

De emotionele eigen(aardig)heid van zorgarbeid

Peggy De Prins

Gender en zorg zijn historisch nauw verweven; zorg wordt meestal geassocieerd met die taken die vrouwen van oudsher op zich namen of opgelegd kregen. Vrouwen leken hierdoor meer tijd te hebben voor zorg, daartoe beter uitgerust en/of er meer beschikbaar voor te zijn. Juist om die reden stelt de Britse zorgtheoretica Tronto (1993) dat zorgarbeid historisch zo geconstrueerd is, dat het is uitgesloten van het domein van de ‘echte’ arbeid. Het maakt geen deel uit van professionele arbeid, noch van industriële of kantoorarbeid. In deze bijdrage wordt aangegeven dat hierin – althans op discoursniveau – een kentering merkbaar is. Het afgelopen decennium krijgt zorg een veel bredere betekenis. Zorgarbeid wordt gedefinieerd als een werksoort waarin cognitie, vaardigheid en emotionaliteit nauw met elkaar verbonden zijn. Meer populair wordt zorg uitgedrukt als een samengaan van hoofd, handen en hart. In de erkenning van het emotionele karakter van het zorgberoep ligt een belangrijke basisschakel voor zowel de verdere beroepsontwikkeling als voor de ontwikkeling van een gericht HR-beleid op maat van de zorgberoepen. Het discours dat in het verlengde van deze stelling is ontwikkeld, wordt afgezet tegenover recent onderzoeksmateriaal afkomstig van een survey bij de verplegende en verzorgende beroepsgroep in Vlaamse verzorgings- en verpleegtehuizen. Deze praktijkconfrontatie maakt het mogelijk tot genuanceerde conclusies te komen met betrekking tot de eigen(aardig)heid en bijzonderheid van het (nog steeds overwegend vrouwelijke) zorgberoep binnen moderne zorgorganisaties.

Gender en zorg

Het zorgberoep als traditioneel vrouwenberoep wordt gekenmerkt door impliciete vaardigheden die vooral stilzwijgend blijven omdat de verwerving ervan niet, zoals erkende vakbekwaamheid, maatschappelijk georganiseerd is, maar voornamelijk in de privé-sfeer plaatsvindt (Onstenk, 1997, 43). Dit stilzwijgen wordt in talrijke actuele publicaties doorbroken. Eén van de stellingen hierin is dat binnen zorgactiviteiten

Dr. P. De Prins is doctor in de sociale wetenschappen en werkzaam als doctor-assistente bij de vakgroep Management binnen de faculteit Toegepaste Economische Wetenschappen van de Universiteit Antwerpen.

de handwerkzaamheden het meest duidelijk en herkenbaar zijn en zich bovendien meer lenen voor planning en prioriteitstelling. Zij vormen de basis én de legitimatie voor betaalde zorgarbeid. Dit neemt niet weg dat zorgprofessionals tijdens hun beroepsuitoefening te maken hebben met emotionele reacties en inspanningen die vaak onvoorspelbaar en daarom ook niet van tevoren in te plannen zijn. Ze vormen evenwel een even wezenlijk en essentieel onderdeel van zorg; het veronderstelt van zorgwerknemers dat zij zich een beroeps- of een organisatiespecifieke 'logica van het gevoel' eigen maken. Emotionele inspanningen en vaardigheden dienen dan ook als zodanig als 'zorgarbeid' zichtbaar gemaakt en erkend te worden. Door deze expliciete erkenning kan het hartaspect van zorgarbeid zich ontdoen van haar typisch voorbestemde vrouwelijke karakter.

Emotionele competentie

Emoties vormen in het verlengde hiervan de kern waaromheen vaardigheden en expertise kunnen worden ontwikkeld. Naast technische en cure-georiënteerde hand- en hoofdwerkzaamheden kunnen ook de hartwerkzaamheden worden benoemd. Hoewel dit type vaardigheid in de kwalificatie- of competentiediscussie nog weinig aandacht kreeg, vinden we een eerste aanzet hiertoe zeer expliciet terug bij Onstenk (1997, 104 e.v.). In zijn competentietypologie worden 'omgangsvaardigheden' voor beroepen waar met mensen wordt gewerkt, beschouwd als vakmatig. Ten onrechte, zo stelt de auteur, wordt vaak onvoldoende onderscheid gemaakt tussen een vakmatig deel, gericht op het object (de cliënt), en een arbeidsomgevingsdeel, gericht op coördinatie- en samenwerkingsverhoudingen. De complexiteit en de onzekerheid die het werken met mensen kenmerkt, maakt dat er een beroep wordt gedaan op specifieke omgangsvaardigheden. Deze vaardigheden zijn te beschouwen als vakmatig als ze noodzakelijk zijn in de directe taakuitvoering zelf; ze zijn nodig om adequaat om te gaan met (het probleem van) de hulpvrager of cliënt, vaak in combinatie met technische, administratieve en informatieverwerkingsvaardigheden. In het andere geval hebben sociaal-communicatieve competenties betrekking op het functioneren in de arbeidsomgeving met betrekking tot samenwerking en coördinerende en coöperatieve aspecten van de arbeid.

Professionalisering versus beroepsontwikkeling

Opmerkelijk is dat de erkenning van emotionele vaardigheden tevens zeer expliciet wordt bepleit in het huidige professionaliserings- of (liever) beroepsontwikkelingsdebat. Menig auteur (Parsons, 1986; Jolley, 1989; Porter, 1992; Grypdonck, 1992; Brouns e.a., 1995; White e.a. 1996; Boeije e.a., 1997) wijst erop dat professionalisering van het zorgberoep lange tijd vrijwel synoniem werd geacht met verwetenschappe-

lijking, vooral van de cure-dimensie van het werk. Deze eenzijdige functionele professionalisering betrof niet alleen de traditioneel medische (mannelijke) beroepen, maar beïnvloedde gaandeweg ook de ontwikkelingen in de traditionele vrouwenberoepen. Zo werd in de klassieke discussie over professionalisering van het verpleegkundig beroep als evident aangenomen dat het verwerven van een professionele status mogelijk en wenselijk was.

