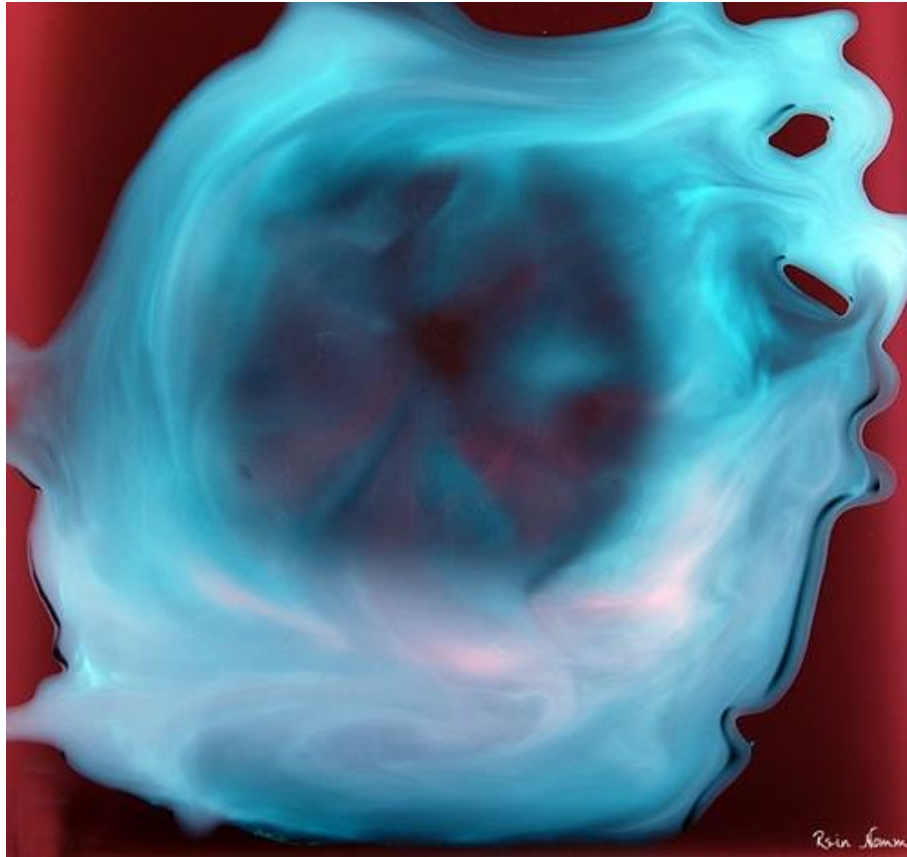


‘Dit is niet plus!’

*Een zorgethische studie naar het ‘Plus-niet plus’-gevoel
bij professionals in de ouder- en kindzorg.*



Rein Nomm *Metamorphosis*

Master Zorgethiek & Beleid - 2015 / 2016

ZEB-70: Masterthesis

Student:	M.A.C. (Marjon) Werink (1004646)
1° Begeleider:	Dr. A.R. (Alistair) Niemeijer
2° Lezer:	Dr. I. (Inge) van Nistelrooy
Examinator:	Prof. Dr C. (Carlo) Leget

Universiteit voor Humanistiek

Datum: 22 augustus 2016

Contact: marjon.werink@student.uvh.nl

'Daar waar evidence de norm is, heeft de zorgprofessional een waardevolle taak'
(Uit: *Menslievende zorg*, van Heijst, 2005)

Voorwoord

Voor U ligt de thesis ‘een zorgethische studie naar het ‘pluis-niet pluis’gevoel bij professionals in de ouder- en kindzorg’. Het betreft mijn afstudeeronderzoek als student van de master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht. De directe aanleiding van dit onderzoek is ook gelegen in het feit dat ik HBO docente ben op de Verloskunde Academie te Amsterdam. Tijdens het lesgeven werd ik steeds vaker geconfronteerd met de vraag van studenten in hoeverre een diagnose of handelingsoptie verantwoord kon worden als ‘evidence-based’. Door mijn huidige studie leerde ik dat er ook andere manieren om uit te dragen zijn van kijken en denken over goede zorg. Ik hoop in deze thesis dan ook te onderzoeken in hoeverre zo’n andere manier van kijken en redeneren – één die niet gelegen is in evidence – kan bijdragen aan een rijkere en (meer) ondersteunende leeromgeving voor mijn studenten.

Inhoudsopgave

<u>1.</u>	<u>INLEIDING</u>	8
1.1	AANLEIDING	8
1.2	PROBLEEMSTELLING	9
1.3	ZORGETHISCHE INKADERING VAN DE PROBLEEM- EN VRAAGSTELLING	12
1.4	VRAAGSTELLING	15
1.5	DOELSTELLING	15
<u>2.</u>	<u>THEORETISCHE VERKENNING</u>	16
2.1	INLEIDING	16
2.2	HET CONCEPT PNPG	16
2.3	EMOTIE VERSUS RATIO OF 'RATIONELE EMOTIE'?	19
2.4	SAMENVATTING PNPG IN DE ZORGRELATIE	23
<u>3.</u>	<u>METHODOLOGIE EMPIRISCH ONDERZOEK</u>	25
3.1	ONDERZOEKSBENADERING	25
3.2	CONCEPTUEEL RAAMWERK	25
3.3	ONDERZOEKSEENHEID EN DATAVERZAMELING	26
3.4	METHODE VAN ANALYSE	27
3.5	DATA ANALYSE	27
3.6	ETHISCHE OVERWEGINGEN	29
<u>4.</u>	<u>BEVINDINGEN</u>	30
4.1	PLUISGEVOEL	30
4.2	NIET PLUISGEVOEL	33
<u>5.</u>	<u>DISCUSSIE</u>	37
5.1	EMPIRISCHE VERKENNING PNPG	37
5.2	SAMENVATTING PNPG IN DE PRAKTIJK	39
5.3	EMPIRISCHE RESULTATEN NAAST CONCEPTUELE VERKENNING	40
5.3.1	VERWANTSCHAP	40
5.3.2	ONDERSCHIED	44
5.4	ZORGETHISCHE REFLECTIE	45
5.5	CONCLUSIE ONDERZOEK	46
5.6	AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK	49
<u>6.</u>	<u>KWALITEIT VAN HET ONDERZOEK</u>	51
	<u>NAWOORD</u>	55
	<u>LITERATUURLIJST</u>	56
	BIJLAGE 1 ZOEKSTRATEGIE	58
	BIJLAGE 2 TOPIC LIJST INTERVIEW JEUGDTEAM	59
	BIJLAGE 3 TOPIC LIJST INTERVIEW VERLOSKUNDIGEN	60
	BIJLAGE 4 LOGBOEK PERIODE 1	61
	BIJLAGE 5 LOGBOEK PERIODE 2	64

Samenvatting

Deze thesis bouwt voort op de probleemstelling dat in de medische praktijk als ook het domein van de sociaal maatschappelijke zorg, besluitvorming beïnvloed en ingegeven wordt door de denk- en handelwijze die gericht is op objectiveren en het kunnen verantwoorden van de zorg op basis van handelen volgens de richtlijnen. Op het moment dat omstandigheden daar minder aanleiding toe geven blijkt dat er vaak toch van het primaat van het wetenschappelijk denken wordt uitgegaan, omdat het veilige zorg zou voorstaan.

De thesis heeft tot doel om de rol van (morele) sensitiviteit in de ouder- en kindzorg meer bestaansrecht te geven. Door het 'Pluis' – 'Niet Pluis'-gevoel van de zorgverlener te onderzoeken zal meer bekend worden hoe de zorgverlener deze wijze van (vaak zintuiglijke) waarneming gebruikt in de zorgrelatie en op welke wijze het verantwoord kan worden in de praktijk waar het primaat van wetenschap geldt namelijk het vooropstellen van *evidence based medicine* (EBM). Het onderzoek zal een aanzet zijn voor verdere doordenking van het belang van sensitiviteit voor goede zorg en het verdelen van verantwoordelijkheden in de praktijk en het onderwijs voor aanstaande professionals.

Dit is een zorgethisch kwalitatief onderzoek, exploratief, uitgaande van een etnografische onderzoeksbenadering. Middels een verkenning van de (empirische) literatuur over het fenomeen 'Pluis'- 'Niet pluis'-gevoel (PNPG) en het relationele paradigma van de zorgethiek (hoofdstuk 2), gecombineerd met een empirische studie (*Grounded Theory* benadering) onder zeven professionals uit de praktijk van jeugdzorg en verloskundige zorg (hoofdstuk 3) is gepoogd een antwoord gegeven op de hoofdvraag: Welke rol speelt het PNPG voor (aankomend) professionals in de gezinszorg en hoe leidt dit tot goede zorg? Uit de bevindingen blijkt dat voor professionals emoties en gevoelens van betekenis kunnen zijn en aanzetten tot adequaat gedrag, maar ook wel degelijk kunnen misleiden. De wetenschappelijke opvatting van professionaliteit vraagt primair om een objectivering van gevoel, omdat verondersteld wordt dat het interfereren van vertroebelde informatie tot verkeerde besluitvorming kan leiden. Dat blijkt ook het geval onder zorgprofessionals, die vaak zoeken naar signalen om hun 'niet pluis' gevoel te objectiveren. Tegelijkertijd nemen professionals het PNPG zeer serieus, en voelen ze ook een directe

verantwoordelijkheid wanneer er iets het spel staat. Het verschil bij aankomend professionals is dat een probleem vaak wel herkend wordt, maar de ervaring en kennis nog ontbreekt om vanuit een betrekking te handelen. Zij hebben paradoxaal genoeg richtlijnen nodig om te komen tot besluiten, met als gevolg dat signalen soms gemist worden of anderszins dat zorg niet aansluit bij de zorgontvanger.

Wanneer PNPG vanuit het zorgethisch kijkraam gedacht wordt, blijkt dat het volgen van intuïtie er juist toe kan bijdragen dat de zorgontvanger deel uitmaakt van keuzes die gemaakt worden. Een besluit over wat nodig is ontstaat voorts zonder een specifieke methodiek, vanuit een concrete situatie waar niet van tevoren bedacht is wat er nodig was. Een relationele afstemming, met andere woorden, die geen andere belangen ondermijnt. Vanuit dat oogpunt kan PNPG als waardevolle kennis worden opgevat, die voortdurend meegenomen dient te worden in het afstemmen van zorg.

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk worden de aanleiding en de probleemstelling beschreven. Vanuit een zorgethische inkadering wordt vervolgens de vraagstelling geformuleerd, met drie deelvragen. Vervolgens worden de doelstelling en de relevantie in maatschappelijke en wetenschappelijke termen omschreven. Omdat het zowel een conceptuele als empirische studie betreft, volgt in hoofdstuk 2 eerst een theoretische voorstudie. In hoofdstuk 3 wordt vervolgens de onderzoeksmethode en analyse uitgewerkt. Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten. In de discussie (hoofdstuk 5) wordt er gereflecteerd op de bevindingen en worden er aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan. In het laatste hoofdstuk (6) komt de kwaliteit van het onderzoek aan de orde. De bijlagen zijn in een apart bestand opgenomen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De aanleiding voor het onderwerp van mijn thesis is een persoonlijke. Naast mijn ervaringen als docent riep het zien van de indringende documentaire “Naziha’s lente” (Dogan, 2015) vele herinneringen op aan de periode dat ik het hoofdpersonage uit de documentaire – Naziha – persoonlijk als verloskundige begeleid heb bij zeven van haar tien zwangerschappen.

Een periode waar ik enerzijds warme herinneringen aan bewaar door onze onderlinge ‘persoonlijke klik’ en waardering voor haar eigenzinnige aanpak (mijn gevoel zei: ‘het zit wel pluis hier!’). Anderzijds hebben de omstandigheden waarin zij en haar kinderen verkeerden, sterke ‘nietpluis’ gevoelens bij me opgeroepen maar waar ik me niet altijd gelegitimeerd voelde om naar deze gevoelens te kunnen handelen.

De documentaire toont wat er zich ‘achter de schermen’ afspeelt. Een andere werkelijkheid dan die ik had geschetst toen ik haar begeleidde. Ze zegt over de mishandeling van haar kinderen door haar partner: *Ik was erbij en ik keek ernaar, daar voel ik me schuldig over. Ik had moeten zeggen: ”Stop”. Ik kon het niet. [..] Natuurlijk wilde ik hulp. Ik kan het niet alleen. [..] Maar je zegt niet; “Ik heb problemen, dat zeg je niet. Daar heb je schaamte, heel veel schaamte over”.*

Het zien van de documentaire heeft er toe geleid dat ik opnieuw ben gaan nadenken over de wijze van ‘kijken’ naar de verloskundige zorg en over het signaleren van behoeftes die niet altijd direct zichtbaar zijn of niet uitgesproken worden. Want wat worden wij als professionals geacht te doen met dergelijke gemengde gevoelens van enerzijds ‘het zit wel pluis hier’ en anderzijds ‘niet-pluis’? Kunnen we deze vaak impliciete vermoedens ‘hard’ maken of expliciteren? En hoe dit zo te onderzoeken, dat dit ook daadwerkelijk een bijdrage kan leveren aan de ontwikkeling van zorg, specifiek binnen de context waarin ik zelf werk, namelijk voor ouder en kind.

1.2 Probleemstelling

“ Een ramp, dan komt Jan, dan komt Grietje, dan komt Ahmed en ik zet de deur voor iedereen open want ik heb één doel voor ogen en dat is mijn kinderen op het rechte pad te krijgen. Dan wordt er een plan gemaakt, en dan gaan we met z’n allen..... ‘wij zijn de hulpverleners, wij zijn de experts, en wij doen het”. Maar zo werkt het dus niet. Ik [...] ben de moeder, ik zit hier 24 uur. Jullie doen de agenda dicht en gaan naar huis. Maar ik niet. [...] iedereen wist het beter, maar uiteindelijk zit ik in de shit. Want iedereen komt met zo’n ding, ik noem het een hulpverlenersmapje, en dan doen ze dat open en dan gaan ze schrijven, schrijven, schrijven, schrijven. En dan komt het in een rapport, dingen die helemaal niet kloppen[...] en alles uit vorige dossiers wordt erbij gezet. [...] op dat moment dacht ik het boeit me niet als het maar werkt”. Naziha (Uit de documentaire: “Naziha’s Lente. Geregisseerd door Dogan, 2015, 18.18’-23.58

Volgens bijzonder hoogleraar *Evidence Based Practice* Cees Lucas wordt bij het nemen van beslissingen binnen de gezondheidszorg nog altijd gevraagd naar harde bewijslast: de zogeheten ‘*evidence*’ (vertaling: bewijs). (Lucas, 2015). Dit uit zich bijvoorbeeld in behandelingen die geprotocolleerd zijn in standaarden, richtlijnen, stappenplannen en methodieken, gebaseerd op het (huidige) beste bewijs (Lucas, 2015).

*Evidence based medicine*¹ (EBM) is het hanteren van een wetenschappelijk onderbouwde methode en in 1991 door de Gezondheidsraad beoordeeld als ten eerste leidend tot de juiste zorg voor de patiënt en ten tweede goed voor de medische professie omdat het onderscheid maakte tussen artsen, leken en kwakzalvers en ten derde zou dit onderscheid zorgen voor de juiste financiering omdat met dit criterium bepaald kon worden welke zorg voor vergoeding in aanmerking zou komen . Er is in het laatste decennium toenemende kritiek gekomen op een louter *evidence based* benadering, waarbij er gepleit werd voor een meer integratieve benadering van zorg (zie afbeelding 1). Hierbij werd er ook een rol toegekend aan klinische expertise (voorwaardelijk voor juiste inschatting) én de behoefte en wensen van de patiënt. Bij een dergelijk model spreekt men van *evidence based practice* (EBP). ((Lucas, 2015; Centrum Ethiek en Gezondheid, 2007).

¹ Definitie EBM, Sackett et al (1996) (vertaald): Het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te maken in de zorg voor individuele patiënten” .



Afbeelding 1 (Sackett, D. et al, 2000)

Hoewel EBP een meerwaarde kan hebben ten opzichte van het eenzijdige *evidence based medicine* (EBM) kan het nog steeds worden opgevat als zorg die gericht is op meetbare uitkomsten en het voorspellen van de consequenties van interventies. Het gevolg hiervan is dat dit druk kan leggen op professionals om te zorgen voor objectieve data (van Heijst, 2011; Vosman & Baart, 2008; van Heijst, 2011, Centrum Ethiek en Gezondheid, 2007), met als mogelijk gevolg een te rigide focus op controlelijsten, richtlijnen en standaarden. Tegelijkertijd is het zo dat uit empirisch onderzoek is gebleken dat de veronderstelling dat artsen die alleen analytisch en besliskundig redeneren minder fouten maken, niet juist is (Lucas, 2015; Stolper, 2010). Volgens Hams (2000) zou EBP er aan kunnen bijdragen dat professionals hun intuïtieve proces verhullen en de lineaire processen volgen (Hams, 2000).

Voor diagnose en vroeg-signalering is er beschikking over meerdere instrumentele hulpmiddelen (Stolper, 2010). Volgens de huisarts Stolper ontbreekt het echter vaak aan een diagnostisch instrument om verhoogde risico's op te sporen, terwijl de hulpverlener het gevoel heeft dat er wel een verhoogd risico is: het zogenaamde onderbuikgevoel of het 'pluis'- 'niet pluis'-gevoel (PNPG) (Stolper, 2010). Het PNPG maakt geen onderdeel uit van de "officiële" stappen van de diagnostiek, terwijl uit het promotieonderzoek van Stolper is gebleken dat een PNPG niet altijd wetenschappelijk verklaard kan worden, maar soms wel degelijk deels geobjectiveerd (Stolper, 2010; Van den Bruel, 2012).

