

Universiteit voor Humanistiek

Voorbij het stigma van ‘de billenwassers’

Een zorgethisch onderzoek naar de ervaringen van verpleegkundigen rondom de (sociale) waardering van hun professie



Naam:	Tessy Zwakenberg
Studentnummer:	1022962
Eerste lezer:	Dr. Gustaaf Bos
Tweede lezer:	Dr. Ir. Marja Ernst Houben
Examinator:	Prof. Dr. Carlo Leget
Cursus:	Masterthesis Zorgethiek en beleid
Inleverdatum:	15 juni 2021
Aantal woorden:	21.892

De wereld wordt pas menselijk, als zij voorwerp van gesprek is.
Pas als we erover spreken vermensen wij zowel wat zich in de wereld als in ons afspeelt.

Hannah Arendt, New York, 1970

Afbeelding op voorpagina: Connected people 8 - Ingeborg Herckenrath

Voorwoord

Bijna drie jaar geleden stapte ik voor het eerst de gangen van de Universiteit voor Humanistiek binnen, niet wetende hoezeer deze plek mijn leven zou veranderen. Al op deze eerste dag voelde ik mij hier thuis. Ik herinner me goed hoe ik toen, ietwat zenuwachtig, de vraag van Vivianne beantwoordde wat mijn persoonlijke *concern* in de zorg was. Toen al hield het mij bezig hoe ik als verpleegkundige soms niet de zorg kan leveren die ik goed acht, doordat hoewel ik denk te schreeuwen, mijn stem soms verstomt en als ik geluk heb slechts op fluistertoon weerklinkt daar waar de beleidskeuzes gemaakt worden. Hoe kan het toch dat zij die, samen met de zorgontvangers, het dichtst bij de daadwerkelijke zorg staan maar zo minimaal worden betrokken bij de (formele) vormgeving van deze praktijk.

Deze vraag heeft me sindsdien beziggehouden en is in een wat uitgebreidere vorm de aanleiding geweest voor het schrijven van deze scriptie zoals die nu voor u ligt. Want ervaren waardering, zo ondervond ik, heeft onder andere te maken met het vertrouwen dat in professionals gesteld wordt. Dat je gezien wordt en gehoord. Maar daarover later meer!

De UvH heeft mijn denkkaders met haar rijke literatuur en inspirerende colleges langzaam maar zeker verruimd. Eens omschreef ik dit aan de hand van een kleurplaat: waar voorheen de omlijnningen vast leken te staan en maar zelden werden bevroegd, ontdekte ik hier dat kleuren buiten de lijntjes een nog veel mooier resultaat oplevert. Er gaat een prachtige wereld schuil achter de nu wat minder vaststaande denkkaders. Hiervoor wil ik alle docenten en mijn medestudenten ontzettend bedanken. Docenten: dank voor al jullie inzet, energie en motivatie om van alle colleges boeiende samenkomsten te maken. Medestudenten: veel dank voor jullie gedrevenheid en motivatie, wat aanstekelijk werkte. Voor het meebrengen van jullie eigen kennis, ervaringen en openheid, waarvan ik veel heb geleerd.

Dan nu, deze scriptie heb ik niet alleen kunnen schrijven en ik ben een aantal mensen zeer dankbaar voor hun waardevolle bijdrage.

Als eerst: de vier verpleegkundigen die ik heb mogen interviewen. Wat was het leuk met jullie te spreken over dit onderwerp en boeiend te horen hoe jullie dit ervaren. Ik ben jullie zeer dankbaar voor de tijd jullie hebben genomen met veel enthousiasme te spreken over dit belangrijke thema en mij welwillend hebben meegenomen in jullie eigen verhalen.

Gustaaf: jij enorm bedankt voor het meedenken, het tegendenken en het omdenken. Voor je vertrouwen in mijn werk, voor je oprechte interesse in de voortgang van dit proces en je opbouwende feedback. Na onze gesprekken ging ik elke keer met aangevulde energie weer aan de slag. Marja, ook voor jou grote dank voor je motiverende feedback. Je interesse in het onderwerp en je meedenken hebben een waardevolle bijdrage geleverd.

Dan, mijn lieve ouders, pap en mam! Zó dankbaar ben ik jullie voor de steun die jullie me altijd hebben gegeven, het eeuwige vertrouwen in mij en in wat ik doe. Ik kan niet in woorden uitdrukken hoe blij ik met jullie ben.

Mijn lieve vrienden, veel dank voor jullie geïnteresseerde (soms kritische) vragen. Jullie luisterende oor bood me de kans alles voor mezelf nog weer eens op een rijtje te zetten. Ook jullie vertrouwen gaf me steeds weer moed door te gaan.

En natuurlijk oneindig veel dank voor jou, lieve Arnoud. Het is zo fijn dat je altijd naast me staat, in me blijft geloven en aandachtig naar me luistert. Met veel geduld en interesse heb jij mijn scriptie doorgenomen en zo vaak je trots geuit, wat mij meer dan goed heeft gedaan. Dank voor jouw enorme vertrouwen, je betrokkenheid en je liefde.

Niet had ik verwacht dat ik met pijn in mijn hart afscheid zou nemen van deze scriptie. Met veel liefde en toewijding heb ik hier de afgelopen maanden aan gewerkt. Ik heb mogen luisteren naar verschillende verpleegkundigen, met diverse anderen over dit onderwerp mogen praten en mijn eigen denken en ervaringen kritisch onder de loep mogen nemen. Dit alles tezamen heeft vorm gekregen in ‘Voorbij het stigma van ‘de billenwassers’’. Ik hoop dat u het met veel plezier mag lezen!

Tessy Zwakenberg, 15 juni 2021

Samenvatting

Inleiding: Al jarenlang heerst er onrust onder (Nederlandse) verpleegkundigen. Hun stemmen worden te weinig gehoord en de waardering voor het werk dat zij doen wordt niet als passend ervaren. Deze onrust gaat gepaard met een groot tekort aan verpleegkundigen. Verschillende onderzoeken hebben zich binnen ziekenhuissettingen gericht op het gebrek aan zeggenschap en verscheidene adviesrapporten dragen interventies aan welke zouden moeten bijdragen aan het verbeteren van de verpleegkundige positie en daarmee aan het behoud van zorgprofessionals. Echter, in deze onderzoeken en rapporten blijven de verpleegkundige stemmen nog steeds weinig gehoord. In dit onderzoek is gekeken naar hoe (sociale) waardering door verschillende verpleegkundigen precies wordt beleefd, welke betekenissen zij aan deze ervaringen geven en waar deze ervaringen overeenkomen of juist heel verschillend zijn. Tevens is auto-etnografisch onderzoek verricht naar de eigen ervaringen van de onderzoeker – zelf ook verpleegkundige. Hierna is gekeken hoe al deze ervaringen relateren aan zorgethische theorie, waarin aandacht is uitgegaan naar waardering van zorgen en zorgverleners.

Hoofdvraag: Welke betekenissen verlenen verpleegkundigen aan de (sociale) waardering voor hun beroep zowel binnen zorgorganisaties als in de gehele samenleving en hoe relateren deze persoonlijke verhalen aan zorgethisch denken over waardering van zorgverleners?

Methode: Er is narratief onderzoek verricht waarbij vier verpleegkundigen zijn geïnterviewd. Aan de hand van deze interviews is door middel van reflecties ook auto-etnografisch onderzoek gedaan. De interviews zijn vervolgens geanalyseerd en tot persoonlijke narratieven omgevormd. Deze narratieven en de eigen reflecties zijn geanalyseerd op opvallende thema's en vervolgens in verbinding gebracht met de zorgethische literatuur.

Bevindingen & conclusie: een belangrijk onderdeel van waardering is voor de verschillende verpleegkundigen dat zij zich gezien voelen voor wie zij zijn. Tevens is het voor hen van belang dat (van buitenaf) vertrouwen wordt gegeven in hun professionele kennis en kunde. Daarnaast zien zij graag dat ook voor hen gezorgd wordt, bijvoorbeeld in de vorm van passende arbeidsvoorwaarden. De wens is verder dat er een breder beeld gaat leven in de samenleving van wat het beroep behelst. De verpleegkundigen lopen er nu nog vaak tegenaan dat wat de samenleving denkt dat het vak inhoudt zelden overeenkomt met de daadwerkelijke inhoud van het beroep. Zorgethische theorie helpt om deze empirische bevindingen meer uit te diepen. Een gesprek tussen de empirie en theorie laat zien dat de brede kijk van Tronto op zorgen kan bijdragen aan het centraler stellen van zorgen in de samenleving. De opvatting van Van Heijst dat zorgen óók het kundig uitvoeren van vaktechnische handelen, maar daarnaast een menselijke interactie is waarbinnen gevoelens een plek mogen krijgen, lijkt het meest aan te sluiten bij de empirie. Het biedt ruimte voor gevoelens van waardering, maar heeft ook aandacht voor de professionele kant die in stereotype-beelden nog wel eens over het hoofd worden gezien.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	4
1. Inleiding.....	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Maatschappelijke probleemstelling	8
1.3 Wetenschappelijke probleemstelling.....	9
1.4 Vraagstelling	11
1.5 Doelstelling	12
1.6 Leeswijzer	12
2. Theoretisch kader	13
2.1 Zorgethiek	13
2.2 Conceptuele verkenning	14
2.2.1 Morele grenzen.....	14
2.2.2 Onafhankelijk en autonoom?.....	14
2.2.3 Zorgwerk, een gemarginaliseerd terrein.....	15
2.2.4 Een vernieuwde kijk op zorgen	16
2.2.5 Bestaan in elkaars ogen	17
2.2.6 Erkenning theoretisch doordacht.....	18
2.2.7 Erkenning van professionaliteit	19
2.2.8 Zorgen voor de zorgverlener	20
2.2 <i>Sensitizing concepts</i>	21
2.3 Deelconclusie	21
3 Methode.....	22
3.1 Onderzoeksbenadering	22
3.2 Onderzoeksmethode	22
3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid.....	22
3.4 Dataverzameling.....	23
3.5 Data-analyse	24
3.6 Ethische overwegingen.....	25
3.7 Kwaliteitscriteria	25
4 Resultaten uit empirisch onderzoek	27
4.1 Narratief verpleegkundige 1	27
4.2 Narratief verpleegkundige 2	30
4.3 Narratief verpleegkundige 3	35
4.4 Narratief verpleegkundige 4.....	39
4.5 Opvallende thema's.....	43

4.5.1	(on)zichtbaarheid van het vak	43
4.5.2	Gezien en gehoord worden.....	43
4.5.3	Waardering op basis van eigen kwaliteiten	44
4.5.4	Zorgen voor de zorgverlener	44
4.5.5	Invloed van persoonlijke omgeving	45
4.5.6	Trots durven zijn.....	45
4.5.7	Marginalisering van kwetsbaarheid en onzekerheid.....	46
4.5.8	Vertrouwen in deskundigheid.....	46
4.6	Deelconclusie	46
5	Discussie	48
5.1	Verpleegkundigen zien staan.....	48
5.2	Iemands eigenheid zien	49
5.3	Wie zorgt er voor mij?.....	50
5.4	Hokjesdenken	51
5.5	Vorbij het stigma van de billenwasser	51
5.6	Vertrouwen en nabijheid versus afstand en controle.....	53
5.7	Verschuiving van waarden	54
5.8	Vorbij de private sfeer.....	54
6	Conclusie	56
6.1	Beperkingen.....	58
	Literatuur.....	60
	Bijlagen	62
	Bijlage 1: Vraagstelling.....	62
	Bijlage 2: Fasering.....	63
	Bijlage 3: informatiebrief	65
	Bijlage 4: <i>informed consent</i>	66
	Bijlage 5: <i>self-disclosure</i>	67
	Bijlage 6: topic-lijst.....	68
	Bijlage 7: voorbeeld code-boom verpleegkundige 2.....	69
	Bijlage 8: voorbeelden uit het reflectie-logboek	72

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In juni 2020, te midden van de Coronapandemie, is de inmiddels beroemde intensivist Diederik Gommers te gast bij talkshow Op1. Achter hem aan tafel zit IC-verpleegkundige en voorzitter van de beroepsvereniging V&VN Rowan Marijnissen. “Ik zit hier nu vooraan,” kaart Gommers aan “de verpleegkundige zit achteraan. Dit moet echt veranderen”¹. Ik kijk geroerd en aandachtig toe. Gommers illustreert hoe ook buiten de muren van het ziekenhuis verpleegkundigen lager worden gewaardeerd dan artsen. De scène linkt voor mij aan de problematiek van de lage sociale waardering² van verpleegkundigen, waar ik al langer over nadenk.

Bijna acht jaar geleden startte ik na mijn vwo met de opleiding verpleegkunde. In een tussenjaar had ik gewerkt als zorgondersteuner in een verpleegtehuis en omdat ik het werken met kwetsbare mensen zo bijzonder vond, leek verpleegkunde een logische keus. Ik had er zin in: zin om met mensen te werken; zin om concreet iets te kunnen betekenen voor hen die hulp nodig hebben. Zin om mij te verdiepen in de mens achter het ziektebeeld. Gelijktijdig was er een andersoortig gevoel aanwezig. Een gevoel waar ik moeilijker de vinger op kon leggen. Schaamte misschien. Of angst. Verpleegkunde werd voor mijn gevoel laag gewaardeerd in mijn omgeving. Ook in de maatschappij als geheel miste ik respect voor het vak waarvan ik zelf ervoer dat het zoveel mooie kanten kent. Ik bemerkte aldoor een rare spanning wanneer ik mijn studiekeus of later mijn werk toelichtte in gesprekken. Het waren kleine aspecten in de reactie of houding van de ander waaraan ik voelde dat er op dit beroep wordt neergekeken. Zo werd de vraag of ik ook meer deed dan billen wassen niet zelden gesteld. Hiermee ervoer ik dat het tekort aan sociale waardering niet slechts bestaat uit een gebrek aan respect, maar juist ook uit de aanwezigheid van een negatief en ongefundeerd oordeel.

Dit tekort aan sociale waardering maakt het vak voor mij minder aantrekkelijk. Van collega-verpleegkundigen hoor ik soortgelijke geluiden en in verschillende adviesrapporten wordt een gebrek aan waardering genoemd als belangrijke oorzaak van onvrede in het vak⁴⁵. Gedurende de master Zorgethiek en Beleid ben ik mij steeds meer gaan afvragen welke factoren mijn zelfbeeld als verpleegkundige en de sociale waardering voor dit beroep beïnvloeden. Het werk van politicologe Tronto inspireerde mij breder na te denken over de politieke invloeden welke doorsijpelen in ons denken over en onze waardering voor zorgen en zorgverleners. In haar werk biedt Tronto (1993; 2013) een kritische kijk op hoe ons morele denken en handelen momenteel wordt begrensd: door heersende normen en waarden worden volgens haar bepaalde machtsstructuren in stand gehouden. Ook toont zij

¹ Opgehaald van: https://www.npostart.nl/op1/30-06-2020/POW_04675828 Geraadpleegd op 1 februari 2021

² Sociale waardering wordt in deze thesis gezien als een vorm van erkenning, waarbij het gaat om het toekennen van goedkeuring. Deze waardering kan iemand niet uit zichzelf halen, maar komt van buitenaf (Van Heijst, 2008, pp. 35-36). Op deze definitie wordt in het theoretisch kader diepgaander ingegaan.

hoe, door het centraalstellen van meer zorgethische waarden, een democratischere samenleving mogelijk is. Mijn persoonlijke ervaringen, de gesprekken met collega-verpleegkundigen en het inspirerende werk van Tronto vormen de brede aanleiding van deze thesis.

1.2 Maatschappelijke probleemstelling

Al lange tijd heerst er in Nederland onrust onder verpleegkundigen en verzorgenden. Eind jaren '80 leidden salarisachterstand, hoge werkdruk en een gebrek aan erkenning en zeggenschap ten gevolge van hevige bezuinigingen tot de oprichting van de protestbeweging 'Witte Woede'³. Dit resulteerde in 21 aanbevelingen om de ondergewaardeerde positie van de beroepsgroepen te versterken en te verbeteren⁴. Ondanks de diverse verbeterpogingen ervaart de beroepsgroep ruim dertig jaar later nog steeds een tekort aan zeggenschap en zelfs een toename van de werk- en regeldruk⁵. De verpleegkundige stemmen worden nog te weinig gehoord en de waardering voor het werk dat zij doen wordt niet als passend ervaren (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2020).

Even leek door de coronacrisis de sociale waardering voor verpleegkundigen toe te nemen. In maart klapten miljoenen Nederlanders voor de zorg en ziekenhuizen werden voorzien van spandoeken met daarop leuzen als 'voor alle hardwerkende helden'. Voor korte tijd stonden zorgverleners op een voetstuk. Maar niet veel later keerde de onrust terug: er was geen enkele verpleegkundige te bekennen in het *Outbreak Management Team* en hun noodkreten werden op beleidsniveau weinig serieus genomen⁴.

De onvrede binnen het vak heeft grote arbeidsmarktproblematiek tot gevolg. 43% van de nieuwe zorgverleners verlaat binnen twee jaar alweer de sector en in 2025 wordt een tekort verwacht van 100.000 verpleegkundigen en verzorgenden⁵. Dit oplopende tekort leidt tot een steeds hogere werkdruk en een verminderde kwaliteit van zorg (RVS, 2020). Volgens de RVS is het noodzakelijk te erkennen dat "de uitstroom van zorgverleners een probleem is van de samenleving als geheel" en "het vraagt om structurele verbeteringen" (RVS, 2020, p. 5).

In een recente kamerbrief pleit toenmalig *Chief Nursing Officer*⁶ Bianca Buurman voor meer zeggenschap en erkenning voor de verpleegkundige beroepsgroep⁵. Volgens haar worden verpleegkundigen te weinig als professionals gezien. Des te vaker worden zij slechts als werknemers,

³ Opgehaald van: <https://www.canonverpleegkunde.nl/canon/verpleegkundigen-in-opstand-1989/> Geraadpleegd op 27 februari 2021

⁴ Opgehaald van: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29282-95.pdf> Geraadpleegd op 4 februari 2021.

⁵ Brief 'investeringsagenda zeggenschap en positionering verpleegkundigen en verzorgenden' van Bianca Buurman, gedateerd op 2 september 2020.

⁶ Een Chief Nursing Officer wordt door de overheid aangesteld om de bewindslieden van VWS periodiek gevraagd en ongevraagd over de positie van de verpleegkundige beroepsgroep (verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten) te adviseren. Bron:

<https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2021/02/15/ministerie-van-vws-zoekt-chief-nursing-officer>. Geraadpleegd op 14 juni 2021

kostenposten of handen aan het bed beschouwd. Volgens Buurman is dit problematisch, want: “Onbekendheid met dat wat verpleegkundigen en verzorgenden daadwerkelijk doen, leidt niet zelden tot (bestuurlijke) inschattingfouten met als gevolg bedreiging van de kwaliteit van zorg én/of vertrek van professionals uit het beroep” (Buurman, 2020, p. 2).

Het meer laten klinken van de verpleegkundige stemmen lijkt dus essentieel en sluit tevens aan bij de uitkomsten van het adviesrapport van de commissie Werken in de Zorg⁷. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is volgens deze commissie wel dat vergroting van zeggenschap niet slechts een formaliteit blijkt:

Als verpleegkundigen in de formele overlegstructuur een plek krijgen, maar in de informele structuur/machtsverhoudingen geen invloed hebben, dan schiet het niet op. Bestuurders dienen in woord en daad de positie van de zorgprofessionals te steunen. Zelf regelmatig in gesprek gaan met zorgprofessionals en echt iets doen met hetgeen zij naar voren brengen is essentieel (Commissie Werken in de Zorg, 2020, p. 17).

Verscheidene adviesrapporten dragen interventies aan welke zouden moeten bijdragen aan het verbeteren van de verpleegkundige positie en daarmee aan het behoud van zorgprofessionals. Meer betekenisvolle zeggenschap, meer doorgroeimogelijkheden en hogere waardering en erkenning worden als mogelijke oplossingen geopperd voor de arbeidsmarktproblematiek (RVS, 2020). Waar in deze rapporten echter minimaal aandacht aan wordt besteed is welke unieke verhalen schuilgaan achter de functietitels. De verpleegkundige stemmen blijven dus ook in deze rapporten maar weinig echt gehoord. Dit heeft, zoals Buurman onderschrijft⁵, als gevaar dat een te eenzijdig en algemeen beeld geschetst wordt van hoe het werk door de zorgprofessionals wordt ervaren, waarmee stigmatisering in stand kan worden gehouden.

1.3 Wetenschappelijke probleemstelling

Binnen de wetenschap is vanuit verschillende studies aandacht uitgegaan naar de werkervaringen van verpleegkundigen binnen ziekenhuizen. Meerdere onderzoeken laten zien dat verpleegkundigen zich nog te vaak uitvoerder van het beleid voelen en dat zij betekenisvolle zeggenschap missen (RVS, 2020; Kohlen 2018). De hiërarchie binnen zorgorganisaties blijkt volgens de RVS (2020, p. 29) steeds meer te schuren en onder zorgverleners heerst het gevoel dat hun expertise bij het maken van beleid niet altijd wordt benut (RVS, 2020, p. 29). Kohlen (2018) bevestigt dit in haar onderzoek naar de verpleegkundige stem in ethische commissies. Zij geeft aan dat verpleegkundigen vaak het gevoel hebben geen betekenisvolle stem te hebben in hoe een afdeling wordt gerund (Kohlen, 2018, p. 242). In plaats daarvan wordt van hen slechts verwacht dat ze weten om te gaan met de consequenties van

⁷ Opgehaald van: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/10/31/advies-commissie-werken-in-de-zorg-over-behoud-en-betrokkenheid-van-zorgprofessionals>. Geraadpleegd op: 12 april 2021.

de door anderen genomen beslissingen (Kohlen, 2018, p. 242). Volgens recent onderzoek van Martini, Schalkwijk, Smid & Lalleman (2021, p. 21) laten verpleegkundigen hun stem wel steeds meer horen in het ziekenhuis, maar lukt het hen nog niet om invloed uit te oefenen. Dit ontbreken van betekenisvolle zeggenschap kan worden ervaren als een gebrek aan erkenning van competenties en kennis (RVS, 2019, p. 54).

Het rapport 'Behoud en betrokkenheid van zorgprofessionals' van RVS toont dat een gebrek aan erkenning en waardering ook gevoeld wordt in de lage salariëring (RVS, 2020, pp. 19-20). Volgens een voor dit rapport geraadpleegd expert wordt het loon gezien als een reflectie van "wat men vindt dat ik als verpleegkundige eigenlijk waard ben" (RVS, 2020, p. 20). Hierbij wordt onder 'men' naast de werkgever, ook de burgers en de politiek verstaan. Het salaris vervult hiermee ook een symbolische functie van (sociale) waardering (RVS, 2020, p. 20).

Het loon bepaalt dus mede in hoeverre verpleegkundigen zich gewaardeerd en erkend voelen in hun functie. Hiernaast wordt dit gevoel beïnvloed door het beeld dat in de maatschappij van het verpleegkundig beroep leeft (Ten Hoeve, Jansen & Roodbol, 2013). In een uitgebreid onderzoek naar het publieke imago van verpleegkundigen laten Ten Hoeve et al. (2013) zien hoe het imago van het verpleegkundig beroep hun zelfbeeld beïnvloedt. Hoewel verpleegkundigen zichzelf zien als getrainde professionals, wordt hun beroep door het publiek nog steeds gezien als "*low-status profession that is subordinate to the work of physicians, does not require any academic qualifications and lacks professional autonomy*" (Ten Hoeve et al., 2013, p. 303). Volgens Tajfel & Turner (2002, in Ten Hoeve et al., 2013, p. 303) wordt een zelfbeeld beïnvloed door het imago van een groep in de samenleving. Gebrek aan goedkeuring vanuit de maatschappij draagt zodoende bij aan (instandhouding van) een negatief zelfbeeld (Tajfel & Turner, 2002 in Ten Hoeve et al., 2013, p. 303). Het publieke imago van verpleegkundigen berust volgens Ten Hoeve et al. (2013, p. 298) op misvattingen en stereotyperingen. Ondanks de professionalisering van het vak, worden verpleegkundigen nog altijd weinig erkend in hun capaciteiten: verpleegkundigen worden in het algemeen geprezen om hun nobele waarden, niet om hun kennis (Ten Hoeve et al., 2013, p. 304). De essentie van hun vak is nog altijd niet duidelijk en verpleegkundigen lijden nog steeds onder (gendergerelateerde) stereotyperingen, waarvan de meeste een negatieve connotatie kennen (Bridges, 1990 in Ten Hoeve et al., 2013). Dit alles draagt ten negatieve bij aan het beeld dat verpleegkundigen hebben van hun eigen professie (Ten Hoeve et al., 2013).

