

De verpleegkundige *sous rature*

Over verpleegkundige beroepsprofilering in de post-verzorgingsstaat



Jan-Luuk Hoff

Eerste lezer: Marlot Kuiper MSc.
Tweede lezer: dr. Scott Douglas
Derde lezer: prof. dr. Mirko Noordegraaf

Masterscriptie Jan-Luuk Hoff
4066391

Publiek Management

Utrechtse School voor Bestuurs- en Organiseringswetenschap (USBO)

Datum: 21/09/2018

Het is niet zo

Voorwoord

Op de omslag van dit onderzoek prijkt een foto van *Meryl Burbank*, vrouw van *Truman Burbank* in de film *'The Truman Show'*. De film vertelt het verhaal van Truman die in een televisieserie leeft zonder dat hij dit weet. Vanaf het moment dat Truman geboren is, zit hij in de serie en leeft hij op een filmset zonder dit door te hebben. Zijn ouders, vrienden en vrouw zijn allemaal acteurs. Truman denkt dat hij een 'vrij' leven heeft, maar begint in de film langzaam te ontdekken dat zijn leven bestuurd en gedisciplineerd wordt.

Het beroep van Trumans vrouw *Meryl* is verpleegkundige. Met haar betrouwbare en zorgzame imago heeft ze invloed op de keuzes die Truman maakt. Daarnaast is ze een wandelende reclamezuil: gedurende de show prijst ze allerlei producten aan, zoals op de omslag. Hiermee beïnvloedt zij niet alleen Truman *in de show*, maar ook het publiek in de producten die zij kopen *buiten de show*.

Op dit moment lijkt de verpleegkundige beroepsgroep zich, gesteund door de overheid te professionaliseren. Als onderdeel van deze professionalisering krijgen verpleegkundigen vernieuwde beroepsprofielen waarin staat wat gezondheid is, hoe verpleegkundigen gezondheid moeten bevorderen en wat ze daarvoor moeten kunnen. De profielen hebben niet alleen invloed op verpleegkundigen, maar ook op ons als burgers. Zoals Meryl de keuzes van Truman beïnvloedt, doen verpleegkundigen dit elke dag bij patiënten. Met hun positieve, zorgzame imago zijn mensen geneigd te luisteren naar de adviezen van verpleegkundigen op het gebied van levensstijl en gezondheid.

In de nieuwe beroepsprofielen wordt het beroepsdomein afgebakend en wordt de verpleegkundige geprofileerd als *professional* met nieuwe competenties en taken. Hierdoor ontstaat een taalkundig probleem: hoewel het oorspronkelijke begrip (verpleegkundige) behouden blijft, verandert de betekenis en de functie van het begrip door de nieuwe beroepsprofielen. Er ontstaat dus afstand tussen het begrip met de oorspronkelijke connotatie en de nieuwe praktijk die dit begrip moet objectiveren.

Een oplossing voor dit probleem kan gevonden worden in de schrijfmethode *sous rature* van filosoof Jacques Derrida, die deze ontleende aan het werk van Martin Heidegger. Hierbij schreef hij een woord, streepde hij het door, maar liet hij het wel staan. Hiermee gaf hij aan dat het gebruikte woord niet de betekenis droeg die hij als schrijver wilde geven, maar dat er geen beter woord voorhanden was. Hoewel hij het gebruik van het woord dus accepteerde, bevroeg hij het tegelijkertijd kritisch.

In dit onderzoek bevestig ik de veranderende betekenis van het begrip 'verpleegkundige' tegen de achtergrond van de nieuwe verpleegkundige beroepsprofielen. Is er in de Nederlandse verzorgingsstaat plaats voor de *verpleeg*-kundige zoals Meryl Burbank, of is dit een term die we *sous rature* zouden moeten interpreteren? En wat betekent dat voor ons als lezer?

Ik hoop dat deze tekst u als lezer, net als mij, zal laten nadenken over deze vragen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	p. 5
1. Verpleegkundige beroepsprofilering?	p. 9
Deel I	p. 15
2. Van ‘verlengde arm’ naar ‘reflexieve professional’: De verpleegkundige professional <i>sous rature</i> ?	p. 16
3. De verpleegkundige als <i>rechter van normaliteit</i>	p. 24
4. Historiografie van de verpleegkundige professionalisering: een geschiedenis van het heden	p. 29
5. Conclusie	p. 34
Deel II	p. 37
6. Deconstructieve discoursanalyse	p. 38
7. Welke beelden construeren de nieuwe beroepsprofielen over de toekomst van het verpleegkundig beroep?	p. 40
8. Conclusie	p. 48
Deel III	p. 49
9. Interpretatieve repertoires	p. 50
10. Hoe verhouden verpleegkundigen zich ten opzichte van de nieuwe beroepsprofielen?	p. 53
11. Conclusie	p. 67
Deel IV	p. 69
12. Verpleegkundige beroepsdisciplinerings?	p. 70
13. Governmentality voorbij: verpleegkundige perspectieven	p. 72
Epiloog	p. 77
Dankwoord	p. 79
Methodologische reflecties	p. 81
Bijlagen	p. 91
Literatuuroverzicht	p. 97

1. Verpleegkundige beroepsprofilering?

*Ik zie hier een beroepsgroep, onafhankelijk en trots.
Een beroepsgroep die zich razendsnel ontwikkelt.
Die aan kracht en invloed wint. - (Schipper, 2011)*

De bovenstaande woorden zijn onderdeel van de toespraak die voormalig minister Schipper van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gaf in 2011, tijdens het eerste lustrum van beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Tijdens dit lustrum werd vooruitgekeken naar de presentatie van de vernieuwde verpleegkundige beroepsprofielen in het jaar daarop, waarin de taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen opnieuw beschreven zouden worden ten opzichte van de oude beroepsprofielen.

1.1. 'Een beroepsgroep die zich razendsnel ontwikkelt'

Hoewel het beroep van de verpleegkundige al vanaf 1924 wettelijk erkend is, zag beroepsvereniging V&VN pas in 2006 het licht. De oprichting van deze verpleegkundige beroepsvereniging en de komst van nieuwe beroepsprofielen passen in een lijn van *razendsnelle ontwikkelingen* binnen het verpleegkundig beroep. Zo is het opleidingscurriculum van verpleegkundigen vanaf de jaren tachtig sterk vernieuwd, groeit de wetenschappelijke kennisbasis van de verpleegkundigen en krijgen verpleegkundigen andere taken en verantwoordelijkheden, waarvan een deel wettelijk is verankerd (De Veer, Francke, Poortvliet, & Vogel, 2007). De nieuwe beroepsprofielen zijn een belangrijke stap in de wettelijke verankering van taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen. De ontwikkeling van nieuwe beroepsprofielen voor verpleegkundigen zijn volgens V&VN voorzitter Henk Bakker geschreven '*ten aanzien van verdere professionalisering van het beroep van verpleegkundige en verzorgende*' (Bakker, 2014).

In deze nieuwe beroepsprofielen wordt voor het eerst onderscheid gemaakt tussen mbo-, inservice- en hbo-opgeleide verpleegkundigen. Er zijn twee onderscheidende beroepsprofielen ontwikkeld die onderscheid maken tussen mbo- en hbo opgeleide verpleegkundigen. In deze nieuwe profielen moet tevens plaats zijn voor de inservice-opgeleide verpleegkundige die, voor de start van de opleiding verpleegkunde aan het mbo en hbo, *inservice* opgeleid werd in het ziekenhuis.

De wortels van het idee van onderscheidende beroepsprofielen liggen bij de verpleegkundige protesten aan het begin van de jaren '90, ook wel bekend als de *Witte Woede*. Uit ontevredenheid over de hevige bezuinigingen van de jaren '80 gingen verpleegkundigen voor het eerst in de geschiedenis de straat op voor meer erkenning, minder werkdruk en een beter salaris. Naar aanleiding van deze protesten stelde de Tweede Kamer de 'Commissie Positiebepaling Beroep van Verpleegkundige en Verzorgende' (Commissie Werner) in, die aan de slag moest met deze problemen (Canon Verpleegkunde, 2018). In 1991 verscheen het rapport '*In Hoger Beroep*' (Goudriaan, 1991) waarin op zes thema's 21 aanbevelingen werden gedaan voor de ontwikkeling en stevigere positionering van het verpleegkundige beroep. Hierbij valt te denken aan het oprichten van een verpleegkundig stafconvent in ziekenhuizen, het sterker vormgeven van de universitaire opleiding van verpleegwetenschappen

en het maken van onderscheid tussen mbo- en hbo opgeleide verpleegkundigen. Dit laatstgenoemde onderscheid blijkt lastig te realiseren: in het meest recente beroepsprofiel van de verpleegkundige uit 1999 wordt geen evident onderscheid gemaakt tussen mbo- en hbo-opgeleide verpleegkundigen (Leistra, 1999), waardoor verpleegkundigen op de werkvloer nog altijd een gelijke functie vervullen. Hierover lijkt in die tijd groeiende onvrede onder verpleegkundigen te bestaan (Goudriaan, 1991; Klink, 2010).

Gezien de groeiende roep van verpleegkundigen om onderscheid (Klink, 2010), neemt beroepsvereniging V&VN zich in 2010 voor om nieuwe beroepsprofielen te ontwikkelen. Deze moeten worden aangeboden aan de minister, zodat zij deze wettelijk kan verankeren in de wet BIG (*Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*). Vanuit V&VN werd de projectgroep 'V&V2020' opgericht die namens de Nederlandse verpleegkundige een voorstel zal doen aan de minister over de inrichting van het beroepsdomein en het onderscheid tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen. Met de keuze voor de naam V&V2020 wil V&VN een voorschot nemen op de toekomst: het is de ambitie van het project om de verpleegkundige beroepsgroep *voor te bereiden op de toekomst*. Het jaartal 2020 staat symbool voor deze ambitie (Lambregts & Grotendorst, 2012, p. 4). In lijn met de nieuwe beroepsprofielen publiceert het LOOV (*Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde*) nieuwe opleidingsprofielen voor verpleegkundigen (Lambregts, Grotendorst, & van Merwijk, 2015). De verbouw van het verpleegkundig beroepshuis lijkt dus in volle gang.

1.2. 'Onafhankelijk en trots'

De *professionalisering* van het verpleegkundig beroep lijkt een beweging vanuit de beroepsgroep, die door minister Schippers wordt verbonden met waarden als onafhankelijkheid, kracht en invloed. Echter, de aanzet tot ontwikkeling van nieuwe profielen kwam voort uit het rapport van de commissie Werner. Daarnaast wordt project V&V2020 gefinancierd door het ministerie van VWS. Hoewel minister Schippers de verpleegkundige beroepsgroep beschrijft als '*onafhankelijk en trots*', is de overheid die zij vertegenwoordigt nauw betrokken bij de positionering en ontwikkeling van het verpleegkundig beroep.

Die intensieve betrokkenheid van de overheid op de verpleegkundige beroepsgroep vindt zijn oorsprong in de opbouw van de Nederlandse verzorgingsstaat na de Tweede Wereldoorlog (Oomkens, Hoogenboom, & Knijn, 2015). Deze moest een onbezorgd en vrij leven van wieg tot graf garanderen voor alle inwoners. Om dit te realiseren werden tal van sociale instituties opgezet, waarbinnen verpleegkundigen een belangrijke rol speelden, bijvoorbeeld in de wijkverpleging en ouderenzorg.

In de jaren tachtig en negentig werd de verzorgingsstaat radicaal verbouwd, als gevolg van politiek-economische ontwikkelingen (Noordegraaf, 2015). De Nederlandse overheid stapte in de jaren tachtig onder het 'no-nonsense' kabinet Lubbers af van het klassieke Keynesiaanse begrotingsbeleid en koos voor een strikt bezuinigingsbeleid. Daarnaast werd in de jaren '90 tijdens de Paarse kabinetten van Kok gekozen voor een neoliberale politieke koers. Dit hield in dat publieke diensten in toenemende mate vermarkt werden, maar tegelijkertijd wel gereguleerd bleven door de overheid. Door publieke diensten te beschouwen als marktproducten en publieke organisaties

te runnen als een commerciële bedrijven, moest de publieke sector efficiëntere en effectievere prestaties gaan leveren. Op die manier zouden de vrijheid van het individu worden gemaximaliseerd en zou ook het collectief hier baat bij hebben.

Doordat de publieke sector efficiëntere en effectievere prestaties moest leveren, veranderde het werkklimaat van verpleegkundigen. Er vonden opkomstplaats van grote, bedrijfsmatige ziekenhuisinstellingen waarin gezondheidsmanagers verantwoordelijk werden voor de verlening van zorg. Ook de financiering en werkzaamheden van de wijkverpleging werden strakker gereguleerd door de overheid (Noordegraaf & Van der Meulen, 2008; Oomkens et al., 2015). De positie van verpleegkundigen veranderde hierdoor: de geleidelijke afbouw van de verzorgingsstaat ging gepaard met een veranderend idee van de rol van professionals. Professionele beroepsgroepen in de zorg moesten zich in toenemende mate bewijzen ten opzichte van ogenschijnlijke objectieve systemen van verantwoording en meting. Dent (2003) noemt dit een *cultuur van performativiteit*. Professionaliteit werd in toenemende mate een *actieve prestatie* ten opzichte van verantwoordingssystemen. Deze cultuur wordt zichtbaar in het rapport van de commissie Werner dat als aanbeveling stelt dat de kwaliteit van de verpleegkundige beroepsgroep in toenemende mate gecontroleerd zou moeten worden door overheidsinspectie.

‘De commissie meent dat bij de inspectie voor de volksgezondheid een afzonderlijke afdeling voor verplegenden en verzorgenden wenselijk is die systematisch aandacht kan schenken aan de positie van de beroepsgroep. Net als bij de medische beroepsgroep gaat het daarbij om het toezicht op zaken als de beroepsuitoefening, het bewaken van systemen voor kwaliteit en de registratie van beroepsbeoefenaars’ - (Goudriaan, 1991).

Het veranderende klimaat waarbinnen publieke diensten moeten worden geleverd, wordt zichtbaar in de inleiding van de conceptprofielen. Deze worden in 2012 gepresenteerd met het rapport *‘Leren van de Toekomst’*. Hierin wordt niet de ‘roep van verpleegkundigen om onderscheid’ (Klink, 2010) als uitgangspunt genomen, maar de ‘kwaliteit van zorg’ zou ter discussie staan. Deze conclusie werd getrokken op basis van verschillende, door de projectgroep gefinancierde, onderzoeken van onderzoeksinstituut NIVEL. In deze onderzoeken wordt de verwachte stijgende toekomstige zorgvraag in combinatie met de financiering van deze zorgvraag geproblematiseerd. Opvallend is dat in de inleiding van de nieuwe beroepsprofielen niet deze stijgende zorgvraag in combinatie met stijgende kosten wordt geproblematiseerd, maar de verpleegkundige als zorgprofessional: deze heeft in de toekomst een kwaliteitsprobleem.

‘Het project Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 had als taak deze voor een goede gezondheidszorg cruciale beroepen voor te bereiden op de toekomst. Dat is hard nodig: de kwaliteit van de zorg staat ter discussie. Kunnen wij in Nederland in de toekomst nog verantwoorde zorg leveren als de vraag naar zorg toeneemt en de groep kwetsbare ouderen en chronisch zieken drastisch groeit?’ (Lambregts & Grotendorst, 2012, p.12)

Gezien de sterke verwevenheid van de (verzorgings-)staat met het verpleegkundig beroep is het bijzonder dat minister Schippers de beroepsgroep als onafhankelijk en trots omschrijft. Het blijft onduidelijk in hoeverre de verpleegkundige beroepsgroep onafhankelijk is van de overheid, in het licht van de vermeende professionalisering van

de beroepsgroep die moet leiden tot onafhankelijkheid, kracht en invloed.

1.3. 'Die aan kracht en invloed wint'

In de internationale literatuur over de ontwikkeling van het verpleegkundig beroep wordt door verschillende auteurs gesproken over het professionaliseringsproject ('*professionalization project*') van de verpleegkundige beroepsgroep (Bonell, 1999; McMurray, 2011; Porter, 1992; Salvage, 1988). Ook in Nederland is er een groeiend geloof in de mogelijkheid voor verpleegkundigen om zich te professionaliseren zo aan *kracht en invloed* te winnen (Schuurmans, 2010).

Professionalisering van semiprofessionele beroepsgroepen zoals de verpleegkunde (Etzioni, 1969) wordt in de literatuur met argwaan bekeken (Evetts, 2013; McClelland, 1990). McClelland (1990) maakt onderscheid tussen *professionalization from within* en *professionalization from above*. McClelland (1990) stelt dat wanneer professionalisering wordt opgelegd door de staat, dit niet zorgt voor meer autonomie en kennis, maar vooral voor een verdere disciplinerende van een professionele beroepsgroep en de beroepsinhoud. Wanneer beroepsgroepen zich autonoom van de staat professionaliseren, levert dit wellicht wel meer autonomie op (McClelland, 1990).

Het begrip professionalisering is dus ambigue: hoewel de resultaten van professionaliseringsprocessen niet altijd aansluiten bij de ambities van beroepsgroepen, blijven deze zich 'professionaliseren' (Porter, 1992). Fournier (1999) verklaart deze neiging door te wijzen op de discursieve kracht van het begrip professional: de lading van het woord impliceert *kracht en invloed*. Organisaties gebruiken het begrip daarom om werknemers te labelen: wanneer ze zichzelf zien als professional zullen ze harder werken voor de organisatie waarin ze werken. Wanneer professional vervalt tot een label dat iets zegt over de manier waarop iemand functioneert, wordt het nastrevenswaardig voor iedereen. Geen beroepsgroep wil namelijk gezien worden als 'onprofessioneel' (Fournier, 1999). De relatie tussen professionalisering en het winnen van kracht en invloed is tegenwoordig dus allebehalve vanzelfsprekend.

1.4. Probleemstelling

Vanuit het hierboven beschreven perspectief van Fournier (1999) op professionalisering, illustreert de uitspraak van minister Schippers de *politiek van professionalisering*. De aantrekkelijke lading van het begrip 'professionalisering' verhuult de ideologische strijd die gaande is over de betekenis van goede zorg in de (post-)verzorgingsstaat (Noordegraaf & Van der Meulen, 2008). De nieuwe beroepsprofielen, als onderdeel van een bredere 'professionalisering' van het verpleegkundig beroep, beschrijven de taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen in de toekomst. Deze worden vanuit de beroepsgroep gelegitimeerd door de noodzaak van onderscheid tussen mbo- en hbo- verpleegkundigen, en vanuit de staat door de noodzaak tot verandering van de beroepsinhoud- en competenties op basis van politiek-economische toekomstprognoses.

De positie die de verpleegkundige beroepsgroep inneemt in de toekomst als grootste (para)medische beroepsgroep is belangrijk. Als uitvoerders van beleid van de staat op het gebied van gezondheidszorg bedrijven zij inherent politiek, omdat zij invloed uitoefenen op het lichaam van individuen (Holmes & Gastaldo, 2002; Morley & Jackson, 2017).

Als verzorgingsstatelijke professional is de verpleegkundige een belangrijke actor in de totstandkoming van dominante ideeën over het lichaam, gezondheid en een gewenste levensstijl (Holmes & Gastaldo, 2002). De nieuwe verpleegkundige beroepsprofielen geven niet alleen vorm aan de taken en bevoegdheden van verpleegkundigen, maar bevatten ook deze dominante ideeën over de betekenis van gezondheid in Nederland. Ze definiëren de betekenis van gezondheid in de Nederlandse verzorgingsstaat en de rol die verpleegkundigen spelen in het bevorderen van deze 'gezondheid'. Het is daarom relevant te onderzoeken wat deze beroepsprofielen zeggen over de toekomst van het verpleegkundig beroep en de manier waarop verpleegkundigen zich hiertoe verhouden.

De centrale vraag die hieruit voortvloeit is: *Wat doen de nieuwe verpleegkundige beroepsprofielen met het verpleegkundig beroep in Nederland?*

Deze vraag zal onderzocht worden door in te gaan op de volgende deelvragen:

- Hoe kan de opkomst van de 'verpleegkundige professional' geduid worden binnen de veranderende verzorgingsstaat?
- Welke beelden construeren de nieuwe beroepsprofielen over de toekomst van het verpleegkundig beroep?
- Hoe verhouden verpleegkundigen zich ten opzichte van de nieuwe beroepsprofielen?

1.5. Opbouw onderzoek

Als onderzoeker ben ik geïnteresseerd in de manier waarop verpleegkundigen zichzelf en hun beroep construeren binnen een veranderende verzorgingsstaat, waarin de positie van medische- en zorgende beroepsgroepen aan verandering onderhevig is. Dit doe ik vanuit een poststructuralistisch onderzoeksparadigma. Het poststructuralisme is een wetenschappelijke benadering die de manier waarop we de werkelijkheid ervaren bevraagt en bekritiseert door te kijken naar de invloed van taal op de werkelijkheid. Taal heeft volgens het poststructuralisme een performatieve functie: woorden zijn geen beschrijvers van een externe werkelijkheid, maar woorden construeren actief verschillende werkelijkheden. Wanneer woorden een werkelijkheid construeren en hiermee waarheidsclaims doen, kunnen deze gezien worden als een discours (Foucault, 1972). De betekenis van het woord discours is volgens Foucault (1972): *'practices that systematically form the objects of which they speak'*. Taal is daarom een plaats van oneindige strijd van discourses die verschillende werkelijkheden construeren (Weedon, 1997). De verpleegkundige beroepsprofielen zijn vanuit dit perspectief een plaats van strijd tussen discourses die *actief* bepaalde werkelijkheden vormen. Daarom heb ik ervoor gekozen om in dit onderzoek te kijken naar hetgeen de nieuwe verpleegkundige beroepsprofielen *doen* met het verpleegkundig beroep in Nederland.

In het eerste deel van dit onderzoek zal ik ingaan op de eerste deelvraag: *Hoe kan de opkomst van de 'verpleegkundige professional' geduid worden binnen de veranderende verzorgingsstaat?* Dit doe ik door te kijken naar het gebruik van de term 'professional' binnen de verzorgingsstaat en de veranderende betekenis daarvan. Op basis van deze analyse bied ik een perspectief waarmee de relatie tussen de staat en de professionals

begrepen kan worden. Dit perspectief gebruik ik ten slotte om het dominante discours van professionalisering binnen het verpleegkundig beroep kritisch te analyseren.

In het tweede deel onderzoek ik de deelvraag: *Welke beelden construeren de nieuwe beroepsprofielen over de toekomst van het verpleegkundig beroep?* Dit doe ik door de inhoud van de nieuwe beroepsprofielen te deconstrueren en kritisch te analyseren. Ik ga hierbij in op de dominante waarheden die de tekst construeert rondom professionaliteit, gezondheid en de taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundige. Deze waarheden probeer ik vervolgens te destabiliseren.

In het derde deel ga ik in op de deelvraag: *Hoe verhouden verpleegkundigen zich ten opzichte van de nieuwe beroepsprofielen?* Deze vraag onderzoek ik aan de hand van verschillende focusgroepgesprekken met verpleegkundigen. In de analyse van deze gesprekken ga ik op zoek naar tegenstrijdigheden in de verhalen van mijn respondenten, om een dieper begrip te krijgen van de manier waarop zij zich verhouden ten opzichte van de nieuwe beroepsprofielen..

In het vierde en laatste deel van dit onderzoek zullen de bevindingen uit het eerste en tweede deel van het onderzoek samen worden gebracht om een antwoord te bieden op de onderzoeksvraag. Voorts ga ik in op de betekenis van de uitkomsten en reflecteer ik op deze uitkomsten.

Tot slot reflecteer ik op mijn onderzoeksmethoden en de rol die ik als onderzoeker innam in de totstandkoming van dit onderzoek.

Deel I

In dit deel ga ik in op de eerste deelvraag: *Hoe kan de opkomst van de 'verpleegkundige professional' geduid worden binnen de veranderende verzorgingsstaat?* Het begrip 'professional' interpreteer ik vanuit een poststructuralistische wetenschapsbenadering. De term 'professional' is een objectivering van een bepaalde praktijk, die deze zichtbaar maakt door de objectivering zelf. De 'professional' wordt zichtbaar door taal en 'bestaat' daarom ook alleen in taal. Oftewel, het begrip 'professional' heeft geen intrinsieke betekenis, maar verwijst slechts naar andere woorden, in plaats van een vaste praktijk buiten de tekst.

In dit eerste deel van mijn onderzoek ga ik op zoek naar de relatie tussen de praktijk waar 'verpleegkundige professional' naar verwijst en de taal waarin deze beschreven staat. Dit doe ik door in hoofdstuk twee een kort, chronologisch overzicht te geven van de dominante discourses rondom professionalisme. Om inzicht te krijgen in de betekenis die de verpleegkundige beroepsgroep kreeg binnen dit discours, licht ik toe hoe de Nederlandse verpleegkundige geconstrueerd werd binnen dit discours. Vervolgens bied ik in hoofdstuk drie een theoretisch perspectief op de relatie tussen de professionals en de staat. Het doel hiervan is het krijgen van een dieper begrip van de actuele professionaliseringstendens van de verpleegkundige beroepsgroep en de ambivalente relatie die de beroepsgroep heeft met de staat. Dit perspectief gebruik ik vervolgens om in hoofdstuk vier de professionalisering van het verpleegkundig beroep kritisch te beschouwen.

2. Van ‘verlengde arm’ naar ‘reflexieve professional’: de verpleegkundige professional sous rature?

In de nieuwe beroepsprofielen worden verpleegkundigen aangeduid als ‘professionals’ en ‘reflectieve professional’ (Terpstra et al., 2015). Wanneer in de sociologie over professionals gesproken wordt, worden de termen ‘professional’, ‘professionalisering’ en ‘professionalisme’ veel gebruikt. De verschillen in terminologie weerspiegelen de verschillende betekenissen die aan het begrip zijn toebedeeld, als gevolg van verschillende maatschappelijke ontwikkelingen (Evetts, 2013).

2.1. De klassieke professional: de waardevolle expert

‘Gij zijt zijne assistente geworden, gij completeert zijn arbeid’ (Stumpff, 1906)

Het academisch debat over de betekenis van het begrip professional komt sterk op in de eerste twee decennia na de Tweede Wereldoorlog (Evetts, 2013). Deze debatten gaan met name over de criteria waarmee beroepsgroepen als professie geobjectiveerd kunnen worden en de functie die professies hebben binnen de verzorgingsstaat. Hierbij wordt voornamelijk gekeken naar de vaardigheden, kenmerken en houding van beroepsgroepen, die deze tot een professie zouden maken (Etzioni, 1969; Freidson, 2001; Saks, 2010; Wilensky, 1964).

Het behalen van deze professionele status wordt in die perioden voor beroepsgroepen steeds populairder. Zo schetst Harold Wilensky (1964) in zijn invloedrijke essay *‘The professionalization of everyone’* een ontwikkeling waarbij een toenemend aantal beroepsgroepen de kenmerken van een ‘professie’ wil aannemen. In zijn klassieke definitie van een professie legt Wilensky (1964) de nadruk op verschillende eigenschappen die professionals zouden bezitten zoals een technische kennisbasis, een formele training die gekoppeld is aan jurisdictie, erkenning bij het publiek en exclusieve rechtsbevoegdheid. Professionals hebben volgens hem een bepaalde macht en status op basis van de technische kennis die ze bezitten en ze weten hun beroepsdomein af te schermen van concurrerende beroepsgroepen en de staat (Abbott, 1988; Freidson, 1988; Larson, 1977; Noordegraaf, 2007; Witz, 1990). Professies zijn binnen deze benadering fundamenteel anders dan ‘normale’ beroepsgroepen, door de autonomie en controle die ze hebben over het beroepsdomein.

Where we find one occupation with organized autonomy in a division of labour, it dominates the others. Immune from legitimate regulation or evaluation by other occupations, it can itself legitimately evaluate and order the work of others. By its position in the division of labour we can designate it as a dominant profession - (Freidson, 1988, p. 369)

Freidson (1970) onderzoekt in *‘Profession of Medicine’* het spanningsveld tussen autonomie die professionele beroepsgroepen hebben en de relatie met de staat, die deze autonomie biedt en deze tegelijkertijd ook controleert (Johnson, Larkin, & Saks, 1995). Freidson (1970) stelt dat een professie onderworpen is aan de staat op het gebied van de sociale en economische organisatie, maar dat de staat het technische aspect van het werk, de *technical base* (Wilensky, 1964), in de handen van de professie moet houden. Freidson (2001) ziet professionalisme als voorwaarde om complexe

diensten te kunnen leveren aan burgers, omdat professionals mediërend acteren tussen de belangen van de staat en de behoeften van de burgers. Dit kunnen ze doen omdat ze technische, expertmatige kennis bezitten en zich in de toepassing van deze kennis strikt houden aan professionele normen (Freidson, 2001; Wilensky, 1964). Professionals zijn de *third logic*, naast de logica van de markt en de bureaucratie (Calnan, 2015; Freidson, 2001). De 'technische kennis' van professies is dus objectief en expertmatig van aard. De staat beschermt deze kennis, omdat ze de waarde van deze expertmatige kennis inziet (Johnson, Larkin, & Saks, 1995). Wat in de analyses van Wilensky (1964) en Freidson (2001) overeen komt is dat de staat wordt beschouwd als een belangrijke *beschermer* van 'professionaliteit' en dat de 'expertmatige kennis' van professionals niet in twijfel wordt getrokken. Professies worden binnen dit discours dus gezien als nuttige en waardevolle groep binnen de verzorgingsstaat.

2.1.2. De Nederlandse verpleegkundige binnen dit discours

Vanuit de theoretische lens die zich richt op de kenmerken en houding van professionals, worden verpleegkundigen in de internationale literatuur gezien als *semiprofessionals* (Etzioni, 1969). Dit heeft te maken met hun relatieve hoge mate van werkautonomie, maar afhankelijkheid van de staat en de medische professie in de toewijzing van cliënten (Sena, 2017). Etzioni (1969) verwees met zijn typering van verpleegkundigen als *semiprofessionals* naar de positie van de verpleegkundige in de Angelsaksische landen, waar de verpleegkundige beroepsgroep zich vanaf het begin van de 20e eeuw succesvol wist te organiseren (Duivestein-Ockeloën, 2016; Wiegman & Wachelder, 2004). Echter, in Nederland wisten verpleegkundigen dit om tal van redenen niet voor elkaar te krijgen. In die tijd wordt de voorziening van zorg in Nederland in het grootste deel van de twintigste eeuw gekenmerkt door de verzuiling van de Nederlandse samenleving. De samenleving is opgedeeld in verschillende segmenten op basis van ideologie, elk met hun eigen sociale instituties, verenigingen en partijen (Oomkens et al., 2015). De verpleegkundige beroepsgroep was georganiseerd in lijn met deze ideologische segmenten en wist als gevolg daarvan zichzelf niet goed te organiseren (Wiegman & Wachelder, 2004). Daarnaast was er verzet vanuit de medische beroepsgroep tegen het oprichten van een verpleegkundige beroepsvereniging, waarbinnen medici geen invloed hadden (Wiegman, 2012). Fragmentatie binnen een beroepsgroep kan de professionele kracht van de beroepsgroep verzwakken (Noordegraaf, van der Steen, & van Twist, 2014) en verzwakt ook de verpleegkundige beroepsgroep uit die tijd (Wiegman & Wachelder, 2004). Als gevolg van deze fragmentatie werd de *technical base* en de inhoud van verpleegkundige opleidingen en beroep niet bepaald door de beroepsgroep zelf, maar door artsen binnen ziekenhuizen en de staat (Grotendorst, 2011). Hierdoor werden verpleegkundigen in plaats van semiprofessionals in veel gevallen beschouwd als 'verlengde arm' van de arts (Duivestein-Ockeloën, 2016), alhoewel verpleegkundigen in de wijkverpleging meer directe autonomie genoten (Oomkens et al., 2015). De fragmentatie binnen de beroepsgroep zorgde dus voor beperkte beroepsmatige controle het beroepsdomein.

2.2. Professionaliserings-kritiek: De sociaal geconstrueerde expert

In de jaren zeventig en tachtig groeit in Europa als gevolg van de stijgende zorgconsumptie en economische crises de kritiek op de statelijk gefinancierde professies. Professionals wordt verweten vooral met eigen positie, inkomen en status bezig te zijn in plaats van met haar cliënten (Dent, 2003; Evetts, 2013). Professionaliseringsprocessen krijgen

een negatieve connotatie en worden gezien als het processen waarbij leden van een beroepsgroep hun beroepsdomein willen afsluiten, om zo meer autonomie en inkomen te verwerven (Evetts, 2013). Larson (1977) beschrijft dit proces in haar boek *'The Rise of Professionalism'*, door nadruk te leggen op enerzijds de tactieken die beroepsgroepen gebruiken om hun beroepsdomein af te schermen en anderzijds de rol van de staat die hierin een belangrijke legitimerende rol speelt.

