

PROFESSIONELE ZORG OP DE HIC

Een zorgethisch narratief onderzoek
naar de ervaringen van het
spanningsveld tussen
professionaliteit en persoonlijke
geraaktheid van High & Intensive
Care (HIC) verpleegkundig
medewerkers in de GGZ.

Marleen Bakker

Stationslaan 69-D2

4815GW Breda

tel. (0031)657104125

Studentnr.: 1028324

marleen.bakker@student.uvh.nl

Universiteit voor Humanistiek

ZEB-70 Masterthesis

Examinator: Prof. Dr. Carlo

Leget

Begeleider: dr. Gustaaf Bos

Inleverdatum: 20 oktober 2022



VOORWOORD

Beste lezer,

Voor u ligt mijn masterthesis “Professionele zorg op de HIC”, die ik geschreven heb naar aanleiding van de studie Zorgethiek en Beleid. Dit onderzoek betekent gelijk dat ik deze studie afrond. Wat een vreemd gevoel dat dit onderzoek en daarmee de studie ten einde is. Drie jaar lang heb ik mijn denkkaders ontwikkeld. Het waren drie intensieve, mooie en leerzame jaren. Ik heb genoten van de zorgethische denkers die voorbij zijn gekomen, de tijden dat we nog naar de colleges mochten, de gesprekken met studiegenoten en bovenal de gesprekken met docenten. De laatste twee jaren van de opleiding waren enorm zwaar. Dat kwam door een ongeplande zwangerschap en door de vroeggeboorte van mijn dochter Mikky. Het was een flinke zoektocht tussen het moederschap, weer terug moeten werken en de plaats van de opleiding in mijn leven. Vanuit de universiteit is er veel steun geboden. Daarvoor wil ik graag Inge-Marlies Bulsink bedanken. Zonder jouw steun weet ik niet of ik de motivatie had kunnen behouden. Ook wil ik Gustaaf Bos bedanken voor zijn flexibiliteit, het meedenken, het steeds blijven meezoeken in het schrijfproces en een kritische blik op deze masterthesis.

Ik wil ook graag de respondenten bedanken die hebben meegewerkt aan het onderzoek. Fijn dat jullie je konden aanpassen aan mijn tempo en dat jullie zoveel rijke informatie hebben gedeeld. Marijke Zwanenburg, ontzettend bedankt dat jij mij niet in de steek hebt gelaten en altijd klaar stond met een kritische blik.

In het bijzonder wil ik mijn vader bedanken. Ook jouw late en vrije uren zijn naar deze thesis gegaan. Je hebt ook samen met mama extra uren op Mikky gepast zodat ik nog extra aan de thesis kon werken. Jullie zijn mijn rots in de branding, dat waardeer ik enorm.

Lieve Mikky, mama is eindelijk klaar en al mijn vrije uurtjes zijn nu voor jou.

Marleen Bakker

Breda, 20 oktober 2022

SAMENVATTING

De verpleegkundig medewerkers van de HIC hebben te maken met geweld, agressie, pesterijen, (seksuele) intimidatie en andere ingrijpende gebeurtenissen die hen persoonlijk raken. Zij krijgen dagelijks te maken met de kwetsbaarheid van de cliënten en daarmee ook met de kwetsbaarheid van henzelf. Dit zorgt er onder andere voor dat de verpleegkundig medewerkers onder emotionele omstandigheden moeten presteren. In de samenleving kan dit een probleem zijn, omdat de emotionele werkdruk een van de redenen is voor uitval onder zorgmedewerkers. Daarnaast hebben verpleegkundig medewerkers van de HIC te maken met het heersende idee vanuit de samenleving dat ze maar moeten leren omgaan met de uitdagingen van het dagelijkse werk, terwijl zij kampen met gevoelens als schaamte, schuld en zelf trauma's. In deze these is zorgethische narratief onderzoek gedaan naar het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid op de HIC.

De geïnterviewde verpleegkundig medewerkers willen professionele zorg bieden, maar hebben ook behoeften aan zorg, bevestiging en erkenning. Zij hebben dus te maken met het spanningsveld tussen wat professioneel is en hun persoonlijke geraaktheid. Dit onderzoek is er op gericht uit te zoeken hoe de verpleegkundig medewerkers van de HIC bewegen binnen dat spanningsveld én hoe de zorg voor hen verbeterd kan worden. Omdat Van Heijst (2005; 2011) in haar zorgethische werk '*Professional loving care*' een idee van professionaliteit beschrijft en daarbij op zoek gaat naar menselijke verhoudingen binnen die professionaliteit, is haar werk hierbij als theoretische lens gebruikt.

De hoofdvraag van dit onderzoek is dan ook: Hoe kan het denken van Van Heijst over '*Professional loving care*', samen met de ervaring van HIC verpleegkundig medewerkers over het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid, bijdragen aan betere zorg voor verpleegkundig medewerkers in het HIC-team?

Dit onderzoek illustreert hoe de verpleegkundig medewerkers van de HIC zorgbehoevend zijn doordat zij te maken hebben met de acute situatie van cliënten die hen persoonlijk raakt. Hierdoor hebben zij te maken met emoties die zich manifesteren tijdens hun werk. Deze emoties leiden tot morele afwegingen. De verpleegkundig medewerkers krijgen nauwelijks de kans deze morele afwegingen te verantwoorden. Daarnaast hebben zij te maken met een heersend idee over professionele zorg dat niet in lijn is met de professionele zorg die op de HIC wordt gegeven.

Volgens van Heijst (2005 ; 2011) ontstaat menslievende zorg vanuit respect voor ieders eigenheid en liefde, vakkundigheid, de ander als onvergetelijk opmerken en ontvankelijkheid. De respondenten hebben de ervaring dat er aan hen te weinig zorg geboden wordt vanuit deze elementen. Zij missen erkenning vanuit de andere disciplines van de HIC. De conclusie is dat de zorg voor de verpleegkundigen van de HIC verbeterd kan worden. Dit onderzoek biedt daarom een praktische ondersteuning om een plaats te geven aan de persoonlijke geraaktheid van de verpleegkundigen van de HIC en meer erkenning en bevestiging te krijgen.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD.....	2
SAMENVATTING	3
INHOUDSOPGAVE.....	4
1. PROBLEEMSTELLING.....	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Maatschappelijk probleem.....	6
1.3 Wetenschappelijk probleem	7
1.4 Onderzoeksvraag	8
1.5 Deelvragen.....	8
1.6 Doelstelling	9
1.7 Sensitizing concepts	9
2. INZICHTEN UIT THEORETISCH ONDERZOEK.....	10
2.1 Inleiding.....	10
2.1.1 De zorgethische visie van Van Heijst.....	10
2.1.2 Het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid.....	11
2.2 Professionaliteit in de zorg	12
2.2.1 De professionele zorgrelatie	12
2.2.2 Professionaliteit vanuit een sociologisch en politiek perspectief	13
2.2.3 Onderdelen van professionaliteit.....	14
2.3 Persoonlijke geraaktheid	14
2.3.1 Emoties als reden tot persoonlijke geraaktheid	15
2.4 Persoonlijke geraaktheid onder druk door professionalisering	16
2.4.1 Meer humaniteit voor de zorgverlener	17
2.5 Conclusie.....	18
3. METHODE EN BENADERING	20
3.1 Onderzoeksbenadering	20
3.2 Onderzoeksmethode	20
3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid.....	21
3.4 Dataverzameling.....	22
3.5 Data-analyse	23
3.6 Sensitizing concepts	24
3.7 Kwaliteitscriteria	24
3.8 Ethische overwegingen.....	25
4. INZICHTEN VANUIT EMPIRISCH ONDERZOEK.....	26
4.1 Het individuele spanningsveld in de drie narratieven	26
4.1.1 Professionaliteit in relatie tot een unieke cliënt.....	26

4.1.2	De sociale dynamiek tussen privé en werk.....	28
4.1.3	Het gemis aan erkenning en bevestiging in professionaliteit	29
4.2	Het gemeenschappelijke spanningsveld in de drie narratieven	31
4.2.1	Afstemming als onderdeel van professionaliteit	31
4.2.2	Onderlinge afhankelijkheid bij het omgaan met hectiek	32
4.2.3	Kwetsbaarheid als teken van te weinig erkenning.....	32
4.3	Conclusie.....	33
5.	ZORGETHISCHE DISCUSSIE.....	34
5.1	Zorgethisch analyseren.....	34
5.1.1	Respect voor ieders eigenheid en liefde	35
5.1.2	Vakkundigheid	37
5.1.3	Als onvergetelijk opmerken	38
5.1.4	Ontvankelijkheid	39
5.2	Resultaten in het licht van de maatschappelijke probleemstelling	39
5.3	Conclusie.....	41
6.	EINDCONCLUSIE, AANBEVELINGEN EN BEPERKINGEN	43
6.1	De eindconclusie	43
6.2	Aanbevelingen.....	45
6.2.1	Aanbeveling I	45
6.2.2	Aanbeveling II.....	45
6.2.3	Aanbeveling III.....	46
6.3	Beperkingen.....	46
	LITERATUUR.....	47
	Bijlage	50
Bijlage 1	.....	51
Bijlage 2	.....	52
Bijlage 3	.....	58
Narratief respondent 1	.....	58
Narratief respondent 2	.....	61
Narratief respondent 3	.....	64

1. PROBLEEMSTELLING

1.1 Aanleiding

Mensen die acuut en/of gedwongen opgenomen worden op een High & Intensive Care (HIC) afdeling in de psychiatrie bevinden zich op een van de meest kwetsbare momenten in hun leven. Het verpleegkundig team van de HIC voorziet mensen die in ernstige psychiatrische nood verkeren van behandeling en opvang. Het verpleegkundig team, waar ik zelf deel van uit maak, wordt geconfronteerd met de mentale kwetsbaarheid van de patiënt maar ook van zichzelf. Zij hebben te maken met incidenten zoals het toedienen van dwangmedicatie, agressie, suïcide(pogingen), (seksueel) grensoverschrijdend gedrag, intimidatie en/of automutilatie. Ondanks dat er na de incidenten tijd geboden wordt te evalueren is dit voor mij persoonlijk niet altijd voldoende om de emoties en gevoelens te relativeren. Na sommige incidenten heb ik onderweg naar huis lichamelijke onrust of ben ik thuis nog erg emotioneel. Hoewel er verschillende interventies beschikbaar zijn om medewerkers te ondersteunen na incidenten, blijf ik zoekende binnen het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid en hoe wij als HIC team hiermee omgaan.

Anderhalf jaar geleden ben ik gestopt met mijn werk op de HIC om de Master Zorgethiek en Beleid te volgen. In deze opleiding hoopte ik antwoorden te vinden in mijn zoektocht naar de spanning tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid. Toen ik in november 2020 terugkwam op de afdeling waren er van de 35 nog 11 collega's werkzaam van het "oude team". 22 oud collega's hebben een andere uitdaging gevonden en twee daarvan zijn langdurig ziekgemeld. Als ik aan mijn huidige collega's vraag waarom zij weg zijn gegaan dan zijn er een aantal met een burn-out ziekgemeld en niet meer terug gekomen, of was de dynamiek toch niet voor hen weggelegd. Ik vraag mij af of mijn huidige collega's zich herkennen in de zoektocht binnen het spanningsveld professionaliteit en persoonlijke geraaktheid. Hoe kunnen medewerkers binnen het team zo goed mogelijk ondersteund worden in het omgaan met de persoonlijke geraaktheid en het professioneel werken op de werkvloer? De master Zorgethiek en Beleid biedt de mogelijkheid mijn *personal concern* hierover te onderzoeken.

1.2 Maatschappelijk probleem

Uitval onder zorgmedewerkers is al langere tijd een aandachtspunt. Onderzoeksbureau en kennisnetwerk Vernet¹ deed onderzoek naar het ziekteverzuim onder zorgpersoneel dat niet in een regulier ziekenhuis werkt. Hieruit blijkt dat er minder melding is gemaakt van ziekteverzuim, maar dat er geen daling is te zien in de verzuimcijfers. Een combinatie van stijgende verzuimpercentages en stabiele meldingsfrequentie houdt in dat het langdurige verzuim toeneemt. Emotionele werkdruk leidt tot een toename in de duur van ziekteverzuim (De Lange, Taris, Kompier, Houtman & Bongers (2002).

¹ <https://www.vernet.nl/2021/03/25/persbericht-verzuim-onder-zorgpersoneel-in-februari-op-759-procent/>

Zorgmedewerker van der Wurff schrijft in de Trouw (2021) dat zorgteams in een neerwaartse spiraal terecht komen door het verzuim. Zij moeten elkaars werk overnemen wat de emotionele werkdruk verder verhoogd. Uit onderzoek van stichting IZZ-zorgverzekeraar blijkt dat in vier jaar tijd de vraag naar psychische zorg onder GGZ medewerkers met 7% is gestegen (IZZ, 2020). Een jaar later komt uit het onderzoek dat minder GGZ medewerkers gebruik maken van deze zorg, maar dit is gerelateerd aan de COVID-pandemie en is daardoor niet representatief. Dat de GGZ-medewerkers gebruik maken van psychische zorg kan komen doordat de medewerkers en zeker binnen de HIC, te maken hebben met geweld, agressie, pesten, (seksuele) intimidatie² en ingrijpende gebeurtenissen die hen persoonlijk raken (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu verwijst naar deze klachten met de term psychosociale arbeidsbelasting (PSA)³. Deze belasting zorgt voor ruim 50 procent van het verzuim (Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2016:2). Naast PSA hebben zorgverleners te maken met eigen emoties als schaamte en schuldgevoel, en kunnen incidenten voor hen traumatisch zijn (Nivel Calamiteiten onderzoek, 2018). Deze emotionele belasting en geraaktheid kent een overlap met PSA. Zo komt uit onderzoek van Houtman, Kraan & Venema (2019) dat emotioneel zwaar werk, naast de vereiste geestelijke inspanning, ongewenst gedrag van onder andere cliënten en gebrek aan sociale steun van de leidinggevende, medeoorzaak zijn van burn-outs. Het is dan ook van belang dat er inzicht komt in de ervaring hoe omgegaan wordt met de professionaliteit en persoonlijke geraaktheid van HIC-medewerkers en wat dit betekent voor het team.

1.3 Wetenschappelijk probleem

In de literatuur is er onderzoek gedaan naar psychosociale en emotionele arbeidsbelasting. Bronkhorst (2018) laat zien dat zorgmedewerkers minder emotioneel uitgeput zouden raken als de zorginstelling oog heeft voor de mentale gezondheid van de medewerkers. Uit datzelfde onderzoek blijkt dat zorgmedewerkers pas hulp gaan zoeken als zij fysieke klachten krijgen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat zorgmedewerkers vinden dat psychosociale arbeidsbelasting (PSA) onderdeel is van het werk. Uit een discussie in het vaktijdschrift *Zorg en Welzijn* blijkt dat we in de samenleving te vaak zeggen “dat is het risico van het vak” en “daar moeten ze maar mee leren omgaan of tegenknnen” (Prins, 2021). Prins (2021) stelt dat we hiermee normaliseren wat we als samenleving niet als normaal zouden mogen beschouwen. Daartegenover staat dat een organisatie haar personeel wil opleiden wél te dealen met ongewenst gedrag door middel van trainingen zoals conflicthantering en omgaan met agressie (Prins, 2021).

Vanuit het zorgethisch denken krijgt het omgaan met persoonlijke en emotionele geraaktheid binnen het zorgwerk een ethisch karakter. Vanlaere en Bruggraeve (2013) schenken aandacht aan het feilbaar en kwetsbaar zijn van de zorgverlener en stellen dat zorgverleners kampen met emoties zoals

² Psychosociale arbeidsbelasting | RIVM

³ <https://www.rivm.nl/determinanten-van-gezondheid/psychosociale-arbeidsbelasting>

antipathie, lijden door tijd, luiheid, middelmatigheid, hypocrisie, woede en ongehoorzaamheid die volgens de samenleving niet accorderen met goede zorg. Ondanks dat Vanleare en Bruggraeve (2013) aangeven dat de emoties menselijk zijn, geven zij het waardeoordeel dat ze ondeugdelijk zijn. Door te suggereren dat ze omgebogen moeten worden, geven zij dus indirect aan dat ze onwenselijk zijn. Toch proberen zij deze ondeugd een plek te geven binnen goede zorg. Baur, Van Nistelrooij en Vanlaere (2017) vragen zich af wat de rol van emoties is in relatie tot goede zorg. Zij stellen dat emoties kunnen helpen bij ethisch handelen. Emotioneel ethisch handelen is anders dan het grenzeloos uiten van emoties (Baur, Van Nistelrooij en Vanleare, 2017). Zij pleiten dat alle emoties serieus genomen moeten worden en dat de ondeugden hefbomen kunnen zijn om tot goede zorg te komen. Wanneer zorgverleners bewust zijn van de emoties, kunnen zij pleiten voor een ethiek van de menselijkheid van professionals die tevens ‘gemene emoties’ en de feilbaarheid omarmt (Baur, Van Nistelrooij en Vanleare, 2017, p. 5). Baur, Van Nistelrooij en Vanleare (2017) stellen voor om emoties, mits deze gedoseerd zijn, hefbomen te laten zijn voor goede zorg. Hierbij blijft echter onvoldoende uitgewerkt hoe om te gaan met de spanning tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid in de alledaagse zorgpraktijken.

Zorgethicus Annelies van Heijst is in haar werk *‘Professional loving care’* op zoek naar een andere kijk op menselijkheid en professionaliteit (Van Heijst, 2011). Zij schrijft dat zorgverleners kwetsbaar zijn en daarmee deels zorgbehoevend. Doordat zij onderdeel zijn van de zorgbetrekking staat hun welbevinden op het spel. Zorg voor elkaar is het praktisch inspelen op de zorgbehoevendheid. Dat noemt zij professionaliteit op basis van menslievendheid. Gevoelens van onzekerheid moeten niet ontkend worden maar horen ook bij menselijke zorg. Door te kijken naar het persoonlijke aspect in de professional, onderscheidt zij zich van de eerdergenoemde zorgethische denkers.

Het werk van Annelies van Heijst (2005 ; 2011) biedt daarmee mogelijk aanknopingspunten bij het navigeren in het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid in alledaagse zorgpraktijken. Het is daarom van belang dat haar werk geanalyseerd wordt en gekeken wordt naar welke bijdrage dit kan leveren in de zoektocht naar hoe medewerkers van het HIC-team professionaliteit en persoonlijke geraaktheid ervaren.

1.4 Onderzoeksvraag

Hoe kan het denken van Van Heijst over *‘Professional loving care’*, samen met de ervaring van HIC verpleegkundig medewerkers met het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid, bijdragen aan betere zorg voor verpleegkundig medewerkers in het HIC-team?

1.5 Deelvragen

I: Welk inzicht biedt het werk van Van Heijst met betrekking tot het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid?

- II: Wat is de ervaring van HIC verpleegkundig medewerkers met het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid?
- III: Hoe kan de beantwoording van deelvraag I en II bijdragen aan betere zorg voor verpleegkundig medewerkers van het HIC-team?

1.6 Doelstelling

Interne doel is het inzicht krijgen in de relatie tussen het denken over *Professional loving care* en de ervaringen van HIC-medewerkers in het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid. Extern doel is inzicht krijgen in hoe deze verhouding bij kan dragen aan betere zorg voor de verpleegkundig medewerkers van het HIC-team en een praktische vertaling van het omgaan met persoonlijke geraaktheid en professionaliteit.

1.7 Sensitizing concepts

Sensitizing concepts geven richting aan het interpreteren van empirische data. Daarnaast bieden deze concepten een denk- en kijkkader om de data vorm te geven (Given, 2008). In dit onderzoek zijn professionaliteit, persoonlijke geraaktheid en emoties als concepten gebruikt.

2. INZICHTEN UIT THEORETISCH ONDERZOEK

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt deelvraag I: ‘Welk inzicht biedt het werk van Van Heijst met betrekking tot het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid?’ theoretisch benaderd.

Van Heijst (2011) geeft in haar werk *Professional loving care* een kritische kijk op de sector van de *cure* en de *care*. Heden ten dage wordt er verbetering gezocht in geld en regels (Van Heijst, 2011, p.11). Dat komt door de neoliberale en economische beginselen en het daarbij horende management in de zorg. De nadruk ligt nu op autonomie, keuze en rechten. Doordat de hedendaagse zorg vanuit deze beginselen is ingericht, is er veel veranderd in de werkzaamheden van de zorgprofessional. Door de veranderingen krijgen zorgprofessionals het gevoel geen echte zorg meer te kunnen bieden. Dat is een belangrijke reden waarom professionals hun baan opzeggen. Dit probleem binnen de zorgsector kan niet worden opgelost door hetzelfde neoliberale denkraam van zelfbeschikking, vrijheid en rechten toe te blijven passen (Van Heijst, 2011, p.11). Van Heijst zoekt een oplossing in het menslievende karakter van zorgen, waarop later in dit hoofdstuk dieper wordt ingegaan. Om het werk van Van Heijst (2005 ; 2011) meer kracht te geven, maar ook in bepaalde opzichten te nuanceren zijn er andere zorgethische denkers die in dit hoofdstuk aan bod komen. Van Nistelrooij (2019) is enerzijds kritisch op de veranderende werkzaamheden vanuit de neoliberale beginselen, maar nuanceert deze ook. Zorgmedewerkers en de maatschappij hebben immers behoefte aan professionaliseringsprocessen stelt zij. Meerdere werken van Tonkens cs. (2008, 2010, 2013 & 2014) worden gebruikt om de veranderingen in professionaliteit vanuit een sociologisch perspectief te benaderen. Daarnaast is het werk van Kleinlugtenbelt, Molenwijk & Widdershoven (2020) gebruikt om een duidelijker begrip te krijgen van de term persoonlijke geraaktheid. Ook is dit werk gebruikt om de emoties die zorgverleners hebben in een zorgethisch perspectief te plaatsen.

2.1.1 De zorgethische visie van Van Heijst

Van Heijst baseert haar zorgethische visie onder andere op het denken van Sevenhuijsen en Verkerk (Van Heijst, 2005, p. 36-47). Zorgethiek kijkt vanuit een moreel perspectief naar de mate waarin mensen met elkaar en zorgzaam betrokken zijn. Tevens is zorgethiek een morele activiteit waarmee bedoeld wordt op het zien van de ander die tot jouw wereld behoort. Daarnaast neemt Van Heijst de visie van Haasse (in Van Heijst, 2005, p. 64) over. Zij stelt dat zorgen een manier van doen is, in op unieke mensen afgestemde betrekkingen, waarbij de zorgdrager ook afstemt op zichzelf. In de optiek van Van Heijst (2005, p. 65) is zorgen geen daad maar een betrekking en binnen die betrekking worden dingen gedaan. Afzonderlijke zorgverrichtingen vinden plaats in betrokkenheid: mensen bekommeren zich om anderen die het zonder hen niet of minder goed zouden redden.