Ook verschillende zorgethische denkers hebben nagedacht over de maatschappelijke waardering van zorgen. Zo stelt politicologe Tronto (2013) dat hoe wij zorg zien en waarderen afhankelijk is van de heersende ideologieën in onze samenleving en ten diepste beïnvloed door onze sekse-ideeën. In de hedendaagse maatschappij staan waarden als onafhankelijkheid en autonomie centraal. Afhankelijkheid en relationaliteit worden hierdoor automatisch gemarginaliseerd (Tronto, 1993).

Hiermee wordt een ongelijke machtsverdeling in stand gehouden tussen zij die als autonoom en onafhankelijker worden gezien en zij die meer afhankelijk zijn van de hulp van anderen (Tronto, 1993). Zorgen wordt geassocieerd met deze gemarginaliseerde waarden en ontvangt zodoende minder maatschappelijk aanzien (Tronto, 1993). Hoewel zorgen de laatste decennia verregaand is geprofessionaliseerd, heerst daarnaast in de huidige samenleving nog sterk het idee dat zorgen behoort tot de private sfeer en vrouwen natuurlijke aanleg hebben te zorgen. Tronto (2013, p. 7) verzet zich tegen deze aanname die ook impliceert dat alleen zij die natuurlijk goed zijn in zorgen hiervoor verantwoordelijk zijn. Door een natuurlijke aanleg te veronderstellen, wordt de mogelijkheid tot verandering uitgesloten. Zorg als feminien labelen doet vermoeden dat mannen zich kunnen onthouden van zorgtaken, omdat dit nu eenmaal niet in hun aard zit (Tronto, 2013, p. 7). Tronto (2013, p. 8) beweert in deze lijn dat het labelen van zorg als typisch feminien soms wordt gedaan om heersende gender gerelateerde ideologieën en machtsstructuren in stand te kunnen houden.

De in deze paragraaf aangehaalde onderzoeken laten zien dat de ervaren erkenning en (sociale) waardering van de verpleegkundige professie zowel binnen als buiten de zorgorganisaties negatief wordt beïnvloed. Naar voren komt dat de stemmen van verpleegkundigen binnen ziekenhuizen te weinig gehoord worden en dat het verpleegkundigen hiermee ontbreekt aan betekenisvolle zeggenschap (Kohlen, 2018; Martini et al., 2021; RVS, 2020). Ook draagt de lage salariëring bij aan een gevoeld tekort aan waardering en erkenning. Verder blijkt dat het eenzijdige beeld dat in de maatschappij leeft van het verpleegkundige beroep een negatieve impact heeft op het zelfbeeld van verpleegkundigen en dat hun capaciteiten hierin worden miskend. De theorie van Tronto laat zien hoe zorgethiek inzichten kan leveren voor het denken over en de waardering van zorgen.

1.4 Vraagstelling

Om de verpleegkundige stemmen te laten klinken en voorbij te gaan aan een stereotiep beeld van het beroep, wordt in deze thesis aandacht gegeven aan de persoonlijke verhalen van verschillende verpleegkundigen. Zorgethisch gedachtegoed over waarden van zorgen wordt met de empirische resultaten in verbinding gebracht om te kijken hoe empirie en theorie aan elkaar relateren en te onderzoeken waar deze twee elkaar mogelijk kunnen verrijken.

De volgende vraagstelling is hiertoe opgesteld:

Hoofdvraag:

Welke betekenissen verlenen verpleegkundigen aan de (sociale) waardering voor hun beroep zowel binnen zorgorganisaties als in de gehele samenleving en hoe relateren deze persoonlijke verhalen aan zorgethisch denken over waardering van zorgverleners?

Deelvragen:

- Welke betekenissen geven verpleegkundigen aan de (sociale) waardering voor hun beroep zowel binnen zorgorganisaties als in de gehele samenleving?
- Welke inzichten bieden zorgethische en andere relevante bronnen over waardering van zorgverleners?
- Welke inzichten biedt het verbinden van de empirische uitkomsten van de narratieve analyse met de uitkomsten uit zorgethische en andere relevante theorie?

1.5 Doelstelling

Interne doelstelling:

Dit onderzoek levert een rijkere kijk op hoe de geleefde ervaringen van verpleegkundigen zich relateren tot zorgethische en andere relevante theorie over waarderen van zorgverleners, wat kan bijdragen aan het tot leven brengen van de theorie en het theoretisch verdiepen van de empirie.

Externe doelstelling:

Het laten klinken van stemmen die minder gehoord worden om hiermee inzicht te bieden in de persoonlijke, unieke verhalen van verpleegkundigen rondom sociale waardering, wat potentieel bijdraagt aan het deconstrueren van bestaande stigma's rondom het verpleegkundige beroep. Zodoende wordt getracht een positieve bijdrage geleverd aan genuanceerdere beeldvorming die meer recht doet aan de complexe werkelijkheid.

1.6 Leeswijzer

Dit onderzoek start met een theoretisch kader (hoofdstuk 2), waarin eerst kort wordt weergegeven wat onder zorgethiek verstaan wordt, waarna uiteen wordt gezet hoe zorgethische denkers denken over waardering van zorgen. Vervolgens wordt in de methode (hoofdstuk 3) geschetst hoe dit onderzoek is opgezet. Het empirisch hoofdstuk (hoofdstuk 3) laat zien hoe verschillende verpleegkundigen betekenis geven aan hun ervaringen van sociale waardering. Ook worden mijn eigen ervaringen en reflecties hier weergegeven in de vorm van reflectieboxen. In de discussie (hoofdstuk 4) wordt de theorie met de empirie in verbinding gebracht om in de conclusie (hoofdstuk 5) antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag: 'Welke betekenissen verlenen verpleegkundigen aan de (sociale) waardering voor hun beroep zowel binnen zorgorganisaties als in de gehele samenleving en hoe relateren deze persoonlijke verhalen aan zorgethisch denken over waardering van zorgverleners?'

2. Theoretisch kader

In dit theoretische hoofdstuk zal de deel deelvraag ‘Welke inzichten bieden zorgethische en andere relevante bronnen over waardering van zorgverleners?’ centraal staan. Eerst zal kort worden geschetst wat in deze scriptie onder zorgethiek wordt verstaan. Hierna wordt aan de hand van onder meer het werk van Tronto en Van Heijst getracht de deelvraag te beantwoorden. De concepten macht, waardering en erkenning worden verder uitgediept.

2.1 Zorgethiek

Zorgethiek vindt haar wortels bij psychologe Carol Gilligan die in 1982 reageerde op het werk van haar promotor Laurence Kohlberg. Kohlberg ontwikkelde een model voor morele ontwikkeling, aan de hand waarvan hij constateerde dat jongens in een hogere mate moreel ontwikkeld waren dan meisjes. Gilligan (1982) uitte hierop stevige kritiek door te laten zien dat meisjes misschien vanuit andere waarden (communicatie, relationaliteit en responsiviteit) redeneerden, maar dat deze stem niet minder waardevol en geenszins minder moreel was. Deze kritiek kreeg de naam ‘in a different voice’ en vormde een belangrijk fundament voor de zorgethiek. (Tjong Tjin Tai, 2014, pp. 195-196)

Hoewel Gilligan met haar werk een belangrijke bijdrage geleverd heeft aan de ontwikkeling van zorgethiek, is de manier waarop zij dit gedaan heeft door volgende generaties bevestigd. Politicologe Joan Tronto (1993, pp. 90-92) stelt bijvoorbeeld dat door het toekennen van een bepaalde morele sensitiviteit aan een specifieke sekse, het idee in stand wordt gehouden dat moraliteit en sekse genetisch met elkaar verbonden zijn en moraliteit zich op basis van sekse verschillend presenteert. Hiermee houdt Gilligan volgens Tronto (1993, p. 96) onbedoeld een scheiding tussen de seksen in stand en blokkeert daarmee de weg naar meer gelijkheid. De morele grenzen die ons morele denken en handelen bepalen worden hiermee overeind gehouden. Tronto (1993, p. 83) ontkent niet dat moraliteit door gender wordt beïnvloed, maar zet wel vraagtekens bij de aanname dat dit met een natuurlijke aanleg te maken heeft. Volgens Tronto (1993, p. 61) ontstaat moraliteit in praktijken en is het altijd context-afhankelijk en gehistoriseerd. Zij heeft met haar denken een grote bijdrage geleverd aan het ontwikkelen van zorgethiek als politieke kritiek en heeft in haar werk kritisch gekeken naar hoe de samenleving geordend is. Later in dit hoofdstuk wordt dieper op haar werk ingegaan.

Onder andere het werk van Tronto heeft grote invloed gehad op de ontwikkeling van de Utrechtse zorgethiek, waar vanuit deze thesis vertrekt. Hierbinnen wordt zorgethiek omschreven als een interdisciplinair veld van onderzoek, waarbinnen een dialectische relatie wordt belichaamd tussen empirisch onderzoek en theoretische reflectie (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017). De Utrechtse zorgethiek kenmerkt zich door de sleutelvraag: “wat is het moreel goede, gegeven deze particuliere situatie?”. Hierin wordt zorgen gezien als een sociale praktijk waarin mensen zich voortdurend op elkaar en op zichzelf afstemmen. De praktijk is een belangrijk vertrekpunt om na te gaan wat als goede zorg wordt beschouwd. Vervolgens ontstaat een voortdurende dialectische beweging tussen empirie en

theorie, waarbij conceptuele en theoretische inzichten worden bevraagd en verrijkt door empirisch onderzoek en andersom. (Leget et al., 2017)

2.2 Conceptuele verkenning

2.2.1 Morele grenzen

Zoals aangegeven in paragraaf 1.1 probeert Tronto (1993) in haar werk *Moral Boundaries* inzichtelijk te maken hoe ons morele denken en handelen wordt begrensd door verschillende ‘boundaries’. Met het uitdenken van deze grenzen toont zij hoe deze onze samenleving beïnvloeden en hoe door het centraalstellen van meer zorgethische waarden een democratischere samenleving mogelijk is.

Zij onderscheidt drie grenzen welke hieronder kort zijn samengevat:

1. De grens tussen moraliteit en politiek, waarbij Tronto (1993, p. 6) constateert dat moraliteit en politiek worden afgeschilderd als twee gescheiden domeinen. In werkelijkheid zijn deze terreinen diep met elkaar vervlochten. De veronderstelde scheiding heeft tot gevolg dat moraliteit binnen politiek slechts als middel wordt gezien en andersom.
2. De grens van het morele standpunt. Volgens Tronto (1993, pp. 9-10) wordt moraliteit binnen heersende politieke theorieën buiten de praktijk gedacht in de vorm van universele overeenkomsten over wat het goede is. Moraliteit verwordt zodoende een terrein ver weg van emoties en gevoelens.
3. De grens tussen het private en publieke leven. Tronto (2013) stelt dat politiek lange tijd werd verbonden met de publieke sfeer en zorg met de privé sfeer. Het publieke werd daarmee gezien als masculien en het private als feminien. Niet-politieke zaken als sentiment en liefde werden verbonden aan het private en dus los gezien van de publieke sfeer (Tronto, 2013, p. 1).

De term ‘boundaries’ gebruikt zij om te benadrukken dat deze grenzen iets (iemand of groepen) includeren en daarmee automatisch iets anders excluseren (Tronto, 1993, p. 10). Aan de hand van deze grenzen onderzoekt zij wat nodig is om deze te verschuiven zodat respectvol en rechtvaardig met iedereen wordt omgegaan (idem). Hiervoor is het volgens haar belangrijk dat meer waardering uitgaat naar dat waar de meeste mensen hun hele leven druk mee zijn: zorgen; voor hunzelf, anderen en de wereld waarin zij leven (idem).

2.2.2 Onafhankelijk en autonoom?

Hoewel zorgen een groot onderdeel vormt van ons dagelijks leven, is de aandacht hiervoor in de samenleving beperkt. Dit heeft volgens Tronto (1993) grote consequenties voor de verdeling van macht. De hedendaagse machtsverhoudingen worden volgens haar beïnvloed en in stand gehouden door de gemarginaliseerde plek die zorg inneemt in onze samenleving. Om dit te veranderen is een verandering nodig in ons mensbeeld: we moeten de menselijke aard niet zien als autonoom en onafhankelijk, maar we moeten toe naar een beeld van menselijke inter-afhankelijkheid (Tronto, 1993). Het ideaalbeeld van de mens als *self-made*, autonoom en onafhankelijk zorgt voor een

gemarginaliseerde positie van zij die afhankelijk zijn van de zorg van anderen. In het beeld van de *self-made man* is geen ruimte voor de menselijke afhankelijkheid (idem).

Ook politiek wetenschapper Eichner (2015) bevraagt het alom geprezen ideaalbeeld van de mens als autonoom en onafhankelijk wezen. Volgens haar wordt ons met zo een mensbeeld ook de idealen vrijheid en gelijkheid opgedrongen, wat leidt tot de wens deze idealen middels beleid zoveel mogelijk te garanderen. Een ieder wordt om deze reden zoveel mogelijk vrij gelaten. Echter, dit autonome mensbeeld reflecteert, zoals ook door Tronto gesteld, niet de realiteit (pp. 87-88). We kunnen niet heen om het onderling afhankelijke karakter van de mens. De liberaal-democratische theorie en de fundamentele principes van vrijheid en gelijkheid moeten daarom worden herzien en aangevuld met de waarden van zorgverlening en menselijke ontwikkeling (pp. 88-89). Het idee van vrijheid en gelijkheid moet door de erkenning van afhankelijkheid op een compleet nieuwe manier worden begrepen, namelijk binnen de context van deze onvermijdelijke onderlinge afhankelijkheid (p. 89).

Filosofe Kittay (1999) sluit aan bij het denken van Eichner en illustreert deze afhankelijkheid met haar uitspraak “*we are all – equally – some mother’s child*” (p. 30). Zij geeft hiermee aan dat, hoe verschillend we allemaal ook lijken te zijn, we uiteindelijk allemaal een kind zijn van onze moeder, en haar zorg nodig hebben (gehad). Daarin zijn we volgens haar gelijk(waardig). Deze interafhankelijkheid zou volgens haar een gids kunnen zijn in ons denken en in beleidsvorming (p. 70).

2.2.3 Zorgwerk, een gemarginaliseerd terrein

Tronto (1993, 117) laat zien dat het heersende ideaalbeeld van de mens als autonoom en onafhankelijk eraan bijdraagt dat ook zorgwerk wordt ondergewaardeerd. Het wordt geassocieerd met het privéleven, emoties en de behoeftigen. Doordat in de hedendaagse samenleving autonomie, rationaliteit en publieke prestaties worden gezien als waardige kwaliteiten wordt zorgen gedevalueerd omdat dit het tegenovergestelde belichaamt (p. 117). Zorgwerk wordt volgens Tronto (p. 113) vaak gedaan door de minstbedeelden in de samenleving. Of zij het minst bedeed zijn omdat zij zorgen of dat zij zorgen omdat zij het minst bedeed zijn, durft Tronto (p. 113) niet te zeggen. Zorg is voornamelijk het terrein geweest van slaven, bedienden en vrouwen en nog steeds wordt het meeste zorgwerk uitgevoerd door vrouwen en andere marginale groepen (idem). Hiernaast stelt Tronto dat wanneer een geprivilegieerde groep zorgdraagt, dit gepaard gaat met hoger aanzien van de activiteit (pp. 115-116). Een complexe set van waarden structureert volgens Tronto hoe wij zorg waarderen in de samenleving en helpt meer waarde toe te kennen aan zorg uitgevoerd door de meer machtigen in de samenleving (idem).

In de marginale aandacht voor zorgen schuilt volgens Tronto (1993) een groot ideologisch voordeel: “*By not noticing how pervasive and central care is to human life, those who are in positions of power*

and privilege can continue to ignore and to degrade the activities of care and those who give care” (Tronto, 1993, p. 111). Door de aandacht te vestigen op zorgen, wordt ook aandacht gevestigd op hoe adequaat het zorgsysteem nu is ingericht. Het niet centraalstellen van zorgen heeft daarmee ook als gevolg dat de machtigen in de samenleving hun positie behouden: *“To treat care as shabby and unimportant helps to maintain the positions of the powerful vis-a-vis those who do care for them”* (Tronto, 1993, p. 124). Tronto (p. 111) beweert hiermee niet dat de aandacht opzettelijk van zorg wordt weggehouden, maar veronderstelt dat dit onderhevig is aan complexe reeksen van ideeën rondom individualisme, autonomie en de ‘self-made man’.

2.2.4 Een vernieuwde kijk op zorgen

Om zorgen een centralere plek te geven in de samenleving is het volgens Tronto (1993, p. 101) belangrijk zorgen op een nieuwe manier te bekijken: *“The world will look different if we move care from its current peripheral location to a place near the center of human life”* (Tronto, 1993, p. 101). Hiervoor moeten we het concept zorgen ook op een andere, bredere manier opvatten.

Samen met Fischer definieert Tronto zorgen als volgt:

On the most general level, we suggest that caring be viewed as a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, our selves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web (Fisher & Tronto, 1991 geciteerd in Tronto, 1993, p. 103).

In deze brede definiëring maken Tronto en Fischer ruimte voor een maatschappelijke verantwoordelijkheid die volgens hen essentieel is voor een zorgzamere samenleving. Onze opvattingen van zorgen zijn volgens hen nog vaak te beperkt tot het zorgen voor onszelf en onze naasten, waardoor zorgen moeilijker een plek vindt buiten de kaders van de private sfeer.

Om de definitie te concretiseren beschrijven Tronto en Fischer vier met elkaar verbonden fasen van een zorgproces:

1. *Caring about*: deze fase bestaat uit het constateren dat er nood is voor zorg en vereist oplettendheid en sensitiviteit.
2. *Caring for*: bestaande uit het nemen van verantwoordelijkheid voor deze zorg, waarbij verantwoordelijkheid als belangrijke kerneigenschap wordt gezien.
3. *Care giving*: de daadwerkelijke uitvoering van de zorg. Hierbij is competentie een belangrijke kwaliteit.
4. *Care receiving*: het na gaan van hoe de zorg is ontvangen, waarbij een responsieve houding van belang is. (Tronto, 2013, pp. 22-23)

Voor een zorgende democratie is het volgens Tronto (2013, p. 23) nodig collectieve verantwoordelijkheid te nemen voor dit zorgproces. Hierom is nog een vijfde fase noodzakelijk, die zij beschrijft als:

5. *Caring with*: deze laatste fase van zorgen vereist dat de zorgbehoeften en de manier waarop daarin wordt voorzien in overeenstemming moeten zijn met democratische toezeggingen tot rechtvaardigheid, gelijkheid en vrijheid voor iedereen.

Idealiter is er sprake van een vlotte onderlinge samenhang tussen deze verschillende fasen. In de praktijk ziet Tronto (1993, p. 109) echter conflicten ontstaan. Zo ziet zij dat in de onderverdeling van de verschillende fasen een machtscheiding weerspiegeld wordt welke heerst in de samenleving. De fasen *caring about* en *taking care of* worden voornamelijk uitgevoerd door de machtigere groepen en meer geassocieerd met macht en masculiniteit. De *care giving* en *care receiving*-fasen worden overgelaten aan de gemarginaliseerde groepen. Interessant is ook hoe de verantwoordelijkheid voor de verschillende fasen verdeeld zijn onder artsen en verpleegkundigen. Dokters dragen zorg voor de patiënt, en begeven zich daarmee voornamelijk in de ‘caring for’-fase, waar verpleegkundigen de daadwerkelijke zorg uitvoeren. Het verschil in aanzien van deze fasen zou kunnen verklaren waarom dokters, die eveneens zorgen, minder te lijden hebben onder een marginale positie dan verpleegkundigen. Daarnaast wordt geneeskunde zelden geassocieerd met zorg, maar vooral met wetenschap, waarmee het in prestige toeneemt (Tronto, 1993, p. 115). Artsen die als meest prestigieus worden beschouwd, bevinden zich volgens Tronto het verst af van het daadwerkelijke zorgen (idem).

2.2.5 Bestaan in elkaars ogen

Van Heijst (2008) heeft evenals Tronto veel nagedacht over hoe zorgen gewaardeerd wordt in de samenleving. Specifiek heeft zij zich in haar boek ‘Iemand zien staan’ gericht op de rol van erkenning in de zorg. Erkenning beschrijft zij als iemand zien staan, waarbij het gaat om het bestaan in elkaars ogen (p. 10). Sociale waardering beschrijft zij, naast liefde en respect, als een vorm van erkenning waarbij iemand goedkeuring ontvangt vanuit zijn of haar sociale omgeving (p. 35). Deze vorm van erkenning is alleen echt als het vrij gegeven wordt en betrekking heeft op dat wat iemand doet of wie iemand is (idem). Het vraagt met andere woorden om “verbijzondering voor wat die persoon kan, doet of is” (Van Heijst, 2008, p. 35) en wezenlijk is ook “de ander niet te behandelen als onverschillig wie, of één onder velen” (Van Heijst, 2008, p. 60). Als het echt gezien worden ontbreekt kan dit leiden tot wat Van Heijst noemt een dingachtige gewaarwording, waarbij de persoon in kwestie zich inwisselbaar voelt, gereduceerd tot ding (Van Heijst, 2008, p. 64). Gekoppeld aan sociale waardering is zelfwaardering, waarbij het niet gaat om de mate waarin jij jezelf waardeert, maar om de waardering van anderen van jouw ‘zelf’. Of zoals Van Heijst het definieert: “de positieve beoordeling door de omliggende wereld van je eigenschappen of prestaties” (Van Heijst, 2008, pp. 35-36).

Erkenning is volgens Van Heijst voorwaarde voor goede zorg. Bij zorgen tred je in een wisselwerking, waarbinnen het belangrijk is dat de ander het gevoel gegeven wordt “dat die er mag zijn zoals die is” (Van Heijst, 2008, p. 9). Dit gevoel speelt volgens Van Heijst (2008, p. 10) een veel grotere rol in zorgprocessen dan nu wordt toegegeven. De mate van erkenning heeft, zo veronderstelt Van Heijst, op zowel de patiënttevredenheid als op het werkgeluk van de zorgmedewerkers (idem). Met een praktijkvoorbeeld laat Van Heijst (2008, pp. 14-17) zien hoe erkenning vorm kan krijgen. Ze schetst een situatie waar een vrouw na haar bevalling emotioneel en bevuild in een ziekenhuiskamer ligt. Verschillende medewerkers benaderen de vrouw op een voor haar niet passende wijze. Eén verpleegkundige stelt voor de vrouw te ondersteunen met wassen. Door het wassen en de manier waarop dit gebeurt, voelt de vrouw zich gezien. Het gaat hierbij volgens Van Heijst niet louter om het wassen zelf. Het gaat zeker ook om de manier waarop dit gebeurt: de interactie, het afstemmen.

2.2.6 Erkenning theoretisch doordacht

Van Heijst (2008, pp. 32-39) gebruikt het werk van filosoof Honneth om erkenning theoretisch uit te diepen. Honneth stelt dat om erkenning gestreden moet worden; het is er niet zomaar. Wanneer van erkenning (nog) geen sprake is komt het vaak voor dat de geminachte groep met eenzelfde miskennende blik naar de eigen groep kijkt. Hiermee wordt onbedoeld bijgedragen aan de instandhouding van de minachting. Deze cirkel is enkel te doorbreken als aan het ervaren onrecht woorden worden gegeven en deze worden ontvangen door de ‘hogere’ groep. Dit kan doordat de heersende groep redelijkheid ziet in de claims, schaamte voelt of bang is voor de tegenkracht uitgaande van de eisers. Macht speelt hierbij een belangrijke rol, want “iedere impuls voor verzet en iedere claim zal verstommen, zolang de uiting van verontwaardiging geen aansluiting vindt bij de inzichten van de anderen die hoger staan” (Van Heijst, 2008, p. 38). Het is belangrijk dat de rollen worden omgedraaid en bij de machtige groep bewustzijn wordt gecreëerd over hun neerbuigende oordeel (Van Heijst, 2008). De vraag die deze theorie oproept is: hoe kunnen zij die niet (voldoende) strijdbaar zijn toch erkenning ontvangen? Volgens Honneth moet dit door middel van het recht worden veilig gesteld. Van Heijst is het hiermee slechts deels eens. Volgens haar kan en moet hen erkenning ook vrijelijk geschonken worden. Er bestaat volgens haar dus niet louter de nood voor een strijd om erkenning, maar ook het geschenk van erkenning (Van Heijst, 2008, p. 51).

