

## **Affectiviteit en raakbaarheid.**

Een zorgethische studie naar hoe morele dilemma's, opgevat als botsende waarden, regieaanwijzingen zijn aan zorgprofessionals in het begeleiden van cliënten in hun herstelproces.

Universiteit voor Humanistiek.  
Masterthesis Zorgethiek en beleid.  
Examinator: Prof. Dr. Carlo Leget .  
Eerste lezer: Dr. Gustaaf Bos.  
Tweede lezer: Dr. Alistair Niemeijer.  
Inleverdatum: 20 juni 2023  
Aantal woorden: 24.665.

Eric Albers  
Dorpsstraat 58  
6587AZ Middelaar  
tel. (0031)628630037  
Studentnr.: 1023578  
[eric.albers@basanos.nl](mailto:eric.albers@basanos.nl)

## Voorwoord.

Geachte lezer,

Deze thesis is een hoepel waar ik doorheen moest en dat viel lang niet mee. Ik heb geen probleem met door hoepeltjes heen te gaan maar dan bepaal ik liever zelf welke hoepel en op welk moment. Daar komt bij dat ik denk dat hoepeltjes ook qua vorm zijn te vervormen daar waar nodig. De wetenschappelijke hoepel echter is van staal met hoogstens wat rubber aan de binnenkant om ergere krassen te voorkomen. Hoe ik ook wendde of keerde, ik moest er doorheen. Dat heb ik ervaren als een herstelproces en ook als een parallel proces. Een client in de psychiatrie krijgt er ook mee te maken. De hoepels van teams, therapie, diagnostiek zijn van staal en hebben veelal geen rubberen randje. Het was goed dat dr. Gustaaf Bos, mijn begeleider, aan de andere kant van de hoepel stond om me toch steeds weer uit te nodigen de stap te nemen. Daar wil ik hem oprecht voor bedanken.

Alle respondenten hebben eveneens mij bijgestaan in dit proces. Ik dank hun zeer voor hun tijd en inspanningen rondom de interviews en het nalezen van de transcripten en hun opmerkingen, het was verrijkend.

Mijn vrouw Karin heeft altijd geloofd in dat me dit zou gaan lukken, een thesis schrijven van 25000 woorden. Vooral als ik weer liep te schelden, te wanhopen en met de kopieën liep te gooien. Zij snapt het want ze heeft hetzelfde pad gelopen.

Mijn tweeling Sammie en Renée hebben hetzelfde geloof gehad in hun vader; ‘heus bol dat lukt je vast wel’. Tegelijkertijd hebben ze alle drie me hartelijk uitgelachen om mijn rare gedrag, zelfspot is een kracht in ons gezin, en vast ook, als ik er niet was, met hun hoofd geschud. In de thesis sta ik uitgebreid stil bij het thema raakbaarheid en affectiviteit en hoezeer dat de kwaliteit van een relatie fundeert. Ik heb het gedurende het schrijven, denken en zoeken steeds weer mogen ervaren.

Veel leesplezier,

Eric

Middelaar, 20 juni 2023

## **Samenvatting.**

Het onderwerp van deze scriptie is de vraag naar hoe als zorgprofessional te handelen, in het begeleiden van herstelprocessen met cliënten, als er morele dilemma's ontstaan en de werk relatie gecompliceerd raakt. De conclusie is, dat een herstelprocessen altijd morele dilemma's met zich meebrengen, dat is wat het proces op zichzelf is en zal zijn. Persoonlijke keuzes van de client zelf en ook botsende waardes die ontstaan tussen de client en de zorgprofessional in. Als de zorgprofessional bereid is en de vaardigheden heeft, om deze momenten aan te gaan zonder zijn eigen waardes te laten prevaleren, dan komt het herstelproces steeds weer in beweging.

## **Inhoudsopgave.**

Voorwoord.	1
Inleiding.	2
<b>Hoofdstuk 1. Probleemstelling en relevantie</b>	<b>5</b>
1.1 Aanleiding.	5
1.2 Inleiding.	6
1.3 Drie anekdotes en twee casuïstieken.	6
1.4 Maatschappelijke probleemstelling.	9
1.5 Wetenschappelijke probleemstelling.	9
1.6 Vraagstelling.	11
1.7 Doelstelling.	12
<b>Hoofdstuk 2. Theoretisch kader</b>	<b>13</b>
2.1 Inleiding.	13
2.2 De context van de thesis.	13
2.2.1 Herstelprocessen als een <i>'live as a journey'</i> .	13
2.3 Thema 1: Er staat iets op het spel.	16
2.3.1 <i>Ethics of care, care ethics</i> .	16
2.3.2 Meedenken.	17
2.3.4 Tegendenken.	18
2.3.4 Hernemend denken: affectiviteit als <i>responsiveness</i> .	19
2.4 Thema 2: Waardes en emoties als bodemverheffingen van het denken.	20
2.5 Thema 3: De belofte van een verandering.	22
2.5.1 <i>Wish you where here</i> .	22
2.5.2 De persoon door de tijd heen.	22
2.6 Conclusie	25
2.7 <i>Sensitizing concepts</i> .	25
<b>Hoofdstuk 3. Methode</b>	<b>26</b>
3.1 Onderzoeksbenadering	26
3.2 Onderzoeksmethode	26
3.3 casusdefinitie en onderzoekseenheid.	27
3.4 Data verzameling.	28
3.5 Data analyse.	28

3.6 Ethische overwegingen.	28
<b>Hoofdstuk 4. Resultaten.</b>	<b>29</b>
4.1 Inleiding.	29
4.2 Narratief proces van de respondenten.	29
4.3 Thema 1: Waardes als regieaanwijzing: Er staat iets op het spel.	32
4.4 Thema 2: Waardes en emoties als bodemverheffingen van het denken.	34
4.5 Thema 3: In een moreel dilemma ontvouwt zich altijd de belofte van een verandering.	36
4.6 Herhaalde woorden.	38
4.7 Belangrijke gebeurtenissen.	38
4.8 Samenvatting.	39
4.9 De thema's gekoppeld aan een aantal ervaringsverhalen uit de verhalenbank.	39
4.10 Conclusie.	40
<b>Hoofdstuk 5. Een zorgethische reflectie op affectiviteit, raakbaarheid en <i>responsiveness</i>.</b>	<b>42</b>
5.1 Inleiding.	42
5.2 Zorgethiek als teleologische deugdethiek.	42
5.3 Zorgethiek en zorgplichten.	44
5.3.1 Werken in de zorg als specifieke keuze.	45
5.3.2 Twee maximes voor vijf verhalen.	45
<b>Hoofdstuk 6. Terug naar het kleine verhaal.</b>	<b>48</b>
6.1 Conclusie: De beantwoording van de hoofdvraag.	48
6.1.1 Antwoord 1	49
6.1.2 Antwoord 2	49
6.1.3 Antwoord 3	50
6.1.4 Antwoord 4	50
<b>Hoofdstuk 7. De handvatten voor de zorgprofessional.</b>	<b>52</b>
7.1 Aanbeveling voor een vervolgonderzoek.	53
<b>Hoofdstuk 8. Kwaliteit en beperkingen van deze studie.</b>	<b>54</b>
8.1 Betrouwbaarheid en validiteit.	54
8.2 Generaliseerbaarheid.	54
8.3 Beperkingen.	54
<b>Literatuurlijst.</b>	<b>55</b>

# 1. Hoofdstuk 1 Probleemstelling en relevantie.

## 1.1 Aanleiding.

De eerste anekdote, hieronder beschreven, heeft me wakker gemaakt uit een sluimer over herstel, waardes, cliënten en zorgprofessionals die elkaar niet begrijpen. Er botst iets. Ik verwonder me al jaren over hoe een individuele zorgprofessional of een team spreekt over een cliënt of cliënten daar waar de begeleiding niet goed loopt, juist in die botsing. Niet goed lopen in de zin van dat de client zich niet voegt naar de standaarden van de individuele zorgprofessional en/of het team. Met als overkoepelend zinnetje; hij/zij stelt zich niet begeleidbaar op. De taal die dan gebezigd wordt, onder de noemer ‘ventileren want het werk is zwaar’, kent te vaak grensoverschrijdende woorden; ratten; ‘pedo’s’; dronkenlappen; viezerikken; junkies; rotzakken, om een kleine bloemlezing te geven uit mijn praktijk als docent kracht- en herstelgerichte methodieken. En dat al resulteert dan in dat cliënten een time-out krijgen dan wel geheel worden uitgesloten van een behandeling.

Verwonderen impliceert, mijns inziens, dat ik mijn collega’s en studenten een moraal toedicht. Ik begrijp het ook wel. Veelal is men teleurgesteld na het zoveelste proberen om hun client te helpen, terwijl deze weer terugvalt in eerder gedrag wat de reden is geweest van de opname. Vermoeidheid en cynisme als een afbrokkelend vertrouwen. De narratieve therapie heeft me doen inzien dat achter taal er een *implicit but absent* taal aanwezig is.<sup>1</sup> Een mens is meer-verhalig en heeft de keuze het ene verhaal dominant te maken ten opzichte van een ander verhaal. Zo ook mijn collega’s en studenten in het spreken over hun cliënten. Mijn streven is juist deze wijze van spreken en handelen van collega zorgprofessionals te beïnvloeden door hen handvatten te bieden hoe anders dan veroordelend te kijken naar en te spreken over hun cliënten op die momenten van moeite. Ik heb door de jaren heen een aantal aanwijzingen daaromtrent kunnen formuleren.

Mijn studie zorgethiek heeft me geholpen die aanwijzingen preciezer te omschrijven. Immers, de vraag is hier; wat is in deze gevallen moreel goede zorg? Het ontwaken, aangewakkerd door de eerste anekdote hierna, is de directe aanleiding om deze thesis te schrijven. Een uitspraak die ik als docent al jaren gebruik is; ‘laten we de wereld een klein beetje mooier maken’, als aanduiding van mijn motivatie om het herstel-en krachtgerichte werken uit te dragen. Tijdens mijn studie zorgethiek stuitte ik in het allereerste college op de definitie van Joan Tronto (1993) over wat zorgethiek is voor haar en wat haar queeste is; ‘(...) *and repair our ‘world’ so that we can live in it as well as possible*’. Er kwamen vele wegen samen toen en deze thesis is een zandpaadje naar een open plek in het bos.

## 1.2 Inleiding.

Alvorens deze studie opzet nader te duiden, eerst een vijftal kleine praktijk verhalen. De verhalen lijken verschillend doch delen drie thema’s die binnen deze thesis uitgewerkt gaan

---

<sup>1</sup> College 1, jaaropleiding narratieve therapie. September 2010, Gendt. Uitspraak van Johan van de Putte die de theorie van Michael White verduidelijkte.

worden met aan de lezer de vraagstuk te hebben voor deze drie thema's:

Thema 1. *Waardes als regieaanwijzing*: voor iedereen in deze verhalen staat er iets op het spel wat ertoe doet voor desbetreffende persoon. Mogelijk is dat niet gemakkelijk te begrijpen voor een buitenstaander die de verhalen leest, maar voor elk mens binnen de verhalen is dat het geval.

Thema 2. *Waardes als regieaanwijzing*: er spelen emoties die in het botsen steeds meer toenemen voor iedereen in het verhaal. De emoties die worden opgeroepen zijn geldig en hebben een waarheidswaarde, dat wil zeggen, ze duiden op een goed/kwaad, een juist/onjuist, er worden meningen gevormd en gedachten geuit. Deze emoties zijn onderliggend aan het eerste thema; er staat iets op het spel. Ook voor de lezer van de verhalen, er wordt 'iets' geraakt. Dat raakbare zal nader uitgewerkt worden als *responsiveness*.

Thema 3. *Waardes als regieaanwijzing*: iedereen in de verhalen wenst en verlangt een verandering. De cliënten in de verhalen geven in hen reageren een regieaanwijzing aan de zorgprofessional. Er staat geen punt achter hun reageren in de situatie maar een komma. In een moreel dilemma namelijk ontvouwt zich altijd de belofte van een verandering als de strijd opgevat wordt als helend. Er komt dan iets in beweging.

### **1.3 Drie anekdotes en twee casuïstieken.**

De hierna beschreven verhalen voor deze thesis zijn drie anekdotes uit mijn eigen praktijk en twee casuïstieken die terug te lezen zijn in de artikelen die genoemd worden. In elk verhaal zijn de thema's te ontdekken. De eerste anekdote is de aanleiding voor deze thesis en het onderwerp van de studie.

#### **Anekdote 1.**

Het Radboudumc Nijmegen heeft een onderzoekscentrum, de Impulsacademie, met als inzet het kracht- en herstelgerichte denken en handelen binnen alle aspecten van de zorg in Nederland uit te dragen. Zij hebben hun uitgangspunten gevonden in het *Strengths Model* en deze uitgangspunten vertaald en verrijkt naar de Nederlandse situatie. Tegelijkertijd heeft deze Impulsacademie scholing en trainingen ontwikkelt om zorgprofessionals te leren hoe te werk te gaan binnen deze methodiek. Het uitgangspunt van de methodiek is dat de wensen en ideeën van cliënten over wat er aan de hand is en welke route de behandeling zou moeten krijgen, voorrang krijgt boven de professionele blik van de zorgprofessional. Dat lijkt voor de hand liggend. Echter, daar waar de interactie gecompliceerd geraakt blijkt dat uitgangspunt lastig is op te houden en ook vol te houden. Het onderwijs wat is ontwikkeld en trainingen die worden gegeven hebben als inhoud dat moreel goede zorg is aan te leren maar wel een leerproces vraagt. Tijdens één van deze trainingen in de kracht- en herstelgerichte methodiek werd aan mij als docent, de hiernavolgende casus voorgelegd. De context van deze casus betreft de organisatie Exodus, een organisatie die tot taak heeft om ex-gedetineerde cliënten weer te integreren in de samenleving. Eén van de uitgangspunten van deze organisatie is dat ze geloven in het herstel van mensen en dat dat een perspectief op een zinvol leven geeft. Het verhaal gaat als volgt: Wim, een zorgprofessional vroeg aan Vincent, één van de cliënten, wat

zijn wens is met betrekking tot de inhoud van zijn behandeling. Op deze vraag antwoordde Vincent dat hij weer in contact wil komen met zijn twee dochters. Het geval wil dat Vincent tien jaar gedetineerd is geweest wegens incest met zijn twee dochters. De directe reactie van Wim was: ‘Nee dat gaan we dus niet doen. Ga eerst maar eens je schulden afbetalen en werk zoeken en in therapie’.

Zijn uitleg in de lesdag was dat zijn reageren was ingegeven door een gevoel van walging, hijzelf is ook vader van een dochter. De discrepantie tussen het delict, waarvoor Vincent wel voor was afgestraft, en de wens zijn dochters weer te ontmoeten, die discrepantie voelde onverdraagbaar voor Wim. Een walging die elke professionele overweging tenietdeed<sup>2</sup>.

### **Anekdote 2.**

In de maatschappelijke opvang in een stad in Noord-Brabant, is er een instelling voor beschermd wonen waar de cliënten verslaafd mogen zijn en kunnen gebruiken. Er gelden wel een aantal regels maar drugsgebruik is toegestaan. Op een ochtend loopt een klein vrouwtje, uit Rotterdam vertelde ze me later, naar een zorgprofessional toe en zegt tegen hem; ‘ik heb er nog eens over nagedacht maar ik wil toch graag nog eens op mijn zelf gaan wonen’. De zorgprofessional antwoordde: ‘ach mens dat lukt je toch nooit’, draaide zich om en liep weg.

### **Anekdote 3.**

Mevrouw Thomas woont in een verzorgingshuis in België. Ze is dementerend. Voor de middagmaaltijd moet ze naar beneden naar de eetzaal waar iedereen in het hele huis eet. In de lift zegt ze; ‘ik kan hier niet zijn’ waarop wordt geantwoord, ‘we zijn er bijna’. Mevrouw wordt aan een lange tafel gezet. Ze vraagt aan haar buurvrouw; ‘weet u waar we hier zijn?’ Ze krijgt geen antwoord. Plots staat er een verzorgende naast haar die een plastic schort over haar hoofd wil trekken. Mevrouw Thomas maakt afwerende gebaren. De verzorgende zegt; ‘u gaat knoeien op uw jurk, dus dit is voor uw eigen bestwil’. Mevrouw Thomas blijft afwerend met haar handen en hoofd. De verzorgende haar bewegingen worden bruusker en ze dwingt het schort om. Een andere verzorgende komt met een bord eten. Mevrouw Thomas zegt; ‘ik wil niet eten’. De verzorgende zegt; ‘de dokter zegt dat u moet eten dus het is voor uw eigen bestwil’. Mevrouw draait haar hoofd weg. De verzorgende haar bewegingen worden bruusker en mevrouw moet haar friet opeten.

### **Casus 1.**

In het artikel *The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices* wordt de casus beschreven van Jane die Tom ontmoet om hem zijn dagelijkse medicatie te geven. Tom weigert echter zijn medicatie. Jane wijst hem op het belang van de medicatie voor zijn eigen bestwil, daarmee benadrukkend haar waarde over het belang van het innemen van medicatie, maar ze kan hem daarin niet overhalen. Jane raakt gefrustreerd en roept; ‘*You are destroying yourself this way*’, en verlaat de kamer (Bauer et al, 2017, p. 3).

---

<sup>2</sup> Vanzelfsprekend spelen er in dit soort van casuïstiek allerlei juridische kwesties zoals o.a. een omgangsverbod. De anekdote schetst de reactie van Wim vooraf enig juridisch en/of therapeutisch argument. Wim reageerde vanuit zijn vaderschap die een walging opriep met betrekking tot dit delict. Wim zijn inbreng in de lesdag was de vraag naar een antwoord hoe op deze momenten te handelen vanuit de methodiek die hoop en vertrouwen voorschrijft.



## Casus 2.

In het artikel *Accountability from Somewhere and for Someone: Relating with Care* wordt er een situatie geschetst over meneer Bartley die te horen heeft gekregen dat hij nog maar kort te leven heeft. Dit is hem verteld door een dienstdoende arts. De situatie is als volgt; *I am sitting in on a shift change at around seven in the morning. Margret, who was on the night shift, starts by reporting that Mr Bartley, who has been living at Heartland 19 for a couple of months, was very upset, 'actually too wild for me to handle alone'. She'd had to call in the doctor who gave Mr Barley a shot of Haldol. Leonora, team leader of the day shift, says that his bad temper must be related to his getting the message. Later on, when I was following Leonora at work, I ask what actually happened. Leonora explains, 'Cognitively, he's not so good anymore and he has a weak heart.' She adds that last weekend, Mr Barley wasn't well, and they'd had to call the weekend doctor in charge. 'This doctor told him that he hasn't got long to live and yesterday, our regular doctor explained the details to him and confirmed that the end is getting close.' Leonora continues: 'Both doctors were as clear as we are supposed to be— clear and open. I was there on the round and heard what the doctor said. It was not as if she said it would be all over by tomorrow. She meant more generally, maybe a few months. However, now Mr Barley is stuck with this message that the end is near. It's so sad that no one is really available to support him through this process. We don't really have the time for that* (Jerak-Zuiderent, 2015, p.426-427).

Bovengenoemde verhalen zijn illustratief voor wat er op het spel staat binnen deze thesis, te weten, een focus op het zorgethische *critical insight*, affectiviteit toegespitst op de ontmoeting tussen de *caregiver* en *care receiver*, juist daar waar er een botsing ontstaat tussen de waardes van de zorgprofessional en de cliënt over hoe de behandeling vorm dient te krijgen. Deze botsing van waardes onthullen iets hoopvol namelijk, een regieaanwijzing van de client aan de zorgprofessional dat er sprake is van proces van herstel; er gebeurt iets; er ontstaat iets; groei; een inzicht; een lijden wordt zichtbaar.

Daarvoor is nodig dat de zorgprofessional de regieaanwijzing ook wil aangaan, raakbaar is en zich verbonden voelt met zijn client. Hoe dat te doen?

Deze thesis wil een bijdrage leveren, een inzicht delen, vanuit de optiek van de zorgethiek, waar, binnen die therapeutische relatie, er een verstoring optreedt welk de aanloop naar, en, vervolgens, de behandeling/begeleiding, vertraagd. Een inzicht gebaseerd op het zorgethische begrip affectiviteit als attitude van de zorgprofessional. Een kleine bijdrage, zeker, echter, vanuit de kleinheid van een specifieke praktijk is het aan de lezer mijn bevindingen te verplaatsen naar zijn/haar eigen praktijk, zijn/haar eigen denken en handelen en uiteindelijk zijn/haar eigen waardes met betrekking tot wat moreel goede zorg is. Het uitgangspunt van deze thesis is dat, daar waar de waardes van de zorgprofessional een meerwaarde krijgen ten opzichte van de waardes van een client, in de ontmoeting, het herstelproces van de client stukt. Het doel is om aantal handvatten geven aan de zorgprofessional hoe, juist tijdens deze gecompliceerde interactie, te handelen. Een eerste aanwijzing is alvast, er is geen enkele sprake van een verwijt aan de zorgprofessionals binnen de verhalen met betrekking tot hun handelen. Integendeel, zij hebben recht op een antwoord vanuit de zorgethiek en de herstelgerichte methodiek hoe te handelen juist op deze momenten om moreel goede zorg te bieden. Zij zijn dan ook het onderwerp van deze thesis. De mevrouw uit Rotterdam die op

zichzelf wil gaan wonen, meneer Bartley, mevrouw Thomas, Tom en Vincent, zij zijn met hun uitspraken en handelen de aangevers. Het is hun herstelproces.