In een vergelijkbaar onderzoek van Douw et al. (2015) is ook onder verpleegkundigen middels een systematische literatuurstudie (van zowel kwalitatieve en kwantitatieve studies) en een observationele studie van Van den Bruel onder artsen en

verpleegkundigen aangetoond dat het mogelijk is bepaalde symptomen van ‘nietpluis’ (NP) te objectiveren, wat zou kunnen leiden tot verbetering van zorg (Douw et al, 2015, Van den Bruel, 2012).

Aanbevelingen uit verschillende studies in de verpleegkundige zorg (Douw et al, 2015, Van den Bruel, 2012; Billay, 2007) wijzen erop dat de omgeving meer geschikt moet worden gemaakt om intuïtie te ondersteunen en hiermee verpleegkundige kennis te expanderen: het zijn juist de subjectieve gegevens die nodig zijn om het als vaardigheid te gaan herkennen en te gebruiken. Zo zou het volgens Hams (2000) vanzelfsprekend moeten zijn om concepten gerelateerd aan intuïtie en precognitie, als componenten van besluitvorming te herkennen en te ontwikkelen (Hams, 2000). In lijn met deze bevindingen wijzen Nederlandse zorgethici al langer op het belang van relevante affectieve waarnemingen zoals emoties en gevoelens, aangezien deze in relatie staan tot kennis over goede zorg (van Heijst, 2011; Vosman & Baart, 2008).

Vanuit uitspraken van medische tuchtcolleges (Stolper, 2010) behoort PNPG inmiddels tot de professionele standaard van medici (EBP). Dat betekent dat het negeren van het signaal tot een maatregel kan leiden. Met andere woorden: artsen worden verantwoordelijk gesteld wanneer blijkt dat zij, huisartsen, verloskundigen, medisch specialisten, het ‘niet-pluis’-gevoel hebben genegeerd of onvoldoende hebben ontwikkeld (Douw et al, 2015). Kahneman en Klein (2009) beweren vanuit het psychologisch kennisgebied dat het een inspannende bezigheid is die mensen niet graag willen leveren om intuïtie te controleren. Tevens heeft het niet de interesse van mensen om hun intuïtieve beoordelingen na te gaan (Kahneman & Klein, 2009). Hoewel vaak het tegengestelde wordt verondersteld, is de praktijk van de geneeskunde wel degelijk (ook) een betrouwbare omgeving om intuïtie (zoals PNPG) te ontwikkelen, juist vanwege het feit dat overleg en deliberatie een consistent en integraal onderdeel vormen van de geneeskundige praktijk (Kahneman & Klein, 2009).

Ondanks dat PNPG zijn waarde bewezen heeft als diagnostisch instrument (Douw et al, 2015; Van den Bruel, 2012; Stolper, 2010) en het tot de competenties van de zorgprofessional zou moeten behoren, blijkt in de praktijk dat zorgprofessionals hun PNPG nog steeds ondergeschikt maken aan een EBP wijze van handelen (Stolper, 2010; Van den Bruel, 2012; Centrum Ethiek en Gezondheid, 2007). De associatie van abstracte termen die gebruikt worden om subjectieve waarnemingen weer te geven in

veelal levendige beschrijvingen zoals bijvoorbeeld 'zesde zintuig', draagt ertoe bij dat tegenstanders van de rol van een gevoelsstatus behorend tot de subjectieve waarnemingen niet legitiem achten voor gebruik in de klinische praktijk (Hams, 2000).

In andere domeinen dan de geneeskunde geldt dat de wijze van werken gefundeerd op evidence andere problemen zichtbaar maakt bij de verantwoording van zorg; Voorspellen en beoordelen wordt in het sociaalmaatschappelijk domein door gevoelens en emoties beïnvloed. (Howarth, 2000; De Bortoli & Dolan, 2015). De omstandigheden en de complexiteit van de jeugdzorg laten zien dat emoties in deze praktijk een essentiële rol te spelen. Omdat het om subjectieve aspecten gaat is meten niet aan de orde. Toetslijsten en andere hulpmiddelen om praktijkwerkers te ondersteunen bij het herkennen van kindermishandeling zijn meestal met focus op instrumenteel-rationele activiteit terwijl het vaak een praktijk-morele activiteit is (Howarth, 2007). In het onderzoek van Stolper blijkt geen bewijs voor gebruik van PNPG als diagnostisch instrument bij kindermishandeling.

Uit studies in de zorgpraktijk van sociaal-maatschappelijke zorg blijkt dat er behoefte is aan methoden die de wijze van besluitvorming transparant maken (Howarth, 2007; King & Clark, 2002.) Er zijn instrumenten ontwikkeld die de professionals ondersteunen omdat ze het inzicht en de reflectie bevorderen (De Bortoli & Dolan, 2015), maar integratie met EBM in de praktijk is nauwelijks onderzocht. Volgens het rapport van Centrum Ethiek en Gezondheid (CEG) wordt er te weinig gebruikt gemaakt van kwalitatieve en narratieve gegevens terwijl ze een essentieel element zijn van de professionele expertise van de zorgverleners (CEG, 2007 p 32). Gesteld kan worden dat er enerzijds nog steeds onduidelijkheid is hoe zorgprofessionals PNPG daadwerkelijk gebruiken en anderzijds op welke wijze ze hun eigen PNPG zouden kunnen (of moeten) verantwoorden.

1.3 Zorgethische inkadering van de probleem- en vraagstelling

Bovenstaande vragen over PNPG en hoe het te verantwoorden zijn ethisch van aard. Het zet aan tot nadenken over een verantwoorde visie op goed handelen, want hoe wij moeten omgaan met de ander is een belangrijke vraag in de ethiek (TenHave et al,

2013). De ethiek gaat namelijk over wat het goede of juiste is om te doen. Deze thesis heeft een *zorgethische* benadering, die verschilt van een klassiek ethische benadering. De *zorgethiek* stelt de vraag naar goede zorg, is praktisch en op mensen gericht en gaat uit van de interafhankelijkheid van mensen.

Vertrekpunt vanuit een relationeel paradigma

Zorgethiek is een politieke ethiek en gebaseerd op een relationeel paradigma (Visse, 2012), waar deze thesis vanuit vertrekt. Dat wil zoveel zeggen als het hanteren van een ander mensbeeld dan de heersende neoliberale opvatting waarin het autonome mensbeeld dominant is, en waar de dominante ethiek van vrijheid en gelijke kansen zogenaamd zou leiden tot onpartijdigheid/objectiviteit (Held, 2005). De bio-ethiek van Beauchamp & Childress (2009) met de vier principes van weldoen, niet-schaden, respect voor autonomie en rechtvaardigheid, dat voortkomt uit dit autonome mensbeeld, vormt het moreel denkkader in de geneeskundige zorg. Deze ethiek van de autonomie gaat ervan uit dat wanneer mensen in een conflict belanden zij afstand nemen om tot een weloverwogen gedegen oordeel te komen.

De *zorgethiek* vat de zorgpraktijk op als een ruimte waar handelen is ingebed in een netwerk van relaties (Klaver et al, 2013) die mede wordt beïnvloed door macht, posities, gevoelens en ervaringen (Tronto, 1993). Dat betekent dat het een praktijk van verantwoordelijkheden is en dat maakt de mens kwetsbaar en afhankelijk. Zorgprofessionals maken deel uit van dat netwerk; daarin bepalen zorgverlener en cliënt wat goede zorg is.

In de zorgrelatie die bij voorbaat asymmetrisch is, toont zich een wederzijdse afhankelijkheid. De rol van lichamelijke en kwetsbaarheid speelt hierin een belangrijke rol. Bij het waarnemen en kunnen inschatten van subjectieve signalen is men afhankelijk van elkaar om tot goede afstemming te komen voor wat nodig is. Emoties worden getoond wanneer er een verbinding is en dat zorgt voor aandachtigheid, ook voor wat er voor de ander ‘op het spel staat’ (van Heijst, 2005).

Het relationele aspect geeft de mogelijkheid dat de ander op bredere wijze zichtbaar wordt dan door de lens van diagnose of gestelde categorieën (Klaver et al, 2013). Van

belang daarbij is dat voor ieder unieke persoon en situatie geldt dat er sprake is van een eigen fysieke, sociale en historische context (Klaver, 2013).

Zo stelt de zorgethica Noddings (1984) in haar zorgethische benadering het belang van ruimte voor ervaringen, concrete situaties en persoonlijke verantwoordelijkheid. Ze geeft gevoelens en capaciteiten een actieve rol en maakt regels ondergeschikt omdat het niet van buitenaf te beoordelen is wat goede zorg is. Daarvoor is een *insiders-perspectief* nodig; hoe er naar zorg gekeken wordt komt vanuit de praktijk in plaats vanuit de theorie (Noddings, 1984; Held, 2005).

Overigens betekent een zorgethische benadering niet direct dat professionals altijd op particuliere wijze zorg zouden moeten benaderen. Zo wijst bijvoorbeeld de zorgethica Van Heijst naast aandacht voor de belemmerende werking van protocollering in instituties, ook op de constructieve en structurerende werking ervan (Van Heijst, 2011).

Hiermee draagt de zorgethiek een zorgend en relationeel mensbeeld uit, anders dan de klassieke ethiek die vaak op universele principes berust en een autonoom handelende actor veronderstelt.

Uit de geschetste probleemstelling blijkt dat de in de praktijk geldende denkwijze van generaliserende, universaliseerbare zorg dominant is. PNPG is in de geneeskunde een hulpmiddel in het diagnostisch proces. Dat vooronderstelt methodiek, gericht op categoriseren om tot probleemoplossing te komen.

Het concept PNPG lijkt ook overeenkomsten te hebben met zorgethische inzichten zoals het belang van contextualiteit en uniciteit bij het afstemmen van de zorg, de betekenis van subjectieve gegevens voor het zorgproces en *het insidersperspectief*. De vraag is hoe PNPG zich verhoudt tot het relationeel paradigma. Daarvoor wordt het concept PNPG in de (zorgethische) literatuur nader verkend. Vervolgens wordt onderzocht welke rol PNPG speelt in praktijken en wat dat betekent voor goede zorg.

1.4 Vraagstelling

Voor dit onderzoek is de volgende vraag geformuleerd:

Welke rol speelt het ‘Pluis- Niet pluisgevoel’ (PNPG) voor (aankomend) professionals in de zorg en hoe kan dit bijdragen tot goede zorg?

De centrale vraagstelling bestaat uit de volgende deelvragen die in de verschillende onderdelen van de thesis beantwoord worden:

1. Binnen het literatuuronderzoek:
 - a) Wat kan verstaan worden onder PNPG?
 - b) Welke rol speelt PNPG in de betrekking tussen zorgverlener en zorgontvanger
2. Binnen het empirisch deel van het onderzoek:
 - a) Op welke wijze zetten professionals hun PNPG in bij de uitvoering van zorg?
3. Bij de verbinding van de uitkomsten uit de literatuur en de empirie:
 - a) Hoe verhouden de uitkomsten van het praktijkonderzoek zich tot inzichten uit de zorgethiek en verwante wetenschappelijke literatuur.

1.5 Doelstelling

Deze thesis heeft de volgende twee doelstellingen:

- Enerzijds hoopt deze thesis – door het onderzoeken van PNPG van de zorgverlener – bij te dragen aan meer bestaansrecht voor sensitiviteit in de zorg (voor ouder en kind).
- Anderzijds hoopt deze thesis een aanzet te geven tot een verdere doordenking van verdeling van zorgverantwoordelijkheden in de praktijk en het onderwijs voor aanstaande professionals.

2. Theoretische verkenning

2.1 Inleiding

In de probleemstelling is aangegeven dat het PNPG als diagnostisch instrument in de medische praktijk raakvlakken heeft met relationele inzichten van de zorgethiek. Dat roept de vraag op: Hoe verhoudt PNPG zich tot een relationeel paradigma en wat betekent dat dan?

De literatuurstudie (bijlage 1) leverde verschillende relevante (Engelstalige) publicaties op, er kwamen geen resultaten uit de Nederlandse verloskundige zorg en de jeugdzorg. Vanuit de gevonden artikelen is vervolgens met de sneeuwbalmethode verder gezocht.

Het merendeel van de literatuur betreft kwalitatieve studies, alleen de reviews omvatten zowel kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeken. Ze gaan over het gebruik van intuïtie in medische en sociale zorgpraktijken, waaronder huisartsenpraktijken, kinderafdelingen, intensive care afdelingen, algemene verpleegafdelingen van ziekenhuizen, en een neonatologie - en verloskundeafdeling. Daarnaast betreffen het onderzoeken in de sociale zorg en welzijn, specifiek jeugdzorg en kinderbescherming in Ierland en Engeland. Het proefschrift van Stolper (2010) is naast het review van Van den Bruel (2012), het enige (Nederlands/Vlaamse) onderzoek dat het PNPG (in de huisartsenpraktijk) als thema heeft. In de jeugdzorg is geen onderzoek bekend over het PNPG. Andere bronnen hebben als centraal thema intuïtie.

Onderzocht is hoe de concepten intuïtie en PNPG zich tot elkaar verhouden en welke plek ze in de zorgethiek innemen.

2.2 Het concept PNPG

PNPG is volgens Stolper (2010) *vergelijkbaar* met intuïtie. Het ‘Niet pluisgevoel’ is *meer specifiek* omdat het met een lichamelijke gewaarwording gepaard gaat en omdat het gekoppeld is aan een vorm van interventie zoals een laboratoriumonderzoek of een *second opinion*, om serieuze gezondheidsproblemen te voorkomen. (Stolper, 2010) Volgens Van den Bruel (2012) is het ‘Niet pluisgevoel: “Primair een

aanwijzing voor een afwijking van een herkenbaar patroon dat secundair door het verhaal van de patiënt wordt getriggerd en tertiair door de kennis die de arts al van de patiënt en van de familie had². PNPG wordt omschreven als een andere wijze van problemen oplossen dan de wetenschappelijke (Stolper, 2010).

PNPG is een hulpmiddel dat helpt te onderscheiden of iets ‘goed’ of ‘fout’ zit wanneer een patiënt een klacht heeft die niet meteen geobjectiveerd kan worden. Omdat het PNPG aanzet tot het zoeken naar objectieve redenen voor het gevoel bevordert dit het diagnostisch proces.

De relatie tussen arts en patiënt draagt bij aan het PNPG. Het is een emotie die ontstaat door een discrepantie tussen wat de arts ziet bij de patiënt en wat hij verwacht te zien op basis van zijn kennis en ervaring (Stolper, 2010). PNPG vormt een belangrijk element in het denkproces van de ervaren professional die bedreven is in het intuïtief en analytisch integreren van medische kennis, ervaringskennis en contextkennis (Stolper, 2010).

Van den Bruel vergeleek onderzoeksresultaten van praktijken buiten de medische besliskunde en daarvoor geldt dat het signaleren van PNPG sterk afhangt van de kennis over wat normaal is, veel meer dan kennis over mogelijke ernstige aandoeningen (Van den Bruel, 2012).

Intuïtie: onbewust of bewuste kennis?

Intuïtie versnelt het analytisch proces en is een essentieel onderdeel van het klinisch oordelen en besluitvorming (Benner, 1986). Volgens de definiëring van Benner en Tanner (1987) is intuïtie: ‘begrijpen en oordelen, zonder tussenkomst of bewerking van het rationele’. Het is een vaardigheid waarbij gevoelens en emoties onderdeel zijn en het onbewuste leidend is. De intuïtieve grip van zorgprofessionals maakt het mogelijk de focus te verplaatsen van een nadruk op probleemherkenning naar het identificeren welke acties nodig zijn voor de patiënt (Benner & Tanner, 1987).

Volgens Benner (1991) is subjectieve informatie objectieve kennis. Kennis afkomstig uit persoonlijke omstandigheden is door de omgeving gevormd en in die zin objectief. Uit onderzoek van Kahneman en Klein (2009) blijkt dat het een cognitief proces is en betreft het niets anders dan herkenning door het ophalen van het rationele². Dit geldt

²De definitie van Kahneman en Klein is overeenkomstig het denken van Plato (427-357 v. Chr.). Alle kennis is herinnering, een hervinden door contact met de werkelijkheid. (Grieks: *anamnēsis*).

voor intuïtie opgedaan uit scholing van vaardigheden evenals voor handelen dat gerelateerd is aan goede of slechte herinnering (heuristiek) (Kahneman & Klein, 2009).

Volgens Kahneman en Klein (2009) is de subjectieve ervaring geen betrouwbare indicator om zuiver te kunnen oordelen. Intuïtief oordelen gaat samen met perceptie en met impressie en een enkele respons initieert het denken. We vertrouwen meestal op de eerste ingeving en maken correcties wanneer het noodzakelijke is. Dit hoogsubjectieve vertrouwen is volgens Kahneman en Klein (2009) geen goede indicatie van validiteit in de besluitvorming. Om te kunnen vertrouwen op intuïtie gelden een aantal voorwaarden: wege van het oordeel, de validiteit en kennis van de omgeving. Uit onderzoek (Kahneman en Klein, 2009) blijkt dat de hoog betrouwbare omgeving van de geneeskunde daar aan bijdraagt.

Uit beide theorieën blijkt dat ze essentieel zijn voor het klinisch oordelen. De betrouwbaarheid van de subjectieve waarneming en het herkennen wat nodig is in patiëntsituaties vormen het onderscheid tussen Benner en Tanner (1987) en Kahneman en Klein (2009).

Stolper (2010) volgt de theorie van Benner en Tanner (1987): PNPG is intuïtieve kennis, een niet-analytische denkwijze, die zich onbewust gevormd heeft op basis van context en het particuliere van de patientomgeving. Het affect dat erbij hoort, een belangrijk signaal dat serieus genomen moet worden, helpt bij het snel en efficiënt selecteren van relevante informatie (de zogenaamde ‘affectieve heuristiek’) (Stolper, 2010). Ervaren professionals werken meestal op een niet-analytische, automatische manier. In complexe situaties maken ze gebruik van de analytische denkwijze om de klachten of symptomen te koppelen aan diagnoses (Stolper, 2010). Het bedreven zijn in het integreren van veel soorten informatie zorgt ervoor dat het een heen en weer gaande beweging is tussen de beide denkwijzes.