Waar Honneth (in Van Heijst, 2008) alleen de erkenningsvorm respect koppelt aan zorgen buiten de privésfeer, beargumenteert Van Heijst dat de vormen liefde en (sociale) waardering juist ook erkend moeten worden als essentieel binnen de professionele zorg. Honneth stelt dat zorg voor de zwakkeren in de samenleving niet mag afhangen van een gevoel. Dat zou volgens hem te willekeurig zijn. Hun rechten zouden dus, zoals in voorgaande alinea genoemd, in de wet veilig moeten worden gesteld. Maar wanneer binnen de zorg alleen en vooral sprake zou moeten zijn van respect, - dat wil zeggen: de ander beschouwen als iemand met gelijke rechten – zou dit volgens Van Heijst (2008) tekortschieten. Zorgverhoudingen zijn bij uitstek in veel opzichten ongelijk en het is daarom belangrijk je ervan

bewust te zijn dat “achter de formele rechtsgelijkheid reëel bestaande ongelijkheden kunnen schuilen” (Van Heijst, 2008, p. 44). Tevens is in de praktijk te zien dat in de ‘formele’ zorg ook gevoelens een belangrijke rol spelen. Professionals spreken, wanneer het om hun *drive* gaat in de zorg te werken, juist veelvuldig over de zorgverhouding; de verbinding die zij voelen met de zorgontvangers. Het is niet zo dat zij per definitie liefde voelen voor alle patiënten met wie zij in aanraking komen, maar deze patiënten worden elke keer wel een mens met een naam en een gezicht, met wie zij mogelijk een band opbouwen. Van Heijst (2008, pp. 57-58) geeft aandacht aan de woordkeus van professionals wanneer zij spreken over hun intentie te zorgen. Niet zeggen zij: “ik doe dit werk omdat ik zoveel respect heb voor mensen die net als ik gelijke rechten hebben” (Van Heijst, 2008, p. 58), maar veel vaker “ik houd nu eenmaal van mensen” (Van Heijst, 2008, p. 58). Dit woordgebruik bevestigt volgens Van Heijst dat respect als erkenningsvorm binnen zorgrelaties tekortschiet en dat juist ook in deze relaties voor liefde en waardering ruimte moet zijn (p. 58). Doordat er binnen de gezondheidszorg maar weinig ruimte wordt gelaten voor deze erkenningsvormen, verkeren professionals vaak in de veronderstelling “dat distantie goed is en betrokkenheid of waardering willen onprofessioneel” (Van Heijst, 2008, p. 179). Maar juist deze vormen zijn volgens Van Heijst essentieel om “het netwerk van menselijk samenleven overeind te houden” (Van Heijst, 2008, p. 178). Als zorgmedewerkers openstaan voor de erkenning die in verschillende vormen op hen afkomt is het werk volgens Van Heijst ook beter vol te houden (p. 179).

2.2.7 Erkenning van professionaliteit

Naast haar uitgebreide denken over erkenning besteedt Van Heijst veel aandacht aan de ervaren miskennis van professionals in de praktijk. Immers, “pas als miskennis goed wordt gezien, kan een tegenwicht gevonden worden” (Van Heijst, 2008, p. 74). Volgens haar is het van groot belang dat er aandacht is voor de vakkundigheid van zorgprofessionals; dat deze erkend wordt. “Ze hebben voor hun beroep geleerd, hebben werkervaring opgebouwd en houden hun kennis en kunde op peil, want er zijn steeds nieuwe ontwikkelingen” (Van Heijst, 2008, p. 75). Door de manier waarop de zorg is ingericht is er voor deze erkenning van professionaliteit lang niet altijd ruimte. Zorg lijkt meer en meer te moeten gaan om wat direct nut en effect heeft. Professionals worden geacht zich aan uniforme regels te houden en ‘kwaliteitszorg’ lijkt daarmee te worden gezien als iets dat uniform en verifieerbaar moet zijn (Van Heijst, 2005, p. 25). In deze systemen wordt vaak een universeel, statisch begrip geïmpliceerd van wat goede zorg is (Jerak-Zuiderent, 2015, pp. 413-414). Hiermee wordt de schijn opgehouden dat buiten zorgprocessen om bepaald kan worden waaraan deze processen moeten voldoen. Volgens Jerak-Zuiderent (2015, p. 416) zou het niet langer moeten gaan om wat universeel overeengekomen als goede zorg wordt beschouwd, maar juist om wat goede zorg betekent in een concrete situatie voor een concreet persoon.

Van Heijst (2005) herkent het gevaar dat schuilgaat in de misvatting vanuit politiek en beleidsmakers dat zorgen enkel bestaat uit planbare activiteiten. Te veel aandacht is volgens haar gericht op

vaktechnische bekwaamheid en het uitvoeren van verrichtingen. Hoewel dit essentieel is, kan zorgen ook volgens haar niet zonder het menselijke aspect (Van Heijst, 2005, pp. 123-124). Zorgen is namelijk volgens Van Heijst (2005, p. 66) geen daad, maar een betrekking, waarbinnen aandachtige afstemming op de ander en zelfafstemming essentieel is. Door het overgeorganiseerde systeem voelen werknemers zich echter steeds meer als vervangbare poppetjes binnen een productieproces en de ruimte om zelf initiatief te nemen vervaagt (Van Heijst, 2011, p. 12). De continue plicht tot verantwoording geeft hen het gevoel dat het ontbreekt aan vertrouwen in hun kennis en kunde een weloverwogen besluit te maken (Van Heijst, 2005, p. 22).

Dit constante evalueren van processen heeft volgens politiek wetenschapper Dahler-Larsen (2015) niet alleen een voorschrijvende, maar eerder nog een constituerende functie. Hij stelt dat we leven in een evaluatie-maatschappij: evaluatie, accreditatie, prestatiebeheer en kwaliteitsverzekering vormen een belangrijke onderdeel van de hedendaagse samenleving. Door kwaliteitseisen en indicatoren op te stellen wordt gelijk bepaald wat als kwaliteit geldt en op welke processen dus de focus wordt gelegd. Hierdoor wordt weinig ruimte gelaten voor andere invullingen van kwaliteit en wordt, al dan niet bewust, veel macht gegeven aan de opstellers van deze eisen (Dahler-Larsen, 2015, pp. 20-21). Ook houdt dit de illusie in stand dat alles wat kwaliteit heeft in indicatoren te vatten valt. De overheersing van prestatie-indicatoren onder meer in de zorg maakt het steeds moeilijker voor een professional een persoonlijke stempel te drukken op een zorgsituatie. Er is weinig ruimte voor de menselijke maat die volgens Van Heijst juist zo belangrijk is binnen de zorg, want zorgen vindt plaats tussen unieke individuen, maar in de meeste zorginstellingen wordt het beleid op grote afstand van de daadwerkelijke zorgpraktijk geschreven (Van Heijst, 2008, p. 13). “[...] hoe hoger je bestuurlijk komt, des te minder praktijkervaring daar bestaat” (Van Heijst, 2008, p. 14). Om goed te begrijpen hoe erkenning vorm krijgt of zou moeten krijgen in de alledaagse zorg, is het echter juist essentieel met deze specifieke praktijk voeling te hebben. “Beleidsmakers kunnen pas faciliterend voor erkenning worden, als ze er meer zicht op krijgen en het ook gaan aanvoelen” (Van Heijst, 2008, p. 14).

2.2.8 Zorgen voor de zorgverlener

Naast het erkennen van de professionaliteit van zorgverleners, is het volgens Kittay (1999) bovenal essentieel dat ook voor hen gezorgd wordt. Haar uitspraak “*we are all – equally – some mother’s child*” toont behalve onze onderlinge afhankelijkheid ook dat *dependency workers* kinderen van hun moeder zijn en daarmee eveneens recht hebben op de zorg die ze nodig hebben. Als de *dependency worker* haar verantwoordelijkheid neemt voor de zorg voor een ander, dan moet de verantwoordelijkheid tegemoet te komen aan haar noden worden opgenomen in de structuren binnen de grotere sociale orde (p. 70). Hiermee doet Kittay (1999) een appel op de samenleving om hiervoor meer ruimte te bieden.

2.2 *Sensitizing concepts*

Binnen dit onderzoek is bij de analyse van de interviews gebruik gemaakt van *sensitizing concepts*. *Sensitizing concepts* kunnen worden gezien als gevoelig makende concepten welke richting kunnen geven aan het onderzoek (Wester, 1995 in Boeije, 2005, p. 47). Relevante literatuur en eerdere ervaringen van de onderzoeker dragen bij aan de totstandkoming van deze concepten (Boeije, 2005, p. 81). De concepten kunnen vervolgens een belangrijke rol spelen in de analyse-fase van het onderzoek, waar zij als codes kunnen fungeren (Boeije, 2005). De volgende *sensitizing concepts* zijn in dit onderzoek gebruikt: (sociale) waardering, erkenning, contextualiteit, afhankelijkheid, relationaliteit en macht(sstructuren).

2.3 Deelconclusie

In dit hoofdstuk is aan de hand van het werk van onder anderen Tronto en Van Heijst theoretische verdieping gezocht over waarden van zorgen. Ondervonden is dat Tronto en Van Heijst beiden op een kritische manier nadenken over waarden van zorg/zorgverleners.

Tronto analyseert hoe het huidige politieke landschap invloed heeft op de plek die zorgen in onze samenleving inneemt en op hoe dit gewaardeerd wordt. Zij beschrijft hoe de normen en waarden die in onze samenleving overheersen en ons ideaalbeeld vormgeven, op zo een manier werken dat zorgen een marginale plek inneemt in de maatschappij en bepaalde machtsstructuren in stand worden gehouden. Zorgen wordt vooral geassocieerd met de private sfeer, met sentiment en met vrouwen. Door een brede definitie van zorgen voor te stellen wordt het volgens haar beter mogelijk zorgen een centralere plek te laten innemen en de samenleving democratischer te maken.

Van Heijst geeft aan dat erkenning essentieel is voor goede zorg, maar door de focus op nut en efficiëntie lijkt hier steeds minder aandacht en ruimte voor te bestaan. Erkenning definieert zij als 'iemand zien staan' en sociale waardering ziet Van Heijst als vorm van erkenning, waarbij het gaat om het ontvangen van goedkeuring van een ander. Wanneer erkenning ontbreekt is het mogelijk dat de miskende groep ook met een miskennende blik naar zichzelf gaat kijken. Om dit te doorbreken moet de miskende groep woorden geven aan het gevoel van onderdrukking en moeten zij ofwel een gevoel van schaamte of angst bij de 'hogere' groep oproepen, of ervoor zorgen dat de heersende groep redelijkheid ziet in hun claims.

Naast een gevoel van erkenning is het voor zorgverleners volgens Kittay ook belangrijk dat voor hen gezorgd wordt. Zorgverleners nemen verantwoordelijkheid voor de noden van een zorgontvanger en het is daarom redelijk dat het is ingebed in de structuren van de samenleving dat ook voor hen gezorgd wordt.

3 Methode

3.1 Onderzoeksbenadering

Dit onderzoek vertrekt vanuit een sociaal constructivistische onderzoeksbenadering. Deze benadering gaat er vanuit dat er geen objectieve werkelijkheid bestaat buiten subjecten om, maar dat de werkelijkheid door ons geconstrueerd wordt (Creswell, 2013, pp. 24-25). Hierbinnen wordt dus niet gezocht naar absolute waarheden, maar staat persoonlijke betekenisgeving centraal (Johnson & Parry, 2015, p. 16). Dit is passend voor dit onderzoek waarin persoonlijke verhalen centraal staan om inzicht te verkrijgen in de subjectieve betekenisgeving.

3.2 Onderzoeksmethode

Om de verhalen van verpleegkundigen grondig en van verschillende kanten te kunnen belichten, verricht ik een narratieve studie. In een narratieve studie worden verhalen verzameld vanuit een aantal individuen. Als startpunt worden ervaringen genomen zoals uitgedrukt en geleefd in verhalen van de respondenten (Creswell, 2013, p. 70). Uiteindelijk ontstaat een narratief welke is geconstrueerd door de onderzoeker en de respondenten. Het verhaal heeft als doel iets aan te kaarten, en biedt als mogelijkheid een stem te geven aan ontbrekende of gemarginaliseerde verhalen (Creswell, 2013; Sools, 2012). Voor de totstandkoming van dit narratief gebruik ik de verhalen van andere verpleegkundigen. Hiernaast betrek ik door middel van auto-etnografisch mijn eigen verhaal in dit narratief. In het kort kan auto-etnografisch onderzoek worden gezien als *“an approach involving autobiography, self-observation, and reflexive investigation in the context of ethnographic inquiry, thereby connecting the personal to the public”* (Niemeijer & Visse, 2016, p. 167). Binnen deze thesis heeft auto-etnografie twee hoofddoelen: ten eerste biedt het de mogelijkheid te onderzoeken in hoeverre mijn eigen ervaringen overeenkomen met de ervaringen van de andere respondenten (Denzin, 2014, pp. 4-5). Hiermee wordt inzichtelijk in hoeverre het door mij ervaren gebrek aan sociale waardering tot stand komt door persoonlijke factoren en in hoeverre het ook door anderen ervaren wordt. Ten tweede helpt het inzicht te geven in mijn eigen ervaringen om zo naar de lezer toe transparant te zijn in hoe deze ervaringen mijn referentiekader kleuren (Anderson, 2006).

3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

In dit onderzoek wordt een narratieve analyse gedaan van de verhalen van vier verpleegkundigen. In eerste instantie was gekozen vijf verpleegkundigen te interviewen, maar gedurende het proces bleek dit onvoldoende haalbaar in de voor dit onderzoek gereserveerde tijd. Om voldoende recht te kunnen doen aan de uitwerking van alle persoonlijke verhalen is daarom in overleg besloten de narratieve analyse tot vier respondenten te beperken. Naast het onderzoeken van de verhalen van andere verpleegkundigen, zal een auto-etnografische analyse worden gedaan van mijn eigen verhaal. Mijn eigen verhaal geef ik door middel van reflecties op de interviewthema's in tekstblokken weer.

In dit onderzoek richt ik mij niet specifiek op verpleegkundigen binnen een bepaalde setting, maar zal ik zowel kijken naar ervaringen binnen een zorgorganisatie als binnen de maatschappij. Hiermee wordt getracht een bredere kijk te bieden op hoe sociale waardering onder verpleegkundigen wordt ervaren in zorgorganisaties als ook in de maatschappij als geheel.

De respondenten zijn geselecteerd op basis van *convenience sampling*⁸. Dit houdt in dat de respondenten allen voor mij makkelijk te bereiken waren. Behalve het inclusiecriteria ‘werkzaam als verpleegkundige’ zijn geen inclusiecriteria gesteld. Wel heb ik geprobeerd enige variëteit in achtergronden te representeren. Zo is er in meer of mindere mate verschil in leeftijd, geslacht en type zorgorganisatie waar de respondenten werkzaam zijn.

De interviews namen circa een uur in beslag. Deze duur is vooraf gekozen om het zowel voor de respondenten haalbaar te laten zijn als ook om te waarborgen dat het voor mij als onderzoeker haalbaar is de informatie zorgvuldig te verwerken binnen de voor dit onderzoek bepaalde tijd.

3.4 Dataverzameling

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is eerst literatuurstudie verricht. De zoektocht naar literatuur ben ik gestart vanuit verschillende artikelen die ik het afgelopen jaar heb gelezen over de positie van verpleegkundigen. Vanuit deze artikelen ben ik door middel van de sneeuwbalmethode bij andere relevante literatuur terecht gekomen⁹. Tevens heb ik via *Google Scholar* en *Worldcat* breed gezocht op de termen ‘positie’, ‘verpleegkundigen’, ‘verhalen’, ‘ondergeschikt’, ‘artsen’ en ‘hiërarchie’. Ook heb ik binnen de door de master aangereikte literatuur gezocht naar theorie over waardering en erkenning van zorgen en zorgverleners. Hiernaast heeft de empirische data mij aangezet bepaalde theorieën dieper te onderzoeken.

De empirische data is verzameld door het afnemen van semigestructureerde interviews. Hierin heb ik als interviewer getracht bewust een open houding aan te nemen en zoveel mogelijk het verhaal van de respondent naar boven te laten komen. Ik heb in de interviews steeds, aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst (zie bijlage 6) voorzichtig vertrekpunten bepaald, waarna ik aan de respondent overliet te bepalen waarheen te gaan.

Naast het ophalen van de verhalen van de respondenten is er reflectief zelf onderzoek gedaan aan de hand van de auto-etnografische onderzoeksmethode. Specifiek is dit gedaan door het bijhouden van een reflectie-logboek gedurende dit gehele onderzoek. Deze reflecties zijn geschreven naar aanleiding van de interviews of geven een ervaring uit de praktijk weer welke aansluit bij de thematiek.

⁸ Opgehaald van: <https://research-methodology.net/sampling-in-primary-data-collection/convenience-sampling/>, Geraadpleegd op 25 april 2021

⁹ Opgehaald van: <https://libguides.library.uu.nl/zoekstrategie/hoe-zoek-ik#s-lg-box-wrapper-17156102>, Geraadpleegd op 18 februari 2021

3.5 Data-analyse

De interview-data is in vijf stappen van Visse (2016) geanalyseerd. Visse (2016) combineerde de narratieve interpretatieve-analysemethode van Riessman (2008) met de methode van McCormack (2000a, 2000b) en andere inzichten uit de narratieve hermeneutiek. Hiermee kwam zij tot vijf fasen welke in dit onderzoek in enigszins aangepaste vorm zijn toegepast. Hieronder is beschreven hoe de fasen in dit onderzoek zijn doorlopen:

1. Actief luisteren

In deze eerste fase zijn de interviews zorgvuldig teruggeluisterd, waarbij van alle interviews een woordelijk transcript is gemaakt. Het transcriberen heeft mij nog vertrouwder gemaakt met het gezegde, wat een goede voorbereiding vormde voor de verdere analyse.

2. Gedetailleerde analyse

Gedurende deze fase zijn de uitgeschreven transcripten opnieuw -nog grondiger- doorgenomen, waarbij de *sensitizing concepts* gebruikt zijn als richtingaanwijzers om belangrijke gedeelten te identificeren. Ook is gelet op herhaaldelijk woordgebruik; tegenstellingen; stemvolume en de nadruk die door de respondent zelf op bepaalde thema's gelegd werd (door bijvoorbeeld het herhaaldelijk terug laten komen van soortgelijke onderwerpen).

3. Selectie van fragmenten

In deze fase is op basis van de uitkomsten van de voorgaande fasen een selectie gemaakt van de te gebruiken fragmenten.

4. Optekenen

Vervolgens zijn de geselecteerde fragmenten in verhaalvorm uitgewerkt. Aan de hand van de geabstraheerde thema's is per persoon een individueel narratief geconstrueerd. Hiervoor is gekozen om voldoende recht te doen aan de eigenheid van de individuele verhalen. De resultaten uit het auto-etnografisch onderzoek zijn in de vorm van reflectieboxen aan deze verhalen verbonden en vormen daarmee een eigen narratief.

5. Check met origineel, kwaliteit, afstemmen en afronden.

In deze laatste fase is teruggegaan naar de originele transcripten om te checken of niks belangrijks over het hoofd is gezien. In sommige gevallen zijn nog kleine delen toegevoegd. Toen de narratieven voor mij volledig voelden, zijn deze voorgelegd bij de respondenten met de mogelijkheid hier in alle

vrijheid aan te schaven zodat het echt als hun eigen verhaal zou voelen.¹⁰ Hier is door twee respondenten gebruik van gemaakt.

Nadat alle narratieven waren uitgewerkt, zijn deze naast elkaar gelegd om tot opvallende thema's te komen. Om nog vertrouwder te raken met de narratieven en te zien hoe de verschillende narratieven zich tot elkaar verhouden, is gebruik gemaakt van het opstellen van een codeschema (zie voor een voorbeeld bijlage 7). Het coderen van de verschillende narratieven zorgde voor meer overzicht in mogelijke overeenkomstige thema's.

Uiteindelijk zijn alle narratieven (inclusief de auto-etnografische reflecties) in verbinding gebracht met de conceptuele uitkomsten door beide uitkomsten naast elkaar te leggen en met elkaar in gesprek te laten gaan. Gekeken is naar overeenkomsten en verschillen en deze zijn kritisch geanalyseerd. Hiermee is getracht helder te krijgen waar theorie en empirie elkaar mogelijk kunnen verrijken.

3.6 Ethische overwegingen

Binnen dit onderzoek is zorgvuldig omgegaan met de data die uit interviews is verkregen. Hiertoe is een *informed consent* formulier opgesteld, waarin privacy-afspraken zijn vastgelegd. In de verslaglegging is zoveel mogelijk anoniem gerefereerd naar de respondenten, zodat de privacy niet in het geding is gekomen en zal komen. Alle gegevens die mogelijk herleidbaar zijn naar de respondent zijn weggelaten. Ook is een datamanagementplan opgesteld waarmee gewaarborgd is dat zorgvuldig met de onderzoeksdata wordt omgegaan.

3.7 Kwaliteitscriteria

Betrouwbaarheid en validiteit: na het afnemen van de interviews, zijn deze zorgvuldig teruggeluisterd en woordelijk getranscribeerd. Dit heeft als doel gehad de onderzoeker nog meer vertrouwd te maken met de gesproken tekst. Ook kon er zodoende al een eerste analyse plaatsvinden. Daarnaast verhoogt transcriberen de kwaliteit van het onderzoek omdat de letterlijke uitspraken van de respondent worden overgenomen, in plaats van een interpretatie van de onderzoeker (Boeije, 2005, pp. 60-61).

Om de kwaliteit van dit onderzoek te waarborgen is daarnaast gebruik gemaakt van *member-checks*. Dit houdt in dat wanneer de data is geanalyseerd de uitkomsten bij de participanten worden neergelegd om na te gaan of zij zich in de uitkomsten kunnen vinden (Boeije, 2005, p. 153). In dit onderzoek zijn de narratieven, min of meer zoals deze gepresenteerd worden in hoofdstuk vier, voorgelegd aan de

¹⁰ Visse (2016) beschrijft het voorleggen van de narratieven aan de respondenten als onderdeel van fase vier. In dit onderzoek is gekozen een zo compleet uitgewerkt mogelijke versie voor te leggen aan de respondenten, zodat het hier gepresenteerde narratief voor hen zo eigen mogelijk voelt.

respondenten. Zij werden hierbij gevraagd na te gaan of zij zich herkenden in het verhaal en uitgenodigd het verhaal waar dat passend voelde te wijzigen.

Hiernaast ben ik zo transparant mogelijk geweest in (methodologische) stappen die ik gezet heb in mijn onderzoek om de navolgbaarheid te vergroten.

Reflexiviteit: gedurende het gehele onderzoek heb ik als onderzoeker een reflectie logboek bijgehouden (zie bijlage 8). Dit heeft ervoor gezorgd dat ik mij bewust bleef van mijn eigen gedachten en deze kritisch kon blijven bevragen. Tevens fungeerde het logboek als belangrijke bron voor het auto-etnografisch onderzoek.

Verder heb ik gedurende het onderzoek de inhoud veelvuldig met mijn begeleider en anderen besproken om mijzelf scherp te houden en blinde vlekken te reduceren (Van Wijngaarden, Van der Meide & Dahlberg, 2017, p. 1741).

