

# *De ongelukkige moralist*

*Een zorgethisch onderzoek naar morele weerbaarheid van verpleegkundigen in de thuiszorg*



J.S. Kersten | 1027921

Master Zorgethiek en Beleid

ZEB-70 – Masterthesis

Eerste lezer en begeleidster: dr. mr. Susanne van den Hooff

Tweede lezer: dr. Vivianne Baur

Examinator: dr. mr. Susanne van den Hooff

Universiteit voor Humanistiek, Utrecht

*Illustratie: Sonja Wijkman (eigen collectie)*



Sammy loop niet zo gebogen. Denk je dat ze je niet mogen. Waarom loop je zo gebogen Sammy. Met je ogen Sammy op de vlucht. Hoog Sammy, kijk omhoog Sammy. Want daar is de blauwe lucht

Sammy loop niet zo verlegen. Zo verlegen door de regen. Waarom loop je zo verlegen Sammy. Door de stegen Sammy van de stad. Hoog Sammy, kijk omhoog Sammy. Want dan word je lekker nat

Sammy. Kromme, kromme Sammy. Dag, Sammy. Domme, domme Sammy. Kijkt niet om zich heen. Doet alles alleen. En vindt de wereld heel gemeen

Sammy wil bij niemand horen. Zich door niets laten verstoren. Toch voelt hij zich soms/ verloren Sammy. Hoge toren Sammy kan 't niet aan. Hoog Sammy, kijk omhoog Sammy. Want daarboven lacht de maan. Sammy wil met niemand praten. Maar toch voelt hij zich verlaten. Waarom voel je je verlaten Sammy. Op de straten Sammy van de stad. Hoog Sammy, kijk omhoog Sammy. Want dan word je lekker nat

Sammy. Kromme, kromme Sammy. Dag, Sammy. Domme, domme Sammy. Kijkt niet om zich heen. Doet alles alleen. En vindt de wereld heel gemeen

Sammy wil heus wel verand'ren. Maar is zo bang voor de and'ren. Waarom zou je niet verand'ren Sammy. Want de and'ren Sammy zijn niet kwaad. Hoog Sammy, kijk omhoog Sammy. Anders is het vast te laat

Sammy loopt maar door de nachten. Op een wondertje te wachten. Wie zou dit voor jou verzachten Sammy. Want jouw nachten Sammy zijn zo koud. Hoog Sammy, kijk omhoog Sammy. Er is één die van je houdt

Songtekst Ramses Shaffy

## Voorwoord

---

Beste lezer,

Voor u ligt mijn masterthesis, in het kader van de master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek. Dit onderzoek betreft een zorgethisch onderzoek naar de geleefde ervaring van morele stress en het cultiveren van morele weerbaarheid van verpleegkundigen in de thuiszorg. Met de afronding van dit onderzoek, komt ook officieel een einde aan de master. De afgelopen drie jaar waren inspirerend. In deze drie jaar heb ik geleerd om vanuit verschillende perspectieven te analyseren wat goede zorg is. Alsook goede zorg pas kan ontstaan wanneer de complexiteit, contextualiteit en unieke ervaring van betrokkenen mogen bestaan.

Ik wil graag Vidente bedanken dat ik de ruimte kreeg om dit onderzoek te mogen doen, ook wil ik alle respondenten bedanken die ik voor dit onderzoeksrapport heb mogen interviewen. Daarnaast wil ik dr. mr. Susanne van den Hooff, mijn thesisbegeleider, beslist bedanken; bedankt voor de sterke en uitgebreide feedback, maar ook je enthousiasme en bereidwilligheid om mee te denken. Ook medestudenten Lisa, Geja, Marieke, Ellen en René uit groepje 2 van ZeB-61, bedankt voor alle steun en het goede vooruitzicht om het einde te vieren met een etentje. In het bijzonder wil ik Rob bedanken voor de manier waarop je me altijd weet op te vrolijken, de afleiding weet te geven in 'onze achtertuin' en de nieuwe, maar buitengewoon inspirerende ideeën die je teweeg hebt gebracht; je bent een grote inspiratiebron voor mij en een zeer goede vriend. Ook wil ik Sylvie bedanken voor haar goede zorgen. Lieve Sonja; mama bedankt voor je onvoorwaardelijke steun, zorgzaamheid, aanwezigheid en jouw onbegrensde liefde. Waar ik nu sta, was zonder jou niet gelukt, we zijn van ver gekomen, maar jouw aanmoediging en steeds maar lieve woorden hebben mijn doorzetting aangewakkerd. Onze verbondenheid wordt geschetst door de manier waarop je aanvoelt wat er in mij omgaat en wat ik nodig heb. Lieve Johan; papa bedankt dat je er voor mij bent, je bent een bron van inspiratie voor mij. Ik heb mijn doorzettingsvermogen niet van een vreemde, jij hebt mij geleerd als je ergens voor wilt gaan, hard werken belangrijk is, in alle nauwkeurigheid. Mijn lieve Nina, ik ben zo blij met jou als mijn zusje. Bedankt voor je steun, steeds leer ik weer van jou en geef je mij de kracht om de confrontatie aan te gaan, ik ben trots op jou! Ook René bedankt voor je steun. Daarop afsluitend wil ik de rest van mijn lieve vriendinnen bedanken die door hun aanwezigheid steun boden.

Ik wens u veel leesplezier,

Jip kersten

Heelsum, Juni 2022

## Samenvatting

---

De focus van het onderzoek lag op de geleefde ervaring van morele stress en het cultiveren van morele weerbaarheid van verpleegkundigen in de thuiszorg. Uit onderzoek blijkt dat relevante kennis ontbreekt over het ontwikkelen van morele weerbaarheid. Daarbij heeft het ervaren van morele stress door verpleegkundigen gevolgen voor de professionele professe en kwaliteit van zorg aan zorgvragers. Hierdoor is besloten de volgende hoofdvraag voor dit onderzoek op te stellen: Wat zijn de geleefde ervaringen van verpleegkundigen in de thuiszorg bij morele stress en welke zorgethische inzichten biedt de zorgethiek over morele weerbaarheid bij verpleegkundigen? Het onderzoek is gepositioneerd binnen het kennisgebied van zorgethiek. Met de *critical insights* kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid is beoogd inzicht te verlenen over de betekenis van deze inzichten. In het theoretisch kader komt naar voren dat aandacht voor morele vraagstukken, machtsverhoudingen en (zorg)relaties belangrijk zijn voor het ontwikkelen van morele competenties en reflectievaardigheden bij verpleegkundigen. Dit is belangrijk omdat moraliteit zich altijd afspeelt in een context tussen mensen en niet voortkomt uit rationele principes, maar uit een relationele (zorg)praktijk. Het fenomenologisch onderzoek heeft onder vier verpleegkundigen plaatsgevonden en is met behulp van de *interpretative phenomenological analysis* uitgevoerd. In de open interviews en het analyseren van de data stond het verkrijgen van inzicht over de geleefde ervaring van de verpleegkundigen in de thuiszorg en de betekenisgeving aan morele weerbaarheid door verpleegkundigen in de thuiszorg centraal. Er zijn thema's gevormd die hun ervaring met morele stress zo authentiek als mogelijk proberen te weergeven. De thema's voor de geleefde ervaring zijn: 'het klaarstaan voor de patiënt', 'strijd tussen gesteund voelen en onbegrepen worden door collega's en/of de organisatie', 'betrokkenheid van verpleegkundigen' en 'onzekerheid'. Aansluitend zijn de thema's voor betekenisgeving als een proces omschreven en zijn als volgt: 'het niet alleen dragen', 'herkennen', 'ondersteuning organisatie' en 'ondersteuning collega's'. Kijkend naar de theoretische en empirische bevindingen, kan gesteld worden dat het belangrijk is dat verpleegkundigen in de thuiszorg morele stress weten te herkennen en samen met collega's hun ervaring en behoeften bespreken en vanuit de particuliere context van de verpleegkundige gehoord worden. Daaropvolgend zijn aanbevelingen voor verder onderzoek gegeven in relatie tot morele stress.

## Inhoudsopgave

<b>1. PROBLEMATISERING EN RELEVANTIE .....</b>	<b>8</b>
1.1 AANLEIDING.....	8
1.2 MAATSCHAPPELIJK PROBLEEM.....	9
1.3 WETENSCHAPPELIJK PROBLEEM.....	11
1.4 VRAAGSTELLING.....	12
1.5 DOELSTELLING.....	12
1.6 LEESWIJZER.....	13
<b>2. METHODE.....</b>	<b>14</b>
2.1 ONDERZOEKSBENADERING.....	14
2.2 ONDERZOEKSMETHODE.....	14
2.3 CASUSDEFINITIE EN ONDERZOEKSEENHEID .....	15
2.4 DATAVERZAMELING.....	15
2.5 DATA-ANALYSE .....	16
2.6 SENSITIZING CONCEPTS .....	17
2.7 FASERING .....	17
2.8 ETHISCHE OVERWEGINGEN.....	17
2.9 KWALITEITSCRITERIA .....	18
<b>3. RESULTATEN UIT HET EMPIRISCH ONDERZOEK .....</b>	<b>19</b>
3.1 DE GELEEFDE ERVARING .....	19
3.1.1 ‘Het klaarstaan voor de patiënt’.....	21
3.1.2 ‘Strijd tussen gesteund voelen en onbegrepen worden door collega’s en/of de organisatie’ .....	22
3.1.3 ‘Betrokkenheid van verpleegkundigen’ .....	25
3.1.4 ‘Onzekerheid’.....	26
3.1.5 Samenvatting .....	27
3.2 BETEKENISGEVING .....	28
3.2.1 ‘Het niet alleen dragen’ .....	29
3.2.2 ‘Herkennen’ .....	30
3.2.3 ‘Ondersteuning organisatie’ .....	31
3.2.4 ‘Ondersteuning collega’s’ .....	32
3.2.5 Samenvatting .....	34
<b>4. THEORETISCH KADER.....</b>	<b>35</b>
4.1 ZORGETHIEK .....	35
4.2 MORALITEIT .....	36
4.2.1 Wat is moraliteit? .....	36
4.2.2 Moraliteit en emoties .....	38
4.2.3 Ontwikkelen morele veerkracht .....	39
4.3 KWETSBAARHEID .....	41
4.3.1 Definities kwetsbaarheid .....	41
4.3.2 Kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid .....	42
4.4 VERANTWOORDELIJKHEID .....	43
4.4.1 Verantwoordelijkheid dichtbij en ver weg .....	43
4.4.2 Verantwoordelijkheid nemen voor de kwetsbare .....	45
4.4.3 Gedeelde verantwoordelijkheid.....	45
4.5 CONCLUSIE.....	46
<b>5. ZORGETHISCHE DISCUSSIE .....</b>	<b>48</b>
5.1 SAMENVATTING .....	52
<b>6. EINDCONCLUSIE EN AANBEVELINGEN .....</b>	<b>53</b>
6.1 EINDCONCLUSIE .....	53
6.2 AANBEVELINGEN .....	55
<b>7. KWALITEIT VAN HET ONDERZOEK .....</b>	<b>56</b>
7.1 BETROUWBAARHEID .....	56
7.2 GELOOFWAARDIGHEID.....	56

7.3 OVERDRAAGBAARHEID .....	57
7.4 BEPERKINGEN .....	57
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>59</b>
<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>62</b>
BIJLAGE 1: FASERING.....	62
BIJLAGE 2: DATAMANAGEMENTPLAN .....	64
BIJLAGE 3: ETHISCHE TOETSINGSCOMMISSIE .....	66
BIJLAGE 4: INFORMATIEBRIEF.....	74
BIJLAGE 5: INFORMED CONSENT .....	75
BIJLAGE 6: DATA-ANALYSE INTERPRETATIVE PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS .....	76
BIJLAGE 7: OPEN INTERVIEW .....	84
BIJLAGE 8: FRAGMENTEN UIT REFLEXIEVE LOGBOEK .....	85

## 1. Problemativering en relevantie

### 1.1 Aanleiding

De aanleiding voor het doen van dit onderzoek zijn mijn persoonlijke ervaringen binnen het werkdomein zorg, meer in het bijzonder de ambulante zorg. Juist door het ambulante karakter, wordt de verpleegkundige teruggeworpen op eigen inzichten en de te maken keuzes. Door deze zelfstandigheid ontstond er met regelmaat ook spanning bij mij met betrekking tot het maken van keuzes in specifieke situaties met patiënten. Hierop reflecterend bedacht ik mij als ik het ervaar, spanning bij het maken van keuzes, dit wellicht ook bij een bredere groep verpleegkundigen aanwezig zal zijn. Hierdoor werd bij mij de interesse gewekt tot het nader verkennen van de relatie tussen zorg en ethiek en dat vormde de aanleiding voor dit onderzoek. Al snel werd mij duidelijk dat de essentie van die spanning in de literatuur aangeduid wordt met het begrip morele stress. Het vraagt een exploratie naar het begrip morele stress met als onderliggende werkvragen één: wat is het en twee: hoe ontstaat het. Als de antwoorden op deze werkvragen zijn gevonden, is de vraag hoe morele stress voorkomen kan worden. In de literatuur wordt hierbij gesproken over het ontwikkelen van morele weerbaarheid. Er kan gesteld worden dat het ontwikkelen van morele weerbaarheid in praktische zin van groot belang is, omdat verpleegkundigen bij het ervaren van morele stress een grotere kans hebben op het ontwikkelen van een burn-out, met veelal een lange tijd werkverzuim. Gelet op de toenemende vraag naar zorg en in het bijzonder ambulante zorg, is het van groot belang dat werkverzuim tot een absoluut minimum wordt beperkt, wat bereikt kan worden tot het verder ontwikkelen van morele weerbaarheid bij het verpleegkundig personeel.

Als verpleegkundige heb ik te maken met kwetsbare mensen en kan ik geconfronteerd worden met verdriet en leed. De aanleiding voor dit onderzoek is, net zoals weerbaarheid zelf, gelaagd van aard. Verpleegkundigen moeten (moreel) weerbaar zijn. Moreel weerbaar is het vermogen om veerkrachtig om te gaan met lastige kwesties in je werk en het vermogen om je integriteit te herstellen of te behouden in reactie op tegenwind op ethisch/moreel gebied (van Beelen, 2018). In de thuiszorg maak ik eens in het jaar een stressvolle situatie mee, met bijvoorbeeld een patiënt die niet meer voldoende voor zichzelf kan zorgen. In de thuiszorg geven we enkel verpleegzorg, dit houdt in dat we als thuiszorg helpen met onder andere wassen, aan- en uitkleden en medicatie aanreiken. Als deze zorg niet toereikend is en iemand bijvoorbeeld geholpen moet worden met het klaarmaken van de maaltijd en/of eten, valt dat niet meer onder de thuiszorg. Als thuiszorg medewerkers moeten wij een casus opbouwen met rapportages om te laten zien dat de huidige situatie van de cliënt uitzichtloos is en er naar een oplossing zoals een uithuisplaatsing gezocht moet worden. Een situatie als omschreven grijpt mij dan aan het hart, je wilt als verpleegkundige niets liever dan



helpen. Het is een uitzichtloze situatie en de hulp van de thuiszorg is niet meer toereikend. Ook collega's van mij zijn gevoelig voor een casus als omschreven, dit uit zich in dat sommige verpleegkundige toch (willen) helpen en/of een moreel conflict ervaren. Het is niet gemakkelijk om als verpleegkundige in de thuiszorg bij een casus zoals omschreven je werk goed te kunnen blijven doen, omdat we ons als verpleegkundige (te) betrokken voelen, wat kan leiden tot uitval. Daarom is het voor mij belangrijk om grip op deze problematiek te krijgen, zodat verpleegkundigen in de toekomst veerkrachtiger met een problematiek als beschreven om weten te gaan. Ik ben nieuwsgierig naar mogelijke zorgethische definities van morele weerbaarheid. De master zorgethiek en beleid geeft mij hiermee de mogelijkheid om mijn *personal concern* te onderzoeken, omdat ik geloof dat het belangrijk is om grip te krijgen op deze problematiek.

## 1.2 Maatschappelijk probleem

Morele weerbaarheid krijgt in toenemende mate aandacht en is onderwerp van onderzoek en beleid. Binnen dit kader is er veel aandacht voor het ontwikkelen van vaardigheden op het gebied van In het huidig geformuleerde beleid ter voorkoming van uitval door morele stress van besluitvorming, conflictoplossing, interdisciplinaire samenwerking en systeemhervorming (Rushton C. , 2016). In 2021 lanceerde het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het Herstelplan voor de zorg (Federatie Medisch Specialisten & V&VN, 2021). Afhankelijk van de interventie is het doel ofwel gericht op fysiek en mentaal herstel op korte termijn van de zorgprofessional, ofwel op langer termijn om een duurzame inzet van zorgprofessionals te waarborgen. In dit herstelplan wordt naar mijn inzien onvoldoende ingegaan op de oorspronkelijke oorzaken van morele stress. Voldoende kennis over morele stress en een geformuleerd en uitgevoerd beleid ter zake maakt mensen veerkrachtiger en meer resistent tegen morele stress (Rushton C. , 2018).

In de aanloop naar deze thesis is er veel gepubliceerd over morele stress, wat te maken had met de coronacrisis van afgelopen twee jaar, waarbij zorgprofessionals meer onder druk kwamen te staan. De coronacrisis leidde ertoe dat er minder mogelijkheden waren om met elkaar te overleggen en je gedachten over specifieke situaties die ontmoet werden in de dagelijkse praktijk te kunnen toetsen. Dit leidde tot een toenemende van zelfstandigheid van zorgprofessionals, waarbij zij nog nadrukkelijker moesten varen op het eigen kompas van vaardigheden en competenties bij besluitvorming (Holtz, Heinze, & Rushton, 2018). Deze problematiek werd onderkend in het werkveld en gaf aanleiding tot publicaties over het concept morele stress. Deze publicaties benadrukken het ontstaan van morele stress (ethisch conflict) bij zorgprofessionals, zonder dat zij daarop adequaat kunnen reageren, dit maakt ze kwetsbaar. Deze morele stress cq. ethische conflicten, ontstaan volgens literatuur door een mismatch tussen persoonlijke competenties en het moeten handelen

volgens beroeps specifieke regels (Holtz, Heinze, & Rushton, 2018). Het onvoldoende kunnen acteren ongeacht de oorzaak hiervan, in lijn met de aanwezige kennis en vaardigheden kan leiden tot gevoelens van incompetentie, wanhoop en machteloosheid. In de zorgpraktijk kan dit leiden tot gevoelens van persoonlijke incompetenties en dat is de voedingsbodem tot het ontwikkelen van een burn-outsyndroom (Holtz, Heinze, & Rushton, 2018). Morele stress is in toenemende mate in de gezondheidszorg een belangrijk punt van zorg geworden. Een te late onderkenning van de aanwezigheid van morele stress bij een zorgverlener draagt mogelijk gevaar voor de patiëntveiligheid, waarmee dit aspect een maatschappelijk probleem is geworden (Holtz, et.al, 2018). Doordat binnen de maatschappelijke strekking niet altijd erkenning is voor morele stressproblematiek kan dit bij zorgprofessionals lijden tot hoge uitval en burn-out. Naast de coronacrisis die bijna achter ons ligt, ligt de nadruk in onze samenleving op een toenemende mate van individualisering, zelfredzaamheid en autonomie. Tronto (1993) stelt dat met deze ontwikkeling het individu zelf verantwoordelijk wordt voor de eigen gezondheid. Dit betekent een toenemende kans op morele stress bij zorgprofessionals dat gezien wordt als hun persoonlijke probleem en zij zelf verantwoordelijk zijn voor het voorkomen en genezen van de klachten.

Echter, het welbevinden van zorgprofessionals is onlosmakelijk verbonden met de kwaliteit van zorg die ze aan de patiënt kunnen geven. De norm voor de kwaliteit van zorg wordt bepaald door het zorgverlenende instituut. Dit verhoudt zich niet met de individuele verantwoordelijkheid van zorgprofessionals gelet op de noodzakelijke competenties in relatie tot de zorg specifieke eisen gesteld door het zorg instituut (Rushton C. , 2018). In lijn hiermee stelt Baur, van Nistelrooij & Vanlaere (2017) dat het welzijn van zorgprofessionals en de kwaliteit van zorg dragen voor patiënten, onlosmakelijk met elkaar verbonden. Daarom is aandacht voor het welzijn en het emotionele welzijn van zorgprofessionals van groot belang (Tronto, 1993; Kittay, 1999, Maben, Adams, Peccei, Murrells & Robert, 2012).

Ondanks, dit appel door Tronto (1993), Kittay (1999), Maben, et. al (2012) is er weinig gepubliceerd over de ontwikkeling van morele weerbaarheid binnen het domein van de zorgverlening/zorgethiek. Het herkennen van morele stress, als gevolg van een gebrek van morele weerbaarheid, geeft vaak al meer duidelijkheid en een begin van herstel (Kompanje , 2013). Het wordt daarom tijd dat verpleegkundigen hun gevoelens die ontstaan door een mismatch tussen competenties en beroeps specifieke regels kunnen gaan duiden, om zo doende de omvang en gevolgen van morele stress bij verpleegkundigen (in de wijk) te kunnen inventariseren. Dit als basis om een programma te ontwikkelen om de morele weerbaarheid bij deze doelgroep te verbeteren. Dit begint bij de herkenning van morele stress door verpleegkundigen (in de wijk). Voortbordurend op wat Rushton

(2018) heeft gezegd met betrekking tot het welbevinden van zorgprofessionals, beschouw ik het hier niet als een individuele verantwoordelijkheid, maar als een verantwoordelijkheid van het zorg instituut om een belangrijke bijdrage te leveren aan het voldoende op niveau houden van competenties bij de zorgverleners. Hopelijk geeft dit onderzoek nieuwe inzichten voor verpleegkundigen, beleidsmedewerkers en betrokkenen over morele stress en heeft het een bijdragen voor zorg instanties hoe zij morele weerbaarheid kunnen cultiveren bij hun medewerkers.

### 1.3 Wetenschappelijk probleem

Wetenschappelijk onderzoek heeft vanuit medisch perspectief een overvloed aan gegevens over morele stress opgeleverd. Oorzaken voor het ontstaan van morele stress bij verpleegkundigen zijn onder meer een hoge werkdruk, conflict over gepaste zorg en persoonlijke eigenschappen (Denier, 2021). Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar preventie- en behandelmethodes voor morele stress (Rushton, 2016; Holtz, et.al, 2018; Young & Rushton, 2017), bestaande uit individuele en organisatorische interventies.

Onderzoek naar morele weerbaarheid wint aan kracht in de literatuur over verpleegeethiek, zoals blijkt uit de geschreven literatuur door Rushton (2016). De nadruk in wetenschappelijk onderzoek naar morele stress ligt voornamelijk op individuele interventies, zoals coaching. In diverse onderzoeken is morele weerbaarheid geconceptualiseerd als een factor die immorele acties remt en het vermogen om terug te veren na een moreel verontrustende situatie (Defilippis, Curtis, & Gallagher, 2019; Rushton, 2016; Holtz, et.al, 2018; Young & Rushton, 2017). Ook is onderzocht wat de gevolgen van morele stress voor minder weerbare zorgprofessionals zijn. Morele stress tast de morele integriteit aan, wat invloed heeft op stress, emotionele nood en compassiemoeheid (Baur, et.al, 2017). Morele weerbaarheid wordt als een oplossing gezien om morele stress te voorkomen. Echter, worden er enkel oplossingen aangedragen om morele stress te voorkomen of behandelen op individueel niveau, wat maakt dat verantwoordelijkheid voor het voorkomen of behandelen van morele stress bij de zorgprofessional wordt neergelegd (Fendel, Bürk, & Göriz, 2019). Diverse onderzoeken laten vooral negatieve reacties zien die van invloed zijn op de kwaliteit van zorg, zoals vermijding (Wang, Fink, & Cai, 2012; De Villers & DeVon, 2013; Defilippis, et.al., 2019; Rushton, 2017). Vermijding vindt plaats om conflicten te voorkomen (Defilippis, et.al., 2019). Het valt op dat in veel onderzoeken de kwaliteit van de gezondheidszorg en patiëntveiligheid wordt genoemd als reden voor onderzoek en niet de zorg aan zorgprofessionals die lijden door en aan morele stress.

Een empirisch zorgethisch onderzoek naar emoties is voor dit specifieke onderwerp nog niet gedaan, waardoor relevante kennis ontbreekt over het cultiveren van morele weerbaarheid. Het is belangrijk om aandacht te besteden aan de ervaringen en het emotionele welzijn van zorgprofessionals, voor hun eigen welzijn en dat van patiënten (Maben, Adams, Peccei, Murrels & Robert, 2012). Emoties kunnen de beweegredenen van zorgprofessionals beïnvloeden, want emoties zoals compassie en empathie motiveren de zorg (Pulcini, 2017). Wanneer zorgprofessionals de ruimte krijgen om te reflecteren op ethisch handelen, geeft dit ruimte voor emoties en ontstaat er ruimte voor het zorgen van zorgprofessionals (Kittay E. , 1999). Een zorgethisch onderzoek geeft aandacht aan kwetsbaarheid, emoties en verantwoordelijkheid en kan inzicht geven in de geleefde ervaring van zorgprofessionals (Leget, van Nistelrooij, & Visse, 2017; Tronto, 1993; Kittay, 1999; Pulcini, 2017). Dit onderzoek belicht de ervaring van morele stress bij verpleegkundigen in de wijk en biedt zorgethische literatuur mogelijk waardevolle inzichten om morele weerbaarheid te cultiveren bij verpleegkundigen. Door empirie en theorie met elkaar in gesprek te laten gaan, kunnen ze elkaar verrijken; in de zoektocht naar een beter begrip op morele stress en hoe morele weerbaarheid verkregen wordt bij verpleegkundigen.

#### **1.4 Vraagstelling**

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

*Wat zijn de geleefde ervaringen van verpleegkundigen in de thuiszorg bij morele stress en welke zorgethische inzichten biedt de zorgethiek over morele weerbaarheid bij verpleegkundigen?*

Deelvragen:

1. Wat is de geleefde ervaring van verpleegkundigen in de thuiszorg met morele stress?
2. Wat verstaan verpleegkundigen in de thuiszorg onder morele weerbaarheid?
3. Welke inzichten biedt zorgethische literatuur over morele weerbaarheid?
4. Wat betekent het samenbrengen van de zorgethische inzichten over morele weerbaarheid en de geleefde ervaring van morele stress van verpleegkundigen in de thuiszorg voor goede zorg?

