



De Wijk

Een zorgethisch onderzoek naar de ontwikkeling van een visie van jonge oncologieverpleegkundigen op de morele dimensie in de kunst van het verplegen.

*“Als ik het verplegen moet uitleggen voelt het pas raar, terwijl als ik het doe dan
voelt het helemaal niet raar”*

- Britt, oncologieverpleegkundige -

Illustratie voorblad: Lena Wever, studiemaatje ZeB

Masterthesis Zorgethiek & Beleid

Universiteit voor Humanistiek

Elzbeth Oomen

Studentnummer: 1017373

Eerste lezer en begeleider: Dr. Vivianne Baur

Tweede lezer: Dr. Inge van Nistelrooij

Examinator: Prof. Dr. Carlo Leget

8 augustus 2019

Aantal woorden: 22.030

VOORWOORD

Deze thesis vormt de afronding van de master Zorgethiek en Beleid en daarmee komt een einde aan drie jaar UvH. Drie jaar waarin ik parttime studeerde en parttime werkte als oncologieverpleegkundige. Hierin heb ik mijn liefde voor het verpleegkundig vak kunnen combineren met nadenken over goede zorg. Deze thesis sluit hier ook goed bij aan. Op deze plek wil ik dan ook het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis bedanken. Ten eerste omdat ik de mogelijkheid heb gekregen om deze studie te volgen en ten tweede dat ik hier ook heb af kunnen studeren. Dank aan mijn collega's, jullie maken het mooie werk nog net een beetje mooier. In het bijzonder wil ik de collega's bedanken die ik het hemd van het lijf heb mogen vragen. Onze gesprekken hebben mij geïnspireerd: jullie enthousiasme, leergierigheid, maar vooral de passie voor de patiënt. Het AvL boft met zulke verpleegkundigen en de patiënten boffen met zulke kanjers die voor hen door het vuur gaan, een luisterend oor bieden, met hen mee lachen of huilen. Kortom jullie doen er alles aan om te voldoen aan de centrale vraag in zorgethiek: *Wat is goede zorg?*

Ook wil ik nog een aantal mensen bedanken. Als eerste mijn thesisbegeleider Vivianne. Dank dat je me op het zorgethische pad hebt gehouden, me corrigeerde als ik dacht dat ik een briljant idee had dat veel te praktisch was, dat je me uit de put trok en vooral dat je er was als ik je nodig had. Je begeleiding wat niet alleen inhoudelijk, maar ook positief en bemoedigend. Daarnaast wil ik alle andere docenten van de UvH bedanken voor alles wat ik van jullie heb geleerd. Al dacht ik af en toe wel stiekem: "blablabla en de patiënt is nu nog steeds niet gewassen". Mijn UvH vrienden: Lena jij maakte deze thesis (periode) een stuk mooier en speciale dank voor het meedenken bij thesis 2.0, Loes, Decontee, Aletta, Margriet en Anniek jullie zijn de slagroom op mijn UvH tijd!

Het belangrijkste zijn toch wel mijn familie en vrienden. Wat ben ik blij dat ik jullie weer vaker kan gaan zien. Dank dat jullie me gesteund hebben, begrip hadden als ik iets moest afzeggen, mijn enthousiaste verhalen aan moesten horen of juist mijn geklaag als ik er even helemaal geen zin meer in had. En vooral toen er nog een extra staartje aanzat, dank voor alle hulp en steun! Ik kijk er naar uit om weer tijd en ruimte te hebben voor jullie.

Terugkijkend is deze mooie UvH tijd voorbijgevlogen en nu heb ik vooral zin in de toekomst.

Dan rest mij alleen nog het volgende: veel leesplezier,

Elzbeth Oomen

Ad1: "Als iets niet lukt, begin dan gerust nog een keer" – Maarten van der Weijden.

SAMENVATTING

Inleiding: De aandacht voor de ontwikkeling bij jonge oncologieverpleegkundigen ligt met name op het technisch handelen en het morele aspect blijft onderbelicht. Er is weinig bekend over hoe de morele ontwikkeling van jonge oncologieverpleegkundigen eruit ziet, terwijl juist de zorgpraktijk van verplegen moreel is en morele kennis wordt opgedaan in de praktijk.

Hoofdvraag: Hoe vormen jonge oncologieverpleegkundigen in het ziekenhuis hun visie op de morele dimensie in de kunst van verplegen en wat betekent dit voor het denken over goed verplegen vanuit zorgethisch perspectief?

Methode: Er is een zorgethisch onderzoek uitgevoerd door middel van *Grounded Theory*. Hierbij is er een verbinding gelegd tussen de empirische data met een theoretisch onderzoek. De empirische data is tot stand gekomen op basis van interviews met zes oncologieverpleegkundigen tussen de 24 – 27 jaar oud, die maximaal drie jaar geleden de oncologiespecialisatie hebben afgerond.

Bevindingen: Ondanks dat de verpleegkundigen moeilijk kunnen definiëren wat voor hen de kunst van het verplegen inhoudt, is er een morele dimensie te construeren: *de verpleegkundige gaat een relatie aan met de mens achter de patiënt. Ze stelt zich open voor het verhaal van de patiënt waarbij ze opmerkzaam is voor wat op dat moment belangrijk is hem/haar. De verpleegkundige realiseert zich dat deze patiënt een individu is, die zich in een ziekenhuis bevindt dat is ingericht op de patiënten als collectief. Hierbij is de verpleegkundige zich bewust van haar verantwoordelijkheid voor de kwetsbare positie waarin de patiënt zich bevindt en houdt ze in deze complexe situatie het overzicht met en voor de patiënt.*

In het ontwikkelen van een visie op de morele dimensie spelen zowel de collega's, patiënt als de verpleegkundige zelf een rol.

Discussie en conclusie: Het is van belang dat er een taal wordt ontwikkeld om de morele dimensie van de kunst van het verplegen weer te geven. Hierbij gaan taal en praktijk samen op omdat (non)verbale taal betekenis krijgt in het verplegen en het verplegen een (non)verbale taal nodig heeft om deze betekenis te ontvouwen.

Ethische overwegingen: De zorgethischer onderzoeker is ook oncologieverpleegkundige. Dit heeft invloed gehad in hoe dit onderzoek is opgezet, uitgevoerd en geanalyseerd.

INHOUD

VOORWOORD	3
SAMENVATTING	4
1. PROBLEEMSTELLING EN RELEVANTIE	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Maatschappelijk probleem.....	9
1.3 Wetenschappelijk probleem	11
1.4 Vraagstelling.....	13
1.5 Doelstelling.....	13
2. THEORETISCH KADER	14
2.1 Moraliteit	14
2.2 Institutionele dimensie.....	15
2.2.1 <i>Marktwerking in de zorg</i>	16
2.2.2 <i>Verantwoordelijkheid</i>	17
2.2.3 <i>Handelen</i>	17
2.2.4 <i>Verplegen en moraliteit</i>	18
2.2.5 <i>Goed verplegen volgens het verpleegkundig beroepsprofiel</i>	19
2.3 Persoonlijke dimensie.....	20
2.3.1 <i>Identiteit</i>	20
2.3.2 <i>Persoonlijke professionaliteit</i>	20
2.3.3 <i>Bezieling in de zorg</i>	21
2.3.4 <i>Praktische wijsheid</i>	22
2.4 Interpersoonlijke dimensie	22
2.4.1 <i>Relatie met de patiënt</i>	23
2.4.2 <i>Relatie met de collega</i>	24
2.5 Conclusie	25
3. METHODE	27
3.1 Onderzoeksbenadering	27
3.2 Onderzoeksmethode	27
3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid.....	28
3.4 Dataverzameling	29
3.5 Data-analyse	30
3.6 Ethische overwegingen.....	31
4. BEVINDINGEN	32

4.1 De morele dimensie in de kunst van het verplegen	32
4.1.1 <i>Relatie met de patiënt als mens</i>	33
4.1.2 <i>Openstellen voor het verhaal</i>	34
4.1.3 <i>Individu in het collectief</i>	35
4.1.4 <i>Verantwoordelijkheid voor kwetsbare patiënt</i>	37
4.1.5 <i>Overzicht in een complexe situatie</i>	38
4.2 Vorming morele visie op de kunst van het verplegen	39
4.2.1 <i>Ervaring</i>	40
4.2.2 <i>Rol van collega's</i>	40
4.2.3 <i>Patiënt en verpleegkundige</i>	42
4.3 Conclusie	43
5. DISCUSSIE	44
5.1 Overeenkomsten en verschillen	44
5.1.1 <i>Het (leren) verplegen van mensen</i>	44
5.1.2 <i>Werkplezier</i>	45
5.1.3 <i>Institutionele dimensie</i>	46
5.1.4 <i>Spagaat individu en collectief</i>	48
5.2 Nieuwe theoretische concepten ter duiding empirie.....	49
5.2.1 <i>Generatie Y - millennials</i>	49
5.2.2 <i>Mangomoment</i>	50
5.2.3 <i>Passiviteit in verantwoordelijkheid</i>	50
5.2.4 <i>'Niet-pluisgevoel'</i>	51
5.2.5 <i>Taal geven aan moraliteit</i>	51
5.2.6 <i>Embodied Care</i>	53
5.2.7 <i>Kijken met het oog van het hart</i>	54
5.3 Conclusie	55
6. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	56
6.1 Conclusie	56
6.2 Aanbevelingen	58
7. ETHISCHE OVERWEGINGEN	60
7.1 Positionering	60
7.2 Invloed op het onderzoek	61
7.3 Invloed op mijn positie als oncologieverpleegkundige	62
7.4 Conclusie	63
8. KWALITEITSCRITERIA	64

9. LITERATUUR	66
10. BIJLAGEN	74
Bijlage 1: Datamanagementplan	74
Bijlage 2: Interviewprotocol	76
Bijlage 3: Informed consent.....	79

1. PROBLEEMSTELLING EN RELEVANTIE

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding, het maatschappelijk en wetenschappelijk probleem beschreven. Op basis hiervan zijn de hoofdvraag en doelstellingen opgesteld, die het vertrekpunt vormen van dit zorgethisch onderzoek ter afronding van de master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht.

1.1 Aanleiding

Ik zorg voor een mevrouw met uitgezaaide kanker die tijdens de ziekenhuisopname halfzijdig verlamd is geraakt. Ieder moment wordt zij geconfronteerd met haar lichaam. Deze mevrouw heeft een grote behoefte aan nabijheid. Tijdens een avonddienst is ze verdrietig en onrustig. Eén van de interesses van mevrouw is muziek, met name het nummer 'Viva la Vida' geeft haar goede herinneringen. Dit wist ik en ik zoek het nummer op. Ik zet het aan en pak haar hand. Het nummer van Coldplay klinkt luid door de kamer en het gezang van deze mevrouw, van mij en van mijn collega nemen al gauw de overhand. Mevrouw kwam tot rust en ik wist weer waarom ik verpleegkundige zijn zo leuk vind.

Dit is één van de vele betekenisvolle situaties in de zorgpraktijk die mij als oncologieverpleegkundige¹ hebben gevormd en veel plezier geven. Situaties die, toen ik net begon met werken, overspoelden en waarbij ik niet altijd wist wat ik aan moest met deze nieuwe indrukken. Indrukken die uiteindelijk wel hebben gezorgd voor een duidelijk handelingspatroon en visie in het verpleegkundig vak. In dit proces heb ik veel geleerd van mijn patiënten en collega's en werk ik nog steeds met veel plezier.

Als ik aan buitenstanders een korte, kernachtige omschrijving moet geven van mijn werk als oncologieverpleegkundige vind ik dat ingewikkeld. Ik kan benoemen wat mijn beroepsprofiel inhoudt en wat voor taken ik doe, maar voor mij is dat niet de werkelijke kern van mijn veelomvattende en betekenisvolle werk. Hoe belangrijk het ook is dat ik een infuus goed prik, het gaat voor mij om het contact met die specifieke patiënt die zorg nodig heeft.

¹ De opleiding tot oncologieverpleegkundige is een 1- jarige CZO (College Zorg Opleidingen) gecertificeerde opleiding. Deze specialisatie is een aanvulling op de mbo-v of hbo-v en houdt in dat de oncologieverpleegkundige in staat is te zorgen voor kankerpatiënten in alle fasen van ziek zijn: preventieve, curatieve, palliatieve en terminale fase. Bron: expertise gebied oncologieverpleegkundige V&VN, 2015.

Tegelijkertijd zie ik dat de focus van het verpleegkundig vak juist op het wetenschappelijke en technische vlak ligt. Aan de ene kant een mooie ontwikkeling, zowel voor de patiënt voor wie er nieuwe en betere behandelingen komen, als ook voor de positie van de verpleegkundige die een grotere rol kan spelen in bijvoorbeeld wetenschappelijk onderzoek. Aan de andere kant zie ik ook dat hiermee datgene waar het verplegen voor mij om draait naar de achtergrond verdwijnt. En als dat uit beeld verdwijnt, wat is dan nog verplegen?

Over dit soort vraagstukken ben ik, mede door de master Zorgethiek en Beleid, meer gaan nadenken. Mijn visie op verplegen heb ik in de loop van de tijd ontwikkeld en bijgesteld, door mijn studie maar zeker ook samen met mijn collega's en patiënten. Jonge, net afgestudeerde oncologieverpleegkundigen zijn bezig een weg te vinden en een eigen visie te vormen. Een visie waarmee gekeken wordt naar goede zorg en naar het vak van verplegen. Dit proces vindt plaats in een complexe en veeleisende omgeving van een ziekenhuis waarbij er ook een confrontatie plaatsvindt met de ziekte en het lijden van de patiënt. In deze thesis zal dan ook verder worden ingegaan op het ontwikkelen van deze morele visie.

1.2 Maatschappelijk probleem

De meerderheid (90%) van de verpleegkundigen heeft plezier in hun werk (De Veer et al., 2010), tegelijkertijd kan het werk ook stress opleveren (SKB, 2017). Een enquête van de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) laat zien dat 13% van de verpleegkundigen overweegt om de zorg te verlaten (V&VN, 2019). In tijden van grote tekorten aan verpleegkundigen en met name aan gespecialiseerde verpleegkundigen, waaronder oncologieverpleegkundigen, is dit zorgelijk (V&VN, 2016; Trouw, 2019). Daarnaast heeft één op de acht jonge zorgmedewerkers ervaring met burn-out (CNV, 2019). Eén van de redenen is dat door toenemende werkdruk en stress niet de zorg geleverd kan worden zoals verpleegkundigen het voor zich zien. Als gevolg hiervan kan de bevlogenheid en voldoening verdwijnen, die verpleegkundigen echter wel nodig hebben om hun werk te doen. Ook neemt het risico op een burn-out toe wanneer de bevlogenheid afneemt (NOS, 2019; RTL Nieuws, 2017; V&VN, 2017).

In het V&VN 2020 ‘Beroepsprofiel Verpleegkundige’² (2012), de bijlage ‘Expertisegebied Oncologieverpleegkundige’³ (2015) en de ‘Professionele Standaard’⁴ van de verpleegkundige beroepsgroep (V&VN, 2015) is de bevlogenheid en voldoening nauwelijks concreet terug te vinden. Vooral de kennis expertise wordt als kern van professionaliteit gezien. Er wordt ingegaan op vakinhoudelijke⁵ en juridische⁶ normen. Tussen deze normen zijn een aantal expliciete morele normen terug te vinden, zoals het houden van het beroepsgeheim. Van Dartel (2017) bekritiseert het expliciet benoemen van morele normen omdat het zo lijkt alsof vakinhoudelijke en juridische normen geen morele betekenis hebben. Volgens hem zijn deze normen ook moreel van aard omdat zij opgesteld zijn in het belang van de patiënt (Van Dartel, 2017). Zorg is namelijk bij uitstek een moreel geladen activiteit, omdat mensen zorg verlenen aan andere mensen (Van Dartel, 2017; Van Heijst, 2011; Vosman, 2008). Verpleegkundigen zelf geven aan dat zij in hun werk niet alleen door de kennis, expertise en persoonlijke ontplooiing worden gedreven, maar juist door de eigenheid van zorg en de gerichtheid op de ander (Mertens, 2011). Deze menselijke beweegredenen om te zorgen komen steeds minder in beeld. Van Heijst (2005) problematiseert deze depersonalisering van professionaliteit omdat goede zorg juist verschijnt in de relationele context van menselijke praktijken. Daardoor kunnen alleen de directbetrokkenen bepalen wat goede zorg is in die situatie (Noddings, 1984; Ruddick, 1989; Walker, 1998).

Concluderend doen verpleegkundigen met bezieling hun werk, maar staat dit onder druk door een tekort aan collega’s en toenemende werkdruk. De bezieling voor het verpleegkundig vak lijkt voor een groot deel te liggen in de morele dimensie van zorgen, er wordt immer gezorgd voor mensen. In het beroepsprofiel lijkt weinig ruimte te zijn voor deze morele dimensie van zorgen, terwijl dit voor verpleegkundigen wel belangrijk is. Vanuit zorgethiek wordt juist aandacht besteedt aan de morele dimensie van zorgen. Het aandacht geven aan de menselijke kant van verplegen is van belang zodat verpleegkundigen niet opgebrand raken of gefrustreerd de zorg te verlaten.

² Het beroepsprofiel is de basis voor de professionele standaard en beschrijft de uitgangswaarden voor het handelen van de verpleegkundigen.

³ Het Expertisegebied beschrijft de aanvullende kennis en vaardigheden die oncologieverpleegkundigen nodig hebben om hun specifieke rol in de zorg voor patiënt met kanker te kunnen vervullen.

⁴ De professionele standaard bevat vakinhoudelijke regels, protocollen en richtlijnen, gedragsregels, algemene zorgvuldigheidsvereisten en de normen uit wet- en regelgeving en rechtspraaknormen die invulling geven aan ‘verpleegkundig hulpverlenerschap’.

⁵ Namelijk de vakinhoudelijke en technische regels, (zorg)standaarden, richtlijnen en protocollen, beroepscode en gedragsregels, beroepsprofielen en specifieke ethische regels binnen de zorgverlening.

⁶ Wet- en regelgeving en jurisprudentie: uitspraken van de (tucht)rechter.

1.3 Wetenschappelijk probleem

Oncologieverpleegkundigen dragen zorg voor patiënten met kanker en hun naasten. Deze zorg vindt plaats in een complexe omgeving en heeft niet alleen betrekking op het fysieke, maar ook op het psychosociale, emotionele en spirituele domein van het leven (Dahlin, 2016). In de zorg voor deze patiënten worden oncologieverpleegkundigen geconfronteerd met lijden, verdriet, verlies, sterfte, rouw en morele nood (Pavlish et al., 2014; Romeo-Ratliff, 2014; Shimoinaba, et al., 2015; Wenzel et al., 2011). Deze confrontatie kan resoneren met persoonlijk verlies en eigen sterfelijkheid (Gómez-Urquiza et al., 2016; Guveli et al., 2015; Romeo-Ratliff, 2014). In deze confrontaties zijn steun van collega's en reflecteren op de zorg ondersteunend voor verpleegkundigen om te kunnen blijven verplegen (Mellor, Gregoric, & Gillham, 2017; Wahab et al. 2017; Zeller et al., 2011). Ondanks deze confrontaties kiezen oncologieverpleegkundigen juist bewust voor deze patiëntencategorie. Zij halen namelijk veel voldoening uit de hechte relaties en het onderdeel zijn van de momenten die er toe doen voor de patiënten (Cohen, Visovsky & Vrabel, 2010; Kuglin Jones, 2007; Perry, 2006).

Het verpleegkundig vak is aan verandering onderhevig: van de nadruk op de individuele patiënt, zoals gevonden bij Florence Nightingale, (1860/1940), richting een wetenschappelijke benadering zoals wordt vormgegeven in protocollen⁷ en richtlijnen⁸. Het verpleegkundig vak ontwikkelt zich hiermee tot een technisch en wetenschappelijk beroep (Henry, 2018).

Verpleegkundig onderzoeker Henry (2018) ziet deze ontwikkeling als een reductie van het verpleegkundig vak. Zij heeft dan ook onderzocht wat volgens verpleegkundigen zelf de kunst van het verplegen (*art of nursing*) is. De kunst van het verplegen ligt niet in het technische en wetenschappelijke aspect, maar in het verschijnen bij, blijven bij en helpen van de patiënt, verbinding maken, intuïtief zorgen en een verschil maken in het leven van zowel de patiënt, de naasten als de verpleegkundige zelf. Ook medisch ethicus Olthuis (2007) legt juist nadruk op de morele kant van verplegen. Hij beschrijft het competent handelen van verpleegkundigen in palliatieve zorg als een morele houding, het morele actorschap. Wanneer de ervaringen en gevoelens die de verpleegkundige heeft, overeenkomen met het beeld van het goede leven die zij heeft als persoon, wordt dit beschouwd als goede zorg (Olthuis, 2007).

⁷ 'Een protocol dient de zorgverlener bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen. Een protocol geeft stap voor stap aan hoe iets gedaan moet worden. Een protocol is een voorschrift of middel om tot kwalitatief goede en verantwoorde zorg te komen (V&VN, 2019).

⁸ 'Evidence Based richtlijnen richten zich volgens een bepaalde methode op wetenschappelijk literatuur en zijn bedoeld ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Zij worden vooral geschreven om: de snel groeiende informatiestroom hanteerbaar te maken, variatie in handelen tussen zorgverleners te verminderen, het klinisch handelen meer te baseren op wetenschappelijk bewijs en om transparanter te werken' (V&VN, 2019)

Er zijn verschillende verpleegkundige theorieën die beschrijven hoe een beginnende verpleegkundige zich ontwikkelt tot een ervaren verpleegkundige (Benner, Tanner & Chesla, 2009; Duchscher, 2001). In deze theorieën speelt praktijkervaring een grote rol in de ontwikkeling (Murray, Sundin & Cope, 2019). Jonge verpleegkundigen leren dus niet alleen verplegen tijdens de opleiding of uit de wetenschappelijke literatuur, maar ook in de praktijk oftewel in het ‘verborgen curriculum’ (Fins et al., 2003; Neve & Collett, 2018). Volgens verpleegkundigen zelf leren zij het meeste in de praktijk, waarbij het voor hen belangrijk is dat ze als beginnende verpleegkundigen gewaardeerd en geaccepteerd worden door de nieuwe werkomgeving (Phillips, Kenny, Esterman & Smith, 2014). In het ‘verborgen curriculum’ wordt geleerd van persoonlijke ervaringen, verhalen van patiënten en van collega’s die als rolmodel fungeren. Dit ‘verborgen curriculum’ valt buiten het formele curriculum, terwijl het van grote invloed is op de professionele ontwikkeling op zowel de medisch, technische gebied, maar ook op persoonlijk en moreel vlak (Fins et al., 2003; Neve & Collett, 2018). Het ‘verborgen curriculum’ is vooral onderzocht bij geneeskundestudenten, maar veel minder onder verpleegkundigen (Raso et al. 2019). Raso et al. (2019) concluderen dat nog weinig bekend is over de positieve consequenties van het ‘verborgen curriculum’ als een manier om het verlies van professionele waarden tegen te gaan. In dit onderzoek zal dan ook worden ingegaan op de morele dimensie van verplegen. Het is juist in de praktijken waren morele vragen naar voren komen en morele kennis wordt opgedaan (Van Nistelrooij & Leget, 2017). Verpleegkundigen zoeken namelijk naar het goede te doen voor de patiënt, waarbij het goede verder gaat dan technisch goed zorg verlenen (Van Heijst, 2011).

In een samenvatting bezien ligt de aandacht voor de ontwikkeling bij jonge oncologieverpleegkundigen met name op het technisch handelen en blijft het morele aspect onderbelicht. Er is weinig bekend over hoe de morele ontwikkeling van jonge oncologieverpleegkundigen eruit ziet. Gezien de complexe zorg voor de patiënt met kanker, het hoge risico op burn-out, het feit dat het morele aspect is gerelateerd aan werkplezier en dat juist in de praktijk morele kennis wordt opgedaan, is het van belang om meer zicht te krijgen op de morele ontwikkeling. In dit onderzoek zal dan ook worden ingegaan op de vorming van de morele visie van jonge oncologieverpleegkundigen.

