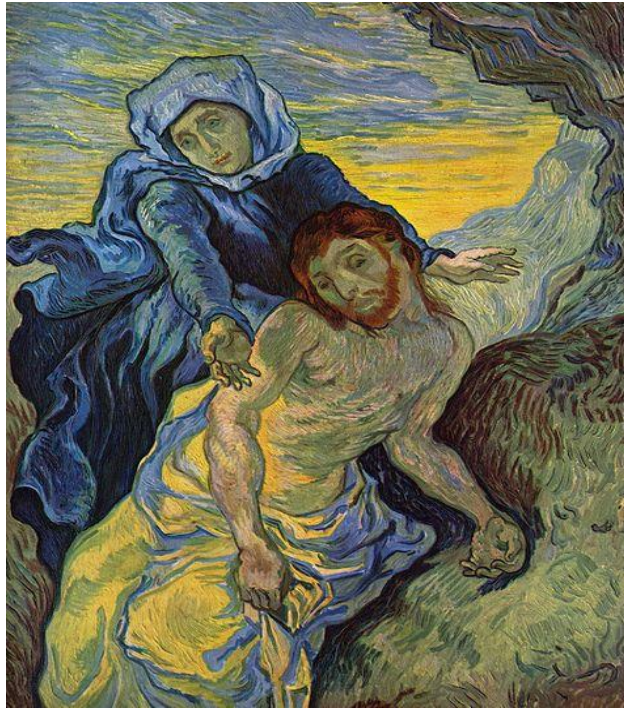


Hart voor de psychiatrie

Onderzoek naar drijfveren van verpleegkundigen in de acute psychiatrie



Vincent van Gogh, Pière, 1889

Anne Dingemans

Merovingersweg 6

Eindhoven

Studentnummer: 1020544

anne.dingemans@student.uvh.nl

Masterthesis ZEB-70

Examinator: Carlo Leget

Tweede lezer: Inge van Nistelrooij

Begeleider: Vivianne Baur

Begeleider Altrecht: Corry van den Heuvel

Universiteit voor Humanistiek

17 juni 2019

Zorg voor het leven

Wie ben ik zonder de cliënt

Ook een doodgewoon mens

(Dingemans, 2019)

Voorwoord

Dit onderzoek is het resultaat van mijn twee jaar durende avontuur aan de Master Zorgethiek en Beleid. Twee jaar waarin mijn interesse in de psychiatrie alleen maar is toegenomen. De master heeft de manier waarop ik naar de psychiatrie en de zorg in het algemeen wel veranderd. De zorgethiek heeft me geleerd dat in de zorg veel verschillende perspectieven samenkomen in één praktijk. Door deze opleiding ging ik mijn eigen denkkaders herkennen en leerde ik steeds beter mijn bril afzetten, zodat ik andere brillen kon proberen. Deze *lenzen*, zoals de brillen ook wel genoemd worden, lieten me veel verder kijken dan ik als verpleegkundige zag.

Ontzettend dankbaar ben ik, voor verschillende mensen die me hebben gesteund. Ik maak dan ook even gebruik van de ruimte in het voorwoord om er tevens een dankwoord van te maken. Allereerst ben ik dankbaar voor Elleke Landeweer, die me voorgesteld heeft aan Yolande Voskes. Zonder jullie had ik dit onderzoek niet gedaan. Daarnaast ben ik dankbaar voor alle kritische feedback die ik gedurende deze opleiding heb mogen ontvangen. De feedback van Carlo Leget, die mijn premasterthesis begeleidde en me veel tips gaf die stiekem ook bruikbaar waren tijdens dit onderzoek. Ook ben ik erg dankbaar voor de feedback en het engelengeduld van Vivianne Baur. Vorig jaar gaf zij me vanaf de zijlijn tips, dit jaar heb ik meermaals het geluk gehad begeleid te mogen worden door Vivianne. Daarnaast ben ik Inge van Nistelrooij dankbaar voor de feedback en dat ze uiteindelijk toch nog mijn tweede lezer wilde zijn.

Speciale dank ben ik verschuldigd aan de verpleegkundigen op de intensive care van Altrecht. Daarnaast natuurlijk alle andere mensen binnen Altrecht die het mogelijk maakten dat ik op een plek waar ik als verpleegkundige graag gewerkt heb mijn onderzoek kon doen.

Familie en vrienden wil ik bedanken voor het eindeloze geduld en het enorme begrip dat jullie gedurende mijn master hadden. Mijn moeder voor de wandelingen, mijn zusje voor haar luisterend oor. Dennis, mijn dankbaarheid voor jou kan ik niet uitdrukken. Alle bovenstaande dankwoorden gelden voor jou en jij bent degene die mij twee jaar lang alle ruimte hebt gegeven. Geniet nog maar even van je avonden zonder mij, dat is binnenkort afgelopen!

Inhoud

Voorwoord.....	3
Inhoud.....	4
1. Samenvatting	7
2. Probleemstelling en relevantie	8
2.1 Aanleiding	8
2.2 Maatschappelijk probleem.....	8
2.3 Wetenschappelijk probleem	9
2.4 Vraagstelling.....	12
2.5 Doelstelling.....	13
3. Inzichten uit theoretisch onderzoek.....	14
3.1 Conceptuele verkenning	14
Macht.....	14
Zorgpraktijken	17
Drijfveren om te zorgen.....	19
3.2 Sensitizing concepts	22
3.3 Conclusie	22
4. Methode van onderzoek.....	24
4.1 Onderzoeksbenadering	24
4.2 Onderzoeksmethode	24
4.3 Casusdefinitie	25
4.4 Data-verzameling.....	25
4.5 Data-analyse	26
4.6 Ethische overwegingen.....	26
5. Inzichten uit empirisch onderzoek.....	28
5.1 Bevindingen uit deelvraag 1: drijfveren van verpleegkundigen.....	28
Roeping.....	29

Nieuwsgierigheid.....	30
Spanning	31
Afwisseling.....	33
Eén op één begeleiding.....	34
5.2 Bevindingen uit deelvraag 2: invloeden op drijfveren	35
Maatschappelijke structuren	36
Patiëntenstructuren	39
Organisatiestructuren.....	42
Persoonlijke structuren	49
Teamstructuren	52
5.3 Voorlopige conclusie.....	57
6. Discussie.....	58
Maatschappelijke structuren: onze huidige maatschappij	58
Patiëntenstructuren: lastige patiënten of werkdruk?.....	60
Organisatiestructuren: democratie in de organisatie	62
Teamstructuren: een krachtig team.....	64
Persoonlijke structuren: emoties of emotionele last?	65
Emoties voor goede samenwerking in de maatschappij.....	66
7. Conclusie en aanbevelingen	68
7.1 Conclusie	68
7.2 Beperkingen.....	69
7.3 Aanbevelingen	70
8. Kwaliteit van het onderzoek.....	71
Literatuur	72
Overige bronnen	78
Bijlage 1: Definitielijst	79
Bijlage 2: Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)	80

Bijlage 3: Informatie onderzoek “Hart voor de psychiatrie”	81
Bijlage 4: Topiclijst	82
Bijlage 5: Self disclosure	86

1. Samenvatting

De zorgsector in Nederland lijdt al jaren onder personeelstekort. In de geestelijke gezondheidszorg heeft het personeelstekort gevolgen voor de veiligheid van medewerkers en patiënten, onder andere door een toename van het aantal incidenten. Ondanks de incidenten werken veel mensen nog met veel plezier in de zorg. Dit geldt tevens voor de verpleegkundigen van de intensive care van Altrecht. De intensive care is een afdeling binnen de acute psychiatrie, waar mensen in een psychiatrische crisis zeer intensieve zorg ontvangen. De afdeling werkt met een methodiek op basis van het HIC model, waarbij autonomie van de patiënt en het terugdringen van dwang centraal staan. In het afgelopen jaar zijn verschillende personeelsleden van de intensive care vertrokken, waardoor de afdeling eveneens met personeelstekort kampt. De verpleegkundigen die nog werkzaam zijn op de intensive care zetten zich elke dag weer in voor hun patiënten, ondanks het personeelstekort. Dit persoonlijke *concern* was de aanleiding om in het kader van de master zorgethiek en beleid een zorgethisch onderzoek uit te voeren naar de drijfveren van de verpleegkundigen om op deze afdeling te werken en welke machtsstructuren de drijfveren beïnvloeden.

Het conceptueel onderzoek biedt inzichten voor het denken over machtsstructuren in zorgpraktijken. Door middel van zorgethisch relevante literatuur zijn de concepten 'macht', 'zorgpraktijken' en 'drijfveren om te zorgen' uiteengezet. Het empirisch onderzoek laat zien dat de drijfveren van de verpleegkundigen door verschillende machtsstructuren worden beïnvloedt. Door middel van een institutioneel etnografisch onderzoeksmethode werden maatschappelijke structuren, patiëntenstructuren, organisatiestructuren, teamstructuren en persoonlijke structuren zichtbaar. Door de dialectische verbinding tussen de conceptuele en empirische bevindingen werd inzicht verkregen in de meerwaarde van dit onderzoek voor het denken over machtsstructuren in zorgpraktijken vanuit zorgethisch perspectief. Deze inzichten laten zien dat op verschillende niveaus verandering nodig is om de drijfveren om te zorgen van verpleegkundigen te behouden.

2. Probleemstelling en relevantie

2.1 Aanleiding

Afgelopen jaar ben ik als verpleegkundige in de acute psychiatrie gaan werken. De acute psychiatrie biedt klinische opnames voor mensen in een crisissituatie. Ik werkte op een afdeling die het ‘high intensive care-model’ volgde (Van Mierlo, Bovenberg, Voskes, & Mulder, 2013). Dit model is bedacht om dwang en separatie in de acute psychiatrie terug te dringen (Bouwhuis & Vreeker, 2015). De behandeling helpt de patiënt de eigen regie hervinden zodat herstel mogelijk wordt (Van Mierlo et al., 2013).

Binnen Altrecht is de intensive care een afdeling waar maximaal vijf mensen verblijven, zodat één-op-één begeleiding mogelijk is. Het intensieve karakter van de zorg vraagt veel van zorgverleners. We krijgen te maken met complexe ziektebeelden, dreiging en agressie (Bouwhuis & Vreeker, 2015). Ondanks het intensieve karakter zorgen de zorgverleners elke dag met passie voor de mensen. Ook ik werkte met veel plezier op deze afdeling, waar ik mijzelf volledig kon richten op één patiënt en de tijd kon nemen voor deze patiënt. Helaas heb ik in mijn werkzame periode op de intensive care verschillende zorgverleners zien vertrekken. Ik werd nieuwsgierig naar de motivatie van de zorgverleners om met deze doelgroep te werken. Ook kwam bij mij de vraag op hoe de organisatie kan zorgen dat zorgverleners gemotiveerd blijven om met deze doelgroep te werken. De master zorgethiek en beleid gaf mij de mogelijkheid mijn persoonlijke *concern* te onderzoeken. Ik denk dat inzicht in drijfveren van zorgverleners belangrijk is, om te zien welke zorg zij nodig hebben.

2.2 Maatschappelijk probleem

Het afgelopen jaar is de overheid een campagne begonnen om werken in de zorg populairder te maken en het personeelstekort in de zorgsector aan te pakken. Het actieprogramma beschrijft dat zorgmedewerkers minder tevreden zijn, de werkdruk stijgt en het ziekteverzuim toeneemt (Ministerie van VWS, 2018, p.20).

Verschillende kranten schreven begin februari dat personeelstekort in de GGZ calamiteiten met soms een dodelijke afloop tot gevolg heeft (Trouw, 2019; De Groene Amsterdammer, 2019). De Groene Amsterdammer sprak over ‘dramatische’ gevolgen van bezuinigingen in de zorg: de kwaliteit van zorg is ernstig achteruit gegaan en

zorgpersoneel raakt oververmoeid en gefrustreerd. GGZ Nederland schrijft dit beeld te herkennen en benoemt dat GGZ instellingen in Nederland lijden onder het personeelstekort. In een eerder onderzoek van Trouw naar geweld in de GGZ bleek de veiligheid voor medewerkers achteruit te gaan door onder andere personeelstekorten en agressie tegen personeel steeds vaker voorkomt.

In de uitzending van het programma ‘De Monitor’ op 24 april 2018 kwamen zorgmedewerkers uit de GGZ aan het woord. Medewerkers benoemen dat ze, ondanks vrijwel dagelijkse geweldsincidenten, met veel plezier voor een kwetsbare groep van de maatschappij werken.

In de uitzending van Eenvandaag op 16 april 2018 bleek dat veel verpleegkundigen uit de zorg vertrekken, ondanks plannen van de overheid om personeel te werven. Uit onderzoek van Pensioenfonds Zorg en Welzijn bleken management, inhoud van het werk en werkdruk redenen van vertrek uit de zorg te zijn (Lang, 2018). Inzicht in wat verpleegkundigen nodig hebben om dit werk te blijven doen lijkt in de periode van personeelstekorten van belang.

2.3 Wetenschappelijk probleem

De motivatie van zorgverleners voor hun beroepskeuze is vanuit verschillende kennisgebieden onderzocht. Deze onderzoeken zijn echter vooral gericht op verpleegkundigen in het ziekenhuis. De motivatie om te zorgen wordt door interne en externe processen beïnvloed (Claassen, 2006). Binnen de verpleegwetenschappen en gezondheidswetenschappen is de motivatie van verpleegkundigen om te zorgen onderzocht. Voornamelijk intrinsieke motivatie laten verpleegkundigen voor het werk kiezen (Arnold, et al., 2010). Vooral altruïsme is een belangrijke motivatie om voor het verpleegkundig vak te kiezen (Ten Hoeve, Castelein, Jansen, Jansen, & Roodbol, 2018). Daarnaast zijn carrièrekansen, zorgen voor en beschermen van patiënten en invloed op zorgbeleid belangrijke motivaties (Ten Hoeve, Castelein, Jansen, & Jansen, 2016). Persoonlijke waarden van professionals beïnvloeden zowel de drijfveren als de manier waarop ze willen werken (Vermeulen & Tiemens, 2012). Echter, externe factoren kunnen de motivatie negatief beïnvloeden. De intrinsieke motivatie van verpleegkundigen neemt af wanneer een derde partij de zorg wil definiëren of controleren (Stone, 2005). Administratieve lasten laten de werkmotivatie van

verpleegkundigen tevens afnemen omdat het ten koste van cliëntencontact zou gaan (Van Hell-Cromwijk, Hoekstra, Holwerda, & Cusveller, 2014).

Hoewel uit bovenstaande literatuur blijkt dat beleid negatieve invloed kan hebben op de motivatie van verpleegkundigen, kan de motivatie ook positief beïnvloed worden door te *empoweren*, blijkt uit gezondheids- en organisatiewetenschappelijke studies (Vermeulen & Van Oostveen, 2016; Van Loon & Noordegraaf, 2014).

Verpleegkundigen krijgen daardoor het gevoel van autonomie, betekenis en impact (Vermeulen & Van Oostveen, 2016). Bovendien werkt communiceren beter dan controleren om verpleegkundigen te sturen en wordt de motivatie bevorderd door de positieve bijdrage van professionals in de maatschappij te benadrukken. Wanneer zorgprofessionals bovendien autonomie ervaren in beleid, levert dit meer zingeving op (Van Loon & Noordegraaf, 2014).

Daarentegen kan gebrek aan regie over het werk de motivatie negatief beïnvloeden, blijkt uit sociologische onderzoeken (Tonkens, 2013; Van Sambeek, Tonkens & Bröer, 2011). De toenemende werkdruk en bureaucrativering door het introduceren van marktwerking in de geestelijke gezondheidszorg conflicteert met de professionele ethiek van zorgprofessionals zoals verpleegkundigen, waardoor zij daardoor frustratie en controleverlies ervaren (Van Sambeek, Tonkens, & Bröer, 2011). Het gevolg daarvan is dat zorgprofessionals regels in het beleid omzeilen, waardoor problemen met het beleid onzichtbaar blijven en de invloed en macht van het beleid indirect toeneemt (Van Sambeek, Tonkens, & Bröer, 2011). Persoonlijke waarden van professionals botsen met de bureaucratie binnen de geestelijke gezondheidszorg: professionals willen zorg op maat leveren, maar zorgverzekeraars willen dat de cliënt snel en goedkoop van de ziekte af is en introduceren daarvoor gestandaardiseerde protocollen (Tonkens, 2013). Bovendien blijken verpleegkundigen in de acute psychiatrie door tijdsgebrek onder druk te staan, waardoor de patiëntrelatie daar onder lijdt (Thibeault, 2016). Daar staat tegenover dat de HIC-methode beschrijft dat de verpleegkundige nabij de zorgvrager is en present is voor de zorgvrager (Van Mierlo, Bovenberg, Voskes, & Mulder, 2013). Bovenal wordt van GGZ-verpleegkundigen op een HIC-afdeling verwacht dat zij aan verschillende competenties voldoen zodat zij alert kunnen zijn op behoeften van zorgvragers en hier actief op kunnen reageren (Bouwhuis & Vreeker, 2015). Recentere onderzoek over de HIC focussen zich voornamelijk op de effecten van de werkwijze

voor patiënten (Van Melle, et al., 2019; Bierbooms, Lorenz-Artz, Pols, & Bongers, 2017).

Uit bovenstaande blijkt dat verschillende factoren de drijfveren van zorgverleners zowel positief als negatief beïnvloeden. Enerzijds neemt de motivatie toe door zorgverleners invloed te geven in beleid, anderzijds neemt de motivatie af door bureaucratie.

Daarnaast worden drijfveren tevens door emoties beïnvloed. De politiek filosoof Pulcini (2017) beschrijft dat emoties zoals compassie en empathie motiveren tot zorgen.

Daarnaast beschrijft de filosoof Nussbaum (2001) dat mededogen kan aanzetten tot ethisch handelen. Bovendien kan aandacht geven aan emoties het ethisch handelen van zorgprofessionals ontwikkelen, wanneer zij de ruimte krijgen om hierop te reflecteren (Baur, van Nistelrooij, & Vanlaere, 2017). Echter, emoties worden nog vaak onbelangrijk gevonden voor ethisch reflecteren (Molewijk, Kleinlugtenbelt, Pugh, & Widdershoven, 2011).

Hoewel uit bovenstaande blijkt dat emoties belangrijk zijn voor het ethisch handelen van verpleegkundigen, blijkt uit sociologisch onderzoek dat het emotionele aspect van zorgen in de psychiatrie ondanks de impact op de zorgverlener vaak onzichtbaar blijft (Tonkens, Grootegoed, & Duyvendak, 2013). Bovendien beschrijft Australisch verpleegwetenschappelijk onderzoek dat van psychiatrisch verpleegkundigen wordt verwacht dat zij eigen emoties onderdrukken (Edward, Hercelinskyj, & Giandinoto, 2017). Dit is in lijn met de sociologe Hochschild (2003), die benadrukt dat verpleegkundigen zich emotioneel afstemmen op de behoeften van de patiënt. Dit 'afstemmen' is een groot deel van wat zij *emotional labour* noemt (Hochschild, 2003).

Zorgverleners kunnen echter over eigen grenzen heen gaan, door de sterke verantwoordelijkheid die ze voelen voor de ander (Van Heijst, 2011). Zorgethisch georiënteerde auteurs Van Nistelrooij en Visse (2018) beschrijven dat verantwoordelijkheid minder als morele verplichting moet worden gezien.

Verantwoordelijkheid is niet iets passiefs, maar een reactie op iets anders (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Volgens de filosoof Walker (2007) wordt moraliteit in de praktijk vormgegeven, door mensen die in de praktijk werken. Morele kennis ontstaat in het samenleven met anderen en gevoelens vormen een bestanddeel van onze morele verantwoordelijkheid (Walker, 2007).

Naast emoties blijken ook machtsstructuren de zorgverleners te beïnvloeden. Macht is in zorgrelaties een belangrijke dimensie waarbij complexe dynamieken een rol spelen (Tronto, 1993). Deze machtsstructuren liggen verborgen in de manier waarop alles in de samenleving sociaal georganiseerd is (Campbell & Gregor, 2004). Zorgpraktijken zijn ingebed in de maatschappij en machtsstructuren vormen de manier waarop we zorgen voor anderen (Leget, Van Nistelrooij, & Visse, 2017). Zorg is naast het tastbare werk tevens een complexe culturele constructie; nadenken over sociale en politieke instellingen vanuit het concept zorg en nadenken over zorgverantwoordelijkheden biedt inzicht in hoe sociale structuren onze waarden en praktijken bepalen (Tronto, 1993). Het handelen van mensen in praktijken wordt vormgegeven door sociaal georganiseerde machtsinvloeden, de *ruling relations* (Smith, 2006). Deze *ruling relations* organiseren en beïnvloeden de zorgpraktijk en de zorgverleners in de zorgpraktijk (Campbell & Gregor, 2004). Onder andere instructies en geschreven teksten zoals protocollen vormen het handelen van de verpleegkundigen (Rankin & Campbell, 2006). Samenvattend zijn machtsstructuren de verdeling van verantwoordelijkheden door hiërarchische verhoudingen die alles in de samenleving organiseren.

Dat machtsstructuren zorgverleners en zorgpraktijken beïnvloeden blijkt uit verschillende onderzoeken. De manier waarop machtsstructuren de drijfveren van zorgverleners beïnvloeden is echter nog niet onderzocht. Een zorgethisch onderzoek gecombineerd met een institutionele etnografie kan inzicht geven in machtsstructuren die drijfveren van zorgverleners beïnvloeden en daarmee een bijdrage leveren aan het denken over goede zorg voor zorgverleners.