Intuïtie is de kern van PNPG en maakt onderdeel uit van zogeheten ‘taciete kennis’. Kennis die impliciet aanwezig is en die zich pas ontwikkelt en toont in en door complexe praktijken en onzekerheden. Dergelijke kennis betreft regelmatig een doorleefde ervaring die belangrijk is om iets met subjectieve waarnemingen als PNPG

te kunnen doen. Het denken van onervaren professionals verloopt dan ook veel vaker analytisch. Het alarmerende gevoel leidt bij hen vaker tot onzekerheid (King en Clark, 2002)

Het PNPG kan aangeleerd en ontwikkeld worden. Verwerkte en bewerkte ervaringen waar gevoelens en emoties in zijn opgenomen vormen de basis van het intuïtief oordeel. Het ontwikkelt zich door klinische observaties en wordt daarmee een vaardigheid. (Vosman & Baart 2008; Hams, 2000; King & Appleton, 1997). Taciete kennis gaat met name over een behoedzaam afstemmen.

PNPG is meer dan intuïtie. Het is een emotie door de lichamelijke gewaarwording die geldt als waarschuwing met een oordeel goed/niet goed die aanzet tot actie, de bewustwording dat verder onderzoeken nodig is. Op basis van deze processen omschrijft Stolper het PNPG als het ‘derde denkspoor’ en plaatst het naast het analytische- (ratio) en niet-analytische denkspoor (intuïtie). Het is daardoor een andere – niet-wetenschappelijke – wijze van problemen oplossen (Stolper, 2010). Daarmee plaatst PNPG zich naast het theoretisch kader waarmee artsen vertrouwd gemaakt zijn, de besliskundige en de probleemoplossende benadering.

2.3 Emotie versus ratio of ‘rationele emotie’?

De lichamelijke gewaarwording bij PNPG maakt het kenmerkend voor een emotie. Om daar betekenis aan toe te kennen wordt nader onderzocht hoe emoties in het zorgethisch kader beschouwd worden. Een onderzoek met een zorgethische bril op houdt onder andere in dat wanneer we naar de betrekking tussen de zorgverlener en de zorgontvanger kijken, we ook gevoelens, emotie en intuïtie als bron voor goede zorg kunnen betrekken.

Emoties zijn persoonlijke gevoelens waarvan de subjectiviteit ter discussie staat (Nussbaum, 1998). Vaak worden emoties gezien als irrationeel en derhalve als iets wat gescheiden moet worden van ratio om tot een goed (moreel) oordeel te komen (Bolt, Verweij & Delden, 2010).

Volgens de filosoof Nussbaum (1998), hebben emoties kennis in zich over wat van waarde is en wat het goede is. Vanuit bronnen uit de Griekse mythologie is zij emoties verder gaan doordenken en laat ze zien dat emoties naast fysieke gewaarwordingen cognitieve opvattingen bevatten. Van daaruit kan verder gedacht worden hoe emoties kunnen helpen bij wat goede zorg is.

Volgens Baart (2011), grondlegger van de presentietheorie, hebben emoties een bijdrage aan goede zorg op het interpersoonlijke vlak (Baart, 2011).

Emoties worden door zorgethici als bron van kennis beschouwd. In de zorgethiek gaat het erom emoties op de juiste wijze te gebruiken zodat het bijdraagt aan het herkennen van de zorgen of behoeften van de zorgontvanger en van de zorggever, daarop te oriënteren en te redeneren (Baart, 2011). Lichamelijkheid en emoties zijn gerelateerd aan kwetsbaarheid: mensen kunnen niet zonder de zorg en aandacht van anderen. Het begrenst ze als persoon en het benadrukt de sociale context met anderen (Baart, 2011; Van Heijst, 2005).

In de zorgrelatie zijn door Baart & Carbo (2014) gevoelens onderscheiden in drie categorieën. Dit zijn de sentimenten, affecten en emoties.

- Sentimenten zijn over het algemeen meer politiek-ethisch gerelateerd en komen wat betreft het handelen neer op keuzes maken in er wel of niet in meegaan, bijvoorbeeld bij medisch-ethische discussies rondom de prenatale diagnostiek.
- Affecten zijn gevoelens voor een ander zoals gehechtheid of geven om iemand.
- Emoties zijn de persoonlijke gevoelens die iets bij jezelf oproepen en zijn sterk tijd- en cultuurgebonden.

Emoties richten zich op de ander of een situatie met een reden en daarmee zijn ze ethisch. De emotie boosheid kan duiden op dat er iets op het spel staat, de emotie blijheid dat er een ommekeer, verandering heeft plaatsgevonden. Volgens Nussbaum (1998) hebben ze een cognitief karakter omdat ze kennis kunnen overdragen van wat van waarde is en wat goed is. Daarmee zijn ze van waarde voor het rationeel handelen want ze kunnen aanzetten tot adequaat gedrag (Nussbaum, 1998).

De betrouwbaarheid van emoties is volgens Nussbaum afhankelijk van inzicht en context. Dat betekent dat men moet kunnen reflecteren op zijn of haar emoties. Daarnaast stelt zij het belang van het kunnen interpreteren van de sociale omgeving om ze te kunnen begrijpen (Nussbaum, 1998). Volgens haar filosofie gaat het er bij emoties juist om dat ze onderzocht moeten worden want ze kunnen zich eerder tonen dan wat je met je ratio kunt achterhalen.

Emoties verstoren het oordeelsvermogen niet. Ze zetten aan tot actie, nadenken en handelen. Dat betekent dat de rationele vermogens ervoor zorgen dat de emoties je inzicht geven en dat je daar je beoordelingsvermogen op kunt zetten, kunt beargumenteren en toepassen (Baart & Carbo, 2014). Emoties geven inzicht in de erin opgesloten beoordelingen en daar is het beoordelingsvermogen op gericht. Emoties kunnen ook op een dwaalspoor brengen. Het onderzoeken heeft tot doel niet impulsief te reageren (Nussbaum, 1998).

Dat de ratio het gevoel kan belemmeren is door onder andere Noddings (1984) beschreven als feit dat je niet alles zult waarnemen als je er meteen een morele conclusie (goed/fout) aan verbindt. Het handelen wordt daarmee verstoord en dat beïnvloedt de zorgrelatie. Regels, methodieken, richtlijnen zorgen voor versmalling van de waarneming omdat ze gebaseerd zijn op oordelen. Terwijl volgens Noddings pas na het moment van het affectief geraakt zijn een oordeel volgt.

Brugère (2015) heeft het intellectuele van emoties op het interpersoonlijke vlak samengebracht met de politiek-ethische component³. Het wordt met een voorbeeld toegepast op de praktijk van de sociale zorg. Het soort emoties dat volgens Brugère wordt gewaardeerd in de zorgethiek zijn die emoties die binnen de relatie uitdrukking geven aan een behoefte of een persoonlijke zorg (*concern*). Emoties hebben te maken met asymmetrische relaties en kwetsbaarheid en ze zijn bruikbaar juist in ongelijkwaardige relaties want ze beschermen de kwetsbaren in de samenleving. De reden dat de kracht van emoties niet herkend wordt is volgens Brugère dat we de

³Ze gebruikt daarvoor de filosofie van Rousseau, Ricoer, Gilligan, haar werk geldt als het ontstaan van de feministische ethiek en later de zorgethiek waarin ze met behulp van metafoer een stem geeft aan het juridisch- en het zorgdenken, en de zorgethische gedachte van Tronto, Baier en Kittay Feder.

dispositie in stand houden dat zorg is geassocieerd met emoties en met het hulpbehoevende en het private en dat (zorgarbeid) onzichtbaar is.

Vanuit dat perspectief pleit zij voor het de-sentimentaliseren van emoties als een ‘intelligente’ oriëntatie binnen de zorg, en dan speciaal als het gaat over het sociaal werk, de zorgpraktijk waar het morele een andere benadering vraagt dan zorgpraktijken waar het autonomie- en rechtvaardigheids denken⁴ de benaderingswijze bepalen.

Deze twee morele perspectieven zijn door Carol Gilligan onderscheiden middels een metafoor; de mannelijke en de vrouwelijke stem⁵.

Naast dat besef van onderscheid van het rechtvaardigheidsperspectief en het zorgperspectief betoogt ze dat deze perspectieven elkaar ook nodig hebben in de zorgpraktijk. De betrekking in zorgrelaties is gebaat bij het zoeken naar evenwicht vanuit wederzijdse belangen. De institutie is ook een zorgrelatie, die door de machtsstructuren te maken heeft met ongelijkheid, kwetsbaarheid en afhankelijkheid, en dus emoties. Brugère ziet het belang van de ‘masculiene’ stem (Jake) die staat voor verantwoordelijkheid, voor sterke communicatieve vaardigheden die in de emotionele omgeving ingebracht worden. Dit noemt zij een ‘gedesentimentaliseerde’ attitude.

Deze theorie acht zij speciaal geschikt voor het werken in de sociale zorg, een (werk)omgeving die zich kenmerkt door emoties: de professional is betrokken bij persoonlijke en sociale zorgen en behoeften van zijn cliënt, waarbij het vaak gaat om kinderen en jongeren, een kwetsbare groep die vaak met grote problemen te maken heeft. De professional moet in die werkomgeving zorgen dat de ander en hijzelf in dat

⁴Zie de 4 principes van de bioethiek van Beauchamp & Childress (2009)

⁵ Het relationele paradigma van de zorgethiek vindt zijn oorsprong in de ontwikkelingspsychologie van Carol Gilligan (1982). Zij heeft in haar werk: *‘In a different voice’* een onderscheid gesignaleerd tussen de waardering van zogeheten ‘mannelijk’ en ‘vrouwelijk’ moreel oordelen. Volgens Gilligan wordt het mannelijke model (zij gebruikt het voorbeeld van ‘Jake’), dat staat voor het redeneren vanuit universaliseerbaarheid en rechtvaardigheidsprincipes geprevaleerd boven het redeneren vanuit relationaliteit (op de wijze waarop een vrouwelijke ‘Amy’ dat zou doen). Er is volgens deze theorie van Gilligan een samenhang tussen biografie en zorg (*concern*); In de tijd worden relaties geschaad en moeten ze herstellen. Dat vindt plaats door het relationele en dat is zorg. Vanuit de (andere) stem van Amy gezien zou verantwoordelijkheid volgens Gilligan opgevat kunnen worden als een respons, een uiting die meer is dan alleen het legitimeren van de actie (de wijze van Jake).

persoonlijk contact beschermd worden tegen de gevolgen die een emotionele omgeving teweeg kunnen brengen.

Indien, net zoals andere zorgberoepen, de benadering gekozen van ‘respect’, ‘waardigheid’, ‘rechtvaardigheid’, ‘empowerment’ en alles wat staat voor de bio-ethische principes die gericht zijn op het volledig te bereiken potentieel dan zijn dat allemaal benaderingen gericht op het ‘bemiddelen’ van de problemen. Zij noemt deze benadering de werkwijze die past bij de ‘social work practitioners’

Daartegenover staat de ‘social care worker’ die de ander in een omgeving of context ontmoet waar emoties gebruikt en getoond worden. Ook andere kwaliteiten gaan dan een rol spelen. De professional ‘professionaliseert’ emoties en komt daarmee op afstand van de meer solistische emoties als altruïsme en compassie.

Geprofessionaliseerde emoties zijn volgens Brugère: maturiteit (de kalme professional), betrouwbaarheid en geloofwaardigheid. Ze wil daarmee zeggen dat emoties dan wel essentieel zijn voor zorgethiek maar ze dienen gecombineerd te worden met andere kwaliteiten. Het biedt de mogelijkheid een stabiele omgeving te creëren waarin op sociaal, educatief en relatieniveau interventies gedaan kunnen worden die bij het dagelijks leven horen. En dat wordt niet bereikt door de rol aan te nemen van *social work practitioner*, die managet, coördineert en onderhandelt over wat de meest veilige zorg is voor het kind.

2.4 Samenvatting PNPG in de zorgrelatie

Het concept PNPG is de schakel of het kompas tussen intuïtie, herkennen wat nodig is, en probleemoplossing. Het is een denkwijze die vanuit de relatie tot stand komt, want emoties ontstaan uit verbinding, en vanuit de situationele context gericht op wat nodig is voor de patiënt. De informatie van het gevoel is er sneller dan informatie die rationeel tot stand komt en kan zo mogelijk problemen voorkomen, of bijdragen aan een minder ernstig verloop. Het PNPG zoals Stolper (2010) definieert is een wisselwerking tussen verschillende manieren van kennis verzamelen. Deze niet-analytische denkwijze baseert zich op op zowel het lichamelijke, als de context en omgeving van de patiënt. De zorgethiek waarschuwt voor een risico op tunnelvisie indien de analytische denkwijze overheerst.

De (zorg)ethische literatuur beschrijft de cognitie van emoties als betekenisvol maar stelt als voorwaarde dat de ratio nodig is om emoties goed te kunnen gebruiken dat wil zeggen dat ze bijdragen aan het helpen herkennen van de zorg of de behoefte van de ander. Niet alle emoties zijn goed, ze kunnen op een dwaalspoor brengen. Emoties zijn niet intellectueel wanneer ze niet onderzocht worden. Emoties kan je niet van afstand beoordelen. Zorgethiek ziet daarom het belang van taciete kennis om de betekenis van emoties te kunnen onderscheiden. De zorgethiek hecht waarde aan het niet van te voren oordelen zoals de analytische denkwijze voorstaat. Pas op het moment van toepassen blijkt of gevoel gescheiden is van ratio of dat ze een betekenisvolle rol hebben in de betrekking. Ruimte voor emoties betekent dat er een omgeving moet zijn waar emoties getoond en waargenomen mogen worden. De professional heeft daar een zorgverantwoordelijkheid voor.

Na deze conceptuele verkenning van PNPG in betrekkingen tussen zorgverlener en zorgontvanger zal het onderzoek zich richten op het gebruiken van PNPG in de praktijk.

3. Methodologie empirisch onderzoek

Het empirisch deel van dit onderzoek richt zich op praktijken van professionals van een team jeugdzorg en van een opleiding voor verloskundige zorg en de wijze waarop de professionals hun PNPG inzetten bij de uitvoering van zorg.

In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de methodologische overwegingen: de onderzoeksbenadering, het conceptueel raamwerk, de onderzoekseenheid en de onderzoeksmethode, het proces van dataverzameling en –analyse, en ethische overwegingen.

3.1 Onderzoeksbenadering

Dit kwalitatief onderzoek is gedaan vanuit de hermeneutisch interpretatieve onderzoekstraditie en heeft een etnografische onderzoeksbenadering. Dat betekent dat er een verkenning plaatsvond naar de (verborgen) betekenis en de logica in het gedrag dat moet leiden tot het interpreteren van de context. Door middel van een open, flexibel en cyclisch exploratief onderzoek, wordt het fenomeen PNPG verkend (Patton, 2002). Om zicht te krijgen op PNPG is de subjectieve beleving van de respondenten een belangrijke kennisbron en geeft deze onderzoeksmethode ruimte aan de wijze waarop respondenten hun realiteit construeren (Patton, 2002).

Kenmerkend binnen kwalitatief onderzoek is dat de onderzoeker zelf het onderzoeksinstrument is. Zorgethisch inductief onderzoeken is namelijk het *verstehen*, het van binnenuit begrijpen, belangrijk voor het interpreteren van betekenissen, om de rol van de ander te begrijpen en te kunnen inleven in de ander.

3.2 Conceptueel raamwerk

Voorafgaand aan het empirisch onderzoek vindt conceptueel onderzoek plaats. Hiervoor fungeren *sensitizing concepts* als kader om subjectiviteit te bewaken, ze spelen een rol bij het formuleren van de probleemstelling en bij de analyse van de verzamelde data (Boeije, 2014; Bowen, 2008). De gevoelig makende begrippen van deze studie zijn: PNPG, EBM, EBP, en relatie zorgontvanger en zorgverlener. Omdat het een verkennend onderzoek is zal de daaruit opgehaalde verscheidenheid aan attenderende begrippen bij de reconstructie van de bevindingen beschreven worden (Patton, 2002).

3.3 Onderzoekseenheid en dataverzameling

De open inductieve benadering van een zorgethisch empirisch onderzoek vraagt om onderzoekseenheden gericht op ‘rijke’ data omdat deze de verborgen onderliggende patronen tonen. Dit maakt *thick description* mogelijk, een verhalende en gedetailleerde weergave (door middel van citaten) van de ruwe data en de interpretatie ervan (Boeije, 2014). Interviews zijn een waardevol onderzoeksinstrument om rijke data te verzamelen. De onderzoeker geeft zoveel mogelijk ruimte aan het onderzoeksobject om in eigen bewoordingen te antwoorden op de vragen (Boeije, 2014).

Door een doelgerichte steekproef zijn in totaal zeven professionals geselecteerd uit twee praktijken: de jeugdzorg en de verloskundige praktijk. Een team van Jeugd & Gezin in een middelgrote gemeente in het midden van het land was bereid te participeren in het onderzoek. De manager heeft op verzoek van de onderzoeker vijf respondenten geselecteerd: een heterogene groep is samengesteld vanuit verschillende opleidingsachtergronden, leeftijd en gender. Het zijn een orthopedagoog, een gezinscoach, een jeugdcoach, een jeugdgezondheidszorgverpleegkundige en de teammanager van het zorgteam. Ze hebben allen een ruime werkervaring en werken in dit team dat is samengesteld na de transitie van de jeugdzorg in het kader van de Wet Maatschappelijk Ondersteuning van januari 2015 (CBP, 2013).

De onderzoeker heeft in de onderwijspraktijk twee collega-verloskundigen geselecteerd, heteroog op basis van leeftijd en opleidingsachtergrond, homogeen naar onderwijs- en begeleidingsactiviteiten en recente ervaring in de uitvoerende verloskundige praktijk.