1.4 Vraagstelling

Uit de bovenstaande probleemstelling is de volgende vraagstelling geformuleerd:

Hoe vormen jonge oncologieverpleegkundigen in het ziekenhuis hun visie op de morele dimensie in de kunst van verplegen en wat betekent dit voor het denken over goed verplegen vanuit zorgethisch perspectief?

1. Hoe wordt de morele dimensie van verplegen beschreven in (zorgethische) literatuur?
2. Welke morele dimensie wordt zichtbaar in de visie van jonge oncologieverpleegkundigen op de kunst van verplegen?
3. Hoe vormen jonge oncologieverpleegkundigen deze morele visie op de kunst van het verplegen?
4. Wat betekent het samenbrengen van de gegevens vanuit de empirie met de (zorgethische) literatuur voor het denken over goed verplegen, vanuit zorgethisch perspectief bekeken?

1.5 Doelstelling

De primaire doelstelling van dit onderzoek is het inzichtelijk maken van hoe jonge oncologieverpleegkundigen een visie vormen op de morele dimensie van de kunst van het verplegen. Zo draagt het onderzoek bij aan het inzichtelijk maken, behouden van en mogelijk meer ruimte geven aan de morele dimensie van het verplegen van kankerpatiënten. In een ziekenhuis waar vooral een technisch en wetenschappelijke benadering van verpleegkunde centraal staat, is het van belang om ook de vorming van de morele dimensie inzichtelijk te maken aangezien jonge oncologieverpleegkundige in de zorgpraktijk gevormd worden. Daarnaast wordt de morele dimensie van het verplegen gezien als kern van en motivatie om te verplegen.

Op het gebied van de zorgethiek wordt getracht een bijdrage te leveren door vooral te kijken naar goede zorg vanuit het denken over de morele dimensie van verplegen en niet zozeer over het praktisch handelen van het verplegen zelf. Hoewel het één niet zonder het ander kan; in de praktijk van verplegen wordt immers duidelijk hoe gedacht wordt over verplegen.

2. THEORETISCH KADER

In dit hoofdstuk wordt het theoretisch kader beschreven om deelvraag 1 te beantwoorden:

‘Hoe wordt de morele dimensie van verplegen beschreven in (zorgethische) literatuur?’

Hiervoor wordt eerst het concept ‘moraliteit’ geïnterpreteerd binnen dit zorgethisch onderzoek. Vervolgens wordt de morele dimensie van verplegen beschreven vanuit institutioneel, persoonlijk en interpersoonlijk oogpunt. De morele dimensie van verplegen is namelijk niet los te denken van de situatie waarin het verpleegkundige handelen plaatsvindt (Van Dartel, 2014).

2.1 Moraliteit

Volgens *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (2016) zijn in ethiek grofweg drie stromingen waar vanuit naar het goede gekeken kan worden. Als eerste het consequentisme waarin moreel goed handelen afhangt van de consequenties. Zo bepaalt een verpleegkundige die handelt volgens het consequentisme het goede aan de hand van de gevolgen van haar handelen. De tweede stroming is de deontologie, waarbij de nadruk ligt op plichten of regels. Een verpleegkundige die deontologisch handelt, laat het goede bepalen door regels zoals ‘verpleeg zo, zoals je zelf zou willen dat er gedaan wordt’. De derde stroming is de deugdenethiek, waarbij de nadruk ligt op de deugden: de verpleegkundige handelt volgens de deugden die een goede verpleegkundige zou moeten hebben.

Het voordeel van deze normatieve theorieën is dat ze een duidelijke oplossing kunnen bieden: er zijn regels die gevolgd kunnen worden en soms helpt het om naar een algemeen idee van het goede te zoeken. Nadelen van deze theorieën zijn dat dat het algemeen geldende regels zijn waar ook nadelige effecten aan kunnen zitten die zwaarder wegen dan de voordelen (Niemeijer, hoorcollege 1B: ZEB-10 *Care Ethics: an introduction*, persoonlijke communicatie, 7 september, 2017). Het zorgethische perspectief heeft een alternatieve visie waarbij het zozeer gaat om een oplossing, maar juist om het kijken vanuit een breder perspectief (Leget et al, 2017). Dit doet meer recht aan zorgen en verplegen als complex handelen. Er wordt gekeken naar wat er op het spel staat voor een persoon, waarbij regels, praktijken en perspectieven begrepen proberen te worden. Kortom, het gaat over de vraag die centraal staat in de Utrechtse Zorgethiek: *‘Wat is het moreel goede in deze particuliere*

context?' In dit onderzoek is daarom gekozen om naar 'moraliteit' te kijken vanuit een zorgethisch perspectief.

'Moraliteit' binnen verplegen wordt in de volgende paragrafen uitgewerkt in een institutionele, persoonlijke en interpersoonlijke dimensie. Voor deze drie dimensies is gekozen omdat zorg een relationele praktijk is (persoonlijke en interpersoonlijke dimensie) die is ingebed in de structuren van een samenleving (institutionele dimensie). Daarnaast vormen de persoonlijke en interpersoonlijke dimensie samen de professionele identiteit (Öhlén & Segesten, 1998, geciteerd in Olthuis, 2007). Zorgethiek hecht immers waarde aan de geleefde ervaring, de zorgpraktijken en de ordening in de samenleving (Leget et al., 2017). Zorgen wordt gezien als een praktijk waarin mensen niet alleen afstemmen op zichzelf, maar ook op anderen en hun omgeving zodat ze 'de wereld' kunnen handhaven, voortzetten of herstellen om zo goed mogelijk te kunnen leven in deze wereld (Tronto, 1993, in Leget et al., 2017). Daarom kunnen deze dimensies niet los van elkaar gezien worden.

2.2 Institutionele dimensie

Zorg is ingebed in de structuren van de samenleving (Leget et al., 2017). De zorgpraktijken zijn daarom niet los te zien van de politieke context (Tronto, 1993). Vanuit zorgethiek wordt dit politieke perspectief meegenomen omdat daarin zichtbaar wordt hoe bijvoorbeeld machtsverhoudingen en verantwoordelijkheid zijn verdeeld en hoe dit zorgen beïnvloedt (Van Nistelrooij & Leget, 2017). In deze institutionele dimensie wordt zichtbaar hoe deze structuren invloed hebben op het verlenen van zorg. In de volgende paragrafen worden kort een aantal onderwerpen beschreven die vallen onder de institutionele dimensie van moraliteit. Als eerste wordt marktwerking in de zorg besproken, omdat dit van invloed is op hoe zorg georganiseerd wordt en wat voor invloed dit heeft op hoe naar verplegen wordt gekeken. In het verlengde hiervan wordt ingegaan op de vraag hoe er zorgethisch gekeken kan worden naar verantwoordelijkheid in zorgpraktijken. Vervolgens wordt beschreven welke rol moraliteit speelt in het verplegen en hoe dit terug te vinden is in het verpleegkundig beroepsprofiel. Er wordt afgesloten met een zorgethische beschouwing van de uitwerking van het concept 'bezieling' van verpleegkundigen, wat tevens een overgang vormt naar de *persoonlijke dimensie*.

2.2.1 Marktwerking in de zorg

De huidige werksituatie van verpleegkundigen kenmerkt zich door de gevolgen van de marktwerking. In het Nederlandse zorglandschap heeft sinds de jaren tachtig een verschuiving plaatsgevonden richting marktwerking in de zorg. Hierbij wordt de zorg als een (quasi-) markt ingericht om onder andere betaalbaarheid, efficiëntie, innovatie en transparantie te bevorderen, waarbij de overheid verantwoordelijk is om van een publieke sector een markt te maken (Tonkens, 2008). Een gevolg hiervan is dat de zorg wordt aangeboden in producten en de verpleegkundige wordt gezien als iemand die produceert voor de patiënt als klant (idem). Het zorgen voor jezelf wordt gezien als een individuele verantwoordelijkheid en het zorgen voor een ander als een economische transitie (Leget, 2015). Het gevaar is echter dat het publieke karakter van zorg wordt ontkend omdat marktwerking voorbij gaat aan de kwetsbaarheid die ieder mens in zich heeft (Leget, 2015; Tronto, 2013).

De overheid vraagt meetbare output van de zorgsector, terwijl verpleegkundigen zorg zien als een proces en niet als een resultaat (Van Dartel & De Witte, 2014). Deze botsing tussen verpleegkundigen en overheid beschrijft de filosoof Kunneman (2006) aan de hand van een metafoor van lantaarnpalen en kampvuurtjes. De lantaarnpalen staan voor de management logica, waarin doelmatigheid en doeltreffendheid van zorg centraal staan (Van Dartel & De Witte, 2014). Alleen is niet alles beheersbaar in de zorg, waardoor het gevaar bestaat dat wat buiten het licht valt als bijzaak wordt gezien. En juist daar maken zorgverleners kampvuurtjes om ruimte te maken voor dat waar het voor hen om draait in de zorg. Waar in het licht van de lantaarnpalen zorg meetbare output is, wordt het in het licht van de kampvuurtjes een moreel geladen proces (Van Elteren, Kunneman & Rozing, 2006). De lantaarnpalen zijn te begrijpen vanuit het oogpunt van beheersbaarheid en transparantie, terwijl voor de verpleegkundigen de kampvuurtjes van belang zijn, omdat daarin betekenis aan hun werk gegeven kan worden (Van Elteren, Kunneman & Rozing, 2006).

De betekenis van zorg kan ook bijdragen aan het beheersbaar maken van zorg (Van Dartel & De Witte, 2014). Verpleegkundigen werken immers in een zorgomgeving die vraagt om beheersbaarheid, terwijl zorgen gelijktijdig ook ongewis en betekenisvol is (Van Dartel & De Witte, 2014). In het licht van de metafoor van Kunneman is de technische, wetenschappelijke benadering van het verpleegkundig vak te begrijpen. In een benadering van zorg waarin meetbaarheid en beheersbaarheid centraal staan, past namelijk een technische en wetenschappelijke benadering. Moraliteit is immers veel lastiger te meten. Dit neemt echter niet weg dat hetgeen wat niet meetbaar is, niet meetelt. In een institutionele omgeving waar de

lantaarnpalen als belangrijkste lichtbron worden gezien is het daarom van belang dat ook het licht van de kampvuurtjes wordt gebruikt. Voor verpleegkundigen ligt de nadruk namelijk niet zozeer op een technische kant van verplegen, maar op de morele lading van het verplegen.

2.2.2 Verantwoordelijkheid

De overheid draagt de verantwoordelijkheid voor het leveren van goede en betaalbare zorg in het algemeen, maar ze staat daarbij wel op afstand (Tonkens, 2008). Om de zorg toch te kunnen controleren, wordt zorg kwantificeerbaar gemaakt. Alleen is meten niet slechts een techniek, het beïnvloedt ook identiteiten en verhoudingen (Bal & Zuiderent – Jerak, 2011; Swierstra & Tonkens, 2008). Een voorbeeld hiervan is de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige in het dagelijks werk. Daarin is het verantwoordingsproces omgedraaid van verantwoording vooraf naar verantwoording achteraf: waar eerst benodigde diploma's voldoende waren om aan te tonen dat er verantwoord gehandeld wordt, moet de verpleegkundige dat nu ook achteraf aantonen, vooral aan externe instanties (Putters, Frissen & Foekema, 2006).

Walker (1998), filosoof, plaatst verantwoordelijkheid in een expressief – collaboratief model. Expressief, omdat het morele handelen van mensen als uitgangspunt wordt genomen en collaboratief omdat morele kennis gezamenlijk tot stand komt. Verantwoordelijkheid wordt zichtbaar in wat mensen (samen) doen en niet in wat mensen zeggen dat ze doen. Walker zet verantwoordelijkheid dus niet op afstand, maar concreet in het handelen zelf. Van Heijst (2005) merkt op dat er grenzen zitten aan verantwoordelijkheid, omdat iemand niet simpelweg overal verantwoordelijk voor kan zijn. Tegelijkertijd is dit volgens haar niet een excuus om op afstand van de patiënt te blijven staan. De verantwoordelijkheid van verpleegkundigen is dus niet een statische verantwoordelijkheid, maar één die zichtbaar wordt in de zorgpraktijk, waarin gezocht wordt naar balans in verantwoordelijkheid (Van Heijst, 2005). Waar de overheid verantwoordelijk is op afstand, is de verpleegkundige direct verantwoordelijk omdat zij degene is die daadwerkelijk zorgt, zie ook 2.2.

2.2.3 Handelen

Filosoof Hannah Arendt (1906 - 1976) kijkt, evenals Walker, naar wat zich voordoet tussen mensen. Arendt definieert handelen als een activiteit die tussen mensen plaatsvindt, waarbij het doel in het handelen vorm krijgt, namelijk de menselijke interactie. Vanwege deze menselijke interactie heeft handelen altijd een vorm van ongewisheid. Van Heijst (2005) gebruikt in haar denken over 'Menslievende Zorg' het werk van Arendt over handelen: zorgen is ongewis en gebeurt tussen twee mensen, de verpleegkundige en de patiënt, die in relatie

staan. Van Heijst (2005, p.118) heeft dan ook kritiek op dat de zorgrelatie steeds meer veranderd in een gestroomlijnd zorgproces waarbij de verpleegkundige een zorginstrument wordt en onvoorspelbaarheid zoveel mogelijk wordt uitgebannen. Volgens Van Heijst (2005) vinden namelijk altijd onvoorziene gebeurtenissen plaats op plekken waar gezorgd wordt. Het varieert per patiënt en per situatie, maar er is altijd sprake van afhankelijkheid, ziekte of overlijden. Door het onverwachte uit te bannen, krijgt de zorgverlener steeds minder eigen ruimte om te handelen (Van Heijst, 2005). Kohlen (2015), *zorgethica*, denkt hier op verder en beschrijft dat door de externe controle in de zorg en de grote rol van statistieken het onvoorspelbare als een bedreiging wordt gezien. Kohlen waarschuwt hiervoor omdat door het onvoorspelbare uit het handelen te halen, het menselijke aspect uit het verplegen verdwijnt. Hiermee biedt de visie van Kohlen een aanvulling op het denken van Van Heijst.

Het menselijke onderdeel van handelen kan op gespannen voet staan met het organiseren van zorg. Tegelijkertijd heeft dit organiseren van zorg positieve kanten: het voorkomt dat zorg chaotisch wordt en zorgt ervoor dat verplegen plaatsvindt volgens de laatste richtlijnen, waardoor de kans dat de patiënt de juiste behandeling krijgt groter is (Van Dartel & Witte, 2014; Van Heijst, 2005). Hieruit wordt geconcludeerd dat richtlijnen, voorschriften en protocollen belangrijk zijn, maar het blijft van belang dat er een besef is dat zorgen altijd een bepaalde mate van ongewisheid in zich heeft. En juist in het ongewisse kan moraliteit een rol spelen omdat er niet teruggevallen kan worden op richtlijnen en voorschriften.

2.2.4 Verplegen en moraliteit

Verpleegkundigen hebben geleerd technisch handelen te zien als kern van hun beroep. Van Dartel (2017) stelt dat technisch handelen belangrijk is, maar dat de kern van het verplegen zit in de morele dimensie van verplegen. Ook Kunneman (2006) neemt het morele aspect van zorg als uitgangspunt waarbinnen het technisch handelen plaatsvindt. Verplegen vindt plaats in een betrokken afstemming met de patiënt en moet doelgericht en vakkundig gebeuren (Van Heijst, 2005.) Een interventie kan echter niet worden gezien als enig onderdeel van professioneel zorgen (Van Heijst, 2005, p. 132). Het gaat namelijk niet alleen om de technische kennis met als doel de situatie van de patiënt te verbeteren, maar juist om de kennis om te bepalen of wat technisch mogelijk is, ook moreel wenselijk is (Van Dartel, 2017). Als moreel en normatief handelen ook onderdeel zijn van de professionaliteit, heeft de verpleegkundige de ruimte om te zorgen vanuit eigen mogelijkheden en capaciteiten (Van Dartel, 2017). Dus niet alleen het infuus op de juiste manier inbrengen, maar ook aandacht hebben voor de patiënt die het infuus krijgt. Een verpleegkundige hoort dan ook altijd bereid

te zijn om verantwoording af te leggen voor de gemaakte keuzes (Van Dartel & Witte, 2014). De kern van professionaliteit is dan ook het vermogen van de verpleegkundige om bewust normatieve keuzes te maken die recht doen aan de unieke situatie (Van Dartel & Witte, 2014). Een verpleegkundige kan dus zowel vakkundig en technisch goed werken, maar weet ook hoe dit handelen bijdraagt aan goede zorg voor die ene patiënt, ook in onvoorspelbare situaties.

2.2.5 Goed verplegen volgens het verpleegkundig beroepsprofiel

Het verpleegkundig beroepsprofiel beschrijft de inhoud van het beroep, de eisen waaraan minimaal moet worden voldaan en de competenties waarover verpleegkundigen moeten beschikken (V&VN, 2012). Het verpleegkundig beroepsprofiel is opgesteld door verschillende partijen in de samenleving zoals werkgevers, inspectie en onderwijsinstellingen (Van Dartel, 2017). Hierdoor gaat het niet alleen over de zorgpraktijk, maar spelen onder andere machtsbelangen een rol op beleidsniveau (Van Dartel, 2017). Vanuit zorgethisch perspectief vallen een aantal dingen op in het beroepsprofiel. Als eerste wordt benoemd dat de verpleegkundige bewust is van de morele lading van het beroep, omdat ze het goede zoekt voor de patiënt (blz. 25). Hoe die morele lading eruit ziet en hoe de verpleegkundige daar bewust van is, blijft onduidelijk.

Ten tweede ligt in de rol van de verpleegkundige als zorgverlener de nadruk op vormen van klinisch redeneren⁹ en op zelfmanagement¹⁰. Er is dan sprake van interactie tussen patiënt en verpleegkundige, maar het is vooral de verpleegkundige die op basis van kennis en expertise bepaalt wat er gaat gebeuren (Van Dartel, 2017). Terwijl het vanuit zorgethisch perspectief niet alleen gaat om zorg geven, maar om de zorg samen met de patiënt en diens naasten vormgeven en bij de patiënt nagaan of de zorg zoals die verleend is voldeed aan wat goed is (Van Nistelrooij et al., 2017; Tronto, 1993). Verplegen kan namelijk niet alleen plaatsvinden op basis van wetenschappelijke kennis, het gaat ook om hoe deze kennis wordt toegepast door de verpleegkundige en hoe de patiënt dat waardeert (Van Dartel, 2017). Als laatste legt het beroepsprofiel nadruk op (het bevorderen van) de zelfredzaamheid van de patiënt door de verpleegkundige. Een te grote focus op zelfredzaamheid heeft als risico dat voorbij gegaan wordt aan het lijden en het onoplosbare, terwijl zorgen vanuit zorgethisch perspectief juist

⁹ “De verpleegkundige stelt op basis van klinisch redeneren de behoefte aan verpleegkundige zorg vast op lichamenlijk, psychisch, functioneel en sociaal gebied, indiceert en verleent deze zorg in complexe situaties, volgens het verpleegkundig proces, op basis van evidence-based practice” (Blz. 16)

¹⁰ “De verpleegkundige versterkt (voor zover mogelijk) het zelfmanagement van mensen in hun sociale context. Hij richt zich daarbij op gezamenlijke besluitvorming met de zorgvrager en diens naasten en houdt hierbij rekening met de diversiteit in persoonlijke eigenschappen, etnische, culturele en levensbeschouwelijke achtergronden en ideologische overtuigen” (Blz. 13)

gaat om het bijstaan van de patiënt in het lijden (Baart, 1997; Van Heijst, 2005). Het beroepsprofiel is zeker ook belangrijk, want het is van belang dat de verpleegkundige zich eraan spiegelt zodat de patiënt erop kan vertrouwen dat er geen misbruik wordt gemaakt van zijn afhankelijkheid en kwetsbaarheid (Ten Bos, 2003). Het behoeft daarbij echter ook aandacht voor het morele dat hierin niet verdwijnt: verplegen gaat namelijk over het zorgen voor een ander mens (Van Dartel, 2017; Van Heijst, 2005).

Vanuit de institutionele dimensie wordt zichtbaar dat de manier waarop ‘goed verplegen’ wordt geconceptualiseerd in het beroepsprofiel het technisch en wetenschappelijk handelen voorop stelt, terwijl zorgethische bronnen juist laten zien dat goed verplegen ook gaat over moraliteit die gevormd wordt in de relationele zorgpraktijk.

2.3 Persoonlijke dimensie

Een verpleegkundige brengt niet alleen een professionele maar ook een persoonlijke dimensie met zich mee (Öhlén & Segesten, 1998, geciteerd in Olthuis, 2007). In deze paragraaf wordt dan ook de persoonlijke dimensie van de verpleegkundige toegelicht aan de hand van de visie van de Franse filosoof Ricoeur (1913-2005) op identiteit. Vervolgens wordt er ingegaan op persoonlijke professionaliteit en diens invloed op bezieling in de zorg. Er wordt afgesloten met een paragraaf over praktische wijsheid als vorm van kennis.

2.3.1 Identiteit

Ricoeur (1994, geciteerd in Olthuis, 2007) beschrijft een identiteit van gelijkheid (*idem*) als een eenheid die onveranderlijk is, maar ook een identiteit die door de veranderlijkheid blijft bestaan (*ipse*). In de *ipse* identiteit staat de ‘zelf’ in dialectiek met de ander: de zelf kan niet gedacht worden zonder de ander. De verpleegkundige als persoon vormt mede de verpleegkundige als professional, waarbij de identiteit ook wordt beïnvloed door degene met wie ze in relatie staat (*ipse*). De persoonlijke en professionele identiteit zijn dezelfde jonge oncologieverpleegkundige (*idem*), maar de identiteit is ook veranderlijk en wordt gevormd door de patiënt, collega, werkplek of privéomstandigheden (*ipse*). Öhlén en Segesten (1998, in Olthuis, 2007) omschrijven dan ook de professionele identiteit als het gevoel dat je een persoon bent, een verpleegkundige met vaardigheden en verantwoordelijkheid.

2.3.2 Persoonlijke professionaliteit

Baart (1997) bekritiseert dat professioneel hulpverleners steeds vaker gezien wordt als het doelgericht uitvoeren van handelingen door een bekwame professional. Hierin merkt Baart op

dat het persoonlijke aspect van professionaliteit wordt gemist. Ethiek begint immers daar waar zorgverleners de complexiteit van handelen onder ogen zien, en niet alleen als de technische kant van zorg verlenen (Forester, in Vosman, 2008). Een verpleegkundige wordt als professioneel gezien als ze rationeel en objectiverend is, maar ondertussen kan ze ook geraakt worden door de situatie (Van Heijst, 2005). In de definitie van professioneel hulpverleners van Öhlén en Segesten (1998) wordt wel het menselijke aspect gekoppeld aan de professionele identiteit. Tevens stelt Olthuis (2007) dat de ervaringen en gevoelens die de professional in de zorgpraktijk heeft, verbonden zijn aan het beeld van het goede leven dat deze professional als persoon voor ogen heeft. Als de persoonlijke blik op het goede leven niet overeenkomt met de ervaring en het gevoel van een verpleegkundige, wordt het voor de verpleegkundige moeilijker om goede zorg te leveren. Van Dartel (2017) merkt hierbij op dat wat de ene verpleegkundige als goed verplegen ziet, niet altijd door de patiënt of collega als goed verplegen wordt beschouwd. Van Dartel (2017) ziet dat niet gelijk als probleem, maar als mogelijkheid om het gesprek aan te gaan over wat goed verplegen inhoudt. Zie ook paragraaf 2.3 over de interpersoonlijke dimensie.

2.3.3 Bezieling in de zorg

Verplegen heeft een waarde geladen basis, omdat het verplegen ook raakt aan betekenis en zingeving voor zowel de patiënt als de verpleegkundigen (Van Heijst, 2005). Volgens hoogleraar zorgethiek Leget en medisch ethicus Peijnenburg (2011) is de persoonlijke bezieling van de verpleegkundige van groot belang, omdat het niet alleen één van de drijfveren is, maar juist ook helpt om het werk vol te houden. Deze betekenis en zingeving staat onder druk door een zorgsysteem dat gedomineerd wordt door marktdenken en instituties die worden verdreven door systemen waardoor verpleegkundigen veranderen in een 'bundel van gewenste praktijken' (Dubet, 2002, geciteerd in Vosman & Baart 2008, p 41). Als verpleegkundigen veranderen tot professionals die alleen gewenste taken uitvoeren, blijft er weinig ruimte meer over voor betekenis en zin en daarmee ook voor de drijfveren.