2.4 Vraagstelling

Uit bovenstaande probleemstelling volgt de volgende vraagstelling die in dit onderzoek centraal staat:

Welke machtsstructuren zijn van invloed op de drijfveren van verpleegkundigen op de intensive care van Altrecht en wat betekent dit voor het denken over machtsstructuren in zorgpraktijken vanuit zorgethisch perspectief?

- Welke inzichten biedt de voor zorgethiek relevante literatuur met betrekking tot het denken over machtsstructuren in zorgpraktijken?

- Hoe ervaren de verpleegkundigen op de intensive care van Altrecht de eigen drijfveren voor hun werk?
- Welke machtsstructuren beïnvloeden de drijfveren van verpleegkundigen op de intensive care van Altrecht?
- Wat biedt de dialectische verbinding tussen de verkregen conceptuele en empirische inzichten voor het denken over machtsstructuren in zorgpraktijken vanuit zorgethisch perspectief?

2.5 Doelstelling

Het doel van dit zorgethisch onderzoek is inzichten verkrijgen in de drijfveren van verpleegkundigen op de intensive care unit van Altrecht en in de machtsstructuren die de drijfveren beïnvloeden. Deze inzichten worden verkregen door een theoretische verkenning van literatuur over machtsstructuren in zorgpraktijken en een institutioneel etnografisch onderzoek. Met dit onderzoek wordt beoogd nieuwe inzichten te verkrijgen over machtsstructuren in zorgpraktijken waardoor de invloed van deze machtsstructuren op de verpleegkundigen beter kan worden begrepen. Dit maakt mogelijk inzichtelijk welke zorg de verpleegkundigen op de intensive care van Altrecht nodig hebben.

3. Inzichten uit theoretisch onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de deelvraag “welke inzichten biedt de voor zorgethiek relevante literatuur met betrekking tot het denken over machtsstructuren in zorgpraktijken?” beantwoord. Om te begrijpen welke machtsstructuren in zorgpraktijken de drijfveren van verpleegkundigen kunnen beïnvloeden, wordt voor zorgethiek relevante literatuur bestudeerd. In zorgethisch onderzoek wordt conceptueel onderzoek en empirisch onderzoek dialectisch met elkaar verbonden (Leget, Van Nistelrooij, & Visse, 2017). Theorie kan helpend zijn om de praktijk te bestuderen, daarom wordt in de zorgethiek een continue beweging tussen theorie en praktijk gemaakt (Leget, Borry, & De Vries, 2009). Door de verkenning van sociologische, filosofische en zorgethische literatuur wordt inzichtelijk welke machtsstructuren een rol spelen in zorgpraktijken. Vervolgens wordt ingezoomd op de invloed die machtsstructuren kunnen hebben op drijfveren van verpleegkundigen. Uiteengezet wordt hoe dit onderzoek een bijdrage kan leveren aan het zorgethisch denken over machtsstructuren in zorgpraktijken. *Sensitizing concepts* worden beschreven, welke voortkomen uit de literatuur en eigen ervaringen met het werken op de intensive care van Altrecht. Ten slotte worden voorlopige conclusies getrokken.

3.1 Conceptuele verkenning

Het zorgen voor patiënten vindt plaats in zorgpraktijken. Uit de probleemstelling bleek dat zorgpraktijken ingebed zijn in structuren die de samenleving vormen en waar machtsverhoudingen invloed hebben op de zorg (Leget, Van Nistelrooij, & Visse, 2017). Samengevat zijn deze machtsstructuren de hiërarchische verhoudingen die alles in de samenleving organiseren. Dit onderzoek bestudeert de manier waarop deze machtsstructuren in de zorgpraktijken de drijfveren om te zorgen beïnvloeden. Om de theoretische deelvraag te kunnen beantwoorden, worden allereerst de concepten ‘macht’, ‘zorgpraktijken’ en ‘drijfveren’ uiteengezet. Het belang van deze concepten voor dit onderzoek wordt eveneens beschreven.

Macht

Uit de probleemstelling bleek dat zorgpraktijken als instituties zijn ingebed in de samenleving en dat machtsstructuren de manier waarop we zorgen vormen. Om te begrijpen hoe deze machtsstructuren werken, wordt allereerst beschreven hoe

verschillende denkers macht beschrijven. Vervolgens wordt een zorgethisch perspectief op macht uiteengezet. Het woord ‘macht’ heeft volgens het bekende Nederlandse woordenboek maar liefst zes betekenissen, waaronder ‘invloed’ en ‘zeggenschap’ (Van Dale, 2019). Verschillende auteurs in uiteenlopende kennisgebieden hebben nagedacht over de invloed van macht in de samenleving en op de zorgrelatie en hebben daarmee de literatuur over macht verrijkt. De filosoof Foucault (1977) beschreef dat macht de samenleving structureert omdat het al het menselijk handelen beïnvloedt. Hij zet uiteen hoe we in de samenleving verbonden zijn met anderen in complexe relaties met anderen waarin allerlei machtsverhoudingen een rol spelen. Hij beschrijft hoe macht continu onzichtbare invloed uitoefent op mensen door verschillende structureringen, waaronder de wet en regelgeving (Foucault, 1977). Ook de socioloog Blau (1964) beschreef macht als een subtiele manier van invloed uitoefenen, maar volgens hem wordt macht vooral ingezet om anderen ertoe aan te zetten aan bepaalde wensen te voldoen (Blau, 1964).

De zorgethiek biedt een ander perspectief op macht. Macht heeft volgens de zorgethisch georiënteerde politicologe Tronto (1993) te maken met de manier waarop de zorgverantwoordelijkheden in de samenleving zijn verdeeld. Ze beschrijft dat de samenleving het belang en morele kwaliteit van zorg niet op waarde schat, waardoor mensen die zorgen minder belangrijk zijn. Ze betoogt dat deze manier waarop in de samenleving naar zorg wordt gekeken verweven is met ongelijkheid in macht. Volgens haar is het nodig dat zorg een centrale waarde wordt in de maatschappij, zodat zichtbaar wordt dat de zorgverantwoordelijkheden bij bepaalde groepen mensen liggen. Op deze manier zijn machtsstructuren altijd aanwezig in de zorg, vanuit de maatschappij in de zorgpraktijk (Tronto, 1993).

Op een soortgelijke wijze legt de zorgethisch georiënteerde theologe Van Heijst (2011) in haar beschrijving van macht de nadruk op zorgverantwoordelijkheden. Macht speelt volgens haar een rol in de verdeling van zorgverantwoordelijkheden: de professionals die het dichtst bij de zorgbehoevende staan en het intensiefst zorgen, hebben vaak het minst te zeggen over de zorg die zij uitvoeren. Mensen die in de praktijk werken hebben daardoor de minste macht, omdat ze de minste inbreng in die praktijk hebben. Ze benoemt dat zorgverleners zich echter verantwoordelijk voelen voor de zorgvrager en uiteindelijk toch de verantwoordelijkheid nemen om te zorgen (Van Heijst, 2011). Dit is in lijn met later werk van Tronto (2013), waarin zij betoogt dat degenen die zorgen

vaker minder macht hebben. Mensen die zorg verlenen, hebben vaak weinig te zeggen over de manier waarop de zorg wordt ingedeeld. Ze pleit dan ook voor een verandering in de maatschappij, in de manier waarop naar zorg gekeken wordt. Ze zou graag zien dat zorg een gedeelde verantwoordelijkheid wordt, zodat zorgverantwoordelijkheden eerlijker verdeeld worden en de 'hiërarchische' machtsrelaties in de zorg verdwijnen. Op dit moment is macht in de samenleving echter nog ongelijk verdeeld (Tronto, 2013).

De manier waarop de samenleving omgaat met zorgbehoevenden en hun zorgprofessionals wordt volgens Van Heijst (2011) beïnvloed door dominante waarden van zelfbeschikking en autonomie die onze maatschappij vormen, waardoor behoefte en kwetsbaarheid taboe zijn geworden (Van Heijst, 2011). Dit is in lijn met Tronto (1993) die tevens beschreef afhankelijkheid als zwakte wordt gezien omdat autonomie een centraal begrip is in de Westerse samenleving. Tronto (1993) betoogt dan ook dat in de samenleving meer nagedacht moet worden over behoeften van anderen, om dichterbij gerechtigheid te komen in een samenleving (Tronto, 1993). Van Heijst (2011) legt de nadruk echter meer op de hervorming van het zorgsysteem, zodat behoefte en kwetsbaarheid gezien mogen worden.

De zorgethisch georiënteerde auteurs Van Nistelrooij en Visse (2018) beschrijven op soortgelijke wijze als Van Heijst (2011) en Tronto (2013) zorgpraktijken als morele en politieke praktijken waarbij macht een rol speelt. Zij beschrijven tevens dat zorgverantwoordelijkheden vaak bij bepaalde groepen mensen liggen. Daarentegen pleiten zij voor een andere manier om naar macht en zorgverantwoordelijkheden te kijken. Ze betogen dat zorgverantwoordelijkheid nu nog vaak als morele verplichting wordt gezien, terwijl het tevens een reactie op iets anders is. Ze beschrijven dat de zorgprofessional niet alleen autonoom handelt, maar ook passief is in het ontvangen van behoeften van de ander. Zij vinden dat de zorgprofessional dan ook niet individueel verantwoordelijk kan zijn voor de zorg aan de ander (Van Nistelrooij & Visse, 2018). Hoewel uit bovenstaande blijkt dat de zorgverantwoordelijkheid vaak nog als individuele verantwoordelijkheid wordt gezien, wordt uit de literatuur ook duidelijk dat verantwoordelijkheden relationeel ontstaan. Een voorbeeld daarvan is de filosofe Walker (2007), die macht met gevoelens en verantwoordelijkheden verbindt. Zij ziet zorgpraktijken als netwerken van ongeschreven normen, gevormd door verhalen van mensen in de praktijk. Zorgpraktijken zijn volgens haar relationele praktijken van

verantwoordelijkheid. De zorgverleners in zorgpraktijken vormen in samenwerking met elkaar moraliteit door het vertellen van verhalen. Deze verhalen tonen welke idealen en verantwoordelijkheden ze hebben en welke waarden belangrijk zijn voor ze. Zodoende wordt moraliteit gecreëerd in sociale machtsverhoudingen. Sociale machtsverhoudingen tussen mensen vormen volgens haar de manier waarop verantwoordelijkheden in de samenleving worden verdeeld. Deze verdeling heeft te maken met gevoelens: indicatoren voor de mate waarin we ons verantwoordelijk voelen voor de ander. Morele kennis wordt vergroot wanneer ruimte bestaat om verantwoordelijkheden te delen (Walker, 2007).

Van Heijst (2011) sluit aan bij de gedachten van Walker (2007) dat het morele in praktijken vormgegeven wordt door mensen die in de praktijk werken. Volgens Van Heijst (2011) ligt het morele verscholen in de zorg, omdat zorgen gericht is op het goede. Ze is echter van mening dat Walker geen aandacht schenkt aan de 'institutionele bemiddeling van verantwoordelijkheden' (p.307) die in zorgpraktijken een grote rol speelt (Van Heijst, 2011). Het onderzoek van politicologe Rankin (2004) kan een aanvulling zijn. Zij maakt de institutionele sturing zichtbaar die Van Heijst (2011) mist in het werk van Walker (2007). Rankin (2004) beschrijft dat verpleegkundigen in hun dagelijkse werk te maken hebben met professionele, administratieve en bureaucratische activiteiten die hun kennis en praktijk organiseren. De praktijk van de verpleegkundigen wordt volgens haar gecontroleerd door structuren die van hogerhand worden besloten. De consequenties daarvan zijn dat verpleegkundigen minder tijd hebben voor de zorg aan hun patiënten en zichzelf naar het management moeten schikken (Rankin, 2004).

Zorgpraktijken

Uit de probleemstelling en uit bovenstaande literatuur blijkt dat zorgpraktijken morele en politieke praktijken zijn waarbij macht een rol speelt (Leget, Van Nistelrooij, & Visse, 2017). Daarnaast blijkt dat zorgverantwoordelijkheden onevenredig verdeeld zijn in de samenleving (Tronto, 1993). Hieruit kan afgeleid worden dat macht in zorgpraktijken een belangrijke rol te speelt. Om te beschrijven wat zorgpraktijken zijn en hoe macht een rol speelt in deze zorgpraktijken, wordt door middel van zorgethisch relevante literatuur uiteengezet. Allereerst wordt beschreven wat praktijken zijn, waarna een zorgethisch perspectief op zorgpraktijken wordt beschreven.

Het woord 'praktijk' betekent 'toepassen van theorie' (Van Dale, 2019). Dat houdt in dat een zorgpraktijk het toepassen van zorg betekent. De zorg als praktijk wordt op een soortgelijke manier door de sociologen Gherardi en Rodeschini (2016) beschreven. Volgens hen bestaat er een verschil tussen 'zorg' als zelfstandig naamwoord en 'zorgen' als werkwoord. Bij het eerste staan waarden en het begrip van goed en slecht centraal. Het werkwoord 'zorgen' leidt volgens hen tot een verkenning van praktijken waarbij de waarde ligt in de uitvoer van zorg. Zij veronderstellen dat zorgen als praktijk een collectieve bekwaamheid om zorg te verlenen inhoudt en deze praktijk kennis bezit over hoe op zorgbehoeften moet worden geantwoord (Gherardi & Rodeschini, 2016).

Ook politicologe Rankin en sociologe Campbell (2006) benoemen dat zorgverleners over verschillende dingen kennis bezitten. De zorgpraktijk bestaat volgens hen uit twee structurerende delen. Enerzijds wordt de zorgpraktijk gestructureerd door instructies en teksten en anderzijds structureren zorgprofessionals de zorgpraktijk door handelen en denken. Dat houdt in dat zorgpraktijken uit verschillende discoursen bestaan, waar verpleegkundigen niet altijd even goed mee kunnen werken. Ze kunnen bijvoorbeeld goed op de hoogte zijn van het verpleegkundige discours, maar het organisatiediscours niet begrijpen (Rankin, & Campbell, 2006).

Hoewel bovenstaande literatuur de zorg als praktijk beschrijft, is Tronto (1993) van mening dat het beschrijven van zorg als praktijk complex is. Ze benoemt dat het suggereert dat denken en handelen gericht is op een doel. Dit vindt zij problematisch omdat het een grens inhoudt. Zorg is volgens haar niet te beschrijven als iets dat eindig is, maar moet als een proces worden gezien. Het proces in de zorgpraktijk en daarmee de mensen die in de praktijk werken moeten gericht zijn op het tegemoetkomen aan concrete behoeften (Tronto, 1993). Evenals Tronto beschrijft de zorgethisch georiëerde filosofe Verkerk (2011) de zorgrelatie een van nature continu proces. In dit proces zijn verschillende mensen steeds in dialoog om een gezamenlijk doel te bereiken. Echter, zorg is ook volgens haar niet alleen een relationele activiteit. De zorgpraktijk is vervlochten met normen en waarden, waardoor zorg tevens een ethisch concept is (Verkerk, 2011). Dit is in lijn met Van Heijst (2011). Ze ziet de zorgpraktijk als een 'ethisch relevante intermenselijke omgang' (p.12). Zorgpraktijken zijn volgens haar ethisch, omdat mensen samenwerken om zorg te bieden, ook al zijn sommige mensen

niet te genezen. De zorg draait om morele overtuigingen, waarbij mensen doen wat zij denken dat goed handelen is (Van Heijst, 2011).

In tegenstelling tot de zorgethisch georiënteerde denkers, beschrijven Rankin en Campbell (2006) verpleegkundigen als 'subjecten' die in een sociaal gestructureerde praktijk werken. Volgens hen worden sociale handelingen in zorgpraktijken gestructureerd door teksten zoals protocollen. In de door tekst gestuurde praktijk worden verpleegkundigen vervolgens participanten in een discours dat bestaat uit sociale handelingen. Om te kunnen ontdekken wat in deze sociaal gestructureerde praktijken belangrijk wordt gevonden, kan gekeken worden naar taal die gebruikt wordt (Rankin, & Campbell, 2006).

Van Heijst (2011) beschrijft echter dat de zorgpraktijk méér is dan een gereguleerde praktijk vol standaarden. Dit blijkt uit de professionals die door de uitoefening van hun vak, hun competenties en door regels in hun praktijk werken aan een gezamenlijk doel. De zorgpraktijk draait volgens haar om mensen bijstaan en niet in de steek laten, niet om het genezen van mensen (Van Heijst, 2011). Daarbij verwijst ze naar Verkerk (2004), die gebaseerd op de gedachten van Walker (2007) een geografie van verantwoordelijkheden beschrijft. De praktijk krijgt volgens Verkerk (2004) morele invulling vanuit verschillende perspectieven en ideeën van verantwoordelijkheid van de zorgprofessionals. Op die manier is de zorg ingebed in relaties waar gevoelens en ervaringen een rol spelen en de zorg voor anderen gevormd wordt (Verkerk, 2004).

Drijfveren om te zorgen

In de zorgpraktijk werken verschillende zorgprofessionals samen. Zij hebben gekozen om in deze praktijk te werken. In de probleemstelling bleken de drijfveren van zorgprofessionals om te zorgen zowel uit intrinsieke als extrinsieke factoren te bestaan. Binnen en buiten de zorgethiek hebben verschillende auteurs nagedacht over wat iemand drijft om te zorgen voor de ander. Hieronder wordt een zorgethisch perspectief beschreven op de drijfveren om te zorgen. Sociologische en filosofische literatuur wordt gebruikt om het zorgethische perspectief aan te vullen.

Volgens Tronto (1993) is het noodzakelijk dat iemand allereerst aandacht heeft voor de eigen behoeften, voordat diegene aandacht kan hebben voor behoeften van de ander. De

eigen behoeften moeten bevredigd zijn om de aandacht te kunnen richten op de behoeften van de ander. Aandachtig zijn voor de ander en diens behoeften herkennen is volgens haar dan ook een morele prestatie (Tronto, 1993).

De zorgethisch georiënteerde filosoof Slote (2007) beargumenteert dat empathie de basis is van de drijfveer om te zorgen. Empathie staat volgens hem centraal bij de morele ontwikkeling van mensen. Hij benadrukt dat empathie zorgzaamheid, mededogen en compassie aanwakkert (Slote, 2007). In overeenstemming met Slote (2007) beschrijft ook de politiek filosofe Pulcini (2017) dat empathie ten grondslag ligt aan het zorgen. Echter, ze benoemt dat empathie zelf niet aanzet tot zorgen, maar een ‘moreel neutrale affectieve toestand’ is (p.3). Empathie activeert volgens haar emoties die tot morele actie leiden. Ze beschrijft dat verschillende emoties een rol spelen in verschillende vormen zorgrelaties. Compassie is in die relatie volgens haar de emotie die aanzet tot zorgen (Pulcini, 2017, p.4). Hierbij verwijst ze naar de filosofe Nussbaum (2001), die compassie beschrijft als het intense medeleven met de ander. Nussbaum (2001) daarentegen dat mededogen een belangrijke drijfveer is voor de betrokkenheid bij behoeften van de ander. Ze benoemt dat iemand zich kan identificeren met het lijden van de ander, zonder het lijden over te nemen. Om mededogen te kunnen ervaren, moet iemand andermans tegenspoed niet verwijten. Deze tegenspoed wordt gezien als een menselijke waardigheid die door het leven ernstig wordt gekwetst (Nussbaum, 2001). In eerder werk beschrijft Nussbaum (1986) dat emoties laten zien wat waarde heeft voor een mens en ondersteunend is voor het ratio (Nussbaum, 1986).

Ook de zorgethisch georiënteerde filosoof Hamington (2012) beschrijft dat het geraakt worden door de ander voorafgaat aan zorgen voor de ander. Zorgen is volgens hem empathie die omgezet is in actie. Hij stelt echter dat zorgen verweven is met kennis. Hij beschrijft dat iemand ons raakt, waardoor we meer willen weten over diegene. Vervolgens leren we over de persoon, waardoor we de mogelijkheid tot zorgen voor de ander openen. Deze kennis is verwerven met emoties die in ons lichaam ontstaan. Door deze lichamelijke kennis, ‘weten’ we hoe we moeten zorgen voor de ander. Dit intersubjectief weten komt tot stand door het menselijke vermogen van de verbeelding, het ‘sympathiek begrip’ (Hamington, 2012, p. 63).

De zorgethisch georiënteerde filosofe Noddings (1984) beschrijft eveneens dat iemand zich in moeten kunnen leven in de ander en geraakt moet worden door de ander om aangezet te worden tot zorgen. Het inleven in de ander moet zo ver gaan, dat iemand bijna kan voelen wat de ander voelt (Noddings, 1984). De filosofe Gardiner (2009) is daar kritisch over: ze benoemt dat iemand zich empathisch in kan proberen te leven in de ander en kan proberen te begrijpen wat de ander ervaart, maar dat de eigen emotionele bagage daarmee niet verdwijnt (Gardiner, 2009). Ook de sociologe Hochschild (2003) betoogt dat inleven in de ander niet genoeg is. Een groot deel van zorg en betrokkenheid bij de ander bestaat volgens Hochschild (2003) uit emotionele afstemming. Ook zij beschrijft dat de emoties van de verpleegkundige vooraf gaan aan deze afstemming op de ander. Zij benadrukt echter dat empathie kan aanzetten tot afstemming, maar tevens op de verpleegkundige zelf gericht kan zijn. Empathie hoeft niet te betekenen dat de verpleegkundige tot handelen overgaat. De empathie die de verpleegkundige voelt kan gedachten oproepen hoe de situatie van de ander bij de verpleegkundige zelf zou voelen. Deze gevoelens noemt zij 'projectie' en hoeven niet te betekenen dat de verpleegkundige daadwerkelijk handelt. Hochschild beargumenteert op deze manier dat het van belang is dat de verpleegkundige zich bewust is van projectie, zodat hij of zij werkelijk kan horen wat de zorgvrager nodig heeft (Hochschild, 2003). Iemand moet zich voortdurend bewust zijn van eigen belangen om te voorkomen dat deze vermengd raken met die van de ander (Gardiner, 2009).