Larson (1977) verwerpt de visie van Freidson (1970) op het gebied van de 'technische kennis' van professionals. Waar Freidson (1970) dit beschouwt als objectief en inherent waardevol, legt Larson (1977) de nadruk op de processuele aard van de sociale constructie van expertise binnen de medische wereld. Hiermee laat Larson (1977) de contingentie van het begrip 'professional' zien. Hetgeen beschouwd wordt als expertise is niet objectief vast te stellen, maar volgens Larson (1977) het resultaat van strijd over de markt van diensten van zorgberoepen, waarvan de staat de winnaar beloont met jurisdictie en bescherming. Naast deze neo-Weberiaanse visie op professionals (Saks, 2010), hanteert Larson (1977) een neo-Marxistische aanpak door te kijken naar macht en sociale klasse om de positie van professionals te verklaren en bekritisieren. Larson (1977) verklaart de krachtige positie van de westerse geneeskundige professie door te stellen dat de geïndividualiseerde ideologie van de westerse geneeskunde aansluit bij de ideologie van de kapitalistische, machtige klasse (Bourgeault, 2015). Professionalisering is dus vooral een machtsproces waarbij een professionaliserende beroepsgroep zijn kennisbasis controleert en in lijn brengt met de socio-politieke context, die bepaald wordt door kapitalistische productierelaties (Bourgeault, 2015). De monopolisering van expertise ziet Larson (1977) als centraal aspect van het professionaliseringsproces. De staat steunt dit monopolie en biedt, net als in de analyse van Freidson (2001), de beveiligde omgeving waarbinnen de professionele autonomie kan voortbestaan. Professionaliteit hangt in de analyse van Larson (1977) dus af van de steun van de staat en is verbonden met de opkomst van de moderne staat. Bij de opkomst van deze moderne staten in de negentiende eeuw, brokkelde de autonomie van de bourgeoisie/hogere burgerij af, die voorheen een elitepositie bezat in de samenleving. Professionele autonomie, gesteund door de staat, was een middel voor deze groeperingen om een bepaalde mate van autonomie te behouden. Daarnaast was het een belangrijke legitimering van de staat om gesteund te worden door de hogere, meer intellectuele klasse. De oudere professies zijn daarom beter in staat geweest hun expertise te monopoliseren en beschermen dan de nieuwe opkomende beroepsgroepen die gevaar lopen van fragmentatie en proletarisering (Bourgeault, 2015; Porter, 1992).

Abbott (1988) biedt een andere blik op het proces waardoor expertise gevormd wordt in zijn *System of the Professions* (Abbott, 1988). Abbott (1988) beschrijft een geschiedenis van de professies waar de strijd tussen beroepsgroepen over de gebieden van expertise centraal staat. Gevestigde professies zoals de geneeskunde komen dus voort uit een politieke strijd voor expertise. In zijn analyse is de staat een entiteit die losstaat van de professies, een omgevingsfactor. De strijd om expertise vindt plaats in drie stappen. Allereerst is er de strijd op de werkvloer voor expertise. Vervolgens moeten deze claims geaccepteerd worden in de publieke opinie. De staat verschijnt als derde op het toneel, die als bekroning juridische erkenning biedt aan een professie (Johnson et al., 1995).

De Nederlandse verpleegkundige binnen dit discours

In de jaren zestig en zeventig lijkt de Nederlandse verpleegkundige beroepsgroep zich in toenemende mate bewust te worden van constructie waarbinnen de medische beroepsgroep dominant is over het verpleegkundig beroep (Duivestein-Ockeloen, 2016). De ontzuiling maakt verpleegkundigen bewust van de gefragmenteerde aard van de beroepsgroep, in combinatie met de lage status en waardering door de associatie met 'verzorgen' die het beroep kreeg. Dit zorgde voor het begin van de professionaliseringsaspiraties van verpleegkundigen (van Gemert & Spijker, 1990). In deze periode worden veel overzichtswerken gepubliceerd waarin de geschiedenis van de verpleegkundige beroepsgroep wordt beschreven. Het doel van deze werken is tweeledig: allereerst moeten deze werken status aan geven het verpleegkundig beroep als tegenreactie op de medische dominantie, daarnaast moeten ze tegenwicht te geven aan de opkomst van de nieuwe beroepsgroepen in de gezondheidszorg (Duivestein-Ockeloen, 2016). Kritiek op de dominantie van de medische beroepsgroep wordt verbonden met kritiek op de machtsrelatie tussen mannen en vrouwen. De visie op de vrouw had, zo stelden Spijker en van Gemert (1990), negatieve gevolgen voor het professionaliseringsproject van de verpleegkundige.

2.3. Professionaliseringskritiek: professionalisme als patriarchaal concept

Als onderdeel van de kritiek op het proces van professionalisering en de sociale constructie van expertmatige kennis, wordt professionalisering verbonden met genderverhouding. De belangrijkste kritiek kwam daarbij uit de hoek van de feministische sociologie, die stelt dat professies *gendered* constructen zijn (Bourgeault, 2015; Dent, 2003).

Hoewel genderverhoudingen en relaties gereproduceerd worden op het werk en aanverwante instituties, liggen ze ook ingebed in een breder netwerk van familie en sociale relaties (Dent & Whitehead, 2002). Eerder onderzoek naar professionalisme en gender had een openlijke seksistische of onkritische notie in zich (Bourgeault, 2015). Zo stelden Simpson en Simpson (1969) dat vrouwen minder status en autoriteit zouden kunnen verwerven als professionals, omdat het publiek mannelijke autoriteit zou prefereren.

Een van de belangrijkste critici van gender en professionalisme is Anne Witz. Witz (1992) onderzoekt in haar boek *Professions and Patriarchy* de relatie tussen de professies en genderverhoudingen. Ze focust hierbij op de strategieën van *occupational closure* die professies hanteren. Witz (1992) stelt dat deze categorieën patriarchale genderrelaties reproduceren. Professionalisering is daarom volgens Witz (1992) een masculien project binnen patriarchale samenlevingen. Professies spelen hier dus zelf een actieve rol in en reproduceren patriarchale structuren en relaties. Het werk en de organisatorische relaties tussen de verpleegkunde en de medische professie hebben deze bredere structuren weerspiegeld in het nadeel van de verpleegkunde (Bourgeault, 2015).

Witz (1992) legt haar nadruk dus op de strategieën van *occupational closure* van professies en focust daarmee op de professies zelf als veroorzaker van genderongelijkheid. Dent (2003) daarentegen, focust juist op de rol van de staat, omdat in tegenstelling tot de Angelsaksische landen, de rol van de staat van grote invloed is op de positie van de vrouw in continentaal Europa (Dent, 2003). Uitgangspunt van de kritiek van Dent (2003)

is het model van Esping-Andersen (1990) dat welvaartsstaten beschrijft op basis van het concept van decommodificatie: de mate waarin mensen een redelijke kwaliteit van leven kunnen hebben, afhankelijk van marktdeelname. Dent (2003) bekritiseert dit concept, omdat decommodificatie verbergt dat niet alle demografische groepen eenzelfde toegang tot de arbeidsmarkt hebben en dat dit een bron voor ongelijkheid is. Vrouwen in het bijzonder zijn beperkt van het volledig kunnen toetreden tot de arbeidsmarkt door zorgverantwoordelijkheden binnen de familie, tenzij daar beleid voor is dat vrouwen hiertegen beschermt. Eigenlijk zijn alle welvaartsstaten hierdoor in bepaalde mate patriarchaal, gezien het feit dat mannen nog altijd makkelijker tot de arbeidsmarkt toetreden en meer verdienen (Lewis, 1992). Voor werkende vrouwen zoals verpleegkundigen, is het probleem van gender dus niet alleen een zaak van het patriarchaat op de werkplaats: het heeft invloed op de relaties tussen henzelf, patiënten en de staat.

2.3.1. De Nederlandse verpleegkundige binnen dit discours

De verpleegkundige beroepsgroep wordt in Nederland gekarakteriseerd door het hoge aantal vrouwen binnen het beroep (Dent, 2003) en de publieke perceptie van de verpleegkunde is dat het vrouwenwerk is (ten Hoeve, Jansen, & Roodbol, 2014). Voor het begrijpen van dit stereotype zijn de concepten *subsidiariteit* en *familialisme* belangrijk. Subsidiariteit is het principe dat de staat alleen moet interveniëren wanneer een familie niet voor zichzelf kan zorgen. Familialisme is de geïnstitutionaliseerde versie daarvan en gaat over de verwachting dat de man in het gezin werkt en de vrouw voor de kinderen zorgt. Deze concepten zijn sterk verbonden met sociaal ingebedde waarden die toegeschreven worden aan zorgverlening en de verpleegkunde (Dent, 2003).

Nederland heeft lange tijd een traditie gekend van een conservatief-corporatistische verzorgingsstaat, waarbinnen *subsidiariteit* en *familialisme* dominant waren (Dent, 2003). In Nederland en Duitsland wordt het principe van subsidiariteit sterk gesteund door de protestantse kerk, die de vrouw in lijn met de staat in de eerste plaats beschouwt als moeder (Trifiletti, 1999). Het gebrek aan professionele status van verpleegkundigen is sterk verbonden met de principes van subsidiariteit en familialisme waarbinnen de vrouw beschouwd wordt als moeder in plaats van arbeider. De zorgende taken van verpleegkundigen worden verbonden met vrouwelijke toewijding en het christelijke ideaal van familialisme (Buchanan, 1999; Dent, 2003; Spijker, 1981).

In het begin van de jaren negentig kwamen verpleegkundigen in Nederland tegen het gebruik aan professionele status in opstand, toen zij massaal het werk neerlegden en structurele loonsverhoging eisten. Deze protesten zijn later bekend komen te staan als de *Witte Woede*. Hoewel de protesten primair gingen over loonsverhoging (Duivestein-Ockeloen, 2016), wilde de beroepsgroep ook een signaal afgeven: het beeld van de onderdanige verpleegkundige die liefdewerk verricht en daarom ook niet kan staken moest voorbij zijn. Verpleegkundigen moesten voor zichzelf opkomen (Bogers, 2014).

De neoliberale overheidshervormingen van de afgelopen twintig jaar hebben het dominante discours over de betekenis van het begrip professional vermengd met het discours van *managerialism* (Dent, 2003; Dent & Whitehead, 2002; Noordegraaf, 2007). Voor de verpleegkundige beroepsgroep in Nederland lijkt dit een kans, omdat het

neoliberale discours van *managerialism* geen onderscheid maakt tussen man en vrouw (Dent & Whitehead, 2002). Echter, hetgeen voor een beroepsgroep in het verschiets ligt door zichzelf de term 'professional' aan te meten, is ook veranderd (Dent & Whitehead, 2002; Fournier, 1999).

2.4. Neoliberale welvaartsstaathervormingen: 'Professionalisme' als managerial begrip

In de periode dat Wilensky (1964), Larson (1977), Abbott (1988) en Freidson (1970, 2001) spraken over professionals hadden professionele beroepsgroepen, vergeleken met de huidige tijd, een relatief onbedreigde positie. Aan het eind van de twintigste eeuw kwam deze positie echter onder druk te staan als gevolg van veranderingen in de ideologie en financiering van de welvaartsstaat (Noordegraaf & van der Meulen, 2008). Met de toename van zorgconsumptie in combinatie met technologische ontwikkelingen na de Tweede Wereldoorlog, stegen de kosten van de welvaartsstaat explosief. Hierdoor kwam de positie van professionals in toenemende mate onder druk te staan. Grote bezuinigingen en hervormingen binnen de westerse verzorgingsstaten zorgden voor een toenemende druk op de klassieke professies zoals de medische professie (Dent, 2003; Oomkens et al., 2015). In het algemeen werd de medische professie verweten vooral met zichzelf bezig te zijn en de zorg onnodig duur te maken (Dent, 2003). Gezondheidszorgsystemen moesten worden omgezet in responsieve zakelijke systemen. Daarom vonden er verschillende *businesslike reforms* (Noordegraaf & van der Meulen, 2008) plaats zoals de introductie van planning en controlesystemen, performancetargets, *evidence based medicine* en medische managers in de domeinen van medische professionals. Tevens werd het functioneren van medische professionals onderworpen aan het toezicht van medische managers (Noordegraaf & Van der Meulen, 2008). Hoewel de medische professie verzet toonde tegen deze ontwikkeling (Oomkens et al., 2015), verloren ook deze professie langzaam terrein. Langzamerhand vermengden professionele en organisatorische waarden zich, evenals het onderscheid tussen 'de professional' en 'de manager' (Dent & Whitehead, 2002).

Hierdoor ontstaan nieuwe theoretische constructen die trachten te definiëren wat professionalisme betekent binnen deze nieuwe realiteit. Deze pragmatische benaderingen stellen dat de professional zich moet aanpassen aan organisatorische, *managerial* waarden om als professional van betekenis te zijn (Noordegraaf, 2007).

Wat deze schijnbaar objectieve beschrijvingen van welvaartsstaatveranderingen en vormen van professionaliteit verhullen is dat de basis voor het vertrouwen in professionals fundamenteel veranderde. Waar het vertrouwen in professionals voorheen gebaseerd was op de *status* en het *karakter* van de professional, moeten professionals zich in toenemende mate bewijzen (Whitehead, Austin, & Hodges, 2011). Vertrouwen in professionals wordt gemedieerd door audits en extern gedefinieerde prestatiesystemen (Dent & Whitehead, 2002). Het begrip professional komt hierdoor steeds meer voor in de management- en organisatiewetenschappelijke literatuur, waardoor het verbonden wordt met gedrag wat gewenst is binnen dit discours: flexibiliteit, het aanpassen aan organisatorische waarden en 'een leven lang leren' (Dent & Whitehead, 2002; Fournier, 1999). Hierdoor werd 'professional zijn' iets actiefs dat continu bewezen moet worden:

But whatever one's perspective, it is evident that in this new era we are all expected to be professional, to perform professionally. In losing its exclusivity, being professional has become the leitmotif of the postmodern age (Dent & Whitehead, 2002, p. 1).

Hoewel deze cultuur van performativiteit voor klassieke professionals een bedreiging betekende, bood dit een kans voor semiprofessies, zoals de verpleegkunde (Etzioni, 1969), om haar waarde te bewijzen (Dent, 2003; Keogh, 1997):

Re-imagining labour as offering 'professional service' serves to construct an image of quality and reliability appealing to the allegedly increasingly discerning and demanding customer; it also opens up some imaginary space within which self-actualizing employees can strive for continuous fulfilment and improvement. (Fournier, 1999, p. 299).

De hierboven beschreven veranderingen hadden ook impact op het academische veld dat de professies onderzoekt (Evetts, 2013). Het onderscheiden van een professional op basis van definitieve eigenschappen bleek een moeilijke opgave. Ook het begrip professionalisering is hiermee minder relevant: hoewel de status en erkenning van het begrip professional nog wel bestaat (Dent & Whitehead, 2002; Fournier, 1999), is het onduidelijk wanneer het proces van 'professionalisering' voltooid is.

2.4.1. Nederlandse verpleegkundige binnen dit discours

De Nederlandse verpleegkundige beroepsgroep lijkt het neoliberale klimaat, waarbinnen professionalisme betekenis krijgt, te zien als een kans om de positionering van het beroep te verbeteren, al blijft de invloed van de staat en de medische professe evident. In de jaren tachtig ontstaan de mbo-v en hbo-v opleidingen in het hoger onderwijs, buiten het ziekenhuis en de medische controle. Voorts verschijnt in 1988 het eerste *Verpleegkundig Beroepsprofiel* waarin de basis voor de verpleegkundige als 'professional' wordt vastgelegd: er wordt aandacht geschonken aan beroepsethiek, de deskundigheid van verpleegkundigen en het verpleegkundige proces (Grotendorst, 2011). Daarnaast wordt de toegang tot het beroep versmald en verzwaard: waar verpleegkundigen voorheen opgeleid werden via de A-(ziekenhuis), B-(GGZ) of Z-(gehandicaptenzorg) opleiding op de werkvloer, leiden vanaf dan alleen de mbo-v en hbo-v opleiding op tot de titel verpleegkundige. 11 jaar later, in 1999 verschijnt een tweede beroepsprofiel, waarin de ziekenverzorgende buiten de beroepsgroep vallen en de titel 'verpleegkundige' verliezen. Wat in het profiel onopgelost blijft, is de spanning tussen mbo- en hbo- opgeleide verpleegkundigen, waartussen in de nieuwe profielen geen onderscheid wordt gemaakt, omdat daar vanuit de beroepspraktijk geen urgentie voor wordt gezien. Daarnaast worden de profielen opgesteld door beleidsministeries en niet door de beroepsgroep zelf (Grotendorst, 2011).

In 2006 ontstaat de eerste onafhankelijke verpleegkundige beroepsvereniging, V&VN, uit een fusie van kleinere verenigingen. V&VN wil het verpleegkundig beroep verder professionaliseren en werkt mee aan het ontstaan van de verpleegkundig specialist en de totstandkoming van de master *Advanced Nursing Practice*. In 2012 publiceert V&VN het concept voor de nieuwe beroepsprofielen waarin de beroepsvereniging eenzelfde strategie kiest als in 1999: de lager opgeleide verpleegkundige wordt uit het beroep geschrapt en slechts de hbo-opleiding geeft recht op de titel verpleegkundige. Na hevige kritiek gaat de minister hier echter niet in mee en blijft de mbo-opleiding

tot verpleegkundige in stand. Hoewel de verpleegkundige beroepsgroep haar positie dus wil verbeteren door de toegang tot de titel verpleegkundige te versmallen en zelf meer controle te krijgen over de inhoud van het verpleegkundig beroep, blijkt de afhankelijkheid van de staat groot in het proces waarbinnen de nieuwe beroepsprofielen zijn opgesteld.

Op de inhoud van het profiel lijkt een neoliberale visie op het verpleegkundig beroep te domineren. De nieuwe beroepsprofielen zijn namelijk op het CanMEDS-competentiemodel gebaseerd. Dit is een internationaal model voor het beschrijven van competenties die zorgverleners zouden moeten hebben, waar ook de nieuwe opleidingen naar zijn gevormd. De focus op *competenties* is een liberaal idee dat voortkomt uit de managementliteratuur en dat de vaardigheden van professionals controleerbaar en meetbaar tracht te maken (Foth & Holmes, 2017; Whitehead et al., 2011). In de nieuwe beroepsprofielen worden op basis van deze CanMEDS competenties zoals reflexiviteit, flexibiliteit, en *evidence based practice* toegeschreven aan de verpleegkundige professional. Het gebruik van dit model is niet onomstreden: zo zien Whitehead, Austin en Hodges (2011) de CanMEDS als een poging om bedrijfsmatige- en *managerial* inzichten in de gezondheidszorg in de domeinen van professionaliteit te krijgen. De keuze voor een op CanMEDS-competenties gebaseerd profiel is daarmee een signaal van de veranderende positie van gezondheidszorgprofessionals binnen de moderne staat (Dent & Whitehead, 2002).

2.5. Conclusie: de ~~verpleegkundige professional~~ sous rature?

In dit hoofdstuk heb ik gekeken naar de ontwikkeling van de dominante discourses rondom professionalisme en de positie van de verpleegkundige beroepsgroep binnen deze discourses. De voorwaarden waaronder een beroepsgroep als professie gezien wordt, zijn in de afgelopen decennia sterk veranderd en tegenwoordig in toenemende mate ingebed in een cultuur van *performativiteit*. Waar het klassieke discours rondom professionalisme de nadruk legde op het karakter en de status van de professional, is professionalisme binnen het neoliberale professionaliteitsdiscours *performed* richting extern gedefinieerde verantwoordingsregimes. Toch spreken we nog altijd over 'professionals' en draagt dit begrip een bepaalde status met zich mee (Dent & Whitehead, 2002; Fournier, 1999). Het begrip 'professional' en de aantrekkelijke lading die het begrip heeft, sluit niet meer goed aan bij de praktijk die het tegenwoordig objectiveert. Daarom moeten we 'de ~~verpleegkundige professional~~' *sous rature* begrijpen: we accepteren het begrip enerzijds, maar bevragen dit tegelijkertijd kritisch (Saldívar, 2015).

De Nederlandse verpleegkundige beroepsgroep heeft binnen het neoliberale discours rondom professionaliteit de mogelijkheid zich te 'professionaliseren'. Echter, de beloning van deze professionaliseringsactiviteiten is niet de status en positie die professionals hadden binnen het klassieke discours rondom professionalisme, waarbij status werd verbonden aan de positie van professionals. Daarentegen moet professionalisme continue bewezen worden binnen het neoliberale professionaliteitsdiscours dat het werkgebied van verpleegkundigen beschouwt als een markt, waar beroepsbeoefenaren worden afgerekend op hun *performance* (Dent & Whitehead, 2002).

3. De verpleegkundige als rechter van normaliteit

The judges of normality are present everywhere. We are in the society of the teacher-judge, the doctor-judge, the educator-judge, the social worker-judge; it is on them that the universal reign of the normative is based; and each individual, wherever he may find himself, subjects to it his body, his gestures, his behavior, his aptitudes, his achievements - (Foucault, 1977)

Uit het vorige hoofdstuk bleek dat de betekenis van het begrip *professional* zodanig veranderd is, dat het *sous rature* beschouwd moet worden. Het begrip heeft een lading van autonomie en onafhankelijkheid, terwijl de beroepspraktijk van professionals gekenmerkt wordt door een cultuur van *performativiteit*. Hoewel deze conclusie inzicht geeft in *hoe* de betekenis van professionalisme binnen verzorgingsstaten is veranderd, blijft onduidelijk *waarom* professionals benoemd en beschermd worden door de moderne (post-)verzorgingsstaat en waarom de staat inzet op 'professionalisering' van het verpleegkundig beroep.

Hoewel de staat professionele domeinen creëert en beschermt, positioneert ze zichzelf tegelijkertijd als afzonderlijke partij met belangen die verschillen van die van professionals. Hier doet zich een ogenschijnlijke tegenstelling voor: enerzijds lijken professionals los te staan van de staat, anderzijds zijn ze afhankelijk van de staat, omdat die verantwoordelijk is voor de jurisdictie die professionals genieten. In dit hoofdstuk onderzoek ik deze tegenstelling. Ik ga op zoek naar een dieper begrip van de professional door te kijken naar de complexe verhouding tussen 'de professional' en 'de staat'. Vervolgens kijk ik wat dit betekent voor de 'professionalisering' van de verpleegkundige beroepsgroep.

3.1. Foucault en de professionals

Een verklaring van de subjectivering 'professional' door de staat kan gevonden worden met behulp van de analyses van Foucault (1979). In zijn analyse van de moderne staat legt Foucault de nadruk op de neiging van moderne staten om door subtiele vormen van machtsuitoefening de bevolking bestuurbaar te maken. Deze neiging duidt hij met de term *governmentality*. De oorsprong hiervoor ligt bij de opkomst van de moderne staten, waarin de legitimering voor het bestaan van deze staten was dat zij zorgden voor de juiste verdeling van de middelen, die moest leiden tot welvaart voor iedereen (Johnson et al., 1995).

Foucault (1979) ziet professionalisme als een vorm van bestuur van de staat op afstand. De staat ziet hij hierbij niet als een centrale externe partij, zoals de overheid, maar als de uitkomst van alle technieken, disciplines, politieke programma's en beroepsbeoefenaren die namens het 'algemeen belang' handelen: *...the state is the outcome of governing; its institutionalized residue, so to speak* (Johnson et al., 1995, p. 7).

Hiermee neemt hij een fundamenteel andere positie in dan Freidson (1970), Abbott (1988) en Larson (1977) die veronderstelden dat er een scheiding was tussen de staat en de professies. Voor Foucault (1979) zijn professies integraal onderdeel van de staat. De staat is het concept dat voortkomt uit de *interplay* tussen procedures, instituties,

professies en politieke programma's (Johnson et al., 1995). In zijn analyse focust hij op de manier waarop de moderne staat de samenleving bestuurbaar probeert te maken. Een belangrijke tactiek hiervoor is de institutionalisering van expertise, door middel van disciplineren van de professionals en hun 'professionele expertise'.

Foucault legt in zijn analyse van de professies de nadruk op de plaats van 'expertise'. De opkomst van de grote, moderne, bureaucratische staten, de secularisering, en de opkomst van de sociale wetenschappen vormden de voorwaarden voor een ander discours over de taak en rol van 'het bestuur' binnen een samenleving. Waar het 'oude' discours de assumptie had dat het bestuur soevereiniteit moest bewerkstelligen, ziet het nieuwe discours het als de taak van het bestuur om bronnen op de juiste manier te verdelen, zodat iedereen hiervan kan profiteren. Wanneer Foucault (1979) spreekt over de staat gaat het over drie vormen van macht. Allereerst de diplomatiek-militaire macht die de staat heeft om zichzelf te beschermen tegen bedreigingen van buitenaf. Daarnaast heeft de staat de politie om zich te beschermen tegen interne bedreigingen en afwijkingen van wat gezien wordt als normaal. Ten derde is er de pastorale macht die de staat heeft. Dit is de meest impliciete manier van macht die de staat kan uitoefenen op de populatie (Foucault, 1977). De pastorale macht gaat over het zorgen voor anderen door verschillende therapeutische regimes die het individu helpen met het vormen van een identiteit met daarbij behorende gedragingen zodat deze passen bij een *genormaliseerde* manier van leven.

Het bestuur moet dus zorgen voor geluk, veiligheid en welzijn van haar inwoners. De wet en gehoorzaamheid aan die wet werd gezien als de belangrijkste bron van legitiem bestuur. Deze vorm van bestuur, die de populatie als object van bestuur ziet, is een samenstelling van instituties, procedures, analyses, berekeningen en tactieken die gezamenlijk *governmentality* vormen. De sociale organisatie van opkomende beroepsgroepen werd integraal onderdeel van dit proces, omdat expertise en kennis van de populatie een voorwaarde was voor de uitoefening van politieke macht. Hierdoor werd kennis en expertise geïnstitutionaliseerd in zijn professionele vorm en werd het onderdeel van het proces van het besturen van de populatie.

Hierbij worden verschillende aspecten uit de analyses van Abbott (1988), Freidson (1970) en Larson (1977) geïncorporeerd. Larson (1977) laat zien hoe professionele disciplines ontstaan die de gebieden van bestuurbaarheid definiëren en legitimeren (Larson, 1977). Deze disciplines ontstaan als resultaat van strijd over professionele claims tussen professies (Abbott, 1988). De autonomie van professies die voortvloeit uit deze politieke processen is een product van *governmentality* dat de staat legitimeert (Johnson et al., 1995). Door de officiële erkenning van professionele expertise kan de overheid haar doelen, programma's uitvoeren. Omdat de doelen van de overheid constant veranderen, zijn ook de 'grenzen' tussen de overheid en de professies constant aan verandering onderhevig (Starr & Immergut, 1987).

Foth et al. (2017) stellen dat de vorm van *governmentality* veranderde met de neoliberale wending in veel welvaartsstaten. De welvaartsstaat identificeerde de 'zwakkere' burger en bood een sociaal vangnet. Instituties zoals scholen, ziekenhuizen en gevangenissen namen hierbij een belangrijke rol in. De dominante gezondheidsstrategie was er toen op gericht individuen dingen aan te leren die gezien werden als bijdragend aan hun

fysieke gezondheid. Wanneer burgers een gezondheidsrisico vormden moesten deze geïsoleerd worden (Foth, O’Byrne, & Holmes, 2016). Vanaf het midden van de jaren zeventig ondergaat de welvaartsstaat belangrijke veranderingen door neoliberale kritieken. Kritiek was dat de verzorgingsstaat burgers lui en afhankelijk maakte. Eigen verantwoordelijkheid werd belangrijk: dit zou leiden tot de beste omstandigheden voor iedereen, of zoals van Kooten en de Bie stelden met hun sketch ‘de Tegenpartij’: *‘als iedereen aan zichzelf denkt, wordt er aan iedereen gedacht’*. In de post-welfare staat worden burgers gedwongen zich ‘vrij’ te gedragen, vanuit het idee dat zij zich als marktsubjecten moeten gedragen (Foth & Holmes, 2017). Het dominante idee binnen het neoliberalisme is dat het individu, als *homo oeconomicus*, moet denken en acteren als marktsubject (Rose, 1999). Sociaal gedrag wordt hierdoor gezien als calculerende actie aan de hand van economische lijnen. Mensen die dat niet kunnen, moeten in ieder geval laten zien dat ze hun situatie willen veranderen. Burgers internaliseren mechanismen van inclusie en exclusie steeds meer en maken disciplinerende interventies minder nodig. Oftewel, waar bij de controle en disciplinerend van burgers binnen de welvaartsstaat een belangrijke rol was weggelegd voor instituties en professionals, verloopt deze controle in neoliberale staten meer rizomatisch (Foth et al., 2016).

Gezondheid wordt gezien als een product waar mensen zelf controle over hebben. Het doel van dit neoliberale gezondheidsdiscours is dat mensen minder gebruik maken van de gezondheidszorg en zelfredzamer zijn (Holmes & Gastaldo, 2002; Lemke, 2001). Samenlevingen worden zo dus meer georganiseerd richting economische criteria en burgers internaliseren en reproducen deze criteria. Deze geavanceerde vorm van machtsuitoefening, waarbij de doelen van burgers gevormd worden naar politieke doelen van de staat, is hiermee een vorm van *neoliberale governmentality* (Rose, 2008).

3.2. De verpleegkundige beroepsgroep en *governmentality*

Het idee van Foucault over *governmentality* geeft een verklaring voor *waarom* de staat geïnstitutionaliseerde, professionele expertise nodig heeft. Door bepaalde kennis te beschouwen als professionele expertise, kan de staat de samenleving bestuurbaar maken om zo haar politieke doelen te bereiken. Het bestaan van de verpleegkunde als professioneel beroep is vanuit het perspectief van *governmentality* inherent politiek omdat het gaat over het biologische bestaan van de mens en het genereren van kennis daarover (Holmes & Gastaldo, 2002; Morley & Jackson, 2017).

De verpleegkundige promoot het leven en herstel van ziekte (Holmes & Gastaldo, 2002). Gezondheid wordt gezien als iets wat iedereen wil. Daarom is verpleegkunde een beroep dat goed ontvangen wordt: mensen zijn bereid te luisteren naar artsen en verpleegkundigen. Holmes en Gastaldo (2002) laten zien dat de verpleegkundigen door onderzoek en politieke actie hebben bijgedragen aan het de-institutionaliseren van de langetermijnszorg en aan het herdefiniëren van gezondheid als een sociaal bepaald construct. Deze bewegingen versterkten het belang van zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid. Hierdoor hadden verpleegkundigen de macht om *normaliteit* te bewerkstelligen. Deze normaliteit legitimeert het bestaan van de staat. Door de norm ontstaan ‘afwijkende individuen’ en is de staat gelegitimeerd deze te monitoren en disciplineren (Holmes & Gastaldo, 2002).

3.3. De verpleegkundige en de patiënt

Waar de relatie tussen verpleegkundige en patiënt vroeger vrij hiërarchisch was, is er in de gezondheidszorg een trend waar te nemen waarbij patiënten in toenemende mate ‘in hun kracht worden gezet’ en ‘zelf de regie hebben’. Foucault (1977) stelt dat dit een meer impliciete en geavanceerde vorm is van disciplineren: het gaat dan om de interne beïnvloeding van de patiënt, opdat deze zichzelf leert disciplineren. Daarom is de pastorale macht van verpleegkundigen zo belangrijk: omdat verpleegkundigen dicht bij de patiënt staan genereren ze kennis over deze patiënt. Die kennis wordt gecodificeerd en geïntegreerd in de gespecialiseerde discoursen van psychiatrie, psychologie, seksuologie en verpleegkunde (Holmes & Gastaldo, 2002). Verpleegkundigen gebruiken de pastorale macht om patiënten te disciplineren, door ze bijvoorbeeld te leren over hygiëne en zelfzorg.

Vanuit het Foucaultiaanse concept van *governmentality* is de ‘professionalisering’ van de verpleegkundige beroepsgroep door middel van nieuwe beroepsprofielen als een techniek van de staat om de inhoud van het beroep te sturen en het dominante discours over gezondheid en het lichaam te beïnvloeden. Dit disciplineringsproces vindt grotendeels plaats buiten de politieke arena van de Tweede Kamer en lijkt logisch en rationeel. Echter, de manier waarop de staat ons lichaam bestuurt en reguleert verandert ingrijpend.

3.4. Conclusie

De relatie tussen de moderne staat, zorgorganisaties en zorgprofessies is ambivalent. De toenemende invloed van *managerialism* lijkt gelegitimeerd te worden door een neoliberale politieke rationaliteit. Binnen deze rationaliteit is de relatie tussen staat en professie aan verandering onderhevig. Binnen de cultuur van performativiteit in het discours rondom professionals grijpt juist de verpleegkundige beroepsgroep het moment aan om te ‘professionaliseren’, omdat het discours van *managerialism* geen onderscheid maakt in gender. Dit was wel het geval bij de eerdere praktijken waarnaar professionalisme verwees (Dent, 2003; Witz, 1990).