Van Heijst (2005, p. 45) ziet zorgethiek ook als een perspectief dat vastgeroeste zorgpatronen ter discussie stelt. Zij neemt de overtuiging over van de zorgethiek dat zorgen in beginsel een goed is, maar dat goed zorgen afhangt van de verhoudingen waarin wordt gezorgd en of het eenieder goed doet. Naar aanleiding hiervan poogt Van Heijst (2011) in haar boek *Professional loving care* een waarde geladen invulling te geven binnen de zorgethiek. Ze stelt maatstaven op vanuit het zorgethisch gezichtspunt om professioneel zorgdragen te kunnen beoordelen. Zij kijkt of er goed gezorgd wordt conform menslievendheid en de menselijke conditie. Binnen professioneel zorgdragen horen onder andere de plicht en de motivatie tot zorg, menselijke overeenkomstigheid en de kijk op wat mensen met elkaar bindt. “Zorgwerk is een wijze van vormgeving aan de wereld, gemeenschappelijkheid stichten en sfeer scheppen (Van Heijst, 2005, p.10).”

2.1.2 Het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid

De zorgethische visie van Van Heijst op zorgen staat lijnrecht tegenover wat vanuit de politiek, zorgverzekeraars en beleidsmakers gezien wordt als zorgwerk. Volgens hen bestaat zorg uitsluitend uit het doen van geplande klussen, bedrijvig redderen en krachtdadig ingrijpen. Modelmatig ‘iets doen’, dat aantoonbare sporen nalaat, liefst precies op papier vastgelegd (Van Nistelrooij, 2019). Hierdoor raken de aandachtige afstemming op de ander en de zelfafstemming uit het zicht en verdwijnt er een essentieel onderdeel van de zorg, waarbij zowel de zorgvrager als de zorgverlener tekort gedaan wordt (Van Heijst, 2005, p. 68). In de praktijk is het snel of-of. Wie veel dingen moet afwerken kan niet ook nog aandacht geven. Veel professionals op de werkvloer merken dat het niet werkt, maar ze worden ‘afgerekend’ op hun verrichtingen en kunnen moeilijk anders. Dat komt omdat er in de praktijk veel arbeidsdeling te zien is. De zorgprofessional doet de zorgklussen, anderen (maatschappelijk werker, pastor, psycholoog, arts) geven ondersteuning, troost en bemoediging, mits daar vraag naar is (Van Heijst, 2005).

In de “zorgfabriek”, waar gezorgd wordt volgens op wet- en regelgeving gebaseerde protocollen, en niet volgens de unieke afstemming tussen zorggever en zorgvrager, zullen gevoelens en emoties de zorgverlener eerder overvallen (Van Heijst, 2005). Er is immers geen ruimte voor de zorgverlener om de zorg op zichzelf af te stemmen. Professionals kunnen bijvoorbeeld intensief fysiek contact als vervelend ervaren (Van Heijst, 2005, p.101). Vooral als ze te maken krijgen met geweld zoals geknepen worden, geslagen, bespuugd enzovoorts. Ook al weten professionals dat patiënten het vanuit ziekte doen, het raakt hen lichamelijk en emotioneel. Met dergelijke gevoelens is in de neoliberale opzet van het zorgstelsel geen rekening gehouden. Een gevolg daarvan is dat er een sfeer van afkeuring rond persoonlijke emoties kan ontstaan. Als deze emoties mee naar huis genomen worden, word dat ervaren als “niet professioneel” (Van Heijst, 2005, p. 335-338). Dit is vervreemdend voor zorgprofessionals en het brengt hen af van waarom ze dit beroep ooit hebben gekozen. Er is dus een

spanningsveld tussen **professionaliteit** en **persoonlijke geraaktheid**. In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op deze begrippen en op de relatie tussen beiden.

2.2 Professionaliteit in de zorg

Om professionaliteit in de zorg goed te begrijpen is het belangrijk om eerst een onderscheid te maken tussen ‘alledaagse zorg of natuurlijke zorg’ en ‘professionele zorg’. Van Heijst (2005) heeft het over zorgklussen die in de alledaagse zorg voor kinderen, familie of naasten steeds terugkeren. Denk daarbij aan schoonmaken, wassen, verzorgen van een baby of het zorgen voor een beperkte partner. In de alledaagse en natuurlijke zorg is er aandacht voor de ander, vindt men degene die ze verzorgen uniek en gaat het verzorgen óver de grenzen van de verzorger (Van Nistelrooij, 2019). De alledaagse en natuurlijke zorg vindt plaats in de privésfeer en is de aandachtige relatie en beschikbaarheid voor de ander, die samen een lach en een traan delen (Van Nistelrooij, 2019, p.22). Wanneer de zorg in de privésfeer niet meer kan is professionele zorg een uitkomst. Professionele zorg overtreft de kwaliteit van de alledaagse en natuurlijke zorg. Professionele zorg wordt in veel gevallen niet vergeleken met het alledaagse beeld van zorgen, omdat de nadruk van professionele zorg ligt op andere aspecten (Van Nistelrooij, 2019, p. 24). Deze aspecten zijn bijvoorbeeld het analytisch vermogen om gedrag te observeren, de organisatorische kant van zorg en de zorgtechnieken. De aandacht bij professionele zorg gaat veel meer uit naar de handelingen. Professionals moeten de juiste dingen doen en ze moeten goed gedaan worden. ‘Goed’ is: precies zoals afgesproken, zoals voorgedaan, zoals voorgeschreven en geleerd. Dit komt onder andere door de invloed van de politiek, zorgverzekeraars en beleidsmakers en wat zij verstaan onder zorgwerk (Van Heijst, 2005).

2.2.1 De professionele zorgrelatie

De professionele zorg overstijgt dus de zorg in de privésfeer. Een belangrijk aspect van professionele zorg is de zorgrelatie die aangegaan wordt. Van Nistelrooij (2019) geeft een aanvulling op de theorie van Van Heijst door aandacht te besteden aan die professionele zorgrelatie. Zij beschrijft een lotsrelatie en een keuzerelatie en laat hiermee een belangrijk verschil zien tussen de zorg in privésfeer en professionele zorg. Een lotsrelatie is bepaald door het lot, zoals familie. Een keuzerelatie houdt de relatie in waarvoor men gekozen heeft zoals een partner of een vriendschap. De relatie tussen de professional en zorgontvanger is een lots- én een keuzerelatie. De professional kiest ervoor om zorg te verlenen en beschikbaar te zijn voor de ander, maar in die professionele beschikbaarheid valt er verder niet veel meer te kiezen. Je mag je als professional niet afkeren van patiënten; dat is moreel niet juist om te doen (Van Nistelrooij, 2019). De zorgontvanger heeft in deze relatie weinig keuze en is zagezegd overgeleverd aan het lot. Het lot van de ziekte brengt hem in verbinding met professionele zorg. Naast deze relatie is er ook nog sprake van een verschil tussen gelijkheid en uniciteit. Een voorbeeld: een ouder mag zijn kind anders behandelen dan andere kinderen en dat doen zij omdat hun kind in hun ogen uniek is (Van Nistelrooij, 2019). Een professional moet zich houden aan het principe

van rechtvaardigheid. Zij mogen op een andere manier plezier ervaren met verschillende patiënten, alleen mag de zorgvrager waarmee zij minder plezier ervaren niet tekortgedaan worden. Als laatste maken grenzen de zorg professioneel. Een professional is gebonden aan tijd en houdt die in gaten. De professional moet ook aan zichzelf toekomen en heeft recht op rust tegen het einde van de werkdag (Van Nistelrooij, 2019). Iemand die zorgwerk doet moet ook rekening houden met wat in zichzelf leeft. Een professionele zorgrelatie is een manier van doen, een afgestemde betrekking op de unieke ander, waarbij de professional zich ook afstemt op zichzelf (Van Heijst, 2005). Van Heijst (2005) spreekt dan over ‘zelfafstemming’.

2.2.2 Professionaliteit vanuit een sociologisch en politiek perspectief

Zorgprofessionals hebben te maken met structurele krachten zoals commodificatie, het marktdenken, de doelrationaliteit die heden ten dage heerst en de opvatting dat ‘goed’ handelen gelijk staat aan de situatie volledig onder controle hebben (van Heijst, 2005, p.19). Doordat professionals hiermee te maken hebben moeten zij constant optimaliseren, professionaliseren, presteren onder tijdsdruk en kwaliteit leveren. De professionals dienen alles vast te leggen, te noteren, te plannen en te evalueren. Van Heijst (2005) spreekt hierdoor over beheerszucht en controlemanie in de samenleving en noemt de hedendaagse zorg ‘de zorgfabriek’. Dit statement van Van Heijst (2005) heeft enige nuancering nodig vanuit een sociologisch perspectief, omdat het idee van professionaliteit in alle westerse welvaartsstaten is veranderd door de organisatorische eisen. In Nederland zijn dat onder andere het New Public Management en de vermarkting van diensten (Tonkens, 2010). Zo is er meer sprake van bureaucratie, strakke organisatorische controle over het werk en is er meer nadruk gekomen op de ondernemende identiteit van zorgwerkers en zorgorganisaties (Tonkens, 2010). Van Nistelrooij (2019) stelt dat de veranderingen in de zorg nodig zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Door de veranderingen is de zorg meer gericht op het welzijn van de patiënt en is er sprake van het rechtvaardig behandelen van patiënten. Daarnaast is er meer respect voor de autonomie van de patiënt en ook voor de professional (Van Nistelrooij, 2019 & Tonkens, Bröer, van Sambeek & van Hassel, 2013). Juist door de vermarkting en commodificatie is er meer ruimte gekomen voor professionele kennis en is er in de samenleving meer bewustzijn gecreëerd van wanpraktijken. Het heeft dus een bijdrage geleverd aan het verbannen van kwakzalverijen die mensen schaden en onrecht hebben gedaan in het verleden (Van Nistelrooij, 2019). Daarnaast is er behoeften aan het werken met protocollen om kwaliteitsverbeteringen te realiseren, om de zorg meer professioneel te maken en visa versa (Van Nistelrooij, 2019). Voor professionals zijn er ook voordelen te zien binnen professionaliseringsprocessen. Zo kunnen zij gebruik maken van de druk van managers om eigen belangen te bevorderen (Evetts in Tonkens, Broër, van Sambeek & van Hassel, 2013). Het is belangrijk om professionals niet te zien als slachtoffers van de veranderingen, maar ze moeten wel geherpositioneerd worden. Dit kan omdat de commodificatie het idee en de praktijk van professionaliteit veranderd heeft. De veranderingen in het idee en praktijk van professionals is

subtiel en significant (Tonkens, Bröer, van Sambeek & van Hassel, 2013). Desondanks stelt Van Heijst (2011) dat de veranderingen negatieve effecten hebben op het zorgpersoneel omdat zij het gevoel hebben dat ze productiemedewerkers zijn of een radertje zijn in de machine. Zorgprofessionals zijn veel meer dan dat. Zij zijn het zorginstrument en zij zijn veel meer dan een klein onderdeel van de zorgbetrekking (Van Heijst, 2005).

2.2.3 Onderdelen van professionaliteit

Naast de professionele zorgrelatie en de professionaliteit vanuit politiek perspectief, zijn er meerdere onderdelen van professionaliteit stelt Van Heijst (2005). Er moet ten eerste sprake zijn van respect voor ieders eigenheid en liefde. Ten tweede voor vakkundigheid. Daarmee wordt bedoeld dat de professional iedere dag zijn kennis en kunde inzet voor mensen die pijn hebben, in de war zijn of compleet van de wereld, zonder daarbij een onderscheid te maken (Van Heijst, 2005). Dit valt onder het rechtvaardigheidsprincipe. Ten derde moet de professional de ander als onvergetelijk opmerken. Er moet daadwerkelijk oog zijn voor de unieke ander. Als vierde en als laatste moet de professional de ander laten weten en laten voelen dat hij of zij ontvankelijk is. Men moet open staan voor de unieke ander. Met deze vier onderdelen van professionaliteit is er vormgegeven aan het menslievende aspect van zorgen. Van Heijst (2011) spreekt nu van *Professional loving care* dan wel menslievende zorg.

2.3 Persoonlijke geraaktheid

De persoonlijke geraaktheid waarover hier gesproken wordt, vindt plaats binnen een zorgproces. Binnen dit proces krijgen mensen met elkaar te maken. Ze krijgen deel aan elkaars wel en wee en ze worden deel van elkaars leven (Van Heijst, 2005, p.10). In het zorgproces ontstaat de morele verantwoordelijkheid om iemand bij te staan in diens nood en om de ander niet in de steek te laten. Binnen het zorgproces is er sprake van een zorgverantwoordelijkheid die een machtsdynamiek met zich mee brengt (Bauman in Van Heijst, 2005). Die machtsdynamiek is vooral beschreven in de relatie tussen zorgvrager en de professional. De professional heeft een morele zorgverantwoordelijkheid wat maakt dat de professional de regels mag bepalen. Dit kunnen opvallende regels zijn maar ook minder opvallende. Die minder opvallende regels ontstaan in situaties met bijvoorbeeld opstandige en agressieve patiënten, maar ook in situaties waarin de professional onder de indruk is van de verwardheid of doodswens van patiënten. De professional lijkt in die situaties oppermachtig, maar dat is hij niet (Van Heijst, 2005). De zorgdrager is ook mens, ze zijn gelijken en verschillend van elkaar en van de zorgontvangers. Daarmee lopen macht en behoefte binnen de zorgbetrekking niet gelijk aan de rolverdeling. Deze machtsverhouding kan leiden tot een enorme last onder zorgdragers. Van Heijst (2005, p.315) stelt dat iemand met zorgverantwoordelijkheid gezien moet worden als iemand met een kostbaar leven. Zij hebben immers ook te maken met de druk uit de samenleving. Ze zijn de pijler van onze beschaving: wel zorgen ook al lukt dat niet perfect, is altijd beter dan niets doen. Dit zorgen gebeurt in strijd oproepende en in tragische situaties (Van Heijst, 2005, p.23). De ontstane

zorgbetrekking is er een waarbij het welbevinden van beide personen op het spel staat. Zo offeren zorgprofessionals zich regelmatig op voor de ander en gaat die in sommige gevallen ook over zijn grenzen. Dit gebeurt wanneer er te weinig zorgkrachten zijn of als er een te sterk appèl gedaan wordt. Er kan dan een scheve verhouding ontstaan. Dit uit zich in een verhouding tussen welke zorgontvanger wel telt en welke niet. Van Heijst (2005) stelt dat zorgsituaties energie zuigen van de zorgprofessional en dat er daardoor behoefte is aan het stilstaan bij de kostbaarheid en broosheid van de professional. De zorgbetrekking maakt dus dat er een morele verantwoordelijkheid ontstaat. De machtsdynamiek en de zorgbetrekking samen maakt dat de professional broos is. De betrokkenheid met alle personen en het zorgproces kan ervoor zorgen dat de professional persoonlijk geraakt wordt.

2.3.1 Emoties als reden tot persoonlijke geraaktheid

Binnen de klinische sector overkomt je een zorgrelatie. Het is toevallig dat de zorgprofessional en de patiënt elkaar tegenkomen. De betrokkenheid met de ander is verrassend en roept gelijk emoties op. Niet de rede (wat is moreel juist om te doen) maar de grondeloosheid van moraliteit en het gebiedende karakter van de ontmoeting is de oorsprong van de zorgbetrekking (Bauman in Van Heijst, 2005). Daarmee wordt bedoeld dat de ontmoeting met de zorgontvanger, de zorgprofessional overvalt en dat eerdere ervaringen die leidden tot een morele verantwoordelijkheid kunnen vervagen. Alleen de emoties, passie en het sentiment zijn dan nog de grond van de morele verantwoordelijkheid om te verzorgen. Bauman (in Van Heijst, 2005) spreekt over 'gevoelsmatig geraakt worden' door de emoties die de ander bij de zorgprofessional oproept bij de eerste ontmoeting. In het werk van Van Heijst (2005) wordt weinig ingegaan op het ethisch handelen van de zorgprofessional vanuit emoties, terwijl dit volgens Bauman (in Van Heijst, 2005) weldegelijk in relatie staat tot het geraakt worden. Omdat Van Heijst niet dieper ingaat op die emoties, passie en sentiment, is het werk van Kleinlugtenbelt, Molenwijk & Widdershoven (2020) bestudeerd.

Kleinlugtenbelt, Molenwijk & Widdershoven (2020) stellen dat emoties allemaal zijn verbonden met een specifiek geheel van gedachten. Door deze emotie en gedachten aandacht te geven kan er gereflecteerd worden op het professioneel handelen. De emoties die doorleeft worden zetten professionals in beweging en tonen betrokkenheid tot elkaar. We zouden de emoties die gevoeld worden niet moeten bekritisieren, maar kunnen wel wat zeggen over hoe er naar die emoties gehandeld wordt. Dat is zo omdat emoties verbonden zijn aan gedachten, indrukken, ideeën, opvattingen, overtuigingen, vermoedens en verwachtingen (Nussbaum, 2001, p. 31-84). Dat maakt dat emoties niet subjectief zijn. Elke emotie kent een kenmerkende gedachte. Emoties zijn te onderscheiden in 'het ervaren van de emotie in een bepaalde situatie' en 'hoe er omgegaan wordt met de emotie' (Kleinlugtenbelt, Molenwijk & Widdershoven, 2020). Wanneer die gedachte onderzocht wordt in relatie tot een situatie, krijgt het een plek binnen moreel oordelen. Er moet echter rekening gehouden worden met de betrouwbaarheid van de emoties. Dat komt omdat emoties samengaan met gedachten,

overtuigingen en ideeën die mogelijk niet passen binnen de feitelijke situatie. Bij goed onderzoek van de emoties kunnen zij waardevolle en veelal betrouwbare bronnen zijn van kennis over jezelf in een specifieke situatie (Kleinlugtenbelt, Molenwijk & Widdershoven, 2020). Gevoelens zijn dus niet willekeurig, maar zijn overtuigingen van wat juist is (Van Nistelrooij 2019 & Kleinlugtenbelt, Molenwijk & Widdershoven, 2020). De persoonlijke geraaktheid die ontstaat vanuit emoties, passie en sentiment brengt gevoelens met zich mee (Van Nistelrooij, 2019 & Kleinlugtenbelt, Molenwijk & Widdershoven, 2020). De emoties die gevoeld worden kunnen dus waardevolle informatie zijn voor moreel oordelen, want gevoelens zijn verbonden met morele argumenten (Kleinlugtenbelt, Molenwijk & Widdershoven, 2020).

2.4 Persoonlijke geraaktheid onder druk door professionalisering

Het moreel zorgen komt enerzijds vanuit de persoonlijke geraaktheid zoals die in de vorige paragraaf beschreven is en anderzijds vanuit de regelgeleide ontmoeting (Bauman in Van Heijst, 2005). De regelgeleide ontmoeting is een opgelegde zorgverantwoordelijkheid vanuit professionele zorg. De elementen van een regelgeleide ontmoeting zijn het werken volgens richtlijnen, de gebruiken van de beroepscode, wetten en regelingen (Van Nistelrooij, 2019). Het verfijnen van richtlijnen, gebruiken, wetten en regelingen is het proces van professionalisering en wordt gedreven door de wens om de kwaliteit van zorgprocessen te verbeteren en te uniformeren (Van Heijst, 2005). Het uit zich in het streven naar totaal controleren. Deze controledrang zorgt voor een flinke druk op de professionals die direct zorg verlenen. De machthebbers hebben het idee de kwaliteit van zorg te verbeteren, maar dit blijkt in de praktijk anders (Swierstra & Tonkens, 2008), want door alles protocollair vast te leggen is er geen ruimte meer voor de zorgprofessional om zelfstandige en gevoelsvolle morele afwegingen te maken (Van Heijst, 2005). Die ruimte zou er wel moeten zijn want de professional heeft immers paramedische kennis en kunde en verpleegkundige of verzorgende competenties (Van Heijst, 2005). Van Heijst (2005) betoogt dat zorgprofessionals onderling uitwisselbare transparantjes zijn geworden die op alle zorgvragen moeten passen. Door alle procedures en protocollen, richtlijnen en regels en vaste gewoontes worden zij zodanig ‘geprogrammeerd’ dat zij dat kunnen. En doordat de politiek de intentie heeft om de macht over de zorg te nemen, vervagen de persoonlijke verschillen tussen de zorgprofessionals (Van Heijst, 2005). Iedereen moet dus kunnen passen en voldoen aan de hulpvraag waardoor de uniekheid van de professional verdwijnt (Van Heijst, 2005). Niemand wil dat, maar toch gebeurt het. Dat is jammer, want de emotie, de passie en het sentiment zoals in de paragraaf hiervoor beschreven, kunnen zorgen voor morele oordeelsvorming (Van Nistelrooij, 2019 & Kleinlugtenbelt, Molenwijk & Widdershoven, 2020). Toch is de emotie verbannen. Dat komt mede omdat volwassenen zichzelf zien als voorspelbaar en zelfbeheerst en zij verwerpen emoties als verstorend en infantiel (Bauman in Van Heijst, 2005). Emoties worden tegenwoordig ook gezien als irrationeel of als een belemmering in het kritisch redeneren. Daarnaast wordt er gedacht dat emoties niet in toom te houden zijn en daarmee verstorend zijn. Dat kan komen door de onbekendheid van de mogelijkheden die

emoties met zich mee kunnen brengen (Kleinlugtenbelt, Molenwijk en Widdershoven, 2020). Een van de mogelijkheden die emoties met zich meebrengt is de intrinsieke motivatie om überhaupt te zorgen. Pulcini (2016) betoogt dat emoties als welwillendheid, vrijgevigheid en mededogen hun oorsprong kennen in eigenaardige emotionele kwaliteiten die overeenkomen met sympathie en empathie, zoals dit tegenwoordig genoemd wordt. Dit in tegenstelling tot het moderne en neoliberale denken, dat individuen gemotiveerd worden vanuit eigenbelangen en egoïstische emoties (Pulcini, 2016). De overheid en zorgverzekeraars zouden hun beeld moeten veranderen want door het moderne en neoliberale denken zitten professionals klem tussen wat zij mogen doen en wat zij zien dat nodig is (Van Heijst, 2005). Ook Van Nistelrooij (2019) stelt dat de zorgprofessional weet wat nodig is op basis van zijn gevoel. De overheid en zorgverzekeraars zouden meer vertrouwen moeten hebben in de kennis en kunde van zorgprofessionals (Van Heijst, 2005 & Swierstra & Tonkens, 2008 & Van Nistelrooij, 2019).