Om deze collectieve machtspositie te verwerven werd vooral gebruikgemaakt van zogenoemde 'kennismacht'. Een eigen domein en een eigen 'kennisgeheel' waren twee belangrijke interne ontwikkelingen die ten dienste moesten staan van het verwerven van autonomie. Los van de ontwikkeling van verpleegkundige diagnoses en wetenschappelijk getoetste verpleegkundige theorieën werd verwacht dat ze de eigen focus van de verpleegkundige zorg duidelijk maakten. De nadruk kwam te liggen op de objectieve wetenschappelijke kennis als basis voor het professioneel handelen (Grypdonck, 1992). De verwachting was dat dit de rationaliteit van het handelen zou bevorderen. In de literatuur wordt deze opvatting over verwetenschappelijking van de verpleegkundige praktijk geassocieerd met de geneeskunde en het medische model. Inhoudelijk verschillen verpleeg- en geneeskunde, maar formeel niet.

In de meer recente literatuur worden deze klassieke vormen van professionalisering via het medisch model sterk gerelativeerd, dan wel bekritiseerd. Relativisten nemen vooral het maatschappelijk en het strategisch streven naar meer autonomie en objectieve en exclusieve kennis op de korrel, terwijl critici naast een strategische vooral ook een inhoudelijke en ideologische heroriëntatie bepleiten. Volgens hen leidt de eenzijdige nadruk op de objectiveerbare, wetenschappelijke en methodische kennis tot een marginalisering van de emotionele of 'care'-kant van zorg. Zij stellen de wenselijkheid van gespecialiseerde, exclusieve kennis en statusverhoging dan ook sterk ter discussie. Deze zouden op gespannen voet staan met de oorspronkelijke en centrale zorgwaarden van het beroep. De gevolgen van deze eenzijdige accentuering zouden bijvoorbeeld blijken uit het feit dat bij de arbeidsdeling binnen zorgberoepen het integrale karakter van zorg wordt miskend en dat, zodra bezuinigingsdruk wordt ervaren, het emotionele aspect wordt teruggesluisd naar het onbetaalde domein. Sommigen spreken in die zin over 'deprofessionalisering' van zorgarbeid; het emotionele aspect wordt niet slechts losgekoppeld van de (feitelijke integrale) zorgarbeid, maar wordt als niet langer betaalde arbeid als zodanig ook minder gewaardeerd. Als oplossing wordt gepleit voor beroepsontwikkeling (verdeskundiging) in plaats van professionalisering van het zorgberoep langs de lijnen van het sociale, in plaats van het medische model van

zorg. In deze moderne beroepsopvatting wordt zowel formele kennis als praktijkervaring op waarde geschat. De termen competentie en expertise krijgen hierdoor een meer centrale betekenis en impliceren uitdrukkelijk de eerdergenoemde emotionele of omgangsvaardigheden.

HR-beleid = emo-beleid?

In de erkenning en expliciete typering van emotionele vaardigheden en expertise liggen tevens verschillende mogelijkheden en uitdagingen om een HR-beleid te ontwikkelen en te voeren gericht op de specifieke aard en het eigen karakter van het zorgberoep. Zo kan in het stresspreventiebeleid rekening worden gehouden met het specifiek belastende karakter van het emotionele werk. De basisaanname is dan dat emotioneel werk op zich potentieel belastend is, omdat het wordt geleverd in functie van behoeften van anderen waardoor de normale gang van zaken wordt onderbroken en waardoor er een cumulatie van negatieve emoties kan ontstaan. Toch heeft deze verbinding tot voor kort in slechts zeer weinig onderzoek als theoretisch uitgangspunt gediend. Bruynooghe e.a. (1994, 157) stellen hieromtrent het volgende: 'Onderzoekers hebben een kans laten liggen het emotionele werk, als één van de vormen die arbeidsinspanningen kunnen aannemen, als categorie uit de grijze schemerzone te halen.' Zij pleiten dan ook voor de benoeming van een specifieke emotionele belasting, die eigen is aan het verrichten van emotioneel werk en die voortvloeit uit het feit dat de aard van de inspanning precies emotioneel is. Men neemt aan dat dit een eigen karakter geeft aan de emotionele belasting.

Ook het in- en doorstroombeleid kan baat hebben bij de erkenning van vaardigheid en expertise als typisch emotioneel. Instroombeslissingen kunnen dan op meer dan alleen de direct nodige en de reeds verworven beroepskwalificaties stoelen. Idem dito voor de verdere doorstroming. Systematisch kan expertise in het omgaan met (de emoties van) cliënten of patiënten verder worden ontwikkeld en getraind. Hiermee wordt voorkomen dat de zorgwerknemers vastroesten in de kennis en vaardigheden die zij op een gegeven moment bezitten. De zorgorganisatie wordt op die manier mede verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de benodigde emotionele expertise, waardoor de continuering van de ruilrelatie binnen de organisatiemuren belangrijker wordt. Ook in termen van (multidisciplinair) teamwerk en verticale doorstroom naar leidinggevende functies biedt deze denkpijpe een positief perspectief. Omgangskompetenties, weliswaar in ruime zin te interpreteren, zijn ook op deze domeinen van cruciaal belang en kunnen in die zin 'strategisch' worden aangestuurd. Het hoeft ten slotte geen betoog dat ook horizontale loopbaaninitiatieven, alsmede initiatieven in het kader van een 'leeftijdsbewust personeelsbeleid', baat hebben bij een explicitering

en erkenning van emotionele vaardigheid. De vaak nagestreefde loopbaan van 'novice to expert' binnen het zorgberoep krijgt hierdoor een nieuwe en alternatieve invulling.

