in aanraking zijn geweest met onbegrepen gedrag in de thuiszorgsetting. Verpleegkundigen konden niet deelnemen op het moment dat ze een professionele relatie hadden met de auteur. De topiclijst werd niet strak gevolgd maar gebruikt als richtlijn gedurende het gesprek tussen de auteur en de participant. De empirische dataverzameling vond plaats in de maand juni van 2023.

Tabel II – Wervingstekst participanten
<p>Ben jij een MBO/HBO-verpleegkundige en heb je ervaring in de thuiszorg met onbegrepen gedrag? Voor mijn afstudeeronderzoek ben ik opzoek naar verpleegkundigen die bereid zijn om een uurtje met mij in gesprek te gaan over hun inzichten rondom dit onderwerp.</p> <p>Het doel is om meer inzicht te krijgen in de uitdagingen, ervaringen en perspectieven van verpleegkundigen in de dagelijkse praktijk. Om op deze manier een bijdrage te kunnen leveren aan handvaten in de omgang met onbegrepen gedrag in de thuiszorg. Het hoofdthema zal het aspect van veiligheid in de thuiszorg omvatten.</p> <p>De gesprekken kunnen zowel online als fysiek plaatsvinden, afhankelijk van de voorkeur. Alles wat besproken wordt, zal vertrouwelijk behandeld worden en de informatie zal anoniem verwerkt worden. Als je geïnteresseerd bent om deel te nemen of meer informatie wilt ontvangen, stuur me dan gerust een privébericht.</p> <p>Alvast bedankt!</p>

2.4.Procedures

De participanten voor de empirische deelvraag waren voorzien van informatie over het doel en de procedure van de studie. Na het verstrekken van deze informatie konden de participanten aangeven of ze deel wilden nemen. Hierbij is aangegeven dat ze op ieder moment van de studie konden besluiten om toch niet deel te nemen. Aan het begin van de interviews is er gevraagd naar ieders leeftijd, opleidingsniveau en werkervaring als verpleegkundige.

De auteur heeft zelf de interviews afgenomen. De auteur heeft ervaring met het afname van interviews in zowel professionele als educatieve settings. Eveneens heeft de auteur diverse training gevolgd voor het afnemen van interviews, en dit alles leidde tot de verwachting van een rijke dataverzameling.

De interviews konden zowel online als fysiek plaatsvinden. De keus hiervoor lag bij de participant zelf. Alle interviews zijn audio-recorded. Alle participanten hebben akkoord gegeven voor de opname. De audio-opnames zijn door de auteur verbatim getranscribeerd, waarna het analyse proces plaatsvond met behulp van het software programma NVivo14. Naast de transcript heeft de auteur ook aantekeningen gemaakt tijdens de interviews. Deze zijn eveneens als data toegevoegd. In totaal zijn er zes interviews afgenomen, waarvan 4 online en 2 fysiek plaatsvonden.

2.5.Data analyse

Voorafgaand aan de beantwoording van de theoretische deelvraag wordt het concept van veiligheid gedefinieerd. Aan de hand van deze definitie worden twee ‘critical insights’ geselecteerd. ‘Critical insights’ komen voort uit de Utrechtse Zorgethiek en betreffen relationaliteit, contextualiteit, affectiviteit, praktijken, kwetsbaarheid, lichamelijke, macht en posities en betekenis/zin. In de definitie van veiligheid is nagegaan welke van deze ‘critical insights’ het best de lading dekt binnen de diverse gevonden definitie voor het begrip veiligheid.

De data ter beantwoording van de empirische onderzoeksvraag zijn geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse gecombineerd met een discours analyse. Er is gekozen voor deze combinatie omdat de thematische analyse methode gebruikt kan worden voor het identificeren en analyseren van patronen in de empirische data en de discourse analyse naar hoe het individu zich verhoudt tot een fenomeen (Botelle & Willott, n.d.). Een discours analyse kijkt naar het concept van macht en ongelijkheid (Holloway & Galvin, 2017). De discours analyse is passend binnen het onderwerp van dit onderzoek, omdat vanuit de inleiding naar voren kwam dat het ervaren van onveiligheid door verpleegkundigen werd benoemd als iets ‘wat bij het vak hoort’. Deze discourse kan ook inzicht geven in eventuele verwachtingspatronen. De combinatie van patronen en inzichten in verhoudingen geven de mogelijkheid om de complexiteit van de situatie te begrijpen en inzichten te genereren die kunnen

bijdragen aan het optimaliseren van de veiligheid voor verpleegkundigen die te maken hebben met onbegrepen gedrag in de thuissituatie.

Voor de analyse is er gebruik gemaakt van de zes fases van het thematische analyse framework zoals geformuleerd door Braun & Clack(2006) (zie tabel III). Deze is gecombineerd met de discours analyse beschreven door taalwetenschapper James Paul Gee(2014). Gee(2014) maakt onderscheid tussen discoursen en Discoursen, de eerste omvat wat er letterlijk gezegd wordt en de tweede omvat de omschrijving van handelingen, interacties en manieren van denken die op die manier uitdrukking geven aan een identiteit. Gee(2014) heeft zeven vragen geformuleerd waarop de analyse kan plaats vinden (zie tabel IV).

Tabel III - Thematische analyse framework van Braun & Clack(2006)	
Fase 1	Bekend worden met de data
Fase 2	Vorming van de eerste codes
Fase 3	Zoeken naar overlappende thema's
Fase 4	Beoordelen van de thema's
Fase 5	Definiëren van de thema's
Fase 6	Noteren van de thema's

Tabel IV - Discourse analyse vragen volgens Gee(2014)	
Vraag 1 - Belangrijkheid	Hoe wordt gebruik gemaakt van taal om relevantie of betekenis op te bouwen voor dingen en mensen in context?
Vraag 2 - Praktijken (en Activiteiten)	Aan welke handelingen of praktijken wordt uitdrukking gegeven in de taal?
Vraag 3 - Identiteiten	Hoe wordt taal gebruikt om identiteiten te omschrijven?
Vraag 4 - Relaties	Hoe taal wordt gebruikt om sociale relaties op te bouwen, in stand te houden of te wijzigingen?
Vraag 5 - Politiek	Hoe taal wordt gebruikt om aan te geven wat als "goed" of "acceptabel" wordt gezien of juist niet?
Vraag 6 - Verbindingen	Hoe wordt taal gebruikt om dingen en mensen met elkaar te verbinden of relevant te maken, of juist niet?
Vraag 7 - Tekensystemen en Kennis	Hoe wordt taal gebruikt om verschillende tekensystemen of vormen van kennis te benadrukken en/of onderscheiden?

De combinatie van de thematische en discourse analyse is gedaan aan de hand van het beantwoorden van de vragen vanuit de discoursanalyse gedurende de eerste en derde fase van de thematische analyse. In tabel V is weergegeven op welke manier er invulling is gegeven aan de diverse fases binnen het analyse proces.

Tabel V – Analyse proces	
Fase 1: bekend worden met de data	Op diverse manieren is er gewerkt aan bekend worden met de data. Allereerst zijn de audio-opnames van alle interviews nogmaals geluisterd door de auteur door het op versnelde wijze af te spelen. Vervolgens is de audio verbatim getranscribeerd , en dit zorgde voor een grote mate van vertrouwdeheid met de data.
Fase 2: vormen eerste codes	Vervolgens is er door alle transcripten heen gelezen waarbij er codes aan de tekst werden toegevoegd en zo dicht mogelijk bij de letterlijke beschrijving gebleven werd.
Fase 3: zoeken naar overlappende thema's	In deze fase zijn de verschillende losse codes aan elkaar gekoppeld zodat er cluster gevormd werden. Vervolgens zijn de transcripten nogmaals doorgelezen waarbij er specifiek is gefocust op de zeven verschillende vragen vanuit de discourse analyse. Gevonden secties zijn voorzien van een code correlerend met het thema van de vraag. Vervolgens is er m.b.t. de clusters naar een overlappend thema gezocht. In sommige gevallen betekende dit dat er één overlappend thema werd gevonden voor meerdere clusters. In het creëren van de thema's zijn de clusters vanuit de discoursanalyse samengevoegd met de clusters uit de eerste analyse. Op deze manier ontstond er één dataset van thema's.
Fase 4: beoordelen van de thema's	De onderliggende codes binnen de diverse thema's zijn vervolgens nogmaals bekeken om na te gaan of er sprake was van een relatie tussen diverse codes van de data en of dit in lijn is met het bovenliggend thema. De wijzigingen hierin zijn doorgevoerd en maakte het mogelijk om de thema's te definiëren.
Fase 5: definiëren van de thema's	In deze fase is er gekeken naar de diverse ontstane thema's om tot een hoofd thema te komen en na te gaan welke onderlinge relaties er tussen de thema's te identificeren waren.

Fase 6: beschrijven van de thema's	De thema's zijn schriftelijk weergegeven als antwoord op de empirische deelvraag.
------------------------------------	---

2.6.Ethische overwegingen

Een belangrijke ethische overweging binnen dit onderzoek was het waarborgen van de anonimiteit en vertrouwelijkheid van de deelnemers. Er zijn maatregelen getroffen om te voorkomen dat persoonlijke gegevens van deelnemers worden blootgesteld, wat cruciaal is voor het beschermen van hun privacy en het voorkomen van mogelijke negatieve gevolgen. Zo is het onderzoek uitgevoerd in overeenstemming met de richtlijn 'gedragscode gezondheidsonderzoek'(Gedragscode Gezondheidsonderzoek, n.d.) en de principes beschreven in de recente versie van de declaratie van Helsinki(World Medical Association, n.d.). De verkregen empirische data zijn tijdens het transcriberen geanonimiseerd en de geluidsopnames van de interviews zullen na de publicatie van de thesis worden vernietigd. Met de transcripten is en zal worden omgegaan overeenkomstig de EU GDPR (General Data Protection Regulation)(EU, n.d.).

Bovendien is ervoor gezorgd dat de deelnemers zich vrij voelden om hun deelname te beëindigen zonder enige druk of gevolgen, wat bijdraagt aan de ethische integriteit van het onderzoek. Hier is aandacht aanbesteed door te benadrukken dat er sprake was van vrijwillige deelname bij de participanten. De participanten zijn voorzien van informatie over de studie. Eveneens is aangegeven dat participanten elk moment van het interview konden stoppen. Er is geen vergoeding gegeven aan participanten, dit om te voorkomen dat participanten andere belangen hadden bij de deelname dan het verder helpen van deze scriptie. Alle participanten zijn akkoord gegaan met de verkregen informatie en voorwaardes van deelname. Allen gaven een mondeling informed consent voorafgaand aan het interview, deze werd opgenomen en meegenomen in het transcript.

3. Theoretische beschrijving

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de eerste deelvraag. Deze deelvraag betreft het theoretische onderdeel van de scriptie en luidt als volgt: *Wat zijn zorgethische inzichten rondom het aspect van veiligheid voor verpleegkundigen die zorgen voor mensen met onbegrepen gedrag, en wat zeggen deze inzichten?* Om deze vraag te beantwoorden, wordt eerst het begrip veiligheid gedefinieerd. Zoals beschreven in de inleiding is naar voren gekomen dat er niet één definitie wordt gehanteerd. Het definiëren zal gedaan worden door verschillende perspectieven te onderzoeken en te vergelijken. Vervolgens wordt op basis van deze definities twee ‘critical insights’ (zoals beschreven in de methode sectie) geselecteerd. Deze ‘critical insights’ dienen als basis het verdere hoofdstuk. De conclusie van het hoofdstuk zal een samenvatting geven van de bevindingen en een antwoord geven op de theoretische deelvraag.

3.1. Het definiëren van veiligheid

Zoals in de inleiding benoemd, heb ik zelf ervaren dat er een verschil was in de ervaren veiligheid tussen mij, mijn collega's en mijn collega's onderling. Zo vond de een het niet prettig om 's avonds in het donker met de auto nog ergens heen te rijden, waar ik overal naar toe fietste en het donkere me juist een beschermend en veilig gevoel gaf. Hierin komt een mate van subjectiviteit en beleving naar voren. Deze zien we ook terug komen in dagelijkse spraak, schrift en literatuur over veiligheid. Er is een grote mate van diversiteit aan definities. In deze paragraaf wordt aan de hand van de diverse spraak en schrift definities en de vergelijking met de zorgethische definitie een duiding van het begrip veiligheid gezocht ten behoeven van dit onderzoek.

