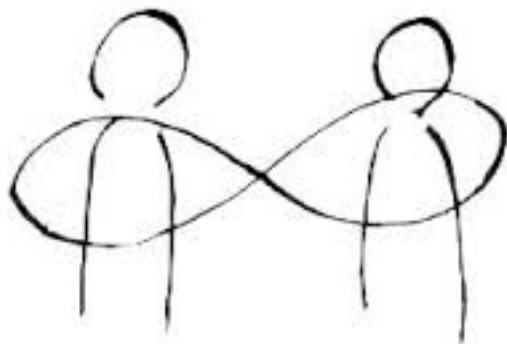


# *Bron of belemmering?*

Een zorgethisch onderzoek naar emoties en morele ruimte in de ouderenzorg



H. Macrander

Marije Vermaat

Studentnummer: 1021648

Email: [Marije.Vermaat@student.uvh.nl](mailto:Marije.Vermaat@student.uvh.nl)

Masterthesis Zorgethiek en Beleid

Universiteit van Humanistiek

Code: ZEB-70

Begeleider: dr. V. Baur

Tweede lezer: dr. I. Van Nistelrooij

Examinator: prof. dr. C. Leget

Datum van inlevering: 17 juni 2019

## Voorwoord

Voor u ligt de masterthesis ‘Bron of belemmering: Een zorgethisch onderzoek naar emoties en morele ruimte in de ouderenzorg’. Deze thesis is geschreven in het kader van de afronding van de master *Zorgethiek en Beleid* aan de Universiteit voor Humanistiek, te Utrecht. Er is onderzoek gedaan naar de ervaringen van verzorgenden en verpleegkundigen omtrent het uiten van emoties binnen een institutionele context.

Bij dezen wil ik de medewerkers uit De Kreek die hebben deelgenomen aan dit onderzoek, hartelijk bedanken voor hun deelname en het geven van de mogelijkheid om mee te kijken in hun praktijk. Zonder hun medewerking had ik dit onderzoek niet kunnen voltooien. Tevens wil ik Vivianne Baur hartelijk bedanken voor de prettige begeleiding en prikkelende feedback. Tot slot wil ik Arja, Daphne, José, Lena, Philip en Pieter bedanken voor het meelesen, het meedenken en de steun die zij mij hebben gegeven.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Marije Vermaat

Den Hoorn, 17 juni 2019

## Samenvatting

De laatste jaren krijgt de ouderenzorg veel aandacht in het nieuws en in het regeringsdebat. Dit debat gaat echter regelmatig voorbij aan de emoties van verzorgenden en verpleegkundigen. Zij hebben in hun werk dagelijks te maken met leed, eenzaamheid, verdriet en moeilijk gedrag van patiënten en bewoners. Dit kan hen emotioneel raken en brengt emotionele belasting met zich mee. Er is echter weinig tijd en ruimte om dit te bespreken en bovendien wordt het toelaten en laten zien van emoties in het werkveld vaak gezien als onprofessioneel. Volgens de politiek-ethische stroming zorgethiek kunnen emoties een waardevolle bron zijn voor morele kennis over wat goede zorg is, maar binnen de westerse maatschappij en de gezondheidszorg worden emoties vaak gezien als belemmering voor rationele besluitvorming.

Door middel van zorgethisch onderzoek is in kaart gebracht hoe verzorgenden en verpleegkundigen van Pieter van Foreest het uiten van ‘moeilijke’ emoties binnen een institutionele context ervaren. Hierbij is gebruikgemaakt van de methode institutionele etnografie. De data zijn verzameld door middel van observeren, interviewen en het analyseren van documenten. Door de empirische bevindingen in dialoog te brengen met (zorgethische) theorie, is getracht bij te dragen aan een zorgethisch perspectief op de samenhang tussen morele ruimte en emoties.

Uit de resultaten blijkt dat verzorgenden en verpleegkundigen tijdens hun werk verschillende ‘moeilijke’ emoties ervaren. Opvattingen over professionaliteit, organisatie- en werkstructuren, verschillende ervaringen van cultuur en normen van goede zorg kunnen invloed hebben op het uiten van ‘moeilijke’ emoties. Verzorgenden en verpleegkundigen uiten ‘moeilijke’ emoties zo min mogelijk aan bewoners. Ze lijken hun eigen emoties en behoeften naar de achtergrond te verplaatsen, om zo aan de behoeften van de bewoners te kunnen voldoen. Dit kan de druk op verzorgenden en verpleegkundigen vergroten.

Alhoewel emoties door verzorgenden en verpleegkundigen als signaleringsinstrument gebruikt worden, lijkt de morele waarde van emoties niet onderkend te worden. Het is van belang dat binnen zorgorganisaties morele ruimtes gecreëerd worden waar aandacht is voor emoties en waar emoties gebruikt kunnen worden om waarden, behoeften of verantwoordelijkheden te verduidelijken. Zo kan een interactief, reflectief proces ontstaan en een herverdeling van verantwoordelijkheden plaatsvinden.

# Inhoudsopgave

<b>1. Probleemstelling en relevantie .....</b>	<b>7</b>
1.1 Aanleiding .....	7
1.2 Maatschappelijk probleem.....	7
1.4 Vraagstelling.....	10
1.5 Doelstellingen.....	11
<b>2. Theoretisch kader .....</b>	<b>12</b>
2.1 Conceptuele verkenning.....	12
2.1.1 Emoties.....	12
2.1.2 Politieke en organisatorische context.....	15
2.1.3 Morele ruimte .....	16
2.1.4 Emoties en morele ruimte .....	18
2.2 Sensitizing concepts .....	20
2.3 Conclusie.....	20
<b>3. Methode .....</b>	<b>21</b>
3.1 Verantwoording literatuur en bronnenselectie .....	21
3.2 Onderzoeksbenadering .....	21
3.2 Onderzoeksmethode.....	22
3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid .....	22
3.4 Dataverzameling.....	23
3.4 Data-analyse .....	24
3.5 Datamanagement.....	24
3.6 Fasering.....	24
3.7 Kwaliteitscriteria vooraf gepland.....	24
3.8 Ethische overwegingen .....	25
<b>4. Bevindingen .....</b>	<b>27</b>

4.1	<i>Moeilijke emoties</i> .....	27
4.1.1	Emoties gerelateerd aan bewoners en hun naasten.....	27
4.1.2	Emoties gerelateerd aan organisatorische zaken.....	28
4.1.3	Combinatie van factoren.....	29
4.2	<i>Het uiten van emoties</i> .....	30
4.2.1	Met collega's delen.....	30
4.2.2	Met de psycholoog en de teammanager delen.....	30
4.2.3	Tijdens overlegmomenten delen.....	31
4.2.4	Aan bewoners of familieleden uiten.....	31
4.2.5	Voor jezelf houden.....	32
4.3	<i>Institutionele sturing</i> .....	33
4.3.1	Opvattingen over emoties en professionaliteit.....	33
4.3.2	Organisatie-en werkstructuren.....	35
4.3.3	Verschillende ervaringen van cultuur.....	37
4.4	<i>Conclusie</i> .....	39
<b>5.</b>	<b>Zorgethische discussie</b> .....	<b>41</b>
5.2	<i>Emoties en morele ruimte</i> .....	43
5.3	<i>Morele ruimte(s) in de zorgpraktijk</i> .....	44
5.3.1	Afdelingsniveau.....	44
5.3.3	Locatieniveau, organisatieniveau en politiek-maatschappelijk niveau.....	46
5.4	<i>Conclusie</i> .....	47
<b>6.</b>	<b>Conclusie en aanbevelingen</b> .....	<b>49</b>
6.2	<i>Aanbevelingen</i> .....	51
6.2.1	Aanbevelingen voor de praktijk.....	51
6.2.2	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	51
<b>7.</b>	<b>Kwaliteit van het onderzoek</b> .....	<b>53</b>
7.1	<i>Geloofwaardigheid</i> .....	53
7.4	<i>Beperkingen en belemmeringen</i> .....	55
	<b>Literatuur</b> .....	<b>56</b>

<b>Bijlage 1 overzicht zoektermen.....</b>	<b>64</b>
<b>Bijlage 2 Begrippenlijst.....</b>	<b>65</b>
<b>Bijlage 3 Datamanagementplan.....</b>	<b>66</b>
<b>Bijlage 4 Fasering.....</b>	<b>67</b>

# 1. Probleemstelling en relevantie

## 1.1 Aanleiding

Bijna tien jaar werk ik met veel plezier als logopedist in de ouderenzorg. Het werken met deze doelgroep geeft mij veel voldoening maar kan ook emotioneel zwaar zijn. Laatst bevond ik mij in een situatie met een cliënt waarbij veel emoties bij mij naar boven kwamen. Ik ervoer onmacht, boosheid en verdriet. Ik heb een aantal nachten slecht geslapen en ik was bang om weer naar deze cliënt toe te gaan. Ik vond het moeilijk om dit bespreekbaar te maken in het team. Ik schaamde mij en vroeg mij af of het professioneel was dat ik mij zo liet meeslepen. Binnen ons team wordt eigenlijk niet gesproken over ‘moeilijke’ emoties en over hoe je daarmee moet omgaan. Ik vroeg mij af hoe de verpleegkundigen en verzorgenden hiermee omgaan. Verzorgenden zijn samen met mbo-verpleegkundigen de grootste groep zorgverleners werkzaam binnen de ouderenzorg. Zij hebben het meeste contact met cliënten of bewoners en naasten (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2017). Als behandelaar sta ik minder dicht bij de cliënten en bewoners dan zij. Als het moet, kan ik afstand nemen van de situatie, maar zij kunnen dit niet, omdat zij hun hele dienst op de afdeling staan.

Binnen de verpleeghuiszorg staat de cliënt centraal (Actiz, 2016) en binnen de organisatie waar ik werk, gaat de aandacht uit naar het welzijn en kwaliteit van leven van de bewoners en cliënten. Maar hoe zit het eigenlijk met de aandacht voor de emotionele kwetsbaarheid van medewerkers?

Dit persoonlijke *concern* is voor mij de aanleiding om in het kader van mijn afstudeeropdracht van de master Zorgethiek en Beleid onderzoek te doen naar de ruimte voor het bespreekbaar maken van ‘moeilijke’ emoties van verpleegkundigen en verzorgenden binnen Pieter van Foreest, de organisatie waar ik werk.

## 1.2 Maatschappelijk probleem

De verpleeghuiszorg en ouderenzorg krijgen de laatste tijd veel aandacht in het nieuws en in het regeringsdebat (Visser, 2019; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), 2019). Met name de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen staat zeer in de belangstelling (Actiz, 2016). Regelmatig verschijnen in de media berichten over verpleeghuizen waar de zorg onder de maat is (Visser, 2018). Verzorgenden worden gemakkelijk als schuldigen

aangewezen voor deze ondermaatse zorg (Blom & Blom, 2017). De druk vanuit het ideaalbeeld van goede zorg kan zo hoog zijn dat verpleegkundigen en verzorgenden ontmoedigd kunnen raken. Daarnaast lopen zij het risico op burn-out, compassiemoedigheid of onverschilligheid. Dit kan tot gevolg hebben dat zij als overlevingsstrategie op een afstandelijke, niet-betrokken wijze zorg verlenen. Niet alleen zij, maar ook zorgontvangers kunnen hieronder lijden (Maben, Adams, Peccei, Murrells & Robert, 2012; Maben, Latter & Macleod Clark, 2007; Vanlaere & Burggraeve, 2018). Het debat over de verpleeghuiszorg gaat vaak voorbij aan de emoties van de verzorgenden. Managers, bestuurders en behandelaren besteden te weinig aandacht aan de psychische en ethische nood van deze kwetsbare beroepsgroep (Blom & Blom, 2017).

Het ziekteverzuim van medewerkers in de zorg is hoog. Naast een hoge werkdruk en de druk vanuit het ideaalbeeld van goede zorg, hangt dit ook samen met de aard van het werk, dat emotionele belasting met zich meebrengt (Ministerie van VWS, 2018). Zorgverleners hebben dagelijks te maken met leed, eenzaamheid, verdriet en het overlijden van patiënten (Van Eijndhoven, 2019). Dit kan hen emotioneel raken. Er is echter te weinig tijd en ruimte om dit met elkaar te bespreken en daarnaast wordt het toelaten en laten zien van emoties in het werkveld vaak gezien als onprofessioneel (Van Eijndhoven, 2019; Van Eeden, z.j.). Binnen het huidige werkveld en de opleidingspraktijk wordt de nadruk gelegd op competenties (Van Heijst, 2005). Volgens de beroepscompetentieprofielen van verzorgenden en mbo-verpleegkundigen werkzaam in verpleeg- en verzorgingshuizen dient een verzorgende of verpleegkundige bij spanningen en emoties haar gevoelens onder controle te houden (Beverdam & Beverdam, 2016). Emoties kunnen gezien worden als irrationeel of als belemmering voor een kritische houding en reflectie (Kleinlugtenbelt, Molewijk & Widdershoven, 2014). ‘Moeilijke’ emoties zoals walging, aversie en minachting blijven vaak verborgen (Sandvoll, Grov, Kristoffersen & Hauge, 2015). Filosofe en schrijfster Désanne van Brederode is van mening dat emoties in de zorg niet onderdrukt moeten worden. Zij pleit in haar TedTalk juist voor het vinden van een passende vorm voor het tonen van emoties als onmacht, rouw of verdriet. Dit kan een zorgbehoevende het idee geven dat een zorgverlener ook kwetsbaar is en soms wat hulp en begrip nodig heeft (Van Brederode, 2013). De professionaliteit zit hem dan juist in de manier waarop wordt omgegaan met emotionele geraaktheid (Van Eeden, z.j.).

Het ministerie van VWS (2018) schrijft in het Actieprogramma ‘Werken in de zorg’ dat het werken in de zorg vraagt om goed werkgeverschap en om ruimte voor medewerkers om zaken bespreekbaar te maken. Hoe dit werkgeverschap en deze ruimte eruitziet, wordt niet



beschreven. Binnen Pieter van Foreest is de ruimte om zaken als ‘moeilijke’ emoties bespreekbaar te maken ook niet duidelijk. Binnen de organisatie zijn er verschillende vormen van overleg. Tijdens een multidisciplinair overleg wordt over bewoners en cliënten gesproken en tijdens een teamoverleg lijkt het met name over organisatorische zaken te gaan. Tijdens deze overlegmomenten wordt niet of nauwelijks gereflecteerd op emoties van zorgverleners.

Onderzoek naar de ervaring van verpleegkundigen en verzorgenden omtrent het uiten van ‘moeilijke’ emoties kan helpen stem te geven aan deze beroepsgroepen en aan het licht te brengen wat nodig is om hen te ondersteunen.

### **1.3 Wetenschappelijk probleem**

Uit onderzoek is gebleken dat zorgverleners verschillende emoties ervaren tijdens hun werk. Dit kunnen positieve emoties zijn als liefde, empathie of blijdschap. Of ‘moeilijke’ emoties als rouw, aversie, walging, angst, boosheid of frustratie (King, 2012; Hornung, Lampert, Weigl & Glaser, 2018). De manier waarop wordt omgegaan met deze emoties kan het welzijn van zowel de zorgverlener als de patiënt beïnvloeden (Lundin et al., 2017; Vanlaere & Burggraeve, 2018).

Onderzoek naar emoties in de zorg richt zich met name op de gevolgen van de emotionele belasting dat het werk met zich meebrengt zoals stress of een burn-out (Franzosa, Tshui & Baron, 2018; Gallego-Alberto et al., 2018) of op strategieën om emoties te beheersen en te reguleren (King, 2012; Hornung, et al., 2018). In veel literatuur wordt gebruikgemaakt van het concept *emotional labour* van sociologe Arlie Hochschild (e.g. Franzosa et al., 2018; Hornung et al., 2018; Riley & Weiss, 2016; Theodosius, 2008). Binnen de zorg kan *emotional labour* gezien worden als het herkennen van emoties bij anderen en het reguleren van eigen emoties (Riley & Weiss, 2016). In een organisatorische context wordt van medewerkers verwacht zich op een bepaalde manier te gedragen en te voelen. Emoties kunnen hierdoor beïnvloed worden. (Hochschild, 1983 in Riley & Weiss, 2016).

Weinig onderzoek is gericht op de ‘negatieve’ of ‘moeilijke’ emoties die verpleegkundigen of verzorgenden in verpleeghuizen ervaren. Uit een onderzoek in twee verpleeghuizen in Noorwegen blijkt dat zorgverleners ‘moeilijke’ emoties ervaren die gerelateerd zijn aan het gedrag van de bewoners, zoals irritatie en aversie. Uit de studie blijkt dat de medewerkers het moeilijk vinden om deze ‘moeilijke emoties’ te uiten. Dit had te maken met een sterk gevoel de bewoners te moeten helpen ondanks hun eigen gevoelens. Deze innerlijke strijd kan een impact hebben op de zorgrelatie en het welbevinden van zowel zorgverlener als bewoner (Sandvoll et al., 2015). In dit onderzoek is niet gekeken naar de

institutionele context die van invloed kan zijn op emoties van de zorgverleners (Hochschild, 1983 in Riley & Weiss, 2016).

Binnen de politiek-ethische stroming Zorgethiek worden emoties gezien als een waardevolle bron voor morele kennis over wat goede zorg is (Baur, Van Nistelrooij & Vanlaere, 2017). Pulcini (2016) heeft in haar werk geprobeerd een onderscheid te maken tussen emoties die aanzetten tot goede zorg. Zij beschrijft onder andere dat compassie de meest wenselijke emotie is voor goede zorg voor ouderen. Dit perspectief brengt het risico met zich mee dat zorgverleners andere emoties moeten onderdrukken. Dit kan voor hen extra druk betekenen (Baur, et al. 2017). In tegenstelling tot Pulcini (2016) zijn Vanlaere en Burggraave (2018) van mening dat ‘moeilijke’ emoties niet onderdrukt moeten worden. Pas als emoties erkend worden en er mogen zijn, kan er op gereflecteerd worden (Vanlaere & Burggraave, 2018). Zorgverleners zouden ondersteund moeten worden om met alle emoties om te gaan, dus ook met ‘moeilijke’ emoties. Dit kan ten goede komen aan goede zorg voor alle betrokkenen (Baur et al., 2017). Baur, et al. (2017) pleiten daarom voor een morele ruimte (Walker, 1998) in zorgorganisaties waarin zorgverleners op een belichaamde en relationele wijze kunnen reflecteren op (emotionele) ervaringen.

Ondanks dat binnen de zorgethiek een debat gaande is over de plek van emoties in goede zorg, is er nog weinig zorgethisch empirisch onderzoek gedaan naar dit thema. Onderzoek naar de ervaring van verpleegkundigen en verzorgenden omtrent het uiten van ‘moeilijke’ emoties in een context van verpleeghuiszorg zou mogelijk nieuwe inzichten kunnen bieden en kunnen bijdragen aan goede zorg voor zowel zorgverleners als zorgontvangers.

#### **1.4 Vraagstelling**

Bovenstaande problematisering heeft geleid tot de volgende hoofdvraag:

Hoe ervaren verzorgenden en verpleegkundigen van Pieter van Foreest het uiten van ‘moeilijke’ emoties binnen de institutionele context en wat kan de dialectische verbinding tussen deze inzichten en (zorgethische) theorie bijdragen aan een zorgethisch perspectief op de samenhang tussen morele ruimte en emoties?