Onderzoek binnen Vlaamse verzorgings- en verpleeginstellingen

Welk empirisch draagvlak schraagt momenteel dit theoretische discours? Om op deze vraag een antwoord te geven beroepen we ons op de resultaten van een gekoppeld survey-onderzoek gehouden in het begin van het jaar 2000 in Vlaamse verzorgings- en verpleeginstellingen. Aan het onderzoek werkten in totaal 91 instellingsdirecties en 2426 verplegenden en verzorgenden mee. Directies vulden de organisatievragenlijst in, verplegenden en verzorgenden werkzaam in de instellingen vulden de personeelsvragenlijst in. Zowel in de constructie van de vragenlijsten als in de latere interpretatie van de gegevens fungeerden de concepten van emotioneel werk, emotionele belasting en expertise als belangrijke insteek. De non-respons op organisatieniveau was minimaal (een kleine 10%). Op personeelsniveau bedroeg de responsgraad 78,2%. In de personeelssteekproef zijn 94,2% vrouwen betrokken. Vooral mannelijke verzorgenden vormen binnen de steekproef een rariteit (slechts 2,7% van de in de steekproef betrokken verzorgenden is mannelijk); mannelijke verpleegkundigen doen het iets beter (7,9% van de ondervraagde verpleegkundigen blijkt man te zijn). In vergelijking met andere zorgsectoren (bijvoorbeeld de Vlaamse ziekenhuissector waar mannen 15,6% van de verpleegkundige populatie vertegenwoordigen (Fromont, 1999, 18)) profileert de rusthuissector zich als een zeer typische feminiene sector.

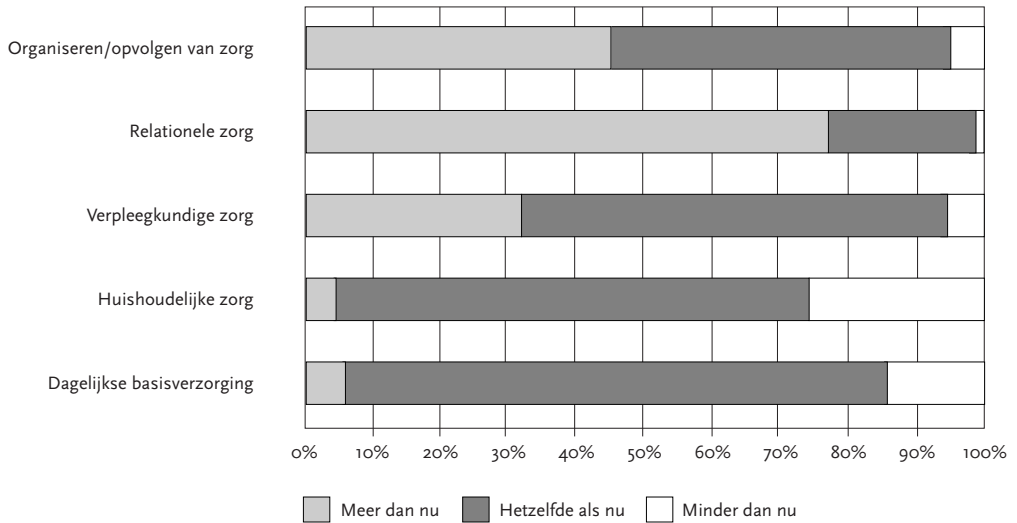
Het survey-onderzoek had een dubbel doel. Enerzijds had het onderzoek de bedoeling beschrijvende informatie te verzamelen over de beroepsuitoefening van verplegenden en verzorgenden en de kansen en risico's ervan in de context van een intramurale zorgomgeving. Anderzijds had het onderzoek ook een verklarend doel met name op zoek te gaan naar (organisatie- en werkplekgebonden) oorzaken van werkstress, burnout en maatzorg(percepties). Beide werden in het onderzoek beschouwd als kwaliteitsgevolgen die mogelijk konden worden verklaard door kwaliteitskansen en -risico's op het niveau van de beroepsuitoefening enerzijds en kwaliteitscondities op het niveau van het strategisch, organisatie- en personeelsbeleid anderzijds. Om kwantitatief grip te krijgen op deze kwaliteitsgevolgen werd voor wat betreft de stress- en burnoutdimensie beroep gedaan op twee wetenschappelijk gefundeerde vragenbatterijen die sinds jaren worden gebruikt in sociaal-wetenschappelijk en psycho-medisch onderzoek. Het betreft (1) de Nederlandstalige ver-

sie van de General Health Questionnaire (Koeter, 1991) en (2) de Vlaamse editie van de Maslach Burnout Inventory (Vlerick, 1994). Zeker in vergelijking met de traditie die bestaat rond stress- en burnout-onderzoek, staat het kwantitatief onderzoek met betrekking tot maatzorgpercepties nog in de kinderschoenen. Nochtans heerst er in de literatuur en de publieke opinie al heel wat consensus over wat een menselijke of kwalitatief goede bewonerszorg en -omgang kan inhouden. Eén zaak hieromtrent is zeker: onder het globale concept schuilen diverse dimensies of aspecten die elk op zich bijdragen tot een globale kwalitatieve bewonersomgang. Voor het in kaart brengen van deze diverse dimensies hebben we ons laten inspireren door bestaand buitenlands kwantitatief en kwalitatief onderzoek en zijn we gekomen tot een zelfgeconstrueerde vragenbatterij. Twee dimensies werden onderscheiden: de emotionele maatzorg binnen de eigen beroepsuitoefening (met als vraagstelling: 'Kunt u aangeven welke bewonersgerichte activiteiten aan bod kunnen komen in uw werk: Het stimuleren van lichamelijke zelfzorgactiviteiten?/Het ongevraagd aandacht besteden aan het werk?/...') en de maatzorgcultuur binnen de instelling (met als voorbeeldvragen: 'In hoeverre gaat u akkoord met de volgende stellingen: In onze instelling wordt het aandacht geven aan bewoners en/of familie niet echt gezien als werk/In onze instelling vindt het personeel vaak de rust niet om aandacht te geven aan de bewoners/...').