Versillende auteurs laten zien dat het doorlopende proces dat ‘professionele expertise’ definieert een politiek proces is tussen beroepsgroepen (Abbott, 1988), geënceneerd door de staat die legitimering nodig heeft voor haar handelen (Larson, 1979). De theorie van Foucault over *governmentality* integreert deze aspecten door te stellen dat de overheid en de professies geen gescheiden entiteiten zijn, maar gezamenlijk onderdeel uitmaken van de staat. Vanuit dit perspectief is de ‘professionalisering’ van de verpleegkundige beroepsgroep door middel van nieuwe beroepsprofielen een tactiek van de staat om een veranderend discours over gezondheid en het lichaam te bewerkstelligen.

De neoliberale politieke rationaliteit die de staat hanteert om haar handelen te legitimeren, werd zoals in het vorige hoofdstuk bleek, ook onderdeel van de beoordelingscriteria van professionalisme. Deze veranderde voorwaarden waaronder een beroepsgroep als ‘professioneel’ gezien kan worden, biedt de verpleegkundige beroepsgroep de kans status en invloed te verwerven. Tegelijkertijd legitimeert dit proces het dominante neoliberale gezondheidsdiscours, doordat deze specifieke kennis van dit discours onderdeel gaat uitmaken van de geïnstitutionaliseerde expertise van professionals.

Deze kennis richt zich op het lichaam en het leven van ons als individu en heeft als doel dit te reguleren en disciplineren, zodat wij als marksubjecten na zullen gaan denken over ons lichaam en onze levensstijl.

4. Historiografie van de verpleegkundige professionalisering: een geschiedenis van het heden

Dames en heren, ik ben geen filosoof, ik ben een verpleegkundige – Prof. Dr. Marieke J. Schuurmans (2010)

Vanuit een Foucaultiaans perspectief zie ik de ‘verpleegkundige professional’ als een subjectivering van de staat. Subjectivering kan gezien worden als performatieve daad (Butler, 1988). Dat wil zeggen dat wanneer iets tot subject wordt benoemd, dit gegeneerd en zichtbaar wordt (Foth, Lange, & Smith, 2018). Verpleegkundigen moeten binnen het neoliberale, performatieve klimaat *bewijzen* dat zij professional zijn door neoliberale waarden op het beroep en de beroepsinhoud te reproduceren. De reproductie van deze waarden komt naar voren in de constructie van de ‘professionalisering’ die de verpleegkundige beroepsgroep hanteert.

Opvallend aan de manier waarop de verpleegkundige beroepsgroep zichzelf construeert, is dat er veel verschillende *stories of reform* bestaan. Hierin wordt afgerekend met het ‘duistere verleden’ waarin ‘de verpleegkundige’ onprofessioneel en machteloos geweest zou zijn. De verpleegkundige beroepsgroep gebruikt vaak een *rhetoric of rupture* (Nelson & Gordon, 2004), die voortkomt uit de voortdurende pogingen om sociale status en legitimiteit te verwerven. Echter, deze rhetoric of rupture bevestigt onbedoeld het beeld van de verpleegkundige als zwakke beroepsgroep, die tekortschiet in kennis en vaardigheden (Nelson & Gordon, 2004). In dit hoofdstuk probeer ik deze dominante geschiedschrijving te destabiliseren, om te laten zien op welke manier de hedendaagse dominante discourses van invloed zijn op de geschiedenis van ‘de verpleegkunde’.

Onderzoek naar de geschiedenis van de verpleegkunde richt zich in dit onderzoek op de *manier* waarop verpleegkundigen hun geschiedenis construeren en daarmee hun identiteit creëren. Foucault (1977) noemde dit soort onderzoek een *history of the present* (Foucault, 1977, p. 34). In dit type onderzoek heeft ‘de geschiedenis’ geen duidelijk doel: het heden wordt niet gezien als een vervolmaking van alles wat daarvoor was. Een geschiedenis van de verpleegkundige professionalisering betekent dat het onderzoek niet begint met de assumptie dat ‘zorg’ de ahistorische kern is van de verpleegkunde of dat er iets als ‘de staat’, of ‘de professional’ bestaat.

In de verpleegkunde is het veronderstelde doel dat verpleegkundigen goed willen doen, pijn willen verlichten en patiënten een goed leven willen geven (Foth et al., 2018). Tegenwoordig komt daar de assumptie bij dat de verpleegkundige een professional is, die gezien de historie nooit helemaal tot zijn recht is gekomen. Het lijkt of deze doelen bepalen wat verpleegkundigen doen. Echter, de verpleegkundige praktijk bepaalt de objecten en doelen in de eerste plaats. De manier waarop de geschiedenis van de professionalisering van de verpleegkunde beschreven wordt, laat de discourses zien die aan de basis van de huidige subjectivering van ‘verpleegkundige’ liggen. In dit hoofdstuk zullen deze discourses onderzocht worden.

4.1. Een historiografie van professionalisering

In het grote verhaal over de ‘professionalisering’ van de Nederlandse verpleegkundigen

valt op dat de naam 'Florence Nightingale' veel valt. Nightingale kan gezien worden als het *founding subject*, de *conceptual persona* (Deleuze & Guattari, 1994) van de verpleegkunde (Buchanan, 1999). Hiermee bedoel ik dat de huidige 'geschiedenis' van de moderne verpleegkunde rondom de naam Florence Nightingale wordt geconstrueerd. Zo is het instituut van de Nederlandse verpleegkundige geschiedenis (*Florence Nightingale Instituut*) naar Nightingale vernoemd en riep hoogleraar verplegingswetenschap Prof. Dr. Marieke Schuurmans in haar inaugurele rede op voor een terugkeer naar het denken van Florence Nightingale. Vanuit een poststructuralistische visie op taal zie ik het verwijzen naar Florence Nightingale niet als een verwijzing naar een vaste betekenis of persoon, maar als onderdeel van een breder discours, waarbinnen 'Florence Nightingale' een bepaalde discursieve kracht heeft. Hiermee bedoel ik dat de associaties met Florence Nightingale en de eigenschappen die haar worden toebedeeld een bepaald discours rondom de verpleegkundige beroepsgroep steunen.

De persoon Florence Nightingale wordt in de geschiedschrijving van de verpleegkunde veel heroïsche eigenschappen en kwaliteiten toegedeeld. Zo schrijft Dolan in *The History of Nursing over Nightingale*:

Few women in history have been endowed with her rare intellect and driving force and few women have exerted so far-reaching an influence on so many. ...Florence Nightingale was intellectually and academically, as well as financially, wealthy. . . Miss Nightingale knew how to analyze situations, to present facts and to direct others and was gifted in interpersonal relationships and qualities of leadership (Dolan, 1968:223).

De feiten over Nightingale vertellen dat ze een vrouw uit de hogere Anglicaanse burgerij was, die na haar rol als verpleegkundige bij de Krimoorlog de eerste 'moderne' verpleegkundige beroepsopleiding stichtte in het St. Thomas Hospital in Londen in 1856. In de conventionele geschiedschrijving wordt Nightingale gezien als de grondlegger van de 'moderne' verpleegkunde. Het discours waarbinnen Nightingale beschreven wordt als hervormer, de *lady with the lamp*, ziet de periode voor Nightingale als een duistere periode. Het rekent af met de aard en organisatie van de verpleegkundige zorg en beschrijft deze als de *dark age of nursing* (Davies, 1980). Opvallend is hoe de eigenschappen die aan Nightingale zijn toebedeeld door de tijd heen veranderend zijn. Hoewel Nightingale door de tijd heen is geportretteerd als ideale verpleegkundige, is er een verandering gaande van het benadrukken van de *roeping en devotie* van Nightingale naar het leggen van de nadruk op de *competenties en autonomie* van Nightingale.

4.2. De Anglicaanse Nightingale: dienstbaar, onderdanig, onafhankelijk en maagdelijk

De opleiding van Nightingale en haar 'roeping' kunnen beter begrepen worden door het bredere, dominante discours over de positie en taken van de vrouw van haar tijd te begrijpen. De vrouw werd gezien als bestemd voor het moederschap. De vrouw moest zorgen voor de man, kinderen en het huis. Vrouwen moesten vanuit kerkelijk oogpunt het gezin in balans houden door zonde uit het gezin te bannen en te letten op de vroomheid van de leden van het gezin (Eijt, 2012; van Gemert & Spijker, 1990; Wiegman & Wachelder, 2004). Vanuit deze visie op de vrouw waren de verpleegkundigen, die uit de arbeidersklasse of lager werden gerekruteerd geen

normen en waarden en was de staat van de verpleegkunde abominabel. Nelson (1997) laat zien dat dit beeld niet terecht is: deze vrouwen uit de arbeidersklasse hadden wellicht niet de normen en waarden van de burgerij, maar deden belangrijk en goed werk (Maggs, 1987). Bovendien vormden deze vrouwen de grootste groep van 'nieuw' opgeleide verpleegkundigen (Nelson, 1997). Om de lager opgeleide verpleegkundigen te disciplineren in de verpleegkundige opleidingen werd door de religieuze hervormers gehamerd op een verpleegkundige moraal die bestond uit het volgzaam, nuttig en gehoorzaam zijn. Dit sloot aan bij de christelijke moraal van dienstbaarheid en zelfopoffering. De hervorming van de verpleegkunde onder Nightingale en andere hervormers had dus naast een inhoudelijke verandering van de praktijken waar het begrip verpleegkunde naar verwees, ook een disciplinerend aspect, waarbij de, vanuit de protestants-anglicaanse religieuze visie, oneerbare vrouwen geleerd moest worden hoe zich proper te gedragen (Buchanan, 1999).

In conventionele beschrijvingen over de professionalisering worden de negentiende-eeuwse hervormers zoals Florence Nightingale en in Nederland Johanna Reynveen afgeschilderd als heldinnen die de verpleegkundige uit het slop hebben getrokken (Wiegman & Wachelder, 2004). De vrouw werd gezien als bestemd voor het moederschap. De vrouw moest zorgen voor de man, kinderen en het huis. Vrouwen moesten vanuit kerkelijk oogpunt het gezin in balans houden door zonde uit het gezin te bannen en te letten op de vroomheid van de leden van het gezin (Eijt, 2012). Een groot deel van de Nederlandse vrouwen bleef echter ongehuwd als gevolg van een vrouwenoverschot, waardoor ze niet aan het protestants-christelijke ideaal levensvervulling konden voldoen. De economische omstandigheden maakten het daarnaast noodzakelijk voor alleenstaande vrouwen om te werken en in hun levensonderhoud te voldoen. Daarom gingen Nederlandse vrouwen de klassieke vrouwentaken buiten het gezin uitvoeren, door de protestants-christelijke boodschap te verkondigen, gericht op de armen. Deze inspanningen werden aangemoedigd door invloedrijke geestelijken van de protestantse Réveil beweging, waarbinnen protestantse idealen over de deugdelijkheid en het gezin en rooms-katholieke idealen over de zorg voor de armen en de maagdelijkheid geïncorporeerd werden. Invloedrijke geestelijken, zoals dominees, stimuleren vrouwen om gemeenschappen te vormen die zich toeleggen op 'vrouwentaken' zoals het geven van onderwijs, het naaien van kleding en het verzorgen van de zieken (Boswijk & Couvee, 1979; Eijt, 2012; Wiegman & Wachelder, 2004). In deze periode nam het aantal vrouwen dat betrokken was bij de kerk enorm toe. Religie was een manier om machtiger te worden voor vrouwen in een machteloze positie (van der Vlies, 2010). Het feit dat de geschiedschrijvers van de verpleegkunde voornamelijk protestants waren, maakt dat de inspanningen van katholieke vrouwencongregaties vaak over het hoofd werden gezien (Eijt, 2012). Deze katholieke vrouwengemeenschappen vervulden belangrijke taken in de zorg voor de gemeenschap.

De invloed van het Nightingale-discours van roeping en gehoorzaamheid op de verpleegkundige is nog altijd merkbaar. Vanuit het dienstbaarheidsideaal werd het als onmogelijk gezien dat verpleegkundigen het werk neerlegden. Turkoski (1995) stelt daarnaast dat de eigenschappen van dienstbaarheid, ordelijkheid en betrouwbaarheid lang werden gebruikt om verpleegkundigen niet te betalen of geen loonsverhoging te geven, en dat het belangeloos verplegen van patiënten lang gezien werd als onderdeel

van de professionaliteit van de verpleegkundige beroepsgroep. Tijdens de Witte Woede van de jaren negentig gingen verpleegkundigen de straat op met borden als *'Fuck Florence'* om af te rekenen met dit discours (Bogers, 2014). Het is daarom opvallend dat de *persona* Florence Nightingale tegenwoordig opnieuw gebruikt wordt om een ideaaltypische verpleegkundige te beschrijven.

4.3. De geëmancipeerde, academische Nightingale: statistisch, geëmancipeerd en invloedrijk

Wanneer tegenwoordig verwezen wordt naar Florence Nightingale lijken de eigenschappen die aan haar worden toebedeeld radicaal anders (Dingwall & Allen, 2001; Whittaker & Olesen, 1964). Beroepsvereniging V&VN noemt Nightingale visionair grondlegger van de moderne verpleegkunde, vanwege haar focus op statistiek en wetenschap. Daarbij prijst voormalig verpleegkundige en nu hoogleraar Verplegingswetenschap Dr. Marieke Schuurmans Nightingale om dezelfde, aan Nightingale geattribueerde eigenschappen. De invloed van nieuwe academische verpleegkundige pioniers zoals Schuurmans op het gebied van de verplegingswetenschap groeit in Nederland, evenals de wetenschappelijke publicaties binnen dit veld. Het veld van de verplegingswetenschap richt zich op:

'..de wetenschappelijke onderbouwing van het handelen van verpleegkundigen en draagt daarmee bij aan evidence based practice (Schuurmans, 2010)'

Schuurmans (2010) wijst Nightingale aan als de grondlegger van deze wetenschap. Waar de negentiende-eeuwse Nightingale afrekenet met de laaggeschoolde verpleegkundige, de ordinaire Sairey Gamp, lijkt Schuurmans binnen een zelfde *rhetoric of rupture* af te willen rekenen met de eerdere verpleegkundige van de twintigste eeuw, die zij associeert met de eigenschappen: *'relatief eenvoudige taken'*, *'empathie'*, *'wat gezond verstand'* en *'een beetje opleiding'* (Schuurmans, 2010, p. 22). De nieuwe, verbeterde verpleegkundige moet volgens Schuurmans (2010) andere eigenschappen bezitten:

Naar mijn idee is het tijd voor een nieuwe generatie Florence Nightingales. Geen mythische figuren maar verpleegkundigen die met een gedegen wetenschappelijke opleiding en passie voor patiënten, op basis van goed onderzoek inzichten genereren in hoe verpleegkundige zorg kan bijdragen aan beter functioneren van patiënten. Daarnaast verpleegkundigen die deze inzichten gebruiken om anderen te overtuigen van noodzakelijke verandering (Schuurmans, 2010, p. 23).

Zonder af te doen aan de inhoud van deze statements, heeft de verwijzing naar de metafoor van Florence Nightingale dus een politieke functie die bepaalde waarheden over het verpleegkundig beroep constitueert. De focus op de wetenschappelijke, evidence based medicine benadering van de verpleegkunde sluit aan bij het neoliberale klimaat van *performativiteit* waarbinnen de verpleegkundige beroepsgroep zich probeert te legitimeren en bewijzen.

Onderstaande quote uit de inaugurele rede van Marieke Schuurmans illustreert dit in de verpleegkunde geïnternaliseerde discours van performativiteit:

Als je je resultaten niet definieert, kun je niet zien of je het goede doet, je kunt niet vergelijken,

monitoren en bijsturen (Schuurmans, 2010, p. 22).

Hoewel deze uitspraken logisch en neutraal lijken, is de verwijzing naar Florence Nightingale opnieuw een politiek statement: het sluit bepaalde vormen van kennis uit en heeft een sterk normatieve houding ten opzichte van de rol en positie van bepaalde vormen van wetenschappelijke kennis binnen de zorg (Bonell, 1999; Holmes, Murray, Perron, & Rail, 2006).

4.4. Foucault en de geschiedenis van de verpleegkundige

Vanuit het Foucaultiaanse idee van governmentality is de die de *rhetoric of rupture* die verpleegkundige beroepsgroep gebruikt om haar geschiedenis te construeren een beperkte afspiegeling van de werkelijkheid. De verpleegkundige beroepsgroep portretteert zichzelf in haar geschiedschrijving regelmatig als machteloos en slachtoffer van medische dominantie en historische genderverschillen. Wat ook onderdeel van dit discours is, maar niet benoemd wordt, is het feit dat verpleegkundigen de instituties en systemen waarvan ze geloven dat deze ze onderdrukken zelf vormen en mogelijk maken (Holmes & Gastaldo, 2002). Deze constructie is niet mogelijk binnen het idee van macht dat Foucault heeft. Macht is in zijn analyse niet iets wat een bepaalde actor heeft of bekleedt. Macht is relationeel, alom aanwezig en werkt altijd twee kanten op. De verpleegkundige beroepsgroep is de grootste beroepsgroep in het systeem van de gezondheidszorg en speelt een belangrijke rol in het doorvoeren van gezondheidspolitieke claims. Vanuit het idee van governmentality zijn de verpleegkundigen een belangrijke groep die de staat helpt de populatie te besturen, door het discours over gezondheid en een gezond lichaam te beïnvloeden. De 'neutrale' expertpositie van verpleegkundigen stelt ze in staat invloed uit te oefenen op patiënten. Juist deze verhulde politieke dimensie van de verpleegkundige zorg maakt ze tot een machtige beroepsgroep (Gastaldo & Holmes, 1999). De verdere opkomst van de Verplegingswetenschap en de wetenschappelijke kennisbasis die sterker wordt rondom dit wetenschapsveld, kunnen dan binnen het Foucaultiaanse discours gezien worden als een poging van de staat om de verpleegkundige beroepsgroep verder te disciplineren en politieke claims op het gebied van de betekenis en invulling van zorg te normaliseren.

4.5. Conclusie

De manier waarop verpleegkundigen hun verleden schetsen wordt gekenmerkt door een retoriek waarbij afgerekend wordt met het verleden, in de hoop voor erkenning en legitimiteit. Hierbij neemt de verwijzing naar Florence Nightingale als *founding subject* van de moderne verpleegkunde een belangrijke rol in. Echter, door de huidige verpleegkundige continu neer te zetten als tekortschietend in kennisbasis, leiderschap of vaardigheden reproduceren verpleegkundigen het traditionele idee dat de verpleegkundige beroepsgroep een bijproduct is van de medische beroepsgroep en kennis (Nelson & Gordon, 2004).

5. Conclusie

Hoe kan de opkomst van de ‘verpleegkundige professional’ geduid worden binnen de veranderende verzorgingsstaat?

In dit deel is antwoord gevormd op de vraag hoe de opkomst van het fenomeen ‘verpleegkundige professional’ begrepen kan worden binnen de veranderende verzorgingsstaat.

Waar vroegere academische definitie van het begrip professional de nadruk legden op de expertmatige kennisbasis en autonomie over deze kennis (Wilensky, 1964), ondervonden professionals aan het eind van de twintigste eeuw een toenemende mate van kritiek op hun positie en handelen. Zo werd professionals verweten dat ze alleen hun eigen belangen dienden en geen oog hadden voor hun cliënten (Noordegraaf, 2015). Daarnaast kwam er kritiek op het feit dat professionalisme een gender-gekleurd begrip was, dat in de praktijk discrimineerde op basis van gender (Witz, 1990). Hier speelde de staat een belangrijke rol in (Dent & Whitehead, 2002), maar niet in de minste plaats de professies ook zelf (Witz, 1990).

De neoliberale verzorgingsstaathervormingen leidden de schijnbare mogelijkheid in voor de verpleegkundige beroepsgroep om ook een professionele status na te streven. Allereerst, omdat de meer liberale staat niet discrimineerde op gender. Daarnaast gaf ontzuiling verpleegkundigen de kans zich uniform te verenigen als beroepsgroep (Wiegman, 2012).

De betekenis van het begrip ‘professional’ was in de tussentijd danig veranderd. Professional zijn is binnen de neoliberale post-verzorgingsstaat geworden tot een performatieve uiting: iets dat continu bewezen moet worden richting extern opgelegde systemen van sturing en verantwoording. Dit zorgt ervoor dat van verpleegkundigen verwacht wordt dat ze zich ‘professioneel’ gedragen: niemand wil immers gezien worden als amateuristisch of onprofessioneel (Dent & Whitehead, 2002).

Een verklaring waarom de staat de professionalisering van verpleegkundigen steunt kan gegeven worden met behulp van de theorie over governmentality. Foucault stelt dat de moderne staten de neiging hebben het leven van de populatie te disciplineren en beïnvloeden, zodat deze bestuurbaar worden. De professionals nemen hierbij een belangrijke plaats in, als ‘objectieve experts’. Verpleegkundigen zijn een belangrijke beroepsgroep als onderdeel van de tactiek van *governmentality*, omdat zij kennis (en dus macht) genereren over de bevolking en in staat zijn deze te beïnvloeden op het gebied van het lichaam.

De professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep zie ik daarom als het gevolg van neoliberale rationaliteit die de staat hanteert om haar handelen te legitimeren. Binnen deze rationaliteit is ‘professionalisering’ van de verpleegkundige beroepsgroep nodig, wanneer deze haar beroepsinhoud in lijn brengt met de politieke doelen van de staat. De opkomst van de ‘verpleegkundige professional’ beschouw ik daarom in dit onderzoek als een tactiek van de staat om normen op het gebied van gezondheid en lichamen via de objectieve, expertmatige professional op te leggen

aan individuen, om hun gedrag op te lijnen aan het politiek-economische programma van de staat.

Deel II

Onmogelijk is niet dat de dingen naast elkaar bestaan, maar de plek zelf waar ze naast elkaar zouden kunnen bestaan – Michel Foucault (Foucault, 2012, pp. 10–11)

De opkomst van de ‘verpleegkundige professional’ als begrip heeft te maken met tal van complexe processen die het mogelijk maakten voor verpleegkundigen om zich te ‘professionaliseren’. De staat maakt deze ‘professionalisering’ mogelijk vanuit het idee van *governmentality*: de neiging van de staat om het leven van individuen in toenemende mate te sturen en beïnvloeden. De verpleegkundige beroepsgroep heeft als gezondheidsexpert een grote invloed op het leven van individuen. Vanuit het perspectief van *governmentality* is de ‘professionalisering’ van de verpleegkundige dan ook een belangrijke tactiek van de staat om het leven van individuen te disciplineren en reguleren. De taal van de nieuwe beroepsprofielen is daarom van belang: de tekst produceert en reguleert ‘de verpleegkundige’, ‘professionaliteit’ en ‘gezondheid’. In dit tweede deel van mijn onderzoek ga ik daarom in op de vraag: *Welke beelden construeren de nieuwe beroepsprofielen over de toekomst van het verpleegkundig beroep?*

De inleidende quote van Foucault (2012) komt uit de inleiding van zijn boek ‘*De woorden en de dingen*’, waarin hij de achterliggende orde onderzoekt waarmee mensen de werkelijkheid in taal construeren en ordenen. Foucault zoekt naar de achterliggende *a priori* voorwaarden die de basis vormen van het onderscheid dat mensen maken tussen dingen in taal. In dit deel ga ik op zoek naar de voorwaarden die de tekst uit de nieuwe beroepsprofielen mogelijk maakt. Dit doe ik door de tekst uit de beroepsprofielen te deconstrueren. In hoofdstuk zes ga ik in op de manier waarop ik de tekst uit de nieuwe beroepsprofielen interpreteer en analyseer. Vervolgens presenteer ik in hoofdstuk zeven mijn analyse van de beroepsprofielen waarbij ik inga op de beelden die de nieuwe beroepsprofielen construeren over de toekomst van het verpleegkundig beroep en welke rationaliteit deze beelden mogelijk maakt.

6. Deconstructieve discoursanalyse

De beroepsprofielen analyseer ik aan de hand van een deconstructieve discoursanalyse (Macleod, 2002). Het uitgangspunt bij deze analyse is dat de sociale werkelijkheid geconstrueerd wordt in taal en deze daardoor tegelijkertijd beperkt. Taal zie ik daardoor als het product van de discursieve strijd over betekenissen. Discoursanalyse onderzoekt *waarom* bepaalde discourses bestaan ten faveure van andere. Tegelijkertijd probeert discoursanalyse deze dominante constructie te deconstrueren, door tegenstrijdigheden in teksten te ontdekken en te laten zien waarom deze tegenstrijdigheid niet 'logisch' is. Voordat ik in ga op de manier waarop ik de nieuwe beroepsprofielen gedeconstrueerd heb, is het belangrijk een dieper begrip te krijgen mijn interpretatie van het begrip discours en nieuwe beroepsprofielen vanuit dit perspectief.

Een discours is een set van denkbeelden die een coherent systeem van betekenissen vormen, gebaseerd op cultuurgebonden beschikbare inzichten (Parker, 1992). Door deze discourses *ontstaan* realiteiten: ze bevatten subjecten en construeren objecten en bevatten kennis en macht (Macleod, 2002; Parker, 1992). Foucault (1980) stelt dat macht en kennis niet los van elkaar gezien kunnen worden, omdat macht relationeel is. Macht is gebaseerd op kennis en maakt hier gebruik van (*regimes of truth*). Een discours produceert daarmee macht: het bepaalt wat ervaren, gezegd en gezien kan worden. Dominante discourses ontlenen hun betekenis tegelijkertijd aan die ondergeschikte discourses die ze uitsluiten. Derrida (1967) noemt dit *trace*. Hiermee scheppen ze de voorwaarden voor deconstructie (Parker, 1992). Dominante discourses construeren dus bepaalde werkelijkheden, maar bieden tegelijkertijd de mogelijkheid om deze te destabiliseren. Ze steunen instituties en valideren discursieve praktijken, terwijl ze andere marginaliseren (Parker, 1992). De tekst uit de beroepsprofielen moet daarom kritisch onderzocht worden.

Discours als gebeurtenis

In mijn onderzoeksvraag focus ik op de hetgeen de nieuwe beroepsprofielen *doen*. In mijn discoursanalyse ben ik daardoor vooral op zoek naar de effecten van discours in plaats van de voorwaarden waaronder een discours mogelijk is. Discours zie ik daarmee als een gebeurtenis die bepaalde sociale effecten heeft. Fairclough (1992) ziet een discursieve gebeurtenis als een stuk tekst, een moment van *discursieve praktijk* (welke discourses gebruikt worden en hoe deze gecombineerd worden) en *sociale praktijk* (de sociale en institutionele omstandigheden van het discursieve evenement). In dit onderzoek naar de discursieve effecten van de nieuwe verpleegkundige beroepsprofielen gebruik ik de interpretatie van Fairclough (1992) om de beroepsprofielen te analyseren.

Deconstructie sous rature

Het is mijn doel om de inhoud van de beroepsprofielen te deconstrueren. De analyse van de nieuwe beroepsprofielen doe ik *sous rature*. Deze manier van deconstructie zoekt naar plaatsen in de tekst waarin de betekenis van woorden tegenstrijdig en zelfs ondermijnend is (Macleod, 2002). Het laat zien dat tekst verwijst naar tekst en niet naar een realiteit buiten de tekst. Teksten krijgen betekenis door *différance*, de verschillen tussen begrippenparen laten de aard van de tekst zien (Derrida, 1967). Deze methode is geschikt voor deconstructie van de nieuwe beroepsprofielen, omdat hierin een dominante constructie wordt gegeven van het verpleegkundig beroep, waarbij een

duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen twee verschillende beroepen: de hbo- en de mbo-verpleegkundige.

In het volgende hoofdstuk volgt een deconstructie van de nieuwe beroepsprofielen. Hierbij besteed ik aandacht aan de beroepsprofielen als *discursieve gebeurtenis*. Ik kijk zowel naar de discursieve als sociale praktijken rondom de gebeurtenis.

7. Welke beelden construeren de nieuwe beroepsprofielen over de toekomst van het verpleegkundig beroep?

Nu het conceptuele analysekader is geschetst waarmee in dit onderzoek naar de verpleegkundige beroepsgroep en de nieuwe beroepsprofielen wordt gekeken, is het tijd om te kijken naar de nieuwe beroepsprofielen. Ik analyseer de laatst gepubliceerde beroepsprofielen uit 2015. Allereerst ga ik in op de sociale praktijken die de beroepsprofielen mogelijk maken en vormen. Vervolgens besteed ik aandacht aan de discursieve praktijk die in de beroepsprofielen naar voren komt.

7.1. Sociale praktijk

In de inleiding wordt de aanleiding tot het schrijven van de nieuwe beroepsprofielen duidelijk gemaakt en worden de instituties die betrokken zijn bij de totstandkoming van de profielen benoemd. Volgens het profiel is het van belang dat verpleegkundigen zelf hun beroepsprofielen ontwikkelen, om te onderzoeken hoe de zorg er in de toekomst uit zal zien en hoe de verpleegkundige beroepsgroep hierop kan worden aangepast:

De stuurgroep 'Verpleging & Verzorging 2020' heeft in 2012 een advies over nieuwe beroepsprofielen uitgebracht aan de minister van VWS. Als reactie hierop gaf zij aan grote waarde te hechten aan het feit dat de beroepsgroep van verpleegkundigen en verzorgenden zelf in kaart heeft gebracht wat toekomstige ontwikkelingen in de zorg zijn en hoe de beroepenstructuur hierop kan worden aangepast. (Terpstra et al., 2015, p. 7)

Het woord *zelf* impliceert dat het bijzonder is dat de beroepsgroep nauw betrokken is geweest bij de totstandkoming van de profielen: het was niet iemand anders maar echt de beroepsgroep zelf. Het begrip *zelf* verwijst hiermee onbedoeld naar zijn tegenhanger, *niet zelf*, vanuit het idee van trace (Derrida, 1967). Opvallend is hoe 'de toekomstige ontwikkelingen in de zorg' vast lijken te liggen (*zijn*), terwijl juist het begrip *toekomst* onduidelijkheid impliceert. Tegelijkertijd lijkt het een gegeven dat de beroepenstructuur moet worden aangepast op deze toekomst, al is nog niet duidelijk hoe (*kan worden aangepast*). De inhoud van de profielen worden dus gelegitimeerd door te stellen dat dit voortkomt uit de beroepsgroep *zelf*. Hiermee wordt een bepaalde politiek-economische toekomstprognose genormaliseerd.

De legitimering van de inhoud vindt in het profiel tegelijkertijd plaats door te verwijzen naar de manier waarop het profiel is opgebouwd. Het profiel baseert zich op het CanMEDS model:

De beschrijving van de bekwaamheden maakt gebruik van een ordening in zeven competentiegebieden, gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists). Het is een internationaal geaccepteerd model voor het beschrijven van competenties voor professionals in de zorg (Terpstra et al., 2015, p. 27).

De inhoud van het beroepsprofiel wordt dus enerzijds gelegitimeerd door het leggen van de nadruk op de rol die verpleegkundigen hebben gespeeld in de totstandkoming van de profielen. Echter, na presentatie van de eerste versie van de beroepsprofielen in 2012 uitten verschillende vakbonden en de mbo-raad kritiek op de nieuwe profielen

waarin de mbo-verpleegkundige de titel zorgkundige toebedeeld zou krijgen (Redactie Nursing, 2012). Minister Schippers reageert op deze kritiek en stelt dat de mbo-verpleegkundige zijn titel zal behouden. Daarnaast moet er een tweede regiegroep komen die het onderscheid duidelijker vorm moet geven. Waar de profielen dus het beeld schetsten van *één beroepsgroep met één visie op de toekomst*, laat het proces rondom de tekst van de beroepsprofielen juist variëteit in opvattingen en onenigheid zien binnen de verpleegkundige beroepsgroep over de toekomst.

Een opvallend punt in de legitimering van de inhoud is het gebruik van Engelse woorden, definities en uitdrukkingen in het profiel. Er wordt verwezen naar internationale modellen, definities, begrippen en competenties om verantwoordelijkheden te omschrijven, bijvoorbeeld:

‘Dit wordt gedaan in samenspraak met de zorgvrager (shared decision making), waarbij ook de naasten en het sociale netwerk van de zorgvrager en collega-zorgverleners in de (zorg)keten c.q. het -netwerk betrokken worden;’ (Terpstra et al., 2015, p. 11)

Hoewel de termen niet nodig zijn om de tekst beter te begrijpen, geeft het de tekst wel extra lading door te verwijzen naar een andere taal. Het belang dat wordt gehecht aan de internationale context komt ook naar voren wanneer wordt gesteld dat de CanMEDS een internationaal geaccepteerd model is.