Deelvragen:

1. Wat is er in de (zorgethische) literatuur bekend over emoties in de zorg en morele ruimte en hoe hangen emoties en morele ruimte met elkaar samen?

2. Welke ‘moeilijke’ emoties ervaren verzorgenden en verpleegkundigen binnen hun werk en op welke manier worden deze emoties geuit?
3. Wat is de invloed van institutionele sturing op het uiten van ‘moeilijke’ emoties?
4. Wat kan de dialectische verbinding tussen theoretische en empirische bevindingen bijdragen aan een zorgethisch perspectief op de samenhang tussen morele ruimte en emoties?

### **1.5 Doelstellingen**

Dit onderzoek beoogt de ervaring van verzorgenden en verpleegkundigen en de institutionele sturing met betrekking tot het uiten van ‘moeilijke’ emoties in beeld te brengen. Het hieruit voortvloeiende doel is bij te dragen aan goede zorg voor deze beroepsgroepen en goede zorg voor zorgontvangers. Tot slot hoopt dit onderzoek een bijdrage te leveren aan het kennisgebied van de zorgethiek en het debat over de plek van emoties in de zorg.

## **2. Theoretisch kader**

Dit onderzoek vertrekt vanuit een zorgethisch perspectief. Zorgethiek is een interdisciplinaire vorm van ethiek die gebruikmaakt van een dialectische relatie tussen empirische en theoretische reflectie (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017). De inzichten die uit dit theoretisch kader voortvloeien, zullen in het discussie hoofdstuk van de thesis in dialoog gebracht worden met de bevindingen uit het empirisch onderzoek om zo weer tot nieuwe inzichten te komen. Deze lemniscaatbeweging tussen theorie en praktijk is kenmerkend voor de Utrechtse benadering van de zorgethiek (Vakgroep Zorgethiek en Beleid, 2015).

### **2.1 Conceptuele verkenning**

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvraag: Wat is er in de literatuur bekend over emoties in de zorg en morele ruimte en hoe hangen emoties en morele ruimte met elkaar samen? Om deze vraag te beantwoorden volgt eerst een korte weergave van wat in de literatuur bekend is over emoties binnen de zorgpraktijk en welke plek emoties hebben binnen de maatschappij en binnen de gezondheidszorg. Daarna zal een zorgethische visie op emoties uiteengezet worden en de relatie tussen moraliteit en emoties besproken worden. Vervolgens zal de context waarin de huidige zorgpraktijk zich bevindt en het concept morele ruimte toegelicht worden. Tot slot wordt beschreven hoe emoties en morele ruimte met elkaar samenhangen.

#### **2.1.1 Emoties**

##### *Emoties binnen de zorgpraktijk*

Zoals in de wetenschappelijke probleemstelling naar voren kwam, is uit onderzoek gebleken dat zorgverleners verschillende emoties ervaren tijdens hun werk. Dit kunnen ‘positieve’ emoties zijn als liefde, empathie of blijdschap. Of ‘moeilijke’ emoties als rouw, aversie, walging, angst, boosheid of frustratie (King, 2012; Hornung, Lampert, Weigl & Glaser, 2018). Uit studies naar emoties bij zorgverleners werkzaam in de ouderenzorg is gebleken dat zorgverleners zowel positieve als ‘consumerende’ emoties ervaren. Deze consumerende emoties betreffen schaamte, schuld, boosheid, zich ondergewaardeerd voelen, te veel verantwoordelijkheid hebben en uitgeput zijn door onmogelijke eisen (Häggstrom & Kihlgren 2007; Molander, 2003 in Stenbock-Hult & Sarvimäki, 2011). Deze consumerende emoties kunnen gezien worden als een uiting van kwetsbaarheid (Stenbock-Hult & Sarvimäki, 2011).

### *De plaats van emoties binnen de maatschappij en de gezondheidszorg*

In de westerse maatschappij worden emoties vaak met wantrouwen bekeken en goede besluitvorming moet gebaseerd zijn op een rationele afweging van handelingsopties en principes (Keinemans, 2014). In de geschiedenis van filosofische ethiek is een kritische houding ten aanzien van emoties prominent aanwezig (Molewijk, Kleinklugtenbelt & Widdershoven, 2011). Veel theoretici waren van mening dat emoties nadelig zijn voor moreel redeneren en moreel oordelen (Pizarro, 2000). Deze visie, die gebaseerd is op het werk van Kant (1785), heeft veel invloed gehad op het denken over emoties binnen onze huidige maatschappij (Pizarro, 2000). Volgens Kant zijn emoties blinde krachten die de mens kunnen overweldigen en hinderen ze rationeel inzicht en wijsheid (Kant, 1993 [1785] in Molewijk et al., 2011). Om een redelijk persoon te zijn, moeten mensen sterk zijn zodat ze hun emoties kunnen beheersen en onder controle kunnen houden (Kant, 1993 [1785] in Molewijk et al., 2011). Ook in de medische wetenschappen en medische ethiek worden emoties traditioneel gezien als een belemmering voor rationele besluitvorming (Gillam, Delany, Guillemin & Warmington, 2013).

Bovenstaande visie op emoties is tevens terug te zien in opvattingen over professionaliteit in de gezondheidszorg (Keinemans, 2014). Binnen de gezondheidszorg dienen professionals zich rationeel en objectiverend op te stellen en ligt de nadruk op competenties (Van Heijst, 2005, 310). Gevoelens worden afgedaan als iets subjectiefs en de morele kracht wordt niet onderkend (Claes geciteerd in Van Heijst, 2005). Emoties kunnen daarnaast gezien worden als subjectief en irrationeel en als belemmering voor een kritische houding en reflectie (Kleinlugtenbelt, Molewijk & Widdershoven, 2014). Het belang van gevoelens in het dragen van professionele verantwoordelijkheid wordt onderschat (Van Heijst, 2005, p. 310). De beroepsprofielen en beroepscode's moeten professionals handvatten bieden om beslissingen te maken tijdens hun werk. De vraag is of dit toereikend is en of emoties wel weggelaten kunnen worden tijdens deze beslissingen (Keinemans, 2014).

Binnen de filosofie zijn ook benaderingen waarin emoties en moreel redeneren ook gezien worden als intern gerelateerd (Molewijk et al., 2011). In het gedachtegoed van Aristoteles worden emoties gezien als waardevol omdat ze ons denken en handelen in beweging zetten. Door onze emoties weten we wat belangrijk voor ons is (Aristoteles, 1923 in Molewijk et al., 2011). Binnen andere disciplines zoals de sociologie, psychologie en neurowetenschappen wordt de traditionele opvatting over emoties in twijfel getrokken en onderzoek in deze disciplines laat zien dat emoties juist belangrijk zijn voor besluitvorming (Gillam et al., 2013) en dat emoties betrokken zijn bij de moraliteit van zorg (Engster, 2015).

Ook binnen zorgethische literatuur is een soortgelijke visie op emoties terug te vinden. In de volgende paragraaf wordt een zorgethische visie op emoties nader toegelicht.

### *Een zorgethische visie*

Op basis van recent onderzoek in evolutietheorie, neurobiologie, ethologie en ontwikkelingspsychologie stelt Engster (2015) dat mensen een aangeboren aanleg hebben om voor anderen te zorgen. Mensen zijn van nature egoïstisch en competitief, maar ze zijn ook van nature geneigd om te zorgen en compassie te hebben. Met zorgeigenschappen bedoelt Engster (2015) interne impulsen, intuïties en emoties die mensen motiveren om zich te bekommeren om iemands welzijn. Deze interne toestanden kunnen voor gevoelens van sympathie, empathie, compassie, bezorgdheid, tederheid, leed of ongemak zorgen. Engster (2015) wil de zorgeigenschappen identificeren om te laten zien dat zorgethiek niet een *pie-in-the-sky* ethiek is, maar geworteld is in natuurlijke menselijke eigenschappen.

Binnen de zorgethiek worden emoties gezien als een bron van kennis over goede zorg (Engster, 2015; Nortvedt, 2007; Walker, 1998) en daarnaast kunnen emoties aanzetten tot handelen en zorgen (Keinemans, 2014; Pulcini, 2016).

Emoties kunnen functioneren als signaleringsinstrument (Keinemans, 2014; Stenbock-Hult-Sarvimäki, 2011). In situaties waarin waarden en idealen op het spel staan, komen emoties op (Keinemans, 2014). In moreel opzicht staat er iets op het spel. Morele verontwaardiging, wat ervaren kan worden als negatief en consumerend, kan ook een bron zijn. Een slecht geweten, woede en schuld kunnen een reactie zijn op een onbevredigende situatie of op het schenden van de rechten van de patiënt. Op deze manier kunnen emoties een belangrijke bron zijn voor het verbeteren van zorg (Stenbock-Hult & Sarvimäki, 2011). Emoties kunnen bovendien iets onthullen over iemands eigen opvattingen, overtuigingen en persoonlijke waarden. Men wordt immers alleen beroerd als er iets op het spel staat dat zij waardevol vinden (Keinemans, 2014). Emoties kunnen tevens een bijdrage leveren aan een goed begrip van morele concepten. Waarden krijgen pas betekenis omdat iemand er een gevoel bij heeft en deze waarden belang toekent (Keinemans, 2014).

Emoties kunnen ook dienen als indicatoren voor de mate van betrokkenheid die we voor iemand voelen (Walker, 1998 in van Heijst, 2005). Ze laten zien in welke mate iemand verantwoordelijkheid voor een ander op zich wil nemen. Emoties zijn volgens Walker (1998) daarnaast een morele bron om sociale praktijken kritisch te bekijken: wat maakt ons beschaamd of kwaad? Op grond daarvan nemen mensen verantwoordelijkheid op zich (Walker, 1998 in van Heijst, 2005, p. 306).

Emoties zijn niet alleen een signaleringsinstrument, ze motiveren mensen ook om tot handelen te komen (Keinemans, 2014). Politiek theoreticus Elena Pulcini probeert in haar werk een onderscheid te maken tussen emoties die aanzetten tot zorgen (Pulcini, 2016). Zij maakt een onderscheid tussen drie vormen van zorgrelaties: Zorgen vanuit liefde (zorgen voor iemand met wie je een persoonlijke relatie hebt), Zorgwerk (zorgen voor gehandicapten, zieken en ouderen) en zorgen voor een onbekende (zorgen voor mensen die in arme landen leven of zorgen voor toekomstige generaties). Compassie is volgens haar de meest wenselijke emotie voor goede zorg voor gehandicapten zieken en ouderen (Pulcini, 2016). Het zien van compassie als meest wenselijke emotie voor goede zorg brengt echter het gevaar met zich mee dat zorgverleners het gevoel kunnen krijgen dat ze minder wenselijke emoties, of andere emoties dan compassie, moeten onderdrukken (Baur et al., 2017). ‘Moeilijke’ emoties zoals walging, aversie en minachting blijven in de zorgpraktijk vaak verborgen (Sandvoll, Grov, Kristoffersen & Hauge, 2015). Het moeten verbergen of onderdrukken van ‘moeilijke’ emoties kan tot gevolg hebben dat de druk op de zorgmedewerkers toeneemt (Baur et al., 2017; Theodosius, 2008).

### **2.1.2 Politieke en organisatorische context**

Het is van belang om de politieke en organisatorische context van de zorgpraktijk in acht te nemen (Baur et al., 2017; Tronto, 2017). Deze context heeft namelijk invloed op de ervaringen en emoties van zorgmedewerkers (Baur, et al., 2017; Lindebaum, Geddes & Gabriel, 2017; Theodosius, 2008). In de probleemstelling is de context al kort beschreven. De werkdruk en het ziekteverzuim in de zorg zijn hoog en er is een groot personeelstekort (Ministerie van VWS, 2018). Er zijn nog meer tendensen die invloed hebben. Ten eerste de marktwerking in de zorg. De gezondheidszorg wordt steeds meer als markt gezien (Tonkens, 2008, Tronto, 2010; Verkerk, 2005). Zorg wordt steeds vaker beschouwd als een product dat op een marktgerichte wijze verhandeld dient te worden. Kostenefficiënt werken, een klantvriendelijke benadering en een goede kwaliteit-prijsverhouding, bepalen steeds meer het spreken over zorg (Verkerk, 2005). Verschillende auteurs hebben kritisch geschreven over deze economische rationaliteit in de zorg (Tonkens, 2008; Tronto, 2010, Van Heijst, 2005; Verkerk, 2005). Zij zien zorg namelijk niet als een product dat verhandeld kan worden, maar als een proces (politiek, maatschappelijke en relationeel) waarin het gaat om verantwoording ten opzichte van elkaar, over wie en wat ons een zorg is (Verkerk, 2005).

Een tweede belangrijke tendens is de gerichtheid op veiligheid. De laatste twintig jaar is er in de Nederlandse gezondheidszorg steeds meer aandacht voor veiligheid (Lenselink &

Pols, 2019). Deze veiligheid wordt geïmplementeerd via regels en protocollen die handelingen standaardiseren en is gericht op het vermijden van fouten. Hierdoor ervaren zorgverleners soms weinig ruimte om te spreken over hun fouten en twijfels en is er ook weinig ruimte om te leren van fouten (Lenselink & Pols, 2019).

Tot slot is er nog een andere factor die meespeelt: het beeld dat de maatschappij heeft van verpleegkundigen en zorgverleners en het beeld dat zorgverleners van zichzelf hebben. Ze worden gezien als aardig, bedachtzaam en geduldig. Ze zijn opgewekt, vriendelijk en kunnen goed luisteren (Theodosius, 2008). Het beeld van de verpleegkundige als een roeping, onbaatzuchtig en van nature zorgzaam staat bekend als de '*nightingale ethic*'. Deze ethiek is representatief geworden voor hoe verpleegkundigen zich zouden moeten gedragen en hoe ze moeten handelen (Theodosius, 2008). Zorgverleners in de ouderenzorg ervaren tekortkomingen en tegengestelde eisen. Om goed te kunnen blijven samenwerken met hun collega's en om hun identiteit als goede zorgprofessionals hoog te houden, moeten ze hun werkelijke gevoelens beteugelen. Dit verhoogt het risico op een burn-out (Juthberg, Eriksson, Norberg & Sundin, 2007; Juthberg et al., 2008).

### **2.1.3 Morele ruimte**

Institutionele zorg wordt dus gekenmerkt door verschillende spanningsvelden waarbinnen zorgpraktijken vorm krijgen. Deze spanningsvelden kunnen invloed hebben op de ervaringen en emoties van zorgverleners (Baur, et al., 2017; Lindebaum et al., 2017; Theodosius, 2008). Institutionele zorg kan beter begrepen worden in een context van conflicten (Tronto, 2010). Zorginstellingen en hun medewerkers hebben vaak verschillende behoeften en ook onderling kunnen medewerkers verschillende behoeften hebben. Daarnaast kunnen deze behoeften steeds veranderen (Tronto, 2010). Het bepalen en afstemmen van behoeften is complex. Tronto (2010) noemt dit de *needs-interpretation struggle* (Tronto, 2010). Geen enkele zorginstelling in een democratische maatschappij kan functioneren zonder een expliciete plaats voor de *needs-interpretation struggle*. Er is daarom een politieke ruimte nodig waarin dit essentiële onderdeel van zorg kan plaatsvinden (Tronto, 2010). Het is volgens Tronto (2010) van belang om de behoeften en perspectieven van alle mensen in de organisatie in acht te nemen. Dit vraagt om plattere organisaties met minder hiërarchie en een democratische overlegstructuur (Tronto, 2010).

Het verlenen van zorg is een praktijk met diepgaande morele dimensies (Hamric & Wocial, 2016). Zorgverleners hebben een ruimte nodig waarin zij waarden en ethische verplichtingen kunnen verkennen en bespreken binnen de doelen van de zorg (Hamric &



Wocial, 2016). Zo kunnen zij zich meer zeker en meer verantwoordelijk voelen voor de beslissingen die zij maken (Walker, 1993). Deze ruimte wordt door Walker (1993) morele reflectieve ruimte genoemd (Walker, 1993). Het woord ruimte kan zowel letterlijk als figuurlijk geïnterpreteerd worden: het kan zowel een tijd en plaats voor ethische reflectie betekenen als een reflectief, interactief proces dat ontstaat. Te denken valt aan bijvoorbeeld discussies, consultaties, conferenties en lezingen die het morele leven van de institutie bezielen en aandrijven (Walker, 1993). Het gaat om interactie tussen verschillende personen met verschillende waarden en verplichtingen. De interactie nodigt mensen uit of stelt hen in staat om de verdeling van verantwoordelijkheden helder te krijgen en bewust te worden van autoriteit (Walker, 1993). Het is belangrijk dat alle partijen binnen een zorgpraktijk, zoals patiënten, zorgverleners, naasten en managers, deelnemen aan deze interactie. Bovendien is het van belang dat de achtergrond van alle partijen en de sociale context meegenomen wordt (Walker, 1993). Institutionaliseren van ethische consultatie is volgens Walker (1993) de enige manier om morele reflectieve ruimtes te openen en af te bakenen. De ethicus is volgens Walker de 'architect' en aandrijver van deze ruimte (Walker, 1993).

Helen Kohlen (2018) bouwt voort op het gedachtegoed van Walker (1993) en beschrijft in haar werk het belang van een plek waarin verpleegkundigen hun stem kunnen laten horen over dilemma's die zij tegenkomen in de zorgpraktijk. Zij noemt dit *discursive space* (Kohlen, 2018). Ethische commissies zouden kunnen dienen als *discursive space* (Kohlen, 2018). Het is van belang dat mensen met verschillende achtergronden aan deze ethische commissies deelnemen en dat weerbarstige en tegendraadse stemmen uit de marges ook gehoord worden (Kohlen, 2018).

Ethici en ethische commissies hebben volgens Walker (1993) en Kohlen (2018) dus een belangrijke rol in morele ruimte. Maar wat als er geen ethische commissie of ethicus binnen de instelling aanwezig is? Hoe wordt morele ruimte dan vormgegeven? Hamric & Wocial (2016) zijn van mening dat niet alleen ethici betrokken moeten zijn bij het vormgeven van morele ruimte maar ook de leiders van een institutie (Hamric & Wocial, 2016). Daarnaast stellen zij een ruimer begrip van morele ruimte voor. Multidisciplinair overleg, familiebijeenkomsten en *Schwartz Rounds* kunnen potentiële reflectieve ruimtes zijn waar morele verantwoordelijkheden van teams en van patiënten en familieleden kunnen worden opgehelderd (Hamric & Wocial, 2016). *Schwartz Rounds* zijn in Engeland ontwikkeld om zorgverleners te ondersteunen bij het leveren van compassievolle zorg door hen te helpen bij het reflecteren op hun werk. Tijdens maandelijkse groepsbijeenkomsten bespreken zorgverleners emotionele en ethische uitdagingen in een veilige omgeving (Maben et al.,

2018). De bijeenkomsten vergroten het welbevinden van de zorgverleners, de empathie en compassie die zij voor collega's en patiënten hebben en ondersteunen hen in hun werk (Maben et. al., 2018).