Verpleegkundigen worden niet alleen door hun werk en opleiding gevormd, maar ze worden ook gesocialiseerd door protocollen en regelgeving (Van Heijst & Vosman, 2010). Dit wakkert geïnstitutionaliseerd wantrouwen aan en ondermijnt zowel de capaciteit om zelf oplossingen te vinden als ook het zelfvertrouwen van verpleegkundigen (Van Heijst, 2005). Door zorg vast te leggen in protocollen, verdwijnt namelijk het unieke van de situatie zoals de verpleegkundige die tegenkomt in de praktijk (Van Heijst, 2005) en wordt de ruimte voor persoonlijke inzichten en praktische ervaringen steeds kleiner (Olthuis, 2011). Het vermogen

van de zorgverleners om het goede te blijven zien neemt af, waardoor de bezieling voor de zorg kan verdwijnen.

2.3.4 Praktische wijsheid

Vosman (2008), *zorgethicus*, stelt dat in het kwaliteitsdenken over de zorg moraal aanwezig is; alleen doet deze moraal geen recht aan de complexiteit en tragiek van het handelen van de verpleegkundige zelf. Hierdoor wordt de moraal in het verplegen omzeild. Zoals beschreven in 2.1.3 hoort bij het handelen in de zorg onzekerheid en ongewisheid (Van Heijst, 2005). Om in de spanning tussen doelen en handelen te ontdekken wat relevant is, om van daaruit te handelen en te leren van wat niet goed gegaan is, is volgens Vosman (2008) praktische wijsheid nodig. Praktische wijsheid bestaat voor een deel uit stille morele kennis, *tacit knowledge* (Vosman 2008). Dit is kennis die niet makkelijk is uit te leggen. Er wordt namelijk gebruik gemaakt van vuistregels, intuïtie en het herkennen van patronen (Epstein & Hudert, 2002, geciteerd in Olthuis, 2007). Vosman pleit dan ook voor het ruimte maken voor praktische wijsheid van ervaren verpleegkundigen. Praktische wijsheid is moreel gekwalificeerd, omdat juist daarin goede zorg zichtbaar wordt (Vosman, 2008). Een technisch goede verpleegkundige hoeft namelijk niet per definitie een moreel goede verpleegkundige te zijn. Praktische wijsheid wordt ontwikkeld door ervaring op te doen, daarop te reflecteren en te spiegelen aan collega's die als rolmodel dienen (Van Dartel, 2017). Deze kennis is voor verpleegkundigen van groot belang in de zoektocht naar wat goede zorg is voor de patiënt. Vanuit de persoonlijke dimensie wordt zichtbaar dat de verpleegkundige gevormd wordt door haar persoonlijkheid, haar omgeving en ervaring. Hierin speelt moraliteit een belangrijke rol om een verpleegkundige te zijn die niet alleen weet wat ze doet, maar ook gepassioneerd is over het zorgen.

2.4 Interpersoonlijke dimensie

Elk individu is ingebed in zorgrelaties waarin de kwetsbare behoeften van het individu worden omarmt door relaties (Kittay, 1999) Zorgethiek richt zich dan ook op een breder relationeel netwerk. Gezien de omvang van de thesis is er gekozen om twee relaties uit te lichten die het meest relevant lijken voor de morele ontwikkeling van de verpleegkundige. De volgende paragraaf zal aansluitend op bovenstaande gaan over het interpersoonlijke: zowel de relatie van verpleegkundigen met de patiënt als de relatie met collega's. De technische kennis en vaardigheden worden toegepast in omstandigheden die door specifieke

verantwoordelijkheden en relationele condities gevormd zijn (Van Dartel, 2014). Daarnaast kunnen verpleegkundigen niet geïsoleerd nadenken over de betekenis van verplegen, maar zijn de patiënt en de collega daarbij nodig (Van Dartel, 2017).

2.4.1 Relatie met de patiënt

Het hart van verplegen wordt gevormd door de relatie tussen de verpleegkundige en de patiënt (Bishop & Scudder, 2003). In de zorg voor de patiënt gaat de verpleegkundige niet alleen een professionele relatie aan met de patiënt, maar er is ook altijd contact van mens tot mens (Van Heijst, 2005; Randall & Downie, 1999). Van Heijst (2005, pp 98 - 99) beschrijft, op basis van Arendt, dat verpleegkundige en patiënt ‘gelijk qua uniekheid’ zijn. Ze zijn gelijk in dat wat ze gemeenschappelijk hebben en in het feit dat ze beide uniek zijn. Het menselijk bestaan bestaat uit een relationeel web; mensen laten zien wie ze zijn en spreken en handelen ten opzichte van elkaar (Arendt, in Van Heijst, 2005, p 102). De zorgrelatie tussen de verpleegkundige en patiënt is gebaseerd op vertrouwen. Vertrouwen dat onder druk komt te staan in een technologisch georiënteerd zorglandschap. Het risico is dat de primaire verantwoordelijkheid, namelijk het welzijn van de kwetsbare patiënt, uit het oog verloren wordt (Olthuis, 2007). Volgens van Heijst (2005) behandelt de verpleegkundige iedereen gelijk, maar ondertussen is ze ook bewust van het feit dat deze ene patiënt afwijkt van het gemiddelde en aangepaste zorg nodig heeft. Ze beschrijft dan ook op basis van de presentietheorie van Baart (2001) vier karakteristieken van een zorgrelatie (Van Heijst, 2005, p 206 – 209):

1. Een relatie mag nooit alleen maar een middel zijn, maar moet ook een doel in zichzelf blijven.
2. Een professional wendt zich niet af van het lijden van de patiënt, maar deelt daarin.
3. Professionals bewegen zich welbewust naar de leefwereld toe van de zorgontvangers. Wie in een relatie staat, geeft ook iets van zichzelf bloot. In professionele persoonlijke relaties gaat het goed van de ander per definitie voor.
4. Andere invulling van spanning tussen ongelijkheid en gelijkheid. Het punt waarop een zorgrelatie begint, is ongelijk en dat is ook goed op zichzelf.

In deze karakteristieken komt de kern van ‘Menslievende zorg’ volgens Van Heijst (2005) naar voren: de patiënt bijstaan en niet verlaten in het lijden. Het lijden van de patiënt kan (vaak) niet worden opgelost. De verpleegkundige moet openstaan voor de kwetsbaarheid van de patiënten voor wie zij voor zorgt, maar tegelijkertijd moet ze niet worden overspoeld door het lijden en de pijn (Nordvedt, 2007). In deze confrontatie met het lijden kan het zijn dat de verpleegkundige over het leed van de patiënt heenstapt. Baart (1996) waarschuwt voor de

zelftroost van de professional waarin de verpleegkundige zich beperkt tot het gedeelte waar ze kan ingrijpen, maar de patiënt in de steek laat bij het lijden waar geen antwoord op is. Van Heijst (2005) beschrijft dat verpleegkundigen de patiënt en zichzelf niet voorbijlopen door juist het grensvlak van verantwoordelijkheid en tragiek te verkennen (Van Heijst, 2005, p154). Van Heijst zet dan ook centraal dat wat er ook gebeurt, de patiënt mag niet alleen worden gelaten bij het lijden.

In haar denken over de zorgrelatie grijpt Van Heijst weer terug op Arendt: mensen zijn gelijk, ook in het uniek zijn. Daarom ligt niet per definitie de macht in de zorgrelatie bij verpleegkundigen en de behoefte bij de patiënt, de zorgverlener is ook behoeftig en de patiënt kan ook macht hebben (Kittay, 1999; Van Heijst, 2005; Olthuis, 2007). Volgens Walker (1998) kunnen de verpleegkundigen en patiënten zin geven aan elkaars bestaan omdat ze verantwoordelijk zijn. Van Heijst (2005) beschrijft dat verplegen niet alleen een zware kant heeft, namelijk het geraakt worden door leed, maar juist ook wordt verlicht door de interesse in en het plezier met patiënten. Olthuis (2007) legt een relatie tussen de behoefte van verpleegkundigen en de *Caritas*, de historische standaard voor excellente zorg, waarin wederkerigheid tussen geven en ontvangen in de zorgrelatie centraal staat. Het streven van verpleegkundigen is om kwaliteit van leven van de patiënt te verbeteren. Ondertussen kan de patiënt ook bijdragen aan de kwaliteit van leven van verpleegkundigen; de zelfachting van de verpleegkundige wordt vergroot wanneer ze in staat is goede zorg te leveren (Olthuis, 2007). Relationele wederkerigheid tussen een patiënt en verpleegkundige gaat daarmee niet alleen over zoeken naar een verhouding tot de ziekte en het lijden, maar ook afstemmen op het goed van de ander (Van Heijst, 2005, p 243). Olthuis (2007, pp 101-102) beschrijft dan ook de volgende twee morele voorwaarden waaraan een zorgrelatie moet voldoen: het commitment van verpleegkundigen om het goede te zoeken voor de patiënt en het vertrouwen van de patiënt in dat commitment. Zo geeft de zorgrelatie op zichzelf zin, zowel voor verpleegkundigen als voor patiënten.

2.4.2 Relatie met de collega

De persoonlijke identiteit van verpleegkundigen wordt mede ontwikkeld door de interactie met collega's waarbij relevante kennis, vaardigheden, normen, waarden en de professionele verpleegkundige cultuur geïnternaliseerd worden (Olthuis, 2007, p. 100). In de wetenschappelijke probleemstelling wordt het 'verborgen curriculum' al genoemd. In de praktijk leren beginnende verpleegkundigen door persoonlijke ervaringen, verhalen van patiënten, maar ook van de ervaren collega's die als rolmodel fungeren. Bewust en onbewust

heeft elke blik, elk woord, elke handeling, of juist het ontbreken daarvan een betekenis voor de beginnende verpleegkundige (Gofton & Regehr, 2006). Dit kan zowel een positieve als een negatieve leerervaring zijn (Aultman, 2005; Chuang et al, 2010). Verpleegkundigen moeten bewust zijn van persoonlijke capaciteiten en beperkingen, en daarbij reflecteren op het handelen door eigen ervaringen te overwegen in het toepassen van professionele kennis en kunde (Olthuis, 2007). Reflectie hoort bij het handelen van de verpleegkundigen, omdat het beroep moreel geladen is. Het multidisciplinair team speelt in deze reflectie een belangrijke rol (Van Dartel & De Witte, 2014). Hierbij vindt niet alleen reflectie plaats op wat goed gegaan is, maar juist ook op wat niet goed gegaan is (Vosman, 2008). Reflectie speelt ook een rol in het behouden van professionele motivatie en commitment (Olthuis, 2007). De beroepspraktijk is hierdoor een leerschool en toetssteen waarbij de verpleegkundigen binnen hun multidisciplinair team gezamenlijk een professionele ontwikkeling doormaken.

De verpleegkundige wordt dus gevormd door de relatie met de patiënt, waarin een wisselwerking plaatsvindt tussen de verpleegkundige en de patiënt. En door de relatie met collega's, die als rolmodel dient en waarmee gereflecteerd wordt over het verplegen.

2.5 Conclusie

In dit theoretisch kader is de moraliteit van verplegen beschreven vanuit (zorg)ethisch oogpunt. Goed handelen is situatieafhankelijk en in die situatie kunnen dan juist verschillende morele waarden, maar ook de gevolgen, regels en deugden een rol spelen. Moraliteit van verplegen is beschreven vanuit de institutionele, persoonlijke en interpersoonlijke dimensie. De morele dimensie van zorgen speelt een bepalende rol in hoe verpleegkundigen het beroep uitoefenen. In de institutionele dimensie werd duidelijk hoe moraliteit onder druk kan komen te staan en hoe de onvoorspelbaarheid en daarmee het menselijke uit het verplegen wordt gehaald. De visie van de verpleegkundige op moraliteit wordt vanuit de persoonlijke dimensie gevormd door wie de verpleegkundige is, de ervaring die ze heeft en haar omgeving. De visie van de verpleegkundige op moraliteit wordt vanuit de interpersoonlijke dimensie gevormd in de zorgpraktijk door de relatie met de patiënt en collega's. Voor verpleegkundigen is moraliteit niet alleen verbonden met het goed verplegen van de patiënt, maar ook met bezieling en werkplezier.

De verschillende visies van de auteurs laten ook een spanningsveld zien: ruimte geven aan het morele aspect van verplegen te midden van een technisch en wetenschappelijke focus. Deze

spanning komt samen in de positie van verpleegkundigen: er moet technisch en wetenschappelijk goede zorg worden geleverd. In de zorg worden verantwoordelijkheidspraktijken blootgelegd door de zorg inzichtelijk te maken, maar in dat inzichtelijk maken is weinig ruimte voor het morele onderdeel van verplegen. Toch kan technisch, wetenschappelijk handelen niet los worden gezien van moraal. Ook in technisch goed handelen is moraliteit zichtbaar en kan zorg daar betekenis krijgen. Het empirische gedeelte van dit onderzoek zal dan ook onderzoeken hoe jonge oncologieverpleegkundigen hun visie op de morele dimensie van de kunst van verplegen vormen en wat dit betekent voor het denken over goed verplegen.

3. METHODE

Zorgethiek stelt het gewone leven van mensen het vertrekpunt van ethiek (Leget et al., 2017). Naast theoretisch onderzoek is empirisch onderzoek dan ook van groot belang voor zorgethisch onderzoek. Conceptuele en empirische inzichten staan in een dialectische verhouding omdat zo zichtbaar wordt waar ze elkaar aanvullen of versterken (Leget et al., 2017). Er wordt een conceptuele lens gevormd, die continu wordt bijgesteld. Met deze lens wordt gekeken naar wat er op het spel staat in de geleefde ervaring, zorgpraktijken en de ordening in de samenleving (Leget et al., 2017). In de geleefde ervaring kunnen de zorgontvangers bepalen wat voor hen goede zorg is. Zorg is daarbij een relationele praktijk die ingebed is in de structuren van een samenleving (Leget et al., 2017). In die structuren wordt zichtbaar wat van invloed is op de zorg zoals die geleverd wordt.

3.1 Onderzoeksbenadering

In dit zorgethische onderzoek wordt gebruik gemaakt van *Grounded theory* (GT). GT verwijst naar zowel de theorie die ontwikkeld is als naar de analytische methode die wordt gebruikt om tot de theorie te komen (Charmaz, 2008). GT ontwikkelt een nieuwe theorie die ‘gegrond’ is in de data van de participanten die een proces ondergaan (Creswell, 2013). Vanuit de zorgethiek is dit interessant omdat de ervaring van de directbetrokkenen centraal staat. Het startpunt van GT ligt in 1967 bij de sociologen Glaser en Straus die een tegengeluid gaven aan de dominantie van kwantitatief onderzoek. Door GT wordt een theorie ontwikkeld die een raamwerk geeft waarin het fenomeen dat onderzocht is, begrepen kan worden (De Boer, 2016). GT is in dit onderzoek gebruikt om antwoord te geven op de vraag hoe beginnende oncologieverpleegkundigen een visie vormen op de morele dimensie van de kunst van verplegen is.

3.2 Onderzoeksmethode

Hoe GT gebruikt wordt hangt af van de epistemologische standpunten van de onderzoeker. In dit onderzoek wordt de constructivistische GT-benadering volgens socioloog Charmaz (2006, 2014) gevolgd. Charmaz neemt de volgende standpunten in:

- Realiteit is meervoudig, procesgebonden en geconstrueerd, maar wel altijd geplaatst in een context;
- Het onderzoeksproces doet zich voor in interactie tussen de onderzoeker en de participant;
- GT houdt rekening met de positionaliteit van zowel de onderzoeker als de participant;
- De onderzoeker en het onderzochte construeren samen de data, waarbij de data een product zijn van het onderzoeksproces en niet van een observatie.

Bij constructivistische GT gaat het niet om een theorie die verschijnt uit de data. Het is de onderzoeker die categorieën construeert uit de data (Charmaz, 2014). In plaats van het streven naar een generalisatie zonder context, wordt gestreefd naar een interpretatief begrijpen van het bestudeerde fenomeen in zijn context (Charmaz, 2014). In dit onderzoek lag de focus op het verplegen en werd een interpretatiekader geconstrueerd vanuit het theoretisch kader (De Boer, 2016). Zo is een morele dimensie geconstrueerd uit de visie van jonge oncologieverpleegkundigen op de kunst van het verplegen.

Over het gebruik van literatuur binnen de GT wordt verschillend gedacht. Zo wordt in de traditionele vorm gebruik van literatuur afgeraden om contaminatie van de data te voorkomen (Glaser, 1992, in Mills, Bonner & Francis, 2006). Straus en Corbin (1998) zien juist de literatuur als een bron van kennis die bijdraagt aan de theoretische reconstructie van de onderzoeker (Mills, Bonner & Francis, 2006). In dit onderzoek is wel gekozen voor een theoretisch kader om de onderzoeker zo sensitief te maken voor concepten die gebruikt kunnen worden wanneer de data geanalyseerd wordt (Mills, Bonner & Francis, 2006). Daarnaast is het theoretisch kader gebruikt om dit onderzoek te positioneren binnen de zorgethiek.

3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

De zes participanten binnen het onderzoek vormen een homogene groep omdat in GT het ontwikkelen van een theorie centraal staat. Om ook daadwerkelijk uitspraken te kunnen doen, moeten de participanten gedeelde kenmerken hebben (Creswell, 2013). De participanten zijn werkzaam als oncologieverpleegkundige op één van de interne of chirurgische verpleegafdelingen in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis (AvL) en zij zijn tussen de 24 en 27 jaar oud waarbij ze maximaal drie jaar geleden de oncologie specialisatie met succes hebben afgerond. Deze verpleegkundigen hebben werkervaring genoeg om een visie op verplegen te hebben, maar ze zijn ondertussen ook nog volop in ontwikkeling.

3.4 Dataverzameling

Bij GT wordt niet een hypothese getest, maar wordt via inductie tot inzicht gekomen. Toch wordt er wel gebruik gemaakt van richtinggevende concepten die het uitgangspunt vormen voor het bestuderen van empirische gegevens, namelijk *sensitizing concepts* (Bowen, 2006). Deze *sensitizing concepts* geven een eerste richting aan het onderzoek en zijn een voorlopig handvat voor het ontwikkelen van ideeën over het proces en het definiëren in de data. Het is een vertrekpunt in het onderzoek waarbij tegelijkertijd wel de openheid om te onderzoeken wordt behouden (Charmaz, 2014). De *sensitizing concepts* gidsen de onderzoeker en geven richting in het voorbereiden van de interviews, het afnemen van de interviews en tijdens de data-analyse. De *sensitizing concepts* zijn opgesteld vanuit het theoretisch kader en persoonlijke ervaringen. Ze worden weergegeven in tabel 1.

Kunst van het verplegen	Factoren die (niet) bijdroegen aan ontwikkeling
Wat is níét de kunst van het verplegen	Personen die (niet) bijdroegen aan ontwikkeling
Betrokkenen	<i>Hidden curriculum</i>
Persoon versus professional	Generaties
Wat is nodig om het goede te doen?	Reflectie
Bezieling in de zorg	Persoonlijke houding
Invloed van instituties	Protocollen en richtlijnen
Lantaarnpalen en kampvuurtjes	Verantwoordelijkheid

Tabel 1: *sensitizing concepts*

Dat dataverzameling was een cyclus van verzamelen, analyseren en reflectie. Door middel van intensief interviewen werd op basis van de *sensitizing concepts* de data verzameld. Intensief interviewen houdt in dat er een voorzichtig gestuurde, eenzijdige conversatie plaatsvindt die onderzoekt wat de visie van de verpleegkundige is (Charmaz, 2014). De focus ligt op de uitspraken die de respondent doet over de ervaring, hoe de ervaring beschreven wordt en wat het voor hen betekent (idem, 2014). Er werd gebruik gemaakt van een interviewprotocol, zie bijlage 2, omdat dit houvast biedt om tot beantwoording van de hoofdvraag te komen. In dit protocol is gezocht naar een balans tussen de focus op de onderwerpen die de onderzoeker belangrijk vindt, maar tegelijkertijd is er ook ruimte gelaten om nieuwe onderwerpen tevoorschijn te laten komen. Bij constructivistische GT wordt vooral gebruik gemaakt van ‘wat’ en ‘hoe’ vragen. De onderzoeker is constant reflexief over de aard van de vragen, hoe de vraag overkomt bij de participant en wat voor invloed het heeft op de resultaten (Charmaz, 2014)

De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd door de onderzoeker. Door te transcriberen gaan de levendige details niet verloren in abstractie (Charmaz, 2014). Ook geeft het inzicht in de opbouw van het interview (Idem, 2014). In het hele onderzoeksproces hebben gedeelde ervaringen en interpretaties van de onderzoeker, respondenten en meelezers geleid tot een interpretatieve constructivistische theorie over de ontwikkeling van een visie op de morele dimensie van verplegen (Creswell, 2013; De Boer, 2016).

3.5 Data-analyse

Bij de data-analyse lag de nadruk niet op hoe de data worden gereproduceerd, maar op hoe de data werden geïnterpreteerd. Coderen hielp definiëren wat de data constitueert en maakte impliciete mening, acties en processen meer zichtbaar (Charmaz, 2014). Door de codes werd een analytisch frame gebouwd voor de analyse en probeerde de onderzoeker om de mening en acties vanuit het perspectief van de participant te begrijpen. Tijdens de data-analyse is regelmatig overleg geweest met de thesisbegeleider en een medestudent om open naar de data te blijven kijken en eventuele blinde vlekken op te sporen.

De volgende stappen zijn gezet (Charmaz, 2014, in de Boer, 2016):

1. Na een eerste fase van dataverzameling is gestart met data-analyse in de vorm van *initial coding* waarbij het verzamelde materiaal nauwkeurig, maar open gelezen werd en er codewoorden zijn toegekend.
2. In de tweede fase is gericht gecodeerd, *focused coding*. Hierdoor werd er zicht verkregen op de codewoorden die het proces het beste kunnen weergeven.
3. Vanaf de start worden memo's geschreven over observaties en gedachten over het onderzoek om de gedachtegang en besluitvorming van de onderzoeker tijdens het proces te documenteren om inzicht te geven in de besluitvorming tot het ontwikkelen van een theorie;
4. *Theoretical sampling*: de *sensitizing concepts* werden vertaald in categorieën. Normaal gesproken zou op basis hiervan bepaald worden welke aanvullende informatie nog meer nodig is. Gezien de beperkt beschikbare tijd van dit onderzoek is dit niet gedaan;
5. *Theoretical coding*: er werden theoretische codes beschreven om relaties te kunnen duiden tussen de categorieën uit de *focused – coding* fase om zo tot een geïntegreerd niveau in de analyse te komen. De theoretische codes droegen bij aan de precisie en helderheid van de verhaallijn die werd ontwikkeld op basis van de analyse;

6. De resultaten zijn weergegeven in de vorm van een ‘actieve’ constructivistische theorie, met een accent op handelingen en processen en niet op individuen. Hierbij is vooral gekeken naar de gebeurtenissen en ervaringen en hoe die zich tot elkaar verhouden.
7. Als laatste zijn de resultaten in discussie geplaatst in de reeds bestaande (zorg)ethische literatuur.

3.6 Ethische overwegingen

In dit onderzoek is gestreefd recht te doen aan de privacy, voorlichting en instemming van de personen die bij het onderzoek betrokken zijn (Creswell, 2013). De respondenten zijn benaderd via e-mail waarbij zij informatie hebben gekregen over het onderzoek. Voor de interviews werden gehouden is een *informed consent* getekend, zie bijlage 3, en is nogmaals toestemming gevraagd voor het opnemen van de interviews. In de transcripten hebben de respondenten een pseudoniem gekregen en zijn herleidbare kenmerken zoveel mogelijk weggelaten. Datamanagement van de onderzoeksdata heeft plaatsgevonden volgens de voorschriften van de Universiteit voor Humanistiek (UvH), zie bijlage 1. Dit houdt onder andere in dat de data tien jaar bewaard zal worden op een beveiligde schijf van de UvH.