Tronto (1993) wijst eveneens op het gevaar dat schuilt in het inleven in de ander. Ze benadrukt dat iemand niet voor de ander kan bepalen wat goede zorg is in diens situatie. Het startpunt van zorgen is het standpunt van de ander, maar interactie met de ander is gedurende het gehele proces nodig om te weten of de zorg aan de behoefte van de ander voldoet (Tronto, 1993). Een professional kan zichzelf echter nooit volledig in de schoenen van de zorgvrager plaatsen, omdat de professional een ander perspectief heeft dan de zorgvrager (Weidema, Van Wijk, & Molewijk, 2014).

Hoewel uit bovenstaande blijkt dat emotionele afstemming op de zorgvrager van belang is, wordt uit de literatuur duidelijk dat de emotionele afstemming gevolgen kan hebben voor de verpleegkundige. Deze gevolgen worden door Hochschild (2003) beschreven. Ze beschrijft dat van verpleegkundigen verwacht wordt dat zij zichzelf zodanig afstemmen op de zorgvrager, dat zij hun eigen emoties dienen te onderdrukken. Dit is

wat zij beschrijft als ‘*emotional labour*’. Een groot deel van het werk dat verpleegkundigen doen is *emotional labour* (Hochschild, 2003). In later werk (2012) benoemt ze dat *emotional labour* de laatste jaren steeds meer onzichtbaar wordt, omdat de verpleegkundigen minder tijd hebben om met de patiënt bezig te zijn. Door personeelstekort wordt de werklast hoger en kunnen ze minder goede zorg leveren. Ze benadrukt dat de *emotional labour* veranderd is, maar wel degelijk aanwezig. Het gevaar van deze *emotional labour* is dat verpleegkundigen het werk niet meer volhouden (Hochschild, 2012).

3.2 Sensitizing concepts

De *sensitizing concepts* werken als richtinggevende begrippen voor de analyse (Boeije, 2008). De *sensitizing concepts* komen voort uit bovenstaande conceptuele verkenning en mijn eigen ervaringen met het werken op de intensive care. Deze ervaringen zijn onderdeel van mijn eigen belichaamde kennis en kunnen niet los worden gezien van wie ik ben (Ellingson, 2006). In bijlage 2 is een deel van het dagboek toegevoegd. De begrippen die worden gebruikt zijn: ‘macht’, ‘zorgverantwoordelijkheden’, ‘relaties’, ‘drijfveren’, ‘structurering’, ‘emoties’, ‘kennis’, ‘behoeften’ en ‘moraliteit’.

3.3 Conclusie

Macht blijkt een belangrijke rol te spelen in zorgpraktijken. De zorgethiek beschrijft zorgpraktijken als morele en politieke praktijken, waarin zorgverantwoordelijkheden ongelijk verdeeld zijn door de bestaande sociale machtsverhoudingen in de samenleving. Emoties, waaronder mededogen en empathie, hebben invloed op de verantwoordelijkheid die iemand voelt om te zorgen. De verwachting is dan ook dat emoties ten grondslag liggen aan drijfveren om te zorgen. Echter, emoties kunnen ook de drijfveren om te zorgen blokkeren of verminderen. Als iemand te veel werklast ervaart of emotionele bagage meeneemt, kan dit leiden tot minder inlevingsvermogen in de ander. Naast emoties, speelt de maatschappelijke context en het huidige zorgsysteem een rol bij drijfveren om te zorgen, door de manier waarop naar zorg gekeken wordt en hoe de zorgverantwoordelijkheden zijn verdeeld. De huidige maatschappelijke context en het zorgsysteem verhogen de werkdruk, waardoor verpleegkundigen niet meer de zorg kunnen bieden die zij graag willen bieden. Bovendien hebben verschillende vormen van structurering zoals teksten en protocollen invloed op de zorgpraktijk, de

drijfveren van verpleegkundigen en op het gedrag van de verpleegkundigen. Dit onderzoek kan inzicht geven in de verschillende machtsstructuren die de drijfveren van verpleegkundigen op de intensive care van Altrecht beïnvloeden. De verwachting is dan ook dat de inzichten kunnen worden gebruikt om te bepalen wat goede zorg is voor de verpleegkundigen.

4. Methode van onderzoek

4.1 Onderzoeksbenadering

Dit onderzoek volgt een zorgethische benadering, gebaseerd op een sociaal constructivistisch wereldbeeld (Creswell & Poth, 2018). De sociaal constructivistische benadering laat ervaringen van individuen in de eigen leefwereld zien, waarbij individuen betekenis geven aan deze ervaringen (Creswell & Poth, 2018).

In zorgethisch onderzoek staat zorg centraal en wordt conceptueel onderzoek en empirisch onderzoek dialectisch met elkaar verbonden (Leget, Van Nistelrooij, & Visse, 2017). Zorgethiek begint in de praktijk, waar het inzoomt op ervaringen en emoties van de betrokkenen in die praktijk (Vosman & Niemeijer, 2017). Zorgethiek focust op de geleefde ervaring, de zorgpraktijk en de manier waarop de samenleving is georganiseerd. Daarnaast wordt bestudeerd hoe macht in de samenleving is gestructureerd en de impact van machtsstructuren op de zorgpraktijk (Leget, Van Nistelrooij, & Visse, 2017). De focus ligt in dit onderzoek via de zorgverlener op de zorgpraktijk, de samenleving en onderlinge machtsstructuren.

4.2 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek werd gestart met een kritische discoursanalyse (KDA). De kritische discoursanalyse onderzoekt de manier waarop betekenisconstructies en sociale identiteiten vormgegeven worden, waardoor machtsstructuren worden blootgelegd (Van den Berg, 2004). Gedurende de analysefase werd duidelijk dat deze methode niet veel informatie op zou leveren. KDA richt zich voornamelijk onderzoeken hoe meningen en werkelijkheden door taal worden geconstrueerd (Van den Berg, 2004). Na de analyse van twee interviews werd duidelijk dat deze methode geen inzichten opleverde in de machtsstructuren die drijfveren van de verpleegkundigen beïnvloeden. De keuze is toen gemaakt om de methode te veranderen, in de hoop meer informatie uit de interviews te halen.

In dit zorgethische onderzoek is gebruik gemaakt van een institutioneel etnografische onderzoeksmethode (hierna: IE). Zorgethiek richt zich op het onderzoeken van de complexe en gelaagde problemen in zorgpraktijken (Van Nistelrooij & Leget, 2017). IE kan machtsverhoudingen blootleggen die het dagelijkse handelen van verpleegkundigen beïnvloeden (Boonen, Vosman, & Niemeijer, 2018). Deze methode focust op de

alledaagse ervaringen van mensen die in een institutionele praktijk werken (Boonen, Vosman, & Niemeijer, 2018). Het gebruikt de alledaagse ervaring van de mensen uit de praktijk als lens om onderzoek te doen naar sociale relaties en sociale instituties (Kolen, Timmerman, & Vosman, 2015). Het streeft ernaar de invloeden op de persoon in de praktijk zichtbaar te maken (Smith, 2006). Het handelen van mensen in de praktijk wordt vormgegeven door sociaal georganiseerde invloeden, de *ruling relations* (Campbell & Gregor, 2004). Handelende personen in de praktijk zijn altijd verbonden met anderen in de praktijk en deze praktijken worden institutioneel gestuurd door teksten, zoals procedures en protocollen (Smith, 2006). IE neemt het standpunt van de *small heroes* om naar de praktijk te kijken, omdat diegenen de kennis van hun situatie bezitten en met de *ruling relations* werken (Boonen, Vosman, & Niemeijer, 2018). Binnen IE wordt gebruik gemaakt van observaties, interviews met werkenden in de praktijk en worden de institutionele teksten die de praktijk beïnvloeden onderzocht (Smith, 2006).

4.3 Casusdefinitie

De setting waar het onderzoek plaatsvindt is de afdeling intensive care binnen de acute psychiatrie van de geestelijke gezondheidszorgorganisatie Altrecht. In dit onderzoek zijn vijf verpleegkundigen van de intensive care in een-op-een interviews gesproken. Eén interview is niet meegenomen in de resultaten (zie ook hoofdstuk 8: Kwaliteit). De verpleegkundigen die deelnamen aan het interview waren op het moment van dataverzameling met een vast dienstverband werkzaam op de afdeling. De werkzaamheden op de afdeling zijn gedurende verschillende diensten (zowel vroege en late diensten) geobserveerd.

4.4 Data-verzameling

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van participerende observaties en semigestructureerde interviews. Gekozen is voor participerende observatie (Creswell & Poth, 2018), omdat de onderzoeker tevens als verpleegkundige werkzaam is geweest op de afdeling. Dit heeft als voordeel dat teksten en handelingen die invloed kunnen hebben op de drijfveren, al bekend zijn. Gedurende een aantal diensten zijn veld aantekeningen in een dagboek bijgehouden, waarbij gebruik is gemaakt van een observatieprotocol (Creswell & Poth, 2018). Vijf verpleegkundigen zijn in de interviews

bevraagd op hun drijfveren. Documenten, zoals genoemde protocollen in het interview, een beschrijving van de HIC-methode en de visie van Altrecht op de HIC waren onderdeel van de dataset.

4.5 Data-analyse

De observaties zijn uitgewerkt in narratieve *thick descriptions* (Creswell & Poth, 2018). De interviews zijn letterlijk en gedetailleerd uitgeschreven. Deze beschrijvingen zijn meermaals grondig doorgelezen om de institutionele invloed op het dagelijks handelen en daarmee de drijfveren van de verpleegkundigen te ontdekken. Door de analyse is de sociale organisatie van kennis, regulerende relaties en institutionele geletterdheid zichtbaar gemaakt. De geleefde ervaring van de verpleegkundigen is als lens gebruikt om deze *ruling relations* op het spoor te komen (Kolen, Timmerman, & Vosman, 2015). Om momenten uit de dataset te abstraheren werd gekeken naar momenten waar het 'schuurt' in de dagelijkse praktijk van de verpleegkundigen, dit houdt in dat gekeken werd naar wat verpleegkundigen verrast, welke problemen zich voordoen in de praktijk en waar de verpleegkundigen tegenaan lopen (Boonen, Vosman, & Niemeijer, 2017). De stappen *mapping*, *indexing* en *writing accounts* zijn gebruikt om deze schurende momenten uit de data te halen en te beschrijven wat in die momenten gebeurt (Rankin, 2017). Door middel van open codering zijn de relevante fragmenten gelabeld (Boeije, 2008). Deze codering bleef dicht bij de taal die respondenten gebruikten. Uit deze verschillende codes zijn thema's gemaakt (Boeije, 2008). In de thema's werd de institutionele sturing zichtbaar. Deze thema's zijn in de laatste fase van de analyse gekoppeld met de documenten. Een overzicht van de gebruikte documenten bij de data-analyse is te vinden in de bijlage.

4.6 Ethische overwegingen

Open zijn over ethisch ongemak tijdens het onderzoek en reflexiviteit van de onderzoeker kan helpen om een moreel juist onderzoek te creëren (Van Wijngaarden, Leget, & Goossensen, 2017). Om die reden is voorafgaand en gedurende het onderzoek met verschillende ethische overwegingen rekening gehouden.

Voorafgaand aan de start van het onderzoek is de onderzoeksopzet is ter goedkeuring aangeboden aan de wetenschapscommissie van Altrecht. In het onderzoek is gewacht tot

goedkeuring van de commissie voordat verder werd gegaan met dataverzameling. Daarnaast is in een vergadering het doel van het onderzoek toegelicht. Voorafgaand aan de dataverzameling is elke verpleegkundige om geïnformeerde toestemming gevraagd (Creswell & Poth, 2018). Tevens heeft iedere deelnemende verpleegkundige een informatieblad ontvangen met informatie over het onderzoek en contactgegevens van de student. Voorafgaand aan de interviews is duidelijk aan de verpleegkundigen benoemd dat zij ieder moment konden stoppen met deelname aan het onderzoek. Daarnaast is benoemd dat zij altijd contact op mochten nemen met de student als zij dat nodig hadden. Nazorg is aangeboden aan verpleegkundigen na het interview, wanneer mogelijk belastende onderwerpen ter sprake kwamen. Niemand heeft gebruik gemaakt van de aangeboden nazorg. Alle verpleegkundigen gaven aan een prettig interview te hebben gehad.

Na de dataverzameling zijn de opnames van de interviews uiterlijk een week na opname getranscribeerd en geanonimiseerd. De ruwe data zijn opgeslagen in de persoonlijke beveiligde map van de Universiteit voor Humanistiek. De geanonimiseerde data is tevens opgeslagen op de beveiligde schijf van Altrecht.

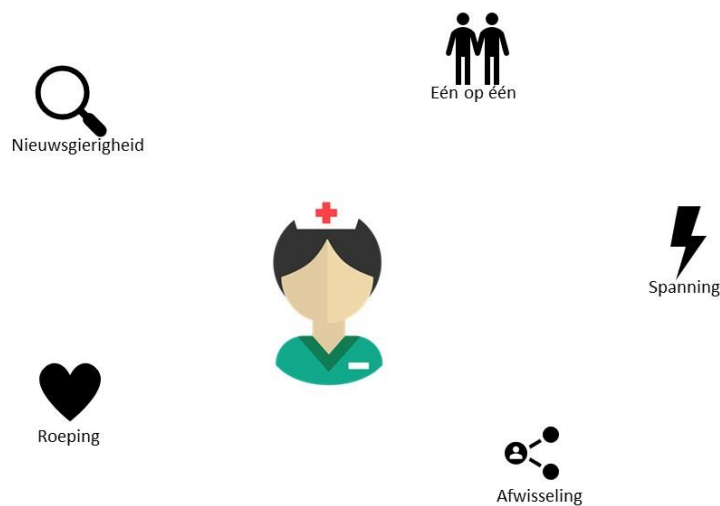
Ten tijde van het onderzoek was ik niet meer werkzaam op de afdeling om rolconflicten te voorkomen. Uiteindelijk hebben niet alle verpleegkundigen voorafgaand aan de publicatie van dit verslag de resultaten gelezen, door persoonlijke omstandigheden van verpleegkundigen.

5. Inzichten uit empirisch onderzoek

In dit hoofdstuk worden de empirische bevindingen beschreven. Allereerst worden de bevindingen beschreven die voortkomen uit het onderzoek naar de deelvraag: ‘Hoe ervaren de verpleegkundigen op de intensive care van Altrecht de eigen drijfveren voor hun werk?’ Vervolgens worden de bevindingen beschreven die voortkomen uit de deelvraag: ‘Welke machtsstructuren beïnvloeden de drijfveren van verpleegkundigen op de intensive care van Altrecht?’ Door de lens van de geleefde ervaringen van de verpleegkundigen worden machtsstructuren zichtbaar en wordt inzicht verkregen in de institutionele sturing. De gevonden machtsstructuren worden tevens gekoppeld aan documenten, waarin de institutionele sturing tot uitdrukking wordt gebracht. In een samenvatting aan het einde van het hoofdstuk worden beiden deelvragen met elkaar verbonden. In de bijlage is een definitielijst opgenomen met definities die in de bevindingen worden gebruikt.

5.1 Bevindingen uit deelvraag 1: drijfveren van verpleegkundigen

De drijfveren van de verpleegkundigen kunnen worden beschrijven als een combinatie van intrinsieke en extrinsieke motivatie die verweven lijken. Een duidelijke scheiding tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie kan dan ook niet worden gemaakt. Roeping, nieuwsgierigheid, de afwisseling in het werk, de één op één werkwijze van de afdeling en de spanning die het werken op de intensive care met zich meebrengt zijn belangrijkste drijfveren van de verpleegkundigen om voor het werk op de intensive care te kiezen.



Figuur 1. Drijfveren verpleegkundigen

Roeping

De verpleegkundigen van de intensive care beschreven allemaal een intrinsieke motivatie die in de analyse onder ‘roeping’ is gecodeerd. Eén verpleegkundige noemde het daadwerkelijk een roeping, een andere verpleegkundige noemde het ‘feeling hebben’ en weer een ander benoemde dat de psychiatrie gewoon goed lag. Om alle verschillende benamingen die verpleegkundigen zelf aan de intrinsieke motivatie gaven te bundelen is gekozen voor één code.

Eén verpleegkundige benoemt op jonge leeftijd al te weten in de psychiatrie te willen werken.

“Ik heb altijd wel een bepaalde interesse gehad voor de psychiatrie.” (V3)

De verpleegkundige beschrijft dan ook direct gesolliciteerd te hebben zodra de opleiding tot verpleegkundige afgerond was. Pas een aantal jaar later kon de verpleegkundige aan het werk binnen de psychiatrie. Daar was direct duidelijk dat het werk paste.

“Ja heb ik ook echt het gevoel van dit.. dit is wat ik gewoon moet dóen. Vanaf het moment dat ik begonnen ben (...) Voel ik me gewoon als een vis in het water.” (V3)

Verschillende verpleegkundigen beschrijven altijd wel feeling te hebben gehad voor mensen met psychiatrische problematiek.

“Ik moet wel zeggen dat ik er altijd wel al handig in was. (...) Dat ik er wel een soort feeling voor had.” (V2)

Deze feeling is volgens de verpleegkundigen nodig om goed met patiënten in de psychiatrie om te kunnen gaan. Een andere verpleegkundige beschrijft niet letterlijk een *feeling* of een roeping, maar beschrijft altijd al goed te zijn geweest in de omgang met mensen met psychiatrische problematiek.

“Ik ervaarde zelf en iedereen om mij heen zei joh, jij bent zo goed in contact, ga nou met die mensen werken. (...) iedereen die komt gewoon op je af en je kan gewoon met ze praten, hoe gek ze ook zijn. (...) gaandeweg de opleiding merkte ik inderdaad van ja, dat is wel iets dat bij me past.” (V4)

Verschillende verpleegkundigen noemen anderen graag te willen helpen. Het lijkt ten grondslag te liggen aan de drijfveer ‘roeping’.

“Gewoon, om mensen op weg te helpen, in de zin van.. Te ondersteunen in hun weg die ze moeten lopen. Hoe vervelend ook die soms kan zijn.” (V5)

Voor alle verpleegkundigen speelde de intrinsieke motivatie een belangrijke rol bij de keuze voor de intensive care.

Nieuwsgierigheid

Verschillende verpleegkundigen benoemen dat zij nieuwsgierig waren naar de nieuwe manier van werken toen de intensive care werd geopend. Eén verpleegkundige heeft jaren moeten wachten voordat de afdeling uiteindelijk werd geopend.

“...2010 geloof ik.. toen was er al sprake van een IC. Toen kwam ik net van een afdeling af (...) en die afdeling was voorbeeld afdeling geweest (...) Nou ja dat heeft uiteindelijk toch natuurlijk nog wat jaren geduurd voordat ook daadwerkelijk die IC daar kwam.” (V3)

Een andere verpleegkundige hoorde van de intensive care toen de afdeling net opgestart was. De nieuwsgierigheid was gewekt door de beschrijving van de HIC-methode.

“Ook omdat het nieuw was. (...) de IC, daar wist ik te weinig van en dat vond ik een uitdaging om te leren (...) Wat ik erover las, vond ik het heel erg idealistisch. Wilde ik zelf ook meemaken of het wel zo werkte. Dus het puur die nieuwsgierigheid ook.” (V5)

Ook deze verpleegkundige moest echter nog wachten op het werken op de intensive care, omdat de organisatie wilde dat de verpleegkundige eerst op een andere afdeling ging werken. Een andere verpleegkundige beschrijft altijd nieuwsgierig te zijn geweest naar de psychiatrie, niet zo zeer de intensive care in het bijzonder.

“...was ik wel een beetje nieuwsgierig hoe de psychiatrie hoe dat werkt. (...) Ik denk dat ik onbewust daar wel nieuwsgierig naar was.” (V2)

Weer een andere verpleegkundige beschrijft dat de nieuwe setting de reden was om terug naar de psychiatrie te gaan, na een aantal jaren werkzaam te zijn geweest buiten de psychiatrie.

Spanning

Verschillende verpleegkundigen gaven aan dat het werken op de intensive care gepaard gaat met gevoelens van spanning. Een verpleegkundige noemde de spanning voor zichzelf noodzakelijk om het naar de zin te hebben op een werkplek.

“Een béétje ben ik ook wel van de actie en de sensatie” (V4)

Een andere verpleegkundige beschreef dat de spanning soms voelbaar is bij binnenkomst op de afdeling.

“Soms dan (...) voel je meteen die spanning. (...) of dat het heel spannend is. (...) dan sta je ook meteen áán.” (V2)

De spanning die bij binnenkomst op de afdeling wordt ervaren, is voor een andere verpleegkundige ook een aspect dat het werk leuk maakt.

“Ik vind het leuk dat als ik de afdeling op kom en dat ik bij god niet weet wat er gaat gebeuren.” (V3)

In de eigen observaties beschreven verschillende verpleegkundigen dat de spanning op de intensive care hogere pieken en dalen kent dan op een reguliere psychiatrische afdeling of op een high care afdeling. Een verpleegkundige beschreef het als “het is óf rennen, óf stilstaan”. Ook in de interviews kwam dit aspect van het werken op de intensive care naar voren.

“(…) je denkt van met zijn allen van 'oh, we zitten even een bakje koffie te doen, oh, wat is het toch rustig hè' en er gaat een eh alarm en eh je bent in een keer aan het rennen.” (V3)

Meerdere verpleegkundigen gaven aan dat de spanning die zij gedurende de dag ervaren minder is geworden, naarmate zij langer werkzaam zijn in de psychiatrie.