#### **1.5 Doelstelling**

Het interne doel is om inzicht te krijgen over het (gebrek) en ontstaan van morele weerbaarheid bij zorgprofessionals en de verbinding tussen de empirische en conceptuele inzichten. Het externe doel is een bijdrage te leveren binnen de gezondheidszorg door kritisch te expliciteren vanuit een zorgethisch perspectief wanneer er sprake is van morele stress bij zorgprofessionals en waarom het belangrijk is om dat op tijd te herkennen.

## **1.6 Leeswijzer**

In hoofdstuk één is de problematisering en relevantie van het onderzoek aanbod gekomen. De methode waarmee het empirische onderzoek is uitgevoerd zal in hoofdstuk twee beschreven worden. In hoofdstuk drie zijn de bevindingen weergegeven en aan de hand van deze bevindingen kan antwoord gegeven worden op deelvraag één en twee. De thema's gevonden in het empirische onderzoek zijn nader onderzocht vanuit de literatuur, in hoofdstuk vier is met behulp van een literatuurstudie antwoord gegeven op derde deelvraag. In navolging op de werkwijze van de Utrechtse Zorgethiek, vindt een dialoog plaats tussen de bevindingen vanuit de theorie en de fenomenologische ervaringen, deze is uitgewerkt in hoofdstuk vijf. Vervolgens wordt in hoofdstuk zes, de eindconclusie, aanbevelingen, antwoord gegeven op de hoofdvraag. Verder is er in de conclusie een paragraaf met aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Tot slot wordt in hoofdstuk zeven de kwaliteit van het onderzoek beschreven.

## **2. Methode**

De methode waarmee het empirische onderzoek is uitgevoerd zal in dit hoofdstuk beschreven worden. Eerst wordt in paragraaf 2.1 de onderzoeksbenadering omschreven van waaruit de *interpretative phenomenological analysis* (IPA) voortvloeit. In paragraaf 2.2 wordt de onderzoeksmethode IPA uiteengezet. Daarna wordt in paragraaf 2.3 de onderzoekseenheid, in paragraaf 2.4 de dataverzameling en in paragraaf 2.5 de data-analyse beschreven. Verder worden de *sensitizing concepts* in paragraaf 2.6 toegelicht en is in paragraaf 2.7 de verwijzing naar de fasering gemeld. Tot slotte is in paragraaf 2.8 de ethische overwegingen en in paragraaf 2.9 de kwaliteitscriteria weergegeven.

### **2.1 Onderzoeksbenadering**

Dit onderzoek volgt een zorgethische benadering, waaraan een sociaal constructivistisch denkbeeld ten grondslag ligt. Deze benadering laat de ervaringen van individuen in hun eigen leefwereld zien, waarbij individuen betekenis geven aan deze ervaring. Het doel is om betekenissen die mensen aan de wereld geven te interpreteren en te begrijpen (Creswell & Poth, 2018). Zorgethisch onderzoek vindt plaats in de praktijk en wordt gebruikt als theoretisch kader, waar ingezoomd is op ervaringen en emoties van betrokkenen. In zorgethisch onderzoek staat de zorg centraal en wordt conceptueel onderzoek en empirisch onderzoek dialectisch met elkaar verbonden (Leget, et.al, 2017). Het theoretisch onderzoek is uitgesteld tot na de empirische analyse voor een open fenomenologische houding. Hiervoor is gekozen, omdat zorgethiek gegrond is in zorgpraktijken en daarnaast door de theorie gevoed wordt (Leget, et. al, 2017). Er bestaan verschillende stromingen in fenomenologisch onderzoek, waarvan de hermeneutische benadering daar één van is en in dit onderzoek wordt gebruikt. De hermeneutische onderzoeksbenadering biedt de gelegenheid om de ervaring in zijn totaliteit te interpreteren en sluit daarom aan bij zorgethisch onderzoek, omdat ervaringen geïnterpreteerd worden vanuit de context waarin ze bestaan (Smith, 2013; Smith & Osborn, 2015). De zorgethische methodologie is verbonden met deze epistemologische basis, waardoor de dialectische relatie tussen empirie en theorie centraal staat (Leget, et.al, 2017).

### **2.2 Onderzoeksmethode**

Binnen dit zorgethisch onderzoek is *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) geselecteerd als onderzoeksmethode. IPA is een kwalitatieve benadering met als doel om gedetailleerd onderzoek te doen naar persoonlijk geleefde ervaringen. IPA is een bruikbare methode voor het onderzoeken van onderwerpen die complex, tegenstrijdig en emotioneel beladen zijn (Smith & Osborn, 2015). Aangezien morele stress ervaren wordt in ethische complexe situaties die emotioneel beladen zijn (Rushton, Caldwell, & Kurtz, 2016), is dit een geschikte onderzoeksmethode. De onderzoeker is bij

het toepassen van de IPA-methode actief betrokken in het leren kennen en beleven van de data (Smith & Osborn, 2015). Het is een dialectisch proces waarin de onderzoeker zich open heeft gesteld om bewogen te worden door de ander. Om open te zijn voor de leefwereld van de ander, is het volgens Finlay (2008) noodzakelijk open te staan voor het onbekende en een reflexieve houding aan te nemen. Als onderzoeker bevind ik mij binnen zorgpraktijken en geven mijn eigen ervaring, vooronderstellingen en kennis een betekenis aan het onderzoek. Om die reden is gedurende dit onderzoek *bridling* toegepast, zodat de invloed van mijn eigen ervaring, vooronderstellingen en kennis beteugeld worden met behulp van reflectie (Finlay, 2008).

### **2.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid**

De participanten binnen dit onderzoek betreffen verpleegkundigen die allemaal werkzaam zijn bij Vilente en dagelijks thuiszorg verlenen. Het thuiszorgteam van Vilente bestaat uit 21 verzorgenden en verpleegkundigen. Inclusiecriteria voor dit onderzoek zijn verzorgende en verpleegkundigen werkzaam bij Vilente in de thuiszorg in vast dienstverband. Exclusiecriteria zijn verpleegkundigen die in dienst zijn op basis van een detacheringcontract. De onderzoekseenheid zal bestaan uit vier tot zes verzorgenden en/of verpleegkundigen, omdat dit haalbaar is binnen het tijdsbestek van het onderzoek.

### **2.4 Dataverzameling**

Voor dit onderzoek is het belangrijk dat het verhaal verteld wordt door de ervaring en gedachten van deelnemers. Om de geleefde ervaring van de deelnemers te leren kennen zonder te sturen is er gekozen voor een open fenomenologisch interview (Smith & Osborn, 2015). In dit onderzoek is geen topiclijst opgesteld, omdat dat mogelijk de ontvankelijkheid van de onderzoeker belemmert. De onderzoeker wil de uniekheid van de geleefde ervaring leren kennen zonder daarin gestuurd te worden (van Wijngaarden, 2015). Om richting aan het interview te geven is voor de opening van het interview de hoofdvraag opgenoemd en zijn de deelvragen gebruikt als openingsvragen. Echter, zijn er voor de interviews wel enkele vragen als gesprekshulp opgesteld, waarbij ervaringstermen zijn gebruikt voor het zoeken naar de verdieping (van Wijngaarden, 2015), zie bijlage 7. Bij elk interview is voorafgaand de informatiebrief opnieuw met de participanten doorgenomen en werd hierna het *informed consent* formulier ondertekend. Elk interview is met goedkeuring van de participanten opgenomen via de opname mogelijkheid binnen Microsoft Teams, zodat de interviews getranscribeerd konden worden. Alle interviews hebben plaatsgevonden in een stille kamer, zonder afleiding vanuit de omgeving, zodat de participant zich meer op z'n gemak kon voelen. Tijdens de interviews heeft de onderzoeker zo ontvankelijk mogelijk proberen te zijn voor de verhalen van de

verpleegkundigen. Er is tijdens elk interview aandachtig geluisterd, zodat de onderzoeker kon binnen treden in het perspectief van de participanten (van Wijngaarden, 2015). De interviews duurden ongeveer 60 minuten. Het onderzoek is getoetst en goedgekeurd door de Ethische Toetsingscommissie, welke verbonden is aan de Universiteit voor Humanistiek.

Voor de oriënterende literatuurstudie zijn grote zoekmachines zoals van de Universiteitsbibliotheek, PubMed, Google en Google Scholar gebruikt. Deze zoekmachines zijn benaderd met de volgende zoektermen: *moral resilience/ moral distress AND/OR nursing profession AND/OR care ethics/ values/ moral AND/OR resilience/emotions/vulnerability/responsibilities/power*. Om meer data te vinden is er gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode en worden artikelen uit de master Zorgethiek en beleid gebruikt.

## **2.5 Data-analyse**

Het analytische proces IPA kenmerkt zich door het dubbel hermeneutisch proces, vanwege de mogelijkheid om te bewegen in het proces om zo betekenis te geven aan de wereld van de deelnemers en als onderzoeker deze betekenis en ervaringen te ontcijferen en begrijpen. Er is steeds heen en weer bewogen tussen de fases van dataverzameling, zodat de onderzoeker dicht bij de leefwereld van de deelnemers blijft (Johnson & Parry, 2015). Om open te zijn voor de leefwereld van de ander is zoals beschreven *bridling* toegepast. Met behulp van memo's kunnen gedachten en inzichten beschreven worden en probeert de onderzoeker open te zijn en de invloed van haar kennis en vooronderstellingen op te helderen, zie bijlage 8 (Finlay, 2008). De data-analyse heeft plaatsgevonden volgens de fasen van Smith en Osborn (2015) en bestaan uit zes stappen:

Stap 1: In deze stap is er actief geluisterd naar de geluidsopnames van de interviews en zijn ze getranscribeerd. De transcripten zijn meermaals doorgelezen om bekend te raken met de data. Om ontvankelijk te zijn en de invloed van mijn eigen achtergrond te expliciteren (Finlay, 2008) zijn er in memo's vooronderstellingen en gedachten genoteerd.

Stap 2: Na het herhaaldelijk lezen van het transcript zijn deze aangevuld met details. Bij elk transcript zijn open codes en memo's aan fragmenten toegevoegd.

Stap 3: In het transcript zijn aan het verschillende fragmenten codes en memo's toegevoegd, waarna deze codes verdeeld zijn binnen verschillende categorieën. Er waren verschillende categorieën die op



elkaar leken of overlapte, deze zijn samengevoegd tot thema's. Tijdens deze fase is de onderzoeker dicht bij het originele transcript gebleven door het steeds te raadplegen.

Stap 4: De stappen één tot drie worden herhaald om andere transcripten te analyseren en daar ook eigen codes, categorieën en thema's aan toe te voegen.

Stap 5: In deze stap zijn de thema's van alle transcripten met elkaar vergeleken en zijn ze opnieuw geanalyseerd. Alle codes, categorieën, thema's en memo's zijn in een tabel opgenomen om overkoepelende thema's te weergeven, zie bijlage 6. De overgebleven thema's en categorieën zijn in twee codebomen opgenomen.

Stap 6: De thema's van deelvraag één en twee zijn beschreven in het hoofdstuk bevindingen. In dit hoofdstuk is een verslaglegging verduidelijkt met citaten van de participanten. Persoonlijke ervaringen zijn behouden, doordat verschillen en tegenstrijdigheden ook een plaats gekregen hebben in de verslaglegging. Er is een poging gedaan om de ervaring van de participanten op een zo oprecht mogelijke en respectvolle wijze te beschrijven. Echter, is het niet mogelijk om na één gesprek met een participant de volledige belevingswereld in zijn uniekheid te vatten.

## **2.6 Sensitizing concepts**

Uit de conceptuele verkenning kwamen de volgende *sensitizing concepts naar voren* die de onderzoeker richting hebben geven (Given, 2008): 'kwetsbaarheid', 'emoties', 'zelfzorg', 'moraliteit', 'betekenis', 'weerbaarheid' en 'verantwoordelijkheid'.

## **2.7 Fasering**

Verschillende fasen in dit onderzoek stonden nauw met elkaar in verbinding. In bijlage 1 is een planningsoverzicht opgenomen.

## **2.8 Ethische overwegingen**

Voor dit onderzoek stond vrijwillige deelname centraal, ten alle tijden mochten de deelnemers zich terugtrekken. Na de mondelinge uitleg over het onderzoek, hebben de participanten een *informed consent*, opgenomen in bijlage 5, ondertekend. De anonimiteit is gewaarborgd door participanten te anonimiseren en de data is veilig opgeslagen volgens het datamanagementplan (bijlage 2). Ook is het formulier van de Ethische Toetsingscommissie ingevuld (bijlage 3). Met alle participanten is afgesproken dat zij ten alle tijden contact mogen opzoeken met mij voor vragen of opmerkingen.

## **2.9 Kwaliteitscriteria**

De kwaliteit van dit onderzoek is gewaarborgd door de betrouwbaarheid, geloofwaardigheid en overdraagbaarheid in acht te nemen. Tijdens het gehele onderzoeksproces bewoog ik mij tussen het bewust zijn van mijn eigen vooronderstellingen, positie en invloed op het onderzoek om de betrouwbaarheid te verhogen. Gedurende het onderzoek heb ik een reflexieve houding aangenomen door het bijhouden van een logboek en memo's. Het is belangrijk om mijn eigen subjectiviteit te erkennen en omschrijven. De betrouwbaarheid is geprobeerd te vergroten door zorgvuldig en nauwkeurig de stappen in het onderzoek te beschrijven (Van Wijngaarden, 2015). Om de geloofwaardigheid van dit onderzoek te vergroten is geprobeerd om zo veel mogelijk aansluiting en overeenstemming tussen mijn interpretatie en de ervaring van de verpleegkundigen te verwerkelijken. De overdraagbaarheid van het onderzoek is in acht genomen door ervaringen en betekenissen van de verpleegkundigen op een zo diepgaande en gedetailleerde wijze weer te geven, zodat belangstellende voor dit onderzoek nieuwe kennis opdoen en de verworven inzichten in de praktijk kunnen gebruiken (Creswell, 2013, p. 252).

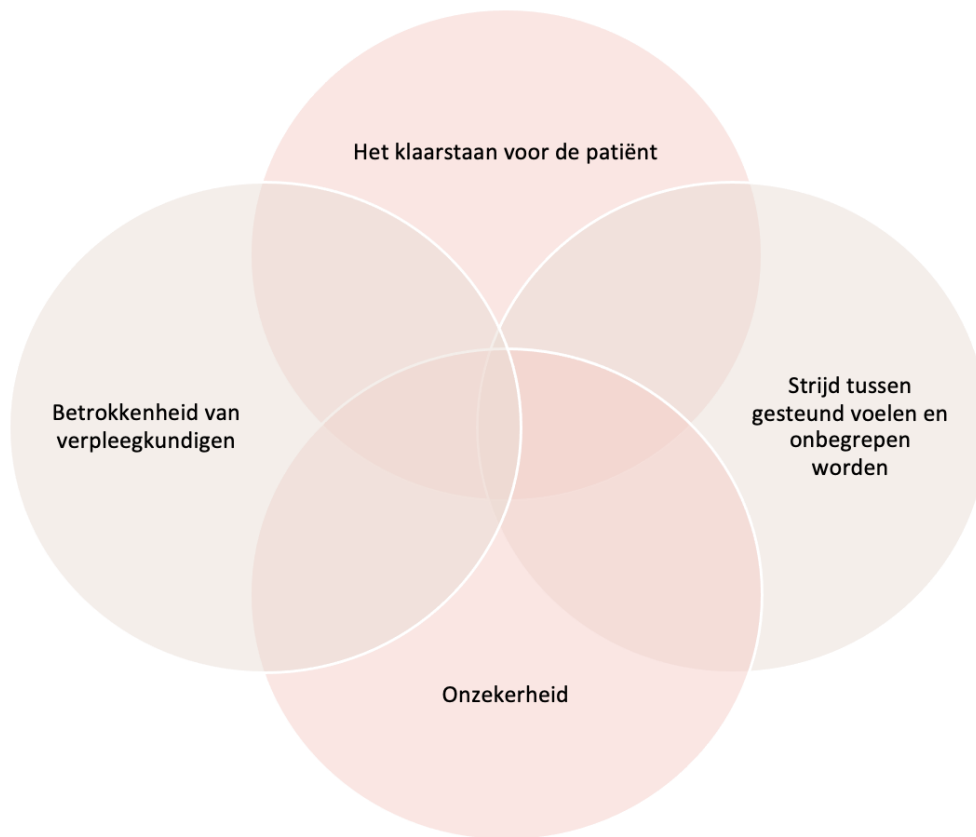
### **3. Resultaten uit het empirisch onderzoek**

In dit hoofdstuk worden deelvraag één: ‘Wat is de geleefde ervaring van zorgprofessionals in de thuiszorg met morele stress?’ en deelvraag twee: ‘Wat verstaan zorgprofessionals in de thuiszorg onder morele weerbaarheid?’ beantwoord. In paragraaf 3.1 wordt de geleefde ervaring van de verpleegkundigen beschreven en is afgesloten worden met een conclusie. In paragraaf 3.2 wordt de betekenisgeving van morele weerbaarheid door verpleegkundigen beschreven, ook deze paragraaf is afgesloten met een conclusie. De analyse heeft geleid tot de formulering van meerdere thema’s per deelvraag, deze komen in paragraaf 3.1 en in paragraaf 3.2 naar voren. Om alle verpleegkundigen een stem te kunnen geven en hun noden te benaderen, zijn tegenstrijdigheden ook opgenomen in het verslag. Er blijkt een verbondenheid tussen de thema’s in de geleefde ervaring van verpleegkundigen en betekenisgeving van morele weerbaarheid door verpleegkundigen te zijn. Zij blijken samen een geheel te vormen. Deze verbondenheid wordt opgenomen in een figuur, zie figuur 1 en 2, deze staan onder beide deelvragen weergegeven.

#### **3.1 De geleefde ervaring**

In deze paragraaf wordt er antwoord gegeven op de eerste empirische deelvraag van het onderzoek. Deze luidt als volgt: ‘Wat is de geleefde ervaring van zorgprofessionals in de thuiszorg met morele stress?’ De geanalyseerde transcripten laten vier thema’s zien die voor verpleegkundigen belangrijk zijn als zij spreken over morele stress: (1) het klaarstaan voor de patiënt, (2) strijd tussen gesteund voelen en onbegrepen worden door collega’s en/of de organisatie, (3) betrokkenheid van verpleegkundigen, (4) onzekerheid. In figuur 1, is de verbondenheid en wisselwerking tussen de thema’s weergegeven. Deze thema’s en de verschillen en overeenkomsten tussen verpleegkundigen binnen deze thema’s worden in de komende paragrafen beschreven.

## Geleefde ervaring van verpleegkundigen in de thuiszorg



*Figuur 1: Geleefde ervaring*

### 3.1.1 “Het klaarstaan voor de patiënt”

Het eerste thema betreft “het klaarstaan voor de patiënt”, met klaarstaan voor wordt in dit thema bedoel om bereid te zijn om te helpen. De respondenten in dit onderzoek geven aan: *“lets voor iemand kunnen betekenen voor anderen, klaar staan, ervoor zijn, helpen waar nodig, van de mens houden, voor de mens zorgen” (R 4)*. Op enig moment tijdens de studie of in de praktijk werd door alle verpleegkundigen een gevoel waargenomen waardoor zij zich geroepen voelen om voor anderen klaar te staan, ervoor te zorgen, liefde te geven en te helpen. De term klaarstaan wordt in de context van de verpleegkundigen gebruikt als ‘bereid zijn te helpen’ (Nederlandse Encyclopedie, 2022). Een respondent in dit onderzoek geeft aan waar haar motivatie als verpleegkundigen vandaan komt:

*“Nou, mijn motivatie is vooral ik werk graag met mensen. En, ik ben een zeer zorgzaam persoon en vind het fijn om mensen met kleine dingetjes al heel blij te kunnen maken en wat mijn motivatie heel erg versterkt is vooral dat ik ze met een glimlach achterlaat en kan helpen waar nodig” (R 1)*.

In dit onderzoek hebben meerdere verpleegkundigen nagedacht over op wat voor wijze zij zorg willen geven en de manier waarop het zorgen voor patiënten invloed op hen zal hebben: dat zij waardering en dankbaarheid ontvangen, maar ook groeien en ontwikkelen als verpleegkundigen. De respondenten in dit onderzoek geven aan dat het groeien en ontwikkelen als verpleegkundigen stagneert zodra zij niet voldoende hun eigen grenzen weten te bewaken, wat zich uit in het alsmaar doorgaan, het onvoldoende aan zichzelf denken en juist meer aan de ander denken. De respondenten in dit onderzoek ervaren namelijk bijna allemaal een grote verantwoordelijkheid. Daarnaast benoemt een respondent in dit onderzoek dat zij zich verantwoordelijk voelt voor de veiligheid van zichzelf, maar voelt zich meer verantwoordelijk gehouden voor de veiligheid van patiënten. Deze verantwoordelijkheid wordt ook door bijna alle respondenten van dit onderzoek mee naar huis genomen, door de werktelefoon in de gaten te blijven houden. Een verpleegkundige in dit onderzoek geeft aan:

*“Soms natuurlijk, soms ga je door, want thuis blijft je telefoon gaan, nu ook als de andere collega vakantie heeft, dus dan moet ik gewoon, ehm hoe moet ik dat zeggen? Ja als achterwacht zijn voor alles wat er is of iets, dan moet ik de telefoon aannemen” (R 3)*.

Door het gevoel van verantwoordelijkheid, zijn sommige respondenten in dit onderzoek weleens te betrokken geraakt in een zorgpraktijk, dit uit zich in het zoveel mogelijk zelf willen doen voor de patiënt en het onvoldoende overdragen van taken aan collega’s. Zoals één van de respondenten vertelt in dit onderzoek:

*“Nou ja dat was eigenlijk wel mooi dat je zoveel mocht doen, maar uiteindelijk minder leuk. Doordat je door blijft gaan en ook thuis. Toen dacht ik, nee, dit hoort niet zo, ik moet meer overdragen en samenwerken” (R 4)*.

### 3.1.2 “Strijd tussen gesteund voelen en onbegrepen worden door collega’s en/of de organisatie”

De respondenten in dit onderzoek halen veel waardering uit de zorg aan anderen. Er wordt afwisselend gereageerd op of zij ook voldoende voor zichzelf zorgen, een respondent in dit onderzoek geeft aan:

*“Als ik in mijn eigen kringetje kijk, word ik goed verzorgd. Alleen kan de zorg voor mezelf wel beter” (R 1).*

Ook is er door de respondenten afwisselend gereageerd of zij voldoende zorg ontvangen vanuit de organisatie waarvoor zij werken. Een respondent in dit onderzoek benoemt:

*“Ik kan altijd beroep doen op iemand als ik dat nodig heb. Ook krijg ik alle ruimte om te ontwikkelen. Er wordt ook gevraagd of het goed gaat en gekeken naar de overuren, als je te veel werkt” (R 4).*

Een andere respondent ervaart het juist anders en zo zegt deze respondent in dit onderzoek:

*“Als ik nu kijk naar mijn eigen functie ehm ja niet echt” (R 2).*

Elke respondent in dit onderzoek benoemt wat voor haar belangrijk is in het ontvangen van zorg door de organisatie, dit verschil uit zich in dat het voor de ene respondent belangrijk is om ruimte te krijgen voor ontwikkeling, een andere juist graag gezien wil worden door collega’s. In dit onderzoek komt naar voren dat alle respondenten het belangrijk vinden dat er regelmatig gevraagd wordt hoe het gaat. Onderling ervaren de verpleegkundigen wel steun bij elkaar, tijdens de zorgroute nemen ze laagdrempelig contact met elkaar op voor overleg of om te vragen hoe het gaat. Ook houden de respondenten in het onderzoek elkaar in de gaten, dit doen zij door te letten op de overuren. Een respondent vertelt:

*“Als iemand bijvoorbeeld nu de ramadan volgt dan merk je ook gewoon dat iemand het hoofd er niet bij heeft, dus we proberen gewoon taken eventueel over te nemen. Omdat het anders voor haar te veel is” (R 3).*

Desondanks blijft de stap om naar kantoor te gaan, naar collega-verpleegkundigen/ teamleider, om hulp te vragen of iets te bespreken een drempel te hoog voor enkele respondenten uit dit onderzoek, een respondent geeft aan:

*“Ik vind de drempel naar de organisatie zeg maar, nou laat ik het zeg maar voor kantoor noemen, vond ik heel hoog, dus ik zou niet heel gauw naar kantoor stappen” (R 1).*

Als er hulp gevraagd wordt, gebeurt dit meestal aan collega-verpleegkundigen, vertelt een respondent uit dit onderzoek:

*“Door dan toch wel collega’s te bellen om te overleggen van joh, ik heb nu dit of dit gedaan en dan samen bespreken, het zijn meestal verpleegkundigen natuurlijk, want die staan dan wel weer een stapje boven je” (R 3).*

Dit komt doordat enkele respondenten uit dit onderzoek het gevoel hebben dat er niet geluisterd wordt naar wat zij vertellen. Zij geven aan dat het vertrouwen belangrijk is, een respondent vertelt:

*“Je moet je wel veilig voelen ook om jezelf te uiten” (R 2).*

Het is van belang dat verpleegkundigen onderling met elkaar communiceren en praten over waar ze tegen aanlopen. Dit is nodig om zelf een balans te vinden tussen werk en privé volgens een respondent uit dit onderzoek:

*“Dus als je daar geen balans in hebt dan ben je geneigd veel te veel te doen. En eigenlijk als je niet overdraagt dan blijf je het zelf doen” (R 4).*

Als werkzaamheden niet overgedragen worden of als het bespreken van moeilijkheden tijdens de route niet mogelijk is, geven meerdere respondenten uit dit onderzoek aan dat je het gaat opkroppen en dat de emmer vanzelf overloopt. De term opkroppen wordt door de respondenten uit dit onderzoek gebruikt als ‘het onderdrukken van gevoelens en emoties’ (Nederlandse Encyclopedie, 2022). Een respondent uit dit onderzoek omschrijft haar ervaring bij het opkroppen van emoties:

*“Ehm ik denk slapeloosheid. Ja als ik heel druk ben dan slaap ik niet goed. Ehm ja, blijven denken, als ik het heel druk heb dan kan ik niet stil blijven zitten. Heel vermoeid ben ik en dat je dan minder goed functioneert” (R 4).*

In dit onderzoek wordt laagdrempelig contact als belangrijk ervaren door de respondenten. Het hebben van overleg tijdens de route wordt als prettig ervaren door de respondenten uit dit onderzoek en ook het vragen van hulp gebeurt gemakkelijk. Opvallend is dat hulp tijdens de route gemakkelijk gevraagd wordt, terwijl de meeste respondenten uit dit onderzoek het als lastig ervaren om hulp te vragen wanneer het op persoonlijk vlak nodig is. Een verpleegkundige vertelt:

*“Ja toch denk ik onzekerheid om dan toch naar iemand te stappen van joh, dat wil ik eigenlijk niet, toch die verlegenheid die ik dan bij me draag” (R 3).*

Er is onduidelijkheid over wanneer iemand hulp nodig heeft, dit komt omdat de meeste respondenten uit dit onderzoek verwachten dat het door diegene zelf aangegeven wordt. Ook wordt er veronderstelt in dit onderzoek door de respondenten dat wanneer je vraagt aan iemand of het goed gaat, diegene zich ook beter voor kan doen dan die zich werkelijk voelt, en het dan nog niet zeker weet. Verschillende respondenten in dit onderzoek lukt het niet om alles aan te geven bij collega’s of de leidinggevenden waardoor zij verdriet, wanhoop en boosheid ervaren. Een respondent uit dit onderzoek vertelt:

*“Ja dat denk ik wel dan komt er echt te veel emotie bij kijken denk ik, want eigenlijk wil je het wel, maar diep van binnen kan je het gewoon niet” (R 3).*

Machteloosheid en wanhoop worden ook ervaren als de respondenten uit dit onderzoek vanuit haar perspectief goede zorg wilt geven, maar dat dit niet lukt omdat de patiënt het anders ziet. Een respondent in dit onderzoek geeft hiervoor het volgende voorbeeld:

*“Het is vooral frustrerend, want je zit dan ook van oké ik wil iemand helpen, dus voor mij is de emotie ook op een gegeven moment een beetje als wanhoop, ik word er niet verdrietig van. Maar soms denk ik van kom hup doe het nou of ook naar mezelf toe” (R 2).*

De respondenten uit dit onderzoek geven aan dat het belangrijk is dat verpleegkundigen hun gevoelens weten te herkennen, erover kunnen praten en een plek weten te geven. Een respondent uit dit onderzoek geeft aan:

*“Het is ehm heel belangrijk als je gevoelens kunt herkennen, gevoelens kunt analyseren, gevoelens kunt ehm ehm je gaat herkennen, je gaat analyseren, je gaat iets meedoen, maar je kan het ook loslaten” (R 4).*

Alle respondenten uit dit onderzoek weten een situatie in te beelden waarin zij zich machteloos hebben gevoeld, alleen niet alle respondenten konden dit een plek geven, waardoor verschillende emoties zich opstapelde, daarnaast herkende deze respondenten niet dat dit te maken kon hebben met het ervaren van morele stress. Voor de meeste respondenten uit dit onderzoek is de term morele stress onduidelijk of niet bekend. Zo geeft een respondent een tegenstrijdig antwoord op de vraag wat morele stress is:

*“Nou, ik moet zeggen, ik ben zeer stressbestendig” (R 1).*

Één van de respondenten uit dit onderzoek geeft aan dat morele stress regelmatig gelinkt wordt aan het niet waar kunnen maken van verwachtingen, waardoor zij zich machteloos voelt. Een respondent uit dit onderzoek geeft aan:

*“Nou ja, soms is dat de mensen verwachten iets van je wat je op dat moment misschien wel je niet kan waarmaken, dus ik denk dat is ook een stukje morele stress dat je denkt, dit wil ik niet, maar het moet het moet ja” (R 2).*

Een respondent uit het onderzoek noemt meteen oplossingen om geen morele stress te ervaren. Deze respondent benoemt:

*“Je moet het als persoon zijnde bespreekbaar maken en herkennen” (R 1).*

Het ervaren van morele stress komt meermaals door het niet op tijd vragen van hulp, verschillende respondenten uit dit onderzoek benoemen niet de situatie in de hand en/ of er geen grip op de situatie te hebben.