3.1.1. Veiligheid als definitie

De definitie van veiligheid door de Van Dale wordt gedefinieerd als *'het veilig-zijn: iets in veiligheid brengen'* (Van Dale Online, n.d.). Waarbij veilig wordt gedefinieerd als *'zonder gevaar, zonder risico'* of *'beschermd tegen gevaar'*. Een google sessie naar het woord veiligheid laat een groot scala zien aan aspecten waarop veiligheid een onderwerp is. Zo is er veiligheid NL (veiligheid.nl) met een focus op het voorkomen van letselschade. Veiligheid op werk (arboportaal.nl), het ministerie van justitie en veiligheid. Kwam het overheidsprogramma van het Ministerie van Infrastructuur en Milieu naar voren Programma Bewust Omgaan met Veiligheid. Nationale veiligheid van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, n.d.). Ook heeft Nederland een Onderzoeksraad voor veiligheid (Onderzoeksraad voor Veiligheid, n.d.), waarbij er een focus is op het doen van onderzoek naar situaties waarin burgers voor hun veiligheid afhankelijk zijn van de overheid, bedrijven of instellingen. Wat opvalt is dat door geen van al deze genoemde programma's, instellingen en diensten een definitie wordt gegeven van veiligheid. Allen geven wel focus gebieden aan die verband houden

met 'veiligheid'. Waarbij er veelal een focus is op fysieke bescherming zoals letselschade of psychologische bescherming zoals sociale veiligheid.

In de zorg wordt gezien dat er een grote mate van aandacht is voor patiëntveiligheid. Voor dit onderwerp wordt er wel een definitie gegeven: "...onbedoelde lichamelijke en/of psychische schade opgelopen door fouten van hulpverleners. Of door tekortkomingen van het zorgsysteem." (Rijksoverheid, n.d.). Ook de World Health Organization (WHO) heeft een definitie voor patiëntveiligheid: "*Patient safety is a framework of organized activities that creates cultures, processes, procedures, behaviours, technologies and environments in health care that consistently and sustainably lower risks, reduce the occurrence of avoidable harm, make error less likely and reduce its impact when it does occur.*" (World Health Organization, 2023). In de definities rondom patiëntveiligheid komen het belang van de omgeving en het systeem sterk naar voren.

3.1.2. 'Critical insights'

Op basis van de diverse definities en het gebruik van het concept veiligheid, komen twee aspecten naar voren, namelijk fysieke en psychologische veiligheid en de rol van de omgeving in veiligheid. Wanneer we deze aspecten analyseren aan de hand van de 'critical insights' zoals benoemd in de methode, blijkt dat twee specifieke 'insights' cruciaal zijn voor de definiëring van het concept veiligheid.

Binnen het concept veiligheid komt allereerst de 'critical insight' van lichamelijke duidelijk naar voren. Veelal wordt er gekeken naar fysieke, maar ook naar psychologische aspecten die een situatie wel of niet veilig maken. Deze fysieke en psychologische dimensies hebben een directe relatie met lichamelijke van, in dit geval verpleegkundigen in de thuiszorg situatie. Lichamelijke speelt binnen de zorgpraktijken een grote directe rol door de interacties tussen fysieke lichamen.

De tweede 'critical insight' die duidelijk in de definitie van het concept veiligheid naar voren komt betreft het de 'critical insight' van praktijken. Door te kijken van uit praktijken kan er bij veiligheid naar de machtsverhoudingen worden gekeken. Daarnaast komt op basis van de definitie duidelijk naar voren dat de omgeving van belang is bij de beleving van veiligheid. De omgeving kan gekoppeld worden aan een specifieke praktijk. In het geval van deze scriptie betreft het de praktijksituatie van de thuiszorg waarin verpleegkundige zich bewegen en wel of geen veiligheid ervaren.

3.2. Veiligheid binnen de zorgethiek

Door te kijken door de lens van lichamelijke naar het concept veiligheid, zien we op basis van de introductie en de bovenstaande definitie dat veiligheid een fysieke component omvat. Door middel van het concept van *embodied care* van Hamington (2012) zal dit verder worden toegelicht. Een ander

aspect dat naar voren komt vanuit de lens van lichamelijkheid is de rol van emoties. Deze worden toegelicht aan de hand van het theoretisch concept van Pulcini(2015).

Vanuit de lens van praktijken kan gekeken worden naar de rol van de verpleegkundigen in de thuiszorg situatie als systeem. Hierin wordt een bepaalde afhankelijkheid gevonden aan de hand van de theorie van Kittay(1999). Vervolgens zal er aan de hand van Tronto(1993) gekeken worden naar de diverse machtsverhoudingen binnen de thuiszorg praktijk.

3.2.1. Lichamelijkheid

Hamington(2012) spreekt van embodied care. In tegenstelling tot andere definities rondom zorg, stelt hij dat zorg een holistische en geïntegreerde samenvorming is van gedachten, sensatie en emoties. Met embodied care stelt hij dat het een lens is waardoor persoonlijke en sociale moraliteit gevonden kan worden in relatie tot de omgeving indien het lichaam wordt meegenomen. Hij stelt dat als zorgprofessional het noodzakelijk is om het lichaam niet te zien als object, maar als holistisch geheel. Anders kan er geen goede zorg geleverd worden. Het is door het lichaam dat professionals in staat zijn om te weten en te leren wat zorgen is, en dat we de zorg kunnen uitvoeren(Hamington, 2012).

Hij neemt hierin niet alleen de positie van de zorgvrager mee maar ook de lichamelijkheid van de zorgverlener. Hij stelt dat kennis gevonden kan worden in de lichamelijke beleving van de professional. Een professional die in staat is om de fysieke skills te combineren met interactie met een zorgvrager zou de basis zijn voor het leveren van goede zorg(Hamington, 2012). Kijkend naar het aspect van veiligheid van de zorgvrager in relatie tot een cliënt met onbegrepen gedrag in de thuissituatie, is het op basis van de theorie van Hamington allereerst belangrijk om te erkennen dat de zorgvrager in deze interactie op basis van zijn of haar gevoelens en gedachtes kennis heeft over de interactie met de zorgvrager. Op basis hiervan zou een zorgvrager een inschatting kunnen maken over zijn of haar veiligheid. Anderzijds kan door het begrip van de lichamelijke reacties van een zorgvrager vanuit de zorgprofessional ook een beter zorg geboden worden, passend bij de behoeftes van de zorgvrager uitstijgend boven het fysieke.

In de zorg voor verpleegkundige is deze holistische aanpak noodzakelijk in het serieus nemen van de signalen van zorgverleners. Waarbij het systeem de zorgverlener is voor de verpleegkundige in de thuiszorg. Van de verpleegkundige wordt, in de woorden van Hamington een bepaalde performance verwacht(Fisher & Thompson, 2020). Deze performance geeft aan dat er sprake is van verschillen in privileges tussen de verpleegkundige en de organisatie.

Een aspect wat binnen de theorie van Hamington ook naar voren komt betreft emoties. Binnen de zorgethiek worden emoties gezien als een bron van kennis over wat goede zorg is(Baur et al., 2017).

Door middel van de ervaringen die door het lichaam worden opgedaan, kunnen er in het lichaam emoties ontstaan op basis van eerdere ervaringen en kennis (Baur et al., 2017). In het kader van veiligheid bij verpleegkundigen kan het gevoel van onveiligheid een uiting van een emotie zijn. Deze emotie kan geladen zijn op basis van professionele ervaringen, maar kunnen ook persoonlijke ervaringen zijn. Wat een verklaring kan zijn voor het verschil in ervaren veiligheid tussen verpleegkundigen. Omdat verpleegkundigen veel in aanraking komen met emoties van zorgvragers, maar ook met hun eigen emoties kan ervoor gepleit worden dat zorgorganisaties de ruimte beiden deze emoties als richting te laten zijn, om op deze manier goede zorg te bieden aan de verpleegkundigen en aan de zorgvragers.

Pulcini (2015) stelt dat door het categoriseren van emoties in verschillende typologieën de motivatie van zorg en wat goede zorg is achterhaald kan worden. Ze stelt dat er drie vormen van zorgrelaties zijn, namelijk 'zorgen uit liefde', 'zorg werk' en 'zorgen voor een afstandelijke ander'. Elk van deze zorgrelaties hebben eigen emotionele motivaties waarom zorg verleend wordt. In het geval van de zorg voor verpleegkundige in de thuiszorg lijkt er sprake te zijn van twee vormen. De eerste vorm is 'zorg werk', hierbij gaat het om de zorg van verpleegkundige aan de zorgvrager met onbegrepen gedrag. Ze stelt hierbij dat de emotionele motivatie compassie betreft. Wat betekent dat er sprake is van een standpunt van empathie naar de zorgvrager. Waarbij er altijd sprake zou zijn van een niet gelijkwaardige relatie, waarbij de zorgverlener een macht heeft over de zorgvrager. Hierdoor kan de zorgvrager een bepaalde boosheid jegens de zorgverlener ontwikkelen (Pulcini, 2015).

De tweede categorie waarvan er sprake lijkt te zijn is de 'zorg voor een afstandelijke ander'. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de zorg voor verpleegkundigen vanuit een organisatie of systeem die deze verpleegkundigen niet persoonlijk kent. Ook hierbij is de emotie compassie, echter kan dit niet bereikt worden, zolang de ander niet het obstakel overkomt om zich in te leven in de (on)veilige situatie van de verpleegkundige.

Zorgprofessionals lopen een hoog risico op emotionele uitputting. Gevoelens van schaamte, rouw, boosheid, het gevoel van onder gewaardeerd zijn, verantwoordelijkheid, en hopeloosheid zijn door verpleegkundigen benoemd. Deze emoties kunnen zorgen voor een emotionele uitputting (Baur et al., 2017). Het valt te bedenken dat deze emoties ook kunnen ontstaan op het moment dat een verpleegkundige te maken krijgt met een onveilige situatie of zijn of haar grenzen hierin overschrijdt.

3.2.2. Praktijken

Binnen de zorg als praktijk is er sprake van afhankelijkheid. Kittay (1999) stelt dat er iedereen op verschillende momenten in zijn of haar leven afhankelijk is van zorg en is daarmee een centraal onderdeel is van het menselijk bestaan. Kittay introduceert het begrip 'dependency worker', hiermee

verwijst ze naar een persoon die zorgt voor afhankelijke individuen. Ze concludeert dat het hierbij vaak gaat om onbetaald werk en indien ze wel betaald worden dat het vaak ondergewaardeerd en onbetaald werk is. Ook laat ze zien dat er sprake is van een gender ongelijkheid, doordat dependency workers veelal vrouwen zijn. Ze pleit daarom voor meer erkenning en ondersteuning voor dependency workers.

Kijkend naar verpleegkundige in de thuiszorg, zien we dat deze verpleegkundige ook dependency workers zijn. Ze zorgen voor cliënten waarbij er sprake is van een afhankelijkheid in de vorm van een zorgvraag. Ook zie je dat verpleegkundige veelal vrouwen zijn, namelijk 81% van de werkende in de zorg en welzijn sector(Langenberg et al., 2023). Ook het onderbetaald worden in de zorg is daarnaast ook een discussie die al geruime tijd gaande is. Het ministerie heeft daarbij daadwerkelijk vastgesteld dat er sprake is van een loonkloof tussen de zorgsector en andere sectoren(Opties Om de Loonkloof Binnen Zorg En Welzijn Te Dichten, 2024).

Kittay(1999) stelt dat afhankelijkheid tussen cliënt en dependency worker ook wederkerig is. De dependency worker is ook veelal afhankelijk. Allereerst valt te zien dat ze economisch afhankelijk zijn, want zoals we zagen is er sprake van een onderbetaling binnen de zorgsector. Op basis van de omschrijving van afhankelijkheden voor dependency workers kan gesteld worden dat er voor verpleegkundigen in de thuiszorg een afhankelijkheid is op het gebied van sociale ondersteuning, institutionele ondersteuning en emotionele ondersteuning. Daarnaast stelt Kittay(1999) dat er sprake is van sociale, institutionele en emotionele afhankelijkheid voor verpleegkundige in de thuiszorg. Het werk in de thuiszorg vraagt een bepaalde sociale afhankelijk van het netwerk in praktische zien vanwege onregelmatige diensten, maar ook voor emotionele opvang op het moment dat verpleegkundigen zich onveilig hebben gevoeld tijdens hun werk. De emotionele afhankelijkheid komt bij verpleegkundige vaker voor dan bij andere niet dependency workers vanwege de aard van hun werk. Institutionele afhankelijk komt terug uit het feit dat verpleegkundige afhankelijk zijn van hun werkgever in de veiligheid die ze geboden wordt en de ondersteuning hierin om zo veilig mogelijk je werk te kunnen doen. Hierbij gaat het om bepaalde interventies of procedures om verpleegkundige de veiligheid te bieden. Om dit te krijgen zijn ze afhankelijk van hun werkgever of deze hierin investeert.