Plaats van emotioneel werk in het takenpakket

Aan de instellingsdirecties werd gevraagd een procentuele inschatting te geven van de plaats van relationele zorg (naast dagelijkse basiszorg, huishoudelijke zorg, verpleegkundige zorg en opvolging/organiseren van de zorg) in het huidig takenpakket van het verplegend en verzorgend personeel. Uit de antwoorden bleek dat instellingsdirecties de plaats van de relationele zorg zeer marginaal inschatten. Gemiddeld 10% van de taken zou momenteel bestaan uit emotioneel werk. Al de andere taakdomeinen scoren beduidend hoger. Deze marginale inschatting staat in schril contrast met de antwoorden van de verplegenden en verzorgenden op de vraag welk soort taken het zorgpersoneel idealiter meer zou willen uitoefenen (zie figuur 1). Blijkbaar vormt de emotionele zorg, meer dan bijvoorbeeld de basis- of verpleegtechnische zorg, het terrein bij uitstek waarin het personeel zich verder wenst te ontwikkelen. Niet minder dan 78,4% van het bevroegd verplegend en verzorgend personeel ambieert (meer) taken op dit domein. Dit valt ook te begrijpen. Wanneer we in tabel 1 kijken naar de huidige invulling van mogelijke taakverrijkingsscenario's, valt op dat waar er sprake is van

functieverrijking op het relationele vlak (onder meer palliatieve, aandachts- en therapeutische taken), dit vooral bij het hoofdverpleegkundig personeel het geval is. Hoe lager de hiërarchische positionering is, des te minder is er sprake van geïntegreerde functies. Het scenario van functieverrijking manifesteert zich in actuele Vlaamse verpleeg- en verzorginginstellingen dan ook als een eenzijdig scenario: vooral hoger gepositioneerden en hoger opgeleiden profiteren ervan.



Figuur 1: Antwoorden verplegenden en verzorgenden op de vraag 'Welke van de vermelde taken zou je in de toekomst meer of minder willen uitoefenen?' (n=2191)

	Oefent taak reeds uit			
	Hoofden	Verpleegkundigen A1	Verpleegkundigen A2/assistent	Verzorgenden
1 Palliatieve taken	66,3	31,6	25,4	13,4
2 Aandachtspersoon	56,0	40,0	36,1	36,3
3 Therapeutische taken	16,1	10,6	5,3	8,5

Tabel 1. Huidig draagvlak taakverrijking (in %) (n=2089)

Hoewel minder uitgesproken, maar evenzeer sterk aanwezig bij het ondervraagd verplegend en verzorgend personeel is de autonomie wens of de wens tot een grotere verantwoordelijkheid binnen het eigen takenpakket (zie figuur 1). Regeltaken als het organiseren en het opvolgen van de zorg dragen bij iets minder dan de helft van de verplegende en verzorgende beroepsgroep de toekomstige voorkeur weg. Het 'uitvoerend' keurslijf van het beroep wordt duidelijk door veel personeelsleden als te beknellend ervaren. Huishoudelijke taken (bedden opmaken, eten/koffie opdienen, materiaal schoonmaken, et cetera) hebben bij beide beroepsgroepen bovendien de minste voorkeur.

Op basis van deze gegevens kan worden gesteld dat de verplegende en verzorgende deskundigheid in de sector haar grenzen bereikt: de ondergrens van huishoudelijke taken lijkt verzadigd, de bovengrens van relationele omgang met ouderen in al zijn facetten lijkt daarentegen maar niet te kunnen worden bereikt. De wens tot 'upgrading' leeft duidelijk, hoewel niet of slechts in geringe mate in de richting van een verdere technische professionalisering; wel in de richting van een verdere beroepsontwikkeling in termen van een grotere verantwoordelijkheid, gecombineerd met een rijkere invulling van de emotionele zorgcomponent binnen het takenpakket. Het discours komt hiermee op dezelfde lijn als de ideaal getypeerde beroepspraktijk, maar wijkt nog sterk af van de reële en actuele beroepspraktijk.

Kwaliteitsimplicaties

Daar waar er actueel sprake is van functieverrijking, heeft dit nochtans een positieve impact op de gemeten kwaliteitsoutcomes. Uit de multi-levelanalyses¹ blijkt een positieve samenhang tussen de mate van taakintegratie enerzijds en de emotionele maatzorg (0,509/0,196=5,1>1,96) en de maatzorgcultuur (0,382/0,163=2,3>1,96) anderzijds. Dit is ook logisch: wanneer het verplegend en verzorgend personeel meer relationele en ondersteunende taken kan opnemen, wordt de kans groter dat deze beroepsgroepen de individueel verleende maatzorg positiever inschatten. Deze positieve evaluatie blijkt ook door te werken in de meer algemene evaluatie van de maatzorgcultuur in de instelling. Dit wijst erop dat taakintegratie en een positieve maatzorgevaluatie meer fundamenteel samengaan. Op de dimensies van stress en burnout blijkt deze positieve relatie niet op te gaan. Zowel individuen met een rijk(er) takenpakket als organisaties waarin verplegenden en verzorgenden relatief meer relationele en ondersteunende taken krijgen toegewezen, scoren niet significant hoger of lager op stress of burnout.

Emotionele belasting

Samen met Bruynooghe e.a. (1994) pleitten we eerder voor de benoeming van een specifieke emotionele belasting, die eigen is aan het verrichten van emotioneel werk en die voortvloeit uit het feit dat de aard van de inspanning precies emotioneel is. In het onderzoek binnen Vlaamse verpleeg- en verzorgingsinstellingen onderscheidden we twee algemene risico-elementen die deze specifieke emotionele belasting in de hand kunnen werken. Enerzijds kan de belasting betrekking hebben op het omgaan met veeleisende, lastige of agressieve bewoners. Recente praktijkpublicaties (zie onder meer *De lastige patiënt* (Van Hoorebeke, 1998)) wijzen uit dat deze problematiek meer, dan wel meer expliciet

stelt: patiënten of bewoners zouden zich vaak onredelijk gedragen tegenover de hulpverleners, welke zich op hun beurt ondankbaar en onheus behandeld voelen. Moeilijke zorgsituaties kunnen anderzijds betrekking hebben op het omgaan met bewoners die terminaal zijn of veel emotionele steun en begeleiding behoeven. De resultaten van de bevraging voor de drie onderscheiden functieniveaus zijn weergegeven in de volgende tabel (zie tabel 2). De antwoordcategorieën bestonden uit 'Dikwijls', 'Soms', 'Zelden' of 'Nooit'.