4 Resultaten uit empirisch onderzoek

In dit hoofdstuk wordt naar een antwoord gezocht op de deelvraag: ‘Welke betekenissen geven verpleegkundigen aan de (sociale) waardering voor hun beroep zowel binnen zorgorganisaties als in de gehele samenleving?’ Om deze vraag te beantwoorden worden vier narratieven geschetst. Vervolgens wordt licht geschreven op de overeenkomstige thema’s binnen deze verschillende narratieven. Door deze narratieven heen wordt ook mijn eigen reflecties gepresenteerd om hiermee inzicht te geven in mijn eigen ervaringen en betekenisgeving.

4.1 Narratief verpleegkundige 1

Verpleegkundige 1 (V1) is een jongeman van eind 20, werkend in een ziekenhuis in het oosten van het land. Hier werkt hij op de interne geneeskunde en zit hij in het Palliatief Adviesteam. In de eerste jaren van zijn middelbare schooltijd ontwikkelde hij de wens fysiotherapie te gaan studeren. Hij wilde altijd al iets met mensen doen, dus een baan in de zorg lag voor de hand. Van fysiotherapie had hij een goed beeld wat het vak inhield, waardoor dat als goede keus voelde. Toen er meer verhalen kwamen van het weinige werk wat binnen de fysiotherapie te vinden was en een vriend van zijn ouders als fysiotherapeut in een kuuroord als masseur moest gaan werken, begon hij deze keus te heroverwegen. Zijn ouders haalden hem over eens bij open dagen van verpleegkunde te gaan kijken. Van deze opleiding wist hij nog niet veel en daarom had hij deze keuze ook nooit eerder overwogen, want: *“onbekend maakt onbemind. Het is gewoon: je weet er niks van”*. Ook had hij altijd een beetje het idee dat verpleegkunde op het hbo door zijn medescholieren als b-keus werd gezien.

Dat was niet iets waar mensen heel trots op waren. Ik kan me nog heel goed herinneren dat [...] op mijn middelbare school [...] van de afstudeerklassen HAVO, dus dat waren bijna zestig mensen, gingen er tien hbo-recht doen. Dat je denkt weet je, dat is, dat is... maar dat leek iets met aanzien. Daar zat maatschappelijk gezien wat in. En voor mijn idee had verpleegkunde [...] dat niet. Dat is altijd een beetje van... je hebt geneeskunde en alles wat daar onder bungelt...

Bij de open dag van verpleegkunde zagen zijn ouders hem echter steeds geïnteresseerder kijken. Hij lootte nog mee voor fysiotherapie, maar werd uitgeloot. Nu denkt hij dat ook als hij was ingeloot, hij alsnog verpleegkunde was gaan studeren. De veelzijdigheid van het werk trok hem aan als ook de combinatie van het werken met je hoofd en je handen.

De onbekendheid van (de inhoud van) het vak ziet V1 als problematisch. Dit doet iets met de ervaren waardering voor zijn werk. Ook voor mensen die een studiekeuze moeten maken is dit een probleem: mensen komen niet met het vak in aanraking, waardoor de echte inhoud onzichtbaar blijft en het beeld beperkt blijft tot de heersende stereotypingen. Tegelijk ervaart V1 de moeilijkheid dat de inhoud niet in een paar zinnen uit te leggen is. Als hij op een verjaardag kort en krachtig moet aangeven wat zijn

werk inhoudt zegt hij soms heel plat: *“Ik zorg ervoor dat mijn patiënt blijft leven”*. Hij merkt dat deze -naar eigen zeggen- enigszins laconieke manier van uitleggen vaak dialoog mogelijk maakt: het opent in zijn ervaring gesprekken. Corona heeft volgens hem wel bijgedragen aan het meer zichtbaar worden van het beroep: *“[...] ik geef nog een aantal uren in de week voor de lol sporttraining en daar merk ik bij dat mensen dus in één keer door hadden wat ik deed voor werk”*.

Vanuit zijn organisatie heeft V1 zich persoonlijk nooit niet gewaardeerd gevoeld. Wel geeft hij een voorbeeld van een filmpje vanuit het bestuur waarin de onrust welke in het ziekenhuis waar hij werkt ontstond rondom het COVID-vaccinatiebeleid werd gepresenteerd als gebrek aan saamhorigheid. Persoonlijk voelde hij zich hier niet door aangevallen, maar onder collega's leidde het tot een gevoel van miskennis van de getoonde saamhorigheid op bijvoorbeeld de corona-afdelingen. Hiernaast werd er ten gevolge van corona volgens V1 rondom te nemen beslissingen vanuit een soort nood-modus meer met de botte bijl gehakt. Zo werd sommige zorg in korte tijd wisselend op- en afgeschaald, wat ervaren werd als een gebrek aan waardering voor dit werk/deze zorg. Ook vanuit zijn teamhoofden was er door de hectische omstandigheden minder ruimte voor het écht zien en horen van elkaar.

Persoonlijk voelt V1 zich binnen het ziekenhuis gewaardeerd. Waardering bestaat voor hem uit het gevoel gehoord te worden, wat hij in het ziekenhuis vooral ervaart vanuit zijn teamhoofden. Dat zijn meedenken gewaardeerd wordt. Dat er ruimte is zijn ideeën te delen. Dat je geen poppetje bent en er naast de ruimte voor het uitoefenen van je beroep, ook ruimte is voor het verder brengen hiervan. En dat er oog is voor wat er daadwerkelijk op de afdeling gebeurt.

Salaris vormt voor V1 een onderdeel van waardering. Hij vindt het salaris niet in verhouding staan met de verantwoordelijkheid die er van je gevraagd wordt als verpleegkundige. Tegelijkertijd ziet hij in de aandacht hiervoor een gevaar: nadruk op het salaris kan volgens V1 de aandacht weghouden van de daadwerkelijke inhoud van het beroep.

Vanuit de maatschappij ervaart V1 de waardering op zich wel als goed. In zijn gezin is hij opgevoed met het idee dat je vooral werk moet doen wat je leuk vindt. Dit maakt dat hij zich vanuit familiale kring gewaardeerd voelt in zijn keuze voor het verpleegkundig beroep. In zijn vriendenkring is hij samen met zijn vriendin (ook verpleegkundige) het hoogst opgeleid, wat volgens hem mogelijk maakt dat hij ook daar geen gebrek aan waardering ervaart. Wel is V1 van mening dat we van de bestaande stereotypes rondom verpleegkundigen af moeten. Volgens V1 betekent identificatie met dergelijke stereotypes dat je je beroep niet serieus neemt. Als het beeld van verpleegkundigen vanuit de maatschappij beperkt blijft tot deze stereotypes, zorgt dat daarnaast voor instandhouding van een valse waarheid over het werk wat de beroepsgroep doet.

V1 zou willen dat de waardering voor het beroep meer in verhouding komt te staan met het belangrijke, moeilijke, fysiek en mentaal zware werk wat gedaan wordt. Hij doelt hiermee niet slechts op financiële vergoeding. Juist hoopt hij dat een betere verhouding van waardering zal blijken uit een

genuanceerder beeld van het beroep in de samenleving. Hierin ziet V1 ook een taak voor verpleegkundigen zelf: “[...] ga ervoor staan, het is een volwaardige carrière! [...] Laat je zien, laat zien wat je doet en zorg ervoor dat je gewoon ook belangrijk gevonden wordt.”

Reflectiebox 1 – Eigen gedachten

Gesprek met mama de dag na het eerste interview. Over waardering van zorgverleners. Mama is verzorgende in een verpleegtehuis. Ze vertelde dat zij verpleegkundigen helemaal niet ziet als de billenwassers. Dat ze het gevoel heeft dat dat juist gedacht wordt over haar beroep. Dat, voor haar gevoel, haar broers en zussen dat zo zien.

De kring waarin je je begeeft lijkt dus invloed te hebben op het beeld dat heerst over het beroep van verpleegkundigen. En opleidingsniveau lijkt daarop van invloed. Onder ‘lager opgeleiden’ wordt opgekeken naar verpleegkundigen. In mijn ervaring wordt vanuit mijn universitair geschoolde vrienden neergekeken op dit beroep. Of is dat mijn angst?

Verder sprak ik met mama over billenwassen. Stel het beroep zou gereduceerd worden tot het wassen van billen, dan nog mag die activiteit rijker gezien worden dan dat het nu wordt... Want iemand wassen, zorgen dat iemand er weer schoon uitziet, ondersteuning bieden, daar waar iemand het zelf niet meer kan... Daarmee een bijdrage kunnen leveren aan het behoud van iemands waardigheid. Deze handeling op een waardige manier uitvoeren, daarin verbinding maken met de ander... Dat betekent zoveel meer dan de negatieve connotatie die aan het stigma de billenwasser vastplakt.

Ons gesprek deed me denken aan een ervaring in de praktijk van een jaar geleden:

Precies een jaar geleden was ik bij een zorgvrager in de palliatieve fase. Een relatief jonge vrouw. Ze lag in een diepe slaap. Haar man vroeg of we haar nog even konden wassen, dat had ze gister zo fijn gevonden. Liefdevol maakte hij een teiltje klaar met warm water en haar lievelingsdouchegel. Hij gaf het teiltje aan mij en ging aan de andere kant naast zijn vrouw aan het bed staan. Ik pakte de washand terwijl hij toekeek. Ik bedacht me en vroeg: wil jij het anders doen? Alleen als je wil hoor. Hij antwoordde dat hij dat wel heel fijn zou vinden. Teder liet hij de washand over haar lichaam gaan. Liefdevol, zoals hij haar waarschijnlijk altijd had aangeraakt en zoals zij het altijd zo fijn had gevonden. Het raakte me diep. Hoe betekenisvol zoiets ogenschijnlijk kleins als wassen kan zijn.

4.2 Narratief verpleegkundige 2

Verpleegkundige 2 (V2) wist al van jongs af aan dat zij de zorg in wilde. Spoedeisende hulp programma's trokken haar aandacht, waarbij ze vooral geboeid was door de werking van het menselijk lichaam. Ze twijfelde tussen verschillende zorg-gerelateerde studies. Toen ze uitgeloot werd voor medische hulpverlening was de keus voor verpleegkunde snel gemaakt.

V2 had voordat zij aan de opleiding begon een heel positief beeld van verpleegkundigen. V2: *“Dat ze wel werk doen met waarde; dat ze... nou ja wel een positieve invloed hebben op de maatschappij en dat ze ook wel echt nodig zijn”*. Ze had veel zin te starten met haar studie om daar onder andere te leren over het menselijk lichaam, communicatie vaardigheden en om in de zorg te gaan werken. Gedurende de opleiding ontdekte V2 dat er ook veel mensen waren die anders tegen het beroep en de opleiding aankeken: *“Het was eigenlijk meer dat, terwijl ik verpleegkunde aan het doen was, dat ik dacht: o er zijn eigenlijk best wel veel mensen die denken dat je gewoon wordt opgeleid om mensen te gaan wassen”*. Daarnaast had V2 ten tijde van haar opleiding drie jaar een relatie met een jongen wiens omgeving voornamelijk in ‘de zakenwereld’ werkte en universitair geschoold was. In die omgeving werd er voor haar gevoel neergekeken op het verpleegkundig beroep: *“Ja, en dan was sowieso, hbo was al... oké, hbo dat stelt niet zoveel voor; dat is gewoon een cursus die je doet en als je dan ook nog verpleegkunde doet, dan was het helemaal van nou dan [...] leer je helemaal niks”*. Deze reacties zorgden er bij V2 voor dat zij in deze kringen minder over haar studie vertelde. Dit kwam ook doordat ze in haar studietijd nog niet heel goed wist wat het beroep inhield en dan dacht: *“als zij dan denken dat je opgeleid wordt om billen te gaan wassen, dan eh... ja. Zullen ze dat wel weten ofzo”*. Achteraf is V2 deze reacties gaan bevragen en meer in perspectief gaan plaatsen: *“Sommige mensen staan zover van de zorg vandaan, die kunnen zich dat echt niet voorstellen”*. Haar relatie van nu is heel lovend over de zorg. Ook heeft ze veel vrienden die in de zorg werken, evenals haar ouders, waardoor ze zich in haar ‘bubbel’ erg gewaardeerd voelt als verpleegkundige.

Vanuit de politiek voelt V2 weinig tot geen waardering. Ze heeft het gevoel dat vanuit Den Haag geen zicht is op wat er daadwerkelijk op de werkvloer gebeurt en dat zij zich daar ook niet in interesseren. Liever zou V2 zien *“[...] dat er meer met ons in gesprek wordt gegaan. Dat er meer naar ons geluisterd wordt”*. Volgens V2 ligt hier ook een taak voor verpleegkundigen: *“ik vind wel dat we als verpleegkundigen meer [...] uitgesprokener mogen zijn, meer van ons mogen laten horen. Maar dat er dan ook wel meer geluisterd mag worden”*. Een moment dat voor V2 duidelijk een gebrek aan waardering illustreerde was toen vorig jaar gestemd moest worden over potentiële loonsverhoging voor verpleegkundigen en één iemand bij de stemming ontbrak die voor zou stemmen:

Je zegt dat je ons belangrijk vindt en je vindt dat we een loonsverhoging verdienen, maar je vindt het blijkbaar niet belangrijk genoeg om dan ook aanwezig te zijn bij zo'n stemming, dus

we zijn toch eigenlijk niet belangrijk. Anders zou je dat niet vergeten, want volgens mij hebben ze daar genoeg mensen die de agenda's goed in de gaten houden.

Een hoger loon zou V2 het gevoel geven dat haar werk belangrijk wordt gevonden. Toch is geld niet het belangrijkste voor V2. Liever zou ze hebben dat er écht naar verpleegkundigen geluisterd wordt en op de werkvloer dingen veranderen, zoals het mogelijk maken van een betere werk/privé balans.

V2 werkt nu sinds drie jaar in het ziekenhuis, waar zij ook al tijdens haar opleiding een stage-traject heeft gelopen. Sinds één jaar werkt zij als gespecialiseerd verpleegkundige op de hartbewaking. Naast haar werk zet V2 zich in voor behoud van verpleegkundigen, omdat zij het zonde vindt dat veel kennis en ervaring snel verloren gaat doordat verpleegkundigen het vak verlaten.

V2 vindt dat haar ziekenhuis verpleegkundigen wel hoog in het vaandel heeft staan. Er zijn veel ontwikkelingsmogelijkheden en er is aandacht voor goede zorg voor verpleegkundigen. Volgens V2 doen ze leuk hun best. Toch tonen kleine dingen voor V2 een gebrek aan waardering: dat er met Pasen bijvoorbeeld niet genoeg paaseitjes zijn voor alle verpleegkundigen. Voor V2 toont dit *“dat ze er niet over na hebben gedacht, dat ze of je vergeten zijn of [...] dat er geen geld voor is. Ja, zoiets denk ik...”*

Op de afdeling waar zij nu werkt voelt V2 zich als verpleegkundige wel meer gezien en gehoord dan op de verpleegafdeling waar ze eerst werkte. Op de verpleegafdeling waren veel collega's nog niet lang gediplomeerd en misschien daardoor onzekerder om voor zichzelf op te komen en om hulp te vragen. Haar collega's van de hartbewaking weten mede door hun werkervaring beter over te brengen wat ze nodig hebben en waar zij recht op hebben. Ook zijn zij er zekerder over wanneer zij hulp nodig hebben.

V2 voelt zich gewaardeerd als haar kennis gezien en gewaardeerd wordt door anderen. Bijvoorbeeld wanneer een arts laat weten dat zij haar werk goed uitvoert en haar teamleider vertelt dat ze blij met haar zijn, of haar vraagt hoe het gaat wanneer het een drukke dag was. Ook de dag-start en dag-evaluatie die nu op haar afdeling zijn ingesteld zorgen bij V2 voor meer waardering: *“dat is toch dat stukje dat je elkaar nog eventjes ziet en eventjes er bij stil staat”*. Voor V2 zijn patiënten daarnaast een belangrijke bron van waardering en erkenning. Wanneer een patiënt haar kennis serieus neemt die ze overbrengt tijdens een voorlichting over bijvoorbeeld stoppen met roken en daar ook naar gaat handelen, voelt V2 zich gewaardeerd en erkend als verpleegkundige met kennis. Een gebrek aan waardering en erkenning ervaart V2 voornamelijk als patiënten haar kennis en kunde niet serieus lijken te nemen.

Corona heeft ook invloed op de ervaren waardering. Het brengt verpleegkundigen in lastige situaties, waarin ze bijvoorbeeld bezoek moeten weigeren. Vaak druist dit tegen het gevoel van V2 in, maar ze

begrijpt tegelijkertijd ook waarom deze maatregelen nodig zijn. Dit levert soms spanningen op in de relatie met naasten van patiënten.

V2 vindt het belangrijk dat verpleegkundigen meer gehoord worden en dat hun stem ook meer invloed heeft op het beleid dat binnen het ziekenhuis gevoerd wordt:

Ik vind bijvoorbeeld echt dat een verpleegkundige [...] qua beleid voor zorgorganisaties eigenlijk niet een adviserende rol moet hebben. Maar we moeten gewoon op een gelijk niveau staan, want we zijn super belangrijk. En we staan aan het bed van de patiënt en de kwaliteit [...] van zorg is waar we het allemaal voor doen. Ook die ziekenhuisbestuurders [...] uiteindelijk streef je gewoon naar de hoogste kwaliteit van zorg.

Volgens V2 is het belangrijk dat wat op de werkvloer gebeurt meer gezien wordt en dat ook vanuit de werkvloer gedacht wordt. Dat de voorzitter van de Raad van Bestuur soms even koffie komt drinkt op de afdeling en ziet hoe het daar is. Soms zijn er overleggen van een uur gepland waarbij verpleegkundigen wel aanwezig mogen zijn, maar voor verpleegkundigen is het geenszins haalbaar een uur van de afdeling te zijn: “ja... als zo’n bestuurder gewoon een keer een kwartiertje op een afdeling langskomt, dat heeft veel meer zin denk ik”. V2 haar grootste wens met betrekking tot waardering is dat het standaard wordt dat verpleegkundigen een plek hebben in het ziekenhuisbestuur.

Reflectiebox 2 – Herinneringen

Negen jaar geleden:

Ik zit bij de decaan van mijn middelbare school. Ik zal bijna gaan studeren en een studiekeuze moet nog worden gemaakt. De decaan geeft aan dat een hbo-opleiding ook een optie is. In mijn hoofd zit het idee dat het zonde is naar het hbo te gaan als je een vwo-diploma op zak hebt. Waar ik dat idee vandaan heb weet ik niet goed. Mijn ouders hebben iets dergelijks nooit gezegd. Zij hebben me altijd volledig vrijgelaten in mijn studiekeuze. Toch is de stem in mijn hoofd die dit idee herhaalt dominant en moeilijk te negeren.

Zes jaar geleden:

Ik zit in de sportkantine van de studentenvolleybalvereniging. Ik zit naast een jongere teamgenoot. “Vind je het niet lastig,” vraagt hij na wat biertjes “om als een van de weinige hbo’ers tussen allemaal universitair opgeleide mensen te zitten?” Zijn vraag verbaast en irriteert me. Tegelijk raakt het iets in me. Een onzekerheid over mijn intelligentie die mijn zelfbeeld al lange tijd in wisselend meer en mindere mate beïnvloed...

Vier jaar geleden:

“Maar jij kunt toch wel meer dan verpleegkunde?” Het wordt me gevraagd op een derde date en ik voel me gevlaid. Later schaam ik me voor dat gevoel en begin ik het te bevragen. Wat zegt dat over mij? Wat zegt dit over mijn idee over de opleiding? Wat zegt dit over het beeld dat in de maatschappij van de opleiding leeft? En in hoeverre draag ik door het gevlaid zijn bij aan het in stand houden van deze beeldvorming?

Reflectiebox 3 – Eigen gedachten

Een tijdje geleden raakte ik aan de praat met een onbekende. In de loop van het gesprek kwam het onderwerp op het werk wat we beiden deden. Ik vertelde hem dat ik wijkverpleegkundige ben en hij vroeg me wat ik dan precies deed. Of ik dan vooral steunkousen aan- en uittrok. Ik was me bewust van het stereotype beeld wat kennelijk het beeld dat hij heeft van het verpleegkundig beroep sterk beïnvloedt. Ik vertelde hem over de veelzijdigheid van het vak en hij luisterde geboeid. Ik vertelde hem dat ik soms de laatste zorg mag uitvoeren en nauw verbonden mag zijn bij iemands stervensfase. Hoe bijzonder het is aanwezig te zijn in zo een kwetsbare periode van het leven van een cliënt en diens naasten. Ik merkte dat, doordat ik zelf meer bezig ben met het deconstrueren van bepaalde stigma's rondom het verpleegkundig beroep, ik zelf ook bewuster ben van het verhaal dat ik over mijn beroep vertel. Waar ik misschien eerder zelf ook naar het stereotype beeld toe praatte, probeerde ik dat nu juist te omzeilen en de nadruk te leggen op de veelzijdigheid, de rijkheid.

Later vertelde hij dat hij door een hersenschudding op dit moment zijn werk als belastingconsulent bij de gemeente niet uit kon voeren en hij merkte dat hij meer geïnteresseerd raakte in werk waarin je vooral praktisch bezig bent. Ik vraag me af of een ontmoeting met iemands eigen kwetsbaarheid bijdraagt aan het vervormen van het beeld van zorgen.

Zowel zijn openheid voor mijn verhaal als ook mijn bereidheid en mogelijkheid dit verhaal te vertellen beïnvloedden de manier waarop het verhaal door mij verteld en door hem gehoord kon worden.

4.3 Narratief verpleegkundige 3

Verpleegkundige 3 (V3) is een vrouw van midden zestig. Ze groeide op als oudste dochter in een streng katholiek gezin in een klein dorpje in het zuiden van het land. Op 12-jarige leeftijd verhuisde ze met haar ouders naar het midden van het land. Na de middelbare school studeerde zij eerst twee jaar laboratorium onderzoek, maar dit bleek niks voor haar. Thuis zitten was *not done* en toen haar vader met een foldertje van een ziekenhuis aan kwam en vroeg of dat niet iets voor haar was, trok dit meteen haar aandacht. Vooral het op kamers gaan wat hierbij kwam kijken sprak haar erg aan, maar ook trok het leren haar en het idee deze kennis later te kunnen overdragen. Een goed beeld van wat het verpleegkundig beroep kon inhouden had V3 niet. Er was nog geen internet en amper televisie. Het beeld dat V3 van verpleegkundigen had was vooral gebaseerd op artikelen in de krant en fragmenten uit doktersromannetjes.

Op 18 jarige leeftijd startte ze met de inservice-opleiding voor verpleegkundige; een drie- en een halfjarige opleiding waarbij ze volledig intern werd opgeleid: *“Een hele [...] degelijke, maar ook een hele brede opleiding is, met ook heel veel diepgang”*. Gedurende deze opleidingstijd bestond er een sterke hiërarchie in het ziekenhuis. Als leerling verpleegkundige stond je helemaal onderaan de ladder, met een minimaal salaris. Wel had je al gauw veel verantwoordelijkheid en groeide de verantwoordelijkheid snel per opleidingsjaar. De inhoud van het vak was heel anders dan nu. Naast de verpleegkundige taken kwam er veel huishoudelijk werk bij het beroep kijken. Waardering kreeg je toentertijd vooral op basis van hoe netjes je zaal er bij lag: *“Dan moesten de lakens recht, [...] gesteven [...]. Daar werd allemaal op gecontroleerd [...]. De nachtkastjes gesopt, de bloemen met vers water.”*

De inservice-opleiding wordt naar V3 haar idee lang niet altijd op waarde geschat. In het voorstel voor de nieuwe wet BIG II wordt de opleiding ingedeeld op MBO-niveau, terwijl het toentertijd een hbo-opleiding betrof. In 1989 is daar een besluit over genomen wat nooit is uitgevoerd. Voor V3 betekent dit een miskennis van zowel de inhoud van de opleiding als van de kennis deze verpleegkundigen bezitten: *“dat je dan, als je dan [van] voor 2012 bent, dat je er dan eigenlijk niet toe doet. Dat je [...] dan heel erg moet laten zien dat je het allemaal nog wel weet”*. Voor V3 leidt deze miskennis tot een ervaren gebrek aan waardering voor haar opleiding. Ook leidt het af van wat volgens V3 de essentie zou moeten zijn van het verpleegkundig beroep:

Want als het dan alleen nog maar gaat om dat je als hbo-verpleegkundige al de systemen kent, herkent en kunt toepassen, is dat dan de essentie van het verpleegkundig vak? Is dat opeens waar het om gaat? Dat lijkt er wel op. Dat [...] ook hier [...] het systeemdenken z'n intrede heeft gedaan. En niet wat je [...] als verpleegkundige kunt toevoegen aan iemand in nood, of [iemand] die verdriet heeft, of die ziek is. [...] Ik snap wel hoe dat komt, dat kan je namelijk

nergens in vatten. Dat past niet, dat kan je niet aanvinken: 'getroost' of 'begrepen' 'arm om iemand heen'. Ja, dat kan niet, daar zijn geen lijstjes voor.