Tronto(J. C. Tronto, 1993) stelt dat op basis van zorg praktijken sociale verhoudingen achterhaald kunnen worden. Ze stelt dat er vijf fases zijn van zorg, die met elkaar verband houden, namelijk caring about, caring for, care giving, care receiving en caring with(Tronto, 2013). In de eerste fase gaat het om het feit dat opgemerkt wordt dat iemand hulp nodig heeft. De tweede fase neemt iemand de verantwoordelijkheid op zich om aan deze zorg behoefte te voldoen. In de derde fase gaat het om de feitelijke zorghandelingen en in de vierde fase gaat het om de reactie van degene die de zorg ontvangt

en of het effect heeft. In de laatste fase gaat het om het zorgen in wederkerigheid en samenwerking. Hierbij gaat het om gedeelde verantwoordelijkheid vanuit een gemeenschap.

Kijkend naar de fases van zorg en het gevoel van onveiligheid van verpleegkundige in de thuissituatie kan er gesteld worden dat allereest duidelijk moet zijn dat de verpleegkundige ook zorg nodig hebben. Waarna een organisatie of andere hiervoor verantwoordelijkheid moeten nemen, zoals in de tweede fase beschreven. In de laatste fase zou ook het netwerk van de cliënt erbij betrokken kunnen worden om verpleegkundigen te ondersteunen in zijn of haar zorgverlening.

Tronto(1993) stelt dat zorg gebruikt kan worden om machtsstructuren bloot te leggen. Ze stelt, vergelijkbaar met Kittay(1999), dat zorgwerk veelal wordt uitgevoerd door groepen mensen in de samenleving die minder macht hebben waardoor er ook in mindere mate naar de behoefte van deze groep geluisterd wordt. Ze stelt dat politieke macht een cruciale rol speelt in de manier waarop zorg in de samenleving wordt georganiseerd en gewaardeerd.

Indien er gekeken wordt naar de thuiszorg door de bril van Tronto, valt op te merken dat er op een andere manier sprake is van een grotere mate van kwetsbaarheid bij verpleegkundige in de thuiszorg in vergelijking met intramurale settings. Het verschil zit hem in het feit dat verpleegkundigen veelal alleen werken in een voor hun onbekende werkplek, namelijk de woning van de cliënt. Onbegrepen gedrag kan een andere invloed hebben op een verpleegkundigen in de thuiszorg dan op een verpleegkundigen in een intramurale setting, waarbij vaak collega's aanwezig zijn en de werkplek bekend is. In de politiek is, zoals benoemd, een duidelijke tendens zichtbaar dat de zorg meer in de thuiszorg plaats gaat vinden in plaats van in de intramurale setting. De veiligheid en zorgen voor de verpleegkundigen, waarvan verwacht wordt dat ze de cliënten ondersteunen, wordt in deze plannen niet mee genomen. Het pleidooi van Tronto(1993) om zorgwerk rechtvaardiger te maken en zorgverleners te ondersteunen komt hierin niet naar voren. De verpleegkundigen behoren tot een groep met minder macht. Dit komt onder andere terug in het feit dat verpleegkundigen veelal niet vertegenwoordigd zijn in beleid en procedures rondom hun werkzaamheden(Lingsma, 2022). Verpleegkundigen kunnen zich hierdoor minder goed uitspreken tegen de richting van bepaald beleid. Anderzijds is er op landelijk niveau te zien dat verpleegkundigen actief mee kunnen denken in de ontwikkeling van richtlijnen. Een voorbeeld is te vinden in het traject vanuit V&VN, waar deze scriptie een onderdeel van is, waarin verpleegkundigen worden gevraagd mee te denken in het ontwikkelen van richtlijnen, in dit geval voor onbegrepen gedrag in de thuissituatie(V&VN & ZonMw, 2022).

3.3. Conclusie

In dit hoofdstuk is de theoretische verkenning gedaan naar de zorgethische inzichten rondom het aspect van veiligheid van verpleegkundigen in het zorgen voor mensen met onbegrepen gedrag in de thuissituatie. Hierbij is er antwoord gegeven op de eerste deelvraag: *Wat zijn zorgethische inzichten rondom het aspect van veiligheid voor verpleegkundigen die zorgen voor mensen met onbegrepen gedrag, en wat leren deze inzichten ons?*

Allereerst is er geconcludeerd dat er vele diverse definities zijn. Op basis van de diverse definities is er gekeken naar welke overlap gevonden kon worden. Naar deze overlap is gezocht op basis van de zorgethische ‘critical insights’. Hiermee zijn deze ‘critical insights’ gebruikt als lens vanuit het zorgethisch perspectief voor het kijken naar het concept van veiligheid. Op basis van de definities kwamen de ‘insights’ lichamelijke en praktijken naar voren als meest overlappend met de inhoud van de definities. Het perspectief van lichamelijke laat zien dat veiligheid zowel fysiek als emotionele componenten omvat. Het concept van ‘embodied care’ benadrukt dat de lichamelijke ervaringen en emotionele reacties van verpleegkundigen essentieel zijn voor het begrijpen en ervaren van veiligheid. Het erkennen van deze ervaringen kan bijdragen aan een meer empathische en effectieve zorgverlening. Niet alleen naar de zorgvrager, maar ook naar de verpleegkundige in de wijk.

Daarnaast heeft de ‘critical insight’ vanuit het perspectief van praktijken aangetoond dat verpleegkundigen in de thuiszorg nog onvoldoende vertegenwoordigd zijn. Hierdoor kunnen ze zich ook moeilijk uitspreken tegen ingezet beleid binnen de organisatie waar de verpleegkundigen werkzaam is. Er is sprake van een grote mate van afhankelijkheid van organisatorische ondersteuning, wat van invloed kan zijn op het gevoel van veiligheid. Zeker in een situatie zoals in de thuiszorg waarbij de context specifieke uitdagingen met zich mee, zoals het werken in een onbekende en mogelijk onveilige omgeving en het omgaan met cliënten met onbegrepen gedrag zonder directe collega’s ter ondersteuning. Deze situatie creëert een situatie van verhoogde kwetsbaarheid en benadrukt de noodzaak voor adequaat beleid en ondersteuning om de veiligheid van verpleegkundigen te verbeteren. Deze afhankelijkheden en machtsdynamieken dragen bij aan de complexiteit van de ervaren veiligheid en benadrukken de noodzaak voor structurele ondersteuning en erkenning van de zorgverleners.

Het is duidelijk dat er een aanzienlijke kloof bestaat tussen de behoeften en ervaringen van verpleegkundigen en de huidige beleidsmatige en organisatorische maatregelen. De theoretische inzichten onderstrepen het belang van zowel fysieke als emotionele ondersteuning en een rechtvaardige erkenning van de rol en situatie van verpleegkundigen in de thuiszorg. Beleidsmakers en zorgorganisaties dienen deze inzichten te integreren in hun benaderingen om te zorgen dat verpleegkundigen in de wijk zich veilig voelen tijdens het verlenen van zorg.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat op basis van zorgethische inzichten er twee zorgethische concepten van belang zijn bij het spreken over veiligheid, namelijk de lichamelijke van de verpleegkundigen en de context van de praktijk thuiszorg. Op basis van de zorgethische inzichten is het noodzakelijk om de ervaringen van verpleegkundigen serieus te nemen en deze mee te nemen in een integrale beleidsontwikkeling voor de veiligheid voor verpleegkundigen in de thuiszorg. Zodat deze verpleegkundigen veilig kunnen zorgen voor mensen met onbegrepen gedrag.

4. Empirische bevindingen

In totaal zijn zes semi-gestructureerde interviews uitgevoerd. De leeftijd van de participanten varieerde van 28 tot 48 en hun werkervaring van 1.5 jaar tot 12 jaar. Vijf van de geïnterviewde verpleegkundige waren opgeleid op bachelor niveau. Vier van de verpleegkundige werkten als wijkverpleegkundige Al deze vier verpleegkundigen werkten voor een organisatie waar wijkverpleegkundigen niet standaard op routes ingedeeld staan. De geïnterviewden woonden verspreid over het hele land en hebben ervaring in diverse wijken.

Op basis van de analyse van de interviews zijn er drie thema's gevonden die gezamenlijk antwoord geven op de tweede deelvraag: *Welke praktijkervaringen en opvattingen van verpleegkundigen zijn er rondom het aspect veiligheid in de omgang met onbegrepen gedrag in de thuissituatie?* De thema's betreffen betekenis geven aan veiligheid, veiligheid binnen de praktijk en veiligheid als persoonlijke invulling.

4.1. Betekenis geven aan veiligheid

In de interviews zijn er twee aspecten naar voren gekomen die het concept van veiligheid onder de participanten belichten. Enerzijds hebben de deelnemers gesproken over een impliciet aspect van veiligheid, veelal door het toelichten van casussen. Hiermee kwamen diepere, vaak onbewuste, aspecten van veiligheid naar voren. Anderzijds is er in de interviews gesproken over de betekenis die zij zelf aan het concept veiligheid geven, hiermee is er rationeel gevraagd om het begrip betekenis te geven met woorden. Hieronder worden beide aspecten toegelicht.

4.1.1 Omschrijving van casussen

Aan alle participanten is gevraagd om een praktijkcasus toe te lichten waarin ze zich onveilig hebben gevoeld. Wat opviel tijdens de analyse is dat er in de casus beschrijving veel situationele aspecten werden beschreven. De participanten namen de tijd om de omgeving te schetsen. Zo beschreef participant 4 de onveilige situatie als volgt: *“Niemand wilde daarheen. Je kon ook niet zomaar naar binnen, je moest via een garage en dan moest je bellen en dan kwam iemand met een lift je op halen. Ik wilde er op een gegeven moment ook niet meer heen, het is smerig. Je hebt allemaal van die verdrongen en verdrugste mensen om je heen. Soms sta je met iemand in de lift die ineens ging flippen. Je kan geen kant op.”*

In deze situatiebeschrijving zie je een vorm van controleverlies terugkomen, wat het voor deze participant een onveilige situatie maakte. Ook het bewust benoemen van de vervuilde situatie laat zien dat dit een aspect is wat het gevoel van veiligheid kan verhogen of verlagen.

Ook participant benoemde 6 beschreef een situatie waarin uitgebreid aandacht werd besteed aan de donkere setting waarin het zich afspeelde en het smalle paadje dat naar de achterkant van een afgelegen huis leidde. Hierbij gaf de participant ook aan dat het feit dat zij zich onveilig had gevoeld niet alleen door de setting kwam, maar ook door wat collega's haar over de cliënt hadden verteld. Hierdoor was ze met een meer zenuwachtig gevoel naar deze cliënt toegegaan.

De verhalen en voorbereiding door collega's kon zorgen voor een toename van een onveiligheid. Anderzijds werd in de casusbeschrijvingen juist ook regelmatig de mate van onvoorspelbaarheid benoemd. Zo vertelde participant 2 over een casus waarin ze stelde *“Hij kon zomaar ineens uithalen, wat het erg onveilig maakte.”*

De casussen die participanten toelichten op de vraag of ze zich wel eens onveilig hadden gevoeld, waren allen situaties waarbij er sprake was van onbegrepen gedrag in de vorm van agressieve uitingen veelal fysiek in combinatie met verbaal.

4.1.2 Rationele definiëring van veiligheid

Aan alle participanten is gevraagd wat veiligheid voor hem of haar betekent. Hieruit kwamen diverse antwoorden naar voren (tabel VI). Woorden die in de definities op vallen zijn, een gevoel, context, kwetsbaar, onverwacht, comfort, onbezorgd, controle en duidelijkheid. Deze woorden zien we impliciet ook terug komen in de situatie beschrijvingen.