Bevestigingspercentages 'Dikwijls'				
	Hoofden (n=100)	Verpleging (n=879)	Verzorging (n=1308)	Totaal (n=2406)*
Hoe vaak hebt u met de volgende moeilijke zorgsituaties te maken:				
1 werk bij 'veeleisende' en/of 'lastige' bewoners?	56,6	49,3	46,0	47,6
2 werk bij 'agressieve' bewoners?	22,0	21,8	21,1	21,4
3 werk bij bewoners die weinig respect vertonen?	21,2	23,6	21,0	22,2
4 werk bij terminale bewoners?	29,0	25,0	14,8	19,4
5 werk bij bewoners die veel emotionele steun en begeleiding behoeven?	59,0	41,9	38,4	41,2
6 situaties met moeilijke of lastige familieleden?	44,0	26,5	22,9	25,2

* inclusief respondenten die hun functie niet hebben vermeld

Tabel 2. Moeilijke zorgsituaties uitgesplitst naar functieniveau (in %)

Zorgsituaties met bewoners die 'lastig' of 'veeleisend' zijn, samen met zorgsituaties met bewoners die veel emotionele steun en begeleiding behoeven, vormen een dagelijks gegeven in de actuele werksituatie van iets minder dan de helft van de ondervraagde verplegenden en verzorgenden. Bovendien blijkt dat hoofden over het algemeen meer met moeilijke zorgsituaties te maken krijgen dan de uitvoerenden. Dit bevestigt de eerdere resultaten met betrekking tot de inlijving van het emotionele werk door hoger gepositioneerden. Vermelde belastende of moeilijke zorgsituaties kunnen binnen de werksituatie van de verplegende en verzorgende beroepsgroep onmogelijk volledig worden uitgesloten. Wat wel mogelijk is, is de eventueel nadelige gevolgen (verlies betrokkenheid, opbranding, stress, negatieve maatzorgattitude en dergelijke) ervan te minimaliseren door onder meer werkdruk binnen de perken te houden en de regel- en ondersteuningsmogelijkheden te maximaliseren. Met betrekking tot dit laatste werden in het onderzoek zowel autonomie en informatie als het beleids- en collegiaal overleg/ondersteuning als indicatoren opgenomen. Conform het sociotechnisch jargon (De Sitter, 1981; 1986; 1994) worden deze aangeduid met de term 'regelmogelijkheden'. Bekijken we deze regelmogelijkheden vanuit het onderscheid 'excellente, risico- en doorsnee-instelling' (tabel 3), dan valt

op dat excellente instellingen telkens significant hoger scoren. Vooral met betrekking tot informatie en beleidsoverleg/-ondersteuning zijn er relatief grote verschillen. Merk op dat de schalen van alle indicatoren vermeld in tabel 3 lopen van 0 tot 10.

	1 Excellente instellingen	2 Doorsnee-instellingen	3 Risico-instellingen	Sign F	Significante groepsverschillen
Moeilijke zorgsituaties	5,11 (n=20)	5,59 (n=50)	5,87 (n=21)	,016	1<3
Autonomie	7,80 (n=20)	7,53 (n=50)	6,77 (n=21)	,001	1>3
Informatie	6,98 (n=20)	5,87 (n=50)	4,93 (n=21)	,000	1>2,3
Beleids-overleg en -ondersteuning	7,42 (n=20)	6,50 (n=50)	5,91 (n=21)	,000	1>2,3
Collegiaal overleg en ondersteuning	7,50 (n=20)	7,14 (n=50)	6,64 (n=21)	,004	1>3

Tabel 3. Risico-, doorsnee- en excellente instellingen getypeerd naar moeilijke zorgsituaties en regel mogelijkheden. Weergave resultaten One-way Anova met Bonferroni-toets

Met betrekking tot de moeilijke zorgsituaties blijkt er een relatief kleiner verschil op te treden. Dat is ook begrijpelijk: zoals eerder gesteld kunnen moeilijke zorgsituaties niet worden vermeden. Het omgaan met terminale, veeleisende of moeilijke bewoners vormt 'part of the job' voor de verplegende en verzorgende beroepsgroepen. Wat organisatorisch wel kan, is het creëren van een vangnet om mogelijke negatieve welzijnsgevolgen te voorkomen. Blijkens het profiel van excellente instellingen (instellingen die relatief zeer gunstig scoren op de stress-, burnout- en maatzorgdimensies) is dit ook mogelijk wanneer positief gevolg wordt gegeven aan de informatie-, autonomie-, overleg- en ondersteuningsdimensies.

Plaats voor emo-beleid?

Algemeen wordt aangenomen dat zorgorganisaties weinig ruimte hebben om met betrekking tot de in- en doorstroom van (semi-)professionals een dynamisch beleid te voeren. Traditioneel is er sprake van beroepsspecifieke instroom en weinig of geen doorstroming. Voor de opvulling van arbeidsplaatsen koopt men de benodigde kwalificaties direct aan op de arbeidsmarkt. Er bestaat immers een overeenkomstige beroepsdeelmarkt waarop de gezochte kwalificaties 'kant en klaar' voorhanden zijn. Het begrip 'beroepsdeelmarkt' heeft vooral bekendheid gekregen in de klassieke arbeidsmarkttypologie van Lutz en Sengenberger (1974) (cf. 'betriebsspezifische Qualifikationen'). Banen binnen beroepsdeelmarkten hebben geen organisatiespecifiek karakter, maar vereisen beroepskwalificaties die de organisatie de betrokkenen zelf niet hoeft bij te brengen. Functies binnen deze deelmarkten geven aanleiding tot gesloten segmenten en sterk gelaagde functie- en

loonclassificaties. Tussen deze segmenten is weinig of geen mobiliteit mogelijk. Begrippen als loopbaanbeleid, loopbaanplanning en mobiliteit vormen dan ook geen gemeengoed in de zorgsector.