V3 zou het als waardering voor het vak zien als het verplicht wordt dat verpleegkundigen jaarlijks (bij-)scholingen afronden om hun kennis en kunde op peil te houden. Nu kan zij namelijk niet bewijzen dat zij als inservice-opgeleide verpleegkundige voldoende bekwaamheid bezit om haar functie op hbo-niveau uit te oefenen. Dit maakt dat er gevoelsmatig als speelbal met verpleegkundigen kan worden omgegaan.

Na de inservice-opleiding heeft V3 op verschillende plekken gewerkt; in het ziekenhuis, in de thuiszorg, het verpleegtehuis, de kraamzorg en in het management. Ook heeft ze jarenlang een eigen bedrijf in de zorg gehad. Nu werkt V3 alweer een heel aantal jaren bij Buurtzorg, waar ze zich het meest op haar plek voelt. In deze organisatie voelt zij zich erg gewaardeerd. De organisatie kent geen managementlaag en V3 mag en kan dus zelf de verantwoordelijkheid nemen voor de regie van haar werk. Het vertrouwen dat hiermee in de deskundigheid en professionaliteit van verpleegkundigen gegeven wordt, ervaart V3 als een vorm van waardering: *“Het vertrouwen dat er dus kennelijk gegeven wordt [...], het vertrouwen in dat een professional, vanuit zijn beroepsethiek [...], kiest voor de juiste manier van werken. Dat geeft mij het meeste voldoening, ja.”* Dit vertrouwen wordt lang niet overal in de zorgsector aan verpleegkundigen gegeven. Al het handelen moet controleerbaar zijn en daarvoor worden vastgelegd in regels en protocollen. Vaak wordt dit *topdown* ontwikkeld, zonder inspraak van verpleegkundigen: *“Dat is natuurlijk het hele probleem tegenwoordig. Dat er overal beleid op moet zijn, maar dat dat gemaakt wordt door mensen die, weliswaar te goeder trouw, maar niet uit het werkveld komen. En dat je je daar voortdurend op aan moet aanpassen.”*

Vanuit de samenwerking met verschillende huisartsen ervaart V3 veel waardering. Waar zij het vroeger als jonge verpleegkundige niet in haar hoofd hoefde te halen zelf een arts te bellen, voelt ze zich nu een gelijkwaardige gesprekspartner, van wie haar kennis en kunde serieus genomen wordt: *“Bijvoorbeeld in een PATZ¹¹, daar merk je dat heel erg, dat een arts ook aan jou vraagt van wat vind jij er dan van? Hoe zou jij dat dan doen? Of zullen we dit of dat? En hoe zullen we dan dit of dat? Dus dat je gelijkwaardig bent.”*

Hiernaast vormt de tevredenheid vanuit de cliënten en/of de connectie die ze met hen voelt een belangrijke bron van waardering: *“dat mensen vaak blij zijn als ik kom”*. Ze vindt in haar werk een mooie balans tussen geven en ontvangen: *“Er zijn ook casussen die heel, heel intensief zijn, maar die je zoveel [...] brengen. Ja ik word daar gelukkig van [...]. Ik kan echt blij thuiskomen”*. Wel benadrukt V3 dat overdreven waardering vanuit cliënten ook weer niet is wat ze wil: *“de hele*

¹¹ PATZ staat voor Palliatieve Zorg Thuis, en is een interdisciplinair overleg tussen huisartsen, verpleegkundigen en andere professioneel betrokkenen waarbij palliatieve cases besproken worden.

prominente overwaardering [...] die ik ervaar [...] geeft mij meer het gevoel dat ik hier uit een soort liefdadigheid sta [...] dan vanuit mijn professie”

V3 vindt het mooi aan haar beroep haar vele ervaring in te kunnen zitten binnen verschillende situaties: “*En dat is ook de drijfveer om te blijven werken, omdat je weet dat je dat kan*”. Of de waardering die ze van cliënten ontvangt voortkomt uit haar verpleegkundige expertise of door de vele ervaring die ze in de loop der jaren op heeft gedaan, kan V3 niet zeggen:

Want dat is ook een belangrijk aspect voor waardering vind ik. Dat ik [...] heel veel situaties waar mensen in kunnen zitten ook al eerder heb meegemaakt en op basis van die ervaring ze ook kan helpen, of adviseren, of geruststellen of voorbereiden. Dat [...] loopt eigenlijk door de verpleegkundige expertise heen.

In haar persoonlijke kring voelt V3 zich ook enorm gewaardeerd. Ook hier vindt zij het lastig te zeggen of het gaat om waardering voor haar verpleegkundige zijn of gewoon voor haar als mens, waar het verpleegkundige zijn een onderdeel van uitmaakt.

V3 zou graag zien dat de inhoud van het beroep in de maatschappij zichtbaarder wordt. Corona heeft hier volgens wel enigszins aan bijgedragen, maar V3 ziet ook dat het beroep te gefragmenteerd gepresenteerd wordt, waarmee de neiging tot hokjesdenken in stand wordt gehouden:

Want je ziet in de hele COVID discussie dat IC-verpleegkundigen eigenlijk op een voetstuk worden gehesen. Maar ook daarvan denk ik: het is een schakel in het geheel. Die IC-verpleegkundige die staat daar inderdaad, maar die kan daar alleen maar staan als de weg daar naartoe ook goed is. Dus [...] dat die patiënt op zaal verpleegd is en uiteindelijk naar de IC gaat. Of dat op de eerste hulp juist wordt [...] gediagnosticeerd. Dus het is niet één iemand die die prijs verdient. En [...] daar ook zie je weer dat hokjesdenken.

Om echt een beter beeld te schetsen van wat het beroep inhoudt, is het dus volgens V3 nodig alle facetten en de veelzijdigheid van het vak meer zichtbaar te maken.

Reflectiebox 4 – Ervaring uit de praktijk

Vorig jaar tijdens hemelvaart bezocht ik voor mijn werk een man in de laatste fase van zijn leven. Dit maakte veel indruk op mij en ik schreef toen de volgende woorden:

‘Dit hemelvaart weekend was ik als wijkverpleegkundige aanwezig bij een man in de laatste fase van zijn leven. Zijn naderende einde vroeg mij stil te staan, omdat rust het enige antwoord leek te zijn, daar, in dat moment.

In deze fase schuilt zowel een scherpe pijn als een schoonheid van een leven dat geleefd is. Door de dood gaat iemand ook juist extra leven. Het scherpe besef van het voorbijgaande leven trekt ons in het moment. En laat ons stilstaan bij wat dit leven voor ons betekent en heeft betekend. Wie iemand voor ons geweest is. Iemand gaat leven in herinneringen. Herinneringen van het samenzijn. Van wie die persoon voor ons geweest is.

Komt de dood, dan worden wij teruggeroepen. Lijkt tijd er niet meer toe te doen en zijn we alleen hier. Nu. Bij de persoon voor wie we zoveel voelen. Met wie we samen een deel van ons levenspad hebben bewandeld. Die ons leven heeft aangeraakt. Heeft veranderd. We vallen samen in het moment, waar onze ego's er niet meer toe doen en individuen niet meer lijken te bestaan. Hier gaat het om het samenzijn. De verbondenheid. Het samen voelen van deze ogenschijnlijk ondraaglijke pijn welke onze liefde tekent. Hoe pijnlijk, verdrietig, ondraaglijk het moment ook lijkt en is, er schuilt ook schoonheid in. Schoonheid van de kwetsbaarheid, het verval, de vergankelijkheid dat laat zien dat we hebben geleefd.’

Een aantal maanden na het overlijden van deze cliënt, ontvingen we van zijn vrouw een kaart met daarop de volgende tekst:

Beste mensen van Buurtzorg,

Het is alweer enige tijd geleden dat [mijn man] is overleden. Als ik aan die tijd terug denk, dan treft het mij elke keer weer dat jullie zo goed voor hem gezorgd hebben. Dat voelde zo fijn en heeft zo bijgedragen aan de manier waarop wij samen de laatste weken en dagen hebben kunnen doorbrengen. Jullie verzorgden [mijn man] met alle aandacht en een luisterend oor. Als hij iets niet wilde of iets niet prettig vond, dan drongen jullie niet aan en zetten het niet door. Dat heeft indruk op mij gemaakt. [Mijn man] heeft, ook dankzij jullie, vredig en in alle rust zijn leven kunnen afmaken. Hiervoor veel dank.

Vriendelijke groet,

Bijzonder om deze woorden te mogen ontvangen. Te weten dat de zorg die je toen zo goed mogelijk geleverd hebt, op een goede manier is ontvangen. Voor mij de belangrijkste vorm van waardering.

4.4 Narratief verpleegkundige 4

Verpleegkundige 4 (V4) is een vrouw van rond de 50, opgegroeid in een dorp in het midden van het land in een gereformeerd gezin. Haar interesse voor de zorg werd gewekt toen haar opa in het ziekenhuis lag. Ze vond het allemaal machtig interessant. Ook had ze al van jongs af aan het idee gehad arme kindjes in Afrika te helpen. Dat helpende zat er volgens V4 altijd al wel in. Voorafgaand aan de opleiding had ze een heel traditioneel idee van wat het beroep zou inhouden: *“Wel een beetje het zorgende zeg maar. En helpen voor mensen. En aandacht hebben voor mensen”*.

Rond haar 19^e startte V4 met de inservice-opleiding, waar ze intern leerde en werkte. Toentertijd waren er voor haar als meisje weinig voorbeelden van of ideeën over wat je met andere studies dan zorg, schoonmaak of het onderwijs zou kunnen doen. Daarmee was het onderwijs, zorg of administratie de meest voor de hand liggende optie. Naast dat ze bij de inservice-opleiding kon leren voor verpleegkundige, bood de opleiding haar een goede mogelijkheid de wereld te ontdekken. Ze vond het erg interessant verschillende mensen te leren kennen en via hen te ontdekken wat voor mogelijkheden er allemaal nog meer waren.

V4 was in haar gezin degene met de hoogste opleiding. Dit zorgde voor waardering vanuit haar ouders en grootmoeder, die haar bijvoorbeeld een keer heel bewonderend opzochten in het ziekenhuis. Pas later ervaarde ze dat het beroep niet altijd zo gewaardeerd werd. Bijvoorbeeld toen haar broer haar eens zei: *“O, ie gaat toch alleen maar konten wassen”*. Of toen haar schoonzus haar grappend vroeg of ze nog weer een paar steunkousen had aangedaan. Deze grapjes kunnen volgens V4 één keer leuk zijn, maar daarna kan het voelen als miskennis van wat je beroep inhoudt.

Na de inservice-opleiding heeft V4 op verschillende plekken gewerkt. Ook is ze een aantal jaar naar Afrika geweest onder andere om daar in een ziekenhuis te ondersteunen. Daarnaast heeft ze nog de opleiding *International Health* afgerond. Nu werkt V4 al weer ruim acht jaar bij Buurtzorg. Binnen deze organisatie voelt zij zich erg gewaardeerd. Zij vindt dat het principe van zelfsturing een grote meerwaarde heeft. Heerlijk vindt ze het, dat ze niet aan een manager hoeft te verantwoorden wat zij die dag gedaan heeft. Het is volgens haar namelijk vrijwel onmogelijk om iemand, die bijvoorbeeld niet een hele dag op de fiets door de storm heeft hoeven te zwoegen uit te leggen wat voor impact dat op je werk heeft.

In haar beroep als wijkverpleegkundige, voelt V4 zich wel eens gezien als een klusjesman, die even een klusje komt doen. Volgens haar is het in zulke situaties echt nodig je plek te bevechten om gerespecteerd te worden in het vak dat je uitvoert. *“Alsof je een leveringservice bent die diensten verleent en [...] dat is ook wel deels waar, maar ook weer helemaal niet [...]. Dus ga dan maar uitleggen wat je nou precies aan het doen bent. Ik heb altijd het gevoel dat ik dan net de plank mis sla”*.

De opknipping van het beroep is volgens V4 een ultieme vorm van diswaardering: *“Ons beroep is niet een kwestie van klusjes doen. Het is niet; ik kom hier een klusje uitvoeren en voor dit klusje kost het zoveel [...] minuten en klusje dit zoveel minuten en dat zoveel minuten. Zo werkt het niet! Het is veel meer dan dat”*.

Volgens V4 is het ook lastig uit te leggen is wat je aan het doen bent. V4 ziet soms dat mensen verpleegkunde verwarren met het zorgen wat zij zelf thuis ook doen of deden:

Vroeger deden mensen het zelf voor elkaar. En zorgen is iets wat iedereen in principe kan. Maar professioneel zorgen [...] gaat natuurlijk veel verder. Maar zorgen voor elkaar is een normaal gemeengoed. En [...] dus denken heel veel mensen dat ze het zelf ook wel kunnen. En ik denk ook dat mensen het tot op zekere hoogte ook wel zelf kunnen, maar het beroep als zijnde zoals wij het nu uitvoeren is toch wel echt anders.

Uiteindelijk vindt V4 woorden om te definiëren wat verpleegkunde voor haar is:

Hoe gaat het in de gegeven omstandigheden waarin mensen niks meer kunnen doen, of minder kunnen doen of in [...] een aantal dingen minder staande kunnen houden. Hoe gaat het dan in het welzijn. Hoe kun je dat zo ondersteunen dat het leven weer beter te doen is. Dat is verpleegkunde.

De associatie met het private zorgen en de onwetendheid rondom de inhoud van het beroep zorgen volgens V4 soms voor onderwaardering. Hierin is zij wel benieuwd wat corona mogelijk heeft betekend. Volgens V4 is het beroep wel meer zichtbaar geworden en is het bewustzijn gegroeid dat de samenleving afhankelijk is van de zorg. Wel zou V4 graag zien dat verpleegkundigen ook meer in de media vertegenwoordigd worden. Hierin ligt ook een taak voor verpleegkundigen zelf. Verpleegkundigen zijn volgens haar altijd wat bescheiden en komen niet snel voor zichzelf op: *“Dat is ook wel een beetje inherent aan het beroep omdat je zo zorgend bezig bent en altijd ondersteunend bent aan iedereen.”*

Hoewel V4 niet zwaar tilt aan de financiële compensatie die tegenover haar beroep staat, vraagt ze zich wel af waarom de samenleving haar beroep lager waardeert dan het werk van bijvoorbeeld een journalist, of iemand in de financiële sector. Het maakt V4 kwaad dat maar weinig verpleegkundigen een huis in de stad kunnen betalen. V4 ziet de financiële vergoeding als vertaling van hoe de samenleving het beroep waardeert: *“De manier waarop de samenleving tegen ons beroep aankijkt maakt natuurlijk ook dat ze zeggen: ‘ja dat krijg je wel of dat krijg je niet’”*.

Vanuit cliënten voelt V4 zich soms erg gewaardeerd. V4 noemt als voorbeeld een zorgsituatie van heel wat jaren geleden. Het was die dag ontzettend koud en glad en een cliënt belde haar wat ontredderd op vanwege een geëxplodeerd stoma:

Ik zeg: 'Nou weet je wat, ik kom er zo aan'. Dus ik ben al ploeterend naar haar toe gegaan. En toen, ze was zó blij dat ik door de sneeuw naar haar toe ben gekomen. En ik heb haar geholpen, ik heb haar weer schoon gemaakt, ik heb haar bemoedigd en, nou ja, gewoon weer op gang geholpen en nou, ze was zó blij!

Ook ervaart V4 waardering vanuit cliënten wanneer het haar lukt de cliënt aan te moedigen te geloven zijn/haar kracht: *"Het zoeken naar de krachten van iemand, dat is wel leuk als dat lukt"*.

Wel is het volgens V4 belangrijk dat in een zorgsituatie niet alleen voor de cliënt wordt gezorgd:

In de zorgsituatie moet er niet alleen voor de cliënt gezorgd worden, maar ook voor jou, als zorgverlener. Dus je kan niet van zorgverleners verwachten dat je [je] maar in alle bochten gaat zitten wringen en dat je alles maar begrijpt van te voren, ik ben ook maar een mens. Dus in die zin moet er ook naar mij gekeken worden als verpleegkundige.

Als dat ontbreekt, zelfs wanneer ze er specifiek naar vraagt, voelt V4 zich niet gewaardeerd.

Ook de op sommige plekken nog altijd bestaande hiërarchie tussen artsen en verpleegkundigen ervaart V4 als vorm van onderwaardering. Zo geeft V4 een voorbeeld van toen zij als jonge verpleegkundige voor een patiënt opkwam en hierna terecht gewezen werd door een internist:

Maar [...] hij vroeg niet naar een weerwoord van mij, hij vroeg ook niet wat ik nou precies... Het was geen wederzijds gesprek. Er werd een mededeling gedaan, ik moest op m'n tellen, ik werd een beetje op mijn plaats gewezen. Dat stond voor mij wel een beetje symbool voor de hiërarchie tussen arts en verpleegkundige.

Vooraf het ontbreken van ruimte voor haar stem en haar zienswijze leidt bij V4 tot onvrede. In de huidige samenwerking met huisartsen ervaart V4 dit meestal anders:

Bij de huisartsenpraktijk bij ons voel ik me wel heel erg gewaardeerd. Dan zeggen ze: o wat heb je dat goed gedaan. Dat wordt ook echt gezegd en gewaardeerd. En dat zeggen we ook echt tegen elkaar: fijne samenwerking! En dat vind ik heel belangrijk.

V4 haar grootste wens met betrekking tot waardering is dat er weer meer mensen kiezen voor het vak. Dat ervaart zij ook als vorm van waardering: *"Iemand is toch... heeft een keuze gemaakt voor het vak, [ze] willen zich er helemaal in verdiepen, alle tijd voor vrijmaken om dat te leren en een vak voor uit te oefenen"*

Reflectiebox 5 – Eigen gedachten

Afgelopen week heb ik gesolliciteerd voor een functie als trainee waarbij je in twee jaar op drie verschillende functies (management, beleid en/of advies) terecht komt binnen wisselende zorginstellingen. Vrijdag hoorde ik dat het niet geworden ben. Ik kreeg te horen dat gedacht werd dat ik beter tot mijn recht kom in patiëntencontact. Ik praatte volgens hen te veel vanuit mijn verpleegkundige visie en ze twijfelden of ik snel en goed zou kunnen levelen met de verschillende opdrachtgevers. Ook vonden ze dat ik wat te onzeker was. Ik merk dat deze opmerkingen mij erg bezighouden en iets in mij aanwakkeren. Hoewel ik uiteraard niet weet hoe de beslissing precies tot stand is gekomen en ik niet hun oordelend vermogen (geheel) in twijfel wil trekken, vind ik het moeilijk te accepteren dat in het profiel dat gewenst is dus weinig ruimte is voor onzekerheid. Dat het vooral lijkt te gaan om een snelle en een vlotte babbel en een gelikt voorkomen. En dat in de zorg, waar onzekerheid, kwetsbaarheid en breekbaarheid de orde van de dag is, dit vooral niet thuis lijkt te horen op bestuurlijk niveau. Natuurlijk is dit mijn eigen interpretatie van de motivatie van hun keuze en ongetwijfeld speelt mijn frustratie, teleurstelling en onzekerheid omdat ik niet ben gekozen hierin mee. Maar gevoelsmatig gaat het ook over iets groters. Dat er zo weinig ruimte is voor de stem van de werkvloer. Het lijkt zo ver af te staan van het daadwerkelijke zorgen en ik merk dat dat me verdrietig en gefrustreerd maakt.

4.5 Opvallende thema's

Hoewel alle verhalen uniek gesitueerd zijn en in de vorige paragrafen getracht is recht te doen aan de eigenheid van ieders verhaal, zijn er wel thema's die vaker naar voren komen of om een andere reden opvallen. In deze paragraaf zullen die thema's worden aangehaald. In het volgende hoofdstuk worden de thema's verder uitgewerkt en in verbinding gebracht met zorgethische en andere relevante theorie.

4.5.1 (on)zichtbaarheid van het vak

Alle verpleegkundigen¹² spreken over de huidige onzichtbaarheid van het vak. Meer zichtbaarheid is volgens hen belangrijk voor het genereren van meer waardering. V1 vindt het jammer dat jongeren die een studiekeuze moeten maken maar weinig weet hebben van de inhoud van het vak. Volgens hem maakt onbekend onbemind en daarom is het zaak dat juist meer zichtbaar wordt wat het zijn van verpleegkundige zoal behelst. Het lastige hieraan, ondervindt hij en ook V4, is dat het vak moeilijk in een paar zinnen te definiëren valt.

Ook V2 loopt er tegenaan dat voor mensen die zelden tot niet met de zorg in aanraking komen onbekend is wat verpleegkundigen allemaal doen. Dit heeft als gevaar dat het leidt tot een te gereduceerd beeld van het beroep. Ikzelf herken dit gevaar en de daarmee gepaard gaande stereotypingen. Niet zelden heb ik gevoeld dat op mijn studie/beroepskeuze werd neergekeken, waarbij deze kijk werd gebaseerd op een stereotype beeld van wat het beroep inhield.

Alle verpleegkundigen zeggen benieuwd te zijn naar wat corona doet voor de zichtbaarheid van het vak. V3 merkt dat door corona het beroep wel zichtbaarder is geworden, maar tegelijk volgens haar gefragmenteerd wordt gepresenteerd. Zo ervaart zij dat op dit moment IC-verpleegkundigen op een voetstuk worden geplaatst en dat buiten beeld wordt gehouden welke zorgprocessen daarom heen plaatsvinden welke maken dat (onder anderen) IC-verpleegkundigen hun werk goed kunnen uitvoeren. Voor haar is het belangrijk dat licht wordt geschenen op de gehele sector, de samenhang tussen verschillende disciplines als ook op de complexiteit en gelaagdheid hiervan.

4.5.2 Gezien en gehoord worden

Voor de verschillende verpleegkundigen bestaat sociale waardering voor een belangrijk deel uit gezien en gehoord worden: als mens, als volwaardig professional en als kundige gesprekspartner. V1 vindt het bijvoorbeeld belangrijk: *“Dat je sowieso geen poppetje bent natuurlijk [...] binnen een team of binnen een organisatie (verpleegkundige 1)”* en V2 zou graag willen: *“[...] dat er meer met ons in gesprek wordt gegaan. Dat er meer naar ons geluisterd wordt (verpleegkundige 2)”*.

¹² In deze paragraaf wordt meermaals gerefereerd naar 'alle verpleegkundigen' 'de verschillende verpleegkundigen' of 'de verpleegkundigen'. Op deze plek wordt hieronder verstaan: de verpleegkundigen die zijn geïnterviewd voor dit onderzoek en ikzelf.

V4 vat in een voorbeeld over haar samenwerking met verschillende huisartsen mooi samen hoe elkaar zien tot waardering leidt:

Bij de huisartsenpraktijk bij ons voel ik me wel heel erg gewaardeerd. Dan zeggen ze: o wat heb je dat goed gedaan. Dat wordt ook echt gezegd en gewaardeerd. En dat zeggen we ook echt tegen elkaar: fijne samenwerking! En dat vind ik heel belangrijk.

Volgens de verpleegkundigen is het gezien en gehoord worden iets waar het nog wel eens aan schort. Het voorbeeld van V1 waarbij de werkvloer via een videoboodschap door de voorzitter van de raad van bestuur wordt aangesproken op een gebrek aan saamhorigheid gaf voor hem aan dat de getoonde inzet niet gezien en erkend werd. V3 ervaart de inschaling van haar opleiding op MBO niveau als miskennis van de kwaliteit van haar opleiding, waarbij deze kwaliteit dus onvoldoende gezien en erkend wordt. V4 loopt er tegenaan dat zij soms niet als verpleegkundige maar als leveringservice gezien wordt.