Dit ‘internationaal geaccepteerde’ CanMEDS model is niet zo onomstreden als het gepresenteerd wordt. Ondanks de toepassing van dit model in veel landen twifelen onderzoekers en opleiders aan de theorie en toepassing van dit idee. Zo zouden competentie modellen onvoldoende beantwoorden aan de daadwerkelijke complexiteit van ‘competentie’ en het professionele werk (Huddle & Heudebert, 2007). Daarnaast zouden deze competentie modellen te veel focussen op de competentie en functioneren van het individu en te weinig op dat van het team (Lingard, 2009). Naast het praktisch ‘nut’ van de competentieprofielen is er ook kritiek op de ideologische aard van *competenties* (Foth & Holmes, 2017). Foth en Holmes (2017) zien de op competentie gebaseerde opleidingen van verpleegkundigen als gevolg van de eerder in dit onderzoek beschreven neoliberale maatschappelijke transformatie. Hierdoor werden professies verhandelbare groepen. Foth en Holmes (2017) stellen dat het idee van *competentie*, dat voortkomt uit de managementliteratuur van de jaren zeventig, het politieke instrument was om dit gedaan te krijgen en de inhoud van het werk van verpleegkundigen te besturen en controleren.

Juist deze neoliberale maatschappelijke transformatie die Foth en Holmes (2017) signaleren, dient als legitimering voor het aanpassen van de beroepsstructuur (*toekomstige ontwikkelingen*). De betrokkenheid van de verpleegkundige beroepsgroep *zelf* bij de totstandkoming van de inhoud en de internationale *acceptatie* van het CanMEDS model legitimeert enerzijds de inhoud van de profielen. Anderzijds normaliseert het ‘de toekomst van de (verpleegkundige) zorg’ waaraan verpleegkundigen zich moeten aanpassen.

De vanzelfsprekendheid waarmee de schijnbare betrokkenheid van de beroepsgroep wordt gekoppeld aan normatieve politieke statements over de noodzaak van

aanpassing van de beroepsstructuur en de manier waarop dit moet gebeuren is opvallend. De *'zorg verandert in de toekomst'* is geen onvermijdelijke ontwikkeling, maar een berekening van de staat, gebaseerd op politieke aannames en berekeningen over gezonde en afwijkende lichamen en de manier waarop deze bestuurd moeten worden.

7.2. Discursieve praktijk

Nu een beeld is gegeven van de sociale praktijk die het nieuwe beroepsprofiel mogelijk heeft gemaakt, zal ik voorts ingaan op de discursieve praktijken van de nieuwe beroepsprofielen. In deel één van dit onderzoek ging ik in op de ontwikkeling waarbij professionalisme gebruikt wordt als discursieve bron door de staat om het beroepsdomein te disciplineren en de bevolking op subtiele wijze te disciplineren op het gebied van gezondheid en het lichaam. Het onderscheid tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen, evenals 'de toekomstige zorgvraag' dienen als legitimering voor deze nieuwe profielen. Daarom kijk ik naar dominante discoursen die de beroepsprofielen construeren op het gebied van de verpleegkundige als *professional*, het onderscheid tussen mbo- en hbo- opgeleide verpleegkundigen en de betekenis van *gezondheid*.

7.2.1. De performatieve professionele zelf

De rol van de verpleegkundige als professional is onderdeel van de CanMEDS competenties, waarbij de verpleegkundige wordt beschreven als professional op de gebieden:

- *Kennis en wetenschap: de verpleegkundige als reflectieve professional (die handelt naar de laatste stand van de wetenschap)*¹
- *Professionaliteit en kwaliteit: de verpleegkundige als professional en kwaliteitsbevorderaar*

Op het gebied van kennis en wetenschap worden verschillende thema's zoals *evidence based practice*, het concept *leven lang leren* en *reflectieve praktijkvoering* genoemd als belangrijke kennis voor verpleegkundigen. Daarnaast wordt gefocust op reflexieve vaardigheden (Terpstra et al., 2015, p. 19). Deze vaardigheden sluiten aan bij de 'nieuwe professional' die ontstond in de post-welfare staat waarbinnen beroepsgroepen zich moeten gedragen als marktpartijen. Daarbij horen vaardigheden als het continu kunnen veranderen van kennis en vaardigheden naar de behoeften van de markt (*leven lang leren*), ondernemend en marktgericht zijn en het zijn van een *reflective practitioner* (Dent & Whitehead, 2002).

Het werk van Foucault (1984) helpt met het beter begrijpen van de focus op reflexiviteit. Foucault (1984) ziet deze *call to self* als onderdeel van een machtsrelatie die de professional creëert als organisatorisch of 'professioneel' subject. De professional wordt namelijk aangemoedigd bij zijn/haar handelen te kijken of dit past bij het 'correcte' handelingsrepertoire van de organisatie en beroepsgroep. Professionaliteit is daarmee niet alleen *performed* ten opzichte van externe beoordelaars van kwaliteit, maar ook ten opzichte van 'de zelf' die beoordelingscriteria van professionaliteit internaliseert en reproduceert via *reflexiviteit*. De nadruk op reflectieve vaardigheden lijkt dus te wijzen op een internalisering van waarden als *evidence based practice* en kosteneffectiviteit.

¹ Het 'handelen naar de laatste stand van de wetenschap' is alleen van toepassing op de hbo-verpleegkundige

Thus, 'looking in on oneself' as a 'reflexive practitioner' becomes pure expedient as a mechanism in the search for competitive advantage – (Kerfoot, 2002, p. 90)

Dit komt ook terug wanneer er in het profiel wordt gesproken over professionaliteit in relatie tot het *afwijken van richtlijnen*.

Is in staat te werken volgens richtlijnen en daar beargumenteerd vanaf te wijken als de situatie, de wensen van de zorgvrager of eigen professionele of morele afwegingen daartoe aanleiding geven; (Terpstra et al., 2015, p. 17)

Hier komt een tegenstrijdigheid naar voren: professionalisering wordt geassocieerd met het ontwikkelen en volgen van richtlijnen, gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Tegelijkertijd is het onderdeel van professionaliteit om daar, beargumenteerd, van af te wijken. Bij dit laatste wordt professionaliteit dus geconstrueerd als tegenstelling ten opzichte van richtlijnen, terwijl bij de eerste richtlijnen onderdeel uitmaken van kwaliteit. Het beroep op professionaliteit legitimeert dus enerzijds het ontwikkelen en navolgen van *evidence based* richtlijnen, anderzijds wordt het verbonden met de autonomie van de verpleegkundige. Wat bedoeld wordt met deze autonomie, wordt later in het profiel duidelijk gemaakt:

'op grond van de eigen kennis en vaardigheden in staat wordt geacht om zelfstandig inhoud te geven aan de eigen rol c.q. dat zij in voorliggende situaties zelfstandig kan komen tot effectieve keuzes in het zorgproces en daarvoor verantwoordelijk kan worden gehouden' (Terpstra et al., 2015, p. 32).

De nadruk op 'effectieve' keuzes en 'verantwoordelijk voor worden gehouden' heeft een performatieve notie in zich. Professionaliteit moet effectief zijn, beargumenteerd en gecontroleerd.

7.2.2. De efficiënte kwaliteitsbevorderaar

Naast de koppeling van professionaliteit aan reflexiviteit en *evidence based practice* wordt professionaliteit ook verbonden met *kwaliteit en kwaliteitsbevordering*. Evenals bij het onderdeel 'kennis en wetenschap' wordt er onderscheid gemaakt tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen. De hbo-verpleegkundige heeft de volgende taakomschrijving:

Initiëren en ontwikkelen van kwaliteitszorg, innovatie, analyse en praktijkonderzoek en (evidence based) professionalisering binnen een werkeenheid of expertisegebied, rekening houdend met kosteneffectiviteit; begeleiden en coachen van collega-zorgverleners; (Terpstra et al., 2015, p. 11)

Terwijl de mbo-verpleegkundige de volgende taakomschrijving heeft:

Uitvoeren van taken op het gebied van kwaliteitszorg en innovatie; begeleiden van collega-zorgverleners; (Terpstra et al., 2015, p. 23)

Naast de herhaalde constructie van professionaliteit als *evidence based*, moet de (hbo)-verpleegkundige het werk 'professionaliseren' *rekening houdend met kosteneffectiviteit*. Professionalisering moet ten eerste 'bewezen' worden, maar daarnaast moeten de

kosten van deze professionalisering worden afgewogen. Wanneer professionalisering 'effectief' is, wordt later in het profiel toegelicht:

De hbo-verpleegkundige volgt de zorginhoudelijke en technologische ontwikkelingen in het eigen vakgebied (inclusief ICT en E-Health), vertaalt deze ontwikkelingen waar nodig naar de praktijk en houdt hierbij rekening met de kosteneffectiviteit (Terpstra et al., 2015, p. 15)

Professionalisering is dus het *volgen* van zorginhoudelijke en technologische ontwikkelingen en deze implementeren in het eigen vakgebied, waarbij de verpleegkundige moet nadenken over de kosten die hierbij komen kijken. De mbo-verpleegkundige *volgt* deze *volgende* hbo-verpleegkundige en voert de taken uit die hierbij komen kijken.

7.2.3. De hbo-verpleegkundige en zijn assistent

In de beroepsprofielen tekent zich een duidelijk verschil af tussen het mbo-beroepsprofiel en het hbo-beroepsprofiel. Echter, in de tekst van de profielen wordt dit duidelijke verschil ontweken. Zo lijkt de inleidende tekst zichzelf te willen indekken voor de inhoud die gaat komen door een disclaimer te geven:

In dit project tekent zich de ingewikkeldheid af van het scherp willen onderscheiden van de beroepen binnen het verpleegkundige en verzorgende domein. In totaal bevinden zich vier beroepen binnen dit domein: de verzorgende, mbo-verpleegkundige en hbo-verpleegkundige (alle drie in scope van dit project) en de verpleegkundig specialist. Deze 'drukte' binnen het verpleegkundige en verzorgende domein maakt het scherp onderscheiden van de beroepen (waarbij tegelijkertijd ook voldoende recht wordt gedaan aan die beroepen) tot een lastige, maar niet onmogelijke, onderneming. (Terpstra et al., 2015, p. 8)

Wanneer een disclaimer gegeven wordt, volgt daarna meestal tekst die het tegenovergestelde van de disclaimer impliceert. Echter, gezien de eerder gegeven disclaimer kan er dan geen kritiek komen (Wetherell, 1998). Hoewel de disclaimer impliceert dat het maken van een duidelijk onderscheid lastig is, tekent zich in de competenties van hbo- en mbo- verpleegkundigen een duidelijk onderscheid af. In de profielen wordt er niet in tekst ingegaan op het specifieke onderscheid tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen. De profielen worden beide geschetst op basis van *deskundigheidsbevoegdheden* en daaraan verbonden *competentiegebieden*. Wanneer deze naast elkaar worden gelegd tekent zich een duidelijk verschil af: de hbo-verpleegkundige wordt meer kennis en verantwoordelijkheid toebedeeld.

7.2.4. Kennis/macht

In de beschrijving van de CanMEDS rollen wordt de hbo-verpleegkundige meer kennis toebedeeld dan de mbo-verpleegkundige. Vanuit Foucaultiaans perspectief heeft dit ook consequenties voor de machtsrelatie tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen. In de beroepsprofielen komt dit duidelijk terug op het gebied van de kennis de hbo-verpleegkundigen moeten hebben:

1.1. Heeft kennis van de basisprincipes uit de anatomie, fysiologie, (psycho)pathologie en farmacologie paraat ;

1.2. Heeft kennis van ontwikkelingspsychologie, levensfasen van de mens, principes van zelfmanagement en copingstijlen;

In tegenstelling tot de hbo-verpleegkundige, moet de mbo-verpleegkundige basiskennis bezitten op deze punten. Het verschil in vakinhoudelijke kennis wordt vervolgens vertaald in verschillende vaardigheden en taakverantwoordelijkheden. Zo heeft de hbo-verpleegkundige de vaardigheid om gezamenlijk met patiënt en familie te bepalen over onderwerpen als palliatieve en terminale zorg, terwijl de mbo'er deze zorg moet *verlenen* en hier dus niet over mag besluiten.

Het verschil in kennis dat aan de hbo-verpleegkundige wordt toegeschreven ten opzichte van de mbo-verpleegkundige vertaalt zich in de profielen dus ook in een verschil ten opzichte van *macht* ten opzichte van de patiënt, zoals de beslissing over het zorgtraject. Daarnaast zorgt dit ook voor een veranderde relatie ten opzichte van elkaar. Zo heeft de hbo-verpleegkundige op basis van *professionaliteit en kwaliteit* de volgende vaardigheid:

Kan collega's en aankomend verpleegkundigen aanspreken op (on)professioneel gedrag;(Terpstra et al., 2015, p. 21)

Hier wordt niet over gesproken in het profiel van de mbo-verpleegkundige. Hoewel het stuk in de inleiding dus spreekt over een '*ingewikkeldheid*' bij het maken van onderscheid, komt er een duidelijk onderscheid naar voren wanneer de deskundigheids- en competentiegebieden worden vergeleken. Hierbij komt een duidelijk verschil in kennis naar voren die invloed heeft op de machtsrelatie tussen hbo- en mbo-verpleegkundige ten opzichte van de patiënt en onderling.

7.2.5. Gezondheid als verplichte vrije keuze

De manier waarop de deskundigheidsgebieden zijn vormgegeven, sluiten volgens de profielen aan bij de definitie van gezondheid in het profiel, en daarmee de betekenis van gezondheid voor de verpleegkundige beroepsgroep:

Het deskundigheidsgebied sluit aan bij de volgende definitie van gezondheid 'Health as the ability to adapt and to selfmanage, in the face of social, physical and emotional challenges'. Gezondheid is op te vatten als een dynamisch concept, waarin welbevinden, veerkracht en zelfredzaamheid van mensen centraal staan. (Terpstra et al., 2015, p. 12)

Deze definitie van gezondheid is ontwikkeld door Machteld Huber (2011) als alternatief van de definitie van gezondheid die de WHO sinds 1948 hanteert: *a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*. Op initiatief van de statelijke actoren die zich bezighouden met de gezondheid in Nederland, Gezondheidsraad en ZonMW (subsidieorgaan gezondheidszorgonderzoek), ontwikkelde Huber in een team met experts uit de zorg een nieuw gezondheidsconcept. In dit concept staat aanpassingsvermogen en zelfmanagement centraal. Het lichaam wordt vergeleken met de aarde: net als de gezondheid van de aarde is die van het lichaam een *ability*.

Just as environmental scientists describe the health of the earth as the capacity of a complex system to maintain a stable environment within a relatively narrow range, we propose the formulation of health as the ability to adapt and to self manage. This could be a starting point for a similarly fresh, 21st century way of conceptualizing human health with a set of dynamic features and dimensions that can be measured (Huber et al., 2011, p. 4).

Huber heeft rondom dit idee stichting 'Institute for Positive Health' opgericht, die wordt gesteund door het ministerie van VWS, enkele grote zorgverzekeraars en ziekenhuizen. De beweging rondom positieve gezondheid stelt te focussen op 'betekenisvol leven', waarbij de wens van de mens centraal staat.

Echter, de toepassing van dit concept in de nieuwe beroepsprofielen dient niet alleen 'de wens van de patiënt'. De principes van zelfmanagement zijn ook belangrijk, omdat er niet te lang zorg verleend moet worden.

In algemene zin sluit de nadruk op zelfmanagement aan bij het streven zorgvragers niet onnodig lang en/of te intensieve zorg te verlenen (Terpstra et al., 2015, p. 12).

Het lijkt een win-win situatie: de patiënt zelfredzamer en vitaler, en de zorg betaalbaarder en beter. Ook in de literatuur lijkt er, op enkele critici na, een grote consensus te zijn over het belang van zelfmanagement (Devisch & Vanheule, 2015). Het idee van *zelfmanagement* past goed bij het streven van de staat om minder zorg te verlenen. In de nieuwe beroepsprofielen worden verpleegkundigen beschouwd als ondersteuners van dit *zelfmanagement* van de patiënt en het sociale netwerk rondom de patiënt.

Ondanks de steun voor het concept van positieve gezondheid, kan het vanuit een Foucaultiaanse visie op gezondheid gedeconstrueerd worden met behulp van het concept van *biopolitiek* (Rose, 2008). Foucault (2008) stelt dat de moderne staat zich in toenemende mate interesseert in het leven (*bio*) van de bevolking. Een moderne samenleving bestuurt de biologische en sociale onderdelen van het leven van zijn populatie volgens Foucault (2008). De statistiek als discipline maakt dit mogelijk, omdat deze gedrag kan analyseren, vergelijken en beïnvloeden op het niveau van de populatie.

Wanneer we dit idee toepassen op het concept van 'Positieve Gezondheid' komen een aantal dingen naar voren. De behoefte aan zelfmanagement wordt gezien als een centraal aspect van goede zorg: het staat centraal in de nieuwe beroepsprofielen. Zelfmanagement heeft daarnaast een duidelijk doel in de nieuwe profielen: de profielen definiëren 'het als het individuele vermogen van personen om waar mogelijk gezondheidsproblemen te voorkomen' (Terpstra et al., 2015, p. 24).

De steun en regie van het individu is een middel om mensen te ondersteunen en hun gezondheidsgedrag te veranderen:

...wanneer deze toch optreden, om te gaan met de symptomen, de behandeling, de lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de gezondheidsproblemen en aanpassingen in leefstijl (Terpstra et al., 2015, p. 24).

Het individu is dus *obliged to be free* (Rose, 1999, p. 87). De vrijheid en de eigen regie is geen optie, maar een verplichting. Het individu moet de gevolgen van zijn keuzes overzien en managen (Rose, 1999). De verpleegkundige moet daarin niet paternalistisch de patiënt vertellen wat goed voor hem/haar is, maar het *zelfmanagement van patiënten bevorderen en ondersteunen* (Terpstra et al., 2015, p. 24).

Tegelijkertijd zijn deze keuzes voor de *homo oeconomicus* niet onbeperkt. Zo spreekt het profiel over *'het streven zorgvragers niet onnodig lang en/of te intensieve zorg te verlenen'* (Terpstra et al., 2015, p. 12). Het individu is zagezegd vrij om 'de juiste keuzes' te maken: keuzes die leiden tot een levensstijl die bijdraagt aan het streven *'niet onnodig lang en/of te intensieve zorg te verlenen'* aan mensen. De toepassing van het nieuwe concept van gezondheid kan gezien worden als een tactiek van de staat om het leven en gedrag van mensen op een subtiele manier te sturen. In het discours van *zelfmanagement*, worden individuen subtiel gedwongen 'de juiste' keuzes te maken. De verpleegkundige heeft volgens deze profielen als professional een belangrijke rol in het ondersteunen van deze 'juiste keuzes'. Dit creëert een vorm van zelfbewustzijn en subjectiviteit bij mensen op het gebied van gezondheid (Devisch & Vanheule, 2015).

There is no Uncle Sam pointing his finger at us, and yet, we agree there is something wrong with us if we do not care for our health and body or if we do not do any kind of physical activity (Devisch & Vanheule, 2015, p. 431).

8. Conclusie

Welke beelden construeren de nieuwe beroepsprofielen over de toekomst van het verpleegkundig beroep?

Vanuit het perspectief van *governmentality* moeten de nieuwe beroepsprofielen gelezen worden als een normatief en politiek stuk, waarin de staat normaliteit probeert te bewerkstelligen rondom de betekenis van gezondheid en de taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen die hieruit voortvloeien.

De beroepsprofielen stellen dat het vooral de verpleegkundige beroepsgroep *zelf* is geweest die betrokken was bij de ontwikkeling van de nieuwe profielen. Echter, het proces waarin de beroepsprofielen opgesteld zijn laat juist *fragmentatie* lieten zien binnen de verpleegkundige beroepsgroep. Met de keuze voor de CanMEDS als ‘internationaal geaccepteerd’ model, verhuult de tekst de politiek-economische lading van deze keuze en wordt de discussie rondom competentiemodellen in de zorgsector genegeerd.

Deze verhulling van normativiteit blijft terugkomen in de thematiek die de profielen behandelt. Zo wordt gesteld dat het onderscheid tussen mbo- en hbo *ingewikkeld* is, terwijl uit de taken en verantwoordelijkheden die in het profiel worden genoemd duidelijk verschillende profielen naar voren komen, waarbij de hbo-verpleegkundige in veel aspecten de leidende rol krijgt ten opzichte van de mbo-verpleegkundige.

Het zijn van een professional is daarbij iets dat constant bewezen moet worden aan de omgeving. Daarnaast moet een professional ook aan zichzelf bewijzen dat hij/zij als een professional handelt: de focus op *reflectie* vraagt een verpleegkundige om zijn handelingen te toetsen met de kaders van een goede verpleegkundige. Deze kaders hebben te maken met het werken volgens *evidence based practice* en het ondersteunen van *zelfmanagement*.

Het discours van *zelfmanagement* staat centraal in de profielen. De definitie van gezondheid legt de nadruk op de regie en keuzeverantwoordelijkheid van de patiënt. Deze patiënt en zijn omgeving worden geacht regie te nemen over de gezondheid en daarin (de juiste) keuzes te maken, gericht op een gezonde levensstijl en zo min mogelijk intensieve zorgconsumptie. De verpleegkundige moet hierin sturen en ondersteunen. Vanuit de Foucaultiaanse visie zie ik deze profielen als een vorm van biopolitiek waarbij het lichaam van het individu in toenemende mate gedisciplineerd wordt door de staat.

De nieuwe beroepsprofielen zijn een tactiek van de staat om deze disciplinerende te bewerkstelligen. De verpleegkundige is als ‘professional’ binnen een veranderende organisatie van de zorgsector verantwoordelijk voor de internalisering van zelfmanagement bij de patiënt. Het individu moet zichzelf als *homo oeconomicus* gaan gedragen, waarbij ‘gezondheid’ iets is dat hij zelf moet *managen*. De verpleegkundige heeft de rol van *lifestyle consultant* en moet zwakkere individuen helpen met het maken van de beste keuzes.

Deel III

In het eerste deel van dit onderzoek heb ik een beeld geschetst van de achterliggende ideologische rationaliteit die de inhoud nieuwe beroepsprofielen mogelijk maakt. Hierbij heb ik de verschillende politiek-economische motieven blootgelegd die het mogelijk maken te spreken over mbo- en hbo- verpleegkundigen als *professional* met bepaalde *competenties* en *deskundigheidsgebieden* en over gezondheid als *ability*.

In het tweede deel heb ik onderzocht wat de nieuwe beroepsprofielen zeggen over de verpleegkundige en de verpleegkundige beroepsinhoud. De nieuwe profielen definiëren de verpleegkundige als *reflexieve professional*: een specifieke subjectpositie waarin verpleegkundigen zichzelf door middel van reflectie op zichzelf leren disciplineren, om zich professional te voelen. Daarnaast is het werk van verpleegkundigen gericht op het nieuwe gezondheidsconcept, positieve gezondheid, van Huber (2011). Hierbij staat de ervaring van de patiënt centraal en heeft deze de *verplichte vrije keus* om de juiste gezondheidskeuzes maken.

De profielen construeren 'de verpleegkundige' dus in taal. De impact van deze taal uit de profielen zal waarschijnlijk toenemen in de toekomst, wanneer studenten die afstuderen via het nieuwe curriculum de beroepspraktijk betreden dat is opgesteld in lijn met de nieuwe profielen en de CanMEDS (Lambregts et al., 2015). Echter, mijn onderzoek richt zich op de huidige beroepspraktijk en hoe de discoursen uit deze profielen interacteren met de manier waarop verpleegkundigen zichzelf en hun beroepspraktijk definiëren.

Daarom ga ik in het derde deel van dit onderzoek in op de vraag: *Hoe verhouden verpleegkundigen zich ten opzichte van de nieuwe beroepsprofielen?* Deze vraag beantwoord ik aan de hand van mijn analyse van de focusgroepgesprekken die ik heb gehad met verpleegkundigen. In hoofdstuk negen leg ik uit hoe ik de uitingen van verpleegkundigen heb geïnterpreteerd en geanalyseerd. Vervolgens presenteer ik in hoofdstuk tien mijn analyse van deze focusgroepgesprekken.

9. Interpretatieve repertoires

Om een antwoord te geven op de centrale onderzoeksvraag over wat de beroepsprofielen doen met het verpleegkundig beroep, ben ik het gesprek aangegaan met verpleegkundigen. Hierbij koos ik voor de vorm van focusgroepen, die ik heb vormgegeven aan de hand van het poststructuralistisch onderzoeksparadigma. De manier waarop de focusgroep is opgebouwd licht ik toe in mijn methodologische reflecties.

9.1. Focusgroepen

Ik heb in tweemaandentijd acht focusgroepgesprekken gehad met 41 verpleegkundigen. Deze gesprekken voerde ik in vier verschillende Nederlandse ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen zijn een belangrijke actor bij de implementatie van de beroepsprofielen, omdat zij de *beroepsprofielen* moeten vertalen naar werkbare *functieprofielen*. Elk van deze ziekenhuizen was ten tijde van de gesprekken voorzichtig bezig met de implementatie van deze nieuwe beroepsprofielen op de verpleegafdelingen. Een deel van de verpleegkundigen die ik sprak over de nieuwe beroepsprofielen was daarom al op de afdeling bezig met de implementatie van de nieuwe rollen. Voor een ander deel van de verpleegkundigen was dit alles nog onduidelijk. Gezien de vertrouwelijkheid van de data, presenteer ik deze in dit onderzoek volledig geanonimiseerd. In verband met de leesbaarheid van het onderzoek heb ik de namen van de respondenten en ziekenhuizen niet veranderd in Ziekenhuis [1,2] en Respondent [1,2], maar heb ik gekozen voor fictieve namen die niet herleidbaar zijn tot de oorspronkelijke namen. De lijst met respondenten, focusgroepen en ziekenhuizen zijn te vinden in de bijlage 1.1.

In de gesprekken bouwde ik voort op mijn analyse van de beroepsprofielen. In deze beroepsprofielen wordt geconstrueerd wie hbo-verpleegkundige en de mbo-verpleegkundige is, wat eigenschappen van verpleegkundigen zijn en hoe verpleegkundigen zich verhouden tot 'gezondheid'. Om te onderzoeken hoe verpleegkundigen zich verhouden tot de beroepsprofielen deelde ik de focusgroepen op in drie delen. In het eerste gedeelte besprak ik de onderwerpen die ook in de beroepsprofielen aan bod kwamen, zoals de betekenis van gezondheid, de eigenschappen van verpleegkundigen en de taak van verpleegkundigen. Vervolgens besprak ik in deel twee stellingen die voortkwamen uit mijn analyse van de nieuwe beroepsprofielen. Dit ging over thema's zoals de betekenis van gezondheid en het onderscheid tussen mbo- en hbo verpleegkundigen. In het derde deel van de focusgroep ging ik in op de manier waarop de verpleegkundigen omgaan met de implementatie van de beroepsprofielen op de werkvloer. De topiclist van de focusgroepen is te vinden in bijlage 1.2.

9.2. Identiteit als *performance*

Wanneer verpleegkundigen in de focusgroepen spreken over thema's zoals de taken en eigenschappen van verpleegkundigen en de betekenis van gezondheid in hun werk, construeren ze hun (beroeps)identiteit. Hoewel de verpleegkundigen die ik in dit onderzoek sprak, gedisciplineerd worden door de dominante discoursen uit de nieuwe beroepsprofielen, vervullen ze tegelijkertijd een actieve functie in de manier waarop ze omgaan met deze waarheden. In de focusgroepen onderzoek ik hoe verpleegkundigen dit doen, door met hen het gesprek aan te gaan over hun 'identiteit' en hoe deze

zich verhoudt tot de nieuwe beroepsprofielen. Vanuit mijn poststructuralistisch onderzoeksparadigma zie ik identiteit niet als vaststaand of kernachtig. Daarom zal ik vanaf nu gebruik maken van het begrip ‘subjectiviteit’. Dit begrip legt de nadruk op de verschillende, tegenstrijdige subjectposities die mensen kunnen aannemen. Subjectiviteit is een sociaal proces dat continue verandert en geconstrueerd wordt in taal (Weedon, 1997). Judith Butler gaat in haar boek *Bodies That Matter* dieper in op het sociale proces van subjectvorming. Zij stelt dat identiteit continue geconstrueerd wordt in taal en actie. Sociale identiteiten zijn geen vaststaande categorieën, maar worden continue *performed* (Butler, 1998):

‘[p]ower not only acts on a subject but in a transitive sense enacts the subject into being’
(Butler, 1998, p. 13)

Het bestaan van roldentiteiten zoals ‘de verpleegkundige’ is dan ook een sociale categorie. Deze categorie disciplineert en beperkt een individu, maar maakt tegelijkertijd ook het bestaan van het individu als ‘verpleegkundige’ mogelijk.

Butler bouwt voort op het werk van socioloog Erving Goffman. Goffman (1959) beschouwt de menselijke interactie als een georkestreerd, dramaturgisch fenomeen. Hij stelt dat identiteit een *performance* is, die mensen op basis van de sociale setting en de personen binnen deze setting bepalen. De ander, of het publiek, beoordeelt de geloofwaardigheid van de gepresenteerde identiteit, evenals het individu de geloofwaardigheid van de ander beoordeelt. Identiteiten kunnen dus gezien worden als maskers die actief worden gebruikt, gemanipuleerd en gecreëerd in het theater van de menselijke interactie (Goffman, 1959). De identiteit ‘verpleegkundige’ is als sociale roldentiteit een performance die verpleegkundigen gebruiken om in de situatie waarin zij zich bevinden aan de verwachting te voldoen.

Voor verpleegkundigen is het gezien worden als competent en professioneel belangrijk, omdat ze vanuit hun rol grote invloed uitoefenen op patiënten (Dent & Whitehead, 2002). De *performance* die hierbij hoort, wordt door de professie deels als collectief *performed* door de barrières die er zijn om het beroepsdomein te betreden, de professionele gedragsnormen die onderling gelden en de onderscheidende beroepskleding. Professionele identiteit is dus ook performed. Dit is geen bewuste *performance* van individuen, maar het resultaat van een zichzelf versterkende praktijk waarbij een discours de effecten produceert die het noemt. Tegen de achtergrond van de ‘professionalisering’ van verpleegkundigen is het hebben van een herkenbare identiteit een belangrijk onderdeel van de *performance* van professionaliteit (Noordegraaf et al., 2014). Oftewel, verpleegkundigen hebben een onderscheidende performance *nodig*, om aan de verwachtingen van de patiënten en zichzelf te voldoen (Dent & Whitehead, 2002).

Wanneer verpleegkundigen in mijn focusgroep spreken over identiteit zijn dit *performatieve* uitingen in de context van de focusgroep. Deze uitingen zijn herhalingen van eerdere performances die geïnstitutionaliseerd zijn en daardoor herkenbaar voor zowel mij als de verpleegkundigen. Het spreken over identiteit verwijst dus terug naar eerdere performances die in taal en praktijk zijn geïnstitutionaliseerd. Het bestaan van een hbo-verpleegkundige identiteit en een mbo-verpleegkundige identiteit bestaat dus

niet buiten tekst en sociale actie vanuit dit idee. Door te spreken over dit onderscheid en er bijvoorbeeld op afdelingen in proeftuinen mee te gaan werken worden nieuwe subjecten gecreëerd in taal, die nog verder geïnstitutionaliseerd moeten raken.

Dit heeft grote implicaties voor de manier waarop ik mijzelf als onderzoeker in focusgroepen positioneer. Wanneer ik thema's en onderwerpen inbreng die gaan over 'identiteit', vraag ik niet naar een achterliggend idee dat altijd al aanwezig was, maar zie ik een tijdelijke, gefragmenteerde *performance* van identiteit in mijn focusgroep. Wanneer ik spreek over het verschil tussen hbo- en mbo-verpleegkundigen is dit een performatieve actie, waarbij ik een realiteit construeer waarbinnen dit verschil aanwezig is. De subjectposities die verpleegkundigen laten zien in de focusgroepen zijn dus context gebonden.

De vorm van een focusgroep heeft ook implicaties voor de manier waarop de resultaten en mijn analyse geïnterpreteerd moeten worden. De manier waarop verpleegkundigen hun beroepsidentiteit construeren binnen een focusgroep is ook een performatieve daad. Als buitenstaander en onderzoeker fungeer ik als beoordelaar van de identiteit van de verpleegkundigen, terwijl de verpleegkundigen tegelijkertijd oordelen over mijn *performance* als onderzoeker. Hier kom ik later op terug in mijn methodologische reflecties.