Emotionele expertise ontwikkelen gedurende de horizontale loopbaan

Toch kan op discoursniveau reeds enige tijd een kentering worden waargenomen. Conform het employabilitydiscours binnen andere dan social-profitorganisaties wordt meer en meer opgeroepen tot horizontale in plaats van verticale loopbaaninitiatieven. In een beroepsdeelmarkt verticale loopbaanmogelijkheden invoeren betekent immers het risico lopen een beroep door arbeidsdeling te vernietigen en er een interne arbeidsmarkt van maken (Christis 1998, 109). Voor de organisatie betekent deze laatste optie wellicht een relatief goedkoop motivatie-, selectie- en trainingsmiddel; alleen degenen die bereid zijn de vereiste arbeids- en opleidingsinspanningen te verrichten, komen immers in aanmerking voor de hogere functies. Het veronderstelt echter wel dat voor de hogere functies alleen intern kan worden geworven en dat er voldoende van deze functies aanwezig moeten zijn. Is dat niet het geval – bijvoorbeeld in relatief ‘platte’ zorgorganisaties –, dan kan slechts een zeer beperkte groep van deze mogelijkheid gebruikmaken. Het behoeft weinig betoog dat dit niet enkel de onderlinge concurrentie bevordert, maar ook demotiverend werkt voor de grote meerderheid voor wie dit carrièreperspectief, door het schaarse aanbod, onbereikbaar is. Als alternatief liggen horizontale loopbaaninitiatieven dan ook meer voor de hand. Een loopbaan binnen de organisatie is dan niet een aan beloning gekoppelde carrièreloopbaan, maar een loopbaan van ‘novice to expert’ binnen het beroep. Zorgprofessionals rouleren dan afhankelijk van bijvoorbeeld interesses, leeftijdsfase en verder te ontwikkelen (emotionele) vaardigheden over verschillende – al dan niet afdelingsgebonden – taken. Hierdoor is er sprake van automatische en constante (emotionele) deskundigheidsbevordering, wat op termijn tevens bevorderlijk is voor de ‘employability’ van zorgprofessionals. Door hun brede inzetbaarheid nemen – theoretisch gezien althans – hun mogelijkheden tot zowel interne als externe mobiliteit gradueel toe.

	Wordt zo veel als mogelijk toegepast	Wordt soms wel/ soms niet toegepast	Wordt niet toegepast/ niet haalbaar
Leeftijdsbewust personeelsbeleid			
1 oudere werknemers worden ontlast van zwaar fysiek werk	7,2	21,7	71,9
2 oudere werknemers krijgen in onze instelling voorrang om deeltijds te werken	41,7	11,9	46,4
Beloning van ervaring			
1 ervaring wordt beloond door de mogelijkheid te bieden coördinerende taken te verrichten	27,1	56,5	16,5
2 ervaring wordt beloond door meer mogelijkheden te geven tot het verlenen van de psychosociale en emotionele zorg van de bewoners	17,6	35,3	47,1

Tabel 4. Indicatoren van ervarings- en leeftijdsvalorisatie (in %) (n=89)

Tabel 4 geeft de resultaten weer van de inspanningen van de instellingen waar het gaat om het belonen van ervaring en het voeren van leeftijdsbewust personeelsbeleid. De gemiddelde leeftijd van het personeel betrokken in de steekproef bedraagt 36 jaar. Van de respondenten behoort 11% tot de leeftijdscategorie 48 jaar en ouder, 34% tot de leeftijdscategorie tussen 37 en 47 jaar. Weldra zal de sector dus een grote groep oudere verplegenden en verzorgenden kennen, met een specifiek leeftijdseigen profiel/problematiek. Het huidige Vlaamse voorakkoord binnen de non-profitsector introduceert voor deze doelgroep de zogenoemde 'landingsbanen' en de mogelijkheid tot arbeidsduurvermindering. Landingsbanen promoten deeltijdwerk voor ouder personeel; ze creëren extra ruimte om te recupereren en zorgen voor een geleidelijke overgang naar het pensioen. Momenteel werkt 61,2% van de plus-48-jarigen deeltijds, in vergelijking met 22,3% van de min-25-jarigen, 42,7% van de 26-36-jarigen en 59,3% van de 37-47-jarigen: een mooie opwaartse lijn dus. In zekere zin beantwoorden de instellingen dus nu reeds aan het idee van de landingsbanen. Veel minder is dit het geval voor het ontlasten van oudere zorgwerknemers van zwaar fysiek werk of het voeren van een leeftijds- of ervaringsbewust taakdifferentiatiebeleid. De aan Benner (1984) ontleende term 'expertloopbaan' zit blijkbaar niet structureel ingebakken in het taakbeleid van de instellingen. Een verklaring hiervoor ligt wellicht mede in de huidige krappe personeelsbezetting, waardoor weinig interne taakspeling mogelijk is. Fysiek zware taken kunnen niet evident worden overgedragen, omdat de bezetting dit eenvoudigweg niet toelaat. Instellingen (waaronder tevens de in ons onderzoek 'excellent' benoemde instellingen in termen van stress en maatzorg) worden op die manier 'gedwongen' hun potentieel tijdens de loopbaan vrij homogeen in te zetten. Systematische ontwikkeling van het 'emotionele potentieel' gedurende de loopbaan komt er dan ook nauwelijks aan te pas. Momenteel wijkt het discours op dit punt dan ook sterk af van de concrete beleidspraktijk binnen zorginstellingen.

Emotionele expertise aantrekken en vormen

Met betrekking tot het aantrekken van en het opleidingsgebeuren rond emotionele expertise kan een iets meer optimistisch gekleurd beeld worden gegeven. Zo bleken in het onderzoek enkele empirische aanduidingen aanwezig te zijn die voorzichtig wijzen in de richting van een verruimd of 'emo-geïnspireerd' competentie- of kwalificeringsdenken. Zo werd duidelijk dat bij instroombeslissingen de waardering van de eerdergenoemde omgangsvaardigheden van potentiële werknemers wel duidelijk belangrijk is. Behoudens de vaktechnische bekwaamheden (welke voor de verpleegkundigen – in vergelijking met de verzorgenden – iets duidelijker geprononceerd zijn) scoren immers voornamelijk de

eisen welke verband houden met de menselijke interactie en de sociale vaardigheden hoog. Ook op het domein van vorming en opleiding kan een analoge tendens worden gesignaleerd. Trainingen in het omgaan met bejaarden (communicatie, stervensbegeleiding, assertiviteit en dergelijke) blijken in toenemende mate terrein te winnen op de meer klassiek-technische opleidingen in de sector als wondverzorging en EHBO. De verhouding tussen technische vervolmaking van en vorming in de omgang met/psychosociale betrokkenheid bij de bewoners schatten de respondenten evenredig in. Op de vraag een raming te geven van het percentage vormingsuren dat in het jaar 1999 door het verplegend en verzorgend personeel werd gevolgd, antwoordt men gemiddeld met een evenwichtige verhouding tussen beide vervolmakingsterreinen en dit voor beide beroepsgroepen.