“Ja vroeger vond ik het allemaal héél spannend hier. Allemaal héél spannend. En dat heb ik ook niet meer.” (V2)

Dat de werkplek gepaard gaat met spanning, heeft invloed op de vrije tijd van verpleegkundigen. De omgeving van verpleegkundigen zijn vaak nog onder de indruk van spanningen, terwijl het voor de verpleegkundige niet zo veel indruk meer maakt.

“Je stapt situaties in waarvan een ander mens denkt 'oeh, spannend', terwijl jij dat op dat moment niet zo ervaart.” (V3)

Verschillende verpleegkundigen geven aan dat de spanning op de afdeling de afgelopen maanden toegenomen is door het personeelstekort. De spanning kan dan omslaan in onrust en escalaties met patiënten niet meer voorkomen kunnen worden.

“Omdat je personeelsgebrek hebt. (...) Merk je gewoon dat (...) Te laat ingegrepen wordt soms. Ook met spanning op de afdeling. Dingen lopen dan toch vertraging op.” (V5)

Spanning blijkt een drijfveer te zijn, die voor alle verpleegkundigen het werk aantrekkelijk lijkt te maken. Deze spanning moet echter niet langdurig aanwezig blijven en niet te groot worden, omdat spanning dan kan leiden tot onrust.

Afwisseling

De afwisseling die het werken op de intensive care met zich meebrengt is voor alle verpleegkundigen een belangrijk onderdeel van hun drijfveer. Deels hangt dit samen met de spanning die ervaren wordt en die sterk kan fluctueren.

“Sommige weken werk je hier keihard en andere weken ben je, zit je gewoon uit je neus te eten.” (V4)

De afwisseling in de spanning is voor verpleegkundigen belangrijk om na momenten van actie weer tot rust te komen. De perioden van rust hoeven echter niet lang te duren, omdat de actie wel als prettig wordt ervaren.

“Nou, die verveling vind ik af en toe heel fijn, na een periode van (...) ik heb constant aan gestaan, dus ik vind het wel even lekker, dat ik me verveel (...) Dat moet niet te lang duren.” (V2)

Verschillende verpleegkundigen beschrijven dat de intensiteit van de zorg in een soort ‘golfbeweging’ gaat. Na een tijd van rennen en constant ‘aan’ staan, is er tijd om even bij te komen. De afwisseling in de drukte op de afdeling heeft echter als gevolg dat de ruimte die iemand heeft om extra taken op zich te nemen, verkeerd ingeschat kan worden.

“Om dan te zeggen (...) geef me dat taakje er ook maar bij, maar dan kom ik een week later dan inderdaad erachter (...) dat trek ik niet als het druk is.” (V4)

Naast de afwisseling van de werkdruk en werkzaamheden, is ook de patiëntenpopulatie afwisselend.

“Dat vind ik dan wel weer fijn, dat je niet, jaren aan iemand gekoppeld bent.”
(V3)

Voor de verpleegkundigen lijkt de afwisseling een belangrijke drijfveer om voor het werken op de intensive care te kiezen.

Eén op één begeleiding

De één op één begeleiding is kenmerkend voor de intensive care afdeling. Voor alle verpleegkundigen was deze manier van begeleiding een belangrijke drijfveer om voor de intensive care te kiezen.

“De één op één.. Vooral daarom werk ik ook op de IC.” (V2)

Een andere verpleegkundige sprak de intensiteit van het patiëntencontact aan bij de één op één begeleiding.

“De een-op-een in eerste instantie (...) meer contact. (...) veel bezig met de patiënten.” (V4)

Het intensieve patiëntencontact dat de één op één beoogt was een grote drijfveer voor alle verpleegkundigen, die gelinkt wordt aan goede zorg kunnen bieden aan de patiënten.

“Dat één op één. Goede zorg kunnen geven. Dat vond ik erg belangrijk.” (V5)

De één op één begeleiding geeft de verpleegkundigen de mogelijkheid om de zorg helemaal af te stemmen op de patiënt die ze begeleiden.

“Omdat ik me dan ook kan storten op één persoon. Die ik naar mijn gevoel (...) Alles kan geven (...) Wat ik te bieden heb als professional.” (V2)

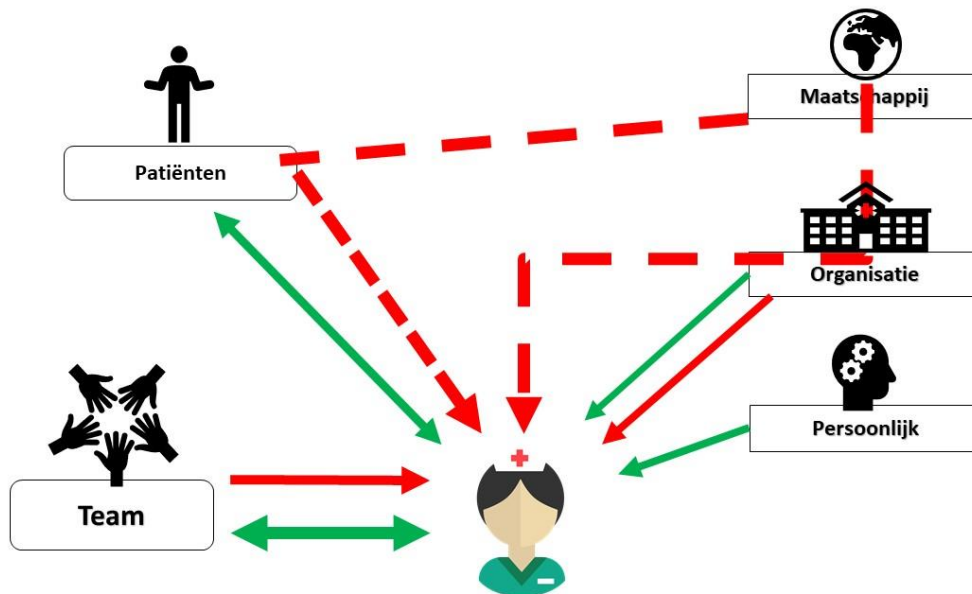
De één op één begeleiding was voor sommige verpleegkundigen de belangrijkste drijfveer om op de intensive care te gaan werken. Het laatste half jaar is echter vaker sprake van te veel patiënten op de afdeling om één op één begeleiding te bieden.

“Zou [één-op-één] moeten zijn. Ja. Maar dat eh... Dat is dus níét zo.” (V5)

Dit zorgt bij verschillende verpleegkundigen voor frustraties en onduidelijkheid. De ene verpleegkundige benoemt dat vijf het maximale aantal patiënten op de intensive care is, terwijl de ander het over maximaal zes patiënten heeft. De één op één begeleiding lijkt niet altijd mogelijk, maar wordt door alle verpleegkundigen wel als prettig ervaren.

5.2 Bevindingen uit deelvraag 2: invloeden op drijfveren

Verpleegkundigen die werkzaam zijn op de intensive care, vertelden in de interviews over de mate waarin verschillende factoren hun drijfveren beïnvloeden. Een paar verpleegkundigen waren in interviews overwegend positief over het werken op de intensive care. Ook de dingen die het werk zwaarder leken te maken, werden positief ingekleurd. Andere verpleegkundigen waren echter kritisch op de organisatie en recente ontwikkelingen in de organisatie en veranderingen in de maatschappij. De analyse hielp om uit te zoomen van overwegend positieve of negatieve geluid tijdens de interviews, zodat de onderliggende machtsstructuren blootgelegd konden worden die de drijfveren van de verpleegkundigen beïnvloeden. Verschillende belangrijke machtsstructuren konden uit de analyse worden beschreven. De machtsstructuren die uit de analyse kwamen, zijn onderverdeeld in maatschappelijke structuren, patiëntenstructuren, organisatiestructuren, teamstructuren en persoonlijke structuren. Deze structuren geven aan van waaruit de organiserende werking op de drijfveren ontstaat. In figuur 2 is de manier waarop de machtsstructuren werking hebben op de verpleegkundigen afgebeeld. De machtsstructuren komen vanuit de maatschappij, vanuit de organisatie, vanuit de eigen persoon, vanuit de patiënten en vanuit het team. Maatschappelijke veranderingen beïnvloeden de patiëntenpopulatie, het personeelstekort en bepaalde keuzes die in de organisatie worden gemaakt. Machtsstructuren vanuit de verpleegkundigen hebben tevens een organiserende werking op het team en de patiënten.



Figuur 2. Invloeden op drijfveren verpleegkundigen

Maatschappelijke structuren

Alle verpleegkundigen spraken over het personeelstekort en de grote invloed daarvan op de dagelijkse werkzaamheden. Ook de veranderende patiëntenpopulatie was een thema dat bij alle verpleegkundigen meermaals ter sprake kwam. Deze invloeden werden door de verpleegkundigen toegeschreven aan de organisatie. Deze invloeden komen echter voort uit maatschappelijke ontwikkelingen. De maatschappij heeft via de organisatie invloed op de verpleegkundigen. De beeldvorming over het werken in de psychiatrie werd bij alle verpleegkundigen ter sprake gebracht en bleek bij bijna alle verpleegkundigen invloed te hebben. De machtsstructuren worden door maatschappelijke ontwikkelingen tot uitdrukking gebracht.

Personeelstekort

Het personeelstekort wordt door alle verpleegkundigen expliciet genoemd. Het tekort wordt door de verpleegkundigen met allerlei andere factoren verbonden. Het personeelstekort heeft op die manier dagelijks een grote invloed op het werk en de drijfveren van verpleegkundigen.

“Als je het idee hebt dat je constant achter de feiten aanloopt of dat je het idee hebt dat je het niet in controle hebt. Dan doet dat wel wat met je motivatie.”

(V3)

Verschillende verpleegkundigen geven aan dat het werk zwaarder wordt door het personeelstekort. Ondanks dat alle verpleegkundigen hinder ondervinden van het tekort, zien zij wel dat de organisatie niet direct invloed heeft op het personeelstekort.

“Maar goed dat is een euvel der lande volgens mij. (...) Toch? Althans als we het zo moeten horen en zien.” (V5)

Het is een invloed vanuit de maatschappij waar niet direct een oplossing voor is. Verpleegkundige geven aan dat zij inzien dat de oorzaak van het personeelstekort niet direct bij de organisatie ligt.

“Als je de keuze hebt om naar andere plekken te gaan, als oproeper of als verpleegkundige, doe je dat liever dan.. In deze gevaarlijke setting. Al gooi je er een schaal 55 of 60 tegenaan. Dat maakt niet uit. Altrecht kan er niet veel aan doen.” (V4)

Verschillende factoren worden door het personeelstekort beïnvloed, waaronder het goed kunnen volgen van methodieken en protocollen. Tijdens een observatie gaven meerdere verpleegkundigen aan dat zij horen te werken via allerlei methodieken, maar dat daar door het personeelstekort niet veel van terecht kwam. Daarnaast wordt door het personeelstekort het gevoel van veiligheid van de medewerkers negatief beïnvloed.

“Vast team zorgt ook voor veiligheid. Of nou de situatie onveilig is, maar je voelt je veilig omdat.. Je hebt een goed team staan.” (V4)

Volgens de verpleegkundigen wordt de werksituatie gevaarlijker door het gebrek aan personeel.

“Dat je werkdruk hoger wordt, dat het.. Dat je gevaar groter wordt ook, dus je veiligheid wordt ook beperkter.” (V5)

Meer vast personeel is voor verpleegkundigen cruciaal voor het waarborgen van de veiligheid op de afdeling.

“Zodat je weer een beetje kan gaan bouwen en dat je gewoon écht op elkaar terug kan vallen, dat creëert gewoon meer veiligheid.” (V3)

Voor alle verpleegkundigen is een vast team van belang voor de veiligheid. Met meer vast personeel kan een stevig team worden gecreëerd, waardoor eerder ingegrepen wordt bij oplopende spanning en incidenten.

Beeldvorming

Een recent incident met dodelijke afloop dat zich afspeelde in de maatschappij, wordt door bijna alle verpleegkundige genoemd tijdens het interview. Volgens de verpleegkundigen beïnvloeden deze incidenten de beeldvorming van de maatschappij over psychiatrische patiënten en tevens over hun werk.

“Ik denk dat maar weinig mensen een reëel beeld van hoe het er in de psychiatrie eraan toegaat. (...) Soms vind ik het storend. En ik vind dat vooral de laatste tijd heb ik het idee dat dat wat meer is, en dat komt denk ik doordat er veel dingen in opspraak zijn.” (V3)

Verschillende verpleegkundigen geven aan dat zij door de beeldvorming in de maatschappij het idee krijgen dat zij hun werk, hun collega's of hun patiënten moeten verdedigen.

“Dat mensen toch een stigma hebben (...) Dan krijg ik wel een soort van.. verdedigings.. komt er dan in me op. Dan ga ik het wel opnemen voor (...) dat ze niet allemaal dit verdienen. Kan ik echt wel gepassioneerd een discussie gaan voeren.” (V2)

Toch hebben niet alle verpleegkundigen last van de beeldvorming van de maatschappij over hun werk. Eén verpleegkundige geeft aan dat de beeldvorming nauwelijks invloed

heeft. Een andere verpleegkundige ervaart juist meer waardering vanuit de maatschappij.

“Maar nu hebben ze toch meer eh, het idee van oh wacht, er gebeurt wel meer (...) Moeten toch maar een beetje respect hebben voor de mensen die hun begeleiden.” (V4)

De beeldvorming heeft tevens invloed op de samenwerking met andere partijen, zoals de politie, blijkt uit een interview met een verpleegkundige. Deze verpleegkundige geeft aan dat bij (bijna-)incidenten de verantwoordelijkheden vaak bij verpleegkundigen worden gelegd. Voor sommige verpleegkundigen is de beeldvorming van de maatschappij vervelend, maar het blijkt de verpleegkundigen tevens te motiveren voor hun werk. De manier waarop de maatschappij naar het werk van de verpleegkundigen kijkt, lijkt het werk te beïnvloeden.

Patiëntenstructuren

De patiëntenstructuren lijken tevens beïnvloed door de maatschappelijke structuren. Met name de veranderende patiëntenpopulatie is een factor die sterke invloed heeft op de drijfveren van verpleegkundigen en door veranderingen in de maatschappij wordt veroorzaakt.

Patiëntenpopulatie

De veranderende patiëntenpopulatie bleek een belangrijke invloed te hebben op de drijfveren van de verpleegkundigen op de intensive care. Verschillende factoren zoals toename van verslavingsproblematiek en gedragsproblematiek en het verdwijnen van de ‘echte’ psychiatrie werden door verpleegkundigen genoemd. Verschillende machtsstructuren lijken voort te komen uit of zichtbaar te worden door deze veranderingen, waaronder de vermindering van respect voor de verpleegkundigen, toename van zorgverantwoordelijkheden en niet de juiste behandeling kunnen bieden door bezuinigingen.

“Die invloed merk ik wel. En.. Drugsgebruik natuurlijk, dat vind ik ook qua maatschappij, wat heel erg merkbaar is. Wat vroeger dus eh.. Echt sporadisch voorkwam en wat je nu véél meer ziet.” (V5)

Volgens de verpleegkundigen leiden deze factoren tot een andere patiëntenpopulatie op de afdeling en dit beïnvloedt de drijfveren voor het werk.

“Waarom doe je zo raar.. Naar.. weet je wel. Dan heb ik ook minder motivatie om iemand te helpen.” (V4)

De maatschappelijke veranderingen hebben volgens de verpleegkundigen tot gevolg dat patiënten op de afdeling geen respect meer hebben voor personeel en medepatiënten.

“Dat merk je ook in de klanten eh.. populatie. Dat er in de loop der jaren een andere mentaliteit ontstaat van respect naar elkaar. Het is wat asocialer geworden. (...) Wat harder.” (V5)

Naast de zorgen die de verpleegkundigen hebben over de veranderende patiëntenpopulatie, hebben sommige verpleegkundigen het gevoel dat zij op moeten komen voor de patiënten in de maatschappij.

“Ik heb wel heel erg het gevoel dat ik in de maatschappij verslaafde en mensen met een psychiatrische stoornis moet verdedigen.” (V2)

Echter geven ook deze verpleegkundigen aan dat de patiëntenpopulatie verhardt en regelmatig patiënten met verslavingsproblematiek worden opgenomen. De afdeling is volgens hen niet toegerust op deze doelgroep. Zodoende kunnen de verpleegkundigen niet de juiste behandeling bieden.

De patiënt had de dag ervoor vrijheden gehad en had al zijn geld aan drugs op gemaakt. Hij had cocaïne gebruikt. Hij was in de avond terug gekomen en was pas tegen de ochtend gaan slapen. Hij werd om 9 uur al weer wakker en was vanaf dat moment boos. Hij maakte verwijtende opmerkingen en eiste eten, drinken, meer eten, rookmomenten en dat personeel sigaretten voor hem haalde. Hij rookte op zijn kamer. (...) Toen personeel hem uitlegde waarom hij niet mocht roken, vroeg de patiënt: “Wiens neus zal ik als eerste breken? Die van jou? Jou? Of die van jou?”

Observatie 1

De patiëntenpopulatie wordt volgens verpleegkundigen door de veranderingen in de maatschappij beïnvloedt. Deze veranderingen hebben niet alleen invloed op de patiëntenpopulatie, maar ook op de manier waarop verpleegkundigen zelf naar de patiënten kijken. Dit zijn machtsstructuren vanuit de verpleegkundigen die mogelijk een organiserende werking hebben op patiënten en het team.

“Een ontzettende... antisociale.. verslaafde.. waarbij ik ook geen enkele motivatie merk. Die ook maar iets wil veranderen. (...) Die gewoon niet te corrigeren zijn. (...) Die kunnen mij behoorlijk demotiveren. (...) daar moet ik er geen vijf van op mijn afdeling hebben. (...) Ja dat heeft grote invloed op mijn werkmotivatie.” (V2)

De manier waarop de verpleegkundigen over bepaalde patiëntengroepen praten, lijkt tevens werking te hebben op de eigen drijfveren van de verpleegkundigen. Verschillende verpleegkundigen spreken over een complexere en zwaardere doelgroep, over ‘antisocialen’ en ‘verslaafden’. De zorgverantwoordelijkheden worden op deze manier zwaarder ervaren.

“[mensen in psychose] daar kan ik wat mee. Want.. Dat vind ik zielig.. of zielig, die lijden echt, die mensen. Die anderen, die willen er juist voor zorgen dat wij lijden.” (V4)

De manier waarop naar deze patiënten wordt gekeken, lijkt voort te komen uit het niet kunnen voldoen aan zorgverantwoordelijkheden. Meerdere verpleegkundigen klagen over het minimale behandelaanbod dat ze de patiënten kunnen bieden. Eén verpleegkundige geeft aan dat voor deze complexere doelgroep nog niet genoeg kan worden geboden in de reguliere psychiatrie. Deze verpleegkundige pleit dan ook voor goed overleggen over deze groeiende doelgroep, om verantwoordelijkheden beter te kunnen verdelen.

“Want dit zijn mensen die we.. Nog héél lang in zorg hebben. Waarin je op een gegeven moment eigenlijk niks meer kan. Dát baart me zorgen. In de zin van.. Wat kunnen we daarmee doen? (...) Ik denk dat we dáár eens over na moeten denken binnen de psychiatrie.” (V5)

De maatschappelijke veranderingen beïnvloeden de verpleegkundigen op verschillende gebieden. Deze veranderingen kunnen beschreven worden als de machtsstructuren die vanuit de maatschappij een organiserende werking hebben op de zorgpraktijk en daarmee de drijfveren van de verpleegkundigen.

Organisatiestructuren

Uit de analyse bleek de organisatie een grote invloed te hebben op de verpleegkundige. Deze machtsstructuren bleken voort te komen uit de institutionele sturing van de organisatie. De belangrijkste machtsstructuren vanuit de organisatie die de drijfveren van verpleegkundigen van de intensive care beïnvloeden zijn ‘methodieken en protocollen’, ‘beleidsvoering’ en ‘veiligheid’.

Methodieken en protocollen

De intensive care van Altrecht is gebouwd op het HIC model, herstelondersteunende zorg en het medisch model. Belangrijke aspecten voor Altrecht zijn gevaar voorkomen en herstellen van de autonomie van de patiënt, waarbij ‘contact’ het belangrijkste middel is van de zorgverleners. Daarbij moet een gezonde omgeving bijdragen aan herstel van de patiënt (Altrecht, 2016). In de dagelijkse werkpraktijk van de verpleegkundigen wordt gewerkt met verschillende methodieken om het contact met de patiënt zo optimaal mogelijk te laten verlopen, gevaarlijke situaties te voorkomen en de behandeldoelen te behalen. Verschillende protocollen en meetinstrumenten worden gebruikt om de voortgang te meten en het gevaar in te kunnen schatten. De protocollen die worden genoemd in de gesprekken met de verpleegkundigen zijn het vijfminuten-protocol en het separatie-protocol. In het vijfminuten-protocol zijn onderdelen van het HIC model en herstel-ondersteunende zorg verweven. Het separatieprotocol beschrijft verschillende stappen die genomen dienen worden bij de separatie van een patiënt, onder andere registreren hoe laat en waarom de patiënt wordt gesepareerd. Dit om de separatie goed te kunnen onderbouwen. Bij een aantal stappen moeten extra meetinstrumenten en rapportages worden ingevuld.

“Het is soms wel heel.. Vooral met separaties is het wel veel protocollen-werk. Veel eh.. Regels. of inspectie.” (V2)

Verschillende verpleegkundigen benoemen soms veel tijd kwijt te zijn met de regels en protocollen. Het is volgens een verpleegkundige kostbare tijd die af gaat van het patiëntencontact. Aan de andere kant zien de meeste verpleegkundigen wel het nut van de meetinstrumenten in en wordt het als een belangrijk onderdeel van het werk gezien.