### 3.1.3 “Betrokkenheid van verpleegkundigen”

In het onderzoek wordt door de respondenten genoemd dat het betrokken zijn en zich betrokken voelen erg waardevol is. Betrokkenheid roept gevoelens op als samen staan we sterk, veiligheid, waardering en geeft mogelijkheden om je verhaal kwijt te kunnen volgens respondenten in dit onderzoek. Alle respondenten uit dit onderzoek geven wel aan dat je zelf betrokken moet zijn door initiatief daarin te nemen, door bijvoorbeeld na de route naar het teamkantoor te gaan voor overleg en/of om aan te sluiten bij een vergadering. Een respondent geeft aan:

*“We zijn dus als verpleegkundig aan de zijlijn en kijken we nog van hé, daar gaat het niet helemaal lekker en bespreken we het in de vergadering, maar een nadeel van de vergadering is dat het alleen met de verpleegkundige gesproken wordt. Het wordt teruggekoppeld naar het team, maar er wordt daarna niet meer over gesproken, dus het probleem blijft eigenlijk bestaan en er is maar een kleine groep ermee bezig terwijl ik denk joh betrek eerste aanspreekpunt ehm erbij en andere die betrokken zijn bij de casus en daar ook verantwoordelijk voor is” (R 2).*

In het onderzoek wordt door verschillende respondenten genoemd dat niet iedereen altijd langskomt naar kantoor, een respondent geeft aan:

*“Daar mogen ook andere teamleden bij aansluiten maar dat is aan hun zelf om te komen” (R4).*

Enkele respondenten uit dit onderzoek geven aan dat ze graag na de route even langs het teamkantoor gaan om de route te bespreken, deze respondent benoemt:

*“En, dan moet ik wel zeggen dat als ik dan eenmaal de deur heb verlaten, dat ik misschien wel even een uitlaatklep nodig heb om even me eigen kwijt te kunnen” (R 1).*

Maar dit is niet voor alle verpleegkundigen een optie, deze respondent vertelt:

*“Tot het niet meer kan, dat het echt niet meer kan of dat iemand zelf naar me toe stapt van joh, hoe vind jij dat? En dan komt het er wel uit. Ja, maar ik zal niet zo gauw als eerste iets iets roepen, of weet ik veel wat nee” (R 3).*

De meeste zorgprofessionals die als verzorgenden geschoold zijn, voelen zich niet voldoende betrokken om bij een vergadering aan te sluiten, omdat het verkondigd wordt als een verpleegkundige vergadering volgens respondenten uit dit onderzoek. Volgens respondenten missen verschillende verpleegkundigen aansluiting, betrokkenheid en voelen zij zich niet op de hoogte gebracht over de patiënt.

Dat het niet voor iedereen vanzelfsprekend is om jezelf te kunnen uiten, heeft te maken met onzekerheid, assertiviteit en veiligheid volgens verschillende respondenten uit dit onderzoek. De respondenten die aangeven onzeker te zijn geven ook aan dat het soms teveel wordt en wanneer ze eigenlijk te lang door zijn gegaan en hun gevoelens opkroppen, het er dan pas uitkomt. De

respondenten uit dit onderzoek die wel gemakkelijk praten en/of overleggen vinden het werken in teamverband heel belangrijk, met als grondwaarden dat het veilig is. Door juist samen te werken maak je gebruik van elkaars kwaliteiten, vertelt een respondent:

*“Ja, weet je iedereen die heeft zijn eigen competenties en iedereen heeft zijn eigen vaardigheden. De één is daar beter in dan de ander en ik denk als je, ja weet je in teamverband werkt, kijk dat je mekaar daar heel erg in kan aanvullen” (R 1).*

Andere respondenten bevestigen dat het samenwerken erg belangrijk is. Hierdoor kunnen taken overgedragen worden en problemen in de route gemakkelijk bespreekbaar worden gemaakt. Een respondent vertelt:

*“Dus als je daar geen balans in hebt dan ben je geneigd veel te veel te doen. En eigenlijk als je niet overdraagt dan blijf je het zelf doen. Door daar bewust van te zijn ben ik daar opgaan letten en lukt het mij nu wel. Het heeft wel even geduurd” (R 4).*

### **3.1.4 “Onzekerheid”**

Voor sommige respondenten uit dit onderzoek voelt het als een verlies dat zij hun gevoelens opkroppen en zich onzeker voelen. Een respondent uit dit onderzoek geeft aan:

*“Ja, daar word ik wel verdrietig van, dan denk ik ja, eigenlijk moet ik dat gewoon aan kunnen geven, maar dat kan ik dan niet dan. Ja, dat ben ik. Dat belemmert gewoon. Je voelt je onzeker dat ja ja, dat. Ja dat botst heel erg, want aan de ene kant denk ik, ja, ik moet het gewoon kunnen zeggen, want het is wel zo vertrouwd, maar toch houdt iets in mijn me dan tegen dat ik denk van ja. Wat is het dan? Dat weet ik zelf ook niet zo goed” (R 3).*

Ook vertelt een respondent:

*“Onzeker in de keuzes die je maakt of misschien wel je professionaliteit” (R 1).*

Deze onzekerheid in het werkveld brengt een opstapeling van emoties met zich mee en zou de professionaliteit aankunnen tasten. Een respondent benoemt:

*“Ja daar word ik dan wel heel onzeker van, dan denk ik wel, ja waarom moet ik dat doen, als ik niet weet hoe het moet of zo” (R 3).*

Deze onzekerheid kan overgaan in stress, of het krijgen van morele stress over een casus, doordat het begrip onbekend was bij de meeste van de respondenten werd er vaak gesproken over het niet kunnen verwerken van stress of juist stressbestendig zijn. Een respondent vertelt:

*“Nou dan kan je eigenlijk niet meer werken omdat je de stress niet weet te verwerken” (R 4).*

De gevolgen van het opstapelen van stress, dat een casus onbespreekbaar bleef en het opstapelen van emoties refereerde de meeste verpleegkundigen aan een burn-out. Een respondent uit het onderzoek geeft aan:

*“Dat is eigenlijk wel iets wat toch bij jezelf al zit. Ja, het heeft ook met normen en waarden te maken. Sommige zijn heel strikt opgevoed en die hebben dus zoiets van ja, doorgaan niet zeuren en die laat het dan minder snel toe, terwijl andere misschien emotie emotioneel heel hoog zitten en die trekt het heel erg aan van hoe het met anderen gaat. En die probeerde eindeloos te helpen” (R 2).*

Waarom de één gevoeliger is voor het opstapelen van emoties of zich onzeker voelt tijdens het werk, kwam volgens bijna alle respondenten uit het onderzoek door persoonlijke eigenschappen, achtergrond en normen en waarden. Ook benoemt een respondent:

*“Ja stukje achtergrond denk, als ik voor mezelf mag spreken, wij moesten altijd gewoon doorgaan en verder. Er was voor ons geen andere optie en dat neem ik mee” (R 4).*

Deze respondent uit dit onderzoek heeft geleerd om haar gevoelens een plek te geven door persoonlijke reflectie en het analyseren van gevoelens die verschijnen tijdens een casus. Het analyseren van deze gevoelens lukt haar door het bespreekbaar te maken. Ook een andere respondent vertelt:

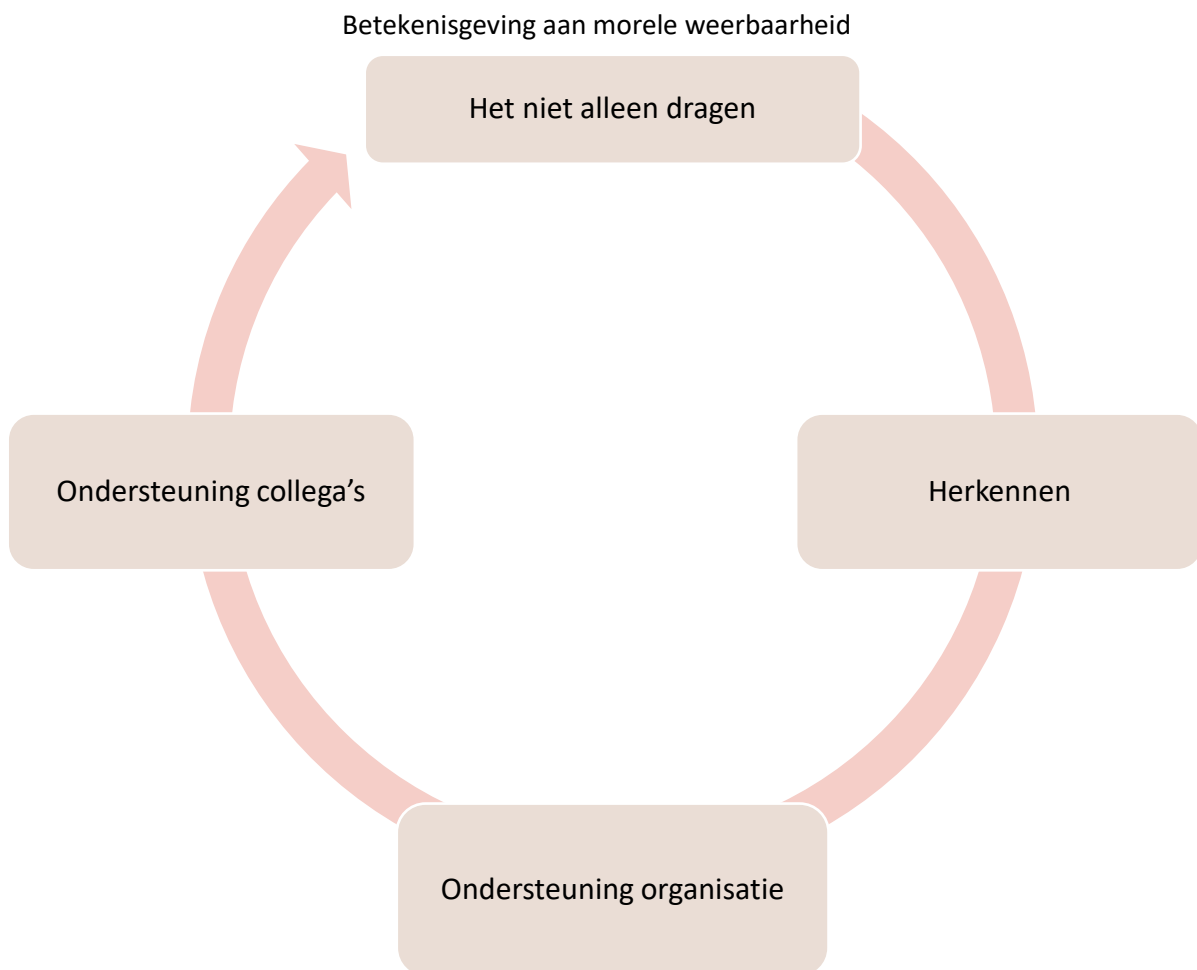
*“Ja, ik denk dat dat je aan jezelf ligt dat dat echt je innerlijk is wat daaruit komt. De één is, wat assertiever dan de andere” (R 3).*

### **3.1.5 Samenvatting**

De eerste deelvraag stond in dit hoofdstuk centraal: ‘Wat is de geleefde ervaring van zorgprofessionals in de thuiszorg met morele stress?’ De ervaringen van de respondenten uit dit onderzoek blijken te bestaan uit een complexe gelaagdheid van emoties, verbondenheid, betrokkenheid en verscheidene andere factoren, zoals onzekerheid. Alle vier de respondenten blijken anders om te gaan met het ervaren van stress, onzekerheden en bijvoorbeeld het uiten van emoties. Meerdere overeenkomsten en kenmerken zijn benoemd die ten grondslag liggen aan de verpleegkundige identiteit, zoals de motivatie om verpleegkundige te zijn en genoemde karaktereigenschappen, zoals zorgzaam zijn. Op persoonlijk vlak verschillen alle verpleegkundigen, hierdoor gaan zij anders om met confrontaties in de zorgpraktijk en daarbuiten. Het krijgen van waardering en erkenning voor het verpleegkundig werk geven de verpleegkundigen in de thuiszorg plezier in het vak en leidt in zekere maten niet tot morele stress. De meervoudigheid van emoties van de verpleegkundigen wordt benadrukt door de ervaren momenten van onbegrip, machteloos, frustratie, betrokken en onzekerheid die naast elkaar bestaan en de bijhorende tegenstrijdigheden die de verpleegkundigen onderling beleven. De geleefde ervaring is veranderlijk, voortdurend in beweging, contextueel afhankelijk en daarom ook uniek.

### 3.2 Betekenisgeving

In deze paragraaf wordt er antwoord gegeven op de tweede empirische deelvraag van het onderzoek. Deze luidt als volgt: 'Wat verstaan zorgprofessionals in de thuiszorg onder morele weerbaarheid?' De geanalyseerde transcripten laten vier thema's zien die voor verpleegkundigen belangrijk zijn als zij spreken over morele weerbaarheid: (1) het niet alleen dragen, (2) herkennen, (3) ondersteuning organisatie, (4) ondersteuning collega's. Deze thema's en de verschillen en overeenkomsten tussen verpleegkundigen binnen deze thema's worden in de paragrafen 3.2.1 tot en met 3.2.4 beschreven. Deze paragraaf (3.2) heeft een procesmatig karakter. In deze paragraaf zijn de verschillende thema's procesmatig beschreven, zodat er een overzicht gevormd kan worden voor wat de verpleegkundigen in de wijk nodig hebben om moreel weerbaar te zijn. In figuur 2, is de verbondenheid tussen de thema's weergegeven en is het proces visueel weergegeven.



*Figuur 2: Betekenisgeving*

### 3.2.1 “Het niet alleen dragen”

Het eerste thema betreft “het niet alleen dragen”. De term weerbaar wordt in de context van de respondenten gebruikt als ‘het vermogen om terug te veren’ (Nederlandse Encyclopedie, 2022). Het thema weerbaarheid wordt gezien als een geladen onderwerp, waar verschillende concepten aanhangen zoals fysieke weerbaarheid, mentale weerbaarheid en morele weerbaarheid. De concepten fysieke en mentale weerbaarheid zijn meetbaar en ook beter bekend onder de respondenten. Een respondent uit het onderzoek benoemt de volgende vaardigheden die zij belangrijk vindt om weerbaar te zijn:

*“En achter mijn eigen beslissingen staan. Achter mijn eigen keuze staan” (R1).*

Morele weerbaarheid is complex, dit komt ook door de diversiteit van eigenschappen en karakteristieken van verpleegkundigen. Een respondent vertelt:

*“Ik denk dat je dat sowieso op je eigen manier kan doen, dus ik denk niet dat er een competentie is waarvan duidelijk staat van oké dit laat je morele weerbaarheid zien. Ik denk als je naar die CanMeds rollen kijkt en als je dat gewoon beheerst, dan ben je ook moreel weerbaar” (R 2).*

Opvallend is dat geen van de respondenten uit het onderzoek weet te vertellen wat moreel weerbaar zijn voor haar betekent. Wel vertelt een respondent:

*“Ik denk dat iets heel veel met je doet of heel veel met je emoties doet en wat jij niet ehm in de hand hebt waardoor je het tegenstaat dan moet je daar weerbaar voor zijn” (R 4).*

Een vraag die de onderzoeker gesteld heeft aan de respondenten is waar zij geleerd kunnen hebben om moreel weerbaar te zijn. Een respondent geeft aan:

*“Nee niet in de verpleegkunde opleiding gehad, ook niet behandeld. Wel een klein stukje ethiek maar dat is anders. Maar nee niet moreel weerbaar leren zijn” (R 4).*

In de verpleegkundige opleiding wordt weerbaarheid niet behandeld volgens de respondenten uit dit onderzoek. Een respondent geeft aan dat verpleegkunde studenten tijdens de opleiding kennis opdoen in de praktijk, de stages. Een respondent benoemt dat in de stages geleerd wordt om ook voor jezelf te zorgen en daarmee leert weerbaar te zijn. Deze respondent vertelt:

*“Ja want ik denk wel, het is wel belangrijk dat je dat ook tijdens je stage ook laat zien dat je ook goed voor jezelf kan zorgen in plaats van ook voor een ander” (R 2).*

De respondenten uit dit onderzoek geven aan dat zij zowel tijdens de studie als in het werkveld niet geleerd hebben om moreel weerbaar te zijn.

### 3.2.2 “Herkennen”

Alle respondenten uit het onderzoek benoemen dat het voor de ene verpleegkundige makkelijker weggelegd is om aan te geven dat zij ergens tegen aanlopen dan voor een andere verpleegkundige. Een respondent vertelt:

*“En dat het sowieso een deel van het aard van het beestje zit bij sommigen” (R 2) en “Dus ik denk dat daarom ook die verschillen misschien er ook zijn” (R 2).*

Een andere respondent denkt dat het aan de professional ligt om weerbaar te zijn:

*“Ik denk dat het ligt ehm grotendeels aan de professional” (R 4).*

Het aan de bel trekken blijkt dus niet voor alle verpleegkundigen makkelijk en vanzelfsprekend om te doen volgens de respondenten uit het onderzoek. Een andere belangrijke aanvulling is om als verpleegkundige bewust te zijn van eigen kwaliteiten en de kwaliteiten van collega's om elkaar te kunnen aanvullen volgens een respondent. Een respondent vertelt:

*“En ik denk als je, ja weet waar je sterk in bent en je in teamverband kijk dat je mekaar daar heel erg in kan aanvullen” (R 1).*

Er worden verschillende kenmerken genoemd door de respondenten wat hun versterkt in het weerbaar zijn:

*“Weerbaar. Nou ja, ik denk vooral me niet laten misleiden door bepaalde mensen. En achter mijn eigen beslissingen staan. Achter mijn eigen keuze staan” (R 1) en “Ja, maar ook maar eens gewoon zeggen van nee vandaag niet” (R 2).*

Een respondent benoemt juist meer ruimte te ervaren, door voor zichzelf op te komen (R 2) en

*“ Ja, terwijl ik soms af en toe denk ik van joh trek even aan de bel” (R 2).*

Wel wordt door de respondenten uit het onderzoek aangegeven dat het de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige is om vaardigheden te ontwikkelen, zoals weerbaarheid. Als een verpleegkundige ervaart over onvoldoende competentie te beschikbelen, is het de verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen om bekwaam te worden. Een respondent vertelt:

*“ Ja, ik denk als je dat mee moet nemen, gewoon naar je naar je nieuwe werkplek dat je dat ook gaat ontwikkelen en je daar ook als je voelt van oké, dat kan ik niet goed of dat beheers ik nog niet dat je dat ook bespreekbaar maakt met je team coach leidinggevende of je collega's” (R 2).*

De ene verpleegkundige is meer veerkrachtig dan een andere verpleegkundige, dit heeft volgens de respondenten te maken met eigenschappen en kenmerken van het individu. Een respondent noemt dat het belangrijk is om de gevolgen van morele stress te herkennen en waarom het belangrijk is om deze te herkennen. Een respondent vertelt:

*“En ik vind dat het misschien wel belangrijker is om dat bespreekbaar te maken van joh hier en hier kun je tegenaan lopen en dit en dit kunnen de gevolgen daarvan zijn” (R 1).*

Het herkennen is een eerste stap om veerkrachtig om te gaan met een lastige kwestie volgens respondenten uit dit onderzoek. Dit is een eerste stap, want als morele stress niet herkend wordt, is het ook niet mogelijk om er gericht over te praten en iemand te versterken in zijn of haar weerbaarheid. Een respondent vertelt:

*“Ja tuurlijk. Juist omdat je dit niet alleen moet doen. Er worden verschillende personen betrokken bij zo een casus en wordt er gekeken naar verschillende perspectieven” (R 4).*

### **3.2.3 “Ondersteuning organisatie”**

Als de eerste stap gelegd is voor het herkennen van morele stress, raden alle respondenten aan om lastige kwesties in het werk bespreekbaar te maken, met als doel er samen sterker uit te komen. Door samen een lastige kwestie te bespreken kunnen verschillende perspectieven belicht worden. Een respondent uit het onderzoek benoemt hier wel de volgende voorwaarde voor:

*“Weet ik niet of zij dat volledig kunnen doen, want je hebt er wel goede begeleiding bij nodig” (R 2).*

Terwijl een andere respondent de kracht van het functioneringsgesprek aanhaalt en aangeeft het ook daar bespreekbaar te kunnen maken. De respondent vertelt:

*“En één keer per jaar heb je het functioneringsgesprek in zulke gesprekken kan je ook aangeven hoe je vitaliteit is en of je iets nodig hebt” (R 4).*

In het huidige team vinden team overleggen plaats, bij het teamoverleg zijn in principe alle collega's van het team aanwezig. In dit overleg is het niet de bedoeling om het over een specifieke casus te hebben, dit vindt plaats in de vergadering voor verpleegkundigen. In de vergadering voor verpleegkundigen zijn altijd de verpleegkundigen aanwezig en wie zich betrokken voelt mag ook aansluiten, dit is geen verplicht overleg voor het gehele team geven respondenten uit het onderzoek aan. Een respondent vertelt:

*“Dat vindt plaats bij een vergadering voor verpleegkundigen daar bespreken we als verpleegkundige verschillende casussen, daar mogen ook andere teamleden bij aansluiten maar dat is aan hun zelf om te komen” (R 4).*

De respondenten geven aan dat er ontevreden is over het teamoverleg, het team voelt zich onvoldoende betrokken bij sommige patiënten, omdat deze teamleden niet bij de vergadering voor verpleegkundigen aanwezig hoeven zijn en soms nuttige informatie mislopen. Een respondent vertelt:

*“Vind ik niet. Ik kom ook natuurlijk vanuit andere organisaties waar ze het ook anders doen. Daar zijn bijna wekelijks maandelijks intervisies waar je dus met elkaar casuïstiek gaat oplossen. Dus ook een teamoverleg werd heel anders ingevoerd en het werd veel nuttiger door dat te doen” (R 2).*

Meerdere respondenten uit het onderzoek benoemen dat het bespreken van een lastige kwestie in het werk het eigen handelen versterkt door te reflecteren met elkaar, naar elkaar te luisteren en te aanschouwen. Een respondent vertelt:

*“Als we gaan aanschouwen in plaats van actie ondernemen, dan zie je dat veel eerder. Ja, dan word je bewust van je eigen handelen” (R 2), “Nou goed naar naar de collega’s kijken” (R 4) en “Ja, ik denk gewoon situaties dat je dan situaties gaat schetsen en kijken hoe ik zou reageren en dan iemand anders daarnaast zet hoe die het wel zou kunnen” (R 3).*

Ook is de betrokkenheid van het team en van de teamleider een aanmoediging om met elkaar in gesprek te gaan in plaats van het alleen op te lossen en de emoties weg te stoppen volgens respondenten uit het onderzoek. Een respondent vertelt:

*“Alleen door aantal gesprekken die we nu eigenlijk met het hele team hebben gehad en met teamleider enzo zou ik nu wel eerder naar kantoor stappen door dat te benoemen en aan te geven wanneer ik ergens tegen aanloop” (R 1).*

Een belangrijke voorwaarde is dat alle verpleegkundigen zich veilig in het team voelen, dat benoemt een volgende respondent:

*“Maar ook het durven te zeggen, voelt iemand zich veilig in de groep, hè? Voor mij kan het misschien wel zo zijn, maar iemand anders met een ander karakter of eigenschap, die kan dat al heel anders aanvoelen” (R 2).*

### **3.2.4 “Ondersteuning collega’s”**

Op het moment ervaren verschillende respondenten minder betrokkenheid bij een casus. Een respondent vertelt:

*“ Het wordt teruggekoppeld naar het team, maar er wordt daarna niet meer over gesproken, dus het probleem blijft eigenlijk bestaan en er is maar een kleine groep ermee bezig terwijl ik denk joh betrek een eerste aanspreekpunt ehm erbij en andere die betrokken zijn bij de casus en die zich ook verantwoordelijk voelen” (R2).*

Hierdoor voelen respondenten uit het onderzoek zich niet sterk in hun professie staan en kunnen zij niet goed omgaan met een lastige kwestie.