Deze resultaten geven voorzichtig te kennen dat het kundig omgaan met de emoties van een cliënt of bewoner meer en meer als expertise of vaardigheid in de selectie- en opleidingspraktijk van verzorgings- en verpleeghuizen wordt erkend. Waar men in het loopbaanbeleid nog duidelijk faalt in de erkenning van het emotionele karakter van zorgberoep, is dit wat betreft training en instroom minder het geval.

Conclusie en discussie

Centraal in het klassieke professionaliseringsstreven van het zorgberoep staat het opeisen van de exclusiviteit van een bepaald takenpakket door een welbepaalde beroepsgroep. Verpleegkundigen reserveren werkzaamheden en beroepskwalificaties op het gebied van gezondheidsproblemen; verzorgenden benoemen taken en kwalificaties op het terrein van persoonlijke verzorging als hun beroepsdomein. Het relationeel taakdomein komt hierdoor in de verdrukking. Ons onderzoek wees uit dat de wens tot 'upgrading' duidelijk leeft bij de onderzochte beroepsgroepen, hoewel niet of slechts in geringe mate in de richting van dit professionaliseringsstreven: wel in de richting van een grotere verantwoordelijkheid, gecombineerd met een rijkere invulling van de emotionele maatzorgcomponent. Een wens die strookt met de ruimere ambities binnen het moderne beroepsontwikkelingsdebat. In dit debat wordt het hartaspect expliciet zichtbaar gemaakt en ontdaan van zijn typisch voorbestemde vrouwelijke karakter. In het verlengde hiervan moeten concepten als 'emotional labour' bijdragen aan een ruimere erkenning en herwaardering van het zorgberoep. Vanuit kwaliteitsoogpunt terecht, omdat emotioneel werk inderdaad beroep doet op specifieke expertise én belangrijke kwaliteitsrisico's in zich bergt. Zo worden de verzorgenden en de verplegenden betrokken in ons onderzoek op frequente

wijze geconfronteerd met moeilijke en belastende zorgsituaties. Wanneer deze niet of nauwelijks worden gecounterd door gepaste mogelijkheden, wordt de kans op negatieve welzijnseffecten reëel.

Theoretische erkenning en explicitering van emotionele expertise is één zaak, toepassing in de (management)praktijk van zorg en zorgarbeid een andere. Het discours wijkt hier momenteel nog (te) vaak af van de praktijk. Zo blijkt dat functieverrijking op het relationele vlak momenteel vooral zaak is van het hoger gepositioneerd en het hoger opgeleid zorgpersoneel. Mede als gevolg hiervan worden de lager gepositioneerden of uitvoerenden allen vrij homogeen ingezet tijdens hun loopbaan. De binnen een beroepsdeelmarkt na te streven vakmanschappelijke beroepsloopbaan kan op die manier niet worden gerealiseerd. Taakflexibiliteit in termen van een expertloopbaan is vooralsnog gering. Leeftijdsbewust personeelsbeleid wordt gevoerd in termen van beperking van arbeidsuren, niet of nauwelijks in termen van beperking van zware taken en/of waardering van emotionele of coördinerende zorgtaken.

Op basis van deze resultaten zouden we kunnen concluderen dat ‘tussen droom en daad’ nog een onoverbrugbare kloof gaapt. Deze conclusie zou de praktijk evenwel te veel geweld aandoen. Verwezen kan worden naar de positieve indicaties met betrekking tot emotionele expertise binnen het instroom- en opleidingsbeleid. Mogelijk vormen de inspanningen die worden geleverd binnen deze HR-domeinen, wegbereiders voor andere en nieuwe(re) emo-beleidsinitiatieven. Daarbij moeten direct twee belangrijke kanttekeningen worden gemaakt.

Ten eerste moet worden gewaarschuwd voor een te directief, modieus of opportunistisch gebruik van emo-denkebeelden. We verwijzen in dit verband naar Doorewaard (2000), die stelt dat ‘emoties en gevoelens niet direct zichtbare, niet rechtstreeks kenbare, laat staan grijpbare en beheersbare aspecten van de menselijke ziel zijn’ (Doorewaard, 2000, 22). Vandaar dat deze aspecten zich niet lenen voor sturing vanuit gangbare managementopvattingen, maar eerder gebaat zijn bij een strategie van ‘emotiemobilisatie’: het ruim baan geven aan die eigenschappen van emoties die deze karakteristiek zo uniek maken. Dit veronderstelt onder meer een open communicatie met aandacht voor de emotionele onderstromen die hiermee gepaard gaan.

Ten tweede moet worden gesteld dat erkenning van emotionele expertise binnen in- en doorstroom idealiter wordt doorgetrokken naar beloningsbeleid. Nederlands onderzoek begin jaren negentig toonde in dit verband aan dat in de uiteenlopende fasen van het functiewaarde-

ringsproces in de bejaardensector het emotionele aspect van zorgarbeid onderbelicht blijft of in andere termen wordt omgezet om het op die manier buiten beeld te plaatsen. Zo bleek de term 'zorg' in de functiebeschrijvingen centraal te staan, daar waar deze in functiewaarderingsverslagen geleidelijk werd omgevormd tot termen als 'methodische vaardigheden', om bij de bepaling hoeveel er moet worden betaald voor dergelijke vaardigheden in het geheel niet meer genoemd te worden (Brouns e.a., 1994). Dit terwijl het zorgelement, waar het deel uitmaakt van 'mannenberoepen', juist veelal wordt geherdefinieerd in hoger gewaardeerde termen als 'verantwoordelijkheid dragen voor'. Daar waar mannen 'zorgen', wordt het benaderd als element van leidinggeven en daarmee extra gewaardeerd. In die zin is sprake van een zekere functiewaarderingsdiscriminatie; met mannen geassocieerde arbeidstaken en mannelijke arbeidsinspanningen worden hoger ingeschat dan vrouwelijke arbeidsinspanningen en met vrouwen geassocieerde arbeidstaken. Teneinde een meer gebalanceerde verzameling van gezichtspunten voor alle functies te verkrijgen, zouden relevante functiekenmerken die vooral in door vrouwen gedomineerde functies voorkomen (zoals specifiek emotionele inspanningen), toegevoegd moeten worden aan de systemen. Dit is althans het standpunt dat meer en meer wordt verdedigd in de discussies rond arbeidsmarktsegmentatie en maatschappelijke (on)gelijkheid en legitimiteit van beloning tussen vrouwen en mannen.