De politieke en organisatorische context die in paragraaf 2.1.2 beschreven is, heeft invloed op het vormgeven en creëren van morele ruimte binnen organisaties. De druk van externe factoren, zoals het voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen, zorgt ervoor dat zorgmedewerkers het drukker hebben dan ooit (Hamric & Wocial, 2016). Door de externe druk is het onwaarschijnlijk dat zorgmedewerkers een morele ruimte willen. Ze neigen eerder naar het afwerken van *to-do* lijsten. Het paradoxale is: hoe drukker men is, hoe meer behoefte er juist is behoefte is aan een reflectieve morele ruimte, om even te pauzeren en na te denken over het handelen (Hamric & Wocial, 2016).

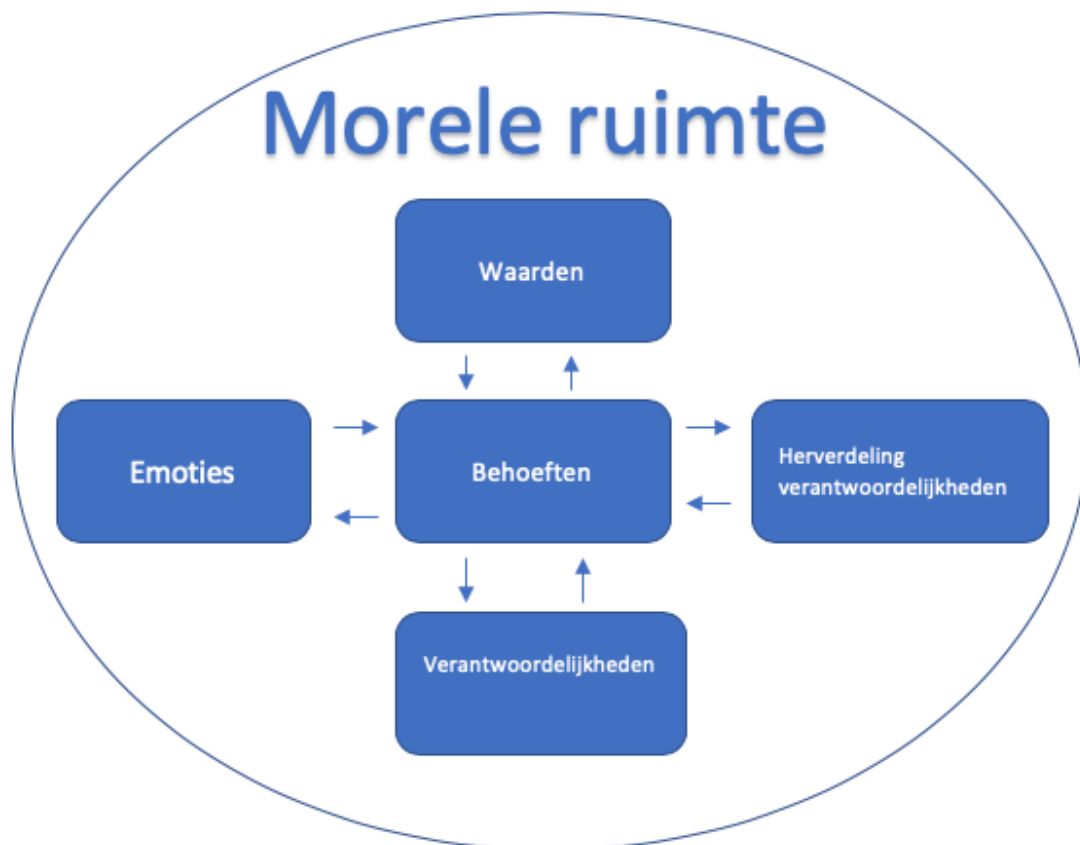
Zorg is een complexe praktijk met verschillende betrokkenen, die allen hun eigen overwegingen hebben (Verkerk in Van Heijst, 2005). Het is daarom belangrijk dat ethische reflectie zich niet uitsluitend richt op het primaire proces van zorgverlening, maar zich verbreedt tot het reflecteren op de organisatorische, sociale en culturele context waarin het zorgproces zich afspeelt (Verkerk, 2005; Verkerk in Van Heijst, 2005).

#### **2.1.4 Emoties en morele ruimte**

Morele ruimte is dus zowel een plek of tijdstip waar ethische reflectie plaatsvindt, als een reflectief, interactief proces waarin behoeften en verantwoordelijkheden verhelderd kunnen worden. Maar welke plek hebben emoties in morele ruimte? In de vorige paragrafen kwam naar voren dat emoties moreel betekenisvol zijn. Het is daarom van belang dat binnen de morele ruimte emoties op de morele betekenis onderzocht worden (Keinemans, 2014). Binnen de morele ruimte zou aandacht moeten zijn voor datgene waardoor zorgverleners emotioneel geraakt worden in de dagelijkse zorgpraktijk. Door te reflecteren op deze emotionele geraaktheid, kwetsbaarheid en emoties, kan duidelijk worden wat er precies op het spel staat (Keinemans, 2014). Emoties zijn een uitdrukking van waarden en opvattingen. Door emoties, en de waarden en opvattingen die daaronder schuilgaan, gezamenlijk te onderzoeken, kan de vinger op de zere plek gelegd worden (Keinemans, 2014). Door ruimte te maken voor emoties, kan gefocust worden op moreel relevante situaties en kunnen zorgverleners maar ook andere partijen binnen de organisatie, zoals managers, betrokken raken en niet 'wegkijken'. Door aan de hand van deze emotionele geraaktheid in gesprek te gaan, kan een dialogische herverdeling van verantwoordelijkheden plaatsvinden (Keinemans, 2014; Walker, 1998). De morele ruimte kan tevens een plek zijn waar zorgverleners ondersteund worden in het omgaan

met emotionele praktijken (Baur et al., 2017). Dit kan ten goede komen aan de zorg voor alle betrokkenen (Baur et al., 2017). Keinemans (2014) ziet moreel beraad als middel om morele ruimte vorm te geven. In moreel beraad gaan deelnemers naar aanleiding van een ethische of morele vraag onder leiding van een gespreksleider in dialoog. Onderliggende waarden en normen kunnen zo geëxpliciteerd worden (Molewijk, 2014). Baur et al. (2017) wijzen ook op het belang van moreel beraad maar zien bovendien het belang van de op een belichaamde en relationele wijze van reflecteren op (emotionele) ervaringen. Daarnaast zou toegang verkregen kunnen worden tot verschillende vormen van kennis door middel van kunst (Baur et al., 2017).

Hamric & Wocial (2016) wijzen op een breed begrip van een morele ruimte. Volgens hen zou multidisciplinair overleg, familiebijeenkomsten en *Schwartz Rounds* ook als morele ruimte kunnen dienen. Er moet wel een kritische kanttekening geplaatst worden bij het betrekken van patiënten en familieleden. Het kan er namelijk voor zorgen dat zorgverleners het moeilijk vinden zich kwetsbaar op te stellen (Weidema, Van Wijk & Molewijk, 2014). Dit zou dus weloverwogen en met zorgvuldigheid in de praktijk moeten worden gebracht (Weidema et al., 2014).



Figuur 1 Morele ruimte

## **2.2 Sensitizing concepts**

*Sensitizing concepts* zijn richtinggevende en attenderende concepten die gebruikt worden bij het analyseren van het onderzoeksmateriaal (Bowen, 2006). De concepten zijn in dit onderzoek gebruikt om tijdens het analyseren met een bepaalde blik naar de data te kijken zodat er mogelijk andere of nieuwe dingen uit data naar voren konden komen.

Uit de conceptuele verkenning zijn de volgende *sensitizing concepts* voortgekomen: emoties, emotionele beroering, behoeften, kwetsbaarheid, morele verontwaardiging, reflectie, ruimte, sensitiviteit en verantwoordelijkheid.

## **2.3 Conclusie**

Uit bovenstaande verkenning is gebleken dat emoties, zowel binnen onze maatschappij als binnen de gezondheidszorg, vaak gezien worden als subjectief en irrationeel en als belemmering voor morele besluitvorming. In dit hoofdstuk is duidelijk geworden dat verschillende auteurs daarentegen juist het belang van emoties voor morele besluitvorming benadrukken. Dit betreffen zowel ‘positieve’ als ‘moeilijke’ emoties.

De zorgpraktijk is een complexe praktijk met verschillende betrokkenen die allemaal verschillende waarden, behoeften en verplichtingen hebben. Zorginstellingen hebben daarom een morele ruimte nodig waarin ethische reflectie plaatsvindt en waarin behoeften en verantwoordelijkheden opnieuw kunnen worden afgestemd. Deze reflectie dient zich niet uitsluitend te richten op het primaire zorgproces maar ook op de organisatorische, sociale en culturele context.

De organisatorische, sociale en culturele context heeft bovendien invloed op emoties van zorgverleners. Het kan emoties oproepen of ervoor zorgen dat emoties weggestopt worden. Het is van belang dat binnen de morele ruimte ook ruimte gecreëerd wordt voor het uiten, delen en erkennen van emoties. Door met verschillende betrokkenen (bijvoorbeeld zorgverleners, managers, patiënten en hun naasten) uit de zorgpraktijk in gesprek te gaan over deze emoties, kunnen waarden en behoeften beter uitgedrukt worden en kan een herverdeling van verantwoordelijkheden plaatsvinden (Keinemans, 2014; Walker, 1998). Hierbij zou niet alleen gebruikgemaakt moeten worden van verbale methoden maar ook lichamelijke werkvormen. Morele ruimte zou tevens een plek moeten zijn waarin zorgverleners, maar ook andere betrokkenen in de zorgpraktijk, ondersteund kunnen worden in het omgaan met emotionele praktijken.

### **3. Methode**

#### **3.1 Verantwoording literatuur en bronnenselectie**

Voor de onderbouwing van de wetenschappelijke probleemstelling en het theoretisch kader is door middel van verschillende zoeksystemen en databanken gezocht naar relevante literatuur. Er is gebruikgemaakt van de volgende databanken: World-CAT (Universiteit van Utrecht), Google Scholar, JSTOR, SpringerLink, Scopus, PubMed. Daarnaast is gebruikgemaakt van verschillende zoektermen in verschillende volgorden. Voor een overzicht van de zoektermen zie bijlage 1. De keuze voor (zorgethische) auteurs en literatuur is bepaald door de mate van relevantie voor en aansluiting met de probleemstelling, de vraagstelling en de doelstellingen van dit onderzoek.

#### **3.2 Onderzoeksbenadering**

Dit onderzoek vertrekt vanuit een zorgethisch perspectief. Binnen dit onderzoek wordt gebruikgemaakt van de visie van de Utrechtse zorgethiek. Binnen de Utrechtse zorgethiek wordt ervan uitgegaan dat het moreel goede zich bevindt in praktijken en de epistemologische positie kan worden omschreven als expressief-collaboratief (Leget et. al., 2017). Tot het goede wordt alleen toegang verkregen door in dialoog en via participatieve vormen van onderzoek, verschillende posities, perspectieven en soorten van kennis op elkaar te betrekken (Leget et al., 2017). De empirische onderzoeksmethoden die gebruikt worden, richten zich op geleefde ervaringen van betrokkenen in zorgpraktijken en op zorgpraktijken en hun politieke context (Leget et al., 2017). Zoals in het theoretisch kader is beschreven maakt de Utrechtse zorgethiek gebruik van een dialectische relatie tussen empirische en theoretische reflectie (Leget et al., 2017). De inzichten die uit het theoretisch kader voortvloeien, zullen in het discussiehoofdstuk van de thesis in dialoog gebracht worden met de bevindingen uit het empirisch onderzoek om zo weer tot nieuwe inzichten te komen.

Naast dit zorgethische uitgangspunt, wordt gebruikgemaakt van een sociaal-constructivistische onderzoeksbenadering. Binnen deze benadering proberen onderzoekers de wereld waarin zij leven en werken te interpreteren en te begrijpen en er subjectieve betekenis aan te geven (Cresswell, 2013). Ze proberen subjectieve betekenissen aan hun ervaringen te geven. Deze betekenissen zijn vaak sociaal en historisch bepaald. De onderzoeker is op zoek naar complexiteit en verschillende betekenissen, die vaak sociaal en historisch geconstrueerd zijn. Hierbij wordt zo veel mogelijk uitgegaan van de opvattingen van de participanten (Cresswell, 2013).

### 3.2 Onderzoeksmethode

Om de ervaringen van de verpleegkundigen en verzorgenden en de institutionele invloed op deze ervaringen in kaart te brengen, wordt gebruikgemaakt van de methode institutionele etnografie (I.E.). Bij deze methode is men geïnteresseerd in de invloed van instituties op het alledaagse leven (Kolen, Timmerman & Vosman, 2015). Omdat de zorgethiek ervan uitgaat dat zorgpraktijken niet los gezien kunnen worden van de politieke, sociale en organisatorische, systemische context (Tronto, 1993) sluit I.E. hier goed bij aan.

Binnen I.E. wordt de alledaagse ervaring van mensen gebruikt om sociale relaties en sociale instituties te onderzoeken (Campbell, 1998; Kolen et al., 2015). Data worden op verschillende manieren verzameld. Observaties uit de praktijk, interviews en documentanalyses worden met elkaar verbonden (Kolen et al., 2015). De onderzoeker is geïnteresseerd in ‘*ruling relations*’. *Ruling relations* verduidelijken hoe het alledaagse leven gecoördineerd wordt door elders geproduceerde betekenissen (DeVault, 2006).

### 3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in verpleeghuis de Kreek dat onderdeel is van Pieter van Foreest. Dit is een organisatie die zich richt op wonen, zorg, behandeling en welzijn voor ouderen. De keuze voor deze locatie is voortgekomen uit het feit dat de teammanager en locatiemanager van deze locatie open stonden voor dit onderzoek. Zoals in de probleemstelling naar voren kwam, is gekozen voor het standpunt van de verzorgenden en verpleegkundigen. Er is gekozen om verzorgenden en verpleegkundigen uit een huisje te vragen om deel te nemen aan dit onderzoek omdat zij een cultuur met elkaar delen (Cresswell, 2013).

De kleinschalig wonen afdeling van de Kreek bestaat uit drie huisjes<sup>1</sup>. Op deze afdeling verblijven mensen met verschillende vormen van dementie. Kleinschalig wonen betekent dat een kleine groep mensen die intensieve zorg en ondersteuning nodig heeft met elkaar in een groepswoning woont. Hierbij wordt geprobeerd om het dagelijks leven zoals in de thuissituatie zoveel mogelijk voort te zetten (Pieter van Foreest, z.d.). Het team bestaat uit vier verzorgenden en een mbo-verpleegkundige. Daarnaast zijn er ook helpenden en gastvrouwen werkzaam. De meeste teamleden werken al geruime tijd met elkaar samen. De vier verzorgenden en de mbo-verpleegkundige zijn benaderd om deel te nemen aan het

---

<sup>1</sup> Een huisje wordt binnen de organisatie ook wel pg-huisje (psychogeriatrisch huisje) genoemd. Naar de afdeling wordt soms verwezen als pg-afdeling (psychogeriatrische afdeling).

onderzoek. Een verzorgende wilde niet deelnemen aan het onderzoek. De onderzoekseenheid bestond daarom in eerste instantie uit drie verzorgenden en een mbo-verpleegkundige. Tijdens het verzamelen van de data kwam naar voren dat de teammanager en de psycholoog een belangrijke rol spelen. Daarom is besloten om ook hen te interviewen.

### 3.4 Dataverzameling

De data zijn verzameld door middel van observaties en interviews. Daarnaast zijn voorafgaand aan het observeren en interviewen relevante documenten verzameld en bestudeerd. Deze documenten zijn verkregen via de teammanager, via de afdeling Werken en Leren van Pieter van Foreest, via het Intranet van Pieter van Foreest en het raadplegen van websites van onder andere de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Actiz, Vilans en Zorg voor Beter. Op basis van de verkregen informatie uit observaties en interviews, zijn ook andere documenten naar voren gekomen en vervolgens bestudeerd.

Het streven was om alle participanten voor het interview te observeren tijdens hun werk op de afdeling en tijdens overlegmomenten. Omdat vanwege personeelstekort en zieke collega's de werkdruk erg hoog was, was hier niet altijd ruimte voor. Daarnaast vond niet iedereen het prettig om geobserveerd te worden. Om die reden is niet iedereen geobserveerd en is er niet geobserveerd tijdens overlegmomenten. De overlegmomenten zijn wel tijdens de interviews besproken.

Er is in totaal zeven uur op de afdeling geobserveerd. Dit was tijdens twee dagdiensten en een avonddienst. Tijdens de observaties hebben ook informele gesprekken plaatsgevonden om de perspectieven van de participanten beter te begrijpen (Johnson & Parry, 2015). Van de observaties en gesprekken zijn aantekeningen gemaakt. Drie verzorgenden, een mbo-verpleegkundige, een teammanager en een psycholoog zijn geïnterviewd. De interviews waren semigestructureerd. Dit betekent dat van tevoren een vragenlijst<sup>2</sup> was opgesteld maar dat er ruimte was om van de vragenlijst af te wijken (Johnson & Parry, 2015). Zaken die zijn opgevallen tijdens de observaties, zijn bevraagd. De interviews zijn getranscribeerd en dit heeft geresulteerd in 62 pagina's. Van de observaties zijn twee *thick descriptions*<sup>3</sup> gemaakt van vier pagina's. Mijns inziens heeft dit voldoende data opgeleverd, ook in het kader van de haalbaarheid binnen het tijdsbestek van deze masterthesis.

---

<sup>2</sup> Zie voor een voorbeeld bijlage 5

<sup>3</sup> Zie voor definitie bijlage 2

### **3.4 Data-analyse**

De getranscribeerde interviews en *thick descriptions* zijn meerdere keren doorgelezen. Hierbij is gekeken waar het ‘schuurt’ met betrekking tot moeilijke emoties en de ruimte die zorgverleners ervaren om deze emoties te uiten en hoe de institutionele *rulings* zich manifesteren (Boonen et al., 2016). ‘Schuren’ houdt in dat gekeken wordt welke problemen zich voordoen maar ook wat verrast of tegen verwachtingen in gaat (Boonen, Vosman & Niemeijer, 2016). Daarna is het materiaal nogmaals doorgenomen met de *sensitizing concepts* als richtinggevende begrippen. In Word zijn opmerkingen toegevoegd met gedachten die naar boven kwamen. Vervolgens is eerst open gecodeerd en daarna axiaal. Uiteindelijk is er toegewerkt naar thema’s die uit de data naar voren kwamen. De thema’s zijn naast de bevindingen uit de documenten gelegd en met elkaar vergeleken. De bevindingen die uit de analyse zijn voortgekomen, zullen gepresenteerd worden in hoofdstuk vier. In hoofdstuk vijf worden de bevindingen in dialoog gebracht met de concepten uit het theoretisch kader om zo tot nieuwe inzichten te komen.

Zowel tijdens het verzamelen van data, als tijdens de data-analyse, is gestreefd naar een open houding. Door een open houding van de onderzoeker worden situaties niet gereduceerd tot een beperkt aantal variabelen, maar komt juist de rijkheid en complexiteit van een situatie aan het licht (Dierckx de Casterlé et al., 2011).