Tabel VI	Omschrijving veiligheid
Participant 1	‘Ik denk dat het [veiligheid] met name een gevoel is. Uh, kijk als de ene client met een mes tegenover me staat zou dat niet zoveel doen, het ligt er ook aan welke client het is. Wat is de context.’
Participant 2	‘Veiligheid voor mij is, dat ik oprecht kan zijn, kwetsbaar kan zijn, zonder dat ik daarop aangevallen of afgestraft wordt in de breedste zin hiervan, dat ik binnen een team kan zeggen, dit vind ik eng bijvoorbeeld of als ik weet niet hoe iets moet. Maar ook binnen een patiënt situatie.’
Participant 3	‘Veiligheid voelt voor mij dat ik me op me gemak voel bij een cliënt. Dat ik dat kan doen wat ik moet doen, zonder dat ik dan ik gevaar loop.’
Participant 4	‘Nou ja, ik voel me eigenlijk 9 van de 10 keer wel veilig, maar je weet nooit waar je terecht komt. Dus soms is dat wel iets minder Dan denk ik dat het het onverwachte is.’

Participant 5	‘Veiligheid is dat je je werk kan doen, zonder dat je opletterend, in de zin van dat je op de hoede moet zijn. Dat je onbezorgd je werk kan doen.’
Participant 6	‘Veiligheid is als ik weet waar ik aan toe ben. Veiligheid is als ik weet hoe ik hulp kan inschakelen en bij wie ik precies moet zijn, wat ik allemaal moet doen, dat zou voor mij veiligheid zijn.’

4.2. Veiligheid als onderdeel binnen de praktijk

De zorg kan gezien worden als een praktijk waarin bepaalde verhoudingen en rol verwachtingen zich afspelen. Deze kwamen tijdens de analyse van de interviews eveneens naar voren. Hieronder worden deze toegelicht.

4.2.1 Verschillen in posities

Aan het onderzoek deden drie verpleegkundigen mee die vanuit hun rol als wijkverpleegkundigen niet meer standaard de zorgroutes in de wijk liepen. De andere drie participanten werkte wel actief als verpleegkundigen in de zorg. Gedurende het afnemen van de interviews werd een verschil in antwoorden opgemerkt tussen de verpleegkundigen die wel en niet in de wijk actief waren, echter kon het nog niet goed worden gevat waar deze verschillen in zaten. Tijdens de analyse kwamen deze verschillen concreter naar voren.

De drie participanten die niet actief in de wijk werkte gaven alle drie aan dat het lang geleden was dat ze een casus hadden gehad waarin ze zich onveilig hadden gevoeld en konden het ook niet goed bedenken welke situaties dit om ging. Daarentegen konden de participanten die wel actief op routes liepen gemakkelijker situaties benoemen en meerdere waarin ze zich onveilig hadden gevoeld.

Een ander verschil werd gevonden in de omgang met het onveilige gevoelens. De drie verpleegkundigen die in de wijk werken gaven allen aan dat ze het aan iemand anders moesten aangeven dat ze niet meer naar een bepaalde cliënt wilde omdat ze zich niet veilig voelde. Eveneens werd van deze verpleegkundigen verwacht dat ze observaties maakten en dit rapporteerden aan de wijkverpleegkundigen. Van deze verpleegkundigen werd een grotere mate van blootstelling aan voor hen potentiële onveilige situaties verwacht, dan van de wijkverpleegkundigen. Waarna het aan de wijkverpleegkundigen leek te zijn om het eind besluit te nemen of iemand wel of niet nog naar een cliënt kon gaan. Eén van de wijkverpleegkundigen (participant 5) stelde naar aanleiding van een casus het volgende. *“We hadden eerder moeten zeggen dat het stopt. We zijn te lang door gegaan. De eerste signalen kwamen dat collega’s zich niet veilig voelden, maar de zorg is nog 3 weken doorgegaan. We hadden harder moeten zeggen, het moet veilig of hij moet uit zorg.”*

Uit deze quote blijkt eveneens dat er door wijkverpleegkundigen veelal werd gesproken over ‘de collega’s’, daar waar de verpleegkundige actief in de wijk meer over zichzelf spraken in relatie tot het onbegrepen gedrag en de gevoelens van veiligheid.

4.2.2 Rol verwachtingen van een verpleegkundige

Op basis van de interviews kwam naar voren dat er sprake is van een rol verwachting van verpleegkundigen. Deze rol verwachting werd enerzijds vanuit de verpleegkundigen zelf bevestigd en anderzijds als verwachtingspatroon gekoppeld aan de beroepsgroep neergezet. Zo stelde participant 4 het volgende: *“Je eigen veiligheid is belangrijk, maar je laat iemand ook niet liggen tot hij dood gaat.”* Op basis van deze uitspraak laat participant 4 zien dat er een bepaalde zorg verwachting van verpleegkundige is, die over de grenzen van veiligheid van verpleegkundigen heen gaat.

Andere participanten bevestigde dit beeld. Zo stelde participant 5 het volgende: *“In grenzen aangeven zijn zorgverleners niet altijd even goed.”* En participant 2 *“Het is ook wel algemeen bekend, dat verpleegkundigen niet goed voor zichzelf zorgen. Niet toegeven wanneer iets eng is of te zwaar.”* Deze twee uitspraken bevestigden het verwachtingspatroon dat er rondom verpleegkundigen hangt, namelijk het zorgen voor iemand over je eigen grenzen heen.

Naast deze verwachting wordt ook gezien dat er van verpleegkundigen wordt verwacht dat ze op basis van hun professie in staat zijn om om te gaan met onbegrepen gedrag binnen de thuiszorg situatie. Alle verpleegkundigen gaven in hun casusbeschrijvingen aan welke interventies ze hadden getroffen om de zorg te kunnen blijven leveren, denk hierbij aan samenwerkingsafspraken met naasten of interdisciplinaire samenwerking. Op deze manier gaven ze allen impliciet aan dat ze door middel van training of reflectie in staat zouden moeten zijn om te kunnen gaan met gedragingen.

4.2.3 Maatregelen binnen de thuiszorg

Binnen de interviews kwam de praktijk van de thuiszorg sterk naar voren. Zo werd er regelmatig de vergelijking gemaakt met andere zorgpraktijken, zoals het ziekenhuis of de intramurale setting. In deze vergelijking kwam naar voren dat er in de thuiszorg veelal alleen gewerkt wordt en er geen collega’s zijn om op terug te vallen.

“Individueel, je werkt alleen als verpleegkundige, je komt bij iemand thuis, dus dat is al heel anders dan als iemand bij jou in het ziekenhuis komt. Ik zou zeggen, je staat direct in een ondergeschikte positie ten opzichte van je patiënt, want je bent afhankelijk van.” – Participant 2

“Het was de tweede keer dat ik binnen zou komen, maar nu zou ik alleen gaan, dus dat vond ik heel spannend.” – Participant 6

Er wordt aangegeven dat er soms maatregelen worden getroffen om het alleen werken in de thuiszorg te verkleinen. Door middel van bijvoorbeeld een telefonische achterwacht. Echter kwam ook hieruit naar voren dat dit systeem niet water dicht was. Zo stelde participant 6 dat zij op een moment bereikbaarheidsdienst had en route in de wijk liep. Ze was er op dat moment erg bewust van dat er voor haar op dat moment geen vangnet was. *“Maar stel dat er iets gebeurt en je weet, ik kan mijn collega bellen als achterwacht, dat geeft al een iets beter gevoel. Maar toen realiseerde ik me ‘ik heb de achterwacht dienst en ik ben dus alleen’.”*

Eén van de participanten gaf aan dat het bellen naar collega's ook werd ingezet als maatregel bij onbegrepen gedrag. Op het moment dat een collega bij deze cliënt naar binnen ging belde ze met zijn of haar collega en op het moment dat ze de woning van de cliënt weer verliet ook. Tijdens het interview realiseerde deze participant dat dit systeem ook niet waterdicht was. *“Maar ja, stel dat [Een collega zou worden aangevallen]? Als ik achteraf zit te bekijken, zou ik een andere oplossing hebben bedacht, maar oké.”* Ze realiseerde zich dat er ondanks deze maatregelen collega's zijn blootgesteld aan potentieel gevaar.

Andere maatregelen binnen de context van de thuiszorg waren veelal van technische aard in de vorm van zo genoemde 'paniek-knoppen'. Eén van de participanten werkte al met zo'n maatregel, echter laat ze duidelijk zien dat het om een uitzondering gaat.

“Nou, we hebben zelf bijvoorbeeld een telefoon waarop wij een alarm kunnen afgeven op het moment waarin we in een onveilige situatie zijn, als we 3 keer op het knopje drukken, dan krijgen alle collega's die dan aan het werk zijn een soort alarm functie dat er iemand in onveiligheid is plus de locatie. Maar dat komt wel omdat we in een thuissetting werken binnen een aantal aanleunwoningen, dus dan staat er gelijk bij welk appartement.” – Participant 3

De meeste participanten gaven aan positief te staan tegenover zo'n paniek knop. Echter was er één verpleegkundige die aangaf hier niet zo zeer de noodzaak van in te zien. Deze gaf aan dat het context afhankelijk zou moeten zijn. Hierbij werd er een verschil gemaakt in de omvang en soort wijk of stad waarin een wijkverpleegkundige werkzaam was.

“Voor een organisatie die voornamelijk in een dorp werkt, vind ik zo'n paniekknop echt echt overdreven en niet nodig. Maar ik kan me voorstellen als je in Amsterdam of in Rotterdam of in Daan Haag ofzo werkt, waarbij dit soort dingen regelmatig voorkomen dat het zeker relevant kan zijn.” – Participant 1.

4.2.4 Teamveiligheid - Een tweede dimensie van veiligheid

In de interviews werd er geregeld gesproken over wat benoemd kan worden als een tweede vorm van veiligheid, namelijk de veiligheid in het teamverband waarin de verpleegkundige werkzaam is. Hierbij ging het vooral over de ervaren drempel bij verpleegkundige om signalen van gevoelens van onveiligheid te delen met collega's en hoe hierop werd gereageerd.

Er werd door participanten een drempel gevoeld om signalen te delen in het team. Zo stelde één participant dat ze te lang door heeft gelopen met het gevoel van onveiligheid, zonder het te uiten naar collega's. Hier kwam ze achter op het moment dat ze het geuit had. Op dat moment werd voor haar gefaciliteerd dat ze niet meer naar deze cliënte toe hoefde. Deze actie liet haar realiseren dat ze te lang alleen heeft rond gelopen met de gevoelens van onveiligheid.

Een wijkverpleegkundige, een van de participanten die zelf niet meer in de directe zorgverlening actief was en de signalen van collega's moest ontvangen, gaf aan dat ze het vermoede had dat collega's het wel direct melde op het moment dat ze zich onveilig voelde: *“Ik heb op zich wel het idee dat collega's dat [gevoelens van onveiligheid] meteen melden. [...] Collega's zijn altijd meteen van, oké, dit is de situatie die ik heb meegemaakt. Ik voel mij onveilig, hoe is het voor jullie, hoe gaan we hiermee verder, etc.”* In deze quote zie je goed dat deze wijkverpleegkundige aan de ontvangend eind zit van de signalen en de woordkeuze 'op zich wel het idee' laat zien dat ze niet goed in kan staan hoe het is voor de verpleegkundige die direct in de zorgverlening staan om de signalen aan te geven. In relatie met de rolverwachting (4.2.2) is de twijfel van de wijkverpleegkundige te verklaren.

Eén van de participanten gaf aan dat deze zich niet gesteund voelde in gevoelens van onveiligheid die hij had geuit nadat een collega was beschuldigd van ondeugdelijk handelen. Hij gaf aan dat hij de steun en het vertrouwen miste van zijn vrouwelijke collega's en zich kwetsbaar voelde in het man zijn in de tijd van de me-too discussie. Hieruit komt naar voren dat veiligheid binnen een team zich ook preventief voordoet. Dit voorbeeld kan doorgetrokken worden naar diverse discriminerende of racistische opmerkingen die voortkomen uit een grond van kwetsbaarheid en kunnen worden gezien als voorwaarde voor het creëren van een veilig team klimaat.