2.4.1 Meer humaniteit voor de zorgverlener

Zorginstellingen zijn een aparte sector tussen de overheid, de markt en de informele sfeer van familie en gezin (Swierstra & Tonkens, 2008, Van Heijst, 2005 & Schuurman & Van Der Zwan, 2009). Door de ontzuiling en verstatelijking hebben zorginstellingen een plek gekregen binnen de economie en hebben ze te maken gekregen met privatisering, marktwerking en vraagsturing (Tonkens, 2014). Die rationaliteit gaat wringen met de behoeften van de mensen die betrokken zijn bij het zorgproces. Als de zorgprofessional troost biedt doet hij onnut werken als het gaat om productiviteit (Van Nistelrooij, 2019). Volgens een dergelijke rationaliteit kan de professional zijn tijd beter besteden aan het genezen van een zieke patiënt (Van Heijst, 2005). Het is vooral onmenselijk om zorg op deze manier te benaderen (Van Heijst, 2005), maar dit is wel de heersende opvatting geworden binnen de zorgpraktijk. Het verpleegkundige personeel op de werkvloer beschikt over verstandige kennis, maar kunnen dit amper als geldige en redelijke kennis claimen ten opzichte van de artsen, geestelijk verzorgers en therapeuten. Dat komt volgens Van Heijst (2005) doordat de kennis van de verpleegkundige plaats- en tijdsgebonden is en telt daarom minder dan de abstracte en exacte kennis. Er wordt dan ook gesproken over een kenniskloof tussen de zorgprofessional/verpleegkundige op de werkvloer en de vakspecialist die boven hen werkt.

Volgens Van Heijst (2005) blokkeren de huidige economische verschraling en de ontzieling van de zorg een omvorming naar meer humane zorg. Om meer humane redelijkheid te realiseren zouden beleidsmakers zich niet blind moeten staren op berekeningen stelt Van Heijst (2005) voor. Zij zouden meer informatie die situationeel is en van de zorgverlener komt moeten vergaren en ze zouden af moeten gaan op wat wordt verteld onderaf en hun feitelijke behoeften. Van Heijst (2005) is van mening dat de rationaliteit van de 'zorgfabriek' wijst op een diepe crisis in zingeving. Van Nistelrooij (2019) en Tonkens, Bröers, van Sambeek & van Hessel (2013) betogen dat het voor goede zorg

belangrijk is om soms van de regels af te wijken. Daarnaast stelt Van Nistelrooij (2019) dat een professional weet wanneer er van de regels afgeweken moet worden. De regels ontstaan namelijk in het contact met het aanzien van de ander (Bauman in Van Heijst, 2005). Bij het aanzien van de ander ontstaat er een muur van gevoelens die het contact beschermen voor invloeden van buitenaf. Dat kan in de professionele sfeer lastig zijn, omdat men moet weten wat er van elkaar wordt verwacht (Van Heijst, 2005). De emoties die gevoeld worden zijn niet moreel verkiesbaar en bieden een primaire toegang tot morele ervaringen en maken dat er een barrière ontstaat tegen de rede (Kleinlugtenbelt, Molewijk & Widdershoven, 2020 & Bauman in Van Heijst, 2005). De emoties die gevoeld worden objectiveren de situatie. Hierdoor maakt de professional een morele overweging om bijvoorbeeld over te werken om nog een patiënt te bezoeken of om het administratieve werk uit te stellen voor een praatje (Van Nistelrooij, 2019). De reden om van regels af te wijken zijn morele gevoelens, omdat die de overtuiging zijn van wat juist is (Van Nistelrooij, 2019). De professional is in staat dit te onderbouwen en biedt hiermee humane zorg. Het feit dat dit in de praktijk gebeurt, biedt toch uitzicht op een omvorming van het strikte rendement denken naar humanere zorg.

Van Heijst (2005) en Van Nistelrooij (2019) stellen beiden dat zorg in de alledaagse sfeer (private sfeer) en professionele sfeer (publieke sfeer) wel wat anders behelst, maar helemaal niet zoveel verschilt van elkaar. Van Heijst (2005) vraagt zich af tot welke sfeer de zorgsector gerekend moet worden. Dat komt door het volgende: professionals verlaten hun private sfeer om in de publieke sfeer te gaan werken. Iemand die zorg nodig heeft verplaatst -al dan niet tijdelijk- van de private sfeer naar een publieke sfeer. Voor de zorgontvanger is de instelling tijdelijk de private sfeer, maar voor de professional is het een publieke sfeer. Hierdoor ontstaat er een grijs gebied tussen de private sfeer en de publieke sfeer. De afgrenzing tussen beide sferen zitten in onze samenleving verankerd en kan de humanisering van de zorgcultuur belemmeren. Die afgrenzing markeert namelijk een scheidslijn tussen mensen die de zorgverlener in beginsel wel raken, mensen die de zorgverlener minder raken en mensen die de zorgverlener niet raken (Van Heijst, 2005).

2.5 Conclusie

In deze laatste paragraaf van dit hoofdstuk wordt er een concreet antwoord gegeven op deelvraag I: 'Welk inzicht biedt het werk van Van Heijst met betrekking tot het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid?'

Zorg is volgens Van Heijst (2005) in beginsel een goed. Goed zorgen hangt volgens haar af van de verhoudingen waarin gezorgd wordt en of het iedereen in de zorgbetrekking goed doet. Om binnen de zorgfabriek professioneel goede zorg te leveren, is het belangrijk om de vier elementen van menslievende zorg voor ogen te houden. Deze elementen zijn het respect hebben voor ieders eigenheid en liefde, vakkundigheid, de ander als onvergetelijk opmerken en ontvankelijk zijn. Uit bovenstaande

theorie blijkt dat er te weinig ruimte is voor de persoonlijke geraaktheid van zorgprofessionals. Dat komt volgens Van Heijst (2011) onder andere door het neoliberale ‘ik-red-mezelf-wel-denken’. Dat er te weinig ruimte en aandacht is voor de persoonlijke geraaktheid van zorgprofessionals komt ook doordat het niet duidelijk is waartoe de zorgsector gerekend moet worden. Er bestaat namelijk een grijs gebied tussen de private sfeer en de publieke sfeer. De zorg in private en publieke sfeer behelst weliswaar wat anders, maar verschilt in essentie niet zoveel van elkaar. Ondanks dat de nadruk van professionele zorg ligt op de organisatorische kant en de zorgtechnieken – wat komt door de invloed van de politiek, zorgverzekeraars en beleidsmakers en wat zij verstaan onder goed zorgwerk - is er ook sprake van een aandachtige relatie en beschikbaarheid voor de ander. Binnen de professionele zorgbetrekking wordt ook regelmatig een lach en een traan gedeeld onder zorgprofessionals. Het onderscheid tussen de private sfeer en de publieke sfeer zit verankerd in de samenleving en beïnvloedt ons idee van professionaliteit in de zorg waarin een geraakte professional niet professioneel is.

Daarnaast nemen zorgprofessionals niet de positie in om aandacht te krijgen voor hun persoonlijke geraaktheid. Dat komt, omdat het beeld over de emoties niet strookt met de werkelijkheid.

Volwassenen worden door het neoliberale denken autonomer ingeschat dan ze daadwerkelijk zijn. Emoties worden nog steeds gezien als niet betrouwbaar en infantiel en zijn door de professionaliseringsprocessen verbannen. De aandachtige afstemming op de ander en zichzelf krijgt hierdoor geen plek en de zorgverlener wordt daardoor tekortgedaan. Dat terwijl de professional er evenveel toe doet als de persoon in nood.

Om verandering te brengen in het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid is het noodzakelijk dat er meer vertrouwen komt vanuit beleidsmakers en zorgverzekeraars naar de zorgprofessionals. Dit vertrouwen kan ervoor zorgen dat de zorgprofessional wordt opgemerkt en dat die persoon er mag zijn zoals die is (Van Heijst, 2008). Zorgprofessionals moeten dealen met de nieuwe werkzaamheden, het aanpassen aan professionaliseringsprocessen. Dat is een onderdeel van de professie en noodzakelijk om de kwaliteit van zorg hoog te houden. Daarnaast hebben zij te maken met de persoonlijke geraaktheid die zij ervaren. Beiden zijn essentieel in het zorgproces en professionaliteit en persoonlijke geraaktheid staan niet los van elkaar.

Het komt erop neer dat de zorgfabriek leidt tot uniforme processen waarbij zorgverleners onderling vervangbaar zijn geworden. Dat strookt niet met wat Van Heijst (2005) onder goede menslievende zorg verstaat. Dat zijn namelijk de vier eerdergenoemde elementen. Zorgprofessionals hebben daar ook behoefte aan. Hoe hier vorm aan gegeven moet worden is echter door Van Heijst (2005 ; 2011) en andere gebruikte wetenschappers niets over geschreven.

3. METHODE EN BENADERING

Dit zorgethisch onderzoek is gedaan aan de hand van theoretisch en empirisch onderzoek. Het empirisch deel is uitgevoerd binnen een zorgpraktijk (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017). In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe ik het empirische onderdeel uitgevoerd heb. De structuur van dit hoofdstuk bestaat uit de onderzoeksbenadering, de onderzoeksmethode, de dataverzameling en de analyse. Daarna zal ik afsluiten met de ethische overwegingen binnen het onderzoek en de kwaliteitscriteria die zijn toegepast. De resultaten van het empirische onderzoek zijn beschreven in hoofdstuk 4.

3.1 Onderzoeksbenadering

Het onderzoek is gebaseerd op een sociaal-constructivistisch wereldbeeld (Creswell & Poth, 2018). Dit houdt in dat de ervaringen van individuen in hun eigen leefwereld centraal staan. Elk individu geeft een eigen betekenis aan de ervaringen (Creswell & Poth, 2018). Een onderzoek dat gebaseerd is op het sociaal constructivistisch paradigma is niet op zoek naar de absolute waarheid, maar op zoek naar een sociaal geconstrueerde werkelijkheid (Creswell & Poth, 2018; Johnson & Parry, 2015). Overtuigingen die de respondenten hebben met betrekking tot hun verhaal zijn sociaal geconstrueerd en hebben invloed op hoe de ervaringen verteld worden. Dit is tevens de reden waarom er gekozen is om het sociaal constructivistische paradigma toe te passen. Vanuit zorgethisch perspectief is er de overtuiging dat morele kennis ontstaat tijdens de geleefde ervaring die tevens beïnvloed wordt door het politieke denken (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017). In de Utrechtse zorgethiek staat het theoretische onderdeel en het empirische onderdeel in dialectische relatie tot elkaar (Leget, Van Nistelrooij, & Visse, 2017). Dit ontstaat door het gebruiken van *critical insights* als lens bij de empirische analyse. De *critical insights* die gebruikt worden tijdens dit onderzoek zijn professionaliteit, persoonlijke geraaktheid, emoties, erkenning en afstemming. De *sensitizing concepts* die naar voren komen uit de theorie zijn respect voor ieders eigenheid en liefde, vakkundigheid, iemand als onvergetelijk opmerken en ontvankelijkheid. Deze concepten zijn gebruikt als lens en hierdoor wordt er een dialectische verbinding gelegd tussen de theorie en de empirie.

3.2 Onderzoeksmethode

In dit onderzoek wordt gekeken naar de ervaring van drie zorgverleners binnen een specifieke zorgpraktijk. Om te begrijpen hoe de relatie tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid ervaren wordt heb ik gekozen voor de narratieve onderzoeksmethode. Deze methode past goed bij het eerder uitgelegde sociaal-constructivistische wereldbeeld en zorgt ervoor dat de betekenis die de respondenten aan hun ervaringen geven beter begrepen kunnen worden (Visse, 2014). Tevens geeft deze methode ruimte voor interactie tussen de respondenten en de onderzoeker. Omdat ikzelf onderdeel ben van de doelgroep past deze onderzoeksmethode goed bij mij en de respondenten.

Daarnaast worden de ervaringen in het verleden gereconstrueerd (Visse, 2014). De respondent staat in deze methode centraal en krijgt de ruimte om zijn ervaring in beeld te brengen (Johnson & Parry, 2015). Het verhaal zal voornamelijk gaan over de ervaring met professionaliteit en persoonlijke geraaktheid. De unieke eigenschap van de narratieve analyse is dat als eerste de focus ligt op het unieke verhaal van de respondent; er is sprake van een ordening van ervaringen in een reeks van gebeurtenissen (Visse, 2014). Vervolgens verschuift de focus naar de specifieke opvattingen over de relatie tussen mij en de respondent. In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een hermeneutische visie op narratief onderzoek. Hiermee wordt de relatie tussen mij en de deelnemers een co-constructie. Dat houdt in dat er gezamenlijk, in relatie een narratief ontstaat. Tenslotte heeft de narratieve analyse als unieke eigenschap dat de interesse ligt in de individuele kennis van de respondenten (Visse, 2014). Narratief analyseren is een dialectisch proces. Begrip en inzicht komen volgens Gadamer (1975) dialogisch tot stand. Dit geeft inzicht in een tijdelijke 'waarheid', omdat er tijdens het interpreteren altijd sprake blijft van 'weten en niet weten' (Frie, in Visse, 2014). Er wordt uitgegaan van de waarheid van de respondent.

3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

Dit onderzoek richt zich op één bepaalde afdeling van een klinische ggz organisatie: High & Intensive Care (HIC). De interviews zijn afgenomen bij drie medewerkers van de HIC. Zij werken in het verpleegkundig team. Dit houdt in dat zij onder andere te maken hebben met onregelmatige werktijden zoals vroege-, late- en nachtdiensten. Hun werkplek is de afdeling van de HIC en zij werken direct en indirect samen met het management, de behandelstaf, activiteitenbegeleiders en ervaringsdeskundigen, verder genoemd het HIC-team. De respondenten hebben te maken met verschillende vormen van geweld, agressie, pesterijen, verschillende vormen van intimidatie en maken ingrijpende gebeurtenissen mee. Zij moeten allen regelmatig op het personeelsalarm reageren en staan onder andere daardoor regelmatig oog in oog met de kwetsbaarheid van de cliënten en die van henzelf. In de semigestructureerde interviews is er gepoogd te sturen naar wat professionaliteit inhoudt voor de respondenten en hoe zij persoonlijk geraakt worden. Dit aan de hand van een persoonlijk ervaringsverhaal. De medewerkers die hebben meegewerkt zijn minimaal twee en een half jaar in dienst. Dit is in het onderzoek noodzakelijk geacht, omdat HIC-medewerkers pas na die tijd écht ingewerkt zijn, ervaring hebben met verschillende incidenten en ervaring hebben met hoe er wordt omgegaan met de kwetsbaarheid van de medewerkers.

De interviews zijn begonnen met de vraag "Hoe is het om op een HIC professioneel te werken en persoonlijk geraakt te worden". Er werd door de medewerkers uitgebreid antwoord gegeven. In het eerste deel van het interview is de respondent vrijgelaten om te worstelen met de termen van professionaliteit en persoonlijke geraaktheid en kregen zij de ruimte om al sprekend hierover na te denken. Daarna kwam het gesprek meer op gang en werden de begrippen en ervaringen dieper uitgevraagd met vragen als: Hoe ervaren zij steun? Wat betekenen collega's voor hen als het gaat om

professionaliteit en persoonlijke geraaktheid? Wat maakt dat een ervaring zoveel indruk heeft gemaakt?

De respondenten zijn in de leeftijdsklasse van 28 tot 40 jaar oud zonder voorkeur voor geslacht. Alle respondenten zijn tevreden over hun werkplek en werken met passie op de HIC. Toch lijken zij allen iets te missen, waardoor het werkplezier op bepaalde momenten minder wordt.

Er is een lange tijd overheen gegaan alvorens de interviews gepland konden worden. Doordat het vooronderzoek in eerste instantie nog aanpassing behoefde, waren de eerdere interviews niet meer relevant en was een van de respondenten niet meer in de gelegenheid mee te werken aan het nieuwe onderzoek. Er waren zes respondenten benaderd waarvan er uiteindelijk drie hebben meegewerkt. Een van de respondenten die niet meer kon meewerken, viel uit wegens ziekte en ging aansluitend voor drie weken op vakantie. Een andere respondent die mee wilde werken, was de afspraak vergeten en de tweede afspraak is afgezegd wegens ziekte, waardoor ik geen vertrouwen meer had dat een andere afspraak binnen de tijd nog haalbaar was. Nog een respondent heeft haar ontslag ingediend ten tijde van het onderzoek, waardoor zij niet meer mee kon werken.

3.4 Dataverzameling

De respondenten zijn door middel van semigestructureerde interviews geïnterviewd. Het doel van narratief interviewen is om gedetailleerde ervaringen aan het licht te brengen en geen vraag-antwoord gesprek te doen. Aan de hand van het artikel van Visse (2014) is er een vragenlijst gemaakt met één openingsvraag en daarna opties voor vragen om verdieping te krijgen of stiltes weg te nemen. Twee interviews zijn op locatie uitgevoerd, omdat dit het minst belastend is bevonden door de respondenten. Eén interview is bij de respondent thuis gedaan, omdat er geen tijd meer was om elkaar te treffen op de locatie. De respondent vond dit zelf prettig. Alle respondenten zijn eerst op de hoogte gesteld aan welk onderzoek zij gingen meewerken en hadden zelf affectie met het onderwerp van het onderzoek. De openingsvraag zorgde ervoor dat de respondenten zelf een verhaal konden kiezen dat zij passend vonden bij het onderzoek en waar zij graag over wilden vertellen. Visse (2014) stelt dat er ruimte moet zijn voor interpretatie vanuit de onderzoeker, maar dit komt pas later tijdens het analyseproces aan bod. Door het gesprek zo open mogelijk te laten verlopen is er aandachtig geluisterd en samengevat. Hierdoor werd de controle over het gesprek zoveel mogelijk bij de respondent gelegd.

De gesprekken zijn opgenomen met audio-opname apparatuur. Tijdens het interview is er gepoogd aantekeningen te maken. Dit was erg moeilijk, omdat ik merkte dat ik daardoor mijn focus op het gesprek verloor, dus is dit al na het eerste interview losgelaten. Hierdoor was er meer aandacht voor het aanhoren van het gesprek. Visse (2014) stelt dat het belangrijk is om aan te haken bij belangrijke woorden en zinnen. Dit ging tijdens het interview vanzelf. Op bepaalde momenten is er terug verwezen naar wat eerder gezegd is om de betekenis te verhelderen en verdieping te zoeken. Ieder interview heeft uiteindelijk drie kwartier geduurd. Na het uitwerken van de interviews werd het niet

noodzakelijk geacht nog aanvullende interviews te organiseren. Er waren voldoende overeenkomsten en verschillen om de analyse uit te voeren.

3.5 Data-analyse

De respondenten zijn allemaal geanonimiseerd tijdens het schrijven van het transcript. Tijdens het empirisch onderzoek zijn de vijf stappen van Visse (2014) gebruikt. Tijdens de data verzameling is stap 1 uitgevoerd, het actief luisteren. De data-analyse begint bij het transcriberen. Dit is stap 2 in het empirisch onderzoek. Tijdens het schrijven van het transcript worden volgens Riessman (2008) de eerste interpretaties gedaan. Daarom is het transcript volledig en gedetailleerd beschreven. Toonhoogte, volume en stiltes zijn volgens Visse (2014) belangrijk voor de analyse en daarom zijn deze aangegeven in het transcript. Narratief onderzoek heeft geen vastliggende analyse (Johnson & Parry, 2015) en daarom is er gekozen om een thematische analyse volgens Riessman (2008) uit te voeren. In deze thematische analyse is wat er gezegd is erg belangrijk. Daarnaast zijn de verdere stappen van de hermeneutisch narratieve methode van Visse (2014) gevolgd.

Zoals eerder genoemd is stap 1 uitgevoerd bij de data verzameling. De transcripten zijn meermaals gelezen waarbij ik gelet heb op belangrijke personen (blik op karakters), losse verhalen of losse stukken zonder coherent geheel (blik op narratief), belangrijke plaatsen, de tijd waarin het verhaal zich voordeed (blik op context) en belangrijke keerpunten in het verhaal. Een uitgebreide eerste analyse is opgenomen in bijlage 2. Deze analyse is tot stand gekomen door het artikel van Visse (2014) en de thematische analyse van Riessman (2008).

Bij stap 2 is er gedetailleerd geanalyseerd. Bij deze stap van het analyseren is er vooral gekeken naar beklemtoonde woorden, tegenstellingen en normatieve opmerkingen. Ook dit is meegenomen in de analyse die gedaan is in bijlage 2. De normatieve opmerkingen, tegenstellingen en beklemtoonde woorden zijn in het transcript omcirkelt en aangegeven met letters. Daarnaast is er gekeken naar verschillen hoe de ervaring beleefd wordt, wat ervan gevonden wordt en hoe gehandeld is (Visse, 2014). Deze uitspraken zijn met kleurcodes aangegeven.

Tijdens het coderen (stap 3) is de inhoudsanalyse uitgevoerd (Visse, 2014). Er zijn verschillende codes opgeschreven en er is gezocht naar grotere thema's en onderliggende thema's. Een voorbeeld van de transcripten met kleurcodes, letters en het omcirkelde is bijgevoegd in de bijlage 3.

Bij stap 4 is de accuraatheid van het narratief belangrijk (Visse, 2014). Tijdens deze stap zijn er selecties gemaakt van verschillende fragmenten van het transcript. Hierbij is gekeken naar het grotere geheel van het verhaal. Dit om te waarborgen dat er zo goed mogelijk aangesloten kon worden bij wat de respondenten vertelde. Tijdens deze stap heb ik gezocht naar een ordening in het verhaal. Welke delen horen aan het begin van het verhaal en welke delen in het midden of het einde.