### **3.5 Datamanagement**

Zie bijlage 3

### **3.6 Fasering**

Zie bijlage 4

### **3.7 Kwaliteitscriteria vooraf gepland**

Om de wetenschappelijke kwaliteit van dit onderzoek te waarborgen wordt tijdens dit onderzoek rekening gehouden met drie kwaliteitscriteria voor kwalitatief onderzoek, namelijk geloofwaardigheid<sup>4</sup>, overdraagbaarheid<sup>5</sup> en betrouwbaarheid<sup>6</sup> (Cresswell, 2013; Visse,

---

<sup>4</sup> Zie voor definitie bijlage 2

<sup>5</sup> Zie voor definitie bijlage 2

<sup>6</sup> Zie voor definitie bijlage 2



2012). Om deze criteria te waarborgen was het de bedoeling om onder andere gebruik te maken van member checks, *thick descriptions* en reflexiviteit (Visse, 2012). Reflexiviteit houdt in dat de onderzoeker zich bewust is van zijn vooronderstellingen, waarden en ervaringen die invloed kunnen hebben op het onderzoek (Cresswell, 2013). Omdat ik werkzaam ben binnen de organisatie waar het onderzoek plaatsvindt, heb ik bepaalde vooronderstellingen. Peer review kan bijdragen aan de bewustwording van deze vooronderstellingen. Peer review is een externe controle op het onderzoeksproces door kritische vragen te stellen over de methode, betekenissen en interpretaties van het onderzoek (Cresswell, 2013). In dit onderzoek wordt deze controle uitgevoerd door de begeleidende docenten en medestudenten. Om te reflecteren op vooronderstellingen, waarden en ervaringen houdt de onderzoeker een reflectief dagboek bij.

### **3.8 Ethische overwegingen**

Tijdens het onderzoek is gestreefd naar het beschermen van het welzijn, de privacy, voorlichting en instemming van personen die bij het onderzoek betrokken zijn (Cresswell, 2013). De deelnemers aan het onderzoek hebben van tevoren schriftelijke en mondelinge informatie over het doel en de werkwijze van het onderzoek ontvangen. Een informatiebrief met uitleg over het onderzoek, de privacy, het datamanagementplan en het recht van de respondenten om zich terug te trekken uit het onderzoek, is opgesteld en digitaal verstuurd. De deelnemers hebben na afloop van het observeren en interviewen een *informed consent* ondertekend. Om de privacy van de respondenten te waarborgen, worden hun namen niet genoemd maar zullen zij aangeduid worden met een algemene functieomschrijving en een cijfer.

Omdat dit onderzoek een gevoelig onderwerp betreft, is het van belang dat de onderzoeker zich bewust is van de (emotionele) impact die het onderzoek kan hebben op de deelnemers. Tijdens het verzamelen van de data is daarom zo goed mogelijk geprobeerd rekening te houden met het welzijn van de deelnemers. Zorgvuldigheid, zorgzaamheid, en sensitiviteit waren hierbij van belang. Om deze reden is ook besloten om niet iedereen te observeren en geen overlegmomenten bij te wonen.

Vooraf aan het interview is nogmaals het doel van het onderzoek en de manier van het waarborgen van de privacy uitgelegd. Tevens is benoemd dat deelnemers zich altijd mogen terugtrekken en dat ze vragen niet hoeven te beantwoorden als zij zich hier niet prettig bij voelen. Doorvragen was voor het onderzoek van belang, maar als de onderzoeker merkte dat een deelnemer zich niet prettig voelde, dan is niet verder doorgevraagd.



## 4. Bevindingen

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit het empirisch onderzoek weergegeven. De eerste en tweede paragraaf hebben betrekking op de tweede deelvraag en gaan in op welke ‘moeilijke’ emoties de verzorgenden en de verpleegkundige ervaren tijdens hun werk en op welke manier deze emoties geuit worden. De derde paragraaf heeft betrekking op de derde deelvraag van dit onderzoek. Hier wordt de invloed van institutionele sturing op het uiten van moeilijke emoties besproken. Voor het beschrijven van de bevindingen wordt gebruikgemaakt van informatie uit de interviews, observaties en documenten<sup>7</sup>.

### 4.1 Moeilijke emoties

Uit de analyse komt naar voren dat de verzorgenden en de verpleegkundige verschillende ‘moeilijke’ of minder prettige emoties ervaren. Deze emoties lijken veroorzaakt te worden door verschillende factoren. Emoties kunnen gerelateerd zijn aan bewoners, maar ook aan de omgang met naasten, organisatorische zaken of een samenloop van omstandigheden. Hieronder worden eerst de emoties beschreven die gerelateerd zijn aan bewoners en hun naasten, vervolgens de emoties die te maken hebben met organisatorische factoren en daarna de emoties die gewijd kunnen worden aan een combinatie van factoren.

#### 4.1.1 Emoties gerelateerd aan bewoners en hun naasten

Uit de analyse blijkt dat bewoners verschillende emoties kunnen oproepen bij de verzorgenden en verpleegkundige. Dit kan te maken hebben met het gedrag van de bewoners, maar ook met de situatie van de bewoners. Bepaald gedrag, zoals continu roepen en verbale agressie, kan veel energie vragen en kan verschillende emoties oproepen zoals boosheid, woede en irritatie. Een bewoner kan *‘het bloed onder je nagels vandaan halen’* (4) en soms wordt het de verpleegkundige en verzorgenden even te veel. Een boze bewoner die tijdens de zorg slaat, schopt en bijt, veroorzaakt angst. In interview 2 werd aangegeven dat sommige collega’s buikpijn krijgen als ze die bewoner moeten verzorgen.

---

<sup>7</sup> Er wordt verwezen naar de interviews door de cijfers 1 tot en met 6. Bij de onderzoeker is bekend welke participant het betreft. Wanneer naar observaties van de onderzoeker wordt verwezen wordt dat met (Ob.) gedaan. Wanneer het beleidsdocumenten betreft wordt het desbetreffende beleidsdocument in de zin genoemd.

De verzorgenden en verpleegkundige ervaren niet alleen hun eigen emoties, ze trekken zich ook de emoties van de bewoners aan. Als zij zien dat een bewoner verdrietig of gefrustreerd is, raakt dit hen. Ze willen dan graag iets doen, zodat de bewoners weer blij worden, zodat er een lach op hun gezicht komt en zodat ze een heerlijke dag hebben. Tegelijkertijd beseffen de verzorgenden en verpleegkundige dat dit niet altijd lukt: *“Ik wil dat er een lach op het gezicht komt, maar dat kan gewoon niet, dat lukt niet altijd.”* (4). Dit kan emoties van teleurstelling, onmacht, verdriet en frustratie veroorzaken. De emoties verdriet en rouw kunnen naar boven komen als een bewoner terminaal is of als een bewoner overleden is. Naast deze ‘moeilijke’ emoties of minder prettige emoties, worden ook emoties als liefde, blijdschap en geluk ervaren: *“Ondanks dat sommige bewoners zich niet goed kunnen uiten, dan zie je toch die glimlach of een aai over je wang, dat het goed is. En ja, daar word ik dan toch wel blij van.”* (2).

Omgang met naasten van bewoners kan ook bepaalde emoties oproepen. Naasten willen of doen soms dingen waar de verzorgenden en verpleegkundige niet helemaal achter staan of vragen om iets wat zij niet kunnen waarmaken. Bijvoorbeeld wanneer een echtgenote toch wil dat haar man aangekleed wordt, ondanks dat hij agressief is tijdens de zorg. Aan de ene kant is er begrip voor bepaald gedrag van naasten, aan de andere kant zorgt het voor frustratie: *“Het is soms wel begrijpelijk maar soms ook wel frustrerend. Soms krijg je alleen maar gedoe en niet een beetje dankbaarheid.”* (2).

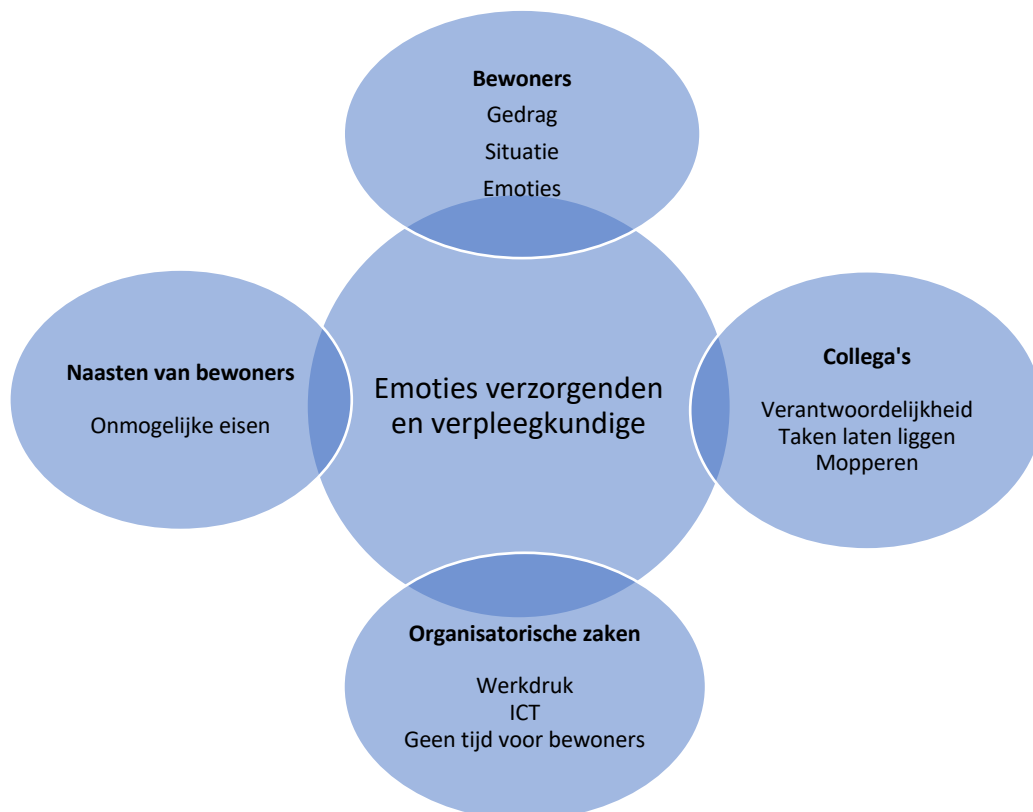
#### **4.1.2 Emoties gerelateerd aan organisatorische zaken**

De verzorgenden en verpleegkundige ervaren veel werkdruk omdat er personeelstekort en veel ziekteverzuim is. Deze werkdruk kan verschillende emoties oproepen: frustratie, onmacht, verdriet, irritatie, boosheid, onzekerheid, teleurstelling en vermoeidheid. *“Als ik veel werkdruk ervaar, ja dan voel ik wel de onmacht. Als er drie roepen en ik kan maar op een plek tegelijk zijn. Ja en dan ontstaat er ook moeheid.”* (3). Eigenlijk aandacht willen besteden aan bewoners, maar dit niet kunnen omdat er geen tijd is, speelt ook een rol: *“Als ik dan ’s middags achter de computer zit en ik zie daar de bewoners aan tafel zitten die voor zich uit zitten te staren [...] ja dat vind ik verdrietig.”* (3). *“Ik wil zo graag even met de mensen om tafel zitten en even de krant lezen of een spelletje doen, maar ik kom er gewoon niet aan toe, dat vind ik heel jammer.”* (6). Het werken met iPad’s en computers kan irritatie of frustratie veroorzaken: *“Ik moest iets versturen met de computer en dat lukte niet en dan heb ik even zo van: arghh!”* (4). Er kunnen ook irritaties zijn tussen collega’s onderling,

bijvoorbeeld als er te veel gemopperd wordt of als collega's hun verantwoordelijkheid niet nemen of bepaalde taken niet gedaan hebben.

#### 4.1.3 Combinatie van factoren

Het lijkt dat de combinatie van bovenstaande factoren ook maakt dat emoties als onmacht, irritatie, onzekerheid of vermoeidheid opkomen. Als bijvoorbeeld de bezetting laag is en de werkdruk hoog, dan kan bepaald gedrag van een bewoner net de druppel zijn: *“Dan hoeft er maar dat fout te gaan en dan denk je: verdorie!”* (4). De emoties van alle betrokkenen staan ook in relatie met elkaar. Emoties van bewoners hebben bijvoorbeeld invloed op de emoties van de verzorgenden en verpleegkundige en hun emoties hebben weer invloed op de emoties van de bewoner.



Figuur 2 Emoties verzorgenden en verpleegkundige

## **4.2 Het uiten van emoties**

De emoties die de verzorgenden en verpleegkundige ervaren, worden op verschillende manieren geuit. De een vindt het makkelijker om emoties te uiten dan de ander en iedereen gaat anders met emoties om. Uit de analyse kwamen verschillende manieren waarop emoties geuit worden naar voren: met collega's delen, naar bewoners en familieleden uiten, met de psycholoog of teammanager delen en voor jezelf houden. Deze vier manieren zullen hieronder verder toegelicht worden.

### **4.2.1 Met collega's delen**

Emoties worden met collega's van de afdeling besproken: *“Ik probeer eigenlijk altijd positief te blijven. Desnoods even met een collega het erover te hebben, even alles eruit gooien en dan gaat het vaak wel weer.”* (2). Dit gebeurt niet in het zicht of niet op hoarafstand van de bewoners, maar bijvoorbeeld in de gang, in de voorraadkast (ob.), in de lift of tijdens de koffie in de nachtdienst. Er wordt herkenning, erkenning en steun bij collega's gezocht en gevonden: *“Ik vind dat heel belangrijk ja. Dat je gewoon met elkaar, dat deelt. Dat je bij elkaar steun kan vinden.”* (4). Met de ene collega lukt dit beter dan bij de ander: *“Je uit het niet aan iedereen. Ik vind ook wel, bij de een doe ik het wel, bij de ander niet.”* (3). Het te veel uiten van emoties of 'mopperen' kan echter weer een negatieve sfeer op de afdeling met zich meebrengen. Deze sfeer wordt door meerdere respondenten als onprettig ervaren en moet volgens hen voorkomen worden.

### **4.2.2 Met de psycholoog en de teammanager delen**

De psycholoog en teammanager hebben een belangrijke rol in het uiten van emoties. Dit zijn de personen die worden opgezocht als de emoties hoog oplopen: *“Mocht je er niet uit komen en het wordt jezelf te veel: je kunt altijd de teammanager bellen.”* (1). De teammanager en de psycholoog worden gebeld, gemaïld of men gaat bij hen langs op kantoor. De psycholoog wordt met name gevraagd bij emoties die te maken hebben met bewoners. De verpleegkundige en verzorgenden lijken het belangrijk te vinden dat ze gezien en gehoord worden door de teammanager, psycholoog en arts. Een verzorgende geeft aan: *“We worden in ieder geval gehoord, en ze komt ook op het huisje kijken [...] dat vind ik heel belangrijk.”* (3).

### 4.2.3 Tijdens overlegmomenten delen

Er zijn verschillende overlegmomenten waarbij emoties besproken worden zoals de overdracht van diensten, het omgangsoverleg en het teamoverleg. De teammanager is aanwezig bij het teamoverleg en soms bij de overdracht. Tijdens het teamoverleg lijkt nog een bepaalde gereserveerdheid te bestaan met betrekking tot het bespreken van emoties en dan met name op ‘moeilijke emoties’: *“Soms blijft het dan een beetje stil aan tafel.”* (6). Als iemand zich kwetsbaar opstelt en deze emoties wel uit, dan volgen er vaak meer en wordt het achteraf fijn gevonden dat het besproken is. In een kleinere groep of met de collega’s van het eigen huisje lijkt het makkelijker om emoties te delen. Tijdens de overdracht worden emoties met elkaar gedeeld en er wordt gespuid over zaken die mensen dwars zitten: *‘Dan spui je effe.’* (3).

De psycholoog organiseert het omgangsoverleg. Dit overleg is bedoeld om met elkaar te spreken over de omgang met bewoners maar hier worden ook emoties van verpleging en verzorging besproken die gerelateerd zijn aan het gedrag van de bewoners.

### 4.2.4 Aan bewoners of familieleden uiten

Het uiten aan bewoners en familieleden lijkt een spanningsveld te zijn. Er wordt aangegeven dat ‘moeilijke’ emoties niet naar bewoners geuit worden en tijdens de observaties bleek ook dat deze emoties niet naar bewoners worden geuit, terwijl er uit de interviews naar voren kwam dat deze emoties wel degelijk aanwezig waren. Dit lijkt te maken te hebben met de doelgroep (bewoners met dementie): *“Nee bij deze doelgroep niet, daar hebben ze ook niet echt een boodschap aan”* (2); *“Deze mensen zitten niet voor niets bij ons.”* (4).

Bij bepaalde bewoners, die bepaalde zaken nog wel kunnen begrijpen en gedrag vertonen zoals klagen, continu vragen, lelijke dingen zeggen of dingen expres kapot maken, lopen de emoties wel eens zo hoog op dat er toch dingen geuit worden: *“Als hij echt heel ver gaat, dan zeg ik wel van ja nu is het klaar!”* (1). *“En dan zeg je soms wel eens dingen tegen de bewoner dat je denkt dat kan ik eigenlijk...”* (4). Dit kan emoties als schaamte en schuld oproepen. Er wordt door de verzorgenden en verpleegkundige aangegeven dat zij dit eigenlijk niet tegen een bewoner kunnen zeggen en dat dit zo veel mogelijk vermeden wordt of later goedge maakt wordt.

De verzorgenden en verpleegkundige geven aan dat zij merken dat de bewoners hun emoties ook aanvoelen: *“Je projecteert het gewoon zelf op je bewoners. [...] die voelen dat donders goed aan, ja.”* (4). Het wordt daarom belangrijk gevonden om positief te blijven.

Het uiten van emoties aan familieleden lijkt een drempel te zijn. Familieleden lijken het echter wel te waarderen als emoties wel worden geuit bij bijvoorbeeld het overlijden van een bewoner. *“Als iemand palliatief of terminaal is, dan word je daar gewoon emotioneel van. En vaak waardeert familie dat eigenlijk, ja het klinkt een beetje gek, dat heel erg.”* (2).

#### **4.2.5 Voor jezelf houden**

Zoals hierboven naar voren kwam, uiten de verzorgenden en de verpleegkundige emoties op verschillende manieren. Emoties worden echter ook vaak voor zichzelf gehouden: *“Dan word ik een beetje driftig van binnen”* (3). Sommigen gaan piekeren of nemen het mee naar huis: *“Ik neem die dingen ook wel eens mee naar huis [...] dan ga je een beetje lopen piekeren zeg maar”* (1). Anderen lopen even weg van de afdeling, naar de gang of naar een ander huisje, om te voorkomen dat ze dingen tegen bewoners zeggen waar ze spijt van krijgen. *“Ik ben gewoon even weggelopen, eventjes je terugtrekken, want anders ga je dingen zeggen waar je later spijt van krijgt en dat moet je niet doen.”* (4). De verzorgenden en verpleegkundige proberen de sfeer positief te houden door ‘moeilijke’ emoties voor zich te houden en humor te gebruiken, ook om het werk vol te houden en zichzelf te beschermen:

*“Een grapje, een beetje jolig. Ja, voor mezelf ook, dat is ook zelfbehoud ook, want anders word ik zelf ook helemaal down ervan en dan voel je, dan voel je je moe. Maar je moet gewoon een beetje de lol ervan in blijven zien.”* (4).