#### **1.4 Maatschappelijke probleemstelling.**

De wachttijden in de GGZ overschrijden al langere tijd de zogenoemde Treeknormen, de wachttijden voor niet-spoedeisende hulp. De situatie in 2022 is dat er 27.000 mensen wachten op behandeling daarmee de Treeknorm overschrijdend. Het ontstaan van de wachtlijsten in de psychiatrie lijkt slechts een kwestie van extra geld en ook een verbetering van de samenwerking binnen de zorg. Allereerst is er de financiële prikkel voor het richten op patiënten met minder zware problemen. Er is een gemiddelde prijs afgesproken met de zorgverzekeraars. Een vergoeding die voldoende is voor hulp aan patiënten met een lichte zorgvraag maar te laag met betrekking tot intensieve behandeling (Erwout Irrgang, algemene rekenkamer 2020). Jakobien Groeneveld, wethouder jeugd Zoetermeer, zegt daarover: ‘ In het vragenuurtje van de Tweede Kamer zei staatssecretaris Blokhuis (Volksgezondheid) dinsdag dat er binnenkort weer met gemeenten gepraat gaat worden over extra geld’. Hij weet dondersgoed wat er aan de hand is. Namelijk dat jeugdpsychiatrie er sinds 2015 niet genoeg geld bij heeft gekregen van het Rijk’ (Trouw, 7 april 2021 Marco Visser). De inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) van het Ministerie VWS meent dat er meerdere oorzaken zijn dan alleen de financiering. Zij omschrijven het probleem als complex en leggen sommige oorzaken neer bij de zorgaanbieders. Zij noemen het gebrek aan samenwerking binnen de zorg en een onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling met betrekking tot de wachtlijsten als oorzaak. Huisartsen weten niet waarheen te verwijzen en de verwijzingen en doorverwijzingen zijn niet compleet en soms zelfs verkeerd (IGJ, 2021). Vanuit de maatschappij en politiek klinkt er een stevige kritiek op het ontstaan van de wachtlijsten in de psychiatrie.

Binnen bovengenoemde oorzaken blijft één zaak onbenoemd, te weten, de kwaliteit van de zorg zelf en de effecten daarvan op de triage. Bovengenoemde vijftal verhalen staan model voor een groot probleem in de psychiatrische zorg, namelijk een voortdurend strijden met cliënten over hoe de behandeling eruit zou moeten zien en de effecten daarvan op het lijden wat het wachten oproept. Sinds 2020 is er de verhalenbank psychiatrie opgezet.<sup>3</sup> De 124 verhalen beschrijven allerlei dilemma's tussen de hulpverlening en de patiënt en zijn illustratief voor wat het onderwerp is van deze thesis. Enerzijds is te lezen dat er bij voortduring er een ongenoegen ontstaat over hoe een behandeling eruit zou moeten zien. En daar ontstaat, in het verschil van opvatting wat een goede behandeling zou moeten zijn, tussen de zorgprofessional en de cliënt veelal een *verticale normativiteit* (van Ewijk et al., 2015). De waarden van de zorgprofessional krijgen een meerwaarde ten opzichte van de waarden van de client. Ook is te lezen hoezeer dit strijden een verloren tijd oproept, veelal een jarenlange omzwerving binnen de psychiatrie. Het lijden van het wachten en alle omzwervingen worden in de verhalen omschreven als het gevoel hebben dat je problemen niet de moeite waard zijn, het leven in een pauze stand komt, je geïsoleerd geraakt door uitval van school, het verlies

---

<sup>3</sup> [Verhalenbank Psychiatrie](#) - [Verhalenbank Psychiatrie](#) - [Verhalenbank Psychiatrie](#)

van werk en het verlies van sociale contacten<sup>4</sup>. Gelukkig zijn er ook verhalen die laten zien hoe helend en herstellend het is als er wel een overeenstemming is tussen de zorgprofessional en de cliënt over de behandeling. Er doemt dan op in die verhalen een gevoel van erkenning door het aanvaarden van de visie en positie van de client en/of zijn/haar naasten. Er ontstaat hoop en vertrouwen.

### **1.5 Wetenschappelijke probleemstelling.**

Deze studie naar de kracht van botsende waardes heeft een zorgethisch kader als basis. Zorgethiek gedefinieerd als een interdisciplinair onderzoeksveld met als doel maatschappelijke vraagstukken binnen die zorg nader te onderzoeken (Leget, van Nistelrooij, & Visse, 2017). De kracht van de zorgethiek is dat zij haarzelf definieert als een stroming. Een stroming die bij elke vorm van zorg de vraag stelt; binnen deze specifieke zorg praktijk, is het goede zorg wat hier geboden wordt? Het goede in de zin van moreel goede zorg. De lens waardoor men kijkt is onderzoekend uitmondend in een verwonderend vragen. Kijken, denken, peinzen, overwegen en vooral, vertragen. Als stroming is zorgethiek een kabbelend, meanderend riviertje. Overal waar binnen de zorg er een snelstromende rivier is die zo snel mogelijk de zee wil bereiken, stuwend over dijken en sluizen, wil het zorgethische stromen een delta zijn om het dwingende rechtdoor af te remmen. De geleefde ervaring van mensen binnen de kleinheid van de specifieke praktijk namelijk is essentieel in de zoektocht naar wat er binnen die praktijk goed is, in de zin van kwalitatief goede zorg. Dat betekent dat deze zorgethische zoeken geldig is in alle gevallen, dus ook in geval van Vincent, de mevrouw uit Rotterdam, Tom, meneer Bradley en mevrouw Thomas. Juist ook op die momenten dat de relatie gecompliceerd geraakt.

De vele verhalen uit de verhalenbank psychiatrie geven het ethische debat weer hoezeer een individueel persoon, in zijn/haar uniciteit, in relatie komt te staan met een systeem. In dit geval een zorginstelling. De wijze waarop de instellingen in de verhalen zijn georganiseerd, de keuzes in behandeltrajecten en het ontwikkelen van een behandel visie, worden beschreven voor en over cliënten. In de meeste instellingen staat in de missie en visie dat de client centraal staat. Dat blijkt grotendeels niet uit de verhalenbank. Lyotard, filosoof, heeft deze relatie gemunt in de begrippen, het grote verhaal ( *le grand récit* ) van een systeem en het kleine verhaal ( *le petit récit* ) van het individu (1992). Grote verhalen kennen een opeenvolging van zinnen, een vertoog, een discours die het raamwerk vormt waarbinnen een missie en visie wordt omschreven. Kleine verhalen zijn de individuele verhalen van een client binnen dat systeem. De kleine verhalen, de geleefde ervaring, deze zijn de zandbanken binnen de delta waar de zorgethiek naar wil luisteren en wil begrijpen als een *Verstehen* (Gadamer, 1960). Het luisteren en *Verstehen* betreft de door de cliënt geleefde ervaring, de zorg praktijk zelf en de ordening van de samenleving rondom alle vormen van zorg. Het onderzoek van deze zogenoemde zorgethische lens wil verbindingen leggen tussen theorie en empirie. Empirisch want steeds is de vraag, wat staat er op het spel daar in die particuliere context, in die complexe praktijk, in die ambigue praktijk?

---

<sup>4</sup> Verhalenbank psychiatrie, 2022. “we zijn als mens zo kwetsbaar en we moeten worden gezien en gehoord”.; “machteloos toekijken”; “De GGZ heeft meer kapot gemaakt dan me lief is”.

Om aanwijzingen te formuleren voor de zorgprofessional is er de keuze gemaakt om de geleefde ervaring van de zorgprofessional en ook de grondleggers van de kracht- en herstelgerichte methodieken met betrekking tot het, al dan niet, aangaan van de gecompliceerdheid van een behandelrelatie, centraal stellen. Wat zijn hun uitgangspunten, wat is hun *drive*, hun *beef*? Dat is ook de vraag aan de grondleggers van het herstelgerichte werken. Waar zijn zij op uit, wat staat er voor hen op het spel? Wat is hun visie op affectiviteit en raakbaarheid in de relatie met cliënten juist op de momenten dat de relatie gecompliceerd geraakt? Er is een ruime bibliotheek aanwezig rondom het onderwerp; etiquette voor de zorgprofessional binnen het werken met deze methodieken. Ook zijn er vele literatuurstudies gedaan naar herstel en herstelprocessen, vooral ook vanuit cliënten perspectief (Den Hollander & Wilken, 2013, 2020; Van Nistelrooij, 2018; Bos & Kal, 2016; Boevink et al. 2009). Eveneens is er veel geschreven over hoe een zorgprofessional kan omgaan met zijn/haar emoties in de confrontatie met incidenten (Bauer et al., 2017; Vorstenbosch, 2012; Vosman & Baart, 2008; Tjong Tjin Tai, 2006). Deze studies schrijven vooral over het ‘erna’ en hoe vervolgens daarmee om te gaan.

De zoektocht hier is echter hoe deze etiquette vorm moet krijgen in de aanwijzingen aan de zorgprofessional ‘ervoor’ en ten tijde van een gecompliceerde relatie, opgevat als herstelproces. Dit vanuit een zorgethisch perspectief die qua ethiek onderliggend is aan de herstelgerichte methodiek. Zorgethische theorieën namelijk nemen de zorg relatie als uitgangspunt en de herstelgerichte methodieken eveneens. Beide hebben de lens van wat goede zorg is, gericht op de werkrelatie tussen de individuele cliënt en de zorgprofessional en/of de zorgorganisatie. De politicologe en filosofe Joan Tronto (1993), omschrijft zorg als een combinatie tussen de handeling van zorgen en de gezindheid van de zorgprofessional:

*In general, then, I will (...) refer to care when both the activity and disposition of care are present (p.105).*

De etiquette van de herstelmethodieken verhalen vooral van *activity*, nergens van *disposition*, van de gezindheid van de professional in zijn/haar handelen. Deze omissie staat centraal en zal uitgewerkt worden rondom het zorgethische begrip *care-receiving* en het daaraan gekoppelde *element of care, responsiveness*. *Responsiveness* als antwoord op wat te doen *in situ* met Vincent, Tom, de mevrouw uit Rotterdam, meneer Bradley en mevrouw Thomas. *Responsiveness* als *disposition*, ofwel hoe te handelen op die momenten waar het herstelproces zich aandient, juist in de gecompliceerdheid van de balans tussen relationaliteit en kwetsbaarheid. Reflectie daarop vanuit dit perspectief zal waardevolle aanwijzingen geven hoe te handelen binnen de bovengenoemde geschetste situaties. Wat ontvouwt zich binnen die situatie, wat is de verrijking van het botsen, de rijkdom van een ethisch dilemma? Die reflectie, dat is de kracht van de delta die de zorgethiek kenmerkt.

## 1.6 Vraagstelling.

### Hoofdvraag:

Welke inzichten onthullen zich vanuit het zorgethisch perspectief *disposition, care-receiving en responsiveness* in het onderzoeken van de ervaringen van een zorgprofessional in het omgaan met ethische dilemma's met cliënten gedurende het begeleiden van herstelprocessen?

### Deelvragen:

1. Welke inzichten kunnen worden ontleend aan zorgethische literatuur en filosofische literatuur met betrekking tot het zorgethische *critical insight* affectiviteit als *disposition* van de zorgprofessional in het proces van herstel?
2. Wat is de geleefde ervaring van de zorgprofessional als raakbaar zijn in het omgaan met dilemma's die ontstaan in de ontmoeting met cliënten?
3. Welke aanwijzingen kan de zorgethiek formuleren voor de zorgprofessional hoe te handelen juist daar waar het herstelproces stopt door de botsende waarden tussen de zorgprofessional en zijn/haar client(e).
4. Hoe kunnen de verworven inzichten bijdragen aan moreel goede zorg in het kader van het begeleiden, door de zorgprofessional, van herstelprocessen?

## 1.7 Doelstelling.

De doelstelling van deze studie is een bijdrage te leveren aan de vraag van zorgprofessionals, hoe te handelen als de relatie met een client gecompliceerd geraakt. Welke antwoorden formuleert de zorgethiek en welke antwoorden formuleren de herstelgerichte methodieken. Eén van de auteurs van de herstelgerichte methodiek; Steunend Relationeel Handelen (SRH) en het *Strengths Model*, komt aan het woord. Immers, zij hebben deze wijze van werken binnen de psychiatrische zorg in Nederland ontvouwt en doen dat nog steeds. In hun geschreven teksten worden er weinig tot geen handvatten gegeven aan de zorgprofessionals hoe te handelen op de momenten der moeite. Het doel uiteindelijk is dat de individuele zorgprofessional tips en ideeën kan opdoen uit deze studie met betrekking tot het eigen werk.

## Hoofdstuk 2. Theoretisch kader.

### 2.1 Inleiding.

Het onderwerp van dit hoofdstuk betreft welke inzichten dienen zich aan, vanuit het zorgethische perspectief, met betrekking tot regieaanwijzingen van cliënten binnen hun herstelproces. Inzichten betreffende de kracht van dilemma's die ontstaan tussen de wensen en ideeën van de cliënt over hoe de behandeling vorm moet krijgen, de eigen positie daarover innemend, en de professionele blik van desbetreffende behandelaar/begeleider. De drie thema's komen binnen deze uiteenzetting aan bod. Het hoofdstuk start met een uiteenzetting over herstel- en herstelprocessen en de client reis die dit betreft en wat daarbinnen dan de rol van een zorgprofessional zou moeten zijn (par.2.2). Het eerste thema; 'er staat iets op het spel voor iedereen' zal uitgewerkt worden aan de hand van de zorgethiek en haar visie op zorg en dus op herstel (par.2.3). Het relationele en contextuele van de zorgethiek zal nader uitgewerkt worden aan de hand van het zorgethisch perspectief *disposition* (par.2.3.2).

Het tweede thema, een verkenning naar affectiviteit en waardes, wordt uitgewerkt in paragraaf 2.4. Affectiviteit opgevat als het belang van een 'blootgeven', een raakbaar zijn als een persoonlijke waarde-ervaring als voorwaarde voor goede zorg (Vosman en Baart, 2008). Dit nader uitgewerkt aan de hand van het zorgethische begrip *responsiveness*. Aan bod komt hier hoe waardes en emoties bodemverheffingen<sup>5</sup> zijn van het brein. Het derde thema; dilemma's opgevat als botsende waardes waardoor er 'iets' in beweging komt, wordt uitgewerkt aan de hand van de ontwikkeling van de rockband Pink Floyd en hun muziekstuk *Shine on you crazy diamond*. Deze ontwikkeling zal de achtergrond vormen in de verkenning van het werk van Paul Ricoeur toegespitst en uitgewerkt aan de hand van de begrippen *idem* en *ipse* (Par. 2.5).

### 2.2 De context van de thesis:

#### 2.2.1 Herstelprocessen als een 'live as a journey'.

Binnen Nederland zijn er drie methodieken ontwikkelt die samen te vatten zijn onder de noemer, kracht- en herstelgericht werken. Ze ontlopen elkaar hoogstens op het gebied van training en onderwijs in het aanleren van een krachtgerichte attitude aan zorgprofessionals binnen allerlei vormen van zorg. De methodiek van het Radboudumc heeft daarnaast ook haar plek kunnen verkrijgen binnen de gemeente Nieuwegein en de gemeente Meppel, daarbij welhaast een uiting geven aan de stelling van Tronto dat zorg niet beperkt blijft tot een ziekenhuis of inrichting. Zorg, zo stel Tronto betreft ook de relatie tussen de klant en de kassière of vakkenvuller in de supermarkt, in de garage met de monteur, in de wachtrij bij de Efteling en in de bioscoop. De eerste stap naar de ontwikkeling van deze methodieken komt van het Hee-team en Wilma Boevink. (Boevink, 2017). Hee staat voor Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid. Hun adagium is, 'herstellen doe je zelf, maar het hoeft niet

---

<sup>5</sup> Nussbaum gebruikt dit begrip van Proust; een duiding van de kracht van de liefde, als een sculptuur welk opdoemt als een gebergte. (Proust, 1996). Bodemverheffing als iedere emotie die toegekend wordt aan waardes. (Nussbaum 2000, deel I).

alleen'. De worsteling van wat herstel is, is goed te lezen uit de persoonlijke ervaringen van Boevink. Vooral ook hoezeer het een strijd is met behandelaren en begeleiders in de psychiatrie.

Wilma Boevink:

De psychiatrie is niet gewend om ons te zien zoals we zijn: als mensen met een verleden, een heden en hoop voor de toekomst. De psychiatrie (...) wil graag een wetenschap zijn. We worden 'beluisterd', maar niet echt gehoord (2017, p. 19).

Haar ervaringen zijn de grondslag van het herstelgerichte werken. Den Hollander en Wilken (2012, 2013, 2020) hebben deze wijze van werken omgezet in het zogenoemde Steunend Relationeel Handelen, hierna SRH. Het SRH baseert zich op het werk van Boevink en het Hee-team en op de presentietheorie van Andries Baart (Baart, 2001). De presentie theorie als grondhouding van de zorgprofessional, het 'er zijn' als een voortdurend afstemmen en aansluiten bij een client op zoek naar betekenis en zingeving. Het Krachtwerk van de Impuls academie als onderdeel van het Radboudumc, kent als grondtoon het *Strenghts Model* van Rapp & Goscha (Wolf, 2016, 2018). Het Krachtwerk heeft zich ontwikkeld tot een rijke methodiek die vorm heeft gekregen in een training voor zorgprofessionals. De centrale begrippen uit deze methodiek zijn herstel, eigen regie en zelfregulering.

Judith wolf:

Zelfregulering betreft de inspanningen van mensen om hun emoties, cognities, motivaties en gedragingen te controleren en aan te passen in het licht van het bereiken van voor hen belangrijke doelen. (Wolf, 2018, p. 252).

Judith Wolf voegt daaraan toe dat een persoon hierbij er niet alleen voor staat en recht heeft op hulp gebaseerd op een relatie van hoop en vertrouwen ook gedragen door de zorgprofessional. Beide methodieken baseren zich op een aantal principes van het *Strenghts Model* van Rapp en Goscha (2012). Twee daarvan zijn interessant in het licht van deze studie:

*Principle 1: People with psychiatric disabilities can recover, reclaim and transform their lives.* (p. 52).

*Principle 4: The client is the director of the helping process.*

In de vertaling naar de Nederlandse situatie is dat geworden 1) mensen hebben het vermogen te herstellen en hun leven weer op te pakken en te veranderen 2) cliënten hebben zelf de regie over de begeleiding. Al deze methodieken tenslotte benadrukken dat de focus van de behandeling ligt op de werkrelatie en op krachten van desbetreffende cliënt en niet op tekortkomingen. Herstelprocessen worden doorgaans ingedeeld in vier fasen: overweldiging door de gebeurtenis; worstelen met de gebeurtenis; leven met de gebeurtenis; leven voorbij de gebeurtenis (Wilken, 2012). Dirk den Hollander omschrijft deze fasen als: stabilisatie; heroriëntatie; re-integratie (Den Hollander, Wilken, 2013). Er is steeds sprake van een transitie van crisis, desintegratie en verlies van controle naar het hernemen van een zinvol en bevredigend bestaan met of zonder psychiatrische aandoening (Boevink et al, 2008). Binnen dat gegeven zijn de drie thema's herkenbaar. De worsteling naar het hernemen van een zinvol

leven betekent; er staat iets op het spel (thema 1); dat gaat gepaard met allerlei emoties die aanwijzingen geven over het proces van herstel (thema 2) en tenslotte er is een beweging, een verlangen, een perspectief naar een ‘gewoon’ leven, naar een gewenste toekomst (thema 3). Het herstelproces zal de fasen niet altijd volgen, ze zijn niet absoluut. Er is eerder sprake van een “*live as a journey*” (Rapp & Goscha, 2012).

De auteurs geven handvatten aan de zorgprofessional hoe te handelen binnen die fasen. Het uitgangspunt hier is dat de auteurs stellen dat herstel start bij eigen kracht, bij het leren van ervaringskennis, waarbij de client centraal staat in zijn/haar proces.

Dirk den Hollander:

De eerste kernwaarde geeft aan dat rehabilitatie een holistische, humanistische benadering is, waarbij het individu, hoewel het de rol aanneemt van de ontvanger (...) niet wordt gereduceerd tot de ziekte of beperking maar in al zijn facetten wordt gezien. (2013, p. 43).