Als laatste is bij stap 5 het optekenen uitgevoerd (Visse, 2014). Op basis van de gekozen fragmenten is er een narratief tot stand gekomen in de vorm van een ik-verhaal. Hiervoor is gekozen omdat tijdens de interviews de respondenten voornamelijk aan het woord waren en tevens om recht te doen aan hun

eigen verhaal. In bijlage 4 zijn de narratieve hervertellingen te vinden. De verhalen zijn voornamelijk chronologisch beschreven (Visse, 2014). De narratieve hervertellingen zijn verstuurd naar de respondenten met de vraag of zij zich herkennen in het verhaal. Van alle respondenten ontving ik de reactie dat zij zich herkenden in het verhaal. De reacties van de respondenten zijn toegevoegd in bijlage 5.

Volgens Visse (2014) is het narratief analyseren niet het lineair volgen van de stappen, maar een interactief proces. Tijdens alle stappen van het analyse proces kwamen de codes naar voren. Vooral bij het kijken vanuit verschillende perspectieven die in stap 1 zijn uitgevoerd en het zoeken naar specifieke momenten kwamen individuele thema's aan het licht. Ook tijdens het schrijven van de hervertellingen werden er nieuwe gemeenschappelijke thema's gevonden. Volgens Visse (2014) bestaat hermeneutisch narratief analyseren ook uit het opnieuw lezen van de hervertellingen en zien wat daar nog meer naar voren komt. Dit gebeurde automatisch tijdens het lezen. Er kwamen verbanden aan het licht, verschillen en overeenkomsten. Dit kwam mede door de gebruikte *sensitizing concepts* die beschreven staan in de volgende paragraaf. Door de *sensitizing concepts* als lens te gebruiken en mijn eigen interpretatie mee te nemen, is er een diepere analyse tot stand gekomen en is er verder gekeken dan wat letterlijk werd verteld.

3.6 Sensitizing concepts

De eerste *sensitizing concepts* kwamen naar voren vanuit de probleemstelling en de bestudeerde theorie. Deze concepten zijn gevoelig makend en geven richting aan de analyse van het empirisch onderzoek (Bowen, 2019). Vanuit de theorie waren de *sensitizing concepts* respect voor ieders eigenheid en liefde, vakkundigheid, iemand als onvergetelijk opmerken en ontvankelijkheid. Vanuit de empirie zijn de concepten erkenning, onderlinge afhankelijkheid en afstemming naar voren gekomen.

3.7 Kwaliteitscriteria

Doordat ik een grote rol heb binnen het hermeneutisch narratief onderzoeken (Visse, 2014), laat ik mezelf in de transcripten ook aan het woord. Omdat ik zelf ook werkzaam ben binnen de specifieke zorgpraktijk waar het onderzoek plaats vindt, ben ik niet geheel objectief als het gaat om emoties. Ik heb veelal geprobeerd mijn eigen interpretaties tijdens het gesprek opzij te zetten. Tijdens het schrijven van de hervertellingen zijn mijn eigen interpretaties wel toegevoegd om meer lading te kunnen geven aan het geheel. De vijf stappen die ondernomen zijn, zijn zo goed mogelijk weergegeven in de bijlage, zodat het traceerbaar is. Daarmee wordt gelijk de betrouwbaarheid gewaarborgd (Creswell & Poth 2018). Doordat het voorleggen van de narratieve hervertelling bij de respondent een onderdeel is van narratief onderzoek, wordt er gelijk recht gedaan aan de participant check wat tevens de herkenbaarheid vergroot (Tong, Sainsbury & Craig, 2007). Narratief onderzoek heeft niet als doel te generaliseren, maar probeert een dieper inzicht te krijgen in de verhalen van de respondenten (Creswell & Poth, 2018). Ondanks dat geeft Visse (2014) aan dat door de singuliere

ervaringen er wel dingen gezegd kunnen worden over algemeenheden. Voor dit onderzoek geldt dat er iets gesteld kan worden wat in het algemeen kan gelden voor medewerkers binnen de HIC. De lezer van het onderzoek kan daarnaast ook zelf bepalen wat voor hem bruikbaar is binnen de eigen praktijk en daarom is dit onderzoek overdraagbaar (Smaling, 2009).

3.8 Ethische overwegingen

De richtlijnen en de gedragscodes van de UvH en dus tevens die van de Nederlandse gedragscode wetenschappelijke integriteit zijn gevolgd⁴. De *informed consent*⁵ formulieren zijn gebruikt. De respondenten zijn geanonimiseerd in de transcripten, de verhalen en verdere bewijslasten. Dit om de richtlijnen van de privacy na te leven. De respondenten hebben geen andere naam gekregen maar een nummer, omdat fictieve namen voor verwarring zouden kunnen zorgen.

De *informed consent* formulieren zijn voorafgaand aan de interviews voorgelegd aan de respondenten en zijn ondertekend. Deze formulieren zijn in het bijzijn van en door een collega van de respondent getekend. Hierdoor hebben de respondenten voorafgaand aan het interview nogmaals kunnen lezen aan welk onderzoek zij gaan meewerken. De privacy van de respondenten is nogmaals benadrukt tijdens dit gesprek. De respondenten hebben allen toestemming gegeven om de interviews te laten opnemen. Tevens zijn zij voorafgaand aan het starten van de audio opname op de hoogte gebracht dat zij leidend zijn in het gesprek. Zij mochten zelf kiezen welke ervaring ze wilden delen en hoe diep ze daarop in wilden gaan. Dit, omdat de respondenten zich mogelijk kwetsbaar zouden kunnen voelen. Tijdens het interview is er gepoogd zoveel mogelijk op de achtergrond te blijven, open te zijn en een aandachtige houding aan te nemen (Visse, 2014). Na alle interviews is er stil gestaan bij de emoties die opkwamen tijdens het interview, waarna de respondenten zelf aan konden geven wanneer het voor hen goed was om het gesprek te beëindigen.

⁴ 01 okt 2018 Wetenschappelijke integriteit - Universiteit voor Humanistiek (uvh.nl), geraadpleegd op 14 juli 2022

⁵ 01 nov 2016 Beleid en richtlijnen - Mijn UvH - Medewerkers en studenten, geraadpleegd op 14 juli 2022

4. INZICHTEN VANUIT EMPIRISCH ONDERZOEK

In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de empirische deelvraag: “Wat is de ervaring van HIC-verpleegkundig medewerkers met het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid?” Dit hoofdstuk is tot stand gekomen door middel van een thematische analyse en is opgedeeld in drie delen. In deel één zal ik aan de hand van drie individuele thema’s het ervaren spanningsveld beschrijven. In deel twee beschrijf ik aan de hand van drie gemeenschappelijke thema’s het ervaren spanningsveld. In deel drie, ten slotte, kom ik tot een concreet antwoord op mijn empirische deelvraag.

4.1 Het individuele spanningsveld in de drie narratieven

In deze paragraaf wordt het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid in drie verschillende verhalen uiteengezet. De drie narratieven bevatten thema’s aangaande:

1. Professionaliteit in relatie tot een unieke cliënt;
2. De sociale dynamiek tussen privé en werk;
3. Het gemis aan erkenning en bevestiging in professionaliteit.

4.1.1 Professionaliteit in relatie tot een unieke cliënt

Op de HIC wordt zorg op maat geleverd. Om de juiste zorg voor de unieke cliënt te kunnen bepalen is er een ochtendbespreking (digibord) geïntroduceerd (Respondent 1). Ook worden de begeleidingsniveau’s en vrijheden bepaald naar aanleiding van de protocollen die daarop gemaakt zijn. De behandelstaf bepaalt uiteindelijk wat in het behandelplan komt te staan en welk beleid daarop wordt gezet. De verpleegkundig medewerkers van de HIC worden geacht dit behandelplan en het daarbij behorende beleid te volgen (Respondent 1).

Niet ieder detail van het zorgproces ligt letterlijk vast in het behandelplan en daarom ontstaan er regels door de dag heen (Respondent 1). De regels ontstaan vaak in hectische situaties. Aan de hand van het ervaringsverhaal van respondent 1 is er een spanningsveld te zien tussen het professioneel handelen en de individuele zorgvraag.

De ervaring van Respondent 1

Een cliënt werd opgenomen vanwege een concrete doodswens. Respondent 1 werkte een late dienst op de HIC en kreeg de taak om een hele dienst deze cliënt op 1,5 meter afstand te begeleiden en continu in het zicht te houden. Dit staat gelijk aan het protocol - begeleidingsniveau 4. Dit was bepaald door de behandelstaf en Respondent 1 moest dit beleid hanteren. Dat zo’n protocol toegepast moet worden, komt omdat er gemiddeld vijf suïcides per jaar slagen binnen de acute sector van de geestelijke gezondheidszorg. Respondent 1 volgde de hele dag het protocol en het onderlinge contact met de

cliënt was in die periode gegroeid. De cliënt wilde zich graag privé klaar maken voor de nacht. De ervaring die hij gedurende de dag had opgedaan met de cliënt deed hem besluiten om van het protocol af te wijken. Hij vertrouwde op zijn eigen inschatting en heeft zelf nieuwe regels en afspraken gemaakt met de cliënt.

Hij bleef op 1,5 meter afstand van de cliënt. Er zat alleen een deur tussen. De afspraak was dat als hij op de deur zou kloppen en dat zij gelijk moest reageren. Deed ze dit niet, dan zou Respondent 1 de deur openen. Voor een bepaalde tijd ging dit goed, tot de cliënt ineens niet meer reageerde. De afspraak was om de deur gelijk open te doen, maar ook hier kwamen gedachten bij hem op:

“ga ik hem nu opentrekken? De gedachte dat ze misschien wel naakt zou zijn, deed mij besluiten de deur niet meteen open te trekken (Respondent 1).”

Pas toen de cliënt nogmaals niet reageerde op het kloppen, opende hij de deur. De cliënt had een suïcidepoging ondernomen in de tijd dat ze alleen in de badkamer was. Respondent 1 moest haar losmaken van het touw dat ze om haar nek had geknoopt. Dit was voor Respondent 1 een moeilijke situatie. Hij werd geconfronteerd met de kwetsbaarheid van de cliënt, maar door zijn inschatting is hij zelf ook kwetsbaar geworden. Hij heeft zich afgestemd op de unieke cliënt en op basis daarvan een gevoelsmatige, intuïtieve morele keuze gemaakt. De uitwerking van de keuze viel negatief uit. De afstemming en de daarbij behorende inschatting was gekomen door het gegroeide onderlinge contact en de overtuiging van Respondent 1 dat suïcide op de HIC niet altijd te voorkomen is. Bovendien vraagt hij zich af wie hij is om te beslissen of iemand wel of niet dood mag gaan. Toch moest hij het behandelplan uitvoeren en dit gaat op zulke momenten tegen zijn gevoel in. Dat is voor hem het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid.

“Het beleid heeft bepaald dat een cliënt niet dood mag in mijn dienst en ik ben hier in dienst, dus ik moet het beleid uitvoeren, terwijl dit soms tegen mijn gevoel ingaat (Respondent 1).”

De overweging die Respondent 1 heeft gemaakt komt voort uit eigen ervaringen en overtuigingen van wat juist is. Die overtuigingen ontstaan in het onderlinge contact met de unieke cliënt en dat raakt Respondent 1 persoonlijk. Respondent 1 heeft na het incident hulp gevraagd aan collega's om de situatie over te nemen, maar hij heeft geen hulp gevraagd in zijn overweging. Ondanks dat Respondent 1 zich verantwoordelijk voelde voor de hele situatie, kreeg hij niet de kans om zichzelf te verantwoorden. Dat zorgde voor gevoelens van onzekerheid.

“Alsof ik iets niet goed gedaan heb. Deze situatie heeft mij nog wel een week beziggehouden (Respondent 1).”

De andere disciplines binnen de HIC vroegen zich af hoe de cliënt toch een suïcidepoging heeft kunnen ondernemen, terwijl er een duidelijk beleid op gezet was naar aanleiding van protocol begeleidingsniveau 4. Zij waren niet blij met de uitkomst van de overweging van Respondent 1. Hoe

er over de overweging van Respondent 1 gedacht werd door andere verpleegkundig medewerkers van de HIC bleef in het interview onbesproken.

4.1.2 De sociale dynamiek tussen privé en werk

Om op de HIC professioneel te kunnen werken is het voor de verpleegkundig medewerkers belangrijk om af te stemmen op zichzelf (Respondent 2). Dat houdt in dat de verpleegkundig medewerker weet wat in zichzelf speelt en welke ervaringen van invloed zijn op het werken. Zelfafstemming zorgt ervoor dat je überhaupt het werk kan doen, omdat het invloed kan hebben op het handelen, de reacties en de emoties (Respondent 2). Het zorgt ervoor dat sommige situaties overgedragen kunnen worden aan anderen. De kwaliteit van zorg wordt op die manier gewaarborgd. Dat is volgens Respondent 2 professioneel zijn op de HIC.

De confrontatie met wat in jezelf leeft moeten verpleegkundig medewerkers met zichzelf en met collega's aangaan. Zo kan het gebeuren dat werksituaties meegenomen worden naar huis, maar ook andersom. Respondent 2 vindt dat de ervaringen die hij privé heeft opgedaan, hem professioneler hebben gemaakt. Opvallend is dat de verpleegkundig medewerkers van de HIC over de kunstmatige grenzen gaan bij het scheiden van privé en werk. Die kunstmatige grenzen ontstaan door algemene overtuigingen en ideeën dat werk en privé gescheiden moeten zijn. Dat werk en privé moeilijk zijn te scheiden blijkt uit de steun die geboden wordt door collega's in de vrije tijd van de respondenten. Die steun maakt het werk dragelijker (Respondent 2). Aan de hand van het ervaringsverhaal van respondent 2 blijkt dat er een spanningsveld is in de sociale dynamiek tussen privé en werk.

De ervaring van Respondent 2

Respondent 2 heeft een tijd minder goed in zijn vel gezeten. Dat kwam omdat de vriendin van Respondent 2 anderhalf jaar geleden een psychose heeft gehad. Voor respondent 2 was dat een moeilijke tijd, omdat hij op het werk ook geconfronteerd werd met mensen die op datzelfde moment in een psychose verkeerden. Thuis zorgde hij voor zijn zieke vriendin en op het werk zorgde hij voor zieke cliënten. Hij moest zijn collega's op de hoogte stellen, omdat het weleens voor kwam dat hij voor zijn gevoel niet juist reageerde op cliënten. Dat uitte zich in sneller geïrriteerd zijn of boos worden op cliënten, of dat hij met zijn gedachten niet bij het werk was maar thuis, bij zijn vriendin. Toen hij zijn situatie deelde met zijn manager kreeg hij naar zijn mening te weinig steun.

“De manager stelde namelijk voor om mijn relatie te beëindigen. Ik voelde mij niet gesteund, kreeg weinig begrip en eigenlijk was ik nog het meest gefrustreerd (Respondent 2).”

In plaats van dat Respondent 2 zijn situatie onprofessioneel vindt, ziet hij het als een verbetering in zijn professionaliteit. In zijn privésituatie heeft hij namelijk ervaring opgedaan als naaste. Deze ervaring neemt hij nog iedere dag mee naar zijn werk en hierdoor kan hij zich beter inleven in de

naasten van opgenomen cliënten. Hij herkent de machteloosheid en de angst van een partner om de cliënt over te geven aan zorgprofessionals. De empathie die hij kan voelen maakt hem een betere zorgprofessional, omdat hij daardoor vanuit verschillende perspectieven durft te kijken naar de specifieke zorgsituatie.

Binnen het HIC-team wordt er nog weinig afgestemd op zichzelf, zegt Respondent 2. Hij vindt dat daar nog veel groei te behalen valt. Er wordt volgens hem nog te weinig stilgestaan met hoe het werkelijk gaat met jezelf op de afdeling. Als er niet goed op zichzelf wordt afgestemd, kan het zijn dat de verpleegkundig medewerker niet de juiste steun vraagt en een situatie een eigen leven gaat leiden. Dit kan dan leiden tot emotionele overvraging.

4.1.3 Het gemis aan erkenning en bevestiging in professionaliteit

Doordat de verpleegkundig medewerkers van de HIC te maken hebben met incidenten en ingrijpende gebeurtenissen komen zij oog in oog te staan met de kwetsbaarheid van de cliënten (Respondent 3). Die kwetsbaarheid komt vanuit een bepaald ziektebeeld (Respondent 3) en dat maakt dat verpleegkundig medewerkers ook kwetsbaar zijn. Dat komt omdat zijzelf in gevaarlijke situaties terecht kunnen komen (Respondent 3). In deze situaties moeten zij direct kunnen anticiperen en handelen zij vanuit de eerste emoties. Daarom hebben zij behoefte aan steun, erkenning en bevestiging. De verpleegkundig medewerkers staan onderling open voor elkaar en worden door elkaar gesteund. Hierdoor wordt er steun, erkenning en bevestiging ervaren door directe collega's (Respondent 3).

Naast de behoefte aan steun, erkenning en bevestiging onderling, willen zij ook steun, erkenning en bevestiging krijgen van andere disciplines binnen de HIC. Om die steun te krijgen moeten zij zich kwetsbaar opstellen, maar als ze dat doen is de ervaring dat zij vaak niet gehoord worden. Er is een spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid, want wanneer er geen steun, erkenning en bevestiging ervaren wordt vanuit andere disciplines, kan het gevoel ontstaan dat verpleegkundig medewerkers zich niet serieus genomen voelen in hun professionaliteit. Aan de hand van het ervaringsverhaal van respondent 3 wordt het spanningsveld beschreven.

De ervaring van Respondent 3

Respondent 3 kwam recentelijk in een ingrijpend incident terecht. Een cliënt was in de gezamenlijke woonkamer, waar respondent 3, andere cliënten en een verpleegkundig medewerker aanwezig waren. De cliënt stond ineens met een bord en mes in zijn handen. Voor Respondent 3 was er geen aanwijsbare reden om haar daarmee te bedreigen. De cliënt maakte hakkende bewegingen met het bord en mes en zei daarbij dat hij Respondent 3 haar hoofd eraf wilde hakken. Respondent 3 schrok van de uitspraken en voelde angstgevoelens opkomen. In plaats van de combinatie alarm te slaan en de

angstige situatie te verlaten, koos ze ervoor alarm te slaan en in de situatie te blijven om haar collega niet in de steek te laten. Ze was zich er namelijk van bewust dat de doodsbedreiging gericht was op haar en door in de situatie te blijven dacht ze haar collega te beschermen. Toen de gealarmeerde collega's arriveerden is Respondent 3 hulp gaan zoeken bij de andere disciplines van de HIC.

Bij aankomst bij de behandelstaf, vroeg Respondent 3 wat er gedaan kon worden. Respondent 3 ervaarde gevoelens van angst en had de wens dat de behandelstaf de situatie zou overnemen. Dit gebeurde echter niet. Het advies was om de politie te bellen en de cliënt te laten oppakken. Respondent 3 was ondanks de emotie in staat te handelen en belde de politie. De cliënt werd opgepakt, maar toch voelde Respondent 3 te weinig steun vanuit de behandelstaf. Ze wilde graag de situatie nabespreken met de collega van de behandelstaf, maar tot op de dag vandaag is daar nog geen aandacht aan besteed. Dat hier nog geen aandacht aan besteed is, zorgt ervoor dat Respondent 3 zich kwetsbaar en geraakt voelt.

“maar dat de psychiater mij het gevoel gaf dat ik het eigenlijk zelf uit moest zoeken, dat raakte me zo enorm. Het gebrek aan reactie en het niet vragen hoe het met mij gaat (Respondent 3).”

De cliënt werd opgepakt door de politie en na de uitspraak werd de cliënt opnieuw opgenomen op de HIC. Respondent 3 werd door een collega thuis gebeld, om haar voor te bereiden op het nieuws. Dat is een gangbare zaak op de HIC, omdat een heropname na een heftig incident kan zorgen voor angstgevoelens op de afdeling. Zo voelde Respondent 3 zich niet op haar gemak, wanneer ze over de afdeling liep. Zij kwam op de afdeling en las het intakeverslag van de heropname. In het verslag stond dat de cliënt bij de eerdere opname een beetje dreigend was geweest en heeft gezwaaid met een bord naar een verpleegkundige. Voor Respondent 3 was het incident veel heftiger dan dat, maar doordat er nog geen incident- of casuïstiekbespreking was geweest, heeft zij haar ervaring niet kunnen delen. Daarnaast was de problematiek van de cliënt nog steeds hetzelfde en er was geen concreet plan gemaakt, hoe om te gaan met de agressie problemen van de cliënt. Dat zorgde ervoor dat Respondent 3 zich niet serieus genomen voelde als professional. Dat kan komen door het idee dat verpleegkundig medewerkers maar moeten kunnen omgaan met de hectiek en dat dit professioneel zijn is. Daarnaast heeft Respondent 3 niet de mogelijkheid gekregen haar gevoelens te delen. Dat kan komen, omdat de persoonlijke geraaktheid nog geen plek heeft gekregen binnen de professionele zorg op de HIC.

“Het is protocollair niet goed in elkaar gezet waardoor het op dit moment van het toeval afhankelijk lijkt te zijn of incidenten worden opgepakt of niet. Het is ook niet protocollair vastgelegd welke ruimte persoonlijke geraaktheid moet krijgen en hoe serieus dat eigenlijk genomen moet worden (Respondent 3).”

4.2 Het gemeenschappelijke spanningsveld in de drie narratieven

In de vorige paragraaf heb ik het individueel ervaren spanningsveld beschreven. Vanuit deze individuele spanningsvelden zijn er drie thema's die in alle narratieven terugkomen. In deze paragraaf wordt het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid beschreven aan de hand van drie gemeenschappelijke thema's:

1. Afstemming als onderdeel van professionaliteit;
2. Onderlinge afhankelijkheid bij het omgaan met hectiek;
3. Kwetsbaarheid als teken van te weinig erkenning;

4.2.1 Afstemming als onderdeel van professionaliteit

De respondenten hebben de overtuiging dat professionaliteit gebaseerd is op het hanteren van protocollen, het volgen van het behandelplan en het afstemmen. De hectiek op de HIC vraagt veel energie van de verpleegkundig medewerkers en roept veel emoties op (Respondent 1). Om te kunnen omgaan met de alledaagse hectiek zorgen onder andere de protocollen ervoor dat twijfel en onzekerheid niet meer nodig zijn. De protocollen veranderen regelmatig om de kwaliteit van zorg te verbeteren en bieden duidelijkheid (Respondent 1). Naast het volgen van protocollen, hanteren zij het behandelplan en het daarbij behorende zorgbeleid dat opgesteld is door de behandelartsen. Het behandelplan en zorgbeleid komt tot stand vanuit het multidisciplinair team en wordt afgestemd op de zorgvraag van de cliënt (Respondent 2). Het hanteren van de protocollen en het bijbehorende zorgbeleid is wat beginnend professionals leren tijdens hun leertraject (Respondent 3). De hectiek van het werken op de HIC en casuïstiek maken dat de verpleegkundig medewerkers zich ook moeten afstemmen op de cliënt, de specifieke zorgsituatie en moeten zij weten wat in zichzelf leeft. Door de heftigheid van het werk kampen zij met gevoelens van angst (Respondent 3), onzekerheid (Respondent 1), boosheid en frustratie (Respondent 2). Vanuit de emoties die zij voelen, maken ze morele overwegingen en keuzes. Dit kan hen soms zwaar vallen.