4.3. Veiligheid als persoonlijke invulling

Het laatste aspect dat invloed heeft op de concept van veiligheid vanuit het perspectief van de verpleegkundigen in de wijk. Is de persoonlijke invulling. Gedurende de analyse kwam op basis van de beschrijving van casussen en adviezen die werden gegeven twee persoonlijke aspecten gevonden, de rol van lichamelijke en de rol van persoonlijkheid en ervaring. Hieronder verder toegelicht.

4.2.1 Invloed van lichamelijke op veiligheid

Allereerst de invloed van lichamelijke op de beleving van veiligheid. In de casusbeschrijvingen door de participanten werd door verschillende participanten benoemd dat hun eigen lichamelijke of de lichamelijke van de cliënt van belang was of iemand zich wel of niet veilig voelde. Zo stelde één van de participanten dat hij zich niet snel onveilig voelde: *“Ik moet zeggen, ik heb natuurlijk het voordeel dat ik op zich een man ben en ben ook vrij groot, dus ik voel me niet heel snel geïntimideerd, zeg maar, dus dat scheelt wel.”*

Deze fysieke mogelijkheid van overheersing zagen we ook terug komen bij casus beschrijvingen waarin de cliënt beschreven werd, waarin door een participant werd gesteld dat ze zich niet zo snel onveilig voelt aangezien de cliënten toch niet zo snel zijn. Onveilig werden situaties beschreven waarin cliënten in staat waren om de verpleegkundigen fysiek te overheersen. Zo stelde één participant het volgende: *“Ja [ik heb me onveilig gevoeld], want ik werd bij beide polsen gepakt en stond met mijn rug tegen de muur. En het was zo, je hebt normaal allemaal van die oude mensjes, maar zij was echt loei sterk ook.”* Hieruit komt naar voren dat de fysiek positie van de verpleegkundige en opzichte van de cliënt invloed heeft op de beleving van veiligheid.

4.2.2 Persoonlijkheid en ervaring

Een ander aspect dat in alle interviews terug kwam was het aspect van persoonlijkheid en ervaring van de verpleegkundigen. Eén van de partcipante lichtte een casus toe waarin de schuld van onbegrepen gedrag ook werd gezocht in de onzekere houding van de jonge verpleegkundigen. *“Op een gegeven moment zeiden ze van ja, misschien ligt het aan de jongeren verpleegkundigen dat hij die niet zo goed kan plaatsen, zeg maar.”* Alle participanten benoemde ook dat door middel van trainingen, zoals weerbaarheidstrainingen, verpleegkundigen in staat zouden zijn om te kunnen gaan met onbegrepen gedrag en zich niet onveilig zouden voelen.

“...de ene verpleegkundige is natuurlijk ook heel anders dan de andere, dus ik kan ook voorstellen dat bij een hele potige vrouw van 60 in het team die gewoon een beetje door joeg zeg maar, hij een stuk beter meewerkte. Gewoon straight forward. Dit gaan we doen. In plaats van een soort van empathisch achter hem aanrennen. Denk ik, maar dat is een aanname.” - participant 2

Op basis van deze quote zien we dat de participant aangeeft dat er sprake is van een ervaring, door het specifiek benoemen van de leeftijd, maar ook een stukje persoonlijke omschrijving door de keuze van de woorden ‘hele potige’. Het stukje persoonlijkheid werd ook benoemd door één van de participanten zelf. Zij gaf aan dat ze altijd op de routes met ‘moeilijke cliënten’ werd gezet. Volgens eigen zeggen omdat ze erg rustig blijft in allerlei situaties en dat dit niet is voorbehouden aan iedereen. Ook een andere participant benoemde dat er de verschillende persoonlijkheden van collega bijdragen of

collega's zich wel of niet veilig voelen. *“Je ziet zeker collega's die iets mondiger zijn en die iets meer durven, die vinden de situaties wel eng, maar die gaan de situatie wel aan. Collega's die minder goed voor zichzelf kunnen opkomen, die vinden de situatie heel erg lastig, omdat ze zelf niet zo goed hun grens kunnen aangeven.”*

Op basis van deze quote zie je terug komen dat de verantwoordelijkheid voor het wel of niet veilig voelen terug wordt gelegd bij de verpleegkundigen zelf. Door de woorden 'omdat ze zelf niet goed'. Deze verpleegkundige gaf aan dat er sprake is van een combinatie van persoonlijkheid en ervaring. *“Ik denk een combinatie van persoonlijkheid en ervaring. In het begin zeker persoonlijkheid, want dan ben je blanco, naar mate je meer meemaakt ontwikkel je en dan weet je ook iets beter hoe je met situaties moet omgaan.”*

In deze quote zie je dat ervaring met situaties zouden bijdragen aan het gevoel van veiligheid, dit betekend echter wel dat van verpleegkundigen wel verwacht wordt dat ze zich eerst blootstellen aan onveilige situaties.

4.4. Conclusie

In dit hoofdstuk is op basis van de analyse van zes semigestructureerd interviews gepoogd antwoord te geven op de tweede deelvraag: *welke praktijkervaringen en opvattingen van verpleegkundigen zijn er rondom het aspect veiligheid in de omgang met onbegrepen gedrag in de thuissituatie?*

De analyse van zes semigestructureerd interviews met verpleegkundigen onthulde drie belangrijke thema's. Deze thema's kwamen voort uit de gesprekken met de verpleegkundigen over hun praktijkervaringen en hun opvattingen over veiligheid bij onbegrepen gedrag in de thuissituatie. De thema's luiden: betekenisgeving aan veiligheid, veiligheid binnen de praktijk en veiligheid als persoonlijke invulling.

Op basis van de situatiebeschrijvingen door de verpleegkundigen en de gevraagde definities dat veiligheid een veelzijdig concept is, dat zowel emotionele als praktische aspecten omvat. Veiligheid wordt ervaren als een gevoel dat beïnvloed wordt door zowel de context, mate van voorspelbaarheid en controle. Kernbegrippen die erin terug komen zijn kwetsbaarheid en comfort.

Onder het thema 'veiligheid binnen de praktijk' werd duidelijk dat er een verschil in perceptie bestaat tussen de verpleegkundigen en de wijkverpleegkundigen. Wijkverpleegkundigen, die niet meer met regelmaat bij cliënten komen, bleken vaak een andere kijk te hebben op veiligheid dan verpleegkundigen die vaker in de thuissituatie werkzaam zijn. Tevens bleek dat in de verpleegkundige praktijk er een bepaalde verwachting is dat verpleegkundigen bereid moeten zijn om over de grenzen

van hun eigen veiligheid heen te werken. De thuiszorgsetting biedt daarnaast een omgeving met een hoge mate van onveiligheid, doordat verpleegkundigen vaak alleen in de woning van de cliënt werken.

Onder het thema ‘veiligheid binnen de praktijk’ werd ook een tweede vorm van veiligheid gevonden, namelijk in het onderwerp van teamveiligheid. Door sommige participanten werd aangegeven dat er een drempel bestaat om gevoelens van onveiligheid te delen in het team. Eveneens werd er benoemd dat sommige participanten zich in situaties ongehoord hebben gevoeld in het uiten van gevoelens van onveiligheid.

Het laatste thema betrof de omschrijving van ‘veiligheid als persoonlijke invulling’. Hieruit kwam naar voren dat de lichamelijke van de verpleegkundige in verhouding tot de cliënt van effect is op het gevoel van veiligheid. Indien een verpleegkundige fysiek groter of sterk was dan de cliënt was de kans op het gevoel van onveiligheid verlaagd. Daarnaast werd het aspect van de persoonlijkheid van verpleegkundige en training door de participanten aangegeven als essentieel en effectief in het omgaan met onbegrepen gedrag. Hierin zat een bepaald verwachtingspatroon, dat verpleegkundigen onveilig gedrag moesten meemaken om te leren omgaan met onbegrepen gedrag. Er was hierbij sprake van een trainingsverwachting.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat op basis van de praktijkervaringen en opvattingen van verpleegkundigen de mate van macht en invloed van invloed is op hoe er naar veiligheid wordt gekeken. De verpleegkundigen zelf bekrachtigen een verwachtingspatroon waarin gevoelens van onveiligheid genormaliseerd worden voordat een verpleegkundigen kan omgaan met onbegrepen gedrag.

5. Zorgethische Analyse

Met de beantwoording van de eerste twee deelvragen. Wordt in dit hoofdstuk gekeken naar de derde deelvraag, waarin de antwoorden van de eerste deelvragen worden samengenomen. De deelvraag luidt als volgt: *Welke inzichten worden er verkregen bij het samenbrengen van zorgethische inzichten en de inzichten vanuit verpleegkundige over veiligheid en wat zegt dit over goede zorg voor verpleegkundige in de thuissituatie?* Voor de beantwoording van deze deelvraag is de input uit het derde en vierde hoofdstuk van deze thesis gebruikt, aangevuld met aanvullende literatuur. Deze zorgethische analyse is opgebouwd aan de hand van de zorgethische trias. Deze trias bestaat uit meedenken, tegendenken en omdenken (Vosman, 2017). Bij meedenken wordt er gekeken vanuit het perspectief vanuit het perspectief van de actoren, hoe zij een bepaalde situatie ervaren. Bij tegendenken wordt er kritisch gekeken naar de aannames en structuren die de huidige situatie bepalen voor actoren en bij omdenken wordt er gekeken op welke manier er een oplossing kan worden gevonden voor uitdagingen van actoren binnen een situatie en de beïnvloedende aannames en structuren.

5.1. Meedenken: versterking van bestaande inzichten

Bij het meedenken wordt er gekeken naar bestaande inzichten voor actoren binnen een bepaalde situatie. In deze scriptie gaat het om de ervaring van veiligheid door verpleegkundigen in de omgang met onbegrepen gedrag in de thuissituatie. Allereerst valt op dat er een grote overlap is tussen de gevonden ‘critical insights’ op basis van de diverse definities van veiligheid en de gevonden thema’s op basis van de gedane semigestructureerde interviews. De ‘critical insights’ betreffen ‘lichamelijkheid’ en ‘praktijken’. De gevonden overlappende thema’s betreffen ‘veiligheid als persoonlijke invulling’ en ‘veiligheid binnen de praktijk van de thuiszorg’.

5.1.1 Lichamelijke en ‘veiligheid als persoonlijke invulling’

Onder de ‘critical insight’ van lichamelijke is het zorgethische concept van ‘embodied care’ gebruikt. Zoals benoemd gaat ‘embodied care’ ervanuit dat zorg niet alleen een cognitieve activiteit is, maar ook een lichamelijke en emotionele ervaring omvat (Hamington, 2012). In de semigestructureerde interviews met de verpleegkundigen kwam deze bevinding ook terug. In de vorm dat verpleegkundige spraken over het feit dat er sprake was van een gevoelsaspect bij het definiëren van veiligheid. Daartegenover staat wel dat er in de interviews geen enkele keer gesproken is over emoties, terwijl dit in de literatuur wel duidelijk naar voren als een manier om richting te geven aan het handelen (Pulcini, 2015).

In de interviews werd er juist gesproken over een gevoel in de benadering van veiligheid. Als we kijken naar het verschil tussen een emotie en een gevoel, kan geconcludeerd worden dat deze in het dagelijks taalgebruik inwisselbaar voor elkaar worden gebruikt (Jiménez-Herrera et al., 2020). Echter

zijn er wel degelijk fundamentele verschillen tussen de begrippen. Emoties kunnen gezien worden als een reactie op specifieke situaties of gebeurtenissen. De reacties zijn gebaseerd op onze opvoeding, omgeving en levenservaring (Jiménez-Herrera et al., 2020). Emoties zijn meestal intense en onmiddellijk zijn. Ze hebben invloed op ons gedrag en onze beslissingen (Pulcini, 2015). Een emotie wordt vaak omschreven als een onbewuste actie, daar waar een gevoel de bewuste tegenhanger is (Tsuchiya & Adolphs, 2007). Een gevoel wordt omschreven als minder intense en kan voorkomen uit de verwerking van emoties en ervaringen. Gevoelens zijn daarmee van duurzamere omvang (Jiménez-Herrera et al., 2020).