De data zijn verzameld door middel van semigestructureerde interviews, elk als onafhankelijke onderzoekseenheid. Elke respondent is eenmalig geïnterviewd gedurende één uur aan de hand van een topiclijst. De interviews zijn na toestemming van de respondenten opgenomen en kunnen door hen nagelezen en gecontroleerd worden (*member-check*). De onderzoeker maakte de afspraak om zo nodig contact met de respondenten te hebben als er onduidelijkheden waren en om vragen te beantwoorden. De interviews werden verbatim tot transcripten verwerkt zodat ze bruikbaar waren voor de data-analyse.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag vond een zekere mate van reconstructie plaats tussen de bevindingen vanuit de empirie met de gevonden literatuur.

3.4 Methode van analyse

Voor het systematisch en methodologisch opbouwen van de gevonden data is de analysebenadering volgens ‘*Grounded Theory*’ (GT) gebruikt (Patton, 2002). Deze benadering onderscheidt de volgende vijf kenmerken: het cyclische karakter, de constante vergelijking, het schrijven van memo’s, *theoretical sampling* en het toetsen van de wetenschappelijke literatuur (Boer, 2011). De *iteratieve* werkwijze van GT houdt in dat de fasen in het onderzoeksproces geen lineair proces zijn maar een heen- en weer gaande beweging. Het steeds teruggrijpen op ontdekkingen in eerdere fasen zorgt voor verdieping van de te ontwikkelen theorie (Corbin & Strauss, 2008)

3.5 Data analyse

Alle interviews zijn in de maand na afname getranscribeerd. Reeds tijdens de interviews is begonnen met transcriberen en coderen. Deze fase zorgde voor het vertrouwd raken met de data door middel van de eerste indrukken na een interview, nalezen transcript en verzamelen van memo’s. Het coderen gebeurde in drie fases: open, axiaal en selectief. Deze fases zijn meerdere malen doorlopen en vormden een continue wisselwerking tussen denken en doen. (Boeije, 2014)

De systematische analyse gebeurde met behulp van de faseringen volgens de thematische analyse van Braun & Clark (2006) om concepten en thema’s in de data te ontdekken en om thema’s en patronen te benoemen. Eerst werd specifiek naar elk transcript gekeken, daarna werden alle gevonden thema’s vergeleken met de hele dataset. Herhaalde patronen met betekenis werden samengevoegd.

Open coderen

De eerste codering ontstond door middel van in vivo, op interviewtopic of eigen code. Het semigestructureerde interview liet de respondent veel ruimte om zijn interpretaties te geven. Er werd in vivo gecodeerd om zo dicht mogelijk bij de

verhaallijn van de respondent te blijven. Alle data zijn doorlopen en kregen gelijke aandacht.

Twee transcripten werden aan de data toegevoegd waarvoor een extra interviewtopic is gebruikt volgend uit een bijgestelde onderzoeksvraag. De data van de eerder uitgevoerde interviews zijn opnieuw doorlopen en waar nodig gehercodeerd.

Axiaal coderen

Vervolgens is het samenvattend coderen uitgevoerd door middel van weer een evaluatieronde met de begeleider en een peeronderzoeker via herordening van codes en subcodes om tot een codeboom te komen. Zo ontstonden betekenisvolle groepen. Er is in deze fase nog niets verwijderd waarbij de mogelijkheid was om nog te combineren en tot verfijning te komen.

Daarna kon gesorteerd worden op potentiële thema's. De codering van de praktijken jeugdzorg en verloskundige zorg was tot dan toe gescheiden gebleven. De data zijn tijdens de analyse onderling vergeleken binnen de groepen en tussen de twee groepen. Codes die geen samenhang meer hadden met de onderzoeksvraag werden gescheiden of verwijderd

Selectief coderen

De twee groepen zijn bij het selectief coderen samengevoegd. Daarmee is de essentie van de thema's tot stand gekomen. De twee begrippen 'Pluisgevoel' en 'Niet pluisgevoel' en de thema's stonden centraal, keerden steeds terug in de gegevens en tekenden het moment van verzadiging. Hiermee hebben ze een rol gekregen in het totaal en daarmee is het een constructie van de onderzoekster. De wijze waarop de respondenten invulling geven aan de begrippen en de thema's komt in de bevindingen naar voren.

De codering en analyse is uitgevoerd met behulp van het analyseprogramma MAXqda. De analyse is ook een handmatig proces geweest. (Bijlage 4,5).

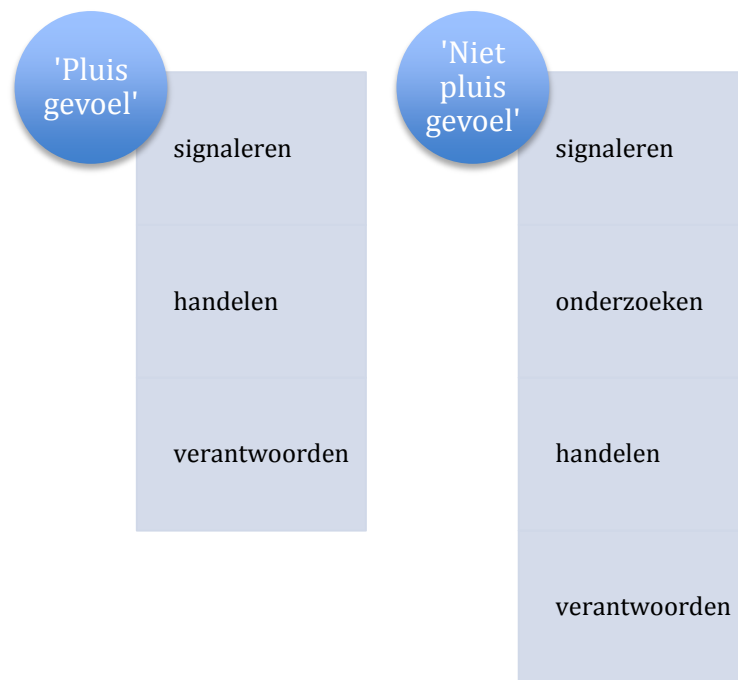
3.6 Ethische overwegingen

De ethische overwegingen (Patton, 2002) van toepassing op dit onderzoek zijn bij aanvang van het interview gedeeld met de respondent. De toestemmingsverklaring is op tape vastgelegd.

Interviews, transcripten en analyseresultaten worden geanonimiseerd in persoonlijke bestanden van de onderzoeker opgeslagen. In de bijlage zal het deel van de bestanden dat als representatief kan worden beschouwd worden opgenomen. De onderzoeker kan benaderd worden voor inzage in het bestand.

4. Bevindingen

Tijdens de data-analyse bleek dat er bij het ‘Pluis- Niet pluisgevoel’ een onderscheid wordt gemaakt tussen ‘Pluisgevoel’ en ‘Niet pluisgevoel’, die elk vergelijkbare thema’s hebben (signaleren/handelen/verantwoorden), hoewel bij het ‘Niet pluisgevoel’ ook nog een extra thema onderscheiden wordt (onderzoeken). Zie ook onderstaande afbeelding:



Afbeelding 2: weergave thema’s ‘Pluisgevoel’ en ‘Niet pluisgevoel’.

Deze verschillende thema’s zullen hieronder verder omschreven worden.

4.1 PLUISGEVOEL

Het ‘Pluisgevoel’ onderscheidt zich in drie thema’s:

1. Signaleren. (Op welke wijze manifesteert zich het ‘Pluis’ zijn?)
2. Handelen. (Hoe wordt er gehandeld als er sprake is van een ‘Pluisgevoel’?)
3. Verantwoorden. (Hoe maken zorgprofessionals hun verantwoording zichtbaar).

SIGNALEREN

Het Pluisgevoel manifesteert zich aan de respondenten als een status quo waarbij rust en vertrouwen ervaren wordt, veelal een duiding van verbinding en beweging.

Er is geen eenduidige uitspraak over wat het gevoel is, wel dat het een moment of een omstandigheid weergeeft waaraan een positieve connotatie gekoppeld is.

Ze hebben het over 'een prettige situatie die er is', of 'is er verbinding', 'als ik liefde zie', 'een trots gevoel', 'vertrouwen hebben', of 'het zien van zelfvertrouwen'.

Bij deze waarnemingen volgen vaak voorbeelden als: '*ontmoeten*', '*inclusie*', '*contact hebben*' en '*er is aandacht*', '*humor*', '*vrijheid*', '*wederkerigheid*' en '*ik zie dat er mogelijkheden zijn*' of '*er is rust gekomen*'.

De jeugdcoach het heeft over de emotie van de ander die ruimte heeft gekregen waardoor er iets verandert:

[..] En dan merk je dat hij dus[..] reageert. En dat is er tussen ons gegroeid. Voorheen reageerde hij nergens op'.

HANDELEN

Respondenten laten zien dat 'Pluisgevoel' ontstaat uit een handelswijze waarbij tijd, ruimte en aandacht is en een open, niet-oordelende houding.

De respondenten nemen de vrijheid en initiatieven om het een keer anders te gaan doen. De jeugdcoach gaat bijvoorbeeld vissen met een tienerjongen, in plaats van een gesprek bij hem thuis:

" omdat je weet dat hij zich schaamt en laten merken dat het niet erg is wat er is gebeurd en dat dit hem overkomt [...] het toch even in gesprek zijn en verder met rust laten"

'Pluisgevoel' betekent niet dat er verder geen zorgelijke signalen zijn. De verloskundige (1) oordeelt niet en kijkt over de tijd heen en dat geeft een ander perspectief:

"Nadenken over wordt dit kind wel groot. [...] Weet je daarin moet liefde zijn, dat is wel belangrijk, [...] Daar ga ik niet gelijk hier allemaal dingen opzetten".

Zelfkennis wordt als voorwaarde genoemd en dat zorgt ervoor dat ze bewust loskomen van voorschriften en regels. Enkele respondenten noemen het bijvoorbeeld *eigenwijsheid* of het uitgaan van eigen 'motto's' omdat ze weten dat ze met hun ervaring veel bereikt hebben.

Het werkt alleen als er een goede relatie is. De jeugdcoach zegt daarover:

"Dat is wel het eerste streven om die verbinding tot stand te brengen. Op het moment dat dat er niet is, kan ik hard werken maar dan denk ik ook dat er weinig gebeurt".

VERANTWOORDEN

Verantwoording van het 'Pluisgevoel' is niet expliciet. Het ontstaat in het contact met de cliënt.

De jeugdgezondheidszorgverpleegkundige omschrijft de positieve beleving als magisch wanneer het lukt om ouders mee te krijgen om hun kind verder te helpen. Geduld en kleine dingen kunnen zorgen voor een keerpunt.

"Dus het is echt ook soms, ja lijkt wel soms een beetje magie. Binnen alle beperkingen die er dan zijn, om te kijken of je die ouder een beetje kan betoveren om meer in zichzelf te geloven en alles eruit te halen wat je er uit haalt, want er is heel veel mogelijk".

Respondenten gaven allen aan dat zij hun handelen vooral baseerden op hun jarenlange ervaring en dat ze weten wat wel en niet werkt. Bijvoorbeeld het geven van ruimte aan de cliënt om zelf een keuze te maken, in plaats van te directief de cliënt tegemoet treden. Maar ook ruimte geven aan de cliënt in zijn of haar (soms onredelijke) angsten ook al komt dat niet overeen met een bepaald protocollair handelen. Zo zegt de jeugdcoach dat je bijvoorbeeld *'angst de tijd moet gunnen'*.

4.2 NIET PLUISGEVOEL

Het 'Niet pluisgevoel' onderscheidt zich in vier thema's:

1. Signaleren. (Op welke wijze manifesteert zich het 'Niet pluis' zijn?)
2. Onderzoeken. (Wat houdt onderzoeken in?)
3. Handelen. (Hoe wordt er gehandeld als er sprake is van een 'Niet pluisgevoel'?)
4. Verantwoorden. (Hoe maken zorgprofessionals hun verantwoording zichtbaar)

SIGNALEREN

Het Nietpluisgevoel manifesteert zich aan de respondenten als een signaal dat serieus genomen wordt. Het oordeel dat na een waarneming volgt zorgt voor het onderbuikgevoel.

Het signaleren dat er iets aan de hand is, uit zich bij de respondenten met een gevoel dat er iets niet in orde is. Of een gevoel van 'geen controle hebben'.

Signaleren wordt ook uitgedrukt als een 'weten dat het niet oke is'. De orthopedagoog uit het team jeugdzorg geeft aan dat ze vertrouwt op haar signaalgevoel:

" eerst moeten die alarmbellen af [...] je kan niet overal wantrouwend in zijn. Soms moet je daarin óók je gevoel vertrouwen " [...]"

De jeugdgezondheidsverpleegkundige benadrukt dat haar levenservaring werkt als een feilloos instrument om te signaleren dat er een 'niet pluis' situatie is:

"[...] dat ik gewoon haarfijn kan inschatten; dit komt niet vanzelf goed. [...] over de jaren heen kijken en weten dat dit echt een probleem gaat worden". [...] we moeten [...] toch echt wel over naar actie [...]"

ONDERZOEKEN

Na het signaleren is meestal niet meteen duidelijk wat er 'mis' is. Maar het afgaan van de alarmbellen geldt als aanzet om dat uit te zoeken. Dit blijkt niet eenvoudig en de respondenten ervaren dat ze afhankelijk zijn van een aantal factoren.

De orthopedagoog noemt dat objectiveren lastig is omdat de leefomgeving geen eenduidige informatie geeft. *" Dat de eigen omgeving eromheen staat. Dat is dan moeilijker in te schatten [...] de mensen die er omheen zaten waren ook te wiebelig.*

De orthopedagoog geeft aan hoe belangrijk die informatie is om een PNPG gevoel te doen verdwijnen.

" [...] al is het maar één familielid die iets kan vertellen over de gezinssituatie [...] "We hadden [...] die objectieve informatie wel even nodig [...]"

Het is het belangrijk om nieuwsgierig te zijn en tijd te willen investeren. Ze noemen het niet te snel tevreden te zijn maar zoals een verloskundige (2) het benadrukt:

"Heel goed kijken, heel goed luisteren, heel goed peilen, doorvragen, nooit een onbeantwoorde vraag laten liggen of een blik die je ziet. [...] Een intonatie kan veel betekenen'.

De verloskundige (2) concludeert:

"Het is dus niet misschien zozeer intuïtie; het is ook ervaring [...] het tjak, tjak tjak leren denken' [...]"

Er wordt gebruik gemaakt van screeningslijsten. De jeugdgezondheidszorgverpleegkundige noemt dit een onderdeel van het objectiveren. Om te voorkomen dat het *"als een soort verhoor gaat klinken"* legt zij dan ook aan haar cliënten uit dat ze gebruikmaakt van deze screeningslijsten om objectief te kunnen zijn *"en niet zomaar een persoonlijke inschatting te maken"*.

Het kan ook zijn dat er dingen spelen waar ze niet achter kan komen maar dat er bepaalde normen gelden die gerespecteerd moeten worden, bijvoorbeeld privacyregels of het respecteren van grenzen die mensen aangeven. De orthopedagoog geeft een voorbeeld waarbij het niet lukt om met de familie in gesprek te komen terwijl de alarmbellen nog steeds afgaan:

[...] ondanks je voelsprietten [...] krijg je toch niet boven tafel wat er speelt. Als mensen [...] echt van plan zijn om jou niet wijzer te maken dan je bent [...] ze zijn daar heel inventief in[...] je gaat dat niet zittend afdwingen [...]"

HANDELEN

De handelwijze laat zien dat er afwegingen zijn in verantwoordelijkheden en dat interventies gedaan worden wanneer het 'Niet pluisgevoel' niet geobjectiveerd kan worden. Net zoals bij het onderzoeken zijn ervaring, kennis van persoonlijke en professionele vermogens en samenwerken hier belangrijk.

Eenzijds is het uitzoeken wat cliënt zelf kan doen. Een verloskundige (2) :

"Niet oordelen, maar samen kijken en dan hoop je dat iemand het zelf ziet dat er begeleiding nodig is" .

Specialisten, zoals een huisarts, worden er bij gehaald om te zien of er in medisch opzicht iets bij een bepaald gedrag van een cliënt meespeelt. De verloskundigen brengen naar voren dat zij geen sociaal professional, psychiater of psycholoog zijn en het daarom belangrijk vinden om bijtijds een 'second opinion' te vragen:

" [...] die kunnen dat ook veel beter want er is vaak meer aan de hand" .

De orthopedagoog blijft uitgaan van haar intuïtie wanneer objectiveren niet lukt.

Toen ben ik juist erg de voelsprietten achterna gegaan en hebben we uiteindelijk die moeder op laten nemen in het ziekenhuis met baby. [...]we voelden gewoon dat we dat risico niet konden lopen [...]Je weet gewoon niet hoe het anders was gelopen. En soms is het dus ook om je eigen onderbuikgevoel tot rust te kunnen brengen".

Bij het nemen van beslissingen spelen emoties een rol. De

jeugdgezondheidszorgverpleegkundige probeert dan meestal om bewust even afstand te nemen omdat ze weet dat ze soms impulsief kan reageren: "*[..].Dit kan echt niet, zo van ik ga meteen bellen, die kinderen moeten daar weg. [...] ik zet ze op de achterbank". [...]toen dacht ik na, "ik ga even terug naar kantoor, ik laat het even bezinken en ik loop even naar [i.v.: collega maatschappelijk werk] , we gaan samen [...] volgende week nog eens kijken en praten [...] we zijn toen ook een heel eind gekomen".*

De verloskundige (2) merkt op dat ze soms ziet dat jonge verloskundigen de neiging kunnen hebben om bepaalde verantwoordelijkheden uit de weg te gaan en geen beslissingen nemen terwijl de cliënt het wel van ze verwacht:

" Je staat hier ook omdat iemand je ingehuurd heeft vanwege een bepaalde kennis die je hebt. En je moet ook die rots durven zijn voor iemand. Je moet ook niet alles altijd bij hun (I.v.: de cliënten) terugleggen. Je mag ook best als je een goede vertrouwensrelatie hebt gekregen met iemand, dan mag je ook best weleens doorpakken".