S U M M A R Y

The emotional character of caring labour

Historically, gender and care-giving are closely interrelated: caring work is often associated with those tasks women often did or were obliged to do. For this reason women seem to have more time for caring, seem to be more competent and/or more available. Due to this, Tronto (1993) argued that historically, caring labour was constructed as such that it was excluded from the domain of 'real' labour. It doesn't fit with professional labour, neither with industrial or administrative labour. In this article we will argue that in this matter there is a fundamental change on the discourse level. During the past decade, care received a much broader content. Care labour is defined as a sort of work where cognition, competence and emotionality are closely linked. The recognition of the emotional character of caring professions leads to the further development of the care profession, as well as for the development of a HR-policy fitting the care profession and organisation. HRM, in spite of its integral approach, does not pay specific attention to issues of gender or emotions. In the second part of the article, the discourse will be

confronted with recent survey data collected from nurses and auxiliaries within Flemish houses for the elderly. This confrontation allows us to come to moderate conclusions concerning the specificity of the (mostly feminine) care occupation within actual care organisations.

Noten

- I De verklarende analyses werden onder meer verricht via de multilevelmethode. Deze methode laat toe dat de metingen op verschillende niveaus (organisatie, individu) expliciet en gelijktijdig worden opgenomen in de analyse, wat de onafhankelijkheid van de observaties en zo de betrouwbaarheid van de statistische tests ten goede komt. Belangrijk om weten is dat in de resultatenrapportering significantie af te leiden is door de verkregen waarde van de variantiecomponent te delen door de standaardfout. Als de verkregen waarde groter is dan 1,96, is de variantie verschillend van 0 (Pickery e.a., 1997, 14). Daarnaast werden analyses uitgevoerd op basis van het onderscheid tussen excellente instellingen (n=20), doorsnee-instellingen (n=50) en risico-instellingen (n=21). Deze indeling is verkregen na positionering van de instellingen op de zes geaggregeerde scores van kwaliteitsgevolgen (psychisch welzijn, uitputting, vermijding, competentie, emotionele maat zorg en maatzorgcultuur).

Literatuur

- Benner, P. (1984). *From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice*. California: Addison-Wesley.
- Boeije, H.R., A.W.L. Van Dungen, A. Pool e.a. (1997). *Een verzorgde toekomst. Toekomstscenario's voor verpleging en verzorging*. Utrecht: NIZW en Vakgroep Verplegingswetenschappen.
- Brouns, M., J. De Bruijn en U. Janssens (1994). *Gender en zorg in functiewaardering. Een onderzoek naar genderasymmetrie in het functiewaarderingssysteem van de bejaardenzorg*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Brouns, M. en J. De Bruijn (1995). 'Professionalisering en emotional labour; continuïteit en verandering'. In: J. Van Dijk e.a. (red.). *Veranderde arbeidsrelaties. Baas over de eigen (loop)baan*. Houten: Educatieve Partners Nederland BV.
- Bruynooghe, R. en S. Opdebeeck (1994). 'Emotioneel werk, emotionele belasting en arbeidsbeleving van vrouwen'. In: S. Moors (red.). *Stress & Werk*. Brussel: NOVA.
- Christis, J. (1998). *Arbeid, organisatie en stress. Een visie vanuit de sociotechnische arbeids- en organisatiekunde*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- De Sitter, L.U. (1981). *Op weg naar nieuwe fabrieken en kantoren*. Deventer: Kluwer.

- De Sitter, L.U. e.a. (1986). *Het flexibele bedrijf. Integrale aanpak van flexibiliteit, beheersbaarheid, kwaliteit van de arbeid, productie-automatisering*. Deventer: Kluwer.
- De Sitter, L.U. (1994). *Synergetisch produceren*. Assen: Van Gorcum.
- Doorewaard, H. (2000). *De andere organisatie – en wat liefde er nou mee te maken heeft?* Utrecht: Uitgeverij Lemma BV.
- Fromont, D. (1999). *Vrouwelijke carrièremakers in de ziekenhuissector*. Antwerpen: onuitgegeven licentiaatthesis RUCA.
- Grypdonck, M. (1992). 'Professionalisering van de verpleegkundige zorg: mogelijkheden en beperkingen'. In: *Verpleegkunde*, 2, 1, pp. 28-35.
- Jolley, M. (1989). 'The Professionalization of Nursing: The Uncertain Path'. In: M. Storey (red.). *Current Issues in Nursing*. London: Chapman and Hall.
- Koeter, M.W. en J. Ormel (1991). *General Health Questionnaire: Nederlandse bewerking en handleiding*. Lisse: Swets Test Services.
- Lutz, B. en W. Sengenberger (1974). *Arbeitsmarktstrukturen und öffentliche Arbeitsmarktpolitik*. Göttingen: Otto Schwartz & Co.
- Onstenk, J. (1997). *Lerend leren werken. Brede vakbekwaamheid en de integratie van leren, werken en innoveren*. Delft: Eberon.
- Parsons, M. (1986). 'The profession in a class by itself'. In: *Nursing Outlook*, (6), pp. 270-275.
- Pickery, J. en G. Loosveldt (1997). *Een beknopte inleiding in multilevel analyse met concrete uitwerking van een voorbeeld in MLn*. Leuven: Departement Sociologie, afdeling voor dataverzameling en analyse.
- Porter, S. (1992). 'The poverty of professionalization: a critical analysis of strategies for the occupational advancement of nursing'. In: *Journal of Advanced Nursing*, 17, pp. 720-726.
- Tronto, J.C. (1993). *Moral Boundaries. A political Argument for an Ethic of Care*. London: Routledge.
- Van Hoorebeke, F. (1998). *De lastige patiënt*, Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Vlerick, P. (1994). *Onderzoek naar de antecedenten en gevolgen van burnout bij verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen*. Gent: Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.
- White K.R. en J.W. Began (1996). 'Profession Building in the New Health Care System'. In: *Nursing Administrative Quarterly*, 3, pp. 79-85.