Een ander punt wat van belang is om mee te nemen is mijn positie als zorgethisch onderzoeker én oncologieverpleegkundige. Ik ben 28 jaar en daarnaast bijna acht jaar werkzaam als (oncologie)verpleegkundige in het AvL. Afgezien van het feit dat ik oncologieverpleegkundige en bijna even oud ben, werk ik ook in hetzelfde ziekenhuis als mijn respondenten. Het voordeel is dat ik een goed beeld heb van de context, en tegelijkertijd kan ik ook mijn eigen perspectief op verplegen mee laten spelen (Mills, Bonner & Francis, 2006). Er kan een spanning zitten tussen de criteria waar ik als onderzoeker aan moet voldoen en mijn positie als oncologieverpleegkundige (Roulston, 2010). Het is dus belangrijk dat ik onderscheid kan maken tussen de rol en bijbehorende belangen van oncologieverpleegkundige en zorgethisch onderzoeker. Dit heb ik gedaan ik door me reflexief op te stellen en gebruik te maken van memo's (Charmaz, 2014; Creswell, 2013). De memo's waren niet alleen behulpzaam bij het ordenen van de data, maar ook bij het ordenen van gedachten en gevoelens. Zo kreeg ik inzicht in mijn eigen denken en kon ik inzichtelijk maken wat dat voor invloed dit heeft gehad op het onderzoek. Deze rollen en welke invloed dit heeft gehad op het onderzoek worden kritisch besproken in hoofdstuk zeven.

4. BEVINDINGEN

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 4.1 deelvraag twee beantwoord: *‘Welke morele dimensie wordt zichtbaar in de visie van jonge oncologieverpleegkundigen op de kunst van verplegen?’*

In paragraaf 4.2 wordt deelvraag drie beantwoord: *‘Hoe vormen jonge oncologieverpleegkundigen deze morele visie op de kunst verplegen?’* Om tot deze antwoorden te komen worden de bevindingen vanuit de interviews beschreven, waarbij gelet wordt op de onderlinge samenhang.

De gegevens van de respondenten zijn geanonimiseerd om de privacy te waarborgen.

Vanwege de privacy zijn de respondenten voorzien van een pseudoniem. Omwille van de leesbaarheid van dit hoofdstuk is gekozen om de oncologieverpleegkundigen te beschrijven als verpleegkundigen.

Respondent	Werkzaam op de afdeling	Verpleegkundige sinds	Oncologieverpleegkundige sinds
Saar	Chirurgie	5 jaar	2 jaar
Britt	Chirurgie	4 jaar	2 jaar
Gwen	Spoedkamer en clinical research unit	5 jaar	3 jaar
Tess	Interne geneeskunde	5 jaar	2 jaar
Luuk	Spoedkamer en clinical research unit	3 jaar	1 jaar
Noor	Chirurgie	6 jaar	2 jaar

Tabel 2: overzicht respondenten

4.1 De morele dimensie in de kunst van het verplegen

De openingsvraag van de interviews was: ‘Wat is voor jou de kunst van het verplegen?’ Voor alle respondenten bleek dit een grote vraag waar zij niet meteen één antwoord op kunnen geven. De verpleegkundigen lijken het wel te weten, maar ze kunnen er niet meteen concreet woorden aan geven. Woorden waarmee zij het verplegen beschrijven, zijn een ‘gevoel’ of een ‘klik’. Zoals Britt beschrijft:

Soms denk ik ook wel: ‘volgens mij hebben mensen echt geen idee eigenlijk wat wij doen’. En het is denk ik ook wel lastig uit te leggen soms omdat het ook wel heel veel gevoel werk is. Als ik het moet uitleggen voelt het pas raar, terwijl als ik het doe dan voelt het helemaal niet raar.’”

Hier blijkt dat de verpleegkundigen moeilijk woorden aan kan geven wat het beroep inhoudt en wat het voor hen waardevol maakt, terwijl ze het voor zichzelf en samen met hun verpleegkundige collega's wel weten. Van iedere respondent straalde het enthousiasme af toen gevraagd werd naar de kunst van het verplegen: ze begonnen enthousiast te praten en ogen begonnen te stralen. De verpleegkundigen lijken het vervelend te vinden dat ze de kunst van het verplegen niet kunnen concretiseren, zoals Saar verzucht: *“als we het zelf dus niet zo goed weten wat de kunst van verplegen is, ja hoe moet een ander dat dan wel weten?”* Tegelijkertijd speelt er frustratie omdat het vak van verplegen door de buitenwereld onvoldoende begrepen lijkt te worden.

Ondanks dat de verpleegkundigen de kunst van het verplegen niet goed konden definiëren, kan uit de interviews een morele dimensie gereconstrueerd worden.

De verpleegkundige gaat een relatie aan met de mens achter de patiënt. Ze stelt zich open voor het verhaal van de patiënt waarbij ze opmerkzaam is voor wat op dat moment belangrijk is hem/haar. De verpleegkundige realiseert zich dat deze patiënt een individu is, die zich in een ziekenhuis bevindt dat is ingericht op de patiënten als collectief. Hierbij is de verpleegkundige zich bewust van haar verantwoordelijkheid voor de kwetsbare positie waarin de patiënt zich bevindt en houdt ze in deze complexe situatie het overzicht met en voor de patiënt.

Deze morele dimensie zal in de volgende paragrafen beschreven worden.

4.1.1 Relatie met de patiënt als mens

Saar, Britt, Gwen en Tess omschrijven expliciet het werkplezier dat ze uit het verplegen halen. Hierin staat de relatie met de patiënt als mens met een eigen verhaal voorop. Gwen: *“ik haal ontzettend veel energie uit het zorgen voor mensen.”* De verpleegkundigen zetten dan ook de relatie met de patiënt centraal in het verplegen. Ze gebruiken de volgende woorden om deze relatie te beschrijven: *“een vertrouwensband”* (Gwen), *“samen met de patiënt het goed doen”* (Saar), *“een team”* (Noor en Saar), *“opkomen voor patiënt”* (Tess), *“dichtbij de patiënt komen”* (Luuk). De verpleegkundigen zetten eensgezind de patiënt op nummer één. Noor: *“je bent hier toch niet alleen voor jezelf.”* Alhoewel het werkplezier ook een rol speelt

volgens Saar: *“ik doe het niet voor mezelf, ik doe het voor die patiënt. Natuurlijk, ik vind mijn werk echt heel leuk, dus ik doe het wel deels voor mezelf natuurlijk.”*

In het bepalen wat goed verplegen is, wordt de patiënt als graadmeter genomen. Dit wordt op verschillende manieren duidelijk. Zo kan het zijn dat de patiënt tevredenheid direct of indirect uitspreekt, de klachten verminderd zijn of de familie dankbaarheid toont. Luuk:

Je geeft een hand aan de patiënt en die zegt: ‘o, dankjewel’. Dan weet je gewoon, dat soort kleine dingen, van oké dan heb ik het goed gedaan. Maar ook als dat niet gebeurt als iemand met pijn binnen komt en iemand ligt daarna te slapen. Nou dan vind ik het ook dat ik het goed gedaan heb.

Luuk stelt vervolgens wel de vraag wat het goede is: *“soms weet je het niet... en wanneer heb je het goed gedaan he? Dat is ook lastig.”* Niet iedere patiënt is tevreden met de zorg die gegeven wordt. Deze reflectieve houding blijkt ook bij Noor die aangeeft dat ze dan kritisch naar haar eigen geleverde zorg kijkt en zichzelf afvraagt wat beter kan. Zo kan het ook zijn dat de patiënt niet tevreden is, maar de verpleegkundige de zorg wel beschouwt als goede zorg. Britt:

Soms kunnen patiënten ook gewoon, dan kan je niets goed doen in het oog van de patiënt, dus dan moet je zelf, dan heb ik in ieder geval voor mijzelf wel dat ik dan denk van oké, dat ik mijn eigen checklist maak, van was het inderdaad zo slecht? Nee, want ik heb wel goede interventies gepleegd en een goede analyse proberen te maken van wat juist is om te doen voor hem, in dat moment en in die situatie.

Als de relatie met de patiënt moeizamer gaat, heeft de patiënt nog steeds aandacht nodig en dient deze ook krijgen, zoals Luuk beschrijft *“je hebt niet met iedereen een goede klik, dat maakt niet uit. Maar dat je wel even aandacht aan ze hebt besteed. Heel even, al is het maar vijf minuutjes, even zitten: ‘he, hoe gaat het met je?’”* Verpleegkundigen reflecteren op de gegeven zorg en op zichzelf, waarbij de patiënt een belangrijke, maar niet de enige graadmeter is. Verpleegkundigen hebben een eigen referentiekader waaraan de zorg moet voldoen. In deze checklist lijken dan juist interventies en protocol een handvat te geven.

4.1.2 Openstellen voor het verhaal

Iedere patiënt brengt een eigen verhaal met zich mee. In dit verhaal gaan de verpleegkundigen niet alleen op zoek naar hoe de patiënt in het ziekteproces staat, maar juist ook de patiënt als mens in het leven staat. Dit verhaal willen de verpleegkundigen als uitgangspunt nemen, zoals Britt vertelt: *“ik wil mijzelf blijven verdiepen in de patiënt, wie heb ik eigenlijk voor me?”*

Wat wil diegene en hoe staat die in het leven?" Het verhaal van de patiënt past niet altijd in hoe er in de gezondheidszorg geredeneerd wordt. Beide standpunten komen voort uit een eigen perspectief, maar moeten verbonden worden ten behoeve van goede zorg. En dat zien de verpleegkundigen als hun taak: om het verhaal van de patiënt te ontdekken, aan te horen en een stem te kunnen geven. Saar geeft een voorbeeld van hoe verpleegkundigen de redentatie vanuit de gezondheidszorg samen brengen met het verhaal van de patiënt.

Het stoma loopt, en de patiënt eet en drinkt en is niet misselijk en ja dan ben je volgens het boekje klaar voor ontslag. Maar ja als iemand daar tegenop ziet (...) dan is dat aan de verpleegkundige de taak om dat dan eerst te regelen. Dat zelfvertrouwen te geven en dan, ja daarop in te gaan.

De verantwoordelijkheid om achter dit verhaal te komen, leggen de verpleegkundigen bij zichzelf. Dit begint bij een open houding waarin de verpleegkundigen uitstralen dat de patiënt zijn/haar verhaal mag vertellen. Gwen: *"ik vind het wel mijn taak om de patiënt zich zodanig bij mij op het gemak te laten voelen dat ie dat met mij wil delen."* Tess beschrijft waarom de verantwoording bij de verpleegkundigen ligt om achter het verhaal van de patiënt te komen:

Mensen gaan niet zo gauw zeggen van: wil je alsjeblieft zo even 10 minuten met mij praten wat ik heb tijd nodig. Dus ik heb wel ervaren dat mensen wel een opmerking kunnen maken of een signaal kunnen afgeven en daar dan op in te springen.

De verpleegkundige observeert iets, waar ze vervolgens naar handelt. Tess beschrijft het als een verantwoordelijkheid. Hier wordt verder op ingegaan in paragraaf 4.1.4.

4.1.3 Individu in het collectief

Tijdens het verplegen moeten de verpleegkundigen aan allerlei eisen en verwachtingen voldoen: richtlijnen, protocollen, verwachtingen van de patiënt, van collega's en van henzelf. Deze eisen en verwachtingen kunnen met elkaar op gespannen voet staan. Gwen omschrijft hierin haar taak als verpleegkundige als volgt: *"dus waar een patiënt door een proces heen loopt wat allemaal voorgeschreven is op de grote populatie, zorg ik er wel voor dat die patiënt op individueel niveau het proces goed doorloopt."* Juist in dit proces speelt de relatie met de patiënt (zie 4.1.1) een belangrijke rol omdat daarin het verhaal van de patiënt naar voren komt (zie 4.1.2). Tess beschrijft hoe zij als verpleegkundige naar een protocol kijkt: *"ik denk dat dat de kunst van een goede verpleegkundige is om dat protocol zo goed mogelijk aan te passen en dat dus wel de zorg goed blijft, maar niet dat je iemand in een keurslijf probeert te proppen."* Uit de ervaringen van de verpleegkundigen blijkt dat het verplegen volgens protocol soms ook dilemma's met zich meebrengt. Dit heeft niet alleen invloed op de

verpleegkundige, maar ook op zorg die de patiënt ontvangt. Britt geeft een voorbeeld van de spagaat waarin ze zich soms bevindt:

De overheid zegt dan: nou nee, want ik zie dat je aan je scores niet voldoet, terwijl je wel met je patiënt gekletst hebt en die is dan heel erg tevreden met je. Maar ben je dan echt zo'n slechte verpleegkundige omdat je niet aan je rijtjes hebt gewerkt?

Protocollen zijn er zodat de verpleegkundigen op een goede en verantwoorde kunnen verplegen. Volgens Saar, Britt, Gwen, Tess en Noor is alleen werken volgens protocol te smal. Zoals Gwen en Britt allebei beschrijven: *“je kan een aap infuus leren prikken”*, maar verpleegkundigen vinden dat verplegen veel meer is dan de handeling zelf. Het gaat immers om het proces om de handeling heen, omdat voor een mens wordt gezorgd. Eén van de nadelen van een te grote focus op het protocol, is dat de patiënt dreigt te verdwijnen. Zoals Saar beschrijft: *“op een gegeven moment heb je de patiënt niet meer in je vizier”*.

Voor de verpleegkundigen lijkt juist de zorg die niet vast omschreven staat, hetgeen te zijn wat zij zien als de kunst van verplegen. Dit kwam ook al naar voren in paragraaf 4.1, waar hetgeen wat moeilijk concreet te maken is, juist wordt gezien als de kunst van verplegen. Britt probeert dit in het volgende citaat onder woorden te brengen:

Dat [de patiënt in het ziekenhuis getrouwd is] heeft in feite niets met haar tumor te maken, want je hebt niet haar wond verzorgd, je hebt haar niet gewassen, je hebt geen pillen gegeven, maar je hebt haar denk ik wel iets gegeven wat heel belangrijk voor haar was in haar leven op dat moment.

In de kunst van het verplegen wordt de patiënt als uitgangspunt genomen. Daarbij beschrijven de verpleegkundigen ‘zorgen’ in termen die niet zo in het protocol terug te vinden zijn, zoals: *“lief zijn”* (Britt), *“troost bieden”* (Luuk), *“stil zijn en een arm om iemand heen slaan”* (Tess) en *“er gewoon zijn”* (Gwen). Juist deze aspecten lijken waardevol te zijn voor de verpleegkundigen, wat blijkt uit het enthousiasme waarmee ze hierover vertellen.

Deze focus op de patiënt als uitgangspunt wil niet zeggen dat de verpleegkundigen protocollen overbodig vinden. De technische zorg die zij leveren moet goed zijn, zoals Noor vertelt: *“want protocollen en dergelijke zijn ook heel belangrijk. En als je bepaalde handelingen uitvoert, houd ik dat ook absoluut ook altijd aan.”* Al geven Saar, Noor, Gwen en Britt heel duidelijk aan dat ze afwijken van het protocol wanneer ze hiervoor een goede reden hebben, Noor:

En bepaalde dingen zijn voorgeschreven en moeten en weten we ook dat het beter is (...) maar stel iemand heeft heel veel pijn want de pijnstilling is te snel gestopt, dan ga ik niet zeggen: en je gaat nu je bed uit, want in het protocol staat drie keer op een dag je bed uit.

Het protocol is voor de verpleegkundigen niet de kern van verplegen, dat is de patiënt. Daarbij kan het protocol wel van waarde zijn om goed en verantwoord te verplegen.

4.1.4 Verantwoordelijkheid voor kwetsbare patiënt

Verantwoordelijkheidsgevoel speelt voor iedere verpleegkundige een grote rol in het verplegen. De verpleegkundigen verklaren de verantwoordelijkheid vooral vanuit het feit dat de patiënten mensen zijn waarvoor gezorgd wordt, zie 4.1.1. Het verplegen van mensen brengt intimiteit mee op diverse gebieden, vooral voor de patiënt. Soms geeft de patiënt zich immers letterlijk bloot aan de verpleegkundige, zoals Tess beschrijft:

Kijk als je iemand naakt ziet en je moet iemand aanraken, al is het met handschoenen en een washandje, dan ga je natuurlijk wel iets voorbij. Dan ga je een bepaalde grens over en ik denk dat dat heel erg te maken heeft met het verantwoordelijkheidsgevoel, het willen zorgen voor iemand. Van: 'ik vind het heel vervelend als je anders in je eigen vuilheid blijft liggen'. Dus dan neem je die verantwoordelijkheid om daar iemand uit te halen, te verzorgen.

De patiënt geeft zich soms ook figuurlijk bloot door iets te delen uit het leven dat niets met de ziekte zelf te maken heeft. Britt:

Dat je echt een gesprek kan houden, ook als is het maar 10 minuten, over een verlies van een partner of een verlies van een ander familielid en dan zeggen ze soms: 'ik heb er al jaren niet meer over gesproken, maar nu met jou, hier zo rustig even zitten'.

De verpleegkundigen noemen vooral de verantwoordelijkheid voor de individuele patiënt waar direct voor wordt gezorgd. Gwen denkt vanuit een breder perspectief, het verantwoordelijkheidsgevoel voor de patiënten als groep:

Dat je niet alleen naar die individuele patiënt kijkt, maar dat je ook naar de gevolgen voor de verpleegafdeling kijkt. Stel het is vrij druk en je gaat een patiënt overplaatsen [van de spoedkamer], dat heeft wel een gevolg voor alle patiënten op de verpleegafdeling.

Gwen is zich bewust van een spanningsveld waarin belangen kunnen botsen, hierover communiceert zij met collega's en de patiënt. Zo probeert zij zich te verhouden tot dit spanningsveld door zoveel mogelijk recht te doen aan alle betrokken partijen.

De verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen is naast een individuele verantwoordelijkheid, ook een teamverantwoordelijkheid. Als eerste wordt genoemd dat verplegen 24/7 plaatsvindt waardoor de zorg steeds weer overgedragen wordt aan een collega. Daarnaast kan de verpleegkundige ook altijd terugvallen op de collega's, ze vormen een team. Op de rol van collega's wordt ook verder ingegaan in 4.2.2. Britt beschrijft het vormen van een team als volgt:

Uiteindelijk zorg je in een zekere zin met z'n allen eigenlijk ook wel weer voor die patiënt. Als ik ergens op vastloop dan weet ik dat mijn collega's mij altijd zullen bijstaan in dat opzicht, dus ook al staan zij niet letterlijk naast mij aan bed, maar dat ik altijd wel een hele grote vorm van back-up heb van mijn collega's al doen ze het, al hoeven ze dat niet persé bij mij te doen, ik weet dat ik ze heb, dat ik er op terug kan vallen.

De verpleegkundigen zijn zich bewust van de intieme inkijk die ze krijgen in iemands leven en voelen dat zowel als een verantwoordelijkheid, maar ook als één van de bijzondere dingen van het verplegen die het vak mooi maakt. Deze verantwoordelijkheid dragen ze zowel individueel als met het team, én voor de individuele patiënt en voor het patiënten collectief.

4.1.5 Overzicht in een complexe situatie

De patiënten die de verpleegkundige verpleegt, bevinden zich in verschillende stadia van ziekte (genezend, palliatief of terminaal), ze ondergaan verschillende soorten behandelingen (operatie, bestraling, chemotherapie, immunotherapie, pijnbestrijding of behandeling in studieverband). Zoals eerder beschreven bevindt de patiënt zich daarmee in een complexe situatie. De verpleegkundigen beschrijven de meerwaarde van hun positie als oncologieverpleegkundige omdat zij in deze situatie het overzicht kunnen houden en zo de patiënt kunnen begeleiden in het ziekteproces. Noor:

Als oncologieverpleegkundige denk ik dat ik zelf bepaalde kennis heb en dat ik mensen ook kan doorverwijzen naar de juiste disciplines of de juiste patiëntenverenigingen. (...) Dus dat je misschien ook iets meer dan overstijgend denkt dan de zorg in het ziekenhuis.

Juist dit begeleidingsaspect in deze complexe situatie maakt dat de verpleegkundigen voor deze patiëntencategorie kiezen. Luuk vertelt: *“En ja, deze patiëntencategorie is toch, ja het is zo ’n zwaar iets als je kanker hebt. Ik vind het heel mooi om die mensen te kunnen begeleiden.”* De verpleegkundigen zijn trots op hun vak en dat zij degene zijn die dit kunnen. Britt: *“Ja dat we toch iets voor iemand kunnen betekenen. Ook al is het nog zo ’n verschrikkelijke situatie uiteindelijk en ik denk daar haal ik wel heel veel voldoening uit. En ik vind het ook heel cool dat we dat kunnen.”* De verpleegkundigen gebruiken dus woorden als ‘begeleiden’ of iets voor ‘iets kunnen betekenen’ en niet woorden als zorgen of verplegen. Dit heeft een andere klank, meer gelijkwaardig. Ook lijkt dit hetgeen te zijn waar het voor hen om draait.

Hierbij is overigens opvallend dat het specialisme oncologie niet de voor de hand liggende keuze was bij Saar, Britt, Luuk en Noor. Ze hadden het idee dat oncologie zwaar of saai zou zijn, terwijl dit niet zo bleek te zijn toen ze er mee in aanraking kwamen. Het specialisme is complex, maar ook interessant en geeft voldoening. Britt:

Nu doe ik in de oncologie, wat vaak ook juist wordt beschreven als ja dat is dat hele tuttige, weet je wel dat huilende mensen begeleiden na een diagnose, terwijl ik ook juist denk ja: dat wij hier doen is ook gewoon heel erg vet en heel complex en heel ingewikkeld.

Britt gebruikt hier zelfs het woord tuttig. Dat is een aanname waar een vooroordeel in zit, wat zij zelf niet zo ervaart, maar juist het tegenovergestelde.

Ondanks dat de verpleegkundigen in eerste instantie zelf niet concreet hebben kunnen maken wat voor hen de kunst van het verplegen is, is er zeker wel een morele dimensie zichtbaar in deze visie. Deze visie is beschreven aan de hand van de relatie met de patiënt als mens, de verpleegkundige die zich openstelt voor het verhaal van de patiënt, aandacht voor de individuele patiënt, de verantwoordelijkheid voor de kwetsbare patiënt en de verpleegkundige die, samen met de patiënt, overzicht houdt in een complexe situatie. Hoe deze visie zich vormt, wordt beschreven in de volgende paragraaf.

4.2 Vorming morele visie op de kunst van het verplegen

Nu duidelijk is wat de morele visie op verplegen van jonge oncologieverpleegkundigen is, wordt hier beschreven hoe deze morele visie wordt ontwikkeld. De morele ontwikkeling vindt

plaats aan de hand van het opdoen van ervaring, de invloed van collega's, en relatie/verhouding tussen de patiënt en de verpleegkundige.

4.2.1 Ervaring

De verpleegkundigen beschrijven dat ze in de praktijk een leerproces doorlopen. Saar, Britt en Gwen beschrijven dat er pas ruimte komt voor de betekenis van verplegen wanneer de praktische en technische kant van verplegen beheerst wordt. Saar:

Als je een drain aan het verzorgen bent, dat je het niet eens door hebt dat het heel pijnlijk is bij een patiënt, omdat je gewoon zo gefocust bent op die handeling (...) Ik denk dat vertrouwen komt doordat je het vaker hebt gedaan en door misschien ook meer kennis die je hebt opgedaan.