Er is onwetendheid over het concept morele weerbaarheid, wel voelen bijna alle respondenten uit dit onderzoek zich sterker in hun professie als zij een lastige casuïstiek bespreekbaar maken, maar ook de leuke momenten met elkaar delen. Respondenten benoemen dat collega-verpleegkundigen nodig zijn om samen krachtiger te staan. Zo benoemt een respondent uit het onderzoek:

*“En ja als ze dan eigenlijk daarop doorgaan dan betrek ik er eigenlijk wel een collega bij of zo dat ik sterk in mijn schoenen sta” (R 1).*

Een andere respondent heeft geleerd om te reflecteren op haat betrokkenheid bij sommige zorgvragers, hierop vertelde zij:

*“Vooral gekeken waarom ik soms te weinig ontspan en met het werk bezig blijf. En dat heeft te maken met de cirkel van invloed en betrokkenheid he” (R 4).*

Een respondent denkt dat je het niet altijd zelf op kan lossen en initiatief moet nemen als verpleegkundige. Een respondent uit het onderzoek geeft aan:

*“Ja als je er niet om vraagt en je denkt ik los het zelf wel op, dan kom je er denk ik niet uit” (R 4).*

Verschillende thema's hebben de respondenten genoemd wat hen helpt om veerkrachtiger te zijn. Het begint volgens veel respondenten uit het onderzoek met het erkennen dat verpleegkundigen kwetsbaar zijn. Als een verpleegkundige zich meer kwetsbaar voelt, is het volgens verschillende respondenten belangrijk om hulp te vragen. Een respondent vertelt:

*“Wat je daarmee doet is aan jezelf, als je het zelf kunt oplossen is het mooi meegenomen, maar je moet ehm ook voor jezelf bedenken, goh ik ben nu kwetsbaar laat ik nu toch maar om hulp roepen of zoeken” (R 4).*

Het is belangrijk volgens de respondenten uit het onderzoek dat verpleegkundigen weten dat ze er niet alleen voorstaan, hierdoor voelen verpleegkundigen zich meer vertrouwd en het geeft zekerheid in de route, omdat de verpleegkundigen door elkaar op de hoogte gehouden worden zoals het fragment hierbeneden weergeeft. Een respondent geeft aan:

*“Ja, weet he je zorgt samen, hè? Je doet het niet alleen. Ja wel op op de dag dat je daar bent. Maar delen in de zin van iedereen op de hoogte te brengen. Op de hoogte houden, maar ook spreken met je collega's op kantoor. Je schrijft een overdracht dit en dit is besproken, dit en dit is gebeurd, deze acties zo gaan we het doen of wat vinden jullie daarvan. Je doet het alleen met de cliënten, maar uiteindelijk doe je het samen. Het geeft een goed gevoel door te weten dat we samen zijn”. (R 4).*

Volgens de respondenten hebben de meeste verpleegkundige nauw contact met elkaar tijdens een route. Een respondent vertelt:

*“Ja, ik blijf op zich rustig en dan ja weer collega's bellen van joh, het lukt me niet, kan iemand helpen, of hoe doen jullie dat eigenlijk altijd wel overleggen” (R 3).*

Het voelt voor de meeste respondenten als een opluchting om te praten over lastige kwesties of elkaar te bevragen hoe andere het zouden aanpakken, zoals de volgende respondent vertelt:

*“Of lopen jullie hier ook tegenaan of ben ik de enige die daar tegenaan loopt. Door het met een collega te bespreken ben ik het even kwijt en kan ik verder met het werk en voel ik me opgelucht” (R 3).*

Een respondent stelt wel als voorwaarden het volgende:

*“Ik denk het wel? Je moet je wel veilig voelen ook om jezelf te uiten” (R 2).*

### **3.2.5 Samenvatting**

De tweede deelvraag stond in dit hoofdstuk centraal: ‘Wat verstaan zorgprofessionals in de thuiszorg onder morele weerbaarheid?’ De betekenisgeving van morele weerbaarheid blijkt een persoonlijke zoektocht, waarin het willen en kunnen bij de verpleegkundigen in de thuiszorg op gespannen voet met elkaar staat. In deze paragraaf is het proces omschreven voor verpleegkundigen in de thuiszorg wat zij nodig hebben om zich moreel weerbaar te voelen. Het proces begint bij ‘het niet alleen dragen’, dit thema omvat het delen van onder meer emoties, maar laat ook de spanning zien over het concept ‘morele weerbaarheid’. Het concept ‘morele weerbaarheid’, is niet bekend onder de verpleegkundigen in de thuiszorg. Daarnaast hebben verpleegkundigen in de thuiszorg geen vaardigheden geleerd om moreel weerbaar te zijn tijdens de verpleegkundige opleiding of in het werkveld. Deze notie is van belang voor de volgende stap in het proces, ‘herkennen’. Het herkennen van morele dilemma’s is een eerste stap naar het cultiveren van morele weerbaarheid. Bepaalde eigenschappen en kenmerken worden gezien als krachten en bij andere als een tekortkoming in het cultiveren van morele weerbaarheid. Voor de volgende stap in het proces hebben verpleegkundigen in de thuiszorg ondersteuning van de organisatie, alsook ondersteuning van de collega’s nodig voor het cultiveren van morele weerbaarheid. In de betekenisgeving verstaan de verpleegkundigen verbinding en betrokkenheid als een elementair element. De betrokkenheid van het team legt het bestaan en de invulling van het teamoverleg in al zijn onzekerheid bloot waar onvoldoende lastige werksituaties en/of dilemma’s besproken worden. Eigenschappen en kenmerken van veerkracht worden ontdekt, die de verpleegkundigen nodigachten om zich te herstellen na een lastige werksituatie en/of dilemma. Te midden van deze ambiguïteit pogen de verpleegkundigen om hun krachten te bundelen en gebruik te maken van elkaars sterke eigenschappen. In de meerduidigheid van het onvaste en wisselvallige bestaan als verpleegkundigen proberen zij allen steeds betrokkenheid te vinden binnen het team en een weg te vinden naar het cultiveren van morele weerbaarheid.

#### 4. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt met behulp van een literatuurstudie gezocht naar een antwoord op de derde deelvraag: “Welke inzichten biedt zorgethische literatuur over morele weerbaarheid?” **Als eerst zal ingegaan worden op wat zorgethiek betekent. Gevolgd door** een begripsverklaring van ‘moraliteit’. Vervolgens worden de *critical insights* ‘kwetsbaarheid’ en ‘verantwoordelijkheid’ uiteengezet. De thema’s gevonden in het empirische onderzoek **zijn getoetst op de bestudeerde** literatuur. Ten slotte wordt in de conclusie het antwoord op de **derde** deelvraag geformuleerd.

##### 4.1 Zorgethiek

Zorgethiek **wordt** gezien als een politieke-ethische stroming die wil ontdekken waar goede zorgpraktijken uit bestaan, die stelt dat moreel handelen bestaat uit interpersoonlijke relaties en zorg. **Zorgethiek** is een interdisciplinair onderzoeksgebied waarin maatschappelijke vragen de leidraad voor onderzoek vormen (Leget, et.al, 2017). De kernvraag **die** binnen de zorgethiek centraal staat is: “wat is het moreel goede vanuit het perspectief van zorg in **een** particuliere situatie?” (Leget et.al., 2017). Het begrip ‘zorg’ wordt binnen de zorgethiek veelomvattend opgevat, namelijk als:

*“...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, ourselves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web.”* (Fisher & Tronto, geciteerd in Tronto, 1993, p. 103)

In deze definitie wordt het begrip ‘zorg’ beschouwt als een sociaal en politieke praktijk. Dit houdt in dat we onszelf steeds afstemmen op de ander, zichzelf en de omgeving (Leget, et.al., 2017). Volgens de zorgethische visie **heeft ieder mens zorg nodig, omdat** ieder mens door zijn existentie kwetsbaar **is** (Tronto 1993; Kittay 1999). **Binnen de zorgverlening zijn zorgvragers en zorgprofessionals afhankelijk van elkaar (Kittay, 1999).** Het gevolg daarvan is dat beide kwetsbaar zijn en zorg nodig hebben (Kittay, 1999). **In de zorgethiek wordt nagedacht over de invulling van het begrip goede zorg, het fundament voor deze invulling wordt gevonden in het met elkaar delen van de geleefde en doorleefde ervaringen van mensen in een (zorg) praktijk (Leget, et.al., 2017).** Deze masterthesis richt zich op de geleefde ervaring van verpleegkundigen met morele stress, **ter formulering van een aanpak ter voorkoming of vermindering van morele stress.**

Het vakgebied zorgethiek **speelt zich af in** het web van afhankelijkheidsrelaties tussen mensen **en de** voortdurende **(voor)oordelen** die daarbinnen plaatsvinden. Juist voor zorgverleners die veelal opereren in situaties waarin de hulpvrager zich in een afhankelijke en kwetsbare positie bevindt, is het van groot belang de juiste keuzes te kennen en te kunnen maken. **Te beschikken over dit**

vermogen leidt tot een afnemende kans op morele stress. In lijn met deze gedachte stelde de Amerikaanse filosoof Nel Noddings dat “zorg de basis is van moraliteit” (Noddings, 1984). Vanuit dit perspectief stelt Noddings (1984) dat elke morele keuze ingebed is in een netwerk van interpersoonlijke relaties en speelt moraliteit een cruciale rol zoals in elke relatie. In een zorgrelatie wordt dit specifiek als de zorgverlener de verantwoordelijkheid voelt en kent, maar daar onvoldoende naar kan handelen (Rushton & Carse, 2016). Morele stress verwijst naar het vermogen om de voor- en nadelen van een morele kwestie te herkennen, en af te wegen en te beantwoorden. Nortvedt benadrukt het belang van gevoeligheid voor morele stress bij zorgverleners, om daarmee vroegtijdig de discrepantie tussen zorgwensen, zorgwensen en eigen mogelijkheden te herkennen (Nortvedt, 2007). Een manier om met morele stress om te gaan, is door morele veerkracht te bevorderen. In navolging van de kwetsbaarheidstheorie van Fineman (2021), die de rol van recht en politiek bespreekt in het verminderen van kwetsbaarheid, is veerkracht geen eigenschap die inherent is aan een individu. Het heeft juist collectieve steun, ‘guidance’ en een moreel kompas nodig van de samenleving en haar instellingen, om te kunnen worden ontwikkeld. Deze voorwaarde voor veerkracht vanuit het collectief is belangrijk om te begrijpen, omdat veerkracht moet worden bevorderd vanwege de enorme emotionele belasting van zorgwerk (Fineman, 2021).

Het onderzoek voor deze masterthesis valt onder het kennisgebied van zorgethiek, met als stroming de Utrechtse Zorgethiek. Deze kenmerkt zich door de dialectische relatie tussen empirie en theorie. In deze dialectische relatie worden empirische bevindingen door theoretische inzichten bevestigd en vice versa, waardoor het onderzoek kan worden verrijkt (Leget, et.al., 2017).

## 4.2 Moraliteit

### 4.2.1 Wat is moraliteit?

Binnen de door mij geraadpleegde literatuur over wat moraliteit is, is geen eenduidig en gedeelde formulering gevonden. Daarom wordt binnen het bestek van deze masterthesis volstaan met een korte beschrijving van de verschillende denkers over dit thema. Kohlberg benadert moraliteit vanuit een rechtvaardigheids perspectief (Gilligan, 1982), waarin hij onderscheidt maakt tussen een meer rationele (masculien) en emotionele (feminiene) perspectief. Dit in plaats van een op zichzelf staande kijk op het hele gebied van moraal denken, waarbij ethiek is een reflectieve en normatieve studie van moraliteit, dit wil zeggen dat enig gedrag wordt getoetst op de normen die binnen die specifieke situatie gelden (Walker, 2007). Overigens, zegt dit nog niet wat 'moraal' wel is of wat het onderwerp van ethiek is (Walker, 2007). Een andere auteur over moraliteit cq. morele waarden is Held. Zij beschouwt ethische dilemma's en antwoorden daarop, zoals deze veel al in zorgpraktijken voorkomen (geleefde ervaringen). Dit beschouwt zij als meest fundamentele bouwstenen voor het

formuleren van morele waarden (Held, 1993). Immers, zo stelt zij dat verpleegkundigen zich dagelijks afvragen wat goede zorg is, dit zowel in ethische- als medische zin. Complicerende factor bij deze werkwijze is dat elke betrokkenen binnen het zorgveld wel een visie hebben op wat goede (morele) zorg is of zou moeten zijn. Daarnaast heeft ook de dynamiek en ontwikkeling zoals deze in elke samenleving aanwezig is, invloed op de formulering van wat het moreel goede is (Dartel, van & Molewijk, 2014). Universiteit Utrecht stelt in 2022 dat het begrip moraal wordt gevormd door een systeem van normen en waarden dat een sterke binding geeft voor een groep of individu, door het op groeps- of individueel niveau te definiëren ontstaat er een ruimte om verschillende formuleringen te hanteren, het is immers groeps- of individueel specifiek. Het geeft een leidraad voor het dagelijks handelen casu quo iedereen zich eraan moet houden, omdat moraliteit het bindmiddel is tussen relaties (Universiteit Utrecht, 2022). Ook in de literatuur is deze differentiatie teruggevonden over moraliteit door te stellen dat er een smalle en brede betekenis gegeven wordt over het begrip moraliteit. De smalle betekenis van het begrip moraal is een code van sociaal-morele normen die de samenleving leefbaar en rechtvaardig houdt, iedereen dient zich hieraan te houden. Tot zover sluit het aan bij de gedachten dat er geen eenduidige invulling bestaat voor het begrip moraliteit. De tegenhanger van de smalle betekenis is de brede, waarbij de persoonlijke reflectie op het eigen handelen en het oordeel daarover centraal staat en een leidraad is voor de invulling van het persoonlijk leven (Universiteit Utrecht, 2022). De brede formulering sluit aan op het denken van Kant, zoals hij het heeft beschreven in het 'categorische imperatief' (Kant, 1986). Hiermee bedoelde Kant: dat eenieder op zijn eigen handelen kan reflecteren en daarmee verantwoordelijk is voor eigen keuzes en handelen (Kant, 1986; Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2022). Deze gedachten heeft als consequentie: wanneer iemand niet het eigen handelen kan legitimeren (door middel van reflectie), er een spanning ontstaat tussen hetgeen wat iemand gedaan heeft en de eigen waarden over wat iemand had moeten doen. Binnen het denken van Kant betekent dit dat mensen zich niet hoeven aan te sluiten bij de kennelijke maatschappelijke waarden en normen, omdat zij zelf waarden en normen hanteren voor het eigen handelen en zelf kunnen concluderen of zij moreel of immoreel gehandeld hebben (Kant, 1986; Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2022; Andreoli, 2014). Overigens, in beide gevallen geeft moraliteit de guideline over hoe te leven. Overigens, zijn er algemene niet geëxpliciteerde morele regels over hoe geleefd moet worden, deze ontstaan en bestaan in elke vorm van samen leven (de smalle definitie van moraal) (Walker, 2007). Deze uitleg bevestigt de gedachten van Universiteit Utrecht (2022) waarin gesteld wordt dat moraliteit ook groep specifiek is. De morele theorie die bekend staat als een 'ethics of care' wordt gekenmerkt door dat elke relatie gekenmerkt wordt door moraliteit. Binnen het werkveld zorg is het onderhouden van relaties fundamenteel. Daarmee is het kunnen handelen vanuit een (zorg)ethiek voorwaardelijk voor het onderhouden en invulling kunnen geven aan die relatie. Dit betoog volgend leidt tot de vraag of

er sprake kan zijn van een zorgrelatie van een zorgverlener als die onvoldoende competentie heeft om de zorg eis in te vullen. Als het antwoord zal zijn dat er dan geen sprake meer kan zijn van een zorgrelatie kan het ons niet bevreedde dat deze constatering leidt tot morele stress bij de zorgverlener. Het antwoord op dit vraagstuk is des te meer van belang omdat degene voor wie gezorgd wordt binnen het zorg domein zeer kwetsbaar is en zich minder kunnen verdedigen. Hierdoor is een ethisch verantwoorde houding des te belangrijker is (Sander-Staudt, 2022). Een complicerende factor hierbij is dat er bij moraliteit ook machtsverhoudingen een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld bij het zorginstituut of de overheid en deze kunnen het ethisch kompas van de zorgverlener overrulen, met alsdan incompetentie gevoelens en burn-outklachten (Tronto, 1993; Walker, 2007). Een definitie van Walker (2007): *“Not everyone is equally burdened or esteemed morally, and not everyone is in the same position to give or to demand moral accounts. Because social segmentations and hierarchical power relations are the rule”* (Walker, 2007,p.18). Dit betekent dat verpleegkundigen niet altijd kunnen handelen vanuit hun eigen morele kompas en morele kwesties niet steevast serieus worden genomen (Kohlen, 2018).

#### 4.2.2 Moraliteit en emoties

Uit deze notie van wat moraliteit is, zoals beschreven in de voorafgaande paragraaf, vloeit voort dat het begrip moraliteit een domein buiten de wereld van emoties en gevoelens bespreekt, en dat het zich daarmee beperkt tot de rede (Tronto, 1993). Een tegenhanger op het denken van Kant en de formulering op de definitie van een brede moraliteit is Benhabibs (1987). Zij veronderstelt dat elk individu gedreven wordt vanuit eenzelfde behoefte patroon en zij wil daarmee zeggen dat er geleefd wordt vanuit niet geschreven, maar wel gedeelde morele opvattingen (smalle betekenis moraal) (Benhabib, 1987). Het denkbeeld van Benhabib is gestoeld op de gedachten dat mensen gelijkwaardig zijn en gekenmerkt wordt vanuit eenzelfde patroon van verlangens, behoeften en effecten, individuele verschillen zijn daarom slechts gradueel. Deze gelijkvormigheid wordt teruggevonden in haar benadering van het begrip moreel, door te stellen dat iedereen anderen moet behandelen, zoals zij zelf behandeld zouden willen worden. Morele waardigheid is daarom niet zozeer een zorg voor de uniciteit van het individuen, maar om ze te bejegenen vanuit het besef dat eenieder in principe gedreven wordt vanuit eenzelfde behoefte patroon (Benhabib, 1987). Ook Carol Gilligan inspireerde veel van het discours over verschillen tussen rechtvaardigheids- en zorgperspectieven in moreel redeneren. Zij benadrukte dat mannen verschillen van vrouwen, hetgeen iedereen al wist maar, de bewering dat vrouwen morele problemen op een andere manier benaderen en oplossen dan mannen werd door haar als het eerst benadrukt (Gilligan, 1982). Het begrip moraal bekeken vanuit een zorgperspectief is meer dan het voorgaande gericht op meer

persoonlijke overwegingen die zich laten leiden door kennis van aspecten van een specifieke situatie (Gilligan, 1982). Deze benadering van zorgethiek hecht waarde aan het nemen van beslissingen op basis van gevoelens, gehechtheidsbanden, verlangens en beperkingen van de betrokkenen, de zorgverlener en diens context (Gilligan, 1982). Echter, door de toenemende nadruk op bureaucratie en efficiëntie (marktwerking) kunnen waardenconflicten ontstaan, omdat er weinig tot geen ruimte wordt gelaten voor de exploratie van gevoelens, gehechtheidsbanden, emotionele thema's die spelen bij betrokkenen (Gilligan, 1982). Dit kan leiden tot conflicten met betrekking tot professionele zorgethiek en logica bij de verpleegkundigen (Tonkens, 2004; Kole, 2018). Verpleegkundigen ervaren hierdoor een te hoge werkdruk met als gevolg grote vermoeidheid en emotioneel te belastend werk, dit mede door een gebrek aan samenhang tussen verpleegkundigen en disciplines die regelmatig reflectie op het werk door verpleegkundigen in de zorg in de weg staan (Janssen van Doorn, 2015; Plantinga & van Rooijen, 2021). Verpleegkundigen kunnen te maken krijgen met morele stress wanneer zij weten wat het juiste is om te doen voor de ander, maar dat institutionele beperkingen of dwang het hen onmogelijk maakt om de juiste handelwijze in te vullen (Lützné & Ewalds-Kvist, 2013; Rushton C., 2017; Kole, 2018). Het gebrek aan controle over het gewenste eigen handelen, veroorzaakt stress en kan zich ontwikkelen tot morele stress (Lützné & Ewalds-Kvist, 2013; Rushton, 2018). Volgens Theorell & Karasek (1996) verwijst morele stress naar het onvermogen tot aanpassen van de zorgverlener binnen de gegeven situatie. Morele stress is derhalve een psychologisch onevenwichtigheid, die door zorgverleners wordt ervaren als zij een moreel juiste handelwijze voorstaan, maar deze niet kunnen uitvoeren (Lützné & Ewalds-Kvist, 2013). Dat morele stress sterk negatieve gevolgen kan hebben voor de gezondheidstoestand van de verpleegkundigen, evenzeer als het ontstaan van een burn-out, dat daarnaast de zorg aan patiënten hieronder kan lijden spreekt voor zich (Rushton, 2017). Lijden is een dimensie van mens zijn volgens Rushton (2018) en niemand is immuun voor de gevolgen ervan. De manier waarop stress ervaren wordt, is afhankelijk van de context, capaciteiten en middelen (Rushton C., 2018). De ervaring van lijden zorgt er vaak voor dat de persoon zich kwetsbaar voelt. Moreel lijden heeft de neiging om negatieve, zelfgestuurde emoties zoals schuld, schaamte, woede en spijt te veroorzaken als reactie op iemands betrokkenheid bij morele compromissen (Rushton, 2018).

#### **4.2.3 Ontwikkelen morele veerkracht**

Russell (2012) verwijst naar een viertal belangrijke kenmerken van moreel leed/ morele stress. Het leidt tot negatieve gevoelens, machteloosheid, tegenstrijdige loyaliteiten en onzekerheid. Ook benadrukken Lützné & Ewalds-Kvist (2013) dat persoonlijke factoren zoals de waarden, overtuigingen, ervaringen, kennis en vaardigheden van verpleegkundigen onder druk komen te staan

en zich mogelijk in een spanning gaan verhouden tot meningen en verwachtingen van collega-verpleegkundigen, artsen en familie, evenals regels en routines, procedures en richtlijnen die specifiek zijn voor zorgpraktijken. Volgens Rushton (2018) is moreel lijden/morele stress een bedreiging voor de integriteit van verpleegkundigen in de gezondheidszorg. Het moreel lijden kan hen vervreemden van hun waarden en overtuigingen en ertoe zetten dat verpleegkundigen datgene verwaarlozen wat voor hen het belangrijkste is in veel gevallen, hun gevoel om verpleegkundige te zijn (Rushton, 2018). Ook Lützn & Ewalds-Kvist (2013) benoemen dit door te stellen dat in moreel tegenstrijdige situaties het commitment aan professionele waarden en het ervaren van zingeving bedreigd wordt, dat is in vervolg op Rushton. Als er op het eigen lijden gereageerd kan worden met compassie en herkenning, zal er volgens Rushton (2018) op dezelfde manier gereageerd worden op het lijden van patiënten en families (Rushton, 2018). Overigens, introduceert dit het gevaar van het meelijden van de zorgverlener met de zorgvrager vanwege een overdaad aan compassie en komt dit de professionele werkhouding niet ten goede (Rushton, 2018). Echter, ontbreekt het verpleegkundige veelal aan vaardigheden op het gebied van zelfcompassie, vernieuwing en het cultiveren van veerkracht (Rushton, 2018). Rushton (2018) vindt het belangrijk om aandacht te geven aan vermogen tot ontwikkelen van morele veerkracht. Hiervoor is het hebben van een gezonde werkplek van fundamenteel belang volgens Rushton. Ook Lützn & Ewalds-Kvist (2013) geven aan dat het leed verminderd of voorkomen kan worden door een gevoel van persoonlijke controle en in een omgeving met vertrouwen en steun. Zij veronderstellen dat een ondersteunende omgeving het potentieel heeft om met stress om te gaan in een interpersoonlijke dialoog, waarbij weerbaarheid wordt ontwikkeld. Ethische reflectie als onderdeel van het ontwikkelen van morele weerbaarheid, ondersteund zorgprofessionals om in beraad te gaan over (tegen)strijdige waarden en uiteenlopende praktijken (Kole, 2018). In de dagelijkse zorgpraktijk zijn het juiste de concrete situaties tussen zorgvrager en zorgverlener, maar ook institutionele normen en waarden die om een ethische reflectie vragen (Van Dartel & Molewijk, 2014). Bij een ethische reflectie wordt een situatie besproken en vanuit meerdere perspectieven belicht, hierdoor kunnen nieuwe inzichten ontstaan en bewustheid worden gecreëerd bij verpleegkundigen over het eigen handelen. Door het gesprek aan te gaan met betrokkenen wordt de morele kwestie besproken vanuit verschillende perspectieven en invalshoeken (Walker, 1993; Van Dartel & Molewijk, 2014). Volgens Lützn & Ewalds-Kvist (2013) ontstaat bij het delen van gevoelens met het professionele team over een moreel verontrustende situatie, een open sfeer die morele reflectie voedt en morele keuzevrijheid bevordert en daarmee morele stress verminderd. Ook Rushton (2018) benoemd dat het erkennen, benoemen en er een stem aangeven belangrijke stappen zijn voor het creëren van een omgeving van integriteit en het ontwikkelen van morele weerbaarheid (Rushton, 2018). Echter, moeten verpleegkundigen niet alleen leren om te reflecteren op morele vragen volgens Van Dartel & Molewijk (2014), maar moeten zij



ook vaardigheden ontwikkelen, zoals morele veerkracht (Rushton, 2017), zodat verpleegkundigen zowel om kunnen gaan met morele vraagstukken als met morele stress (Kole, 2018). Het ontwikkelen van deze zogenoemde ethische competenties vergt een kritische reflectie en oefening van de verpleegkundigen (Rushton, 2017; Kole, 2018). Morele kennis ontstaat vanuit het praktisch handelen (Tronto, 1993; Walker, 2007). De morele stress ontstaat ook in het praktisch handelen, de oplossing en training hiervoor het ontwikkelen van ethische competenties en reflectievaardigheden zouden in die zelfde zorgpraktijk ontwikkeld moeten worden. Volgens Reenen, van & Nistelrooij, van, (2019) ontwikkelen verpleegkundigen tijdens de verpleegkundige opleiding onvoldoende ethische competenties. Ook zijn emoties als sturend element voor menselijk gedrag in ruime mate aanwezig in de zorgpraktijk en zijn tevens een voeding voor het ethisch gedrag van een verpleegkundige (Baur et al., 2017). Nu juist in de zorgpraktijk te trainen in reflectie en het ontwikkelen van ethische competenties, maakt de vertaalslag naar het dagelijks handelen in de zorg kort en direct (Van Dartel & Molewijk, 2014).