Het inwisselen van gevoel en emotie door verpleegkundigen bij het omschrijven van veiligheid, kan gesteld worden dat tijdens het interview er geen sprake was van een actieve emotie bij het omschrijven van onveilige situaties. De verpleegkundigen konden door de vragen echter wel een bewust gevoel oproepen bij het omschrijven van veiligheid door een reactie op een specifieke situatie te herleven. Emoties zijn in het moment richtinggevend voor verpleegkundigen, denk hierbij aan een boze reactie op onbegrepen gedrag van een cliënt of juist verdrietig of bang. Waar het gevoel juist de omschrijving van deze betreffende situatie zal zijn. Door het vragen naar wat verpleegkundigen zien als onveilig, kan daarom verklaard worden waarom het woord gevoel gebruikt wordt.

De afstand tot het onderwerp werd ook gevonden in de interviews, doordat er door verpleegkundigen veelal over andere werd gesproken in plaats van over de geïnterviewde verpleegkundige zelf. Deze afstand kan een teken zijn dat de verpleegkundige minder het emotionele aspect van veiligheid meenam in de beschrijving van veiligheid. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het besef, vergelijkbaar met 'embodied care' nog onvoldoende aanwezig is bij de geïnterviewde verpleegkundigen.

Het aspect van lichamelijke kwam ook sterk terug in de omschrijving van onveilige situaties door verpleegkundigen. De verpleegkundigen stelde, indirect, dat wanneer ze fysiek sterker waren ze zich ook minder snel onveilig voelde in de omgang met onbegrepen gedrag. Deze combinatie vanuit theorie en empirie ondersteunt dat lichamelijke een cruciale rol speelt in de beleving van veiligheid voor verpleegkundigen in de thuissituatie.

5.1.2 Praktijken en veiligheid binnen de thuiszorgpraktijk

De notie van praktijken is van belang bij het kijken naar veiligheid voor verpleegkundigen in de thuiszorg, dit omdat zowel op basis van de interviews als de literatuur de notie van contexten zeer belangrijk blijkt te zijn. De verpleegkundigen benoemde dat de thuiszorg een andere context betrof dan een intramurale setting, waardoor ondersteuning op het gebied van veiligheid andere

aandachtspunten nodig heeft. Passende ondersteuningsmaatregelen is het van belang dat verpleegkundigen zelf meedenken in het ontwikkelen van deze maatregelen, om deze te laten aansluiten op de belevingswereld van de verpleegkundigen. Echter kwam het vanuit de interviews naar voren dat dit nog niet het geval is. Verpleegkundigen stelde in de interviews dat ze niet altijd de veiligheid binnen de structuren van de thuiszorg voelde om gevoelens van onveiligheid te delen met hun collega's.

5.2. Tegendenken: Het uitdagen van bestaande normen en praktijken

Bij het tegendenken wordt er kritisch gekeken naar bestaande inzichten voor actoren binnen een bepaalde situatie. In deze paragraaf wordt er gekeken naar de gevonden structuren de impliciet of expliciet naar voren zijn gekomen op basis van het theoretisch en/of empirisch onderzoek. Allereerst kan, kijkend naar voorgaande paragraaf waarin geconcludeerd werd dat er sprake was van een overlap in de gevonden thema's en de 'critical insights'. De overlap in 'critical insights' en de gevonden thema's kunnen verklaard worden vanuit het feit dat er gebruik is gemaakt van definities van het concept veiligheid die in de dagelijkse leefwereld worden gebruikt. Hierdoor is er een grote kans dat deze aspecten ook terug komen in gesprekken met verpleegkundige over veiligheid, door de bestaande structuren waarover over veiligheid wordt gesproken.

5.2.1. Machtsdynamieken

De machtsdynamieken binnen een zorgorganisatie kunnen ervoor zorgen dat er een cultuur ontstaat waarin de veiligheid van verpleegkundigen niet voldoende erkend wordt. In verschillende antwoorden van de geïnterviewde verpleegkundigen kwam een mate van een machtsverhouding terug. Er werd gevonden dat er sprake was van een hiërarchisch verschil tussen wijkverpleegkundigen, die niet standaard op routes liepen, en verpleegkundigen die wel in de dagelijkse zorg werkten. Door jonge verpleegkundigen werd aangegeven dat ze het een drempel vonden om te melden dat ze zich onveilig hebben gevoeld in een bepaalde situatie, en hierdoor te lang door hebben gelopen. Het machtsverschil komt naar voren in het feit dat wijkverpleegkundigen veelal de routes bepalen en daarmee in positie zijn om te bepalen wie naar welke cliënt gaat. Op deze manier heeft deze verpleegkundigen de macht om wel of niet zichzelf of collega's in potentiële onveilige situaties te plaatsen.

Wijkverpleegkundigen moeten zich bewust zijn van de positie die zij innemen en daarmee een morele verantwoordelijkheid hebben voor hun goede zorg en ondersteuning te bieden. In overeenstemming met de theorie van Tronto(1993) is aan de wijkverpleegkundigen om 'taking care of' verpleegkundigen in de wijk. Daarnaast komt naar voren dat verpleegkundigen een drempel ervaren in het aangeven van onveilige situaties. Om te voorkomen dat verpleegkundigen zich niet gezien worden is het aan de wijkverpleegkundigen om extra aandacht te voorzien aan deze verpleegkundigen 'caring about' (Tronto, 1993). Het negeren van deze verantwoordelijkheid en aandacht, behorend bij de

machtsstructuren binnen de thuiszorg, kunnen ervoor zorgen dat er geen goede zorg geleverd kan worden aan de verpleegkundigen in de wijk.

5.2.2. Normaliseren van onveiligheid

Op basis van de interviews kwamen een bepaalde verwachtingspatronen naar voren. Het betrof de verwachting dat een mate van onveiligheid bij het vak van verpleegkundige hoorde. De strekking betrof dat verpleegkundige mensen niet aan hun lot over konden halen en dat het er in een vorm bij hoort doordat verpleegkundigen nu eenmaal niet goed zouden zijn om hun eigen grenzen aan te geven. De verwachting dat verpleegkundigen dit deden kon onder andere terug gevonden worden in het feit dat er gesproken werd dat een mate van onervarenheid ervoor zorgde dat een verpleegkundige zich onveilig voelde. Hiermee werd impliciet aangegeven dat het binnen de praktijk van de thuiszorg noodzakelijk is voor een verpleegkundige om eerst onveilig te voelen, zodat er geleerd kan worden om hiermee om te gaan.

Doordat verpleegkundigen zelf, impliciet, spreken over deze aspecten zorgt ervoor dat de machtsstructuren in stand worden gehouden. Pierre Bourdieu(1991), een Franse socioloog en filosoof, stelde dat taal niet alleen een middel is om te communiceren, maar dat het ook een instrument is om machtsstructuren in stand te houden. Door het gebruik van taal worden sociale normen en verwachting bevestigd, versterkt en in stand gehouden. In het geval van de verpleegkundigen in de thuiszorg, houden ze zelf in stand dat onveiligheid genormaliseerd en verwacht wordt. Er wordt door de verpleegkundigen gesproken over anderen die er 'nog' niet mee om kunnen gaan. Hiermee wordt er onbewust macht uitgeoefend op jonge verpleegkundigen die nog geen ervaren hebben met onbegrepen gedrag of hier minder goed mee om kunnen gaan. De normalisering van onveiligheid zorgt ervoor dat de noodzaak voor actie ontbreekt.

In de normalisering van onveiligheid lijkt ook een stukje beroepsverwachting van professionals terug te komen. Van een professionele verpleegkundige lijkt verwacht te worden dat ze om kan gaan met onveiligheid. Doordat verpleegkundigen dit naar elkaar lijken te doen is er sprake van een mate van het reproduceren van deze normen en verwachtingen. Het reproduceren van deze normen en verwachtingen, binnen een structuur van een organisatie, de thuiszorg, komt overeen met de theorie van E. Freidson(Larson, 2003). Echter daarin tegen stelt Freidson het positief. In de vorm dat professionals in staat zijn om het publieke belang te dienen aan de hand van de kennis die ze bezitten. Deels zien we dit terug komen doordat verpleegkundigen door middel van ervaring in staat is om te gaan met onbegrepen gedrag. Hiervoor is het noodzakelijk dat verpleegkundigen elkaar onderling ondersteunen en tips geven in de omgang met onbegrepen gedrag.

Een andere optie zou zijn om te pleiten voor interdisciplinaire samenwerking. Abma(2011) stelt dat disciplines vaak vast zitten in hun eigen kaders. Hij stelt dat andere disciplines noodzakelijk zijn om de bestaande structuren te doorbreken en complexe problematiek, zoals de omgang met onbegrepen gedrag in de thuissituatie, op te lossen. Hierbij gaat het volgens hem niet alleen over het delen van kennis, maar over de mate van het kritisch kijken naar het eigen handelen en reflectie. Samenwerking met andere disciplines kan een oplossing zijn voor de verpleegkundigen in de wijk om los te komen van de bestaande verpleegkundige structuren en bijbehorende verwachtingen.

5.3.Omdenken

Als laatste is er gekeken naar het omdenken. Tijdens het omdenken wordt er geprobeerd het bestaande probleem, in dit geval onveiligheid onder verpleegkundigen in de thuiszorg, op een innovatieve manier te herformuleren om tot een nieuwe oplossing te komen(Vosman, 2017).

5.3.1. Herdefiniëren van veiligheid

We hebben gezien dat er vele verschillende definities zijn van veiligheid. Zoals we zagen zijn deze veelal gefocust op fysieke en emotionele veiligheid. Op basis van bovenstaande kan geconcludeerd worden dat de definities onvoldoende het probleem omvatten. Het is daarom van belang om veiligheid meer holistische te benaderen. Dit houdt in dat veiligheid meer als een collectieve verantwoordelijkheid moet worden gezien. Verpleegkundigen, zorgorganisaties en beleidsmakers moeten gezamenlijk werken om een definitie te vormen, die ook deze gezamenlijke verantwoordelijkheid meeneemt. Net als dat cliënt en patiënt veiligheid vanuit een holistische en gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt benaderd(World Health Organization, 2023). Is een vergelijkbare definitie ook noodzakelijk voor de verpleegkundigen die de zorg verlenen.

Door de holistische benadering wordt eveneens voorkomen dat onveiligheid als iets wordt opgevat dat bij het beroep van verpleegkundigen hoort. Hiermee is het van belang om binnen de organisatie mechanismen voor feedback te organiseren voor onveilige situaties, zonder dat deze afhankelijk zijn van hiërarchische structuren. Het gaat erbij dat verpleegkundigen ook niet aangekeken worden op het moment dat er sprake is van dat ze zich onveilig voelen. Zoals benoemd in de statement van International Council of Nurses(International Council of Nurses, 2021). Hierin wordt opgenomen dat respectvolle en ethische interacties binnen de zorg van belang zijn voor cliënt- en patiëntveiligheid. Eén van de aspecten die wordt benoemd is het niet kwalijk nemen van verpleegkundigen bij incidenten of bijna incidenten.

5.3.2. Empoweren van verpleegkundigen

Gezien het feit dat de verpleegkundigen zelf voor een deel verantwoordelijk zijn voor het in stand houden van onveilige systemen is het van belang om ze te empoweren. Terugkomend op de theorie

van Freidson(Larson, 2003) en Abma(2011) stellen beide auteurs dat het van belang is dat professionals, verpleegkundigen in dit geval, naast het toepassen van hun kennis ook reflecteren op ethische implicaties van hun handelen en hierbij kritisch kijken naar hun integer handelen. Het gaat dus niet alleen om het technisch bekwaam zijn, maar ook sociaal en moreel verantwoord. Voor de verpleegkundigen in de wijk betekent dit dat ze er sprake moet zijn van een mate van bewustzijn welke structuren in stand houden en hier kritisch naar kunnen kijken. Het gaat niet om alleen een training aanbieden op technische gebied, maar ook in de omgang naar elkaar. Hierin komt ook de structuur van het teamgevoel terug, waarin jongeren verpleegkundigen aangaven niet goed te durven stellen dat ze zich onveilig voelde in een situatie.

Een andere benadering richt zich op het empowerment van verpleegkundigen. Dit betekent dat verpleegkundigen de ruimte krijgen om hun eigen grenzen en behoeften te herkennen en deze effectief te communiceren. Het ontwikkelen van ondersteunende systemen en beleidsmaatregelen kan hen in staat stellen actief bij te dragen aan de vormgeving van hun werkomgeving, wat kan bijdragen aan een cultuur van veiligheid en welzijn. Het bevorderen van empowerment omvat ook het aanbieden van relevante trainingen en educatie, zodat verpleegkundigen de vaardigheden ontwikkelen die nodig zijn voor het omgaan met onbegrepen gedrag en onveilige situaties. Zorgorganisaties moeten daarnaast mechanismen inrichten om initiatieven en bijdragen van verpleegkundigen op het gebied van veiligheid en kwaliteit van zorg te erkennen en te belonen.