De transitie van crisis naar re-integratie als herstelproces vraagt in de eerste fase een controle krijgen door de ernst van de aandoening te gaan begrijpen en een vaststellen van eigen waardes en kwaliteiten. Managen en regie nemen over het eigen leven; daarbinnen risico's nemen; terugval ervaren en weer moeten opstaan (Wilken, 2012). De zorgprofessional dient in dat proces aandachtig aanwezig te zijn (present); bescheiden in eigen kennis; aansluitend bij het eigen verhaal van de client; stimulerend (empowerment) en is gericht op het vergroten van de eigen regie en autonomie van de client (Boevink et al. 2009, p.8). Rapp en Goscha (2012) formuleren het handelen van de zorgprofessional o.a. als vertrouwenwekkend en trouw; actief en *outrachend*; krachten herkenkend en het benoemen en versterken daarvan. In elke fase, in elke worsteling zo stelt Boevink, staan er waardes op het spel die een wens tot veranderingen vormen. Het is toewerken naar de fase van herdefiniëring van het zelf, een toewerken naar een gewenste toekomst als perspectief. Dat is wat herstel uiteindelijk als zingevend is, de transitie van een ‘het is’ naar een ‘gaan worden’.

Zorgethiek vat zorg op als universeel en een gedeelde menselijke ervaring en dus geldt dit ook voor herstelprocessen. Zorg impliceert herstel. Herstel impliceert een proces. Immers, of het nu een herstel is van een griepje of een gekneusde rib dan wel een proces van het overwinnen van een psychiatrische aandoening, het vraagt tijd en kent een zeker verloop. Van Nistelrooij, zorgethica, vat eveneens zorg op als relationeel, als een proces tussen mensen. En dat impliceert dat ook het proces van herstel een relatie betreft tussen mensen.

Van Nistelrooij:

Het goede verschijnt in de wisselwerking van mensen, gebeurtenissen, wat gedaan en wat ondergaan wordt en wat mensen daarover op allerlei wijzen uitdrukken. (2015, p.46).

Het probleem welk opdoemt in bovengenoemde vijftal verhalen, is dat de methodiek van het kracht- en herstelgericht werken in haar uitwerking geen handvatten geeft aan de zorgprofessional hoe te handelen als er botsende waardes ontstaan. De methodieken vertalen hun etiquette wel naar de momenten waarop het herstelproces in de fase van crisis is, in het



*acting-out* ervan, maar doen dat in de zin van meer-van-hetzelfde. Het SRH bijvoorbeeld vertaalt haar etiquette naar een uitspraak van Bredero: wat niet geheeld kan worden moet gestreeld worden (2013, p.31). Ook stelt Den Hollander dat bij bijvoorbeeld agressie de hulpverlener het contact mag beëindigen. Krachtwerk stelt dat als het moeilijk wordt de dialoog om te zetten in een monoloog als een begrenzen van het herstel-gedrag. In de reactie van Wim op het antwoord van Vincent is te lezen dat hij op dat moment de etiquette niet kan volhouden. De attitude die gevraagd wordt in het toepassen van de methodieken is, klaarblijkelijk, niet houdbaar is daar waar de ontmoeting stekelig wordt.

Deze studie stelt de vraag van het ertussenin. Het SRH, noch het Krachtwerk of het *Strenghts Model* geven voldoende aandacht en handvatten aan de zorgprofessional hoe te handelen op de momenten dat een cliënt overweldigd wordt, worstelend met de aandoening en die eerste stap moet gaan zetten in een proces van rouw en aanvaarding van het hebben van een psychiatrische aandoening. Deze studie zal in dit kader het volgende aan de orde stellen:

1. Wat is op die momenten van botsende waardes, moreel goede zorg?
2. Hoe zijn botsende waardes een proces van herstel, welke regieaanwijzingen dienen zich daaraan?
3. Welke attitude vraagt dit van de zorgprofessional op die momenten in een herstelproces?

## **2.3 Thema 1: Er staat iets op het spel.**

### **2.3.1 *Ethics of care, Care ethics.***

Het meest belangrijke inzicht van het zorgethische meanderen is dat er iets op het spel staat, voor iedereen in bovengenoemde verhalen. De schoonheid van de zorgethiek, de lens op het kleine verhaal, op de spanning tussen een individu met zijn/haar belangen ten opzichte van andere individuen en een systeem, is een waarde geladen kijken. Die lens namelijk is niet een neutraal brillenglas welke hypermetropie omzet in myopie. Noch de lens van een verrekijker, noch de lens van een microscoop. Het zijn de ogen van de zorgethicus die kijken, hij schakelt tussen bijziende willen zijn en verziende willen zijn. Het is de blik op de nabijheid van een praktijk en de verte van maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen binnen de zorg. De definitie van zorgethiek waar deze thesis zich op baseert:

*We, however, believe it central to the care-ethical epistemological claim that practices are the primary source of moral knowledge. It is through living together with other people and acting together in collective practices that we learn about ourselves and about moral goods.*

en

*Taking the care-ethical critical insights of relationality, affectivity, contextuality, and practice-based morality seriously into account leads to a view of care that is able to see and understand ambiguities, ambivalences, tensions, and conflicts, rather than advising a one-sided, unrealistic moral stance. As such is it better suited to improve practices of caring (Van Nistelrooij & Leget, 2016, p. 8, 9).*

Zorgethiek concentreert zich op ethische problemen in de praktijk en meent ook dat ze binnen die praktijk opgelost dienen te worden. Carlo Leget stelt hierbij dat de zorgethiek altijd in gesprek is met de mensen op de werkvloer.

Leget:

De verbinding met de werkvloer voedt ons, we leren er veel van (...) tegelijkertijd hebben wij dan de mogelijkheid om professionals te helpen om op een nieuwe manier naar hun werk te kijken (Leget, 2009-2013)<sup>6</sup>.

Woorden zoeken en vinden om het werk te omschrijven vanuit een ethische kijk op die kleine praktijk. Leget, van Nistelrooij en Visse (2017) vatten zorg ook op “*a collective and political practice that builds up society*”. Zorgethica en politiek filosofe Joan Tronto onderschrijft dat. Zij voegt een zin toe aan haar definitie van *care* te weten; (...) *repair our world so that we may live in it as well as possible* (1993). Zorg is volgens deze auteurs dus ook altijd politiek. Tronto vat goede zorg op als relationele zorg en als een politieke praktijk om de wereld te kunnen handhaven, voort te zetten en te herstellen, zodat we er zo goed als mogelijk in kunnen leven.

### 2.3.2 Meedenken.

Joan Tronto, zorgethica en politicologe, heeft zorg en zorg fasen gekoppeld aan wat zij noemt, *moral moments* (p.134). Haar studie is vooral een politiek manifest om zorg op een gedeelde politieke agenda te krijgen. Zorg waarvoor iedereen binnen de samenleving verantwoordelijk voor is en deze verantwoordelijkheid ook draagt, sterker nog, ernaar handelt, letterlijk, in plaats van het over te dragen en over te laten aan anderen. Twee begrippen staan in haar visie centraal; *responsibility* en *responsiveness*. Immers zo schrijft ze; zorg is een universeel begrip. Ieder mens zal in zijn/haar leven zorg nodig hebben en zorg geven. Hiermee wijst zij op de verbondenheid van mensen onderling en dat we allemaal als mens kwetsbaar zijn. In haar politieke agenda maakt ze vervolgens een bijzondere stap, namelijk; zorg verkleinen tot een praktijk in plaats van een *set of rules* (p.126). Zo verbindt ze haar politieke agenda, *a moral good society*, met de kleinheid van de dagdagelijkse zorgpraktijk en daarbinnen het dragen van verantwoordelijkheid duidend op *a moral good person* (ibidem). De gecompliceerdheid van een zorgpraktijk namelijk vraagt specifiek aan de zorg toegekende moraliteit. Immers een zorgpraktijk kent vele dilemma's. De *disposition* uit haar definitie hieronder verwijst naar een *habit of mind* in alle aspecten van het werk. Tronto wil met de koppeling de nadruk leggen op *good care*, een moraliteit toegespitst op zorg en komt aldus uit bij haar begrip; *care ethics*.

Zij definieert zorg als volgt:

*a species activity that includes everything that we do to maintain, continue, and repair our 'world' so that we can live in it as well as possible. That world includes our bodies, ourselves, and our environment, all of which we seek to interweave in a complex, life-sustaining web.* (p.103).

en

---

<sup>6</sup> [UvH 25 jaar | Een terugblik op 25 jaar Universiteit voor Humanistiek \(25jaaruvh.nl\)](https://www.uvh.nl/25jaar/25jaaruvh.nl)

*In general, then, I will (...) refer to care when both the activity and disposition of care are present (p.105).*

De vraag naar een ethiek van zorg is zo een universele vraag en een contextuele vraag. De vraag dan is, wat zijn onze universele verantwoordelijkheden en hoe moet dat vorm krijgen in de context van de kleine specifieke praktijk? De wederzijdsheid van het *life-sustaining web* en *interweaving*, impliceert dat elke handeling in het klein haar effecten heeft ook in het groot. In *Praktijken van normatieve professionalisering* (Ewijk & Kunneman, 2019) wordt de vraag opgeroepen of een mens in zijn/haar goede kleine handelen invloed kan uitoefenen op de grote verhalen van de maatschappij (p. 431). Kunneman raakt met deze vraag de vraag van het existentialisme van J.P. Sartre die stelt:

De mens is niets anders dan wat hij van zichzelf maakt (...) de individuele daad bindt de gehele mensheid (Sartre, 1946, p.11en13).

Elke individuele keuze die een mens maakt en uitvoert, heeft een effect op de wereld. In alle anekdotes en casuïstiek hierboven beschreven is dit terug te lezen. Bijvoorbeeld, als binnen een team één zorgprofessional een client wegwuift met een; ‘ach mens dat lukt je toch nooit’, dan zet hij daarmee een sfeer neer. Als een tweede persoon in het team dit overneemt dan wordt deze sfeer versterkt, enzovoort. Uiteindelijk ontstaat er een sfeer in dat team, en vervolgens in de organisatie, waarbij er een discourse zich ontvouwt rondom deze eerste client en daarna rondom alle andere cliënten met dezelfde achtergrond van een verslaving. Dat ontstond ook binnen dit team. Een tweede verantwoordelijkheid hier is dat een mens in zijn keuze van spreken en handelen, ook zichzelf vormgeeft. Deze zorgprofessional die toont ook zijn eigen waardes. Hetzelfde geldt voor Wim, Jane, de zorgprofessionals van mevrouw Thomas en dhr. Bradley. Elke zorgpraktijk aldus is een normatieve praktijk en ook een politieke praktijk<sup>7</sup>. Dat inzicht is de kracht van het werk van Tronto en de vertaling daarvan is de zoektocht in die kleine praktijk naar wat moreel goede zorg is.

### **2.3.3 Tegendenken.**

Op grond van bovengenoemde definitie omschrijft Tronto vier fasen binnen de zorg te weten; *caring about; taking care of; care giving en care-receiving*. (p.106). Aan deze vier fasen koppelt zij vier ethische thema's respectievelijk, *attentiveness, responsibility, competence, responsiveness* (p.127-134). Het begrip *responsiveness*, wat centraal staat binnen deze thesis, omschrijft Tronto als een *fourth moral moment* (p. 134). Zij stelt dat een zorgrelatie in de basis in zich heeft dat deze ongelijkwaardig is en er altijd sprake is van kwetsbaarheid. Met name het besef van kwetsbaarheid stelt ze hier centraal. Elk mens is kwetsbaar en voor Tronto blijkt daaruit dat mensen nooit gelijkwaardig kunnen zijn, noch volledig autonoom. Het is voor elk mens dat er periodes zijn van kwetsbaarheid en afhankelijkheid en ook periodes van kracht en autonomie. *Responsiveness* als moreel kompas, als lens met de focus op goede zorg, om de balans tussen de behoeften van de zorgprofessional en zijn/haar cliënt te blijven

---

<sup>7</sup> Dronkers, P. (2019, 23 november). *Hoorcollege Zorgethiek en beleid in zorg- en welzijnsorganisaties*. Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.

observeren.

Tronto:

(...) *one is engaged from the standpoint of the other, but not simply by presuming that the other is exactly like the self* (p. 136).

Het gebruik van het begrip 'fase' echter is niet onproblematisch. Fasen impliceert een; eerst dit...dan dat, het impliceert een volgorde problematiek, een vaststaande volgorde die protocollair is. Tronto zelf is heel stellig in dat de fasen slechts analytisch te scheiden zijn want ze zijn altijd onderling verbonden (p.106). Ze omschrijft ze daartoe ook als *elements of care* (p.127) of *dimensions of care* (p.131), en, *the phases (...) must fit together into a whole.* (p.136). Tegelijkertijd gebruikt ze daardoorheen ook weer begrippen als *phase of caring, final phase, the object of care* (p.133). De vierde fase van haar model, die van *care-receiving*, sluit ze af met het zinnetje:

*The final phase of caring recognizes that the object of care will respond to the care it receives* (p.107).

Het eerste probleem is dat de fasen zo geen piketpaaltjes meer zijn maar aanwijsborden voor een éénrichtingsweg. Ze worden ook genummerd; fase 1 2 3 4. Het tweede probleem is dat de laatste fase, die van *care-receiving*, het laatste bord met pijl is. Juist daar waar Tronto de verbondenheid en de wederzijdsheid in wat zorg is wil gronden, wordt de definitie waar het dan om draait, 'hoe de zorg wordt ontvangen door de ander' en 'hoe de kwaliteit van zorg, van de zorg relatie, van alle drie voorafgaande fasen wordt ervaren', die geleefde ervaring geheel tegen haar queeste in, het slot. De woorden *final phase; 'it'; object*, zijn onjuiste begrippen gezien haar argumentatie. Het impliceert namelijk dat in de 1<sup>e</sup> drie fasen de zorgprofessional aan het woord is, het uitgangspunt is, en (pas) in de 4<sup>e</sup> fase de ervaring van de zorgontvanger over hoe hij/zij de zorg ervaart, aan bod komt. In haar boek *Caring Democracy* (2013) heeft Tronto overigens nog een vijfde fase toegevoegd. *Caring-with* met als *element of care* solidariteit. Daarmee echter doelt ze op de gezamenlijke verantwoordelijkheid en solidariteit van een maatschappij als geheel voor de zorg en verwijst ze met deze begrippen niet naar de kleinheid van een praktijk waarbinnen twee mensen een zorg-werkrelatie aan het opbouwen zijn.

#### **2.3.4 Hernemend denken: affectiviteit als *responsiveness*.**

Ter verduidelijking en benadrukking van deze studie en de keuze voor het *critical insight* affectiviteit is het zorgethische uitgangspunt dat zorg altijd gaat over minimaal twee mensen in verbondenheid. Ik stel dan ook, in het analyseren van bovengenoemde casuïstiek, dat de vierde fase van Tronto, *care-receiving*, juist het begin moet zijn van zorg. Als er dan al gesproken moet worden van fasen, dan is *care-receiving* en *responsiveness* fase 0, voorafgaande aan elke fase daarna. Dat betekent dat het ethische thema *responsiveness*, centraal komt te staan. *Responsiveness* dus onderscheiden van het *attentiveness*, het 'eerste' moreel element van Tronto.

In het artikel; *Me? The invisible call of responsibility and its promise for care ethics: a phenomenological view* (Van Nistelrooij, 2018), duiden de schrijvers het begrip *responsibility*

als een eerste antwoord op de behoefte van een ander, als een zorg-respons en dan prereflexief. Het prereflexieve is volgens hen; *responsibility* als een ‘*having tot respond*’. Zij baseren zich hierbij op de filosofie van Jean-Luc Marion. Marion neemt het begrip *donation*, als een ‘iets’ dat verschijnt dat daarvoor onzichtbaar was. Een in stilte onzichtbare roep die pas zichtbaar wordt in het eerste handelen van de zorgprofessional. Dat eerste handelen is mijns inziens niet de verantwoordelijkheid nemen. Alvorens er sprake is van een verantwoordelijkheid is er eerst een *responsiveness* als *call, having to respond* als *responsiveness*, als een het fenomenologisch wordende, als een verzadigd fenomeen (Welten, 2000). Matthew die in de tekst een gebaar maakt welk op te vatten is als een *Me?*, dit gebaar is niet een besluit op de ‘uitnodiging’, als een bewust kiezen alsof er een afweging te maken valt. Het *Me?* is een gegevenheid, ‘*it humbles the gifted*’ (p. 280). Het is een reactiviteit ten opzichte van de eerste passiviteit van het ontvangen van een *call*. Van Nistelrooij duidt hierbij op de relationaliteit van de kleine praktijk en daarbinnen de relatie met een ander die in *some kind of need for care* is (p.285).

Het gebaar kan zijn een geluid, een geur, een stilte en zelfs een verandering van een sfeer. In het ontvangen echter van dit fenomeen is er in eerste plaats een *responsiveness* en op grond van deze gevoeligheid kan de zorgprofessional de keuze maken om de verantwoordelijkheid op zich te nemen of niet. Ik wil benadrukken dat deze opvatting meer is dan slechts een semantisch gesteggel. Het is een reactie op de uitnodiging van Van Nistelrooij; *to further explore the meaning of this*. Het exploreren van de onzichtbare stilte als eerste *call* lees ik terug in de bovengenoemde casuïstiek. Ook in de gesproken taal van Vincent en Tom. Er staat in die uitspraken een stille komma, een stil verlangen, een verstild bewegen naar een gewenste toekomst. Er ontvouwt zich een stille hoop. Het betreft de fase van het overweldigd worden door wat Boevink beschrijft; ‘dromen van een zijspoor parallel aan het hoofdspoor waar iedereen is en dan ineens maakt het hoofdspoor een bocht en weg is iedereen’ (p.21). Het inzicht van de zorgethiek is dat zowel in de zorg als in het herstelproces een spanning is tussen de behoefte van de zorgontvanger en die van de zorggever. Wat de etiquette mist is dat in de wanhoop, in de transitie, in het relationele werken, in de vraag naar moreel goede zorg, die spanning ontstaat en dat dan juist de vorm en inhoud van de werkrelatie er toedoet. Het lijkt een wegmoffelen van het lelijke.

## **2.4 Thema 2: Waardes en emoties als bodemverheffingen van het denken.**

Waardes zijn de *sensitizing concepts* van deze scriptie dus dat vraagt een nadere definiëring. Allereerst wordt qua taal de voorkeur gegeven aan waardes boven waarden. Beide zijn grammaticaal toegestaan, tegelijkertijd verwijst waarden eerder naar een getal en waardes impliceren een narratief. De waarde van iets wordt meestal uitgedrukt in een getal en dat getal drukt een welhaast universele connotatie uit van minder of meer waarde. De waarde van een huis, de waarde van spullen, de waarde van een auto. Het huis echter als thuis is niet meer in een getal uit te drukken, daar ontvouwt zich een narratief. Het huis wordt mijn huis en ons huis en met die bezittelijke voornaamwoorden openen zich verhalen. En de verhalen openen ervaren emoties ten opzichte van het object. Bijvoorbeeld, de geborgenheid, de intimiteit en zekerheid van mijn huis, ervaart men in het genieten van het huis. Ook in het ervaren van allerlei bedreigingen als bijvoorbeeld storm en regen, onweer. Dan zet het huis zich schrap,

zo voelt dat en daarom is een huis niet alleen beschutting, maar een doorleefde ruimte (Bollnow, 2010).

Ter verduidelijking, als mijn huis veilig is, dan maken bijvoorbeeld de elementen de intimiteit en geborgenheid. Er is dan een genieten van de regen tegen het raam, van de wind om het huis, een mens eigent zich zo de elementen toe. Het is als het ware een opnemen van die energie van de elementen en een omzetten ervan in een eigen kracht. Maar ook als het huis niet veilig is. Bij een kapotte dakgoot bijvoorbeeld of een lekkend dak, maken diezelfde elementen dat een mens kan voelen hoe het huis zich staande moet houden in zijn kracht. De doorleefde ruimte is dan als het ware mijzelf ook schrap zetten. Mijn huis als thuis maakt bepaalt ook alle ruimtelijke begrippen als; onder; nabij en veraf; het midden; links en rechts; wijde en nauwe, allemaal doorleefde ruimtes met elk zijn eigen ‘*Gefühlston*’ (p.58).

Zoals de reiziger gebergten tegenkomt in het landschap staande in vlaktes, zo vat Martha Nussbaum emoties op als gebergten in het landschap van ons geestelijk en sociale leven en koppelt ze waardes aan emoties. Ze stelt:

(...) zien we nog iets opvallends aan de intentionele percepties en overtuigingen die kenmerkend zijn voor emoties: ze hebben betrekking op *waarde*, ze vinden hun object waardevol of belangrijk. De waarde die aan het object wordt gehecht lijkt een speciaal soort van waarde te zijn. Ze lijkt te verwijzen naar je eigen welbevinden. (2001, p. 39).