Het vraagt tijd om de praktische en technische kant van verplegen te beheersen. Door het veel te doen, leren de verpleegkundigen en komt er ruimte voor de morele kant van verplegen, zoals blijkt uit het voorbeeld van Saar. Achteraf zijn de verpleegkundigen zich daar bewust van. Niet alleen was er in het begin weinig ruimte voor de morele kant van verplegen, ook werd dit soms bewust uit de weg gegaan omdat ze niet goed wisten hoe om te gaan met de morele kant van het verplegen. Gwen:

Er was een enorme discrepantie tussen mijn angst om uit te spreken wat ik zag en die patiënt daarmee juist niet te helpen. Terwijl patiënten juist, doordat ik dingen uitspreek, doordat ik benoem wat ik zie, merk ik juist en heb ik ook van patiënten gehoord dat ze het juist heel fijn vinden dat iemand het benoemt, dat ze... ik heb er positieve reacties op gekregen.

De verpleegkundigen geven aan dat ze overspoeld werden door alles wat er gebeurde in het ziekenhuis en met de patiënt, toen ze net begonnen met werken. En juist in het niet overspoeld worden, lijken de collega's een belangrijke rol te spelen. Daar zal verder op ingegaan worden in de volgende paragraaf.

4.2.2 Rol van collega's

Het zorgen voor de patiënt wordt door alle verpleegkundigen gezien als iets gezamenlijks, als een teamsport, zie ook 4.1.4. De collega-verpleegkundigen spelen een grote rol in het werk en in de ontwikkeling van de respondent. Toen ze startten met werken in het ziekenhuis waren het de collega's waar veel van geleerd wordt: “anders kijken” (Britt), “corrigerende werking” (Saar), “opgevoed in dit ziekenhuis” (Tess), “geven het goede voorbeeld” (Noor), “spreken over wat goede zorg is en zo leren van andere standpunten” (Gwen en Luuk). Naast

de ervaring die wordt opgedaan, spelen de collega's ook een grote rol bij het ontwikkelen van een morele visie. Britt beschrijft dat als volgt:

Dat zij [werkbegeleider] me ook bewust heeft gepusht: 'ga nou praten met die mensen' (...) Wat voor consequenties zal dat [mutilatie in het gezicht] hebben voor zijn leven en dat je op die manier ook, ja ook als student er snel overheen walst, dat je zo 'n manier ook gedwongen wordt om naar zo 'n casus te kijken.

Voor Britt, Saar, Luuk en Tess dragen de collega's ook bij aan het werkplezier. Ze kunnen zichzelf zijn in het team en door de collega's worden hun kwaliteiten naar boven gehaald.

Luuk zegt het als volgt:

Over het algemeen zorgen die [collega's] er wel voor dat ik de vrolijke verpleegkundige ben die ik ben. Maar ook waardoor je makkelijk je verhaal kwijt kan. Want je maakt zoveel mee. Ook best heftige dingen. En mijn collega's zorgen er wel voor dat ik daar mee om kan gaan.

Er wordt door de verpleegkundigen dus niet alleen voor de patiënten gezorgd, maar ook voor elkaar.

Een verpleegkundig team bestaat uit diverse personen met verschillende karakters. Saar, Britt en Gwen beschrijven dat een team met continuïteit en kwaliteit zorg moet bieden, maar dat er tegelijkertijd verschillen tussen de collega's zijn. Britt verwoordt dit als volgt: *“als al die verschillende karakters samenkomen dat je dan pas een perfect plaatje hebt (...) en dat je dan bijvoorbeeld pas echt goede zorg hebt, omdat dan ook al die verschillende blikken bij elkaar een hele puzzel maken.”* Volgens de verpleegkundigen is de ene verpleegkundige niet beter dan de andere, maar zijn het juist die verschillen die de zorg goed maken. Britt, Tess en Noor geven aan dat, vooral toen ze net begonnen, ze bij iedere collega afkeken waar hij/zij heel goed in was. Dat kan zijn van het contact leggen met de patiënt, het verbinden van een wond of een grap om stoom af te blazen. Door van ieders kwaliteiten te leren, zijn ze een betere verpleegkundige geworden. Ondertussen bevinden de verpleegkundigen zich door hun ervaring in een positie waarbij ze nieuwe collega's ook dingen aanleren. Dit kan zijn van hoe ze het beste een infuus in kunnen brengen tot hoe om te gaan met een 'lastige' patiënt. Tegelijkertijd leren ze nog steeds van hun collega's, zowel bewust als onbewust. Noor: *“ik kijk bij jou altijd even af hoe jij bepaalde dingen aanpakt. En dat mensen dat zelf bijvoorbeeld helemaal niet door hadden dat ze zelf ergens best heel goed in waren.”*

Alle verpleegkundigen geven aan dat zij door hun werkgever worden gefaciliteerd in het tijd nemen voor de patiënt. Dit is voor hen erg belangrijk omdat ze zo ook tijd kunnen nemen om een relatie aan te gaan met de patiënt. Hierin spelen de collega's ook een belangrijke rol omdat zij ook het belang inzien voor het tijd nemen voor de patiënt. Zoals Tess het omschrijft:

Dat als ik dus een kwartier met iemand heb zitten praten, mijn collega's niet zoiets hebben van: wat was je dan een kwartier aan het doen? Als ik dan zeg dat ik een kwartier met iemand heb gepraat, dan is het gewoon van: 'o, je hebt ook gewerkt en niet op je reet gezeten en niets gedaan. Nee, je hebt ook wat gedaan'."

Of de verpleegkundigen het tijd nemen voor de patiënt zelf al belangrijk vonden of dat ze dit van hun collega's hebben geleerd, wordt uit de bevindingen niet duidelijk. Wel blijkt duidelijk dat de jonge verpleegkundigen nu het tijd nemen voor de patiënt heel belangrijk vinden en er tijd voor vrijmaken.

4.2.3 Patiënt en verpleegkundige

Het is door de relatie met de patiënt (4.1.1) en het verhaal van de patiënt (4.1.2) dat de verpleegkundige duidelijk krijgt wat goede zorg is. Als de verpleegkundige een patiënt leert kennen, weet ze of de zorg die zij geeft ook daadwerkelijk goed is voor deze patiënt. Door ervaring op te doen, leert de verpleegkundige van iedere patiënt van wat goed ging en wat niet. Tess:

Je let dus eigenlijk op alles wat je van de patiënt ziet, vind ik. En door de jaren heen ontwikkel je zo'n blik. En bij elke casus die je hebt meegemaakt, neem je weer iets mee in je blik (...). Dan leer je steeds meer om de patiënt te zien en daarop te handelen.

Het is daarbij van belang dat de verpleegkundige openstaat voor hoe de patiënt de zorg ervaart. De verpleegkundigen geven aan dat ze kritisch naar zichzelf kijken. Dit blijkt ook vanuit wat ze vertellen. Zo geven Tess en Noor aan dat ze allebei een reflectiemoment hebben op het moment dat ze van het ziekenhuis op weg zijn naar huis. Ze overdenken wat er in hun dienst goed en minder goed ging en wat ze de volgende dienst anders gaan aanpakken. Ze durven hierin kritisch naar zichzelf te kijken. Noor: *"dat ik alles eventjes kort doorloop. Van hoe is de dag gegaan en wat ging er wel of niet goed"*. Tegelijkertijd geven de verpleegkundigen aan dat er wel een grens zit tussen werk en privé. Zodra ze thuis zijn, is het werk dan ook weg en gaan de verpleegkundigen weer over in de orde van de dag, zoals Britt beschrijft: *"dat we zulke rare dingen doen en dat we zulke heftige gesprekken houden en dan*

gewoon naar huis gaan en dan in de Albert Heijn staan en denken: goh, wat ga ik eten vanavond?”

De verpleegkundigen geven aan dat het leerproces nog niet klaar is, maar dat ze er nog steeds bij leren en ook bij willen leren. Op welk gebied de verpleegkundigen zich verder willen ontwikkelen verschilt, hierin ligt een link met wat zij belangrijk vinden in de kunst van het verplegen. Behalve de persoonlijk leerwinst, vinden ze het ook belangrijk dat hun zorgverlening verbetert. Zo ligt bij Saar, Tess en Noor de nadruk op het psychosociale gedeelte. Voor Britt zijn de ontwikkelingen zowel op technisch als psychosociaal vlak van belang en Luuk richt zich vooral op de wetenschappelijke kant. Zowel van de collega's als van de patiënten wordt geleerd en het is de verpleegkundige zelf die open staat voor die collega en patiënt om daar van te leren.

Aan het einde van de interviews kwam bij iedere verpleegkundige naar voren dat zij vaker zouden willen stilstaan bij de 'kunst van het verplegen'. Alleen Saar benoemde dit in het interview, de anderen wanneer het interview klaar was. Saar:

Ik denk dat we onszelf vaker die vraag [Wat is de kunst van het verplegen?] mogen stellen (...) ik denk dat als we dat voor onszelf beter kunnen inzien, nu heb je me dat al wel deels laten inzien denk ik, dat je daarom dus ook beter kan groeien, maar ook het kan omschrijven naar anderen en dat we een sterkere beroepsgroep kunnen zijn.”

Eén van de redenen was die verschillende keren aangegeven werd, was dat ze nu uitgenodigd werden om na te denken en te praten over de kunst van verplegen.

4.3 Conclusie

De verpleegkundigen zijn voortdurend in ontwikkeling. Op praktisch en technisch vlak, maar ook op moreel vlak. Alleen blijft de morele dimensie onderbelicht. Mogelijk omdat er weinig woorden aan te geven zijn, maar het lijkt ook alsof er door de verpleegkundige zelf weinig aandacht aan wordt besteed. Ondanks dat de verpleegkundigen moeilijk woorden kunnen vinden wat voor hen de kunst van het verplegen inhoudt, is er een morele dimensie te construeren uit de interviews, zie 4.1. In het ontwikkelen van een visie op de morele dimensie spelen zowel de collega's, patiënt als de verpleegkundige zelf een rol.

5. DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden de empirische bevindingen in verbinding gebracht met de (zorgethische) theorie. Dit gebeurt door deelvraag vier te beantwoorden: *Wat betekent het samenbrengen van de gegevens vanuit de empirie met de (zorgethische) literatuur voor het denken over goed verplegen, vanuit zorgethisch perspectief bekeken?* Eerst zal worden gezocht naar overeenkomsten en verschillen en dan naar nieuwe theoretische concepten die de empirie kunnen duiden.

5.1 Overeenkomsten en verschillen

In de volgende paragrafen wordt gezocht naar overeenkomsten en verschillen tussen de empirische bevindingen enerzijds en de probleemstelling en theoretisch kader anderzijds. De volgende punten komen aan de orde om tot een zorgethisch perspectief op het denken over goed verplegen te komen. Als eerste wordt beschreven hoe verpleegkundigen leren verplegen het werkplezier dat naar voren komt. Vervolgens wordt de institutionele dimensie beschreven en de spagaat die in deze dimensie kan ontstaan.

5.1.1 Het (leren) verplegen van mensen

De verpleegkundigen namen de stelling in dat ze leren verplegen *door* te verplegen. In dit leerproces spelen zowel de patiënt, de collega als ook de verpleegkundige zelf een rol. Het zorgen voor mensen wordt door verpleegkundigen genoemd als kern van het vak. Het geeft hen veel voldoeningen, zie 4.1.1., maar het vergt ook verantwoordelijkheid, zie 4.1.4. Als er vanuit het expressief-collaboratief model van Walker (1998) gekeken wordt, draagt de verpleegkundige verantwoordelijkheid niet op afstand, maar staat zij letterlijk naast de patiënt. De verpleegkundigen geven aan dat ze zich bewust zijn van de intimiteit die het direct zorgen voor de patiënt met zich meebrengt. Waar Van Heijst (2005) en Baart (1996) waarschuwen voor het op afstand blijven van de professional, lijkt daar in de empirie geen sprake van te zijn. Door de interviews heen klinkt namelijk juist een grote betrokkenheid bij de patiënt. De verpleegkundigen zijn zich bewust dat zij voor mensen zorgen en daarbij ook een aantal intieme grenzen overschrijden. Dit hoort bij hun werk, maar ze zijn zich ervan bewust dat dit voor de patiënt niet 'normaal' is.

Naast het proces van het leren verplegen, spelen collega's een rol in de ontwikkeling van de visie op het kunst van het verplegen, zie 4.2.2. Zo heeft iedere collega zijn/haar eigen

kwaliteiten. Wanneer deze kwaliteiten worden gebundeld, draagt dit bij aan het leveren van goede zorg. In het theoretisch kader is beschreven dat collega's als rolmodel dienen in het 'verborgen curriculum'. Vanuit de empirie kwam naar voren dat het leren van de collega niet voorbehouden is voor de net beginnende verpleegkundigen, maar dat het leren continue gebeurt. Hierin legt iedere verpleegkundige een eigen accent dat gerelateerd is aan wat zij zelf een belangrijk onderdeel vinden van het verplegen. Wanneer de praktijkervaring van een verpleegkundige toeneemt, nemen nieuwe leerervaringen af. Wel wordt veel geleerd van het fungeren als rolmodel voor nieuwe collega's. Al lijken verpleegkundigen niet altijd bewust te zijn van de impact die deze rol kan hebben. In de wetenschappelijk probleemstelling, zie 1.3, werd het belang benadrukt om de positieve consequenties van het 'verborgen curriculum' te onderzoeken, immers kan dit een manier zijn om het verlies van professionele waarden tegen te gaan. In dit onderzoek beschrijven de verpleegkundigen vooral positieve leerervaringen. Ze worden juist door de collega's gestimuleerd tot het goed verplegen. Zo wordt voor de verpleegkundigen de standaard van goed verplegen hoog gelegd.

Ook kan worden geconcludeerd dat verpleegkundigen leren van de ervaringskennis die toeneemt. Volgens de verpleegkundigen is de patiënt een graadmeter of goede zorg wordt verleend. Dit kan door verpleegkundigen op verschillende manieren worden geconcludeerd: de patiënt die een blijk van waardering uitspreekt of ligt te slapen nadat de pijn is gezakt. De patiënt zorgt voor leerervaringen, maar het is de taak van de verpleegkundige om de behoeften van de patiënt te signaleren en daarop actie te ondernemen. Als iets niet goed is gegaan, geven de verpleegkundigen aan dat ze daar niet aan voorbij gaan, maar juist kijken naar dat wat niet goed ging en beter kan. Hier kan de verbinding met het theoretisch kader worden gelegd waar gesteld wordt dat reflectie op het verplegen hoort bij het morele karakter van verplegen en bijdraagt aan de ontwikkeling van de verpleegkundige (Olthuis, 2007; Van Dartel & Witte, 2014; Vosman, 2008, Walker, 1998).

5.1.2 Werkplezier

Verplegen geeft de verpleegkundigen plezier en voldoening. Het werkplezier wordt gerelateerd aan het verplegen van mensen, zie 4.1.1. Juist uit het menselijke aspect wordt voldoening en werkplezier gehaald. Dit is ook terug te vinden bij Kittay (1999) en Van Heijst (2005), die stellen dat het verplegen van mensen niet alleen zwaar kan zijn, maar dat het ook plezier brengt. Ook Peijnenburg en Leget (2011) beschrijven dat de betekenis en zingeving van zorgen gerelateerd zijn aan bezieling en het volhouden van het vak. Deze bezieling klinkt door in de interviews en straalt af van de verpleegkundigen. De verpleegkundigen doen hun

werk met plezier en vinden dat deze baan bij hen past. Ondanks dat ze aangeven dat het zorgen voor een patiënt met kanker ook zwaar kan zijn, zie 4.1.5. Van Dartel (2014) beschrijft moreel beraad als instrument om morele competenties en moreel bewustzijn te versterken van medewerkers in de gezondheidszorg te versterken. Dit wordt bevestigd door de empirie waar de verpleegkundigen het verhelderen vinden om de ‘kunst van verplegen’ vaker te bespreken. Zo vonden de verpleegkundigen het voor henzelf verhelderend om er over na te denken, ze werden (weer) enthousiast over hun vak en zijn benieuwd naar de visie van collega’s.

5.1.3 Institutionele dimensie

Ter inleiding op het interview werd de metafoor van de lantaarnpalen en de kampvuurtjes (2.1.1) gebruikt om de tegenstelling tussen beheersbaarheid en betekenis geven in zorg duidelijk te maken. Deze tegenstelling kwam tijdens de interviews nauwelijks expliciet, maar wel impliciet, naar voren. De verpleegkundigen spraken niet over kampvuurtjes, maar wel over waar de kampvuurtjes voor staan, namelijk de betekenis van het verplegen. In het theoretisch kader, zie 2.1, worden instituties vooral negatief beschreven: onder andere Van Heijst (2005) en Kohlen (2015) waarschuwen dat het menselijke uit de zorg wordt gehaald. In de empirie valt op dat de verpleegkundigen juist aangeven dat zij in een ziekenhuis werken waarin de zorg zo geregeld is dat ze tijd hebben voor een ‘moment’ met de patiënt. Dit wordt gewaardeerd door de verpleegkundigen en was ook bepalend in hun keuze voor het betreffende ziekenhuis. Sasso en collega’s (2019) beschrijven in hun onderzoek dat een werkomgeving bepalend is in of de verpleegkundige blijft werken in de zorg. Wanneer de verpleegkundige geen kwalitatieve en veilige zorg kan bieden, neemt de werktevredenheid namelijk af. Hier ligt de verbinding met de maatschappelijke probleemstelling (1.2) medewerkers de zorg (dreigen) te verlaten. Het bleek dat het, zeker in tijden van krapte, belangrijk is dat er niet alleen nieuwe aanwas van verpleegkundigen komt, maar ook dat er niet gelijktijdig verpleegkundigen door de achterdeur verdwijnen (V&VN, 2019). Hieruit blijkt vicieuze cirkel vanuit het maatschappelijk probleem. Daarnaast geven verpleegkundigen aan dat tijd voor de patiënt belangrijk is. Bij een tekort aan verpleegkundigen komt deze tijd onder druk te staan, waardoor verpleegkundigen de zorg verlaten. Als gevolg zijn er nog minder verpleegkundigen en daarmee nog minder tijd voor de patiënt. In de empirie wordt door de verpleegkundigen niet ingegaan op deze vicieuze cirkel, maar geven zij wel aan dat werkplezier een grote rol speelt in het blijven uitoefenen van het verpleegkundig vak.

Uit een Europese studie (RN4Cast) naar de inzet en het behoud van verpleegkundigen blijkt dat de ratio patiënt/verpleegkundige is geassocieerd met het welzijn van de verpleegkundigen,

maar ook op de kwaliteit van zorg (Aiken et al., 2014; Heinen et al., 2013). Wanneer de verpleegkundige voor minder patiënten hoeft te zorgen, is er automatisch meer tijd per patiënt beschikbaar. En voor de morele dimensie is tijd nodig: tijd om de patiënt te leren kennen. Vanuit de empirie blijkt dat de verpleegkundigen ervaren tijd voor de patiënt te hebben en te krijgen. De ratio patiënt/verpleegkundige is dus niet alleen van invloed op de verpleegkundigen, maar daarmee ook op de patiënten. In de verpleegkundige visie (AvL) is dit ook terug te vinden: *“Onze verpleegkundigen hebben tijd en aandacht voor hun patiënten. Ruimhartig staan zij open voor hun vragen en zorgen¹¹.”* Nu is deze visie op zichzelf niet uniek. Vrijwel iedere zorginstelling heeft een visie waarin de patiënt centraal staat. Alleen blijkt in het theoretisch kader dat in de praktijk de menselijke maat steeds meer uit de zorg verdwijnt, zie 2.2. Ook komt in de probleemstelling naar voren dat onder verpleegkundigen een hoge werkdruk wordt ervaren en er een risico op burn-out is, zie 1.2. Vanuit de verpleegkundigen komt werkdruk nauwelijks naar voren. Het is juist het enthousiasme wat bij hun op de voorgrond staat. Nu is dat misschien ook wel te verwachten wanneer wordt gevraagd naar de kunst van het verplegen. Dit komt overeen met de bezieling voor het verpleegkundig vak als een drijfveer voor verplegen. De verpleegkundigen hebben meer tijd voor de patiënt en krijgen zo de kans om de menselijkheid toe te voegen aan de zorg. Er moet immers wel tijd zijn om een relatie met een patiënt aan te gaan. Tegelijkertijd komt naar voren dat behoefte hebben om vaker met collega’s na te denken over wat de kunst van het verplegen is. Behalve dat de verpleegkundigen hier zelf een verantwoordelijkheid in kunnen nemen, is het volgens Van Dartel (2014) ook de verantwoordelijkheid van het bestuur in een ziekenhuis om daar ruimte voor te maken.

De verpleegkundigen zien dus het goede in de zorg die zij geven (Olthuis, 2011). Het lijkt er dus op dat de visie op menselijkheid in de zorg te hebben, ook daadwerkelijk gefaciliteerd wordt het betreffende ziekenhuis. De vraag is wel of dit in andere ziekenhuizen ook zo geldt en dit onderzoek daarmee representatief is voor andere ziekenhuizen, gezien wat in de probleemstelling en theoretisch kader wordt beschreven. Het blijkt namelijk dat de relatie tussen de verpleegkundige en patiënt steeds meer onder druk komt te staan door de technologische ontwikkeling in het gezondheidssysteem en de nadruk op het inzichtelijk maken van het werk (MacMillan, 2016). Daarnaast is het belangrijk om mee te nemen dat het AvL in Nederland een unieke positie inneemt: het AvL richt zich alleen op behandeling van kanker, in tegenstelling tot andere ziekenhuizen waar ook andere aandoeningen behandeld

¹¹ <https://www.avl.nl/media/3311/170193-folder-verpleegkundige-visie-def.pdf>

worden. Al blijft een patiënt een mens die zorg nodig heeft, in welk ziekenhuis h/zij zich ook bevindt.

5.1.4 Spagaat individu en collectief

Verplegen gebeurt volgens protocollen en richtlijnen terwijl de verpleegkundigen hun zorg willen aanpassen aan de patiënt en niet de patiënt aan de zorg. Zoals van Dartel (2017) beschrijft, is de kern van verplegen het bepalen of dat wat technisch mogelijk is, ook moreel mogelijk is. Hiermee wordt het verplegen normatief en heeft de verpleegkundige de ruimte om te zorgen vanuit eigen capaciteiten (Van Dartel, 2017). Dit is terug te zien bij verpleegkundigen die aangeven dat zij afwijken van het protocol als de situatie hierom vraagt, zie 4.1.3. In de interviews was opvallend dat ze voorzichtig waren in het afwijken van de protocollen. Zodra er een uitspraak gedaan werd waarbij er vanuit eigen ervaring of capaciteiten wordt gehandeld, werd er toch gelijk ook weer naar het protocol verwezen. Hierin lijkt een tegenstrijdigheid te zitten: het protocol is niet leidend voor de verpleegkundigen, maar zodra ze daar concreet uitspraken over moeten doen geeft het protocol hen wel houvast.

In het theoretisch kader is beschreven dat Arendt (1958) handelen ziet als een activiteit die concreet tussen mensen plaatsvindt en vanwege dit menselijke aspect altijd ongewis is, zie 2.2.3. Redenerend vanuit Arendt blijkt dat verplegen bij uitstek een menselijke interactie is (Van Heijst, 2005). Alleen lijken de verpleegkundigen houvast te missen in de ongewisheid die met de menselijkheid, en daarmee ook met de kunst van het verplegen, verbonden is. Wanneer de patiënt als uitgangspunt wordt genomen, wordt er enerzijds ook de keuze gemaakt voor ongewisheid. Anderzijds is deze ongewisheid echter niet te controleren en moet daarin zelfstandig een beslissing worden genomen. In deze beslissing lijken de verpleegkundigen houvast te missen die het protocol wel kan bieden: zij geven aan af te wijken indien nodig, maar daarin ook direct terug redeneren naar het protocol. Een mogelijk verklaring zou volgens Kohlen (2015) kunnen zijn dat de verpleegkundigen werken in een zorgomgeving die zo is ingericht dat de onvoorspelbaarheid uit het verplegen wordt gehaald. Verpleegkundigen zijn volgens haar minder gewend om met onvoorspelbaarheid om te gaan. Daarbij staat het protocollair werken synoniem aan verantwoord werken waarbij de morele dimensie onder druk komt te staan (Van Heijst, 2005, pp 253-254). Alsof de verpleegkundigen zichzelf achter het protocol verschuilen of niet durven vertrouwen op eigen capaciteiten. Zo wordt er niet verpleegd volgens de behoeften van de patiënt, maar draait het om de verantwoording die achteraf afgelegd moet worden (Putters, Frissen & Foekema,

2006). Toch is de nadruk op het protocol ook te begrijpen omdat door voorspelbaarheid van zorg de kans groter is dat de patiënt de meest passende behandeling krijgt (Van Dartel & Witte, 2014).