5.4.Conclusie

In dit hoofdstuk is de zorgethische analyse behandeld, dit is gedaan aan de hand van zorgethische trias, meedenken- tegendenken en omdenken. Met als doel om antwoord te geven op de laatste deelvraag: *Welke inzichten worden er verkregen bij het samenbrengen van zorgethische inzichten en de inzichten vanuit verpleegkundige over veiligheid en wat zegt dit over goede zorg voor verpleegkundige in de thuissituatie?*

Meedenken heeft aangetoond dat de beleving van veiligheid door verpleegkundigen sterk verweven is met lichamelijke en de context van hun praktijk. De ervaringen van veiligheid blijken niet alleen emotioneel en fysiek van aard, maar ook contextueel bepaald. Verpleegkundigen voelen zich vaak onveilig door een gebrek aan fysieke kracht en ervaren een cultuur waarin het delen van gevoelens van onveiligheid beperkt is.

Tegendenken heeft blootgelegd hoe bestaande machtsdynamieken en normalisering van onveiligheid bijdragen aan de instandhouding van problematische situaties. Machtsstructuren binnen de zorgorganisatie beïnvloeden hoe veiligheidskwesties worden behandeld en kunnen bijdragen aan het

verbergen of minimaliseren van veiligheidsproblemen. Deze structuren creëren een norm waarbij onveiligheid als inherent aan de zorg wordt beschouwd, wat de bereidheid om veranderingen door te voeren ondermijnt.

Omdenken heeft een herdefiniëring van veiligheid voorgesteld die verder gaat dan fysieke en emotionele veiligheid, naar een holistische benadering van veiligheid als een collectieve verantwoordelijkheid. Dit omvat het bevorderen van een cultuur waarin verpleegkundigen worden empowered om grenzen te stellen en onveilige situaties te melden zonder angst voor repercussies. Het pleidooi voor meer integrale feedbackmechanismen en empowerment benadrukt dat veiligheid niet alleen een individuele verantwoordelijkheid is, maar een gezamenlijke taak die de betrokkenheid van verpleegkundigen, zorgorganisaties en beleidsmakers vereist.

Samenvattend toont de zorgethische analyse dat goede zorg voor verpleegkundigen in de thuissituatie niet alleen afhangt van technische competentie, maar ook van een cultuur die veiligheid omarmt als een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Het vraagt om een verschuiving in hoe veiligheid wordt gedefinieerd en aangepakt, waarbij empowerment van verpleegkundigen en het doorbreken van schadelijke machtsdynamieken centraal staan.

6. Discussie

In dit hoofdstuk worden de bevinden van dit onderzoek geëvalueerd, met speciale aandacht voor de beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek. Het hoofdstuk sluit af met een conclusie en de implicaties voor de praktijk. Deze implicaties komen voort uit de verkregen inzichten binnen dit onderzoek waardoor wordt verwacht dat deze een positieve bijdragen leveren aan het verbeteren van de zorgkwaliteit en het optimaliseren van veiligheidsmaatregelen voor verpleegkundigen die te maken hebben met onbegrepen gedrag van zorgvragers. Hiermee wordt antwoord gegeven op welke manier er goede zorg verleend kan worden aan verpleegkundigen werkzaam in de wijk. Echter, het onderzoek kent ook enkele beperkingen die in overweging moeten worden genomen voor vervolgonderzoek en praktijkimplementatie.

6.1. Beperkingen van het onderzoek

Zoals met elk onderzoek, zijn er beperkingen die invloed kunnen hebben op de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de bevindingen. Deze beperkingen moeten worden overwogen bij het interpreteren van de resultaten en bij het plannen van toekomstig onderzoek.

Een van de belangrijkste beperkingen van dit onderzoek is de beperkte steekproefomvang. Deze beperkte steekproefomvang kan de representativiteit van de resultaten beïnvloeden. Een grotere steekproef zou mogelijk een breder scala aan ervaringen en perspectieven bieden, wat zou kunnen bijdragen aan een robuuster en betrouwbaarder beeld van de situatie. Voor toekomstig onderzoek is het aan te raden om een grotere en representatieve steekproef van verpleegkundigen te rekruteren, met een nadruk op variabiliteit in ervaring, leeftijd en wooncontext. De gemiddelde leeftijd van de verpleegkundigen in deze studie was relatief laag in vergelijking met de gemiddelde leeftijd van verpleegkundigen in de algemene populatie. Dit kan van invloed zijn op de resultaten, aangezien jongere verpleegkundigen mogelijk andere opvattingen en ervaringen hebben dan oudere collega's. Bovendien kan de beperkte werkervaring van de deelnemers ook van invloed zijn op de bevindingen. Eén van de resultaten liet zien dat meer ervaren verpleegkundigen of ouderen andere perspectieven hebben op de omgang met onbegrepen gedrag. Daarom zou toekomstig onderzoek moeten proberen een steekproef van grotere diversiteit te vertonen. Op deze manier kan er een beter beeld worden verkregen rondom de ervaren veiligheid van verpleegkundigen in de wijk.

Tijdens de analyse werd opgemerkt dat er een verschil was in de ervaringen en opvattingen van verpleegkundigen die volledig in de wijk werkte versus diegene die niet standaard in de wijk werkten. Verpleegkundigen die niet regelmatig in de wijk werkten, werden aanzienlijk minder blootgesteld aan situaties met onbegrepen gedrag. Dit verschil kan van invloed zijn op de resultaten, aangezien de omvang met onbegrepen gedrag afhankelijk is van de frequentie en aard van onbegrepen gedrag. Voor

toekomstig onderzoek zou het nuttig zijn om specifiek te richten op verpleegkundigen die dagelijks in de wijk werken en regelmatig te maken hebben met onbegrepen gedrag. Dit zou helpen om een gedetailleerder en relevanter beeld te verkrijgen van hun veiligheidsbehoeften en ervaringen.

Dit onderzoek richtte zich niet specifiek op een specifieke cliëntengroep. Onbegrepen gedrag kan sterk variëren afhankelijk van het type zorgvrager, de aard van de zorg en de specifieke omstandigheden waaronder de zorg verleend wordt. Denk hierbij aan specifieke wijken waarin de werk omstandigheden voor verpleegkundige kunnen bijdragen aan het gevoel van onveiligheid. Of de diversiteit in ziektebeelden en uitingen van onbegrepen gedrag. Toekomstig onderzoek zou zich moeten focussen op een bredere reikwijdte van zorgcontexten, specifieke zorgvragers of uitingen van onbegrepen gedrag. Op deze manier kan er een completer inzicht verkregen worden in de uitdagingen en behoeftes van verpleegkundigen in diverse situaties.

Dit onderzoek heeft een kwalitatief design gevolgd. Door het kwalitatieve design zijn er waarde volle inzichten verkregen, maar kan de data onder heven zijn aan interpretatiebias en beperkte generaliseerbaarheid. Toekomstig onderzoek zou kunnen profiteren van een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methode om de bevindingen te trianguleren en de validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten.

6.2. Conclusie en aanbevelingen

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit onderzoek. De hoofdvraag luidde als volgt: *Hoe kunnen zorgethische inzichten en de praktijkervaringen van verpleegkundigen in de thuiszorg gezamenlijk bijdragen aan het verbeteren van de zorgkwaliteit en het optimaliseren van veiligheidsmaatregelen voor verpleegkundigen die te maken hebben met onbegrepen gedrag van zorgvragers?* Door de integratie van zorgethische principes met praktijkervaringen en opvattingen van verpleegkundige is naar voren gekomen waar de hiaten liggen in de zorg voor deze verpleegkundigen.

Door een toename van de mate van onbegrepen gedrag in de thuissituatie, door de toename van mensen met dementie en het overheidsbeleid gericht op het langer thuis blijven wonen van mensen met dementie, verstandelijke beperking en psychische achtergrond, zijn de uitkomsten van dit onderzoek zeer relevant voor de toekomst.

Een kernbevinding van dit onderzoek is het inzicht dat veel bestaande structuren en werkwijzen in de thuiszorg door verpleegkundigen zelf in stand worden gehouden. Hierdoor is het noodzakelijk dat verpleegkundigen zich zelf bewust worden van hun rol binnen deze structuren en de mogelijkheid die ze hebben om deze patronen te doorbreken. Door verpleegkundigen te helpen begrijpen hoe hun acties, woorden en beslissingen bijdragen aan het behoud of doorbreken van bepaalde structuren,

kunnen zij effectievere maatregelen ontwikkelen die zowel hun eigen veiligheid als het veiligheidsgevoel van collega's kunnen vergroten. Verpleegkundigen moeten worden aangemoedigd om kritisch en reflectief naar hun eigen rol en invloed te kijken in het gehele werkproces van de thuiszorg, zowel bij de cliënt als in de samenwerking. Door hier meer aandacht aan te besteden in teamverband, opleidingen of tijdens trainingen.

Vanuit deze thesis is naar voren gekomen dat veiligheidsmaatregelen niet alleen technische oplossingen vereisen, maar ook een sterke focus moeten hebben op het empowerment van verpleegkundigen. Dit empowerment moet zowel op individueel niveau als in teamverband plaatsvinden. Verpleegkundigen moeten actief betrokken worden bij de ontwikkeling en implementatie van veiligheidsprotocollen. Door hun praktijkervaringen en deskundigheid te benutten, kunnen protocollen beter worden afgestemd op de realiteit van hun dagelijkse praktijk van de thuiszorg en de specifieke behoeften van de verpleegkundigen. Op landelijk niveau wordt er door verpleegkundigen al meegedacht bij de ontwikkelingen van richtlijnen, daar is het onderwerp van deze thesis een voorbeeld van (V&VN & ZonMw, 2022). Echter is er nog onvoldoende inspraak en zeggenschap door verpleegkundigen op het beleid dat hun dagelijkse praktijk vorm geeft binnen organisaties (Lingsma, 2022). Door verpleegkundigen actief mee te nemen in de ontwikkeling van richtlijnen passend bij hun team en omstandigheden, zal dit naar waarschijnlijkheid leiden tot een groter gevoel van eigenaarschap en betrokkenheid onder verpleegkundigen in de thuiszorg voor de procedures. Daarop volgend zal het leiden tot meer praktische en effectievere oplossingen. Hierdoor wordt er niet alleen goed voor de verpleegkundigen gezorgd, maar zal het ook leiden tot een toename van de kwaliteit van zorg voor cliënten met onbegrepen gedrag.

Een andere belangrijke bevinding is dat organisatorische factoren een cruciale rol spelen bij het verbeteren van veiligheidsmaatregelen. Het onderzoek wijst uit dat teamdynamiek en sociale factoren invloed hebben op het gevoel van veiligheid van verpleegkundigen. Het is belangrijk dat zorgorganisaties zich richten op het creëren van een positieve en ondersteunende werkcultuur. Dit omvat het bevorderen van open communicatie over veiligheidskwesties en het bieden van ruimte voor verpleegkundigen om hun zorgen en gevoelens van onveiligheid te uiten. Het bevorderen van een cultuur van openheid en ondersteuning binnen teams is cruciaal om een veilige werkomgeving te waarborgen.

Een ander belangrijk aspect is het belang van gerichte training. Verpleegkundigen moeten worden voorzien van de juiste vaardigheden en kennis om effectief om te gaan met uitdagende situaties en onbegrepen gedrag. Dit betekent dat training niet alleen technische aspecten moet omvatten, maar ook gericht moet zijn op het versterken van communicatieve en interpersoonlijke vaardigheden. Het investeren in training kan bijdragen aan een veilige werkomgeving door verpleegkundigen beter voor

te bereiden op de complexiteit van hun werk en hen te ondersteunen bij het beheren van stress en emotionele belasting.

Bovendien moeten zorgorganisaties investeren in voortdurende professionele ontwikkeling en bijscholing van hun medewerkers. Dit kan door het aanbieden van regelmatige workshops, trainingen en intervisiebijeenkomsten waarin verpleegkundigen hun ervaringen kunnen delen en van elkaar kunnen leren. Door een cultuur van voortdurende leerprocessen en feedback te bevorderen, kunnen verpleegkundigen beter worden voorbereid op de uitdagingen die ze tegenkomen en kunnen zij bijdragen aan het ontwikkelen van effectieve veiligheidsmaatregelen.