Emoties als waardeoordelen, als bodemverheffingen van de geest. Emoties als intelligente reacties op zaken die ertoe doen in het leven. Emoties zijn zo een belangrijk onderdeel van ons moreel redeneren, ze kennen een waar/niet waar oordeel, een goed of slecht, redelijk of onredelijk (p.52). Emoties als inschattingen of waarde oordelen die van groot belang zijn voor ons omdat we die dingen niet volledig kunnen beheersen (ibidem). De emoties die bij de personen in de vijftal verhalen worden opgeroepen tonen de waardes die op het spel staan, het doet ertoe en naarmate de emotie in heftigheid toeneemt, neemt ook het belang van de waarde voor die ene mens toe. Eveneens voor de lezer van de verhalen. Er raakt iets en tijdens het lezen ontstaan er gedachten die een oordeel in zich hebben.

Het onontkoombare van een persoonlijke waarde is een streven naar het verkrijgen ervan, dan wel een streven naar het behouden ervan. Een waarde impliceert een verlangen. Botsende waardes versterken dat verlangen, dat streven, er is daar in de uitbarsting een teken dat er iets essentieels op het spel staat voor alle betrokkenen. Het botsen krijgt dan zelfs ook een lichamelijke component, in de stem, de gebaren, in het bewegen. In deze thesis zal dat als essentie van wat herstel is neergezet worden. Het niet aanvaarden van een wens (Vincent) of een weigering (Tom), mevrouw Thomas dwingen tot eten en geen tijd hebben voor het rouwproces van dhr. Bradley, de Rotterdamse mevrouw zeggen dat het haar toch niet lukt, al dat handelen stopt hun herstelproces. Er wordt iets stilgezet, gestremd. De zorgprofessionals horen een punt daar waar hun cliënten een komma bedoelen. Elke uiting van deze cliënten is een beweging ergens naar toe, een herstel opgevat als een proces. Een proces van een zich hernemend leven, een herdefiniëring van een mens van zichzelf. Daar waar zorg in de

opvatting van de zorgethiek een praktijk is van een afstemmen van mensen in de ontmoeting, dan ook en vooral in bovengenoemde transitie van de mensen in de vijftal verhalen.

## 2.5 Thema 3: De belofte van een verandering.

### 2.5.1 *Wish you where here.*

Het verhaal over het ontstaan van de band Pink Floyd start bij de situatie dat de gitarist van de band, Syd Barret, uiteindelijk geen deel uitmaakte van de successen. Hij is de naamgever van de band en hij heeft in het experimenteren met zijn gitaarspel dat typische Pink Floyd geluid ontwikkeld, dat allemaal wel. Door drugsgebruik echter kon hij niet meer optreden, hij was veranderd. De band is op gegeven moment zonder hem verdergegaan, vlak voor hun eerste grote successen. Dat ontstaan, deze geschiedenis, is steeds weer een terugkerend thema in de muziek en de teksten. Onderstaande anekdote is illustratief hiervoor.

Richard Wright, toetsenist Pink Floyd:

*Roger (Waters, bassist) was there, and he was sitting at the desk, and I came in and I saw this guy sitting behind him – huge, bald, fat guy. I thought he looks a bit... strange... Anyway, so I sat down with Roger at the desk and we worked for about ten minutes, and this guy kept on getting up and brushing his teeth and then sitting – doing really weird things, but keeping quiet. And I said to Roger: who is he? And Roger said: I don't know. And I said: well, I assumed he was a friend of yours. And he said: no, I don't know who he is. Anyway, it took me a long time, and then suddenly I realized it was Syd, after maybe 45 minutes. He came in as we were doing the vocals for Shine On You Crazy Diamond, which was basically about Syd. He just, for some incredible reason, picked the very day that we were doing a song which was about him<sup>8</sup>.*

[Nick Mason](#): "Ik kon nog steeds de ogen herkennen, maar al de rest was anders."

[Roger Waters](#): "Het duurde een lange tijd voor ik wist wie hij was."

[David Gilmour](#): "Niemand herkende hem, bijna kaal, geschoren wenkbrauwen en zeer plomp<sup>9</sup>"

### 2.5.2 De persoon door de tijd heen.

Paul Ricoeur, filosoof, verwondert zich over twee aspecten van een persoon in de tijd. Allereerst, in de tijd blijft de hoofdpersoon van zijn persoonlijke verhaal dezelfde. Hoe het levensverhaal ook verloopt, Syd Barret is steeds als dezelfde persoon aanwezig. Ricoeur omschrijft dat als een persoonlijke identiteit. Een mens verandert door de tijd heen maar zal zichzelf steeds ervaren als dezelfde.<sup>10</sup>

Syd Barret speelt met namen. Hijzelf is geboren als Roger Keith Barret. Zijn bijnaam Syd, deed hij op aan de hand van de voornaam van een lokale enigszins in zijn buurt bekende drummer. Hij bedacht ook de naam Pink Floyd en gebruikte daarvoor de voornamen van twee blueszangers, Pink Anderson en Floyd Council. Nadat zijn carrière als muzikant was mislukt

---

<sup>8</sup> [BBC Four - Omnibus, Syd Barrett - Crazy Diamond](#). Gezien vroeger in 2001. De documentaire is niet te zien op internet.

<sup>9</sup> [Syd Barrett - Wikipedia](#). Geraadpleegd 5 mei 2023.

<sup>10</sup> In de vier fasen van dementie echter verdwijnt langzaam de persoonlijke identiteit. [Vier fasen van ik-beleving bij dementie - Interzorg Drenthe](#)

gebruikte hij weer zijn eigen naam Roger wat klaarblijkelijk de cirkel rond maakte. Tussenin al deze namen speelt zich een levensverhaal af over een carrière van een gitarist van één van de grootste rockband ter wereld tot aan een teruggetrokken leven in Cambridge. En in dat verhaal speelt steeds dezelfde man, Roger/Syd, de hoofdrol. Ook voor de bandleden is hij steeds dezelfde door alle jaren heen. Ze herkennen hun vroegere gitarist Syd toch weer na een tijdje, ook al is hij veranderd, kaal, dik, zwijgt hij, maakt hij rare gebaren en heeft hij zijn wenkbrauwen afgeschoren. Ricoeur omschrijft deze persoonlijke identiteit als een *idem*, een identiteit opgevat als dezelfde persoon wat hij omschrijft als het karakter van die persoon. Identiteit als sediment, het bezinksel van een meanderend leven, als het zout der aarde.

Ricoeur:

(...) *the fact that the person of whom we are speaking and the agent on whom the action depends have a history, are their own history.* (1992, p.113).

In het leven van elk mens zijn er *discordanties*, ongeregelheden en onverwachte wendingen, het leven laat zich nu eenmaal niet uitstippelen. In plaats van een centrale rol te spelen in één van de grootste rockbands ter wereld, is Syd zijn leven anders verlopen. Hij heeft geen deel gehad aan het succes. Zijn leven kent allerlei wendingen tot aan dat op een ochtend de bandleden hem kwamen ophalen, voor zijn deur stopten, elkaar stilzwijgend aankeken en Roger Waters het besluit nam door te rijden en zonder hem verder te gaan. Een gebeurtenis die Syd op de één of andere manier moet opnemen in zijn levensverhaal. Dat is ook een mens eigen. Mensen zijn geen opsomming van feiten op een tijdslijn. Mensen ontwerpen persoonlijke verhalen en duiden hun leven, hun geluk of ongeluk, in een verhaal die vormgeeft aan hun identiteit. Een mens is een boekje van tijden. Zijn persoonlijke verhalen zijn de stiknaad in de tijd. Er wordt een autobiografie geschreven als levensverhaal in het zoeken naar een levenssamenhang. Tegelijkertijd wordt Syd als Syd, als karakter, als *permanence in time* (p.117), ook gevormd door zijn milieu en sociale omgeving.

Deze discordanties worden door de persoon opgenomen in zijn eigen persoonlijke verhaal en er ontstaat een levensverhaal. Ergens in het verhaal worden de disconcordanties omgezet in een concordantie, de discordantie in de tijd krijgt haar ordening in het plot. Het plot als een samenvatting en een duiding; zó is het gegaan toen en toen en toen en toen. Het plot vormt de identiteit van die persoon, een narratieve identiteit zoals Ricoeur dat omschrijft (p.123). En dit door de persoon zelfgeschreven plot kent, zoals elk verhaal, feiten, fantasieën, vervlechtingen, conclusies, fictie en *sciencefiction* en wordt zo gedramatiseerd. Het is een compositie van disconcordanties, een synthese. Tegelijkertijd blijven er steeds weer disconcordanties opduiken, tot aan de dood, die opnieuw weer een plek moeten krijgen in het plot die de narratieve identiteit vormt. Identiteit is zo én een levensverhaal maar ook een levenssamenhang. Het is de conclusie van een narratief waarbij het karakter van een mens identiteit afwisselt met diversiteit. De verwarring van een leven zoekt in het plot haar eenheid, haar concordantie. De beweging van de handeling naar karakter en terug. Syd als karakter die handelt in het narratief.

Waarom doen mensen dat, verhalen vertellen die een levenssamenhang geven als stiknaad in de tijd? Ten eerste stelt Ricoeur dat tijd een medium nodig heeft om het te kunnen begrijpen. Een medium zoals bijvoorbeeld het voortgaan van de cijfers van een klok, het verstrijken van



de seizoenen, het ritme van een werkdag. Tijd ook als een levensgeschiedenis, een heden en een gewenste toekomst. Tijd krijgt zo vorm in het handelen van een mens, in het geheel van zijn transitie door de tijd heen. Tijd vormt zo het karakter, het *idem* opgevat als het wat van een persoon, opgevat als karakter, een persoon als een wat; wat ben ik?

Ten tweede; een mens is meer dan alleen maar een samenvatting van een geschiedenis. In het plot namelijk opent zich ook een toekomst. Het heden verzamelt de disconcordanties van het verleden als concordantie maar werpt tegelijkertijd haar licht vooruit. Elke levenssamenhang als levensverhaal impliceert een toekomst. Ricoeur omschrijft dit als *ipse*. De persoon als zelfheid, als zelf. De vraag naar; wat ben ik als persoon, *idem*, aangevuld met de vraag naar; wie ben ik als persoon, *ipse*. En deze vraag opent een boeket van tijden, opent de toekomst die nog ongewis is, en raakt de derde stelling van deze thesis, er komt iets in beweging. Een persoonlijke narratieve identiteit als zelfheid, *ipse*, een zelf dat zich naar de toekomst toe wendt, naar de toekomst uitstaat.

Ricoeur:

*What sedimentation has contracted; narration can redeploy (...) which paves the way for this narrative unfolding (p.122).*

Een narratieve identiteit die verandering insluit en transitie. Nooit een volledig zelf want er blijven wendingen ontstaan in het levensverhaal die weer een plek moeten krijgen. En daardoor is er steeds weer de belofte van een verandering, van een toekomst die zich nog ongewis ontvouwt. In de theorie van het *Strengths Model*, wordt deze belofte nader omschreven als hoop. Hoop als: a) het versterken van de intrinsieke motivatie en perspectief en b) als opdracht voor de zorgprofessional hoop vast te houden als de client deze verliest. Rapp en Goscha:

*We call this 'carrying hope for people when they can't carry it for themselves (p. 24).*

Zij onderscheiden hier *spirit-breaking* en *hope-inducing behaviors*. *Spirit breakers* zijn reacties die hoop ontnemen in de reis van groei- en herstel (Appendix I p.267). *Hope-inducing* reacties versterken daarentegen de veerkracht van de client (Appendix II p.269). Een belofte van hoop en vertrouwen dat er altijd weer verandering mogelijk is. Een verandering kan kabbelend ontstaan, meanderend maar vooral in botsende waardes tussen mensen. De implicatie hier is dat morele dilemma's juist het herstelproces zelf begeleiden en hoop en vertrouwen kan induceren. Althans, afhankelijk van het antwoord wat de zorgprofessional geeft op de vraag en uitroep van zijn client.

Ricoeur:

*(...) one cannot think the idem of the person through without considering the ipse, even when one entirely covers the other (p. 121).*

Een nadere uitwerking hiervan en van *idem* en *ipse*, toegepast op bovengenoemde vijf verhalen, komt terug in de zorgethische reflectie in hoofdstuk 5.

## 2.6 Conclusie.

Dit hoofdstuk is begonnen met het schetsen van de achtergrond waartegen de studie is neergezet, herstel en herstelprocessen, regie en regieaanwijzingen. De drie thema's zijn daar doorheen geweven. De meest belangrijke conclusie is, dat het zorgethische begrip *disposition* zoals opgevat door Joan Tronto een eerste regieaanwijzing is voor de zorgprofessional. Met welke ogen wil hij kijken naar zijn client, met welke oren luistert en hoort hij of, zoals Boevink opmerkt, beluistert hij slechts? *Disposition* als houding van de zorgprofessional om daarbinnen een attitude te hebben van *hope-inducing* en in plaats van *spirit breaking*. In de vijftal verhalen is de conclusie dat de eerste reactie van de zorgmedewerker een *spirit-breaker* is. Er is geen schuld want voor iedereen binnen de verhalen staat er iets op het spel. Het is wel een vraag aan de zorgprofessional; als goede en moreel goede zorg de grondtoon is van zijn attitude, dan is deze ook geldig voor de cliënten in de verhalen. Het zorgethische inzicht dat zorg een relatie is tussen twee mensen maakt dat de zorgprofessional zichzelf hier deze vraag moet stellen. Juist daar waar het gecompliceerd geraakt. Een tweede conclusie is dat als de relatie op die momenten *hope-inducing* is, er een herstelproces in beweging komt. Het dilemma toont het plot van alle deelnemers en opent tegelijkertijd ook een toekomst. Zorg is een gedeelde menselijke ervaring en een relationeel proces en dus geldt dat ook voor herstel.

## 2.7 Sensitizing concepts


Voor deze thesis zijn de volgende attenderende begrippen richtinggevend:

- Herstel ontstaat uit botsende waarden.
- De waarde van bekommernis als een interactie gecompliceerd geraakt.
- Het in vrijheid aangaan van een zorgplicht.
- Responsiviteit als actieve verantwoordelijkheid.
- Affiniteit met kwetsbare mensen.
- Raakbaar zijn.

## Hoofdstuk 3. Methode.

### 3.1. Onderzoeksbenadering.

Zorgethiek en beleid, de Utrechtse zorgethiek, is gebaseerd op een sociaal-constructivistisch mens- en wereldbeeld en dat is het hart van deze studie. Dit mens- en wereldbeeld houdt in dat de ervaringen van individuen in de eigen leefwereld centraal staan. Elk individu geeft een eigen betekenis aan de ervaringen (Creswell 2013). Dat betekent dat mensen zelf vormgeven aan hun leven, in het leven samen met anderen binnen de context van omgeving, milieu, geschiedenis en cultuur. De alledaagse ervaring, de geleefde ervaring staat daarbinnen centraal. In de Utrechtse zorgethiek staan het theoretische onderdeel en het empirische onderdeel in dialectische relatie tot elkaar (Leget, Van Nistelrooij, & Visse, 2017). Ricoeur (1995) omschrijft drie kenmerken van de ethiek: “goed leven – met en voor anderen – in rechtvaardige instituties” (p. 172). Het zorgethische denken, kijken, redeneren en werken heeft dit omschreven in drie kenmerken van de zorgethiek namelijk; ‘de geleefde ervaring – specifieke zorgpraktijken – de samenleving’ (Vosman & Niemeijer, 2017). De grondvraag van de zorgethiek aldus, binnen elke kleine specifieke praktijk, is; ‘doen we het goed en doen we het goede’. De laatste vraag naar het goede doen, is het thema waaromtrent alle onderzoeksvragen en ook alle interview vragen in deze thesis steeds om draaien.

Zorgethiek richt zich op de kleinheid van elke praktijk binnen de zorg. De praktijk van Jane en Tom, van Wim en Vincent, van dhr. Bradley en de mevrouw uit Rotterdam. Het onderzoek is nooit veroordelend maar eerder verwonderend. Tegelijkertijd is zorgethiek waarde geladen. De zoektocht immers is, wat is moreel goede zorg en die vraag impliceert al een waarde toekenning. Deze studie is een conceptueel onderzoek, en ook een fenomenologisch onderzoek naar de geleefde ervaring van de zorgprofessional in het aangaan van gecompliceerde interacties met zijn/haar cliënten. Het onderzoek baseert zich op twee begrippen. Het zorgethische *critical insight*, affectiviteit en het zorgethische begrip, raakbaarheid. Deze twee begrippen impliceren een directe koppeling met de praktijk, de empirie. De Utrechtse zorgethiek stelt namelijk dat er sprake is van een dialectische verhouding, het één, de praktijk, verrijkt het ander, en daartussen in is er het idee van de *infiniteit*, het onbegrensde. De lemniscaat met als afbeelding .

Binnen deze thesis is dat de vraag naar het volharden van goede zorg, het volharden in vertrouwen, hoop, compassie en bekommernis juist daar waar deze waarden het meest worden bevraagd en dus geschraagd dienen te worden.

### 3.2. Onderzoeksmethode.

Het empirische deel van deze zorgethische studie is fenomenologisch. De fenomenologie als onderzoeksmethode richt zich op de geleefde ervaring. Edmund Husserl, grondlegger van de fenomenologie, stelt dat deze onderzoeksmethode de essentie van de ervaring tracht te vinden in plaats van een verklaring (Cresswell, 1998; Johnson & Parry, 2015). Het doel is om de ervaring te begrijpen of eerder nog, te *Verstehen*. De fenomenologie richt zich op het beschrijven van de fenomenen zoals ze werkelijk zijn. Dit onderzoek verzamelt aldus verschillende individuele ervaringen met als doel het fenomeen *responsiveness* nader te

duiden als een *Verstehen*. Daar dit thema een *beef* is van mijzelf, zal ik in deze thesis mijn eigen positie ten opzichte van het fenomeen omschrijven, als een epoche. Als fenomenologische attitude. Ikzelf ben altijd deel van het onderzoek én de tekst. Het is een persoonlijk proces van *bridling*, een tussen haakjes zetten van mijn eigen vooringenomenheden met betrekking tot wat moreel goede zorg zou moeten zijn op de momenten van moeite. De data komen van drie semigestructureerde interviews met vijf participanten. Interviews aan de hand van een topic lijst van waaruit er een meanderen ontstaat door de antwoorden van de respondenten. Elk antwoord *shapes the question*. Vanuit de data heb ik een narratieve analyse gemaakt in overeenstemming met de theorie van Visse (2014) <sup>11</sup> :

**Fase 1.** Actief luisteren naar de tekst om vanuit verschillende blikrichtingen de tekst aan te gaan. Ik heb gekozen voor vier blikrichtingen:

- blik op karakters van de vijf deelnemers.

In hoofdstuk 4.2 heb ik dit getracht te bereiken aan de hand van eenieders narratief proces. Ik heb gedeeltes uit de interviews gekopieerd om de respondenten in te kleuren, een context te geven om hun uitspraken, hun duidingen en beschreven ervaringen goed tot hun recht te laten komen.

- blik op het narratief proces.

De duidingen van de respondenten en de wijze waarop zij hun ervaringen beschrijven en verbinden met elkaar.

- blik op belangrijke gebeurtenissen, plekken en perioden.

In de interviews zijn dat terugkerende voorbeelden als kleine verhalen. Er is steeds de beweging van een bewering, een delen van kennis, een feit, een overtuiging die de respondenten inkleuren met de kleinheid van casuïstiek in de praktijk.

**Fase 2.** Analyse van het transcript.

- van groepen woorden en zinnen over de relatie tussen het individuele en maatschappij.

- van tegenstellingen.

- van vaak herhaalde woorden en begrippen.

### **3.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid.**

Dit onderzoek richt zich op vijf personen die binnen hun vakgebied de methodiek herstel gericht werken gebruiken en daarbinnen hun focus hebben op wat moreel goede zorg is. De interview vragen zijn ook daarop gebaseerd. Deze respondenten werken zelfstandig binnen meerdere instellingen in Nederland. Twee van deze respondenten hebben naast hun werken binnen het primair proces de taak om zorgprofessionals te trainen en te ondersteunen in het leveren van moreel goede zorg juist daar waar de ontmoeting op het spel staat. Eén van de

---

<sup>11</sup> [Hermeneutisch narratief analyseren: creëren van mogelijkheden - PDF Gratis download \(docplayer.nl\)](#)

respondenten is de grondlegger van het herstelgerichte werken binnen Nederland. Het interview met hen zal als thema hebben wat hun theoretische inzichten zijn met betrekking tot wat goede zorg is daar waar de cliënt in conflict geraakt met de zorgprofessional.

### **3.4 Data verzameling.**

Tijdens de interviews is er steeds gevraagd naar de geleefde ervaring in de ontmoeting met cliënten daar waar de relatie onder druk staat. Ik heb daarbij alle neiging tot sturing zo goed mogelijk losgelaten. Vooraf heb ik een aantal vragen voorbereid maar in het interview hebben de antwoorden van de respondenten mijn vragen gestuurd. De respondenten zijn collega's. De auteur van de methodiek SRH is een collega met wie ik de trainingen heb ontwikkeld en gegeven in Nederland en daarbuiten. Dit gegeven maakt dat ik scherp ben geweest op niet mijn eigen meningen hen op te dringen. In de literatuur wordt dit omschreven als *bracketing*. In de fenomenologische attitude wordt dit omschreven als *'Einklämmern'*.