5.2 Nieuwe theoretische concepten ter duiding empirie

In de volgende paragrafen wordt ingegaan op nieuwe theoretische concepten ter duiding van de empirische gegevens. Als eerste worden de kenmerken van de generatie van de verpleegkundigen beschreven om zo licht te laten schijnen op hoe deze generatie naar leren en werken kijkt. Vervolgens wordt het ‘niet-pluisgevoel’ beschreven als voorbeeld van een ‘gevoel’ dat een plek heeft gekregen in de medische wereld. Hierna wordt het ‘mangomoment’ en passiviteit in verantwoordelijkheid beschreven als manieren om achter het verhaal van de patiënt te komen en daar ook naar te handelen. Als laatste wordt ingegaan op hoe er een taal gegeven kan worden aan moraliteit, waarbij taal meer is dan alleen gesproken woorden.

5.2.1 Generatie Y - millennials

De verpleegkundigen vallen onder Generatie Y. Dit zijn jongeren die geboren zijn tussen 1985-2000, ook wel de *millennials* genoemd. Deze generatie kenmerkt zich onder andere door de grote economische welvaart waarin ze zijn opgegroeid, de snelle technologische vooruitgang en vrijere opvoeding (Boer, 2015). Deze factoren hebben ook invloed op hoe zij leren en ontwikkelen. Generatie Y leert het liefst samen (DiLullo et al, 2011) waarbij zelfontplooiing in interactie met de ander belangrijk is (Bontekoning, 2011). Ook verwachten zij met collega’s veilig te kunnen sparren en kennis te kunnen delen (Castenmiller, 2009).

De verpleegkundigen positioneren zichzelf nadrukkelijk in teamverband met hun collega’s, zie 4.2.2. Zij geven aan dat ze zich veilig voelen in het team en dat ze veel van hun collega’s kunnen leren. Daarbij leren ze te verplegen *door* te verplegen. Dit komt ook naar voren in het ‘verborgen curriculum’ waar bewust en onbewust geleerd wordt van de ervaren collega (Gofton & Regehr, 2006). Niet alleen het overleggen met de collega staat centraal, maar die collega is tevens ook een rolmodel in de kunst van verplegen, zie 4.2.2. Ook de zelfontplooiing komt bij de verpleegkundigen naar voren (4.2.3), zij het wel voor iedere verpleegkundige op een ander vlak. Ze hebben niet alleen een grote leerontwikkeling doorgemaakt, maar ze blijven ook continu gericht op ontwikkeling. Hierin lijkt het alleen niet

primair te draaien om zelfontplooiing zoals Boer (2015) beschrijft, maar de leerontwikkeling volgens de verpleegkundigen als doel de patiënt zo goed mogelijk verplegen.

5.2.2 Mangomoment

Voor de verpleegkundigen lijkt juist de zorg die niet vast omschreven staat, hetgeen te zijn wat zij zien als de kunst van verplegen, zie 4.2.2. De verpleegkundigen acteren op signalen die ze zien bij de patiënten. Dit staat niet vooraf vast, maar gebeurt gaandeweg het verplegen. Vanuit de bevindingen kwam naar voren dat de verpleegkundigen dit niet in het protocol terugvinden, omdat dan de uniekheid van de situatie en de patiënt verdwijnt. Volgens Vanhaecht (2018) kan hier ruimte komen voor een mangomoment. Een mangomoment¹² is een klein gebaar of onverwachte attentie dat een moment van grote waarde creëert voor een patiënt, familie en zorgverleners en wat gebeurt tijdens alledaagse activiteiten (Vanhaecht, 2018). De verpleegkundigen noemen het geen mangomomenten, maar zij creëren deze momenten wel en zien er ook de waarde van in, zie 4.1.1 en 4.1.3. Het heeft niet alleen een positief effect op de patiënt, maar ook op de verpleegkundigen. Volgens Vanhaecht (2018) heeft het mangomoment een preventieve werking op een burn-out omdat verpleegkundigen hierin de bezieling voor het vak (terug) vinden. Het zijn dus de kleine, onverwachte momenten die het zowel voor de patiënt en als de verpleegkundige van belang zijn.

5.2.3 Passiviteit in verantwoordelijkheid

De verpleegkundigen staat open voor het verhaal van de patiënt, zie 4.1.2. Deze verhalen zijn van belang omdat mensen door het vertellen van verhalen inzicht krijgen in het omgaan met de ziekte (Frank, 1995). Door de ziekte om te zetten in een verhaal, kan herstel plaatsvinden. Waar in de voorgaande paragraaf het ‘mangomoment’ is beschreven, duiden zorgerthici Van Nistelrooij en Visse (2019) op een andere manier het openstaan voor wat er gebeurt, of het responsief zijn (Tronto, 1993). Zij beschrijven de meerwaarde van passiviteit in verantwoordelijkheid. Zij zijn geïnspireerd door het werk van de Franse filosoof Marion. Verantwoordelijkheid in zorg wordt gezien als een reactie op iets of iemand anders: de verpleegkundige is een passieve ontvanger van een hulpvraag (Van Nistelrooij & Visse,

¹² Vanhaecht (2018, p.165) beschrijft het ontstaan van mangomoment: *“After waking up from coma in the intensive care unit (ICU), Viviane described how hard it was lying in bed all the time, what the grey ceiling looked like, how she heard the voices of deceased family members, and why she thought about euthanasia. Her reflections were captured in a documentary by a journalist who was an observer for 2 weeks at an ICU in a major teaching hospital. Following a tense silence, and being emotional as she was touched by Viviane’s story, the journalist asked “Is there something I can do now for you, that would make you happy?”. Viviane’s answer was surprising: “A mango, I would really like to taste a mango again.” On the last day of her observation, the journalist brought Viviane a mango. Viviane became emotional and stated that she “will never ever forget this moment”.*

2019). De verpleegkundige registreert een hulpvraag, dat kan een geluid, hint of geur zijn. Zij heeft over die hulpvraag geen controle, maar ze wordt wel verantwoordelijk voor iemand die een beroep op haar doet. Hier kan een verbinding worden gelegd met wat de verpleegkundigen beschrijven als ‘het moment’ dat zomaar ontstaat in het contact met de patiënt, zie 4.2.3. Van Nistelrooij en Visse (2019, pp. 284-285) pleiten ervoor dat in deze verantwoordelijkheid ook ruimte is voor passiviteit. Zo kan worden losgekomen van eigen moraliteit of moreel ideaal. Door als verpleegkundige even los te laten wat vanuit verpleegkundig perspectief voorop staat, wordt er ruimte gecreëerd voor de emoties, het lichamelijke of eigenlijk alles wat er gebeurt bij de patiënt.

5.2.4 *‘Niet-pluisgevoel’*

In 4.1 is beschreven dat de verpleegkundigen moeilijk woorden kunnen geven aan de kunst van het verplegen. Waar het in de gezondheidszorg vooral draait om het kwantificeerbaar maken, zijn er ook een aantal uitzonderingen. Zo is er het ‘niet-pluisgevoel’. Dit is een gevoel van directe bezorgdheid, zonder rationele grond (Benner, Tanner & Chesla, 2009). Het ‘niet-pluisgevoel’ wordt meegenomen in de *early warning score*. Dit is een scorelijst waarbij een vitaal bedreigde patiënt eerder wordt herkend¹³. Niet alleen op basis van vitale parameters maar ook op basis van het ‘niet-pluisgevoel’. Dit ‘niet-pluisgevoel’ is gebaseerd op kennis en ervaring en is vaak al aanwezig voordat er sprake is van een objectief vast te stellen achteruitgang van de patiënt zoals die bijvoorbeeld is terug te vinden in de vitale parameters (Benner, Tanner & Chesla, 2009). Door het ‘niet-pluisgevoel’ serieus te nemen, kan klinische achteruitgang van de patiënt (eerder) worden ontdekt en kan daar naar gehandeld worden (Cioffi, 2009; Douw et al., 2015; Stolper, 2011). Het ‘niet-pluisgevoel’ is dus een voorbeeld waarbij het gevoel van de verpleegkundige niet meteen concreet gemaakt wordt, maar er wel concreet naar gehandeld wordt in het belang van de patiënt. Dat dit ‘niet-pluisgevoel’ een plaats heeft gekregen naast de vitale parameters, laat zien dat het gevoel op zichzelf meetelt in de kunst van verplegen en ook niet concreet omschreven hoeft te worden.

5.2.5 *Taal geven aan moraliteit*

De verpleegkundigen kunnen moeilijk definiëren wat voor hen de kunst van het verplegen is, zie 4.1. Van Heijst (2005) vindt het zorgelijk dat zorgverleners weinig woorden hebben om het morele aspect van het zorgen te verwoorden en waarschuwt dat moraliteit zo naar de achtergrond kan verdwijnen. Ook Lindemann (2017) beschrijft dat verhalen behulpzaam zijn

¹³ Hieronder vallen de hartfrequentie, bloeddruk, ademfrequentie, temperatuur, bewustzijn en urineproductie https://www.vmszorg.nl/wp-content/uploads/2017/11/web_2009.0100_praktijkgids_vitaalbedreigdpatient.pdf

in het moreel redeneren en kunnen worden gebruikt om lessen te leren. Zij baseert zich op de Britse filosoof Dancy (1993) die betoogt dat de moraliteit van handelen duidelijk wordt wanneer er inzicht is in hoe morele overwegingen een rol spelen in een situatie. Dit opmerkelijk is een narratieve activiteit; moraliteit wordt zichtbaar in een verhaal (Dancy, 1993). Lindemann (2017) voegt daaraan toe dat door in dialoog te gaan met een ander, de eigen visie op moraliteit weer wordt aangescherpt. Zoals Gadamer (1960) ook stelt dat het verschil van perspectief productief is, omdat het dwingt tot verduidelijking van het eigen standpunt. Door open in dialoog te gaan, kan een gezamenlijk perspectief ontstaan. Gadamer spreekt dan van horizonversmelting (Widdershoven, 2000). Hier wordt dus het belang van het hebben van een morele taal ondersteund: zowel voor de verpleegkundige zelf als ook om het aan anderen duidelijk te maken. De verpleegkundigen uit dit onderzoek laten echter wel zien dat, ondanks dat ze het niet kunnen definiëren, moraliteit niet naar de achtergrond verdwijnt, zie de morele dimensie zoals beschreven in 4.1. Voor hen komt juist in de interactie tussen de verpleegkundige en de patiënt moraliteit tot stand. Dit raakt aan filosofe Nussbaum (1992), die morele kennis omschrijft als het opmerken van een complexe en concrete realiteit en met gevoel en verbeelding zien wat in die realiteit gebeurt. Ook Walker (1998) stelt dat moraliteit niet iets is wat begint vanuit een ideale theorie, maar dat het een sociale handeling is. Waar Nussbaum (1992) de complexe realiteit beschrijft, bevinden de verpleegkundigen zich ook in een complexe situatie, zie 4.1.5. Dit wil alleen niet zeggen dat het alleen maar complex is, het gaat juist ook om de (op het oog) niet-complexe handelingen zoals bijvoorbeeld het wassen van patiënten. Het lijkt erop dat de verpleegkundigen deze niet-complexe handelingen niet verbinden aan de moraliteit van verplegen, ze nemen het als iets vanzelfsprekends aan.

Vanuit zorgethisch perspectief geven juist deze ogenschijnlijk niet-complexe situaties inzicht in het moreel goede. Het gewone leven is immers het vertrekpunt is van zorgethiek (Leget et al., 2017). In lijn met dit zorgethische uitgangspunt beschrijven De Haan et al. (2018) dat zorgprofessionals het moeilijk vinden om morele issues te herkennen. Vaak denken zorgprofessionals namelijk aan 'grote' dilemma's zoals bijvoorbeeld euthanasie, terwijl het ook gaat over 'alledaagse' handelingen zoals het wassen van een patiënt (De Haan et al., 2018). Hier is weer terug te grijpen op Walker (1998) wanneer zij denkt over verantwoordelijkheidspraktijken. Wanneer een verpleegkundige het wassen ziet als een handeling op zichzelf, wordt verantwoordelijkheid gemist. Terwijl als de verpleegkundige het ziet als een verantwoordelijkheid om iemand uit de vuilheid te halen, zie 4.1.4, wordt het

wassen veel meer dan de handeling op zichzelf. In dit spanningsveld beschrijven De Haan et al. (2018) hoe moreel beraad kan bijdragen aan het bewust worden van de morele dimensie van zorg. Door als zorgprofessionals met elkaar in gesprek te gaan, wordt daarin de variatie in de morele dimensies van het werk zichtbaar en zien zij tegelijkertijd ook de complexiteit in de op het oog simpele handelingen. Het is juist die relationele praktijk van het verplegen, waarin morele kennis tot stand wordt gebracht en deze morele kennis wordt zichtbaar gemaakt door er taal aan te geven.

5.2.6 *Embodied Care*

In de voorgaande paragraaf werd ingegaan op het belang van het woorden geven aan moraliteit, terwijl dat voor de respondenten lastig blijkt te zijn. Voor hen bestaat moraliteit uit expliciete kennis, maar zeker ook uit impliciete kennis. Ook in het theoretisch kader werd duidelijk dat de omgeving waarin de verpleegkundigen werken vooral vraagt om expliciete kennis, want dat is immers meetbaar of als uitkomst te registreren (Van Dartel, 2017), zie ook 5.1.4. Daarnaast komt in het verpleegkundig beroep steeds meer de nadruk te liggen op het medische aspect van zorgen en steeds minder op het verpleegkundige aspect (Ter Maten, 2016). De technisch-wetenschappelijke taal van de medisch specialisten is de taal die het meest gesproken wordt in de gezondheidszorg, terwijl de taal van verpleegkundigen, gericht op relatie, zich in de marge bevindt (Raso et al., 2019).

Volgens filosofe en verpleegkundige Martinsen (2006) wordt kennis geplaatst in de machtsstructuren van de samenleving. In deze structuren staat medische kennis boven verpleegkundige kennis. Door het classificeren van kennis wordt de verpleegkundige volgens haar geobjectiveerd en daarmee gemarginaliseerd. Een voorbeeld hiervan is dat de verpleegkundigen beschrijven dat de arts concrete informatie over de patiënt wil, terwijl voor verpleegkundigen ook het gevoel concreet is, zie ook 5.3.2.

Ondanks dat in 5.2.5 het belang van woorden geven aan moraliteit is beschreven, zijn er ook andere manieren. Taal kan namelijk niet altijd volledig de complexe (zorg)praktijk vangen. Woorden kunnen verbloemen of niet volledig weergeven wat gedacht of gevoeld wordt (Van Dartel & Molewijk, 2014). Zo beschrijft Hamington (2004, p3.) *Embodied Care* als: “een benadering van persoonlijke en sociale moraliteit die ethische overwegingen over context, relaties, en affectieve kennis op zo’n manier laat verschuiven zodat de lichamelijke dimensie ook wordt meegenomen”. *Embodied care* wordt vormgegeven door gewoontes en *muscle memory*. Volgens Hamington is zorg gericht op de ontwikkeling en groei van het individu, maar erkent zorg tegelijkertijd ook de onderlinge verbondenheid en afhankelijkheid.

De verpleegkundigen kunnen niet concreet uitleggen wat de kunst van verplegen is, 4.1. Hier is een aanknopingspunt met het werk van Hamington (2004, 2012). Hamington (2012, p.58) beschrijft dat lichamelijke kennis veel subtieler en genuanceerder is dan woorden kunnen uitdrukken. Net als de verpleegkundige Britt zegt dat het pas raar voelt als ze het verplegen moet uitleggen, terwijl als ze het doet dat helemaal niet raar voelt, zie 4.1. Hamington gaat ervan uit dat lichaam en geest niet los van elkaar gezien kunnen worden. Zorgen wordt dan ook gezien als iets wat geframed en begrepen wordt door het lichaam (Hamington, 2004). Zo wordt door de verpleegkundigen verplegen ook als een ‘gevoel’ omschreven. Hier kan een verbinding gelegd worden met Hamington, die in zijn werk het denken van de filosoof Dewey (1859-1952) gebruikt. Volgens Dewey (1922/1988) is het menselijk bestaan een lichamen bestaan dat gevormd wordt door gewoonte structuren. Door deze gewoonte structuren weet het lichaam wat er moet gebeuren. De verpleegkundigen geven aan dat ze van iedere ervaring en iedere patiënt weer leren. Hun lichaam slaat als het ware de kennis op en de verpleegkundige wordt sensitiever voor signalen in een nieuwe situatie.

5.2.7 Kijken met het oog van het hart

Het belang van het hebben van woorden of een verhaal is beschreven in 5.2.5., terwijl in 5.2.6 andere vormen van taal worden geboden: het lichaam als vorm van kennis Martinsen (2006) gaat in op dit onderliggende verschil; zij beschrijft de registrerende blik (*recording eye*) en de ontvangende blik (*perceiving eye*). Met de registrerende blik wordt de ‘normale’ manier van deskundig kijken bedoeld. Er wordt geclassificeerd met een neutrale en afstandelijke blik en de ander wordt een object. De ontvangende blik gaat over het ontvangend kijken: openstaan voor (de ervaring van) de ander en betrokkenheid. Dit sluit aan bij de notie van passiviteit in verantwoordelijkheid van Van Nistelrooij en Visse (2019), zie 5.2.3. In de patiënt komt de theoretische kennis samen met het leven: een ziekte laat zichzelf kennen in de individuele persoon. Hierbij ‘ziet’ de verpleegkundige met haar hele lichaam, met al haar zintuigen en emoties. Deze vorm van kijken wordt tevens benadrukt door Baur, van Nistelrooij & Vanlaere (2017), die argumenteren dat aandacht voor emoties van zorgverleners de ontwikkeling van moreel handelen kan stimuleren. Martinsen pleit dan ook voor het gebruik van beide blikken: het kijken met de registrerende blik vraagt om een balans met de ontvangende blik, zodat aandacht voor de menselijkheid niet verloren gaat. Zo wordt tegelijkertijd de ander gezien, maar ook professioneel gekeken. De verpleegkundigen lijken dit ook te doen. Ze zien de patiënt als mens (4.1.1), maar zien tegelijkertijd ook de waarde van de medische kennis in

(4.1.3). Aan deze twee polen kunnen de verpleegkundigen niet altijd woorden geven; het werk van Martinsen kan daarbij helpen om worden en ruimte te geven aan de twee tegenpolen. Volgens Martinsen (2006), net als Baur et al. (2017), is het hierbij essentieel dat de verpleegkundige vertrouwt op haar eigen zintuigen waardoor ze de patiënt kan waarnemen als mens.

5.3 Conclusie

Door het samenbrengen van de empirie met de (zorgethische)literatuur is meer inzicht verkregen in de betekenis en de inhoud van goed verplegen. De verpleegkundigen kunnen de morele dimensie van verplegen niet direct definiëren, terwijl deze wel duidelijk aanwezig is. De morele dimensie is juist ook aanwezig in de alledaagse handelingen, terwijl verpleegkundigen zich daar niet altijd bewust van zijn. Het blijkt dat het hebben van een morele taal van belang is, om zo inzicht te krijgen in de morele overwegingen die gemaakt worden en om hierover te kunnen communiceren met de omgeving. Tegelijkertijd omvat morele taal niet alleen een verbale taal is, maar ook lichaamstaal waarin gecommuniceerd wordt over en binnen de morele dimensie. Concluderend blijkt dat het één niet zonder het ander kan, zoals Martinsen (2006, p.82) het zegt: *“words without practice to fulfil them would be as empty as practice without words to unfold their meaning.”*

6. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Aanleiding voor dit onderzoek was de morele ontwikkeling van jonge oncologieverpleegkundigen die onderbelicht blijft in de Nederlandse gezondheidszorg. Verpleegkundigen halen voldoening uit het verlenen van complexe zorg aan kankerpatiënten. Deze voldoening staat echter onder druk in een omgeving waarin weinig aandacht is voor de morele dimensie van verplegen omdat vooral de nadruk ligt op het technisch en wetenschappelijk handelen. Dit is problematisch, omdat juist de zorgpraktijk van verplegen moreel is en morele kennis wordt opgedaan in de praktijk. Hoe deze morele kennis wordt ontwikkeld, blijft nog onduidelijk. Dat leidde tot de volgende onderzoeksvraag van dit zorgethische onderzoek: *‘Hoe vormen jonge oncologieverpleegkundigen in het ziekenhuis hun visie op de morele dimensie in de kunst van verplegen en wat betekent dit voor het denken over goed verplegen vanuit zorgethisch perspectief?’* Deze vraag wordt in dit hoofdstuk beantwoord door het samenbrengen van de antwoorden op de deelvragen zoals beschreven in de hieraan voorafgaande hoofdstukken. Er wordt afgesloten met aanbevelingen voor zowel de zorgpraktijk als zorgethisch onderzoek.

6.1 Conclusie

Vanuit de (zorgethische) literatuur blijkt goed verplegen per situatie anders en spelen verschillende morele waarden, gevolgen, regels en deugden een rol. Er is beschreven dat de morele dimensie van zorgen een bepalende rol speelt in de uitoefening van het verpleegkundig beroep. In de institutionele dimensie werd zichtbaar hoe moraliteit door institutionele sturing onder druk kan komen te staan omdat de menselijke onvoorspelbaarheid uit het verplegen wordt gehaald. De verpleegkundige vormt haar visie op moraliteit vanuit de persoonlijke dimensie: door wie de verpleegkundige is, de ervaring die ze heeft en haar omgeving. De visie van de verpleegkundige wordt tevens vanuit de interpersoonlijke dimensie gevormd: in de zorgpraktijk door de relatie met de patiënt en collega's. In de positie van de verpleegkundigen komt een spanningsveld samen: zij moet zowel technisch als moreel goed handelen. Deze twee polen kunnen met elkaar op gespannen voet staan, waarbij de focus vanuit de zorgpraktijk meer ligt op technisch handelen en minder op de morele dimensie.

Uit het empirische gedeelte van dit onderzoek blijkt dat jonge oncologieverpleegkundigen de kunst van het verplegen moeilijk kunnen definiëren. Het praktisch en technische gedeelte van

verplegen kunnen zij beter definiëren, terwijl de morele dimensie voor hen juist wel de kern van het verplegen is. De kunst van het verplegen zit dus meer in het verplegen zelf dan in het beschrijven van de kunst van het verplegen. Vanuit de interviews is er een morele dimensie gedestilleerd:

De verpleegkundige gaat een relatie aan met de mens achter de patiënt. Ze stelt zich open voor het verhaal van de patiënt waarbij ze opmerkzaam is voor wat op dat moment belangrijk is hem/haar. De verpleegkundige realiseert zich dat deze patiënt een individu is, die zich in een ziekenhuis bevindt dat is ingericht op de patiënten als collectief. Hierbij is de verpleegkundige zich bewust van haar verantwoordelijkheid voor de kwetsbare positie waarin de patiënt zich bevindt en houdt ze in deze complexe situatie het overzicht met en voor de patiënt.

Dat verpleegkundigen de morele dimensie moeilijk kunnen definiëren, lijkt als eerste te berusten op het feit dat ze alledaagse handelingen niet expliciet koppelen aan moraliteit. Ze doen dit wel impliciet, zoals zichtbaar wordt in de bovenstaande morele dimensie. Ten tweede ontbreekt het de verpleegkundige aan het hebben van een morele taal waarmee zij zich kunnen uiten naar hun omgeving. Onderling begrijpen de verpleegkundigen elkaar namelijk wel. Deze morele taal kan bestaan uit zowel verbale taal als ook lichaamstaal. Immers is niet alleen het hoofd, maar ook het lichaam een bron van kennis. Het hebben van een morele taal is van belang zodat de verpleegkundigen inzicht krijgen in de morele overwegingen die zij maken, én hierover kunnen communiceren met de omgeving.