“Het moet gewoon gebeuren, het hoort erbij. Belangrijk om te kunnen zien, om te kunnen toetsen hoe iets verloopt. (...) Het heeft uiteindelijk allemaal een doel en een nut.” (V3)

De meetinstrumenten die de verpleegkundigen noemen zijn de *Brocet Violence Checklist* en *Kennedy As 5*. Dit lijken de belangrijkste meetinstrumenten in de dagelijkse werkzaamheden van de verpleegkundigen. Bij incidenten bestaan extra protocollen, bij bepaalde ziektebeelden extra observatielijsten. De methodieken die door verpleegkundigen worden genoemd zijn het HIC model, de-escalerend werken en motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering is voor veel medewerkers op de intensive care een nieuwe methodiek waar ze in geschoold moeten worden en waar veel verpleegkundigen tegenop zien.

“Er is wel veel weerstand voor die training van motiverende gespreksvoering. het is helemaal niet leuk om kunstjes te doen.” (V2)

Meerdere verpleegkundigen benoemen dat zij op de intensive care vaak tijd hebben om de meetinstrumenten in te vullen. Door het kleine aantal patiënten en de afwisseling in de werkdruk gedurende de dag, lijken de verpleegkundigen geen moeite te hebben om tijd vrij te maken voor het invullen van meetinstrumenten. Desondanks houden verpleegkundigen zich niet altijd aan de protocollen. Het blijkt regelmatig voor te komen dat een protocol iets voorschrijft, waar de verpleegkundige in de praktijk zich niet aan houdt.

“Het wordt wel eens móeijlijk. Omdat je niet helemaal volgens protocol (...) omdat je of intern gevaar ziet, terwijl een patiënt laat zien dat hij zich gewoon gedraagt. Waarvan je weet: dat is niet zo. Hij gaat zo ontploffen.” (V2)

Niet alleen de kans op gevaar is een reden voor verpleegkundigen om buiten het protocol om te werken. Voor verschillende verpleegkundigen is de afstemming op de patiënt belangrijker dan het precies volgen van een protocol.

“Ik kan best wel duidelijk zijn, maar er is altijd wel ruimte. (...) Ik ben dan wel eens iemand die buiten de lijntjes wil kleuren.” (V5)

Veel dingen in het werken met de patiënten op de intensive care blijken niet gevangen te kunnen worden in een protocol. Verpleegkundigen wijken dan af van het protocol en zoeken argumenten om handelen te onderbouwen. Dit is een machtsstructuur die werking heeft op patiënten en het team.

“Want dan ga ik wel op zoek naar argumenten om mijn idee (...) Goede argumenten te zoeken. En dat goed te motiveren naar de behandelaars.” (V2)

Veel verpleegkundigen nemen de protocollen, meetlijsten en methodieken meer als richtlijnen hoe ze met patiënten om moeten gaan. Verpleegkundigen benoemen dat het onderbuikgevoel belangrijker is dan de protocollen en methodieken. Voor de verpleegkundigen lijkt het dan ook belangrijk dat ze ruimte behouden om tevens vanuit hun gevoel te kunnen werken.

Beleidsvoering

De verpleegkundigen zijn wisselend over de interesse die zij hebben voor beleid en de beleidsvoering van de organisatie. De ene verpleegkundige zegt geen interesse te hebben in het beleid, de andere verpleegkundige wil nauw betrokken blijven bij beleidsvoering van de organisatie. De beleidsvoering van de organisatie en keuzes die gemaakt worden met betrekking tot het beleid van de organisatie hebben echter wel invloed op het dagelijkse handelen van de verpleegkundigen. Zo beschrijft het HIC model dat de intensive care een *unit* is die bij een high care afdeling hoort. Personeel van de high care gaat mee met de patiënt die één op één behandeling nodig heeft (High & Intensive Care, 2019). Altrecht heeft echter de keuze gemaakt om van het HIC model af te wijken en van de intensive care een 24-uurs afdeling te maken. Deze keuze wordt door verschillende verpleegkundigen niet begrepen.

“Dat vind ik dus.. Het lastige vaak. Dat het financiële.. Plaatje bepaalt. Van wat eigenlijk je model is. (...) Had dan gekozen voor zoveel bedden, lege IC. Dat je gewoon meegaat. En dat je opplust.” (V5)

Ondanks dat het visiedocument beschrijft dat de afdelingen zijn gebouwd op het HIC model, blijkt uit de praktijk dat dit model nauwelijks wordt gevolgd.

“Ze hebben het over drie tot vijf dagen opname op de IC, maar ik zie mensen hier soms maanden zitten.” (V4)

Bepaalde keuzes die de organisatie maakt worden door verschillende verpleegkundigen niet begrepen, echter lijken zij dit niet altijd uit te spreken. Eén verpleegkundige beschrijft het niet altijd eens te zijn met het beleid dat de organisatie voert, maar zich erbij neer te leggen wanneer een keuze is gemaakt. Bovendien heeft de verpleegkundige het idee dat andere verpleegkundigen zich daar nauwelijks druk om maken. De verpleegkundige benoemt eigenlijk als team tegen de organisatie in te willen gaan, omdat dit meer effect zou hebben dan als individu iets proberen te veranderen.

“Net zoals op een afdeling, als je het niet eens bent, en je vindt dat het moet veranderen. Dan steek je alle koppen bij elkaar. Je zal zien, als je dan zelf als groep zijnde sterk genoeg bent. Dat het wel verandert.” (V5)

Daarentegen benoemt een andere verpleegkundige dat het beleid niets uitmaakt, zolang het eigen werk maar leuk blijft.

“Nee, het [beleid] boeit me allemaal helemáál niet zo.” (V2)

Het merendeel van de verpleegkundigen lijkt zich echter wel bezig te houden met de beleidsvoering en ontwikkelingen in de organisatie. Zij geven aan graag mee te denken over het beleid en de ontwikkelingen te volgen. Echter hebben verschillende verpleegkundigen het idee dat hun mening niet wordt gehoord in keuzes over de beleidsvoering.

Veiligheid

Om de klapdeur die de lege IC en de afdeling scheidt te openen, moet ik mijn sleutel van mijn broek af halen en boven in de muur in een sleutelgat doen. Dan duurt het nog een paar seconden tot de deur van het slot is en moet ik flink tegen de deur duwen om deze te openen. In de tijd die ik nodig heb om de deur te openen, heeft ieder persoon die me iets aan wil doen daar ruimschoots de tijd voor gehad.

Observatie 3

Veiligheid was een thema dat niet expliciet werd bevraagd tijdens de interviews, maar door alle verpleegkundigen regelmatig werd benoemd. Verminderde veiligheid blijkt een belangrijk gevolg van het personeelstekort, maar de organisatie blijkt eveneens invloed te hebben op de veiligheid. Bij bestudering van de documenten blijkt een ‘Richtlijn agressie en veiligheid op de werkvloer’ te bestaan binnen de organisatie (Altrecht, 2017). De HIC en IC afdelingen worden daar echter niet in genoemd. In het document wordt beschreven dat in afdelingsregels ook regels over veiligheid opgenomen moeten zijn. De afdelingsregels blijken redelijk algemene regels, die meer gericht zijn op de patiënt. Bovendien staat in de ‘Richtlijn agressie en veiligheid op de werkvloer’ dat iedere medewerker passend is getraind (Altrecht, 2017). Uit het onderzoek blijkt echter dat niet alle medewerkers geschoold zijn in het HIC model of *holding*.

De verpleegkundigen gaven aan veilig te willen werken en gevoel van veiligheid willen ervaren. Echter, bij een aantal verpleegkundigen kwam naar voren dat zij niet volledig vertrouwen op de organisatie, wanneer het over veiligheid gaat. Dit is voor de verpleegkundigen echter wel van belang voor een veilig werkklimaat. Een verpleegkundige noemt dat bepaalde keuzes worden gemaakt door de financiële middelen van de organisatie. De veiligheid van de medewerkers lijkt daardoor in het geding te komen.

“Je hebt ook de veiligheid te bieden aan de andere kant van de deur, dus dan is er gewoon één man extra. Dat is beleid dat je gemaakt hebt en dat kost geld, dat begrijp ik. Maar dan moet je dan ook de consequentie van hebben.” (V5)

Ondanks dat het personeelstekort voortkomt uit ontwikkelingen in de maatschappij, vinden de verpleegkundigen dat de organisatie verantwoordelijk is voor de manier waarop zij met het personeelstekort omgaan.

“Zó veel oproepkrachten. (...) En gewoon niet de toko sluiten, of niet.. Minder patiënten om weer wat op te bouwen, gewoon maar dóórgaan om dat geld binnen te krijgen. (...) Dat.. Stuit me héél erg tegen de borst.” (V4)

Volgens verpleegkundigen komt schade ten gevolge van incidenten regelmatig voor binnen de organisatie. De heftigheid van de incidenten en de schade die een verpleegkundige afgelopen maand heeft opgelopen, creëert een gevoel van onveiligheid. Daarnaast geven verpleegkundigen aan dat zij vrijwel altijd met invalkrachten werken. Regelmatig moeten zij diensten werken waarbij zij de enige van het vaste personeel zijn.

“Nu ook nog. Sta ik ook weer met drie mensen die eigenlijk niet hier werken.” (V4)

Deze invalkrachten zijn niet altijd goed opgeleid of hebben geen ervaring in de psychiatrie. Spanningen op de afdeling worden door invalkrachten niet herkend of er wordt niet tijdig ingegrepen, waardoor situaties eerder escaleren.

“Omdat je personeelsgebrek hebt. (...) Merk je gewoon dat (...) Te laat ingegrepen wordt soms. Ook met spanning op de afdeling. Dingen lopen dan toch vertraging op. (...) mensen zijn niet helemaal gefocust op dingen die er wel zijn.” (V5)

Daarnaast heeft het personeelstekort gevolgen voor de patiënten. De werklast van de verpleegkundigen is groter geworden, waardoor zij minder geduld hebben voor patiënten. In sommige situaties kunnen zij niet meer handelen zoals zij zelf zouden willen handelen. Eén verpleegkundige benoemt geen goede zorg meer te kunnen leveren.

“Het is ook niet eerlijk naar de patiënten toe (...) die greep hem, die zet hem even tegen het raam aan, wat je normaal eigenlijk nóóit doet. 'En nou ben ik je zat, en nou hou je een keer je kop dicht'. Nou het wérkt. Patiënt is de hele dag rustig. Maar dat is niet de manier waarop je dat wil doen. Nee. Hoort ook niet.”
(V4)

Een aantal verpleegkundigen geven aan dat zij niet volledig op de organisatie en het management vertrouwen. Soms maakt het management beslissingen die directe gevolgen heeft voor de veiligheid van de medewerkers. Een verpleegkundige benoemt eerst een aantal keer tegen de beslissing in te moeten gaan, voordat het personeel gehoord wordt.

“De arts besluit om één op één te doen, daar zitten consequenties aan. Als jij dat niet waarborgt in.. voor onze veiligheid en voor afspraken. Ja dan houdt het op.” (V5)

Verschillende verpleegkundigen benoemen dat zij het idee hebben dat zij te weinig aan de patiënten kunnen bieden. Het gebrek aan behandeling op de afdeling is volgens verpleegkundigen een gevolg van bezuinigingen in de zorg. Het wordt door één verpleegkundige ‘vershraling’ van de zorg genoemd. Deze verpleegkundige benoemt zich daar zorgen om te maken.

“En wat ook ongecontroleerde tijd is, waar mensen op hun eigen kamer dingen kunnen bedenken. Denk dat. Er zit héél weinig intensieve dagbesteding aan. En dat vind ik wel eens eh, dat ik denk. Dat vind ik wel zorgelijk.” (V5)

Het gevoel van veiligheid is voor alle verpleegkundige een belangrijke factor om de motivatie voor het werk te behouden. Voor alle verpleegkundige is het dan ook van belang dat de organisatie ten tijde van personeelskrapte toch de veiligheid van de werknemers waarborgt. De manier waarop de organisatie nu met de veiligheid van personeel omgaat is een belangrijke machtsstructuur die de drijfveren van verpleegkundigen beïnvloedt.

Persoonlijke structuren

De persoonlijke structuren bleken enerzijds voort te komen uit machtsstructuren, anderzijds bleken het manieren om met de machtsstructuren om te gaan. De zorgverantwoordelijkheden lijken toegenomen te zijn. De manier waarop verpleegkundigen hiermee omgaan lijkt belangrijk voor het behouden van de drijfveren om te werken. Uit de analyse bleken ‘emoties’, ‘vertrouwen en waardering’ en ‘zorgverantwoordelijkheden’ de belangrijkste persoonlijke structuren.

Emoties

Alle verpleegkundigen benoemen dat emoties hun werk en handelen beïnvloeden. De verpleegkundigen benoemen dat zij in staat zijn te herkennen wanneer deze emoties geuit moeten worden en voelen de ruimte om emoties te uiten. Ondanks de mogelijkheid om emoties te uiten, benoemt één verpleegkundige dat regelmatig werken met invalkrachten het uiten van emoties minder makkelijk maakt.

“Kan me wel voorstellen dat als je met veel oproepers werkt die je niet kent, en je komt dan en je voelt je een dag niet oké, dat het vervelend is omdat je dan toch niet, je kan toch niet helemaal jezelf zijn.” (V3)

Alle verpleegkundigen benoemen dat emoties het handelen uiteindelijk kunnen belemmeren. Dat maakt het blijven uitspreken van emoties voor alle verpleegkundigen van belang.

“Dat is een essentieel iets in ons vak ook, als je ergens mee zit, dat je het er ook over moet hebben. Ja. Des te langer je ermee rondloopt. Des te meer gaat het in de weg staan.” (V5)

De ene verpleegkundige geeft aan dat het team belangrijk is in het bieden van steun, de andere verpleegkundige benoemt het persoonlijke netwerk de belangrijkste uitlaatklep voor de emoties. Het blijven uiten van emoties is van belang om de zorgverantwoordelijkheden te kunnen dragen.

Vertrouwen en waardering

Voor verschillende verpleegkundigen is vertrouwen een belangrijk thema. Het gaat met name over het vertrouwen dat de verpleegkundigen hebben in de organisatie. Een verpleegkundige bespreekt verschillende situaties waarin de organisatie niet juist of helemaal niet heeft gehandeld. Of de situaties kloppen kan niet worden beoordeeld. Echter lijken deze situaties het vertrouwen in de organisatie te hebben geschaad.

“Dat de organisatie de patiënt meer in bescherming neemt dan zijn medewerkers. Dat vind ik wel een héle kwalijke zaak.” (V4)

De verpleegkundige benoemt verschillende situaties die worden besproken met andere collega's. Door te spreken over de situaties met collega's lijkt het vertrouwen van de verpleegkundige in de organisatie te zijn afgenomen.

Verschillende verpleegkundigen benoemen in een jaar verschillende teamleiders te hebben gehad. De komst van de nieuwe teamleider een aantal maanden geleden wordt door een aantal verpleegkundigen benoemd. De verpleegkundigen zijn overwegend positief, toch houdt het vertrouwen in de nieuwe teamleider verschillende verpleegkundigen bezig. Dit brengt onzekerheid met zich mee voor de verpleegkundigen.

“Al heb ik wel zoiets van: ik weet af en toe nog niet, omdat hij er nog niet zo lang is, wat ik eraan heb.” (V5)

Verschillende verpleegkundigen benoemen dat zij zich meer gehoord en gewaardeerd voelen door de nieuwe teamleider. Deze blijk van waardering is voor verschillende verpleegkundigen belangrijk in hun werk.

“Wat er nu wel meer gebeurd is wat meer eh.. verteld wordt ook tegen medewerkers van: 'oh, je doet het goed', of eh.. En dat, dat werkt altijd goed natuurlijk.” (V3)

Verpleegkundigen geven aan dat zij zich gewaardeerd willen voelen om gemotiveerd te blijven voor het werk. Daarbij gaat het om waardering door de organisatie en het eigen team. De mate waarin verpleegkundigen zich gewaardeerd voelen door de organisatie

hangt samen met het zelfvertrouwen en het vertrouwen in de organisatie. Bovendien lijkt waardering krijgen voor het werk de zorgverantwoordelijkheden draaglijker te maken.

Zorgverantwoordelijkheden

Alle verpleegkundigen benoemen dat ze zich verantwoordelijk voelen voor hun werk, het welbevinden van patiënten en collega's. Door het personeelstekort voelen verpleegkundigen zichzelf meer en vaker verantwoordelijk. De zorgverantwoordelijkheden nemen toe.

“Kijk ik merk wel bij mezelf dat als er bezettingen zijn die naar mijn idee.. minder goed zijn, dan merk ik wel dat ik dan meer de neiging om.. om alles te controleren. Merk ik dat ik met meerdere dingen tegelijk bezig ben. Dat ik wat meer dingen naar me toe wil trekken.” (V3)

Voor sommige verpleegkundigen wordt het moeilijker om dingen los te kunnen laten en met een gerust gevoel naar huis te kunnen gaan.

“Ik vind het soms heel erg moeilijk, om los te laten. Omdat we zo lang eh.. met wat minder personeel hebben gestaan. [Met] invallers die ook niet echt bekend zijn in de psychiatrie.” (V2)

De verantwoordelijkheid die verpleegkundigen voelen wordt met tijden als zwaar ervaren.

“Soms eh.. Denk ik dat ik meer verantwoordelijkheid op mijn schouders heb dan dat ik eigenlijk zou moeten hebben. Dat vind ik niet zo prettig.” (V4)

Langere perioden met relatief veel invalkrachten werken is voor verpleegkundigen extra vermoeiend, omdat verantwoordelijkheden niet bij invalkrachten gelegd kunnen worden. De zorgverantwoordelijkheden zijn ongelijk verdeeld.

“Je overal tegenaan bemoeit. En dat heb ik moeite om dat los te laten. Het zit wel in me, dat ik dat doe. En als dan de situatie daar naar is, dan bijt ik me daar

ook in vast. dan is dat wel heel erg vermoeiend, als je dat heel lang moet doen.”
(V2)

Echter benoemen verpleegkundigen dat zij verantwoordelijkheden niet altijd over willen dragen. Voor patiënten willen zij zelf verantwoordelijk blijven.

“Als ik iemand begeleid dan heb ik dat zelf graag in de handen. Dan wil ik er zelf ook wel op toezien wat er dan gebeurt.” (V3)

De verpleegkundigen benoemen een groot verantwoordelijkheidsgevoel hebben. Echter worden de verantwoordelijkheden soms te veel door het personeelstekort. Eén verpleegkundige spreekt uit dat taken blijven liggen als verantwoordelijkheden bij één persoon komen te liggen. Met meer vast personeel kunnen verantwoordelijkheden beter worden verdeeld. Bovendien wordt de werklust dan minder zwaar.

Teamstructuren

De teamstructuren blijken belangrijke invloed te hebben op de drijfveren van de verpleegkundigen. ‘Samenwerking’, ‘steun’ en ‘sfeer’ bleken uit de analyse de belangrijkste teamstructuren. De samenwerking met collega’s en behandelaars maakt het werk van de verpleegkundigen fijner, net als de ervaren steun van het team. De verpleegkundigen zijn het erover eens dat de uitstraling van de afdeling beter kan. De sfeer tussen collega’s onderling wordt als prettig ervaren.

Samenwerking

Uit de analyse bleek dat verschillende machtsstructuren gekoppeld waren aan de samenwerking met collega’s en het behandelteam. Voor alle verpleegkundigen is in een vast team kunnen werken en goed kunnen samenwerken van cruciaal belang om dit werk te doen.

“In dit werk gewoon heel erg belangrijk om met je collega's ook een beetje te kunnen sparren.” (V3)

In de dagelijkse werkzaamheden van de afdeling, maar ook bij incidenten wordt het team erg belangrijk gevonden.

“Dus als er iets heftigs gebeurt, dan vind ik het belangrijk dat mijn team, er voor mij is.” (V2)

Alle verpleegkundigen spraken dan ook over het personeelstekort en de negatieve gevolgen van het tekort in de samenwerking met het team.

“We hebben natuurlijk een heel klein team nu, het is een heel wankel team.” (V2)

Het gevolg van een klein team is dat alle grotere verantwoordelijkheden bij een kleinere groep mensen komen liggen. Ook is de werkdruk in een klein team groter. Bovendien heeft het personeelstekort gevolgen voor het goed uitvoeren van methodieken en protocollen. Verschillende verpleegkundigen beschrijven bijvoorbeeld dat zij bij invalkrachten alert moeten zijn op het goed invullen van de meetinstrumenten en het goed uitvoeren van werkzaamheden. Met een groter team met vast personeel om mee samen te werken, kunnen verpleegkundigen meer vertrouwen op collega's en zorgverantwoordelijkheden loslaten. Hoewel een aantal verpleegkundigen niet denken dat alles direct beter is wanneer meer personeel aangenomen wordt.

“Ja als je nu nieuwe mensen binnenhaalt, die schrikken zich een hoedje, die zijn binnen de.. binnen de eh.. proeftijd zijn ze weer weg.” (V4)

Verschillende verpleegkundigen benoemen dat zij liever eerst intensieve trainingen volgen, zodat het team op elkaar ingespeeld kan raken. Eén verpleegkundige benoemt dat werkbesprekingen op dit moment vrijblijvend zijn, waardoor afspraken niet worden nagekomen.