De implementatie van technologie kan ook een belangrijke rol spelen bij het verbeteren van veiligheidsmaatregelen. Het gebruik van mobiele applicaties en andere technologische hulpmiddelen, zoals een paniekknop of GPS-tracker, kan verpleegkundigen helpen bij het snel en effectief communiceren met collega's in noodsituaties. Dit kan bijdragen aan een snellere respons en een verbeterd gevoel van veiligheid.

In conclusie, het combineren van zorgethische inzichten met praktijkervaringen heeft inzicht gegeven op welke manier er zorg geboden kan worden voor verpleegkundigen werkzaam binnen de wijkverpleging op het gebied van veiligheid in de omgang met onbegrepen gedrag. De uitkomsten zijn aanbevelingen gericht op bewustwording, empowerment, betrokkenheid bij beleidsontwikkeling, aandacht voor organisatorische factoren en gerichte trainingen. Door deze aanbevelingen te implementeren, kunnen zorgorganisaties een veiligere en effectievere werkomgeving creëren voor verpleegkundigen werkzaam in de wijk, wat essentieel is voor het bieden van goede zorg aan zowel verpleegkundigen als aan zorgvragers in de thuissituatie.

7. Literatuur

- Abma, R. (2011). *Over de grenzen van disciplines*. Uitgeverij Vantilt.
- Actieplan Veilig werken in de zorg. (n.d.).
- Banerjee, S., Smith, S. C., Lamping, D. L., Harwood, R. H., Foley, B., Smith, P., Murray, J., Prince, M., Levin, E., Mann, A., & Knapp, M. (2006). Quality of life in dementia: More than just cognition. An analysis of associations with quality of life in dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *77*(2), 146–148. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2005.072983>
- Baur, V., van Nistelrooij, I., & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *20*, 483–493.
- Blando, J. D., O'Hagan, E., Casteel, C., Nocera, M. A., & Peek-Asa, C. (2013). Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety. *Journal of Nursing Management*, *21*(3), 491–498. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01416.x>
- Botelle, R., & Willott, C. (n.d.). Birth, attitudes and placentophagy: a thematic discourse analysis of discussions on UK parenting forums. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2824-3>
- Bourdieu, P. (1991). *Language and Symbolic power*. Harvard University Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Byon, H. Do, Liu, X., Crandall, M., & Lipscomb, J. (2020). Understanding Reporting of Type II Workplace Violence Among Home Health Care Nurses. *Workplace Health and Safety*, *68*(9), 415–421. <https://doi.org/10.1177/2165079920910758>
- CBS. (2019). *Werknemersenquête zorg en welzijn 2019*.
- Cresswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches*.
- Doormaal, van, A., & Bezemer, M. (2019). Gedragsproblemen bij dementie: analyseer en anticipeer! *Bijblijven*, *35*, 56–64.
- Doyle, L., & Brady, A. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing*, *5*, 443–455. <https://doi.org/10.1177/1744987119880234>
- EU. (n.d.). *General Data Protection Regulation*.
- Fisher, A. Stuart., & Thompson, James. (2020). *Performing care : New perspectives on socially engaged performance*. Manchester University Press.
- Gedragscode Gezondheidsonderzoek. (n.d.).
- Gee, J. P. (2014). *An Introduction to Discourse Analysis. Theory and Method* (4th ed.). Routledge.

- Gitlin, L. N. (2012). Good News for Dementia Care Caregiver Interventions Reduce Behavioral Symptoms in People With Dementia and Family Distress. *The American Journal of Psychiatry*, 169(9), 894–897.
- Hamington, M. (2012). Care ethics and corporeal inquiry in patient relations. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(1), 52–69. <https://doi.org/10.2979/intjfemappbio.5.1.52>
- Hanson, G. C., Perrin, N. A., Moss, H., Laharnar, N., & Glass, N. (2015). Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-014-1340-7>
- Hoe, J., Trickey, A., & McGraw, C. (2022). Caring for people living with dementia in their own homes: A qualitative study exploring the role and experiences of registered nurses within a district nursing service in the UK. *International Journal of Older People Nursing*, 18(1), 1–13. <https://doi.org/10.1111/opn.12491>
- Holloway, I., & Galvin, K. (2017). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (4th ed.). Wiley Blackwell.
- Holst, A., & Skär, L. (2017). Formal caregivers' experiences of aggressive behaviour in older people living with dementia in nursing homes: A systematic review. *International Journal of Older People Nursing*, 12(4). <https://doi.org/10.1111/opn.12158>
- Hutchings, D., Lundrigan, E., Mathews, M., Lynch, A., & Goosney, J. (2011). Keeping community health care workers safe. *Home Health Care Management and Practice*, 23(1), 27–35. <https://doi.org/10.1177/1084822309360383>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN COde of Ethics for Nurses*.
- Jiménez-Herrera, M. F., Llauradó-Serra, M., Acebedo-Urdiales, S., Bazo-Hernández, L., Font-Jiménez, I., & Axelsson, C. (2020). Emotions and feelings in critical and emergency caring situations: A qualitative study. *BMC Nursing*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00438-6>
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ (Online)*, 350, 1–16. <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>
- Kang, Y., Hur, Y., Tuckett, G., & Tchounwou, P. B. (2021). Nurses' Experience of Nursing Workload-Related Issues during Caring Patients with Dementia: A Qualitative Meta-Synthesis. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910448>
- Kittay, E. F. (1999). *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*. Routledge .
- Langenberg, H., Melder, C., & Peters, M. J. (2023). Arbeidsmarktprofiel van zorg en welzijn in 2022. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2023/arbeidsmarktprofiel-van-zorg-en-welzijn-in-2022/3-zorgmedewerkers>
- Larson, M. S. (2003). Professionalism: The Third Logic (review). *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), 458–462. <https://doi.org/10.3946/kjme.2008.20.3.276>

- Leget, C., Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2019). Beyond demarcation: Care Ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1), 17–25.
<https://doi.org/10.1177/0969733017707008>
- Lingsma, T. (2022, June). Zeggenschap van verpleegkundigen en verzorgenden. ZonMw.
<https://www.zonmw.nl/nl/artikel/zeggenschap-van-verpleegkundigen-en-verzorgenden>
- Loi, S. M., & Lautenschlager, N. T. (2017). Investigating the current methods of assessing behavioral and psychological symptoms in residential aged care facilities in a metropolitan city. *International Psychogeriatric Association*, 29(5), 855–858.
<https://doi.org/10.1017/S104161021600226X>
- Mackay, I., Paterson, B., & Cassells, C. (2005). Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: Nurses' perceptions of the rules of engagement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(4), 464–471.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00867.x>
- Markkanen, P., Galligan, C., & Quinn, M. (2017). Safety risks among home infusion nurses and other home health care providers. *Journal of Infusion Nursing*, 40(4), 215–223.
<https://doi.org/10.1097/NAN.0000000000000227>
- Morphet, J., Griffiths, D., Plummer, V., Innes, K., Fairhall, R., & Beattie, J. (2014). At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: Perspectives of Australian emergency nurses. In *Australian Health Review* (Vol. 38, Issue 2, pp. 194–201). CSIRO.
<https://doi.org/10.1071/AH13189>
- Müller-Spahn, F. (2003). Dialogues in Clinical Neuroscience Behavioral disturbances in dementia. *Clinical Neuroscience*, 5(1), 49–59. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2003.5.1/fmuellerspahn>
- National Dementia Strategy 2021 - 2030. (2021).
- Nobili, A., & Riva, E. (2004). The Effect of a Structured Intervention on Caregivers of Patients With Dementia and Problem Behaviors. A Randomized Controlled Pilot Study. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 18(2), 75–82.
- Onderzoeksraad voor Veiligheid. (n.d.). Veiligheid vergroten door onderzoek. Retrieved February 16, 2024, from <https://onderzoeksraad.nl/>
- Opties Om de Loonkloof Binnen Zorg En Welzijn Te Dichten, 1 (2024). www.rijksoverheid.nl
- Oxford Dictionary. (n.d.). "Safety." Retrieved August 16, 2023, from <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/safety>
- Pijnenburg, M., & Leget, C. (2004). Aggressie in het ziekenhuis. Ethische aspecten van ondervinden, reageren en voorkomen. Damon.
- Prins, M., van Asch, I., Willemse, B., & Pot, A. M. (2019). Begeleiden van onbegrepen gedrag bij dementie thuis. Een methodiek voor casemangers. *Denkbeeld*, 26–28.
- Programma Langer Thuis - Plan van aanpak 2018-2021. (2018).

- Pulcini, E. (2015). What Emotions Motivate Care? In *Emotion Review* (Vol. 9, Issue 1, pp. 64–71). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/1754073915615429>
- Rapaport, P., Livingston, G., Hamilton, O., Turner, R., Stringer, A., Robertson, S., & Cooper, C. (2018). How do care home staff understand, manage and respond to agitation in people with dementia? A qualitative study. *BMJ Open*, 8(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022260>
- Remington, R., Abdallah, L., Melillo, K. D., & Flanagan, J. (2006). Managing Problem Behaviors Associated with Dementia. *Rehabilitation Nursing*, 31(5), 186–192. <https://doi.org/10.1002/J.2048-7940.2006.TB00134.X>
- Rijksoverheid. (n.d.). Veiligheid in de zorg. Retrieved February 16, 2024, from <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/veiligheid-in-de-zorg>
- RIVM. (n.d.). Nationale Veiligheid. Retrieved February 16, 2024, from <https://www.rivm.nl/nationale-veiligheid>
- Ruco, A., Nichol, K., Edwards, B., Roy, M., Morgan, D., Holness, D. L., & McKay, S. (2022). Spot It, Prevent It: Evaluation of a Rapid Response Algorithm for Managing Workplace Violence Among Home Care Workers. *Workplace Health and Safety*, 70(11), 493–499. <https://doi.org/10.1177/21650799221110891>
- Schokkende cijfers ongewenst gedrag in de zorg. (2019). V&VN.
- Tronto, J. (2013). *Caring democracy*.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries; a political argument for an ethic of care*. Routledge Taylor & Francis Group.
- Tsuchiya, N., & Adolphs, R. (2007). Emotion and consciousness. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(4), 158–167. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2007.01.005>
- Van Dale Online. (n.d.). Betekenis “veiligheid.” Retrieved October 16, 2023, from Oxford Dictionary
- Vektis. (2022). Facsheet Dementie 2021. <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-dementie>
- Verenso. (2018). *Probleemgedrag bij mensen met dementie*.
- Volicer, L. (2018). Behavioral Problems and Dementia. In *Clinics in Geriatric Medicine* (Vol. 34, Issue 4, pp. 637–651). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.009>
- Vooral verpleegkundigen slachtoffer van geweld. (2006). *Critical Care*, 3, 40. <https://doi.org/10.1007/BF03063098>
- Vosman, M. (2017, April 28). We should look for fellow travelers. *Ethics of Care*. <https://ethicsofcare.org/look-fellow-travelers/>
- V&VN, & ZonMw. (2022). *Onbegrepen gedrag in de thuissituatie*.
- Wijngaart, M. A. G. V. Den, Vernooij-Dassen, M. J. F. J., & Felling, A. J. A. (2007). The influence of stressors, appraisal and personal conditions on the burden of spousal caregivers of persons with dementia. *Aging and Mental Health*, 11(6), 626–636. <https://doi.org/10.1080/13607860701368463>

- Wolf, L. A., Perhats, C., Delao, A. M., & Clark, P. R. (2017). Workplace aggression as cause and effect: Emergency nurses' experiences of working fatigued. *International Emergency Nursing*, 33, 48–52. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.10.006>
- World Health Organization. (2023, September 11). Patient safety. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- World Medical Association. (n.d.). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.
- Yous, M. L., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Martin, L. S. (2019). Nurses' Experiences in Caring for Older Adults With Responsive Behaviors of Dementia in Acute Care. *SAGE Open Nursing*, 5, 1–15. <https://doi.org/10.1177/2377960819834127>
- Zhong, X. F., & Shorey, S. (2022). Experiences of workplace violence among healthcare workers in home care settings: A qualitative systematic review. In *International Nursing Review*. John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/inr.12822>