Door de overtuigingen van wat professionaliteit is, kan er verwarring ontstaan bij (voornamelijk beginnend) professionals. Dat is voornamelijk opvallend bij beginnend professionals. Respondent 3 ziet namelijk dat beginnend professionals willen laten zien wat zij allemaal geleerd hebben op school en wat zij daarna kunnen. Vanuit deze bewijsdrang kan het zijn dat er weinig aandacht besteed wordt aan de zelfafstemming. De heersende overtuiging dat het meenemen van het werk naar huis niet professioneel is (Respondent 1) samen met te weinig aandacht voor de persoonlijke geraaktheid, kan ervoor zorgen dat verpleegkundig medewerkers zich niet meer op hun gemak voelen op het werk (Respondent 3). Dit leeft vervolgens thuis door en Respondent 1 en 3 hebben daardoor oud-collega's zien afbrokkelen. Dat kan komen doordat er tijdens het leertraject geen ruimte is gegeven aan die specifieke afstemming als onderdeel van professionaliteit. Wat er écht op hen afkomt op de HIC kan ook niet van tevoren geleerd worden (Respondent 3). In de afstemming zitten de componenten van

persoonlijke geraaktheid, omdat in die zorgsituatie, in het contact met de cliënt en in zichzelf nieuwe regels ontstaan naar aanleiding van de ervaren emoties. De respondenten ervaren dat er momenteel nog te weinig aandacht is voor de afstemming en dat dit dus niet gezien wordt als onderdeel van professionele zorg binnen de HIC.

4.2.2 Onderlinge afhankelijkheid bij het omgaan met hectiek

Door de hectiek kunnen de emoties en de spanningen van de verpleegkundig medewerkers op de HIC enorm oplopen. In die situatie hebben zij hun collega's nodig om blinde vlekken te voorkomen (Respondent 3). Het is nodig om aandacht te hebben voor elkaar in de gebeurtenissen die de medewerkers persoonlijk raken. Om die aandacht te geven, moeten de verpleegkundig medewerkers eerst bewust zijn van wat in zichzelf leeft, om zich vervolgens emotioneel afhankelijk van elkaar op te kunnen stellen. Dit omdat directe collega's ervoor kunnen zorgen dat de spanningen dalen omtrent de emoties die betrekking hebben op de persoonlijke geraaktheid (Respondent 2 & 3). Die spanningen en emoties zijn aanleiding tot de blinde vlekken (Respondent 3). Dit is belangrijk omdat collega's het werk kunnen overnemen wanneer het emotioneel te zwaar wordt (Respondent 2) of zij zouden mee kunnen denken in het maken van morele keuzes (Respondent 1). Zij moeten echter wel erkennen dat er sprake is van onderlinge afhankelijkheid, om te kunnen omgaan met de hectiek. Als zij zich afhankelijk opstellen krijgen verpleegkundig medewerkers steun van elkaar (Respondent 2). Als zij geen beroep doen op hun collega's kan het zijn dat de verpleegkundig medewerker een morele overweging maakt die negatief uitvalt en zich daarin alleen verantwoordelijk voelt (Respondent 1). Dat kan komen door de overtuiging dat het professioneel is om zelfstandig keuzes te maken. Ondanks dat de verantwoordelijkheid alleen gedragen wordt, voelt het sterker als de morele keuze na overleg is genomen. Dat terwijl de onderlinge afhankelijkheid het werken op de HIC dragelijker maakt. Het bevordert de kwaliteit van zorg in hectische situaties omdat je elkaar echt nodig hebt (Respondent 3).

4.2.3 Kwetsbaarheid als teken van te weinig erkenning

Doordat de verpleegkundig medewerkers van de HIC geconfronteerd worden met de kwetsbaarheid van de cliënten, zijn zij zelf ook kwetsbaar. Die kwetsbaarheid uit zich in emoties als angst en het niet op je gemak voelen op het werk (Respondent 2 & 3), als ook de emoties: twijfel, onzekerheid en frustratie (Respondent 1 & 2). Deze emoties ontstaan in het contact met unieke cliënten, in specifieke zorgsituaties en ook in de thuissituatie. Daarnaast kan de kwetsbaarheid ook ontstaan na een incident of na morele overwegingen (Respondent 1 & 3). De respondenten hebben naast behoefte aan steun, ook de behoefte om zichzelf te verantwoorden. Zij hebben de ervaring dat hun kwetsbaarheid niet erkend wordt door de andere disciplines van de HIC. Dat maakt dat de impact van de incidenten vergroot wordt en dat zij daardoor ook persoonlijk geraakt worden. Dat terwijl de respondenten de morele overwegingen, gebaseerd op de specifieke afstemming, zien als een onderdeel van professionaliteit. Er wordt momenteel te weinig ruimte ervaren om zichzelf professioneel te

verantwoorden. Dat leidt ertoe dat ze weinig steun en erkenning ervaren in hun professionaliteit. Ze voelen zich niet serieus genomen als professional (Respondent 1 & 3). Dat zorgt op haar beurt voor blijvende emoties als twijfel en frustratie en dat zij zich dus persoonlijk geraakt voelen.

4.3 Conclusie

In deze paragraaf wordt concreet antwoord gegeven op deelvraag II: “Wat is de ervaring van HIC-verpleegkundig medewerkers met het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid?”

Professionaliteit wordt grotendeels ervaren als het volgen van protocollen en het hanteren van het daarop gebaseerde beleid. De respondenten willen protocollen hanteren voor eenduidige uitvoering van hun taken, maar hebben ook te maken met unieke zorgsituaties, die allen vragen om een andere uitvoering. De respondenten hebben de ervaring dat ‘afstemming’ net zo belangrijk is bij de professionele zorg op de HIC als het volgen van protocollen. De bewustwording van wat in jezelf leeft en welke overtuigingen je hebt als professional, hebben invloed op het handelen. De respondenten moeten zich afstemmen en anticiperen op de specifieke situatie, waardoor ze van protocollen kunnen afwijken. Daartussen bewegen geeft hen gevoelens van onzekerheid en twijfel, omdat het anticiperen gebeurt op basis van ervaringen, emoties en overtuigingen. Daarnaast gebruiken ze eigen ervaringen om morele overwegingen en keuzes te maken in het contact met de unieke cliënt en de specifieke zorgsituatie. De respondenten hebben de ervaring dat het spanningsveld onder andere ontstaat wanneer zij geen gelegenheid krijgen om hun morele overwegingen en keuzes te verantwoorden bij andere disciplines van het HIC-team. Ze voelen zich niet gehoord als professional en nemen dit mee naar huis. De ervaringen die de verpleegkundig medewerkers opdoen, niet alleen werk gerelateerd maar ook privé, verbetert volgens de respondenten wel de kwaliteit van zorg voor de cliënten.

De ervaring van de respondenten met het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid ligt dus tussen de overtuiging en het heersende idee van professionaliteit en wat professionaliteit werkelijk behelst op de HIC. Die komen in de ervaring van de respondenten gedeeltelijk niet overeen. De afstemming wordt in de overtuiging en het heersende idee van professionele zorg op de HIC niet erkend als onderdeel van die professionele zorg. Dat de persoonlijke geraaktheid onderdeel is van professionaliteit wordt volgens de respondenten nog te weinig erkend door andere disciplines binnen de HIC. De ervaring van de respondenten is dat de erkenning gemist wordt. Dat zorgt ervoor dat de respondenten kwetsbaar zijn, wat tevens het spanningsveld in stand houdt.

5. ZORGETHISCHE DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden de inzichten vanuit het theoretisch onderzoek verbonden aan de bevindingen uit het empirisch onderzoek. Dit levert overeenkomsten en verschillen op. Door middel van zorgethisch onderzoek komt de verbinding in beweging en worden de inzichten versterkt en verrijkt (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017).

In de hoofdstukken 2 en 3 zijn de eerste twee deelvragen beantwoord. Deelvraag I: Welk inzicht biedt het werk van Van Heijst met betrekking tot het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid? Deelvraag II: Wat is de ervaring van HIC verpleegkundig medewerkers met het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid? In dit hoofdstuk wordt deelvraag III beantwoord: “Hoe kan de beantwoording van deelvraag I en II bijdragen aan betere zorg voor verpleegkundig medewerkers van het HIC-team?” Dit hoofdstuk is opgedeeld in drie paragrafen waarbij in de eerste paragraaf de nadruk gelegd wordt op het zorgethisch analyseren. In de tweede paragraaf worden de bevindingen in het licht van de maatschappelijke probleemstelling bekeken. Als derde komt ik tot een conclusie en een concreet antwoord op de derde deelvraag.

5.1 Zorgethisch analyseren

Zorgethisch analyseren gebeurt vanuit drie perspectieven op goede zorg. Deze drie perspectieven zijn de geleefde ervaring, de zorgpraktijk en de ordening van de samenleving (Leget, Van Nisterooij & Visse, 2017). De drie perspectieven worden meegenomen in de discussie tussen de theoretische en empirische bevindingen. De theorie en de empirie laten een verschil in perspectief zien. Dit verschil in perspectief komt, omdat de theorie voornamelijk gebaseerd is op algemeen zorgwerk waarbij Van Heijst (2005 / 2011) de relatie tussen cliënten en professionals centraal stelt en in de empirie is als uitgangspunt genomen: de onderlinge relatie binnen het algemene HIC team.

Ondanks dat Van Heijst (2005 / 2011) in haar werk stelt dat de zorgprofessional ook kwetsbaar en broos is, wordt de zorgvraag van de zorgverlener in haar werk nauwelijks meegenomen. Van Heijst (2005 / 2011) positioneert zorgverleners als slachtoffers van de zorgfabriek, terwijl Tonkens, Broër, van Sambeek & van Hassel (2013) de voordelen zien voor de zorgverleners. Zij stellen voor om zorgprofessionals een andere positie te geven en erkennen dat er meer ruimte is voor het opkomen van de eigen belangen. Vanuit de empirie blijkt dat er behoeften is aan meer erkenning voor professionaliteit en persoonlijke geraaktheid en lijkt het erop dat die ruimte er nog niet is.

In dit onderzoek geef ik de verpleegkundig medewerkers van de HIC een andere positie en worden zij gezien als deels zorgbehoevend om het belang van betere zorg voor de verpleegkundig medewerkers in een zorgethisch perspectief te plaatsen. Om de bijdrage aan betere zorg voor verpleegkundig medewerkers van de HIC te kunnen beoordelen wordt er uitgegaan van wat Van Heijst (2005 / 2011)

verstaat onder *Professional loving care* / menslievende zorg in combinatie met de ervaringen vanuit de respondenten. Volgens haar bestaat *Professional loving care* uit vier onderdelen:

- respect voor ieders eigenheid en liefde;
- vakkundigheid;
- als onvergetelijk opgemerkt worden;
- ontvankelijkheid.

De volgende zes thema's vanuit het empirisch onderzoek schrijf ik toe aan één of meerdere van de bovenstaande vier onderdelen:

- professionaliteit in relatie tot een unieke cliënt;
- de sociale dynamiek tussen privé en werk;
- het gemis aan erkenning en bevestiging in professionaliteit;
- afstemming als onderdeel van professionaliteit;
- onderlinge afhankelijkheid bij het omgaan met hectiek;
- kwetsbaarheid als teken van te weinig erkenning.

5.1.1 Respect voor ieders eigenheid en liefde

Van Heijst (2005) spreekt over de “zorgfabriek” omdat alles is vastgelegd in wet- en regelgeving en de daarop gebaseerde protocollen. Doordat de hedendaagse zorg op die manier is ingericht, zou er volgens Van Heijst geen ruimte meer zijn voor de unieke afstemming tussen zorggever en zorgvrager. Volgens Van Heijst (2005) is de manier waarop de zorg is ingericht een van de redenen waarom de zorgverlener overvallen wordt door heftige emoties en door de tijdsdruk is er geen ruimte meer om de zorg af te stemmen. Hierbij maakt zij zich voornamelijk zorgen over professionals die te maken hebben met verschillende vormen van geweld. Binnen de neoliberale opzet is er volgens Van Heijst (2005) geen rekening gehouden met het afstemmen op de lichamelijke en emotionele geraaktheid van zorgverleners.

Afstemming als onderdeel van professionaliteit

De bevindingen vanuit de empirie vertellen ons dat “afstemming” een onderdeel is van professionaliteit. Het is een thema dat in ieder ervaringsverhaal terug is gekomen. Dat komt omdat iedere respondent vertelt over een ingrijpende gebeurtenis of een heftig incident, waarbij zij zich hebben afgestemd op zichzelf, de unieke cliënt of de specifieke zorgsituatie. De respondenten voelen zich verantwoordelijk en bekwaam om dit te doen. Dit komt overeen met de theorie van Bauman die Van Heijst (2005) behandelt in haar werk. De regels ontstaan in het contact met de ander en volgens Van Nistelrooij (2019) weet een professional wanneer ze van de gestelde regels af moeten wijken. Uit de empirie blijkt ook dat de respondenten vertrouwen op hun morele oordeelsvorming, maar dat zij ook gevoelens van twijfel en onzekerheid ervaren wanneer zij geen kans krijgen hun oordeelsvorming te verantwoorden. Dit past niet in het huidige neoliberale denken want zij handelen naar aanleiding

van wat zij zien en denken wat nodig is in plaats van stug de regels te volgen. Ook vanuit de theorie van Van Nistelrooij (2019) kan gesteld worden dat het acuut kunnen handelen getuigt van professionaliteit, omdat de professional weet wat nodig is. De respondenten hebben echter de ervaring dat er nog te weinig erkenning is voor het verband tussen professionaliteit en de ‘afstemming’ en dat zorgt onder andere voor een spanningsveld. Dit spanningsveld uit zich in gevoelens van onzekerheid, frustratie en boosheid, omdat zij de ervaring hebben dat zij niet de gelegenheid krijgen hun morele overwegingen te verantwoorden bij de andere disciplines. Dat maakt dat zij zich niet gehoord voelen als professional en de ervaring mee naar huis nemen. Er ontstaat een negatieve spiraal.

De sociale dynamiek tussen privé en werk

Een negatieve spiraal zou ook veroorzaakt kunnen worden door de twee heersende ideeën van professionele zorg in de samenleving. Ten eerste het idee dat professionele zorg kwalitatief hoog moet zijn, ‘goed’ uitgevoerd moet worden, precies zoals geleerd, afgesproken en voorgedaan is (Van Nistelrooij, 2019). Ten tweede het idee dat je werk mee naar huis nemen niet professioneel is (Van Heijst, 2005; Respondent 1). Door de hectiek op de HIC moeten de verpleegkundig medewerkers acuut kunnen handelen en vertrouwen op hun gevoel. Dat is volgens de respondenten en Van Nistelrooij (2019) ook professioneel. Daarnaast hebben de respondenten te maken met de sociale dynamiek tussen privé en werk, want die zijn inherent met elkaar verbonden.

Door de hectiek en de intensiviteit bij de HIC vinden de respondenten het belangrijk om stil te staan bij hoe zij zich werkelijk voelen op de afdeling. Het is een voorwaarde om überhaupt het werken op de HIC vol te houden. Dit komt overeen met de theorie van Kleinlugtenbelt, Molenwijk & Widdershoven (2020) die stellen dat emoties niet moreel verkiesbaar zijn en bieden emoties een primaire toegang tot morele ervaringen. Vanuit de empirische bevindingen blijkt dat de respondenten vanuit de emotie kunnen afstemmen wat zij aan kunnen en wat niet. Daardoor kunnen zij een beroep doen op andere collega’s om heftige situaties over te laten nemen. De respondenten vinden dat de kwaliteit van zorg voor de cliënt en voor henzelf gewaarborgd wordt en dat is volgens hen professioneel. De ideeën over professionaliteit lijken dus niet overeen te komen met het professioneel werken op de HIC.

Het gemis aan erkenning en bevestiging in professionaliteit

In heftige zorgsituaties is de HIC-medewerker kwetsbaar. Of die medewerker nu bedreigd wordt met de dood, of (poging tot) de dood van de ander moet ervaren. Die kwetsbaarheid komt in verschillende vormen tot uiting. De respondenten zoeken regelmatig steun, hulp en erkenning. De reactie die zij krijgen en hoe er omgegaan wordt met die kwetsbaarheid zorgt ervoor dat de medewerker persoonlijk geraakt wordt. Van Heijst (2005) vindt dat ook de zorgmedewerkers gezien moeten worden als iemand met een kostbaar leven. Zij moeten erkend worden in hun broosheid en dat wordt vooralsnog te weinig ervaren door de respondenten. Ondanks dat Van Heijst (2005) stelt dat er door de zorgfabriek geen

ruimte meer is voor de zorgprofessional om af te stemmen, geldt dit niet voor het werken op de HIC. De respondenten komen er wel aan toe om zich af te stemmen, alleen is de ervaring van de respondenten dat er te weinig begrip is voor die afstemming van de verpleegkundig medewerkers vanuit de andere disciplines binnen het HIC-team. Dit zorgt ervoor dat de respondenten op bepaalde momenten niet het gevoel hebben dat er respect is voor de eigenheid en liefde die zij uitdragen.

5.1.2 Vakkundigheid

Onder vakkundigheid verstaat Van Heijst (2005) dat de professional iedere dag met kennis en kunde voor mensen zorgt die daar behoeftig aan zijn. De opvatting over wat vakkundigheid inhoudt, verandert doordat de zorg onderhevig is aan organisatorische eisen (Tonkens, 2010) en door de opvatting over wat 'goed' handelen is (Van Heijst 2005). Zorgprofessionals hebben te maken met de invloeden vanuit de politiek, beleidsmakers en zorgverzekeraars en zij passen de protocollen steeds aan, veranderen de richtlijnen en regels (Van Heijst, 2005). Doordat deze beweging er steeds is, verandert de beoordeling van kwalitatief goede zorg en passen zorgmedewerkers zich steeds aan. Zorgmedewerkers worden volgens Van Heijst (2005) vanuit het leertraject als zodanig geprogrammeerd dat zij zich steeds aanpassen aan die veranderingen. Het risico hiervan is dat de persoonlijke verschillen komen te vervagen en dat de uniekheid van de professional verdwijnt. Er zou volgens Van Heijst (2005) meer ruimte moeten zijn voor gevoelsvolle morele afwegingen van de professional, omdat dit onderdeel is van de paramedische kennis en kunde. Hierdoor zouden zorgprofessionals zich niet als onderling uitwisselbaar moeten voelen.

Onderlinge afhankelijkheid bij het omgaan met hectiek

De respondenten hebben een veel minder negatieve ervaring dan dat Van Heijst (2005) constateert. Dat komt omdat er op de HIC behoefte is aan eenduidige uitvoering van taken. De cliënten hebben daar immers ook behoefte aan. Voor de HIC is het ook goed dat de vakkundigheid en het beeld van goede zorg veranderd is, omdat de hectiek, heftigheid en intense gebeurtenissen vragen om duidelijkheid, regels en zelfs grenzen die voor iedereen gelden. Zodoende kunnen zij altijd terugvallen op collega's en weten collega's hoe zij zich moeten aanpassen aan een hectische situatie.

In de theorie van Van Heijst (2005) over professionaliteit worden de politiek, beleidsmakers en zorgverzekeraars regelmatig aangehaald als machthebbers over het zorgwerk. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen deze machthebbers en de zorgprofessionals. Vanuit de empirie kan dit ook anders geïnterpreteerd worden. De respondenten positioneren namelijk de psychiaters en psychologen als beleidsmakers en positioneren zichzelf als uitvoerders van het opgestelde zorgbeleid. De respondenten vinden dat het zorgvuldig uitvoeren van het zorgbeleid valt onder professioneel zorgen. Daarnaast zijn zij opgeleid om beleid te volgen en getuigt dit van vakkundigheid. De

respondenten ervaren wél ruimte om gevoelsvolle en morele afwegingen te maken. Dit is volgens hen nodig om acuut te kunnen handelen.

5.1.3 Als onvergetelijk opmerken

Met “als onvergetelijk opmerken” bedoelt Van Heijst (2005) dat er daadwerkelijk oog moet zijn voor de unieke ander. Om te beoordelen of de professional daadwerkelijk gezien wordt, wordt er gekeken naar wat professionele zorg werkelijk behelst. Professionele zorg wordt in de theorie weinig vergeleken met het alledaagse beeld van zorgen. Van Nistelrooij (2019) zegt dat het komt doordat professioneel zorgen ook andere aspecten behelst dan alledaagse zorg. Zij beargumenteert dat door te stellen dat professionele zorg onder andere bestaat uit een analytisch vermogen, de organisatorische kant van zorgen en de gehanteerde technieken. Professionals moeten kwalitatief goede zorg leveren. Dat betekent dat zorgprofessionals zorg moeten leveren zoals is afgesproken, voorgedaan, voorgeschreven en geleerd (Van Nistelrooij, 2019). De respondenten vinden dat professionele zorg meer is dan alleen dat. Zij vinden namelijk dat hun eigen ervaringen - dan wel opgedaan binnen de zorgpraktijk dan wel opgedaan in de privésfeer - de zorg verbeteren. Zij vinden dat door eigen ervaringen mee te nemen in de zorgpraktijk, zij meer empathie kunnen tonen, de zorg beter kunnen afstemmen, weten wat in zichzelf leeft en hoe ze daarmee om moeten gaan. Ook de samenwerking wordt daardoor beter, omdat ze door de ervaring weten wanneer ze afhankelijk zijn van elkaar en wat hun blinde vlekken zijn. Hierdoor ontstaat er oog voor zichzelf, de ander en voor elkaar.