“Men spreekt elkaar ook niet aan. ‘Ik ben er niet bij geweest of ik ben het er niet helemaal mee eens.’ Dat verzand. Dat afspraken verzanden. Iedereen toch weer uiteindelijk zijn eigen dingetje doet.” (V5)

Goede samenwerking in een team met vast personeel lijkt een wens die alle verpleegkundigen delen. Het gebrek aan een vast team is een belangrijke

machtsstructuur die invloed heeft op drijfveren van de verpleegkundigen. Echter, twee van de verpleegkundigen aan wie de resultaten zijn teruggekoppeld, gaven aan dat de laatste weken een aantal vaste collega's zijn aangenomen. Deze verpleegkundigen houden hoop op een vast team.

Steun

Ondanks dat de verpleegkundigen in een klein team werken, hebben ze het idee dat ze op elkaar kunnen terugvallen. Ze durven zich kwetsbaar op te stellen in het team. Dit is belangrijk voor het kunnen delen van emoties. Alle verpleegkundigen geven dan ook aan dat ze emoties met elkaar kunnen bespreken.

“Heb ik het idee wel.. Dat dat door mijn team (...) gezien wordt. (...) En dat ik daar ook iets mee mag.” (V2)

Daarnaast geven alle verpleegkundigen aan dat zij het idee hebben dat hun inbreng wordt gewaardeerd. Ze voelen zich gehoord en kunnen hun mening delen.

“Plus dat het ook gewoon belangrijk wordt gevonden dat je een mening hebt, dat je wat te vertellen hebt, wat in te brengen hebt.” (V3)

Verpleegkundigen benoemen dat zij zichzelf mogen zijn. Ze mogen op een eigen manier werken. Ook in de samenwerking met behandelaars voelen de verpleegkundigen zich gehoord. Zij ervaren dat ze gelijkwaardig zijn aan de behandelaars. Gelijkwaardigheid is een waarde die in het team tot uiting lijkt te komen.

“Hier sta je eigenlijk meer op één lijn met de psychiater, en dat vind ik wel fijn werken. Wij zijn gewoon haar ogen en als ik zeg van nou dit en dit denk ik, dan gaat ze daar in mee. Wij hebben onze kennis ook. En we zien die mensen vierentwintig-zeven.” (V4)

Door de openheid en gelijkheid in het team ontstaat volgens de verpleegkundigen een lerende omgeving waarin zij zichzelf kunnen ontwikkelen.

En dat je een fout mag maken. Dat je er niet op afgebrand wordt. Fijn dat daar waar ik het laat vallen, dat iemand anders het oppakt, of er iemand anders dat.. Dat ik het weer oppak. (V2)

Sfeer

De sfeer in het team is voor verpleegkundigen belangrijk voor een goede samenwerking en een juiste bejegening van de patiënten. Over de uitstraling van de afdeling zijn verpleegkundigen minder enthousiast.

De huiskamer nodigt mij niet uit om daar te gaan zitten. Een grote tafel met een paar stoelen en een theekan en koffiëkan op de tafel. Een kapotte hometrainer staat aan het raam. Rechts in de huiskamer staat een televisie, ingebouwd in een kast en achter plexiglas. Het is niet mogelijk om de kast te openen, merkte ik toen ik een Playstation van een patiënt wilde aansluiten zodat twee patiënten samen Fifa konden spelen. Een paar meter naast de televisiekast staat een bureau waar ooit een computer stond. Het was koud in de huiskamer. Ik wist niet hoe de verwarming werkte. Het bleek een soort ventilator te zijn die warme lucht kon blazen. De verwarming zat vol stof en plakte.

Observatie 4

Verschillende verpleegkundigen benoemen de uitstraling niet prettig te vinden. Het liefst zouden ze de afdeling opnieuw inrichten.

“Bedroevenswaardig om te zien waar mensen in verblijven. Zeker de IC afdeling.. Daar zou ik heel graag (...) met een moker doorheen willen (...) Zoals die nu is. Echt te slopen (...) Ik ben ervan overtuigd dat je (...) ook met kleine verbouwplannen, iets prachtig moois kan maken.” (V5)

Een mooiere afdeling met een prettige sfeer wordt belangrijk gevonden voor zowel personeel als patiënten. Een van de verpleegkundigen benoemt dat de vernielzucht van patiënten door een mooiere afdeling kan afnemen. Tevens zou een mooiere afdeling met goede, degelijke spullen en meubels voor de verpleegkundigen een fijnere werksfeer creëren. Een aantal verpleegkundigen hebben daar zelf al een aantal dingen voor gedaan. Ze hebben het kantoor verhuisd en veranderd. Echter benoemt één verpleegkundige het jammer te vinden dat de ruimtes voor de patiënten niet zijn aangepakt. Dit is volgens die verpleegkundige veel belangrijker om een fijne opname te kunnen bieden.

Ik loop het oude kantoor binnen, dat nu een algemene ruimte is geworden. Het oogt ruimtelijk en licht. De late middagzon schijnt door het raam naar binnen. In de hoek staat een palmboom. In het midden van de ruimte staat een grote tafel met rondom zo'n zes stoelen. Het keukentje is opgeruimd. Een koffieapparaat en een schaalje met koffiecups staat aan de zijkant van het aanrecht. Melk, suiker en zoetjes liggen in een speciaal bakje. Aan de muur hangt een schilderij. In de hoek van het oude kantoor staan twee lage stoelen.

Observatie 5

5.3 Voorlopige conclusie

De drijfveren van de verpleegkundigen op de intensive care van Altrecht bestaan uit intrinsieke en extrinsieke motivatie. Alle geïnterviewde verpleegkundigen ervaren een soort roeping om mensen te helpen en waren nieuwsgierig naar de afdeling of het werken in de psychiatrie. Spanning is voor verschillende verpleegkundigen een belangrijke factor in het werk. De verpleegkundigen geven aan bezig te willen zijn en het onvoorspelbare karakter van het werk te waarderen. Dit hangt samen met afwisselende werkzaamheden op de afdeling en afwisseling in de werkdruk. De één op één begeleiding is voor alle verpleegkundigen een belangrijke reden om voor de intensive care te kiezen, in plaats van een andere afdeling. Intensief kunnen zorgen voor één patiënt wordt door de verpleegkundigen als prettig ervaren.

Verschillende machtsstructuren beïnvloeden de drijfveren van de verpleegkundigen op de intensive care. De patiëntenstructuren en de organisatiestructuren lijken voor een groot deel voort te komen uit veranderingen in de maatschappij. Belangrijke machtsstructuren die voortkomen uit deze maatschappelijke veranderingen zijn de patiëntenpopulatie en het personeelstekort. Belangrijke machtsstructuren die voortkomen uit de organisatie zijn de beleidsvoering van de organisatie, de veiligheid op de afdeling en waardering die verpleegkundigen ervaren vanuit het management van de organisatie. Een belangrijke machtsstructuur vanuit het team is de samenwerking met het team. De persoonlijke structuren lijken enerzijds voort te komen uit machtsstructuren en anderzijds belangrijke manieren om de zorgverantwoordelijkheden te kunnen dragen. Een belangrijke machtsstructuur zijn de zorgverantwoordelijkheden. De zorgverantwoordelijkheden worden door het personeelstekort en de patiëntenpopulatie groter, waardoor verpleegkundigen het moeilijker vinden om dingen los te laten. Het kunnen uiten van emoties is daarom voor de verpleegkundigen cruciaal om de zorgverantwoordelijkheden te blijven dragen en het werk vol te blijven houden.

6. Discussie

In dit hoofdstuk wordt de vierde deelvraag ‘Wat biedt de dialectische verbinding tussen de verkregen conceptuele en empirische inzichten voor het denken over machtsstructuren in zorgpraktijken vanuit zorgethisch perspectief?’ beantwoord.

Door middel van de conceptuele bevindingen wordt gereflecteerd op de empirische bevindingen, waardoor een dialectische verbinding tussen empirie en theorie ontstaat. De bevindingen worden eveneens verbonden met de probleemstelling. Door middel van de dialectische verbinding en de lens van onze maatschappelijke context kan de laatste deelvraag worden beantwoord.

In dit onderzoek werden de drijfveren van de verpleegkundigen op de intensive care van Altrecht en de machtsstructuren die hun drijfveren beïnvloeden onderzocht. Uit de empirische bevindingen bleken de belangrijkste machtsstructuren die de drijfveren van de verpleegkundigen beïnvloeden: maatschappelijke structuren, patiëntenstructuren, organisatiestructuren, teamstructuren en persoonlijke structuren. Deze structuren worden eerst verbonden met de literatuur, om vervolgens de deelvraag te kunnen beantwoorden.

Maatschappelijke structuren: onze huidige maatschappij

De belangrijkste machtsstructuur die voorkomt uit veranderingen in de maatschappij bleek het personeelstekort in de zorg. Dagelijks werken de verpleegkundigen met invalkrachten. Het werk wordt zwaarder, omdat de meeste verantwoordelijkheden op de schouders van vaste medewerkers terecht komen. Het team wordt klein en wankel genoemd. Volgens verpleegkundigen is het personeelstekort het gevolg van landelijk beleid. Dit is een verandering waar de sociologe Hochschild (2012) voor waarschuwde. De *emotional labour* wordt door minder personeel en de werkdruk die daardoor hoger wordt meer onzichtbaar. Ze beschrijft dat verpleegkundigen het werk niet meer aan kunnen en vertrekken (Hochschild, 2012). In dit team is tevens sprake van personeelsverloop. Daarnaast blijkt dat de zorgverantwoordelijkheden voor het personeel dat overblijft toenemen: de werklust wordt eveneens hoger. Bovendien spreken de verpleegkundigen uit dat zij weinig waardering krijgen voor hun werk, of dat hun werk niet wordt begrepen door de maatschappij. Dit kan de emotionele last verder verhogen (Hochschild, 2003). Waardering van de maatschappij, de organisatie, het team

en van patiënten zelf wordt door de verpleegkundigen belangrijk gevonden om het werk vol te houden.

Het gebrek aan waardering en erkenning voor hun werk, komt volgens verschillende verpleegkundigen door de manier waarop de samenleving naar hun werk kijkt. Bovendien hebben recente incidenten in de samenleving de negatieve beeldvorming versterkt. Sommige verpleegkundigen hebben het gevoel dat zij hun werk moeten verdedigen tegenover de maatschappij. Het werk van Tronto (2013) helpt om deze maatschappelijke beeldvorming ten aanzien van het werk van verpleegkundigen nader te begrijpen. Zij betoogt dat alle burgers in de maatschappij moeten erkennen dat zij kwetsbaar en zorgvrager zijn. Ze beschrijft dat iedereen altijd behoeften heeft. Wanneer mensen de eigen behoeften gaan erkennen, kunnen ze zien dat anderen ook behoeften hebben. Zij bepleit dat daar in de huidige Westerse samenleving te weinig oog voor is. Ze beschrijft dat het verdelen van de zorgverantwoordelijkheden in de maatschappij, waardoor iedereen verantwoordelijk wordt voor zorgen voor anderen, ertoe leidt dat mensen elkaar meer gaan vertrouwen (Tronto, 2013).

Uit dit onderzoek blijkt echter dat verpleegkundigen weinig vertrouwen hebben dat mensen in de samenleving hun werk kunnen gaan begrijpen. Dat blijkt uit een interview met een verpleegkundige, die benoemt dat mensen die niet in de psychiatrie werken, nooit zullen begrijpen wat het werk inhoudt. Dit lijkt het wij-zij gevoel van de verpleegkundigen te versterken. Verpleegkundigen veronderstellen dat de verschillende incidenten in de samenleving de angst voor de psychiatrische patiënten alleen maar groter maakt. De bestuurskundige Spithoven (2018) beschrijft dat deze angst mogelijk voortkomt uit de vermindering van de sociale samenhang in Nederland als gevolg van de individualisering. Hij benoemt dat mensen dichter op elkaar leven en minder van elkaar weten, dat leidt tot verminderd contact tussen burgers. Hij veronderstelt dat mensen daardoor minder gezamenlijke normen en waarden creëren, waardoor mensen in de samenleving elkaar minder vertrouwen en zich onveiliger voelen (Spithoven, 2018). De politicologe Tronto (1993) beschrijft echter dat het probleem ligt in de manier waarop zorg in de Westerse samenleving wordt gezien. Zorg is volgens haar het probleem van de minder belangrijke en minder machtige mensen. Ze benoemt dat autonomie centraal staat in onze samenleving en behoeftigheid als zwakte wordt gezien.

De mensen die zorg behoeven en mensen die zorgen voor deze zwakkeren in de samenleving, worden vaak als ‘anderen’ gezien (Tronto, 1993).

Een verbetering van de beeldvorming van de maatschappij zou kunnen liggen in de gedachten van Nussbaum (2001). Zij benoemt dat instituties kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van mededogen bij mensen. Instituties kunnen het mededogen voor de ander zowel positief als negatief beïnvloeden, door mededogen wel of niet op te nemen bij de inrichting van de samenleving. Wanneer mededogen in de maatschappij wordt aangemoedigd, worden mensen gezien als waardige, zelfstandige individuen die tevens slachtoffer kunnen zijn van het leven (Nussbaum, 2001). De politiek filosoof Pulcini (2017) beschrijft echter dat het mededogen kan worden aangetast door sociale ongelijkheid en de benadeelde toestand van de zorgverlener (p.5). Bovendien wordt zorgbehoefte niet door de samenleving erkend; het is zelfs taboe geworden (Van Heijst, 2011). Dit is het gevolg van de dominante waarden autonomie en zelfbeschikking in de maatschappij (Landeweer, 2017). Deze waarden zijn opgenomen in de inrichting van de samenleving en werken door in de zorgsystemen. Ook in de manier van werken die op de intensive care van Altrecht wordt gevolgd, gebaseerd op de HIC-methode en herstel-ondersteunende zorg, staat de autonomie van de patiënt centraal (Altrecht, 2016). De politicoloog Engster (2005) pleit voor meer bewustwording in de maatschappij van de mate waarin iedereen afhankelijk is van zorg. Hij betoogt dat we leven in een web van afhankelijkheid en zorgzaamheid. De samenleving zou in moeten zien dat de mensen die zorg dragen voor anderen, het humane samenleven mogelijk maken (Engster, 2005). Uit de probleemstelling blijkt dat de overheid met hun campagne actief aan de slag is om het imago van de zorg te verbeteren (Ministerie van VWS, 2018). Dit kan een stap in de richting zijn voor het werven van nieuwe verpleegkundigen.

Patiëntenstructuren: lastige patiënten of werkdruk?

Een andere belangrijke machtsstructuur was de patiëntenpopulatie. Verschillende verpleegkundigen benoemen steeds meer lastige doelgroepen op de afdeling te hebben. Zoals hierboven beschreven, concludeert Nussbaum (2001) dat de manier waarop mensen ten opzichte van elkaar worden neergezet door instituties de ontwikkeling van mededogen beïnvloedt. Van Heijst (2011) veronderstelt dat alle elementen van mededogen zoals Nussbaum (2011) het beschrijft, in de professionaliteit van

tegenwoordig zitten: iemand moet iets ernstigs overkomen dat diegene niet verdiend had, waardoor de professional geraakt wordt om het welzijn van de ander te bevorderen (Van Heijst, 2011). Uit dit onderzoek blijkt echter dat de verpleegkundigen duidelijke voorkeuren hebben voor de patiëntenpopulatie waar zij mee werken. Ze hebben het over groepen patiënten, zoals mensen met verslavingsproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek, waar ze liever niet mee willen werken. Ook wordt genoemd dat ze de ‘echte’ psychiatrie missen. Stigmatisering van patiënten met verslavingsproblematiek door zorgverleners komt regelmatig voor (Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel, & Garretsen, 2015). Door mensen te reduceren tot ziektebeelden, worden aparte domeinen behandeld en kan een kokervisie en stigma ontstaan (Blaauw, Anthonio, Van der Meer-Jansma, & Van den Bos, 2018).

De psychiater Denys (2018) pleit voor wat hij ‘fenomenologische psychiatrie’ noemt. Door minder te focussen op symptomen van de patiënt, kan volgens hem de patiënt meer spreken voor zichzelf. Bovendien worden de belichaamde ervaringen en kwetsbaarheden van de zorgverlener niet meer apart gezien, maar als iets dat de blik van de zorgverlener kleurt (Denys, 2018). Ook Tronto (1993) betoogt dat het startpunt en de basis van de zorg altijd de belangen en de behoeften van de ander moeten zijn. Professionals kunnen niet in de schoenen van de patiënt staan en hebben de feedback van de patiënt nodig om goede zorg te kunnen leveren (Weidema, Van Wijk, & Molewijk, 2014). Uit het onderzoek blijkt dat de verpleegkundigen dit vaak wel willen, maar dat dit niet altijd mogelijk is. Eén verpleegkundige benoemt letterlijk: *“Ik kan niet de verpleegkundige zijn die ik zou willen zijn”* (V4).

Hochschild (2003) benoemt dat de tijdsdruk in de zorg de emotionele last van zorgprofessionals vergroot. Dit onderzoek lijkt dat te bevestigen. De verpleegkundigen beschrijven dat de patiëntenpopulatie is veranderd, waardoor het werk anders is. Eén verpleegkundige benoemt dat de patiënten erop uit zijn om het de verpleegkundigen moeilijk te maken. Een situatie wordt geschetst waarbij een personeelslid een patiënt tegen de muur drukt om de patiënt tot stilte te manen. Dit lijken sprekende voorbeelden van de emotionele last die te hoog wordt voor verpleegkundigen. Hochschild (2003) beschrijft dat het gevaar bestaat dat verpleegkundigen zich moeilijker in de ander kunnen verplaatsen door de toegenomen emotionele last. Ze gaan de patiënt als last zien, die onmogelijke eisen stelt aan de verpleegkundigen. Dit is volgens haar een

onderbelicht gevolg van de *emotional labour* (Hochschild, 2003). Dit onderzoek lijkt dat gevolg zichtbaar te maken. Alle verpleegkundigen spreken over de zwaardere patiëntenpopulatie. Echter, zij werken inmiddels al langere tijd met personeelstekort.

Hoewel uit bovenstaande blijkt dat de patiënten door verschillende verpleegkundigen worden gezien als ziektebeelden, laten de empirische bevindingen ook het tegenovergestelde zien. Verschillende verpleegkundigen beschrijven het werken in de psychiatrie leuk te vinden omdat ze zich kunnen richten op ‘het hele plaatje’.

Verpleegkundigen beschrijven het leren kennen van de patiënt en de familie betrekken bij de behandeling. Ook noemt één verpleegkundige dat de psychiatrie zich niet richt op één symptoom. Volgens de verpleegkundigen maakt dit het werken in de psychiatrie aantrekkelijker dan werken in andere sectoren. De verpleegkundigen kunnen door tijdsdruk echter niet altijd volledig afstemmen op de patiënt. Uit de probleemstelling bleek tevens dat door veranderingen in de maatschappij, zoals het personeelstekort in de zorg, de marktwerking in de zorg waardoor de administratieve lasten hoger zijn geworden en de toenemende werkdruk de drijfveren van verpleegkundigen voor hun werk afnemen. Dit is onder andere het gevolg van het introduceren van de marktwerking, beschrijft Van Heijst (2011). Zij betoogt dat de zorgsector daardoor minder persoonlijk geworden is. Ze beschrijft hoe de uniekheid van een persoon wordt gekneed naar universele processen, zodat zorg als product kan worden geleverd. Dit is wat zij ‘verzakelijking’ van de zorg noemt, waarbij controle en beheersing belangrijker zijn dan kijken naar het menselijke in de zorg. Professionals blijven volgens haar het werken in de zorg leuk vinden, omdat elke dag anders is. Ze wijst op het feit dat elk persoon anders is, dat professionals elke dag met nieuwe mensen te maken krijgen en daardoor te maken krijgen met onverwachte situaties (Van Heijst, 2011).

Organisatiestructuren: democratie in de organisatie

Verschillende machtsstructuren kwamen voort uit de institutionele sturing van de organisatie. Uit de probleemstelling en de conceptuele bevindingen bleek de toename van administratieve lasten die de werkdruk van verpleegkundigen te verhogen. Dit kwam echter nauwelijks naar voren in dit onderzoek. Eén verpleegkundige gaf aan dat veel tijd ging naar het invullen van meetinstrumenten en het uitvoeren van protocollen. Uit het onderzoek van Rankin (2004) bleken deze administratieve lasten ten koste te gaan van het patiëntencontact. De meeste verpleegkundigen in dit onderzoek gaven

echter aan dat zij de meetinstrumenten en protocollen bij hun werk vonden horen. Verpleegkundigen bleken wel regelmatig om de protocollen heen te werken. Het onderbuikgevoel is voor verpleegkundigen belangrijker dan het volgen van de protocollen (Boonen, Vosman, & Niemeijer, 2017). Dit bleek tevens te geven voor de verpleegkundigen in dit onderzoek.

Hoewel uit bovenstaande blijkt dat de protocollen niet ten koste gaan van het patiëntencontact, blijkt uit de empirische bevindingen dat de verpleegkundigen steeds minder tijd hebben voor de persoonlijke aandacht, afstemming op de patiënt en intensief contact met de patiënt dat het HIC model en de visie van Altrecht beschrijven te leveren. Verpleegkundigen benoemen een toename in de zorgverantwoordelijkheden door het personeelstekort. De vraag is of genoeg tijd overblijft om de patiënt te leren kennen. Volgens Van Heijst (2011) is zorg een productieproces geworden, waarbij persoonlijke aandacht naar de achtergrond is verdwenen. Onder invloed van de marktwerking moet alles sneller en goedkoper in de zorg, waardoor het menselijke uit de zorg dreigt te verdwijnen (Van Heijst, 2011).