9.3. Interpretatieve repertoires

In mijn analyse van de gesprekken met verpleegkundigen licht ik de veranderende, inconsistente en verschillende beelden van de sociale wereld van mijn respondenten uit. Deze variatie is interessant, omdat deze de verschillende functies laat zien die taal heeft binnen discourses die verpleegkundigen laten zien. Wetherell (1998) noemt dit *interpretatieve repertoires*: discursieve repertoires die respondenten gebruiken om een situatie te begrijpen of te beschrijven (Wetherell, 1998). Sprekers hanteren verschillende discourses in een bepaalde situatie, afhankelijk van de functie ervan. Door de interpretatieve repertoires bloot te leggen, kan ik de *performance* van de verpleegkundigen destabiliseren en dieper inzicht verschaffen in de manier waarop verpleegkundigen zich verhouden tot de nieuwe beroepsprofielen.

In het hoofdstuk dat volgt laat ik de inconsistenties zien die verpleegkundigen gebruiken om zich te verhouden tot de taal uit de nieuwe beroepsprofielen. De thema's die ik presenteer komen voort uit mijn analyse van de focusgroepgesprekken, waarbij ik op zoek ben gegaan naar *interpretatieve repertoires* van verpleegkundigen en de inconsistenties daarin. Daarbij keek ik hoe respondenten dominante discourses uit de nieuwe beroepsprofielen reproduceerden, maar ook hoe ze deze probeerden te vervormen en veranderen. Ik ben dus op zoek gegaan naar overeenkomsten, maar ook naar verschillen in de verhalen van mijn respondenten. Hierbij erken ik dat de resultaten die ik in dit onderzoek presenteer niet uitputtend en het resultaat van mijn interpretatie van de gesprekken zijn. In mijn methodische reflecties licht ik verder toe hoe ik tot de gepresenteerde resultaten ben gekomen en ga ik verder in op mijn positie als onderzoeker.

10. Hoe verhouden verpleegkundigen zich ten opzichte van de nieuwe beroepsprofielen?

In het vorige hoofdstuk heb ik een beeld gegeven van de manier waarop ik de uitingen van verpleegkundigen heb geïnterpreteerd en geanalyseerd. In dit hoofdstuk presenteer ik de belangrijkste resultaten van mijn analyse. Deze resultaten bespreek ik in drie onderdelen, waarbij elk onderdeel een dominant thema representeert. In ieder thema leg ik een veelvoorkomend inconsistent interpretatief repertoire bloot om inzicht te geven in de manier waarop verpleegkundigen zich verhouden ten opzichte van de nieuwe beroepsprofielen.

10.1. De verpleegkundige als gefragmenteerde teamspeler

In de tekst van de nieuwe beroepsprofielen wordt onderscheid gemaakt tussen hbo- en mbo-verpleegkundigen. Er worden dus twee nieuwe beroepen geconstrueerd in taal. Het spreken over deze twee nieuwe beroepen met mijn respondenten in de focusgroepen zorgde voor verschillende interessante interpretatieve repertoires en tegenstellingen tussen deze repertoires.

10.1.2. De verpleegkundige als teamspeler

De impact van het discours van onderscheid tussen mbo- en hbo verpleegkundigen, wordt zichtbaar in de focusgroepen. In het eerste gedeelte van de focusgroepen bespreek ik wat het betekent om verpleegkundige te zijn. In al deze gesprekken die ik met verpleegkundigen had, gaven zij aan het werken in teamverband belangrijk te vinden en waarde te hechten aan het verpleegkundig team. Een goed voorbeeld hiervan is het gesprek dat ik heb met Charlotte, Bea en Marian in het *Witte Jas Ziekenhuis* (focusgroep 1). Wanneer ik hen vraag naar hun betrokkenheid bij de beroepsgroep, geven ze aan voornamelijk betrokken te zijn bij het team en het 'professionaliseren' van de zorg binnen het eigen team.

Jan-Luuk: *Ben je vooral betrokken op je afdeling, of hier het ziekenhuis.. Waar heb je nou de meeste binding mee dan?*

Charlotte: *Vooraf het team..*

Bea: *En de afdeling. Ja*

Marian: *We zijn ook wel een enorm team, dus..*

Bea: *We zijn een heel groot team en we hebben echt een hele goeie band met elkaar dus dat is natuurlijk wel.. Je wil met z'n allen, wil je die zorg professionaliseren zeg maar. En je hebt altijd kartrekkers en je hebt meelopers, maar dat blijft altijd.*

Het belang van het team wordt ook naar voren gebracht in het tweede deel van de focusgroepsgesprekken, wanneer ik stellingen inbreng over competenties die verpleegkundigen zouden moeten hebben volgens de nieuwe beroepsprofielen (focusgroep 1, 2, 3, 5, 6 en 8). Zo benoemen Bea, Marian en Charlotte het belang van teamwerk expliciet, wanneer ik de stelling: 'de verpleegkundige is een soort van all-around professional die kan samenwerken, communiceren, constant of zichzelf reflecteert en de vakliteratuur van zijn beroep altijd bijhoudt' aan hen voorleg. Deze stelling is gebaseerd op de CanMEDS competenties die centraal staan in de nieuwe beroepsprofielen.

Bea: *Nou weet je, ik denk dat het streven is. Maar is het niet bij iedereen een streven zeg maar? En daarom is het ook leuk om elkaar te motiveren zeg maar.. Als team..*

Jan-Luuk: *En waarom is het een streven?*

Bea: *Nou, omdat je niet 24/7 achter de literatuur kunt zitten. Of eh kunt klinisch redeneren. Of ehh, eh kijken welke onderzoek het beste is geweest. Of eh.*

(...)

Jan-Luuk: *Maar vinden jullie ook dat dat een ideale verpleegkundige zou moeten zijn of, dat soort dingen is hoe het zou moeten zijn of hebben jullie zoiets van ik ben eh..*

Marian: *Je kan ook je werk niet zien als iets dat klaar is, is dat af is. Het, het is een continue proces wat bezig is. En iedere dag leer je nieuwe dingen. Ehm van je collega's. Van he, goh doe je dat zo, dat heb ik nog nooit gezien. Goh, dat ga ik ook eens proberen. Het het, gaat eigenlijk continue door. Ik bedoel een loodgieter die heeft een leidinkje wat hij moet leggen en dat heeft hij in een muur gezet en dat is klaar. En dat, dat is het grote verschil met de verpleegkundige. Ons werk gaat altijd door. Die zorg die eh, en dat ook met als team zijnde, wat Bea zei... dat je ook, he, mekaar daarin nodig hebt.*

De CanMEDS competenties construeren Bea, Marian en Charlotte als externe eis die aan hen wordt opgelegd, maar waar niet iedereen aan *hoeft* te voldoen. Bea en Marian geven aan dat het belangrijk is dat *een team* de juiste competenties bezit, maar dat dit bij individuele verpleegkundigen niet direct nodig is. Ze zien het als 'een streven', gezien de klinische situatie op de afdeling: 'je kunt hier niet 24/7 achter de literatuur zitten'. Marian beschrijft het verpleegkundig werk als doorlopende taak, waarvoor er een wederzijdse afhankelijkheid is, 'dat je mekaar daarin nodig hebt'. Daarnaast ziet ze het team als een plaats om van elkaar te leren, 'Van he, goh doe je dat zo, dat heb ik nog nooit gezien. Goh, dat ga ik ook eens proberen'.

De harde eis uit de beroepsprofielen waarbij van elke verpleegkundige, zowel mbo- als hbo- verpleegkundige, verwacht wordt te voldoen aan de CanMEDS wordt door Bea vervormd tot een universeel streven. Het is wel belangrijk, maar niet voor de directe beroepspraktijk 'Maar is het niet bij iedereen een streven zeg maar?'. Dit streven moet voornamelijk binnen het team nagestreefd worden 'En daarom is het ook leuk om elkaar te motiveren zeg maar.. als team..'.
'

Hier doet zich een dominant discursief repertoire voor dat ook terugkwam in focusgroep 1, 2, 3, 5, 6, en 8. Binnen dit repertoire geven verpleegkundigen aan teamwerk een belangrijk onderdeel van het werk te vinden. Tegelijkertijd gebruiken zij dit discours van *teamwerk en gezamenlijkheid* ook om tegenstand te bieden aan de individuele competentie eisen uit de nieuwe beroepsprofielen. Dit komt naar voren in het voorbeeld van het gesprek met Bea, Marian en Lisa uit focusgroep 1. Naast dat het teamwerk voor Bea, Marian en Lisa dus een belangrijk onderdeel van hun werk is, wordt het ook gebruikt om zich te verdedigen tegen het discours van performativiteit dat van elke verpleegkundige het voldoen aan *competenties* verwacht. Het beroep op de verpleegkundige als *teamspeeler* is op deze manier een discursieve bron, waarmee zij een beroep op hun individueel handelen kunnen afweren.

10.1.3. De verpleegkundige als gefragmenteerde beroepsgroep

Hoewel verpleegkundigen aangeven het verpleegkundig team belangrijk te vinden, doet er zich een tegenstelling voor met dit dominante interpretatieve repertoire

wanneer ik stellingen inbreng over het onderscheid tussen mbo- en hbo.

Wanneer ik de stelling: *'De hbo-verpleegkundige is slimmer dan de mbo verpleegkundige en moet daarom meer verantwoordelijkheden krijgen en de mbo'er aansturen op de werkvloer'* met verpleegkundigen bespreek, beroepen verpleegkundigen zich niet op 'het team', maar gebruiken zij de stelling om de ander te beoordelen of categoriseren (focusgroep 1, 2, 4, 5, 6, 7 en 8). Om deze inconsistentie te laten zien gebruik ik opnieuw een voorbeeld uit het gesprek met Bea, Charlotte en Marian. Daardat ik deze stelling inbreng in de focusgroep, worden de respondenten op basis van hun opleidingsniveau gesubjectieerd. Dit zorgt voor een nieuwe manier waarop zij zich tot elkaar moeten verhouden. Om het onderstaande citaat te begrijpen is daarom de opleidingsachtergrond van Bea, Charlotte en Marian van belang. Bea heeft de vroegere *inservice* opleiding gevolgd en zit al meer dan 30 jaar in het vak. Op dit moment doet zij de hbo-v opleiding volgens het nieuwe curriculum. Marian is ook al meer dan 30 jaar verpleegkundige en heeft net als Bea een *inservice* diploma. Charlotte is net klaar met de hbo-v (oude curriculum) en werkt twee jaar in het ziekenhuis.

Jan-Luuk: *De hbo-verpleegkundige is slimmer dan de mbo verpleegkundige en moet daarom meer verantwoordelijkheden krijgen en de mbo'er aansturen op de werkvloer.*

Charlotte: *Nou.. daar ben ik het niet helemaal mee eens.*

Bea: *Speciaal voor Charlotte is dat haha. Speciaal voor jou.*

Charlotte: *Voor mij haha (bloost)? Nou daar ben ik het niet mee eens. Ik eh, voel me zeker niet slimmer dan de mbo of de inservice eh maar komt misschien ook omdat ik net kom kijken maar ehm nee, zeker niet. Maar misschien dat er wel wat meer ehm... ehm... coachende rol uiteindelijk kunnen gaan aannemen. Dat dan wel weer. Maar dat slimmer mag wel weggelaten worden haha..*

Charlotte wordt door de stelling gesubjectieerd van 'verpleegkundige' naar 'hbo-verpleegkundige'. Dit wordt versterkt doordat Bea stelt: *'Speciaal voor Charlotte is dat'*. Hierdoor komt Charlotte in een positie waarin ze zich moet verantwoorden voor de inhoud van de stelling. Charlotte bloost en spreekt met veel pauzes en haperingen, waardoor het voor mij leek alsof zij zich een houding probeert te geven in het gesprek. Charlotte ontkent vervolgens de door mij ingebrachte stelling door de nadruk te leggen op haar eigen onervarenheid: *'misschien ook omdat ik net kom kijken'*. Daarnaast vervormt ze het *'aansturen'* uit de stelling tot *'coachen'* wat een minder hiërarchische connotatie heeft en meer de focus legt op een vrijblijvende *teamrol*.

Met de opmerking *'Speciaal voor Charlotte is dat, haha'* positioneert Bea Charlotte dus in een positie waarin ze zich moet verantwoorden voor de inhoud van de stelling, die ik als onderzoeker uitspreek. Even later in de discussie lijkt Charlotte eenzelfde retoriek toe te passen in de richting van Bea wanneer het gaat over het nieuwe opleidingscurriculum. Bea volgt op het moment van de focusgroep namelijk de hbo-v naar het vernieuwd curriculum. Het is nu Charlotte die Bea categoriseert op basis van haar vooropleiding.

Bea: *En vooral naar de nieuwe hbo-er, want de oude hbo'er was ook meer de theorie in plaats van de praktijk dus ik denk dat die niet zo heel veel verschillen.. Misschien iets meer kennis, theoretische kennis. Maar toen was het ook nog niet heel erg eh, eh kennis van*

eh.. Coachen en kennis van klinisch redeneren. Maar de nieuwere hbo'ers die hebben dat wel zeg maar. Die hebben gewoon ook meer aandacht voor de omgeving zeg maar. Voor een overzicht op de afdeling.

Charlotte: *Ja jij kunt het weten Bea...*

De taal in de nieuwe beroepsprofielen verdeelt de verpleegkundigen in de focusgroepen dus in twee nieuwe rollen: de hbo'er en de mbo'er. Dit brengt onderlinge verwachtingen van rollen en houding met zich mee, die Bea, Charlotte en Marian in dit voorbeeld op elkaar projecteren. Vergelijkbare situaties komen naar voren in focusgroep 2, 4, 5, 6 en 7. Het onderscheid zorgt dus voor een basis waarop de verpleegkundigen in de focusgroepen zichzelf en elkaar categoriseren. Dit staat in contrast met het dominante discours van *teamwerk en gezamenlijkheid* dat eerder in deze gesprekken naar voren komt.

10.1.4. *Performativiteit*

De categorisering op basis van nieuwe rollen zorgt tevens voor situaties waarin verpleegkundigen collega's niet alleen categoriseren, maar ook *beoordelen* op basis van de aan hen gestelde nieuwe competenties (focusgroep 1, 2, 3, 4, 6, 7). Ook deze beoordeling wijkt af van het discours van *teamwerk en gezamenlijkheid* waar de verpleegkundigen zich eerder op beriepen om tegenwicht te bieden aan de stellingen over de CanMEDS. In het gesprek dat ik heb met verpleegkundigen Jan en Margot in Centrum 'De Herberg' (focusgroep 7) komt deze tegenstelling naar voren. Wanneer ik hen vraag wat zij leuk aan hun beroep vinden, geven zij aan dat dit het team-aspect van het werk is. Zij benoemen hierbij dat de diversiteit binnen het team waardevol is:

Jan: *Zonder team red je het ook niet hoor..*

Jan-Luuk: *En, en waarom red je het zonder team niet?*

Jan: *Nou kracht vind ik van een team, omdat je elkaar moet proberen te benutten in z'n goeie en z'n minder goeie kanten en daar proberen een eh, samen naar een niveau te groeien. En daar is iedereen gewoon eh, onmisbaar in.. Van de helpende tot aan de arts toe..*

Margot: *Iedereen heeft een andere blik..*

Jan: *En dat bepaalt eigenlijk de kracht van een team..*

Echter, dit 'team' staat onder druk door de introductie van nieuwe beroepsprofielen, waarin onderscheid gemaakt gaat worden tussen teamleden. Waar Jan en Margot eerst aangeven de diversiteit van een team te waarderen en belangrijk te vinden, spreken ze hier later anders over in de context van de nieuwe profielen. De nieuwe beroepsprofielen met de daaraan gekoppelde andere competenties en taken maken twee soorten verpleegkundigen zichtbaar. Dit zorgt ervoor dat Jan andere verpleegkundigen op zijn afdeling beoordeelt naar deze maatstaven. De diversiteit die hij eerder prees, lijkt hij nu te ontkennen (*die hetzelfde werk doen*). Jan (mbo-v) vindt dat de hbo'er zich in de nieuwe rol moet *bewijzen*.

Margot: *Het gaat over die betaalbaarheid ook he.. Als je alleen maar hbo verpleegkundigen hebt, dan wordt de zorg onbetaalbaar..*

Jan: *Ja maar mits dat ze zich bewijzen he, want je hebt ook hbo verpleegkundigen die hetzelfde werk doen.. Ja ehh, op die fiets rijden we nu, als hbo'ers gewoon hetzelfde werk*

doen als mbo'ers en ze gaan zich niet onderscheiden van mbo, ja goed dan houdt het voor hun ook op.. Op een gegeven moment komt er natuurlijk een salarisschaal uit, ook voor de hbo..

Jan-Luuk: *Ja..*

Margot: *Maar dan moet je je wel kunnen onderscheiden ten opzichte van.*

Door dit te stellen reproduceert Jan het discours van performativiteit dat naar voren komt in de nieuwe beroepsprofielen. Professionaliteit en status is niet vooraf gegeven, maar moet *performed/bewezen* worden. Dit geïnternaliseerde discours van performativiteit rondom het *verpleegkundige zijn* is een sterk terugkomend thema in de focusgroepen en contrasteert sterk met het discours van gezamenlijkheid en het teamverband.

Wanneer verpleegkundigen door de beroepsprofielen op hun eigen presteren en competenties worden uitgedaagd, lijken ze het discours van gezamenlijkheid en teamwork te gebruiken om zich te verdedigen. Echter, de beroepsprofielen zorgen ervoor dat er binnen het verpleegkundig team verschillende rollen zichtbaar worden, met bijbehorende verwachtingen van deze rollen. In deze situaties wordt is het discours van *performativiteit* dominant in de gesprekken.

10.1.5. Conclusie

Op het niveau van de verpleegafdeling creëren de nieuwe beroepsprofielen dus verschillendenieuwesubjectpositieswaarverpleegkundigenzichtoemoetenverhouden. Dit zorgt bij verpleegkundigen in de focusgroepen voor onderling geprojecteerde verwachtingen en leidt tot onderlinge beoordeling en een gereproduceerd discours van performativiteit. Dit wijkt af van het discours van teamwork en gezamenlijkheid dat verpleegkundigen hanteren om weerstand te bieden aan het discours van performativiteit, wanneer dit hun eigen competenties betreft.

De gemeenschappelijkheid als onderdeel van de *performance* van de verpleegkundige identiteit in de focusgroep sluit niet aan bij derationaliteit van de nieuwe beroepsprofielen, die uitgaan van *individuen* met onderscheidende rollen en competenties op basis van opleidingsniveau. Dit zorgt ervoor dat de hbo- en mbo-verpleegkundige zichtbaar wordt en moet voldoen aan de CanMEDS competenties. In alle acht focusgroepgesprekken die ik had, internaliseerden verpleegkundigen discours en lieten ze blijken dat ze het zijn van een mbo- en hbo verpleegkundige zien als performatief: dit moet bewezen worden richting collega's en zichzelf.

10.2. De barmhartige uitsmijter

In de nieuwe beroepsprofielen veranderen niet alleen de taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen. Ook de betekenis van gezondheid en de manier waarop verpleegkundigen zich hiertoe verhouden worden opnieuw gedefinieerd. In de profielen wordt de definitie van gezondheid van Huber (2011) gehanteerd:

'Health as the ability to adapt and to selfmanage, in the face of social, physical and emotional challenges'

Uit de deconstructie van de beroepsprofielen kwam naar voren dat de *functie* van deze gezondheidsdefinitie niet neutraal is, maar dat deze het politiek-economisch programma van de staat legitimeert. In dit politiek-economisch programma is het van belang dat burgers zo min mogelijk langdurige, dure zorg consumeren. In plaats daarvan is de burger *'obliged to be free'*: vrij om de *juiste* keuzes te maken die bijdragen aan een zo laag mogelijke zorgconsumptie.

10.2.1. Alles voor de patiënt

Verpleegkundigen in de focusgroepen definiëren gezondheid over het algemeen in lijn met het gezondheidsconcept van Huber (2011). In de focusgroepen waar dit onderwerp expliciet aan bod kwam werd gezondheid geduid als: *iemand die voor zijn gevoel een goed leven leidt* (focusgroep 1), *patiëntgestuurd* (focusgroep 8) en *individueel bepaald* (focusgroep 2). In het gesprek met Jaap, Sara, Nicole uit het Rembrandt MC (focusgroep 2) lijken ze zich te herkennen in het gezondheidsconcept van Huber (2011).

Jan-Luuk: *Ja. En meer buiten het ziekenhuis om? In het dagelijks leven, wanneer is dan? Meer in het algemeen de definitie, wanneer vind je iemand gezond? Hoe kan je dat zien of testen of.. Kan je dat weten of..*

Jaap: *Nee dat kan je niet weten..*

Ria: *Nee dat is ook zo individueel bepaald denk ik.. Ja.. ja..*

Jan-Luuk: *Wanneer zou je jezelf gezond noemen? Misschien is dat dan een betere vraag..*

Nicole: *Als ik mij lekker in m'n vel vindt zitten. En dat is ja, dat is het psychosomatische, sociale gebeuren zeg maar.*

Sara: *Ja, alles een soort in balans denk ik..*

Jaap: *Ja kijk waarom meldt de een zich ziek met hoofdpijn en gaat de ander werken? Dat is ook draagkracht, draaglast.*

Nicole: *Ja, het kan misschien wel zijn dat ik kanker heb en me toch lekker voel zeg maar, op dat moment en me niet ziek voel, terwijl ik misschien wel bijna dood ga. Weet je wel, zo.. Maar als ik me op dat moment goed voel, en best happy kan voelen, ja dan voel ik me misschien niet ziek en zeg ik ook dat ik niet ziek ben.. Van ja, ik heb dat, maar ik ben niet ziek.*

Jaap, Sara, Nicole en Ria geven aan dat gezondheid een persoonlijke ervaring is die te maken heeft met *'draagkracht, draaglast'*. In deze constructie staat het concept 'gezondheid' dus los van de expertmatige kennis van professionals.

Hoewel niet in alle gesprekken een expliciete gezondheidsdefinitie aan bod kwam, komt in alle acht focusgroepen naar voren dat goede zorg bieden aan patiënt betekent dat de wensen van de patiënt centraal staan. Zo geeft Jaap aan dat hij als verpleegkundige opkomt voor wat *'het beste'* is voor de patiënt in tegenstelling tot de medisch specialist die minder genuanceerd zou zijn.

Jan-Luuk: *En.. en, wat zien jullie als de belangrijkste verantwoordelijkheid van de verpleegkundige hier in het Rembrandt MC, als je kijkt wat hier allemaal gebeurt, waar voelen jullie je dan vooral verantwoordelijk voor?*

Sara: *De patiënt*

Ria: *De patiënt staat echt centraal in je, in alles wat je doet, wat je denkt eh..*
(...)

Jaap: *Ik denk wel dat het verschil tussen verpleegkundige en medisch specialist is dat eh, ik vind zeg maar wel dat verpleegkundigen soms genuanceerder kunnen denken. Bijvoorbeeld over het staken van een behandeling. Of kritische vragen stellen: willen we dit wel? Is dit het beste voor de patiënt, wat wil de patiënt?*

Ook Nicole geeft aan dat de patiënt de *regie* heeft over zijn eigen zorgproces. Verpleegkundigen zijn hier volgbaar in. Vanuit de wensen van de patiënt kijken verpleegkundigen naar wat *goed* is en wat de situatie nog kan *opleveren*. Opvallend aan deze uitspraak is de ambivalentie tussen de *regie* van de patiënt en de rol van de verpleegkundige die kijkt naar wat *goed* is en wat iets *oplevert*.

Petra: *Wat ik wel kan zeggen is dat we op mijn afdeling veel bezig zijn met de regie van de patiënt en de regie van de familie van de patiënt. En als je die zeg maar goed de regie geeft dan zie je waar de behoeftes zijn, en wat ze wel kunnen en niet kunnen zeg maar.. Dan, dan, probeer je wel verder te denken van, wat is goed, wat gaat me dit opleveren..*

Het door de verpleegkundigen gepresenteerde discours van *eigen regie* sluit aan bij het discours van zelfmanagement uit de nieuwe beroepsprofielen. Jaap presenteert het idee van zelfmanagement als positief voor de patiënt, omdat deze de regie heeft. Het '*beste voor de patiënt*' wordt door Jaap neergezet als tegenovergesteld aan de belangen van de medisch specialist die alleen zou willen behandelen. Echter, in zijn uitspraak laat hij ook zien dat er een normatieve orde van goede en slechte keuzes bestaat. Verpleegkundigen moedigen patiënten aan om de *goede* keuzes te maken. Dit discours van regie voor de patiënt, tegen de achtergrond van wat '*het beste*' is voor de patiënt komt naar voren in alle acht focusgroepen.

Een goed voorbeeld hiervan is het gesprek dat ik had in het Ruime Bed Ziekenhuis (focusgroep 3). Ali en Karlien geven aan *op te komen* voor de belangen van de patiënt. Deze uitspraak impliceert dat de patiënt kwetsbaar is: deze kan zelf niet voor zijn belangen opkomen. Karlien brengt de impliciete normatieve orde achter gezondheid naar, door te stellen dat zij kijkt wat '*de mogelijkheden*' zijn.

Jan-Luuk: *Hmm ja. En jij zegt, wij staan naast die patiënt. Wat vinden jullie de belangrijkste taak van verpleegkundigen hier in dit ziekenhuis?*

Ali: *Dat wij opkomen voor de belangen van de patiënt.. dat het altijd voor de patiënt is... Vind ik...*

Karliën: *Dat iemand de zorg krijgt die hij ook nodig heeft. Dat je daar voor staat, en dan natuurlijk binnen je mogelijkheden en binnen je grenzen, maar ook al valt het buiten je grenzen, toch kijken wat de mogelijkheden zijn. Dat is toch wel wat je doet als verpleegkundige..*

10.2.2. Anders lief

Deze focus op de patiënt wordt door veel verpleegkundigen verbonden met karaktereigenschappen die te maken hebben met zorgzaamheid, zelfopoffering en barmhartigheid (focusgroep 1, 2, 3, 4, 5, 6 en 8). Zo geven de verpleegkundigen in het Ruime Bed Ziekenhuis (focusgroep 3) aan dat zij het belangrijker vinden dat de patiënt zich prettig heeft gevoeld, dan dat er een bepaalde klinische kwaliteit wordt geleverd, zoals jaarlijks in het Algemeen Dagblad getoetst wordt.

Alette: *Kijk nee, dat is met die eh, met die scores en die kranten enzo ook. Een is goed als die eh, eh, alle lijsten heeft ingevuld. Dan staan ze eh, op nummer 1 in de scorelijst. Maar hebben ze goeie zorg geleverd? En hebben ze eh, zijn ze die eh, die scorelijstjes vergeten dan staan ze ergens onderaan. Dus eh, het is helemaal, eh, eh daarom wordt het heel zakelijk want, je moet.. Je hebt de patiënt, en eh, je doet het hoognodige, en als jij je lijsten maar hebt ingevuld, dan heb je goeie zorg geleverd..*

Ingrid: *En in hoeverre is dat betrouwbaar?*

Karliën: *Ik word blijer van een evaluatie van een patiënt terug dat die hier eh, dat eh, dat ie hier goeie zorg heeft ontvangen en dat hij hier zich prettig heeft gevoeld. Daar doe ik meer op dan die hele score in het AD waar ik op de achttiende plek sta, bij wijze van..*

Toch is deze constructie van de barmhartige verpleegkundige die de patiënt, in tegenstelling tot artsen en managers, centraal stelt, tegenstrijdig. Want hoewel de patiëntbehoefte centraal staat, geven verpleegkundigen aan grote invloed uit te oefenen op de patiënt die in bed ligt op basis van de normatieve orde van goede en slechte keuzes. Dit gaat verder dan het ondersteunen van de patiënt. Alette en Petra geven aan dat zij regelmatig streng zijn om de patiënt ‘verder’ te helpen.

Petra: *Want ehm, het eh, men hoeft niet in mijn ogen niet, daadwerkelijk.. Nee ehm.. Lief.. eh wat is lief he? Je moet mensen, je moet andere mensen goed behandelen.. Als mensen je omschrijven in je professie als zijnde van eh, je bent, he, je was heel lief... Dat zegt dan nog niks..*

(...)

Alette: *Nee als je alleen maar lief bent voor een patiënt dan komen ze niet verder.*

(...)

Alette: *Nee dan liggen ze 24 uur per dag in bed en denken ze ah, beetje vertroetelen enzo. En eh.. dan eh dan gebeurt er verder niks.*

Alette geeft aan dat het ‘verder helpen’ te maken heeft met dat er *iets gebeurt*. De zorg voor de patiënt moet iets opleveren, anders is er sprake van *vertroetelen*. Dit staat voor Alette en Petra in contrast met de connotatie van ‘lief’ dat voor hen juist verbonden lijkt te zijn met ‘ vertroetelen’.

In de focusgroepen komt het thema ‘zelfredzaamheid’ regelmatig naar voren wanneer ik de stellingen: ‘Een gezonde patiënt is iemand die kan participeren in de samenleving en daarin voor zichzelf weet te zorgen’ en ‘De belangrijkste taak van de verpleegkundige is dat hij zijn patiënt en zijn omgeving helpt en leert in het zelfredzaam zijn, zodat deze zo min mogelijk zorg consumeert’ inbreng. Eva (focusgroep 3) geeft aan dat het bevorderen van de zelfredzaamheid erg belangrijk is voor de patiënt, omdat deze langer thuis moet zitten. De houding die hierbij past volgens haar, is een wat meer afstandelijke houding die niet noodzakelijkerwijs aansluit bij de eerdere barmhartige constructie van ‘prettig laten voelen van de patiënt’. De tegenstelling tussen de lieve, verzorgende houding van verpleegkundigen en de nieuwe gezondheidsdefinitie en de competenties die daarbij horen komt ook naar voren in focusgroep 1, 2, 3, 5, 6 en 8.

Karliën: *Het is wel een hele belangrijke taak. Vooral voor de toekomst van de ouderen die allemaal naar huis moeten, is het denk ik wel een belangrijke taak..*

(...)

Eva: *Ik denk dat het ook maar een stukje cultuur is, om het zo te zeggen. Ik denk dat mensen het gevoel hebben van, ik ga naar het ziekenhuis, daar word ik wel geholpen. En als ik dan thuis ben dan moet ik alles zelf doen. Maar in de tijd dat ze hier liggen, is het van wil je even een glaasje water pakken of dit of dat. Maar ik denk dat wij daarvoor wel veel meer op onze strepen kunnen staan en zeggen van: doe het maar lekker zelf. Op een, op een professionele manier natuurlijk haha.*

Interessant is dat Karlien zich wat later in het gesprek bewust wordt van de tegenstelling die zich in het gesprek voordoet tussen 'lief zijn' en 'doe het maar lekker zelf'. Om deze tegenstelling weg te nemen spreekt Petra daarom over 'anders lief'. Zo behoudt ze voor zichzelf het beeld van de verpleegkundige als barmhartige, verzorgende beroepsbeoefenaar en legitimeert ze tegelijkertijd ook haar acties die niet passen bij dit eerder genoemde beeld van 'lief'. Het bevorderen van zelfmanagement is in haar ogen uiteindelijk beter, omdat dit beter voor hen is op de lange termijn waarbij mensen minder aanspraak kunnen maken op zorg. De uitspraak 'anders lief' legitimeert hierdoor ook deze politiek-economische beleidswijziging van de staat en de betekenis van gezondheid die hierachter ligt.

Karliën: *Nee, ik zie dat niet als lief Petra. Ik zie dat als eh, als jij mensen op een nette manier wijst op hun verantwoordelijkheden. Dan ben je ook wel lief..*

Petra: *Dat is anders lief zijn dan lief-lief, dan wat een gemiddelde patiënt over lief zijn vindt. 'Goh, wat ben je lief tegen mij, dat je me een glas water geeft'. Haha ja want dat vinden ze fijn..*

In de focusgroepgesprekken die ik heb gebruikt gebruiken verpleegkundigen verschillende interpretatieve repertoires, naast 'anders lief' om met de tegenstelling tussen het verzorgende en het meer zakelijke karakter om te gaan. Zo ziet Marieke (focusgroep 5) dit als 'nog meer voor de patiënt kunnen doen'. De patiënt wordt dus gebruikt als discursieve bron voor verpleegkundigen om de, soms contra-intuïtieve, houding die van ze gevraagd wordt te legitimeren. Dit interpretatieve repertoire kwam terug in focusgroep 1, 2, 3, 4, 6 en 8.

10.2.3. Conclusie

In de nieuwe beroepsprofielen is het werk van de verpleegkundige dus gecentreerd rondom de definitie van gezondheid van Huber et al. (2011) die gezondheid als een *ability* omschrijft. Verpleegkundigen spelen een belangrijke rol in het bevorderen van deze *ability* bij mensen, door te sturen op regie en zelfmanagement. Hoewel zelfmanagement klinkt als een neutrale mogelijkheid voor mensen om zelf sturing te geven aan hun zorgproces, schuilt hier een normatief kader van 'goede' en 'slechte' keuzes achter. Dit kader stuurt richting langer thuisblijven en het zo min mogelijk consumeren van langdurige zorg. Het liefst met hulp van de omgeving, in plaats van betaalde zorgprofessionals zoals de verpleegkundige en verzorgende.