### **4.3 Kwetsbaarheid**

#### **4.3.1 Definities kwetsbaarheid**

Deze paragraaf begint met een aantal definities, en vandaaruit wordt verder onderzoek gedaan naar de betekenis van kwetsbaarheid. Zorgverlening is een uitdaging en een confrontatie. Dit omdat zorgvragers volledig autonoom en zelfvoorzienend (willen blijven) zijn, maar tegelijkertijd afhankelijk zijn van de te ontvangen zorg. Naast de afhankelijkheid van zorg die de zorgvrager ervaart, ontstaat er in de situatie van de zorgvrager een grote kwetsbaarheid, omdat de zorgvrager meer afhankelijk wordt van de ander. Door Lorey (2012) wordt kwetsbaarheid omschreven als een conditie die inherent is aan het leven. Desalniettemin, dat verschil wordt veroorzaakt doordat de zorgvrager in het dagelijks leven intellectueel weet dat er relaties, afhankelijkheden en kwetsbaarheden zijn, maar in de geïnstitutionaliseerde zorgrelatie is het echter geen intellectueel besef, maar een dagelijkse beleving van afhankelijkheid en kwetsbaarheid. Daardoor ontstaan er verschillende emotionele ladingen aan het zelfde begrip kwetsbaarheid (Lorey, 2012). Deze emotionele lading kan ook teruggevonden worden bij het begrip precarisering van Lorey (2012). Zij stelt dat het leven bestaat uit onvoorziene omstandigheden, wat specifieke groepen kwetsbaar kan maken. De term precariteit betreft de specifieke kwetsbaarheid van een groep, die ten gevolge van bijvoorbeeld politieke keuzes of enig ander onderscheidend kenmerk meer risico lopen in het leven (Lorey, 2012). Met precarisering in de samenleving wordt verwezen naar het proces waarbij mensen in toenemende mate met onzekerheden moeten leven, op het gebied van wonen, werken, bejegening/vrijheid en gezondheid (Lorey, 2012). Het concept 'kwetsbaarheid' beschrijft dat bepaalde soorten populaties

bescherming en aandacht op zorg verdienen (Luna, 2018). Levine, et al., (2004) onderscheidt in het thema kwetsbaarheid verschillende stereotypingen van groepen. Binnen een groep die bestaat uit een verzameling individuen bestaan verschillende niveaus in kwetsbaarheid. Het concept kwetsbaarheid van Levine et al., (2004) maakt geen onderscheid tussen deze verschillende individuen. Hierdoor verhindert deze benadering verschillende niveaus van kwetsbaarheid te identificeren. Onder kwetsbare mensen zijn sommigen misschien slechter af dan anderen (Luna, 2018). Volgens Luna (2018) bestaat er niet één standaard, maar zijn er meerdere identiteiten van kwetsbaarheid (Luna, 2018). Binnen de gestereotypeerde groepen zijn individuen, deze individuen hebben allemaal een verschillend niveau van kwetsbaarheid, waardoor kwetsbaar een uniciteit is en het immoreel is om kwetsbaarheid te stereotyperen. Vanuit de zorgethische benadering zou dit immoreel zijn, want er wordt geen recht gedaan aan de specifieke zorg behoeften. De auteurs Meek Lange, Mackenzie en Dodds (2013) gaan een stap verder dan stereotypering en stellen een classificatie voor van kwetsbaarheid, namelijk inherente kwetsbaarheid, situationele kwetsbaarheid of pathogene kwetsbaarheid (Meek Lange, Rogers, & Dodds, 2013). Inherente kwetsbaarheid verwijst naar de persoon zelf, bij situationele kwetsbaarheid wordt de kwetsbaarheid opgeroepen door de omgeving/ context waar iemand zich in bevindt en pathogene kwetsbaarheid verwijst primair naar disfunctionele persoonlijke en sociale relaties en hebben daarmee dus ook een relationele component (Meek Lange et al., 2013). Echter, bij de pathogene kwetsbaarheid wordt hierin vaak verwezen naar misbruik, verwaarlozing etc. (Meek Lange et al., 2013).

#### **4.3.2 Kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid**

Het verband tussen morele verantwoordelijkheid en kwetsbaarheid van de zorgverlener wordt door Kittay (2019) omschreven. Deze kwetsbaarheid zou volgens Kittay (2019) meegenomen moeten worden in de cirkel van afhankelijkheidsverplichtingen. De morele kenmerken van afhankelijkheid omvatten dus zowel de morele verantwoordelijkheden van de *'dependency worker'* onder haar hoede, als de morele verplichting van degenen die buiten de afhankelijkheidsrelatie staan om een dergelijke relatie te ondersteunen (Kittay, 2019). Als dit niet zou gebeuren, benoemt Kittay (2019) dat de zorgverlener gezien kan worden als iemand met minder morele waarde dan degene waarvoor gezorgd wordt. Door Kittay (2019) wordt een verplichting gezien om voor de ander te zorgen, dat voortkomt uit kwetsbaarheid en afhankelijkheid en niet zozeer uit gelijkwaardigheid en/of autonomie. Zij verwijst naar de *vulnerability-responsive obligation*: *"The needs of another call forth a moral obligation on the actions of another. The needs of another call forth a moral obligation on our part when we are in a special position vis-à-vis that other to meet those needs"* (Kittay, 1999, p. 55). Kittay verwijst met de *'special position'* naar de relatie tussen de zorgvrager en zorgverlener. Het

zorgen voor iemand, maakt de ontvanger kwetsbaar omschrijft Kittay. Kittay gaat ervan uit dat de zorgverlener verplicht is om voor de zorgvrager te zorgen. Dit komt voort uit de kwetsbaarheid en afhankelijkheid van de zorgvrager en niet zozeer vanuit de gelijkwaardigheid en of autonomie van de zorgvrager, zij verwijst hierbij naar de *responsive obligation* (Kittay, 1999, p. 66). Bij een *responsive obligation* reageert de zorgverlener op de kwetsbaarheid van de zorgvrager, omdat dat de consequentie is van de *responsive obligation*. Overigens kan dit ook tot kwetsbaarheid bij de zorgverlener leiden. Als deze kwetsbaarheid bij de zorgverlener optreedt bijvoorbeeld bij overvragen van zorg moeten er andere mensen zijn die de zorgverlener bijstaat, bij het oplossen van het dilemma dat dan is ontstaan (Kittay, 1999). Op deze manier kan een gelijkwaardigheid ontstaan, met deze gelijkwaardigheid kan voor iedereen gezorgd worden, indien dat nodig is. Door Tronto wordt deze gedeelde kwetsbaarheid en nood tot zorgen omschreven als het appél op de *caregiver* (Tronto, 1993), afkomstig van een relatie: "we are all some mother's child" (Kittay, 1999, p.68). Een rechtvaardigingsgrond voor een zorgrelatie is te vinden in Robert Goodins (1985) werk *Protecting the Vulnerable*. Hoewel Goodins zorg niet specifiek gericht is op een ethiek van zorg, ziet hij de morele aanspraak op speciale relaties als gesitueerd in de kwetsbaarheid van een ander voor ons handelen (Goodin, 1985). Volgens het Kwetsbaarheidsmodel komt de morele basis van speciale relaties tussen individuen voort uit de kwetsbaarheid van de ene partij voor de acties van een andere (Goodin, 1985). Dit vraagt voor het concretiseren van emoties, zoals compassie, verontwaardiging en boosheid, die ten grondslag liggen bij de roep om rechtvaardigheid. Juist deze emoties zetten mensen ertoe aan om intolerabele situaties te verbeteren (Pulcini, 2013). De theorie van Hamington (2004; 2012a) luidt dat met het opmerken van lichamelijke bij de ander, een begrip ontstaat voor de ander door lichamelijke en emotionele resonantie. Dit betekent als verpleegkundigen hun eigen lichamelijke betrekken zij connectie maken met de ander, waaruit goede zorg kan ontstaan.

#### **4.4 Verantwoordelijkheid**

##### **4.4.1 Verantwoordelijkheid dichtbij en ver weg**

Zorgfilosofen benadrukken vaak dat zorg relationeel is. Ook Virginia Held verwijst in haar boek *The Ethics of Care: Personal, Political and Global* naar verschillende kenmerken van zorg, waaronder dat de focus van de zorgethiek ligt bij het tegemoetkomen aan en voorzien in de behoeften van anderen voor wie we verantwoordelijkheid nemen door middel van het verlenen van zorg (Held, 2007). Door Held (2007) wordt gesteld dat zorg zowel emotioneel als rationeel is (Held, 2007). In haar definiering gaat Held ervan uit dat zorgtaken altijd op anderen gericht zijn, dus relationeel van aard. Deze benadering is nuttig voor sommige doeleinden maar het laat geen manier over om zelfzorg te bespreken als afgeleide van reflectie. Tronto (1993) stipuleert dat iedereen sterke speciale

verantwoordelijkheden kent jegens families, vrienden en naasten oftewel de *inner cirkel*. Door deze benadering verbinden we ons slechts aan een beperkt aantal mensen, waardoor de reikwijdte voor zorgverlening aanzienlijk beperkt wordt. Morele relaties met mensen die ver weg zijn en/of nooit ontmoet hebben konden volgens Noddings niet ondergebracht worden in een zorgethiek, deze moeten dan begrepen worden in termen van algemene begrippen als rechtvaardigheid en rechten, terwijl ook voor deze relaties verantwoordelijkheid genomen kan worden (Noddings N. , 1984). Bij oprechte zorg gaat het volgens Noddings (1984) om een emotionele en/of motiverende gevoeligheid voor andere mensen. De focus ligt op de behoeften invulling van het individu die voldoet aan de eisen van nabijheid in plaats van een leidraad gebaseerd op abstracte en/of algemene morele principe, zoals andere genoemde auteurs hierin bepleiten. Echter, weerhoudt het mensen om verantwoordelijkheid te nemen als er buiten de *inner cirkel* geen zorgzame relatie tot stand kan komen met degenen die we nooit persoonlijk zullen kennen, dan zullen morele relaties met hen niet worden beheerst door een ethiek van zorg, maar door afzonderlijke overwegingen van rechtvaardigheid (Tronto, 1993).

Tronto (1993) en Held (2006) betogen dat er geen goede reden is om het begrip zorg te beperken tot de *inner cirkel* en het afdalen weten van verantwoordelijkheid voor de ander buiten de *inner cirkel*. Volgens Tronto (1993), Pulcini (2017) en Held (2006) kan men een zorgzame houding hebben ten opzichte van (groepen) mensen die men nooit persoonlijk zal leren kennen, aangezien men oprecht is en/of bezorgd is. Pulcini (2013) roept op tot bewustwording van onze eigen kwetsbaarheid en daarin de presentie van anderen te erkennen als waardevol. De vraag die dit opwerpt is hoe mensen hun kwetsbaarheid gaan herkennen en gaan gebruiken. Door aan de gevoelde verantwoordelijkheid jegens anderen een concrete ervaring te verbinden kan zorg volgens Pulicini (2013) geduid worden. Hierdoor veronderstelt Pulicini (2013) dat zorg niet enkel voorbehouden moet worden aan de privésfeer, maar ook daarbuiten kan plaatsvinden. De kleine samenlevingen van familie en naasten, ingebed binnen de grotere context van de samenleving worden volgens Held (2006) gevormd door zorgzame relaties. Een globalisering van zorgzame relaties zou mensen uit verschillende culturen en landen in staat moeten stellen in vrede te leven, elkaars rechten te respecteren en samen voor hun omgeving te zorgen dit met behoud van een ieders persoonlijke autonomie (Held, 2006). Echter, zo betoogt Held (2006), dat morele theorieën uitgaan van een achtergrond van sociale verbondenheid, en dat zorgethiek bijdraagt aan het creëren van gezonde sociale relaties, in plaats van het nastreven van eigenbelang (Held, 2006). De door Held (2006) veronderstelde inhoud van morele theorieën vereist dat men elkaar moreel ontmoet vanuit eenzelfde perspectief waarneemt en ook in die termen naar de wereld kijkt (Tronto, 1993). Ons patroon van waarden en normen is niet universeel.

#### 4.4.2 Verantwoordelijkheid nemen voor de kwetsbare

Evenals Kittay beargumenteert Goodin (1985) dat niet elke zorgplicht voorkomt uit vrijwillige keuze, zie *responsive obligation*, maar dient er verantwoordelijkheid genomen te worden voor kwetsbaarheden. Bij het uiteenzetten van de details van het '*vulnerability model of special responsibilities*' beperkt Goodin zich tot drie kernbegrippen: kwetsbaarheid, afhankelijkheid en verantwoordelijkheid. Door Goodin (1985) worden de begrippen kwetsbaarheid en afhankelijkheid gebruikt om te laten zien dat het moreel wenselijk is om de belangen en het welzijn van mensen te bevorderen, een citaat van Goodin (1985): "*A is vulnerable to B if and only if B's actions and choices have a great impact on A's interests*". De concepten kwetsbaarheid en afhankelijkheid zijn daarmee wederom relationeel van aard. De primaire verantwoordelijkheid om niet te kwetsen ligt bij die degene die in de beste positie verkeert om te kunnen kwetsen volgens Goodin (1985). Als mensen kwetsbaar zijn, is het onze verantwoordelijkheid om ze te beschermen, binnen ethische afwegingen is het immoreel om mensen tegen hun wil in een onnodig afhankelijke situatie te brengen dan wel te houden (Goodin, 1985). Door Walker (2007) wordt het expressief-samenwerkings-model beschreven. Het expressief-samenwerkings-model gaat uit van morele verantwoordelijkheden binnen samenlevingsvormen. Walker beschrijft dat mensen inzicht in de structuur van de moraliteit in een praktijk krijgen door te onderzoeken van wat mensen nodig hebben en moeten weten om te leven volgens morele opvattingen binnen de samenleving (Walker, 2007). Walker veronderstelt dat verantwoordelijkheidsinvulling van belang is en dat het niet alleen gaat om kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid tussen individuele mensen. De invulling van verantwoordelijkheid zijn sociaal bepaald en maakt dat mensen niet gezamenlijk in dezelfde mate morele druk ervaren en onderwerp zijn van schuldgevoelens (Walker, 2007). Om de verantwoordelijkheidsinvullingen weer te geven is het volgens Walker (2007) nodig om een '*geographies of responsibility*' te creëren, omdat samenlevingsstructuren complex en moeilijk inzichtelijk kunnen zijn. Deze verantwoordelijkheidsinvulling die Walker (2007) benoemd geven inzicht in de sociale praktijken. Deze sociale praktijken hebben invloed op de ervaren morele verantwoordelijkheid van zorgverleners (Walker M. , 2007).

#### 4.4.3 Gedeelde verantwoordelijkheid

Hoewel Pettersen (2011) zorgverlening als dichotoom ziet, is zij in haar benadering van zorgverlening hybride. Dit wil zeggen dat zij rekening houdt met de belangen van de zorgverlener als wel van de zorgvrager. Zij heeft dit ondergebracht in het concept *mature care*. *Mature care* is sterk gericht op communicatie, informatie-uitwisseling en competentie bewaking (Tronto, 1993, p. 133). Hiermee stuurt Pettersen als het ware op een balanssituatie met betrekking tot verantwoordelijkheden bij

zowel de zorgverlener als de zorgvrager. Dit voorkomt het optreden van kwetsure als gevolg van misbruik of opoffering. Het voorkomt misbruik (te veel zorgvraag) of opoffering (het acteren voorbij de eigen competentie). Het zal duidelijk zijn dat dit proces een veelvuldige reflectie op de zorgrelatie impliceert (Pettersen, 2011). Daarmee wordt *care work* als een gedeelde verantwoordelijkheid gezien (Pettersen, 2011). Ook Eva Feder Kittay (1999) wijst in haar bijdragen op de kwetsbaarheid van zorgverlener in haar bijdragen over de morele aard van *dependency relations*. Kittay wijst hierin op de bijzondere kwetsbaarheid dat zorgwerk oplegt, voor wat betreft zowel de emotionele gehechtheid en genegenheid die gevoeld wordt voor de zorgvrager alsook voor het aspect uitbuiting van de zorgverlener. In dit verband stelt Kittay (1999) het volgende citaat: *"The obligation to one who is vulnerable to her actions on the one hand, and her lack of power, leave her handicapped. She is presumed to be an equal, but cannot function as an equal"* (Kittay, 1999, pp. 49-50). De zorgverlener heeft volgens Kittay verplichtingen jegens zichzelf bijvoorbeeld in het bewaken, ontwikkelen en gebruiken van de persoonlijke competenties in die zorg relatie. Alle betrokkenen buiten deze specifieke relatie staan, heeft een ethische verantwoordelijkheid om de zorgverlener niet op te offeren (Kittay, 1999). Dit principe wordt door Kittay *doulia* genoemd: *"Just as we have required care to survive and thrive, so we need to provide conditions that allow others—including those who do the work of caring—to receive the care they need to survive and thrive"* (Kittay, 1999, p. 107). *Mature care* benadrukt het relationele aspect van de personen die betrokken zijn bij de zorgrelatie. Verschillende zorgethici hebben het belang van zelfzorg benadrukt; de zorgverlener moet ook in haar eigen behoeften voorzien worden (Gilligan 1982; Kittay 1999). Het concept van *mature care* erkent dat men in principe evenveel zorg voor zichzelf moet hebben als voor anderen.

#### **4.5 Conclusie**

De bestudeerde zorgethische literatuur laat zich niet expliciet uit over morele weerbaarheid, wel zijn er voldoende zorgethische concepten aanwezig om een zorgethische visie over het thema morele weerbaarheid te belichten. In deze paragraaf is een antwoord geformuleerd op de theoretische deelvraag: "Welke inzichten biedt zorgethische literatuur over morele weerbaarheid?" Uit de beschreven literatuur blijkt de nadruk te liggen op het nemen van verantwoordelijkheid om kwetsbare mensen te beschermen (Goodin, 1985). De verantwoordelijkheidspraktijken van Walker (2007) geven inzicht in de sociale praktijken die invloed hebben op de ervaren morele verantwoordelijkheid van verpleegkundigen. Uit de theorie komt naar voren dat zowel de zorgvrager als de zorgverlener kwetsbaar zijn door de ervaren afhankelijkheid van de te ontvangen zorg en de zorgverlener door het ervaren van morele dilemma's. De theorieën over kwetsbaarheid lijken van toepassing en bruikbaar in de zorgpraktijk van dit onderzoek. De ideeën van Kittay (1999) over

afhankelijkheidsverplichtingen en Goodins (1985) ideeën over het kwetsbaarheidsmodel helpen om in te zien in hoeverre de verpleegkundige zelf kwetsbaar wordt door de zorg voor een kwetsbaar persoon en hoe de zorg voor de zorgverlener door anderen ingevuld moet worden (reflectie en ontwikkeling). Veerkracht is geen eigenschap die inherent is aan elk individu (Fineman, 2021), want persoonlijke factoren zoals waarden, overtuigingen, ervaringen, kennis en vaardigheden van verpleegkundigen naast contextuele factoren spelen allemaal een belangrijke rol in het moreel lijden (Lützén & Ewalds-Kvist, 2013). Het ontwikkelen van morele weerbaarheid casu quo het af laten nemen van kwetsbaarheid heeft collectieve steun nodig vanuit de samenleving en haar instellingen (Fineman, 2021). Het erkennen en benoemen zijn belangrijke stappen voor het creëren van een omgeving van integriteit in het ontwikkelen van morele weerbaarheid (Rushton, 2018). Het concept van *mature care* erkent dat men in principe evenveel zorg voor zichzelf moet hebben als voor anderen (Pettersen, 2011). Ook Gilligan (1982) en Kittay (1999) benadrukken het belang van zelfzorg, de zorgverlener moet namelijk ook in de eigen behoeften kunnen worden voorzien. Door vanuit het begrip *mature care* een praktijksituatie te toetsen, kan vastgesteld worden welke aspecten ontbreken om tot *mature care* te kunnen komen (normatief). Het ontwikkelen van morele gevoeligheid, ethische competenties en reflectievaardigheden bij verpleegkundigen in de thuiszorg is van groot belang voor het kunnen omgaan met de weerbarstigheid van de dagelijkse werksituaties.

## 5. Zorgethische discussie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vierde, verbindende, deelvraag: "Wat betekent het samenbrengen van de zorgethische inzichten over morele weerbaarheid en de geleefde ervaring van morele stress van verpleegkundigen in de thuiszorg voor goede zorg?" In navolging op de werkwijze van de Utrechtse Zorgethiek, vindt een dialoog plaats tussen de bevindingen vanuit de theorie en de fenomenologische ervaringen uitgewerkt vanuit de *critical insights*. In deze dialoog is aandacht voor overeenkomsten en tegenstrijdigheden en wordt gekeken op wat voor manier de ervaringen van de verpleegkundigen in de thuiszorg de theorie kan aanvullen en op wat voor wijze de theorie de gevonden inzichten kan verrijken.

De fenomenologische ervaringen (beschreven in hoofdstuk drie) gekoppeld aan de bevindingen vanuit de literatuurstudie (beschreven in hoofdstuk vier) laten zien dat contextualiteit een belangrijk bestandsdeel is in de mate waarin verpleegkundigen in de thuiszorg morele stress ervaren. Juist voor zorgverleners die veelal opereren in situaties waarin de hulpvrager zich in een afhankelijke en kwetsbare positie bevindt, is het van groot belang dat de hulpverlener de juiste keuzes kent en kan maken. Door Walker (2007) wordt dit omschreven als een '*geographies of responsibilities*'. Walker wilt hiermee zeggen dat de context waarin de zorgverlener zich bevinden, van invloed is op het gevoel van verantwoordelijkheid. Deze contextuele invloed is ook terug te zien bij verpleegkundigen in de thuiszorg uit de fenomenologische analyse. Sommige verpleegkundigen voelen zich moreel verantwoordelijk gehouden en benoemen dat zij hier (over)belast van kunnen raken. De theorie van Walker (2007) belicht dat het verantwoordelijkheidsgevoel van verpleegkundigen vooral uit de zorgpraktijk zelf komt. Zowel in de fenomenologische ervaringen als in de gevonden inzichten komt naar voren dat iedereen verantwoordelijkheid ervaart, maar wel vanuit zijn of haar perspectief, dit is een aanvulling op de theorie van Walker (2007). Het hangt van de context af in welke mate deze verantwoordelijkheid gevoeld wordt.

Uit de fenomenologische analyse komt naar voren dat verpleegkundigen onderling wel steun bij elkaar ervaren door tijdens de zorgroute laagdrempelig contact met elkaar op te nemen voor overleg of om te vragen hoe het gaat. Uit de fenomenologische analyse komt naar voren dat er afwisselend gereageerd wordt op of de verpleegkundige voldoende voor zichzelf zorgen en of er vanuit de organisatie, waar zij werken, voldoende zorg ontvangen. Op het moment ondervinden sommige verpleegkundigen dat zij onvoldoende ondersteuning krijgen vanuit de zorgorganisatie. Desondanks blijft de stap om naar kantoor te gaan, naar de teamleider, om hulp te vragen of iets te bespreken een drempel te hoog voor enkele verpleegkundigen. Door Goodin (1985) wordt dit omschreven als '*protecting the vulnerable*'. De theorie van Goodin duidt aan dat verpleegkundigen opereren in een



kwetsbaar werkveld. Als mensen kwetsbaar zijn, zijn hulpverleners dat ook. Juist in het vak van zorgverleners is de kans op kwetsbaarheid groter. Door de emotionele gehechtheid en genegenheid die gevoeld wordt voor de hulpvrager, kan de hulpverlener blootgesteld worden aan uitbuiting. De kwetsbaarheid van de ene partij komt voort uit de acties van een andere partij en deze beweging is een morele basis van speciale relaties tussen individuen (Goodin, 1985). Goodin wilt hiermee zeggen dat het onze verantwoordelijkheid is om kwetsbare mensen, zorgverleners, te beschermen.

In de theorie van Russell worden kenmerken van moreel leed genoemd. Deze kenmerken negatieve gevoelens, machteloosheid en onzekerheid worden ook in de fenomenologische ervaringen benoemd door de verpleegkundigen. De manier waarop lijden ervaren wordt, is afhankelijk van de context, capaciteiten en middelen (Rushton C. , 2018). De ervaring van lijden zorgt er vaak voor dat verpleegkundigen zich kwetsbaar voelen. Alle verpleegkundigen gaven aan een situatie in te kunnen beelden waarin zij zich machteloos hebben gevoeld, alleen niet alle verpleegkundigen konden dit een plek geven, waardoor verschillende emoties zich opstapelde. Deze vorm van kwetsbaarheid is terug te zien in de fenomenologische analyse, door de getoonde en genoemde emoties die dat oproept bij verpleegkundigen. Machteloosheid en wanhoop worden ook ervaren als de verpleegkundige vanuit haar perspectief goede zorg wilt geven, maar dat dit niet lukt omdat de patiënt het anders ziet. De inzichten van Lützén & Ewalds-Kvist (2013) tonen aan dat een gebrek aan controle, een trigger is voor het ontstaan van morele stress bij verpleegkundigen. Hiermee willen zij zeggen dat morele stress ontstaat als een verpleegkundige weet wat het juiste is om te doen voor de hulpvrager, maar dat institutionele controle of dwang het hen onmogelijk maakt om de juiste handelwijze na te streven (Lützén & Ewalds-Kvist , 2013). Dit betekent dat morele stress samenhangt met morele dilemma's, omdat de verpleegkundigen verantwoordelijkheden voelen, maar daar niet naar (kunnen) handelen. Door Lützén & Ewalds-Kvist (2013) wordt een verband gebracht tussen persoonlijke factoren en contextuele factoren voor het ontwikkelen van morele stress. Uit de fenomenologische analyse komt naar voren dat morele stress gepaard gaat met gevoelens van onmacht en gevoelens van onzekerheid en anderzijds toenemende gevoelens van verantwoordelijkheid. De verpleegkundigen die aangeven onzeker te zijn geven ook aan dat het soms teveel wordt en wanneer ze eigenlijk te lang door zijn gegaan en hun gevoelens opkroppen, het er dan pas uitkomt. Het is belangrijk dat verpleegkundigen hun gevoelens weten te herkennen, erover kunnen praten en een plek weten te geven. In de theorie wordt door Nortvedt (2007) het belang genoemd om de voor- en nadelen van morele kwesties te herkennen, zodat morele veerkracht onder verpleegkundigen bevordert kan worden.