De verloskundige (1) benadrukt dat het kunnen inschatten voor (aankomend) professionals nog niet zo vanzelfsprekend en eenvoudig is:

" Wat is nou normaal, en wanneer, wat zijn nou de signalen waar je wel op moet letten en dat je aan de bel moet trekken. Heel veel dingen zie je natuurlijk ook niet. [...] en op moment dat je heel weinig levenservaring hebt dan lijkt alles van: " Je hoort toch gewoon dit en dat allemaal in huis te hebben. [...] [een] babietje [...] dat op de grond is gevallen [...] dan is er niet meteen een mishandeling aan de gang".

VERANTWOORDEN

De wijze waarop de respondenten hun 'Niet pluisgevoel' verantwoorden naar de cliënt en naar collega's is door keuzes te verantwoorden door zich kwetsbaar op te stellen en door te delen vanuit welk perspectief gehandeld is. De vertrouwensrelatie is daarbij belangrijk.

Het werken in de jeugdzorg is zo georganiseerd dat ze veel moeten vertrouwen op hun collega's. De orthopedagoog ervaart dat familie, zichzelf en collega's *'wiebelig'* kunnen zijn indien informatie niet eenduidig is. De beslissing van de orthopedagoog om moeder en kind ter observatie op te nemen heeft dan wel tot geruststelling geleid rondom de zorg voor het kind, maar het heeft wel impact gehad:

"[...] dan heb je wel situaties waarvan je denkt, ik heb eigenlijk misschien wel overgereageerd. Voor die moeder althans die had echt wel zoiets van 'Jezus, wat gebeurt hier?' [...] we hebben die moeder vervolgens [...] een pluim gegeven en gezegd: "We hebben het nu gezien en we hebben geen twijfels meer. [...] En dat is verder heel positief verlopen".

Naast dat signalen niet eenduidig zijn, kunnen ze ook worden gemist, en de orthopedagoog neemt het zichzelf erg kwalijk: *dat de alarmbellen niet zijn afgegaan op (minimale) signalen die er wel moeten zijn geweest:*

De orthopedagoog zegt dat het belangrijk is om elkaar te ondersteunen:

"Met name steun je dan op het oordeel van professionals. Dan doen wij heel veel in ons werk. Dat we van een andere professional moeten aannemen hoe de situatie er voor staat. En soms heeft die professional het ook niet bij het goede eind. [...].

5. Discussie

In het onderzoek in praktijken zijn het signaleren, onderzoeken, handelen en verantwoordend opgemerkt als onderdeel van het fenomeen PNPG.

Eerst wordt aangetoond wat de inzichten van de empirische bevindingen zijn. Dan volgt de discussie door de empirische bevindingen naast de wetenschappelijke literatuur te plaatsen, met aansluitend een kritische zorgethische reflectie. In de conclusie wordt de hoofdvraag beantwoord.

5.1 Empirische verkenning PNPG

De empirische verkenning naar PNPG in de zorgpraktijken van de jeugdzorg en de verloskundige zorg laat het volgende zien:

Signaleren is onbewust

De respondenten geven aan dat het ‘Niet gevoel’ belangrijk is als waarschuwing. Er wordt een probleem waargenomen en is een sterke aanwijzing die serieus benaderd wordt. Er wordt waarde aan gehecht en ze vertrouwen op hun PNPG.

‘Pluisgevoel’ is geen signaal maar wordt ervaren op momenten van handelen.

Positieve emoties kunnen een rol spelen die door de respondenten geduid worden als een ‘wending’.

Onderzoeken en afhankelijkheid

Bij het ‘Pluisgevoel’ vindt geen onderzoeksfase plaats. Het is een status quo, een moment of een evaluatie die aangeeft dat er ‘iets’ bereikt is.

Het ‘Niet pluisgevoel’ wordt door de respondenten serieus genomen. Ze benoemen het als een intensief proces en het belang van serieus werk maken van het onderzoeken.

Bij een ‘Niet pluisgevoel’ wordt er uitgebreid onderzoek gedaan. Signalen zijn niet eenduidig, niet eenvoudig te herkennen. Drie vormen van acties worden zichtbaar om tot objectieve informatie te komen: het betrekken van het netwerk van de cliënt, inzetten van en reflecteren op eigen vermogens en afstemmen met betrokken professionals.

Er worden afwegingen gemaakt wanneer er geen of onvoldoende objectieve informatie voorhanden is en middels een second opinion tot ingrijpen wordt besloten. Respondenten zijn zich sterk bewust van de rol van emoties: impulsief handelen en vooroordelen worden benoemd als gevaarlijk omdat ze een objectieve beoordeling verstoren. Ze zijn het zich ook bewust dat het niet altijd te voorkomen is. Bij het PNPG kunnen alarmsignalen worden gemist of ze zijn niet eenduidig geweest. Het PNPG is belangrijk als onderdeel van een gezamenlijk activiteit. De professionals delen hun PNPG ervaringen, waarbij vertrouwen een belangrijke rol speelt voor de gezamenlijke verantwoording van de zorg in de praktijken.

Handelen en tegenstrijdige belangen

Bij het PNPG maken de respondenten veel gebruik van hun intuïtieve vermogens waarbij ze afhankelijkheid voelen van subjectieve signalen uit de directe leefomgeving.

Er kunnen omstandigheden zijn zoals andere belangen die het ‘niet pluisgevoel’ verstoren. Het ‘niet pluisgevoel’ blijft bestaan wanneer van ‘buitenaf’ factoren een rol spelen die de vertrouwensband beschadigen of de zorgrelatie beëindigen. Dit kan zijn door systeemafspraken (organisatietechnisch, budgettair) of om andere redenen (de cliënt beëindigd de zorg omdat de hulp niet aansluit bij zijn hulpvraag), in dat geval blijven emoties bestaan omdat er onzekerheid is of twijfel over de veiligheid van het kind.

Respondenten kunnen tot een interventie komen vanuit het PNPG om het te doen stoppen en dat betekent dat er ingrijpende keuzes nodig zijn om risico’s voor een kind te voorkomen. Een interventie kan gevolgen hebben voor de vertrouwensband.

Respondenten ervaren het belang van het contact houden met de cliënt in geval van ingrijpende besluitvorming.

Verantwoorden interpersoonlijk

Het PNPG wordt door respondenten geassocieerd met intuïtie en ervaring. Langdurig en intensief of nauw contact in zorgrelaties dragen bij aan het ontwikkelen van het PNPG gevoel. Ervaring en reflecterend vermogen worden door respondenten als voorwaarde genoemd om de behoeften van de cliënt te herkennen. Dit draagt bij aan het kunnen verantwoorden van hun handelen naar de cliënt en naar collega’s.

Om de keuzes voor een gekozen handelswijze te kunnen verantwoorden benoemen de respondenten het belang van contact waarbij een open houding, durven begeleiden en de eigen kwetsbaarheid laten zien van belang zijn voor het in stand houden van de zorgrelatie. De respondenten laten hiermee zien dat openheid van hun emoties belangrijk is om de ander ‘mee te laten gaan of krijgen’ in het zorgtraject.

Gebruik van evidence en taciete kennis

Evidence is leidend voor aankomend professionals, dit wordt als een manier gezien om zicht te krijgen en houden en te structureren in complexe situaties; de waarneming van de verloskundigen is dat ‘ze zo ook wel op tot een juiste beslissing komen. Bij deze conclusie is een onderscheid te maken tussen handelen op basis van protocollering waarbij (in het algemeen) biomedische processen een rol spelen en zorg waarbij niet-fysieke gezondheidsaspecten een rol spelen en gevoelskwesaties aan de orde zijn. Angst voor de gevolgen op een mogelijk onjuiste diagnose of vooroordelen spelen een rol in het waarnemen. Het kan leiden tot keuzes zoals het overdragen aan andere professionals in de zorgketen.

5.2 Samenvatting PNPG in de praktijk

Het blijkt dat PNPG belangrijk is als onderdeel van een gezamenlijke activiteit. De subjectieve gevoelens versterken het kunnen inschatten van een probleemsituatie. In de praktijken blijken de respondenten zich bewust zijn van het gebruikmaken van hun PNPG en ze koppelen dit aan (levens)ervaring en een reflectieve houding. PNPG doet professionals ervaren dat ze van veel factoren afhankelijk zijn en daarmee ervaren ze ook de kwetsbaarheid die het met zich meebrengt in de zorgrelatie. Ze weten dat verkeerd ‘gebruik’ kan leiden tot vooroordelen, tot het missen van signalen en wantrouwen. Het is de reden dat ze een ‘open houding’ nastreven in de relatie met zorgvragers en met hun teamleden.

Ondanks of dankzij dat kwetsbare element nemen ze het serieus. De zorgverleners hechten waarde aan hun taciete kennis waarvan PNPG deel uitmaakt. De respondenten herkennen het belang van objectiveren van PNPG om hun subjectieve waarneming te kunnen verantwoorden naar de cliënt en binnen het team.

Het PNPG kan ook een moment in een probleemsituatie zijn dat zonder bekommernis is, er is dan iets verworven. Er is dan sprake van een 'pluisgevoel'. Het betekent niet dat de probleemsituatie daarmee is opgelost.

5.3 Empirische resultaten naast conceptuele verkenning

In deze paragraaf worden de empirische bevindingen en inzichten uit zorgethiek en wetenschappelijke literatuur nader bekeken op verwantschap en onderscheid en afgesloten met een zorgethische conclusie.

5.3.1 Verwantschap

Signaleren en inschatten

De wetenschappelijke literatuur over werking van PNPG en emoties (Stolper, 2010, Nussbaum, 1998) heeft duidelijk gemaakt dat emoties er toe bijdragen dat er eerder gesignaleerd wordt. Gevoel helpt daarmee de ratio, 'want ratio kan eindeloos door blijven gaan zonder een beslissing' volgens Nussbaum (1998). En als ze intelligent gebruikt worden, betekent dat ze bijdragen aan het sneller herkennen wat nodig is (Stolper 2010, Baart, 2011).

De bevindingen van de respondenten tonen bij het (nog) ontbreken van objectieve informatie, dat zij alle persoonlijke vermogens inzetten zoals de voelspriet openzetten, intuïtie, communicatie met cliënt en omgeving. Het PNPG geeft hen enerzijds informatie over de (omstandigheden) van anderen voordat er objectieve informatie is, anderzijds ervaren ze het belang van het PNPG om serieus en met alle middelen informatie te zoeken. Ze vertrouwen daarbij op hun persoonlijke vermogens. In de verloskundige praktijken wordt door aankomend professionals meer en vaker gebruik gemaakt van richtlijnen om te objectiveren en informatie te vinden. Dit past bij de werking van PNPG (Stolper, 2010)

Omgeving emoties en angst

Praktijken in de zorg rond ouder- en kindzorg gaan over onveilige situaties en dat betekent dat er ook 'gedwongen' keuzes gemaakt worden; de respondenten laten zien dat dit intensieve zoektochten zijn met, naast veel gevoelens en emoties, rationele besluiten.

Volgens Nussbaum (1998) hebben emoties betekenis omdat ze een waarde in zich dragen en kunnen aanzetten tot adequaat gedrag, dit blijkt uit het gegeven dat het PNPG bij alle respondenten een aanzet tot actie is. De praktijken hebben laten zien dat daar waar iets op het spel staat een handelwijze tot stand komt die enerzijds op gevoel gebaseerd is ('het is niet pluis'), anderzijds op ratio omdat zorg niet geobjectiveerd kan worden. De interventie wordt gedaan om 'ze binnen de zorg te houden' zoals het genoemd wordt door de zorgprofessionals in de onderzochte praktijk. Risico's die gesignaleerd worden als gevolg van de 'passieve' afhankelijkheidspositie maken aanspraak op de zorgverantwoordelijkheden van de respondenten (Kittay Feder, 1999). De interventie is weloverwogen voortgekomen vanuit een PNPG, emoties zijn intelligent, daar waar andere informatie mogelijk (te) laat binnenkomt. Respondenten uit beide zorgpraktijken herkennen dit in de dagelijkse praktijk: complexe, onzekere of gevaarlijke situaties worden snel ingeschat. Deze bevindingen komen overeen met de theorie van Stolper (2010), dat het PNPG een bewezen effectief diagnostisch instrument is en daarom een onderdeel van de EBP vormt.

Twijfel bij besluiten

Angstgevoelens en schuldgevoel bij de professional leiden tot twijfels bij de besluitvorming volgens Howarth (2007) en Bortoli & Dolan (2015). Angstgevoelens spelen een rol bij (aankomend) verloskundigen omdat ze bang zijn voor een klacht. Dit heeft invloed op de wijze van begeleiden. Howarth (2007) en De Bortoli & Dolan (2015) stellen dat er andere redenen zijn dan PNPG en EBM die een rol spelen in de besluitvoering bij de zorg voor moeder en kind.

Bij de professionals in de onderzochte praktijken wordt zichtbaar dat het eindresultaat "veilige zorg" moet zijn omdat het doel is een oplossing te vinden voor de beknellende situatie. Dat leidt regelmatig tot twijfels bij de respondenten maar niet vanuit angst of schuld; ze worden geleid door twijfels over het juist waarnemen en dat heeft invloed op het nemen van een beslissing. Dit komt overeen met studies die bevestigen dat in een omgeving waar emoties een grote rol spelen objectiveren moeilijk is (Van den Bruel, 2014; Bortoli & Dolan, 2015; Billay, 2007)

Second opinion

Het blijkt dat autoriteit bepalend is voor de weging van PNPG en dat daarmee het belang van PNPG bepaald wordt. Howarth (2007) geeft aan dat de professional bij het PNPG afwegingen maakt tussen gevoel en ratio wanneer het aankomt op het doorverwijzen van een kind. De bevindingen uit dat onderzoek laten zien dat gevoelens van het PNPG gebaseerd zijn op de subjectieve signalen van de cliënt, die de zorgverlener kunnen misleiden. Dat betekent voor de professional dat het PNPG niet of te weinig geobjectiveerd kan worden. Er wordt dan gekozen voor een *second opinion*.

Zoals de respondent uit de jeugdzorg zegt: “Om zicht te krijgen op de situatie rondom het kind omdat het gevoel zegt dat er risico’s zijn” dan is er objectieve informatie nodig “om het PNPG te laten verdwijnen”.

Professionals delen hun (onzekerheid) over hun subjectieve gevoelens omdat men wil dat een arts actie onderneemt op basis van hun gezamenlijk oordeel (Howarth 2007).

Afhankelijkheid

Vanuit het plichts- en rechtvaardigheidsdenken is er naast afhankelijkheid van hoe de zorg georganiseerd is (Tronto, 1993; Van Heijst, 2011), de afhankelijkheid van familierelaties (Noddings, 1984; Held, 2005) en van betrekkingen op de werkvloer (van Heijst, 2011). Uit het empirisch onderzoek kwam naar voren dat er door de professionals een grens gevoeld werd om door te vragen over dat wat er door de ander ervaren wordt. Het uitgangspunt van niet willen afdwingen of *overrulen* past niet in het deliberatief model van de arts-patiëntrelatie (TenHave, 2013).

Respondenten ervaren het als een dilemma in contactmomenten dat de maatschappelijke norm en wat algemeen beleefd wordt als 'privacy' hier botst met de zorgverantwoordelijkheid in de betrekking. Met andere woorden, het begrip vrijheid geldt als een groot goed en dat leidt tot een houding van het elkaar met rust laten (Held, 2005).

De particuliere claim van de professional

De respondenten laten zien dat de zorgverantwoordelijkheid de professional kwetsbaar en afhankelijk maakt in de betrekking omdat lichamelijke en emoties daar aan gerelateerd zijn (Kittay Feder, 1999). Dat ze oog hebben voor het conflict blijkt uit het nauw contact houden met de cliënten waarbij intenties en perspectieven

gedeeld worden. Respondenten uit beide praktijken geven het belang aan van het durven begeleiden; dat houdt in dat ze hun eigen kwetsbaarheid en onwetendheid tonen in de betrekking (Baart, 2011). De respondenten ervaren dat dit het contact verbetert, in stand houdt of tot stand brengt. Het uit zich in een 'pluisgevoel'. De zorg wordt als goed ervaren maar de respondenten ervaren ook dat dit niet altijd lukt. Bijvoorbeeld omdat cliënten de zorg stopzetten, omdat de zorg die gegeven wordt 'niet hun vraag was'. Dit wordt als lastig ervaren, het laat het PNPG bestaan daar waar de risico's voor een kind nog bestaan.

Taciete kennis en moment van oordeel

Voor aankomend professionals zijn deze praktijken moeilijk te doorzien. Volgens de respondenten is dat niet alleen gebrek aan ervaring maar 'wordt het hun ook niet gemakkelijk gemaakt'. De verloskundigen die in de dagelijkse praktijk verantwoordelijkheid dragen voor het begeleiden, zien een oorzaak in die botsende denkkaders van autonomie en relationaliteit (Stolper, 2010, Douw et al, 2015). De maatregel die in de geneeskunde opgelegd kan worden bij het negeren van het PNPG, is op het handelen van de professional gericht, terwijl hieruit blijkt hoe verstrengeld belangen en verantwoordelijkheden zijn in praktijken.