Dit botst met de manier waarop verpleegkundigen hun eigen werk en karakter omschrijven, wat te maken heeft met hulp bieden, verzorgen van patiënten, vanuit het ideaal voor mensen te willen zorgen. Verpleegkundigen in de focusgroepen zoeken actief naar manieren om deze twee werelden samen te laten gaan. Dit doen ze bijvoorbeeld door hun houding te omschrijven als 'anders lief' of door te stellen dat

ze de patiënt hiermee ‘beter’ kunnen helpen. Op deze manier behouden ze het beeld van zichzelf als liefdevolle, verzorgende verpleegkundige, maar zijn ze ook in staat te voldoen aan wat er van hen gevraagd wordt. Met behulp van deze interpretatieve repertoires legitimeren verpleegkundigen hun eigen handelen en normaliseren ze het nieuwe gezondheidsconcept van Huber (2011).

10.3. De machteloze veranderbrigade

De *performance* van verpleegkundigen in de focusgroepen laat interessante verschillen tussen de interpretatieve repertoires van verpleegkundigen zien. Deze verschillen leggen de verpleegkundigen in mijn focusgroepen bloot als *gefragmenteerde teamspelers*, die zoeken naar manieren om het dominante gezondheidsdiscours uit de nieuwe beroepsprofielen te integreren in hun bestaande beeld van het subject ‘verpleegkundige’. Het derde thema dat in alle focusgroepen naar voren kwam was dat van de constructie van de verpleegkundige als machteloos, maar tegelijkertijd ook als invloedrijk. Dit manifesteerde zich ten opzichte van de patiënt (focusgroep 1, 2, 4, 5, 6 en 8), het ziekenhuis (focusgroep 1,2,3,4,5,6,7 en 8) en het zorgstelsel (1, 2, 3, 4, 7, en 8).

10.3.1. Machteloos ten opzichte van de patiënt

Allereerst geven verpleegkundigen aan zich machteloos te voelen ten opzichte van de zorg aan de patiënt. Hierbij gebruiken verpleegkundigen een retoriek waarbij ze zichzelf positioneren als ‘zichzelf opofferend’ voor de patiënt. Zo stelt Maria uit het *Witte Jas Ziekenhuis* (focusgroep 8) dat verpleegkundigen slecht voor zichzelf zorgen, doordat de patiëntzorg urgent is. Jelmer noemt hierbij het voorbeeld dat hij niet naar de wc gaat, omdat hij zo druk is met zijn patiëntzorg.

Maria: *Ik denk dat wij als verpleegkundige echt wel een beetje slecht voor onszelf zorgen.. (Instemmend ge-ja) JU: Je slaat zo een pauze over, je doet zo, ja je gaat toch even naar de bel. Liever loop je twee keer naar de patiënt dan dat je zelf even gaat eten..*

Chantal: *Ja en die onregelmatigheid niet goed voor alles..*

Floortje: *Nee, en toch doe je het..*

Jelmer: *Er zijn voor de patiënt inderdaad. Want soms hele praktische dingen schieten erbij in. Eh, drinken schiet er vaak bij in eh op de afdeling. Ehm, ik hoor ook van heel veel mensen dat als je naar de WC moet, hou je het heel lang op..*

(...)

Jelmer: *Dus als je van iemand eh buiten de zorg eh, bijvoorbeeld eh, eh, nouja eh soms heb je het gevoel dat je blaas helemaal vol zit en dan moet je naar de wc maar dan gaat er een bel en dan denk je van oh nee, dat nog eerst even doen. Ja, nee dat nog eerst even doen. En dan zegt iemand van, ja maar dan ga je toch gewoon even naar de WC? Nee..*

Later in hetzelfde gesprek stelt Floortje dat verpleegkundige protesten om deze reden ook nooit zijn geslaagd: de gebondenheid aan de zorg voor de patiënt maakte het voor verpleegkundigen onmogelijk om te staken.

Floortje: *Er is wel een keer gestaakt volgens mij..*

Jan-Luuk: *Jaren '90 bedoel je denk ik of niet?*

Floortje: *Haha nou ik weet het allemaal niet meer, maar...*

Reineke: *Ja, we hebben wel eens iets gedaan.. Maar dat hield nooit zo heel veel in want we konden de patiënten al nooit achterlaten. Daar kwam het altijd op neer, ja..*

De dominante constructie van machteloos en dienend ten opzichte van de patiënt, staat op gespannen voet met de discursieve constructies zoals ‘anders lief’ die verpleegkundigen gebruiken wanneer het thema zelfmanagement besproken wordt. Het thema van machteloosheid komt naar voren wanneer het gaat over de kenmerken van de verpleegkundige en het verpleegkundig beroep, terwijl constructies zoals anders lief gebruikt worden door verpleegkundigen om zich te verhouden tot het discours van zelfmanagement.

10.3.2. Machteloos ten opzichte van organisatie

Naast een machteloosheid ten opzichte van de patiënt construeren verpleegkundigen in de focusgroepen zich ook als machteloos ten opzichte van de ziekenhuisorganisatie (focusgroep 1,2,3,4,5,6,7 en 8). Verpleegkundigen construeren de ziekenhuisorganisatie hierbij als zakelijk en bedrijfsmatig (focusgroep 2, 3, 5, 6 en 8). Daarnaast voelen zich van het ziekenhuis afhankelijk om zich te kunnen ontwikkelen en professionaliseren (focusgroep 1, 2, 3, 4, 5, 7 en 8). Zo stelt Jaap (focusgroep 2) dat het voor verpleegkundigen niet mogelijk is om zich te verzetten tegen werkdruk op de werkvloer, omdat het ‘*economische argument*’ simpelweg te sterk is.

Jan-Luuk: *En gebruiken jullie wel eens, wat doen, gebruiken jullie wel eens manieren om daartegenin te gaan? Of, om toch, om toch met zo iemand naar buiten te gaan of.*

Jaap: *Ja maar dat, ik vind tegen een economisch motief, kun je als verpleegkundige weinig tegenin brengen. Want dat is een hard feit eh. Een verpleegkundige kost 5000 euro per uur en een eh, vrijwilliger is gratis. Ja wat kun je daar tegenin brengen? Ik vind het leuk? Dat is geen argument?*

Eenzelfde machteloosheid laten verpleegkundigen zien ten opzichte van de programma's in de ziekenhuizen die ze voorbereiden op de nieuwe beroepsprofielen. In deze programma's worden verpleegkundigen voorbereid op het werken in de nieuwe rollen en is er ruimte om hier vorm aan te geven op de verpleegafdelingen. De woorden in de uitspraak van Alette uit het Ruime Bed Ziekenhuis (focusgroep 3) illustreren dit, wanneer het gaat over de vertaling van de taken uit de nieuwe beroepsprofielen naar concrete functies in het ziekenhuis. Daarbij ziet Alette taken die tot haar functie gaan behoren als taken die zij *moet* doen en taken die niet meer tot haar functie behoren als taken die zij niet meer *mag* doen.

Alette: *Ja en de onduidelijkheid, toch ook wel.. Juist omdat het dus niet eh, vaststaat wat hoort er nou echt bij je taken, wat moet je nu wel gaan doen. Dat biedt heel veel voordelen eh, vind ik. Maar heel veel mensen zien daar ook wel heel veel nadelen in, want..*

Jan-Luuk: *Onzekerheid..*

Alette: *Ja, onzekerheid, onduidelijkheid.. Maar wat moet ik dan wel doen, wat mag ik niet doen.. Ja.. Daar houden mensen niet van..*

Het ziekenhuis wordt zo door haar geconstrueerd als partij die verpleegkundigen verplicht bepaalde taken te doen en daarnaast taken afneemt. Dit wekt de indruk dat deze afgenomen taken voor Alette geliefd waren en nu vervangen worden

door verplichte, minder leuke taken. Dit discours waarbinnen de implementatie beroepsprofielen worden gezien als aanval op de *individuele positie* komt terug in focusgroep 1, 2, 3, 7 en 8.

10.3.3. Machteloos ten opzichte van zorgstelsel

Ten slotte stellen verpleegkundigen zichzelf op als machteloos en slachtoffer van het veranderende zorgstelsel (1, 2, 3, 4, 7, en 8). Zo stellen Ingrid, Karlien en Eva (focusgroep 3) dat de administratielast enorm is gestegen die ten koste gaat van de tijd die zij aan patiënten kunnen besteden.

Ingrid: *En dat is ook goed, dat moet ook want wij wassen die mensen en weten wat ze aan zorg nodig hebben op dat moment. Maar eh, er komt wel steeds meer bij kijken. Steeds minder dingen die moet je regelen. En steeds minder tijd die je kan besteden aan de patiënt zelf zeg maar..*

Karliën: *Precies, en dat vind ik ook. Dat wordt in de loop der jaren alleen maar meer. Het regelen en het administratieve wordt meer, wat ten koste gaat van de zorg aan het bed vind ik. Dat wordt alleen maar minder. En ik vind, ik vind dat toch jammer..*

Eva: *Daar hebben ze toch ook pas een onderzoek naar gedaan. Naar hoeveel tijd we alleen maar kwijt zijn aan administratieve dingen in plaats van zorg aan het bed..*

Ingrid stelt dus dat verpleegkundigen steeds meer ‘moeten’. Dit woord impliceert opnieuw macht die onderdrukt en bepaalt hoe verpleegkundigen zich moeten gedragen. Tegelijkertijd wordt deze grotere macht, die het blijkbaar voor het zeggen heeft, wel genormaliseerd door deze uitspraken.

Een ander voorbeeld van het normaliserende effect van de constructie van machteloos op de veranderingen in de zorg komt naar voren in het gesprek met Bea (focusgroep 1). Zij stelt dat wanneer de ICT- en administratielast voor verpleegkundigen te hoog wordt, je je af moet vragen of je als verpleegkundige nog wel op de juiste plaats zit. Hiermee accepteert ze niet alleen de bredere veranderingen die plaatsvinden in de zorg, maar stelt ze ook dat de verpleegkundige zich moet conformeren aan deze veranderingen.

Bea: *Ja zeker, ja als jij op een gegeven moment denkt van, hé. Ik noem maar even wat. Een wat oudere verpleegkundige die alleen nog maar met ICT moet werken en jij hebt zoiets van: nou daar kan ik me gewoon echt niet in vinden, of ik snap er niks van, of ik eh, voor mij is de lol er op deze manier af als ik alles maar moet documenteren in computers en overal maar moet neerzetten in de computer. Ik kan dat niet. Nouja, dan zul je je af moeten vragen of je dan eh, eh, nog wel of niet op de goeie plek zit zeg maar.*

Ook in focusgroep 7 in Centrum ‘De Herberg’ beschrijven Jan, Milou en Astrid ‘de veranderende zorg’ als reden waarom hun werk verandert. Doordat verzorgingstehuizen sluiten, krijgen zij complexere, ziekere patiënten op de afdeling.

Bas: *Kijk het wordt allemaal natuurlijk wel steeds moeilijker, omdat de patiënt steeds slechter aan de voordeur komt. Mensen blijven langer thuis en de voorzieningen zijn steeds slechter aan het worden voor de ouder wordende mens. Dus ja, eh die zie ik ook wel aankomen, maar ja..*

(...)

Milou: *En daarom denkt de familie van, ga maar naar het ziekenhuis, dan komt ze vanzelf wel in het verzorgingstehuis. Maar zo, maar zo is het wel vaak..*

Astrid: *Zo wordt er wel vaak over gedacht ja. En de verpleegkundige lost het wel op haha, zo eerlijk moet je dan wel zijn..*

Astrid zegt als reactie op Jan dat de verpleegkundige ‘*het wel oplost*’. Hoewel verpleegkundigen dus kritiek hebben op onderwerpen als registratielast en kortere lictijden, zijn ze niet in staat vanuit hun beroepsperspectief echt fundamenteel kritiek te leveren op dit soort ontwikkelingen. Daarentegen construeren zij zichzelf als *uitvoerders* van het beleid en *oplossers* van de problemen.

De constructie van machteloos ten opzichte van de veranderingen in de zorg normaliseert deze veranderingen en legitimeert de macht van de staat om deze veranderingen door te voeren. Holmes en Gastaldo (2002) herkennen deze constructie van verpleegkundigen, waarbij verpleegkundigen zichzelf beschrijven als machteloos en onderdrukt. Echter, deze constructie van machteloosheid problematiseren zij vanuit een Foucaultiaans begrip van macht en het concept van *governmentality*.

10.3.4. De verpleegkundige als machtig

Waar macht in veel gevallen als onderdrukkend wordt gezien, vestigt Foucault de aandacht op de subtielere productieve kanten van macht en hoe deze wordt uitgeoefend in de samenleving (Holmes & Gastaldo, 2002). Machtsrelaties zijn daarbij niet eenzijdig: macht circuleert in- en tussen mensen en groepen. Macht werkt door op individuen wanneer zij anderen aanspreken. Daarom is macht relationeel en overal, omdat het overal vandaan komt en uitgeoefend wordt. De verpleegkundige is vanuit dit perspectief juist niet machteloos, omdat ze als één van de grootste professionele groepen in de gezondheidszorg een belangrijke rol speelt in het bestuur van de populatie. Verpleegkundigen verzamelen informatie over de lichamen van de populatie en ontwikkelen kennis over het besturen van deze lichamen. Daarnaast hebben ze veel invloed op de gezondheidseducatie van patiënten en burgers (Holmes & Gastaldo, 2002). Vanuit het idee van *governmentality* is de verpleegkundige beroepsgroep dus geen machteloze beroepsgroep, maar juist een beroepsgroep die veel invloed heeft op haar patiënten en daarmee de samenleving.

Dit aspect komt naar voren bij de verpleegkundigen in de focusgroepen die hun centrale taak zien als *opkomen voor de patiënt* (focusgroep 1,2 en 3), *het zijn van de mond van de patiënt* (focusgroep 4, 5 en 6) en *het aangeven wat voor de patiënt het belangrijkste is* (focusgroep 7). Hiermee construeren zij de patiënt als kwetsbaar en zichzelf in een positie waarin ze veel invloed uitoefenen op de patiënt en de zorg die de patiënt ontvangt. Dit botst met de constructie van de machteloze verpleegkundige.

10.3.5. Conclusie

De verpleegkundigen in de focusgroepen zien zich op het gebied van patiëntenzorg als volgbaar aan de patiënt, ten koste van het eigen welzijn. Daarnaast geven verpleegkundigen aan zichzelf te zien als ziekenhuissubject: de implementatie van de nieuwe beroepsprofielen is een proces waarbij het ziekenhuis als externe macht de taken en waardigheid van de ‘machteloze’ verpleegkundige bepaalt. Eenzelfde machteloosheid laten verpleegkundigen ook zien ten opzichte van de bredere

maatschappelijke veranderingen en de veranderende definitie van gezondheid. De verpleegkundigen in de focusgroepen construeerden zichzelf dus als machteloze uitvoerders van beleid. Deze constructies worden vanuit een Foucaultiaanse blik in dit onderzoek gedestabiliseerd: door zichzelf te construeren als machteloos, legitimeren verpleegkundigen fundamentele veranderingen in de gezondheidszorg.

11. Conclusie

Hoe verhouden verpleegkundigen zich ten opzichte van de nieuwe verpleegkundige beroepsprofielen?

In dit deel ben ik ingegaan op de vraag hoe verpleegkundigen zich verhouden tot de nieuwe beroepsprofielen. Daarin kwamen de ambiguïteiten en tegenstrijdigheden naar voren van de manier waarop verpleegkundigen hun beroep construeren binnen het veranderende gezondheidszorgklimaat waarin zij werkzaam zijn. De nieuwe beroepsprofielen, als dragers van een discours van performativiteit en zelfmanagement, construeren het verpleegkundig beroep op een manier die op verschillende punten afwijkt van de constructies van verpleegkundigen.

Allereerst wijkt dit af op het gebied van de plaats van het verpleegkundig team in het werk van verpleegkundigen. Verpleegkundigen gebruiken dit teamwerk als discursieve bron om weerstand te bieden tegen het discours van performativiteit uit de nieuwe beroepsprofielen, dat stelt dat verpleegkundigen bepaalde competenties en vaardigheden moeten hebben. Tegelijkertijd doorbreken verpleegkundigen zelf dit discours van teamwerk, wanneer het gaat over het onderlinge onderscheid dat op basis van mbo- en hbo gemaakt gaat worden. De collega die de hbo-rol op zich wil nemen moet laten zien dat hij zich kan onderscheiden, en heeft dus iets te *bewijzen* ten opzichte van zijn collega's. Dit wordt veroorzaakt door de taal in de beroepsprofielen die verpleegkundigen verdeelt op basis van opleidingsniveau en rollen koppelt aan deze verdeling. Daarmee creëert de tekst een werkelijkheid waarin het subjecten zichtbaar maakt (Parker, 1990; Weedon, 1997).

Daarnaast kwam in de gesprekken de discursieve worsteling van verpleegkundigen met het nieuwe gezondheidsconcept. Dit concept botst met de constructie van de verpleegkundige als 'verzorgend' en 'opkomend voor de patiënt'. Verpleegkundigen gaven aan dat de patiënt zelf de regie moet hebben. Tegelijkertijd gaven verpleegkundigen aan een beeld te hebben van 'goede' en 'slechte' keuzes van de patiënt. Om de patiënt bewust te maken van deze keuzes nemen verpleegkundigen een houding aan die niet altijd past bij het 'lieve' imago dat aan de verpleegkundige toegeschreven wordt en dat de verpleegkundige ook aan zichzelf toeschrijft. Verpleegkundigen gebruiken verschillende discursieve bronnen om deze inconsistentie tegen te gaan, zoals het begrip 'anders lief' te gebruiken.

Ten slotte komt naar voren dat verpleegkundigen zichzelf construeren als machteloos. Verpleegkundigen zijn op verschillende momenten kritisch over de veranderingen in de verzorgingsstaat en de inhoud van de nieuwe beroepsprofielen, maar zien deze wel als onvermijdelijke gebeurtenissen waar zij als verpleegkundigen in mee moeten. Met deze constructie als machteloos ontkennen ze de machtspositie die zij als verpleegkundigen innemen richting patiënten.

Deel IV

In dit laatste deel van dit onderzoek zal ik ingaan op de betekenis van de resultaten in het licht van de theoretische beschouwing in het eerste deel. Dit doe ik door eerst in hoofdstuk twaalf een samenvatting te geven van de bevindingen in dit onderzoek. Vervolgens reflecteer ik in hoofdstuk dertien op de betekenis van deze resultaten in het licht van de abstracte theoretische constructen zoals governmentality en biopolitiek.

12. Verpleegkundige beroepsdisciplinerings?

En dat is wat ik zo waardeer in de verpleegkundigen en verzorgenden. Niet mopperen of klagen- althans ik heb u niet gehoord- maar zelf met goede nieuwe ideeën komen. No-nonsense mensen, zo ken ik u. - (Schipper, 2011)

12.1. Beroepsprofielen als tactiek van governmentality

In dit onderzoek ben ik ingegaan op de vraag wat de nieuwe beroepsprofielen doen met het verpleegkundig beroep in Nederland, vanuit een poststructuralistische onderzoeksfocus. Ik beschouw 'professionalisering' van verpleegkundigen als een strategie van *governmentality*. De aantrekkelijke lading van het begrip professionalisering, verhuult de disciplinerende werking van de beroepsinhoud die plaatsvindt door de staat.

Het concept '*verpleegkundige professional*' kwam op als gevolg van het dominante neoliberale discours rondom professionaliteit dat in de jaren negentig dominant werd. Dit discours maakt geen onderscheid in gender, maar legt de nadruk op de meetbaarheid en performativiteit van het begrip *professional*. Professional zijn, is binnen dit discours iets dat continue bewezen, *performed*, moet worden richting extern opgelegde systemen van verantwoording. Voor verpleegkundigen lijkt dit een kans om zich, als groep die historisch gezien minder geprivilegieerd is geweest, te profileren door de beroepsinhoud in lijn met de door de staat opgestelde criteria van professionaliteit te ontwikkelen. De nieuwe beroepsprofielen zijn hier een belangrijk onderdeel in.

De inhoud van deze nieuwe beroepsprofielen is vanuit Foucaultiaans perspectief inherent politiek: ze definiëren gezondheid en de manier waarop verpleegkundigen dit moeten bevorderen. De profielen beschouwen gezondheid als de mogelijkheid van de persoon en zijn omgeving om met ziekte en tegenslag om te gaan. Onder dit schijnbaar apolitieke gezondheidsconcept schuilen echter goede en slechte keuzes die het individu kan maken. Hierdoor wordt het leven van een *individu* verbonden met het politiek-economische programma van de *staat*. Dit programma is gericht op het verlagen van het zorggebruik van burgers en het sturen op hun eigen verantwoordelijkheid. De verpleegkundige draagt hier als '*lifestyle consultant*' aan bij en ondersteunt de intensivering van deze koppeling in de hoop zich te professionaliseren. Het zijn van een professional betekent dat de verpleegkundige zich conformeert in zijn houding en handelen aan het politiek-economische programma van de staat: hij moet reflectief zijn op zichzelf, werken volgens evidence based practice en de zorg kwalitatief verbeteren, 'rekening houdend met kosteneffectiviteit' (Terpstra et al., 2015, p. 11).

12.2. Verpleegkundigen als machteloos

Verpleegkundigen in mijn focusgroepen lijken zichzelf te zien als praktische uitvoerder van dit statelijke gezondheidsbeleid. Of met de woorden van voormalig minister Schipper (2011): de verpleegkundige *moppert of klaagt niet*, maar is *no-nonsense*. In de focusgroepgesprekken die ik had met verpleegkundigen klaagden zij weliswaar over ontwikkelingen in de gezondheidszorg, maar zij zagen zichzelf tegelijkertijd als machteloos: ten opzichte van de patiënt, het ziekenhuis en de staat. Dit is problematisch vanuit de Foucaultiaanse visie op macht van waaruit de verpleegkundige juist veel

macht uitoefent. Ze beïnvloeden als professional denkbeelden over ‘gezondheid’ en een ‘gezonde levensstijl’.

De discussie in de focusgroepen over het onderscheid tussen mbo- en hbo-verpleegkundigen illustreert de fragmenterende werking van de nieuwe beroepsprofielen. In de focusgroepen internaliseerden veel verpleegkundigen het discours van *performatieve professionaliteit* en voerden op basis daarvan discussie over de manier waarop het gemaakte onderscheid vorm moest krijgen op de werkvloer. Waar de beroepsprofielen het verpleegkundig beroep verder moesten professionaliseren, lijkt de uitwerking van de beroepsprofielen op de werkvloer vooral fragmenterend te zijn. Deze fragmentatie staat haaks op het concept van ‘professionalisering’ dat als doel het creëren van professionele, gedeelde *identiteiten* heeft (Noordegraaf et al., 2014).

De ideologische lading van de profielen werd gezien als vanzelfsprekend en onontkoombaar en dus niet als punt van discussie. Door de verandering als onontkoombaar te zien raakt de manier waarop verpleegkundigen zichzelf zien in de knel: het neoliberale discours van zelfmanagement sluit niet aan bij de constructie van barmhartigheid en verzorging die verpleegkundigen in de focusgroepen gebruiken om zichzelf te omschrijven. Om aan deze tegenstelling te ontkomen, zoeken verpleegkundigen naar discursieve constructies die de verschillen verbinden, bijvoorbeeld door zichzelf te omschrijven als *‘anders lief’*.

De fragmenterende invloed van de beroepsprofielen in combinatie met de machteloze en soms kritiekloze houding die verpleegkundigen aannemen ten aanzien van de nieuwe beroepsprofielen is problematisch. De veranderingen die op dit moment plaatsvinden binnen de post-verzorgingsstaat zijn van grote invloed zijn op individuen en de manier waarop zij hun gezondheid ervaren en hun leven vormgeven. Waar de klassieke verzorgingsstaat actief verantwoordelijkheid nam voor de *zorg voor de populatie*, verandert deze geleidelijk in een staat die de populatie verplicht om *voor zichzelf te zorgen* op basis van de criteria van haar politiek-economische programma. Dit onderzoek bekritiseert niet de inhoud van deze beleidswijzigingen, maar de technische en apolitieke manier waarop deze wijzigingen plaatsvinden.

De ‘professionalisering’ van de verpleegkundige door middel van nieuwe beroepsprofielen is een manier waarop deze wijziging plaatsvindt, als tactiek van *governmentality*. Door bepaalde kennis, zoals *evidence based practice* en *zelfmanagement* te institutionaliseren en te beschouwen als ‘professioneel’ probeert de staat haar politieke doelen te bewerkstelligen. De historische gezien verdeelde en ondergewaardeerde verpleegkundige beroepsgroep is in haar strijd naar erkenning niet in staat ‘professionele’ kritiek te leveren op de inhoud van deze nieuwe beroepsprofielen, terwijl deze van grote invloed zijn op het verpleegkundig beroep en de patiënt.

13. Governmentality voorbij: professionele perspectieven

In dit onderzoek heb ik laten zien hoe de nieuwe beroepsprofielen de beroepsinhoud van het verpleegkundig beroep disciplineren. De focusgroepen met verpleegkundigen lieten zien hoe de taal uit de beroepsprofielen de beroepsgroep fragmenteert en de inhoud van het beroep disciplineert richting het neoliberale gezondheidsdiscours. In dit laatste hoofdstuk wil ik reflecteren op de betekenis van deze uitkomsten, in het licht van de theorie over professionalisering en governmentality die ik in het eerste deel van dit onderzoek heb besproken.

13.1. Governmentality, disciplineren en neoliberalisme

In dit onderzoek zie ik de disciplineren van de verpleegkundige beroepsinhoud door middel van de nieuwe beroepsprofielen als een tactiek van *governmentality*. Uit de deconstructie van de beroepsprofielen kwam het neoliberale gezondheidsdiscours naar voren dat de beroepsprofielen structureert. Dit discours sluit aan bij het kernprobleem van het besturen van de populatie in liberale staten: het bieden van vrijheid aan het individu die bijdraagt aan het publieke belang (Schuilenburg & van Tuinen, 2009). Tactieken van governmentality focussen daarom op het maximaliseren van de krachten van de populatie op collectief en *individueel* niveau (Lemke, 2001; Rose, 1999). De nieuwe beroepsprofielen hebben als tactiek van governmentality deze werking: ze construeren de betekenis van gezondheid individueel niveau, op een manier waarbij de vrijheid van het individu leidt tot een het economisch welzijn van de populatie.

Hoewel de nieuwe beroepsprofielen dus doordrenkt zijn met het neoliberale gezondheidsdiscours is de causaliteit van deze relatie niet eenzijdig, stelt Rose (1999). In zijn boek *Powers of Freedom* analyseert hij de effecten, de oorsprong en de bestuurlijke effecten van het neoliberalisme. Ten onrechte, zo stelt Rose (1999), worden de neoliberale doctrines geportretteerd als de sturende ideologie achter de verbouw van verzorgingsstaten in Europa. Deze verbouw is volgens hem eerder het resultaat van *ad hoc* acties en pogingen om specifieke problemen rondom het besturen van de populatie op te lossen met de oplossingen die voorhanden waren (Rose, 1999). Deze *ad hoc* tactieken en acties zijn later door de rationaliteit die we nu neoliberalisme noemen aan elkaar verbonden, zodat ze zouden overkomen als een coherente logica. Dit is nodig, omdat de staat, om effectief te kunnen besturen, veroordeeld is te zoeken naar een hogere autoriteit die de eigen autoriteit legitimeert.

... 'government continually seeks to give itself a form of truth – establish a kind of ethical basis for its actions.' - (Rose, 1999, p. 27)

Deze rationaliteit reproduceert zichzelf en wordt dominant in de zaken die het economische leven van de populatie reguleren, zoals de gezondheidszorg en de werelden van professionals.

De zichzelf rationaliserende dominante rationaliteit lijkt op dit moment in toenemende mate die van het *geavanceerde liberalisme* of *neoliberalisme* te zijn (Higgins, 2001; Rose, 2008; Schuilenburg & van Tuinen, 2009). Deze rationaliteit ontleent zijn bestaansrecht niet aan de staat of de wet, maar primair aan de samenleving. Deze samenleving

moet daarin bestuurd worden volgens principes waarbij de belangen van het individu samenvallen met die van het collectief. Om dit te bewerkstelligen worden de biologische kenmerken van individuen belangrijke factoren voor het besturen van de collectieve economie. Om deze sturing succesvol te laten zijn, wordt het noodzakelijk een bestuurlijke machine te creëren die individuen disciplineert en tegelijkertijd de economische waarde van het individu verhoogt. Deze machine wordt door Agamben (2009) een *apparatus* genoemd: het netwerk van machtsrelaties tussen instituties, regels, discoursen, wetten en gebouwen. Mijn analyse van de nieuwe beroepsprofielen laat een deel van dit *apparatus* zien door in te gaan op de interactie tussen de nieuwe beroepsprofielen als beleidsmaatregel en verpleegkundigen op de werkvloer.

De oorzaak waarom juist de verpleegkundige beroepsgroep in toenemende mate bestuurd lijkt te worden, kan gevonden worden in de beroepsprofielen zelf. Hierin wordt het behouden van bepaalde niveaus van gezondheid en welzijn en economische productiviteit gedefinieerd als een probleem. Dit probleem maakt het individu tot gebied van bestuurlijkheid. De volgende quote uit concept-beroepsprofielen illustreert deze rationaliteit.

De Nederlandse samenleving veroudert en vergrijst en hiermee neemt in de toekomst het aantal ouderen met een complexere zorgvraag toe. Aan de andere kant staat de Nederlandse gezondheidszorg voor de uitdaging om de zorg betaalbaar te houden. In dit kader is de organisatie en hervorming van de verpleging/verzorging van belang en dienen de beroepsprofielen herzien te worden. - (Lambregts & Grotendorst, 2012, p. 24)

Gezien de invloed die verpleegkundigen hebben op patiënten en hun gedragingen, wordt de verpleegkunde in toenemende mate een bestuurlijk gebied voor de staat. Om zo'n gebied bestuurbaar te maken moeten de grenzen geconstrueerd worden door middel van een logica die oorzaken, gevolgen, doelen en middelen construeert.

Taal is de scheppende factor in het bestuurlijk maken van een bepaald gebied. Taal construeert wie mag spreken, wat gezien wordt als kennis en wat onderscheid maakt tussen de dingen (Foucault, 2012). In mijn analyse van de taal in de nieuwe beroepsprofielen en de taal van de verpleegkundigen zocht ik niet naar de diepere betekenis van taal, maar wat de *functie* van bepaalde taal was ten opzichte van de omliggende taal.

Binnen de medische en verpleegkundige wereld zien worden de bestuurlijke gebieden van de staat uitgebreid door de focus op *evidence based* verpleegkundige praktijken die bepaalde uitkomsten tot gevolg moeten hebben. Het discursieve proces van definiëring van deze praktijken en uitkomsten bepaalt de reikwijdte van het bestuurlijk gebied. Vanuit dit perspectief verbreden de nieuwe beroepsprofielen het gebied van bestuurlijkheid tot op het niveau van het individu, via de verpleegkundig als *reflexieve professional*. Hierdoor ontstaan nieuwe verpleegkundige subjectposities. Verpleegkundigen worden geacht patiënten te disciplineren op het gebied van hun levensstijl en gedrag en bewust te maken van hun eigen verantwoordelijkheid. Vanuit de neoliberale rationaliteit krijgt het individu zo in toenemende mate de vrijheid en regie over het leven, maar dan wel als *homo oeconomicus* (Rose, 1999). Op deze manier worden economische risico's bestuurd door het individu verantwoordelijk te houden

voor zijn keuzes. De verpleegkundige, als statelijke gezondheidsprofessional, helpt het individu hierbij wanneer zijn houding of gedragingen afwijken van dit ideaal. Zij *'ondersteunen van het zelfmanagement van zorgvragers'* volgens de beroepsprofielen (Terpstra et al., 2015, p. 11). Het is de 'zachte' en zorgzame houding die verpleegkundige succesvol maakt in het behalen van de statelijke 'harde' politiek-economische doelen (Holmes & Gastaldo, 2002).

13.2. 'Professionele' perspectieven

De zichzelf reproducerende neoliberale rationaliteit lijkt de verpleegkundige beroepsgroep dus in toenemende mate te doordrenken. De inhoud van de nieuwe beroepsprofielen als 'professionalisering' van het beroep zie ik als product van deze rationaliteit, die specifieke problemen identificeert en de manier bepaalt waarop over deze problemen gesproken kan worden. Uit mijn analyse van de focusgroepen blijkt dat verpleegkundigen deze rationaliteit op verschillende manier internaliseren, reproduceren en vervormen. Daarnaast onderschrijven ze het gezondheidsconcept van Huber (2011) en proberen ze dit in lijn te brengen met hun visie op zichzelf als beroepsbeoefenaar. Door deze resultaten kan het beeld rijzen dat de verpleegkundige beroepsgroep is overgeleverd aan het dominante disciplinerende neoliberale gezondheidsdiscours.