De interviews vonden plaats op de werkplekken van de respondenten. Het interview met de auteur van het SRH vond plaats op een terras in een stad in Brabant. De interviews duurden 30 tot 35 minuten. Het waren gebeurtenissen van een grote rijkdom en hun antwoorden hebben me op een prachtig spoor gezet wat verderop in de thesis aan het licht zal komen.

### **3.5 Data-analyse.**

Alle interviews zijn getranscribeerd. De opnames zijn meerdere keren beluisterd en de transcripties meerder malen gelezen. De participanten zijn in de gelegenheid geweest zelf aan de transcripties nadere inzichten en wijzigingen toe te voegen zonder de oorspronkelijk tekst te veranderen. Hun opmerkingen zijn meegenomen in de analyse.

### **3.6 Ethische overwegingen.**

De interviews zijn vanzelfsprekend geanonimiseerd. Tegelijkertijd heb ik wel de voornamen gebruikt in de transcripten. De reden daarvoor is dat binnen het herstelgerichte werken namen ertoe doen. Een mens heeft een naam en die is betekenisvol, een mens is nooit een casus. De respondenten staan dit ook toe daar ze dit gegeven zelf ook altijd toepassen. De auteur van het SRH laat zich nauwelijks anonimiseren, hij is binnen het werkveld psychiatrie nu eenmaal een bekende verschijning. Ook hij maakt daar geen enkel probleem van

## Hoofdstuk 4. Resultaten.

### 4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk betreft een analyse van de interviews. De transcripten zijn meerdere keren gelezen en hebben in mijn denken door de weken heen liggen broeden. Zozeer zelfs dat ik een aantal aspecten ervan omgezet heb in een lesgeedeelte aan zorgprofessionals. De resultaten komen van een topic lijst die is gevormd rondom de drie thema's van deze thesis. De antwoorden van de respondenten zijn daardoorheen geweven. Deze analyse zal de drie thema's ordenen. Zijn de thema's de piket paaltjes, dan zijn de 'blik op' aanwijzingen van het hermeneutisch narratief analyseren van Merel Visse de verbindingen daartussen en tonen de kleuren van de ontmoeting met de respondenten. Zij komen zo tot leven. Het kleuren is mijn persoonlijk ervaren van de interviews, nergens was het een zwart-wit ontmoeting.

Het hoofdstuk is een uitwerking van deelvraag 2 in paragraaf 1.4 en bestaat uit vier delen aan de hand van de thema's die vormgeven aan de titel van deze thesis: waardes als regieaanwijzingen voor de zorgprofessional. Het thema; er staat iets op het spel voor eenieder binnen de verhalen zal uiteengezet worden in paragraaf 4.3. Het thema; emoties als bodemverheffingen van de geest, als waardeoordelen, uitgewerkt als affectiviteit, raakbaarheid en *responsiveness* zal weergegeven worden in paragraaf 4.4. Het derde thema: morele dilemma's zetten altijd aan tot een beweging en dus zijn ze essentieel in een herstelproces zal grond krijgen in paragraaf 4.5. Het hoofdstuk zal afgerond worden met een conclusie gegrond door de analyse van de antwoorden, paragraaf 4.6.

Dit hoofdstuk start met wat Visse noemt; blik op het narratief proces van elk van de respondenten. Alle gekopieerde gedeeltes uit de transcripten zijn voor de leesbaarheid grammaticaal en syntactisch bewerkt.

### 4.2 Narratief proces van de respondenten

Dirk. Auteur en grondlegger van het herstelgerichte methodieken in Nederland.

We zijn begonnen met het ontwikkelen van een benadering, in 1e instantie een methodiek die ook juist inspeelt op het feit dat mensen heel kwetsbaar zijn. Dus ga je herstel natuurlijk ook netjes in fasen allemaal indelen, we begonnen eigenlijk in de 1e fase, de stabilisatie fase.

Kijk je moet je voorstellen ik ben ten eerste lang hulpverlener geweest en bij een hulpverlener gaat altijd over de ander, zwart wit gezegd het gaat over de patiënt. Jij bent degene die iets met de patiënt doet, maar het gaat over die patiënt. Daarna ben ik in het onderwijs terechtgekomen aan hulpverleners en dat gaat natuurlijk over de student en in dat hele proces heb ik me eigenlijk ook gerealiseerd, ik heb jarenlang, zeven dagen in de week gewerkt, echt zeven dagen, avonden, weekenden. Ik kan het nu, nu ik een paar jaar met pensioen ben ook me gewoon niet meer voorstellen. Nog hele cursusdagen geven, nondeju man, wat is dat vermoeiend en inspannend en dan dagen in de week, dan in Zwolle dan in Harlingen en weet ik veel.

Herstel is een proces waar je leven lang mee bezig bent, dat is natuurlijk ook wel zo, alleen moet je die problemen die toen speelden niet voortdurend je denken en handelen laten domineren maar daar is natuurlijk wel allemaal op terug te roepen.

Toen ik uiteindelijk bij Nei Skoen kon praten met gelijkgestemden, ik praat nooit over lotgenoten want dat vind ik zo dramatisch, maar over ervaringsgenoten, was een enorme opluchting voor mij dat dat gewoon kon. Ja dat is toch daarop terug te voeren in de loop der jaren, een belangrijke affiniteit met het hele veld. Eerst noemden we dat rehabilitatie, later herstel en dat zit gewoon in mijn genen zeg maar.

Als je niets kunt doen, doe dat dan goed. Ik ben steeds beter gaan begrijpen wat het inhoudt, want niets doen is een heel intensief proces. Wat anderen als niets doen beschouwen dus al die mensen met die hele ingewikkelde wensen en dingen om daar relationeel mee te gaan, is heel waardevol, de kern van het werk.

Carolien: Forensisch werker in de dagbesteding.

En dat gevoel geeft mij dan wel dat ik denk, ik wil iets voor die ander betekenen.

Je bent ook mens als hulpverlener. Zoals wij kijken naar de mens achter de cliënt, willen we ook kijken en weet je wij zijn ook gewoon hulpverlener en mens en wij kunnen ook wel eens fouten maken of iets verkeerd inschatten.

En je moet je wel bedenken het zijn natuurlijk wel cliënten die zijn ziek, die zijn echt heel ziek, met een enorme rugzak en enorme trauma's, waardoor ik soms ook wel delicten kan begrijpen. Als jij als kleine jongen elke keer thuis komt en je moeder wordt elke keer door die dronken vader in mekaar gepeert en jij gaat aan de drugs om dit te kunnen verdragen en je komt op gegeven ogenblik, als je ouder bent, weer thuis en jouw moeder ligt in de hoek bewusteloos in het bloed en je vader kom thuis; dat je hem dan neersteekt, misschien had ik dat ook wel gedaan.

Ik heb dat toen echt heel erg voor gekozen dat ik dacht, de drempel moet laag zijn (van de afdeling dagbesteding) ik moet niet de mensen gelijk in een stramien hebben, ik wil ze uitnodigen, een gastvrije omgeving creëren en niet met allerlei regeltjes. Daar ben ik heel erg wars van, als je hierbinnen komt dan moet er een beetje een soort van deken over je heen vallen want het is allemaal al zo moederig.

Renée: Forensisch werker in de dagbesteding.

Als iemand echt niet wil, niet gaat doen wat ik wil dat vind ik wel, ja, dat voelt een beetje, dat is niet fijn, dan kom je in zo een tweestrijd van, ga ik door of ga ik niet door en meestal kies ik ervoor dan niet door te gaan maar dan heb ik wel soms het gevoel dat ik dan iets heb verloren zeg maar, een soort strijd.

Daar worden we ook wel een beetje op beoordeeld. Je wordt beoordeeld op wat mensen hier maken of doen. Dus als een client iets moois heeft gemaakt dan ziet de rest van het team dat

ook. Maar op moment dat ze hier alleen maar koffie zitten te drinken dan komt het personeel wel eens binnen die dan zegt; 'O wat is het hier rustig' en dan voelt dat inderdaad gelijk van ik moet iets doen.

Ik denk wel dat wat niet lukt is wat makkelijker te onthouden is dan wat wel lukt en zeker met patiënten die graag Nee zeggen of de hakken wat in het zand zetten. Er zijn ook wel een hele hoop (medewerkers) die vinden; we werken forensisch dus we moeten de baas zijn en die gaan dat ook op die manier aanvliegen en dan krijg je ook wel weer weerstand.

Ja dan moet ik even nadenken hoe ik dat ben gaan doen. Volgens mij ben ik er gewoon steeds naast gaan zitten. Dat heb ik wel, mensen die ik spannend, waarvan ik dat spannend vind, dan ga ik altijd wel in de buurt zitten.

Ik denk, dat is wel met deze mensen, welke kant je ook met ze opgaat, heel veel is ingewikkeld in hun leven en heel veel is ook niet in balans. Dus er zijn zeker momenten waarvan je eigenlijk wel op gegeven moment bijna kan herkennen bij iemand; ach ja zo heb jij dat delict gepleegd, dan komt er een kant naar boven.

Natalie: Trainer, docent kracht- en herstelgericht werken in de verslavingszorg.

Dat is ook wel hoe ik in het werk altijd stond, het kan altijd iedereen overkomen maar het ligt ook aan de keuzes en mensen om je heen die je kunnen ondersteunen ja of te nee. Het raakt mij eigenlijk dat ik daardoor meer bewust ben van wat wij wel hebben en dat ik denk wat een rijkdom als ik dan thuiskom. Dat wij een dak boven ons hoofd hebben en dat wij met elkaar om de tafel kunnen zitten en kunnen eten met elkaar en de veiligheid hebben om alles met elkaar te delen.

Wat mij wel daarin vaak raakt is dat ze dan denigrerend praten over de cliënten, juist geen hoopgevend gedrag van; hij zal 't toch nooit doen of hij kan 't niet of stigmatiserend; de verslaafde, de borderliner. Er is een moment in iemands leven gekomen waardoor ontwrichting is ontstaan maar dat maakt de persoon niet minder mooi. Het is alleen de kunst om dat verhaal te gaan vangen.

Ik zou het ook in de context plaatsen. Doet deze meneer iemand kwaad, nee totaal niet, wat is nou wat ie daadwerkelijk heeft gedaan wat misschien niet in het complete plaatsje past en dan merk je als je die ui gaat afpellen dat het eigenlijk wel heel erg meevalt wat er is gebeurd. Ik vind het belangrijk dat we allemaal naar de mens kijken en niet naar de diagnose of naar wat iemand niet goed doet maar kijken naar wat iemand wel kan, waar iemands kwaliteiten en krachten liggen.

Ik ben dit werk gaan doen omdat mijn passie hier ligt en dat ik ook de wereld wel een beetje beter wil maken. Ik denk dat dat is waar ik blij van word en dat ik ook heel graag betekenisvol wil zijn.

René: Docent herstelgerichte methodieken *Social Work*/ Jeugdzorgwerker.

Het kunnen verdragen wat er gebeurt in de dynamiek maar ook een stuk onzekerheid versus een groot verantwoordelijkheidsgevoel. Je bent de ogen en oren in het gezin, je vermoedt van



alles, je signaleert van alles versus de veiligheid, ontwikkeling van een kind.

Wat op het spel staat dus dat raakt wel aan een stuk verantwoordelijkheid en ook wel, doe ik het goed en doen we met elkaar het goede?

Voor mijzelf heb ik altijd gezegd, als het werk mij niet meer raakt dan stop ik direct met het werk in de zorg. Ik wil me vooral laten raken en wat mij in deze raakt was echt wel de veiligheid met name de onveiligheid van de kinderen en ook wel de dynamiek tussen ouders en wat je dan met name voor gedragingen zag bij de kinderen.

Als de ontwikkeling van een kind dermate verstoord raakt dat raakt mij wel als professional. Ik ben natuurlijk ook vader en mens en raakt je dat natuurlijk, beide raakt.

De vraag; lukt het jou om deze client op de juiste manier te begeleiden of lopen we wel tegen ons eigen onvermogen aan. Ik hoor vaak medewerkers zeggen; ja weet je deze mens is niet gemotiveerd of die wil niet of het is een zorgmijder terwijl ik dan denk, weet je ga jij dat verhaal vangen wat erachter zit. Ga eens op zoek naar die mens, wat zit daarachter.

Ik ben er stellig van overtuigd, je pakt nooit iemand zijn droom af, laat die hoop gewoon bestaan omdat alleen al die hoop een enorme drive is en motivatie om ergens voor te gaan hoop en vertrouwen vind ik heel belangrijk daarin.

### **4.3 Thema 1: Waardes als regieaanwijzing: er staat iets op het spel.**

**Inkleuring:** voor alle vijf respondenten geldt dat ze met hoofd, hart en ziel gekozen hebben voor hun werkveld en daarbinnen voelen ze een ook externe druk om het goed te doen. Druk omdat ze werken in een zorginstelling die in een bepaalde mate een politiek aspect kent. Als er iets fout gaat dan zal in ieder geval de gemeente gaan reageren en, afhankelijk van de zwaarte van de 'fout', zal ook de pers en daardoor de maatschappij gaan reageren. De respondenten dragen deze druk als een 'verdragen', dat is steeds weer een woord wat zich herhaald. En het lijkt alsof ze daar met gemak ook over spreken, ze wuiven het weg, ze lachen wat of stellen dat het er nu eenmaal bij hoort. Dit aspect van 'er staat iets op het spel' realiseerde ik me weer in het luisteren naar hun verhalen. Ook de betekenis van wat dr. P. Dronkers ooit tegen me zei; elke zorgpraktijk is ook een politieke praktijk.

Het eerste thema toegespitst op wat er voor de zorgprofessional op het spel staat in een gecompliceerde relatie met een client en zijn reageren daarop, daar stellen de respondenten dat er vier zaken spelen:

**1.** Angst om het fout te doen als een persoonlijk falen en angst om het fout te doen in de ogen van collega's.

Renée:

Ja daar, daar worden we ook wel een beetje op beoordeeld. Je wordt beoordeeld op wat mensen hier maken of doen. Dus als een client iets moois heeft gemaakt dan ziet de rest van het team dat ook en op moment dat ze hier alleen maar koffie zitten te drinken dan komen ze soms wel eens binnen (collega's) die dan zegt; 'O wat is het hier rustig' en dan voelt dat inderdaad gelijk van ik moet iets doen want ze (cliënten) doen niks, dat je daar op wordt aangekeken.

Carolien:

En dat gevoel geeft mij dan wel dat ik denk ik wil iets voor die ander betekenen maar ja, het voelt ook een beetje als een stukje falen misschien.

2. Een glijdende schaal, als je een stap buiten de orde doet wat zijn dan de effecten, die laten zich niet voorspellen.

Dirk:

Het mooie van deze hulpverlener was dat ie het proces aan ging. Anderen zullen zeggen; ‘ja als ik daar aan begin...’, (Dirk praat nu tegen zichzelf en heeft een openbaring) ‘o ja dat is natuurlijk, als ik daaraan begin, is het end zoek’.

3. Een persoonlijk geraakt worden als mens door de cliënt zijn ziekte en/of zijn reactie in de dialoog.

Natalie:

Dat raakt dan mijn persoonlijke ik omdat ik in een dilemma kom met; ik als professional en ik als dochter van zijn werkgever. Dat het mij in een dilemma bracht van hoe ik als professional met deze meneer dan omging omdat ik ook weer de dochter was.

René:

Vanuit je professie zit je daar dus je hebt ook te maken met je verantwoordelijkheden anderzijds je bent natuurlijk ook vader en mens en raakt je dat natuurlijk ook.

Renée:

Het is een enge man en zijn blik komt in je.

4. Het voorkomen van een teleurstelling en mislukken van de client zelf. Het is al zo vaak geprobeerd, het is niet haalbaar om deze situatie aan te gaan.

Dirk:

Het kwam in een cursus voor dat een casemanager in een fact team<sup>12</sup>, die had een cliënt die wilde emigreren naar Australië en ja de gemiddelde hulpverlener die zegt; jongen dat gaan we niet doen, daar gaan we niet aan beginnen wat een onzin, toch een soort compassie, alleen verkeerd ingevuld. Ze willen iemand ellende besparen en ze kunnen iemand niet de ellende besparen, ze kunnen alleen maar zorgen dat als iemand ellende tegenkomt, dat ze er bij zijn. Dus deze hulpverlener ging mee naar de ambassade in Den Haag en die man had een ernstige psychotische stoornis dus die kwam nooit van zijn leven, *never* niet, ook maar in de buurt van Australië natuurlijk dus dan had je van tevoren kunnen afkappen maar dat deed ie niet.

Natalie

Deze man kleedt zich ook anders en doet ook wat dansjes, ook bij t station en dergelijke en nou ja, is daardoor heel gelukkig in zijn leven en hij had één grote wens en dat was op zichzelf gaan wonen en het hele team zei van, nou dat gaat hem nooit lukken. Hij kon zijn kamer niet goed onderhouden op de woonvoorziening zelf en nou ja ze hadden verschillende redenen daarin. Dat neemt niet weg voor mij; oké maar dit is wel zijn droom dus wat kan dan zijn eerste kleine stapje zijn. En dat kan bij wijze van spreken zijn op woensdag en vrijdag zijn prullenbak legen in het appartement waarin die woont. We zijn inmiddels al wat verder in

---

<sup>12</sup> [Wat is F-ACT? | F-ACT NEDERLAND](#)

deze casus en deze meneer heeft twee maanden geleden een eigen woning toegewezen gekregen, helaas moet ik wel zeggen dat hij weer terug is bij ons. Misschien hebben wij niet de juiste plek voor hem gezocht.

Hij is geplaatst door de woningbouw waar meerdere mensen met een verhaal zaten, waar veel sociale controle was, en deze meneer, wat ik al eerder zei, ziet er wat anders uit, anders gekleed uit dus valt al gelijk op. Wij hadden best wel wat dingen, dachten we, afgebakend van; als je je sleutel kwijt bent, omdat ie bij ons ook vaak zijn pasje kwijt was, hebben wij een reservesleutel kun je hem bij ons ophalen. Hij koos ervoor om over de daken te lopen om op die manier te kijken of ie zijn huis kon binnenkomen ja dan val je op en nu sta hij eigenlijk al met 10-0 achter. Dus er kwamen veel klachten binnen bij de woningbouw naar mijn idee niet altijd terecht maar die waren er wel. Ik vind dat we dan moeten gaan kijken met elkaar, niet van, zie je wel het is niet gelukt, maar meer kijken oké het is niet gelukt waar komt dat door. Hebben wij misschien andere keuzes moeten maken, misschien doen we hem veel meer recht door hem in een rustige woonomgeving ergens te plaatsen waar hij lekker zichzelf kan zijn en zijn gitaar kan spelen wanneer hij dat wil zonder dat hij anderen tot last is

#### **4.4 Thema 2: Waardes en emoties als bodemverheffingen van het denken.**

##### **Inkleuring:**

Het is fascinerend hoezeer de respondenten volharden in hun overtuiging wat goede zorg is , wat ze dan zelf ook oplopen in het contact met hun cliënten, met collega's en met de maatschappij. Juist daar waar het moeilijk wordt, houden ze vol. Geen van de respondenten heeft tegen me gezegd dat ze wel eens een client hebben opgegeven. Ze hebben het steeds weer over die mens achter zijn probleem, achter zijn delict, achter zijn negativiteit. Woorden als bezieling van hun cliënten, verhalen van hun cliënten, mensen hebben redenen waarom ze doen wat ze doen en Carolien en Renée kunnen zich soms ook voorstellen waarom iemand zijn vader neersteeft.

Volharden, de tijd nemen en niet meteen er iets van vinden. De meest ingewikkelde relatie is die met een client die kinderen misbruikt. Dat lijkt de lakmoesproef te zijn voor de respondenten in het volharden van het herstelgericht werken. Voor hen is dat eveneens de lakmoesproef of je als professional überhaupt in een organisatie moet gaan werken als je deze mensen met deze delicten niet kunt verdragen.

Het tweede thema, de emoties van de zorgprofessional in het botsen met cliënten daarop stellen de respondenten dat er drie zaken zijn die hier een rol spelen:

##### **1. De geraaktheid persoonlijk als vader, dochter en als mens.**

###### Dirk

Ja dat is toch daarop terug te voeren (op een aantal persoonlijke ervaringen), in de loop der jaren heb ik een belangrijke affiniteit met het hele veld opgedaan. Eerst noemden we dat rehabilitatie later herstel en dat zit gewoon in mijn genen zeg maar. Wij hebben in het SRH<sup>13</sup> natuurlijk presentie als een soort basishouding geaccepteerd maar je moet het als een soort

---

<sup>13</sup> Steunend Relationeel Handelen (SRH) ondersteunt mensen met psychische en sociale kwetsbaarheid zodat zij: Beter kunnen omgaan met kwetsbaarheid en hun talenten en mogelijkheden kunnen versterken en benutten.

werkwoord zien, presentie, present worden misschien of een andere manier om te laten zien, het is een heel proces. Present zijn is dat je dat ook even niets doet, dat je je eigen agenda even in de *backstage* zet en met die meneer in contact komt om te kijken wat hem bezielt. Ik heb altijd enorm gefascineerd gevoeld door dat begrip *hoarding*, wat bezielt iemand nou?