De respondenten die allen te maken hebben met begeleiden van aankomend professionals benadrukken het belang van levenservaring en het vermogen tot reflecteren. Dit wordt ondersteund door de studies van Stolper, 2010; Douw et al, 2015; Van den Bruel, 2012; Billay, 2007) die het belang noemen van het geschikt maken van een (leer)omgeving om intuïtie te ondersteunen ter uitbreiding van kennis. Respondenten noemen dat in een omgeving van wantrouwen vooroordelen gevoelig liggen en voorkomen moeten worden. Handelen op basis van vooroordelen, zo merken zij op, heeft invloed op de wijze van begeleiden. Noddings (1984) en Van Heijst (2011) wijzen op deze gevaren waarbij regels een open houding beïnvloeden. Zorgethiek omschrijft in haar inzichten het belang van de brede blik om categoriseren te voorkomen (Klaver et al, 2013). Het oordeel vanuit de interactie is essentieel voor de kwaliteit van het contact dat zichtbaar wordt tussen betrokkenen. Het is geen individuele beslissing maar een collectieve actie. Het relationele aspect geeft de mogelijkheid dat de ander op bredere wijze zichtbaar wordt dan door de lens van diagnose of gestelde categorieën (Klaver et al, 2013).

5.3.2 Onderscheid

Objectiveren

Het PNPG als diagnostisch instrument van Stolper (2010) is gebaseerd op de medische praktijk. Het is een substantieel onderdeel van het diagnostisch denken van (huis)artsen. Het gevoel werkt als een kompas dat ondersteunt bij het diagnosticeren van ziektebeelden. Medici zullen met behulp van technische instrumenten verder onderzoek kunnen doen bij afwijkende bevindingen.

De praktijken rondom jeugdzorg laten zien dat het onderzoeksproces anders verloopt. Enerzijds omdat het niet hoeft te gaan om het vaststellen van een ziekte, anderzijds omdat het een omgeving is waar wantrouwen een rol speelt. Het PNPG is gebaseerd op een oordeel dat geveld is over een afwijkend beeld of situatie en dat signaal kan het onderzoek beïnvloeden. Het PNPG als diagnostisch instrument lijkt niet volledig.

Om een afwijkend patroon te herkennen is aftasten van de leefomgeving, geschiedenis en kennis van de cliënt en het gezin met betrekking tot sociale problematiek nodig. Of er nu wel of geen voorkennis is van een cliënt, en of men bekend is met de leefomgeving van de cliënt, de respondenten uit de jeugdzorg merken op dat mensen 'heel inventief' zijn. Ze houden informatie achter of camoufleren hun gedrag. Daar kan veel aan ten grondslag liggen. Er is een intensieve zoektocht nodig om erachter te komen waar men nu precies aandacht aan moet besteden. Dit kan niet alleen met behulp van handelingsschema's, diagnostische tests of doorverwijzing naar een specialist. Dit zijn lange onderzoekstrajecten die niet passen in het beeld van PNPG als diagnostisch instrument zoals Stolper (2010) beschreven heeft.

Verstoring van PNPG

De respondenten geven voorbeelden waaruit blijkt dat het handelen vanuit PNPG 'verstoord' kan raken. Emoties brengen op een dwaalspoor en kunnen zorgen voor vooroordelen. Het kan leiden tot interventies die de (vertrouwens)relatie schaden. De cliënt vraagt zich af 'waar haar begeleidend verloskundige was op dat moment'. Er worden door de (aankomend) professional keuzes gemaakt gebaseerd op twijfel of angst. De ratio heeft dan andere voorkeuren en emoties worden niet nader onderzocht bijvoorbeeld omdat motivatie ontbreekt (Kahneman & Klein, 2009, Baart, 2011).

5.4 Zorgethische reflectie

Er blijkt door de ervaren professionals weinig of geen urgentie te zijn ten aanzien van protocolgebruik. Door continu in de leefomgeving van de cliënt te zijn, is de persoonlijke ervaring van de cliënt belangrijker dan een 'opgelegde' richtlijn die misschien voor deze cliënt niet zo 'handig' is. Dit komt overeen met de literatuur. Verschillende auteurs stellen dat in een omgeving waar emoties een belangrijke rol spelen, richtlijnen niet werken en objectiveren moeilijk is omdat gevoelens zo'n grote rol spelen. (De Bortoli & Dolan, 2015; Howarth, 2007; King & Clark, 2002; King & Appleton, 1997).

Daar waar de regels zich niet opdringen in de zorgbetrekking kan zorg tot stand (Noddings, 1984). Het gevoel dat professionals als 'pluis' ervaren sluit hierbij aan. Dat betekent dat er respons is die eerder ontbrak omdat gevoelens van rechtvaardigheid een bepaalde afstand in stand houden (Noddings, 1984).

Uit de praktijken blijkt dat de respondenten continu, bewust of onbewust, intuïtief maar ook bewust, het '*concern*' blijven volgen om te kunnen identificeren welke acties nodig zijn (Baart & Vosman, 2008, Baart, 2011, van Heijst, 2011). De relatie komt tot stand omdat de betrokkenen elkaar gezien voelen en gewaardeerd worden. De praktijken laten zien dat zorg kan aansluiten zonder dat objectiveren nodig is.

Het PNPG heeft aangetoond dat de professional uitgaat van het unieke en particuliere om bij een behoefte aan te sluiten (Klaver et al, 2013). Het PNPG toont zich vanuit de betrekking en de emotie brengt aandachtigheid tot stand (van Heijst, 2005)

Praktijken hebben aangetoond dat de betrokkenen op elkaar aangewezen zijn, het maakt ze kwetsbaar en het spreekt ze tegelijkertijd aan op hun verantwoordelijkheden. Het heeft aangetoond dat daar goede zorg tot stand komt (van Heijst, 2005): het 'pluisgevoel'.

De professionals nemen hun PNPG serieus. Ze streven na om op brede wijze te kijken en categoriseren te voorkomen (Klaver et al, 2013) door de unieke, particuliere situatie niet uit het oog te verliezen. Het is voor hen een vanzelfsprekend uitgangspunt bij het verantwoorden van hun zorg. Ze ervaren dilemma's waarbij ze opmerken dat enerzijds interpersoonlijke, misleidende emoties een rol kunnen spelen, anderzijds

belangen vanuit de wet-en regelgeving. Er kunnen dan besluiten genomen worden waardoor PNPG blijft bestaan, of waarbij achteraf, onterecht, geen PNPG is opgemerkt. Deze zorgverantwoordelijkheid wordt sterk gevoeld en leidt tot afspraken ten gunste van het onderling vertrouwen. Dit sluit aan bij de zorgethische benadering van omgaan met de belemmeringen die de betrekking op institutioneel niveau dusdanig beïnvloeden dat ze ook constructief zijn en zo bijdragen aan goede zorg die vanuit een andere 'laag' tot stand komt (Van Heijst, 2011; Brugère, 2015)

5.5 Conclusie onderzoek

In de probleemstelling werd aangegeven dat er onduidelijkheid is over het belang van PNPG in de zorgpraktijken van ouder en kind.

Wetenschappelijke studies onderschrijven het belang maar in de praktijk is PNPG ondergeschikt aan het op wetenschap gebaseerde handelen. De zorgethiek heeft in zijn relationeel paradigma omschreven dat sensitiviteit van betekenis is voor de zorgrelatie en dat vraagt een andere wijze van kijken naar zorg.

De hoofdvraag van deze thesis luidt:

Welke rol speelt het PNPG voor (aankomend) professionals in de zorg en hoe kan dit bijdragen aan goede zorg?

Deelvraag 1. PNPG en betrekkingen in de literatuur

In hoofdstuk twee is antwoord gegeven op vraag wat de rol van PNPG in relaties is. Het concept PNPG is de schakel of het kompas tussen intuïtie, herkennen wat nodig is, en probleemoplossing. Een emotie zet het proces van onderzoeken (diagnosticeren) in gang. De informatie van het gevoel is er sneller dan informatie die rationeel tot stand moet komen. PNPG kan zo problemen voorkómen, of zorgen dat ze minder ernstig verlopen. Taciete kennis draagt bij aan intuïtieve kennis en PNPG.

Emoties ontstaan in een omgeving van kwetsbaarheid en afhankelijkheid, en juist dan is het mogelijk in de zorgrelatie goede zorg af te stemmen tussen alle betrokkenen. Het is de verantwoordelijkheid van de professional PNPG op de juiste manier te

gebruiken om de emoties – vanuit de ratio – nader te onderzoeken. De particuliere claim van de professional is om ervoor te zorgen de emotie te laten ontstaan zodat deze kan worden ‘gezien’. Emotie versus ratio blijft bestaan als het een methodiek is, zoals EBP veronderstelt.

Deelvraag 2. Empirisch onderzoek

Door middel van onderzoek in praktijken van ouder- en kindzorg is onderzocht op welke wijze professionals PNPG gebruiken (hoofdstuk 3). Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat het signaleren, onderzoeken, handelen en formaliseren fases zijn die te herkennen zijn in het PNPG, waarbij een onderzoeksfase—objectivering – ontbreekt bij het ‘pluisgevoel’. PNPG ontstaat door het handelen en een beroepshouding van presentie. Het ‘niet pluisgevoel’ kenmerkt zich door een uitgebreid proces van objectiveren. De wijze waarop interventies gedaan worden, wanneer er geen of onvoldoende objectieve informatie voorhanden is, bepalen of het PNPG verdwijnt. Er kan ook geconcludeerd worden dat het ‘niet pluisgevoel’ blijft bestaan wanneer signalen zijn gemist of niet eenduidig zijn. Dit heeft invloed op de wijze van begeleiden in de zorgrelatie.

Deelvraag 3. Zorgethische reflectie

Uit de discussie in hoofdstuk drie, waar de verbinding gemaakt wordt tussen de uitkomsten van het empirisch onderzoek en de literatuur, blijkt de rol van emoties en de wijze hoe daarmee omgegaan wordt van belang te zijn in een omgeving van afhankelijkheid en kwetsbaarheid. De professional doet interventies omdat het PNPG niet geobjectiveerd kan worden en dan volgt bijvoorbeeld een *second opinion*. Wanneer deze interventie voortkomt uit de betrekking is het zorg die aansluit. Het PNPG kan ook worden ‘losgelaten’. Het PNPG als diagnostisch instrument lijkt niet aan te sluiten bij wat nodig is bij het objectiveren. Andere redenen dan de zorg voor ouder en kind spelen hierin een rol. Een interventie die niet ontstaat vanuit de betrekking draagt niet bij aan het PNPG. De interventie dient dan iets anders. Het kan om die reden zelfs leed toevoegen zo blijkt uit de praktijk.

Het PNPG heeft aangetoond dat de professional uitgaat van het unieke en particuliere om bij een behoefte aan te sluiten (Klaver et al, 2013). Het PNPG toont zich vanuit de betrekking en de emotie brengt aandachtigheid tot stand (van Heijst, 2005).

Praktijken hebben aangetoond dat de betrokkenen op elkaar aangewezen zijn, het maakt ze kwetsbaar. Het doet ze tegelijkertijd aanspreken op hun verantwoordelijkheden. Er is aangetoond dat daar goede zorg tot stand komt (van Heijst, 2005): het 'pluisgevoel'.

Het PNPG is gebaseerd op kennis en ervaring. Omdat het ook om impliciete kennis gaat is het een onderdeel van taciete kennis (Vosman en Baart; 2009; Stolper, 2010)

Met deze resultaten komt er een antwoord op de centrale vraag:

De rol van PNPG voor de zorgprofessional in de ouder- en kindzorg

PNPG is subjectieve evidence

Het PNPG, zoals uit de wetenschappelijke literatuur blijkt, wordt beschouwd als een hulpmiddel bij het diagnosticeren. Hoe de professionals daarmee omgaan is verschillend en afhankelijk van taciete kennis.

Het ligt aan de ervaring of een signaal nader geobjectiveerd gaat worden en is bepalend voor de wijze waarop. Het wordt enerzijds beschouwd als een lineair proces, waarbij echter PNPG ondergesneefd kan raken omdat emoties de professional op een dwaalspoor kunnen brengen of omdat door andere belangen de patient(omgeving) uit het oog verloren wordt. Het PNPG is dan niet meer bepalend voor de professional. Anderzijds blijkt dat wanneer professionals de fases van het PNPG als een cyclisch proces ervaren de zorgverantwoordelijkheden uitgaan van de leefwereld van de zorgontvanger. Verantwoorden gebeurt dan interpersoonlijk.

Bijdrage aan goede zorg

PNPG is geen methodiek

In de zorg voor het kind en gezin in kwetsbare omstandigheden en afhankelijkheid is intuïtie essentieel. Dat biedt een aantal openingen wanneer daar met zorgethische bril naar gekeken wordt:

De nadruk op de emotionele betekenis van het waarnemen van PNPG kan bijdragen aan wat niet door standaarden ontdekt kan worden en heeft een meerwaarde. Het onderzoeken van een signaal dat zich snel aandient, en dat altijd voortkomt uit een betrekking, voordat er andere informatie is, is van grote waarde. Het blijven speuren, het niet laten afleiden door andere 'belangen' is de zorgverantwoordelijkheid van de

professional. Vanuit het relationele ontstaan mogelijkheden. De behoeften uit praktijken in dit onderzoek sluiten aan bij de kennis vanuit de presentie van Baart (2011) en de voorstellen van Brugère (2015) over een *social care* benadering.

Sensitiviteit als een van de zorgethische inzichten, ziet zich vertaald in het feit dat professionals hun intuïtieve waarneming niet laten domineren door andere kennis. Daar waar professionals vanuit het dominante ‘discours’ zorg uitvoeren kan het ‘desentimentaliseren’ van emoties ingang bieden. De kennis die professionals hebben van het interpersoonlijke kan daar mee naar toe genomen worden. Daarbij gaat het niet over een houding van empowerment, maar aan ruimte bieden om de emoties volwassen te benaderen, door ze niet als minderwaardig te beschouwen, maar als waardevol. Daar masculien mee omgaan betekent dat je in de zorg geen persoonlijke emoties laat gelden maar kalmte, betrouwbaarheid en geloofwaardigheid. De ander kan de waarde van zijn eigen emoties leren kennen doordat jouw emoties zijn waarde laten zien. Ook op dat niveau is er een zorgbetrekking. Ook al spelen er andere verantwoordelijkheden een rol, het betekent dat er wederzijdse afhankelijkheid is en wanneer kwetsbaarheid getoond wordt ontstaat ook op institutioneel niveau wederkerigheid (Brugère, 2015). Dit sluit aan bij hetgeen Van Heijst (2011) schrijft over dat de belemmerende werking van protocollering in instituties kan leiden tot een constructieve en structurerende werking ervan.

5.6 Aanbevelingen voor verder onderzoek

De eerste aanbeveling is gericht op het onderwijs. In dit onderzoek is de praktijk van de zorg voor ouder en kind het uitgangspunt. De verloskundige is vaak de eerste medische hulpverlener met wie (zwangere) vrouwen een band opbouwen. Ze staat in de begeleiding dichtbij vrouwen en hun families.

Er komt uit de bevindingen naar voren dat aankomend of junior zorgverleners teveel ruimte geven aan het zich niet vaardig voelen, zich onzeker voelen, of beïnvloed worden door het handelen volgens de door richtlijnen en protocollen gedomineerde praktijk. Het zorgethisch kijkraam is dan een aanvulling op de medisch-ethisch gevoerde zorgpraktijken. Onderzoek vanuit praktijken draagt bij aan kennis voor de zorg. Een bijdrage van meer kwalitatief onderzoek, om het belang ervan te

onderstrepen in de directe concrete praktijk kan dan invulling vinden binnen het domein van de (sociale⁶) verloskunde.

De tweede aanbeveling is dat deze thesis een eerste stap is naar hoe PNPG werkt in praktijken, in dit geval ook buiten het medisch domein. Meer onderzoek in de praktijken is gewenst om de betekenis ervan te kunnen aantonen. Vanuit ervaringen en narratieven van professionals, evenals die van de zorgontvangers kan aan de standaard EBP meer waarde worden toegekend.

Vanuit de resultaten van deze thesis kan verder doorgedacht worden hoe praktijken van sociaalmaatschappelijke zorg kunnen bijdragen aan inzichten over goede zorg in het medisch domein. Het kan meer inzichten bieden in hoe de botsende paradigma's op een andere, meer relationele wijze, tot uitvoering van zorg kunnen komen. De 'emotionele' praktijk biedt ingangen, waarbij de theorie van Brugère aanbeveling verdient als onderwerp van onderzoek.

⁶ Momenteel loopt een nationaal onderzoeksproject 'Healthy Pregnancy 4 All' (Erasmus MC, 2015) waarin gepleit wordt voor een nationaal programma sociale verloskunde (KNOV & Waelput, 2015) Het onderzoek is onder andere gericht op intensivering van begeleiding, context en omgeving als speerpunt. De vraag is hoe de verloskundige in de wijk kan samenwerken met andere zorgverleners. Het doel is om vanuit een andere invalshoek naar de zorg kijken en vanuit sociale context samenwerkingen aan te gaan met bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

6. Kwaliteit van het onderzoek

Dit onderzoek is individueel uitgevoerd en het betreft een klein onderzoek. Dat betekent dat het kwetsbaar is en gevoelig voor bias. Daarvoor moeten er een aantal maatregelen genomen worden voor de kwaliteit van dit (leer)onderzoek, namelijk de betrouwbaarheid, de geldigheid en de mate van overdraagbaarheid (Boeije, 2014).

Onderzoeksverloop

Het is een verkennend onderzoek. Deze exploratieve opzet zorgt ervoor dat de gegevens uit de data worden gedestilleerd. Er is begonnen met een brede onderzoeksvraag en een semigestructureerde opzet van het interview die als topiclijst diende. Tijdens het interview zijn open vragen gesteld, dat droeg bij aan het verzamelen van rijke informatie. Het zorgde er tegelijkertijd voor dat er een groot databestand was. Doordat de onderzoeker onervaren was met analyseren en voor het eerst met de grote hoeveelheid data aan de slag ging, heeft het veel meer tijd gekost dan gepland. Passend bij kwalitatief onderzoek is de onderzoeksvraag een paar keer bijgesteld. Voor het beschrijven en vertellen, data onderscheiden van bevindingen en citaten interpreteren is ruim tijd uitgetrokken om tot interpretatie van de resultaten te komen (Boeije, 2014).