Vanuit de theorie en de fenomenologische analyse zijn tot dusver veel overeenkomsten op te merken. Echter, uit de fenomenologische analyse kwam aanbod dat een respondent opmerkte het niet voldoende competent zijn in het verpleegkundigen handelen, niet iets te maken heeft met morele stress of de gevolgen daarvan. De respondent vindt dat iedereen sterke en minder sterke competenties heeft en het voor zich spreekt dat de één beter is dan de ander. In de theorie benoemen Holtz, Heinze, & Rushton (2018) het onvoldoende acteren van een zorgverlener kan leiden tot gevoelens van incompetentie en in de zorgpraktijk dit kan leiden tot een burn-out. Verder wordt door de respondenten uit de fenomenologische analyse gerefereerd naar de competenties die opgesteld staan in de CanMeds rollen, zij beamen als een verpleegkundige deze competenties beheerst, ook weerbaar is, omdat het specifiek omschreven staat in de CanMeds rollen. In de literatuurstudie wordt niet verwezen naar competenties zoals omschreven in de CanMeds rollen, maar refereren naar competenties, zonder specifiek te benoemen welke dat zijn. Daarnaast is er onwetendheid over het concept morele weerbaarheid bij de respondenten, in de literatuurstudie wordt ervanuit gegaan dat het een bekend concept is onder lezers van de literatuur en zorgprofessionals.

Door Kittay (1999) wordt een verband gebracht tussen de '*responsive obligation*' en de ervaren morele stress door verpleegkundigen. Deze druk die ervaren wordt door verpleegkundigen zou verminderd kunnen worden, als er ook voor de verpleegkundigen gezorgd wordt. Als er niet (voldoende) gezorgd wordt voor de zorgverleners, geeft Kittay (1999) aan dat er een risico is voor het ontstaan van overbelasting. In de fenomenologische analyse is terug te zien dat de gevolgen van het opstapelen van stress, zoals dat een casus onbespreekbaar bleef en het opstapelen van emoties, de meeste verpleegkundigen refereerde aan een burn-out. Echter, dat de meeste verpleegkundigen naar een burn-out refereren kan komen, omdat de term morele stress onduidelijk is of niet bekend is bij de verpleegkundigen. In de fenomenologische analyse komt naar voren dat het ervaren van morele stress bij verpleegkundigen meermaals komt door het niet op tijd vragen van hulp. Door verschillende verpleegkundigen wordt benoemd dat zij de situatie niet in de hand hebben en/ of er geen grip op hebben.

Pettersen haalt de theorie over *mature care* aan. *Mature care* benadrukt het relationele aspect van de personen die betrokken zijn bij de zorgrelatie. Vanuit dit perspectief betekent *mature care* volgens Pettersen (2011): rekening houden met de belangen van zowel jezelf als anderen. Het behelst dat *care work* gezien wordt als een gedeelde verantwoordelijkheid en erkent dat verpleegkundigen in principe evenveel zorg voor zichzelf moet hebben als voor de anderen. Volgens Gilligan (1982) en Kittay (1999) is het van belang dat de verpleegkundigen ook in haar eigen

behoeften voorzien worden. Door vanuit het begrip *mature care* naar een situatie te kijken, kan gezien worden welke aspecten ontbreken om tot *mature care* te kunnen komen. De mogelijkheid tot een dialoog en reflectie kunnen ontbreken, hierdoor kan de zorg geen gedeelde verantwoordelijkheid worden. In de fenomenologische analyse komt naar voren dat een verantwoordelijkheid gedeeld wordt als verpleegkundigen de ruimte krijgen om een lastige kwestie bespreekbaar te maken. Daarnaast komt naar voren dat het eigen handelen van de verpleegkundigen versterkt wordt door te reflecteren met elkaar, naar elkaar te luisteren en te aanschouwen. Desalniettemin, beschouwen de respondenten uit de fenomenologische analyse het als hen verantwoordelijkheid om vaardigheden als weerbaarheid te ontwikkelen, en zien zij dit niet als een gedeelde verantwoordelijkheid.

In de theorie wordt aangehaald dat het verpleegkundigen ontbreekt aan het cultiveren van morele weerbaarheid. In de fenomenologische analyse wordt beaamd dat er onwetendheid is over het concept morele weerbaarheid bij verpleegkundigen. Rushton (2018) geeft voor deze kwestie aandacht aan in haar theorie, het is van fundamenteel belang om een gezonde werkplek te creëren. Ook Lützné & Ewalds-Kvist (2013) benoemen dat morele stress bij verpleegkundigen verminderd of voorkomen kan worden door een gevoel van persoonlijke controle en een omgeving met vertrouwen en steun. Door de verpleegkundigen in de fenomenologische analyse is het herkennen van morele stress en het erkennen van kwetsbaarheid, een eerste richting in het cultiveren van morele weerbaarheid. Volgens Lützné & Ewalds-Kvist (2013) ontstaat bij het delen van gevoelens met het professionele team over een moreel verontrustende situatie, een open sfeer die morele reflectie voedt en morele keuzevrijheid bevordert. Ook Rushton (2018) benoemt dat het erkennen, benoemen, er een stem aangeven belangrijke stappen zijn voor het creëren van een omgeving van integriteit en het ontwikkelen van morele weerbaarheid (Rushton, 2018). In de fenomenologische analyse voelt het voor de meeste verpleegkundigen als een opluchting om te praten over lastige kwesties of elkaar te bevragen hoe andere het zouden aanpakken. Ook is de betrokkenheid van het team en van de teamleider een aanmoediging om met elkaar in gesprek te gaan in plaats van het alleen op te lossen en de emoties weg te stoppen. In de theorie wordt aangeduid dat morele weerbaarheid moet worden bevordert. Om morele weerbaarheid door verpleegkundigen te kunnen ontwikkelen moet verantwoordelijkheid genomen worden en is collectieve steun nodig van de zorgorganisatie in het herkennen en bespreekbaar maken van morele stress, voor het cultiveren van morele weerbaarheid (Fineman, 2021).

Deze beschreven inzichten in voorafgaande alinea's geven de mogelijkheid tot het ontwerpen van persoonlijke ontwikkelingsplannen van de zorgprofessional. De mogelijkheid tot een dialoog en

reflectie binnen de organisatie kunnen ontbreken, hierdoor kan de zorg geen gedeelde verantwoordelijkheid worden. Het ontwikkelen van morele gevoeligheid, ethische competenties en reflectievaardigheden bij verpleegkundigen is van groot belang voor het kunnen omgaan met de weerbaarheid van de dagelijkse werksituaties. De theorie laat zien dat morele stress kan ontstaan als er onvoldoende ruimte is voor reflectie van (moreel) lastige situaties. Aandacht voor morele vraagstukken, machtsverhoudingen en (zorg)relaties zijn belangrijk voor het ontwikkelen van morele competenties en reflectievaardigheden. Dit is belangrijk omdat moraliteit zich altijd zal afspelen in een context tussen mensen en niet voortkomt uit rationele principes, maar uit een relationele (zorg)praktijk.

### **5.1 Samenvatting**

De vierde deelvraag stond in dit hoofdstuk centraal: “Wat betekent het samenbrengen van de zorgethische inzichten over morele weerbaarheid en de geleefde ervaring van morele stress van verpleegkundigen in de thuiszorg voor goede zorg?” Er is naar voren gekomen dat het belangrijk is dat zorgverleners de juiste keuzes kennen en kunnen maken, juist als de hulpvrager zich in een afhankelijke en kwetsbare positie bevindt. Walker (2007) heeft dit omschreven als een ‘*geographies of responsibilities*’. Het verantwoordelijkheidsgevoel van de verpleegkundige in de thuiszorg komt uit de zorgpraktijk zelf. Uit de fenomenologische analyse komt naar voren dat gevoelens van onmacht, gevoelens van onzekerheid en anderzijds toenemende gevoelens van verantwoordelijkheid gepaard gaan met morele stress. Deze opsomming van gevoelens van onmacht, onzekerheid en verantwoordelijkheid kunnen het gevolg zijn van het onvoldoende kunnen acteren van een verpleegkundige in de thuiszorg. Het onvoldoende kunnen acteren van een verpleegkundige in de thuiszorg kan leiden tot gevoelens van incompetentie en het ervaren van morele stress. Door Kittay (1999) wordt een verband gebracht tussen de ‘*responsive obligation*’ en de ervaren morele stress door verpleegkundigen. Het is van belang de er ook naar de behoeften van de verpleegkundigen in de thuiszorg gekeken wordt, zodat morele weerbaarheid gecultiveerd wordt en de verpleegkundige in de thuiszorg grip krijgt op situaties die tot morele stress lijden (Gilligan, 1982; Kittay, 1999). Door vanuit het begrip *mature care* naar een situatie te kijken, kan gezien worden welke aspecten ontbreken om tot *mature care* te kunnen komen. Door gevoelens over moreel verontrustende situaties te delen met het professionele team, kan een open sfeer ontstaan die morele reflectie voedt (Lützén & Ewalds-Kvist, 2013).

## 6. Eindconclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag van dit zorgethisch onderzoek. In de voorgaande hoofdstukken drie, vier en vijf van dit onderzoek is antwoord gegeven op de deelvragen. De hoofdvraag betreft: “Wat zijn de geleefde ervaringen van verpleegkundigen in de thuiszorg bij morele stress en welke zorgethische inzichten biedt de zorgethiek over morele weerbaarheid bij verpleegkundigen?” In het beantwoorden van de hoofdvraag is een samenstelling gevormd met de antwoorden van de eerder omschreven deelvragen. Een antwoord op de hoofdvraag zal eerst geformuleerd worden in paragraaf 6.1, om vervolgens dit hoofdstuk af te sluiten met aanbevelingen in paragraaf 6.2, voor vervolgonderzoek en voor de praktijk.

### 6.1 Eindconclusie

De geleefde ervaring van de verpleegkundigen wordt gekenmerkt door een complexe gelaagdheid van morele verantwoordelijkheid en emoties. Binnen deze complexe gelaagdheid vindt een strijd plaats tussen gepaste verantwoordelijkheid en *gesteund voelen en onbegrepen worden* bij de verpleegkundigen. Er is onduidelijkheid enerzijds over het vragen van hulp en het signaleren van de hulpvraag tussen verpleegkundigen en anderzijds tussen verpleegkundigen en de teamleider. Hierop voortbordurend speelt *het eigen ongemak* een grote rol in deze problematiek. Een moreel dilemma wordt niet herkend of niet besproken, met andere verpleegkundigen en/of de teamleider, door het ervaren van onzekerheid, persoonlijke eigenschappen en achtergrond van verpleegkundigen. De *draagkracht en draaglast* van de verpleegkundigen is voor elk individu anders, hierdoor ervaren sommige verpleegkundigen een gevoel van geen controle hebben op de situatie, waarin verdriet, wanhoop, machteloosheid, boosheid, onzekerheid en veiligheid met elkaar verweven zijn en wat morele stress kan bewerkstelligen. Met *betrokkenheid* onder de verpleegkundigen en tussen de verpleegkundigen en de teamleider voelen verpleegkundigen zich veilig en sterk staan. Een betrokken en open houding schept mogelijkheden voor het delen van vreugde en leed. Geen van de verpleegkundigen wil haar verdriet voor zich houden of een lastig zorg moment *alleen dragen*. Een andere belangrijke aanvulling is om als verpleegkundige bewust te zijn van eigen kwaliteiten en de kwaliteiten van collega's om elkaar te kunnen aanvullen. Het ontwikkelen van morele veerkracht is procesmatig weergeven. De eerste stap in het proces is dat verpleegkundigen in de thuiszorg erkennen dat zij niet alleen zijn en werkzaamheden en/of stress bespreekbaar kunnen maken, deze stap begint bij herkennen van morele stress door verpleegkundigen in de thuiszorg en in de organisatie waar zij werkzaam zijn. Een volgende stap in het proces is dat verpleegkundigen in de thuiszorg ondersteuning van de organisatie, alsook ondersteuning van de collega's nodig voor het cultiveren van morele weerbaarheid. Het *cultiveren van veerkracht* begint bij het erkennen van kwetsbaarheid van verpleegkundigen. Zorg is niet primair contextueel, maar ook dynamisch. Bij een

verandering in een zorgvraag vraagt dit van de zorgorganisatie een regelmatige reflectie op de ontwikkelingen bij de zorgvrager enerzijds en van de zorgverlener een zodanige competentie dat zij ook zelf kan aangeven nog wel/ niet meer voldoende competent te zijn voor het vervullen van de zich ontwikkelende zorgvraag. De relationele dynamiek speelt zich af tussen de zorgvrager, zorgverlener en zorg leverende organisatie en tussen de zorgvrager en de zorg leverende organisatie. De zorg leverende organisatie is verantwoordelijk voor een goede afstemming tussen een passend zorgaanbod op de zorgbehoefte. Dit vraagt naast competentie van de zorgverlener voldoende assertiviteit om zichzelf te beschermen tegen uitbuiting door de zorgvrager en de zorg leverende organisatie. Begrip voor en erkenning van morele stress lijken bestaansvoorwaarde om morele weerbaarheid te kunnen cultiveren onder verpleegkundigen. Het bespreken van lastige kwesties door verpleegkundigen versterkt hun eigen handelen en daarmee voelen zij zich meer competent.

Er zijn hiaten ontdekt tussen de bestudeerde zorgethische literatuur en de empirische bevindingen. Uit de empirische bevindingen is naar voren gekomen dat er een grote onwetendheid is onder verpleegkundigen in de thuiszorg over het concept morele stress, alsook morele weerbaarheid. In de bestudeerde literatuur is het concept morele weerbaarheid gebruikt. Echter, is het onbekend of het concept morele weerbaarheid ook bekend is onder zorgprofessionals in de bestudeerde zorgethische literatuur. Daarnaast is in de bestudeerde literatuur steeds naar competenties verwezen, het is onduidelijk wat deze specifiek inhouden. Terwijl in de empirische bevindingen verwezen is naar specifieke verpleegkundigen competenties, de CanMeds rollen. Daarnaast zijn er ook overeenkomsten tussen de bestudeerde zorgethische literatuur en de empirische bevindingen, aangezien hieruit blijkt dat relationaliteit een belangrijk begrip is voor verpleegkundigen. De ervaren verantwoordelijkheid die door verpleegkundigen ervaren wordt en hoe deze verdeeld wordt is van invloed op de relationaliteit. Aangezien de relationele dynamiek zich af speelt tussen de zorgvrager, zorgverlener en zorg leverende organisatie en tussen de zorgvrager en de zorg leverende organisatie. De *critical insights 'kwetsbaarheid'* en *'verantwoordelijkheid'* spelen in alle empirische verhalen een rol, ondanks dat de betekenisgeving aan en ervaring met voor alle verpleegkundigen anders en veranderlijk is. In navolging van de kwetsbaarheidstheorie in het verminderen van kwetsbaarheid, is veerkracht geen eigenschap die inherent is aan een individu. Het bewustzijn van de context en het erkennen van kwetsbaarheid onder verpleegkundigen is dan ook van belang, want het ontwikkelen van morele weerbaarheid heeft collectieve steun van de samenleving en haar instellingen nodig (Fineman, 2021). Daarom moet een wederzijds dialoog worden gestart en vanuit gedeelde zorgverantwoordelijkheden moet een breder maatschappelijk draagvlak voor ondersteuning aan verpleegkundigen gevormd worden. Want het erkennen, benoemen en een stem geven aan morele stress zijn belangrijke stappen voor het creëren van een omgeving van integriteit en het ontwikkelen van morele weerbaarheid (Rushton, 2018). Morele

stress kan ontstaan als er onvoldoende ruimte is voor reflectie van (moreel) lastige situaties. Aandacht voor morele vraagstukken, machtsverhoudingen, (zorg)relaties en lichamelijke is belangrijk voor het ontwikkelen van morele competenties en reflectievaardigheden. Dit is belangrijk omdat moraliteit zich altijd zal afspelen in een context tussen mensen en hun lichamelijke en niet voortkomt uit rationele principes, maar uit een relationele (zorg)praktijk. Door vanuit het begrip *mature care* naar een situatie te kijken, kan gezien worden welke aspecten ontbreken om tot *mature care* te kunnen komen. De mogelijkheid tot een dialoog en reflectie kunnen ontbreken, hierdoor kan de zorg geen gedeelde verantwoordelijkheid worden.

## 6.2 Aanbevelingen

Vanuit dit zorgethisch onderzoek zijn aanbevelingen te doen voor verder (zorgethisch) onderzoek. Dit zorgethisch onderzoek heeft zich toegespitst op het cultiveren van morele weerbaarheid bij verpleegkundigen, dit onderzoek is specifiek gericht op verpleegkundigen, vervolgonderzoek zou gericht kunnen zijn op andere disciplines om een rijker beeld te krijgen van de betekenis van en de ervaring met morele stress. Verder zou vervolgonderzoek gericht kunnen zijn op partners en naasten, dit is relevant zodat een veelzijdig begrip over de ervaring met en betekenis van morele stress gecreëerd kan worden. Zo kan er toegespitst worden op de tweede laag (zorgpraktijk) van de drietrappige Utrechtse zorgethiek (Leget et al., 2017). Een andere interessante aanvulling kan zijn als een vergelijkbaar onderzoek gedaan wordt in een organisatie die inspeelt in het cultiveren van morele weerbaarheid, zodat zorgorganisatie van elkaar kunnen leren. Participanten van dit onderzoek waren blanke vrouwen. Aanvullend hierop zou het verschil in gender onderzocht kunnen worden, wat de geleefde ervaring van mannen zijn, door deze discourses met elkaar te vergelijken kan meer inzicht worden verkregen in het ervaren van morele stress en het cultiveren van morele weerbaarheid. Een laatste aanbeveling voor vervolgonderzoek zou het includeren van verpleegkundigen met een andere culturele achtergrond zijn. Hoe is de geleefde ervaring van morele stress en het cultiveren van morele weerbaarheid vanuit een andere cultuur en daarmee een ander discours als Nederland. **Een aanbeveling voor de praktijk zal zijn om in gesprek te gaan over goede zorg en ethische dilemma's in de dagelijkse zorgpraktijk. Daarvoor raad ik aan om gestructureerd een instrument te gebruiken, zoals CURA om laagdrempelig stil te staan bij zorgethische dilemma's.**

## **7. Kwaliteit van het onderzoek**

In dit afsluitende hoofdstuk wordt de kwaliteit bekritiseerd en de beperkingen van het onderzoek besproken. Een aantal criteria, beschreven in paragraaf 3.9, zijn in acht genomen om de kwaliteit van het onderzoek te kunnen waarborgen.

### **7.1 Betrouwbaarheid**

In dit onderzoek is de betrouwbaarheid gewaarborgd door onder meer door de stappen tijdens het onderzoeksproces transparant te maken. Dit is gedaan door een schematisch format op te stellen (bijlage 6) waarin de methodologische stappen van Osborn en Smith (2008) tijdens alle fasen van het onderzoek zijn weergegeven. Ook heeft *bridling* plaatsgevonden door het schrijven van memo's en het bijhouden van een reflexieve logboek. Tijdens het analyseproces zijn verbanden tussen interviews en het theoretisch kader beschreven, maar zijn ook vooronderstellingen en nieuwe inzichten in memo's bijgehouden. Het schrijven en bewustzijn van mijn eigen positie als onderzoeker hebben bijgedragen om een kritische en open houding gedurende het onderzoek te kunnen waarborgen (Finlay, 2008).

### **7.2 Geloofwaardigheid**

In dit onderzoek is de geloofwaardigheid gewaarborgd om zo dicht mogelijk bij de woorden en de taal van de verpleegkundigen (respondenten) te blijven tijdens het analyseren van de data (Creswell, 2013). De verkregen data, zijn letterlijk getranscribeerd, waarin naast het verbale ook het non-verbale belicht werd, zoals emoties als lachen, maar ook werden stiltes, houdingen, gebaren en gezichtsuitdrukkingen vastgelegd. Deze waargenomen emoties, houding en uitdrukking zijn meegenomen tijdens het analyseren, zodat er een diepere betekenis aangegeven kon worden (Hamington, 2015). De onderzoeker heeft geprobeerd om tijdens het analyseproces zo dicht mogelijk bij de gesproken en onbesproken taal van de participanten te blijven, dit is gedaan door thema's te gebruiken die letterlijk uitgesproken zijn. Het originele transcript is aan de participanten gegeven, om na te gaan of zij zich hierin konden vinden. Tijdens het onderzoek is er gebruik gemaakt van verschillende databronnen, zoals mediaberichten, zorgethische en niet-zorgethische literatuur. Vanuit de ruwe data zijn de bevindingen opgebouwd, dit betekent dat de onderzoeker geen nauwkeurig bepaald idee van de theorie had, maar de ervaringen van de verpleegkundigen (respondenten) leidend waren. Triangulatie is toegepast om de geloofwaardigheid van mijn bevindingen binnen dit onderzoek te vergroten (Creswell & Poth, 2018). Gedurende het onderzoek heeft een onafhankelijke begeleider en mijn thesisbegeleider ieder hoofdstuk van feedback voorzien, zij gingen onder meer na of de gebruikte literatuur door mij op de juiste manier geïnterpreteerd werd.



### 7.3 Overdraagbaarheid

Dit onderzoek heeft een kleine onderzoekseenheid, hierdoor moet de generaliseerbaarheid niet begrepen worden in absolute zin. Vanuit methodologisch oogpunt kan gesteld worden dat er sprake is van een selectiebias (Creswell, 2013). Er is onvoldoende heterogeniteit binnen de onderzoekseenheid, het waren allemaal vrouwen en is er niet gekeken naar sociaal-culturele achtergronden, wel is er rekening gehouden met het opleidingsniveau. Echter, ben ik als onderzoeker mij ervan bewust dat ik niet alle perspectieven van verpleegkundigen hiermee heb kunnen representeren (Creswell & Poth, 2018). Daarnaast is het onwenselijk om uitspraken te doen over een gehele groep, aangezien elke participant uniek en veranderlijk van aard is (Leget et. Al., 2017). Met overdraagbaarheid wordt bedoeld of de inzichten uit het onderzoek ook geldend zijn voor anderen of voor hun onderzoek (Creswell, 2013). Om een zo helder mogelijk beeld te scheppen zijn methoden, technieken en concepten geschreven en heb ik als onderzoeker een rijke beschrijving gegeven van de context en bevindingen (Creswell, 2013). Met mijn onderzoeksresultaten probeer ik een perspectief te bieden tussen morele stress en het cultiveren van morele weerbaarheid. De lezer van dit onderzoeksverslag – verpleegkundigen, beleidsmakers of zorgethici – moet vooral zelf beoordelen in welke mate mijn bevindingen, resultaten en interpretaties herkend worden en aandacht verdienen.

### 7.4 Beperkingen

In het kader van de kwaliteit van het onderzoek, zijn er verschillende beperkingen te benoemen. **De eerste beperking is de kleine reikwijdte, met slechts vier respondenten. Daarnaast kan ik niet uitsluiten dat mijn eigen ervaringen als verpleegkundige invloed heeft gehad op het onderzoek, ondanks mijn reflexiviteit en open houding.** Dit betekent dat er een mogelijkheid bestaat dat ik gedurende het onderzoek bepaalde onderwerpen meer ruimte heb gegeven dan andere onderwerpen. Daarnaast ben ik als onderzoeker ook onderdeel van de organisatie waar de verpleegkundigen zijn geïnterviewd. Ook dit kan erin bijgedragen hebben dat mijn eigen interpretatie of ervaring invloed heeft gehad op het onderzoek. In het eerste interview merkte ik op dat ik minder doorvroeg op bepaalde thema's omdat ik het herkenden. Doordat ik elk interview meteen transcribeerde, heb ik dit voor de andere interviews kunnen bijstellen. Bij het schrijven van het logboek en memo's heb ik gepoogd zoveel mogelijk transparant te zijn over mijn eigen ervaringen en gedachten. De participanten heb ik zelf laten beslissen of zij het interview live of online zouden willen hebben, dit heeft ertoe geleid dat één interview online plaats heeft gevonden via Microsoft Teams. Als het gesprek niet online was geweest, had het wellicht andere bevindingen opgeleverd en had er meer non-verbale communicatie opgemerkt kunnen worden. Tot slot was het de eerste keer voor mij dat ik zelfstandig een zorgethisch onderzoek uitvoer als (student) onderzoeker. Tijdens het

onderzoeksproces heb ik mijn eerste ervaring opgedaan en werd ik deskundig begeleid vanuit de opleiding en door een onafhankelijke begeleider en heb ik van beide partijen feedback mogen ontvangen gedurende het proces.