#### René

Vanuit je professie zit je daar dus je hebt ook te maken met je verantwoordelijkheden anderzijds je bent natuurlijk ook vader en mens en raakt je dat natuurlijk ook.

2. Het werk is heel intensief vooral in het niets doen, in het wachten, er zijn , ernaast zitten, een relatie opbouwen je te verdiepen, het is de hele dag aanstaan.

#### Dirk

Als je niets kunt doen, doe dat dan goed, dus dat is de laatste tijd ook echt mijn motto geworden hè ik snap hem nu pas zelf ook pas.

Dat is ook zoiets, je bedenkt een spreuk zei eerst dat Johan Cruijff hem bedacht had, maar is niet waar, hij was geïnspireerd door Johan Cruijff. Ik ben steeds beter gaan begrijpen wat het inhoudt, want niets doen is een heel intensief proces wat anderen als niets doen beschouwen, de kern van het werk.

#### Carolien

We hebben de regel, als je in groepen zit probeer dan gewoon of Nederlands of Engels te praten. Omdat het onveilig is, ook voor cliënten om hun heen, als mensen Arabisch praten met elkaar. Dat geeft een sfeertje wat niet veilig is op zo een afdeling.

Dus dat is gewoon een regel.

We hebben dat vaker gehad als dingen niet lukken bij mensen of dat ze gefrustreerd zijn, niet meer wetende, wat ze moeten doen, dat ze geen kant met zichzelf uit kunnen, ze voelen zich niet gesteund. Dan is dat het eerste, dat ze gaan zeggen, roepen: ‘ jij bent racistisch’.

Ik vind altijd als mensen dat tegen mij zeggen, als je dan over gevoel hebt dan denk ik; sodemieter op ik ben helemaal niet racistisch, dat laat ik misschien wel in mijn houding merken, want ik vind dat afschuwelijk.

#### Carolien

Of misschien delicten die mensen hebben gepleegd die je dan leest dat dat je denkt:’ O hier word ik heel erg naar van’, en hij komt hier weer binnen dan moet je wel bedenken dat moet je wel verdragen als mens. En daarnaast moet je ook weer je professionaliteit inzetten om toch wel te kijken, wie is nou eigenlijk mens achter, die client met dat enorme delict.

3. Het werk vraagt een verdragen, juist daar waar het moeilijk wordt.

#### Dirk

Ik zou ze in ieder geval meegeven om toch relationeel te blijven werken om toch een, kijk als je denkt dat iemand dingen wil die die hij eigenlijk nooit gaat halen, dan is het toch wat er voor jou op het spel staat is dat je zoveel invloed op hem kan krijgen dat je hem op z’n minst kunt steunen als het dan ook echt misgaat.

#### Carolien

Je moet je wel bedenken het zijn natuurlijk wel cliënten die zijn ziek die zijn echt! heel heel ziek met een enorme rugzak en enorme trauma’s, waardoor ik, ik kan soms ook wel delicten

begrijpen.

#### Renée

Dat is wel met deze mensen heel veel is ingewikkeld in hun leven en heel veel is ook niet in balans. Dus er zijn zeker momenten waarvan je eigenlijk wel op gegeven moment bijna kan herkennen bij iemand; ach ja zo heb jij dat delict gepleegd. Dan komt er een kant naar boven waarvan je denkt ; O ja, dat was, zo was dat toen.

#### René

Ik heb ook wel moeten ontdekken of geleerd dat mensen niet zomaar rare dingen doen en je kunt het hebben over wat zijn rare dingen. Maar in die casus waar ik het in het begin over had die ouderverstoting, vermoeden van misbruik, dan het helpt het mij om dan te denken, maar die moeder of die vader doen ook niet zomaar dingen zoals ze doen. Dat helpt mij wel om ja meer zorg responsief te zijn, gevoelig te zijn, niet gelijk te veroordelen, te zeggen goed of fout. Nee, dat mens zal ook wel, er zit wat achter.

### **4.5 Thema 3: in een moreel dilemma ontvouwt zich altijd de belofte van een verandering.**

#### **Inkleuring.**

In de interviews kwam de grondtoon van de zorgethiek steeds weer terug. Namelijk, elke stelling werd door de respondenten uiteengezet met een klein verhaal, een casuïstiek, een voorbeeld. Daarmee raken ze de definitie van zorgethiek waar deze thesis zich op baseert:

*In general, then, I will (...) refer to care when both the activity and disposition of care are present* (Tronto, 1993, p.105).

*We, however, believe it central to the care-ethical epistemological claim that practices are the primary source of moral knowledge. It is through living together with other people and acting together in collective practices that we learn about ourselves and about moral goods.* (Van Nistelrooij & Leget, 2016, p. 8 en 9).

De respondenten tonen in hun stellingen en hun praktijkvoorbeelden de infinitief van de zorgethiek, steeds weer de beweging makend van het grote naar het kleine. Ook komt in dit thema vooral naar voren het *responsiveness* en affectiviteit. Een moreel dilemma als herstelproces, als regieaanwijzing van de client aan de zorgprofessional wordt hier het meest duidelijk weer gegeven.

#### 4.4.1

Het derde thema, er komt iets in beweging, daaromtrent stellen de respondenten dat er drie zaken hier een rol spelen:

**1.** Wensen en dromen zijn belangrijk als het gaat over motivatie en impliceren dat de client zich naar een toekomst wil bewegen.

#### Carolien

Ik ben hier om die mensen in beweging te krijgen.

### Renée

Ik heb dat wel met een meneer die NAH heeft. Toen ie hierbinnen kwam was hij vrij opvliegend en toen heb ik een keer, hij is heel groot dus dat vond ik dan ook spannend dat ik dan tegen hem moest gaan zeggen; dit mag niet of; moet je niet doen.

En heeft iemand dat namens mij gedaan. Toen werd hij heel boos op mij en wilde hij zijn schilderij kapot maken. En nu heb ik ondertussen meerdere schilderijen met hem gemaakt ook voor zijn overleden vader. We hebben hier kletsplot kaartjes en dat zijn een beetje *out of the box* vragen zo van; hoe was het vroeger op school en weet je dan krijg je prachtige gesprekken en toen is hij op gegeven iets gaan vertellen over zijn jeugd en over zijn vader.

### Carolien

Mensen komen hierbinnen en dan zien ze onze muur (met allerlei schilderijen en zelfportretten) en dan zeggen ze; 'ja maar dat kan ik allemaal niet'. Dan zeg ik; Oké ik daag je nou uit, jij kan jezelf gaan schilderen, een mooi zelfportret, gaan wij samen maken dat weet ik zeker. Deze mensen hebben altijd maar gehoord dat het allemaal niks is, dat ze niks zijn, ze hebben altijd gefaald, allemaal verlies ervaringen, of ze hebben trauma's. Maar kijken naar wat ze nou wel goed kunnen of wat ze voor een talenten of vaardigheden hebben, daar is eigenlijk nooit appél op. Ik heb een mooi voorbeeld van zo een jongen. Hij kwam van het kamp en hij kon fantastisch tekenen. En zijn familie zou komen. Ik zei: 'neem het mee'. Ik had het ingelijst. En toen zei hij: 'Nee nee nee dat neem ik niet mee'. 'Nee, zei ie, 'mijn vader vindt me dan een homo'. Dus dat systeem om hem heen, heeft hem altijd dit soort vaardigheden afgenomen.

### René

Ik ben er stellig van overtuigd, je pakt nooit iemand zijn droom af, laat die hoop gewoon bestaan omdat alleen al die hoop een enorme drive is en motivatie om ergens voor te gaan. Hoop en vertrouwen vind ik heel belangrijk daarin. We zeggen dat ook heel gemakkelijk weet je, de client is regisseur, de client mag zelf bepalen hè maar ik heb dat ook wel moeten leren. Durven wij volledig de keuze van die ander te accepteren ook al botst dat met onze eigen waarden, onze eigen normen?

**2.** Elke uitspraak die een client uit, wensen, dromen maar ook negativiteiten, duiden op verhalen achter deze mens. Het is het *implicit but absent*.

### Natalie

Wat is zijn of haar verhaal, ik zeg altijd zelf als voorbeeld van als je die boekjes van de basisschool hebt, dat je mag invullen wat je later wil worden, dan heeft nooit iemand ingevuld; ik wil bewoner worden van een dak en thuislozen opvang of ik wil verslaafd worden. Dus er is een moment in iemands leven gekomen waardoor ontwrichting is ontstaan maar dat maakt de persoon niet minder mooi, het is alleen de kunst om dat verhaal te gaan vangen.

**3.** Elke uitspraak is een aanwijzing van de client aan de zorgprofessional.

### Dirk

Iemand met een fobie, die kwam de deur niet uit, en die wil op een volleybalvereniging. Dat betekent dat je ten eerste wat waarschijnlijk wat behandel technisch met die fobie moet. Dus behandeling en in dit geval herstelondersteuning zijn niet tegengesteld en je zou moeten

zeggen je hoopt dat het behandelteam ook haar doel, ik wil op een volleybal club, als uitgangspunt neemt en daar dan prachtige cognitieve therapieën op toelaat ook.

#### Dirk

Uiteindelijk werd die man zelf ook wel duidelijk waarom hij naar Australië wilde, dus om een lang verhaal kort te maken; ten eerste wil hij weg uit Nederland omdat hij vond het een veel te lastig druk geregeld landje en ten tweede; Australië, een enorm land met heel weinig mensen en vooral ook weinig hulpverleners. Dat was zijn motivatie. Hij had verder helemaal geen, hij wilde niks met kangoeroes of koalabeertjes had hij zich waarschijnlijk helemaal niet in verdiept, hij wilde hier weg naar een land waar hij niet werd lastiggevalen door hulpverleners. Dat zal in Australië ook nog niet meevallen denk ik maar goed, het mooie van deze hulpverlener was dat hij het proces aan ging.

#### René

Ik vond het ook juist mooi in mijn werk in de verslavingszorg. Er waren natuurlijk mensen met ook heel destructief gedrag vaak ook met allerlei diagnoses. Maar ook op zoek naar die mens achter de verslaving; hoe ben jij nou van betekenis in het hier en nu? Hoe was dat vroeger bijvoorbeeld of hoe je was als klein jongetje. Dan hoor ik vaak in de verhalen, ja maar ik was vroeger ook dat kleine jongetje dat wel zorg droeg voor mijn moeder die heel ziek was snap je. Het is dus op zoek naar die andere verhalen ook, weet je de verslaafde is niet alleen de verslaafde, Nee dat is ook een mens met een geschiedenis.

Zijn of haar wieg heeft ook ergens gestaan en ik ben wel altijd op zoek naar dat zorgende en wie heeft dat gezien.

#### Dirk:

Kijk hulpverleners halen heel veel beslissingen van hun cliënten weg over onderwerpen waar anderen over moeten beslissen. Dus het kan gaan van de pillen van de psychiater tot aan iemand die twee keer zelfstandig heeft gewoond, daarna ontzettend is gaan drinken, het is weer mislukt, die het voor een derde keer wil proberen. Dan ja dat vinden we toch wel zielig, dat hij weer die ellende moet doormaken. Tegelijkertijd weten we wel uit herstel onderzoek ook dat er zijn verschillende keerpunten voor herstel en één van die keerpunten is de bodem raken. Alleen sommige mensen moeten meerdere keren de bodem raken dus laat in godsnaam degene die erover gaat zelf de beslissing nemen zodat jij kunt zeggen; goh joh dat vind ik ook weer heel erg klote voor je. Maar ik zie het als een vorm van wijsheid, een wijsheid die ervaren hulpverleners vaak in hun werk ontwikkelen.

### **4.6 Herhaalde woorden.**

bezielt; relationeel werken; presentie, present zijn; herstel; kunnen opbrengen; met hem meegaat; relatie; verdiepen; proces; verdragen; erbij zijn; wijsheid; mildheid; er voor iemand zijn; steunen; verantwoordelijkheid; raakt me; verhaal achter de mens; onvermogen; op zoek naar die mens; kijken naar mogelijkheden; dromen en wensen; kwaliteiten en krachten; naar de mens kijken; aansluiten; gevoel; onvermogen; wie is die mens.

### **4.7 Belangrijke gebeurtenissen.**

Het vermoeden van misbruik en verantwoordelijk zijn voor de veiligheid van de kinderen. Gaan naar Australië en dat verhaal niet wegwiiven maar ervoor gaan staan.

De volleybalclub hoort erbij naast de behandeling van een fobie.

Een enge man, zijn blik komt in je en toch moet je je professionaliteit blijven inzetten.

Het delict wat voorstelbaar is.

De dansende jongen die met 10-0 achterstaat toch op zichzelf laten wonen. En als dat mislukt dan de vraag stellen aan het team, wat hebben wij over het hoofd gezien.

#### **4.8 Samenvatting.**

Per thema zijn er de volgende inzichten ontstaan uit de interviews:

##### **Thema 1: Waardes als regieaanwijzing: er staat iets op het spel.**

1. Angst om het fout te doen als een persoonlijk falen en angst om het fout te doen in de ogen van collega's.
2. Een glijdende schaal, als je een stap buiten de orde doet wat zijn dan de effecten, die laten zich niet voorspellen.
3. Een persoonlijk geraakt worden als mens door de cliënt zijn ziekte en/of zijn reactie in de dialoog.
4. Het voorkomen van een teleurstelling en mislukken van de client zelf. Het is al zo vaak geprobeerd, het is niet haalbaar om deze situatie aan te gaan.

##### **Thema 2: Waardes en emoties als bodemverheffingen van het denken.**

1. De geraaktheid, persoonlijk als vader, dochter en als mens.
2. Het werk is heel intensief vooral in het niets doen, in het wachten, er zijn , ernaast zitten, een relatie opbouwen je te verdiepen, het is de hele dag aanstaan.
3. Het werk vraagt een verdragen, juist daar waar het moeilijk wordt.

##### **Thema 3: in een moreel dilemma ontvouwt zich altijd de belofte van een verandering.**

1. Wensen en dromen zijn belangrijk als het gaat over motivatie en impliceren dat de client zich naar een toekomst wil bewegen.
2. Elke uitspraak die een client uit, wensen, dromen maar ook negativiteiten, duiden op verhalen achter deze mens. Het is het *implicit but absent*.
3. Elke uitspraak is een aanwijzing van de client aan de zorgprofessional.

#### **4.9 De thema's gekoppeld aan een aantal ervaringsverhalen uit de verhalenbank psychiatrie.**

November 2021: Er was nooit voldoende aandacht voor de onderliggende problemen en mijn gevoelens.<sup>14</sup>

In dit verhaal van Irma komt item 2 van thema 3 naar voren. De therapie werkt niet want er is iets anders aan de hand stelt Irma die in deze strijd het gevoel kreeg dat het aan haar lag. Met als gevolg dat ze de GGZ heeft verlaten. Ze raakt in haar verhaal de belangrijkste stelling van deze thesis. Ze schijft; 'Als ik boos werd of flipte was dat fout. Terwijl boosheid je juist in je kracht kan zetten'. Ondertussen is ze gaan wandelen en werd lid van natuurvrienden.

---

<sup>14</sup> [Verhalenbank Psychiatrie Er was nooit voldoende aandacht voor de onderliggende problemen en mijn gevoelens - Verhalenbank Psychiatrie \(psychiatrieverhalenbank.nl\)](https://www.psychiatrieverhalenbank.nl/verhalenbank-psychiatrie/er-was-nooit-voldoende-aandacht-voor-de-onderliggende-problemen-en-mijn-gevoelens)



Eenzelfde verhaal als het gaan naar Australië of naar een volleybalclub.

Maart 2021: Op gesloten afdelingen word je continu beroofd van je vrijheden<sup>15</sup>

Patrick schetst hier zijn ervaringen met opnames op gesloten afdelingen in de psychiatrie. Hij schrijft over dwangmedicatie, wisselend personeel en zijn schaamte. En dan schetst hij hoezeer sommige zorgprofessionals een kopje koffie vast neerzetten buiten het rooster om. En hoe een maatschappelijk werker hem hielp in zijn carrière. Hij schrijft; ‘Dergelijk maatwerk helpt me verder, omdat ik dan kan vertrouwen op de band die we hebben’. Met het kopje koffie, buiten het rooster om, raakt hij item 1 en 2 van thema 1. De durf om buiten de orde te stappen. Dirk zegt daarover in het interview hoezeer je dan het team nodig hebt die ook zo een stap buiten de orde kunnen begrijpen op basis van een wederzijds vertrouwen.

Oktober 2021: Van het kastje naar de muur: de zoektocht naar passende hulp<sup>16</sup>.

Mia schetst hier hoezeer de wachtlijst binnen de GGZ oploopt in hoe ze heen en weer wordt verwezen en gediagnostiseerd. Een looptijd van dertien jaar van intakegesprekken en doorverwijzingen. Ze raakt in haar schets twee belangrijke items van de drie thema's te weten item 2 van thema 3 en item 3 van thema 2. Ze schrijft; ‘ ik kon pas therapie aangaan toen een behandelaar mij het gevoel gaf dat ze voor mij ging’. Waardoor ze na die dertien jaar nu binnen twee jaar van ‘chronisch onbehandelbaar’ naar een leven zonder GGZ groeide. Item 3 thema 2 raakt ze aan door te schrijven dat ze ‘heftig gedrag vertoonde’ maar de dynamiek daaronder heel anders lag. En al die tijd is ze blijven kanoën, heeft ze haar hobby's vastgehouden, haar werk en opleiding. Belangrijke pijlers in haar herstel.

#### 4.10 Conclusie.

Als het morele dilemma, het botsen van waardes tussen de cliënt en de zorgprofessional ontstaat vanuit een authentieke oprechte zorg van de zorgprofessional dan is het een essentiële stap in een herstelproces. Er dient zich ‘iets’ aan. Het draait steeds om de regieaanwijzingen die zich aandienen als een gegeven. Het begint met gevoelig willen zijn voor hetgeen zich aandient of zoals JP Marion dat stelt; ‘aan dat wat zich geeft, een fenomenaliteit die zichzelf geeft, een *donation*. (Welten 2000, p. 22). Marion stelt in dit artikel dat de fenomenologische reductie altijd schatplichtig blijft aan hetgeen dat zichzelf geeft. Welten omschrijft dit geven als volgt; ‘iemand geeft een cadeau, wat is nu het gegevene? Dat is niet het cadeau zelf, dat is een ding’. Ook de handeling van het geven niet, dat is slechts een causaliteit. De *donation* is geen van beide’ (p. 23).

Ruud Welten over JP Marion:

Een mens verliest het contact met zijn oorsprong wanneer zijn bewustzijn zich uitsluitend manipulerend ontwikkelt ten aan van de wereld.

(...) een denken of liever gezegd ‘ontvangen’ (...) dat zich niet manipulerend opstelt

---

<sup>15</sup> [Verhalenbank Psychiatrie Op gesloten afdelingen word je continu beroofd van je vrijheden - Verhalenbank Psychiatrie \(psychiatrieverhalenbank.nl\)](https://www.psychiatrieverhalenbank.nl/verhalenbank-psychiatrie/op-gesloten-afdelingen-word-je-continu-berooft-van-je-vrijheden)

<sup>16</sup> [Verhalenbank Psychiatrie An het kastje naar de muur: de zoektocht naar passende hulp - Verhalenbank Psychiatrie \(psychiatrieverhalenbank.nl\)](https://www.psychiatrieverhalenbank.nl/verhalenbank-psychiatrie/an-het-kastje-naar-de-muur-de-zoektocht-naar-passende-hulp)

ten aanzien van wat zijn object wordt, het is een denken dat gekenmerkt wordt door openheid (pag.20, 27).

*Responsiveness* als fenomeen laat zich lastig omschrijven door de subtiliteit ervan. Het begrip fenomeen betekent letterlijk ‘datgene wat zich toont’. De respondenten omschrijven dit tonen als volgt; ‘in het werk sta je altijd aan’ en ‘niets doen, er-zijn, is vermoeiend maar de kern van het werk’.