Betrouwbaarheid

Voor de betrouwbaarheid moet het doorlopen van het proces inzichtelijk zijn gemaakt. Daarom wordt toegelicht welke beslissingen zijn genomen en op welke methodologische grond. Dit staat ten dienste van het kunnen herhalen van metingen. Dat betekent collegiale toetsing, controleren van de data, de analyse en de uitwerking en archivering ('*audit trial*') (Boeije, 2014).

Het eerste interview werd beschouwd als proefinterview. De wijze van interviewen werd bijgesteld op basis van reflectievragenlijst (Evers, 2013). De interviews zijn regelmatig teruggeluisterd voor accuraatheid.

In de eerste groep is een open interview geweest met als voordeel dat data geëmergeerd is uit onbevooroordeelde verhalen door de respondenten verteld. Voor de andere onderzoeksgroep gold dit minder. Omdat de onderzoeksvraag bijgesteld is,

heeft de onderzoeker bij de tweede groep respondenten meer gestructureerde vragen meegenomen omdat het ervaringen betrof over onderwijsgerelateerde onderwerpen

Alle zeven interviews zijn opgenomen en kunnen worden teruggeluisterd. De transcripten zijn gearchiveerd. *Membercheck* is gebeurd bij de transcripten van de groep verloskundigen. Ze zijn aan hen voorgelegd om de informatie te controleren op juistheid. Deze zijn schriftelijk bevestigd. De analyseresultaten zijn door tijdgebrek niet teruggestuurd naar de respondenten. Daardoor is niet te beoordelen of de onderzoeker de resultaten juist heeft geïnterpreteerd.

De onderzoeker is zich bewust dat haar achtergrond, haar ervaringen en werk in de geboortezorg een rol kunnen spelen bij de analyse. Geheel waarde vrij onderzoek is niet mogelijk (Boeije, 2014). Daarbij leert de onderzoeker door te doen. Er is gestreefd zo objectief mogelijk te werk te gaan om tunnelvisie zoveel mogelijk te vermijden. De rol van de onderzoeker is gemonitord in het logboek (bijlage 4,5).

Het gebruik van *sensitizing concepts* en de reflectiegesprekken met de drie peers, de dagelijkse begeleider van de onderzoeker en twee van haar collega's droegen bij aan het bewaken van afstand tot het onderwerp. Het transcript en data van één respondent, de manager van het team en niet direct bij de cliëntenzorg, is niet opgenomen in de uitkomsten. Wel is zijn verhaal gebruikt om de onderzoeker inzicht te geven in de organisatie van de jeugdzorg (gezien de recente transitie van de zorg naar de gemeentes). De onderzoeker kon met deze kennis de verhalen van de andere respondenten nauwkeurig volgen, doorvragen en interpreteren. Van één respondent kon (nagenoeg) geen data worden gebruikt. Veel zinnen waren niet afgemaakt. Dat beïnvloedde het interpreteren van data.

Het analyseren diende zorgvuldig te gebeuren. Er hebben drie rondes van collegiale toetsing plaatsgevonden met de peers. Hun beoordelingen en feedback hebben bijgedragen aan het bewaken van afstand tot het onderwerp.

De mogelijke effecten die het interview op de respondenten kon hebben zijn verwerkt in observatiememo's. Bijvoorbeeld de mogelijke sociale wenselijkheid van de antwoorden, of uitspraken die in het kader van de transitie van de zorg een rol speelden. Methodologische, theoretische en analytische memo's zijn gedurende de

onderzoekscyclus bijgehouden. Dit heeft de onderzoeker ondersteund bij het herleiden van gedachtegang en ideeën.

Het analyseproces is zoals vooraf gepland tot en met de analyse bijgehouden. Iteratie, het cyclische proces van doorlopen van de analyse met de onderzoeksvraag, heeft tot aan het werken aan de uitkomsten plaatsgevonden.

Omdat het iteratief proces niet systematisch gedocumenteerd is wegens gebrek aan mankracht en tijd is het traject waarop de onderzoeksresultaten tot stand zijn gekomen niet volledig aan te tonen. Dit is van invloed op de betrouwbaarheid van het onderzoek (Patton, 2002).

Indien het onderzoek herhaald zou worden zal op basis van deze documentatie de betrouwbaarheid verhoogd kunnen worden door *bias* te vermijden

De geldigheid

Betrouwbaarheid is een voorwaarde voor de geldigheid van het onderzoek.

Geldigheid heeft betrekking op de interne validiteit, oftewel dat er gemeten is wat er gemeten moest worden, en externe validiteit, oftewel overdraagbaarheid.

Vergroten van geldigheid van het onderzoek gebeurt door middel van een profinterview en het gebruik maken van quotes van de respondenten in de resultatensectie, ter illustratie van de gevonden resultaten (*'thick description'*) (Boeije, 2014).

De interviews vonden plaats binnen de organisatie van de respondenten. De onderzoeker had als uitgangspunt zoveel mogelijk een open en empathische neutraliteit proberen te waarborgen. De onderzoeker had weinig ervaring met het fenomeen interviewen maar heeft zich zorgvuldig voorbereid (de Boer & Evers, 2007). De topiclijst diende als houvast om tijdens het verhaal van de respondenten, dat de ruimte moet krijgen, er kan worden teruggegaan naar meer onderwerpen.

De onderzoeker heeft uitgebreide werkervaring met gespreksvoering binnen de cliëntcontacten. De vaardigheden daarbij opgedaan kwamen goed van pas bij de randvoorwaarden voor een goed interview. De onderzoeker heeft zich voldoende kunnen inleven in de onderzochte personen, kent de taal van de zorg voor ouder en kind en er werd steeds gevraagd naar voorbeelden. Dit zorgt ervoor dat context geïnterpreteerd kon worden (de Boer & Evers, 2007).

Door middel van deze doelgerichte steekproef zijn respondenten geselecteerd met een rijke kennis en ervaring ten gunste van een brede variëteit om meer diepte aan te brengen vanuit verschillende ervaringshoeken (Patton, 2002). Het team voor Jeugd & Gezin werd geselecteerd omdat deze professionals voor langere tijd betrokken zijn bij de zorg voor gezinnen en met hen een intensieve zorgrelatie aangaan. De verloskundigen gaan op een andere wijze voor langere tijd een zorgrelatie aan waarbij ze ook vanuit medisch perspectief bijdragen aan kennis en ervaring.

Overdraagbaarheid

Overdraagbaarheid heeft betrekking op de mate waarin de resultaten van kwalitatief onderzoek kunnen worden overgedragen op andere groepen of situaties en contexten (Visse, 2012). De resultaten van het onderzoek hebben een beperkte overdraagbaarheid als geldende conclusie voor de handelswijze van PNPG en hoe het vorm krijgt in zorgpraktijken. Er worden zeven professionals geïnterviewd uit twee verschillende zorgpraktijken. Er is in de ouder- en kindzorg nog weinig onderzocht of geschreven over het gebruik van PNPG. Uitspraken die zouden gelden voor alle in de zorg voor ouder en kind werkzame professionals kunnen niet gemaakt worden. De uitkomsten kunnen wel via wel *communicatieve generaliseerbaarheid* (Smaling, 2009) overdraagbaar zijn waarbij het een voorwaarde is dat de methodologische stappen inzichtelijk zijn. Professionals in de zorg voor ouder en kind kunnen de inhoud van het onderzoeksrapport tot zich nemen en selecteren wat voor de eigen situatie van betekenis is. De verloskundige zorg zou de resultaten kunnen gebruiken binnen het onderwijs. Resultaten kunnen een beeld geven van het handelen en verantwoorden van PNPG binnen jeugdzorg. Omgekeerd geldt dit ook. Dit kan ook gebruikt worden voor bijvoorbeeld kennis binnen de zorgketen.

Nawoord

*‘Mensen zijn slim,
...als ze iets niet willen laten zien blijft het verborgen’ (orthopedagoog),
...‘ze willen niet steeds horen dat ze iets niet kunnen’ (jeugdcoach),
...‘ze voelen het als het niet echt is’ (verloskundige 1).*

De aanleiding voor deze thesis was een persoonlijke.

Terugkijkend naar de start van de thesis, en de inzichten van de zorgethiek voel ik me gesteund en bevestigd in de waarden die ik persoonlijk en professioneel toeken aan zorg in praktijken.

Het traject is een intens proces geweest om gevoelens en gedachten tot iets constructiefs om te zetten. Het abstraheren en argumenteren zijn een grote uitdaging geweest. Het leren onderzoek te doen en daarin geslaagd zijn geeft een ‘pluis’ gevoel.

Degenen die mij daarbij ondersteund hebben en hun vertrouwen gaven wil ik dan ook speciaal noemen:

Alle medewerkers van het team Jeugdzorg want dankzij hun verhalen is ‘goede zorg’ zichtbaar geworden en heeft zich deelgenoot gemaakt van mijn professionele kennis. De interviewsessies heb ik ervaren als een ‘thuiskomen’ in de praktijk.

Winnie, WimJan, Anita en Herbert, Yvonne, Marianne, Lianne en Trudy, wil ik bedanken voor het vrijmaken van hun tijd. Door hun brede blik en wijze woorden kreeg ik steeds weer grip op de materie.

En collega’s op de VAA voor de warme belangstelling en de ruimte die ik kreeg.

Speciale dank ben ik verschuldigd aan Alistair, die me begeleid heeft bij het schrijven van deze thesis. De wijze waarop hij dat gedaan heeft maakt concreet wat ‘de particuliere claim van de professional’ inhoudt.

Familie en vrienden, en speciaal Mark, Luciel en Ireen, ook jullie hebben dit proces volgehouden. Het was fijn te ervaren dat het een gezamenlijke reis is geweest.

Marjon Werink
Augustus, 2016

Literatuurlijst

- Baart, A., (2011). Een theorie van de presentie. Den Haag : Boom Lemma.
- Baart, A., & Carbo, C. (2014). *De Zorgval*. Amsterdam: Thoeoris.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics* (7e ed.). New York, USA: Oxford.
- Benner, P. (1986). From Novice To Expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Benner, P. & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: how expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 1, 23-31. Geraadpleegd van www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3642979
- Benner, P. (1991). The role of experience, narrative and community in skilled ethical comporment. *Advanced in Nursing Science*, 14(2), 1-21. Geraadpleegd van http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/1991/12000/The_role_of_experience,_narrative,_and_community.3.aspx
- Billay, D. (2007). A Pragmatic View of Intuitive Knowledge in Nursing Practice. *Nursing Forum*, 42(3), 147-155. DOI: 10.1111/j.1744-6198.2007.00079.x
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam : Boom.
- Bolt, L. L. E., Verweij, M. F., & Delden, J. J. M. (2010). *Ethiek in de praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Bowen, G. (2008). International journal of quala-tive methods. *Grounded theory and sensitizing concepts International journal of quala-tive methods*, 5(3), 12-23.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. 3(2), 77-101. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Brugère, F. (2015). *Emotions as Constistuent for an Ethics of Care*. Geraadpleegd van http://www.presentie.nl/video/seminarreekethecticsofcare/item/514-fabienne_brugere_emotions
- CPB Notitie. (2013, 4 september). Decentralisaties in het sociale domein. Geraadpleegd van <http://www.cpb.nl/publicatie/decentralisaties-in-het-sociaal-domein>
- Centrum Ethiek en Gezondheid, Willems, D. W., Ros, R., Palmboom, G. & Lips, P. (2007). *Passend bewijs. Ethische vraagstukken bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid*. Centrum Ethiek en gezondheid. (RVZ Signalering ethiek en gezondheid). Geraadpleegd van [www.ceg.nl / www.rvz.net](http://www.ceg.nl/www.rvz.net).
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (3e ed.). USA: Thousands Oaks: Sage.
- De Boer, F. & Evers, J. (2007). *Kwalitatief interviewen: kunst én kunde*. Den Haag: Lemna.
- De Boer, F. (2011). De Grounded Theory Approach: een update. *Kwalon*, 16(2), 25-33.
- De Bortoli, L. & Dolan, M. (2015). Decision making in Social Work with Families and Children: Developing Decision-Aids Compatible with Cognition. *British Journal of Social work. Oxford journals*, 45(7), 2142-2160. Geraadpleegd van 10.1093/bjsw/bcu087
- Dogan, G. (2015). Nazih's Lente. NPO [Video]. Geraadpleegd van <http://www.2doc.nl/documentaires/series/2doc/2015/juni/nazih-s-lente.html>
http://www.npo.nl/teledoc/01-01-2016/VPWON_1256924
- Douw, G., Schoonhoven, L., Holwerda, T., Huisman-de Waal, G., van Zanten, A. R. H., Achterberg, T. & van der Hoeven, J. G. (2015). Nurses' worry or concern and early recognition of deteriorating patients on general wards in acute care hospitals: a systematic review. *Critical Care*, 19(230), 1-11. doi:10.1186/s13054-015-0950-5
- Erasmus MC. (2015). Programma 'Healthy Pregnancy for All'. Geraadpleegd op 25 november, 2016, van Erasmus MC 2015 <http://www.erasmusmc-verloskunde.nl/index.php?page=c>
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice. Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Massachusetts: Harvard University Press, 24-38.
- Hams, S. P. (2000). A gut feeling? Intuition and critical care nursing. Review article. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 310-318. Geraadpleegd van [http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(00\)91500-3/abstract](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(00)91500-3/abstract)
- Have, H. A. M. J. ten, Meulen, R. H. J. ter, & Leeuwen, E. van. (2013). *Leerboek medische ethiek* (4e ed.). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Held, V. (2005). The Oxford handbook of ethical theory. In D. Copp (Red.), *The ethics of care* (pp. 537-567). Oxford: Oxford University Press.
- Howarth, J. (2007). The Missing Assessment Domain: Personal, Professional, and Organizational Factors Influencing Professional Judgements when Identifying and referring Child Neglect. *British Journal of social Work*, 37, 1285-1303.
- Kahneman, D. & Klein, G. (2009). Conditions for intuitive expertise: A failure to disagree. *American Psychologist*, 64(6), 515-526. Geraadpleegd van <http://dx.doi.org/10.1037/a0016755>

- King, L. & Appleton, J. V. (1997). Intuition a critical review of het research and rhetoric. *Journal of advanced Nursing*, 26, 194-202. Geraadpleegd van <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2002.02105.x/abstract>
- King, L. & Macleod Clark, J. (2002). Intuition and the development of expertise in surgical ward and intensive care nurses. Issues and innovations in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 4, 322-329. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.0215.x
- Kittay Feder, E. (1999). *Love's Labor: Essays on Woman, Equality, and Depenc.* New York: Routledge,
- KNOV & Waelput, A. (2015). Sociale verloskunde: meer aandacht voor ieders palet. Geraadpleegd op 25 november, 2016, van <http://tvv.knov.nl/artikelen/detail/170/sociale-verloskunde-meer-aandacht-voor-ieders-palet> <http://www.kennispoort-verloskunde.nl/jaarindex/healthy-pregnancy-4-all-hp4all-antenatale-risicoselectie-met-het-risicosignaleringsinstrument-r4u/>
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Aitink, M., Goodarzi, B. & Martijn, L. (2014). *Beroepsprofiel verloskundige*. Geraadpleegd van <http://www.knov.nl/scholing-en-registratie/tekstpagina/31/beroepsprofiel/>
- Lucas, C. (2015). *Bewijsgestuurde zorg; evidence based practice versus practice based evidence*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Noddings, N.(1984). *Caring. A feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley, USA: University of California Press.
- Nussbaum, M. (1998). *Wat liefde weet. Emoties en moreel oordelen*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Third edition. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Sackett D.L., Straus S.E., Richardson W.S., et al. (2000) Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2nd ed. *Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.*
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. (1996) Evidence based medicine; what it is and what it isn't. *BMJ* 312 (7023) 71-72
- Sharoff, L. (2006). A Qualitative Study of How Experienced Certified Holistic Nurse learn to Become Competent Practitioners. *Journal of Holistic Nursing*, 24(2), 116-124. Doi:10.1177/0898010105282525
- Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. *Kwalon*, 14 (3), 5-12.
- Stolper, E. (2010). *Gut Feelings in General Practice (PROEFSCHRIFT)*. Geraadpleegd van <http://digitalarchive.maastrichtuniversity.nl/fedora/get/guid:fde2bd02-faca-457b-8625-0fe1fadd3df2/ASSET1>
- Stolper, E., Van de Wiel, M. van Royen, P., Brand, P., & Dinant, G. (2015) Hoe pluis is het niet pluis gevoel? Een wetenschappelijke beschouwing. *Huisarts & Wetenschap*, 58 (4): 192-5.
- TNO, de Jonge, A., Korfker, D., Vogels, T., van der Pal, S., van der Vink, R., & van der Pal- de Bruin, K. (2007). *Preventie en Vroegsignalering van Risicogezinnen in de Kraamperiode (KvL/P&Z/2007.076)*. Geraadpleegd van <https://www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/prevention-work-health/voor-tijdens-en-na-de-zwangerschap/vroeg-erbij/>
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge. New York: Routledge.
- Van den Bruel, A., Thompson, M., Buntinx, F.& Mant, D. (2012). Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study. *BMJ* 2012;345:e6144, 1-9. doi:10.1136/bmj.e6144.
- Van Heijst, A. (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit* (7e ed.). Kampen: Klement.
- Van Heijst, A. (2011). *Professional loving care: An ethical view of the health care sector*. Leuven: Peeters.
- Visse, M. (2012). *Openings for humanization in modern health care practices* (proefschrift). Geraadpleegd van <http://dspace.ubvu.vu.nl/handle/1871/39313>
- Vosman, F. & Baart, A. (2008). *Aannemelijke zorg: Over het uitwieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg* (Oratie). Geraadpleegd van <http://zorgethiek.nu/aannemelijke-zorg-oratie-van-andries-baart-en-frans-vosman> http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/39313/title_page.pdf?sequence=13

Voorblad: Rein Nomm (1950) Metamorphosis. (z.j.) Saatchi Gallery. <http://pictify.saatchigallery.com/72379/metamorphosis>

Bijlage 1 Zoekstrategie

Voor de theoretische verkenning is gebruik gemaakt van de zoekmachines van Google Scholar Nederlands en Engels en Pubmed. Er is begonnen met een systematisch *search* waarbij zoektermen in combinatie met elkaar zijn gebruikt (waaronder de termen *gut feeling*, *intuition*, *sixth sense*, en *sense of alarm*).