Echter, dit soort binaire tegenstellingen van dominantie en onderdrukking zijn te simpel en plat voor het duiden van de processen die de verpleegkundige werkelijkheid vormen. Het idee van dominantie van bovenaf door middel van beroepsprofielen en verpleegkundigen die hierdoor onderdrukt worden doet geen recht aan de werkelijkheid (Rose, 1999). Dominante discoursen worden niet geconfronteerd met krachten van *verzet*, maar worden geconfronteerd met verschillende punten van tegenstelling, verzet en samenhang. Het heden komt dus evengoed voort uit de logica van tegenstelling en betwisting dan dat van dominantie.

Mijn observatie dat de verpleegkundige beroepsgroep *gedisciplineerd* wordt door de nieuwe beroepsprofielen verdient dus enige nuance. Rose (1999) stelt dat het concept 'disciplineren' niet per definitie onwenselijk is en het tegenovergestelde van 'vrijheid'. Het moderne vrijheidsbegrip is volgens hem een antithese. In plaats van de staat te zien als disciplinerende bedreiger van 'vrijheid' laat Rose (1999) zien hoe diezelfde staat de voorwaarde is van ons moderne, individualistische vrijheidsbegrip. Het zijn de liberale vormen van bestuur die de burger vrij maakte van de markt, de familie en de burgermaatschappij. Echter, deze 'bevrijding' ging gepaard met de uitvinding van tal van manieren om het gedrag van de burger te vormen op een gewenste manier, zodat deze ook aansloot bij het economisch welbevinden van de staat. Vrijheid is dus inherent verbonden aan een vorm van *burgerlijkheid* en dus disciplineren. De beroepsdisciplineren binnen het verpleegkundig beroep is dus niet het gevolg van een dominante, disciplinerende macht, maar eerder product van een doorgaande zoektocht naar realisatie van het liberale vrijheidsbegrip dat disciplineren veronderstelt.

Rather, liberalism denotes a certain ethos of governing, one which seeks to avoid the twin dangers of governing too much, and thereby distorting or destroying the operation of the natural laws of those zones upon which good government depends – families, markets, society, personal autonomy and responsibility – and governing too little, and thus failing to

establish the conditions of civility, order, productivity and national wellbeing which make limited government possible - (Rose, 1999, p. 70).

Ik heb met mijn onderzoek willen laten zien hoe de discoursen van professionalisme en neoliberalisme gekoppeld worden in de nieuwe beroepsprofielen, om vervolgens deze dominante logica's te destabiliseren. Door met verpleegkundigen te spreken over de nieuwe beroepsprofielen heb ik voorts laten zien hoe deze dominante logica gereproduceerd en vervormd wordt in verpleegkundigen.

Verzet tegen deze logica is mogelijk, alhoewel een nieuw groot narratief van 'verzet' niet passend is. Dat zou een eendimensionale visie op macht en onderdrukking impliceren (Rose, 1999; Vurdubakis & Knights, 1994; Weedon, 1997). Verzet moet daarom de vorm hebben van creativiteit die voortkomt uit menselijke relaties van betekenisgeving. Deze *kleine interacties* hebben niet de pretentie en arrogantie van grote verandering en zijn gericht op het hier en nu. Ze komen voort uit beknelde ruimten, de *cramped spaces* (Rose, 1999, p. 280).

Als onderzoeker heb ik deze *kleine interacties* gezien. Een aantal maanden geleden werd ik uitgenodigd door het Witte Jas Ziekenhuis om op een congres voor verpleegkundigen iets te vertellen over mijn onderzoek. Als 'expert' zat ik aan een gesprekstafel met een lid van de Raad van Bestuur, stafmedewerkers, teamleiders tegenover een groep verpleegkundigen uit het ziekenhuis. Tijdens het gesprek over de implementatie van de nieuwe profielen kwam vanuit het publiek een wat oudere, inservice opgeleide verpleegkundige naar voren. Zonder blikken of blozen vertelde zij aan het lid van de Raad van Bestuur dat *professionalisering* en *excellente zorg* zinloze kreten zouden zijn, wanneer het personeelstekort verder zou toenemen: '*Zonder verpleegkundigen, geen zorg*'. Deze opmerking veranderde de koers van het gesprek naar het heden en de alledaagse realiteit. De opmerking was niet gericht op een grote toekomstvisie, maar bood een pragmatische blik op verbetering van verpleegkundige zorg.

Deze pragmatische, creatieve blik van verpleegkundigen is belangrijk, omdat het verpleegkundig beroep onder druk staat. Binnen het dominante narratief van verpleegkundige professionalisering, moet de verpleegkundige zich voorbereiden op 'de toekomst' en zich 'reflexief' en 'professioneel' gedragen, tegen de achtergrond van een toenemende druk op het bestuurbaar maken van verpleegkundige prestaties. Juist vanuit deze beknelde positie ontstaat de mogelijkheid tot creatieve vormen van 'verzet': het genereren van creatieve, pragmatische beelden op het beroep en de beroepsinhoud, die de actieruimte van de verpleegkundige herdefinieert (Rose, 1999).

De '*verpleeg-kundige*' lijkt dus *sous rature*, ze wordt langzaam uitgewist en verliest haar oorspronkelijke betekenis. Tegelijkertijd biedt het concept *sous rature* mogelijkheden voor creatief verzet. Hiervoor volgen we de interpretatie van de *sous rature* redenering van Derrida (1967), die stelde dat taal niet verwijst naar iets dat *buiten* de tekst ligt, maar dat de betekenis van woorden *binnen* tekst tot stand komt. Alle taal moet daarom *sous rature* worden beschouwd. De begrippen 'verpleegkundige' 'zorg' en 'gezondheid' krijgen dus slechts betekenis in relatie tot *elkaar*. De beknelde ruimte van verpleegkundigen heeft de potentie om nieuwe perspectieven te bieden op de relatie tussen zorg, gezondheid en het eigen beroep in de post-verzorgingsstaat.

Epiloog

En wij dan? Dit onderzoek ging over verpleegkundigen en wat de nieuwe beroepsprofielen doen met het verpleegkundig beroep. Maar via het verpleegkundig beroep doen deze profielen ook iets met ons. Zijn wij net als *Truman Burbank* voorbestemd om gedisciplineerd en beïnvloed te worden? Kunnen we ontsnappen aan het dominante neoliberale waarheidsregime dat voor ons en door ons bepaalt wat een gezond lichaam is, hoe we ons moeten gedragen en wat goede en slechte keuzes zijn?

In *The Truman Show* probeert *Truman* hierop het antwoord te vinden. Hij gaat in verzet tegen zijn alledaagse leven en probeert zich hiervan los te worstelen. Uiteindelijk kiest hij ervoor om te gaan zeilen richting Fiji, de plaats waar hij altijd al heen wilde. Hij overwint zijn aangeleerde angst voor water en storm en zet door. Aan het eind van de film botst Truman met zijn zeilboot tegen het decor en verlaat hij de set. Deze houding van Truman zou Foucault wellicht zien als een vorm van levenskunst.

Foucault stelt dat wij, om niet ten prooi te vallen aan de oppervlakkige, neoliberale vorm van vrijheid als *consumment*, onszelf moeten oefenen in de levenskunst. Want vrijheid bestaat niet zonder regels en machtsverhoudingen. Daarom moeten wij ons als mens specialiseren in de vrijheidspraktijk: de zorg voor de zelf. Deze zelfzorg is geen *lifestyle*, maar een levenslange gerichtheid op het kennen en leren besturen van de zelf. Door zichzelf te leren kennen kan een persoon zich bewust worden van de eigen beperkingen en sociaal geconstrueerde waarheden die zijn leven reguleren. Dit is een eerste stap richting een *ethos*, de manier waarop het individu zich verhoudt tot zichzelf en de ander. Een levenslange beoefening van de zorg voor de zelf stelt het individu in staat te analyseren hoe deze zich verhoudt tot dominante waarheden in zijn omgeving (Batters, 2011).

Door het analyseren van de beroepsprofielen en het participeren in de focusgroepen met verpleegkundigen ben ik aan het denken gezet over de betekenis van zorg en gezondheid en de manier waarop ik me tot deze dominante waarheden wil verhouden. Ik hoop dat deze studie u als lezer uitdaagt om ook na te denken hoe u zich verhoudt tot deze *regimes of truth*, welke invloed ze hebben en hoe u uw leven wilt vormgeven. Als student wilde ik hier graag dieper begrip van krijgen en van daaruit een kritische, andere blik bieden op deze profielen en de uitwerking hiervan op verpleegkundigen.

Dankwoord

Wanneer ik andere scripties lees, lijkt het een goed gebruik te zijn om allerlei mensen te bedanken voor het mogelijk maken van het gepresenteerde onderzoek. Hoewel ik in dit onderzoek heb geprobeerd de clichés van conventionele onderzoeksparadigma's te doorbreken, vind ik het nodig om iets te vermelden over een aantal personen die mogelijk hebben gemaakt. Dit doe ik niet omdat ik niet in staat ben deze mensen in *real life* te bedanken, maar om u als lezer een beeld te geven van mijn onderzoeksproces en hoe dit tot stand is gekomen.

Het doen van dit onderzoek op deze manier was voor mij een groot avontuur. Ik had hier geen ervaring in. Het leek me vooral erg leuk en interessant om op een andere manier onderzoek te doen dan ik gewend was. Door mijn werk als organisatieadviseur in de zorg was ik vanuit 'de advieskant' in aanraking gekomen met de nieuwe verpleegkundige beroepsprofielen en de implementatievraagstukken die hieruit voortkwamen voor ziekenhuizen.

Marlot, dankjewel dat jij mij als scriptiebegeleider vanaf het begin af aan in hebt gesteund en me hebt aangemoedigd door te gaan. Ik had me geen betere begeleider kunnen wensen. Daarnaast heb ik dit onderzoek te danken aan Engeline, Renée en Ilona, programmamanagers in de ziekenhuizen waar ik onderzoek heb gedaan. Het krijgen van toegang tot zo'n grote groep verpleegkundigen in een korte tijd, met daarbij alle vrijheid en vertrouwen van jullie is uniek. Bedankt voor alle inspanningen die jullie hebben gedaan om dit onderzoek mogelijk te maken. Ik hoop dat jullie dit stuk met interesse hebben gelezen. Tot slot wil ik mijn vriendin Aline en mijn moeder Jeanine bedanken. Dankzij jullie is dit stuk leesbaar en coherent geworden. Dankjewel voor jullie geduld en scherpe oog voor stijl en spelling.

Methodologische reflecties

Ik vind het belangrijk te reflecteren op de methodologische keuzes die ik heb gemaakt gedurende dit onderzoeksproject. Een aantal keuzes die ik daarin heb gemaakt, wijkt namelijk af van de gebruikelijke manier van het doen van onderzoek. Daarom is het nodig dat ik uitleg waarom ik deze keuzes heb gemaakt voor dit onderzoek. Het doel van mijn onderzoek is niet om feiten te presenteren of een oordeel te vellen over de verpleegkundige beroepsgroep, noch is het een doel om verpleegkundigen, beleidsmakers en verplegingswetenschappers weg te zetten. Het doel is om dominante betekenissen en verhalen rondom de ontwikkeling die de verpleegkundige beroepsgroep op dit moment doorgaat te destabiliseren en in een ander perspectief plaatsen (Agger, 1991). Dit bracht mij ertoe om te kiezen voor een andere, onconventionele methodologische aanpak.

1. Poststructuralisme in de gezondheidszorg

Volgens Krug & Hepworth (1997) is methodologie het resultaat van de relaties tussen onderzoeker, het deel van de wereld dat bestudeerd wordt en de arena waarin het werk wordt gepresenteerd en bediscussieerd. Creswell (2012) stelt dat een onderzoeker binnen het poststructuralistische paradigma daarom reflexief moet zijn over deze relaties en rekenschap moet geven van zijn eigen betrokkenheid op het thema. Om de aard van mijn onderzoek te begrijpen zal ik daarom ook op deze punten ingaan.

Het onderzoeken van de functie en invloed van de nieuwe beroepsprofielen op de verpleegkundige beroepsgroep is ingewikkeld, omdat deze profielen gepresenteerd worden als technisch en apolitiek. Poststructuralisme stelt mij als onderzoeker in staat door middel van *deconstructie* deze profielen te politiseren en de dieper liggende waarden bloot te leggen, die gaan over de verhouding tussen staat en burger en de rol die de verpleegkundige als professional hierin speelt (Agger, 1991). Als onderzoeker bevind ik mij in een politieke arena en moet ik mij verhouden met de praktijken en het beleid van de publieke gezondheidszorg die subjecten creëert en de populatie disciplineert. Krug & Hepworth (1997) waarschuwen er daarom voor dat poststructuralistisch onderzoek niet gebruikt moet worden om politieke doelen te legitimeren, als *handmaidens of power* (Krug & Hepworth, 1997, p. 58).

To put this generically, deconstruction can help reveal the values and interests suppressed far beneath the surface of science. This politicizes and democratizes science by opening its text to outsiders, allowing them to engage. - (Agger, 1991, pp. 14–15)

Mijn onderzoek moet daarom niet beschouwd worden als een poging om de huidige dominante ideologische stroming tegen te gaan, maar als een poging om kritisch te kijken naar de discoursen die in de tekst van de nieuwe beroepsprofielen schuilgaan. Het is belangrijk om in te gaan op de betekenis van kritiek vanuit het poststructuralistische paradigma. Foucault (1997) ziet kritiek als een manier om de normatieve, dominante aannames bloot te leggen die onder alledaagse geaccepteerde praktijken liggen. Kritiek is een manier om te laten zien dat dit niet *logisch* is, dat deze dingen niet als vanzelfsprekend aangenomen dienen te worden.

Critique is not a matter of saying that things are not right as they are. It is a matter of pointing

out on what kinds of assumptions, what kinds of familiar, unchallenged, unconsidered modes of thought the practices that we accept rest... Criticism is a matter of flushing out that thought and trying to change it: to show that things are not as self-evident as one believed, to see that what is accepted as self-evident will no longer be accepted as such. Practicing criticism is a matter of making facile gestures difficult. - (Foucault, 1997, pp. 154–155).

In mijn onderzoek bekritiseer ik de vanzelfsprekendheid waarmee ‘de professionalisering van de verpleegkundige’ lijkt samen te gaan met ingrijpende afbouw van de (post-) verzorgingsstaat.

2. Selectie van respondenten

Na het afronden van mijn onderzoeksvoorstel keek ik uit naar het houden van interviews met verpleegkundigen. Toegang tot deze verpleegkundigen was voor mij mogelijk doordat ik naast mijn studie werk voor een commercieel adviesbureau in de gezondheidszorg, dat ziekenhuizen ondersteunt bij de implementatie van deze beroepsprofielen. Vanuit dit werk raakte ik betrokken bij de thematiek van de nieuwe beroepsprofielen en kwam ik in aanraking met de ziekenhuissetting waarbinnen deze beroepsprofielen geïmplementeerd werden en met de programmamanagers die verantwoordelijk waren voor de implementatie van deze profielen.

Ik vond het belangrijk om de verpleegkundige afdelingen zelf te benaderen en om aan deze afdelingen mijn positie duidelijk te maken en de manier waarop ik met de thematiek van de nieuwe beroepsprofielen in aanraking ben gekomen. Ik vertelde aan de verpleegkundigen dat ik wilde onderzoeken wat de nieuwe beroepsprofielen betekenen voor hun professionele identiteit. Hoewel het begrip identiteit omstreden is en vaak wordt gebruikt als containerbegrip, blijft het begrip relevant en appelleert het aan de ervaringen en beelden die verpleegkundigen hebben bij hun beroep (Brubaker & Cooper, 2000). Daarnaast doet het recht aan het concept van *governmentality*, waarbinnen de staat gezien wordt als een sterke beïnvloeder van ‘identiteit’ gezien de bronnen die de staat heeft om categorieën te bepalen waar bijvoorbeeld verpleegkundigen mee moeten werken.

The state is thus a powerful “identifier,” not because it can create “identities” in the strong sense - in general, it cannot - but because it has the material and symbolic resources to impose the categories, classificatory schemes, and modes of social counting and accounting with which bureaucrats, judges, teachers, and doctors must work and to which non-state actors must refer. - (Brubaker & Cooper, 2000, p. 15)

Mijn rol als adviseur, waardoor ik toegang kreeg tot de programmamanagers, botste op verschillende manieren met mijn rol als onderzoeker. Door mijn rol als adviseur van het commerciële adviesbureau, verwachtten programmamanagers dat ik met mijn onderzoek een relatie zou kunnen aantonen tussen het programma dat zij als ziekenhuis uitvoerden, en de manier waarop verpleegkundigen in de focusgroepen hun identiteit construeerden. Voor mij vergde dit aan het begin van het onderzoekstraject verschillende gesprekken met deze programmamanagers waarin ik mijn onderzoeksvoorstel met hen doornam en aangaf wat dit betekende voor de manier waarop resultaten begrepen konden worden. Daarnaast nam ik in mijn werk

als adviseur een stap terug in het publiceren van opiniërende blogs en websites over de nieuwe beroepsprofielen vanuit het bedrijf, omdat ik wilde voorkomen dat mijn rol als onderzoeker in de focusgroep beïnvloed zou worden door het beeld van mij als commerciële adviseur.

De diversiteit van mijn selectie van respondenten kan bekritiseerd worden. Volgens Tracy (2010) is een belangrijk criteria voor kwalitatief onderzoek dat de onderzoekspopulatie wordt gekenmerkt door een bepaalde mate van variëteit. Als onderzoeker die kijkt binnen de politieke omgeving van een ziekenhuis naar de invloed van de nieuwe beroepsprofielen, was ik in verschillende gevallen afhankelijk van de programmamanagers. Hierbij bestond het risico dat de politieke belangen van de programmamanager in het ziekenhuis van invloed waren op de verpleegkundigen die ik kon spreken. Echter, gezien de tijd die ik had voor dit onderzoek was dit voor mij de beste ingang. Daarnaast kan ik uit de data niet opmaken dat verpleegkundigen bevooroordeeld waren. Zo waren er enkele verpleegkundigen dichter betrokken bij de programmaorganisatie, maar in de meeste gevallen was dit niet het geval. Voorts was er een mooie diversiteit aan opleidingsniveau en werkervaring van de participanten. In de gesprekken met de programmamanager heb ik hier expliciet om gevraagd. Ten slotte waren vrouwen oververtegenwoordigd in de focusgroepen. Echter, voor de verpleegkundige beroepsgroep die voor 85 procent uit personen bestaat die zich identificeren als vrouw, was de verhouding in mijn selectie representatief (Warmels, 2015).

3. Dataverzameling

Ik gebruikte focusgroepen om data te verzamelen onder verpleegkundigen. Tijdens het afnemen van de focusgroepen maakte ik *jotted notes* en als dat niet mogelijk was *mental notes* (Bryman, 2008, p. 450) over mijn observaties tijdens de focusgroep. Deze observaties gingen over de houding van verpleegkundigen, mijn gevoel van de onderlinge verhoudingen en over voor mij observeerbare gebeurtenissen die niet terug konden komen in een audio opname, zoals blozen en andere gezichtsuitdrukkingen. Naast audio transcripten en mijn aantekeningen, diende het rapport 'Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en de verzorging' uit 2015 (Terpstra et al., 2015) als tekst voor deconstructie van hetgeen in dit onderzoek beschouwd wordt als 'de nieuwe verpleegkundige beroepsprofielen'. Dit was ten tijde van het onderzoek het meest recente profiel.

De focusgroepen stelden participanten in staat zich op verschillende manieren uit te drukken: richting mij als onderzoeker en richting de andere participanten van de focusgroep. Dit gaf mij toegang tot vormen van data die niet mogelijk zijn om op te halen uit individuele interviews of observatie, doordat antwoorden van participanten gebaseerd zijn op basis van opmerkingen van anderen leden van de groep (Pugsley, 1996). Door participanten met elkaar in gesprek en discussie te laten gaan hoopte ik de diepte van het gesprek te verbeteren, doordat participanten gestimuleerd worden door hetgeen anderen zeggen. Daarnaast hoopte ik hierdoor een beeld te krijgen van de dynamiek tussen verpleegkundigen op het gebied van de nieuwe beroepsprofielen en het onderscheid wat daarin gemaakt wordt op basis van opleidingsniveau. In de meeste gevallen waren de participanten in de focusgroep directe collega's van elkaar. Kitzinger (1994) stelt dat wanneer individuen elkaar kennen, dit het gesprek makkelijker

en vloeiender kan laten verlopen, doordat participanten makkelijker associëren. Tegelijkertijd kan dit ook zorgen voor een onbalans in de focusgroep doordat sommige participanten domineren over anderen (Raby, 2008). Zo was in het gesprek dat ik in Witte Jas Ziekenhuis had, de ervaren en oudere Bea dominant over de jongere, onervaren Charlotte. Als onderzoeker probeerde ik op verschillende momenten hierin te interfereren om ook de minder gehoorde participant aan het woord te laten, bijvoorbeeld door haar expliciet om haar opinie te vragen.

De focusgroepgesprekken duurden een half uur tot anderhalf uur. De volledige topiclist is te vinden in bijlage 1.2. Voordat het gesprek startte vroeg ik om toestemming om de gesprekken op te nemen en vroeg ik de verpleegkundigen hun naam en opleidingsniveau in te spreken. Daarnaast vroeg ik de respondenten of ze een transcript van het interview wilden ontvangen, maar geen van de participanten had hier behoefte aan. Voorts legde ik mijn eigen positie als onderzoeker uit. Hiermee hoopte ik het vertrouwen van de participanten te winnen en ze op hun gemak te stellen. Ik verzekerde ze dat deze data volledig geanonimiseerd werd gebruikt en dat deze nuttig was voor mij om de stemmen te kunnen herkennen bij het uitwerken van de gesprekken. Ik benoemde hierbij expliciet de mogelijkheid voor verpleegkundigen om niet hun eigen naam in te spreken, maar een pseudoniem. De discussie startte met een aantal vragen die gingen over de manier waarop verpleegkundigen hun eigen beroep construeren. Daarbij probeerde ik de participanten actief te laten nadenken over hun beroep door middel van vragen als: *'Hoe zou je een verpleegkundige herkennen op straat?'* en *'Wanneer vind je iemand gezond?'*. Vervolgens sprak ik met de verpleegkundigen over stellingen die ik had opgesteld op basis van de deconstructie van de beroepsprofielen. Door deze stellingen in te brengen was ik in staat te zien wat deze woorden *actief deden* in de setting van de focusgroep. Ten slotte ging ik kort met de verpleegkundigen in op de manier waarop de beroepsprofielen geïmplementeerd werden op de werkvloer binnen het ziekenhuis.

Ik gebruikte de topiclist flexibel en liet de stellingen en thema's die ik per onderdeel besprak afhangen van de beschikbare tijd en de onderwerpen die verpleegkundigen zelf inbrachten. Als gevolg hiervan week ik regelmatig af van de opgestelde topiclist, doordat in het gesprek al verschillende thema's naar voren kwamen die ook in mijn topiclijst stonden. Mijn eigen rol als onderzoeker (en dus niet-verpleegkundige) was ook belangrijk in de focusgroepgesprekken. Verpleegkundigen vroegen mij regelmatig waarom ik als niet-verpleegkundige interesse had in hun beroepenveld. Door uit te leggen dat ik in aanraking was gekomen met de thematiek als adviseur, maar hier nu als onderzoeker een ander beeld van wilde krijgen, won het vertrouwen van mijn participanten.

4. Data analyse

Analyse beroepsprofielen

De beroepsprofielen analyseerde ik aan de hand van een deconstructieve discoursanalyse. Het doel van deze analyse is het blootleggen van dominante discourses, om deze vervolgens te deconstrueren. De deconstructieve discoursanalyse gaf ik vorm op basis van het schema van Macleod (2002):

1. Identificeer een tegenstelling en laat zien hoe een van de termen dominant is in de waarheidsclaims over de andere.
2. Haal de tegenstelling onderuit door te laten zien dat de dominantie van de dominante term afhangt van historische, twijfelachtige aannames en dat de tegenstelling daarmee gesaboteerd kan worden.
3. Saboteer de conceptuele tegenstelling door de betekenis van de term te verdiepen met waarmee normaal gesproken de oppositie van deze term geduid wordt.

Vervolgens ging ik op zoek naar dominante discoursen door te kijken naar de *functie* van bepaalde stukken tekst in de beroepsprofielen. Dit is belangrijk omdat de *functie van taal* het overbrengen van betekenissen is op het gebied van identiteit, onderlinge relaties en systemen van kennis en geloof (Fairclough, 1992). Een aantal dominante waarheidsclaims uit de nieuwe beroepsprofielen dienden als input voor de stellingen in de focusgroepen. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat de schrijvers van de nieuwe beroepsprofielen zich niet van bewust hoeven zijn van deze functies (Wetherell & Potter, 1988). Wanneer ik spreek over functie verwijs ik daarmee dus naar de bedoelde en onbedoelde consequenties van taal. Onbedoelde effecten van taal zijn mogelijk, omdat tekst in de eerste plaats verwijst naar andere tekst, niet naar een diepere betekenis buiten deze tekst (Derrida, 1967). De schrijver van een tekst heeft dus geen controle over de interpretaties van de lezers.

De analyse van de functie van de tekst is een product van de interpretatie van mij als lezer van de beroepsprofielen. De manier waarop ik thema's identificeer zijn gevoed door het Foucaultiaanse poststructuralistische onderzoeksperspectief dat ik in dit onderzoek hanteer. Hetgeen ik schrijf zie ik dan zelf ook als een hypothese, omdat het mijn interpretaties zijn die onmogelijk volledig te controleren zijn. Daarnaast heb ik geen controle over de interpretaties van de lezers van mijn onderzoek. In de bijlage 1.3. laat ik zien hoe ik de data heb geanalyseerd en ben gekomen tot de gepresenteerde thema's.

Analyse focusgroepen

Van alle focusgroepgesprekken werd de audio opgenomen en volledig getranscribeerd. Deze transcripten analyseerde met de kwalitatieve data analyse software 'NVivo'. Hierdoor kon ik de data verdelen in thema's en codes. Deze data analyseerde ik opnieuw met behulp van een deconstructieve discoursanalyse. Om te onderzoeken hoe verpleegkundigen zich verhouden ten opzichte van de nieuwe profielen ging ik op zoek naar inconsistenties in *interpretatieve repertoires* van verpleegkundigen (Wetherell, 1998). Mensen zullen situaties en personen anders construeren, op basis van de functie van de taal die zij gebruiken. Deze inconsistenties dienden als analysemateriaal, omdat ze iets lieten zien over de discursieve repertoires die respondenten gebruikten om een situatie te begrijpen of verklaren.

De belangrijkste thema's, in het licht van mijn onderzoeksvraag, heb ik gepresenteerd in de vorm van drie hoofdstukken. In de presentatie van de data illustreerde ik mijn bevindingen aan de hand van quotes uit beroepsprofielen en focusgroepen.

Om een idee te geven van de bredere aanwezigheid van deze thema's in de andere gesprekken, beschreef ik in welke gesprekken dit nog meer voorkwam¹. In bijlage 1.4 laat ik zien hoe ik de gesprekken heb geanalyseerd en ben gekomen tot de gepresenteerde thema's.

Reflexiviteit

Een belangrijk element binnen het poststructuralistische paradigma is de reflexieve praktijk van de onderzoeker. Ik wil duidelijk maken hoe mijn ervaringen, waarden en positie van invloed is geweest op mijn onderzoeksinteresse, mijn keuzes in het onderzoeksproces en de presentatie van mijn uitkomsten. Daarnaast wil ik ingaan op het door mij gehanteerde onderzoeksperspectief in relatie tot de resultaten van mijn onderzoek.

Tijdens het onderzoeksproces heb ik een document bijgehouden waarin ik mijn ervaringen bijhield. Ik zal hier vier ervaringen van delen, om de lezer te laten zien hoe mijn persoonlijke houding, achtergrond en positionering van invloed geweest is op de interpretatie van de data.

Plaats als onderzoeker in ziekenhuispolitiek

In Rembrandt MC bespreek ik mijn onderzoeksopzet met de programmamanager daar. 'Mooi dat je akkoord hebt op je onderzoeksvoorstel' begint ze. Ik heb je mail bekeken die je naar de verpleegkundigen wil sturen. Die mag wat meer wervend, en schrijf ook maar expliciet dat je adviseur bent: dat geeft je meer status'. Ik vraag me af wat ik hierin moet doen: moet ik schimmig doen over mijn positie of hier juist heel open over zijn. En wat is mijn positie eigenlijk? Mijn identiteit kan me enerzijds op veel plekken binnenbrengen, maar kan als ik eenmaal binnen ben ook enorm tegen me gaan werken. Zo zegt de programmamanager aan het eind van het gesprek: 'Echt fijn dat je onderzoek wil gaan doen, dat kan ik ook weer gebruiken als legitimering voor mijn activiteiten, win-win toch?'

Ik werd me tijdens de gesprekken met de programmamanagers bewust van de 'ziekenhuispolitiek' en de manier waarop mijn onderzoek wellicht gebruikt ging worden. Doordat ik adviseur ben, dus ziekenhuisorganisaties vaak help, was er de verwachting dat mijn onderzoek ook daadwerkelijk zou bijdragen aan de belangen van de programma organisaties, of deze in ieder geval deze legitimiteit zou geven. Dit zorgde ervoor dat ik een dieper inzicht kreeg in de politieke belangen binnen ziekenhuisorganisaties en de rol als 'onafhankelijk onderzoeker' daarin.

Vorbereiding op het eerste interview

Wat zal ik aandoen naar de eerste focusgroep? Kies ik voor een overhemd en een jasje? Dan kom ik misschien te veel over als een manager. Ga ik te casual, dan nemen de verpleegkundigen mij misschien niet serieus? Ik kies uiteindelijk voor een polo, waaronder ik nette schoenen draag: een mooi compromis vind ik zelf. Zal ik ook een pak koeken meenemen naar de interviews, om de verpleegkundigen voor me te winnen?

Tijdens het voorbereiden op de focusgroepen werd ik me bewust van mijn zichtbaarheid

² Door aan te geven in welke gesprekken de geïdentificeerde thema's nog meer voorkwamen verantwoord ik mijn keuze voor de thema's die ik presenteer in de resultaten. Echter, de resultaten zijn uitdrukkelijk geen poging om een algemene wetmatigheid te ontdekken over de manier waarop verpleegkundigen omgaan met de nieuwe beroepsprofielen (Wetherell & Potter, 1988)

als onderzoeker en de performance die ik zelf wilde geven aan verpleegkundigen. Ik ben me bewust van het feit dat ik onbewust beïnvloed was door het stereotype van verpleegkundige als niet professioneel en beïnvloedbaar met koek en snoep.

Observatie op weg naar eerste focusgroep Witte Jas Ziekenhuis

Wanneer ik uit de bus stap, voel ik pas hoe warm het is. Tijdens mijn reis in de trein en wandeling naar de bus was ik me hier niet zo bewust van. Ik loop langs het ziekenhuis, over het wandelpad richting de hoofdingang. Langs het wandelpad staan willekeurig grote stenen verspreid, die dienen als zitmeubilair. De zon schijnt, en in het gras en op deze stenen zitten verpleegkundigen in het wit lunchpauze te houden. Ik hoor ze praten over hun weekend, kinderen en collega's terwijl ik langsloop. 'Niet gek dat jullie niet serieus genomen worden in het ziekenhuis als professional' denk ik wanneer ik dit zie.

Deze observatie maakte mij bewust van mijn eigen vooronderstelling bij het begrip van 'professional' zijn en de houding die hierbij hoorde. Ik ben als onderzoeker beïnvloed door het discours over professionalisme dat afstandelijkheid en zakelijkheid veronderstelt. Vanuit dit vooroordeel ergerde ik me aan de houding van verpleegkundigen die enerzijds wilden professionaliseren, maar zich aan de andere kant zo 'menselijk' presenteerden aan de buitenwereld. Op het moment dat ik mij hiervan bewust werd schrok ik van mijn eigen vooroordeel. Dit heeft mij geholpen om mijn eigen visie op professionalisme bij te stellen.