Uit de empirische bevindingen bleek dat de verpleegkundigen de zorgverantwoordelijkheden als hoog ervaren. Ze willen goed voor hun patiënten zorgen, maar merken dat het loslaten van de verantwoordelijkheid soms moeilijk is. De zorgethisch georiënteerde filosofe Kittay (1999) legt uit dat uit de zorgrelatie bepaalde morele verplichtingen op de zorgverlener legt. De zorgverlener zorgt voor de zorgvrager, soms zonder enige wederkerigheid. Echter, om te waarborgen dat de zorgverlener goed kan blijven zorgen, betoogt ze dat ook gezorgd moet worden voor de zorgverlener. Zorgen is daarom ook de verplichting van de samenleving en nooit de verplichting van een individuele zorgverlener (Kittay, 1999). De zorgethisch auteurs Van Nistelrooij en Leget (2017) beschrijven dat zorgen vaak gezien wordt als iets dat een zorgverlener doet aan een ander. Het zelf en de ander zijn daarin gescheiden. Ze beschrijven dat zorgverleners echter nooit alleen maar zorg verlenen. Ook zorgverleners ontvangen zorg. Het is volgens hen daarom nooit zwart-wit: óf zorgverlener, óf zorgontvanger (Van Nistelrooij & Leget, 2017).

Uit de probleemstelling bleek al dat het management de motivatie van verpleegkundigen voor het werk kon vergroten door het uitspreken van waardering en

het betrekken van verpleegkundigen bij beleid. Dit onderzoek laat tevens zien dat waardering van de organisatie voor de verpleegkundigen van belang is. Daarnaast spreken meerdere verpleegkundigen uit dat zij wel betrokken willen zijn bij beleid, maar dat zij toch niet gehoord worden door de organisatie. Bovendien is bij sommige verpleegkundigen het vertrouwen in de organisatie afgenomen. Uit de conceptuele bevindingen bleek dat Tronto (1993) en Van Heijst (2011) dit probleem schetsten. Zij concludeerden beiden dat degenen die het dichtst bij de zorgvrager stonden, het minst te zeggen hadden over de zorg (Van Heijst, 2011; Tronto, 1993). Tronto (2013) betoogt dat ‘zorg’ centraal moet komen te staan in de politiek. Ze beschrijft dat door de lens van zorg zichtbaar wordt wie uitgesloten wordt van besluitvorming. Zorg centraal zetten in de maatschappij, maakt ook de politiek democratischer (Tronto, 1993). Een meer democratische organisatie waar verpleegkundigen meer betrokken en gewaardeerd worden, kan het vertrouwen in de organisatie mogelijk doen toenemen.

Teamstructuren: een krachtig team

Uit de empirische bevindingen bleken de belangrijkste teamstructuren de behoefte aan een vast team en een goede samenwerking met het team. Verpleegkundigen benoemen een klein en wankel team te hebben. Echter, zij hebben het gevoel dat zij op het team terug kunnen vallen. Bovendien kunnen zij hun emoties bij collega's kwijt. Alle verpleegkundigen benoemen ruimte te nemen om emoties uit te spreken. Een verpleegkundige benoemt dat het moeilijker is om dingen uit te spreken wanneer met invalkrachten gewerkt wordt. Ondanks de ruimte voor emoties, benoemen verschillende verpleegkundigen dat reflectie op de emoties geen onderdeel is van de overlegvormen. Dit wordt door verpleegkundigen gemist. Zij geven aan dat gezamenlijke reflectie leerzaam zou zijn. Dit punt onderschrijven de zorgethisch georiënteerde auteurs Baur, Van Nistelrooij en Vanlaere (2017). Zij beschrijven dat de emoties van zorgverleners bruikbaar zijn voor ethische reflectie. Bovendien kan aandacht voor emoties de ontwikkeling van het morele handelen stimuleren (Baur, van Nistelrooij, & Vanlaere, 2017).

Alle verpleegkundigen benoemen dat hun handelen wordt beïnvloedt door emoties. Zij benoemen dat het merkbaar is wanneer zij emotioneel zijn of te veel emotionele bagage met zich meebrengen naar het werk. Om de morele ruimte van de professionals te vergroten, dienen zorgorganisaties het reflecteren op emoties te faciliteren (Baur, van

Nistelrooij, & Vanlaere, 2017). Continu bewustzijn van de eigen emoties is nodig om te voorkomen dat de emotionele bagage geprojecteerd wordt op de zorgvragers (Gardiner, 2009). Dit onderzoek laat zien dat dit soms wel gebeurt. Gezamenlijk reflecteren kan professionals alert maken op hun handelen (Karssing & Van Dartel, 2014). Door het gezamenlijk vertellen van verhalen, wordt volgens Walker (2007) moraliteit gecreëerd. Verhalen laten zien welke idealen, waarden en verantwoordelijkheden mensen hebben (Walker, 2007). Professionals zijn volgens Van Heijst (2011) mensen die hun eigen manier van werken willen behouden, maar wel samen willen werken aan het leveren van de beste zorg voor hun patiënten.

Uit bovenstaande literatuur blijkt dat gezamenlijk reflecteren op geleverde zorg van belang is voor een team. Daarnaast onderschrijft Tronto (2013) het belang om na te denken over zorgprocessen en de gevolgen van geleverde zorg. Voorafgaand aan het verlenen van zorg moet in de zorgpraktijk al worden stilgestaan bij wie welke zorg verleent, voor wie en waarom, om zo vooronderstellingen over de zorg op het spoor te komen (Tronto, 2013). Verschillende verpleegkundigen geven in dit onderzoek aan dat er vaak geen tijd is voor gezamenlijke reflectie op emoties of handelen. Dit heeft wederom te maken met marktwerking, betoogt Van Heijst (2011). Door het productieproces als gevolg van de marktwerking is zorg gereduceerd tot een product en moet zorg rendabel zijn (Van Heijst, 2011). Bovendien beschrijven ethici Karssing en Van Dartel (2014) dat in de meeste organisaties een bureaucratische cultuur heerst. De praktijk van de zorgprofessionals is daardoor verweven met protocollen, waar de tijd aan op gaat. Volgens hen is het belangrijk dat de organisatie een reflectieve cultuur bevordert, zodat professionals gezamenlijk kennis creëren over goede zorg. Ze beschrijven dat reflecteren tijd kost, maar dat deze tijd nodig is om de professionals de ruimte te geven om na te denken over het eigen handelen (Karssing & Van Dartel, 2014).

Persoonlijke structuren: emoties of emotionele last?

Uit het onderzoek blijken de drijfveren van de verpleegkundigen om voor de intensive care als werkplek te kiezen gebaseerd op de verweven intrinsieke en extrinsieke motivatie. Uit de conceptuele bevindingen bleek dat emoties ten grondslag liggen aan de drijfveer om te zorgen. Dit kwam echter nauwelijks naar voren tijdens de interviews. Echter, de verpleegkundigen beschreven wel een *feeling* te hebben voor de psychiatrie

en het gevoel te hebben dat zij de ander wilden helpen. De ander willen helpen werd bij sommigen aangewakkerd door de ander te zien lijden. Bovendien gaven verschillende verpleegkundigen aan dat zij zich de situatie van de patiënt konden voorstellen en leken zij zich te kunnen inleven in de ander. Volgens de filosofe Nussbaum (2011) bestaat de emotie mededogen uit de overtuiging dat het leed van de ander ernstig is en de erkenning dat de situatie belangrijk is voor het welzijn van de ander. Ondanks dat de verpleegkundigen de emoties empathie, compassie en mededogen niet expliciet benoemden, lijken deze emoties toch aanwezig te zijn.

De verpleegkundigen beschrijven een soort *feeling* te hebben voor het werken in de psychiatrie. Dit zou de lichamelijke kennis kunnen zijn waar filosoof Hamington (2012) over schreef. Zorgen is volgens hem verweven met kennis over de persoon. Iemand raakt ons, waardoor we diegene willen leren kennen. Door te leren over de persoon, kunnen we bepalen wat de beste zorg is voor de ander (Hamington, 2012). De vraag is echter of de verpleegkundigen van de intensive care op dit moment de juiste zorg kunnen bieden. Zij geven aan dat ze geraakt kunnen worden door de patiënt, maar hebben ook de tijd nodig om de patiënt te leren kennen. Bovendien kan de verhoogde emotionele last in de weg staan van goede zorg (Hochschild, 2005). Deze emotionele last lijkt aanwezig te zijn door de toename van zorgverantwoordelijkheden en de veranderende patiëntenpopulatie die als last worden ervaren.

Emoties voor goede samenwerking in de maatschappij

Door middel van bovenstaande reflectie is een dialectische verbinding ontstaan. Deze verbinding kan gebruikt worden om de laatste deelvraag: ‘Wat biedt de dialectische verbinding tussen de verkregen conceptuele en empirische inzichten voor het denken over machtsstructuren in zorgpraktijken vanuit zorgethisch perspectief?’ te beantwoorden. Deze verbinding laat zien dat het startpunt en de basis van zorg altijd de zorgvrager moet zijn (Tronto, 1993). De zorgprofessional kan zichzelf niet volledig indenken wat de zorgvrager nodig heeft en heeft daarom de feedback van de zorgvrager nodig (Weidema, Van Wijk, & Molewijk, 2014). Ook reflectie met collega’s is van belang om samen met het team kennis over goede zorg te creëren (Karssing & Van Dartel, 2014). Voor deze reflectie en het ontwikkelen van moraliteit zijn emoties belangrijk (Baur, van Nistelrooij, & Vanlaere, 2017). De zorgorganisatie zou tijd moeten vrijmaken om een reflexieve cultuur te bevorderen (Karssing & Van Dartel,

2014). In de praktijk is het niet haalbaar tijd vrij te maken, wanneer het personeelstekort niet opgelost wordt. Daarom is het belangrijk om te kijken naar de herinrichting van de zorginstitutie, zodat professionals weer kunnen werken zoals zij dat graag willen en zij zich in de zorg kunnen richten op persoonlijke aandacht voor zorgvragers (Van Heijst, 2011). Zo wordt voorkomen dat de emotionele last door tijdsdruk alleen maar toeneemt (Hochschild, 2003). Als autonomie als centraal begrip in de maatschappij wordt vervangen door zorg, kan gewerkt worden aan een humanere maatschappij waarin zorgverantwoordelijkheden worden gedeeld (Tronto, 2013).

7. Conclusie en aanbevelingen

Dit onderzoek zocht een antwoord op de vraag: ‘Welke machtsstructuren zijn van invloed op de drijfveren van verpleegkundigen op de intensive care unit van Altrecht en wat betekent dit voor het denken over machtsstructuren in zorgpraktijken vanuit zorgethisch perspectief?’ Om de hoofdvraag te beantwoorden werd een literatuuronderzoek naar machtsstructuren in zorgpraktijken uitgevoerd, waarbij gebruik werd gemaakt van zorgethisch relevante literatuur. Daarnaast is een institutioneel etnografisch onderzoek uitgevoerd naar de drijfveren van de verpleegkundigen van de intensive care van Altrecht en de machtsstructuren die de drijfveren beïnvloeden. Uiteindelijk is een dialectische verbinding gelegd tussen de conceptuele en empirische bevindingen om de betekenis voor het denken over machtsstructuren in zorgpraktijken vanuit zorgethisch perspectief te zien.

7.1 Conclusie

Uit de resultaten is gebleken dat de drijfveren van de verpleegkundigen op de intensive care van Altrecht bestaan uit verweven intrinsieke en extrinsieke motivatie. Naast nieuwsgierigheid naar het werk, vormen emoties de basis van de drijfveren van verpleegkundigen om voor het werk te kiezen. Echter, deze emoties worden niet altijd herkend door verpleegkundigen zelf. De in dit onderzoek gebruikte literatuur beschrijft verschillende emoties zoals empathie, compassie en mededogen. De uitleg van deze emoties in de gebruikte literatuur komt overeen met de gevoelens die de verpleegkundigen beschrijven. Naast nieuwsgierigheid en emoties, zijn de spanning en afwisseling van het werk en het intensieve patiëntencontact van de één op één begeleiding de belangrijkste drijfveren om voor het werk op de intensive care te kiezen.

De machtsstructuren die de drijfveren van de verpleegkundigen beïnvloeden zijn onderverdeeld in maatschappelijke structuren, organisatiestructuren, patiëntstructuren, teamstructuren en persoonlijke structuren. De meeste machtsstructuren blijken voort te komen uit veranderingen in de maatschappij. Het personeelstekort en de patiëntenpopulatie zijn de belangrijkste machtsstructuren die voortkomen uit maatschappelijke veranderingen en die de drijfveren van verpleegkundigen beïnvloeden. Het personeelstekort werkt door op de ervaren werkdruk, de mogelijkheid om emoties te delen, de ervaren veiligheid en de zorgverantwoordelijkheden. Uit de

conceptuele bevindingen blijkt dat de emotionele last sterk kan toenemen door een hoge werkdruk. Dit kan gevolgen hebben voor het geduld dat verpleegkundigen voor de patiënten hebben. Uit de empirische bevindingen blijkt dit aan de orde.

De veranderingen in de maatschappij zorgen tevens voor een negatieve beeldvorming over het werken in de psychiatrie. Verschillende verpleegkundigen geven aan dat zij hier last van hebben. Volgens de conceptuele bevindingen is een verandering in de maatschappij nodig om het imago van de zorg te verbeteren. Echter, verpleegkundigen benoemen in dit onderzoek dat nieuwe verpleegkundigen na de inwerkperiode weer vertrekken. Een verbetering van het imago zou niet voldoende zijn om meer verpleegkundigen naar de psychiatrie te lokken. Zorg moet een centrale waarde worden in de politiek, zodat zichtbaar wordt dat de samenleving en het menselijk leven om zorg draait. Zorgprofessionals zijn dan de mensen die al het andere werk mogelijk maken.

7.2 Beperkingen

Dit onderzoek richtte zich specifiek op de verpleegkundigen van de intensive care van Altrecht. Hoewel dit onderzoek inzicht biedt in de drijfveren van de verpleegkundigen en de machtsstructuren die hun drijfveren beïnvloeden, kent het onderzoek enkele beperkingen die leiden tot aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.

Een beperkt aantal verpleegkundigen heeft deelgenomen aan dit onderzoek. Het aantal verpleegkundigen dat met een vast dienstverband werkzaam was op de intensive care was klein. Echter, naast de verpleegkundigen werken op deze afdeling andere disciplines in de directe patiëntenzorg, zoals sociotherapeuten en ervaringsdeskundigen. Toekomstig onderzoek zou tevens de ervaringen van de andere disciplines kunnen onderzoeken. Deze disciplines hebben andere verantwoordelijkheden dan verpleegkundigen en bekijken situaties vanuit een ander perspectief. Het is dan ook mogelijk dat zij het werk op een andere manier ervaren dan de verpleegkundigen. Het betrekken van deze disciplines kan een completer beeld geven van de ervaringen van het team dat werkzaam is op de intensive care van Altrecht.

Daarnaast is het interessant om in vervolgonderzoek de ervaringen van het management te onderzoeken. Dergelijk onderzoek is van belang omdat het inzicht geeft in het perspectief van het management. Om zichtbaar te maken wat in de zorgpraktijk gebeurt, is het van belang alle perspectieven te belichten. Zorgethiek wil zichtbaar maken wat in een praktijk gebeurt. In een zorgpraktijk werken verschillende perspectieven samen.

Elke positie bekijkt de zorgpraktijk op een andere manier. Bovendien kan het management van de organisatie wellicht antwoorden bieden voor praktische problemen waar het uitvoerend personeel tegen aan loopt.

7.3 Aanbevelingen

De zorgverlener heeft anderen nodig die voor de zorgverlener zorgen, zodat de zorgverlener kan blijven zorgen voor de zorgvragers. De organisatie dient zorg te dragen voor zijn zorgverleners. De verpleegkundigen in dit onderzoek benoemen een veilige werkplek en voldoende personeel voor het werk nodig te hebben. Het bieden van een veilige werkplek en voldoende personeel leidt tot een betere verdeling van de zorgverantwoordelijkheden en een verlichting van de emotionele last. De zorgprofessionals hebben op die manier tijd over om de zorg op de patiënt af te stemmen. De afstemming van de zorg op de patiënt is tenslotte de belangrijkste drijfveer van alle verpleegkundigen in dit onderzoek.

Emoties liggen aan de basis van de drijfveren om te zorgen en emoties hebben tevens invloed op de drijfveren van de verpleegkundigen. Het reflecteren op emoties kan de morele kennis van de verpleegkundigen ontwikkelen. Voor reflectiemomenten moet tijd worden gemaakt. Meer tijd voor reflectiemomenten zou de ontwikkeling van het morele handelen bevorderen, waardoor de verpleegkundigen kennis creëren over wat goed handelen is. De organisatie kan het team daarin faciliteren, zodat een reflexieve cultuur ontstaat en mensen steeds beter op het eigen handelen kunnen reflecteren.

8. Kwaliteit van het onderzoek

Verskillende maatregelen werden getroffen om kwaliteit van het onderzoek te waarborgen. Zoals beschreven werd een reflectief dagboek bijgehouden om bewustwording van aannames te vergroten (Creswell & Poth, 2018). Daarnaast is een *self disclosure* geschreven. In de reflectieve rapportage en de *self disclosure* is kritisch gereflecteerd op de rol van verpleegkundige en onderzoeker en hoe eventuele vooronderstellingen mogelijk het onderzoek konden beïnvloeden (Creswell & Poth, 2018). Een dagboek kan voorkomen dat persoonlijke waarden het onderzoek beïnvloeden (Boeije, 2008).

In het eerste interview bleken mijn eerdere ervaringen toch het interview te beïnvloeden. Tijdens het transcriberen werd inzichtelijk dat ik sturende vragen stelde en te weinig doorvroeg op situaties die voor mij als verpleegkundige vanzelfsprekend waren. Dit interview is niet meegenomen in de resultaten en ik heb de manier van interviewen aangepast. In plaats van semi gestructureerde interviews met een aantal uitgeschreven vragen, heb ik alleen een topiclijst gebruikt. Tevens heb ik het interview meer door de respondent laten leiden. Tijdens het analyseproces zijn de eigen ervaringen als verpleegkundige, al dan niet op de intensive care van Altrecht, op memo's geschreven. Door het schrijven van memo's werden de eigen ervaringen apart gezet van de antwoorden van de verpleegkundigen.

Member checks vonden plaats door de eerste analyse van interviews en eerste bevindingen aan de participanten terug te koppelen (Boeije, 2008). De feedback die de verpleegkundigen gaven tijdens de member check, is meegenomen in de resultaten. Triangulatie vond plaats door naast observaties en interviews ook documenten te analyseren.

De gebruikte literatuur is interdisciplinair, waardoor de focus van het onderzoek breder is dan alleen de zorgethiek (Leget, Van Nistelrooij, & Visse, 2017). Om kritisch te blijven op de literatuur en het eigen onderzoek heb ik naast meedenken ook tegendenken toegepast. Door het omdenken zijn nieuwe mogelijkheden beschreven.

Literatuur

- Arnold, E., Bloemendaal, I., Van der Kwartel, A., Smeets, R., Van der Velde, F., & Van der Windt, W. (2010). Verpleegkunde, een beroep om trots op te zijn. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 7(8), 13-17.
- 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*, 4(20), 483-493. doi:10.1007/s11019-017-9770-5
- Bierbooms, J., Lorenz-Artz, C., Pols, E., & Bongers, I. (2017). Drie jaar high en intensive care; evaluatie van ervaringen van cliënten en medewerkers en effect op gebruik van dwang en drang. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59(7), 427-432.
- Blaauw, E., Anthonio, G., Van der Meer-Jansma, M., & Van den Bos, A. (2018). Visie op de mens, visie op verslaving: een meervoudige kijk op problematiek en herstel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(11), 774-781.
- Blau, P. (1964). *Exchange and Power in Social Life* (2017 editie ed.). New York: Routledge.
- Boeije, H. (2008). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom Onderwijs.
- Boonen, M., Vosman, F., & Niemeijer, A. (2017). Tinker, tailor, deliberate. An ethnographic inquiry into the institutionalized practice of bar-coded medication administration technology by nurses. *Applied Nursing Research*(33), 30-35.
- Boonen, M., Vosman, F., & Niemeijer, A. (2018). How bar code medication administration technology affects the nurse-patient relationships: an ethnographic study. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 34(5), 507-513. doi:10.1017/S0266462318000582
- Bouwhuis, N., & Vreeker, Y. (2015). De kracht van de verpleegkundige discipline op de high en intensive care. *Nurse Academy GGZ*(3), 4-10.
- Campbell, M., & Gregor, F. (2004). *Mapping Social Relations: A Primer in Doing Institutional Ethnography*. Walnut Creek Canada: AltaMira Press.
- Claassen, R. (2006). Markt en zorg. Filosofische grensverkenningen. In S. P. Cremerslezing (Red.), (pp. 6-35).

- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches* (4th ed.). Thousand Oaks,, California, United States: Sage Publications.
- Denys, D. (2018). Keert nieuwe psychiatrie terug naar de betekenis? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(9), 619-626.
- Edward, K., Hercelinskyj, G., & Giandinoto, J. (2017). Emotional labour in mental health nursing: An integrative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(3), 215-225.
- Ellingson, L. (2006). Embodied Knowledge: Writing Researchers' Bodies Into Qualitative Health Research. *Qualitative Health Research*, 16(2), 298-310.
- Engster, D. (2005). Rethinking Care Theory: The Practice of Caring and the Obligation to Care. *Hypatia*, 20(3), 50-74 .
- Foucault, M. (1977). *Discipline and Punish. The Birth of the Prison*. (1995 editie ed.). New York: Vintage Books.
- Gardiner, K. (2009). *Why care? On motivation in care ethics*. Groningen: University of Groningen.
- Gherardi, S., & Rodeschini, G. (2016). Caring as a collective knowledgeable doing: About concern and being concerned. *Management Learning*, 47(3), 266-284.
- Hamington, M. (2012). Care ethics and corporeal inquiry in patient relations. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 5(1), 52-69.
- Hochschild, A. (2003). Behind every great caregiver: The emotional labour in health care. In L. Dubé, G. Ferland, & D. Moskowitz, *Emotional and Interpersonal Dimensions of Health Services* (pp. 67-72). Montreal: McGill-Queen'S University Press.
- Hochschild, A. (2005). “Rent a mom” and other services: markets, meanings and emotions. *International Journal of Work Organisation and Emotion*, 1(1), 74–86.
- Hochschild, A. (2012). *The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling*. Los Angeles, California: University of California Press.
- Karssing, E., & Van Dartel, H. (2014). Cultuur en leiderschap. Aanknopingspunten voor een reflectieve organisatie. In H. Van Dartel, & B. Molewijk, *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad*. (pp. 259-274). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

- Kittay, E. (1999). *Love's labor: essays on women, equality, and dependency*. New York: Routledge.
- Kolen, M., Timmerman, G., & Vosman, F. (2015). Onder het oppervlak van alledaagse zorg. *Kwalon*, 20(3), 38-46.
- Landeweer, E. (2017). Sharing Care Responsibilities Between Professionals and Personal Networks in Mental Healthcare: A Plea for Inclusion. *Ethics and Social Welfare*. doi:10.1080/17496535.2017.1352008
- Leget, C., Borry, P., & De Vries, R. (2009). "Nobody tosses a dwarf!" The relation between the empirical and normative reexamined. *Bioethics*, 23(4), 226-235.
- Leget, C., Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond Demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1), 17-25. doi:10.1177/0969733017707008
- Molewijk, B., Kleinlugtenbelt, D., Pugh, S., & Widdershoven, G. (2011). Emotions and Clinical Ethics Support. A Moral Inquiry into Emotions in Moral Case Deliberation. *HEC Forum*, 23(4), 257–268. doi:10.1007/s10730-011-9162-9
- Noddings, N. (1984). *Caring, a Feminine Approach to Ethics & Moral Education*. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press.
- Nussbaum, M. (1986). *De breekbaarheid van het goede* (2013 Nederlandse vertaling ed.). Amsterdam: Ambo Anthos Uitgevers.
- Nussbaum, M. (2001). *Oplevingen van het denken. Over de menselijke emoties*. (Nederlandse vertaling 2004 ed.). (P. Adelaar, Vert.) Amsterdam: Ambo Anthos Uitgevers.
- Pulcini, E. (2017). What Emotions Motivate Care? *Emotion Review*, 9(1), 64-71. doi:10.1177/1754073915615429
- Rankin, J. (2004). *How Nurses Practise Health Care Reform: An Institutional Ethnography*. British Columbia: University of Victoria.
- Rankin, J. (2017). Conducting Analysis in Institutional Ethnography: Guidance and Cautions. *International Journal of Qualitative Methods*(16), 1–11. doi:10.1177/1609406917734472
- Rankin, J., & Campbell, M. (2006). *Managing to nurse : Inside canada's health care reform*. Toronto: University of Toronto Press.
- Slote, M. (2007). *The Ethics of Care and Empathy*. New York: Routledge.
- Smith, D. (2006). *Institutional ethnography as practice*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.

- Spithoven, R. (2018). Graven naar de wortels van onveiligheidsgevoelens: Resultaten van een onderzoek in twaalf buurten. *Justitiële Verkenningen*, 44(6), 47-62.
- Stone, D. (2005). For Love nor Money. The Commodification of Care. In M. Ertman, & J. Williams, *Rethinking Commodification. Cases and Readings in Law and Culture* (pp. 271-290). New York: New York University Press.
- Ten Hoeve, Y., Castelein, S., Jansen, W., & Jansen, G. (2016). Predicting factors of positive orientation and attitudes towards nursing: A quantitative cross-sectional study. *Nurse Education Today*(40), 111-117. doi:10.1016/j.nedt.2016.02.019
- Ten Hoeve, Y., Castelein, S., Jansen, W., Jansen, G., & Roodbol, P. (2018). Nursing students' changing orientation and attitudes towards nursing during their education. In Y. Ten Hoeve, *From student nurse to nurse professional* (pp. 19-24). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Thibeault, C. (2016). An Interpretation of Nurse–Patient Relationships in Inpatient Psychiatry. Understanding the Mindful Approach. *Global Qualitative Nursing Research*(3), 1-10. doi:10.1177/2333393616630465
- Tonkens, E. (2013). Professionaliteit tussen mondigheid, markt en bureaucratie. Denken over gezondheid en zorg in de 21e eeuw. In M. Schermer, M. Boenink, & G. Meijen, *Komt een filosoof bij de dokter* (pp. 305-320). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Tonkens, E., Grootegoed, E., & Duyvendak, J. (2013). Introduction: Welfare State Reform, Recognition and Emotional Labour. *Social Policy & Society*, 12(3), 407-413. doi:10.1017/S147474641300016X
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Tronto, J. (2013). *Caring democracy. Markets, Equality and Justice*. New York: New York University Press.
- Van Boekel, L., Brouwers, E., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. (2015). Stigmatisering van patiënten met een verslaving en de gevolgen voor de hulpverlening: een systematisch literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(7), 489-497.
- Van den Berg, H. (2004). Discoursanalyse. *Kwalon*, 9(2), 29-39.
- Van Heijst, A. (2011). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Uitgeverij Klement.
- Van Hell-Cromwijk, M., Hoekstra, T., Holwerda, T., & Cusveller, B. (2014). Naar verpleegkundig eigenaarschap van kwaliteit. *Kwaliteit in zorg*(4), 24-26.

- Van Loon, N., & Noordegraaf, M. (2014). Professionals onder druk of professionele tegendruk? Gebalanceerde motivatie voor de publieke zaak in professionele publieke dienstverlening. *Beleid en Maatschappij*, 41(3), 205-225.
- Van Melle, A., Voskes, Y., De Vet, H., Van der Meijs, J., Mulder, C., & Widdershoven, G. (2019). High and Intensive Care in Psychiatry: Validating the HIC Monitor as a Tool for Assessing the Quality of Psychiatric Intensive Care Units. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*(46), 34–43.
- Van Mierlo, T., Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2013). *Werkboek HIC. High en intensive care in de psychiatrie*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Van Nistelrooij, I., & Leget, C. (2017). Against dichotomies: On mature care and self-sacrifice in care ethics. *Nursing Ethics*, 24(6), 694-703.
doi:10.1177/0969733015624475
- Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2018). Me? The invisible call of responsibility and its promise for care ethics: a phenomenological view. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1-11. Opgehaald van <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9873-7>
- Van Sambeek, N., Tonkens, E., & Bröer, C. (2011). Sluipend kwaliteitsverlies in de geestelijke gezondheidszorg. Professionals over de gevolgen van marktwerking. *Beleid en maatschappij*, 38(1), 47-64.
- Van Wijngaarden, E., Leget, C., & Goossensen, A. (2017). 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*, 1-15.
doi:10.1080/13645579.2017.1399621
- Verkerk, M. (2004). Zorgethiek: naar een geografie van verantwoordelijkheden. In H. A. Manschot, & H. van Dartel, *In gesprek over goede zorg* (pp. 177-191). Amsterdam: Boom Uitgeverij.
- Verkerk, M. (2011). Care as Process and the Quest for Autonomy. *Asian Bioethics Review*, 3(2), 150-154.
- Vermeulen, H., & Tiemens, B. (2012). Implementatie van EBP: drijfveren. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*(4), 16-19.
- Vermeulen, H., & Van Oostveen, C. (2016). Workplace empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*(1), 13-14.

- Vosman, F., & Niemeijer, A. (2017). Rethinking critical reflection on care: late modern uncertainty and the implications for care ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20(4), 465–476. doi:10.1007/s11019-017-9766-1
- Walker, M. (2007). *Moral Understandings. A Feminist Study in Ethics*. Oxford: University Press.
- Weidema, F., Van Wijk, L., & Molewijk, B. (2014). Cliëntparticipatie in moreel beraad. In H. Van Dartel, & B. Molewijk, *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad*. (pp. 215-229). Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Overige bronnen

De Groene Amsterdammer. *Het tekort aan zorgpersoneel is gevaarlijk voor patiënten*. (6 februari 2019). Gevonden op: <https://www.groene.nl/artikel/het-tekort-aan-zorgpersoneel-is-gevaarlijk-voor-patienten>

Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Werken in de zorg. Actieprogramma*. (2018). Gevonden op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/jaarplannen/2018/03/14/actieprogramma-werken-in-de-zorg>

GGZ Nederland. *Reactie GGZ Nederland op publicaties over de gevolgen personeelstekorten in de geestelijke gezondheidszorg*. (6 februari 2019). Gevonden op: <https://www.ggznederland.nl/actueel/reactie-ggz-nederland-op-publicaties-over-de-gevolgen-personeelstekorten-in-de-geestelijke-gezondheidszorg>

Trouw. *Medewerkers ggz voelen zich onveilig: 'Patiënten hebben een vrijbrief om geweld te plegen'*. (22 september 2018). Gevonden op: <https://www.trouw.nl/samenleving/medewerkers-ggz-voelen-zich-onveilig-patienten-hebben-een-vrijbrief-om-geweld-te-plegen--aefbfb96/>

KRO-NCRV, De Monitor. Uitzending van 24 april 2018. Agressie tegen hulpverleners in de psychiatrie. Gevonden op: <https://demonitor.kro-ncrv.nl/uitzendingen/agressie-tegen-hulpverleners-in-de-psychiatrie>

Pensioenfonds Zorg en Welzijn. (18 oktober 2018). *Waarom zeggen zorgprofessionals hun werk op? Een onderzoek naar vertrek in de sector*. Onderzoek uitgevoerd door Lang, J. Gevonden op: <https://www.pfzw.nl/Werkgevers/Nieuwsbrief-Werkgevers/Paginas/181018/uitstroom-in-de-sector.aspx>

Van Dale. (2019, juni 5). *Gratis woordenboek*. Opgehaald van Van Dale: <https://www.vandale.nl/>

Documenten gebruikt voor analyse

Altrecht. (2016). Visiedocument HIC Acute psychiatrie. *Visiedocument HIC Acute psychiatrie*.

Altrecht. (2017). Richtlijn agressie en veiligheid op de werkvloer. *Richtlijn agressie en veiligheid op de werkvloer*. Altrecht.

High & Intensive Care. (2019, juni 1). *HIC; anders denken, anders handelen*. Opgehaald van HIC. High & Intensive care: <http://hic-psy.nl/hic/>

Bijlage 1: Definitielijst

In dit overzicht staan de definities die uitleg geven over vakjargon dat gebruikt wordt.

Definities

De-escalerend werken: manier van werken die agressie van een patiënt voorkomt.

Separeren: een patiënt in een afgesloten ruimte brengen, vaak onder dwang.

Farmacotherapie: medicatie

Holding: het vasthouden van een patiënt, als alternatief voor andere (zwaardere) dwangmaatregelen.

Herstel-ondersteunende zorg: methodiek waarbij de regie van de patiënt en het herstel van de patiënt op alle vlakken centraal staat.

Brocet Violence Checklist: meetinstrument om de agressie van een patiënt en daarmee het gevaar in te schatten.

Kennedy As 5: meetinstrument om het functioneren van een patiënt op verschillende gebieden vast te leggen.

Vijf-minuten protocol: methodiek gericht op contact maken in de eerste vijf minuten van een opname.

Bijlage 2: Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Graag vraag ik u formeel te bekrachtigen dat u toestemming geeft voor het gebruik van uw gegevens: betekenend audio opnamen van het interview dat met u is afgenomen ter verwerking van het onderzoek “Hart voor de psychiatrie”. De opnamen zullen geanonimiseerd worden verwerkt en opgeslagen op een beveiligde schijf. Na afloop van het onderzoek worden de gegevens vernietigd.

Tijdens het interview zal de focus liggen op de motivatie om met de doelgroep te werken.

Ik begrijp de hierboven verstrekte informatie en stem in met deelname aan dit onderzoek en het gebruik van mijn geanonimiseerde gegevens voor onderzoek en onderwijsdoeleinden.

- Ja
- Nee

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 beseft 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 A. Dingemans, onderzoeker.

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 :

Bijlage 3: Informatie onderzoek “Hart voor de psychiatrie”

Beste medewerkers van team IC van Altrecht,

Mijn naam is Anne Dingemans, ik ben verpleegkundige en studeer voor de master Zorgethiek en beleid aan de Universiteit voor Humanistiek.

De komende maanden zal ik op deze afdeling mijn afstudeeronderzoek doen.

Het onderzoek richt zich op de motivatie van verpleegkundigen van de intensive care voor hun werk.

De maanden dat ik op deze afdeling heb gewerkt, viel mij op dat het team vaste medewerkers niet groot is en dat vaak met invalkrachten of gedetacheerde medewerkers wordt gewerkt. Ik heb meerdere vaste medewerkers zien vertrekken. De werkzaamheden op de afdeling vragen soms veel van de medewerkers: agressie en intimidatie komen voor en de een-op-een begeleiding kan veel van iemand vragen.

Ik ben erg nieuwsgierig naar de drijfveren van jullie om hier te werken. Dit zal ik de komende maanden onderzoeken, waarbij ik drie tot zes medewerkers nodig heb voor interviews. Deze interviews kunnen in een kantoor van Altrecht plaatsvinden, op de universiteit of bij je thuis. De interviews hebben een semigestructureerd karakter: ik heb een topiclijst die ik ongeveer zal volgen, hier van af wijken kan ook.

Interview:

Het interview duurt maximaal 1 uur. Het interview zal worden opgenomen met audio apparatuur. De audio opname schrijf ik binnen een dag uit in tekst. De teksten en audio opnamen worden opgeslagen op een beveiligde schijf waartoe alleen mijn begeleider van de universiteit en ik toegang hebben. De interviews worden geanonimiseerd: je naam en persoonskenmerken worden weggehaald, zodat niet te achterhalen is wie wat gezegd heeft. Daarbij wordt ook rekening gehouden met uitspraken die terug te herleiden zijn naar een persoon.

Analyse:

De uitgeschreven teksten analyseer ik, om te ontdekken wat de drijfveren zijn om hier te werken en wat de motivatie voor het werk doet afnemen.

Nadat ik eerste resultaten beschreven heb, plan ik een afspraak om deze resultaten door te nemen. Tijdens deze afspraak heb je mogelijkheid om feedback te geven en aan te geven als je het ergens niet mee eens bent.

Gedurende onderzoek:

Gedurende het gehele onderzoek ben ik bereid om vragen te beantwoorden.

Het eindproduct en conclusies zal ik komen presenteren tijdens een teamoverleg.

Groeten, Anne Dingemans

Email: [weggehaald]

Telefoonnummer: [weggehaald]

Bijlage 4: Topiclijst

Algemeen

Wat is je voorgeschiedenis?

Hoe is je carrière als verpleegkundige in de psychiatrie begonnen?

- Vooropleiding?
- Werkervaring?
 - Vorige ervaring
 - Huidige ervaring binnen ic
 - Wat heeft gemaakt dat je voor deze afdeling hebt gekozen?*
- Persoonlijke ervaring met de psychiatrie?
 - Zelf
 - Familie
 - Vrienden
 - School

Intrinsieke motivatie

Kun je me iets vertellen over je **motivatie** om hier te werken?

- Waar komt die motivatie vandaan denk je?
- Persoonlijke waarden
 - Bijv. bijdragen aan betere maatschappij
- Altruïsme
 - Iets voor anderen willen betekenen
 - Roeping
- Ambities
 - Carrièrekansen
- Moraliteit
 - Het goede willen doen voor alle mensen
- Zorgverantwoordelijkheden
 - Patiënten
 - Zorg zelf
 - Afstemmen op patiënt
 - Verplichting?
 - Grenzen aangeven?

Externe invloeden

*Hoe heeft de **maatschappij** invloed op jouw werk?*

- Beeldvorming
 - Hoe ziet maatschappij jouw werk?*
- Ontwikkelingen
- Wetgeving
 - Heeft het landelijk beleid invloed op je motivatie?*
 - Administratie*
- Verwachtingen

- Zorgverantwoordelijkheden
Idee dat maatschappij verantwoordelijkheid oplegt?

*Hoe heeft de **organisatie** invloed op jouw werk?*

- Verwachtingen
Welke verwachtingen heeft de organisatie van jou?
Kun je me iets vertellen over de verwachtingen die je hebt van de organisatie?
- Ontwikkelingen
Kun je me iets vertellen over ontwikkelingen in de organisatie die je werk beïnvloeden?
- Protocollen
In hoeverre beïnvloeden protocollen jouw werk?
- Zorgverantwoordelijkheden
Idee dat organisatie je verantwoordelijkheden oplegt?
- Ondersteuning
Ervaar je ondersteuning van de organisatie?
- Beleid
Meedenken, inbreng
- Empoweren/ persoonlijke ontwikkeling
Hoe wordt jouw ontwikkeling gestimuleerd?

*Hoe heeft de **doelgroep** invloed op je werkmotivatie?*

- Patiëntrelatie
- Interactie met patiënten
- Verwachtingen
- Intensiteit
Hoe ervaar je de intensiteit van de zorg?
- Complexiteit
Hoe ervaar je de complexiteit van de doelgroep?

Morele ontwikkeling

- Emoties
Ervaar je ruimte voor je emoties in je werk?
Hebben emoties invloed op je handelen?
Hoe uit zich dat?
Emotionele last?
- Reflectie
Ervaar je de ruimte om op zorg voor patiënten te reflecteren?

Wat heb je nodig om de beste zorg te kunnen blijven bieden?

- Handelen

Hoe ziet het eruit als je juist handelt in de zorg voor een patiënt?

- Grenzen

Hoe zorg je dat je jouw grenzen bewaakt?

Afsluiting

Wat zou je nodig hebben om gemotiveerd te blijven voor dit werk?

Nog vragen?

Mailen of bellen is altijd mogelijk als later nog vragen opkomen

Vervolg

Topiclijst

Wat is je motivatie om op de intensive care te werken?

Intrinsieke motivatie

1. Voorgeschiedenis
Vooropleiding
Werkervaring
Persoonlijke ervaring met psychiatrie
2. Drijfveren
Emoties (mededogen)
Roeping
Altruïsme
Moraliteit
3. Zorgverantwoordelijkheden
Verantwoordelijkheden
Verantwoordelijkheidsgevoel
Emotioneel werk – emotionele last

Externe invloeden

1. Maatschappij
Ontwikkelingen
Wetgeving
Verwachtingen
Zorgverantwoordelijkheden
2. Organisatie
Verwachtingen
Protocollen
Zorgverantwoordelijkheden
Ontwikkelingen
Ondersteuning
3. Doelgroep
Verwachtingen
Intensiviteit
Complexiteit
Uitdagingen
Interactie
Afwisselend

Bijlage 5: Self disclosure

Ik ben zeven maanden werkzaam geweest op de afdeling IC van Altrecht. Vanuit een uitzendbureau werd ik gedetacheerd, waarna ik twee diensten in de week werkte. De manier van werken, het personeel en de doelgroep was me dus bekend toen ik begon met het onderzoek. Dit heeft voordelen, maar ook nadelen. Toen duidelijk werd dat de managers positief tegenover een afstudeeronderzoek stonden en ik het onderwerp had vastgesteld, ben ik begonnen om korte observaties te beschrijven over mijn werk op de IC. Voor dit onderwerp en deze methode is het fijn dat ik een *insider* ben. Ik weet waar het schuurt, ik weet waar verpleegkundigen tegen aan lopen, ik weet waarom verschillende collega's ervoor hebben gekozen om te vertrekken.

Dit heeft als nadeel dat ik tijdens de interviews wist waar de verpleegkundigen het over hadden, dat ik vergat hier expliciet op door te vragen. Verpleegkundigen vertelden in interviews over werksituaties en zeiden halverwege een zin: “dat weet je wel, dat heb jij ook meegemaakt”. Ik merkte ook dat ik zenuwachtig was bij het doen van mijn eerste interview. Dat heeft geresulteerd in een interview dat eigenlijk alleen als oefen-interview te gebruiken was. Ik heb het interview helemaal getranscribeerd. Tijdens het transcriberen vielen me dingen op. Ik vulde af en toe antwoorden in voor de respondent, ik vroeg niet door op dingen die eigenlijk voor een *outsider* uitleg vragen. Hoe ik de betrouwbaarheid en kwaliteit van het onderzoek kon waarborgen was een aandachtspunt waar ik op moest blijven reflecteren. Ik heb gedurende het hele proces gereflecteerd op keuzes die ik gemaakt heb in het onderzoek. Door memo's te schrijven met mijn eigen gedachten en interpretaties, zorgde ik dat de analyse niet te zeer gekleurd werd door mijn ervaringen.

Ik heb met eigen ogen gezien hoe methodieken werkten of juist niet werkten voor mij, hoe veel protocollen er nageleefd moeten worden wanneer iemand gesepareerd moet worden. Het doel van de HIC-methode is het separeren verminderen. De verdeeldheid die binnen één team kan bestaan over wel of niet separeren en de worsteling die het kan zijn om iemand uit de separeer te houden, terwijl je met veel te weinig personeel staat. De last die zwaarder wordt voor de vaste medewerkers, omdat het vaste team steeds kleiner wordt, de moedeloosheid bij de mensen die 'overblijven' in het team. Maar ook het onveilige gevoel dat vast personeel kan hebben wanneer te veel patiënten op de afdeling zijn geplaatst en je werkt met twee uitzendkrachten en een stagiaire. Ik kan zeggen dat ik een insider perspectief heb. Ik moet daardoor wel steeds opletten dat ik objectief blijf als onderzoeker en dat ik afstand neem van de problemen waar verpleegkundigen tegenaan lopen en die ik zeker herken.