Google Scholar Nederlands: Niet pluisgevoel, intuïtie, ervaringen professionals, sociale zorg, jeugdzorg, verloskundige zorg, lichamelijke, educatie intuïtie.

Google Scholar Engels: intuition, gut feeling, social work, social welfare, family support, care givers, care professionals, phenomenology, integrated care, professional experience, vulnerable families, partnership, health practitioners, lived experience nursing, professionals, public services, care-ethics, midwifery.

Bijlage 2 Topic lijst interview jeugdteam

Topiclijst interview (Evers, 2013)

Topische vragen

NB:

Ervaringen: perspectieven in relatie en het kleine alledaagse

Praktijk: routines, gebruiken, gewoontes. Context en complexiteit.

Ordering: kennissoort, wrijving spanningen asymmetrie en macht, kwetsbare gemarginaliseerde groepen. (Inleiding in de Zorgethiek, college 2015, Leget & Nistelrooy)

Start: Achtergrondgegevens/ beeldvorming/ met wie in gesprek. Waarom gekozen voor sociaal werk en hulpverlening? 5'

1. Wat is voor jou goede zorg? Wat is goede zorg voor zorgprofessionals in een sociaal wijkteam?

- Ervaringen
- Voorbeelden routines gebruiken gewoontes, processen, strategieën, gevoelens, effecten, gedrag, percepties, motieven, overwegingen, enz.
- Context en complexiteit
- samenvatten

2. Wat is jouw bijdrage aan goede zorg (handelingen, waar uit zich dat in: wat erachter zit, waaraan te zien, te voelen, lichamelijkheid, sensaties)

- ervaringen
- voorbeelden
- routines gebruiken gewoontes, processen, strategieën, gevoelens, effecten, gedrag, percepties, motieven, overwegingen, enz.
- samenvatten

3. Ervaring met de transitie:

3a. Ervaring multidisciplinair team / afstand & nabijheid /regie

- voorbeelden
- routines gebruiken gewoontes processen, strategieën, gevoelens, effecten, gedrag, percepties, motieven, overwegingen, enz.
- samenvatten

3b. Beleving van de opdracht om incidenten te voorkomen en ervaring met de uitvoering van de opdracht

- ervaringen
- voorbeelden
- routines gebruiken gewoontes processen, strategieën, gevoelens, effecten, gedrag, percepties, motieven, overwegingen, enz.
- samenvatten

4. Wat nog niet gezegd wat je had willen zeggen + 5'

- Hoe ziet jeugdzorg er over 10 jaar uit?
- Hoe wil je dat jeugdzorg er over 10 jaar uit ziet?
- Wat wil jij bereikt hebben over 10 jaar?

Bijlage 3 Topic lijst interview verloskundigen

Start

Achtergrond gegevens, beeldvorming, met wie in gesprek?

Waarom gekozen voor vlk beroep en waarom gekozen voor onderwijs?

Motivatie

Waardoor heb jij je in je werk laten leiden als praktiserend professional?

Wat is voorleidend in je rol van docent?

Specifiek in de context kind en gezin/ zorgintensief / multiproblematiek/ combi met maatschappelijk domein

1. wat is voor jou goede zorg?
2. wat is goed onderwijs?
3. wat is jouw bijdrage daarin?
4. Waaraan is dat te zien? Hoe uit zich dat?

Intuitieve kennis

Welke ervaring heeft de docent met GF in de onderwijspraktijk /leeromgeving en de hoe ervaren zij de betekenis ervan voor de aankomend zorgprofessional

- Op welke wijze speelt GF/ fingerspitzengefühl/ intuitieve kennis een rol in de onderwijspraktijk?
- Kan je een voorbeeld geven? Heb je zelf een casus waarin niet pluis gevoel een rol speelde in de setting van kwetsbaar gezin, zorgintensief gezin, multiproblematiek? Kan je daarover vertellen?
- Ben je casuïstiek als deze tegengekomen in onderwijs binnenschools?
- en buitenschools: Hoe ging student/ en jij als professional daar mee om?

Gevolgen voor educatie en zorg

welke betekenis heeft deze ervaring

- voor de zorg,
- voor educatie?
- zie jij een manier om intuitieve kennis binnen onderwijs een plek te geven?
- wat zou dat vervolgens betekenen voor de zorgpraktijk.

Afsluiten

Wat nog niet gezegd en wil je nog zeggen?

Bijlage 4 Logboek periode 1

1004646 2016 Logboek analyse 2 week 3 - 12 (representatief voor complete versie)

Datum -plan pw	Actie en Resultaat analytisch- Theoretisch: lit observaties= <i>waarnemingen die van invloed zijn</i> Methodologische memo's = wat gedaan welke periode, aanpassingen etc	Reflectie	pva
Wk 1			
Wk 2			
Wk 3- aanleveren thema en uitwerking	Memo's gaan schrijven handmatig bij uitdraaien van 1/3 van alle categorieren. kost teveel tijd en papier om alles te printen. Begeleiding AN thema's veel te uitgebreid, moet op 1 A 4 p.o Bij bandje afsluisteren: de zorgvuldige begeleiding.	Begeleiding vraagt van mij nog veel tijd tav onderzoeksvaardigheden (college's) An stuurt (helpt) bij aanpak: voorbeelden van stapjes in documenten Voorbeeld: thesis wmo erbij. analyse stappen en de theorie boeije en clark Logboek kwijt van de interviews. Gelukkig wel veel op losse word docuementne geschreven maar dat wordt een klus om terug te vinden en in logboek te ordenen. Laatste maand maar doen. nu niet belangrijk.	Moet nu gaan schrijven zodat AN materiaal heeft voor meelezen en feedback Onderzoeksopzet afronden Ik heb einddatum nu def op 19 april gezet. MOET AF! Opnieuw verzamelen en lezen voor ozo. W. gevraagd om te lezen voordat ik inlever..ik wil in 2 dagen klaar
Wk 4 – ozo opzet en thema's	Ozo en analyse Idem analyse blijft doormodderen, ik blijf hervcategoriseren. doe dit op papier want digitale bestand is geblokkeerd (pc problemen) ICT ingeschakeld MP ziet me worstelen; wil ozo hebben voor feedback.	Chaos, kan alles niet meer (snel) vinden. pc en papieren versies . ZOVEEL en hoe schrijf ik de boel kort aan elkaar. Lukt niet in 2 dagen. start thema's moet ook. vlot niet doe om de 2 dagen het een of het ander. realiseer dat analyse eigenlijk pas kan als ozo klaar is. maar weet niet waar te beginnen of te stoppen. Merk dat ik steeds bij de zelfde subthema;s uitkom / overlap. in theorie (Boeye en Clark) lees ik dat je dan nog niet uitgedeerd bent .	Doorgaan- W gemailld week later Bestanden geordend halve dag werk

<p>Wk 5 inleveren 2° opzet analyse;</p>	<p>ICT heeft probeem opgelost.ik weer 5dagen analyse gedaan. Intussen fb ozo. te groot, niet duidelijk wat ik wil (Alweer !!) Goede feedback nog toegelicht en ik heb de trechter die ik moet volgen nogmaals opgeschreven. moet keuzes maken. Moet ook weer lezen om aan elkaar te krijgen.</p> <p>Na tel overleg: toh iets inleveren. er moet wat zichtbaar zijn om verder te kunnen. vertrouwen op zijn bijsturing. AS gerbuiken om te sparren niet om in programma te duiken. zonde van de tijd.</p>	<p>Blijft zoeken naar wat ik moet schrijven.. Ik lees in clark weer dat ik niet verder kan (bij hoofdstuk valkuilen) het is onvoldoende gestructureerd. voelt als doormodderen. collega zegt: dat dus niet meer vraag hulp OBV feedback ozo realiseer ik me woensdag de dag voor deadline analyse wat kant en klare en goedgekeurde ozo betekent: nl de stappen en de route voor je analyse. Woensdag einde vd dag niet gered. Foute keuze gedaan door e schrijven de afgelopen weken. ben nu opnieuw in de digitale programma gedoken om de thema's te volgen en te schrijven maar toen werd de chaos compleet. Alles overlapt, komt op dezelfde items uit. wat heb ik de afgelopen weken, nee maanden in godsnaam gedaan? Woensdag 3./4 17.00 uit moeras gaan komen: actie hulp troepen. Ik heb iemand nodig die overzicht kan aanbrengen. na MP bij ozo ook voor analyse. Het programma geeft me geen overzicht wat ik eigenlijk wel verwacht had.</p> <p>Kom om in de paperassen en aantekeningen.</p>	<p>Doorgaan proberen, elke dag andere start.</p> <p>Woensdag trein: mbv thesis Ev R haar stappen gevolgd. weet nu de definitieve thema's. om sneller te kunnen gaan schrijven (nu door dat dat obv de codemappen moet) contact AS : om mijn codes en categorieen te herorganiseren obv de deelvragen/ interviewtopics. daarom nu eerst ozo opzet schrijven. AN bellen deadline niet gehaald en nieuwe afspraak.</p> <p>Logboek bijhouden nu!</p>
<p>Wk 6 Begeleidingsgesprek</p>	<p>Analyse opzet besproken.</p>	<p>Te veel, niet een verhaal Advies niet meer naar codes maar schrijven Geen excuses. Was niet goed om team en opleiding te scheiden (wat met collega gedaan was)</p>	<p>Obv voorbeeld en tips begeleider opnieuw</p>
<p>Week 7- 8 analyse</p>	<p>Tussendoor opnieuw met LH opzet analyse versie 2 eigenlijk. Wel weer selectief en categorie aangepast alle info van opleiding en team n op onderwerp in categorieen.</p>	<p>Helse klus maar stug doorgaan maar Feedbacc zelfde: geen goede opbouw, strucutreren.zegt: het probleem is dat je naar de indeling van begeleider toe gaat schrijven ipv uit tekst laten komen. Op mijn verhaal nieuwe ordening gemaakt.</p>	<p>Opnieuw op baiss van indeling met nieuwe kopjes en herstructurering maxqda gaan schrijven</p>

		Gezegd: niet meer naar oude opzet kijken want dan	
Week 9 onderzoeksopzet klaar voor (29 febr)	Intussen deze geschreven obv feedback mee-lezer(s). o.vraag weer iets aangepast. Onderwijsonderdeel (curriculum) eerst meer (MP) en na fb W weer minder. voelt beter want ik wil ook niet op invulling onderwijs ingaan. ook meer loslaten meldcode want interview is daar niet op gericht geweest. Gaat om de affectieve component.	Wachten (begeleider 5 wkn ziek)	Reminder uitgezet op 18 maart svp snel retour want zie regelen met ZEB 70 procedureel nogal wat stappen
Week 11 17 maart analyse versie 3	Nieuwe versie aangeleverd. Discussie een eerste opzet Conclusie nog niet. Weer 30 p ipv verhaaltje op 5-8 Merk dat discussie en conclusie niet gaat asl dit nog te groot is, structuur! selectief coderen nog niet goed? Wat merk ik: Ik moet naar onderzoeksvraag kijken om te schrijven maar omdat opzet nog niet klaar was, later wel, maar nog niet goedgekeurd heb ik nog teveel onderwerpen, te groot. Subvragen zijn ook niet goed en paste ik aan na analyse 3 ^e versie. dan nog niet tevreden. Kortom de afbakening en onderwerp dus nog steeds niet duidelijk. grote zorg of analyse nu wel aansluit.	Feedback: alles heb ik maar te veel. skippen. Echt alleen naar de subthemas kijken en schrijven wat dat is en daar 1 citaat bij. Dat plus item wel kort is: daar niet expliciet op geïnterviewd en dat komt uit data naar boven. Niet plus is mijn onderzoek en dan wil ik dat goed doen, koste wat het kost misk missen teveel gebruiken. Dus voor de derde keer legt Alistair het zelfde uit met andere woorden. Pas discussie schrijven als conclusie uit de thema's/ per categorie getrokken kan worden. Vertrouwen weg laten, geen nieuwe woorden (wat eigenlijk na feedback op 2 ^e versie van LH kwam) gebruiken.	Afwachten feedback opzet want ook A. zal wel aangeven te groot, onderwerp niet duidelijk. terwijl dit wel tijdens gesprekken helder is: affectieve componenten als bijdrage naast de evidence. Hulp ingeroepen om analyse te filteren, klein te maken. kan het niet meer opbrengen nog een keer. ik ga toch weer alle kanten op. Blijkt uit fb HW: opzet te verschillend ow. oz vraag klopt niet. dat eerst goed voordat hij met analyse verder kan. Ook hij: verrast door onderwerp, leuk interessant tja dat houd me op de been en dat maakt dat ik er dan toch weer iets goeds van wil maken.
Week 12 H methodologie vast verder schrijven.			

Bijlage 5 Logboek periode 2

Reflectieverslag methodesectie (representatief voor complete versie)

Dit is een allereerste leeronderzoek geweest voor de onderzoeker. Ervaring is al doende opgedaan en dat betekent dat er een aantal hobbels overwonnen zijn; een paar stappen vooruit, en weer een aantal terug om zodoende het onderzoeksproces volgens de vereiste stappen te doorlopen. Dat betekent dat het onderwerp een aantal keren is aangepast, dat er halverwege een wisseling van begeleiding heeft plaatsgevonden, dat er een tweetal interviews aan toegevoegd zijn omdat de onderzoeksvraag veranderde, en tot slot is de analyse vele malen herschreven en aangevuld met nieuwe analyses.

Onderzoekster heeft ervaren wat de wijze van onderzoeken door middel van thematische analyse is.

6.1 Onderzoekers en onderzoeksmethode

Er is voor dit onderzoek gebruik gemaakt van interviews die door de onderzoekster zijn afgenomen. (bijlage ...). De onderzoekster heeft niet veel ervaring met interviews afnemen en coderen. Kwaliteitsmaatregelen die genomen zijn: interviews mbv literatuur gereflecteerd en nabesproken met de begeleider, volgorde van vragen aangepast en later nog twee interviews op een andere locatie. Dit ten behoeve van de validiteit. Maatregelen die genomen zijn om de betrouwbaarheid te waarborgen bij het analyseren van de data: gedetailleerd bijhouden hoe er naar de data gekeken is, door middel van memo's (methodologische, theoretisch (literatuur), en het bijhouden van een proceslogboek en een analyselogboek (zie bijlage), en natuurlijk het nadenken en reflecteren op de hoofditems van het onderzoek, rationaliteit en intuïtie. Dit maakte dat het analyseproces kon divergeren maar uiteindelijk ging convergeren, dit laatste steeds meer nadat de thema's zich uit de data lieten emergeren.

De stappen die gemaakt zijn in dit proces: na de interviews op één A4 de belangrijkste punten op papier gezet: proces en reflectie (betrouwbaarheid?) en inhoud en reflectie (validiteit?). Coderen: De persoonlijke factor wordt tijdens deze stappen duidelijk: omdat het een individueel onderzoek is is het risico van tunnelvisie groot. Pas vanaf de tweede analyseronde toen de onderzoekster merkte dat er nog niet voldoende selectief gecodeerd was en dat ook uit de feedback van begeleider en peers bleek, zijn er stappen genomen om te overleggen over keuzes die gemaakt zijn. Zo konden codes aangescherpt worden en anderen samengevoegd of heringedeeld worden. Dit is onderzoekster per analyseronde gaan gebruiken om haar eigen onderzoeksvaardigheden naar een hoger plan te tillen. Daarmee is meer systematiek aangebracht in de codering en daardoor een bepaalde mate van interbeoordelaarbetrouwbaarheid (Boeije, 2005). Onderzoekster is zich bewust van bias die door één onderzoeker kan ontstaan; er is gezorgd voor zo neutraal mogelijk kijken naar data door steeds bewust te zijn van een eigen waardeoordeel. Deze zijn van haar afgeschreven in de reflecties op het proces in de logboeken. De begeleidingsgesprekken droegen bij aan de methode vinden om naast coderen in de woorden van de respondenten ook de themautwerking te schrijven zoals door de respondenten geduid, om een persoonlijke interpretatie te vermijden.

Geldigheid van het onderzoek vroegen om de volgende maatregelen: Onderzoekerstriangulatie was niet mogelijk omdat het onderzoek door één onderzoeker is voltrokken. De dataset is door peers ten tijde van het axiaal en selectief coderen meebekeken. Onderzoekerstriangulatie is ook nog aangescherpt door *peer debriefing* (Boeije, 2014). Door stappen in de analyse voor te leggen aan een aantal (drie) onafhankelijke collega's (ervaringsdeskundigen wetenschappelijk onderzoek) die hebben meegelezen en meegedacht wanneer onderzoekster vroeg om controle vroeg. Door het afstand nemen en met een peer heroverwegen, schuiven en aanvullen van codes, samenvoegen of scheiden, werden overeenkomsten en verschillen duidelijk die weer leidden tot nieuwe analyse stap. De begeleider heeft het hele onderzoek kritisch meegekeken en bijgedragen aan ondersteuning en bijsturing waar nodig. (zie maxqda: selectie categorieën) deze zogenaamde Iteratie leidde tot verzadiging en resulteerde in twee hoofdthemas en drie respectievelijk twee subthema's.

Dit onderzoek heeft ertoe geleid dat de onderzoekster geleerd heeft om met behulp van methode van analyse zoals aangereikt door Corbin & Strauss en het volgen van de stappen tot denken en doen van kwalitatief onderzoek van Boeije (2014).