### 4.3 Institutionele sturing

In deze paragraaf wordt de institutionele sturing op het uiten van emoties besproken. Vier thema's zijn naar voren gekomen: opvattingen over emoties en professionaliteit, organisatie- en werkstructuren, verschillende ervaringen van cultuur en normen van goede zorg. De bevindingen zullen per thema toegelicht worden.

#### 4.3.1 Opvattingen over emoties en professionaliteit

##### *Laten zien of aan de kant zetten?*

Uit de data blijkt dat de verzorgenden en verpleegkundige verschillende opvattingen hebben over emoties en professionaliteit. Door sommigen wordt aangegeven dat emoties er mogen zijn en geuit mogen worden: *“Om goede zorg te kunnen leveren moet je ook je emoties kunnen uiten en laten zien, dat is niet erg.”* (2). *“Emoties horen bij de zorg en ze mogen er zijn.”* (1). De opvatting dat emoties niet professioneel zijn, lijkt echter dominant. Het wordt door de verzorgenden en verpleegkundige niet professioneel gevonden om bepaalde emoties zoals frustratie of verdriet te hebben en te uiten. Of er wordt gezegd dat emoties niet bij een professionele rol passen: *“Bij je professionele rol moet je emoties achterwege laten of aan de kant zetten, want iedereen heeft ook zo z'n eigen emoties bij iets.”* (2). Als professional binnen de psychogeriatrische zorg lijkt het van belang te zijn dat je emoties kunt scheiden (3). Bovendien lijkt het belangrijk te zijn om positief te blijven zodat de sfeer op de afdeling goed blijft en emoties geen invloed hebben op de bewoners (Ob.; 3;4). Emoties worden daarom ook niet besproken in het bijzijn van de bewoners en ook zo min mogelijk geuit aan bewoners (Ob.; 1; 2; 3; 4). Tijdens de interviews leken woorden als 'vervelend' of 'irritant' door de verzorgenden en verpleegkundige vermeden te worden. Ook tijdens een teamoverleg of tijdens een omgangsoverleg vinden sommige verzorgenden en verpleegkundigen het lastig om bewoners bijvoorbeeld 'irritant' te noemen (5; 6).

##### *Accepteren en ondergaan*

De verzorgenden en verpleegkundige lijken bepaald gedrag van bewoners te accepteren en de daaraan gerelateerde 'moeilijke' emoties te ondergaan, omdat dit 'hoort' bij het werken met deze doelgroep. Er wordt bijvoorbeeld door de verzorgenden en verpleegkundige aangegeven dat bewoners hier niet voor niets zitten en dat bepaald gedrag hoort bij het ziektebeeld. Men raakt gewend aan bepaald gedrag van bewoners, ook al is dit beschadigend gedrag zoals schoppen, slaan, schelden en knijpen: *“Als iemand je uitscheldt, dan weet je dat ze er niets*

*aan kunnen doen.” (1). “Je vindt het normaal terwijl het niet normaal is.” (2). De verzorgenden en verpleegkundige blijven vriendelijk tegen de bewoners, ook al worden ze geknepen of uitgescholden en ‘moeilijke’ emoties worden niet aan bewoners getoond (Ob.).*

#### *Kaders vanuit de opleiding en beroepsgroep*

Volgens een van de verzorgenden en de verpleegkundige is tijdens hun opleiding geen aandacht besteed aan het omgaan met emoties. Volgens de andere verzorgenden, die wat meer recent de opleiding hebben gevolgd of een specialisatie psychogeriatrische zorg hebben gevolgd, waren er tijdens hun opleiding wel verschillende reflectiemomenten waarbij emoties en de omgang met emoties ter sprake kwamen. Dit was met name tijdens casuïstiekbesprekingen. De emoties die besproken werden, hadden vooral te maken met het gedrag van bewoners. Niemand kon specifiek vertellen wat zij over emoties en professionaliteit hadden geleerd op de opleiding.

In de huidige beroepscompetentieprofielen van de verzorgenden en mbo-verpleegkundigen werkzaam in verpleeg- en verzorgingshuizen wordt gezegd dat een verzorgende of verpleegkundige bij spanningen en emoties haar gevoelens onder controle dient te houden (Beverdam & Beverdam, 2016). In de nieuwe beroepsprofielen voor 2020 staat niets genoemd over emoties en gevoelens (V&VN, z.d.). Op het kennisplein voor verpleging, verzorging, zorg thuis en eerste lijn ‘Zorg voor beter’, dat vooral gericht is op het verbeteren van zorg voor cliënten, is maar één document gevonden waarin de omgang met emoties ter sprake komt. Dit betreft een document over de communicatie met mantelzorgers. In dit document wordt benoemd dat emoties bij de zorg horen, maar dat emoties wel onder controle gehouden moeten worden om professioneel te kunnen communiceren. Er wordt vervolgens een aantal tips genoemd om emoties ‘in de hand te houden’ (Mostert, 2016). De verzorgenden en verpleegkundige die geïnterviewd zijn, waren zelf niet bekend met documenten, richtlijnen of beleidsstukken die over emoties gaan.

#### *Kaders vanuit de organisatie*

Vanuit de organisatie worden geen duidelijke kaders gesteld over het uiten van emoties. In de beleidsstukken is niets terug te vinden over hoe verzorgenden en verpleegkundigen met hun eigen emoties dienen om te gaan, bijna alle beleidsstukken zijn gericht op de zorg voor de bewoners. Het format Ontwikkelgesprek 2017 (een leidraad voor managers om een jaarlijks ontwikkelgesprek te voeren) is met name gericht op de reflectie op het eigen functioneren en de verbeterdoelen van de verzorgenden en verpleegkundigen. Emoties of behoeften worden

niet benoemd.

Binnen locatie De Kreek lijkt het uiten van emoties wel gestimuleerd te worden door het management. Het wordt door het management professioneel gevonden om emoties op tijd te bespreken en erop te reflecteren om zo te voorkomen dat de emoties te hoog op lopen en er dingen gezegd worden tegen bewoners die niet kunnen (5; 6). Het belang van overlegvormen waar emoties ter sprake komen, wordt steeds meer gezien door zowel het management als de zorgverleners (4; 5; 6).

### **4.3.2 Organisatie-en werkstructuren**

#### *Kleinschalig wonen*

De afdeling kleinschalig wonen in De Kreek is opgesplitst in meerdere huisjes. Op deze afdeling zijn geen gezamenlijke pauzes zoals op de somatische afdeling, maar drinken de verzorgenden en verpleegkundige koffie op het huisje met de bewoners, de gastvrouw en eventueel een helpende. Het uiten van emoties gebeurt daarom vaak ‘tussendoor’. In de nachtdienst lijkt er wel ruimte voor een gezamenlijk koffiemoment en zo’n moment kan erg waardevol zijn:

*In de nacht gaan we wel eens even bij elkaar zitten hiervoor. Met alle nachtdiensten. Zo belangrijk vind ik dat. Dan is het zo heerlijk als je gewoon even met elkaar zo, ja even bij elkaar zit. Maar ook je frustraties of ook je emoties, misschien heb je wel, dat je je ergens boos over hebt gemaakt of ergens verdrietig van bent. Of je hebt iemand die is terminaal. Dat kan je natuurlijk ook een beetje aangrijpen. (4).*

#### *Doelen van overleg*

Binnen de locatie zijn veel overlegmomenten: het multidisciplinair overleg, het teamoverleg, het omgangsoverleg, de overdracht van diensten en het interdisciplinair overleg. Het teamoverleg, de overdracht en het omgangsoverleg zijn, zoals eerder beschreven, overlegvormen waar emoties geuit worden. Geen enkel overleg heeft echter als primair doel het uiten en bespreken van emoties van verzorgenden en verpleegkundigen. Zowel bij het management als bij de verzorgenden en verpleegkundige lijkt er wel behoefte te zijn aan meer overlegmomenten of een meer ‘officieel’ of vastgelegd overlegmoment waarbij emoties besproken kunnen worden. Als voorbeeld wordt moreel beraad genoemd (5; 6). Een belemmering om zo’n overleg te plannen zijn de onregelmatige diensten, het tijdgebrek en de werkdruk. Wil je namelijk met het hele team bij elkaar komen? Dan moeten mensen van huis

komen. Veel teamleden werken al een dag extra per week, het zou voor hen een extra belasting zijn om nog een keer terug te komen voor overleg. Om mensen te stimuleren om toch te komen, krijgen zij de tijd wel vergoed, maar door de hoge werkdruk kiezen mensen er toch voor om thuis te blijven.

### *Samenwerking en professionele verantwoordelijkheden*

De Kreek wordt omschreven als een locatie waar sprake is van een laagdrempelige multidisciplinaire samenwerking tussen de verpleging en verzorging, behandelaren (psycholoog, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist), teammanager en arts. De verzorgenden en verpleegkundige hebben het gevoel bij de teammanager en de psycholoog terecht te kunnen en dat er naar hen geluisterd wordt. De teammanager sluit sinds kort regelmatig aan bij de overdracht waardoor er ruimte gevoeld wordt om emoties te uiten: “Tijdens de overdracht als de teammanager erbij zit, dan zeggen we ook weleens: nou, het wordt even te veel soms.” (2). Dit kan het uiten van emoties bevorderen. Over de rol en taak van de psycholoog bestaan verschillende verwachtingen en ideeën. Sommigen zijn van mening dat zij met alle emoties terechtkunnen bij de psycholoog: “De psycholoog is er ook voor de medewerkers, en niet alleen bij moeilijk gedrag van bewoners.” (1). Anderen geven aan dat zij alleen met emoties gerelateerd aan gedrag van bewoners bij de psycholoog terechtkunnen en niet met emoties gerelateerd aan organisatorische zaken: “Nee, de psycholoog spreek je eigenlijk alleen over bewoners.” (4). ‘Officieel’ is de psycholoog er alleen voor de bewoners en niet voor de verzorgenden en verpleegkundigen (5; 6). De emoties van verzorgenden en verpleegkundigen vormen wel een ‘signaal’ of worden wel meegenomen tijdens een omgangsoverleg, omdat deze emoties weer invloed kunnen hebben op de bewoners (2; 5).

Ondanks de laagdrempelige multidisciplinaire samenwerking wordt aangegeven dat de behandelaren en de teammanager niet altijd weten wat er echt speelt op de afdeling (2). Sinds kort wordt gebruikgemaakt van een *Virtual Reality*-bril. Zo kunnen de behandelaren en de teammanager van een afstand meekijken hoe bijvoorbeeld de verzorging van een bewoner met agressief gedrag verloopt. Zo wordt voor de behandelaren en de teammanager meer zichtbaar wat voor impact het gedrag van een bewoner kan hebben op de verzorgenden en verpleegkundigen en welke emoties dit kan oproepen bij zowel verzorgenden en verpleegkundigen, als de bewoner (2).

### 4.3.3 Verschillende ervaringen van cultuur

#### *Open of gesloten?*

De cultuur in De Kreek lijkt van invloed te zijn op het uiten van emoties, al wordt de cultuur verschillend omschreven en ervaren. Door sommige respondenten wordt aangegeven dat er in de Kreek sprake is van een open cultuur: *“Je kunt hier open zijn, je kan gewoon alles tegen elkaar zeggen eigenlijk.”* (1) en een Westlandse cultuur. Er wordt aangegeven dat mensen in het Westland geen blad voor de mond nemen en dat dit invloed heeft op het uiten van emoties: *“Dat maakt het ook minder lastig om bijvoorbeeld moeilijke emoties naar elkaar te uiten, als iedereen daar zo open over is.”* (2). Anderen geven aan dat de Westlandse cultuur juist betekent dat mensen de instelling hebben: *“Niet zeuren maar doorgaan.”* (4) en dat men emoties juist voor zich houdt: *“Ik denk dat wij het meer een beetje voor ons houden allemaal.”* (4).

#### *Angstcultuur*

Tevens wordt gesproken over een ‘angstcultuur’ waarin men bang is om fouten te maken: *“We hebben laatst bijvoorbeeld ook een incident gehad, een hele grote medicatiefout en er zijn wat mensen op aangesproken en daardoor is de hele afdeling nu een beetje in een angstcultuur.”* (6). Het werken op een ander huisje lijkt de angst om fouten te maken, te kunnen vergroten. Op de afdeling kleinschalig wonen is het streven dat verzorgenden zo veel mogelijk op een eigen huisje werken. Dit heeft als voordeel dat verzorgenden de bewoners goed kennen. Het gebeurt echter regelmatig dat verzorgenden vanwege zieke collega’s en personeelstekort niet op hun eigen huisje werken en moeten werken op een huisje waar zij de bewoners niet zo goed kennen en bijvoorbeeld niet precies weten op welke manier medicatie aan een bewoner gegeven moet worden. Hierdoor wordt de druk nog hoger en wordt de angst om fouten te maken groter: *“Mensen die er altijd zijn, die weten precies hoe het gaat en ik moet het natuurlijk allemaal opzoeken. Hoe neemt die meneer zijn pillen in? Oh jee.”* (4).

### 4.3.4 Normen van goede zorg

#### *Aandacht voor de bewoners versus kwaliteit*

Aandacht voor bewoners wordt door de verzorgenden en de verpleegkundige zeer belangrijk gevonden. Dit wordt ook gestimuleerd vanuit de organisatie in het kader van persoonsgericht werken. In een e-mail ter gelegenheid van de dag van de zorg stond: ‘Jullie kracht is onze cliënten echt kennen en oprechte aandacht geven’. Bovendien lijken de verzorgenden en verpleegkundige het belangrijk te vinden kwaliteit te leveren en alle taken van de dag, zoals

de alledaagse verzorging, medicatie uitdelen en rapporteren, nauwkeurig uit te voeren zonder fouten te maken. Dit wordt ook door de organisatie van hen verwacht. Het willen voldoen aan deze ‘schurende’ normen kan ‘moeilijke’ emoties oproepen, maar kunnen er ook voor zorgen dat er minder ruimte en tijd ervaren wordt om emoties te bespreken.

#### *Gezelligheid en positiviteit*

De verzorgenden en verpleegkundige lijken het belangrijk te vinden dat het gezellig is op het huisje en dat er een positieve sfeer hangt: “*Het is gewoon belangrijk om het zelf allemaal een beetje gezellig te houden.*” (4). Dit zou ervoor kunnen zorgen dat men ‘moeilijke’ emoties wegstopt en niet bespreekt: “*Niet zeuren maar doorgaan.*” (4), “*Het moet ook weer gezellig zijn in de huiskamer.*” (3).

#### *Alle ballen hooghouden*

De druk om aan alle normen te voldoen lijkt hoog: “*Ja dat blijf ik ook maar doen. Ik blijf al die ballen hooghouden.*” (3). Deze druk veroorzaakt, zoals in de vorige paragrafen naar voren kwam, verschillende emoties. Het kan bovendien tot gevolg hebben dat de tijd voor overlegvormen waarin emoties besproken worden, beperkt is. Bovendien lijken de verzorgenden en verpleegkundige overleg minder belangrijk te vinden dan aandacht voor bewoners of het uitvoeren van zorgtaken.



Figuur 3 Institutionele sturing op het uiten van emoties

#### 4.4 Conclusie

In paragraaf 4.1 is getracht een antwoord te vinden op de deelvraag: Welke ‘moeilijke’ emoties ervaren verzorgenden en verpleegkundigen binnen hun werk en op welke manier worden deze emoties geuit? In paragraaf 4.2. is een antwoord geprobeerd te vinden op: Wat is de invloed van institutionele sturing op het uiten van moeilijke emoties?

Uit de resultaten is gebleken dat de verzorgenden en verpleegkundige verschillende ‘moeilijke’ emoties ervaren zoals woede, irritatie, frustratie, angst, verdriet, rouw, onzekerheid, teleurstelling, onmacht, schaamte, schuld en vermoeidheid. Deze emoties kunnen opgeroepen worden door de bewoners, de naasten van bewoners en organisatorische factoren. Daarnaast is gebleken dat juist de combinatie van deze factoren emoties oproepen. Emoties die de verzorgenden en verpleegkundige tijdens hun werk ervaren, staan nooit op

zichzelf; ze staan altijd in relatie met de emoties van de bewoners, emoties van de naasten van de bewoners en emoties van collega's.

'Moeilijke' emoties worden door de verzorgenden en verpleegkundige met collega's, de psycholoog en de teammanager gedeeld. De verzorgenden en verpleegkundige lijken emoties echter voor een groot gedeelte voor zichzelf te houden. Het uiten naar bewoners gebeurt incidenteel en wordt zo veel mogelijk vermeden. Het uiten van 'moeilijke' emoties aan naasten wordt als een drempel ervaren, al wordt aangegeven dat naasten het wel kunnen waarderen als bijvoorbeeld verdriet wordt getoond.

In paragraaf 4.3 is getracht de invloed van institutionele sturing op het uiten van 'moeilijke' emoties in kaart te brengen. Uit de resultaten kwam naar voren dat opvattingen over emoties en professionaliteit, organisatie- en werkstructuren, verschillende ervaringen van cultuur en normen van goede zorg invloed kunnen hebben op het uiten van 'moeilijke' emoties. Opvattingen over professionaliteit kunnen ervoor zorgen dat de verzorgenden en verpleegkundige 'moeilijke' emoties voor zichzelf houden of ondergaan. De 'schuringen' en tegenstrijdigheden binnen de thema's kunnen niet alleen emoties oproepen; ze kunnen er ook voor zorgen dat er geen ruimte of tijd ervaren wordt om emoties te uiten en te bespreken.



## **5. Zorgethische discussie**

In dit hoofdstuk worden de empirische bevindingen in dialoog gebracht met (zorgethische) literatuur. In het eerste gedeelte van dit hoofdstuk worden de empirische bevindingen besproken aan de hand van de theorie. Hierbij is aandacht voor de overeenkomsten en de verschillen, om te zien waar de theorie verrijkt kan worden door de bevindingen en waar de theorie verdieping kan geven aan de bevindingen. In het tweede gedeelte van dit hoofdstuk wordt ingegaan op emoties en morele ruimte en tot slot wordt in het derde gedeelte besproken hoe morele ruimte gecreëerd kan worden binnen de zorgpraktijk.

### **5.1 Emoties binnen de zorgpraktijk**

Uit de resultaten komt naar voren dat de verzorgenden en verpleegkundige uit het onderzoek verschillende ‘moeilijke’ emoties ervaren zoals woede, irritatie, frustratie, angst, verdriet, rouw, onzekerheid, teleurstelling, onmacht, schaamte, schuld en vermoeidheid. Deze emoties komen ook naar voren in eerdere studies naar emoties bij zorgverleners (Häggstrom & Kihlgren 2007; Hornung et al., 2018; King, 2012; Molander, 2003 in Stenbock-Hult & Sarvimäki, 2011). Emoties zoals walging, aversie en minachting zijn niet naar voren gekomen tijdens dit onderzoek. Dit is mogelijk te verklaren aan de hand van de resultaten van een studie van Sandvoll et al. (2015), waaruit blijkt dat deze ‘moeilijke’ emoties binnen de zorgpraktijk vaak verborgen blijven (Sandvoll et al., 2015).