Kwetsbaarheid als teken van te weinig erkenning

Er is een duidelijke overeenkomst met het idee van professioneel zorgen vanuit de respondenten en vanuit de theorie van Van Heijst (2005). Vanuit de professie is er een plicht tot zorg. De respondenten werken vanuit het rechtvaardigheidsprincipe dat iedereen evenveel zorg verdient en door de eigen ervaring en opgedane emoties mee te nemen in de zorgpraktijk ontstaat er een grote motivatie om te blijven zorgen (Pulcini, 2016). Daarnaast ontstaat er vanuit de eigen ervaringen een menselijke overeenkomstigheid en zoeken de respondenten steun bij collega's wat zorgt voor een verbinding op de werkvloer.

De respondenten willen als onvergetelijk opgemerkt worden – daadwerkelijk gezien worden. Dat houdt in dat zij behoefte hebben aan erkenning. Erkenning voor wat zij op het werk allemaal doen en meemaken als ook de persoonlijke overwegingen die zij maken. De respondenten vinden dat zij vanuit de behandelstaf en het management nog te weinig erkenning krijgen op die gebieden. Hierdoor voelen zij zich wel de onderling uitwisselbare transparantjes (Van Heijst, 2005), want het voelt nu alsof het niet uitmaakt wie de overweging heeft genomen of waarom. Dat komt onder andere doordat de respondenten het gevoel hebben dat hun situatie wordt afgedaan als ‘zomaar een situatie’ en doordat de emoties, de passie en het sentiment in een professionele sfeer lastig is. Men moet namelijk van

elkaar weten wat er verwacht wordt (Van Heijst, 2005). In die verwachting is er geen ruimte voor het eigen verhaal van de respondenten. Dat maakt hen kwetsbaar en daardoor hebben zij niet de ervaring dat ze als onvergetelijk opgemerkt worden.

5.1.4 Ontvankelijkheid

Voor *Professional loving care* is het belangrijk om de ander te laten weten en te laten voelen dat die ontvankelijk is voor die specifieke ander (Van Heijst, 2011). Vanuit het perspectief van de respondenten is die ontvankelijkheid er voor elkaar. De verpleegkundig medewerkers staan open voor elkaars ervaringen en emoties. Ze steunen elkaar en dat maakt dat het werken in de hectiek van de HIC dragelijk is.

Professionaliteit in relatie tot een unieke cliënt

In de samenwerking tussen de verpleegkundig medewerkers met de behandelstaf en het management wordt ontvankelijkheid veel minder positief ervaren. Voornamelijk wanneer een respondent van de regels heeft afgeweken, heftige emoties voelt of zich kwetsbaar opstelt. Dat kan komen doordat emoties gezien worden als irrationeel of als een belemmering in kritisch redeneren (Bauman, in Van Heijst, 2005). De respondenten komen er echter niet onderuit dat zij soms van regels af moeten wijken, heftige emoties voelen naar aanleiding van incidenten of kwetsbaar zijn door wat er zich allemaal nog meer afspeelt. Doordat de respondenten het gevoel hebben dat de behandelstaf en het management niet open staan voor hun ervaringen kunnen zij onzeker worden over hun professioneel handelen. Dat komt volgens Van Heijst (2005) door de neoliberale opzet van autonomie, keuzen en rechten van de burgers en doordat er geen rekening gehouden is met de heftige emoties van volwassenen (Kleinlugtenbelt, Molenwijk & Widdershoven 2020). Tevens wordt er in die neoliberale opzet een onderscheid gemaakt tussen wat zorgprofessionals mogen doen en wat zij zien dat nodig is. Dat maakt dat er een sfeer van afkeuring ontstaat rondom de persoonlijke emoties van zorgverleners. Ook Van Nistelrooij (2019) betoogt dat er een verschil is tussen wat ze zien dat nodig is en wat zij kunnen doen, want in plaats van emoties als irrationeel of belemmering te zien, zijn zorgprofessionals in staat te weten wat nodig is op basis van gevoelens.

5.2 Resultaten in het licht van de maatschappelijke probleemstelling

Vanuit de maatschappelijke probleemstelling uit hoofdstuk 1.2 komt naar voren dat er veel ziekteverzuim is onder zorgverleners. Houtman, Kraan & Venema (2019) stellen dat emotioneel zwaar werk, de vereiste geestelijke inspanning, ongewenst gedrag van onder andere cliënten en gebrek aan sociale steun van de leidinggevende, medeoorzaak zijn van burn-outs. In dit onderzoek wordt niet specifiek ingegaan op het ziekteverzuim en de oorzaken van burn-outs. Er is wel gekeken naar hoe de respondenten de steun ervaren van de behandelstaf en het management (leidinggevende) en wat dit betekent voor het ervaren spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid. De

respondenten hebben de ervaring dat er te weinig erkenning is vanuit de behandelstaf en het management. Het gemis van *Professional loving care* (zoals die hierboven geanalyseerd en beschreven is) zorgt er onder andere voor dat de respondenten zich persoonlijk geraakt voelen. Die persoonlijke geraaktheid bestaat onder andere uit emoties zoals onzekerheid, frustratie, boosheid en angst. Die emoties zouden ervoor kunnen zorgen dat het ziekteverzuim en personeelstekorten op de HIC toenemen (De Lange, Taris, Kompier, Houtman & Bongers, 2002).

Van Heijst (2005) stelt dat zorgpersoneel ontslag neemt, omdat ze vinden dat ze niet aan het echte werk toekomen. De grootste oorzaak ziet zij door de komst van de ‘zorgfabriek’. Zij stelt dat zorgprofessionals voornamelijk bezig zijn met alles vastleggen, protocollen volgen en dat zij vastzitten aan wet- en regelgevingen. Hierdoor zou er volgens haar geen ruimte meer zijn voor de zorgprofessionals om toe te komen aan zichzelf. Vanuit de drie interviews die gedaan zijn blijkt dat de respondenten wel toekomen aan zichzelf. Op de HIC is dat volgens de respondenten zelfs nodig om het werk dragelijk te houden.

De HIC-medewerkers hebben bijna dagelijks te maken met geweld, agressie, pesterijen, (seksuele) intimidatie en overige ingrijpende gebeurtenissen. Dit wordt door de overheid ook wel psychosociale arbeidsbelasting genoemd⁶. Daarnaast hebben zij te maken met emotioneel zwaar werk, vereiste geestelijke inspanning en ongewenst gedrag van onder andere cliënten (Houtman, Kraan & Venema, 2019). Dit blijkt ook uit de verhalen van de respondenten. Zij vertellen over een incident dat indruk op hen heeft gemaakt en uit de verhalen komt de dagelijkse hectiek naar voren. Meerdere keren is genoemd dat het werken op de HIC veel energie vergt van de zorgverleners. Zij hebben te maken met persoonlijke geraaktheid, voelen de druk om professioneel te werken en zij hebben te maken met de ideeën die ze daar zelf over hebben. De politiek, beleidsmakers en zorgverzekeraars hebben invloed op wat er in de maatschappij verstaan wordt onder professionele zorg en daar zijn de respondenten onderhevig aan. Dat lijkt echter niet overeen te komen met wat er op de werkvloer gebeurt binnen de professionele zorg. Dat komt onder andere door het idee dat de alledaagse en natuurlijke zorg voor een naaste anders is dan professioneel zorgverlenen. In werkelijkheid verschillen deze vormen van zorg niet zoveel van elkaar als men doet denken (Van Nistelrooij, 2019 & Van Heijst, 2005). Het enige verschil is dat de nadruk bij professionele zorg ligt op de organisatorische en de analytische aspecten (Van Nistelrooij, 2019, p. 24). Ook bij professionele zorg draait het zorgen om de aandachtige relatie, de beschikbaarheid voor de ander, de zorgklussen die gedaan moeten worden en het zien van de unieke ander. Bij alle vormen van zorg is de unieke afstemming op jezelf, de unieke ander en de specifieke situatie een belangrijk element (Van Heijst, 2005). Het heersende idee van professionele zorg en het niet erkennen van de belangrijkheid van de persoonlijke geraaktheid binnen professioneel

⁶ Psychosociale arbeidsbelasting | RIVM

zorgverleners, zorgt ervoor dat de respondenten een spanningsveld voelen tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid.

5.3 Conclusie

In deze paragraaf wordt er concreet antwoord gegeven op deelvraag III: “Hoe kan de beantwoording van deelvraag I en II bijdragen aan betere zorg voor verpleegkundig medewerkers in het HIC-team?”

Om tot een antwoord te komen op bovenstaande vraag is er een verbinding gelegd tussen het inzicht van Van Heijst (2005) (deelvraag I), de ervaring van drie verpleegkundig medewerkers van de HIC (deelvraag II) en de resultaten in het licht van de maatschappelijke probleemstelling. Vanuit deze verbinding is de bijdrage aan betere zorg voor verpleegkundig medewerkers in het HIC-team in zorghethisch perspectief geplaatst.

De medewerkers van het verpleegkundig team van de HIC hebben belang bij betere zorg, omdat zij door de hectiek, de emotionele en lichamelijke geraaktheid deels ook zorgbehoevend zijn. Dat zij daar belang bij hebben komt doordat de respondenten de ervaring hebben dat er vooralsnog onvoldoende voldaan wordt aan de vier eisen die Van Heijst (2011) stelt aan *Professional loving care*. Die vier elementen zijn zoals gezegd: respect voor ieders eigenheid en liefde, vakkundigheid, de ander als onvergetelijk opmerken en ontvankelijkheid. Dat hier onvoldoende aan voldaan wordt blijkt ten eerste uit te weinig erkenning voor de persoonlijke afstemming van de respondenten als onderdeel van professioneel werken op de HIC. Professionaliteit wordt veelal gezien als kwalitatief hoge zorgverlening gebaseerd op protocollen, wetten en regelgeving. Dat terwijl de persoonlijke afstemming op de specifieke situatie, jezelf en de unieke ander door de respondenten ook ervaren wordt als professioneel werken op de HIC. De respondenten maken mede op basis van emotie, passie en sentiment een gevoelsvolle morele afweging. Zij geven echter aan dat zij onvoldoende de kans krijgen deze afweging te verantwoorden. Op bepaalde momenten hebben de respondenten daardoor niet het gevoel dat er respect is voor de eigenheid en liefde voor de unieke zorgverlener. Ten tweede worden die gevoelsvolle en morele afwegingen vanuit de theorie wel gezien als zijnde professioneel. De respondenten erkennen dat er een onderlinge afhankelijkheid is in het delen van vakkundigheid. Kennis en kunde wordt tot op zekere hoogte gedeeld en de respondenten hebben daardoor de ervaring dat er wel erkenning is voor die vakkundigheid. Ten derde hebben de respondenten de ervaring dat er te weinig oog is voor de unieke zorgverlener vanuit de andere disciplines binnen de HIC. Dat komt omdat er vooralsnog te weinig ruimte ervaren wordt in het delen van de persoonlijke emoties en daarmee is er volgens hen weinig ruimte voor het unieke verhaal van de respondenten. Zij worden hierdoor kwetsbaar. Dat uit zich in onzekerheid, twijfel, angst en frustratie. Als laatste hebben de respondenten de ervaring dat de andere verpleegkundig medewerkers open staan voor het verhaal van de unieke respondent en wordt er onderling veel steun geboden. Zij ervaren echter dat de andere

disciplines binnen de HIC te weinig open staan voor de gevoelens van de respondenten. Vanuit de maatschappelijke probleemstelling en de bovenstaande verbinding kan herleid worden dat te weinig steun vanuit en verbinding met leidinggevenden en andere disciplines alsmede een onjuist beeld van professionaliteit op de HIC een belangrijke bijdrage leveren aan het spanningsveld dat de respondenten ervaren tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid.

6. EINDCONCLUSIE, AANBEVELINGEN EN BEPERKINGEN

In dit laatste hoofdstuk van de thesis wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag: “Hoe kan het denken van Van Heijst over ‘*Professional loving care*’ samen met de ervaring van HIC verpleegkundig medewerkers over het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid bijdragen aan betere zorg voor verpleegkundig medewerkers in het HIC-team?” Dit hoofdstuk is opgedeeld in drie paragrafen. In paragraaf 6.1 wordt een concreet antwoord gegeven op de hoofdvraag. Vervolgens worden in paragraaf 6.2 drie aanbevelingen gedaan op basis van het antwoord op de hoofdvraag. Tot slot worden de beperkingen van het onderzoek beschreven in paragraaf 6.3.

6.1 De eindconclusie

Vanuit het zorgethisch perspectief van Van Heijst (2005 ; 2011) over *Professional loving care* en vanuit de empirische bevindingen kan gesteld worden dat er een spanningsveld is tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid en dat komt door twee belangrijke punten.

Ten eerste komt dat door het heersende idee van wat professionele zorg is en hoe de professionele zorg op de HIC ervaren wordt. Van Heijst (2005; 2011) werkt uit hoe het neoliberale regime invloed heeft op wat men tegenwoordig als professionele zorg ziet. In plaats van te zoeken naar overeenkomsten tussen alledaagse zorg of natuurlijke zorg en professionele zorg, wordt er vooral een duidelijk onderscheid gemaakt. Professionele zorg moet altijd kwalitatief beter zijn dan alledaagse en natuurlijke zorg en de zorgprofessionals moeten daarin duidelijke grenzen stellen. De focus bij professionele zorg ligt meer op de organisatorische kant, zoals protocollen, wetten, regelgeving en de zorgtechnieken dan op de aandachtige relatie en de beschikbaarheid voor de ander zoals bij alledaagse en natuurlijke zorg. De overtuiging is dat er bij professionele zorg geen ruimte is voor een lach en een traan (Van Nistelrooij, 2019, p.22) en de emotie is hierdoor verbannen (Van Heijst, 2005). De respondenten zien professionaliteit op de HIC echter als meer dan alleen de organisatorische kant en zorgtechnieken. Het werken op de HIC vraagt continue afstemming op de specifieke zorgsituatie, de unieke ander en de afstemming op zichzelf. Dat komt omdat de hectiek en het gedrag vanuit de ziekte van de cliënten onverwachts kan zijn. Dit roept emoties op en er is sprake van passie en sentiment voor ieder die betrokken is binnen de zorgbetrekking. Afstemmen op de emoties en de hectiek is wat dagelijks gebeurt. Daarop inspelen en handelen is dus een belangrijk element voor professionele zorg op de HIC. Van Heijst (2005) pleit ervoor dat de heersende opvatting over professionele zorg verandert zou moeten worden. Uit dit onderzoek blijkt dat die heersende opvatting heden ten dage niet veranderd is. Dat zorgt er dus voor dat er een spanningsveld is tussen professionaliteit en wat professioneel werken op de HIC werkelijk behelst. Professioneel werken op de HIC is met name gebaseerd op die specifieke afstemming en dus de persoonlijke geraaktheid van de unieke zorgverlener. De ervaring van de respondenten is dat er te weinig erkenning is voor die persoonlijke

geraaktheid en de erkenning dat dit onderdeel is van professionaliteit door de andere disciplines van de HIC. De eigenheid en liefde van de respondenten lijkt hierdoor niet gezien te worden, terwijl dit volgens Van Heijst (2005) een belangrijk element is voor goede menslievende zorg.

Ten tweede ervaren de respondenten emotionele werkdruk door al het ingrijpends wat gebeurt op de HIC. Vanuit de maatschappelijke probleemstelling kan de emotionele en lichamelijke geraaktheid erger ervaren worden als er te weinig steun is vanuit de leidinggevende (Houtman, Kraan & Venema, 2019). De respondenten hebben de ervaring dat zij te maken hebben met die emotionele en lichamelijke geraaktheid en dat er te weinig erkenning en steun daarvoor is door de behandelstaf en het management. Daarnaast krijgen zij nauwelijks de gelegenheid om morele afwegingen te verantwoorden. Dat zorgt voor onzekerheid, twijfel, angst, boosheid en frustratie. Daarnaast blijkt uit de wetenschappelijke probleemstelling dat er vanuit de samenleving het idee heerst dat zorgmedewerkers moeten leren omgaan met emotionele werkdruk of tegen de heftigheid van zorgwerk moeten kunnen en de organisatie het personeel daarvoor moet opleiden (Prins, 2020). Prins (2020) zegt dat we hierdoor als samenleving normaliseren, wat we niet als normaal zouden mogen beschouwen. Ook door deze opvatting kan het zijn dat de ervaring is dat er geen ruimte is voor de persoonlijke geraaktheid van de respondenten. Dat terwijl de respondenten vaak vanuit hun emoties moeten handelen. Er zou minder kritisch gekeken moeten worden naar de aard van de emotie (Kleinlugtenbelt, Molenwijk & Widdershoven, 2020). Die emoties zorgen namelijk voor een gevoelsvolle morele afweging en dat is ook professioneel (Pulcini, 2016 & Van Nistelrooij, 2019). De emoties zetten zorgprofessionals immers in beweging en tonen betrokkenheid naar elkaar. Toch blijkt uit de empirische bevindingen dat de respondenten soms nog te onzeker zijn over hun handelen en zoeken zij bevestiging en erkenning bij de andere disciplines van de HIC. Dat komt omdat de ervaring van de respondenten is, dat de andere disciplines van de HIC te weinig ontvankelijk zijn voor de ervaring en emoties van de respondenten. Volgens Van Heijst (2005) is die ontvankelijkheid wel belangrijk voor menslievende zorg. Dit maakt ook dat de respondenten de ervaring hebben dat zij niet opgemerkt worden door de andere disciplines van de HIC. Dat komt omdat er nog te weinig stil gestaan wordt bij de werkelijke emoties van de respondenten en dat kan komen doordat er nog te weinig bekendheid is over wat emoties allemaal teweeg kunnen brengen (Kleinlugtenbelt, Molenwijk & Widdershoven, 2020). De ervaring is dus dat de respondenten niet als onvergetelijk opgemerkt worden wat volgens Van Heijst (2005) wel belangrijk is voor goede menslievende zorg. Dit zorgt voor een spanningsveld tussen professionaliteit en de persoonlijke geraaktheid van de respondenten.

De twee bovenstaande problemen staan niet los van elkaar en er wordt dus een spanningsveld ervaren door de respondenten. Dat komt omdat de respondenten onderhevig zijn aan de heersende opvatting over wat professionele zorg is. Deze heersende opvatting ligt niet in lijn met hoe professionele zorg op de HIC ervaren wordt. De respondenten hebben nou eenmaal te maken met acuut handelen, waardoor

emoties altijd een rol spelen. Dit maakt hen onzeker en kwetsbaar. De emoties die zij voelen zijn verbonden aan gedachten, overtuigingen en ideeën, die ontstaan zijn vanuit ervaringen (Kleinlugtenbelt, Molenwijk en Widdershoven, 2020). Ik pleit voor meer erkenning vanuit de behandelstaf en het management, omdat de respondenten dit ervaren als een gemis en omdat in de maatschappelijke probleemstelling blijkt dat erkenning vanuit het management een bijdrage kan leveren in het welzijn en zelfvertrouwen van zorgverleners. Dan pas kan er recht gedaan worden aan wat Van Heijst (2005) als definitie stelt voor zorgwerk: *“Zorgwerk is een wijze van vormgeving aan de wereld, gemeenschappelijkheid stichten en sfeer scheppen (Van Heijst, 2005, p.10).”*

6.2 Aanbevelingen

Uit de vorige paragraaf blijkt dat de respondenten een spanningsveld ervaren tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid. Dat komt voornamelijk doordat er door de andere disciplines jegens hen niet voldaan wordt aan menslievende zorg zoals Van Heijst (2005) deze beschrijft. De verpleegkundig medewerkers hebben een belang bij betere zorg om het spanningsveld te verkleinen. Daarom heb ik drie aanbevelingen geschreven om meer recht te doen aan menslievende zorg voor verpleegkundig medewerkers op de HIC.

6.2.1 Aanbeveling I

Mijn eerste aanbeveling is gebaseerd op de respons van de respondenten. Zij ervaren te weinig erkenning, waardoor ze gevoelens krijgen van onzekerheid, angst, boosheid, frustratie en twijfel. Mijn aanbeveling is om het werk van Van Heijst ‘Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning’ (2008) te analyseren. Zij heeft hierin een hoofdstuk geweid aan erkenning voor professionals. Zij besteedt aandacht aan de miskennis van professionals en geeft een oplossing om die miskennis recht te trekken. Dat kan volgens haar pas, wanneer erkend wordt dat er te weinig erkenning is voor de zorgprofessionals. Naast die miskennis voor professionals biedt haar werk ook theoretische inzichten op het gebied van erkenning. Een vervolgonderzoek over hoe die erkenning beter zou kunnen, zou niet misplaatst zijn. Hierin zouden de ervaringen van de behandelstaf en het management meegenomen moeten worden om een goed beeld te krijgen van de verhoudingen tussen de verpleegkundig medewerkers, de behandelstaf en management van de HIC. Het zorgethisch thema zou relationaliteit kunnen zijn.

6.2.2 Aanbeveling II

Mijn tweede aanbeveling is om emoties een rol te geven binnen incidentbesprekingen. Dit kan door het introduceren van het moreel beraad zoals beschreven door Kleinlugtenbelt, Molenwijk & Widdershoven (2020). Het moreel beraad onderzoekt de emoties van de verpleegkundig medewerkers en de andere disciplines van de HIC. Doordat de emoties van de medewerkers van het HIC-team een plek krijgen, is de verwachting dat de verpleegkundig medewerkers het gevoel hebben meer gezien te

worden als zijnde professioneel. Deze gespreksmethode zou een goede vervanging kunnen zijn van de huidige incidentbesprekingen.

6.2.3 Aanbeveling III

Mijn derde aanbeveling is om verpleegkundigen onderling de emoties te laten onderzoeken na een incident, heftige gebeurtenis of na grensoverschrijdend gedrag met een kleinere vorm van moreel beraad. Dat kan door de volgende 4 stappen:

- 1: Welke emoties voelde je en in welke hoedanigheid?
- 2: Welke gedachten, overtuigingen en ideeën had je tijdens de situatie die invloed zouden kunnen hebben op de emoties?
- 3: Welke personen hebben invloed op de heftigheid van de emotie en wat is de intensiteit?
- 4: Wat staat mij te doen om de emotie te kunnen relativeren en wat heb ik hierin verder nodig?

Deze stappen zouden in een vervolgonderzoek beter vormgeven met behulp van de input van de verpleegkundig medewerkers van de HIC. Waar hebben zij specifiek behoeften aan tijdens het relativeren van emoties? En hebben zij behoeften aan begeleiding bij het uiten van hun emoties bij de juiste personen? Op basis hiervan zou er een implementatieplan geschreven kunnen worden.