Aanwezigheid bij congres Witte Jas Ziekenhuis als 'onderzoeker'

Tijdens mijn onderzoek word ik gebeld door de programmamanager uit Witte Jas Ziekenhuis. Of ik wil meedoen aan het congres 'Nieuwe Beroepsprofielen' en een update wil geven aan de verpleegkundigen over mijn onderzoek en wil participeren in een discussie met onder andere de Raad van Bestuur. Ik denk goed na of ik me hierin wil mengen, maar ik besluit het te doen, omdat dit mij de kans geeft meer te zien over de ziekenhuisdynamiek rondom de implementatie van nieuwe beroepsprofielen. Tijdens de discussie komt een verpleegkundige naar voren die de bestuurder vraagt wat zij moet doen wanneer een arts zich bot gedraagt tegenover een verpleegkundige, waardoor deze geen invloed durft uit te oefenen. De bestuurder antwoordt met de zin: 'Nou, dan is dat een hele vervelende arts, die heb je er soms tussen zitten. Soms ga je op je gezicht, maar laat je vooral niet ontmoedigen om je stem de volgende keer weer te laten horen'.

Tijdens dit congres werd ik me beter bewust van de positie van verpleegkundigen. Wanneer zij een probleem aankaarten op het gebied van de communicatie met artsen, verklaart de Raad van Bestuur voor een zaal met volle verpleegkundigen, dat de verpleegkundige zich hier maar niks van moet aan trekken, in plaats van actie te ondernemen tegen de verantwoordelijke arts. Dit maakte dat ik de verhalen van verpleegkundigen, waarin ze spraken over zichzelf als onderdrukt en achtergesteld, beter ging begrijpen.

Reflectie op onderzoeksparadigma

Het onderzoeksperspectief dat ik heb gehanteerd en de daarbij behorende methodiek heeft als doel het blootleggen van machtsstructuren, door te kijken naar de manier waarop dominante discourses werkelijkheden construeren. De mogelijkheden van dit perspectief beperken de resultaten op eenzelfde wijze als ze deze mogelijk maken.

De uitkomsten in dit onderzoek zijn vanuit dan ook niet heel verassend: de taal uit de nieuwe beroepsprofielen past in een bredere politiek-economische ontwikkeling, waarbij de staat in toenemende mate *biomacht* uit oefent door individuen heen. Biomacht wordt beschouwd als een productieve macht die het maximale uit het leven van de populatie wil halen, door allerlei vormen van disciplineren.

De verwevenheid van mijn onderzoeksperspectief en mijn resultaten kwam ook terug in de analyse van de beroepsprofielen. Vanuit mijn theoretische perspectief van *governmentality* is de inhoud van deze profielen op voorhand al een manier om het leven van individuen te disciplineren. Daarnaast is het tot op zekere hoogte onvermijdelijk dat de taal uit de nieuwe beroepsprofielen verpleegkundigen disciplineert. Ondanks deze onvermijdelijke verwevenheid ben ik blij met het kiezen van deze onderzoeksmethode, omdat deze mij in staat stelde de complexe machtsrelaties bloot te leggen die de inhoud van het verpleegkundig beroep vormen en de veranderende betekenis van gezondheid in de Nederlandse verzorgingsstaat. Gezien de veranderingen die zich afspelen op dit gebied in combinatie met de schijnbare onvermijdelijkheid van deze maatregelen heeft het poststructuralistische perspectief mij in staat gesteld anders naar deze ontwikkelingen te kijken.

Toch zijn er ook resultaten die mijn perspectief Foucaultiaanse perspectief van *biopolitiek* en *biomacht* uitdagen. In dit onderzoek betoog ik namelijk dat de nieuwe beroepsprofielen een belangrijke vorm zijn van biomacht van de staat. Dit baseer ik op het werk van Foucault die stelt dat de staat levert haar soevereine macht in toenemende mate inlevert voor biomacht. Foucault stelt dat deze *biomacht* het resultaat is van strijd tussen verschillende problemen, maatregelen en daarmee samenhangende discoursen. Juist deze strijd kwam relatief weinig aan de oppervlakte. Verpleegkundigen zagen zichzelf als machteloos ten opzichte van de veranderingen in de nieuwe profielen en toonden weinig verzet en gebruikten verschillende discursieve constructies om de veranderingen binnen het beroepsdomein te legitimeren voor zichzelf. Het Foucaultiaanse concept van *biomacht* is dus wellicht niet uitputtend voor het verklaren van deze resultaten.

Een samenhangendere verklaring voor het gebrek aan kan gevonden worden in de analyses van Giorgio Agamben (1998) die zich in tegenstelling tot Foucault juist richt op de vormen van *soevereine macht* die de staat nog altijd heeft. Het bestaan van *soevereine macht* is volgens Agamben (1998) onvermijdelijk en nog altijd alomtegenwoordig. Hiermee gaat hij in tegen Foucault die stelt dat de soevereine macht van staten afneemt en minder belangrijk wordt.

De soevereine positie van de staat komt bij Agamben voort uit de logische gevolgtrekking dat, om wetten uit te kunnen vaardigen, er een soevereine macht moet zijn die deze wetten kan afdwingen. Oftewel, om de wet van kracht te laten zijn moet de staat zichzelf uitzonderen van de wet. Tegelijkertijd legitimeert de staat haar machtspositie aan de hand van de wet.

Volgens Agamben (1998) is de toename van de biomacht juist een teken van versterking van de soevereine macht van de staat. Biomacht tracht het leven van de mens in toenemende mate te besturen door het onder de juridische orde en invloed

van de staat te brengen. Wanneer elke vorm van leven onderdeel wordt van de wet en dus wordt onderworpen aan de macht van de staat ontstaat er een algemene uitzonderingstoestand, waarbinnen er niets is dat buiten de bevoegdheden van de staat valt. Hierdoor is de staat, nog meer dan voorheen in staat soevereine macht uit te oefenen over elk aspect van het leven.

De machteloze houding van verpleegkundigen is dan eerder het gevolg van de algemene uitzonderingspositie waarbinnen de beroepsgroep zich bevindt. Als onderdeel van de staat ontleent de beroepsgroep haar bestaansrecht aan diezelfde staat. De professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep is dan vanuit dit perspectief een intensivering van de soevereine macht van de staat op de verpleegkundige beroepsgroep.

Bijlage 1.1. Lijst met respondenten

Tabel 1.1. Lijst met respondenten

Focusgroep	Ziekenhuis	Naam respondent	Vooropleiding(en)
1	Witte Jas Ziekenhuis	Marian	Inservice
1	Witte Jas Ziekenhuis	Charlotte	Hbo-v
1	Witte Jas Ziekenhuis	Bea	Inservice, huidig hbo-v
2	Rembrandt MC	Ria	Inservice, huidig hbo-v
2	Rembrandt MC	Anja	Hbo-v
2	Rembrandt MC	Wendy	Hbo-v
2	Rembrandt MC	Sara	Hbo-v
2	Rembrandt MC	Jaap	Mbo-v & Hbo-v
2	Rembrandt MC	Nicole	Hbo-v
3	Ruime Bed Ziekenhuis	Petra	Mbo-v
3	Ruime Bed Ziekenhuis	Ali	Inservice
3	Ruime Bed Ziekenhuis	Karliën	Mbo-v
3	Ruime Bed Ziekenhuis	Ingrid	Hbo-v
3	Ruime Bed Ziekenhuis	Alette	Mbo-v, huidig hbo-v
3	Ruime Bed Ziekenhuis	Eva	Hbo-v
4	Centrum 'De Herberg'	Sandra	Mbo-v
4	Centrum 'De Herberg'	Neline	Inservice
4	Centrum 'De Herberg'	Daniëlle	Mbo-v
4	Centrum 'De Herberg'	Suzan	Hbo-v
4	Centrum 'De Herberg'	Else	Inservice
4	Centrum 'De Herberg'	Martine	Mbo-v
5	Centrum 'De Herberg'	Raela	Mbo-v
5	Centrum 'De Herberg'	Edine	Hbo-v
5	Centrum 'De Herberg'	Aafke	Hbo-v
5	Centrum 'De Herberg'	Joran	Mbo-v
5	Centrum 'De Herberg'	Marieke	Hbo-v
5	Centrum 'De Herberg'	Yvette	Inservice
6	Centrum 'De Herberg'	Lien	Hbo-v
6	Centrum 'De Herberg'	Franka	Mbo-v
6	Centrum 'De Herberg'	Simone	Mbo-v
7	Centrum 'De Herberg'	Milou	Mbo-v
7	Centrum 'De Herberg'	Astrid	Hbo-v
7	Centrum 'De Herberg'	Janine	Hbo-v
7	Centrum 'De Herberg'	Margot	Mbo-v
7	Centrum 'De Herberg'	Jan	Mbo-v
8	Witte Jas Ziekenhuis	Floortje	Inservice

8	Witte Jas Ziekenhuis	Maria	Hbo-v
8	Witte Jas Ziekenhuis	Reineke	Inservice
8	Witte Jas Ziekenhuis	Tessa	Mbo-v
8	Witte Jas Ziekenhuis	Chantal	Mbo-v
8	Witte Jas Ziekenhuis	Jelmer	Hbo-v

Bijlage 1.2. Topiclijst focusgroep

Inleiding

- Uitleggen wie ik ben, als student en adviseur en waar mijn interesse ligt
- Indeling focusgroep
- Geheimhouding
- Rondje voorstellen: naam, opleiding, aantal jaar werkervaring, afdeling

1. Identiteit verpleegkundigen

Houding, waarden en gedragingen

- Waaraan herken je een typische verpleegkundige op straat?
- Hoe ziet het leven van een vpk er uit? (gezin, familie, vrienden, hobby's etc)
- Hoe onderscheidt de verpleegkundige zich van andere zorgprofessionals, zoals medisch specialisten?

Taken en verantwoordelijkheden

- Wat zijn de belangrijkste taken en verantwoordelijkheden van de verpleegkundigen in het ziekenhuis?
- Wat is de functie van de verpleegkundige in het Nederlandse zorgstelsel?

Visie op beroep

- Hoe zie jij een gezond persoon voor je?
- Wanneer heeft iemand verpleegkundige zorg nodig?
- Wat is het belangrijkste aspect/zijn de belangrijkste aspecten van de verpleegkundige zorg?

Zelfidentificatie

- Wat betekent het om verpleegkundige te zijn?
 - o In zorginstelling
 - o Buiten de zorginstelling
- In hoeverre voel je je verpleegkundige?

2. Beelden uit de nieuwe beroepsprofielen (stellingen op basis van discoursanalyse beroepsprofielen)

(Hierbij wordt niet genoemd dat deze stellingen voortkomen uit de analyse van de beroepsprofielen)

• Belangrijkste taken en verantwoordelijkheden verpleegkundige (stelling)

- De belangrijkste taak van de verpleegkundige is dat hij zijn patiënt en zijn omgeving helpt en leert in het zelfredzaam zijn, zodat deze zo min mogelijk zorg consumeert.

• Competenties en eigenschappen verpleegkundigen (stelling)

- De verpleegkundige is een all-around professional die goed kan organiseren, samenwerken, communiceren; die constant op zichzelf reflecteert en de vakliteratuur van het beroep altijd bijhoudt.
- De verpleegkundige is flexibel en in staat een leven lang te leren.

• **Onderscheid van verpleegkundige ten opzichte van andere zorgprofessionals (stelling)**

- Verpleegkundigen zijn even professioneel als medisch specialisten.
- Verzorgenden zijn even professioneel als verpleegkundigen.

• **Functie verpleegkundige in organisatie en zorgstelsel (stelling)**

- De verpleegkundige is in de toekomst een leefstijladviseur die de zorg betaalbaar moet houden.

• **Verschil tussen mbo-v en hbo-v (stellingen)**

- De hbo-verpleegkundige is slimmer dan de mbo verpleegkundige en moet daarom meer verantwoordelijkheden krijgen en de mbo'er aan sturen op de werkvloer.
- De mbo'er is goed in het verzorgende deel van verpleegkundige zorg, het preventieve deel is vooral voor de hbo verpleegkundige.
- Een hbo verpleegkundige heeft steeds meer managementrol: hij/zij maakt beslissingen over beleid en kan kosten afwegen.
- De verschillen tussen hbo-ers en mbo-ers zijn groter dan de overeenkomsten.

• **Visie op ziek en gezond (stelling)**

- Een gezonde patiënt is iemand die kan participeren in de samenleving en daarin voor zichzelf weet te zorgen

3. Beroepsprofielen

Kennis over professionalisering en beroepsprofielen

- Hoe ontwikkelt de verpleegkundige beroepsgroep zich?
- Wat weet je over de nieuwe beroepsprofielen?

Mening over beroepsprofielen

- Wat vind je ervan dat er nieuwe beroepsprofielen ontwikkeld worden?
- Wat vind je van het onderscheid dat gemaakt wordt in de nieuwe beroepsprofielen tussen mbo- en hbo.

Betekenis voor verpleegkundige

- Wat betekenen de nieuwe beroepsprofielen voor jou als verpleegkundige?
- Hoe wordt er hier in het ziekenhuis mee omgegaan?
- Wat merk je ervan in je werk als verpleegkundige?
- In hoeverre hebben jullie het idee dat de betekenis van het zijn van verpleegkundige verandert door de nieuwe beroepsprofielen?

Bijlage 1.3. Voorbeeld analyse beroepsprofielen

Tabel 1.2. Voorbeeld analyse beroepsprofielen

Quote	Code	Functie	Thema
De beschrijving van de bekwaamheden maakt gebruik van een ordening in zeven competentiegebieden, gebaseerd op de systematiek van de CanMEDS (<i>Canadian Medical Education Directions for Specialists</i>). Het is een internationaal geaccepteerd model voor het beschrijven van competenties voor professionals in de zorg. Kern van de beroepsuitoefening is de hbo-verpleegkundige als zorgverlener. Alle andere bekwaamheden raken aan die centrale rol.	Beschrijving CanMEDS competentiemodel	Legitimering, normalisering	Legitimering van de inhoud van de beroepsprofielen
De stuurgroep 'Verpleging & Verzorging 2020' heeft in 2012 een advies ¹ over nieuwe beroepsprofielen uitgebracht aan de minister van VWS. Als reactie hierop gaf zij aan grote waarde te hechten aan het feit dat de beroepsgroep van verpleegkundigen en verzorgden zelf in kaart heeft gebracht wat toekomstige ontwikkelingen in de zorg zijn en hoe de beroepenstructuur hierop kan worden aangepast.	Betrokkenheid beroepsgroep bij nieuwe beroepsprofielen	Legitimering	Legitimering van de inhoud van de beroepsprofielen

Bijlage 1.3. Voorbeeld analyse beroepsprofielen

Tabel 1.3. Voorbeeld analyse focusgroepen

Quote	Code	Functie	Thema
‘Nou als verpleegkundige ben jij, sowieso al voordat je de zorg ingaat, al een zorgzaam type. Ben je toch eh, he, vaak betrokken bij, en, en, ja, en, vallen die dingen die dan, dan, thuis gebeuren of thuis zich eh, die vallen al op en daar wil je al helpen en daar wil je voor zorgen.. En dan neem je al taken over..’	Eigenschappen ‘verpleegkundige’	Beschrijving identiteit	Verpleegkundige als verzorgend
Ja zeker, ja als jij op een gegeven moment denk van he. Ik noem maar even wat. Een wat oudere verpleegkundige die alleen nog maar met ICT moet werken en jij hebt zoiets van: nou daar kan ik me gewoon echt niet in vinden, of ik snap er niks van, of ik eh, voor mij is de lol er op deze manier af als ik alles maar moet documenteren in computers en overal maar moet neerzetten in de computer. Ik kan dat niet. Nouja dan zul je je af moeten vragen of je dan eh, eh, nog wel of niet op de goeie plek zit zeg maar.	Positionering verpleegkundige ten opzichte van veranderend beroepsdomein	Performativiteit, Normalisering ICT-veranderingen	Verpleegkundige als ‘nieuwe professional’
Daar zijn we een beetje bang voor. En dan hebben we ook meteen het gevoel van: het gaat ons niet gebeuren dat er ons van alles afgenomen wordt. Ik heb niet 30 jaar voor iets gewerkt dat ik straks niet meer mag doen..	Angst voor implementatie nieuwe beroepsprofielen	Positionering als slachtoffer van nieuwe beroepsprofielen	Verpleegkundige als machteloos
Het is hier allemaal zo, zo gelijk.. We zijn allemaal gelijk.. En als je zo’n vast team, dat vind ik nog wel lastig inderdaad.. Ik ben opgeleid gewoon door deze twee dames zowat (GE en ST). En ik vind dat wel een beetje, ik zal me wel daaraan een beetje raar voelen dat ik ineens eh, ergens bovenop moet gaan staan.. Ik kwam hier echt zo zeg maar, als hbo’er. Nou echt serieus..	Gelijkheid verpleegkundig team	Kritiek op functiedifferentiatie	Verpleegkundige als teamspeler

Literatuuroverzicht

- Abbott, A. D. (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Agamben, G. (1998). *Sovereign power and bare life*. (Daniel Heller-Roazen, Ed.). Stanford: Stanford University Press.
- Agamben, G. (2009). *What is an apparatus? : and other essays*. (D. Kishik & S. Pedatella, Eds.), *Meridian, crossing aesthetics*. Stanford. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Agger, B. (1991). Critical Theory, Poststructuralism, Postmodernism: Their Sociological Relevance. *Annual Review of Sociology*, 17(1), 105–131. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.17.080191.000541>
- Bakker, J. H. (2014). Brief V&VN aan Minister Schippers. Utrecht.
- Batters, S. M. (2011). Care of the Self and the Will to Freedom: Michel Foucault, Critique and Ethics. *Senior Honors Projects, Paper 231*.
- Bogers, M. (2014). Blog Marcellino: “Fuck Florence” - Nursing. *Nursing*. Retrieved from www.nursing.nl
- Bonell, C. (1999). Evidence-based nursing: a stereotyped view of quantitative and experimental research could work against professional autonomy and authority. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 18–23. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01044.x>
- Boswijk, A., & Couvee, D. (1979). *Vrouwen vooruit: de weg naar gelijke rechten*. Feministische Uitgeverij Sara.
- Bourgeault, I. L. (2015). Magali Sarfatti Larson and Anne Witz: Professional Projects, Class and Gender. In *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine* (pp. 520–534). London: Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137355621_33
- Brubaker, R., & Cooper, F. (2000). Beyond “identity.” *Theory and Society*, 29(1), 1–47. <https://doi.org/10.1023/A:1007068714468>
- Bryman, A. (2008). *Social research methods* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Buchanan, T. (1999). Nightingalism: haunting nursing history. *Collegian*, 6(2), 28–33. [https://doi.org/10.1016/S1322-7696\(08\)60327-3](https://doi.org/10.1016/S1322-7696(08)60327-3)
- Butler, J. (1988). Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory. *Theatre Journal*, 40(4), 519–531.
- Butler, J. (1998). *The Psychic Life of Power: Theories in Subjection*. Stanford: Stanford University Press.
- Calnan, M. (2015). Eliot Freidson: Sociological Narratives of Professionalism and Modern Medicine. In *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine* (pp. 287–305). London: Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9781137355621_19
- Creswell, J. W. (2012). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). Cambridge: Sage. <https://doi.org/10.1177/1524839915580941>
- Davies, C. (1980). *Rewriting nursing history*. London: Croom Helm.
- De Veer, A. J. E., Francke, A. L., Poortvliet, E. P., & Vogel, B. (2007). *Taakverschuiving van arts naar verpleegkundige*. Utrecht.

- Deleuze, G., & Guattari, F. (1994). *What is philosophy?* New York: Columbia University Press.
- Dent, M. (2003). *Remodelling Hospitals and Health Professions in Europe*. London: Palgrave Macmillan.
- Dent, M., & Whitehead, S. (2002). *Managing Professional Identities: Knowledge, Performativity and the "New" Professional*. Routledge.
- Derrida, J. (1930-2004). (1967). *De la grammatologie*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Devisch, I., & Vanheule, S. (2015). Foucault at the bedside: a critical analysis of empowering a healthy lifestyle. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(3), 427–432. <https://doi.org/10.1111/jep.12329>
- Duivestijn-Ockeloen, K. (2016). *Op zoek naar de 'totale mens' Taak, verantwoordelijkheid en identiteit van de verpleegkunde in Nederland 1955-1988*. Open Universiteit/Radboud Universiteit.
- Eijit, J. (2012). Zindelijkheid en zuinigheid. De voorbeeldfunctie van vrouwelijke religieuzen in de ziekenverpleging gedurende de negentiende eeuw. *GEWINA/TGGNWT*, 16(2), 80–91.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Etzioni, A. (ed.). (1970). *The Semi-Professions and Their Organization*. *American Educational Research Journal* Despite (Vol. 7). New York: Free Press. <https://doi.org/10.2307/1161850>
- Evetts, J. (2013). Professionalism: Value and ideology. *Current Sociology*, 61(5–6), 778–796. <https://doi.org/10.1177/0011392113479316>
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Foth, T., & Holmes, D. (2017). Neoliberalism and the government of nursing through competency-based education. *Nursing Inquiry*, 24(2), e12154. <https://doi.org/10.1111/nin.12154>
- Foth, T., Lange, J., & Smith, K. (2018). Nursing history as philosophy-towards a critical history of nursing. *Nursing Philosophy*, e12210. <https://doi.org/10.1111/nup.12210>
- Foth, T., O'Byrne, P., & Holmes, D. (2016). Health prevention in the era of biosocieties: a critical analysis of the 'Seek-and-Treat' paradigm in HIV/AIDS prevention. *Nursing Inquiry*, 23(2), 99–108. <https://doi.org/10.1111/nin.12114>
- Foucault, M. (1972). *Archaeology of knowledge*. London: Tavistock.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish : the birth of the prison*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1979). Governmentality. *Ideology & Consciousness*, 6, 5–21.
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977*. Pantheon.
- Foucault, M. (1984). On the Genealogy of Ethics. In P. Rabinow (Ed.), *The Foucault Reader*. London: Penguin.
- Foucault, M. (2008). *The birth of biopolitics : lectures at the Collège de France, 1978-79*. Palgrave Macmillan.
- Foucault, M. (2012). *De woorden en de dingen : een archeologie van de menswetenschappen*. (W. van der Sar, Ed.). Amsterdam: Boom.
- Foucault, M. (1997). What is Critique? In *Politics of Truth* (pp. 97–120).

- Fournier, V. (1999). The Appeal to 'Professionalism' as a Disciplinary Mechanism. *The Sociological Review*, 47(2), 280–307. <https://doi.org/10.1111/1467-954X.00173>
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine*. New York: Mead and Compony.
- Freidson, E. (1988). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: University of Chicago Press.
- Freidson, E. (2001). Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge. *Sociologie Du Travail*, 45(3), 240. [https://doi.org/10.1016/S0038-0296\(03\)00042-6](https://doi.org/10.1016/S0038-0296(03)00042-6)
- Gastaldo, D., & Holmes, D. (1999). Foucault and nursing: a history of the present. *Nursing Inquiry*, 6(4), 231–240. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1800.1999.00042.x>
- Goffman, E. (1959). The Presentation of Self in Everyday Life. *Teacher*, 21(5), 259. <https://doi.org/10.2307/2089106>
- Goudriaan, G. (1991). *In hoger beroep : perspectief voor de verplegende en verzorgende beroepen*. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Grotendorst, A. (2011). Op weg naar een nieuw beroepsprofiel. *Tijdschrift Voor Verpleegkundigen*, (5), 12–17.
- Higgins, V. (2001). Calculating climate: “advanced liberalism” and the governing of risk in Australian drought policy. *Journal of Sociology*, 37(3), 299–316. <https://doi.org/10.1177/144078301128756355>
- Holmes, D., & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 557–565. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02222.x>
- Holmes, D., Murray, S. J., Perron, A., & Rail, G. (2006). Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(3), 180–186. <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2006.00041.x>
- Huber, M., Knotterus, A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(d4163). <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Huddle, T. S., & Heudebert, G. R. (2007). Viewpoint: Taking Apart the Art: The Risk of Anatomizing Clinical Competence. *Academic Medicine*, 82(6), 536–541. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3180555935>
- Johnson, T., Larkin, G., & Saks, M. (1995). *Health Professions and the State in Europe - Terry Johnson, Gerald Larkin - Google Książki*. London.
- Keogh, J. (1997). Professionalization of nursing: Development, difficulties and solutions. *Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 302–308. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025302.x>
- Kerfoot, D. (2002). Managing the 'professional' man. In M. Dent & S. Whitehead (Eds.), *Managing professional identities* (pp. 81–99). London and New York: Routledge.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16(1), 103–121. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347023>
- Klink, A. (2010). *Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector; Brief regering; Evaluatie Commissie Werner*. Den Haag.

- Krug, G., & Hepworth, J. (1997). Critical Public Health Poststructuralism, qualitative methodology and public health: research methods as a legitimation strategy for knowledge. *Critical Public Health*, 7(1&2), 50–60. <https://doi.org/10.1080/09581599708409078>
<https://doi.org/10.1080/09581599708409078>
- Lambregts, J., & Grotendorst, A. (2012). *Leren van de toekomst : verpleegkundigen & verzorgenden 2020*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Lambregts, J., Grotendorst, A., & van Merwijk, C. (2015). *Bachelor Nursing 2020*. Utrecht.
- Larson, M. S. (1977). *The rise of professionalism : a sociological analysis*. University of California Press.
- Lemke, T. (2001). “The birth of bio-politics”: Michel Foucault’s lecture at the Collège de France on neo-liberal governmentality. *Economy and Society*, 30(2), 190–207. <https://doi.org/10.1080/03085140120042271>
- Lewis, J. (1992). Gender and the Development of Welfare Regimes. *Journal of European Social Policy*, 2(3), 159–173. <https://doi.org/10.1177/095892879200200301>
- Lingard, L. (2009). What we see and don’t see when we look at ‘competence’: notes on a god term. *Advances in Health Sciences Education*, 14(5), 625–628. <https://doi.org/10.1007/s10459-009-9206-y>
- Macleod, C. (2002). Deconstructive Discourse Analysis: Extending the Methodological Conversation. *South African Journal of Psychology*, 32(1), 17–25. <https://doi.org/10.1177/008124630203200103>
- Maggs, C. J. (1987). *Nursing history: The state of the art*. (Routledge, Ed.).
- McMurray, R. (2011). The struggle to professionalize: An ethnographic account of the occupational position of Advanced Nurse Practitioners. *Human Relations*, 64(6), 801–822. <https://doi.org/10.1177/0018726710387949>
- Morley, G., & Jackson, J. (2017). Is the art of nursing dying? A call for political action. *Journal of Research in Nursing*, 22(5), 342–351. <https://doi.org/10.1177/1744987117713043>
- Nelson, S. (1997). Reading nursing history. *Nursing Inquiry*, 4(4), 229–236.
- Nelson, S., & Gordon, S. (2004). The rhetoric of rupture: Nursing as a practice with a history? *Nursing Outlook*, 52, 255–261.
- Noordegraaf, M. (2007). From “Pure” to “Hybrid” Professionalism. *Administration & Society*, 39(6), 761–785. <https://doi.org/10.1177/0095399707304434>
- Noordegraaf, M. (2015). Public Management: Performance, professionalism and politics.
- Noordegraaf, M., & Van der Meulen, M. (2008). PROFESSIONAL POWER PLAY: ORGANIZING MANAGEMENT IN HEALTH CARE. *Public Administration*, 86(4), 1055–1069.
- Noordegraaf, M., van der Steen, M., & van Twist, M. (2014). Fragmented or connective professionalism? Strategies for professionalizing the work of strategists and other (organizational) professionals. *Public Administration*, 92(1), 21–38.
- Oomkens, R., Hoogenboom, M., & Knijn, T. (2015). Continuity and Change: comparative case study of hospital and home care governance in the Netherlands. *Administration & Society*, 47(7), 851–880. <https://doi.org/10.1177/0095399713503462>
- Parker, I. (1990). Discours: Definitions and contradictions. *Philosophical Psychology*, 3(2/3), 189–203.

- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics : critical analysis for social and individual psychology*. London: Routledge.
- Porter, S. (1992). The poverty of professionalization: a critical analysis of strategies for the occupational advancement of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 17(6), 720–726. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01970.x>
- Pugsley, L. (1996). Focus groups, young people and sex education. *Gender and Qualitative Research*, 1, 126–142.
- Raby, R. (2008). Frustrated, Resigned, Outspoken: Students' Engagement with School Rules and Some Implications for Participatory Citizenship. *The International Journal of Children's Rights*, 16(1), 77–98. <https://doi.org/10.1163/092755608X267148>
- Redactie Nursing. (2012). Mbo-verpleegkundige ongerust over de toekomst. *Nursing*.
- Rose, N. (1999). *Powers of freedom: Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N. (2008). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Saks, M. (2010). Analyzing the Professions: The Case for the Neo-Weberian Approach. *Comparative Sociology*, 9(6), 887–915. <https://doi.org/10.1163/156913310X522624>
- Saldívar, R. (2015). Speculative Realism and the Posttrace Aesthetic in Contemporary American Fiction. In C. F. Levander & R. S. (Robert S. Levine (Eds.), *A Companion to American Literary Studies* (p. 576). Oxford: John Wiley & Sons.
- Salvage, J. (1988). Professionalization? or struggle for survivalquest; A consideration of current proposals for the reform of nursing in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*, 13(4), 515–519. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1988.tb02859.x>
- Schippers, E. (2011). Minister Schippers opent Huis van de Verpleging | Toespraak | Rijksoverheid.nl.
- Schuilenburg, M., & van Tuinen, S. (2009). Michel Foucault: Biopolitiek en bestuurlijkheid. *Krisis*, (3), 1–5.
- Schuurmans, M. (2010). *Florence voorbij?: over verplegen, passie & wetenschappelijk onderzoek*. Utrecht.
- Sena, B. (2017). Professionalization without Autonomy: The Italian Case of Building the Nursing Profession. *Professions and Professionalism*, 7(3), 1900. <https://doi.org/10.7577/pp.1900>
- Simpson, R. L., & Simpson, I. H. (1969). Women and Bureaucracy in the Semi-Professions. In *The Semi-Professions and Their Organization* (pp. 196–265). New York: Free Press.
- Spijker, G. (1981). *Mooi en beschaafd verplegen: Een historische analyse van een vrouwenberoep*. De Tijdstroom.
- Starr, P., & Immergut, E. (1987). Health care and the boundaries of politics. In C. S. Maier (Ed.), *Changing Boundaries of the Political* (pp. 221–254). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139173605>
- Stumpff, J. E. (1906). *Voorlezingen over ziekenverpleging*. Haarlem.

- ten Hoeve, Y., Jansen, G., & Roodbol, P. (2014). The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2). <https://doi.org/10.1111/jan.12177>
- Terpstra, D., van den Berg, A., van Mierlo, C., Zijlstra, H., Landman, J., Schuurmans, M., & Kempff, M. (2015). *Toekomstbestendige beroepen in de verpleging en verzorging*.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837–851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Trifiletti, R. (1999). Southern European Welfare Regimes and the Worsening Position of Women. *Journal of European Social Policy*, 9(1), 49–64. <https://doi.org/10.1177/095892879900900103>
- Turkoski, B. B. (1995). Professionalism as ideology: a socio-historical analysis of the discourse of professionalism in nursing. *Nursing Inquiry*, 2(2), 83–89. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.1995.tb00071.x>
- van Gemert, V., & Spijker, G. J. H. (1990). *Verdichtsel en werkelijkheid. De waardering van de verpleegkundige zorg door de jaren heen*. De Tijdstroom.
- Vurdubakis, T., & Knights, D. (1994). *Resistance and power in organizations*. London and New York: Routledge.
- Warmels, H. (2015). Barrières voor mannelijke verpleegkundigen. *V&VN Magazine*, 4–7.
- Weedon, C. (1997). *Feminist practice & poststructuralist theory*. Blackwell Pub.
- Wetherell, M. (1998). Positioning and Interpretative Repertoires: Conversation Analysis and Post-Structuralism in Dialogue. *Discourse & Society*, 387–412.
- Wetherell, M., & Potter, J. (1988). Discourse analysis and the identification of interpretative repertoires. In C. Antaki (Ed.), *Analysing Everyday Explanation* (pp. 168–183). London.
- Whitehead, C. R., Austin, Z., & Hodges, B. D. (2011). Flower power: the armoured expert in the CanMEDS competency framework? *Adv in Health Sci Educ*, 16, 681–694. <https://doi.org/10.1007/s10459-011-9277-4>
- Wiegman, N. (2012). Zusters in smetteloos wit: een blanco bladzijde in de Nederlandse geschiedschrijving? *GEWINA / TGGNWT*, 16(2), 63–79.
- Wiegman, N., & Wachelder, J. C. M. (2004). Zorgen als professie. *Gewina*, 27(2), 57–134.
- Wilensky, H. L. (1964). The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology*, 70(2), 137–158.
- Witz, A. (1990). Patriarchy and Professions: The Gendered Politics of Occupational Closure. *Sociology*, 24(4), 675–690. <https://doi.org/10.1177/0038038590024004007>
- Witz, A. (1992). *Professions and patriarchy*. Routledge.