De ‘moeilijke’ emoties die in de resultaten van het empirisch onderzoek naar voren kwamen, kunnen opgeroepen worden door bewoners, naasten van bewoners en organisatorische factoren. Daarnaast is gebleken dat juist de combinatie van deze factoren en de hoge en soms tegenstrijdige verwachtingen ‘moeilijke’ emoties kunnen oproepen. De bevindingen van het Ministerie van VWS (2018) dat het ziekteverzuim hoog is door de samenhang tussen hoge werkdruk, de druk vanuit het ideaalbeeld van goede zorg en de aard van het werk, dat emotionele belasting met zich meebrengt, worden duidelijk zichtbaar in de praktijk waar het onderzoek plaatsvond. De verzorgenden en verpleegkundige lijken aan een ‘ideaalbeeld’ van goede zorg te willen voldoen. Volgens de literatuur kan dit leiden tot ontmoediging, burn-out, compassiemoeheid, onverschilligheid en het op een afstandelijke niet-betrokken wijze van zorg verlenen (Maben, et al., 2007; Maben et al., 2012; Vanlaere & Burggraeve, 2018). Hoewel uit de data blijkt dat er een grote druk ligt op de verzorgenden en verpleegkundige en er ook een gevoel van ontmoediging werd waargenomen, kwam deze afstandelijke, niet betrokken wijze van zorg verlenen niet naar voren.

Paragraaf 4.3 liet zien dat in de praktijk van het onderzoek verschillende opvattingen bestaan over emoties en professionaliteit. De opvatting dat professionaliteit en emoties gescheiden moeten worden, lijkt hierin dominant. Dit is mogelijk gerelateerd aan de manier waarop er in de westerse maatschappij en in de gezondheidszorg gedacht wordt over emoties, namelijk dat men zich rationeel moet opstellen en dat emoties een belemmering zijn voor (morele) besluitvorming (Keinemans, 2014; Gillam et al., 2013). Het is opvallend dat zowel binnen de organisatie, als op websites van de beroepsvereniging of het kennisplein Zorg voor Beter, nauwelijks tot geen documenten te vinden zijn over emoties en de omgang met emoties. Dit zegt ook iets over de plek die emoties hebben binnen de gezondheidszorg. Dit kan de indruk wekken dat emoties niet belangrijk zijn of dat emoties ‘normaal’ zijn en bij het werk horen. De morele waarde van emoties (Engster, 2015; Nortvedt, 2007; Walker, 1998; Keinemans, 2014) lijkt in ieder geval niet te worden onderkend.

Uit de bevindingen kwam ook naar voren dat de verzorgenden en verpleegkundige ‘moeilijke emoties zoals irritatie en boosheid zo min mogelijk naar bewoners uiten. Volgens de verzorgenden en verpleegkundige had dit met name te maken met het feit dat de bewoners er niets aan kunnen doen of niet begrijpen wat er gezegd wordt. Uit een onderzoek van Sandvoll et al. (2015) naar ‘moeilijke’ emoties op een psychogeriatrische afdeling in Noorwegen, kwam naar voren dat het niet uiten van emoties naar bewoners te maken had met een sterk gevoel de bewoners te moeten helpen (Sandvoll et al., 2015). De verzorgenden en verpleegkundige van Pieter van Foreest leken het gedrag van bewoners en de daaraan gerelateerde emoties daarnaast ook ‘te ondergaan’. Dit kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Het zou geïnterpreteerd kunnen worden als gewenning: het is ‘normaal’ geworden. Hoe langer iemand als verzorgende of verpleegkundige in de psychogeriatrische zorg werkt, hoe meer iemand gewend raakt aan gedrag van bewoners. Het zou ook geduid kunnen worden als een vorm van transparantie zoals beschreven door Eva Feder Kittay (1999). De eisen van het geven van zorg vraagt volgens Kittay een zelf die zich schikt naar de wil van de ander: een ‘transparante zelf’. Hiermee bedoelt Kittay dat de zorgverlener zijn of haar eigen behoeften naar de achtergrond schuift of tussen haakjes plaatst, om zo aan de behoeften van de zorgvrager te voldoen (Kittay, 1999). Hoewel Kittay benoemt dat niemand volledig transparant kan zijn, is transparantie volgens haar wel een ideaal dat alle zorgverleners tijdens hun werk zouden moeten nastreven (Kittay, 1999). Deze transparantie lijkt ook naar voren te komen in de data van dit onderzoek. Tijdens hun werk proberen de verzorgenden en verpleegkundige hun eigen (‘moeilijke’) emoties en behoeften naar de achtergrond te plaatsen om zo aan de behoeften van de bewoners te kunnen voldoen.

Hoewel Kittay (1999) transparantie dus ziet als een ideaal dat door zorgverleners nagestreefd dient te worden, zijn er ook een aantal kanttekeningen bij te plaatsen. Transparantie kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat ‘moeilijke emoties’ door verzorgenden en verpleegkundigen onderdrukt worden. Dit kan extra druk voor hen betekenen, waardoor het risico op onder andere burn-out en ziekteverzuim vergroot wordt (Maben et al., 2007; Maben et al., 2012). Bovendien kan er pas gereflecteerd worden op emoties als ze erkend worden en er mogen zijn (Vanlaere & Burggraeve, 2018).

## **5.2 Emoties en morele ruimte**

In de probleemstelling kwam naar voren dat managers, bestuurders en behandelaren weinig aandacht besteden aan de psychische en ethische nood van verzorgenden (Blom & Blom, 2017). Uit de empirische data blijkt echter dat managers en behandelaren in de Kreek deze nood wel zien en proberen om hier meer aandacht aan te besteden zoals tijdens het omgangsoverleg of tijdens het teamoverleg. Ook komt naar voren dat de verzorgenden en verpleegkundige ruimte ervaren om emoties te uiten. De vraag is echter of dit morele ruimte is. Uit het empirisch onderzoek blijkt dat (‘moeilijke’) emoties door de verzorgenden en verpleegkundige als signaleringsinstrument gebruikt worden om organisatorische zaken aan het licht te brengen zoals de gevolgen van het personeelstekort en de werkdruk. Emoties, en ook ‘moeilijke’ emoties, zetten de verzorgenden en verpleegkundige tevens aan tot handelen en zorgen. Daarnaast wordt naar aanleiding van emoties of een emotionele ervaring van de verzorgenden en verpleegkundige, behoeften uitgedrukt en situaties van bewoners besproken. De morele betekenis van de emoties lijkt echter niet onderzocht te worden. Er wordt niet of nauwelijks gesproken over de onderliggende waarden van emoties. Zo kan niet goed duidelijk worden wat er precies op het spel staat (Keinemans, 2014). Bovendien lijkt het dat de betrokken partijen bij hun eigen professionele verantwoordelijkheid blijven en lijkt er geen sprake te zijn van een dialogische herverdeling van verantwoordelijkheden (Walker, 1998). Tijdens de overlegvormen waar emoties ter sprake komen, zijn verzorgenden, verpleegkundigen, behandelaren en de teammanager aanwezig. Bewoners, naasten en de locatiemanager nemen geen deel aan deze vormen van overleg, terwijl binnen een morele ruimte juist de stemmen van alle betrokken partijen gehoord moeten worden (Tronto, 2010; Walker, 1998).

Hoewel er in De Kreek dus nog geen sprake lijkt te zijn van een morele ruimte of morele ruimtes, lijken er wel een aantal potentiële morele ruimtes (Hamric & Wocial) aanwezig zijn zoals het teamoverleg, het omgangsoverleg, het multidisciplinair overleg, de

overdracht van diensten en het koffiemoment tijdens de nachtdienst. Er zijn echter een aantal factoren waardoor het creëren van morele ruimte belemmerd kan worden. De druk om aan alle normen van goede zorg te voldoen, kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat de verzorgenden en verpleegkundige geen tijd en ruimte ervaren voor overleg. Daarnaast wordt overleg minder belangrijk gevonden dan het voldoen aan normen van goede zorg zoals aandacht voor de bewoners of het afwerken van to-do-lijsten om aan de kwaliteitseisen te voldoen. Bovendien is de werkdruk op dit moment extra hoog door het personeelstekort en het ziekteverzuim. Uit de literatuur blijkt echter dat het dan juist van belang is om even te pauzeren en na te denken over het handelen (Hamric & Wocial, 2016).

### **5.3 Morele ruimte(s) in de zorgpraktijk**

Ondanks de belemmeringen die benoemd zijn in paragraaf 5.2, is het noodzakelijk om binnen een zorgorganisatie als Pieter van Foreest morele ruimte te creëren (Baur, et al., 2017; Kohlen, 2018; Tronto, 2010; Walker, 1993). Vanwege de complexiteit en de grootte van een zorgorganisatie zou morele ruimte op verschillende niveaus gecreëerd kunnen worden.

#### **5.3.1 Afdelingsniveau**

Op de afdeling zou een tijd en plaats afgesproken moeten worden voor ethische reflectie waaraan tenminste de zorgmedewerkers, de bewoners, de teammanager, de behandelaren en de naasten van bewoners deelnemen. Dit kan bijvoorbeeld door moreel beraad. Dit is een methodisch gesprek waarin deelnemers onder leiding van een opgeleide gespreksleider in dialoog gaan naar aanleiding van een concrete casus of ervaring uit de praktijk (Molewijk, 2014). Vanwege de beperkte tijd die de verzorgenden en verpleegkundigen ervaren, zouden ook de potentiële morele ruimtes omgevormd kunnen worden tot morele ruimtes waarin ethische reflectie plaatsvindt. Tijdens de ethische reflectie kunnen waarden, behoeften en verantwoordelijkheden verhelderd worden, zodat er een interactief, reflectief proces kan ontstaan. Emoties kunnen door de deelnemers gebruikt worden om waarden, behoeften en verantwoordelijkheden onder woorden te brengen. Omdat bewoners van een psychogeriatrische afdeling vanwege hun cognitieve beperkingen en mogelijk verbale beperkingen niet mee kunnen doen, zouden er andere manieren bedacht moeten worden om hun stem toch mee te nemen. Eventueel kunnen naasten of contactverzorgenden die de bewoner goed kennen, de behoeften van de bewoner verwoorden. Ook door middel van

*dementia care mapping*<sup>8</sup> zouden de behoeften van de bewoners geïnventariseerd en meegenomen kunnen worden tijdens het gesprek. Na het uitwisselen van waarden, behoeften en verantwoordelijkheden, zou een herverdeling van verantwoordelijkheden kunnen plaatsvinden. Hierbij zou buiten de huidige kaders professionele verantwoordelijkheden gekeken kunnen worden, zoals het inzetten van behandelaren in de ochtendzorg of bij andere taken op de afdeling.

### **5.3.2 Aandachtspunten**

Bij het creëren van morele ruimte is het van belang om met een aantal aandachtspunten rekening te houden. Het is ten eerste belangrijk dat de ethische reflectie zich niet uitsluitend richt op het primaire proces van zorgverlening, maar zich verbreedt tot het reflecteren op de organisatorische, sociale en culturele context waarin het zorgproces zich afspeelt (Verkerk, 2005). Uit zowel de empirie als de theorie is namelijk gebleken dat dit veel invloed heeft op het zorgproces.

Het is ten tweede van belang dat een aantal medewerkers wordt opgeleid tot gespreksleider, bijvoorbeeld tot gespreksleider moreel beraad. Er is een goede gespreksleider nodig die zorgvuldig en respectvol omgaat met het bespreken van emoties en kwetsbaarheid van de deelnemers en die alert is op relationele dynamieken (Kleinklugtenbelt et al., 2014; Weidema, Van Wijk & Molewijk, 2014). Wanneer emoties van deelnemers ten opzichte van elkaar het dialoog of de ethische reflectie hinderen, door bijvoorbeeld onderlinge irritaties of wrijvingen, kan een metagesprek nodig zijn om deze irritaties en wrijvingen weg te nemen (Kleinklugtenbelt et al., 2014). Om dit metagesprek op de juiste manier te begeleiden, is ook een goede gespreksleider nodig.

Ten derde is het verstandig om ook bijeenkomsten te organiseren met alleen de verzorgenden, de verpleegkundige, de teammanager en de psycholoog, omdat het delen van emoties van mensen vraagt om zich kwetsbaar op te stellen en de aanwezigheid van bewoners of naasten gepaard gaan met tegenzin, kwetsbaarheid en angst bij zorgverleners (Weidema, et al., 2014),

Als laatste is het belangrijk om niet alle verbale methoden te gebruiken. Om mensen die talig minder sterk zijn een stem te geven en om tot andere vormen van kennis te komen,

---

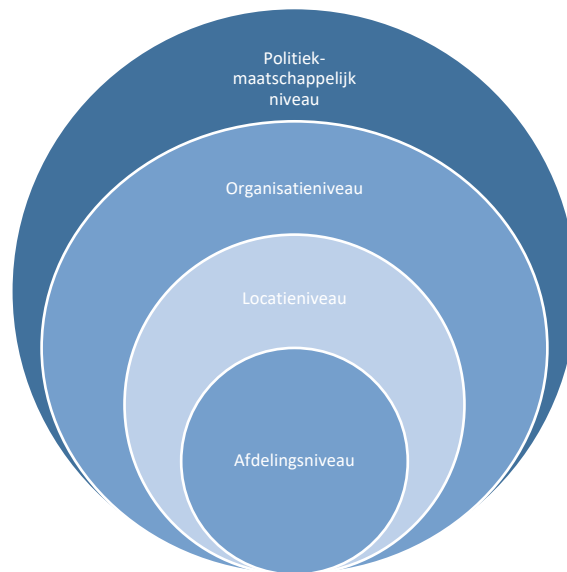
<sup>8</sup> *Dementia care mapping* (DCM) is een gestructureerde observatiemethode waarmee het welbevinden van mensen met dementie in kaart wordt gebracht. Binnen Pieter van Foreest wordt DCM gebruikt om persoons gericht werken te waarborgen (Pieter van Foreest, 20

zouden ook lichamelijke werkvormen of kunstvormen gebruikt kunnen worden (Baur et al., 2017). Te denken valt aan de zorgethische gespreksmethode van Van Dartel (2014) die gebaseerd is op het gedachtegoed van Walker (1998). In die methode wordt gebruikgemaakt van een lichamelijke werkvorm die verwant is aan de familieopstelling uit de systeemtherapie gebruikt. Door middel van deze lichamelijke werkvorm kunnen een morele kwestie en de verantwoordelijkheidspatronen in een zorgpraktijk voelbaar en zichtbaar worden (Tops, 2017; Van Dartel, 2017).

### **5.3.3 Locatieniveau, organisatieniveau en politiek-maatschappelijk niveau**

Naast morele ruimte op afdelingsniveau, zou ook morele ruimte op locatieniveau en organisatieniveau gecreëerd moeten worden. Daarnaast zouden alle medewerkers van een zorginstelling de kans moeten krijgen om hun stem te laten horen en niet alleen de directbetrokkenen van een zorgpraktijk. Er zouden maandelijkse groepsbijeenkomsten georganiseerd kunnen worden zoals *Schwartz Rounds*, waarin medewerkers emotionele en ethische uitdagingen bespreken in een veilige omgeving (Maben et al., 2018). Ook een gezamenlijk kunstproject op de locatie zou een laagdrempelige manier kunnen zijn om in gesprek te gaan over behoeften en waarden. Een voorbeeld hiervan is ‘De Reis van de Bieslandhof’, een kunstproject dat plaatsvond op een andere locatie binnen Pieter van Foreest. Ongeveer twee jaar lang hebben bewoners, naasten, medewerkers en vrijwilligers geschilderd. Door met elkaar te schilderen ontstond er interactie en kwam er naar boven wat voor diegenen belangrijk is om fijn te kunnen wonen of werken (Pieter van Foreest, 2019).

Tot slot zou ook op politiek-maatschappelijk niveau morele ruimte gecreëerd moeten worden, zeker gezien het huidige debat over de kwaliteit van zorg en het personeelstekort zoals beschreven in de probleemstelling. De waarden en behoeften van mensen uit de praktijk zouden op dit niveau besproken moeten worden, zodat beleid hierop kan aansluiten en er zo nodig een herverdeling van verantwoordelijkheden kan plaatsvinden.



Figuur 4 Verschillende niveaus morele ruimte

## 5.4 Conclusie

In dit hoofdstuk is getracht een antwoord te vinden op de deelvraag: Wat kan de dialectische verbinding tussen theoretische en empirische bevindingen bijdragen aan een zorgethisch perspectief op de samenhang tussen morele ruimte en emoties?

De verzorgenden en verpleegkundige ervaren verschillende ('moeilijke') emoties die veroorzaakt worden door verschillende factoren. Deze emoties komen overeen met emoties die in eerdere studies zijn gevonden. In zowel de theorie als de empirie komen institutionele sturingen naar voren die het uiten van 'moeilijke' emoties kunnen beïnvloeden. Een belangrijke bevinding uit de empirie is dat de verzorgenden en de verpleegkundige 'moeilijke' emoties zo min mogelijk naar bewoners uiten. Door middel van het concept 'transparantie' kwam naar voren dat de verzorgenden en verpleegkundige mogelijk proberen hun eigen ('moeilijke') emoties en behoeften naar de achtergrond te verplaatsen, om zo aan de behoeften van de bewoners te kunnen voldoen. Dit kan extra druk voor de verzorgenden en verpleegkundige opleveren en reflectie belemmeren.

Binnen zorgorganisaties zijn morele ruimtes nodig op afdelingsniveau, locatieniveau en organisatieniveau, waar ethische reflectie kan plaatsvinden. Alhoewel emoties binnen de deze zorgpraktijk als signaleringsinstrument gebruikt worden, lijkt de morele waarde van emoties nu nog niet te worden onderkend. Het is van belang dat binnen de morele ruimtes aandacht is voor emoties en voor de organisatorische, sociale en culturele context die het uiten van emoties, maar ook de zorgpraktijk kan beïnvloeden. Emoties zouden binnen de

morele ruimte gebruikt kunnen worden om waarden, behoeften of verantwoordelijkheden te verduidelijken. Zo kan er een interactief, reflectief proces ontstaan en een herverdeling van verantwoordelijkheden plaatsvinden. Het is daarbij van belang om niet alleen verbale methoden te gebruiken, maar ook lichamelijke methoden of kunstvormen om zo tot andere kennis te komen en mensen met minder verbale mogelijkheden een stem te geven.

Tot slot zou ook op politiek-maatschappelijk niveau morele ruimte gecreëerd moeten worden, zodat stemmen uit de praktijk gehoord worden, beleid hierop kan aansluiten en er zo nodig een herverdeling van verantwoordelijkheden kan plaatsvinden.



## **6. Conclusie en aanbevelingen**

Het onderwerp van deze thesis is ontstaan vanuit een persoonlijk *concern*: hoe zit het met de aandacht voor de emotionele kwetsbaarheid van verzorgenden en verpleegkundigen als binnen de verpleeghuiszorg en de organisatie waar ik werk, de aandacht vooral uitgaat naar het welzijn en de kwaliteit van leven van bewoners en cliënten? Deze bezorgdheid was voor mij aanleiding om onderzoek te doen naar ‘moeilijke’ emoties van verzorgenden en verpleegkundigen.

De doelstelling van dit onderzoek is om de hoofdvraag te beantwoorden en zo bij te dragen aan goede zorg voor deze beroepsgroepen en goede zorg voor zorgontvangers en een bijdrage te leveren aan het kennisgebied van de zorgethiek en het debat over de plek van emoties in de zorg.