6.3 Beperkingen

Een mogelijke tekortkoming van dit onderzoek is mijn positie als onderzoeker. Doordat ik onderdeel ben van het verpleegkundig team op de HIC kon ik niet altijd objectief zijn. Ik heb geprobeerd mijn vooronderstellingen te parkeren, maar tijdens de interviews was dit soms lastig. Ik ben mij bewust van mijn referentiekader en om dit te ondervangen heb ik gekozen voor narratief onderzoek. Narratief onderzoek biedt namelijk de mogelijkheid om in dialoog een ervaring te construeren (Riessman, 2008).

Nog een mogelijke tekortkoming is dat er drie respondenten geïnterviewd zijn en niet zes zoals in eerste instantie de bedoeling was. Het kan zijn dat wanneer er meer verpleegkundigen van de HIC mee hadden gewerkt aan het onderzoek, de resultaten meer genuanceerd hadden kunnen worden. Daarnaast had ik ook de behandelstaf kunnen interviewen, wat had kunnen zorgen voor perspectief verandering.

LITERATUUR

- Baur, V.E., Nistelrooij, A.A.M. van & Vanleare, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. In: *Medicine, Health Care and Philosophy*.
- Beerepoot, C.C., van Donk, R.N., Hermans, H.E.G.M.C. & Linders, J.J.M. (2010). *Kwaliteitswet zorginstellingen*. Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bijlsma, J., & Janssen, H. (2008). *Sociaal werk in Nederland. Vijfhonderd jaar verheffen en verbinden*. Uitgeverij: Coutinho
- Bouwhuis, N. & Vreeker, Y., (2015). De kracht van de verpleegkundige discipline op de High en Intensive Care. In *Nurse academy GGZ*. Nr. 3 pp. 4-10.
- Bouwman, R., de Graaff, M.B., de Beurs, D., van de Bovenkamp, H. & Friele, R. (maart 2018) *Calamiteitenonderzoek in de Geestelijke Gezondheidszorg. Het betrekken van patiënten en hun naasten of nabestaanden bij calamiteitenonderzoek in de Geestelijke Gezondheidszorg*. (p. 33). Opgehaald van:
https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Calamiteitenonderzoek_in_de_GGZ.pdf?
- Bronkhorst, B. (2018). *Healthy and safe workplaces in health care*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Creswell, J.W. and Poth, C.N. (2018) *Qualitative inquiry and research design. Choosing Among Five Approaches*. SAGE.
- Dahlberg, H. & Dahlberg, K. (2020). Open and reflective lifeworld research: a third way. *Qualitative Inquiry*, 26(5): 458-464.
- De Lange, A.H., Taris, T.W., Kompier, M.A., Houtman, I.L., & Bongers, P.M. (2002). Effects of stable and changing demand-control histories on worker health. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*. 28(2), 94-108.
- Gadamer, H.G. (1975). *Truth and method*. New York: Seabury Press.
- Gilligan, C. (1982). *In a different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge (Mass.)/London: Harvard University Press. From this book, a part of Chapter 2, "Images of Relationship", pp. 24-38 (ELO)
- Given, L. M. (2008). *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Sage Publications.
- Houtman, I., Kraan, K. & Venema, A. (2019). *Oorzaken, gevolgen en risicogroepen van burn-out: Tussenrapportage. Voor Ministerie van SZ&W. TNO*.
- Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2016). *Gezond en veilig werken in de sector Zorg en Welzijn. Sectorrapportage 2013-2015*.
[http://www.inspectieszw.nl/Images/SectorrapportageZorg-en-Welzijn%20_2013-2015_tcm335-376879.pdf] 28 mei 2016.
- IZZ (2019). *IZZ-analyse: jonge zorgmedewerkers zoeken vaker psychische hulp*. Opgeroepen van:

- <https://www.izz.nl/zorgorganisaties/jonge-zorgmedewerkers-gevoeliger-voor-psychische-belasting>
- Kittay, E. Feder (1999). *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*, New York: Routledge, 49-73 [Chapter 2] (ELO)
- Kleinlugtenbelt, D., Molewijk, B., & Widdershoven G. (2020). De rol van emoties in moreel beraad – theorie, praktijk en methodiek in: *In gesprek blijven over goede zorg: overlegmethoden voor moreel beraad*. Uitgeverij Boom 187-197.
- Leget, C., Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). *Beyond Demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry*. *Nursing Ethics*
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. (2017). *Generieke Module Acute Psychiatrie*. Utrecht. Opgehaald van: www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl
- Noddings, N.(1984). *Caring. A Feminine Approach to Ethics & Moral Education*. Berkeley: University of California Press, 7-29 [Chapter 1].
- Numerato, D., Salvatore, D. and Fattore, G. (2012) De impact van management op medische professionaliteit: Een review. *Sociology of Health & Illness* 34(4): 626-644.
- Nussbaum, M. (2001). *Oplevingen van het denken. Over de menselijke emoties*. Uitgeverij: Ambo Anthos. (p. 31-84)
- Pelzer, A., van Seters, M., Wagemaker, F., & van den Bogaard M. (2021). *High Intensive Care (HIC) ADOLESCENTEN*. Inhoudelijke werkbeschrijving.
- Prins, E. (2021). 'Agressieve cliënten zijn een risico van het vak'. *Zorg+ Welzijn*, 27(6), 16-18.
- Pulcini, E. 2016. Welke emoties motiveren zorg? *Emotion Review* 1-8.
- Ricoeur, P. (1995). *Intellectual autobiography*. In L.E. Hanh (Red.), *The philosophy of Paul Ricoeur*, pp. 3-53. Chicago, IL: Open Court.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: Sage Publications.
- Ruddick, S. (1989, 1995), *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace*, Boston: Beacon Press. 'Love's Reason' & Chapter 1 'Maternal Thinking', pp. 3-27. (ELO)
- Schuurman, M. & Van der Zwan, A. (2012). *Inclusie zeggenschap support. Op weg naar een samenleving waar iedereen welkom is*. Uitgeverij Garant. (p. 15 – 17)
- Schuyt, T.N.M & Steketee M., (1998) *Zorgethiek: ruimte binnen de regels*. Uitgeverij SWP.
- Swierstra, T. & Tonkens, E. (2008). *Mondige burgers, getemde professional*. Uitgeverij: Van Genneep.
- Tonkens, E. (2010). *Burgerzin en burgerparticipatie in de sociale dienstverlening: Voorwaarden voor het bevorderen van respect en publieke bezorgdheid*. In: T. Brandsen, P. Dekker en A. Evers (eds.) *Civiness in the Government and Delivery of Social Services*. Baden-Baden, Duitsland: Nomos, pp. 83-98.

- Tonkens, E., Bröer, C., Van Sambeek, N. & Van Hassel, D. (2013). Pretend-ers and Performers: Professional Responses to the Commodification of Health Care. *Social Theory & Health*, 1-20.
- Tonkens, E. (2014) Herover de participatiesamenleving. In S&D jaargang 71, nummer 1, februari 2014.
- Vanleare, L. & Burggraeve, R. (2013). Gekkenwerk. *Kleine ondeugden voor zorgdragers*. Lannoo Campus.
- Van der Wurff (2021). Het ziekteverzuim in de zorg schiet omhoog: 'leg het niet alleen neer bij de werknemer'. In Trouw. Opgeroepen van <https://www.trouw.nl/binnenland/het-ziekteverzuim-in-de-zorg-schiet-omhoog-leg-het-niet-alleen-neer-bij-de-werknemer~b5ede3da/>
- Van Heijst, A. (2005). Menslievende zorg: een ethische kijk op professionaliteit. Uitgeverij: Klement.
- Van Heijst, A. (2008). Iemand zien staan. Uitgeverij: Klement. 74-95 en 154-174.
- van Heijst, J. E. J. M. (2011). *Professional loving care: An ethical view of the health care sector*. Peeters Publishers.
- Van Nistelrooij, I. (2019). Basisboek zorgethiek. Uitgeverij: Berne Media. 35-49 en 52-67.
- Van Wijngaarden, E. , Van der Meide, H., & Dahlberg, K. (2017). Researching healthcare as a meaningful practice: towards a non-dualistic view on evidence for qualitative research. *Qualitative Health Research*, 27(11), 1738-1747.
- Visse, M. (2014). Hermeneutisch narratief analyseren: creëren van mogelijkheden. KWALON
- Weber, M. (1924). *Legitimate Authority and Bureaucracy*. In D. S. Pugh, Organization theory selected classic readings (pp. 3-15). London: Penguin Group. (2007)

Bijlage

Bijlage 1: Format interview

Bijlage 2: Analyse van het transcript interview respondent 1

 Analyse van het transcript interview respondent 2

 Analyse van het transcript interview respondent 3

Bijlage 3: Delen van transcripten

Bijlage 4: Narratief uitgeschreven respondent 1

 Narratief uitgeschreven respondent 2

 Narratief uitgeschreven respondent 3

Bijlage 5: Reacties van de respondenten

Bijlage 1

Interview:

Vraag: Sta je eventueel open voor een tweede gesprek?

Openingsvraag:

“Je bent al geruime tijd werkzaam op de HIC en hebt daar te maken met professionaliteit binnen de zorg en situaties waarin je persoonlijk geraakt wordt. Hoe is het voor jou om professioneel te zijn terwijl je ook persoonlijk geraakt wordt door mensen of situaties?

Opschrijven van bijzonderheden, mogelijk op doorvragen, ruimte maken voor uitleg of op inhaken.

Extra vragen:

- Kun je over een concrete situatie vertellen waarin je..?
- Wat vind jijzelf van de situatie?
- Kun je concreet ingaan op wat het met jou als persoon deed?
- Kun je benoemen wat er met je gebeurde?
- Wat waren je gedachten?
- Hoe reageerde je toen?
- Hoe reageerde jouw collega's?
- wat vind je van jouw eigen reactie?
- Wat vind je van de reactie van je collega's?
- Welke steun heb je gekregen?
- Hoe zou je het beste ondersteunt worden?

Extra vragen voor evt. diepgang

- Hoe zou jij de band met je collega's omschrijven?
- Hoe kijk jij naar de persoonlijke geraaktheid van je collega's en andere betrokkenen in het team bijvoorbeeld leidinggevende en artsen?
- Hoe belangrijk zijn zij voor jou?

Afsluiting: “zijn er nog dingen waar je het graag over wil hebben of die nog niet aan bod gekomen zijn die je belangrijk vindt te vertellen?

Bijlage 2

Fase 1 Analyse uitgevoerd **respondent 1**

Fase 1: Actief luisteren

Blik op karakters, belangrijkste personen in de genoemde ervaringen

1. Respondent
2. Betrokken cliënt
 - Beleidsmakers / Behandelend arts
 - Collega's
 - Nieuwe collega's met weinig ervaring
 - Huidig management
 - Oud management

Blik op narratief proces (losse verhalen, geen coherent geheel, deze losse verhalen worden later verbonden en krijgen betekenis)

Ervaringen

- Welke betekenis gegeven wordt aan persoonlijke geraaktheid
- Welke betekenis gegeven wordt aan professionaliteit
- Voorbeelden door de jaren heen zeggen iets over zijn manier van kijken naar professionaliteit en persoonlijke geraaktheid
- Voorbeelden waarin het ooit anders was
- Terugpakken naar huidig ervaringsverhaal

Complicerende omstandigheden

- HIC (de werkvloer)
- Thuis
- Digibord ruimte (vergaderruimte)
- Normatieve ideeën van wat grote en niet grote incidenten zijn

Wie bij de ervaringen betrokken waren

- Bij het ervaringsverhaal alleen respondent betrokken en cliënt
- Achteraf reflecteren met andere professionals en artsen

Blik op context, plaats en tijd

Fysieke contexten, betekenisvolle plekken

- Thuis
- De HIC
- Kamer incident

Temporele aspect (flashbacks, heen-en-weer)

1. Het gesprek gaat steeds terug naar hoe het was voordat de verandering van gesloten naar HIC ging.

Blik op belangrijke gebeurtenissen, plekken en perioden

Keerpunt – verschuiving van betekenis – is interpretatieve handeling

2. De vraag naar zijn positie in het verhaal, “wie ben ik om te bepalen?” met betrekking tot doodgaan.
3. Bagatelliseert de situatie: “Nou ja, persoonlijk geraakt, het is meer dat je betrokken bent bij mensen die opgenomen worden”.

Zijn vaak relatief gedetailleerd verteld

2. Dat hij zich afvraagt of zijn beeld van professionaliteit wel klopt “Dat het me niet zo raakt dat ik er thuis last van heb en dat ik dat dan niet mee naar huis neem zie ik als professioneel ofzo”

Aard en verloop van gesprek

Balans vraag/antwoord

3. Eerste deel van het gesprek wat het vooral belangrijk om te onderzoeken wat zijn beeld was van professionaliteit en persoonlijke geraaktheid. Daarna aan de hand van een concrete situatie uitgevraagd hoe daar professionaliteit en persoonlijke geraaktheid in naar voren kwam. Meer een vraaggesprek en narratief construeren tussen onderzoeker en respondent.

Momenten van zekerheid

4. Stellig bepalen waar de professie in zit.

Momenten van onzekerheid – kunnen opening zijn voor indicatie belangrijke momenten

5. Of het nou persoonlijk geraakt is, en wat nou een heftig incident is en wat niet.

Fase 1 Analyse uitgevoerd **respondent 2**

Fase 1: Actief luisteren

Blik op karakters, belangrijkste personen in de genoemde ervaringen

3. Respondent
4. Partner van respondent
5. Betrokken cliënt
6. Cliënten op de afdeling
 - Naasten: partner van betrokken cliënt
 - Naasten van cliënten
 - Ervaringsdeskundige
 - Collega's
 - Artsen

Blik op narratief proces (losse verhalen, geen coherent geheel, deze losse verhalen worden later verbonden en krijgen betekenis)

Ervaringen

- Welke betekenis gegeven wordt aan persoonlijke geraaktheid
- Welke betekenis gegeven wordt aan professionaliteit
- Voorbeelden uit de eigen thuissituatie
- Terugpakken naar de ervaring die thuis is opgedaan
- Thuissituatie relateren aan situaties op het werk

Complicerende omstandigheden

- HIC (de werkvloer)
- Thuis: de eigen thuissituatie
- De eigen ervaring betrekken op cliënten

Wie bij de ervaringen betrokken waren

- Bij het ervaringsverhaal partner van respondent indirect betrokken bij het handelen op het werk
- Cliënt
- Naasten
- Collega's

Blik op context, plaats en tijd

Fysieke contexten, betekenisvolle plekken

- Thuis
- De HIC

Temporele aspect (flashbacks, heen-en-weer)

4. Het gesprek gaat steeds terug naar de thuissituatie.

5. Hoe collega's reageerde en hoe hij zich daarbij voelde

Blik op belangrijke gebeurtenissen, plekken en perioden

Keerpunt – verschuiving van betekenis – is interpretatieve handeling

6. Dat het meevoelen komt doordat de thuissituatie ooit zo was. In plaats van het meevoelen als onprofessioneel te zien, is dit professionaliteit ten goede gekomen.

7. Het thema zelfafstemming is niet zodanig genoemd, maar komt steeds terug.

Aard en verloop van gesprek

Balans vraag/antwoord

6. Het gesprek bestond voornamelijk uit het vertellen van de situatie die thuis is voorgevallen, daarna werd dit meegenomen in de ervaring die opgedaan is op het werk. De onderzoeker heeft in het begin weinig vragen gesteld. Later is er meer diepgang gezocht door de onderzoeker om samen een narratief te construeren.

Momenten van zekerheid

7. Trots zijn op hoe zijn thuissituatie zijn professie heeft bevorderd.

Momenten van onzekerheid – kunnen opening zijn voor indicatie belangrijke momenten

8. Wat hij wel en niet mag voelen voor cliënten.

Fase 1 Analyse uitgevoerd **respondent 3**

Fase 1: Actief luisteren

Blik op karakters, belangrijkste personen in de genoemde ervaringen

7. Respondent
8. Onderlinge team van verpleegkundige
9. Behandelstaf
10. Multidisciplinair team
11. Betrokken cliënt
12. Betrokken collega's
13. Collega's van het team
14. De politie
15. De manager
16. De familie van betrokken cliënt

Blik op narratief proces (losse verhalen, geen coherent geheel, deze losse verhalen worden later verbonden en krijgen betekenis)

Ervaringen

- Verschillende ervaringen verteld over hoe persoonlijke geraaktheid ruimte kreeg
- Persoonlijke geraaktheid binnen protocollaire systemen
- Ervaring met meneer
- Ervaring met mevrouw

Complicerende omstandigheden

- HIC (de werkvloer)
- Thuis
- In één ervaring twee problemen vastgesteld
- Forensische zorg

Wie bij de ervaringen betrokken waren

- Collega
- Cliënt
- Manager
- Politie
- Behandelstaf
- Weinig samenwerking ervaren

Blik op context, plaats en tijd

Fysieke contexten, betekenisvolle plekken

- HIC
- Thuis

Temporele aspect (flashbacks, heen-en-weer)

8. Tijdens het gesprek wordt er steeds teruggegrepen in hoe reacties zijn vanuit behandelstaf en management. Er wordt ook een voorbeeld gegeven van hoe het beter zou kunnen gezien in een ander ervaringsverhaal.

Blik op belangrijke gebeurtenissen, plekken en perioden

Keerpunt – verschuiving van betekenis – is interpretatieve handeling

9. De eigen verantwoordelijk die wel gedragen wordt, maar waar wel kritiek op gegeven wordt
10. De theorie die geleerd is proberen te koppelen aan de praktijk

Zijn vaak relatief gedetailleerd verteld

9. “Het nieuwe protocol is dat je zelf een incident bespreking moet aanvragen als d'r iets heel heftig bij je binnenkomt. En dat vind ik raar. Dat vind ik niet alleen. Dat is als je de theorie daarnaast legt, ook gewoon niet de weg die je moet lopen. Je. Je krijgt een bepaald soort verantwoordelijkheid die meegedeeld zou moeten zijn.”

Aard en verloop van gesprek

Balans vraag/antwoord

10. Eerste deel van het gesprek was voornamelijk gericht op het onderzoeken van de balans en het spanningsveld tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid. Respondent leek erg geraakt door allerlei dingen die ze mee heeft gemaakt en hoe zij niet gezien wordt in haar professionaliteit.

Momenten van zekerheid

11. Toen in het andere ervaringsverhaal het wél goed verliep en de reden waarom het toen goed verliep. Er was openheid voor de situatie en elke betrokken hulpverlener leek op dezelfde manier geraakt te zijn, wat maakte dat er goede samenwerking was.

Momenten van onzekerheid – kunnen opening zijn voor indicatie belangrijke momenten

12. Wie er nou werkelijk verantwoordelijkheid moet nemen voor het welzijn van het verplegend personeel na incidenten.

Bijlage 3

Narratief respondent 1

“Hoe is het om op een HIC professioneel te werken en persoonlijk geraakt te worden?”

Ik werk nu ongeveer tien jaar binnen de gesloten afdeling van de GGZ. Sinds zes jaar is het de HIC en daardoor is het veel professioneler geworden. Door de verandering naar de HIC zijn we gaan werken met begeleidingsniveaus (BN). Daar is een heel protocol omheen gemaakt waarbij begeleidingsniveau 1 inhoudt dat iemand één keer per dienst gezien moet zijn. Begeleidingsniveau 2 houdt in dat een cliënt iedere 15 – 30 of 60 minuten gezien moet worden. Dat wordt aangegeven als 2.15, 2.30 of 2.60. Begeleidingsniveau 3 betekent dat een cliënt één op één begeleiding krijgt en in de cliënt moet dan altijd in het zicht van de begeleider zijn. Begeleidingsniveau 4 gaat nog een stap verder, want de cliënt moet dan continu op armlengte afstand begeleid worden. Nog een verandering is dat we voorheen aan het einde van de dienst een verslag moesten typen over de cliënten, nu wordt er veel doelmatiger gerapporteerd. Dat is goed, want er wordt nu aan doelen gewerkt. De structuur en het proces is duidelijk. Dat moet want het is niet de minste afdeling. Op de HIC zijn er veel intensieve opnames die veel energie vergen en/of de professional leegzuigen. Dat is een HIC. Mensen worden nu eenmaal opgenomen als het op zijn slechts gaat. En dat maakt het intensief en die intensiviteit is niet voor iedereen weggelegd.

Suïcidaliteit is een moeilijk fenomeen op de HIC. Het thema dood is erg bijzonder en op de HIC komen regelmatig mensen bij wie dit thema speelt. De pogingen die cliënten hier doen blijven altijd lastig, dat hoor ik ook van mijn collega's in de wandelgangen. Op de HIC gaan er gemiddeld twee mensen per jaar dood. Dat is een gegeven en niet altijd te voorkomen. Ik denk dan nog een stap verder want wie ben ik om te beslissen dat jij niet dood mag gaan? Zoals ik het altijd heb geleerd is dat wij moeten kijken of het gewoon een periode is dat je je zo verrot voelt die gewoon van voorbijgaande aard is, die periode is op de HIC en die moet je overbruggen. Voor mij ligt hier de spanning tussen professionaliteit en persoonlijke geraaktheid. Voor mijn gevoel ik heb de verantwoordelijkheid over het leven of de dood van een cliënt. Het beleid heeft bepaald dat een cliënt niet dood mag in mijn dienst en ik ben hier in dienst, dus ik moet het beleid uitvoeren, terwijl dit soms tegen mijn gevoel ingaat.