Er **moet** iets op het spel staan voor beide, dat is essentieel in het herstelproces. De zorgprofessional moet raakbaar zijn voor het lijden van zijn client, raakbaar zijn voor het dragen van een grote verantwoordelijkheid enerzijds en anderzijds het risico van het nemen van een beslissing. Zoals René dat omschrijft in het interview; ‘wij hadden het vermoeden van seksueel misbruik, onveiligheid, al langere tijd en wat er op het spel stond was ook wel de relatie vooral met moeder. Want ja je gaat maar niet zo één twee drie melding maken bij Veilig Thuis’. En zo stelt hij; ‘enerzijds ook een stuk onzekerheid versus een groot verantwoordelijkheidsgevoel, je bent de ogen en oren in het gezin, je vermoedt van alles, je signaleert van alles versus de veiligheid, de ontwikkeling van een kind. Wat op het spel staat dat raakt wel aan een stuk verantwoordelijkheid en ook wel, doe ik het goed en doen we met elkaar het goede?’ *Responsiveness* laat zich als activiteit lastig definiëren maar is aan te tonen in de kleine praktijk van alledag, op de momenten dat het ertoe doet zoals in de vijftal verhalen aan het begin van deze thesis. In paragraaf 2.3.4, Matthew die in de tekst een gebaar maakt welk op te vatten is als een *Me?*, dit gebaar is niet een besluit op de ‘uitnodiging, als een bewust kiezen alsof er een afweging te maken valt. Het *Me?* is een gegevenheid, ‘*it humbles the the gifted*’ (p.280). Het is een reactiviteit ten opzichte van de eerste passiviteit van het ontvangen van een *call*. Van Nistelrooij duidt hierbij op de relationaliteit van de kleine praktijk in de relatie met een ander die in *some kind of need for care* is (p.285). De ‘*call*’ omschrijft Marion als onzichtbaar. Van Nistelrooij stelt dat het onzichtbare zichtbaar wordt in het handelen van de zorgprofessional. Om meer precies te zijn, in deze thesis is *responsiveness* het niet-manipulerende ontvangen van het gegevene dat zichzelf geeft en daardoor zichtbaar wordt. Dat moment is de *responsiveness* van de zorgprofessional. Om dat nader te duiden is een zorgethische reflectie op de begrippen, *responsiveness*, *donation* opgevat als raakbaar zijn en affectiviteit, noodzakelijk.

## **Hoofdstuk 5. Een zorgethische reflectie op affectiviteit, raakbaarheid en *responsiveness*.**

### **5.1 Inleiding**

Dit hoofdstuk is een antwoord op deelvraag 1 in paragraaf 1.4 namelijk; welke inzichten kunnen worden ontleend aan zorgethische literatuur en filosofische literatuur met betrekking tot het *critical insight*, affectiviteit als *disposition*. *Disposition* hier in de betekenis die Joan Tronto daaraan geeft namelijk, de gezindheid van de zorgprofessional (par.1.3). In hun werk *Aannemelijke zorg* (Vosman, Baart, 2008), maken de auteurs een onderscheid in generieke kennis en specifieke kennis van de zorgprofessional. Zij omschrijven dat laatste als praktische kennis, kennis van de ervaren zorgprofessional. De zorgprofessional die in staat is, het vanzelfsprekend vindt, het perspectief van zijn client in te nemen (p.19,20). In het geval van deze thesis, het perspectief van Tom, meneer Bradley en mevrouw Thomas, Vincent en de mevrouw uit Rotterdam. Zij stellen dat dat ook het zorgethische perspectief is. Er is altijd een relatie. De specifieke kennis die wordt opgedaan is; ‘waar verkeert deze patiënt met zijn ziel, wat hoopt en verwacht hij of zij?’ (p. 20). Het bekommerd zijn van de zorgprofessional met betrekking tot zijn cliënt als een voorafgaande attitude. Dit hoofdstuk start met twee grote verhalen omtrent zorgethiek waar de zorgethiek zelf liever een klein verhaal wil zijn. Grote verhalen als opmaat naar de kracht van de empirie van het zorgethische stromen. De basisgrondhouding van zorgethiek, relationaliteit, zal onderliggend zijn aan de begrippen affectiviteit en raakbaarheid. Aan de hand van deze begrippen wordt de vraag verkent; met welke ogen wil een zorgprofessional kijken naar zijn client of, in de taal van het zorgethisch perspectief, met welke lens en welke consequenties heeft dat voor de zorgprofessional? De lens omvat alle zintuigen; kijken, horen, voelen, spreken, denken, proeven, ruiken of zoals Doortje Kal schrijft:

*(...) an ongoing dialogue between the people involved. Bearing in mind of course, that the other might not be able to express himself in your preferred communicational style—and vice versa* (Bos & Kal, 2016, p. 6).

### **5.2 Zorgethiek als teleologische deugdethiek.**

In hetzelfde artikel over Jane en Tom vragen de schrijvers zich af of, daar zorgethiek een ethiek is die zich richt op die ene specifieke kleine relationele praktijk, het dan ook aan de deelnemers van die situatie is te bepalen of de zorg die daar geboden wordt, moreel goede zorg is. Jane namelijk herneemt zich na haar uitbarsting, excuseert zich en er ontspint zich een gesprek rondom het thema medicatie. Het is aan Jane en Tom. De schrijvers menen dat er vragen gesteld dienen te worden, vragen als in een *responsive research*. De zorgethische lens alhier als hermeneutiek, als het stellen van vragen, op zoek naar de geleefde ervaring binnen die kleine praktijk. Vragen die als thema hebben, compassie, emoties van zowel de zorgprofessional als de client en ook vragen over de organisatie en de verantwoordelijkheden van eenieder binnen de organisatie. *Responsive research* als zoektocht naar moreel redeneren vanuit de kleine praktijk van Jane en Tom om een dialogisch proces op gang te brengen binnen organisaties en hoe iedereen in alle lagen van een organisatie zijn/haar plek vindt en

krijgt, met als horizon een gedeelde collectieve verantwoordelijkheid voor de zorg binnen de organisatie. (Baur, van Nistelrooij, & Vanlaere, 2017). Zorg als een ontmoeting tussen mensen in een zorgpraktijk om van daaruit consequenties van het handelen te onderzoeken. Het komt dus neer op het oordeelsvermogen van alle deelnemers binnen één concreet geval.

Dat betekent dat binnen de dialoog tussen Tom en Jane zij waarschijnlijk uitspraken doen over de consequenties van hun handelen. De consequentie van geen medicatie innemen en de consequentie van de reactie van Jane daarop. Zorgethiek lijkt in deze te leunen op een consequentialistische ethiek. Er zijn een aantal aanwijzingen daarvoor. Het is intuïtief goed te begrijpen dat het resultaat van een handeling een belangrijke waarde in zich heeft in het moreel duiden van die handeling. Zo is het goed te begrijpen dat Jane de medicatie belangrijk vindt en dat haar reageren terecht is ten opzichte van het weigeren van Tom. Eveneens dat de reactie van de zorgprofessional in het verbieden van contact met dochters, de juiste is. De consequentie van het handelen van Tom en van Vincent voelt, intuïtief, als minder geldig, van een mindere waarde. Het handelen van de verzorgende bij mevrouw Thomas voelt minder waardevol, immers in het lezen roept mevrouw een zekere empathie op. Datzelfde geldt ook voor meneer Bradley, hem vertellen dat hij nog maar kort te leven heeft zonder enige nazorg en inleving in hoe zo een boodschap overkomt, voelt intuïtief niet als moreel goede zorg. Het zorgethische perspectief verdiept daarom de reflectieve vraag in het analyseren van een ethisch dilemma met twee eisen, te weten, moreel goede zorg is geënt op de ontvanger, in behoefte maar ook in antwoord of het de zorg is die hij/zij nodig heeft én de intentie van de professional moet onderdeel zijn van de analyse, zijn/haar houding binnen het dilemma. *Responsiveness* is dan een handelen binnen een relatie van ontvankelijkheid.

Tjong Tjin Tai, zorgethicus, stelt eveneens dat zorgethiek in essentie een consequentialistische ethiek is met een belangrijke variatie namelijk, het karakter van de zorgprofessional is moreel relevant. Hij definieert zorgethiek als een relatief consequentialistische teleologische deugdethiek. De nadruk ligt niet op deugden maar op de zorg als doel, de zorgrelatie als doel. Hij raakt hieraan hetgeen uit de interviews ook naar voren komt namelijk elk bovengenoemd concreet voorbeeld van de praktijken van de respondenten zijn empirisch materiaal om vast te stellen welke deugden er vereist worden, welke attitude, welk handelen ofwel wat Tronto stelt, er is meer dan slechts zorg als een *activity*, de *disposition* van de zorgprofessional is moreel relevant maar staat niet op de voorgrond.

Tjong Tjin Tai:

Het karakter moet worden afgemeten aan de waarde ervan binnen de zorgrelatie. Het karakter heeft een doel, te weten het belang van de zorgontvanger, de te geven zorg. De nadruk ligt dus niet op de deugden maar op de zorg. De deugden van zorg hebben geen op zichzelf staande betekenis of waarde: zij zijn geheel ingebed in een karakter en worden afgemeten aan de verleende zorg in het kader van een zorgrelatie: zij zijn gericht op de zorgontvanger (2006, pag. 234).

Gevoel en resultaat, daar draait het om. In de interviews komt dat ook steeds terug met name in paragraaf 4.4.

### 5.3 Zorgethiek en zorg plichten.

De plichtsethiek van Immanuel Kant plaatsen als een groot verhaal ten opzichte van de zorgethiek lijkt ongemakkelijk. Een *critical insight* als affectiviteit laat zich nauwelijks verplichten, lijkt het. Toch biedt zijn a-priori ethiek een belangrijke grondtoon voor het handelen van de zorgprofessionals in de vijftal verhalen in het aangaan van een zorgrelatie, vooral met betrekking tot hun gezindheid binnen hun handelen (par 1.1.1). Immers, het teleologische aspect van de zorgethiek; ‘is het moreel goede zorg dat hier geboden wordt’, impliceert een plicht. Alvorens de plicht tot moreel goede zorg die ten grondslag moet liggen bij de zorgprofessionals in de verhalen, eerst een korte uiteenzetting over het project van Immanuel Kant.

Kant:

Twee dingen vervullen de geest met steeds nieuwe en toenemende bewondering en eerbied (...): *de sterrenhemel boven mij en de morele wet in mij*.  
(Kant, 2006 pag. 213).

Deze uitspraak van Kant schetst zijn project. Alvorens een ethische theorie op te bouwen is zijn eerste vraag; wat is zekere kennis. In zijn verzet tegen het relativisme van empiristen met name Hume, zocht hij naar het zeker stellen van zekere kennis door deze te plaatsen in de mens, in plaats van in de wereld. Een a- priori kennis wat betekent, kennis los van omstandigheden. Vanuit die a- priori visie op kennis was zijn tweede stap ook een ethiek te beargumenteren als a- priori. Een moraliteit die onafhankelijk is van elke context, niet contingent is maar een universele geldigheid kent. Een moraliteit die geldt als plicht. Een moraliteit die zich baseert op rede van een door rede begiftigd mens, zich daarmee onderscheidend van de gedetermineerdheid van de natuur. *Sapere aude!*

Kant aanvaardt zo de causaliteit van die natuur, van oorzaak en gevolg en de zekerheid van kennis die dat met zich meebrengt. Tegelijkertijd stelt hij dat de mens een wilsvrijheid kent. Kant combineert zo plicht, rede en wilsvrijheid. De mens is zo gebonden aan twee werelden; die van de causale natuur en die van het in vrijheid opnemen van de morele plicht. De plicht staat ten opzichte van de begeerte en dat vraagt een goed gebruik van het verstand over goed en kwaad. Een praktisch beginsel dus welk ingebed is in de rede. Als we zuiver denken zo stelt Kant dan kunnen we niet anders dan weten wat goed en kwaad handelen is. Immers de leugenaar, de dief, de verkeersovertreder, de moordenaar, zij allen hadden in deze situatie een andere keuze kunnen maken. Daar is ons strafstelsel op gebaseerd. De dief verbergt zijn handelen door te stelen in het donker want hij/zij weet dat stelen een handelen is tegen de moraliteit. De leugenaar liegt over een handelen waarvan hij/zij weet dat het tegen de moraliteit is. Liegen impliceert het besef van een fout handelen en ook het besef dat men in dezelfde situatie ook anders had kunnen handelen. Zelfs als er sprake is van zogenoemde ontoerekeningsvatbaarheid, volgt er altijd een straf in combinatie met een gedwongen behandeling, tenzij er sprake is van een volledige ontoerekeningsvatbaarheid.

Het punt waar het in deze thesis om draait is dat de persoon in kwestie deze plicht zelf op zich neemt. De plicht wordt niet opgelegd door een externe partij. Een persoon kan zich zo afvragen of iets zijn of haar plicht wel is en de plicht wil opnemen of niet. Er is een

wilsvrijheid. Dit gegeven is essentieel voor het kader van deze thesis, het in vrijheid op je nemen te gaan werken in de zorg impliceert een zorg plicht. Van de plicht te werken in de zorg. De morele plicht wordt niet door een ander opgelegd maar door de mens zelf door zijn/haar rede.

Jan-Willem van der Rijt, filosoof en ethicus, stelt dat deontologie niet een ethiek is die slechts spreekt over abstracte personen, onbuigzaam is en formalistisch, dat dat een misplaatste klacht is (2014, p. 145). Hij omschrijft het in vrijheid opnemen van een plicht aan de hand van een boterham. Hij stelt dat hij in de pauze maar niet zo een boterham zich mag toe-eigenen van iemand anders. Ook niet als hij zijn eigen lunch is vergeten en hij honger heeft. Dit handelen, deze beslissing neemt hij niet omdat hij bang is of een sociale druk voelt maar omdat hij het onjuist vindt. Hij schrijft; ‘ik voel me verplicht om jouw recht op je boterham te respecteren’ (pag.135). In het erkennen van het recht van de ander op die boterham, erkent hij ook dat die ander een mens is die rechten heeft. En dat betekent dat hij de ander een morele status toeschrijft. Deze rechten en status, deze erkenning, betekent dat hij dat moet respecteren en daarmee schrijft hij ook zichzelf een morele status toe te weten, die van morele actor. Ook bij hemzelf is de morele wet van toepassing. Dit illustreert voor Jan-Willem dat zijn respect voor de rechten van de ander onlosmakelijk verbonden is met respect voor zichzelf (pag.136). Het opnemen van de plicht impliceert aldus een zelfrespect. Als hij deze plicht niet op zich zou nemen door de boterham toch af te pakken loochent hij zichzelf. Hij schrijft; ‘Wie bewust immoreel handelt, pleegt in zekere zin verraad aan zichzelf als moreel wezen’(ibidem).

### 5.3.1 Werken in de zorg als specifieke keuze.

Wat is nu hiervan de betekenis voor de zorgprofessional in de vijftal verhalen. Het in vrijheid opnemen van een zorg plicht betreft een als...dan relatie. Als een zorgprofessional de plicht op zich neemt te gaan werken met een specifieke doelgroep, forensisch, ouderen, jeugd, verslaafden, dak – en thuislozen, dan neemt hij/zij de plicht op zich daar moreel goede zorg te bieden, *nemport* de persoon of de situatie. In de situatie van Wim; als Wim in vrijheid de keuze maakt om te gaan werken binnen een organisatie die zorgdraagt voor het rehabiliteren van ex-gedetineerden, dan kan de Wim verwachten dat hij Vincent ontmoet die een zedendelict heeft gepleegd en verplicht Wim zich, in alle vrijheid, tot het leveren van moreel goede zorg aan Vincent. René is daar ook duidelijk in, in zijn werken binnen jeugdzorg ontmoet hij gezinnen waarbinnen er sprake is van (seksueel) geweld. Vandaar dat hij in het interview stelt; er zijn altijd verhalen achter de gebeurtenis, de moeder en vader, zij hebben ook hun verhaal en hij meent dat hij dat moet respecteren want dat vat hij op als (moreel) goede zorg (par.4.2). Van zorgprofessionals mag dat ook gevraagd worden. En de zorgprofessional moet zichzelf ook hierop bevragen. Volgens de Rijt gaat het hier vooral ook om zelfrespect.

### 5.3.2 Twee maximes voor vijf verhalen.

Om de zorgprofessionals een eerste handvat te geven hoe dat te doen is het categorisch imperatief van Kant behulpzaam. Sterker nog, maxime 1 en 2 zijn zelfs zorgethisch te

noemen.

Immanuel Kant:

(...): de morele waarde van een handeling omwille van de plicht ligt *niet in de bedoeling* die erdoor bereikt moet worden, maar in het maxime op grond waarvan tot die handeling besloten wordt. Deze waarde hangt dus niet af van de verwerkelijking van het voorwerp van de handeling, maar louter van het *principe van het willen* (...). (Kant, 1997, pag. 45).

Een maxime is de morele wet waar elk mens zich aan dient te houden, het is de omschrijving van het waarom, van het motief van het handelen. Ofwel, hoe te handelen in een situatie met een cliënt daar waar de waarden van de cliënt botsen met de bedoeling van de begeleiding/behandeling, moeten de eerste en tweede maxime van Kant zowel uitgangspunt zijn van het handelen van de zorgprofessional, alsmede een reflectie op zijn/haar handelen achteraf zijn, alsmede haar grondslag vinden in de missie en visie van desbetreffende organisatie. De eerste en het tweede maxime die er in het kader van deze thesis ertoe doen zijn:

1. Handel alleen volgens die maxime waardoor je tegelijkertijd kunt willen dat zij een algemene wet wordt (p.74).
2. Handel zo dat jij het menszijn, zowel in eigen persoon als in de persoon van ieder ander altijd tegelijk als doel, nooit louter als middel gebruikt (p. 84).

#### Maxime 1

De mevrouw uit Rotterdam wil weer op zichzelf gaan wonen, ze heeft er nog eens over nagedacht. Niet voor de eerste keer, het is een thema wat steeds weer terugkomt. Ook omdat ze in Brabant woont maar zich Rotterdamse voelt. Dat ze verslaafd is aan harddrugs is voor haar geen reden om te blijven wonen in de beschermde woonvorm. De reactie van de zorgprofessional is; ‘ach mens dat lukt je toch nooit’. Dirk wijst ons erop in het interview dat zorgprofessionals dit soort van zaken niet willen aangaan omdat ze, mogelijk, de client de ellende willen besparen van het niet-lukken. Dat zou een reden kunnen zijn voor de reactie van desbetreffende zorgprofessional. De vraag echter is of de reactie van de zorgprofessional goed is en universeel goed is. Indien zo dan betekent dat, dat elke zorgprofessional in eenzelfde situatie bij botsende waarden zo zou moeten reageren, want het is een wet. De zorgprofessional moet zich dus de vraag stellen, is mijn reageren een reactie die geldig is voor alle omstandigheden en alle zorgprofessionals? Is het wenselijk dat er een wereld bestaat waarbinnen het opleggen van waarden door een autoriteit aan een ander, waarover deze autoriteit macht heeft, een algemene wet zou moeten zijn? De vraag of dat wenselijk is kan alleen ontkennend beantwoord worden. Waarom? Omdat wij dat vanuit onze rede kunnen denken. Het universele recht om zelfstandig te mogen wonen maakt dat wij allemaal in alle redelijkheid kunnen denken dat deze maxime geldig.

#### Maxime 2

Deze maxime betreft dat een persoon de ander als instrument van zijn willen, zijn kunnen, zijn doelen gebruikt. De zorgprofessionals van mevrouw Thomas zijn gehaast. Iedereen moet eten, iedereen moet naar de eetzaal. Er is zoals altijd weinig personeel. De reacties van mevrouw Thomas in de lift worden genegeerd. Er wordt de keuze gemaakt om deze te negeren net zoals mevrouw haar weigering om een schort aan te trekken of te eten genegeerd wordt. Mevrouw Thomas wordt nu instrument van de doelen van de zorgprofessionals, er moet gegeten worden en er mag niet geknoeid. Ook wordt ze een instrument van de dokter, eten is goed voor haar gezondheid. Mevrouw Thomas is hier instrument van wat de zorgprofessional wil dat er gebeurt. De waardigheid van mevrouw, haar waardes worden in het botsen als minder waard neergezet.

Met de maximes wil Kant stellen dat ieder mens de maximale vrijheid heeft om zijn/haar eigen doelen na te streven, zijn/haar eigen leven vorm te geven. Een zelfbeschikkingsrecht. Dit recht kent vanzelfsprekend een begrenzing te weten dat ik hetzelfde recht toeschrijf aan elk ander mens. De rechten van een ander begrenzen mijn zelfbeschikking. De ethiek van Kant heeft zo in zich een maximale vrijheid voor de morele actor en ook een absolute gelijkheid.

Christine Korsgaard, hoogleraar filosofie en ethiek, gespecialiseerd in de ethiek van Kant stelt eveneens dat elke handeling van een persoon, in het reflecteren daarop, langs dit maxime gelegd dient te worden.

Korsgaard:

*The categorical imperative binds you because what you are determining to be the cause of some end is yourself. In fact, the two things are so closely bound together that they seem to be inseparable, for nothing counts as trying to realize some end that is not also trying determine yourself to realize that end, and nothing counts as determining yourself to realize the end that is not also trying to determine your own causality. (2009, pag.81,82).*

Korsgaard stelt aldus dat het handelen van de zorgprofessionals in de vijftal verhalen, dit handelen ook hen als persoon determineert. De wijze waarop een persoon handelt bepaalt hem als een autonoom persoon, als een doelmatig handelend redelijk persoon. De doelen die een persoon stelt, de waardes die een persoon daarmee stelt, vormen de identiteit van de persoon. Jan-Willem van der Rijt omschrijft dat als; “je bent waar je om geeft” (p. 139).