## Bibliografie

- Andreoli, T. (2014). *De vijf beste ideeën van Immanuel Kant volgens Thomas Nys*. Geraadpleegd op De Groene Amsterdammer, van <https://www.groene.nl/artikel/de-vijf-beste-ideeen-van-immanuel-kant-volgens-thomas-nys>
- Baur, V., van Nistelrooij, I., & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20(4), 483-493. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9770-5>
- Benhabib, S. (1987) The generalized and the concrete other: the Kohlberg-Gilligan controversy and moral theory. In: Kittay EV, Meyers DT (eds) *Women and moral theory*. Rowman & Littlefield, Lanham, pp 154–177
- Burton, B., & Dunn, C. (2013). *Ethics of care: Ethics and philosophy*. Opgehaald van Encyclopedia Britannica: <https://www.britannica.com/topic/ethics-of-care>
- Creswell (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design*. Thousand Oaks, Canada: SAGE Publications.
- Creswell, J., & Poth, C. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Sage, United Kingdom: Sage Publications, Inc.
- Dartel, van & Molewijk, (2014). *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad*. Amsterdam: Boom
- De Villers, M., & DeVon, H. (2013). *Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units*. *Nursing Ethics*, 20(5), 589-603. <https://doi.org/10.1177/0969733012452882>
- Denier, Y. (2021). *'Is dit het beste wat ik kan doen?' Ethische reflecties over goede zorg bij schaarste en beperkingen*. Tijdschrift voor psychiatrie: <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/63-2021-10-artikel-denier.pdf>
- Federatie Medisch Specialisten en V&VN. (2021). *Herstelplan voor de zorg*. Opgehaald van Rijksoverheid: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/08/30/herstelplan-voor-de-zorg>
- Fendel, J., Bürk, J., & Göritz, A. (2019). *Mindfulness-based interventions to reduce burnout and stress in physicians: a study protocol for a systematic review and meta-analysis*. *BMJ Open*, 9(11), e032295. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032295>
- Fineman, M. (2021). *Universality, Vulnerability, and Collective Responsibility*. SSRN: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3869039](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3869039)
- Finlay, L. (2008). *A Dance Between the Reduction and Reflexivity: Explicating the "Phenomenological Psychological Attitude"*. *Journal of Phenomenological Psychology*, 39(1), 1–32: <https://doi.org/10.1163/156916208x311601>
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Given, L. (2008). *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Opgehaald van <https://doi.org/http://dx.doi.org.proxy.library.uu.nl/10.4135/9781412963909>.
- Goodin, RE. (1985). *Vulnerabilities and Responsibilities: An Ethical Defense of the Welfare State*. *American Political Science Review* 79(03): 775–787
- Hamington, M. (2004). *Embodied Care: Jane Addams, Maurice Merleau-Ponty and Feminist Ethics*. Illinois: University of Illinois Press
- Hamington, M. (2012). Care ethics and corporal inquiry in patient relations. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. 5(1), 52-69. <https://doi.org/10.2979/intjfemappbio.5.1.52>
- Held (1993). *Feminist Morality: Transforming Culture, Society, and Politics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Held (2006). *The Ethics of Care*. New York, NY: Oxford University Press
- Holtz, H., Heinze, K., & Rushton, C. (2018). *Interprofessionals' definitions of moral resilience*. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (3-4), e488-e494. <https://doi.org/10.1111/jocn.13989>

- Janssen van Doorn, K. (2015). *Moreel beraad ook voor de zorgpraktijk van België relevant? Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek* 25(1): 37-38
- Johnson, C., & Parry, D. (2015). *Fostering Social Justice Through Qualitative Inquiry*. London & New York: Routledge.
- Kant, I. (1786). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Leipzig: Reclam Philipp Jun.
- Kittay, E. (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*. London/New York: Routledge.
- Kittay, E. F. (2019). *Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency* (2de ed.). Abingdon, Great Britain: Routledge.
- Kohlen H. (2018). *Caring about Care in the Hospital Arena and Nurses' Voices in Hospital Ethics Committees: Three Decades of Experiences*. In: Krause F & Bold J (red.). *Care in Healthcare. Reflections on theory and practice*. Cham: Palgrave Macmillan, 2018, 237-263.
- Kole, JJ. (20018). *Beroepszeer en moral distress vanuit beroepsethisch perspectief*. In: Engelen B van, Wilt GJ van der & Levi M (red.). *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, pp. 225-235.
- Kompanje , E. (2013). *Vermoed van betrokkenheid*. CRITIC CARE 10, 14-15.  
<https://link.springer.com/article/10.1007/s12426-013-0053-8>
- Leget, C., van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26 (1), 19.  
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733017707008>
- Levine, C.; Faden, R.; Grady, C.; Hammerschmidt, D.; Eckenwiler, L.; Sugarman, J. (2004). *The Limitations of "Vulnerability" as a Protection for Human Research Participants*. *American Journal of Bioethics* 4 (3): pp. 44-49.
- Luna , (2018). *Identifying and evaluating layers of vulnerability – a way forward*. Opgehaald van:  
<https://doi.org/10.1111/dewb.12206>
- Lorey, (2012). *State of Insecurity: Government of the Precarious*. London: Verso: 1-15
- Lützén, K. & Ewalds-Kvist, B., (2013). *Moral Distress and its Interconnection with Moral Sensitivity and Moral Resilience: Viewed from the Philosophy of Viktor E. Frankl*. <https://DOI.10.1007/s11673-013-9469-0>
- Maben, J., M. Adams, R. Peccei, T. Murrells, and G. Robert. 2012. 'Poppets and parcels': the links between staff experience of work and acutely ill older peoples' experience of hospital care. *Inter- national Journal of Older People Nursing* 7 (2): 83–94.
- Meek Lange, Rogers, & Dodds (2013). *Vulnerability in Research Ethics: A way forward*. *Bioethics*: 27: 333–340
- Noddings, N. (1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley/Los Angeles: University of California Press
- Norvedt, (2007). *Sensibility and clinical understanding*. *Medicine, health care and philosophy* 11: 209–219
- Pettersen, T. (2011). *Conceptions of Care: Altruism, Feminism, and Mature Care*. *Hypatia*, 27(2), 366–389. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01197.x>
- Plantinga S. & van Rooijen, R., (2021). *De sector Zorg & Welzijn gedurende de coronapandemie*. Geraadpleegd op FNV, van  
<https://userfiles.mailswitch.nl/c/d3027160536e2bff2b61f93f106bf854/1284-59f34bb65a7fceffb95f21686e156ecc.pdf>
- Pulicini, E. (2013). *Care of the World: Fear, Responsibility and Justice in the Global Age*. Dordrecht/ Heidelberg/New York/London: Springer
- Pulcini, E. (2017). *What Emotions Motivate Care?* *Emotion Review*, 9(1), 64-71. <https://DOI:10.1177/1754073915615429>
- Reenen, van & Nistelrooij, van, (2019). *A spoonful of care ethics: The challenges of enriching medical education*. *Nursing Ethics* 26(4): 1160-1171
- Rushton , C., & Carse , A. (2016). *Towards a New Narrative of Moral Distress: Realizing the Potential of Resilience*. *The Journal of Clinical Ethics* 2016 Fall;27(3):214-218 PMID: 27658276

- Rushton, C. (2016). *Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care*. AACN Advanced Critical Care 27 (1) 111-119. <https://doi.org/10.4307/aacnacc2016275>
- Rushton, C. (2017). *Cultivating Moral Resilience Shifting the narrative from powerlessness to possibility*. AJN Vol. 117, No. 2. <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00000446-201702001-00003.pdf>
- Rushton, C. (2018). *Moral Resilience: Transforming Moral Suffering in Healthcare*. Oxford, Verenigd Koninkrijk: Oxford University Press.
- Rushton, C., Caldwell, M., & Kurtz, M. (2016). *Moral Distress: A Catalyst in Building Moral Resilience*. The American journal of nursing, 116(7), 40-49. <https://DOI:10.1097/01.NAJ.0000484933.40476.5b>
- Sala Defilippis, T., Curtis, K., & Gallagher, A. (2019). *Conceptualising moral resilience for nursing practice*. Nursing inquiry, e12291. <https://doi:10.1111/nin.12291>
- Sander-Staudt, M. (2022). Internet Encyclopedia of Philosophy. Geraadpleegd op Internet Encyclopedia of Philosophy, van <https://iep.utm.edu/care-ethics/>
- Smith, D.W. (2013). Phenomenology. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Edward N. Zalta (ed). Geraadpleegd op 22 mei van, <https://plato.stanford.edu/archives/win2013/entries/phenomenology/>
- Smit, J. (2015). *Antwoord geven op het leven zelf. Een onderzoek naar de basismethodiek van de geestelijke verzorging*. Delft: Eburon.
- Smith, J., & Osborn, M. (2015). *Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain*. Opgehaald van British Journal of Pain, 9(1), 41-42: <https://doi.org/10.1177/2049463714541642>
- Stanford Encyclopedia of Philosophy, (2022). *Kant's Moral Philosophy*. Geraadpleegd op 10 mei 2022, van <https://plato.stanford.edu/entries/kant-moral/#AimMetMor>
- Tonkens E. (2004). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publiek sector*. Utrecht: NIZW-Uitgeverij.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: A Political Argument for an Ethics of Care*. New York: Routledge.
- van Beelen, A. (2018). *Het draait om veerkracht van verpleegkundigen*. TVZ, 128(2), 10-13. <https://doi.org/10.1007/s41184-018-0109-3>
- Universiteit Utrecht, (2022). *Wetenschapsfilosofie*. Geraadpleegd op 20 mei 2022, van <https://www.uu.nl/wetfilos/bijsluiter/woordenlijstethiek.html>
- Walker, M. (2007). *Moral Understandings* (2de ed.). Oxford, Verenigd Koninkrijk: Oxford University Press.
- Wang, Q., Fink, E., & Cai, D. (2012). *The Effect of Conflict Goals on Avoidance Strategies: What Does Not Communicating Communicate?* Human Communication Research, 38(2), 222-252. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2011.01421.x>
- Wijngaarden van, E. (2015). Fenomenologisch onderzoek naar voltooid leven bij ouderen. Deel II van een tweeluik. *Kwalon. Tijdschrift voor kwalitatief onderzoek*, 26(1), 34-39. Geraadpleegd van, [https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift\\_artikel/KW-20-1-34/Fenomenologisch-onderzoek-naar-voltooid-leven-bij-ouderen](https://www.tijdschriftkwalon.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/KW-20-1-34/Fenomenologisch-onderzoek-naar-voltooid-leven-bij-ouderen)
- Young, P., & Rushton, C. (2017). *A concept analysis of moral resilience*. Nursing Outlook, 65(5), 579-587. <https://doi:10.1016/j.outlook.2017.03.009>

## Bijlagen

### Bijlage 1: Fasering

Datum begeleidingsbijeenkomsten (online/fysiek) Voorstel:	Inhoud	Deadline inleveren
TEAMS donderdag 3 februari, 15:00 – 16:00	Kennismaking/maken planning Waarom dit onderwerp gekozen? Wat raakt je? Planning bijeenkomsten bespreken. Contact leggen met Vilente per mail om het concept onderzoeksopzet op te sturen, inclusief informatiebrief.	
7 tot 11 februari	Aanleiding onderzoek uittypen en zoeken naar literatuur. Maatschappelijk en wetenschappelijk probleem. Maak werkdefinities van centrale begrippen.	
14 tot 18 februari	Hoofd- en deelvragen formuleren. Formuleren van interne en externe doelstelling. Bijhorende documenten en formulieren voor de bijlagen opzoeken en invullen.	
Donderdag 17 febr. live op UvH lokaal 1.23 17:30 – 18:15	Bespreken voorgang probleemstelling en onderzoeksopzet. Waar loop je tegenaan?	Vragen inleveren uiterlijk 13 febr bij Susanne
21 tot 25 februari	Methode beschrijven	
1 maart	Onderzoeksvoorstel sturen	1 maart 2022 (uitslag 15 maart 2022)
28 februari tot 4 maart	Opslaan data: aanvragen opslagruimte	
7 maart tot 11 maart	Literatuurstudie	
14 maart tot 18 maart	Probleemstelling aanscherpen/feedback verwerken onderzoeksopzet Interview & logboek	
Donderdag 17 maart TEAMS 17:30 – 18:15	Bespreken feedback Inleiding/probleemstelling en relevantie	Uiterlijk inleveren 13 maart bij Susanne
21 maart tot 25 maart	Literatuurstudie	
28 maart tot 1 april	Theoretische deelvraag beantwoorden	
Donderdag 31 maart TEAMS 17:30 – 18:15	Bespreken feedback Theoretisch kader en methode	Uiterlijk inleveren 27 maart bij Susanne
4 april tot 8 april	Interview voorbereidingen treffen	
11 april tot 15 april	Interviews houden	
18 april tot 22 april	Data analyse & empirische vraag beantwoorden	

25 april tot 29 april	Data analyse & empirische vraag beantwoorden	
Donderdag 28 april TEAMS 17:30 – 18:15	Bespreken feedback Resultaten en zorghetische analyse	Uiterlijk inleveren 24 april bij Susanne
2 mei tot 6 mei	Synthetiserende deelvraag beantwoorden	
9 mei tot 13 mei	Conclusie, discussie en aanbevelingen schrijven	
16 mei tot 20 mei	Conclusie, discussie en aanbevelingen schrijven	
Donderdag 19 mei TEAMS 17:30 – 18:15	Bespreken feedback conclusie	Uiterlijk inleveren 15 mei bij Susanne
<b>Feedback verwerken en ruimte voor aanpassingen</b>		
	Masterthesis	17 juni 2022 (uitslag 30 juni 2022) HER: 15 juli 2022 (uitslag 24 aug 2022)

Bijlage 2: Datamanagementplan

<b>1</b>	<b>Administratieve informatie</b>	
1.a	Werktitel Ma-thesis, student, begeleider, meeleezer, eventuele externe opdrachtgever(s), datum van dit plan en van eerdere versies	Zie voorblad
1.b	Wie is de eerstverantwoordelijke voor het datamanagement?	Jip Kersten Susanne van den Hooff
<b>2</b>	<b>Beschrijving van de data</b>	
2.a	Worden bestaande data hergebruikt of nieuwe data gegenereerd?	Nieuwe data
2.b	Om welke soort(en) data gaat het; omvang van de bestanden; groeitempo?	Interviewdata dat wordt opgenomen met audio-opname en transcripties
<b>3</b>	<b>Standaarden en metadata, ofwel alles wat nodig is om de data te vinden en te benutten</b>	
3.a	Welke metadatastandaarden worden gebruikt ( <i>vindbaarheid</i> )?	n.v.t.
3.b	Welke coderingen e.d. worden gebruikt die toekomstige koppeling met andere data mogelijk maken ( <i>duiding, interoperabiliteit</i> )?	n.v.t.
3.c	Welke software en eventueel hardware wordt er gebruikt ( <i>duiding, bruikbaarheid</i> )?	Words
3.d	Wat wordt er gedocumenteerd en bewaard om replicatie mogelijk te maken? Wat zijn de afspraken als betrokkenen (voortijdig) vertrekken?	Interview vragenlijst en het codeerschema. Bij vertrek van de deelnemer vindt overleg plaats over wat er met de data mag gebeuren.
<b>4</b>	<b>Ethisch en juridisch</b>	
4.a	Hoe wordt bij het verwerven of genereren van de data de hiervoor eventueel benodigde toestemming verkregen van dataleverancier/ proefpersonen/ ...? Welke beperkingen gelden er eventueel tijdens het onderzoek?	Informed consent formulieren
4.b	Hoe worden gevoelige gegevens beschermd tijdens en na het project?	Veilige opslag volgens UvH protocol. Geanonimiseerd verwerken van data
4.c	Zijn de data na het project – eventueel na een embargoperiode – als Open Access beschikbaar? Zo nee, welke voorwaarden gelden er?	Nee
<b>5</b>	<b>Opslag en archivering</b>	
5.a	Hoe wordt voldoende opslag- en back-upcapaciteit tijdens het project geregeld, inclusief versiebeheer? Zijn de kosten hiervoor gedekt; zo nee...?	Volgens UvH-protocol opgeslagen op R-schijf
5.b	Waar en hoe lang worden de data na afloop van het project beschikbaar gesteld voor	N.v.t.



	vervolgonderzoek en verificatie? Is dit een <i>Trusted Digital Repository</i> , dus met een internationale certificering? Zo niet, hoe worden de data dan vindbaar ( <i>denk aan metadata en aan persistent identifiers zoals DOI, Handle en URN</i> ) en duurzaam toegankelijk en bruikbaar?	
5.c	Zijn de kosten voor (het voorbereiden van de data voor) archivering gedekt; zo nee...?	UvH: ja

*Het invullen van de hierna volgende aanvulling op het DMP is verplicht wanneer mensgebonden onderzoek wordt gedaan waarbij natuurlijke personen in het onderzoek worden betrokken.*

### Bijlage 3: Ethische toetsingscommissie

#### AANMELDING ONDERZOEK ETHISCHE TOETSINGSCOMMISSIE (ETC) VAN DE UVH

##### Algemene richtlijn voor gebruik van dit formulier

Dit formulier kan gebruikt worden op initiatief van de onderzoeker voor een individueel onderzoek of voor een serie van gerelateerde onderzoeken. Onderzoekers worden aangemoedigd om één aanmeldprocedure te doorlopen wanneer ze meerdere onderzoeken voorstellen die inhoudelijk samenhangen en waarin dezelfde procedures en populaties worden gebruikt. Alleen eerstverantwoordelijke senior onderzoekers kunnen een voorstel indienen, via het emailadres van de ambtelijk secretaris van de ETC ([ETC@uvh.nl](mailto:ETC@uvh.nl)). Het aanmeldformulier moet mede worden ondertekend door de leerstoelgroeponder. Als het gaat om een voorstel voor promotieonderzoek moet het voorstel door de promovendus en promotor worden ondertekend; een voorstel voor een masteronderzoek wordt ondertekend door de student en de begeleider.

Ethische goedkeuring van een onderzoek of een serie van gerelateerde onderzoeken is geldig voor een periode van 5 jaar of tot er zich een wijziging voordoet in de hieronder verschaft informatie is. Wanneer een onderzoek of een serie van gerelateerde onderzoeken is gewijzigd, moet de ETC hierover ingelicht worden.

Onderzoek dat langer duurt dan 5 jaar dient na elke periode van 5 jaar opnieuw ethisch getoetst worden.

Indien daar aanleiding tot is, kan de ETC om een eindverslag vragen.

De hieronder vermelde onderzoeker en medewerkers verbinden zich ertoe participanten te behandelen volgens de principes van de verklaring van Helsinki en de Nederlandse Gedragscode Wetenschapsbeoefening van de VSNU en te garanderen dat participanten (wilsbekwaam of – onbekwaam, in een afhankelijkheidsrelatie tot de onderzoeker of niet) te allen tijde medewerking kunnen opzeggen zonder enige gevolgen.

De onderzoeker verplicht zich tot het maximaliseren van de ethische kwaliteit van het onderzoek, de (b.v. statistische) analyse en rapportering, en tot het respecteren van specifieke regelgeving in verband met specifieke onderzoeksmethodes.

De procedure verloopt sneller als de commissie beschikt over relevante stukken, zoals vragenlijsten en andere meetinstrumenten en (literatuur)bronnen waaruit blijkt dat onderzoek waarbij een dergelijke methode eerder is gebruikt ethisch acceptabel is bevonden en waaruit blijkt dat deze procedure geen schadelijke gevolgen heeft. Die is speciaal van belang in het geval van onderzoek waarbij kwetsbare personen in het onderzoek worden betrokken of gevoelige materie wordt onderzocht. Het is voor de commissie behulpzaam als de vragen zoveel mogelijk nauwkeurig worden ingevuld.

De onderzoeker verklaart het onderzoek naar waarheid beschreven te hebben, met bijzondere aandacht voor ethische aspecten. De leerstoelhouder verklaart van het onderzoek op de hoogte te zijn en het voorstel goedgekeurd te hebben.

Voor akkoord:

student	begeleider
---------	------------

Voor de ETC vormen een algemeen toetsings- en beoordelingskader: alle van toepassing zijnde (inter-)nationale wet- en regelgeving, richtlijnen en gedragscodes. Zie het Reglement van de ETC

Naam, functie en afdeling van de verantwoordelijke onderzoeker(s)

Jip Kersten

Verpleegkundige

Onderzoek bij Vilente thuiszorg

Titel van het onderzoek. Betreft het een onderzoeksproject of een onderzoekslijn?

Titel: De ongelukkige moralist

Ondertitel: Een zorgethisch onderzoek naar morele weerbaarheid van verpleegkundigen

Trefwoorden (maximaal 4) of in discipline gebruikelijke codering

Care ethics, moral resilience, moral distress, nurse practice

Korte typering onderzoeksmethode

Kwalitatief zorgethisch onderzoek

Subsidieverstrekker(s)

Geen

Beoogde start- en einddatum onderzoek

15-02-2022 t/m 15-07-2022 (of een later te bepalen datum afhankelijk van zwangerschap & bevalling)

Onderzoeksgebied/(Sub)discipline (zo specifiek mogelijk)

Zorgethiek

In welk land of welke landen vindt het onderzoek plaats?

Nederland

Betreft het een multi-centeronderzoek? Bijv. onderzoek in samenwerking met andere universiteiten of een UMC.

Nee

Houdt het onderzoek verband met eerder onderzoek dat door een erkende Medische Ethische Toetsingscommissie (METC) is beoordeeld? Zo ja, welk en wat was het oordeel van de METC? (indien reeds een METC oordeel verkregen is kan dit meegestuurd worden en kan in de rest van dit formulier verwezen worden naar dit oordeel om dubbel werk te voorkomen). In het vervolg van dit formulier zijn vragen die METC-gevoelig zijn met een asterisk gemarkeerd.

Nee

## B. SAMENVATTING ONDERZOEK EN METHODE

Wat is het doel/de vraagstelling van het onderzoek? Indien relevant, wat is/zijn de hypothese(n)?

Het interne doel is om inzicht te krijgen over het (gebrek) en ontstaan van morele weerbaarheid bij zorgprofessionals en de verbinding tussen de empirische en conceptuele inzichten. Het externe doel is een bijdrage te leveren binnen de gezondheidszorg door kritisch te expliciteren vanuit een zorgethisch perspectief wanneer er sprake is van morele stress bij zorgprofessionals en waarom het belangrijk is om dat op tijd te herkennen.

*Wat zijn de geleefde ervaringen van verpleegkundigen in de thuiszorg bij morele stress en welke zorgethische inzichten biedt de zorgethiek over morele weerbaarheid bij verpleegkundigen?*

Deelvragen:

- Wat is de geleefde ervaring van verpleegkundigen in de thuiszorg met morele stress?
- Wat verstaan verpleegkundigen in de thuiszorg onder morele weerbaarheid?
- Welke inzichten biedt zorgethische literatuur over morele weerbaarheid?
- Wat betekent het samenbrengen van de zorgethische inzichten over morele weerbaarheid en de geleefde ervaring van morele stress van verpleegkundigen in de thuiszorg voor goede zorg?

Geef een kort beschrijving van het design van het onderzoek?

IPA gecombineerd met een theoretisch onderzoek gericht op een zorgethische visie op morele weerbaarheid.

Indien van toepassing: op welke wijze wordt er gemeten? B.v. welke meetinstrumenten worden gebruikt? Vragenlijsten, interviews, codeerschema's etc.

Fenomenologisch interview

Wordt er een methode gebruikt waarbij het mogelijk is om bij toeval een bevinding te doen waarvan de participant op de hoogte zou moeten worden gesteld? (Te denken valt aan het ontdekken van majeure gezondheidsklachten.) Is er in de informed consent iets opgenomen over de vraag hoe moet worden gehandeld of dat de participant wil dat wordt gehandeld bij het doen van de toevalsbevinding?

Nee

Wordt er gebruik gemaakt van *unobtrusive* methoden (dataverzameling van personen zonder dat zij hiervan op de hoogte zijn, bv. observaties of video-opnames)?

Nee

Zijn er ethisch gevoelige aspecten aan het geplande onderzoek? Kunt u aangeven onder welk niveau uw onderzoek naar uw inschatting onder valt?

Niveau 2: omvat een nieuwe procedure of het gebruik van atypische deelnemer groepen - doorgaans projecten waarbij ethische kwesties nadere beschouwing zou kunnen vereisen, maar die waarschijnlijk niet problematisch zijn.

Niveau 3: toepassing op onderzoek dat potentieel problematisch is doordat het een inherent fysiek en emotioneel risico voor deelnemers kan bevatten of schade kan toebrengen aan hun belangen.\*

Mijn inschatting is niveau 2

Is de belasting van de participanten zo klein mogelijk in relatie tot de voorgestelde mogelijke wetenschappelijke bijdrage van het onderzoek qua theorievorming en/of praktische bruikbaarheid?

Ja.

## C. PARTICIPANTEN

Wat is het aantal participanten? Op welke wijze is het aantal participanten of datapunten in het onderzoek bepaald? Indien van toepassing: werd een power analyse uitgevoerd?

4-6 participanten via *purposive sampling*

Wat is de aard van de onderzoekspopulatie:

Algemene populatie werkzaam in de thuiszorg

Categorie participanten (aankruisen):

18 jaar of ouder en wilsbekwaam

Werving participanten:

Hoe worden de participanten geworven?

Via een flyer en informatiefolder bij Vilente thuiszorg, zo nodig via LinkedIn of andere sociale media.

Hoeveel bedenktijd krijgen de participanten om te beslissen of ze daadwerkelijk mee willen doen aan het onderzoek?

Ze kunnen zich ten allen tijde terugtrekken. Tijdens het plannen van het interview en de afgesproken datum zit minimaal een week.

Verkeren de participanten in een afhankelijkheidsrelatie ten opzichte van de onderzoeker?

Nee

Gaat het om doelgroepgebonden onderzoek (onderzoek dat niet zonder deelname van deze groep kan worden uitgevoerd, bijvoorbeeld minderjarigen)?

Ja, om verzorgenden en verpleegkundigen.

Is er sprake van informed consent? Licht toe hoe deze procedure is vormgegeven. Bij afwezigheid van informed consent, licht de reden toe.

Ja. Zie bijlage 5.

Beloning

Krijgen de participanten een beloning? Zo ja, waaruit bestaat die beloning (financiële vergoeding, reiskosten, anders of geen)? Om welk bedrag gaat het?

Is deze vergoeding afhankelijk van bepaalde voorwaarden, zoals het voltooien van het onderzoek, of de prestaties van de participant in het onderzoek?

Er is geen beloning, wel zal de onderzoeker een bedankje mee nemen. Dit is niet afhankelijk van het voltooien van het onderzoek.

Waaruit bestaat de belasting van het onderzoek voor de participanten in tijd, video- of audio-opnames, methoden?

Tijdbesteding ongeveer 1 uur. Dit kan face-to-face of digitaal zijn en het interview wordt opgenomen.

Worden participanten aan handelingen onderworpen of wordt aan participanten een bepaalde gedragswijze opgelegd die buiten de normale levenswijze van de participanten vallen?\*

(Voorbeelden: stress opwekken, druk uitoefenen om belangrijke normen en waarden te overschrijden, valse herinneringen induceren, blootstelling aan aversief materiaal zoals een nare film, clip, foto's of elektrische prikkel, langdurige of zeer frequente ondervraging, ambulante metingen, deelname aan interventie, onaangename psychische of fysieke symptomen oproepen binnen een experiment).

Nee.

Geef aan welke risico's er voor participanten zijn verbonden aan deelname aan het onderzoek. Zijn de risico's en bezwaren minimaal? Is het risico dat men loopt een risico dat men in het dagelijks leven ook loopt?

Risico op meer bewustwording van morele weerbaarheid en morele stress en het tijdig signaleren.

Welke inspanningen verrichten de onderzoekers om risico's en bezwaren te minimaliseren?

Aanbod van nazorggesprek.

Worden de participanten vooraf getest of zij gezond zijn of bepaalde aandoeningen hebben?\*

Welke set in-/exclusiecriteria of voorwaarden zijn er om aan dit onderzoek te mogen deelnemen?

Inclusiecriteria zijn zwangerschap, klimaatbewustzijn en het ervaren van klimaatbezorgdheid voor de ongeborene. Exclusiecriteria zijn psychiatrische klachten vanwege het risico op toename van klachten door een diepgaand gesprek over klimaatbezorgdheid. De onderzoeker controleert op de in- en exclusiecriteria.