Er is getracht om de hoofdvraag en de bijbehorende deelvragen zo zorgvuldig mogelijk te beantwoorden. Aan de hand van interviews, observaties en het bestuderen van documenten heb ik geprobeerd de ‘moeilijke’ emoties van verzorgenden en verpleegkundigen en de institutionele sturing op het uiten van deze emoties in kaart te brengen. Vervolgens zijn de empirische bevindingen in dialoog gebracht met (zorgethische) literatuur.

In hoofdstuk 2, 4, en 5 is antwoord gegeven op de deelvragen van dit onderzoek. Samen vormen zij de hoofdvraag: Hoe ervaren verzorgenden en verpleegkundigen van Pieter van Foreest het uiten van ‘moeilijke’ emoties binnen de institutionele context en wat kan de dialectische verbinding tussen deze inzichten en (zorgethische) theorie bijdragen aan een zorgethisch perspectief op de samenhang tussen morele ruimte en emoties?

In paragraaf 6.1 zal aan de hand van deelvragen een antwoord op de hoofdvraag worden geformuleerd. Tot slot worden in paragraaf 6.2 en 6.3 een aantal aanbevelingen voor de praktijk en voor vervolgonderzoek gedaan.

### **6.1 Beantwoording van de hoofdvraag**

In hoofdstuk 2 is gebleken dat binnen de theorie verschillende ideeën bestaan over de waarde van emoties binnen onze maatschappij en de gezondheidszorg. Enerzijds worden emoties gezien als subjectief, irrationeel en als belemmering voor morele besluitvorming, anderzijds worden emoties juist gezien als een bron voor morele kennis en goede zorg. Er is daarnaast gebleken dat een zorginstelling vanwege de complexiteit en de verschillende waarden, behoeften en verplichtingen van verschillende partijen, een morele ruimte nodig heeft voor ethische reflectie, die zich niet alleen richt op het primaire zorgproces maar ook op de organisatorische, sociale en culturele context. Door het bespreken van emoties binnen de

morele ruimte, kunnen waarden, behoeften en verantwoordelijkheden beter uitgedrukt worden en kan een herverdeling van verantwoordelijkheden plaatsvinden

In hoofdstuk 4 zijn de bevindingen uit het empirisch onderzoek gepresenteerd. Hier is gebleken dat de verzorgenden en verpleegkundige van Pieter van Foreest tijdens hun werk verschillende ‘moeilijke’ emoties ervaren. Deze emoties zijn gerelateerd aan de omgang met bewoners, de omgang met naasten, de omgang met collega’s, organisatorische factoren en een combinatie van deze factoren. Er kwam naar voren dat emoties relationeel zijn; de emoties van de verzorgenden en verpleegkundige staan in verbinding met de emoties van bewoners, naasten van bewoners en collega’s. Emoties worden op verschillende manieren geuit maar blijven ook nog regelmatig verborgen en worden zo min mogelijk aan bewoners geuit. Binnen de institutionele context van Pieter van Foreest zijn verschillende sturingen die het uiten van emoties kunnen beïnvloeden: opvattingen over professionaliteit, organisatie- en werkstructuren, cultuur en normen van goede zorg.

In hoofdstuk 5 zijn de theoretische bevindingen in dialoog gebracht met de empirische bevindingen. Zowel in de theorie als in de empirie komt naar voren dat zorgverleners verschillende (‘moeilijke’) emoties ervaren en dat institutionele sturingen van invloed zijn op het uiten van ‘moeilijke emoties’. Een belangrijke bevinding is dat de verzorgenden en verpleegkundige ‘moeilijke’ emoties zo min mogelijk aan bewoners uiten. De verzorgenden en verpleegkundige proberen ‘transparant te zijn en hun eigen behoeften naar de achtergrond verplaatsen, om zo aan de behoeften van de bewoners te kunnen voldoen. Zo worden ‘moeilijke’ emoties onderdrukt, met als gevolg dat de druk op de verzorgenden en verpleegkundige kan toenemen.

Een andere belangrijke bevinding is dat Pieter van Foreest nog geen morele ruimte heeft. Alhoewel emoties binnen de zorgpraktijk als signaleringsinstrument gebruikt worden, aanzetten tot handelen en zorgen en besproken worden tijdens overlegmomenten, worden emoties nog niet onderzocht op hun morele betekenis. Daarnaast worden tijdens overlegmomenten geen waarden, behoeften en verantwoordelijkheden verduidelijkt. Het is daarom van belang dat er op afdelingsniveau, locatieniveau en organisatieniveau morele ruimtes worden geopend waar ethische reflectie plaatsvindt en waar aandacht is voor emoties en de organisatorische, sociale en culturele context. Emoties zouden binnen de morele ruimte gebruikt kunnen worden om waarden, behoeften of verantwoordelijkheden te verduidelijken. Zo kan er een interactief, reflectief proces ontstaan en een herverdeling van verantwoordelijkheden plaatsvinden. Daarbij zouden ook lichamelijke werkvormen of verschillende vormen van kunst gebruikt kunnen worden, om zo tot andere vormen van

kennis te komen. Tot slot zou morele ruimte zich niet moeten beperken tot afdelings- locatie- en organisatieniveau, maar zou morele ruimte ook op politiek-maatschappelijk niveau gecreëerd moeten worden. De waarden en behoeften van mensen uit de praktijk zouden op dit niveau besproken moeten worden, zodat beleid hierop kan aansluiten en er zo nodig een herverdeling van verantwoordelijkheden kan plaatsvinden.

## **6.2 Aanbevelingen**

In deze paragraaf worden eerst een aantal aanbevelingen voor de praktijk gedaan en vervolgens een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

### **6.2.1 Aanbevelingen voor de praktijk**

Binnen Pieter van Foreest zouden morele ruimtes gecreëerd moeten worden op afdelingsniveau, locatieniveau en organisatieniveau. Op afdelingsniveau zouden verbale of lichamelijke methoden van moreel beraad gebruikt kunnen worden en op locatieniveau en organisatieniveau zouden groepsbijeenkomsten zoals *Schwartz Rounds* gepland kunnen worden.

Het is van belang om alle betrokkenen binnen een zorgpraktijk een stem te geven in morele ruimte, dus ook bewoners en naasten van bewoners. Eventueel kunnen naasten of contactverzorgenden de behoeften van bewoners verwoorden, mochten zij dit niet zelf kunnen. Ook door middel van *dementia care mapping* zouden de behoeften van de bewoners geïnventariseerd en meegenomen kunnen worden tijdens het gesprek. Een kunstproject, zoals ‘De reis van de Bieslandhof’, kan een laagdrempelige manier zijn om morele ruimte binnen een locatie te openen en in gesprek te gaan over waarden en behoeften.

Tot slot is het van belang om als organisatie een visie te ontwikkelen op emoties en professionaliteit en de omgang met emoties binnen de zorgpraktijk. In deze visie zou ook de morele waarde van emoties naar voren moeten komen. Binnen morele ruimte zou bovendien expliciet aandacht moeten zijn voor de morele waarde van emoties en de omgang met emoties binnen de zorgpraktijk.

### **6.2.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

Dit onderzoek vond plaats op een psychogeriatrische afdeling waar mensen met dementie wonen. Onderzoek naar emoties van verzorgenden en verpleegkundigen op een somatische afdeling (een afdeling waar mensen met een lichamelijke beperking wonen) zou mogelijk andere resultaten kunnen opleveren omdat deze bewoners geen ernstige cognitieve problemen

of gedragsproblemen hebben. Daarnaast zou een vervolgonderzoek ook de ervaringen van helpenden in kaart kunnen brengen. Helpenden zijn niet meegenomen in dit onderzoek, terwijl zij volgens Van Heijst (2008) net als verzorgenden, vaak buiten de erkenningsboot vallen en mogelijk dezelfde emoties ervaren als verzorgenden.

Vanwege de beperkte tijd van dit masterthesis traject is in dit onderzoek niet gekozen voor responsieve evaluatie. Deze vorm van onderzoek zou echter wel geschikt zijn om dit onderwerp verder te onderzoeken. Responsieve evaluatie is een proces waarin de onderzoeker verschillende, soms kwetsbare, stemmen betreft met als doel een dialoog te creëren tussen verschillende partijen met verschillende perspectieven (Guba & Lincoln 1989 in Visse, Abma & Widdershoven, 2012). Het doel van responsieve evaluatie is ruimte geven aan verschillende, soms, kwetsbare stemmen en een dialoog op gang brengen waarin toegewerkt wordt naar een gedeeld beeld van de situatie (*'mutual understanding'*) (Abma, Molewijk & Widdershoven, 2009). Binnen responsieve evaluatie is er specifiek aandacht voor machtsverschillen binnen een organisatorische context (Abma et al., 2009).

## 7. Kwaliteit van het onderzoek

Om de wetenschappelijke kwaliteit van dit onderzoek te waarborgen, is tijdens dit onderzoek rekening gehouden met drie kwaliteitscriteria voor kwalitatief onderzoek, namelijk geloofwaardigheid, overdraagbaarheid en betrouwbaarheid (Cresswell, 2013; Visse, 2012). In paragraaf 7.1 tot en met 7.3 zal beschreven worden op welke manier rekening is gehouden met de criteria en in paragraaf 7.4 zullen de beperkingen en belemmeringen beschreven worden.

### 7.1 Geloofwaardigheid

Om de geloofwaardigheid van dit onderzoek te waarborgen, is op verschillende manieren data verzameld: door middel van interviews, observaties en het analyseren van documenten. Daarnaast zijn perspectieven van verschillende participanten meegenomen in het onderzoek. Een andere manier om geloofwaardigheid te waarborgen, is reflexiviteit. Dit houdt in dat de onderzoeker zich bewust is van zijn vooronderstellingen, waarden en ervaringen die invloed kunnen hebben op het onderzoek (Cresswell, 2013). Het is van belang om je ervan bewust te zijn dat je als onderzoeker altijd bepaalde vooronderstellingen over het te bestuderen fenomeen hebt door bepaalde ervaringen of verworven kennis (Van Wijngaarden, Van der Meide & Dahlberg, 2017). *“Rather than apologizing for our subjectivity or simply stating our “biases” we should instead carefully consider how ourselves and our experiences influence our research processes”* (Ellingson, 1998; Ellis, 2004 in Ellingson, 2006).

Omdat ik op dit moment werkzaam ben binnen de organisatie en circa vijf jaar geleden ook werkzaam was op de locatie van het onderzoek, heb ik bepaalde vooronderstellingen. Om mijzelf bewust te maken van deze vooronderstellingen, heb ik, voordat ik begon met het verzamelen van de data, de vooronderstellingen opgeschreven in een reflectief dagboek. In dit dagboek heb ik ook gereflecteerd op mijn ervaringen tijdens het onderzoek. Daarnaast heeft feedback van de thesisbegeleider en van medestudenten ertoe geleid dat ik mij bewust ben geworden van bepaalde vooronderstellingen.

In het kader van reflexiviteit is het als onderzoeker belangrijk om je bewust te zijn van je eigen lichamelijkeheid tijdens het onderzoek omdat dit invloed kan hebben op de resultaten (Ellingson, 2006). Tijdens het verzamelen van de data was ik mij niet direct bewust van de invloed van mijn lichamelijkeheid op het onderzoek. Hier ben ik mij pas later, na een college over lichamelijkeheid, bewust van geworden. Tijdens het schrijven van de *thick descriptions* heb ik bijvoorbeeld gebruikgemaakt van kennis die ik via mijn lichaam heb opgedaan. Dit heb

ik geprobeerd te verwerken in *thick descriptions*. Door niet alleen zichtbare bevindingen te beschrijven, maar bijvoorbeeld ook de temperatuur, de geur en de lichamelijke ervaring van de onderzoeker te verwerken, kunnen inzichten opgedaan worden over de organisatorische context waarin patiënten zorg krijgen (Ellingson, 2006).

Tot slot is zowel in de probleemstelling als het theoretisch kader en de zorgethische discussie getracht met de theorie en/of empirie mee te denken, maar er is ook juist op zoek gegaan naar kritische kanttekeningen en andere mogelijke interpretaties. Binnen de master Zorgethiek en Beleid wordt dit ook wel ‘tegedenken’ genoemd. Dit kan de geloofwaardigheid van het onderzoek versterken.

## **7.2 Overdraagbaarheid**

Overdraagbaarheid betreft de mate waarin resultaten overdraagbaar zijn of te generaliseren zijn naar een andere context (Visse, 2012). In hoofdstuk 4 is getracht, ook met behulp van lichamelijke kennis, de bevindingen zo nauwkeurig en zo rijk mogelijk te beschrijven. Op deze manier zouden managers en zorgverleners binnen de organisatie, die niet geïnterviewd zijn, of managers en zorgverleners werkzaam in soortgelijke zorginstellingen, zich kunnen herkennen in de ervaringen van de respondenten van dit onderzoek. Echter, het is uiteindelijk aan de lezer van deze thesis om de overdraagbaarheid van de resultaten van dit onderzoek naar zijn of haar context te bepalen.

## **7.3 Betrouwbaarheid**

In het kader van betrouwbaarheid is de navolgbaarheid van het onderzoeksproces van belang (Visse, 2012). Om deze navolgbaarheid te waarborgen heb ik geprobeerd om de genomen stappen nauwkeurig te beschrijven in het methodehoofdstuk. Daarnaast zijn er memo's bij de getranscribeerde teksten en *thick descriptions* gezet en zijn er schema's en diagrammen gemaakt om de denkstappen inzichtelijk te maken.

Daarnaast kan *peer review* hebben bijgedragen aan de betrouwbaarheid van het onderzoek. In dit onderzoek is de externe controle uitgevoerd door de thesisbegeleider en medestudenten.

De literatuur die is gebruikt voor dit onderzoek, is zorgvuldig geselecteerd op basis van relevantie voor en aansluiting met de probleemstelling, vraagstelling en doelstellingen van dit onderzoek. Naast zorgethische bronnen, is gebruikgemaakt van bronnen uit verschillende vakgebieden zoals sociologie, gezondheidszorg en verpleegkunde. Om de betrouwbaarheid te waarborgen, is getracht zo nauwkeurig mogelijk te verwijzen naar deze

bronnen. Daarnaast is in paragraaf 3.1 beschreven op welke manier naar literatuur is gezocht en welke zoekstrategie is gebruikt.

#### **7.4 Beperkingen en belemmeringen**

Om de geloofwaardigheid en betrouwbaarheid te vergroten, kunnen *member checks* gedaan worden. Bij *member checks* worden een aantal fragmenten uit het materiaal door de participanten gelezen en wordt nagegaan of zij zich herkennen in het gereconstrueerde beeld van hun leefwereld (Van Dalen, 2014). Het is vanwege de beperkte tijd niet gelukt om deze *member checks* uit te voeren. Dit kan geloofwaardigheid en de betrouwbaarheid van het onderzoek beïnvloeden maar brengt ook een ethisch dilemma met zich mee. De deelnemers hebben namelijk niet de mogelijkheid gehad om op de resultaten te kunnen reageren of om aan te geven of zij zich verkeerd voelen neergezet. Deze masterthesis wordt daarom na afloop verstuurd naar alle respondenten en er kan, mocht daar behoefte aan zijn, een nagesprek plaatsvinden om de resultaten en de eventuele impact van het onderzoek te bespreken.

Een andere beperking is de onervarenheid met het afnemen van interviews. Dit heeft ertoe geleid dat er soms gesloten vragen gesteld werden en te snel geïnterpreteerd werd. Dit kan belemmerend zijn geweest voor de kwaliteit van de verzamelde data. Daarnaast kunnen bepaalde vaardigheden die ik heb als logopedist een belemmering zijn tijdens kwalitatief onderzoek. Vanuit mijn rol als logopedist ben ik gewend om met een *recording eye* te kijken naar symptomen en om diagnoses te stellen; hierdoor kan een ervaring van iemand gereduceerd worden (Martinsen, 2007). Ik ben mij hiervan bewust en heb daarom geprobeerd tijdens het verzamelen van de data, maar ook tijdens analyseren, met een zo open mogelijke blik (*receiving eye*) te kijken. Hoewel mijn ervaring met de organisatie en de locatie mij heeft geholpen een vertrouwensband te creëren met de respondenten, kan het ook een sturende invloed hebben gehad tijdens het afnemen van de interviews en tijdens het analyseren van de data. Daarnaast kan mijn aanwezigheid op de afdeling ervoor hebben gezorgd dat de verzorgenden en verpleegkundige zich anders hebben gedragen dan normaal. Ook kunnen zij beïnvloed zijn door het feit dat ik ook werkzaam ben voor de organisatie, een rol als behandelaar heb en de teammanager ken. Dit heeft invloed op de betrouwbaarheid van de resultaten.

## Literatuur

Abma, T., Molewijk, B. & Widdershoven, G. (2009). Good Care in Ongoing Dialogue. Improving the Quality of Care Through Moral Deliberation and Responsive Evaluation. *Health Care Analysis*, 17(3), 217-235.

Actiz. (2016). De cliënt centraal. Geraadpleegd op 15 februari 2019, van <https://www.actiz.nl/nieuws/web/ouderenzorg/open/2016/02/de-client-centraal-mensenrechten-in-verpleeghuizen-college-rechten-van-de-mens>

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. *Medical Health Care and Philos*, 20(4), 483-493. DOI: 10.1007/s11019-017-9770-5

Beverdam, A. & Beverdam, L. (2016) Beroepscompetentieprofiel Verzorgende IG in de branche VVT. Den Haag: Stichting Arbeidsmarkt- en Opleidingsbeleid Verpleeg-Verzorgingshuizen en Thuiszorg.

Beverdam, A. & Beverdam, L. (2016) Beroepscompetentieprofiel Mbo-verpleegkundige in de branche VVT. Den Haag: Stichting Arbeidsmarkt- en Opleidingsbeleid Verpleeg-Verzorgingshuizen en Thuiszorg.

Blom, D. & Blom, S. (2017, 17 oktober). Debat gaat voorbij aan emoties verzorgende. *Trouw*. Geraadpleegd op <https://www.trouw.nl/opinie/het-debat-over-verpleeghuizen-gaat-voorbij-aan-de-emoties-van-de-verzorgende~a6cabbef/>

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.

Bowen, G. A. (2006). Grounded theory and sensitizing concepts. *International journal of qualitative methods*, 5(3), 12-23.

Campbell, M. (1998). Institutional Ethnography and Experience as Data. *Qualitative sociology*, 21(1), 55-73.



- Creswell, J. (2013). *Qualitative Inquiry and research design: Choosing Among Five Approaches* (3<sup>e</sup> ed.). Los Angeles: SAGE Publications
- Devault, M. (2006). Introduction: What is Institutional Ethnography? *Social Problems*, 53(3), pp. 294-298. DOI: 10.1525/sp.2006.53.3.294
- Dierckx de Casterlé, B., Verhaeghe, S., Kars, M., Coolbrandt, A., Stevens, M., Stubbe, M., Deweirdt, N., Vincke, J., & Grypdonck, M. (2011) Researching lived experience in health care: Significance for care ethics. *Nursing ethics*, 18(2), 232-242.
- Ellingson, L. (2006). Embodied knowledge: writing researchers' bodies into qualitative health research. *Qualitative Health Research*, 16(2),298–310.
- Engster, D. (2015). Care in the state of nature. The biological and evolutionary roots of the disposition to care in human beings. In Engster, D. & Hamington, M. (eds.), *Care ethics and political theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Engster, D., & Hamington, M. (Eds.). (2015). *Care ethics and political theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Franzosa, E., Tsui, E., Baron, S. (2018). “Who’s Caring for Us?”: Understanding and Addressing the Effects of Emotional Labor on Home Health Aides’ Well-being, *The Gerontologist*. Advance online publication. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gny099>
- Gallego-Alberto, L., Losada, A., Vara, C., Olazarán, J., Muñoz, R., & Pillemer, K. (2018) Psychosocial Predictors of Anxiety in Nursing Home Staff. *Clinical Gerontologist*, 41(4), 282-292.
- Gillam, L., Delany, C., Guillemin, M. & Warmington, S. (2013). The role of emotions in health professional ethics teaching. *Journal of Medical Ethics*, 40(5), 331-335.
- Hamric, A. & Wocial, L. (2016). Institutional Ethics Resources: Creating Moral Spaces. *Hastings Center Report*, 46(1), 22-27.