Na het introduceren van de HIC, boden we regelmatig begeleidingsniveau 3. Ook 's nachts dat we bij mensen voor de kamers moesten zitten met de deur open. Maar begeleidingsniveau 4 zeer zelden. Ik heb ooit één keer begeleidingsniveau 4 moeten bieden. Dat was voor een meisje dat suïcidaal was. Ik heb toen een hele dienst van 8 uur met haar gewerkt. We hadden vrij goed contact opgebouwd, in zoverre dat dat gaat op de HIC. Heel de dienst ging het goed, ik moest zijn waar zij was en dat allemaal op armlengte afstand. Wat later in de dienst wilde het meisje zich klaar gaan maken voor de nacht. Ik vond het moeilijk om begeleidingsniveau 4 te bieden in de badkamer, omdat dat toch ook een

super-privé situatie is. Maar ze was toch zo hoog suïcidaal dat de deur eigenlijk open moest blijven, of toch de deur dicht? Ik vond het moeilijk. Samen met de cliënt heb ik afgesproken dat zij zich privé mocht klaarmaken voor de nacht. De voorwaarden die gesteld werden: de deur mocht niet in het slot, iedere zoveel tellen moesten we iets tegen elkaar zeggen en als ze niet zou reageren zou ik de deur open maken. Ik was dus op een meter afstand van haar en er zat alleen een deur tussen. Een aantal keer zei ik wat tegen haar en zij reageerde, tot ze ineens niet reageerde. Ik dacht: “ga ik hem nu opentrekken?” De gedachten dat ze misschien wel naakt zou zijn, deed mij besluiten de deur niet meteen open te trekken. Ik probeerde nog één keer een reactie te krijgen. Ik noemde haar naam en kreeg geen reactie. Blijkbaar had ze ergens deze dag allerlei voorbereidingen kunnen treffen om zichzelf te suicideren, want toen ik de deur opende zag ik dat ze zichzelf had opgehangen aan een haak in de badkamer. We werken natuurlijk met alarmsystemen, maar ik moest snel handelen en dacht: “het duurt me te lang eer mijn collega’s er zijn, dus ik til haar er zelf wel vanaf”. Dat ging er vrij ruw aan toe. We vielen samen op de grond, ik eerst en zij met haar romp over mij heen. Ik deed gelijk de controles en voelde geen polsslag meer. Na een keer diep ademen en nog een keer voelen, voelde ik wel een polsslag, ze was dus niet dood. Ik heb haar toen op bed gelegd en ben bij haar aan haar bed gaan zitten. Ik belde mijn collega met de vraag mij even over te nemen. Ik was echt even in de war en ik ben naar buiten gegaan. Toen ik terugkwam, nog geen vijf minuten later na het hele gebeuren, lag ze in bed met haar telefoon te appen, alsof er niets gebeurd was. Na deze dienst ben ik naar huis gegaan en besepte mij in de rest van de week hoe bizar deze situatie eigenlijk was.

De dag na het incident had ik een vroege dienst. Doordat we nu de HIC zijn geworden hebben we iedere ochtend een bespreking ‘digibord’. Bij deze bespreking zijn artsen, verpleegkundigen en soms ook activiteitenbegeleiders betrokken. Ik had een vroege dienst en door de situatie die zich de vorige dag had voorgedaan ben ik naar digibord gegaan. Toen werd er gezegd: “Hoe kan het dat zij dat heeft gedaan? Hoe kan zo iets gebeuren want ze had begeleidingsniveau 4 dus dat kan niet”. Dat vond ik echt niet fijn, want dat kan dus wel. Alsof ik iets niet goed gedaan heb. Ik heb dat die week nog vaak nagelopen in mijn hoofd: “heb ik nou goed? Er was toch niks fout gegaan van tevoren?”. Het kan dus echt gebeuren, maar blijkbaar wordt er dan geredeneerd dat als iemand begeleidingsniveau 4 krijgt, dat je niet dood mag. En dan weer die gedachte: “alsof ik dan, alsof ik het niet goed heb gedaan. En wie ben ik om te bepalen dat jij niet dood mag”. Onzekerheid en twijfel? Die gedachten hebben mij vooral beziggehouden. Tijdens digibord kon ik wel objectief uitleggen hoe de situatie verlopen was, gewoon, feitelijk wat er gebeurde om antwoord te geven: “het kan dus wel”. Ik voelde me niet alleen verantwoordelijk, ik was het ook écht. Ik denk dat het me daarom ook zo bezig heeft gehouden. Dat heb ik eigenlijk niet zo snel dat de situaties me echt raken, of dat ik ze meeneem naar huis, maar dat was na het digibord wel. Dat ik mijn werk toen mee naar huis heb genomen vond ik niet echt professioneel. Thuis heb ik mijn eigen leven en normaal laat ik de HIC achter me. Voor mij is dat eigenlijk überhaupt een voorwaarden om dit werk te kunnen doen.

De situatie hield mij bezig. Ik kreeg van collega's appjes met de vraag hoe het met mij ging en of ik iets specifiek nodig had. Ik had van hen niet echt iets nodig. Wel fijn natuurlijk dat mijn collega's aan mij denken. Ook van de anderen: management of artsen had ik niet echt iets nodig. Bij echt grote incidenten kan er gebruik gemaakt worden van het BOT [MB: Het BOT is een team van collega's die ondersteuning bieden na het ervaren van incidenten]. Ik vond het niet nodig om van het BOT gebruik te maken. Ik vond het wel belangrijk om later nog terug te komen op wat er gebeurd was tijdens digibord met de arts die in mijn ogen verwijtend overkwam. Achteraf bleek zij dit helemaal niet zo bedoeld te hebben. Dat luchtte erg op. Later ben ik ook nog naar de cliënt zelf toe gegaan om te vertellen wat de situatie met mij gedaan heeft en toen was het ook over.

Een aantal jaren geleden heb ik een heel groot incident meegemaakt, waarbij een cliënt mij met een scherp voorwerp van achteren in mijn nek stak. Toen gingen echt alle lagen van de organisatie zich bemoeien met mij. De manager toen der tijd belde mij de dag erna op: "wil je één dag vrij? Wil je twee weken vrij? Zeg het maar". Heel erg prettig dat die opties er waren, alleen had ik daar geen gebruik van gemaakt. Dat zij zich ermee bemoeide kan te maken hebben met dat er toen nog geen digibord was of het BOT nog niet bestond. Dit was wel echt een groot incident, het suïcide incident was niet zo'n groot incident voor mij.

De incidenten blijven komen en we maken met zijn allen veel mee op de HIC. Het is soms ook lastig om aan te geven wat nodig is. Laatst was ik drie dagen vrij geweest en kom ik op de afdeling. Terloops hoorde ik dat er weet ik veel wat allemaal gebeurd is op de afdeling. Zo gaat dat hier. Ik vraag wel na bij collega's die erbij waren of alles weer rustig is met onze collega, maar vaker nog houd ik het gewoon in de gaten. Het is ook niet altijd fijn om incidenten te bespreken, het is ook belangrijk dat collega's op vrijwillige basis een incident kunnen bespreken. Al heb ik in al die jaren wel veel mensen zien afbrokkelen omdat het werken op de HIC gewoon heel heftig is. Dat komt volgens mij ook doordat soms situaties worden afgedaan als zomaar een situatie.

Narratief respondent 2

“Hoe is het om op een HIC professioneel te werken en persoonlijk geraakt te worden?”

Ik werk nu twee en een half jaar op de HIC en in die tijd heb ik veel mensen gezien die het thuis niet meer aan kunnen, thuis geen hulp krijgen of waarvan de naasten zo ernstig overbelast zijn dat zij niet meer voor de cliënt kunnen zorgen. Als het thuis niet meer goed gaat en je wordt opgenomen kom je hier op de klinische afdeling. Hier op de HIC willen wij als team graag voor mensen zorgen juist als die mensen het heel erg moeilijk hebben. Wij willen niet voor niets in de zorg werken, dat zit in je persoonlijkheid. Je moet mee kunnen voelen met de mensen die op de HIC zijn opgenomen, want op de HIC zorg je volop voor mensen die het écht nodig hebben. Er gebeuren vaak heftige, ingrijpende dingen en incidenten die van invloed zijn op jezelf, die je herkent of die je moeilijk vindt. Bij sommige gebeurtenissen heb ik het lastig, vooral als er een bepaald gedrag is wat mensen laten zien. Ik denk wel dat het me goed lukt om professioneel te blijven, ondanks alle moeilijkheden. Dat komt mede omdat ik het zelf in mijn thuissituatie heb meegemaakt.

Mijn vriendin heeft anderhalf jaar geleden zelf een psychose gehad. Ik werkte toen pas een half jaar hier op HIC. Dat was voor mij een moeilijke tijd, omdat ik dezelfde problematieken hier ook op de afdeling zag. Doordat ik dit toen meemaakte reageerde ik wel eens geïrriteerd op cliënten, was ik soms ook sneller boos of was ik met mijn gedachten bij mijn vriendin thuis. Mijn collega's waren op de hoogte van mijn thuissituatie, omdat zij ook wel moesten weten waarom ik soms reageerde zoals ik reageerde. Ik kreeg gelukkig veel begrip van mijn collega's. Er was bijvoorbeeld een collega die aanbood om voor ons thuis te komen koken en ik kreeg regelmatig berichten met de vraag hoe het ging. Die betrokkenheid gaf mij een fijn gevoel waardoor ik kon blijven werken. Het management was ook op de hoogte, maar daar kreeg ik geen fijn bericht van. De manager stelde namelijk voor om mijn relatie te beëindigen. Ik voelde mij niet gesteund, kreeg weinig begrip en eigenlijk was ik nog het meest gefrustreerd. Als kreeg ik wel waar ik om gevraagd had, een paar dagen vrij.

Doordat ik deze situatie thuis heb meegemaakt weet ik als geen ander hoe het is om 'de naaste' te zijn. Ik weet hoe het is om zo machteloos te zijn en de angst om de eigen verantwoordelijkheid over je partner over te moeten geven aan de professionals. Gelukkig is dat in onze situatie niet nodig geweest, omdat mijn vriendin uiteindelijk besloot haar medicatie in te nemen. Uiteindelijk kon ze dus thuisblijven. De gedachte dat er een klinische opname moest komen is er wel geweest en dat was zo ontzettend moeilijk. Sindsdien ben ik wel anders gaan kijken naar onze cliënten, naasten en de behandelingen.

Zeer recent is er een vrouw opgenomen op de HIC die suïcidaal was. Deze vrouw was altijd erg fanatiek, topsport schaatsster en had een heel actief leven samen met haar partner. Voor haar partner was de situatie thuis onhoudbaar geworden. Zij is toen op vrijwillige basis opgenomen. De

behandelaren zijn toen begonnen met het opstarten van de antidepressiva. Haar suïcidaliteit verdween snel naar de achtergrond. Dat is natuurlijk wat we graag zien hier op de HIC want de crisis gaat er dan vanaf. Als de medicatie goed aanslaat kan iemand vrij snel weer naar huis. Haar partner was erg betrokken bij de behandeling en kwam heel vaak langs. Dat is erg fijn want als naasten veel komen, kunnen we ze ook betrekken bij de behandeling. Opvallend was alleen dat na het aanslaan van de antidepressiva, er ineens een vreemd beeld bij mevrouw op de voorgrond kwam te staan. Ze vertoonde een katatoon beeld, wat betekent dat lichamelijke functies stagneren door een verandering in de hersenfunctie. Een katatoon beeld komt ook vaak voor bij mensen die psychotisch zijn. De partner bleef veel komen en omdat ik mij zo goed kon voorstellen hoe hij zich moest voelen heb ik ook geprobeerd voor hem te zorgen door met hem te praten en hem een luisterend oor te bieden. Ik vond het lastig om te zien hoeveel zorgen hij zich maakte. Hij vertelde dat hij zijn vrouw graag mee naar huis zou willen nemen, omdat de suïcidaliteit naar de achtergrond was gegaan. Toch vonden de artsen het nog geen goed idee om deze mevrouw naar huis te sturen, ze waren immers nog bezig met het instellen op medicatie en ook vanwege het katatone beeld. Het was voor mevrouw nog te vroeg om mee naar huis te gaan. Dat was voor haar en haar man erg sneu. Wat ik nog meer moeilijk vond aan deze situatie is dat ik in het begin van haar opname goed contact met haar had. We hadden regelmatig goede gesprekken, maar door het katatone beeld lukte dat niet meer. Ik denk dat ik door mijn eigen situatie thuis me goed in kon inleven in de partner van deze vrouw. Ik was toen die tijd ook heel bang dat mijn vriendin opgenomen moest worden, of dat ik zelf niet meer genoeg voor haar kon zorgen en dat ik het over zou moeten laten aan professionals, terwijl ik dat zelf ook ben.

Wat nog meer voor mij veranderd is na de situatie thuis is het idee over het toedienen van dwangmedicatie. In principe worden mensen op de HIC vrijwillig opgenomen. Ze krijgen hier in eerste instantie medicatie om de crisis terug te dringen. Bij psychose wordt er vrijwel altijd antipsychotica voorgeschreven. Soms willen mensen hun medicatie niet innemen vanwege achterdochtige gedachten. Ze vertrouwen het niet of vinden dat ze niet psychotisch zijn en dus niet behandeld hoeven te worden. Na een tijd kan er een zorgmachtiging aangevraagd worden waarbij dwangmedicatie toegediend moet worden. Gelukkig is mijn vriendin zelf haar medicatie gaan slikken waardoor haar dit allemaal bespaard is gebleven. Maar toch door mijn situatie, ben ik er anders naar gaan kijken. Voorheen dacht ik “doe maar gewoon die spuit geven” of “we moeten misschien wel doorpakken naar dwangmedicatie”. Nu denk ik veel meer vanuit de positie van de cliënt. Het is namelijk ook lastig voor degene die de spuit krijgt en in een heel erg persoonlijk gebied. Een spuit gaat namelijk in de bil en dat is privégebied. Als iemand de spuit echt niet wil, moeten we met een aantal mensen de cliënt naar de grond brengen en in bedwang houden. Dat is vaak een vervelende situatie voor de cliënt en ook voor de professionals. Daarnaast denk ik ook veel meer vanuit de positie van de naasten van de cliënt. Mijn ervaring heeft mij anders leren denken. Ik ben me nu veel bewuster

van de impact van dwangmedicatie, al weet ik wel dat het in sommige gevallen écht noodzakelijk is. Ik vind dat het mij veel professioneler heeft gemaakt.

Wat mij ook opgevallen is tijdens mijn werk hier en mijn ervaring thuis, is dat professionele zorg veel objectiever is. Zelfs als je je persoonlijk betrokken voelt bij de cliënt ben je als professional objectiever dan de naasten thuis. Het is ook belangrijk om als professional af te stemmen. Aan het begin van de dienst bijvoorbeeld even vragen hoe het met iedereen gaat. Maar ook zelf denken “hoe gaat het eigenlijk met mij?” En “wat vind ik eigenlijk zelf van deze situatie en wat doet dit met mij”. Ik denk dat we hierin als team nog veel te halen hebben. Ook denk ik dat we professioneler kunnen zijn in de vorm van zorgen voor naasten. Onze ervaringsdeskundige op de afdeling heeft die taak en hij doet dat goed, maar ook wij als verpleegkundig team zouden soms meer bezig moeten zijn met naasten. Soms krijg je de taak om een naaste te bellen en te informeren, maar dat wordt vaak niet overgedragen of gerapporteerd terwijl dat in mijn ogen een heel belangrijk aspect is van zorgen voor je cliënten. Zij zijn namelijk een van de belangrijkste onderdeel van het leven van mensen.

Narratief respondent 3

“Hoe is het om op een HIC professioneel te werken en persoonlijk geraakt te worden?”

Ik werk al een jaar of 6 op de HIC in Tilburg. Ik heb daarvoor als uitzendkracht gewerkt bij Workx (uitzendbureau van de GGZ zelf) waardoor ik al eerder op de HIC gewerkt heb. Wat ik in al die jaren gemerkt heb is dat je als je beginnend professional eigenlijk wil dat je alles aankan en dat je moet laten zien wat je allemaal geleerd hebt. Hoe je handelt, hoe sterk je mentaal bent en wat je allemaal nog weet van de theorie. Ik heb dat bij mijzelf gezien en nu zie ik dat nog steeds veel om mij heen. Maar wat je allemaal gaat voelen, dat kun je niet vooraf leren en niet alles kun je alleen doen. Het is daarom juist heel goed om te weten wat je wel en niet kan en dat er hier op de HIC ook momenten zijn dat het ook letterlijk niet kan. Omdat hier op de HIC regelmatig heftige incidenten plaatsvinden kun je zelf ook hoger in spanning oplopen en dat kan ervoor zorgen dat je blinde vlekken krijgt. In zo'n situatie heb je de ander nodig of dit nu je directe collega is of een indirecte collega is, om aandacht te geven aan de persoonlijke geraaktheid. Op de heftige gebeurtenissen kan ik mij altijd redelijk goed instellen. Het feit dat iemand op mijn werk mij met de dood kan bedreigen, dat een kat in het nauw gekke sprongen kan maken en dat iemand kan uithalen, daar ben ik mij altijd bewust van maar vanaf een bepaald punt in de heftigheid ben je afhankelijk van elkaar. Je hebt elkaar hier echt nodig. Een spanning die op deze HIC zeer voelbaar is, is dat het niet altijd goed geregeld is hoe er omgegaan moet worden met de hectiek. Het is protocollair niet goed in elkaar gezet waardoor het op dit moment van het toeval afhankelijk lijkt te zijn of incidenten worden opgepakt of niet. Het is ook niet protocollair vastgelegd welke ruimte persoonlijke geraaktheid moet krijgen en hoe serieus dat eigenlijk genomen moet worden. In het verpleegkundig team wordt dit wel opgepakt, maar dat komt meer vanuit menselijkheid en liefdadigheid. Die onderlinge afhankelijkheid lijkt meer zichtbaar binnen het verpleegkundig team, dan dat die afhankelijkheid gedragen wordt door het hele behandelteam (het behandelteam bestaat onder meer uit psychiaters, psychologen, verpleegkundige, managers, ervaringsdeskundige en iedere betrokkenen).

Het overkwam mij laatst nog dat een cliënt in de woonkamer stond en mij fysiek met de dood bedreigde, het was niet eens alleen verbaal. Hij had een bord vast en een mes waarmee hij ook hakkende bewegingen maakte. Hij zei daarbij ook dat hij mijn hoofd eraf wilde hakken. Deze situatie was erg stressvol en onveilig maar voor mijn andere collega kon ik de situatie niet verlaten. Juist omdat het zo onveilig was ontstond er een gevoel van angst, waardoor ik hyperalert werd. Ik heb toen alarm gedrukt en ik heb gewacht met het verlaten van de ruimte tot mijn gealarmeerde collega's er waren. De cliënt had het gericht op mij en ik kon hem nog afleiden. Toen ik uit de situatie kon ben ik naar de psychiater gelopen en gevraagd wat we nu konden doen. Ik kreeg naar mijn beleving maar weinig reactie. Ze bleef namelijk op haar stoel zitten en zei: “je moet de politie bellen”. Dat had ik natuurlijk gedaan en zij kwamen ook direct. Toen de politie aan kwam ben ik met de politie apart gaan zitten om aangifte te doen. De manager had de politie binnen zien komen en liep daarna vrij snel bij

mij langs om te vragen hoe het met mij ging en of ik nog iets nodig had. Ik heb toen gelijk aangegeven waar ik last van had. Dat was met name de reactie van de psychiater. Ik kan me voorstellen dat deze uiting van de cliënt voortkomt vanuit het ziektebeeld, althans deels, maar dat de psychiater mij het gevoel gaf dat ik het eigenlijk zelf uit moest zoeken, dat raakte me zo enorm. Het gebrek aan reactie en het niet vragen hoe het met mij gaat. Ze had de situatie eigenlijk van mij over moeten nemen, dat is eigenlijk wat ik echt nodig had. Ik heb later gevraagd aan de psychiater of ze nog ruimte had om het incident na te bespreken. Maar tot op de dag van vandaag is dat nog steeds niet gebeurd wat in mijn ogen erg jammer is aangezien ook de politie dit incident erg serieus nam.

De cliënt is na het incident opgepakt door de politie en heeft er een zaak van gemaakt. Uiteindelijk is er besloten dat de cliënt niet gestraft wordt voor zijn actie. Hij heeft wel een voorwaardelijke straf gekregen, maar dan moet er toch iets heel zwaars gebeuren wil de cliënt uiteindelijk een straf krijgen. Wat ik opmerkelijk vond, is dat de cliënt niet veel later na de uitspraak weer opgenomen werd binnen onze vestiging van GGZ. Ik werd door een collega, die ook betrokken was bij het incident, de avond voor mijn dienst gebeld om mij te vertellen dat de cliënt weer opgenomen was. Weliswaar aan de andere kant van de afdeling, maar wel binnen onze HIC. De dag daarna werd er door mijn verpleegkundige collega's wel even nagevraagd hoe ik me voelde en werd ik op de andere afdeling geplaatst. Ik las de intake van de dag ervoor en daar stond in dat de cliënt eerder een beetje dreigend is geweest en heeft gezwaaid met een bord naar een verpleegkundige. Het incident was veel zwaarder dan zoals het stond beschreven in de intake. Er was nog geen incident of casuïstiek bespreking geweest. Het probleem van de cliënt was nog steeds hetzelfde, dat gaf ook de familie aan. Er was nog geen plan bedacht hoe het de volgende keer aan te pakken. Ik voelde me helemaal niet serieus genomen als professional. Als ik nu over de afdeling loop waar de cliënt is opgenomen, kijk ik wel even over mijn schouder. Ik voel me niet erg op mijn gemak daar. Hierin is duidelijk te zien dat er geen ruimte is voor persoonlijke geraaktheid en dat daar niets mee gedaan wordt. Dit is een concrete situatie waarin ikzelf betrokken ben geweest, maar zulke voorbeelden hebben collega's van mij ook. Ik denk dat dit een belangrijke reden is waarom mijn voormalige collega's ontslag hebben genomen.

Gelukkig gaat het niet altijd op deze manier op de HIC. Een paar jaar geleden werd een jonge vrouw opgenomen in een rolstoel met sondevoeding. Deze jonge vrouw zou niet kunnen eten en niet kunnen lopen. Na een tijd kwamen we erachter dat zij dit wel kon. Ze at namelijk frikandellen tijdens haar vrijheden en kon een klein beetje lopen. We kwamen erachter dat er sprake was van het Münchhausen-by-proxysydroom. Dat betekent dat een ouder of verzorger het kind ziek, beperkt of gewond doet overkomen op anderen terwijl dat in werkelijk niet zo is. Dit is een ernstige vorm van kindermishandeling. De casus raakte mij direct en niet alleen mij, maar ook mijn directe en indirecte collega's. Tijdens het overleg werkten we echt samen om uit te zoeken hoe we hiermee om moesten gaan. Ook stond iedereen open voor nieuwe of andere ideeën, omdat nog niemand bekend was met dit

probleem. Er was toen ook ruimte voor de emoties die wij allen voelden bij deze casus. We werkten echt als een team en daardoor weet ik dat het ergens kan als er maar openheid ontstaat en gecreëerd wordt.