In het ontwikkelen van de morele visie speelt ten eerste werkervaring een rol. Pas wanneer de verpleegkundigen het technische en praktische van verplegen beheersen, komt ruimte voor de morele dimensie. De collega's zijn, zowel bewust als onbewust, een rolmodel voor verpleegkundigen. Zij zetten jonge oncologieverpleegkundigen met vragen, uitleg en voorbeeldgedrag aan het denken. Naast de zorg voor de patiënt spelen de collega's ook een rol in de zorg voor elkaar, zodat de jonge oncologieverpleegkundige niet overspoeld wordt in de complexe zorg, maar overeind blijft. Als laatste leren de verpleegkundigen van de patiënt, bij wie uiteindelijk duidelijk wordt of er goed verpleegd wordt.

Opvallend was dat jonge oncologieverpleegkundigen moeilijk woorden kunnen geven aan de kunst van het verplegen, maar dat ze wel de behoefte hebben om vaker met collega's van gedachten te wisselen om zo hun visie aan te scherpen. Ondanks dat zij aangeven dat ze in het ziekenhuis waar zij werken voldoende tijd hebben voor de patiënt, hebben en nemen zij weinig tijd om met elkaar stil te staan bij de kunst van het verplegen.

Concluderen beschrijft deze thesis het belang van het ontwikkelen van een taal om de morele dimensie van de kunst van het verplegen weer te geven. Hierbij gaan taal en praktijk hand in hand, omdat (non)verbale taal betekenis krijgt in het verplegen en het verplegen een (non)verbale taal nodig heeft om deze betekenis te ontvouwen.

6.2 Aanbevelingen

Vanuit dit onderzoek worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- Creëer als verpleegkundige mangomomenten door aan de patiënt te vragen: “Is er niet iets waarmee ik u een plezier kan doen?” Zo wordt er niet alleen een geluuksmoment voor de patiënt gecreëerd, maar geeft het ook voldoening aan de verpleegkundige;
- Combineer als verpleegkundige de registrerende blik en de ontvangende blik en creëer ruimte voor passiviteit in verantwoordelijkheid. Zo kan de verpleegkundige de patiënt als persoon blijven zien;
- Ga als verschillende ‘generaties’ verpleegkundigen met elkaar in gesprek. Door het inzichtelijk maken van de leer- en werkstijlen kan daarop ingespeeld worden zodat iedereen zich kan blijven ontwikkelen als verpleegkundige;
- Bespreek als oncologieverpleegkundigen onderling de morele dimensie in de kunst van het verplegen. Hierin kan van elkaar geleerd worden, worden inzichten opgedaan en kan het ‘beenmerg’ van de verpleegkundige weer worden teruggevonden. Tegelijkertijd kunnen frustraties, boosheid, angsten boven tafel komen en besproken worden, die ook bij het beroep van oncologieverpleegkundige horen;
- Ga als oncologieverpleegkundige en als andere disciplines op zoek naar het spanningsveld tussen de morele dimensie en de technisch/wetenschappelijke dimensie. Hier kan vanuit iedere discipline verschillend naar gekeken worden, maar door elkaar juist te zoeken in de verschillen kan er verbinding worden gemaakt. Hierbij is de verpleegkundige professie niet ondergeschikt aan de medische professie. Beide dimensies én professies zijn nodig om tot goede zorg voor de patiënt te komen. Moreel beraad kan hierbij als hulpmiddel worden gebruikt (Van Dartel, 2014);
- Faciliteer als bestuurder van een ziekenhuis moreel beraad;
- Ga als zorginstuties en verpleegkundige beroepsvereniging aan de slag met hoe vormgegeven wordt aan het steeds voorspelbaarder maken van zorg, maar wel zo dat

daarin de menselijke maat nog aanwezig blijft. Creëer ruimte en reflectie op zo'n manier dat er geen tweestrijd ontstaat, maar een open dialoog. Door het samengaan ontstaat ruimte voor zowel de ongewisse situatie van de patiënt als ook voor de zorgverlener die daar een verhouding toe moet vinden;

- In de discussie is *embodied care* aangestipt. Het is aan te bevelen om verder onderzoek te doen hoe andere vormen van kennis een rol kunnen spelen in zorg om zo tot een meerstemmige taal te komen;
- De respondenten zijn een paar jaar oncologieverpleegkundige en *millenials*. Zij geven aan dat hun visie op de kunst van het verplegen in de loop van de jaren is gevormd en ontwikkeld. Het zou interessant zijn om te zien wat de visie van de oudere verpleegkundige is, met bijvoorbeeld twintig tot dertig jaar werkervaring. Deze verpleegkundigen hebben meer werkervaring en leren en werken waarschijnlijk op een andere manier dan de respondenten;
- Om de visie op de kunst van het verplegen rijker te maken, kan in vervolgonderzoek gebruik gemaakt worden van een focusgroep. Een focusgroep bestaat uit 4-12 participanten die met elkaar een onderwerp onderzoeken. Door interactie van de participanten worden de individuele en gedeelde perspectieven verhelderd (Morgan, 1988, geciteerd in Tong et al, 2007).

7. ETHISCHE OVERWEGINGEN

Ethische overwegingen worden beschreven in relatie tot de kwaliteit van het onderzoek (Van Wijngaarden, Leget & Goossensens, 2018). Binnen zorgethiek staat het verbinden van empirie en theorie centraal (Leget et al., 2017). Deze verbinding komt ook naar voren in mijn positie als onderzoeker en oncologieverpleegkundige. Dat deze posities elkaar beïnvloeden en daarmee ook dit onderzoek is evident. Daarom wil ik in dit hoofdstuk ingaan op mijn positie en reflexiviteit als onderzoeker. Dit hoofdstuk is in de ik-vorm beschreven omdat het over mijzelf als onderzoeker gaat. De kwaliteitscriteria van het onderzoek zullen worden besproken in hoofdstuk acht.

7.1 Positionering

Het is een bewuste keuze om een apart hoofdstuk te wijden aan ethische overweging. In mijn positie als onderzoeker ben ik namelijk niet een objectieve observant, maar zelf ook onderdeel van het onderzoeksproces (Mills, Bonner, Francis, 2006). Daarom is het van belang dat mijn uitgangspunten zowel door mijzelf als ook door de lezers als onderdeel van de uitkomst van dit onderzoek meegenomen worden.

In mijn werk als oncologieverpleegkundige komt ik vooral medisch onderzoek tegen wat ‘objectief’ is. In die onderzoeken wordt onder andere verwacht dat de onderzoeker objectief is en dat het onderzoek reproduceerbaar is (Peng, 2015). Daar zijn goede argumenten voor zoals een controlefunctie op de onderzoeken zodat patiënten niet een behandeling krijgt die toch niet blijkt te werken (Peng, 2015). Tegelijkertijd weet ik vanuit mijn werk als oncologieverpleegkundige dat zorg allesbehalve objectief is. Iedere patiënt is anders, reageert anders en is niet te vangen in een protocol. In kwalitatief en daarmee ook in zorgethisch onderzoek wordt er vanuit gegaan dat objectiviteit als zodanig niet bestaat (Tong et al, 2007). De uitspraak van Peshkin (1988) “*niet streven naar objectiviteit, maar bewust zijn van subjectiviteit*” is dan ook leidend geweest voor mij tijdens dit onderzoek. (Roulston & Shelton, 2015). Vanuit Gadamer (1960) gedacht is het onderscheid tussen objectiviteit en subjectiviteit van minder belang. Gadamer benadert het hermeneutisch door het bekende en onbekende te zien als met elkaar verweven in een continu voortgaand proces van begrijpen (Baur, hoorcollege 4: ZEB-51 *Actualiteitencollege: zorgethisch analyseren*, persoonlijke communicatie, 20 mei 2019). Gadamer beschrijft dat iedereen vooronderstellingen heeft

omdat alles wat bestaat uitnodigt tot interpretatie en een voorwerp is van interpretatie. Gadamer benadrukt dan ook het belang van het onderzoeken van die vooronderstellingen waarbij er zowel open als kritisch gekeken wordt naar die vooronderstellingen (Widdershoven, 2000). Daarom zal ik hier ingaan op wat mijn positie voor invloed heeft gehad op de data en hoe ik dit verwerkt heb in mijn onderzoek.

7.2 Invloed op het onderzoek

Twee van mijn belangrijkste inzichten die ik heb opgedaan tijdens het schrijven van de memo's wil ik hier beschrijven omdat die van invloed zijn geweest op het onderzoek. Als eerste geven de verpleegkundigen aan dat ze het vak moeilijk kunnen definiëren. Richting collega's vinden ze dat niet moeilijk, omdat zij elkaar snappen. En tijdens het onderzoek ben ik dan wel onderzoeker, maar tegelijkertijd blijf ik ook hun collega. Of ik het nu wil of niet, ik snap al snel als de respondenten wat vertellen en waar zij op doelen. Als zij aan het vertellen waren, zag ik de patiëntenkamers, de zorg, de hectiek en de mooie momenten voor me. Ook voelde ik met hen mee: ik werd trots en blij van wat zij vertelden of ik voelde mee in frustratie en verdriet. Ik ben me hier bewust van geweest en heb ook geprobeerd om zoveel mogelijk door te blijven vragen, maar ik kon niet de verpleegkundige in mijzelf 'uitzetten'. Ik merkte dat de respondenten mij soms ook als verpleegkundige zagen. Op een gegeven moment zij een respondent: "*jij snapt wel wat ik bedoel*". Ik heb bewust niet in mijn werkkleding geïnterviewd en aan het begin van het interview uitgelegd dat ik in mijn rol als onderzoeker zit. Toch bestaat er wel de kans dat de respondenten mij vooral zagen als hun collega, dat is immers ook de rol waarin zij mij kennen. Het kan dus goed zijn dat wanneer dezelfde verpleegkundigen door een ander worden geïnterviewd dit van invloed is op de resultaten. Nu is dat wel inherent aan kwalitatief onderzoek omdat het niet gaat over één universele waarheid, maar juist ruimte geeft aan subjectiviteit door naar alle facetten te kijken (Dierckx, et al., 2011). Gedurende het onderzoek was het ook lastig om onderscheid te maken tussen wat mijn mening als oncologieverpleegkundige of mijn bevindingen als zorgethisch onderzoeker waren. Ik heb geprobeerd me hier steeds bewust van te zijn door kritisch te kijken naar wat de respondenten probeerden te zeggen en niet naar wat mijn persoonlijke overtuiging was. Om me hierin te scherpen heb ik bijvoorbeeld in de bevindingen heel bewust erop gelet dat ik data en quotes van alle respondenten heb gebruikt en niet alleen datgene wat ik zelf zie als de kunst van verplegen. Hierbij wil ik wel belichten dat mijn ervaringen juist ook tot rijkere data kunnen leiden. Zo zijn emoties belangrijk in het creëren van kennis en

voegt het juist een extra dimensie toe bij het begrijpen, analyseren en interpreteren (Holland, 2007). Daarbij word ik als onderzoeker ondergedompeld in het onderzoek. Kennis is namelijk ook belichaamde kennis, er wordt met geest en lichaam waargenomen (Hamington, 2012). In mijn positie komen dus het bekende en onbekende samen en hierin heb ik dit onderzoek geconstrueerd.

Een ander punt dat meegenomen moet worden is dat ik dit onderzoek ook op een praktisch/wetenschappelijke manier ben gestart. Eén van de conclusies van het onderzoek is dat de verpleegkundigen niet goed definiëren wat voor hen de kunst van verplegen is, terwijl zij werken in een praktisch/wetenschappelijke omgeving die van hen vraagt om dat wat zij doen en vinden concreet te maken. Dit heeft ook invloed gehad op het verzamelen en verwerken van de data. Zo probeerde ik in dit onderzoek precies hetzelfde te doen: concreet maken wat de kunst van het verplegen is, alsof het dan alleen meetelt. Gedurende het proces is het echter wel duidelijk geworden dat ondanks moraliteit vaak niet expliciet aanwezig is, dit wel impliciet aanwezig is. En dit telt ook als kennis.

7.3 Invloed op mijn positie als oncologieverpleegkundige

Het onderzoek heeft ook een positieve invloed op mij als verpleegkundige gehad. Ik merk dat ik mijn vak nog meer ben gaan waarderen. Dit onderzoek en de respondenten maken dat ik meer ben ga nadenken wat voor mij de kunst van het verplegen is. Tegelijkertijd merk ik ook dat ik daar allerlei ideeën over heb, die weer anders zijn wanneer ik aan het werk ben. Dan is het drie keer met de ogen knipperen en de dienst is voorbij. Er is nauwelijks ruimte voor een moment van reflectie op wat ik aan het doen ben. Terwijl de momenten, zoals de casus waarmee ik startte, zomaar gebeuren. Dan zijn er kleine momenten met een gouden randje waarin ik als verpleegkundige en als persoon ervaar hoe bijzonder mijn werk is. Wat ik opvallend vond was de passie en enthousiasme waarmee de respondenten over het vak praatten. De respondenten hebben geen zorgethiek gestudeerd, maar weten heel goed waar het om gaat in het goed verplegen. Dus ik kan de aanbeveling om vaker over de kunst van verplegen te praten vanuit zowel mijn positie als zorgethisch onderzoeker en als verpleegkundige beamen.

7.4 Conclusie

Zoals al is beschreven gaat kwalitatief onderzoek niet over het vinden van één universele waarheid, maar geeft het ruimte aan subjectiviteit door vanuit meerdere invalshoeken naar het onderzoek kijken. In mijn positie als oncologieverpleegkundige én zorgethisch onderzoeker heb ik niet gestreefd naar objectiviteit, maar ben ik me bewust geweest van mijn subjectiviteit. Waarbij opgemerkt is dat het niet alleen gaat om het onderscheid tussen objectiviteit en subjectiviteit, maar ook dat ik ondergedompeld ben in het onderzoek en dat mijn positie ook heeft bijgedragen in het proces van voortdurend begrijpen. De ethische overwegingen zijn dan ook bedoeld dat zowel u als lezer, en ik als onderzoeker, inzicht krijgt in deze beide posities en vooronderstellingen en wat voor invloed dat heeft gehad op dit onderzoek.

8. KWALITEITSCRITERIA

In dit hoofdstuk worden de kwaliteitscriteria besproken om zo te reflecteren op het onderzoeksproces (Charmaz, 2014, pp 155 – 156; Creswell 2013). In het voorgaande hoofdstuk 7 Ethische overwegingen is al ingegaan op de positie van de onderzoeker.

- **Opzet:** bij het opstellen van de onderzoeksopzet is in verschillende databases (PubMed en Cinahl) gezocht¹⁴. Tevens is de onderzoeker op zoek gegaan naar zorgethische literatuur. Hierbij is gebruik gemaakt van de literatuur die is aangereikt tijdens de Master Zorgethiek & Beleid, maar is er ook verder gezocht naar literatuur rondom de morele dimensie van zorg. Tijdens deze zoektocht is geprobeerd om open op zoek te gaan naar literatuur waarbij ook de strategie van meedenken, tegendenken en omdenken is gehanteerd (Universiteit voor Humanistiek¹⁵, 2019);
- **Analyse:** in de analyse zijn de concepten in de theorie gebaseerd op de belangrijkste categorieën die tevoorschijn kwamen. De scope en diepte van de analyse zijn vergroot door direct na het afnemen van de interviews daarop te reflecteren in een memo. Ook is het transcriberen binnen enkele dagen na het interview afgerond. Na het transcriberen zijn de interviews nogmaals in het geheel afgeluisterd om zo te controleren of de transcripten volledig waren. Met name tijdens *theoretical coding* is gezocht naar onderlinge verbanden en relaties;
- **Bevindingen:** de bevindingen hebben laten zien dat het spanningsveld wat in de probleemstelling aan de orde kwam niet zozeer opgelost kan en moet worden, maar dat er genuanceerd gekeken kan worden zowel dóór de morele dimensie als náár de morele dimensie. In de discussie zijn de bevindingen in het wetenschappelijk discours geplaatst en zijn er aanbevelingen gedaan.

Charmaz (2014, pp 337-338) stelt de volgende kwaliteitscriteria op voor *Grounded Theory*: geloofwaardigheid, originaliteit, resonantie en bruikbaarheid:

- **Geloofwaardigheid** verwijst naar of de data voldoende de conclusies bevestigt. (Charmaz, 2014). Hierbij wordt gelet op de samenhang tussen de data, bevindingen en

¹⁴ Met hulp van een medisch informatiespecialist, gespecialiseerd in literatuuronderzoek van het NKI-AvL zijn er zoek strategieën opgezet n.a.v. de hoofdvraag van dit onderzoek.

¹⁵ Deze bron is afkomstig van het intranet van de Universiteit voor Humanistiek en is niet publiek toegankelijk.

conclusies. De data vanuit de interviews laat samenhang zien. Hierbij valt wel op te merken dat zes respondenten allemaal voor hetzelfde, in kanker gespecialiseerde, ziekenhuis werken. Dit zal dus niet volledig representatief zijn voor de jonge oncologieverpleegkundige in Nederland die vaak ook voor niet-oncologische patiënten zorgen. Daarnaast heeft gezien de beperkte tijd en omvang van dit onderzoek er alleen *peer review* plaatsgevonden met de thesisbegeleider en een mede student om de onderzoeker te scherpen en tunnelvisie proberen te voorkomen. Er heeft geen *peer review* plaatsgevonden met de respondenten;

- *Grounded Theory* wordt ook beoordeeld op **originaliteit**. De morele dimensie zal voor jonge oncologieverpleegkundigen enerzijds minder origineel zijn, gezien het verweven zit in hun handelen. Zo laat het mangomoment zien dat iets wat zo normaal is, zo bijzonder kan zijn. Anderzijds blijkt ook uit dit onderzoek dat er weinig aandacht is voor de ontwikkeling van de morele dimensie in een technisch/wetenschappelijke omgeving. In dat licht biedt dit onderzoek een extra dimensie;
- De **resonantie** van de dit onderzoek. De data resoneerde in ieder geval bij de onderzoeker, zie hoofdstuk 6 ethische overwingen. Of dit bij de respondenten ook zo is, is nu onbekend aangezien er geen *peer review* met hen heeft plaatsgevonden. Het is wel aannemelijk om te denken dat het bij hen resoneert omdat na het afronden van het interview gaven meerdere respondent aan dat ze vaker met collega's onderling over de kunst van het verplegen moeten hebben;
- De **bruikbaarheid** van het onderzoek. De grootste bruikbaarheid van dit onderzoek ligt de omschrijving van een visie op de morele dimensie van de jonge oncologieverpleegkundige. Ook wordt er in gegaan op hoe deze visie ontwikkeld wordt. Dit onderzoek streeft naar het zichtbaar maken van het belang van de morele dimensie om zo de oncologieverpleegkundigen, andere disciplines betrokken bij de patiënt en de bestuurders in ziekenhuizen duidelijk te maken dat moraliteit een plek verdiend in het nadenken over goed verplegen. Zo kan er goed gezorgd worden voor zowel de patiënt als voor de oncologieverpleegkundige.

9. LITERATUUR

- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... RN4CAST consortium (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 383(9931):1824-1830.
Doi:10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- Arendt, H. (1958). *The human condition*. Chicago: University of Chicago Press.
- Aultman, J. M. (2005). Uncovering the hidden medical curriculum through a pedagogy of discomfort. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 10(3), 263-273.
Doi:10.1007/s10459-004-4455-2
- Baart, A. (1996). 'De onvermijdelijke zelftroost van hulpverleners', in Baart (red), *Het troostrijk*, 100 – 116.
- Baart, A. (1997). Methodiek, zorgbenadering en professionaliteit, in: Marian Verkerk (red.), *Denken over zorg. Concepten en praktijken*. Utrecht 997: 205 – 224.
- Baart, A. (2001). *Een theorie van presentie*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Bal, R., Zuiderent-Jerak, T. (2011). The practice of markets in Dutch health care: Are we drinking from the same glass? *Health Economics, Policy and Law*. 6(1):139-145.
Doi:10.1017/S1744133110000368
- Baur, V., Van Nistelrooij, I. & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 20(4):483-493. Doi:10.1007/s11019-017-9770-5
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. New York: Springer.
- Bishop, A. H., & Scudder Jr, J. R. (2003). Gadow's contribution to our philosophical interpretation of nursing. *Nursing Philosophy*, 4(2), 104-110. Doi:10.1046/j.1466-769X.2003.00125.x
- Boer, M. (2015). Haal het beste uit Generatie Y. *O&O*, (2) 29-33
- Bontekoning, A.C. (2014). *Nieuwe generaties in vergrijzende organisaties*. Amsterdam: Mediawerf.
- Bowen, G. A. (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International journal of qualitative methods*. 5(3), 12-23. Doi:10.1177/160940690600500304
- Castenmiller, K. (2009). *Generatie Y: aan het werk. Van een zoektocht naar de drijfveren van de Generatie Y naar een nieuwe HRM focus voor een Y proof generatie*. Zoetermeer: Free Muskietiers.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Charmaz, K. (2008). Constructionism and the Grounded Theory. In Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. *Handbook of constructionist Research*. (397 – 412). New York: the Guilford Press.

- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory, 2nd edition*. London: Sage.
- Chuang, A. W., Nuthalapaty, F. S., Casey, P. M., Kaczmarczyk, J. M., Cullimore, A. J., Dalrymple, J. L., Dugoff, L., Espey, E. L., Hammoud, M. M., Hueppche, N. A., Katz, N. T., Peskin, E. G. (2010). To the point: Reviews in medical education - taking control of the hidden curriculum. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 203(4), 316.1-316.6.
Doi:10.1016/j.ajog.2010.04.035
- Cioffi, J. M. (2009). Team nursing in acute care settings: Nurses' experiences. *Contemporary nurse: a journal for the Australian nursing profession*. 33(1):2-12. Doi:10.5172/conu.33.1.2
- Cohen, M. Z.; Visovsky, C.; Vrabel, M. (2010). What does it mean to be an oncology nurse? Re-examining the life Cycle Concepts. *Oncology Nursing Forum*. 37(5), 561-569.
Doi:10.1188/10.ONF.561-570
- CNV Jongeren, (2019, 6 juni). *1 op 8 jonge zorgmedewerkers valt uit door burn-out*. Opgehaald van <https://www.cnvjongeren.nl/nieuws/cnv-jongeren-1-op-8-jonge-zorgmedewerkers-valt-uit-door-burn-out/>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. United Kingdom, London: Sage publications.
- Dahlin, C. (2016). Palliative Care: Delivering Comprehensive Oncology Nursing Care. *Seminars in oncology nursing*, 31(4):327-37. Doi:10.1016/j.soncn.2015.08.008
- Dancy, J. (1993). *Moral Reasons*. New York: Wiley-Blackwell
- Dierckx de Casterlé, B., Verhaeghe, S., Kars, M. et al. (2011). Researching lived experience in healthcare: significance for care ethics. *Nursing Ethics* 18 (2): 232 – 242.
Doi:10.1177/0969733010389253
- De Boer, F. (2011). De Grounded Theory Approach: een update. *KWALON*, 16 (1): 25 – 33.
- De Veer, A., Verkaik, R., Francke, A. L. (2010). Verpleegkundigen en verzorgenden met plezier naar het werk. *TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 120(5): 28-31.
- Dewey, J. (1988). *Human nature and conduct*. Carbondale: Southern Illinois University.
- DiLullo, C., P. McGee & R.M. Kriebel (2011). Demystifying the Millennial student: a reassessment in measures of character and engagement in professional education. *Anatomical Science Education*, 4(4), 214-226. Doi:10.1002/ase.240
- Douw, G.; Schoonhoven, L.; Holwerda, T.; Huisman-de Waal, G.J.; van Zanten, A.R.; van Achterberg, T.; van der Hoeven, J.G. (2015). Nurses' worry or concern and early recognition of deteriorating patients on general wards in acute care hospitals: a systematic review. *Critical care*, 19 (1), 230 - 241. Doi:10.1186/s13054-015-0950-5
- Fins, J., Gentileco, B., Carver, A., Lister, P., Acres, C., Payne, R., & Storey-Johnson, C. (2003). Reflective practice and palliative care education: a clerkship responds to the informal and hidden curricula. *Academic Medicine*, 78: 307 - 312. Doi:10.1097/00001888-200303000-00015

- Frank, A.W. (1995). *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gadamer, H.G. (1960). *Waarheid en methode: hoofdlijnen van een filosofische hermeneutiek* (M. Wildschut vert.). Nijmegen: Vantilt, 2014. (Origineel gepubliceerd in 1960).
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Gofton, W., & Regehr, G. (2006). What we don't know we are teaching: Unveiling the hidden curriculum. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 449, 20-27.
Doi:10.1097/01.blo.0000224024.96034.b2
- Gómez-Urquiza, J., Aneas-López, A., Fuente-Solana, E., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L., & Fuente, G. (2016). Prevalence, risk factors, and levels of burnout among oncology nurses: A Systematic review. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), 104-120. Doi:10.1188/16.ONF.E104-E120
- Guveli, H., Anuk, D., Oflaz, S., Guveli, M., Yildirim, N., Ozkan, M., & Ozkan, S. (2015). Oncology staff: Burnout, job satisfaction and coping with stress. *Psychooncology*, 24(8):926-931.
Doi:10.1002/pon.3743
- Haan, M.M., Van Gorp, J.L.P., Naber, S.M., Groenewoud, A.S. Impact of moral case deliberation in healthcare settings: a literature review. *BMC Medical Ethics*. 19(1) Doi:10.1186/s12910-018-0325-y
- Hamington, M. (2004). *Embodied care: Jane Addams, Maruice Merleau-Ponty, and feminist ethics*. Urbana: University of Illinois Press.
- Hamington, M. (2012). Care ethics and corporeal inquiry in patient relations. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(1), 22-59. Doi:10.3138/ijfab.5.1.52
- Heinen, M., Schoonhoven, L., Cruijsberg, J., Van Achterberg, T. (2013). *Resultaten van RN4Cast, een Europese studie naar inzet en behoud van verpleegkundigen in Nederland en Europa*. IQ healthcare, UMC St Radboud.
- Henry, D. (2017). *Rediscovering the Art of Nursing for Nursing Practice*. Proefschrift East Tennessee State University.
- Holland, J. (2007). Emotions and Research. *International Journal of Social Research Methodology*, 10(3) 195-209. Doi:10.1080/13645570701541894
- Kittay, E.F. (1999), *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*. London/New York: Routledge.
- Kohlen, H. (2015). Troublin practices of control: revisiting Hannah Arendt's ideas of human action as praxis of the unpredictable. *Nursing Philosophy*, 16:161-166. Doi:10.1111/nup.12089
- Kolen, M. (2017). *De ongekende mogelijkheid van het alledaagse* (dissertatie).
<https://repository.uvh.nl/uvh/bitstream/handle/11439/2932/Kolen+Michael+De+ongekende+mogelijkheid+van+het+allegaagse.pdf?sequence=1>

- Kuglin Jones, A. (2017). Oncology Nurse Retreat: A Strength-Based Approach to Self-Care and Personal Resilience. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(2):259-262.
Doi:10.1188/17.CJON.259-262
- Leget, C. (2015). Why good quality of care needs philosophy more than compassion. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(10), 677-679. Doi:10.15171/ijhpm.2015.122
- Leget, C., Van Nistelrooy, I. & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing ethics*, XX(X), p. 1-9.
Doi:10.1177/0969733017707008
- Lindemann, H. (2017). In the Matter of Stories. *Perspectives in Biology and Medicine*, 60(1): 93-102.
Doi:10.1353/pbm.2017.0021
- MacMillan, K. (2016). The hidden curriculum: wat are we actually teaching about the fundamentals of care? *Nursing Leadership*. 29(1):37-46. Doi:10.12927/cjnl.2016.24644
- Martinsen, K. (2006). *Caring and Vulnerability*. Oslo: Akribe.
- Mellor, P., Gregoric, C., & Gillham, D. (2017). Strategies new graduate registered nurses require to care and advocate for themselves: A literature review. *Contemporary Nurse*, 53(3): 390-405.
Doi:10.1080/10376178.2017.1348903
- Mertens, F. (2011). Zorgers zijn spirituele doeners. In M. Pijnenburg, & C. Leget, *Wat bezielt je? Geïnspireerd - blijven - werken in het ziekenhuis* (26 - 38). Budel: Uitgeverij DAMON bv.
- Mills, J., Bonner, A. & Francis, K. (2006). The development of constructivist grounded theory. *International journal of qualitative methods*. 5(1) 25 – 35. Doi:10.1177/160940690600500103
- Murray, M., Sundin, D. & Cope, V. (2019). Benner's model and Duchscher's theory: Providing the framework for understanding new graduate nurses' transition to practice. *Nurse Education in Practice*. 34:199-203. Doi:10.1016/j.nepr.2018.12.003
- Neve, H. & Collett, T. (2018). Empowering students with the hidden curriculum. *Clinical Teaching*, 15(6):494-499. Doi:10.1111/tct.12736
- Nightingale, F. (1946). *Notes on nursing*. Philadelphia, PA: J. B. Lippincott. (origineel werk is gepubliceerd in 1860)
- Noddings, N. (1984). *Caring, a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press.
- NOS. (2016, oktober 29). *Alarmerend tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen dreigt*. Opgehaald van NOS: <https://nos.nl/artikel/2140307-alarmerend-tekort-aan-gespecialiseerde-verpleegkundigen-dreigt.html>
- NOS. (2019, Januari 27). *Zorgpersoneel ervaart nog altijd stijgende werkdruk*. Opgehaald van Nederlandse omroep stichting: <https://nos.nl/artikel/2269394-zorgpersoneel-ervaart-nog-altijd-stijgende-werkdruk.html>
- Norvedt, P. (2007). Sensibility and clinical understanding. *Medicine, healthcare and philosophy* 11: 209 – 219. Doi:10.1007/s11019-007-9113-z

- Nussbaum, M. (1992). *Love's Knowledge: Essays on Philosophy and Literature*. New York: Oxford University Press.
- Olthuis, G. (2007). *Who cares? An ethical study of the moral attitude of professionals in palliative care practice*. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen.
- Olthuis, G. (2011). Bezield zorgen: het goede zien in het werk dat je doet. In Pijnenburg, M. & Leget, C. *Wat bezielt je? Geïnspireerd - blijven - werken in het ziekenhuis* (15 - 25). Budel: Uitgeverij DAMON bv.
- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Jakel, P., & Fine, A. (2014). The nature of ethical conflicts and the meaning of moral community in oncology practice. *Oncology Nursing Forum*, 41(2):130-40. Doi:10.1188/14.ONF.130-140
- Peng, R. (2015). The reproducibility crisis in science: A statistical counterattack. *Significance*, 12(3), 30-32. Doi:10.1111/j.1740-9713.2015.00827.x
- Perry, B. (2006). Touched by a nurse: The imprint of exemplary oncology nursing care. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 16, 37-45.
- Peshkin, A. (1988). In search of subjectivity: One's own. *Educational researcher*, 17(7), 17-22.
- Phillips, C.; Kenny, A.; Esterman, A. & Smith, C. (2014). A secondary analysis examining the needs of graduate nurses in their transition to a new role. *Nurse Education in Practice*, 14(2):106-11. Doi:10.1016/j.nepr.2013.07.007
- Pijnenburg, M. & Leget, C. (2011). Bezieling: een bron van zorg. In Pijnenburg, M. & Leget, M. *Wat bezielt je? Geïnspireerd - blijven - werken in het ziekenhuis* (7 - 14). Budel: Uitgeverij DAMON bv.
- Putters, K., Frissen, P. & Foekema, H. (2006). *Zorg om vernieuwing*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
- Romeo Ratcliff, A. (2014) *An Investigation into the Prevalence of and Relationships Among Compassion Fatigue, Burnout, Compassion Satisfaction, and Self-Transcendence in Oncology Nurses*. Opgehaald van Seton Hall University Dissertations and Theses: <https://scholarship.shu.edu/dissertations/1939/>
- RTL Nieuws. (2017, juni 12). *Verpleegkundige Karin bezweek aan werkdruk: 'Ik vergat zelfs te eten'*. Opgehaald van RTL Nieuws: <https://www.rtlnieuws.nl/node/54816>
- Randall, F. & Downie, R. (1999). *Palliative Care Ethics. A companion for all specialties*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Raso, A., Marchetti, A., D'Angelo, D., Albansi, B., Garrino, L., Dimonte, V., Piredda, M., Grazia De Marinis, M., The hidden curriculum in nursing education: a scoping study. *Medical Education in Review*. Doi.org/10.1111/medu.13911
- Roulston, K. (2010). Considering quality in qualitative interviewing. *Qualitative research*, 10(2):199-228. doi:10.1177/1468794109356739
- Ruddick, S. (1989). *Maternal Thinking: Towards a Politics of Peace*. The Women's Press.

- Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., Watson, R., RN4CAST@IT Working Group (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 27(5):946-954. Doi:10.1111/jonm.12745
- Shimoinaba, K., O'Connor, M., Lee, S., & Kissane, D. (2015). Nurses' resilience and nurturance of the self. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10):504-10. Doi:10.12968/ijpn.2015.21.10.504
- SKB. (2017, mei 12). *Verpleging: veel werkplezier, maar ook veel stress*. Opgehaald van SKB onderzoek en advies: <https://www.skb.nl/nl/nieuws/verpleging-veel-werkplezier-en-veel-stress.html>.
- Stanford Encyclopedia of Philosophy. (2016). *The definition of Morality*. Opgehaald van Stanford Encyclopedia of Philosophy: <https://plato.stanford.edu/entries/morality-definition/>
- Stolper, E., Van de Wiel, M., Van Royen, P., Van Bokhoven-Poeze, M. A., Van der Weijden, T., & Dinant, G. J. (2011). *Intuïtieve kennis is volwaardige kennis*. *Medisch Contact*, 66(46), 2815-2817.
- Swierstra, T. & Tonkens, E. (2008). Respect in een meritocratische samenleving. *Waterstof, het (elektronisch) tijdschrift van de progressieve denktank Waterland*.
- Ten Bos, R. (2003). *Rationele engelen. Moraliteit en management*. Amsterdam: Boom.
- Ter Maten – Speksnijder, A. (2016). *Finding Florence: shedding light on nurse practitioners' professional responsibility*. Proefschrift Rotterdam University of Applied Sciences.
- Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6): 349-357. Doi:10.1093/intqhc/mzm042
- Tonkens, E. (2008). Marktwerking in de publieke sector: duur, bureaucratisch en demotiverend. In F. Ankersmit & L. Klinkers (Eds.), *Tien plagen van de staat: De bedrijfsmatige overheid gewogen* (103–131). Amsterdam: Van Gennep.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries*. New York: Routledge.
- Trouw. (2019, juni 27). *Ziekenhuizen kampen met groot tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen*. Opgehaald van Dagblad Trouw: <https://www.trouw.nl/nieuws/ziekenhuizen-kampen-met-groot-tekort-aan-gespecialiseerde-verpleegkundigen~b9a4be0c/>
- Universiteit voor Humanistiek. (2019, februari 2). *Datamanagement*. Opgehaald van Hoofdlijnen van beleid management onderzoeksdata: https://www.uvh.nl/uvh.nl/up/ZcwaqmaKwL_16-11-01_hoofdlijnen_beleid_management_onderzoeksdata.pdf
- Universiteit voor Humanistiek. (2019, januari). ZEB 70: Afstudeeronderzoek waarin opgenomen de masterthesis [Werkboek].
- V&VN 2020. (2012). *Deel 3 Beroepsprofiel verpleegkundige*. Utrecht.
- V&VN. (2015). *De professionele standaard, een uitwerking*. Utrecht: Van der Weij BV .

- V&VN. (2016, november 2). *Enorm tekort verpleegkundigen*. Opgehaald van Beroepsvereniging verpleegkundigen en verzorgenden Nederland:
<https://vog.venvn.nl/Actueel/Nieuws/Berichten/ID/1672532>
- V&VN. (2017, Juli 1). *Werkdruk door tekort aan mensen*. Opgehaald van Beroepsvereniging verpleegkundigen en verzorgenden Nederland:
<https://vog.venvn.nl/Actueel/Nieuws/Berichten/ID/1990194>
- V&VN. (2019, Januari 27). *Ledenpeiling personeelstekorten 1 jaar later: 'Ik merk geen verschil'*. Opgehaald van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland:
<https://www.venvn.nl/Berichten/ID/2898943/categoryId/1417/Ledenpeiling-personeelstekorten-1-jaar-later-Ik-merk-geen-verschil>
- V&VN Oncologie. (2015). *Expertisegebied oncologieverpleegkundige*. Hilversum: Van der Weij Drukkerijen BV.
- Van Elteren, A., Kunneman, H. & Rozing, M. (2006). *Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale zorgwaarden in de thuiszorg*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Van Dartel, H & De Witte, J. (2014). Professionele verantwoordelijkheid en ethische reflectie. In Van Dartel, H. & Molewijk, B. *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad* (127 – 141). Amsterdam: uitgeverij Boom.
- Van Dartel, H. (2014). Casusvergelijking, leren van gemeenschappelijke ervaringen. In Van Dartel, H. & Molewijk B. *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad* (127 – 141). Amsterdam: uitgeverij Boom.
- Van Dartel, H. (2017). *Goed verplegen. Leerboek ethiek voor verpleegkundigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg: een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.
- Van Heijst, A. (2008). *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.
- Van Heijst, A. (2011). Van professie naar professionaliteit. In Pijnenburg, M., & Leget, C. *Wat bezielt je? Geïnspireerd - blijven - werken in het ziekenhuis* (39 - 66). Budel: Uitgeverij DAMON bv.
- Van Heijst, A., & Vosman, F. (2010). Managen van menslievende zorg: Herbepalen waar de gezondheidszorg toe dient. In Pijnenburg, M., Leget, C. & Berden, B (Eds.), *Menslievende zorg, management en kwaliteit* (pp. 11–39). Budel: Damon.
- Van Nistelrooij, I. (2013). *Basisboek Zorgethiek*. Heeswijk: Berne Media.
- Van Nistelrooij, I. & Leget, C. (2017). Against dichotomies: On mature care and self-sacrifice in care ethics. *Nursing ethics* 2017; 24(6): 694-703. Doi:10.1177/0969733015624475
- Van Nistelrooij, I & Visse, M. (2019). *Me? The invisible call of responsibility and its promise for care ethics: a phenomenological view*. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22:275-285.
 Doi:10.1007/s11019-018-9873-7

- Van Nistelrooij, I., Visse, M., Spekkink, A., & de Lange, J. (2017). How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family. *Journal of medical ethics*, 43(9), 637-644. Doi:10.1136/medethics-2016-103791
- Van Wijngaarden, E., Leget, C., & Goossensen, A. (2018). Ethical uneasiness and the need for open-ended reflexivity: the case of research into older people with a wish to die. *International Journal of Social Research Methodology*, 21(3), 317-331. Doi:10.1080/13645579.2017.1399621
- Vanhaecht, K. (2018). In search of Mangomoments. *The Lancet, Oncology*, 19(2), 165. Doi:10.1016/S1470-2045(18)30034-2
- Vosman, F. (2012). Te dicht op de diamant zie je geen schittering. Open brief aan een verpleegkundige. In Leget, C. & Olthuis, G. *Menslievende zorg in de praktijk. Berichten uit het St. Elisabeth Ziekenhuis* (49 – 58). Den Haag: Boom Lemna uitgevers.
- Vosman, F. & Baart, A. (2008). *Aannemelijke zorg. Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.
- Wahab, S. N., Mordiffi, S. Z., Ang, E., & Lopez, V. (2017). Light at the end of the tunnel: New graduate nurses' accounts of resilience: A qualitative study using Photovoice. *Nurse Education Today*, 52:43-49. Doi:10.1016/j.nedt.2017.02.007
- Walker, M.U. (1998). *Moral understandings: A feminist study in ethics*. New York: Oxford University Press inc.
- Widdershoven, G. (2000). *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*. Den Haag: Boom uitgevers.
- Wenzel, J., Shaha, M., Klimmek, R., & Krumm, S. (2011). Working through grief and loss: oncology nurses' perspectives on professional bereavement. *Oncology Nursing Forum*, 38(4):272-282. Doi:10.1188/11.ONF.E272-E282
- Zeller, E., Doutrich, D., Guido, G., & Hoeksel, R. (2011). A culture of mutual support: discovering why new nurses stay in nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(9):409-414. Doi:10.3928/00220124-20110615-02

10. BIJLAGEN

De bijlagen bevatten het datamanagementplan, de interviewgide en het *informed consent* formulier.

Bijlage 1: Datamanagementplan

1 Administratieve informatie 28-02-2019		
1.a	Werktitel Ma-thesis, student, begeleider, meelezer, eventuele externe opdrachtgever(s), datum van dit plan en van eerdere versies	Masterthesis Zorgethiek en Beleid: de kunst van het verplegen, student: Elzbeth Oomen, begeleider: Vivianne Baur, tweede lezer Inge van Nistelrooij.
1.b	Wie is de eerstverantwoordelijke voor het datamanagement?	Begeleider: Vivianne Baur
2 Beschrijving van de data		
2.a	Worden bestaande data hergebruikt of nieuwe data gegenereerd?	Er wordt nieuwe data gegenereerd.
2.b	Om welke soort(en) data gaat het; omvang van de bestanden; groeitempo?	Interviewdata in de vorm van audio-opname en transcripties
3 Standaarden en metadata, ofwel alles wat nodig is om de data te vinden en te benutten		
3.a	Welke metadatastandaarden worden gebruikt (<i>vindbaarheid</i>)?	volgt
3.b	Welke coderingen e.d. worden gebruikt die toekomstige koppeling met andere data mogelijk maken (<i>duiding, interoperabiliteit</i>)?	n.v.t.
3.c	Welke software en eventueel hardware wordt er gebruikt (<i>duiding, bruikbaarheid</i>)?	geen
3.d	Wat wordt er gedocumenteerd en bewaard om replicatie mogelijk te maken? Wat zijn de	Vragenlijst, interviewgide, codeerschema

	afspraken als betrokkenen (voortijdig) vertrekken?	
4	Ethisch en juridisch	
4.a	Hoe wordt bij het verwerven of genereren van de data de hiervoor eventueel benodigde toestemming verkregen van dataleverancier/ proefpersonen/ ...? Welke beperkingen gelden er eventueel tijdens het onderzoek?	Een informed consent formulier getekend door de respondenten.
4.b	Hoe worden gevoelige gegevens beschermd tijdens en na het project?	Volgens de richtlijnen van de UvH.
4.c	Zijn de data na het project – eventueel na een embargoperiode – als Open Access beschikbaar? Zo nee, welke voorwaarden gelden er?	Nee (volgt)
5	Opslag en archivering	
5.a	Hoe wordt voldoende opslag- en back-upcapaciteit tijdens het project geregeld, inclusief versiebeheer? Zijn de kosten hiervoor gedekt; zo nee...?	Volgens UvH-protocol opgeslagen op R-schijf
5.b	Waar en hoe lang worden de data na afloop van het project beschikbaar gesteld voor vervolgonderzoek en verificatie? Is dit een <i>Trusted Digital Repository</i> , dus met een internationale certificering? Zo niet, hoe worden de data dan vindbaar (<i>denk aan metadata en aan persistent identifiers zoals DOI, Handle en URN</i>) en duurzaam toegankelijk en bruikbaar?	N.v.t.
5.c	Zijn de kosten voor (het voorbereiden van de data voor) archivering gedekt; zo nee...?	UvH: ja.

Bijlage 2: Interviewprotocol

Datum _____

Respondent _____

1. Introductie

- Uitleg geven over het onderzoek, de interviewprocedure
- Toestemmingsverklaring tekenen.
- Vergaren van achtergrondinformatie.

Introductie van het centrale thema

Als verpleegkundigen werk je in een spanningsveld waarin goed verplegen wordt gezien als technisch en wetenschappelijk handelen, terwijl voor verpleegkundigen zelf dit niet de kern en drijfveer van het vak is. In dit interview wil ik op zoek gaan naar hoe jij hier tegenaan kijkt en mee omgaat aan de hand een metafoor van lantaarnpalen en kampvuurtjes. Dit doe ik door als eerste na te gaan wat voor jou de kunst van het verplegen is en als tweede hoe je deze visie hebt ontwikkeld/nog steeds ontwikkelt. Ik ga je hier het één en ander over vragen, waarbij geen goed of fout is. Ik ben op zoek naar jouw visie in jouw woorden. Tijdens het interview zal ik aantekeningen maken die ik ga gebruiken om vervolg vragen te stellen. Het kan zijn dat ik terugkom op iets wat je eerder hebt gezegd omdat ik er dan nog wat meer over wil weten.

2. Visie op de morele kant van verplegen

- Lantaarnpalen en kampvuurtjes. *De overheid vraagt meetbare output als het om zorg gaat, terwijl verpleegkundigen zorg zien als een proces en niet als een resultaat. Deze botsing tussen verpleegkundigen en overheid beschrijft de filosoof Kunneman (2006) aan de hand van de metafoor van de lantaarnpalen en kampvuurtjes. De lantaarnpalen zetten door een technische en wetenschappelijke benadering transparantie en beheersbaarheid een volop in het licht. Het gevaar is dat wat buiten het licht valt als bijzaak wordt gezien. Deze focus van bovenaf creëert ook schamer omdat simpelweg niet alles beheersbaar is. En juist daar maken verpleegkundigen kampvuurtjes om ruimte te maken voor dat wat voor hen de kunst van het verplegen is. Waar zorg in het licht van de lantaarnpalen technisch en wetenschappelijk is, wordt*

het in het licht van de kamputjes een proces wat gaat over goede zorg (moreel geladen).

- Wat is volgens jou de kunst van het verplegen?
- Kun je daar een voorbeeld van geven? Kun je ook een voorbeeld geven wanneer het voor jou niet goed is?
- Wie (en wie niet) zijn daarbij betrokken en wat doen zij en wat niet? (interpersoonlijk)
- Wat was daarin waardevol? Wat heb je gemist?
- Hoe kijk jij daar tegen aan? Kun je een voorbeeld geven? Hoe ga je daar mee om?
- Wat is er nodig om het goede te doen als te verplegen?
- Hoe weet je of je het goede hebt gedaan? Hoe weet je wanneer je niet het goede hebt gedaan?
- Hoe zie jij jezelf als persoon in verhouding tot jezelf als verpleegkundige?
- Wat is voor jouw bezieling in de zorg? Kun je daar een voorbeeld van geven?

Aantekeningen

Vraag naar voorbeelden (niet te snel gaan)

Wat wordt bedoeld?

Beelden en metaforen vragen

3. Ontwikkeling van visie

- Hoe heb je deze visie op verplegen ontwikkeld? Welke factoren/personen spelen een rol?
- Welke rol speelt de zorgpraktijk, hoe ziet die er uit?
- Kan je vertellen hoe je daarover dacht toen je net begon met werken? En toen je net gediplomeerd was als oncologieverpleegkundige? En nu? En hoe zie je de toekomst?
- Kan je hier ervaringen over beschrijven?
- Is er nog iets wat ik zou moeten weten, waar we het nog niet over gehad hebben?

4. Afronding

- Opname stopzetten.
- Danken voor de deelname.
- Hoe was het om je verhaal te delen? Wat is je eerste indruk?
- Hoe wordt er teruggekoppeld

Aantekeningen



Bijlage 3: Informed consent

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent) – tijdens een persoonlijk interview

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard en methode van het onderzoek, zoals uiteengezet in de informatiebrochure en de toelichtingsbrief. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud daarbij het recht deze instemming weer in te trekken zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven en besef dat ik op elk moment mag stoppen met mijn deelname. Indien mijn onderzoeksresultaten gebruikt zullen worden in wetenschappelijke publicaties, dan wel op een andere manier openbaar worden gemaakt, zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren. Mijn persoonsgegevens zullen niet door derden worden ingezien zonder mijn uitdrukkelijke toestemming. Als ik nog verdere informatie over het onderzoek zou willen krijgen, nu of in de toekomst, kan ik me wenden tot Elzbeth Oomen.

In tweevoud getekend:

Naam respondent :

Handtekening :

Ik heb toelichting verstrekt op het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te beantwoorden.

Naam onderzoeker :

Handtekening :