Korsgaard benadrukt in haar werk het belang van persoonlijke relaties van familie, vrienden, van liefde. Relaties die ons tegelijkertijd ook kwetsbaar maken. Haar koppeling van persoonlijke doelen, autonomie en doeltreffendheid gekoppeld aan een persoonlijke identiteit, stelt dat we de menselijkheid in de ander moeten respecteren. Dat impliceert dat elk mens een uniek mens is en er is altijd een in relatie zijn met de ander. Het is een universeel bindende moraal. Kant zal stellen dat eenieder heus wel weet wat hij of zij moet doen binnen omstandigheden maar wil dit funderen, de autoriteit ervan funderen. Men zou kunnen zeggen dat moraliteit als een natuurwet zou moeten gelden, de moraal als een a priori beginsel. Het is er vóór elke omstandigheid. Het fundament is het motief van de handeling.



## Hoofdstuk 6. Terug naar het kleine verhaal.

Het moment is aangebroken om antwoorden te gaan formuleren met betrekking tot de hoofdvraag (par 1.4). In aanloop daarnaar toe wordt eerst de vraag beantwoord met welke lens de zorgprofessional wil kijken naar zijn cliënten. Immers het kijken duidt de ook zorgprofessional.

Bos en Kal dat omschrijven daarbij Waldenfels aanhalend:

*(...) we are alien to each other due to each other; a person is never strange on his own. The perceived otherness always refers back to the perceiver as well. (2016 p.6).*

De auteurs benadrukken het relationele aspect van het anders zijn van de ander. De ander laat zich nooit volledig kennen zodat het reageren op de ander, op de vreemdheid van de ander, altijd ongemakkelijk zal zijn. De stekeligheid van de ontmoeting. Bos en Kal pleiten voor *responsive trust* als activiteit, een zoektocht naar een *ongoing* dialoog. Deze auteurs zullen de uitspraken van de cliënten in de vijf verhalen benoemen als niet-presenteerbaar. De uitspraken passen niet in het op dat moment gaande discourse, dan wel überhaupt niet binnen de gehele discourse van de organisatie en worden dan ook genegeerd. Ook in de interviews is dat terug te beluisteren in hoe de respondenten spreken over wensen van cliënten. Zij pleiten juist ervoor dat de eerste reactie een ‘welkom’ is door een vraag te stellen, ‘Vertel es’?

Doortje Kal:

*(...) in my view this starts with a readiness to get to know one another on an interpersonal level—human to human (p.7).*

Syd Barret zijn verhaal geeft de zorgprofessional, stel dat deze persoon er zou zijn, de volgende keuze:

Syd Barret:

Schizofreen	Schilder	Seer of visions (Waters)
Verslaafd	Gitarist	Crazy Diamond (Waters)
Wenkbrauwen afscheren	Componist	Wore out your welcome with random precision (Waters)
Niet kunnen spelen op het podium.	Tuiniert graag	stranger, legend, martyr (Waters)

De vraag is, welke Syd wil je ontmoeten? Welke vragen zouden het zorgethische zoeken recht doen? Welke vragen roepen eerder het ‘ipse’ op dan het ‘idem’? Of beter gezegd, welke vragen openen een boekje van tijden en maken ruimte voor het van *human to human*?

Roger Waters geeft een eerste duiding naar de antwoorden op de hoofdvraag; *Shine on you crazy diamond* is een zorgethische song.

### 6.1 Conclusie, de beantwoording van de hoofdvraag

De hoofdvraag is: Welke inzichten onthullen zich vanuit het zorgethisch perspectief *disposition, care-receiving en responsiveness* in het onderzoeken van de ervaringen van een

zorgprofessional in het omgaan met ethische dilemma's met cliënten gedurende het begeleiden van herstelprocessen?

6.1.1 Antwoord 1: het ethische dilemma is het herstelproces zelf.

De drie thema's :

1 Er staat voor iedereen binnen de casuïstiek iets op het spel en dat moet ook zo zijn.

2 Er spelen emoties die soms hoog oplopen en dat moet ook zo zijn.

3 Er komt iets in beweging.

Het ethische dilemma is het herstelproces zelf. Elke fase in het proces zal een herdefiniëring vragen van de client van zichzelf en dat zal altijd dilemma's oproepen. Zelf ervaren dilemma's en ook botsende waarden met de zorgprofessional en/of met het team.

Andries Baart verwoordt het lijden van de heer Bradley dat zich manifesteert op het moment dat hij hoort dat genezing niet meer mogelijk is als volgt:

Baart:

De stervende wordt getroffen door een groter lijden en staat voor een nieuwe opgave. Wat gebeurt er met me? Wat heb ik nodig om deze opgave aan te kunnen? Hoe ga ik me verhouden tot wat er nu gebeurt? Als persoon ga je eigenlijk wisselen van identiteit. Je gaat opnieuw onderzoeken hoe de betrekking met jezelf is, je verloren ik terugvinden.<sup>17</sup>

Baart geeft aan dat de rol van de verzorgende vanuit de presentiebenadering zou moeten bestaan uit het delen van de angst en de ontredning, de ander te laten zijn in hoe hij zich wil verhouden tot het restant. Dat betekent een zorgresponsiviteit in het aanvaarden van de tragiek van de heer Bradley, waarbij de *disposition* raakbaar willen zijn, is.

6.1.2. Antwoord 2: Wie is deze mens die...

Een vijftal voorbeelden:

Vincent wil zijn dochters weer zien.

*Disposition* en *responsiveness*: Wie is deze mens, Vincent, dat het voor hem ertoe doet zijn dochters weer te willen zien?

Tom wil zijn medicatie niet nemen.

*Disposition* en *responsiveness*: Wie is deze mens, Tom, dat het voor hem ertoe doet zijn medicatie niet in te nemen?

Mevrouw Thomas wil hier niet zijn.

*Disposition* en *responsiveness*: Wie is deze mevrouw Thomas, dat het voor haar ertoe doet dat ze hier niet wil zijn?

---

<sup>17</sup> Baart, geciteerd uit: Opleidingsmap VPTZ Nederland, Thema 7 Een goede dood, p.4

De Heer Bradley is *stuck with the news*.

*Disposition* en *responsiveness*: Wie is deze mens, dhr. Bradley dat hij *stucked* is en dat dat ertoe doet in het niet lang meer te leven hebben?

De mevrouw uit Rotterdam wil op zichzelf wonen in Rotterdam.

*Disposition* en *responsiveness*: Wie is deze mevrouw uit Rotterdam dat het ertoe doet dat ze zelfstandig wil wonen in Rotterdam?

Het willen aangaan en verdragen van het lijden is de vraag naar; 'Wie is deze mens', *human to human*. Het zijn trage vragen, meanderende en onderzoekende vragen, breedte vragen. Het is het willen vragen naar de vreemdheid van de ander. De vragen roepen een boeket van tijden op, ze openen een narratief. Het is het vragen naar het 'ipse' van de ander. Het is een *ongoing* vragen in de nieuwsgierigheid om die ander te *Verstehen*.

6.1.3 Antwoord 3: De uitingen in de vijftal verhalen, zijn uitingen van rouw.

Dirk verwoorde dit in het interview als volgt: Het is ook wel een vraag die me altijd heeft beziggehouden en hulpverleners veel te weinig vind ik; waarom doen mensen dingen en willen ze dingen waarvan iedereen gaat zeggen dat gaat nooit allemaal lukken?

Dat hadden ze zelf ook wel kunnen bedenken maar dat doen ze niet. Waarom is dat dan zo? daar moet je achter komen en de *easy way out* die wij hulpverleners hebben bedacht; we zeggen dan, hij heeft geen ziekte-inzicht, heeft geen zelfinzicht, die moeten we achterwege laten, die begrippen mogen we niet toepassen. De meeste onbegrepen wensen zijn gebaseerd op rouw. Dus dat betekent dat iemand op bepaald niveau eigenlijk wel snapt dat wat hij wil niet kan maar hij wil er niet aan, hij wil het niet accepteren, hij accepteert niet het onvermijdelijke en als wij de hele tijd tegen hem zeggen; Joh doe niet zo gek, je snapt wel dat dat niet kan, helpt hem niet.

De opmerking van Tom dat hij zijn medicatie niet wil innemen opvatten als rouw, opent een geheel nieuwe kijk. Bijvoorbeeld :

Boevink:

Ontluikend zelfgevoel: In dit domein liggen uitspraken over het besef dat het 'zelf' zich onderscheidt van de aandoening en dat dat 'zelf' in actie moet komen met betrekking tot de klachten, de aandoening of de ziekte. Om baas te worden over je leven en de aandoening te ontgroeien moet je zorgen dat je niet in de patiëntrol blijft hangen (p. 59).

De herstelfase van re-integratie, Tom stopt er mee om nog langer client te zijn. Of mogelijk staat Tom nog aan het begin in de fase van overweldigd zijn door de aandoening. Het aanvaarden van medicatie betekent op dat moment het aanvaarden van de positie patiënt-zijn. Vincent wil zijn dochters weer zien. Als Wim zo een uitspraak kan opvatten als een rouw, als een eerste stap richting herstel dan krijgt deze uitspraak een heel andere betekenis. Rouw als regieaanwijzing, het is de vraag aan Wim met welke ogen hij wil kijken naar Vincent.

6.1.4 Antwoord 4: De *disposition* van de zorgprofessional

De gezindheid van de zorgprofessional definieert ook hemzelf. De gegeven reactie slaat als

het ware terug op de zorgprofessional. Het is de persoonlijke vraag naar de eigen missie en visie op wat moreel goede zorg is. Het is dezelfde vraag naar ; wie is deze mens...? Wie is deze zorgprofessional voor wie het ertoe doet om mevrouw Thomas een schort om te dwingen? Het antwoord op deze vraag zal gaan over zelfrespect zoals Jan Willem van de Rijt dat beschrijft.

## Hoofdstuk 7. De handvatten voor de zorgprofessional.

Dit zijn in alle bescheidenheid slechts tips en ideeën, opgedaan uit de theorie en de empirie van de interviews. Het komt zo allemaal samen. Het uitgangspunt wordt genomen in de steeds terugkerende woorden uit de interviews (par. 4.5).

1) Het begrip: verdragen.

Dit begrip duidt op twee zaken. Allereerst dat de zorgprofessional zich realiseert binnen welk werkveld hij werkt. Forensisch, ouderenzorg, jeugdzorg, elke doelgroep kent zijn eigen eigenaardigheden en doet een heel eigen beroep op de zorgprofessional. De regieaanwijzingen verschillen per doelgroep. Wim moet zich dat realiseren in zijn reageren, de arts en verpleging van de heer Bradley eveneens.

Ten tweede, verdragen vraagt om wijsheid en mildheid. Niet alles is te fiksen stelde Dirk in het interview. En binnen de theorie van herstelprocessen blijkt dat mensen eerst de bodem moeten raken voordat ze weer opklauteren en sommige mensen hebben meerdere pogingen daarvoor nodig. Een herstelproces verloopt grillig. Een blik op het eigen herstelproces van de zorgprofessional, de zaken die hijzelf in zijn leven moet oplossen, zal hieromtrent inzicht geven. Een negatieve opvatting van verdragen is volgens de respondenten; kun je het niet verdragen, ga dan elders werken met een andere doelgroep.

2) Het woord: bezielt.

Dit is de vraag en zoektocht naar wat be-ziel-t deze mens. De respondenten zijn steeds op zoek naar de mens achter het verhaal. Ze stellen dat als je de bezieling van de client kunt ontdekken dat inzicht geeft in waarom de client handelt zoals hij handelt. De bezieling van de client is de komma achter zijn doen, laten en spreken.

3) Het begrip: zorgresponsiviteit.

In het interview vraagt Dirk zich af, is het een houding?, is het een vaardigheid? en besluit dat het beide is. Zorgresponsiviteit vatten Bos en Kal op als de bereidheid om een *ongoing dialogue human to human* aan te gaan, een *trustful responsive attitude* (p.6).

Zij verwijzen naar een citaat van Waldenfels;

*(...) we are alien to each other due to each other; a person is never strange on his own. The perceived otherness always refers back to the perceiver as well (p. 7).*

Ook hier is opnieuw de vraag naar het zelfrespect zoals Jan-Willem van de Rijt dat formuleert; respect voor de rechten van de ander is onlosmakelijk verbonden met respect voor zichzelf (par.5.3).

4) De woorden: verhalen zoeken, kijken naar mogelijkheden dromen en wensen.

De methodiek SRH en het *Strengths Model* kennen een zogenoemd persoonlijk profiel. Een document dat op zoek gaat met de client samen naar alle concordanties, plots en plotwendingen in de zin van krachten, mogelijkheden, wensen. Dit om ten opzichte van het medische dossier en alle diagnostiek, een document op te bouwen waarbinnen het narratief van de client een plek krijgt. De idee is dat dit document net zo geldig is als het dossier. Het is een document waar Rotterdam in staat, Brazilië, Australië en de betekenisverlening over

vaderschap. Het is een document waar de geschiedenis, het hier en nu en de gewenste toekomst van de client in persoonlijke verhalen beschreven worden. Het is het veel-verhalig zijn van een mens. Het maakt dat én de fobie een plek krijgt in de behandeling maar dat dan gekoppeld aan de wens naar de volleybalclub te gaan.

### **7.1 Aanbeveling voor een vervolgonderzoek.**

In deze studie is vooral gezocht naar de geleefde ervaringen van de zorgprofessional. De respondenten zijn reeds geschoold in de herstel gerichte methodieken en dat is uit hun antwoorden op te maken. Tegelijkertijd kunnen ze prima verwoorden waar dan toch de moeite ligt. Een vervolgonderzoek zou mijns inziens interessant zijn op twee vlakken:

- 1) Een onderzoek naar de geleefde ervaring van de client als de zorgprofessional geen hoop en vertrouwen heeft in de wensen en ideeën van de client. Hoe stukt dat het herstelproces en welk lijden roept dat dan op?
- 2) Een onderzoek naar de geleefde ervaring van zorgprofessionals die hun geloof in de psychiatrie, in hun cliënten kwijt zijn. Die ooit zijn gestart in de zorg met allerlei idealen en goede voornemens en, kennelijk, onderweg deze zijn verloren. Welke gebeurtenissen hebben daar centraal gestaan. Vervolgens zou het interessant zijn of dat onderzoek inzichten kan geven om deze zorgprofessionals een hersteld vertrouwen in zichzelf, de organisatie en hun cliënten te geven.

## **Hoofdstuk 8 Kwaliteit en beperkingen van deze studie.**

### **8.1 Betrouwbaarheid en validiteit.**

Ik heb, om de betrouwbaarheid en validiteit van deze studie te waarborgen, zoveel mogelijk de uitgesproken teksten van de respondenten meegenomen en te onderbouwen met theoretische inzichten. Dit om zo de theorie en empirie te koppelen, conform de Utrechtse zorgethiek haar werkwijze. De navolgbaarheid van deze studie heb ik geborgd door de drie thema's steeds weer op te roepen in zowel de interviews als de theoretische onderbouwingen. De thema's zijn de piketpaaltjes van deze studie. In de bijlage heb ik de interview vragen geplaatst.

Ik heb met veel zorg steeds weer alle verwijzingen duidelijk omschreven. De auteur, het jaartal van het boek en of het artikel en de pagina waar het citaat terug te vinden is. De zorgethische reflectie is geschreven om het zorgethische proces van deze thesis te verduidelijken en de lezer daarin mee te nemen. Zorgethiek kan een nogal diffuus karakter hebben. Ik heb getracht nergens zorgethiek te duiden als; dé Zorgethiek.

Tenslotte, alle hoofdstukken en paragrafen zijn zo precies mogelijk opgebouwd conform de eisen van de Universiteit.

### **8.2 Generaliseerbaarheid.**

Ik heb gebruik gemaakt van de indeling van A. Smaling (2009) in vormen van ontworpen generaliseerbaarheid. Ik ben altijd geraakt door de communicatieve generaliseerbaarheid, het past in mijn denken en de wijze waarop ikzelf zorgethische en filosofische onderzoeken wil lezen. Receptieve generaliseerbaarheid in de vorm van *naturalistic generalization* past aldus goed bij deze studie. Het is ook hoe ik de, in alle bescheidenheid, geschreven handvatten aan de zorgprofessional wil opvatten. Lees en haal uit de studie wat te plaatsen is binnen de eigen situatie.

### **8.3 Beperkingen.**

Zoals reeds aangegeven, in deze studie is vooral gezocht naar de geleefde ervaringen van de zorgprofessional. De respondenten echter zijn reeds geschoold in de herstel gerichte methodieken en dat is uit hun antwoorden op te maken. Ik ben daardoor niet geslaagd in om zorgprofessionals te spreken die zonder vertrouwen en hoop werken in de psychiatrie.

Eveneens is het me niet gelukt om Toon Walravens, ervaringsdeskundige, collega en vriend, te interviewen. Hij werkt op het snijpunt ervaringsdeskundige zijn in hoe hij de negativiteit van de psychiatrie zelf heeft ervaren en zijn queeste om dat te beïnvloeden, hij is in dat streven een bekende Nederlander. Ik had graag zijn verhaal willen gebruiken binnen deze studie. Het paste helaas nergens in zijn agenda.

## Literatuurlijst

Bos, G., Kal, D. (2016). The Value of Inequality. *Cogitatio Social Inclusion*. Volume 4, Issue 4, (pages X-X).

Baur, V., Van Nistelrooij, I., & Vanlaere, L. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20, (pp.483-493).

Boevink, W. (2017). *HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie*. (Proefschrift). Universiteit Maastricht, Maastricht.

Creswell, J.W., & Poth, C.N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design (International Student Edition): Choosing Among Five Approaches*. Los Angeles: Sage Publications.

Finlay, L. (1999). Applying Phenomenology in Research: Problems, Principles and Practice. *British Journal of Occupational Therapy* 62(7) (pp. 299-306).

Gadamer, H-G. (2014). *Waarheid en methode: Hoofddlijnen van een filosofische hermeneutiek*. Nijmegen: Vantilt.

Hamington, M. (2015). Politics is not a game. The radical potential of care. In D. Engster & M. Hamington (Eds.), *Care Ethics & Political Theory* (pp. 272-292).

Kant, I. (1997). *Fundering voor de metafysica van de zeden*. Amsterdam: Boom.

Kant, I. (2006). *Kritiek van de praktische rede* (2<sup>e</sup> druk). Amsterdam: Boom.

Korsgaard, C.M. (2009). *Self-constitution. Agency, Identity, and Integrity*. Oxford: University press.

Kunneman, H. (2019). De tweede postmoderniteit als politieke context van normatieve professionalisering. In H. van Ewijk (Ed.), *Praktijken van normatieve professionalisering*. (3<sup>e</sup> druk). (pp. 431-453).

Leget, C., Van Nistelrooij, I., & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing Ethics*, 26(1), 17-25.

Levinas, E. (1987). *De totaliteit en het Oneindige: Essays over de exterioriteit*. Baarn: Ambo.

Levinas, E. (2005). *Over de ontsnapping. voorafgegaan door Enkele beschouwingen over het hitlerisme*. Kampen: Ten Have.

Liotard, J-F. (1992). *Het postmoderne weten*. (3<sup>e</sup> druk). Kampen: Kok Agora.

Rapp, C.A. & Goscha, R.J. (2012). *The Strengths Model: A Recovery-oriented Approach to Mental Health Services*. (Third Edition). Oxford: University Press.



- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another*. Chicago: The University of Chicago.
- Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. *Kwalon* 42, jaargang 14, nr. 3.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.
- Van Ewijk, H., & Kunneman, H. (2019). *Praktijken van normatieve professionalisering*. (3<sup>e</sup> druk). Amsterdam: SWP.
- Van Nistelrooij, I. (2015). Het goede in de zorg: een kwestie van kiezen of beamen? *Speling: tijdschrift voor bezinning*, (pp 45-51).
- Van Nistelrooij, I. (2019). *basisboek Zorgethiek. Over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen*. (10<sup>e</sup> ongewijzigde druk). Heeswijk: Berne Media.
- Van Nistelrooij, I., Visse, M. (2018). *Me? The invisible call of responsibility and its promise for care ethics: a phenomenological view*. *Medicine, health Care and Philosophy*, 22, (pp 275-285).
- Van Nistelrooij, I., Leget, C. (2016) *Against dichotomies; On mature care and self-sacrifice in care ethics*
- Vosman, F & Baart, A. (2008). *Aannemelijke zorg: Over het uitzieden en verdringen van praktische wijsheid in de gezondheidszorg*. Den Haag: Lemma.
- Welten, R. (2000). God en het Denken. Over de filosofie van Jean-Luc Marion. *Annalen van het Thijmgenootschap*, afl 88.2.
- Wilken, J.P. & Den Hollander, D. (2018). *Handboek Steunend Relationeel Handelen. Werken aan herstel en kwaliteit van leven*. Amsterdam: SWP.
- Wolf, J. (2016). *Krachtwerk. Methodisch werken aan participatie en zelfregie*. Bussum: Coutinho.
- Wolf, J., Albers, E., Hummel, J., Jansen, N., Jonker, E. *Krachtwerk als sleutel voor herstel. Bijblijven* (2018) 34, (pp 247-259).