4.5.3 Waardering op basis van eigen kwaliteiten

Waardering wordt daarnaast op een heel persoonlijke manier ervaren. Zo lijken alle verpleegkundigen elk vooral waardering te ontleen vanuit werkzaamheden waarin zij zichzelf kundig achten en/of plezier in hebben. V4 krijgt bijvoorbeeld vooral energie als zij mensen in hun kracht kan zetten. Wanneer dat lukt, en haar bijdrage hierin wordt erkend, ervaart zij dit als belangrijke vorm van waardering. V2 haalt er voldoening uit wanneer zij haar kennis en expertise kan overdragen aan patiënten en dit bij hen aankomt en tot bereidheid tot gedragsverandering leidt. Zij voelt zich dan erg gewaardeerd in haar kennis en kunde als professional. V3 vindt het bijzonder als zij haar ervaringskennis in kan zetten bij mensen die in een situatie zitten, waar zij in haar werk al eerder mee te maken heeft gehad. Iemand gerust kunnen stellen en door een situatie heen helpen geeft haar voldoening. Als ze ervaart dat cliënten dit op prijs stellen, haalt zij hier waardering uit. Zelf ervaar ik waardering wanneer mijn inzet gezien en gewaardeerd wordt, zoals bijvoorbeeld in de laatste zorg die ik leverde tijdens het hemelvaarts-weekend.

Het lijkt hierin vooral belangrijk dat de verpleegkundigen worden gewaardeerd voor hun eigenheid. Dat de waarde die zij als unieke verpleegkundige kunnen toevoegen wordt gezien en gewaardeerd.

4.5.4 Zorgen voor de zorgverlener

V4 noemt expliciet dat het belangrijk is dat ook voor haar (de zorgverlener) gezorgd wordt. Dat er bijvoorbeeld de juiste voorwaarden geschept worden, waarbinnen zij haar werk goed kan uitvoeren. Impliciet noemt ook V2 deze wens. Zij zou bijvoorbeeld graag zien dat door middel van passende arbeidsvoorwaarden een goede werk-privébalans wordt gegarandeerd.

4.5.5 Invloed van persoonlijke omgeving

Met alle verpleegkundigen is gesproken over de ervaren waardering vanuit hun persoonlijke omgeving. V3 voelt zich enorm gesteund door haar kinderen in haar rol als moeder en als verpleegkundige, welke voor haar gevoel nauw met elkaar verweven zijn. V4 refereert naar haar ouders en oma die haar trots opzochten in het ziekenhuis, waaruit voor haar een enorme waardering sprak. Ook spreekt ze over grappende maar als denigrerend ervaren opmerkingen van familieleden over haar beroep, waarin ze zich juist miskend voelde.

V1 noemde dat hij zich binnen zijn vriendenkring enorm gewaardeerd voelt. Hierbij legde hij zelf een mogelijk verband tussen het opleidingsniveau van zijn vriendengroep en de mate van waardering. In zijn vriendengroep hebben zijn andere vrienden een mbo-opleiding gedaan en ging hij met zijn vriendin als enige naar het hbo. Misschien wordt daarmee het eventuele neerkijken minder mogelijk gemaakt. V2 ervaart vanuit haar huidige vriendenkring een enorme waardering voor haar en haar vak. Veel vrienden hebben ook een zorg gerelateerde functie. Deze waardering heeft zij niet altijd zo ervaren. Ze vertelt over de sociale omgeving van haar ex-vriend. Op hbo-opleidingen en al helemaal op verpleegkunde werd door hen -universitair geschoolden, op afstand staande van de zorgsector-neergekeken. De verhalen van V1 en V2 deden mij nadenken over de invloed van opleidingsniveau op de kijk op het beroep. Ik herken wat V2 beschrijft over dat er op jouw studie/jouw beroep wordt neergekeken door mensen die hoger geschoold zijn en weinig weet hebben van de inhoud van het vak. Maar ook ben ik mij bewuster geworden van de eigen invloed die je op dit beeld kan uitoefenen door trotser over het vak te spreken.

4.5.6 Trots durven zijn

V2 heeft bemerkt dat zij in het verleden minder trots over haar beroep praatte. Ze wist toen nog niet goed wat het beroep inhield en haar omgeving leek op de verpleegkunde neer te kijken. Achteraf beziet ze dat ze hen wat naar de mond toe praatte. Ze ging zich conformeren aan het beeld dat deze groep van het beroep had. Ook ikzelf weet dat ik in het verleden een zekere ongemakkelijkheid en/of schaamte voelde wanneer ik mijn beroep moest toelichten. Bij een eerste kennismaking vertelde ik maar zelden op een trotse wijze dat ik verpleegkundige ben. Toen ik mij hier door het schrijven van deze scriptie bewuster van werd en laatst, zoals in reflectiebox 3 beschreven, wel deed, ging dit meteen gepaard met een heel andere reactie van degene aan wie ik mijn verhaal deed. Het lijkt dus een wisselwerking die ook aan de kant van de verpleegkundigen doorbroken kan worden. V1 geeft hierover ook mooi aan dat hier een belangrijke taak ligt voor verpleegkundigen: *“[...] ga ervoor staan, het is een volwaardige carrière! [...] Laat je zien, laat zien wat je doet en zorg ervoor dat je gewoon ook belangrijk gevonden wordt.”*

4.5.7 Marginalisering van kwetsbaarheid en onzekerheid

Zelf ervoer ik in de afwijzing van de sollicitatie een gebrek aan ruimte voor kwetsbaarheid en onzekerheid. Ik beschouwde dit als bijzonder en opmerkelijk, omdat zorgen mijns inziens juist bij uitstek een ontmoeting is met kwetsbaarheid en onzekerheid. Het riep bij mij het idee op dat alleen voor zelfverzekerdheid en zelfredzaamheid ruimte is in deze functies. Ik zie het als opvallend dat de ‘buitenkant’ van zorg met deze ideaalwaarden zover af lijkt te staan van wat er in zorgpraktijken gebeurt. De andere verpleegkundigen spraken niet expliciet over deze thema’s.

4.5.8 Vertrouwen in deskundigheid

V3 en V4, die beiden binnen een zelfsturende organisatie werken, spreken over het belang van vertrouwen. Doordat er binnen hun organisatie geen managementlaag bestaat waaraan zij verantwoording moeten afleggen over de inrichting van hun werkzaamheden, voelen zij zich beiden gewaardeerd in hun eigen kennis en kunde. Het vertrouwen wat aan hen gegeven wordt is voor hen een belangrijke vorm van waardering.

Dit is ook terug te horen bij V1 en V2 die het belang noemen van gehoord worden in de organisatie. Het horen van verpleegkundige stemmen laat volgens hen zien dat er vertrouwen is in de kennis en kunde van deze professionals.

Vertrouwen is lang niet altijd vanzelfsprekend, zo laten de verschillende verpleegkundigen weten. Van ‘hogeraf’ wordt beleid bepaald wat voorschrijft hoe de zorg moet worden uitgevoerd. Dit kan leiden tot een gevoel van miskennis van de professionaliteit van de verpleegkundigen.

4.6 Deelconclusie

(sociale) waardering wordt door alle verpleegkundigen op een eigen wijze ervaren en er wordt verschillend betekenis gegeven aan de ervaren waardering voor hun beroep. Waardering lijken zij allen vooral te ervaren wanneer zij als (uniek, niet inwisselbaar en volwaardig) persoon gezien en gewaardeerd worden, bijvoorbeeld wanneer het lukt kennis over te dragen en te merken dat de informatie ter harte wordt genomen (V2). Of in mijn geval: wanneer ik mijn best heb gedaan goede laatste zorg te leveren en bevestigd krijg dat dit gezien en gewaardeerd werd. Vertrouwen wordt daarnaast ook ervaren als een belangrijke vorm van waardering. V3 en V4 die beiden in een zelfsturende organisatie werken, ervaren waardering uit het vertrouwen dat in hun deskundigheid gegeven wordt. Als dit vertrouwen ontbreekt kan dit leiden tot een gevoel van miskennis, bijvoorbeeld als door protocollen het de handelingsvrijheid geheel wordt dichtgetimmerd.

Hiernaast spraken alle verpleegkundigen over de onbekendheid/onzichtbaarheid van de inhoud van hun vak. Dit houdt bepaalde stereotyperingen in stand en draagt bij aan het hokjesdenken, waardoor het bijdraagt aan onderwaardering van hun vak. Een aantal verpleegkundigen benadrukt dat het belangrijk is dat de verpleegkundige beroepsgroep zichzelf ook meer uitspreekt. In welke mate de

verpleegkundigen zich gewaardeerd voelen vanuit hun persoonlijke kring lijkt afhankelijk van verschillende factoren, waaronder het opleidingsniveau van de persoonlijke kring en hun bekendheid met het vak. Verder is het belangrijk dat ook voor de verpleegkundige zelf gezorgd wordt, bijvoorbeeld door middel van passende arbeidsvoorwaarden (V2) en goede werkomstandigheden (V4). Ikzelf heb daarnaast het idee dat bepaalde waarden die in de samenleving worden geïdealiseerd bijdragen aan de marginalisering van andere waarden. Ik ervoer dit bijvoorbeeld in mijn sollicitatie naar een traineeship in een management of beleidsfunctie in de zorg waarin voor mijn twijfel, kwetsbaarheid en onzekerheid geen ruimte leek te zijn.

5 Discussie

In dit hoofdstuk wordt de zorgethische theorie in een dialectische verbinding gebracht met de empirische resultaten. Er wordt voort geborduurd op de opvallende thema's die in paragraaf 4.6 al kort uiteen zijn gezet. Getracht wordt met het aangaan van de dialectische verbinding antwoord te geven op de synthetiserende deelvraag: 'Welke inzichten biedt het verbinden van de empirische uitkomsten van de narratieve analyse met de uitkomsten uit zorgethische en andere relevante theorie?'

5.1 Verpleegkundigen (niet) zien staan

Sociale waardering bestaat voor alle verpleegkundigen voor een belangrijk deel uit gezien en gehoord worden: als mens, als volwaardig professional en als kundige gesprekspartner. V2 ervaart bijvoorbeeld tijdens de pas ingestelde dag-evaluaties hoezeer het elkaar zien kan leiden tot een gevoel van waardering: *"Dat is toch dat stukje dat je elkaar nog eventjes ziet en eventjes erbij stilstaat"* (V2). Ook V3 geeft in een voorbeeld tekenend aan hoe dit in de praktijk vorm kan krijgen: *"[...] dat een arts ook aan jou vraagt van wat vind jij er dan van? Hoe zou jij dat dan doen? Of zullen we dit of dat? En hoe zullen we dan dit of dat? Dus dat je gelijkwaardig bent"* (V3).

Ik voel mij eveneens het meest gewaardeerd als ikzelf en de moeite die ik doe goede zorg te leveren gezien en erkend wordt. Ik ervoer dit bijvoorbeeld in de woorden die een naaste schreef naar aanleiding van de zorg voor haar inmiddels overleden man: *"Dat heeft indruk op mij gemaakt. [Mijn man] heeft, ook dankzij jullie, vredig en in alle rust zijn leven kunnen afmaken"*.

Volgens Van Heijst (2008) is dit de kern van erkenning: bestaan in de ogen van de ander. Volgens haar is dit tevens een belangrijke voorwaarde voor goede zorg. Omdat in zorgrelatie een verbinding wordt aangegaan tussen zorgverlener en zorgontvanger kunnen volgens Van Heijst (2008) naast respect ook de erkenningsvormen liefde en waardering een belangrijke rol spelen. Belangrijk is hierom volgens Van Heijst (2008) dat voor deze erkenningsvormen meer ruimte wordt gelaten. Volgens haar heerst onder professionals nog vaak het idee dat "distantie goed is en betrokkenheid of waardering willen onprofessioneel" (Van Heijst, 2008, p. 179). Uit de voorbeelden van de verpleegkundigen wordt echter juist duidelijk dat zij meer verlangen dan alleen respect en dat waardering voor wat zij toevoegen juist erg op prijs wordt gesteld. Zij gaan relaties aan met cliënten, artsen en managers en waarderen het als zij daarin gezien worden. Doordat zij hiervoor openstaan is het werk volgens Van Heijst (2008, p. 179) ook beter vol te houden.

Wanneer erkenning ontbreekt, kan dit er volgens Van Heijst (2008) toe bijdragen dat de niet erkende groep zichzelf ook met een miskennende blik naar de eigen groep gaat kijken. Hiermee wordt onbedoeld de minachting in stand gehouden. Ik denk dit te herkennen bij V2 en bij mijzelf. V2 zegt hierover: *"volgens mij [...] vertelde ik dan gewoon niet zoveel over de studie en over m'n werk. Want ik wist toen ook nog veel minder goed wat het eigenlijk precies inhoudt als je aan het werk bent. Dus*

ja, als zij dan denken dat je opgeleid wordt om billen te gaan wassen, dan [...] ja. Zullen ze dat wel weten ofzo” (V2). Ikzelf herinner mij dat ik in gesprekken met anderen weinig en maar zelden trots over mijn beroep praatte. Het gevleide gevoel dat ik ervoer toen op een date verondersteld werd dat ik toch wel meer kon dan verpleegkundige laat ook zien dat ik bijdraag aan de instandhouding van het geminachte beeld. Ik maakte me hiermee los van de verpleegkundige identiteit en ervoer het als prettig om niet als verpleegkundige gezien te worden.

V4 noemt dat verpleegkundigen volgens haar altijd wat bescheiden zijn en niet snel voor zichzelf opkomen. Iets wat mogelijk bijdraagt en de beperkte zichtbaarheid en de onbekendheid van de inhoud van het beroep: *“Dat is ook wel een beetje inherent aan het beroep omdat je zo zorgend bezig bent en altijd ondersteunend bent aan iedereen” (V4). V1 ziet hierin een taak voor verpleegkundigen: “[...] ga ervoor staan, het is een volwaardige carrière! [...] Laat je zien, laat zien wat je doet en zorg ervoor dat je gewoon ook belangrijk gevonden wordt”(V1).*

Zelf beschrijf ik in reflectiebox 3 hoe het trots spreken over mijn beroep bij leek te dragen aan een veranderend beeld bij de ander. Dit sluit aan bij de stelling die Van Heijst inneemt. Volgens haar is het belangrijk dat de rollen worden omgedraaid en bij de machtige groep bewustzijn wordt gecreëerd over hun neerbuigende oordeel (Van Heijst, 2008, p. 38). Hiervoor moet wel een aansluiting gevonden worden bij de inzichten van anderen die ‘hoger’ staan. Dit kan door het aanwakkeren van een gevoel van schaamte, angst voor de tegenkracht of het zien van redelijkheid in de voorgelegde claims (Van Heijst, pp. 37-41). V2 zegt hierover: *“ik vind wel dat we als verpleegkundigen meer [...] uitgesprokener mogen zijn, meer van ons mogen laten horen. Maar dat er dan ook wel meer geluisterd mag worden” (V2).*

5.2 Iemands eigenheid zien

Een onderdeel van waardering is voor de verschillende verpleegkundigen dat ze worden gezien voor wie zij zijn. Dat hun eigenheid gezien en gewaardeerd wordt. De verschillende verpleegkundigen geven allemaal voorbeelden waarin zij zich gewaardeerd voelden, waarbij een verbinding te zien is met hun persoonlijke kwaliteiten. V4 krijgt er bijvoorbeeld energie van wanneer het lukt iemand in zijn of haar kracht te zetten en V2 ervaart waardering wanneer de kennis die zij heeft overgebracht aankomt en ter harte wordt genomen. Ikzelf voel mij zeer gewaardeerd wanneer ik mijn best doe aan te sluiten bij een zorgontvanger en er een connectie ontstaat waarin ik mij gezien voel en ik het gevoel heb de ander te zien.

Van Heijst geeft aan dat sociale waardering vraagt om “verbijzondering voor wat die persoon kan, doet of is” (Van Heijst, 2008, p. 35). Dat je dus niet als poppetje wordt gezien, zoals V1 ook stelt en geen uitwisselbaar transparantje bent (Van Heijst, 2005, p. 35). Als deze aandacht en waardering voor iemands eigenheid ontbreekt kan dit volgens Van Heijst leiden tot een dingachtige gewaarwording. Iemand voelt zich dan inwisselbaar en gereduceerd tot een ding (Van Heijst, 2008, p. 64).

5.3 Wie zorgt er voor mij?

Nog voorbij gezien en gehoord woorden beschrijft V4 dat het ook belangrijk is dat voor haar als verpleegkundige gezorgd wordt. Dat bijvoorbeeld de juiste voorwaarden worden geschapen zodat zij haar werk goed kan uitvoeren. En dat als zij iets nodig heeft en daarnaar vraagt, deze vraag beantwoord wordt:

In de zorgsituatie moet er niet alleen voor de cliënt gezorgd worden, maar ook voor jou, als zorgverlener. Dus je kan niet van zorgverleners verwachten dat je [je] maar in alle bochten gaat zitten wringen en dat je alles maar begrijpt van te voren, ik ben ook maar een mens. Dus in die zin moet er ook naar mij gekeken worden als verpleegkundige.

V2 noemt meer impliciet een soortgelijke wens. Graag zou zij zien dat in de vorm van passendere arbeidsvoorwaarden beter voor verpleegkundigen gezorgd zou worden, zodat bijvoorbeeld een betere werk-privébalans mogelijk is.

Kittay (1999) stelt dat zorgen voor de zorgverlener noodzakelijk is. Het is volgens haar essentieel dat binnen de structuren van de samenleving een verantwoordelijkheid is ingebed de noden van – in haar woorden – *dependency workers* te beantwoorden. Volgens V2 gebeurt dit op politiek niveau veel te weinig. Zij illustreert dit aan de hand van een voorbeeld waarin gestemd moest worden over loonsverhoging:

Je zegt dat je ons belangrijk vindt en je vindt dat we een loonsverhoging verdienen, maar je vindt het blijkbaar niet belangrijk genoeg om dan ook aanwezig te zijn bij zo 'n stemming, dus we zijn toch eigenlijk niet belangrijk. Anders zou je dat niet vergeten, want volgens mij hebben ze daar genoeg mensen die de agenda's goed in de gaten houden.

Dat het zorgen voor zorgverleners nog weinig echt is ingebed in de samenleving lijkt ook te worden weerspiegeld in het lage loon dat zij betaald krijgen. V4 zegt hierover: *“De manier waarop de samenleving tegen ons beroep aankijkt maakt natuurlijk ook dat ze zeggen: ‘ja dat krijg je wel of dat krijg je niet’”(V4).*

Als we zoals Kittay (1999) voorstelt meer vertrekken vanuit een interafhankelijk mensbeeld, moet worden onderkend dat ook zorgverleners afhankelijk geboren zijn en vanuit deze hoedanigheid evenveel recht hebben op zorg. Door het meer omarmen van een interafhankelijk mensbeeld zullen niet langer autonomie en zelfredzaamheid als belangrijkste waarden worden nagestreefd. Juist dan zullen kwetsbaarheid en afhankelijkheid beschouwd worden als belangrijke gidsen voor beleidsvorming. Zorgen krijgt dan een prominentere plek in de samenleving en zorgen voor de zorgverlener wordt in toenemende mate een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid.

5.4 Hokjesdenken

Interessant is dat zowel Van Heijst (2005) als V4 spreken over hokjesdenken. Waar V4 echter noemt dat ze juist vanuit de maatschappij ervaart dat het werk gefragmenteerd (in hokjes) wordt weergegeven en dat er weinig aandacht is voor de verbinding tussen alle zorg-verlenende beroepen, ziet Van Heijst dit juist gebeuren vanuit de professionals zelf. Zo stelt Van Heijst (2005):

Professionals bezien zorg echter sterk vanuit hun eigen deskundigheid en dat brengt een zekere hokjesgeest met zich mee. Volgens mij dreigen ze, door de specialisatie in hun beroepen, het zicht een beetje te verliezen op wat al hun werkzaamheden samen bindt: dat die erop gericht zou moeten zijn mensen zorgzaam bij te staan in hun nood” (Van Heijst, 2005, p. 20).

Juist dit vat V3 samen als zij komt tot wat volgens haar een passende definitie zou zijn voor het verpleegkundig beroep:

Hoe gaat het in de gegeven omstandigheden waarin mensen niks meer kunnen doen, of minder kunnen doen of in [...] een aantal dingen minder staande kunnen houden. Hoe gaat het dan in het welzijn. Hoe kun je dat zo ondersteunen dat het leven weer beter te doen is. Dat is verpleegkunde (V3).

Ook V2 richt zich juist op het gemeenschappelijke doel dat zij deelt met de bestuurder van het ziekenhuis: “[...] de kwaliteit [...] van zorg is waar we het allemaal voor doen. Ook die ziekenhuisbestuurders [...] uiteindelijk streef je gewoon naar de hoogste kwaliteit van zorg” (V2).

Zowel de verpleegkundigen als Van Heijst lijken dus oog te hebben voor het grotere gemeenschappelijke doel: het aansluiten bij de noden van de zorgontvangers, waarbij je elkaar nodig hebt. Een oproep lijkt vanuit de verpleegkundigen uit te gaan om die verbinding meer op te zoeken. Meer te zien dat zowel een thuiszorgverpleegkundige als een ziekenhuisdirecteur allen schakels zijn in het geheel en allemaal een belangrijke bijdrage leveren.

De bredere definitie van zorgen die Tronto en Fischer (geciteerd uit Tronto 1993) voorstellen lijkt hierop aan te sluiten en gaat nog een stapje verder. Hun definitie laat ruimte voor alle activiteiten die bijdragen aan het in stand houden, continueren of herstellen van de wereld zodat we er zo goed mogelijk in kunnen leven. Als we vanuit die definitie naar zorgen kijken, beslaat het iets groters dan in hokjes kan worden gevat. Zorgen kan dan werken als een verbindende term.

5.5 Voorbij het stigma van de billenwasser

Een van de hokjes waar het beroep soms in gestopt wordt, is dat van de billenwasser, waarbij billenwassen wordt beschouwd als ‘lage’ activiteit. In reflectiebox 1 schreef ik hierover. Mijn moeder en ik spraken over hoe mooi en waardevol juist ook deze activiteit kan zijn. Hoe het verder gaat dan het wassen alleen. Van Heijst (2008) beschreef dit in een voorbeeld over erkenning in de vorm van een

wasbeurt. De link tussen erkenning en zorgen zat niet in het wassen of het praten alleen, maar in de betrekking die een zorgverlener op dat moment aangaat met een zorgontvanger: het echt zien van de ander en diegene erkennen als iemand die het verdiend er schoon bij te liggen. In het voorbeeld van Van Heijst: *“De kraamvrouw, die zichzelf te vies vond om aan te pakken, werd de moeite van het wassen waard gevonden en werd door de zuster gezien als iemand die het verdiende om er schoon bij te liggen. Daarom bracht dat wassen troost, en voelde het als een herstel van waardigheid”* (2008, p. 17).

In het interview met V4 bespraken we dit thema. Ook wij constateerden dat verpleegkunde verder gaat dan het gefragmenteerde beeld dat er vaak lijkt te zijn:

V4: [...] Maar als je dus het beroep, als je dus denkt dat de verpleging [...] steunkousen, wasbeurtjes, medicijnen uitdelen, eh, medicijnen in mondjes stoppen of [...] sondevoedinkjes aansluiten [...] als je denkt dat het dat is, ja. Dan ga je de zorg opknippen. En dan ben je niet met verplegen bezig.

T: nee... het zit daar omheen.

V4: ja, het zit daar omheen, het is het hele pakket. Ja.

Dat het beroep soms wel zo ‘opgeknipt’ wordt gezien frustrereert V4: *“Ons beroep is niet een kwestie van klusjes doen. Het is niet; ik kom hier een klusje uitvoeren en voor dit klusje kost het zoveel [...] minuten en klusje dit zoveel minuten en dat zoveel minuten. Zo werkt het niet! Het is veel meer dan dat”* (V4).