Indien er misleiding plaatsvindt, is er dan sprake van voldoende debriefing en heeft de misleiding geen betrekking op risico's?

NVT

Vind het onderzoek plaats binnen de muren van of op het terrein van een zorginstelling?\*

Nee

Zijn er een of meerdere medewerkers van een zorginstelling betrokken als opdrachtgever of verrichter/uitvoerder?\*

Nee

Is het voor de participanten duidelijk bij wie ze met vragen en klachten terecht kunnen?

Is er een onafhankelijk deskundige aangewezen waarbij de participanten met vragen en/of klachten over het onderzoek terecht kan?

Ja, de onderzoeksbegeleider van de UvH.

Worden de resultaten van het onderzoek teruggekoppeld aan andere personen dan de participanten (bijvoorbeeld docenten, ouders)? Zo ja, wordt dat op groepsniveau gedaan of op individueel niveau?

Nee.

#### D. AANVULLENDE INFORMATIE

Optioneel.

#### E. BIJLAGEN

Onderzoeksvoorstel

Datamanagementplan

Informatiebrief voor participanten

Toestemmingsformulier van participant

Toestemmingverklaring ETC

## Bijlage 4: Informatiebrief

### **Meewerken aan interviews?**

Beste,

Mijn naam is Jip Kersten, ik ben 28 jaar en woonachtig in Heelsum. Ik ben werkzaam als verpleegkundige en aan het afstuderen aan de master Zorgethiek en Beleid aan de Universiteit voor Humanistiek. Voor dit afstuderen voer ik onderzoek uit. Dit onderzoek heeft betrekking op het cultiveren van morele weerbaarheid onder zorgprofessionals.

### **Doel**

Mijn onderzoek heeft als doel inzicht te krijgen in de ervaringen en beleving van verpleegkundige en verzorgende. Dit wil ik doen rondom het thema morele stress. Ik wil graag weten wat uw ervaringen en gevoelens hierover zijn. Het gaat dus niet over goed of fout, maar echt om **uw eigen persoonlijke beleving**. De kennis die uit dit onderzoek voortvloeit, kan toegepast worden om morele stress op tijd te herkennen, zodat zorgprofessionals kunnen plaatsen en benoemen wat hen overkomt.

### **Wat houdt meedoen in?**

Als u besluit mee te willen doen met dit afstudeeronderzoek, houdt dat in dat ik een **interview** met u houd. Dit gesprek zal ongeveer een uur duren en wordt alleen met uw toestemming opgenomen. Zodra u contact met mij opneemt kunnen we verdere afspraken maken over op wat voor wijze en wanneer het gesprek plaatsvindt.

### **Toestemming en privacy**

Het gesprek zal opgenomen worden via een geluidsrecorder en vervolgens letterlijk uitgetypt worden door mijzelf. Voorafgaand aan het gesprek vraag ik expliciet **toestemming** voor deelname aan het onderzoek en voor het opnemen van het gesprek. Dit doe ik door middel van het toestemmingsformulier dat ook hier bijgevoegd is.

**Toestemmingsformulier afstudeeronderzoek**



**Hierbij verklaar ik het volgende:**

Ik heb de informatiebrief ontvangen.  
Er is mij duidelijk uitgelegd hoe het onderzoek gaat.  
Al mijn vragen zijn beantwoord.

Ik doe graag mee met het onderzoek.  
Ik doe dit vrijwillig.

Als ik het ergens niet mee eens ben, kan ik dit zeggen.  
Als ik om welke reden dan ook niet meer mee wil doen kan ik stoppen. Ik hoef hiervoor geen reden op te geven.

Ik stem toe dat geluidsopnames worden gemaakt van het interview.

De onderzoeker maakt een letterlijk verslag (transcript) van dit gesprek. De Universiteit voor Humanistiek bewaart dat transcript 10 jaar. Mijn naam staat niet in het transcript van dit gesprek. Alleen de onderzoeker en de docenten die de onderzoeker begeleiden kunnen het transcript in zien. Mijn antwoorden komen wel in het onderzoeksverslag. Daar staat mijn naam niet bij vermeld.

**Naam deelnemer onderzoek:..... Datum:.....**  
**Handtekening:.....**

**Voor de onderzoeker:**

Ik verklaar dat ik deze persoon goed heb uitgelegd hoe het onderzoek gaat.

**Naam onderzoeker:..... Datum:.....**  
**Handtekening:.....**

## Bijlage 6: Data-analyse Interpretative Phenomenological Analysis

### Analyseproces

De eerste tot zesde fase van Smith & Osborn (2008).

- De eerste fase: Tijdens de eerste fase van de *interpretative phenomenological analysis* heb ik mij verdiept in de originele gegevens, dit waren de schriftelijke transcripten van de gedane interviews. In deze fase zijn de transcripten zorgvuldig doorgenomen en bestudeerd (Smith & Osborn, 2008, p. 82).
- De tweede fase: Na het zorgvuldig doorlezen en bestuderen van de transcripten heb ik met een open blik de transcripten opnieuw gelezen en aantekeningen gemaakt van fragmenten die belangrijk waren voor het onderzoek. Met behulp van dit proces raakte ik steeds meer vertrouwd met de data. De gemaakte aantekeningen hebben een fenomenologische focus, met deze focus probeer ik zo dicht mogelijk bij de betekenis te komen en te blijven van de participanten. Tijdens dit proces heb ik interpretatieve notities gemaakt om een beter begrip te creëren over de geleefde ervaring en betekenisgeving van de participanten (Smith & Osborn, 2008, p. 83). Deze interpretatieve notities zijn in tabel 1 opgenomen.

Tabel 1:

Descriptive notes	Reflective notes
Mijn observaties zijn onder descriptive notes weergegeven. Hier zullen (non) verbaliteit, gesprekken en emoties worden beschreven (Creswell, 2013, p. 166).	Onder reflective notes vallen de persoonlijke notities van mij tijdens het proces van transcriberen. Hieronder vallen reflecties en vooronderstellingen over gesprekken op het proces (Smith en Osborn, 2008, p.83).
<i>R1: En, ik maak me ook eigenlijk niet zo heel gauw druk om dingen. Weet je bijvoorbeeld de tijd, heel veel mensen die ik moet helpen zijn tijdsgebonden, en daar moet ik me aan houden. Maar ik heb zoiets van dat komt en ik raak niet gestrest.</i> JK: Ja.	(Komt zelfverzekerd over en heeft een open mimiek)
<i>R1: Rustig aan. Alles komt goed, iedereen die verdient even veel zorgen als de ander dus. Ja, ik ben heel stressbestendig daarin.</i> JK: Ja. En als het moreel geladen is, dat is dan dat je bepaalde zorg wilt leveren, maar dat niet kan zoals jij zou willen dat er een ethisch conflict in de weg staat.	(Kijkt even opzij)
<i>R1: Dan probeer ik me eigenlijk Dus zelf opzij te zetten en zoveel mogelijk aan te passen aan de situatie.</i> JK: Ja.	(Glimlachend)

R1: En, dan moet ik wel zeggen dat als ik dan eenmaal de deur heb verlaten, dat ik misschien wel even een uitlaatklep nodig heb om even me eigen kwijt te kunnen.

R1: Maar ik probeer me eigenlijk wel zoveel mogelijk aan te passen in zo'n situatie om toch wel rustig te blijven.

(Beweegt heen en weer op de stoel)

R4: Nou stress, nee niet heel veel stress. Maar wel onrust.

JK: Wat versta je onder onrust?

R4: Nou ja, dat je een beetje dat je een beetje opgejaagd voelt, maar niet dat je bijvoorbeeld echt klachten hebt door stress. Dat je een beetje het gevoel hebt van het moet af en dat je dat denkt alleen dit nog en dan ben je er weer een hele dag mee bezig.

(Kijkt mij recht aan, met een blik of ik het herken, weet het niet goed te plaatsen)

JK: Wat versta jij onder morele stress?

R4: Ehm morele stress. Ik denk iets heel veel met je doet of heel veel met je emoties doet, en wat jij niet ehm in de hand hebt waardoor je het tegenstaat dan moet je daar weerbaar voor zijn.

(Het stem niveau gaat van laag naar hoog en kijkt vragend als ze antwoord heeft gegeven. Ik heb het gevoel of ze bevestiging zoek)

JK: En wat denk jij wat kan leiden tot morele stress?

R4: Ja ehm slecht balans tussen werk en privé bijvoorbeeld.

JK: Ja

R4: Of niet goed omgaan met gevoelens en emoties. En niet niet goed kan werken, denk ik. Ehm.

(Glimlach) (Het antwoord klonk twijfelachtig, staat ze achter haar keuze? Wat ging er in haar om?)

R2: Nee, Ik kan me daar wel goed van af sluiten. In het begin had ik heel erg van dat ik iets moest doen voor de cliënt voor de mijn collega, maar als iemand daar niet voor openstaat, dan kan ik dat doen. Ik kan doorgaan, maar dat heeft geen zin, dus ervaar ik uiteindelijk zelf alleen maar stress van.

(Klinkt erg zeker, haar mimiek is ontspannen)

JK: Ja

R2: En in de loop van de tijd heb ik wel geleerd om dat ook voor me af te zetten.

JK: Hoe heb je dat geleerd?

R2: Door het waarschijnlijk ook gewoon deels te doen

JK: Het ervaren?

R2: Ja, maar ook maar eens gewoon zeggen van nee vandaag niet. Of het kan niet dan overal ja op zeggen. En dan voel ik me schuldig omdat ik eigenlijk iemand voor mijn gevoel laat zitten. Ehm. Maar ja juist vaak, toen ook op te komen

(Zit rustig, ook haar stem blijft kalm, is ze altijd zo rustig? In welke tijd was dit?)

(Hoe heeft ze dit onder de knie gekregen, het is nog niet duidelijk. Haar enthousiasme komt naar voren, ze oogt blij en opgewekt dat dit haar gelukt is)

voor mezelf heb ik zelf ook het idee dat ik meer ruimte krijg omdat ik die stress niet ervaar.

- De derde fase: Het transcript behoudt zijn centrale plaats, maar de dataset zal toenemen in volume vanwege de analyse. In deze fase is er gezocht naar opkomende thema's en door onderlinge relaties, verbanden en patronen in kaart te brengen zijn details van de thema's zo klein mogelijk gehouden, zie tabel 2. Dit proces vertegenwoordigt de hermeneutische cirkel, zoals in tabel 3 te zien is (Smith & Osborn, 2008, p. 84).

Tabel 2:

Motivatie	Eigenschappen	Organisatie/ werkzaamheden	Morele stress	Weerbaarheid
Graag met mensen werken	Zorgzaam persoon	<i>Eigen veiligheid</i>	Aanpassen aan situatie	<i>Uitlaatklep, overleg, elkaar aanvullen, uitspreken, bespreekbaar maken,</i>
<i>Mensen blij maken</i>	<i>Altijd doorgaan, geen rem</i>	<i>Iedereen die verdient even veel zorgen als de ander</i>	<i>Woede Wanhopig Machteloos</i>	<i>Niet misleid worden, niet beïnvloed worden,</i>
<i>Mensen helpen</i>	<i>Aan andere denken en niet aan jezelf</i>	<i>Niet gauw naar kantoor stappen, veiligheid</i>	<i>Niet begrepen worden, verdeeldheid</i>	<i>Achter beslissing staan, eigen keuze</i>
<i>Iemand te zien opknappen</i>	<i>Niet druk maken, rustig blijven</i>	<i>Verantwoording</i>	Keuzes maken, professionaliteit, niet goed kunnen werken	Herkennen
Waardering en dankbaarheid die je terugkrijgt	<i>Aanpassen aan de situatie</i>	Geen ondersteuning voelen	Kennisgebrek	Grenzen aangeven, voor jezelf opkomen, jezelf verdedigen
<i>Het verzorgen van mensen</i>	<i>Verbloemen, situatie verbeteren</i>	Elkaar ondersteunen, taken overnemen	Bespreekbaar maken, jezelf uiten	Ruimte krijgen
<i>Liefde voor de mensen</i>	Evenwichtig	(te) Betrokken zijn	Opkroppen	Vertrouwen, veilig voelen
<i>Iets voor iemand kunnen betekenen</i>	Onzeker	Ontwikkeling	<i>Druk, geen balans, alles zelf willen doen, niet overdragen</i>	CanMeds rollen
<i>Het klaar staan en voor iemand zijn</i>	Assertief	Zorgen voor elkaar	<i>Verwachtingen, waarmaken wat niet kan</i>	Aanschouwen voor actie
	Geen grens aangeven	<i>Clïënt staat altijd bovenaan, staat altijd centraal, je bent er voor de cliënt</i>	<i>In een hoek gedreven voelen, niet in de hand hebben</i>	Bewustwording
	Stressbestendig	Overleg	<i>Schuldig voelen</i>	Evenwichtig, balans
	Aanpassen	Acties voor vitaliteit	<i>Frustratie, tegenzin naar werk,</i>	<i>Samenwerken, teamverband</i>
			<i>Emotie, gevoelens niet kunnen verwerken</i>	<i>De cirkel van invloed en betrokkenheid</i>
			<i>Normen en waarden, achtergrond</i>	
			<i>Te weinig ontspanning, niet kunnen stil zitten</i>	
			<i>Onrust, slapeloosheid, opgejaagd voelen, vermoeid, niet loslaten, piekeren</i>	
			<i>Kwetsbaar</i>	

Tabel 3:

Opkomende thema's	Originele transcriptie	Verkennde opmerkingen
Geen grens aangeven Opkroppen Elkaar ondersteunen Uitlaatklep Teamverband Verbloemen	R2: Het is niet direct dat je direct daar ondersteuning bij krijgt, maar wat ik wel het idee heb als mensen doorhebben dat je bijvoorbeeld door iets moeier uitziet, hè? Als je bijvoorbeeld de leidinggevend teamcoach ziet of collega, zegt je ziet er moe uit, dan is er wel een opening tot gesprek. Maar als je het zelf niet aangeeft dan. Ik kan dan ook zeggen van nee, het gaat wel en ik ga morgen door. Dan vraag ik me af of ze na 4 5 keer dan wel een keer aan de bel zullen trekken van joh volgens mij gaat het niet. Dat vraag ik me af of ze dat doen. Ik denk het wel.	Iedereen is kwetsbaar, de één geeft het alleen sneller aan dan de ander, er wordt gelet op elkaar.
Elkaar ondersteunen Taken overnemen Zorgen voor elkaar Overleg Betrokken zijn	R4: Ja, weet he je zorgt samen, hè? Je doet het niet alleen. Ja wel op op de dag dat je daar bent. Maar delen in de zin van iedereen op de hoogte te brengen. Op de hoogte houden, maar ook spreken met je collega's op kantoor. Je schrijft een overdracht dit en dit is besproken, dit en dit is gebeurd, deze acties zo gaan we het doen of wat vinden jullie daarvan. Je doet het alleen met de cliënten, maar uiteindelijk doe je het samen. Het geeft een goed gevoel door te weten dat we samen zijn.	Onderlinge afhankelijkheid, het team heeft elkaar nodig om goede zorg te geven maar ook zorg te dragen aan elkaar.

- De vierde fase: In deze fase zijn verschillende thema's vastgesteld en zijn deze geordend. Deze thema's staan weergegeven in tabel 4 en tabel 5 (Smith & Osborn, 2008, p.83).

Tabel 4: geleefde ervaring

Het klaarstaan voor de patiënt	Strijd tussen gesteund voelen en onbegrepen worden	Betrokkenheid	Onzekerheid
<i>Identiteit:</i> Betekenen Verzorgen Liefde geven Klarstaan Zien opknappen Helpen Blij maken <i>Een grens te ver:</i> Geen rem Doorgaan De ander eerst <i>Veiligheid:</i> Verantwoording	<i>In balans zijn:</i> Evenwichtig <i>Rolverdeling:</i> Alleen voelen Machtsverhouding <i>Ontwikkeling:</i> Professionaliteit Inzet In contact zijn <i>Ondersteuning:</i> Gebrek aan ondersteuning <i>Relationaliteit:</i> Ondersteuning Erkenning Hulp zoeken Ruimte krijgen <i>Onbegrip:</i> Onbegrepen voelen Stilte Eenzaam Boosheid Ongemak Onzekerheid	<i>Eigen inzet:</i> Uitlaatklep Eigen keuze Ruimte krijgen <i>Teamverband:</i> Samenwerken <i>Verbonden:</i> Overleg Overdracht Veiligheid Vertrouwen	<i>Kennisgebrek:</i> Situatie niet in de hand hebben <i>Verwachtingen:</i> Machteloosheid <i>Onzekerheid:</i> Niet kunnen uiten Emoties Opkroppen Onrust Geen keuzes kunnen maken <i>Gelaagd verlies:</i> Wanhoop Boosheid Teleurstellen Schuldgevoel Woede Machteloos Frustratie



Tabel 5: betekenisgeving

Het niet alleen dragen	Herkennen	Ondersteuning organisatie	Ondersteuning collega's
<i>Delen:</i> Vreugde delen Verdriet delen Emoties delen Klaarstaan Ernaar vragen <i>Creëren van bewustzijn:</i> Herkennen Erover praten Bewustzijn Bespreekbaar maken Andere	<i>Invloed:</i> Verandering teweegbrengen Verantwoordelijkheid <i>Betrokkenheid:</i> Initiatief nemen <i>Erkenning dat het er is:</i> Betrekken	<i>Samen sterk:</i> Ruimte geven Ruimte krijgen Luisteren Veiligheid bieden <i>Uitkomst:</i> Overleg Scholing Doelmatig Betrokken Zelfverzekerd Gehoord Verbondenheid Competenties	<i>Verwerven in het leven:</i> Deel van jezelf Verbondenheid Balans <i>Bewustzijn:</i> Luisteren naar mezelf Zorgen voor mezelf Een plek geven Regie in eigen handen

- De vijfde en zesde fase: deze fases worden herhaald. In deze fase heb ik bracketing gedaan door de eerste ideeën uit de analyse die naar voren waren gekomen tussen haakjes te zetten. In deze fase heb ik gekeken naar patronen zoals in tabel 6 te zien is (Smith & Osborn, 2008, p. 85).

Tabel 6:

Fragment:	Memo vooronderstelling	Open code	Memo theoretische kader	Categorie	Thema	Overkoepeld thema
	Stap 1	Stap 2	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Stap 5
Door dan toch wel collega's te bellen om te overleggen van joh, Ik heb nu dit of dit gedaan en dan samen het meestal verpleegkundige natuurlijk, want die staan dan wel weer een stapje boven je.	[Komt onzeker over, waarom ziet ze de verpleegkundige niet als collega maar benoemt ze het in rangen?]	Overleg Onzekerheid	Ondersteunende omgeving het potentieel heeft om met stress om te gaan	Kwetsbaarheidspositie Verantwoordelijkheid Draagkracht	Luisteren Overleg Teamverband	Gehoord worden als verpleegkundige
Ja In het allereerste begin dan als je net begint, zeg maar dat is niet zoiets hebben van ja, Je moet het toch gaan proberen, maar dat je het dan toch even die dat stapje moet zetten om het te gaan doen. Zeg maar ja, vooral bij een man was	[Het komt over alsof ze zich steeds moet overtuigen om bepaalde zorg te geven]	Onzekerheid Competentie Ervaring Verbonden Veiligheid Vertrouwen Eigen keuze	Emoties als sturend element voor menselijk gedrag	Onzekerheid	Onzekerheid	Ondersteuning collega's

was dat wel even een dingetje dat je denkt van ja, het is toch een man, het is toch anders, maar je hebt dan af en toe, althans, Ik heb dat dat zet je wel nodig van joh gewoon even doen en dan ben ik er ook weer ja.						
---	--	--	--	--	--	--

## Bijlage 7: Open interview

### Introductie:

- Ik stel mezelf voor
- Ik licht het onderzoek toe en waarom ik onderzoek doe
- Ik vraag of ik het gesprek mag opnemen. Hierbij garandeer ik dat de respondent anoniem blijft en dat alle herleidbare informatie uit de transcripties blijven, zoals namen. Ik licht toe dat de interviews alleen door mij gelezen en nageluisterd worden.
- Ik vertel dat de participant vrijwillig meedoet en zich ten alle tijden mag terugtrekken.
- Ik laat het *informed consent* ondertekenen.

Start interview: opnamen starten en *informed consent* is ondertekend.

Mijn eerste vraag begint altijd met het vertellen van de hoofdvraag: *Wat zijn de geleefde ervaringen van verpleegkundigen in de thuiszorg bij morele stress en welke zorgethische inzichten biedt de zorgethiek over morele weerbaarheid bij verpleegkundigen?* En dat ik uiteindelijk op deze vraag naar een antwoord zoek.

Wil je beschrijven in dit interview wat jouw ervaring met morele stress is en wat jij verstaat onder moreel weerbaar zijn? Hierop volgend zal ik mijn eerste vraag aan jou stellen:

Wil je concreet vertellen waarom je in de zorg werkt? Wie er voor jou zorgt?

Deelvraag 1: Wat is de geleefde ervaring van verpleegkundigen met morele stress?

Kun je mij een situatie schetsen waarin jij stress ervaarde? Wat deed dit met jou? Hoe voelde je je daarbij? Welke emoties riep dat op?

Deelvraag 2: Wat verstaan verpleegkundigen onder morele weerbaarheid?

Kun je mij vertellen wat jij onder morele weerbaarheid verstaat? Kun je dit verder omschrijven? Wat roept het bij je op?

Ik sluit af met een presentje en herhaal dat alles anoniem is en ze altijd vrijblijvend contact kan opnemen.

## Bijlage 8: Fragmenten uit reflexieve logboek

### **Fragment uit de dataverzameling van het interview:**

Tijdens het eerste interview betrapte ik mezelf erop dat ik bepaalde emoties invulde bij de participant, terwijl ik nadien het idee had dat de participant wel wat anders had willen zeggen. Zou dit te maken kunnen hebben dat ik het spannend vind om te interviewen en mezelf opdringerig voel tijdens dit gesprek, dit heb ik vooral bij doorvragen en dan ga ik nog eens doorvragen, omdat ik het helder wil hebben. Doordat ik steeds doorvraag, heb ik het idee dat de respondent denkt dat ik haar niet snel genoeg begrijp, en hoop ik dat ze daar niet ongeduldig van werd. Doorvragen moet ik doen om de respondent helemaal te begrijpen, waardoor ik het wel blijf doen, maar de ongemakkelijkheid ondervind ik er nog van. Dit kan ook liggen aan het gebrek aan ervaring. Desondanks was de respondent vriendelijk en open en deed graag haar verhaal. Deze gevoelens projecteer ik dus op mezelf.

### **Fragment uit de dataverzameling van de literatuurstudie:**

Ik probeer het begrip mature care en de link met Gilligan te leggen. Bij het leveren van een dienst is het zgn voorwaardelijk dat er een tweezijdigheid is. Immers in het geval van zorg moet de zorgvrager aangeven aan welke zorg er behoefte is, in de lijn van je bedoelde redenering is het dan de competentie van de zorgverlener om na te gaan of het inderdaad die gevraagde zorg is die nodig is lijkt mij. Immers, als voorbeeld om het te duiden voor mezelf: als je buikpijn hebt en je gaat naar de dokter kun je wel zeggen "ik wil een blindedarmoperatie", maar de arts zal toch eerst zelf zijn anamnese doen en op basis daarvan een conclusie trekken en behandeling voorstellen. Moraal van dit verhaal, als de cliënt geen vraag stelt, niet openstelt voor een nader onderzoek en antwoorden geeft op de vragen, kan de arts moeilijk tot een anamnese en behandelplan komen. !! Je kunt dit relationeel noemen of het hebben over een afhankelijkheid relatie tussen vrager en aanbieder !! de tweezijdigheid zit erin dat de zorgvrager vraagt en verzorger aanbiedt als afgeleide van de anamnese, ter voorkoming van misbruik!! Overigens, dit vraagt deskundigheid van de zorgverlener!! Dus ik moet verder met competentie?

### **Fragment uit de dataverzameling van de literatuurstudie:**

Zorg is (in de tijd) niet primair contextueel, maar dynamisch !! bedoelt ik hiermee te zeggen dat in de tijd de zorgvraag kan veranderen als afgeleide van een ontwikkeling mentaal / fysiek bij de zorgvrager. Dit vraagt van de zorgorganisatie een regelmatige reflectie op de ontwikkelingen bij de zorgvrager enerzijds en van de zorgverlener een zodanige competentie dat die ook zelf kan aangeven nog wel / niet meer voldoende competent te zijn voor het vervullen van de zich ontwikkelende

zorgvraag. Dus de relationele dynamiek speelt zich af tussen: client => zorgvrager => zorgleverende organisatie en: client => zorgleverende organisatie. Dit omdat uiteindelijk de zorgleverende organisatie verantwoordelijk is en dus ook voor een goede afstemming tussen *passend zorgaanbod op de zorgbehoefte*. Dit goed te doen beschermt alle betrokken partijen, maar vraagt naast competentie van de zorgverlener voldoende assertiviteit om zichzelf te beschermen tegen uitbuiting door de zorgleverende organisatie.

### **Fragment bewustwording van mijn vooronderstellingen**

In het interview zei een respondent "*Nou, ik moet zeggen, ik ben zeer stressbestendig*". Ik merkte op dat ik dacht er moet toch een moment zijn dat iedereen stress ervaart en twijfelde aan haar antwoord. Op dit antwoord heb ik doorgevraagd en toen vertelde de respondent dat zij zich niet snel druk maakt om dingen want je komt bij mensen en iedereen verdient even veel zorg, en dat is wel mooi gezegd. Hierin had ik mijn vraag wellicht niet goed geformuleerd en te snel met een vooronderstelling klaar stond, dat iedereen stress kan ervaren. Maar het ligt er dus aan hoe je dat invult, deze respondent ervaart geen stress of laat het niet zien bij patiënten door haar professionele houding.

### **Fragment bewustwording van mijn vooronderstellingen**

Ik merkte op dat ik na een paar interviews onbewust vooroordelen heb over het ontwikkelen van morele weerbaarheid. Tijdens een interview vertelde een participant hoe zij ondersteunt kan worden in het meer weerbaar zijn, zij voelt zich erg onzeker en praatte niet gemakkelijk. Er kwamen steeds emoties bij kijken, waardoor ik onbewust voorzichtiger werd. Ik vraag mij af, omdat ik meer meeding op haar emoties, of ze daardoor meer over zichzelf vertelde. Dat zij zich zo onzeker voelt, valt haar zwaar, maar toch probeert ze dus steeds een stap hierin te zetten door bijvoorbeeld dit interview. Mijn vooronderstelling was onnodig want ook zij probeert weerbaarder te zijn, maar doet dat minder opvallend, dan voorgaande interviews.