Hornung, S., Lampert, B., Weigl, M. & Glaser, J. (2018). Modeling Self-determination in Emotional Labor: Stressful Patient Interactions, Emotion Regulation, and Burnout in Geriatric Nursing. In: Duffy, V. & Lightner, N. (eds) *Advances in Human Factors and Ergonomics in Healthcare and Medical Devices. AHFE 2017. Advances in Intelligent Systems and Computing*, 590, 180-192.

Duffy, V. & Lightner, N. (Eds.). (2018). *Advances in Human Factors and Ergonomics in Healthcare and Medical Devices. AHFE 2017. Advances in Intelligent Systems and Computing*, 590, 180-192.

Johnson, C. & Parry, C. (2015). *Fostering social justice through qualitative inquiry. A methodological guide*. California, USA: Left Coast Press.

Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A. & Sundin, K. (2007). Perceptions of conscience in relation to stress of conscience. *Nursing Ethics*, 14, 329-343.

Juthberg, C., Eriksson, S., Norberg, A. & Sundin, K. (2008). Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1897-1906.

Kanne, M. & Grootenk, E. (red). (2014). *Moresprudentie in de praktijk*. Delft, Academische uitgeverij Eburon.

Keinemans, S. (2014). Emotionele beroering en moraal. In Kanne, M. & Grootenk, E. (red), *Moresprudentie in de praktijk*. Delft, Academische uitgeverij Eburon.

Keinemans, S. (2014). Be sensible: Emotions in Social Work Ethics and Education. *British Journal of Social Work*, 45(7), 2176-2191.

King, D. (2012). It's frustrating! Managing emotional dissonance in aged care work. *Australian Journal of Social Issues*, 47(1), 51-70.

Kittay, E. F. (1999). *Love's labor: Essays on women, equality and dependency*. New York: Routledge.

Kleinlugtenbelt, D., Molewijk, B. & Widdershoven, G. (2014) De rol van emoties in moreel beraad. Theorie, praktijk en methodiek. In Van Dartel, H. & Molewijk, B. (red.). (2014). *In gesprek blijven over goede zorg: overlegmethoden voor moreel beraad* (pp. 187-197). Amsterdam: Boom.

Kohlen H. (2018) Caring About Care in the Hospital Arena and Nurses' Voices in Hospital Ethics Committees: Three Decades of Experiences. In Krause F. & Boldt J. (red.). (2018). *Care in Healthcare*. Palgrave Macmillan, Cham

Kolen, M., Timmerman, G., & Vosman, F. (2015). Onder het oppervlak van alledaagse zorg. Over de ontwikkeling van een onderwaterscherm, een instrument dat institutionele invloeden op de alledaagse zorgrelatie identificeert. *Kwalon*, 2 (20), 38-46.

Leget, C., Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing ethics*. doi: 10.1177/0969733017707008

Lenselink, M. & Pols, J. (2019) Goede zorg is meer dan veilige zorg alleen. *Sociale Vraagstukken*. Geraadpleegd via <https://www.socialevraagstukken.nl/goede-zorg-is-meer-dan-veilige-zorg-alleen>

Lindebaum, D., Geddes, D. & Gabriel, Y. (2017). Moral Emotions and Ethics in Organisations: Introduction tot the special issue. *Journal of Business Ethics*, 141(4), 645-656.

Lundin, R., Bashir, K., Bullock, A., Kostov, C., Mattick, K., Rees, C., & Monrouxe, L. V. (2017). "I'd been like freaking out the whole night": exploring emotion regulation based on junior doctors' narratives. *Advances in health sciences education: theory and practice*, 23(1), 7-28.

Maben, J., Latter S., & Macleod Clark J. (2007) The challenges of maintaining ideals and standards in professional practice: evidence from a longitudinal qualitative study. *Nursing Inquiry*, 14, 99–113.

Maben, J., Taylor, C., Dawson, J., Leamy, M., McCarthy, I., Reynolds, E., Ross, S., Shuldham, C., Bennet, L. & Foot, C. (2018). A realist informed mixed-methods evaluation of Schwartz Center Rounds in England. *Health Services and Delivery Research*, 6(37), 2050-4349.

- Maben, J., Adams, M., Peccei, R., Murrells, T., & Robert, G. (2012) ‘Poppets and parcels’: the links between staff experience of work and acutely ill older peoples’ experience of hospital care. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 83–94.
- Martinsen, K. (2006). Care & vulnerability. Oslo: Akribe, 71-118.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2017). *Arbeidsmarktagenda 2023. Aan het werk voor ouderen!* Geraadpleegd van [www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/07/12/arbeidsmarktagenda-2023](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/07/12/arbeidsmarktagenda-2023)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). *Actieprogramma werken in de zorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport.
- Molewijk, B., Kleinklugtenbelt, D. & Widdershoven, G. (2011). The role of emotions in moral case deliberation: Theory, practice and methodology. *Bioethics*, 25(7), 383-93.
- Mostert, H. (2016). *Goed in gesprek; Communiceren in de langdurige zorg*. Utrecht: Vilans.
- Nortvedt, P. (2007). Sensibility and clinical understanding. *Medicine, health care and philosophy*, 11, 209–219.
- Pizarro, D. (2000). Nothing more than feelings? The role of emotions in moral Judgments. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. 30(4), 355-75.
- Pulcini, E. (2016). What Emotions motivate care? *Emotions Review*. 9(1), 64-71.
- Riley, R. & Weiss, M. (2016). A qualitative thematic review: emotional labour in healthcare settings. *Journal of advanced nursing*, 72(1), 6-17.
- Sandvoll, A., Grov, E., Kristoffersen, K., & Hauge, S. (2015). When care situations evoke difficult emotions in nursing staff members: an ethnographic study in two Norwegian nursing homes. *BMC Nursing*. DOI 10.1186/s12912-015-0093-7
- Stenbock-Hult, B., & Sarvimäki, A. (2011). The meaning of vulnerability to nurses caring for older people. *Nursing Ethics*, 18(1), 31–41.

Theodosius, C. (2008). *Emotional labour in health care: the unmanaged heart of nursing*. New York: Routledge.

Tonkens, E. (2008). Marktwerking in de publieke sector: duur, bureaucratisch en demotiverend. In: Ankersmit, F., Klinkers, L. (Eds.) *Tien plagen van de staat: De bedrijfsmatige overheid gewogen*. Amsterdam: Van Genneep.

Tonkens, E. (2008). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*. Amsterdam: Van Genneep.

Tops, M (2017). Lichamelijkheid: een onderschatte factor binnen morele reflectie. *TGE*, 27(2): 34-38.

Tronto, J.C. (1993). *Morals Boundaries: a political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.

Tronto, J. (2010). Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose Creating Caring Institutions : Politics , Plurality , and Purpose. *Ethics and Social Welfare*, 4(2), 158–171.

Tronto, J. (2017). There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1 (1), 27-43.

Vakgroep Zorgethiek (2015). *Notitie over de Utrechtse zorgethiek*. Verkregen van <https://www.zorgethiek.nu/utrechtse-zorgethici-werken-visie-nader-uit>

Van Brederode, D. (2013, 31 oktober). Presentiecongres 2013 TED spreker Désanne van Brederode [Video fragment]. Verkregen van [http://www.presentie.nl/video/presentie-toegelicht/item/498-tedtalk\\_desanne\\_van\\_brederode\\_congres\\_2013](http://www.presentie.nl/video/presentie-toegelicht/item/498-tedtalk_desanne_van_brederode_congres_2013)

Van Dalen, A. (2014). Etnografische analyse. *KWALON*. (19)3, p. 9-17.

Van Dartel, H. & Molewijk, B. (red.). (2014). *In gesprek blijven over goede zorg: overlegmethoden voor moreel beraad*. Amsterdam: Boom.

- Van Eeden, M. (z.j.). Copen met Coping. Professioneel begeleiden bij verliesverwerking. Geraadpleegd op 15 februari 2019, van [http://www.training-coaching-supervisie.nl/Bureau\\_reflectie\\_in\\_beweging/handboek\\_coping.html](http://www.training-coaching-supervisie.nl/Bureau_reflectie_in_beweging/handboek_coping.html)
- Van Eijndhoven, J. (2019, 27 januari). Zorgpersoneel ervaart nog altijd werkdruk. Geraadpleegd op 15 februari 2019, van <https://nos.nl/artikel/2269394-zorgpersoneel-ervaart-nog-altijd-stijgende-werkdruk.html>
- Van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg: Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.
- Van Heijst, A. (2008). *Iemand zien staan: Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.
- Van Heijst, A. (2011). *Professional Loving Care*. Leuven: Peeters
- Vanlaere, L. & Burggraeve, R., (2018). *Gekkenwerk. Kleine ondeugden voor zorgdragers* (Herz.ed.). Leuven: LannooCampus
- Van Wijngaarden, E., Van der Meide, H. & Dahlberg, K. (2017) Researching Health Care as a Meaningful Practice: Toward a Nondualistic View on Evidence for Qualitative Research. *Qualitative Health Research*. 27 (11) 1738-1747
- Verkerk, M. (2005). *Zorg is geen product dat je op de markt kunt verhandelen*. In Palm, I. (Ed.). *De zorg is geen markt. Een kritische analyse van de marktwerking in de zorg vanuit verschillende perspectieven* (p. 41-43).
- Visse, M. (2012). Openings for humanization in modern healthcare practices. Proefschrift. Amsterdam.
- Visse, M., Abma, T. & Widdershoven, G. (2012). Relational responsibilities in responsive evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 35, 97-104.
- Visser, M. (2018, 18 april) Frustraties en klappen in een ‘lastig’ verpleeghuis. *Trouw*. Geraadpleegd op <https://www.trouw.nl/samenleving/frustraties-en-klappen-in-een-lastig-verpleeghuis~a97860a1/>

Visser, M. (2019, 15 januari). Nog dit jaar tienduizend extra medewerkers in de ouderenzorg. *Trouw*. Geraadpleegd op <https://www.trouw.nl/democratie/nog-dit-jaar-tienduizend-extra-medewerkers-in-de-ouderenzorg--a2662234/>

V&VN. (z.d.) Beroepsprofiel mbo-opgeleide verpleegkundige. Verkregen van <https://www.venvn.nl/beroepsprofielen>

V&VN. (z.d.) Beroepsprofiel verzorgende IG. Verkregen van <https://www.venvn.nl/beroepsprofielen>

Walker, M. (1993). Keeping Moral Space Open. *New Images of Ethics Consulting. Hastings Center Report*, 23(2), 33-40.

Walker, M. (1998). *Moral understanding: a feminist study in ethics*. Oxford: University Press Inc.

Weidema F., Van Wijk L. & Molewijk, B. (2014) Clientparticipatie in moreel beraad. Dialoog als uitdaging en oefenplek. In Van Dartel, H. & Molewijk, B. (red.). (2014). *In gesprek blijven over goede zorg: overlegmethoden voor moreel beraad* (pp. 216-229).

## Bijlage 1 Overzicht zoektermen

Onderwerpen	Zoektermen Nederlands	Zoektermen Engels
Emoties	Emotie(s) Moeilijke emotie(s) Negatieve emotie(s)	<i>Emotion(s)</i> <i>Difficult emotion(s)</i> <i>Negative emotion(s)</i>
Verpleegkundigen	Verpleegkundige(n) Verzorgende(n) Zorgverlener(s) Verpleeghuismedewerker(s)	<i>Nurse(s)</i> <i>Nursing</i> <i>Caregiver(s)</i> <i>Healthcare professional(s)</i> <i>Care provider(s)</i> <i>Nursinghome staff member(s)</i>
Zorg	Zorg Gezondheidszorg Zorgpraktijk	<i>Care</i> <i>Healthcare</i> <i>Caregiving</i> <i>Carepractice</i>
Verpleeghuiszorg Ouderenzorg	Verpleeghuis Verpleeghuiszorg Ouderenzorg	<i>Nursinghome(s)</i> <i>Elderly care</i>
Emoties en moraliteit	Emoties en moraliteit Emoties en morele besluitvorming	<i>Emotions and morality</i> <i>Emotions and moral decision making</i>
Morele ruimte	Morele ruimte	<i>Moral space</i>
Zorgethiek	Zorgethiek	<i>Care ethics</i>



## **Bijlage 2 Begrippenlijst**

**Betrouwbaarheid:** de mate waarin de resultaten onafhankelijk zijn van de vooronderstellingen van de onderzoeker, de tijd en de instrumenten. Het gaat om de navolgbaarheid van het onderzoeksproces (Visse, 2012).

**Geloofwaardigheid:** de mate waarin de interpretaties van de onderzoeker en de perspectieven van de participanten overeenkomen (Visse, 2012).

**Overdraagbaarheid:** De mate waarin resultaten overdraagbaar zijn of te generaliseren zijn naar een andere context (Visse, 2012). Door *thick descriptions* kunnen lezers op grond van hun eigen ervaringen bepalen in hoeverre de inzichten overdraagbaar zijn (Van Dalen, 2014).

**Thick-descriptions:** De term *thick descriptions* verwijst naar een manier van beschrijven zoals Clifford Geertz die introduceerde. Het zijn uitvoerige beschrijvingen die zicht geven op karakteristieken, handelingen en de lokale interpretatie daarvan (Van Dalen, 2014).

## **Bijlage 3 Datamanagementplan**

### **Persoonsgegevens**

De wet- en regelgeving ten aanzien van de omgang met persoonsgegevens wordt zorgvuldig nageleefd. De richtlijn ‘Bescherming privacy en omgang met persoonsgegevens in onderzoek’ van de Universiteit van Humanistiek wordt gevolgd.

### ***Informed consent***

De deelnemers aan het onderzoek worden volledig en correct geïnformeerd over het doel van het onderzoek en de manier waarop wordt omgegaan met de onderzoeksdata. De deelnemers verklaren de informatie te begrijpen en vrijwillig te willen deelnemen aan het onderzoek. Dit wordt vastgelegd via een formulier dat de deelnemers vooraf aan het onderzoek ondertekenen.

### **Omschrijving dataset**

Veldaantekeningen van observaties

Interviews met medewerkers, opgenomen op een *voicerecorder*

Getranscribeerde interviews

### **Opslag data**

Opslagruimte is aangevraagd zodat de data kunnen uitsluiten worden opgeslagen op de netwerkschijf van de UVH. Alleen de onderzoeker en de thesis begeleider hebben toegang tot de bestanden. De data zullen na tien jaar verwijderd worden.

### **Integriteit**

Bij de verzameling, bewerking en analyse van data worden de in Nederlandse Gedragscode Wetenschapsbeoefening vastgelegde principes zorgvuldig toegepast.

## Bijlage 4 Fasering

Week	Datum	Acties en afspraken
Week 9	01-03-2019	- Inleveren onderzoeksopzet
Week 10	04-03-2019 t/m 10-03-2019	- Afspraken maken met afdeling waar het onderzoek uitgevoerd wordt - Theoretisch kader uitwerken
Week 11	11-03-2019 t/m 17-03-2019 15-03-2019	- Theoretisch kader verder uitwerken - Uitslag onderzoeksopzet
Week 12	18-03-2019 t/m 24-03-2019	- Aanpassen voorstel - Documenten verzamelen voor documentanalyse
Week 13	25-03-2019 t/m 31-03-2019	- Aanpassen voorstel - Opstellen informatiebrieven - <i>Informed consent</i> formulier opstellen - Herziende versie onderzoeksopzet inleveren.
Week 14	01-04-2019 t/m 07-04-2019	- Theoretische deelvraag uitwerken - Document analyse - Interviewvragen opstellen
Week 15	08-04-2019 t/m 14-04-2019	- Theoretische deelvraag uitwerken
Week 16	15-04-2019 t/m 21-04-2019	- Observatie op de afdeling - Interviews met medewerkers - Uitwerken observaties en interviews - Theoretisch kader insturen voor feedback
Week 17	22-04-2019 t/m 28-04-2019	- Observatie op de afdeling - Interviews met medewerkers - Uitwerken observaties en interviews
Week 18	29-04-2019 t/m 05-05-2019	- Analyse bevindingen deel vraag 1 - 1 <sup>e</sup> analyse insturen voor feedback
Week 19	06-05-2019 t/m 12-05-2019	- Analyse bevindingen - Theoretisch kader uitwerken
Week 20	13-05-2019 t/m 19-05-2019	- Analyse bevindingen deelvraag 2

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultaten hoofdstuk schrijven</li> </ul>
Week 21	20-05-2019 26-05-2019 23-05-2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resultaten hoofdstuk schrijven</li> <li>- Resultaten hoofdstuk insturen voor feedback</li> <li>- Theoretisch kader insturen voor feedback</li> </ul>
Week 22	27-05-2019 t/m 02-06-2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwerken feedback</li> <li>- Discussie hoofdstuk schrijven</li> </ul>
Week 23	03-06-2019 t/m 09-06-2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussie hoofdstuk schrijven en insturen voor feedback</li> <li>- Conclusie hoofdstuk en Kwaliteit hoofdstuk schrijven en insturen voor feedback</li> <li>- Verwerken feedback</li> </ul>
Week 24	10-06-2019 t/m 16-06-2019 17-06-2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwerken feedback</li> <li>- Taal en spelling laten controleren</li> <li>- Uiterste inleverdatum thesis</li> </ul>

## **Bijlage 5 Voorbeeld vragenlijst interview**

### ***Introductie***

- Uitleg geven over het onderzoek
- Vragen of het gesprek opgenomen mag worden
- informatie geven over datamanagement

### ***Ervaring emoties***

- Welke emoties ervaar je in je werk?
- Welke ‘moeilijke’ emoties ervaar je in je werk?

### ***Omgang emoties***

- Hoe ga je met deze emoties om?
- Op welke manier heeft de organisatie hier invloed op?
- Hoe vind je zelf dat je met emoties/ moeilijke emoties moet omgaan?
- Op welke manier heeft de organisatie/ cultuur hier invloed op?
- Hoe ervaar je de ruimte om moeilijke emoties bespreekbaar te maken?
- Praktische barrières voor bespreken (moeilijke) emoties?
- Aandacht emoties in de opleiding?
- Hoe zou je de aandacht voor /omgang met (moeilijke) emoties willen zien?

### ***Emoties en goede zorg***

- Welke plaats hebben emoties volgens jou in de zorg?
- Hoe staan emoties of moeilijke emoties in verhouding tot goede zorg?

### ***Opvallenheden tijdens observaties***

### ***Afronding interview***

- *Informed consent*-formulier laten tekenen.