Deze fragmentatie lijkt in stand te worden gehouden door de verantwoordingssystemen en kwaliteitseisen waar Dahler-Larsen (2015) en Jerak-Zuiderent (2015) over schrijven. De talloze kwaliteitsindicatoren en verantwoordingsformulieren vragen verpleegkundigen hun zorg op te delen in in-hokjes-passende activiteiten, iets wat V3 ervaart als een gebrek aan waardering voor het vak:

Want als het dan alleen nog maar gaat om dat je als hbo-verpleegkundige al de systemen kent, herkent en kunt toepassen, is dat dan de essentie van het verpleegkundig vak? Is dat opeens waar het om gaat? Dat lijkt er wel op. Dat [...] ook hier [...] het systeemdenken z’n intrede heeft gedaan. En niet wat je [...] als verpleegkundige kunt toevoegen aan iemand in nood, of [iemand] die verdriet heeft, of die ziek is. [...] Ik snap wel hoe dat komt, dat kan je namelijk nergens in vatten. Dat past niet, dat kan je niet aanvinken: ‘getroost’ of ‘begrepen’ ‘arm om iemand heen’. Ja, dat kan niet, daar zijn geen lijstjes voor (V3).

Belangrijk is het volgens Dahler-Larsen (2015) dat, dat wat kwaliteit is weer in de zorgrelatie bepaald wordt en niet langer van buitenaf wordt opgelegd. Dat er ruimte komt voor zorgen in plaats van het leveren van losse services.

5.6 Vertrouwen en nabijheid versus afstand en controle

Naast dat deze gestandaardiseerde kwaliteitseisen een gefragmenteerd beeld in stand lijken te houden, geeft de continue plicht tot verantwoording verpleegkundigen ook het gevoel dat hun kennis en kunde niet serieus genomen wordt en dat zij niet voldoende vertrouwd worden zelf een weloverwogen inschatting te maken (Van Heijst, 2005, p. 22).

V3 en V4, die beiden binnen een zelfsturende organisatie werken, ervaren hier vanuit juist veel vertrouwen. De zelfsturing geeft hen het gevoel dat zij het vertrouwen krijgen om hun werk op een eigen manier in te vullen, zonder verantwoording te hoeven afleggen naar een leidinggevende. Beiden ervaren zij dit vertrouwen als vorm van waardering. Toch ervaren ook zij dat anderen die een stuk verder van hun werk afstaan hier grote invloed op uitoefenen: *“Dat is natuurlijk het hele probleem tegenwoordig. Dat er overal beleid op moet zijn, maar dat dat gemaakt wordt door mensen die, weliswaar te goeder trouw, maar niet uit het werkveld komen. En dat je je daar voortdurend op aan moet aanpassen”* (V3). Dit komt overeen met wat Van Heijst schrijft: *“Een probleem is wel dat in de meeste instellingen de beleidslijnen worden uitgezet in kamers en door mensen die wat verderaf staan van de directe zorgverlening”* (Van Heijst, 2008, p. 13). En: *“[...] hoe hoger je bestuurlijk komt, des te minder praktijkervaring met de werkvloer bestaat. Toch is voeling daarmee wezenlijk om te begrijpen hoe erkenning in de alledaagse zorg eruit ziet en waar het gebeurt”* (Van Heijst, 2008, p. 14).

V2 ziet dat ze in het ziekenhuis waar zij werkt op bestuurlijk niveau ‘leuk hun best’ doen aan te sluiten bij de verpleegkundigen. Toch slagen ze hier lang niet altijd in. Als voorbeeld noemt V2 dat er een vergadering was gepland waarbij verpleegkundigen ook waren uitgenodigd: een ogenschijnlijke vooruitgang en poging de beroepsgroep op bestuurlijk niveau te betrekken. Het overleg zou echter een uur duren en was tijdens lunchtijd gepland. V2 geeft aan dat dit voor haar en haar collega’s qua tijd en duur onhaalbaar is. Veel liever had zij gezien dat een bestuurder een kwartiertje kwam koffiedrinken om echte aansluiting te vinden bij de werkvloer. Dit sluit aan bij wat Van Heijst schrijft over de afstand van het beleid en het management. Wezenlijk is het volgens haar om dichtbij de werkvloer te komen *“[...] om te begrijpen hoe erkenning in de alledaagse zorg eruit ziet en waar het gebeurt”* (Van Heijst, 2008, p. 14). Volgens Van Heijst gaat dat zelden plechtig of op hoge toon, maar veel eerder *“met alledaagse woorden en in kleine dingen”* (Van Heijst, 2008, p. 14). Het kwartiertje koffiedrinken van V2 lijkt hier een goed antwoord op. Maar nog belangrijker volgens V2: *“Ik vind bijvoorbeeld echt dat een verpleegkundige [...] qua beleid voor zorgorganisaties eigenlijk niet een adviserende rol moet hebben. Maar we moeten gewoon op een gelijk niveau staan, want we zijn super belangrijk”* (V2).

Ook het voorbeeld van V1 waarin hij beschrijft dat iemand uit het bestuur via een filmpje de werkvloer aanspreekt op een gebrek aan saamhorigheid laat een ervaren gevoel van afstand zien. Bij de verpleegkundigen riep dit een gevoel van miskennis op. Zij hadden zich al tijdenlang op ongekend niveau ingezet op covid-afdelingen en lieten daar juist een grote mate van saamhorigheid zien. Dat zij

uitgerekend op een gebrek aan saamhorigheid werden aangesproken door iemand die hun inzet op deze afdelingen niet van dichtbij had gezien, werd als pijnlijk en afstandelijk ervaren.

5.7 Verschuiving van waarden

In de afwijzing van mijn sollicitatie ervoer ik een gebrek aan ruimte voor waarden die mijns inziens centraal staan in de zorg: onzekerheid, kwetsbaarheid en breekbaarheid. In dit gebrek aan ruimte hiervoor herkende ik het ideaalbeeld van de ‘*self-made man*’ waar iedereen in de huidige samenleving in lijkt te moeten passen. Met zo een beeld wordt de afhankelijkheid die ons volgens Kittay (1999) juist ten diepste verbindt, als marginaal beschouwd. Voor onzekerheid en kwetsbaarheid lijkt hierbinnen maar weinig plek. Tronto stelt dat: “*The world will look different if we move care from its current peripheral location to a place near the center of human life*” (Tronto, 1993, p. 101). Volgens haar is het belangrijk dat de activiteit waar de meeste mensen een groot deel van hun leven aan wijden, namelijk zorgen, een meer centrale plek vindt binnen de samenleving. Pas dan is een democratische samenleving mogelijk. Dit vraagt dus om een shift in ons menselijk ideaalbeeld. Niet langer moeten we uitgaan van de mens als autonoom en onafhankelijk, maar juist moeten we vertrekken vanuit een interafhankelijk mensbeeld.

5.8 Voorbij de private sfeer

Door de associatie van zorg met het privéleven, met emoties en met behoefte wordt zorg vooral gezien als iets waar aanleg voor is (Tronto, 1993). Deze associaties en het beeld van zorgen wat hiermee gepaard gaat, brengt gevaar voor de waardering van zorgen in onze maatschappij. V4 spreekt hierover wanneer zij aangeeft dat zij het gevoel heeft dat mensen zorgen vaak zien als iets wat mensen zelf thuis doen:

Vroeger deden mensen het zelf voor elkaar. En zorgen is iets wat iedereen in principe kan. Maar professioneel zorgen [...] gaat natuurlijk veel verder. Maar zorgen voor elkaar is een normaal gemeengoed. En [...] dus denken heel veel mensen dat ze het zelf ook wel kunnen. En ik denk ook dat mensen het tot op zekere hoogte ook wel zelf kunnen, maar het beroep als zijnde zoals wij het nu uitvoeren is toch wel echt anders.

Dit sluit naadloos aan op het werk van Tronto (2013, p. 7), waarin zij stelt dat hoewel zorgen de laatste decennia verregaand is geprofessionaliseerd, er in de huidige samenleving nog sterk het idee heerst dat zorgen behoort tot de private sfeer en vrouwen natuurlijke aanleg hebben te zorgen. Deze associatie is volgens haar gevaarlijk, omdat het hen ook vrijpleit die deze ‘natuurlijke aanleg’ niet hebben. Door deze veronderstelling worden volgens haar bepaalde machtsstructuren in stand gehouden (p. 8). Zorgen zou daarom niet slechts als liefdadigheid maar meer als professie gezien moeten worden, zodat de verantwoordelijkheid hiervoor ook eerlijker wordt verdeeld.

Uit hele prominente overwaardering wordt door V3 het gevoel verkregen dat haar werk meer als liefdadigheid wordt beschouwd: *“de hele prominente overwaardering [...] die ik ervaar [...] geeft mij meer het gevoel dat ik hier uit een soort liefdadigheid sta [...] dan vanuit mijn professie”*(V4).

Om dit te doorbreken is het volgens Tronto (1993) belangrijk dat de morele grenzen (zoals in hoofdstuk 3 beschreven) af worden gebroken en zorgen een centralere plek in kan nemen in de samenleving. In de brede definitie van zorgen laten zij en Fischer zien dat veel van onze activiteiten zorgend van aard zijn. Als wij de prominente plek van zorg in onze samenleving erkennen en zorgen niet meer beschouwen als iets wat zich slechts afspeelt in de private sfeer, ontvangt het de waardering die het verdient en is volgens Tronto (1993) een meer democratischere samenleving mogelijk.

Opvallend is dat waar V3 en V4 lijken te willen zien dat de professionele kant van hun beroep meer wordt benadrukt en wegblijft van het beeld van zorgen als liefdadigheid, Tronto (1993) voorstelt juist aan de zorgende waarden in de publieke sfeer meer waarde toe te kennen. Hierin lijkt het dat V3 en V4 meer denken vanuit de heersende idealen autonomie en zelfredzaamheid, waar Tronto juist vanuit afhankelijkheid, kwetsbaarheid en relationaliteit denkt.

Van Heijst (2005) lijkt hiervoor een verbindende oplossing te bieden. Zij stelt dat er wel onderscheid gemaakt moet worden tussen de publieke en private sfeer, maar dat het verschil hiertussen minder groot is dan vaak wordt verondersteld (p. 67). Zij probeert zorgen weg te halen uit de sfeer waar louter verrichtingen worden gedaan en vaktechnische competenties worden toegepast en te verschuiven naar de sfeer van menselijke interactie (pp. 124-125). Binnen deze interactie is het echter wel essentieel dat bepaalde dingen vaktechnisch competent worden uitgevoerd (p. 125). Het is dus volgens haar een combinatie van beide.

6 Conclusie

In dit laatste hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag: ‘Welke betekenissen verlenen verpleegkundigen aan de (sociale) waardering voor hun beroep zowel binnen zorgorganisaties als in de gehele samenleving en hoe relateren deze persoonlijke verhalen aan zorgethisch denken over waardering van zorgverleners?’ Om deze vraag te beantwoorden is zowel theoretisch onderzoek verricht naar zorgethisch denken over waarderen van zorgen/zorgverleners als empirisch onderzoek naar de ervaring (sociale) waardering van verschillende verpleegkundigen. De resultaten van deze onderzoeken zijn op dialectische wijze met elkaar in verbinding zijn gebracht.

Uit de verschillende narratieven en mijn persoonlijke reflecties komt duidelijk naar voren dat om waardering te ervaren het voorwaarde is te worden gezien door de ogen van de ander. Dat de ander jouw eigenheid ziet en waardeert en je niet als uitwisselbaar transparantje wordt beschouwd, maar gezien als uniek persoon. Dit sluit aan bij het denken van Van Heijst waarin zij wederzijdse erkenning beschouwt als essentieel voor goede zorg. V4 noemt daarnaast dat ook voor haar als zorgverlener gezorgd moet worden, iets wat aansluit bij het werk van Kittay waarin zij stelt dat als *dependency workers* verantwoordelijkheid nemen voor de noden van de ander, het in de structuren van de samenleving moet worden ingebed dat er ook voor hen gezorgd wordt. Een manier waarop dit zou kunnen reikt V2 aan: passende arbeidsvoorwaarden, waarin ruimte wordt gemaakt voor een goede werk-privébalans.

De verpleegkundigen denken dat onbekendheid en onzichtbaarheid (over de inhoud) van hun vak bijdraagt aan een ervaren gebrek aan waardering. Lang niet altijd is bekend wat zij precies doen en vaak wordt hun vak gereduceerd tot stereotypingen. Corona heeft ten dele positief bijgedragen aan het meer ontleden van deze stereotypingen. Het is wel iets bekender geworden wat het vak inhoudt. Toch ervaren sommige verpleegkundigen dat hun beroep nog te gefragmenteerd wordt weergegeven (doordat bijvoorbeeld veel aandacht uitgaat naar IC-verpleegkundigen en maar weinig naar de zorg hierom heen, terwijl de IC hier niet zonder kan). Alle verpleegkundigen lijken zich bewust van hoezeer zorg een samenspel is waarin ieder een belangrijke schakel vormt. De brede definitie van zorgen van Tronto en Fischer kan hierop een belangrijk antwoord vormen, doordat hierin ruimte wordt geboden zorg breder op te vatten en zorg hiermee een prominentere plek in de samenleving te geven. De nadruk komt met deze definitie niet te liggen op het verschil van alle zorgactiviteiten, maar juist op het zorgende aspect, wat al deze activiteiten verbindt.

Verschiedende verpleegkundigen ervaren dat zorgen nog vaak met de private sfeer wordt geassocieerd en soms gezien wordt als vorm van liefdadigheid. Zij lijken hiervan afstand te willen doen door meer aandacht te vestigen op de professionele kant van h beroep. Dit terwijl Tronto (1993) juist voorstelt aan de zorgende waarden in de publieke sfeer meer te waarderen. Van Heijst biedt een verbindende

oplossing: zorgen is volgens haar óók het kundig uitvoeren van vaktechnische handelen, maar betreft daarnaast een menselijke interactie waarbinnen gevoelens een plek mogen krijgen.

Hoe de verpleegkundigen zich gewaardeerd voelen in hun persoonlijke kring lijkt afhankelijk van verschillende factoren. Bekendheid met de inhoud van het vak lijkt te voorkomen dat het beeld blijft hangen op stereotyperingen. Daarnaast kan het opleidingsniveau invloed hebben op de mate van waardering. In hoger opgeleide kringen waarin weinig kennis is van de inhoud van het vak wordt vaker een gevoel van miskennen ervaren. Ook geven verschillende verpleegkundigen aan dat het nodig is trots over ons beroep te vertellen. De bescheiden houding die veel verpleegkundigen kenmerkt weerhoudt hen er soms van zich te laten horen. Volgens Van Heijst is het juist belangrijk woorden te geven aan het gevoel van miskennen om daarmee de andere groep te laten inzien dat er redelijkheid is in jouw claims.

Naast het gezien worden vormt vertrouwen een belangrijke onderdeel van waardering.

Verantwoordingssystemen die van (ver) buiten de zorgpraktijk bedacht worden en bepalen hoe het werk van verpleegkundigen moet worden ingericht worden ervaren als vorm van wantrouwen en gevoeld als diswaardering. Door middel van deze verantwoordingssystemen wordt het zorgen opgeknipt in producten, terwijl dat volgens de verpleegkundigen juist in goede zorg niet mogelijk is. Goed zorgen bevat juist ook alles om die losse activiteiten heen.

Ook de afstand die bestaat tussen waar het beleid geschreven wordt en de werkvloer vormt een potentiële bron van miskennen. Van Heijst geeft aan dat beleid steeds meer op grote afstand geschreven wordt. Volgens haar is het voor erkenning wel belangrijk voeling te houden met de praktijk. Dit is iets wat door de verpleegkundigen op een eigen manier gemist wordt. De politiek lijkt ver af te staan van de werkvloer en ook het ziekenhuisbestuur lijkt niet altijd aansluiting te kunnen vinden.

De afstand tussen management en praktijk ervoer ik zelf in mijn sollicitatie waar voor onzekerheid geen plek leek te zijn. Dit terwijl juist onzekerheid, kwetsbaarheid en twijfel in de zorgpraktijk de orde van de dag zijn. Zowel Tronto (2013) als Kittay (1999) stellen dat het belangrijk is dat we niet vertrekken vanuit een ideaalbeeld van de mens als autonoom en onafhankelijk, maar de mens juist zien als interafhankelijk en kwetsbaar. Als voor deze waarden in de samenleving meer ruimte wordt gelaten, biedt dat een kans voor het meer centraalstellen van zorgen en daarmee gepaard gaand een grotere waardering voor het vak van verpleegkundigen.

Een laatste reflectie

Zijn uiteindelijk autonomie, zelfredzaamheid en alle andere ogenschijnlijk zo belangrijke waarden niet slechts façades waarachter wij schuilgaan? Waar wij onszelf achter verbergen om de breekbaarheid van het bestaan maar niet in de ogen te hoeven kijken. Of in ieder geval niet ten overstaan van de ander. Maar is die breekbaarheid, die onzekerheid, de kwetsbaarheid juist niet wat ons verbindt. Dat wij het niet weten en soms zo ontzettend bang zijn voor deze onwetendheid... kunnen we elkaar in deze kwetsbaarheid niet juist in de ogen kijken, elkaar vasthouden en deze samen, al is het angstig, toch sámen tegemoet treden.

6.1 Beperkingen

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in een tijdsbestek van vier maanden, waarbinnen gemiddeld 20 uur per week aan het onderzoek besteed is. Deze beperkte tijd kan worden gezien als een beperking van het onderzoek, doordat bijvoorbeeld slechts vier verpleegkundigen zijn geïnterviewd. Om een rijker beeld te geven van hoe sociale waardering door verpleegkundigen ervaren is het goed een grotere groep verpleegkundigen te laten spreken. Toch heb ik met deze vier narratieven en mijn eigen verhaal inzicht gegeven in hoe sociale waardering door ons ervaren wordt. De verhalen kunnen herkenning bieden aan andere verpleegkundigen en kunnen als zodanig bijdragen aan het openen van gesprekken over dit thema.

Mijn eigen ervaringen als verpleegkundige hebben op sommige momenten bijgedragen aan de kwaliteit van dit onderzoek. Op andere momenten hebben mijn ervaringen het onderzoek soms misschien in de weg gezeten. Het is af en toe lastig geweest mijn eigen ervaringen tussen haakjes te zetten. Tegelijk gaven deze ervaringen aanknopingspunten om door te vragen/een gesprek te starten, waar ik als niet-verpleegkundige mogelijk niet op was gekomen.

De narratieven zijn tot stand gekomen op basis van één interview. Dit maakt de data extra kwetsbaar. Wel zijn alle narratieven ter member-check voorgelegd aan de respondenten en hebben zij allen (met soms kleine aanpassingen) gezegd zich te herkennen in de geschetste verhalen.

Als laatst wil ik benadrukken dat het sterk van invloed is geweest dat ik dit onderzoek heb uitgevoerd. In de bijlagen-sectie is een *self-disclosure* (bijlage 5) te vinden waarin wordt weergegeven vanuit welke achtergrond ik vertrek. Hoewel ik getracht heb mij zo min mogelijk te laten sturen door vooronderstellingen en mijn eigen referentiekader, zie ik het als onvermijdelijk dat ik als onderzoeker een vormende invloed gehad heb op de totstandkoming van deze scriptie zoals die nu voor u ligt. Ik heb bepaalde keuzes gemaakt ten aanzien tot de gebruikte literatuur, de uitgelichte thema's en de gebruikte topic-lijst voor de interviews. Door hier zo transparant mogelijk over te zijn heb ik getracht deze potentiële beperking om te zetten in een rijke toevoeging.

Literatuur

- Anderson, T. (2006). Analytic autoethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*. 35(4). 373-395.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Commissie Werken in de Zorg. (2020). Advies commissie Werken in de Zorg over Behoud en betrokkenheid van zorgprofessionals.
- Creswell, J.W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing Among Five Approaches*. California: Sage.
- Dahler-Larsen, P. (2015). The evaluation society: critique, contestibility and skepticism. *SpazioFilosofico*, 13, 21-36.
- Denzin, Norman K. (2014). *Interpretive autoethnography*. Los Angeles: Sage.
- Eichner, M. (2015). The supportive state: government, dependency, and responsibility for caretaking. In Engster, D., Hamington, M. (2015), *Care Ethics and Political Theory* (pp. 87-103). United Kingdom: Oxford.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Heijst, van A. (2005). *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.
- Heijst, van A. (2008). *Iemand Zien Staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.
- Jerak-Zuiderent, S. (2015). Accountability from somewhere and for someone: relating with care. *Science as Culture*, (24)4, 412-435.
- Johnson, C.W. & Parry, D.C. (2015). *Fostering Social Justice Through Qualitative Inquiry. A Methodological Guide*. New York: Routledge.
- Kittay, E. F. (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality and Dependency*. New York: Routledge.
- Kohlen, H. (2010). *Conflicts of Care. Hospital Ethics Committees in the USA and Germany*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Leget, C.J.W., Nistelrooij, A.A.M. van & Visse, M.A.. Beyond demarcation: care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*. 2017, 1-9.

- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2019). *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoord voor goede zorg*. Den Haag.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2020). *Applaus is niet genoeg. Anders waarderen en erkennen van zorgverleners*. Publicatie 2020-10. Den Haag.
- Riessman, C.K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Los Angeles: Sage Publications.
- Martini, K.D., Schalkwijk, H., Smid, G.A.C. & Lalleman, P.C.B. (2021). *De Verpleegkundige van Morgen; Een leergeschiedenis over verpleegkundig werk en de gedifferentieerde inzet van verpleegkundigen in Rijnstate*. Utrecht: RN2Blend.
- McCormack, C. (2000a). From interview transcript to interpretive story. Part 1. Viewing the transcript through multiple lenses. *Field Methods*, 12(4), 282-297.
- McCormack, C. (2000b). From interview transcript to interpretive story. Part 2. Developing an interpretive story. *Field Methods*, 12(4), 298-315.
- Niemeijer, A. & Visse, M. (2016). Challenging Standard Concepts of 'Humane' Care through Relational Auto-Ethnography. *Cogitatio*. 4(4), 168-175.
- Sools, A. (2012). Narratief onderzoek. *KWALON*, (17)1, 27-35
- Ten Hoeve, Jansen & Roodbol. (2013). The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing* 70(2), 295–309
- Tronto, J. C. (2013). *Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice*. New York: New York University Press.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries. A political Argument for an Ethic of Care*. London: Routledge.
- Tjong Tjin Tai, E. (2014). Zorgethiek. In Van Hees, M., Nys, T. & Robeyns, I. (Reds.), *Basisboek Ethiek* (Ed. 2) (pp. 195-214). Amsterdam: Boom.
- Van Wijngaarden, E., Van der Meide, H. & Dahlberg, K. (2017). Researching Health Care as a Meaningful Practice: Toward a Nondualistic View on Evidence for Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 27(11), 1738-1747
- Visse, M. (2014). Hermeneutisch narratief analyseren: creëren van mogelijkheden. *KWALON*, (19) 3. 18-26

Bijlagen

Bijlage 1: Vraagstelling

Hoofdvraag:

Welke betekenissen verlenen verpleegkundigen aan de sociale waardering voor hun beroep zowel binnen zorgorganisaties als in de gehele samenleving en hoe relateren deze persoonlijke verhalen aan zorgethisch denken over waardering van zorgverleners?

Empirische deelvraag:

Welke betekenissen geven verpleegkundigen aan de sociale waardering voor hun beroep zowel binnen zorgorganisaties als in de gehele samenleving?

d.m.v. narratief onderzoek



Theoretische deelvraag:

Welke inzichten bieden zorgethische en andere relevante bronnen over waardering van zorgverleners?

d.m.v. conceptueel onderzoek

Synthetiserende deelvraag:

Welke inzichten biedt het verbinden van de empirische uitkomsten van de narratieve analyse met de uitkomsten uit zorgethische en andere relevante theorie?

d.m.v. zorgethisch onderzoek

Bijlage 2: Fasering

Periode	afspraken/deadlines	Beschrijving
FASE 1) 1 mrt – 31 mrt		Start uitwerken theoretisch kader: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Zorgethische inbedding uitwerken ➤ Start uitwerken literatuur Tronto en Van Heijst
1 mrt – 14 mrt		
15 mrt – 21 mrt		➤ Verwerken feedback onderzoeksvoorstel
	15 maart	Feedback
	16 maart	Afspraak 2 Gustaaf <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bespreken feedback onderzoeksvoorstel
22 mrt – 28 mrt		➤ Verwerken feedback onderzoeksvoorstel
29 mrt – 4 april		➤ Verder uitwerken theoretisch kader Deelvraag 2 beantwoorden
5 apr – 12 apr		Voorbereiden empirisch onderzoek: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Topiclijst opstellen ➤ Methode-sectie verder uitwerken ➤ Verder verdiepen in narratieve analyse
FASE 2) 12 apr – 9 mei		Empirisch onderzoek <ul style="list-style-type: none"> ➤ Afnemen interviews ➤ Uitwerken transcripten ➤ Auto-etnografisch onderzoek ➤ Empirische resultaten analyseren ➤ Analyse uitwerken Deelvraag 1 beantwoorden
	6 april	Afspraak 3 Gustaaf <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bespreken verloop tot nu toe ➤ Bespreken aanpak empirisch gedeelte
	26 april	Afspraak 4 Gustaaf <ul style="list-style-type: none"> ➤ Evalueren empirisch gedeelte ➤ Voorbespreken dialectische verbinding empirie en theorie

FASE 3) 10 mei – 31 mei	Empirische resultaten in verbinding brengen met theoretische uitkomsten. ➤ Conclusie schrijven Deelvraag 3 beantwoorden
<i>18 mei</i>	Afspraak 5 Gustaaf ➤ Proces bespreken: wat is gelukt qua planning, wat niet? Wat moet er nog gebeuren
<i>31 mei</i>	Inleveren conceptversie thesis
<i>2 juni</i>	Afspraak 6 Gustaaf: ➤ Feedback op conceptversie bespreken
Fase 4) 1 juni – 15 juni	Feedback verwerken Afronden thesis
<i>15 juni</i>	Inleveren definitieve versie thesis

Bijlage 3: informatiebrief

Informatiebrief onderzoek “Voorbij het stigma van ‘de billenwassers’”

Beste verpleegkundige,

Heel fijn dat je hebt aangegeven te willen deelnemen aan mijn onderzoek. Met deze brief wil ik je informeren over wat jouw deelname precies inhoudt, welke rechten je hebt en hoe je privacy gewaarborgd wordt. Ik zal mijzelf eerst even kort voorstellen: mijn naam is Tessy Zwakenberg. Naast mijn werk als wijkverpleegkundige bij Buurtzorg studeer ik Zorgethiek en beleid aan de Universiteit voor Humanistiek. Op dit moment zit ik in de laatste fase van deze opleiding, waarbinnen dit afstudeeronderzoek een belangrijk onderdeel vormt.

Achtergrond afstudeeronderzoek:

In dit afstudeeronderzoek kijk ik naar de ervaren sociale waardering van verpleegkundigen, zowel binnen zorgorganisaties als in de gehele maatschappij. Hiervoor doe ik een narratieve studie, welke bestaat uit het ophalen en analyseren van verhalen van verschillende verpleegkundigen. Het onderzoek heeft als doel een rijkere kijk te bieden op de geleefde ervaringen van verpleegkundigen omtrent sociale waardering door het te laten klinken van hun stemmen. Hiermee wordt gepoogd het beeld dat in stand wordt gehouden door bestaande stereotypingen te nuanceren en mogelijk meer af te breken.

Vervolgens wordt gekeken hoe de verpleegkundige ervaringen zich relateren tot theorie over waarden van zorgverleners, om de ervaringen mogelijk met theorie te verrijken en vice versa.

Procedure:

Om data voor het onderzoek te verzamelen zal ik zowel via Microsoft Teams als in het echt interviews afnemen, welke zullen worden opgenomen. De geschatte duur van het interview bedraagt per deelnemer ongeveer een uur. Na afname van het interview zal ik het interview woordelijk uittypen (transcriberen), waarna ik een samenvatting van het geheel stuur naar jou als deelnemer. Ik vraag jou vervolgens of jij je kunt vinden in de door de mij geschetste verhaallijn. Desgewenst kan ik aanpassingen/aanvullingen doen.

Deelname en privacy:

Deelname aan dit onderzoek is volledig vrijwillig en je hebt als deelnemer te allen tijde het recht je zonder negatieve consequenties en zonder uitleg uit het onderzoek terug te trekken.

De verzamelde data zullen worden opgeslagen in een beveiligde omgeving. Binnen het onderzoek zal uitsluitend gebruik gemaakt worden van geanonimiseerde gegevens. Na afronding van het onderzoek zullen de interviewdata worden verwijderd. De uitgewerkte geanonimiseerde transcripten zullen nog tot tien jaar na afronding van het onderzoek in het archief van de universiteit worden opgeslagen. Indien de onderzoeksresultaten gebruikt zullen worden gebruikt in wetenschappelijke publicaties, dan wel anderszins openbaar worden gemaakt, zal dit volledig geanonimiseerd gebeuren.

Gedurende het onderzoek ben ik bereid alle vragen omtrent het onderzoek naar vermogen te beantwoorden.

Hartelijke groet,

Tessy Zwakenberg

Bijlage 4: *informed consent*

Toestemmingsverklaringsformulier (*informed consent*)

Betreft: deelname onderzoek “voorbij het stigma van ‘de billenwassers’”

Met dit *informed consent* formulier wordt de deelnemer gevraagd formeel toestemming te geven voor het gebruik van zijn/haar gegevens voor het afstudeeronderzoek “voorbij het stigma van ‘de billenwassers’”.

Bij vragen kan de deelnemer zich gedurende het onderzoek richten tot de onderzoeker.

Verklaring:

Met ondertekening van dit formulier verklaart de deelnemer:

- volledig en duidelijk te zijn ingelicht over het doel, de methode en de aard van het onderzoek.
- in te stemmen met deelname aan dit onderzoek en het gebruik van jouw geanonimiseerde gegevens voor onderzoek en onderwijsdoeleinden.
- akkoord te zijn dat de uitgewerkte geanonimiseerde transcripten nog tot tien jaar na afronding van het onderzoek in het archief van de universiteit zullen worden opgeslagen.
- op de hoogte te zijn ten alle tijden het recht te hebben u zonder negatieve consequenties en zonder uitleg terug te kunnen trekken uit dit onderzoek.
- vrijwillig deel te nemen in dit onderzoek.

Deelnemer:

Naam:.....

Datum:.....

Handtekening:.....

Onderzoeker:

ik heb zowel schriftelijk als mondeling toelichting gegeven over de aard, de methoden en het doel van het onderzoek. Ik verklaar dat ik bereid ben nog opkomende vragen naar vermogen te beantwoorden.

Naam:.....

Datum:.....

Handtekening:.....

Bijlage 5: *self-disclosure*

Waarom doe ik dit onderzoek?

Ik ben dit onderzoek gestart omdat ik zelf verpleegkundige ben en er voor mijn gevoel vaker op dit beroep wordt neergekeken. Voor mijn gevoel heeft het beroep (te) weinig maatschappelijk aanzien. Dit terwijl ik het zelf ervaar als zo een mooi en belangrijk vak. Door de master Zorgethiek en Beleid ben ik mij nog meer bewust geworden van het belang van zorg voor de samenleving. Ik zou het mooi vinden als de waardering voor zorgen in de breedste zin van het woord groeit. Een onderdeel hiervan is waardering voor verpleegkundigen.

Wat hoop ik hiermee te bereiken?

Ik hoop met mijn onderzoek de gelaagdheid bloot te leggen die schuil kan gaan achter de functietitel verpleegkundige. Hiermee hoop ik voorbij te gaan aan bestaande stigmatisering rondom het beroep. Ik doe dit door een stem te geven aan verschillende verpleegkundigen en (een deel van) hun verhaal te vertellen. Ook hoop ik meer zicht te krijgen op hoe waardering ervaren wordt door verschillende verpleegkundigen en te onderzoeken of mijn eigen ervaringen linken aan iets groters of juist uniek zijn.

Wat is mijn relatie en betrokkenheid met het onderwerp?

Zoals genoemd ben ik zelf verpleegkundige. Ik voel me daarmee nauw betrokken bij het onderwerp. Dit kan een gevaar zijn, omdat ik al bepaalde ideeën heb over hoe het zit en mijn eigen ervaringen kan zien als 'de waarheid'. Het kan echter ook een verrijking zijn, omdat ik door mijn eigen ervaringen sturing kan geven aan mijn onderzoek op een manier die recht doet aan in ieder geval één verpleegkundige (namelijk mijzelf) en hopelijk daarmee ook aan andere verpleegkundigen. In ieder geval kan ik mijn eigen verpleegkundige stem laten klinken, waarmee ik een deel van mijn doel al bereik. Ook kan ik gedurende mijn onderzoek in gesprek blijven met verschillende collega-verpleegkundigen, wat mijn blik scherp kan houden.

Wie ben ik (leeftijd, gender, aandoening, klasse, politieke voorkeur) – hoe beïnvloedt dit mijn onderzoek?

Ik ben een vrouw van 27 jaar oud. Ik ben geboren in Zwolle waar ik tot mijn 19^e gewoond heb. Vanaf mijn 19^e woon ik in Utrecht, nu sinds 2,5 jaar samen met mijn vriend. Ik heb vanaf mijn 19^e hbo verpleegkunde studeert en ben een halfjaar na afronding hiervan gestart met de pre-master en master Zorgethiek en Beleid. Vroeger hadden we het thuis financieel lang heel goed. Eigenlijk kon alles, tot mijn vader vlak voor de economische crisis in 2008 een eigen bedrijf startte, welke na enige tijd failliet ging. Sindsdien moesten we meer opletten op onze uitgaven en waren dingen die voorheen vanzelfsprekend waren nu niet meer mogelijk. Ik denk dat dit mij wel heeft laten nadenken over de maakbaarheid in het leven en heeft doen stilstaan bij dat iets vanzelfsprekend kan lijken, maar dat niet hoeft te zijn. Dit heeft mijn blik denk ik wel verruimd en heeft gezorgd dat ik meer open sta voor mensen met allerlei achtergronden. Qua politieke voorkeur ben ik links georiënteerd. Ik ben vooral erg voor gelijkwaardigheid en maatwerk en voor het goed zorgen voor onze wereld, in de breedste zin van het woord. Hoe wie ik ben het onderzoek beïnvloedt... Ik ben altijd wel op zoek naar het waarom en wil niet te snel iets als vanzelfsprekend aannemen. Ben daardoor kritisch en analytisch, wat in het onderzoek wel naar voren zal komen denk ik.

Wat doen de gesprekken/observaties mij?

Ik vind de interviews die ik heb heel interessant en leuk. Ik vind het boeiend ervaringen van anderen te horen en vind het heel fijn te mogen bijdragen aan het laten klinken van hun stemmen. Ik denk veel na over wat ik hoor. Sommige dingen verbazen me, andere sluiten erg aan op mijn eigen ervaringen.

Bijlage 6: topic-lijst

1. Algemene **achtergrond** deelnemer
 - Geslacht
 - Hobby's
 - Persoonskenmerken
 - Voorgeschiedenis
 - Werkervaring
 - Keus opleiding
 - Vooropleiding middelbare school
 - Verwachtingen
 - Beeld beroep/opleiding vooraf
2. Associatie met waardering voor verpleegkundigen
 - Wat roept het op?
3. Jouw ervaring van (sociale waardering) als **verpleegkundige organisatie waar je werkt**
 - Positie verpleegkundigen in organisatie
 - **Hiërarchie**
 - Relatie arts-verpleegkundige / andere disciplines
 - a. Voorbeelden
 - Zeggenschap (inspraak in beleid)
 - a. Stem gehoord?
 - Voorbeelden
 - Salaris
 - Invloed **corona**
 - Momenten van ervaren waardering
 - voorbeeld
 - Momenten van ervaren gebrek aan waardering
 - Voorbeeld
 - Verschil eerdere werkplekken/andere zorgorganisaties?
4. Ervaring waardering verpleegkundige in maatschappij
 - Ervaren invloed **politiek** op waardering van verpleegkundig beroep
 - Voorbeeld (waarin tot uiting)
 - Heersend beeld in maatschappij/**stereotyperingen**
 - Voorbeelden evt ondergeschikte positie/negatief niet kloppend beeld
 - Momenten van ervaren waardering
 - Momenten van ervaren gebrek aan waardering
 - Invloed corona
5. Zelfbeeld als verpleegkundige
 - Invloed beeld van anderen op zelfbeeld?
 - Presentatie naar anderen
6. Toekomst
 - Grootste wens m.b.t. waardering
 - Grootste angst m.b.t. waardering

Bijlage 7: voorbeeld code-boom verpleegkundige 2

Eigen waardering vak	Interesse en bewondering op jonge leeftijd	Verpleegkundige 2 (V2) wist al van jongs af aan dat zij de zorg in wilde. Spoedeisende hulp programma's trokken haar aandacht, waarbij ze vooral geboeid was door de werking van het menselijk lichaam
	Maatschappelijke bijdrage	V2 had voordat zij aan de opleiding begon een heel positief beeld van verpleegkundigen. V2: <i>"Dat ze wel werk doen met waarde; dat ze... nou ja wel een positieve invloed hebben op de maatschappij en dat ze ook wel echt nodig zijn"</i> .
	Inhoudelijk interessant	Ze had veel zin te starten met haar studie om daar onder andere te leren over het menselijk lichaam, communicatie vaardigheden en om in de zorg te gaan werken
	Eigen waardering beïnvloed door reacties van anderen	Negatieve reacties vanuit anderen gedurende studietijd zorgden er bij V2 voor dat zij in deze kringen minder over haar studie vertelde. Dit kwam ook doordat ze in haar studietijd nog niet heel goed wist wat het beroep inhield en dan dacht: <i>"als zij dan denken dat je opgeleid wordt om billen te gaan wassen, dan eh... ja. Zullen ze dat wel weten ofzo"</i> .
(gebrek aan) Waardering vanuit anderen	Kennismaken met negatief beeld van het vak	<i>"Het was eigenlijk meer dat, terwijl ik verpleegkunde aan het doen was dat ik dacht: o er zijn eigenlijk best wel veel mensen die denken dat je gewoon wordt opgeleid om mensen te gaan wassen"</i> .
	'hoger' opgeleide omgeving	Daarnaast had V2 ten tijde van haar opleiding drie jaar een relatie met een jongen wiens omgeving voornamelijk in de zakenwereld werkte en universitair geschoold was. In die omgeving werd er voor haar gevoel neergekeken op het verpleegkundig beroep: <i>"Ja, en dan was sowieso, hbo was al... oké, hbo dat stelt niet zoveel voor; dat is gewoon een cursus die je doet en als je dan ook nog verpleegkunde doet, dan was het helemaal van nou dan [...] leer je helemaal niks"</i> .
	Stimulerende omgeving	Haar relatie van nu is heel lovend over de zorg. Ook heeft ze veel vrienden die in de zorg werken, evenals haar ouders, waardoor ze zich in haar 'bubbel' erg gewaardeerd voelt als verpleegkundige.
Onbekendheid v/h vak		<i>"Sommige mensen staan zover van de zorg vandaan, die kunnen zich dat echt niet voorstellen"</i> .
Waardering vanuit politiek	Onzichtbaar/gereduceerd beeld van inhoud van beroep + desinteresse	gevoel dat vanuit Den Haag geen zicht is op wat er daadwerkelijk op de werkvloer gebeurt en dat zij zich daar ook niet in interesseren.

	Daden matchen niet met woorden	<p>Een moment dat voor V2 duidelijk een gebrek aan waardering illustreerde was toen vorig jaar gestemd moest worden over potentiële loonsverhoging voor verpleegkundigen en één iemand bij de stemming ontbrak die voor zou stemmen:</p> <p><i>Je zegt dat je ons belangrijk vindt en je vindt dat we een loonsverhoging verdienen, maar je vindt het blijkbaar niet belangrijk genoeg om dan ook aanwezig te zijn bij zo 'n stemming, dus we zijn toch eigenlijk niet belangrijk. Anders zou je dat niet vergeten, want volgens mij hebben ze daar genoeg mensen die de agenda's goed in de gaten houden.</i></p>
Wensen m.b.t. waardering vanuit politiek	Gehoord worden	Liever zou V2 zien “[...] dat er meer met ons in gesprek wordt gegaan. Dat er meer naar ons geluisterd wordt”. Volgens V2 ligt hier ook een taak voor verpleegkundigen: “ik vind wel dat we als verpleegkundigen meer eh... uitgesprokener mogen zijn, meer van ons mogen laten horen. Maar dat er dan ook wel meer geluisterd mag worden”.
	Aandacht voor wensen vanuit verpleegkundigen zelf	Toch is geld niet het belangrijkste voor V2, maar zou ze liever hebben dat er écht naar verpleegkundigen geluisterd wordt en op de werkvloer dingen veranderen, zoals het mogelijk maken van een betere werk/privé balans.
Goede punten m.b.t. waardering vanuit ziekenhuis		veel ontwikkelingsmogelijkheden
		Aandacht voor goede zorg voor verpleegkundigen
Gebrek aan waardering vanuit ziekenhuis		dat er met Pasen bijvoorbeeld niet genoeg paaseitjes zijn voor alle verpleegkundigen. Voor V2 toont dit dat “dat ze er niet over na hebben gedacht, dat ze of je vergeten zijn of [...] dat er geen geld voor is. Ja, zoiets denk ik...”
	Vanuit bestuurders gedacht	Soms zijn er overleggen van een uur gepland waarbij verpleegkundigen wel aanwezig mogen zijn, maar voor verpleegkundigen is het geenszins haalbaar een uur van de afdeling te zijn: “ja... als zo 'n bestuurder gewoon een keer een kwartiertje op een afdeling langskomt, dat heeft veel meer zin denk ik”.
Wensen m.b.t. waardering vanuit ziekenhuis	Gezien worden	Dat de voorzitter van de Raad van Bestuur soms even koffie komt drinkt op de afdeling en ziet hoe het daar is
	Gehoord worden + invloed hebben	V2 vindt het belangrijk dat verpleegkundigen meer gehoord worden en dat hun stem ook meer invloed heeft op het beleid dat binnen het ziekenhuis gevoerd wordt:
	Gelijkwaardigheid	

		<p><i>Ik vind bijvoorbeeld echt dat een verpleegkundige [...] qua beleid voor zorgorganisaties eigenlijk niet een adviserende rol moet hebben. Maar we moeten gewoon op een gelijk niveau staan, want we zijn super belangrijk. En we staan aan het bed van de patiënt en de kwaliteit [...] van zorg is waar we het allemaal voor doen. Ook die ziekenhuisbestuurders [...] uiteindelijk streef je gewoon naar de hoogste kwaliteit van zorg.</i></p>
--	--	--

Bijlage 8: voorbeelden uit het reflectie-logboek

24 april

De moeilijkheid van het interviewen: wanneer doorvragen, wanneer juist de stilte laten vallen. Waarop doorvragen. Welke vragen zijn eigenlijk te sturend en hoe geef je wel enigszins sturing zonder te veel invulling te geven. De lastigheid van al wel een afgebakend onderwerp hebben, daarnaast ook uitgebreide eigen ideeën hebben over het onderwerp...

27 april 2021

Wat gespannen voor het tweede interview. In mijn persoonlijk leven wat spanningen. Wil deze voor het interview zo goed mogelijk los laten, om dit het interview zo min mogelijk te laten beïnvloeden. Daarom even met mama gebeld, dat was fijn.

Na het interview: leuk interview. Merkte wel dat écht luisteren iets lastiger was. Dat ik iets minder afgestemd was op mijzelf en daardoor misschien net iets minder gevoelig voor welke punten ik aanpak en welke niet.

Toch wel een goed beeld gekregen denk ik van hoe V2 het ervaart. Merk ook dat ik het anders ervoer omdat ik V2 ken. Je plaatst een verhaal dan al sneller binnen het beeld wat je van iemand hebt, en diegene neemt denk ik ook al eerder aan dat je begrijpt wat diegene bedoelt. Hij/zij veronderstelt al bepaalde voorkennis, die er natuurlijk ook is, maar waarvan wel de vraag is of die juist geïnterpreteerd wordt. Dus weer interessant hoe daar dan een weg in te vinden. Hoe te zorgen dat ik wel diegene haar verhaal naar voren krijg, zonder dat mijn houding en onze communicatie als heel onnatuurlijk aanvoelt.

1 mei 2021

Gewandeld met een vriendin, ook verpleegkundige. Gesproken over het onderwerp van mijn scriptie. Interessant. Zij herkende zich in reacties die ik schetste, welke ik weleens kreeg wanneer ik vertelde verpleegkundige te zijn of verpleegkunde te studeren. Het horen van: “maar kun jij niet meer?” en daar dan eigenlijk blij mee zijn. Omdat je daaraan koppelt dat ze je slim vinden. Interessant. Wat zegt dat over ons. Wat zegt dat over hoe wij tegen ons eigen beroep aan kijken. Wat zegt het over het beeld dat er in de maatschappij heerst van verpleegkundigen. En wat voor gevolgen heeft het als wij onszelf zo zien?

5 mei 2021

Gister het interview met V4. We hadden het na haar dagdienst gepland. Ik merkte dat ik moe was en vermoeider raakte gedurende het interview. Ik denk dat dit in zekere mate invloed gehad heeft op de

vragen die ik stelde. Ik heb dit gemerkt in alle interviews, dat ik op het eind minder energie had. Het is toch wel heel intensief, écht goed luisteren en bedenken waarop je gaat doorvragen.

24 mei 2021

Twee interviews via teams afgenomen en twee in het echt. Van te voren had ik de verwachting dat de interviews in het echt van hogere kwaliteit zouden zijn. Echter, tijdens de interviews via TEAMS merkte ik dat ik mij goed kon focussen op wat er gezegd werd. Ik had de mogelijkheid tegelijk mee te schrijven, als ook de topic-lijst in de gaten te houden. Doordat het interview zich afspeelde binnen de kaders van mijn laptop en ik oordopjes in had, waardoor achtergrondgeluiden buiten werden gesloten, ervoer ik minder afleiding. Zodoende was ik goed in staat mijn concentratie bij het interview te houden. Bij de interviews in het echt merkte ik juist dat omgevingsgeluiden meer binnen kwamen. Bij het interview met V4 regende het bijvoorbeeld, wat soms enige afleiding gaf. Ook wanneer ik mijn blik ergens op richtte, merkte ik dat V4 mijn blik volgde, waarmee we wat meer afraakten van de rode lijn van het interview. Het interview met V3 vond bij haar thuis plaats, waar ik nooit eerder was geweest. Ik hou van het bekijken van huizen en merkte dat een klein deel van mijn aandacht ook daarop gericht was. Ook bood V3 mij halverwege het interview koffie aan, waardoor het interview even stil lag.

Verpleegkundige 2, 3 en 4 ken ik allen persoonlijk. Verpleegkundige 1 kon ik via via bereiken en ken ik niet persoonlijk. Ik merkte een (klein) verschil tussen het interview met verpleegkundige 1 en de interviews met verpleegkundige 2, 3 en 4. Bij verpleegkundige 1 stond ik geheel open voor zijn ervaringen en had ik vooraf geen tot nauwelijks verwachtingen van hoe zijn ervaringen er uit zouden zien. Doordat ik hem niet kende had ik vooraf nog geen kader waarbinnen ik zijn verhaal kon plaatsen. Hoewel ik zo een kader bij verpleegkundige 2, 3 en 4 ook zo actief mogelijk heb getracht uit te schakelen, merkte ik toch dat het startpunt net anders is, zowel vanuit mij als vanuit de verpleegkundige zelf. Ik vind het lastig precies aan te geven waar dat hem in zit en hoe dat tot uiting komt.

Bij alle interviews ervoer ik dat ik aan het eind van de interviews vermoeider begon te raken. Waar ik in het begin waarschijnlijk iets actiever doorvroeg, lukte me dit op het eind net iets minder. Het interview met verpleegkundige 4 vond plaats aan het eind van de dag. Ik geloof dat zowel ik als verpleegkundige 4 (die de hele dag had gewerkt) wat vermoeider waren, waardoor soms door mij minder door werd gevraagd en door verpleegkundige 4 mogelijk net wat minder uitgebreid werd verteld.

27 mei 2021

Gedurende het analyse-proces ervaarde ik spanning over mijn rol als onderzoeker. Het voelde als een grote verantwoordelijkheid dat ik degene ben die een groot deel van de vorm van het narratief bepaalt. Doe ik daarin dan wel voldoende recht aan de respondenten?